

# Kwaliteitsverslag SamenThuis – Samen Verder

<b>Voorwoord .....</b>	<b>5</b>
<b>Inleiding .....</b>	<b>6</b>
<b>1 profiel van de organisatie .....</b>	<b>7</b>
1.1 Algemene identificatiegegevens .....	7
1.2 Missie, zorgvisie en kernwaarden .....	7
1.3 Type zorgverlening, ZZP indeling aantallen per doelgroep .....	7
1.4. Aantal locaties, organisatiestructuur, bestuursfilosofie .....	8
1.4.1 Bestuursfilosofie .....	8
1.4.2 Duurzame persoonsgerichte zorg .....	8
<b>2 Cliëntoordelen .....</b>	<b>10</b>
<b>3. Uitkomsten op de 8 thema's van het kwaliteitskader</b>	
<b>verpleeghuiszorg .....</b>	<b>11</b>
3.1 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning .....	11
Reflectie, leren en verbeteren.....	11
3.2 Wonen en welzijn.....	12
Reflectie, leren en verbeteren.....	12
3.3 veiligheid .....	14
3.3.1 Medicatie.....	14
Reflectie, leren en verbeteren.....	14
3.3.2 Decubitus.....	14
3.3.3 Vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM).....	15
3.3.4 Advanced Careplanning.....	15
3.3.5 Klachten.....	15
3.3.7 ouderenmishandeling.....	15
3.3.8 Meldingen incidenten cliëntenzorg (MIC) .....	15
3.3.9 Calamiteiten .....	16
Reflectie, leren en verbeteren.....	16
3.4 Leren en verbeteren van kwaliteit .....	17
3.4.1 Kwaliteitsmanagementsysteem .....	17
3.4.2 lerend netwerk .....	17
3.4.3 Continue verbeteren .....	17
3.4.4 Reflectie, leren en verbeteren.....	17
3.4.5 Training en scholing.....	18

3.4.6 Reflectie, leren en verbeteren.....	18
3.5 leiderschap, governance en management .....	18
3.5.1 Reflectie, leren en verbeteren.....	18
3.6 personeelssamenstelling (voldoende en vakbekwaam personeel) .....	19
3.6.1 Formatieanalyse personeelsnorm.....	22
3.6.2 Reflectie, leren en verbeteren.....	29
3.7 Hulpbronnen .....	30
3.7.1 Reflectie, leren en verbeteren.....	30
3.8 Gebruik van informatie .....	30
3.8.1.....	30
3.8.1 Reflectie, leren en verbeteren.....	30
Bijlage 1: Uitkomsten indicatoren kwaliteitsuitvraag .....	31
Bijlage 2: verbeterparagraaf per thema.....	33



## Voorwoord

Voor u ligt het Kwaliteitsverslag Verpleeghuiszorg 2018 van Samen Verder SamenThuis BV. Met het kwaliteitsverslag geeft SamenThuis intern (Cliëntenraad, Ondernemingsraad, Raad van Toezicht) en extern (stakeholders, MaatschappelijkeVerantwoording) inzicht in de mate waarin Samen Thuis voldoet aan de kaders van het kwaliteitskader verpleeghuis.

Het kwaliteitskader stelt enkele voorwaarden aan de totstandkoming van het kwaliteitsverslag. Het concept verslag moet bijvoorbeeld besproken worden met vertegenwoordigingen van cliënten/naasten (CR), verpleegkundigen/verzorgenden.

Daarnaast moet het verslag ook besproken worden met twee collega zorgorganisaties van het lerend netwerk. Hun feedback moet ook in het verslag meegenomen worden.

Hieraan is op de volgende wijze invulling aan gegeven:

Het verslag is op 17 juni 2019 besproken met de Cliëntenraad.

Het verslag is voorgelegd aan de Ondernemingsraad.

## Inleiding

Binnen SamenThuis spraken we in 2018 uitgebreid over de betekenis van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg voor onze cliënten, medewerkers en de organisatie. In dat jaar hebben we voor de eerste keer een kwaliteitsplan voor SamenThuis opgesteld op basis van het kwaliteitskader. In 2017 is ook een kwaliteitsplan opgesteld, maar er is toen eenmalig voor een overgangsvorm gekozen, door de specifieke situatie waarin SamenThuis verkeerde (overname in 2016 van een failliete zorgorganisatie wat een zeer specifieke inspanning vereiste met betrekking tot verbetering van de kwaliteit van zorg, de zorgprocessen, personele zaken en de cultuur).

Belangrijk uitgangspunt bij het opstellen van het kwaliteitsplan met de verbeterparagrafen is dat deze in samenspraak met cliënten en hun naasten, verpleegkundigen en verzorgenden en (para) medici tot stand komen. Dit geldt ook voor het jaarverslag. Met de leden van de cliëntenraad, de VAR i.o (de facto het kwaliteitsteam) over de kwaliteitsthema's in het kwaliteitsverslag.

Terugkijkend op het proces kunnen we vaststellen dat het traject voor de totstandkoming van het kwaliteitsplan 2018 een leerproces was. Er moest sowieso een verbinding worden gezocht met de opzet en de ontwikkelingen uit het jaarplan 2017.

In dit kwaliteitsjaarverslag blikken we terug op afgelopen jaar en reflecteren we op de doorlopen processen en uitkomsten. Verbeterpunten hieruit nemen we mee naar het komend jaar.

### *Visie en uitvoering*

In Hoofdstuk 1.2 wordt de missie en visie besproken. Er blijkt echter een dilemma ten aanzien van de visie en de uitvoering.

SamenThuis is een extramurale zorgaanbieder met zorg volgens het volledig pakket thuis welke geclusterd wordt aangeboden. Deze vorm van zorg is een tussenvariant tussen zorg in de wijk en verpleeghuiszorg.

In de inleiding van het kwaliteitsplan 2019 wordt hier uitgebreid bij stilgestaan voor wat dat betekent voor de verplichtingen uit het kwaliteitskader, de landelijke definities rond verpleeghuiszorg en de kwaliteitsindicatoren. Cliënten beschikken over een eigen huisarts bijvoorbeeld.

Ook voor andere aspecten van het wonen en de zorg heeft de visie op extramurale zorg consequenties. Bij de overname van de failliete zorgaanbieder in 2016 troffen wij de volgende situatie aan die haaks staat op extramurale zorg: 1) open deur beleid woonruimten 2) centraal beheer medicijnen. Beiden passen niet binnen de visie op extramurale zorg, waarbij het centraal beheer van medicijnen ook niet geheel past binnen de eigen regie.

Dit is een bekend gegeven en heeft de aandacht. Om een dergelijke gegroeide situatie om te buigen vergt een langdurig proces waarin zowel medewerkers maar nog meer de cliënten in meegenomen dienen te worden. In principe is het namelijk eenvoudig om sloten op deuren te plaatsen, maar cliënten zijn de huidige situatie gewend.

# 1 profiel van de organisatie

## 1.1 Algemene identificatiegegevens

Naam rechtspersoon	SamenThuis – Samen Verder BV
Adres	Vlierdenseweg 109 a
Postcode	5753 AC
Telefoonnummer	0493 – 354 741
Nummer Kamer van Koophandel	65201361
E-mail adres	info@samenthuis.org
Internet pagina	<a href="http://thuiszorgsamenverder.nl/samenthuis-is-wonen-met-zorg/">http://thuiszorgsamenverder.nl/samenthuis-is-wonen-met-zorg/</a>

SamenThuis is een onderdeel van Samen Verder. De locatie SamenThuis is gevestigd in Deurne. De locatie is gelegen in een landelijke bosrijke omgeving, gevestigd in het voormalige missiehuis naast het kloosterhotel Willibrordhaeghe, tegenwoordig Fletsher Hotel. SamenThuis is een gecertificeerde instemming (HKZ normen 2015). SamenThuis is een kleinschalig woonzorgcombinatie waarbij er formeel sprake is van scheiden van wonen en zorg, waarbij de zorg echter wel deels geclusterd wordt aangeboden. De zorg wordt aangeboden vanuit het Volledig pakket Thuis (VPT). SamenThuis is geen BOBZ instelling. Bij SamenThuis verblijven ook kortdurend cliënten voor Eerstelijns Verblijf (ELV). Het doel is revalidatie. Ook kunnen cliënten kortdurend verblijven middels respijtzorg in het kader van de Wmo.

## 1.2 Missie, zorgvisie en kernwaarden

SamenThuis levert ondersteuning, zorg en dagbesteding voor ouderen. SamenThuis wil een betrouwbare partner zijn in het met waardigheid ouder worden. Op deze manier wordt invulling gegeven aan de zorgvisie van SamenThuis. Deze is dat SamenVerder met gevoel voor eigen regie, eigen kracht en eigen identiteit zorg verleent welke deskundig en belevingsgericht is en met persoonlijke aandacht voor datgene wat belangrijk is voor de cliënt. De zorg is gericht op het bevorderen van de zelfredzaamheid en het welbevinden van de mens. Dit op basis van de behoeften en wensen van de cliënt (persoonsgerichte zorg).

