



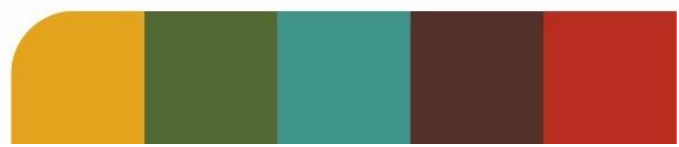
Kwaliteitsverslag 2017

*mei
elkaar!*



Inhoudsopgave

1. Inleiding	3
1.1 Werkwijze kwaliteitsverslag	3
1.2 Lerend netwerk	3
1.3 Realisatie doelstellingen	4
1.4 Besturings- en managementfilosofie	5
2. Kwaliteit van Zorg	6
2.1 Wachtlijstgegevens	6
2.2 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning	6
2.3 Wonen en welzijn	6
3. Veiligheid van zorg	7
3.1 Melding Incidenten Cliënten	7
3.2 Hygiëne en infectiepreventie	7
3.3 Risicosignalering op cliëntniveau	7
3.4 Indicatoren basisveiligheid	7
4. Cliëntoordelen	8
4.1 Klachten en ongenoegens	8
4.2 Cliënttevredenheidsonderzoek	8
4.3 Zorgkaart Nederland	9
4.4 Cliëntenraad	9
5. Resultaten in- en externe beoordelingen	10
5.1 Resultaten interne audits 2017	10
5.2 Resultaten externe audits	10
5.3 Inspectiebezoeken	10
5.4 Overige externe visitaties	10
6. Medewerkers	11
6.1 Personele bezetting	11
6.2 Ziekteverzuim	11
6.3 Medewerkers tevredenheid	11
6.4 Opleiding en deskundigheidsbevordering	11
6.5 MIM (Meldingen Incidenten Medewerkers)	12
6.6 Medezeggenschap	12



1. Inleiding

Het jaar 2017 kenmerkt zich door de vele projecten en harmonisatietrajecten van Patyna. Daarbij is op 13 januari 2017 het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg van kracht geworden en 11 april 2018 het kwaliteitskader Wijkverpleging. Partijen willen het kwaliteitskader wijkverpleging eind 2019 hebben ingevoerd zodat het de basis kan zijn voor de contratering in 2020. De kwaliteitskaders zijn als kwaliteitstandaarden opgenomen in het wettelijke Register van het Zorginstituut. Het Register maakt zichtbaar wat zorgaanbieders, cliënten en zorgverzekeraars hebben afgesproken over wat goede zorg is en vormt de basis voor toezicht en verantwoording. Het kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, waar dit verslag zich toe beperkt, sluit aan bij de uitgangspunten over kwaliteit die beschreven zijn in de vernieuwde Wet Langdurige Zorg (WLZ), te weten:

- A. de geboden zorg moet ondersteunend zijn aan de kwaliteit van leven van de cliënt;
- B. de cliënt krijgt een persoonlijk arrangement dat is afgestemd op eigen behoeften en
- C. de zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg en ondersteuning, met als belangrijkste bouwstenen: betrokken en vakbekwame zorgverleners, een persoonlijk zorgleefplan en betrokkenheid van informele zorgverleners.

Vereisten

- Elke verpleeghuisorganisatie heeft in de loop van 2017 een kwaliteitsplan opgesteld volgens de in het kwaliteitskader geschetste werkwijze.
- Elke verpleeghuisorganisatie verzorgt vanaf het rapportagejaar 2017 de interne én externe verantwoording via één kwaliteitsverslag. Dit document verschijnt jaarlijks voor 1 juli volgend op het rapportagejaar en wordt gepubliceerd op de website van de organisatie.
- Elke verpleeghuisorganisatie dient tevens het webadres van het kwaliteitsverslag, uiterlijk 1 juli volgend op het betreffende verslagjaar, aan te leveren aan de Openbare Database van Zorginstituut Nederland.
- Elke verpleeghuisorganisatie past jaarlijks het kwaliteitsplan aan op basis van het kwaliteitsverslag. Het aangepaste kwaliteitsplan verschijnt uiterlijk 31 december.
- Elke verpleeghuisorganisatie maakt uiterlijk 1-7-2017 deel uit van een lerend netwerk met tenminste twee andere collega zorgorganisaties.
- In elke verpleeghuisorganisatie vindt een vijfjaarlijkse (multidisciplinaire) kwaliteitsvisitatie plaats door de relevante beroepsorganisatie.
- Elke verpleeghuisorganisatie beschikt voor 1-1-18 over een kwaliteitsmanagementsysteem. Bovenstaande vereisten zijn in de loop van 2017 geïnitieerd en geïmplementeerd.

