



Sint Annaklooster  
Thuis in welzijn

# Kwaliteitsbeeld 2024



Joyce Snelders  
Sint Annaklooster  
19-2-2025

Inhoud	
Inleiding.....	2
Afkortingenlijst.....	3
Hoofdstuk 1 Kwaliteit en veiligheid .....	4
1. Terugblik en vooruitkijken naar doelen.....	4
1.1 Eigenwaardering teams .....	4
1.2 Organisatie .....	5
1.2.1 Intramuraal.....	7
1.2.2 Semimuraal.....	8
2.2.3 Extramuraal .....	9
2.2.4 Rentree .....	9
Hoofdstuk 2 VIM-meldingen .....	11
2.1 MIC-meldingen: .....	11
2.2 Prisma Analyses .....	11
2.3 MIM-meldingen .....	12
Hoofdstuk 3 Cliënttevredenheid.....	12
3.1 Waardering Zorgkaart Nederland .....	12
3.2 Nazorglijsten .....	12
3.3 PREM wijkverpleging .....	13
3.4 Cliënttevredenheidsmeting Rentree .....	13
3.5 Klachten.....	13
Bijlage 1 Inzet zorgtechnologie.....	14

## Inleiding

*'Kwaliteit is van ons allemaal en iedereen draagt zijn steentje bij.'*

De zorg - en dienstverlening die wordt geboden moet voldoen aan de missie en visie van de organisatie, dus hartverwarmend en deskundig. De wijze waarop de zorg - en dienstverlening wordt geboden moet aan de volgende criteria voldoen: zorgzaam, snel, persoonlijk en verantwoord, ofwel doeltreffend, doelmatig, veilig en cliëntgericht. Het kwaliteitsmanagementsysteem zorgt dat kwaliteit van zorg - en dienstverlening binnen Sint Annaklooster op een structurele wijze plaatsvindt en dat kwaliteitsverbetering geïntegreerd is in alle processen.

Om kwaliteitszorg te realiseren is een cultuur nodig met voortdurende aandacht voor kwaliteitsverbetering, reflectie en ontwikkeling. Dat wordt binnen Sint Annaklooster continue gedaan door het creëren van kwaliteitsbewustzijn onder de medewerkers, vrijwilligers en stagiaires d.m.v. de plan-do-check-act bewustwording. Het kwaliteitsbeleid moet voldoen aan de kwaliteitskaders die van toepassing zijn op Sint Annaklooster t.a.v. hospice-, verpleeghuis-, forensische en thuiszorg.

In juli 2024 is voor de verpleeghuis- en thuiszorg het Generiek Kompas opgenomen in het register van het zorginstituut. Dit kompas vervangt de eerdere kwaliteitskaders verpleeghuis- en thuiszorg. Het generiek kompas gaat uit van wat ouderen zelf of samen met hun netwerk kunnen en hoe professionele zorg en ondersteuning hierbij de aansluiting kan vinden. Waar de kwaliteitskaders eerder normatief kaders gaven, geeft het Generiek Kompas een richting aan om de beweging in gang te zetten en houden. Sint Annaklooster kent de kernwaarden 'samen', 'betekenisvol' en 'vertrouwen'. Daarmee sluit de organisatie aan bij de waarden van het Generiek Kompas en behoeft het uit te dragen beleid binnen de organisatie soms slechts een kleine aanscherping.

In dit kwaliteitsbeeld geeft de organisatie weer op welke manier de teams werken aan kwaliteit, blikken we terug op kwaliteitsthema's in 2024 en kijken we vooruit naar doelstellingen voor 2025. Bij het opstellen van dit kwaliteitsbeeld bleek dat verschillende bouwstenen een overlap in thema's hebben. De bouwstenen 'het open gesprek', 'het bouwen van netwerken', 'het werk organiseren', 'leren en ontwikkelen' en 'inzicht in kwaliteit' komen doorlopend terug in de verschillende hoofdstukken van het kwaliteitsbeeld.

De informatie uit dit document wordt tevens gebruikt voor het opstellen van het jaardocument van Sint Annaklooster. Daarnaast worden de kwaliteitsgegevens gedeeld met het Zorginstituut Nederland met als doel andere partijen, zoals zorginkopers en cliëntenorganisaties, inzicht te geven in de kwaliteit van zorg binnen Sint Annaklooster.

## Afkortingenlijst

<b>Afkorting</b>	<b>Definitie</b>
<b>BHV</b>	Bedrijfshulpverlening
<b>BRMO</b>	Bijzonder resistente micro-organismen
<b>BSTED</b>	Bewust stoppen met eten en drinken
<b>CTO</b>	Cliënttevredenheidsonderzoek
<b>CVP</b>	Cliëntvertrouwenspersoon
<b>ECD</b>	Elektronisch cliëntdossier
<b>EVV</b>	Eerstverantwoordelijk verzorgende/verpleegkundige
<b>FARE</b>	Forensisch Ambulante Risico Evaluatie
<b>GGD</b>	Gemeentelijke gezondheidsdiensten
<b>GHOR</b>	Geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio
<b>HACCP</b>	Hazard Analysis and Critical Control Points
<b>Hbh</b>	Hulp bij huishouden
<b>IFZO</b>	Indicatie voor forensische zorg
<b>KNIP-LZ</b>	Kwaliteitsnetwerk infectiepreventie in de langdurige zorg
<b>MDO</b>	Multidisciplinair overleg
<b>MIC</b>	Melding Incidenten Cliënten
<b>MIM</b>	Melding Incidenten Medewerkers
<b>Mpt</b>	Modulair pakket thuis
<b>NPS</b>	Net promoter score
<b>PG</b>	Psychogeriatric
<b>PREM</b>	Patiënt Reported Experience Measure
<b>VIM-meldingen</b>	Veilig Incidenten Melden
<b>Vpt</b>	Volledig pakket thuis
<b>VVT</b>	Verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg
<b>WLZ</b>	Wet Langdurige Zorg
<b>Wmo</b>	Wet maatschappelijke ondersteuning
<b>Wzd</b>	Wet zorg en dwang
<b>Zkh</b>	Ziekenhuis