Deze zorg wordt verleend vanuit de volgende kernwaarden:

- respect en waardigheid,
- Eigen identiteit en eigen regie
- Deskundige zorg, maatwerk
- Participatie cliënt-familie/mantelzorger-professioneel/vrijwilliger

## 1.3 Type zorgverlening, ZP indeling aantallen per doelgroep

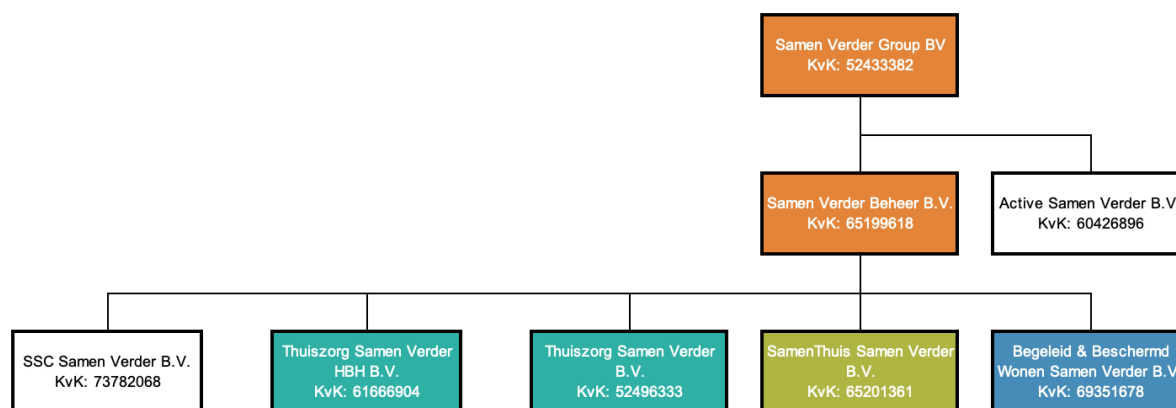
ZP mix op 31 december 2018

ZP 4	4
ZP 5	9
ZP 6	7
ELV	0

Alle ZP's zijn zonder behandeling.

#### 1.4. Aantal locaties, organisatiestructuur, bestuursfilosofie

Samen Verder beheer wordt geleid door een éénhoofdige Raad van Bestuur met onafhankelijk toezicht door de Raad van Commissarissen. De meewerkend teamleiders zijn verantwoordelijk voor het functioneren van SamenThuis op de locatie.



##### 1.4.1 Bestuursfilosofie

De bestuurder bestuurt Samen Verder onder integraal toezicht van de Raad van Commissarissen. De Raad van Commissarissen bestaat uit 3 leden. Het normatieve kader voor het handelen en het gedrag van de bestuurder is de vigerende Governance Code Zorg.

De inrichting van de organisatie is gekanteld van een verticale lijnstructuur naar een horizontale overlegstructuur middels zelforganiserende teams. Deze stap is echter nog niet aan de orde voor wat betreft Samen Thuis. SamenThuis wordt geleid door twee meewerkende teamleiders.

Het bestuur laat zich ondersteunen door een beleidsadviseur.

##### 1.4.2 Duurzame persoonsgerichte zorg

SamenThuis is in 2016 overgenomen van het failliete zorghuis/hotel Deurne. Dit was een complex proces omdat dit gepaard ging met een viertal kantelingen:

- **Zorgfilosofie**  
De zorgfilosofie diende een omslag door te maken van “wij nemen alles over, inclusief zelfredzaamheid” naar persoonsgerichte zorg met behoud van eigen regie en zelfredzaamheid waar mogelijk met ondersteuning door mantelzorgers. Niet alle medewerkers konden deze stap maken waardoor er noodgedwongen de eerste twee jaren sprake was van een groot personeelsverloop.
- **Certificering**  
Onder de vorige eigenaar (Zorghotel Deurne) was de woonzorgcombinatie niet gecertificeerd, Er diende een kwaliteitssysteem opgezet te worden, binnen de bestaande organisatie. De certificering werd direct ter hand genomen. In 2017 werd SamenThuis opgenomen in het Certificaat van Samen Verder.
- **IGJ**



Het zorghotel Deurne was geconfronteerd met een IGJ (destijds IGZ) rapport dat met de “inboedel” werd geërfd. Middels een project werd dit middels een projectteam opgepakt en met succes afgerond.

- *Kwaliteitskader*

In 2017 was de organisatie nog volledig in beslag genomen door de eerste drie kantelingen, het jaarplan was in dat jaar nog niet volledig volgens het kwaliteitskader in gericht. Dit was wel het geval in 2018. Het effect was wel een vertraging op het afstemmen met andere zorgaanbieders voor het lerend netwerk.

Komend vanuit de 0 situatie in 2016 zien we dat SamenThuis zich ontwikkeld heeft naar een duurzame moderne en toekomstbestendig zorgaanbieder voor langdurige zorg aan kwetsbare ouderen, waarbij we kunnen inspelen op veranderende wensen en behoeften van de bewoner voor ondersteuning en zorg bij het ouder worden op hun manier. De komst van een BeleefTV en de ontwikkeling van een beweeg en beleef tuin zijn hier exemplarische voorbeelden van. Voor de werving van financiën fungeert een actieve stichting Vrienden van Samen Verder die succesvolle acquisities heeft ondernomen.

## 2 Cliëntoordelen

Inzicht in cliëntervaringen en –oordelen vinden we belangrijk. Hiermee toetsen we immers of we onze zorgvisie waarmaken. Aan de hand van de uitkomsten gaan we gezamenlijk met cliëntenraad in gesprek en werken we aan verdere verbetering. Ervaringen en oordelen van de cliënt worden continue getoetst tijdens de zorguitvoering en in gesprekken met cliënten/ diens vertegenwoordiger en met de cliëntenraad.

Hiernaast wordt periodiek de NPS score:

In juni 2018 waren er 30 respondenten. Er waren 0 criticasters, 10 passief tevreden en 20 promoters.

In kwartaal 2 van 2019 is er een koppeling aangemaakt tussen de software (Nedap) en de NPS score. Op deze manier zien we na invoering van de werkwijze, een continue monitoring van de NPS score, inclusief de tevredenheid van de cliënten.

Reflectie, leren en verbeteren

In 2018 zijn geen cliëntevaluaties gehouden (naast de MDO's). De cliënttevredenheid is daardoor in beeld, zover het de NPS score betreft. De cliëntevaluaties worden opgenomen in het verbeterplan. Inmiddels kan de tevredenheid technisch gezien al continue worden gemeten, middels het ECD. Dit zal een vast onderdeel worden van de evaluatie van het zorgplan, waarbinnen de tevredenheid ook onderdeel van zal zijn. De zorgplannen zijn in april tot en met juni 2019 'omgezet' naar Omaha binnen Nedap.

In het volgende hoofdstuk wordt nader ingegaan op deze kwaliteitsthema's en de bijbehorende aandachts- en verbeterpunten. In augustus 2019 willen we stimuleren gebruik te maken van het erkend instrument 'de zorgkaart Nederland'.

## 3. Uitkomsten op de 8 thema's van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg

### 3.1 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Persoonsgerichte zorg en ondersteuning gaat over de wijze waarop de cliënt in alle levensdomeinen uitgangspunt is bij zorg en dienstverlening. Iemand met een zorg en ondersteuningsbehoefte is vooral een uniek persoon, met een eigen geschiedenis, een eigen toekomst en eigen doelen.

Persoonsgerichte zorg vindt plaats binnen een relatie tussen cliënt en zijn naasten, zorgverlener en zorgorganisatie. De kwaliteit van deze relatie bepaalt mede de kwaliteit van zorg. De vier onderscheiden thema's (compassie, uniek zijn, autonomie en zorgdoelen) zijn voor zorgverleners richtinggevend bij kwaliteitsverbetering op het terrein van persoonsgerichte zorg en ondersteuning.

Om persoonsgerichte zorg en ondersteuning te beïnvloeden is het van belang dat de geschiedenis van de cliënt en de cliënteigenschappen in beeld zijn in het zorgdossier. Dit begint bij de intake.

In maart 2019 is er een evaluatie gehouden om de balans op te maken van de afgelopen jaren en alle kantelingen en veranderingen en het personeelsverloop in 2016 en 2017 die SamenThuis heeft doorgemaakt. Vanuit deze reflectie zien we dat er veel ten goede is veranderd. SamenThuis biedt zorg met persoonlijke aandacht aan de cliënten. We zagen betrokken medewerkers die met compassie zorg verlenen.

