



Stichting Eykenburg

Zorg- en dienstverlening voor ouderen



HUIZE EYKENBURG

HET ZAMEN

HOSPICE CLAUDE MONET

THUISZORG

Verslagjaar 2022

Kwaliteitsverslag

Samen maken we het verschil

drs. A. Reede
31-5-2023

	Inleiding	4
A	Algemeen beschrijvend overzicht uitkomsten	5
	1. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning	5
	Thema Compassie	5
	Thema Uniek zijn	5
	Thema Autonomie	6
	Thema Zorgdoelen	7
	2. Wonen en welzijn	8
	Thema Zingeving	8
	Thema Zinnvolle tijdsbesteding	8
	Thema Schoon en verzorgd lichaam plus verzorgde kleding	9
	Thema Familieparticipatie en inzet vrijwilligers	9
	Thema Wooncomfort	10
	3. Veiligheid	11
	3.1 Borging	12
	3.1.1 Decubitus	12
	3.1.2 Advance Care Planning	13
	3.1.3 Medicatieveiligheid	13
	3.1.4 Gemotiveerd omgaan met vrijheidsbeperking	13
	3.1.4.1 Analyse toepassen onvrijwillige zorg 2022	14
	3.1.5 Continentie	15
	3.1.6 Aandacht voor eten en drinken	15
	4. Leren en werken aan kwaliteit	16
	5. Leiderschap, governance en management	18
	6. Personeelssamenstelling (voldoende en vakbekwaam personeel)	21
	7. Gebruik van hulpbronnen	24
	8. Gebruik van informatie	26
B	Specifieke aandacht voor de drie onderdelen	29
	I Veiligheid	29
	II Cliëntoordelen	33
	1. Clientervaringscore: Totalscore via ZorgkaartNederland.nl	33
	2. Cliënttevredenheidsonderzoek (CTO)	33
	3. PREM (Patiënt Reported Experience Measure)	33
	4. Totalscores	34
	5. NPS (Net Promotor Score)	34
	6. Evaluatieformulieren	34
	III Leren en werken aan kwaliteit	34
	1. Het kwaliteitsplan inclusief verbeterparagraaf	34
	2. Het kwaliteitsverslag	35
	3. Het samen leren, waaronder deel uitmaken van een lerend netwerk	35
	4. Audits 2022	35
	Tot slot	37
	Lijst van gebruikte afkortingen	38

Inleiding

Jaarlijks stelt Stichting Eykenburg het Strategisch Kwaliteitsplan op. Hierin beschrijven we enerzijds op welke wijze we invulling geven aan het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, namelijk hoe we goede en doelmatige verpleeghuiszorg leveren en hoe we vormgeven aan een dynamisch ontwikkelproces door samen te leren en kwaliteit te verbeteren. Anderzijds beschrijven we op basis van het Kwaliteitskader Wijkverpleging alsmede het Kwaliteitskader Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) hoe we de persoonsgerichte zorg en dienstverlening bij onze cliënten die nog wel thuis wonen willen realiseren. Hierbij streven er naar om (individuele) activiteiten, (specialistische) zorg, casemanagement of huishoudelijke ondersteuning ook in de wijk aan te bieden.

Tevens brengt de organisatie jaarlijks een kwaliteitsverslag uit dat is gebaseerd op de evaluatie van de doelstellingen en inhoud van het Strategisch Kwaliteitsplan. Het kwaliteitsverslag is opgesteld volgens de richtlijnen van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Met dit verslag verantwoordt de organisatie zich over het gevoerde beleid. Het verslag blikt terug op het eerdere Strategisch Kwaliteitsplan 2022 en vermeldt resultaten en bevindingen die weer het uitgangspunt vormden voor het nieuwe Strategisch Kwaliteitsplan 2023. Daar waar relevant zullen we ontwikkelingen in de extramurale zorg of in de extramurale huishoudelijke ondersteuning (Wmo) eveneens in dit verslag benoemen.

Dit verslag gaat over het jaar 2022, waarbij we wederom terugkijken op een bewogen periode. Na de historische jaren 2020-2021 waarin de wereld in de greep was van een pandemie, was 2022 een jaar waarin we het gevoel hadden langzaam bij te komen van deze hectische tijd. Ook een jaar waarin we weer vooruit durfden te kijken.

Onverminderd hebben we als organisatie, met alle medewerkers en vrijwilligers, met onze cliënten, familieleden en mantelzorgers hard gewerkt om besmetting met het corona-virus zo veel mogelijk te beperken. Daarbij blijven we immer de volgende uitgangspunten hanteren:

- De veiligheid van onze cliënten en medewerkers staat voorop
- Zorg moet worden verleend
- Onze bedrijfsvoering moet zoveel mogelijk doorgang vinden
- Vereenzaming van onze cliënten moet worden tegen gegaan.

Ons credo *Samen maken we het verschil* is tijdens de roerige afgelopen crisisjaren mooi voor het voetlicht gekomen. Door het frequente intensieve contact tussen de Raad van Bestuur en de Ondernemingsraad, de Cliëntenraad en de Raad van Toezicht hebben we een goed gevolg kunnen geven aan bovenstaande uitgangspunten.

Daarbij zijn we in 2022 ook voorwaarts gegaan met diverse projecten en plannen om onze bedrijfsvoering en de kwaliteit van zorg verder te verbeteren. We kunnen hierbij onder andere melding maken van een structuurwijziging, het project Persoonsgerichte Kwaliteit, een nieuw digitaal kwaliteitsmanagementsysteem, concretisering van onze vernieuwde visie op voeding, mantelzorgbeleid, leefcirkels en geïntegreerde teams. In dit verslag vertellen we onder andere over deze onderwerpen en wat we hier het afgelopen jaar in hebben bereikt.

Dit kwaliteitsverslag is bedoeld als het document waarmee de organisatie verantwoording aflegt, zowel intern als extern. Het verslag is tot stand gekomen in samenspraak met vertegenwoordigingen van cliënten/naasten (CR), (para)medici en verpleegkundigen en verzorgenden. Het verslag is opgesteld met een inhoud, toon en focus die past bij waar de organisatie voor staat.

Het kwaliteitsverslag is een openbaar document. In juni wordt het gepubliceerd op de website van Stichting Eykenburg. Het webadres (de url) waarop het verslag is te vinden, wordt aan het Zorginstituut aangeleverd. Dit aanleveren geschiedt samen met de aanlevering van de kwaliteitsindicatoren over 2022. De gegevens worden bij het Zorginstituut opgenomen in de openbare database Zorginzicht, zodat ze landelijk vindbaar zijn.

A. Algemeen beschrijvend overzicht uitkomsten

1. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Thema Compassie

De cliënt¹ ervaart nabijheid, vertrouwen, aandacht en begrip.

Verpleeghuiszorg dient naast liefdevol ook persoonsgericht te zijn waarbij er vertrouwen is tussen de cliënt en het zorgteam. Verschillende praktijkdeskundigen bieden binnen de organisatie ondersteuning aan de medewerkers door middel van coaching en casuïstiekbespreking. Hierdoor worden kennis over ziektebeelden en bewustzijn van de invloed van het eigen gedrag en houding van medewerkers op die van de cliënten vergroot. Er zijn praktijkdeskundigen op het gebied van Onbegrepen gedrag, Bewegingsgerichte zorg, Palliatieve zorg, Welzijn en Mondzorg aanwezig. De verpleegkundig specialisten hebben de rol van praktijkdeskundigen Wondzorg op zich genomen.

Een team met een voldoende aantal vaste medewerkers is een belangrijke voorwaarde om tijd te hebben voor individuele aandacht. De teams bestaan naast zorgmedewerkers ook uit medewerkers algemene ondersteuning. De medewerker algemene ondersteuning biedt ondersteuning in de huiskamer en voert activiteiten uit op het gebied van welzijn van de cliënten zoals bijvoorbeeld het doen van een spelletje, het maken van een wandeling of een tochtje op de duo-fiets. Ook vrijwilligers doen verschillende ondersteunende taken binnen een team. Daarnaast zijn er ook nog diverse maatjes die met “hun” cliënten specifieke activiteiten ondernemen, meestal in één-op-één-contact en in onderlinge afstemming. Zo vormen deze medewerkers een belangrijk onderdeel van de teams op de verpleegafdelingen en hebben onder andere een belangrijke bijdrage in de zinvolle dagbesteding van de cliënt waardoor deze meer nabijheid en persoonlijke aandacht ervaart.

Waar is in 2022 extra aandacht voor geweest?

- Om beter begrip en inlevingsvermogen te bewerkstelligen zijn, daar waar wenselijk, leerinterventies ter verdieping van kennis over ziektebeelden aangeboden. Deze leerinterventies vinden doorlopend plaats en worden veelal verzorgd door de behandeldienst Novicare middels klinische lessen, de Verpleegkundig Specialisten en de Praktijkdeskundigen.
- Persoonsgericht werken is een vast agenda onderdeel van werkoverleggen, casuïstiekbesprekingen en jaargesprekken.
- Medewerkers algemene ondersteuning hebben de mogelijkheid aangeboden gekregen om zich naar een hoger opleidingsniveau door te ontwikkelen. Hierbij kan het gaan om het MBO Certificaat ‘Ondersteunen bij wonen en welbevinden’ of zelfs om reguliere zorgopleidingen als Helpende Zorg en Welzijn niveau 2 of Verzorgende niveau 3.
- Medewerkers van de afdeling Cor Damstraat hebben met succes de opleiding GGZ afgerond. Dit betekent een extra kwaliteitsimpuls in de zorgverlening aan onze cliënten op deze afdeling.

Thema Uniek zijn

De cliënt wordt gezien als mens, met een persoonlijke context die ertoe doet en met een eigen identiteit die tot zijn recht komt.

Belangrijk is daarom dat de medewerkers de cliënt écht kennen, zowel hun levensgeschiedenis als hun gedrag. Kennis over waar de cliënt blij van wordt, wat hij/zij plezierig vindt en wat niet. Belangrijk is ook het kennen van de voorkeuren van de cliënt op het gebied van eten en drinken, daginvulling, sociale contacten, seksualiteit, geestelijke verzorging. Dit alles wordt vastgelegd in het persoonlijk zorgleefplan, opgesteld volgens de wensen, behoeftes, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.

¹ Client kan zowel gelezen worden als bewoner in het verpleeghuis als ook client in de extramurale setting.

Waar is in 2022 extra aandacht voor geweest?

- Er blijft sprake van continue aandacht voor persoonsgerichte zorg richting de cliënt. We gaan nog steeds uit van wat de cliënt zelf wil, ook al levert dit soms discussies op met de familie van de cliënt. Het bespreken van onze visie op persoonsgerichte zorg met de familie vraagt derhalve nog steeds onze aandacht.
- Het cliëntverhaal is inmiddels volledig geïmplementeerd in de intramurale zorg, zowel voor de PG als voor de somatische cliënten. Hierdoor is voor alle medewerkers met een werktelefoon via de app Ons Dossier belangrijke persoonsinformatie van iedere client beschikbaar zodat zij de client indien nodig ter plekke kunnen ondersteunen bij hulpvragen of bij noodsituaties. Het cliëntverhaal bevat, naast een recente foto van de client, informatie over eventuele slikproblemen, de taal die de cliënt spreekt/verstaat en andere bijzondere informatie die van belang kan zijn over de cliënt.
- In het kader van het project Persoonsgerichte Kwaliteit is er op een aantal afdelingen een afdelingsagenda geïntroduceerd, waarbij persoonlijke en afdelingsafspraken overzichtelijk bij elkaar zijn gebracht, zodat er meer structuur in de dagplanning ontstaat. Tevens hebben cliënten op deze afdelingen een dagoverzicht, waarin op een zeer persoonlijke wijze veelal in de ik-vorm wordt verteld wie ze zijn, waar ze van houden en hoe in het algemeen hun ochtend-, middag-, avond- en nachtritueel eruit ziet.

Thema Autonomie

Voor de cliënt is de mogelijkheid van eigen regie over leven en welbevinden leidend, ook bij de zorg in de laatste levensfase.

In het verdiepingsgesprek met de cliënt wordt besproken hoe hij of zij het liefst zijn of haar leven voortzet waardoor de cliënt de eigen regie, binnen de context van de zorginstelling, behoudt. Het uitgangspunt bij de gesprekken is dat de cliënt zoveel mogelijk nog zelf doet waartoe hij of zij in staat is en dat wij als organisatie alleen die zaken overnemen die hem of haar helpen bij een zo prettig mogelijk leven. Met elke cliënt en/of zijn familie is gesproken over wat voor hem of haar een passende zinnvolle dagbesteding is. Deze afspraken zijn vastgelegd in het zorgleefplan en worden minimaal tweemaal per jaar besproken in het multidisciplinair overleg (MDO). De mate waarin de cliënt zelf uitvoering geeft aan deze afspraken dient eenduidig vastgelegd te worden in het zorgleefplan.

Sinds 2022 zijn beide locaties van Stichting Eykenburg nu voorzien van zogenaamde leefcirkels. Een leefcirkel is een gebied waarin bewoners zich vrij bewegen. Ze kunnen bijvoorbeeld desgewenst een bezoekje brengen aan een andere afdeling, een ontmoetingsruimte, de kookstudio of de tuin. Tussendeuren zijn niet langer standaard gesloten. Hoeveel bewegingsvrijheid bewoners precies hebben, hangt af van hun persoonlijke situatie en afspraken die hierover zijn gemaakt.

Bij de aanmelding van een nieuwe bewoner, kijken we welke afdeling of accommodatie het meest geschikt is. Daarbij telt uiteraard de voorkeur van de bewoner zelf en zijn/haar vertegenwoordiger. Tijdens de intake bespreken we hoe iemand functioneert en wat hij of zij nog kan. Samen bepalen we welke leefcirkel hier het beste bij past. Ook in de loop van de tijd en bij ieder MDO bespreken we of een aanpassing hierop nodig is.

Ook gezamenlijke afspraken over behandeling rond het levenseinde worden met de arts besproken op het moment dat de cliënt bij ons komt wonen. Bij het MDO worden deze afspraken geëvalueerd en opnieuw vastgelegd in het zorgleefplan. Echter, vaak worden gesprekken over deze onderwerpen opnieuw gevoerd op het moment dat de situatie zich acuut voordoet.

Waar is in 2022 extra aandacht voor geweest?

- Het meerjarig project Leefcirkels is in 2022 afgerond. Hiermee zijn alle afdelingen met PG-cliënten nu “open”. Er wordt gebruik gemaakt van zorgtechnologie met zenders en bakens. Alle cliënten hebben een hals- of polszender. De bakens bevinden zich op verschillende plekken op onze locaties en herkennen de zenders. De zenders en bakens communiceren met elkaar en bepalen samen waar een cliënt kan komen, dus wat de leefcirkel is. Wil de cliënt door een deur binnen de leefcirkel, dan gaat die deur automatisch open. Leidt de deur naar een ruimte buiten zijn leefcirkel dan blijft deze dicht.
- In het eerste kwartaal stond het thema ‘Alles omtrent het levenseinde (Advance Care Planning) op de agenda. Dit thema kwam met name duidelijk naar voren in een speciale editie van ons eigen magazine InfoKruispunt, waarin volop aandacht werd besteed aan dit pittige onderwerp met diverse mooie en ontroerende verhalen van nabestaanden en collega’s. Maar ook van dappere cliënten die zelf vertellen over hun naderende levenseinde. Daarnaast zijn er gedurende het kwartaal in totaal 7 vlogs uitgebracht waarin verschillende collega’s hun visie geven op het levenseinde.
- Uit het in juni 2022 uitgevoerde clienttevredenheidsonderzoek kwam duidelijk naar voren dat de mate van zich vrij kunnen bewegen in het gebouw, alsmede de buitenruimte (belevenis- en binnentuin) zeer worden gewaardeerd door de cliënten.

