



## **KWALITEITSVERSLAG 2022**

### **Stichting Joods Bejaardencentrum Den Haag**



Mei 2023

## Inhoudsopgave

Inleiding	3
Kwaliteitsverslag mr. L.E. Visserhuis 2022	3
Kwaliteitsverslag a.d.h.v. de pijlers van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg	5
1. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning	5
2. Wonen en welzijn	6
3. Passende, veilige zorg en ondersteuning	7
4. Leren en ontwikkelen`	8
5. Leiderschap, governance en management	9
6. Personeelssamenstelling	11
7. Gebruik van hulpbronnen	12
8. Gebruik van informatie	12
Afsluitend	13

## Inleiding

In dit Kwaliteitsverslag kijken we terug op 2022; kijken we naar het kwaliteitsmanagementsysteem van het mr. L.E. Visserhuis. Wat hebben we gedaan, wat is goed gegaan en waar liggen nog verbeteringen/ kansen en mogelijkheden. Daarmee is dit verslag niet alleen een terugblik maar ook een vooruitblik op 2023.

Kijkend naar de resultaten van de inspanningen om aan de beoogde kwaliteit van onze zorg- en dienstverlening te voldoen, kunnen we concluderen dat er veel bereikt is. Ook in 2022 was het doel om de begrippen ‘compassie’, ‘uniek zijn’, ‘autonomie’ en ‘werken met zorgdoelen’ uit het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg 2021 centraal te stellen. Kernwoorden, zoals ‘eigen regie’ en ‘persoonsgericht’ die wij hiervoor hanteren zijn in betekenis in grote lijnen identiek aan begrippen als hiervoor beschreven.

In het afgelopen jaar hebben de medewerkers, zowel van de zorg als van de algemene- en facilitaire dienst, meer dan voorheen hun steentje bijgedragen aan het uitvoeren van het kwaliteitsbeleid. De kwaliteitskringloop PDCA<sup>1</sup> was zoveel mogelijk ingebed in de reguliere, dagelijkse werkzaamheden, zoals beschreven in het Maatschappelijk Jaarverslag 2022. De belangrijkste expliciete activiteiten om de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening te borgen en te verbeteren zijn gerealiseerd door inzet van het kwaliteitsverbetertraject van Waardigheid en trots waarmee wij reeds in 2021 zijn gestart. Dat kwaliteitsverbetertraject is in 2022 vervolgd en uitgevoerd volgens de indeling conform de acht pijlers van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg en van het Jaarplan Kwaliteit dat begin 2022 is vastgesteld.

Het Kwaliteitsverbetertraject Waardigheid en trots, het ondersteuningsprogramma van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, heeft als doel het merkbaar en meetbaar verbeteren van de verpleeghuiszorg.

Ook het vervolg van dit kwaliteitsverbetertraject was onder leiding van een coach/adviseur van Waardigheid en trots. De werkwijze van 2021 is gecontinueerd in 2022. De teams werkten aan verbeteracties die uit de audits zijn gebleken samen met de teamleiders en de coach/ adviseur (van Waardigheid en trots) aan de hand van het eigen teamkwaliteitsverbeterplan. De audits zijn in het afgelopen jaar vier keer uitgevoerd. De normen in de teamkwaliteitsverbeterplannen komen overeen met de normen uit het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg; Persoonsgerichte zorg en ondersteuning, Wonen en welzijn, Veiligheid, Leren en verbeteren van kwaliteit, Leiderschap, Governance en Management, Personeelssamenstelling, Gebruik van hulpmiddelen en Gebruik van informatie.

Het kwaliteitsverbetertraject is een continu traject dat volgens Plan Do Check Act<sup>1</sup> wordt uitgevoerd. Ieder kwartaal worden de afdelingen ge-audit door één van de teamleiders en de kwaliteitsverpleegkundige. De uitkomsten worden verwerkt in de teamkwaliteitsplannen. Verbeteracties worden aangestuurd door de teamleider en opgepakt door de teams/ medewerkers. De resultaten van de verbeteracties worden in de volgende audit weer beoordeeld. En vervolgens worden de uitkomsten zo nodig weer omgezet in verbeteracties. Gaande dit traject hebben de teamleiders, in dit cyclisch verbeteren, de rol van de coach/ adviseur overgenomen. En daarmee hadden de teamleiders samen met het managementteam de leidende rol in dit traject. De

---

<sup>1</sup> Plan Do Check Act = , d.w.z. afspreken wat je doet - doen wat je afspreekt - controleren of het goed gaat - ingrijpen als het fout gaat

ondersteuning vanuit Waardigheid en trots duurde tot eind 2022 en werd na een organisatie-brede evaluatie positief afgesloten.

