

VERPLEEGHUISZORG
KWALITEITSRAPPORT
2022

INHOUD

DEEL I VISIE VERPLEEGHUISZORG EN REFLECTIE OP SECTORBREDE PLANNEN

Voorwoord		3
Inleiding		5
1	PROFIEL ZORGORGANISATIE ZORG BIJ HET LEGER DES HEILS	6
1.1	Missie	8
1.2	Organisatie	8
1.3	Visie op zorg	8
1.4	Visie op verpleeghuiszorg	8
1.5	De Leger des Heils-aanpak en persoonsgerichte zorg	10
2	REFLECTIE OP DE ZORG IN 2022	12
2.1	Reflectie op plannen 2022 op landelijk niveau	14
2.2	Toelichting op indicatoren basisveiligheid	17
2.3	Personeelssamenstelling 2022	19

DEEL II REFLECTIE OP LOKALE PLANNEN

3	REFLECTIES OP DE LOKALE PLANNEN	22
3.1	Verpleeghuis De Blinkert	24
3.2	Verpleeghuis Buitenhaeghe	26
3.3	Verpleeghuis De Dukdalf	32
3.4	Verpleeghuis De Linde	36
3.5	Verpleeghuis De Meerzorg	40
3.6	Verpleeghuis Merenhoef	44
3.7	Wlz thuis	46
	Afkortingen	48



**“Zolang er nog vrouwen
huilen, zal ik strijden.
Zolang er nog kinderen
hongerlijden, zal ik
strijden. Zolang er
nog mannen naar de
gevangenis gaan, erin en
eruit, erin en eruit, zal ik
strijden. Zolang er nog
één verslaafde is, zolang
er nog één meisje verloren
op straat loopt, zal ik
strijden. Zolang er nog
één mens het licht van
God niet heeft gezien, zal
ik strijden, strijden tot het
bittere eind.”**

**– William Booth, oprichter
van het Leger des Heils**

VOORWOORD

Het jaar 2022 stond binnen het Leger des Heils in het teken van de ouderenzorg. We hadden te maken met de nasleep van corona met nog een redelijk hoog verzuim, een opgave om de kwaliteit van de verpleeghuiszorg te verbeteren en tegelijkertijd was het nodig na te denken over de zorg aan de ouder wordende deelnemers in het land.

Terugkijkend op 2022 hebben we grote stappen gezet. Het verzuim is behoorlijk gedaald en binnen de verschillende locaties is hard gewerkt aan de kwaliteitsverbetering van de zorg. Er is steeds meer besef om waar het kan zorgprocessen te standaardiseren en tussen de verschillende locaties samen te werken. Waarbij al eerder de keuze is gemaakt binnen de verpleeghuiszorg de focus te leggen op de specifieke Leger des Heilsdoelgroep. De komende tijd zullen we ons bezinnen op die locaties waar nog sprake is van reguliere ouderenzorg.

Zoals in het kwaliteitsverslag te lezen is gaat het bij de Leger des Heils doelgroep om complexe zorg. Complex in de zin dat er naast de somatische problematiek ook sprake is van psychiatrische problematiek al dan niet gecombineerd met een verstandelijke beperking en/of verslaving. Dit vraagt naast het voldoen aan de kwaliteitsstandaarden van de verpleeghuiszorg ook echt andere inzet en begeleiding waarin veel creativiteit en een holistische visie nodig is. We zijn trots op de collega's die elke dag met een enorme betrokkenheid en bevoegdheid deze specifieke zorg bieden aan de deelnemers binnen de verpleeghuiszorg.

Tegelijkertijd zien we daar ook de kwetsbaarheid omdat het Leger des Heils, net zoals andere zorgaanbieders, te maken heeft met krapte op de arbeidsmarkt. We proberen op vele manieren voldoende medewerkers te binden aan onze organisatie om de zorg te kunnen blijven realiseren.

Ondanks de kwetsbaarheid van het tekort aan medewerkers zijn we trots op de resultaten die in 2022 zijn gehaald. Er is hard gewerkt en we richten ons met veel energie op de doorontwikkeling van de verpleeghuiszorg in 2023 en verder.

Karin Bloemendal
Bestuurder zorg





INLEIDING

Voor u ligt het kwaliteitsverslag verpleeghuiszorg waarin wij een reflectie geven op jaargang 2022 van het meerjarige kwaliteitsplan 2021-2022. Vanaf 2019 ontwikkelt Stichting Leger des Heils Welzijns- & Gezondheidszorg (LdH W&G) het kwaliteitsverslag (en -plan) op concernniveau en niet meer per locatie. Het verslag is opgebouwd uit twee delen: (1) een landelijk, algemeen deel met daarin onze visie op verpleeghuiszorg en een reflectie op de sectorbrede plannen van 2022 en (2) een locatie-specifiek deel met daarin een reflectie op de lokale plannen van 2022.

De input voor het kwaliteitsverslag is opgehaald bij de locaties, regionale cliëntenraden (CR) en de regionale verpleegkundige en verzorgende adviesraden (VVAR'en). Iedere locatie heeft hierin een eigen proces gevolgd. De ontwikkeling van een gezamenlijk kwaliteitsverslag heeft zowel overeenkomsten als verschillen tussen de locaties in beeld gebracht - zie hiervoor de reflectie op onze lokale plannen. Zie pagina 22.

De kennis en expertise over de VVT is binnen het Leger des Heils ondergebracht in het specialisatienetwerk VVT (SN VVT). In het netwerk zijn beleidsmedewerkers, management en professionals vertegenwoordigd die een coördinerende rol vervullen in de ontwikkeling van zowel het kwaliteitsplan als het -verslag. Daarnaast organiseert het netwerk jaarlijks (reflectie)gesprekken met de locatiemanagers en beleids-/ kwaliteitsmedewerkers over beide kwaliteitsdocumenten. Het SN VVT werkt nauw samen met de landelijke afdeling Kwaliteit, Compliance en Audit (KCA) die verantwoordelijk is voor de uitvoering en opvolging van de meting van de kwaliteitsindicatoren, HKZ-certificering, interne audits enzovoort. Het lijnmanagement is verantwoordelijk en draagt zorg voor de uitvoering van het kwaliteitsplan en voor de reflectie, evaluatie en eventuele opvolging van (niet) behaalde doelstellingen

1

Profiel zorgorganisatie | Zorg bij het Leger des Heils

1.1 Missie

Het Leger des Heils is onvoorwaardelijk betrokken bij mensen die, om wat voor reden dan ook, dreigen te worden uitgesloten, geen perspectief meer zien, of balanceren op de rand van de samenleving. Ook hen, juist hen, bieden we (nieuw) perspectief op een menswaardig bestaan. Dit doen we vanuit onze christelijke identiteit. Laagdrempelig, vasthoudend, samenhangend en zingevingsgericht zijn daarin belangrijke kernwaarden.

1.2 Organisatie

De Stichting Leger des Heils W&G is verantwoordelijk voor de uitvoering van professionele gezondheidszorg en het welzijnswerk van het Leger des Heils in Nederland. De organisatie is ingedeeld in zeven geografische regio's en heeft meer dan 250 vestigingen. Het Leger des Heils is niet alleen actief binnen de VVT-sector, maar ook binnen de sectoren verstandelijk gehandicaptenzorg (VG), geestelijke gezondheidszorg (GGZ), jeugdzorg, forensische zorg en zorg in het sociaal domein op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). In drie regio's maakt verpleeghuiszorg deel uit van het zorgaanbod. Op dit moment bieden wij deze zorg aan in zes verpleeghuizen: De Blinkert, Buitenhaeghe, De Dukdalf, De Linde, De Meerzorg en Merenhoef.