1.1 Werkwijze kwaliteitsverslag

De Raad van Bestuur beoordeelt in een tertiaire cyclus het kwaliteitsmanagementsysteem van Patyna om ervoor te zorgen dat het systeem steeds geschikt en doeltreffend is en dat het in lijn is met de strategie van Patyna. Doordat Patyna heeft gekozen om het kwaliteitsverslag (eis vanuit het kwaliteitskader) en de beoordeling (eis vanuit HKZ/ISO) te integreren gaat het verslag en daaraan gekoppeld de update van het kwaliteitsplan in dezelfde cyclus mee. Op deze wijze is zowel het kwaliteitsplan- als het kwaliteitsverslag niet statisch maar volgt het de pdca- cyclus en volgt hier automatisch 'leren en verbeteren' uit. Immers, vanuit deze beoordelingscyclus worden mogelijke kansen voor verbetering geïnventariseerd. Ook komt de noodzaak voor veranderingen en het beheersen of elimineren van ongewenste effecten naar voren. De input voor dit kwaliteitsverslag komt uit resultaten en/of analyses van de instrumenten van het kwaliteitsmanagementsysteem zoals bijvoorbeeld interne audits en meldingen.

1.2 Lerend netwerk

Om leren en verbeteren daadwerkelijk vorm en inhoud te geven wordt er gespiegeld met het lerend netwerk. Patyna heeft begin 2017 een lerend netwerk gevormd met ZuidOostZorg en Noorderbreedte. In 2017 is het lerend netwerk 3 x bij elkaar geweest in het kader van supervisie met betrekking tot de ontwikkeling en accordering op de kwaliteitsplannen. Voor 2018 is er een jaarplan ontwikkeld waarin de thema's uit het kwaliteitskader en het in april gepubliceerd programmaplan 'Thuis in het Verpleeghuis' geagendeerd staan.

Daarbij is afdeling kwaliteit aangesloten bij een netwerk van kwaliteitsfunctionarissen Noord Nederland waarin circa 25 zorg- en welzijn organisaties vertegenwoordigd zijn. Het netwerk komt structureel vier keer per jaar een dagdeel bij elkaar en worden er actuele thema's behandeld en waar gewenst en van toepassing gastsprekers uitgenodigd. Ook is er via de mail een open vraag- en antwoordconstructie waarbij het leren en delen met elkaar voorop staat. Informatie is gedeeld met betrekking tot het kwaliteitsplan- en verslag, AVG en Zorg en Dwang.

1.3 Realisatie doelstellingen

Voor 2017 zijn de doelstellingen vanuit o.a. het kwaliteitsplan, strategisch plan, strategisch huisvestingsbeleid en opleidingsplan beschreven in de kaderbrief 2017. Voor alle concrete acties verwijzen we naar het kwaliteitsplan, de kaderbrief en alle jaarplannen per dienst en locaties. De hoofdlijnen worden hieronder benoemd:

Tabel 1: Acties n.a.v. kaderbrief 2017 en kwaliteitsplan

Item	Verbeteractie	Verantwoordelijk	Resultaat
Waardigheid en trots		Locatiemanagement	Verwerkt in paragraaf 2.4.
Expertise-centrum	Verdere ontwikkeling van het Patyna behandelteam als : 1. Expertisecentrum 2. Al dan niet invoeren van de functie behandeling in de hele organisatie 3. Centraliseren GRZ 4. Professionaliseren centrale GRZ 5. Project inzet expertise ABC-G in eerste lijn	ABC-G	Gereed
Zorg en Dwang	Door ontwikkelen fixatievrije organisatie	RvB	Gereed voor de locaties en zorgwoningen met behandeling. Projectgroep Zorg en Dwang i.o.
C&K	Uitvoeren CTO	RvB	Gereed
C&K	Ontwikkeling kwaliteitsportaal inclusief schrapsessies documenten	RvB	Gereed
C&K	Ontwikkeling kennisbibliotheek	RvB	Gereed
C&K	Project radicale zorgvernieuwing	RvB	Going concern
Huisvesting	Opstellen, uitvoeren strategisch huisvestingsbeleid met accent: 1. Bouwplannen woonzorglocaties, 2. Nieuwbouw GRZ 3. Servicebureau 4. Pilot nieuwe woonvormen (Scharnegoutum e.a.)	RvB	Gereed
Projecten	Plan projectbeheersing opstellen	RvB	Gereed
ICT	Uitvoeren ICT beleidsplan: 1. Synchronisatie van software 2. Verwijderen dubbele systemen 3. Upgraden hardware 4. Implementatie diverse nieuwe softwarepakketten	FIT	Going concern, op schema

Wijkverpleging	Vorm geven pro- actief beleid 'buiten de huizen' en eventueel noodzakelijke ondersteuning (zoals software)	RvB/ regiomanager	Gereed
Toekomst- (visie)	Blik op toekomst op diverse onderwerpen: marketing, portfolio, merk patyna, domotica-projecten, nieuwe woonconcepten	RvB	Wordt vernieuwd in 2018 in context van Patyna Onderweis.
Financiën	In beeld brengen van consequenties veranderde regelgeving en consequenties scheiden wonen/ zorg	RvB/FIN /BC	Gereed

Het jaar 2017 kenmerkt zich door een grote diversiteit aan projecten, acties en veranderingen. Patyna is zich hier van bewust; het betreft echter items die nog voortvloeien uit de fusie en wet- en regelgeving dus daarom echt 'moeten', bijvoorbeeld de keuze voor een ECD, invoering roosterpakket, invoering digitaal melden. Op zich loopt alles op schema, maar het geluid dat er 'veel' op het bordje van met name de teamleiders komt, wordt geuit. Hier wordt gehoor aan gegeven, o.a. door inzichtelijk te maken wat allemaal loopt en hoe dit zich met elkaar verbindt. Het heeft de continue aandacht van het management de hoeveelheid aan acties werkbaar te houden.

1.4 Besturings- en managementfilosofie

In het fusieplan 'Samen beter' staan de essentie van integraal management en de overlegstructuur, de beslisstructuur van Patyna beschreven.

Gaandeweg 2017 werd echter gemerkt dat na een periode van 'invlechten' van twee organisaties, en afstemmen van processen en invoeren van nieuwe systemen, er behoefte is aan een eigen identiteit. Om vanuit één gedachte te opereren en een eigen identiteit voor Patyna duidelijk te hebben: waar zijn we voor en waar staan we voor? Waar willen we met Patyna heen gaan in de veranderende wereld van de ouderenzorg. Dit willen we tastbaar maken door een gezamenlijk gedragen DNA van Patyna te omschrijven middels het traject Patyna ûnderweis. Er is hierbij uitdrukkelijk gekozen om dit een bottom-up proces te laten worden. Daarbij is het uitgangspunt het proces, zeg maar de route. Teamgesprekken zijn de rode draad in het traject. Het gaat daarbij om alle teams: de zorgteams, de facilitaire teams en de teams op de afdelingen van het servicebureau.



Dit traject loopt momenteel nog volop en volgens planning.

2. Kwaliteit van Zorg

2.1 Wachtlijstgegevens

Gedurende 2017 is de wachtlijst afgenomen. Ten tijde van het verslag is er voor de intramurale woonvoorzieningen nagenoeg geen wachtlijst. Voor de aanleunwoningen bij de locaties is wel een behoorlijke wachtlijst.