Thema Zorgdoelen

Iedere cliënt heeft vastgelegde afspraken over (en inspraak bij) de doelen ten aanzien van zijn/haar zorg, behandeling, zinvolle dagbesteding en ondersteuning.

Binnen Stichting Eykenburg wordt bij aanvang van de zorg met de cliënt en/of zijn contactpersoon het gesprek aangegaan over zijn/haar wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen, waarbij de focus ligt op het welzijn van de cliënt. Tegelijkertijd worden de mogelijke risico’s die de cliënt loopt vastgelegd in het persoonlijk zorgleefplan. De cliënt heeft hierbij de regie en geeft zelf aan hoe hij/zij het leven binnen de instelling wil leiden. Gedurende de eerste zes weken wordt de levensgeschiedenis van de cliënt in het zorgdossier vastgelegd.

Het op correcte en adequate wijze vastleggen van afspraken over en doelen ten aanzien van de zorg, behandeling, zinvolle dagbesteding en ondersteuning van de cliënt is een continu proces van aanscherping. Interne audits dienen ertoe om steekproefsgewijs de kwaliteit van het zorgleefplan te controleren.

Om de individuele afspraken en persoonlijke wensen van de cliënten goed te borgen worden deze gegevens opgeslagen in het digitaal zorgdossier. De zorgmedewerkers kunnen dit inzien via persoonlijke mobiele smartphones waarop deze informatie altijd bij de hand is tijdens de directe zorgverlening. Wijzigingen in het dossier zijn hierdoor ook direct zichtbaar en rapportages zijn mobiel te maken en te lezen. Op deze wijze is het mogelijk om alle noodzakelijke en nuttige informatie van de desbetreffende cliënt snel te kunnen raadplegen en vast te leggen.

Waar is in 2022 extra aandacht voor geweest?

- In het kader van de Wet zorg en dwang (Wzd) zijn alle contactverantwoordelijken geautoriseerd om in Nedap bij hun cliënten het stappenplan toe te passen en eventuele onvrijwillige zorg te beschrijven. Het invullen van het formulier Maatregelen in Nedap door de contactverantwoordelijken heeft veel aandacht gekregen. De Verpleegkundig Specialist geeft hen hierin begeleiding en training on the job. Conform afspraak worden hiermee de verantwoordelijkheden met betrekking tot de Wzd, conform afspraak, lager in de organisatie belegd.
- Binnen het project Persoonsgerichte Kwaliteit wordt ook extra aandacht besteed aan het persoonsgericht formuleren van doelen en acties in het zorgplan. Dit zal doorlopen in 2023.

2. Wonen en welzijn

Thema Zingeving

We stimuleren bij inhuizing om de cliënt die in de thuissituatie aangesloten was bij een kerkgemeenschap, dit in stand te houden. Voor levensvragen en/of behoefte aan geestelijke verzorging, ongeacht geloof, ondersteunen wij de cliënt in het leggen van contacten. Daarnaast beschikken de locaties over een gebedsruimte waar cliënten 24/7 terecht kunnen.

De vaste medewerkers bouwen met de cliënten een relatie op en zijn vaak hun steun en toeverlaat in moeilijke tijden. Medewerkers kunnen, indien gewenst een beroep doen op een externe vertrouwenspersoon.

Waar is in 2022 extra aandacht voor geweest?

- Dit jaar is in onze zogeheten issuekalender wederom duidelijk aandacht voor onze opvatting dat alle gezindten bij ons welkom zijn. Op basis van deze jaarlijks vastgestelde kalender besteden we centraal en decentraal specifiek aandacht aan een aantal bijzondere multiculturele en -confessionele gelegenheden. In 2022 waren dit de Indische Koempoelan, het Hindoeïstische Dewali en Holi Phagwa en het Christelijke Kerstfeest.

Thema Zinvolle tijdsbesteding

Met elkaar scheppen wij een leefomgeving waarin we respect voor elkaar tonen, keuzevrijheid en veiligheid bieden. Dit alles in een sfeer van huiselijkheid waar de cliënten zich wel bij voelen. Belangrijk hierbij is het contact tussen cliënten en medewerkers. Medewerkers zijn te gast in het leven van de cliënten. De invulling van het dagelijks leven (waaronder activiteiten) wordt samen met de cliënten ingevuld, op basis van wensen, behoeften en mogelijkheden. Het uitgangspunt is om de cliënten te bejegenen zoals hij of zij zelf bejegend wil worden.

Medewerkers algemene ondersteuning zijn onderdeel van de zorgteams, ondersteunen in huiskamers, helpen activiteiten uitvoering te geven, of indien mogelijk, ontplooiën zelfstandig activiteiten met cliënten. Begeleiding naar een vereniging of club waar de cliënt aan deelgenomen heeft behoort hierdoor ook tot de mogelijkheden. Daarnaast is er per locatie een Welzijnsteam, bestaande uit meerdere praktijkdeskundigen Welzijn die afdelingsoverstijgende activiteiten doen en de medewerkers algemene ondersteuning coachen in hun welzijnstaken

Het is belangrijk dat de cliënt aan dezelfde activiteiten kan blijven deelnemen als toen hij nog thuis woonde. Wanneer de cliënt lid was van een club of actief deelnam aan familiebijeenkomsten dan is het belangrijk dat hij/zij ook na opname hier nog steeds aan deel kan nemen. Met elkaar zijn we continu op zoek naar mogelijkheden om dit te realiseren. Door de inzet van de medewerkers algemene ondersteuning zijn er meer mogelijkheden om daadwerkelijk activiteiten te kunnen ontplooiën voor en met onze cliënten. Niet alleen door de fysieke aanwezigheid van medewerkers op onder andere de huiskamers, maar ook door de inzet van middelen. Van de bus die de organisatie heeft aangeschaft wordt veelvuldig gebruik gemaakt waardoor cliënten vervoerd kunnen worden naar plekken die voortkomen uit de individuele wensen en behoeften.

Met belevingsgerichte zorg haal je door activiteiten gestructureerd positieve herinneringen op. Belangrijk hierbij is om de cliënt in zijn waarde te laten en met hem of haar een passende en zinvolle dagbesteding te bepalen. De cliënt komt zo in de rol van een deskundige door te laten zien wie hij/zij is (geweest). De cliënt is vaak met recht trots op zijn/haar verleden. Het vraagt van de medewerkers een open en uitnodigende houding tegenover de cliënten, je bent immers te gast in hun leefomgeving. Waar mogelijk worden de cliënten betrokken bij het dagelijkse leven door bijvoorbeeld gezamenlijk de boodschappen op te ruimen. De medewerker staat niet voor de groep, maar maakt er deel van uit.

Op beide locaties is ook een prachtige belevenistuin aanwezig. Deze tuinen zijn speciaal ontwikkeld voor onze cliënten en hun bezoekers. Naast herinneringen en het prikkelen van de zintuigen gaat het bij deze tuinen ook over bewegen, ontwikkelen, oriënteren en voelen. De tuinen zijn echt een soort therapie en bieden allerlei spel- en geheugenelementen, verschillende muurdecoraties en doe-activiteiten, maar natuurlijk ook prachtige beplanting.

Waar is in 2022 extra aandacht voor geweest?

- De kookstudio in Huize Eykenburg wordt het hele jaar door volop gebruikt. De kookstudio is ingericht als woonkeuken en kan door een ieder gebruikt worden om zelf en in gezamenlijkheid te koken en bakken om vervolgens ter plekke de heerlijkheden te nuttigen. In het Zamen is ook een kookstudio gepland. Deze zal onderdeel uitmaken van de plannen die er zijn gemaakt om de ruimte van het restaurant, keuken en omgeving om te vormen tot een soort ontmoetingsplein. De eerste plannen van de architect zijn al opgesteld. Ook in Huize Eykenburg zal het restaurant worden omgevormd tot een ontmoetingsplein. Dit alles in het kader van belevingsgericht zorg, zinvolle tijdsbesteding en het thema zelfredzaamheid.
- Ook in locatie Het Coornhert zijn we actief begonnen met invulling geven aan een zinvolle dagbesteding door het creëren van een ontmoetingsmogelijkheid in de plint. Door een andere samenstelling van de wijk en een andere invulling van de locatie dan bijvoorbeeld Het Zamen en Huize Eykenburg, is de behoefte aan een welzijnsfunctie ook anders. In eerste instantie ligt de nadruk in Het Coornhert meer op het verstrekken van informatie en het aanbieden van laagdrempelige activiteiten en ontmoetingsmogelijkheden.
- In het clienttevredenheidsonderzoek dat in 2022 wederom is uitgevoerd scoorden de aangeboden activiteiten / zinvolle dagbesteding gemiddeld een 7,6.
- Op beide locaties is er nu een vaste plek voor een Haags Ontmoeten. In Huize Eykenburg heeft het de naam 't Praethuys gekregen en is het mogelijk om zonder afspraak gedurende 3 dagen per week van 10.00 tot 16.00 uur binnen te lopen, anderen te ontmoeten en te ontspannen. In Het Zamen vindt het Haags Ontmoeten plaats in De Babelbox gedurende 6 dagen per week van 10.00 tot 16.00 uur.

Thema Schoon en verzorgd lichaam plus verzorgde kleding

Afspraken over lichamelijke verzorging en kleding is een vast onderdeel van het zorgleefplan. Met de cliënt of diens waarnemer worden er doelen gesteld. Het nog zelfstandig uitvoeren van taken in dit kader wordt hierbij gestimuleerd. Bewegingsgerichte zorg is hierbij een belangrijk uitgangspunt. Twee Praktijkdeskundigen bewegingsgerichte zorg zijn specifiek op dit aandachtsgebied opgeleid en ondersteunen / coachen hun collega's hierop. Daarnaast zijn er ook twee Praktijkdeskundigen Mondzorg die extra aandacht besteden aan de juiste mond- en gebitverzorging. Tevens is er ook frequent een tandarts op locatie aanwezig.

Waar is in 2022 extra aandacht voor geweest?

- Zowel de Praktijkdeskundigen Mondzorg, alsmede de mondzorgcoaches binnen de zorgteams besteden regelmatig aandacht aan het thema mondzorg. Hierbij gaat het onder andere om screening van de mondgezondheid van kwetsbare ouderen in de thuissituatie, zelfstandigheid cliënten bij de mondzorg, klachten met eten en drinken, droge mond en de verzorging bij prothesen.

Thema Familieparticipatie en inzet vrijwilligers

Familie en naasten hebben een grote rol in het leven van onze cliënten. Belangrijk voor zowel de cliënt als zijn of haar naasten is dat het contact in stand gehouden wordt. De medewerkers ondersteunen daarin waar nodig en treden hierin proactief op. Familie en mantelzorgers worden uitgenodigd bij veranderende omstandigheden om te ervaren hoe de cliënt dit beleeft. Mantelzorgers die in de thuissituatie zorg verleenden worden uitgenodigd dit te blijven doen. Dit

wordt al, voordat een cliënt op een van de locaties komt wonen, middels de dialoog bespreekbaar gemaakt. Taken die uitgevoerd worden in de thuissituatie worden in gesprekken geïnventariseerd en in het zorgleefplan wordt ruimte geboden om deze taken uit te blijven voeren. Mantelzorgers hebben tevens toegang, middels een mantelzorgportaal (Carenzorgt), in het elektronisch zorgleefplan van hun naaste. Tenminste, als de client hier mee instemt. Ook via deze toegang is communicatie mogelijk.

Onze groep vrijwilligers is van groot belang om de primaire processen, samen met de zorgmedewerkers en de mantelzorgers optimaal te laten verlopen. Ook bij het ondersteunen en uitvoeren van de vele activiteiten zijn de vrijwilligers en aanvullende inzet van mantelzorgers van onschatbare waarde.

Waar is in 2022 extra aandacht voor geweest?

- Uit onderzoek onder onze medewerkers bleek dat bij de groep onbetaalde professionals de benaming vrijwilliger de voorkeur heeft. Daarom hanteren we 'gewoon' weer deze benaming.
- Doordat onze vrijwilligers integraal onderdeel uitmaken van het zorgteam en meedoen met de afdelingsactiviteiten en het attentiebudget voelen ze zich (nog) meer betrokken bij het reilen en zeilen op de afdeling dan voorheen.
- Extra inspanningen om vrijwilligers te behouden en aanwas te vergroten zijn gedaan zoals speciale wervingscampagnes. Naast algemene vacatures voor diverse activiteiten werd er ook gericht geworven voor vrijwilligers ten behoeve van de kookstudio alsmede voor maatjes ten behoeve van cliënten met een specifieke wens of behoefte. Ondanks deze extra campagnes is het aantal vrijwilligers ongeveer gelijk gebleven.
- Familieparticipatie is een thema dat continu aandacht heeft. Sinds de coronapandemie zijn er geen organisatiebrede familiebijeenkomsten meer geweest. De kleinschalige bijeenkomsten per afdeling die hiervoor in de plaats zijn gekomen, bevallen beter en zijn dus in stand gebleven.

Thema Wooncomfort

De cliënten hebben een eigen appartement met een eigen sanitaire ruimte. Het appartement wordt door de organisatie standaard voorzien van een bed, nachtkastje, linnenkast en televisie. Daarnaast heeft de cliënt de vrijheid om met eigen spullen het appartement verder in te richten, mits dit een goede zorgverlening niet in de weg staat.

Alle verpleeghuisafdelingen beschikken over een of meerdere gezamenlijke huiskamers. Hoe omgegaan wordt met de schoonmaak van de persoonlijke spullen wordt met de cliënt besproken. We denken hierbij in mogelijkheden. Een centraal schoonmaakteam zorgt voor de reiniging van de huiskamers, gangen en appartementen.

De huiskamers zijn ingericht voor de specifieke doelgroep. Elke afdeling beschikt over voldoende materialen om de cliënten een zinvolle dagbesteding aan te bieden.

De visie van Stichting Eykenburg op vocht en voeding geeft cliënten de mogelijkheid zelf te kiezen waar en wanneer men wil eten. Dit kan gezamenlijk in de centrale huiskamer, maar ook in het appartement zelf of, indien mogelijk voor de cliënt, in het aanwezige restaurant op de locatie. De cliënt kan zelf (eventueel met hulp) kiezen uit verschillende maaltijdcomponenten. Ook met dieetwensen en geloofs- of levensovertuiging wordt rekening gehouden bij de keuzemogelijkheden.

De wooneenheid Klavertje vier, de echtparenafdeling, is een succesvol zorgconcept dat de organisatie aanbiedt vanaf 2018. Daarnaast is begin 2021 de nieuwe afdeling Arkeneel open gegaan. In 2022 is er druk gebouwd aan een nieuwe partnerafdeling op de plaats waar voorheen de kinderopvang heeft gezeten. Hier komen appartementen op de begane grond met de mogelijkheid

van een eigen tuintje. De partnerafdelingen bieden partners die gezamenlijk een huishouden voeren (en niet per definitie getrouwd zijn) de mogelijkheid om samen te blijven wonen in ons verpleeghuis als samen thuis blijven wonen niet meer mogelijk is. Hiermee geven we tevens invulling aan onze zorgvisie waarin we ons bewust richten op alle zorgvragers in hun diversiteit, dus ongeacht afkomst, geaardheid of levensovertuiging. Zowel Klavertje vier, Arkeneel als het nieuwe Buitenhuis zijn partnerafdelingen, waarbij ook zelfredzaamheid, behoud van eigen regie en de vraag “Wat wil de cliënt?” centraal staan. Vanzelfsprekend worden de partners en/of de mantelzorgers nauw betrokken bij deze zorg op maat.

