

Kwaliteitsverslag 2019



Juni 2020

Inhoudsopgave

1. Inleiding	3
2. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning	4
3. Wonen en welzijn	4
4. Veiligheid.....	5
5. Leren en werken aan kwaliteit.....	5
6. Leiderschap, governance en management	6
7. Personeelssamenstelling (voldoende/vakbekwaam personeel)	7
8. Gebruik van hulpbronnen.....	8
9. Gebruik van informatie	9
10. Leren & Verbeteren.....	9
10.1 VERBETERPARAGRAAF	9
10.2 KWALITEITSINDICATOREN/INDICATOREN BASISVEILIGHEID	10
10.3 TEVREDENHEIDSMETING	11
10.4 MELDING INCIDENTEN	12
10.5 KLACHTENAFHANDELING.....	14
10.6 RISICO'S EN KANSEN	15
10.7 EVALUATIE KWALITEITSMANAGEMENTSYSTEEM	16
Bijlage 1 Afkortingenlijst/begrippen	17

1. Inleiding

Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg is de wettelijke basis voor de kwaliteit van verpleeghuiszorg¹. Het kader beschrijft wat cliënten/naasten mogen verwachten van deze zorg, met de cliënt als uitgangspunt.

Zorgorganisaties kunnen zelf invulling aan het kader geven, dat uitgaat van de lokale context. De bestuurder, managers, hoofden, HRM-functionaris en beleidsmedewerker analyseren minimaal eenmaal per jaar gezamenlijk of we nog aan de gestelde normen van het kader voldoen en waar actie op nodig is. Deze input wordt verwerkt in de kwaliteitsverslagen en -plannen.

In de vorige kwaliteitsplannen en -verslagen werd bij elke norm van het kwaliteitskader met een vinkje aangegeven of we eraan voldeden. Dit leidde tot een omvangrijk document. Om de systematiek te vereenvoudigen, is ervoor gekozen om alleen de normen in ontwikkeling en actiepunten op te nemen. Ook is aandacht besteed aan uitkomsten op het gebied van veiligheid, leren en verbeteren en cliëntoordelen.

In bijlage 1 is een afkortingenlijst met veel gebruikte afkortingen opgenomen.

Eind 2018 is een addendum op het kwaliteitskader geschreven voor cliënten langdurige zorg thuis met een indicatie Wet langdurige zorg (Wlz)².

Wij hanteren dezelfde uitgangspunten voor intramurale cliënten en voor Wlz-cliënten langdurige zorg thuis, zoals:

- Een zo goed mogelijke bijdrage leveren aan de kwaliteit van leven van de cliënt
- Cliënten/naasten zoveel mogelijk in staat stellen om zelfredzaam te blijven en eigen regie voort te zetten
- Oog hebben voor de kwaliteit en de veiligheid van de zorgverlening
- Leveren van zorg op een persoonsgerichte, veilige en verantwoorde wijze met daarbij goede afspraken
- Zorgen voor een goede samenwerking met andere zorgprofessionals en met het informele netwerk van de cliënt

Bovenstaande laat zien dat de vereisten uit het kwaliteitskader verpleeghuiszorg en hiermee de informatie uit dit jaarverslag ook gelden voor cliënten langdurige zorg thuis.

Daarnaast zijn enige specifieke vereisten geformuleerd voor cliënten Wlz-thuis waaraan we eveneens voldoen. Wij zorgen voor de juiste randvoorwaarden om zorg ook thuis verantwoord en veilig te organiseren. Wij begeleiden de cliënt om verantwoord thuis te kunnen blijven wonen. We stemmen de invulling van welzijn af met de cliënt en met onder andere de gemeenten en welzijnsorganisaties. De cliënt bepaalt welke zorgaanbieder het eerste aanspreekpunt voor zorg thuis is en heeft de mogelijkheid tot het inschakelen van een Specialist ouderengeneeskunde (SOG³).

¹ Voor de wijkzorg geldt het kwaliteitskader wijkverpleging.

² Dit betreft alle Wlz-zorg in de thuissituatie (V&V ZZP 4 t/m 10), met of zonder behandeling, voor zover niet geclusterd: verpleging, persoonlijke verzorging, begeleiding, behandeling, vervoer naar dagbehandeling/begeleiding, verstrekken van eten/drinken, schoonhouden woonruimte/logeeropvang: volledig pakket thuis (vpt), modulair pakket thuis (mpt), persoonsgebonden budget (pgb) overbruggingszorg thuis.

³ Afhankelijk van de complexiteit zorgbehoefte kan de specialist ouderengeneeskunde (SOG) betrokken worden als consultant van de huisarts Of –als kwetsbaarheid/complexiteit van de problematiek toeneemt- als medebehandelaar (al dan niet kortdurend) of hoofdbehandelaar.

2. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning⁴

Persoonsgerichte zorg is uitgangspunt bij onze zorgverlening. Wij zien de cliënt als een uniek persoon met een eigen geschiedenis, toekomst en doelen en leveren warme zorg.⁵ Dit komt ook tot uiting in onze kernwaarden: Persoonlijk en Professioneel.

In 2019 hebben we de staalkaart geëvalueerd en op basis hiervan aangepast. Dit is een hulpmiddel waarmee de cliënt over verschillende thema's kan aangeven of hij hierover tevreden is of dat er verbeterpunten zijn. Bij de evaluatie werd vanuit de PG-afdelingen aangegeven dat de staalkaart niet optimaal was voor de PG-doelgroep. In samenwerking met twee EVV'ers en de CCFR is de staalkaart voor PG- en de somatische afdeling aangepast. In 2020 komen de nieuwe versies digitaal beschikbaar.

3. Wonen en welzijn

De woon-/leefomgeving en welzijn zijn mede bepalend voor de kwaliteit van leven. In 2019 is in dit kader extra aandacht besteed aan:

Beleid levenseinde

Eind 2018 zijn we gestart met het herijken van het beleid rondom het levenseinde; een belangrijk onderwerp waarmee we dagelijks te maken hebben. Er zijn in 2019 vier sessies geweest onder leiding van een externe deskundige van het Expertisenetwerk Levensvragen om dit onderwerp te bespreken, met:

- Een afvaardiging van zorg van de verschillende locaties, een huisarts en een specialist ouderengeneeskunde
- Een aantal leden van de centrale cliënten- en familieraad en
- De pastors

Op basis van alle input is een visie bepaald en een beleidsstuk gemaakt, dat in een vierde sessie, met afvaardiging uit de drie groepen, besproken is. De conclusie was, onder andere, dat extra scholing nodig is om goed de verschillende fasen te kunnen onderscheiden en hierop adequaat te acteren. Deze scholing wordt in 2020 aangeboden.

Activiteiten

In 2019 zijn naast groepsactiviteiten ook steeds meer individuele activiteiten aangeboden, zodat iedere cliënt aan een activiteit mee kan doen. Dit zal de komende jaren nog verder uitgebreid worden.

Aandacht voor familieparticipatie & inzet vrijwilligers

Vanuit het zorgkantoor wordt, naast de kwaliteitsgelden, ook geld beschikbaar gesteld om in regionaal verband een aantal projecten uit te voeren. In 2019 hebben wij onder meer deelgenomen aan het project "Samenwerken met naasten, ook als het moeilijk wordt". In dit project is onderzocht hoe het beste gehandeld kan worden als een situatie met een naaste van de cliënt dreigt te escaleren. Er kan hierbij gebruik gemaakt worden van een extern expertteam. De resultaten zijn in januari 2019 gepresenteerd op een werkconferentie.