Op de wachtlijst staan veelal mensen met PG problemen (preventief: dus nog geen duidelijke opnamewens), somatische problemen of een beschermd wonen indicatie. Met name de groep mensen met een beschermd wonen indicatie neemt toe, mede omdat de GGZ alleen mensen behandelt met een terugkeer naar huis (maximaal 3 jaar).

Bij spoedopnames valt het op dat het veelal gaat om mensen met een dementieel beeld (vaak erg ver gevorderd) en daarnaast een groot gedragsprobleem wat door wegloupedrag vaak voor onhoudbare situatie in de thuissituatie zorgt. Een In Bewaring Stelling (IBS) komt steeds vaker voor. In de praktijk betekent dit een opname binnen 24 uur op een afdeling met BOPZ. Kleinschalig wonen is i.v.m. bezetting veelal niet geschikt.

Doelgroepen

Wat op valt is dat geen cliënten met Huntington, Korsakov of jong dementerenden op de wachtlijst staan. De GRZ loopt goed, in 2017 is een duidelijke piek te zien. Met betrekking tot ELV gaat het plaatsen makkelijk en snel.

Er is een duidelijke afname in de wachtlijst te zien en opvallend is dat de doelgroepen waar Patyna zich mee wil onderscheiden (Huntington, jong dementerenden) niet voorkomen op de wachtlijst.

2.2 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Ieder mens gaat op zijn eigen manier om met ziektes en beperkingen. Persoonsgerichte zorg speelt daarop in. Het ontstaat in de relatie tussen de cliënt en zijn naasten, zorgverleners en de zorgorganisatie. De cliënt met zijn eigen geschiedenis, wensen en waarden is bij Patyna steeds het uitgangspunt. Dit om zo de bijdrage aan de kwaliteit van leven van de cliënt zo optimaal mogelijk te laten zijn.

In de locatiejaarplannen wordt beschreven op welke wijze de locaties invulling geven aan ontwikkelingen op gebied van persoonsgerichte zorg en ondersteuning. Dit is nauw verweven met de speerpunten in het plan van aanpak Waardigheid en Trots, d.d. augustus 2016. In de voortgangsrapportage W&T, april 2017 is door ons verslag gedaan van de status van acties en evaluatie van doelen.

2.3 Wonen en welzijn

Het helpen realiseren van een zinvolle dag-invulling voor de ouderen is in 2017 voortvarend ter hand genomen. Dit onderdeel is in het plan van aanpak W&T uitgewerkt in vier thema's:

1. Versterken van de samenwerking met familie en andere naasten uit het netwerk van de ouderen.
2. Bevorderen van welzijn, leefplezier en een zinvolle dag-invulling met en voor de ouderen.
3. Leven in vrijheid.
4. Passende zorg op de passende plek.

Deze thema's dragen bij aan meer geluk en een beter leven van de ouderen en worden volgens planning van 2016 t/m 2020 uitgevoerd op de verschillende locaties. In de voortgangsrapportage W&T las u de status van acties en evaluatie van doelen.

