



**Kwaliteits-
verslag 2017**

**stichting
Waardeburgh**

Inhoudsopgave

1. Leiderschap, governance en management	4
2. Leren en werken aan kwaliteit	5
2.1 Reflectie op kwaliteitsplan en verbeterparagraaf	5
2.2 Het kwaliteitsverslag	5
2.3 Samen leren, lerend netwerk en meelopen	5
2.4 Kwaliteitsbeleid	6
3. Personeelssamenstelling	7
3.1 Evaluatie personeelsformatie	7
4. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning & Wonen en Welzijn	9
4.1 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning	9
4.2 Wonen en welzijn	9
5. Veiligheid	10
6. Verzamelen van cliëntinformatie binnen Waardeburgh	11
6.1 Evaluatiegesprekken	11
6.2 De NPS-score	11
6.3 Interne audit	12
6.4 Registratie ter verbetering	12

Dit concept kwaliteitsverslag is vóór vaststelling besproken met vertegenwoordiging van cliënten/naasten (CR), (para)medici en verpleegkundigen en verzorgenden, en met ten minste twee collega-zorgorganisaties uit het lerend netwerk.

Inleiding

Voor u ligt het eerste kwaliteitsverslag van Waardeburgh dat opgesteld is naar aanleiding van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. In dit verslag wordt gereflecteerd op de uitkomsten van het Kwaliteitsplan 2017/2018. Normaliter wordt in een kwaliteitsverslag teruggeblikt op het voorgaand jaar maar gezien het feit dat het Kwaliteitsplan in de tweede helft van 2017 tot stand is gekomen hebben we voor dit aanloop jaar gemeend een ruimere periode te moeten hanteren waarop wordt teruggeblikt. Te weten tweede helft 2017 en begin 2018. Vanaf 2019 wordt in het Kwaliteitsverslag gerapporteerd over het voorgaande jaar.

Zoals reeds aangegeven in het Kwaliteitsplan rapporteert Waardeburgh niet alleen over de verpleeghuiszorg maar over het ruimere pakket van intramurale, en deels extramurale, dienstverlening.

Tot slot willen we onze collegae van het Lerend Netwerk bedanken voor de opbouwende feedback en het samen optrekken in het verbeteren van de kwaliteit.



1. Leiderschap, governance en management

Stichting Waardeburgh, geworteld in de christelijke traditie, is georganiseerd volgens de regels van de Governance 2017. De Raad van Toezicht is onafhankelijk van de Raad van Bestuur en houdt toezicht op de kwaliteit en de continuïteit van de zorgverlening in de regio. Regelmatig is er ook in 2017, conform de vooraf opgestelde planning, overleg geweest met de medezeggenschapsorganen en de centrale identiteitsraden. In 2018 zullen de aanpassingen vanuit de Governancecode 2017 in statuten en reglementen verwerkt gaan worden.

2. Leren en werken aan kwaliteit

2.1 Reflectie op kwaliteitsplan en verbeterparagraaf

In 2017 heeft Waardeburgh haar eerste kwaliteitsplan conform het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg opgesteld. Dit plan is opgesteld in samenspraak met verschillende betrokkenen binnen de organisatie. Tevens is het ter reflectie en bespreking voorgelegd aan de cliëntenraden, ondernemingsraad en het lerend netwerk.

2.2 Het kwaliteitsverslag

Dit kwaliteitsverslag geeft een overzicht van de uitkomsten op de plannen en acties die zijn geformuleerd in het kwaliteitsplan. Ook dit is ter reflectie en bespreking voorgelegd aan het lerend netwerk.

2.3 Samen leren, lerend netwerk en meelopen

Zoals genoemd, heeft Waardeburgh bij het opstellen van haar kwaliteitsplan een brede dialoog met betrokkenen gevoerd. Op deze wijze wil Waardeburgh samen met haar omgeving zoeken naar punten waarop verdere verbetering mogelijk is. Een open houding is daarbij essentieel. Deze dialoog heeft geresulteerd in het Kwaliteitsplan, wat met instemming van de betrokkenen is vastgesteld.

