

Kwaliteitsjaarverslag

La Providence 2020

Samen leren en verbeteren



Inleiding

Net als in de voorgaande jaren heeft La Providence in 2020 een kwaliteitsplan opgesteld wat aansluit bij het landelijke kwaliteitskader.

Wij hebben hierin per thema aangegeven wat de stand van zaken is en wat onze ontwikkeldoelen ten aanzien van deze thema's zijn. Alles steeds vanuit de visie "Samen leren en verbeteren".

Via onderstaande link kunt u het kwaliteitsplan 2020 nog eens nalezen.

<https://www.laprovidence.nl/kwaliteit>

Ons kwaliteitsplan was tevens het jaarplan voor de gehele organisatie. 'Alles' wat we doen is immers gericht op de behoeften en noden van de cliënt.

Het afgelopen jaar werd – enigszins gehinderd door corona - elk kwartaal door MT en Kernteam Kwaliteit gerapporteerd over de stand van zaken ten aanzien van de ontwikkeldoelen. De uitkomsten werden gedeeld met Cliëntenraad, Ondernemingsraad en met de aandachtsfunctionaris Kwaliteit en Veiligheid binnen de Raad van Toezicht.

Deze methodiek hield en houdt ons scherp en zorgt ervoor dat we onszelf continue verbeteren. Derhalve was het dan ook geen statisch document en zijn bepaalde ontwikkeldoelen nog niet afgerond. Deze zult u in het kwaliteitsplan 2021 dan ook weer terug zien komen.

Daar wij niet willen verzanden in onnodige administratieve druk zijn de kwaliteitsgegevens, welke wij aangeleverd hebben voor de Transparantiekalender van het Zorginstituut, als bijlage in dit verslag opgenomen. Het betreft hier de indicatoren voor WLZ-organisaties (ZZP 4 t/m 10) in een geclusterde situatie.

Door deze combinatie geeft deze rapportage een goed beeld van datgene waar La Providence zich het afgelopen jaar op gericht heeft en krijgt u vast een doorkijkje naar datgene waar we in 2021 mee verder zullen gaan.

Ingrid Backus,
Directeur-bestuurder La Providence

1. Kwantitatieve gegevens verslagjaar 2020

Personeelssamenstelling

Op basis van onze besturingsfilosofie leggen we steeds meer taken en verantwoordelijkheden lager in de organisatie. Daarbij houden we continu rekening met de belastbaarheid en kennis binnen de teams/afdelingen. Medewerkers worden ondersteund bij dit proces. Leren en blijven ontwikkelen vormen belangrijke kernwaarden voor het werken aan kwaliteit. Aandachtspelers kwaliteit spelen een belangrijke rol in het leren op de werkplek. We stimuleren eigenaarschap van medewerkers voor het eigen leer- en ontwikkeltraject. Er is aandacht voor verzuim, teamcoaches worden nauw betrokken bij de begeleiding van "dreigend" verzuim. Het verzuimpercentage voor 2020 bedraagt 10%, dit is 5% hoger dan de door ons zelf opgelegde norm. Van onze personeelskosten wordt 90% ingezet t.b.v. Wonen, zorg, welzijn en behandeling.

Verdeling personeelskosten 2020	% t.o.v. omzet	% verdeling
Wonen, Zorg, Welzijn, Behandeling	64%	90%
Algemeen (incl. mng & directie)*	8%	10%
Totaal	73%	100%

*Overige 31% worden besteed aan huisvesting, water, energie, voeding, hulpmiddelen, verzekeringen etc. etc.

Zorgpersoneel verpleeghuis in loondienst	Realisatie gemiddeld aantal FTE zorgpersoneel	
Tabel R1/2: Realisatie loondienst	2018	2020
	(1)	(2)
Niveau 1	0	1,3
Niveau 2	26,2	30,5
Niveau 3	38,1	47,7
Niveau 4	24,0	31,0
Niveau 5	1,6	4,8
Niveau 6	-	1,0
Behandelaar	4,2	5,2
Overig zorgpersoneel	-	-
Leerlingen	3,6	2,1
1.1 Totaal FTE loondienst	97,80	123,60

Cliënttevredenheid 2020

Gemiddeld cijfer

8.7 ★

Geverifieerde waarderingen

13 ✓

Waarderingen totaal

37 📊

2. Thema Kwaliteit en veiligheid

Persoonsgerichte zorg en ondersteuning <i>compassie, uniek zijn, autonomie</i>	La Providence werkt vanuit het cliëntperspectief en legt de nadruk op leefplezier, aandacht en warme liefdevolle zorg. Cliënt, mantelzorger en professional/vrijwilliger werken samen aan goede zorg. Ons motto hierbij is 'Samen zorgen dat...' Uitgangspunt is persoonsgerichte zorg, waarbij de nadruk ligt op leefplezier. Elke cliënt is uniek. Dit betekent dat er accentverschillen zijn. Binnen de WLZ richten we ons op welbevinden en wonen. De zorgcoördinator ondersteunt de cliënt om steeds meer eigenaar te worden van het eigen zorgleefplan. Ons cliëntperspectief gaat uit van samenwerking tussen cliënt, mantelzorger en professional/ vrijwilliger. De module Caren Zorgt ondersteunt de communicatie tussen cliënten, mantelzorgers en professionals.
Zorgdoelen	Ontwikkeldoel 2020: • Advanced Care Planning: Zinnvolle en haalbare doelen vaststellen voor huidige en toekomstige zorg en behandeling. Bespreken en vastleggen van voorkeuren rondom levenseinde. • Eten en drinken (indicator) Gerealiseerde doelen 2020: • Er is gestart met een plan van aanpak waarin gesprekken met de bewoner, als onderdeel van Advanced Care Planning, centraal staan om te bespreken wat voor de bewoner belangrijk is en wat La Providence hierin kan betekenen. De pilot loopt en dit project zal verder gaan in 2021. • Voor alle cliënten is vastgelegd: - wel/niet gereanimeerd willen worden 100% - starten/stoppen met levensverlengende behandelingen: november 2019 29% en in januari 2021 56% - wel/niet opnemen in ziekenhuis: November 2019 56% en in januari 2021 68%. Zie ook metingen kwaliteitsindicatoren in de bijlage. • Persoonsgerichte voorkeuren rondom voeding is vastgelegd in het dossier bij 72% van de cliënten. (Zie metingen kwaliteitsindicatoren in de bijlage). De zorgcoördinator (minimaal niveau 3) stelt binnen 24 uur na opname van een cliënt een voorlopig zorgleefplan op (met in ieder geval zaken zoals medicatie, dieet, primaire hulpvraag, een eerste contactpersoon en afspraken over handelen bij calamiteiten). Uiterlijk zes weken na opname wordt het plan definitief. Het zorgplan wordt 2 keer per jaar met de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger geëvalueerd. Ontwikkeldoel 2020: • Medewerkers werken volgens afspraken zorgleefplan: Evalueren gehele zorgproces en per onderdeel verbeterplannen opstellen, inclusief verfijnen ECD. • Palliatieve zorg (Advanced Care Planning): kennisverbreding en trainingen medewerkers Gerealiseerde doelen 2020: • Zorgproces is geëvalueerd en verbeteracties zijn vastgesteld. Er loopt een pilot 'triage in de thuissituatie', waarbij een verpleegkundige de cliënt thuis bezoekt om betere triage mogelijk te maken. Doel: juiste cliënt op juiste plaats en leefplezier is zichtbaar in elk zorgleefplan. De uitwerking en implementatie van de verbeteracties lopen door in 2021. • Er zijn 2 verpleegkundige opgeleid tot geriatrisch verpleegkundige. In 2021 gaan we verder met de optimalisatie van palliatieve zorg en kennisverbreding onder alle medewerkers.

Wonen en welzijn

Optimale levenskwaliteit en welzijn zijn ons doel. Het accent ligt op zorg die wordt gecombineerd met wonen en leven. We maken hierbij gebruik van leanmanagement, waarbij we continu willen verbeteren en verspillingen willen tegen gaan, zodanig dat alleen die activiteiten worden uitgevoerd die waarde toevoegen voor de cliënt.

zingeving

Zingeving is onderdeel van het zorgleefplan. Er is een zingevingsvrijwilliger in huis die aandacht kan geven op dit thema.

Doelen 2020:

- Cliënten deel laten nemen aan maatschappij/samenleving dorp: Verbinding zoeken met buitenwereld.
- Meer aandacht voor leefplezier:
 - Verdere implementatie leefplezierplan als onderdeel van ECD en betrokkenheid familie/mantelzorgers
 - Invulling leefplezier binnen functie medewerker leefplezier

Gerealiseerde doelen 2020:

Een onderdeel van zingeving is ook deel blijven nemen aan de maatschappij; erbij blijven horen. La Providence is onderdeel van de lokale gemeenschap en dat willen we ook behouden.

Door Corona zijn er in 2020 op het gebied van “deelnemen aan de maatschappij” geen nieuwe samenwerkingsinitiatieven ontstaan.

- De wijkagent heeft spreekuur gehouden bij LP (voor zover Corona maatregelen dit toelaten).
- Met ingang vanaf 2019 sponsort La Providence de Samen uit Bus, een initiatief waardoor senioren tegen zeer lage kosten erop uit kunnen gaan. De samenwerking is in 2020 verlengd in de verwachting dat de activiteiten weer kunnen opstarten zodra dit mogelijk is.

Aandacht voor leefplezier:

- Ondanks corona zijn er veel (extra) activiteiten in 2020 georganiseerd, waarbij welzijn en leefplezier van cliënten steeds zijn afgewogen t.o.v. de risico's. Zo waren er bv. (raam)concerten, gym op de gang en de Perenloop (een sponsorloop voor bewoners waarmee ze geld hebben opgehaald voor de medewerkers van La Providence), boerderijdieren op locatie. Zie ook onze facebooksite voor een impressie van de activiteiten.

zinnvolle tijdsbesteding

Ons team welzijn zorgt voor een zinnvolle tijdsbesteding passend bij de wensen van onze cliënten. Er wordt samengewerkt met de klankbordgroep van cliënten om dit te realiseren.

Doelen 2020:

- Activiteitenaanbod afgestemd op behoefte cliënt:
 - Klankbordgroep continueren en uitkomsten pilot leefplezier VWS voor afstemmen activiteitenaanbod
 - Plezier met een dier

Gerealiseerde doelen 2020:

Zoals ook bij zingeving al is vermeldt, zijn zoveel mogelijk grote en kleine activiteiten voor de bewoners georganiseerd binnen de actuele mogelijkheden die de situatie rondom Corona ons toeliet. Vanaf het moment dat grote activiteiten niet meer mogelijk waren, zijn medewerkers welzijn extra individuele activiteiten met cliënten gaan ondernemen.

- Voorbeelden van gerealiseerde (buiten)activiteiten zijn muziekovertredens, rolstoelwandelingen, een pizza middag, bloemschikken, poffertjes en wafelbakmiddag...

Het speerpunt van 2020 'Plezier met een dier' is vormgegeven door:

- Een dierenweide voor een dag in de tuin van La Providence met zo'n 70 dieren, van duiven, ezel, tot een alpaca, varken en teckels.