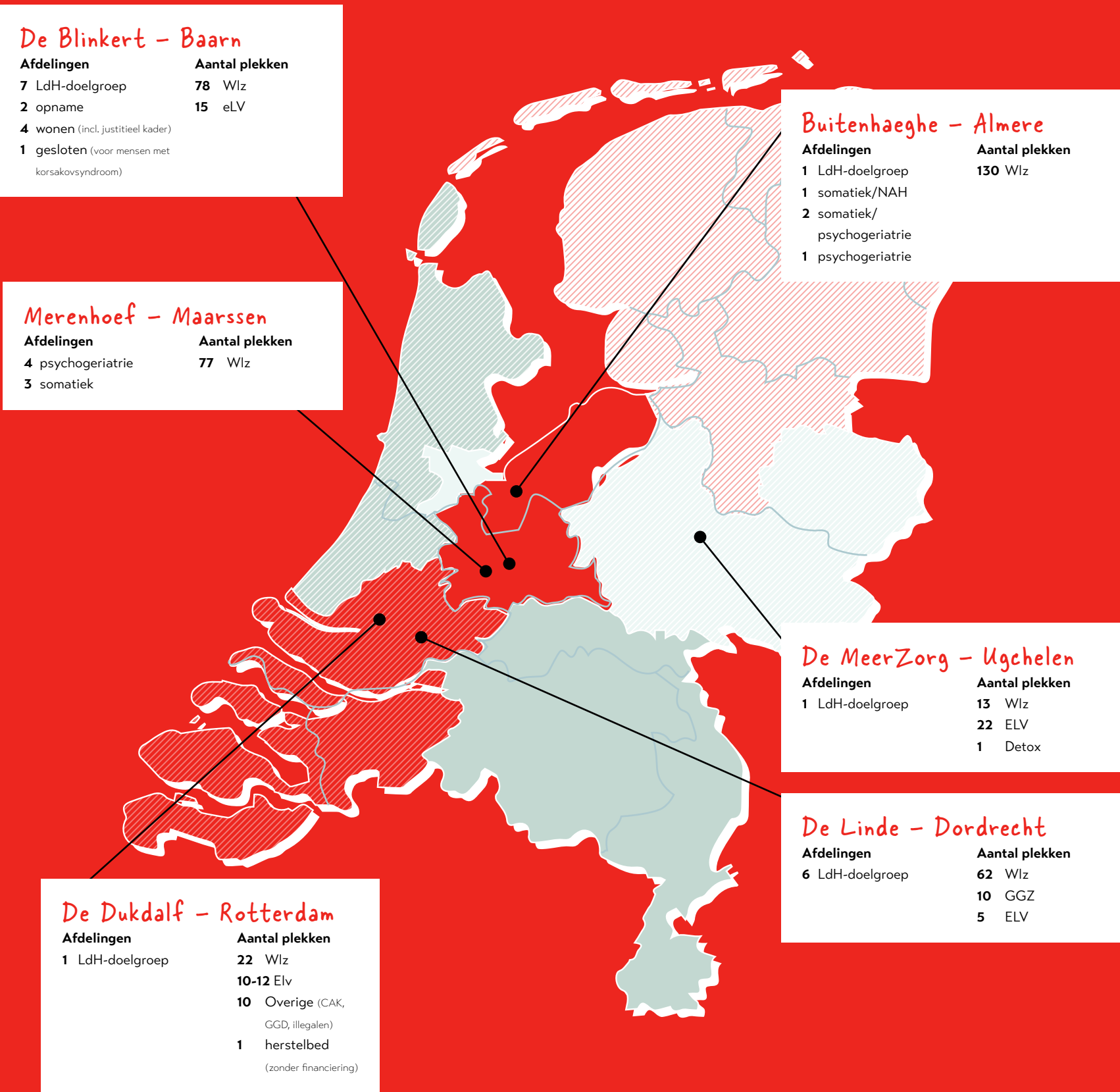
1.3 Visie op zorg

Leger des Heils W&G wil er zijn voor mensen zonder helper. Zij hebben als gemeenschappelijk kenmerk dat zij verschillende problemen het hoofd moeten bieden die elkaar in negatieve zin beïnvloeden. Velen van hen zijn zorgmijders en uitvallers uit de (reguliere) zorg en hebben al veel hulpverleningscontacten achter de rug. Door hun leefstijl, niet zelden gecompliceerd door verslaving, achtergrond, gedrag, multiproblematiek, gebrek aan zelfredzaamheid en een ontbrekend steunend netwerk, sluiten de systeemwereld van de zorg in Nederland niet goed bij hen aan en dreigen zij tussen wal en schip te vallen. Het Leger des Heils wil juist deze mensen ondersteunen en de zorg bieden die nodig is, zonder onderscheid te maken en ongeacht de complexiteit van de problemen. Ieder mens doet mee en heeft recht op een eerlijke kans. Daarom strijden we voor passende acties/maatregelen op de vaak complexe zorgbehoefte(n) van kwetsbare mensen.

1.4 Visie op verpleeghuiszorg

Het Leger des Heils heeft zes verpleeghuizen en biedt ook langdurige zorg in de thuissituatie. Op verschillende locaties bieden we specialistische verpleeghuiszorg voor mensen die vanwege gedrag en problematiek niet goed passen binnen het reguliere verpleeghuis. Bewoners kampen veelal met een combinatie van problemen; niet alleen op lichamelijk, psychisch en psychogeriatrisch vlak, maar ook op het gebied van verslaving, financiën en justitie. Als gevolg van hun leefstijl en achtergrond zijn onze bewoners vaak jonger dan die in reguliere verpleeghuizen. We typeren deze doelgroep als de *LdH-doelgroep*.

OVERZICHT VERPLEEGHUIZEN VAN HET LEGER DES HEILS IN NEDERLAND



De complexe problematiek van onze bewoners vraagt om zorg die daarop is afgestemd. Bij gebrek aan deze zorg kan een deel van de mensen dat bij ons woont, nergens terecht. Ze zouden op straat of in een reguliere maatschappelijke opvang moeten verblijven, waar geen adequate medisch sociale zorg is en de zorg-/hulpvraag onvoldoende beantwoord kan worden. Dit kan leiden tot een achteruitgang in hun situatie, overlast op straat voor de burger en overbelasting van medewerkers en medecliënten in de reguliere zorg en maatschappelijke opvang. Het Leger des Heils streeft naar een samenleving waarin ook deze mensen een plek hebben. Een plek waar zij die specifieke zorg krijgen die zij nodig hebben. Het Leger des Heils onderscheidt zich daarmee als specialist in bijzondere verpleeghuiszorg met een complexe zorgvraag.

1.5 De Leger des Heils-aanpak en persoonsgerichte zorg.

De medewerkers van het Leger des Heils bieden persoonsgerichte zorg. De aanpak is gericht op 'herstel van het gewone leven', dat uitgaat van zoveel mogelijk eigen regie bij bewoners, waarbij hun talenten en wensen voorop staan en het leerproces naar een waardig leven. Het Leger des Heils streeft naar verpleeghuiszorg die zo is ingericht, dat bewoners een plek hebben om te wonen waar ze zich veilig voelen, een 'welkom thuis'-gevoel ervaren, de benodigde professionele verpleegkundige zorg krijgen, (opnieuw) structuur krijgen in hun leven en zichzelf kunnen en mogen zijn. We sluiten aan bij de behoeften van bewoners en nemen daarbij hun hele leven in ogenschouw. Persoonsgerichte zorg is hierbij het uitgangspunt waarbij compassie, uniek zijn, autonomie, welzijn, herstel en zorgdoelen van de bewoner belangrijke thema's zijn. De zorg binnen de verpleeghuizen van het Leger des Heils is veelal gericht op begeleiding bij geleidelijke achteruitgang. Het

kunnen bieden van deze zorg, stelt eisen aan de expertise en professionaliteit van medewerkers. Zij zijn getraind in de methodiek 'Herstel van het gewone leven'. Herstel van het gewone leven houdt in: een zinvol en menswaardig bestaan in de samenleving met betekenisvolle activiteiten, sociale relaties en waardering. Zinnige dagbesteding en relaties zijn daarin de belangrijkste elementen. Herstel van het gewone leven begint bij de wensen en verwachtingen van de bewoner, het herwinnen van zelfvertrouwen in eigen kunnen, herstel van het vertrouwen in de ander en het uitgaan van de mogelijkheden van bewoners. Vandaaruit herkennen en stimuleren we de eigen kracht van bewoners en de zeggenschap over de invulling van hun eigen leven. Naast een zinnige dagbesteding en relatieherstel ondersteunend aan herstel, draagt een gezond geestelijk leven bij aan de zingeving in een mensenleven. Zorg en aandacht voor geestelijk leven is daarom integraal onderdeel van onze benadering. Vanuit onze christelijke geloofsovertuiging nodigen wij bewoners uit na te denken over de vraag wat dit voor henzelf betekent

De uitwerking van onze aanpak is mede gebaseerd op de presentietheorie van Andries Baart e.a. (2008) die uitgaat van:

Een praktijk waarbij de zorgverlener met aandacht en toewijding de ander benadert en in gesprek de ander leert kennen en weet wat hem/haar bezighoudt van verlangens tot angst. In de verbinding met de ander begrijpt de zorgverlener wat er in de desbetreffende situatie gedaan zou kunnen worden en wie hij/zij daarbij voor de ander kan zijn. Wat gedaan kan worden, wordt ook gedaan. Dit is mogelijk als een gevoel van subtiliteit en vakmanschap, praktische wijsheid en liefdevolle trouw aanwezig zijn.

Bovenstaande is eenvoudig in kaart te brengen in het zogenaamde Golden Circle-model (ontwikkeld door Simon Sinek, 2009) en maakt duidelijk waarin het Leger des Heils zich onderscheidt:

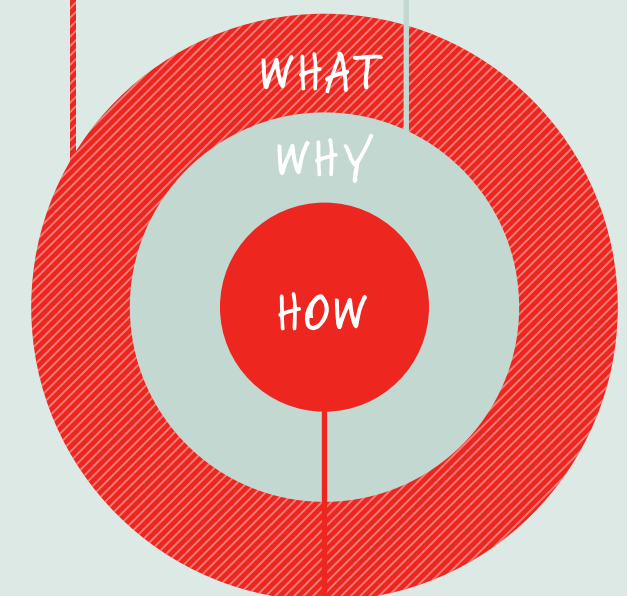


Medische en verpleegkundige zorg, ondersteuning verlenen aan mensen zonder helper, mensen met problemen op meerdere levensgebieden. (presentietheorie).

De Leger des Heils-aanpak: Laagdrempelig, vasthoudend, zingevinggericht, samenhangend.

Methodiek: Herstel van het gewone leven.

Persoonsgerichte benadering (presentietheorie).



Vanuit een christelijke identiteit: God dienen, is mensen dienen, mensen dienen, is God dienen





2 Reflectie op de zorg

2.1 Reflectie op plannen 2022 op landelijk niveau

ALGEMEEN

In ons meerjarige beleidsplan hebben wij een brede verbeterslag gemaakt op tal van onderwerpen. Het is een periode geweest van noodzakelijk onderhoud en een algehele versterking van de kwaliteit over de gehele breedte van onze zorg. In veel gevallen hebben de landelijke thema's die in 2021 zijn ingezet een vervolg gekregen. De brede inspanningen maken de weg vrij voor een periode waarin wij meer focus willen aanbrengen en door middel van doelgerichte verbeteringen en versterkingen klaar te zijn voor de toekomst.



Meer eenheid en synergie

Wij willen onze lokale krachten nog meer bundelen waardoor wij elkaar versterken en inspireren. Zo vindt er een doorontwikkeling plaats van de specialisatienetwerken naar sectornetwerken waarin de expertise uit de praktijk en de beleidsvorming samenkomen. Het sectornetwerk wordt versterkt door de ontwikkeling van een landelijk opleidingsbeleid en het doorgroeien naar een landelijke VVAR.

Wet zorg en dwang

In 2021 is ons beleid geïmplementeerd er is veel aandacht uitgegaan naar de goede overlegstructuur en de juiste toepassing van het stappenplan, hierin zijn duidelijke stappen gezet. De komende tijd zal meer aandacht uitgaan naar de effectieve ondersteuning door het ECD zodat medewerkers beter ondersteund worden bij de uitvoering en de verslaglegging.

