

Kwaliteitsverslag 2023



Mei 2024

Inhoudsopgave

Inleiding	3
1. Persoonsgerichte zorg- en ondersteuning	3
2. Wonen en welzijn	4
3. Veiligheid	4
3.1 Wet zorg en dwang (Wzd)	4
3.2 Basisindicatoren.....	4
3.2.1 <i>Advance Care Planning (ACP)</i>	5
3.2.2 <i>Bespreken medicatiefouten in het team</i>	5
3.2.3 <i>Aandacht voor eten en drinken</i>	5
3.2.4 <i>Decubitus</i>	5
3.2.5 <i>Totaalscore</i>	5
3.3 Melding Incidenten Cliëntenzorg (MIC).....	6
3.3.1 <i>Valincidenten</i>	6
3.3.2 <i>Medicatie-incidenten</i>	7
3.3.3 <i>Agressie-incidenten</i>	7
4. Leren en werken aan kwaliteit	7
5. Leiderschap, governance en management	8
5.1 Verpleegkundige AdviesRaad (VAR)	8
5.2 Risico-inventarisatie	8
6. Personeelssamenstelling (voldoende/bekwaam personeel)	8
6.1 Werven en behouden van medewerkers	8
6.2 Medewerkersreis.....	9
6.3 Verzuim.....	9
6.4 Analyse personeelssamenstelling.....	9
6.5 Opleidingen/Werkbegeleiding.....	9
7. Hulppbronnen, omgeving en context	10
7.1 Huisvesting.....	10
7.2 Hygiëne	10
8. Gebruik van informatie	10
8.1 Het gebruik van cliëntervaringen	10
8.1.1 <i>Tevredenheidsmeting cliënten</i>	10
8.1.2 <i>Evaluatie einde zorg</i>	11
8.1.3 <i>PREM (Patient Reported Experience Measurement)-analyse</i>	11
8.2 Klachten/opmerkingen cliënten	13
8.2.1 <i>'Informe klachten'</i>	14
8.2.2 <i>Vertrouwenspersoon cliënten</i>	14
8.2.3 <i>Cliëntenvertrouwenspersoon (CVP) Wet zorg en dwang (Wzd)</i>	14
8.2.4 <i>Klachtenfunctionaris</i>	14
8.2.5 <i>Mogelijke prisma's</i>	14
8.3 Klachten medewerkers	14
8.3.1 <i>Informe klachten</i>	14
8.3.2 <i>Vertrouwenspersoon medewerkers</i>	14
8.3.3 <i>Klachtenfunctionaris</i>	14
8.4 Meldingen Incidenten Medewerkers (MIM)	14
8.5 Arbeidsinspectie	15
8.6 Audits.....	15
8.6.1 <i>Interne audits</i>	15
8.6.3 <i>Externe audit</i>	16
9. Leren & Verbeteren	17

Inleiding

Zorgcentra Meerlanden is gecertificeerd volgens het kwaliteitsmanagementsysteem ISO¹ Zorg & Welzijn en voldoet aan het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg². Dit Kader is de wettelijke basis voor de kwaliteit van verpleeghuiszorg³ en beschrijft wat cliënten/naasten mogen verwachten van de zorg. De cliënt is hierbij het uitgangspunt.

Zorgorganisaties kunnen zelf invulling aan het kader geven. Het managementteam en locatiemanagement analyseren periodiek of we voor intramurale cliënten en voor Wlz⁴-cliënten langdurige zorg thuis⁵ nog aan de gestelde normen van het kader voldoen en waarop actie nodig is. Deze input wordt verwerkt in de kwaliteitsverslagen en -plannen.

Jaarlijks stellen we een kwaliteitsverslag op in afstemming met de Centrale Cliënten- en Familieraad (CCFR), Ondernemingsraad (OR) en de Verpleegkundige AdviesRaad (VAR). In dit kwaliteitsverslag geven we een toelichting op alle thema's van het kwaliteitskader. Ook besteden we aandacht aan uitkomsten op het gebied van veiligheid, leren en verbeteren en cliëntervaringen.

In 2023 is er vanaf september een bestuurswisseling geweest voor Zorgcentra Meerlanden. Dit kwaliteitsverslag is bewust nog in de lijn van voorgaande jaren opgesteld. Vanaf 2024 is nadrukkelijk het nieuwe kwaliteitskompas betrokken bij de manier van kijken naar kwaliteit van zorg.

In bijlage 1 is een lijst met afkortingen opgenomen.

1. Persoonsgerichte zorg- en ondersteuning

Wij zien de cliënt als een uniek persoon met een eigen geschiedenis en leveren warme zorg.⁶ Dit blijkt ook uit onze kernwaarden: Persoonlijk en Professioneel. 'Persoonsgerichte zorg' wordt in alle tevredenheidsonderzoeken het hoogst gewaardeerd. Om deze zorg te kunnen bieden worden onder meer levensverhalen opgeschreven, zodat de medewerkers de achtergrond van de cliënt kennen en weten waar zijn⁷ belangstelling ligt.

Behandeling

In 2023 hebben wij, in samenwerking met de huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde (SO), ingezet op nog meer uitbreiding van cliënten met behandeling, om de kwaliteit van zorg/behandeling te verhogen.

Per 1 januari 2023 zijn wij overgegaan op een nieuwe behandeldienst, Novicare. Bij Novicare werken de specialisten ouderengeneeskunde samen met verpleegkundige specialisten. De overgang van de behandeldienst had een grote impact op medewerkers en cliënten. De eerste periode was lastig, vanwege enige personele wisselingen bij Novicare en omdat Novicare op bepaalde gebieden een andere werkwijze had dan de vorige behandeldienst. Door hierover regelmatig in overleg te gaan, is dit verbeterd.

¹ ISO staat voor 'International Organisation for Standardization'.

² Er is een nieuw kader (Kwaliteitskompas) in ontwikkeling.

³ Voor de wijkzorg wordt het kwaliteitskader wijkverpleging aangehouden. Hiervoor is een kwaliteitsplan extramuraal opgesteld, gebaseerd op dit kader en op de inkoop-eisen van de zorgverzekeraars. We voldoen ook aan de normen Addendum bij kwaliteitskader verpleeghuiszorg voor langdurige zorg thuis met een Wlz-indicatie.

⁴ Wet langdurige zorg.

⁵ Conform addendum op het kwaliteitskader voor cliënten langdurige zorg thuis met een indicatie Wlz. Wij voldoen voor deze doelgroep ook aan specifieke vereisten: juiste randvoorwaarden om zorg ook thuis verantwoord en veilig te organiseren; begeleiden van de cliënt om verantwoord thuis te kunnen blijven wonen; afstemmen invulling van welzijn met de cliënt, gemeente en welzijnsorganisaties; de cliënt laten bepalen welke zorgaanbieder het eerste aanspreekpunt voor zorg thuis is en de mogelijkheid van het inschakelen van een SO.

⁶ Dit wordt ook aangegeven door onze Centrale Cliënten- en Familieraad.

⁷ Voor hij/zijn kan ook zij/haar gelezen worden.

2. Wonen en welzijn

De woon- en leefomgeving en welzijn zijn medebepalend voor de kwaliteit van leven. De kwaliteit van de directe leefomgeving speelt een belangrijke rol bij het welbevinden van cliënten. In 2023 hebben we de processen rondom het gastvrijheidsconcept en restaurant verder vorm gegeven.

3. Veiligheid

Wij streven naar optimale persoonlijke veiligheid. We maken gebruik van de geldende professionele standaarden en voldoen aan de wettelijke kaders op het gebied van onder meer veiligheid van hulpmiddelen, brandveiligheid, voedselveiligheid, drinkwaterveiligheid en klachten en inspraak.

In 2023 is op diverse onderdelen (extra) aandacht besteed aan veiligheid:

3.1 Wet zorg en dwang (Wzd)

Wij voeren een terughoudend beleid rondom het toepassen van onvrijwillige zorg conform de Wzd ('Nee, tenzij'...). Begin 2023 is scholing aangeboden aan medewerkers van de PG-afdelingen. De scholing van wijkmedewerkers en medewerkers somatiek zijn hierin onvoldoende meegenomen en deze medewerkers krijgen in 2024 een aparte scholing. Ook willen we in de toekomst een aangepaste basisscholing Wzd voor zorgassistenten en helpenden aanbieden en op termijn voor activiteitenbegeleiders en vrijwilligers.

Onze cliëntvertrouwenspersoon (CVP) Wzd heeft 13 maal onze organisatie bezocht, vooral als kennismaking.

