

Kwaliteitsjaarverslag

La Providence 2021

Aandacht voor elkaar



Inleiding

We hoopten dat 2021 het jaar ná corona zou worden, waarin we zaken zouden kunnen inhalen en/of opstarten. Vanuit de lockdown in januari keken we hoopvol uit naar de vaccinaties. Die verliepen bij La Providence goed voorbereid en goed georganiseerd. Het bracht hoop en langzaamaan kregen we wat van onze vrijheid terug. De zomer konden we zelfs enigszins ‘normaal’ doorbrengen en daar genoten we van. De versoepelingen in coronamaatregelen, brachten in herfst en winter opnieuw strenge maatregelen, een tweede kerst in lockdown en een coronagolf die enorme druk legde op de zorg en de maatschappij.

Wat me opviel is de veerkracht en saamhorigheid, samen de schouders eronder zetten. Onze bewoners een fijne dag bezorgen, oog houden voor elkaar. Kijken naar wat wél kan.

In dit (kwaliteits)jaarverslag beschrijven we op hoofdlijnen hoe we de zorg voor kwaliteit op de 8 thema's uit het kwaliteitskader verpleeghuiszorg in 2021 hebben geborgd en verbeterd. Daarnaast geven we via kleine verhalen van onze medewerkers en bewoners inzicht in hoe wij invulling geven aan kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg. Met onze focus op leefplezier en werkgeluk.

Het geeft een goed beeld van de wijze waarop wij continu werken aan onze drie hoofddoelen:

- Tevreden klanten
- Tevreden medewerkers
- Gezonde bedrijfsvoering

Ingrid Backus,

Bestuurder La Providence



Inhoudsopgave Kwaliteitsjaarverslag

| | |
|---|-----------|
| Inleiding..... | 2 |
| Terugblik 2021 | 4 |
| 1. Algemeen beschrijvend overzicht uitkomsten..... | 6 |
| <u>1.</u> Persoons-gerichte zorg en ondersteuning..... | 6 |
| <u>2.</u> Wonen en welzijn | 8 |
| <u>3.</u> Passende, veilige zorg en ondersteuning | 11 |
| <u>4.</u> Leren en ontwikkelen | 12 |
| <u>5.</u> Leiderschap, governance en management..... | 15 |
| <u>6.</u> Personeels-samenstelling | 17 |
| <u>7.</u> Hulpbronnen, omgeving en context | 20 |
| <u>8.</u> Gebruik van informatie..... | 22 |
| 2. Indicatoren basisveiligheid..... | 23 |
| 3. Clientervaringen | 24 |
| 4. Medewerkers | 25 |
| 5. Kwaliteit in beeld: verhalen van betrokkenen..... | 27 |

Terugblik 2021

Vanuit onze visie en de daaraan gekoppelde ambities zoals beschreven in ons Koersplan 2018-2023, zetten we in 2021 de koers voort en daarbij gaven we een aantal speerpunten aan. We hadden daarbij oog voor het stellen van prioriteiten (keuzes maken en rust creëren), het verminderen van werkdruk, het optimaliseren van de kwaliteit van zorg en het stimuleren van eigenaarschap van medewerkers zodat zij in hun professionele kracht staan en zich gewaardeerd voelen.

Net als in de voorgaande jaren heeft La Providence in 2021 een kwaliteitsplan opgesteld wat aansluit bij het landelijke kwaliteitskader. Wij hebben hierin per thema aangegeven wat de stand van zaken is en wat onze ontwikkeldoelen ten aanzien van deze thema's zijn. Alles steeds vanuit de visie 'Samen leren en verbeteren'. Via onderstaande link kunt u het kwaliteitsplan 2021 nog eens nalezen.

<https://www.laprovidence.nl/kwaliteit>

Ons kwaliteitsplan was tevens het jaarplan voor de gehele organisatie. 'Alles' wat we doen is immers gericht op de behoeften en noden van de cliënt.

Belangrijke punten voor 2021 waren: Aandacht en warme liefdevolle zorg. Leefplezier van de cliënt is leidend. Werkgeluk voor medewerkers. Een tevreden medewerker = tevreden cliënt. We streven naar balans in de te leveren zorg en beschikbare formatie, gezonde samenwerking in teams en werken aan het terugdringen van verzuim.

Het kwaliteitsplan 2022 is in december 2021 goedgekeurd. Hierin is een terugblik op 2021 opgenomen die in hieronder nogmaals wordt genoemd.

Cliënten

Leefplezier

Ondanks avondklok, beperking in bezoeksregeling, het afschalen van grote groepsactiviteiten en andere coronarestricties, is er toch gedurende het hele jaar heel veel aandacht geschonken aan leefplezier van cliënten. Nadat de cliënten gevaccineerd waren en de maatregelen afgeschaald werden, genoten we van de dingen die weer mogelijk waren. Medewerkers hadden oog voor de individuele behoeften. Ook slaagden we er in om creatief een activiteiten aanbod aan te bieden dat paste binnen de mogelijkheden in elk moment van het jaar.



Basiszorg en medische zorg

We waren in 2021 in staat de zorgcontinuïteit te borgen met de juiste deskundigheid (bevoegd en bekwaam) ondanks de uitdagingen die corona en personeelskrapte met zich mee brachten. Cliënten krijgen de liefdevolle en deskundige zorg waar ze behoefte aan hebben. Er is aandacht voor kwaliteit van zorg. Er is geïnvesteerd in de medische zorg en in de samenwerking in de regio.

Medewerkers

We hebben geïnvesteerd in het binden en boeien onze medewerkers. Centraal daarbij stonden aandacht voor werkgeluk en duurzame inzetbaarheid. Dat gebeurde door het bieden van een luisterend oor in moeilijke tijden, presentjes om onze waardering en trots uit te drukken, voorzieningen om de coronagolven enigszins te verzachten maar ook met grote projecten. Die

projecten zorgen dat we een goede basis krijgen. Denk hierbij aan strategische personeelsplanning, een Leer Management Systeem, Levensfase Bewust Personeelsbeleid, een RI&E en de verkenning van het FIT ontwikkeltraject voor individuele medewerkers en teams. Deze zaken worden in 2022 verder uitgewerkt of geïmplementeerd.

Het ziekteverzuim heeft meebewogen op de coronagolven en kende hoge pieken. Dit baart ons zorgen vanwege de druk die het legt op onze medewerkers. We hebben, met succes, fors geïnvesteerd in het verlagen van het langdurig verzuim.

Organisatie

We hadden in 2021 een ambitieus jaarplan. We voelden de drive om in te halen wat we in 2020 niet of minder konden doen vanwege de focus op corona-crisisbeheersing. Toch bleek ook 2021 een jaar waarin we afwegingen moesten maken, prioriteiten stelden en spraken over balans in wat we willen en kunnen realiseren aan ontwikkeling in La Providence.



Veel hebben we wél kunnen doen: het versterken van de verbinding in de regio, het verbeteren van de kwaliteitsstructuur, het jaar financieel gezond afsluiten, investeren in verpleegkundig leiderschap en stepped care, het doorontwikkelen van de behandeldienst zijn voorbeelden hiervan. Het begrip positieve gezondheid is geïntroduceerd. We doen dit in diverse berichtgevingen en het wordt gekoppeld aan leefplezier en werkgeluk.

La Providence heeft de procedure naar aanbesteding niet goed kunnen doorlopen en heeft daardoor niet kunnen meedoen in de aanbesteding. Dat betekent dat we geen nieuw WMO contract meer krijgen. Het jaar 2022 is een overgangsjaar waarin we de stappen zetten die nodig zijn om kwaliteit en zorgcontinuïteit te borgen in de overgang naar de nieuwe situatie per 2023.

1. Algemeen beschrijvend overzicht uitkomsten

1. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

La Providence werkt vanuit het cliëntperspectief en legt de nadruk op leefplezier, aandacht en warme liefdevolle zorg.

La Providence wil waarde toevoegen aan het leven van de bewoner op basis van hun wensen en behoeften.

Compassie, uniek zijn, autonomie

Ons cliëntperspectief gaat uit van samenwerking tussen cliënt, mantelzorger en professional/vrijwilliger. De module CarenZorgt ondersteunt de communicatie tussen cliënten, mantelzorgers en professionals.

Zorgdoelen

Persoonsgerichte zorg werkt alleen als zorgverleners zich goed richten op wensen, verwachtingen, motivaties en vaardigheden van de cliënt.

De wensen en behoeften worden vastgelegd in het zorgleefplan.

Ontwikkeldoel Leefplezier:

- We borgen en bevorderen het leefplezier van onze cliënten.
- Met elke bewoner wordt gesproken over wat voor hem belangrijk is, wat hij zelf kan/wil (eigen regie) en wat La Providence hierin kan betekenen. Dit is onderdeel van het zorgleefplan (persoonsgerichte zorg / positieve gezondheid).

Actie 2021:

- We laten medewerkers kennis maken met positieve gezondheid en verbinden dit aan persoonsgerichte zorg, leefplezier en werkgeeluk.
- Medewerkers doen ervaring op met het voeren van het 'andere gesprek' waarin de dimensies van positieve gezondheid verkend worden.

Resultaat 2021:

- We hebben medewerkers kennis laten maken met positieve gezondheid en hebben dit verbonden aan persoonsgerichte zorg, leefplezier en werkgeeluk. Dit hebben we gedaan door in het Signaal (nieuwsbrief) en andere schriftelijke en digitale uitingen te vertellen wat positieve gezondheid inhoudt en wat onze organisatie doet op dat gebied voor de cliënten en wat de medewerker daar nog aan kan bijdragen.
- De eerste medewerkers hebben in 2021 de module positieve gezondheid gevolgd (scholing). Op basis daarvan wordt in 2022 verder verdiept.
- In het primair proces is aandacht voor het gesprek met de bewoner op basis van persoonsgerichte benadering. Er is nog geen keuze gemaakt voor aanpassing van onze methodiek of gebruik van 'het spinnenweb' van positieve gezondheid. Het ging in 2021 om aandacht voor leefplezier waarbij methodiek ondersteunend is en niet leidend.

Ontwikkeldoel advanced care planning:

- Gezamenlijke afspraken over behandeling rond het levenseinde: We bespreken met de bewoner de wensen rond het levenseinde en leggen afspraken vast in het zorgleefplan. We streven er niet naar om alles te doen wat medisch mogelijk is maar bieden de zorg die de bewoner werkelijk belangrijk vindt. Dit betreft reanimeren, levensverlengende behandeling en ziekenhuisopname.

Actie 2021:

- Met iedere bewoner is een gesprek gevoerd over de wensen rond het levenseinde.
- Voor iedere bewoner zijn de afspraken over zorg en behandeling rond het levenseinde vastgelegd in het zorgleefplan. Bij vragen kunnen medewerkers terecht bij het Transmuraal Palliatief Team Noord-Limburg.

Resultaat 2021:

- Met iedere bewoner is een gesprek gevoerd over de wensen rond het levenseinde.
- Voor iedere bewoner zijn de afspraken over zorg en behandeling rond het levenseinde vastgelegd in het zorgleefplan.
- Tijdens MDO worden de afspraken besproken en bijgesteld waar wenselijk. Bij vragen kunnen medewerkers terecht bij het Transmuraal Palliatief Team Noord-Limburg.
- Er heeft in januari 2022 een meting plaatsgevonden ter controle op het resultaat: voor alle cliënten liggen afspraken rondom levenseinde vast.

Ontwikkeldoel palliatieve zorg:

- Palliatieve zorg is integraal onderdeel van de zorg binnen La Providence. Onze zorgmedewerkers ondersteunen cliënt en hun naasten (eventueel samen met de geestelijk verzorger) tijdens de palliatieve en terminale fase.
- Naast de behandeling van lichamelijke klachten is er vanzelfsprekend aandacht voor de psychosociale en zingevingaspecten. De zorg wordt zo goed mogelijk afgestemd op de persoonlijke behoeften en wensen.

Actie:

- Palliatieve zorg vormgegeven volgens de methodiek van levenspad-stervensfase.
- Kwaliteitskader palliatieve zorg is uitgangspunt voor palliatieve zorg in de Zorg Thuis.
- Alle medewerkers nemen kennis van de basisuitgangspunten van palliatieve zorg.

Resultaat 2021:

- In 2021 is het beleid palliatieve zorg geactualiseerd waarbij de methodiek van levenspad-stervensfase en kwaliteitskader palliatieve zorg uitgangspunt zijn geweest. Dit krijgt in 2022 een vervolg.
- De samenwerkingsovereenkomst van alle VVT en Netwerk Palliatieve Zorg Limburg ondertekend. Het netwerk inspireert en ondersteunt ons in de doorontwikkeling van de palliatieve zorg en de advanced care planning.



2. Wonen en welzijn

Optimale levenskwaliteit en welzijn zijn ons doel. Het accent ligt op zorg die wordt gecombineerd met wonen en leven. De bewoner voelt zich thuis bij La Providence. Thuis voelen betekent welkom voelen, je veilig voelen, een omgeving ervaren die aansluit bij je wensen en behoeften, vertrouwen en contact hebben met mensen om je heen.

Zingeving

Zingeving is onderdeel van het zorgleefplan. Er is een zingevingsvrijwilliger in huis die aandacht kan geven op dit thema.

Zinvolle tijdsbesteding

Ons team welzijn zorgt voor een zinvolle tijdsbesteding passend bij de wensen van onze cliënten. Er wordt samengewerkt met de klankbordgroep van cliënten om dit te realiseren. Grootschalige en kleinschalige welzijnsactiviteiten dragen bij aan de beleving van een mooie dag. Er is ruimte om op teamniveau individuele wensen te vervullen.

Ontwikkeldoel zinvolle dagbesteding:

- Zingeving en een zinvolle tijdsbesteding.

Actie:

- 'Plezier met een dier' (actie 2020 en wordt voortgezet en uitgebreid).

Resultaat 2021:

- In 2021 was er steeds aandacht voor zingeving en zinvolle tijdsbesteding, juist tijdens de perioden van bezoekersbeperkingen en andere corona gerelateerde restricties. La Providence heeft steeds gezocht wat binnen de maatregelen wél mogelijk was. Dat houdt in dat er kleinschalige en individueel gerichte activiteiten hebben plaatsgevonden wanneer grootschalige activiteiten niet mogelijk of wenselijk waren.
- Zorgmedewerkers en medewerkers van team welzijn gaan uit van de individuele wensen van de bewoners.
- Er was tijdens het lentefestijn in april en tijdens de 'wens-dag' in juni aandacht voor 'Plezier met een dier'. Er waren boerderijdieren en gezelschapsdieren in de Kloostertuin te bezoeken.
- Een kleine coaching pony kwam op bezoek in het najaar
- Medewerkers en bezoekers nemen regelmatig een huisdier mee (meestal honden) om bewoners een plezier te doen. Tijdens periode van lockdown en bezoekbeperking was dit niet mogelijk vanwege coronamaatregelen



Ontwikeldoel samenwerking cliënt, mantelzorgers, professional/vrijwilliger:

- Ons doel is dat mantelzorgers, maar ook vrijwilligers, een rol van betekenis hebben in het leven van de cliënt, door hen te betrekken bij activiteiten en handvaten te geven voor een persoonsgerichte benadering.

Actie:

- In het welkomstgesprek wordt het maximaal betrekken van mantelzorgers meegenomen en besproken.
- Vrijwilligers worden geschoold en mantelzorgers krijgen op familieavonden en tijdens MDO (multidisciplinair overleg) handvaten aangeboden.

Resultaat 2021:

- In het welkomstgesprek is het maximaal betrekken van mantelzorgers opgenomen.
- Vrijwilligers konden ten tijde van coronamaatregelen beperkt worden ingezet. De inzet heeft plaatsgevonden binnen de geldende maatregelen. Met vrijwilligers die tijdelijk niet ingezet konden/wilden worden, is contact gehouden om ze te betrekken en daarmee te behouden voor La Providence.
- MDO's hebben doorgang gevonden fysiek of digitaal.
- Scholing van vrijwilligers en familieavonden hebben in 2021 vanwege coronamaatregelen niet plaatsgevonden.
- De eerste familieavond was (na de lockdown en coronapie) in maart 2022 waarin het thema leefcirkels centraal stond.

Ontwikeldoel aandacht voor eten en drinken:

- In de horeca wordt gewerkt volgens het ontwikkelde gastvrijheidsprincipe.
- Bespreken van de voedselvoorkeuren van de bewoner.

Actie:

- Alle bewoners genieten van eten en drinken en de ambiance van de maaltijden. De voedselvoorkeuren van elke bewoner zijn besproken en vastgelegd.

