Jaarverslag kwaliteit & veiligheid

Toelichting bij kwaliteitsbeeld

2025





Het kwaliteitsbeeld over 2025 en de toelichting, het jaarverslag zijn tot stand gekomen in samenspraak met de Raad van Bestuur, de managementteams zorg en bedrijfsondersteuning en medezeggenschapsorganen Ondernemingsraad, Cliëntenraad en Professionele Adviesraad.

Inhoudsopgave

Inleiding **4**

Visie en kwaliteitsbeleid **5**

Bouwsteen 1 Het kennen van wensen en behoeften, het open gesprek **7**

Bouwsteen 2 Het bouwen van netwerken, zorgen doen we samen **10**

Bouwsteen 3 Het werk organiseren **12**

Vastgoedontwikkelingen 2025-2026 ..... *14*

Bouwsteen 4 Leren en ontwikkelen **16**

Bouwsteen 5 Reflectie op kwaliteit **18**

Een terugblik op onze kwaliteitscyclus 2025 ..... *19*

Audit HKZ 2025 ..... *20*

Interne en Observerende audits *21*

Veiligheid Management Systeem *22*

Cliënt- en medewerkertevredenheid *23*

Duurzaamheid en innovatie *25*

2025 in het kort **27**

Meldingen en metingen *27*

Ervaringen cliënten *31*

Ervaringen medewerkers *34*

Inleiding

De krapte op de arbeidsmarkt en de toenemende vergrijzing maken dat het steeds lastiger wordt om alle zorg- en ondersteuningsvragen uitsluitend met (zorg)professionals op te vangen. Deze ontwikkeling vraagt om een ander perspectief en bijbehorende verwachtingen van de samenleving. In de ouderenzorg betekent dit een beweging van ‘zorgen voor’ naar ‘zorgen met’. Deze realiteit wordt vooral zichtbaar in vakantieperiodes. Op momenten waarop de personele bezetting onder druk staat wordt vaker een beroep gedaan op andere medewerkers of op de betrokkenheid van naasten om de continuïteit van zorg en ondersteuning te waarborgen. Er is aandacht nodig voor de morele uitdagingen die het zorgpersoneel heeft om het werk met minder mankracht uit te voeren.

Binnen deze verschuiving neemt het betrekken van naasten en het versterken van informele zorg een centrale plaats in. In de Cirkel van PZC staat de mens centraal, omringd door naasten, vrijwilligers, netwerken en buurten en professionals. Deze benadering benadrukt dat kwaliteit van bestaan niet alleen ontstaat in de professionele zorgrelatie, maar juist in de samenhang tussen formele en informele ondersteuning. Door naasten actief te betrekken en hun kennis, ervaringen en mogelijkheden te benutten wordt zorg en ondersteuning **zo gewoon mogelijk** georganiseerd en beter afgestemd op het dagelijks leven van mensen met een zorgvraag.

Het Generiek Kompas ‘Samen werken aan kwaliteit van bestaan’ geeft richting, met de nadruk op samenredzaamheid, het betrekken van informele zorg en ruimte voor professionaliteit. De uitgangspunten van het Generiek Kompas zijn gericht op het respecteren van wie iemand is, het voeren van het open gesprek, het benutten van de kracht van samen en het bieden van ruimte voor professionaliteit. Deze uitgangspunten zijn uitgewerkt in vijf samenhangende bouwstenen die richting geven aan het handelen en leren binnen de organisatie:

- **Het open gesprek** (kennen van wensen en behoeften)
- **Het bouwen van netwerken**
- **Het werk organiseren**
- **Leren en ontwikkelen**
- **Inzicht in kwaliteit**

In de hoofdstukken die volgen wordt per bouwsteen gereflecteerd op de kwaliteit van zorg en ondersteuning van PZC in 2025, in samenhang met de maatschappelijke context en de ambities voor de komende periode.

Visie en kwaliteitsbeleid

Ons kwaliteitsbeleid en onze visie op kwaliteit van zorg vanuit waarden is in 2025 geactualiseerd en geeft richting aan de ontwikkeling en zicht op de middelen waarmee wij de organisatiedoelen willen realiseren. In deze visie op zorgkwaliteit gaan we uit van de PZC driehoek van zorgkwaliteit, met in de drie hoeken respectievelijk de zorgvisie ‘Zo gewoon mogelijk’, de kwaliteitskaders en toetsingskaders.

Van hieruit is gewerkt aan de zorgkwaliteit aan de hand van onze gedragen kernwaarden *Persoonlijk, Zingevend* en *Creatief.* Elke medewerker bij PZC heeft een rol in het realiseren van goede zorgkwaliteit. Door aan te sluiten op waarden van medewerkers en zorgkwaliteit onderdeel de laten zijn van het primaire proces wordt er resultaatgericht ontwikkeld. De visie op zorg en de visie op zorgkwaliteit versterken elkaar. ‘Zo gewoon mogelijk’ en ‘kwaliteit’ maakt immers ‘kwaliteit van leven’.

De formele kwaliteitskaders waar onze zorg aantoonbaar aan moet voldoen zijn ook onderdeel van de driehoek. Het gaat daarbij om de ons bekende ‘eisen vooraf’ - vanuit het generiek kompas dat meer richting geeft en minder kadert en toetsingskaders van IGJ - en ‘controle achteraf’, door een HKZ-audit en daarmee certificering.

We werken in PZC gezamenlijk en in een voor iedereen herkenbare plan-do-check-act cyclus. Vanuit de resultaten van de interne kwaliteitsscan die twee keer per jaar door kwaliteitsverpleegkundigen op elke doelgroep wordt afgenomen wordt door de teams een plan opgesteld om maximaal drie zelfgekozen verbeterpunten aan te pakken. Overstijgende zaken kunnen worden besproken in een kwaliteitscommissie of vakgroep. Wanneer bepaalde doelgroepoverstijgende verbeterpunten moeilijk oplosbaar blijken worden deze punten besproken in de kwaliteitsdialoog, waarin met directeur Zorg en Behandeling, PAR, opleidingsadviseur, arts, kwaliteitsverpleegkundige en kwaliteitsadviseurs gezocht wordt naar oplossingen. In 2025 is de cyclus geheel doorlopen.

Zo is gewerkt aan ontwikkeling op operationeel, tactisch en strategisch niveau. Hierbij zijn wij continu alert op mogelijke (veiligheids-)risico's voor bewoners/cliënten en medewerkers.

Ieder kwartaal wordt een interne kwaliteitsrapportage opgesteld, waarin gerapporteerd wordt over het functioneren van het kwaliteitsmanagementsysteem en alle geregistreerde meldingen. In de loop van 2025 is de vorm van deze kwartaalrapportage op kwaliteit en veiligheid aangepast van een tekstdocument dat werd opgesteld door het kwaliteitsteam naar een gedeelde visuele presentatie, waarin kwaliteitsteam en managers bijdragen leveren op de inhoud en hiermee ook van elkaar leren. Via deze rapportage is een duidelijkere opvolging van de kwaliteitscyclus zichtbaar.

Aan de hand van deze kwartaalrapportage beoordeelt de Raad van Bestuur en het managementteam de werking en effectiviteit van het kwaliteitsmanagementsysteem en de mogelijkheden en kansen voor verbetering en het delen van successen. De kwartaalrapportage kwaliteit en veiligheid wordt ook besproken met de Raad van Toezicht en met de cliëntenraad.

Bouwsteen 1 Het kennen van wensen en behoeften, het open gesprek



Het kennen van wensen en behoeften vormt de basis voor persoonsgerichte zorg en ondersteuning. Binnen de organisatie wordt hierbij uitgegaan van de **Cirkel van PZC**, waarin de mens centraal staat en wordt omringd door naasten, informele zorg en professionals. Deze benadering benadrukt dat kwaliteit van bestaan ontstaat in de samenhang tussen formele en informele zorg en vraagt om een open en gelijkwaardig gesprek met alle betrokkenen.

Bij verhuizing voert de eerstverantwoordelijk verzorgende (EVV) het gesprek met bewoners en naasten. Voor die tijd is een soortgelijk gesprek ook gevoerd door de zorgconsulent. Aan de hand van de vragenlijst ‘Dit ben ik’ is nadrukkelijk aandacht voor wensen en behoeften, maar ook de rol die bewoners en hun naasten willen en kunnen vervullen binnen PZC wordt besproken. Hiervoor is het in 2025 ontwikkelde activiteitenoverzicht een praktisch hulpmiddel. Het gesprek vormt het vertrekpunt voor verdere afstemming en samenwerking en wordt gedurende het zorgproces herhaald en verdiept wanneer daar aanleiding toe is.

