



# Kwaliteitsverslag 2023

Versie definitief d.d. 6 juni 2024

<u>INHOUDSOPGAVE</u>	<u>Blz.</u>
1. INLEIDING.....	2
2. STAND VAN ZAKEN VERBETERPARAGRAAF KWALITEITSPLAN.....	3
3. SPECIFIEKE ONDERDELEN.....	10
3.1 Veiligheid.....	10
3.2 Cliëntoordelen.....	19
3.3 Leren en werken aan kwaliteit.....	23

## 1. INLEIDING

Voor u ligt het Kwaliteitsverslag van Zorggroep Tellus over het jaar 2023. We kunnen terugkijken op een goed en geslaagd jaar. Na de goede uitkomsten van de externe Prezo-audits in 2022, hebben in 2023 de tussentijdse externe audits plaatsgevonden, zowel voor de thuiszorg als intramuraal. Ook deze audits zijn heel goed verlopen; beide keurmerken zijn behouden. We krijgen complimenten voor onze persoonsgerichte zorg. Deze is mooi zichtbaar bij de cliënt, in de organisatie en goed vertaald in de dossiers. De cliënttevredenheid is hoog en er wordt bewust en systematisch aan kwaliteit gewerkt. Hier zijn we trots op!

Voor de werking van het Kwaliteitsmanagementsysteem (KMS) van Tellus is een kwaliteitsstructuur actief, bestaande uit kwaliteitsgroepen, -commissies en de Stuurgroep kwaliteit. In 2023 zijn de kwaliteitsgroepen en de (zorginhoudelijke) commissies wederom actief bezig geweest met het evalueren, verbeteren, (toetsing op) implementeren en borgen van beleid, procedures en werkwijzen binnen het eigen aandachtsgebied. Belangrijke documenten die in 2023 in de Stuurgroep kwaliteit zijn vastgesteld zijn onder meer: Voorstel opiatenbeheer met implementatieplan, Beleid ongewenste omgangsvormen en Klachtenregeling medewerkers, Zorgleveringsovereenkomsten intramuraal, ELV en thuiszorg, Rookvrijbeleid, Proces werkbegeleiding, Voorstel signaleringsplan onbegrepen gedrag, Protocol datalekken en beveiligingsincidenten en Griepvaccinatie- en hepatitis B-beleid.

In 2023 zijn de voorbereidingen getroffen voor het invoeren van een nieuw kwaliteitssoftwaresysteem met als onderdeel een documentbeheerssysteem. Begin 2024 vindt de implementatie van dit systeem plaats. Hiernaast is in 2023 het interne auditbeleid van Tellus herzien. Vanuit het nieuwe auditbeleid worden de teams meer verantwoordelijk gemaakt voor hun eigen successen en verbeterproces. In december 2023 en in het eerste kwartaal van 2024 heeft auditscholing plaatsgevonden voor het interne auditteam en begin 2024 vindt de training gespreksvoering voor het auditteam en de teamcoördinatoren plaats. Invoering van het nieuwe auditbeleid zal naar verwachting in het tweede kwartaal van 2024 plaatsvinden.

Op 10 augustus 2023 heeft in de Stuurgroep kwaliteit een themabespreking plaatsgevonden over het nieuwe Kwaliteitskompas 'Samen werken aan kwaliteit van bestaan'. De resultaten van deze bespreking zijn meegenomen in de Kaderbrief 2024 van Tellus. Het Kwaliteitskompas is eveneens besproken in de commissie Kwaliteit en Veiligheid van de Raad van Toezicht. Hiernaast zijn in het verslagjaar in de commissie Kwaliteit en Veiligheid de volgende interessante thema's verdiepend besproken:

- Bekwaam is bevoegd met vervolgbespreking
- Verschuiving van zorg naar welzijn
- 'Dagbesteding zonder stenen', flexibele vormen van ontmoeten in de wijk.

Eind 2022 is het Jaar- en Kwaliteitsplan 2023 van Zorggroep Tellus vastgesteld. Omdat de overlap tussen het jaarplan en het kwaliteitsplan van Tellus groot is én omdat vanaf 2022 de kwaliteitsgelden onderdeel zijn van de ZZP-tarieven 4 t/m 10, is vanaf 2022 het jaarplan van Tellus samengevoegd met het kwaliteitsplan. De inhoud van dit Jaar- en Kwaliteitsplan is gebaseerd op de acht thema's uit het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.

Het Jaar- en Kwaliteitsplan 2023 staat niet op zichzelf, maar is onderdeel van de beleidscyclus van Zorggroep Tellus. Het is een afgeleide van het meerjarenbeleidsplan 2022-2025 'Navigeren op volle Zee' en de Kaderbrief 2023 'Aanmeren in en verbinden met de wijk'. Het Jaar- en Kwaliteitsplan 2023 heeft dan ook overlap met beide documenten.

In dit kwaliteitsverslag wordt de stand van zaken ten aanzien van het Jaar- en Kwaliteitsplan 2023 van Zorggroep Tellus weergegeven. Voor de inhoudsopgave van het kwaliteitsverslag is Bijlage 5 van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg gehanteerd. In het kwaliteitsverslag worden de kwaliteitsontwikkelingen en -resultaten van Tellus belicht. Het kwaliteitsverslag 2023 is aanvullend op het Bestuursverslag en het Verslag interne toezichthouder 2023 van Zorggroep Tellus.

## **2. STAND VAN ZAKEN VERBETERPARAGRAAF KWALITEITSPLAN**

In het Jaar- en Kwaliteitsplan 2023 van Zorggroep Tellus wordt in hoofdstuk 4 de verbeterparagraaf voor 2023 gepresenteerd. In onderstaande tabel wordt de stand van zaken ten aanzien van deze verbeterparagraaf weergegeven. De monitoring van en rapportage over de verbeteracties is onderdeel van (het proces van) de kwartaalrapportage van Tellus.

## STAND VAN ZAKEN VERBETERPARAGRAAF JAAR- EN KWALITEITSPLAN 2023

### Legenda

RvB = Raad van Bestuur

LM = locatiemanager

MFV = manager facilitair en vastgoed

HRA = HR-adviseur

BC = businesscontroller

SB = senior beleidsmedewerker

MT = managementteam

Onderwerp	Deelonderwerp	Beoogd resultaat	Actie-nemer	Stand van zaken
Zorg	Groepsverzorging	Verbeteracties naar aanleiding van de evaluatie van de groepsverzorging zijn doorgevoerd.	LM	Kleine huiskamers gecreëerd op de afdelingen van De Groene Vecht voor kwetsbare bewoners die nog niet naar de Groepsverzorging gaan. De roosteraanpassingen in verband met de huiskamers zijn gerealiseerd.
	Intramurale zorg	Verbeter- en aandachtspunten uit deze Prezo-audit zijn opgepakt	LM	Acties zijn opgepakt en worden maandelijks geëvalueerd in het (team)coördinatorenoverleg. Heraudit Prezo op 13 november 2023 is goed verlopen.
	Dagbesteding	Project 'Dagbesteding nieuwe stijl', is afgerond. Cliënten wordt een meer integraal product geboden, onder meer op basis van samenwerking/afstemming met andere zorgaanbieders en de thuissituatie.	RvB	Het visiedocument 'Dagbesteding nieuwe stijl' wordt in Q1 2024 afgerond.
	Ontmoetingsgroep dementie	Uiterlijk op 1 juli 2023 is het aantal ontmoetingsgroepen uitgebreid met één ontmoetingsgroep.	RvB	Tellus is samen met Wonen Plus Welzijn een tweede Ontmoetingsgroep dementie gestart, in het Nationaal Reddingmuseum Dorus Rijkers te Den Helder. Op 11 januari 2024 zijn de deuren geopend.
	Thuiszorg	Plan van aanpak voor doorontwikkeling (op cliënt- én wijkniveau) is opgesteld.	RvB	Eerste onderdelen voor een plan van aanpak zijn gereed. Verdere voortgang is gestagneerd door het vertrek van de Wijkverpleegkundige.
	Logeren bij Tellus	Het onderzoek naar Logeren bij Tellus is afgerond. Resultaten zijn ingevoerd.	RvB	Is per 1 september 2023 van start gegaan. Evaluatie volgt in 2024.
	VPT/MPT	Onderzoek naar uitbreiding VPT/MPT is afgerond. Resultaten zijn ingevoerd.	RvB	Om te versnellen is hiervoor een tijdelijk externe projectleider aangesteld. Project loopt.
	Kwaliteitseisen Zorginkoop 2023	Kwaliteitseisen Zorginkoop 2023 zijn getoetst en ingevoerd.	SB	In Q3 is gestart met het in beeld brengen en het beoordelen van de kwaliteitseisen voor 2024. Dit loopt door tot begin van 2024. Er wordt gewerkt aan het schematisch in beeld brengen van de eisen zodat dit in 2024 procesmatig en gefaseerd bijgehouden/bijgewerkt en gemonitord kan worden door de Stuurgroep inkoop.