Aandacht, schoon en verzorgd lichaam plus kleding

- Een heuse vogelshow met valkjes, uilen en een buizerd. Bewoners hebben de dieren van dichtbij kunnen bekijken en sommige hebben er zelfs op de arm vastgehouden.
- Huisdieren van bezoekers en medewerkers waren welkom, voor zover mogelijk binnen de coronamaatregelen.

Binnen het zorgleefplan zijn afspraken gemaakt over aandacht en ondersteuning bij de persoonlijke verzorging. De zorgcoördinator evalueert deze afspraken 2x per jaar. Mondzorg maakt onderdeel uit van het zorgleefplan.

Gerealiseerde doelen 2020:

- Liefdevolle warme zorg vinden we hierbij het allerbelangrijkste. Door extra personele inzet was dit ook in 2020 weer (extra) mogelijk. We hebben in de periode dat het verpleeghuis gesloten was voor visite, extra aandacht besteed en alles gedaan wat in onze mogelijkheid lag om het gemis aan familie te beperken. We kunnen het gemis aan familie niet wegnemen, maar bewoners wel zo veel mogelijk aandacht geven.
- In januari 2020 is een interne audit mondzorg uitgevoerd. In maart 2021 heeft evaluatie plaatsgevonden met betrekking tot mondzorg. Er is een goede samenwerking tussen de zorgteams en medewerkers Noviacura. Er zijn duidelijke afspraken en medewerkers Noviacura rapporteren direct digitaal in het cliëntdossier. De cliënten en beide partijen zijn erg tevreden.

Familieparticipatie en inzet vrijwilligers

Vrijwilligers leveren een waardevolle bijdrage aan het welzijn van onze cliënten. Binnen ons vrijwilligersbeleid wordt hier vorm en inhoud aan gegeven. Mantelzorgers spelen een belangrijke rol in het leven van een cliënt. Een goede samenwerking is voorwaarde voor goede zorgverlening.

Doelen 2020:

- Inzet vrijwilligers: Scholen van vrijwilligers
- Grotere rol van betekenis mantelzorgers - samenwerking cliënt/mantelzorger/professional-vrijwilliger
 - Betrokkenheid mantelzorgers bij activiteiten
 - handvaten geven aan mantelzorgers voor persoonsgerichte benadering (familieavonden en tijdens MDO)

Gerealiseerde doelen 2020:

De samenwerking vanuit de driehoek cliënt, mantelzorger, professional/vrijwilliger blijft continu aandachtspunt. In 2020 kon deze samenwerking niet altijd plaatsvinden op de door ons gewenste manier. Voor vrijwilligers en mantelzorgers was het met de verplichte en noodzakelijke maatregelen en risico's rondom corona niet altijd mogelijk om naar La Providence te komen.

- Bewoners, familie en andere betrokkenen zijn zoveel mogelijk op de hoogte gehouden van alle (corona)ontwikkelingen door middel van nieuwsbrieven die tevens op onze website zijn geplaatst.
- In de periode dat verpleeghuizen verplicht gesloten waren is er meer aandacht geweest voor rapportages in het zorgplan, zodat familie op de hoogte blijft. Daarnaast was er meer persoonlijk contact met familie (telefonisch, beeldbellen etc.).
- La Providence heeft als een van de eerste organisaties een tijdelijke spreek- en luisterhoek had ingericht tijdens de sluiting van verpleeghuizen, welke zelfs te zien was in het NOS journaal. Daarnaast is beeldbellen ingezet.
- In oktober hebben vrijwilligers een scholing kunnen volgen over omgaan met dementie. Een interactieve scholing gericht op de praktijk waarin bv. vragen als hoe maak ik contact of waarom reageert een bewoner niet op mijn vraag centraal stonden.

Wooncomfort

We investeren in onze gebouwen zodat cliënten privacy en een goede en gezellige woon- een leefruimte ervaren. We bieden, afhankelijk van de zorgvraag, kleine woongroepen en individuele zorgappartementen. In de horeca wordt gewerkt volgens het ontwikkelde gastvrijheidsprincipe.

Doelen 2020:

- Open karakter Morgenster: openstelling terras
- Open karakter Driesprong: Inzet slimme sensoren, uitbreiden leefcirkels, beveiligen

Gerealiseerde doelen 2020:

- Het terras van de Morgenster is aangepast en ingericht, zodat bewoners hier zelfstandig gebruik van kunnen maken. De officiële opening op 4 september was een feestje.
- De slimme sensoren voor afdeling de Driesprong zijn aangelegd maar de implementatie is vertraagd door coronamaatregelen. In april 2021 zijn de vervolgafspraken gepland met alle betrokkenen en WZD functionaris om de draad weer op te pakken.
- De uitbreiding van leefcirkels naar horeca en hal heeft vertraging opgelopen door de coronamaatregelen en zal pas in 2021 plaatsvinden.

Basisveiligheid

De basisveiligheid gaat over zorginhoudelijke veiligheid. De zorgvrager moet er van uit kunnen gaan dat de zorg veilig en vertrouwd is.

Monitoring van de thema's van basisveiligheid vindt plaats binnen het zorgleefplan. Er zijn protocollen en werkafspraken vastgesteld rondom deze thema's.

Op het gebied van medicatie en hygiëne- en infectiepreventie vinden audits plaats in samenwerking met ziekenhuis VieCuri

Doelen 2020:

- Inzicht en verbeteren basisveiligheid:
 - Basisveiligheidsthema's (incl. kwaliteitsindicatoren) monitoren in ECD
 - Genereren managementrapportages
- Voldoen aan nieuwe Wet Zorg en Dwang - focus op vrijheidsbevordering en veiligheid cliënt
 - Scholen medewerkers en familie in wijzigingen WzD / beleid en procedures LP
 - Beleid en procedures bijstellen
- Beleid antipsychotica en antibiotica: Verder ontwikkelen beleid antipsychoticagebruik en antibioticagebruik i.s.m. VS en OS

Gerealiseerde doelen 2020:

- Monitoring van de kwaliteitsindicatoren (zie bijlage).
- In januari zijn interne audits uitgevoerd op het gebied van mondzorg, medicatieveiligheid en vrijheidsbeperking.
- Met betrekking tot antipsychotica en antibiotica worden de landelijke richtlijnen van Verenso gevolgd. Daarnaast is de visie over antipsychotica-gebruik opgenomen in de beleidsnotitie Wet Zorg en Dwang. Ieder kwartaal vindt er een medicatie review plaats onder leiding van de SO.
- La Providence sluit zich aan bij de regiovisie betreffende de Wet Zorg en Dwang. Afspraken rondom Wet Zorg en Dwang zijn met VVT organisaties in de regio afgestemd.
- Beleidsdocument en werkwijze Wet Zorg en Dwang voor La Providence zijn in voorbereiding. Zorg coördinatoren van de PG afdelingen hebben de scholing gehad. Begin 2021 worden andere medewerkers geschoold.
- Bij de medicatiereviews is extra aandacht besteedt aan antipsychotica en resistentie.
- Het infectiepreventiebeleid 2019-2021 is geëvalueerd en een jaarplan infectiepreventie opgesteld.
- In het kader van corona-uitbraak is er een externe audit uitgevoerd door een collega zorgorganisatie. Hoewel er geen grote punten aan het licht kwamen, was de audit waardevol voor enerzijds de bevestiging van het goede handelen en anderzijds om een aantal verbeterpunten snel op te pakken (zoals vaste handdesinfectiepunten aan de muur in plaats van losse флаcons).

Met en verbeteren Incidentencommissie

Er is een incidentencommissie die door het signaleren van trends en het analyseren van (bijna) incidenten, risico's in kaart brengt en deze probeert te beheersen of vermijden, zodanig dat de zorg en veiligheid verbetert. De samenstelling van de incidentencommissie sluit aan bij de huidige kwaliteitsstructuur.

Doelen 2020:

- Digitaliseren MIC melding in ECD en rapportage

Gerealiseerde doelen:

- Per 1-1-2020 worden de MIC meldingen in het ECD geregistreerd.
- Passend bij de nieuwe registratiemethode voor MIC meldingen zijn er ook nieuwe rapportages ontwikkeld, die op teamniveau (periodiek) meer detailinzicht geven in de achtergronden van de MIC meldingen.

- De MIC commissie is in 2020, met uitzondering van het 2^e kwartaal, maandelijks bij elkaar geweest om de MIC meldingen en trends te bespreken.
- In 2021 worden op basis van maatwerk de rapportages naar wens per afdeling verder aangepast. Het volledig en correct invullen van de MIC meldingen blijft aandacht krijgen.
- De MIM commissie (kwaliteitsgroep Arbo en Vitaliteit) is 3x bij elkaar geweest om o.a. de MIM meldingen te bespreken.

Leren en verbeteren van kwaliteit

We zijn een lerende organisatie, dat wil zeggen dat er een cultuur heerst waarin van fouten geleerd kan worden, medewerkers voldoende regelruimte hebben om zelf te kunnen organiseren en het management een ondersteunende rol heeft. We werken met verbeter- en ontwikkelcyclussen: **Zeg wat je doet, doe wat je zegt, bewijs het en verbeter.**

kwaliteitsplan

Het kwaliteitsplan blijft in ontwikkeling en is de leidraad voor de ontwikkeling van onze kwaliteit. Cliëntenraad en ondernemersraad worden systematisch en breed geïnformeerd en zijn betrokken bij de ontwikkelingen.

Doelen 2020:

- Cyclische ontwikkeling kwaliteit o.b.v. cliëntervaringen/klachten/audits/medewerkerstevredenheid: Kwaliteitsgroepen krijgen belangrijke rol in ontwikkeling kwaliteitsplan
- Borgen kwaliteitscyclus: Teamdoelen koppelen aan algemene kwaliteitsjaarplan en verbinding leggen met kwaliteitsgroepen

Gerealiseerde doelen 2020:

Cliëntervaringen, klachten, audits en ervaringen medewerkers gebruiken als basis voor de ontwikkeling van kwaliteit:

- Eind 2019 heeft een medewerkers tevredenheidsonderzoek plaatsgevonden. De resultaten zijn begin 2020 verwerkt in een rapportage welke verstuurd is naar MT, leidinggevende, OR, CR en RvT. Binnen deze geledingen is de rapportage tevens besproken. Verbeterpunten zijn opgepakt. Zie ook 'Leiderschap en goed bestuur, inzicht hebben en geven.'
- In 2020 heeft via Zorgkaart Nederland een cliëntervaringsonderzoek plaatsgevonden. Daarnaast vindt, onder vertrekkende en nieuwe bewoners, continue metingen plaats. Resultaten worden besproken met CR, RvT en middels het teamdashboard binnen teams.

Borging van de kwaliteitscyclus:

- In 2020 heeft, door de impact van corona, de periodieke evaluatie van de voortgang van het kwaliteitsjaarplan niet elke 6 weken kunnen plaatsvinden. CR, OR en RvT zijn geïnformeerd over de voortgang door middel van kwartaalrapportages.
- In 2021 wordt de kwaliteitsstructuur verbeterd, zodat kwaliteitsgroepen beter geborgd zijn in de kwaliteitscyclus.

Interne en externe verantwoording

La Providence is transparant in de behaalde resultaten. Het jaarverslag en de jaarrekening zijn openbaar.

Intern zijn openheid en transparantie voorwaarden om te kunnen leren en verbeteren. Er wordt een sfeer gestimuleerd van openheid, veiligheid en vertrouwen. Om fraude tegen te gaan is er een door de accountant getoetst fraudebeheersplan.

