

# Kwaliteitsverslag 2021



Mei 2022

## Inhoudsopgave

<b>Inleiding</b> .....	<b>3</b>
<b>1. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning</b> .....	<b>3</b>
<b>2. Wonen en welzijn</b> .....	<b>3</b>
<b>3. Veiligheid</b> .....	<b>4</b>
3.1 Basisindicatoren.....	4
3.2 Melding Incidenten Cliëntenzorg (MIC).....	6
<b>4. Leren en werken aan kwaliteit</b> .....	<b>8</b>
<b>5. Leiderschap, governance en management</b> .....	<b>8</b>
<b>6. Personeelssamenstelling (voldoende/bekwaam personeel)</b> .....	<b>9</b>
<b>7. Hulpbronnen, omgeving en context</b> .....	<b>10</b>
<b>8. Gebruik van informatie</b> .....	<b>11</b>
8.1 Het gebruik van cliëntervaringen .....	12
8.1.1 ZorgkaartNederland.....	12
8.1.2 Tevredenheidsmeting cliënten.....	13
8.1.3 Evaluatie einde zorg.....	15
8.1.3 PREM (Patient Reported Experience Measurement)-analyse.....	16
8.1.4 Klachten/opmerkingen cliënten .....	16
8.2 Het gebruik van medewerkerservaringen .....	17
8.2.1 Klachten medewerkers .....	17
8.2.2 Meldingen Incidenten Medewerkers (MIM) .....	17
8.3 Audits.....	18
8.3.1 Interne audits .....	18
8.3.2 Externe audit .....	18
<b>9. Leren &amp; Verbeteren</b> .....	<b>18</b>
9.1 Verbeterparagraaf .....	18
9.2 Evaluatie .....	18
9.3 Terugkoppeling resultaten .....	18
9.4 Kwaliteit van de locaties .....	19
 Bijlage 1 Afkortingen- en begrippenlijst .....	 20

## Inleiding

Zorgcentra Meerlanden is gecertificeerd volgens het kwaliteitsmanagementsysteem ISO<sup>1</sup> Zorg & Welzijn en voldoet aan het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Dit Kader is de wettelijke basis voor de kwaliteit van verpleeghuiszorg<sup>2</sup> en beschrijft wat cliënten/naasten mogen verwachten van de zorg. De cliënt is hierbij het uitgangspunt.

Zorgorganisaties kunnen zelf invulling aan het kader geven. Het managementteam en locatiemanagement analyseren periodiek of we nog voor intramurale cliënten en voor Wlz<sup>3</sup>-cliënten langdurige zorg thuis<sup>4</sup> aan de gestelde normen van het kader voldoen en waarop actie nodig is. Deze input wordt verwerkt in de kwaliteitsverslagen en -plannen.

Jaarlijks stellen we een kwaliteitsverslag op in afstemming met de Centrale Cliënten- en Familieraad (CCFR), Ondernemingsraad (OR) en de Verpleegkundige AdviesRaad. In dit kwaliteitsverslag geven we een toelichting op alle thema's van het kwaliteitskader. Ook besteden we aandacht besteed aan uitkomsten op het gebied van veiligheid, leren en verbeteren en cliëntervaringen. In bijlage 1 is een lijst met afkortingen opgenomen.

## 1. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Persoonsgerichte zorg<sup>5</sup> is uitgangspunt bij onze zorgverlening. Wij zien de cliënt als een uniek persoon met een eigen geschiedenis en doelen en leveren warme zorg.<sup>6</sup> Dit blijkt ook uit onze kernwaarden: Persoonlijk en Professioneel. Onze 'persoonsgerichte zorg' wordt in alle tevredenheidsonderzoeken het hoogst gewaardeerd.

Voor voornamelijk cliënten op de afdeling psychogeriatric (PG) worden levensverhalen opgeschreven, zodat de medewerkers de achtergrond van de cliënt kennen en weten waar zijn belangstelling ligt. Omdat cliënten hier steeds korter wonen, is gekeken naar het 'rendement' van de levensverhalen. De medewerkers vinden dat het werken met levensverhalen voor PG-clieënten een belangrijke meerwaarde heeft, maar dat dit wel efficiënter zou kunnen. Afsproken is dat, indien mogelijk, de familie gevraagd wordt om het levensverhaal namens de cliënt in te vullen. Sommige afdelingen hebben hiervoor een vrijwilliger ingeschakeld.

## 2. Wonen en welzijn

De woon- en leefomgeving en welzijn zijn medebepalend voor de kwaliteit van leven. In 2021 is hierbij extra aandacht besteed aan:

### Aandacht voor familieparticipatie & inzet vrijwilligers

Familie stelt steeds hogere eisen waarmee medewerkers om moeten kunnen gaan. In 2020 hebben wij daarom deelgenomen aan het project "Samenwerken met naasten, ook als het moeilijk wordt". Het project geeft handvatten hoe het beste gehandeld kan worden als een situatie met een naaste van de cliënt dreigt te escaleren. In 2021 hebben diverse medewerkers deelgenomen aan een scholing hierover.

### Schoonmaak

Vanuit de Cliënten- en Familieraad (CFR) van De Meerstede kwam de vraag over de mogelijkheden van extra schoonmaak en met name de toiletten. In 2021 is de frequentie hiervan verhoogd naar driemaal per week.

<sup>1</sup> ISO staat voor 'International Organisation for Standardization.

<sup>2</sup> Voor de wijkzorg wordt het kwaliteitskader wijkverpleging aangehouden.

We voldoen ook aan de normen Addendum bij kwaliteitskader verpleeghuiszorg voor langdurige zorg thuis met een Wlz-indicatie.

<sup>3</sup> Wet langdurige zorg.

<sup>4</sup> Conform addendum op het kwaliteitskader voor cliënten langdurige zorg thuis met een indicatie Wlz. Wij voldoen voor deze doelgroep ook aan specifieke vereisten: de juiste randvoorwaarden om zorg ook thuis verantwoord en veilig te organiseren; begeleiden van de cliënt om verantwoord thuis te kunnen blijven wonen; afstemmen van de invulling van welzijn met de cliënt, gemeente en welzijnsorganisaties; de cliënt laten bepalen welke zorgaanbieder het eerste aanspreekpunt voor zorg thuis is en de mogelijkheid van het inschakelen van een Specialist OuderenGeneeskunde (SOG).

<sup>5</sup> Met 'persoonsgerichte zorg' wordt persoonsgerichte zorg en ondersteuning bedoeld.

<sup>6</sup> Dit wordt ook aangegeven door onze Centrale Cliënten- en Familieraad.

### Wooncomfort/Gastvrijheidsconcept

De kwaliteit van de directe leefomgeving speelt een belangrijke rol bij het welbevinden van cliënten. We zijn daarom op alle locaties bezig met het implementeren van het gastvrijheidsconcept, waarmee de focus ligt op de geboden gastvrijheid vanuit receptie, restaurant en brasserie.

De Meerwende heeft de afgelopen jaren gewerkt aan het invoeren van het gastvrijheidsconcept. In 2021 is de implementatie van het gastvrijheidsconcept afgerond.

't Kloosterhof heeft in 2021 veel voorbereidingen getroffen voor de invoering van het gastvrijheidsconcept via de herinrichting van de begane grond, waarbij specifiek aandacht besteed wordt aan de veranderende rol van de receptiemedewerker naar gastvrouw.

## 3. Veiligheid

Streven naar optimale veiligheid heeft een hoge prioriteit. Een uitdaging is de spanning die kan ontstaan tussen persoonlijke vrijheid/welzijn én persoonlijke veiligheid/risico's. Er worden hiervoor goede afspraken met cliënt/naasten gemaakt die vastgelegd worden in het zorgleefplan.

We maken gebruik van de geldende professionele standaarden en voldoen aan de wettelijke kaders op het gebied van veiligheid van hulpmiddelen, brandveiligheid, voedselveiligheid, drinkwaterveiligheid en klachten en inspraak. In 2021 is op diverse onderdelen aandacht besteed aan veiligheid:

### Wet zorg en dwang (Wzd)

Wij voeren een terughoudend beleid rondom toepassen van onvrijwillige zorg conform de Wzd ('Nee, tenzij'...). In 2019 en 2020 hebben we de Wzd geïmplementeerd.

In de eerste helft van 2021 was sprake van twee cliënten, opgenomen op basis van artikel 21<sup>7</sup>, waarbij onvrijwillige zorg toegepast is:

- Een cliënt heeft 12 dagen medicatie verdekt toegediend gekregen; hierna is dit gestopt.
- Een cliënt heeft tot aan overlijden in augustus medicatie verdekt toegediend gekregen.

De onvrijwillige zorg is in beide gevallen tijdig geëvalueerd conform het stappenplan.

In de tweede helft van 2021 was sprake van een cliënt waarbij onvrijwillige zorg toegepast is:

- Bij deze cliënt was sprake van toedienen van vocht, voeding, medicatie buiten richtlijnen om.

De onvrijwillige zorg is tijdig geëvalueerd conform het stappenplan.

### 3.1 Basisindicatoren

Wij leveren jaarlijks de uitkomsten van de basisindicatoren aan die besproken worden in de teams: herkennen we de uitslag en moeten we actie ondernemen?

#### 3.1.1 Advance Care Planning (ACP)

Bij ACP wordt uitgevraagd bij hoeveel cliënten in het Elektronisch CliëntDossier (ECD) is vastgelegd of zij wel/niet gereanimeerd willen worden, of er nog gestart wordt met levensverlengende behandelingen en/of de cliënt nog naar het ziekenhuis wil.