Waar is in 2022 extra aandacht voor geweest?

- Alle afdelingen op de beide locaties zijn volledig gerestyled in specifieke thema’s en hebben ook toepasselijke namen. Zo hebben we afdeling Perron 1A en afdeling Strandpaviljoen 2. De inrichting van de afdelingen en de afbeeldingen van een bepaalde locatie zoals bijvoorbeeld een station of duinen en de zee geven herkenning en beleving aan de cliënten. Ook door de invoering van de leefcirkels ervaren onze bewoners minder een verpleeghuis met strakke kale muren, maar voelen ze zich meer thuis door bekende plaatsen uit hun leven. Eveneens de belevenistuinten op beide locaties appelleren aan gevoelens en herinneringen. Ook hier worden cliënten geprikkeld en uitgedaagd door geluiden, activiteiten en visuele verrassingen.

3. Veiligheid

De zes thema’s van basisveiligheid (Decubitus, Advance Care Planning, Medicatieveiligheid, Gemotiveerd omgaan met vrijheidsbeperking, Continentie en Aandacht voor eten en drinken) zijn een belangrijk onderdeel van het leren en verbeteren in zorgorganisaties.

Optimale veiligheid heeft een hoge prioriteit binnen Stichting Eykenburg. Echter, zij dient wel in balans te zijn met andere belangrijke waarden in de verpleeghuiszorg. Er is soms spanning tussen hetgeen een cliënt wenst en de veiligheid van de cliënt. Derhalve onderkent de organisatie het belang van het maken van goede afspraken, het volgen van de praktische situatie en het goed vastleggen van beiden.

Naast zorginhoudelijke veiligheid zijn er tevens andere wettelijke kaders die veiligheidseisen stellen. Te denken valt hierbij aan voedselveiligheid, brandveiligheid en drinkwaterveiligheid. De eisen op dit gebied zijn goed geborgd binnen de organisatie.

De locaties zijn uitgerust met een Legionella beheersplan en preventiemiddelen. Het beheersbaar houden van het risico op Legionella vergt extra inspanning op de locatie Het Zamen. Voor een adequaat beheersplan op deze locatie is niet alleen Stichting Eykenburg verantwoordelijk, maar dient in samenwerking met de overige gebruikers van het pand continu afgestemd te worden over de effectiviteit van de preventieve maatregelen.

Verder hebben de locaties een vergunning voor brandveilig gebruik. Ontruimingsplannen en een BHV-ploeg zijn aanwezig op beide locaties.

Voor de voedselveiligheid worden de eisen vanuit de HACCP gevolgd. Interne- en externe controles vinden jaarlijks plaats bij genoemde veiligheidskaders.

De (kwaliteits)commissie infectiepreventie (CIP) geeft gevraagd of ongevraagd advies bij uitbraken en infectieziektes. Deze commissie heeft de verantwoordelijkheid voor het up to date houden van en bekendheid geven aan de protocollen.

Binnen Stichting Eykenburg worden gegevens over cliënten en medewerkers vastgelegd in het cliëntdossier en het elektronisch personeelsdossier. De verwerking van deze gegevens verloopt conform de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), Wet zorg en dwang (Wzd), Wet aanvullende bepalingen

verwerking persoonsgegevens in de zorg (Wabvpz) en de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg (Wbsn-z).

Binnen Stichting Eykenburg is een functionaris gegevensbescherming (FG) werkzaam. Naast deze functionaris heeft de organisatie tevens een Privacyteam bijeengebracht. Het Privacyteam verdeelt de taken van de privacy-officer, dat wil zeggen: zorg dragen voor de implementatie van de AVG binnen Stichting Eykenburg. Er is voor gekozen om dit onder te brengen bij medewerkers met verschillende achtergronden en disciplines om alle noodzakelijke kennis in het Privacyteam paraat te hebben. De functionaris gegevensbescherming maakt ook deel uit van dit team.

Waar is in 2022 extra aandacht voor geweest?

- Ook in 2022 is er aandacht geweest voor het monitoren, evalueren en bijstellen van de uitgevoerde corona-maatregelen en het actualiseren van het draaiboek.
- Door de herhaalde acties van de CIP-commissie is er dit jaar een verbetering te zien op het gebied van kennis rond hygiëne en infectiepreventie en naleving van de werkinstructies binnen de zorgteams. Er is inmiddels een cyclisch proces rond hygiëne en infectiepreventie tot stand gekomen door de uitvoering van regelmatige interne en externe audits en de daaropvolgende verbeteracties. Het blijft echter van belang om de aandacht hierop gevestigd te houden en het belang van de werkinstructies te blijven onderhouden. Het komende jaar zal hiervoor ook binnen de Extramurale Huishouding extra aandacht aan gegeven worden.
- Door de verdergaande digitalisering van zorgprocessen is er ook in 2022 weer in ruime mate aandacht besteed aan informatiebeveiliging en bescherming persoonsgegevens. Digicoaches begeleiden en trainen hun collega's die minder digitaal vaardig zijn. Er wordt constant gemonitord hoe het netwerk zo stabiel en betrouwbaar mogelijk blijft. Indien nodig worden netwerkswiches en andere onderdelen vervangen om het netwerk te verbeteren.

3.1 Borging

3.1.1 Decubitus

Onze verpleegkundig specialisten houden zich onder andere bezig met decubituspreventie en de interventies die daarbij horen. Door middel van een wondanamnese formulier in Nedap wordt bijgehouden wat de oorzaak van de wond is, waar deze is ontstaan (binnen of buiten de instelling) en hoe deze behandeld wordt. In dit formulier is de mogelijkheid aanwezig om een automatisch doel en bijbehorende actie in het zorgplan te verwerken. Hierbij kunnen ook de preventieve maatregelen worden verwerkt als deze nog niet beschreven zijn, zoals bij nieuwe cliënten. De maatregelen waar de praktijkdeskundige wondzorg zich met name op focust is het geven van wissellegging en het vrij leggen van de hielen. Zo is er een standaard wisselleggingschema opgesteld dat meteen ingezet kan worden bij cliënten met een hoog risico door zorgmedewerkers en behandelaars.

De werkwijze is nu meer gericht op het voorkómen van decubitus. Deskundigheidsbevordering vindt plaats op de afdelingen door de gespecialiseerde verpleegkundigen die, middels coaching on the job, de kwaliteit van zorg positief beïnvloeden.

Waar is in 2022 extra aandacht voor geweest?

- Omdat er veel aandacht is voor wondzorg en preventie hebben we kunnen constateren dat de laatste vier jaar het aantal cliënten met decubitus erg laag blijft. Derhalve hebben we het thema decubitus niet als keuzeindicator gekozen. Nu zijn we benieuwd of ons wondzorgbeleid nog steeds het beoogde resultaat geeft. Daarom is er dit jaar wel voor gekozen om de mate van voorkómen van decubitus te meten.

3.1.2 Advance Care Planning

Gezamenlijke afspraken over behandeling rond het levenseinde zijn vastgelegd in het dossier. Van elke cliënt worden afspraken met betrekking tot reanimeren, tijdens het welkomstgesprek, in het zorgleefplan opgenomen.

Wel of niet starten of stoppen met levensverlengende behandelingen zoals antibiotica, bloedproducten en preventieve medicatie of opname in een ziekenhuis zijn zaken die in de MDO's aan de orde komen en als de gezondheidssituatie van de cliënt daar om vraagt. Regelmatig is dat het moment dat de vraag naar verder behandelen acuut aan de orde is en waarover een ander onmogelijk of, op z'n minst, moeilijk kan beslissen.

Waar is in 2022 extra aandacht voor geweest?

- In het eerste kwartaal van 2022 is er wederom als kwartaalthema extra aandacht besteed aan dit onderwerp, onder andere door het uitbrengen van een themamagazine (zie boven onder thema autonomie). De resultaten van de meting van deze Kwaliteitsindicator basisveiligheid wijzen uit dat deze zaken worden besproken en vastgelegd in het zorgleefplan. Bijvoorbeeld de wens om wel of niet gereanimeerd te worden is bij zo goed als alle cliënten vastgelegd in het dossier.

3.1.3 Medicatieveiligheid

De medicatieveiligheid is binnen Stichting Eykenburg goed geborgd. Er is een kwaliteitscommissie ingesteld waarbij een aandachtsvelder per locatie is benoemd om de veiligheid door middel van controles op het opiatenbeheer en de werk- en de noodvoorraad medicatie te borgen. Tevens ziet de aandachtsvelder toe op de uitvoering van de juiste procedures (volgens de veilige principes) bij uitgifte van de medicatie op de afdelingen en geeft geregeld uitleg aan de verschillende teams op de locatie. De verpleegkundig specialist is voorzitter van de Geneesmiddelencommissie. Tevens maakt de apotheker onderdeel uit van het overleg. Protocollen en procedures vallen onder de verantwoordelijkheid van deze commissie. Gemelde incidenten op het gebied van medicatie worden ieder kwartaal door de voorzitter van de Geneesmiddelencommissie verzameld en geanalyseerd. Een verslag hiervan wordt verstuurd naar het managementteam ten behoeve van de kwartaalrapportage. In het teamleidersoverleg worden de bevindingen besproken en trends opgespoord. Eventueel aanvullend onderzoek wordt door de betrokken teamleider opgepakt. Er is binnen de organisatie een open meldcultuur. De verslagen van de reguliere commissievergaderingen worden verzonden aan de bestuurder evenals het jaarverslag.

Waar is in 2022 extra aandacht voor geweest?

- Het 4e kwartaal stond in het teken van medicatieveiligheid. In dit kwartaal is op verschillende manieren aandacht besteed aan het proces van medicatie delen. Zo is er een quiz geweest op alle afdelingen, een filmpje gemaakt met betrekking tot het medicatiedeelproces, een gadget uitgereikt waarbij aandacht wordt gevraagd goed op te letten bij het delen van medicatie. Ook heeft er een artikel gestaan in de personeelsnieuwsbrief.
- Binnen de Geneesmiddelencommissie is aandacht geweest voor opiatenkuisjes op de afdeling, de digitalisering van de werkvoorraad en het beter inzichtelijk maken van de kosten van medicatie.

3.1.4 Gemotiveerd omgaan met vrijheidsbeperking

Het gemotiveerde gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen is geborgd en wordt gemonitord door de Wzd-commissie. Ook in deze commissie zijn aandachtsvelders per locatie aangesteld om de dagelijkse gang van zaken op de afdelingen te volgen en de collega's te ondersteunen met kennis en uitleg betreffende de Wet zorg en dwang. Naast deze aandachtsvelders bestaat de commissie ook uit een verpleegkundig specialist (als voorzitter) en een specialist ouderengeneeskunde (als Wzd-

functionaris). Binnen de organisatie maken we veel gebruik van de Praktijkdeskundigen Onbegrepen Gedrag om te voorkomen dat er vrijheidsbeperkende maatregelen moeten worden ingezet. Het uitgangspunt is immers dat er geen vrijheidsbeperkende maatregelen worden ingezet tenzij... Daarbij zijn vrijheidsbeperkende maatregelen altijd beschermende maatregelen, ter bescherming van de cliënt of derden. Voordat er een vrijheidsbeperkende maatregel wordt ingezet wordt er eerst gekeken naar alternatieven.

Maandelijks worden de ingezette middelen en maatregelen, evenals de 'zo nodig' medicatie, geëvalueerd door de arts met de contactverzorgende van de cliënt. Overzichten van de ingezette middelen en maatregelen worden geregistreerd en worden maandelijks verstuurd naar de Wzd-commissie alwaar ze worden besproken. De verslagen van de commissievergaderingen worden periodiek verzonden aan de bestuurder evenals het jaarverslag.

Waar is in 2022 extra aandacht voor geweest?

- In het najaar zijn de twee Praktijkdeskundigen Onbegrepen gedrag toegevoegd aan de Wzd-commissie.
- Het project 'Leefcirkels' is voltooid. Alle PG-afdelingen zijn 'open'. Door het gebruik van zorgtechnologie met zenders en bakens gaat de deur binnen de eigen leefcirkel van een bewoner open als deze bewoner met de eigen zender de deur nadert. Als de achter de deur liggende ruimte buiten de leefcirkel valt, blijft de deur gesloten. De reacties zijn overwegend positief op de leefcirkels. Hiermee bieden we onze bewoners vrijheid om te bewegen en te beleven, op een veilige manier.
Periodiek worden de leefcirkel die aan een bewoner is gekoppeld geëvalueerd. In sommige gevallen wordt besloten de leefcirkel van een bewoner toch te wijzigen als deze niet passend blijkt te zijn. Deze afspraken worden vastgelegd in het clientdossier.

3.1.4.1 Analyse toepassen onvrijwillige zorg 2022

Binnen Stichting Eykenburg is het streven naar volledige vrijheid en vrijwillige zorg. In sommige gevallen is dit echter niet mogelijk en wordt er onvrijwillige zorg toegepast. Zodra onvrijwillige zorg wordt toegepast wordt een Wzd behandelplan in het zorgdossier opgestart. De verpleegkundig specialist van de bewoner is ook zorgverantwoordelijke en daardoor verantwoordelijk voor het aanmaken en evalueren van het Wzd behandelplan. De contactverantwoordelijke van de bewoner is bij dit proces nauw betrokken.

Uit de geregistreerde gegevens blijkt, dat het Stichting Eykenburg lukt om fixatievrije zorg te bieden en onvrijwillige zorg zo veel mogelijk te vermijden. Er wordt wel gebruik gemaakt van vrijheidsbeperkende maatregelen, zoals het inzetten van domotica, laag-laag bedden of kanteelstoelen, maar altijd ten gunste van het comfort van de cliënt. Zodra de cliënt zich verzet tegen dergelijke maatregelen wordt gezocht naar andere manieren om toch passende zorg te verlenen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de expertise van het zorg- en behandelteam, maar ook de familie wordt hierbij nauw betrokken.

Jaarlijks verzorgt de Wzd-commissie in de maanden januari en juli de digitale aanlevering van gegevens over eventuele onvrijwillige zorg bij de IGJ. Eenmaal per jaar (in juli) verstrekt de commissie daarnaast eveneens een analyse aan IGJ. Deze analyse wordt vooraf voorgelegd aan de Cliëntenraad ter goedkeuring.

In 2022 is er nauwelijks sprake geweest van onvrijwillige zorg binnen onze organisatie. Doordat we zijn gestart met de leefcirkels kunnen onze bewoners zich vrij(er) door het gebouw bewegen. Er is veel aandacht voor het stimuleren van bewegingsvrijheid en het clientverhaal. De aandacht voor persoonsgerichte zorg en het stimuleren van vrijwillige zorg heeft zeker een bijdrage geleverd aan het feit dat onvrijwillige zorg nauwelijks wordt toegepast.

Het rapporteren op Wzd-behandelplannen kan nog worden verbeterd. Alle zorgmedewerkers hebben een smartphone gekregen zodat zij op elk moment van de dag, direct na een gebeurtenis kunnen rapporteren. Het is echter niet mogelijk om in de app van het zorgdossier te rapporteren op het Wzd behandelplan. Daarvoor moet je naar de webversie van het zorgdossier op de telefoon of rapporteren op een tablet/laptop. Dit is voor veel zorgmedewerkers omslachtig en daardoor een hoge drempel. We gaan daarom op zoek naar een manier waarop rapporteren op de Wzd-maatregelen beter gefaciliteerd wordt.

