

# Kwaliteitsverslag Rosa Spier Huis 2022

---



## Inhoudsopgave

1	Inleiding .....	4
2	Zorgvisie en Kernwaarden .....	5
3	De 10 klantbeloften in 2022 .....	6
	Belofte 1: Hier voel ik mij thuis. ....	6
	Belofte 2: Mijn naasten voelen zich hier thuis en welkom. ....	6
	Belofte 3: Ik hoor erbij en heb zinvolle bezigheden. ....	7
	Belofte 4: Ik krijg passende zorg en ondersteuning. ....	7
	Zorgdossier .....	7
	Multidisciplinaire samenwerking .....	8
	Multi Disciplinair Overleg (MDO) .....	8
	Advance Care Planning .....	9
	Belofte 5: Ik eet en drink naar wens. ....	9
	Belofte 6: Hier doe ik ertoe en kan ik mijzelf zijn.....	9
	Belofte 7: Ik maak persoonlijke afspraken over mijn welzijn.....	10
	Belofte 8: Ik heb medewerkers om mij heen die mij kennen en ik vertrouw. ....	10
	Belofte 9: De medewerkers nemen verantwoordelijkheid voor mij.....	10
	Verpleegkundige van de Dag (VPD).....	10
	Leren en opleiden.....	11
	Veiligheid: Melding Incidenten.....	11
	Veiligheid: Medicatieveiligheid .....	11
	Veiligheid: Wet Zorg en Dwang (WZD).....	12
	Veiligheid: Protocollen .....	12
	Belofte 10: De organisatie is professioneel en de medewerkers werken met plezier.....	12
4	Zorg Indicatoren .....	13
	Decubituspreventie .....	13
	Advance Care Planning.....	14
	Eten en drinken .....	14
	(In)continentie/zorg rondom toiletgang .....	14
5	Gebruik van informatie .....	15
	Inspectie en Prezo keurmerk.....	15
	Tevredenheidsonderzoek bewoners en medewerkers.....	15
	Overleg en verantwoording over kwaliteitsbeleid .....	15

Samenwerking collega-instellingen en lerend netwerk .....	15
Zorgkaart Nederland .....	16
6 Leiderschap, governance en management .....	16
Toezicht .....	16
Bestuur .....	16
7 Personeelssamenstelling .....	16
Personeelssamenstelling .....	16
Personeelsontwikkeling.....	17
Personeelsbeleid .....	17
Personeelssamenstelling peildatum 31-12-2022 .....	18
8 Tot slot.....	21
9 Bijlagen .....	22
Bijlage 1: De 10 klantbeloftes en subbeloften vanuit Kwaliteit@ .....	23
Bijlage 2: MIC/MIM cijfers 2022 .....	24
Bijlage 3: Nieuw Organogram.....	25
Bijlage 4: Overzicht norm toetsing IGJ-rapporten 2021-2022-2023 .....	26

## 1 Inleiding

Voor het Rosa Spier Huis stond 2022 in het teken van het verbeteren van kwaliteit. Naar aanleiding van de bezoeken van de Inspectie (IGJ) en Perspekt (Prezo keurmerk) en de door hen opgestelde rapporten, is er begin 2022 een verbeterteam opgezet wat alle punten uit deze rapporten systematisch opgepakt heeft.

Ondersteunend aan het verbetertraject, is er een start gemaakt met een nieuwe kwaliteitsmethodiek “Kwaliteit@ Welzijn in de Zorg” waarvoor gekozen is om in het Rosa Spier Huis de kwaliteit van zorg en welzijn te verbeteren en het een fijne werkplek te laten zijn voor de medewerkers.

Halverwege 2022 heeft het Rosa Spier Huis het Prezo keurmerk wederom toegekend gekregen. Eind mei kwam de IGJ op bezoek, waarna nog twee thema's “Sturen op Kwaliteit en Veiligheid” en “Deskundige Zorgverlener” verbetering behoeften. Na een vervolfbezoek van de IGJ in januari 2023 is beoordeeld dat het Rosa Spier Huis nu op alle thema's (ruim) voldoende kwaliteit biedt. Er is veel vertrouwen in het proces van verbeteren en borgen. Een mooie afronding van 2022 en goede start van het nieuwe jaar.

In dit kwaliteitsverslag, wordt beschreven en toegelicht wat er van het kwaliteitsplan 2022 gerealiseerd is, welke keuzes gemaakt zijn en waar nog ontwikkelkansen liggen voor 2023.

Dit verslag is gemaakt naar de 10 beloften van de eerder benoemde kwaliteitsmethodiek “Kwaliteit@ welzijn in de zorg”.

Kwaliteitsteam Rosa Spier Huis

Januari 2023

## 2 Zorgvisie en Kernwaarden

In het kwaliteitsplan 2022 is in hoofdstuk 1 een uitgebreide beschrijving opgenomen van de visie en kernwaarden. Vanuit diverse hoeken van de organisatie kwamen signalen van een gevoel van ‘het verlies van identiteit’. Het leek met name toegeschreven te kunnen worden aan de nieuwe setting en andere werkwijzen sinds de verhuizing in november 2019, grote wisselingen in personeel, werken met veel ZZP’ers en het moeten ‘roeien met de riemen die je hebt’ in coronatijd.

Met de komst van de nieuwe bestuurder per 1 januari 2022 en het meer op de achtergrond raken van corona, is ervoor gekozen om met de gehele organisatie opnieuw op zoek te gaan naar wie wij willen zijn voor onze bewoners en voor elkaar als medewerkers. Niet alleen voor het bepalen van visie en identiteit, maar ook om de focus te leggen op “welzijn”.

In de kwaliteitsmethodiek ‘Kwaliteit@’ is een methode gevonden die het Rosa Spier Huis hierin goed faciliteert. We zijn er met het ‘verbetersteam’ mee aan de slag gegaan en hebben in 2022 Kwaliteit@ geïmplementeerd. De projectfase die we in 2023 in gaan is die van ‘borgen’.

Meer informatie over Kwaliteit@: <https://www.welzijninzorg.nl/kwaliteit@/kwaliteit@>

Zie bijlage 1 voor een overzicht van de 10 klantbeloften en subbeloften. Deze zijn nader omschreven en uitgewerkt in een brochure die alle bewoners, contactpersonen en medewerkers hebben ontvangen en die eveneens op de website te vinden is.

Het jaar 2022 was voor het Rosa Spier Huis ook een jaar van transitie. Het was van essentieel belang om het Rosa Spier Huis financieel en procesmatig op orde te krijgen. Hiertoe is door de nieuwe bestuurder een herstelplan opgesteld en op deze planmatige manier zijn de operationele en financiële problemen aangepakt en is de organisatie geherstructureerd. Dit betrof onder andere:

- Verandering van de organisatiestructuur;
- Intensivering en investering in de kwaliteit van zorg;
- Samenwerking in de regio intensiveren en activeren (Regiokompas);
- De nieuwe Cliëntenraad is in mei 2022 begonnen en gaat voortvarend en constructief aan de slag;
- De samenwerking met de huurdersvereniging was intensief en constructief, het wederzijds vertrouwen is hersteld en bewoners hebben zitting in diverse commissies;
- Het nieuwe kwaliteitsplan voor 2022 is door het projectteam “kwaliteit van zorg” vernieuwd en gestoeld op de bevindingen in het IGJ-rapport en implementatie van een nieuwe methodiek Kwaliteit@.
- Een degelijk managementinformatiesysteem is geïmplementeerd. Dit geeft inzicht in de verschillende afdelingen en we kunnen hiermee sturen op resultaat;
- Optimaliseren en rationaliseren exploitatie en bedrijfsvoering, op kernactiviteit niveau (zorg, vastgoed, horeca en cultuur) procesverbetering en kostprijsanalyses.

