

# 2020 Kwaliteitsgegevens

Stichting Wonen en Zorg Purmerend



## Inhoud

1.	Kwaliteit algemeen .....	3
	Organisatie brede werkgroepen .....	4
2.	Zorginhoudelijke ontwikkeling.....	4
	Organisatiestructuur van kwaliteitsverpleegkundigen.....	4
3.	Ingezette acties in 2020 .....	5
	Persoonsgerichte Zorg .....	5
	Deskundige Zorgverlener .....	5
	Sturen op kwaliteit & Veiligheid (inclusief leren- en verbeteren) .....	5
4.	Interne audits.....	7
5.	Externe audits .....	7
	PREZO -audit door Perspekt.....	7
	Audit HbH WMO .....	7
	Audit Roze Loper .....	7
	Werkgroep mondzorg.....	8
	Aandachtsgebied Medicatieveiligheid .....	8
	Aandachtsgebied Hygiëne- en infectiepreventie (HIP).....	8
	Aandachtsgebied Onbegrepen gedrag .....	8
	Aandachtsgebied Wet Zorg & dwang .....	8
	Aandachtsgebied Palliatieve zorg .....	9
	Aandachtsgebied wondzorg/ decubitus .....	9
	Wondzorg en decubitus behoeft aandacht. Het voorstel tot plan van aanpak is uitgeschreven. ....	9
	Werkgroep ECD.....	9
	Werkgroep Voorkomen Ongeplande Ziekenhuisopnames .....	9
	Werkgroep Inzet Fysiotherapie/ ergotherapie/ ergo coaches/ valpreventie .....	9
6.	Lerend netwerk en regio overleg VVT partners.....	9
7.	Cliënttevredenheid .....	9
8.	Kwaliteitsindicatoren basisveiligheid.....	10
	Decubituspreventie.....	10
	Advance Care Planning .....	11
	Medicatiereview .....	11
9.	Middelen en maatregelen rondom vrijheid (VBM) .....	11
	Terugdringen vrijheidsbeperking en werken aan vrijheidsbevordering .....	11
10.	Melding Incident Cliënt (MIC) .....	13
	MIC- commissie en trendanalyses .....	13
11.	Analyse MIC 2020 - Ingezette verbeteracties op organisatieniveau a.d.h.v. basisoorzaken .....	14
	Medicatie- incidenten .....	14
	Val-incidenten .....	15
12.	Melding Incident Medewerker (MIM) .....	16
	Meldpunt ouderenmishandeling .....	16
	Externe vertrouwenspersoon .....	16
13.	Klachtenoverzicht 2020 .....	16
14.	ARBO .....	17
	BHV.....	17
	Informatieveiligheid en privacy .....	17
15.	Calamiteitendienst en crisisteam covid-19.....	17
16.	Communicatie.....	17

## 1. Kwaliteit algemeen

De zorgvraag verandert, wordt zwaarder. Dit proces tekent zich al enige jaren af. Om de transitie van verzorgingshuis naar verpleeghuiszorg te versterken ontving de SWZP voor deze omschakeling in 2016 en 2017 ondersteuning vanuit Waardigheid en Trots. Voor de SWZP is dat vormgegeven in het kwaliteitsverbetertraject “Zorg in beweging”, de externe begeleiding via VWS is begin 2018 afgerond en uitgebreid geëvalueerd. De verbeterpunten werden opgenomen in het jaarplan kwaliteit.

### Organisatie

In 2020 is wederom door alle medewerkers hard gewerkt aan de ontwikkeling van de zorg binnen de zelforganiserende teams. Hierbij wordt de zorg wordt door kleine teams voor een kleine groep cliënten, rondom de cliënt georganiseerd. De teams intramurale zorg zijn samengesteld uit medewerkers zorg deskundigheidsniveau 2, 3 en 4 waarvan ieder een eigen teamrol heeft, en een kwaliteitsverpleegkundige op niveau 4 of 5. De teamontwikkeling wordt intensief begeleid door de coaches tijdens de 4-wekelijkse teamleer-bijeenkomsten (TLB). Voor deze bijeenkomsten is een standaard-agenda opgesteld waarbij de persoonsgerichte zorg aan onze cliënten, centraal staat, o.a. d.m.v. casuïstiek-besprekingen, bij voorkeur in aanwezigheid van de cliënt. Tijdens de teamleer bijeenkomsten hebben ook de kwaliteitsaspecten een vaste plaats op de agenda (aandachtsgebieden, teamfoto, MIC, MIM, klachten, tevredenheidsmeting etc.).

Omdat wij vinden dat zorg altijd beter kan, blijven we werken aan kwaliteitsverbetering. Het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg is daarbij onze referentie. In het kader van kwaliteitsverbetering zetten we in op het versterken van de persoonsgerichte zorg en dienstverlening en de begeleiding van de zelforganiserende teams. De uitkomsten van de geplande en ongeplande interne en externe audits naar de kwaliteit van de zorg en welzijn zijn hiervoor richtinggevend. In de teamleerbijeenkomsten worden deze uitkomsten besproken en verbeteringen doorgevoerd. De ondersteuning van de kwaliteitsverpleegkundigen, kwaliteitsmedewerker welzijn en de coaching van de teams is hierbij een voorwaarde. In 2021 moet er betere stuurinformatie voor teams beschikbaar komen (en dus ook voor management en bestuur), zodat de teams beter op de inhoud van zorg kunnen sturen en eigenaarschap kunnen nemen.

In de loop van 2019 is de structuur van de ondersteuning van management en coaching van zelforganiserende teams gewijzigd. De taakverdeling van de coach en de manager is aangepast om de ondersteuning van de zelforganiserende teams beter vorm te geven. De evaluatie van onze zelforganisatie is op basis van de principes van het Rijnlants denken en werken gedaan, we willen dit zo goed mogelijk in de organisatiecultuur door voeren.

Het PvE voor een deel van het gebouw van De Tien Gemeenten (kop van de Hoornselaan) en De Rusthoeve, gebaseerd op de kwaliteitseisen voor het bieden van verpleeghuiszorg, is verder uitgewerkt en vordert gestaag.

In 2020 werd ingezet op meer productie van Zorg met verblijf en zorg met behandeling. Tot dusverre gaat het om de uitbreiding van de woongroepen en zijn we gegroeid naar 64 plekken zorg met behandeling. (GW 58 HE). In Q2 2021 zal er nog een woongroep geopend worden binnen locatie De Rusthoeve. Daarnaast zijn we gestart met een VPT-project in de thuiszorg met het oog op de cliënten in de aanleunwoning rondom de locaties. Vanuit de kwaliteitsmiddelen zetten we in op meer persoonsgerichte zorg, meer toezicht en ondersteuning in de huiskamers binnen het groepswonen door de werving en inzet van zgn. woon-ondersteuners. De toepassing van persoonsgerichte inzet van domotica en e-health in de intramurale en extramurale zorg wordt verder ontwikkeld. Vanaf 1 april 2020 is team Anemoon gesplitst in Team Anemoon en Team Lelie. De tuin van De Rusthoeve en De Tien Gemeenten worden stukje bij beetje omgevormd naar een belevingsstuin. Versterken van de cliëntenparticipatie krijgt vorm via: MDO, mantelzorgbijeenkomsten, oproep deelname aan overleg via CR en CCR etc. Klant tevredenheid meten via Zorgkaart NL, maar ook via de NPS vooraf aan het MDO. Kritisch meesturen op interne en externe audits i.r.t. kwaliteit van zorg en dienstverlening, gastvrije zorg, welzijn en welbevinden van cliënten en bewoners. Met de CR en CCR houden we structureel inhoudelijk overleg i.s.m. het Kwaliteitsplatform, om de participatie in de vormgeving van het zorgbeleid en de uitvoering van de zorg en dienstverlening te organiseren. Dit alles met ondersteuning van en in goed overleg met mantelzorgers en familie.

In het 1e kwartaal van 2020 heeft SWZP de ingezette koers verder voortgezet. De uitkomsten van de evaluatie van de voortgang van het kwaliteitsjaarplan 2019 is meegenomen in het kwaliteitsplan van 2020 voor de extra middelen op locatie.

De vertaling van het kwaliteitsplan is verwerkt in de (personeels- en opleidings-) begroting en de meerjarenplanning, waarbij is ingezet op:

- Uitbreiding ochtend- en avondondersteuning binnen de groepswoningen mét behandeling
- Inzet van de psycholoog wordt uitgebreid naar 32 uur per week
- Twee daagse scholing dementie aan elke medewerker intramuraal
- Uitbreiding toezicht in de huiskamers door woonondersteuners
- Drie verpleegkundigen worden 4 uur per week uitgeroosterd voor inzet train-de-trainer op teamniveau

## Werkgroepen en netwerken

In het tweede kwartaal, vanaf 13 maart 2020, verliep e.e.a. vanwege de COVID-19 omstandigheden, niet meer geheel volgens planning. Het crisisteam werd geïntroduceerd, bestaande uit de directeur-bestuurder, MT, SOG, psychodiagnostisch medewerker en hoofd huishoudelijke dienst. Deze kwam dagelijks bij elkaar voor afstemming en er werd dagelijks een nieuwsbrief verstuurd aan alle medewerkers en bijna wekelijks aan de cliënten/ mantelzorgers. Er was dagelijks regionaal overleg tussen de bestuurders van de VVT-instellingen.