Daarnaast zal de komende tijd ook binnen de extramurale zorg meer aandacht moeten komen voor ons Wzd-beleid.

3.1.5 Continentie

Incontinentie komt relatief vaak voor in verpleeghuizen. Omdat incontinentie klinkt alsof een zorgverlener er niet meer zoveel aan kan doen en de sector juist een impuls wil geven aan leren en verbeteren op de werkvloer, is dit thema hernoemd naar *continentie*.

Binnen Stichting Eykenburg wordt ook aan dit thema persoonsgericht invulling gegeven. Zo wordt een continentieprobleem alleen gezien als ‘probleem’ als de cliënt *zelf* er last van heeft. Bijvoorbeeld in het geval van blaascarcinoom waarbij de cliënt moeite heeft met plassen. Het probleem wordt dan als zorgdoel in het zorgplan opgenomen en er wordt op gerapporteerd. Wordt incontinentie niet als probleem ervaren, dan wordt het in het zogeheten Dagoverzicht opgenomen.

Wensen en behoeften van de cliënt ten aanzien van voorkeuren en gewoontes of benodigde hulp bij de toiletgang worden beschreven. De doelmatigheid van het incontinentiemateriaal wordt geobserveerd en geïnventariseerd bij de cliënt. Afstemming over passend gebruik van incontinentiematerialen vindt plaats met de cliënt en/of diens naasten, de zorgverleners en de leverancier. Ook wanneer er gebruik wordt gemaakt van incontinentiemateriaal worden cliënten gestimuleerd om naar het toilet te gaan. Dit wordt, vanuit onze persoonsgerichte visie, per situatie en per cliënt gedaan, omdat er niet aan toiletrondes wordt gedaan binnen de organisatie.

3.1.6 Aandacht voor eten en drinken

Ook *Aandacht voor eten en drinken* is wederom een kwaliteitsindicator en tevens een belangrijk thema binnen de organisatie waar we ook in 2022 weer veel aandacht aan hebben besteed. Voeding is niet alleen belangrijk voor een goede lichamelijke gezondheid. Lekker eten en drinken in een fijne ambiance dragen ook bij aan een goede gemoedstoestand.

Belangrijke dagelijks terugkerende onderdelen van het leefritme van onze cliënten zijn de maaltijden. We hebben continu aandacht voor de kwaliteit van het voedsel zelf, maar er zijn meerdere zaken die van invloed kunnen zijn op de beleving van de eetmomenten en alle momenten daartussen. Zoals bijvoorbeeld gezelligheid, aantrekkelijkheid van de omgeving en de sfeer. Omdat iedere cliënt uniek is en haar of zijn eigen wensen en behoeften heeft is het een uitdaging om daar voor alle cliënten 100% aan te voldoen. Echter, door de dialoog aan te gaan met de cliënten per afdeling kan wel worden onderzocht wat de grootste gemene deler is en wat op individueel cliëntniveau kan worden gerealiseerd.

De praktische uitvoering van de flexibiliteit van het maaltijdgebruik en de beleving van de maaltijden is voor verbetering vatbaar. De organisatie onderhoudt hier nauw contact over met de leverancier op basis van audits.

Waar is in 2022 extra aandacht voor geweest?

- Naar aanleiding van een enquête onder de bewoners is er met name op locatie Het Zamen meer aandacht voor meer internationale maaltijden. Het menuplan is volledig aangepast zodat het aanbod meer aansluit bij de wens.

- Op een aantal afdelingen is uitleg gegeven door de aandachtsvelder voeding samen met de adviseur voedingsbeleid over de werkwijze en mogelijkheden rondom de bereiding van de warme maaltijd. Dit werd met zeer veel interesse ontvangen.
- Op beide locaties zijn pilots gedraaid met 2 verschillende totaalleveranciers om te zien welke leverancier, maar ook wel systeem het beste aansluit op de vernieuwde visie op voeding. Uiteindelijk hebben deze pilots geresulteerd in de keuze voor een nieuwe leverancier. Deze zal begin 2023 starten met de levering van producten en maaltijden.
- De nieuwe werkwijze past bij onze visie op eten en drinken en ons nieuwe voedingsbeleid: de afdelingen bestellen bij de nieuwe leverancier kant en klare producten of verse ingrediënten om zelf te kunnen koken. Dit is afhankelijk van wat, waar, wanneer en hoe de client het zelf wil. Het uitgangspunt hierbij is voor ons om aansluiting te vinden bij het welbevinden van de cliënt.

4. Leren en werken aan kwaliteit

Stichting Eykenburg streeft er naar een lerende organisatie te zijn. Dit wil zeggen, de organisatie bevindt zich in een continu proces van leren en ontwikkelen. Dit is voorwaardelijk om zowel te kunnen reageren als te kunnen anticiperen op een voortdurende veranderende in- en externe context die van invloed kan zijn op de uitvoering van onze persoonsgerichte visie op gezondheid, welbevinden en zorg.

Methodisch (kunnen) werken is en blijft een belangrijk organisatiebreed uitgangspunt van ons dagelijks handelen en bij de ontwikkeling en uitvoering van (verbeter)plannen/maatregelen. Voorbeelden hiervan in 2022 zijn het project Persoonsgerichte Kwaliteit, de aanpassing van het MIC-formulier, de implementatie van een nieuw digitaal Kwaliteitsmanagementsysteem, het consequent doorvoeren van de PDCA-cyclus (inclusief het gebruik van het verbeterregister).

Vanuit het kwaliteitskader wordt het continu werken aan het verbeteren van kwaliteit als norm gesteld voor een goede zorgorganisatie en voor professionele zorgverleners. De wijze van verantwoorden van kwaliteit moet passen bij dit proces van samen leren en verbeteren.

Er worden vijf elementen onderscheiden in dit kader:

1. Kwaliteitsmanagementsysteem
2. Jaarlijks geactualiseerd kwaliteitsplan
3. Jaarlijks kwaliteitsverslag
4. Continu werken in de praktijk aan verbeteren door zorgverleners
5. Deel uitmaken van een lerend netwerk

Ad 1. Kwaliteitsmanagementsysteem

Stichting Eykenburg beschikt al geruime tijd over een HKZ-certificering. Ieder jaar komen auditoren van een externe organisatie, Lloyd's Register, op bezoek om te controleren of ons kwaliteitsmanagementsysteem aan de vigerende kwaliteitsnormen voldoet. Vanaf 2022 voldoen we aan de HKZ-normen VVT 2019.

De verschillende interviews, observaties en documentbeoordelingen zijn succesvol verlopen. De conclusie van de auditoren is dat Stichting Eykenburg gericht is op continu verbeteren, voldoet aan de verwachtingen en eisen van cliënten en belanghebbenden, alsmede beschikt over een effectief kwaliteitsmanagementsysteem.

Eind 2021 heeft het MT besloten om in 2022 over te stappen naar PREZO als kwaliteitssysteem in plaats van het HKZ model. De reden hiervoor is dat het prestatiegestuurde kwaliteitssysteem PREZO beter aansluit op onze persoonsgerichte zorgvisie en werkwijze en zelfs stimulerend zal werken om onze ambitie verder vorm te geven.

Daarbij is tevens besloten om in maart 2022 de surveillance 2 audit van de HKZ te doen en in de

tussentijd met de aandachtspunten uit de nulmeting van PREZO aan de slag te gaan teneinde in 2023 de PREZO certificering te kunnen behalen.

Ad 2. Jaarlijks geactualiseerd kwaliteitsplan

Het Strategisch Kwaliteitsplan is opgesteld conform de richtlijnen van het Kwaliteitskader. De inhoud is gerubriceerd volgens de inhoudsopgave zoals opgenomen in het kader. De Raad van Bestuur is eindverantwoordelijk voor en daarmee aanspreekbaar op het Kwaliteitsplan. Jaarlijks wordt dit plan geactualiseerd. De resultaten van de contextanalyse, de confrontatiematrix en de directiebeoordeling van het voorgaande jaar gaven de meest actuele informatie als basis voor de verbeterplannen in 2022.

Ons Strategisch Kwaliteitsplan 2022 hebben we voor feedback voorgelegd aan twee collega zorgorganisaties, Cardia en HWW- Zorg.

Ad 3. Jaarlijks kwaliteitsverslag

Jaarlijks brengt de organisatie een kwaliteitsverslag uit dat gebaseerd is op de evaluatie van de doelstellingen en de inhoud van het Strategisch Kwaliteitsplan van het voorgaande jaar. Cliëntenraadplegingen, alsook medewerker raadplegingen zullen mede als informatiebron gebruikt worden voor het Kwaliteitsverslag. Ook de kwartaalrapportages, waarmee de Raad van Bestuur volgens het Informatieprotocol verslag uitbrengt aan de Raad van Toezicht, vormen wederom een belangrijke informatievoorziening. Evenals het bestuursverslag en de jaarrekening die vanaf 2022 apart, dus niet meer geïntegreerd in het kwaliteitsverslag, worden opgesteld. Uiterlijk 1 juli volgend op het betreffende verslagjaar zal het kwaliteitsverslag aangeleverd worden aan de Openbare Database van Zorginstituut Nederland, te vinden op de website Zorginzicht.nl. Het conceptverslag is besproken met de vertegenwoordiging van cliënten en medewerkers.

Ad 4. Continu werken in de praktijk aan verbeteren door zorgverleners/medewerkers

Er is sprake van een open werkverhouding waarin feedback, reflectie en dialoog mogelijk is en gestimuleerd wordt. Medewerkers met specifieke aandachtsgebieden, zoals bijvoorbeeld de praktijkdeskundigen mondzorg en de praktijkdeskundigen onbegrepen gedrag, bieden deskundigheidsbevordering door middel van training en het coaching on the job principe. Terugkoppeling van in- en externe audits vindt plaats via de bestuurder en het MT naar de teamleiders en de afdelingen.

De vier kwartaalthema's die jaarlijks opnieuw vastgesteld worden bewerkstelligen een verdiepingsslag op uiteenlopende thema's. Soms aansluitend op actuele onderwerpen, soms om lastige onderwerpen uit de taboesfeer te halen.

In 2022 hebben we aandacht besteed aan de volgende thema's:

1. Alles omtrent het levenseinde (Advanced Care Planning)
2. Pesten op de werkvloer en overig ongewenst gedrag
3. Multiculturaliteit
4. Medicatieveiligheid

Ad 5. Deel uitmaken van een lerend netwerk

Stichting Eykenburg maakt onderdeel uit van een lerend netwerk met tenminste twee verschillende collega zorgorganisaties die onder een andere rechtspersoon vallen en een andere Raad van Bestuur hebben. In dit kader zijn contacten en afspraken met HWW-zorg en Cardia gemaakt.

Ook ons netwerk in de wijk hebben we verstevigd door het tot stand brengen en onderhouden van diverse netwerken (o.a. HWW-zorg, Humanitas DMH en Cardia). In de Schilderswijk is samen met HWWzorg het project Samen sterk in de wijk opgestart. Eenzelfde soort project zal ook samen met Respect in Duindorp plaats vinden. Ook wordt samen met Respect de mogelijkheden onderzocht om gezamenlijk een nieuw woonzorgcentrum in Den Haag te realiseren.

Verder werken we met HWW, Cardia, Respect, Saffier, Mr. Visserhuis, Johannahuis, SWZ en Oldael samen in het project “Samen digitaal” met financiële ondersteuning van het zorgkantoor.

Met ROC Mondriaan wordt nauw samengewerkt ten behoeve van de twee praktijkleerafdelingen die we op onze locaties hebben. Ook met het oog op onze visie op leren en ontwikkelen is de samenwerking met het onderwijs van groot belang. Doel van deze samenwerking is onder andere om de schotten tussen praktijk en theorie zo veel mogelijk te slechten. Docenten van het ROC kunnen op onze locaties lesgeven en tevens leerlingen/stagiaires op de werkvloer begeleiden. Onze zorgverleners (meesters) zouden op hun beurt ook les kunnen geven bij het ROC.

Met Humanitas DMH en Woonzorg Nederland wordt samengewerkt in en rondom Het Coornhert aan het Erasmusplein in Den Haag. Met een zorgteam verlenen wij zorg aan de bewoners van Het Coornhert. Op deze locatie zal ook in de plint invulling gegeven worden aan een ontmoetingsfunctie. De andere samenstelling van de wijkbehoefte, zoals deze in 2022 bekend was, maakt dat de invulling anders is dan bij locatie Het Zamen. In Het Coornhert zal in eerste instantie meer de nadruk liggen op het verstrekken van informatie en het bieden van laagdrempelige ontmoeting en activiteiten..

Daarnaast maakt Stichting Eykenburg deel uit van Zorgscala, de vereniging van zorgaanbieders in Haaglanden. Deze vereniging heeft als kerntaken het behartigen van de belangen van de leden, het delen van informatie en verbinden en verbreden van kennis, samenwerking op thema's coördineren en structureren en inhoudelijke verbetering aanjagen.

We zijn aangesloten bij Vereniging (voorheen Stichting) Transmurale Zorg (VTZ) Den Haag en omstreken, waarbij we met name op het gebied van casemanagement en palliatieve zorg samenwerken met zorgaanbieders in de regio Haaglanden. Doelstelling is het bevorderen van de samenhang in de zorg in de Haagse regio. Hiertoe leveren we ieder kwartaal informatie aan over wachttijden en wachtlijsten. VTZ publiceert het actuele overzicht van alle aanbieders casemanagement dementie van de regio Haaglanden per peildatum (eerste dag van het kwartaal) op haar website ten behoeve van het Zorgbeeldportaal.

Stichting Eykenburg is tevens lid van werkgeversorganisatie ZW-Connect (in 2021 ontstaan uit ZorgZijnWerkt en Care2Care) waarbij er op diverse werkerterreinen nauw wordt samen gewerkt met andere zorgorganisaties in Zuid-Holland.

Ook zijn we actief betrokken bij een drietal projecten die we als werkgever in Zorgscala-verband uitvoeren met andere zorgorganisaties in Den Haag, waaronder Florence, Respect en Oldael/SWZ. Het gaat hierbij om de projecten:

- het leerhuis (inservice-opleiding nieuwe stijl);
- de instroom (écht andere onboarding);
- flexmedewerkers (zo weinig mogelijk, maar wel in een onderlinge samenwerking van betrokken organisaties).

5. Leiderschap, governance en management

Op het gebied van leiderschap, governance en management worden zes thema's onderscheiden:

1. Visie op zorg
2. Sturen op kernwaarden
3. Leiderschap en goed bestuur
4. Rol en positie interne organen en toezichthouders
5. Inzicht hebben en geven
6. Verankeren van medische, verpleegkundige en psychosociale expertise

Ad 1. Visie op zorg

In het Strategisch Kwaliteitsplan is de formulering van de visie op zorg en de uitwerking van deze visie op de zorg en dienstverlening van Stichting Eykenburg beschreven. De visie van de organisatie op zorg is in belangrijke mate bepalend voor de strategische koers die betrekking heeft op zowel de cliënt als de medewerker.

Gedurende het gehele jaar door geven we richting de cliënt alsmede de medewerker nader invulling aan onze visie op persoonsgerichte zorg. De HKZ-auditor stelde tijdens de audits in 2022 wederom vast dat deze persoonsgerichte visie in alle lagen van de organisatie duidelijk naar voren komt.

Ad 2. Sturen op kernwaarden

Met haar visie op zorg die persoonsgericht is, heeft de organisatie ook haar missie en kernwaarden doorontwikkeld. Deze missie en kernwaarden hebben betrekking op zowel cliënten als medewerkers.

