

Kwaliteitsverslag Zorgplein Maaswaarden over het jaar 2017

Inhoudsopgave

Inleiding.....	4
Hoofdstuk 1 Missie en visie	5
1.1 Kernactiviteiten.....	5
1.2 Prioriteiten	6
Hoofdstuk 2 Kwaliteit en veiligheid	7
2.1 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning	7
2.1.1 Overzicht van onze beleidspunten en acties persoonsgerichte zorg	7
2.2 Wonen en welzijn	10
2.2.1 Overzicht beleidspunten en acties Wonen en Welzijn	10
2.3 Veiligheid	11
2.3.1 Jaarverslag, medicatie	12
2.3.2 Overzicht beleidspunten en acties Veiligheid	15
2.4 Leren en verbeteren van kwaliteit	16
2.4.1 Kwaliteitsbeleid.....	17
2.4.2 Toetsing kwaliteitsmanagementsysteem (KMS).....	17
2.4.3 Managementreview	18
2.4.4 Overzicht beleidspunten en acties Leren en verbeteren van kwaliteit	21
2.4.5 Feedback van lerend netwerk op kwaliteitsplan 2018 van Zorgplein Maaswaarden.....	21
Hoofdstuk 3 Randvoorwaardelijke thema's	22
3.1 Leiderschap, governance en management	22
3.1.1 Raad van Toezicht.....	22
3.1.2 Relatie medezeggenschapsorganen	22
3.1.3 Governancecode Zorg	23
3.1.4 Risicomanagement	23

3.2	Personeelssamenstelling	24
3.2.1	Overzicht beleidspunten en acties Personeelssamenstelling	25
3.3	Gebruik van hulpbronnen	26
3.3.1	Overzicht beleidspunten en acties. Gebruik van hulpbronnen	26
3.4	Gebruik van informatie	26
3.4.1	Tevredenheidsonderzoeken	26
3.4.2	Net Promotor Score	31

Inleiding

Voor u ligt het kwaliteitsverslag van Zorgplein Maaswaarden.

Met het voorliggende kwaliteitsverslag, opgebouwd volgens de geldende eisen van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg (Zorginstituut), legt Zorgplein Maaswaarden verantwoording af aan onze Cliëntenraad, Ondernemingsraad en Raad van Toezicht. Tevens leggen we hiermee externe verantwoording af over ons beleid.

Het verslag is gebaseerd op de uitkomsten van de doelen uit het jaarplan 2017 en het V&V-jaarplan 2017.

Naast het kwaliteitsverslag is Zorgplein Maaswaarden wettelijk verplicht om jaarlijks verantwoording af te leggen waaraan de zorgorganisatie het geld uit de Wet Langdurige Zorg (WLZ) en de Zorgverzekeringswet besteedt. Deze verantwoording bestaat uit twee onderdelen:

- Aanleveren van verantwoordingsgegevens over onderwerpen op het gebied van bestuur, bedrijfsvoering, personeel, financiën en productie (d.m.v. vragen en tabellen in DigiMV)
- Opstellen en aanleveren van een jaarrekening met een controle-, beoordelings- of samenstellingsverklaring (inleveren via de deponeerfaciliteit in DigiMV).

Het kwaliteitsverslag is een openbaar document en staat op de website van Zorgplein Maaswaarden.

Hoofdstuk 1 Missie en visie

Zorgplein Maaswaarden ontleent haar bestaansrecht aan het leveren van hoogwaardige, verantwoorde zorg- en dienstverlening. Onze missie en visie passen uitstekend bij het lokale en vertrouwde karakter van de organisatie.

Wat Zorgplein Maaswaarden bijzonder maakt, is dat zij aan de cliënten, die op één van de twee locaties wonen, een omgeving biedt waarbij rekening wordt gehouden met hun gebruiken of gewoonten, waarden en tradities. Hierbij gaan wij uit van de wensen van onze cliënten waardoor zij bij ons hun leven vergelijkbaar kunnen voortzetten zoals zij dat gewend waren of zoals ze dat willen voortzetten. Zorgplein Maaswaarden noemt dit genormaliseerd wonen.

De visie van genormaliseerd wonen heeft gevolgen voor de manier waarop de professionals van Zorgplein Maaswaarden hun werk doen. Natuurlijk doen zij dat cliënt- en belevingsgericht en staat (de wens van) de cliënt centraal. Dat de zorg- en dienstverlening veilig en verantwoord is en meetbaar voldoet aan de landelijke normen geldend binnen de ouderenzorg, is eveneens vanzelfsprekend. Deze kwaliteitsstandaard geldt voor al onze cliënten; of ze nu thuis wonen of op één van onze locaties.

Zorgplein Maaswaarden wil onderscheidend zijn in het vertalen van de principes van genormaliseerd wonen naar de houding en het gedrag van onze professionals. De essentie is dat iedere medewerker van Zorgplein Maaswaarden zich bewust is dat hij of zij te gast is bij de cliënt en werkt in het huis van de cliënt.

Cliënten merken dit aan het gedrag van onze medewerkers, de manier waarop zij de woon- en leefruimtes van cliënten betreden, hun eigen belang opzij zetten voor het belang van de cliënt, moeite doen om de dialoog met de cliënt en zijn mantelzorgers aan te gaan, aan de woonwensen van cliënten tegemoet komen en flexibel zijn in het verrichten van hun werkzaamheden. Niet de klok of de agenda is leidend maar het comfort, leefplezier en welbevinden van onze cliënten bepalen wat er moet gebeuren.

1.1 Kernactiviteiten

Vanuit de Wet Langdurige Zorg (WLZ) wordt op de locatie Wijkstein in Wijk en Aalburg (gemeente Aalburg) psychogeriatrische en somatische verpleeghuiszorg en dagbesteding aangeboden. Op de locatie de Notenhoff in Andel (gemeente Woudrichem) wordt vanuit de WLZ psychogeriatrische en somatische verpleeghuiszorg aangeboden. De door de Zorgverzekeringswet gefinancierde zorglevering van wijkverpleging wordt aangeboden aan cliënten in het Land van Heusden en Altena.

Huishoudelijke zorg in het kader van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) leveren wij aan cliënten in de gemeente Aalburg en de gemeente Woudrichem. Tevens bezorgen wij maaltijden bij cliënten thuis.

Met betrekking tot welzijnsdiensten heeft Zorgplein Maaswaarden een actieve en zichtbare wijkfunctie in de gemeente Aalburg en omstreken. Op deze wijze brengt Zorgplein Maaswaarden de wereld binnen en buiten met elkaar in verbinding.

De welzijnsdiensten en arrangementen hebben dan ook een vaste plek in de ondersteuning van onze cliënten waardoor we aantrekkelijk en duidelijk herkend zijn én gevonden worden door potentiële cliënten.

1.2 Prioriteiten

Het overzicht van speerpunten en prioriteiten dat wij jaarlijks hanteren binnen de organisatie is in 2017 aangepast. De vijf speerpunten in 2017 waren:

- Communicatie;
- een veilig medicatiebeleid;
- zorgproces: methodisch werken;
- integrale veiligheid: een veilige woonplek voor bewoners en een veilige werkplek voor medewerkers;
- vereenvoudiging van de werkprocessen en documentatie, met behulp van Prospectieve risico-inventarisaties (PRI's) en het benoemen van eigenaarschap.

Hoofdstuk 2 Kwaliteit en veiligheid

2.1 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Persoonsgerichte zorg en ondersteuning gaan over de wijze waarop de mens in alle levensdomeinen het uitgangspunt is bij de zorg- en dienstverlening. Iemand met een zorg- en ondersteuningsbehoefte is vooral een uniek mens met een eigen geschiedenis, een eigen toekomst en eigen doelen. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning vinden plaats binnen een relatie tussen cliënt en zijn naaste(n), zorgverlener en zorgorganisatie. De kwaliteit van deze relatie bepaalt mede de kwaliteit van zorg.

Vier onderscheiden thema's (compassie, uniek zijn, autonomie en zorgdoelen) zijn voor zorgverleners richtinggevend bij kwaliteitsverbetering op het terrein van persoonsgerichte zorg en ondersteuning.