Doelen 2020:

- Structurele eenvoudige (kwaliteits-)rapportages voor teams en kwaliteitsgroepen

Gerealiseerde doelen 2020:

- Rapportages MIC zijn verder ontwikkeld en bieden detailinzicht per team.

Lerend netwerk

Er wordt samengewerkt met drie kleine zorgaanbieders in de regio. Met hen is een lerend netwerk opgericht. In eerste instantie richt het netwerk zich op bestuurders en management.

Doelen 2020:

- Verdere ontwikkeling lerend netwerk, zodat alle niveaus van elkaar kunnen leren

Gerealiseerde doelen:

- In 2020 heeft in dit kader regelmatig overleg en afstemming plaatsgevonden tussen bestuurders, zorgmanagers en beleidsmedewerkers, Ondernemingsraden en Cliëntenraden.
- Er is een coach leren en ontwikkelen gestart in 2020.

*Kwaliteitsmanagement
systeem*

- Medewerkers werken, bv. in geval van ziekte, op elkaars afdeling. Een bijzonder voorbeeld hiervan is de tijdelijke corona-afdeling in 2020. Medewerkers van verschillende afdelingen van La Providence hebben in korte tijd een tijdelijke afdeling 'Bijzondere zorg' ingericht, waar in de periode van maart-mei 2020 zorg verleend kon worden aan bepaalde (ernstig) zieke cliënten met corona.

Het kwaliteitsmanagementsysteem is vastgelegd in het kwaliteitshandboek. De kwaliteitsstructuur wordt gevormd door een kernteam kwaliteit en kwaliteitsgroepen voor verschillende aandachtsgebieden. Doel is continu te blijven verbeteren en borging van het aandachtsgebied op de werkvloer. Kernteam bewaakt of het geheel past binnen beleid en borging organisatieniveau. (I.c.m. Lean methode). De bestuurder is eindverantwoordelijk en voorzitter van het kernteam kwaliteit. Borging van het kwaliteitssysteem vindt plaats door middel van (externe) audits.

Doelen 2020:

- Controleren uitvoering: Training 'on the job' voor uitvoeren interne audits (kwaliteitsverpleegkundige en medewerker kwaliteit en beleid)

Gerealiseerde doelen 2020:

- In januari 2020 zijn de kwaliteitsverpleegkundigen en medewerker kwaliteit en beleid opgeleid tot 'intern auditor'. Er zijn drie interne audits uitgevoerd, de resultaten zijn besproken in de kwaliteitsgroep zorginhoudelijke kwaliteit (zie basisveiligheid).

3. Thema een goede werkomgeving

Leiderschap, governance en management	Goed bestuur en leiderschap zijn essentieel voor het realiseren van goede zorg. Zorg komt tot stand in de relatie tussen zorgvrager en professional, daarom zijn bestuur en leiderschap gericht op het bieden van ruimte voor een goede relatie.
<i>Visie op zorg en sturen op kernwaarden</i>	La Providence heeft haar strategie gekozen met een missie, visie en kernwaarden. Op basis daarvan werken wij eraan om zowel bij cliënten van ons zorgcentrum, als bij inwoners van Grubbenvorst en omgeving, bekend te staan als: “de beste plaats dicht bij (t)huis”, op het gebied van Wonen, Welzijn en Zorg, wanneer je op ondersteuning, begeleiding en of behandeling aangewezen bent.
	Doelen 2020: • Integraliteit La Providence t.o.v. omgeving (betrokkenheid cliënten bij dorp en vice versa) • Visie op zorg (heroverwegen en evt. bijstellen): Onderzoek aanbod ZZP mix Gerealiseerde doelen 2020: • La Providence zoekt op allerlei manieren naar mogelijkheden voor bewoners om in contact te komen en blijven met de omgeving, zie ook onder het kopje zingeving. • Zorgcoördinatoren werken nauw samen met cliëntservice en team-coördinatoren om ervoor te zorgen dat cliënten de juiste indicatie hebben en dat de inzet vanuit de zorgteams afgestemd wordt op de zzp-mix. In april 2021 wordt een start gemaakt met de implementatie van de capaciteitstool waarin het voor zorgteams duidelijk wordt welke invloed de zzp-mix heeft op het rooster en de te leveren zorg.
<i>Leiderschap en goed bestuur Inzicht hebben en geven</i>	Het is voortdurend zoeken om de leefwereld van de cliënt in balans te brengen met de systeemwereld vol regels en protocollen. La Providence kiest bewust voor een vereenvoudiging van de systeemwereld, uitgangspunt is dat we wettelijke kaders handhaven maar medewerkers daarnaast zo min mogelijk belasten met overbodige zelfopgelegde regels. We hebben ervoor gekozen om te werken met kleinschalige zelforganiserende teams. Het middenkader is kleiner geworden zodat er ruimte is voor professionaliteit, eigenaarschap en het nemen van verantwoordelijkheid door medewerkers. Dit vraagt, binnen de gekozen kwaliteitsstructuur, een voortdurende dialoog over kwaliteit, goede zorg en goede bedrijfsvoering. Deze structuur borgt tevens de professionele inbreng in het aansturen van de organisatie. Het werken volgens de LEAN-principes zorgt er voor dat we blijven leren en ontwikkelen. Bovenstaande draagt bij aan het werken volgens de 7 principes van de Governancecode Zorg welke bij La Providence hoog in het vaandel staan.
	Doelen 2020: • La Providence is een goede werkgever met een aanbevelingsscore van min. 8,5/10 (NPS > 30) in 2023: ○ MTO resultaten najaar 2019 verwerken ○ PMO uitvoeren en resultaten verwerken in beleid ○ Aanbieden geluksdag voor alle medewerkers • Leiderschap passend bij zelforganisatie Gerealiseerde doelen 2020: • De (nieuwe) bestuurder heeft op alle afdelingen meegelopen in het primaire proces. Om laagdrempeligheid te bevorderen en inzicht te krijgen in de dagelijkse gang van zaken wordt dit jaarlijks herhaald. La Providence wil bekend blijven staan als een goede werkgever: • Alle medewerkers van La Providence ontvangen jaarlijks een geluksdag. Een extra vakantiedag waarop medewerkers datgene doen wat hen gelukkig maakt. Na afloop wordt dit moment gedeeld met collega's.

<i>Rol en positie interne organen en toezichhouders</i>	• Om duurzame inzetbaarheid te bevorderen is in 2019 gestart met het aanbieden van PMO (preventief medisch onderzoek) voor alle medewerkers. In 2020 is het PMO deels uitgevoerd. • De verbeterpunten uit het medewerkerstevredenheidsonderzoek van eind 2019 zijn opgepakt en in 2020 verder uitgerold, zoals een extra teamcoördinator zorg, aanpassing roostering en formatie voor een betere balans tussen zorgvraag en ingezette uren. • Er hebben dialoogbijeenkomsten onder begeleiding van een externe coach plaatsgevonden. Dit wordt in 2021 doorontwikkeld en ondergebracht in het FIT traject. De cliëntenraad en de ondernemingsraad worden breed geïnformeerd en betrokken bij ontwikkelingen op basis van co-creatie (OR en CR werken vanaf het begin mee aan ontwikkelingen i.p.v. het achteraf geven van advies e/o instemming). Er vindt structureel overleg plaats met de bestuurder. Binnen de Raad van Toezicht is een van de leden verantwoordelijk voor het toezicht op kwaliteit.
<i>Verankeren van medische, verpleegkundige en psychosociale expertise</i>	Doelen 2020: • Zelforganisatie, leiderschap en communicatiestructuur: Visie op zelforganisatie is uitgewerkt Gerealiseerde doelen 2020: • Om de onderlinge verbinding te bevorderen hebben zowel OR als CR minimaal 3 maal per jaar structureel overleg met een delegatie van de Raad van Toezicht. Gremia kunnen zelf agendapunten bepalen. • Ten tijde van de corona (crisis) heeft de bestuurder frequent contact gehad met Raad van Toezicht, CR en OR. • Zelforganisatie is geen doel op zich maar een middel om creativiteit en eigen regie van de (zorg)professional te bevorderen. In 2020 is er vooral aandacht uit moeten gaan naar het managen van een crisis. Voor zover mogelijk, is er daarnaast verder gewerkt aan randvoorwaarden om de zelfstandigheid van teams te vergroten. Dit wordt in 2021 vervolgd. Binnen de kwaliteitsstructuur is gekozen voor het werken met verpleegkundige aandachtsvelders zorginhoudelijke kwaliteit. Deze verpleegkundige, niveau 4 en 5, vormen samen de kwaliteitsgroep zorginhoudelijke kwaliteit/ Verpleegkundige Advies Raad (VAR). We werken met een verpleegkundig specialist als verlengde arm van de specialist ouderengeneeskunde. De specialist ouderengeneeskunde (SO) / verpleegkundig specialist (VS) heeft een adviserende en toetsende rol aangaande medische zaken binnen het kernteam kwaliteit.
	Doelen 2020: • VAR (kwaliteitsgroep zorginhoudelijke kwaliteit): Taken en verantwoordelijkheden kwaliteitsverpleegkundigen/VAR verder uitwerken, inclusief verpleegkundige dienst • Verpleegkundige specialist vervult spilfunctie: samenwerken met huisartsen Gerealiseerde doelen 2020: • Het Multidisciplinair overleg (MDO) is uitgewerkt, waarbij de rol van SO/VS en huisarts verduidelijkt is. • Afstemming en samenwerking tussen behandelaren (SO/VS, huisarts) is een continu proces en heeft aandacht. • De taken en verantwoordelijkheden van verpleegkundigen in relatie tot andere functies op de afdeling worden opnieuw bekeken en waar nodig aangepast. Dit proces gaat door in 2021.

Personeels-samenstelling

De veranderde visie vraagt om een nieuw type professional. We stimuleren eigenaarschap en professionele trots. Medewerkers krijgen voldoende regelruimte om zelf te kunnen organiseren en zijn kwalitatief goed geschoold. 'Een tevreden medewerker = een tevreden cliënt.'

Aandacht, aanwezigheid en toezicht

Er zijn altijd minimaal 4 zorgverleners aanwezig binnen onze organisatie. Tijdens de zorg en ondersteuning op intensieve momenten zijn voldoende zorgverleners aanwezig om deze taken te verrichten. Tevens is er aandacht voor de bewoners in de huiskamers / gemeenschappelijke ruimtes. Ons team welzijn staat klaar om aandacht te besteden aan een zinvolle dag invulling voor onze bewoners. Onze zorgcoördinatoren zorgen ervoor dat de cliëntdossiers up to date zijn zodat collega's op de hoogte zijn van de achtergrond en persoonlijke wensen van onze cliënten.

Doelen 2020:

- Verdere ontwikkeling van verbinding sfeer, gezelligheid en activiteiten gedurende de dag en de avond

Gerealiseerde doelen 2020:

- Sinds 2018 wordt de functie 'medewerker leefplezier' ingezet voor onder andere sfeer en gezelligheid brengen gedurende de dag en de avond.
- In 2020 is er, in verband met corona, voortdurend (en ook extra) aandacht geweest voor een afweging tussen verantwoord risico en sfeer, gezelligheid en activiteiten (leefplezier) voor de bewoners.