## Hoofdstuk 1 Kwaliteit en veiligheid

Binnen Sint Annaklooster heeft elke afdeling een dashboard kwaliteit. In dit dashboard worden alle ontwikkelpunten rondom de zorgprocessen opgenomen. Elk team stelt zelf vast welke acties zij inzetten om de ontwikkelpunten te verbeteren. De verpleegkundig aanvoerder bewaakt het dashboard en de voortgang van de actiepunten. De verpleegkundig aanvoerder draagt zorg voor tijdige evaluatie binnen het eigen team. De kwaliteitsfunctionaris coördineert de doelstellingen van de organisatie binnen de teams door halfjaarlijks een verdiepend gesprek over de kwaliteitsthema's te voeren met de verpleegkundig aanvoerder. Dit gesprek levert de verpleegkundig aanvoerder handvatten op om eventueel teamdoelen en acties op- en/of bij te stellen. Daarnaast levert het dashboardgesprek de kwaliteitsfunctionaris een beeld op betreffende de verschillende thema's binnen de organisatie. Deze informatie wordt meegenomen in de verschillende commissies, zoals wzd, hygiëne en infectiepreventie, MIC, en het managementteam als onderdeel van de plan-do-check-act cyclus.

### 1. Terugblik en vooruitkijken naar doelen

#### 1.1 Eigenwaardering teams

Team	Eerste helft 2024	Tweede helft 2024	Opmerkingen:
<i>Intramuraal</i>			
<i>Antonius De Wielewaal/De Waterkant</i>	7.0	7.0	<i>Twee warme teams die samen de weg naar verbetering zoeken. De teams hebben het afgelopen jaar hard gewerkt om een goede basis in afspraken en structuur te vinden. Kwaliteitsverbeteringen op het gebied van palliatieve zorg en WZD zijn in gang gezet.</i>
<i>Antonius De Linge</i>	8.0	8.0	<i>Het team heeft de teamsplitsing goed doorstaan. De intramurale zorg heeft vorm gekregen binnen het team. Het team gaat het komende half jaar aan de slag met de onderwerpen onbegrepen gedrag en proactieve zorgplanning.</i>
<i>Eikenburg</i>	7+	7+	<i>Het team vordert in onderlinge samenwerking en communicatie. De terugkomst, na tijdelijke afwezigheid, van de verpleegkundig aanvoerder zorgt voor meer structuur en waardering bij de medewerkers. Eén van de speerpunten het komende half jaar is hygiëne en infectiepreventie.</i>
<i>Zomereik</i>	8.5	6.5*	<i>Een betrokken team dat klaarstaat voor elkaar, hun cliënten de diens naasten. Aandachtspunten voor het komende half jaar zijn MIC en rapporteren.</i>
<i>Semimuraal</i>			
<i>De Regenboog</i>	-	8.0	<i>Het team levert kwalitatief goede en warme zorg aan gasten, en heeft oog voor hun naasten en omgeving. Men is gemotiveerd nieuwe dingen (m.b.t. de gasten) te leren en nieuwe situaties aan te pakken. Hierin neemt men elkaar mee. Collega's voelen zich verantwoordelijk en nemen initiatief. Methodisch werken in het ECD is een speerpunt voor het aankomende half jaar.</i>
<i>In Via</i>	8.0	8.0	<i>Een positief team dat veel inzet laat zien voor elkaar en hun gasten. Tegelijkertijd een redelijk nieuw team, wat nog de verbindingen met elkaar zoekt. In deze ontwikkeling en verbinding met elkaar neemt het team de kwaliteitsthema's mee het komende half jaar.</i>
<i>Valkenhaeghe</i>	9.0	8.5	<i>Het team biedt dagelijks hartverwarmende zorg aan hun cliënten. Het team heeft oog voor de gasten en hun naasten, en zullen niet nooit voorbijlopen aan hun behoeften. Aandachtspunten voor het komende half jaar zijn BHV en medicatie.</i>
<i>Extramuraal</i>			

VV Acht	-	8.0	Een positief en collegiaal team dat wijkgericht denkt. Het team heeft een goede start gemaakt na de splitsing en er is een goede basis. Het komende half jaar wil het team zich verder ontwikkelen in de thema's palliatieve zorg en medicatie.
VV Eindhoven/Geldrop	6.5	5.5	Een hardwerkend team dat het gevoel heeft te moeten overleven om de cliëntenzorg rond te krijgen. Het teamhoofd heeft acties uitgezet om de basis binnen het team op orde te brengen. Naast de basis binnen het team willen zij in 2025 aan de slag met de kwaliteitsthema's medicatie en methodisch werken.
VV Gestel/Strijp	7.0	7.0	Een team dat aandacht heeft voor de cliënt. De cliënt geeft aan zich gehoord en gezien te voelen. Binnen het team is er ruimte voor ontwikkeling in professionele communicatie. De aandacht van het team gaat in 2025 uit naar de thema's palliatieve zorg en medicatie.
VV Helmond	8.0	8.0	Een hecht en collegiaal team. Bieden van palliatieve- en terminale zorg is een van de sterke kanten van het team. Samenwerkingspartners weten hen hierin goed te vinden. Het team gaat zich de komende maanden verder ontwikkelen op het gebied van ergonomisch werken. Ook richt het team zich op het inwerken van nieuwe medewerkers in EVV taken.
VV Woensel	-	6.5	Een team dat altijd klaar staat voor hun cliënten. Hierbij blijft aandacht voor elkaars persoonlijke grenzen belangrijk. Het team gaat aan de slag met de thema's ergonomisch (en verantwoord) werken en medicatie.
VV Welzijn in de wijk	7.0	7.0	Het aantal cliënten voor begeleiding is aanzienlijk gestegen in 2024. Cliënten en samenwerkingspartners weten het team te vinden. Daarnaast is in oktober 2024 het team gestart met het bieden van wlz vpt zorg bij één cliënt. Ontwikkelpunt voor het team ligt binnen het methodisch werken en willen zij de vpt zorg uitbreiden.
Rentree	7.5	8.0	Er heerst een goede sfeer in het team. Momenteel is de werkdruk hoog door langdurige uitval van collega's. Het team hoopt binnenkort nieuwe collega's te verwelkomen. Met hun persoonlijke aandacht voor de cliënt, maakt het team een groot verschil voor hun cliënten.