De commissie Wzd is in 2023 tweemaal bijeengekomen. Het doel van de commissie is het bewaken van de implementatie, voortgang en ontwikkelingen van de Wzd en het bespreken van casuïstiek. Tijdens de eerste bijeenkomst is kennis gemaakt met de nieuwe Wzd-functionaris. Ook zijn de uitkomsten van de Opstartscan besproken die Novicare heeft uitgevoerd. Ten aanzien van de Wzd kwamen de volgende aandachtspunten naar voren:

- *Rol Zorgverantwoordelijke:* De Specialist Ouderengeneeskunde van Amstelring fungeerde voorheen als zorgverantwoordelijke. Dit was een bewuste keus omdat het een nieuwe wet betrof en we meenden dat de medewerkers hiervoor nog niet klaar waren. Na twee jaar hebben we dit na een evaluatie gehandhaafd. Novicare was dit echter niet gewend en adviseerde dit te beleggen bij bijvoorbeeld een (kwaliteits)verpleegkundige. Na een uitgebreide bespreking is besloten dat de Eerst Verantwoordelijke Verzorgende (EVV) deze taak voor hun eigen cliënten op zich neemt. Hiervoor is een werkwijze ontwikkeld.
- *Kennis & Kunde (Bekendheid Wzd/-commissie, jaarverslag Wzd):* We blijven met de medewerkers in gesprek over de Wzd, onder meer door dit een vast agendapunt te maken op de werkoverleggen. Ook is in 2023 de Wzd onder de aandacht gebracht via intranet en Meerpraatjes.
- *ONS:* Er werd nog weinig gebruikt gemaakt van het stappenplan Wzd in ONS. Hierin is in de tweede helft van 2023 een inhaalslag gemaakt.

In 2023 is bij vier cliënten de volgende onvrijwillige zorg toegepast:

- Toedienen van vocht, voeding en medicatie, medische handelingen en therapeutische maatregelen (2 cliënten)
- Verzet tegen verhuizing
- Beperken van bewegingsvrijheid via mechanische fixatie.

De onvrijwillige zorg is tijdig geëvalueerd conform het stappenplan.

3.2 Basisindicatoren

Wij leveren jaarlijks de uitkomsten aan van de basisindicatoren, die besproken worden in de teams: herkennen we de uitslag en moeten we actie ondernemen?

3.2.1 Advance Care Planning (ACP)

Bij ACP wordt uitgevraagd bij hoeveel cliënten in het Elektronisch CliëntDossier (ECD) is vastgelegd of de cliënt wel/niet gereanimeerd wil worden, of er nog gestart wordt met levensverlengende behandelingen en/of de cliënt nog naar het ziekenhuis wil.

Onderstaande tabel laat zien dat dit in onze dossiers goed vastgelegd wordt:

	De Meerwende (103 ⁸ cliënten)	De Meerstede (67 cliënten)	't Kloosterhof (54 cliënten)
Advance Care Planning	102 cliënten (99%)	66 cliënten (99%)	53 cliënten (98%)

3.2.2 Bespreken medicatiefouten in het team

Op de afdelingen van de locaties waar medicatiefouten gemeld werden, zijn deze minstens eenmaal per kwartaal besproken met de EVV, hoofden, SO, huisarts/praktijkondersteuner, aandachtsvelder medicatie en/of apotheek.

3.2.3 Aandacht voor eten en drinken

Bij aandacht voor eten en drinken wordt uitgevraagd bij hoeveel van de cliënten de afgelopen 6 maanden voorkeuren voor eten en drinken (aanbieden, tijd, plaats en gewenste hulp) besproken en vastgelegd zijn in het dossier:

	De Meerwende (103 cliënten)	De Meerstede (67 cliënten)	't Kloosterhof (54 cliënten)
Info over eten/drinken vastgelegd in dossier	81 cliënten (79%)	67 cliënten (100%)	50 cliënten (93%)

Bovenstaande percentages geven aan dat niet bij alle cliënten (alle) informatie rondom eten en drinken opgenomen is in het ECD. Een verbeterpunt is om in 2024 hieraan meer aandacht te besteden.

3.2.4 Decubitus

Voorgaande jaren was het percentage decubitus op sommige afdelingen vrij hoog. Om dit te blijven monitoren is in 2023 opnieuw voor deze indicator gekozen. Onderstaande tabel laat de percentages zien:

	De Meerwende (103 cliënten)	De Meerstede (67 cliënten)	't Kloosterhof (54 cliënten)
Decubitus	3 cliënten (3%)	3 cliënten (4%)	1 cliënten (2%)

Om decubitus te voorkomen wordt bij cliënten met (kans op) decubitus een speciaal matras/kussen gebruikt en vinden controles plaats. De SO, ergotherapeut en fysiotherapeut adviseren regelmatig (preventief). Bij cliënten met decubitus wordt de oorzaak nagegaan en een wondplan opgesteld. De uitkomst wordt op het werkoverleg besproken en er vindt casuïstiekbespreking plaats met arts, EVV, wondverpleegkundige en/of aandachtsvelder wondzorg.

3.2.5 Totalscore⁹

Zorgaanbieders dienen minimaal één keer per jaar de totalscore van ZorgkaartNederland aan te leveren als maatstaf voor de cliëntervaringen. Cliënten/naasten kunnen via ZorgkaartNederland een recensie schrijven. Hen wordt gevraagd voor dezelfde zes vragen een cijfer in te vullen. Hiervan wordt een gemiddelde berekend op basis van de antwoorden op deze zes vragen:

	De Meerwende	De Meerstede	't Kloosterhof
Scores ZorgKaartNL	8,1 (6 waarderingen)	9 (12 waarderingen)	9,1 (5 waarderingen)

⁸ Het aantal kan afwijken van het totaal aantal appartementen, omdat op de peildatum kamers leeg kunnen zijn.

⁹ Deze totalscore wordt berekend in twee stappen: per respondent wordt een gemiddelde score berekend op alle vragen, waarna op basis van alle gemiddelde scores de gemiddelde totalscore wordt berekend.

3.3 Melding Incidenten Cliëntenzorg (MIC)

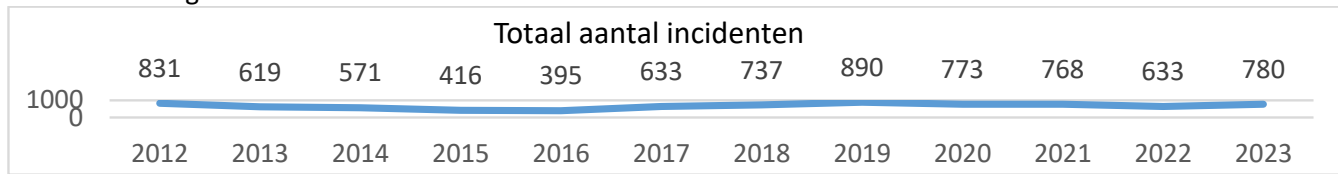
Medewerkers kunnen MIC's digitaal melden. Door het overgaan op een nieuw ECD werkte het MIC-systeem in 2023 niet goed. Er konden onder meer geen meldingen van bijvoorbeeld 'een in het zorgplan vastgelegd risico' afgekeurd worden, waardoor de gegevens over 2023 mogelijk niet accuraat zijn. In 2024 gaan we gebruik maken van een nieuw MIC-systeem (Zenya), waarmee dit wel mogelijk is.

In 2023 zijn er stichtingsbreed 780¹⁰ MIC's ingediend:

- 497 valincidenten
- 250 medicatie-incidenten en
- 33 agressie-incidenten.

Het totaal aantal incidenten is ten opzichte van 2022 (633) toegenomen.

Onderstaande grafiek laat een trend zien in het aantal MIC's sinds 2012:



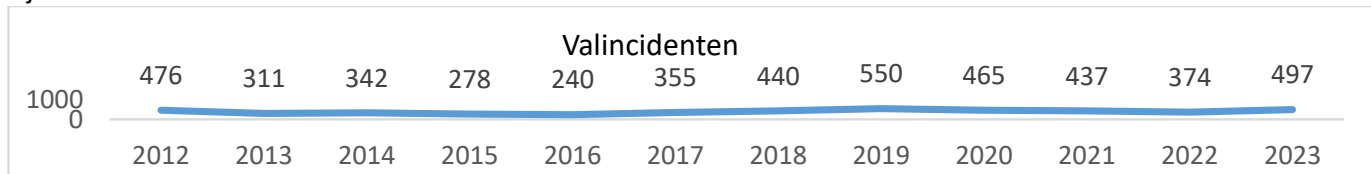
Op de locaties was sprake van de volgende aantallen (met schuingedrukt de aantallen van 2022):

De Meerwende:	totaal: 478 (367)	vallen: 310 (231)	medicatie: 148 (93)	agressie: 20 (9)
De Meerstede:	totaal: 159 (146)	vallen: 99 (77)	medicatie: 52 (29)	agressie: 8 (26)
't Kloosterhof:	totaal: 138 (91):	vallen: 86 (66)	medicatie: 47 (22)	agressie: 5 (0)
Niet ingevuld:	5	vallen: 2	medicatie: 3	

3.3.1 Valincidenten

De valincidenten (497¹¹) zijn ten opzichte van 2022 (374) in alle locaties toegenomen.