Onderwerp	Deelonderwerp	Beoogd resultaat	Actie-nemer	Stand van zaken
Wonen en welzijn	Activiteiten	Aanbod aan activiteiten is doorontwikkeld, waarbij meer cliënten deelnemen aan andere en externe club- en buurthuisactiviteiten	RvB	Nieuwe visie op welzijn is in Q1 2024 gereed.
	Huiskamer van de wijk	Visie en plan van aanpak voor de 'Huiskamer van de wijk' zijn opgesteld.	RvB	Wordt nog opgepakt vanuit de Kwaliteitsgroep Wijkgericht werken.
	Participatie- en mantelzorgbeleid	Invoering participatie- en mantelzorgbeleid is gestart.	LM	Participatie- en mantelzorgbeleid wordt op 8 februari 2024 geëvalueerd. Zorgmedewerkers vinden het lastig om mantelzorgers te benaderen voor ondersteuning.
	Voeding	Resultaten van het onderzoek naar het nieuwe voedingsconcept zijn geïmplementeerd en geëvalueerd.	MFV	Project Dorus (nieuw voedingsconcept) is herstart. De diverse onderdelen binnen dit project worden uitgewerkt. De verwachte implementatie is uitgesteld naar Q2 2024.
	BHV	Nieuw BHV-beleid is ingevoerd.	MFV	De ontruimingsplannen zijn vastgesteld.
	Vastgoed/ nieuwbouw	De voorbereiding op de nieuwbouw van De Lichtboei loopt volgens plan. Huisvestingsplannen zijn besproken met externe stakeholders.	MFV RvB	Op 27 juli 2023 is de integrale vastgoedvisie en de PvE's van De Bijlweg en De Kerkgracht ter goedkeuring besproken in de RvT. Op dit moment wordt gewerkt aan het VO voor de locaties De Bijlweg en Koningsbrink.
	MVO/duurzaamheid	Plannen op het terrein van MVO/duurzaamheid zijn ingevoerd.	MFV	Het beleidsplan duurzaamheid is vastgesteld waarin de ambities van Tellus zijn weergegeven. De uitwerking van de verschillende mogelijkheden zullen fasegewijs gerealiseerd worden in de periode Q4 2023 – Q4 2024. Het project afvalscheiding is geïmplementeerd per 1 november 2023.
Veilige zorg	Protocollen-commissie	Het jaarplan van de commissie is uitgevoerd.	LM	Pijnprotocol, pestprotocol en richtlijn wondzorg zijn geëvalueerd en vastgesteld. Voor het valpreventieprotocol wordt de feedback vanuit de Kwaliteitsgroep Zorg en Welzijn verwerkt. Voor de Mondzorg zijn afspraken gemaakt voor klinische lessen. De thema's voor 2024 zijn besproken.
	Medicatiecommissie	Het jaarplan van de commissie is uitgevoerd.	LM	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Q1 bekwaam is bevoegd</li> <li>- Q2 medicatie audit, implementatie voorstel opiatenbeheer, werkwijze groepsverzorging, dagbesteding, ELV. Opiatenkluisjes zijn geplaatst op beide locaties. Implementatie loopt</li> <li>- Q3 medicatiebeleid naast huidige principes</li> <li>- Q4 actiepunten audits</li> </ul>
	MI-commissie	Het jaarplan van de commissie is uitgevoerd.	RvB	De MIC-procedure en de Prisma-procedure zijn geëvalueerd, herzien en opnieuw vastgesteld. Leden Prisma-team hebben in september 2023 (aanvullende) scholing gevolgd. Het valpreventieprotocol is besproken; deze wordt aangepast.

Onderwerp	Deelonderwerp	Beoogd resultaat	Actie-nemer	Stand van zaken
				Valpreventie is het komend jaar een expliciet aandachtspunt (prioriteit in het jaarplan).
	Commissie Onbegrepen gedrag	Het jaarplan van de commissie is uitgevoerd.	LM	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Q1 evaluaties casuïstiek</li> <li>- Q2 signaleringsplan, hulpmiddelen. Nieuwe leden geworven vanuit Thuiszorg en Facilitair</li> <li>- Q3 aandacht onvrijwillige zorg op de werkvloer, scholing voor EVV en VP (november 2023) wet zorg en dwang. Akkoord voor invoering signaleringsplan</li> <li>- Q4 dementie en gedrag</li> </ul>
	HI-commissie	Het jaarplan van de commissie is uitgevoerd.	MFV	Coronavirusbeleid, Hygiëneprotocol, Procedure Opslag steriele hulpmiddelen, Algemeen protocol luchtweginfecties en MRSA-protocol zijn geëvalueerd en/of vastgesteld. Auditrapportages besproken en verbeteracties geformuleerd. Voorbereiding klinische les Hygiëne- en infectiepreventie heeft plaatsgevonden.
Leren en ontwikkelen	KMS	Het kwaliteitsmanagementsysteem (KMS) is operationeel. In december 2022 gaat Tellus op voor certificering intramuraal. Verbeteracties zijn opgepakt.	SB	Op 9 mei jl. heeft de tussentijdse Prezo-audit voor de thuiszorg plaatsgevonden, met een zeer mooi resultaat. Op 13 november jl. heeft de tussentijdse Prezo-audit intramuraal plaatsgevonden, eveneens met een positief resultaat. Eerdere aandachtspunten zijn vervallen en er zijn enkele nieuwe aandachtspunten geformuleerd, die worden opgenomen in het Verbeterregister 2024. Beide keurmerken zijn behouden.
	Auditbeleid	Het herziene auditbeleid is geïmplementeerd en geëvalueerd.	SB	Auditbeleid is vastgesteld in de Stuurgroep kwaliteit d.d. 12 juni 2023. Overleg in klein comité over scholing en implementatie van het nieuwe auditbeleid heeft eind juli 2023 plaatsgevonden. Scholing interne auditing vindt plaats vanaf Q4 2023 tot in het eerste kwartaal van 2024, onder meer uitgevoerd door Perspekt. Volledige invoering zal vanaf Q2 2024 plaatsvinden.
	Teamontwikkeltraject	Samenwerking en eigenaarschap in de teams is verbeterd. Er is invulling gegeven aan de persoonsgerichte zorg.	HRA/LM	Eerste sessies onder leiding van bureau Changekitchen zijn afgerond; er wordt gewerkt aan de teamdoelen. Groepsverzorging en receptie/TD zijn in september 2023 gestart. Borging in coachingstraject TC (start 2024). Leidende principes gebruiken voor gesprek met client: Vertellus; Wat kan er wel; Gewoon doen.
	Strategisch leerbeleid	Het strategisch leerbeleid is vastgesteld en de implementatie is gestart.	HRA	Het Strategisch leerbeleid (SLB) is vastgesteld door het MT en heeft instemming verkregen van de OR. De implementatie is gestart. Inbedding van het SLB is de verantwoordelijkheid van het MT en het middenkader, eventueel met ondersteuning van HR en externe begeleider.

Onderwerp	Deelonderwerp	Beoogd resultaat	Actie-nemer	Stand van zaken
	Werving & selectie en introductie medewerkers	Processen Werving & selectie en Introductie van medewerkers zijn verbeterd.	HRA	De brainstormsessie heeft plaatsgevonden, het proces wordt aangepast en besproken met betrokkenen. Beleidsstuk zal worden herschreven en in 2024, na alle trainingen, geïmplementeerd worden.
	Domotica	Plan van aanpak voor vervolg en verbreding van het project Domotica is opgesteld.	MFV	De optimalisatie van het huidige systeem is gerealiseerd. Het conceptadvies voor het vervolgtraject is opgesteld. Deze zal in Q1 2024 verder uitgewerkt worden.
Leiderschap, governance en management	Organisatiestructuur	De evaluatie van de organisatiestructuur Zorg Welzijn en Facilitair 2022 is voorbereid en uitvoering is gestart.	SB	Op 4 december jl. heeft een MT-dag plaatsgevonden, waarop de evaluatie van het herontwerp toekomstgericht in gang is gezet. Eerste uitwerking is verricht. Krijgt op 18 januari 2024 vervolg.
	Leiderschapstraject	Visie op leiderschap is geëvalueerd en (opnieuw) geïmplementeerd. Het leiderschap is verbeterd.	HRA/RvB	Op 14 november jl. is de Visie op leidinggeven in het managementteam van Tellus geëvalueerd en (toekomstgericht) aangepast. Op 19 december jl. is de Visie op leidinggeven met de voorgestelde aanpassingen op interactieve wijze met het middenkader besproken.
	Brandbook Tellus	Vitaliseren inhoud Brandbook, vaststellen welke acties nodig zijn en uitvoeren.	RvB/MT	Met het extern marketingsbureau is een plan opgesteld om de branding te laden en te borgen. Uitvoering loopt.
	Ziekteverzuim	Het (ziekte)verzuimpercentage bedraagt hooguit 6%	HRA	Het (ziekte) verzuimpercentage is hoger dan 6%. Acties zijn reeds ingezet en uitgevoerd. Met de arbodienst zijn afspraken gemaakt over de voortgang en contractverlenging.
	Statuten en reglementen	Statuten en reglementen RvT en RvB zijn herzien en geïmplementeerd.	SB	Er is een vergelijk gemaakt tussen de modelstatuten en -reglementen van de NVTZ/NVZD en de documenten van Tellus. Geconcludeerd is dat de huidige statuten van Zorggroep Tellus geen aanpassing behoeven en dat kan worden volstaan met aanpassing/aanscherping van de reglementen Raad van Toezicht en Bestuurder. Dit wordt in 2024 opgepakt.
Personeels-samenstelling	Strategische personeelsplanning	SPP is vertaald naar een plan van aanpak; plan van aanpak is uitgevoerd.	HRA	Plan van aanpak is opgesteld en gekoppeld aan het SLB. PvA is vastgesteld door het MT en instemming verkregen van de OR. De acties zijn uitgezet voor 2023 en begroting 2024. In 2024 zal het SPP op grond van de nieuwe visie op zorg, welzijn en facilitair en de externe ontwikkelingen opnieuw uitgevoerd worden.
	Leefstijlprogramma	Tenminste 25 medewerkers nemen deel aan het programma. In december 2023 worden de (tussentijdse) effecten van het programma tot op dat moment gerapporteerd en toegezonden aan het Zorgkantoor.	HRA	30 medewerkers zijn gestart met het leefstijlprogramma en 11 medewerkers hebben zich opgegeven voor het stoppen met roken programma. Helaas hebben maar vijf medewerkers dit laatste programma volgehouden. Een geanonimiseerde tussenevaluatie is opgesteld en toegezonden aan het Zorgkantoor.