Op het gebied van de borging van het levensverhaal en de clientkarakteristieken in de zorgdossiers bleek er nog een ontwikkelpunt te liggen.

Cliënten moeten kunnen rekenen op persoonlijke aandacht voor hun individuele wensen en behoeften. Nu is er weliswaar aandacht en compassie en voor het uniek zijn van de persoon maar dit vindt te veel plaats op individuele kennis van de medewerkers. Vertrekt een medewerker, dan is ook de kennis weg. Ook voor ZZP'ers is het belangrijk om deze informatie in de dossiers te kunnen lezen. Om veilige en persoonsgerichte zorg te kunnen bieden is een actueel en samenhangend cliëntdossier nodig. Ook dient de sociale omgeving beter betrokken te worden bij het dagelijks leven binnen de muren van de locatie. Hierdoor wordt bevorderd dat zorgverleners meer aandacht hebben voor de eigen regie en eigen wensen van de bewoners.

Reflectie, leren en verbeteren

Naar aanleiding van de bevindingen loopt er nu een actieplan met als doel om cliënten bij SamenThuis aantoonbaar persoonsgerichte zorg te verlenen. Dit zijn de 'kleine geluksmomenten'. Hiertoe worden bij alle bewoners de levensgeschiedenis opgehaald en worden de cliëntkarakteristieken op schrift gesteld. Cliënten kunnen dan (nog) beter rekenen op persoonlijke aandacht voor hun individuele wensen en behoeften. Om veilige en persoonsgerichte zorg te kunnen bieden is ingezet op een verbeterd actueel en samenhangend cliëntdossier.

Voor het verbeterplan wordt u verwezen naar de bijlage.

Doelstelling in 2018 was dat de cliënt een eigen regie heeft over het zorgplan. Alle eerste contactpersonen van de cliënten hebben inzage via Carenzorgt in het ECD. Dit is gerealiseerd.

Doelstelling. Alle cliënten hebben een MDO. In mei van 2019 hebben alle cliënten een MDO gehad.

Doelstelling was om in kwartaal 2 van 2019 dat alle meewerkende teamleiders zorgplannen maken middels het kwalificatiesysteem van Omaha. Alle meewerkende teamleiders hebben op 1 juni 2019 de e-learning 'zorgplan maken binnen Omaha in Nedap' doorlopen. Alle cliënten hebben inmiddels een zorgplan middels het Omaha systeem. De vragenlijst 'levensloop' is door alle EVV'ers voor alle cliënten besproken en vastgelegd in het zorgdossier.

### 3.2 Wonen en welzijn

Samen met de cliënt wordt gekeken wat de cliënt wil en kan qua daginvulling. Zingeving en waardigheid zijn de basis voor de zorg en welzijn voor de cliënt.

Bij de ontwikkeling van de BeleefTV en de beweegtuin (als onderdeel van een – stip op de horizon – beleeftuin) wordt de familie nauw betrokken op deze avonden. Tevens is de cliëntenraad hierbij aanwezig.

In mei 2019 is de BeleefTV aangeschaft en in gebruik genomen. In 2019 verwacht SamenThuis nog over te kunnen gaan tot de beweegtuin.

Doelstelling om in kwartaal 3 en 4 van 2019 te starten met een individueel dagprogramma. Op dit moment worden de individuele doelstellingen reeds geïnventariseerd en meegenomen als wens voor de dagbesteding en ook op gerapporteerd.

#### **Familieparticipatie**

In 2018 heeft SamenThuis (vanuit het project Waardigheid en Trots) ingezet op toenemende familieparticipatie bij de ontwikkeling van SamenThuis. Jaarlijks vinden er 2 familieparticipatie avonden plaats en een gezamenlijke jaarlijkse barbecue.

Doelstelling was om vrijwilligersbeleid begin 2019 op te stellen en vast te stellen en met de vrijwilligers te bespreken. In april 2019 is dit met de vrijwilligers gezamenlijk besproken.

Reflectie, leren en verbeteren

Welbevinden krijgt steeds meer aandacht in de ouderenzorg. Bij SamenThuis maken wij de beweging van zorgen voor welzijn op organisatie niveau naar individueel welzijn met daaraan gekoppelde activiteiten met de cliënt in de regie voor zijn daginvulling. Wij willen het aanbod nog meer vraaggericht maken vanuit de behoefte van de cliënt. Het eerder genoemde voorbeeld van BeleefTV en beweegtuin zijn projecten die worden ontwikkeld vanuit de behoefte van de cliënt. De subsidieaanvraag hiertoe ging vergezeld met een schriftelijke ondersteuning door de bewoners en de cliëntenraad. Voor beide projecten is financiering gevonden, en worden in 2019 uitgerold.

Naast de verbeterde opzet van de invulling Persoonsgerichte Zorg verwachten wij de behoefte van de individuele cliënt structureel in beeld te krijgen. Tot slot overwegen we om een pilot te starten om cliënten – indien gewenst – te betrekken bij het gereed maken van het eten. Afhankelijk van het inzicht dat deze pilot ons geeft over de wensen en mogelijkheden van de cliënt, besluiten wij – in samenspraak met de cliëntenraad – om hier al dan niet een vervolg aan te geven.

Een verbeterpunt is dat SamenThuis nog geen nulmeting familieparticipatie heeft uitgevoerd. Vanaf 2020 gaan wij ook tevredenheidsmetingen doen bij de familie. Daarnaast gaan wij de inhoud van de avonden afstemmen met familie en cliëntenraad. Doelstelling hierbij is dat de wijze waarop de familie kan participeren bij de zorg. De tevredenheidsmeting zien we als een 'interventie' om het partnerschap te versterken.

Hiernaast willen wij familieparticipatie bevorderen door beleid te ontwikkelen voor familieparticipatie. Het doel is gezamenlijk nadenken en besluiten nemen ter verbetering van de zorg en de participatie hieromtrent. Daarna volgt een tevredenheidsmeting.

## 3.3 veiligheid

### 3.3.1 Medicatie

#### *Medicatieveiligheid*

Het medicijnbeleid is onderdeel van het kwaliteitssysteem van Samen Verder aangevuld met specifieke onderdelen voor de specifieke situatie van een semi-intramurale instelling. Medicijnen worden centraal bewaard in een medicijnkast (of waar nodig een koelkast dan wel een kluis voor opiaten). Bij de medicijnuitgifte vindt dubbele controle plaats. Met apothekers zijn wij regelmatig in gesprek over een zo optimaal mogelijke verstrekking van de medicijnlijsten.

Vanuit de visie en beleid, dient de huidige werkwijze van medicatie heroverwogen te worden (vanuit de VPT gedachte en de BEM. Er dient sowieso een overgangstermijn in acht te worden genomen.

In april 2019 heeft er een training plaatsgevonden analyse van medicijnincidenten voor alle medewerkers.

#### *Antipsychoticagebruik*

Het beleid hierover ligt bij de huisarts en bij de specialisten. Indien van toepassing is dit wel onderwerp van overleg met de huisartsen en/of specialist en wordt er zo nodig een doel geformuleerd en gerapporteerd.

#### *Antibioticagebruik*

Het beleid hierover ligt bij de huisarts. Het onderwerp is indien nodig punt van overleg met de huisartsen maar zij hebben de regie als behandelaar. Er vinden regelmatig medicatiereviews plaats. Echter de cliënt heeft hierin het laatste woord.

#### Reflectie, leren en verbeteren

Jaarlijks is het medicatieveiligheid onderdeel van audits en van de systeembeoordeling. Het systeem van de medicijnuitgifte was gevoelig voor fouten (gecompliceerd en storingsgevoelig). De aanschaf van een medicijnkar in 2018 heeft het proces aanzienlijk verbeterd. Daarnaast zien we dat de medicijnuitgifte er regelmatig sprake is van verstoringen van dat proces, wat kan leiden tot medicijnfouten. Tijdens een training april 2019, is hier aandacht aan besteed. Als gevolg hiervan zijn de personen die medicijnen uitgifte doen, hesjes gaan dragen met 'niet storen'. De overige medewerkers zijn gevraagd om het 'niet storen' in acht te nemen. Dit wordt nog geformaliseerd in richtlijnen / beleid. Onderdeel van de trainingen was het bevorderen van bewust zijn rondom medicatie.

### 3.3.2 Decubitus

Decubitus kwam niet voor in het verslagjaar. Huid(letsel), voedingstoestand, mondzorg, incontinentieletsel zijn verder altijd onderwerpen van signalering tijdens de dagelijkse zorg.