Als gevolg van Covid-19 kwamen bijeenkomsten (en hierdoor de processen) tijdelijk stil te liggen, danwel op een lager pitje te staan. Na de 1<sup>e</sup> Covid-19 golf is een enquête afgenomen onder medewerkers en cliënten/ mantelzorgers. Eind Q2 werden alle bijeenkomsten geleidelijk aan hervat, waardoor ook de werkprocessen en structuren weer tot hun recht kwamen. In Q3 en Q4 werd deze ontwikkeling waar mogelijk voortgezet.

In oktober 2020 heeft een Moreel beraad plaatsgevonden omtrent het toepassen van groepsisolatie, een onbeheerst gemengd cohort, bij een groepswoning in relatie tot (vermoeden) Covid-19 bij één/ meerdere bewoner(s). De kwaliteitsverpleegkundigen, SOG, huisartsen, geestelijk verzorgers, coach en crisisteam waren hierbij aanwezig. N.a.v. de uitkomst is beleid opgesteld.

## 2. Zorginhoudelijke ontwikkeling

### Organisatiestructuur van kwaliteitsverpleegkundigen

De organisatiestructuur van kwaliteitsverpleegkundigen is zodanig ingericht dat er per twee tot drie teams een kwaliteitsverpleegkundige beschikbaar is, die de regie voert over de kwaliteit van zorg. Deze structuur is in 2017 vormgegeven. Elke kwaliteitsverpleegkundige richt zich op één of meer van toepassing zijnde veldnormen van het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg, waarbij deze de collega-kwaliteitsverpleegkundigen vakinhoudelijk aanvult in het verhogen en onderhouden van de kwaliteit van zorg, op dat specifieke aandachtsgebied/ veldnorm. Hierdoor is een kenniscentrum ontstaan dat door de zorgteams kan worden bevraagd. Op haar beurt bewaakt de kwaliteitsverpleegkundige de kwaliteit van zorg binnen het team, draagt kennis- en deskundigheid over op het team ontwikkelt of herzielt beleid m.b.t. het aandachtsgebied gericht op een bepaalde veldnorm vanuit het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg & wijkverpleging binnen de SWZP op organisatieniveau. Kennisoverdracht vindt plaats op de werkvloer maar ook door middel van themabijeenkomsten. Om de kennis actueel te houden en te toetsen is gekozen voor het aanbieden van verplichte e-learning modules aan alle zorgmedewerkers. De kwaliteitsverpleegkundigen van SWZP maken deel uit van het Kwaliteitplatform van kwaliteits- en wijkverpleegkundigen. Door de kwaliteitsfunctionaris vindt elk MT vindt terugrapportage plaats over de vorderingen binnen het Kwaliteitplatform.

Binnen dit Kwaliteitplatform is door alle aandachtsgebieden en werkgroepen, wederom een P-D-C-A voorstel gemaakt, m.b.t. de resultaatsgebieden vanuit het Kwaliteitskader. Er is veel aandacht besteedt aan scholingen en de voorbereidingen voor de nieuwe Wet Zorg & dwang.

Ook is in 2019 het meerjarig-opleidingsplan opgesteld. Hierbij is ingezet op het scholingsbeleid m.b.t. de aandachtsgebieden, doelgroepen, individuele en teambehoeften en input opgehaald bij de aandachtsgebieden en werkvloer.

De verbetermonitor op MT- niveau en de verbetermonitor voor het Kwaliteitplatform, waarin de actiepunten vanuit interne- en externe audits, maar ook vanuit de verbetervoorstellen per aandachtsgebied gemonitord worden volgens P-D-C-A, werd ook in 2019 gecontinueerd. Deze verbetermonitor komt structureel aan bod in de bijeenkomsten van het Kwaliteitplatform en het MT, om zo d.m.v. opvolging, borging te kunnen garanderen. De bijeenkomst van het Kwaliteitplatform heeft, evenals de teamleerbijeenkomsten, een duidelijke structuur. Er

worden concrete afspraken gemaakt met elkaar omtrent besluiten en implementaties, inclusief tijdspad. De uitkomsten vanuit deze bijeenkomsten worden door de kwaliteitsverpleegkundigen gedeeld in de teamleerbijeenkomsten, zodat alle informatie ook daadwerkelijk de teams bereikt en eenieder op de hoogte is en blijft van de laatste ontwikkelingen m.b.t. kwaliteit van zorg. Doordat de aandachtsgebieden meedenken in het opstellen van beleid, ontstaat er draagvlak omtrent de afgesproken implementaties.

De intervisiebijeenkomsten van de kwaliteitsverpleegkundigen zijn vanaf Q3 2019, gedurende één jaar ondersteund door een externe leercoach vanuit het gesubsidieerde traject "Leren=werken/ Werken = leren". Duidelijk wordt dat met bovenstaande werkwijze en opzet in structuur, steeds meer de aandacht komt te liggen op de persoonsgerichte zorg (vanuit casuïstiekbespreking) binnen de teams en de borging van kwaliteit van zorg binnen teams- en op organisatieniveau. De cliënt staat centraal. De kwaliteitsonderwerpen zijn hierbij onlosmakelijk verbonden aan de casuïstiek. Leren- en verbeteren van- en met elkaar door kennis en deskundigheidsbevordering wordt op deze wijze gemeengoed. Bovenstaande bij elkaar heeft geresulteerd in een groei in de borging van kwaliteit van zorg. Sturing vanuit de driehoek: manager, coach en kwaliteitsverpleegkundige, is hierbij van groot belang om dit met elkaar structureel te borgen.

### **3. Ingezette acties in 2020**

#### **Persoonsgerichte zorg**

Persoonsgerichte Zorg wordt door de SWZP op de volgende wijze vormgegeven:

- structurele ondersteuning door psychodiagnostisch medewerker/ SOG voor woongroepen van SWZP
  - structurele samenwerking welzijn/ zorgteams
  - richtlijn onbegrepen gedrag is geïmplementeerd in Q3.
  - omgangsadviezen per cliënt/ signaleringsplan/GRIP-methode.
  - structurele ondersteuning bij casuïstiekbesprekingen in teamleerbijeenkomsten.
- "Scholing seksualiteit& intimiteit in het verpleeghuis" is uitgesteld i.v.m. Covid-19 naar februari 2021.

#### **Deskundige zorgverlener**

De norm deskundige zorgverlener wordt door de SWZP op de volgende wijze ingevuld:

- in Q2 2020 start e-learning palliatieve zorg
- in Q3 2020 start train-de-trainer programma palliatieve zorg

Train- de trainer Covid-19/ pbm's via HIP (Hygiëne Infectie Preventie)-commissie o.l.v. leercoach Sigrà aan kwaliteitsverpleegkundigen/ teams; ook via Vraag- maar- raak sessies.

Het scholingsplan 2021 is opgesteld i.s.m. medewerkers en MT: o.a. aandacht voor (vervolg) training onbegrepen gedrag/ scholing zorgverantwoordelijke/ WZD/ palliatieve zorg/ Omgaan met mantelzorgers/ e-learning.

Vervolgtraject "Leren is werken/ werken is Leren" (scholing & intervisie), ter ondersteuning van de kwaliteitsverpleegkundigen, d.m.v. een leercoach vanuit de SIGRA/ transitie-instrumenten WLZ; gestopt per 1-12-2020.

In Q3 2020 zijn de jaarlijkse gesprekken met aandachtsgebieden/ werkgroepen, opleidingsfunctionaris en kwaliteitsfunctionaris afgerond, ter voorbereiding op de jaarplannen voor 2021 en investeringsbegroting.

- Benoeming wondverpleegkundige i.o. in Q3 2020
- Klinische les Mondzorg in Q4

Vervolg inzet Novicare met als doel: vergroten kwaliteit rondom het medisch behandelmodel. Vervolgens opzetten en activeren eigen behandelinstelling per 01-03-2021.

Uitgesteld vanwege COVID-19: scholing door werkgroep ECD en aandachtsgebied wond- en decubituszorg, Prisma Plus training (16 maart 2021)

#### **Sturen op kwaliteit & Veiligheid (inclusief leren- en verbeteren)**

De managers hebben een structureel maandelijks overleg met de kwaliteitsverpleegkundigen en coach (de hierboven genoemde driehoek) om de stand van zaken m.b.t. zelforganisatie, kwaliteit van zorg en de stand van zaken m.b.t. het aandachtsgebied te bespreken en te volgen. Dit verdient echter structureel meer aandacht om borging op teamniveau te kunnen garanderen." Terug naar de bedoeling!"

Binnen de zorgverlening ligt de focus op de persoonsgerichte zorg (vanuit casuïstiekbespreking) binnen de teams, waarbij de cliënt centraal staat. Aan de casuïstiek die zich binnen de teams voordoet, worden meteen

kwaliteitsonderwerpen verbonden. Daarnaast staat kwaliteit ook structureel op de agenda van de teamleerbijeenkomsten.