Onderstaande tabel laat zien dat dit goed wordt vastgelegd in de dossiers:

	De Meerwende (98 cliënten)	De Meerstede (68 cliënten)	't Kloosterhof (54 cliënten)
<b>Advance Care Planning</b>	97 cliënten (99%)	68 (100%)	54 (100%)

<sup>7</sup> Artikel 21 staat voor 'besluit tot opname en verblijf'. Een besluit tot opname en verblijf is een juridische titel voor de opname. Een volmacht vervangt deze titel voor opname niet. Een onafhankelijke instantie, CIZ, toetst wat de houding van de cliënt is over de opname.

### 3.1.2 Bespreken medicatiefouten in het team

Op de afdelingen van de locaties waar medicatiefouten gemeld werden, zijn deze minstens eenmaal per kwartaal besproken met de Eerst Verantwoordelijke Verzorgende (EVV), hoofden, SOG of huisarts/praktijkondersteuner, aandachtsvelder medicatie en/of apotheek. De Meerwende is van mening dat dit voor verbetering vatbaar is, omdat er vanwege corona weinig teamoverleggen zijn geweest. De Meerwende wil tevens een andere invulling van de MIC<sup>8</sup>-commissie. Deze wordt in de locaties gevormd door het LMT, waar de MIC's (waaronder medicatiefouten) periodiek besproken worden.

### 3.1.3 Aandacht voor eten en drinken

Bij aandacht voor eten en drinken wordt uitgevraagd bij hoeveel van de cliënten de afgelopen 6 maanden voorkeuren voor eten en drinken (aanbieden, tijd, plaats en gewenste hulp) besproken en vastgelegd zijn in het dossier. Onderstaande percentages geven aan dat niet bij alle cliënten informatie over eten en drinken opgenomen is in het dossier, omdat somatische cliënten dit veelal nog zelf kunnen aangegeven:

	De Meerwende (98 cliënten)	De Meerstede (68 cliënten)	't Kloosterhof (54 cliënten)
Info over eten/drinken vastgelegd in dossier	90 cliënten (92%)	55 (81%)	43 (81%)

### 3.1.4 Decubitus

Voorgaande jaren was het percentage decubitus van De Meerwende vrij hoog. Om dit te blijven monitoren is voor 2021 deze indicator opnieuw gekozen. Onderstaande tabel laat zien dat het percentage voor De Meerwende flink is afgenomen<sup>9</sup>:

	De Meerwende (98 cliënten)	De Meerstede (68 cliënten)	't Kloosterhof (54 cliënten)
Decubitus	3 (3%) (2020: 15%/2019: 20%)	2 (3%)	2 (4%)

Om decubitus te voorkomen wordt bij cliënten met (kans op) decubitus een speciaal matras/kussen gebruikt en vinden controles plaats. De SOG, ergotherapeut en fysiotherapeut adviseren regelmatig (preventief).

Bij de cliënten met decubitus wordt de oorzaak nagegaan en wordt een wondplan opgesteld. De uitkomsten worden besproken op werkoverleggen en er vindt casuïstiekbespreking plaats met arts, EVV, wondverpleegkundige en/of aandachtsvelder wondzorg.

### 3.1.5 Middelen en maatregelen rond vrijheid

Wij hebben voor 2021 gekozen voor de indicator 'Middelen en maatregelen rond vrijheid': 'bij hoeveel % van de cliënten zijn middelen en maatregelen toegepast?':

Middelen	De Meerwende (98 cliënten)	De Meerstede (68 cliënten)	't Kloosterhof (54 cliënten)
Mechanisch (bedhek ed.)	6x laag laagbed 4x bedhek omhoog	2x laag bed	2x laag laagbed 3x bedplank
Fysiek	1x band 1x kantelstoel		
Elektronisch	2x bewegingsmelder 1x dwaalalarm 1x valmat 12x bedplaat	10x bewegingsmelders	4x dwaalalarm 1x valmat
Overige	2x plukpak		
<b>Totaal</b>	30 maatregelen; 20 cliënten	12 maatregelen; 10 cliënten	10 maatregelen; 7 cliënten

Er was geen sprake van farmacologische of psychologische maatregel, een-op-een toezicht of afzondering in een ruimte.

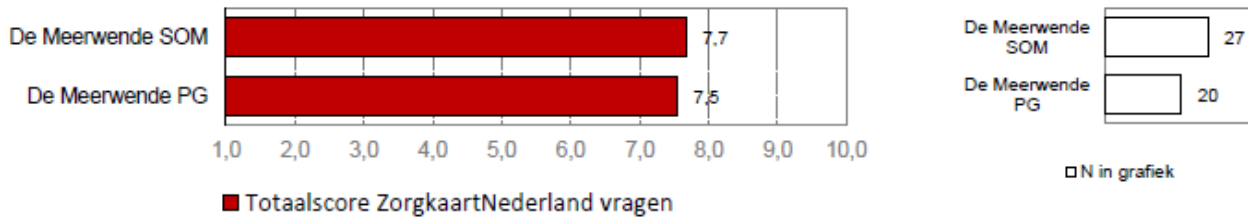
<sup>8</sup> MIC staat voor Melding Incidenten Cliëntenzorg.

<sup>9</sup> Waarschijnlijk is bij de vorige tellingen ook beginnende decubitus meegenomen in plaats van graad 2 of hoger.

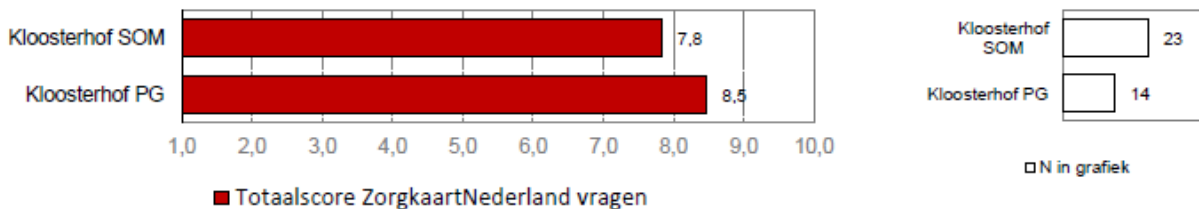
### 3.1.6 Totaalscore<sup>10</sup>

Met ingang van 2021 is bepaald dat zorgaanbieders minimaal één keer per jaar de totaalscore van Zorgkaart-Nederland<sup>11</sup> moeten aanleveren aan het Openbaar Data Bestand van het Zorginstituut Nederland als maat voor de ervaringen van hun cliënten.

Uit de meting door bel- en interviewteams zijn voor De Meerwende en 't Kloosterhof de volgende scores gekomen:



Voor deze cliëntenraadpleging is de totaalscore als volgt:



Cliënten/naasten kunnen via ZorgkaartNederland een recensie schrijven. Hen wordt gevraagd voor dezelfde zes vragen een cijfer in te vullen. Hiervan wordt een gemiddelde berekend.

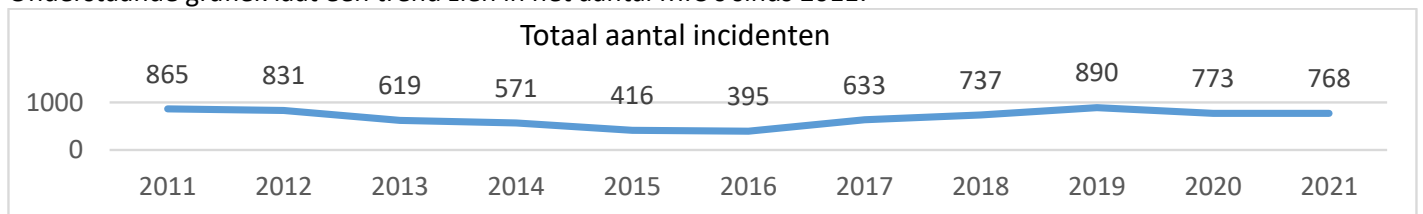
Voor de Meerstede geldt dat er in 2021 11 waarderungen waren met een gemiddelde score van 9,3.

### 3.2 Melding Incidenten Cliëntenzorg (MIC)

#### MIC's stichtingsbreed

In 2021 zijn er stichtingsbreed **768** MIC's ingediend: 437 val-incidenten, 223 medicatie-incidenten, 49 agressie-incidenten en 59 overige meldingen, waaronder 5 maal 'stoten/knellen' en 4 maal vermissing. Het totaal aantal incidenten (768) is ten opzichte van 2020 (773) iets afgenomen.

Onderstaande grafiek laat een trend zien in het aantal MIC's sinds 2011:



Ten aanzien van de MIC's geldt:

- In oktober zijn de meeste (75) en in juli de minste (52) meldingen gedaan.
- MIC's zijn verspreid over de week gemeld; de meeste (120) op maandag, de minste (101) op woensdag/zaterdag.
- Er waren iets meer cliënten (375) van de somatische afdeling dan van de PG-afdeling (357) betrokken bij een MIC.
- De meeste incidenten (76) vonden plaats tussen 21.00 en 22.00 uur.
- De meeste MIC's hadden geen (335) gezondheidsgevolgen of waren nog niet merkbaar (313). 98 cliënten hadden wel gezondheidsgevolgen.

<sup>10</sup> Deze totaalscore wordt berekend in twee stappen: per respondent wordt een gemiddelde score berekend op alle vragen; op basis van alle gemiddelde scores wordt de gemiddelde totaalscore berekend.