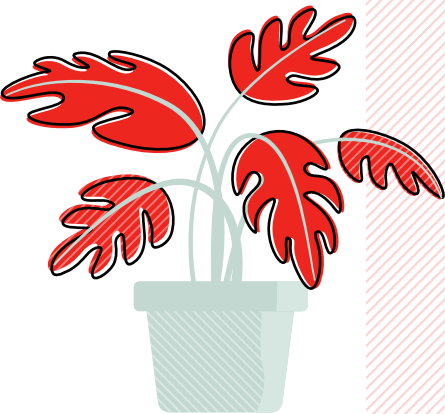
Cliëntervaringen
RESPONS

Deel A

Het A gedeelte bestaat uit een zestal standaard vragen die voor elke instelling hetzelfde zijn:

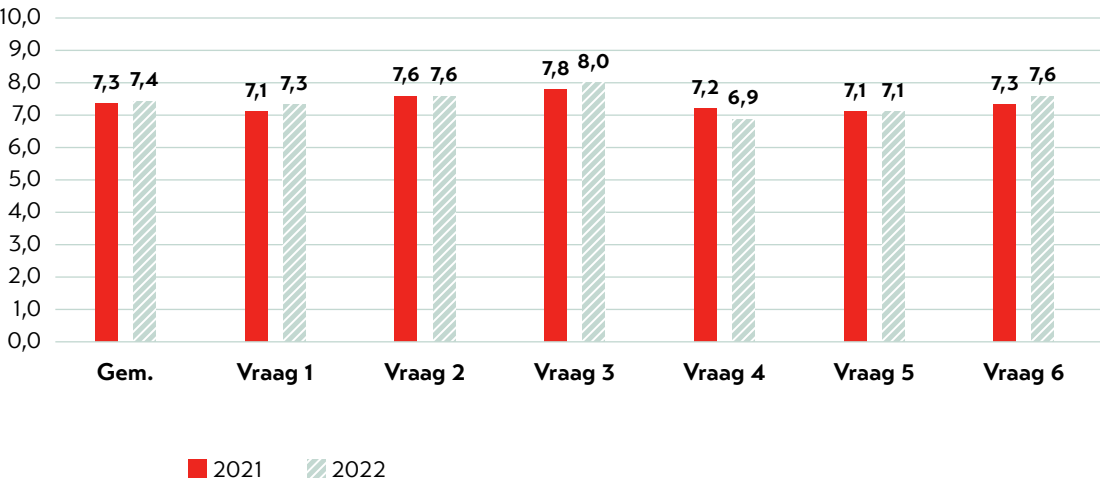
1. Welk cijfer geeft u ons voor het maken en nakomen van afspraken?
2. Welk cijfer geeft u ons voor de verpleging, verzorging en behandeling?
3. Welk cijfer geeft u ons voor hoe medewerker met u omgaat?
4. Welk cijfer geeft u ons voor hoe onze zorg aansluit bij uw (levens) behoefte?
5. Welk cijfer geeft u ons voor hoe er op uw vragen en wensen wordt gereageerd?
6. Welk cijfer geeft u ons voor de omgeving waar u verblijft?

Het beeld laat ten opzichte van vorig jaar een licht stijgende lijn zien, bij een tweetal vragen is de score gelijk gebleven en bij een vraag een lichte teruggang.



	2021	2022
Vraag 1	7.1	7.3
Vraag 2	7.6	7.6
Vraag 3	7.8	8.0
Vraag 4	7.2	6.9
Vraag 5	7.1	7.1
Vraag 6	7.3	7.6

Jaarvergelijking LdH Deel A



Wat springt er uit

Mooie scores zijn behaald op de vragen 2 en 3, vragen die betrekkingen hebben op de kern van ons werk, de verpleging en verzorging en de manier waarop wij onze cliënten benaderen, een mooi compliment. Vraag 4 ,die gaat over de mate waarin onze zorg aansluit op de levensbehoefte van de cliënt, kent een kleine



teruggang. Reden voor ons om de cliënt nog meer te betrekken in zijn of haar eigen zorgproces. Wij willen dat doen door lokale doelstellingen op gebied van persoonsgerichte zorg. Belangrijke thema's hierin zijn het kennen van de geschiedenis, het verhaal van onze cliënten en het accentueren van de rol die zij daarin zelf spelen

Deel B

Aan de standaardvragen van het A-gedeelte is in 2022 het B-gedeelte toegevoegd. Het B-gedeelte is tot stand gekomen door de samenwerking met de cliëntenraad. Dit heeft er toe geleid dat de volgende vier vragen zijn toegevoegd:

7. Ik kan iedere dag deelnemen aan verschillende activiteiten (individueel of in groepsverband).
8. Er wordt voldoende met mij gesproken over mijn waarden, dromen en levensverhaal.
9. Ik kan zo veel als mogelijk mijn eigen leven vorm en inhoud geven en eigen keuzes maken, zowel in grote als in kleine onderdelen van de dag.
10. Ik voel mij veilig op de afdeling

Vraag 10: "Ik voel mij veilig op de afdeling" is het hoogst beoordeeld met gemiddeld een 8,1.

Vraag 8: "Er wordt voldoende met mij gesproken over mijn waarden, dromen en levensverhaal" is het laagst beoordeeld met gemiddeld een 6,0. Na analyse en bespreking van dit punt blijkt dat deze vraag om wat meer uitleg vraagt. Zo bleken veel cliënten zich niet altijd te realiseren dat geestelijke verzorging ook betrekking heeft op deze vraag. Daarom zullen wij hier extra aandacht aan besteden en onze vraagstelling bij de aankomende tevredenheidsmeting verhelderen. Zingeving is een belangrijke pijler in onze visie. Daarom vinden we het belangrijk om dit terug te laten komen in de tevredenheidsmeting maar ook om de tijd te nemen hierbij stil te staan. Zo worden er specifieke doelen geformuleerd op dit gebied maar wordt ook de samenwerking gezocht met diverse religieuze gemeenschappen.



2.2 Toelichting op indicatoren basisveiligheid

Begin 2023 heeft de meting van de indicatoren basisveiligheid plaatsgevonden over verslagjaar 2022. In de onderstaande tabel zijn per indicator de gemeten resultaten weergegeven.

Decubitus

	De Blinkert	Buitenhaeghe	De Dukdalf	De Linde	De Meezorg	Merenhoef
2022	6%	9%	0%	4%	3%	8%
2021	11%	8%	5%	2%	16%	6%

Na analyse is gebleken dat in de meeste situaties decubitus niet tijdens opname in onze verpleeghuizen is ontstaan. Het gaat dan om cliënten die tijdens een ziekenhuisopname decubitus hebben gekregen voordat zij in een van onze verpleeghuizen worden opgenomen. Zodra zij bij ons komen wordt er een plan opgesteld samen met onder meer de ergotherapeut en de verpleegkundige. Ook nadat de decubitus is genezen blijft het belangrijk dat deze groep cliënten zorgvuldig gemonitord wordt om te voorkomen dat de decubitus terugkeert. Preventie is daarom erg belangrijk.

Advance care planning

	De Blinkert	Buitenhaeghe	De Dukdalf	De Linde	De Meezorg	Merenhoef
2022	100%	100%	100%	100%	97%	100%
2021	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Er is slechts in een enkele keer geen advance care planning gemaakt.

Medicatieveiligheid: bespreken van medicatiefouten in het team

	De Blinkert	Buitenhaeghe	De Dukdalf	De Linde	De Meezorg	Merenhoef
2022	100%	100%	100%	67%	100%	100%
2021	100%	100%	100%	33%	100%	n.v.t.

De medicatiefouten worden in de team-overleggen besproken, daarnaast worden er medicatiereviews uitgevoerd. In de meldingencommissies en multidisciplinaire overleggen worden er mogelijke trends gesignaleerd en geïnventariseerd of er praktische of beleidsmatige verbeteringen wenselijk zijn.

Op De Linde werden medicatiefouten wel besproken in de teams, maar dit gebeurde in 1 team nog niet ieder kwartaal. Hier wordt in 2023 extra aandacht aan besteed. De aandacht voor het melden van de medicatiefouten op Merenhoef heeft het gewenste effect gehad want de bespreking vindt weer in ieder team plaats.

Toiletplan vastgelegd

	De Blinkert	Buitenhaeghe	De Dukdalf	De Linde	De Meezorg	Merenhoef
2022	100%	100%	6%	46%	64%	100%
2021	26%	100%	5%	44%	81%	76%

De Blinkert, Buitenhaeghe en Merenhoef hebben een 100% score behaald, zij hebben ervoor gekozen om dit standaard op te nemen in het zorgdossier. Deze keuze was op andere locaties (nog) niet gemaakt. De Linde en De Dukdalf zetten erop in dat deze afspraken in 2023 standaard worden opgenomen in het plan van de deelnemers. Voor een deel van onze cliënten geldt dat een toiletplan niet noodzakelijk is.

Aandacht voor eten en drinken

	De Blinkert	Buitenhaeghe	De Dukdalf	De Linde	De Meezorg	Merenhoef
2022	76%	100%	35%	66%	53%	100%
2021	63%	100%	11%	46%	56%	44%

Voedselvoorkeuren vastgelegd: Op een enkele kleine teruggang na is het gelukt om de wensen rond eten en drinken beter vast te leggen en meer aandacht te hebben voor – het genieten van – eten en drinken. Dit is vooral te danken aan de lokale inspanningen en maatwerkoplossingen hiervoor. De ervaringen die hiermee zijn opgedaan zijn ook onderling uitgewisseld. Een goede oplossing blijkt te zijn dat de aandacht voor het eten en de aandacht voor de cliënt tijdens de maaltijd verdeeld worden over verschillende medewerkers. Op die manier zorgen wij ervoor dat medewerkers die verantwoordelijk zijn voor het eten alle aandacht voor de cliënt en zijn voorkeuren hebben. Daarnaast zijn er medewerkers die tijdens de maaltijd hun aandacht vrij hebben om te ondersteunen, om vragen te beantwoorden of gewoon beschikbaar zijn voor een praatje.



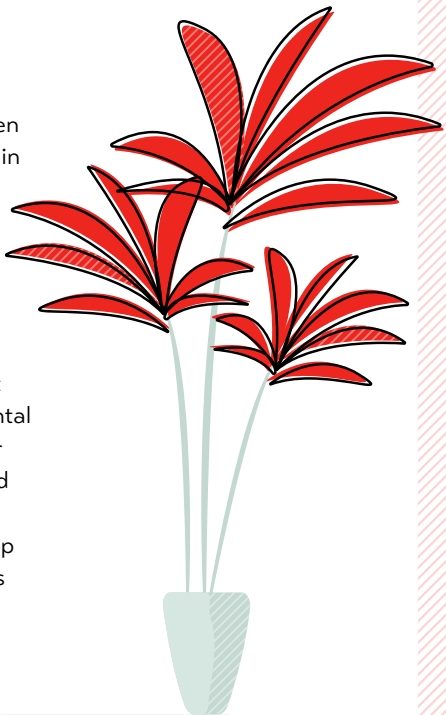
2.3 Personeelssamenstelling 2022

Hieronder wordt een reflectie gegeven op de personeelssamenstelling in 2022 van alle zes de locaties onderverdeeld in de vijf kernfactoren.



Aard van de aanstellingen

Het aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst is in 2022 iets gedaald ten opzichte van 2021. Daarnaast is er ook een daling te zien in de personeelsleden met een arbeidsovereenkomst bepaalde tijd. Er is een stijging te zien van de inzet van FTE voor uitzendkrachten/personeel niet in loondienst (PNIL). Dit is onder andere het gevolg van de krapte op de arbeidsmarkt en het verschijnsel dat steeds meer mensen als zzp-er gaan werken. Het aantal zzp'ers in de zorg neemt jaarlijks toe. Volgens het CBS is het aantal zzp'ers in het derde kwartaal van 2022 gegroeid naar 1,2 miljoen. De groei ging het hardst in de zorg- en welzijnsberoepen. In het derde kwartaal van 2022 nam het aantal werknemers met ongeveer 13.000 af en nam het aantal zzp'ers met ongeveer 34.000 toe ten opzichte van een jaar eerder. Wij proberen een antwoord te vinden op deze trend door te experimenteren met nieuwe wervingscampagnes, stagiaires nog beter aan ons te binden, meer in te zetten op het behoud van medewerkers en de inzet van medewerkers van buiten Nederland.