Het kwaliteitsverbetertraject is voor ons dé manier om samen met de medewerkers in het mr. L.E. Visserhuis te blijven leren en verbeteren. Ook in het afgelopen jaar hebben wij gezien dat wij met deze wijze van werken aan verbetering goede resultaten boeken. Daarom zal ook volgend jaar dit kwaliteitsverbetertraject gecontinueerd worden.

Met de aandachtspunten en verbeteracties én met de inzet van de Kwaliteit Verbeter Cyclus gaan wij in 2023 enthousiast verder. Dat doen wij omdat wij als kleine organisatie, met betrokken en gemotiveerde medewerkers, een zorgorganisatie willen zijn waar het plezierig werken en veilig wonen is. Een organisatie met een hoge kwalitatieve standaard van persoonsgerichte zorg voor bewoners en familie en een lerende omgeving voor onze medewerkers. Maar bovenal een huis met een hoge kwalitatieve standaard van persoonsgerichte zorg.

Hierbij bieden wij u het Kwaliteitsjaarverslag 2022 van het mr. L.E. Visserhuis aan. Het Kwaliteitsjaarverslag is geschreven a.d.h.v. de pijlers van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg 2021.

In het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg 2021 staan de richtlijnen en regels voor verpleeghuizen beschreven, deze regels hebben de kracht van wet. Het Jaarplan Kwaliteit van het mr. L.E. Visserhuis is gestructureerd op de acht pijlers (zie verder) van het Kwaliteitskader. Ook de Inspectie (IGJ) handhaaft hierop. Dat hebben wij reeds ondervonden bij de bezoeken van de IGJ. Het kwaliteitsverbetertraject (Waardigheid en trots) is eveneens gestoeld op de pijlers van het Kwaliteitskader. Aan de hand van die acht pijlers inventariseren wij jaarlijks of en in welke mate wij aan deze eisen voldoen en waar de verbeterpunten liggen. Het werken volgens de structuur van het kwaliteitstraject (volgens PDCA) is voor ons de manier om continue te leren en verbeteren aan de normen van het kwaliteitskader. Ook het afgelopen jaar is er volgens die methode geïnventariseerd (teamkwaliteitsaudits ieder kwartaal) en gekeken waar de verbeterpunten lagen (teamkwaliteitsoverleggen). Zo konden wij in 2022 blijven verbeteren op de punten (pijlers) Persoonsgerichte zorg, Rapporteren op doelen en Methodisch werken. Dat waren de punten waarvan destijds de IGJ concludeerde dat wij tekortschoten. En waarop wij de laatste jaren grote vooruitgang hebben geboekt.

### **1. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning**

De zorg en ondersteuning die wij bieden was vanuit onze **persoonsgerichte visie en - werkwijze** en met behulp van het digitale cliëntendossier ONS zo goed als mogelijk persoonsgericht. Ook in het kwaliteitsverbetertraject en in de audits is Persoonsgerichte zorg het afgelopen jaar expliciet de orde geweest. Met behulp van het kwaliteitsverbetertraject was het mogelijk extra aandacht voor dit belangrijke onderwerp te organiseren Door het oppakken van verbeteracties (in teambesprekingen en trainingen) was het mogelijk de persoonsgerichte zorg te borgen in onze zorg- en dienstverlening. De teamleiders zorg en ook de kwaliteitsverpleegkundige hebben een belangrijke en coachende rol in training on the job aan de medewerkers bij toepassen van persoonsgerichte zorg. In 2022 is ook het plan gevat de belevingsgerichte training voor persoonsgerichte zorg bij Oudtopia volgend jaar weer op te pakken. Veel aandacht was er ook voor rapporteren op zorgdoelen en methodisch werken. Rapporteren op zorgdoelen maakt de zorg persoonsgericht en maakt dat in de dienstverlening aan de individuele bewoner methodisch gewerkt wordt. Het ECD (elektronisch cliëntendossier) ONS is ondersteunend hierin.

Eén van de tools om persoonsgerichte zorg en ondersteuning te onderzoeken is cliëntenraadpleging. Daarom vindt jaarlijks cliëntenonderzoek plaats. Ook in 2022 is voor cliëntenraadpleging gebruik gemaakt van het landelijk systeem voor de zorgsector: ZorgkaartNederland. Daarbij is een beroep gedaan op bewoners en familie/vertegenwoordigers om positieve en negatieve ervaringen op internet te delen en cijfers te geven voor onze zorg- en dienstverlening. Het cliëntenonderzoek is uitgevoerd door Market Respons (onderzoeksbureau).