<sup>11</sup> Sinds 2021 is de Totaalscore in de plaats gekomen van de Net Promotor Score en de aanbevelingsvraag.

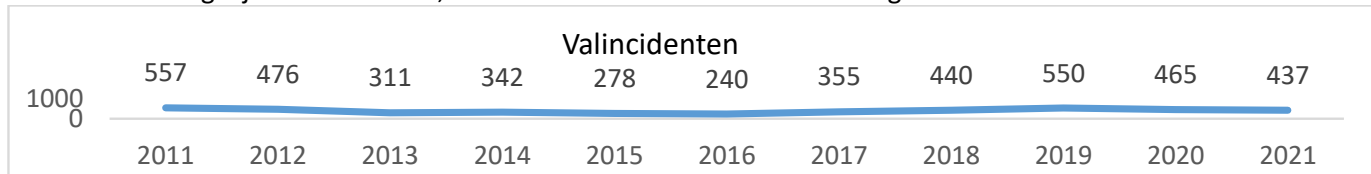
MIC per locatie

Op de locaties was sprake van de volgende aantallen (met schuingedrukt de aantallen van 2020):

De Meerwende: totaal: <b>475</b> (464):	vallen: 269 (274)	medicatie: 142 (154)	agressie: 16 (6)	overige: 48 (30)
De Meerstede: totaal: <b>147</b> (140):	vallen 65 (68)	medicatie: 41 (28)	agressie: 32 (33)	overige 9 (11)
't Kloosterhof: totaal: <b>146</b> (169):	vallen: 103 (123)	medicatie: 40 (34)	agressie: 1 (4)	overige: 2 (8)

Valincidenten

De valincidenten (437) zijn ten opzichte van 2020 (465) iets afgenomen. Voor De Meerwende en De Meerstede zijn de aantallen vergelijkbaar met 2020; in 't Kloosterhof is het aantal met ongeveer 20% verminderd.



De valincidenten waren redelijk verspreid over de maanden; de meeste (43) in april en oktober en de minste (23) in juli. Bij de valincidenten was in 242 van de gevallen de oorzaak 'onbekend', bij 65 incidenten was er sprake van een 'andere' oorzaak en bij 60 meldingen werd als oorzaak 'onrust/verwardheid' genoemd.

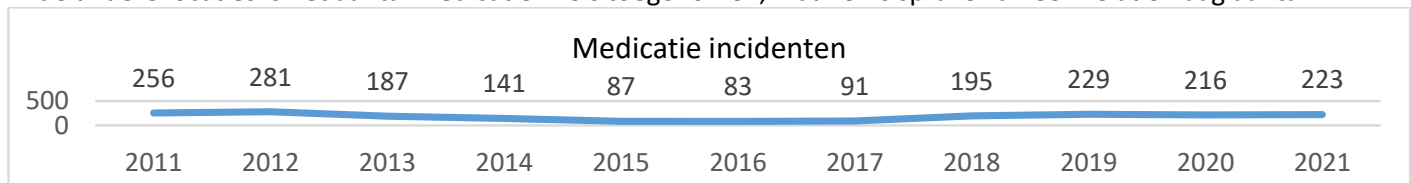
Het aantal incidenten is erg afhankelijk van de zorgzwaarte op dat moment. Er zijn vooral veel valpartijen op de PG-afdeling, 's nachts en op de badkamer. Valincidenten zijn vaak lastig te voorkomen in verband met het ziektebeeld. Er wordt veel overlegd met de SOG onder meer over welk hulpmiddel (trippelstoel, laag-laag bed, valmat, bewegingsmelder) ingezet wordt. Vaak wordt er bij PG-cliënten in overleg met de familie voor gekozen de cliënt niet te 'fixeren', waarmee het risico genomen wordt dat de cliënt kan vallen; kwaliteit van leven staat voorop.

Nieuwe cliënten vallen regelmatig door verwardheid en moeten wennen en vielen vaak thuis ook al.

Medicatie-incidenten:

Het aantal medicatieMIC's (223) is na een daling in 2020 (216) in 2021 helaas weer wat toegenomen, ondanks de invoering van Medimo. In De Meerwende zijn de incidenten afgenomen, maar blijft het totaal aantal hoog.

In de andere locaties is het aantal medicatieMIC's toegenomen, maar er is sprake van een relatief laag aantal.



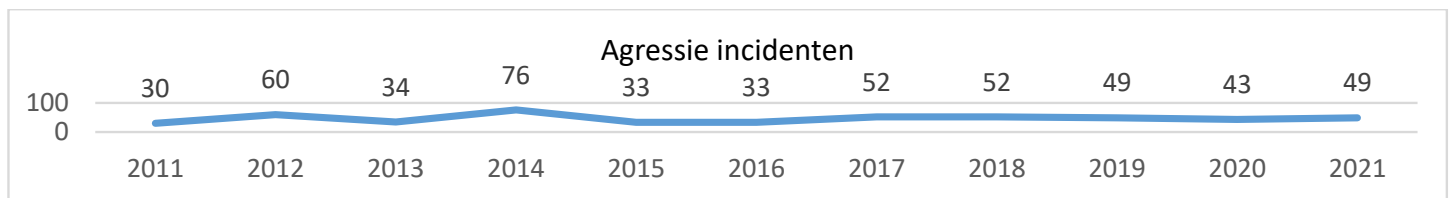
Ook de medicatiemeldingen zijn verspreid in het jaar gemeld: van 24 in februari tot 15 in juli en december.

De meest genoemde oorzaak (122) was 'niet gegeven'. 76 maal had de cliënt zelf de medicatie niet ingenomen.

Er wordt nog regelmatig medicatie vergeten, vooral buiten de reguliere deeltijden. Dit wordt vaak opgelost door een wekker te zetten. Als cliënten de medicatie niet willen innemen of uitspugen, wordt dit gemeld in het ECD en wordt eventueel overlegd met de dienstdoende arts of het 'kwaad' kan. In 2021 is afgesproken dat er, als dit vaker gebeurt, het geen kwaad kan, afgestemd is met arts/familie en vastgelegd in het zorgplan geen MIC ingevuld hoeft te worden.

Aggressie-incidenten:

Het aantal agressie-incidenten (49) is ten opzichte van 2020 (43) iets toegenomen, door een toename in agressie-incidenten in De Meerwende. Dit komt mede doordat sprake is van meer onrust op de PG-afdeling.



Bij agressie wordt de SOG geraadpleegd en wordt gekeken naar een juiste benaderingswijze. Periodiek bespreekt de gedragspsycholoog/psychiatrisch verpleegkundige met de gespecialiseerd verzorgende psychogeriatric (GVP) eventuele mogelijkheden/oplossingen. Vaak wordt gekeken naar andere benaderingswijzen en aanpassen van medicatie.

Een medewerker van De Meerstede volgt de post hbo-opleiding 'Leergang integrale psychogeriatriche psychiatrie voor probleemgedrag'. Deze medewerker wordt 4 uur per week uitgepland om zich samen met psycholoog en arts bezig te houden met gedrag; De Meerstede ziet hiervan nu al de positieve effecten.

#### 4. Leren en werken aan kwaliteit

Zorgcentra Meerlanden ziet zichzelf als een lerende organisatie. Dit is ook in onze visie opgenomen. Om de best mogelijke zorg aan onze cliënten te bieden en verbeteringen door te voeren, is het nodig om te blijven leren en ontwikkelen. Er is daarom aandacht en ruimte om te leren van goede voorbeelden en van fouten bijvoorbeeld via intervisie.

Vanuit verschillende disciplines/niveaus nemen we deel aan lerende netwerken met collega-organisaties om informatie en ervaringen uit te wisselen en (kwaliteits)documenten te bespreken en hier feedback op te krijgen. Wij bieden medewerkers de mogelijkheid om mee te kunnen lopen bij een collega-organisatie uit het lerend netwerk. Naast het aantrekken van personeel op alle mogelijke manieren zorgen we voor voldoende leerlingen, stagiairs en zij-instromers.

Ten aanzien van leren en werken aan kwaliteit zijn in 2021, aanvullend op de normen en op de kwaliteitsinstrumenten zoals opgenomen in hoofdstuk 10, de volgende acties uitgezet:

##### Aanpassen procedures en beleid

Bij de overgang van HKZ<sup>12</sup> naar ISO Zorg en Welzijn is afgesproken alle (kwaliteits)procedures na te lopen en hierbij de vragen te stellen (voegt de procedure wat toe, kan deze eenvoudiger en klopt deze nog gezien recente ontwikkelingen) om komen tot actuele, relevante en bruikbare procedures. In 2021 is dit traject afgerond.

#### 5. Leiderschap, governance en management

Zorgcentra Meerlanden heeft een gedragen visie op kwaliteit en werkt volgens de Zorgbrede Governance Code. Wij werken aan een cultuur waarin professioneel leiderschap gestimuleerd en gefaciliteerd wordt met als doelstelling: meer verantwoordelijkheid over de inhoud van het werk bij de professionals en het stimuleren van een cultuur van feedback geven & ontvangen, waardoor iedereen dagelijks bijleert.

