

A photograph of an elderly man with a balding head, smiling and looking towards a healthcare worker. He is wearing a bright yellow jacket over a dark grey hoodie with 'IRON EXIM LAB' printed on it. The healthcare worker, a woman with curly hair, is wearing a red uniform and a blue lanyard, and is holding a black device. They are in a room with a whiteboard in the background.

VERPLEEGHUISZORG KWALITEITSRAPPORT 2021

INHOUD

DEEL I KWALITEITSRAPPORT VZ 2021

Voorwoord	3
Leeswijzer	4
Inleiding	5
Ontwikkeling kwaliteitsverslag 2021	5

1 PROFIEL ZORGORGANISATIE | ZORG BIJ HET LEGER DES HEILS 6

1.1	Missie	8
1.2	Organisatie	8
1.3	Visie op zorg	8
1.4	Visie op verpleeghuiszorg	8
1.4.1	De Leger des Heils-aanpak en persoonsgerichte zorg	10

2 REFLECTIE OP DE ZORG IN 2021 12

2.1	Toelichting op indicatoren basisveiligheid 2021	14
2.2	Reflectie op plannen 2021 – op landelijk niveau	17
2.3	Personeelssamenstelling 2021	20

DEEL II KWALITEIT OP LOCATIELEVEL

3 REFLECTIES OP DE LOKALE PLANNEN 24

3.1	Reflectie op plannen 2021 – op locatieniveau	26
3.2	Verpleeghuis De Blinkert	28
3.3	Verpleeghuis Buitenhaeghe	32
3.4	Verpleeghuis De Dukdalf	38
3.5	Verpleeghuis De Linde	44
3.6	Verpleeghuis De Meerzorg	52
3.7	Verpleeghuis Merenhoef	56
3.8	Wlz thuis	60

Afkortingen	66
-------------	----



“Zolang er nog vrouwen
huilen, zal ik strijden.
Zolang er nog kinderen
hongerlijden, zal ik
strijden. Zolang er
nog mannen naar de
gevangenis gaan, erin en
eruit, erin en eruit, zal ik
strijden. Zolang er nog
één verslaafde is, zolang
er nog één meisje verloren
op straat loopt, zal ik
strijden. Zolang er nog
één mens het licht van
God niet heeft gezien, zal
ik strijden, strijden tot het
bittere eind.”

– William Booth, oprichter
van het Leger des Heils

VOORWOORD

Een kwaliteitsjaarverslag is een prachtige reflectie op de kwaliteit van zorg en dienstverlening die we jaarlijks bieden aan onze deelnemers. Het schrijven van een verslag voelt als afsluiting van een jaarlijks proces maar niets is minder waar... het proces waarin we samen met deelnemers werken aan kwaliteit van leven houdt niet op en dat is een dagelijkse verantwoordelijkheid en uitdaging.

2021 was het jaar waarin we als Leger des Heils de balans hebben opgemaakt. We hebben mooie beleidsplannen en prachtige ambities, maar we zien ook dat we die niet altijd waarmaken. We zien dat er kwaliteit van zorg geboden wordt, maar we zien ook dat het nodig is deze te verbeteren of te innoveren. We zien dat we steeds beter begrijpen dat reflectie op dat wat we doen nodig is om de kwaliteit te verbeteren, maar we willen dit beter en meer doen. We zien dat er geweldige, betrokken medewerkers bij ons werken met hart voor de deelnemer, maar we zien ook dat het steeds lastiger wordt deze medewerkers te vinden.

Kortom we hebben richting bepaald en zijn begonnen met het ontwikkelen van een visie op zorg. Een visie op zorg die de relatie tussen de deelnemer en hulpverlener als vertrekpunt neemt. Een visie op zorg die ervan uitgaat dat de zorg voor medewerkers niet anders is dan de zorg die we bieden aan deelnemers. Een visie op zorg die ervan uitgaat dat het voor oudere deelnemers gaat om kwaliteit van leven, geborgenheid en relatie. Een visie op zorg als leidraad voor de verschillende hulpverleningsvormen die we bieden waaronder die aan oudere deelnemers met naast de complexe problematiek ook steeds meer aandoeningen horend bij de ouderdom.

Een visie op zorg die niet stilstaat, maar steeds weer wordt besproken, inspireert.

Het is onze wens dat we vanuit onze visie op zorg steeds beter kunnen inspelen op de behoeftes van onze oudere deelnemers en zo kunnen bijdragen aan hun kwaliteit van leven.

Karin Bloemendal

Raad van Bestuur





Leeswijzer van het rapport

In het algemene deel (hoofdstuk 1) van het kwaliteitsverslag is beschreven wat 'zorg' betekent bij Leger des Heils W&G en wat onze visie is op zorg in het algemeen, en specifiek op verpleeghuiszorg. In hoofdstuk 2 is een reflectie gegeven op onze verpleeghuiszorg in 2021. Naast een toelichting op de resultaten van de meting van de indicatoren basisveiligheid (2.1) is omschreven wat we op landelijk niveau hebben gerealiseerd (2.2). Verder is de personeelssamenstelling van 2021 beschreven (2.3). In hoofdstuk 3 vanaf 3.1 is per locatie een reflectie gegeven op de plannen/doelstellingen van 2021. Iedere 'locatiepagina' is voorzien van een korte inleiding waarin de context is beschreven waarbinnen de locatie heeft gewerkt aan de doelen.

INLEIDING

Voor u ligt het kwaliteitsverslag verpleeghuiszorg 2021. Vanaf 2019 ontwikkelt Leger des Heils Welzijns- & Gezondheidszorg (LdH W&G) het kwaliteitsverslag (en -plan) op concernniveau en niet meer per locatie. Het verslag is opgebouwd uit twee delen: (1) een landelijk, algemeen deel met daarin onze visie op verpleeghuiszorg en een reflectie op de sectorbrede plannen van 2021 en (2) een locatie-specifiek deel met daarin een reflectie op de lokale plannen van 2021¹.

ONTWIKKELING KWALITEITSVERSLAG 2021

De input voor het kwaliteitsverslag is opgehaald bij de locaties, regionale cliëntenraden (CR) en de regionale verpleegkundige en verzorgende adviesraden (VVAR'en). Iedere locatie heeft hierin een eigen proces gevolgd. De ontwikkeling van een gezamenlijk kwaliteitsverslag heeft zowel overeenkomsten als verschillen tussen de locaties in beeld gebracht, zie hiervoor 3.1.

De kennis en expertise over de VVT is binnen het Leger des Heils ondergebracht in het specialisatienetwerk VVT (SN VVT). In het netwerk zijn beleidsmedewerkers, management en professionals vertegenwoordigd die een coördinerende rol vervullen in de ontwikkeling van zowel het kwaliteitsplan als het -verslag. Daarnaast organiseert het netwerk jaarlijks (reflectie)gesprekken met de locatiemanagers en beleids-/ kwaliteitsmedewerkers over beide kwaliteitsdocumenten. Het SN VVT werkt nauw samen met de landelijke afdeling Kwaliteit, Compliance en Audit (KCA) die verantwoordelijk is voor de uitvoering en opvolging van de meting van de kwaliteitsindicatoren, HKZ-certificering, interne audits enzovoort.

Het lijnmanagement is verantwoordelijk en draagt zorg voor de uitvoering van het kwaliteitsplan en voor de reflectie, evaluatie en eventuele opvolging van (niet) behaalde doelstellingen.

1. De locaties De Blinkert, Buitenhaeghe, De Dukdalf, De Meerzorg en Merenhoef vallen onder zorgkantoor Zilveren Kruis. Locatie De Linde valt onder het zorgkantoor VGZ.

1

Profiel zorgorganisatie | Zorg bij het Leger des Heils

Het Leger des Heils is er voor mensen zonder helper. Het maakt niet uit wat hun achtergrond of levensovertuiging is. Iedereen kan een beroep op ons doen. Onze aanpak is persoonsgericht. We hebben oog voor de hele mens en sluiten aan bij diens behoefte. Als het nodig is, beginnen we steeds opnieuw. Niemand laten we vallen. Het Leger des Heils gelooft in perspectief voor mensen. Voor alle mensen. Omdat iedereen ertoe doet!

1.1 Missie

Het Leger des Heils is onvoorwaardelijk betrokken bij mensen die, om wat voor reden dan ook, dreigen te worden uitgesloten, geen perspectief meer zien, of balanceren op de rand van de samenleving. Ook hen, juist hen bieden we (nieuw) perspectief op een menswaardig bestaan. Dit doen we vanuit onze christelijke identiteit. Laagdrempelig, vasthoudend, samenhangend en zingevingsgericht zijn daarin belangrijke kernwaarden.

1.2 Organisatie

De Stichting Leger des Heils W&G is verantwoordelijk voor de uitvoering van professionele gezondheidszorg en het welzijnswerk van het Leger des Heils in Nederland. De organisatie is ingedeeld in zeven geografische regio's en heeft meer dan 250 vestigingen. Het Leger des Heils is niet alleen actief binnen de VVT-sector, maar ook binnen de sectoren verstandelijk gehandicapten zorg (VG), geestelijke gezondheidszorg (GGZ), jeugdzorg, forensische zorg en zorg in het sociaal domein op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). In drie regio's maakt verpleeghuiszorg onderdeel uit van het zorgaanbod. Op dit moment bieden wij deze zorg aan in zes verpleeghuizen: De Blinkert, Buitenhaeghe, De Dukdalf, De Linde, De Meerzorg en Merenhoef.

1.3 Visie op zorg

Leger des Heils W&G wil er zijn voor mensen zonder helper. Zij hebben als gemeenschappelijk kenmerk dat zij verschillende problemen het hoofd moeten bieden die elkaar in negatieve zin beïnvloeden. Velen van hen zijn zorgmijders en uitvallers uit de (reguliere) zorg en hebben al veel hulpverleningscontacten achter de rug. Door hun leefstijl, niet zelden gecompliceerd door verslaving, achtergrond, gedrag, multiproblematiek, gebrek aan zelfredzaamheid en een ontbrekend steunend netwerk, sluiten de systeemwereld van de zorg in Nederland niet goed bij hen aan en dreigen zij tussen wal en schip te vallen. Het Leger des Heils wil juist deze mensen ondersteunen en de zorg bieden die nodig is, zonder onderscheid te maken en ongeacht de complexiteit van de problemen. Ieder mens doet mee en heeft recht op een eerlijke kans. Daarom strijden we voor passende acties/maatregelen op de vaak complexe zorgbehoefte(n) van kwetsbare mensen.

1.4 Visie op verpleeghuiszorg

Het Leger des Heils heeft zes verpleeghuizen en biedt ook langdurige zorg in de thuissituatie². Op verschillende locaties bieden we specialistische verpleeghuiszorg voor mensen die vanwege gedrag en problematiek niet goed passen binnen het reguliere verpleeghuis. Bewoners kampen veelal met een combinatie van problemen; niet alleen op lichamelijk, psychisch en psychogeriatrisch vlak, maar ook op het gebied van verslaving, financiën en justitie. Als gevolg van hun leefstijl en achtergrond zijn onze bewoners vaak jonger dan die in reguliere verpleeghuizen. We typeren deze doelgroep als de *LdH-doelgroep*.

². Onder langdurige zorg in de thuissituatie valt Wlz VPT/MPT en de thuiszorg/ Oggz.

OVERZICHT VERPLEEGHUIZEN VAN HET LEGER DES HEILS IN NEDERLAND

De Blinkert – Baarn

Afdelingen	Aantal plekken
7 LdH-doelgroep	78 Wlz
2 opname	15 eLV
4 wonen (incl. justitieel kader)	
1 gesloten (voor mensen met korsakovsyndroom)	

Merenhoef – Maarssen

Afdelingen	Aantal plekken
4 psychogeriatric	77 Wlz
3 somatiek	

Buitenhaeghe – Almere

Afdelingen	Aantal plekken
1 LdH-doelgroep	130 Wlz
1 somatiek/NAH	
2 somatiek/psychogeriatric	
1 psychogeriatric	

De MeerZorg – Ugchelen

Afdelingen	Aantal plekken
1 LdH-doelgroep	13 Wlz
	22 ELV
	1 Detox

De Linde – Dordrecht

Afdelingen	Aantal plekken
4 LdH-doelgroep	62 Wlz
1 psychogeriatric	13 Wmo/GGZ
1 psychogeriatric	2 ELV

De Dukdalf – Rotterdam

Afdelingen	Aantal plekken
1 LdH-doelgroep	22 Wlz
	10-12 ELV
	10 Overige (CAK, GGD, illegalen)
	1 herstelbed (zonder financiering)

De complexe problematiek van onze bewoners vraagt om zorg die daarop is afgestemd. Bij gebrek aan deze zorg kan een deel van de mensen dat bij ons woont, nergens terecht. Ze zouden op straat of in een reguliere maatschappelijke opvang moeten verblijven, waar geen adequate medisch sociale zorg is en de zorg-/hulpvraag onvoldoende beantwoord kan worden. Dit kan leiden tot een achteruitgang in hun situatie, overlast op straat voor de burger en overbelasting van medewerkers en medecliënten in de reguliere zorg en maatschappelijke opvang. Het Leger des Heils streeft naar een samenleving waarin ook deze mensen een plek hebben. Een plek waar zij die specifieke zorg krijgen die zij nodig hebben. Het Leger des Heils onderscheidt zich daarmee als specialist in bijzondere verpleeghuiszorg met een complexe zorgvraag.

1.4.1 De Leger des Heils-aanpak en persoonsgerichte zorg

De medewerkers van het Leger des Heils bieden persoonsgerichte zorg. De aanpak is gericht op 'herstel van het gewone leven', dat uitgaat van zoveel mogelijk eigen regie bij bewoners, waarbij hun talenten en wensen voorop staan en het leerproces naar een waardig leven.

Het Leger des Heils streeft naar verpleeghuiszorg die zo is ingericht, dat bewoners een plek hebben om te wonen waar ze zich veilig voelen, een 'welkom thuis'-gevoel ervaren, de benodigde professionele verpleegkundige zorg krijgen, (opnieuw) structuur krijgen in hun leven en zichzelf kunnen en mogen zijn. We sluiten aan bij de behoeften van bewoners en nemen daarbij hun hele leven in ogenschouw. Persoonsgerichte zorg is hierbij het uitgangspunt waarbij compassie, uniek zijn, autonomie, welzijn, herstel en zorgdoelen van de bewoner belangrijke thema's zijn.