De respons in 2022 was 22 personen. Hun waardering, uitgedrukt in een schoolcijfer, was gemiddeld 8,3. Dat is ten opzichte van 2021 gelijk gebleven. En daar zijn wij blij mee. In totaal zijn 76 bewoners in zorg (verpleeghuis, VPT en thuiszorg) aangemeld bij Market Response voor interview. Uiteindelijk hebben 22 bewoners/ eerste contactpersonen hebben deelgenomen aan het cliëntenraadplegingsonderzoek (11 minder dan in 2021). Het merendeel van de respondenten kreeg bij het geven van een waardering hulp van de NPCF<sup>2</sup>. Die organisatie heeft op vertrouwelijke basis zelfstandig wonende bewoners van de appartementen en de eerste contactpersonen/ vertegen-

woordigers van de bewoners van het verpleeghuis geïnterviewd. Die ondersteuning door de NPCF is erg nuttig, omdat het niet voor iedereen gemakkelijk en vanzelfsprekend is om hun ervaringen op internet te beschrijven en verbeterpunten te noemen. Ook voor de cliëntenraadpleging 2023 zal de ondersteuning van de NPCF opnieuw gevraagd worden.

De meeste respondenten gaven, al dan niet geholpen door de NPCF, op de website van ZorgkaartNederland in een toelichting aan wat er volgens hen verbeterd kon worden. Een samenvatting daarvan is teruggekoppeld naar het management van het mr. L.E. Visserhuis. De verbeterpunten zijn opgenomen in een Plan van aanpak waar het managementteam mee aan de slag gaat. De respondenten noemden dat de personeelsbezetting, het maken van afspraken en onderwerpen m.b.t. het gebouw verbeterd kunnen worden. Het aanbod aan activiteiten was verbeterd ten opzichte van voorgaand jaar, aldus de respondenten. En ook is de communicatie tussen zorgvragers en zorgverlener verbeterd.

Ook in 2023 gaan wij onverminderd door met deze wijze van cliëntenraadpleging en blijven wij ZorgkaartNederland actief promoten in al onze (digitale) publicaties.

## **2. Wonen en Welzijn**

Wij vinden wonen en welzijn belangrijk en daarom wordt veel energie gestoken in de kwaliteit van het **woon- en leefklimaat** van de bewoners van de woongroepen en de appartementen. De huiskamermedewerkers zijn hierin van groot belang. De huiskamermedewerkers hebben geen verzorgende functie. Zij ondersteunen op de woongroepen, fungeren als gastvrouw/gastheer. Zo hebben de zorgmedewerkers voldoende tijd en aandacht voor de zorgtaken die moeten worden uitgevoerd. De huiskamermedewerkers houden toezicht, bieden afleiding, geven aandacht en doen activiteiten met de bewoners, doen een spelletje, lezen de krant met de bewoners. De huiskamermedewerkers worden op iedere woongroep ingezet, zowel in dagdienst als in avonddienst. Zij leveren een bijdrage aan de kwaliteit van het woon- en leefklimaat. Zij hebben samen met de zorgmedewerkers onder leiding van de activiteitenbegeleider, de coördinator vrijwilligers en de coördinator joods welzijn zoveel als mogelijk (alternatieve) activiteiten georganiseerd.

Het mr. L.E. Visserhuis streeft ernaar om de bewoners schoon en veilig te huisvesten. Daar hebben zowel de zorgmedewerkers als de huiskamermedewerkers een belangrijke taak in. Voor het zo goed mogelijk ondersteunen in hun (joodse) zingeving en streven naar een zinvolle dagbesteding zijn in het mr. L.E. Visserhuis een activiteitenbegeleider, de vrijwilliger, de coördinatoren vrijwilligers en joods welzijn actief. Activiteiten worden afgestemd op hun unieke wensen en mogelijkheden. Dat doen zij in nauwe samenwerking met de huiskamermedewerkers en de zorgmedewerkers. Het was fijn te zien dat in 2022 de inzet en organisatie van activiteiten weer volledig opgepakt zijn. En dat Persoonsgerichte zorg ook in wooncomfort (huiselijkheid, geborgenheid, welbevinden) van onze bewoners tot uiting komt.

Volgend jaar start de pilot Familieparticipatie. Familieleden kunnen een belangrijke rol spelen in de zorg voor ouderen die in het verpleeghuis wonen. Met inzet van familie willen wij de bewoner in de dagelijkse praktijk nog meer centraal te stellen.

### 3. Passende , veilige zorg en ondersteuning

De belangrijkste informatie (bewonersgebonden) die de zorgmedewerkers, maar ook de huiskamermedewerkers en de activiteitenbegeleiders, nodig hebben om goede zorg te kunnen verlenen is opgeslagen in het elektronische cliëntendossier (ONS) en in het digitale systeem voor beheer, distributie en toedienen van geneesmiddelen (Medimo). Deze systemen, ONS en Medimo zijn onderling gekoppeld en daarmee transparant. De zorgplannen, het beschrijven en rapporteren op doelen bieden ons de mogelijkheid persoonsgericht en methodisch zorg te verlenen.