Missie:

Onze cliënten en onze medewerkers beleven elke dag als waardevol en betekenisvol.

Dit bereiken we door invulling te geven aan onze vier kernwaarden.

Kernwaarden:

Vrijheid, Wederkerigheid, Waardevol en Vakkundig.

Door inhoud en betekenis te geven aan onze kernwaarden kan hier steeds beter op worden gestuurd. Derhalve zal er ook de komende tijd aandacht blijven voor het creëren van randvoorwaarden en een cultuur waarbinnen het juiste gedrag mogelijk is, zodat onze kernwaarden voor zowel onze cliënten als voor onze medewerkers voelbaar en herkenbaar zijn. Met name *vrijheid* is afgelopen jaar nadrukkelijk over het voetlicht gebracht door de start met de implementatie van de *leefcirkels*, alsmede door aandacht voor eigen regie in het project Persoonsgerichte Kwaliteit.

Pijlers:

Vanuit onze kernwaarden werken we continu aan drie sterke pijlers waarop onze organisatie is gefundeerd; 1) tevreden cliënten, 2) tevreden medewerkers, 3) financieel gezonde bedrijfsvoering.

Succesfactoren:

Om te kunnen voldoen aan onze eigen kwaliteitsstandaard zijn drie succesfactoren essentieel: de *organisatiecultuur*, de *organisatiestructuur* en de *bedrijfsvoering*. Verbeteracties zijn er dan ook voornamelijk op gericht om onze succesfactoren te verstevigen. Op deze wijze creëren we de randvoorwaarden en cultuur om inhoud en betekenis te kunnen geven aan onze kernwaarden waarmee we onze missie willen bereiken.

Ad 3. Leiderschap en goed bestuur

Het bestuur streeft een open organisatie na, waarbij ruimte is voor discussie, feedback en kritiek. Zij heeft als een van de succesfactoren dan ook de *organisatiecultuur* benoemd.

Het management faciliteert de medewerkers en vrijwilligers met alle mogelijke middelen zodat zij hun werk goed kunnen verrichten. Jaarplannen worden nauwgezet gemonitord, SMART geformuleerd en getoetst op resultaten. In de veelheid van eisen die ook externe stakeholders stellen, lijkt het in toenemende mate belangrijk resultaten te boeken. Daarbij hoort ook het uitgangspunt: liever enkele belangrijke doelen echt realiseren, dan vele half. Bovendien moeten alle voornemens ook gerealiseerd kunnen worden op de werkvloer.

Stichting Eykenburg wil zoveel mogelijk investeren in zorgpersoneel. Dat betekent dat overhead zo klein mogelijk moet blijven en processen 'lean' ingericht. Hierbij wordt steeds bewust gekeken naar een goede balans tussen de verschillende diensten en (primaire en ondersteunende) processen. Zo proberen we ook blijvend te voldoen aan de steeds hogere eisen die er aan zorgaanbieders worden gesteld.

Geautomatiseerde systemen worden effectief op elkaar afgestemd, zoals SDB en NEDAP, autorisaties worden adequaat functioneel ingericht, beveiliging van de steeds belangrijker (digitale)

informatieprocessen wordt verbeterd en diverse projecten ter verbetering van de kwaliteit van de zorg worden ten uitvoer gebracht.

Ingeval van conflicten en/of klachten is de Raad van Bestuur de gesprekspartner voor de cliënt, familie of mantelzorgers. Onze klachtenprocedure is hierop ingericht en betrokkenen worden hierover goed geïnformeerd.

Het management en bestuur vertegenwoordigen de organisatie naar de buitenwereld. Er wordt verbinding gelegd tussen deze werelden, wat innovatie, intervisie en afstemming met elkaar mogelijk maakt. De bestuurder heeft zitting in het bestuur van Zorgscala, de brancheorganisatie van zorgondernemers in regio Haaglanden. Vanuit deze rol vindt overleg plaats met alle lokale zorgaanbieders, maar worden ook diverse initiatieven opgestart op allerlei gebied waar medewerkers binnen onze stichting dan weer een bijdrage aan leveren c.q. in participeren.

Ad 4. Rol en positie interne organen en toezichthouders

De Raad van Bestuur en Raad van Toezicht hanteren de Governancecode Zorg (2022) in al hun handelen. Zaken als permanent leren, voorwaarden scheppen en goede zorg voor cliënten hanteren we hierbij als uitgangspunten, maar ook het creëren en faciliteren van een open (leer)cultuur hoort hierbij.

De Raad van Toezicht heeft in het kader van goed bestuur en toezicht regelmatig overleg met de Raad van Bestuur. Jaarlijks wordt zowel de onderlinge samenwerking alsmede het eigen functioneren geëvalueerd.

De Raad van Toezicht heeft over 2022 haar eigen verslag als interne toezichthouder opgesteld conform de daaraan gestelde eisen. Dit verslag wordt op onze website gepubliceerd.

De Raad van Bestuur heeft in een vaste frequentie overleg met de cliëntenraad (CR). In 2022 heeft er 8 maal overleg plaats gevonden met de bestuurder. Het werk van de cliëntenraad wordt gefaciliteerd door secretariële ondersteuning aan te bieden.

De ondernemingsraad (OR) heeft eveneens in een vaste frequentie, negen maal in 2022, overleg met de bestuurder.

De in 2021 opgerichte Professionele Advies Raad (PAR) is in 2022 vijf keer bijeen geweest. Bij sommige vergaderingen is de Raad van Bestuur of de HR-manager aangeschoven om enkele agendapunten toe te lichten. De PAR is een brede vertegenwoordiging vanuit de verschillende geledingen binnen de organisatie en houdt zich bezig met gevraagd en ongevraagd advies geven aan het bestuur/management over een goede uitvoer van beleid. Tevens signaleert de PAR ook eventuele knelpunten op de werkvloer.

De Raad van Bestuur is de trekker van het tot stand komen van het lerend netwerk. Op bestuurlijk niveau vindt overleg plaats met diverse zorginstellingen teneinde een positief netwerk te creëren dat meerwaarde biedt voor de deelnemende organisaties en uiteindelijk de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening ten goede komt.

Ad 5. Inzicht hebben en geven

Het meelopen van de bestuurder en MT-leden op een operationele afdeling is sinds de coronaperiode helaas niet meer voorgekomen. Met meelopen wordt beoogd om zowel wederzijds begrip en inzicht als draagvlak te bewerkstelligen.

Het inzicht hebben en geven kreeg verder gestalte door de invulling en voortgang van de overleg- en communicatiestructuur, de kwartaalrapportages die zowel intern als extern (o.a. zorgkantoor) worden verspreid, het Strategisch Kwaliteitsplan, het kwaliteitsverslag en de jaarrekening. Ook alle commissies maken volgens een vast format jaarlijks hun eigen jaarverslag ten behoeve van de Raad van Bestuur. Daarnaast kent Stichting Eykenburg de personeelsnieuwsbrief, een medewerkersportaal en een (bijna) wekelijkse mail van de Raad van Bestuur naar alle medewerkers, waarin in 2022 steeds uitleg werd gegeven aan en inzicht werd gegeven in de diverse maatregelen en activiteiten. Onder andere kwamen hier de structuurwijziging, Corona maatregelen, parkeerregeling, het medewerkerstevredenheidsonderzoek, een oproep voor nieuwe PAR-leden en een uitnodiging voor een medewerkersborrel langs.

Ad 6. Verankeren van medische, verpleegkundige en psychosociale expertise

Op het gebied van verankering van medische, verpleegkundige en psychosociale expertise vindt eens per kwartaal overleg plaats tussen bestuur, management en een afvaardiging van het behandelteam. Dit behandelteam wordt deels extern ingehuurd door de stichting en bestaat onder andere uit specialisten ouderengeneeskunde, psychologen, fysiotherapeuten, logopedisten, en ergotherapeuten. De organisatie heeft haar eigen verpleegkundig specialisten (VS) in dienst. Tevens kennen we de functie Praktijkdeskundigen op het gebied van Palliatieve zorg, Onbegrepen gedrag, Bewegingsgerichte zorg, Welzijn en Mondzorg. Door de inzet van praktijkdeskundigen en aandachtsvelders in het primaire proces wordt verpleegkundige expertise bevorderd en geborgd. Samen met de verpleegkundig specialisten, de sectormanager zorg en welzijn en de praktijkdeskundigen vindt eens per 4 weken een Praktijkdeskundigenoverleg plaats. Hierin wordt onder andere besproken hoe specifieke deskundigheid wordt overgebracht op de afdelingen en aandachtsvelders.

6. Personeelssamenstelling (voldoende en vakbekwaam personeel)

Stichting Eykenburg kent een grote diversiteit aan doelgroepen. Het hieraan gekoppelde personeelsbestand en bestand van vrijwilligers kent hierdoor ook een grote diversiteit.

De benodigde personeelssamenstelling wordt steeds op basis van de zorgzwaarte van cliënten, de gewenste aanwezigheid 24/7 van een verpleegkundige alsmede van onze eigen kwaliteitseisen vormgegeven.

Het hebben van de juiste mix van vast personeel, leerlingen (met leer-arbeidsovereenkomst) en vrijwilligers met de benodigde ervaring, kennis en kunde is van belang voor goede cliëntzorg. Om te voldoen aan onze eigen kwaliteitseisen op het gebied van welzijn worden additionele krachten op de huiskamers ingezet. Deze medewerkers voeren activiteiten uit op het gebied van welzijn van de cliënten zoals bijvoorbeeld het doen van een spelletje. Deze medewerkers Algemene Ondersteuning zijn een belangrijk onderdeel van de teams geworden.

De inzet van voldoende medewerkers van een specifiek deskundigheidsniveau (de benodigde functiemix) wordt in het personeelsplanningssysteem geborgd. Dit geldt zowel voor vast personeel als voor tijdelijke invalkrachten. Een basisbezetting per afdeling is het vertrekpunt voor de planners. Per locatie wordt door het Planbureau geborgd dat ook altijd een BIG geregistreerde verpleegkundige aanwezig is of minimaal een geregistreerde verpleegkundige in één van de locaties, waardoor deze altijd binnen 30 minuten ter plaatse kan zijn. De beschikbare tijd voor multidisciplinair overleg en deskundigheidsbevordering wordt ook via de centrale planningsafdeling bewaakt alsmede het inplannen van de BHV'ers per locatie.

Het aantal en de benodigde deskundigheid van medewerkers is gerelateerd aan de zorgzwaarte en behoefte van de cliënt. Bij tijdelijke extra zorgzwaarte wordt hier eveneens op gereageerd met tijdelijke extra inzet van medewerkers. Alle medewerkers vanaf niveau 3 zijn

bevoegd en bekwaam in voorbehouden en overige risicovolle handelingen. De BIG-scholing is een van de belangrijkste basisscholingen die Stichting Eykenburg zowel intern als extern verzorgt, waarbij constante scholing en bewaking op dit terrein is geborgd.

Stichting Eykenburg heeft diverse commissies ingericht waarin een ruime vertegenwoordiging van de verschillende disciplines samenwerken. Hierin zetelen medewerkers met als extra rol de 'aandachtvelder', waarmee de specifieke thema's van de commissies ook goed vertegenwoordigd zijn in de organisatie. De volgende commissies zijn ingesteld: een Commissie Infectie Preventie (CIP), Geneesmiddelencommissie, Wzd (Wet zorg en dwang) commissie, Veilig Incident Melden (VIM-)commissie, Commissie Veilige Zorgrelatie), Menucommissie, een interne Auditcommissie en een Onderzoeks- en Calamiteitencommissie waarmee Stichting Eykenburg haar zelflerend vermogen onderstreept en wil blijven ontwikkelen.

Zoals al eerder aangegeven worden er binnen de organisatie Praktijkdeskundigen ingezet op de volgende aandachtsgebieden: *mondzorg, onbegrepen gedrag, palliatieve zorg, welzijn en bewegingsgerichte zorg*. Deze medewerkers zijn specialist op de betreffende gebieden en hierin extra geschoold. Zij delen kennis en kunde met de medewerkers en ondersteunen daar waar nodig. Speciaal voor deze werkzaamheden wordt in het rooster tijd ingepland. Deskundige begeleiding wordt hierdoor dicht bij de medewerkers op de werkvloer georganiseerd.

Als erkend leerbedrijf hanteren we een heldere structuur voor de begeleiding van leerlingen op de werkvloer. Om verzekerd te blijven van voldoende instroom van leerlingen onderhouden we steeds een goede relatie met diverse opleidingsinstituten, waaronder de ROC's.

Er is ruimte voor circa 22 leerlingen voor de BBL (beroepsbegeleidende leerweg) en ongeveer 35 tot 50 stagiaires voor de BOL (beroepsopleidende leerweg), voor zorgopleidingen van niveau 2 t/m 6. Op deze wijze kunnen we hen kennis laten maken met het werken in een verpleeghuis en hen mogelijk interesseren om na de opleiding bij ons te komen/blijven werken in het geval van de stagiaires. En in het geval van de BBL- leerlingen is het doel om de medewerkers in dienst van de organisatie op te leiden als zorgprofessional of door te laten groeien naar een hoger niveau, mede in het kader van binden en boeien. Zo verwachten we het stijgend tekort aan gediplomeerde medewerkers tegen te gaan.

In 2022 hebben we, net als in 2021, in nauwe samenwerking met het ROC Mondriaan, (nieuwe) medewerkers van de extramurale huishouding (EMH) de opleiding 'Ondersteuning Thuis' aangeboden waarmee in totaal ongeveer 80% van deze medewerkers een MBO certificaat hebben behaald met een landelijk civiel effect, met andere woorden landelijk erkend.

Doorstroom in 2022 van BBL leerlingen (Beroepsbegeleidende Leerweg) gestart:

3 medewerkers van niveau 3 naar niveau 4

8 medewerkers van niveau 2 naar niveau 3

Vier nieuw gediplomeerden op peildatum september 2022:

3 medewerkers op niveau 3

1 medewerker op niveau 4

In 2022 hebben we de samenwerking met het ROC Mondriaan geïntensiveerd en geconcretiseerd door het opstellen van de 'Samenwerkingsovereenkomst strategische alliantie zorgopleidingen'.

Deze samenwerking is gericht op:

- ❖ het (in kwalitatieve en kwantitatieve zin) adequaat inspelen op de huidige en de toekomstige vraagstukken;
- ❖ het gezamenlijk vormgeven van de inkleuring van de opleidingen van de medewerker van de toekomst;

- ❖ het verhogen van de 'employability' van (beginnend) beroepsbeoefenaren en het versterken van het leven lang ontwikkelen van medewerkers binnen stichting Eykenburg.

Inmiddels hebben we op twee locaties een Praktijkleerafdeling (PLA). Op deze afdeling geven we stagiairs de kans om concrete praktijkervaring op te doen binnen op een verpleegafdeling. Zowel stagiaires, het ROC als onze cliënten zijn hier positief over.

Leren en Ontwikkelen is en blijft vooralsnog een belangrijk HR-speerpunt. Het team Leren en Ontwikkelen (L&O) speelt hierbij een belangrijke begeleidende en adviserende rol. De rol van de praktijkopleider is in belangrijke mate gericht op het begeleiden van werkbegeleiders, die op hun beurt leerlingen en stagiairs begeleiden.

Ons uitgangspunt is dat 'leren op de werkplek' het beste leert volgens het meester-gezel principe. De uitvoering hiervan wordt zowel extramuraal als intramuraal gerealiseerd, onder andere door de praktijkleerafdelingen (PLA). De samenwerking met het onderwijs is daarbij van groot belang. Doel is de schotten tussen praktijk en theorie zoveel mogelijk te vermijden. Het streven is docenten meer op locatie les te laten geven en dat zij hierbij leerlingen en stagiairs begeleiden op de werkvloer. Onze zorgverleners (meesters en gezellen) zouden op hun beurt ook onderwijs kunnen geven.