De zorg binnen de verpleeghuizen van het Leger des Heils is

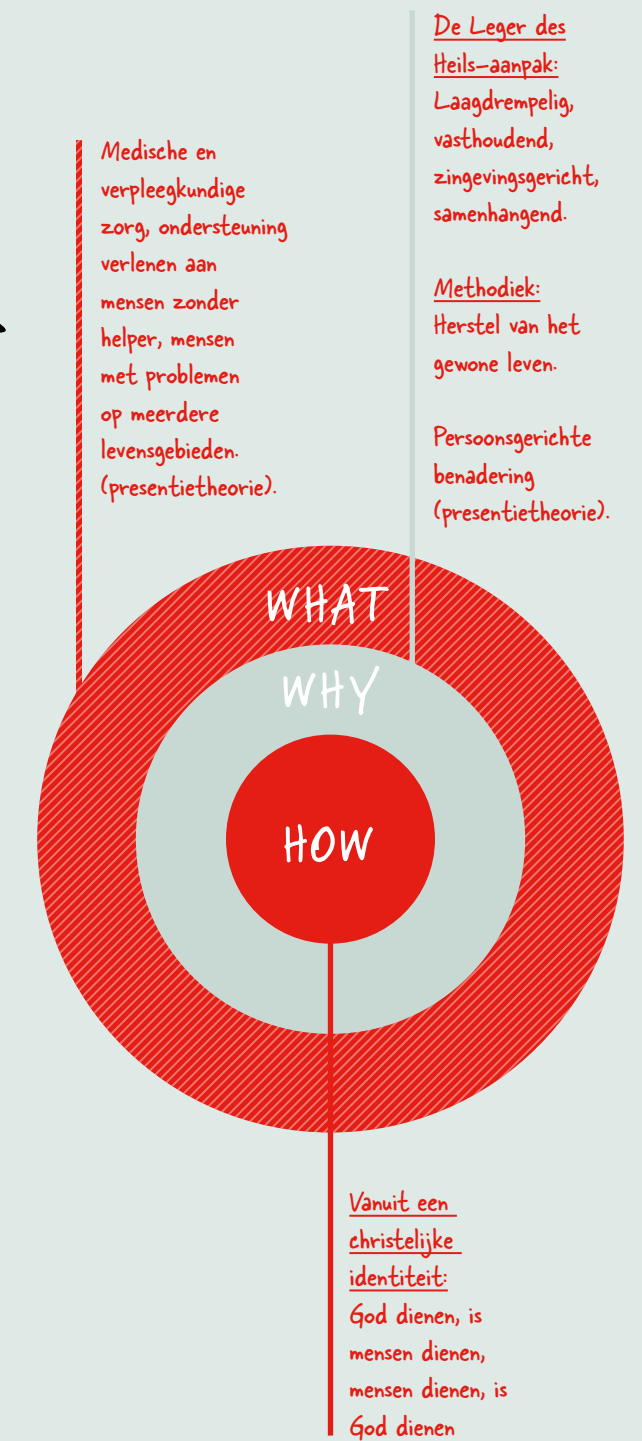
veelal gericht op begeleiding bij geleidelijke achteruitgang. Het kunnen bieden van deze zorg, stelt eisen aan de expertise en professionaliteit van medewerkers. Zij zijn getraind in de methodiek 'Herstel van het gewone leven'. Herstel van het gewone leven houdt in: een zinvol en menswaardig bestaan in de samenleving met betekenisvolle activiteiten, sociale relaties en waardering. Zinnige dagbesteding en relaties zijn daarin de belangrijkste elementen. Herstel van het gewone leven begint bij de wensen en verwachtingen van de bewoner, het herwinnen van zelfvertrouwen in eigen kunnen, herstel van het vertrouwen in de ander en het uitgaan van de mogelijkheden van bewoners. Vandaaruit herkennen en stimuleren we de eigen kracht van bewoners en de zeggenschap over de invulling van hun eigen leven.

Naast een zinnige dagbesteding en relatieherstel ondersteunend aan herstel, draagt een gezond geestelijk leven bij aan de zingeving in een mensenleven. Zorg en aandacht voor geestelijk leven is daarom integraal onderdeel van onze benadering. Vanuit onze christelijke geloofsovertuiging nodigen wij bewoners uit na te denken over de vraag wat dit voor hen zelf betekent.

De uitwerking van onze aanpak is mede gebaseerd op de presentietheorie van Andries Baart e.a. (2008) die uitgaat van:

Een praktijk waarbij de zorgverlener met aandacht en toewijding de ander benadert en in gesprek de ander leert kennen en weet wat hem/haar bezighoudt – van verlangens tot angst. In de verbinding met de ander begrijpt de zorgverlener wat er in de desbetreffende situatie gedaan zou kunnen worden en wie hij/zij daarbij voor de ander kan zijn. Wat gedaan kan worden, wordt ook gedaan. Dit is mogelijk als een gevoel van subtiliteit en vakmanschap, praktische wijsheid en liefdevolle trouw aanwezig zijn.

Bovenstaande is eenvoudig in kaart te brengen in het zogenaamde Golden Circle-model (ontwikkeld door Simon Sinek, 2009) en maakt duidelijk waarin het Leger des Heils zich onderscheidt:





2 Reflectie op de zorg in 2021

In dit hoofdstuk geven we een reflectie op de kwaliteit van zorg in 2021 binnen de verpleeghuizen van het Leger des Heils (zie 1.4 voor een overzichtskaartje). In 2.1 is een toelichting gegeven op de basisveiligheid uitgedrukt in de gemeten indicatoren. In 2.2 is vervolgens beschreven wat we op landelijk niveau hebben gerealiseerd. In 2.3 is de personeelssamenstelling beschreven.

2.1 Toelichting op indicatoren basisveiligheid 2021

BEGIN 2022 heeft de meting van de indicatoren basisveiligheid plaatsgevonden over verslagjaar 2021. In de onderstaande tabel is per indicator de gemeten resultaten weergegeven van de meting in 2021 ten opzichte van 2020.

	De Blinkert	Buitenhaeghe	De Dukdalf	De Linde	De Meezorg	Merenhoef
2021	11,3%	7,7%	5,3%	2,2%	15,6%	5,6%
2020	0%	8,5%	5,3%	8,2%	0%	11,8%

Decubitus

Bij locaties De Blinkert en De Meezorg kwam er in 2021 (weer) voor het eerst decubitus voor. Als er sprake is van decubitus dan wordt dit op alle locaties besproken in een multidisciplinair overleg. Als het nodig is dan wordt er een (interne/externe) wondverpleegkundige betrokken om de decubitus te behandelen.

	De Blinkert	Buitenhaeghe	De Dukdalf	De Linde	De Meezorg	Merenhoef
2021	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2020	100%	90%	100%	98,4%	100%	100%

Advance care planning (ACP)

Levensende wordt op alle locaties besproken met de bewoners en er worden hier afspraken over gemaakt die wordt vastgelegd in het elektronisch cliëntendossier Clever³.

	De Blinkert	Buitenhaeghe	De Dukdalf	De Linde	De Meezorg	Merenhoef
2021	100%	100%	100%	33,3%	100%	n.v.t.
2020	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Medicatieveiligheid: bespreken van medicatiefouten in het team

Medicatiefouten worden op alle locaties structureel op alle afdelingen eens per kwartaal multidisciplinair besproken. Medicatiereviews worden twee keer per jaar uitgevoerd. De rapportage van de reviews wordt vastgelegd in het elektronisch cliëntendossier Clever.

Op locatie Merenhoef zijn er geen medicatiemeldingen geweest. Om de meldingsfrequentie te verhogen en verbetering in gang te zetten op Merenhoef, krijgt in 2022 het melden van medicatiefouten weer de aandacht. Op Locatie De Linde zijn door Covid-19 niet alle multidisciplinaire overleggen doorgedaan waardoor medicatiemeldingen

niet conform de gebruikelijke frequentie zijn besproken. Echter de medicatie-incidenten zijn wel structureel besproken binnen de teams. Medewerkers die betrokken waren bij het incident zijn op de hoogte gehouden van de uitkomst van incidenten onderzoeken en de daaruit voortkomende verbetermaatregelen.

	De Blinkert	Buitenhaeghe	De Dukdalf	De Linde	De Meezorg	Merenhoef
2021 wel plan	26,3%	100%	5,3%	43,5%	81,3%	76,4%
2020 wel plan	35%	56,2%	26,3%	32,8%	30%	100%
2021 geen plan	65%	0%	94,7%	56,5%	18,8%	23,6%
2020 geen plan	65%	43,1%	73,7%	67,2%	20%	0%
2021 onbekend	8,8%	0%	0%	0%	0%	0%
2020 onbekend	0%	0,8%	0%	0%	50%	0%

Continentie: plan toiletgang vastgelegd

Uit de resultaten komt naar voren dat in 2021 op drie van de zes locaties meer dan de helft van de bewoners geen plan voor toiletgang is vastgelegd. Dit kan worden verklaard door het feit dat het merendeel van deze deelnemers geen zorgvraag en een daaruit voortkomend geformuleerd zorgdoel had met betrekking tot continentie in het zorgdossier.

Bij Meezorg is wel een stijging te zien van het aantal bewoners met een plan voor toiletgang. Deze cijfers kunnen worden verklaard door de verbeterde registratie en het vastleggen van de afspraken. Bij locatie De Linde komt de stijging voort uit: (1) de verzwaring van de doelgroep en ook (2) de verbetering in registratie en het vastleggen van afspraken.

3. Clever is de benaming van het elektronisch cliëntendossier binnen het LdH.

	De Blinkert	Buitenhaeghe	De Dukdalf	De Linde	De Meerzorg	Merenhoef
2021 wel plan	62,5%	100%	10,5%	45,7	56,3%	44,4
2020 wel plan	100%	30%	42,1%	24,6%	60%	100%
2021 geen plan	0%	0%	89,5%	54,3	43,8%	55,6
2020 geen plan	0%	70%	57,9%	75,4%	40%	0%
2021 onbekend	37,5%	0%	0%	0%	0%	0%
2020 onbekend	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Aandacht voor eten en drinken: voedselvoorkeuren vastgelegd

De resultaten laten zien dat in 2021 op drie van de zes locaties bij meer dan de helft van de deelnemers de voedselvoorkeuren niet zijn vastgelegd, omdat er geen zorgvraag was bij deelnemers gerelateerd aan eten en drinken.

Bij De Blinkert is een daling te zien van het aantal deelnemers met een plan. Zoals eerder aangegeven biedt het Leger des Heils zorg aan een complexe doelgroep die zich niet altijd kan aanpassen aan bijvoorbeeld de afdelingsstructuur. Bij De Blinkert heeft het bieden van structuur geleid tot zorgmijndend gedrag van een groot aantal deelnemers, waardoor het uitvragen van voedselvoorkeuren niet altijd het gewenste resultaat had. Dat heeft bijgedragen aan de hierboven geschetste daling. Daarentegen geeft locatie De Linde aan dat de stijging van het aantal bewoners met een plan voor eten en drinken verklaard kan worden door: (1) de verzwaring van de doelgroep en (2) de verbetering in registratie en het vastleggen van afspraken (is dit niet punt 3? MdB). In de dagelijkse praktijk wordt het bevorderen van eten en drinken tevens gestimuleerd door de gastvrouwen. Zij vragen aan alle deelnemers hun voedselvoorkeuren en dragen zorg voor het invullen daarvan. Gastvrouwen zijn ook bij De Dukdalf aanwezig.

Het concreet omzetten van de resultaten naar verbeterpunten zal in 2022 per locatie worden opgepakt door projecten of concrete activiteiten. De kwaliteitsverpleegkundige op de locaties en het specialisatienetwerk spelen hierin een belangrijke rol. Het specialisatienetwerk zorgt voor de afstemming tussen de locaties en het uitwisselen van kennis en expertise. De kwaliteitsverpleegkundigen dragen zorg voor de implementatie in de dagelijkse praktijk en het begeleiden van teams met nauwe betrokkenheid van de teamleider.



2.2 Reflectie op plannen 2021 – op landelijk niveau

Audit kwaliteitskader Verpleeghuiszorg W&G 2021

In 2019 en 2020 heeft de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) enkele bezoeken gebracht op verschillende locaties. In 2021 heeft de IGJ geverifieerd dat de aangegeven verbeteringen zijn opgevolgd. Ondanks dat er in 2021 nog geen terugkoppeling was tijdens het bezoek, was het wel duidelijk dat de IGJ een positieve reactie heeft gegeven op de verbeteringen.

In Q1 en Q2 van 2021 is er een uitgebreide interne audit uitgevoerd op alle zes locaties naar aanleiding van de eerdere IGJ-bezoeken. Kernvraag bij deze audit is hoe het geldende kwaliteitskader (alle normen) functioneert en geborgd is. De normen met betrekking tot medicatieveiligheid zijn buiten scope gebleven, vanwege de medicatieveiligheid-audit in 2020. Er is een samenvattende en locatie-specifieke rapportage opgesteld.

De zes locaties laten een verschillend beeld zien. De locaties De Meerzorg en De Blinkert voldoen aan alle kwaliteitseisen uit het kwaliteitskader. Het

proces van leren en verbeteren zijn op deze locaties ook geborgd. Voor de andere vier locaties zijn er verbeterpunten in het proces van leren en verbeteren, in deskundigheidsbevordering en in het vastleggen van wensen en doelen van bewoners.

Elke locatie heeft een eigen verbeterplan opgesteld, in afstemming met regiomanagers en directeuren zorg in de eigen regio. Daarnaast is er op landelijk niveau gekeken naar welke thema's integraal opgepakt kunnen worden. Voorbeelden hiervan zijn: toolbox met daarin praktische best practices, landelijk opleidingsbeleid VVT, beschrijving uitvoering en voorbereiding MDO, verbetering van de vindbaarheid VVT-informatie in het kwaliteitshandboek en scholing/training voor het verpleegkundig proces. Het specialisatienetwerk speelt een belangrijke rol in de verdere ontwikkeling van beleid, waarna de implementatie weer in de regio's plaatsvindt.

Wet zorg en dwang (Wzd) en Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz)

In 2021 is er veel gebeurd is op het gebied van de Wzd binnen de verpleeghuislocaties. In 2020 heeft een projectgroep het visiedocument verplichte zorg opgeleverd⁴. Maart 2021 is de beleidsnotitie verplichte zorg opgeleverd. Deze beleidsnotitie is een praktische uitwerking van de visie op verplichte zorg bij het Leger des Heils. In 2021 is het beleid in de regio's geïmplementeerd.

Verplichte zorg is op meerdere verpleeghuislocaties toegepast en geregistreerd volgens de daarvoor opgestelde beleidsnotities. In de praktijk uit dat zich in het feit dat op de locaties duidelijk is welke deskundigen per fase van het stappenplan van de

Wzd benaderd dienen te worden. Daarnaast zijn de cliënt-vertrouwenspersonen goed bekend en betrokken bij een dergelijk proces. Er zijn twee landelijke Wzd-functionarissen aangesteld die werken voor de regio's. Eén keer per jaar hebben de twee Wzd-functionarissen bestuurlijk overleg met de RvB over de voortgang en trends.