Het herstel is duidelijk zichtbaar in de maandrapportages sinds september 2022 en zet zich voort in 2023. In 2023 kunnen we daarom de positionering van het Rosa Spier Huis aandacht geven zodat

haar identiteit, passend bij de huidige tijd, weer opnieuw vormgegeven kan worden. Het 60-jarig bestaan van de Stichting Rosa Spier in 2023 gebruiken we als kapstok.

### **3 De 10 klantbeloften in 2022**

#### **Belofte 1: Hier voel ik mij thuis.**

De autonomie van de bewoner en diens welzijn staat centraal. Er is een slag gemaakt in de denkwijze: niet meer denken in “zorg en welzijn” maar zorg zien als één van diverse elementen van welzijn.

Er is in 2022 een extra huiskamer gerealiseerd op de 1<sup>e</sup> etage, voor de bewoners van de afdeling somatiek. Er is hier een gezellige sfeer gecreëerd waar bewoners samen kunnen komen. Maar ook zijn er rustigere zitjes waar bewoners die deelname aan de groep te druk vinden maar toch ook graag de gezelligheid willen ervaren plaats kunnen nemen.

Door bewoners met een somatische indicatie wordt wat minder aansluiting gevonden doordat er op die afdeling eveneens bewoners zijn komen te wonen met een psychogeriatrische indicatie. In het kwaliteitsplan voor 2023 zal aandacht besteed worden aan hoe we voor deze groep bewoners meer onderlinge aansluiting mogelijk kunnen maken.

De twee PG-huiskamers worden al van begin af aan als te klein ervaren. Er zijn serieuze plannen voor het realiseren van een serre die de beide huiskamers aanzienlijk groter zal maken. De verwachting is dat er medio 2023 meer duidelijkheid komt over de haalbaarheid.

De toegang tot appartementen van de bewoners zijn allemaal individueel afgesteld door de verschillende opties die de “tag” biedt. De medewerkers zijn zich ervan bewust dat zij te gast zijn bij de bewoners. De individuele wensen ten aanzien van wonen zijn vastgelegd in het zorgdossier.

#### **Belofte 2: Mijn naasten voelen zich hier thuis en welkom.**

Er is een werkgroep familieparticipatie opgericht, bestaande uit medewerkers en leidinggevenden, in samenwerking met de cliëntenraad. Over dit thema hebben contactpersonen een brief ontvangen met voorbeelden en het verzoek hun bijdrage te leveren in het RSH. Maar er wordt niet alleen iets van hen gevraagd, het RSH neemt ook initiatief om de band te versterken. Er worden minimaal 4 bijeenkomsten per jaar georganiseerd. In de winter en de zomer een borrel om elkaar informeel te spreken en in de lente en het najaar een lezing of workshop over actuele thema's welke bij de doelgroep aansluiten.

Met de cliëntenraad is dit jaar intensiever contact gezocht door het kwaliteitsteam; de leden van deze raad hebben ook deelgenomen aan de kwaliteit@ trainingen. De CR bestaat uit drie betrokken dochters van bewoners en is een zeer prettige sparringpartner en klankbord voor het kwaliteitsteam.

We kunnen inmiddels (‘na Corona’) weer meer enthousiaste vrijwilligers inzetten. Alle vrijwilligers zijn betrokken bij de trainingen van kwaliteit@, net zoals de medewerkers.

Contactpersonen hebben, als de bewoner hiermee akkoord gaat, inzage in het dossier. Het ene familielid maakt hier meer gebruik van dan het andere maar in het algemeen zien we een toename van het gebruik. De communicatie via Caren door de EVV-ers kan nog beter. Soms blijven berichten van familie nog onbeantwoord. Dit is iets wat als actiepoint meegenomen wordt naar 2023.

### **Belofte 3: Ik hoor erbij en heb zinvolle bezigheden.**

In het digitale dossier (ONS) is de focus meer komen te liggen op welzijn, doordat het team van activiteitenbegeleiding nu een eigen formulier heeft en een koppeling naar het zorgplan. Bij alle bewoners is een nieuwe intake activiteitenbegeleiding gedaan en is dit als vast onderdeel opgenomen in het zorgplan. Dit wordt elk half jaar geëvalueerd en is eveneens een vast onderdeel van het MDO (Multi Disciplinair Overleg). Belangrijk is dat elke bewoner de mogelijkheid heeft tot deelname aan activiteiten die hij/zij waardevol vindt.

Het aantal werkuren van de humanistisch raadvrouw (i.o.) is uitgebreid en zij besteedt deze aan individuele begeleiding van bewoners.

De vrijwilligers zijn weer betrokken bij diverse hulpvragen en hebben tijd en ruimte om persoonlijke aandacht te geven.

Er zijn weer maandelijks (vaak zelfs wekelijks) theatervoorstellingen en beeldend werken onder begeleiding in het atelier. Daarbij wordt onderzocht naar wat de bewoner nog wél kan en waar plezier aan beleefd wordt.

De wandelclub is nog steeds een actieve groep welke bij voorkeur uitgebreid zou worden daar er vaak meer bewoners mee willen dan er vrijwilligers zijn. Dit wordt meegenomen als actiepoint voor 2023.

Overige bezigheden zoals samenwerking met de HKU, projecten met jongeren, wisselende tentoonstellingen, thema weken, lezingen en muziek in het restaurant zijn voor het Rosa Spier Huis een vast onderdeel geworden van jaarlijks terugkerende activiteiten.

### **Belofte 4: Ik krijg passende zorg en ondersteuning.**

Op het gebied van deze belofte zijn de meeste veranderingen doorgevoerd het afgelopen jaar.

#### **Zorgdossier**

In de eerste helft van 2022 zijn het protocol van het EVV-schap, en daaraan gerelateerd ook de werkwijze van en met het zorgdossier, opnieuw onder de loep genomen. Deze protocollen zijn geëvalueerd en aangepast en te vinden in het kwaliteitshandboek. Daarmee sluiten de protocollen nu beter aan op de dagelijkse praktijk maar voldoen ze ook aan wet- en regelgeving. Ze bieden tevens een meer overzichtelijke handleiding voor de EVV-ers.

Het Zorg Leef Plan (ZLP) wordt tijdig geëvalueerd, risicometingen worden voorafgaand aan het MDO (of vaker) gedaan en de intakeprocedure wordt gevolgd. Signaalfuncties zijn aangezet en zichtbaar in de kwaliteitsmonitor.

Een belangrijk formulier dat aangepast is, is dat voor de anamnese, waarin nu meer de focus ligt op welzijn en een koppeling naar het ZLP is aangelegd. Ook in de risicometingen en wondzorgplanformulieren is nu een koppeling naar het ZLP.



Er wordt nu doelgericht gerapporteerd op de doelen in het ZLP, wat het werken met de PDCA-cyclus (Plan Do Check Act) en het methodisch werken ten goede komt.

Alle zorgmedewerkers hebben een les over werken met het zorgleefplan gehad. Vooraf zijn door het verbetersteam alle formulieren geëvalueerd en aangepast. Tevens zijn er digitale functies in het dossier in samenwerking met Nedap (leverancier ONS) aangepast of toegevoegd. Dit zal in de loop van het jaar voortgezet worden met de mogelijkheid om te werken met geformuleerde doelen in het ZLP, en de agendafunctie.

De teamleiders controleren periodiek alle zorgdossiers en bespreken die met de EVV-ers. Hierdoor zijn niet alleen de dossiers beter op orde, maar leren zowel EVV-er als teamleider meer over de bewoner en het werken met het dossier. De teamleiders organiseren EVV-overleggen en bewonersbesprekingen waarin de zorgvragen van bewoners besproken worden.