Om meelopen bij een andere organisatie vorm te geven, vond de stuurgroep van het lerend netwerk (Care4Q) het belangrijk dat er eerst een startbijeenkomst georganiseerd zou worden. Deze vond plaats op 25 januari 2018. Betrokken waren: bestuurders, leidinggevendenden, vertegenwoordigers van cliëntenraden, kwaliteitsmedewerkers, vertegenwoordigers van activiteitenbegeleiding en geestelijk verzorgers, specialisten ouderengeneeskunde, P&O-ers en collegae van de facilitaire dienst. Op deze startbijeenkomst kwamen zo'n honderd collegae bij elkaar. Men ging aan de hand van een aantal stellingen per deskundigheidsdoelgroep (o.a. verpleegkundigen/leidinggevendenden/geestelijk verzorgers) intensief met elkaar in gesprek. Het natuurlijke vervolg op deze gesprekken was dat er na afloop van de bijeenkomst agenda's werden getrokken en vervolgspraken werden gemaakt door veel collegae om bij elkaar "in de keuken" te kijken. Deze startbijeenkomst is een eerste stap waarin de stuurgroep ontmoeting en uitwisseling proactief wil ondersteunen. Het doel is om professionals uit de diverse organisaties met elkaar te verbinden vanuit ontmoeting en inhoudelijke vraagstukken. Medewerkers hebben een overzicht ontvangen waarin de sterke punten van iedere organisatie staan benoemd.

Het staat medewerkers vrij om een verzoek tot overleg of meelopen bij elkaar in te dienen, dit dan wel rondom een concreet onderwerp en doel.

Met de oprichting van een actieve stuurgroep in 2017, welke maandelijks een overlegmoment heeft, en de reeds gehouden startbijeenkomst in 2018 is een mooie opstap naar daadwerkelijk meelopen gemaakt.

2.4 Kwaliteitsbeleid

Ieder kwartaal wordt er een intern kwaliteitsverslag opgesteld, waarin gerapporteerd wordt over het functioneren van het kwaliteitssysteem en alle geregistreerde meldingen. Aan de hand van dit kwartaalverslag beoordeelt de Raad van Bestuur en het managementteam de werking en effectiviteit van het kwaliteitsmanagementsysteem en de mogelijkheden en kansen voor verbetering. Tevens wordt de kwaliteit van dienstverlening getoetst door middel van externe en interne audit.

In september 2017 heeft er opnieuw een uitgebreide externe audit op het PREZO-certificaat plaatsgevonden. Op basis van deze audit is gebleken dat Waardeburgh aan alle gestelde normen voldoet en een goed werkend kwaliteitssysteem onderhoudt. De uitkomst is dat Waardeburgh opnieuw zes gouden keurmerken (voor alle locaties en teams) mag voeren.

3. Personeelssamenstelling (voldoende en bekwaam personeel)

3.1 Evaluatie personeelsformatie

In aanloop naar de begroting voor 2018 heeft er per locatie een reflectie op de tijdelijke normen uit het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg plaatsgevonden. Per locatie is hiervan een schema opgesteld.

Een algemene bezettingsnorm blijkt een ingewikkelde opgave. Onderzoekers van de Maastricht University, die hier in opdracht van het ministerie van VWS onderzoek naar deden, concluderen in december 2017 het volgende:

op wetenschappelijke grond is een algemene bezettingsnorm voor verpleeghuiszorg onhaalbaar. Tegelijkertijd is er volgens het onderzoek beter inzicht nodig in de optimale personeelsmix. Dit kan niet los worden gezien van een 'bestuurlijke visie op nieuwe verpleeghuiszorg, waar bewoners in samenspel met formele en informele zorgverleners zo veel als mogelijk hun eigen leven leiden'. (*Review Leidraad Verantwoorde Personeelssamenstelling, december 2017, p. 5*)

Conform het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg hebben de sectorpartijen de opdracht om tot context-gebonden normen te komen ten aanzien van voldoende en bekwaam personeel. Voor het maken van een goede context-gebonden bezettingsnorm organiseert V&VN pilots in veertig verpleeghuizen. Deze gaan in maart 2018 van start. In totaal zullen er vijftig teams, verspreid over het hele land, aan meedoen. Deze pilots duren tot na de zomer.

Gezien het feit dat de locaties van Waardeburgh grotendeels aan de tijdelijk gestelde normen voldoen en er ook uit evaluaties en audits geen grote zorgen met betrekking tot de personeelssamenstelling naar voren komen, gaat Waardeburgh voort met het uitvoeren van de richting zoals beschreven in het kwaliteitsplan. Gezien de groei en verzwaren van de zorgvraag, staan hierbij uitbreiding van het personeel en het bevorderen van deskundigheid centraal.