Voor het Wzd stappenplan is op alle locaties duidelijk welke deskundigen per fase benaderd dienen te worden. Ook de cliëntvertrouwenspersonen zijn in dit proces goed bekend en betrokken.

Vanuit de visie van het Leger des Heils dat het verplichte zorg alleen wil inzetten als er geen andere mogelijkheden zijn, is er in 2021 een analyse gemaakt van de toepassing van verplichte zorg. Op basis van de analyse is er advies uitgebracht over hoe het inzetten van verplichte zorg kan worden teruggebracht tot een minimum en het Leger des Heils zich kan ontwikkelen en verbeteren op dit gebied.

4. Zorg die onder de Wzd, Wvggz en de Wet forensische zorg (Wfz) valt, wordt bij het Leger des Heils verplichte zorg genoemd.

Eén landelijk opleidingsbeleid voor verpleegkundigen en verzorgenden

In 2021 heeft het SN VVT gewerkt aan één landelijk opleidingsbeleid voor verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden. De uitwerking van dit landelijke opleidingsbeleid moet ervoor zorgen dat deze professionals - ongeacht wáár zij werkzaam zijn binnen het LdH - zich voldoende ondersteund, bevoegd en bekwaam voelen om hun werk professioneel uit te voeren. In 2022 wordt dit opleidingsbeleid voorgelegd aan de RvB en wordt een plan gemaakt voor de implementatie.

Medicatieveiligheid

In juli 2020 is een interne audit uitgevoerd op medicatieveiligheid (één van de indicatoren basisveiligheid) bij de locaties De Blinkert, De Meerzorg en De Linde. De bevindingen zijn samengevat in een rapportage en gedeeld met de genoemde locaties.

Verder zijn er onderwerpen uit de audit naar voren gekomen die op landelijk niveau spelen en in 2021 zijn opgepakt door het SN VVT. Er is een landelijk medicatiebeleid VV opgesteld, met daarin de uitwerking van de veilige medicatieketen. Vervolgens heeft aanvullend een onafhankelijke toetsing van de medicatieveiligheid plaatsgevonden door Instituut Veilige Medicatie (IVM) op de locaties De Blinkert en De Dukdalf. De locaties hebben hierna zelf verbeteracties uitgezet.

Daarnaast zijn landelijk door de afdeling Centrale Inkoop in samenwerking met het SN VVT de bestaande contracten met farmacie leveranciers beoordeeld. Op basis van de bevindingen is er een advies opgesteld voor een landelijk inkooptraject ten aanzien van farmacie, waarbij de uitgangspunten voor het inkoopproces en kwalitatieve eenduidigheid naar voren komen, maar er ook voldoende ruimte is om per regio te kunnen contracteren. Dit advies is aan de RvB en de directeurs zorg uit de regio voorgelegd.

Daarnaast is in 2021 gestart met het elektronisch medicatiesysteem Medimo op alle locaties. De Dukdalf en De Linde werkten al met Medimo. Dit met als doel het voorschrijven en toedienen van medicijnen veiliger, sneller en efficiënter te maken.

Ouder wordende deelnemer

De praktijk wijst uit dat de steeds ouder wordende populatie bewoners, die vanwege verstandelijke beperking,

psychische problematiek, verslaving enz. in onze beschermde woonvoorziening wonen, naast begeleiding meer en meer somatische zorg nodig hebben. Deze problematiek wordt o.a. ook door Actiz signaleerd, met daarbij de vraag: ‘Hoe bereidt Nederland zich voor op de toekomst met toenemende vergrijzing en knellende arbeidsmarkt in de zorg?’. In 2021 is om die reden gestart met een project om die behoefte in kaart te brengen. Deze opdracht maakt onderdeel uit van het focusplan, wat een uitwerking is van het meerjarenbeleidsplan, waarin een aantal speerpunten is geformuleerd. De opdrachtformulering richt zich allereerst op het ontwikkelen van een VVT-strategie voor de ouder wordende doelgroep (10 jaren focus). Ten tweede op een driejarige aanpak om in iedere regio een passend aanbod van somatische zorg (als onderdeel van integrale zorg) voor de ouder wordende LdH-doelgroep beschikbaar te hebben. Een extern bureau heeft het projectteam hierin ondersteund. De oplevering van deze opdracht vindt plaats in 2022.

Ontwikkelingen VVAR

In 2021 was er in twee regio's een VVAR actief. Dit gaat om VVAR Midden Nederland (MN) (De Blinkert, Merenhoef, Buitenhaeghe en OGGz-wijkverpleging) en VVAR Rijnmond Zuidwest (RZW) (De Dukdalf, De Linde, beschermde woonvormen en nachtopvanglocaties).

VVAR MN is in 2021 aan de slag gegaan met de professionalisering van de leden en de positionering en het zichtbaar zijn binnen de regio. VVAR MN heeft een gevraagd advies voorbereid en gegeven aan de afdeling Centrale Inkoop over de productgroep verzorgend wassen binnen de intramurale setting wonen met zorg. Verder hebben zij een ongevraagd advies gegeven naar het SN VVT over het toevoegen van evidence based meetlijsten aan het V&V-gedeelte in Clever. In 2021 is daarom gestart met een landelijke klankbordgroep verpleegkundigen en verzorgenden die op dit punt input levert aan de verantwoordelijke afdeling. Deze klankbordgroep wordt voortgezet in 2022.

VVAR RZW is in juni 2021 gestart. VVAR RZ is aan de slag gegaan met de samenwerking met de OR, uniformering van inkoop en onderhoud van hulpmiddelen, deskundigheid en opleidingen (inclusief knelpunten daarin ten gevolge van Covid-19 en personeelstekort) en verpleegkundige zorg op de niet-verpleeghuislocaties.

Het nut en de noodzaak om een landelijke VVAR op te richten binnen LdH W&G vinden hun basis in de huidige ontwikkelingen in de gezondheidszorg. De

bestaande VVAR-en hebben nu nog een beperkte mate van invloed op het (landelijke) beleid. Professioneel zeggenschap is nog niet in alle regio's goed georganiseerd dan wel ingericht en er is nog geen aansluiting met de RvB. SN VVT heeft daarom in 2021 een notitie opgesteld voor het formeel akkoord vragen voor het oprichten van een landelijke VVAR. Deze zal in 2022 voorgelegd worden aan de RvB.

Clïëntervaringen en Net Promoter Score (NPS)

Het kwaliteitskader verpleeghuiszorg vraagt om op twee manieren clïëntervaringen te verzamelen. Dit gaat via het deelnemers ervaringsonderzoek (DEO) deel A en DEO deel B. Deel A wordt gemeten op basis van de gemiddelde score op zes landelijk vastgestelde vragen. Deel B wordt gemeten met een ander, zelfgekozen instrument.



Afbeelding 2.1.1 NPS 2021

Landelijke NPS: De NPS zegt iets over hoe waarschijnlijk het is dat deelnemers de organisatie bij anderen zouden aanbevelen. De NPS kan waardes aannemen van -100 (alleen maar criticasters) tot +100 (alleen maar promotors). Zie afbeelding 2.1.1 hiernaast voor de NPS van 2021.

Deel A: Deel A is uitgevoerd op landelijk niveau, regionaal niveau en op locatieniveau. In dit verslag wordt ingegaan op Deel A landelijk niveau. Totaal hebben er 205 van de 380 deelnemers gereageerd. Op alle zes de vragen hebben deze 205 deelnemers gereageerd. De cijfers hieronder zijn afgerond met één getal achter de komma. Het gemiddelde cijfer dat de deelnemers het Leger des Heils geven is een 7,3.

Vraag	Gemiddeld cijfer
Welk cijfer geeft u ons voor het maken en nakomen van afspraken?	7,1
Welk cijfer geeft u ons voor de verpleging, verzorging en behandeling?	7,6
Welk cijfer geeft u ons voor hoe medewerkers met u omgaan?	7,8
Welk cijfer geeft u ons voor hoe onze zorg aansluit bij uw levensbehoefte?	7,2
Welk cijfer geeft u ons voor hoe er op uw vragen en wensen wordt gereageerd?	7,1
Welk cijfer geeft u ons voor de omgeving waar u verblijft?	7,3

Begin 2022 neemt het specialisatienetwerk het initiatief om bij de regio's na te vragen hoe zij naar de uitkomsten kijken, hoe dit in verhouding staat tot hun plannen en welke acties zij daar eventueel aan verbinden.



Deel B: In 2021 is er geen LdH-breed DEO deel B uitgevoerd door onder andere de impact van COVID-19. Wel zijn vanuit de uitgebreide interne audit die in 2021 is gehouden, cliëntervaringen beschikbaar. Voor 2022 wordt er in een werkgroep gekeken naar een uniform meetinstrument voor deel B.

Uit de interne audit van 2021 komen de meeste cliëntervaringen. Daarnaast is er gebruikgemaakt van de cliëntenraden op sommige locaties, dagbesteding enquête of de Waardigheid & Trots scan. Deelnemers bij De Meezorg hebben inspraak over hun zorgdoelen en hun behandeling, waarbij ook rekening wordt gehouden met de wensen en behoeften. De cliëntparticipatie is goed geregeld. Mocht er wat zijn, dan wordt er direct actie ondernomen. Voor deelnemers van De Linde worden op tijd specifieke expertises ingeschakeld. Uit de scan van Waardigheid & Trots op locatie (WOL-scan) kwam

naar voren dat 88% van de deelnemers voldoende persoonlijke aandacht ervaart en 91% van de deelnemers de samenwerking binnen het team als fijn ervaren. Daarnaast wordt er ook hoog gescoord op deskundigheid van medewerkers, aandacht voor gezondheid van de deelnemers en de maaltijden. Deelnemers van De Dukdalf ervaren de zorg als liefdevol. Maar de persoonsgerichte zorg en eigen regie kunnen worden verbeterd. Deelnemers van Merenhoef worden goed geholpen om hun informele netwerk in stand te houden en/of uit te breiden. Deelnemers weten dat de medewerkers hun wensen en behoefte kennen. Maar zij zouden wel meer (zinvolle) activiteiten willen zien. Deelnemers bij De Blinkert hebben inspraak over hun zorgdoelen en hun behandeling. Daarbij is er ook veel aandacht voor de palliatieve zorg. Deelnemers van Buitenhaghe voelen zich op hun gemak omdat er sprake is van persoonlijke aandacht en omdat er naar hun wensen en behoeften gehandeld wordt.

2.3 Personeelssamenstelling 2021

Hieronder wordt een reflectie gegeven op de personeelssamenstelling in 2021 van alle zes de locaties onderverdeeld in de vijf kernfactoren:



1. Aard van de aanstellingen

Het aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst is in 2021 lager dan in 2020. Dit komt doordat in 2020 ook stagiaires waren meegeteld en in 2021 niet. Daarnaast is er ook een daling te zien in de personeelsleden met een arbeidsovereenkomst bepaalde tijd. Verder is er een stijging van de inzet van FTE voor uitzendkrachten/ personeel niet in loondienst (PNIL). Dit is onder andere het gevolg van Covid-19 en de personeelstekorten.

	Resultaat 2020	Resultaat 2021	Vershil
Aantal personeelsleden gemiddeld over periode (tijdelijk en vast)	530,00	475,00	- 55,00
Som ingezette fte met arbeidsovereenkomst over periode:	325,00	328,11	+ 3,11
Percentage personeel met arbeidsovereenkomst bepaalde tijd	34,10	29,32	- 4,78
Percentage Inzet FTE uitzendkrachten/PNIL	15,20	19,85	+ 34,65
Percentage kosten uitz.kr/PNIL	21,00	20,86	- 0,14
Gemiddeld FTE per personeelslid	0,60	0,69	+ 0,09



2. Kwalificatieniveaus zorgverleners en vrijwilligers

Wat opvalt is dat de percentages van de helpende MBO2 en de verzorgende MBO3 verder dalen dan de andere zorgfuncties. De inzet van de vrijwilligers is in 2021 gedaald ten opzichte van 2020. Deze daling was al zichtbaar in de jaren voor 2020.

	Resultaat 2020	Resultaat 2021	Vershil
Percentage helpende helpende/vmbo	9,00	8,71	-0,29
Percentage helpende MBO2	8,00	6,91	-1,08
Percentage verzorgenden MBO3	37,00	31,26	-5,74
Percentage vpk MBO4	14,00	14,10	-0,04
Percentage vpk HBO	6,00	5,22	-0,83
Percentage niveau 6	0,90	0,13	0,12
Percentage behandelaren/ (para)medici	2,00	1,27	-0,74
Percentage overig	15,00	13,93	-1,21
Percentage leerlingen	8,00	7,18	-0,89
Aantal stagiairs	123,00	124,00	1,00
Aantal vrijwilligers	159,00	122	-37,00



3. Ziekteverzuim

Het verzuim is op alle locaties hoog; ook de frequentie is gestegen. Het percentage verzuim dat in 2020 al hoog was, is het gevolg van Covid-19. Het percentage verzuim van 2021 is onder andere het gevolg van Covid-19 en de landelijke personeelstekorten in de zorg.

	Resultaat 2020	Resultaat 2021	Vershil
Percentage ziekteverzuim	11,37	11,54	0,17



4. In-, door- en uitstroom

De personele instroom in 2021 is iets gedaald in vergelijking met 2020. De uitstroom is in 2021 een stuk lager dan in 2020. Bij de doorstroomcijfers is een forse daling zichtbaar. Dat komt doordat bij de aantallen van 2020 per abuis ook 10 stagiaires zijn geteld die zijn doorgestroomd naar een reguliere functie. Ook horizontale doorstroom is in 2020 meegeteld. Dit geeft een verklaring voor de hogere aantallen afgelopen jaren.

	Resultaat 2020	Resultaat 2021	Vershil
Percentage instroom:	22,76	22,04	-0,72



5. Ratio personeelskosten/opbrengsten

De kwantitatieve personele inzet van 2021 is iets gedaald ten opzichte van 2020.

	Resultaat 2020	Resultaat 2021	Vershil
Ratio pers. kosten/opbrengsten	0,90	0,86	-0,03



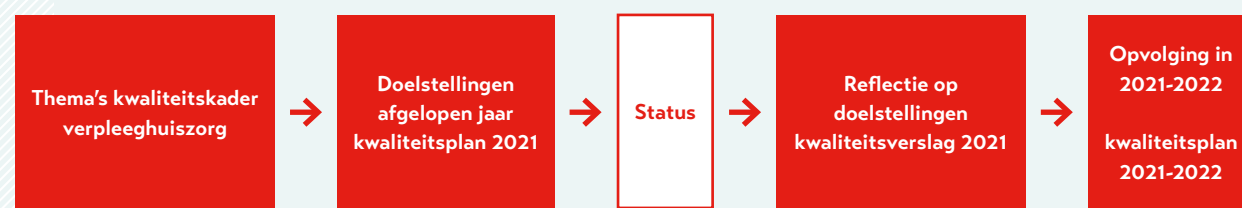
3

Reflecties op de lokale plannen

In dit hoofdstuk geven we een reflectie op de plannen op locatieniveau. In 3.1 is een toelichting gegeven op welke plannen er gereflecteerd worden, hoe de opzet van de reflecties per locatie eruitzien en welke thema's landelijk overeenkomen of lokaal met eigen plannen aan de slag zijn gegaan. Vanaf 3.2 is vervolgens per locatie een reflectie gegeven op de plannen en doelstellingen van 2021.