### 3.3.3 Vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM)

Vooropgesteld: SamenThuis is geen BOPZ instelling. Dit betekent dat de zorg altijd vrijwillig is, ook eventuele vrijheidsbelemmerende maatregelen. Onvrijwillige zorg is een van de uitsluitingscriteria. Desalniettemin kan het voorkomen dat het voor de veiligheid van de cliënt beter is wanneer vrijheidsbelemmerende maatregelen worden toegepast. Ook nadat onderzocht is of de preventieve opties van Vilans een uitweg zijn. Dit vindt dan in nauw overleg plaats met cliënt en familie en behandelaren. Overigens gaat het altijd om lichte middelen (geen onvrijwillige maatregelen). In 2018 was er sprake van drie cliënten van het gemiddeld 19 cliënten, waarbij dit het geval was.

September van 2019 wordt discussie gevoerd of SamenThuis in 2020, met de Wet Zorg en Dwang ook onvrijwillige zorg gaat leveren. Dit beleid zal in samenspraak met de SO's en de huisartsen worden afgestemd.

### 3.3.4 Advanced Careplanning

Wanneer een cliënt bij SamenThuis komt wonen, worden de wens tot al dan niet reanimeren en ziekenhuis opname vastgelegd. Dit beleid is onderdeel van gesprek bij de MDO's. SamenThuis heeft hier overigens geen rol, qua vaststellen van deze wensen, wel qua vastleggen. Het vaststellen ligt bij de behandelaren zoals de huisarts en de SOG. SamenThuis heeft als extramurale WOZOCO geen eigen behandelaren in dienst, cliënten houden hun eigen huisarts.

### 3.3.5 Klachten

SamenThuis is via Samen Verder aangesloten bij een externe klachtenfunctionaris. In 2018 zijn er nul klachten ingediend bij de externe klachtenfunctionaris.

### 3.3.7 ouderenmishandeling

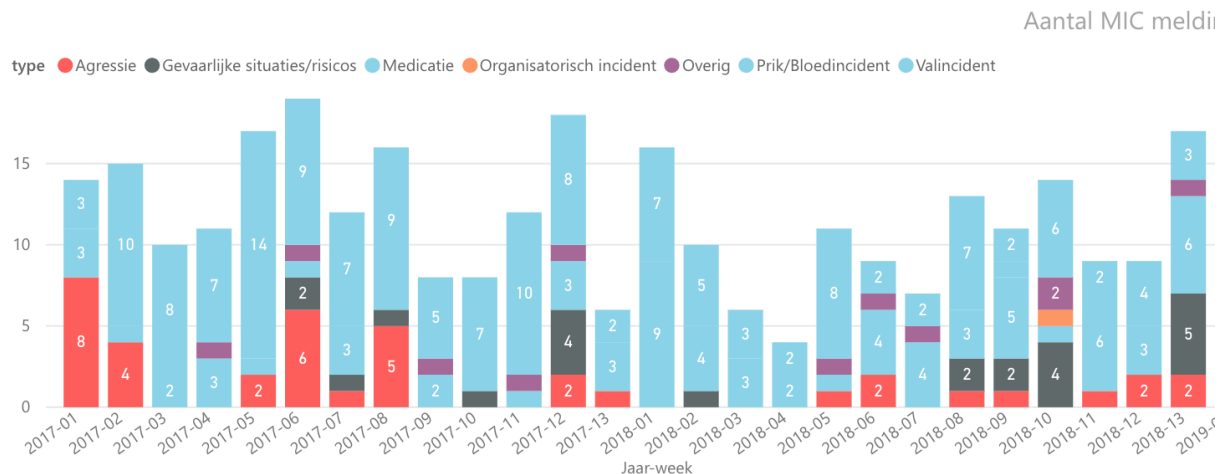
De meldprocedure ouderenmishandeling wordt jaarlijks tijdens teamvergaderingen onder de aandacht gebracht. In 2018 zijn er geen meldingen geweest.

### 3.3.8 Meldingen incidenten cliëntenzorg (MIC)

Het melden van incidenten ingeburgerd in de dagelijkse werksetting. De meeste meldingen hebben met name betrekking op valincidenten en medicatieveiligheid. In het hoofdstuk medicijnveiligheid is ingegaan om de medicijnincidenten en de verbeteractie in de vorm van een medicijnkar.

In 2018 zijn er 137 MIC meldingen. In 2017 waren dit er 166. De MIC meldingen zijn als volgt onderverdeeld:

## Melding Incidenten Clienten



### 3.3.9 Calamiteiten

In het verslagjaar waren er geen calamiteiten.

#### Reflectie, leren en verbeteren

**VMB: Veiligheid staat hoog in het vaandel.** Vallen is een groot risico voor onze doelgroep. De eigen regie van de cliënt is echter ook een groot goed. Wat wij hieruit geleerd hebben is dat als een wilsbekwame cliënt bewust kiest voor het risico van een val en daarom geen vrijheidsbelemmerende maatregel wil, wij deze wens moeten accepteren, ook gaat dat in tegen het eigen gevoel van veilige zorg. Afspraken hieromtrent worden vastgelegd in het cliëntdossier. In het kader van preventiebeleid wordt een training gegeven over alternatieven.

**MIC's:** Uit de medewerkerstevredenheid van mei 2018 bleek dat een cultuur van veilig melden voor verbetering vatbaar is. Vaak is de reflex nog "heeft niet goed opgelet" in plaats van te zoeken naar de achterliggende en samenlopende omstandigheden. Alleen wanneer dit gebeurt kun je leren van gemaakte fouten. Voor de analyse is in NEDAP het model van Prisma gebruikt. Om het bewustzijn te vergroten rond veilige melden hebben de medewerkers in april en mei 2019 twee interne trainingen gehad.

De cyclus van de meldingen kunnen worden verbeterd. In april en mei 2019 zijn trainingen gegeven op het gebied van competenties rond MIC's en het voorkomen hiervan, kennisvergroting over Prisma analyses (wat is de echte oorzaak) en er was een workshop veiligheidscultuur.



## 3.4 Leren en verbeteren van kwaliteit

### 3.4.1 Kwaliteitsmanagementsysteem

SamenThuis beschikt over een kwaliteitsmanagementsysteem en beschikt over het HKZ certificaat, versie 2015 als onderdeel van Samen Verder. Onderdeel van het leren en verbeteren zijn interne audits, stresstests, PRIES, externe audits en een directiebeoordeling. In 2016 vond bij SamenThuis de eerste externe audit plaats. Voor 2016 was Samen Thuis (toentertijd zorghotel geheten) eigendom van een andere zorg ondernemer. In verband met faillissement nam SamenThuis de zorg over. Bij overname was er geen sprake van een certificaat. Het HKZ kwaliteitssysteem is vervolgens geïmplementeerd.

In de jaren tussen 2016 en nu heeft SamenThuis een transitie meegemaakt van “hotelzorg” waarbij alle zorg werd overgenomen naar een kleinschalig woonzorg centrum gericht op persoonsgerichte zorg. Deze transitie was (zoals eerder is aangegeven) een complex proces omdat dit een transitie van werkwijze én een transitie van de zorgcultuur betrof, in combinatie met de ontwikkeling van het kwaliteitssysteem.

Het besef van persoonsgerichte zorg is er (zie kwaliteitsplan 2018 en 2019 maar dit bleek in 2018 nog een stap te ver gelet op de transitie. Momenteel wordt is dit proces in volle ontwikkeling.

### 3.4.2 lerend netwerk

In 2019 is het ontwikkelen van een lerend netwerk opnieuw opgepakt en afspraken hierover kunnen worden gemaakt met de netwerkpartners. In 2018 bleek het niet mogelijk om met de toenmalige beoogde partners tot goede afspraken te komen. Dit leverde tijdverlies op. Nu in 2019 lopen vergevorderde gesprekken met “Duurzaam Gezond” in de regio (gemeente, Elkerliek ziekenhuis, Zorgboog ea.) en wordt SamenThuis onderdeel binnen dat netwerk. In het kwaliteitsteam zal zowel iemand van het kwaliteitsteam aansluiten (niveau 5) alsook iemand van de locatie (niveau 5). (Met als voorstel die ook te laten plaatsvinden binnen de VAR).

### 3.4.3 Continue verbeteren

Enkele malen per jaar vergadert het kwaliteitsteam over de voortgang van de verbeterpunten die uit onder meer de audits naar voren komen. Het kwaliteitsteam onderhoudt de kwaliteitscirkel PDCA en rapporteert aan de directie. Het kwaliteitsteam is ook verantwoordelijk voor het inhoudelijke deel van het kwaliteitsplan en het kwaliteitsverslag. Tevens heeft het kwaliteitsteam de functie van MIC commissie. Tot slot fungeert het kwaliteitsteam als VAR, hetgeen mogelijk is door de samenstelling van de commissie. De VAR is dan verpleegkundigen minus de kwaliteitsmedewerker. Begin 2019 is er onderzoek na gedaan in samenspraak met V&VN om een stappenplan te ontwikkelen voor de opbouw van een VAR.

Op 21-5-2019 waren er 9 mensen op de locatie SamenThuis ingeschreven in het V&VN register.