Paragraaf 2.1.1 beschrijft hoe Zorgplein Maaswaarden in 2017 inhoud heeft gegeven aan de invulling van persoonsgerichte zorg. De evaluatie is gebaseerd op de uitkomsten van de doelen uit het **jaarplan 2017 en het V&V jaarplan 2017**.

2.1.1 Overzicht van onze beleidspunten en acties persoonsgerichte zorg

Thema	Doel	Inspanning/acties	Evaluatie
Methodisch werken met zorgleefplan	Realiseren streefwaarden KPI's Zichtbaar Anders. Indicatoren zijn: 1. Actueel en cliëntgericht zorgleefplan 2. Rapporteren 3. Dossier algemeen	Uitvoering Plan van aanpak Zichtbaar Anders 2017. Uitkomsten indicatoren die in juni en december 2017 zijn gemeten. Resultaat: juni december Indicator 1: 69,1 % 77,2 % Indicator 2: 32,75% 39,63% Indicator 3: 78,5% 85,5 %	De metingen op de KPI's Zichtbaar Anders zijn uitgevoerd. In het algemeen is de score op de meeste items verbeterd t.o.v. juni 2017 Mooie verbeteringen zijn de scores op de individuele afspraken in het zorgleefplan over voeding en bewegen, de cliëntgerichte doelen en de opvolging in de rapportage. Er is nog aandacht nodig voor de aanwezigheid van een BOPZ-behandelplan bij de PG-afdelingen en de rapportage op het omgangsplan De uitkomst van de dossiercheck laat

Thema	Doel	Inspanning/acties	Evaluatie
			zien dat, in vergelijking met de situatie in april 2015, ruim 80% van de zorgleefplannen/dossiers op orde zijn.
Palliatieve zorg-verpleeghuis	Leveren van cliëntgerichte en verantwoorde kwaliteitszorg conform IGJ-NZa-HKZ	Uitvoeren plan van aanpak Zichtbaar Anders 2017 ZZP 10 realiseren	Items uit het pva in september rond op deskundigheid medewerkers, verpleegkundige bereikbaarheidsdienst, scholing geïnitieerd. Het wachten is op de inregeling door de artsen van een palliatieve arts die als achterwacht dient
Ontwikkelplan op dementie is uitgevoerd	De resultaten van de doelen zijn behaald. De doelen staan beschreven in het verbeterregister.	Sturen op doelstellingen en resultaten in stuurgroep.	De ontwikkelplannen zijn afgesloten en grotendeels geborgd. Er zijn enkele openstaande activiteiten zoals de scholing 'niet pluis gevoel' voor huishoudelijke medewerkers en een scholing voor vrijwilligers en zorgassistenten niveau 2. Workshops over dementie zijn uitgevoerd.
Ontwikkelplan voeding en beweging is uitgevoerd	De resultaten van de doelen zijn behaald. De doelen staan beschreven in het verbeterregister. De activiteiten vanuit de projectplannen zijn uitgevoerd.	Sturen op doelstellingen en resultaten in stuurgroep. Zelf koken op de afdelingen is vorm gegeven.	Verbeterpunten waren gestoeld op een multidisciplinair vertrekpunt. Door de overgang naar nieuwe teamleiders heeft de borging langer geduurd. Fysiotherapeut werkt aan de beweegplannen. Twee pilots zijn gedaan om te kijken en ervaren hoe de sfeer rondom de maaltijden beter kan aan sluiten bij de behoeften van de bewoners. Dit heeft geresulteerd meer aankleding rondom en tijdens de maaltijden. in tafelkleden en schalen op tafel. In 2018 wordt deze pilot verder uitgerold voor alle afdelingen. Bewoners kiezen wat ze willen eten

Thema	Doel	Inspanning/acties	Evaluatie
			op het moment zelf. En ze helpen waar kan, mee met de voorbereiding van de maaltijd, met tafel dekken en met de afwas
Ontwikkelplan kwaliteitsapp is uitgevoerd	<p>De resultaten van de doelen zijn behaald.</p> <p>De doelen staan beschreven in het verbeterregister.</p>	<p>In 2017 is de keuze gemaakt om de KVC te gebruiken als extra ondersteuning voor de invoering van ons kwaliteitskader.</p> <p>We zijn overgaan naar een andere softwareleverancier.</p> <p>het traject wordt geleid door een projectleider.</p> <p>de helft van de afdelingen werken er en leren er dagelijks mee. De andere helft van de afdelingen wordt opnieuw opgestart en geholpen met de hernieuwde implementatie</p>	<p>Het continu gebruiken van deze app als middel om de kwaliteit kort cyclisch te verbeteren is hiermee gestart. diverse afdelingen zijn hiermee enthousiast begonnen onder andere met het onderwerp voeding, welzijn, er wordt gewerkt met vaste en teamgerichte vragen</p> <p>Het doorvoeren van het werken met de kwaliteitsapp op de andere afdelingen wordt verder op geleide van de draagkracht van de teams ingevoerd.</p>

2.2 Wonen en welzijn

Wonen en welzijn gaat over de wijze waarop de organisatie en zorgverleners in hun zorg- en dienstverlening enerzijds oog hebben voor optimale levenskwaliteit en welbevinden van cliënten en betrokken naaste(n), en anderzijds over de wijze van het bevorderen en ondersteunen hiervan. Hierbij zijn de volgende vijf thema's te onderscheiden: zingeving, een zinvolle dagbesteding, een schoon en verzorgd lichaam plus verzorgde kleding, familieparticipatie en inzet vrijwilligers en wooncomfort. Deze thema's zijn leidend bij kwaliteitsverbetering op het terrein van wonen en welzijn.

2.2.1 Overzicht beleidspunten en acties Wonen en Welzijn

Thema	Doel	Inspanning/acties	Evaluatie
Uitvoering plan zinvolle dagbesteding	uitvoering conform beschrijving	sturen op doelstellingen en resultaten door de teamleiders en managers	Meer aansluiten bij de individuele wensen en behoeften van de cliënt zoals koken op de huiskamer wordt nu op alle afdelingen gedaan De fysiotherapeut is bezig in samenspraak met de evv-er een beweegplan te maken. En de activiteitenbegeleiders doen dialooggesprekken op hun werkterrein. In 2017 is op de PG afdelingen een teamcoach ingezet ter ondersteuning om de contactvaardigheden te vergroten en ter ondersteuning bij de teamreflectie.
Familieparticipatie	realisatie doelstelling familieparticipatie	uitvoering project Familieparticipatie; project ondersteuning is afgerond borging primair proces	Het project is afgesloten met gematigd succes. Het blijkt erg lastig om familie te enthousiasmeren voor groepsactiviteiten. Op individueel niveau gaat het beter en is er contact via emailadressen en telefoon voor overleg met familie/ contactpersoon over een zinvolle dag en de zorg
Individueel activiteitenplan		uitvoering plan zinvolle dagbesteding uitvoering plan van aanpak Zichtbaar	Activiteiten begeleiding doen opnamegesprekken en verzorgen activiteiten zowel individueel en als groepsgericht. Dit ge-

Thema	Doel	Inspanning/acties	Evaluatie
		anders 2017	beurt met hulp van familie, vrijwilligers en medewerkers
Bewegingsvrijheid	Alle cliënten die daar behoefte aan hebben kunnen zelfstandig de gesloten pg-afdeling verlaten.	structureel bespreekpunt MDO PG-afdelingen besprekingen met familie is vast onderdeel	Dit wordt structureel besproken op een MDO. Daarnaast wordt in het BOPZ overleg de hernieuwde visie op de BOPZ besproken, naar aanleiding van de Wet Zorg en dwang. De implementatie van de veranderingen is in gang gezet
Clienttevredenheid	Cliëntentevredenheid m.b.t. intra- en extramurale zorg scoort minimaal een 8. Welzijn en wonen scoort minimaal een 8 Samenwerking informele zorg en formele zorg scoort minimaal een 8	Uitvoering plan van aanpak Zichtbaar anders 2017 Uitvoering SOP, zinvolle dagbesteding Uitvoering project Familieparticipatie	Zorgkaart en 2 keer sessies gehouden met externen die hier geaudit hebben door middel van enkele interviews

2.3 Veiligheid

Het garanderen van basisveiligheid betekent dat een zorgorganisatie met gebruikmaking van relevante professionele standaarden en richtlijnen, vermijdbare schade bij cliënten zoveel mogelijk voorkomt en leert van veiligheidsincidenten. Het gaat om risicobewustzijn en risicoreductie.