Leren- en verbeteren van- en met elkaar door kennis en deskundigheidsbevordering wordt gemeengoed. De ondersteuning vanuit management en coaches, welke hiervoor noodzakelijk is, heeft een duidelijke structuur gekregen en is efficiënt. Tevens vindt structurele evaluatie, in o.a. het maandelijks overleg kwaliteitsverpleegkundige, coach en manager, MT, ondersteuningsteam (OST) en Kwaliteitplatform, plaats.

De “teamfoto” is een bespreekdocument, waarmee het team i.s.m. de kwaliteitsverpleegkundige en coach het gesprek kunnen voeren omtrent de stand van zaken m.b.t. zelforganisatie en kwaliteit van zorg. Deze “teamfoto” wordt vanaf 2020 1 x per jaar afgenomen. (Vanwege COVID-19 vertraging opgelopen; waardoor 1x in 2020) Structureel wordt er in de teamleerbijeenkomsten aandacht besteed aan de thema’s, waarop verbetering nodig is. Hierbij worden doelstellingen besproken met elkaar. Haalbaar en realistisch volgens de P-D-C-A -cyclus.

In de verbetermonitor van het Kwaliteitplatform komen de actiepunten vanuit interne- en externe audits, maar ook vanuit de verbetervoorstellen per aandachtsgebied/werkgroep gemonitord worden volgens P-D-C-A. Deze verbetermonitor komt structureel aan bod in de elke bijeenkomst van het Kwaliteitplatform (- de kwaliteitsverpleegkundigen zijn eigenaar van dit document; managers en kwaliteitsfunctionaris bewaken de voortgang). De bijeenkomst van het Kwaliteitplatform heeft evenals de teamleerbijeenkomsten, een duidelijke structuur. Er worden concrete afspraken gemaakt met elkaar omtrent besluiten en implementaties (inclusief tijdspad). De uitkomsten vanuit deze bijeenkomsten worden door de kwaliteitsverpleegkundigen gedeeld in de teamleerbijeenkomsten, zodat alle informatie ook daadwerkelijk de teams bereikt en eenieder op de hoogte is en blijft van de laatste ontwikkelingen m.b.t. kwaliteit van zorg.

In de verbetermonitor voor het MT, komen de actiepunten m.b.t. de bedrijfsvoering en de kwaliteit van zorg samen. De normen, doelstellingen en acties vanuit de externe auditrapportages zijn toegevoegd aan deze verbetermonitor. Deze punten komen structureel terug op de MT- agenda voor monitoring en borging. Randvoorwaarden kwaliteit ter ondersteuning professionals (bron: addendum Kwaliteitskader): In samenwerking met het lerend netwerk, Pennemes & Mennistenerf groep, is gezocht naar een digitaal kwaliteitsvolgsysteem, waarin opvolging vanuit interne en externe audits, maar ook n.a.v. klachtenanalyse etc., structureel inzichtelijk gemaakt kan worden, evenals een up-to-date documentbeheer. In Q4 2020 zal hiervan het vernieuwde documentbeheer in gebruik genomen gaan worden. In 2021 zal Q base verder worden ingericht.

De zorgmonitor en het dashboard van Accordis zal per Q1 2021 eindelijk in gebruik genomen gaan worden. Dit dashboard geeft sturingsinformatie omtrent financiën, personeel- en kwaliteit. Er is in 2019 hard gewerkt aan het juist inrichten van het ONS (randvoorwaarden) door de werkgroep ECD, zodat deze sturingsinformatie wat betreft kwaliteit inzichtelijk is t.b.v. de teams. (Zonder extra registratielast) Het MT stelt tezamen met het Kwaliteitplatform, de kaderbrief op. Hierop volgend is het concept kwaliteitsplan 2021 tot stand gekomen, evenals vorig jaar. In november is de CR betrokken. Ook zijn er per team en per aandachtsgebied weer jaarplannen opgesteld voor 2021.

In december 2020 (peildatum 2020) hebben alle intramurale kwaliteitsverpleegkundigen, de 123-basistool m.b.t. de kwaliteitsindicatoren vanuit het kwaliteitskader ingevuld, om inzicht te verkrijgen m.b.t. deze onderwerpen per team. (Dit in verband met de verplichte aanlevering aan het Zorginstituut). Deze uitkomsten zijn door de kwaliteitsfunctionaris en de kwaliteitsverpleegkundigen wederom individueel besproken. Op deze manier blijven deze onderwerpen onder de aandacht op team- en organisatieniveau. N.a.v. de berichtgeving omtrent de verantwoording q indicatoren, is in gezamenlijkheid met het Kwaliteit platform beslist om de volgende indicatoren als vrije- keuze onderdeel aan te merken: Decubitus en vrijheidsbeperkende maatregelen.

#### **Samenvattend: Monitoring en sturen op kwaliteit & veiligheid binnen SWZP:**

- De verbetermonitor in het MT (cyclus van 6 weken).
- De verbetermonitor in het Kwaliteitplatform (cyclus van 6 weken).
- De kwaliteitsmonitor in ONS: zorgplan/episodes/vragenlijsten/ evaluaties up-to-date.
- Opvolging acties d.m.v. evaluaties teamactieplan in teamleerbijeenkomsten (cyclus 4 weken).

- Ondersteuningsteam (OST) (cyclus a 3weken).
- De teamfoto: jaarlijks om stand van zaken zelforganisatie en kwaliteit inzichtelijk te maken
- Maandelijks overleg tussen manager, kwaliteitsverpleegkundige en coach: voortgang zelforganisatie en kwaliteit van zorg (team- en organisatieniveau).
- Kwaliteitoverleg 4 x per jaar: kwaliteitsverpleegkundigen met aandachtsgebied, huisarts en apotheker.
- Elke 2 maanden overleg met de behandelaren van de woongroepen, bestuurder, manager intramurale zorg, bestuurssecretaris en kwaliteitsfunctionaris m.b.t. de rol als medisch behandelaar van SWZP.
- MIC-commissie 4 x per jaar.
- Ondersteunend (team)dashboard Accordis wordt ingezet in 2021.
- Q-link wordt ingezet in 2021: een opvolgsysteem en documentbeheer.

#### 4. Interne audits

Het jaarplan interne audits 2020 is vanwege Covid-19 niet geheel opgevolgd. Voor 2021 is opnieuw een plan opgesteld en op intranet gepubliceerd. In 2019 is de veiligheidsronde geactualiseerd en de RIE uitgevoerd.

Actiepunten zijn opgenomen in de digitale registratie, waarin opvolging gemonitord kan worden.

De interne audits zijn in 2020, ook digitaal, uitgevoerd op de aandachtsgebieden Medicatieveiligheid, Hygiëne- en infectiepreventie (Corona- audit op teamniveau verstuurd door HIP-commissie en afname door eigen kwaliteitsverpleegkundige per team), ECD en vrijheidsbeperking. De auditoren waren de kwaliteitsverpleegkundigen van het betreffende aandachtsgebied.

De HIP-commissie heeft een voorstel gedaan aan het MT om een 0-meting te laten uitvoeren m.b.t. hygiëne- en infectiepreventie in 2020 door een externe partij. Deze is goedgekeurd, echter voor 2021. De resultaten van de metingen tijdens interne audits zijn gepasseerd in MT, en na goedkeuring gepresenteerd in het Kwaliteitplatform van Kwaliteitsverpleegkundigen en door hen besproken in de teamleerbijeenkomsten, inclusief de te nemen vervolgacties- en evaluaties. Ook zijn deze bevindingen besproken in het kwaliteitsoverleg, waarbij naast de kwaliteitsverpleegkundigen ook de (huis)artsen en apotheker aanwezig zijn.

#### 5. Externe audits

De resultaten van externe audits, zoals PreZo, audit Roze Loper en audit HbH WMO zijn besproken in MT, OR, CR en Raad van Toezicht en in diverse Zeepkisten (medewerkersbijeenkomsten). De resultaten zijn geanalyseerd binnen het Kwaliteitplatform met de kwaliteitsverpleegkundigen en door hen met de teams o.b.v. de coaches en in de kwaliteitscommissie. De resultaten zijn gepubliceerd op intranet, verbeterpunten zijn opgenomen in de verbetermonitor.

#### PREZO -audit door Perspekt

In Q1 van 2020 heeft er een aangekondigde PREZO-eindaudit plaatsgevonden binnen SWZP op alle locaties, dagbesteding en de thuiszorg. Het Gouden PREZO keurmerk wordt voor alle drie de locaties gecontinueerd.

Aandachtspunten:

- \* dashboard behoeft wederom aandacht ter ondersteuning aan de teams, SWZP- breed;
- \* evaluatiedatum VBM's verlopen (Rapportage team DTG);
- \* het opvolgen van risico's komt nog niet expliciet naar voren (Rapportage RH/HE);
- \* hoe om te gaan met zelfzorgmedicatie (Rapportage RH/HE);
- \* multidisciplinaire samenwerking mondzorg niet geheel bekend (Rapportage RH/HE).