Onderwerp	Deelonderwerp	Beoogd resultaat	Actie-nemer	Stand van zaken
	Levensfasebeleid	Levensfasebeleid is vastgesteld en geïmplementeerd	HRA	Het levensfasebeleid is vastgesteld en geïmplementeerd.
	Bevoegd is bekwaam	Onderzoek naar 'Bevoegd is bekwaam' is afgerond.	HRA	Het onderzoek zal een langere periode beslaan aangezien het ook het functiegebouw raakt. In 2024 wordt gestart met medicatiedelen op de dagbesteding en de Helpende plus met extra modules. Voor beide is goedkeuring van de OR. De training voor beide is gestart op 31 oktober 2023 en loopt tot eind april 2024.
Hulpbronnen	Management-informatie	Managementinformatie is doorontwikkeld tot op teamniveau en m.b.t. relatie ZZP-mix en inzet FTE's.	BC	Is in 2022 een opzet voor gemaakt en wordt als vast onderdeel als bijlage bij kwartaalrapportage besproken in het MT vanaf het 2 <sup>e</sup> kwartaal 2023. In oktober 2023 van start gegaan met Analytics; de planning is om in het tweede kwartaal van 2024 live te gaan. Analytics ontsluit o.a. informatie per team. In 2024 wordt onderzoek gedaan naar een model om de relatie tussen de ZZP-mix en inzet FTE's inzichtelijk te maken.
	Kostprijzen	Kostprijzen van de belangrijkste producten van Tellus zijn berekend en/of geëvalueerd.	BC	Als gevolg van prioriteit ten gunste van andere werkzaamheden, zijn in 2023 geen kostprijzen berekend van de belangrijkste producten.
	Financieel resultaat	Het financieel resultaat bedraagt tenminste 2%	BC	Wordt maandelijks gemonitord en gerapporteerd en besproken welke maatregelen er nodig zijn.
	Inkoopbeleid	Het inkoopbeleid is geïmplementeerd en geëvalueerd.	MFV	Het inkoopteam heeft diverse aanbestedingstrajecten conform het nieuwe inkoopbeleid succesvol doorlopen.
	Informatiestrategieplan	Uitvoering van het informatiestrategieplan/roadmap verloopt volgens plan.	BC	Roadmap SDB is vastgesteld. Verloopt volgens planning. Cliëntapp wordt nog even uitgesteld. In overleg met Horizon wordt eerst een evaluatie met SDB gepland.
	NEN 7510	Acties uit plan Informatiebeveiliging NEN 7510 zijn uitgevoerd.	BC	Acties zijn benoemd en worden bewaakt in kwaliteitsgroep IB&P. De acties voor 2023 zijn uitgevoerd.
	Kledingbeleid	Het kledingbeleid is ingevoerd.	MFV	Het nieuwe kledingbeleid is vastgesteld. In Q4 is een enquête gehouden onder de medewerkers. Aan de hand van de uitslag van de enquête is een definitief kledingpakket samengesteld. Daadwerkelijke implementatie nieuwe bedrijfskleding staat gepland voor Q1 2024.
	Stakeholders	Stakeholdersbeleid is ingevoerd.	SB	De invoering van het stakeholdersbeleid is in Q3 besproken in het MT. Wordt via de lijn geïmplementeerd.
Informatie	CTO	Beleid cliënttevredenheidsonderzoek (CTO) is geëvalueerd en wijzigingen zijn ingevoerd. Verbeteringen op thema's zijn zichtbaar.	SB en MT	Beleid CTO is herzien. Is ter instemming toegezonden aan de CCR.



Onderwerp	Deelonderwerp	Beoogd resultaat	Actie-nemer	Stand van zaken
	MTO	Verbeteracties uit het Medewerkerstevredenheidsonderzoek (MTO) 2021 zijn opgepakt. MTO 2023 is uitgevoerd. Verbetering t.o.v. het MTO 2021 is gerealiseerd.	HRA en MT	MTO is uitgevoerd. Duiding onder leiding van Deloitte vindt plaats op 9 januari 2024 waarna afspraken gemaakt worden over hoe de verbeteracties opgepakt worden.

### 3. SPECIFIEKE ONDERDELEN

#### 3.1 Veiligheid

##### Indicatoren basisveiligheid

Zorgverleners hebben de verantwoordelijkheid om in hun dagelijkse praktijk, samen met collega's, continu aan de verbetering van de zorg te werken. Eén van de hulpmiddelen hierbij is regelmatig metingen doen. Het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg heeft zes thema's benoemd die belangrijk zijn voor de veiligheid van cliënten: decubitus, advance care planning, medicatieveiligheid, gemotiveerd omgaan met vrijheidsbeperking, continëntie en aandacht voor eten en drinken. Op deze thema's zijn door Verenso en V&VN indicatoren ontwikkeld met als doel het leren en verbeteren in teams op deze thema's een impuls te geven.

Analoog aan voorgaande jaren, gelden voor 2023 drie verplichte indicatoren basisveiligheid: 'Advance Care Planning' (ACP), 'bespreken medicatiefouten in het team' en 'aandacht voor eten en drinken'. Daarnaast moeten er minimaal twee indicatoren worden aangeleverd bij het Zorginstituut. Zorgorganisaties beslissen zelf welke indicatoren dit zijn. Zorggroep Tellus heeft in dit kader gekozen voor de indicatoren decubitus (1.1) en continëntie. Enerzijds omdat Tellus deze indicatoren in voorgaande jaren ook heeft gemeten en graag wil vergelijken. Anderzijds omdat de Stuurgroep kwaliteit deze indicatoren belangrijk vindt voor onze cliënten en andere keuze-indicatoren minder van toepassing zijn voor cliënten van Tellus omdat Tellus geen behandeling levert. De resultaten van de metingen Indicatoren basisveiligheid 2023 zijn als volgt:

Meting	De Lichtboei	De Groene Vecht
<b>Advance Care Planning (ACP):</b> percentage cliënten op de afdeling waarbij beleidsafspraken rondom het levenseinde zijn vastgelegd in het zorgdossier. <u>Getoetst:</u> percentage cliënten op de locatie waarbij ten minste één beleidsafpraak over behandeling rond het levenseinde in het zorgdossier is vastgelegd: - Wel of niet reanimeren		
	95%	95%
<u>Toelichting:</u> Zorggroep Tellus is een zorgcentrum zonder behandeling. Hierdoor is niet een specialist ouderengeneeskunde de behandelend arts van de cliënten, maar de eigen huisarts. Als gevolg hiervan zijn cliënten zelf verantwoordelijk voor het bespreken en ondertekenen van hun reanimatieverklaring. Zorggroep Tellus draagt zorg voor opname van de ondertekende reanimatieverklaring in het zorgdossier en bekendmaking binnen de organisatie.		
<b>Bespreken medicatiefouten in het team:</b> percentage afdelingen waar medicatiefouten tenminste een keer per kwartaal multidisciplinair besproken worden met medewerkers van de afdeling op basis van meldingen die zijn gedaan.		
	100%	100%
<u>Toelichting:</u> - De MI-commissie analyseert de medicatiefouten maandelijks aan de hand van de gedane medicatiemeldingen. De MI-commissie bespreekt deze multidisciplinair, bestaande uit de bestuurder, beleidsmedewerker kwaliteit, preventiemedewerker, teamcoördinator zorg en verzorgenden. Vanuit de MI-commissie ontstaan verbeteracties, die vervolgens op de afdelingen worden uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van de locatiemanager. Deze verbeteracties worden hiernaast gecommuniceerd met de medicatiecommissie. - De medicatiecommissie bespreekt trends, die voortkomen uit de MI-commissie en zet hierop verbeteracties in. De medicatiecommissie is hiervoor verantwoordelijk en koppelt deze ook terug richting de teams.		

Meting	De Lichtboei	De Groene Vecht
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elk kwartaal wordt er middels de meetweek zorg door de verpleegkundigen een interne medicatieaudit uitgevoerd op een afdeling van de andere locatie. De uitkomsten van deze meetweek worden tijdens de teamoverleggen besproken.</li> <li>- De MIC-meldingen zijn een vast agendapunt tijdens de maandelijkse teamoverleggen.</li> </ul>		
<p><b>Aandacht voor eten en drinken:</b> percentage cliënten op de afdeling waarbij voedselvoorkeuren in de afgelopen zes maanden zijn besproken en vastgelegd in het zorgdossier.</p> <p><u>Getoetst:</u> in het dossier is vastgelegd welke voorkeuren een cliënt heeft voor bepaald eten en drinken, voorkeuren omtrent het aanbieden, de gewenste hulp en de voorkeuren voor tijd en plaats.</p>		
	75%	90%
<p><u>Toelichting:</u> bij alle cliënten, waar voedselvoorkeuren zijn vastgelegd in het dossier, wordt beschreven waar en hoe laat zij het liefst eten en of er hulp gewenst is. Voorkeuren voor bepaald eten en drinken zijn wisselend beschreven. Bij de een wordt dit uitgebreid omschreven met bijvoorbeeld wensen vanuit geloofsovertuiging, terwijl dit bij een ander gemist wordt. Hier zou nog aandacht voor mogen zijn.</p>		
<p><b>Decubitus:</b> percentage cliënten op de afdeling met decubitus categorie 2 of hoger</p>		
	1 cliënt Boeg en roer + ELV 2 cliënten Anker en tros en 2 1 cliënt Anker en tros 3 0 cliënten Groepsverzorging	2 cliënten Duinpan +VPT 3 cliënten Klaproos 1 cliënt Groepsverzorging
	7%	8%
<p><b>Continentie:</b> percentage cliënten op de afdeling waarbij een plan voor zorg rondom de toiletgang is vastgelegd in het dossier.</p> <p><u>Getoetst:</u> In het dossier is vastgelegd wat voorkeuren en gewoontes zijn rondom de toiletgang, de manier waarop de cliënt ondersteund kan worden om zelfstandigheid te bevorderen, de benodigde hulp bij de toiletgang en passend gebruik van incontinentiematerialen.</p>		
	80%	85%
<p><u>Toelichting:</u> veel cliënten voeren de toiletgang zelfstandig uit, hetgeen wordt gestimuleerd door medewerkers. Bij de cliënten die wel ondersteuning nodig hebben, wordt in het zorgdossier genoteerd hoe deze geboden wordt en met welke hulpmiddelen (zoals een postoele). Bij alle cliënten, waar van toepassing, wordt genoteerd welke vorm van incontinentiemateriaal zij gebruiken.</p>		

## Melding Incidenten Cliënten (MIC)

Onderstaand een overzicht van het aantal MIC-meldingen in 2023.