Paragraaf 2.3 beschrijft hoe Zorgplein Maaswaarden in 2017 hieraan inhoud heeft gegeven. Tevens wordt in §2.3.1 de evaluatie van de MIC-commissie weergegeven en daarna volgt de evaluatie van diverse doelen.

Vrijheidsbeperkende maatregelen

Er is beleid en er zijn procedures om te voldoen aan wetgeving op dit gebied. De BOPZ-commissie komt vier keer per jaar bij elkaar in aanwezigheid van de BOPZ arts.

Decubitus

Twee keer per jaar wordt een risicosignalering uitgevoerd bij iedere cliënt en waar nodig vindt er een opvolging plaats.

Hygiëne

De hygiëne-infectiepreventiecommissie (HIC) is, in nieuwe samenstelling, geactiveerd en bestaat uit een afvaardiging van medewerkers van alle afdelingen. In 2017 is deze werkgroep één keer bij elkaar geweest. Heel concreet ging dit om zeppompjes en papieren handdoekjes die zijn aangevuld conform de norm. En de richtlijnen hygiëne worden in kaart gebracht en acties worden uitgezet om doorlopend in 2018 de huidige procedures te evalueren.

In het eerste kwartaal van 2018 zal een cursus hygiënemaatregelen aan alle medewerkers worden gegeven.

Klachten

In 2017 zijn dertien klachten binnengekomen. Alle klachten zijn naar tevredenheid van de cliënt en diens familie opgelost.

Meldingen Incidenten Medewerkers (MIM)

In 2017 zijn er zeventien incidenten gemeld. Met de betrokken medewerkers is de melding besproken en zijn zij, waar nodig en op verzoek van de medewerker verder begeleid. Alle meldingen zijn besproken in de MIC/MIM-commissie en er zijn, voor zover nodig, passende maatregelen genomen.

2.3.1 Jaarverslag, medicatie

In 2017 heeft er elke twee maanden een MIC-overleg plaatsgevonden waar de medicatie-incidenten worden besproken en geanalyseerd. De MIC/MIM-commissie bestaat uit de volgende leden:

- Verpleegkundig specialist;
- Manager zorg;
- Teamleider psychogeriatric;
- Apotheker;
- Kwaliteitsfunctionaris.

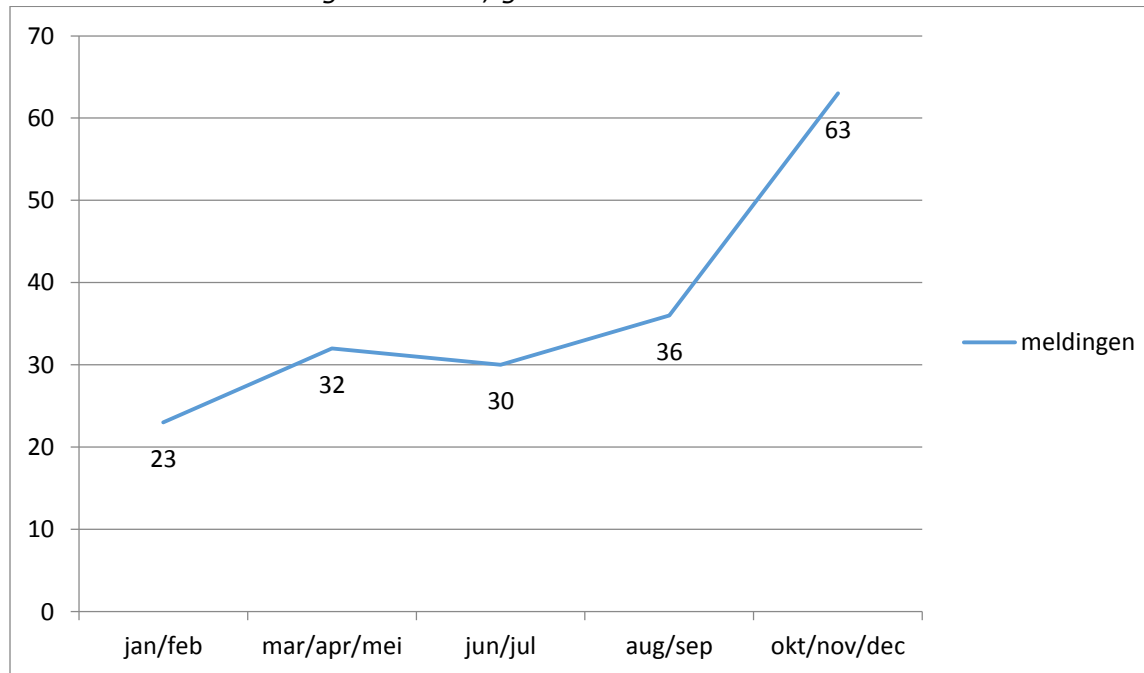
In 2017 waren er meldingen van incidenten met medicatie en valincidenten. Met medewerkers en cliënten is het gesprek gevoerd hoe incidenten verminderd en voorkomen kunnen worden. Een belangrijke punten hierbij zijn het realiseren van een aanspreekcultuur, het uitvoeren van audits door collega's en de borging van afspraken.

Om de betrokkenheid en inbreng vanuit de afdelingen te vergroten, werd de MIC/MIM- commissie uitgebreid met medewerkers van de verschillende zorgafdelingen. De bedoeling hiervan is dat er een betere terugkoppeling is vanuit de MIC/MIM-commissie naar de teams en dat de analyse van incidenten in de verschillende teams meer aandacht krijgt en verbetert. Zie de resultaten in grafiek 2.

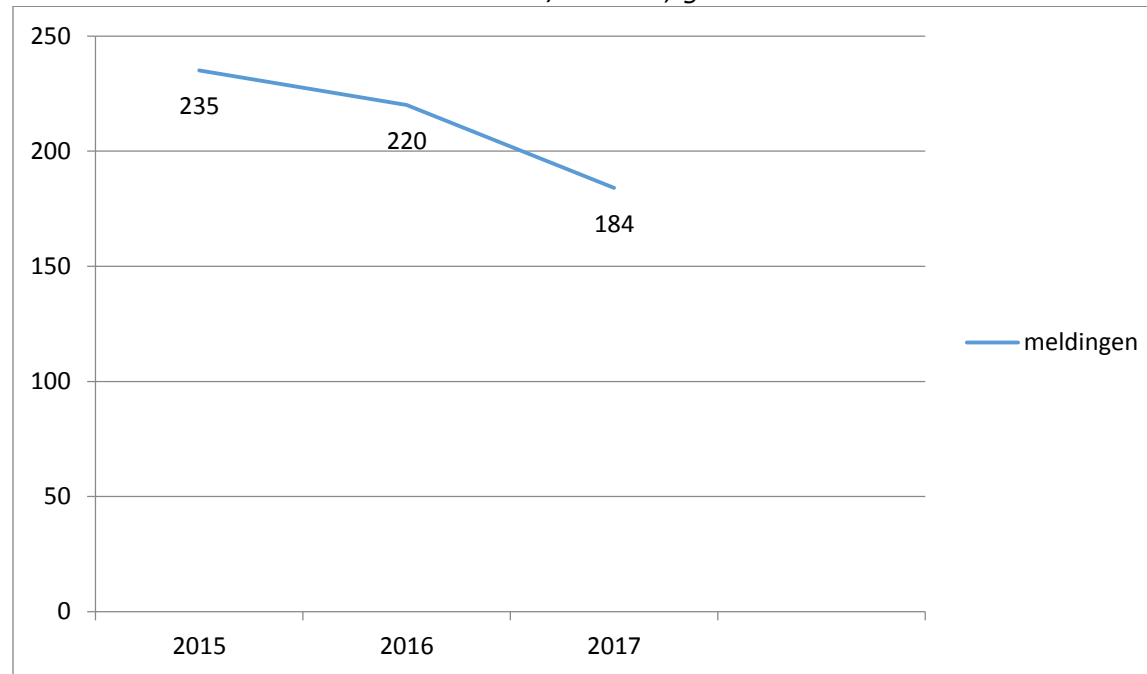
Medicatie-incidenten 2017

Op basis van de oorzaak van een medicatie-incident wordt de analyse uitgevoerd en wordt er een advies geformuleerd.

