**Kwaliteitsrapport 2023**

**“Toekomstbestendige zorg:**

**Samen voor 100% Leven”**

**Deel 2. De gemeten kwaliteit**

**Kwaliteitsrapport Deel 2**

[Leeswijzer 3](#_Toc167690357)

[H1. De cliënt en zijn zorgplan 4](#_Toc167690358)

[1.1 Aantal bewoners 4](#_Toc167690359)

[1.2 Aantal getekende zorgplannen 4](#_Toc167690360)

[1.3 Aantal ingevulde ‘Ben ik Tevreden?’-lijsten\* 4](#_Toc167690361)

[1.4 Overall score levensdomeinen 5](#_Toc167690362)

[1.5 Professioneel oordeel 6](#_Toc167690363)

[H2. De medewerker en zijn team 8](#_Toc167690364)

[2.1 Aantal medewerkers 8](#_Toc167690365)

[2.2 Aantal medewerkers in/uit dienst\* 8](#_Toc167690366)

[2.3 Aantal openstaande vacatures 8](#_Toc167690367)

[2.4 Verzuim 9](#_Toc167690368)

[H3. De medewerker en scholing 10](#_Toc167690369)

[3.1 Aantal gevolgde categoriale scholingen 10](#_Toc167690370)

[3.2 Aantal gevolgde niet-categoriale scholingen 10](#_Toc167690371)

[3.3 Aantal ingeschreven expertise scholingen 10](#_Toc167690372)

[H4. Veiligheid 11](#_Toc167690373)

[4.1 Aantal (bijna)incidentmeldingen 11](#_Toc167690374)

[4.2 Aantal gemelde calamiteiten IGJ 13](#_Toc167690375)

[4.3 Aantal interne onderzoeken 13](#_Toc167690376)

[4.4 Klachten 13](#_Toc167690377)

[4.5 Meldcode Huiselijk Geweld en kindermishandeling 14](#_Toc167690378)

[4.6 Professioneel oordeel 15](#_Toc167690379)

# Leeswijzer

In **Deel 2** van **het Kwaliteitsrapport ‘De gemeten kwaliteit’** worden de cijfers en ons professioneel oordeel beschreven. Deze informatie komt uit onze ICT-systemen, waaronder het cliëntsysteem ONS, het Leerplein voor opleidingen en het incidentmeldingssysteem Triasweb.

Dit deel is opgebouwd uit de volgende onderdelen:

* H1. De cliënt en zijn zorgplan
* H2. De medewerker en zijn team
* H3. De medewerker en scholing
* H4. Veiligheid

Over de cijfers van ‘**Cliënttevredenheid**’ (paragraaf 1.5) en ‘**Incidentmeldingen**’ (paragraaf 4.7) is ook **een professioneel oordeel** gegeven aan de hand van de volgende vragen:

* Wat is het algemene beeld?
* Wat gaat goed?
* Wat kan beter?
* Wat is de status van de actie- en verbeterpunten?
* Waar moeten we ons komend jaar op focussen?

Deze opzet is gebaseerd op **de Rapportage Kwaliteit & Veiligheid** welke vanaf het tweede kwartaal van 2024 zal worden geïmplementeerd. Het is **een groeimodel**. Dit betekent dat we volgend jaar ook een professioneel oordeel over de cijfers van ‘De medewerker en zijn team’ en ‘De medewerker en scholing’ zullen toevoegen.

H1. De cliënt en zijn zorgplan**[[1]](#footnote-2)**

## 1.1 Aantal bewoners

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Klantgroep | Aantal bewoners 2022 | Aantal bewoners 2023 |
| Volwassenen & Senioren | 124 | 127 |
| VMB | 420 | 417 |
| **Totaal** | **544** | **544** |

## 1.2 Aantal getekende zorgplannen

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Klantgroep | Aantal getekende zorgplannen 2022 | Aantal getekende zorgplannen 2023 |
| Volwassenen & Senioren en VMB | 494 | 313 |

\* Voor het aantal getekende zorgplannen zijn we uitgegaan van het aantal bewoners intramuraal en extramuraal dagbesteding (619 bewoners in 2022; 553 bewoners in 2023).