Naasten worden actief betrokken bij de zorg en ondersteuning rondom hun naaste. Dit gebeurt onder andere door het organiseren van bijeenkomsten en door naasten de mogelijkheid te bieden om, waar passend, deel te nemen aan bijvoorbeeld zorgmomenten en activiteiten. Deze betrokkenheid draagt bij aan continuïteit, herkenbaarheid en ondersteuning die beter aansluit bij het dagelijks leven van bewoners.

Vanuit de zorgvisie Zo gewoon mogelijk is in 2025 een duidelijk werkproces rond verhuizen en wonen opgesteld met beschrijving van rollen en verantwoordelijkheden. Alle doelgroepen hebben trainingen gevolgd.

Er is input gegeven op het dienstenpakket bedrijfsondersteuning en op vastgoedplannen.

Om te begeleiden bij methodisch werken en kwaliteit in de teams en de implementatiekracht t.b.v. zo gewoon mogelijk werken te versterken is toestemming verkregen voor de inzet van twee coaches vanuit Waardigheid en trots.

Voor nieuwe bewoners en naasten is een welkomstpakket conform de zorgvisie Zo gewoon mogelijk beschikbaar gekomen.

In de kerngroep Zo gewoon mogelijk werd eind 2025 gereflecteerd en vooruitgekeken naar een team van de toekomst. Hierbij werden o.a. de volgende uitspraken gedaan:
“Het is net een dans. We zetten stappen vooruit, soms achteruit en waar nodig zetten we stappen rechtsom of linksom.”
“Het proces is als een rollende bal. Groot, licht en hij kan alle kanten op geduwd worden”
“Het is steeds zoeken naar hoe het wel kan en dit vasthouden. Er is verschil tussen lijmen/verbinden met prittstift, lijm of superlijm.”
“Het veranderproces is als een kompas, de richting is duidelijk. De route moeten we steeds samen uitvinden.”



In deze video vertellen de adviseur vanuit Waardigheid en Trots voor de toekomst, een lid van de cliëntenraad en een van de trainers van de scholing over de beweging richting zo gewoon mogelijk in 2025 en verder.

Inzicht in wat voor bewoners van waarde is

Binnen de intramurale zorg worden structureel huiskamergesprekken gevoerd. Deze gesprekken bieden ruimte om ervaringen te delen, signalen op te vangen en samen te reflecteren op het wonen, leven en de ontvangen zorg en ondersteuning. Deze gesprekken vormen een belangrijk instrument om wensen en behoeften zichtbaar te maken.

Uit externe audits door Impuls voor de Zorg blijkt dat de in 2025 bezochte afdelingen op doelgroepen Wonen met Zorg, kleinschalige dementiezorg en niet-aangeboren hersenletsel hun bewoners goed kennen. Medewerkers handelen vanuit kennis van de persoon en diens levensverhaal, wat bijdraagt aan persoonsgerichte zorg en een respectvolle benadering.

Cliëntervaringen worden daarnaast systematisch gemeten via cliënttevredenheidsonderzoeken. Binnen de GRZ is gestart met het uitvragen van de Net Promoter Score (NPS). De gemiddelde NPS score van **8,42** geeft inzicht in de ervaren kwaliteit van zorg en ondersteuning en vormt waardevolle input voor verdere reflectie en verbetering.

Opbrengst en vooruitblik richting 2026

Het structureel voeren van het open gesprek draagt bij aan betere afstemming tussen bewoners, naasten en professionals, en aan meer gezamenlijke verantwoordelijkheid voor zorg en ondersteuning. Het biedt inzicht in wat voor mensen met een zorgvraag en hun naasten van betekenis is en ondersteunt het realiseren van kwaliteit van bestaan.

In 2026 ligt de focus op het verder concretiseren van de inzet van naasten en informele zorg, passend bij het uitgangspunt van zo gewoon mogelijk leven. Het open gesprek blijft daarbij het fundament om samen te blijven afstemmen op wensen, behoeften en mogelijkheden.



Bouwsteen 2 Het bouwen van netwerken, zorgen doen we samen

Het bouwen en onderhouden van netwerken is essentieel om goede zorg en ondersteuning te kunnen blijven bieden in een veranderende maatschappelijke context. Door samen te werken met andere organisaties, professionals, informele zorg en het netwerk rondom cliënten wordt zorg toekomstbestendiger en beter afgestemd op de behoeften van mensen.

Samenwerking in de regio en daarbuiten

In 2025 is actief ingezet op het versterken van samenwerking met andere organisaties, met als doel kennis te delen, expertise te bundelen en zorg gezamenlijk te organiseren. Er is een verkenning gestart naar een mogelijke fusie met Aafje, gericht op het versterken van toekomstbestendige samenwerking en het waarborgen van passende zorg in de regio.

De samenwerking met De Merwelanden, de Blije Borgh en Aafje binnen de Zorgcoöperatie Drechtsteden is gecontinueerd.

In december is het Dag- en Doecentrum geopend. Hier wordt, in samenwerking met een verpleegkundige Active Ageing, gewerkt aan reablement voor thuiswonende ouderen. Deze samenwerking draagt bij aan het versterken van zelfredzaamheid en het langer zelfstandig functioneren van ouderen.

Professionele netwerken en kennisdeling

PZC Dordrecht is in september erkend als Regionaal Expertise Centrum MS+. Vanuit deze rol wordt specialistische kennis regionaal gedeeld en wordt bijgedragen aan de kwaliteit van zorg voor mensen met complexe zorgvragen. De CElz beoordeelt dat REC PZ Dordrecht op volledig niveau heeft voldaan aan de criteria en indicatoren van een REC volgens het toetsingskader. REC PZC Dordrecht is in het vastgestelde zorglandschap van doelgroepnetwerk MS+ als REC opgenomen. Het positief deskundigenadvies is na de eerste visitatie geldig voor 20 plaatsen tot en met 31 oktober 2029.

Zorgprofessionals worden gefaciliteerd en gestimuleerd om actief deel te nemen aan regionale en landelijke netwerken. In 2025 is verder deelgenomen aan onder andere de IZA-alliantie en is PZC net als in 2024 regionaal en doelgroep expertisecentrum voor cliënten met een langdurige bewustzijnsstoornis (LBS).

PZC heeft zich aangesloten bij het Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen (UKON). Onze wetenschapsraad heeft een belangrijke rol gespeeld.
Deze samenwerking is een belangrijke stap in onze ambitie om samen met andere zorgorganisaties en het Radboud UMC bij te dragen aan kennisontwikkeling en innovatie binnen de ouderenzorg.

Alle netwerken bieden ruimte voor kennisdeling, gezamenlijke ontwikkeling en het leren van en met andere organisaties.

Het regionale transformatieplan is goedgekeurd, wat ruimte biedt voor het ontwikkelen en uitvoeren van gezamenlijke regionale projecten. Hiermee wordt invulling gegeven aan de beweging naar passende zorg op de juiste plek.

Het bouwen van netwerken draagt bij aan betere toegankelijkheid van zorg, continuïteit in de zorgketen en het delen van specialistische kennis. Voor cliënten en hun naasten betekent dit dat zorg en ondersteuning beter op elkaar aansluiten en dat expertise beschikbaar is waar dat nodig is.

Vooruitblik richting 2026

In 2026 ligt de focus op de verdere uitvoering van projecten binnen de IZA-alliantie. Daarnaast wordt organisatiebreed gewerkt aan het versterken van de samenwerking met informele zorg. Hierbij worden duidelijke afspraken gemaakt met naasten en vrijwilligers over rollen, verwachtingen en samenwerking, passend bij het uitgangspunt van zo gewoon mogelijk leven. Op de doelgroep Wonen met Zorg en op de locatie Dubbelmonde wordt een pilot gestart met het team van de toekomst. Dit loopt tegelijk met het concretiseren van de samenwerking met informele zorg.

Bouwsteen 3 Het werk organiseren



Het organiseren van het werk is een belangrijke randvoorwaarde voor het leveren van deskundige, veilige en persoonsgerichte zorg. In een context van arbeidsmarktkrapte en veranderende zorgvragen vraagt dit om voortdurende aandacht voor deskundigheid, duurzame inzetbaarheid, veiligheid en zeggenschap. Door het werk goed te organiseren ontstaat ruimte voor professionals om hun vakmanschap in te zetten en voor bewoners om ondersteuning te ontvangen die aansluit bij hun behoeften.

Deskundigheid, veiligheid en duurzame inzetbaarheid

In 2025 is gericht gewerkt aan het versterken van duurzame inzetbaarheid van medewerkers. Leidinggevenden zijn geschoold in verzuimmanagement, met nadrukkelijke aandacht voor preventie en het voeren van het goede gesprek. Dit heeft bijgedragen aan een aantoonbare daling van het ziekteverzuim.