Aantal medicatiemeldingen in 2017, grafiek 1



Aantal medicatie incidenten over 2015 t/m 2017, grafiek 2



Medicatiemeldingen zijn op jaarbasis gedaald. Het jaar 2017 geeft ten opzichte van het jaar 2015 een daling met ruim 21% te zien.

Oorzaak medicatie-incidenten

In geheel 2017 ligt de belangrijkste oorzaak van de medicatie-incidenten in het onzorgvuldig handelen van de medewerker. Om dit te voorkomen worden bij opvolging genoemd: oplettenheid, werken volgens afspraak, controle bij het einde van de dienst en rapporteren naar collega en leidinggevende. Andere oorzaken zijn: de cliënt heeft de medicatie niet genomen, het medicijn is op een verkeerd tijdstip gegeven, het verkeerde medicijn is gegeven en de verkeerde dosering is gegeven.

Tevens zijn er incidenten die te maken hebben met het niet goed lezen van de toedienlijst en de controle op het handelen. Een ander aandachtspunt is dat door sommige medewerkers nog steeds wordt afgetekend vóór het delen van de medicatie.

Acties die in 2017 hebben plaatsgevonden:

- Bij ongeveer 50 % van de medicatie-incidenten is de oorzaak een vergissing van de medewerker. De geformuleerde adviezen zijn;
 - Bewustzijn van de medewerker vergroten om zich niet te laten storen tijdens het delen van de medicatie. Overige aanwezige collega's dienen dit mede in de gaten te houden om te voorkomen dat cliënten, familie en telefoongesprekken de collega storen die medicatie deelt.
 - De teamleider bespreekt de alertheid tijdens het medicatiedelen structureel in het teamoverleg.
 - De teamleider voert individuele gesprekken met de medewerker als deze bij herhaling medicatiefouten maakt. Deze gesprekken hebben een coachend karakter.
 - Bij herhaaldelijke fouten en niet opvolging van aanwijzingen volgt een officiële waarschuwing.
- Een andere oorzaak, van een incident is het vergeten van het aftekenen van medicatie door de medewerker. Hierbij is het advies: De teamleiders controleren, coachen en voeren acties uit naar medewerkers die dit frequent overkomt. Tevens is het een vast agenda-punt in het overleg van het team. En een verbetermaatregel is dat een collega een extra check doet op de medicijnlijsten.
- Er zijn incidenten die met de apotheek te maken hebben. In het kader hiervan maakt de apotheek sinds oktober 2017 onderdeel uit van de MIC/MIM-commissie. Ook is er overleg geweest met de apotheek. Dit heeft er onder andere toe geleid dat er nieuwe afspraken gemaakt zijn bij een tussentijdse verandering van de medicatie.

2.3.2 Overzicht beleidspunten en acties Veiligheid

Thema	Doel	Inspanning/acties	Evaluatie
Het uitvoeren van oefeningen m.b.t. het handelen bij calamiteiten.	Medewerkers weten hoe zij moeten acteren in het geval van een calamiteit.	In samenwerking met verschillende stakeholders zoals de brandweer, het GOHR, uitvoering geven aan oefeningen.	Oefeningen zijn uitgevoerd en hebben in sommige gevallen geleid tot vervolgacties. Volgende acties zijn besloten in crisisteam: <ul style="list-style-type: none"> • adresnummer van de persoon die alarm heeft gemaakt is nu volledig zichtbaar op de telefoon; • Aanscherpen van het rookbeleid; • Aanpassing van het zorgcontinuïteitsplan
De RI&E (de risicoinventarisatie en –evaluatie) wordt 1x	Het doel is inzicht creëren in de veiligheid en daar	Het actieplan is gemaakt door de manager bedrijfsvoering in afwezigheid van de preventiemedewer-	De RI&E is uitgevoerd in november 2017. Evaluatie vindt half jaarlijks

Thema	Doel	Inspanning/acties	Evaluatie
per 2 jaar uitgevoerd.	vervolg aan geven.	ker. Vanaf januari 2018 wordt uitvoering gegeven aan het plan door onze nieuwe preventiemedewerker en alle leidinggevenden.	plaats.
Kwaliteitsmetingen	Realiseren streefwaarden Zichtbaar Anders	metingen KPI's Zichtbaar Anders	De pilot met de kwaliteitsapp is omgezet in een regulier te gebruiken instrument. Door middel van een project worden alle afdelingen uitgerold. Kwaliteitsmetingen worden structureel in 2018 gerealiseerd
Psychofarmaca en VBM	Psychofarmaca en VBM zijn tot een minimum beperkt en worden alleen ingezet t.b.v. kwaliteit van leven en/of veiligheid van een cliënt of diens directe omgeving	BOPZ commissie, MDO's, uitvoeren BOPZ scholing door SO. de overzichten van de arts, per organisatie en in benchmark vorm worden besproken in de commissie en in de teams	Heeft continu aandacht in de teams en in de BOPZ-commissie. BOPZ-scholing komt jaarlijks aan de orde.

2.4 Leren en verbeteren van kwaliteit

Leren en verbeteren van kwaliteit gaat over de wijze waarop de zorgverlener en zorgorganisatie op dynamische en lerende wijze zorg dragen voor optimale zorg en verzorging voor cliënten daarbij gebruikmakend van de best beschikbare kennisbronnen zoals wetenschappelijke literatuur, professionele richtlijnen, landelijke en lokale data, gesystematiseerde ervaringsgegevens en kwalitatieve informatie.

In paragraaf 2.4 worden de volgende onderwerpen behandeld: kwaliteitsbeleid en de toetsingen ten aanzien van het kwaliteitsmanagementsysteem.

2.4.1 Kwaliteitsbeleid

Het beleid van Zorgplein Maaswaarden is beschreven in de kaderbrief en vertaald in jaarwerkplannen op management - en afdelingsniveau.

De jaarwerkplannen op management- en afdelingsniveau zijn onder andere gebaseerd op gegevens voortkomend uit:

- Ontwikkelingen en inbreng vanuit de organisatie;
- Maatschappelijke ontwikkelingen;
- Wettelijke ontwikkelingen en innovatie;
- Tevredenheidsonderzoeken (kortcyclisch: Kwaliteitsverbeterapp);
- Jaarplannen van het afgelopen jaar;
- Uitkomsten van de HKZ-certificering;
- Klachten;
- De uitkomsten van het managementtevredenheidsonderzoek (MTO) en
- Het verbeterregister

Jaarlijks wordt door het management en de bestuurder bepaald welke zaken het komende jaar worden opgenomen in het kwaliteitsplan. Verantwoording hierover wordt jaarlijks afgelegd in het jaarverslag.

2.4.2 Toetsing kwaliteitsmanagementsysteem (KMS)

In 2017 hebben de volgende toetsingen plaatsgevonden met betrekking tot KMS:

- Managementreview;
- interne audits;
- externe audits.

Interne audit

Op alle afdelingen is een interne audit afgenomen. Afhankelijk van de afdelingen werden de volgende onderwerpen getoetst: zorgleefplan, kennis van de medewerker, kwaliteitshandboek, veiligheid, calamiteiten en incidenten, kwaliteit en veiligheidscontroles, aansturing team door de teamleider en algemene aanblik van de locatie. Omdat het veel onderwerpen zijn die getoetst worden, is besloten vanaf 2018 de onderwerpen gericht te kiezen, te reduceren en daarmee de verdieping per onderwerpen op te zoeken.