3.1 Reflectie op plannen 2021 – op locatieniveau

MdB is per locatie een reflectie gegeven op de doelstellingen/plannen van 2021. Het overzicht van de gestelde doelen in 2021 én een verantwoording over de mate waarin voldaan is aan deze doelen, is in een PDCA-cyclus weergegeven. Iedere 'locatiepagina' is voorzien van een korte inleiding waarin de context is beschreven waarbinnen de locatie heeft gewerkt aan de doelen. De opbouw per locatiepagina heeft de volgende structuur/opzet:



De reflecties laten zien dat op landelijk niveau breed is ingezet op de volgende thema's:

- Persoonsgerichte zorg.
- Wonen en welzijn; er is vooral ingezet op individuele dagbestedingsplannen/ welzijnsarrangementen. Dit wordt voortgezet in 2022.
- Leiderschap, governance, management; op bijna alle locaties is in 2021 aandacht besteed aan de ontwikkeling van teamleiders.

Daarnaast zijn de locaties met eigen plannen en projecten aan de slag gegaan. Enkele voorbeelden daarvan zijn:

- Persoonsgerichte zorg: het project gezonde leefstijl op De Blinkert, het programma 'Ken je mij?' dat volledig is ingebed in het zorgproces op Buitenhaeghe en alle zorgplannen die zijn gecheckt op Merenhoef.
- Leren en werken aan kwaliteit: het project excellente zorg op De Blinkert, het verbeteren van communicatie op Buitenhaeghe en het opvolgen van verbeteracties van de audit op De Dukdalf en De Linde.



CR BETROKKEN / MEDE OP ADVIES CR

DOELSTELLING IS EEN VERVOLG OP PLAN 2020

3.2

VERPLEEGHUIS
DE BLINKERT

(Baarn, regio Midden
Nederland)

2021 was een jaar met van alles wat: begin 2021 kwamen de coronavaccinaties beschikbaar, daarmee namen de besmettingsrisico's af, maar het virus bleef aandacht vragen met toch weer af en toe afdelingen in quarantaine, lockdowns etc. Het project excellente zorg leverde prachtige resultaten op, maar de consequentie daarvan was wel dat het maken van verbeterplannen ingewikkelder werd. De personeelsbezetting stond af en toe onder druk, bij de afdelingsteams én bij de behandelaars (m.n. artsen) maar er is in gezamenlijkheid wel hard gewerkt om de plannen die er voor 2021 lagen uit te voeren. Niet alles is gelukt, maar er is dankzij regelmatige overleggen tussen leidinggevenden en medewerkers wel consequent aan die plannen gewerkt. Financieel gezien was er voldoende ruimte om de plannen uit te voeren, passende indicaties en meerzorggelden hebben daaraan bijgedragen. Al met al kunnen we positief terugkijken op 2021 temeer daar de positieve trend die in 2020 zichtbaar werd zich ook in 2021 heeft voortgezet.)))

	THEMA UIT KWALITEITSKADER	DOELSTELLING 2021-2022 (kwaliteitsplan 2021-2022)	STATUS	VERANTWOORDING/REFLECTIE (kwaliteitsverslag 2021)	OPVOLGING IN 2022 (kwaliteitsplan 2021-2022)
1	Persoonsgerichte zorg	In 2021 is het project Gezonde Levensstijl multidisciplinair opgezet en vervolgens per afdeling uitgevoerd, samen met deelnemers. Het project omvat 3 thema's: 1. Voeding & eetgewoonten 2. Beweging & sport 3. Welbevinden & ontspanning	deels voldaan	De implementatieplannen zijn gepresenteerd aan teamleiders en manager. De projectgroep ging eind 2021 over naar de implementatiefase, plannen worden nog nader afgestemd met /geïntegreerd in acties volgend uit het project excellente zorg. De bewonersraad is zowel betrokken bij het project gezonde levensstijl als het project excellente zorg.	De plannen worden op afdelingsniveau geïmplementeerd binnen het zorgproces in samenwerking met de teamleiders, kwaliteitsverpleegkundigen, ambassadeurs dagbesteding en projectleden leefstijl. Er is besloten om n.a.v. het project Leefstijl in de GGZ een instellingsvisie te vormen op de 3 thema's en vervolgens op teamniveau te onderzoeken welke acties er uitgezet moeten worden om volgens de visie op leefstijl te kunnen werken.
2	Wonen en welzijn	In 2021 hebben alle bewoners een individueel dagbestedingsplan (in 2020 is hier mee gestart) en zijn activiteiten hierop afgestemd.	voldaan	Er is een werkgroep met ambassadeurs gestart en een procedure 'Integreren van dagbesteding' gemaakt. Medewerkers zijn hierover geïnformeerd door de nieuwsbrief en via teamvergaderingen. Team dagbesteding heeft zijn activiteiten programma daarop afgestemd en ook op de afdeling wordt gewerkt o.b.v. de dagbestedingsplannen.	De werkgroep blijft actief om de werkwijze op de afdelingen te blijven monitoren en knelpunten tijdig te signaleren. Het onderwerp komt regelmatig terug op de teamvergaderingen door ambassadeur aan het woord te laten. Voor 2022 is geld gereserveerd voor scholing mww-ers t.a.v.dit onderwerp.
3	Leren en werken aan kwaliteit	Project Excellente Zorg Er vinden 3 metingen plaats in Q1 2021. Deze metingen zijn op maat/specifiek gemaakt door V&VN en dus aanvullend dan wel verdiepend op de al bestaande metingen. 1. CTM en kwaliteitsindicatoren 2. Vragenlijst onder verpleegkundigen en verzorgenden naar hun ervaringen 3. Organisatiemeting V&VN naar 5 thema's, zie inleiding van het kwaliteitsplan 2021-2022.	voldaan	Er is een projectgroep Excellente Zorg samengesteld en een samenwerking gestart met V&VN. Het onderzoek is ingekocht bij V&VN en in samenwerking met de projectgroep aansluitend en werkbaar gemaakt voor in de Blinkert. Er zijn interviews gehouden met cliënten, verzorgenden en verpleegkundigen, medewerkers Wonen & Welzijn, activiteitenbegeleiders en teamleiders en managers. De onderzoeksresultaten hebben V&VN en de projectgroep geanalyseerd en uitgewerkt gepresenteerd. De uitkomsten vragen wel studie, dat heeft t.g.v. corona wel vertraging opgelopen, geplande teamdagen konden daardoor niet doorgaan.	Tijdens teamdagen gaan alle team doelen stellen n.a.v. gesprek over resultaten ("wat betekent ... voor jou"), die doelen worden uitgewerkt in een afdelingsplan, kwaliteitsverpleegkundigen gaan samen met de teamleider de dagen voorbereiden en het proces daarna ook volgen.
4	Leren en werken aan kwaliteit	Project Excellente Zorg Medewerkers nemen jaarlijks deel aan werkplaatsbijeenkomsten die 4 keer per jaar georganiseerd worden door V&VN. Kennis, expertise en good practices worden met elkaar gedeeld.	niet voldaan	Werkplaatsbijeenkomsten zijn door V&VN t.g.v. corona niet georganiseerd.	Afhankelijk van doorstart werkplaatsen V&VN.

Wij ervaren het als bijzonder dat wij, ieder op eigen wijze, een steentje mogen bijdragen aan het welzijn van de cliënten van de Blinkert.

- Bea en Etje, resp. voorzitter en secretaris cliëntenraad de Blinkert

CR BETROKKEN / MEDE OP ADVIES CR DOELSTELLING IS EEN VERVOLG OP PLAN 2020					
	THEMA UIT KWALITEITSKADER	DOELSTELLING 2021-2022 (kwaliteitsplan 2021-2022)	Status	VERANTWOORDING/REFLECTIE (kwaliteitsverslag 2021)	OPVOLGING IN 2022 (kwaliteitsplan 2021-2022)
5	Leiderschap, governance, management	Project Excellente Zorg Er ligt een concreet plan voor het werken aan de thema's Leiderschap en Medezeggenschap. Uitvoer vindt plaats in 2022 e.v.	deels voldaan	T.g.v. coronaperikelen een veelheid aan plannen is het niet gelukt dat plan al heel concreet te maken, teamleiders en locatie manager hebben wel een brainstormsessie hierover gehad, bedoeling is het thema te verbinden met verpleegkundig/verzorgend leiderschap.	Weer oppakken icm vakinhoudelijk leiderschap en visieontwikkeling daarop, resultaten uit de organisatiepijler van Excellente Zorg kunnen daarin meegenomen worden.
6	Personeels-samenstelling	Het project Roosteren in balans is afgerond.	voldaan	Project is afgerond, het gebruik van de zorgkaarten tool heeft inzicht gegeven in de zorgbehoefte van cliënten en de daarbij benodigde formatie. Formatie is uitgewerkt in de begroting voor 2022.	N.v.t.
7	Gebruik van informatie	Project Excellente Zorg Er ligt een concreet plan voor het werken aan het thema Onderzoek & ontwikkeling. Uitvoer vindt plaats in 2022 e.v.	deels voldaan	Er is een werkgroep gevormd om met dit onderwerp aan de slag te gaan, onderdeel is tijdelijk on hold gezet i.v.m grote hoeveelheid plannen. In december 2021 heeft de werkgroep een doorstart gemaakt.	Werkgroep gaat verder met uitwerken van het thema, bedoeling is dat studenten die in 2022 hun opleiding afronden een bijdrage leveren aan door de werkgroep vast te stellen onderzoeksonderwerpen.
8	Gebruik van hulpbronnen	Project Excellente Zorg Er ligt een concreet plan voor het werken aan het thema's Verpleegkundige strategie en Focus op resultaten. Uitvoer vindt plaats in 2022 e.v.	niet voldaan	Plan is doorgeschoven naar 2022.	In samenwerking met VVAR vaststellen wat verpleegkundige strategie moet zijn en dat verder uitwerken.

3.3

VERPLEEGHUIS
BUITENHAEGHE(Almere, regio Midden
Nederland)

Buitenhaeghe heeft in 2021 opnieuw, net als heel de wereld, een jaar in de ban van Covid doorgemaakt. Het jaar begon in week 5 met het vaccineren van onze bewoners en dat gaf ons vertrouwen dat we eindelijk een wapen in handen hadden tegen het virus. Dit bleek ook zo, aangezien we daarna enkele maanden geen besmettingen hebben gehad en ons normale ritme weer hervonden.

2021 was ook inhoudelijk ons transitiejaar. Nadat in 2020 de Inspectie op bezoek is geweest, hebben we veel zaken in gang gezet ter verbetering van de kwaliteit. Het was steeds afweten tussen de wens om zaken te veranderen en de verandercapaciteit van de mensen en de organisatie. We hebben een nieuwe, bottom-up geformuleerde visie en een scholingsplan geschreven op basis van de verbeterplannen en wensen van medewerkers.

Medewerkers hebben aan de hand van een nieuwe methode de zorgplannen voor alle bewoners herschreven met minder doelen en meer inbreng van de bewoners en familie. Door het verlagen van de span of control !!!

	THEMA UIT KWALITEITSKADER	DOELSTELLING 2021-2022 (kwaliteitsplan 2021-2022)	Status	VERANTWOORDING/REFLECTIE (kwaliteitsverslag 2021)	OPVOLGING IN 2022 (kwaliteitsplan 2021-2022)
1	Persoonsgerichte zorg	Het programma Ken je mij? krijgt een vervolg en is volledig ingebed in het zorgproces in Q3 2022; dan vindt evaluatie plaats. Er wordt dan beoordeeld of: - doelen helder en vanuit de bewoner zelf zijn geformuleerd - doelen uitgewerkt worden, inclusief doelgerichte rapportage O.b.v. de evaluatie worden nieuwe afspraken gemaakt en opgevolgd.	voldaan	Dit programma is volledig ingebed in het zorgproces. Alle doelen zijn herschreven en het aantal doelen zijn sterk verminderd. 4 maal per jaar bespreekt de locatiemanager met de teamleiders of er op dat moment cliënten zijn waar een MDO langer dan 6 maanden geleden is en of er mensen zijn zonder actueel zorgplannen en waarom. Daar zit een controle moment. Ook komt het aan de orde in de kwartaal bijeenkomsten met de regieverpleegkundigen, teamleiders en de beleidsmedewerker.	N.v.t.
2	Persoonsgerichte zorg	In 2021 werken medewerkers volgens een methodiek die de zorgvraag van bewoners koppelt aan personeelsinzet. Eind 2021 vindt evaluatie plaats en wordt evt. doorloop naar 2022 bepaald.	deels voldaan	Methodiek is ingevoerd en onderzocht. Uit evaluatie blijkt dat werkproces niet geholpen is met deze methodiek. En deze wordt niet voortgezet naar 2022.	Formatie is aangepast aan zorgzwaarte. De zorgzwaarte wordt door regieverpleegkundigen en teamleiding gevolgd en waar nodig de formatie daarop aangepast.
3	Wonen en welzijn	Vanaf Q1 2021 is de aandacht voor maaltijden verbeterd. Dit blijkt o.a. uit een evaluatie met de cliëntenraad in Q3 2021. De maaltijd komt als onderwerp terug in de teamoverleggen, ten minste 4 keer per jaar. Evt. verbeterpunten worden vastgelegd en uitgevoerd.	voldaan	De maaltijden zijn blijvend verbeterd en de evaluatie staat gpland.	Goede maaltijden worden ook in 2022 geserveerd, als verbeterpunt is een en ander afgesloten.
4	Wonen en welzijn	Eind 2021 heeft iedere bewoner een persoonlijk welzijnsarrangement, opgesteld door welzijnsondersteuners.	voldaan	Na een inhaalslag hebben vrijwel alle bewoners een welzijnsarrangement. Welzijnsmedewerkers zetten activiteiten op aan de hand van deze arrangementen.	In 2022 blijft welzijn een thema. De arrangementen moeten herhaaldelijk worden bijgesteld en de medewerkers welzijn moeten deze telkens weer ten uitvoer brengen.
5	Wonen en welzijn	De communicatiedriehoek tussen bewoner, familie en de persoonlijk begeleider is verbeterd: • In 2021 krijgen medewerkers doorlopend intervisie en scholing t.a.v. communicatie met familie/naasten. Ook de onderlinge communicatie en het durven aanspreken van elkaar zullen hier een onderdeel van zijn. • Per 1 december kunnen de zorgmedewerkers communicatie met familie goed vormgeven en hebben handvatten aangereikt gekregen. Evaluatie vindt plaats in de kwartaaloverleggen.e.v.	voldaan	Intervisie is mede als gevolg van covid beperkt aangeboden. Trainingen zijn gegeven en goed ontvangen. Communicatie is verbeterd.	Intervisie wordt meegenomen in de komende jaren. Communicatie in driehoekskunde is onderdeel geworden van een persoonlijk begeleider scholing.