Eenzaamheid

In oktober vond de week tegen de eenzaamheid plaats. Wij doen hier veel aan door zowel ouderen uit de wijk als die bij ons wonen te ondersteunen en te betrekken. De gemeente Haarlemmermeer organiseerde een bijeenkomst "samen tegen eenzaamheid", de kick-off bijeenkomst van de oprichting van de Alliantie Samen tegen Eenzaamheid. Wij hebben ons via ondertekening van de intentieverklaring aan de oprichting van de Alliantie gecommitteerd.

CLB, de organisatie die bij ons de domotica implementeert, wilde graag een bijdrage leveren aan de week tegen eenzaamheid. Medewerkers van CLB zijn op de koffie geweest bij (wijk)bewoners die niet vaak bezoek krijgen en namen een cadeautje mee. De medewerkers vonden het plezierig om een bijdrage te bieden aan de bestrijding van de eenzaamheid van ouderen.

⁴ Verder aangeduid met persoonsgerichte zorg.

⁵ Dit wordt ook aangegeven door onze Cliënten- en Familieraad.

4. Veiligheid

Streven naar optimale veiligheid heeft een hoge prioriteit. Een uitdaging is de spanning die kan ontstaan tussen persoonlijke vrijheid/welzijn én persoonlijke veiligheid/risico's. Wij maken hiervoor goede afspraken met de cliënt/het netwerk en leggen dit vast in het zorgleefplan. In 2019 hebben wij op diverse onderdelen aandacht besteed aan veiligheid (zie ook hoofdstuk leren en verbeteren).

Extra aandacht is dit jaar besteed aan medicatieveiligheid: er zijn interne audits verricht (zie volgende hoofdstuk) en er is gestart met een project om te komen tot digitale toedienregistratie. Dit is eenvoudiger dan het werken met papieren toedienlijsten, de kans op medicatiefouten wordt verminderd en het proces verloopt efficiënter. Eerst zijn het huidige en het gewenste proces in kaart gebracht. Vervolgens zijn de consequenties voor alle betrokkenen (huisarts, SOG, apotheken en medewerkers zorg) in kaart gebracht en waar nodig besproken. Op basis hiervan is besloten over te gaan naar het elektronisch voorschrijfsysteem Medimo 2 met een koppeling met Cura (ECD) en met de apotheek. Via de Medimo-app op de mobiele apparaten wordt de medicatie digitaal afgetekend. In Cura kunnen de medicatiegegevens per individuele cliënt 'realtime' geraadpleegd worden. In 2020 wordt Medimo 2 intramuraal geïmplementeerd en wordt onderzocht welke digitale toedienregistratie geschikt is voor de wijkzorg.

Naast veiligheid voor cliënten is veiligheid voor medewerkers ook van belang. Wij zijn verantwoordelijk voor goede arbeidsomstandigheden voor de medewerkers. Om een goed arbobeleid uit te voeren, is het belangrijk om inzicht te hebben in mogelijke risico's. Met een risico-inventarisatie en evaluatie (RI&E) brengen we deze risico's in kaart en pakken we deze gestructureerd aan. In oktober 2019 voerde adviesbureau KMO deze RI&E uit. Naar aanleiding hiervan wordt een plan van aanpak gemaakt voor de drie locaties. In 2020 krijgt dit een vervolg.

5. Leren en werken aan kwaliteit

Ten aanzien van leren en werken aan kwaliteit zijn in 2019, aanvullend op de normen, de volgende acties uitgezet:

Planning inzet kwaliteitsinstrumenten/methodieken

De hoofden gaven in 2019 aan dat het soms lastig is om de uitvraag van de diverse (kwaliteits)instrumenten in te kunnen plannen. Daarom is een jaarschema opgesteld met wanneer welke gegevens aangeleverd moeten worden.

Externe audit kwaliteitsmanagementsysteem ISO Zorg & Welzijn

Het kwaliteitsmanagementsysteem van Zorgcentra Meerlanden is sinds oktober 2018 gecertificeerd op basis van ISO Zorg & Welzijn. In oktober 2019 heeft de eerste periodieke audit plaatsgevonden via het voeren van auditgesprekken, observaties en door inzage in plannen, registraties, verslagen en dossiers. De auditor onderzocht de onderwerpen 'Cliënttevredenheid' (Staalkaart en PREM), 'Dagbesteding en Welzijn intramuraal en extramuraal', 'Vrijwilligersbeleid', 'Wijkzorg De Meerwende' en 'Eten en drinken op de verschillende locaties'.

In 2018 hadden we vier kleine tekortkomingen ('minors') en vier observaties (opvallende zaken/tips). Bij de audit in 2019 zijn deze punten 'gesloten' omdat we deze punten goed hebben opgepakt.

Op basis van de audit in 2019 zijn geen tekortkomingen ('majors' of 'minors') geconstateerd, wel enige nieuwe observaties/tips:

- Rapporteren in cliëntdossier: er wordt verschillend (uitgebreid of juist beperkt) gerapporteerd door medewerkers welzijn. De tip van de auditor was om af te spreken waarover wel of niet gerapporteerd hoeft te worden.
- Werkwijze bij cliënt in de thuiszorg die niet opendoet en telefonisch niet bereikbaar is: soms gebeurt het dat een cliënt niet in staat is de deur open te doen voor de wijkzorg. Er wordt dan contact gezocht met de eerste contactpersoon, maar het is niet duidelijk hoe gehandeld moet worden als er niemand bereikt kan worden.
- Clienttevredenheidmeting: er wordt een andere schaal bij de staalkaart aanbevolen.
- Vrijwilligers: systematische introductie en aandacht bij werven jongere vrijwilligers in verband met vergrijzing.
- Algemeen: meer ervaringen delen tussen locaties en zo van elkaar leren.

Op deze observaties/tips zijn acties uitgezet.

De conclusie van de auditor was: de organisatie beschikt over een werkend kwaliteitsmanagementsysteem en voldoet, voor zover dat steekproefsgewijs kon worden vastgesteld, aan de wet- en regelgeving en eigen afspraken. Aantoonbaar is dat:

- Er klantgericht wordt gewerkt en gedacht
- Risico's worden beheerst en kansen worden benut
- Er oog is voor de eisen en wensen van belanghebbenden
- Er wordt geïnvesteerd in de professionaliteit en competenties van medewerkers
- De infrastructuur voldoet aan veiligheidseisen en geschikt is voor de dienstverlening
- Processen worden beheerst, systematisch verlopen en worden gemonitord
- Er wordt gewerkt aan leren, ontwikkelen en verbeteren
- Er sprake is van een hoge waardering van vrijwilligers en dat we er zuinig op zijn (er is weinig verloop)

Aanpassen procedures en beleid

Bij de overgang van HKZ op ISO Zorg en Welzijn (2018) is afgesproken alle procedures in een tijdsbestek van twee jaar na te lopen waarbij de vragen gesteld worden: voegt de procedure wat toe, kan deze eenvoudiger, klopt deze nog gezien de recente ontwikkelingen? In 2019 zijn de meeste procedures op deze wijze geëvalueerd.

Interne audits

In het voorjaar van 2019 zijn de interne auditoren bijgeschoold. Als opdracht van de scholing hebben zij een interne audit verricht over het vanuit de organisatie aangedragen onderwerp 'medicatieveiligheid'. De zes interne auditoren hebben in het totaal 12 medewerkers geïnterviewd en hebben de medicijnvoorraad, koelkast, opslag opiaten, temperatuurlijst en aftekenlijst bekeken.