Externe audit

Het leveren van kwaliteit van zorg of een bijdrage daaraan leveren is de verantwoordelijkheid van velen. Iedereen draagt bij aan het leveren van verantwoorde zorg. Dit wordt ondersteund door de ontwikkeling van een kwaliteitsmanagementsysteem conform de HKZ-normen en de eisen uit het kwaliteitskader verpleeghuiszorg.

Dit kwaliteitsmanagementsysteem bevat het geheel aan afspraken die in de vorm van procedures, werkinstructies en beleidsdocumenten zijn vastgelegd. Deze documenten zijn te vinden in de computer op de H-schijf in de map documenten HKZ. De documenten worden ge-

evalueerd en bijgesteld. Het kwaliteitsmanagementsysteem ondersteunt het doorlopen van de Plan-Do-Check-Act (PDCA)-cyclus op alle niveaus in de organisatie.

Zorgplein Maaswaarden kiest ervoor om jaarlijks het kwaliteitsmanagementsysteem extern te laten auditen. Ook in 2017 heeft deze audit plaats gevonden met een positief resultaat.

Er waren twee onderwerpen waarvoor een verbeterplan ingediend moest worden.

1. Melden volgens de procedure Veilig melden. Geconstateerd was dat bijna-incidenten niet conform de procedure werden gemeld. De oorzaak daarvan was dat niet alle medewerkers zich ervan bewust zijn dat bijna-incidenten ook gemeld dienen te worden.
2. Het werken volgens de vastgestelde werkwijzen

In de verbeterplannen zijn acties opgesteld. Of deze acties voldoende hebben opgeleverd, wordt in de volgende audit getoetst.

2.4.3 Managementreview

De managementreview heeft plaatsgevonden op 29 juni 2017. In de review geeft het management van Zorgplein Maaswaarden een oordeel over de status en de geschiktheid van de onderdelen van het kwaliteitssysteem (KMS). Het doel van de review is om gezamenlijk te bepalen of het KMS de juiste managementinformatie oplevert en of hiertoe de juiste instrumenten worden ingezet. Verder is het doel om te beoordelen of de instrumenten van het KMS het kwaliteitsbewustzijn van de medewerkers verhogen. Mocht blijken dat delen van het KMS niet werken zoals gewenst, dan worden verbeterpunten opgesteld in de vorm van kwaliteitsspeerpunten.

Instrumenten op het gebied van cliënten zijn:

- Klantroute;
- Klantervaringen;
- Klachten van cliënten en mantelzorgers.

Instrumenten op het gebied van medewerkers zijn:

- MTO;
- Functioneringsgesprekken;
- Roostering;
- Verzuim;
- Klachten van medewerkers;
- Zelf verantwoordelijke teams;
- Verzuim;
- Opleidingsbeleid.

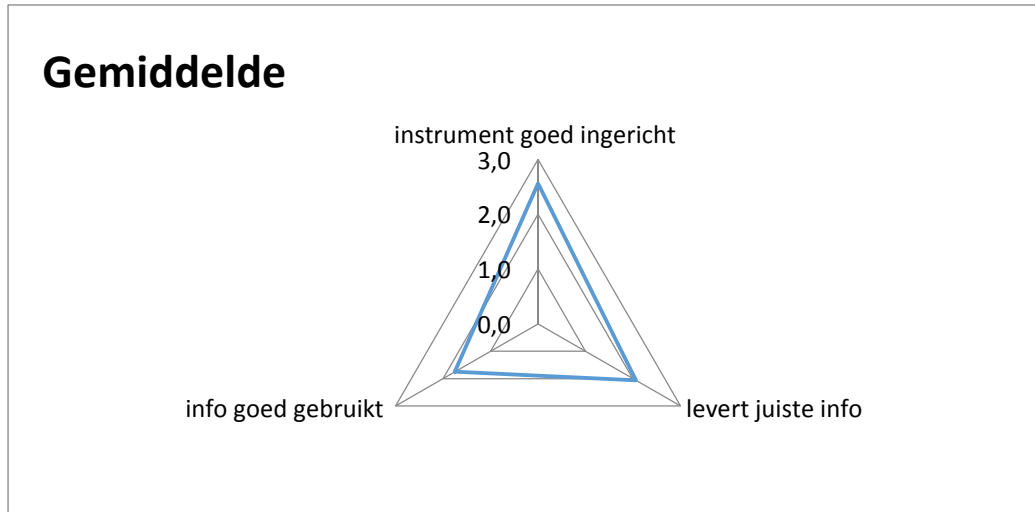
Instrumenten op het gebied van de organisatie zijn:

- Incidentmeldingen;

- Interne audits;
- Kwaliteitshandboek.

Samengevat levert de review het volgende oordeel op over de instrumenten van het KMS.

		instrument goed ingericht	levert juiste info	info goed gebruikt
cliënt	klantroute	3	3	2
	KVC	3	3	3
	klachten	3	2	2
medewerker	MTO	3	2	1
	jaargesprekken	3	2	1
	roostering	3	3	2
	verzuim	3	1	1
	klachten	2	2	2
	opleidingsbeleid	2	1	1
	ZVT	3	3	2
	vrijwilligers	2	3	3
organisatie	MIC	3	2	2
	interne audit	3	2	2
	handboek	2	2	2
	ketenpartners	3	2	2
	Totaal	41	33	28
	Gemiddeld	2,6	2,1	1,8



De instrumenten die onderdeel moeten zijn van een KMS, zijn binnen Maaswaarden aantoonbaar aanwezig. Er zijn verbeterpunten in de informatie die uit de instrumenten komt, vooral op het gebied van onderling verbinden. Bijvoorbeeld de MIC-cijfers zijn goed bruikbaar als input voor het opleidingsbeleid en deze zou je aan elkaar kunnen verbinden.

Verder valt op dat er uit de verschillende instrumenten verbeterpunten komen en dat de opvolging wel is gerealiseerd maar niet is vastgelegd.

2.4.4 Overzicht beleidspunten en acties Leren en verbeteren van kwaliteit

Thema	Doel	Inspanning/acties	Evaluatie
Het nieuwe werken voor de ondersteunende diensten (betreft plaats en tijd ongebonden werken).	Eerste aanzet maken tot flexibilisering van werken i.r.t. werktijd en werkplek.	Niet plaatsgebonden functie faciliteren in flexibel werken. er is een enquête uitgezet om de interesse te peilen. daarnaast is de uitvraag gedaan op welke momenten men de contracten thuis en/of op het werk kan / wil invullen	Verdere uitrol in 2018 en 2019.

2.4.5 Feedback van lerend netwerk op kwaliteitsplan 2018 van Zorgplein Maaswaarden

Het lerend netwerk wordt vanaf juli 2017 gevormd met de zorgorganisaties De Wijngaerd en Het Hoge Veer

De doelstellingen zijn:

- Het in samenwerking invulling geven aan een dynamisch ontwikkelproces van samen leren en verbeteren van het lerend vermogen van de organisaties.
- Het actief onderling uitwisselen van kennis en methodes voor het verbeteren van de kwaliteit van de zorgverleners.
- Het beschikbaar stellen voor tijd en ruimte voor personeel om mee te lopen bij de partnerorganisatie in het lerend netwerk.
- Het optimaliseren van opleidingsmogelijkheden en kennisborging.
- Het ontwikkelen van een methode om het lerend vermogen van de partners zichtbaar te maken.

Het kwaliteitsplan is ook naar de organisaties uit het lerend netwerk gestuurd voor feedback. Eén van de reacties was dat het overzicht met beleidspunten en acties voor de verschillende onderwerpen erg overzichtelijk is. Verder werd aangegeven dat de concreetheid van de uitwerking van sommige onderwerpen werd gemist. Deze uitwerking is gedaan in de jaarwerkplannen van de verschillende afdelingen en vormen de bijlagen van dit document.

Hoofdstuk 3 Randvoorwaardelijke thema's

3.1 Leiderschap, governance en management

Leiderschap, governance en management gaat over de aansturing en governance van de zorgorganisatie en zijn faciliterend voor kwaliteit, zoals het beleggen van verantwoordelijkheid, besluitvorming en risicomanagement, en over de strategische, statutaire en financiële verplichtingen. In deze paragraaf worden het functioneren van Raad van Toezicht, de Governancecode en risicomanagement toegelicht.