Daarnaast zijn we tevens druk bezig geweest met de keuze voor een Leermanagementsysteem (LMS). Het is ons helaas niet meer gelukt om dit nog in 2022 in te voeren, maar dit zal zeker in 2023 worden afgerond. Met dit LMS zal het trainings- en opleidingsproces grotendeels digitaal gaan verlopen. Medewerkers schrijven zichzelf in. Uitgangspunt is dat de voorbehouden handelingen en andere functievereisten altijd actueel inzichtelijk zullen zijn.

Ook vanuit het Kwaliteitskader is 'Samen leren en verbeteren' een belangrijk thema binnen de VVT-sector. Zowel in- als externe factoren komen voort uit óf zijn van invloed op de koers van de organisatie. Deze factoren tezamen vragen om het vermogen om continu te leren en ontwikkelen én verbeteren. Door hier handen en voeten aan te geven zorgen we ervoor dat Stichting Eykenburg als toekomstbestendige 'lerende organisatie' succesvol is in praktische betekenis geven aan haar persoonsgerichte visie en missie.

De behandeldienst wordt door Stichting Eykenburg deels afgenomen van een externe leverancier, Novicare. Met hen zijn afspraken vastgelegd in een Service Level Agreement (SLA) op het gebied van aanwezigheid, oproepbaarheid en het ter plaatse zijn van een arts binnen 30 minuten op de twee locaties. De organisatie heeft deels haar eigen verpleegkundig specialisten in dienst die nauw samenwerken met de behandelaren van Novicare. Daarnaast hebben we onze eigen praktijkdeskundigen die specifieke deskundigheid hebben op de terreinen onbegrepen gedrag, bewegingsgerichte zorg, palliatieve zorg, welzijn en mondzorg, waarbij ze hun collega's op de werkvloer coachen en ondersteunen. Deze werkwijze bewerkstelligt dat de zorg dichter bij de cliënt georganiseerd wordt waarbij er meer wordt uitgegaan van het welzijnsperspectief dan vanuit een medisch perspectief.

[Instroom, uitstroom, doorstroom²](#)

De instroom van nieuwe medewerkers was in 2022 27,2%. Dat is een afname ten opzichte van 2021 (28,9%) alsmede ten opzichte van 2020 (36,5%).

De uitstroom in 2022 was 29,8%. Dit is wederom een stijging ten opzichte van 2021 (26,8%) en 2020 (25%). Het streven om de uitstroom in 2022 te beperken tot 20% is niet behaald.

Het doorstroompercentage over het afgelopen jaar was 6,5%. Ter vergelijking met voorgaande jaren: in 2018 was dit 5%, in 2019 9,2%, in 2020 8% en in 2021 organisatiebreed een doorstroom van 8,5%.

² De instroom, uitstroom en doorstroomcijfers evenals de verzuimcijfers zijn gebaseerd op organisatiebrede gegevens. Dat wil zeggen, zowel uit de intramurale als extramurale setting als huishoudelijke ondersteuning (Wmo).

Personeelskosten

De personeelskosten bedroegen in 2022 zo'n 70,7% van de netto omzet (68,7% in 2021). Ten opzichte van de benchmark over 2021 ligt dit percentage onder het gemiddelde van de sector waarbij de totale personeelskosten, inclusief inhuur van derden zo'n 72% van de netto-omzet in beslag nemen (71,5% in 2021).

De kosten van inhuur van personeel niet in loondienst (pnil) bedraagt 7,9% van de salariskosten. Dit percentage is 1,7% lager dan de benchmark waarin de uitgaven aan personeel niet in loondienst als percentage van de totale personeelskosten in 2021 op 9,6% lagen.

De benchmarkcijfers komen uit een door Intrakoop en Verstegen accountants uitgevoerde benchmark voor de zorgsector op basis van de gepubliceerde informatie via DigiMV. Deze benchmark cijfers zijn het gemiddelde van de VVT-sector uit 2021.

De cijfers van Stichting Eykenburg komen uit 2022. De cijfers zijn berekend op basis van de volgende uitgangspunten:

Zowel de omzet als de kosten zijn gebaseerd op de totale organisatie en alle productie, dus ook de productie die niet onder het kwaliteitsbudget valt.

Ziekteverzuimpercentage³

Het ziekteverzuim bedroeg in 2022 8,77%. Net als in 2021 (6,69%) betekende dit ten opzichte van voorgaande jaren wederom voor Stichting Eykenburg een opvallende stijging (2020: 6,6, 2019: 4,5% en 2018: 4%). Echter, door de aanhoudende Covid-19 pandemie en als gevolg daarvan verminderde inzetbaarheid bij zorgpersoneel, waarbij landelijk een behoorlijke stijging van het verzuim zich aftekende, is dit goed te verklaren. Binnen de organisatie hanteren we het inzetbaarheidspercentage. Op basis van vorenstaande kunnen we stellen dat dit percentage over het jaar 2022 op 91,23% uit is gekomen.

De meldingsfrequentie is voor de organisatie als geheel op 1 uitgekomen (1,00) wat betekent dat medewerkers zich gemiddeld 1 keer per jaar ziek hebben gemeld.

7. Gebruik van hulpbronnen

Het effectief en efficiënt gebruik maken van hulpbronnen om de best mogelijke zorgresultaten en ervaringen te behalen met de beschikbare financiën en middelen is van groot belang om goede persoonsgerichte zorg en ondersteuning te bieden gebaseerd op de wensen en behoeften van cliënten.

Belangrijke hulpbronnen bij het realiseren van kwaliteit van verpleeghuiszorg zijn: de bebouwde omgeving, technologische hulpbronnen, materialen en hulpmiddelen, facilitaire zaken, financiën en administratieve organisatie en samenwerkingsovereenkomsten met andere zorginstellingen.

Bebouwde omgeving

De bebouwde omgeving omvat binnen Stichting Eykenburg de twee intramurale locaties. Deze locaties zijn op het gebied van vastgoed, onderhoud, buitenruimtes, woonoppervlak, bewegingsruimte per cliënt, privacy en de faciliteiten voor terminale zorg afgestemd op de cliënten en voldoen aan de gestelde eisen. Locatie Het Zamen is een nieuwbouwlocatie die in 2013 in gebruik genomen is, voorzien van alle mogelijke technologische oplossingen voor ouderenzorg en flexibel gebouwd, zodat alle doelgroepen optimaal bediend kunnen worden. Huize Eykenburg is een locatie gebouwd in 1929 maar is de afgelopen 10 jaren volledig gerenoveerd en aangepast aan de moderne tijd en meest recente eisen die gesteld worden aan zorginstellingen. Beide locaties voldoen aan de relevante wet- en regelgeving.

³ Deze gegevens gelden organisatiebreed en niet alleen voor de verpleeghuiszorg.

De panden worden goed onderhouden en zijn inmiddels geheel voorzien van LED-lampen. Bij iedere renovatie of reparatie wordt ook steeds gekozen voor het duurzame alternatief.

Technologische hulpbronnen

Domotica en telemonitoring zijn voorbeelden van technologische hulpbronnen die binnen de organisatie worden ingezet.

Toegangscontrole vindt plaats via elektronische sleutels (tags). Contante geldstromen zijn geminimaliseerd door de tags ook van een betaalfunctie te voorzien.

Op het terrein van telemonitoring, is er voor beide locaties een zogeheten monitordienst. Deze dienst houdt op afstand toezicht op alle zorgafdelingen, alle centrale huiskamers, alle openbare gangen en alle centrale toegangen. Zorgoproepen door cliënten komen hier binnen en worden direct beantwoord en indien nodig doorgezet naar de dichtstbijzijnde zorgmedewerkers. Ook telefoongesprekken komen hier centraal binnen.

Ook in 2022 is er wederom veel aandacht besteed aan de ICT-infrastructuur en de informatiebeveiliging. Door de steeds verder gaande digitalisering worden de gestelde eisen uiteraard steeds stringenter.

Domotica kan bij alle cliënten worden ingezet wanneer dit noodzakelijk is. De basis bestaat uit een zorgalarmering en spreek-luisterverbinding. Opschaling is mogelijk naar valdetectie, dwaaldetectie, cameratoezicht enzovoorts. Door de Leefcirkels binnen Stichting Eykenburg is ook het gebruik en inzet van domotica geïntensiveerd. De vervanging van de domotica-switches is in 2022 voltooid. Daarmee zijn alle switches voorlopig weer 'state of the art'.

Materialen en hulpmiddelen

De beschikbaarheid, actualiteit en het onderhoud van materialen en hulpmiddelen binnen de stichting is van goede kwaliteit. Onderhoudsovereenkomsten op apparatuur en hulpmiddelen zorgen er voor dat de materialen in goede conditie zijn waardoor kwaliteit en veiligheid zijn geborgd.

Investerings in hulpmiddelen vinden jaarlijks plaats op basis van inventarisaties die met de zorgmedewerkers gemaakt worden. Materialen zoals verband, incontinentiematerialen, bijvoeding, etcetera worden op beide locaties besteld door betrokken zorgmedewerkers. Hierdoor is de voorraad afdoende en zijn de juiste materialen voorradig. Middelen zoals zuurstof en anti-decubitusmateriaal (bijvoorbeeld matrassen en zitkussens), die door de arts worden voorgeschreven, kunnen eenvoudig digitaal door verpleegkundigen worden besteld. Grotere producten zoals tilliften worden centraal besteld.

De vindbaarheid van de hulpmiddelen is verbeterd nu een groot aantal hulpmiddelen in een daarvoor bestemde ruimte is samengebracht waar zorgpersoneel makkelijk bij kan.

Het inkoopproces als geheel wordt goed gemonitord doordat de verantwoordelijkheid bij een speciaal hiervoor aangestelde functionaris is belegd. Veiligheid en kwaliteit zijn hierdoor beter geborgd.

Facilitaire zaken

In beide locaties is een restauratieve voorziening aanwezig die gebruikt kan worden door cliënten, externen en personeelsleden. Cliënten kunnen hun maaltijd in deze restaurants nuttigen. Diverse centrale activiteiten en themadiners worden regelmatig gehouden in de restaurants. Ook zijn middelen voor activiteiten standaard aanwezig in de restaurants, zoals een biljarttafel en specifiek voor cliënten die gediagnosticeerd zijn met een psychogeriatrische aandoening de zogeheten

belevenistafel. In de beide restaurants is tevens een winkeltje aanwezig waar dagelijkse gebruiksartikelen gekocht kunnen worden. De exploitatie van de restaurants is uitbesteed aan een externe leverancier.

De aanwezige tuinen worden onderhouden door een betrokken vrijwilliger onder aansturing van de huismeester van de locatie. De tuinen zijn eveneens in gebruik als belevenistuinen waarbij alle zintuigen geprikkeld worden en waar het voor een ieder prettig vertoeven is.

De zorggebouwen zijn uitgerust met een uitgebreid cameratoezicht in en om de locaties. Toegangscontrole vindt plaats middels elektronische sleutels met bijbehorende toegangsprofielen. De monitordienst bedient de camerabewaking en houdt zo zicht op de locaties, 24 uur per dag 7 dagen per week.

De Servicebalie is op beide locaties 7 dagen in de week bemenst met gastvrouwen en -heren. Ook in het kader van de Leefcirkels alsmede bij een mogelijke ontruiming of BHV-incident heeft de Servicebalie een ondersteunende taak.

Samenwerkingsovereenkomsten met andere zorginstellingen

Professionele relaties en samenwerkingsovereenkomsten zijn er met de Haga ziekenhuizen, Parnassia als GGZ instelling, Bohemen-wijkapotheekers, de behandeldienst van Novicare en diverse zelfstandige huisartsen. Ook vindt samenwerking plaats met andere ouderenzorginstellingen zoals HWW-zorg, Cardia, Humanitas DMH en Anton Constandse. Samen zorgen de organisaties ervoor dat de cliënt op de juiste wijze en op de juiste plaats wordt behandeld en verzorgd.

Daarnaast is Stichting Eykenburg aangesloten bij Actiz-Branchevereniging, ZorgScala- Vereniging Zorgaanbieders Haaglanden en bij Vereniging Transmuraal Zorg Den Haag en omstreken, een organisatie die tot doel heeft om samenwerking in de regio te bevorderen. Dit lerend netwerk bewerkstelligt, door kennisuitwisseling met collega organisaties, samen leren en verbeteren.

8. Gebruik van informatie

In het kwaliteitskader worden drie thema's onderscheiden als het gaat om gebruik van informatie:

1. Verzamelen en delen van informatie primair voor samen leren en verbeteren van kwaliteit
2. Benutten en optimaliseren van bestaande administratiesystemen
3. Openbaarheid en transparantie

Ad 1. Verzamelen en delen van informatie primair voor samen leren en verbeteren van kwaliteit.

Stichting Eykenburg maakt gebruik van de volgende informatiebronnen:

- ❖ tevredenheidsonderzoeken onder cliënten en medewerkers (Zorgkaart Nederland, PREM voor de extramurale zorg)
- ❖ interne audits en audits door derden in opdracht van de organisatie
- ❖ inspectierapporten, HKZ rapporten
- ❖ kwaliteitsindicatoren
- ❖ rapportages van de commissies (waaronder bijvoorbeeld de Wzd-, de VIM-, de geneesmiddelen-, de CIP- en meer)
- ❖ leveranciersbeoordelingen
- ❖ klachten, incidenten of calamiteiten.

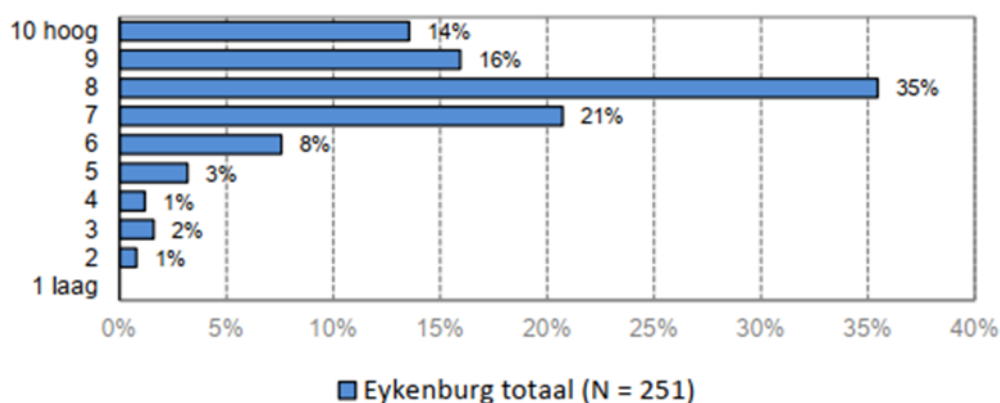
Samen vormen zij een beeld van de kwaliteit van de organisatie. De rapporten en uitkomsten worden gedeeld binnen de organisatie en op basis van de uitkomsten worden verbeterplannen opgesteld. Het managementteam bewaakt de uitvoering hiervan middels het verbeterregister. In het

clienttevredenheidsonderzoek onder thuiszorgcliënten wordt tevens informatie verzameld over de Net Promotor Score (NPS).