#### Audit Hulp bij huishouding (HbH) WMO

In augustus heeft de audit HbH WMO plaatsgevonden vanuit de Gemeente. De aanbieder draagt zorg voor kwalitatieve HbH maar ter bevordering van de kwaliteit van SWZP zijn verbetermaatregelen nodig:

aandacht voor ondersteuningsplannen: SMART formuleren van doelen en aandacht voor evaluaties (minimaal 1x per jaar); en aandacht voor scholing medewerkers m.b.t. signaleren/ meldcode.

#### Audit Roze Loper

De audit op dit keurmerk voor aandacht voor antidiscriminatie en gelijke rechten van alle mensen is voortgezet in 2020. Er heeft in oktober plaats gevonden via Teams. Er zijn open gesprekken gevoerd met zowel de medewerkers als de bewoners. De eerste opvolgaudit wordt positief afgerond met één aandachtspunt: diversiteit en tolerantie meerdere malen per jaar agenderen binnen de teamleerbijeenkomsten.



## Aandachtsgebieden aan de hand van het kwaliteitskader in 2020

Binnen het Kwaliteitsplatform is er door alle aandachtsgebieden en werkgroepen een jaarplan gemaakt, m.b.t. de resultaatsgebieden vanuit het Kwaliteitskader en VWS- rapport "Thuis in het verpleeghuis". In Q3 2020 is er een start gemaakt m.b.t. het opleidingsplan 2021 ter voorbereiding op de begroting. De kwaliteitsverpleegkundigen zullen structureel een rol blijven spelen in kennis- en deskundigheidsbevordering vanuit hun aandachtsgebied. Kennis wordt verspreid via o.a. het Kwaliteitsplatform, waarna elke kwaliteitsverpleegkundige deze informatie weer verspreid binnen zijn/ haar team. Ook de structurele themabijeenkomsten per kwartaal spelen hierbij een belangrijke rol, waarbij ook externe partijen, zoals (huis)arts, apotheker, behandelaren etc. betrokken kunnen worden.

### Werkgroep mondzorg

Klinische les door MondzorgPlus heeft plaats gevonden in Q4 2020 via Teams, evenals een evaluatie omtrent de samenwerking tussen SWZP en MondzorgPlus. Deze verloopt naar volle tevredenheid. Ook in Covid-tijd is er continue afstemming geweest om Mondzorg indien nodig, gewoon voortgang te laten hebben.

### Aandachtsgebied Medicatieveiligheid

De richtlijn medicatiereview is geïmplementeerd SWZP-breed + vragenlijst geïntegreerd in ONS In 2020 zijn de mogelijkheden m.b.t. een digitaal medicatie toedien lijst systeem en digitaal voorschrijfsysteem onderzocht door het aandachtsgebied i.s.m. behandelaren en apotheker. Er is intussen een keuze gemaakt. (i.s.m.de regio) Implementatie Q2 2021. Doel: verminderen medicatiefouten. De Interne audits medicatieveiligheid Medicatieveiligheid-cie. is in Q3 aangesloten bij de Cliëntenraad (CR).

### Aandachtsgebied Hygiëne- en infectiepreventie (HIP)

Protocollen t.a.v. Covid-19 opgesteld i.s.m. specialist ouderengeneeskunde (SOG) en crisisteam De noodboxen voor gebruik bij een uitbraak van een infectieziekte is uitgebreid met Covid-19 boxen binnen alle locaties van de SWZP. Op de inhoud en compleetheid worden structurele checks uitgevoerd. Zorgpersoneel wordt bijgeschoold d.m.v. Train- de trainer Covid-19. Het juist gebruik van pbm's door de HIP-commissie o.l.v. leercoach Sigra aan kwaliteitsverpleegkundigen/ teams. Vraag- maar- raak sessies via beeldbellen. Het monitoren van de voorraad pbm's over de gehele SWZP- organisatie vindt structureel plaats. Leveringen vinden plaats door de GHOR. Helaas geen ruimte gehad voor verdere aandacht/ ontwikkeling m.b.t AB-resistentie SWZP breed i.s.m. behandelaren n.a.v. bijeenkomsten hierover in 2019. Onderzoek naar disposable po-systeem en pilot vindt plaats in 2021. Extra ondersteuning door drie verpleegkundigen, naast twee kwaliteitsverpleegkundigen, in de HIP-cie vanaf Q1 2020. HIP-commissie is in Q3 2020 aangesloten bij de CR.

### Aandachtsgebied Onbegrepen gedrag

Scholing "Seksualiteit en intimiteit in het verpleeghuis" is uitgesteld vanwege COVID-19 naar febr. 2021. De psychodiagnostisch medewerker is in 2020 gaan deelnemen aan het "Vraag-maar-raak" team gedurende COVID-19 ter ondersteuning van individuele (zorg)medewerkers, maar ook ter signalering van problematiek bij cliënten vanuit werkvloer. Tijdelijk is ondersteuning van psychodiagnostisch medewerker in gang gezet bij onbegrepen gedrag binnen de interne zorg van SWZP i.v.m. COVID-19.

### Aandachtsgebied Wet Zorg & dwang (WZD)

Voortgang "Digitale" interne audit WZD: De WZD-module in ONS blijkt onvoldoende geïmplementeerd binnen SWZP. Daarnaast zijn randvoorwaarden onvoldoende op orde om evaluaties tijdig uit te voeren. Het dashboard Kwaliteit volgt Q1 2021. De maandelijkse papieren registratie door de teams is per 1 april hervat. Werkdagen SOG zijn gewijzigd, zodat MDO's en evaluaties daadwerkelijk ingepland kunnen worden. Training van alle verpleegkundigen in de rol van zorgverantwoordelijke via Webinar afgerond. Vervoltraining heeft in het najaar 2020 plaatsgevonden. Intervisie zorgverantwoordelijke vindt 4 x per jaar plaats ter ondersteuning van SOG/ psychodiagnostisch medewerker. De rol van WZD- functionaris is ingevuld door een onafhankelijke SOG vanuit Novicare. De rol van externe deskundige is ingevuld via ZZP SOG. De externe cliëntvertrouwenspersoon WZD via het Zorgkantoor is bekend. In Q4 is zijn de betrokkenen bij het aandachtsgebied WZD, samen met WZD-functionaris en extern cliëntvertrouwenspersoon aangesloten bij de CR.



In het verslagjaar heeft de evaluatie WZD met SOG en WZD- functionaris plaatsgevonden. Conclusie was dat blijvende aandacht nodig is voor bewustwording en inschakelen juiste discipline.

### **Aandachtsgebied Palliatieve zorg**

Organisatie brede scholing m.b.t. palliatieve zorg is gestart. De invulling is i.s.m. het Kwaliteitplatform en werkgroep ethiek opgepakt.

In het verslagjaar heeft een oriënterende presentatie plaatsgevonden door Finivita t.b.v. de werkgroep ethiek. De zorgmanager besteedt aandacht aan de onduidelijkheid m.b.t. aanvraag Prestatie 10 VV bij palliatief terminale zorg, beleidsstuk financiering is opgesteld en geïmplementeerd. Start gemaakt met aanpassing beleidsstuk i.s.m. aandachtsgebied en SOG.

### **Aandachtsgebied wondzorg/ decubitus**

De wondzorg en decubitusbehandeling behoeft aandacht. Het voorstel tot plan van aanpak is uitgeschreven. Scholing is uitgesteld vanwege COVID-19. Sollicitatieprocedure “wondverpleegkundige” is afgerond in Q2: wondverpleegkundige in opleiding is gestart met de opleiding.

### **Werkgroep ECD**

Inhoudelijke training ECD inclusief rapporteren voor de zorgmedewerkers is uitgesteld vanwege COVID-19 maar wordt in aangepaste vorm via teamleerbijeenkomst aangeboden. COVID-19 module ONS is geïmplementeerd. Interne audit ECD zal i.v.m. Covid-19 digitaal verlopen.

### **Werkgroep Voorkomen Ongeplande Ziekenhuisopnames**

Kosten Huisartsenpost (HAP) zijn afgenomen. Dit komt doordat er steeds meer aandacht is voor het tijdig inschakelen van de verpleegkundige bereikbaarheidsdienst. Deze groep is aangesloten bij werkgroep “Verpleeghuiszorg” in relatie tot scholing klinisch redeneren. Er heeft een gesprek plaatsgevonden met het Dijklander ziekenhuis omtrent het verbeteren van de samenwerking + implementatie Transmuraal Incidenten Melden (TIM), Dit krijgt structureel vervolg. De werkgroep is in Q3 van 2020 aangesloten bij de CR.

### **Werkgroep Inzet Fysiotherapie/ ergotherapie/ ergo coaches/ valpreventie**

- Vitaliteitsbeleid SWZP vigeert met ondersteuning van coach en werkgroep
- Nieuwsbrief vanuit ergocoaches is gestart in Q1 2020
- Projectplan “Bewegen” is opgezet: o.a. inzet van beweegagoog
- Organisatie brede aanpak m.b.t. hulpmiddelen, inclusief inkooptraject is van start gegaan
- Werven ergotherapeut t.b.v. het behandelteam SWZP

### **Kwaliteitsoverleg SWZP (huis)arts / apotheker**

Het kwaliteitsoverleg, i.s.m. (huis)arts en apotheker heeft 4x plaatsgevonden in 2020. Sinds Q1 2020 sluit de SOG ook structureel aan bij dit overleg. Onderstaande onderwerpen zijn aan bod gekomen. (Zie ook bij de aandachtsgebieden): Medicatieveiligheid, BOPZ inzet VBM, inzet psychofarmaca, onbegrepen gedrag, MIC-incident (trendanalyse + casuïstiek bespreking n.a.v. MIC- incident), Algemene stand van zaken Kwaliteit SWZP (o.b.v. kwartaalrapportage kwaliteit).