3.1.1 Raad van Toezicht

De kern van het toezicht richt zich op toezicht houden op de kwaliteit en veiligheid van de zorg, de continuïteit van de organisatie, het terzijde staan van bestuurder met advies en als klankbord en het op de juiste wijze invulling geven aan de werkgeversrol.

De raad van toezicht functioneert onafhankelijk van het bestuur en elk lid van de raad van toezicht functioneert zonder mandaat of rug-spraak. De leden van de raad van toezicht beschikken ieder over een specifieke deskundigheid c.q. specifieke achtergrond. Tevens is elk lid van de raad van toezicht een generalist met de benodigde kwaliteiten om de verschillende aspecten integraal af te wegen.

De raad van toezicht werkt niet met vaste commissies. De raad kiest ervoor om voor de bespreking van specifieke thema's een separaat overleg te organiseren waarin de gehele raad van toezicht participeert. Een dergelijk overleg kan ook op initiatief van de bestuurder worden georganiseerd. Op deze wijze kan de bestuurder een beroep doen op de specifieke deskundigheid van de raad.

Om de deskundigheid binnen de raad van toezicht te bevorderen is in 2017 door de leden van de raad van toezicht deelgenomen aan diverse bijeenkomsten c.q. opleidingen van de Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in de Zorg, de NVTZ. Beginnende toezichthouders volgen de cursus voor beginnende toezichthouders.

De voorzitter van de raad van toezicht heeft in verslagjaar de NVTZ-ledenvergaderingen bijgewoond alsmede de regiobijeenkomsten. In het voorjaar van 2017 is door de NVTZ een bijeenkomst georganiseerd voor voorzitters van raden van toezicht rondom het programma "Goed Toezicht". De voorzitter heeft hieraan deelgenomen.

De raad van toezicht spant zich maximaal in om aan de door de NVTZ gestelde eisen in het programma "Goed Toezicht" binnen de gestelde termijnen te voldoen.

3.1.2 Relatie medezeggenschapsorganen

De raad van toezicht hecht grote waarde aan de positie van en de relatie met de medezeggenschapsorganen. In het verslagjaar heeft meermalen overleg plaatsgevonden door een lid van de raad van toezicht met de ondernemingsraad en de cliëntenraad. Het lid van de raad van toezicht die als contactpersoon fungeert voor ondernemingsraad c.q. cliëntenraad evalueert jaarlijks de samenwerking met raad van toezicht en de samenwerking met bestuurder. Deze bevindingen worden beschreven.

Jaarlijks vindt een themamiddag plaats met de raad van toezicht, de bestuurder, het managementteam, de ondernemingsraad en de cliëntenraad. In 2017 is in genoemde samenstelling het kwaliteitskader verpleeghuiszorg besproken met accenten op ieders verantwoordelijkheid bij de implementatie c.q. borging.

3.1.3 Governancecode Zorg

De raad van toezicht conformeert zich in zijn toezichthoudende functie aan de vigerende Governancecode Zorg. De Raad heeft in 2017 de implicaties van de code in beeld gebracht zowel voor statuten en reglementen als de implicaties voor gedrag en cultuur. De statuten en reglementen worden in 2018 hierop aangepast. Tevens zullen ook acties worden ingezet op de aspecten cultuur en gedrag.

3.1.4 Risicomanagement

Ook in 2017 heeft Zorgplein Maaswaarden aandacht besteed aan risicomanagement. Risicomanagement wordt beschouwd als een onderdeel van de reguliere planning- en control-cyclus en sluit zoveel mogelijk aan bij de bestaande systemen van interne beheersing, waaronder:

- Het jaarprogramma HKZ-audits;
- Materiële controles vanuit het zorgkantoor en zorgverzekeraars;
- Controles door de IGJ;
- De interne controlewerkzaamheden.

Bij de risico's is een onderscheid gemaakt in strategische en operationele risico's die zijn gecategoriseerd naar cliënt, personeel en overig. De risicoanalyse vindt periodiek plaats en wordt periodiek besproken met de raad van toezicht, de cliëntenraad en de ondernemingsraad. Alle gerapporteerde risico's worden vier keer per jaar door het managementteam geëvalueerd en nieuwe risico's worden onderkend.

Voor zowel het managementteam als de medezeggenschapsorganen blijft het een bewegend document.

De risico's zijn waar mogelijk verwerkt in een meerjarenresultaten- en liquiditeitsbegroting. De uitkomsten dienen als informatiebron en stuurinformatie voor de raad van bestuur.

3.2 Personeelssamenstelling

Personeelssamenstelling (voldoende en vakbekwaam personeel) gaat over de adequate samenstelling van het personeelsbestand. De aantallen medewerkers en hun specifieke deskundigheid die nodig is om hoogwaardige zorg te verlenen, hangt samen met de bewonerspopulatie. De personele samenstelling wordt gepubliceerd op onze website.

In paragraaf 3.2 worden de doelen van het thema personeelssamenstelling geëvalueerd.

Zelfverantwoordelijke teams

2017 heeft in het teken gestaan van de doorontwikkeling van het werken in zelfverantwoordelijke, integrale teams. Leidend is en blijft de visie van Zorgplein Maaswaarden op genormaliseerd wonen (woongenot) en de uitgangspunten van kwaliteit voor zorg:

- cliëntgericht werken;
- verantwoord werken;
- veilig werken.

In 2017 hebben pilots plaats gevonden om de zorgteams uit te breiden met ondersteunende medewerkers. Het welbevinden van bewoners staat bij Zorgplein Maaswaarden centraal. Om hier meer tijd en aandacht aan te kunnen besteden hebben we een proef gedaan met dit ondersteunende team. Deze is expliciet gericht op wonen, welzijn en aandacht. In de functie van ondersteunend medewerker wordt een combinatie gemaakt van huishoudelijke taken en taken gericht op gastvrijheid en eten en drinken. De extra aanwezigheid op huiskamers geeft rust en geeft extra aanwezigheid op de PG-afdelingen. De eerste ervaringen zijn positief. In 2018 wordt deze werkwijze verder uitgerold en zullen hier de extra middelen voor worden ingezet. De medewerkers wonen en welzijn gaan deel uit maken van de teams op de afdelingen. We creëren hiermee integrale teams waarin alle competenties van onze medewerkers aanwezig zijn. Hiermee kan er voor de bewoner een breed palet en grote diversiteit geboden worden.

Functiehuis

In 2017 zijn alle functies binnen de organisatie opnieuw beschreven en gewogen. Het bestaande functiehuis was verouderd en het aantal functies groot en op de persoon beschreven. Het traject is begeleid door een externe specialist.

De functiebeschrijvingen zijn gewijzigd van taakgericht naar resultaatgericht. Het aantal functies is afgenomen door de bestaande functies meer te groeperen. Verder zijn er generieke en specifieke competenties benoemd.

Het traject is inmiddels afgerond.

Medewerkersraadpleging

Eind 2017 heeft er een medewerkersraadpleging plaatsgevonden vanuit Actiz. De eerste resultaten hebben geleid tot een verdiepingsslag op de uitkomsten. Inmiddels zijn de resultaten hiervan op teamniveau gedeeld met medewerkers en zijn verbeteracties geformuleerd.

Vanuit de organisatie is geïntervenieerd op de thema's werkdruk, communicatie en ontwikkeling.

Deskundigheidsbevordering

Ter voorbereiding op de implementatie van e-learning in de organisatie als middel om kennis op te doen, hebben er voorbereidingen hierop plaatsgevonden zoals een speeddate e-learning. Uit het aanbod van de e-learningpakketten kan een keuze gemaakt worden uit de

modules afhankelijk waarin men zich in wil verdiepen. Een deel van de modules is verplicht (BIG), een ander deel is eigen keuze, afhankelijk van interesse. Op deze manier wordt de kennis en kunde van medewerkers door medewerkers zelf op peil gehouden. Op momenten dat het medewerkers past, kunnen zij kennis tot zich nemen.