De dienstverlening van de nieuwe arbodienst is geëvalueerd en waar nodig bijgesteld, zodat deze beter aansluit bij de behoeften van medewerkers en leidinggevenden. Hiermee wordt gewerkt aan een veilige en gezonde werkomgeving waarin medewerkers zo goed mogelijk ondersteund worden.

In september is de vitaliteitsweek georganiseerd.

Organiseren van het werk in teams

Teamplannen vormen de basis voor het organiseren en verbeteren van kwaliteit van zorg. Teams gebruiken deze plannen om gezamenlijk prioriteiten te stellen en gericht te werken aan verbeterpunten die aansluiten bij de zorgvraag van bewoners en cliënten. Dagstarts en dagsluitingen ondersteunen hierbij het methodisch en reflectief werken en dragen bij aan onderlinge afstemming en samenwerking.

De organisatie weet medewerkers beter te binden, wat zichtbaar is in een verbeterde instroom. Dit draagt bij aan continuïteit van zorg en stabiliteit binnen de teams.



Ondersteuning van professionals

Coaches Waardigheid en Trots begeleiden teams bij de implementatie van Zo Gewoon Mogelijk. Zij ondersteunen teams bij het maken van de beweging naar normaliseren, het benutten van het netwerk rondom bewoners en het werken vanuit waarden.

Zeggenschap van professionals en cliënt(vertegenwoordigers) krijgt vorm via teamplannen, medezeggenschap en de betrokkenheid bij kwaliteits- en verbeterprocessen. Door medewerkers actief te betrekken bij de inrichting van het werk en het oplossen van dilemma's ontstaat eigenaarschap en ruimte voor professionele afwegingen.

Om veilig en uniform werken te ondersteunen is de mobiele app van MyDMS geïntroduceerd. Medewerkers hebben hierdoor direct via hun werktelefoon toegang tot actuele protocollen en werkinstructies, wat bijdraagt aan kwaliteit en veiligheid in het dagelijks handelen.

Het onderzoek naar speerpunten door de OR is afgerond en structureel geborgd binnen het HR-beleid. Dit versterkt de positie van medewerkers en draagt bij aan een organisatie waarin zeggenschap en betrokkenheid serieus worden genomen.

Vooruitblik richting 2026

In 2026 start het Team van de Toekomst, waarin een verschuiving plaatsvindt in deskundigheid en rollen binnen teams. Hierbij is nadrukkelijk aandacht voor de rol van anders geschoolden, naasten en het netwerk van bewoners. Deze ontwikkeling draagt bij aan een toekomstbestendige organisatie waarin zorg, ondersteuning en informele netwerken samen worden georganiseerd.



Vastgoedontwikkelingen 2025-2026

2025 stond voor PZC Dordrecht nadrukkelijk in het teken van de doorontwikkeling van de herontwikkeling van Crabbehoven en Dubbelmonde. Waar 2024 vooral het jaar was van koersbepaling en visievorming, heeft 2025 zich gekenmerkt door verdieping en concretisering richting uitvoerbare besluitvorming. De organisatie heeft hierbij belangrijke stappen gezet in het professionaliseren van de planvorming, met onder meer massastudies en faseringsstudies als basis om de herontwikkeling beheersbaar te faseren en continuïteit van zorg te waarborgen.

De herontwikkeling is in 2025 steeds meer gepositioneerd als gebiedsontwikkeling met maatschappelijke meerwaarde, waarbij de locaties nadrukkelijker worden verbonden met de wijk en Dordt-West. Daarbij is ook zichtbaar geworden dat draagvlak en communicatie richting bewoners en stakeholders bepalend zijn voor de haalbaarheid en het tempo van de vervolgstappen, met name bij Dubbelmonde.

Parallel hieraan is in 2025 de financiële onderbouwing verder aangescherpt. De GREX en businesscase zijn verder uitgewerkt en beter toetsbaar gemaakt, mede door externe analyses. Subsidies en gebiedsontwikkelingsmiddelen zijn kansrijk, maar blijven afhankelijk van voorwaarden en besluitvorming. De organisatie stuurt daarom op een robuuste businesscase waarin fasering, financiële beheersbaarheid en uitvoerbaarheid leidend zijn.



In het najaar van 2025 is daarnaast het concept Sociaal Plan verder uitgewerkt als essentiële bouwsteen voor een zorgvuldig en juridisch houdbaar herhuisvestingstraject, passend bij de schaal en impact van de herontwikkeling.

Tot slot heeft brandveiligheid in 2025 nadrukkelijk op de agenda gestaan. Inspecties door OZHZ en de Veiligheidsregio hebben geleid tot herstelmaatregelen op meerdere locaties. Deze dossiers zijn voortvarend opgepakt en waar mogelijk afgerond en geborgd, waarmee veiligheid en compliance als randvoorwaarde voor kwaliteit van zorg verder zijn versterkt.

Richting 2026 staat de organisatie voor de opgave om tempo te houden richting besluitvorming, zonder verlies van beheersing. De focus ligt daarbij op verdere uitwerking van het stedenbouwkundig plan, de anterieure overeenkomst, de financiële haalbaarheid en het blijvend versterken van draagvlak en participatie.

Afb. Informatiestand over nieuwbouw op de uitblinkersmarkt begin 2025



Bouwsteen 4 Leren en ontwikkelen

Leren en ontwikkelen vormen een essentiële basis voor vakmanschap, kwaliteit van zorg en toekomstbestendig werken. In een voortdurend veranderende context vraagt dit om een lerende organisatie, waarin professionals worden gestimuleerd om zich te blijven ontwikkelen en waarin leren onderdeel is van het dagelijks werk. In het leermanagementsysteem heeft iedere medewerker een persoonlijke leeromgeving. Naast verplichte scholingen bevat het systeem een uitgebreid aanbod van leercontent, passend bij de eigen functie.

In 2025 is het leren en ontwikkelen van professionals en de organisatie verder versterkt. De scholing Zo Gewoon Mogelijk is afgerond en vormt een belangrijk fundament voor het dagelijks handelen. De uitgangspunten van deze scholing zijn zichtbaar in de manier waarop professionals omgaan met bewoners, naasten en het netwerk rondom de cliënt.

Het nieuw gevormde Team Kwaliteit ondersteunt, monitort en adviseert organisatiebreed bij kwaliteitsontwikkeling en borging. Via de kwartaalrapportages worden verbetermaatregelen opgevolgd en geborgd in de organisatie.

In 2025 hebben de kwaliteitsverpleegkundigen, enkele verpleegkundigen en praktijkopleiders een incompanyscholing gevolgd over het gebruik van de Prisma- en SIRE- methode bij het uitvoeren van incidentenonderzoek.

Het medewerkerstevredenheidsonderzoek (MTO) is uitgevoerd en organisatiebreed opgevolgd. De resultaten bieden waardevolle input voor verdere ontwikkeling van teams en ondersteuning van medewerkers.



In 2025 is een breed scala aan opleidingstrajecten begeleid, waaronder: Verpleegkunde (verkort mbo-niveau 4), Verzorgende IG (mbo-niveau 3, regulier en verkort), Helpende (mbo-niveau 2), Medewerker Maatschappelijke Zorg (mbo-niveau 3 en 4), EVV-opleiding, diverse MBO-certificaten, waaronder Helpende Plus en Individuele Basiszorg niveau 2 en 3. De vraag naar modulair opleiden neemt toe, zowel binnen de organisatie als regionaal.
Dit sluit aan bij het principe ‘bekwaam is inzetbaar’. In 2025 zijn verkenningen gestart, in 2026 worden deze vertaald naar concrete plannen.

Voor ondersteuning in de digivaardigheid van medewerkers, waar steeds meer een beroep op wordt gedaan, zijn in 2025 digicoaches aangesteld die laagdrempelig collega's helpen om digitaal vaardiger en zelfverzekerder te werken. Digicoaches ondersteunen bij vragen over digitale tools, systemen en werkwijzen die in het dagelijkse werk gebruikt worden. Ze denken mee, geven praktische uitleg en helpen om slimmer en efficiënter gebruik te maken van digitale middelen.

Binnen de organisatie wordt gebruik gemaakt van verschillende vormen van leren. Naast formele scholing is er nadrukkelijk aandacht voor leren in de praktijk, zoals learning on the job, teamleren en reflectie op het eigen handelen. Ook het leren van data speelt hierbij een belangrijke rol. De kwaliteitscyclus (PDCA) is versterkt door betere ondersteuning, monitoring en opvolging, waardoor inzichten uit metingen, audits en rapportages gericht worden benut voor verbetering.