\* Er heeft een wissel plaatsgevonden van de persoon in de rol van verpleegkundig aanvoerder op locatie De Zomereik. De andere kijk tussen de verschillende personen veroorzaakt het verschil in cijfer.

## 1.2 Organisatie

Sint Annaklooster biedt verschillende vormen van zorg. Om beter zicht te hebben op de kwaliteitsprocessen in de verschillende entiteiten binnen de organisatie, is er verdieping hierop in opvolgende paragrafen.

Wat we hebben bereikt in 2024:

- ✓ Huiselijk geweld: Binnen de organisatie is een aandachtsfunctionaris voor meldcode huiselijk geweld gepositioneerd. Met deze kennis binnen de organisatie kan de medewerker laagdrempeliger advies en ondersteuning inschakelen van een deskundige. Om de kennis rondom huiselijk geweld en kindermishandeling te vergroten is een jaarlijks verplichte e-learning in het leerportaal voor medewerkers in de directe zorg opgenomen.
- ✓ Positieve gezondheid: Binnen de somatische, semi- en extramurale afdelingen zijn medewerkers getraind in het toepassen van positieve gezondheid. Dit zorgt ervoor dat niet de ziekte, maar een betekenisvol leven centraal gesteld wordt bij onze cliënten. Acties voortkomend uit dit project zijn door de ambassadeurs geïmplementeerd in de start- en evaluatiegesprekken met de cliënt en eventueel diens naasten.
- ✓ Hygiëne en infectiepreventie: In 2024 is de organisatie een samenwerkingsverband aangegaan met Rezisto in het kader van project KNIP-LZ. Er is een externe audit uitgevoerd. Deze audit richt zich, anders dan de audit van de GGD, met name op beleid en organisatie van dit thema. De organisatie is erg tevreden met de uitkomst van deze audit. Ontwikkelpunten zijn het inrichten van een proces rondom uitvraag BRMO bij opname en

scholing van (nieuwe) medewerkers. Alle uitkomsten worden meegenomen in een actieplan en doorlopend in 2025 opgevolgd. De uitkomsten zijn gedeeld in een lerend netwerk met andere zorgorganisaties in Noord Brabant.

- ✓ **Technologie:** De gemiddelde inzet van zorgtechnologie is toegenomen in 2024. Inzetten van zorgtechnologie bevordert het welzijn van de cliënt en de kwaliteit van zorg voor de medewerker. Compaan beeldbellen is nieuw binnen het aanbod van zorgtechnologie binnen de organisatie. Een overzicht van de inzet van zorgtechnologie binnen de organisatie staat in bijlage 1.
- ✓ **Methodisch werken:** In november 2024 heeft er een interne ECD audit plaats gevonden.

Steekproefsgewijs zijn binnen alle teams cliëntdossiers gecheckt. De aandachtspunten per team zijn gedeeld de verpleegkundig aanvoerder. De gemiddelde score is 70%, waar 90% het doel is. Dossiervoering rondom WZD stappenplannen is de belangrijkste reden voor het naar beneden halen van de scores op Eikenburg, Antonius De Wielewaal en Antonius De Waterkant. Dossiervoering rondom WZD is slechts in 25% van de steekproef binnen de afspraken. Dit komt overeen met de uitkomsten in de interne WZD audit. De ontwikkelpunten voor sommige extramurale teams zijn door de verpleegkundig aanvoerders zelf gesignaleerd. Zij hebben hier acties voor uitgezet en inmiddels zijn de cliëntdossiers op orde.

Resultaten op teamniveau	
Team	Score
Antonius De Linge	93%
Eikenburg	77%
In Via	89%
De Regenboog	83%
Valkenhaege	90%
Antonius De Waterkant	77%
Antonius De Wielewaal	65%
De Zomereik	90%
Rentree	75%
VV Acht	90%
VV Eindhoven/Geldrop	82%
VV Eindhoven overige	60%
VV Gestel/Strijp	57%
VV Helmond	71%
VV Welzijn in de wijk	50%
VV Woensel	80%
<b>Eindtotaal</b>	<b>77%</b>

#### Wat we willen bereiken in 2025:

- ✓ **Project Sociale benadering:** De organisatie maakt een start met de implementatie van een 'sociale benadering' binnen alle entiteiten, waardoor er nog meer aandacht komt voor het welzijn van onze cliënten. Een stuurgroep is inmiddels samengesteld en opgestart.
- ✓ **CTO:** Binnen de kaders van het Generiek Kompas wordt de cliënttevredenheid anders vorm gegeven. In 2025 wordt de werkwijze aangepast in overleg met management en de cliëntenraad, en toegepast.
- ✓ **Medicatie:** Verder digitaliseren van randzaken rondom medicatie, zoals voorraadregistratie en opiatenregistratie.
- ✓ **Palliatieve zorg:** Om beter te kunnen aansluiten bij de behoeften van de palliatief terminale cliënt gebruiken we een cassettepomp. Op deze manier kan de organisatie tevens voldoen aan regionale samenwerkingsafspraken binnen het Palliatief Netwerk Zuid Oost Brabant. Vanuit elk team wordt ten minste één medewerker getraind door de leverancier. Middels een train-de-trainer principe scholen deze medewerkers de rest van hun team, waarbij elke medewerker door middel van intercollegiale toetsing de handeling moet kunnen laten zien. Hierna wordt de handeling opgenomen in de tweejaarlijkse toetsingen door een examinator.
- ✓ **Geestelijke zorg:** Verdere ontwikkeling van de inzet van geestelijke zorg met oog op de veranderingen die de overgang van het medisch model naar het welzijnsmodel met zich meebrengen en aandacht voor diversiteit.
- ✓ **Wet zorg en dwang:** In 2025 wordt het WZD beleid herzien naar aanleiding van bestuurlijke afspraken. Het beleid wordt praktischer voor de medewerker, waardoor de administratieve last verminderd wordt.
- ✓ **Technologie:** In 2025 onderzoeken we welke zorgprocessen ondersteund kunnen worden met AI, zodat administratieve lasten verder verminderd kunnen worden. Begin 2025 wordt gestart met rapporteren met behulp van AI.
- ✓ **Crisismanagementbeheersing:** Om de continuïteit van zorg te kunnen waarborgen wordt het beleid rondom crisismanagementbeheersing aangescherpt. Hiervoor werken we samen met de GHOR in onze regio.