Alle externe disciplines die in consult zijn bij bewoners rapporteren in het zorgdossier. Zij hebben hier uitleg over gekregen. De huisarts heeft diverse nieuwe bevoegdheden gekregen in ONS en maakt hier nu ook gebruik van. Bijvoorbeeld kan zij nu zelf in het dossier de medische voorgeschiedenis invoeren, kan zij bijvoorbeeld afspraken met betrekking tot advance life care invoeren. Ook rapporteert zij nu onder een eigen 'icoontje' in het zorgdossier waardoor er meer overzicht is ontstaan.

### **Multidisciplinaire samenwerking**

Het Vivium ABC team (multidisciplinair team van Specialist Ouderengeneeskunde, Psycholoog en Agoog) is actief betrokken bij zorgvragen, zodat een gespecialiseerd advies ingewonnen kan worden. Het gaat hierbij vaak om "omgaan met onbegrepen gedrag". In het eerste kwartaal van 2023 gaan we van start met een maandelijks terugkerend spreekuur waar we zorgvragen en medische vragen kunnen bespreken met het behandelteam.

Om aan deze samenwerking meer structurele vorm te geven is eind 2022 is een start gemaakt met IMOZ: Integrale Medische Ouderen Zorg. Dit project gaat uit van de samenwerking tussen het RSH en het behandelteam met als doel dat de bewoner, ook bij complexere zorg, in het RSH kan blijven wonen met adequate zorg. Daarmee voldoet het RSH aan haar eigen wens een levensbestendig huis te zijn. Het zorgkantoor heeft de levering van zorg voor ZZP 7 en 8 opengezet voor het RSH, wat betekent dat ook de complexere zorg een passende financiering heeft. Dit project en een nieuwe (doorlopende) evaluatie van de zorgindicaties zal verder meegenomen worden naar 2023

Het RSH heeft een verpleegkundige in dienst die gespecialiseerd is in geriatrie. Haar kennis en kunde worden met name ingezet in het stellen van (wijk-)zorgindicaties en zou wellicht nog vaker op andere momenten benut kunnen worden. Het verder uitwerken van haar rol en het IMOZ-project worden meegenomen naar 2023.

### **Multi Disciplinair Overleg (MDO)**

Het Multi Disciplinair Overleg (MDO) was wegens corona keer op keer uitgesteld. In 2022 zijn weer actief MDO's georganiseerd waarbij alle betrokken disciplines, de bewoner en de eerste contactpersoon uitgenodigd worden. Het protocol MDO is aangepast en de kwaliteitsmonitor in ONS geeft nu een signaal als het tijd is voor het organiseren van een nieuw MDO. Hiermee wordt de continuïteit van zorg geborgd.



### **Advance Care Planning**

Het is belangrijk de wensen van de bewoner ten aanzien van zijn/haar laatste levensfase te kennen. Het is immers ten tijde van een incident of terminale fase niet altijd mogelijk om naar de wensen te vragen. Voorheen was alleen de wens wel/niet gereanimeerd te worden in geval van een hartstilstand bekend. Er zijn functies aangepast in het digitale dossier waardoor de huisarts nu allerlei keuzes van de bewoner rondom het levenseinde kan vastleggen, zoals wel/niet IC opname, wel/niet antibiotica, wel/niet sondevoeding, etc.

De wilsbekwaamheid is bij alle bewoners door de huisarts vastgelegd in het dossier. We zijn van plan om in 2023 in kaart te brengen voor welke bewoners het noodzakelijk is mentorschap en bewindvoering te gaan regelen. Het eerdergenoemde project IMOZ zal hier faciliterend in zijn omdat daarmee multidisciplinair vastgesteld kan worden of een bewoner nog wilsbekwaam is.

De humanistisch raadvrouw (i.o.) besteedt aandacht aan individuele begeleiding van bewoners, moreel beraad voor personeel en ontwikkeling van het beleid van en kennis over palliatieve zorg. Er is een werkgroep palliatieve zorg gevormd die de opdracht heeft beleid te evalueren en kennis omtrent dit onderwerp te verbeteren. In 2023 zal deze werkgroep opgeleid worden en het beleid gaan vormgeven.

### **Belofte 5: Ik eet en drink naar wens.**

Ten aanzien van eten en drinken zijn nog ontwikkelingen gaande in de keuken en het restaurant. Met het aanstellen van een 'manager gastvrijheid' in het restaurant en een interim-manager in de keuken zijn er positieve ontwikkelingen in gang gezet wat betreft de kwaliteit van de maaltijden, de diversiteit van het aanbod en de sfeer in het restaurant. Bewoners hoeven niet meer twee weken van tevoren te kiezen wat ze willen eten maar kunnen dat ter plekke aangeven. In de keuken is gekozen voor een maaltijdbereiding waarmee efficiënter gewerkt kan worden. Bewoners zijn betrokken via de cliëntenraad. Maar ook is er bijvoorbeeld een wijnproeverij georganiseerd om zo samen te bepalen welke wijnen er op de kaart komen.

Bewoners die hulp nodig hebben met eten en drinken gaan niet meer naar het restaurant, maar krijgen hulp van professionele huiskamermedewerkers in één van de drie huiskamers. Alle medewerkers van de huiskamers hebben in het eerste kwartaal een opleiding afgerond bij de 'VanDoen Academie' wat de kennis en kunde naar een hoger niveau getild heeft. Zij hebben geleerd over diverse ziektebeelden, het aanbieden van passende activiteiten maar ook hoe en wanneer je helpt met eten andere lichte zorgtaken verricht.

In het restaurant kunnen de horecamedewerkers zich nu focussen op het serveren van de maaltijden en hoeven zij niet meer bij te springen in maaltijd gerelateerde zorgtaken. Dit maakt het restaurant voor de meer zelfstandige bewoners een prettigere omgeving waar zij meer aandacht kunnen krijgen van de horecamedewerkers.

### **Belofte 6: Hier doe ik ertoe en kan ik mijzelf zijn.**

Alle bewoners hebben in hun dossier een biografie, dit is het document wat zij zelf ingediend hebben aan de ballotagecommissie om in het Rosa Spier Huis te kunnen komen wonen. Omdat dit niet bij elke bewoner even veel informatie geeft over de achtergrond en het vaak alleen gericht is op het

werkende leven en niet het privéleven is er in 2021 een levensboek ontwikkeld door één van de GVP'ers (Gespecialiseerd Verzorgende Psychogeriatric).

Bewoners van de PG-afdeling hebben nu, indien gewenst, een levensboek dat door het RSH verstrekt wordt. Dit kan door de familie of andere naasten ingevuld worden. In 2023 zal hier ook op de andere afdelingen mee gewerkt gaan worden.

Alle bewoners kunnen in de gang, rondom hun voordeur, hun eigen werk ophangen. Dit laat op een kleurrijke manier de diversiteit van onze bewoners zien. Het vergroot bovendien de herkenbaarheid van het eigen appartement en geeft de medewerkers en bewoners de kans om elkaar beter te leren kennen.

### **Belofte 7: Ik maak persoonlijke afspraken over mijn welzijn.**

Zoals eerder benoemd zijn er veel wijzigingen aangebracht in het Zorg Leef Plan (ZLP) waardoor persoonlijke wensen en afspraken, niet alleen voor lichamelijke zorg, zijn vastgelegd. De basis hiervan is de anamnese, zowel door de EVV'er als door de activiteitenbegeleider. Vervolgens wordt dit in de praktijk gebracht en bijgesteld. In het ZLP is in 2022 veel meer komen te staan over persoonlijke wensen die tekenend zijn voor de bewoner. Bijvoorbeeld "Meneer draagt graag een muts omdat dit hem een veilig gevoel geeft." of "Mevrouw wil niet voor 10:00 uur gewekt worden, zij slaapt graag uit."

### **Belofte 8: Ik heb medewerkers om mij heen die mij kennen en ik vertrouw.**

Alle bewoners hebben een Eerst Verantwoordelijk Verpleegkundige/verzorgende (EVV'er). Dit is voor hen en hun contactpersoon, maar ook voor alle betrokken disciplines, het eerste aanspreekpunt.