Specifieke kennis en vaardigheden

Er is 24 uur per dag, 7 dagen in de week een verpleegkundig (min. niveau 4) aanwezig op de locatie.
Met betrekking tot indicaties met behandeling wordt de artsenzorg in samenwerking met HansZorg en Ambulancediensten (avond-weekend-nacht) geboden. Hiermee is de 24 uren artsenzorg gewaarborgd.
We werken belevingsgericht op onze afdeling voor mensen met dementie. Medewerkers zijn geschoold in deze manier van werken. In complexe situaties wordt gebruik gemaakt van een gedragsdeskundige en/of wordt het centrum voor consultatie en expertise ingezet.
Jaarlijks vinden BIG scholingen plaats.
Diverse beroepsgroepen waaronder de behandelaren en de verpleegkundigen zijn geaccrediteerd.

Doelen 2020:

- Opleidingsbeleid: Nieuwe visie op opleiden en leerklimaat, werkwijze BBL opleiden
- Leercarroussel 4x per jaar: Op basis van behoeften medewerkers en ontwikkelingen zorg jaarlijks aantal thema's aanbieden
- Functies op alle niveaus meer smart en concreet beschrijven

Gerealiseerde doelen 2020:

- LP heeft op dit moment 14,05 FTE BBL-leerlingen.
- Er is gestart met ontwikkeling van visie voor opleiden, passend bij zelforganisatie, lean en eigen regie.
- Leercarroussel wordt verder ontwikkeld. In 2020 zijn de volgende scholingen/lezingen aangeboden: Corona, Wet zorg en Dwang. BIG-scholingen en BHV-scholing hebben beperkt kunnen plaatsvinden in verband met corona beperkingen. Er is een plan geschreven hoe we medewerkers in de toekomst kunnen scholen/trainen passend binnen beperkende maatregelen.

<i>Reflectie, leren en ontwikkelen</i>	Ruimte voor professionaliteit en eigenaarschap zijn belangrijke uitgangspunten voor onze medewerkers. Alleen wanneer onze professionals vakbekwaam zijn en de ruimte krijgen om beslissingen te nemen en persoonlijk initiatief te tonen (en van fouten te leren) kunnen ze aansluiten bij de leefwereld van onze cliënten. Door te werken in kleine zelforganiserende teams en met een beperkt aantal leidinggevendens is er letterlijk meer ruimte. Door middel van coaching en scholing vergroten we eigenaarschap voor het eigen leerproces.
	Doelen 2020: • HRM cyclus: voortzetting uitvoering pop en dialoogbijeenkomsten • Lean leren en continue verbeteren op werkvloer • Beleid maken op basis van uitkomsten MTO • RIE uitvoeren Gerealiseerde doelen 2020: • Bijeenkomsten konden vanwege de coronamaatregelen geen doorgang vinden. Waar mogelijk hebben we alternatieven gezocht, maar ook moesten we reëel zijn er zijn er doelen vooruitgeschoven omdat alle handen nodig waren in het primair proces. • De RI&E is uitgesteld tot 2021.
<i>Teamsamenstelling</i>	Bij de teamsamenstelling houden we rekening met een optimale leeftijdsopbouw, verhouding van leerlingen en verhouding van deskundigheid.
	Doelen 2020: • Capaciteitsplanning: ◦ Strategische meerjarenplanning (generatie etc. op lange termijn) ◦ Tactisch en Operationele capaciteitsplanning (kort/middellang) • Goede werk/privé balans: Verder ontwikkelen zelfroosteren en oplossen knelpunten roostering Gerealiseerde doelen 2020: • Inzet van het PMO dient bij te dragen aan duurzame inzetbaarheid van medewerkers. • Regionaal is een hulpmiddel capaciteitsplanning ontwikkeld. • Het capaciteitsraamwerk voor La Providence is gedeeltelijk gereed. • Verdere ontwikkeling zelfroosteren en oplossen van knelpunten rondom roostering zijn opgepakt. Er is een plan van aanpak en gestart met voorlichting en implementatie planbureau.

Gebruik van hulpbronnen

De hulpbronnen die we gebruiken dienen het primaire proces te ondersteunen (denk aan domotica, bewegingsruimte, samenwerking apotheek e.d.).

Gebouwde omgeving

We investeren in onze gebouwen zodat cliënten privacy en een goede woon- en leefruimte ervaren en de functionaliteit en uitstraling aansluit bij onze doelgroep (een warme uitstraling waarbij iedereen zich thuis voelt).

Doelen 2020:

- Stimuleren beweging cliënt
 - Bewegen in dagelijks leven inpassen m.b.v. zorg
 - Uitbreiden leefcirkels
 - Uitbreidingsmogelijkheden domotica/sensoren afdelingen De Passage/Zorgappartementen
- (Aanleun)appartementen eigen terrein: Haalbaarheidsonderzoek Sans Soucis
- Duurzaamheid: Energiebesparingsmogelijkheden inventariseren, waar mogelijk uitwerken

Gerealiseerde doelen 2020:

- In samenwerking met fysiotherapie vinden voorbereidingen plaats om meer bewegen van de cliënt in het dagelijks leven te integreren. In 2020 is een start gemaakt met silverfit om beweging te stimuleren.
- De uitbreiding van de leefcirkels naar de centrale hal en het restaurant is in verband met de coronamaatregelen uitgesteld tot 2021.
- Er is subsidie verkregen voor het uitvoeren van het haalbaarheidsonderzoek Sans Soucis, voor het realiseren van (aanleun)appartementen op eigen terrein. Er is een start gemaakt met Plan van aanpak en plan van eisen, vervolg 2021.
- In het kader van duurzaamheid is de concept energieroute (1-4 jaar) opgesteld en de energiescan uitgevoerd. Kacheltjes op de kamers worden afgeschaft.

Technologische hulpbronnen materialen en hulpmiddelen Facilitaire zaken

Onze hulpmiddelen worden jaarlijks gekeurd en onderhouden.
Er zijn afspraken gemaakt met leveranciers van materialen en hulpmiddelen.
De facilitaire dienst werkt ondersteunend aan het primaire proces.

Doelen 2020:

- IT-telefonie:
 - telefooncentrale vervangen
 - servers overzetten naar 'in the cloud'
 - wifi onderzoeken en aanpassen
- Ascom toekomstproof
- Autorisaties in ONS conform nieuwe autorisatiemodel

Gerealiseerde doelen 2020:

- Inzet technologische hulpmiddelen op de Driesprong, van gesloten naar open afdeling, passend bij de nieuwe wet zorg en dwang. Tevens breiden we het leefcirkel concept stapsgewijs verder uit in ons hele huis. Hiervoor wenden we de komende jaren 15% van de kwaliteitsgelden 2019-2021 aan.
- La Providence is in het 3^e kwartaal overgestapt naar 'the cloud'.
- Er is een wifi-test uitgevoerd. Voorbereidingen voor de uitvoeren van verbeteringen (nieuwe wifi-apparatuur) zijn genomen, maar uitvoering van werkzaamheden is uitgesteld tot 2021 in verband met de coronamaatregelen.
- Upgrade van verpleegproepsysteem passend bij de huidige ondersteuning vragen (de Driesprong en de Morgenster).
- Er zijn voorbereidingen getroffen voor het vervangen van de telefooncentrale, half mei 2021 gerealiseerd.
- Eerste afspraken en taakverdeling rondom autorisatiemodel zijn gemaakt. Vervolgstappen in 2021.

*Financiën en financiële
administratieve
organisatie*

De kwaliteitsgroep 4PO (bedrijfsvoering) wordt betrokken bij verbeterprocessen op dit vlak. Teamdashboards zijn in samenspraak ontwikkeld.

Doelen 2020:

- Borgen gebruik teamdashboard zodat teams inzichten gebruiken om te leren en prestaties te verbeteren.

Gerealiseerde doelen 2020:

- Het teamdashboard is verder verbeterd op basis van input door de teams.

samenwerking

Wij willen onze kennis delen en leren en samenwerken met anderen. We werken samen met diverse zorgaanbieders in de regio, met ziekenhuis VieCuri en de gemeente Horst aan de Maas. Daarnaast nemen we deel aan regionale netwerken: palliatieve zorg en dementie.

Gerealiseerde doelen 2020:

- De corona crisis heeft een intensievere samenwerking met zorgorganisaties binnen en buiten het lerend netwerk opgeleverd.
- De wijkverpleegkundige neemt deel aan netwerk palliatieve zorg. Samen met de werkgroep wordt gekeken op welke wijze palliatieve zorg het beste opgenomen kan worden in het zorgplan.
- De wijkverpleegkundige is verankerd in Grubbenvorst en werkt samen met de gemeente en huisartsen. Er is structureel overleg met praktijkondersteuners huisartsen, WMO loket van de gemeente en met wijkverpleegkundigen.

Gebruik van informatie	We hechten belang aan openheid en transparantie en aan de ervaringen van onze cliënten. Deze zijn voorwaardelijk om te leren en te verbeteren. We verzamelen alleen gegevens die betekenis hebben voor de directe zorg.
<i>Verzamelen en delen van informatie waaronder cliëntoordelen</i>	Cliëntervaringen worden op diverse manieren verzameld. Medewerkers zien en horen de reactie van cliënten. Klachten worden door medewerkers afgehandeld of via de wijze zoals beschreven in de klachtenprocedure. Verder worden cliëntervaringen gemeten door middel van cliëntervaringsonderzoek. Klachten en resultaten van cliëntervaringsonderzoek worden verzameld en dienen als input voor verbeteringsplannen.
<i>Benutten en optimaliseren bestaande administratiesystemen</i>	Doelen 2020: - Inzicht klanttevredenheid: Klanttevredenheidsonderzoek real time Zorgkaart Nederland voortzetten Gerealiseerde doelen 2020: - Volgens een vastgesteld schema worden doorlopend uitnodigingsbrieven verstuurd naar cliënten/familie om een waardering te plaatsen op Zorgkaart Nederland. Tevens zijn via Zorgkaart Nederland telefonisch contactpersonen benaderd van de afdelingen De Driesprong en De Morgenster. De face-to-face interviews met de bewoners van de zorgappartementen zijn in verband met corona uitgesteld. La Providence heeft in 2020 een aanbevelingsscore van 97% en een gemiddeld cijfer van 8,7. - Resultaten cliëntonderzoeken zijn openbaar (website La Providence en Zorgkaart Nederland).
	Het registreren van gegevens die voorwaardelijk zijn voor veilige zorg en behandeling vindt, indien mogelijk, plaats binnen de bestaande systemen. Gerealiseerde doelen: N.v.t.
<i>Openbaarheid en transparantie</i>	Het kwaliteitsjaarplan, jaarverslag en de jaarrekening zijn openbaar. Resultaten cliëntonderzoeken zijn openbaar (website La Providence en Zorgkaart Nederland). Gerealiseerde doelen 2020: - Het jaarverslag en de jaarrekening zijn openbaar gemaakt. - Positieve publiciteit wordt bevorderd door plaatsing van berichten over activiteiten op Facebook. - Cliëntinformatie wordt gepubliceerd op de website. - Rondom corona worden regelmatig nieuwsbrieven verstuurd naar bewoners, contactpersonen en medewerkers. Deze zijn ook na te lezen op onze website.