Het bleek dat de meeste zaken goed op orde waren. Wel waren er enkele aandachtspunten waarop in de locaties acties zijn uitgezet.

In september is in De Meerwende een interne audit gehouden over vrijwilligersbeleid, ter voorbereiding op de externe audit. De interne auditoren van De Meerstede en 't Kloosterhof hebben twee vrijwilligers van De Meerwende geïnterviewd en hebben twee activiteiten in De Meerwende geobserveerd waarbij veel vrijwilligers hielpen. Uit de audit bleek dat vrijwilligers zich gewaardeerd voelen, goed op elkaar ingespeeld zijn, vriendelijk waren, ondersteunden waar nodig en lieten merken dat de bewoners belangrijk zijn. De sfeer was goed; de vrijwilligers en de bewoners praatten en lachten veel met elkaar! Als aandachtspunt werd genoemd dat niet alle vrijwilligers grenzen aan (kunnen) geven. Ze brengen bijvoorbeeld soms een cliënt naar het toilet (wat niet de bedoeling is) of nemen meer taken op zich dan ze eigenlijk aankunnen. Dit is doorgegeven aan de vrijwilligerscoördinator.

6. Leiderschap, governance en management

In 2019 is rondom 'leiderschap, governance en management' extra aandacht besteed aan 'leiderschap en goed bestuur'. Aanleiding voor het leiderschapstraject waren de uitkomsten van het medewerkerstevredenheids-onderzoek van 2017. Daar kwam onder meer uit dat er ruimte tot verbetering is op het gebied van onderlinge communicatie, feedback geven en ontvangen, ruimte om zelf beslissingen te nemen, zelfstandigheid in de uitvoering van het werk en inspirerend leiderschap. In 2018 is vervolgens een traject leiderschap voor het managementteam (MT) en middenkader in gang gezet. Een belangrijk aandachtspunt was het lager in de organisatie leggen van verantwoordelijkheid. In februari 2019 heeft het MT de visie op leiderschap vastgesteld, tot stand gekomen na bijeenkomsten met het MT en middenkader. Vervolgens is een traject per locatie MT (LMT) gestart en met het gehele managementteam, waarbij veel aandacht is besteed aan feedback geven en ontvangen en aan het persoonlijk leiderschap van medewerkers.

In 2018 is de VAR (Verpleegkundige Advies Raad) opgericht. De VAR geeft gevraagd en ongevraagd advies aan de bestuurder. In 2019 heeft de VAR twee adviezen uitgebracht: over intervisie en 24-uurs verpleegkundige inzet.

7. Personeelssamenstelling (voldoende/vakbekwaam personeel)

Onze personeelsinzet was in 2019 grotendeels conform de personeelsnormen van het kader. We hebben veel kwaliteitsgeld gekregen in 2019, die voornamelijk zijn ingezet voor extra personeel.

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

In 2019 is veel aandacht besteed aan het opnieuw beschrijven/indelen van functies. Medewerkers zijn hier nauw bij betrokken, waardoor de Interne bezwarencommissie slechts enkele bezwaren heeft behandeld.

Analyse personeelssamenstelling

Wij hebben de transitie naar zwaardere zorg (cliënten met hogere ZZP's), waarbij het belangrijk is om de deskundigheid en professionaliteit te verhogen, grotendeels achter de rug. Er is wel ruimte voor verdere optimalisatie. In 2019 was het gewenste rooster in De Meerstede en 't Kloosterhof op orde, maar het basisrooster in De Meerwende was kwetsbaar. Het bleek vooral lastig om medewerkers vrij te plannen voor extra taken, zoals EVV-taken en werkbegeleiding. In 2019 heeft de afdeling opleidingen daarom extra leercoaches aan de werkbegeleiding per unit toegevoegd, daar waar in verhouding veel leerlingen/stagiaires werkzaam waren. Dit gebeurde ook in het kader van het project “Leren is werken, werken is leren”.

Kwalificatieniveaus zorgverleners en vrijwilligers

Belangrijk is dat op alle momenten de juiste deskundigheid kan worden ingeroepen. Wij voldoen voor een groot deel aan de benodigde kwalificatieniveaus, maar dit kan nog verder geoptimaliseerd worden.

In februari 2019 hebben wij het convenant werkgarantie in de regio Kennemerland, Amstelland en de Meerlanden ondertekend. De 22 hierbij betrokken organisaties bieden leerlingen een werkgarantie aan. Het doel van het convenant is om potentiële medewerkers te stimuleren bij ons een opleiding te volgen en daarna te blijven werken.

In 2019 zijn voorbereidingen getroffen voor het opzetten van eigen opleiding voor jonge beroepsbeoefenaars. Binnen de goedlopende samenwerking met de Amsterdamse ROC's worden veel stageplekken vervuld, maar wij houden er weinig 'blijvende' medewerkers aan over. Een eigen opleiding voor leerlingen uit Haarlemmermeer heeft het voordeel van goede bereikbaarheid en korte lijnen. In 2020 wordt dit verder geïmplementeerd.

In-, door- en uitstroom

In 2019 lukte het in twee van de drie locaties om voldoende medewerkers aan te trekken om de eerste gewenste kwaliteitsslag te maken. In De Meerwende bleef dit lastiger.

Er is wederom aandacht besteed aan het aantrekken en behouden van medewerkers niveau 4 en 5. Dit doen we door hen te blijven uitdagen, hun werk interessant te houden en hun inhoudelijke expertise te benutten in projecten. Ook is er veel aandacht voor scholing van medewerkers om hen door te laten stromen naar een hoger deskundigheidsniveau.

Met leidinggevendend wordt doelgericht gekeken naar de verwachte ontwikkelingen (in- en extern), de ontwikkeling van de zorgvraag, de gewenste ontwikkeling in kwaliteit en de personele bezetting die hiervoor nodig is. Een aanzet is gedaan om te denken vanuit een wensenplaatje.

Aandacht, aanwezigheid en toezicht

Wat aandacht, aanwezigheid en toezicht betreft, scoren we goed op alle normen, behalve op de volgende twee normen. Hoewel deze normen verbeterd zijn ten opzichte van 2019, kunnen we het toch nog niet op alle afdelingen/tijden waarmaken:

- Tijdens de zorg en ondersteuning bij intensieve zorgmomenten in de ochtend zijn er minimaal twee zorgverleners beschikbaar om deze taken te verrichten. In de avond is dat niet op alle afdelingen het geval.

- Tijdens de dag is er nog niet op alle afdelingen permanent iemand in de huiskamer of gemeenschappelijke ruimte om de aanwezige bewoners de benodigde aandacht en nabijheid te bieden en toezicht te houden.

Specifieke kennis, vaardigheden

Een lerende organisatie vraagt een open cultuur, is naar buiten gericht en beschouwt goed opgeleide medewerkers als haar kapitaal. Wij investeren daarom in de ontwikkeling en deskundigheid van medewerkers en daarmee in de kwaliteit van zorg. In 2019 is een Leermanagementsysteem (LMS) aangeschaft. Het LMS creëert een leeromgeving voor e-learning, klassikale trainingen en praktijktoetsen. Met het systeem kunnen we de bevoegd- en bekwaamheden beter monitoren. In december is het LMS geïmplementeerd.