Onderwerp/vraag	Resultaat 2021	Resultaat 2022
Aantal pers.leden gemiddeld over periode	475,00	476,08
Som ingezette fte met arb.ovk over periode:	328,11	326,07
Percentage personeel met a.ovk. Bep.tijd	29,32	26,97
Perc. Inzet FTE uitzendkrachten/PNIL	19,85	26,67
Percentage kosten uitz.kr/PNIL	20,86	23,75
Noemer, gem. aantal persl. Met arb.ovk	475,00	476,08
Gemiddeld fte per personeelslid:	0,69	0,68



Kwalificatieniveaus zorgverleners en vrijwilligers

	Resultaat 2021	Resultaat 2022
Percentage helpende helpende/vmbo	8,71	9,81
Percentage helpende MBO2	6,92	6,22
Percentage verzorgenden MBO3	31,26	27,58
Percentage vpk MBO4	13,96	15,75
Percentage vpk HBO	5,17	5,23
Percentage niveau 6	0,13	0,13
Percentage behandelaren/(para)medici	1,26	2,19
Percentage overig	13,79	14,44
Percentage leerlingen	7,11	4,80
Aantal stagiaires	124	86
Aantal vrijwilligers	122	106



Ziekteverzuim

Ziekteverzuimpercentage	Resultaat 2021	Resultaat 2022
Percentage ziekteverzuim	11,54	10,67



In-, door en uitstroom

Percentage instroom		
Percentage instroom:	22,04	24,17



Ratio personeelskosten/ opbrengsten

Ratio pers. Kosten/opbrengsten	Resultaat 2021	Resultaat 2022
Som ingezette fte's pers. Met arb.ovk over periode	328,11	326,07
Aantal clientdagen totaal	130768	134501
Gemiddeld aantal klanten over periode	358,27	368,50
Uitkomst	0,92	0,88

3

Reflectie op de lokale plannen

In dit hoofdstuk geven we een eindreflectie op het tweejarig kwaliteitsplan van het Leger des Heils. Voor sommige doelstellingen geldt dan ook dat deze al in 2021 zijn afgerond en geen verdere opvolging nodig hadden. Per locatie is een eindreflectie gegeven op de doelstellingen en plannen van 2022. Iedere 'locatiepagina' is voorzien van een korte inleiding waarin de context is beschreven waarbinnen de locatie heeft gewerkt aan de doelen.

3.1

VERPLEEGHUIS DE BLINKERT

(Baarn, regio Midden
Nederland)

We kijken goed terug op 2022, de uitkomsten van het project **Excellente Zorg** zijn in 2022 door de afdelingsteams uitgewerkt aan de hand van afdelingsspecifieke uitkomsten en vertaald in afdelingsjaarplannen waarin per team consequent is gewerkt. Gezonde leefstijl en zinvolle dagbesteding zijn goed geïntegreerd in de dagelijkse werkwijze. Veel scholingen die in 2021 t.g.v. corona niet konden worden uitgevoerd, zijn met name in de tweede helft van 2022 alsnog georganiseerd, die inhaalslag wordt in 2023 verder voortgezet. Op 4 van de 5 woonafdelingen zijn meerzorggelden voor de groep aangevraagd en verkregen of gecontinueerd waardoor er extra ruimte was voor zingeving en dagbesteding, en kon voor meer cliënten een passend benaderingsplan worden opgesteld. Het inspectiebezoek van augustus 2022 leverde ook een positief resultaat op, met alleen een aandachtspunt t.a.v. het “open deurenbeleid”. Dat punt is direct opgepakt en wordt in de loopt van 2023 verder uitgewerkt.

	THEMA UIT KWALITEITSKADER	DOELSTELLING 2021-2022	STATUS	EINDREFLECTIE
1	Persoonsgerichte zorg	In 2021 is het project Gezonde Levensstijl multidisciplinair opgezet en vervolgens per afdeling uitgevoerd, samen met deelnemers. Het project omvat 3 thema's: 1. Voeding & eetgewoonten 2. Beweging & sport 3. Welbevinden & ontspanning	Voldaan	De doelen zijn behaald, onderwerp persoonsgerichte zorg uitgewerkt in project gezonde leefstijl, is onderdeel geworden van dagelijkse werkwijze en jaarlijks wordt het onderwerp weer extra onder de aandacht gebracht in de “week van de vitaliteit” d.m.v. een uitgebreid programma met activiteiten rond voeding, bewegen en ontspanning
2	Wonen en welzijn	In 2021 hebben alle bewoners een individueel dagbestedingsplan (in 2020 is hier mee gestart) en zijn activiteiten hierop afgestemd.	Voldaan	In alle zorgplannen doelen opgenomen t.a.v. zingeving en dagbesteding, werkgroepen blijven actief om het proces onder de aandacht te blijven houden, mww-ers zijn geschoold t.a.v. dit onderwerp
3	Leren en werken aan kwaliteit	Project Excellente Zorg Er vinden 3 metingen plaats in Q1 2021. Deze metingen zijn op maat/specifiek gemaakt door V&VN en dus aanvullend dan wel verdiepend op de al bestaande metingen. 1. CTM en kwaliteitsindicatoren 2. Vragenlijst onder verpleegkundigen en verzorgenden naar hun ervaringen 3. Organisatiemeting V&VN naar 5 thema's, zie inleiding	Voldaan	De uitkomsten zijn in 2022 vertaald naar jaarplannen per afdeling om aandachtspunten uit de metingen te verwerken.
4	Leren en werken aan kwaliteit	Project Excellente Zorg Medewerkers nemen jaarlijks deel aan werkplaatsbijeenkomsten die 4 keer per jaar georganiseerd worden door V&VN. Kennis, expertise een good practices worden met elkaar gedeeld.	Voldaan	In 2022 afgerond
5	Leiderschap, governance, management	Project Excellente Zorg Er ligt een concreet plan voor het werken aan de thema's Leiderschap en Medezeggenschap. Uitvoer vindt plaats in 2022 e.v.	voldaan	De teams maken afdelingsplannen die vertaald worden naar plan voor de hele Blinkert
6	Personeelssamenstelling	Het project Roosteren in balans is afgerond.	voldaan	Het project is afgerond en met HHM, aangetoond dat financiering te krap is. Daarentegen bieden de Meerzorg gelden wel ruimte voor extra personeelsinzet.
7	Gebruik van informatie	Project Excellente Zorg Er ligt een concreet plan voor het werken aan het thema Onderzoek & ontwikkeling. Uitvoer vindt plaats in 2022 e.v.	voldaan	De onderzoeksbank is opgestart en actief
8	Gebruik van hulpbronnen	Project Excellente Zorg Er ligt een concreet plan voor het werken aan het thema's Verpleegkundige strategie en Focus op resultaten. Uitvoer vindt plaats in 2022 e.v.	Niet voldaan	Er is voor gekozen om dit plan even geen prioriteit te geven en andere doelstelling eerst goed af te ronden.

3.2

VERPLEEGHUIS
BUITENHAEGHE

(Almere, regio Midden
Nederland)

Vanaf 2020 zijn er, mede naar
aanleiding van een bezoek van de
Inspectie, veel zaken in gang gezet
ter verbetering van de kwaliteit.
Het was steeds een afwegen tussen
de wens om zaken te veranderen
en de verandercapaciteit van de
mensen en de organisatie. Om deze
verandercapaciteit te vergroten,
hebben wij een nieuwe, bottom-
up geformuleerde, visie en een
scholingsplan geschreven op basis
van de verbeterplannen en wensen
van medewerkers. Medewerkers
hebben aan de hand van een nieuwe
methode de zorgplannen voor alle
bewoners herschreven met minder
doelen en meer inbreng van bewoners
en familie. Door het verlagen van de
span of control van leidinggevenden
hebben we meer aandacht aan
medewerkers kunnen geven en
daarmee het ziekteverzuim verlaagd
en de betrokkenheid op elkaar
verhoogd.

Buitenhaeghe heeft in 2022 de in
2021 ingezette transitie doorgezet.
Dit is bekrachtigd en bekroond door
een positief rapport van de inspectie
naar aanleiding van het bezoek dat ze
in augustus 2022 aan Buitenhaeghe
brachten.)))