Resultaat 2021:

- Het restaurant van La Providence is het hele jaar open en toegankelijk geweest voor bewoners. Ook tijdens lockdown. Dit was mede mogelijk door aangepaste tafelschikking.
- Medewerkers van de horeca hebben gastvrij gezorgd voor een prettige ambiance, ook bij grotere afstand tussen tafels, bij kerstdiner in lockdown en als er iets te vieren was. Steeds kijkend naar de mogelijkheden waarbij de RIVM-coronarichtlijnen zijn gehanteerd.



- In januari 2022 is de kwaliteitsmeting rondom vastlegging voedselvoorkeuren uitgevoerd. Voor 72% van de bewoners zijn voedselvoorkeuren besproken en vastgelegd in zorgleefplan. Voor bewoners die gezamenlijk op de (gesloten) afdeling eten, is de voedselvoorkeur alleen bij bijzonderheden (slikken/dieet) vastgelegd en wordt elke dag gevraagd naar de wens van de bewoner tijdens de maaltijd.
- Logopedisten hebben samen met het team horeca en onze diëtiste het afgelopen jaar gewerkt om te onderzoeken hoe we de nieuwe internationale standaard voor voedingsconsistenties kunnen implementeren voor bewoners met slikproblemen. Dit leidde tot het ontwikkelen van slikprotocol; bij- en nascholing d.m.v. e-learning ontwikkeld door vakgroep logopedie voor alle medewerkers die vocht en voeding toedienen; aanpassing en bereiding maaltijden conform standaard.
- Logopedisten gespecialiseerd in kauw- en slikproblemen geven adviezen aan de bewoner, familie en betrokken zorgverleners over welke consistentie geschikt is voor een persoon met slikproblemen afhankelijk van de aard van het slikprobleem. De logopedist bepaalt welk IDDSI-niveau past bij de problemen van de cliënt. Samen met de cliënt en diëtist stemt de logopedist het dagmenu af zodat de cliënt een voldoende en volwaardige menu aan vocht en voeding krijgt aangeboden. Team Horeca en de zorgverleners op de afdelingen zorgen ervoor dat deze adviezen worden toegepast voor onze intramurale cliënten. Per cliënt wordt dus maatwerk gegeven wat tijdens de behandeling bij wordt gesteld indien dit nodig is.
- De cliëntenraad geeft La Providence een compliment over de horeca, de gastvrijheid en de kwaliteit van de maaltijd.
- Team horeca en de logopedisten verkennen samen mogelijkheden om de gemalen maaltijden in een aantrekkelijkere vorm te presenteren op het bord van de bewoner. Dit draagt bij een smaakvollere maaltijd beleving.

Ontwikkeldoel kennisdelen over dementie:

- Kennisdelen tussen medewerkers, tussen teams, intramuraal en extramuraal.

Actie:

- De aanwezige specialistische kennis over dementie, zoals verschillende fasen, omgangsvormen, Brein Omgevings Methodiek = BOM, wordt gedeeld met andere medewerkers / teams / mantelzorgers en vrijwilligers.

Resultaat 2021:

- Er is een uitvraag gedaan naar de wensen van medewerkers voor thema's die in de leercarrousel aan bod moeten komen.
- Dementie was een van de genoemde thema's. In de Leercarrousel (die vanwege coronamaatregelen moest worden uitgesteld) is een workshop gegeven over omgaan met dementie.
- Medewerker van team welzijn en coach in de Brein Omgevings Methodiek is in 2021 toegevoegd aan afdeling P&O en volgt de opleiding Learning and Development.
- Verpleegkundig specialist verzorgt coaching on the job.
- Er is een online bijscholing gegeven aan zorgpersoneel over dementiebeleving en benaderingsadviezen door stichting MiMakkus.

3. Passende, veilige zorg en ondersteuning

De basisveiligheid gaat over zorginhoudelijke veiligheid. De zorgvrager moet er van uit kunnen gaan dat de zorg veilig en vertrouwd is. Monitoring van de thema's van basisveiligheid vindt onder andere plaats binnen het zorgleefplan en door middel van interne en externe audits. Uitgangspunt hierbij is het kwaliteitskader verpleeghuiszorg en het kwaliteitskader wijkverpleging.

Medicatie Veiligheid, antipsychoticagebruik, antibioticagebruik, Decubitus preventie, VBM inzet en evaluatie, Ziekenhuisopnamen

- Jaarlijks audits uitvoeren, continu werken aan borging en verbetering.
- Op het gebied van medicatie en hygiëne- en infectiepreventie vond een audit plaats in samenwerking met de hygiënist van Proteion
- Medicatieveiligheid wordt elk kwartaal besproken in de teams.

Meten en verbeteren Incidentencommissie

Er is een incidentencommissie die door het signaleren van trends en het analyseren van (bijna) incidenten, risico's in kaart brengt en deze probeert te beheersen of vermijden, zodanig dat de zorg en veiligheid verbetert.

Infectiepreventie en hygiëne (Corona)

In het kader van hygiëne/infectiepreventie (Corona) wordt continu gezocht naar een balans tussen veiligheid en leefplezier, rekening houden met de landelijke richtlijnen en in overleg met GGD, GHOR en deskundige infectiepreventie.

Ontwikkeldoel gemotiveerd omgaan met vrijheidsbeperking:

- Werken aan vrijheidsbevordering.

Actie:

- Via leefcirkels wordt op pg-afdeling de Driespong gewerkt aan het bevorderen van de vrijheid van bewoners en het terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen.

Resultaat 2021:

- De slimme sensoren zijn geïnstalleerd op de PG-afdeling en werden in gebruik genomen.
- Het WZD-beleid is in samenwerking opgesteld met specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist en verpleegkundigen. Het stappenplan WZD is gepresenteerd aan zorgcoördinatoren (zoco's) van de Driesprong en Morgenster. Door gebruik van het stappenplan en alternatievenlijst (door VS, psycholoog en zoco) hoeven minder vrijheidsbeperkende middelen ingezet te worden.
- In 2021 is door de projectgroep gewerkt aan de voorbereiding van het open deuren beleid. La Providence is van mening dat mensen met dementie, niet achter een gesloten deur zouden moeten leven. We willen bewoners maximale bewegingsvrijheid bieden binnen hun mogelijkheden. Meer bewegingsvrijheid maakt mensen met dementie rustiger, leidt tot minder vallen en door meer bewegen word je fitter.
- Het project 'leefcirkels' werd gehinderd door coronamaatregelen waardoor (pas) op 30-03-2022 een familieavond georganiseerd kon worden. Hier zijn de plannen toegelicht aan mantelzorgers van pg-afdeling waaronder onze visie, werking van systemen en de WZD uitvoerig. De interactieve avond werd zeer positief ontvangen en maar liefst vijf families gaven aan deel te willen nemen aan de pilot.
- In 2021 heeft er een externe audit hygiëne en infectiepreventie plaatsgevonden binnen La Providence, afgenomen door medewerker van Proteion. Verbeterpunten die hieruit zijn voortgekomen zijn opgepakt en doorgevoerd.
- Het crisisteam heeft gedurende het hele jaar de functie vervuld om de situatie omtrent corona voortdurend te monitoren. Hierdoor kon tijdig bijstellen van beleid en inzet van passende maatregelen gerealiseerd worden.

4. Leren en ontwikkelen

We zijn een lerende organisatie, dat wil zeggen dat er een cultuur heerst waarin van fouten geleerd kan worden, medewerkers voldoende regelruimte hebben om zelf te kunnen organiseren en het management een ondersteunende rol heeft. We werken met verbeter- en ontwikkelcyclussen: Zeg wat je doet, doe wat je zegt, bewijs het en verbeter.

Kwaliteitsmanagement systeem

Het kwaliteitsmanagementsysteem is vastgelegd in het kwaliteitshandboek. De kwaliteitsstructuur wordt gevormd door een kernteam kwaliteit en kwaliteitsgroepen voor verschillende aandachtsgebieden. Doel is continu te blijven verbeteren en borging van het aandachtsgebied op de werkvloer.

Kwaliteitsplan

Het kwaliteitsplan blijft in ontwikkeling en is de leidraad voor de ontwikkeling van onze kwaliteit. Cliëntenraad en ondernemersraad worden systematisch en breed geïnformeerd en zijn betrokken bij de ontwikkelingen.

Continu werken aan verbeteren

Cliëntervaringen, klachten, audits en ervaringen medewerkers gebruiken we als basis voor de verdere ontwikkeling van kwaliteit. In 2021 maken we een aanzet om te komen tot een (strategisch) opleidingsbeleid, Leercarrousel en het bevorderen van het leerklimaat binnen teams.

Lerend netwerk

Er wordt in een lerend netwerk samengewerkt met drie zorgaanbieders in de regio om samen te leren en verbeteren aan kwaliteit.

Ontwikkeldoel kwaliteitsgroepen:

- De kwaliteitsgroepen werken de kwaliteitsdoelen van het jaarplan uit.

Actie:

- De kwaliteitsgroepen krijgen een belangrijkere rol in de ontwikkeling van het kwaliteitsplan, de monitoring en de verbetering (PDCA).

Resultaat 2021:

- De kwaliteitsstructuur is aangepast. De nieuwe structuur is ontwikkeld samen met alle betrokkenen, besproken in het kernteam (nieuwe samenstelling) en vastgesteld in management team.

Ontwikkeldoel teamontwikkeling:

- Teams kunnen groeien op het gebied van zelfstandigheid/eigen regie/creativiteit en professionaliteit.

Actie:

- Teams ondersteunen met kaders en indicatoren voor hun eigen team. O.a. met onderwerpen om periodiek te bespreken in een teamoverleg.

Resultaat 2021:

- Er is een start gemaakt maar teamoverleg kon vanwege coronamaatregelen niet altijd doorgaan.
- We zijn een pilot gestart met het FIT traject, dialoogsessie en feedbacksessie. Dit is vanwege coronamaatregelen helaas moeten stoppen omdat er geen groepsbijeenkomsten mochten plaatsvinden.
- Het FIT-magazine werd ook uitgesteld en is in februari 2022 toegestuurd aan alle medewerkers.
- Zorgcoördinatoren werken nauw samen met cliëntservice en teamcoördinatoren om ervoor te zorgen dat cliënten de juiste indicatie hebben en dat de inzet vanuit de zorgteams afgestemd wordt op de zpp-mix. In april 2021 is gestart met de implementatie van de capaciteitstool waarin het voor zorgteams duidelijk wordt welke invloed de zpp-mix heeft op het rooster en de te leveren zorg.

Ontwikkeldoel opleidingsbeleid:

- Een eerste aanzet maken om het leerklimaat te optimaleren en te komen tot een structureel opleidingsplan waarin we zowel bij verplichte als niet verplichte opleidingen faciliteren/ondersteunen vanuit de organisatie.

Actie:

- Faciliteren/ondersteunen op het gebied van verplichte opleidingen.
- BPV-plan maken (beroepspraktijkvorming plan).
- Een aanzet maken voor een strategisch opleidingsplan.
- Leerlijn werkbegeleiders implementeren en borgen in de organisatie.
- Actieonderzoek uitvoeren rondom leerklimaat en leerlingbegeleiding.
- Pilot opleiding verzorgende IG verder optimaliseren: regionale werkgroep.
- Eerste aanzet maken voor een Leercarrousel (niet verplichte opleidingen) om deskundigheid te bevorderen en medewerkers op bepaalde thema's te ondersteunen/faciliteren.



Resultaat 2021:

- Het BPV-plan is opgesteld en goedgekeurd in management teamoverleg van 6 april 2021.
- Blended leerlijn voor werkbegeleiders is geïmplementeerd en er startten een aantal nieuwe werkbegeleiders in 2021.
- Scenarioverkenning in het kader van strategische personeelsplanning is uitgevoerd als onderdeel van de regionale actielijn.

Resultaat 2021 vanuit actielijn 2 ZorgConnect:

- De samenwerking tussen VVT-organisaties onderling en die met Gilde Opleidingen loopt en wordt voortgezet.
- Regionale blauwdruk verzorgende-IG opleiding voor BBL-ers waaraan ook deelnemers gestart zijn binnen La Providence.
- Verrijkend opleiden: waarbij kritische werksituaties worden opgehaald als voeding om opleidtrajecten te verrijken voor een betere aansluiting tussen werkveld en opleiding. Hier hebben verschillende collega's uit onze organisatie aan deelgenomen.
- Actieonderzoek leerklimaat: Er zijn verschillende interviews gehouden binnen La Providence, hiervan zijn posters gemaakt en gouden enveloppen uitgedeeld met praktische tools. Er werden gesprekken gevoerd over leerklimaat in de verschillende teamvergaderingen.

- Blended leerlijn voor vakbekwame werkbegeleiders. La Providence ziet deze opleiding als verplicht. De intervisie bijeenkomsten en workshops organiseren we met het Lerend Netwerk onderling waarbij de deelnemers gemixt in groepen zijn ingedeeld.
- Train-de-trainer, waarbij onze praktijkopleider en leer- en ontwikkelcoach als trainer zijn opgeleid om de interventies van de Blended leerlijn te begeleiden.
- Leerfestivals voor werkbegeleiders en trainers. De kers op de taart waarbij al het geleerde vanuit de verschillende organisaties werd samengebracht en tot een hoger niveau werd getild.



5. Leiderschap, governance en management

Goed bestuur en leiderschap zijn essentieel voor het realiseren van goede zorg. Zorg komt tot stand in de relatie tussen zorgvrager en professional daarom zijn bestuur en leiderschap gericht op het bieden van ruimte voor een goede relatie.

We zijn voortdurend in ontwikkeling. Dit vraagt leiderschap op alle niveaus in de organisatie. Een transformationele leiderschapsstijl, maar ook coachend leiderschap ondersteunen hierbij.

Het managementteam en de teamcoördinatoren zullen ondersteund en gecoacht worden in hun veranderende rol. Zij krijgen meer ruimte en regie die past bij hun taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Op alle niveaus in de organisatie wordt medewerkers vertrouwen geboden, wordt men gestimuleerd en begeleid in de persoonlijke ontwikkeling, zodat men in staat is het beste uit zichzelf te halen. Het benutten van de kwaliteiten van onze medewerkers is cruciaal om de kwaliteit van de dienstverlening te borgen en te verbeteren en onze medewerkers te behouden.

In de organisatie zetten we medische, paramedische en psychosociale expertise in conform behoefte en indicatie van de bewoner. De expertise en formatie moet daarop zijn toegerust.

Ontwikkeldoel leiderschap:

- Het leidinggevend kader wordt meegenomen in de ontwikkeling naar meer eigen regie en verantwoordelijkheden laag in de organisatie. We zetten stappen die passen bij het traject naar grotere zelfstandigheid van teams dat La Providence drie jaar geleden heeft ingezet.

Actie:

- Het leidinggevend kader volgt als team dialoogbijeenkomst(en).
- Feedbackronde toepassen en dit met elkaar bespreken.
- Coaching/workshops faciliteren om leidinggevende verder te ontwikkelen (als team of op individueel gebied).

Resultaten 2021:

- Vanuit het FIT traject zijn doelstellingen bepaald voor leidinggevend en heeft de instructie van de feedbackmodule plaatsgevonden.
- De dialoogbijeenkomsten werden vanwege coronamaatregelen geannuleerd. In 2022 wordt besloten in welke vorm dit voortgang krijgt.
- Het leidinggevend kader en management team zijn door een coach begeleid in de ontwikkeling naar meer eigen regie volgens de uitgangspunten van onze besturingsfilosofie. Er vonden individuele coaching gesprekken en groepsgesprekken plaats.

Ontwikkeldoel verpleegkundig leiderschap:

- Leiderschap is belangrijk voor de professionele invulling van het beroep van de verpleegkundige. Het gaat daarbij om bewustzijn, gebruik van evidence based practice en het zijn van een rolmodel.

Actie:

- Verpleegkundigen worden gestimuleerd in hun professionele ontwikkeling door de kaders te scheppen en ze te actief te betrekken bij de kwaliteitsdoelen en de verpleegkundige praktijkvoering.

Resultaten 2021:

- De taken en verantwoordelijkheden van verpleegkundigen in relatie tot andere functies op de afdeling zijn opnieuw bekeken.
- Er is maandelijks een groot verpleegkundig overleg waar ruimte is voor intervisie, scholing, verstevigen van verpleegkundige positie binnen La Providence.
- Vanaf december 2020 hebben we 1 verpleegkundige per dag ingezet om diverse taken te coördineren m.b.t. corona. Deze dienst is in 2021

gecontinueerd vanuit kwaliteitsgelden. De verpleegkundige die deze dienst werkt heeft als taak: triageren, coachen/ondersteunen van collega's op casusniveau, voorbehouden handelingen uitvoeren, rapporteren. Deze verpleegkundige is schakel tussen afdelingen en VS/SO.