 CR BETROKKEN / MEDE OP ADVIES CR

 DOELSTELLING IS EEN VERVOLG OP PLAN 2020

van leidinggevend en hebben we meer aandacht voor medewerkers teweeg gebracht en daarmee het ziekteverzuim verlaagd en de betrokkenheid op elkaar verhoogd. Dit pakt naar tevredenheid uit. Al met al een bewogen jaar waar een omslag in gang is gezet. Deels door externe aanleiding, maar vooral gedreven door een interne motivatie het goede te doen, zit Buitenhaeghe weer in de lift en daar zijn we trots op. Daarmee is niet alles volmaakt en dat weten we. De wens om te leren en verbeteren van elkaar is groot en dat geeft ons vertrouwen in de toekomst.

"Er is écht iets veranderd het afgelopen jaar, er is meer gelijkheid en meer openheid. Daardoor durf ik ook meer te zeggen wat ik vind"

- Zorgmedewerker
Buitenhaeghe

	THEMA UIT KWALITEITSKADER	DOELSTELLING 2021-2022 (kwaliteitsplan 2021-2022)	Status	VERANTWOORDING/REFLECTIE (kwaliteitsverslag 2021)	OPVOLGING IN 2022 (kwaliteitsplan 2021-2022)
6 	Leren en werken aan kwaliteit	In Q1 2021 is er een plan van aanpak voor het verbeteren van interne communicatie, m.n. als het gaat om de timing (wanneer communiceer je / hoe zorg je ervoor dat alle betrokkenen tijdig geïnformeerd zijn).	voldaan	Communicatie is verbeterd.	Afgerond en geborgd in scholingsprogramma voor nieuwe medewerkers.
7	Leren en werken aan kwaliteit	In Q1 is er een nieuw scholingsplan voor 2021 en 2022 met daarin de volgende onderwerpen: gerontopsychiatrie en dementie, (on)vrijwillige zorg (Wzd, Wvggz), gebruik Clever en maandelijkse 'huisbrede' thema's (o.a gastvrijheid, communicatie, eigenaarschap, kennen we elkaar, rapporteren op doelen, kennis van het zorgproces).	deels voldaan	Covid heeft opnieuw het scholingsprogramma in de weg gezeten. Aan de hand van klinische lessen zijn de meeste thema's behandeld. Geronto psychiatrie is vervallen voor het hele huis. Op de afdeling waar meer psychiatrie en verslaving waargenomen wordt zijn specifieke scholingen gegeven.	Scholingsprogramma wordt twee maal per jaar geëvalueerd. Behoeft geen plek in kwaliteitsplan. Maar is onderdeel van het dagelijks handelen.
8	Leren en werken aan kwaliteit	In Q1 2021 zijn verbeterplannen gereed n.a.v. inspectiebezoek. Uitvoer vindt plaats in 2021-2022.	voldaan	Alle verbeterpunten zijn opgepakt.	Geen opvolging. Kwaliteit wordt cyclisch gevolgd, geen inhaalslag meer in 2022.
9 	Leren en werken aan kwaliteit	In 2021 e.v. krijgen leerlingen en medewerkers structureel coaching.	voldaan	Interne coach is aangesteld en laagdrempelig aanwezig op locatie.	Voortzetten in toekomst.
10	Leren en werken aan kwaliteit	Vanaf Q1 2021 is een programmamanager aangesteld en actief. Deze gaat aan de slag met genoemde kwaliteitsprojecten in nauwe samenwerking met het management.	voldaan	Projectmanager is aangesteld en heeft bijgedragen in het halen van de doelen van 2021.	Formatie van projectmanager wordt in de loop van 2022 ondergebracht in uren voor eenkwaliteits verpleegkundige. De inhaalslag is afgerond. Kwaliteitsverpleegkundige past beter bij borging voor de toekomst.
11	Leiderschap, governance, management	Het management volgt een ontwikkelprogramma zodat zij zijn toegerust om de kwaliteitsslag op Buitenhaeghe aan te pakken.	voldaan	Management heeft trainingen en coaching gevolgd en formatie uitgebreid om de spanning off control te verlagen en de aandacht voor de medewerker te vergroten.	Verdiepingsslag wordt opgepakt in de komende jaren, geen item voor kwaliteitsverslag meer.
12 	Personeelssamenstelling	Eind 2021 maken alle medewerkers in teamverband hun eigen rooster.	deels voldaan	Door krapte op de arbeidsmarkt is het zelf roosteren nog niet helemaal doorgevoerd. Medewerkers hebben wel toegang tot de nieuwe applicatie en ervaren meer invloed op het eigen rooster.	In 2022 wordt verdere implementatie van zelfroosteren vervolgd en geprobeerd om formatie op orde te brengen.

 CR BETROKKEN / MEDE OP ADVIES CR  DOELSTELLING IS EEN VERVOLG OP PLAN 2020

	THEMA UIT KWALITEITSKADER	DOELSTELLING 2021-2022 (kwaliteitsplan 2021-2022)	Status	VERANTWOORDING/REFLECTIE (kwaliteitsverslag 2021)	OPVOLGING IN 2022 (kwaliteitsplan 2021-2022)
13 	Personeels-samenstelling	In teamoverleggen is minimaal 2 keer per jaar aandacht voor reflectie n.a.v. het programma Ken je mij?, bijv. d.m.v. intervisie en/of casuïstiekbespreking.	voldaan	Reflectie in teamoverleggen heeft plaatsgevonden. Mede onder leiding van de interne coach.	Geen opvolging. Leren en reflecteren is een vast onderdeel van de agenda; geen inhaalslag meer in 2022.
14	Personeels-samenstelling	Het verzuimpercentage is gedaald t.o.v. 2020. Vanaf 2021 is een coach ingezet die begeleiding biedt aan medewerkers die hier behoefte aan hebben. Dit is van groot belang, mede door (de nasleep van) COVID-19 is het verzuim fors.	voldaan	Verzuim is gedaald tot zo'n 12% eind 2021.	Verdere aandacht voor de medewerker en eventueel verzuim wordt vervolgd in 2022.
15 	Gebruik van hulpbronnen	In Q2 2021 is onderzocht welke bestaande of nieuwe digitale middelen benut kunnen worden om maximale bewegingsvrijheid en nabijheid voor de bewoners te realiseren. Inzet van deze middelen: Q3 2021 e.v.	niet voldaan	Nieuwe domotica heeft forse vertraging opgelopen, verwacht wordt dat dit eind 2022 operationeel zal zijn.	Prijsstreigingen hebben aanschaf domotica vertraagd. En krapte op de markt ook. Verwacht wordt dat eind 2022 e.e.a. in gebruik is.
16	Gebruik van hulpbronnen	Medewerkers volgen trainingen voor het optimaal gebruik van Clever.	voldaan	Zorgplan trainingen zijn geweest en ook aanpassing van alle zorgplannen. Start van het gebruiken van clever 4 is in 2021 getraind.	Training voor persoonlijk begeleiders incl. gebruik van clever worden twee maal per jaar voor nieuwe medewerkers aangeboden.

3.4

VERPLEEGHUIS DE DUKDALF

(Rotterdam, regio Rijnmond
Zuidwest)

Op de Dukdalf zien we in 2021 een lagere instroom is van Wlz-bewoners en tegelijk een toenemende vraag naar plekken voor onverzekerden, ELV-zorg voor de Leger des Heils doelgroep en 'GGD-bedden' voor mensen waarvoor geen alternatieve financiering mogelijk maar waarbij op grond van medische noodzaak een verblijf in de nachtopvang onmogelijk is. Het effect hiervan is dat er veel tijd en energie gaat naar deze tijdelijke bewoners en alle complexe zaken die rond hen geregeld moeten worden. Het team van de Dukdalf merkt dat dit soms ten koste gaat van de bewoners met een Wlz-indicatie. Om meer aandacht te besteden aan deze groep wordt nagedacht over het bij elkaar plaatsen op een etage van alle Wlz-bewoners. Hier zal in 2022 een besluit over worden genomen. Ook is in 2021 besloten om extra te investeren in activiteitenbegeleiding, met name voor de Wlz- doelgroep. De vacature hiervoor is eind 2021 uitgezet en is in april 2022 vervuld.

De Dukdalf heeft een stabiel team dat gemotiveerd is om met de bijzondere Leger des Heils doelgroep)))

 CR BETROKKEN / MEDE OP ADVIES CR

 DOELSTELLING IS EEN VERVOLG OP PLAN 2020

	THEMA UIT KWALITEITSKADER	DOELSTELLING 2021-2022 (kwaliteitsplan 2021-2022)	Status	VERANTWOORDING/REFLECTIE (kwaliteitsverslag 2021)	OPVOLGING IN 2022 (kwaliteitsplan 2021-2022)
1 	Persoonsgerichte zorg	Medewerkers kennen de geschiedenis van bewoners en passen de zorg hierop aan. In Q3 2021 heeft iedere bewoner een persoonlijk doel die aansluit bij zijn/haar geschiedenis en wensen/verwachtingen (herstelgericht werken).	deels voldaan	De meeste WLZ bewoners hebben een persoonlijk doel. Blijft aandacht houden in 2022, ook wanneer meer medewerkers de training herstelgericht werken VVT volgen.	Doel handhaven.
2 	Persoonsgerichte zorg	In juni 2021 zijn 50% van de rapportages op doelen gerapporteerd.	voldaan	Bij alle bewoners wordt op doelen gerapporteerd. Is going concern en onderdeel van de taak van de superuser om medewerkers hierop te trainen.	Nee.
3 	Wonen en welzijn	Eind 2021 is zinvolle daginvulling binnen De Dukdalf een integraal onderdeel van de zorg en begeleiding van de bewoners. Er ligt een plan waarin activiteitenbegeleiders, gastheren en -vrouwen, verzorgenden en verpleegkundigen elk een rol hebben.	deels voldaan	Er zijn veel vrijwilligers actief op de Dukdalf. Ook is de Dukdalf aangesloten bij het Netwerk Nieuw Rotterdam. Vanwege COVID-19 en de bijbehorende beperkingen t.a.v. bezoek kon aan deze doelstelling in 2021 geen prioriteit aan worden gegeven.	Met het werven van extra formatie Activiteitenbegeleiding zal in 2022 een extra impuls gegeven worden aan dit doel.
4 	Wonen en welzijn	Eind 2021 is er aantoonbaar contact met diverse welzijnsorganisaties in de buurt en de wijk (buurthuizen, -steunpunten), om De Dukdalf meer in te bedden in de wijk. Denk aan een kok van een restaurant die een keer komt koken of vrijwilligers die een activiteit organiseren met de bewoners.	deels voldaan	De Dukdalf is aangesloten bij het Netwerk Nieuw Rotterdam. Vanwege COVID-19 en de bijbehorende beperkingen t.a.v. bezoek kon aan deze doelstelling in 2021 geen prioriteit aan worden gegeven.	Met het werven van extra formatie Activiteitenbegeleiding zal in 2022 een extra impuls gegeven worden aan dit doel.
5 	Wonen en welzijn	In september 2021 is er aantoonbaar contact met minimaal 3 verschillende kerken en/of andere religieuze gemeenschappen. Bij voorkeur in de buurt, zodat zij kunnen bijdragen via vrijwilligers en activiteiten t.b.v. het welzijn van de bewoners van De Dukdalf.	niet voldaan	Vanwege COVID-19 en de bijbehorende beperkingen t.a.v. bezoek kon aan deze doelstelling in 2021 geen prioriteit aan worden gegeven.	In 2022 start een innovatieproject op dit doel (m.b.v. regiogelden van het Zorgkantoor).
6 	Wonen en welzijn	Het sporten o.l.v. een sportcoach is geïntegreerd in het activiteitenprogramma van de afdeling.	deels voldaan	In 2021 is de sportcoach ingezet tbv de bewoners van de Linde. Helaas is deze eind 2021 uit dienst gegaan. Er wordt nagedacht over het opnieuw invullen van deze uren en de rol van vrijwilligers / AB hierin.	In 2022 wordt nagedacht over het opnieuw invullen van deze uren en de rol van vrijwilligers / AB hierin.

 CR BETROKKEN / MEDE OP ADVIES CR

 DOELSTELLING IS EEN VERVOLG OP PLAN 2020

	THEMA UIT KWALITEITSKADER	DOELSTELLING 2021-2022 (kwaliteitsplan 2021-2022)	Status	VERANTWOORDING/REFLECTIE (kwaliteitsverslag 2021)	OPVOLGING IN 2022 (kwaliteitsplan 2021-2022)
7 	Veiligheid	Medewerkers maken een juiste melding bij incidenten. Deze worden geanalyseerd en besproken in het teamoverleg, minimaal 4 keer per jaar. Het team ervaart de meerwaarde van melden en er heerst een open cultuur om te leren van incidenten.	deels voldaan	De meldingen incidenten zijn een vast agendapunt in het teamoverleg. Er is een open cultuur om te melden. Verbeteracties landen in het verbeterregister.	De opvolging (borging) van verbeteracties krijgt in 2022 meer aandacht.
8	Veiligheid	Medewerkers zijn in staat om agressie van bewoners te voorkomen en kunnen vaardigheden inzetten om de situatie te de-escaleren.	voldaan	Alle medewerkers hebben een agressietraining gevolgd. Deze training is opgevolgd door teamcoaching om de samenwerking en communicatie (het houden aan afspraken) te verbeteren. Er zijn geen agressie incidenten (meer) gemeld de laatste tijd.	Nee.
9	Leren en werken aan kwaliteit	Ieder kwartaal vindt een audit plaats op 1 afdeling/verdieping m.b.v. het instrument Zicht op kwaliteit (specifiek voor kwaliteitskader verpleeghuiszorg) door een (kwaliteits)medewerker en de teamleider. In Q1 is er een jaarplanning met daarin wat wanneer geaudit wordt. Audit en opvolging is PDCA verwerkt en inzichtelijk voor alle medewerkers.	deels voldaan	In 2021 heeft er een landelijke V&V audit plaatsgevonden op alle onderwerpen van het kwaliteitskader (IGJ normen). Hier zijn verbeteracties uitgekomen, die zijn opgenomen in het verbeterregister. Ook zou er een hygiëne audit plaatsvinden, maar deze is vanwege ziekte van de auditor doorgeschoven naar begin 2022. De Teammanager van de Dukdalf heeft in het najaar van 2021 de Lean training gevolgd.	Nieuw doel: Naast audits / inspectierapporten een methode ontwikkelen om leren en verbeteren dicht op de werkvloer te laten plaatsvinden. Op de Dukdalf wordt gestart met de uitrol van Lean (verbeterbord).
10 	Leren en werken aan kwaliteit	1/5 van de medewerkers die langer dan 2 jaar bij De Dukdalf werkt, loopt mee in een andere organisatie of een andere LdH-locatie (lerend netwerk). Het meelopen kan variëren in het uitwisselen van kennis over een specifiek onderwerp tot een dag(deel) meelopen op een verpleegafdeling.	niet voldaan	In 2021 is dit (mede vanwege corona) niet gelukt.	Doel is in 2022 2 medewerkers elders te laten meelopen.
11	Leiderschap, governance, management	De vertegenwoordiging in en de bekendheid van de VAR heeft dusdanig invulling gekregen dat teamleden de weg weten en terughoren wat er met signalen wordt gedaan. In 2022 vindt evaluatie plaats.	voldaan	Een verpleegkundige van de Dukdalf is afgevaardigde in de VAR RZW. De VAR heeft 4 keer vergaderd en heeft een begin gemaakt met gevraagd en ongevraagd adviezen geven. Een van de adviezen betrof de continuïteit bekwaamheidsdeskundigen van de Linde die de voorbehouden risicocolle handelingen op de Linde en de Dukdalf aftoetsen.	Evaluatie VAR RZW november 2022.