## 1.2.1 Intramuraal

Binnen de entiteit intramuraal vallen de psychogeriatrische afdelingen De Zomereik, Eikenburg en Antonius PG. Antonius PG bestaat uit teams De Wielewaal en De Waterkant. Daarnaast is er een somatische afdeling. Dit is Antonius De Linge. Team De Linge is ontstaan na een splitsing in juni 2024 vanuit teams aanleunwoningen blok 1 en aanleunwoningen blok 2.

De kwaliteitsindicatoren basisveiligheid verpleeghuiszorg zijn nagevraagd in het dashboard kwaliteit. In onderstaande tabel worden kort de bijzonderheden per item indicator en per team weergegeven.

Indicator	Eikenburg		Antonius PG		Antonius Linge		WLZ Thuis		Zomereik	
	Eerste helft 2024	Tweede helft 2024	Eerste helft 2024	Tweede helft 2024	Eerste helft 2024*	Tweede helft 2024	Eerste helft 2024	Tweede helft 2024	Eerste helft 2024	Tweede helft 2024
Cliënten	23	24	20	20	-	15	44	46	11	11
Evaluatie	100%	100%	70%	100%	-	100%	46%	96%	100%	100%
Medicatiereview	100%	100%	30%	30%	-	100%	100%	100%	100%	100%
Psych. farmaca	22%	16%	10%	35% **	-	7%	2%	1%	27%	27%
Antibiotica	4%	0%	5%	0%	-	14%	2%	5%	0%	0%
Decubitus	4%	0%	0%	0%	-	21%	5%	1%	0%	0%
Ongeplande zkh opname	0	0	0	0	-	2	12	7	0	0
Voeding	100%	100%	100%	95%	-	90%	68%	78%	100%	100%
Mondzorg	100%	100%	80%	100%	-	90%	52%	72%	100%	100%
Proactieve Zorgplanning	100%	100%	100%	100%	-	100%	41%	70%	100%	100%
WZD	3	1	0	0	-	0	0	0	1	0

Bron: Dashboard Kwaliteit en Veiligheid

\*Team Antonius De Linge is opgericht per 17-06-2024. De resultaten van de eerste helft 2024 zijn meegenomen in de tabel voor WLZ Thuis.

\*\* Het gebruik van psychofarmaca op afdeling Antonius PG is in de tweede helft van 2024 toegenomen ten opzichte van de eerste helft 2024. Dit heeft te maken met een tijdelijke toename van complexe gedragsproblematiek op de afdeling. Ten opzichte van 2023 is het gemiddelde gebruik van psychofarmaca afgenomen met ongeveer 15%.

NB: Er zijn geen gegevens verstrekt over WLZ zorg aan Desan in 2024. De gevraagde gegevens bieden onvoldoende inzicht in de kwaliteit van zorg en ondersteuning. Daarnaast kost het veel tijd om deze aan te leveren. Regionaal is er vanuit de zorgaanbieders een brief gestuurd naar Zorginstituut Nederland om hierover het gesprek aan te gaan met elkaar.

### Wat we hebben bereikt in 2024:

- ✓ **Hygiëne:** Binnen het samenwerkingsverband met de GGD Brabant ZuidOost is er in augustus 2024 een audit hygiëne- en infectiepreventie uitgevoerd bij woonzorgcentrum Antonius De Wielewaal en De Waterkant. De uitkomsten van deze audit zijn opgevolgd in een actieplan. Vanuit de commissie hygiëne en infectiepreventie is een jaarverslag gemaakt. De doelen voor 2025 zijn vastgelegd in het jaarplan voor de commissie.
- ✓ **Methodisch werken:** De zorgleefplannen zijn omgezet naar een intramurale variant, waarbij gebruik wordt gemaakt van vier domeinen. Op deze manier kunnen de locaties beter aansluiten bij de cliënt en diens persoonlijke behoeften. De score bij de ECD audit eind 2024 betreft de onderwerpen methodisch werken in het zorgplan zijn 92% en 94%, de norm is 90%.
- ✓ **Onbegrepen gedrag:** Eén medewerker op locatie Eikenburg volgt een opleiding Brein omgeving coach. Dit krijgt vorm op de locatie, waarbij het train-de-trainer principe wordt toegepast. Medewerkers kunnen beter inspelen op onbegrepen gedrag, doordat er laagdrempelig een coach aanwezig is op de locatie. De interventies rondom onbegrepen gedrag kunnen hierdoor beter worden geborgd.
- ✓ **Triage:** Binnen project Triage verpleeghuiszorg hebben medewerkers van de intramurale locaties scholing en handvatten gekregen om hun vaardigheden in triage verder te ontwikkelen. Hierdoor kan er nog beter ingespeeld worden op dat de cliënt de zorg door de juiste professional op het juiste moment krijgt. Het project is opgestart in een samenwerkingsverband binnen het VVT-platform Spoedzorg.
- ✓ **Muziekgeluk:** In april 2024 hebben medewerkers en vrijwilligers een training muziekgeluk ontvangen. In de tweede helft van 2024 is dit geïmplementeerd op de PG locaties. Het inzetten van persoonlijke muziek op de juiste momenten verbetert de sociale interactie tussen de cliënt met dementie en diens naaste/vrijwilliger/medewerker. Ook zorgt de muziek voor activering of juist rust voor de cliënt.