Soort incident	DLB Boeg en Roer	DLB Anker en Tros	DGV Duinpan	DGV Klaproos	Dag besteding	Groeps-verzorging	Thuiszorg
Medicatie	87	118	69	88	1	29	17
Vallen met letsel	7	17	18	20	1	1	3
Vallen zonder letsel	59	82	59	59	2	12	10
Agressie/ongewenst gedrag	0	1	3	5	0	1	0
Onveilige situatie	7	8	7	10	0	2	2
Overig (stoten, snijden, branden)	1	0	4	2	1	2	5
<b>Totaal</b>	<b>161</b>	<b>226</b>	<b>160</b>	<b>184</b>	<b>5</b>	<b>47</b>	<b>37</b>

Incidentmeldingen worden maandelijks door de MI-commissie multidisciplinair besproken en geanalyseerd. Door de leden van de MI-commissie worden verbeteracties geformuleerd, die vervolgens op de afdelingen worden uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van de locatiemanager en teamcoördinatoren. Het methodisch analyseren van incidenten en calamiteiten is een vorm van leren, waarbij de resultaten een belangrijke bijdrage leveren aan de ontwikkeling van medewerkers en de kwaliteit van zorg. In het jaar 2023 zijn op beide locaties veel meldingen gedaan, met name op het terrein van medicatie en (in iets mindere mate) vallen. Over het geheel genomen is in 2023 ten opzichte van het jaar 2022 een afname zichtbaar in het aantal medicatiemeldingen en een toename van het aantal valincidenten. Bij de valincidenten is veelal te zien dat door een fysieke/cognitieve achteruitgang van de cliënt in combinatie met een verminderd ziekte-inzicht het valrisico wordt vergroot. Voor 2024 heeft de MI-commissie het thema vallen met prioriteit bovenaan het jaarplan geplaatst, met als doelstelling het aantal valincidenten te verminderen.

Naar aanleiding van de MIC-meldingen zijn in 2023 de volgende (verbeter)acties uitgevoerd/ingezet:

- Het opstellen en uitvoeren van een medicatieverbeterplan voor locatie De Lichtboei, waardoor het aantal medicatiemeldingen verminderde. Voorbeelden van de verbeteracties die zijn ingezet zijn: het starten met de 'niet storen' hesjes, het gebruik van de tablets in plaats van (privé)telefoons en het extra aandacht besteden aan het juist inzetten en evalueren van de BEM-score.
- Op team Klaproos De Groene Vecht zijn gerichte interventies ingezet om medicatie-incidenten te verminderen. Zo is er meer aandacht voor het aftoetsen van medicatie, specifiek gericht op de aard van de incidenten.
- Het opstellen en uitvoeren van een verbeterplan voor het medicatiedelen op de groepsverzorging.
- Het opstellen en uitvoeren van een verbetervoorstel methodisch werken met betrekking tot valpreventie, waarbij de nadruk ligt op het bespreekbaar maken en rapporteren van een geaccepteerd valrisico.
- De procedure Geaccepteerd valrisico is herzien en geïmplementeerd. Aandachtspunt is nog steeds het goed bespreken en registreren van het risico.
- Er is een start gemaakt met het kritisch evalueren van alle beleidsstukken gericht op het thema vallen. Er zal meer aandacht zijn voor preventie maatregelen en voor het tijdige actieve gesprek met de cliënt.
- De MIC-procedure is geëvalueerd en opnieuw vastgesteld waarbij de werkwijze van de thuiszorg is toegevoegd.

### Prisma-analyses

Naar aanleiding van incidenten worden binnen Tellus prisma-analyses uitgevoerd. De resultaten van prisma-analyses worden besproken in de MI-commissie. In 2023 zijn in totaal 17 prisma-analyses besproken in de MI-commissie. Bij alle 17 prisma-analyses is geconstateerd dat het incident niet verwijtbaar is aan de kwaliteit van zorg, waardoor deze incidenten niet gemeld hoeven te worden bij de inspectie. De prisma-analyses zijn op inhoud besproken, waarna verbeteracties zijn uitgezet bij de desbetreffende teams, kwaliteitsgroepen en/of commissies. Hiernaast zijn in 2023 de volgende (verbeter)acties uitgevoerd:

- De procedure Prisma-analyse is geëvalueerd, aangepast en opnieuw vastgesteld.
- In het derde kwartaal van 2023 heeft een aanvullende training plaatsgevonden voor de leden van de Prisma-team. De vervolgscholing staat gepland in het eerste kwartaal van 2024. In de tussentijd oefenen de leden van het Prisma-team in het uitvoeren van Prisma-onderzoeken.
- Bij meerdere prisma-analyses gaat het om een valincident met (blijvend) letsel tot gevolg. Deze cliënten hebben veelal ziektebeelden die het valrisico vergroten en in een aantal gevallen is er sprake van overmoedig handelen door verminderd ziekte-inzicht. Geconcludeerd is dat het valrisico beter besproken kan worden met de cliënt en vertegenwoordiger en dat dossiervorming rondom het valrisico verbeterd kan worden. Dit is ingezet.

### Klachten en uitingen van ongenoegen van cliënten

In de Klachtenregeling cliënten van Zorggroep Tellus wordt onderscheid gemaakt tussen op informele wijze gevoelens van onvrede uiten (bij de medewerker, de leidinggevende of de klachtenfunctionaris) en het daadwerkelijk indienen van klachten bij de Raad van Bestuur (schriftelijk of per e-mail). In 2023 zijn geen officiële klachten (bij de bestuurder) binnengekomen, wel 15 diverse uitingen van ongenoegen op de locaties, waaronder:

- Onvrede over het quarantainebeleid in verband met een Covid-positieve huisgenoot/partner of het niet kunnen meedoen aan activiteiten.
- Onvrede over het gebruik en het formaat van de nieuwe dekbedden .
- Te lang moeten wachten op hulp in de nacht.
- Warmte op de gangen door ontbrekende zonwering.
- Onvrede en onduidelijkheid over de werkwijze van de nieuwe wasserij.
- Onvrede over stalling van boosters (stalling is vol).
- Onvrede over de bejegening van medewerkers naar cliënten in de Brasserie.
- Onvrede over de warme maaltijd
- Onvrede over het contact met de huisarts.
- Onvrede over de inzet van behandeling en tijdelijke overplaatsing naar een verpleeghuis.

De uitingen van ongenoegen zijn besproken met de betrokkenen en de teams/medewerkers. Op individueel niveau is (waar mogelijk) in overleg met de cliënt gezocht naar een passende oplossing. Naar aanleiding van de uitingen van ongenoegen zijn onder meer de volgende acties uitgevoerd:

- Het opstellen van een algemeen beleid luchtweginfecties (waaronder Covid).
- Het voeren van gesprekken met cliënten door de wasserij (middels een spreekuur).
- Het voeren van gesprekken met de betrokkenen medewerkers over de bejegening naar cliënten in de Brasserie
- Het voeren van gesprekken met de familieleden over de inzet van behandeling en tijdelijke overplaatsing naar een verpleeghuis.

### Meldingen Vertrouwenspersoon cliënten

Zorggroep Tellus beschikt over een Vertrouwenspersoon cliënten, mw. N. van Ockenburg. Haar doel is door middel van vroegtijdige ondersteuning en advisering een officiële klacht trachten te voorkomen. Om deze reden is zij zeven dagen in de week bereikbaar, zowel via de mail als telefonisch. Haar werkzaamheden zijn:

- Het maandelijks deelnemen aan de rondetafelgesprekken met cliënten in De Lichtboei en De Groene Vecht.
- Het bezoeken van beide locaties met als doel kennis te nemen van de woon- en leefomgeving.
- Op verzoek van cliënten en/of mantelzorgers deze thuis bezoeken.

In het jaar 2023 was voor de Vertrouwenspersoon cliënten een vrij rustig jaar. Cliënten hebben in het verslagjaar de vertrouwenspersoon vaker voor persoonlijke problemen dan voor klachten benaderd, waarschijnlijk als gevolg van de inmiddels opgebouwde vertrouwensband. Hiernaast betroffen de persoonlijke contacten de volgende zaken:

- problemen als gevolg van visuele beperkingen;
- contacten met cliënten met een 'haperend geheugen' en/of hun mantelzorgers;
- klachten als gevolg van verandering van de wasserij;
- een klacht als gevolg van het inleveren van het eigen dekbed.