In 2022 hebben zich 7 medewerkers met een kwestie bij de vertrouwenspersonen gemeld. Er zijn geen klachten binnengekomen bij de Klachtencommissie voor medewerkers. Quasir is onze externe klachtenbemiddelaar/vertrouwenspersoon voor cliënten. Bij hen komen cliënten uiteindelijk terecht als zij er intern niet uitkomen en de klachtenregeling op onze website volgen. In 2022 hebben 21 cliënten volgens onze klachtenregeling een klacht ingediend. Deze klachtenmeldingen zijn uiteindelijk zonder bemiddeling van Quasir naar tevredenheid van de cliënten opgelost. In 2022 is de werkwijze betreffende informele klachten of ongenoegens van cliënten op de afdelingen gecontinueerd.

Er hebben zich in 2022 geen calamiteiten voorgedaan. De interne onderzoeks- en calamiteitencommissie heeft 3 onderzoeken verricht naar aanleiding van een klacht of anticiperend op een mogelijke klacht. Naar aanleiding van deze onderzoeken zijn aanbevelingen gedaan die in de lijn zijn opgepakt. De voortgang hiervan is in het verbeterregister vastgelegd.

In mei/juni heeft het MTO (medewerkerstevredenheidsonderzoek) een respons van 37% opgeleverd. Deze was dus wat lager dan in 2021, toen de respons nog 45% was. Met een rapportcijfer van 7,8 is de algemene tevredenheid van de medewerkers ten opzichte van vorig jaar (7,7) iets toegenomen. In onderstaande tabel zijn de tevredenheidscijfers van dit jaar weergegeven. Hier zien we o.a. dat het cijfer 8 het meest gegeven cijfer is (35%).



De rapportage van de resultaten zal dit keer anders worden opgepakt dan vorig jaar. Dit is zo met de Ondernemingsraad afgesproken. Een afvaardiging van zowel de OR als HR zal aanwezig zijn bij de bijeenkomsten waarin de leidinggevende het plan van aanpak bespreekt met de eigen medewerkers. Op basis van deze gesprekken zal een plan van aanpak worden opgesteld dat begin 2023 verder zal worden opgepakt.

Ad 2. Voor wat betreft gebruik maken van bestaande administratiesystemen wordt gebruik gemaakt van geautomatiseerde systemen op het gebied van:

- ❖ een elektronisch zorgdossier en planning alsmede urenregistratie (Nedap ONS)
- ❖ medicatieverstrekking/voorschrijving (Medimo)
- ❖ een domoticaplatform en alarmeringssysteem (Verkerk MMX)
- ❖ personeels- en salarisadministratiesysteem (SDB)
- ❖ een pakket financiële administratie (Exact). Dit pakket is eind 2022 vervangen door AFAS.
- ❖ een toepassing voor factuurverwerking en inkoop (ProActive Spend Cloud). AFAS is ook eind 2022 hiervoor in de plaats gekomen.

- ❖ digitaal Kwaliteitshandboek (Axxerion)
- ❖ een pakket voor mail en kantoortoepassingen (Microsoft365)
- ❖ beveiligd communicatieplatform voor berichtenuitwisseling (Zorgmail).
- ❖ communicatieplatform met ziekenhuizen binnen de regio voor transfers en uitwisseling van labuitslagen (ZorgDomein)
- ❖ een communicatieplatform met ziekenhuizen voor transfers buiten de regio (POINT)

Ad 3. Openbaarheid en transparantie

Het kwaliteitsverslag en tevens het jaarverslag van de Raad van Toezicht worden openbaar toegankelijk gemaakt via de website van Stichting Eykenburg. Daarnaast wordt het webadres van het kwaliteitsverslag aangeleverd bij de Openbare Database (Zorginzicht) van het Zorginstituut en hierdoor ook op Kiesbeter.nl.

B Specifieke aandacht voor de drie onderdelen:

- I Veiligheid**
- II Cliëntoordelen**
- III Leren en werken aan kwaliteit**

I Veiligheid

Zorgverleners hebben de verantwoordelijkheid om in hun dagelijkse praktijk, samen met collega's aan de verbetering van zorg te werken. Een van de hulpmiddelen hierbij is regelmatig metingen te doen. Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg heeft 6 thema's benoemd die belangrijk zijn voor de veiligheid van cliënten.

Hieronder volgt de opname van de kwantitatieve uitkomsten op zowel de verplichte als de door de organisatie geselecteerde indicatoren van de 6 geformuleerde basisveiligheidsthema's. In teams leren en verbeteren we op basis van de analyse van de uitkomsten.

Ook het Zorginstituut analyseert de aangeleverde gegevens (landelijk) en in het bijzonder de opmerkingsvelden hierbij. Deze analyse is op een aantal punten herkenbaar voor ons. Onze belangrijkste opmerking is dat het meten, en de resultaten hiervan, volgens de letter van de indicatoren soms geen recht doet aan de aandacht die wij hebben voor een thema. Bijvoorbeeld het thema Aandacht voor eten en drinken. Eten en drinken is een belangrijk speerpunt voor onze organisatie. Op een aantal afdelingen is het mogelijk om dagelijks alles zelf te bepalen rondom eten en drinken. Vastlegging van voedselvoorkeuren in het clientdossier is dan niet relevant. Echter, de indicator beantwoorden we wel dan met 'nee'. De uitkomst van de indicator valt dan lager uit, terwijl de keuzevrijheid en autonomie van onze cliënten omtrent alles rondom voor eten en drinken optimaal is.

Er zijn drie verplichte indicatoren basisveiligheid die vallen onder de volgende thema's:

- Thema 2: Advance Care Planning, gezamenlijke afspraken over behandeling rond het levenseinde.
- Thema 3: Medicatieveiligheid, bespreken medicatiefouten in het team.
- Thema 6: Aandacht voor eten en drinken: voedselvoorkeuren cliënt.

Voorts moeten er minimaal 2, van de onderstaande 7, indicatoren gekozen worden.

De keuze-indicatoren zijn de volgende:

- I. Thema 1: Decubitus, percentage cliënten op de afdeling met decubitus.
- II. Thema 1: Decubitus, Casuïstiekbespreking op de afdeling.
- III. Thema 3: Medicatieveiligheid, medicatiereview.
- IV. Thema 4: Gemotiveerd omgaan met vrijheidsbeperking, middelen en maatregelen rond vrijheid.
- V. Thema 4: Gemotiveerd omgaan met vrijheidsbeperking, terugdringen vrijheidsbeperking.
- VI. Thema 4: Gemotiveerd omgaan met vrijheidsbeperking, werken aan vrijheidsbevordering.
- VII. Thema 5: Continentie, percentage cliënten waarbij een plan voor zorg rondom toiletgang is vastgelegd in het zorgdossier.

Echter, ten opzichte van verslagjaar 2021 is er een wijziging op het thema gemotiveerd omgaan met vrijheidsbeperking. Keuzeindicator 4.1 over middelen en maatregelen rond vrijheid (IV) komt met ingang van verslagjaar 2022 te vervallen. De indicator sluit niet goed aan bij de Wet zorg en dwang

(Wzd). Er wordt een nieuwe indicator op dit thema ontwikkeld die naar verwachting voor verslagjaar 2023 beschikbaar komt.

De organisatie heeft ervoor gekozen om de volgende kwaliteitsindicatoren te meten:

- Thema 1: Decubitus, percentage cliënten op de afdeling met decubitus.
- Thema 4: Gemotiveerd omgaan met vrijheidsbeperking, werken aan vrijheidsbevordering.

Motivatie voor keuze-indicatoren:

Thema 1 Decubitus hebben we een aantal jaar geleden voor het laatst gekozen als keuze-indicator omdat het percentage decubitus, mede door de inzet van wondzorgbeleid, laag was. Nu we enkele jaren verder zijn hebben we besloten de 'thermometer' weer eens in dit onderwerp te steken. Thema 4 Gemotiveerd omgaan met vrijheidsbeperking is een belangrijk punt op de agenda van de organisatie. Een van onze vier kernwaarden is *vrijheid*. Om hier nadere invulling en betekenis aan te geven voor de cliënt is bijvoorbeeld het project 'Leefcirkels' opgestart. Echter, de implementatie heeft ten gevolge van de Coronamaatregelen in zowel 2020 als 2021 vertraging opgelopen. Zodra de Coronamaatregelen versoepelden, is in 2022 de implementatie van 'Leefcirkels' opgeschaald.

THEMA 1 Decubitus

Thema 1 Decubitus Het Zamen							
	Cor Damstraat	Picassostraat	Paulus Potterstraat	Vincent van Goghstraat	Piet Mondriaanstraat	Totaal	Percentage
Aantal cliënten op de afdeling met decubitus categorie 2 of hoger.	0	2	0	0	2	4	5,0 %
Totaal aantal cliënten op de afdeling.	14	18	12	18	18	80	

Figuur 1 Decubitus Het Zamen

Thema 1 Decubitus Huize Eykenburg										
	Benedenhuis BG	Museumplein 1	Perron 1A	Strandpaviljoen 2	Bibliotheek 2A	Bloemenhof 3	Klavertje 4 en Arkeneel	The living Stone Zorgappartement	Totaal	Percentage
Aantal cliënten op de afdeling met decubitus categorie 2 of hoger.	2	1	0	2	0	1	0	1	7	5,4 %
Totaal aantal cliënten op de afdeling.	8	15	12	17	12	18	16	32	130	

Figuur 2 Decubitus Huize Eykenburg

THEMA 2 Advance Care Planning

Thema 2 Advance Care Planning Het Zamen							
Gezamenlijke afspraken over behandeling rond het levenseinde	Cor Damstraat	Picassostraat	Paulus Potterstraat	Vincent van Goghstraat	Piet Mondriaanstraat	Totaal	Percentage
Aantal cliënten op de afdeling waarbij ten minste één beleidsafspraken over behandeling rond het levenseinde in het zorgdossier is vastgelegd.	3	18	12	18	18	69	86,3%
Totaal aantal cliënten op de afdeling.	14	18	12	18	18	80	

Figuur 3 Advance Care Planning Het Zamen

Thema 2 Advance Care Planning Huize Eykenburg										
Gezamenlijke afspraken over behandeling rond het levenseinde	Benedenhuis BG	Museumplein 1	Perron 1A	Strandpaviljoen 2	Bibliotheek 2A	Bloemenhof 3	Klavertje 4 en Arkeneel	The living Stone Zorgappartement	Totaal	Percentage
Aantal cliënten op de afdeling waarbij ten minste één beleidsafspraken over behandeling rond het levenseinde in het zorgdossier is vastgelegd.	8	15	8	17	12	17	16	32	125	96,15%
Totaal aantal cliënten op de afdeling.	8	15	12	17	12	18	16	32	130	

Figuur 4 Advance Care Planning Huize Eykenburg

THEMA 3 Medicatieveiligheid

Thema 3 Medicatieveiligheid Het Zamen							
3.1 Bespreken medicatiefouten in het team	Cor Damstraat	Picassostraat	Paulus Potterstraat	Vincent van Goghstraat	Piet Mondriaanstraat	Totaal	Percentage
Op de afdeling worden medicatiefouten ten minste eens per kwartaal multidisciplinair besproken met medewerkers van de afdeling op basis van gedane meldingen (Teller: 1= ja, 0=nee, 99=nvt)	0	0	1	1	1	3	60 %

Figuur 5 Medicatieveiligheid Het Zamen

Thema 3 Medicatieveiligheid Huize Eykenburg										
3.1 Bespreken medicatiefouten in het team	Benedenhuis BG	Museumplein 1	Perron 1A	Strandpaviljoen 2	Bibliotheek 2A	Bloemenhof 3	Klavertje 4 en Arkeneel	The living Stone Zorgappartement	Totaal	Percentage
Op de afdeling worden medicatiefouten ten minste eens per kwartaal multidisciplinair besproken met medewerkers van de afdeling op basis van gedane meldingen (Teller: 1= ja, 0=nee, 99=nvt)	1	1	1	0	1	1	1	1	7	87,5%

Figuur 6 Medicatieveiligheid Huize Eykenburg

THEMA 4 Gemotiveerd omgaan met vrijheidsbeperking

Thema 4 Gemotiveerd omgaan met vrijheidsbeperking	
4.3 Werken aan vrijheidsbevordering	Stichting Eykenburg
De wijze waarop de organisatie nadenkt over vrijheidsbevordering van cliënten.	Op pagina 13 paragraaf 3.1.4 Gemotiveerd omgaan met vrijheidsbeperking, wordt beschreven hoe de organisatie werkt aan vrijheidsbevordering voor cliënten. <i>Cultuuromslag en werkwijze borgen om cliënt maximale (keuze)vrijheid te bieden. Veilig de leefomgeving vergroten door implementatie van 'leefcirkels'. Inzet domotica t.b.v. veiligheid. Inzet praktijkdeskundigen bewegingsgerichte zorg en onbegrepen gedrag. Voor passende zorg wordt te allen tijde eerst naar alternatieven gezocht alvorens toepassen onvrijwillige zorg. Casuïstiekbesprekingen en reflectie op zorg. Persoonsgerichte zorgvisie intensiveren door implementatie PREZO.</i>

Figuur 7 Gemotiveerd omgaan met vrijheidsbeperking

THEMA 6 Aandacht voor eten en drinken

Thema 6 Aandacht voor eten en drinken Het Zamen							
Voedselvoorkeuren van de cliënt	Cor Damstraat	Picassostraat	Paulus Potterstraat	Vincent van Goghstraat	Piet Mondriaanstraat	Totaal	Percentage
Aantal cliënten op de afdeling waarmee voedselvoorkeuren zijn besproken en waarbij de afspraken in het zorgdossier zijn vastgelegd.	2	18	2	17	18	57	71,3%
Totaal aantal cliënten op de afdeling.	14	18	12	18	18	80	

Figuur 8 Aandacht voor eten en drinken Het Zamen

Thema 6 Aandacht voor eten en drinken Huize Eykenburg										
Voedselvoorkeuren van de cliënt	Benedenhuis BG	Museumplein 1	Perron 1A	Strandpaviljoen 2	Bibliotheek 2A	Bloemenhof 3	Klavertje 4 en Arkeneel	The living Stone Zorgappartement	Totaal	Percentage
Aantal cliënten op de afdeling waarmee voedselvoorkeuren zijn besproken en waarbij de afspraken in het zorgdossier zijn vastgelegd.	2	12	5	14	1	18	8	0	60	46,2%
Totaal aantal cliënten op de afdeling.	8	15	12	17	12	18	16	32	130	

Figuur 9 Aandacht voor eten en drinken Huize Eykenburg

II Cliëntoordelen

Stichting Eykenburg maakt gebruik van verschillende informatiebronnen die de mening en ervaring van de cliënt weergeven. Deze informatie wordt gebruikt om de zorg- en dienstverlening verder te verbeteren.

1. De Clientervaringsscore: Totalscore via ZorgkaartNederland.nl

Clientervaring score: Totalscore

De gemiddelde totalscore is gebaseerd op zes deelvragen die staan geformuleerd op ZorgkaartNederland. Bewoners en diens naasten kunnen te allen tijde zelf hun waardering achterlaten op ZorgkaartNederland.nl. Echter, om te kunnen rekenen op een representatief aantal waarderingen organiseren we zelf een clienttevredenheidsonderzoek (CTO) dat is gebaseerd op de eerdergenoemde zes vragen. De meting voeren we uit via een onafhankelijk onderzoeksbureau dat de gegevens aanlevert aan ZorgkaartNederland. Met de gegevens van de Totalscore wordt landelijk vergelijkbare informatie over cliëntenwaardering openbaar beschikbaar.

We vinden het belangrijk dat we echt in gesprek zijn met onze cliënten. Het cijfer waarmee cliënten ons waarderen op verschillende onderdelen krijgt voor ons werkelijke waarde als we weten welke overwegingen ten grondslag liggen aan de score.