- ✓ Medicatie: Binnen de teams De Wielewaal en De Waterkant heeft een interne medicatie audit plaatsgevonden. De uitkomsten van deze audit zijn opgevolgd in een actieplan en loopt.
- ✓ Wet zorg en dwang: Er heeft een interne WZD audit plaatsgevonden. De uitkomsten van deze audit zijn opgevolgd in een actieplan en loopt.
- ✓ Proactieve zorgplanning: In 2023 zijn er twee ambassadeurs proactieve zorgplanning opgeleid. Zij hebben de intramurale teams in 2024 geschoold over dit onderwerp. De medewerkers hebben handvatten gekregen om in gesprek te kunnen gaan over dit onderwerp. Proactieve zorgplanning draagt bij aan verbeteren van kwaliteit van zorg in de palliatieve fase.

#### *Wat we willen bereiken in 2025:*

- ✓ Methodisch werken: MDO op indicatie sluit aan bij de timing en de behoefte van de cliënt. Door een MDO op indicatie te plannen wordt de zorg efficiënter en optimaal georganiseerd voor de cliënt en de medewerkers. Deze stap gaan we voorbereiden in samenwerking met het managementteam, cliëntenraad en de behandeldienst Novicare.
- ✓ Mondzorg: Voor de mondzorg van onze cliënten (PG) is er een samenwerkingsverband met Noviacura. De mondzorgbehandeling wordt verbeterd door cliënten zo veel als mogelijk in hun eigen appartement te behandelen. De behandeling in een vertrouwde omgeving past beter bij de behoefte van onze cliënten.
- ✓ Kwaliteitsmanagementsysteem: In samenwerking met Joriszorg ontwikkelen we een vorm van peer-to-peer review om WLZ zorg onafhankelijk te toetsen.

### 1.2.2 Semimuraal

Hospice De Regenboog, Logeerhuis en hospice In Via, Hospice en logeerhuis Valkenhaeghe vallen onder de semimurale entiteit van de organisatie.

#### *Wat we hebben bereikt in 2024:*

- ✓ Medicatie: In mei 2024 heeft er een interne audit medicatieveiligheid plaatsgevonden op locatie Valkenhaeghe. De uitkomsten zijn meegenomen in een actieplan en inmiddels uitgevoerd of nog lopend. Ontwikkelpunten vanuit de audit liggen bij opiatenregistratie en voorraadbeheer.
- ✓ Methodisch werken: Op locatie In Via is de evaluatie voor logeergasten aangescherpt. Er vindt wekelijks een evaluatie in een vast format plaats. Dit bevordert de samenspraak en samenwerking tussen de cliënt, mantelzorger en zorgprofessional. Deze werkwijze wordt uitgerold naar locatie Valkenhaeghe.
- ✓ BSTED: Er is een visie ontwikkeld rondom 'Bewust stoppen met eten en drinken' en 'Stoppen met aanbieden van eten en drinken' naar aanleiding van een afstudeerproject bij een van onze verpleegkundeleerlingen. Ook is er een werkwijze met handvatten voor onze medewerkers geïmplementeerd, zodat zij beter kunnen aansluiten bij de behoefte van de cliënt.
- ✓ Deskundigheidsmix: Binnen de semimurale locaties is de deskundigheidsmix gewijzigd. Op alle locaties werken inmiddels verzorgenden IG, (hospice) verpleegkundigen en zorgvrijwilligers binnen het verzorgend team. Er is een tweede verpleegkundig specialist opgeleid en een arts is toegevoegd aan het team in loondienst. Door de verschillende kwaliteiten van elke deskundigheid wordt de kwaliteit van zorg naar een hoger niveau getild.

#### *Wat we willen bereiken in 2025:*

- ✓ Methodisch werken: Onderzoek doen naar het kunnen vereenvoudigen van zorgplannen voor onze hospicecliënten. Door een verminderde administratielast rondom zorgplannen, passend bij de financiering vanuit elv-ptz, kunnen zorgplannen efficiënter worden. Dit komt ten goede aan de tijd en aandacht voor de cliënt.
- ✓ Palliatieve zorg: Verbeteren van kennis in palliatieve zorg en palliatief redeneren binnen de teams door recent gestarte collega's de opleiding palliatieve zorg aan te bieden.
- ✓ WZD: Er is een toename van opnames van cliënten, welke mogelijk onder de wet zorg en dwang vallen. Het opfrissen van deze kennis is gewenst.

- ✓ Keurmerk: In juni 2025 verloopt ons keurmerk Prezo Hospicezorg. In mei 2025 doorlopen we een traject om dit keurmerk te mogen continueren.

### 2.2.3 Extramuraal

Sint Annaklooster biedt verschillende vormen van extramuraal zorg. De vijf teams verzorging en verpleging leveren zorg in Eindhoven, Geldrop en Helmond. Team welzijn in de wijk biedt persoonlijke begeleiding. In Eindhoven, Geldrop en Helmond zijn verschillende teams hulp bij huishouden actief.

Rentree biedt ambulante begeleiding aan mensen bij terugkeer in de maatschappij. Rentree heeft een aparte paragraaf in het kwaliteitsbeeld, zodat de organisatie meer zicht heeft op de kwaliteitsprocessen van Rentree.