De afgelopen jaren zijn er met regelmaat ZZP'ers ingezet wat, hoe kundig zij meestal ook zijn, veel wisselende gezichten als gevolg had. In 2022 zijn er een HR-medewerker en een planner aangesteld. Zij hebben, in samenwerking met de teamleiders, een vast team van ZZP'ers opgericht waarmee een overeenkomst is met het Rosa Spier Huis. Deze ZZP'ers kennen het huis, de bewoners en weten wat er van hen verwacht wordt. Ook zij zijn meegenomen in de trainingen van kwaliteit@.

In het zorgdossier is de de-escalatiefunctie in werking gesteld: medewerkers kunnen nu alleen in de dossiers van de bewoners van hun eigen afdeling kijken, tenzij ze een reden aanvoeren waarom ze een ander dossier moeten inzien (bijvoorbeeld wegens een nachtdienst). De teamleiders kunnen inzien wie in welk dossier gekeken heeft.

### **Belofte 9: De medewerkers nemen verantwoordelijkheid voor mij.**

Er is in 2022 gewerkt aan scholing van personeel maar ook aan onderwerpen ten aanzien van het thema veiligheid.

### **Verpleegkundige van de Dag (VPD)**

Elke dag is er een verpleegkundige als "boventallig" ingepland die voor alle zorgafdelingen het aanspreekpunt is voor verpleegkundige zaken en communicatie met huisarts, paramedici en andere externen. Hij/zij coacht medewerkers bij complexe situaties en voert verpleegtechnische handelingen (samen met betrokken medewerkers) uit. Hij/zij houdt het overzicht en borgt dat gemaakte afspraken uitgevoerd worden. Het verpleegkundig team werkt hier systematisch aan door onderling te communiceren via een centraal mailadres.

## **Leren en opleiden**

Voor verbetering van de begeleiding en van het opleidingsprogramma van de leerlingen en stagiaires is er een opleidingscoördinator aangenomen. De focus heeft gelegen op de volgende punten:

- Opstellen opleidingsbeleid
- Scholing op gebied van methodisch werken
- De opzet van een rouleersysteem. Leerlingen wisselen dan van afdeling zodat zij breder opgeleid worden (PG, somatiek en wijkzorg) en hun kennis met de diverse teams kunnen delen.
- De aanvragen van subsidies
- Het werken met een nieuw leerlingvolgsysteem 'Competent'
- Het implementeren van een nieuw elearning systeem
- Assessor trainingen
- Uitbreiden van de samenwerking met de Regionale Zorg Academie

In Q4 van 2021 en Q1 van 2022 zijn alle medewerkers van de zorg geschoold in verpleegtechnische vaardigheden, wondzorg en het werken met het ZLP. De huiskamermedewerkers hebben hun diploma behaald bij de van Doen Academie (zie ook belofte 5). De BHV'ers zijn, zoals elk jaar, bijgeschoold in mei. De eigen ZZP'ers worden meegenomen in de scholingen. De ZZP'ers van andere bureaus die vaak bij ons werken mogen deelnemen aan de opleidingen in hun eigen tijd.

De scholingen zijn opgenomen in het scholingsplan op basis waarvan het de komende jaren gecontinueerd wordt.

Er is een elearning programma aangeschaft waarin een aantal elearnings verplicht gesteld zijn en leidinggevenden kunnen zien welke elearnings hun medewerkers gevolgd hebben. Dit gaat in 2023 deel uitmaken van het jaargesprek.

## **Veiligheid: Melding Incidenten**

Het meldingssysteem van MIC/MIM werd door de MIC-commissie beoordeeld als ontoereikend om écht bij te dragen aan veiligheid en verbeteren. Er is daarom in 2022 voor gekozen om Triasweb (van Triaspect) te gaan gebruiken. In dit meldingssysteem kunnen incidenten kwalitatief beter afgehandeld worden volgens een PDCA-cyclus en kunnen rapportages, verbeteracties en terugkoppelingen eenvoudig gemaakt worden. Nog een voordeel is dat alle medewerkers van het RSH nu meldingen kunnen doen, waar dat voorheen alleen de zorgmedewerkers waren. Er is ook een koppeling met het ONS-dossier.

Voor MIC/MIM jaarcijfers en een vergelijking met 2021, zie bijlage 2. Verdere analyse van deze cijfers is niet opgenomen in deze tussenevaluatie van het kwaliteitsplan, maar is wel ingebracht bij CR, OR, en RvT. Ook zijn deze in de zorgteams besproken.

## **Veiligheid: Medicatieveiligheid**

Medicatie-incidenten worden door de teamleider besproken met de aandachtfunctionaris medicatie. En/of met de melder en/of met de veroorzaker en/of met het slachtoffer van het incident. Via deze weg worden de stappen bepaald. Hiervan worden analyses en verbeteracties gemaakt in Triasweb. Bijzonderheden, leerpunten en kwartaalcijfers worden in werkoverleggen besproken.

Als psychofarmaca voorgeschreven wordt, wordt dit volgens het stappenplan WZD geëvalueerd. Drie keer per jaar wordt alle voorgeschreven psychofarmaca eveneens geëvalueerd in het overleg psychofarmaca in bijzijn van huisarts, WZD-functionaris, aandachtfunctionaris medicatie, verpleegkundige. Het protocol psychofarmaca is herzien en de aandachtfunctionaris medicatie is verantwoordelijk voor de planning van deze overleggen.

### **Veiligheid: Wet Zorg en Dwang (WZD)**

Het beleid binnen het Rosa Spier Huis is dat er altijd met de WZD-functionaris overlegd kan worden over vraagstukken en die altijd in consult gevraagd wordt als het stappenplan in werking treedt. In 2022 is de WZD-functionaris aangesteld met wie het beleid over de WZD is herzien. De WZD-functionaris sluit ook aan bij de psychofarmaca-overleggen, omdat de kans aanwezig is dat hier WZD-gerelateerde vragen uit voortkomen. De psychofarmaca-overleggen zijn drie keer per jaar en worden georganiseerd door de 'aandachtfunctionaris medicatie'. Alle domotica welke voorheen werd ingezet op de PG is besproken met bewoner of diens vertegenwoordiger en wordt zeer gericht en beperkt ingezet. Beide teamleiders zijn zeer alert op vrijheid beperkende maatregelen en coachen hier hun teamleden ook steeds in. Bijvoorbeeld als medewerkers, goed bedoeld, met het idee komen om voortaan cafeïnevrije koffie te schenken omdat dit beter zou zijn voor de gezondheid en het dag-/nachtritme... Maar ook komt het regelmatig voor dat zij familie hierop attent moeten maken.

### **Veiligheid: Protocollen**

Er is een klankbordgroep 'protocollen' opgericht waarin medewerkers van diverse afdelingen mee denken over de functionaliteit, volledigheid en toepasbaarheid van de protocollen.

Het Rosa Spier Huis werkt al jaren met een 'kwaliteitshandboek', waarin de interne protocollen V&V zijn opgenomen. Al deze protocollen worden door de kwaliteitsverpleegkundige onder de loep genomen, in samenwerking met een klankbordgroep met medewerkers van de drie zorgafdelingen; deze groep zal drie keer per jaar bijeenkomen. Op deze manier gaan protocollen meer leven onder de medewerkers. Ze zullen ook meer aansluiten bij de dagelijkse praktijk, wat de werkbaarheid ten goede zal komen. De eerste bijeenkomst van deze klankbordgroep was eind september. Dit jaar zijn er 14 protocollen beoordeeld en aangepast waarvan 8 in overleg met deze klankbordgroep.

### **Belofte 10: De organisatie is professioneel en de medewerkers werken met plezier.**

Alle verbeteringen in kwaliteit, welke omschreven zijn in de beloften, hebben met zich meegebracht dat de organisatie steeds professioneler werd in de loop van 2022.