- De trainingen stepped care hebben plaatsgevonden voor verpleegkundig team.
- De trainingen triage hebben in 2020 plaats gevonden en konden in 2021 geen vervolg krijgen.
- Verpleegkundigen werken steeds meer volgens het stepped care model en kunnen de collega's van zorgafdelingen coachen m.b.t. het stepped care model.

Ontwikkeldoel behandelaren:

- De formatie en zorginzet zijn gekoppeld aan behoeften en indicatie van bewoners.
- De samenwerking tussen SO/VS en afdelingen wordt verbeterd.
- De samenwerking met de huisartsen wordt verbeterd.

Actie:

- De verbeterpunten worden in kaart gebracht. Een plan van aanpak wordt opgesteld en de acties die hierin staan, worden opgevolgd.

Resultaten:

- Project 'samen roosteren', met als onderlegger de capaciteitstool. Hierin worden de zzp's van de aanwezige cliënten ingevuld en wordt zichtbaar hoeveel FTE ingezet kan worden voor directe en indirecte uren. Vanuit daar kan een basisrooster gemaakt worden. Inzichtelijk wordt hoe de formatie meebeweegt met het veranderen van de zzp's zodat team hun rooster aan kunnen passen bij de veranderingen. De tool is besproken met OR.
- Manager zorg en welzijn en het behandelcentrum hebben de tool gevuld met zzp's en kwaliteitsgelden. Tool is nu inzetbaar voor de teams. Manager bespreek maandelijks de tool met teamcoördinatoren in hun werkoverleg om samen (bij) te kunnen sturen.
- Wekelijks is er overleg tussen manager, specialist ouderengeneeskunde en verpleegkundig specialist. Hierin wordt medisch beleid besproken en opgesteld. Thema's: corona beleid, medicatieveiligheid, palliatieve zorg, stepped-care model, WZD, coaching afdelingen, samenwerking huisartsen (1e lijn consulten/triage), SO en huisartsen zoeken verbinding met elkaar op thema's.
- Kick-off van het Fit-traject heeft plaatsgevonden en de gemeenschappelijke doelstellingen zijn bepaald. Kort samengevat:
 Teamdoelstelling - Behandelaren passen de principes van positieve gezondheid toe op de behandeling van cliënten en hun eigen handelen.
 Taakdoelstelling - Teams maken gebruik van de capaciteitstool en stemmen hun inzet behandeling hierop af.
 Individuele doelstelling - Teamleden hebben kennis en ervaring opgedaan ten aanzien van organisatiesensibiliteit en werken vanuit deze principes.
- In actielijn 1 van ZorgConnect werken we samen met als doel efficiënte inzet van schaarse capaciteit van SO en VS in de regio.

Overige resultaten:

- We breiden onze Zorg Thuis uit om tegemoet te komen aan de groeiende vraag van inwoners van Grubbenvorst en omgeving om ondersteuning te ontvangen om zo lang mogelijk thuis te kunnen wonen met behoud van regio. In 2021 is verkend dat ELV kort en Dagbesteding toegevoegd kunnen worden aan het bestaande aanbod.

6. Personeels-samenstelling

Wij geloven in: 'Een tevreden medewerker = een tevreden cliënt.' Teverden medewerkers met regelruimte die hun kwaliteiten zo goed mogelijk kunnen inzetten om te realiseren wat de cliënt belangrijk vindt.

Alle medewerkers van La Providence ontvangen in 2021 een geluksdag. Een extra vakantiedag waarop medewerkers datgene doen wat hen gelukkig maakt. Na afloop wordt dit moment gedeeld met collega's.

Aandacht, aanwezigheid en toezicht

Tijdens de zorg en ondersteuning bij intensieve momenten zijn er voldoende zorgverleners beschikbaar om de taken te verrichten. Tevens is er aandacht voor bewoners in de huiskamers/gemeenschappelijke ruimtes.

Specifieke kennis en vaardigheden

Jaarlijks vinden (BIG) scholingen plaats.

Diverse beroepsgroepen, waaronder de behandelaren en verpleegkundigen, zijn geaccrediteerd.

Ontwikkeldoel tevreden medewerker:

La Providence is een lerende organisatie, verbetert voortdurend en vindt medewerkerstevredenheid belangrijk. Aandacht voor ontwikkeling, functioneren en persoonlijke groei. We doen het samen!

- Medewerkers onderling en medewerkers en leidinggevende.
- Samen verbeteren op individueel niveau en in teamverband.
- Samen! Je eigen talent en elkaars talenten leren kennen.

Actie:

Er worden acties uitgezet om personeel duurzaam inzetbaar te houden (start in 2020 en doorloop in 2021). OR wordt hier nauw bij betrokken.

- Arbeidsmarktaanpak: regionale actielijn 3 'Strategische Personeel Planning (SPP)'.
- Werkplezier.
- Binden en boeien.

Resultaat 2021:

- Arbeidsmarktaanpak: regionale actielijn 3: 'strategische personeel planning (SPP)'. Regionaal zijn er workshops georganiseerd om SPP vorm te gaan geven binnen de eigen organisaties. La Providence heeft een scenarioverkenning uitgevoerd t.b.v. SPP. Tevens is er een verkenning geweest rondom HR dataportaal voor cijfermatige onderbouwing.
- Werkplezier: Leren en ontwikkelen is een middel om medewerkers te binden en te boeien. Plan beroepspraktijkvorming is opgesteld om te kunnen voldoen aan de kwaliteitseisen van de Samenwerkingsorganisatie Beroepsonderwijs (SBB). Het dient als kader voor een efficiënte en effectieve uitvoering van de BPV. Uitvoerenden en de OR zijn betrokken bij de totstandkoming van het plan.
- Er is een Leer Management Systeem (LMS) geïmplementeerd waar nu nog vrijwillige scholing in zit en in de toekomst verplichte scholing aan toegevoegd kan worden.
- Alle medewerkers van La Providence ontvingen in 2021 wederom een geluksdag. Een extra vakantiedag waarop medewerkers datgene doen wat hen gelukkig maakt. Na afloop wordt dit moment gedeeld met collega's door middel van foto via het Geluks-Signaal (nieuwsbrief).
- In 2019 werd gestart met het aanbieden van PMO (preventief medisch onderzoek) voor alle medewerkers t.b.v. duurzame inzetbaarheid. Dit project is in 2021 afgesloten.

Ontwikkeldoel levensfase bewust personeelsbeleid:

- We ontwikkelen beleid voor medewerkers waarmee we hen kunnen faciliteren en ondersteunen in verschillende fases van het leven. Op die manier kunnen we de balans werk-privé optimaleren en daarmee ook de duurzame inzetbaarheid van onze medewerkers.

Actie:

- Concept beleid maken.
- Brainstormen en besluitvorming over welke interventies we willen inzetten en wat we wel of niet willen/kunnen aanbieden.
- Voorleggen aan de OR voor instemming.
- Communiceren en implementeren.

Resultaat 2021:

- Vanuit regionale 'actielijn behoud' hebben we gebruik gemaakt van de expertise van Aart Bontekoning o.g.v. generatiemanagement. Er hebben medewerkersbijeenkomsten plaatsgevonden om de wensen en behoeftes van de verschillende generaties te achterhalen t.b.v. beleidsvorming.
- Vanwege prioritering door corona-drukke, is het levensfase bewust personeelsbeleid in 2021 nog niet vastgesteld.



Ontwikkeldoel kader kanteling werktijden:

- De kanteling van werktijden betekent ruimte voor medewerkers om samen met de cliënten de juiste zorg op het juiste moment af te spreken afgestemd op de gewenste werktijden van individuele medewerkers en teams. Dit geeft individuele medewerkers en teams veel ruimte en zeggenschap maar ook de verantwoordelijkheid om daar samen een goede invulling aan te geven. Hierin wordt het 'nieuwe roosteren' meegenomen.

Actie:

- Concept kader kanteling werktijden maken.
- Instemming aan de OR vragen.
- Communiceren en implementeren.

Resultaat 2021:

- De beleidsnotitie Kader Kanteling Werktijden is in 2021 vastgesteld en wordt in 2022 geïmplementeerd.

Ontwikkeldoel arbo & vitaliteitsbeleid:

- In 2021 wordt een nieuwe RI&E uitgevoerd. Op die manier krijgen we alle risico's in beeld en kunnen we zorgdragen voor een veilige werkomgeving voor medewerkers en de fysieke belasting zoveel mogelijk beperken. Aan de hand van de actuele RI&E zullen we ook een eerste aanzet maken om te komen tot een Arbo & Vitaliteitsbeleid. Dit laatste zal niet in 2021 gerealiseerd zijn maar zal doorgetrokken worden naar 2022.

Actie:

- RI&E uitvoeren (risico's in beeld brengen, analyseren etc.).
- Plan van aanpak maken.
- Interventies uitvoeren en implementeren binnen de organisatie.

Resultaat 2021:

- RI&E is uitgevoerd en plannen van aanpak zijn gemaakt. Acties zijn toegewezen aan verantwoordelijken en voorzien van tijdlijn van uitvoering.
- Arbo & vitaliteitsbeleid en beleid ergo-coaches zijn vertraagd door noodzakelijke prioritering vanwege corona.

Ontwikkeldoel FIT-traject:

We gaan een ontwikkelcyclus opzetten en implementeren waarbij we met individuele medewerkers en teams in dialoog gaan over eigen- en teamontwikkeling en individuele inzetbaarheid. In 2021 willen we een start maken met een aantal pilot teams. Of dit gerealiseerd kan worden is mede afhankelijk van de ontwikkelingen rondom corona.

Actie:

- Hulpmiddelen ontwikkelen en opzetten.
- Dialoogbijeenkomsten opzetten en twee keer per jaar organiseren voor alle medewerkers in groepjes van 6-8 personen.

Resultaten 2021:

- Kick-off van het Fit traject heeft plaatsgevonden en de gemeenschappelijke doelstellingen zijn bepaald.
- Pilot bij het behandelteam werd on-hold gezet vanwege coronamaatregelen/lockdown.



7. Hulpbronnen, omgeving en context

De hulpbronnen die we gebruiken dienen het primaire proces te ondersteunen; denk aan de gebouwde omgeving (zoals het gebouw en de tuin), technologische hulpbronnen (zoals ICT en domotica), materialen en hulpmiddelen, facilitaire zaken (zoals keuken, tuin, winkel en receptie), financiën en administratieve organisatie, professionele relaties en samenwerkingen.

Gebouwde omgeving

We investeren in onze gebouwen zodat cliënten privacy en een goede woon- en leefruimte ervaren en de functionaliteit en uitstraling aansluit bij onze doelgroep (een warme uitstraling waarbij iedereen zich thuis voelt).

Technologische hulpbronnen, Materialen en hulpmiddelen, Facilitaire zaken

Onze hulpmiddelen worden jaarlijks gekeurd en onderhouden.

Er zijn afspraken gemaakt met leveranciers van materialen en hulpmiddelen.

De facilitaire dienst werkt ondersteunend aan het primaire proces.

Financiën en financiële administratieve organisatie

Teamdashboards zijn in samenspraak ontwikkeld.

Samenwerking

Wij willen onze kennis delen en leren en samenwerken met anderen. We werken samen met diverse zorgaanbieders in de regio en de gemeente Horst aan de Maas voor een optimale samenwerking in de keten. Daarnaast nemen we deel aan regionale netwerken: palliatieve zorg en dementie.

Ontwikkeldoel uitbreiding aanbod:

- Realiseren van extra (aanleun)appartementen op het terrein van La Providence

Actie:

- Haalbaarheidsonderzoek 'Sans Soucis' voor realisering van extra (aanleun)appartementen op het terrein van La Providence.

Resultaat 2021:

- Haalbaarheidsonderzoek heeft in 2021 niet plaatsgevonden vanwege corona. Er is uitstel aangevraagd voor besteding van de toegekende subsidie.

Ontwikkeldoel de omgeving nodigt uit tot beleving:

- We stimuleren beweging en zintuiglijke ervaring door de omgeving (gang, huiskamer) in te richten volgens persoonsgerichte zorg en brein omgevingsmethodiek.

Actie:

- Samen met bewoners en medewerkers werken we een aantal verbeteringen uit in het gebouw, waardoor bewoners meer leefplezier ervaren. Dit doen we in 2021 op de Passage, De Driesprong en op de Zorgappartementen.
- Uitbreiding van de leefcirkels naar het restaurant en de tuin.
- Hiervoor wenden we 15% van de kwaliteitsgelden aan.

Resultaten 2021:

- De verfraaiing van de gangen t.b.v. 'bewegen en beleven' is in gang gezet. De uitvoering is vertraagd door corona.
- Leefcirkels: zie paragraaf 3. Passende, veilige zorg en ondersteuning.

Ontwikkeldoel regionale samenwerking:

- Verbeteren van kwaliteit in samenwerking met partners.

Actie:

- Samenwerking in de regio met de actielijnen o.a. RAAT en WzD.

Resultaten 2021:

- We werken samen met onze netwerkpartners aan onze maatschappelijke verantwoordelijkheid om zinnige zorg te bieden voor kwetsbare ouderen. Denk daarbij aan zorg- en welzijnsorganisaties (VVT, huisarts, ziekenhuis), financiers, het burgerinitiatief Sans Soucis, de ondernemers en de burgers in Grubbenvorst.
- We werken samen met de 7 VVT organisaties in de regio samen in ZorgConnect. La Providence participeerde in actielijn 1 als voorzitter, in actielijnen 2 en 3 als lid van werkgroep en in actielijn 4 via vertegenwoordiging uit Lerend Netwerk.
- La Providence heeft zich in januari 2021 aangesloten bij 'Grubbenvorst Verenigt': 28 partnerpartijen waaronder verenigingen, stichtingen, scholen, instellingen streven naar een duurzame samenwerking gericht op toekomstbestendigheid.



8. Gebruik van informatie

We hechten belang aan openheid en transparantie en aan de ervaringen van onze cliënten en medewerkers. Deze zijn voorwaardelijk om te leren en te verbeteren. We verzamelen alleen gegevens die betekenis hebben voor de directe zorg.

Benutten en optimaliseren bestaande administratiesystemen

Het registreren van gegevens die voorwaardelijk zijn voor veilige zorg en behandeling vindt, indien mogelijk, plaats binnen de bestaande systemen.

Openbaarheid en transparantie

Het kwaliteitsjaarplan, jaarverslag en de jaarrekening zijn openbaar. Resultaten cliëntonderzoeken zijn openbaar (via website La Providence en Zorgkaart Nederland).

Ontwikkeldoel tevreden cliënt:

- Een tevreden cliënt is waar het om gaat: we gaan voor minimaal 8,5!

Actie:

- Doorlopend (real time) cliënt-ervaringsonderzoek met aanbevelingsvraag en totaalscore (Zorgkaart Nederland voortzetten).

Resultaat 2021:

- Jaarlijkse interviewronde: cliënttevredenheid intramuraal is 8,5 en extramuraal is 8,8.
- Jaargemiddelde van beoordelingen op Zorgkaart. Nederland is 8.7 o.b.v. 69 waarderingen (inclusief intramuraal; extramuraal; logopedie). Intramuraal 8.6 o.b.v. 55 waarderingen. Zorg Thuis 8.8 o.b.v. 13 waarderingen.



Ontwikkeldoel tevreden medewerker:

- La Providence wil bekend staan als een goede werkgever.
- Een tevreden medewerker = een tevreden cliënt.
- De aanbevelingsscore moet in 2023 minimaal 8,5/10 zijn (NPS >30).

Actie:

- In 2021 wordt het tweejaarlijkse medewerkers-tevredenheidsonderzoek (MTO) weer uitgevoerd.
- Tevens wordt aan alle medewerkers een preventief medisch onderzoek (PMO) aangeboden, waarvan de resultaten uit de algemene analyse worden verwerkt in beleid.

Resultaten 2021:

- MTO is uitgesteld naar 2022. Reden: geen capaciteit vanwege corona.
- PMO heeft vanaf 2019 plaatsgevonden en is afgerond.

2. Indicatoren basisveiligheid

La Providence hanteert de indicatoren volgens het kwaliteitskader verpleeghuiszorg en wijkverpleging. De kwaliteitsindicatoren 2021 bestaan uit landelijk verplichte indicatoren (weergegeven in roze kader bij punt 1-2-3) en indicatoren die vastgesteld zijn op basis van de keuze van Cliëntenraad/ verpleegkundig team (weergegeven in groene kader bij punt 4-5-6). Het meetmoment vond plaats in januari-februari 2022 over het jaar 2021.

