

# STICHTING AZOV

## KWALITEITSRAPPORT



|                   |  |
|-------------------|--|
| Rechtspersoon     | Stichting Agrarische Zorgonderneming Vlist |
| Bestuur           | Esther Hakkenberg, Arie Jan van der Vlist  |
| Adres             | West Vlisterdijk 41                        |
| Postcode / Plaats | 2855 AJ Vlist                              |
| KvK nr.           | 24475999                                   |
| E-mail            | info@sazov.nl                              |
| Website           | www.zorgboerderij-vlist.nl                 |
| Publicatiedatum   | 17 mei 2023                                |

| <b>Inhoudsopgave</b>                                   | <b>pagina</b> |
|--|---------------|
| 1. Voorwoord   | 3             |
| 2. Stichting AZOV                                      | 4             |
| 3. Kwaliteit van zorg                                  | 7             |
| 3.1 Zorgproces rondom de individuele cliënt            | 7             |
| 3.2 Ruimte die cliënten hebben rondom eigen regie      | 7             |
| 3.3 Wet Zorg en dwang                                  | 8             |
| 3.4 De ervaringen van de cliënten                      | 9             |
| 3.5 Samenspel in zorg en ondersteuning                 | 10            |
| 3.6 Veiligheid   | 11            |
| 3.7 De medewerkers                                     | 13            |
| 4. Verbeteringen n.a.v. het kwaliteitsrapport uit 2021 | 15            |
| 5. Reflectie, visitatie en gesprekken                  | 16            |
| 6. Samenvatting en conclusies                          | 19            |

## 1. Voorwoord

In overeenstemming met het Kwaliteitskader van de gehandicaptenzorg is er afgelopen 3 jaar een kwaliteitsrapport geschreven. Ook afgelopen jaar zijn we er weer mee aan de slag gegaan.

In dit kwaliteitsrapport kijkt Stichting Agrarische Zorgonderneming Vlist (Stichting AZOV) terug naar 2022, wat ging er goed en wat kan er verbeterd worden en hoe hebben we dit aangepakt en wat zijn kwaliteitsdoelstellingen voor 2023.

Reflecteren, leren en verbeteren is de rode draad in het Kwaliteitskader gehandicaptenzorg. Voor ons als Stichting AZOV, een kleine zorginstelling, is dat ook heel belangrijk. We doen heel veel goed, maar kunnen ook nog veel leren van ervaringen van andere instellingen en van elkaar.

In 2022 kreeg Stichting AZOV te maken met veranderde wetgeving n.a.v. de overgang van WTzi naar Wtza. Dit is aanleiding geweest om de statuten aan te passen.

Dit proces is in 2022 in gang gezet en zal leiden tot een nadere definiëring van de taken en bevoegdheden van zowel de Raad van Bestuur als de Raad van Toezicht. Dit zal in 2023 afgerond worden. De RvB en de RvT zullen dan ook ieder een reglement opstellen.

De overgang van het Kwaliteitskader naar Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg 2023-2028 wordt gevolgd door het volgen van webinars en in het voorjaar wordt de regiobijeenkomst werken met het Kwaliteitskompas bijgewoond.

Er zijn 2 versies van het kwaliteitsrapport:

- Een cliënt versie, het thema kwaliteit en wat is nu een kwaliteitsverslag is besproken met de cliënten tijdens het cliëntenraadoverleg op 16 februari 2022.
- Een versie met meer informatie voor iedereen die dit wil lezen. Het rapport staat met een link op de website van Stichting AZOV. Informatie rondom cijfers is te vinden in het financiële jaarverslag, opgesteld door de accountant.

Het kwaliteitsrapport is met de Raad van Toezicht gedeeld zodat de RvT leden ook hun input konden geven. De opmerkingen zijn meegenomen in dit rapport.

17 mei 2023

Esther Hakkenberg

Arie Jan van der Vlist

Bestuurders Stichting AZOV

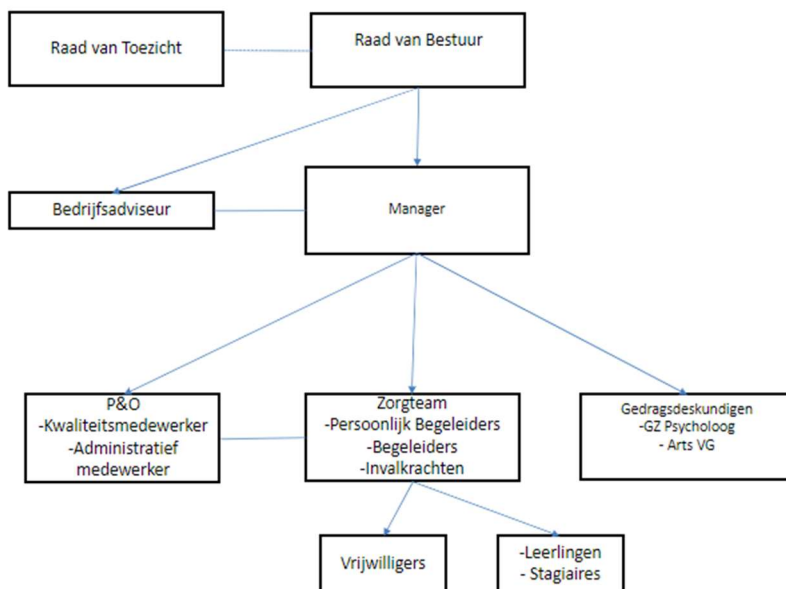
## 2. Stichting AZOV

Stichting AZOV is een stichting met een WTZa erkenning (per 1 januari 2022 werd WTZI WTZa) en heeft een contract voor het leveren van WLZ zorg met zorgkantoor VGZ en met de gemeente Krimpenerwaard en gemeente Gouda voor het leveren van dagbesteding, ambulante begeleiding en dagbesteding via WLZ, WMO en op basis van PGB. Zorgboerderij Vlist is onderdeel van Stichting AZOV. Sinds 1 januari 2010 biedt Stichting AZOV (woon)begeleiding en dagbesteding aan mensen met een verstandelijke beperking. Op de kleinschalige zorgboerderij in een groenrijke omgeving met paarden, geiten en koeien wonen en werken 15 jongens en mannen vanaf 18 jaar. De cliënten die wonen op de zorgboerderij beschikken over een WLZ indicatie voor verblijf inclusief dagbesteding, exclusief behandeling (ZZP VG3, 4 6 of 7). Vanaf 2023 bieden we geen VG 7 plekken meer aan vanwege de component behandeling welke bij dit pakket komt kijken, en die wij niet als organisatie zelf kunnen bieden.