Geen enkele melding of klacht heeft geleid tot een officiële klacht. De Vertrouwenspersoon cliënten concludeert dat Tellus een dynamische organisatie is, die ook oog heeft voor de ontwikkelingen buiten de eigen organisatie.

### Meldingen Cliëntenvertrouwenspersoon Wzd

Tellus beschikt over een Cliëntenvertrouwenspersoon Wet zorg en dwang (CVP Wzd) van Zorgstem, waaraan het Zorgkantoor de opdracht ter invulling van het cliëntenvertrouwenswerk Wzd in de regio Noord-Holland heeft gegeven. Omdat het budget voor de CVP Wzd onvoldoende is om de taken uit de Wzd en het kwaliteitskader CVP Wzd volledig uit te kunnen voeren, hebben de CVP Wzd-aanbieders, in overeenstemming met hun opdrachtgevers, de volgende uitgangspunten voor 2023 afgesproken:

- Het kwaliteitskader CVP Wzd blijft uitgangspunt voor de dienstverlening van de CVP Wzd (met uitzondering van de bezoekfrequenties van de locatiebezoeken).
- De CVP Wzd voert met name bezoeken uit bij zorglocaties die geregistreerd staan als Wzd-locatie.
- Ondersteuningsvragen (kwesties) van cliënten en vertegenwoordigers gaan voor locatiebezoeken. Indien locatiebezoeken hiervoor afgezegd moeten worden dan wordt er een volgorde van prioritering toegepast (bijvoorbeeld prioritering aan doelgroepen die te maken krijgen met 'zwaardere' onvrijwillige zorg, zoals gesloten groepen).

In 2023 heeft de CVP Wzd beide locaties van Tellus twee keer bezocht, waarbij de CVP Wzd zich welkom voelde en gastvrij is ontvangen. In 2023 heeft de CVP Wzd geen voorlichting gegeven, geen ondersteuning geboden bij kwesties en geen signalen afgegeven. Wel is de CVP Wzd iets opgevallen, dat besproken wordt met de bestuurder.

## Melding Incidenten Medewerkers (MIM)

In 2023 zijn in totaal 14 MIM-meldingen gedaan, zie onderstaande tabel.

Soort incident	Kwartaal 1 2023	Kwartaal 2 2023	Kwartaal 3 2023	Kwartaal 4 2023
Vallen/struikelen	-	1	1	1
Stoten/knellen/botsen	-	-	-	-
Agressie/ongewenst gedrag cliënt of medewerker	1	4	3	-
Snijden/prikken	-	1	-	-
Overig	-	2	-	-
<b>Totaal</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>1</b>

Van de 14 MIM-meldingen, betreffen acht meldingen agressie/ongewenst gedrag van cliënten. Naar aanleiding van deze meldingen zijn verschillende acties ingezet, waaronder het inwinnen van advies bij Veilig thuis om goed met de situatie te kunnen omgaan; het bespreken van specifieke casuïstiek aan de hand van de benaderingskaart en de vragen ter voorbereiding op de casuïstiekbespreking en het bespreken van een casus met de psycholoog, waarna een benaderingsplan is opgesteld en opgenomen in het ECD.

## Beveiligingsmeldingen en logcontroles

Beveiligingsincidenten zijn incidenten waarbij de beschikbaarheid, vertrouwelijkheid of integriteit van informatie wordt verstoord. Binnen deze incidenten kan onderscheid gemaakt worden naar informatiebeveiligingsincidenten vallend onder de NEN 7510 en datalekken. Het melden van informatiebeveiligingsincidenten heeft de aandacht binnen Tellus. Voor het melden van beveiligingsincidenten heeft Zorggroep Tellus het datalekprotocol opgesteld. Hiernaast heeft Tellus aandacht voor logcontrole. Het controleren van logbestanden is onderdeel van het informatiebeveiligings- en privacybeleid van Tellus.

In 2023 zijn drie meldingen binnengekomen van datalekken, te weten

- een melding over een CV van een leerling die is blijven liggen bij de printer;
- het mondeling verstrekken van gezondheidsgegevens van een cliënt door een medewerker aan een contactpersoon van een andere cliënt;
- een verkeerd bezorgd poststuk met gevoelige persoonlijke informatie over een medewerker.

Alle betrokkenen bij de meldingen zijn op de hoogte gebracht. Het laatst genoemde datalek is gemeld bij de Autoriteit Persoonsgegevens.

Naar aanleiding van de ECD/SDB-logcontroles zijn in 2023 zesmaal de rechten van een medewerker of behandelaar nagekeken na inzage in een of meerdere cliëntendossiers. In één geval zijn de rechten aangepast. De logcontroles HR/SDB hebben in 2023 eenmaal geleid tot aanpassing van de autorisaties.

## Rapportage uitdiensttreding

Onderdeel van de uitdiensttredingsprocedure en het kwaliteitsbeleid van Tellus is het uitvoeren van de uitdiensttredingsevaluatie. Hierbij vraagt Tellus de medewerkers bij vertrek het uitdiensttredingsformulier in te vullen. Rapportage op basis van de ingevulde uitdiensttredingsformulieren vindt plaats in het Kwaliteitsmetingenrapport van Tellus.

In het jaar 2023 zijn er in totaal 52 uitdiensttredingsformulieren verzonden, waarvan 18 ex-medewerkers de lijst retour hebben verzonden. Dit betekent een respons van 35%.

Naar aanleiding van de rapportage uitdiensttreding zijn in het verslagjaar de volgende verbeteracties geformuleerd:

- Stevig sturen op voeren van proeftijd- en voortgangsgesprekken.
- Nakomen van gemaakte afspraken met medewerkers.
- Werkdruk bespreekbaar maken in de teams.

#### Meldingen vertrouwenspersoon medewerkers

Zorggroep Tellus heeft een externe vertrouwenspersoon voor medewerkers, mw. D. Maas van bureau De Vertrouwenspersoon. Deze externe vertrouwenspersoon 'Ongewenste Omgangsvormen' is tevens aangesteld als externe vertrouwenspersoon 'Integriteit' en vervult hiermee een combinatiefunctie voor Tellus.

In 2023 heeft de vertrouwenspersoon één melding ontvangen, die is afgehandeld.

Het betrof een melding die is gecategoriseerd onder 'communicatie & bejegening', waarbij het ging over onvrede over de wijze van bejegening door de leidinggevende. Het ontbreken van een luisterend oor, leidt ertoe men zich onbegrepen voelt en het gevoel heeft dit niet te kunnen bespreken, hetgeen impact heeft op het werkplezier. De vertrouwenspersoon heeft een luisterend oor geboden en betreffende melder handvatten geboden wat de mogelijkheden zijn om verandering in de situatie te bewerkstelligen. De melding is door het vangnet van de externe vertrouwenspersoon via een informele procedure opgelost.

In het verslagjaar zijn geen meldingen of klachten met betrekking tot een vermoeden van een misstand of onregelmatigheid (integriteit) ontvangen.

Omdat in het afgelopen jaar slechts één melding bij de externe vertrouwenspersoon is binnengekomen, is het onmogelijk om valide uitspraken te doen over de algemene beleving van de sociale veiligheid binnen Zorggroep Tellus. De externe vertrouwenspersoon gaat graag weer in gesprek met de bestuurder, OR en HR om te bespreken hoe zij hier tegenaan kijken. Daarbij is het voor een volledig beeld ook aan te bevelen de terugkoppeling van de bedrijfsarts en de rest van het Arbo-team mee te nemen, aangezien het regelmatig voorkomt dat daar ook meldingen worden gedaan van gevoelens van sociale onveiligheid op het werk.

Het jaarverslag 2022 is op 23 mei 2024 besproken met de bestuurder, HR en leden van de ondernemingsraad. Doel van de afspraak was het gezamenlijk duiden van het aantal meldingen en indien nodig formuleren van actiepunten. Hier zijn geen bijzondere actiepunten uit voortgekomen.

#### Medewerkerstevredenheidsonderzoek (MTO)

Om inzicht te krijgen in de wensen, ervaringen en verwachtingen van medewerkers, zet Tellus tweejaarlijks een MTO in. De uitkomsten van het onderzoek dragen bij aan verbetering van de dienstverlening en de organisatie.

De uitvoering van het MTO heeft wederom plaatsgevonden in het vierde kwartaal van 2023. Het laatst gehouden MTO van Tellus was in 2021. In december 2023 zijn de resultaten van het MTO ontvangen, waarna op 9 januari jl. een duidingssessie voor het MT van Tellus, onder leiding van Deloitte, heeft plaatsgevonden.

De belangrijkste conclusies uit het MTO/duidingssessie zijn:

- Zorggroep Tellus scoort beter dan in 2021. De resultaten zijn over het algemeen in lijn met de sector.
- De ervaren werkdruk is enorm verbeterd en scoort nu beter dan de sector.
- De Verzorgenden scoren als groep laag, onder andere op de 'Mogelijkheid van de organisatie tot veranderen'.
- Cliënten, het werk zelf en opleiding/persoonlijke groei worden als meest aantrekkelijk ervaren.
- Communicatie, Sfeer/cultuur en Leidinggevenden/management worden gezien als grootste verbeterpunten.



- De werksfeer binnen de teams is gemiddeld lager dan de sector, en er zijn enkele stevige negatieve uitschieters die aandacht behoeven.