	THEMA UIT KWALITEITSKADER	DOELSTELLING 2021-2022	STATUS	EINDREFLECTIE
1	Persoonsgerichte zorg	Het programma Ken je mij? krijgt een vervolg en is volledig ingebed in het zorgproces in Q3 2022; dan vindt evaluatie plaats. Er wordt dan beoordeeld of: • doelen helder en vanuit de bewoner zelf zijn geformuleerd • doelen uitgewerkt worden, inclusief doelgerichte rapportage O.b.v. de evaluatie worden nieuwe afspraken gemaakt en opgevolgd.	Voldaan	Het zorgplanbeleid is aangepast en alle doelen worden vanuit de bewoners geschreven. Voor elke bewoner is aandacht, niet alleen medisch maar zeker ook als mens achter de zorgvrager. Elke discipline heeft informatie over de verhalen en wensen van de bewoner tot zijn beschikking (zie punt 4), dit zou echter nog beter uitgeput kunnen worden om nog beter aan te sluiten bij de bewoner.
2	Persoonsgerichte zorg	In 2021 werken medewerkers volgens een methodiek die de zorgvraag van bewoners koppelt aan personeelsinzet. Eind 2021 vindt evaluatie plaats en wordt evt. doorloop naar 2022 bepaald.	Voldaan	Het normrooster van 2023 is gebaseerd op de zorgvraag (adhv de indicaties) van najaar 2022. Eind 2022 zijn hierop nog een aantal kleine wijzigingen doorgevoerd. Eind Q2 2023 wordt dit normrooster geëvalueerd en indien nodig aangepast voor 2024. Er is doorlopend aandacht voor passende indicaties, indien nodig worden aanpassingen aangevraagd bij het CIZ.
3	Wonen & Welzijn	Vanaf Q1 2021 is de aandacht voor maaltijden verbeterd. Dit blijkt o.a. uit een evaluatie met de cliëntenraad in Q3 2021. De maaltijd komt als onderwerp terug in de teamoverleggen, ten minste 4 keer per jaar. Evt. verbeterpunten worden vastgelegd en uitgevoerd.	Voldaan	Dit doel is behaald. Veranderingen zijn succesvol doorgevoerd. Medicijnen worden voor (ipv tijdens)de maaltijd gedeeld, waardoor er meer rustig is tijdens de maaltijd. De warme maaltijden worden door 50/50 uitgeserveerd in de huiskamers wat de kwaliteit heeft verhoogd. Er wordt een moment van stilte gehouden voor de maaltijd.
4	Wonen & Welzijn	Eind 2021 heeft iedere bewoner een persoonlijk welzijnsarrangement, opgesteld door welzijnsondersteuners.	Voldaan	De Activiteitenbegeleiders hebben voor nagenoeg alle bewoners een welzijnsarrangement gemaakt: ‘Mijn Verhaal’ (sprokkeldocument) en ‘Mijn Dagbesteding’. De Medewerkers Welzijn geven hier handen en voeten aan met medewerking van alle overige disciplines (incl. vrijwilligers) en ondersteund/ gecoacht door de activiteitenbegeleiders. De praktijk is nog weerbarstig en mede door onderbezetting en functievervaging is de uitvoering nog niet optimaal. In 2023 krijgt dit de nodige aandacht.
5	Wonen & Welzijn	De communicatiedriehoek tussen bewoner, familie en de persoonlijk begeleider is verbeterd: • In 2021 krijgen medewerkers doorlopend intervisie en scholing t.a.v. communicatie met familie/naasten. Ook de onderlinge communicatie en het durven aanspreken van elkaar zullen hier een onderdeel van zijn. • Per 1 december kunnen de zorgmedewerkers communicatie met familie goed vormgeven en hebben handvatten aangereikt gekregen. Evaluatie vindt plaats in de kwartaaloverleggen.	Voldaan	In 2022 hebben de regieverpleegkundigen huisbreed twee trainingsdagen voor alle PB'ers georganiseerd. De volgende onderwerpen kwamen hierin aan bod: systeem Clever uitleg, mantelzorgcoach (hoe om te gaan met mantelzorgers/ familie), coaching, actief oefenen met zorgplannen en casussen. Daarnaast zijn er ook per afdeling PB overleggen gehouden waar altijd een stukje casusbespreking in naar voren komt. In 2022 zijn de huisbrede PB overleggen niet gepland i.v.m. de trainingen en PB overleggen per afdeling. Maar dit werd wel gemist door de PB'ers. In 2023 wordt daarom de huisbrede PB overleggen wel weer opgepakt inclusief intervisie.

Op veel getoetste normen is een voortuitgang geconstateerd. Autonomie, respect, veiligheid, kwaliteit van zorg en communicatie zijn kernwoorden in deze normen en het zijn ook de kernwoorden van onze visie die in 2021 bottom-up ontwikkeld is. Natuurlijk zijn er altijd punten die beter kunnen. Een constatering van de inspectie was dat er niet altijd voldoende deskundige medewerkers aanwezig zijn. Hierop hebben we kritisch naar de verpleegkundige diensten gekeken en een aantal aanpassingen doorgevoerd, waardoor er nu een goede 24/7 aanwezigheid van verpleegkundigen is. Ook zijn wij meer gaan werken met een beperkt aantal personeelsleden niet in loondienst, zodat er minder nieuwe gezichten voorbijkomen en er een betere borging is van de benodigde kennis. Ook is 2022 het jaar geweest waarin de inrichting van de Wzd grote vorderingen heeft gemaakt. In juli 2022 is in Buitenhaeghe een Wzdwerggroep opgericht en is aan de inrichting van de Wzd echt handen en voeten gegeven. Eind 2022 stond in het teken van de voorbereidingen op het nieuwe verpleegoproeppstysteem dat in januari 2023 het inmiddels verouderde systeem gaat vervangen.

	THEMA UIT KWALITEITSKADER	DOELSTELLING 2021-2022	STATUS	EINDREFLECTIE
6	Leren en werken aan kwaliteit	In Q1 2021 is er een plan van aanpak voor het verbeteren van interne communicatie, m.n. als het gaat om de timing (wanneer communiceer je / hoe zorg je ervoor dat alle betrokkenen tijdig geïnformeerd zijn).	Deels voldaan	Door de locatiemanager wordt er maandelijks een nieuwsbrief verstuurd naar alle medewerkers. Dat is althans de afspraak; de praktijk is nog weerbarstig. In 2023 is aandacht hiervoor nodig.
7	Leren en werken aan kwaliteit	In Q1 is er een nieuw scholingsplan voor 2021 en 2022 met daarin de volgende onderwerpen: gerontopsychiatrie en dementie, (on)vrijwillige zorg (Wzd, Wvggz), gebruik Clever en maandelijks 'huisbrede' thema's (o.a gastvrijheid, communicatie, eigenaarschap, kennen we elkaar, rapporteren op doelen, kennis van het zorgproces).	Voldaan	De scholingsplannen voor 2021 en 2022 zijn opgesteld, gerealiseerd
8	Leren en werken aan kwaliteit	In Q1 2021 zijn verbeterplannen gereed n.a.v. inspectiebezoek. Uitvoer vindt plaats in 2021-2022.	Voldaan	Er zijn verbeterplannen gemaakt en uitgevoerd. De afdelingen hebben deze kwaliteitsimpulsen gemerkt. Bijvoorbeeld op het vlak van medicatie worden er hesjes gedragen en zijn er nieuwe medicatiekarren gekomen. Dit doel is dus behaald. In 2023 worden deze en nieuwe verbeterplannen verder uitgevoerd om de kwaliteit te bevorderen
9	Leren en werken aan kwaliteit	In 2021 e.v. krijgen leerlingen en medewerkers structureel coaching.	Voldaan	De inzet van de coach is zeer waardevol gebleken en zal ook in de komende jaren nodig zijn. Ook is voor de leerlingen een praktijkbegeleider aangesteld, wat door zowel de afdelingen als de leerlingen als een meerwaarde
10	Leren en werken aan kwaliteit	Vanaf Q1 2021 is een programmamanager aangesteld en actief. Deze gaat aan de slag met genoemde kwaliteitsprojecten in nauwe samenwerking met het management.	Voldaan	De inzet van de programmamanager/ projectleider was succesvol. Inmiddels is de vraag veranderd en zijn de huidige projecten ondergebracht bij de kwaliteitsverpleegkundige aangezien de vraag zich voornamelijk op het vlak van kwaliteit bevindt.
11	Leiderschap, governance, management	Het management volgt een ontwikkelprogramma zodat zij zijn toegerust om de kwaliteitsslag op Buitenhaeghe aan te pakken.	Voldaan	Gerealiseerd in 2021
12	Personeelssamenstelling	Eind 2021 maken alle medewerkers in teamverband hun eigen rooster.	Niet voldaan	Tot op heden is het zelfroosteren niet uit te verf gekomen. Dit heeft te maken met een gebrekkige implementatie, het hoge verzuim en het grote aantal openstaande vacatures. Ook blijkt het roosterprogramma niet ideaal te zijn voor grote teams met verschillende disciplines, normwaarden en wisselende diensten. In 2023 werken we verder aan het optimaliseren

	THEMA UIT KWALITEITSKADER	DOELSTELLING 2021-2022	STATUS	EINDREFLECTIE
13	Personeelssamenstelling	In teamoverleggen is minimaal 2 keer per jaar aandacht voor reflectie n.a.v. het programma Ken je mij?, bijv. d.m.v. intervisie en/of casuïstiekbespreking	Deels voldaan	Elke afdeling geeft op een eigen manier aandacht aan dit doel. De inter-/supervisie is niet geslaagd. Mwd blijken overvraagd te worden door terugkommomenten (overleggen, trainingen, inter-/supervisie). In 2023 gaan we dit punt onderzoeken en optimaliseren. Dit onderwerp blijft onderwerp van aandacht. In 2023 zal o.a. het thema Integrale Veiligheid hier vorm aan geven.
14	Personeelssamenstelling	Het verzuimpercentage is gedaald t.o.v. 2020. Vanaf 2021 is een coach ingezet die begeleiding biedt aan medewerkers die hier behoefte aan hebben. Dit is van groot belang, mede door (de nasleep van) COVID-19 is het verzuim fors.	Voldaan	Als je kijkt naar het verzuimpercentage is de doelstelling behaald, want het verzuim was eind 2022 7,7% (Q4 2022), dit is bijna een halvering! Aandacht voor veruim blijft echter noodzakelijk, want het percentage stijgt weer, ondanks de continuering van de inzet van de coach. Aanvullende maatregelen worden onderzocht.
15	Gebruik van hulpbronnen	In Q2 2021 is onderzocht welke bestaande of nieuwe digitale middelen benut kunnen worden om maximale bewegingsvrijheid en nabijheid voor de bewoners te realiseren. Inzet van deze middelen: Q3 2021 e.v. Medewerkers volgen trainingen voor het optimaal gebruik van Clever.	Voldaan	2022 was het jaar waarin nieuwe domotica werd aangekocht. De daadwerkelijke realisering was januari 2023. Het nieuwe verpleegoproepsysteem is betrouwbaarder, de bewegingsvrijheid van bewoners is verhoogd evenals de kwaliteit van zorg.

3.3

VERPLEEGHUIS DE DUKDALF

(Rotterdam, regio Rijnmond
Zuidwest)

De stabiele personeelsbezetting is in 2022 gecontinueerd, waardoor er verder gebouwd kon worden aan goede verpleeghuiszorg. Zo is er geïnvesteerd in een training op het gebied van psychologische veiligheid voor het hele team en is gestart met het werken met verbeterborden (LEAN-methode) om samen met medewerkers concrete verbeterpunten te formuleren en die met elkaar te realiseren. Verder zijn we gestart met het aanbieden van trainingen op het gebied van risicovolle en voorbehouden handelingen via Zuster055 en is de samenwerking met verpleeghuis De Linde in Dordrecht verder geïntensiveerd, o.a. door het opzetten van een gezamenlijke overlegstructuur op het gebied van kwaliteit, de Wzd en MIC. Ook namen we definitief afscheid van de papieren zorgmappen die nog gebruikt werden, waardoor er nu volledig digitaal in het cliëntdossier wordt gewerkt.)))