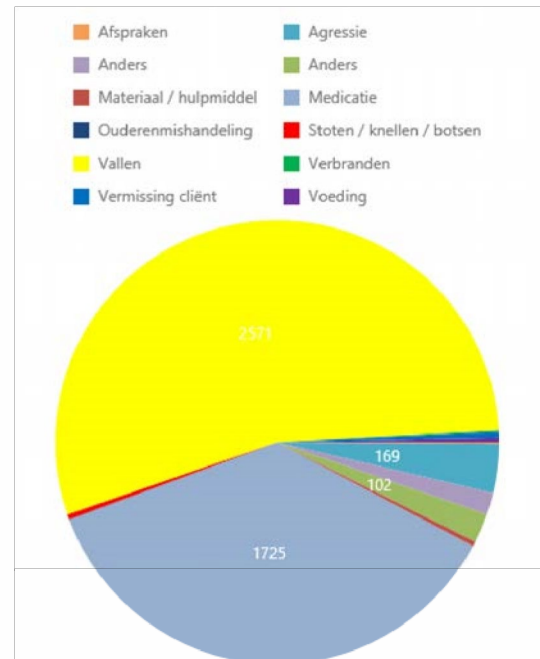
3. Veiligheid van zorg

3.1 Melding Incidenten Cliënten

Eind 2016 werd begonnen met het digitaal melden van incidenten. De implementatie hiervan zette zich door in 2017. In augustus 2017 heeft een evaluatie van dit systeem plaatsgevonden aan de hand van een enquête onder gebruikers (zowel melders als coördinatoren). Dit leidde tot een aantal aanpassingen in het systeem (o.a. verduidelijking van vragen, route van afhandeling en makkelijk te genereren rapportages). Over het algemeen zijn medewerkers op de hoogte van nut en noodzaak van het melden. De meldingscultuur is over het algemeen goed. Wel is het digitaal melden voor enkelen een obstakel

In 2017 werden in totaal 4721 incidenten gemeld. De grootste groep incidenten betreft medicatie (1725) en vallen (2571 meldingen).

Wat betreft leren van incidenten en met name leren van *elkaars* incidenten is de afspraak gemaakt dat de managers van de locaties waar respectievelijk het hoogste en het laagste relatieve percentage meldingen is gedaan, met elkaar in gesprek gaan en de verschillen analyseren en hierover terug rapporteren.



3.2 Hygiëne en infectiepreventie *Figuur 1: Incidenten cliënten*

De infectiepreventiecommissie heeft beleid ontwikkeld om de samenstelling van de commissie aan te passen voor de nieuwe organisatie. Onderwerpen binnen de commissie waren: BRMO (bijzonder resistente micro-organismen), resultaten van de handhygiëne audits, Noro-virus en het harmoniseren van alle protocollen.

3.3 Risicosignalering op cliëntniveau

Risico's van cliënten met betrekking tot de zorg- en dienstverlening worden structureel geïventariseerd bij de intake en cliëntevaluaties dan wel vaker wanneer nodig. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de verkorte checklist van Vilans en vindt bij verhoogde risico's een signalering naar doelen en interventies uitgezet.

3.4 Indicatoren basisveiligheid

Conform landelijk voorschrift werd voor 15 juni per locatie antwoord gegeven op de kwaliteitsindicatoren voor de kwaliteitsverantwoording over 2016. Hierin wordt o.a. gevraagd naar het percentage cliënten die psychofarmaca gebruiken en het percentage cliënten bij wie een vrijheidsbeperkende maatregel werd toegepast.

Voor interne bespreking werd een overzicht gemaakt, hierin was te zien dat het de percentages binnen Patyna nogal fluctueren. Dit werd besproken met de managers en wordt deels veroorzaakt door verschil in beantwoording van de vraag maar hangt ook sterk samen met de cliënten in de locaties.

Patyna houdt zicht op psychofarmaca en inzet van fixatie. Medicatiereviews worden in alle locaties gehouden en geven zicht op het medicatiegebruik op individueel cliëntniveau en tevens een overall beeld van het medicatiegebruik binnen de locatie. Uitkomsten van medicatie-audits worden besproken in de commissie medicatieveiligheid.

Patyna hanteert een non-fixatiebeleid, medio 2017 vastgesteld. Medio 2017 is non-fixatiebeleid opgesteld om verder terugdringen van fixatie te bewerkstelligen. Inmiddels is op diverse locaties het waarborgzegel voor fixatievrije zorg behaald.

4. Cliëntoordelen

4.1 Klachten en ongenoegens

Patyna voorziet in een systeem van klachtenafhandeling dat laagdrempelig is en voldoet aan wet- en regelgevingen. De PDCA-cyclus n.a.v. klachten krijgt met name gestalte op locatieniveau.

Het totaal aantal klachten dat is binnengekomen bij de klachtenfunctionaris in 2017 is 23. Het totaal aantal klachtonderwerpen 54. Een klacht kan bestaan uit meerdere klachtonderwerpen.