Thema	Zorggroep Tellus	Sector
Werkbeleving	7.2	7.2
Bevlogenheid	7.7	7.8
WNPS	-36.4	-16.4
Mogelijkheid tot veranderen	5.6	5.6

Mede gezien de grote verschillen per team, worden de resultaten begin 2024 in ieder team van Tellus besproken en nader geduid, indien gewenst met (externe) ondersteuning. Ieder team formuleert verbeterpunten op drie niveaus, te weten voor het eigen team, de aansturing van het team en de organisatie. Via de lijn worden alle verbeterpunten teruggekoppeld aan het managementteam en wordt een overall rapportage opgesteld.

### Personeelssamenstelling 2023

In 2023 groeide Zorggroep Tellus met drie medewerkers en 1,3 FTE. Wel laat 2023 voor Tellus een dalende trend zien in het aantal medewerkers. De grootste instroom in 2023 kwam vanuit de branche, terwijl de grootste uitstroom naar buiten Zorg en Welzijn ging. In tegenstelling tot 2022, was in 2023 de instroom van het aantal verzorgenden IG hoger dan de uitstroom. Daarentegen is de instroom van het aantal helpenden (plus en medicatie) lager dan in de uitstroom.

De gemiddelde leeftijd van de medewerkers van Tellus eind 2023 is 43,1 jaar. 20,6% van de medewerkers van Tellus bestaat uit 45- t/m 54-jarigen. 18,80% van de medewerkers van Tellus bestaat uit 25- t/m 34-jarigen en 17,5% uit 35- t/m 44-jarigen. 13,0% is 60 jaar en ouder. 24 jaar of jonger is 13,6% van de medewerkers van Tellus.

In het jaar 2023 is stevig ingezet op het verder ontwikkelen van nieuwe en huidige medewerkers. Een groep van 18 helpenden is in het najaar van 2023 gestart met de (helpende) plus module inclusief extra handelingen. Hiernaast is een start gemaakt met de training verpleegkundig leiderschap en de masterclass Leren is Werken, Werken is Leren (LWWL) voor leidinggevendenden.

### Vrijwilligerstevredenheidsonderzoek (VTO)

Zorggroep Tellus stelt alles in het werk om vrijwilligers te boeien en aan zich te binden. Vrijwilligers zijn een onmisbare schakel in de dagelijkse zorg- en dienstverlening van onze cliënten. Tellus hecht waarde aan de mening van vrijwilligers. Een VTO wordt ingezet als middel om inzicht te krijgen in de wensen, ervaringen en verwachtingen van de vrijwilligers. De uitkomsten van het onderzoek dragen bij aan verbetering van de dienstverlening en de organisatie. In 2024 vindt binnen Tellus weer een VTO plaats. In 2023 is gewerkt aan de verbeterpunten uit het VTO van 2022, te weten

- De informatie aan vrijwilligers over de gang van zaken en veranderingen binnen de organisatie, onder meer in de nieuwsbrief voor vrijwilligers.
- Het inwerken, de begeleiding en ontwikkeling van vrijwilligers.

### Interne audits

Interne audits zijn een essentieel onderdeel van het kwaliteitsmanagementsysteem van Tellus. Goede audits brengen mogelijke problemen en risico's tijdig in beeld, voordat ze leiden tot afwijkingen, klachten, incidenten en andere ongewenste situaties.

Zorggroep Tellus heeft een jaarplanning waarin verschillende interne audits zijn opgenomen, mede gebaseerd op het kwaliteitssysteem Prezo.

In het jaar 2023 zijn de volgende onderwerpen (in de volle breedte) intern geaudit:

- Medicatieveiligheid
- Informatiebeheer & Privacy
- Alle zorgdossiers

De verbetermaatregelen naar aanleiding van de interne audits zijn opgenomen in het Verbeterregister van Zorggroep Tellus. Deze verbetermaatregelen worden opgepakt en bewaakt in de betreffende kwaliteitsgroepen en commissies.

In 2023 is het interne auditbeleid van Tellus geëvalueerd en herzien. Vanuit het nieuwe auditbeleid worden de teams meer verantwoordelijk gemaakt voor hun eigen successen en verbeterproces. In december 2023 heeft auditscholing voor het interne auditteam plaatsgevonden en begin 2024 wordt de training gespreksvoering voor de teamcoördinatoren en het auditteam gegeven. Het nieuwe auditbeleid wordt in het tweede kwartaal van 2024 ingevoerd.

#### Meetweek zorg, medicatie en facilitair

Elk kwartaal wordt er door de teamcoördinatoren zorg en facilitair een interne audit uitgevoerd in de vorm van een meetweek (op de onderdelen zorgdossier, medicatie en facilitair). De uitkomsten van deze interne audits worden besproken in de betreffende kwaliteitsgroepen of medicatiecommissie, waar direct acties worden uitgezet ter verbetering van het primaire proces. Aandachts-/verbeterpunten uit de meetweek zorg, medicatie en facilitair in 2023 zijn onder meer:

- Het methodisch werken verdient aandacht, met name als het gaat om dossiers/ wijzigingen lezen, rapporteren en het beantwoorden van vragen binnen het ECD.
- Mikzo's/doelen worden niet altijd tijdig geëvalueerd.
- Bij een nieuwe opname is nog niet altijd binnen zes weken een volledig dossier aanwezig.
- De dossiers van de groepsverzorging moeten op diverse punten op orde worden gebracht. Ook de evaluatiedata van de dossiers worden niet altijd gehaald. Hiertoe worden maandelijkse overleggen met de Gespecialiseerde Verzorgenden Psychgeriatrie (GVP) gevoerd om de stand van zaken te bespreken.
- Knelpunten met betrekking tot risicovolle medicatie en opiatenvoorraadregistratie, waarvoor een uitgebreid verbeterplan is opgesteld en uitgevoerd.
- Medicatie wordt aangetroffen zonder een openings- of THT-datum.
- De retourmedicatie is een aandachtspunt. Hiervoor is een nieuwe werkwijze 'Afvoeren van retourmedicatie' opgesteld en geïmplementeerd.
- Er is geen actueel overzicht Bevoegd en bekwaam medicatiedelen.
- Op De Groene Vecht is onderhoud nodig op het gebied van verven, scheuren en kieren.
- Meerdere lampenkappen bevatten viezigheid (dode beestjes).
- Kapotte gordijnen en meerdere kapotte plafonddelen.
- Het aftekenen van de aftekenlijsten bij facilitaire teams is op beide locaties een aandachtspunt.

#### Externe audits

- Op 9 februari 2023 heeft een externe audit plaatsgevonden op locatie De Lichtboei, uitgevoerd door een infectiepreventiedeskundige van Tensen en Nolte. De algemene indruk is dat medewerkers zich goed aan de regels houden rondom persoonlijke hygiëne en openstaan voor verbetering. Door de deskundige wordt opgemerkt dat de meeste verbeterpunten uit de vorige audit goed zijn opgelost. Er zijn constatering, maar deze bevinden zich op detail- en aanscherpingsniveau. Verbeteracties zijn geformuleerd, uitgezet in de Hygiëne- en infectiepreventiecommissie en opgenomen in het Verbeterregister van Tellus.

- Op 9 mei 2023 heeft de tussentijdse Prezo-audit voor de thuiszorg van Tellus plaatsgevonden. Tijdens deze audit zijn de genoemde aandachts-/verbeterpunten uit de voorgaande audit getoetst. De audit is heel goed verlopen, met grote complimenten van de auditor. De verbeterpunten uit de voorgaande audit zijn alle vervallen en er zijn geen nieuwe verbeterpunten benoemd. De thuiszorg van Tellus geeft op een hele respectvolle manier invulling aan persoonsgerichte zorg, de visie 'Leef je eigen leven' en de kernwaarden van Tellus.
- Op 13 november 2023 heeft de tussentijdse Prezo-audit intramuraal voor beide locaties van Tellus plaatsgevonden. Deze audit is heel goed verlopen. Tellus krijgt complimenten voor de persoonsgerichte zorg. Dit is goed vertaald in de dossiers en mooi zichtbaar in de organisatie. De klanttevredenheid is hoog en er wordt bewust en systematisch aan kwaliteit gewerkt. De medewerkers zijn in de gesprekken open over de aandachts- en verbeterpunten. Deze zelfreflectie is mooi. Tellus heeft haar keurmerk behouden.

### 3.2 Cliëntoordelen

#### Cliënttevredenheidsonderzoek Tellus

Zorggroep Tellus heeft de dialoog met haar cliënten hoog in het vaandel staan. In de dagelijkse zorgverlening vindt deze dialoog plaats tussen de cliënt en de medewerker in de (kleinschalige) teams, waarbij de EVV-er als eerste aanspreekpunt en contactpersoon voor de cliënt en mantelzorgers fungeert. In het kader van de dialoog met cliënten, hecht Zorggroep Tellus ook veel waarde aan het oordeel en de waardering van cliënten. Mede om deze reden voert Tellus op diverse niveaus en op verschillende manieren cliënttevredenheidsonderzoek uit. Op individueel cliëntniveau vinden het Multidisciplinair overleg (MDO) en de zorgleefplanbesprekingen plaats. Ook worden klachten van cliënten op adequate wijze behandeld. Op groeps-, locatie en/of organisatieniveau vindt cliënttevredenheidsonderzoek plaats, rondetafelgesprekken en klachtenanalyse. Tijdens de MDO's en de zorgleefplanbesprekingen vindt afstemming plaats over de zorg, welzijn, behandeling en het verblijf van de cliënt. De vragen of dit naar wens verloopt en of de cliënt tevreden is, komen tijdens deze overleggen aan de orde. Familie en/of mantelzorgers nemen indien gewenst deel aan het MDO. De bestuurder voert op beide locaties van Tellus maandelijks rondetafelgesprekken met cliënten. Hiernaast worden op beide locaties van Tellus rondetafelgesprekken voor familie en mantelzorgers gehouden en vinden themabijeenkomsten voor cliënten en familieleden plaats. Allemaal belangrijke bronnen voor kwaliteitsverbetering.