Daarnaast, en evenzo belangrijk, zijn protocollen, procedures en werkwijzen beschreven in ons **digitale handboek MazzelTopics**<sup>2</sup>. MazzelTopics wordt up-to-date gehouden en daarmee zijn protocollen, procedures en werkwijze leesbaar, volledig en vindbaar. Nieuwe medewerkers zijn geschoold in het gebruik (slim zoeken) van het digitale handboek. De verpleegtechnische protocollen van Vilans (Kennisorganisatie voor zorg en ondersteuning) zijn automatisch gekoppeld aan ons systeem. Het digitale handboek is voor de medewerkers een belangrijke en betrouwbare informatiebron voor hun werk. Deze informatie bevordert de veiligheid, bevat actuele informatie, voorkomt misverstanden en is daarmee state of the art.

Met deze systemen als het ECD/ ONS, Medimo en MazzelTopics kunnen we stellen dat wij in het mr. L.E. Visserhuis op belangrijke processen vrijwel geheel digitaal werken.

Ook in 2022 zijn 2 x per jaar, via incidentie- en prevalentietellingen, de 11 veel voorkomende **zorgproblemen en indicatoren** voor veiligheid in kaart gebracht. Er werd o.a. nagegaan hoeveel en hoe vaak in het mr. L.E. Visserhuis sprake was van decubitus, val- en medicatie-incidenten, incontinentie, ondervoeding, polifarmacie, vrijheidsbeperking, psychofarmaca en symptomen die wijzen op depressie. Dat zijn indicatoren waarvan het Zorginstituut graag wil dat wij ze monitoren (landelijke uitvraag). Op die manier konden we leren en verbeteren m.b.v. objectieve gegevens (harde cijfers). Echter, landelijke normen (absolute waarden) voor deze indicatoren ontbreken. Daarom hanteren we onze eigen normen en volgen trends. Welke problemen nemen toe? Welke nemen af? Waarom? Waar? Wanneer? Het afgelopen jaar was er aanleiding om extra te focussen op onbegrepen gedrag. Er was in 2022 een stijgende lijn te zien in het aantal MIM-meldingen (meldingen incidenten medewerkers). Het aantal lag ruim boven de, door ons gestelde, norm. De verklaring hiervoor ligt in de verzwaring in de intramurale zorg (meer zzp-7 indicatie leidt tot intensievere zorg). Het afgelopen jaar zijn er meerdere bewoners opgenomen met een zzp-7; deze bewoners zijn verder in hun dementie en hebben problemen met zich uiten met als gevolg agressie/ onbegrepen gedrag. En dat is ook gericht naar de medewerkers. De MIM-meldingen zijn besproken met de individuele medewerkers. Maar in een enkele casus ook in teamverband al dan niet met de psycholoog. De psycholoog biedt handvatten in omgaan met onbegrepen gedrag. In een enkele casus is het CCE (Centrum voor Consultatie en Expertise) ingeschakeld. Zij bieden de zorgmedewerkers tools die nodig zijn om te kunnen omgaan met onbegrepen gedrag. De uitkomsten en de verbeteracties ten aanzien van de monitor Zorginhoudelijke indicatoren zijn besproken in de commissie Kwaliteit. En ook in het managementteam en de Raad van Toezicht. De inzet van acties is belangrijk om de aantallen incidenten te verlagen. En we hopen daar in 2023 de effecten van te zien.

In 2022 zijn, als ieder jaar, het aantal ongeplande ziekenhuisopnames gemonitord. Net als de andere thema's van basisveiligheid (medicatie veiligheid, decubituspreventie, vrijheidsbeperkende maatregelen) is de uitkomst daarvan opgenomen in de monitor Zorgproblemen/risico's en geëvalueerd in de commissie Kwaliteit met als doel te komen tot verbeteringen. Er was in 2022 één ongeplande ziekenhuisopname. Het betrof het een opname

---

<sup>2</sup> MazzelTopics = het intranet in het Visserhuis



vanwege een CVA<sup>3</sup>.

In 2022 is het werken met de RIE (Risico Inventarisatie Evaluatie) tool gecontinueerd. Het doel van een RIE is het in kaart brengen en kwantificeren van mogelijke risico's op de gebieden veiligheid, gezondheid en welzijn. De voor ons ingerichte (digitale) tool gebruiken wij om te nemen maatregelen uit te voeren. Deze tool wordt beheerd door de Arbo-coördinator, de teamleider facilitaire dienst en de kwaliteitsfunctionaris. Deze RIE is de belangrijkste basis voor het te voeren arbobeleid in huis. Met deze risico- inventarisatie en -evaluatie zijn de knelpunten op het gebied van arbeidsomstandigheden in kaart gebracht. Ook in de komende jaren wordt door ons verder gewerkt aan verdere verbetering van de arbeidsomstandigheden. Zo is het plan gevat om begin 2023 een PMO (Preventief Medisch Onderzoek) voor medewerkers uit te voeren. Een PMO is een laagdrempelige manier om te werken aan het verbeteren en behouden van de gezondheid.