In 2022 is de CAO VVT compleet vernieuwd. De afspraken in de CAO VVT 2022-2023 zijn er onder meer op gericht om de werkdruk te verlagen en het werkplezier te verhogen.

Alle medewerkers zijn meegenomen in de ontwikkelingen en zijn meegegroeid in deze kwaliteitsslag. Dat betekent echter nog niet automatisch dat de medewerkers met plezier werken. Bovenstaande ontwikkelingen hebben de werkdruk verhoogd en een reductie in de personele bezetting heeft het niet makkelijk gemaakt voor diverse teams.

De medewerker tevredenheid is vanzelfsprekend van groot belang en zal gemeten worden in een onderzoek dat onderdeel uitmaakt van de RI&E. Dit zal plaats vinden in het tweede kwartaal van 2023. De uitkomsten zullen leidend zijn voor het opstellen van eventuele actiepunten en

aanpassingen in het personeelsbeleid. De ondernemingsraad (OR) wordt betrokken bij de uitslagen en actiepunten voortkomend uit het MTO.

De OR heeft in 2022 met de bestuurder, teamleiders en HR-manager twee bijeenkomsten georganiseerd met als thema “vinden-binden-boeien”. Hieruit zijn ideeën voortgekomen en actiepunten zijn in de praktijk gebracht.

Het invoeren van moreel beraad is daar een goed voorbeeld van. Een groepsgesprek, begonnen met alleen zorgmedewerkers, waarin een praktijkvoorbeeld uit de dagelijkse praktijk van ons huis wordt besproken. Moreel beraad is bedoeld om systematische morele en ethische dilemma's en vragen te bespreken, te erkennen en te beantwoorden. Een gezamenlijke zoektocht naar de waarden die onder de voortdurende morele handelingen liggen die werken in de zorg kenmerkt. Inmiddels is dit overleg toegankelijk voor alle personeelsleden, uit alle teams nemen medewerkers deel.

Andere voorbeelden die hier in 2022 uit voortgekomen zijn voor onze medewerkers:

- watertappunt op elke afdeling;
- verjaardagskaart;
- het tegen aantrekkelijke tarieven bijwonen van voorstellingen, concerten en exposities uit onze culturele programmering;
- korting op ons restaurantaanbod, m.u.v. alcoholische versnaperingen;
- stimuleren van de mogelijkheid om gebruik te maken van ons Meerkeuzesysteem Arbeidsvoorwaarden MKAV). Hierbij wordt de medewerker in staat gesteld binnen de regels van het MKAV, CAO VVT en binnen wettelijke en fiscale normen is toegestaan, bepaalde onderdelen van het arbeidsvoorwaardenpakket flexibel te besteden. Doelen hiervoor zijn: extra reiskostenvergoeding, aanschaf fiets, laptop, contributie vakbond, studiekosten en loopbaanoriëntatie.

## 4 Zorg Indicatoren

De Zorgindicatoren zijn een meetinstrument voor kwaliteitsstandaarden en geven een beeld van de onderwerpen waarop mogelijk bijgestuurd kan worden. Er zijn vrije keuze indicatoren en een aantal verplichte indicatoren. In de komende paragrafen wordt inzage gegeven in de cijfers.

### Decubituspreventie

Het aantal cliënten met een decubituswond graad 2 of hoger.

afdeling	dec-21	jul-22	dec-22
PG	3 (20) = 15%	2 (20) = 10%	0 (21) = 0%
Somatiek	2 (28) = 7,1%	2 (25) = 8%	0 (26) = 0%
totaal (intramuraal)	5 (48) = 10,9%	4 (45) = 8,9%	0 (47) = 0%
appt (WLZ&ZVW)	x	x	0 (20) = 0%
totaal			0 (67) = 0%

In 2022 is geïnvesteerd in de samenwerking met twee ergotherapeuten. De verantwoordelijkheid voor de inzet van het antidecubitus materiaal is bij de EVV-er komen te liggen. Hij/zij houdt het overzicht. Voor het onderhoud van de materialen is een aandachtfunctionaris ingezet.

### Advance Care Planning

Het aantal cliënten waarbij beleidsafspraken rondom het levenseinde zijn vastgelegd in het zorgdossier.

afdeling	dec-21	jul-22	jul-22
PG	18 (20) = 90%	20 (20) = 100%	20 (21) = 95%
Somatiek	25 (28) = 89,3%	22 (25) = 88%	23 (26) = 88%
totaal (intramuraal)	43 (48) = 89,6%	42 (45) = 93,3%	43 (47) = 91,5%
appt (WLZ&ZVW)			17 (20) = 85%
totaal	x	x	63 (67) = 94%

In 2022 is volgens de WZD bij alle bewoners bepaald of zij wilsbekwaam zijn of niet. Hierbij is ook de advance care planning meegenomen door de huisarts in samenspraak met de WZD-functionaris en (indien bewoner wilsonbekwaam) de contactpersonen.

### Eten en drinken

Aantal cliënten waarbij de voedselvoorkeuren zijn vastgelegd in het zorgdossier.

afdeling	dec-22
PG	15 (21) = 71,4%
Somatiek	20 (26) = 77%
totaal (intramuraal)	35 (47) = 74,5%
appt (WLZ&ZVW)	11 (20) = 55%
totaal	46 (67) = 68,6%

Als er geen “probleem” is omtrent eten/drinken wordt er vaak ook niks over vermeld in het zorgdossier. De voorkeuren voor eten en drinken zijn wel een vast onderdeel van de anamnese. Deze indicator zal echter als verbeterpunt meegenomen worden naar 2023. Het streven is dat er dan in elk dossier in het zorgplan een vermelding is over voorkeuren m.b.t. eten en drinken, niet alleen een dieet maar bijvoorbeeld ook waar of met wie een bewoner wil eten.

### (In)continentie/zorg rondom toiletgang

Het aantal bewoners waarbij een plan voor zorg rondom de toiletgang is opgenomen in het zorgdossier.

afdeling	dec-21	jul-22	dec-22
PG	9 (20) = 45%	11 (20) = 55%	14 (21) = 66,7%
Somatiek	12 (28) = 42,9%	8 (25) = 32%	12 (26) = 46,2%
totaal (intramuraal)	21 (48) = 43,7%	19 (45) = 42,2%	26 (47) = 55,3%
appt (WLZ&ZVW)	x	x	13 (20) = 65%
totaal			39 (67) = 58,2%

Als er geen probleem is m.b.t. de toiletgang, wordt dit ook niet opgenomen in het zorgplan. Wel is dit een vast onderdeel van de anamnese.

Elke afdeling heeft een medewerker die de bestellingen van het incontinentiemateriaal doet. Ook zijn er klinische lessen over dit onderwerp verzorgd door Abena.

## **5 Gebruik van informatie**

### **Inspectie en Prezo keurmerk**

Zowel vanuit de inspectie als vanuit Perspekt (Prezo) kwamen er in 2021 en begin 2022 rapporten die voldoende reden waren om verbeterplannen te maken en die zo snel mogelijk tot uitvoering te brengen. Inmiddels kunnen we, met gepaste trots, melden dat we in mei 2022 het Prezo-keurmerk behouden hebben en dat het laatste rapport (januari 2023) van de IGJ positief was. We realiseren ons desalniettemin dat er nog voldoende werk aan de winkel is, waar we dan ook onverminderd actief en enthousiast mee door gaan. Vooral de fase van borging van geboekte resultaten is in 2023 van belang.

Voor een overzicht van de normtoetsing zie bijlage 4.

### **Tevredenheidsonderzoek bewoners en medewerkers**

Begin 2023 zullen er nieuwe onderzoeken uitgevoerd worden. Eén hiervan is een 0-meting onder de bewoners in welke mate er volgens hen invulling gegeven wordt aan de 10 klantbeloften.