#### Cliënttevredenheidsonderzoek Facit

Op 27 en 28 juni 2023 heeft het cliënttevredenheidsonderzoek (CTO) plaatsgevonden op De Lichtboei en De Groene Vecht, uitgevoerd door onderzoeksbureau Facit. Het onderzoek bestond uit locatiebezoeken, waarbij cliënten door medewerkers van Facit zijn geïnterviewd. Tijdens het onderzoek zijn in totaal 47 cliënten benaderd, waarvan 34 cliënten bereid waren de vragen te beantwoorden; 15 op De Lichtboei en 19 op De Groene Vecht. De respons van dit onderzoek komt hiermee op 72%.

De resultaten van het CTO zijn zeer positief. Tellusbreed is op alle vragen de (zelf) gestelde Prestatie-indicator (minimaal 70%) behaald. Ook op locatieniveau is deze score op bijna alle vragen gerealiseerd. Op alle vragen is de score hoger dan de gemiddelde scores van Facit totaal. In vervolg op het CTO is een plan van aanpak opgesteld en op deelgebieden zijn verbeteracties ingezet.

## Totaalscore

Met ingang van het verslagjaar 2021 is in de landelijk aan te leveren cliëntervaringsgegevens een overstap gemaakt op (uitsluitend) de 'totaalscore'. De totaalscore wordt berekend op basis van 6 vragen. Binnen Zorggroep Tellus zijn de 6 deelvragen van de totaalscore meegenomen in het CTO uitgevoerd door Facit. De resultaten van 2023 en twee voorgaande jaren, zijn hieronder weergegeven.

	De Lichtboei	De Groene Vecht	Totaal 2023	Totaal 2022	Totaal 2021
	Het maken van een afspraak verloopt goed. Gemaakte afspraken (over tijdstippen en bereikbaarheid) worden nagekomen.				
Cijfer 1-10	7.5	7.9	7.8	7.9	7.1
	Hoe beoordeelt u de kwaliteit en het effect van de zorg?				
Cijfer 1-10	7.9	8.3	8.1	8.1	7.4
	De medewerkers hebben voldoende aandacht voor u en de medewerkers gaan op een goede manier met u om.				
Cijfer 1-10	8.0	8.3	8.2	7.6	7.3
	De zorg sluit aan op wat u zelf belangrijk vindt en past bij de manier waarop u wilt leven.				
Cijfer 1-10	7.2	8.2	7.8	7.8	7.2
	U ervaart dat u voldoende wordt gezien en gehoord en er wordt passend gereageerd op uw vragen of verzoeken.				
Cijfer 1-10	7.8	8.1	8.0	7.7	6.7
	Vindt u het gebouw, de voorzieningen en de omgeving prettig?				
Cijfer 1-10	7.8	8.2	8.0	8.3	7.7

Per locatie en voor Zorggroep Tellus totaal is de totaalscore in 2023 als volgt:

- De Lichtboei : 7,7
- De Groene Vecht : 8,2
- Zorggroep Tellus : 8,0

## PREM Wijkverpleging

Jaarlijks vindt een cliënttevredenheidsonderzoek plaats in de wijkverpleging, middels het PREM-onderzoek. Dit PREM-onderzoek is in 2023 in de maanden september en oktober uitgevoerd, (gedeeltelijk) uitbesteed aan onderzoeksbureau Facit. In totaal zijn 54 vragenlijsten uitgereikt aan cliënten, waarvan 38 deze hebben ingevuld en geretourneerd. De netto respons komt hiermee op 70%.

De resultaten van de PREM 2023 zijn heel positief. Alle vragen scoren hoger dan de totaalscore van Facit, met uitzondering van de vraag over het op tijd komen en afspraken nakomen. Het is mooi te constateren dat met name de vragen gericht op de persoonsgerichte zorg, het rekening houden met de wensen en behoeften, een respectvolle bejegening en het veilig voelen, hoog scoren. Hieronder worden de belangrijkste resultaten gepresenteerd.

	Totaal 2023	Totaal 2022	Totaal 2021
	Krijgt u zorg van een vast team zorgverleners?		
Cijfer 1-10	8.2	9.0	8.4
	Komen de zorgverleners op de afgesproken tijd?		
Cijfer 1-10	7.5	8.3	8.2

	Totaal 2023	Totaal 2022	Totaal 2021
	Nemen de zorgverleners uw wensen mee bij het bepalen van de zorg?		
Cijfer 1-10	8.8	9.3	8.9
	Past de zorg bij de manier waarop u wilt leven?		
Cijfer 1-10	8.6	9.2	8.9
	Behandelen de zorgverleners u met aandacht?		
Cijfer 1-10	9.2	9.4	8.9
	Voelt u zich op uw gemak bij de zorgverleners?		
Cijfer 1-10	9.2	9.4	9.1
	Heeft u vertrouwen in de deskundigheid van de zorgverleners?		
Cijfer 1-10	9.2	9.3	8.5
	Houden de zorgverleners in de gaten hoe het met uw gezondheid gaat?		
Cijfer 1-10	9.2	9.2	9.0
	Kunt u met de hulp van de zorgverleners beter omgaan met uw ziekte of aandoening?		
Cijfer 1-10	8.9	8.7	8.8
	Hoe vindt u over het algemeen uw gezondheid?		
Cijfer 1-10	5.7	6.1	4.9
	Hoe vindt u over het algemeen uw kwaliteit van leven?		
Cijfer 1-10	6.4	6.7	6.9

#### Overige resultaten PREM 2023:

- De totaalscore op de ZorgkaartNederland-vragen : 8.7
- Welk rapportcijfer geeft u Zorggroep Tellus? : 8.6
- Welk rapportcijfer geeft u de medewerkers van Zorggroep Tellus? : 8.8
- Welke mate zou u deze zorgaanbieder aanbevelen bij andere mensen met dezelfde aandoening of gezondheidsklachten (NPS-score)? : 59

#### Rondetafelgesprekken cliënten

De bestuurder voert op beide locaties van Tellus maandelijks rondetafelgesprekken met de cliënten. Acties die naar aanleiding van de rondetafelgesprekken in 2023 zijn ingezet, zijn:

- Het oppakken van klachten/vragen over het eten/de maaltijden/het restaurant.
- Informatie geven over het project Dorus, het nieuwe voedingsconcept
- Informatie geven over de nieuwbouwprojecten
- Informatie geven over het rookbeleid
- Bewegen op muziek is weer ingezet
- Acties naar aanleiding van problematiek omtrent de wasserij
- Het oppakken van klachten/vragen over de zorgverlening
- Organiseren van een (specifiek) dagje uit voor cliënten
- Informeren van cliënten over het overlijden van cliënten en wanneer medewerkers op een andere afdeling gaan werken of afscheid nemen.
- Bespreken van coronamaatregelen in relatie tot het activiteiten aanbod
- Voortgang afspraken over pestgedrag onder cliënten van De Groene Vecht.
- Uitleg geven over de financiën

### Drie-maanden evaluatie

Zorggroep Tellus wil voorkomen dat ongenoegen zich ontwikkelt tot klachten. Door middel van een drie-maanden evaluatie worden de eerste tevredenheid en behoeften inzichtelijk gemaakt. Knelpunten kunnen hierdoor tijdig worden opgelost wat klachten, uitingen van ongenoegen en slechte reviews in een later stadium kan voorkomen. Daarnaast geeft het zicht op de kwaliteit van het zorgbemiddeling- en inhuizingsproces van Tellus.

In 2023 zijn 13 drie-maandenevaluaties verstuurd naar nieuwe cliënten/eerste contactpersonen. Van deze cliënten hebben 8 het formulier ingevuld. Dit is een respons van 62%. De enquête is met een positief resultaat afgesloten. De waarderingen op deelgebieden voldoen aan de (zelf gestelde) prestatie-indicator van 75% positief. We zien in de open vragen een aantal verbeterpunten terugkomen ten aanzien van de informatievoorziening. Naar aanleiding hiervan is verbeteren van de informatievoorziening opgenomen als actie in het Verbeterregister van Tellus.

In 2023 is besloten om de drie-maanden evaluaties anders te organiseren, te weten in het gesprek tijdens het welkomstdiner voor nieuwe cliënten. Hiermee wordt in 2024 gestart.

### Einde-zorg evaluatie

Door een einde-zorgevaluatie af te nemen, krijgt Zorggroep Tellus inzicht in de ervaringen van cliënten en/of vertegenwoordigers zowel binnen de intramurale setting als in de thuiszorg. In deze einde-zorgevaluatie zijn vragen opgenomen die refereren aan hoe de zorg- en dienstverlening is ervaren die is geleverd door Zorggroep Tellus. Aan de hand van deze ervaringen kunnen verbetervoorstellen geformuleerd worden waardoor klachten en ongenoegen in een later stadium bij andere cliënten voorkomen kunnen worden.

In 2023 zijn 14 einde-zorg evaluaties verstuurd naar eerste contactpersonen. Van deze personen hebben 9 het formulier ingevuld. Dit is een respons van 64%.

Over het geheel genomen zijn de resultaten van de einde-zorgevaluatie goed.

De waarderingen op deelgebieden ten aanzien van bereikbaarheid, tevredenheid zorgverlening, contact met de medewerkers, deskundigheid, georganiseerde activiteiten en de maaltijden voldoen aan de (zelf gestelde) prestatie-indicator van 75% positief. Het deelgebied waar de indicator niet behaald wordt, is de schoonmaak van de locatie/appartementen (55% positief). De NPS-score voldoet met een 8.1 aan de gestelde prestatie-indicator van minimaal 75% (7,5).