#### *Wat we hebben bereikt in 2024:*

- ✓ Community building: In kerkdorp Acht is een start gemaakt met community building. Dit doen we in samenwerking met organisaties in de regio, aangesloten bij VVT platform. Vanuit deze samenwerking ontwikkelen we 'bouwstenen' met interventies, waarbij we leren van en met elkaar.
- ✓ Compaan: Beeldzorg is in de wijk geïmplementeerd. Dit zorgt ervoor dat er beter ingespeeld kan worden op de behoefte van de cliënt. Er kunnen meer cliënten geholpen worden door de inzet van Compaan, aangezien de medewerker minder tot geen reistijd heeft in een virtuele route. Met deze implementatie maken we een slag in het duurzaam inzetten van onze medewerkers.
- ✓ Hbh: In april 2024 is er door bureau De Wit een externe HACCP audit gedaan. Deze audit heeft plaatsgevonden op alle zorglocaties binnen de organisatie. De uitkomsten zijn opgenomen in een actieplan en uitgevoerd door het teamhoofd Hbh.
- ✓ Zelfredzaamheid: Om de zelfredzaamheid van cliënten te bevorderen, werken we vanuit de visie reablement. Deze visie passen we toe vanuit de werkwijze 'Langer Actief Thuis'. Een ergotherapeut gaat op intake bij elke cliënt, welke zorg gaat ontvangen van een wijkteam en helpt de cliënt zo zelfstandig en zelfredzaam mogelijk thuis te laten wonen. Met het vergroten van de zelfredzaamheid is de gemiddelde zorgbehoefte per cliënt verminderd, waardoor ruimte gecreëerd wordt voor nieuwe cliënten. Om het project te borgen is er een ergotherapeut opgenomen binnen de deskundigheidsmix van de organisatie. In het kader van zelfredzaamheid en eigen kracht van de cliënt bevorderen is ook ingezet op 'Schijf van vijf' en 'Positieve gezondheid'. Teamambassadeurs zijn hierin geschoold en trainen hun teams hierin.
- ✓ Wijkspreekuur: Binnen project krAcht is er een spreekuur opgestart in locatie Antonius. Tevens is er in samenwerking met huisartsenpraktijk Stroomz locatie Orion in Woensel een spreekuur gestart. Buurtbewoners kunnen hier terecht met vragen over bijvoorbeeld zorg en ondersteuning.

#### *Wat we willen bereiken in 2025:*

- ✓ Keurmerk: Het Prezo Care keurmerk voor de thuiszorgteams, hulp bij huishouden en Rentree is verlopen. In maart en april 2025 doorlopen we opnieuw het traject om het keurmerk te behalen.
- ✓ Kwaliteitsmanagementsysteem: Doorontwikkelen van de dashboard kwaliteit voor HbH.
- ✓ HbH: Aanscherpen van beleid rondom zorgbeëindiging.
- ✓ Community building: Verder vormen van community building in kerkdorp Acht en op landgoed Eikenburg/Stratum. Het doel is een zorgzame buurt waar buurtbewoners naar elkaar omkijken. Door sociale cohesie kunnen buurtbewoners elkaar ondersteunen en helpen. Hiermee kunnen zij 'kleine zorgtaken' ook onderling opvangen en kunnen buurtbewoners langer thuis blijven wonen.
- ✓ Medicatie: Onderzoek doen naar mogelijkheden voor een beter dekkende dubbelcheck en deze implementeren.

### 2.2.4 Rentree

Rentree biedt ambulante begeleiding aan mensen bij een terugkeer in de samenleving. Het aanbod van Rentree bestaat uit woonruimte, dagbesteding, ambulante (forensische) begeleiding, financiële ondersteuning en het versterken van een sociaal netwerk.

## Cijfers

	2023	Totaal 2024
Aangemeld	-	52, 2 op de wachtlijst en 9 cliënten in de screeningsfase.
Afgewezen	-	12
Overige redenen traject niet gestart	-	9
Instroom	Totaal: 22 IFZO: 16 WMO: 6 Huidige trajecten: -	Totaal: 58 IFZO: 39 WMO: 19 Huidige trajecten: 47
Uitstroom	Totaal: 22 Negatieve uitstroom: 13 Positieve uitstroom: 8 Omzetten IFZO naar WMO traject: 1	Totaal: 25 Negatieve uitstroom: 9 Positieve uitstroom: 5 Omzetten IFZO naar WMO traject: 9 Omzetten van WMO naar IFZO traject: 2

NB: Het afwijzen van een aanmelding of het niet starten van een traject ligt in diverse oorzaken, zoals het niet voldoen aan de randvoorwaarden, opnieuw in detentie treden, het onttrekken van financiën of overlijden. Ook kan een aanmelding worden ingetrokken, wanneer een andere partij de zorg eerder kan bieden.

### Wat we hebben bereikt in 2024:

- ✓ Kwaliteitsmanagementsysteem: Door en voor Rentree is er een eigen dashboard kwaliteit ontwikkeld. De dashboard is ontwikkeld aan de hand van indicatoren, welke zijn vastgesteld in het kwaliteitskader Forensische zorg. Op deze manier krijgt de organisatie meer inzicht in de kwaliteitsprocessen van Rentree.
- ✓ Organisatiestructuur: De (her)introdactie van een teamhoofd biedt het team meer steun, duidelijkheid en waardering. Het team heeft een lopend intervisietraject met als doel het team te verbinden op verschillende thema's.
- ✓ Samenwerkingspartners: De organisatie is in 2024 aangesloten bij het Regionaal Forensisch Netwerk en bij brancheorganisatie Valente. Het doel van deze samenwerking is het bundelen van kennis en het verbeteren van de kwaliteit van forensische zorg in de regio.
- ✓ Veiligheid en persoonsgerichte zorg: Het meetinstrument voor risicotaxatie is geëvalueerd. Er is een nieuw meetinstrument FARE geïntroduceerd.
- ✓ Deskundigheidsbevordering: Het team heeft een scholing agressie gevolgd. Dit brengt het team meer veiligheid voor henzelf en handvatten in de-escalatie tijdens cliëntenzorg.
- ✓ Uitstroom: In 2024 zijn er meer cliënten uitgestroomd dan in 2023. Het aandeel negatieve uitstromen is gedaald van 56% in 2023 naar 36% in 2024. Dit is te wijten aan het aanscherpen van de aanmeldcriteria.

### Wat we willen bereiken in 2025:

- ✓ Keurmerk: Het Prezo Care keurmerk voor de thuiszorgteams, hulp bij huishouden en Rentree is verlopen. In maart en april 2025 doorlopen we het traject om het keurmerk opnieuw te behalen.
- ✓ Cliënttevredenheid: Het team van Rentree organiseert zelf hun CTO. In 2025 wordt de vragenlijst praktischer en gebruiksvriendelijker voor de cliënt, zodat er mogelijk een hogere respons is.
- ✓ Kwaliteitsmanagementsysteem: Evalueren en aanscherpen van in 2024 opgestelde dashboard kwaliteit voor Rentree.
- ✓ Veiligheid en persoonsgerichte zorg: Afronden implementatie erkend meetinstrument voor risico taxatie. In 2024 is meetinstrument FARE geïntroduceerd. Dit vergt nog opvolging in 2025.
- ✓ Methodisch werken: Inrichten van structuur in evaluatiemomenten.
- ✓ Samenwerkingspartners: De organisatie start een pilot in samenwerking met het regieteam van de gemeente Eindhoven. Tijdens de pilot wijst het regieteam van de gemeente Eindhoven cliënten toe, welke nog in detentie zitten of net uit detentie zijn en hulp nodig hebben op één of meerdere leefgebieden. Deze cliënten worden door Rentree begeleidt naar passende zorg.
- ✓ Samenwerkingspartners: Rentree biedt begeleiding aan cliënten die vanuit de jeugdwet komen en klaar zijn om de stap naar zelfstandig begeleid wonen te zetten middels een DOOR! traject. Dit komt voort uit een samenwerking met Combinatie Jeugdzorg.