Voor wat betreft de verbetermaatregelen, heeft Waardeburgh op het gebied van de personeelssamenstelling het doorontwikkelen van 'Samen Verantwoordelijk Werken' benoemd. In 2017 zijn alle teams hier door middel van trainingen in meegenomen. In 2018 staat het verder inbedden van deze vorm van werken centraal. Dit is de vorm van het toedelen van teamtaken, het met elkaar in dialoog zijn en het geven van feedback binnen de teams. Dit proces wordt ondersteund door een teamgericht competentiesysteem, waarmee in het voorjaar 2018 een pilot loopt binnen locatie Overslydrecht en bij het team van de activiteitenbegeleiders. Na de pilot wordt in samenspraak met de ondernemingsraad het vervolg bepaald.

Tevens is het verder uitbouwen van de functie van welzijnsmedewerker benoemd in het kwaliteitsplan. Dit mede in het kader van een toezichtrol richting de cliënten. Naast Overslydrecht werkt ook inmiddels Parkzicht met dit concept op de PG-groepen. Tevens is Pedaja dit aan het invoeren.

Met betrekking tot expertise ADL/PDL is door de paramedici een opleidingsconcept uitgewerkt. In het voorjaar van 2018 wordt voor een breed samengestelde groep taakverantwoordelijken een training Passiviteiten van het Dagelijks Leven (PDL) gegeven. De opgeleide medewerkers zullen vervolgens op de eigen locatie hun collegae ondersteunen en instrueren bij het bieden van PDL zorg.

4. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning & Wonen en Welzijn

Op basis van de visie van Waardeburgh is voor wat betreft de persoonsgerichte zorg en ondersteuning in het Kwaliteitsplan 2017 een aantal speerpunten gedefinieerd. Gezien de nauwe samenhang met het hoofdstuk Wonen en Welzijn, worden de speerpunten van beide hieronder genoemd.

4.1 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Er is met name geïnvesteerd in de cliënt gecentreerde benadering. In de trainingen Samen Verantwoordelijk Werken is derhalve veel aandacht geschonken aan het als collegae elkaar aanspreken en feedback geven op de wijze waarop men de zorg verleent aan onze cliënten. De betrokkenheid van de mantelzorger en familie daarbij werd onder meer vormgegeven door het organiseren van familieavonden, het expliciet betrekken van de familie bij de intake, inhuizing en evaluaties en waar nodig gedurende het verpleegtraject. Daarbij blijft staan dat de verdere uitwerking van het Mantelzorgbeleid in 2018 met extra energie wordt voortgezet. Onder meer wordt in een volgende implementatiefase, medio/eind 2018, van het ECD ONS het cliënt- en familieportaal 'Caren Zorgt' ingevoerd. Daarmee kan de cliënt en familie zelf meelesen in het (eigen) dossier. Met de implementatie van ONS wordt in het ECD ook aandacht geschonken aan het op de juiste wijze rapporteren, waarbij een instructie met betrekking tot de essentiële onderdelen van een goede rapportage middels de SOAP-methode in het ECD beschikbaar is.

4.2 Wonen en welzijn

Op basis van de goede ervaringen van het werken met de welzijnswerker in Overslydrecht, wordt deze nieuwe functie ook in andere PG-verpleeglocaties ingevoerd. De functie van de welzijnsmedewerker draagt bij aan het vergroten van het toezicht op de PG-cliënten en het verhogen van het woon- en welzijnsgenot. Er komen meer medewerkers beschikbaar die zich expliciet richten op het bieden van individuele en/of groepsactiviteiten, waardoor de sociale structuur op een afdeling sterk verbetert. Verder biedt het creëren van deze functie ook taakverbreding en doorgroeiperspectief voor huishoudelijk medewerkers en gastvrouwen.

5. Veiligheid

Voor het onderwerp veiligheid is een aantal speerpunten benoemd, waarbij de hieronder genoemde activiteiten zijn uitgevoerd. Gezien het belang van veiligheid wordt dit onderwerp breed getrokken op alle locaties.