### **Overleg en verantwoording over kwaliteitsbeleid**

Vanwege de reorganisatie heeft er ook een verschuiving van taken plaatsgevonden. De kwaliteitsverpleegkundige houdt zich bezig met kwaliteitsmanagement en doet dit methodisch en projectmatig. Er is tijdelijk een externe projectmanager ingehuurd om haar kennis hierover te vergroten. Deze projectmanager heeft tevens het verbetersteam (nu kwaliteitsteam) begeleid in het kwaliteit@ project.

De kwaliteitscommissie van de RvT is periodiek geïnformeerd over de ontwikkelingen en zijn elk kwartaal bijeengekomen om het beleid te volgen, mee te denken over de ingezette verbeteracties en deze te evalueren.

### **Samenwerking collega-instellingen en lerend netwerk**

De samenwerking met andere instellingen is verder uitgebreid door het netwerk van deelnemende organisaties aan kwaliteit@ en onderzoek naar mogelijke samenwerking ten aanzien van bepaalde thema's: Lerend netwerk, Regionale Zorg Academie, Regionaal Innovatie Overleg, Verkenning gezamenlijke behandelinstellingen en IMOZ, Regiokompas.

De bestuurder speelt hier een grote rol in en neemt de opleidingscoördinator, teamleiders en kwaliteitsverpleegkundige hierin mee.



## **Zorgkaart Nederland**

Op Zorgkaart Nederland zijn in 2022 geen waarderingen geschreven. Het cijfer van 7,9 dateert van gegevens uit 2021. Het verdient de aandacht om in 2023 mensen te gaan attenderen op de mogelijkheid hier hun mening te beschrijven.

## **6 Leiderschap, governance en management**

Het Rosa Spier Huis kent meerdere stichtingen die samen het Rosa Spier Huis vormen (geconsolideerde jaarrekening):

- *De Rosa Spier Stichting* is primair gericht op de zorg en de personele verloning;
- *Stichting Esseboom* is gericht op het vastgoed, gebouwbeheer, verhuuractiviteiten en de exploitatie van het cultuurgebouw en het GalerieCafé.
- *Stichting Nieuw Rosa Spier* heeft een culturele Anbi-status en is voornamelijk gericht op fondsenwerving en nalatenschappen.

### **Toezicht**

Het Rosa Spier Huis werkt – volgens de Governance Code - met een Raad van Toezicht en een Bestuurder en de daarbij behorende reglementen. Het kader van de werkwijze en besluitvorming van de Raad van Toezicht is vastgelegd in de statuten van de stichting. De leden van de Raad van Toezicht ontvangen een financiële vergoeding, gebaseerd op de geldende WNT-regelgeving.

### **Bestuur**

Het Rosa Spier Huis kent een éénhoofdig bestuur.

*Nieuw organogram: zie bijlage 3.*

## **7 Personeelssamenstelling**

### **Personeelssamenstelling**

Het jaar 2022 begon met een volledige lockdown. Covid 19 en de krapte op de arbeidsmarkt maakte het een uitdaging om de personeelssamenstelling goed aan te laten sluiten bij de behoefte van onze bewoners. De komst van een nieuwe bestuurder/directeur per 1 januari 2022 maakte dat de organisatie in 2022 is uitgebreid met een aantal nieuwe functies, zoals een HR-adviseur, een Opleidingscoördinator, een Administrateur/Boekhouder en een teamleider Gastvrijheid. Aangezien de huidige twee teamleiders veel kostbare tijd kwijt waren aan het maken van de planning maken we sinds mei 2022 ook gebruik van de inzet van een gedetacheerd planner. Met deze uitbreiding hebben we veel nieuwe kennis en ervaring in huis gekregen, hetgeen een mooie toevoeging is voor de organisatie.

## **Personeelsontwikkeling**

Rosa Spier Huis heeft ervoor gekozen om verder te groeien als leerbedrijf en meer medewerkers aan te trekken die middels scholing en/of opscholing gekwalificeerd willen worden voor het werken in de zorg.

De wijziging in de CAO VVT per 1 maart 2022 om leerlingen vanaf 21 jaar in te schalen in de zij-periodiek van de functiegroep waarvoor je een opleiding volgt levert daarbij een positieve bijdrage.

Het Rosa Spier Huis heeft samen met Arbeidsplatform ZorgStart en de Regionale Zorgacademie in de regio Gooi-Vechtstreek-Almere een intentieverklaring getekend voor een vergaande, brede samenwerking om mensen in de regio te begeleiden en op te leiden naar een baan in de zorg. Deze samenwerking biedt volop kansen en mogelijkheden voor werkzoekenden, herintreders of mensen die een carrièreswitch overwegen voor een baan in de zorgsector.

Rosa Spier Huis is voor een groot aantal opleidingen erkend leerbedrijf en biedt plaats aan zowel BOL-(leren-stage) als BBL studenten (werken-leren). Aandacht voor de ontwikkeling van de juiste kennis, vaardigheden en (vooral) houding van alle medewerkers is cruciaal. Hiervoor is afgelopen jaar een Leer Management Systeem aangeschaft en wordt er gebruik gemaakt van een leerlingvolgsysteem via Calibris Competent. Dit systeem is mede een hulpmiddel om de subsidieaanvraag te verantwoorden en aan te vragen.

## **Personeelsbeleid**

Een van de eerste taken van de HR-adviseur was het terugdringen van het hoge langdurige ziekteverzuim en het terugdringen van PNIL (personeel niet in loondienst). Hiervoor zijn wij halverwege het jaar overgestapt naar een nieuwe, kleinschaligere en regionale arbodienst die beter aansluit bij onze behoeftes en wensen. Het effect van Corona blijft zichtbaar op de verzuimcijfers in het eerste kwartaal met een piek, door een kleine uitbraak, in juli. In 2023 zullen alle leidinggevenden een verzuimtraining gaan volgen. De focus op werving en selectie heeft geleid tot een uitbreiding van personeel in loondienst binnen alle teams en op alle niveaus. De uniekheid van het Rosa Spier Huis maakt dat ons huis voor veel medewerkers een interessante werkplek mag zijn. Natuurlijk loopt het Rosa Spier Huis, vanwege de tekorten aan zorgpersoneel, ook aan tegen het invullen van moeilijk te vervullen vacatures.

Het opzetten van een interne ZZP-pool van Verzorgenden en Verpleegkundigen in oktober 2022 begint vorm te krijgen en genereert veel animo. De samenwerking met een aantal bemiddelingsbureaus uit de regio verloopt met de komst van een gedetacheerde planner goed. Korte communicatielijnen en met de flyer “werken bij het Rosa Spier Huis” wordt extra onderstreept wat wij belangrijk vinden en welke (huis)regels hier worden gehanteerd.

**Personeelssamenstelling peildatum 31-12-2022**

Functie	Functieniveau	FTE	Aantal
<b>Activiteitenbegeleiding</b>			
Hoofd Activiteiten eg.	HBO	1.00	1
Activiteitenbegeleiding	MBO en HBO	1.02	3
Cultureel manager	MBO4	0.89	1
		<b>2.91</b>	<b>5</b>
Stagiaires	MBO2/MZ	1.57	3
Vrijwilligers			50
<b>Administratie</b>			
Hoofd Administratie	MBO4	0.89	1
Bewoners coörd.	MBO4	0.67	1
Adm. Mdw	MBO	1.05	2
		<b>2.61</b>	<b>4</b>
<b>Overhead</b>			
HR adviseur	HBO	0.67	1
Opleidingscoördinator	HBO	0.67	1
Projectmanager Kwaliteit	HBO	0.67	1
		<b>2.01</b>	<b>3</b>
<b>Directie</b>			
Directeur/Bestuurder	WO	1.00	1
		<b>1.00</b>	<b>1</b>
<b>Huishouding</b>			
Hoofd Huishouding	MBO4	1.00	1
Huis. medewerker	MBO2	5.03	10
		<b>6.03</b>	<b>11</b>