Kwaliteitsgegevens Verpleeghuiszorg, verslagjaar 2020 - antwoordenoverzicht

Uw aanlevering

Uw aanlevering

Gaat uw aanlevering over zorg die aan cliënten verleend wordt volgens de reikwijdte van het Kwaliteitskader? ja

Let op!

De kwaliteitsindicatoren en de indicatoren personeelssamenstelling hoeven alleen te worden aangeleverd als zorg wordt verleend volgens de reikwijdte van het kwaliteitskader, zie onderstaande definitie.

Indien u hierboven "ja" kiest en deze pagina afrondt (onderaan in het scherm) komen de pagina's met de indicatoren beschikbaar.

De uitvraag van deze indicatoren betreft de zorg die aan cliënten verleend wordt volgens de reikwijdte van het Kwaliteitskader: "cliënten met een ZZP indicatie 4 t/m 10, die 24 uur aangewezen zijn op WLZ zorg en ondersteuning. Dit gaat over zorg die geboden wordt aan groepen van cliënten, dan wel zorg die voor een deel van de tijd geclusterd geboden wordt, zoals tijdelijke opnamen. Het kader geldt ook voor situaties waarin mensen kiezen om met een persoonsgebonden budget in groepsverband zorg te krijgen".

Om de administratieve lasten te beperken, is voor deelnemers aan de Landelijke Prevalentiemeting Zorgkwaliteit (LPZ) die daarvoor akkoord hebben gegeven een deel van de indicatoren al ingevuld ('prefill'). Let op: U blijft wel zelf verantwoordelijk voor een goede aanlevering aan het ZiNL. U kunt de gegevens ook na het automatisch vullen nog aanpassen en uiteindelijk moet u zelf in de portal accorderen voor doorlevering aan het ZiNL.

Klik [hier](#) voor meer info.

- U heeft in uw organisatie de indicatoren Basisveiligheid gemeten op afdelingsniveau. Aanlevering bij de portal dient echter te gebeuren op locatieniveau. Om voor aanlevering de juiste getallen te hebben, dient u zelf de tellers en noemers van de indicatoren van de verschillende afdelingen op te tellen. In [dit document](#) vindt u voorbeelden hoe u dit doet voor de indicatoren die geaggregeerd wordt naar een % cliënten (1.1 - 2 - 3.2 - 4.1 - 5 - 6) en voor de indicatoren die geaggregeerd wordt naar een % afdelingen (1.2 - 3.1).
- In deze portal worden alléén de vragen meegenomen die van belang zijn voor de wettelijk verplichte aanlevering aan het ZiNL. De overige vragen zijn van belang voor de terugkoppeling in uw eigen organisatie voor leren en verbeteren, maar worden in deze portal overgeslagen. Dat betekent dat sommige antwoordcategorieën en een aantal indicatoren in zijn geheel (4.2 en 4.3) niet opgenomen zijn.
- Indien de noemer bij indicatoren 1.1, 2, 3.2, 4.1, 5 en/of 6 lager is dan 10, wordt de score in verband met privacyoverwegingen en beperkte zeggingskracht niet doorgeleverd aan het Zorginstituut, maar wordt in het betreffende veld een codering opgenomen die aangeeft dat er wel gegevens zijn aangeleverd, maar dat de N lager is dan 10.

Opmerking bij "uw aanlevering"

Let op! Het is nadrukkelijk niet de bedoeling om in opmerkingenvelden persoonsgegevens of andere naar personen herleidbare informatie in te vullen. Gebeurt dit toch, dan ligt de verantwoordelijkheid bij de invuller. Dit veld wordt opgenomen in het Openbaar Databestand.

Samenstelling van deelvragenlijst 'Basisveiligheid'

Samenstelling van deelvragenlijst 'Basisveiligheid'

Er zijn tien indicatoren 'Basisveiligheid' (1.1 - 1.2 - 2 - 3.1 - 3.2 - 4.1 - 4.2 - 4.3 - 5 - 6).

Drie daarvan moeten verplicht worden ingevuld, namelijk de indicatoren:

- 2 - Advance Care Planning
- 3.1 - Medicatieveiligheid: Bespreken medicatiefouten in het team
- 6 - Aandacht voor eten en drinken

Van de overige zeven indicatoren dient u er zelf ten minste twee te kiezen (waarbij geldt dat de indicatoren 4.2 en 4.3 alleen in combinatie mogen worden gekozen indien u in totaal meer dan twee vrije-keuze-indicatoren aanvinkt).

Ook is het uiteraard NIET de bedoeling dat u indicator 1.2 (Casuïstiekbespreking decubitus op de afdeling) kiest als er geen decubitus voorkomt op de locatie, of dat u 3.2 (Medicatiereview) kiest als u geen cliënten met behandeling in zorg heeft, of wanneer deze allen korter dan 6 maanden in zorg zijn.

Welke van de vrije-keuze-indicatoren heeft u gekozen voor leren en verbeteren op uw locatie? (minimaal 2)

3.2 - Medicatieveiligheid: Percentage cliënten op de locatie waarbij een formele medicatiereview heeft plaatsgevonden

4.3 - Gemotiveerd omgaan met vrijheidsbeperking: Wijze waarop de organisatie nadenkt over vrijheidsbevordering van cliënten

5 - Continentie: Percentage cliënten op de afdeling waarbij een plan voor zorg rondom de toiletgang is vastgelegd in het zorgdossier

U kunt uw indicatorkeuze toelichten in uw kwaliteitsverslag.

Ook de indicatoren direct uit het kwaliteitskader (7 en 8) zijn verplichte indicatoren.

Opmerking bij "Samenstelling
van deelvragenlijst
'Basisveiligheid'"

Let op! Het is nadrukkelijk niet de bedoeling om in opmerkingenvelden persoonsgegevens of andere naar personen herleidbare informatie in te vullen. Gebeurt dit toch, dan ligt de verantwoordelijkheid bij de invuller. Dit veld wordt opgenomen in het Openbaar Databestand.

Thema 2 - Advance Care Planning - Verplichte indicator

Indicator 2

Gezamenlijke afspraken over behandeling rond het levenseinde

Vraag per cliënt

Welke beleidsafspraken met de cliënt zijn vastgelegd in het zorgdossier?

- Wel of niet reanimeren
- Wel of niet starten of stoppen met levensverlengende behandelingen, zoals antibiotica, bloedproducten en preventieve medicatie
- Wel of geen ziekenhuisopname
- Anders

Let op: bij deze indicator moeten zowel cliënten met een indicatie WLZ VV ZZZ 4 t/m 10 **zonder** behandeling, als **met** behandeling worden meegenomen.

Resultaat op locatieniveau

Teller

Aantal cliënten op de locatie waarbij ten minste één beleidsafpraak over behandeling rond het levenseinde in het zorgdossier is vastgelegd:

112 cliënten

Noemer

Totaal aantal cliënten op de locatie:

112 cliënten

Percentage

100 %

Indien de noemer bij indicator 2 lager is dan 10, wordt de score in verband met privacyoverwegingen en beperkte zeggingskracht niet doorgeleverd aan het Zorginstituut, maar wordt in het betreffende veld een codering opgenomen die aangeeft dat er wel gegevens zijn aangeleverd, maar dat de N lager is dan 10.

Opmerking bij indicator 2

Meting januari-februari 2021:

- Voor alle cliënten is vastgelegd of zij wel/niet gereanimeerd willen worden.
- Daarnaast is voor de 56% van de cliënten vastgelegd of zij wel/niet willen starten of stoppen met levensverlengende behandelingen
- En voor 68% van de cliënten is vastgelegd of zij wel/niet een ziekenhuisopname willen.

Let op! Het is nadrukkelijk niet de bedoeling om in opmerkingenvelden persoonsgegevens of andere naar personen herleidbare informatie in te vullen. Gebeurt dit toch, dan ligt de verantwoordelijkheid bij de invuller. Dit veld wordt opgenomen in het Openbaar Databestand.

Thema 3 - Medicatieveiligheid - Verplichte indicator

Indicator 3.1

Bespreken medicatiefouten in het team

Vooraf Was in de verslagperiode op één of meer van de afdelingen binnen uw locatie sprake van (meldingen van) medicatiefouten?

ja

Let op: bij deze indicator moeten zowel cliënten met een indicatie WLZ VV ZZP 4 t/m 10 **zonder** behandeling, als **met** behandeling worden meegenomen.

Vraag per afdeling Worden medicatiefouten ten minste eens per kwartaal multidisciplinair besproken met medewerkers van de afdeling op basis van meldingen die zijn gedaan?

(ja/nee)

Resultaat op locatieniveau

Teller Aantal afdelingen waar - indien er meldingen van medicatiefouten zijn geweest - deze tenminste eens per kwartaal multidisciplinair worden besproken met medewerkers van de afdeling:

4 afdelingen

Noemer Totaal aantal afdelingen waar meldingen van medicatiefouten zijn geweest:

4 afdelingen

Percentage 100 %

Let op : bestaat uw organisatie uit één afdeling of locatie? Dan is de score altijd 0% of 100%.

Opmerking bij indicator 3.1 Meldingen zijn besproken met betrokkenen en waar nodig met SO/VS. Ten tijde van de coronacrisis was het niet altijd mogelijk om de medicatie-incidenten multidisciplinair in een teamoverleg te bespreken. De MIC commissie is desondanks wel minimaal 1x per kwartaal bij elkaar geweest. Hierbij zijn de medicatiefouten van alle afdelingen meegenomen.

Let op! Het is nadrukkelijk niet de bedoeling om in opmerkingenvelden persoonsgegevens of andere naar personen herleidbare informatie in te vullen. Gebeurt dit toch, dan ligt de verantwoordelijkheid bij de invuller. Dit veld wordt opgenomen in het Openbaar Databestand.

Indicator 3.2

Medicatiereview

Vraag per cliënt Is in het afgelopen jaar een formele medicatiereview uitgevoerd bij de cliënt?

- Let op:** het gaat hier alleen om medicatiereviews voor cliënten mét behandeling.

Teller

Aantal cliënten op de locatie, met een ZZP V&V indicatie met behandeling en langer dan 6 maanden in zorg, waarbij een formele medicatiereview heeft plaatsgevonden (in het bijzijn van zowel apotheker, specialist ouderengeneeskunde als zorgmedewerker die medicijnen aan de cliënt verstrekt):

Noemer

Totaal aantal cliënten op de locatie met een ZZP
V&V indicatie met behandeling en langer dan 6
maanden in zorg:

Percentage

6.5 %

Indien de noemer bij indicator 3.2 lager is dan 10, wordt de score in verband met privacyoverwegingen en beperkte zeggingskracht niet doorgeleverd aan het Zorginstituut, maar wordt in het betreffende veld een codering opgenomen die aangeeft dat er wel gegevens zijn aangeleverd, maar dat de N lager is dan 10.

Opmerking bij indicator 3.2

In mei 2020 heeft wel een review psychofarmacie plaatsgevonden.

Let op! Het is nadrukkelijk niet de bedoeling om in opmerkingenvelden persoonsgegevens of andere naar personen herleidbare informatie in te vullen. Gebeurt dit toch, dan ligt de verantwoordelijkheid bij de invuller. Dit veld wordt opgenomen in het Openbaar Databestand.