## **6. Lerend netwerk en regio overleg VVT-partners**

De kwaliteitsfunctionarissen van MPC en SWZP hebben gezamenlijk de training gevolgd van Presentie; “Leergang kwaliteit en verantwoording” in 2019. De diverse medewerkers binnen het MT van alle partijen weten elkaar redelijk te vinden. Informatie wordt gedeeld met elkaar en op efficiënte wijze wordt overleg gevoerd ter lering- en verbetering. Bestuurders in de regio hebben structureel overleg gevoerd met elkaar t.a.v. Covid-19. Managers van Zorgcirkel en MPC en Kwaliteit functionaris SWZP hebben samengewerkt in klankbordsessies t.a.v. het noodscenario t.a.v. Covid-19. Helaas is er verder weinig tijd geweest voor overleg in 2020 en heeft er geen uitwisseling van medewerkers plaatsgevonden vanwege Covid-19.

## **7. Cliënttevredenheid**

De meting door ZorgkaartNL heeft in Q1 van 2020 weer plaats gevonden d.m.v. telefonische interviews binnen de thuiszorg (o.b.v. de PREM uitvraag), inclusief de aanbevelingsvraag. Een zeer verdiende 8,1 op basis van 50

waarderingen! Complimenten aan onze teams! Flyers zijn verspreid binnen de locaties, zodat cliënten ook tussentijds geattendeerd kunnen worden op ZorgkaartNL:

- DR Q1: 8,3 (o.b.v. 3 waarderingen)
- DTG Q1: 10 (o.b.v. 1 waardering)
- HE Q1: 8,8 (o.b.v. 1 waardering)

De telefonische interviews door Zorgkaart Nederland voor intramuraal hebben in oktober 2020 plaatsgevonden.

- DR Q4: 7,8 (o.b.v. 12 waarderingen)
- DTG Q4: 8,2 (o.b.v. 20 waarderingen)
- HE Q4: 8,4 (o.b.v. 5 waarderingen)

Zorgaanbieder	Aantal waarderingen	Percentage aanbevolen
Stichting Wonen en Zorg Purmerend, locatie De Rusthoeve	12	75%
Stichting Wonen en Zorg Purmerend, locatie De Tien Gemeenten	20	95%
Stichting Wonen en Zorg Purmerend, locatie Heel Europa	5	100%

De uitvraag van de cliënttevredenheid is in 2019 structureel opgenomen in de richtlijn "Evaluatie van Zorg" a.d.h.v. een NPS-profiel vragenlijst in ONS. De NPS wordt dus structureel uitgevraagd, vooraf aan het MDO. Deze uitkomst dient als bespreek informatie in de teams: Vieren van complimenten & Verbeteracties inzetten n.a.v. opmerkingen.

### Kwaliteitsdashboard

De randvoorwaarden zijn op orde binnen ONS wat betreft de kwaliteitsonderwerpen. Helaas is e.e.a. nog niet gereed voor implementatie. Wel wordt het dashboard voor de analyse van de MIC-meldingen op organisatieniveau gebruikt. (Naast ECD = Nedap ONS).

### Het intranet en documentbeheer

Het intranet en module documentbeheer worden vernieuwd. Het ziet er naar uit dat dit in het eerste kwartaal van 2021 gereed zal zijn.

### Innovatie

Innovatie is voor 2021 opnieuw opgenomen in kwaliteitsplan 2021. Het gaat hierbij om domotica een initiatief mede gesteund vanuit de SIGRA.

### Werken aan Kwaliteitsverbetering thuiszorg in 2020

Vervolgstappen zijn ondernomen m.b.t. start VPT-team. Tevens is begonnen met het uitwisselen van personeel onder thuiszorgteams adhv basisrooster. Teamrolhouders personeel ondersteunen elkaar. Er zijn geen gebroken diensten meer.

### Werken aan Kwaliteitsverbetering welzijn in 2019

Welzijnsactiviteiten zijn overeenkomstig overheidsbeleid afgeschaald door COVID-19. De registraties van de welzijnsactiviteiten in het elektronisch cliëntendossier ONS zijn blijvend op orde.

## 8. Kwaliteitsindicatoren basisveiligheid

### Decubituspreventie

In het verslagjaar zijn er binnen de groepswoningen geen cliënten en 3 cliënten binnen de interne zorg met een decubituswond categorie 2 of hoger. Peildatum december 2020. Van deze cliënten heeft er bij 3 cliënten als vervolg een casuïstiekbespreking plaats gevonden o.b.v. de beschreven items in de TeamLeerBijeenkomst: Waar is het huidletsel ontstaan? Wat is de locatie? Zagen we al risico's in de anamnese?; wat zijn de interventies? Binnen de SWZP is het aandachtsgebied wondzorg/ decubituszorg actief. In Q4 is er een wondverpleegkundige i.o. gestart.

## Advance Care Planning

Binnen de groepswoningen van de SWZP zijn bij 62 (van de 64) cliënten de reanimatie- en behandelwensen vastgelegd. Bij de interne zorg is dit bij alle cliënten het geval. (Peildatum december 2020). Binnen de interne zorg ondervinden de zorgmedewerkers soms nog problemen in de samenwerking met de verschillende, betrokken huisartsen om dit onderwerp volledig te kunnen borgen bij deze groep WLZ- cliënten zonder behandeling. Indien een cliënt géén afspraken wenst te maken m.b.t. behandelwensen (rondom bijv. ziekenhuisopname, starten/ stoppen met levensverlengende behandelingen, zoals antibiotica, bloedproducten en preventieve medicatie, wel/ geen ziekenhuisopname) moet dit ook vastgelegd worden in het dossier. Dit wordt steeds beter bij alle cliënten vastgelegd in het digitale dossier. De kwaliteitsverpleegkundigen monitoren en borgen dit onderwerp in hun teams. De beleidsafspraken m.b.t. expliciete wensen rondom het levenseinde moeten nog verdere aandacht krijgen binnen de interne zorg appartementen. Dit is in een aantal gevallen besproken en vastgelegd. (Bijvoorbeeld comfort beleid/ euthanasie).

## Medicatieveiligheid

Binnen alle teams is structurele aandacht voor het bespreken tijdens de teamleerbijeenkomsten van medicatie incidenten (MIC). Daarnaast is er structureel elk kwartaal aandacht voor de MIC-trendanalyse in de MIC-commissie, het Kwaliteitsplatform en de kwaliteitscommissie van SWZP. Dit geschiedt multidisciplinair i.s.m. het aandachtsgebied medicatieveiligheid, de kwaliteitsfunctionaris, de arts en apotheker; peildatum december 2020). Het aandachtsgebied medicatieveiligheid heeft actief ingezet op kennis- en deskundigheidsbevordering en beleidsontwikkeling binnen de SWZP en blijft dat doen.

## Medicatiereview

Bij alle cliënten met een ZZP inclusief behandeling (ZZP 5), is er structureel twee keer per jaar tijdens het MDO aandacht voor de medicatiereview (ook na inhuizing). De zorgmedewerker en arts zijn hier structureel bij aanwezig. De cliënt en/of mantelzorger indien mogelijk. Praktisch gezien is het niet haalbaar geweest om de apotheker hier structureel bij aanwezig te laten zijn. Echter wordt er sinds Q3 2020 structurele uitvraag gedaan m.b.v. de medicatiereview vragenlijst i.s.m. cliënt. (Implementatie via q-platform in de teamleerbijeenkomsten SWZP-breed) Deze wordt vooraf aan het MDO toegestuurd aan de apotheker. Terugkoppeling vindt plaats aan de huisarts, zodat er op deze wijze toch structureel, in multidisciplinaire samenstelling, aandacht is voor de medicatiereview.

## Rapportage op zorgdoelen Mondzorg/ Continëntie/ Eten & drinken

Rapportage op bovengenoemde zorgdoelen is onder de aandacht bij de kwaliteitsverpleegkundigen voor monitoring en borging.

## 9. Middelen en maatregelen rondom vrijheid (VBM)

### Terugdringen vrijheidsbeperking en werken aan vrijheidsbevordering

Binnen de SWZP is er structureel aandacht voor het verder terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen door structurele evaluatie met de behandelend artsen, SOG en psychodiagnostisch medewerker binnen de groepswoningen en met de (huis)arts binnen de interne zorg, in overleg met de zorgmedewerker en de cliënt en/of diens mantelzorger. Ook is er structureel aandacht voor casuïstiekbesprekingen (en evaluatie) tijdens de teamleerbijeenkomsten. Daarnaast wordt er gebruik gemaakt van de alternatievenbundel. De kwaliteitsverpleegkundige bewaakt de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen in de teams en de te volgen procedure bij noodzakelijke inzet.