In 2025 waren belangrijke thema's in het leren en ontwikkelen onder andere het werken volgens de principes van Zo Gewoon Mogelijk, het versterken van methodisch werken en het vergroten van kwaliteitsbewustzijn binnen alle lagen van de organisatie.

Het leren en ontwikkelen blijft een continu proces.
De organisatie blijft alert op verbeterpunten en benut deze als leermomenten.

Vooruitblik naar 2026

Kennis vanuit UKON gaat actief worden toegepast in de dagelijkse zorgpraktijk, zodat wetenschappelijke inzichten en praktijkervaring elkaar blijven versterken.

Verdere stappen zullen worden gezet in de implementatie van innovatieve technologieën, zoals slim medicatie uitgeven en slim spullen vinden, die bijdragen aan de autonomie van cliënten, de werkdrukverlichting van medewerkers en een duurzamere zorgorganisatie.

Informatiebeveiliging zal worden getoetst op normen vanuit NEN 7510.

De implementatie van de overgang naar één systeem voor het elektronisch cliëntendossier, i.p.v. twee aan elkaar gekoppelde systemen, wordt zorgvuldig voorbereid in afstemming met onze samenwerkingspartners.

Het werken vanuit de visie zo gewoon mogelijk moet geborgd gaan worden in de lijn, waarbij interne lerende netwerken bijdragen aan kennisdeling, reflectie en ontwikkeling.

Bouwsteen 5 Reflectie op kwaliteit



In het begin van dit document staat beschreven wat onze visie is op kwaliteit van zorg vanuit waarden en op welke manier we hier vorm aan geven vanuit de kwaliteitsscan. De terugblik op onze kwaliteitscyclus in 2025 en de resultaten van metingen van ervaringen van bewoners/cliënten/revalidanten en naasten en medewerkers staan in dit hoofdstuk beschreven.

Zoals eerder te lezen viel is in de loop van 2025 de kwartaalrapportage steeds meer een middel geworden om de kwaliteitscyclus op te volgen. Waar we in het eerste kwartaal een rapportage vanuit het kwaliteitsteam aanleverden is de rapportage vanaf kwartaal 3 een gedeeld document met managementteam zorg en vanaf kwartaal 4 ook met managentteam Bedrijfsondersteuning. De rapportages worden integraal besproken waarbij niet alleen gekeken wordt naar hoe het beter kan, maar waarbij ook successen gedeeld worden en men gebruik maakt van elkaars expertise.

Vanuit het project Zo gewoon mogelijk zijn beleid en concrete acties geformuleerd en zijn de rollen en verantwoordelijkheden bij beleidsvorming en implementatie duidelijk afgesproken.

In 2025 is de HKZ-certificering verlengd en zijn twee onaangekondigde audits succesvol verlopen. Het leren uit bevindingen uit deze audits en uit door kwaliteitsmedewerkers uitgevoerde kwaliteitsronden ondersteunt bij het verbeteren van kwaliteit en veiligheid van zorg. Het volgen van de kwaliteitscyclus ondersteunt bij het borgen van kwaliteitsprocessen.

Vooruitblik richting 2026

In 2026 zal het monitoren van de in gang gezette beweging in de lijn worden belegd en start het project Team van de toekomst met een pilot op twee doelgroepen.

Voor 2026 zijn verder belangrijke thema’s de duurzame inzet van personeel en samenwerking met informele zorg en naasten, naast lopende acties en projecten vanuit de programmalijnen Wij bouwen vast goed, We versterken door samen te werken en We zorgen zo gewoon mogelijk.

Een terugblik op onze kwaliteitscyclus 2025



Q1	Opstellen en uitvoeren teamplannen n.a.v. kwaliteitsscan Q4 2024
	Kwaliteitsdialoog met PAR
	Uitvoeren managementreview
	Audit HKZ
Q2	Kwaliteitsscan
	Inspectiebezoek Dubbelmonde
	Kwaliteitsdialoog met PAR
	Controle door omgevingsdienst ZHZ op navolging BBL
Q3	Opstellen en uitvoeren teamplannen n.a.v. kwaliteitsscan Q2 2025
	Kwaliteitsdialoog met PAR
	Audits HACCP Dagbesteding en KDZ-afdelingen
Q4	Observerende audit afd. Braam en KDZ 2
	Observerende audit NAH: Cypres en Waterhoen
	Audits HACCP huiskamers en restaurant Dubbelmonde, afd. Waterhoen, Braam, Citrus
	Kwaliteitsscan
	Clientervaringsmetingen Dag-en doecentrum, WLZ zorg en Thuiszorg
	Kwaliteitsrondes uitgevoerd op o.a. medicatieveiligheid, dossiervoering, brandveiligheid

Audit HKZ 2025



Op 24,25 en 26 februari 2025 is een renewal audit op HKZ normen gedaan door de extern auditor van bureau DNV.

Tijdens de audit werden een major-nonconformiteit (medicatieveiligheid), drie minor non-conformiteiten (opvolging kwaliteitsscan, MIC-beleid behandeldienst en managementreview) en drie observaties benoemd.

Na aanleveren van plannen van aanpak met oorzaakanalyse, correctieve en corrigerende maatregelen is de conformiteit en effectiviteit van het managementsysteem aangetoond, in relatie tot de scope van de certificatie. Er is vastgesteld dat het systeem in staat is de doelstellingen van het management te bereiken. Geconcludeerd na herbeoordeling in mei 2025 is dat het kwaliteitsmanagementsysteem van PZC Dordrecht voldoet aan de beoordeelde eisen van HKZ Verpleeghuizen, Verzorgingshuizen en Thuiszorgorganisaties:2015. Op grond van de auditresultaten werd het HKZ certificaat opnieuw toegekend.

Als algemene sterke punten werden o.a. benoemd dat de oprichting van de Zorgcoöperatie, naast het versterken van kennis en kunde, ook zorgt voor de mogelijkheid om ondersteunende diensten gezamenlijk verder te ontwikkelen wat het personeelstekort en financiële uitdagingen ondervangt (met als voorbeeld het openen van de ICT Servicedesk), dat PZC het IGJ bezoek als kans heeft benut om veranderingen sneller te kunnen implementeren en dat de medewerkers van de afdeling Kwaliteit de hervorming van hun team hebben aangepakt als kans om het eigenaarschap omtrent kwaliteit organisatiebreed in te zetten.

Op doelgroepniveau werd ondermeer aangegeven dat de GRZ-afdeling Wantij wordt gerund door leerlingen. De Revalidatiecoaches houden hierin toezicht en coachen de leerlingen. Hierdoor ontwikkelen leerlingen al vroeg in de opleiding o.a. meer zelfstandigheid en eigenaarschap.
De palliatieve zorg leeft zeer op de afdelingen KSW en is goed doorontwikkeld. Zo zijn ook de Helpenden Zorg opgeleid voor de basistraining palliatieve zorg.
Na goed onderzoek omtrent dwaaldetectie, oa in samenwerking met mantelzorgers, wordt in leefcirkels geleefd.

Interne en Observerende audits

In 2025 zijn er vanaf Q3 interne audits uitgevoerd door team kwaliteit in de vorm van kwaliteitsronden. Resultaten hiervan zijn direct met betrokken managers en teamleiders gedeeld en in de doelgroep opgevolgd. In de kwartaalrapportage komen de resultaten en opvolging terug. In 2025 zijn er kwaliteitsronden gelopen op de thema's medicatieveiligheid (toegang tot ruimten als operationaliteitscheck n.a.v. de major bevinding in de HKZ-audit en opiatenbeheer), bedrijfsveiligheid, huishouden, dossiervoering en teamplannen.

De kwaliteitsscan in Q2 en Q4 geeft veel input voor het verbeteren via teamplannen. We hebben gezien dat het niet op alle doelgroepen is gelukt dit instrument goed te gebruiken. Dit heeft als oorzaak dat er veel verloop is geweest in aansturend personeel en dat er veel inzet van PNIL nodig is geweest door personeelstekort. De kwaliteitsscan is door het kwaliteitsteam aangepast aan de hand van het generiek kompas en zal in 2026 in de nieuwe vorm gebruikt gaan worden.

Door extern bureau De Impuls voor de Zorg zijn in 2025 twee onaangekondige observerende audits op basis van het toetsingskader van de IGJ laten uitvoeren. Een op afd. Braam (wonen met zorg) en afdeling KDZ 2, met als aandachtsgebied methodisch werken en dossiervoering en een op doelgroep NAH, afdelingen Waterhoen en Cypres met als aandachtsgebied leren en ontwikkelen.