Daarnaast worden er mensen opgeleid tot verzorgende 3 IG door middel van de verkorte opleiding. Met de opleiding tot verpleegkundige zijn vier mensen begonnen. En er is besloten twee kwaliteitsverpleegkundigen aan te stellen voor 20 uur per week. Zij zullen in eerste instantie als aandachtsgebied medicatie en vallen krijgen.

3.2.1 Overzicht beleidspunten en acties Personeelssamenstelling

Thema	Doel	Inspanning/acties	Evaluatie
Implementatie team-taken Zelfverantwoordelijke teams Integrale zelfverantwoordelijke teams. Zorg en welzijn werken geïntegreerd samen voor de bewonerszorg	Uitbreiding van afgesproken teamtaken integratie van huishoudelijke medewerkers en activiteitenbegeleiders en gastvrouwen in de ZVT's.	Door ervaren druk op de afdelingen twee taken tijdelijk teruggehaald (ziekteverzuim, terug naar TL en opvullen openstaande diensten, roosteren naar centraal planbureau Overgang welzijn medewerkers is in 2017 niet uitgevoerd. in 2017 is een pilot gehouden. Uitrol vindt plaats in 2018	Organisatorisch was de integratie op dat moment niet mogelijk door prioritering aan andere processen en door onvoldoende aansturing.
Opleiden	Medewerkers starten een opleiding van niveau 3 naar niveau 4. Het scholingsplan is uitgevoerd.	5 medewerkers hebben deelgenomen aan de opleiding van niveau 3 naar niveau 4.	Van de 16 aanmeldingen hebben 5 medewerkers gekozen om deze onder bepaalde voorwaarden te volgen.

3.3 Gebruik van hulpbronnen

Het gebruik van hulpbronnen gaat over het effectief en efficiënt gebruiken van hulpbronnen om de best mogelijke zorgresultaten en ervaringen te behalen met de beschikbare financiën en middelen.

Het thema 'gebruik van hulpbronnen' is in deze paragraaf geëvalueerd, door middel van de resultaten op de geformuleerde doelen in het organisatorisch jaarplan en teambeleidsplannen 2017.

3.3.1 Overzicht beleidspunten en acties. Gebruik van hulpbronnen

Thema	Doel	Inspanning/acties	Evaluatie
ECD	Vorbereidingen voor implementatie ECD zijn uitgevoerd.	Partnerselectie en voorbereidingsfase zijn uitgevoerd.	Eerste stap in het traject is gezet. In 2018 zal er sprake zijn van uitvoering en borging van de implementatie ECD.
Medimo	digitaal aftekenen van medicatie	alle technische voorbereidingen en inhoudelijke voorbereidingen door alle externen zijn gerealiseerd, later in de afgesproken tijd.	In 2018 gaat ZPMW de applicatie Medimo op alle afdelingen gebruiken.
Cliëntadministratie	De cliëntadministratie is omgezet van Cura naar Nedap ONS.	Omzetting gegevens door CSB.	De inhoud van het projectplan was akkoord. De verdeling en afstemming van interne werkzaamheden versus externe ondersteuning had efficiënter gekund.

3.4 Gebruik van informatie

Gebruik van informatie gaat enerzijds over het actief gebruik maken van informatie rondom de inzet van middelen, voor het leveren, monitoren, managen en verbeteren van zorg, alsook over het op transparante wijze verstrekken van kwaliteitsinformatie aan cliënten, hun naasten en aan de samenleving.

Paragraaf 3.4 beschrijft hoe Zorgplein Maaswaarden in 2017 inhoud heeft gegeven aan het thema 'gebruik van informatie'. De focus is gericht op de tevredenheidsonderzoeken en de NPS-score.

3.4.1 Tevredenheidsonderzoeken

In 2017 zijn tevredenheidsonderzoeken uitgevoerd volgens de KVC (kwaliteitsverbetercyclus)-methode.

Respons

Afdeling	Cliënten absoluut	Cliënten %	Medewerkers absoluut	Medewerkers %
verzorgingshuis	14	36%	20	80%
Het Anker	10	63%	13	72%
De Haven	7	22%	12	35%
De zwaan	8	42%	12	71%

In oktober 2017 is de KVC-enquête voor de 360° O-meting verstuurd naar medewerkers, cliënten en mantelzorgers van afdelingen Het Anker en Het Verzorgingshuis Wijkstein. Met behulp van de uitkomsten zijn de teams aan de slag gegaan om verbeteracties uit te zetten door middel van kort cyclus verbeteren.

Uitkomsten vanuit de 360 graden O-meting van cliënten in oktober 2017

Beste score:

- Zorgleefplan opstellen;
- Goede afstemming behandelaren;
- Rekening houden met privacy;
- Heldere afspraken;
- Zorgleefplan als basis voor gewenste zorg.

Aandachtspunten:

- Balans vast en flexibel personeel;
- Cliënten hebben inspraak in de zorg;
- Aandacht voor levensvragen;
- Samenwerking met vrijwilligers;
- Voldoende tijd en ruimte voor de cliënt.

Prioriteiten:

- Aandacht voor de cliënten;
- Schoon en verzorgd lichaam en kleding;
- Voldoende tijd en ruimte voor de cliënt;
- Inspelen op wensen ne behoeften;
- Tevredenheid maaltijden.

Naar aanleiding van de uitkomsten van de nulmeting bij cliënten/1^{ste} contactpersonen hebben de volgende verbeteracties naar aanleiding van de dialogen met medewerkers en bewoners op locatie Wijkstein plaatsgevonden:

- De oorzaak van de ontevredenheid van de maaltijden is besproken. Oorzaken betreffen de verwachtingen van de cliënt, de beïnvloedbare sfeer en de temperatuur van de maaltijden.
- Met het team is als verbeterpunt vastgesteld, dat door de activiteitenbegeleiders jaarlijks 2 extra externe uitjes worden georganiseerd.

Uit een extra tussenmeting in december 2017 blijkt dat de tevredenheid over de maaltijden en de sfeer rondom de maaltijden is toegenomen. Het aantal, dat zeer tevreden zijn, is gestegen met 9%. Namelijk van 44% naar 53%. Het aantal, dat de tevredenheid een onvoldoende gaven is gedaald van 12% naar 9%.

Uit de enquête kwam ook naar voren, dat er behoefte is bij de cliënten voor het maken van aangepaste uitstapjes

Het team heeft hierop de activiteiten aangepast, inmiddels hebben er uitstapjes plaatsgevonden en deze zullen structureel georganiseerd worden.

Resultaten vanuit medewerkers

Eind 2017 heeft een MTO (medewerkertevredenheidsonderzoek) plaats gevonden. De resultaten waren minder positief dan verwacht. De resultaten worden in 2018 nader besproken met de teams. Aan de hand daarvan worden de analyses meegenomen in de plannen van aanpak van de afzonderlijke afdelingen. Met name werkdruk en communicatie komen naar voren als minst aantrekkelijke aspecten. Het werk zelf en het contact met cliënten wordt als meest aantrekkelijk ervaren. Naar aanleiding van de uitkomsten en analyse van de medewerker raadplegingen, heeft het managementteam voorsnog de volgende interventies geformuleerd en deels al uitgevoerd:

Op zowel de punten werkdruk, communicatie als op leiderschap / management is Maaswaarden aan het verbeteren. Door de inzet van extra middelen kunnen er meer collega's welzijn op de afdelingen gaan werken. Hierdoor wordt de werkdruk milder voor de zorgcollega's en het welzijn voor de bewoner krijgt de aandacht die het nodig heeft.

Leren communiceren wordt een belangrijk onderwerp in de organisatie. Nog meer dan nu sluit de leiding aan bij overleggen en is zichtbaar is de organisatie

1. Werkdruk

- Investeren in meer uren op de afdelingen in ondersteunende taken en toezicht;
- Investeren in technologische oplossingen m.b.t. alarmering en opvolging van zorgvragen;
- Sturen op een stabiel rooster van vaste collega's op de afdelingen;
- Teamleiders gaan hun medewerkers coachen, sfeer, organiseren van werkzaamheden.