Valincidenten komen vaker voor ondanks voldoende toezicht, omdat sprake is van een sterke toename van steeds zwaardere zorgvragers met veel meer complexiteit bij opname. Cliënten nieuw in zorg vallen bovendien vaker en het zijn vaak dezelfde cliënten.



In 240 van de gevallen was de oorzaak 'onbekend' en bij 161 incidenten was sprake van een 'andere' oorzaak. Overige oorzaken waren: plotselinge verandering lichamelijke toestand (23), verkeerde omgang hulpmiddelen (16), gladde vloer (14), obstakel (12), verkeerd schoeisel (11), toedoen andere cliënt (7), weigeren veiligheidsmiddelen (7) en ondeugdelijk materiaal (2). Viermaal was hier niets ingevuld.

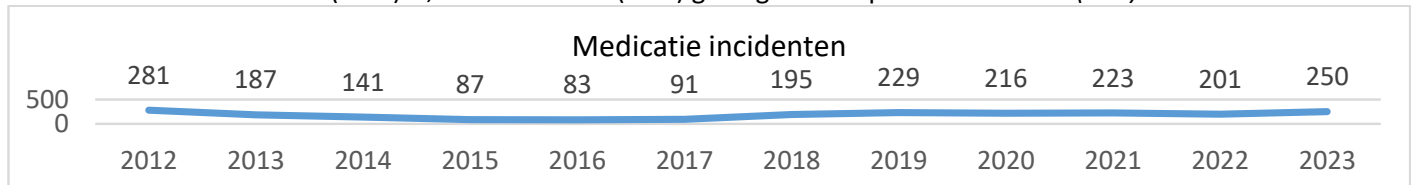
Het aantal incidenten is vaak afhankelijk van de zorgzwaarte op dat moment. Er zijn vooral veel valpartijen op de PG-afdeling, 's nachts en op de badkamer. Valincidenten zijn vaak lastig te voorkomen vanwege het ziektebeeld. Er wordt veel overlegd met de SO, onder meer over in te zetten hulpmiddelen. Vaak wordt bij PG-clianten in overleg met de familie gekozen om de cliënt niet te in zijn vrijheid te beperken, waarmee het risico genomen wordt dat de cliënt kan vallen; kwaliteit van leven staat voorop. Nieuwe cliënten vallen regelmatig door verwardheid, moeten wennen en vielen vaak thuis ook.

¹⁰ Waarvan 125 van de wijkzorg.

¹¹ Inclusief wijkzorg.

3.3.2 Medicatie-incidenten

Het aantal medicatieMIC's (250⁹) is, in alle locaties (flink) gestegen ten opzichte van 2022 (201):



Als oorzaak werd 'vergeten te geven' het vaakst (115) genoemd. Andere oorzaken waren: 'anders' (45), medicatie gevonden (41), vergeten in te nemen (24), verkeerde medicijnen (13), verkeerde dosering (5), verkeerde tijd (4), medicatie niet afgetekend (2). Een maal was dit niet ingevuld.

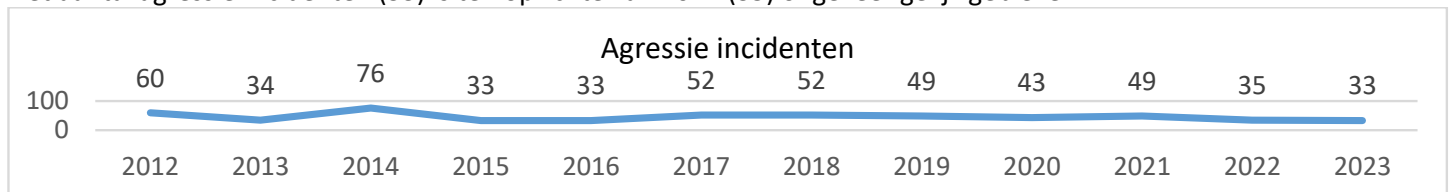
Er wordt nog regelmatig medicatie vergeten, vooral medicatie die buiten de reguliere deeltijden gegeven moet worden. Medewerkers kunnen dit oplossen door een wekker te zetten voor de andere deeltijden. Als cliënten de medicatie niet willen innemen of uitspugen, wordt dit gemeld in ONS en wordt eventueel overlegd met de dienstdoende arts of het 'kwaad kan'. Als dit vaker gebeurt, het geen kwaad kan, afgestemd is met arts/familie en is vastgelegd in het zorgplan hoeft geen MIC ingevuld te worden.

In De Meerwende zijn de incidenten deels verklaarbaar in verband met de inzet van Personeel niet in loondienst, waarvoor Medimo niet altijd tijdig beschikbaar is.

Andere (mogelijke) oorzaken in de drie locaties zijn: men neemt niet altijd de tijd om te delen, mogelijke werkdruk, wisselend personeel, onoplettendheid en/of gemakzucht. Soms klopt Medimo niet of zijn de rapportages van de arts anders dan in Medimo staat en dat leidt tot onduidelijkheid.

3.3.3 Agressie-incidenten

Het aantal agressie-incidenten (33) is ten opzichte van 2022 (35) ongeveer gelijk gebleven.



Twaalfmaal was sprake van fysieke verbale agressie, tweemaal van psychische agressie en viermaal van verbale agressie. Veertien keer was er sprake van verbale en/of fysieke en/of agressie. Eenmaal was er niets ingevuld.

Bij agressie wordt de SO geraadpleegd en wordt gekeken naar een juiste benaderingswijze en eventueel aanpassing van medicatie. Periodiek bespreekt de gedragspsycholoog/psychiatrisch verpleegkundige met de gespecialiseerd verzorgende psychogeriatric (GVP) eventuele mogelijkheden/oplossingen en het voorkomen van agressie.

4. Leren en werken aan kwaliteit

Wij zijn een lerende organisatie, zoals ook blijkt uit onze visie. Om onze cliënten de best mogelijke zorg te bieden en verbeteringen door te voeren, is het nodig om te blijven leren en ontwikkelen. Er is daarom ruimte om te leren van goede voorbeelden en van fouten, bijvoorbeeld via intervisie.

Vanuit verschillende disciplines/niveaus nemen we deel aan lerende netwerken met collega-organisaties om informatie en ervaringen uit te wisselen en om (kwaliteits)documenten te bespreken en hierop feedback te krijgen. Medewerkers kunnen ook meelopen bij een collega-organisatie uit ons lerend netwerk, bestaande uit PCSOH en Zorggroep Aelsmeer.

5. Leiderschap, governance en management

Zorgcentra Meerlanden volgt de Zorgbrede Governance Code.¹² Wij werken aan een cultuur waarin professioneel en persoonlijk leiderschap gestimuleerd wordt om meer verantwoordelijkheid over de inhoud van het werk bij de professionals neer te leggen en een cultuur van 'feedback geven & ontvangen' te stimuleren.

5.1 Verpleegkundige AdviesRaad (VAR)

In Zorgcentra Meerlanden is een VAR actief. De VAR geeft gevraagd en ongevraagd advies aan de bestuurder. In 2023 heeft de VAR een adviesrapport opgesteld over de toenemende complexiteit van zorg, met als onderzoeksvraag: 'Op welke wijze kan de kwaliteit van zorg verbeterd worden bij de toenemende complexiteit van zorgvragers binnen Zorgcentra Meerlanden?' Als adviezen hierover heeft de VAR geformuleerd:

- meer inzet domotica;
- innovatie werving en behoud personeel;
- inzet kwaliteitsverpleegkundige;
- het ontwikkelen van aandachtsvelders;
- systematisch reflecteren.

In 2023 hebben twee leden van de VAR de organisatie verlaten. De VAR heeft vervolgens gekeken hoe zij de VAR willen vormgeven. Het voorstel is om collega's meer te betrekken bij de rapporten, zodat dit niet alleen vanuit de VAR geschreven wordt, maar namens iedereen. De VAR gaat hiervoor in 2024 collega's uitnodigen tijdens de maandelijkse bijeenkomsten langs te komen. Het streven is op deze wijze in 2024 minimaal twee rapporten op te stellen.