Deze audits leverden opbouwende rapporten op. Als goede punten werden bijvoorbeeld genoemd dat er er aantoonbare inspraak in afspraken over de zorg zijn en dat medewerkers zeer betrokken zijn, de bewoners goed kennen en rekening houden met hun wensen en voorkeuren.

Er is geconstateerd dat er een veilige omgeving is om te leren en feedback te geven. PZC voldeed niet overal geheel aan de norm en er werden een aantal verbeterpunten genoemd, bijvoorbeeld op het gebied van medicatieveiligheid en infectiepreventie waarmee de doelgroepen aan de slag zijn gegaan.

Inspectie

Na het niet aangekondigde bezoek op locatie Dubbelmonde eind oktober heeft de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd in mei 2025 de locatie na afloop van de verbetertermijn bezocht. Na het vorige inspectiebezoek is een verbeterplan gemaakt. Het management en de kwaliteitsverpleegkundige voerden wekelijks overleg over de stand van zaken. Op een centrale

plek in locatie Dubbelmonde zijn de verbeterdoelen, acties en evaluaties per week op een verbeterbord zichtbaar gemaakt. Daarmee zijn deze ook voor zorgverleners, cliënten en familie te volgen. Dubbelmonde organiseerde familie-avonden om bewoners en naasten te betrekken bij het verbetertraject. Daarnaast hebben de bestuurder, zorgmanager en teamleider de cliëntenraad goed geïnformeerd over het verbeterplan en de voortgang ervan. De inspectie constateerde bij het vervolgbezoek dat Dubbelmonde aan zeven van de acht getoetste normen (grotendeels) voldoet. Eén norm voldoet grotendeels niet. De inspectie ziet dat Dubbelmonde geïnvesteerd heeft in de kwaliteit en veiligheid van zorgverlening. Hierbij staat de cliënt centraal en leveren de zorgverleners persoonsgerichte, passende en professionele zorg. Wel verdient het methodisch werken nu prioriteit. De Inspectie heeft besloten dat er geen vervolgtoezicht nodig is.

Veiligheid Management Systeem

Het *incidentenmeldsysteem* bestaat uit drie soorten meldingen: meldingen ten aanzien van incidenten rond de client (MIC), meldingen rond incidenten ten aanzien van de medewerker (MIM) en meldingen van incidenten die noch een client noch een medewerker aangaan. Dit soort meldingen betreffen veelal aan de zorg onderliggende (bedrijfsondersteunende) processen. Een voorbeeld is het “vermissen” van medicatie uit de centrale medicatie kluis. Voor dit soort meldingen hebben wij een MIO (melding incident overige) formulier opgesteld. De meldingen die volgens de risicomatrix oranje of rood worden gelabeld vereisen een actie en worden opgevolgd door de proceseigenaar. Via Zenya is het mogelijk de plan-do-check-act cyclus van de acties te volgen en te borgen.

De resultaten van meldingen en de analyse en opvolging hiervan worden elk kwartaal opgenomen in de kwartaalrapportage.

In 2025 is veiligheid binnen PZC Dordrecht nadrukkelijk onderwerp van gesprek geweest. Aanleiding hiervoor waren onder andere incidenten op locaties, signalen vanuit de organisatie, aandachtspunten vanuit toezicht en de constatering dat veiligheid in de breedte complexer en zwaarder is geworden.

Het dossier veiligheid is daarom uitgebreid geëvalueerd gericht op het geheel van beleid, uitvoering, sturing en borging van veiligheid binnen PZC Dordrecht, om te kunnen bepalen welke stappen nodig zijn om dit toekomstbestendig te organiseren.

De conclusie is dat de veiligheid binnen PZC inhoudelijk serieus wordt genomen, de wijze waarop veiligheid is georganiseerd, aangestuurd en geborgd sluit echter onvoldoende aan bij de huidige complexiteit en risico's. De kern van het probleem zit niet in intentie of beleid, maar in samenhang, eenduidigheid en structurele opvolging.

De uitkomsten van de evaluatie worden in 2026 verder uitgewerkt, maar als tijdelijke borging is ervoor gekozen om de functie van coördinator Veiligheid exclusief voor PZC in te richten en niet langer te delen met De Merwelanden. Deze keuze is ingegeven door de noodzaak om verantwoordelijkheid, mandaat en sturing eenduidig te beleggen.

In 2026 zal gedrag rondom veiligheid een aandachtsgebied vormen tijdens de HKZ audit in Q1.

Cliënt- en medewerkertevredenheid

Voor het doorlopend meten van de cliënttevredenheid maakt PZC gebruik van huiskamergesprekken, waarvan jaarlijks een daarvan (Het Goede Gesprek) uitgevoerd wordt door een lid van de cliëntenraad met geestelijke verzorger op basis van ons Zinvolle Zorgweb. Daarnaast is in 2025 de cliëntervaringsmeting gedaan onder clienten die zorg ontvangen vanuit de WLZ, vanuit wijkverpleging en bij cliënten van het Dag- en Doecentrum. Verderop in dit verslag zijn de resultaten te vinden.

Intern hebben bewoners en hun naasten de mogelijkheid door middel van groene/rode kaarten complimenten en suggesties te geven via een brievenbus bij de receptie van de hoofdlocatie.

In het vierde kwartaal van 2025 is een medewerkerstevredenheidsonderzoek uitgevoerd. Hiervoor is aangesloten bij het landelijke tevredenheidsonderzoek van Actiz : "Kijk op mijn medewerkers".

Kwaliteitscommissies

In 2025 is in het vierde kwartaal de samenstelling van kwaliteitscommissies waar aandachtsvelders bij zijn betrokken (commissie medicatie, infectiepreventie, MIC) aangepast. Er zijn kerncommissieleden benoemd waaronder aandachtsvelders die hun doelgroep

vertegenwoordigen. Deze commissies worden voorgezeten door een kwaliteitsverpleegkundige of kwaliteitsadviseur. De kleinere samenstelling draagt bij aan een effectievere besluitvorming.

Organisatiebreed is er in 2025 zichtbaar voortgang geboekt op het gebied van kwaliteit en veiligheid. Op meerdere thema's zijn werkwijzen aangescherpt, beleidsdocumenten geactualiseerd en verantwoordelijkheden duidelijker belegd, waardoor de borging van kwaliteit structureel is versterkt.

Binnen de **medicatieveiligheid** is ingezet op verdere uniformering en risicoreductie. Het aantal gemelde medicatie-incidenten is geanalyseerd en benut om het lerend vermogen binnen teams te vergroten. De rol van aandachtsvelders is hierin verstevigd en formeel geborgd. Werkwijzen rondom het stoppen van medicatie in baxterrollen en het gebruik van opiaten zijn herzien en vastgelegd in MyDMS. Daarnaast is de medicatiewerkvoorraad opnieuw gedefinieerd en zijn de eerste voorbereidingen getroffen op digitale registratie, waarmee de controleerbaarheid en veiligheid verder toenemen. Ook zijn aanvullende maatregelen genomen, zoals het aanscherpen van de toegangscontrole tot medicatieruimtes en het beëindigen van risicovol tokengebruik. De structurele monitoring van losse medicatiebestellingen heeft geleid tot meer bewustwording van medicatieverspilling en extra handelingen in het proces.

Op het gebied van melden en incidentanalyse is de **MIC**-structuur doorontwikkeld. Het profiel van aandachtsvelders is vastgesteld en het meldformulier en de instructie voor risicoscores zijn verduidelijkt, met extra aandacht voor juiste toepassing van de BEM-score. Hiermee wordt het melden nadrukkelijker gepositioneerd als instrument om te leren en te verbeteren. De meldmogelijkheid voor PNIL is ingericht en het merendeel van de ingezette verbeteracties door behandelaren zijn inmiddels afgerond. Tevens is besloten de commissie verder te ontwikkelen tot een kerncommissie met vertegenwoordiging uit alle doelgroepen en behandeldienst, waardoor focus en eigenaarschap worden versterkt.

In de **infectiepreventie-**commissie is een belangrijke kwaliteitsslag gemaakt in de actualisatie en bundeling van documentatie. Het nieuwe isolatie-indicatieoverzicht biedt meer overzicht en directe toegang tot bijbehorende instructies. Het uitbraakprotocol wordt herzien, waarmee de documentatie rondom isolatie en uitbraken integraal wordt geactualiseerd. Het profiel van de aandachtsvelder infectiepreventie is vastgesteld en de jaarlijkse auditcyclus op infectiepreventie en hygiëne is geborgd. Daarnaast is ingezet op verbetering van de samenwerking tussen

teamleiders en aandachtsvelders, om verantwoordelijkheden en uitvoering beter op elkaar af te stemmen.