	THEMA UIT KWALITEITSKADER	DOELSTELLING 2021-2022	STATUS	EINDREFLECTIE
1	Persoonsgerichte zorg	Medewerkers kennen de geschiedenis van bewoners en passen de zorg hierop aan. In Q3 2021 heeft iedere bewoner een persoonlijk doel dat aansluit bij zijn/haar geschiedenis en wensen/verwachtingen (herstelgericht werken).	deels voldaan	Nieuwe medewerkers worden actief gestimuleerd om de HGW-training zsm te volgen bij in-dienst treding, A3 project (LEAN) uitgezet om dit te borgen binnen de organisatie. Nog niet in ieder dossier is een persoonlijk doel aansluitend bij geschiedenis aanwezig.
2	Persoonsgerichte zorg	In juni 2021 zijn 50% van de rapportages op doelen gerapporteerd.	voldaan	Gerealiseerd
3	Wonen en welzijn	Eind 2021 is zinvolle daginvulling binnen De Dukdalf een integraal onderdeel van de zorg en begeleiding van de bewoners. Er ligt een plan waarin activiteitenbegeleiders, gastheren en -vrouwen, verzorgenden en verpleegkundigen elk een rol hebben.	voldaan	Meer activiteiten worden vorm gegeven met de hulp van vrijwilligers, zowel uit het sociaal netwerk van medewerkers, als Netwerk Nieuw Rotterdam. Frequentie van aantal activiteiten per week is omhoog gegaan en er is meer aandacht voor individuele activiteiten. Activiteitenbegeleiders werken nu ook in Clever m.b.t. rapporteren.
4	Wonen en welzijn	Eind 2021 is er aantoonbaar contact met diverse welzijnsorganisaties in de buurt en de wijk (buurthuizen, -steunpunten), om De Dukdalf meer in te bedden in de wijk. Denk aan een kok van een restaurant die een keer komt koken of vrijwilligers die een activiteit organiseren met de bewoners.	voldaan	Nieuwe vaste vrijwilliger in dienst bij De Dukdalf. In 2022 is een burendag georganiseerd namens de locatie. Zie ook onder 3.
5	Wonen en welzijn	In september 2021 is er aantoonbaar contact met minimaal 3 verschillende kerken en/of andere religieuze gemeenschappen. Bij voorkeur in de buurt, zodat zij kunnen bijdragen via vrijwilligers en activiteiten t.b.v. het welzijn van de bewoners van De Dukdalf.	voldaan	Kerken uit de buurt zijn betrokken bij projecten. Activiteitenbegeleider is aangesloten interkerkelijk diaconaal overleg in de wijk. Burendag georganiseerd op locatie van evangelische gemeente vlakbij. Verschillende activiteiten zijn georganiseerd met een groep vrijwilligers vanuit kerkelijke groeperingen/studentenverenigingen.
6	Wonen en welzijn	Het sporten o.l.v. een sportcoach is geïntegreerd in het activiteitenprogramma van de afdeling.	voldaan	Er is gestart met een beweegprogramma door de activiteitenbegeleider. Sportcoach wordt niet meer ingezet, en staat ook niet op de planning.
7	Veiligheid	Medewerkers maken een juiste melding bij incidenten. Deze worden geanalyseerd en besproken in het teamoverleg, minimaal 4 keer per jaar. Het team ervaart de meerwaarde van melden en er heerst een open cultuur om te leren van incidenten.	deels voldaan	Bespreking en analyse van meldingen vindt 4x per jaar plaats in de MIC-commissie V&V. Daarnaast heeft de regio Rijnmond Zuidwest meegedaan aan het landelijke project Integrale Veiligheid. Als onderdeel hiervan is de meldcultuur onderwerp geweest in het teamoverleg Q3 2022) en heeft de kwaliteitsmanager uitleg gegeven in het teamoverleg (Q4 2022)
8	Veiligheid	Medewerkers zijn in staat om agressie van bewoners te voorkomen en kunnen vaardigheden inzetten om de situatie te de-escaleren.	voldaan	Gerealiseerd in 2021
9	Leren en werken aan kwaliteit	Ieder kwartaal vindt een audit plaats op 1 afdeling/verdieping m.b.v. het instrument Zicht op kwaliteit (specifiek voor kwaliteitskader verpleeghuiszorg) door een (kwaliteits)medewerker en de teamleider. In Q1 is er een jaarplanning met daarin wat wanneer geaudit wordt. Audit en opvolging is PDCA verwerkt en inzichtelijk voor alle medewerkers.	voldaan	Werken met het verbeterbord is onderdeel geworden van de werkwijze op de afdeling (LEAN).

Naar aanleiding van het deelnemerservaringsonderzoek onder bewoners zijn er aanpassingen gedaan in de warme maaltijden die werden aangeboden, wat heeft geleid tot meer tevredenheid onder bewoners. Daarnaast is er geïnvesteerd in leuke activiteiten voor bewoners door de uitbreiding op de formatie activiteitenbegeleiding. Mede dankzij de inzet van onze vaste vrijwilligers en andere vrijwilligers vanuit bedrijfsleven, scholen en kerken kon er veel extra aandacht gegeven worden aan onze bewoners.		THEMA UIT KWALITEITSKADER	DOELSTELLING 2021-2022	STATUS	EINDREFLECTIE
	10	Leren en werken aan kwaliteit	1/5 van de medewerkers die langer dan 2 jaar bij De Dukdalf werkt, loopt mee in een andere organisatie of een andere LdH-locatie (lerend netwerk). Het meelopen kan variëren in het uitwisselen van kennis over een specifiek onderwerp tot een dag(deel) meelopen op een verpleegafdeling.	niet voldaan	Dit is niet gelukt. Wel worden er meer gezamenlijke trainingen georganiseerd met collega's van locatie De Linde (o.a. op het gebied van verpleegtechnisch handelen) zodat er onderling informatie uitgewisseld en geleerd kan worden.
	11	Leiderschap, governance, management	De vertegenwoordiging in en de bekendheid van de VAR heeft dusdanig invulling gekregen dat teamleden de weg weten en terughoren wat er met signalen wordt gedaan. In 2022 vindt evaluatie plaats.	niet voldaan	In afwachting van de oprichting van een landelijke VVAR (en wat dit betekent voor de VAR RZW) is de regionale VAR RZW niet geëvalueerd in 2022.
	12	Leiderschap, governance, management	Teamleiders (van De Dukdalf én De Linde) krijgen scholing om kennis op te doen en te onderhouden omtrent VVT- en HR-zaken, waarbij iedere teamleider een eigen aandachtsgebied heeft. Er vindt periodieke terugkoppeling plaats in het teamoverleg.	voldaan	Gerealiseerd in 2021
	13	Gebruik van informatie	In maart 2021 is alle meetinformatie die in Clever kan worden genoteerd, ook daadwerkelijk in Clever gezet waardoor er geen gebruik meer wordt gemaakt van losse lijstjes. Eind 2022 volgt een check.	niet voldaan	Ontwikkeling medisch dossier in Clever4 is nog niet gerealiseerd in 2022.
	14	Gebruik van informatie	De lokale cliëntenraad kent de behoeften van bewoners door altijd aanwezig te zijn bij bewonersoverleggen.	voldaan	Gerealiseerd in 2021
	15	Gebruik van hulpbronnen	Er is een nieuw zorgoproepsysteem dat zorgt voor hogere veiligheid en meer rust - vnl. in de nachten.	voldaan	Gerealiseerd in 2021
	16	Gebruik van hulpbronnen	In 2021 krijgt de samenwerking met een andere behandeldienst vorm. Deze behandelaar onderschrijft de visie en werkwijze van het LdH en is goed bereikbaar en benaderbaar voor de bewoners van De Linde. Evaluatie vindt plaats in 2022.	voldaan	De samenwerking verloopt goed. Er is periodiek overleg met de relatiebeheerder van Novicare.

3.4

VERPLEEGHUIS DE LINDE

(Dordrecht, regio Rijnmond
Zuidwest)

Naar aanleiding van de uitkomsten van een bezoek van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) in april 2021, is in de 2^e helft van 2021 het programma Waardigheid en Trots op Locatie (WOL) gestart met ondersteuning van 2 coaches. De coaches hebben geheel 2022 ondersteund op locatie. Zo is er veel aandacht besteed aan de teamcultuur, het organiseren van reflectiemomenten en klinische lessen voor de zorg, het opzetten van een vaste overlegstructuur met o.a. een Wzd-commissie en een MIC-commissie en een nieuw verbeterregister. Ook zijn er twee kwaliteitsverpleegkundigen, een maatschappelijk werker, een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) en een beheerder gestart en is de formatie activiteitenbegeleiding uitgebreid.

In augustus 2022 heeft de IGJ opnieuw een bezoek gebracht aan De Linde. Ondanks dat er ook verbetering was geconstateerd is ook gebleken dat er meer aandacht nodig is voor: methodisch werken met Clever (het ECD), deskundigheid van de zorgverleners, de visie)))

	THEMA UIT KWALITEITSKADER	DOELSTELLING 2021-2022	STATUS	EINDREFLECTIE
1	Persoonsgericht zorg	Medewerkers kennen de geschiedenis van bewoners en passen de zorg hierop aan. In Q3 2021 heeft iedere bewoner een persoonlijk doel die aansluit bij zijn/haar geschiedenis en wensen/verwachtingen (herstelgericht werken).	voldaan	Dit is uitgesteld naar Q1 2023 (gerealiseerd).
2	Persoonsgericht zorg	Zorgmedewerkers werken per juni 2021 volgens de methodiek procesmatig werken in Clever.	voldaan	Dit is uitgesteld naar Q1 2023 (gerealiseerd).
3	Wonen en welzijn	Receptiemedewerkers zijn actiever betrokken bij de alledaagse activiteiten van de bewoners. Plan van aanpak is gereed in Q2 2021.	niet voldaan	Verbouwing kon niet in de begroting worden meegenomen in 2022. Opstellen en implementatie plan van aanpak dagbesteding/welzijn uitgesteld naar 1 ^e helft 2023.
4	Wonen en welzijn	Per januari 2021 zijn er gastheren en -vrouwen zijn 7 dagen per week aanwezig t.b.v. het welzijn (activiteiten, zingeving enz.) van bewoners. Evaluatie vindt plaats in 2022.	voldaan	Gerealiseerd in 2021
5	Wonen en welzijn	Eind 2021 is zinvolle daginvulling binnen de Linde een integraal onderdeel van de zorg en begeleiding van de bewoners. Dit is concreet en praktisch gemaakt in een plan waarin activiteitenbegeleiders, gastheren en -vrouwen, verzorgenden en verpleegkundigen elk een rol hebben. In bewonersoverleggen worden wensen van bewoners geïnventariseerd.	deels voldaan	Zie onder 3.
6	Veiligheid	In het MDO is 2 keer per jaar aandacht voor evaluatie van risicoindicatoren, SNAQ, afspraken rondom levenseinde en toepassing van VBM.	voldaan	Gerealiseerd in 2021
7	Veiligheid	Gastvrouwen en -heren hebben kennis van de HACCP-regels en gezonde voeding passen deze kennis toe in de praktijk.	voldaan	Gerealiseerd in 2021
8	Leren en werken aan kwaliteit	Ieder kwartaal vindt een audit plaats op 1 afdeling/verdieping m.b.v. het instrument Zicht op kwaliteit (specifiek voor kwaliteitskader verpleeghuiszorg) door een (kwaliteits)medewerker en de teamleider. In Q1 is er een jaarplanning met daarin wat wanneer geaudit wordt. Audit en opvolging is PDCA verwerkt en inzichtelijk voor alle medewerkers.	deels voldaan	Pilot LEAN verbeterbord De Dukdalf is gestart in 2022. In 2023 start een pilot op De Linde (afdeling 3/4).
9	Leren en werken aan kwaliteit	Medewerkers maken een juiste melding bij incidenten. Deze worden geanalyseerd en besproken in het teamoverleg, minimaal 2 keer per jaar. Het team ervaart de meerwaarde van melden en er heerst een open cultuur om te leren van incidenten.	voldaan	Bespreking en analyse van meldingen vindt 4x per jaar plaats in de MIC-commissie V&V. Daarnaast heeft de regio Rijnmond Zuidwest meegedaan aan het landelijke project Integrale Veiligheid. Als onderdeel hiervan is de meldcultuur onderwerp geweest in de teamoverleggen (Q4 2022)

op persoonsgerichte zorg en het systematisch verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Naar aanleiding zijn verbeteracties ingezet t.a.v. het uniformeren en verbeteren van het opnameproces, het werken met Clever en de positionering van persoonlijk begeleiders. Deze acties lopen door in 2023.