In de dagbesteding bieden we ook plek aan cliënten die elders woonachtig zijn. We bieden verder ook individuele begeleiding aan huis, middels VPT, MPT en individuele begeleiding via de WMO.

Stichting AZOV heeft een tweekoppig bestuur en een Raad van Toezicht die uit 3 personen bestaat.

Organogram Stichting AZOV:



De zorg wordt geboden door het zorgteam, dat bestaat uit persoonlijk begeleiders (PB'ers) en begeleiders. Ze werken nauw samen met de begeleiders van de buitendienst die de dagbesteding op het erf begeleiden. Het team wordt aangestuurd door de manager. Daarnaast is er ondersteuning van onze GZ-psycholoog en wordt er samengewerkt met de

huisartsen, fysiotherapeuten en een diëtiste. Ook in 2022 hebben we gebruik gemaakt van een arts VG.

De missie en visie van Stichting AZOV is in 2020 herschreven en is in januari 2021 in de MT vergadering goedgekeurd, de inhoud willen we graag met u delen:

### **Missie**

Iedere cliënt is een uniek persoon die zelf richting geeft aan zijn leven. SAZOV biedt cliënten met een verstandelijke beperking de mogelijkheid om binnen een huiselijk en veilig klimaat hun eigenwaarde te vergroten, samenzijn te ervaren en mogelijkheden te ontplooien. Binnen de kaders van het maatschappelijk verantwoorde worden cliënten gestimuleerd tot zelfzorg, zelfstandigheid, zelf keuzes leren maken en verantwoordelijkheid durven en kunnen nemen. Door professionele ondersteuning op het gebied van wonen, werken en welzijn leveren wij zo een bijdrage aan de persoonlijke levenskwaliteit van de cliënt.

### **Visie**

Stichting AZOV ziet gezondheid als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, ondanks sociale, fysieke en emotionele uitdagingen die het leven geeft (Huber, 2018). Wij bieden mensen met een verstandelijke beperking ondersteuning op hun pad naar deze gezondheid of bij het behouden van deze gezondheid.

Cliënten van Stichting AZOV leveren in hun dagbesteding een bijdrage aan de werkzaamheden op en rond de boerderij. De samenwerking met commerciële bedrijven op ons eigen terrein zorgt voor een beschermde werkplek, waar een ieder zijn bijdrage kan leveren waardoor er een veilig leerklimaat aan ieder individu geboden kan worden.

Een relatie op basis van wederzijds respect en vertrouwen is van essentieel belang om te zorgen dat de cliënt zich veilig en thuis voelt. Wij “zorgen dat ... in plaats van zorgen voor...” en bieden ondersteuning aan de client, zonder de zelfstandigheid van de cliënt te ondermijnen. Ons team van professionals is door transparantie vanuit bestuur, de kleinschalige setting en hechte overlegstructuur, nauw betrokken bij de continue ontwikkeling waarin SAZOV verblijft. Door scholing, oog voor eigen kwaliteiten, ambitie en interesse houdt SAZOV de medewerkers betrokken, bekwaam en enthousiast.

Medezeggenschap voor cliënt en professional zien we als een vanzelfsprekendheid en heeft toegevoegde waarde in de kwaliteit en doelmatigheid van zorg en dienstverlening. SAZOV staat voor het leveren van goede zorg volgens duidelijk beschreven en besproken waarden en normen door een hecht team van professionals, aangestuurd door een betrokken en verantwoord bestuur. Stakeholders zijn betrokken en zijn tevens onze sparringpartners en toetsing bij ons streven naar verdere ontwikkeling. Middels deze uitgangspunten heeft de Governancecode Zorg binnen Stichting AZOV een plek in de kern van onze bedrijfsvoering.

Onze dienstverlening resulteert in:

- Tevreden cliënten
- Tevreden medewerkers
- Veilige woon- en werkplek
- Een gezonde bedrijfsvoering
- Nauwe samenwerking en goede verstandhouding met stakeholders
- Een gewaardeerde partner in de samenleving binnen de Krimpenerwaard

### **Kernwaarden**

**Betrokken, Ondersteunend en Dichtbij** zijn de kernwaarden van Stichting AZOV. Vanuit deze waarden benadrukken wij onze missie en visie.

Wij zijn **Betrokken** bij onze client, onze collega's en onze organisatie

Wij zijn **Ondersteunend** aan elkaar, we motiveren en stimuleren om het zelf te proberen maar...

Wij zijn **Dichtbij** om te helpen als dit nodig is, om te praten over wat moeilijk is of om mee te denken en te werken

### **Privacy**

Stichting AZOV handelt in overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming en neemt privacy regels m.b.t. de cliënten in acht.

### 3. Kwaliteit van zorg

#### 3.1 Zorgproces rondom de individuele cliënt

Elke cliënt van Stichting AZOV heeft een ondersteuningsplan (OP). Dit ondersteuningsplan wordt door de persoonlijk begeleider (PB'er) zoveel mogelijk samen met de cliënt geschreven. Elk jaar wordt het ondersteuningsplan besproken in een gesprek met alle mensen die belangrijk zijn voor de bewoner. Tijdens dit gesprek worden de doelen en afspraken van het oude plan geëvalueerd en nieuwe afspraken en doelen worden opgesteld en in het nieuwe plan vastgesteld. Het zorgproces staat beschreven in ons Kwaliteitshandboek.

Een van de kwaliteitsdoelstellingen voor 2022 was een 'werkbaar OP format'. Dit doel is nog niet behaald. Door een incompleet team (langdurig verzuim) lag de focus gedurende de eerste helft van het jaar vooral op continuering van zorg. Eind 2022 was het team op formatie sterkte en zijn de werkzaamheden aan het OP-format weer opgestart en hier gaan we in 2023 mee door. Daarbij wordt ook uitgekeken naar de handreiking Ondersteuningsplannen die vanuit VGN in 2023 wordt gepubliceerd.