Ten aanzien van de **Wet zorg en dwang** (Wzd) is de continuïteit van de Wzd-functionaris geborgd en is de commissie WZD versterkt met aanvullende expertise. De teamgerichte scholingen, waarin actuele casuïstiek wordt besproken, worden positief gewaardeerd en dragen bij aan deskundigheidsbevordering in de praktijk. Het project “Veilige Vrijheid” is succesvol afgerond, waarbij open afdelingen worden gecombineerd met passende technologische ondersteuning in de vorm van dwaaldetectie. Hiermee is een evenwicht gevonden tussen veiligheid en leefvrijheid. Het beleidsdocument rondom visie en uitvoering van de Wzd bevindt zich in de afrondende fase en ook het beleid rond “open deuren” wordt verder geconcretiseerd. De cliëntvertrouwenspersoon onvrijwillige zorg is gewijzigd en is nu vanuit Stemgever toegevoegd aan PZC. Met de nieuwe vertrouwenspersoon (CVP) zijn korte lijnen met de betrokken doelgroepmanagers. Afgelopen jaar werden gezamenlijk twee voorlichtingen verzorgd. Eén daarvan betrof een kennismaking met de managers dementiezorg en de NAH afdelingen. De CVP heeft in 2025 geen signalen afgegeven van tekortkomingen in het cliëntrecht.

Binnen de commissie **palliatieve zorg** is de basis gelegd voor verdere organisatiebrede versterking van multidisciplinaire samenwerking. De voorbereiding van werkgroepen is gestart en het initiatief tot implementatie van het zorgpad stervensfase in ONS vormt een concrete stap richting uniforme en kwalitatief hoogwaardige palliatieve zorg.

Samenvattend kan worden gesteld dat 2025 in het teken staat van professionalisering, uniformering en structurele borging. Door beleidsactualisatie, versterking van rollen, digitalisering van processen en gerichte scholing is de kwaliteitscyclus verder verstevigd en is een solide basis gelegd voor verdere ontwikkeling in de komende periode.

Duurzaamheid en innovatie

PZC Dordrecht voert haar duurzaamheidsbeleid integraal uit als onderdeel van de bedrijfsvoering en strategische ontwikkeling. Het mobiliteitsplan is afgerond, en de CO_2-routekaart is zowel afgerond als ingediend bij het Expertisecentrum Verduurzaming Zorg (EVZ).

In 2026 wordt het volledige duurzaamheidsbeleid geactualiseerd op basis van de materialiteitsanalyse en gewijzigde EU-regelgeving, inclusief de voorbereiding op CSRD/ESRS-rapportage. De eerste integrale verslaglegging volgt in 2026.

Belangrijkste focuspunten in 2026:

Vastgoed & energie: verduurzaming van bestaande locaties, actualisatie van het MJOP naar een duurzaamheids-MJOP en benutten van de herontwikkeling van Crabbehoven/Dubbelmonde voor energie-efficiënte gebouwconcepten.

Mobiliteit & middelen: implementatie van het mobiliteitsplan, reductie van fossiel intensieve logistiek en verdere elektrificatie waar effectief.

Inkoop: toepassing van duurzaamheidscriteria bij hercontractering (CO_2-impact, circulariteit, lifecycle-kosten) als vast onderdeel van de inkoopkalender 2026.

Digitalisering: reductie van hardware- en beheerlasten via consolidatie van ICT en de overgang naar één ECD/EPD.

Duurzaamheid is daarmee geen afzonderlijk project, maar een structurele randvoorwaarde voor toekomstbestendige zorg, financiële continuïteit en risicobeheersing. De inzet blijft realistisch: meetbaar, uitvoerbaar en zonder verschuiven van lasten naar toekomstige jaren.



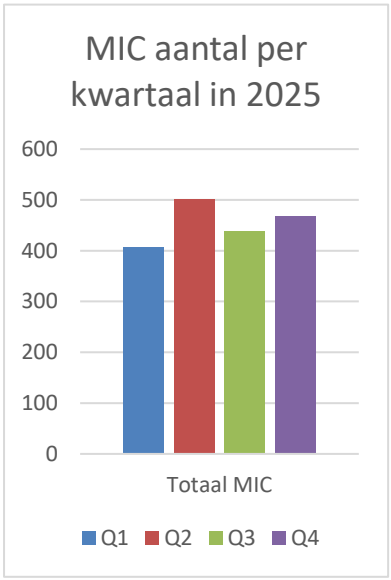
CO^2 Routekaart

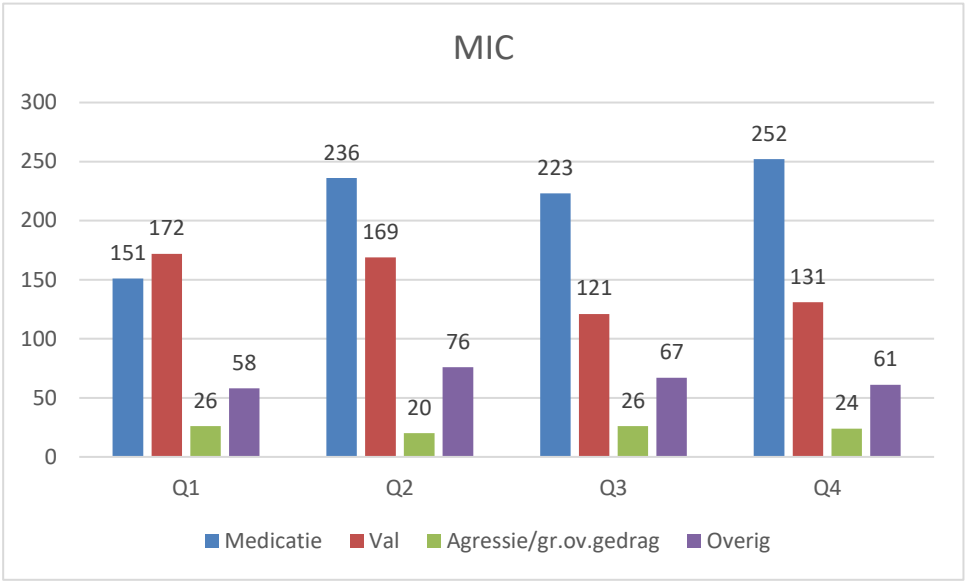
2025 in het kort

Meldingen en metingen

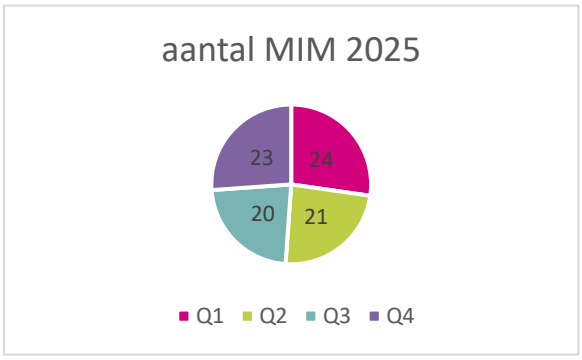
Meldingen incidenten cliënten (MIC)

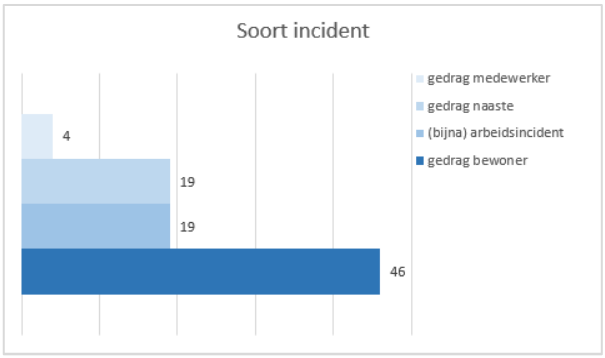
Aantal meldingen in 2025: 1813 (2024:1479, in de laatste twee kwartalen gemeld via Zenya)



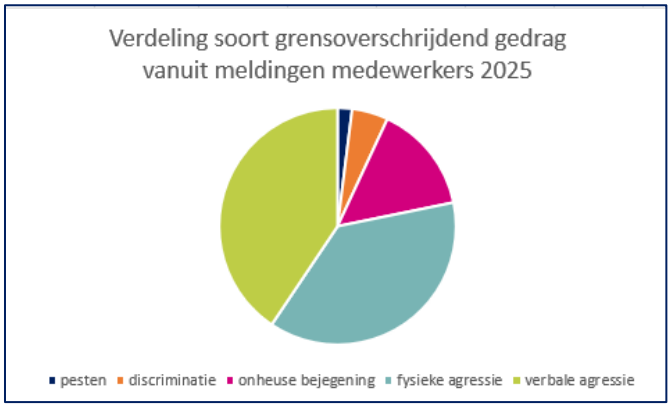


Meldingen incidenten medewerkers (MIM)





Het totaal aantal meldingen in 2025 is 97 (inclusief meldingen via de vertrouwenspersonen). Dit is afgenomen ten opzichte van 2024 (107).