5.2 Risico-inventarisatie

Jaarlijks maakt het Managementteam (MT) een risico-inventarisatie, aangevuld door de medezeggenschapsorganen. Aan de risico's wordt een score gehangen (impact x kans) en er worden acties bepaald om de risico's zoveel mogelijk te voorkomen. Het MT evalueert tweemaal per jaar de stand van zaken en of de ondernomen acties doeltreffend zijn. Ook in 2023 was de arbeidsmarkt het belangrijkste risico: hoe werven we voldoende (gekwalficeerde) medewerkers en hoe behouden we onze medewerkers?

6. Personeelssamenstelling (voldoende/bekwaam personeel)

Onze doelstellingen op personeelsgebied zijn het werven en behouden van voldoende en voldoende gekwalificeerd personeel, preventie van ziekteverzuim en een cultuur van continu leren en verbeteren. Onze personeelsinzet was in 2023 grotendeels conform de personeelsnormen van het kader.

6.1 Werven en behouden van medewerkers

Wij hebben blijvend aandacht voor het werven en behouden van medewerkers om te komen tot de gewenste kwantitatieve en kwalitatieve bezetting. 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 geoptimaliseerd worden. Omdat wij een lerende organisatie zijn, investeren wij in de ontwikkeling en deskundigheid van medewerkers en daarmee in de kwaliteit van zorg. Via ons leermanagementsysteem creëren wij een leeromgeving voor e-learning, klassikale trainingen en praktijktoetsen en kunnen we de bevoegd- en bekwaamheden monitoren. In 2023 hebben we extra aandacht besteed aan werving & selectie onder andere door gebruik van social media en wervende advertentieteksten en hebben we geanalyseerd waarom medewerkers vertrekken.

¹² Goed bestuur en toezicht zijn belangrijke voorwaarden voor goede zorg. Met de Governancecode Zorg volgen zorgorganisaties zeven principes die breed gedragen zijn in de hele sector. De code is een instrument om de governance zo in te richten dat die bijdraagt aan waarborgen van goede zorg, aan realiseren van de maatschappelijke doelstelling en het maatschappelijk vertrouwen.

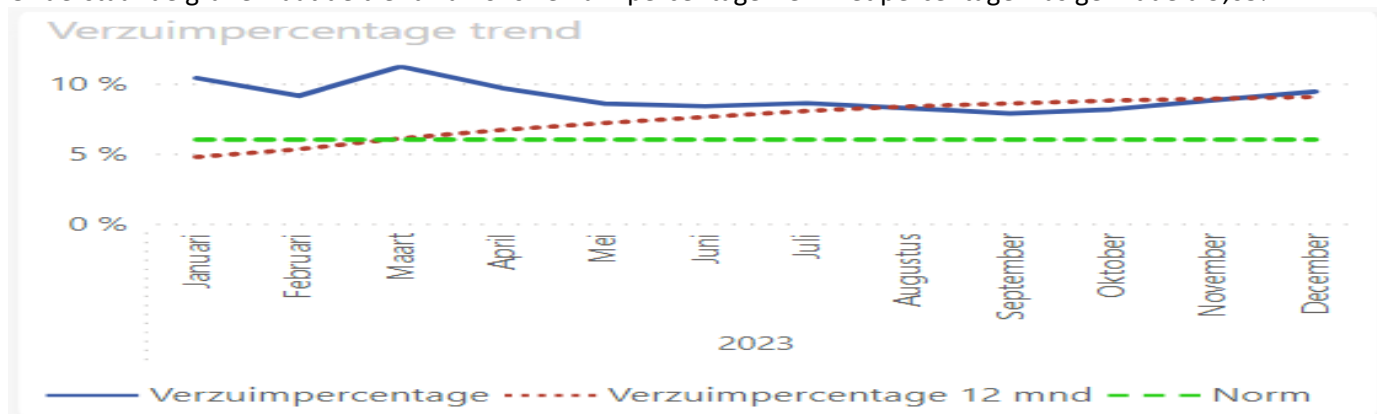
6.2 Medewerkersreis

Samen met collega-aanbieders hebben we deelgenomen aan het project 'Medewerkersreis' met als doel het vergroten van het behoud van medewerkers door goede onboarding, voldoende aandacht voor ontwikkeling en hulpvragen gedurende het inwerktraject, een goed afscheid als iemand vertrekt en creëren van een betere werksfeer en betere arbeidsverhoudingen. Na een analyse van de verbeterpunten zijn zes pilots gestart:

1. Snelle reactie sollicitanten
2. Sollicitant snel matchen met opleidingen
3. Inwerkcoach en/of buddy
4. (online) informatie makkelijker vindbaar
5. Kopje-koffie gesprekken
6. Alles staat klaar op de eerste werkdag

6.3 Verzuim

Onderstaande grafiek laat de trend van ons verzuimpercentage zien. Het percentage was gemiddeld 9,05%.



We willen het ziekteverzuim te verlagen door onder meer voldoende aandacht voor medewerkers, optimale inzet van arbodienst en van de casemanager langdurig ziekteverzuim en door ondersteuning van de leidinggevenden. Ook preventie en betere begeleiding bij ziekte zijn belangrijke aandachtspunten. Tweemaal per jaar vindt er een evaluatie met de arbodienst plaats.

6.4 Analyse personeelssamenstelling

Jaarlijks worden vanuit het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg personele indicatoren uitgevraagd. Deze indicatoren hebben alleen betrekking om medewerkers die zorg verlenen aan cliënten met ZP 4 tot en met 10.

De belangrijkste indicatoren voor 2023 worden hieronder weergegeven:

- 18% van onze medewerkers had een tijdelijke arbeidsovereenkomst.
- De gemiddelde arbeidsomvang was 0,50 fte¹³.
- Er waren 55 stagiairs en 265 vrijwilligers.
- Het ziekteverzuim bedroeg 9%
- De instroom was 24%, de doorstroom 2% en de uitstroom 19%. (2022: 28%, 7,2% en 20%)

6.5 Opleidingen/Werkbegeleiding

Omdat opdrachten complex worden en er steeds meer stagiairs zijn met een hoger niveau hebben we meer leercoaches aangesteld. Een leercoach motiveert leerlingen om steeds zelfstandiger aan de slag te gaan en helpt hen bij hun leercompetenties. Hiermee zorgen we voor tevreden leerlingen en voor een veilig leerklimaat met mogelijk als gevolg toekomstige medewerkers.

¹³ Fte staat voor 'fulltime-equivalent'. Het is een rekeneenheid voor de omvang van een baan of voor de totale personeelssterkte.

7. Hulpbronnen, omgeving en context

Er zijn veel ontwikkelingen ('randvoorwaarden') die invloed hebben op het functioneren van onze organisatie en de kwaliteit van leven en van werken. Deze ontwikkelingen zijn niet altijd merkbaar voor de cliënten, maar door te zorgen dat voldaan wordt aan de randvoorwaarden, kunnen we meer tijd en geld besteden aan de cliënten.

7.1 Huisvesting

In 2022 hebben we samen met projectontwikkelaar HevoFame onderzocht wat nodig is om onze locaties toekomstbestendig en aantrekkelijk te maken. Hieruit is een masterplan voortgekomen, waarin gekeken is wat er (financieel) nodig/mogelijk is. In 2023 is dit verder uitgewerkt om in 2024 te kunnen starten met de verbouwingen.

7.2 Hygiëne

Ook in 2023 heeft de GGD de jaarlijkse rondgangen over alle zorgafdelingen gemaakt. De Meerwende is op basis van de uitkomsten samen met de GGD een hygiëneproject gestart om de verbeterpunten aan te pakken. Ook in de andere locaties zijn acties uitgezet.

8. Gebruik van informatie

Het is belangrijk dat toekomstige cliënten informatie kunnen raadplegen om een weloverwogen keuze voor een zorgorganisatie te maken. Wij stellen onze informatie op verschillende gebieden beschikbaar, zoals via recensies op ZorgkaartNederland, het delen van uitkomsten van tevredenheidsonderzoeken en actief gebruikmaken van social media. Een deel van deze informatie gebruikt het Zorgkantoor om met ons in gesprek te gaan over de kwaliteit van zorg. Het Zorginstituut Nederland en de Inspectie voor de Gezondheidszorg gebruiken deze informatie bij het uitoefenen van hun wettelijke taken.

8.1 Het gebruik van cliëntervaringen

8.1.1 Tevredenheidsmeting cliënten

Conform het Kwaliteitskader voeren we jaarlijks een cliënttevredenheidsmeting uit. Wij hebben hiervoor de Staalkaartmeting gebruikt. Dit is een vragenlijst met onderwerpen, waarover een EVV met de cliënt/familie in gesprek gaat. EVV'ers hebben de staalkaarten van de eigen cliënten geanalyseerd.