Thema 4 - Gemotiveerd omgaan met vrijheidsbeperking - Vrije keuze indicator

Indicator 4.1

U heeft deze indicator bij "Samenstelling van deelvragenlijst Basisveiligheid" **niet** geselecteerd.

Middelen en maatregelen rond vrijheid

Indicator 4.2

U heeft deze indicator bij "Samenstelling van deelvragenlijst Basisveiligheid" **niet** geselecteerd.

Terugdringen vrijheidsbeperking

Indicator 4.3

Werken aan vrijheidsbevordering

Vraag (Hier kunt u maximaal 400 tekens invoeren:)	Hoe werkt de organisatie aan vrijheidsbevordering voor cliënten die zorg ontvangen op basis van de Wet Zorg en Dwang? <i>Deze vraag dient ingevuld te worden per organisatie. Beschrijft u hoe op de locaties wordt gewerkt aan vrijheidsbevordering. Had u in 2020 geen cliënten die zorg ontvangen op basis van de Wet Zorg en Dwang? Dan is het niet zinvol om deze indicator te kiezen.</i> (Hier kunt u maximaal 400 tekens invoeren:)	LP gebruikt geen fixatiemiddelen, zoals onrustbanden en spanlakens. Antipsychotica wordt terughoudend voorgeschreven. Medewerkers zijn geschoold in dementie en toepassing van
--	--	--

gedragsbenaderingsadviezen. LP werkt op afdelingen voor bewoners met dementie met leefcirkels.

Opmerking bij indicator 4.3

Link naar kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag La Providence:
<https://www.laprovidence.nl/kwaliteit>

Let op! Het is nadrukkelijk niet de bedoeling om in opmerkingenvelden persoonsgegevens of andere naar personen herleidbare informatie in te vullen. Gebeurt dit toch, dan ligt de verantwoordelijkheid bij de invuller. Dit veld wordt opgenomen in het Openbaar Databestand.

Thema 5 - Continentie - Vrije keuze indicator

Indicator 5

Continentie

Vraag per cliënt

Is een plan voor zorg rondom de toiletgang aanwezig in het zorgdossier?

- Ja, er zijn afspraken vastgelegd over:
 - voorkeuren en gewoontes van de cliënt ten aanzien van toiletgang
 - manieren waarop cliënt ondersteund kan worden om de toiletgang zoveel mogelijk zelfstandig uit te (blijven) voeren
 - benodigde hulp bij de toiletgang
 - passend gebruik van incontinentiematerialen
 - anders, namelijk... [open veld]
- Nee
- Onbekend

Let op: deze indicator vraagt een toetsing van de vastgelegde afspraken rondom de toiletgang per cliënt. Het betreft hier uitdrukkelijk niet de globale afspraken over het proces zoals deze in de instelling zijn vastgelegd.

Resultaat op locatieniveau

Totaal aantal cliënten op de locatie:

Noemer

112 cliënten

Indien de noemer bij indicator 5 lager is dan 10, wordt de score in verband met privacyoverwegingen en beperkte zeggingskracht niet doorgeleverd aan het Zorginstituut, maar wordt in het betreffende veld een codering opgenomen die aangeeft dat er wel gegevens zijn aangeleverd, maar dat de N lager is dan 10.

1. Aantal cliënten op de locatie waarbij WEL een plan voor zorg rondom de toiletgang is vastgelegd in het zorgdossier:

Teller 1

91 cliënten

Percentage 1

81.3 %

2. Aantal cliënten op de locatie waarbij GEEN plan voor zorg rondom de toiletgang is vastgelegd in het zorgdossier:

Teller 2

20 cliënten

Percentage 2

17.9 %

3. Aantal cliënten op de locatie waarbij het ONBEKEND is of er een plan voor zorg rondom toilet is vastgelegd in het zorgdossier:

Teller 3

1 cliënten

Percentage 3

0.9 %

Welke afspraken voor zorg rondom de toiletgang worden op de locatie vastgelegd bij het merendeel van de cliënten?

Meerdere antwoorden mogelijk

afspraken over benodigde hulp bij de toiletgang

afspraken over passend gebruik van incontinentiematerialen

Opmerking bij indicator 5

Van de 20 cliënten waar geen plan voor zorg rondom toiletgang is vastgelegd betreft dit:

- 10 cliënten van de afdeling Passage/tijdelijk verblijf. Op deze afdeling worden geen plannen voor zorg rondom toiletgang vastgelegd, tenzij noodzakelijk.
- 9 cliënten van de afdeling Zorgappartementen. Indien hulp bij de toiletgang niet relevant is wordt hiervoor geen zorgplan vastgelegd.

Let op! Het is nadrukkelijk niet de bedoeling om in opmerkingenvelden persoonsgegevens of andere naar personen herleidbare informatie in te vullen. Gebeurt dit toch, dan ligt de verantwoordelijkheid bij de invuller. Dit veld wordt opgenomen in het Openbaar Databestand.

Thema 6 - Aandacht voor eten en drinken - Verplichte indicator

Indicator 6

Aandacht voor eten en drinken

Vraag per cliënt	Zijn voedselvoorkeuren met de cliënt en/of familie van de cliënt in de afgelopen zes maanden besproken en vastgelegd in het zorgdossier? ■ Ja, een van de volgende onderwerpen is besproken én vastgelegd: ■ voorkeuren voor bepaald eten en drinken ■ voorkeuren omtrent het aanbieden van eten en drinken (hoeveelheid, frequentie, vorm) ■ gewenste hulp bij eten en drinken ■ voorkeuren voor tijd en plaats van eten en drinken ■ anders, namelijk... [open veld] ■ Nee ■ Onbekend
------------------	---

Resultaat op locatieniveau

Totaal aantal cliënten op de locatie:

Noemer	112 cliënten Indien de noemer bij indicator 6 lager is dan 10, wordt de score in verband met privacyoverwegingen en beperkte zeggingskracht niet doorgeleverd aan het Zorginstituut, maar wordt in het betreffende veld een codering opgenomen die aangeeft dat er wel gegevens zijn aangeleverd, maar dat de N lager is dan 10.
--------	--

1. Aantal cliënten op de locatie waarbij voedselvoorkeuren in de afgelopen zes maanden WEL zijn besproken en vastgelegd in het zorgdossier:

Teller 1	87 cliënten
----------	-------------

Percentage 1	77.7 %
--------------	--------

2. Aantal cliënten op de locatie waarbij voedselvoorkeuren in de afgelopen zes maanden NIET zijn besproken en vastgelegd in het zorgdossier:

Teller 2	14 cliënten
----------	-------------

Percentage 2	12.5 %
--------------	--------

3. Aantal cliënten op de locatie waarbij het ONBEKEND is of voedselvoorkeuren in de afgelopen zes maanden zijn besproken en vastgelegd in het zorgdossier:

Teller 3	11 cliënten
----------	-------------

Percentage 3	9.8 %
--------------	-------

Welke afspraken rondom aandacht voor eten en drinken worden op de locatie bij het merendeel van de cliënten besproken en vastgelegd?

Meerdere antwoorden mogelijk

voorkeuren omtrent het aanbieden van eten en drinken (hoeveelheid, frequentie, vorm)

gewenste hulp bij eten en drinken

voorkeuren voor tijd en plaats van eten en drinken

Opmerking bij indicator 6

Bij de afdeling voor PG cliënten wordt gezamenlijk gegeten. Voor deze bewoners wordt daarom niet standaard een zorgplan rondom eten en drinken vastgelegd in het dossier. Tijdens de gezamenlijke maaltijd wordt altijd gevraagd naar de wensen van de bewoner. Verder worden afwijkingen ook altijd genoteerd in het dossier.

Voor bewoners met slikproblemen is gestart met implementatie van de nieuwe internationale standaard volgens IDDSI-model, waarbij onder andere de aantrekkelijkheid van presentatie van gemalen voeding extra aandacht krijgt.

.....

Let op! Het is nadrukkelijk niet de bedoeling om in opmerkingenvelden persoonsgegevens of andere naar personen herleidbare informatie in te vullen. Gebeurt dit toch, dan ligt de verantwoordelijkheid bij de invuller. Dit veld wordt opgenomen in het Openbaar Databestand.

Thema 7 - Kwaliteitsverslag (URL)

Indicator 7

Webadres Kwaliteitsverslag

Vraag

Wat is de URL van de publieke website waar het Kwaliteitsverslag 2020 van uw zorgorganisatie (concern) te vinden is?

<https://www.laprovidence.nl/kwaliteit>

Vul hier een zo specifiek mogelijke URL in, waar het Kwaliteitsverslag direct te vinden is, en niet een algemene URL. Als uw Kwaliteitsverslag op moment van aanleveren nog niet gepubliceerd is, vul dan indien mogelijk de URL in waar deze gepubliceerd zal gaan worden.

Opmerking bij indicator 7

Onder het kopje transparantie is verder ook o.a. het meerjarenbeleid en de jaarrekening terug te vinden. <https://www.laprovidence.nl/transparantie>

Let op! Het is nadrukkelijk niet de bedoeling om in opmerkingenvelden persoonsgegevens of andere naar personen herleidbare informatie in te vullen. Gebeurt dit toch, dan ligt de verantwoordelijkheid bij de invuller. Dit veld wordt opgenomen in het Openbaar Databestand.

Thema 8 - Cliëntervaring score

Indicator 8

Net Promotor Score / aanbevelingsvraag ZorgkaartNederland.nl / totaalscore ZorgkaartNederland.nl

Vraag	Wat is de cliëntervaring score van de zorglocatie?
	Welke methode om te meten kiest u?
	Aanbevelingsvraag ZorgkaartNederland (ja, nee)
Vraag per cliënt / cliënten- vertegenwoordiger	Zou u deze instelling aanbevelen bij uw vrienden of familie? <i>Antwoord: ja/nee</i>

Resultaat op locatieniveau

Percentage	Percentage respondenten dat de instelling aanbeveelt: 97 %
Noemer	Wat was het totaal aantal respondenten in de verslagperiode? 37 respondenten Indien het aantal respondenten lager is dan 10, wordt de score in verband met privacyoverwegingen en beperkte zeggingskracht niet doorgeleverd aan het Zorginstituut, maar wordt in het betreffende veld een codering opgenomen die aangeeft dat er wel gegevens zijn aangeleverd, maar dat de N lager is dan 10.
Opmerking bij indicator 8	Het gemiddelde cijfer in 2020 bedraagt 8,7 Let op! Het is nadrukkelijk <u>niet</u> de bedoeling om in opmerkingenvelden persoonsgegevens of andere naar personen herleidbare informatie in te vullen. Gebeurt dit toch, dan ligt de verantwoordelijkheid bij de invuller. Dit veld wordt opgenomen in het Openbaar Databestand.

Toelichting (optioneel)

Toelichting door organisatie op de kwaliteitsinformatie

Een korte toelichting door organisatie (op locatieniveau) op de ingevulde indicatorset.

Onderstaande toelichting wordt met de data meegestuurd naar het Zorginstituut en wordt opgenomen in het Openbaar Databestand. Let u zelf op dat hier geen tijdsgebonden zaken of privacygevoelige informatie noteert.