Thema Aandacht voor eten en drinken

| | |
|--|--|
| 1. Aandacht voor eten en drinken: voedselvoorkeuren cliënt | <i>Afspraak dat cliënt bij elk eetmoment de vraag krijgt wat hij/zij wenst te eten/drinken. Dit is niet vastgelegd in het zorgplan, maar onderdeel van onze werkwijze en visie.</i> <u>Meting januari 2022:</u> Bij 95% van de cliënten zijn afspraken omtrent eten/drinken besproken en vastgelegd. De overige 5% n.v.t. omdat zij volledig zelfstandig zijn op dit gebied. |
| Meetmoment | 1x per jaar in het 1 ^e kwartaal. |

Thema Advanced Care Planning

| | |
|---|--|
| 2. Gezamenlijke afspraken over behandeling rondom levenseinde | <u>Meting januari 2022:</u> voor alle cliënten liggen afspraken rondom levenseinde vast. Tijdens MDO worden de afspraken besproken en bijgesteld waar wenselijk. |
| Meetmoment | 1x per jaar in het 1 ^e kwartaal. |

Thema Medicatieveiligheid

| | |
|--------------------------------------|--|
| 3. Bespreken medicatiefouten in team | Meldingen incident cliënt (MIC) worden maandelijks besproken in MIC commissie. De afspraak is dat MIC-trends tijdens het teamoverleg worden besproken (incl. vastlegging notulen). In het laatste kwartaal 2021 zijn aantal vergaderingen vervallen i.v.m. corona. Bespreekpunten zijn verzet naar begin 2022 na de lockdown periode. |
| 4. Medicatiereview | Bij alle cliënten met behandeling heeft in november 2021 intern een medicatiereview plaatsgevonden. Hierbij waren minimaal aanwezig: VS, SO en apotheker. VS bespreekt uitkomsten in eerstvolgende artsvisite met zorgmedewerker, cliënt/familie wordt hierbij betrokken. Bij cliënten zonder behandeling bespreekt de huisarts de medicatie rechtstreeks met de apotheker. |
| Meetmoment | 1x per jaar in eerste kwartaal. |

Thema Gemotiveerd omgaan met vrijheidsbeperking

| | |
|------------------------------------|---|
| 5. Werken aan vrijheidsbevordering | VS en SO hanteren visie: in principe geen vrijheidsbeperking/ antipsychotica tenzij duidelijke indicatie/diagnose, tijdelijk van aard en evaluatiedatum is afgesproken. Structureel vindt eens in de twee weken een gedragsvisite plaats waarbij psycholoog betrokken is en o.a. vrijheidsbevordering/antipsychotica besproken wordt. |
|------------------------------------|---|

Thema Continentie

| | |
|----------------|--|
| 6. Continentie | <u>Meting januari 2022:</u> Bij 96% van de cliënten zijn afspraken omtrent continentie/toiletgang vastgelegd. Bij 4% van cliënten is geconstateerd dat er geen (volledige) afspraken zijn vastgelegd, mede omdat zij (grotendeels) zelfstandig zijn op dit gebied. |
| Meetmoment | 1x per jaar in eerste kwartaal. |

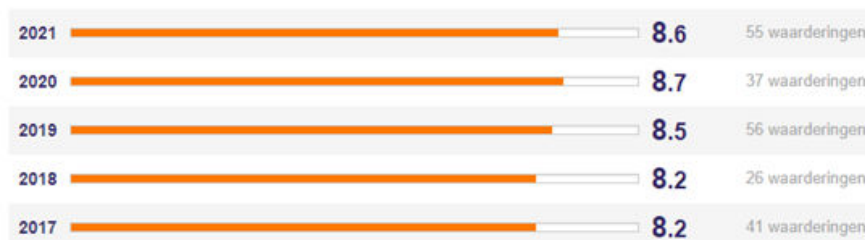
3. Clientervaringen

Cliënttevredenheid 2021

La Providence scoort een 8.6 over het jaar 2021 wat betreft cliënttevredenheid intramurale zorg. Hieronder zijn de waarderingscijfers van de afgelopen vijf jaar weergegeven.

Gemiddeld waarderingscijfer per jaar

Gemiddeld waarderingscijfer per jaar



Toelichting

Dit is het gemiddelde cijfer per jaar, en het totaal aantal waarderungen dat deze zorgaanbieder kreeg. Indien er een jaar ontbreekt, dan zijn er in dat jaar geen waarderungen geplaatst.

Bron: www.zorgkaartnederland.nl

Cliënttevredenheid gemeten door organisatie via MDO

Twee keer per jaar vindt er een multidisciplinair overleg (MDO) plaats voor bewoners in de intramurale zorg van La Providence. Hier wordt het zorgleefplan geëvalueerd met de cliënt en/of mantelzorgers en betrokken disciplines. Tijdens dit gesprek wordt stilgestaan bij de afspraken in het zorgleefplan. Daarnaast wordt gesproken over de tevredenheid door te vragen naar wensen/ervaringen en eventuele verbeterpunten van de cliënt en/of mantelzorgers. Dit wordt vastgelegd in verslaglegging dat terug te vinden is in het elektronisch cliënten dossier.

Hieronder een weergave van de verbeterpunten op afdelingen waar een MDO plaatsvindt. Deze verbeterpunten zijn tot stand gekomen op basis van screening van de zorgleefplannen.

Afdeling Driesprong – twee cliënten/mantelzorgers hebben verbeterpunten aangedragen en vier cliënten/mantelzorgers zijn tevreden. De gegeven feedbackpunten zijn:

- Observeren wanneer cliënt de afdeling verlaat.
- Houding van cliënt is voorovergebogen in de rolstoel, wens tot verbetering van houding.

Afdeling Passage – de volgende feedbackpunten zijn gegeven:

- Eerste contactpersoon geeft aan zich zorgen te maken over mogelijke inzet vrijheidsbeperking, ze wil hier graag bij betrokken worden en inspraak hebben.
- Cliënt wil graag dat alle zaken eerst persoonlijk besproken worden, op die manier blijft cliënt betrokken bij eigen zorgproces.
- Eerste contactpersoon uit zorgen over toekomst van cliënt en meest passende zorgplek en over afname in gewicht van cliënt.

4. Medewerkers

Specifieke kennis en vaardigheden

Er is 24 uur per dag, 7 dagen in de week een verpleegkundige (minimaal niveau 4) aanwezig op de locatie. Met betrekking tot indicaties met behandeling wordt de artsenzorg in samenwerking met HansZorg geboden.

Hiermee is de 24 uren artsenzorg gewaarborgd.

We werken belevingsgericht op onze afdeling voor mensen met dementie. Medewerkers zijn geschoold in deze manier van werken. In complexe situaties wordt psycholoog betrokken en/of het centrum voor consultatie en expertise ingezet.

Jaarlijks vinden BIG scholingen plaats. Diverse beroepsgroepen waaronder de behandelaren en de verpleegkundigen zijn geaccrediteerd.

Reflectie, leren en ontwikkelen

Ruimte voor professionaliteit en eigenaarschap zijn belangrijke uitgangspunten voor onze medewerkers. Alleen wanneer onze professionals vakbekwaam zijn en de ruimte krijgen om beslissingen te nemen en persoonlijk initiatief te tonen (en van fouten te leren) kunnen ze aansluiten bij de leefwereld van onze cliënten. Door middel van coaching en scholing vergroten we eigenaarschap voor het eigen leerproces.

| Medewerkers in loondienst intramurale zorg | 2021 |
|--|--------------|
| | fte |
| Niveau 1 | 3,3 |
| Niveau 2 | 30,6 |
| Niveau 3 | 46,5 |
| Niveau 4 | 28,0 |
| Niveau 5 | 5,1 |
| Niveau 6 | 1,2 |
| Behandelaar | 5,7 |
| Leerlingen | 3,0 |
| Totaal | 123,4 |

| Cijfers gehele organisatie | 2021 |
|---|-------|
| Aantal personeelsleden gehele organisatie | 287 |
| Totaal FTE gehele organisatie | 152 |
| PNIL – % | 3,3% |
| Ziekteverzuim – % | 7,2% |
| Instroom – 38 personen | 13,2% |
| Uitstroom – 32 personen | 11,1% |
| Doorstroom – 13 personen | 4,5% |
| Vrijwilligers – aantal personen | 108 |

Verzuimpercentage

| | La Providence | landelijk |
|----------------|---------------|-----------|
| Verzuim-% 2019 | 6,6 | 6,9 |
| Verzuim-% 2020 | 10,0 | 8,2 |
| Verzuim-% 2021 | 7,2 | 8,5 |

Ratio personele kosten versus opbrengsten

Onderstaand overzicht geeft weer hoeveel procent van de totale opbrengsten (incl. extra opbrengsten) besteed wordt aan personeelskosten (excl. kosten opleiding, reiskosten & personeel niet in loondienst).

| Verdeling personeelskosten 2021 | % t.o.v. omzet | % verdeling |
|-----------------------------------|----------------|-------------|
| Wonen, Zorg, Welzijn, Behandeling | 66% | 88% |
| Algemeen (incl. mng & directie)* | 9% | 12% |
| Totaal | 75% | 100% |

**Overige 25% worden besteed aan huisvesting, water, energie, voeding, hulpmiddelen, verzekeringen etc. etc.*



5. Kwaliteit in beeld: verhalen van betrokkenen

Opluchting en hoop

‘Als teamwork, zo heb ik het vaccineren ervaren. Inventariseren wie in aanmerking kwam, toestemmingsverklaringen regelen, vaccins bestellen. Op de dag zelf deed een collega de administratie, we maakten samen de injecties klaar en vervolgens naar de afdelingen om de vaccinaties zetten. Collega’s op de afdelingen hadden de controles gedaan en genoteerd en gezorgd dat de bewoners makkelijke kleding aan hadden. Een hele organisatie. Bij de mensen zelf zag ik vooral opluchting en hoop: eindelijk bescherming en de hoop op weer een stukje vrijheid terug.

Bijzonder was ook dat ik de unieke kans kreeg van La Providence om tijdelijk in een dubbelfunctie te werken: mijn werk als verpleegkundige hier en (vervangend) praktijkondersteuner bij een huisartsenpraktijk in Grubbenvorst. Dat heeft de samenwerking tussen ons en de huisartsen overigens verbeterd: kortere lijntjes en er wordt anders naar de zorg gekeken. Ik heb dit jaar veel geleerd en weet nu dat mijn hart ligt bij de ouderenzorg bij La Providence. Mijn ambitie nu is me verder specialiseren in palliatieve en terminale zorg om zo in de laatste levensfase van mensen een verschil te kunnen maken.’

Rian Hermkens (45), verpleegkundige

Geen dag is hetzelfde

‘Als technisch projectcoördinator en huismeester zorg ik voor het onderhoud aan de technische installaties, de gebouwen en het terrein. Denk aan: tuinonderhoud, sanitair vervangen, ledverlichting aanbrengen, elektrische apparatuur aansluiten, zorgdomotica programmeren, energiebesparing, brandveiligheid, hulpmiddelen voor bewoners installeren, calamiteiten oplossen, etc. Dit doe ik samen met een collega én een geweldig team van vrijwilligers. Ook werken we nauw samen met diverse externe bedrijven.



Geen dag is hetzelfde, dat maakt het zo leuk. Net als het contact met de bewoners, dat het afgelopen coronajaar intensiever was. Familie kon toen niet altijd langskomen, dus deed ik wat klusjes die zij normaal gesproken doen, zoals een tv of computer installeren. Daar was ook meer tijd voor omdat een aantal projecten stillagen. Maar ik dus niet. Ik sprong bij waar nodig. En natuurlijk ging het onderhoud wel gewoon door: legionellabeheer, jaarlijkse keuringen, inkoop van materialen. Juist met corona merk je hoe goed de sfeer hier is. Iedereen helpt elkaar.’

Rob Huijs (46), technisch projectcoördinator en huismeester

Je veilig en waardevol voelen

‘Als activiteitenbegeleidster zorg ik ervoor dat de mensen uit Grubbenvorst en omgeving hier een fijne en zinvolle dagbesteding hebben. En een goede dagstructuur. Dat is belangrijk voor mensen met dementie. We starten ‘s ochtends met koffie en een praatje, daarna bieden we een activiteit aan, gericht op de behoefte van de bezoekers. Dit kan een spel- of bewegingsactiviteit zijn. Bezoekers eten ‘s middags gezamenlijk in het restaurant, dat vinden ze prettig en zien eten, doet eten.



In coronatijd kon de Dagverzorging ‘Pluk de dag’ niet doorgaan. Maar we zijn creatief. Zo hielden we wekelijks telefonisch contact: even horen hoe ‘t gaat, mensen konden hun hart luchten. We brachten huisbezoeken waardoor je mensen nog beter leert kennen. Ik geniet als mensen hier een fijne dag hebben. Een lach op iemands gezicht, dat iemand zich hier veilig en waardevol voelt. En dat ik daaraan heb mogen bijdragen.’

Ilona Claassens (32), activiteitenbegeleidster

Helpen met communicatie en slikken

‘Ik maakte onlangs een carrièreswitch: van pedagogisch medewerker naar logopedist. Ik werk nu alweer bijna een jaar met veel plezier bij La Providence en voel me hier ontzettend thuis. We werken hier hulpvraaggericht met veel aandacht voor leefplezier in de thuissituatie, zowel binnen als buiten La Providence. Ik bied logopedische zorg aan ouderen met niet-aangeboren taal-, spraak-, stem-, adem- of slikproblemen. Bijvoorbeeld vanwege hersenletsel, een ongeluk of een ziekte als Parkinson of MS. Ik kan dan helpen met communicatie en slikken.



In de afgelopen coronatijd zagen we een toename van benauwdheidsklachten. Als logopedist help ik dan met een adem- of stemtraining. Wij zijn er voor de bewoners hier, poliklinisch, voor onze collega’s, maar ook voor de mensen uit Grubbenvorst en omgeving. Dat weet niet iedereen, maar ook zij kunnen bij ons terecht en zijn van harte welkom.’

Bianca van Kleef (34), logopedist

Elke dag hier is bijzonder

In 2018 begon ik aan mijn opleiding woonzorgbegeleider bij La Providence. Vier dagen werken, één dag naar school. Ik werk nu als woonzorgbegeleider bij de zorgappartementen en zorg er vooral voor dat mensen zo lang mogelijk de regie over hun leven blijven houden. Het is enorm gevarieerd werk. Elke bewoner is anders en ik kan zowel op 't fysieke als mentale vlak helpen. Mensen begeleiden, ondersteunen bij de algemene dagelijkse levensbehoeften, een luisterend oor bieden. En ik leer ook veel van hen: hun verhalen en levenservaring, dat maakt elke dag hier bijzonder voor mij.

Dit jaar rondde ik mijn opleiding af. Samen met alle andere geslaagde collega's werden we in 't zonnetje gezet. Letterlijk, want we stonden hier met z'n allen op het terras met taart en een drankje en voor ieder een persoonlijk woordje. Sowieso speciaal, gezien corona, om weer 'ns met collega's samen te zijn. En typisch La Providence ook: er is hier echt aandacht voor het personeel. Er worden leuke dingen georganiseerd waardoor je elkaar als team beter leert kennen. Ze zijn hier goed voor de bewoners én voor de medewerkers.'

Lonneke Hooymans (24), woonzorgbegeleider

Stilzitten is niks voor mij

'Sinds 2016 woon ik in La Providence. In 2018 ontmoette ik mijn huidige partner, Riet Janssen, via een datingsite. Het klikte en we zijn inmiddels officieel partners. In Horst zijn wij het oudste paar dat een geregistreerd partnerschap aanging. Sinds 2020 wonen wij hier samen en hebben het enorm naar onze zin. De verzorging is meer dan uitstekend, het eten een 10, de activiteiten zijn leuk en het personeel gewoon geweldig.

Ik doe hier ook vrijwilligerswerk, want stilzitten is niks voor mij. Ik houd de menumappen bij en maak tochtjes met de duo scootmobiel: op pad met bewoners die dat zelf niet meer kunnen. We maken er echt een dagje uit van. Op de koffie bij familie in de buurt bijvoorbeeld. Ook tijdens coronatijd toen 't weer mocht, maar wel met mondkapje natuurlijk. Heel dankbaar werk.'

Sjef Sijben (82), bewoner La Providence



Alles gericht op een fijne dag

‘Sinds vorig jaar werk ik hier als verpleegkundig specialist. Wat ik ervaar is dat La Providence écht inzet op kwaliteit van leven, waarbij de behoefte van de bewoner het uitgangspunt is. Goed luisteren naar bewoners: wat zijn hun wensen? Die visie onderschrijf ik en pas ik toe in mijn werk. In mijn functie zet ik de kaders uit van wat iemand wel of niet aan behandeling wil en wat de wensen zijn voor onder andere daginvulling. Vervolgens betrekken we de juiste mensen (van vrijwilligers tot specialisten en alles daartussenin) tot het realiseren van deze wensen. Een voorbeeld: we kijken wat de bewoner zelf een goed moment vindt om te ontbijten of zich aan te kleden en wij leveren daar maatwerk op passend binnen de kaders.