Om de medicatieveiligheid te vergroten is de kwaliteitsondersteuner Zorg met een vaste frequentie op de afdelingen aanwezig, waarbij ze meeloopt met de medewerkers om te monitoren hoe de medicatieverstrekking plaatsvindt. De kwaliteitsondersteuner rapporteert aan de Manager Integrale Zorg van de desbetreffende locatie en aan de Divisiemanager Zorg voor het geheel van Waardeburgh. Inmiddels zijn bij verschillende leveranciers presentaties en prijsopgaven gevraagd voor medicatiedistributie programma's, waarin digitaal aftekenen en digitale dubbele controle wordt gerealiseerd. Naar verwachting zal medio 2018 een besluit hierover genomen worden.

In De Waard (Alblasserdam) is in samenwerking met de plaatselijke apotheek, de specialist ouderengeneeskunde en ICT een belangrijke verbetering doorgevoerd in het medicatievoorschrijfprogramma Farmed RX. Hierdoor wordt de kans op fouten bij het lezen van recepten door de apotheek door onduidelijke lay-out geminimaliseerd.

Om te voorkomen dat verpleeghuisbewoners opgenomen worden in het ziekenhuis, is door de Werkgroep Infectiepreventie de halfjaarlijkse prevalentie meting in november 2017 wederom geïnitieerd. Qua uitkomst laat de prevalentie meting een stabiel beeld zien van het aantal infecties en het gebruik van antibiotica binnen Waardeburgh.

Door de werkgroep worden successievelijk alle relevante beleidsonderwerpen op haar terrein doorgenomen en zo nodig beleidsmatig beschreven en/of geborgd.

In de eerste twee maanden van 2018 is extra aandacht geschonken aan bewustwording van handhygiëne.

Tevens is Waardeburgh in maart 2018 deelnemer geworden aan het meldingssysteem Infectieziekten in Rotterdam-Rijnmond/Zuid Holland Zuid, MUIZ (Meldingen Uitbraak Infectie Ziekten). De gedachte hierachter is dat hierdoor rekening gehouden kan worden met besmettingen in andere ziekenhuizen/verzorgings- en verpleeghuizen bij eventuele verhuizing van een cliënt van de ene naar de andere organisatie.

Om te kunnen leren van incidenten in de zorg, wordt binnen Waardeburgh veel aandacht geschonken aan het melden van incidenten (MIC) als deze zich voordoen. Door de medewerkers wordt hier goed gebruik van gemaakt. Binnen Waardeburgh is een MIC-commissie ingesteld waarin vanuit elke locatie of elk team MIC-commissieleden participeren. De commissie staat onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde. Door de kwaliteitsmedewerker wordt vanuit expertise de MIC-commissie begeleid. Na een melding wordt de melding beoordeeld door de lokale MIC-commissieleden en bekeken of er sprake is van een trend. Deze worden besproken met de MIZ (Manager Integrale Zorg).

Het totaal van het meldingenpatroon per locatie en teams wordt maandelijks besproken in het Zorg overleg (overleg van Divisiemanager Zorg met MIZ) en per kwartaal in het Management Team. Indien van toepassing, worden verbetervoorstellen uitgevoerd en vastgelegd.

De MIC-commissieleden hebben een training Prisma analyse gevolgd zodat meldingen aan de hand van een gestructureerd model direct door de commissieleden zelf geanalyseerd kunnen worden.

Preventie en signalering van decubitus vindt plaats door het gebruik van goed materiaal en de beschikbaarheid van speciale matrassen. Een en ander wordt Waardeburgh-breed gemonitord.

INVENTARISATIE DECUBITUS 2017

Periode:	jan-17	feb-17	mrt-17	april-17	mei-17	jun-17	jul-17	aug-17	sep-17	okt-17	nov-17	dec-17	Totaal
Parkzicht verzorgingshuis													
	1	1	0	0	1	1	0	1	1	2	3	1	12
Parkzicht verpleeghuis													
	0	2	0	0	2	0	0	1	2	3	3	2	15
Pedaja verzorgingshuis													
	1	0	1	2	1	1	0	1	0	0	2	0	9
Pedaja verpleeghuis													
	1	0	1	0	2	2	0	1	1	1	4	2	15
Overslydrecht verzorgingshuis													
	1	1	1	1	2	2	2	1	1	0	0	0	12
De Waard verzorgingshuis													
	0	0	0	0	2	2	2	1	1	1	1	1	11
De Waard verpleeghuis													
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12

Interne veiligheid

De medewerkers hebben de afgelopen periode weer de specifieke BHV-trainingen gevolgd, zodat er adequaat ingespeeld kan worden op eventuele calamiteiten.