#### **4. Leren en ontwikkeling**

**Interne- en externe audits:** In 2022 zijn de interne audits uitgevoerd volgens planning. Interne audits met verschillende onderwerpen zoals persoonsgerichte zorg, audit rapporteren op SOAP, onvrijwillige zorg/Wzd<sup>4</sup> op de werkvloer. En externe audits voor HACCP en Hygiëne en Infectiepreventie en medicatieveiligheid zijn ook weer aan bod gekomen. Van deze interne en externe audits zijn rapportages gemaakt, verbeterpunten benoemd en plannen van aanpak gemaakt. De externe audits zijn uitgevoerd door professionals van buiten het mr. L.E. Visserhuis. In oktober van 2022 heeft LRQA (voorheen Lloyds) voor de certificaatvernieuwing ons een (gepland) bezoek gebracht/ geauditeerd. Uit die audit is één minor non conformance (tekortkoming) gekomen (ontbreken gebruiksaanwijzing aan tilliften). Dat verbeterpunt is direct en praktisch opgelost. Er is een oorzaakanalyse met plan van aanpak geschreven. De auditor van Lloyds zal in april 2023 het Visserhuis weer bezoeken voor de remote beoordeling van oorzaakanalyse en plan van aanpak. Het mr. L.E. Visserhuis voldoet aan de eisen uit de NEN-EN 15224:2017, conform het auditplan.

Naast deze interne- en externe audits zijn de driemaandelijke audits van het kwaliteitsverbetertraject uitgevoerd. De uitkomsten van deze teamkwaliteitsaudits staan vermeld in teamkwaliteitsplannen (digitale tools) en daarin worden ook de (eventuele) verbeteracties verwerkt. Het kwaliteitsverbetertraject wordt aangestuurd door de teamleiders en de kwaliteitsverpleegkundige.

De interne- en externe audits van 2022 zijn uitgevoerd volgens het tevoren opgesteld schema, waarin tijd, middelen en mensen tevoren gepland waren. Het werken met dit systeem bevalt goed. Deze werkwijze wordt gehandhaafd voor 2023. Het doel van de audits is steeds om verbeterpunten op te sporen en effecten van eerdere verbeteracties te beoordelen, uiteraard met een schuine blik op de onderwerpen die in het mr. L.E. Visserhuis in het verslagjaar speerpunt van beleid waren. Onze auditors werkten met (doorgaans gestandaardiseerde) vragenlijsten.

We durven te stellen dat onze ervaringen met audits positief zijn. De medewerkers zijn bekend met het feit dat hun werkzaamheden tegen het licht worden gehouden, niet om hun persoonlijk functioneren te beoordelen maar om zwakke punten op te sporen in onze bedrijfsprocessen. Het geeft het management houvast bij het monitoren van ingezette verbeteracties en bij het in kaart brengen van blinde vlekken.

---

<sup>3</sup> CVA = Cerebraal Vasculair Accident (hersenbloeding)

<sup>4</sup> Wzd = Wet zonder dwang



Sinds een aantal jaar zijn we conform het Kwaliteitskader enthousiast begonnen met het opzetten en gebruiken van **lerende netwerken**. Dit doen we op uitvoerend niveau (werkvloer) en op managementniveau met drie collega-organisaties uit Den Haag en omstreken. Het Lerend Netwerk bestaat uit het Van Ommerenpark in Wassenaar, de Stichting Wassenaarse Zorgverlening (SWZ), Zorggroep Oldael en dus het mr. L.E. Visserhuis. Door het uitwisselen van ervaringen binnen het Lerend Netwerk op verschillende niveaus worden door de vier organisaties krachten gebundeld en kennis uitgewisseld. Onderwerpen zijn bijvoorbeeld kwaliteits- en communicatiebeleid, personeelszaken en scholing.

In 2022 heeft geregeld overleg plaatsgevonden tussen de bestuurders van het Lerend Netwerk. De kwaliteitsfunctionarissen hebben ieder kwartaal overleg gehad. Zij delen kennis en ervaring. Ook in 2022 was het zinvol om op verschillende niveaus overleg te hebben, ervaringen uit te wisselen en te sparren over de zorgen en problemen in de verschillende huizen.