De meest genoemde punten waren:

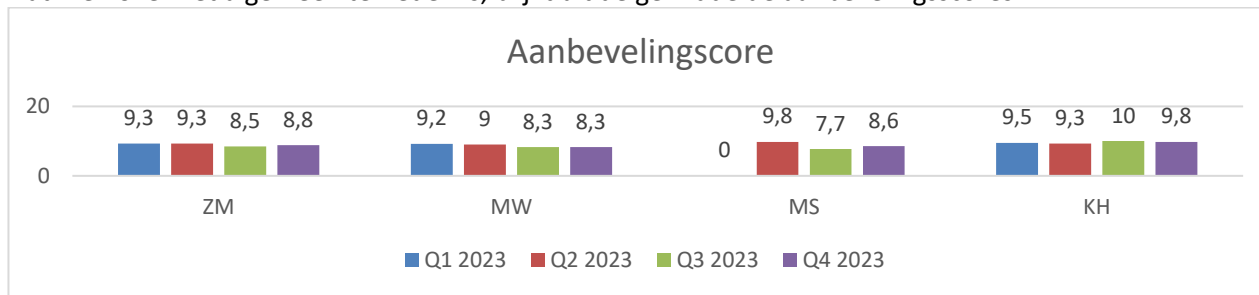
	De Meerwende	De Meerstede	't Kloosterhof
1. Kwaliteit van Leven (Positief)	<ul style="list-style-type: none"> • Activiteiten • Maaltijdkeuze 	<ul style="list-style-type: none"> • Activiteiten • Eten 	<ul style="list-style-type: none"> • (passende) activiteiten • Eten •
2. Kwaliteit van Zorg (Positief)	<ul style="list-style-type: none"> • Goed op de hoogte van gezondheidsproblemen 	<ul style="list-style-type: none"> • Goed op de hoogte van gezondheidsproblemen 	<ul style="list-style-type: none"> • Goed op de hoogte van gezondheidsproblemen • Zorg door behandelaars
3. Veilig & Vertrouwd (Positief)	<ul style="list-style-type: none"> • Veilig voelen 	<ul style="list-style-type: none"> • Aandacht voor veiligheid 	<ul style="list-style-type: none"> • Veilig voelen • Schoonmaak
1. Kwaliteit van Leven (Aandachtspunt)	<ul style="list-style-type: none"> • Gespannen sfeer in Huiskamer 	<ul style="list-style-type: none"> • Verschillende antwoorden 	<ul style="list-style-type: none"> • Maaltijd (persoonsgebonden)
2. Kwaliteit van Zorg (Aandachtspunt)	<ul style="list-style-type: none"> • - 	<ul style="list-style-type: none"> • Nakomen afspraken 	<ul style="list-style-type: none"> • Meer inzet zorgtijd/ behandelaars
3. Veilig & Vertrouwd (Aandachtspunt)	<ul style="list-style-type: none"> • - 	<ul style="list-style-type: none"> • Mondzorg 	<ul style="list-style-type: none"> • -

	De Meerwende	De Meerstede	't Kloosterhof
Opvallend bij bekijken van de Staalkaarten:	<ul style="list-style-type: none"> Men is over het algemeen tevreden 	<ul style="list-style-type: none"> Men is over het algemeen tevreden en blij Communicatie blijft het belangrijkste 	<ul style="list-style-type: none"> Men is tevreden en erg positief

8.1.2 Evaluatie einde zorg

Als een cliënt overlijdt, sturen we de eerste contactpersoon een evaluatie. In 2023 zijn er 56 vragenlijsten geretourneerd: 29 van De Meerwende, 13 van De Meerstede en 14 van 't Kloosterhof.

Dat men over het algemeen tevreden is, blijkt uit de gemiddelde aanbevelingscores:

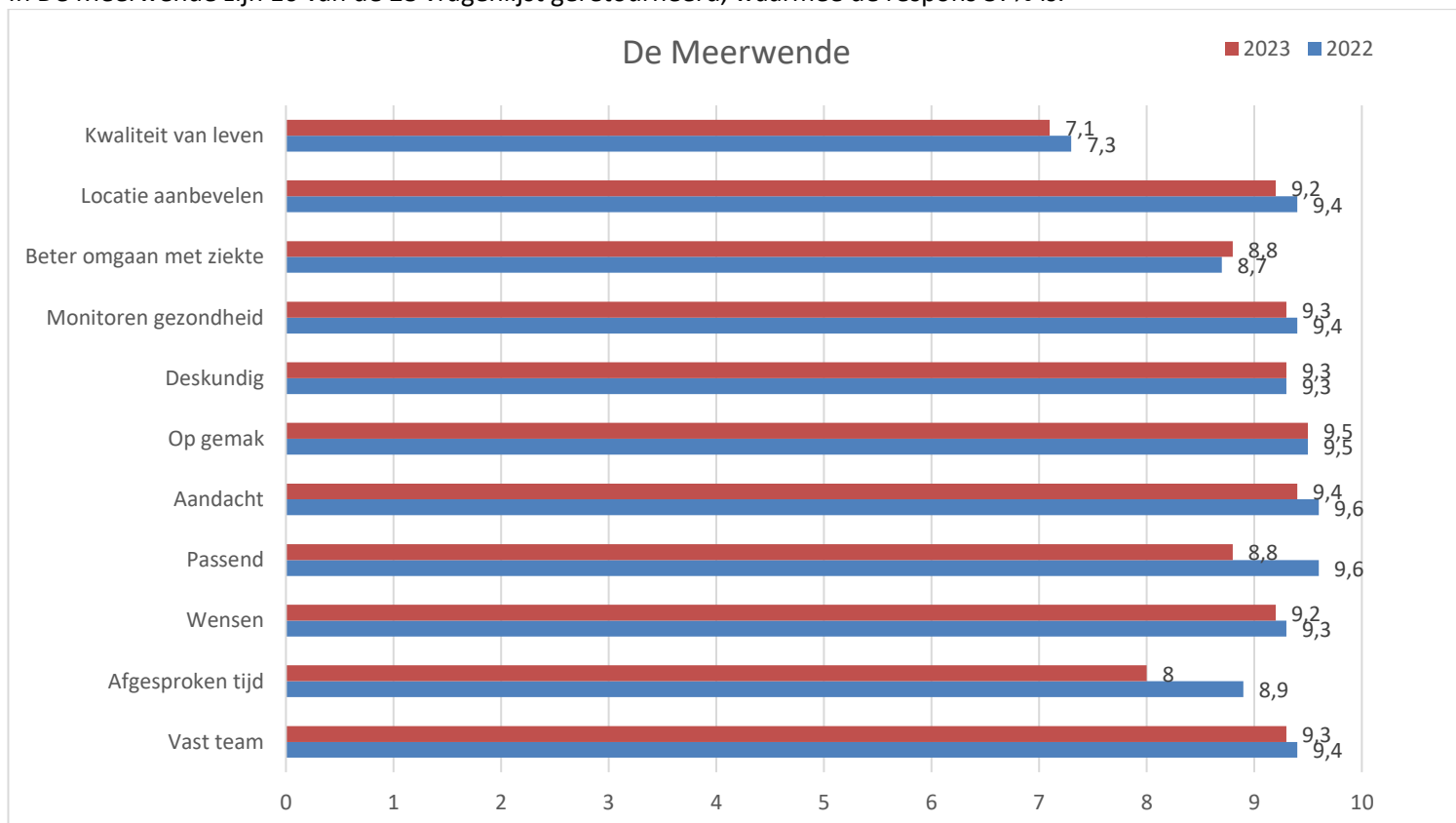


8.1.3 PREM (Patient Reported Experience Measurement)-analyse

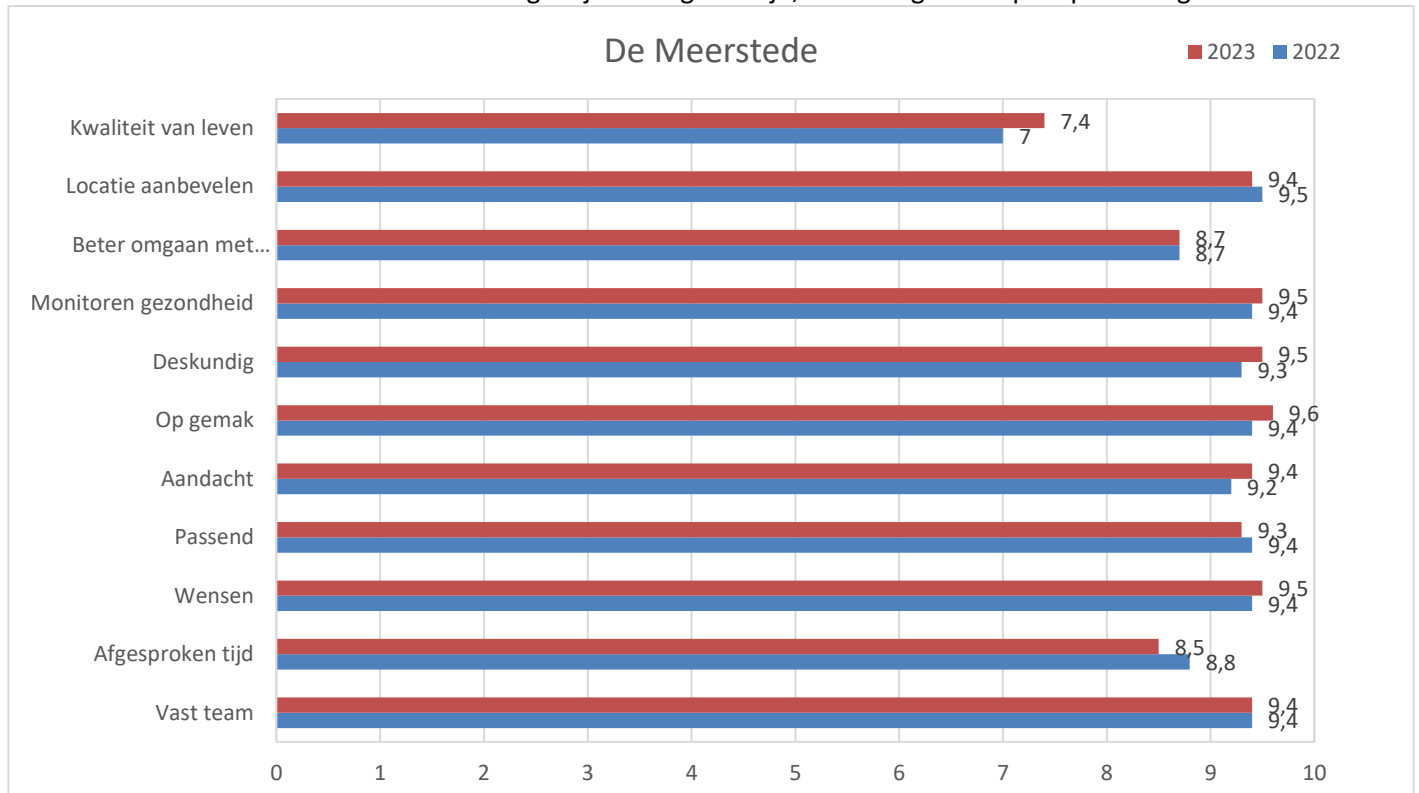
Alle aanbieders van wijkverpleging zijn verplicht jaarlijks een onderzoek met de PREM Wijkverpleging te verrichten. Een PREM-vragenlijst is een vragenlijst waarin de cliënt naar ervaringen met de zorg wordt gevraagd.

De uitkomsten zijn opgenomen in onderstaande grafieken.

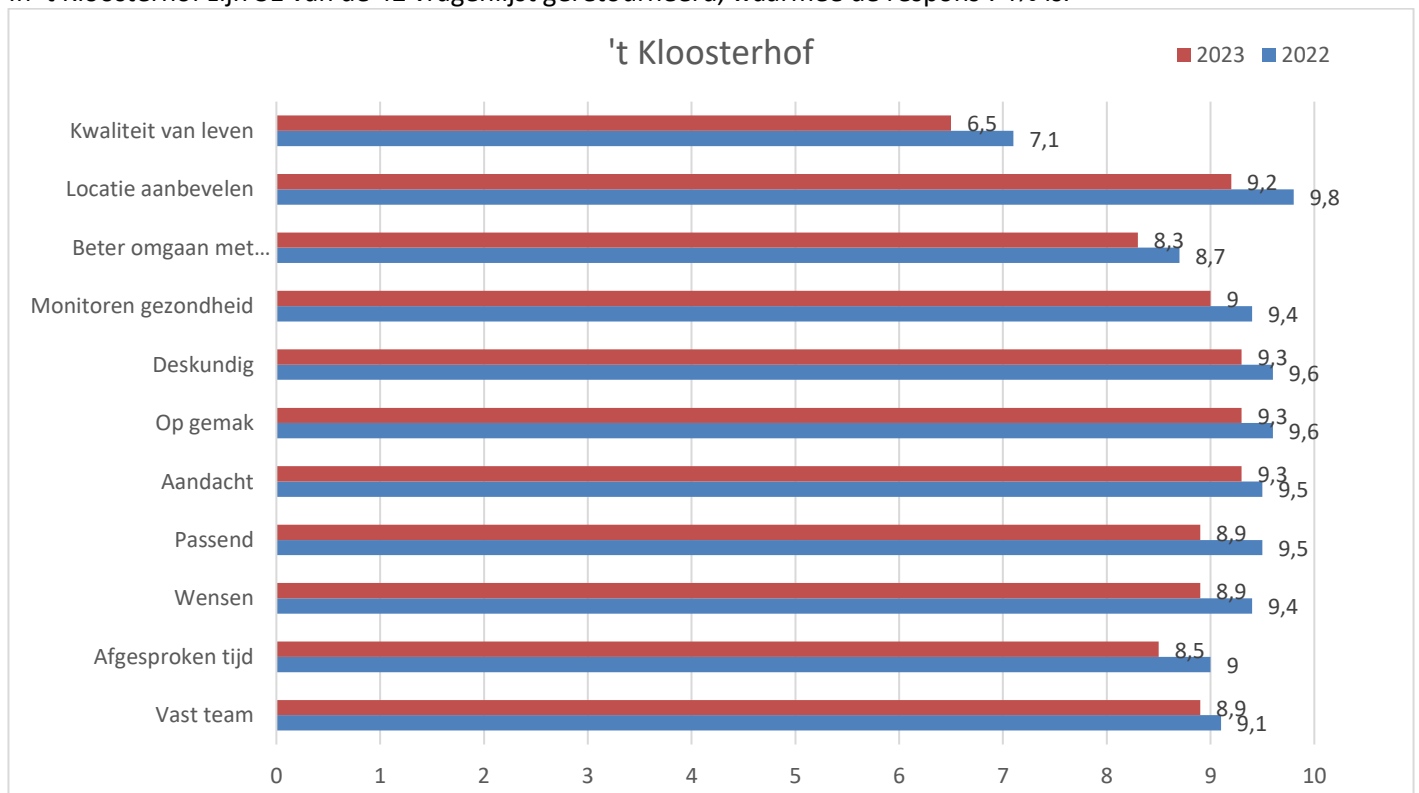
In De Meerwende zijn 16 van de 28 vragenlijst geretourneerd, waarmee de respons 57% is.



In De Meerstede is niet bekend hoeveel vragenlijsten uitgezet zijn, zodat er geen responspercentage bekend is.



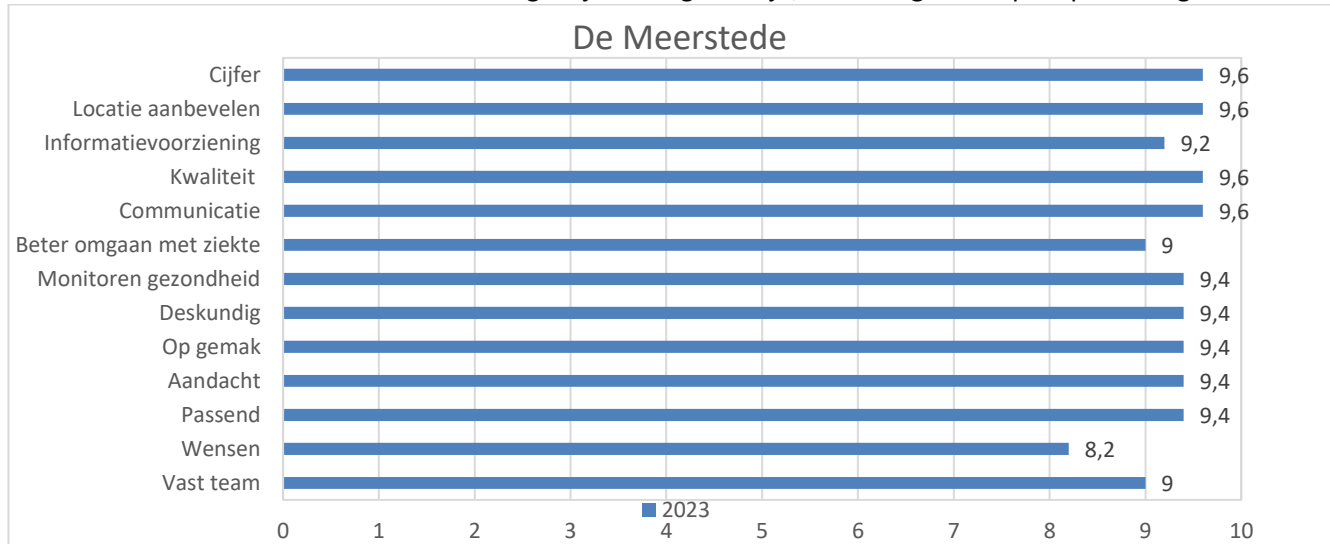
In 't Kloosterhof zijn 31 van de 42 vragenlijst geretourneerd, waarmee de respons 74% is.