### 3.4.4 Reflectie, leren en verbeteren

*Het kwaliteitsteam* heeft in 2018 een wisseling van de wacht doorgemaakt wat effect had op de voortgang van de kwaliteitsplannen en verbeterplannen. Persoonsgerichte zorg uit het kwaliteitsplan van 2018 blijkt niet voldoende geïmplementeerd, ondanks dat er wel betrokkenheid is van

medewerkers. Het ontbreken van de implementatie hiervan heeft zijn oorzaak zoals is opgemerkt in de complexe transitie die SamenThuis heeft doorgemaakt. Hiervoor is een verbeterplan opgesteld. In het verbeterplan zijn verantwoordelijkheden helder vastgelegd. Dit plan is in april 2019 met de cliëntenraad besproken.

Huidige situatie (juni 2019) is dat binnen de dagbesteding individuele doelstellingen onderdeel zijn van de dagbesteding. Het proces is besproken hoe de persoonsgerichte (cliënt karakteristieken / persoonlijke wensen) zorg geïmplementeerd moet zijn.

#### 3.4.5 Training en scholing

In 2018 zijn we gebruik gaan maken van systematisch e-learning. In de loop van 2018 is hier veel aandacht aan geweest. Niet alle overige scholingen bleek conform planning haalbaar als gevolg van de hoeveelheid qua inzet van uren bij e-learning. Voor 2019 is er een aangepaste planning gemaakt voor de overige trainingen / cursussen.

De volgende trainingen zijn in april en mei 2019 collectief voor alle medewerkers aangeboden:

- Clientveiligheidstraining
- Veiligheidscultuur
- MIC-MIM
- Risico inventarisaties

#### 3.4.6 Reflectie, leren en verbeteren

Evaluatie heeft uitgewezen dat er het zinvol zou zijn om te trainen op het gebied van de veiligheidscultuur, het veilig melden, zorgdossiers en persoonsgerichte zorg. Deze trainingen en workshops zijn in april en mei 2019 gegeven.

### 3.5 leiderschap, governance en management

#### 3.5.1 Reflectie, leren en verbeteren

Het realiseren van reflectie, leren en verbeteren is op de volgende manier tot stand gekomen:

- Het bestuur/directie is regelmatig op de locatie. Hier wordt ook een ervaringsverslag van gemaakt en het ECD/intranet zet.
- Governance Code Zorg 2017 wordt gehanteerd.
- Oprichting van de VAR zal onderdeel worden van het lerend netwerk.
- Het bestuur/directie stelt zich transparant op naar medewerkers en cliënten.
- Het bestuur/directie heeft in april 2019 een meting uitgevoerd in welke mate de organisatie IGJ – proof is. In juni komt er een '1' meting.
- Er is een goede verstandhouding met de cliëntenraad.
- Er is een ondernemingsraad conform de Wet op de Ondernemingsraden (WOR).
- Conform de Wet kwaliteit klachten en geschillen in de zorg, heeft Samen Verder een klachtenfunctionaris, een werkwijze klachten, een onafhankelijke klachtencommissie.
- Met onze stakeholders voeren we evaluaties uit, over de samenwerking.
- Er is een overeenkomst en een werkwijze SOG voor de bewoners.
- Er is voldoende personeel, ook bij intensieve zorgmomenten.

- Permanente aanwezigheid van personeel met de juiste kennis, vaardigheden en competenties.
- Niveau 3IG of hoger 24/7 met een achterwacht (verpleegkundige)
- Er is een overeenkomst met de huisartsen. Deze zijn bereikbaar en oproepbaar.
- Eerste aanspreekpunt is de huisarts. SOG is altijd in beeld vanaf ZZP-5. Een ZZP-4 is in overleg met de huisarts en in afstemming met SamenThuis
- De nieuwe e-learning omgeving is ingezet voor alle medewerkers van SamenThuis.
- Medewerkers worden gestimuleerd zich in te schrijven voor het V&VN register.

### 3.6 personeelssamenstelling (voldoende en vakbekwaam personeel)

De organisatie wil zorgprofessionals in staat stellen kwalitatief goede zorg te leveren. Dit is mogelijk als het team kwalitatief en kwantitatief op sterkte is, inhoudelijk goed is opgeleiden wanneer men zich ondersteund voelt. Dit vraagt veel aandacht voor een effectief wervingsbeleid, duurzame inzetbaarheid en de juiste ondersteuning, bijvoorbeeld op facilitair gebied).

De personeelssamenstelling is gepubliceerd op [www.thuiszorgsamenverder.nl/kwaliteitskader.nl](http://www.thuiszorgsamenverder.nl/kwaliteitskader.nl)

<p><b>Cluster 1: aandacht, aanwezigheid en toezicht.</b></p> <p>1. Tijdens de zorg en ondersteuning bij intensieve zorgmomenten (zoals opstaan, naar bed gaan, intake en rond het sterven) zijn er minimaal twee zorgverleners beschikbaar om deze taken te verrichten.</p> <p>2. Tijdens de dag en avond is er permanent iemand in de huiskamer of gemeenschappelijke ruimte om de aanwezige bewoners de benodigde aandacht en nabijheid te bieden en toezicht te houden.</p> <p>3. Wanneer een bewoner de ruimte moet verlaten is er iemand aanwezig om dit op te vangen. Dit kwaliteitskader vraagt wel nadrukkelijke aandacht voor de afbakening tussen professionele verantwoordelijkheid en de inzet van familie en vrijwilligers.</p> <p>4. In iedere dagdienst (ook in het weekend) is er per groep iemand aanwezig die de juiste kennis en competenties heeft om separaat van de zorgtaken aandacht te besteden aan zingeving/zinnvolle dag-invulling van cliënten.</p> <p>5. De zorgverleners die in direct contact zijn met de cliënten, kennen hun naam, zijn op de hoogte van hun achtergrond en persoonlijke wensen.</p>	<p>1. Voldoet</p> <p>2. Voldoet deels.</p> <p>3. Voldoet deels.</p> <p>4. Voldoet</p> <p>5. Voldoet</p>
<p><i>Toelichting bij 2 en 3. Op de locatie is er sprake van Wozoco, vanuit het VPT. Mensen wonen in principe zelfstandig, maar kunnen desgewenst gebruik maken van algemene voorzieningen. In de avonden wordt er weinig gebruik gemaakt van de huiskamer / gemeenschappelijke ruimtes. Men kan altijd alarmeren.</i></p>	
<p><b>Cluster 2: specifieke kennis, vaardigheden</b></p>	

<p>1. Er is altijd iemand aanwezig die met zijn of haar kennis en vaardigheden aansluit bij de (zorg)vragen en (zorg)behoefte van de cliënten en bevoegd en bekwaam is voor de vereiste zorgtaken. Denk daarbij aan kennis over de omgang met specifieke doelgroepen die in het verpleeghuis verblijven zoals mensen met psychogeriatrische problematiek, specifieke (somatische) aandoeningen en zintuiglijke problematiek.</p>	1. Voldoet
<p>2. Probleemherkenning is altijd geborgd. Er zijn afspraken vastgelegd over triage en deze afspraken worden regelmatig geëvalueerd met de betrokken medewerkers. De inzet van de verpleegkundige gaat niet alleen over acute situaties. Ook het oplossingsgericht meedenken in de dialoog met en betrokkenheid van familie.</p>	2. Voldoet
<p>3. Er is in iedere locatie (volgens KvK registratie) voor cliënten met een indicatie verblijf met verpleging of behandeling, 24/7 een verpleegkundige beschikbaar; deze verpleegkundige reageert direct (kan telefonisch/via beeldbellen) en is zo nodig binnen 30 minuten ter plaatse.</p>	3. Voldoet
<p>4. Er is in iedere locatie (volgens KvK registratie) voor cliënten met een indicatie verblijf met verpleging of behandeling 24/7 een arts bereikbaar en oproepbaar. Deze arts reageert direct en is uiterlijk binnen 30 minuten ter plaatse.</p>	4. Voldoet
<p>5. Er zijn 24/7 aanvullende voorzieningen beschikbaar voor (on)geplande zorg, vragen of toenemende complexiteit zoals: opschalen van personeel (inzetten mobiel team), invoeren specialist ouderengeneeskunde en overleg gedragsdeskundige.</p>	5. Voldoet
<p>6. Er zijn aanvullende voorzieningen beschikbaar voor (on)geplande zorg, vragen of toenemende complexiteit zoals: tijdelijke overplaatsing cliënt naar andere afdeling in dezelfde zorgorganisatie, inschakelen Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) en ingang zetten 'meer-zorg'.</p>	6. Voldoet deels. Zie toelichting.
<p><i>Toelichting bij punt 6: Er zijn geen andere afdelingen. Er is geen sprake van het overplaatsen naar een andere afdeling. Cliënten verblijven zelfstandig. De organisatie borgt wel de (on)planbare zorg en toenemende zorgvragen.</i></p>	
<p><b>Cluster 3: reflectie, leren en ontwikkelen</b></p>	
<p>1. Er zijn afspraken vastgelegd over multidisciplinair teamoverleg en teamleren. Deze afspraken worden regelmatig geëvalueerd met de betrokken medewerkers en waar nodig aangepast.</p>	1. Voldoet
<p>2. Er is voor iedere zorgverlener voldoende tijd en ruimte om te leren en te ontwikkelen via feedback, intervisie, reflectie en scholing. De omvang en aard hiervan is vastgelegd in het kwaliteitsplan. CAO afspraken en eisen van de beroepsvereniging hierover worden nageleefd en de beoogde CAO gelden worden hiervoor ingezet.</p>	2. Voldoet deels
	3. Voldoet niet