Op het gebied van scholing werken de vier organisaties uit het Lerend Netwerk samen. De scholing door middel van e-learning is succesvol gecontinueerd. En dat geldt ook voor scholing praktijkgerichte vaardigheden (skills). De organisatie van scholing is in handen van de praktijkopleider. Zij is, naast begeleiding en coaching van studenten en leerlingen, ook verantwoordelijk voor de organisatie van scholing (in welke vorm dan ook) voor de zorgmedewerkers met vast dienstverband. Daarmee is de praktijkopleider ook verantwoordelijk voor de hele portefeuille scholing. Daarmee geven wij aan dat door scholing de deskundigheid van onze medewerkers ook in 2022 belangrijk was. Het mr. L.E. Visserhuis wil een lerende organisatie zijn. Ook de inzet van de kwaliteitsverpleegkundige is m.b.t. scholing (en training on the job) belangrijk geweest. En zo hebben we ook in 2022 de medewerkers kunnen ondersteunen met extra kennis en vaardigheden.

## **5. Leiderschap, governance en management**

Het mr. L.E. Visserhuis kent enkele vaste adviescommissies. Deze adviseren het management over welomschreven beleidsterreinen. Het betreft: de commissie Kwaliteit, de stuurgroep Wzd, de commissie Hygiëne en Infectiepreventie (CIP), de commissie Incidenten Cliëntenzorg (MIC<sup>5</sup> en MIM<sup>6</sup>) en de Geneesmiddelencommissie. Andere beleidsterreinen zoals Interne audits, Klachten, Arbeidsomstandigheden (Arbo), Veiligheid Gezondheid Welzijn en Milieu (VGWM) werden vanwege de geringe omvang niet besproken in commissieverband, maar in direct overleg tussen betrokkenen (bestuurder en/ of hoofd zorg en/ of teamleiders) en medewerker kwaliteit. M.b.t. de arbeidsomstandigheden (Arbo) heeft overleg plaatsgevonden tussen de Arbo-coördinator (hoofd zorg) en de kwaliteitsfunctionaris (zij beheren de tool van de RIE<sup>7</sup>).

De eerder genoemde commissies zijn in 2022 volgens planning bijeengekomen. De commissies beoordeelden interne bedrijfsprocessen en kansen voor verbetering en bespraken nieuwe wet- en regelgeving. Zo nodig gaven zij beleidsadviezen aan het MT. Die werden door de leidinggegenden doorgaans overgenomen en omgezet in acties in de teamkwaliteitsplannen, bijv. ondersteuning van medewerkers bij de omgang met onbegrepen gedrag, extra aandacht voor het probleem van ‘vergeten’ in het werkproces, medicatiereviews en voorkomen van valincidenten. De CIP commissie had ook in 2022 nog veel aandacht voor infectiepreventie en dan met name voor Covid-19. Dit kwam de kwaliteit en veiligheid van onze zorg- en dienstverlening ten goede.

Het uitbraakteam is ook in 2022 bij elkaar geweest om beleid, procedures, protocollen en afspraken, met betrekking op Corona, te beoordelen en bij te stellen. Ook hier was overleg met het managementteam belangrijk en zinvol.

---

<sup>5</sup> MIC = Meldingen Incidenten Cliënten

<sup>6</sup> MIM = Meldingen Incidenten Medewerkers

<sup>7</sup> RIE = Risico Inventarisatie en Evaluatie

Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg beschrijft wat we gezamenlijk onder goede zorg verstaan. En a.d.h.v. de pijlers kunnen wij u laten zien hoe daaraan gewerkt is het afgelopen jaar in het mr. L.E. Visserhuis. Het wordt gezien als de tool om de kwaliteit van de verpleeghuiszorg hoog te houden.

Het afgelopen jaar heeft verdere kwaliteitsverbetering plaatsgevonden a.d.h.v. het kwaliteitsverbetertraject dat reeds in 2021 gestart is. Voor het kwaliteitsverbetertraject werden ook in 2022 weer zogenoemde cockpitgesprekken gehouden tussen teamleiders, hoofd zorg en bestuurder. Zo waren ook het afgelopen jaar de drie lagen van het management in control; zij wisten wat er speelde en waar welke acties ondernomen moesten worden. Ook de Raad van Toezicht volgde de ontwikkelingen het afgelopen jaar nauwgezet. In de overleggen met de Cie. Kwaliteit en de Raad van Toezicht is het kwaliteitstraject structureel besproken. Wij zijn voornemens deze werkwijze de komende jaren te continueren.