#### 3.2 Ruimte die cliënten krijgen rondom de eigen regie

- **Teaminbreng:** cliënten worden een paar keer per jaar in het teamoverleg of in het PB overleg besproken. De PB'er bespreekt de doelen van de afgelopen periode: Hoe gaat het hiermee. Daarnaast kijken PB'er en cliënt of er wijzigingen in het signaleringsplan zijn, zijn de begeleidingsafspraken gewijzigd en zijn er veranderingen in de vrijheidsbeperkende maatregelen (als die van toepassing zijn).
- **OP gesprek:** minimaal één keer per jaar voert PB'er samen met de cliënt, verwanten en de GZ psycholoog een OP gesprek en wordt het OP gewijzigd indien nodig.
- **Cliëntenraad:** Een keer per 6 weken is er een cliëntenraadoverleg. Hierbij zijn de cliënten vrijwillig aanwezig. Zaken rondom wonen en werken worden besproken. Ook zaken die bijvoorbeeld uit een werkoverleg van de medewerkers komen worden hier besproken.
- **Cliëntvertrouwenspersoon:** Stichting AZOV was aangesloten bij het LSR (stichting LSR, landelijk steunpunt medezeggenschap). Er is een cliënt vertrouwens persoon (Wkkgz) waar de cliënten kunnen aankloppen als zij er niet uitkomen met de begeleiding.
- Vanaf begin 2021 heeft Stichting AZOV via het zorgkantoor een **Cliëntvertrouwenspersoon WzD** (wet Zorg en Dwang) toegewezen gekregen voor alle zaken rondom onvrijwillige zorg. Deze CvP zal samenwerken met de CvP van het LSR zodat er voor de cliënten één aanspreekpunt is.

Uit het rapport van het LSR over 2022:

In 2022 zijn er door de cliënten of vertegenwoordigers geen persoonlijke kwesties, meldingen van onvrede, klachten of vragen om specifieke informatie voorgelegd aan de vertrouwenspersoon.

**Werkzaamheden vertrouwenspersoon:**

De vertrouwenspersoon heeft in het jaar 2022 twee keer een locatiebezoek afgelegd. Tijdens dit bezoek zijn op laagdrempelige wijze gesprekken met verschillende cliënten gevoerd.

**Bereikbaarheid van de vertrouwenspersoon**

De vertrouwenspersoon was op de volgende manieren bereikbaar voor de cliënten en hun vertegenwoordigers: • Op werkdagen dagelijks bereikbaar via een mobiel telefoonnummer (met voicemail en WhatsApp) en per mail. • Tijdens vakantie van de LSR-vertrouwenspersoon neemt een collega van het LSR waar. Via de voicemail en per mail wordt men doorverwezen. • De cliënten zijn in het bezit van een flyer van de vertrouwenspersoon.

### 3.3 Wet Zorg en Dwang (WzD)

Vanaf 1 januari 2020 zijn voor de Wet BOPZ (Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen) twee nieuwe wetten in de plaats gekomen, te weten: de Wet zorg en dwang (Wzd) en de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz). Stichting AZOV beschrijft in het beleidsplan WzD hoe Stichting AZOV, de WzD geborgd heeft in de dagelijkse zorg aan haar cliënten.

#### *Kern van de Wzd*

De Wzd gaat uit van het principe 'Nee, tenzij'. De zorg voor mensen met een verstandelijke beperking dient zoveel mogelijk op vrijwillige basis plaats te vinden, tenzij dit niet anders kan. Wanneer een vrijwillig alternatief niet gevonden kan worden, dan dient een zorgorganisatie een stappenplan te doorlopen waarbij de situatie goed wordt geanalyseerd door een multidisciplinair team en externe deskundigheid.

Stichting AZOV biedt op dit moment geen onvrijwillige zorg.

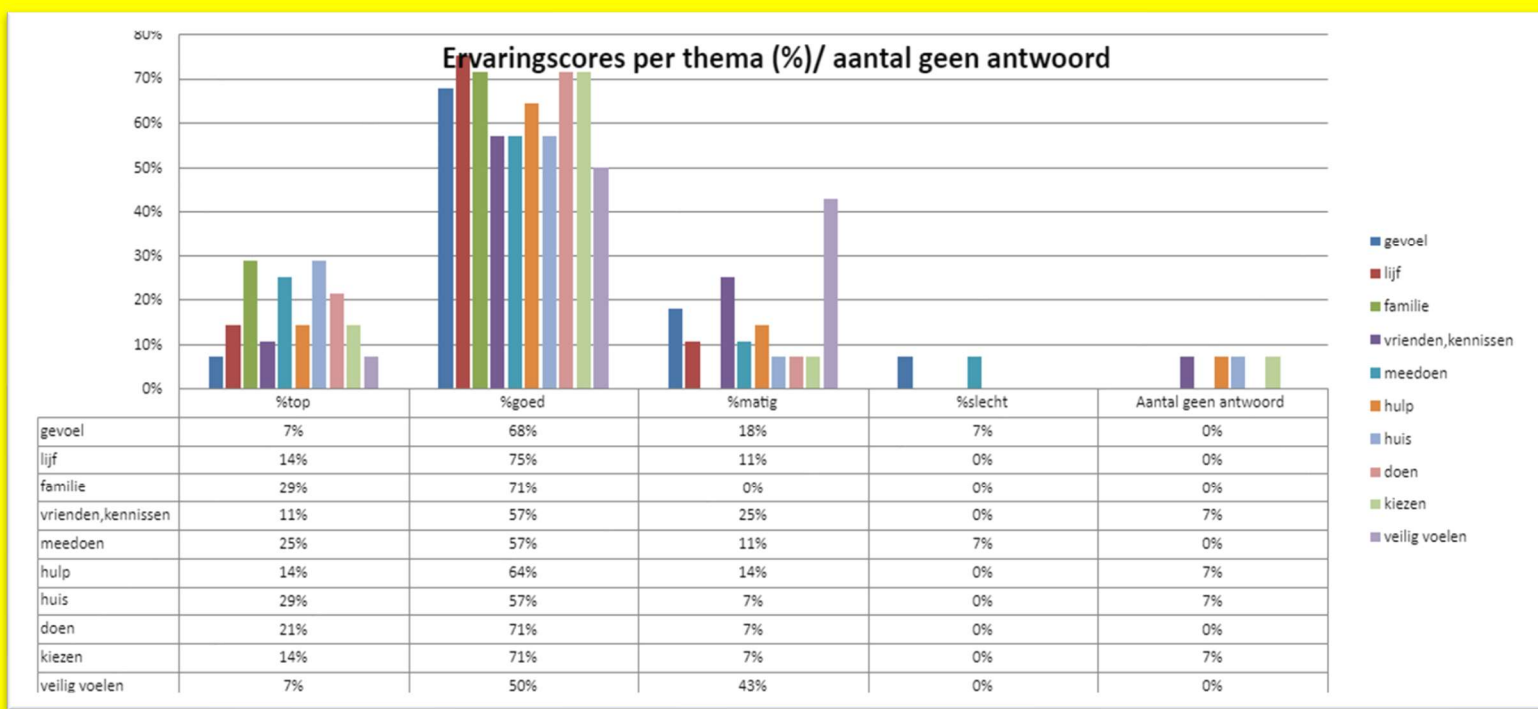
Om te kunnen bepalen of de cruciale processen waarin risico's zijn gesignaleerd juist worden uitgevoerd was een van de prestatie-indicatoren in ons kwaliteitssysteem in 2022:

“Het team is zich bewust dat Stichting AZOV geen WZD-maatregelen hanteert en draagt dit uit in dagelijkse begeleiding.”

Steeds meer teamleden zijn zich bewust van sturende afspraken en regels die in de afgelopen jaren zijn ingevoerd om de groep in toom te houden. Na veelvuldige gesprekken in teamverband maar ook in 1 op 1 gesprekken, wordt men bewuster van het feit dat begeleiden ook op een andere manier kan. Bewoners worden meer keuzes aangeboden, er wordt meer naar hen geluisterd en de cliëntgroep beslist zelf over grote zaken. Een aantal medewerkers vinden het nog lastig en vervallen soms in oud gedrag maar nu zijn er steeds meer collega's die hen hierop wijzen



### 3.4 De ervaringen van de cliënten



In 2022 zijn de cliënten gevraagd naar hun tevredenheid door middel van de lijsten van Dit Vind Ik Er Van. De cliënten geven aan nog steeds tevreden te zijn over hun verblijf op Zorgboerderij Vlist en de zorgverlening van SAZOV.

Vooraf Veiligheid is een punt wat bij hen naar voren kwam in 2022. Cliënten hebben zich minder veilig gevoeld door het grillige gedrag van 1 medecliënt, ze zagen wel dat het met hem zelf niet goed ging maar voelden zichzelf hierdoor niet altijd veilig. Wel geven ze aan dat ze de inzet van het team en de organisatie hebben gezien om deze situatie voor allen zo snel en goed mogelijk te begeleiden en weg te nemen, maar ze hebben er wel last van gehad.

Ook is er een duidelijk patroon zichtbaar dat ouders en verwanten andere zaken belangrijk vinden of anders ervaren dan de cliënten zelf. Hoewel sommige ouders wettelijk vertegenwoordiger zijn, zijn de cliënten leidend voor Stichting AZOV. Ouders verwachten soms sturende inzet vanuit Stichting AZOV, wat schuurt met Wet Zorg en Dwang-maatregelen die wij niet op mogen en willen leggen. Dit niet kunnen voldoen aan de verwachtingen, of het op zijn minst verschil in visie tussen ouders en SAZOV, is een belangrijk speerpunt voor 2023. Als wij meer inzicht geven in de wensen van

“Vaak voel ik me veilig, maar soms vind ik sommige bewoners agressief. Dat vind ik niet fijn. gezellige sfeer en een veilig gevoel op de groep. Hierdoor trek ik mezelf terug “

cliënten en inzicht geven over de regels en richtlijnen waarbinnen wij ons dienen te bewegen, zal dit wellicht meer duidelijkheid geven aan ouders en zullen zij hun wensen en ideeën wat aan kunnen passen aan de behoeftes van de cliënt en de mogelijkheden van SAZOV.

### 3.5 Samenspel in zorg en ondersteuning

“Ik (wij) zijn er trots op hoe B. zich heeft ontwikkeld en hoe hij het allemaal doet. Zijn 'huisje', de boerderij, zijn werk, zijn reizen. Blijf vooral genieten!”

Stichting AZOV onderschrijft het belang van een goede relatie tussen cliënten en medewerkers en tussen medewerkers onderling. De lijnen zijn kort en de doelstelling is dat zowel cliënten en hun verwanten als ook de medewerkers zich gehoord voelen. Daarnaast probeert Stichting AZOV ook vrijwilligers te betrekken bij de cliënten en hun activiteiten zodat de cliënten ook activiteiten naast de dagbesteding kunnen blijven doen. Hiervoor zijn vrijwilligers echt belangrijk. Onze vrijwilligers hebben ook allemaal een VOG verklaring.

- De relatie en samenwerking met familie en naasten van cliënten is van belang. Cliënten en verwanten worden nauw bij het zorgproces betrokken o.a. bij OP gesprekken. Voor OP gesprekken hebben we alternatieven zoals beeldbellen bedacht wanneer een fysieke bespreking niet mogelijk is. In 2021 is er een begin gemaakt om de gesprekslijsten van DVIE ook door familie of verwanten in te laten vullen. Het gaat dan om de vragenlijst ‘Ik zie en vertel’ en ‘Ik bereid me voor’. De vragenlijsten zijn ook in 2022 nog lang niet door alle verwanten ingevuld of ze hebben vragenlijst nog niet aangeboden gekregen en ook zijn ze nog niet allemaal volledig ingevuld. Dit willen we voor 2023 verder gaan uitrollen. Opvallend is dat verwanten zich vooral zorgen maken of niet tevreden zijn over het ‘meedoen, huis, lijf, hulp, vrienden en kennissen’. Ook is een constatering dat de ervaringen van ouders / verwanten vaak verschillen van die van hun kind. Het betreft dan met name punten als meedoen en lijf. Ouders hebben andere doelen dan onze cliënten en ervaren zaken anders.