Intervisie/casusbespreking

In augustus 2019 heeft de Verpleegkundige Advies Raad een ongevraagd advies uitgebracht over de implementatie van intervisie onder verpleegkundigen en verzorgenden. Men kan van elkaar leren, mits er sprake is van ruimte en veiligheid, door samen werksituaties te bespreken. Op basis van het advies is een werkwijze opgesteld: per locatie worden twee aandachtsvelders casusbespreking aangesteld (PG en somatiek). Zij voeren een eerste sessie onder begeleiding van een externe deskundige en organiseren, eventueel na aanvullende scholing, minimaal tweemaal per jaar per afdeling zelf casusbesprekingen. Na een jaar vindt een evaluatie plaats.

8. Gebruik van hulpbronnen

De laatste jaren is veel aandacht besteed aan ICT. In 2019 is uitwerking gegeven aan acties van het (meerjaren)ICT-plan. Zo zijn er koppelingen met het ECD van de artsen tot stand gekomen, waardoor er een betere uitwisseling van informatie is tussen (huis)artsen en de zorg en is het proces zorgovereenkomst en een aantal HRM-formulieren (bijvoorbeeld vakantieaanvragen) gedigitaliseerd. Andere projecten in 2019 waren:

Telefonie en domotica

In 2019 is in alle locaties de telefonie vervangen. De domotica is in twee van de drie locaties vervangen en verbeterd. Als pilot is dit het eerste in De Meerwende gedaan. De vervanging is, met de gebruikelijke kinderziektes, goed verlopen. Met enige vertraging is het project ter vervanging van de telefonie en domotica in 't Kloosterhof en vervolgens in De Meerstede gestart. De Meerstede heeft sinds eind 2019 nieuwe telefoons en er is gestart met de bekabeling. De vervanging van de domotica zelf vindt in 2020 plaats. In 2020 wordt verder gekeken hoe we de zorgdomotica nog optimaler kunnen gaan gebruiken.

Cliëntportaal

In 2019 is veel aandacht besteed aan het implementeren van een cliëntportaal. Via dit portaal kunnen cliënten en/of eerste contactpersonen hun zorgleefplan, rapportages en agenda inzien. In april is een pilot gestart in 't Kloosterhof. Voorafgaande aan de implementatie zijn cliënten, mantelzorgers en medewerkers geïnformeerd. De medewerkers die digitaal rapporteren hebben allemaal een zakboekje ontvangen met tips over hoe te rapporteren. De pilot is geëvalueerd door een enquête te houden onder de mantelzorgers, cliënten en de zorg. De resultaten waren positief, waarna het portaal is uitgerold naar de andere locaties en extramuraal. Eind 2019 maakten meer dan honderd mensen gebruik van het portaal.

Schoonmaak

Uit een interne audit bleek dat niet alle cliënten tevreden waren over de schoonmaak. In De Meerwende is daarom in 2019 het aantal minuten voor de schoonmaak van een kamer verhoogd zodat deze hetzelfde is als de andere locaties.

Aandacht gebouwde omgeving

In De Meerwende is in 2019 het gastvrijheidsconcept verder ontwikkeld. De opstelde plannen zijn intern besproken en aan de Cliënten- en FamilieRaad (CFR) voorgelegd.

Op hoofdlijnen is de fasering bekend; de daadwerkelijke verbouwing en implementatie vindt in 2020 plaats.

In 2019 zijn voor 't Kloosterhof voorbereidingen getroffen om de receptie te moderniseren en door te trekken naar het Hofplein en de winkel te integreren in de Brasserie. De redenen hiervoor zijn het gebrek aan (algemene) ruimtes, dat niet alle ruimtes goed worden benut, dat de Huiskamer PG begane grond te klein is en de receptie gedateerd. Ook hier wordt uitgegaan van het gastvrijheidsconcept.

9. Gebruik van informatie

Ten aanzien van 'gebruik van informatie' zijn in 2019 diverse acties ondernomen:

Project informatievoorziening

In 2019 is een start gemaakt om te komen tot een betere en snellere informatievoorziening en een verbetering van de administratieve organisatie en interne controle. Het doel hiervan is tijdig gevalideerde managementinformatie beschikbaar te hebben waardoor beter gestuurd kan worden door de leidinggevenden. In 2020 zullen vier werkgroepen worden geformeerd die aan de slag gaan met de volgende onderwerpen:

- Het informatieproces (AOIC) verbeteren
- Maken van een nieuw ontwerp voor de maand- en kwartaalrapportages
- Optimaliseren van het planningsproces van personeel
- Optimaliseren van het inkoop- en bestelproces

In 2019 is reeds een format voor de maand- en kwartaalrapportages ontwikkeld en is de begroting conform dit nieuwe format opgesteld zodat hiervan makkelijker de rapportages gemaakt kunnen worden in 2020.

Nieuwe website

In 2018 zijn de voorbereidingen getroffen voor een nieuwe website, omdat de oude website behoorlijk verouderd was. De belangrijkste doelgroepen van de nieuwe website zijn de (potentiële) cliënten en medewerkers. De website is hierop ingericht en is daarmee klantvriendelijker. De website, in de nieuwe huisstijl, is in januari 2019 gelanceerd.

Social media

Gebruik van social media wordt steeds belangrijker. Om te voorkomen dat foto's of ander beeldmateriaal van cliënten of medewerkers zonder toestemming verspreid wordt, hebben we onze social mediarijlijnen herijkt. Zo weet iedereen wat wij als organisatie op dat gebied verwachten.

Er wordt actiever gebruik gemaakt van social media waaronder facebook, om de activiteiten in de verschillende locaties te laten zien en potentiële medewerkers te werven.

Stroomlijnen e-mails

Medewerkers gaven regelmatig het signaal dat zij hinder ervaren van de grote hoeveelheid e-mails. Daarom is in 2019 besloten de e-mails te gaan bundelen en eenmaal per twee weken in één mail te verzenden. Via links kunnen medewerkers doorklikken naar voor hen interessante/relevante onderwerpen. Urgente mails worden separaat verstuurd.

10. Leren & Verbeteren

10.1 Verbeterparagraaf

Onderdeel van onze besturingsfilosofie is een cultuur, gericht op leren en verbeteren, eigen verantwoordelijkheid nemen en samen het resultaat bereiken. Persoonlijk en professioneel zijn onze kernwaarden. Door te 'Leren en werken aan kwaliteit' willen we bereiken dat onze medewerkers optimale zorg aan onze cliënten leveren, gebruikmakend van professionele richtlijnen, ervaringsgegevens en kwalitatieve informatie.

Wij werken in de praktijk veel aan leren en verbeteren doordat reflectie en dialoog gestimuleerd worden door de leidinggevenden en doordat deze plaatsvinden in een open klimaat.

Alle in dit jaarverslag genoemde ontwikkelpunten zijn verbeteringen die wij in 2019 (deels) doorgevoerd hebben. In het kwaliteitsverslag en het kwaliteitsplan worden deze punten geëvalueerd. Minimaal tweemaal per jaar bespreken we in de verschillende overlegvormen (MT, CCFR, OR, VAR en commissie Kwaliteit, Personeel en Organisatie van de RvT, zorgkantoor en lerend netwerk kwaliteit) de stand van zaken van het kwaliteitskader. Nagegaan wordt welke verbeteringen zijn doorgevoerd en waaraan we nog willen werken.

In 2019 hebben we weer diverse onderzoeken/metingen uitgevoerd. In de volgende paragrafen is hierover nadere informatie opgenomen.