##### Verpleegkundige AdviesRaad (VAR)

In Zorgcentra Meerlanden is een VAR actief. De VAR geeft gevraagd en ongevraagd advies aan de bestuurder. In 2021 heeft de VAR verschillende adviesrapporten opgesteld en onderzoeken gedaan:

- Advies vanuit de VAR omtrent onderwerp CADD Legacy PCA Pomp.
  - Vraagstellingen waarop de VAR antwoord gegeven heeft: Is het mogelijk om verzorgende IG een korte opleiding aan te bieden om de CADD Legacy PCA pomp uit te lezen? Mag een verzorgende IG de verpleegkundige ondersteunen bij het uitlezen van de pomp?

<sup>12</sup> HKZ staat voor Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector.



- Advies VAR: Bijscholing aan verzorgende IG<sup>13</sup> omtrent cliëntenzorg waarbij pompen ingezet zijn. Morfinepomp uitlezen door verzorgende IG samen met verpleegkundige.
- Vervolg: Afdeling Opleidingen heeft een e-learning module ontwikkeld voor de CADD Legacy PCA pomp.
- Advies vanuit de VAR omtrent COVID nazorg
  - In 2021 heeft de VAR onderzoek gedaan naar de behoefte en wensen van medewerkers met betrekking tot nazorg na COVID. In januari 2022 is dit advies uitgebracht.
- De VAR heeft een training gehad van CC zorgadviseurs omtrent het opzetten en voortzetten van de VAR.
- De VAR heeft in juni 2021 een meerjarenplan, beleid en planning van de onderzoeksvragen opgesteld.

### Verandering organisatiestructuur

In juni 2020 is een managementlaag uit de organisatiestructuur gehaald, waardoor het locatieMT (LMT) verantwoordelijk is voor de locatie. Het LMT legt rechtstreeks verantwoording af aan de bestuurder.

In 2021 is er een enquête uitgezet onder LMT-leden, stafdiensten en OR over de ervaringen met de omvorming van de organisatiestructuur. Opvallend is dat men over de meeste onderwerpen erg tevreden was met een gemiddelde score van 8 of hoger. Een jaar na een reorganisatie is dit goed te noemen.

### Risico-inventarisatie

Jaarlijks wordt een risico-inventarisatie gemaakt door het Managementteam/LMT's en aangevuld door de verschillende medezeggenschapsorganen. Aan de risico's wordt een score gehangen (impact x kans) en worden acties aangegeven om risico zoveel mogelijk te voorkomen. Er wordt tweemaal geëvalueerd wat de stand van zaken is en of de ondernomen acties doeltreffend zijn.

In 2021 werd, net zoals in 2020, de arbeidsmarkt (zowel kwantitatief als kwalitatief) als grootse aandachtspunt gezien waarvoor effectieve werving en employer branding ingezet moet worden. Het risico is niet voldoende en/of onvoldoende gekwalificeerde medewerkers. Er is hiervoor een continue en gestructureerde aanpak nodig op basis van een HRM<sup>14</sup>-strategie, met meer gebruik van social media.

## **6. Personeelssamenstelling (voldoende/bekwaam personeel)**

Onze doelstellingen op personeelsgebied zijn het werven en behouden van voldoende en voldoende gekwalificeerd personeel, preventie van ziekteverzuim en een cultuur van continu leren en verbeteren.

Onze personeelsinzet was in 2021 grotendeels conform de personeelsnormen van het kader.

Verder hebben we in 2021 een nieuwe Arbodienst in de arm genomen waarbij meer aandacht is voor preventie.

### Werven medewerkers

Via de regionale samenwerking en vanuit onze eigen actiegroep "Samen werven" is blijvend aandacht voor het werven en behouden van extra personeel om te komen tot de gewenste kwantitatieve en kwalitatieve bezetting.

In 2021 is recruitment via social media nog verder uitgebreid, zoals het actiever benaderen van kandidaten.

### Analyse personeelssamenstelling

Jaarlijks worden vanuit het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg personele indicatoren uitgevraagd. De belangrijkste indicatoren voor 2021 worden hieronder weergegeven met tussen haakjes de cijfers van 2020:

- 29% (30,7) van onze medewerkers had een tijdelijke arbeidsovereenkomst.
- De gemiddelde arbeidsomvang was 0,53 fte<sup>15</sup> (0,6).
- Er waren 63 (42) stagiairs en 272 (281) vrijwilligers.
- Het ziekteverzuim bedroeg 8,2% (8,6) met een verzuimfrequentie van 0,83 (1,24).
- De instroom was 16,8% (17,8%), de doorstroom 3,7% (7,1%) en de uitstroom 10% (17%).
- Per cliënt werd 0,87 fte (0,98) ingezet.

<sup>13</sup> Verzorgende IG staat voor verzorgende voor de individuele gezondheidszorg.

<sup>14</sup> HRM staat voor Human Resource Management (personeelszaken).

<sup>15</sup> Fte staat voor 'fulltime-equivalent'. Het is een rekeneenheid voor de omvang van een baan of voor de totale personeelssterkte.

### Kwalificatieniveaus zorgverleners en vrijwilligers

Belangrijk is dat op alle momenten de juiste deskundigheid kan worden ingeroepen. Wij voldoen voor een groot deel aan de benodigde kwalificatieniveaus, maar dit kan geoptimaliseerd worden. Omdat wij een lerende organisatie zijn, investeren wij in de ontwikkeling en deskundigheid van medewerkers en daarmee in de kwaliteit van zorg.

Via ons leermanagementsysteem creëren wij een leeromgeving voor e-learning, klassikale trainingen en praktijktoetsen en kunnen we de bevoegd- en bekwaamheden monitoren.

In 2021 heeft de afdeling Opleidingen een meerjarig strategisch opleidingsplan opgesteld, waarin uitgebreid ingegaan wordt op de verschillende vormen van opleiden om personeel te werven, behouden en door te laten stromen naar een hoger deskundigheidsniveau.

Naast het werven van medewerkers wordt ook aandacht besteed aan het behouden van medewerkers.

Dit doen we door 'empowerment', te blijven uitdagen, hun werk interessant te houden en hun inhoudelijke expertise te benutten in projecten en/of extra taken, deelname aan de VAR, inzetten als EVV en/of als aandachtsvelder en uitvoeren van complexe handelingen.

### Werkbegeleiding

Omdat opdrachten complexer worden en er steeds meer stagiairs komen met een hoger niveau willen we de werkbegeleiding optimaliseren en professionaliseren. Werkbegeleiders is gevraagd waar zij tegenaan lopen, wat goed gaat en wat beter zou kunnen. De afdeling opleidingen heeft hierdoor inzicht gekregen waarin zij gefaciliteerd kunnen/willen worden. Op basis van de uitkomsten is scholing aangeboden.

In 2021 hebben meer werkbegeleiders een training gevolgd. Daarnaast zijn op iedere locatie leercoaches ingezet. Leercoaches lopen mee met studenten, ondersteunen het leerproces, leggen nieuwe zaken uit en geven ondersteuning aan de werkbegeleiders. Leercoaches worden een aantal uren per week vrijgesteld van werk. Op deze manier kunnen zij zonder extra taken hun volledige aandacht geven aan stagiairs en BBL<sup>16</sup>-leerlingen/HBO-V studenten. We ondervangen hiermee uitval van studenten.

## **7. Hulpbronnen, omgeving en context**

Er zijn veel ontwikkelingen ('randvoorwaarden') die invloed hebben op het functioneren van onze organisatie en de kwaliteit van leven en van werken. Deze ontwikkelingen zijn niet altijd merkbaar voor de cliënten, maar door te zorgen dat voldaan wordt aan de randvoorwaarden, kunnen we meer tijd en geld besteden aan de cliënten.

### Huisvesting

In 2021 zijn in alle locaties verschillende sessies geweest ondersteund door adviesorganisatie FAME om de wensen/behoefte van de toekomstige verbouwingen in kaart te brengen. Op basis hiervan zijn voor alle locaties huisvestingsplannen opgesteld die in de komende vijf jaren geïmplementeerd worden.

### Facilitaire zaken

De doelstellingen voor de facilitaire dienst zijn efficiënte processen en hoge kwaliteit van facilitaire dienstverlening. In 2021 is als specifieke actie een routekaart/reductietool opgesteld ten behoeve van de uitrol van onze duurzaamheidsplannen.

Ook heeft in 2021 de jaarlijkse rondgang van de GGD over alle zorgafdelingen van de locaties plaatsgevonden.

De GGD was over het algemeen heel tevreden over de hygiëne en de locaties voldeden aan de meeste punten. Op de aandachtspunten is/wordt actie uitgezet.

---

<sup>16</sup> BBL betekent: Beroeps Begeleidende Leerweg. Dat houdt in dat de leerling werkend leert. De leerling gaat meestal één dag in de week naar school en werkt vier dagen in de week bij een leerbedrijf.

### Financiën en administratieve organisatie

Voor de financiële en administratieve organisatie is de doelstelling 'goede en snelle stuurinformatie en het hiermee faciliteren van de leidinggevende/budgetverantwoordelijke'. Specifieke acties die in 2021 zijn uitgezet, zijn: Komen tot een betere/snellere informatievoorziening en een verbetering van de administratieve organisatie en interne controle om tijdig gevalideerde managementinformatie beschikbaar te hebben waardoor leidinggevend beter kunnen sturen. Hiervoor is in 2021 aandacht besteed aan:

- Verbeteren van het informatieproces (Administratieve organisatie/ interne controle).
- Optimaliseren van het planningsproces van personeel.
- Optimaliseren van het inkoop- en bestelproces.
- Verbetering contractenadministratie (leveranciers).
- Actualisering frauderisicobeheersing.
- Verbetering controle op financiële administratieve processen.