Bij de interne audit van maart en mei 2018 is cq. wordt expliciet ingezoomd op het onderwerp veiligheid. In maart concludeerde de auditoren dat de omgang met privacy gegevens op de werkplekken nog een aandachtspunt is (intra- en extramuraal). De verbeteringen worden meegenomen in de verdere implementatie van de AVG 2018.

6. Verzamelen van cliëntinformatie binnen Waardeburgh

Binnen Waardeburgh wordt op verschillende wijze de ervaring van de cliënten gevraagd. Er zijn evaluatiegesprekken, interne audits en het gebruik van de registratie ter verbetering. Alle verbeterpunten worden binnen Waardeburgh opgenomen in het verbeterregister. In dit systeem wordt een eigenaar aan het betreffende punt gekoppeld, vindt terugkoppeling plaats en worden termijnen bewaakt. Het kan gaan om ingevulde Registraties ter Verbetering (RTV), maar ook om uitkomsten uit audits of tevredenheidsonderzoeken. Naast de afhandeling op detailniveau, wordt er ook over ieder kwartaal een kwaliteitsrapportage opgesteld ter bespreking in het MT en een beknopte rapportage voor de Raad van Toezicht.

Er wordt op verschillende wijze actie ondernomen en gemonitord of deze manier van omgaan met de cliëntgegevens tot verbetering leidt. Hieronder worden de onderwerpen verder uitgewerkt.

6.1 Evaluatiegesprekken

Er vindt minimaal tweemaal per jaar door de contactverzorgende een evaluatiegesprek plaats met de cliënt en/of diens eerste contactpersoon. De zorgplannen worden tijdens dit gesprek geëvalueerd en eventueel aangepast. De NPS-score wordt gevraagd en een brochure over zorgkaart Nederland wordt tijdens dit gesprek uitgedeeld. De contactverzorgende maakt een verslag van het gesprek en stelt dit ter hand aan de cliënt. De verbeterpunten en onduidelijkheden geeft zij door aan de manager integrale zorg (MIZ) of de leidinggevende van een andere discipline dan de zorg, als de verbeterpunten met die discipline te maken hebben. Het aantal en welke evaluaties er gehouden worden binnen de locatie, worden per kwartaal middels een kwaliteitskwartaalverslag gemeld.

Evaluatiegesprekken.

Er vindt minimaal 2 maal per jaar door de contactverzorgende een evaluatiegesprek plaats met de cliënt en/of diens 1^e contactpersoon. De zorgplannen worden tijdens dit gesprek geëvalueerd en eventueel aangepast. De NPS score wordt gevraagd en een brochure over zorgkaart Nederland wordt tijdens dit gesprek uitgedeeld. De contactverzorgende maakt een verslag van het gesprek en geeft dit aan de cliënt. De verbeterpunten en onduidelijkheden geeft zij door aan de manager integrale zorg (MIZ) of de leidinggevende van een andere discipline dan de zorg, als de verbeterpunten met die discipline te maken hebben.

De gegevens worden na dit gesprek geanalyseerd door de leidinggevend en als er verbeterpunten of onduidelijkheden geconcludeerd worden, gaan zij in gesprek met cliënt en/of diens contactpersonen. Daar waar nodig zullen zij na dit gesprek verdere actie ondernemen en dit in de werkoverleggen naar de medewerkers terugkoppelen. Het aantal en welke evaluaties er gehouden worden binnen de locatie worden per kwartaal middels een kwaliteitskwartaalverslag aan het MT gemeld. Ook de verbeterpunten die met de cliënt of diens contactpersoon besproken zijn, worden daarin opgenomen.

Hieronder het overzicht van de 2^e helft van 2017. In de locaties zijn verschillende evaluaties uitgevoerd.

De meeste cliënten zijn tevreden en af en toe is er een opmerking en een verbeterpunt welke dan wordt uitgezet en afgerond.