- Goede communicatie is belangrijk en Stichting AZOV probeert ook hier de lijnen kort te houden en de familie en verwanten te betrekken bij de Zorgboerderij.
- Er wordt voor de bewoners een keer per 6 weken een cliëntenraadoverleg georganiseerd waarin allerlei zaken rondom wonen en werken worden besproken en deze worden ook weer naar het team teruggekoppeld.
- Kwaliteitsmedewerker sluit 1 keer per jaar aan bij het cliëntenraadoverleg om het thema kwaliteit en kwaliteitsrapport te bespreken en te bespreken hoe de cliënten over kwaliteit van de zorg denken die zij bij Stichting Azov krijgen en geeft daar ook aan dat zij altijd te benaderen is wanneer cliënten opmerkingen of vragen hebben. Mede omdat de stichting een kleinschalige organisatie is weten de cliënten goed waar ze terecht kunnen met vragen.

- Bijeenkomsten met familie en verwanten waren in 2022 weer mogelijk, de meeste OP gesprekken zijn weer 'live' geweest en er waren 2 NL Doet dagen waar vrijwilligers en verwanten weer welkom waren.



- In juni 2022 is er een regiomarkt georganiseerd op het erf waar een aantal lokale ondernemers een kraampje hadden gehuurd en verkochten de cliënten hun eigen producten in een eigen kraam, waarbij de opbrengst van de markt naar de Stichting Vrienden van Zorgboerderij Vlist is gegaan.
- In oktober 2022 vierden we het 12,5 jarig bestaan van Stichting AZOV met een barbecue met cliënten, familie en verwanten, personeel, RvB en RvT buiten op het erf. Wat was het fijn om elkaar in het echt te zien!
- 3 á 4 keer per jaar wordt er een nieuwsbrief verstuurd naar familie/verwanten en vrijwilligers.
- Stichting AZOV houdt cliënten, ouders en verwanten op de hoogte wanneer er belangrijke informatie te delen is die niet kan wachten tot de nieuwsbrief.
- Stichting AZOV gebruikt het ECD van Zilliz. Er wordt onderzocht in hoeverre verwanten ook inzicht en toegang tot dit systeem gaan krijgen. In 2021 heeft een teamlid een begin gemaakt om te onderzoeken hoe er meer gebruik gemaakt kan worden van de mogelijkheden die Zilliz biedt. Zo heeft ze de 'Dit vind ik ervan' vragenlijst geïntegreerd in Zilliz. Het is nog niet gelukt om cliënten en hun verwanten toegang te geven tot Zilliz, hier wordt nog aan gewerkt. Oorzaak hiervan is dat Zilliz hier volledig nieuw voor ingericht dient te worden. Dit punt is erg tijdrovend en er is door het hoge verzuim in het team nog geen tijd voor gevonden.

### 3.6 Veiligheid

Stichting AZOV vindt het belangrijk dat zowel de cliënten als de medewerkers zich veilig voelen op de boerderij.

- In de map afspraken en signaleringsplannen, zorgdossiers in computer en in map OP worden specifieke individuele risico's van cliënten beschreven en zijn er per cliënt fase plannen. Deze worden ook actueel gehouden.
- MIC (melding incidenten) en MIM (melding incidenten medewerkers) worden bijgehouden en per kwartaal wordt er een analyse gemaakt van de incidenten die zijn

geweest en wordt er in de werkbespreking besproken hoe we incidenten en medicatiefouten kunnen voorkomen. MIC meldingen worden indien nodig met de GZ psycholoog besproken.

Uit het KMS:

|   |   |
|---|---|
| <p>Doel:</p> <p>Frequentie medicatiefouten terugdringen door andere toediening en bijscholing</p> | <p>Status</p> <p>Alle medewerkers hebben bijscholing gevolgd, medicatiefouten zijn licht verminderd maar nog niet volledig aangepakt. Q1 2023 implementatie digitaal toedieningssysteem</p> |
|---|---|

- In het kader van de AVG wet is Stichting AZOV in 2020 bezig geweest met de informatieveiligheid: We hebben een aantal nieuwe computers gekregen, de beveiliging is opgeschroefd en we werken met het Sharepoint systeem in de 'Cloud'. Naast alle computers hangt of ligt er een informatie kaart van de Computerwacht met instructies rondom 'veilig werken'. Een van de medewerkers heeft in 2020 een AVG cursus gevolgd en houdt nieuwe informatie rondom richtlijnen in de gaten.
- Een keer per jaar wordt er een brandoefening gehouden met bewoners en medewerkers.
- Alle vaste begeleiders hebben een BHV en medicatie cursus gevolgd, een aantal hebben ook een epilepsie cursus gevolgd. In 2022 heeft iedereen de cursus Basis Medicatiekennis gevolgd, Q1 en Q2 2023 volgt iedereen Medicijn groepen Gehandicaptenzorg- Psychische Aandoeningen en in Q3 en Q4 Epilepsie
- Een keer per jaar is er een overleg met de huisartsen praktijk.
- Voor wat betreft gezondheid en hygiëne: Stichting AZOV heeft een beheersplan legionella preventie. Dit wordt twee keer per jaar gecontroleerd door IMMOLAB.
- RI&E inventarisatie via Stigas is gedaan en er is een plan van aanpak is gemaakt waar SAZOV mee verder kan. De laatste actiepunten moeten nog afgerond worden.
- Veilig mailen via Zivver kan via het kantoorpersoneel.

### Afwijkingen in 2022 (uit de directie beoordeling)

#### Afwijkingen en corrigerende maatregelen

Een opvallende trend in de gesignaleerde afwijkingen blijft de legionella overschrijdingen in het waterleidingssysteem. Na een heel jaar met controles, werkzaamheden door Snoei en overleggen met Immolab, krijgen we eind 2022 dan eindelijk de bevestiging dat de waardes nu goed zijn. Eind 2022 mogen we dit probleem als opgelost beschouwen, 2023 starten we zonder extra maatregelen en wachten we de reguliere halfjaarlijkse monsterafnames vanuit Immolab af.