10.2 Kwaliteitsindicatoren/indicatoren basisveiligheid

Inleiding

Zorgorganisaties dienen vanuit het kader jaarlijks 'kwaliteitsindicatoren verpleeghuiszorg' aan te leveren. In 2019 mochten we hierbij voor het eerst zelf een keuze maken:

- Drie verplicht indicatoren
'Advance Care Planning' (ACP), 'Bespreken medicatiefouten in het team' en 'Aandacht voor eten en drinken'.
- Twee vrij gekozen indicatoren uit een lijst van zeven
De leidinggevenden op de locaties hebben gekozen voor: decubitus en terugdringen vrijheidsbeperking
- Overige informatie: URL van dit kwaliteitsverslag, aanbevelingsscore (Net Promotor Score) en de Indicatoren personeelssamenstelling

Advance Care Planning

In het dossier van alle cliënten is in 2019 informatie opgenomen over minimaal een van de volgende onderwerpen: reanimeren, levensverlengende handeling en/of ziekenhuisopname. We voldoen hiermee aan de gestelde eisen en zetten geen extra actie hierop uit.

Bespreken medicatiefouten in het team

Op alle afdelingen waar medicatiefouten gemeld werden, zijn deze minstens één keer per kwartaal besproken op de afdeling. Medicatiefouten zijn besproken met EVV, hoofden, MIC-commissie, SOG, huisarts en/of SOG/POH. Er is geen extra actie nodig. Overigens worden individuele medicatiefouten direct door betrokkenen besproken en afgehandeld.

Aandacht voor eten en drinken

Bij 78% van onze cliënten is in de afgelopen zes maanden een of meer van de volgende voedselvoorkeuren met de cliënt en/of familie besproken en vastgelegd in het zorgdossier:

- Voorkeuren voor bepaald eten en drinken
- Voorkeuren omtrent het aanbieden van eten en drinken (hoeveelheid, frequentie, vorm)
- Gewenste hulp bij eten en drinken
- Voorkeuren voor tijd en plaats van eten en drinken

Bij de cliënten waarbij geen informatie over eten en drinken is opgenomen, wordt gekeken naar de reden hiervan en wordt de informatie zo nodig aangevuld.

Decubitus

Bij cliënten met (kans op) decubitus wordt een speciaal matras/kussen gebruikt, vinden controles plaats en wordt indien nodig een wondplan opgesteld. De SOG, ergotherapeut en fysiotherapeut adviseren regelmatig (preventief). Als er sprake is decubitus vindt casuïstiekbespreking plaats met arts, EVV en/of wondverpleegkundige⁶.

⁶ Elke locatie heeft een wondverpleegkundige in opleiding of een verpleegkundige met aandachtsveld wondzorg die bij decubitus ingeschakeld wordt.

In 2018 was bij 5% van onze cliënten sprake van decubitus categorie 2 of hoger (landelijk gemiddelde: 3,3%). Dit percentage was vooral hoog (11%) op de somatische afdeling in De Meerwende. Met het hoofd zorg & welzijn en de afdeling is vervolgens nagegaan wat de oorzaak hiervan kan zijn. De uitkomsten zijn besproken op werkoverleggen. Er zijn vervolgens ter voorkoming van decubitus skincare-lakens uitgeprobeerd, die minder belastend zijn voor de medewerkers. Een van de verpleegkundigen heeft de opleiding wondzorg gevolgd. Bij de nieuwe meting eind 2019 zou worden gekeken of de acties tot een vermindering van het percentage hebben geleid. Eind 2019 bleek helaas het percentage cliënten met decubitus categorie 2 of hoger 9% te zijn. De oorzaak hiervan ligt in de stijging van het percentage op de somatische afdeling De Meerwende naar 20%. Hierop wordt actie ondernomen.

Terugdringen vrijheidsbeperking/onvrijwillige zorg

Wij voeren een terughoudend beleid rondom toepassen van onvrijwillige zorg. In 2019 zijn voorbereidingen getroffen voor de invoering van de Wet zorg en dwang (Wzd) die met ingang van 1 januari 2020 de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) vervangt. Het uitgangspunt van Wzd is 'Nee, tenzij'. Dat betekent dat vrijheidsbeperking of onvrijwillige zorg in principe niet mag worden toegepast, tenzij er sprake is van ernstig nadeel voor de cliënt of zijn omgeving. Onvrijwillige zorg is zorg waartegen de cliënt zich verzet. Het doel van de nieuwe wet is minder vrijheidsbeperking onder dwang in de zorg.

De betreffende cliënten/vertegenwoordigers hebben een brief over de wetswijziging en over de cliënten-vertrouwenspersoon ontvangen, er is een beleidsplan Wzd opgesteld en medewerkers worden geschoold. In 2020, een overgangsjaar, zullen de overige acties uitgezet worden.

In 2019 is op de afdelingen op de volgende wijzen gewerkt aan het terugdringen van vrijheidsbeperking:

- Zoveel mogelijk beperking van inzet van middelen, in overleg met SOG/familie, om vrijheid te waarborgen
- Inzet bespreken bij elke zorgleefplanbespreking met de SOG, familie en EVV.
- Regelmatig (elke zes weken) evalueren en indien mogelijk zo snel mogelijk afbouwen van tijdelijke maatregelen.
- Volgen van cursus/symposia en verzamelen van informatie over inzet domotica/vervangende hulpmiddelen.

Netto Promotor Score (NPS)

Cliënten/naasten kunnen via Zorgkaart Nederland een recensie schrijven. Hen wordt dan ook gevraagd of zij onze organisatie aanbevelen bij anderen (aanbevelingsvraag). 97% van onze cliënten/naasten beveelt onze organisatie aan (133 beantwoorden deze vraag met 'ja').

10.3 Tevredenheidsmeting

Staalkaartanalyse cliënten⁷

De EVV'ers hebben eind 2019 de meest recente ingevulde staalkaarten van hun cliënten geanalyseerd. Zij hebben per rubriek (1. Kwaliteit van Leven, 2. Kwaliteit van Zorg en 3. Veilig & Vertrouwd) gekeken welke drie positieve punten en drie verbeterpunten hun cliënten het meeste aangaven.

28 EVV'ers hebben de staalkaarten van 215 bewoners bekeken. Hieronder staan de meest genoemde positieve en aandachtspuntenpunten (stichtingsbreed):

	Meest positief (aantal afdelingen die dit noemde)	Minst positief
Kwaliteit van Leven NB: een afdeling gaf aan dat men, ondanks dat mantelzorgers dementie moeilijk vinden, niet negatief is over de kwaliteit van leven	<ul style="list-style-type: none"> • Met bezoek op rustige plek terugtrekken (9) • Maaltijden (7) <i>("Brasserie is een aanwinst en erg gezellig. Maaltijden zijn lekker omdat gekookt wordt op de groep en je kan aangeven wat je niet lust"</i> • (beweeg-) Activiteiten (6) 	<ul style="list-style-type: none"> • Bewegingactiviteiten (5) • Maaltijden (4) • Meebeslissen over wat voor zorg/hulp en wanneer (4)

⁷ De tevredenheid van cliënten Wlz-thuis wordt via de PREM meting van de wijkzorg gemeten.