<p>3. Er is voor iedere zorgverlener tijd en ruimte om op gezette tijden mee te lopen bij een collega organisatie uit het lerend netwerk. De wijze hoe dit wordt georganiseerd wordt vastgelegd in het kwaliteitsplan.</p> <p>4. Er is voldoende tijd beschikbaar om als EVV-er deel te nemen aan multidisciplinair overleg.</p> <p>5. Methodisch werken en multidisciplinair werken vormen de basis van verpleeghuiszorg. Een deel van de deskundigheidsbevordering bestaat uit deze aspecten (multidisciplinaire) aandacht.</p> <p>6. Er is een scholingsbeleid van zittende en aankomende zorgverleners dat hun vakbekwaamheid aantoonbaar versterkt (op basis van de diverse onderdelen van dit kwaliteitskader en nadrukkelijke aandacht voor omgaan met zorgdilemma's en adequate zorg bij het levenseinde).</p> <p>7. Er zijn periodieke gesprekken waarin competentie- en loopbaanontwikkeling aan de orde komen.</p>	<p>4. Voldoet</p> <p>5. Voldoet</p> <p>6. Voldoet. Zie toelichting.</p> <p>7. Voldoet deels.</p>
<p><i>Toelichting bij 2: Een strategisch opleidingsplan is in ontwikkeling. Resterend gedeelte is conform cao en normen.</i></p> <p><i>Toelichting bij 3: Zie verslag</i></p> <p><i>Toelichting bij 6: Dit komt tot uitdrukking in het strategisch opleidingsplan (in ontwikkeling) in de praktijk wordt hier al rekening mee gehouden in het jaarlijkse scholingsplan.</i></p> <p><i>Toelichting bij 7: Medewerkers met aandacht is opgepakt en verslag van gemaakt. Overige medewerkers zijn ingepland.</i></p>	

### 3.6.1 Formatieanalyse personeelsnorm

#### Aantal personeelsleden

**Definitie** Aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode (dus exclusief uitzendkrachten, vrijwilligers, stagiairs, ZZP-ers, andere PNIL, etc.).

---

**Vraag** **Hoeveel personeelsleden heeft de organisatie?**

---

**Aantal** Gemiddeld aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode:  
..... 20 personeelsleden .....

---

**Type indicator** Uitkomstindicator

**Niveau van meting** Concernniveau

**In- en exclusiecriteria**

- De indicator betreft alleen de personeelsleden die gerelateerd zijn aan de cliëntgroep zoals genoemd in paragraaf 1.1 bij reikwijdte.
- Het betreft personeelsleden met een arbeidsovereenkomst.
- Uitgesloten zijn arbeidskrachten die geen arbeidsovereenkomst bij de organisatie hebben, zoals uitzendkrachten, ZZP-ers, gedetacheerden, stagiairs, etc.

**Bron** Personeels-/ salarisadministratie.

**Meetperiode** Voor deze indicator geldt de periode van 1 januari t/m 31 december 2018.

**Meetinstructie** U registreert hoeveel personeelsleden met een arbeidsovereenkomst er gemiddeld gedurende de meetperiode bij de organisatie in dienst waren.

---

#### Aantal fte

**Definitie** Som van de ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode. Het betreft de betaalde fte's (incl. meeruren, overuren, oproepuren) en niet alleen de fte's zoals contractueel overeengekomen in de arbeidsovereenkomsten.

---

**Vraag** **Hoeveel fte's heeft de organisatie?**

---

**Aantal** Som van de ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode:  
..... 14 fte .....

---

## Percentage personeel met een arbeidsovereenkomst voor bepaalde tijd

**Definitie** Aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst voor bepaalde tijd op een meetmoment gedeeld door het totaal aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst voor bepaalde en onbepaalde tijd op datzelfde meetmoment.

---

**Vraag** **Hoeveel procent van de personeelsleden heeft een tijdelijke arbeidsovereenkomst?**

---

**Teller** Aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst voor bepaalde tijd op meetmoment:

10 personeelsleden

---

**Noemer** Aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst op meetmoment:

24 personeelsleden

---

**Percentage** 41.7 %

---

## Percentage inzet uitzendkrachten / Personeel Niet In Loondienst (PNIL)

**Definitie** Aantal fte's uitzendkrachten/PNIL ingezet gedurende de periode gedeeld door totaal aantal ingezette fte's door personeelsleden met een arbeidsovereenkomst gedurende dezelfde periode. PNIL staat voor Personeel Niet In Loondienst en gaat bijvoorbeeld om: uitzendkrachten, ZZP'ers, inhuur disciplines zoals artsen, psychologen, therapeuten e.d.

---

**Vraag** **Hoeveel uitzendkrachten/PNIL zijn er ingezet?**

---

**Teller** Som van de ingezette fte's uitzendkrachten/PNIL over de periode:

1.72 fte

---

**Noemer** Som van de ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode:

14 fte

---

**Percentage** 12.3 %

---

## Percentage kosten uitzendkrachten / Personeel Niet In Loondienst (PNIL)

Definitie Kosten van inzet uitzendkrachten/PNIL gedurende de periode gedeeld door som van de personeelskosten van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode.

---

Vraag **Hoeveel euro is er procentueel aan uitzendkrachten/PNIL uitgegeven?**

Teller Som euro's uitgegeven aan inzet van uitzendkrachten/PNIL over de periode:  
142700 euro

---

Noemer Som personeelskosten van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst:  
780700 euro

Percentage 18.278 %

---

## Gemiddelde contractomvang

Definitie Som van de ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode (2.1.2) gedeeld door gemiddeld aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode (2.1.1).

---

Vraag **Hoe groot is de gemiddelde omvang van een arbeidscontract?**

Teller Som van de ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode:  
14 fte

Noemer Gemiddeld aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode:  
20 personeelsleden

Gemiddelde 0.7 fte per personeelslid

---



## Percentage fte per niveau

Definitie	Percentage fte per niveau.
Vraag	Hoe ziet de ingezette kwalificatieniveaumix eruit?
Noemer	Som van de ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode (2.1.2):  14 fte
Teller 1	Som van de ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode met kwalificatieniveau "Niveau 1 zorg en welzijn":  0 fte
Percentage 1	0 %
Teller 2	Som van de ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode met kwalificatieniveau "Niveau 2 zorg en welzijn":  4.18 fte
Percentage 2	29.9 %
Teller 3	Som van de ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode met kwalificatieniveau "Niveau 3 zorg en welzijn":  6.81 fte
Percentage 3	48.6 %
Teller 4	Som van de ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode met kwalificatieniveau "Niveau 4 zorg en welzijn":  1.17 fte
Percentage 4	8.4 %
Teller 5	Som van de ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode met kwalificatieniveau "Niveau 5 zorg en welzijn":  0.84 fte
Percentage 5	6 %
Teller 6	Som van de ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode met kwalificatieniveau "Niveau 6 zorg en welzijn":  0 fte

Percentage 6	0 %
Teller 7	Som van de ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode met kwalificatieniveau "Behandelaren/(para-)medisch": 0 fte
Percentage 7	0 %
Teller 8	Som van de ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode met kwalificatieniveau "Overig zorgpersoneel": 0 fte
Percentage 8	0 %
Teller 9	Som van de ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode met kwalificatieniveau "Leerlingen": 1 fte
Percentage 9	7.1 %
Teller (totaal)	Som van de ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode, zoals hierboven ingevuld bij "Teller 1" t/m "Teller 9": 14 fte
Noemer	Som van de ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode (2.1.2): 14 fte
Percentage (totaal)	100 %

### Aantal stagiairs

Definitie	Aantal stagiairs over de periode.
Vraag	<b>Hoeveel stagiairs heeft de organisatie?</b>
Aantal	Aantal stagiairs over de periode: 3 stagiairs
Type indicator	Uitkomstindicator
Niveau van meting	Concernniveau
In- en exclusiecriteria	De indicator betreft alleen de stagiairs die gerelateerd zijn aan de cliëntgroep zoals genoemd in paragraaf 1.1 bij reikwijdte.
Bron	Personeels-/ salarisadministratie en/of urenregistratie
Meetperiode	Voor deze indicator geldt de periode van 1 januari t/m 31 december 2018.
Meetinstructie	U registreert hoeveel stagiairs er gedurende de meetperiode bij de organisatie actief waren.