Ik heb de leukste job van de wereld. Ik ben een spin in het web, een echte multitasker, ontmoet veel mensen. Alles is hier gericht op bewoners een fijne dag bezorgen. Je ziet dat terug op alle afdelingen. De basis ligt er en 2022 wordt het jaar van bouwen. In die vibe zitten we bij La Providence. Ik heb er zin in.’

Debbie Wouters (38), verpleegkundig specialist

Gehoord, gezien en erkend worden

‘2021 was een jaar van doorbuffelen. Er was nog steeds corona, met pieken en dalen. Elkaar op de been houden, laten weten dat je ziet dat iedereen zo hard werkt, dat is waar wij als leidinggevenden dit jaar vooral naar streefden. Hoe we dat deden? Met extra aandacht: kleine attenties, complimenten geven, waardering uitspreken, met je team in gesprek blijven. Een mooi voorbeeld is de koekentrommel: gevuld met voorverpakte (coronaproof!) koeken liepen we binnen bij onze collega’s. Voor welverdiende extra energie en vooral om te horen hoe ’t gaat, wat er speelt. De opgevangen signalen en ideeën gingen naar het crisisteam die zorgden voor een oplossing. Belangrijk is dat onze medewerkers weten dat ze hulp mogen vragen. Gehoord, gezien en erkend worden. Daar draait het om. We doen het hier samen.



Anette Jeuken (53), teamcoördinator Zorg

Samen doen wat wel kan

Bij La Providence ben ik logistiek medewerker. Ik bezorg en help bewoners bij de maaltijden, verzorg de was, boodschappen en pakketjes. Bewoners zijn altijd blij als ik kom. Ik loop door het hele huis, iedereen kent je. We horen vaak: “Vraag maar aan logistiek, die weten dat wel”. De sfeer is goed hier, ook in heftige tijden als corona. We zetten samen de schouders eronder, kijken wat wél kan.

Zo ga ik met kerst verkleed als kerstman om bewoners een fijne dag te bezorgen. Ook maak ik filmpjes en foto’s samen met de bewoners. Bijzonder was het filmpje waarin bewoners mijn collega’s bedankten voor hun werk in de pittige coronatijd. De afwisseling, het contact met bewoners, collega’s, iets kunnen betekenen voor een ander, dat maakt mijn werk hier zo leuk.’

Chantal van Dijk (45), logistiek medewerker

Hieperdepiep hoera x 100

‘Op 26 januari (2022) vierde ik mijn 100^e verjaardag samen met mijn familie en de bewoners van La Providence. Een echte feestdag. We hadden taart, Harmonie St. Joseph bracht een serenade en zelfs onze burgemeester kwam me feliciteren. Ik ben een echte Grubbenvorstse. Ik woon hier al 100 jaar en ben in de kapel van La Providence getrouwd, omdat de kerk van Grubbenvorst toen gebombardeerd was. Heel speciaal voor mij was dat Margo en Wiel Verbeek voor me kwamen zingen. Dat had ik ze ook gezegd: als ik 100 word, moeten jullie komen.



En dan de felicitatiekaarten die ik ontving: 150 stuks! Met kaarten van mensen die me nog kenden van vroeger. Dat zij de moeite namen een kaartje te sturen, daar ben ik zo blij mee. Ik lees ze stuk voor stuk samen met mijn dochter, dus daar ben ik nog wel even mee bezig. Ook al was het corona, ze hebben er hier een geweldige feestdag van gemaakt.’

Mevrouw Hermkes (100), bewoonster

Bezoek Wopke Hoekstra

Minister Wopke Hoekstra bezocht dit jaar La Providence. Hij sprak met onze vrijwilligers, bewoners en medewerkers over levensgeluk en werkplezier. Vrijwilligster Mieke Seuren: “Ik vertelde dat ik als kind bij de zusters op school zat, toen veertien jaar bij La Providence werkte en nu hier vrijwilliger ben. Elke woensdag haal ik de niet-verkochte bloemen op bij de supermarkt om de boel hier op te fleuren.” Bewoner mevrouw Dooper vertelde hem dat ze hier met veel plezier woont. “Er wordt vers gekookt, het eten is lekker en er wordt veel voor ons georganiseerd, zelfs in coronatijd lossen ze dat creatief op. Dat vind ik heel bijzonder.”

Ook zorgcoördinator Liesbeth van Helden sprak met hem: “Elke dag proberen we het verschil te maken voor onze bewoners. Als iemand wil uitslapen dan kan dat. Onze bewoners bepalen het zelf. Behoud van eigen regie vinden we belangrijk.” Hoekstra was zichtbaar onder de indruk van La Providence.



Uw aanlevering

Uw aanlevering

Gaat uw aanlevering over zorg die aan cliënten verleend wordt volgens de reikwijdte van het Kwaliteitskader? ja

Let op!

De kwaliteitsindicatoren en de indicatoren personeelssamenstelling hoeven alleen te worden aangeleverd als zorg wordt verleend volgens de reikwijdte van het kwaliteitskader, zie onderstaande definitie.

Indien u hierboven "ja" kiest en deze pagina afrondt (onderaan in het scherm) komen de pagina's met de indicatoren beschikbaar.

De uitvraag van deze indicatoren betreft de zorg die aan cliënten verleend wordt volgens de reikwijdte van het Kwaliteitskader: "cliënten met een ZZP indicatie 4 t/m 10, die 24 uur aangewezen zijn op WLZ zorg en ondersteuning. Dit gaat over zorg die geboden wordt aan groepen van cliënten, dan wel zorg die voor een deel van de tijd geclusterd geboden wordt, zoals tijdelijke opnamen. Het kader geldt ook voor situaties waarin mensen kiezen om met een persoonsgebonden budget in groepsverband zorg te krijgen".

Om de administratieve lasten te beperken, is voor deelnemers aan de Landelijke Prevalentiemeting Zorgkwaliteit (LPZ) die daarvoor akkoord hebben gegeven een deel van de indicatoren al ingevuld ('prefill'). Let op: U blijft wel zelf verantwoordelijk voor een goede aanlevering aan het ZiNL. U kunt de gegevens ook na het automatisch vullen nog aanpassen en uiteindelijk moet u zelf in de portal accorderen voor doorlevering aan het ZiNL.

Klik [hier](#) ^L voor meer info.

- U heeft in uw organisatie de indicatoren Basisveiligheid gemeten op afdelingsniveau. Aanlevering bij de portal dient echter te gebeuren op locatieniveau. Om voor aanlevering de juiste getallen te hebben, dient u zelf de tellers en noemers van de indicatoren van de verschillende afdelingen op te tellen. In [dit document](#) ^L vindt u voorbeelden hoe u dit doet voor de indicatoren die geaggregeerd wordt naar een % cliënten (1.1 - 2 - 3.2 - 4.1 - 5 - 6) en voor de indicatoren die geaggregeerd wordt naar een % afdelingen (1.2 - 3.1).
 - In deze portal worden alléén de vragen meegenomen die van belang zijn voor de wettelijk verplichte aanlevering aan het ZiNL. De overige vragen zijn van belang voor de terugkoppeling in uw eigen organisatie voor leren en verbeteren, maar worden in deze portal overgeslagen. Dat betekent dat sommige antwoordcategorieën en een aantal indicatoren in zijn geheel (4.2 en 4.3) niet opgenomen zijn.
 - Indien de noemer bij indicatoren 1.1, 2, 3.2, 4.1, 5 en/of 6 lager is dan 10, wordt de score in verband met privacyoverwegingen en beperkte zeggingskracht niet doorgeleverd aan het Zorginstituut, maar wordt in het betreffende veld een codering opgenomen die aangeeft dat er wel gegevens zijn aangeleverd, maar dat de N lager is dan 10.
-

Opmerking bij "uw aanlevering"

Let op! Het is nadrukkelijk niet de bedoeling om in opmerkingenvelden persoonsgegevens of andere naar personen herleidbare informatie in te vullen. Gebeurt dit toch, dan ligt de verantwoordelijkheid bij de invuller. Dit veld wordt opgenomen in het Openbaar Databestand.

Samenstelling van deelvragenlijst 'Basisveiligheid'

Samenstelling van deelvragenlijst 'Basisveiligheid'

Er zijn tien indicatoren 'Basisveiligheid' (1.1 - 1.2 - 2 - 3.1 - 3.2 - 4.1 - 4.2 - 4.3 - 5 - 6).

Drie daarvan moeten verplicht worden ingevuld, namelijk de indicatoren:

- 2 - Advance Care Planning
- 3.1 - Medicatieveiligheid: Bespreken medicatiefouten in het team
- 6 - Aandacht voor eten en drinken

Van de overige zeven indicatoren dient u er zelf ten minste twee te kiezen (waarbij geldt dat de indicatoren 4.2 en 4.3 alleen in combinatie mogen worden gekozen indien u in totaal meer dan twee vrije-keuze-indicatoren aanvinkt).

Ook is het uiteraard NIET de bedoeling dat u indicator 1.2 (Casuïstiekbespreking decubitus op de afdeling) kiest als er geen decubitus voorkomt op de locatie, of dat u 3.2 (Medicatiereview) kiest als u geen cliënten met behandeling in zorg heeft, of wanneer deze allen korter dan 6 maanden in zorg zijn.

Welke van de vrije-keuze-indicatoren heeft u gekozen voor leren en verbeteren op uw locatie? (minimaal 2)

3.2 - Medicatieveiligheid: Percentage cliënten op de locatie waarbij een formele medicatiereview heeft plaatsgevonden

4.3 - Gemotiveerd omgaan met vrijheidsbeperking: Wijze waarop de organisatie nadenkt over vrijheidsbevordering van cliënten

5 - Continëntie: Percentage cliënten op de afdeling waarbij een plan voor zorg rondom de toiletgang is vastgelegd in het zorgdossier

U kunt uw indicatorkeuze toelichten in uw kwaliteitsverslag.

Ook de indicatoren direct uit het kwaliteitskader (7 en 8) zijn verplichte indicatoren.

Opmerking bij "Samenstelling van deelvragenlijst 'Basisveiligheid'"

Let op! Het is nadrukkelijk niet de bedoeling om in opmerkingenvelden persoonsgegevens of andere naar personen herleidbare informatie in te vullen. Gebeurt dit toch, dan ligt de verantwoordelijkheid bij de invuller. Dit veld wordt opgenomen in het Openbaar Databestand.

Thema 2 - Advance Care Planning - Verplichte indicator

Indicator 2

Gezamenlijke afspraken over behandeling rond het levenseinde

| | |
|------------------|--|
| Vraag per cliënt | Welke beleidsafspraken met de cliënt zijn vastgelegd in het zorgdossier? <ul style="list-style-type: none">■ Wel of niet reanimeren■ Wel of niet starten of stoppen met levensverlengende behandelingen, zoals antibiotica, bloedproducten en preventieve medicatie■ Wel of geen ziekenhuisopname■ Anders <p>Let op: bij deze indicator moeten zowel cliënten met een indicatie WLZ VV ZFP 4 t/m 10 zonder behandeling, als met behandeling worden meegenomen.</p> |
|------------------|--|

Resultaat op locatieniveau

| | |
|------------|---|
| Teller | Aantal cliënten op de locatie waarbij ten minste één beleidsafpraak over behandeling rond het levenseinde in het zorgdossier is vastgelegd: 116 cliënten |
| Noemer | Totaal aantal cliënten op de locatie: 116 cliënten |
| Percentage | 100 % |

Indien de noemer bij indicator 2 lager is dan 10, wordt de score in verband met privacyoverwegingen en beperkte zeggingskracht niet doorgeleverd aan het Zorginstituut, maar wordt in het betreffende veld een codering opgenomen die aangeeft dat er wel gegevens zijn aangeleverd, maar dat de N lager is dan 10.

| | |
|---------------------------|--|
| Opmerking bij indicator 2 | Meting gedaan in januari/februari 2022: <ul style="list-style-type: none">- Voor 99% van de bewoners is vastgelegd of zij wel/niet gereanimeerd willen worden.- Daarnaast is voor de 43% van de cliënten vastgelegd of zij wel/niet willen starten of stoppen met levensverlengende behandelingen- En voor 39% van de cliënten is vastgelegd of zij wel/niet een ziekenhuisopname willen.- Overige afspraken: bij 20% is specifieke wens vastgelegd, gaat dan om wel/niet start antibiotica of COVID-behandeling. <p>Let op! Het is nadrukkelijk <u>niet</u> de bedoeling om in opmerkingenvelden persoonsgegevens of andere naar personen herleidbare informatie in te vullen. Gebeurt dit toch, dan ligt de verantwoordelijkheid bij de invuller. Dit veld wordt opgenomen in het Openbaar Databestand.</p> |
|---------------------------|--|

Thema 3 - Medicatieveiligheid - Verplichte indicator

Indicator 3.1

Bespreken medicatiefouten in het team

Vooraf Was in de verslagperiode op één of meer van de afdelingen binnen uw locatie sprake van (meldingen van) medicatiefouten?

ja

Let op: bij deze indicator moeten zowel cliënten met een indicatie WLZ VV ZZP 4 t/m 10 **zonder** behandeling, als **met** behandeling worden meegenomen.

Vraag per afdeling Worden medicatiefouten ten minste eens per kwartaal multidisciplinair besproken met medewerkers van de afdeling op basis van meldingen die zijn gedaan?

(ja/nee)

NB: De vorm van de bespreking is vrij. De bespreking kan bijvoorbeeld een multidisciplinair overleg zijn, een teamoverleg, een klinische les of een interview.

Resultaat op locatieniveau

Teller Aantal afdelingen waar - indien er meldingen van medicatiefouten zijn geweest - deze tenminste eens per kwartaal multidisciplinair worden besproken met medewerkers van de afdeling:

.....
4 afdelingen

Noemer Totaal aantal afdelingen waar meldingen van medicatiefouten zijn geweest:

.....
4 afdelingen

Percentage
100 %

Let op : bestaat uw organisatie uit één afdeling of locatie? Dan is de score altijd 0% of 100%.

Opmerking bij indicator 3.1 MIC-commissie volgt maandelijks de trends van de meldingen. Deze zijn besproken met betrokken personen, waar nodig ook met SOVS/apotheek/teamcoördinator/ manager zorg & welzijn. Minimaal elk kwartaal is er aandacht voor MIC tijdens teamoverleggen. Eind 2021 zijn vergaderingen komen te vervallen i.v.m. lockdown vanwege corona. Begin 2022 hebben de bijeenkomsten weer doorgang gevonden.

.....

Let op! Het is nadrukkelijk **niet** de bedoeling om in opmerkingenvelden persoonsgegevens of andere naar personen herleidbare informatie in te vullen. Gebeurt dit toch, dan ligt de verantwoordelijkheid bij de invuller. Dit veld wordt opgenomen in het Openbaar Databestand.

Indicator 3.2

Medicatiereview

Vraag per cliënt Is in het afgelopen jaar een formele medicatiereview uitgevoerd bij de cliënt?

- Ja
- Nee
- Cliënt korter dan zes maanden in zorg

Let op: het gaat hier alleen om medicatiereviews voor cliënten mét behandeling.

Resultaat op locatieniveau

Teller Aantal cliënten op de locatie, met een ZZP V&V indicatie met behandeling en langer dan 6 maanden in zorg, waarbij een formele medicatiereview heeft plaatsgevonden (in het bijzijn van zowel apotheker, specialist ouderengeneeskunde als zorgmedewerker die medicijnen aan de cliënt verstrekt):

30 cliënten

Noemer Totaal aantal cliënten op de locatie met een ZZP V&V indicatie met behandeling en langer dan 6 maanden in zorg:

31 cliënten

Percentage 96.8 %

Indien de noemer bij indicator 3.2 lager is dan 10, wordt de score in verband met privacyoverwegingen en beperkte zeggingskracht niet doorgeleverd aan het Zorginstituut, maar wordt in het betreffende veld een codering opgenomen die aangeeft dat er wel gegevens zijn aangeleverd, maar dat de N lager is dan 10.

Opmerking bij indicator 3.2

Bij cliënten met behandeling (m.u.v. tijdelijk verblijf afdeling) heeft in november 2021 review psychofarmica plaatsgevonden waarbij minimaal VS, SO en apotheker aanwezig was. VS bespreekt uitkomsten in eerstvolgende artsvisite met zorgmedewerker, cliënt/familie wordt hierbij betrokken.