Een ander kwaliteitsinstrument dat in dit verslag al eerder genoemd is, is de Balanced Score Card (BSC). Dit instrument bevat onze belangrijkste succes- en risicofactoren op het gebied van personeel, organisatie, financiën en zorg. Wij verzamelden elke drie maanden actuele data over deze risicofactoren. Dankzij de BSC kon het managementteam goed zien ‘hoe de vlag erbij staat’ en konden directie en leidinggevenden, waar nodig, bijsturen. Ook in 2022 is de graadmeter opgenomen voor de mate van persoonsgerichtheid in de zorg en een graadmeter voor de kwaliteit van de rapportage in het ECD. Beide onderwerpen zijn geëvalueerd aan de hand van de teamkwaliteitsaudits. De graadmeter geleverde zorg wordt gemeten a.d.h.v. de norm terugrapportage van CZ (zorgkantoor). Behalve om bij te kunnen sturen, had de BSC nog een andere belangrijke functie. Dit instrument stelde de bestuurder in staat om aan de Raad van Toezicht te laten zien wat de actuele stand van zaken in de organisatie was (in control). Dat blijft een onmisbare functie.

Aan het einde van 2022 is, als ieder jaar, de directiebeoordeling gemaakt. De directiebeoordeling is een evaluatie-instrument voor het afgelopen jaar. En een aanvulling op de Balanced Scorecard (BSC), het overzicht Zorginhoudelijke indicatoren en het Jaarplan 2022. Met deze instrumenten kunnen wij erop toezien of het kwaliteitssysteem bijdraagt aan de doelen in ons kwaliteitsbeleid. De onderwerpen die in 2022 aan de hand van de directiebeoordeling zijn geëvalueerd zijn de kwaliteitsinstrumenten, als bijvoorbeeld het ECD, MDO, scholing, audits, externe risico's. Maar ook de kwaliteitskenmerken, als bijvoorbeeld correcte zorg, continuïteit van zorg, cliëntgerichtheid, zijn aan bod gekomen. Het oordeel wordt onderbouwd en indien nodig geanalyseerd en de eventuele daarop volgende maatregelen zijn SMART geformuleerd.

De Cliëntenraad van het verpleeghuis is samengesteld uit familie en vertegenwoordigers van cliënten omdat het merendeel van de cliënten vanwege gezondheid niet in de gelegenheid is deel te nemen in de cliëntenraad. De cliëntenraad kwam in 2022 zesmaal bijeen. Dat is conform afspraken. Het overleg met de cliëntenraad vond plaats onder leiding van de voorzitter van de Cliëntenraad en aan de hand van agendapunten en verslaglegging (door de kwaliteitsfunctionaris). De cliëntenraad vergadert eerst met elkaar. En daarna sluit de bestuurder (en de kwaliteitsfunctionaris (notulen)) aan. De voorzitter van de cliëntenraad verzorgt de agenda.

In het afgelopen jaar is een aantal vacatures in de cliëntenraad ontstaan. Door einde zorg van bewoners nemen familieleden en/of vertegenwoordigers niet meer deel aan de cliëntenraad. Het is gelukkig weer gelukt om alle vacatures weer op te vullen. De Cliëntenraad is daarmee weer op volle sterkte.

## 6. Personeelssamenstelling

De kwantitatieve en kwalitatieve samenstelling van het personeelsbestand, met name in de zorg, was net als in voorgaande jaren een voortdurend aandachtspunt. Wij zijn erin geslaagd om 90 procent van onze formatie in de directe zorg- en dienstverlening (primaire proces) in te zetten. De administratieve en managementfuncties besloegen slechts 10 procent van de totale formatie. We zijn dus een ‘platte’ organisatie.

Niveau	Functie	Aantal
WO	Bestuurder	1
	Hoofd Facilitaire Dienst	1
	Specialist ouderenzorg (inhuur)	1
	Psycholoog (inhuur)	1
	Rabbin	2
	Vertrouwenspersoon (vrijwilliger)	1
Hbo – niveau 5	Hoofd Zorg	1
	Verpleegkundigen	8
	Coördinator Vrijwilligers	1
	Coördinator Joods Welzijn	1
	Fysiotherapeut (inhuur)	1
	Diëtist (inhuur)	1
	Ergotherapeut (inhuur)	1
	Deskundige infectiepreventie (inhuur)	1
	Kwaliteitsverpleegkundige	1
	Kwaliteitsfunctionaris	1
Mbo – niveau 4	Teamleider zorg (verpleegkundige)	4
	Teamleider facilitaire dienst	1
	Praktijkbegeleider (verpleegkundige)	1
	Planner	1
	Kok	3
	Verpleegkundige	4
	Verpleegkundige in opleiding	3
	Activiteitenbegeleider	1
	Administratieve dienst	1
Mbo – niveau 3	Verzorgende	8
	Verzorgende in opleiding	11
	Vaste nachtdienst (verzorgenden)	3
	Technische dienst	2
	Restauratieve dienst	9
Mbo – niveau 2	Helpende	16
Niveau 1	Huiskamer medewerker	25
	Keuken assistent	1
Vrijwilligers		40

## **7. Gebruik van hulpbronnen**

In 2022 is er aan het gebouw en in de directe omgeving niets veranderd. Wel zijn er plannen gemaakt voor het aanleggen van een beleefstuin. De beleefstuin wordt een ontmoetings- en inspiratieplek voor beleving, actieve beweging en sociale contacten voor bewoners en bezoekers.