**Huiskamer PG + SOM**

Huiskamermedewerker	MBO1/4	7.24	20
		<b>7.24</b>	<b>20</b>

**Keuken**

Souschef	MBO4	1.00	1
Kok	MBO4	0.89	1
Keuken assistent	MBO1/2	1.89	4
		<b>3.78</b>	<b>6</b>

**Horeca**

Teamleider Gastvrijheid	MBO4	0.75	1
Horecamedewerker	MBO 2/3	2.87	5
Horeca mdw (flex)		0.34	6
		<b>3.96</b>	<b>12</b>

**Receptie**

Receptioniste	MBO2/3	1.34	2
		<b>1.34</b>	<b>2</b>

<b>Functie</b>	<b>Functieniveau</b>	<b>FTE</b>	<b>Aantal</b>
----------------	----------------------	------------	---------------

**Technische en facilitaire dienst**

Hoofd TD	HBO	1.00	1
Ass. Techn.Onderh	MBO4	1.00	1
		<b>2.00</b>	<b>2</b>

**Verpleging & Verzorging**

Teamleider Zorg	HBO	2.00	2
-----------------	-----	------	---

Geestelijk verzorger i.o.	HBO	0.45	1
Planner	MBO4	0.67	1*
Verpleegkundige	MBO4	4.67	6
LL VPK niv 4	MBO4	1.34	2
Verzorgende IG	MBO3	7.23	11
LL VIG niv 3	MBO3	9.50	12
Helpende niv 2 plus	MBO2	4.78	8
Helpende niv 2	MBO2	1.70	3
Stagiair	MBO2/4	1.56	3
		<b>33.90</b>	<b>49</b>

\* = gedetacheerd

In onderstaand overzicht is naast het verzuim de instroom, doorstroom en uitstroom zichtbaar:

2022	Januari	Februari	Maart	April	Mei	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Dec
Aantal midws	113	110	112	117	112	115	117	116	118	117	119	117
FTE	68,28	65,8	66,9	68,57	65,97	64,7	65,33	64,68	67,33	68,61	70,78	69,01
Instroom	3	2	4	4	0	7	5	7	9	1	5	0
Doorstroom	8	9	2	3	3	3	4	3	1	2	1	3
Uitstroom	5	2	0	6	4	3	8	7	2	3	1	2
Verzuim (incl. zw.schap)	10,92%	8,11%	7,81%	6,43%	4,81%	7,83%	9,92%	6,08%	3,96%	6,98%	10,64%	11,87%
Aantal ziekmeldingen	31	25	21	21	13	19	35	12	9	24	29	27
Meldingsfrequentie	3,23	2,96	2,21	2,18	1,37	2,01	3,52	1,22	0,93	2,42	2,96	2,72

## 8 Tot slot

In 2022 zijn veel ontwikkelingen in het Rosa Spier Huis aan de orde geweest. Van een nieuwe bestuurder tot implementatie van een nieuwe kwaliteitsmethodiek. Medewerkers ervaren de veranderingen in het algemeen als positief maar ook wel als veel. De geboekte resultaten werken motiverend maar soms zijn er ook momenten waarbij de werkdruk als hoog ervaren wordt. Na het positieve inspectie en Prezo rapport is er wel een bepaalde druk weggevallen en het gevoel van 'beloond te worden voor het harde werken' heeft veel zuchten van opluchting en nieuwe motivatie opgeleverd.

Dit verslag is niet bedoeld om alleen een 'succesverhaal' neer te zetten. We zijn trots zoveel verbeterd te hebben in 2022, maar het meeste is nog vrij pril. Bovendien zijn er zeker ook moeilijke momenten geweest zoals een reorganisatie in de keuken, verandering in het management en een reductie van het aantal medewerkers in de zorg. Met name de keuken en de PG-afdeling hebben hier onder te lijden gehad. Langzaamaan herpakken mensen zich en vinden ze opnieuw hun draai en motivatie. In 2023 zullen deze teams nog flink wat extra aandacht behoeven.

2023 zal in het teken staan van het borgen van de 10 klantbeloften, die als paraplu fungeren voor alle verbeteringen van de kwaliteit. In 2022 ingezette veranderingen zullen niet alleen geborgd maar ook geëvalueerd en eventueel bijgesteld worden.

Het verbetersteam heeft zich inmiddels omgedoopt tot kwaliteitsteam en houdt controle op kwaliteit door de actielijst continue bij te werken. De taken die bij eenieder liggen worden niet vergeten of uitgesteld, doordat ze in deze actielijst terug blijven komen. "We werken er aan" wordt nu concreet gemaakt doordat in deze actiesheet een planning is opgenomen en taken en verantwoordelijkheden van eenieder helder zijn en door 'wat wordt er opgeleverd als het klaar is' vast te stellen.

Een punt van aandacht blijft de aanstelling van vaste (zorg)medewerkers. We blijven op zoek naar vaste medewerkers, met name voor de zorg. De eigen ZZP-pool zal de continuïteit van zorg beter borgen.

De ontwikkelingen in de keuken/horeca zijn hoopgevend en er is vertrouwen in de positieve afloop.

Projecten zoals Kwaliteit@, Triasweb en het nieuwe elearning-systeem zullen naar verwachting veel gaan opleveren als het gaat om kwaliteit en veiligheid. Deze projecten zijn nog niet zo lang operationeel en hebben nog wat tijd nodig voor evaluatie en borging. In 2023 zal de effectiviteit inzichtelijk worden.

Terugkijkend op 2022 kan wel gesteld worden dat aan het kwaliteitsplan grotendeels is voldaan en dat de doelen behaald zijn. In 2023 gaat het kwaliteitsteam verder met "evalueren en borgen" en pakken we nieuwe projecten op, teneinde als huis nog meer bij te kunnen dragen aan het welzijn van onze bewoners. Want daar doen we het voor!

Kwaliteitsteam Rosa Spier Huis

## 9 Bijlagen

- 1: De 10 klantbeloftes en subbeloften vanuit Kwaliteit@
- 2: MIC/MIM cijfers 2022
- 3: Nieuw Organogram
- 4: Overzicht norm toetsing IGJ-rapporten 2021-2022-2023