Let op! Het is nadrukkelijk niet de bedoeling om in opmerkingenvelden persoonsgegevens of andere naar personen herleidbare informatie in te vullen. Gebeurt dit toch, dan ligt de verantwoordelijkheid bij de invuller. Dit veld wordt opgenomen in het Openbaar Databestand.

Thema 4 - Gemotiveerd omgaan met vrijheidsbeperking - Vrije keuze indicator

Indicator 4.1

U heeft deze indicator bij "Samenstelling van deelvragenlijst Basisveiligheid" **niet** geselecteerd.

Middelen en maatregelen rond vrijheid

Indicator 4.2

U heeft deze indicator bij "Samenstelling van deelvragenlijst Basisveiligheid" **niet** geselecteerd.

Terugdringen vrijheidsbeperking

Indicator 4.3

Werken aan vrijheidsbevordering

Vraag

(Hier kunt u maximaal 1000 tekens invoeren:)

Hoe werkt de organisatie aan vrijheidsbevordering voor cliënten die zorg ontvangen op basis van de Wet Zorg en Dwang?

Deze vraag dient ingevuld te worden per organisatie. Beschrijft u hoe op de locaties wordt gewerkt aan vrijheidsbevordering. Had u in 2021 geen cliënten die zorg ontvangen op basis van de Wet Zorg en Dwang? Dan is het niet zinvol om deze indicator te kiezen.

(Hier kunt u maximaal 1000 tekens invoeren:)

La Providence hanteert de visie: in principe geen vrijheidsbeperking/ antipsychotica tenzij duidelijke indicatie/diagnose, tijdelijk van aard en er sprake is van een vooraf afgesproken evaluatiedatum. Structureel vindt eens in de twee weken een gedragsvisite plaats waarbij psycholoog betrokken is voor omgangsadviezen/ signaleringsplan en er wordt o.a. vrijheidsbevordering/ antipsychotica besproken.

Medewerkers zijn geschoold in hoe om te gaan met dementieel beeld en toepassing van gedragsbenaderingsadviezen. In 2021 zijn slimme sensoren in gebruik genomen en er zijn voorbereidingen getroffen om leefcirkels van cliënten te vergroten, in 2022 wordt dit verder uitgerold.

Opmerking bij indicator 4.3

Link naar jaarlijkse kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag La Providence:
<https://www.laprovidence.nl/kwaliteit>

Let op! Het is nadrukkelijk niet de bedoeling om in opmerkingenvelden persoonsgegevens of andere naar personen herleidbare informatie in te vullen. Gebeurt dit toch, dan ligt de verantwoordelijkheid bij de invuller. Dit veld wordt opgenomen in het Openbaar Databestand.

Thema 5 - Continentie - Vrije keuze indicator

Indicator 5

Continentie

Vraag per cliënt

Is een plan voor zorg rondom de toiletgang aanwezig in het zorgdossier?

- Ja, er zijn afspraken vastgelegd over:
 - voorkeuren en gewoontes van de cliënt ten aanzien van toiletgang
 - manieren waarop cliënt ondersteund kan worden om de toiletgang zoveel mogelijk zelfstandig uit te (blijven) voeren
 - benodigde hulp bij de toiletgang
 - passend gebruik van incontinentiematerialen
 - anders, namelijk... [open veld]
- Nee
- Onbekend

Let op: deze indicator vraagt een toetsing van de vastgelegde afspraken rondom de toiletgang per cliënt. Het betreft hier uitdrukkelijk niet de globale afspraken over het proces zoals deze in de instelling zijn vastgelegd.

Resultaat op locatieniveau

Totaal aantal cliënten op de locatie:

Noemer

116 cliënten

Indien de noemer bij indicator 5 lager is dan 10, wordt de score in verband met privacyoverwegingen en beperkte zeggingskracht niet doorgeleverd aan het Zorginstituut, maar wordt in het betreffende veld een codering opgenomen die aangeeft dat er wel gegevens zijn aangeleverd, maar dat de N lager is dan 10.

1. Aantal cliënten op de locatie waarbij WEL een plan voor zorg rondom de toiletgang is vastgelegd in het zorgdossier:

Teller 1

111 cliënten

Percentage 1

95.7 %

2. Aantal cliënten op de locatie waarbij GEEN plan voor zorg rondom de toiletgang is vastgelegd in het zorgdossier:

Teller 2

5 cliënten

Percentage 2

4.3 %

3. Aantal cliënten op de locatie waarbij het ONBEKEND is of er een plan voor zorg rondom toilet is vastgelegd in het zorgdossier:

Teller 3

0 cliënten

Percentage 3

0 %

Welke afspraken voor zorg rondom de toiletgang worden op de locatie vastgelegd bij het merendeel van de cliënten?
Meerdere antwoorden mogelijk

afspraken over manieren waarop cliënt ondersteund kan worden om de
toiletgang zoveel mogelijk zelfstandig uit te (blijven) voeren

afspraken over benodigde hulp bij de toiletgang

afspraken over passend gebruik van incontinentiematerialen

Opmerking bij indicator 5

Bij 5 cliënten is geconstateerd dat er geen afspraken zijn vastgelegd,
omdat zij zelfstandig zijn op dit gebied. Dit betreft cliënten van afdeling
Zorgappartementen.

Let op! Het is nadrukkelijk niet de bedoeling om in opmerkingenvelden persoonsgegevens of andere
naar personen herleidbare informatie in te vullen. Gebeurt dit toch, dan ligt de verantwoordelijkheid
bij de invuller. Dit veld wordt opgenomen in het Openbaar Databestand.

Thema 6 - Aandacht voor eten en drinken - Verplichte indicator

Indicator 6

Aandacht voor eten en drinken

Vraag per cliënt

Zijn voedselvoorkeuren met de cliënt en/of familie van de cliënt in de afgelopen zes maanden besproken en vastgelegd in het zorgdossier?

- Ja, een van de volgende onderwerpen is besproken én vastgelegd:
 - voorkeuren voor bepaald eten en drinken
 - voorkeuren omtrent het aanbieden van eten en drinken (hoeveelheid, frequentie, vorm)
 - gewenste hulp bij eten en drinken
 - voorkeuren voor tijd en plaats van eten en drinken
 - anders, namelijk... [open veld]
 - Nee
 - Onbekend
-

Resultaat op locatieniveau

Totaal aantal cliënten op de locatie:

Noemer

116 cliënten

Indien de noemer bij indicator 6 lager is dan 10, wordt de score in verband met privacyoverwegingen en beperkte zeggingskracht niet doorgeleverd aan het Zorginstituut, maar wordt in het betreffende veld een codering opgenomen die aangeeft dat er wel gegevens zijn aangeleverd, maar dat de N lager is dan 10.

1. Aantal cliënten op de locatie waarbij voedselvoorkeuren in de afgelopen zes maanden WEL zijn besproken en vastgelegd in het zorgdossier:

Teller 1

110 cliënten

Percentage 1

94.8 %

2. Aantal cliënten op de locatie waarbij voedselvoorkeuren in de afgelopen zes maanden NIET zijn besproken en vastgelegd in het zorgdossier:

Teller 2

5 cliënten

Percentage 2

4.3 %

3. Aantal cliënten op de locatie waarbij het ONBEKEND is of voedselvoorkeuren in de afgelopen zes maanden zijn besproken en vastgelegd in het zorgdossier:

Teller 3

1 cliënten

Percentage 3

0.9 %

Welke afspraken rondom aandacht voor eten en drinken worden op de locatie bij het merendeel van de cliënten besproken en vastgelegd?

Meerdere antwoorden mogelijk

voorkeuren voor bepaald eten en drinken

voorkeuren omtrent het aanbieden van eten en drinken (hoeveelheid, frequentie, vorm)

gewenste hulp bij eten en drinken
voorkeuren voor tijd en plaats van eten en drinken

Opmerking bij indicator 6

Bij 95% van de cliënten zijn afspraken gemaakt en vastgelegd over voorkeur, hoeveelheid, gewenste hulp en/of plaats/tijd. De overige 5% n.v.t. omdat zij volledig zelfstandig zijn op dit gebied.
Bij de afdeling voor PG cliënten wordt gezamenlijk gegeten. Tijdens de maaltijd wordt gevraagd naar de wensen van de bewoner, daarom worden voorkeuren niet in dossier vermeld. Bijzonderheden omtrent eten/drinken worden genoteerd in het dossier.
Voor bewoners met slikproblemen is implementatie van de nieuwe internationale standaard volgens IDDSI-model in 2021 opgestart en zal in 2022 verder doorgevoerd worden. De aantrekkelijkheid van presentatie van gemalen voeding blijft onder de aandacht.

Let op! Het is nadrukkelijk niet de bedoeling om in opmerkingenvelden persoonsgegevens of andere naar personen herleidbare informatie in te vullen. Gebeurt dit toch, dan ligt de verantwoordelijkheid bij de invuller. Dit veld wordt opgenomen in het Openbaar Databestand.

Thema 7 - Kwaliteitsverslag (URL)

Indicator 7

Webadres Kwaliteitsverslag

Vraag

Wat is de URL van de publieke website waar het Kwaliteitsverslag 2021 van uw zorgorganisatie (concern) te vinden is?

<https://www.laprovidence.nl/kwaliteit>

Vul hier een zo specifiek mogelijke URL in, waar het Kwaliteitsverslag direct te vinden is, en niet een algemene URL. Als uw Kwaliteitsverslag op moment van aanleveren nog niet gepubliceerd is, vul dan indien mogelijk de URL in waar deze gepubliceerd zal gaan worden.

Opmerking bij indicator 7

<https://www.laprovidence.nl/transparantie>

Hier is o.a. het meerjarenbeleid en jaarrekening terug te vinden.

Let op! Het is nadrukkelijk niet de bedoeling om in opmerkingenvelden persoonsgegevens of andere naar personen herleidbare informatie in te vullen. Gebeurt dit toch, dan ligt de verantwoordelijkheid bij de invuller. Dit veld wordt opgenomen in het Openbaar Databestand.

Thema 8 - Cliëntervaring score

Indicator 8

Net Promotor Score / aanbevelingsvraag ZorgkaartNederland.nl / totaalscore ZorgkaartNederland.nl

Vraag **Wat is de cliëntervaring score van de zorglocatie?**

Vanaf 2021 wordt de cliëntervaring score gemeten met de Totaalscore.

Vraag per cliënt

Wat is de gemiddelde totaalscore op de volgende zes deelvragen:

1. Afspraken: Verliep het maken van een afspraak goed? En komt de organisatie/medewerker gemaakte afspraken over tijden, tijdstippen en bereikbaarheid na? (cijfer van 1-10?)
2. Verpleging: Hoe beoordeelt u de kwaliteit en het effect van de verpleging, verzorging of behandeling? (cijfer van 1-10?)
3. Omgang medewerkers: Behandelen de medewerkers u met aandacht? Gaan de medewerkers op een goede manier met u om? (cijfer van 1-10?)
4. Kwaliteit van leven: Sluit de zorg aan op wat u zelf belangrijk vindt? Past het bij de manier waarop u wilt leven? (cijfer van 1-10?)
5. Luisteren: Wordt u gezien en gehoord? Wordt er passend gereageerd op uw vraag of verzoek? (cijfer van 1-10?)
6. Accommodatie: Vindt u het gebouw, de voorzieningen en de omgeving prettig? (cijfer van 1-10?)

Resultaat op locatieniveau

Gemiddeld waarderingscijfer Gemiddelde totaalscore op de zes deelvragen:

.....
8.6
.....

Noemer Wat was het totaal aantal respondenten in de verslagperiode?

.....
55 respondenten
.....

Indien het aantal respondenten lager is dan 10, wordt de score in verband met privacyoverwegingen en beperkte zeggingskracht niet doorgeleverd aan het Zorginstituut, maar wordt in het betreffende veld een codering opgenomen die aangeeft dat er wel gegevens zijn aangeleverd, maar dat de N lager is dan 10.

Opmerking bij indicator 8 Deze cijfers zijn in te zien op [ZorgkaartNederland.nl](https://www.zorgkaartnederland.nl)

Let op! Het is nadrukkelijk niet de bedoeling om in opmerkingenvelden persoonsgegevens of andere naar personen herleidbare informatie in te vullen. Gebeurt dit toch, dan ligt de verantwoordelijkheid bij de invuller. Dit veld wordt opgenomen in het Openbaar Databestand.

Toelichting (optioneel)

Toelichting door organisatie op de kwaliteitsinformatie

Een korte toelichting door organisatie (op locatieniveau) op de ingevulde indicatorset.

Onderstaande toelichting wordt met de data meegestuurd naar het Zorginstituut en wordt opgenomen in het Openbaar Databestand. Let u zelf op dat hier geen tijdsgebonden zaken of privacygevoelige informatie noteert.

Toelichting door organisatie op de kwaliteitsinformatie
(Hier kunt u maximaal 1000 tekens invoeren:)

Voor La Providence is leidend:

- Aandacht en warme liefdevolle zorg.
 - Leefplezier van de cliënt.
 - Werkgeluk voor medewerkers.
 - Een tevreden medewerker = tevreden cliënt.
-

Inleiding, reikwijdte, vragen

1 - Inleiding

In het kwaliteitskader verpleeghuizen is een vijftal indicatoren genoemd met betrekking tot personeelssamenstelling die door de stuurgroep kwaliteitskader verpleeghuiszorg geduid en geconcretiseerd zijn. Hierbij gaat het om de indicatoren: aard van de aanstellingen, kwalificatieniveaus zorgverleners en vrijwilligers, ziekteverzuim, in-, door- en uitstroom en ratio personeelskosten/ opbrengsten. In deze portal kunt u de benodigde gegevens aanleveren.

1.1 - Reikwijdte

We hanteren dezelfde reikwijdte als die vermeld staat in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg en het Handboek voor zorgaanbieders van verpleeghuiszorg (kwaliteitsindicatoren). Als een organisatie locaties heeft die moeten aanleveren (omdat zij zorg bieden aan cliënten met een ZZP-indicatie 4 t/m 10, die 24 uur aangewezen zijn op Wlz-zorg, geboden in een groep, of geclusterd) dan moet zij ook op concernniveau de personeelssamenstelling aanleveren. Bij het beantwoorden van de vragen over de personeelssamenstelling maakt de organisatie vervolgens - indien nodig - een zo nauwkeurige mogelijke inschatting welke medewerkers voor de beschreven categorie verpleeghuiscliënten aan het werk zijn. We raden u aan de gemaakte keuzes van voorgaand jaar daarbij als uitgangspunt te nemen, omdat de cijfers van de opeenvolgende jaren met elkaar vergeleken zullen worden.

1.2 - Vragen

Het kan zijn dat u nog vragen heeft, daarvoor kunt u contact opnemen met de volgende organisaties:

- Voor inhoudelijke vragen omtrent de indicatoren kunt u terecht bij Verenso en V&VN.
- Voor vragen over de reikwijdte van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg kunt u terecht bij Zorginstituut Nederland.
- Voor technische vragen over de portal kunt u tijdens de periode van aanlevering terecht bij de gegevensmakelaar.

2.1 - Aard van de aanstellingen

| | |
|-------------|--|
| Achtergrond | De aard van de aanstellingen zegt met name iets over de kwantitatieve personele bezetting en de mate waarin sprake is van continuïteit in de relatie tussen medewerkers, organisatie en cliënten. Ook zegt het iets over de wijze waarop qua personele inzet ingespeeld wordt c.q. gespeeld kan worden op onplanbare veranderingen in de cliëntvraag. Daarnaast heeft het een relatie met de aantrekkelijkheid van een organisatie op de arbeidsmarkt. |
|-------------|--|

Indicator 2.1.1

Aantal personeelsleden

| | |
|-----------|---|
| Definitie | Aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode (dus exclusief uitzendkrachten, vrijwilligers, stagiairs, ZZP-ers, andere PNIL, etc.). |
|-----------|---|

| | |
|-------|--|
| Vraag | Hoeveel personeelsleden heeft de organisatie? |
|-------|--|

| | |
|--------|--|
| Aantal | Gemiddeld aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode: 212 personeelsleden |
|--------|--|

| | |
|----------------|-------------------|
| Type indicator | Uitkomstindicator |
|----------------|-------------------|

| | |
|-------------------|---------------|
| Niveau van meting | Concernniveau |
|-------------------|---------------|

| | |
|-------------------------|---|
| In- en exclusiecriteria | <ul style="list-style-type: none">■ De indicator betreft alleen de personeelsleden die gerelateerd zijn aan de cliëntgroep zoals genoemd in paragraaf 1.1 bij reikwijdte.■ Het betreft personeelsleden met een arbeidsovereenkomst (vast of tijdelijk).■ Uitgesloten zijn arbeidskrachten die geen arbeidsovereenkomst bij de organisatie hebben, zoals uitzendkrachten, ZZP-ers, gedetacheerden, stagiairs, etc. |
|-------------------------|---|

| | |
|------|------------------------------------|
| Bron | Personeels-/ salarisadministratie. |
|------|------------------------------------|

| | |
|-------------|--|
| Meetperiode | Voor deze indicator geldt de periode van 1 januari t/m 31 december 2021. |
|-------------|--|

| | |
|----------------|---|
| Meetinstructie | U registreert hoeveel personeelsleden met een arbeidsovereenkomst er gemiddeld gedurende de meetperiode bij de organisatie in dienst waren. |
|----------------|---|

| | |
|-------------------------------|--|
| Opmerking bij indicator 2.1.1 | Betreft personeelsleden die betrokken zijn bij Wlz-zorg zoals afdelingen Driesprong, Morgenster, Passage, Zorgappartementen inclusief welzijn, behandelcentrum, horeca en huishoudelijke dienst. |
|-------------------------------|--|

Indicator 2.1.2

Aantal fte

Definitie Aantal ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode. Het betreft de betaalde fte's (incl. meeruren, overuren, oproepuren) en niet alleen de fte's zoals contractueel overeengekomen in de arbeidsovereenkomsten.