### ICT

Nieuwe technologieën en digitalisering zijn bezig aan een opmars in de ouderenzorg als hulpmiddel naast de persoonlijke, warme zorg. Het is belangrijk dat medewerkers de meerwaarde van het gebruik zien en ervaren. Op ICT-gebied zijn veel ontwikkelingen gaande, zoals uitbreiding van de inzet van domotica en de inzet van digicoaches. In 2021 zijn hiervoor als acties uitgezet:

- Verbeteren digitale vaardigheden medewerkers.
- Uitbreiden domotica.
- Migratie netwerkplatform van Windows server 2016 naar Windows server 2019.
- Implementatie Servicemanagement/registratie (topdesk) (inclusief verbetering helpdesk ondersteuning).
- Nemen van maatregelen ten aanzien van gestelde eisen rondom informatiebeveiliging en eventuele veiligheidsrisico's.
- Herijken applicatielandschap met behulp van externe ondersteuning: voldoen onze infrastructuur en applicatielandschap nog aan onze eisen/wensen?  
In sessies met betrokkenen zijn eisen/wensen in kaart gebracht en is een plan van aanpak gemaakt. Een belangrijke uitkomst hiervan is dat we gaan kiezen voor een nieuw elektronisch cliëntendossier met een groter gebruiksgemak en meer functionaliteiten.
- In 2021 is via een enquête onder cliënten/naasten de tevredenheid van het cliëntportaal gemeten. De cliënten en naasten bleken hierover tevreden te zijn.
- Via inzet van domotica en innovatieve ontwikkelingen verbetert de kwaliteit van wonen en leven van de cliënten en worden medewerkers ontlast. In 2020 is in alle locaties de domotica vervangen/verbeterd. In 2021 is de invoering en werking geëvalueerd en gekeken hoe we de zorgdomotica nog optimaler kunnen gebruiken.

### Beleid

In 2021 is een begin gemaakt met het opstellen van een doelgroepenbeleid: welke doelgroepen willen we in de toekomst bedienen. Ook is eind 2021 een arbobeleidsplan/jaarplan opgesteld op basis van de uitkomsten de Risico-inventarisatie en -evaluatie.

### Communicatie & PR

Onze communicatie is gericht op eigentijdse en effectieve communicatie op het gebied van werving & selectie en op employer branding en informatievoorziening voor (potentiële) cliënten en medewerkers. In 2021 is hiervoor een communicatieplan opgesteld dat in 2022 uitwerking krijgt.

## **8. Gebruik van informatie**

Het is belangrijk dat toekomstige cliënten informatie kunnen raadplegen om een weloverwogen keuze voor een zorgorganisatie te maken.

Wij zorgen voor transparantie door informatie op verschillende gebieden beschikbaar te stellen. Voorbeelden hiervan zijn recensies op ZorgkaartNederland en het delen van uitkomsten van tevredenheidsonderzoeken.

Social media wordt steeds belangrijker. Wij maken actiever gebruik van social media om de activiteiten in de verschillende locaties te laten zien en potentiële medewerkers te werven. Locatiemedewerkers leveren een bijdrage aan Facebook en Instagram. Om dit nog meer kracht bij te zetten is een social media specialist aangetrokken.

Een deel van deze informatie wordt ook gebruikt door het zorgkantoor om met ons in gesprek te gaan over kwaliteit van zorg en door het Zorginstituut Nederland en de Inspectie voor de Gezondheidszorg bij het uitoefenen van hun wettelijke taken.

## 8.1 Het gebruik van cliëntervaringen

### 8.1.1 ZorgkaartNederland

Wij vragen onze cliënten/nabestaanden om recensies te geven op ZorgkaartNederland. Vooral (wijk)cliënten van De Meerwende en 't Kloosterhof maken hiervan weinig gebruik. Inzetten van de bel- en interviewteams van Facit is hierbij effectief geweest. De recensies zelf zijn over het algemeen positief (zie hieronder), eventuele verbeterpunten worden op de locaties opgepakt.

Wij scoorden wederom goed op de waarderingen via ZorgkaartNederland. Stichtingsbreed was sprake van 18 waarderingen met 9,3 als gemiddelde score. Dat is een verbetering ten opzichte van 2020 (8,8 bij 33 waarderingen)



#### De Meerwende

In 2021 zijn voor De Meerwende drie waarderingen op ZorgkaartNederland geplaatst met 8,8 als gemiddelde score (in 2020: 9,4 bij 2 recensies)



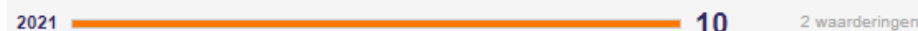
#### De Meerstede

Vanaf begin 2021 zijn er voor De Meerstede elf waarderingen geplaatst, met een gemiddelde waardering van 9,3: (in 2020: 9,7 bij 5 recensies)



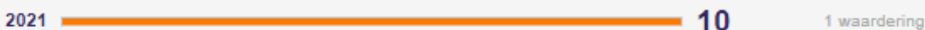
Voor de Wijkzorg De Meerstede zijn in 2021 twee recensies geplaatst, waarbij tweemaal een 10 gegeven werd: (in 2020: 0 recensies)

Gemiddeld waarderingscijfer per jaar

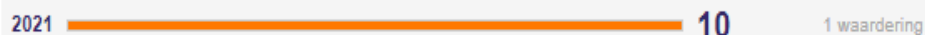


#### 't Kloosterhof

In 2021 is er een<sup>17</sup> waardering over 't Kloosterhof op ZorgkaartNederland gezet met een score van 10: (in 2020: 8,6 bij 24 recensies)



Voor de Wijkzorg 't Kloosterhof is in 2021 ook een recensie geplaatst, met een score van 10: (in 2020: 0 recensies)



<sup>17</sup> In 't Kloosterhof wordt bij het enquêteformulier na overlijden altijd een kaartje van ZorgkaartNederland toegevoegd. Ook in de wijk wordt men hierop na einde zorg geattendeerd via een kaartje. Tevens wordt ZorgkaartNederland op de familie-avonden onder de aandacht gebracht, maar deze zijn in 2021 wegens corona niet doorgestaan.

### 8.1.2 Tevredenheidsmeting cliënten

Volgens het kwaliteitskader dienen we jaarlijks een cliënttevredenheidsmeting uit te voeren. We mogen zelf de methodiek bepalen. Voorheen werd hiervoor in alle locaties de Staalkaartmeting gebruikt. De Meerstede heeft deze meting ook in 2021 uitgevoerd. In de andere locaties zijn bel- en interviewteams vanuit Facit ingezet<sup>18</sup>. De cliëntenraadpleging is uitgevoerd met de vragenlijst van ZorgkaartNederland.

Deze vragenlijst bestaat uit zes gesloten vragen, twee open vragen en een vraag of (de vertegenwoordiger van) de cliënt mee wil doen aan het cliëntenpanel van ZorgkaartNederland. Dataverzameling onder bewoners vond plaats met interviews op locatie en dataverzameling onder vertegenwoordigers van bewoners met telefonische interviews. Omdat de uitkomsten hiervan ook als tevredenheidsmeting gelden, hebben deze locaties geen staalkaartanalyse gedaan.

#### De Meerwende

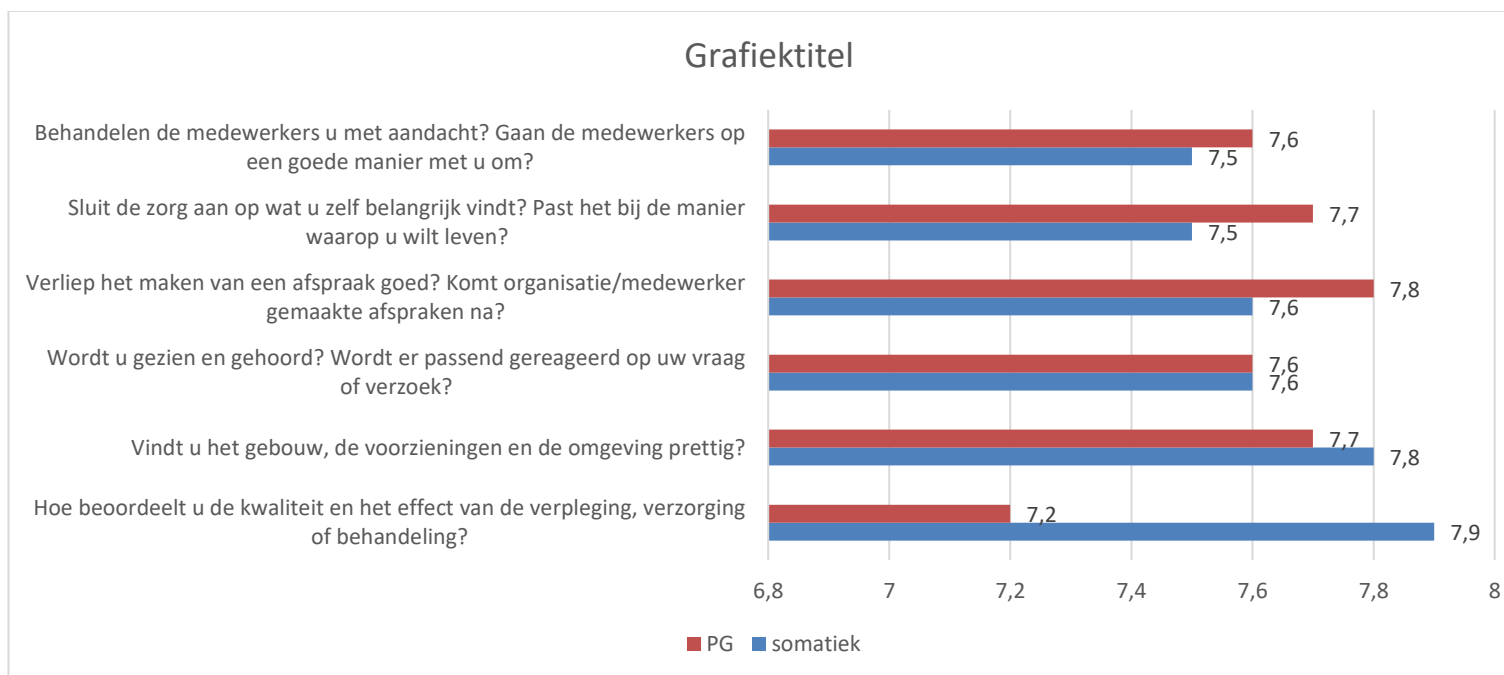
In De Meerwende vonden de interviews plaats op 1 februari 2022 en de telefonische interviews in de eerste helft van februari. De dataverzameling is afgesloten op 14 februari 2022.