Het verbeteren of anders organiseren van de schoonmaak van de locatie/appartementen is een actie die wordt opgepakt. In 2023 is besloten om de einde-zorgevaluatie anders te organiseren, te weten in het einde-zorggesprek. Hiermee wordt in 2024 gestart.

### NPS-score tijdens CTO

De cliënttevredenheidsonderzoeken (CTO's) op thema's sluiten af met de Net Promotor Score (NPS). Dit is een vraag waaruit de loyaliteit van de klant gemeten wordt: Zou u Zorggroep Tellus aanraden bij familie en of vrienden? De resultaten in 2023 zijn als volgt.

<b>Langdurige zorg</b>		
Aantal respondenten	Aantal score 8, 9 of 10	NPS-score
34	25	74%
15 (De Lichtboei)	11	74%
19 (De Groene Vecht)	14	74%

In het vierde kwartaal is tijdens de PREM tevens de NPS onder de cliënten Thuiszorg van Tellus uitgevraagd. De resultaten zijn als volgt:

<b>Thuiszorg</b>		
Aantal respondenten	Aantal score 8, 9 of 10	NPS-score
37	33	89%

#### NPS-score tijdens MDO

Tijdens elk Multidisciplinair overleg, zorgleefplanbespreking en/of huisartsoverleg van Zorggroep Tellus wordt aan de cliënt gevraagd naar een Net Promotor Score (NPS). De berekening betreft het percentage respondenten die bij de NPS-vraag een 8, 9 of 10 heeft ingevuld.

Er zijn in 2023 in totaal binnen Tellus 132 resultaten ontvangen waarvan 68 voor De Lichtboei en 64 voor De Groene Vecht. De resultaten zijn als volgt.

Locatie	Kwartaal 1	Kwartaal 2	Kwartaal 3	Kwartaal 4
De Lichtboei	53%	50%	100%	74%
De Groene Vecht	85%	73%	71%	73%
Zorggroep Tellus	69%	62%	86%	74%

#### Zorgkaart Nederland

Op Zorgkaart Nederland scoort Zorggroep Tellus in totaal gemiddeld een 8.4 op basis van 111 waarderingen. Locatie de Groene Vecht scoort een 8.0 op basis van 29 waarderingen, locatie De Lichtboei een 7.1 op basis van 23 waarderingen en Thuiszorg Tellus scoort een 9.1 op basis van 59 waarderingen.

In 2023 is er gemiddeld tot nu toe een 8.3 op basis van 51 waarderingen gescoord. Locatie de Groene Vecht scoort een 8.3 op basis van 20 waarderingen, locatie De Lichtboei scoort een 7.8 op basis van 14 waarderingen en thuiszorg Tellus een 8.8 op basis van 17 waarderingen.

### **3.3 Leren en werken aan kwaliteit**

Kwaliteitszorg is niet alleen een aandachtspunt voor 'de afdeling kwaliteit', het vraagt betrokkenheid van de hele organisatie. Alleen dan kan het werken aan kwaliteit meerwaarde hebben. Voor de kwaliteitsontwikkeling heeft Tellus het kwaliteitssysteem Prezo omarmd; een systeem waarin de cliënt en de cliëntervaring het vertrekpunt zijn en de persoonsgerichte zorg centraal staat (geen focus op protocollen, systemen en richtlijnen). Prezo ondersteunt organisaties bij het systematisch en goed doorlopen van de PDCA-kwaliteitscyclus (Plan-Do-Check-Act).

Het methodisch handelen vormt de basis van het werken met Prezo. Mede in dit kader beschikt Tellus (onder meer) over een Afwijkingen- en verbeterbeleid.

Voor de ontwikkeling van het kwaliteitsmanagementsysteem (KMS) is binnen Tellus een kwaliteitsstructuur actief, bestaande uit de stuurgroep kwaliteit, kwaliteitsgroepen en commissies. Voorts is binnen Tellus een intern auditteam actief en vinden interne audits plaats op thema's, op de zorg(dossiers), medicatieveiligheid en facilitair. Hiernaast worden (veelal per kwartaal) ook andere kwaliteitsmetingen verricht, waaronder cliënttevredenheid, medewerkerstevredenheid, NPS-score, MIC/MIM, klachten en uitingen van ongenoegen en de zorginhoudelijke kwaliteitsindicatoren.

Bij de ontwikkeling van kwaliteit zijn alle medewerkers betrokken, maar de volgende groepen/medewerkers hebben hierin binnen Tellus een specifieke rol:

- Stuurgroep kwaliteit
- Kwaliteitsgroepen en commissies
- Medezeggenschapsorganen
- Managementteam en middenkader
- Commissie Kwaliteit & Veiligheid (K&V) Raad van Toezicht
- Lerend netwerk

#### Stuurgroep kwaliteit

Binnen Tellus is een Stuurgroep Kwaliteit actief. Deze stuurgroep bestaat uit het MT, de beleidsmedewerkers kwaliteit, de marketing- en communicatiemedewerker en de secretaresse Raad van Bestuur. De stuurgroep komt maandelijks bijeen om de voortgang op de kwaliteitsonderwerpen te bespreken, de conceptproducten en -procedures vanuit de kwaliteitsgroepen te bespreken (en te toetsen op samenhang), de kwaliteitsmetingen en eventuele knelpunten op te lossen. Hiernaast is de stuurgroep verantwoordelijk voor de ontwikkeling en evaluatie van het beleid en de processen/procedures/werkwijzen organisatiebreed en op het terrein van Beleid en Kwaliteit (B&K) en Marketing en Communicatie (M&C). De senior beleidsmedewerker bereidt, samen met de beleidsmedewerkers kwaliteit, de agenda voor de stuurgroep voor; de secretaresse legt de afspraken vast.

#### Kwaliteitsgroepen

Tellus heeft kwaliteitsgroepen op de volgende aandachtsgebieden: Zorg & Welzijn, Wijkgericht werken, Leren en ontwikkelen, Facilitair, F&C en IBP (informatiebeheer en privacy). Deze kwaliteitsgroepen evalueren en verbeteren het beleid en de diverse processen/procedures/werkwijzen binnen het eigen aandachtsgebied. Doel hierbij is ex- en interne ontwikkelingen, wijzigingen in wet- en regelgeving, organisatieveranderingen en ervaren knelpunten mee te nemen.

#### Commissies

Voor de ontwikkeling, evaluatie en verbetering van het zorginhoudelijk beleid zijn binnen Tellus diverse commissies actief, te weten

- MIC/MIM
- Medicatieveiligheid
- Protocolen (inclusief wondzorg en decubitus)
- Hygiëne- en infectiepreventie (HIC)
- Onbegrepen gedrag

#### Medezeggenschapsorganen

Op het terrein van de medezeggenschap zijn binnen Tellus twee lokale cliëntenraden, een (centrale) cliëntenraad, een ondernemingsraad en een VAR actief. Het belang van deze inspraak wordt door Tellus terdege onderkend. Over de voor hen relevante thema's worden deze raden zorgvuldig en tijdig om advies/instemming gevraagd.

#### Managementteam en middenkader

Managementteamleden en middenkader zijn verantwoordelijk voor de implementatie van de afgesproken werkwijzen en procedures. Hiertoe is het onderwerp Kwaliteit met regelmaat onderwerp van gesprek tijdens de (werk)overleggen, hetgeen het kwaliteitsbewustzijn onder de medewerkers van Zorggroep Tellus verhoogt.



### Commissie Kwaliteit & Veiligheid (K&V) Raad van Toezicht

De commissie Kwaliteit en Veiligheid (K&V) functioneert onder verantwoordelijkheid van de Raad van Toezicht. De algemene taak van de commissie Kwaliteit en Veiligheid is het voorbereiden van de besluitvorming van de Raad van Toezicht op het specifieke terrein van de kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg in de organisatie. De Raad van Toezicht draagt in zijn geheel de verantwoordelijkheid van het toezicht op kwaliteit en veiligheid van zorg en organisatie. De taken van de commissie Kwaliteit en Veiligheid zijn:

- het toetsen van het (voorgestelde) kwaliteitsbeleid van de organisatie;
- het optreden als klankbord voor de bestuurder met betrekking tot kwaliteit en veiligheid, mede door in de commissie op inhoudelijke thema's de diepte in te gaan;
- het bevorderen van een goede informatievoorziening aan de Raad van Toezicht door de bestuurder;
- het houden van toezicht op de naleving van aanbevelingen en opvolging van opmerkingen van (externe) instanties op het gebied van kwaliteit en veiligheid.

De commissie bestaat uit de Voorzitter Raad van Toezicht, een Lid Raad van Toezicht, de bestuurder, de senior beleidsmedewerker, de beleidsmedewerkers kwaliteit en de voorzitter van de VAR.

### Lerend netwerk

In het kader van samen leren en verbeteren neemt ook het Lerend netwerk van Tellus een belangrijke plaats in. De deelnemers van het Lerend netwerk zijn: Stichting Niko, Horizon, De Pieter Raat Stichting, Warm thuis, Alcare en Zorggroep Tellus. In dit netwerk wordt samengewerkt rondom het kwaliteitsplan en het kwaliteitsverslag met de verbeterparagraaf. Voorts vindt onderlinge uitwisseling en kennisdeling plaats door bijvoorbeeld bezoek, consultatie, benchmarking en intervisie. Dit geldt zowel voor de bestuurders en de Raden van Toezicht als de medewerkers van de organisaties, onder meer in respectievelijk het regionaal directieoverleg, het collegiaal overleg leden Raden van Toezicht en Raden van Bestuur en het regionaal kwaliteitsoverleg.