Helaas is het aantal medicatiefouten in 2022 niet veel verminderd, ondanks de scholing voor het gehele team en het herhaaldelijk bespreken van dit probleem is er maar een lichte afname in incidenten merkbaar.

Een grote afwijking in de financiële status is helaas een onverwachte naheffing van de verzuimpremie. Ook een aankondiging van verdere prijsstijging van de verzuimpremie, een flinke huurverhoging voor de panden gehuurd van Zorgboerderij Vlist B.V. en gedwongen leegstand in Q1 van 1 kamer, maakt dat 2023 een jaar wordt waarin verdere groei in dagbesteding cliënten zeer wenselijk is.

### 3.7 De medewerkers

Stichting AZOV is een zelfstandige stichting met een bestuur en een Raad van Toezicht. Per 1 mei 2020 is er een manager aangenomen, zij is verantwoordelijk voor de dagelijkse leiding op de boerderij. Het team, dat bestaat uit persoonlijk begeleiders en begeleiders is verantwoordelijk voor de zorg aan de cliënten. Ze worden geadviseerd door een GZ psycholoog. Verder bestaat de formatie uit een administratief medewerkster en een kwaliteitsmedewerker. Alle medewerkers zijn professioneel opgeleid en hebben ruime ervaring in de zorg. Totaal gaat het om 11 fte. Daarnaast ondersteunt een bedrijfsadviseur de stichting op het vlak van zorginkoop, declareren, financiering en wetgeving. Per 1 januari 2020 maken we gebruik van een arts VG.

Ook in 2022 kreeg Stichting AZOV te maken met een hoog ziekteverzuim, waaronder een aantal langdurig zieken. Het was een uitdaging om het rooster rond te krijgen. Het verzuimpercentage lag op 7,33 % waarbij het om 5 meldingen met lang verzuim ging en 3 meldingen van kort verzuim. Eind 2022 waren de meldingen m.b.t. langverzuim opgelost en is het team aangevuld met nieuwe invallers en was het team weer op orde.

#### **Deskundigheidsbevordering**

Jaarlijks begroot Stichting AZOV een bedrag van tenminste 2% van de totale loonsom per jaar voor scholing van de medewerkers. Medewerkers wordt gevraagd om actief mee te denken en suggesties te doen m.b.t. scholings- en ontwikkelingsbehoeften voor de organisatie als geheel en voor hen als persoon. Het doel deskundigheidsbevordering is in 2022 gehaald: Teamtraining heeft plaatsgevonden m.b.t. agressie hantering, weerbaarheid en communicatie, nieuwe medicatietraining is in eerste kwartaal van 2022 uitgerold, er zijn verschillende webinars gevolgd, BHV-trainingen zijn gevolgd en in de team overleggen worden veilig incident melden, medicatiebeleid, meldcode huiselijk geweld/kindermishandeling en WzD besproken.

#### **Teamdag/reflectie:**

Het team heeft o.l.v. coaches van Careflex een training agressiehantering, weerbaarheid en communicatie gevolgd. Deze dagdelen werden afgesloten met reflectie over elkaars positieve en verbeterpunten.

In september was er in het kader van het 12,5 jarig bestaan van de stichting een teambuildingsdag in Volendam. Dit was niet allen een heel gezellige dag, maar ook nuttig door allerlei team opdrachten.

### **Vertrouwenspersoon**

Stichting AZOV is bij Facit aangesloten. Sinds 2016 vervult Facit voor de stichting de functie van medewerkersvertrouwenspersoon. Omdat er sindsdien veel nieuw personeel is gekomen werd Sabine van Pelt uitgenodigd om bij de teamvergadering van 14 april 2022 aanwezig te zijn en heeft ze uitgelegd wat haar functie inhoudt.,

De vertrouwenspersoon kan worden geraadpleegd door medewerkers als ze ongewenst gedrag ervaren. De vertrouwenspersoon biedt een luisterend oor, is klankbord en kan adviseren. Ze kan ook ondersteuning bieden bij gesprekken met leidinggevenden of bij het doen van een formele melding. Het gaat om zaken van vertrouwelijke aard. Het gaat niet om een arbeidsconflict. Het is vertrouwelijk. Er wordt wel een dossier aangemaakt, je blijft zelf eigenaar van je melding. Vrijwilligers of stagiaires kunnen ook gewezen worden op vertrouwenspersoon. Via kantoor is Sabine het best te bereiken. Haar gegevens zijn te vinden op intranet Zilliz onder vertrouwenspersonen.



### **Medewerkerstevredenheidsonderzoek**

In mei 2022 is er een medewerkerstevredenheidsonderzoek uit gezet onder het personeel. Bij de uitkomsten was er onderscheid gemaakt in personeel onder de 35 jaar en personeel boven de 35 jaar. De uitslag van het onderzoek was heel positief, maar er bleek wel verschil in uitkomsten onder de 35 jaar en boven de 35 jaar. Bij uitslagen onder de 35 jaar scheelt het soms 1,5 punt. Naar voren kwam o.a. dat er weinig doorgroeimogelijkheden zijn, maar dat de werkinhoud wel voldoende is. Opvallend is dat 100% van de medewerkers heel trots is op het werk en de kwaliteit van zorg die geleverd wordt.

In de één op één gesprekken die gevoerd gaan worden in 2023, worden de uitkomsten meegenomen.