Voor deze raadpleging waren 59 cliënten en 38 vertegenwoordigers te benaderen. 27 cliënten en 20 vertegenwoordigers waren in staat en bereid om deel te nemen. De respons voor deze raadpleging komt hiermee op 49%.

In onderstaande tabellen zijn de cijfers gegeven voor de organisatie en medewerkers en de NPS score opgenomen:

Cijfer	% dat De Meerwende 8 of hoger geeft	Gemiddeld cijfer aan De Meerwende	% dat medewerkers 8 of hoger geeft	Gemiddeld cijfer voor medewerkers
Cliënten	72%	7,7	89%	8,1
Vertegenwoordigers	55%	7,4	75%	8,0
NPS	Aanbeveling De Meerwende (ja of nee)	Cijfer vijf of lager (criticaster)	Cijfer 6 of een 7 (passief tevreden)	Cijfer 8, 9 of 10 (promotor)
Cliënten	85%	9%	22%	70%
Vertegenwoordigers	95%	0%	25%	75%

Op de zes vragen van ZorgkaartNederland scoorde De Meerwende als volgt:



<sup>18</sup> De bel- en interviewteams stellen cliënten/contactpersonen zes vragen. Uitkomsten hiervan tellen mee als verplicht jaarlijks tevredenheidsonderzoek. Op basis van dit onderzoek worden ook recensies op ZorgkaartNederland geplaatst en de Totalscore berekend.

## De Meerstede

De EVV'ers van De Meerstede hebben de staalkaarten van de eigen cliënten geanalyseerd:

	<b>Somatiek (38 cliënten/staalkaarten)</b>	<b>PG (30 cliënten/staalkaarten)</b>
1. <b>Kwaliteit van Leven (Positief)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zelf beslissen (2 afdeling)</li> <li>Zelf kamer inrichten (1)</li> <li>Smakelijke maaltijd (1)<sup>19</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sfeer (2 afdelingen)</li> <li>Activiteiten (2)</li> <li>Fijne eigen kamer (1)/Privacy kamer (1)</li> <li>Maaltijd: vers/vitamine (1)</li> </ul>
2. <b>Kwaliteit van Zorg (Positief)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verzorgenden zijn op de hoogte van mijn beperkingen (2)</li> <li>Zorgverlening levert goede zorg naar wens (1)</li> <li>Leven als koninginnen (1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zorgverleners zijn op de hoogte van de zorgproblemen (3)</li> <li>Zorgverleners hebben tijd voor mantelzorgers (1)</li> <li>Beantwoorden informatie (1)</li> <li>Vertrouwde gezichten (1)</li> <li>Netheid en aandacht (1)</li> </ul>
3. <b>Veilig &amp; Vertrouwd (Positief)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Voelen zich veilig/vertrouwd door de vaste medewerkers (2), vaste medewerkers HH (1)</li> <li>Doordat altijd een verzorgende aanwezig is (1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zorgvragers voelen zich thuis (2)</li> <li>Zorgvragers (en ook familie) voelen zich veilig (2)</li> <li>Geloof mag een plaats innemen bij de zorg (1)</li> <li>Wijze van omgaan met naaste (1)</li> </ul>
1. <b>Kwaliteit van Leven (Aandachtspunt)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tijdens maaltijden wordt weinig gesproken/ Personeel eet weinig mee aan tafel waardoor gesprek ook niet gaande blijft. (1)</li> <li>Minder activiteiten door de corona (1)</li> <li>Wisselende kwaliteit van de maaltijden, niet altijd lekker (meerdere cliënten) (1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hoeveelheid beweegactiviteiten (3 afd.)</li> <li>Hoeveelheid activiteiten, persoonsgericht (1)</li> <li>Aantal momenten van naar buiten gaan (1)</li> <li>Soms over de samenstelling van de groep bewoners of de kamerverdeling man/vrouw die een badkamer delen (1)</li> </ul>
2. <b>Kwaliteit van Zorg (Aandachtspunt)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Komen niet altijd op de afgesproken tijd (1)</li> <li>Wisselende medewerkers (1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Soms teveel stagiairs die nog niet alles weten (1)</li> <li>Te weinig bewegen met fysiotherapie (1)</li> <li>Onduidelijkheid over tandartsbezoek (1)</li> <li>Soms te weinig individuele aandacht (1)</li> </ul>
3. <b>Veilig &amp; Vertrouwd (Aandachtspunt)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verwarde cliënten lopen kamer in daardoor moet de deur op slot (1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Schoonmaak (met name badkamer) (3 afd.)</li> <li>Mondzorg (1)</li> <li>Bewoners willen graag meer bewegingsruimte (1)</li> </ul>
<b>Wat valt je op bij het bekijken van de Staalkaarten?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Maaltijden zijn een hoogtepunt voor de cliënten en vinden het eten fantastisch</li> <li>Afhankelijk van de groep cliënten wordt er meer/minder gecommuniceerd. De één vindt het prettig en de andere mist het.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dat familie over het algemeen zeer tevreden is en zich veilig voelt om zaken die niet zo goed lopen direct aan te kaarten</li> <li>Men is blij/tevreden/dankbaar voor wat voor hen wordt gedaan en voelt zich veilig</li> </ul>

## 't Kloosterhof

In 't Kloosterhof vonden de interviews plaats op 28 januari 2022 en de telefonische interviews in de eerste helft van februari. De dataverzameling is afgesloten op 14 februari 2022.

Voor deze raadpleging waren 32 cliënten en 22 vertegenwoordigers te benaderen. 23 cliënten en 14 vertegenwoordigers waren in staat en bereid om deel te nemen. De respons voor deze raadpleging komt hiermee op 69%.

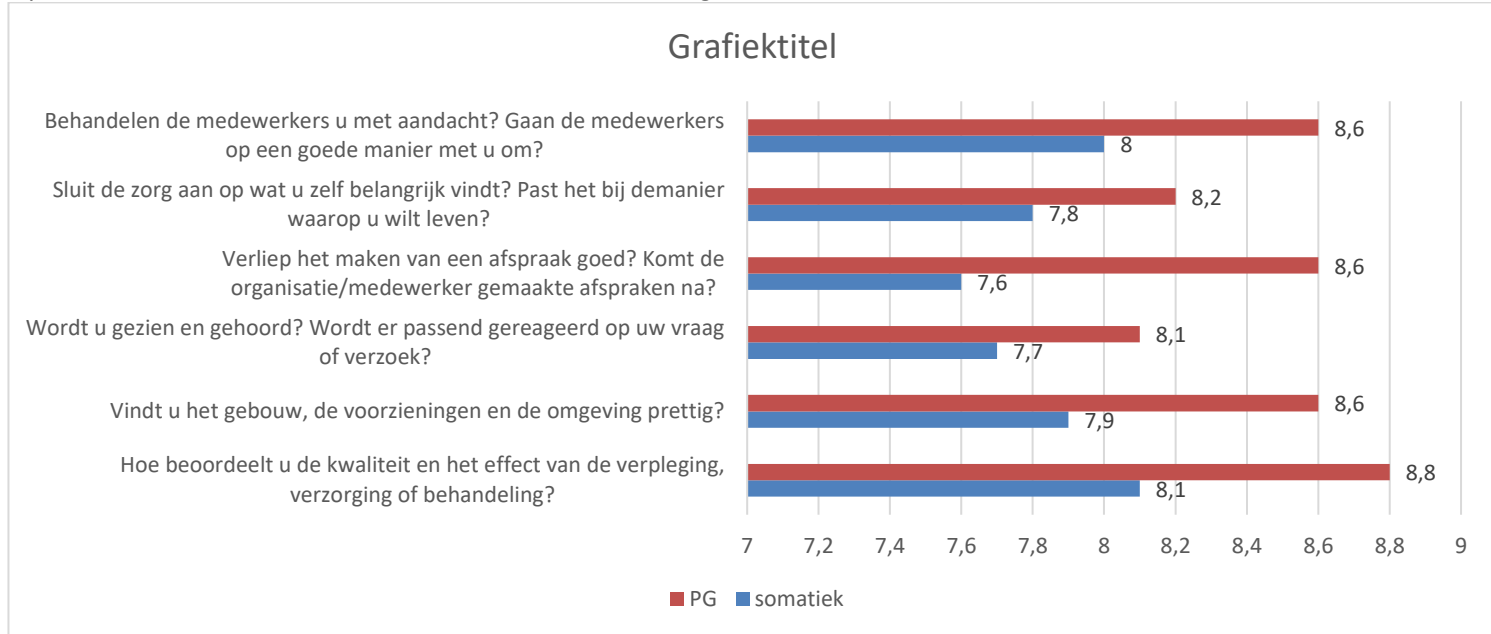
In onderstaande tabellen zijn de cijfers gegeven voor de organisatie en medewerkers en de NPS score opgenomen:

<b>Cijfer</b>	<b>% dat 't Kloosterhof 8 of hoger geeft</b>	<b>Gemiddeld cijfer aan 't Kloosterhof</b>	<b>% dat medewerkers 8 of hoger geeft</b>	<b>Gemiddeld cijfer voor medewerkers</b>
Cliënten	85%	8	82%	8
Vertegenwoordigers	99%	8,4	94%	8,8

<sup>19</sup> Eten wordt door aantal cliënten als positief genoemd en door anderen als verbeterpunt; sfeer en beleving speelt hierbij een rol

NPS 't Kloosterhof	Aanbeveling 't Kloosterhof (ja/nee)	Cijfer vijf of lager (criticaster)	Cijfer 6 of een 7 (passief tevreden)	Cijfer 8, 9 of 10 (promotor)
Cliënten	100%	0%	32%	68%
Vertegenwoordigers	100%	0%	0%	100%

Op de verschillende thema's scoorde 't Kloosterhof als volgt:



### 8.1.3 Evaluatie einde zorg

Als een cliënt overlijdt, sturen we de eerste contactpersoon een evaluatie. Dat men over het algemeen redelijk tevreden is blijkt uit de gemiddelde aanbevelingsscores. Men is vooral zeer tevreden over de betrokkenheid en persoonlijke zorg. Het verbeterpunt dat vaker en bij elke locatie terugkwam was communicatie. In 2021 zijn er 42 van de 77 vragenlijsten retour gestuurd.

Respons	Aantal uitgestuurd	Aantal ontvangen	Respons
De Meerwende	37	10	27%
De Meerstede	24	16	67%
't Kloosterhof	16	16	100%

#### De Meerwende

In De Meerwende zijn 10 vragenlijsten geretourneerd. De contactpersonen gaven als gemiddelde aanbevelingsscore een 8,3. Zij ervoeren vooral de betrokkenheid, liefdevolle zorg en aandacht als positief. Als verbeterpunten werd onder meer genoemd: het betrekken van bewoners, geboden veiligheid en communicatie.

#### De Meerstede

16 nabestaanden hebben een vragenlijst geretourneerd. Als aanbevelingscijfer gaf men gemiddeld een 9. Als positief werden vooral de kleinschaligheid, persoonlijkheid, respectvolle omgang en professionaliteit ervaren. Als verbeterpunten werden onder meer de privacy en communicatie genoemd.

#### 't Kloosterhof

Alle (16) nabestaande hebben een vragenlijst teruggestuurd. De contactpersonen gaven als gemiddelde aanbevelingsscore een 9,3. Men was vooral positief over de verzorging, liefdevolle zorg, meelevendheid en aandacht. Als aandachtspunten werden onder meer aangegeven: lezen overdracht, informatie over naderend sterven, geboden veiligheid en communicatie.

### 8.1.3 PREM (Patient Reported Experience Measurement)-analyse

Alle aanbieders van wijkverpleging zijn verplicht jaarlijks een onderzoek met de PREM Wijkverpleging te doen, waarbij de cliënt naar ervaringen met de wijkzorg wordt gevraagd. Er zijn 117 vragenlijsten uitgestuurd en 63 geretourneerd (respons is 54%).

Wijkcliënten gaven als gemiddelde aanbevelingsscore een 9,3 en noemden vooral als positief punt 'persoonlijke aandacht'. De gemiddelde scores op de vragen lagen bijna allemaal boven de 9.

'Zorg van een vast team' en 'medewerker op afgesproken tijd' scoorden het laagste. Dit wordt ook herkend door de locaties en wordt meestal veroorzaakt door het ziekteverzuim.

De wijkteams vinden dat de nieuwe vraag 'Hoe waardeert u uw kwaliteit van leven?' relatief laag scoort en willen nader uitzoeken wat de redenen hiervoor kunnen zijn.

Zorgcentra Meerlanden	Cijfer '21	Cijfer '20
Krijgt u zorg van een vaste <u>team van</u> zorgverleners? (voorheen van vaste zorgmedewerkers)	8,6	8,4
Komen de zorgverleners op de afgesproken tijd?	8,2	8,2
Nemen de zorgverleners uw wensen mee bij het bepalen van de zorg?	9,2	9,1
Past de zorg bij de manier waarop u wilt leven?	9,3	9
Behandelen de zorgverleners u met aandacht?	9,4	9,3
Voelt u zich op uw gemak bij de zorgverleners?	9,3	9,3
Heeft u vertrouwen in de deskundigheid van de zorgverleners?	9,3	9,2
Houden de zorgverleners in de gaten hoe het met uw gezondheid gaat?	9,2	8,8
Kunt u met de hulp van de zorgverleners beter omgaan met uw ziekte/aandoening?	8,8	8,5
In welke mate zou u deze zorgaanbieder aanbevelen bij andere mensen met dezelfde aandoening of gezondheidsklacht?	9,3	8,9
Hoe waardeert u uw kwaliteit van leven? (deze vraag is nieuw)	6,8	-

### 8.1.4 Klachten/opmerkingen cliënten

In 2021 zijn 9 klachten ('uitingen van onvrede') en twee opmerkingen via de CFR ingediend. Dit zijn er minder dan in 2020 (19). Er was sprake van twee prisma-analyses (incidentenanalyse).

Over alle 'klachten' is met betrokkenen in gesprek gegaan. Belangrijk hierbij is het communiceren van gemaakte afspraken en deze ook op volgen.

#### Vertrouwenspersoon cliënten

De vertrouwenspersoon cliënten is in 2021 bij de volgende 'klachten' betrokken geweest:

- Familie meldde dat de aanpassing van de elektrische rolstoel lang op zich liet wachten.
- Dochter van een voormalige cliënt van de wijkzorg was ontevreden over de indicatiestelling van haar moeder.
- Tweemaal betrof het een anonieme melding.
- Een melding betrof een situatie die ook aan de lokale Cliënten- en Familieraad gemeld was. Het hoofd heeft hierover een gesprek gevoerd, waarna de melding is opgelost.

#### Informeel klachten

CFR De Meerwende heeft begin 2021 alle contactpersonen een brief gestuurd over dat zij met vragen naar de CFR kunnen komen. Er waren wegens corona geen rondetafelgesprekken mogelijk en de CFR vond het belangrijk om een vinger aan de pols te houden. Twee contactpersonen hebben gereageerd; hun 'opmerkingen' zijn goed afgehandeld.

Overige informele klachten in 2021 waren:

- Noodkreet over de personele onderbezetting van een afdeling waardoor nauwelijks voldaan kan worden aan de hoge zorgvraag.
- Een cliënt wilde revalideren in De Meerwende, maar er kon toen geen revalidatiezorg geboden worden.
- Familie was niet helemaal tevreden over de opname van de cliënt op de PG-afdeling, vond dat er te weinig activiteiten zijn en niet altijd voldoende toezicht op de afdeling.



- Via de algemene mail kwam een klacht binnen gericht aan de CFR over de kwaliteit van het eten en het kwijtraken van kleding in de was. De CFR heeft naar aanleiding hiervan een vragenlijst over het eten uitgezet.

### Calamiteit/Prisma-analyse

In 2021 zijn twee prisma-analyses uitgevoerd. Beide incidenten zijn gemeld bij de Inspectie die aangegeven heeft akkoord te zijn met de analyse en de meldingen te sluiten:

- Een cliënt is bij het uit de stoel glijden terechtgekomen op een eerdere breuk. In overleg is beleid gericht op comfort aangehouden. Door bijwerkingen van medicatie kon de cliënt niet goed eten/drinken en is overleden.
- Een net opgenomen cliënt wilde vanuit de binnentuin een raam inklimmen om 'naar huis te gaan' en is hierbij gevallen. De familie koos ervoor via pijnmedicatie het beloop af te wachten. De cliënt is helaas overleden.

## 8.2 Het gebruik van medewerkerservaringen

Ook de ervaringen van medewerkers zijn belangrijk voor ons. Wij maken hiervoor onder meer gebruik van de MedewerkerMonitor, die in 2022 weer uitgezet zal worden.

### 8.2.1 Klachten medewerkers

In 2021 zijn vijf 'informele klachten' gemeld bij vertrouwenspersoon en/of bestuurder. Dit is een toename ten opzichte van 2020 (2).

#### Vertrouwenspersoon medewerkers

- De vertrouwenspersoon medewerkers (en bestuurder en OR) heeft een anonieme brief ontvangen rondom het vaccineerbeleid.
- De vertrouwenspersoon heeft drie meldingen ontvangen van medewerkers die anoniem wil blijven. Het betrof in twee gevallen werkdruk en bij de andere melding is dit onbekend.

#### Informele klachten

Via de mail is aan de bestuurder gemeld dat een medewerker graag tot haar 25 jarig dienstverband wil werken vanwege haar bonus en pas erna met pensioen wil gaan.