Voor wat betreft technologische hulpbronnen als ict, domotica, wearables, telemonitoring en e-health zijn er in 2022 geen grote ontwikkelingen geweest. Wel is gestart met het Open Deuren traject. Om zo de wens voor meer bewegingsvrijheid voor bewoners te realiseren. En in 2023 gaan we het Open Deuren traject verder uitrollen om de bewoners meer bewegingsvrijheid buiten de afdelingen te bieden.

Het werken met het ECD/ ONS is gecontinueerd. Zo ook het werken met Medimo (medicatievoorschriftsysteem) en de tablets Het goede van deze (digitale) werkwijze is dat zorgmedewerkers tijdens de zorg/ bij de bewoner het zorgplan, de rapportage etc. kunnen inzien. En ook direct na de zorgverlening rapporteren. In het mr. L.E. Visserhuis is afgelopen jaar inzage voor familie en/of vertegenwoordiger in het ECD gerealiseerd. Carenzorgt is een digitale gezondheidsomgeving die inzage biedt het persoonlijke zorgnetwerk van de bewoner. Dat is een belangrijke automatiseringsslag die heeft plaatsgevonden.

Onderhoud aan middelen en materialen wordt ieder jaar uitgevoerd door de leveranciers, zo ook in 2022 weer. Denk hierbij bijvoorbeeld aan bedden, tilliften en oproepsysteem. In 2022 is geconcludeerd dat het onderhoud aan medische hulpmiddelen onvoldoende overzichtelijk in kaart is gebracht. En daarom is besloten dat voor 2022, hoofd zorg samen met de kwaliteitsverpleegkundige daarmee aan de slag te gaan.

Over het financiële resultaat wordt maandelijks door de bestuurder gerapporteerd aan de Raad Van Toezicht. In de Audit commissie van de Raad van Toezicht worden de uitkomsten voorbesproken en daarna doorgeleid naar de voltallige Raad van Toezicht. Per kwartaal vindt een controle (AO/IC) plaats op de geleverde productie.

## **8. Gebruik van informatie**

Verzamelen en delen van informatie;

-Cliënttevredenheid werd gemonitord aan de hand van ZorgkaartNederland. De reviews zijn in kaart gebracht. En de verbeteracties opgenomen in een Plan van Aanpak. In het mr. L.E. Visserhuis kunnen klachten en ideeën gemeld via de ideeënbus maar ook rechtstreeks gemeld aan de bestuurder of het hoofd zorg. In 2022 waren er 4 klachten; die zijn geregistreerd en besproken en teruggekoppeld aan de melders. Vanuit de ideeënbus kwamen leuke en nuttige tips voor de afdeling activiteiten. Die tips zijn voorgelegd aan het team activiteiten en door hen goed opgepakt.

-Benutten en optimaliseren van bestaande administratiesystemen;

De werkwijze van/ met et ECD/ONS is gecontinueerd in 2022. Extra scholing was niet nodig; de zorgmedewerkers konden met vragen en opmerkingen terecht bij de teamleiders zorg en de kwaliteitsverpleegkundige. Deze verpleegkundigen coachten de zorgmedewerkers waar nodig.

Op enkele punten heeft een doorontwikkeling in het ECD/ ONS plaatsgevonden; t.a.v. vastleggen afspraken rondom de Wzd/ Onvrijwillige Zorg zijn hebben aanpassingen plaatsgevonden.

Vanzelfsprekend wordt het ECD op wet- en regelgeving aangepast.

Voor de implementatie van Carenzorgt de koppeling tussen ONS en Carenzorgt gemaakt.

### Afsluitend

Dit kwaliteitsjaarverslag is bijna hetzelfde als dat over 2021. Dat is logisch omdat we op koers liggen en dezelfde structuur van rapporteren hanteren. Wel hebben we er voor gekozen dit verslag 'los te koppelen' van het Maatschappelijk jaarverslag.

Grote dank aan de medewerkers van het mr. L.E. Visserhuis die met zoveel aandacht hun werk zijn blijven doen in tijden van corona en met zoveel veranderingen door het KwaliteitsVerbeterTraject. Mooi om te zien dat er op het gebied van kwaliteit grote stappen zijn gezet!