In 2019 is de richtlijn m.b.t. de WZD opgesteld met hierin opgenomen een omschrijving van alle taakverantwoordelijkheden (i.s.m. aandachtsgebied, psycholoog en SOG) en is de inrichting van de WZD-module in het ONS gefaciliteerd. In Q4 2019 heeft er een basisscholing omtrent de WZD plaats gevonden aan alle zorgmedewerkers intramuraal- en thuiszorg, welzijn en cliëntenraad. In 2020 heeft in het voorjaar- en najaar de training voor "Zorgverantwoordelijke" plaats gevonden voor alle verpleegkundigen.

Inzet vrijheidsbeperkende maatregelen bij BOPZ (Peildatum 31 december 2020)											
	HE				DR			DTG			
Groepswoning	55	56	57	58	13	14	15	23	29	51	Totaal
Inzet psychofarmaca (Gedragsbeïnvloeding)	2		1			1	1			1	6
Detectie	3	1	3	1	3	3	1	2		2	19
Fixatie											0
Bedhek											0
Matras naast bed											0
Voordeur op slot eigen appartement								1			1
Rolstoel op de rem											0
Blad rolstoel											0
Kantelbare rolstoel											0
Anders								1		1	2
Totaal aantal maatregelen groepswoning	5	1	4	1	3	4	2	4	0	4	
Totaal aantal bewoners voor wie maatregelen ingezet worden	3	1	3	1	3	3	1	3	0	3	
Totaal aantal bewoners per groepswoning	6	6	6	6	6	6	6	6	8	8	

Totaal aantal geregistreerde maatregelen appartementen, niet – BOPZ		
	DTG	RH
Medicatie		
Detectie	0	1
Fixatie		
Bedhek		
Matras naast bed		
Voordeur op slot		
Rolstoel op de rem		
Blad rolstoel		
Kantelbare rolstoel		
Aangepaste rolstoel		
Totaal aantal maatregelen per locatie/zorgappartementen	0	1
Totaal aantal bewoners voor wie maatregelen ingezet worden	0	1

In Q4 werden gemiddeld 28 maatregelen ingezet binnen de groepswoningen van SWZP. In Q3 2020 (peildatum juli 2020) waren dit ook 28 maatregelen. Bewustwording omtrent dit onderwerp wordt steeds beter zichtbaar in de teams (d.m.v. scholing en ondersteunen teams d.m.v. o.a. casuïstiekbespreking in teamleerbijeenkomsten) In 2019 is een start gemaakt met de implementatie van de WZD.

De SOG is binnen groepswonen sinds verantwoordelijk voor de WZD. Hij stemt structureel af met de kwaliteitsverpleegkundige van het betreffende team en evaluaties worden ingepland. Steeds beter wordt het (multidisciplinaire) gesprek gevoerd met elkaar en wordt er gezocht naar alternatieven. Werkdagen zijn beter op elkaar afgestemd nu, waardoor dit beter verloopt. Kwaliteitsverpleegkundigen van de groepswoningen, psychodiagnostisch medewerker, SOG, contactpersoon en uiteindelijk ook overige behandelaren signaleren en houden elkaar hier scherp op de WZD. Borging van de evaluaties vindt plaats aan de hand van de kwaliteitsmonitor.

Er is zichtbaar meer aandacht gekomen voor de procedure binnen de zorgappartementen In relatie tot onvrijwillige zorg/ eigen verzoek, bespreekbaar maken met cliënt door arts, verslaglegging in zorgplan óf in

VBM- module door de arts. Het blijkt echter blijkt dat in sommige gevallen de zorgzwaarte zodanig hoog is, dat consultering van SOG hierin gewenst is. (Dit krijgt aandacht in het projectplan versterken van Verpleeghuiszorg). Door de inzet van de SOG, is de structurele samenwerking met het multidisciplinaire behandelteam sterk verbeterd. Enerzijds zien we snellere signalering van probleemgedrag waar effectief medicatie voor gegeven wordt op basis van de expertise van de SOG. Anderzijds zien we teams die het structureel moeilijk hebben en zelf nog niet alle vaardigheden en tools in huis hebben om aan de slag te gaan met moeilijk onbegrepen gedrag (de heftige casuïstieken) waarin er uitgeweken moet worden naar medicatie omdat teams nog niet altijd bekwaam zijn.

Er is structureel veel meer aandacht voor multidisciplinaire samenwerking van arts en psychodiagnostisch medewerker en de noodzaak tot minder inzet van psychofarmaca/VBM. Er wordt ook beter gekeken naar persoonsgerichte zorg, de inzet van “zo nodig inzet van psychofarmaca” en het gebruik van “alternatieven”, alvorens direct psychofarmaca voor te schrijven. Structurele aandacht blijft van belang, ook voor de multidisciplinaire besluitvorming, inzet van alternatieven en de evaluaties van VBM. Ook is er meer bewustwording binnen de teams n.a.v. de scholingen. Evaluatie hierop blijft noodzakelijk.

## 10. Melding Incident Cliënt (MIC)

### MIC- commissie en trendanalyses.

Deze commissie, bestaande uit teamtaakhouders MIC en kwaliteitsverpleegkundigen, komt 4 x per jaar bij elkaar voor intervisie, casuïstiekbespreking en het bespreken van trend- analyses, ter lering- en verbetering op team, locatie- en organisatieniveau. Kwantitatieve gegevens worden op deze manier steeds meer omgezet in kwalitatieve gegevens d.m.v. hoofd- en sub-oorzaken. D.m.v. het zichtbaar maken van deze analyse kunnen we het gesprek met elkaar aangaan op alle niveaus en verbetering inzetten ter verdere preventie van incidenten, maar krijgen we ook de verhalen zichtbaar achter de getallen! Daar waar kwaliteit van zorg over behoort te gaan!

Hier zijn de volgende randvoorwaarden voor nodig:

- een eenvoudig te hanteren MIC- formulier in ONS;
- dashboard, zodat handmatig ophalen van gegevens uit ONS niet meer nodig is: Q1 2021 gereed;
- scholing Prisma Light aan MIC- commissie leden;
- scholing Prisma Plus wordt uitgesteld naar maart 2021 (i.v.m. Covid-19) met als uiteindelijk doel de formatie van een prismateam binnen SWZP.

Er is nu structureel in alle teamleerbijeenkomsten aandacht voor de MIC-incidenten en analyse op cliënt- én teamniveau. De teamtaakhouder is hiermee belast o.b.v. de coaches. Er wordt geëvalueerd of de ingezette acties hebben geleid tot het gewenste resultaat. (Volgens PDCA-cyclus). Ook is er structureel aandacht voor de MIC via de kwaliteitsmonitor, wat maakt dat deze nu consequent opgevolgd en afgehandeld worden. In het Kwaliteitsoverleg met de aandachtsgebieden, (huis)arts en apotheker komen de uitkomsten en mogelijke vervolgacties vanuit prisma-analyses/ trendanalyses op organisatieniveau aan bod. Vervolgacties hieruit voortkomend worden in MT, Kwaliteitsplatform en MIC-commissie besproken en opgenomen in de verbetermonitoren (MT en Kwaliteitsplatform).

Aanleiding melding	Q1	Q2	Q3	Q4	2020	2019	Vershil
<b>MIC medicatie</b>							
DR intramuraal	35(18x GW)	46 (26 x GW)	3723 x GW)	4631 x GW)	<b>164</b>	96	+68
DR dagbesteding	0	0	0	0	<b>0</b>	1	-1
DR thuiszorg	18	32	21	30	<b>101</b>	88	+13
DTG i.m.	41 (9x GW)	83 (13 x GW)	104 (16x GW)	86 (26 x GW)	<b>314</b>	181	+133
DTG dagbesteding	0	0	0	0	<b>0</b>	0	0
DTG thuiszorg	71	30	26	15	<b>142</b>	203	-61
HE i.m.	10	10	1	9	<b>30</b>	25	+5
HE thuiszorg	11	16	38	19	<b>84</b>	49	+35
Welzijn extern	0	0	0	0	<b>0</b>	1	-1
Locatie niet ingevuld	-10	-3	0	0	<b>x</b>	15	-15
<b>Totaal med. incident</b>	<b>186</b>	<b>217</b>	<b>227</b>	<b>205</b>	<b>835</b>	<b>657</b>	<b>+178</b>
<b>MIC vallen</b>	<b>Q1</b>	<b>Q2</b>	<b>Q3</b>	<b>Q4</b>	<b>2020</b>	<b>2019</b>	<b>Vershil</b>
DR intramuraal	55 (24x GW)	32 (18 x GW)	38(20 x GW)	75(72 x GW)	<b>200</b>	147	+53