	THEMA UIT KWALITEITSKADER	DOELSTELLING 2021-2022	STATUS	EINDREFLECTIE
10	Leiderschap, governance, management	Teamleiders (van De Dukdalf én De Linde) krijgen scholing om kennis op te doen en te onderhouden omtrent VVT- en HR-zaken, waarbij iedere teamleider een eigen aandachtsgebied heeft. Er vindt periodieke terugkoppeling plaats in het teamoverleg.	voldaan	Gerealiseerd in 2021
11	Leiderschap, governance, management	Binnen het team is de bewustwording over het thema duurzaamheid (energieverbruik, afval, tegengaan verspilling) vergroot door 3 concrete verbeteracties te ondernemen in 2021 en 2022.	deels voldaan	Gerealiseerd in 2021
12	Gebruik van hulpbronnen	In 2021 krijgt de samenwerking met een andere behandeldienst vorm. Deze behandelaar onderschrijft de visie en werkwijze van het LdH en is goed bereikbaar en benaderbaar voor de bewoners van De Linde. Evaluatie vindt plaats in 2022.	voldaan	De samenwerking verloopt goed. Er is periodiek overleg met de relatiebeheerder van Novicare.
13	Gebruik van hulpbronnen	Er zijn hulpmiddelen ingezet en medewerkers zijn daarin geschoold en ondersteund (denk aan: slim incontinentiemateriaal, FreeStyle libre - glucose meten zonder pijnlijk prikken). Daarnaast is eind 2022 het bestelproces en het magazijn zo efficiënt mogelijk ingericht.	niet voldaan	Gerealiseerd in 2021
14	Gebruik van hulpbronnen	Er is een nieuw zorgoproepsysteem dat zorgt voor hogere veiligheid en meer rust - vnl. in de nachten.	voldaan	Het Zorgoproepsysteem wordt begin 2022 vervangen.

3.5

VERPLEEGHUIS
DE MEERZORG

(Ugchelen, regio Oost)

2022 was een redelijk rustig jaar voor de Meerzorg. Op de hele locatie zijn processen geëvalueerd en verbeterd, de afdeling Buitengewoon kreeg in 2022 meer vorm. De samenwerking met zorggroep Atlant is geëvalueerd, hierdoor was het mogelijk om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Een voorbeeld is concretiseren van de werkafspraken per discipline en het MDO. Wij hebben te maken gehad met een tijdelijke slechte bereikbaarheid van de locatie dat was voor een aantal medewerkers aanleiding om werk dichterbij te zoeken. Een punt van zorg blijft dat er structureel sprake is van vacatureruimte. Naast een actieve werving, wordt er ook veel geïnvesteerd in stagiaires. Dit heeft in 2022 geleidt tot 1 nieuwe verpleegkundige en voldoende vakantiekrachten voor de zomerperiode. Wij vinden het belangrijk om dit succes te vieren.

Vol vertrouwen gaan we aan de slag in 2023 om te komen tot verdere kwaliteitsverbeteringen en ontwikkelingen.

	THEMA UIT KWALITEITSKADER	DOELSTELLING 2021-2022	STATUS	EINDREFLECTIE VOOR HET KWALITEITSVERSLAG, ZIJN DE DOELEN BEHAALD?
1	Persoonsgerichte zorg	Op 1 april 2021 zijn alle medewerkers bekend met wat persoonsgerichte zorg inhoudt. Op 1 oktober 2021 is persoonsgerichte zorg uitgewerkt en opgenomen in het zorgplan van alle bewoners. In 2022 vindt een check plaats op de zorgplannen.	voldaan	Persoonsgerichte zorg wordt besproken zowel tijdens het teamoverleg als op het MDO. Het opstarten van dagbesteding vanuit de locatie heeft een positieve bijdrage geleverd aan de persoonsgerichte zorg. Het is een onderwerp wat blijvend aandacht behoeft.
2	Wonen en Welzijn	De visie en missie voor de Elv-afdeling en de Wlz-afdeling zijn opgesteld en bekend bij het team. In Q1 2021 zijn beide afdelingen gerealiseerd en de visie en missie vertaald naar een plan van aanpak. Implementatie is afgerond in Q2 2022. Evaluatie vindt plaats eind 2022. Voor 2022 zal hier veel werk, aandacht en tijd naartoe gaan.	voldaan	De WLZ afdeling heeft een visie en missie, deze wordt in 2023 geëvalueerd. De ELV afdeling heeft een verouderde missie en visie deze wordt in 2023 herschreven en opnieuw geïmplementeerd
3	Wonen en Welzijn	In ieder zorgplan zijn doelen opgesteld m.b.t. zinvolle daginvulling. De vraag wat een dag zinvol maakt, is besproken met de bewoner en vertaald naar concrete acties. Dit uit zich in 2022 in een hogere score t.a.v. zinvolle daginvulling in het CTM (t.o.v. 2020)	voldaan	Bij alle Wlz cliënten zijn er doelen tav dagbesteding opgenomen in het zorgplan. In 2022 heeft dit nog geen hoger resultaat in het CTM opgeleverd aangezien de dagbesteding van de locatie per 1-1-2023 pas van start is gegaan. De verwachting is dat in de volgende CMT meting dit een positief resultaat op levert.
4	Veiligheid	In Q1 2021 is een extern deskundige betrokken bij de hygiëne- en infectiepreventiecommissie.	voldaan	Er is in regio oost geen HIC. Wanneer er zaken spelen rondom infectie en preventie wordt er gebruik gemaakt van of de deskundige vanuit Atlant zorggroep of het ziekenhuis. Deze lijnen zijn kort. De samenwerking verloopt goed.
5	Veiligheid	Er vindt een risico-inventarisatie plaats onder medewerkers t.a.v. ergo/arbo. N.a.v. de inventarisatie is een plan van aanpak ontwikkeld incl. te ondernemen acties (hulpmiddelen, instructies, scholing).	voldaan	RIE is uitgevoerd in 2022. Actiepunten met hoge prioriteit zijn direct opgepakt. Tav de overige punten is een plan van aanpak opgesteld. De uitvoering van het plan zal uiterlijk einde tweede kwartaal gereed zijn.
6	Leren en werken aan kwaliteit	In 2021 zijn de onderwerpen voeding en continentie in het zorgplan aanwezig.	deels voldaan	Onderwerpen voeding en continentie zijn bij 2/3 van de cliënten beschreven in het zorgplan. Blijft een punt van aandacht. Echter bij de cliënten waar het niet in het zorgplan staat is er ook meestal sprake van geen zorg vraag op het gebied van continentie of voeding.
7	Leren en werken aan kwaliteit	Op 1 april 2021 zijn er twee werkformats opgesteld voor het MDO: 1 voor de Wlz- en 1 voor de Elv-afdeling.	voldaan	De formats voor de MDO's zijn opgesteld en geïmplementeerd. Zowel voor ELV als voor WLZ is er een vaste agenda voor het MDO. WLZ: cliënten zijn aanwezig bij het MDO en betrokken bij de voorbereiding en uitvoering van het zorgplan. ELV: de cliënten worden door de EVV-er vooraf en achteraf geïnformeerd over het MDO en de uitkomsten. Indien noodzakelijk of op verzoek van de cliënt, kan de cliënt aansluiten bij het MDO.

	THEMA UIT KWALITEITSKADER	DOELSTELLING 2021-2022	STATUS	EINDREFLECTIE VOOR HET KWALITEITSVERSLAG, ZIJN DE DOELEN BEHAALD?
8	Leren en werken aan kwaliteit	Het opleidingsplan voor de MeerZorg is jaarlijks in Q1 vastgesteld en vervolgens uitgevoerd volgens planning. Onderwerpen die zijn opgenomen voor 2021 zijn: bevoegd en bekwaamheden, motiverende gespreksvoering, omgaan met verslaving, klinisch redeneren, verschillende ziektebeelden.	voldaan	Het opleidingsplan is uitgevoerd. In 2022 is gestart met het structureel organiseren van klinische lessen, voorafgaande aan het teamoverleg. De thema's van de klinische lessen worden in het teamoverleg vastgesteld op basis van prioriteiten. De afdelingsmanager faciliteert en organiseert de klinische lessen. Overige scholing wordt op de lange termijn gepland, zodat het opgenomen kan worden in de planning.
9	Leren en werken aan kwaliteit	In 2021 zijn er 2 verpleegkundigen aangesteld als aandachtsfunctionaris kwaliteit. Zij volgen een 3-daagse training (over het werk van een kwaliteitsverpleegkundige) en brengen 2 keer per jaar thema's in waar het team mee aan de slag gaat.	deels voldaan	Eind 2022 is er 1 verpleegkundige met het aandachtsgebied kwaliteit. Door verloop en zwangerschapsverlof zijn alleen de punten met een hoge prioriteit opgepakt. Begin 2023 wordt er een plan van aanpak gemaakt door de verpleegkundige en de afdelingsmanager met als doel kwaliteit in beeld te brengen en te borgen in de dagelijkse gang van zaken.
10	Leren en werken aan kwaliteit	Alle medewerkers kunnen, binnen hun rol, werken met Clever en zijn op de hoogte van wat er van hen verwacht wordt. In 2022 vindt een check plaats door BTM en de TL, waarbij wordt nagegaan of iedere bewoner, langer dan zes weken verblijvend op de afdeling, een vastgesteld zorgplan heeft, risico- inventarisaties zijn ingevuld en of doelen zijn geëvalueerd dan wel bijgesteld. Het thema komt terug in de jaarlijkse ontwikkelgesprekken met medewerkers.	deels voldaan	In 2022 is er door BTM 2 maandelijks een check uitgevoerd tav de zorgplannen en evaluaties. Ivm vertraging van de implementatie van Clever 4.0 heeft de overige uitrol van procesmatig werken nog niet plaats gevonden. Dit volgt in 2023.
11	Leren en werken aan kwaliteit	Minimaal 2 zorgmedewerkers zijn een niveau hoger opgeleid. Zij worden begeleid door een verpleegkundigen niveau 4 of 5 en op afstand (door onderwijsinstelling).	deels voldaan	In 2022 waren 3 medewerkers in opleiding voor niveau 3 en 5. Eén van hen is gestopt in eind 2022. De andere twee vervolgen hun opleiding in 2023.
12	Gebruik van informatie	Alle medewerkers zijn op de hoogte van de AVG. Communicatie en privacy van bewoners en medewerkers is gewaarborgd en verloopt volgens de regels van de AVG.	voldaan	Het team is geïnformeerd tav de AVG regels. In team overleggen staat dit gemiddeld 4 keer per jaar op de agenda. Indien er nieuwe ontwikkelingen of vraagstukken zijn wordt dit besproken in het team overleg. Hierbij wordt indien van toepassing de expertise van de kwaliteitsmanager van regio Oost gevraagd