#### 4. Verbeteringen n.a.v. het kwaliteitsrapport uit 2021

In het vorige kwaliteitsrapport hebben we een aantal verbeterpunten opgegeven, wat is hier mee gedaan:

Uit de directiebeoordeling kwamen de volgende actiepunten voor 2022 naar voren:

| Actie   | Status                                  |
|---|---|
| Meer werkbaar OP-format   | In ontwikkeling                         |
| Frequentie medicatiefouten terugdringen door andere toediening en bijscholing | In ontwikkeling                         |
| Structurele oplossing voor te hoge meetwaarden legionellarisico               | Afgerond                                |
| Contacten uitbreiden andere zorgaanbieders                                    | In ontwikkeling                         |
| Uitbreiden dagbesteding (clientplekken en qua locaties/werkzaamheden)         | In ontwikkeling (groei blijft doorgaan) |
| Groeien in aantal dagbesteding cliënten                                       | In ontwikkeling (groei blijft doorgaan) |
| Lancering nieuwe website  | Afgerond                                |
| ZilliZ inrichten  | In ontwikkeling                         |
| Schonen oud documentsysteem   | In ontwikkeling                         |
| Passende haalbare indicatoren stellen   | Jaarlijks terugkerend                   |
| Digitaal medicatietoedieningssysteem vinden                                   | Afgerond (uitrol Q1 2023)               |
| Telefonie/computers bij 1 aanbieder   | Afgerond                                |

#### Daarnaast wilde Stichting AZOV zich ook gaan richten op:

- Toekomstbestendigheid t.a.v. ouder wordende cliënten. Dit is een aandachtspunt dat in het gesprek met het zorgkantoor naar voren kwam. In eerste kwartaal 2023 begint een HBO stagiair met onderzoek naar de ouder wordende cliënt. Hoe richt je de zorg in naar de behoeftes van de ouder wordende cliënt.
- Aandachtspunt feedback geven in team. Dit kwam ook naar voren in het rapport van de inspectie. In 2022 is er coaching geweest m.b.t. communicatie binnen het team, dit blijft een doorlopend aandachtspunt.
- Uitrollen DVIE gesprekslijsten naar ouders en verwanten. Hier is een begin meegemaakt, maar het kan nog uitgebreid worden.
- Plannen reflectiebezoek bij collega instelling. In september zijn bestuurder, manager en kwaliteitsmedewerker op bezoek geweest bij een collega instelling.

## 5. Reflectie, visitatie en gesprekken

### Samenvatting van het reflectiebezoek 'Dit zien wij' op 7 februari 2022

Het bezoektteam bestond uit de volgende deelnemers (naam/ organisatie): Ian Middel, 's Heeren Loo, Karen van Vessem, Kentalis. De ontvangende organisatie was: Stichting Agrarische Zorgonderneming Vlist.

**Context:** Welke zaken spelen in de organisatie die relevant zijn m.b.t. het reflectiebezoek. Als er eerder een reflectiebezoek heeft plaatsgevonden: zijn er zaken opgepakt, hoe is de ontwikkeling verder gegaan:

Kleine setting is prettig door korte lijnen. Vanuit het vorige bezoek zijn er zaken opgepakt zoals een kwaliteitsmedewerker met DVIE in de portefeuille. Hierdoor is er meer zicht op de uitvoering en worden daadwerkelijk rapporten gemaakt van de opbrengsten.

**Randvoorwaarden:** In welke mate zijn de randvoorwaarden uit het Kader in de organisatie geregeld. Zoals: 1) aansluiting van de aanpak bij de visie en besturingsfilosofie van de organisatie. 2) Voldoende tijd/ondersteuning voor medewerkers om zich de aanpak eigen te maken. 3) Een omgeving waarin medewerkers én cliënten in staat worden gesteld continu te mogen leren en ontwikkelen. 4) Een logische plaats in het geheel van kwaliteitsactiviteiten van een organisatie, bv teamreflectie.

De visie en de aanpak passen bij elkaar. De aanpak is voldoende eigen gemaakt en het vraagt nog aandacht voor de hoe; bij elkaar kijken hoe ze de dialoog en het vastleggen doen. Er lijkt een goed leerklimaat te zijn. De PB' ers zijn bij een andere organisatie geschoold. Er is een verdiepingscursus gedaan en er is aandacht voor de aanpak in de vergaderingen (cliënt en team) en de methodische cyclus van het ondersteuningsplan. Tevens worden er stappen gemaakt om in het ECD de dialoog opbrengst vast te leggen, dit wordt nu nog getest. De kwaliteitsmedewerker maakt sinds kort jaarlijks rapporten vanuit de opbrengst van de dialogen.

Verder werden toerusting, toepassing, benutten van de opbrengst, inbedding, meerwaarde voor de cliënt, meerwaarde voor de medewerker, meerwaarde voor de organisatie en meerwaarde voor de externe stakeholder besproken.

Waarbij o.a. naar voren kwam dat vragenlijsten nog wel als lijst worden ingevuld van boven naar beneden, dit mag wel met iets meer verdieping en wellicht opener in de vraagstelling

Cliënten geven aan dat zij zich vrij voelen om alles te mogen zeggen tegen begeleiders. PB-er benoemt dat een cliënt had aangegeven dat hij liever iets met een mannelijke collega wil bespreken, hier is naar geluisterd en opgepakt door het team. Vooral "ik vertel" wordt gebruikt, men is nu zoekende hoe om te gaan met "ik zie en vertel", hoe kun je duiden wat de verwanten aangeven. We zien ook een worsteling hoe je dan met die verwanten de dialoog aangaat, hoe kun je wegblijven van hetgeen je ziet in de praktijk en aansluiten bij ouders.



Er wordt jaarlijks een kwaliteitsverslag gemaakt, dit wordt ook besproken met medezeggenschap maar nog te weinig met het team. Ook hierbij kan de menukaart helpend zijn.

Door met DVIE te werken worden medewerkers uitgedaagd om nieuwe dingen te willen ontdekken over de cliënten, open staan voor een “andere manier van werken”. Focus ligt ook op wat goed gaat, niet alleen bij wat anders kan. Naarmate het reflectiebezoek vordert ontdekken we (doordat aangegeven wordt dat alleen PB-er en GZ psycholoog dialogen voeren met cliënten) dat PB’ers plannen en gesprekslijsten van andere cliënten dan hun “eigen” cliënten niet/ te weinig lezen, dat er een risico zit in het duiden van hetgeen de cliënt aangeeft, of dit breed genoeg getoetst is of de interpretatie van de PB-er is. Door middel van de vragen set in de menukaart hier aandacht voor te hebben, worden zij hier bewuster van.

Er is bij Stichting AZOV behoefte om met andere kleine organisaties ervaringen uit te wisselen. PB’er was erg open over zaken die goed en niet goed lopen en gaf regelmatig aan met welke dingen ze graag mee aan de slag wil gaan in het team.