## Aantal vrijwilligers

Definitie Aantal vrijwilligers over de periode.

---

Vraag **Hoeveel vrijwilligers heeft de organisatie?**

---

Aantal Aantal vrijwilligers over de periode:

10 vrijwilligers

---

## Ziekteverzuimpercentage

Definitie CBS/Vernet: Het ziekteverzuim-percentage is het totaal aantal ziektedagen van de personeelsleden, in procenten van het totaal aantal beschikbare (werk-/kalender) dagen van de werknemers in de verslagperiode. Het ziekteverzuimpercentage is inclusief het verzuim langer dan een jaar en exclusief zwangerschaps- en bevallingsverlof.

---

Vraag **Wat is het ziekteverzuimpercentage?**

---

Teller Aantal ziektedagen (voor de berekeningswijze wordt de definitie van het CBS/Vernet gevolgd):

302 ziektedagen

---

Noemer Aantal werk-/kalenderdagen (voor de berekeningswijze wordt de definitie van het CBS/Vernet gevolgd):

3147 werk-/kalenderdagen

---

Percentage 9.6 %

---

## Meldingsfrequentie ziekteverzuim

Definitie CBS/Vernet: De verhouding tussen het aantal (ziekte)verzuimgevallen en het aantal personeelsleden. De meldingsfrequentie ziekteverzuim wordt omgerekend naar jaarbasis.

---

Vraag **Wat is de meldingsfrequentie ziekteverzuim?**

---

Teller Aantal nieuwe ziekmeldingen over de periode (voor de berekeningswijze wordt de definitie van het CBS/Vernet gevolgd):

20 ziekmeldingen

---

Noemer Gemiddeld aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode:

20 personeelsleden

---

Frequentie 1

---

## Percentage instroom

**Definitie** Het percentage instroom betreft het aantal personen dat op meetmoment minus 1 jaar niet werkzaam is als personeelslid met een arbeidsovereenkomst bij de organisatie, maar dat wel is op meetmoment, gedeeld door het gemiddelde aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst van meetmoment en meetmoment minus 1 jaar.

---

**Vraag** Welke omvang heeft de instroom van nieuwe medewerkers?

**Teller** Aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst op meetmoment dat niet werkzaam was als personeelslid met een arbeidsovereenkomst op meetmoment -1 jaar:

5 personeelsleden

Aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst op meetmoment -1 jaar:

15 personeelsleden

Aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst op meetmoment:

20 personeelsleden

**Noemer** Gemiddelde van aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst op meetmoment en aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst op meetmoment -1 jaar:

17.5 personeelsleden

---

**Percentage** 28.6 %

---

## Percentage doorstroom kwalificatieniveau

**Definitie** Het percentage doorstroom betreft het aantal personen dat op twee opeenvolgende peilmomenten werkzaam is als personeelslid met een arbeidsovereenkomst bij de organisatie en van kwalificatieniveau is gewisseld op meetmoment ten opzichte van meetmoment minus 1 jaar, gedeeld door het gemiddelde aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst van meetmoment en meetmoment minus 1 jaar.

---

**Vraag** Welke omvang heeft de doorstroom qua kwalificatieniveau van medewerkers?

**Teller** Aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst op meetmoment en op meetmoment minus 1 jaar, dat op meetmoment een ander kwalificatieniveau heeft dan op meetmoment minus 1 jaar:

1 personeelsleden

**Noemer** Gemiddelde van aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst op meetmoment en aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst op meetmoment -1 jaar:

17.5 personeelsleden

---

**Percentage** 5.7 %

---

### 3.6.2 Reflectie, leren en verbeteren

Uitstroom/instroom/werving/inzetbaarheid/zorgcontinuïteit/leerlingen/opleiden/leren en ontwikkelen/vaardigheden persoonsgerichte zorg/ personeelssamenstelling

Hoewel de kwaliteitsnorm in 2018 qua personele samenstelling gehaald is, (zie toelichting 3.6.1) leeft er een gevoel onder sommige medewerkers dat er sprake is van een krappe bezetting. Wij gaan onderzoeken waarom dit beeld leeft, indien mogelijk behulp van Waardigheid en Trots. Waardigheid en trots kan namelijk kosteloos ondersteuning bieden bij de ontwikkeling bij de implementatie van de acht thema's van het kwaliteitskader.

MTO's zijn een belangrijk meetinstrument. Uit het MTO van maart 2018 bleek

- a. Tevreden over de primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden.
- b. Aandachtspunten voor het realiseren van meer bevologenheid waren: erkenning van de medewerkers en verbeteren van de interne communicatie.
- c. Ten aanzien van reactief of proactief handelen tbv clientveiligheidscultuur kunnen zaken zoals persoonlijke opleidingsplannen en clientveiligheid continue op de agenda van het teamoverleg. Vooruitstrevend was dit op het gebied van materialen en middelen.
- d. De bereikbaarheid of bekendheid van de vertrouwenspersoon, was een aandachtspunt.

Hieruit zijn de volgende acties uitgezet. Het geven van een training over clientveiligheidscultuur (deze training is gerealiseerd) en het maken van een plan van aanpak n.a.v. de meting clientveiligheidscultuur (een openstaande actie). De vertrouwenspersoon is intern. Er komt een voorstel in juni 2019 van een externe vertrouwenspersoon (gecertificeerd en aangesloten).

Ten aanzien van de functioneringsgesprekken worden er de volgende stappen ondernomen.

1. Visie – missie van de locatie (gepland)
2. Bepalen clientsegmenten (vraagstuk bopz oa) (gepland) in samenspraak met SOG en huisartsen.
3. Bepalen van de potentiële medewerkers en de medewerkers met talent, dmv 9-grid model. (nog niet gepland)
4. Houden van de functioneringsgesprekken en pop gesprekken. (gepland)

### 3.7 Hulpbronnen

De aanwezigheid van de juiste randvoorwaarden voor het bieden van kwalitatief goede zorg is van belang.

Hulpbronnen zoals hieronder benoemd zijn aanwezig

- 1) Omgeving (gebouw, onderhoud binnen en buitenruimte, bewegingsruimte, privacy),
- 2) ICT CQ-5.
- 3) Materialen en hulpmiddelen (beschikbaarheid, vindbaarheid en onderhoud),
- 4) Facilitaire zaken (zoals keuken, beveiliging, tuin, terras, receptie, BHV),
- 5) Administratie,
- 6) Professionele relaties en samenwerkingsafspraken met ketenpartners: huisartsen, apothekers, fysio, SOG, etc.

#### 3.7.1 Reflectie, leren en verbeteren

Mondzorg, verslaglegging MDO's, het zodanig inrichten van NEDAP en de zorgdossiers zodat deze persoonszorggericht zijn en BHV zijn verbeterstappen. Deze zijn onderdeel van het eerdergenoemde actieplan.

### 3.8 Gebruik van informatie

#### 3.8.1.

SamenThuis meet de tevredenheid van de bewoners middels de NPS score. Ook worden bewoners gestimuleerd om gebruik te maken van de zorgkaart. Tot op heden wordt hier echter (te) weinig gebruik van gemaakt. Daarnaast vinden wij het van groot belang dat bewoners/familie vertegenwoordigd zijn in de cliëntenraad. Hier zien we echter dat de belangstelling vooral ligt bij SamenThuis en minder bij de overige organisatie, wat in de praktijk een belemmering blijkt om toe te treden tot de cliëntenraad. Twee familieleden van bewoners zijn op proef aangemeld in het eerste kwartaal van 2019, echter ze zijn weer teruggetreden.

Voor de overige informatie over de cliënttevredenheid wordt verwezen naar het hoofdstuk cliëntoordelen.

#### 3.8.1 Reflectie, leren en verbeteren

Cliëntenraad blijft een punt van aandacht. Bij de familieavonden blijven we familie oproepen om deel te nemen aan de cliëntenraad. Daarnaast zullen we in overleg met de bewoners/familie bezien of er alternatieven mogelijk zijn. Voor een aparte cliëntenraad voor SamenThuis is de locatie te klein van omvang.

De halfjaarlijkse zorgevaluatie gaat in 2019 beter ingezet worden om inzicht te krijgen in de cliënt beoordeling, zodat we een breder inzicht krijgen dan alleen met de NPS score.

In 2019 is een balanced score card en een dashboard ingericht waardoor sturing geoptimaliseerd kan worden. In 2019 zijn we voor de eerste keer op deze manier gaan werken en de eerste evaluatie moet nog plaatsvinden.