### 8.2.2 Meldingen Incidenten Medewerkers (MIM)

Stichtingsbreed was in 2021 sprake van 44 MIM's, 40 agressiemeldingen en 4 andere meldingen. Het totaal aantal MIM's is ten opzichte van 2020 (67) flink afgenomen<sup>20</sup>.

	Agressie	Andere MIM
<b>De Meerwende: 13 (2020: 13)</b>	11x (4 bij zelfde cliënten <sup>21</sup> )	Medewerker heeft knie verdraaid in de sneeuw op weg naar cliënt: niet te voorkomen • Medewerker brak val van cliënt: niet te voorkomen
<b>De Meerstede: 19 (2020: 17)</b>	17x (10 bij zelfde cliënten)	• Medewerker stootte voet tegen uitsteeksel van een rollator die op een andere plek stond: rollator op de juiste plek terugzetten • Zoon van cliënt was zeer agressie naar cliënt en medewerker: er is na overleg met politie een bezoekverbod ingesteld
<b>'t Kloosterhof: 12 (2020: 37)</b>	12x (2 bij zelfde cliënt)	0

Bijna alle MIM's hadden betrekking op agressie. Naar aanleiding van agressief gedrag wordt de SOG, psycholoog en/of Gespecialiseerd Verzorgende Psychogeriatric (gedragsvisite) ingeschakeld voor het opstellen van een benaderingsplan. Andere acties die genomen (kunnen) worden, zijn 'even met rust laten van de cliënt' en aanpassing medicatie. Vaak wordt aangegeven dat het gedrag, vanwege dementie, niet voorkomen had kunnen worden. Naast deze maatregelen is blijven praten met collega's over agressie-incidenten belangrijk.

<sup>20</sup> In 2020 was in 't Kloosterhof sprake van een cliënt met 23 agressiemeldingen. Deze cliënt was in 2021 niet meer in zorg.

<sup>21</sup> Voor dezelfde soort MIC-meldingen bij dezelfde cliënt wordt slechts eenmaal een MIC ingevuld; bij de MIM kunnen meerdere MIM's bij dezelfde cliënt ingevuld worden.

Diverse medewerkers hebben lichamelijke klachten (pijn, blauwe plek/zwelling en huidletsel) ondervonden naar aanleiding van een incident. Anderen ervaren psychische klachten, zoals angst en onrust.

## 8.3 Audits

### 8.3.1 Interne audits

In 2021 is een interne audit AVG (privacywet) uitgevoerd onder medewerkers van de facilitaire dienst. Ook werd een rondgang langs de verschillende afdelingen gemaakt. De algemene conclusie was dat er, sinds de invoering van de privacywetgeving, zorgvuldiger met privégegevens omgegaan wordt en dat hiervoor meer aandacht is.

Als verbeterpunten kwamen in meerdere locaties naar voren: Er wordt nog regelmatig over cliënten gesproken terwijl anderen het kunnen horen, niet overal was de deur van de zusterpost dicht als er niemand aanwezig was en niet alle medewerkers vergrendelen hun computer bij het verlaten van werkplek terwijl dit wel beleid is. Ondanks de verbeterpunten bleek dat de meeste adviezen van de vorige rondgang uitgevoerd zijn.

### 8.3.2 Externe audit

In maart 2021 heeft de externe audit voor de ISO-certificering plaats gevonden; de laatste periodieke audit in een cyclus van drie jaren. De audit zou eigenlijk in oktober 2020 zijn uitgevoerd, maar dit was uitgesteld vanwege corona.

De auditor was zeer positief over de ontwikkeling van onze organisatie. Hij geeft aan dat er “diverse op verbetering gerichte activiteiten zijn en worden uitgevoerd” en dat “de organisatie informatie gebruikt en verzamelt om de kwaliteit van de zorgprocessen en ondersteunende processen te monitoren en waar mogelijk te verbeteren. Het kwaliteitsmanagementsysteem functioneert effectief en draagt bij aan het systematisch uitvoeren van de werkzaamheden en processen en stimuleert een lerende op ontwikkeling gericht attitude”. Er zijn geen auditbevindingen (tekortkomingen) vastgesteld. Ook de tekortkomingen uit de voorgaande jaren zijn opgelost.

## 9. Leren & Verbeteren

### 9.1 Verbeterparagraaf

Wij hechten veel belang aan ‘leren en verbeteren’. Door te ‘Leren en werken aan kwaliteit’ willen we bereiken dat onze medewerkers optimale zorg en ondersteuning aan de cliënten leveren, gebruikmakend van professionele richtlijnen, ervaringsgegevens en kwalitatieve informatie. Onderdeel van onze besturingsfilosofie is een cultuur, gericht op leren en verbeteren, eigen verantwoordelijkheid nemen en samen het resultaat bereiken.

### 9.2 Evaluatie

Alle in dit jaarverslag genoemde ontwikkelpunten zijn verbeteringen die wij in 2021 (deels) doorgevoerd hebben. Deze punten worden ten behoeve van het kwaliteitsverslag en -plan geëvalueerd. Minimaal tweemaal per jaar bespreken we deze documenten in de verschillende overlegvormen (MT, CCFR, OR, VAR en commissie Kwaliteit, Personeel en Organisatie van de Raad van Toezicht, zorgkantoor en lerend netwerk kwaliteit). Nagegaan wordt welke verbeteringen zijn doorgevoerd en waaraan we nog willen werken.

Jaarlijks evalueren we ook onze kwaliteitsinstrumenten om na te gaan of deze nog volstaan.

### 9.3 Terugkoppeling resultaten

Wij maken gebruik van diverse meetinstrumenten. De resultaten hiervan bespreken we met de medewerkers, cliënten, Managementteam, CCFR, OR en/of VAR. Via het kwaliteitsverslag en het kwaliteitsplan, die op alle relevante overlegvormen geagendeerd worden, vindt ook terugkoppeling plaats.

## 9.4 Kwaliteit van de locaties

Naast de uitkomsten van de kwaliteitsinstrumenten is het ook belangrijk dat er een beeld is van de 'niet meetbare' kwaliteit van de locaties. De hoofden wordt daarom sinds het vierde kwartaal van 2021 elk kwartaal gevraagd waar zij trots op zijn, op welke kwaliteitsgebieden er gewerkt is en wat eventuele verbeterpunten waren.

### De Meerwende

- De Meerwende is er trots op dat er sinds de verbouwingen enthousiasme is van medewerkers bij de implementatie van het gastvrijheidsconcept, dat stap voor stap wordt geprofessionaliseerd.
- De Meerwende is gestart met het traject van waardigheid en trots om de kwaliteit te verbeteren.
- Communicatie is een belangrijk onderdeel voor kwaliteitsverbetering en betrokkenheid van medewerkers.

### De Meerstede

- De Meerstede is trots op de samenwerking tussen de teams zorg en facilitair.
- Als kwaliteitsactiviteiten zijn onder meer ondernomen: benoemen van digicoach en leercoach, opknappen toiletten en aanstellen verpleegkundige voor gedragsproblemen bij ouderen.
- Verbeterpunten zijn de beperkte openingstijden van de huiskamer op de nieuwbouw en meerwaarde geven aan het takenpakket voor verpleegkundigen.

### 't Kloosterhof

- 't Kloosterhof is trots op het feit dat men de bewoners, ondanks de behoorlijke corona-uitbraak in november, goede kwaliteit van zorg heeft kunnen blijven bieden; ook dit keer zonder PNIL.
- Op gebied van kwaliteit is onder meer het volgende gedaan: veel individueel welzijn en kleine groepjes (negatief geteste cliënten) bij elkaar te brengen. Extra aandacht gegeven aan de maaltijden met af en toe wat extra lekkers. Uitdelen van mooie kerststukjes en planten en door laten gaan van kerstdiners in aangepaste vorm.
- Een verbeterpunt is een nog betere communicatie naar het personeel. Gebleken is dat een aantal personeelsleden het toch weer spannend vond om corona in huis te hebben. Het LMT heeft daar te makkelijk over gedacht, blijkt achteraf.

**Bijlage 1 Afkortingenlijst**

ACP	Advanced Care Planning
AVG	Algemene Verordening Gegevensbescherming (privacywet)
BBL	Beroepsbegeleidende leerweg
CCFR	Centrale Cliënten- en FamilieRaad
CFR	Cliënten- en FamilieRaad
ECD	Elektronisch CliëntDossier
EVV	Eerst Verantwoordelijke Verzorgende
Fte	Fulltime-equivalent' (rekeeneenheid voor omvang van een baan
GGD	Gemeentelijke gezondheidsdienst
GVP	Gespecialiseerd Verzorgende Psychogeriatric
HBO-V	Hoger beroepsonderwijs Verpleegkunde
HKZ	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
HRM	Human Resource Management (personeelszaken)
ICT	Informatie- en Communicatietechnologie
IG (verzorgende)	Individuele Gezondheidszorg
ISO Zorg & Welzijn	kwaliteitsnorm voor zorg- en welzijnsinstellingen (ISO: 'International Organisation for Standardization)
LMT	LocatieManagementteam
MIC	Melding Incidenten Cliëntenzorg
MIM	Melding Incidenten Medewerkers
MT	Managementteam
OR	Ondernemingsraad
PG	Psychogeriatric
PNIL	Personeel niet in loondienst
PR	Public Relations
PREM	Patient Reported Experience Measurement
RvT	Raad van Toezicht
SOG	Specialist OuderenGeneeskunde
VAR	Verpleegkundige Adviesraad
Wlz	Wet langdurige zorg
Wzd	Wet zorg en dwang