Vraag **Hoeveel fte's heeft de organisatie?**

Aantal Aantal ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode:

121.3 fte

Type indicator Uitkomstindicator

Niveau van meting Concernniveau

In- en exclusiecriteria

- De indicator betreft alleen de personeelsleden die gerelateerd zijn aan de cliëntgroep zoals genoemd in paragraaf 1.1 bij reikwijdte.
- Het betreft personeelsleden met een arbeidsovereenkomst (vast of tijdelijk).
- Uitgesloten zijn arbeidskrachten die geen arbeidsovereenkomst bij de organisatie hebben, zoals uitzendkrachten, ZZP-ers, gedetacheerden, stagiairs, etc.

Bron Personeels-/ salarisadministratie of urenadministratie

Meetperiode Voor deze indicator geldt de periode van 1 januari t/m 31 december 2021.

Meetinstructie U registreert hoeveel fte's (door personeelsleden met een arbeidsovereenkomst) er gedurende de meetperiode bij de organisatie zijn ingezet c.q. betaald.

Opmerking bij indicator 2.1.2 Betreft personeelsleden die betrokken zijn bij Wlz-zorg zoals afdelingen Driesprong, Morgenster, Passage, Zorgappartementen inclusief welzijn, behandelcentrum, horeca en huishoudelijke dienst.

Indicator 2.1.3

Percentage personeel met een arbeidsovereenkomst voor bepaalde tijd

Definitie Aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst voor bepaalde tijd op een meetmoment gedeeld door het totaal aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst voor bepaalde en onbepaalde tijd op datzelfde meetmoment.

Vraag **Hoeveel procent van de personeelsleden heeft een tijdelijke arbeidsovereenkomst?**

Teller Aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst voor bepaalde tijd op meetmoment:

41 personeelsleden

| | |
|-------------------------|---|
| Noemer | Aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst op meetmoment: 212 personeelsleden |
| Percentage | 19.3 % |
| Type indicator | Uitkomstindicator |
| Niveau van meting | Concernniveau |
| In- en exclusiecriteria | <ul style="list-style-type: none"> ■ De indicator betreft alleen de personeelsleden die gerelateerd zijn aan de cliëntgroep zoals genoemd in paragraaf 1.1 bij reikwijdte. ■ Het betreft personeelsleden met een arbeidsovereenkomst. ■ Uitgesloten zijn arbeidskrachten die geen arbeidsovereenkomst bij de organisatie hebben, zoals uitzendkrachten, ZZP-ers, gedetacheerden, stagiairs, etc. |
| Bron | Personeels-/ salarisadministratie. |
| Meetperiode | Voor deze indicator geldt het meetmoment 31 december 2021 |
| Meetinstructie | <ol style="list-style-type: none"> 1. U registreert het aantal personeelsleden met een tijdelijke arbeidsovereenkomst op het meetmoment. 2. U registreert hoeveel personeelsleden een arbeidsovereenkomst hebben op het meetmoment. 3. De uitkomst van 1 wordt gedeeld door de uitkomst van 2. |

Opmerking bij indicator 2.1.3 ...

Indicator 2.1.4

Percentage inzet uitzendkrachten / Personeel Niet In Loondienst (PNIL)

| | |
|-----------|---|
| Definitie | Aantal fte's uitzendkrachten/PNIL ingezet gedurende de periode gedeeld door totaal aantal ingezette fte's door personeelsleden met een arbeidsovereenkomst gedurende dezelfde periode. PNIL staat voor Personeel Niet In Loondienst en gaat bijvoorbeeld om: uitzendkrachten, ZZP'ers, inhuur disciplines zoals artsen, psychologen, therapeuten e.d. |
| Vraag | Hoeveel uitzendkrachten/PNIL zijn er ingezet? |
| Teller | Aantal ingezette fte's uitzendkrachten/PNIL over de periode: 3.3 fte |
| Noemer | Aantal ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode: 121.3 fte |

| | |
|-------------------------------|---|
| Percentage | 2.7 % |
| Type indicator | Uitkomstindicator |
| Niveau van meting | Concernniveau |
| In- en exclusiecriteria | De indicator betreft alleen uitzendkrachten/PNIL en personeelsleden die gerelateerd zijn aan de cliëntgroep zoals genoemd in paragraaf 1.1 bij reikwijdte. |
| Bron | Personeels-/ salarisadministratie en/of urenregistratie |
| Meetperiode | Voor deze indicator geldt de periode van 1 januari t/m 31 december 2021. |
| Meetinstructie | <ol style="list-style-type: none"> 1. U registreert hoeveel fte's door uitzendkrachten/PNIL er gedurende de meetperiode bij de organisatie zijn ingezet. 2. U heeft in 2.1.2 al geregistreerd hoeveel fte's (door personeelsleden met een arbeidsovereenkomst) er gedurende de meetperiode bij de organisatie zijn ingezet. 3. De uitkomst van 1 wordt gedeeld door de uitkomst van 2. |
| Opmerking bij indicator 2.1.4 | Afdelingen Driesprong, Morgenster, Passage, Zorgappartementen inclusief welzijn, behandelcentrum, horeca en huishoudelijke dienst. |

Indicator 2.1.5

Percentage kosten uitzendkrachten / Personeel Niet In Loondienst (PNIL)

| | |
|-------------------------|--|
| Definitie | Kosten van inzet uitzendkrachten/PNIL gedurende de periode gedeeld door som van de personeelskosten van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode. |
| Vraag | Hoeveel euro is er procentueel aan uitzendkrachten/PNIL uitgegeven? |
| Teller | Som euro's uitgegeven aan inzet van uitzendkrachten/PNIL over de periode: 425875 euro |
| Noemer | Som personeelskosten van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst: 6152000 euro |
| Percentage | 6.9 % |
| Type indicator | Uitkomstindicator |
| Niveau van meting | Concernniveau |
| In- en exclusiecriteria | De indicator betreft alleen uitzendkrachten/PNIL en personeelsleden die gerelateerd zijn aan de cliëntgroep zoals genoemd in paragraaf 1.1 bij reikwijdte. |

| | |
|-------------|--|
| Bron | Financiële administratie |
| Meetperiode | Voor deze indicator geldt de periode van 1 januari t/m 31 december 2021. |

| | |
|----------------|--|
| Meetinstructie | <ol style="list-style-type: none"> 1. U registreert hoeveel euro is uitgegeven aan inzet van uitzendkrachten/PNIL gedurende de meetperiode. 2. U registreert de som van de personeelskosten (betrekking hebbende op personeelsleden met een arbeidsovereenkomst) gedurende de meetperiode. 3. De uitkomst van 1 wordt gedeeld door de uitkomst van 2. |
|----------------|--|

| | |
|-------------------------------|--|
| Opmerking bij indicator 2.1.5 | Afdelingen Driesprong, Morgenster, Passage, Zorgappartementen inclusief welzijn, behandelcentrum, horeca en huishoudelijke dienst. |
|-------------------------------|--|

Indicator 2.1.6

Gemiddelde contractomvang

| | |
|-----------|---|
| Definitie | Aantal ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode (2.1.2) gedeeld door gemiddeld aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode (2.1.1). |
|-----------|---|

| | |
|-------|---|
| Vraag | Hoe groot is de gemiddelde omvang van een arbeidscontract? |
|-------|---|

| | |
|--------|---|
| Teller | Aantal ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode: |
|--------|---|

121.3 fte

| | |
|--------|---|
| Noemer | Gemiddeld aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode: |
|--------|---|

212 personeelsleden

| | |
|------------|---------------------------|
| Gemiddelde | 0.6 fte per personeelslid |
|------------|---------------------------|

| | |
|----------------|-------------------|
| Type indicator | Uitkomstindicator |
|----------------|-------------------|

| | |
|-------------------|---------------|
| Niveau van meting | Concernniveau |
|-------------------|---------------|

| | |
|-------------------------|---|
| In- en exclusiecriteria | <ul style="list-style-type: none"> ■ De indicator betreft alleen de personeelsleden die gerelateerd zijn aan de cliëntgroep zoals genoemd in paragraaf 1.1 bij reikwijdte. ■ Het betreft personeelsleden met een arbeidsovereenkomst. ■ Uitgesloten zijn arbeidskrachten die geen arbeidsovereenkomst bij de organisatie hebben, zoals uitzendkrachten, ZZP-ers, gedetacheerden, stagiairs, etc. |
|-------------------------|---|

| | |
|------|--|
| Bron | Personeels-/ salarisadministratie of urenadministratie |
|------|--|

| | |
|-------------|--|
| Meetperiode | Voor deze indicator geldt de periode van 1 januari |
|-------------|--|

t/m 31 december 2021.

Meetinstructie

1. U heeft in 2.1.2 al geregistreerd hoeveel fte's (door personeelsleden met een arbeidsovereenkomst) er gedurende de meetperiode bij de organisatie zijn ingezet.
2. U heeft in 2.1.1 al geregistreerd hoeveel personeelsleden met een arbeidsovereenkomst er gemiddeld gedurende de meetperiode bij de organisatie in dienst waren.
3. De uitkomst van 1 wordt gedeeld door de uitkomst van 2.

Opmerking bij indicator 2.1.6

Afdelingen Driesprong, Morgenster, Passage, Zorgappartementen inclusief welzijn, behandelcentrum, horeca en huishoudelijke dienst.

2.2 - Kwalificatieniveaus zorgverleners en vrijwilligers

Achtergrond

Het kwalificatieniveau van de zorgverleners geeft aan welk niveau aan kwaliteitseisen (middels opleiding en scholing) gesteld wordt aan de medewerkers c.q. functies die ingezet worden bij het leveren van zorg- en dienstverlening aan de cliënten. De door een organisatie gewenste kwalificatieniveaumix vormt idealiter een doorvertaling van de zorgvisie naar een ideale personeelssamenstelling. De kwantitatieve beschikbaarheid van vrijwilligers zegt iets over de extra aandacht die geschonken kan worden aan cliënten buiten de reguliere, professionele zorg- en dienstverlening.

Indicator 2.2.1

Percentage fte per niveau

Definitie Percentage fte per niveau.

Vraag **Hoe ziet de ingezette kwalificatieniveaumix eruit?**

Noemer Aantal ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode (ingevuld bij indicator 2.1.2):

121.3 fte

Teller 1 Aantal ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode met kwalificatieniveau "**Niveau 1 zorg en welzijn**":

3.2 fte

Percentage 1 2.6 %

Teller 2 Aantal ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode met kwalificatieniveau "**Niveau 2 zorg en welzijn**":

30.1 fte

Percentage 2 24.8 %

Teller 3 Aantal ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode met kwalificatieniveau "**Niveau 3 zorg en welzijn**":

45.7 fte

Percentage 3 37.7 %

Teller 4 Aantal ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode met kwalificatieniveau "**Niveau 4 zorg en welzijn**":

27.5 fte

Percentage 4 22.7 %

Teller 5 Aantal ingezette fte's van personeelsleden met een

arbeidsovereenkomst over de periode met kwalificatieniveau "**Niveau 5 zorg en welzijn**":

5 fte

Percentage 5

4.1 %

Teller 6

Aantal ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode met kwalificatieniveau "**Niveau 6 zorg en welzijn**":

1.2 fte

Percentage 6

0.8 %

Teller 7

Aantal ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode met kwalificatieniveau "**Behandelaren/(para-)medisch**":

5.6 fte

Percentage 7

4.6 %

Teller 8

Aantal ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode met kwalificatieniveau "**Overig zorgpersoneel**":

0 fte

Percentage 8

0 %

Teller 9

Aantal ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode met kwalificatieniveau "**Leerlingen**":

3 fte

Percentage 9

2 %

Teller (totaal)

Aantal ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode, zoals hierboven ingevuld bij "Teller 1" t/m "Teller 9":

121.3 fte

Noemer

Aantal ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode (ingevuld bij indicator 2.1.2):

121.3 fte

Percentage (totaal)

100 %

Let op: de percentages tellen niet per definitie op tot 100%, omdat er ook categorieën medewerkers zijn wiens werk minder direct gerelateerd is aan de cliëntgroep (bv een medewerker salarisadministratie).

Type indicator

Uitkomstindicator

Niveau van meting

Concernniveau

In- en exclusiecriteria

- De indicator betreft alleen de personeelsleden die gerelateerd zijn aan de cliëntgroep zoals genoemd in paragraaf 1.1 bij reikwijdte. Bij deze indicator geldt de stelregel dat het gaat om een inschatting van de mate waarin zij verhoudingsgewijs voor de beschreven categorie verpleeghuiscliënten aan het werk

zijn, zonder dat dit exact berekend hoeft te worden. We raden aan de gemaakte keuzes van voorgaand jaar daarbij als uitgangspunt te nemen, omdat de cijfers van de opeenvolgende jaren met elkaar vergeleken zullen worden. Mocht u dit meetjaar andere keuzes hierin maken licht dan uw antwoord toe bij het toelichtingsveld van deze indicator (2.2.1).

- Het betreft onder andere behandelaars, verpleegkundigen, verzorgenden, helpenden, geestelijk verzorgenden en gastvrouwen. Uiteraard zijn ook vrijwilligerscoördinatoren, activiteitencoördinatoren van belang.
- Het betreft personeelsleden met een arbeidsovereenkomst.
- Uitgesloten zijn arbeidskrachten die geen arbeidsovereenkomst bij de organisatie hebben, zoals uitzendkrachten, ZZP-ers, gedetacheerden, stagiairs, etc.
- Let op: de percentages tellen niet per definitie op tot 100%, omdat er ook categorieën medewerkers zijn wiens werk minder direct gerelateerd is aan de cliëntgroep (bv een medewerker salarisadministratie).

| | |
|----------------|--|
| Bron | Personeels-/ salarisadministratie of urenregistratie |
| Meetperiode | Voor deze indicator geldt de periode van 1 januari t/m 31 december 2021. |
| Meetinstructie | <ol style="list-style-type: none">1. U registreert hoeveel fte's (door personeelsleden een arbeidsovereenkomst) met kwalificatieniveau "X" er gedurende de meetperiode bij de organisatie zijn ingezet. Deze worden automatisch voor u opgeteld.2. U heeft in 2.1.2 al geregistreerd hoeveel fte's (door personeelsleden met een arbeidsovereenkomst) er gedurende de meetperiode bij de organisatie zijn ingezet.3. De uitkomst van 1 wordt gedeeld door de uitkomst van 2. |

Opmerking bij indicator 2.2.1 ...