DR thuiszorg	21	7	10	23	61	65	-4
DR dagbesteding	1	0	0	3	4	0	+4
DTG intramuraal	97 (30 x GW)	70 (13 x GW)	72(20x GW)	60( 29 x GW)	299	324	-25
DTG thuiszorg	29	29	29	22	109	97	+12
DTG dagbesteding	0	0	0	0	0	2	-2
HE intramuraal	12	18	7	32	69	52	+17
HE thuiszorg	5	0	3	3	11	23	-12
HH WMO RH+DTG	18	0	0	5	23	4	+19
Welzijn extern	0	0	1	0	1	2	-1
Locatie niet ingevuld	-9	0	-2	0	x	40	-40
<b>Totaal valincidenten</b>	<b>238</b>	<b>156</b>	<b>157</b>	<b>223</b>	<b>774</b>	<b>753</b>	<b>+21</b>
<b>MIC overige (Q3)</b>	<b>Q1</b>	<b>Q2</b>	<b>Q3</b>	<b>Q4</b>	<b>2020</b>	<b>2019</b>	<b>Verschil</b>
DR Intramuraal	6	9x (3xGW)	10	11(5xGW)	36	30	+6
DR thuiszorg	4	5	2	15	26	3	+23
DR dagbesteding	0	0	0	0	0	1	-1
DTG Intramuraal	14	11 (4xGW)	28	26 (19 x GW)	79	60	+19
DTG thuiszorg	8	0	2	0	10	13	-3
DTG welzijn intern	0	0	0	0	0	8	-8
HE intramuraal	2	2	1	2	7	18	-11
HE thuiszorg	1	2	1	3	7	15	-8
Welzijn extern	2	1	2	0	5	5	0
Locatie niet ingevuld	0	0	0	0		2	-2
<b>Totaal overige</b>	<b>37</b>	<b>47</b>	<b>46</b>	<b>57</b>	<b>187</b>	<b>176</b>	<b>+11</b>
<b>MIC agressie</b>	<b>Q1</b>	<b>Q2</b>	<b>Q3</b>	<b>Q4</b>	<b>2020</b>	<b>2019</b>	<b>Verschil</b>
DR intramuraal	-	9 x GW	4 (3x GW)	1 x GW	14	x	X
DR thuiszorg	-	0	1	0	1	x	X
DTG intramuraal	-	11 (9 x GW)	19 (16 x GW)	15 (13x GW)	45	x	X
DTG thuiszorg	-	0	0	0	0	x	X
HE Intramuraal	-	8	9	18	35 x	x	X
HE thuiszorg	-	0	0	0	0	x	X
<b>Totaal overig agressie</b>		<b>28</b>	<b>33</b>	<b>34</b>	<b>95</b>	<b>x</b>	<b>X</b>
<b>Totaal MIC</b>	<b>461</b>	<b>431</b>	<b>464</b>	<b>524</b>	<b>1880</b>	<b>1586</b>	<b>+294</b>
<b>IGJ-melding</b>	Geen						

## 11. Analyse MIC 2020 - Ingezette verbeteractiesop organisatieniveau a.d.h.v. basisoorzaken

### Medicatie- incidenten

#### Basisoorzaak Menselijke oorzaak:

Onoplettendheid  
Zorgvuldigheid  
Ervaren werkdruk

#### Cliëntsysteem:

Psychische conditie:  
Fysieke conditie:  
Therapietrouw:

#### Organisatorische oorzaak

Verantwoordelijkheden/bevoegdheden  
Communicatie schriftelijk/mondeling

### Ingezette acties in 2020

- Aandacht voor Medicatie distributieprotocol op individueel, team- en organisatieniveau blijft van belang! Werkafspraken maken in Teamleerbijeenkomsten ,o.a. m.b.t. een NIET-STOREN!-signaal tijdens medicatie uitdelen.
- Aandachtsgebied medicatieveiligheid doet onderzoek naar een digitaal toedienlijststelsel: december 2020 is een keuze gemaakt i.s.m. arts en apotheker en de regio: implementatie in Q2 2021.
- Meerdere keren incident door zelfde persoon wordt besproken en acties uitgezet.
- Incidenten waarbij arts/apotheker betrokken is geweest, is direct terugkoppeling geweest en acties uitgezet.
- Geeltjesmeting: in alle teams gedaan zoals besproken in MIC-commissie
- Aandacht en aanspreken op niet-aftekenen/ niet gegeven medicatie blijft van belang in teamleerbijeenkomst
- Beoordeling Eigen beheer van Medicatie (BEM) in thuiszorg eerder opnieuw onder de loep nemen en aanpassen bij achteruitgang cognitie.

### Val-incidenten

#### Basisoorzaak Oorzaakcliënt cliëntstelsel

Fysieke conditie

Psychische conditie

#### Technische oorzaak:

(Verkeerd gebruik) hulpmiddelen

#### Organisatorische oorzaak

#### Ingezette acties:

- kennis- en deskundigheidsbevordering door ergo coaches m.b.t. inzet en instructie juiste hulpmiddelen
- ergo coaches gaan hiermee verder aan de slag i.s.m. de ergotherapeut 4 x per jaar
- implementatie transferprotocol
- aandacht contractafsluiting hulpmiddelen
- continue aandacht voor multidisciplinaire aanpak: consultering arts/FT/ET/diëtiste
- pilot binnen team Centrum in relatie tot SNAQ-score en scholing omtrent ondervoeding
- beweegplan SWZP breed
- blijvend aandacht voor geaccepteerd valrisico nadat alle acties (zonder resultaat) multidisciplinair zijn besproken
- inzet domotica

Het aantal MIC-meldingen SWZP breed bedroeg in 2020: 1880. Dat is een toename van 294 MIC- meldingen t.o.v. 2019. Er is een veilige, open en laagdrempelige meldcultuur, waardoor er structureel aandacht is voor het melden van incidenten in de teams. Men spreekt elkaar hierop aan met als duidelijk doel zicht te krijgen op situaties waarvan geleerd kan worden en daarmee de kwaliteit van zorg te verbeteren. Verbetering van de kwaliteit van zorg zit vaak niet in grote thema's maar in een optelsom van kleine interventies.

Structurele monitoring op verbetering door de kwaliteitsfunctionaris i.o.m. het MT is hierbij aan de orde. De MIC, inclusief trendanalyses per kwartaal, is een vast agendapunt van de teamleerbijeenkomsten en ook tijdens de cliëntbesprekingen komt dit onderwerp terug. Er is in vrijwel alle teams sprake van een veilige meldcultuur, zo blijkt vanuit de MIC-analyse op teamniveau per kwartaal. De MIC-commissie, waaraan per team een teamrolhouder MIC deelneemt, komt elk kwartaal bij elkaar, waarbij ook de trendanalyse op organisatieniveau wordt besproken. Hierbij komen ook basisoorzaken m.b.t. de MIC- incidenten aan bod.

Analysen is eenvoudiger i.v.m. in gebruik name van het vernieuwde MIC-formulier. Daarnaast hebben alle MIC-teamrolhouders in 2020 een Prisma Light training gevolgd en zal er in 2021 een Prismateam opgeleid worden. Leren- en verbeteren op cliënt, team, locatie- en organisatieniveau is hierbij aan de orde. Er wordt ruimte geboden en genomen aan/ door de teams om binnen een open- en veilige meldcultuur, structureel tijd te besteden aan het analyseren van incidenten met als doel de kwaliteit van zorg aan onze cliënten te verbeteren.



## 12. Melding Incident Medewerker (MIM)

Q1 = 8 MIM – meldingen; Q2 = 31 MIM – meldingen; Q3 = 16 MIM – meldingen; Q4 = 13 MIM – meldingen: totaal 2020 = 68 MIM- meldingen.

De personeelsfunctionaris monitort de MIM -meldingen structureel in het jaaroverzicht. De managers nemen contact op met de betreffende medewerker en vullen dit Excel- overzicht met de maatregelen/acties m.b.t. opvolging. De meldingen zijn vrijwel altijd gerelateerd aan agressie: verbaal en fysiek. Er is nazorg geleverd aan alle betreffende medewerkers. De manager heeft contact opgenomen met de medewerker. De zorgvraag en het gedrag is per cliënt besproken in de teamleerbijeenkomst. Afspraken en omgangsadviezen zijn gemaakt in samenwerking met de psycholoog en zo nodig met de betreffende behandelaren. Het lijkt erop dat deze acties voor een daling zorgen in relatie tot het aantal MIM- meldingen.

### Meldpunt ouderenmishandeling

De verantwoordelijke voor opvang van meldingen over vermoeden van ouderenmishandeling is de geestelijk verzorger van de SWZP. In 2020 is er 1 x maal een verzoek binnengekomen om meedenken en advies bij een vermoeden van oudermishandeling. Het stappenplan is in zijn geheel doorlopen. Hierbij werd vooral meege gedacht en een luisterend geboden, tot tevredenheid van de betrokkenen. Er werd geen officiële melding van oudermishandeling gedaan, omdat de conclusie was dat er geen sprake was van ouderenmishandeling.

### Externe vertrouwenspersoon

In 2020 heeft de externe vertrouwenspersoon In 2020 zes meldingen ontvangen. De meldingen zijn als volgt te categoriseren:

- twee meldingen door medewerkers die last hadden van pesten/ onheuse bejegening door collega's. In een van de twee situaties heeft de melder het gedrag besproken met de veroorzaker en is het vervolgens gestopt. De andere situatie is gestopt omdat de medewerker elders is gaan werken.

- vier overige meldingen zijn gedaan door bewoners/ mantelzorgers en gingen over de zorg, of over facilitaire zaken. De melders zijn doorverwezen naar de leiding van SWZP om hun problemen te bespreken.