In alle gevallen waren klagers tevreden met de afhandeling van de klacht(en). *Tabel 2: Afhandeling klachten*

Locatiemanager	Organisatie van de zorg	Communicatie en bejegening	Medisch-zorginhoudelijk	Financiën	Anders	Totaal Klachtonderwerpen
Totaal aantal klachtonderwerpen	14	12	111	4	13	54

4.2 Cliënttevredenheidsonderzoek

In september/ november 2017 heeft het CTO plaatsgevonden, uitgevoerd door een extern onderzoeksbureau. Gekozen is voor een verkorte CQ vragenlijst in combinatie met een vervolg op de vragenlijst middels focusgroep gesprekken per locatie. Voor de CQ is gekozen omdat deze methodiek de mogelijkheid biedt van zowel cliënten zelf als mede van contactpersonen op een eenvoudige, niet belastende manier de waardering in kaart te brengen. Bovendien werd de CQ in het verleden ook al ingezet. Voor de verdieping middels focusgroepen is gekozen om per locatie in te kunnen zoomen op actuele en relevante uitkomsten. De keuze voor zowel de CQ en focusgroepen en voor het onderzoeksbureau werd gemaakt in samenspraak met de centrale cliëntenraad. Bij de invulling van de focusgroep gesprekken per locatie wordt de lokale cliëntenraad betrokken. In 2018 wordt met de focusgroep gesprekken begonnen.

Resultaten tevredenheidsonderzoek PG

Het netto responspercentage van de vertegenwoordigers van PG cliënten was 72,4%.

De berekende Net Promotor Score (NPS) op basis van de aanbevelingsvraag bedraagt 20. Positief werd beantwoord of de bewoner zelf mag bepalen hoe de woonruimte in te richten, het verzorgd er uit zien van de maaltijden en gezelligheid en contact met anderen.

Kritisch geantwoord op de vragen:

- Hebben de zorgverleners voldoende tijd voor de bewoner?
- Hebben de zorgverleners genoeg aandacht voor hoe het met de bewoner gaat?
- Wordt de woonruimte goed schoongehouden?

Resultaten tevredenheidsonderzoek somatiek

In totaal werkten 353 cliënten mee aan het onderzoek. Het netto responspercentage is 73,08%.

De berekende Net Promotor Score (NPS) op basis van de aanbevelingsvraag bedraagt 10. Positief werd geantwoord op het gevoel van veiligheid, voldoende aanbod van activiteiten en informatieverstrekking.

Kritisch waren de cliënten over 'Kunt u meebeslissen over wanneer u zorg of hulp krijgt?' en 'Kunt u meebeslissen over wat voor zorg of hulp u krijgt?'. Ook over de maaltijden ('zijn de maaltijden lekker') was men kritisch.

4.3 Zorgkaart Nederland

In 2017 werd Zorgkaart Nederland meer onder de aandacht gebracht bij de locaties en werden interviewteams van Zorgkaart ingezet, zodat een groei in het aantal reviews werd waargenomen en alle locaties die in aanmerking komen voor Zorgkaart actieve deelnemers zijn.

4.4 Cliëntenraad

De centrale cliëntenraad heeft in 2017 regelmatig geadviseerd over voor cliënt geldende regelingen. Dit mede als gevolg van de fusie in 2016 en de daarmee gepaard gaande harmonisatie. Bij onderwerpen als geestelijk verzorging, het cliënttevredenheidsonderzoek en het elektronisch cliëntendossier heeft de raad van meet af aan meegedacht om vervolgens een afsluitend advies af te geven.

Het samengaan van twee organisaties betekende ook dat de, nieuw samengestelde, centrale cliëntenraad veel geïnvesteerd heeft in hun onderling samenwerking en werkwijze, waardoor deze effectiever verloopt. Daar er verschillen zijn in het functioneren van de medezeggenschap op lokaal niveau zijn hier diverse acties op gezet. De acties gelden voor zowel de lokale cliëntenraden als richting het management en krijgen in 2018 een vervolg.