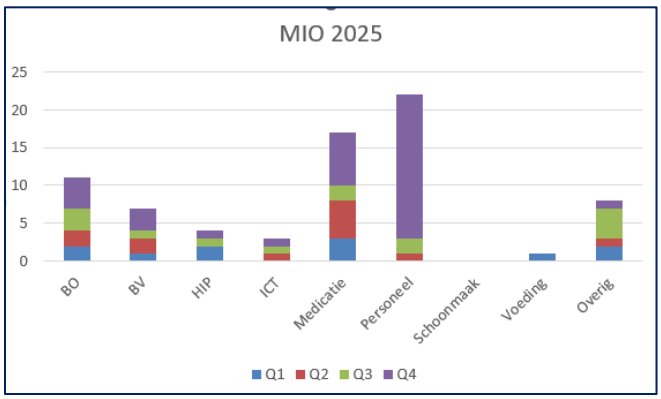
Het grootste aandeel van grensoverschrijdend gedrag wordt gevormd door fysieke agressie/geweld (38%) en verbale agressie (41%). Verbale agressie wordt in een enkel geval ook schriftelijk geuit via Carenzorgt.

Het bedrijfsondersteuningsteam meldt dat in 2025 4 keer een beroep is gedaan op het BOT. Hier zijn in totaal 9 gesprekken uit voortgekomen, variërend van langdurige gesprekken tot kortere telefoongesprekken om te informeren hoe het met diegene gaat.

Eenmaal is een collega doorverwezen naar Bedrijfsmaatschappelijk werk. Een casus was niet passend bij BOT en is doorverwezen naar de eigen huisarts. Er is geen duidelijk patroon in oorzaken van incidenten, wel kwam twee maal bejegening op collegiaal vlak naar voren.

Meldingen incidenten overig (MIO)

Het aantal gemelde incidenten (73) is in 2025 aanzienlijk toegenomen, 50 meer dan in 2024. ER is actiever aandacht gevraagd voor het melden via een MIO. Het betreft vooral veel meldingen op gebied van personeel, medicatie en bedrijfsondersteuning.



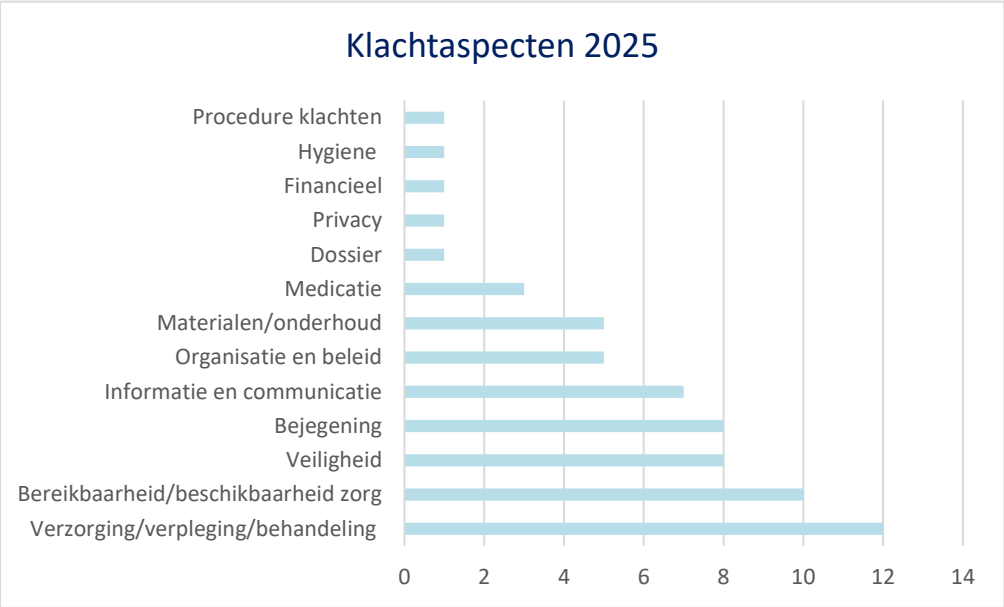
Decubitus

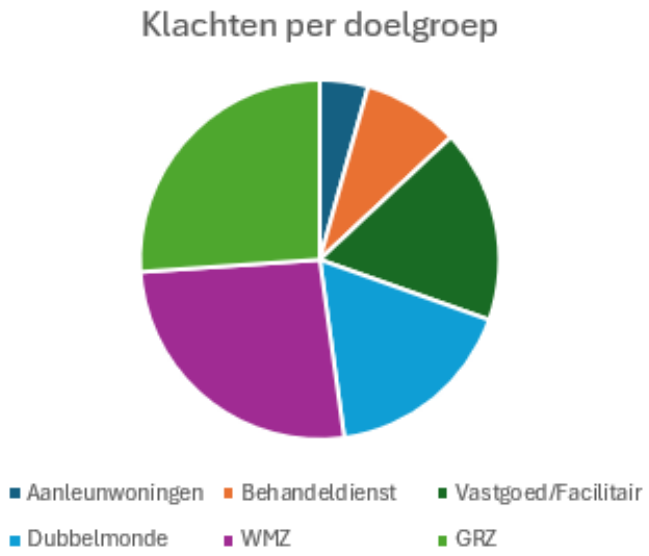
Jaarlijkse meting door wondverpleegkundige.

Aantal bewoners/revalidanten	Binnen PZC ontstaan	Buiten PZC ontstaan
Totaal 361 cliënten	3 (0.9%) met decubitus	4 (1%) met decubitus

Overzicht overige meldingen en onderzoeken

	Aantal	Bijzonderheden
Meldingen Inspectie GJ	1	Prisma-onderzoek uitgevoerd met externe voorzitter m.b.t. incident Dubbelmonde, afgesloten door IGJ in feb. 2026
Inspectiebezoek	1	Locatie Dubbelmonde
Prisma light-onderzoeken	5	WMZ (3), KDZ (1), Dubbelmonde (1)
Klachten	32	Bij 10 klachten afhandeling niet mogelijk/nodig. Bij 11 klagers klachtafhandeling door de klachtenfunctionaris. Bij overige 11 beantwoording overgenomen door leidinggevende. Alle klachten zijn afgerond, de meeste binnen 6 weken, maximale tijdsduur tot afronden 28 weken.