De vertrouwenspersoon heeft in 2020 haar deskundigheid op peil gehouden door het bijwonen van intervisiebijeenkomsten die drie keer per jaar worden gehouden. Ook is een training op het gebied van het verwerken van emotionele gebeurtenissen gevolgd en een coaching opleiding, gericht op het beter hanteren van stresssituaties, waaronder ook het omgaan met spanning veroorzaakt door onprettige omgangsvormen. Eind 2020 heeft de externe vertrouwenspersoon het congres van de Landelijke Vereniging voor Vertrouwenspersonen over "pesten op het werk" bijgewoond ende masterclass over bias en exclusiviteit van de landelijke Vereniging voor Vertrouwenspersonen gevolgd.

## 13. Klachtenoverzicht 2020

Aantal klachten	Verzorging				Maaltijden				Huishouding Huisvesting				Overige klachten			
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
De Rusthoeve			1		1		1			1	1				1	
De Tien Gemeenten				2	1								1	3		
Heel Europa				1												
Thuiszorg				1								1				
Overig																

Gegevens periode = 01-01-2020 – 31-12-2020

### Toelichting

De bestuurssecretaris monitort het klachtenoverzicht m.b.t. opvolging en afhandeling. Elk MT-vergadering wordt dit overzicht besproken. Geen trends zichtbaar in Q1. Onafhankelijke klachten m.b.t. de maaltijden. In Q2 2 klachten omtrent onduidelijkheid betreffende het raambezoek. De manager heeft contact opgenomen met de beide families en beleid gedeeld/ besproken. In Q3 4 op zichzelf staande klachten (geen trends zichtbaar) In Q4 5 op zichzelf staande klachten (geen trends zichtbaar) Alle klachten zijn naar tevredenheid afgehandeld.

### Medewerkers Tevredenheid Onderzoek (MTO)

In 2020 is geen MTO uitgevoerd. In het najaar is wel een uitvraag bij de medewerkers gedaan voor de scan van

Waardigheid en Trots op locatie. De resultaten daarvan worden verwerkt in een ondersteuningsaanbod aan de SWZP-medewerkers.

#### **14. ARBO**

De ARBO-commissie is in 2020 beperkt bijeengeweesd vanwege corona. Het aantal MIM-meldingen is afgenomen t.o.v. vorig jaar. De meldingen die er zijn, hebben betrekking op agressie en onbegrepen gedrag. De aangeboden trainingen aan medewerkers en ondersteuning door de psycholoog hebben effect op het aantal meldingen.

De RIE kent een digitaal systeem, met verantwoordelijken per onderwerp. Deze is opgevolgd in de ARBO-commissie. Door middel van het uitvoeren van inspectierondes binnen de locaties wordt de RIE actueel gehouden. Voor elk team is een ergo coach beschikbaar. Inmiddels zijn de ergo coaches goed zichtbaar voor alle medewerkers. Elk kwartaal komen de ergo coaches bijeen onder voorzitterschap van de kwaliteitsverpleegkundige.

Er is een start gemaakt met Vitaliteitsbeleid. Eén van de coaches is ook vitaliteitscoach. De sportschool is, naast het fietsenplan, opgenomen in het meerkeuzesysteem. Daarnaast zijn er diverse activiteiten t.a.v. vitaliteit georganiseerd.

#### **BHV**

Alle zorgmedewerkers die avond- en/of nachtdienst werken zijn opgeleid tot Bhv'er, met aanvullend een Brand- en ontruimingsoefening. Deze groep is uitgebreid van medewerkers vanuit ondersteunende diensten, zodat er bezetting over de gehele week is. Daarnaast hebben zij de e-learning modules Brand, EHBO en Reanimeren gevolgd. Deze groep is dit jaar verder uitgebreid met medewerkers uit de ondersteunende functies.

#### **Informatieveiligheid en privacy**

Na de overstap naar een nieuwe ICT-leverancier RAM IT is de inrichting getoetst aan de gestelde wettelijke kaders. In 2020 is zowel door onze partner BMC als door onze accountant Verstegen de huidige stand van zaken omtrent informatiebeveiliging en privacy extern getoetst. Op basis van de bevindingen van BMC is een jaarplan informatiebeveiliging en privacy opgesteld. De speerpunten in het jaarplan informatiebeveiliging en privacy 2020 waren bewustwording, periodieke controles autorisaties en logging, vaststellen en toepassen camera- en domoticabeleid en toetsen ICT-inrichting aan de gestelde wettelijke kaders.

#### **15. Calamiteitendienst en crisisteam covid-19**

In 2020 werd regelmatig een beroep gedaan op de calamiteitendienst, die wordt uitgeoefend door het overgrote deel van het MT en de bestuurder. De meeste meldingen waren zorginhoudelijk en betroffen vragen rondom corona. In 2020 bestond het team uit de bestuurder, de zorgmanager intramuraal, de zorgmanager extramuraal, de controller, het hoofd P&O en de bestuurssecretaris die in een rooster de calamiteitendienst van zeven dagen uitvoeren. Op intranet wordt het rooster calamiteitendienst gepubliceerd, evenals de bijbehorende procedure en de instanties die bij eenvoudige storingen door de medewerkers zelf gebeld kunnen worden. Vanaf maart 2020 is minstens 2x per week een crisisteam gehouden om de corona maatregelen te managen, het crisisteam bestaat uit: de MT leden, specialist ouderengeneeskunde, psycholoog, hoofd algemene dienst en zo nodig een verpleegkundige van de HIP commissie of besmette afdeling. De communicatie verloopt via een nieuwsbrief aan medewerkers, berichten voor mantelzorg in ONS of Caren-zorgt, en op het internet van de SWZP. In het voorjaar van 2021 zal een evaluatie worden gehouden.

#### **16. Communicatie**

In 2020 zijn door de zelforganiserende teams vooral digitale bijeenkomsten voor cliënten, mantelzorgers en medewerkers georganiseerd. Deze waren gericht op het bieden van informatie over de ontwikkelingen in de zorg op landelijk niveau en de vertaling daarvan door SWZP naar de cliënten, mantelzorgers en medewerkers. Regelmatig houden de woongroepen informatieavonden voor de familieleden van de cliënten die zorg met behandeling ontvangen. Zij worden dan bijgepraat over de ontwikkelingen binnen de woongroep maar ook binnen de organisatie. Aan dit gesprek neemt, afhankelijk van de behoefte, ook de behandelaar deel. Covid heeft deze communicatie beperkt tot digitale bijeenkomsten.

#### **Caren Zorgt**

De applicatie van het ECD (ONS Nedap) biedt cliënten, bewoners, en als zij dat wensen ook hun mantelzorgers toegang hebben tot een deel van het ECD. Bovendien biedt deze applicatie de mogelijkheid om contact te

leggen met alle personen die inzage hebben in het dossier. Dit zorgt voor een aanzienlijke verbetering in de coördinatie van zorg en contact tussen cliënten en hun familie/mantelzorgers. Inmiddels wordt Caren Zorgt drie jaar gebruikt en zijn de ervaringen positief. In dit corona jaar is het gebruik van Caren zorgt als informatiemedium aan mantelzorgers zeer dienstbaar gebleken.

### **Zeepkistbijeenkomst**

In 2020 zijn in het voor- en najaar de traditionele zeepkistbijeenkomsten gehouden (digitaal vanwege Covid-19) waarin alle medewerkers uitgenodigd werden om met de MT leden van gedachten te wisselen over een aantal van tevoren bekendgemaakte onderwerpen. Medewerkers konden ook zelf hiervoor onderwerpen aandragen en vragen stellen.

### **Dialogtafel**

Dialogtafel

In 2020 is er ondanks de corona druk tweemaal een dialogtafel (ook digitaal) georganiseerd. Hierin worden de medewerkers gevraagd op geleide van ingebrachte onderwerpen na te denken over diverse ontwikkelingen binnen de ouderenzorg en de consequenties daarvan voor de zorg binnen de muren van de SWZP.

### **Spreekuur bestuurder**

Elke donderdagmiddag houdt de bestuurder spreekuur voor alle medewerkers om de ontwikkelingen binnen de SWZP toe te lichten, vragen te beantwoorden, en om op een vast moment beschikbaar te zijn voor medewerkers om hem te kunnen spreken.

### **Intranet**

In 2020 zijn stappen ondernomen om het huidige intranet te vervangen. Het huidige intranet is éénrichtingverkeer naar de medewerker toe. In het voorjaar van 2021 zal een overstap gemaakt worden naar het sociaal-intranet van Motivo.

### **Website SWZP**

De inhoud van de website wordt continu aangepast aan de huidige situatie SWZP en aan de taalkundige en communicatieve eisen die gesteld worden aan een dergelijke website.

### **Magazine Thuis, LinkedIn en Facebook**

Het tijdschrift voor alle bewoners, cliënten, mantelzorgers en andere geïnteresseerden komt 4 x per jaar uit. Deze social media worden verzorgd door externe partners op basis van content van de SWZP. De werving van medewerkers en vrijwilligers en de bekendheid van de SWZP worden hierdoor gestimuleerd. Er is een reclamebudget dat jaarlijks wordt ingevuld door het MT.

*Vaststellen SWZP MT 1 april 2021*