## Bijlage 1: Uitkomsten indicatoren kwaliteitsuitvraag

Thema	Toelichting	resultaat
Decubitus	Percentage decubitus	0%
	Casuïstiek bespreking	NVT (er zijn geen cliënten met decubitus)
Gezamenlijke afspraken rond het levenseinde	Percentage cliënten op de afdeling waarbij beleidsafspraken rondom het levenseinde zijn vastgelegd in het zorgdossier	100%
Medicatieveiligheid	Bespreken medicatiefouten in het team	100%
	Medicatiereview	Geen behandeling en geen instellingsarts, maar eigen huisarts. Afspraken worden vastgelegd in het MDO
	Middelen en maatregelen rond vrijheid	3 mechanisch en 1 elektronisch.. kanttekening: het betreft vrijwillige zorg. Je kunt daarom niet spreken van een maatregel. Wel van een middel dat in overleg wordt gebruikt.
	Terugdringen vrijheidsbelemmering	Er is geen sprake van onvrijwillige vrijheidsbelemmering (staand beleid). Voor het terugdringen wordt gebruikt gemaakt van de alternatieven bundel van Vilans. Daarnaast wordt met cliënten besproken wat men zelf wil: het risico aanvaarden of een middel toepassen (voorbeeld val risico accepteren of niet).
	Werken aan vrijheidsbevordering	NVT. SamenThuis is geen BOPZ instelling. (Er wordt wel preventiebeleid toegepast)
Continuïteit van zorg	Cyclisch systeem	De zorgplannen worden minimaal ieder half jaar actueel gehouden. Daarnaast is het systematisch werken met zorgplannen onderdeel van interne audits.
	Bespreken en evaluatie zorgplan	Bij de evaluatie zijn verzorgenden/verpleegkundigen en cliënt(vertegenwoordigers) betrokken. Vanuit MDO (dus niet direct vanuit zorgplan) SOG + interne

		behandeldisciplines + externe behandeldisciplines
	Gebruik zorgdossier: kunnen alle zorgverleners, behandelaren, en paramedici alle onderdelen van het zorgplan lezen c.q. schrijven?	Ja + Ja (rapporteren wel, zorgplannen niet: Ja + Deels.
	NPS	10 passief en 20 promoters.



## Bijlage 2: verbeterparagraaf per thema

Verbeterpunten	Onderwerp	Verbeterdoel 2019	Acties	Meetpunt
<p>Personele formatie</p> <p>Persoonsgerichte zorg</p>	<p>Familieparticipatie</p> <p>Cliënt karakteristieken en levensgeschiedenis</p> <p>Kennis persoonsgerichte zorg</p> <p>Eigenregie en waardigheid</p> <p>Autonomie</p> <p>zorgdoelen</p>	<p>Duidelijker communicatie met familie over hun bijdrage aan de zorg</p> <p>Vastleggen in zorgdossiers (inhaal) en bij intake</p> <p>Meer kennis en inzicht over het goed vastleggen van persoonsgerichte zorg in de zorgdossiers</p> <p>Medicijnen in eigen beheer waar dit kan</p> <p>De cliënt heeft de eigen regie over het zorgplan.</p> <p>Medewerkers rapporteren en evalueren op doelen.</p>	<p>Project familieparticipatie</p> <p>'1' meting</p> <p>Training en e-learning</p> <p>Interne discussie en draagvlak Besluit</p> <p>Wij meten of de MDO's plaatsvinden met zowel cliënt als vertegenwoordiger.</p> <p>E-learning</p>	<p>Tweede helft 2019</p> <p>Juni – 2019 (gerealiseerd)</p> <p>1-9-2019</p> <p>1-12-2019</p> <p>Jaarlijks bij audit.</p> <p>1-8-2019</p>
<p>Welzijn</p>	<p>Zinnvolle dagbesteding</p> <p>Familieparticipatie</p>	<p>Meer vraaggericht</p> <p>Meer betrokkenheid</p>	<p>Beter inzicht in de wensen van de cliënt: Clienttevredenheidsonderzoek naar zinnvolle dagbesteding</p> <p>Start ontwikkeling individuele dagprogramma's</p> <p>Beleef TV</p> <p>Beweegtuin</p> <p>Gezamenlijk familie avond voorbereiden</p> <p>Beleid familieparticipatie</p> <p>Tevredenheidsonderzoek</p>	<p>1-7-2019</p> <p>Q3 / 4</p> <p>Q4</p> <p>Mei 2019 (gerealiseerd)</p> <p>1-12-2019</p> <p>Q3</p> <p>Q4</p> <p>Q1 2020</p>
<p>Veilige zorgverlening</p>	<p>Medicatieveiligheid</p>	<p>Aantal medicijnincidenten vermindert met 25%</p>	<p>Evaluatie beleid centraal beheer medicatie. (Eigen</p>	<p>Q4</p>

Verbeterpunten	Onderwerp	Verbeterdoel 2019	Acties	Meetpunt
	Vrijheidsbelemmerende maatregelen.	Besluitvorming over al dan niet werken met onvrijwillige zorg (nu alleen vrijwillige zorg)	beheer cliënt over medicijnen waar dit kan.)  Training medicijnveiligheid (ihkv veilig melden) vond reeds plaats in 2019.  Evaluatie van het medicatieproces/beleid en de resultaten van deze evaluatie implementeren.	1-6-2019  Q4
	Preventie van acute ziekenhuisopnamen	Registreren in systeem en uit ONS op te halen	Interne discussie en besluitvorming.  Training aanbieden november/december van 2019. (Vilans)	Q4  Nov / Dec 2019.
	Meldingen	Kwalitatieve analyse van de MIC meldingen.	Nedap inrichten  Buiten meldingen op clientniveau dit ook analyseren en in gang zetten van verbeteracties op locatieniveau.	1-7-2019  Vanaf kwartaal 3 2019.
Veiligheid wonen en werken	Brandveiligheid in 2018 ontruiming zonder brandweer	Ontruiming met brandweer	Voorbereiden en uitvoering	1-9-2019
	Trainen BHV	Voldoende BHV-ers	BHV cursus	1-9-2019
	Meldingen incidenten cliënten.	Meer veilige meldcultuur	Training en vorming Functioneringsgesprekken.	1-7-2019 (uitvoering aug tm sept 2019)
	Meldingen medewerkers	Beter melden Assertiviteit	Training MIC-analyses (voor teamleiders)  Cyclus MIC – analyse en rapportageverbeteringen.	1-9-2019  1-1-2020
Verbeteren van kwaliteit	Kwaliteitskader	Persoonsgerichte zorg	Training, E-learning In kaart brengen bestaande cliënten zorgdossiers verbeteren	1-11-2019
	Kwaliteitsverslag	interactieve invulling		1-7-2019  1-12-2019

Verbeterpunten	Onderwerp	Verbeterdoel 2019	Acties	Meetpunt
	Kwaliteitsmanagement	kwaliteitsteam verbeteren (doelgericht)	Familie, medewerkers hierbij betrekken herinrichting kwaliteitsteam	1-7-2019
	Cliëntevaluaties	Kwaliteitsinstrumenten	1 meting stresstest	1-7-2019
		Alle cliënten hebben in 2019 minimaal één cliëntevaluatie gehad	Uitvraagindicatoren in Nedap Vanaf 1 juli 2019 worden evaluaties ingepland. Binnen 3 maanden heeft iedere cliënt een evaluatie.	1-10-2019 1-10-2019
Lerend netwerk	Overeenkomst	Project	Afspraken maken met netwerk	1-7-2019
Informatiebeveiliging en dataprivacy	Veilig e-mailen	Voldoen aan NEN normen (en aan AVG)	Inventarisatie huidige situatie en verbeteringslag indien nodig	1-8-2019
Tevredenheid cliënten	NPS score	NPS score continue meten en onafhankelijk laten meten.	Verbeteren van het omzetten van gemeten acties naar verbeterimplementaties ,  Onafhankelijke meting Meer stimuleren invullen Zorgkaart. Plan van Aanpak (augustus 2019) en implementatie (september 2019)	Continue  09-2019
Tevredenheid medewerkers	MTO nulmeting 2018		MTO 1 meting 2020	1-3-2020
	Vertrouwenspersoon	Aanstellen van een externe vertrouwenspersoon.	Offertes, voorstel OR, bekendmaking intern.	Aanstellen kwartaal 4 2019.
Gebruik van informatie	Inspraak cliënten en familie	Uitbreiding cliëntenraad In overleg met de familie en bewoners zoeken naar alternatieven voor de cliëntenraad vwb ophalen van informatie.	Deze onderwerpen agenderen voor de familieavond en de cliëntenraad	Q3
	Tevredenheid cliënten	Cliëntevaluaties beter inzichtelijk als management instrument	Cliënt evaluaties digitaal maken	Q3