	Meest positief (aantal afdelingen die dit noemde)	Minst positief
Kwaliteit van zorg	<ul style="list-style-type: none"> Op de hoogte van gezondheidsproblemen (13) Nakomen gemaakte afspraken (6) Ondersteuning familie en/of vrijwilliger (4) Antwoord op mijn vragen (4) 	<ul style="list-style-type: none"> Aantal medewerkers op afdeling (11) <i>NB: andere aandachtspunten werden veel minder genoemd</i>
Veilig & Vertrouwd	<ul style="list-style-type: none"> Veilig (9) Omgaan juiste manier (6) Ondersteund in geloof/levensbeschouwing (4) Juiste medicatie op juiste tijd (4) 	<ul style="list-style-type: none"> Schoonmaak woonruimte (11) Mondzorg (6) Aandacht voor vallen (3)

Opvallende zaken die geconstateerd zijn:

- De meeste en minst positieve onderwerpen verschillen per locatie/afdeling
- Cliënten verschillen in de tevredenheid over de maaltijden, mondzorg en beweegactiviteiten
- Op veel afdelingen worden 'aantal medewerkers op de afdeling' en 'schoonmaak' nog steeds als aandachtspunten gezien
- De EVV'ers geven aan dat de ene cliënt een andere waarde hecht aan een voldoende dan de andere. Hierbij kunnen soms 'scheve' beoordelingen ontstaan van het staalkaartformulier

De resultaten zijn intern gecommuniceerd en worden gebruikt om te leren en te verbeteren. De CFR en CCFR worden hier nauw bij betrokken.

Medewerker monitor medewerkers

In 2019 is een tussentijds tevredenheidsmeting onder medewerkers gehouden. Over de gehele linie werd er hoger gescoord dan de meting in 2017. Ook de respons was met 54,9% hoger. De netto promotor score was 9,2 (landelijk slechts 3,8). Dit houdt in dat meer mensen de vraag 'Hoe waarschijnlijk is het dat u uw organisatie zou aanbevelen aan een vriend of collega?' een 9 of 10 hebben gegeven dan een 6 of lager. We scoorden hoger dan de sector op vertrekgenueidheid (8,6 versus 8,2 in de sector), op 'trots om in deze organisatie te werken' (8,1 versus 7,8) en op de samenwerking tussen de teams/afdelingen. Tot slot scoorden we hoog op de bevlogenheid (64%).

Als belangrijkste verbeterpunt kwam 'communicatie' naar voren. Hoewel we hoger scoorden op 'communicatie gericht op samenwerking/in mijn team wordt gesproken over zaken die minder goed zijn gegaan (..)' dan de vorige meting (van 6,0 naar 6,7) scoorden we lager dan de sector (7,3). Er zijn diverse acties rondom communicatie ingezet.

10.4 Melding Incidenten

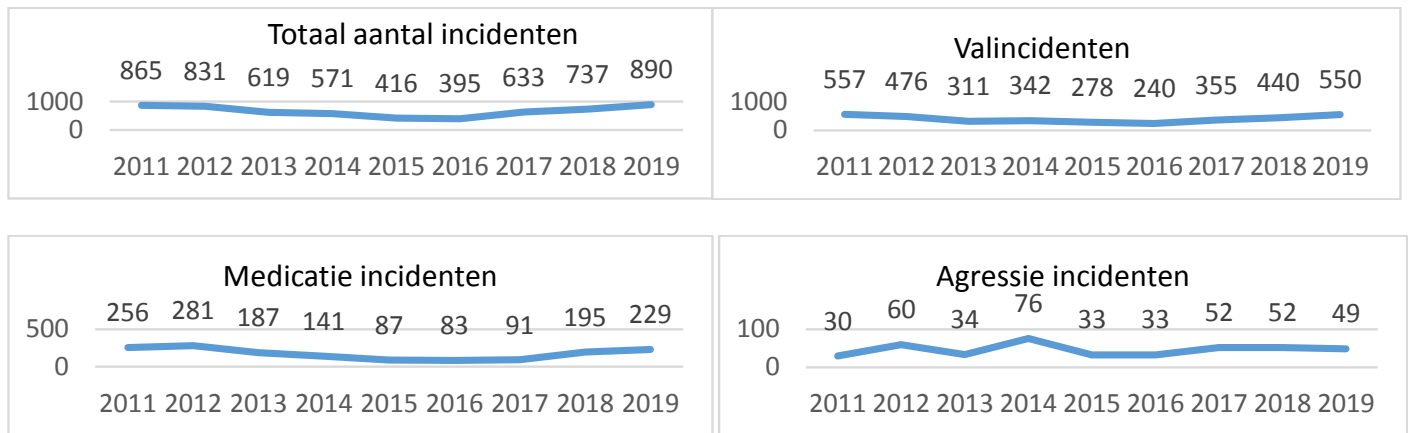
Melding Incidenten Cliëntenzorg (MIC)

Medewerkers kunnen meldingen incidenten cliënten digitaal melden. De MIC's worden allereerst en direct rondom de individuele cliënt opgevolgd. Verder worden de MIC-gegevens van de locatie minimaal eenmaal per halfjaar besproken in de lokale Cliënten- en Familieraad (CFR) en in het locatie MT. Op stichtingsniveau worden de gegevens, met eventuele genomen maatregelen, besproken met de CCFR, in de commissie KPO en in het MT.

In 2019 zijn er stichtingsbreed 890 MIC's ingediend: 550 val-incidenten, 229 medicatie-incidenten, 49 agressie-incidenten en 62 overige incidenten. Ten aanzien van de MIC's geldt:

- De meldingen waren redelijk verspreid over de week
- De meeste incidenten vonden plaats tussen 8.00 en 9.00 uur en tussen 21.00 – 22.00 uur
- De meeste meldingen zijn gedaan bij PG-cliënten
- Bij de meeste MIC's was geen sprake van gevolgen of waren deze nog niet merkbaar

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



Op de locaties was sprake van de volgende aantallen:

De Meerwende: **453** MIC's: 259 vallen, 145 medicatie, 14 agressie en 35 overige
 De Meerstede: **211** MIC's: 132 vallen, 24 medicatie, 31 agressie en 24 overige
 't Kloosterhof: **226** MIC's: 159 vallen, 60 medicatie, 4 agressie en 3 overige

Naar aanleiding van de incidenten zijn/worden onder meer de volgende maatregelen inzet:

Valincidenten: Er zijn vooral veel valpartijen op de PG-afdeling. Valincidenten zijn vaak lastig te voorkomen in verband met het ziektebeeld. Er wordt veel overlegd met de SOG onder meer over welk hulpmiddel ingezet kan worden, zoals een trippelstoel. Veel valincidenten gebeuren 's nachts en in de badkamer. Als een cliënt vaker valt, wordt een laag-laag bed in combinatie met een valmat ingezet. De zorg weet dan dat de cliënt naar het toilet wil en kan helpen. Bij veel PG-cliënten wordt er in overleg met de familie voor gekozen de cliënt niet te 'fixeren' waarmee het risico genomen wordt dat de cliënt kan vallen.

Ook gebeuren valincidenten vaak als een cliënt net in zorg is. Mensen zijn dan vaak in de war, moeten wennen aan een nieuwe omgeving en sommigen vielen in de thuissituatie ook regelmatig. Het kost de zorg enige tijd om erachter te komen welke interventie het beste past bij de cliënt en om dit vervolgens te regelen.

Medicatie-incidenten: Er wordt nog regelmatig medicatie vergeten, vooral als de tijden van de reguliere deeltijden afwijken. Met het nieuwe digitale toedieningssysteem zal dit hopelijk voorkomen worden.

Medicatie-incidenten worden altijd besproken met desbetreffende medewerker.

Agressie-incidenten: Bij agressie wordt de SOG geraadpleegd en wordt gekeken naar een juiste benaderingswijze. Periodiek bespreekt de gedragspsycholoog/psychiatrisch verpleegkundige met de verzorgende GVP eventuele mogelijkheden/oplossingen.