In de intramurale setting is het niet toegestaan om de vragen voor de Totalscore door eigen medewerkers te laten stellen aan cliënten. Daarom maken we gebruik van interviewers van Zorgfocuz die op locatie onze cliënten bezoeken.

2. Clienttevredenheidsonderzoek (CTO):

De interviewers van Zorgfocuz hebben niet alleen vragen gesteld ten behoeve van de Totalscore, maar leggen aansluitend ook onze 'eigen' vragenlijst voor aan de cliënten die op een van onze locaties wonen. Dit zijn vragen die een directe relatie hebben met onze (verbeter)plannen. Mede op basis van deze uitkomsten meten we of we de goede dingen doen en of we ze goed doen.

3. PREM (Patient Reported Experience Measure):

In de extramurale setting is het wel toegestaan om, in dit geval, de verplichte PREM vragenlijst voor te leggen aan onze cliënten door 'eigen' medewerkers. Dit zijn dan wel medewerkers die niet werkzaam zijn in het primaire zorgproces en tijdens een huisbezoek een interview afnemen. De PREM is een vragenlijst die de ervaring en beleving van de cliënten met de zorg meet. De uitkomsten van de vragenlijst worden verwerkt door een onafhankelijk onderzoeksbureau die de gegevens ook aanlevert aan ZorgkaartNederland.

3. Totaalscores:

	Huize Het Zamen		Huize Eykenburg		Thuis Zorg (PREM)		Stichting Eykenburg	
	Aantal waarde- ringen	Score	Aantal waarde- ringen	Score	Aantal waarde- ringen	Score	Aantal waarde- ringen	Score
2015	3	5,2	8	7,3	nvt	nvt	11	6,7
2016	27	7,2	24	7,2	5	7,4	56	7,2
2017	10	8,9	4	6,8	2	8,9	16	8,4
2018	36	7,4	43	7,4	3	8,7	82	7,5
2019	2	8,7	5	5,7	-	-	7	6,5
2020	3	6,6	2	9,4	15	7,9	20	7,9
2021	50	8,3	67	7,8	37	7,6	154	7,9
2022	31	8.0	31	7,6	27	7,2	89	7,6

Figuur 10 score ZorgkaartNederland

De bereidheid om deel te nemen aan de tevredenheidsonderzoeken was in 2022 opmerkelijk lager dan in 2021. Wellicht dat de onrustige jaren tijdens de Coronacrisis van negatieve invloed zijn geweest op de motivatie van onze bewoners en cliënten.

4. NPS (Net Promotor Score):

Bij het uitvragen van de PREM vragenlijst bij de thuiszorg cliënten hebben we in 2022 toch nog een keer (geen verplichting) de NPS score meegenomen.

	PREM 2019	PREM 2020	PREM 2021	PREM 2022
NPS (EU)	54,34	57,14	53	37
Rapportcijfer	7,7	7,9	7,7	7,2

Figuur 11 Score cliënttevredenheid EMZ

5. Evaluatieformulieren:

Medewerkers van de Servicebalie interviewen nieuwe cliënten aan de hand van het evaluatieformulier (met 10 vragen) binnen vier weken na binnenkomst. Eventuele verbeterpunten worden zo tijdig gesignaleerd en opgepakt door de transferconsulent en/of de betrokken afdeling/discipline. Uit de ingevulde evaluatieformulieren komt een overwegend positief beeld naar voren op beide locaties, met name over de gastvrijheid en de vriendelijkheid van de medewerkers. Op gebied van de maaltijden alsmede het opvolgen van zorgafspraken door de behandeldienst worden enkele verbeterpunten aangegeven. De gegeven rapportcijfers zijn zowel voor de medewerkers als voor Stichting Eykenburg algemeen op beide locaties goed te noemen: de medewerkers scoren in HZ een 7,8 en in HE een 8. De organisatie zelf scoort in HZ een 7,9 en in HE een 7,7.

III Leren en werken aan kwaliteit

1. Het kwaliteitsplan inclusief verbeterparagraaf

Op de jaarlijkse beleidsdag in oktober worden de resultaten van de verbetermaatregelen van het voorgaande jaar besproken evenals de focus voor het komende jaar. De deelnemers aan de beleidsdag zijn (ten minste) de bestuurder, de (sector)managers, de teamleiders, de adviseur Compliance en de adviseurs Beleid en Kwaliteit.

De voorbereiding voor deze beleidsdag vindt haar basis in een uitgebreide contextanalyse, waaronder de SWOT-analyse en de confrontatiematrix. De verbeterparagraaf van het Strategisch

Kwaliteitsplan wordt vastgesteld en vormt de basis voor de jaarplannen binnen de verschillende organisatieonderdelen.

Omdat de teams zich in verschillende stadia van ontwikkeling bevinden zijn de jaarplannen op teamniveau opgesteld waardoor de resultaatgebieden per team kunnen verschillen. Echter, het uitgangspunt voor alle jaarplannen op teamniveau blijft het Strategisch Kwaliteitsplan met haar verbeterparagraaf.

2. Het kwaliteitsverslag

Het kwaliteitsverslag is een openbaar document. Voor 1 juli wordt het gepubliceerd op de website van Stichting Eykenburg.

Het webadres (<https://eykenburg.nl/over-ons/kwaliteit-met-zorg>) waarop het verslag is te vinden, wordt voor 1 augustus aan het Zorginstituut aangeleverd. Dit aanleveren geschiedt samen met de aanlevering van de indicatoren basisveiligheid en personeelssamenstelling over 2022. De gegevens worden bij het Zorginstituut opgenomen in de Openbare Database (ODB), zodat ze landelijk vindbaar zijn.

Het kwaliteitskader stelt dat alles uit het kwaliteitsverslag openbaar gemaakt wordt, 'behoudens onderdelen die de belangen van cliënten, medewerkers en/of de organisatie schaden'.

3. Het samen leren, waaronder deel uitmaken van een lerend netwerk.

Drie belangrijke kenmerken van Stichting Eykenburg als lerende organisatie zijn:

- ❖ De organisatie/medewerkers bevind(t)en zich in een continu proces van leren en ontwikkelen. De input voor onze (verbeter)activiteiten komt niet alleen voort uit (nieuwe) wet- en regelgeving, maar vooral van onze stakeholders waarvan de belangrijkste onze cliënten en de medewerkers zijn. Middels het voeren van de dialoog, tevredenheidsonderzoeken, audits, interview, reflectie, feedback, casuïstiekbesprekingen, etc. bepalen we of we voldoen aan de verwachtingen en wat er eventueel nodig is om te dat bewerkstelligen of te verbeteren.
- ❖ De organisatie participeert in een lerend netwerk. Samen leren en verbeteren doen we niet alleen binnen de organisatie, maar zeker ook met onze samenwerkingspartners. Gezamenlijke projecten alsook nationale, regionale en gemeentelijke samenwerkings- en overlegvormen geven aanleiding voor andere of nieuwe inzichten of versterken onze eigen kijk op verschillende zaken.
- ❖ De organisatiestructuur is/wordt aangepast aan de manier van werken, borgen en sturing geven die past bij persoonsgericht werken.

Een uiteenzetting van ons lerend netwerk is terug te vinden in hoofdstuk 4, Leren en werken aan kwaliteit, op pagina 17 onder ad.5.

4. Audits 2022

Extern:

- ❖ Stichting Eykenburg beschikt al ruim 20 jaar over het keurmerk van HKZ (*Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector*) dat staat voor duurzame kwaliteitsverbetering in zorg en welzijn: onafhankelijk en betrouwbaar. Met het HKZ-keurmerk laat de organisatie zien dat zij serieus werk maakt van kwaliteit van zorg en dat ze voldoet aan de eisen die daaraan gesteld worden door klanten, professionals en relevante stakeholders. In maart 2022 heeft onze externe certificeringsinstantie een zogeheten SV2 audit uitgevoerd waarin tevens de transitie naar de 2019 normen werd vastgesteld. Dit is overigens een administratieve omzetting van de 2015 versie van de normen naar de 2019 versie. De ons toegewezen lead auditor oordeelde positief over de organisatie: "Er is sprake van een organisatie met een scherp oog voor de ontwikkelingen in de omgeving en een sterke focus op de belangen van de cliënt. De voorhanden zijnde systemen bieden mogelijkheden om analyses uit te voeren,

verbetermaatregelen te nemen en de effectiviteit van de genomen maatregelen te beoordelen. Het systeem ontwikkelt zich gestaag en stijgt op de professionaliteitsladder.” Er is bij dit bezoek in maart een minor NC (Non Conformity) vastgesteld welke in juni reeds is gesloten op basis van onze aanpak van deze geconstateerde tekortkoming.

Intern:

Interne audits worden conform de planning van de interne auditcommissie uitgevoerd. De audits zelf worden door verschillende commissies en functionarissen, in samenspraak met de interne auditcommissie opgepakt.

In 2022 zijn de volgende interne audits uitgevoerd:

- ❖ Ieder kwartaal (dus 4x) is er door de adviseur compliance een interne controle van cliëntdossiers in het kader van de AO/IC uitgevoerd. Daarnaast is
- ❖ In Q1 t/m 3 een audit op het thema Omgaan met Intimiteit en Seksualiteit.
- ❖ In Q2 en 4 is een Hygiëne audit uitgevoerd.
- ❖ In Q2 een audit op Gemotiveerd omgaan met vrijheidsbeperking (door de Wzd-commissie).

PRI (Prospectieve Risico Inventarisatie

In 2022 zijn 3 PRI's uitgevoerd:

- ❖ Geïntegreerde teams (Q1)
- ❖ Clientcontactcentrum (Q4)
- ❖ Het Coornhert (Q3)

Tevens is er een Data Protection Impact Assessment (DPIA) uitgevoerd op de overwogen aanschaf van het financiële pakket AFAS.

Tot slot

Het jaar 2022 is een jaar geworden waarin we onze blik weer op de toekomst konden richten doordat we de beperkingen ten gevolge van de Coronacrisis steeds meer achter ons konden laten. Als ambitieuze en ondernemende organisatie hebben we dit jaar gebruikt om veel van onze plannen uit te werken en/of op te starten. We moeten voorbereid zijn, meebuigen en kunnen reageren op de ontwikkelingen en uitdagingen waar we als zorgorganisatie staan. En als flexibele en slagvaardige organisatie blijken we steeds in staat om te blijven bewegen in de landelijke en regionale beleidsdynamiek.

We moeten blijven doorontwikkelen om de organisatie van zorg en ondersteuning anders te gaan doen. Dit is alleen maar mogelijk als we het samen doen, samen met de client en diens naasten, samen met de informele zorgverleners, samen met andere professionals (over de domeinen heen), ondersteund met digitale toepassingen en randvoorwaarden vanuit de overheid.

De zorg anders organiseren heeft gevolgen voor iedereen die erbij betrokken is: onze medewerkers, mantelzorgers, vrijwilligers en natuurlijk cliënten. We willen hen allemaal de ruimte geven om zelf te bepalen hoe ze willen werken en/of ondersteunen of ondersteund willen worden. Daarom luisteren we naar hun wensen en behoeften.

Bovenaan blijft staan onze ambitie om persoonsgericht werken en denken in alle facetten van onze organisatie te optimaliseren. Een goede interactie tussen de cliënt, diens naasten, de zorgverlener en de organisatie is hierbij voorwaardelijk, want *Samen maken we het verschil!* Uiteindelijk bepalen de client en de medewerker of we de goede dingen doen en of we de dingen goed doen.

We willen graag onze medewerkers, vrijwilligers, bewoners en cliënten en andere stakeholders bedanken voor hun betrokkenheid en inzet in het afgelopen jaar. Zonder hen hadden we onze doelstellingen niet kunnen bereiken.

Met gepaste trots blikken we terug op 2022 en vol vertrouwen gaan we het jaar 2023 in waarin we met onze persoonsgerichte koers verwachten steeds meer betekenis te kunnen geven aan onze vier kernwaarden *vrijheid, wederkerigheid, waardevol en vakkundig* waarmee we onze missie willen vervullen:

Onze cliënten en onze medewerkers beleven elke dag als waardevol en betekenisvol.

Lijst van gebruikte afkortingen

Afkorting	Betekenis voluit
AFAS	Applications For Administrative Solutions (softwarebedrijf)
AVG	Algemene Verordening Gegevensbescherming
AO/IC	Administratieve Organisatie/Interne Controle
BBL	BeroepsBegeleidende Leerweg
BHV	BedrijfsHulpVerlening
BIG	Beroepen Individuele Gezondheidszorg
BOL	BeroepsOpleidende Leerweg
CIP	Commissie Infectie Preventie
c.q.	Casu quo (betekenis: in voorkomend geval)
CR	CliëntenRaad
CTO	CliëntTevredenheidsOnderzoek
DigiMV	Digitale Maatschappelijke Verantwoording (jaarverantwoording zorg)
DMH	(Humanitas) Dienstverlening aan Mensen met een Handicap (Stichting)
DPIA	Data Protection Impact Assesment
EMH	ExtraMurale Huishouding
EMZ	ExtraMurale Zorg
FG	Functionaris Gegevensbescherming
GGZ	Geestelijke GezondheidsZorg
HACCP	Hazard Analysis and Critical Control Points (voedselveiligheidssysteem)
HKZ	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector (keurmerk)
HWWZorg	Haagse Wijk- en WoonZorg (zorgorganisatie)
HR	Human Resources (Personeel, Organisatie en Opleidingen)
ICT	Informatie- en CommunicatieTechnologie
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
LED	Light Emitting Diode (energieuze lamp)
LMS	LeerManagementSysteem
L&O	Leren en Ontwikkelen (voorheen: Opleidingen, valt onder HR)
MBO	Middelbaar Beroeps Onderwijs
MDO	MultiDisciplinair Overleg
MIC	Melding Incidenten Client
MT	ManagementTeam
MTO	MedewerkersTevredenheidOnderzoek
NC	Non Comformity
NEDAP	NEDerlandse Apparatenfabriek (technologiebedrijf)
NPS	Net Promotor Score
o.a.	Onder andere
ODB	Openbare DataBase (Zorginzicht)
OR	Ondernemingsraad
PAR	Professionele AdviesRaad
PDCA	Plan-Do-Check-Act
PG	PsychoGeriatric
PLA	PraktijkLeerAfdeling
PNIL	Personeel Niet In Loondienst
PREM	Patient Reported Experience Measure (vragenlijst t.b.v. clientervaring)
PreZo	PREstaties in de Zorg (kwaliteitssysteem)
PRI	Prospectieve Risico Inventarisatie
Q	Kwartaal (aanduiding)

ROC	Regionaal OpleidingsCentrum
SDB	Stichting Dienstverlening Bejaardenoorden (leverancier van HR en Salarispakket)
SLA	Service Level Agreement
SMART	Specifiek Meetbaar Acceptabel Realistisch Tijdgebonden
SO	Specialist Ouderengeneeskunde
SV	Surveillance
SWOT	Strengths Weaknesses Opportunities Threats
SWZ	Stichting Wassenaarse Zorgverlening
url	Uniform Resource Locator (standaardafkorting adres internetpagina/website)
VIM	Veilig Incidenten Melden
VS	Verpleegkundig Specialist
VVT	Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg (deelsector Zorg)
VTZ	Vereniging Transmurale Zorg
Wabvpz	Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg
Wbsn-z	Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
Wmo	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
Wzd	Wet Zorg en Dwang
ZW	ZorgWelzijn (-Connect – werkgeversorganisatie)