Indicator 2.2.2

Aantal stagiairs

| | |
|-----------|-----------------------------------|
| Definitie | Aantal stagiairs over de periode. |
|-----------|-----------------------------------|

| | |
|-------|--|
| Vraag | Hoeveel stagiairs heeft de organisatie? |
|-------|--|

| | |
|--------|--|
| Aantal | Aantal stagiairs over de periode: <u>15 stagiairs</u> |
|--------|--|

| | |
|----------------|-------------------|
| Type indicator | Uitkomstindicator |
|----------------|-------------------|

| | |
|-------------------|---------------|
| Niveau van meting | Concernniveau |
|-------------------|---------------|

| | |
|-------------------------|--|
| In- en exclusiecriteria | De indicator betreft alleen de stagiairs die gerelateerd zijn aan de cliëntgroep zoals genoemd |
|-------------------------|--|

in paragraaf 1.1 bij reikwijdte.

| | |
|----------------|--|
| Bron | Personeels-/ salarisadministratie en/of urenregistratie |
| Meetperiode | Voor deze indicator geldt de periode van 1 januari t/m 31 december 2021. |
| Meetinstructie | U registreert hoeveel stagiairs er gedurende de meetperiode bij de organisatie actief waren. |

Opmerking bij indicator 2.2.2

Indicator 2.2.3

Aantal vrijwilligers

| | |
|-------------------------|---|
| Definitie | Aantal vrijwilligers over de periode. |
| Vraag | Hoeveel vrijwilligers heeft de organisatie? |
| Aantal | Aantal vrijwilligers over de periode: 108 vrijwilligers |
| Type indicator | Uitkomstindicator |
| Niveau van meting | Concernniveau |
| In- en exclusiecriteria | De indicator betreft alleen de vrijwilligers die gerelateerd zijn aan de cliëntgroep zoals genoemd in paragraaf 1.1 bij reikwijdte. |
| Bron | Personeels-/ salarisadministratie. |
| Meetperiode | Voor deze indicator geldt de periode van 1 januari t/m 31 december 2021. |
| Meetinstructie | U registreert hoeveel vrijwilligers er gedurende de meetperiode bij de organisatie actief waren. |

Opmerking bij indicator 2.2.3

2.3 - Ziekteverzuim

| | |
|-------------|---|
| Achtergrond | Het ziekteverzuim zegt iets over de mate waarin medewerkers op basis van fysieke- en/of psychische klachten besluiten niet te kunnen werken. In sommige gevallen ligt de oorzaak of een deel van de oorzaak in het werk of de werkomstandigheden. Ziekteverzuim en de wijze waarop ziekteverzuim herbezet wordt, heeft invloed op de personele inzet in relatie tot de cliëntsamenstelling. |
|-------------|---|

Indicator 2.3.1

Ziekteverzuimpercentage

| | |
|-----------|---|
| Definitie | CBS/Vernet: Het ziekteverzuim-percentage is het totaal aantal ziektedagen van de personeelsleden, in procenten van het totaal aantal beschikbare (werk-/kalender) dagen van de werknemers in de verslagperiode. Het ziekteverzuimpercentage is inclusief het verzuim langer dan een jaar en exclusief zwangerschaps- en bevallingsverlof. |
|-----------|---|

| | |
|-------|--|
| Vraag | Wat is het ziekteverzuimpercentage? |
|-------|--|

| | |
|--------|--|
| Teller | Aantal ziektedagen (voor de berekeningswijze wordt de definitie van het CBS/Vernet gevolgd): |
|--------|--|

2920 ziektedagen

| | |
|--------|--|
| Noemer | Aantal werk-/kalenderdagen (voor de berekeningswijze wordt de definitie van het CBS/Vernet gevolgd): |
|--------|--|

38935 werk-/kalenderdagen

| | |
|------------|-------|
| Percentage | 7.5 % |
|------------|-------|

| | |
|----------------|-------------------|
| Type indicator | Uitkomstindicator |
|----------------|-------------------|

| | |
|-------------------|---------------|
| Niveau van meting | Concernniveau |
|-------------------|---------------|

| | |
|-------------------------|---|
| In- en exclusiecriteria | <ul style="list-style-type: none">▪ De indicator betreft alleen de personeelsleden die gerelateerd zijn aan de cliëntgroep zoals genoemd in paragraaf 1.1 bij reikwijdte.▪ Het betreft personeelsleden met een arbeidsovereenkomst.▪ Uitgesloten zijn arbeidskrachten die geen arbeidsovereenkomst bij de organisatie hebben, zoals uitzendkrachten, ZZP-ers, gedetacheerden, stagiairs, etc.▪ Zwangerschaps- en bevallingsverlof wordt niet meegenomen. |
|-------------------------|---|

| | |
|------|--|
| Bron | Personeels-/ salarisadministratie, arbodienstverlener. |
|------|--|

| | |
|-------------|--|
| Meetperiode | Voor deze indicator geldt de periode van 1 januari t/m 31 december 2021. |
|-------------|--|

Meetinstructie

1. U registreert het aantal ziektedagen gedurende de meetperiode (voor de berekeningswijze wordt de definitie van het CBS/Vernet gevolgd).
2. U registreert het aantal werk-/kalenderdagen gedurende de meetperiode (voor de berekeningswijze wordt de definitie van het CBS/Vernet gevolgd).
3. De uitkomst van 1 wordt gedeeld door de uitkomst van 2.

Opmerking bij indicator 2.3.1

Betreft personeelsleden die betrokken zijn bij Wlz-zorg: afdelingen Driesprong, Morgenster, Passage, Zorgappartementen inclusief welzijn, behandelcentrum, horeca en huishoudelijke dienst.

Indicator 2.3.2

Meldingsfrequentie ziekteverzuim

Definitie

CBS/Vernet: De verhouding tussen het aantal (ziekte)verzuimgevallen en het aantal personeelsleden. De meldingsfrequentie ziekteverzuim wordt omgerekend naar jaarbasis.

Vraag

Wat is de meldingsfrequentie ziekteverzuim?

Teller

Aantal nieuwe ziekmeldingen over de periode (voor de berekeningswijze wordt de definitie van het CBS/Vernet gevolgd):

229 ziekmeldingen

Noemer

Gemiddeld aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode:

212 personeelsleden

Frequentie

1.08

Type indicator

Uitkomstindicator

Niveau van meting

Concernniveau

In- en exclusiecriteria

- De indicator betreft alleen de personeelsleden die gerelateerd zijn aan de cliëntgroep zoals genoemd in paragraaf 1.1 bij reikwijdte.
- Het betreft personeelsleden met een arbeidsovereenkomst.
- Uitgesloten zijn arbeidskrachten die geen arbeidsovereenkomst bij de organisatie hebben, zoals uitzendkrachten, ZZP-ers, gedetacheerden, stagiairs, etc.
- Zwangerschaps- en bevallingsverlof wordt niet meegenomen.

Bron

Personeels-/ salarisadministratie, arbodienstverlener.

Meetperiode

Voor deze indicator geldt de periode van 1 januari t/m 31 december 2021.

Meetinstructie

1. U registreert het aantal nieuwe (ziekte)verzuimgevallen gedurende de meetperiode.
2. U heeft in 2.1.1 al geregistreerd hoeveel personeelsleden met een arbeidsovereenkomst er gemiddeld gedurende de meetperiode bij de organisatie in dienst waren.
3. De uitkomst van 1 wordt gedeeld door de uitkomst van 2.

Opmerking bij indicator 2.3.2

2.4 - In-, door- en uitstroom

Achtergrond

De in-, door- en uitstroom zegt iets over de stabiliteit van de personele bezetting in relatie tot de cliënten. Een doelgerichte balans tussen enerzijds continuïteit en anderzijds vernieuwing afgestemd op de cliëntbehoefte en de ontwikkelingen hieromtrent vormt de uitdaging. Idealiter geeft in-, door- en uitstroom bewegingsruimte om te komen tot een verbeterde personeelssamenstelling en illustreert het de mate waarin de organisatie weet aan te sluiten op de loopbaanwensen van personeelsleden.

Indicator 2.4.1

Percentage instroom

Definitie

Het percentage instroom betreft het aantal personen dat op meetmoment minus 1 jaar niet werkzaam is als personeelslid met een arbeidsovereenkomst bij de organisatie, maar dat wel is op meetmoment, gedeeld door het gemiddelde aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst van meetmoment en meetmoment minus 1 jaar.

Vraag

Welke omvang heeft de instroom van nieuwe medewerkers?

Teller

Aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst op meetmoment dat niet werkzaam was als personeelslid met een arbeidsovereenkomst op meetmoment -1 jaar:

38 personeelsleden

Aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst op meetmoment -1 jaar:

218 personeelsleden

Aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst op meetmoment:

212 personeelsleden

Noemer

Gemiddelde van aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst op meetmoment en aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst op meetmoment -1 jaar:

215 personeelsleden

Percentage

17.7 %

Type indicator

Uitkomstindicator

Niveau van meting

Concernniveau

In- en exclusiecriteria

- De indicator betreft alleen de personeelsleden die gerelateerd zijn aan de cliëntgroep zoals genoemd in paragraaf 1.1 bij reikwijdte.

- Het betreft personeelsleden met een arbeidsovereenkomst.
- Uitgesloten zijn arbeidskrachten die geen arbeidsovereenkomst bij de organisatie hebben, zoals uitzendkrachten, ZZP-ers, gedetacheerden, stagiairs, etc.

| | |
|----------------|---|
| Bron | Personeels-/ salarisadministratie. |
| Meetperiode | Voor deze indicator geldt het meetmoment 31 december 2021 en een jaar eerder. |
| Meetinstructie | <ol style="list-style-type: none"> 1. U registreert hoeveel personen op meetmoment minus 1 jaar niet werkzaam zijn als personeelslid met een arbeidsovereenkomst bij de organisatie, maar dat wel zijn op meetmoment. 2. U registreert hoeveel personeelsleden een arbeidsovereenkomst hebben op het meetmoment minus 1 jaar. 3. U registreert hoeveel personeelsleden een arbeidsovereenkomst hebben op het meetmoment. 4. De uitkomsten van 2 en 3 worden bij elkaar opgeteld en gedeeld door twee. 5. De uitkomst van 1 wordt gedeeld door de uitkomst van 4. |

Opmerking bij indicator 2.4.1 ...

Indicator 2.4.2

Percentage uitstroom

| | |
|-----------|--|
| Definitie | Het percentage uitstroom betreft het aantal personen dat op meetmoment minus 1 jaar wel werkzaam is als personeelslid met een arbeidsovereenkomst bij de organisatie, maar dat niet meer is op meetmoment, gedeeld door het gemiddelde aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst van meetmoment en meetmoment minus 1 jaar. |
|-----------|--|

| | |
|------------|--|
| Vraag | Welke omvang heeft de uitstroom van medewerkers? |
| Teller | <p>Aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst op meetmoment minus 1 jaar dat niet werkzaam is als personeelslid met een arbeidsovereenkomst op meetmoment:</p> <p style="text-align: center;">32 personeelsleden</p> |
| Noemer | <p>Gemiddelde van aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst op meetmoment en aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst op meetmoment -1 jaar:</p> <p style="text-align: center;">215 personeelsleden</p> |
| Percentage | 14.9 % |

| | |
|-------------------------|--|
| Type indicator | Uitkomstindicator |
| Niveau van meting | Concernniveau |
| In- en exclusiecriteria | <ul style="list-style-type: none"> ■ De indicator betreft alleen de personeelsleden die gerelateerd zijn aan de cliëntgroep zoals genoemd in paragraaf 1.1 bij reikwijdte. ■ Het betreft personeelsleden met een arbeidsovereenkomst. ■ Uitgesloten zijn arbeidskrachten die geen arbeidsovereenkomst bij de organisatie hebben, zoals uitzendkrachten, ZZP-ers, gedetacheerden, stagiairs, etc. |
| Bron | Personeels-/ salarisadministratie. |
| Meetperiode | Voor deze indicator geldt het meetmoment 31 december 2021 en een jaar eerder. |
| Meetinstructie | <ol style="list-style-type: none"> 1. U registreert hoeveel personen op meetmoment minus 1 jaar wel werkzaam zijn als personeelslid met een arbeidsovereenkomst bij de organisatie, maar dat niet meer zijn op meetmoment. 2. U registreert hoeveel personeelsleden een arbeidsovereenkomst hebben op het meetmoment minus 1 jaar. 3. U registreert hoeveel personeelsleden een arbeidsovereenkomst hebben op het meetmoment. 4. De uitkomsten van 2 en 3 worden bij elkaar opgeteld en gedeeld door twee. 5. De uitkomst van 1 wordt gedeeld door de uitkomst van 4. |

Opmerking bij indicator 2.4.2 ...

Indicator 2.4.3

Percentage doorstroom kwalificatieniveau

| | |
|-----------|--|
| Definitie | Het percentage doorstroom betreft het aantal personen dat op twee opeenvolgende peilmomenten werkzaam is als personeelslid met een arbeidsovereenkomst bij de organisatie en van kwalificatieniveau is gewisseld op meetmoment ten opzichte van meetmoment minus 1 jaar, gedeeld door het gemiddelde aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst van meetmoment en meetmoment minus 1 jaar. |
|-----------|--|

Vraag **Welke omvang heeft de doorstroom qua kwalificatieniveau van medewerkers?**

Teller Aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst op meetmoment en op meetmoment minus 1 jaar, dat op meetmoment een ander kwalificatieniveau heeft dan op meetmoment minus 1 jaar:

13 personeelsleden

| | |
|-------------------------------|--|
| Noemer | Gemiddelde van aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst op meetmoment en aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst op meetmoment -1 jaar: 215 personeelsleden |
| Percentage | 6 % |
| Type indicator | Uitkomstindicator |
| Niveau van meting | Concernniveau |
| In- en exclusiecriteria | <ul style="list-style-type: none"> ■ De indicator betreft alleen de personeelsleden die gerelateerd zijn aan de cliëntgroep zoals genoemd in paragraaf 1.1 bij reikwijdte. ■ Het betreft personeelsleden met een arbeidsovereenkomst. ■ Uitgesloten zijn arbeidskrachten die geen arbeidsovereenkomst bij de organisatie hebben, zoals uitzendkrachten, ZZP-ers, gedetacheerden, stagiairs, etc. |
| Bron | Personeels-/ salarisadministratie. |
| Meetperiode | Voor deze indicator geldt het meetmoment 31 december 2021 en een jaar eerder. |
| Meetinstructie | <ol style="list-style-type: none"> 1. U registreert hoeveel personeelsleden met een arbeidsovereenkomst er bij de organisatie zijn op meetmoment en op meetmoment minus 1 jaar die op meetmoment een ander kwalificatieniveau hebben dan op meetmoment minus 1 jaar. 2. U registreert hoeveel personeelsleden een arbeidsovereenkomst hebben op het meetmoment minus 1 jaar. 3. U registreert hoeveel personeelsleden een arbeidsovereenkomst hebben op het meetmoment. 4. De uitkomsten van 2 en 3 worden bij elkaar opgeteld en gedeeld door twee. 5. De uitkomst van 1 wordt gedeeld door de uitkomst van 4. |
| Opmerking bij indicator 2.4.3 | ... |

2.5 - Ratio personeelskosten / opbrengsten

Achtergrond

Hierbij gaat het om de kwantitatieve personele inzet bij de zorg- en dienstverlening aan de gemiddelde cliënt.

Indicator 2.5.1

Fte zorg / cliënt-ratio

Definitie

Aantal ingezette fte's over de periode gedeeld door het aantal cliënten over de periode. Bij de fte's betreft het de ingezette fte's (incl. meeruren, overuren, oproepuren) en niet alleen de contractuele fte's.

| | |
|--------------|---|
| Vraag | Hoeveel fte is er ingezet per cliënt? |
| Teller | Aantal ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode (ingevuld bij indicator 2.1.2): 121.3 fte |
| Noemer input | Aantal cliëntdagen van de Vectiscodes ZZP/VPT 4-10 over de periode: 38512 cliëntdagen (totaal) |
| Noemer | Gemiddeld aantal cliënten over de periode (is getal bij noemer input gedeeld door aantal dagen in het jaar dus 365): 105.512 |
| Uitkomst | 1.15 |

Type indicator

Uitkomstindicator

Niveau van meting

Concernniveau

In- en exclusiecriteria

- De indicator betreft alleen cliënten conform de cliëntgroep zoals genoemd in paragraaf 1.1 bij reikwijdte.
- De indicator betreft alleen de personeelsleden die gerelateerd zijn aan de cliëntgroep zoals genoemd in paragraaf 1.1 bij reikwijdte.
- Het betreft personeelsleden met een arbeidsovereenkomst.
- Uitgesloten zijn arbeidskrachten die geen arbeidsovereenkomst bij de organisatie hebben, zoals uitzendkrachten, ZZP-ers, gedetacheerden, stagiairs, etc.
- Zwangerschaps- en bevallingsverlof wordt niet meegenomen.

Bron

Client-/ productieadministratie en personeels-/ salarisadministratie of urenadministratie.

Meetperiode

Voor deze indicator geldt de periode van 1 januari t/m 31 december 2021.

Meetinstructie

1. U registreert hoeveel cliëntdagen van de Vectiscodes ZZP/VPT 4-10 er zijn in de periode.
2. De uitkomst van 1 wordt gedeeld door 365.
3. U heeft in 2.1.2 al geregistreerd hoeveel fte's (door personeelsleden met een arbeidsovereenkomst) er gedurende de meetperiode bij de organisatie zijn ingezet.
4. De van 3 wordt gedeeld door de uitkomst van 2.

Opmerking bij indicator 2.5.1