Toelichting door organisatie op de kwaliteitsinformatie <i>(Hier kunt u maximaal 500 tekens invoeren:)</i>	Voor La Providence is leidend: Aandacht en warme liefdevolle zorg. Leefplezier van de cliënt. Werkgeluk voor medewerkers. Een tevreden medewerker=tevreden cliënt.
--	--

Kwaliteitsgegevens Verpleeghuiszorg - personeelssamenstelling, verslagjaar 2020 - antwoordenoverzicht

Inleiding, reikwijdte, vragen

1 - Inleiding

In het kwaliteitskader verpleeghuizen is een vijftal indicatoren genoemd met betrekking tot personeelssamenstelling die door de stuurgroep kwaliteitskader verpleeghuiszorg geduid en geconcretiseerd zijn. Hierbij gaat het om de indicatoren: aard van de aanstellingen, kwalificatieniveaus zorgverleners en vrijwilligers, ziekteverzuim, in-, door- en uitstroom en ratio personeelskosten/ opbrengsten. In deze portal kunt u de benodigde gegevens aanleveren.

1.1 - Reikwijdte

We hanteren dezelfde reikwijdte als die vermeld staat in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg en het Handboek voor zorgaanbieders van verpleeghuiszorg (kwaliteitsindicatoren). Als een organisatie locaties heeft die moeten aanleveren (omdat zij zorg bieden aan cliënten met een ZZP-indicatie 4 t/m 10, die 24 uur aangewezen zijn op Wlz-zorg, geboden in een groep, of geclusterd) dan moet zij ook op concernniveau de personeelssamenstelling aanleveren. Bij het beantwoorden van de vragen over de personeelssamenstelling maakt de organisatie vervolgens - indien nodig - een zo nauwkeurige mogelijke inschatting welke medewerkers voor de beschreven categorie verpleeghuiscliënten aan het werk zijn. We raden u aan de gemaakte keuzes van voorgaand jaar daarbij als uitgangspunt te nemen, omdat de cijfers van de opeenvolgende jaren met elkaar vergeleken zullen worden.

1.2 - Vragen

Het kan zijn dat u nog vragen heeft, daarvoor kunt u contact opnemen met de volgende organisaties:

- Voor inhoudelijke vragen omtrent de indicatoren kunt u terecht bij Verenso en V&VN.
- Voor vragen over de reikwijdte van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg kunt u terecht bij Zorginstituut Nederland.
- Voor technische vragen over de portal kunt u tijdens de periode van aanlevering terecht bij de gegevensmakelaar.

2.1 - Aard van de aanstellingen

Achtergrond

De aard van de aanstellingen zegt met name iets over de kwantitatieve personele bezetting en de mate waarin sprake is van continuïteit in de relatie tussen medewerkers, organisatie en cliënten. Ook zegt het iets over de wijze waarop qua personele inzet ingespeeld wordt c.q. gespeeld kan worden op onplanbare veranderingen in de cliëntvraag. Daarnaast heeft het een relatie met de aantrekkelijkheid van een organisatie op de arbeidsmarkt.

Indicator 2.1.1

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:
218 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 (vast of tijdelijk).
- 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 2020.

Meetinstructie

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

Opmerking bij indicator 2.1.1

Betreft personeelsleden die betrokken zijn bij Wlz zorg: afdelingen De Driesprong, De Morgenster, De Passage, De Zorgappartementen inclusief welzijn, behandelcentrum, horeca en huishoudelijke dienst.

Indicator 2.1.2

Aantal fte

Definitie

Aantal 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

Aantal ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode:
120.2 fte

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 (vast of tijdelijk). ■ Uitgesloten zijn arbeidskrachten die geen arbeidsovereenkomst bij de organisatie hebben, zoals uitzendkrachten, ZZP-ers, gedetacheerden, stagiairs, etc.
Bron	Personeels-/ salarisadministratie of urenadministratie
Meetperiode	Voor deze indicator geldt de periode van 1 januari t/m 31 december 2020.
Meetinstructie	U registreert hoeveel fte's (door personeelsleden met een arbeidsovereenkomst) er gedurende de meetperiode bij de organisatie zijn ingezet c.q. betaald.
Opmerking bij indicator 2.1.2	Betreft personeelsleden die betrokken zijn bij Wlz zorg: afdelingen De Driesprong, De Morgenster, De Passage, De Zorgappartementen inclusief welzijn, behandelcentrum, horeca en huishoudelijke dienst.

Indicator 2.1.3

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: 51 personeelsleden
Noemer	Aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst op meetmoment: 218 personeelsleden
Percentage	23.4 %

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 het meetmoment 31 december 2020
Meetinstructie	1. U registreert het aantal personeelsleden met een tijdelijke arbeidsovereenkomst op het meetmoment. 2. U registreert hoeveel personeelsleden een arbeidsovereenkomst hebben op het meetmoment.

3. De uitkomst van 1 wordt gedeeld door de uitkomst van 2.

Opmerking bij indicator 2.1.3

Indicator 2.1.4

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 Aantal ingezette fte's uitzendkrachten/PNIL over de periode:

2.1 fte

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

120.2 fte

Percentage 1.7 %

Type indicator Uitkomstindicator

Niveau van meting Concernniveau

In- en exclusiecriteria De indicator betreft alleen uitzendkrachten/PNIL en personeelsleden 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 2020.

Meetinstructie

1. U registreert hoeveel fte's door uitzendkrachten/PNIL er gedurende de meetperiode bij de organisatie zijn ingezet.
2. U heeft in 2.1.2 al geregistreerd hoeveel fte's (door personeelsleden met een arbeidsovereenkomst) er gedurende de meetperiode bij de organisatie zijn ingezet.
3. De uitkomst van 1 wordt gedeeld door de uitkomst van 2.

Opmerking bij indicator 2.1.4 afdelingen De Driesprong, De Morgenster, De Passage, De Zorgappartementen inclusief welzijn, behandelcentrum, horeca en huishoudelijke dienst.

Indicator 2.1.5

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: 401438 euro
Noemer	Som personeelskosten van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst: 6122530 euro
Percentage	6.6 %
Type indicator	Uitkomstindicator
Niveau van meting	Concernniveau
In- en exclusiecriteria	De indicator betreft alleen uitzendkrachten/PNIL en personeelsleden die gerelateerd zijn aan de cliëntgroep zoals genoemd in paragraaf 1.1 bij reikwijdte.
Bron	Financiële administratie
Meetperiode	Voor deze indicator geldt de periode van 1 januari t/m 31 december 2020.
Meetinstructie	1. U registreert hoeveel euro is uitgegeven aan inzet van uitzendkrachten/PNIL gedurende de meetperiode. 2. U registreert de som van de personeelskosten (betrekking hebbende op personeelsleden met een arbeidsovereenkomst) gedurende de meetperiode. 3. De uitkomst van 1 wordt gedeeld door de uitkomst van 2.
Opmerking bij indicator 2.1.5	afdelingen De Driesprong, De Morgenster, De Passage, De Zorgappartementen inclusief welzijn, behandelcentrum, horeca en huishoudelijke dienst.

Indicator 2.1.6

Gemiddelde contractomvang

Definitie	Aantal 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	Aantal ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode: 120.2 fte
Noemer	Gemiddeld aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode: 218 personeelsleden
Gemiddelde	0.6 fte per personeelslid
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 of urenadministratie
Meetperiode	Voor deze indicator geldt de periode van 1 januari t/m 31 december 2020.
Meetinstructie	1. U heeft in 2.1.2 al geregistreerd hoeveel fte's (door personeelsleden met een arbeidsovereenkomst) er gedurende de meetperiode bij de organisatie zijn ingezet. 2. U heeft in 2.1.1 al geregistreerd hoeveel personeelsleden met een arbeidsovereenkomst er gemiddeld gedurende de meetperiode bij de organisatie in dienst waren. 3. De uitkomst van 1 wordt gedeeld door de uitkomst van 2.
Opmerking bij indicator 2.1.6	Betreft personeelsleden die betrokken zijn bij Wlz zorg: afdelingen De Driesprong, De Morgenster, De Passage, De Zorgappartementen inclusief welzijn, behandelcentrum, horeca en huishoudelijke dienst.

2.2 - Kwalificatieniveaus zorgverleners en vrijwilligers

Achtergrond

Het kwalificatieniveau van de zorgverleners geeft aan welk niveau aan kwaliteitseisen (middels opleiding en scholing) gesteld wordt aan de medewerkers c.q. functies die ingezet worden bij het leveren van zorg- en dienstverlening aan de cliënten. De door een organisatie gewenste kwalificatieniveaumix vormt idealiter een doorvertaling van de zorgvisie naar een ideale personeelssamenstelling. De kwantitatieve beschikbaarheid van vrijwilligers zegt iets over de extra aandacht die geschonken kan worden aan cliënten buiten de reguliere, professionele zorg- en dienstverlening.

Indicator 2.2.1

Percentage fte per niveau

Definitie

Percentage fte per niveau.

Vraag	Hoe ziet de ingezette kwalificatieniveaumix eruit?
Noemer	Aantal ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode (ingevuld bij indicator 2.1.2): 120.2 fte
Teller 1	Aantal ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode met kwalificatieniveau " Niveau 1 zorg en welzijn ": 1.1 fte
Percentage 1	0.9 %
Teller 2	Aantal ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode met kwalificatieniveau " Niveau 2 zorg en welzijn ": 30.3 fte
Percentage 2	25.4 %
Teller 3	Aantal ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode met kwalificatieniveau " Niveau 3 zorg en welzijn ": 45.6 fte
Percentage 3	38.3 %
Teller 4	Aantal ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode met kwalificatieniveau " Niveau 4 zorg en welzijn ": 30.5 fte
Percentage 4	25.6 %
Teller 5	Aantal ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode met kwalificatieniveau " Niveau 5 zorg en welzijn ": 4.8 fte
Percentage 5	4 %
Teller 6	Aantal ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode met kwalificatieniveau " Niveau 6 zorg en welzijn ": 1 fte
Percentage 6	0.8 %

Teller 7	Aantal ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode met kwalificatieniveau " Behandelaren/(para-)medisch ":
	4.9 fte
Percentage 7	4.1 %
Teller 8	Aantal ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode met kwalificatieniveau " Overig zorgpersoneel ":
	0 fte
Percentage 8	0 %
Teller 9	Aantal ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode met kwalificatieniveau " Leerlingen ":
	2 fte
Percentage 9	1.7 %
Teller (totaal)	Aantal ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode, zoals hierboven ingevuld bij "Teller 1" t/m "Teller 9":
	120.2 fte
Noemer	Aantal ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode (ingevuld bij indicator 2.1.2):
	120.2 fte
Percentage (totaal)	100 %

Let op: de percentages tellen niet per definitie op tot 100%, omdat er ook categorieën medewerkers zijn wiens werk minder direct gerelateerd is aan de cliëntgroep (bv een medewerker salarisadministratie).