## Hoofdstuk 2 VIM-meldingen

Het Veilig Incident Melden bestaat uit incidentenmeldingen t.a.v. cliënten (MIC) en bij ernstige incidenten de prisma analyses en medewerkers (MIM).

Het doel van het melden van (bijna) incidenten en gevaarlijke situaties is het voorkomen van deze situaties in de toekomst en adequaat handelen na een incident. Niet het melden van incidenten, maar het analyseren, leren en verbeteren staat hierbij centraal. Incidenten leiden op cliëntniveau tot aanpassingen in het zorgplan, op teamniveau tot verbetermaatregelen en op organisatieniveau tot aanpassingen van beleid.

### 2.1 MIC-meldingen:

Categorie	2022	2023	Q1 2024	Q2 2024	Q3 2024	Q4 2024	Totaal 2024
Valincidenten	578	566	122	94	108	130	454
Medicatie	489	582	127	115	111	142	495
Onbegrepen / Grensoverschrijdend gedrag	177	154	24	45	44	14	127
Gevaarlijke / Organisatorische situaties / Overige	182	176	39	33	43	41	156

Bron: MIC-meldingen uit ONS

Maandelijks ontvangen de aandachtsvelders MIC vanuit team kwaliteit een overzicht van de meldingen, zodat zij deze kunnen bespreken in het eigen teamoverleg en kunnen bijsturen. Opvallende meldingen en afwijkende aantallen worden door team kwaliteit met het betreffende team besproken, zodat er op verschillende manieren aandacht is voor de opvolging van verbeteringen. Verbeteracties die voortkomen uit de teambesprekingen worden verwerkt in het dashboard kwaliteit.

Elk kwartaal heeft de MIC-commissie overleg en wordt de kwartaalrapportage besproken. Ten aanzien van onbegrepen en grensoverschrijdend gedrag is er vanaf Q2 meer aandacht gekomen voor de inzet van meerzorg op de PG afdelingen. Hierdoor is er meer ruimte voor persoonlijke aandacht en begeleiding van een cliënt. Eén medewerker van locatie Eikenburg volgt de opleiding Brein Omgeving Coach. Met de inzet van een coach in het team kunnen interventies bij complexe gedragsproblematiek beter geborgd worden. Het team van Rentree heeft een scholing agressie gevolgd, waardoor zij meer handvatten hebben om de-escalerend te kunnen werken. Daarnaast is er binnen elk team een aandachtsvelder 'onbegrepen gedrag' aangesteld. Deze volgt in 2025 een training 'Onbegrepen gedrag' en deelt de kennis binnen het eigen team. Ten aanzien van medicatie incidenten lopen er enkele ontwikkelingen om randzaken bij medicatie verder te optimaliseren en digitaliseren, zoals bijvoorbeeld opiatenregistratie en voorraadbeheer. Dit loopt door in 2025.

Een doel voor de MIC commissie is het gebruiksvriendelijker maken van het huidige MIC formulier, zodat het melden door de medewerker minder als een administratieve last wordt ervaren.

De gevaarlijke en organisatorische meldingen zijn o.a. terug te voeren op:

- Vergeten van zorgmomenten of interventies.
- Meldingen, die niet cliënt gebonden zijn. Deze meldingen zijn medewerker gericht en vallen onder een MIM-melding.
- Fouten in vrijheidsbeperkende maatregelen, zoals het bedhek omhoog zetten.
- Problemen in domotica, zoals het functioneren van alarmering.

Ten aanzien van domotica zijn er verbeteringen in de faciliteiten aangebracht op verschillende locaties. Daarnaast is de noodzaak voor het gebruik van domotica onder de aandacht gebracht bij de teams, en is er een richtlijn geschreven voor de inzet hiervan.

### 2.2 Prisma Analyses

In februari 2024 zijn er extra medewerkers geschoold in de werkwijze van 'Prisma'. Zij zijn nu toegevoegd aan het Prisma-team.

In 2024 is er van zeven incidenten een prima analyse gemaakt. Bij zes van de incidenten betrof het een valincident. Eén casus betrof een opeenstapeling van meerdere incidenten, waarbij een domoticamelding niet werd opgevolgd. Geen van de incidenten dient als calamiteit bij de inspectie

voor gezondheidszorg en jeugd gemeld te worden. De ontwikkelpunten uit de analyses zijn opgenomen in de dashboard kwaliteit van desbetreffende teams.

## 2.3 MIM-meldingen

Oorzaak	2023	Eerste helft 2024	Tweede helft 2024
Agressie	49	22	20
Intimidatie	16	8	7
Arbeidsongeval	4	6	2
Gevaarlijke situatie	2	1	0
<b>Totaal:</b>	<b>71</b>	<b>37</b>	<b>29</b>

Bron: MIM-meldingen team HR.

In 2024 is het dubbele aantal arbeidsongevallen gemeld in vergelijking tot het jaar 2023. Uit de rapportage is op te halen dat vier meldingen over één client gaan van locatie Antonius De Linge. De meldingen zijn gedaan als gevolg van fysieke klachten bij medewerkers, omdat de zorgwaarte te hoog was. De zorgwaarte kon niet met passende hulpmiddelen worden opgelost. De cliënt is hierop overgeplaatst naar een organisatie waar passende zorg geboden kan worden. De meldingen rondom agressie hangen vaak samen met een MIC melding in geval van agressie bij de cliënt. In de MIC commissie zijn hier acties op uitgezet.