3.6

VERPLEEGHUIS MERENHOEF

(Maarssen, regio Midden
Nederland)

Op dit moment gaat alle aandacht naar het leveren van goede kwaliteit van zorg. Dit is iets wat voor Merenhoef erg belangrijk is en waar we hard aan werken, ook door middel van het programma 'waardigheid en trots' dat ons helpt om bepaalde thema's op te pakken en hier aandacht voor te hebben. In de maanden januari en februari is bijvoorbeeld het thema hygiëne in de spotlights gezet. We hadden een "blackbox" waarin je - na het handen wassen - je handen kon doen om te kijken of je ze goed hebt gewassen. Dit is helpend om als medewerker weer bewust te zijn van hoe belangrijk hygiëne is. Er is een Wzd projectgroep gestart om te zorgen dat in Merenhoef op een juiste manier wordt omgegaan met de Wet zorg en dwang. De locatie is op dit moment heel hard aan het werk om stabiliteit te creëren en de kwaliteit van zorg op orde te krijgen. Sinds januari een stabiel MT waarin we stappen maken om medewerkers te binden en te boeien. Inzet van veel uitzendkrachten is nog steeds aanwezig vanwege de grote vacatureruimte binnen Merenhoef. Bedbezetting wordt hoger.

	THEMA UIT KWALITEITSKADER	DOELSTELLING 2021-2022	STATUS	EINDREFLECTIE
1	Persoonsgerichte zorg	Eind 2022 werken zorgverleners vraaggericht: - Medewerkers werken met zorgscorekaarten, weten een juiste indicatie te stellen en volgen een routeplan voor opname. Implementatie scorekaart en routeplan is gereed in Q1 2021. - Eind 2022 vindt hierop een check plaats in de zorgplannen. - Het onderwerp komt ten minste 4 keer per jaar terug in het teamoverleg - Jaarlijks vindt in het 4^e kwartaal een evaluatie plaats. Evt. vervolgacties worden uitgezet.	Voldaan	Met behulp van een coach van waardigheid en trots is er een visie op persoonsgerichte zorg geschreven en dit wordt nu geïmplementeerd Medewerkers zullen volgens deze visie gaan werken, waardoor persoonsgerichte zorg ook echt in de praktijk wordt uitgevoerd
2	Leren en werken aan kwaliteit	Op alle afdelingen wordt planmatig gewerkt: - In Q2 2021 zijn alle procedures voor zowel de basiszorg als voorbehouden handelingen geëvalueerd en in lijn gebracht met het planmatig werken en de laatste inzichten vanuit de beroepsstandaarden. - In Q2-Q4 2021 volgen medewerkers scholingen gericht op de nieuwe manier van werken.	voldaan	In mei en juni zijn teamdagen georganiseerd en in mei is er een jaarplan vergadering waar dit item ook aan bod komt, hier zullen acties en doelen op worden geformuleerd
3	Leiderschap, governance, management	Teamleiders zijn getraind in coachend leiderschap. Medewerkers ervaren dit coachend leiderschap; dit uit zich in een hogere score t.o.v. het afgelopen jaar in het MTO én uit de jaarlijkse ontwikkelgesprekken tussen medewerker en teamleider.	deels voldaan	1ste prioriteit is om nu de onrust weg te nemen en de bouwen aan een stabiel managementteam. Uit de eerste feedback blijkt de nieuwe manier van leiderschap door medewerkers als positief te worden ervaren.
4	Personeelssamenstelling	In Q2 2021 is er een overzicht van de personeelssamenstelling waarin verantwoordelijkheden, processen, benodigde kennis en expertise helder zijn. Dit overzicht is de basis voor werving en selectie.	deels voldaan	Hier wordt nog steeds hard aan gewerkt, formatie is nog niet op orde
5	Personeelssamenstelling	In 2021 en 2022 is er minder PNIL ingezet t.o.v. het voorgaande jaar.	niet voldaan	Voornaamste redenen zijn krapte op de arbeidsmarkt en uitval medewerkers
6	Personeelssamenstelling	Het werknemersklimaat is verbeterd doordat medewerkers naar eigen behoefte scholing kunnen volgen. Eind 2022 heeft 75% van de medewerkers een scholing gevolgd die aansluit bij zijn/haar persoonlijke behoefte.	deels voldaan	Scholingen en teamdagen zijn gepland in mei/juni 2023
7	Gebruik van hulpbronnen	Medewerkers weten (m.b.v. training) hoe de beschikbare domotica werken en passen deze toe. Daarnaast zijn ze vaardig in het werken met Clever en het nieuwe online roosterprogramma InPlanning.	voldaan	Teamleiders zijn getraind om zelf te kunnen intekenen als het gaat om sensors

3.7

WLZ THUIS**(Maarssen, regio Midden Nederland)**

	THEMA UIT KWALITEITSKADER	DOELSTELLING 2021-2022	STATUS	EINDREFLECTIE
1	Persoonsgerichte zorg	Het zorgplan en de indicatie voor bewoners die Wlz-zorg thuis ontvangen, zijn opgesteld vanuit Clever in samenspraak met andere betrokken disciplines/ stakeholders. In Q1 2021 zijn 95% van alle zorgplannen volgens de richtlijnen opgesteld. In 2021 vindt evaluatie plaats.	voldaan	Alle plannen worden in Clever gemaakt
2	Persoonsgerichte zorg	Medewerkers krijgen scholing in het formuleren van doelen in het zorgplan. In Q1 2021 zijn 95% van alle zorgplannen volgens de richtlijnen opgesteld. In Q1 2022 vindt evaluatie plaats.	voldaan	De plannen zijn volgens de richtlijnen opgesteld
3	Multi disciplinaire aandacht	In samenspraak met de SOG zijn afspraken gemaakt die de communicatie tussen SOG en wijkverpleegkundigen verbetert. • Er is onderzocht hoe in de thuiszorg een SOG ingeschakeld kan worden (bijv. via de huisarts een verwijzing naar het ziekenhuis). Uiterlijk in juni 2021 ligt er een plan van aanpak over hoe de SOG is in te schakelen	Deels voldaan	Voldaan voor 2021 in 2022 geen vervolg aan gegeven
4	Verantwoord thuis wonen	Uiterlijk in juli 2021 is de centrale achterwacht 24 uur bereikbaar.	Voldaan	Vraagt echter nog wel aandacht om een stabiele achterwacht te kunnen garanderen
5	Verantwoord thuis wonen	Het LdH werkt samen met stakeholders binnen de palliatieve zorg om een consultatiefunctie vorm te geven.	voldaan	Gerealiseerd in 2021
6	Wonen en welzijn	Er is onderzocht of Arbochecks door de verpleegkundige (of ergotherapeuten) zelf gedaan kunnen worden.	voldaan	Gerealiseerd in 2021
7	Veiligheid	• Medische technologie bij medicatieveiligheid is ingezet (indien goed bevonden). • Voor 31-12-2021 zijn alle medewerkers geïnstrueerd om de risico-inventarisatie af te nemen en is bij 95% van de deelnemers een risico-inventarisatie afgenomen. In Q3 2022 vindt een evaluatieplaats	voldaan	Gerealiseerd in 2021
8	Veiligheid	Werkwijze Wzd is geïmplementeerd, vóór 2021.	voldaan	Gerealiseerd in 2021
9	Leren en werken aan kwaliteit	Medewerkers volgen een scholing voorbehouden handelingen.	voldaan	Gerealiseerd in 2021
10	Gebruik van informatie	Aanleveren NPS.	voldaan	Wordt jaarlijks uitgevoerd en aangeleverd

LIJST MET AFKORTINGEN

AFKORTING	BETEKENIS
AB	activiteitenbegeleider
ACP	advance care planning
ADL	algemeen dagelijkse verrichtingen
Arbo	arbeidsomstandigheden
AVG	privacywetgeving Algemene verordening gegevensbescherming
BBL	beroepsbegeleidende leerweg
BTM	bureau trajectmanagement
Clever	benaming elektronisch cliëntdossier binnen het LdH
CR	cliëntenraad
CTM	cliënttevredenheidsmeting
DEO	deelnemerservaringsonderzoek
Elv	eerstelijns verblijf
EVV	eerst verantwoordelijk verzorgende/verpleegkundige
GC	going concern, d.w.z. ingebed in zorgproces
HACCP	Hazard Analysis and Critical Control Points - voedselveiligheidssysteem
HIC	hygiëne en infectiepreventie commissie
IGZ	inspectie gezondheidszorg en jeugd
KCA	afdeling kwaliteit, compliance, audits (LdH landelijk)
KVP	kwaliteitsverpleegkundige
LCR	landelijke cliëntenraad
LdH W&G	Leger des Heils Welzijns- en Gezondheidszorg
MDO	multidisciplinair overleg
MIC	melding incident cliënt

AFKORTING	BETEKENIS
MTO	medewerkerstevredenheidsonderzoek
MWW	medewerker Wonen en welzijn
OGGz	openbare geestelijke gezondheidszorg
PB	persoonlijk begeleider
PDCA	verbetermethodiek Plan - Do - Check - Act
PG	psychogeriatric
PNIL	personeel niet in loondienst
PvA	plan van aanpak
PRI	prospectieve risico-inventarisatie
SOG	specialist ouderengeneeskunde
SPV	sociaal psychiatrisch verpleegkundige
SN VVT	specialisatienetwerk VVT
TL	teamleider
VAR	verpleegkundige adviesraad
VBM	vrijheidsbeperkende maatregelen
VIG	verzorgende IG
VOG	visite onbegrepen gedrag
VVT	verpleging, verzorging thuiszorg
Wlz	wet langdurige zorg
Wmcz	wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen
Wvggz	wet verplichte ggz
Wzd	wet zorg en dwang
ZLP	zorgleefplan



**Doen wat
we geloven**