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. Bij deze indicator geldt de stelregel dat het gaat om een inschatting van de mate waarin zij verhoudingsgewijs voor de beschreven categorie verpleeghuiscliënten aan het werk zijn, zonder dat dit exact berekend hoeft te worden. We raden aan de gemaakte keuzes van voorgaand jaar daarbij als uitgangspunt te nemen, omdat de cijfers van de opeenvolgende jaren met elkaar vergeleken zullen worden. Mocht u dit meetjaar andere keuzes hierin maken licht dan uw antwoord toe bij het toelichtingsveld van deze indicator (2.2.1). ■ Het betreft onder andere behandelaars, verpleegkundigen, verzorgenden, helpenden, geestelijk verzorgenden en gastvrouwen. Uiteraard zijn ook vrijwilligerscoördinatoren, activiteitencoördinatoren van belang. ■ Het betreft personeelsleden met een arbeidsovereenkomst. ■ Uitgesloten zijn arbeidskrachten die geen arbeidsovereenkomst bij de organisatie hebben, zoals uitzendkrachten, ZZP-ers, gedetacheerden, stagiairs, etc. ■ Let op: de percentages tellen niet per definitie op tot 100%, omdat er ook categorieën medewerkers zijn wiens werk minder direct gerelateerd is aan de cliëntgroep (bv een medewerker salarisadministratie).
Bron	Personeels-/ salarisadministratie of urenregistratie
Meetperiode	Voor deze indicator geldt de periode van 1 januari t/m 31 december 2020.
Meetinstructie	1. U registreert hoeveel fte's (door personeelsleden een arbeidsovereenkomst) met

kwalificatieniveau "X" er gedurende de meetperiode bij de organisatie zijn ingezet.
Deze worden automatisch voor u opgeteld.

2. U heeft in 2.1.2 al geregistreerd hoeveel fte's (door personeelsleden met een arbeidsovereenkomst) er gedurende de meetperiode bij de organisatie zijn ingezet.
3. De uitkomst van 1 wordt gedeeld door de uitkomst van 2.

Opmerking bij indicator 2.2.1

Indicator 2.2.2

Aantal stagiairs

Definitie	Aantal stagiairs over de periode.
Vraag	Hoeveel stagiairs heeft de organisatie?
Aantal	Aantal stagiairs over de periode: 5 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 2020.
Meetinstructie	U registreert hoeveel stagiairs er gedurende de meetperiode bij de organisatie actief waren.

Opmerking bij indicator 2.2.2

Indicator 2.2.3

Aantal vrijwilligers

Definitie	Aantal vrijwilligers over de periode.
Vraag	Hoeveel vrijwilligers heeft de organisatie?
Aantal	Aantal vrijwilligers over de periode: 118 vrijwilligers
Type indicator	Uitkomstindicator
Niveau van meting	Concernniveau
In- en exclusiecriteria	De indicator betreft alleen de vrijwilligers die gerelateerd zijn aan de cliëntgroep zoals genoemd in paragraaf 1.1 bij reikwijdte.
Bron	Personeels-/ salarisadministratie.
Meetperiode	Voor deze indicator geldt de periode van 1 januari t/m 31 december 2020.

Meetinstructie

U registreert hoeveel vrijwilligers er gedurende de meetperiode bij de organisatie actief waren.

Opmerking bij indicator 2.2.3

2.3 - Ziekteverzuim

Achtergrond

Het ziekteverzuim zegt iets over de mate waarin medewerkers op basis van fysieke- en/of psychische klachten besluiten niet te kunnen werken. In sommige gevallen ligt de oorzaak of een deel van de oorzaak in het werk of de werkomstandigheden. Ziekteverzuim en de wijze waarop ziekteverzuim herbezet wordt, heeft invloed op de personele inzet in relatie tot de cliëntsamenstelling.

Indicator 2.3.1

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): 4386 ziektedagen
Noemer	Aantal werk-/kalenderdagen (voor de berekeningswijze wordt de definitie van het CBS/Vernet gevolgd): 40202 werk-/kalenderdagen
Percentage	10.9 %
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. ■ Zwangerschaps- en bevallingsverlof wordt niet meegenomen.
Bron	Personeels-/ salarisadministratie, arbodienstverlener.
Meetperiode	Voor deze indicator geldt de periode van 1 januari t/m 31 december 2020.
Meetinstructie	1. U registreert het aantal ziektedagen gedurende de meetperiode (voor de berekeningswijze wordt de definitie van het CBS/Vernet gevolgd). 2. U registreert het aantal werk-/kalenderdagen gedurende de meetperiode (voor de berekeningswijze wordt de definitie van het CBS/Vernet gevolgd). 3. De uitkomst van 1 wordt gedeeld door de uitkomst van 2.

Opmerking bij indicator 2.3.1

Betreft personeelsleden die betrokken zijn bij Wlz zorg: afdelingen De Driesprong, De Morgenster, De Passage, De Zorgappartementen inclusief welzijn, behandelcentrum, horeca en huishoudelijke dienst.

Indicator 2.3.2

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): 227 ziekmeldingen
Noemer	Gemiddeld aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode: 218 personeelsleden
Frequentie	1.04
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. ■ Zwangerschaps- en bevallingsverlof wordt niet meegenomen.
Bron	Personeels-/ salarisadministratie, arbodienstverlener.
Meetperiode	Voor deze indicator geldt de periode van 1 januari t/m 31 december 2020.
Meetinstructie	1. U registreert het aantal nieuwe (ziekte)verzuimgevallen gedurende de meetperiode. 2. U heeft in 2.1.1 al geregistreerd hoeveel personeelsleden met een arbeidsovereenkomst er gemiddeld gedurende de meetperiode bij de organisatie in dienst waren. 3. De uitkomst van 1 wordt gedeeld door de uitkomst van 2.
Opmerking bij indicator 2.3.2	Betreft personeelsleden die betrokken zijn bij Wlz zorg: afdelingen De Driesprong, De Morgenster, De Passage, De Zorgappartementen inclusief welzijn, behandelcentrum, horeca en huishoudelijke dienst.

2.4 - In-, door- en uitstroom

Achtergrond

De in-, door- en uitstroom zegt iets over de stabiliteit van de personele bezetting in relatie tot de cliënten. Een doelgerichte balans tussen enerzijds continuïteit en anderzijds vernieuwing afgestemd op de cliëntbehoefte en de ontwikkelingen hieromtrent vormt de uitdaging. Idealiter geeft in-, door- en uitstroom bewegingsruimte om te komen tot een verbeterde personeelssamenstelling en illustreert het de mate waarin de organisatie weet aan te sluiten op de loopbaanwensen van personeelsleden.

Indicator 2.4.1

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:

40 personeelsleden

Aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst op meetmoment -1 jaar:

194 personeelsleden

Aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst op meetmoment:

218 personeelsleden

Noemer

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

206 personeelsleden

Percentage

19.4 %

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 het meetmoment 31 december 2020 en een jaar eerder.

Meetinstructie

1. U registreert hoeveel personen op meetmoment minus 1 jaar niet werkzaam zijn als personeelslid met een arbeidsovereenkomst bij de organisatie, maar dat wel zijn op meetmoment.

2. U registreert hoeveel personeelsleden een arbeidsovereenkomst hebben op het meetmoment minus 1 jaar.
3. U registreert hoeveel personeelsleden een arbeidsovereenkomst hebben op het meetmoment.
4. De uitkomsten van 2 en 3 worden bij elkaar opgeteld en gedeeld door twee.
5. De uitkomst van 1 wordt gedeeld door de uitkomst van 4.

Opmerking bij indicator 2.4.1

Betreft personeelsleden die betrokken zijn bij Wlz zorg: afdelingen De Driesprong, De Morgenster, De Passage, De Zorgappartementen inclusief welzijn, behandelcentrum, horeca en huishoudelijke dienst. Er heeft een correctie plaatsgevonden op aantal personeelsleden meetmoment -1 jaar (zodat deze dezelfde groep medewerkers betreft zoals hierboven beschreven)

Indicator 2.4.2

Percentage uitstroom

Definitie

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

Vraag

Welke omvang heeft de uitstroom van medewerkers?

Teller

Aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst op meetmoment minus 1 jaar dat niet werkzaam is als personeelslid met een arbeidsovereenkomst op meetmoment:

26 personeelsleden

Noemer

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

206 personeelsleden

Percentage

12.6 %

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 het meetmoment 31 december 2020 en een jaar eerder.

Meetinstructie

1. U registreert hoeveel personen op meetmoment minus 1 jaar wel werkzaam zijn als personeelslid met een arbeidsovereenkomst bij de organisatie, maar dat niet meer zijn op meetmoment.
2. U registreert hoeveel personeelsleden een arbeidsovereenkomst hebben op het meetmoment minus 1 jaar.
3. U registreert hoeveel personeelsleden een arbeidsovereenkomst hebben op het meetmoment.

4. De uitkomsten van 2 en 3 worden bij elkaar opgeteld en gedeeld door twee.
5. De uitkomst van 1 wordt gedeeld door de uitkomst van 4.

Opmerking bij indicator 2.4.2

Indicator 2.4.3

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:

18 personeelsleden

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

206 personeelsleden

Percentage 8.7 %

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 het meetmoment 31 december 2020 en een jaar eerder.

Meetinstructie

1. U registreert hoeveel personeelsleden met een arbeidsovereenkomst er bij de organisatie zijn op meetmoment en op meetmoment minus 1 jaar die op meetmoment een ander kwalificatieniveau hebben dan op meetmoment minus 1 jaar.
2. U registreert hoeveel personeelsleden een arbeidsovereenkomst hebben op het meetmoment minus 1 jaar.
3. U registreert hoeveel personeelsleden een arbeidsovereenkomst hebben op het meetmoment.
4. De uitkomsten van 2 en 3 worden bij elkaar opgeteld en gedeeld door twee.
5. De uitkomst van 1 wordt gedeeld door de uitkomst van 4.

Opmerking bij indicator 2.4.3

2.5 - Ratio personeelskosten / opbrengsten

Achtergrond

Hierbij gaat het om de kwantitatieve personele inzet bij de zorg- en dienstverlening aan de gemiddelde cliënt.

Indicator 2.5.1

Fte zorg / cliënt-ratio

Definitie

Aantal ingezette fte's over de periode gedeeld door het aantal cliënten over de periode. Bij de fte's betreft het de ingezette fte's (incl. meeruren, overuren, oproepuren) en niet alleen de contractuele fte's.

Vraag	Hoeveel fte is er ingezet per cliënt?
Teller	Aantal ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode (ingevuld bij indicator 2.1.2): 120.2 fte
Noemer input	Aantal cliëntdagen van de Vectiscodes ZZP/VPT 4-10 over de periode: 40146 cliëntdagen (totaal)
Noemer	Gemiddeld aantal cliënten over de periode (is getal bij noemer input gedeeld door aantal dagen in het jaar dus 365): 109.989
Uitkomst	1.09
Type indicator	Uitkomstindicator
Niveau van meting	Concernniveau
In- en exclusiecriteria	■ De indicator betreft alleen cliënten conform de cliëntgroep zoals genoemd in paragraaf 1.1 bij reikwijdte. ■ 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. ■ Zwangerschaps- en bevallingsverlof wordt niet meegenomen.
Bron	Client-/ productieadministratie en personeels-/ salarisadministratie of urenadministratie.
Meetperiode	Voor deze indicator geldt de periode van 1 januari t/m 31 december 2020.
Meetinstructie	1. U registreert hoeveel cliëntdagen van de Vectiscodes ZZP/VPT 4-10 er zijn in de periode. 2. De uitkomst van 1 wordt gedeeld door 365. 3. U heeft in 2.1.2 al geregistreerd hoeveel fte's (door personeelsleden met een arbeidsovereenkomst) er gedurende de meetperiode bij de organisatie zijn ingezet. 4. De van 3 wordt gedeeld door de uitkomst van 2.

Opmerking bij indicator 2.5.1