5. Resultaten in- en externe beoordelingen

5.1 Resultaten interne audits 2017

In 2017 kwamen de volgende onderwerpen aan bod:

- Medicatieveiligheid
- Gemotiveerd gebruik van vrijheid beperkende maatregelen
- Zingeving en zinvolle dagbesteding en familieparticipatie
- Controle opvolging minors: dossiervorming GRZ en risico-signalering bij ondersteunende begeleiding
- Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

De inhoud van de interne audits komt terug in de individuele rapportages, de plannen van aanpak en het jaarverslag van de interne audits. (bijlage)

De rapportage van de interne audits werden uitgezet naar de locatiemanagers en verbetermaatregelen werden doorgevoerd. Het systeem van interne audits wordt door ontwikkeld; al eerder werd een start gemaakt met waarderend auditen. De bedoeling is om door middel van de interne audit rapporten optimaal van elkaar te kunnen leren. In 2017 werd het overall leerrendement van de interne audits nog niet als optimaal ervaren. Medio 2017 werd daarom besloten om meer dan voorheen de auditrapportages te delen binnen het management.

5.2 Resultaten externe audits

In december 2017 werd Patyna bezocht door DNV in het kader van een externe audit naar de werking van het kwaliteitssysteem HKZ. Er werden vier bevindingen geconstateerd:

- Grote volle en open container/ton met retourmedicatie op afdeling Süderjild bij de Flecke en in de Jelles Meineszhoof in Balk is een risico voor onbedoeld gebruik of meenemen van retourmedicatie. Door deze opslagwijze is controle op onbedoeld gebruik niet mogelijk.
- Protocollen, beleidsdocumenten m.b.t. medicatie zijn in een aantal gevallen niet up to date. Tijdens interne audits is geconstateerd dat hier onduidelijkheden door ontstaan. Status staat soms meer dan een jaar op open.
- De check op kwaliteitsindicatoren / doelen vindt onvoldoende expliciet plaats
- Corrigerende maatregelen rondom dossiervoering dagactiviteiten / OB van de vorige externe audit is niet breed door de organisatie geïmplementeerd

Voor deze bevindingen werd een plan van aanpak gemaakt en zijn verbeteracties doorgevoerd.

5.3 Inspectiebezoeken

In augustus 2017 werd locatie Flecke onaangekondigd bezocht door de IGJ. Hoofdlijn in de bevindingen was het onvoldoende methodisch werken. Locatie Flecke heeft een verbeterplan opgesteld waar momenteel uitvoer aan gegeven wordt. Ook de andere locaties pakken de geconstateerde verbeterpunten op.

5.4 Overige externe visitaties

Visitatie van specialisten ouderengeneeskunde heeft in 2016 plaatsgevonden. Deze visitatie volgt een cyclus van 5 jaar.

6. Medewerkers

6.1 Personele bezetting

Al enige tijd loopt het personeelstekort in de zorg op. Ook Patyna ziet door de hele organisatie krapte ontstaan. In elk regio zijn vacatures voor verpleegkundigen en verzorgenden die moeilijk invulbaar zijn. De krapte op de arbeidsmarkt wordt voor Patyna steeds duidelijker. Locatiemanagers hebben in samenspraak met de adviseur P&O acties op maat per locatie uitgezet.

6.2 Ziekteverzuim

Het verzuimcijfer wordt maandelijks gemonitord door het management en nader gespecificeerd per locatie.

Tabel 3: Ziekteverzuim

	januari
januari	6,63
februari	6,54
maart	6,14
april	5,91
mei	6,07
juni	6,05
juli	5,89
augustus	5,87
september	6,50
oktober	6,82
november	7,37
December	7,84

Analyse van de verzuimcijfers van het jaar laten zien dat het verzuimcijfer iets onder het branche gemiddelde ligt, maar in de loop van het jaar toch wat oploopt. Dit wordt mede veroorzaakt door enkele langdurige verzuimers (ernstige ziekten waarbij het verzuim moeilijk beïnvloedbaar is).