Vaak wordt gekeken naar andere benaderingswijzen en eventueel aanpassen van medicatie.

Melding Incidenten Medewerkers (MIM)

Sinds medio 2019 kunnen medewerkers ook meldingen incidenten medewerkers digitaal melden. De MIM's worden allereerst en direct rondom de individuele medewerker opgevolgd. De beleidsmedewerker ontvangt een e-mail waarin staat dat er een MIM gedaan is en scant of er sprake is van een ernstige situatie/van eventuele claims. Dit is ook een taak van de leidinggevende. Er wordt melding van gemaakt in het werkoverleg. Eenmaal per halfjaar wordt een overzicht gemaakt van de MIM-meldingen ter bespreking in het locatieMT.

De beleidsmedewerker brengt het jaaroverzicht MIM in het stichtingsMT en de Ondernemingsraad in ter bespreking.

Tussen juni en december 2019 was sprake van 36 MIM's:

	Agressie	Andere MIM
De Meerwende: 17	11 (waarvan 2 dezelfde MIM's gemeld door andere medewerker) <ul style="list-style-type: none"> - Meestal werd aangegeven dat er niets aan gedaan kan worden ("cliënt heeft stemmingswisselingen, kan onvoorspelbaar zijn e.d.") - Als gevolg is onder meer gemeld: angst, blauwe plek 	6 <ul style="list-style-type: none"> - Medewerker zat klem tussen klapdeuren - Medewerker viel in bij afwas en brandde zich aan hete braadslee (brandwond) - Cliënt was bang in tillift en boog vinger medewerker om - Medewerker is gestruikeld over ongelijke stenen op terrein (gekneusde voet) - Medewerker bleef hangen achter loshangend zeil kamer - Medewerker is door weinig licht gevallen op terrein (gebroken arm)
De Meerstede: 14	14 (2 MIM t.b.v. dezelfde cliënt, bij 1 incident waren 2 medewerkers betrokken die beiden gemeld hebben) <ul style="list-style-type: none"> - Meestal werd aangegeven dat er niets aan gedaan kan worden ("komt uit het niets") - Als gevolg is o.a. aangegeven: pijn, blauwe plek en zwelling. Tweemaal heeft cliënt gebeten. 	0
't Kloosterhof: 5	5 (2 MIM t.b.v. dezelfde cliënt) <ul style="list-style-type: none"> - Meestal werd aangegeven dat er niets aan gedaan kan worden ("is PG-problematiek) of andere medicatie - Als gevolg is o.a. aangegeven: blauwe plek, zwelling, angst en onrust 	0

Meestal wordt naar aanleiding van een agressie MIM de SOG en/of psycholoog ingeschakeld voor eventuele verdere maatregelen. Blijven praten met collega's over agressie incidenten is eveneens belangrijk.

Na analyse is gebleken dat de leidinggevenden niet altijd een reactie invullen. Dit is voor 2020 een aandachtspunt.

10.5 Klachtenafhandeling

10.5.1 Cliënten

Onze cliënten kunnen op diverse manieren hun onvrede uiten. Vaak gebeurt dit via het bespreken met de EVV en hoofd, waarmee veel 'klachten' in de lijn opgelost worden. Soms wordt hierbij opgeschaald naar de manager en/of bestuurder. Ook kan een cliënt terecht bij de CFR mocht het een onderwerp zijn dat meerdere cliënten aangaat. Cliënten kunnen tevens de onafhankelijke vertrouwenspersoon/klachtenfunctionaris benaderen als zij iets niet kunnen/willen bespreken met hun EVV/hoofd. De vertrouwenspersoon cliënten is in 2019 driemaal benaderd, waarvan tweemaal door dezelfde familie. Andere manieren waarop cliënten eventuele onvrede kunnen melden, zijn via de 'rondetafelgesprekken' en tijdens de aanwezigheid van de CFR bij de maaltijd (De Meerwende) Als er intern geen oplossing gevonden kan worden, kan de cliënt een klacht indienen bij onze externe onafhankelijke klachtencommissie (Facit). Ook kan een cliënt ervoor kiezen de Inspectie op de hoogte te brengen.

Er wordt zelden tot nooit een formele klacht bij de externe klachtencommissie ingediend. Daarom is besloten om de klachten die via een brief of e-mail aan leden van locatie- en stichtingsMT gestuurd worden en die ons via de Inspectie bereiken te registreren.

Informele klachten 2019

In De Meerstede zijn in 2019 vijf klachten ingediend. Een melding is tweemaal ingediend bij de klachtenfunctionaris en weer ingetrokken, tweemaal is een brief aan de bestuurder gericht en twee klachten zijn via een e-mail kenbaar gemaakt. Onderwerpen waarover men niet tevreden was betroffen communicatie/niet nakomen afspraken, communicatie over borgen geestelijke verzorging na vertrek van de tijdelijke functionaris, gebruik kapel/sacristie voor andere doeleinden en het berekenen van kosten voor het verlenen van de laatste zorg. De uitingen van onvrede zijn voornamelijk opgelost door het voeren van gesprekken en het scheppen van duidelijkheid. Drie personen zijn hierdoor tevreden gesteld, twee personen wilden ondanks diverse pogingen niet meer in overleg.

In De Meerwende is in 2019 via de vertrouwenspersoon/klachtenfunctionaris een klacht ingediend over de langzame communicatie. Na een gesprek en excuus voor het lange wachten, is de persoon tevredengesteld.

Ook in 't Kloosterhof was in 2019 sprake van een klacht, aangegeven via een mail aan de bestuurder. Dit betrof het moeten betalen voor eten/drinken tijdens vrijwilligerswerk. Gecommuniceerd is dat we een lijn trekken voor alle vrijwilligers. De vrijwilliger is hiermee tevredengesteld.

Tot slot is een anonieme melding gedaan via de vertrouwenspersoon. Deze melder bleek ontevreden over een aantal zaken in de verzorging. Op advies van de vertrouwenspersoon bespreekt melder dit eerst met de zorg. Er is daarna niets meer vernomen.

10.5.2 Medewerkers

Onze medewerkers kunnen ook op diverse manieren hun onvrede uiten. Vaak gebeurt dit via het bespreken met de desbetreffende persoon en/of hoofd, waarmee veel 'klachten' in de lijn opgelost worden. Soms wordt hierbij opgeschaald naar de manager en/of bestuurder. Ook kan een medewerker terecht bij de Ondernemingsraad mocht het een onderwerp zijn dat meerdere medewerkers aangaat.

Medewerkers kunnen tevens de onafhankelijke vertrouwenspersoon/klachtenfunctionaris benaderen als zij iets niet kunnen/willen bespreken met hun leidinggevende. De vertrouwenspersoon medewerkers is in 2019 eenmaal benaderd vanwege een conflict tussen twee medewerkers. Deze ondersteuning heeft niet tot voldoende resultaat geleid. De casus is verder opgepakt door de manager van de locatie waar dit speelde.

Als er intern geen oplossing gevonden kan worden, kan de medewerker een formele klacht in dienen bij onze externe onafhankelijke klachtencommissie (Facit). Er is in 2019 geen formele klacht ingediend.

10.6 Risico's en kansen

Jaarlijks wordt een risico-inventarisatie gemaakt door het MT en aangevuld door de verschillende medezeggenschapsorganen. Aan de risico's wordt een score gehangen (impact x kans) en worden acties om risico zoveel mogelijk te voorkomen aangegeven. Er wordt regelmatig geëvalueerd wat de stand van zaken is en of de ondernomen acties doeltreffend zijn. Kansen worden meegenomen bij het bepalen van het (meerjaren)beleid.