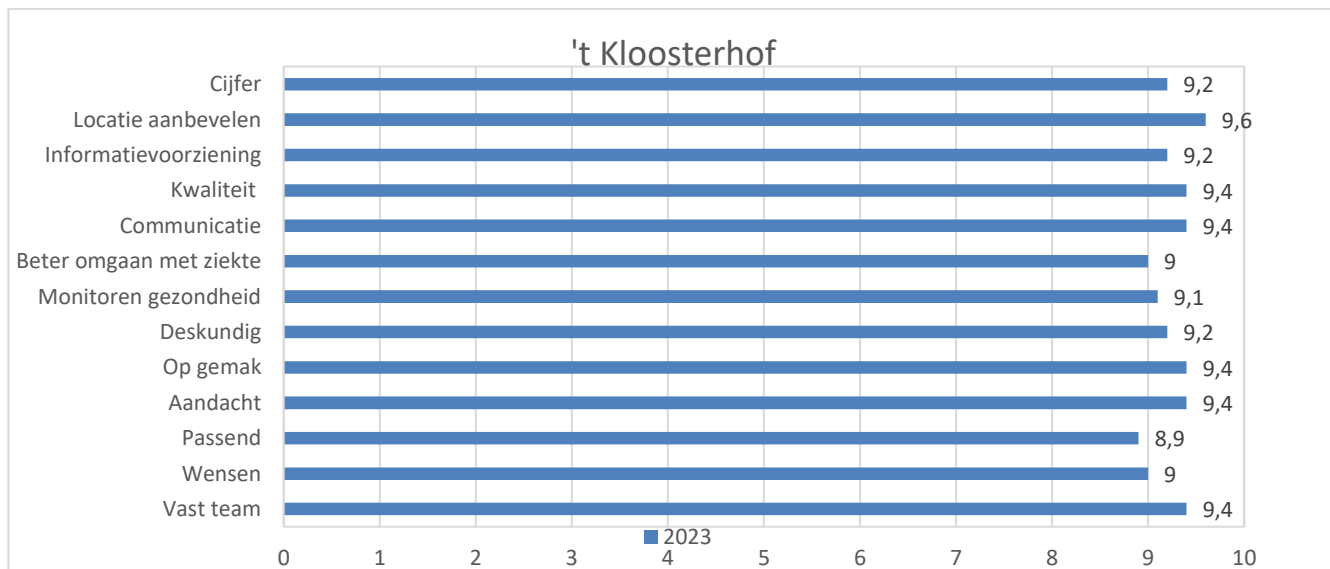
Tevredenheidsmeting Dagbesteding

In oktober 2023 is er in De Meerstede en 't Kloosterhof een vragenlijst uitgezet onder de cliënten dagbesteding:

In De Meerstede is niet bekend hoeveel vragenlijsten uitgezet zijn, zodat er geen responspercentage bekend is.



In 't Kloosterhof zijn 14 van de 19 vragenlijst geretourneerd, waarmee de respons 74% is.



8.2 Klachten/opmerkingen cliënten

Onze cliënten kunnen op diverse manieren hun onvrede uiten. Vaak gebeurt dit via het bespreken met de EVV en/of hoofd, waarmee veel 'klachten' in de lijn opgelost worden. Soms wordt hierbij opgeschaald naar de bestuurder. Ook kan een cliënt terecht bij de Cliënten- en Familieraad als een onderwerp meerdere cliënten aangaat of bij de onafhankelijke vertrouwenspersoon (Wzd)/klachtenfunctionaris. Andere manieren 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. Ook kan een cliënt ervoor kiezen de Inspectie op de hoogte te brengen. Van deze opties wordt zelden tot nooit gebruik gemaakt. Daarom registreren we ook de klachten die via een brief of e-mail aan leden van locatie- en stichtingsMT gestuurd worden en die ons via de CCFR bereiken.

8.2.1 'Informe klachten'

In 2023 zijn 12 klachten ('uitingen van onvrede') ingediend. Over alle 'klachten' is met betrokkenen in gesprek gegaan. Belangrijk hierbij is het communiceren en opvolgen van gemaakte afspraken.

8.2.2 Vertrouwenspersoon cliënten

De vertrouwenspersoon cliënten is in 2023 eenmaal benaderd door een familie die ontevreden was over de communicatie rondom overlijden. Dit heeft geleid tot het opstellen van een folder.

8.2.3 Cliëntenvertrouwenspersoon (CVP) Wet zorg en dwang (Wzd)

In 2023 heeft de CVP Wzd ondersteuning geboden bij drie kwesties. Onderwerpen van de ondersteuningsvragen waren onvrede over de zorg en begeleiding (vrijwillige zorg) en organisatie en financiën (vrijwillige zorg). Er is een klacht geweest over het beperken van de bewegingsvrijheid (onvrijwillige zorg).

8.2.4 Klachtenfunctionaris

In 2023 zijn twee meldingen binnengekomen bij de klachtenfunctionaris. Deze klachten hadden betrekking op de inzet van zorg.

8.2.5 Mogelijke prisma's

Er was in 2023 sprake van twee incidenten waarvoor een nadere Prisma-analyse is verricht om te onderzoeken of dit gemeld zou moeten worden bij de Inspectie.

Dit bleek in beide gevallen niet het geval, voornamelijk omdat er geen sprake was van blijvend letsel. Wel zijn aanleiding hiervan acties uitgezet.

8.3 Klachten medewerkers

Ook onze medewerkers kunnen 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 bestuurder. Ook kan een medewerker bij de Ondernemingsraad terecht als een onderwerp meerdere medewerkers aangaat. Medewerkers kunnen de onafhankelijke vertrouwenspersoon/klachtenfunctionaris benaderen als zij iets niet kunnen/willen bespreken met hun leidinggevende. Als er intern geen oplossing gevonden kan worden, kan de medewerker een formele klacht indienen bij onze externe onafhankelijke klachtencommissie.

8.3.1 Informele klachten

In 2023 zijn 5 'informele klachten' gemeld. De klachten zijn opgepakt en afgerond.

8.3.2 Vertrouwenspersoon medewerkers

De vertrouwenspersoon medewerkers is in 2023 eenmaal (anoniem) benaderd.

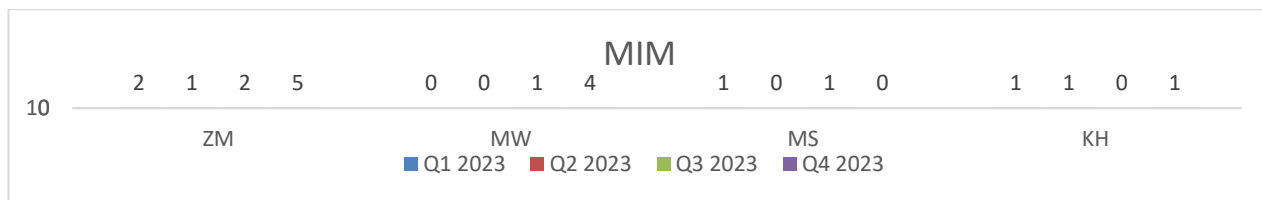
8.3.3 Klachtenfunctionaris

In 2023 is er een melding binnengekomen bij de klachtenfunctionaris. Dit betrof de bejegening van een medewerker.

8.4 Meldingen Incidenten Medewerkers (MIM) ¹⁴

Stichtingsbreed was in 2023 sprake van 10 (agressie) MIM's. Onderstaande grafiek geeft inzicht in het aantal meldingen per kwartaal/locatie:

¹⁴ MIM's worden direct rondom de individuele medewerker opgevolgd en er wordt melding gemaakt in het werkoverleg. Verder worden de locatiegegevens minimaal eenmaal per halfjaar besproken in LMT en jaarlijks in MT en OR.



De meeste agressiemeldingen worden veroorzaakt door mensen met dementie. Er wordt altijd overlegd met arts, psycholoog en EVV en een benaderingsplan opgesteld. Vaak wordt ook gekeken naar aanpassing van de medicatie.

8.5 Arbeidsinspectie

In september heeft de Arbeidsinspectie een bezoek gebracht aan Zorgcentra Meerlanden. Dit was aselect bepaald; niet naar aanleiding van signalen.