 CR BETROKKEN / MEDE OP ADVIES CR

 DOELSTELLING IS EEN VERVOLG OP PLAN 2020

“En dat is gewoon heel mooi, als je zulke gesprekken kan hebben. Mensen hebben dan ook een gevoel van; je vindt mij interessant. Ik ben belangrijk voor je. En dat vind ik persoonsgerichte zorg”

- zorgmedewerker De Dukdalf

	THEMA UIT KWALITEITSKADER	DOELSTELLING 2021-2022 (kwaliteitsplan 2021-2022)	Status	VERANTWOORDING/REFLECTIE (kwaliteitsverslag 2021)	OPVOLGING IN 2022 (kwaliteitsplan 2021-2022)
12	Leiderschap, governance, management	Teamleiders (van De Dukdalf én De Linde) krijgen scholing om kennis op te doen en te onderhouden omtrent VVT- en HR-zaken, waarbij iedere teamleider een eigen aandachtsgebied heeft. Er vindt periodieke terugkoppeling plaats in het teamoverleg.	voldaan	In 2021 zijn 2 bijeenkomsten georganiseerd door het Specialisatienetwerk (SN VVT) voor teammanagers om hen mee te nemen in het kwaliteitskader en hoe je dit vorm en inhoud geeft op je locatie.	Dit behoeft opvolging in 2022. Dit wordt besproken in het SN VVT > going concern, dus kan als doel worden afgesloten.
13	Gebruik van informatie	In maart 2021 is alle meetinformatie die in Clever kan worden genoteerd, ook daadwerkelijk in Clever gezet waardoor er geen gebruik meer wordt gemaakt van losse lijstjes. Eind 2022 volgt een check.	niet voldaan	Dit wordt meegenomen in de uitrol van Clever 4 en de lancering van het nieuwe medisch dossier in Clever. Dit is voor de zomer 2022 gereed.	Doel handhaven, nog niet gerealiseerd.
14 	Gebruik van informatie	De lokale cliëntenraad kent de behoeften van bewoners door altijd aanwezig te zijn bij bewonersoverleggen.	voldaan	In 2021 is kennisgemaakt met de voorzitter van de CR RZW en het CR lid van de districtsraad Rdam. Zij worden uitgenodigd voor de bewonersvergaderingen die (na versoepeling van de coronaregels) weer zijn ingepland op de afdeling. Daarnaast schuift de regiomanager 4 keer per jaar aan bij het overleg van de directie met de CR om de bijzonderheden van de Linde en de Dukdalf te vertellen en om te horen welke zorgen, suggesties of signalen de CR heeft.	Going concern, dus doel kan worden afgesloten.
15	Gebruik van hulpbronnen	Er is een nieuw zorgoproepsysteem dat zorgt voor hogere veiligheid en meer rust - vnl. in de nachten.	voldaan	Het zorgoproepsysteem is vervangen en functioneert.	Doel kan worden afgesloten.
16 	Gebruik van hulpbronnen	In 2021 krijgt de samenwerking met een andere behandeldienst vorm. Deze behandelaar onderschrijft de visie en werkwijze van het LdH en is goed bereikbaar en benaderbaar voor de bewoners van De Linde. Evaluatie vindt plaats in 2022.	deels voldaan	Novicare is in 2021 gestart. De samenwerking bevalt goed, maar moet wel landen in goede afspraken over MDO voorbereiding / visites en dergelijke. Een keer per zes weken heeft de relatiebeheerder van Novicare overleg met de Teammanagers.	Doel handhaven, evaluatie in 2022.

3.5

VERPLEEGHUIS
DE LINDE(Dordrecht, regio Rijnmond
Zuidwest)

In 2021 is gestart met de inzet van gastvrouwen in de huiskamers. Bewoners en medewerkers zijn erg blij met deze inzet. Er is meer aandacht voor de bewoners en het brengt rust voor de medewerkers. Het verdwijnen van de functie afdelingsassistent, het uitbesteden van de Linnenkamer en de schoonmaak heeft de eerste maanden van 2021 echter wel onrust gegeven. Omdat medewerkers aangaven dat ze niet goed toekwamen aan hun taken als Persoonlijk Begeleider, is gekeken waar de knelpunten zaten en is met een dwarsdoorsnede van het personeel nagedacht over een ideaal rooster. In de begroting 2022 is hier ruimte voor gevonden. Belangrijke voorwaarde voor realisatie van dit rooster was en is dat er voldoende inkomsten tegenover staan. In 2021 is daarom – in het spoor van het in 2020 opgestelde moderniseringsplan en de doorontwikkeling naar een specialistisch verpleeghuis - gekeken naar alle indicaties. Waar nodig en mogelijk zijn indicaties verhoogd, en waar nodig is gekeken naar een andere, beter passende plek voor bewoners.)))

	THEMA UIT KWALITEITSKADER	DOELSTELLING 2021-2022 (kwaliteitsplan 2021-2022)	STATUS	VERANTWOORDING/REFLECTIE (kwaliteitsverslag 2021)	OPVOLGING IN 2022 (kwaliteitsplan 2021-2022)
1	Persoonsgerichte zorg	Medewerkers kennen de geschiedenis van bewoners en passen de zorg hierop aan. In Q3 2021 heeft iedere bewoner een persoonlijk doel die aansluit bij zijn/haar geschiedenis en wensen/verwachtingen (herstelgericht werken).	niet voldaan	Vanwege corona zijn scholingen Herstelgericht werken VVT niet doorgegaan (online niet wenselijk en grote roosterproblemen). Deze training is opnieuw in 2022 in opleidingsplan opgenomen.	Doel handhaven in 2022.
2	Persoonsgerichte zorg	Zorgmedewerkers werken per juni 2021 volgens de methodiek procesmatig werken in Clever.	deels voldaan	In 2021 is de overgang naar Clever 4 gedaan, maar nog niet helemaal afgerond. Vanwege Clever 3 en Clever 4 naast elkaar is het procesmatig werken nog niet handig. Dit krijgt vervolg in 2022. Veel EVVers / PBers vinden het lastig tijd te vinden voor hun zorgplan-taken. In 2021 is er met hen gezocht naar tijdelijke maatregelen om hier ruimte voor te maken in hun dienst. Zo is een helpende dienst verlengd zodat de PBer na de lunch meer tijd heeft voor deze taken. Ook is er in overleg met de medewerkers een ideaal rooster geformuleerd waarbinnen PBers tijd hebben voor hun taken. Dit rooster is geland in de begroting 2022 - werving van personeel loopt, maar het is lastig gediplomeerden te vinden. Tenslotte is besloten dat kwaliteitsverpleegkundigen (HBO) toegevoegd worden aan de Linde. Deze krijgen een belangrijke taak in het sturen op methodisch werken en het verbeteren van de zorgplannen van bewoners.	Nieuw doel 2022: Bewoners hebben een actueel en herstelgericht zorgplan en volgen de processtappen in Clever 4.
3	Wonen en welzijn	Receptiemedewerkers zijn actiever betrokken bij de alledaagse activiteiten van de bewoners. Plan van aanpak is gereed in Q2 2021.	niet voldaan	Dit doel is niet behaald. Was wel gedachte achter de modernisering en gedachte bij plan dagbesteding. Vanwege bezettingsproblemen is hier in 2021 niet voldoende werk van gemaakt.	In 2022 wordt het doel om Dagbesteding naar een hoger plan te trekken - voor LG en WLZ GGZ doelgroep, en met verbouwing benedenverdieping.
4	Wonen en welzijn	Per januari 2021 zijn er gastheren en -vrouwen zijn 7 dagen per week aanwezig t.b.v. het welzijn (activiteiten, zingeving enz.) van bewoners. Evaluatie vindt plaats in 2022.	voldaan	Inmiddels zijn op alle afdelingen gastheren en vrouwen aanwezig van 8u 's ochtends tot 8u 's avonds. Dit wordt als zeer waardevol ervaren.	Doel kan worden afgesloten.

CR BETROKKEN / MEDE OP ADVIES CR

DOELSTELLING IS EEN VERVOLG OP PLAN 2020

	THEMA UIT KWALITEITSKADER	DOELSTELLING 2021-2022 (kwaliteitsplan 2021-2022)	STATUS	VERANTWOORDING/REFLECTIE (kwaliteitsverslag 2021)	OPVOLGING IN 2022 (kwaliteitsplan 2021-2022)	
In 2021 is verder veel aandacht besteed aan de opvolging van het inspectiebezoek in 2019. In april 2021 bracht de IGJ een herhaalbezoek aan De Linde. Geconstateerd werd dat de verbeteringen ten aanzien van Persoonsgerichte zorg, met de start van gastvrouwen, goed zichtbaar waren. Maar vanwege personeelstekort en COVID-19 was nog onvoldoende verbetering te zien ten aanzien van: voldoende deskundige medewerkers, het PDCA-werken en de ruimte voor reflectie. Voor de zomer is daarom gevraagd om ondersteuning vanuit het programma Waardigheid en Trots op Locatie (WOL). Na een scan van WOL onder medewerkers en deelnemers is de eerste coach gestart in december 2021 en de tweede in januari 2022. "Ik vind het geweldig dat de zusters mij helpen, zelfs met mijn drankprobleem en mijn incontinentie." - Bewoner De Linde	8	Leren en werken aan kwaliteit	Ieder kwartaal vindt een audit plaats op 1 afdeling/verdieping m.b.v. het instrument Zicht op kwaliteit (specifiek voor kwaliteitskader verpleeghuiszorg) door een (kwaliteits)medewerker en de teamleider. In Q1 is er een jaarplanning met daarin wat wanneer geaudit wordt. Audit en opvolging is PDCA verwerkt en inzichtelijk voor alle medewerkers.	deels voldaan	In 2021 heeft er een landelijke V&V audit plaatsgevonden op alle onderwerpen van het kwaliteitskader (IGJ normen). Ook is de inspectie op herhaalbezoek geweest (april). En ten derde heeft de scan van Waardigheid en Trots plaatsgevonden. Al met al leverde dit veel aanbevelingen op waar de Linde mee aan de slag moet en kan. Deze zijn opgenomen in het verbeterregister. Het is de kunst hierin te prioriteren. Want niet alles kan tegelijk. De focus ligt eerst op veilige zorg. De coach van Waardigheid en Trots, die 1 december gestart is, stuurt hierop. Uit de landelijke audit blijkt dat sommige afdelingen goed scoren waar de Linde minder scoort. Het Specialisatienetwerk heeft een toolbox opgeleverd waarin Best Practices uit de verschillende locaties verzameld zijn, zodat van elkaar geleerd kan worden. Samen met het Specialisatienetwerk wordt gezocht naar een manier om regelmatig kleine delen te auditten, ipv alles in een keer.	Nieuw doel: Naast audits / inspectierapporten een methode ontwikkelen om leren en verbeteren dicht op de werkvloer te laten plaatsvinden. Indien pilot verbeterbord (LEAN) op de Dukdalf een positief effect heeft, wordt dit uitgerold naar De Linde.
	9	Leren en werken aan kwaliteit	Medewerkers maken een juiste melding bij incidenten. Deze worden geanalyseerd en besproken in het teamoverleg, minimaal 2 keer per jaar. Het team ervaart de meerwaarde van melden en er heerst een open cultuur om te leren van incidenten.	deels voldaan	Medicatieveiligheid blijft een issue - blijkt uit de incidenten in 2021. Herhaalscholing is daarom ingezet en de teamleiders spreken medewerkers aan op de principes en protocollen, daarbij ondersteund door coaching on the job door de coaches van WOL. Dieperliggende oorzaak is dat medewerkers elkaar niet durven aanspreken. Daarom wordt gestart met een cultuurtraject in januari 2022.	Doel handhaven in 2022.
	10	Leiderschap, governance, management	Teamleiders (van De Dukdalf én De Linde) krijgen scholing om kennis op te doen en te onderhouden omtrent VVT- en HR-zaken, waarbij iedere teamleider een eigen aandachtsgebied heeft. Er vindt periodieke terugkoppeling plaats in het teamoverleg.	voldaan	In 2021 zijn 2 bijeenkomsten georganiseerd door het Specialisatienetwerk (SN VVT) voor teammanagers om hen mee te nemen in het kwaliteitskader en hoe je dit vorm en inhoud geeft op je locatie.	Dit behoeft opvolging in 2022. Dit wordt besproken in het SN VVT > going concern, dus kan als doel worden afgesloten.