In 2019 werden als grootse risico's gezien:

- Arbeidsmarktproblematiek: invullen van vacatures (kwaliteitsgelden) en bezetting, kwantitatief en kwalitatief. Dit is met stip het grootste risico. We besteden veel aandacht aan het werven van extra mankracht en deskundigheid met name voor in De Meerwende. Hiervoor is een taskforce opgezet met daarin de zorg, communicatie & PR, opleidingen en HRM vertegenwoordigd. Verder zijn we present bij allerlei beurzen en doen we actief mee met regionale initiatieven. Ook hebben we de werkbegeleiders en praktijkopleiders extra ingezet. Door deze activiteiten is de zorgformatie fors toegenomen.
- Financiering van overproductie
We hebben een behoorlijke overproductie in de Wlz. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt door meer ZZP met behandeling. Er is een klein risico dat deze overproductie niet geheel gefinancierd wordt in de nacalculatie. Het is tijdig gemeld aan zorgkantoor en er zijn geen signalen dat deze niet vergoed zou gaan worden. De overproductie van de wijkzorg en ELV is een reëel risico. We hebben de ervaring dat deze niet wordt vergoed als het niet lukt om het productieplafond te verhogen. Daarom monitoren we de uitnutting maandelijks en worden tijdig geen nieuwe cliënten meer aangenomen als hier aanleiding voor is. Tegelijkertijd wordt geprobeerd een hoger productieplafond met de verzekeraars af te spreken.
- Relatief kleine organisatie met kleine staf (met name risico bij communicatie PR, ICT en financiën): er is een risico met betrekking tot kwetsbaarheid en behoud van slagvaardigheid. De financiële kwetsbaarheid is in de eerste helft van het jaar duidelijk geworden. Door inzet van uitzendkrachten en de te lage productie in combinatie met hoog ziekteverzuim, was het financiële resultaat in het eerste kwartaal negatief. Hierop zijn de nodige acties gezet zodat we het jaar toch nog positief konden afsluiten. Er is onder andere een financieel adviseur ingezet om de kwaliteit van de managementrapportages te verbeteren. Waar nodig wordt extra mankracht of expertise ingehuurd.

10.7 Evaluatie kwaliteitsmanagementsysteem

De bestuurder beoordeelt het kwaliteitsmanagementsysteem door de gebruikte kwaliteitsinstrumenten te evalueren. Doel hiervan is te borgen dat het systeem geschikt en doeltreffend is/blijft. De meeste in dit kwaliteitsverslag genoemde kwaliteitsinstrumenten voldeden in 2019 aan de gestelde verwachtingen en worden in 2020 op dezelfde wijze gehanteerd.

De volgende meetinstrumenten zijn wel (deels) aangepast:

Format en inhoud kwaliteitsplan en -verslag

Voorheen gaven we in het kwaliteitsplan en -verslag bij elke norm van het kwaliteitskader met een vinkje aan of we eraan voldeden. Om de systematiek te vereenvoudigen en het document niet te lang te maken (aan de meeste normen voldeden we) is gekozen voor een andere methodiek.

In het kwaliteitsplan is per locatie/stafdienst een top 3 met positieve punten en een top 3 met verbeterpunten opgenomen.

In onderliggend kwaliteitsverslag zijn alleen de normen in ontwikkeling, actiepunten en uitkomsten op het gebied van leren en verbeteren vermeld. De normen waar we al positief op scores, zijn weggelaten.

Door de aanpassing van het format zijn de documenten leesvriendelijker en beknopter geworden en geven deze documenten vooral inzicht in waar de aandachtspunten/acties liggen.

Indicatoren basisveiligheid

Jaarlijks wordt vanuit het kwaliteitskader gevraagd om uitkomsten van 'kwaliteitsindicatoren verpleeghuiszorg' aan te leveren. In 2019 mochten we hierbij voor het eerst zelf een keuze maken. Dit is een positieve ontwikkeling; zo kunnen we zelf bepalen waarop we de focus willen leggen.

Melding Incidenten Medewerkers (MIM)

Sinds medio 2019 kunnen medewerkers MIM's digitaal melden. Dit is positief ontvangen; medewerkers vinden deze werkwijze gebruiksvriendelijker en daardoor prettiger dan het handmatig invullen. De efficiëntie is hiermee verbeterd. Doordat de leidinggevende op elke melding een reactie geeft, is tevens inzichtelijk welke acties uitgezet zijn.

Risico-inventarisatie en -evaluatie

Om een goed arbobeleid uit te voeren, is het belangrijk om inzicht te hebben in mogelijke risico's. Voorheen hielden we dit zelf bij via een geautomatiseerd systeem, maar in 2019 is een onafhankelijk adviesbureau gevraagd een RI&E uit te voeren. Hierdoor is sprake van een frisse en objectieve blik. Bijkomend voordeel is dat het een nieuwe impuls geeft aan de RI&E en de bijbehorende acties.

Externe relaties/strategische partners

Wij werken veel samen met partners in de regio. In 2019 hebben we op een beleidsdag onze belangrijkste strategische partners in beeld gebracht en onderzocht welke contacten we wilden intensiveren, door wie en waarom. De bestuurder is van mening dat het belangrijk is bewust te zijn van onze strategische partners en dat deze goed in beeld moeten zijn en dat contacten met hen actief onderhouden dienen te worden op de verschillende niveaus.

Conclusie

In 2019 is veel bereikt op het gebied van kwaliteit. Uit diverse onderzoeken bleek dat de tevredenheid onder onze cliënten en onder medewerkers hoog is. De bestuurder wil daarom de ingezette instrumenten/methodieken zoals in dit hoofdstuk beschreven, blijven inzetten.

Aldus vastgesteld,

Mw. I. van Weert, Bestuurder, Juli 2020

Bijlage 1 Afkortingenlijst/begrippen

AO/IC	Administratieve Organisatie Interne Controle
Arbo	Arbeidsomstandigheden
BBL:	Beroepsbegeleidende Leerweg
Bopz (wet):	Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen
CCFR:	Centrale Cliënten en FamilieRaad
CFR	(Lokale) Cliënten-en FamilieRaad
ECD:	Elektronisch Cliënten Dossier
EVV:	Eerst Verantwoordelijke Verzorgende
HRM	Human Resource Management (Personeelszaken)
HKZ	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
ICT:	Informatie- en Communicatie Technologie
ISO:	Internationale Organisatie voor Standaardisatie
Lms	Leermanagementsysteem
LMT	Locatie Management Team
MIC:	Melding Incidenten Cliënten
MIM:	Melding Incidenten Medewerkers
MPT:	Modulair Pakket Thuis
MT:	Management Team
NPS	Net Promotor Score
OR	Ondernemingsraad

PG: Psycho Geriatrisch
Pgb Persoonsgebonden budget
POH: Praktijkondersteuner huisartsen
PREM Patient Reported Experience Measures (tevredenheidsonderzoek cliënten)

RI&E Risico-inventarisatie en -evaluatie (arbeidsomstandigheden)
RvT: Raad van Toezicht

SOG: Specialist Ouderen Geneeskunde

VAR: Verpleegkundige Adviesraad
VPT: Volledig Pakket Thuis

Wlz: Wet langdurige zorg
Wzd Wet zorg en dwang

ZZP: Zorgzwaartepakket