Locatie	6 weken evaluatie	Opmerkingen	Evaluatie ieder half jaar	Opmerkingen	Stop zorg evaluatie	Opmerkingen
Overslydrecht	23 gesprekken	Tevreden met 2 opmerkingen	6 gesprekken	Tevreden met 1 opmerking	3 gesprekken	Tevreden met 1 opmerking
De Waard	8 gesprekken	Tevreden geen opmerking	50 gesprekken	Tevreden met 3 opmerkingen	7 gesprekken	Tevreden met 1 opmerking
Pedaja	2 gesprekken	Tevreden geen opmerking	36 gesprekken	Tevreden met 6 opmerkingen	9 gesprekken	Tevreden met 5 opmerkingen
Parkzicht	10 gesprekken	Tevreden geen opmerking	68 gesprekken	Tevreden geen opmerkingen	12 gesprekken	Tevreden met 2 opmerkingen.

6.2 De NPS-score

De NPS-score wordt tijdens het evaluatiegesprek aan de cliënt of diens contactpersoon gevraagd en een brochure over zorgkaart Nederland wordt tijdens dit gesprek uitgedeeld. Vanaf 1-1-2018 gebruikt Waardeburgh het nieuwe ECD van ONS, waarin de uitvraag van de NPS-score is vastgelegd. De gemiddelde NPS-score over de tweede helft van 2017 in de verschillende locaties is bij de zes weken evaluatie een **8,1**, bij halfjaarlijkse gesprekken een **8,07** en door de familie na overlijden een **8,5**.

Hieronder de NPS-score per evaluatie bij de vier locaties.

Locatie	Zes weken evaluatie	Evaluatie ieder half jaar	Stop zorg evaluatie
<i>Overslydrecht</i>	NPS = 8,99	NPS = 8,13	NPS = 8,75
<i>De Waard</i>	NPS = 8,05	NPS = 7,75	NPS = 8,85
<i>Pedaja</i>	NPS = 8	NPS = 8,17	NPS = 7,3
<i>Parkzicht</i>	NPS = 7,35	NPS = geen opgaaf ontv.	NPS = 9,15

6.3 Interne audit

Waardeburgh organiseert gemiddeld zevenmaal per jaar een interne audit binnen de verschillende disciplines van de intra- en extramurale zorg. De input voor deze audit kan verschillend zijn. Waardeburgh bezit een vast intern auditteam, dat bestaat uit medewerkers

uit verschillende disciplines, die altijd in tweetallen de interne auditgesprekken voeren. Naast de gesprekken met de medewerkers worden ook vaak gesprekken met cliënten georganiseerd als dit in het kader van het onderwerp van belang is. Uit deze gesprekken kunnen verbeterpunten komen die dan doorgezet worden naar de betreffende leidinggevende. Deze zal hier actie op ondernemen en dit vermelden in het verbeterregister. De kwaliteitscoördinator voert regelmatig evaluaties uit over de genomen acties en monitort zo het verbeterregister.

6.4 Registratie ter verbetering

Binnen Waardeburgh kan eenieder, of het nu een cliënt is of een familielid, een medewerker of een vrijwilliger of een bezoeker, digitaal of via een papieren formulier een RTV (registratie ter verbetering) invullen. Deze RTV kan voor allerlei zaken gebruikt worden, zoals een klacht, verbeterpunt, complimentje of ergernis. De RTV wordt digitaal bijgehouden in het verbeterregister en daar door de kwaliteitscoördinator gemonitord. Deze zet de zaken van de ingebrachte RTV door naar betreffende leidinggevende. Deze zal hier eventueel actie op ondernemen en dit vermelden in het verbeterregister. De zaken uit het verbeterregister worden elke kwartaal opgenomen in het kwaliteitsverslag.

Hieronder wordt schematisch de aantallen ingevulde RTV's en vanuit welke hoedanigheid deze in het verbeterregister is gekomen, weergegeven over 2017.

Melding komt vanuit	<i>Aantal</i>
<i>Vanuit de cliënten</i>	5
<i>Vanuit de contactpersoon van de cliënten</i>	7
<i>Vanuit de interne audits</i>	36
<i>Vanuit de externe audit of Inspectie</i>	5
<i>Vanuit de leidinggevenden</i>	2
<i>Vanuit de medewerkers</i>	21
Vanuit de vrijwilligers	0
Vanuit het tevredenheidsonderzoek	48
Vanuit een ongeval/gevaarlijke situatie	6
Vanuit een PRISMA analyse/MIC	9
Vanuit overig	6