### **Bezoek aan de Witte Hoeve**

Via het zorgkantoor heeft Stichting AZOV namen van een aantal gelijksoortige zorginstellingen door gekregen. Op 5 september 2022 hebben bestuurder, manager en kwaliteitsmedewerker een bezoek gebracht aan de woon/dagbestedingslocatie van de Witte Hoeve, Gemertseweg 26, Oploo en is er gesproken met de 2 bestuursleden en een kandidaat bestuurslid van de Witte Hoeve.

De Witte Hoeve is een kleinschalige woon- en zorgboerderij voor mensen met een matige tot ernstige verstandelijke beperking, zowel mobiel als immobiel en veel al gepaard gaand met moeilijk verstaanbaar gedrag. De boerderij is gelegen in het buitengebied van Oploo. De Witte Hoeve is in juni 2000 opgericht, toen nog alleen voor dagbesteding, In 2010 is er een 24-uurs voorziening bijgekomen waar nu 16 zorgvragers wonen, verdeeld over 3 woningen. Eind 2020 is er gekozen om een derde locatie aan te kopen. Vanaf april 2021 wordt hier dagbesteding aangeboden in combinatie met paardrijden. (uit kwaliteitsrapport 2021)

Er is gesproken over hoe de organisatie in elkaar zit en waar je als kleine organisatie tegenaan loopt.

- Bestuurders van de Witte Hoeve zijn in dienst van een beheer BV, daarnaast is er een stichting die over de zorg gaat. Stichting AZOV is een stichting met 2 bestuurders en een RvT.

-Personeelstekorten: de Witte Hoeve gaat niet uitbreiden i.v.m. personeelstekorten. Ze hebben veel VG 7 cliënten. De Witte Hoeve wil zo weinig mogelijk invallers inzetten, ze hebben op dit moment 2 vacatures. Stichting AZOV maakt gebruik van een vaste invallerspoule en maakt als het echt noodzakelijk is gebruik van 2 vaste uitzendbureaus. De Witte Hoeve had qua bezetting in 2021 23,2 Fte, waarbij Stichting Azov 11 Fte heeft ingezet. De Witte Hoeve heeft veel VG 7 cliënten en meer dagbesteding, dat het verschil in Fte verklaard.

- Duurzaamheid, CO 2 routekaart

De Witte Hoeve heeft een zonnepark, doen aan recycling en hergebruik en aan afval scheiden. “Wat we doen schrijven we op, meer kunnen we niet doen”. Stichting AZOV heeft ook zonnepanelen en is aan het onderzoeken wat er gedaan moet worden m.b.t. de CO2 routekaart die vanuit het zorgkantoor is opgelegd.

- Rapportage systeem: De Witte Hoeve maakt gebruik van software pakket Carefriend t.b.v. rapporteren, behandeling en MIC rapportage. Stichting AZOV moet tijd gaan vrijmaken om extern rapporteren mogelijk te maken. Door het personeelsgebrek van afgelopen jaar is daar nog niet aan toegekomen. Stichting AZOV gebruikt het ECD systeem Zilliz.

- Medicatie: Stichting AZOV maakt nog gebruik van papieren lijsten, maar gaat in 2023 over op een digitaal systeem. De Witte Hoeve adviseert een medicatiecursus via het IVM (instituut verantwoord medicatiegebruik) De Witte Hoeve maak gebruik van ToZo skills voor o.a. medicatie e- learning en praktijk cursussen, 2 jaarlijks en dit wordt als heel fijn ervaren.

## 6. Samenvatting en conclusies

Het schrijven van een kwaliteitsrapport t.b.v. het Kwaliteitskader ziet SAZOV als een doorlopend proces waarin er vooral gekeken wordt naar hoe we ons kunnen ontwikkelen.

Wat gaat er goed en wat kan er beter?

### Tips en wensen voor 2023 vanuit de cliëntenraad:

- Fietsenhok is vaak geblokkeerd door auto's: oplossing kan zijn om er een parkeerverbod bordje op te maken.
- Uitzoeken of geluidsplaat bij airco's mogelijk is.
- Kan er iets gedaan worden aan kuil in oprit naar de weg toe.
- Meer duidelijkheid met begeleiden buiten. Soms is er niemand van de begeleiding buiten. Dat is gevaarlijk! Geef aan waar je bent als begeleider. Cliënten moeten niet alleen in de stal staan.
- Er wordt nog veel gebeld tijdens dagbesteding door begeleiders.
- We willen meer uitdaging in de dagbesteding: fijn dat Groen Project van start gaat in

2023.

- Vraag of glasvezel kan worden doorgetrokken naar kamers van cliënten..



### Uit de directie beoordeling van 2022 komen daarnaast de volgende punten die SAZOV meeneemt naar 2023:

|  |  |
|--|--|
| <p>Kansen voor verbetering</p> <p>(kwaliteitsdoelstellingen voor volgend jaar)</p> | <p>-Meer werkbaar OP format</p> <p>-Groeien in aantal dagbesteding cliënten, VPT plekken , WMO begeleiding</p> <p>-Uitbreiden in dagbesteding (zowel op aantal cliëntplekken, als ook qua locaties en werkzaamheden)</p> |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Contacten uitbreiden met andere zorgaanbieders</li> <li>-Hygiëne audit 2023 beter monitoren</li> <li>-Grote audit door externe auditor laten uitvoeren</li> <li>-Wensen en behoeftes van cliënten meer op 1 lijn met ideeën van ouders</li> <li>-Wensen en ideeën van ouders meer op 1 lijn met mogelijkheden van SAZOV</li> </ul> |
| <p>Noodzaak voor wijzigingen in het systeem</p> <p>(aanpassingen in KMS nodig volgend jaar, bijvoorbeeld interne audits)</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-ZilliZ verder inrichten en toegankelijk maken voor derden</li> <li>-Schonen oude documentsysteem</li> <li>-Passende, haalbare indicatoren stellen</li> <li>-Nieuwe werkwijze betreffende verantwoordelijkheden RvT/controleverklaring vastleggen in statuten/KvK</li> </ul>  |
| <p>Behoeftes aan middelen</p> <p>(behoefte aan meer of andere middelen volgend jaar voor behalen doelstellingen?)</p>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Uitrol Boomerweb voor digitaal toedieningssysteem medicatie</li> </ul>   |