## Hoofdstuk 3 Cliënttevredenheid

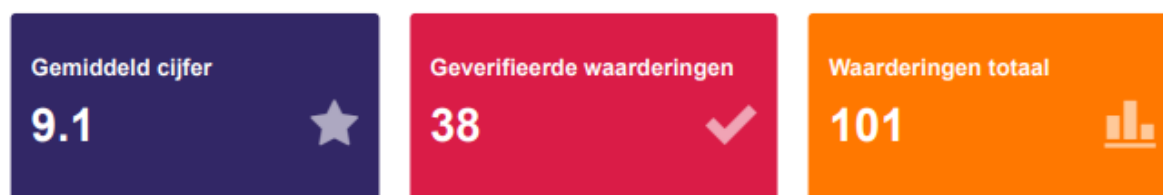
De organisatie vindt het belangrijk om te weten wie de cliënt is en wat zij belangrijk vinden. Op individueel niveau vinden er intake/opname- en evaluatiegesprekken plaats om in samenspraak de zorgbehoefte af te stemmen. Cliënttevredenheidsonderzoeken worden uitgevoerd om de tevredenheid van onze cliënten te bepalen. Onze cliëntenpopulatie heeft hierin de mogelijkheid om aan te geven wat zij belangrijk vinden. De uitkomsten van de onderzoeken worden omgezet in acties om de tevredenheid te kunnen blijven continueren of zelfs te verbeteren. Cliënten kunnen binnen de organisatie participeren middels aansluiting bij de cliëntenraad of één van de bewonerscommissies op de intramurale locaties.

### 3.1 Waardering Zorgkaart Nederland

In 2024 zijn er 101 waarderingen geplaatst. Hiermee krijgt Sint Annaklooster een gemiddeld cijfer van 9.1. Dit cijfer is hoger dan de waardering van een 8,9 in 2022 en 2023. Het is opmerkelijk dat we in tijden van personele schaarste en veranderingen in het zorgsysteem het cijfer zelfs hoger uitkomt dan afgelopen jaren.

#### Rapportage Sint Annaklooster

Periode: 1 jan. 2024 - 31 dec. 2024



Bron: Zorgkaart Nederland

### 3.2 Nazorglijsten

Nazorglijsten worden ingevuld bij ontslag, overlijden of verhuizing.

Locatie	Eerste helft 2024			Tweede helft 2024		
	Aantal	Aanbevelingen	Gem cijfer	Aantal	Aanbevelingen	Gem cijfer
De Regenboog	29	100%	8.8	26	92%	8.3
In Via	20	90%	8.2	35	97%	8.2
Valkenhaege	15	100%	9.1	54	91%	9.3

Antonius Wielewaal / Waterkant	5	80%	8.0	5	100%	7.6
Antonius De Linge	4	100%	9.0	2	100%	8.0
De Zomereik	?	100%	9.2	1	100%	9.0
Eikenburg	3	100%	8.8	0	-	-
HVZ	21	100%	8.5	11	100%	9.2

### 3.3 PREM wijkverpleging

In 2024 is de PREM uitgezet bij 243 cliënten. 37% van hen heeft de vragenlijst ingevuld. Totaal rapportcijfer van de vragen is 8,9. De NPS score is 73. Actiz laat zien dat de laatste gemiddelde NPS score voor de PREM wijkverpleging 54,5 is (2022). De uitkomst van de NPS score ligt tussen de -100 en 100. Een NPS, welke boven de 0 komt wordt als goed gezien. Een score boven de 50 als excellent. Sint Annaklooster scoort met de huidige NPS van 73 boven gemiddeld en boven het gemiddelde van de benchmark.

Er zijn verschillende acties voortgekomen uit de ontvangen feedback vanuit de PREM:

- Cliënten kunnen, indien zij een geactiveerd account hebben, de tijd van het zorgmoment inzien in Carenzorgt. Verwachtingen van deze mogelijkheid zijn besproken met de cliënt en medewerkers in de wijk.
- Cliënten zijn opnieuw in kennis gesteld van de contactgegevens van het betrokken wijkteam.

### 3.4 Cliënttevredenheidsmeting Rentree

In november 2024 is het cliënttevredenheidsonderzoek van Rentree uitgevoerd. Cliënten konden via een QR code de vragenlijst in Survey Monkey invullen. Het aantal cliënten is 42 en 24 cliënten hebben de vragenlijst ingevuld, wat een respons van 57% geeft. De gemiddelde waardering is 9,0 en 100% beveelt Rentree aan anderen.

Naar aanleiding van de resultaten worden de volgende aanbevelingen gedaan:

1. Onderzoeken wat de cliënt beschouwt als ondersteuning en waar de specifieke behoefte voor ondersteuning ligt.
2. Vergroten mogelijkheid inzage in het dossier.
3. Het cliënttevredenheidsonderzoek vergt aanpassing om beter te kunnen aansluiten bij de behoeftes en mogelijkheden van de cliëntenpopulatie.

### 3.5 Klachten

In 2024 zijn er vier klachten gemeld. Er is één klacht uit 2023 heropend. Alle klachten zijn afgerond.

Locatie	Inhoud klacht	Status/vervolg
Thuiszorg	Klacht betreffende eigen bijdrage wlz mpt.	Client heeft uitleg en informatie ontvangen. Is afgerond.
Antonius De wielewaal	Klacht over gebruik en opvolging domotica.	Afgerond door teamversterker.
Thuiszorg	Klacht over zorgmedewerker.	Afgerond door teamversterker.
Eikenburg	Klacht over opvolging alarmering/domotica.	Afgerond door manager TEAMkracht.

Bron: Klachtenoverzicht directiesecretariaat

Er zijn geen klachten binnengekomen bij de onafhankelijk cliëntvertrouwenspersoon (CVP) wzd. De CVP wzd heeft ondersteuning geboden in een tweetal kwesties. Onderwerpen van de ondersteuningsvragen waren onvrede over zorg/begeleiding (vrijwillige zorg).

## Bijlage 1 Inzet zorgtechnologie