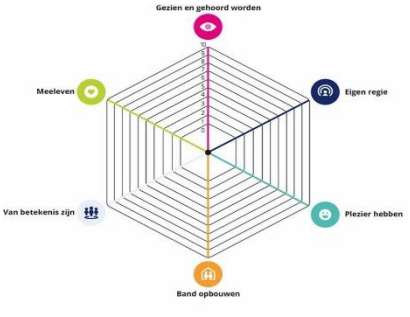




Overzichten van klachtaspecten en klachten per doelgroep in 2025

Ervaringen cliënten

Bewoners/ cliënten / revalidanten

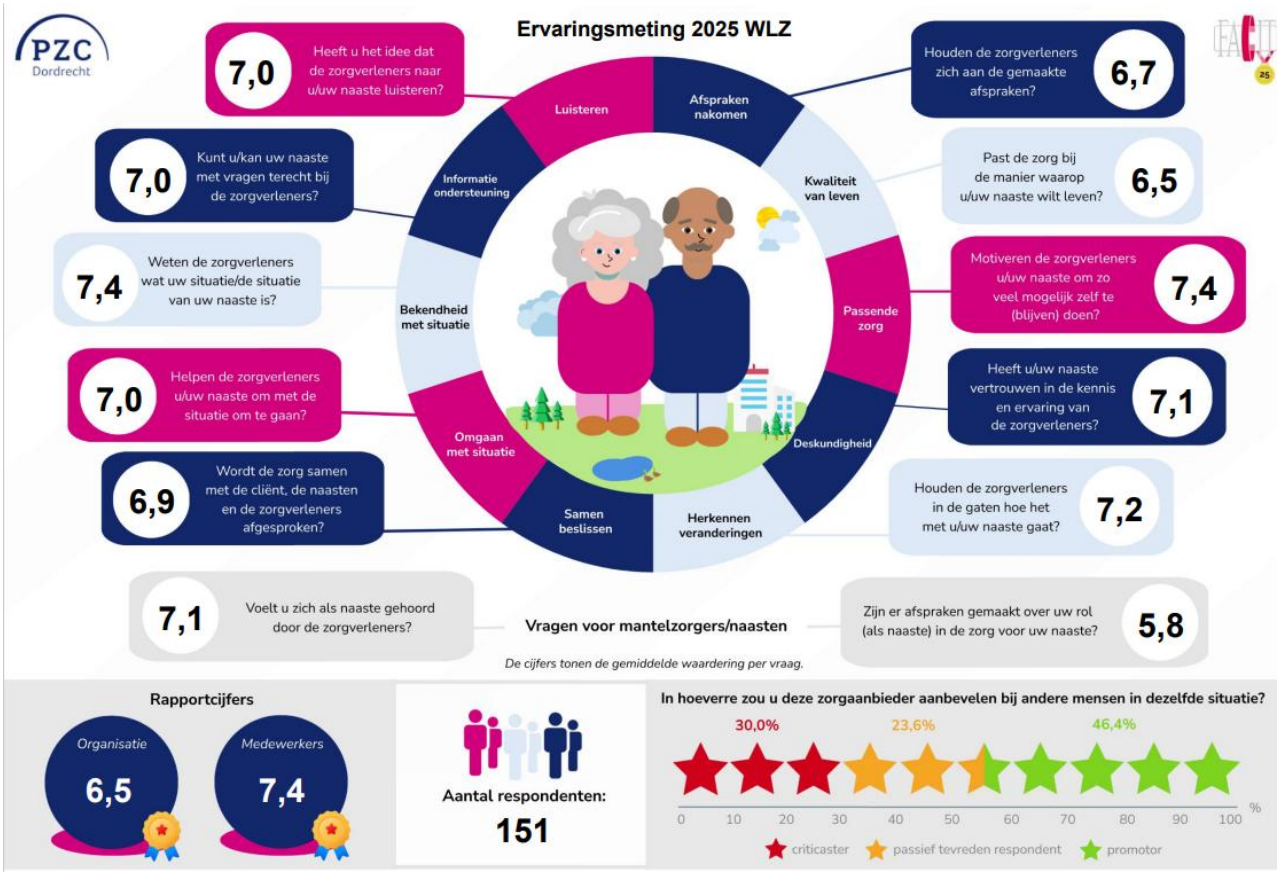


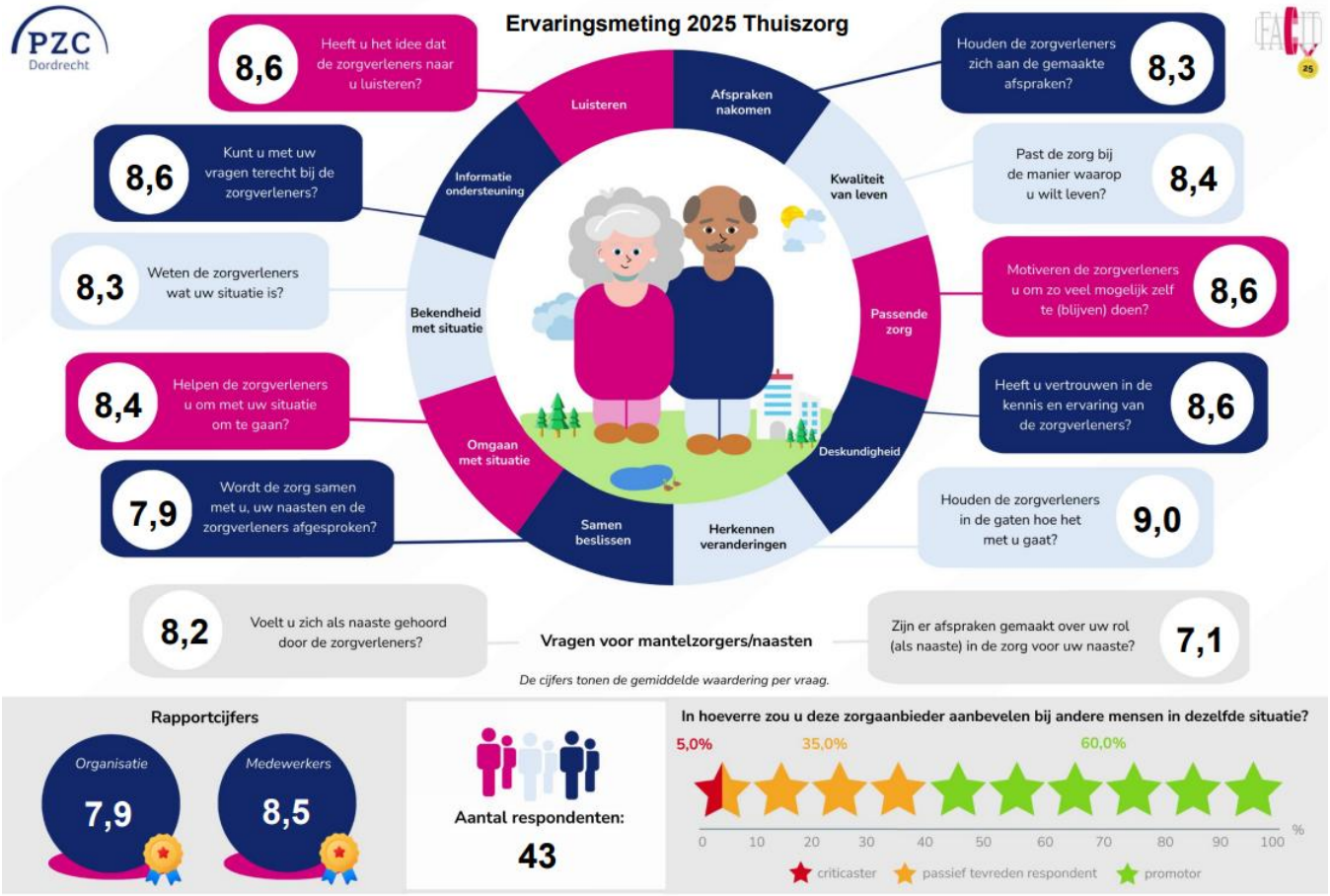
Groene en rode kaarten: 3 complimenten en 13 suggesties zijn gemeld en opgevolgd.

Cijfer NPS-score GRZ: **8,4**

Het goede gesprek: gemiddeld cijfer vanuit de thema's in het goede gesprek: **7,6**
Hoogste cijfer werd gegeven op het thema humor op afd. Aalscholver: 9
Laagste cijfer werd gegeven op thema eigen regie op afd. Reiger: 5,5

Ervaringsmeting Generiek kompas 2025
WLZ





Deze ervaringsmeting heeft plaatsgevonden in november en december 2025. Thuiszorgcliënten konden de vragen op papier of online beantwoorden. De respons van deze ervaringsmeting was 48%.

De leiding heeft graag dat je zoveel mogelijk doet, maar wanneer je ook andere bewoners bijvoorbeeld van koffie of thee bedient voelt het als niet prettig of lijkt men onverschillig

Naaste, KDZ

De afdeling voelt als een warm bad!

Bewoner, NAH

Na het overlijden van mijn naaste heb ik veel betrokkenheid ervaren.

Bewoner, Dubbelmonde



Ik voel me gehoord, maar er is geen tijd voor persoonlijke begeleiding

Naaste, WMZ

Ervaringen medewerkers

In Q4 2025 is het medewerkerstevredenheidsonderzoek uitgevoerd. PZC heeft deelgenomen aan het landelijk tevredenheidsonderzoek vanuit ActiZ ‘Kijk op mijn medewerkers’.

De respons van het medewerkerstevredenheidsonderzoek was 54%, een percentage dat hoger ligt dan het gemiddelde onder VVT-organisaties. Netto ging het om 394 van de 728 medewerkers. Loyaliteit aan de werkgever was gemiddeld 86,5 %.

Wat collega’s het meest aantrekkelijk vinden aan het werk bij PZC Dordrecht is de inhoud van het werk, de wijze van samenwerken met collega’s en het ontvangen van waardering.
Als minder aantrekkelijke kanten werk bij PZC Dordrecht benoemen de medewerkers hoge werkdruk, de manier van doorvoeren van veranderingen en het gebrek aan invloed op werkinhoud, roosters en werktijden.

Leidinggevenden hebben specifieke informatie uit de meting ontvangen en besproken in hun teams. De aandachtspunten uit het onderzoek zijn in lijn met de kritische punten die in het najaar van 2025 door de directie zijn opgehaald bij de doelgroepen. We herkennen de uitdagingen, we hebben in kaart wat het werkplezier kan verhogen voor collega’s, verbeteren processen en treffen maatregelen.

In 2026 worden twee flits MTO’s georganiseerd om eerdere bevindingen uit de landelijke metingen op te volgen.