## **Bijlage 1: De 10 klantbeloftes en subbeloften vanuit Kwaliteit@**

- 1: Hier voel ik mij thuis.
  - De medewerkers werken in mijn huis; ze zijn bij mij te gast.
  - Medewerkers sluiten in hun handelen aan bij mijn autonomie en eigenheid.
  - Er is een huiselijke en prettige sfeer.
- 2: Mijn naasten voelen zich hier thuis en welkom.
  - Mijn naasten mogen participeren in zorg en activiteiten.
  - Het RSH ontvangt mijn naasten gastvrij.
  - Mijn naasten voelen zich betrokken door goede informatieverstrekking.
- 3: Ik hoor erbij en heb zinvolle bezigheden.
  - Ik krijg de aandacht die ik verdien.
  - Ik voel mij gekend en gewaardeerd in wat ik wil doen.
  - Er wordt afgestemd op mijn specifieke wensen.
- 4: Ik krijg passende zorg en ondersteuning.
  - De medewerkers kennen mijn wensen en dat is het uitgangspunt.
  - Ik kan (samen met mijn naasten) de zorg en ondersteuning eenvoudig bespreken met de EVV-er en overige medewerkers.
  - De zorg is op mij afgestemd; de ene dag wellicht zus, misschien de ander dag zo.
- 5: Ik eet en drink naar wens.
  - Mijn wensen zijn bekend bij de medewerkers.
  - Ik heb keuzevrijheid (binnen gestelde kaders; wat, wanneer, waar, met wie).
  - Er is een gevarieerd en verantwoord aanbod in eten.
- 6: Hier doe ik ertoe en kan ik mijzelf zijn.
  - Ik kan mijzelf zijn in al mijn eigenheid en word respectvol en met aandacht behandeld.
  - Ik voer de regie over de invulling van mijn leven en de medewerkers ondersteunen mij daarbij.
  - Ik merk dat medewerkers interesse hebben in mijn (professionele) achtergrond.
- 7: Ik maak persoonlijke afspraken over mijn welzijn.
  - Ik kan allerlei activiteiten ontplooiën waar ik voldoening uit put.
  - Ik word gezien als uniek mens met al mijn mogelijkheden rekening houdend met mijn beperkingen.
  - Ik maak samen met de medewerkers keuzes die bijdragen aan mijn welbevinden.
- 8: Ik heb medewerkers om mij heen die mij kennen en ik vertrouw.
  - Ik merk dat medewerkers afspraken nakomen en daarover met mij communiceren.
  - De medewerkers zijn op de hoogte van wat ik nodig heb.
  - De professionele basishouding van de medewerker wekt vertrouwen.
- 9: De medewerkers nemen verantwoordelijkheid voor mij.
  - Ik merk dat er goede afstemming tussen alle betrokkenen met en over mij is.
  - Medewerkers hebben een proactieve houding: signaleren hulpvragen en risico's en handelen ernaar.
  - Medewerkers springen voor mij in de bres als ik dat nodig heb.
- 10: De organisatie is professioneel en de medewerkers werken met plezier.
  - Ik merk dat zaken binnen de organisatie afgestemd zijn en afspraken worden nagekomen.
  - Ik word goed geïnformeerd over de relevante zaken.
  - Ik merk dat het RSH een goede werkgever is die de professionaliteit en werkplezier van werknemers stimuleert en faciliteert.

**Bijlage 2: MIC/MIM cijfers 2022**
**Totaal MIC  
2022**

Afdeling	Val-incidenten	Medicijn Incidenten	Overigen
PG	78	19	7
Somatiek	53	52	9
Appartementen	31	13	1
<b>Totaal</b>	<b>162</b>	<b>84</b>	<b>17</b>

**Totaal MIM  
2022**

Afdeling	Fysieke agressie	Fysiek letsel	Verbale agressie/ grensoverschrijdend gedrag
PG	5	3	3
Somatiek	3	1	4
Appartementen	1		9
<b>Totaal</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>16</b>

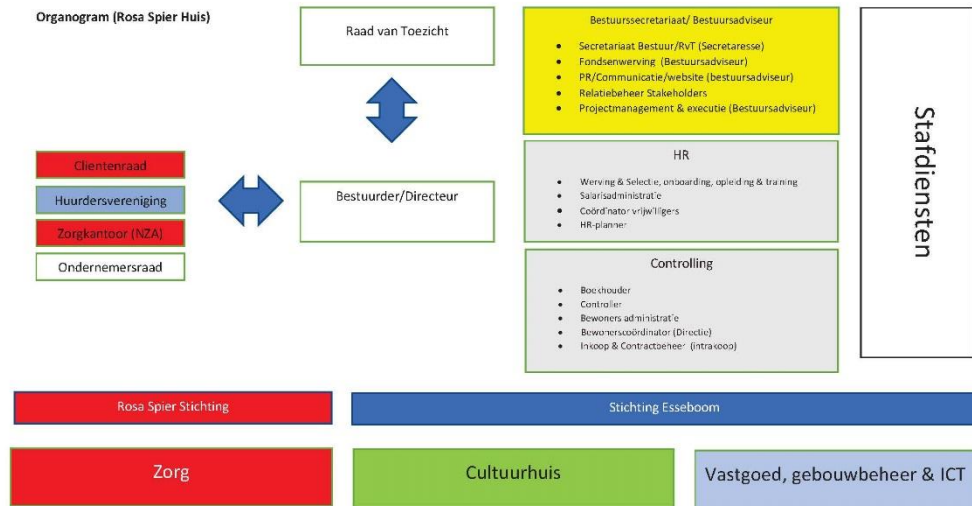
**Vergelijking  
MIC 2021**

Afdeling	Val-incidenten		Medicijn Incidenten		Overigen	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022
PG	129	78	42	19	18	7
Somatiek	76	53	78	52	13	9
Appartementen	24	31	9	13	2	1
<b>Totaal</b>	<b>229</b>	<b>162</b>	<b>129</b>	<b>84</b>	<b>33</b>	<b>17</b>

**Vergelijking  
MIM 2021**

Afdeling	Fysieke agressie		Fysiek letsel		Verbale agressie/ grensoverschrijdend gedrag	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022
PG	2	5		3	2	3
Somatiek	1	3	1	1	3	4
Appartementen		1			1	
<b>Totaal</b>	<b>3</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>7</b>

### Bijlage 3: Nieuw Organogram



#### Bijlage 4: Overzicht norm toetsing IGJ-rapporten 2021-2022-2023

Onderwerp	Norm	Beoordeling 2021	Beoordeling 31-5-2022	Beoordeling 11-1-2023
3.1 Persoonsgerichte zorg	1.2 Zorgverleners kennen de cliënt, zijn wensen en behoeften.	Voldoet grotendeels niet	Voldoet grotendeels	Voldoet
	1.3 Cliënten voeren, binnen hun mogelijkheden, zelf regie over leven en welbevinden.	Voldoet grotendeels	Niet getoetst	Niet getoetst
	1.4 Cliënten ervaren nabijheid, geborgenheid, vertrouwen en begrip. Zij worden met respect behandeld.	Voldoet grotendeels	Niet getoetst	Niet getoetst
3.2 Deskundige Zorgverlener	2.1 Zorgverleners maken hun professionele afwegingen over de benodigde zorg en ondersteuning op basis van gesignaleerde risico's, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.	Voldoet grotendeels niet	Voldoet grotendeels niet	Voldoet grotendeels
	2.2 Zorgverleners werken methodisch. Zij leggen dit hele proces inzichtelijk vast in het cliëntdossier.	Voldoet grotendeels niet	Voldoet grotendeels	Voldoet
	2.5 De zorgaanbieder zorgt dat er voldoende deskundige zorgverleners beschikbaar zijn, afgestemd op de aanwezige cliënten en actuele zorgvragen.	Voldoet grotendeels	Niet getoetst	Niet getoetst
	2.7 Zorgverleners werken multidisciplinair en schakelen tijdig disciplines en specifieke expertise in van binnen of buiten de organisatie. In deze samenwerking maken zorgverleners afspraken wie waarvoor verantwoordelijk is.	Voldoet grotendeels niet	Voldoet grotendeels	Voldoet
3.3 Sturen op kwaliteit en veiligheid	3.2 De zorgaanbieder bewaakt, beheerst en verbetert systematisch de kwaliteit en veiligheid van de zorg.	Voldoet grotendeels niet	Voldoet grotendeels niet	Voldoet grotendeels

	3.3 De zorgaanbieder schept voorwaarden voor een cultuur gericht op leren en verbeteren.	Voldoet grotendeels	Niet getoetst	Niet getoetst
3.4 Medicatieveiligheid In rapport 11-1-23 is dit norm 3.5	4.3 Zorgverleners beschikken over een actuele toedienlijst van de apotheek.	Voldoet	Niet getoetst	(= norm 5.3 in rapport 11-1-23) Niet getoetst
	4.8 De zorgverlener parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en toedientijd op de toedienlijst.	Voldoet	Niet getoetst	(= norm 5.8 in rapport 11-1-23) Niet getoetst
3.4 In rapport 11-1-23: Hygiëne en infectiepreventie	4.1 Zorgverleners weten hoe zij handhygiëne moeten toepassen zoals beschreven in de richtlijn.	Voldoet	Niet getoetst	Niet getoetst
	4.2 Zorgverleners gebruiken persoonlijke beschermingsmiddelen zoals beschreven in de richtlijn.	Voldoet	Niet getoetst	Niet getoetst