Volgens de Inspectie waren het plezierige gesprekken en werken de medewerkers met veel plezier bij ons. Het viel de Inspectie wel op dat er een verschil was tussen de locaties wat bijvoorbeeld verzuim betreft en hoe de arbozorg geregeld is. Ook hebben medewerkers soms te maken met externe agressie (door cliënt/familie).

De Inspectie raadde aan een andere vragenlijst te gebruiken om de tevredenheid van medewerkers te meten en een instrument voor het meten van fysieke belasting uit te voeren. Naar aanleiding van de verbeter suggesties zijn acties uitgezet.

8.6 Audits

8.6.1 Interne audits

Interne audit Dagbesteding

In 2023 hebben de interne auditoren een interne audit over 'Dagbesteding' uitgevoerd. Zij hebben tijdens de dagbesteding een aantal vragen gesteld aan cliënten en aan medewerkers. Hieruit kwamen de volgende punten:

Dagbesteding De Meerwende

Sterke punten zijn:

- Er wordt cliëntgericht gewerkt
- Er is een goede samenwerking met wijkzorg De Meerwende
- Medewerkers zien elkaar bijna elke dag en bespreken dan ook de bijzonderheden met betrekking tot de cliënten
- Er wordt met thema's gewerkt, aangepast op wat er speelt (bij de audit was dat vrouwenvoetbal)
- Er is sprake van een gezellige huiskamer met ligstoelen
- De medewerkers op de groep hebben een zorgachtergrond

Eventuele verbeterpunten zijn:

- Er zijn cliënten vanuit een andere (grote) thuiszorgorganisatie, waarmee de communicatie lastig is
- De cliënt kwam doordat het heel slecht weer was kletsnat aan

Dagbesteding De Meerstede

Sterke punten zijn:

- brengen en halen van de cliënten;
- ondersteuning door vrijwilligers; vrijwilligers gaan met cliënt naar buiten;
- medewerkers hebben een zorgachtergrond;
- activiteiten worden aangeboden naar behoefte; maatwerk op basis van levensverhaal/wat cliënt gewend is;
- er wordt regelmatig gekookt/gebakken met cliënten.

Dagbesteding 't Kloosterhof

Sterke punten zijn:

- Medewerkers gebruiken communicatieschriftjes, waarin ze dingen noteren; ook positieve zaken, zodat familie dit kan lezen, omdat cliënten niet altijd kunnen vertellen wat ze gedaan hebben.
- Er wordt cliëntgericht gewerkt; cliënten kunnen aangeven wat ze leuk vinden om te doen.
- Begeleiders gaan in de ochtend mee de cliënten ophalen.
- Cliënten en familie krijgen een welkombrief met uitleg en regels en er is een infoboekje met een aftekenlijst met gegevens van de cliënt.
- Er wordt rekening gehouden met de groepsdynamiek.

Eventuele verbeterpunten zijn:

- Medewerkers zijn niet bij zorgleefplanbesprekingen aanwezig.
- Er zijn weinig en geen vaste vrijwilligers en men kan daardoor niet met cliënten gaan wandelen.
- Er zijn geen sta-opstoelen in de huiskamer, waarop bewoners kunnen rusten in de middag.

Interne audit AVG (privacywet)

In september hebben we een interne audit AVG gehouden onder medewerkers Financiën, HRM, Opleidingen en overige Stafdiensten. De AVG is een privacywet bedoeld om persoonlijke vertrouwelijke informatie (van cliënten en medewerkers) te beschermen, zodat deze informatie alleen gezien wordt door degene voor wie het bedoeld is.

Uit de interne audit bleek dat de geïnterviewden bekend zijn met de privacywet. Soms gaat het ver en kan het lastig zijn (zoals snel uitloggen bij inactiviteit van een computer), maar de medewerkers vinden het belangrijk en noodzakelijk. Uit de audit kwamen onder meer de volgende bevindingen:

Wat gaat goed?

- Alleen bevoegden hebben toegang tot gegevens van medewerkers/stagiairs
- De OCM-medewerkers werken zo veel mogelijk digitaal en printen met een code
- Medewerkers gaan zorgvuldig om met vertrouwelijke documenten; dit bleek ook tijdens de rondgang
- Onderling mailen verloopt automatisch 'veilig'; naar externen is er een keuze tussen 'veilig' of 'niet veilig'
- Afdeling Opleidingen gebruikt initialen in plaats van namen in de agenda bij bijvoorbeeld een sollicitatiegesprek

Wat kan beter?

- Medewerkers vragen zich af of de mogelijkheid van 'veilig verzenden' voor (nieuwe) medewerkers duidelijk is
- Externen kunnen niet altijd overweg met het ophalen van gevoelige informatie via veilig verzenden
- De autorisatie voor ONS en AFAS is nog niet voor alle medewerkers goed ingesteld
- Het beveiligingsbeleid zou nog beter kunnen; hierbij moeten we wel naar de gebruiksvriendelijkheid kijken
- De medewerkers vinden het lastig om vertrouwelijke gesprekken in het OCM te voeren (en doen dit ook niet)

Het is volgens de geïnterviewden belangrijk om informatie over de AVG te blijven herhalen, zodat dit niet verzandt. Daarom nemen we regelmatig informatie op in Meerpraatjes.

8.6.3 Externe audit

In september 2023 heeft organisatie Walvis een tussentijdse audit voor de ISO-certificering verricht. De auditor vond dat onze organisatie over een effectief werkend kwaliteitsmanagementsysteem beschikt en voldoet (voor zover beoordeeld) aan de van toepassing zijnde wet- en regelgeving en de eisen van ISO 9001:2015. Aantoonbaar is dat:

- er klantgericht wordt gewerkt en gedacht;
- risico's worden beheerst en dat kansen worden benut;
- er oog is voor de eisen en wensen van belanghebbenden en klanten;
- er geïnvesteerd wordt in de professionaliteit en competenties van betrokken professionals;
- de hulpmiddelen zoals cliëntdossiers voldoen aan de eisen en geschikt zijn voor de dienstverlening;
- processen beheerst en systematisch verlopen en worden gemonitord;

- er gewerkt wordt aan leren, ontwikkelen en verbeteren.

Er waren ook verbeterpunten geconstateerd:

- Verslag met leer- en aandachtspunten ontruimingsoefeningen.
- Ontbreken van een 'kwaliteitsfoto' voor hoofden: zij hebben onvoldoende inzicht in welke onvrijwillige zorg in welke mate en bij welke cliënt wordt ingezet en kunnen niet monitoren in het Leermanagementsysteem welke medewerkers welke opleidingen hebben gevolgd, dan wel moeten gaan volgen.
- Onbruikbare meetgegevens in cliëntdossier en geen mogelijkheid tot correctie.
- Onvolledige dossiers in het algemeen en ten aanzien van de Wet zorg en dwang.
- Beschikbaarheid verslagen werkoverleg.

Hierop is/wordt actie uitgezet.

9. Leren & Verbeteren

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

Wij maken gebruik van diverse meetinstrumenten. De resultaten hiervan bespreken we met de medewerkers, cliënten, Managementteam, CCFR, OR en/of VAR. We zetten acties uit op de verbeterpunten die uit diverse meetinstrumenten naar voren komen. Van deze evalueren wij regelmatig de stand van zaken: welke verbeteringen zijn doorgevoerd en waaraan willen we nog werken.

Bijlage 1 Afkortingenlijst

ACP	Advanced Care Planning
Afas	Software voor administratie
AVG	Algemene verordening gegevensbescherming (privacywet)
CCFR	Centrale Cliënten- en FamilieRaad
CFR	Cliënten- en FamilieRaad
CVP	Cliëntvertrouwenspersoon
ECD	Elektronisch CliëntDossier
EVV	Eerst Verantwoordelijke Verzorgende
Fte	Fulltime-equivalent' (rekeneenheid voor omvang van een baan)
GGD	Gemeentelijke gezondheidsdienst
GVP	Gespecialiseerd Verzorgende Psychogeriatric
HRM	Human Resource Management (Personeelszaken)
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en jeugd
ISO Zorg & Welzijn	kwaliteitsnorm voor zorg- en welzijnsinstellingen (ISO: 'International Organisation for Standardization)
LMT	LocatieManagementteam
MIC	Melding Incidenten Cliëntenzorg
MIM	Melding Incidenten Medewerkers
MT	Managementteam
Ocm	Ondersteuningscentrum Meerlanden (stafdiensten)
ONS	Elektronisch zorgdossier
OR	Ondernemingsraad
PG	Psychogeriatric
PREM	Patient Reported Experience Measurement
SO	Specialist OuderenGeneeskunde
VAR	Verpleegkundige Adviesraad
Wlz	Wet langdurige zorg
Wzd	Wet zorg en dwang
ZZP	ZorgZwaartePakket