 CR BETROKKEN / MEDE OP ADVIES CR

 DOELSTELLING IS EEN VERVOLG OP PLAN 2020

	THEMA UIT KWALITEITSKADER	DOELSTELLING 2021-2022 (kwaliteitsplan 2021-2022)	STATUS	VERANTWOORDING/REFLECTIE (kwaliteitsverslag 2021)	OPVOLGING IN 2022 (kwaliteitsplan 2021-2022)
11	Leiderschap, governance, managment	Binnen het team is de bewustwording over het thema duurzaamheid (energieverbruik, afval, tegengaan verspilling) vergroot door 3 concrete verbeteracties te ondernemen in 2021 en 2022.	deels voldaan	Begin 2022 is gestart met gescheiden inzamelen van afval. In 2022 worden verder geen concrete verbeteracties ingezet gezien de andere prioriteiten op de locatie.	Doel afsluiten.
12 	Gebruik van hulpbronnen	In 2021 krijgt de samenwerking met een andere behandeldienst vorm. Deze behandelaar onderschrijft de visie en werkwijze van het LdH en is goed bereikbaar en benaderbaar voor de bewoners van De Linde. Evaluatie vindt plaats in 2022.	deels voldaan	Novicare is in 2021 gestart. De samenwerking bevalt goed, maar moet wel landen in goede afspraken over MDO voorbereiding / visites en dergelijke. Een keer per zes weken heeft de relatiebeheerder van Novicare overleg met de Teammanagers.	Doel handhaven, evaluatie in 2022.
13 	Gebruik van hulpbronnen	Er zijn hulpmiddelen ingezet en medewerkers zijn daarin geschoold en ondersteund (denk aan: slim incontinentiemateriaal, FreeStyle libre - glucose meten zonder pijnlijk prikken). Daarnaast is eind 2022 het bestelproces en het magazijn zo efficiënt mogelijk ingericht.	niet voldaan	Dit doel heeft geen prioriteit gekregen in 2021. Veel van deze hulpmiddelen hebben een focus op de doelgroep Dementie. Maar deze is steeds minder aanwezig op de Linde. Onze expertise zit op de typische LdH doelgroep.	Doel afsluiten ivm andere prioriteiten De Linde.
14	Gebruik van hulpbronnen	Er is een nieuw zorgoproepsysteem dat zorgt voor hogere veiligheid en meer rust - vnl. in de nachten.	voldaan	Het Zorgoproepsysteem wordt begin 2022 vervangen.	Doel afsluiten.

3.6

VERPLEEGHUIS
DE MEERZORG

(Ugchelen, regio Oost)

Het jaar 2021 was een bijzonder jaar voor de Meerzorg. De afdeling Buitengewoon is geopend. Op deze afdeling wonen 13 cliënten met een WLZ V&V indicatie. De afdeling is bijzonder vanwege de ligging midden in de bossen en dat het een abstinente woonomgeving is. In september is het 15 jarig jubileum gevierd van de Meerzorg. Ondanks alle maatregelen rondom Covid-19 was het mogelijk om een mooi feest te geven. Cliënten en medewerkers hebben vol trots de afdeling en activiteiten getoont aan externe relaties en de raad van bestuur. Een punt van zorg blijft dat er structureel sprake is van vacature ruimte. Naast een active werving, wordt er ook veel geïnvesteerd in stagiaires. Dit heeft in 2021 geleidt tot 1 nieuwe verpleegkundige en voldoende vakantiekrachten voor de zomer periode. In 2021 zijn veel zaken op gepakt en dingen bereikt. Wij vinden het belangrijk om succes te vieren. Vol vertrouwen gaan we aan de slag in 2022 om te komen tot verdere kwaliteitsverbeteringen en ontwikkelingen.

 CR BETROKKEN / MEDE OP ADVIES CR

 DOELSTELLING IS EEN VERVOLG OP PLAN 2020

	THEMA UIT KWALITEITSKADER	DOELSTELLING 2021-2022 (kwaliteitsplan 2021-2022)	STATUS	VERANTWOORDING/REFLECTIE (kwaliteitsverslag 2021)	OPVOLGING IN 2022 (kwaliteitsplan 2021-2022)
1	Persoonsgerichte zorg	Op 1 april 2021 zijn alle medewerkers bekend met wat persoonsgerichte zorg inhoudt. Op 1 oktober 2021 is persoonsgerichte zorg uitgewerkt en opgenomen in het zorgplan van alle bewoners. In 2022 vindt een check plaats op de zorgplannen.	deels voldaan	Persoonsgerichte zorg is onderwerp van gesprek in het team en met de cliënt. In het zorgplan worden doelen opgenomen voortkomend uit de gesprekken over persoonsgerichte zorg. De voorgenomen workshops over persoongerichte zorg, zijn tgv corona uitgesteld naar 2022.	In 2022 zal er een check uitgevoerd worden op de zorgplannen tav de doelen en acties gericht op persoonsgerichte zorg. Daarnaast zullen er workshops Persoonsgerichte zorg gehouden worden voor alle teamleden.
2	Wonen en welzijn	De visie en missie voor de Elv-afdeling en de Wlz-afdeling zijn opgesteld en bekend bij het team. In Q1 2021 zijn beide afdelingen gerealiseerd en de visie en missie vertaald naar een plan van aanpak. Implementatie is afgerond in Q2 2022. Evaluatie vindt plaats eind 2022. Voor 2022 zal hier veel werk, aandacht en tijd naartoe gaan.	voldaan	De visie en missie voor de WLZ afdeling is opgesteld en bekend bij het team. Verder implementatie en borging vindt plaats in 2022. Voor de ELV is een (verouderde) visie en missie.	Op de WLZ afdeling wordt de missie en visie verder geïmplementeerd en geborgd. Elk kwartaal zal er een evaluatie plaatsvinden. Visie en Missie voor de ELV zal worden geevalueerd en bijgesteld.
3	Wonen en welzijn	In ieder zorgplan zijn doelen opgesteld m.b.t. zinvolle daginvulling. De vraag wat een dag zinvol maakt, is besproken met de bewoner en vertaald naar concrete acties. Dit uit zich in 2022 in een hogere score t.a.v. zinvolle daginvulling in het CTM (t.o.v. 2020)	deels voldaan	In ieder zorgplan zijn doelen opgesteld m.b.t. zinvolle dagbesteding. De dagbesteding is betrokken bij het MDO. In 2021 is er met alle cliënten van de WLZ afdeling een MDO gevoerd. Of de acties geleid hebben tot een hogere score t.a.v. zinvolle dagbesteding is nog niet helder aangezien de resultaten van het CTM nog niet binnen zijn.	De samenwerking met de dagbesteding wordt verder geïntensiveerd. Op de afdeling zelf wordt er een programma ontwikkeld tav dagbesteding voor cliënten welke niet naar de dagbesteding kunnen. Hiervoor zijn uren opgenomen in de begroting van 2022.
4	Veiligheid	In Q1 2021 is een extern deskundige betrokken bij de hygiëne- en infectiepreventiecommissie.	niet voldaan	Geen acties tav dit doel in 2021	Er wordt actief deelgenomen aan het landelijk project Voedselveiligheid en HACCP. Hierbij ondersteunt Bureau de Wit (extern).
5	Veiligheid	Er vindt een risico-inventarisatie plaats onder medewerkers t.a.v. ergo/arbo. N.a.v. de inventarisatie is een plan van aanpak ontwikkeld incl. te ondernemen acties (hulpmiddelen, instructies, scholing).	niet voldaan	Geen acties tav dit doel in 2021	In 2022 en 2023 wordt er een plan van aanpak gemaakt en uitgevoerd.
6	Leren en werken aan kwaliteit	In 2021 zijn de onderwerpen voeding en continëntie in het zorgplan aanwezig.	deels voldaan	De onderwerpen voeding en incontinentie zijn opgenomen in het zorgplan. Doelen tav incontinentie zijn opgesteld, echter behoeven nog inhoudelijke verdieping.	In 2022 vindt er inhoudelijke verdieping plaats.

 CR BETROKKEN / MEDE OP ADVIES CR

 DOELSTELLING IS EEN VERVOLG OP PLAN 2020

“De uitdagende
doelgroep maakt dat ik
het super vind om op De
Meerzorg te werken”

- Verpleegkundige van
De Meerzorg

	THEMA UIT KWALITEITSKADER	DOELSTELLING 2021-2022 (kwaliteitsplan 2021-2022)	STATUS	VERANTWOORDING/REFLECTIE (kwaliteitsverslag 2021)	OPVOLGING IN 2022 (kwaliteitsplan 2021-2022)
7 	Leren en werken aan kwaliteit	Op 1 april 2021 zijn er twee werkformats opgesteld voor het MDO: 1 voor de Wlz- en 1 voor de Elv-afdeling.	deels voldaan	Werkwijze tav het MDO op beide afdelingen is opgesteld en bekend. Vanwege veel wisseling van medisch, para medisch en het verplegend team is de werkwijze nog onvoldoende geborgd.	Evalueren van beide werkformats. Verder implementeren en borgen.
8 	Leren en werken aan kwaliteit	Het opleidingsplan voor de MeerZorg is jaarlijks in Q1 vastgesteld en vervolgens uitgevoerd volgens planning. Onderwerpen die zijn opgenomen voor 2021 zijn: bevoegd en bekwaamheden, motiverende gespreksvoering, omgaan met verslaving, klinisch redeneren, verschillende ziektebeelden.	deels voldaan	Trainingen tav bevoegd en bekwaamheden, moeilijk verstaanbaar gedrag, groepsdynamica, autisme, wondzorg en palliatieve zorg zijn uitgevoerd. Daarnaast is er moreel beraad geweest nav verschillende complexe casuïstieken.	vervolg scholing groepsdynamica staat gepland. 1 keer per maand is er een klinische les, het onderwerp wordt afgestemd op welke zaken er spelen.
9	Leren en werken aan kwaliteit	In 2021 zijn er 2 verpleegkundigen aangesteld als aandachtsfunctionaris kwaliteit. Zij volgen een 3-daagse training (over het werk van een kwaliteitsverpleegkundige) en brengen 2 keer per jaar thema's in waar het team mee aan de slag gaat.	voldaan	Verpleegkundige zijn aangesteld, hebben training gevolgd en onderwerpen aangebracht in het team, In 2021 was het belangrijkste onderwerp verantwoord omgaan met Corona en alle richtlijnen	Door vertrek en zwangerschap dienen er 2 nieuwe verpleegkundige aangesteld en geschoold te worden.
10 	Leren en werken aan kwaliteit	Alle medewerkers kunnen, binnen hun rol, werken met Clever en zijn op de hoogte van wat er van hen verwacht wordt. In 2022 vindt een check plaats door BTM en de TL, waarbij wordt nagegaan of iedere bewoner, langer dan zes weken verblijvend op de afdeling, een vastgesteld zorgplan heeft, risicoinventarisaties zijn ingevuld en of doelen zijn geëvalueerd dan wel bijgesteld. Het thema komt terug in de jaarlijkse ontwikkelgesprekken met medewerkers.	voldaan	Alle medewerkers zijn getraind in Clever 4.0 door de super-user. Doordat Clever 4.0 nog niet gereed is wordt het procesmatig werken belemmerd.	Aanstellen van een extra super-user. De trainingen aan het team door de super-user blijven herhaald worden. BTM ondersteunt bij het procesmatig werken.
11	Leren en werken aan kwaliteit	Minimaal 2 zorgmedewerkers zijn een niveau hoger opgeleid. Zij worden begeleid door een verpleegkundigen niveau 4 of 5 en op afstand (door onderwijsinstelling).	voldaan	3 Stagiaires HBO-v hebben het afgelopen jaar hun opleiding op de Meerzorg afgerond. Zijn hierbij begeleidt door een een HBO verpleegkundige. Daarnaast hebben verschillende stagiaires MBO 4 en een stagiaire management assistent hun stage op de afdeling met goed succes gelopen.	Naast dat er in 2022 verschillende stagiaires van verschillende opleiding komen stage lopen, is er ook een medewerker in opleiding welke de HBO-v dual volgt.
12	Gebruik van informatie	Alle medewerkers zijn op de hoogte van de AVG. Communicatie en privacy van bewoners en medewerkers is gewaarborgd en verloopt volgens de regels van de AVG.	voldaan	Alle medewerkers zijn op de hoogte van de AVG. Hier is extra aandacht voor geweest in de verschillende werkoverleggen. Indien van toepassing zijn medewerkers individueel aangesproken.	AVG blijft een onderwerp van aandacht, mede omdat de cliënten via sociale media contact proberen te zoeken met medewerkers.

3.7

VERPLEEGHUIS MERENHOEF

(Maarssen, regio Midden Nederland)

De locatie werd geconfronteerd met heftige personele problematiek: vertrek van een aantal goede medewerkers, hoog verzuim (onder andere door corona), inzet van veel uitzendkrachten, vertek van een teamleider, uitval van de locatiemanager die in juni 2021 was gestart en sinds november 2021 wordt waargenomen door een interim locatiemanager. Ook aan de kant van de bewoners was het onrustig door de vele personele wisselingen, het sluiten van afdelingen en overlijdens door corona. Uiteraard had dit alles gevolgen voor de bedrijfsvoering: lage kamerbezetting in relatie tot hoog verzuim/vacatures en inzet PNIL (personeel niet in loondienst) leidde tot een slecht financieel resultaat.

 CR BETROKKEN / MEDE OP ADVIES CR

 DOELSTELLING IS EEN VERVOLG OP PLAN 2020

	THEMA UIT KWALITEITSKADER	DOELSTELLING 2021-2022 (kwaliteitsplan 2021-2022)	STATUS	VERANTWOORDING/REFLECTIE (kwaliteitsverslag 2021)	OPVOLGING IN 2022 (kwaliteitsplan 2021-2022)
1 	Persoonsgerichte zorg	Eind 2022 werken zorgverleners vraaggericht: - Medewerkers werken met zorgscorekaarten, weten een juiste indicatie te stellen en volgen een routeplan voor opname. Implementatie scorekaart en routeplan is gereed in Q1 2021. - Eind 2022 vindt hierop een check plaats in de zorgplannen. - Het onderwerp komt ten minste 4 keer per jaar terug in het teamoverleg - Jaarlijks vindt in het 4e kwartaal een evaluatie plaats. Evt. vervolgacties worden uitgezet.	voldaan	De voorbereiding voor de training met de zorgscorekaart is eind 2021 afgerond. De training vindt begin 2022 plaats.	Voor alle bewoners is begin dit jaar een zorgscorekaart gemaakt die 2 maal per jaar rond het MDO wordt geactualiseerd.
2 	Leren en werken aan kwaliteit	Op alle afdelingen wordt planmatig gewerkt: - In Q2 2021 zijn alle procedures voor zowel de basiszorg als voorbehouden handelingen geëvalueerd en in lijn gebracht met het planmatig werken en de laatste inzichten vanuit de beroepsstandaarden. - In Q2-Q4 2021 volgen medewerkers scholingen gericht op de nieuwe manier van werken.	niet voldaan	Dit onderwerp is goeddeels doorgeschoven naar 2022.	Alle helpenden en helpenden plus zijn in het eerste kwartaal geschoold, bevoegd en bekwaam voor vrijwel alle voorbehouden handelingen. De VIG'ers worden in het tweede kwartaal geschoold.
3 	Leiderschap, governance, management	Teamleiders zijn getraind in coachend leiderschap. Medewerkers ervaren dit coachend leiderschap; dit uit zich in een hogere score t.o.v. het afgelopen jaar in het MTO én uit de jaarlijkse ontwikkelgesprekken tussen medewerker en teamleider.	niet voldaan	Dit onderwerp staat vanaf 2022 structureel op de agenda van het MT.	In MT-sessies aandacht voor situationeel leiderschap waar coaching deel van uitmaakt.
4 	personeelssamenstelling Binden en boeien	In Q2 2021 is er een overzicht van de personeelssamenstelling waarin verantwoordelijkheden, processen, benodigde kennis en expertise helder zijn. Dit overzicht is de basis voor werving en selectie.	niet voldaan	Deze vraag is bij HR neergelegd en nog niet afgehandeld.	Wordt begin 2022 verder afgehandeld.
5 	personeelssamenstelling Binden en boeien	In 2021 en 2022 is er minder PNIL ingezet t.o.v. het voorgaande jaar.	niet voldaan	Mede door een hoog verzuim en vacatures is niet aan deze doelstelling voldaan.	De eerste maanden van 2022 is er nog sprake van bovenmatig veel PNIL. Door een actief verzuimbeleid zal het aandeel in PNIL in de loop van het jaar 2022 dalen.