6.3 Medewerkers tevredenheid

Voor Patyna is nog geen medewerkers tevredenheidsonderzoek uitgevoerd. Dit is opgenomen in het jaarplan P&O voor 2018.

6.4 Opleiding en deskundigheidsbevordering

Harmonisatie van het functiehuis voor Patyna is nagenoeg afgerond. Alle functies zijn opnieuw beschreven en gewogen.

Om voortdurend aanpassen op onze cliënten, de omgeving en (wijzigende) wet- en regelgeving moeilijk te maken heeft Patyna een nieuw functiemodel geïntroduceerd. De zorgorganisatie Patyna 'nieuwe stijl' ondersteunt ons in vooruitgang, is eenvoudig en herkenbaar en gericht op beweging en vooruitgang. De bouwstenen voor de nieuwe organisatie zijn:

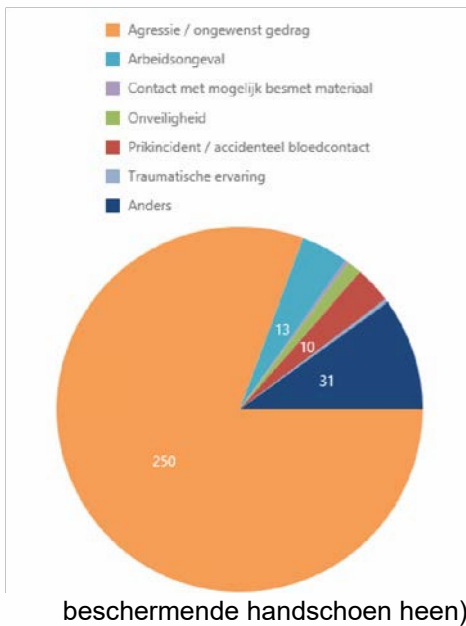
- Meer inhoudelijke deskundigheid
- 24/7 inzetbaarheid verpleegkundige expertise thuiszorg
- 24/7 beschikbaarheid verpleegkundige expertise intramuraal - Flexibiliteit

Het nieuwe zorgmodel bestaat uit de zorgfuncties:

- Verpleegkundigen
- Zorgkundigen
- Zorgondersteuners
- Woonondersteuners

Er wordt planmatig en in nauwe samenwerking met het beroepsonderwijs gewerkt aan verhogen van de deskundigheid van onze medewerkers (zorgkundigen en verpleegkundigen). Afdeling P&O heeft hiervoor een plan ontwikkeld. Tevens is in het plan van aanpak voor Waardigheid en Trots (d.d. augustus 2016) het vergroten van deskundigheid voor onze medewerkers als speerpunt ingezet. Per locatie wordt hier op een andere wijze invulling aangegeven. In de voortgangrapportages W&T leest u de status van de acties.

6.5 MIM (Meldingen Incidenten Medewerkers)



Figuur 2: Meldingen Incidenten Medewerkers

Voor Patyna worden de MIM meldingen per 1 november 2016 digitaal opgenomen in het nieuwe systeem iTask. In 2017 werden 310 incidenten betreffende medewerkers gemeld. De grootste groep betrof agressie meldingen, dit waren er 250.

Andere meldingen betroffen:

- 13x een bedrijfsongeval
- 1x contact met mogelijk besmet materiaal
- 4x onveilige situatie
- 10x prikaccident
- 1x traumatische ervaring
- 31x anders

In de categorie bedrijfsongeval werd o.a. gemeld:

- Tweemaal uitglijden bij een gedweilde vloer
- Botsing tussen cliënt met rollator en medewerker met step
- Twee maal vingers/ hand bekneld tussen waskar (en muur) - Hand gebrand aan stoom van de warme maaltijd (door

6.6 Medezeggenschap

Medezeggenschap is bij Patyna geregeld middels een ondernemingsraad. Deze bestaat uit vijftien leden van diverse locaties. Er is een dagelijks bestuur ingesteld en een aantal commissies, nl commissie Personeel, commissie VGWM, commissie financieel en organisatie.