2. Communicatie

- Bij iedere ontwikkeling of voorgenomen verandering betrekken we medewerkers meer dan nu;
- Beweging creëren van informatie halen en brengen binnen de organisatie door korte lijnen en actieve betrokkenheid en van iedereen.

3. Leiderschap/Management

- Zichtbaarheid van de leiding op de afdelingen verhogen.

Beste score:

- Voorbehouden en risicovolle handelingen door bevoegde en bekwame zorgmedewerkers;
- Evaluatie zorgleefplan;
- Monitoren op huidletsel;
- Schoon en verzorg lichaam en kleding;
- Incidenten.

Prioriteiten:

- Aandacht voor de cliënt;
- Feedback geven;
- Inspelen op wensen en behoeften;
- Aandacht voor levensvragen;
- Zinnige tijdsbesteding en activiteiten.

Naar aanleiding van de nulmeting bij medewerkers/vrijwilligers zijn de volgende verbeteracties in het team Anker en in het Verzorgingshuis uitgevoerd:

- In het team is besproken op welke wijze er feedback gegeven kan worden, de verwachtingen naar elkaar en het direct aanspreken op gedrag;
- De taken van de aandachtsvelders zijn duidelijker beschreven;
- Een afspraak is geworden dat per dag gewisseld wordt van dagverantwoordelijke;
- Besproken is, dat het team bestaat uit verschillende medewerkers en verschillende competenties. Men dient duidelijkheid te creëren om de verhoudingen binnen het team te verbeteren;
- In het team is vastgesteld wanneer er een MIC-melding ingevuld dient te worden en is de termijn vastgesteld waarop de fout hersteld kan/mag worden (met betrekking tot medicatie delen).

Deze acties hebben geresulteerd in de volgende cijfers bij hermeting :

Samenwerking in het team

Nulmeting okt 17	Hermeting december 2017	
Zeer goed 17 %	Zeer goed 19 %	+2%
Goed 66%	Goed 74%	+ 8%
Voldoende 17 %	Voldoende 7 %	-10%

Het geven van feedback

Nulmeting oktober 17	Hermeting december 2017	
Zeer goed 2%	Zeer goed 19%	+17%
Goed 62%	Goed 68 %	+6%
Voldoende 32 %	Voldoende 10%	- 22%
Onvoldoende 4%	Onvoldoende 3 %	-1%

Ontwikkeling van zelf verantwoording van taken en processen binnen het team

Nulmeting oktober 17	Hermeting december 2017	
Zeer goed 25 %	Zeer goed 23 %	- 2%
Goed 27 %	Goed 68 %	+41%
Voldoende 39 %	Voldoende 7 %	-32%
Onvoldoende 9 %	Onvoldoende 2 %	-7%

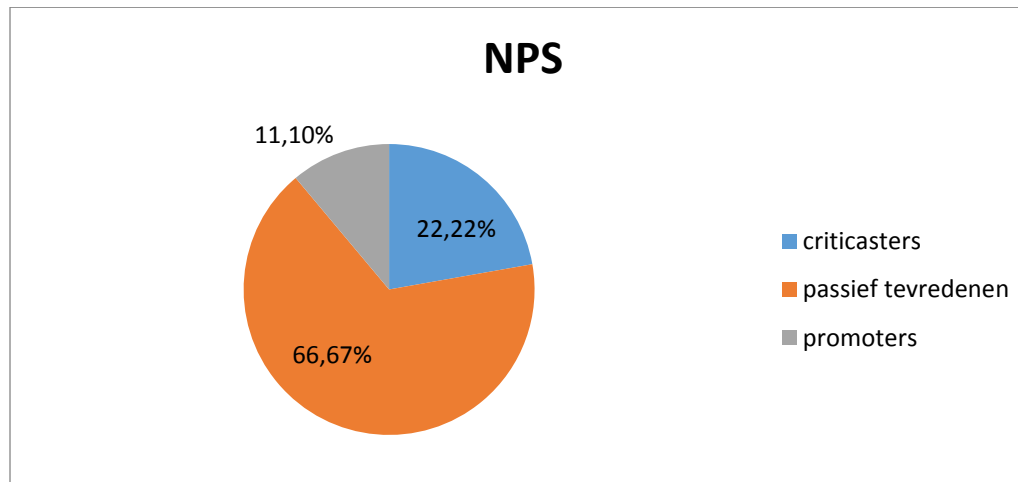
3.4.2 Net Promotor Score

In het onderstaande worden de verschillende scores in beeld gebracht. De promotors, die erg tevreden zijn en de passief tevredenen zijn positief over Zorgplein Maaswaarden. De criticasters plaatsen kanttekeningen. In de onderstaande schema's worden de percentages per categorie weergegeven.

Locatie Wijkestein in Wijk en Aalburg vanuit de cliënten/mantelzorgers

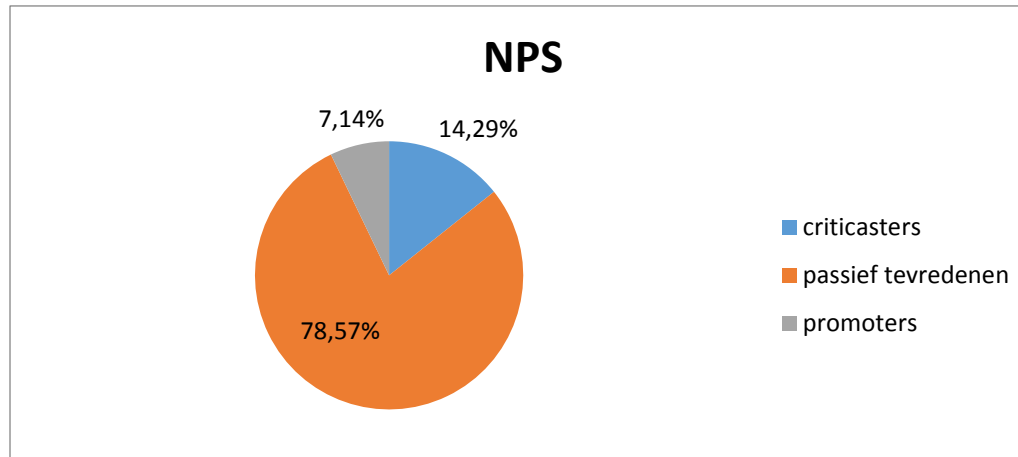
De Haven

De NPS score = -11



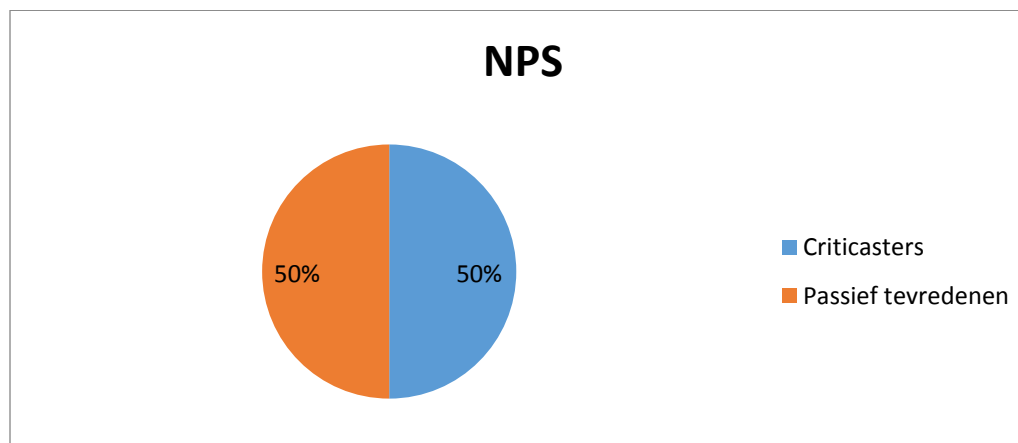
Het Anker en verzorgingshuis Wijkestein

De NPS score = -7



Locatie Wijkestein in Wijk en Aalburg vanuit de medewerkers/vrijwilligers

De NPS score = 50



Locatie de Notenhoff in Andel

Voor locatie de Notenhoff kan geen NPS score aangegeven worden omdat er onvoldoende respondenten waren om een valide score te kunnen geven.