 CR BETROKKEN / MEDE OP ADVIES CR

 DOELSTELLING IS EEN VERVOLG OP PLAN 2020

	THEMA UIT KWALITEITSKADER	DOELSTELLING 2021-2022 (kwaliteitsplan 2021-2022)	STATUS	VERANTWOORDING/REFLECTIE (kwaliteitsverslag 2021)	OPVOLGING IN 2022 (kwaliteitsplan 2021-2022)
 6	personeels-samenstelling Binden en boeien	Het werknemersklimaat is verbeterd doordat medewerkers naar eigen behoefte scholing kunnen volgen. Eind 2022 heeft 75% van de medewerkers een scholing gevolgd die aansluit bij zijn/haar persoonlijke behoefte.	niet voldaan	Dit is in 2021 niet gerealiseerd.	Dit onderwerp maakt deel uit van de gespreks-cyclus. Met iedere medewerker wordt er een POG-gesprek gevoerd en kan er een keuze worden gemaakt voor een passende opleiding.
 7	Gebruik van hulpbronnen Slim werken met systemen	Medewerkers weten (m.b.v. training) hoe de beschikbare domotica werken en passen deze toe. Daarnaast zijn ze vaardig in het werken met Clever en het nieuwe online roosterprogramma InPlanning.	niet voldaan	De medewerkers zijn zo veel mogelijk geïnstrueerd in het gebruik van de systemen. De systemen zijn helaas weinig gebruiksvriendelijk met uitzondering van Inplanning.	Alle medewerkers zijn in het eerste kwartaal geïnstrueerd in het werken met Medimo. Voor Clever ondersteuning kunnen ze terugvallen op de ondersteuning van een super-user, die frequent op de locatie aanwezig is. Mogelijk vindt nog een bijscholing Clever plaats in de loop van 2022.

“Ik werk in het gezelligste team van Merenhoef. Het werken op somatiek vind ik leuk omdat de bewoners ook een eigen inbreng hebben en je toch bij de bewoners “thuis” komt.”

- zorgmedewerker Merenhoef

CR BETROKKEN / MEDE OP ADVIES CR DOELSTELLING IS EEN VERVOLG OP PLAN 2020

3.8

WLZ THUIS

(Maarssen, regio Midden Nederland)

Wlz thuis is geleverd in de volgende regio: Amsterdam.

	THEMA UIT KWALITEITSKADER	VEREISTEN	DOELSTELLING 2021-2022 (kwaliteitsplan 2021-2022)	STATUS	VERANTWOORDING/REFLECTIE (kwaliteitsverslag 2021)	OPVOLGING IN 2022 (kwaliteitsplan 2021-2022)
1	Persoonsgerichte zorg	De vier onderscheiden thema's (compassie, uniek zijn, autonomie en zorgdoelen) zijn voor zorgmedewerkers richtinggevend bij kwaliteitsverbetering op het terrein van persoonsgerichte zorg en ondersteuning.	Het zorgplan en de indicatie voor bewoners die Wlzzorg thuis ontvangen, zijn opgesteld vanuit Clever in samenspraak met andere betrokken disciplines/stakeholders. In Q1 2021 zijn 95% van alle zorgplannen volgens de richtlijnen opgesteld. In 2021 vindt evaluatie plaats.	deels voldaan	Tot recent verleden werden zorgplannen buiten Clever opgesteld, omdat Clever niet voldeed aan de voorwaarden voor een goed plan. Sinds de komst van Clever 4 gaat dat beter en is men begonnen met de evaluaties en nieuwe plannen rechtsrteeks in Clever te maken.	Eind 2022 worden alle plannen en evaluaties in Clever gemaakt.
2	Persoonsgerichte zorg	Iedere deelnemer beschikt binnen 24 uur over een voorlopig zorgplan, dat uiterlijk zes weken na intake (of zoveel eerder als mogelijk) volledig en (tot bijstelling aan de orde is) definitief wordt.	Medewerkers krijgen scholing in het formuleren van doelen in het zorgplan. In Q1 2021 zijn 95% van alle zorgplannen volgens de richtlijnen opgesteld. In Q1 2022 vindt evaluatie plaats.	niet voldaan	De plannen voldoen inhoudelijk aan de eisen. Indiceren gebeurt nog niet altijd uniform maar dit is nu wel in ontwikkeling.	Eind 2022 gebeurt dit uniform en volgens de richtlijnen.
3	Multidisciplinaire aanpak	Er is mogelijkheid tot het inschakelen van een SOG. Afhankelijk van de complexiteit van de zorgbehoefte kan deze betrokken worden als consultant en sparringpartner van de huisarts of -als de kwetsbaarheid en de complexiteit van de problematiek toeneemt- als medebehandelaar (al dan niet kortdurend) of hoofdbehandelaar van de deelnemer.	• In samenspraak met de SOG zijn afspraken gemaakt die de communicatie tussen SOG en wijkverpleegkundigen verbetert. • Er is onderzocht hoe in de thuiszorg een SOG ingeschakeld kan worden (bijv. via de huisarts een verwijzing naar het ziekenhuis). Uiterlijk in juni 2021 ligt een plan van aanpak hoe de SOG is in te schakelen.	voldaan	Integrale zorg wordt verleend door samen te werken. De zorg en ondersteuning worden multidisciplinair en integraal vormgegeven zowel binnen als buiten de eigen zorgorganisatie en zijn dienend aan de zelfredzaamheid, eigen regie en kwaliteit van leven van de cliënt. Het Leger des Heils neemt zitting in het palliatief netwerk, werkt samen met Zorggroep Amsterdam Oost, heeft een nauwe samenwerking met de GGD en ziekenhuizen en werken samen met 9 andere gecontracteerde aanbieder in de wijkzorg. De komst van cboards heeft de communicatielijnen met de huisarts en andere betrokken hulpverleners verbeterd.	Point is nu ook in aanvraag wat de samenwerking met de ziekenhuizen verbeterd. Eind 2022 wordt dit punt geëvalueerd.
4	Verantwoord thuis wonen	De zorgmedewerker begeleidt de deelnemer om verantwoord thuis te kunnen blijven wonen. Daarbij is aandacht voor de borging van de 24-uurs toezicht of zorg in de nabijheid, de rol van de mantelzorger(s) en de afstemming in de wijk met andere zorgmedewerkers, zoals beschreven in het zorgplan.	Uiterlijk in juli 2021 is de centrale achterwacht 24 uur bereikbaar.	voldaan	Opvolging gaat via ATA/ eurocross doen zelf de opvolging en er is een convenant met de gecontracteerde partijen voor evt noodzakelijke nachtzorg.	Evaluatie.

 CR BETROKKEN / MEDE OP ADVIES CR  DOELSTELLING IS EEN VERVOLG OP PLAN 2020

	THEMA UIT KWALITEITSKADER	VEREISTEN	DOELSTELLING 2021-2022 (kwaliteitsplan 2021-2022)	STATUS	VERANTWOORDING/REFLECTIE (kwaliteitsverslag 2021)	OPVOLGING IN 2022 (kwaliteitsplan 2021-2022)
5	Verantwoord thuis wonen	De deelnemer bespreekt het mogelijk verloop van zijn/haar gezondheidstoestand met de zorgmedewerker. De deelnemer mag advance care planning verwachten.	Het LdH werkt samen met stakeholders binnen de palliatieve zorg om een consultatiefunctie vorm te geven.	voldaan	Er is een samenwerking met de 10 gecontracteerde partijen binnen amsterdam als er palliatieve zorg nodig is. Het verloop van de gezondheidstoestand wordt tijdens het maken en evalueren van de zorgplannen besproken. Het doel van advance care planning is komen tot passende zorg, zorg die aansluit bij wat belangrijk is in het leven voor de patiënt. De deelnemer mag zijn wensen, doelen en voorkeuren voor zorg rond het levenseinde bespreken om ervoor te zorgen dat deze zaken zijn vastgelegd voor het geval de deelnemer dit niet meer zelf kan aangeven.	Evaluatie.
6	Wonen en welzijn	De noodzaak tot woningaanpassingen vormen onderdeel van het gesprek tussen de zorgmedewerker en de deelnemer als het gaat om verantwoord thuis blijven wonen.	Er is onderzocht of Arbochecks door de verpleegkundige (of ergotherapeuten) zelf gedaan kunnen worden.	deels voldaan	Onze (wijk)verpleegkundigen zijn goed op de hoogte van eventuele woningaanpassingen die nodig zijn om veilig en verantwoord te kunnen werken. Ergotherapeuten en huisartsen worden betrokken indien een situatie onveilig is. Dit wordt ook beoordeeld in de risico inventarisatie. Arbo checks worden niet uitgevoerd en hier wordt komend jaar een plan op gemaakt.	Vorm geven aan het uitvoeren van arbo checks.
7	Veiligheid	Veiligheidsthema's zijn, indien relevant, onderdeel van gesprek geweest tussen zorgmedewerkers en deelnemer, o.a. bij de bespreking van het zorgplan.	• Medische technologie bij mediatieveiligheid is ingezet (indien goed bevonden). • Voor 31-12-2021 zijn alle medewerkers ingestruerd om de riscico-inventarisatie af te nemen en is bij 95% van de deelnemers een riscico-inventarisatie afgenomen. In Q3 2022 vindt een evaluatieplaats.	voldaan	De veiligheidsthema's komen aan de orde bij het bespreken van het zorgleefplan en risico inventarisatie zoals medicatieveiligheid, valpreventie, toepassing van medische technologie, veilige zorgrelatie tussen cliënt en zorgmedewerkers en wanneer dit aan de orde is vrijheidsbeperkende maatregelen. Het Leger des Heils is HKZ gecertificeerd en conformeert zich hiermee aan de geldende wet- en regelgeving binnen de zorg. Er wordt gebruik gemaakt van de actuele protocollen van Vilans, waarin procedures rondom alle verzorgden en verpleegtechnische taken omschreven zijn. Deze protocollen zijn 24 uur per dag in te zien door de medewerkers via een persoonlijke inlog. Jaarlijks worden diploma's en portfolio's in het jaargesprek samen met de leidinggevende doorgelopen op de actuele status. Care XS is geïmplementeerd zodat ook het aftekenen van de medicatie beter en veiliger verloopt.	N.v.t.

 CR BETROKKEN / MEDE OP ADVIES CR  DOELSTELLING IS EEN VERVOLG OP PLAN 2020

	THEMA UIT KWALITEITSKADER	VEREISTEN	DOELSTELLING 2021-2022 (kwaliteitsplan 2021-2022)	STATUS	VERANTWOORDING/REFLECTIE (kwaliteitsverslag 2021)	OPVOLGING IN 2022 (kwaliteitsplan 2021-2022)
8	Veiligheid	De zorgaanbieder zorgt dat zorgmedewerkers de zorg veilig en volgens vigerende richtlijnen kunnen bieden.	Werkwijze Wzd is geïmplementeerd, vóór 2021. Zie 3.8.	voldaan	Er is een scholing geweest wat betreft de wet zorg en dwang.	Evaluatie.
9	Leren en werken aan kwaliteit		Medewerkers volgen een scholing voorbehouden handelingen.	voldaan	In 2021 heeft iedereen via stock bijscholing voorbehouden handelingen gehad.	Evaluatie, dit moet 1 x per 5 jaar.
10	Gebruik van informatie	Elke zorgorganisatie van langdurige zorg thuis met een Wlz-indicatie dient in het kader van onderlinge landelijke vergelijkbaarheid vanaf verslagjaar 2020 minimaal één keer per jaar informatie over de Net Promotor Score (NPS) score van de eigen organisatie aan te leveren. Hiervoor mag ook de aanbevelingsvraag van Zorgkaart Nederland gebruikt worden.	Aanleveren NPS.	voldaan	De prem is gedaan.	Prem wordt jaarlijks gedaan.

LIJST MET AFKORTINGEN

AFKORTING	BETEKENIS
ACP	Advanced care planning
KCA	afdeling Kwaliteit, Compliance, Audits (LdH landelijk)
AVG	Algemene Verordening Gegevensbescherming
Clever	Benaming elektronisch cliëntdossier binnen het LdH
CR	Cliëntenraad
CTM	Cliënttevredenheidsmeting
DEO	Deelnemerservaringsonderzoek
Medimo	Elektronisch medicatiesysteem
HACCP	Hazard Analysis and Critical Control Points
HBO	Hoger beroepsonderwijs
HR	Human Resources
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
LCR	Landelijke Cliëntenraad
LdH W&G	Leger des Heils Welzijns- en Gezondheidszorg
MT	Managmentteam
MWW	Medewerker Wonen en Welzijn
MIC	melding incident cliënt
MBO	Middelbaar beroepsonderwijs
MN	Midden Nederland
MDO	Multidisciplinair overleg
OGGz	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg

AFKORTING	BETEKENIS
PNIL	personeel niet in loondienst
PB	persoonlijk begeleider
PG	psychogeriatric
RvB	Raad van Bestuur
RZW	Rijnmond Zuidwest
SN VVT	Specialisatienetwerk VVT
SOG	specialist ouderengeneeskunde
TL	teamleider
PDCA	verbetermethodiek Plan - Do - Check - Act
VVAR	Verpleegkundige en Verzorgende Adviesraad
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
VVT	Verpleging, Verzorging, Thuiszorg
VIG	Verzorgende IG
VMBO	voorbereidend middelbaar beroepsonderwijs
Wfz	Wet forensische zorg
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WOL-scan	Waardigheid & Trots op locatie scan
Wvggz	Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg
Wzd	Wet zorg en dwang
ZLP	Zorgleefplan



**Doen wat
we geloven**