## 1.3 Aantal ingevulde ‘Ben ik Tevreden?’-lijsten\*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Klantgroep | Gesprekslijst bewoner2022/2023 | Klein Kijken2022/2023 | Lijst Verwant2022/2023 | Totaal ingevulde lijsten2022/2023 |
| Volwassenen & Senioren  | 36/46 | 12/19 | 1/2 | 49/67 |
| VMB | 66/59 | 63/57 | 65/139 | 194/255 |
| **Totaal** | **102/105** | **75/76** | **66/141** | **243/322** |

\* De ‘Ben ik Tevreden?’-lijsten worden 1x per drie jaar ingevuld. Hierbij kan er een keuze worden gemaakt tussen drie vragenlijsten:

- ‘Ben ik Tevreden?’-gesprekslijst: ingevuld door de bewoner zelf;

- ‘Ben ik Tevreden?’-observatielijst EMB Klein Kijken: ingevuld door twee personen in het netwerk van de bewoner (bijv. professional, verwant);

- ‘Ben ik Tevreden?’-lijst Verwant: ingevuld door de verwant van de bewoner.

## 1.4 Overall score levensdomeinen

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Domein | Gem. cijfer bewoners Volwassenen & Senioren(schaal 1 tot 4) | Gem. cijfer bewonersVolwassenen & Senioren Klein Kijken(schaal 1 tot 4) | Gem. cijfer bewonersVMB(schaal 1 tot 4) | Gem. cijfer bewoners VMB Klein Kijken(schaal 1 tot 4) |
| Lichamelijk welbevinden | 3,1 | 3,1 | 3,2 | 3,2 |
| Psychisch welbevinden | 3,1 | 3,1 | 3,2 | 3,1 |
| Persoonlijke ontwikkeling | 3,2 | 3,1 | 3,3 | 3,1 |
| Zelfbepaling | 3,3 | 3,1 | 3,4 | 3,2 |
| Interpersoonlijke relaties | 3,3 | 3,5 | 3,4 | 3,4 |
| Deelname aan de samenleving | 3,2 | 3,0 | 3,3 | 3,0 |
| Materieel welbevinden | 3,3 | 3,2 | 3,4 | 3,3 |
| Rechten | 3,2 | 3,1 | 3,3 | 3,2 |
| Intimiteit en seksualiteit | 3,1 | 3,1 | 3,1 | 3,0 |
| **Overall** | **3,2** | **3,1** | **3,3** | **3,2** |
| **NPS-score verwanten\*** | **Niet bruikbaar door kleine aantal (< 5) lijsten** | **8.3** |

\* NPS-score: In welke mate zou u Bartiméus bij anderen aanbevelen (cijfer 0 – 10)?

## 1.5 Professioneel oordeel

**Wat is het algemene beeld?**

De Ben ik Tevreden? lijst moet één keer per drie jaar verplicht worden ingevuld. Dit jaar zijn er meer ‘Ben ik Tevreden?’-lijsten ingevuld dan vorig jaar (243 lijsten 2022; 322 lijsten 2023). Deze stijging wordt voornamelijk veroorzaakt door het hogere aantal verwanten bij VMB dat de ‘Ben ik Tevreden?’-lijsten heeft ingevuld. De resultaten laten zien dat de bewoners over het algemeen tevreden zijn over de verschillende domeinen waarop de uitvraag plaatsvindt. De scores liggen tussen de 3,1 en 3,5 (schaal 1 tot 4). Er wordt het hoogst gescoord op het domein ‘Interpersoonlijke relaties’ en het laagst op het domein ‘Intimiteit en seksualiteit’.

**Wat gaat goed?**

De bekendheid en bewustwording van ‘Ben ik Tevreden?’ lijkt toe te nemen bij beide klantgroepen. Het afgelopen jaar zijn er bij V&S meer ‘Ben ik Tevreden?’-lijsten ingevuld dan vorig jaar (49 lijsten 2022; 67 lijsten 2023). Dit is een stijging van 37%. Het afgelopen jaar zijn alle eerst verantwoordelijke verzorgenden van de klantgroep V&S getraind in het gebruik van ‘Ben ik Tevreden?’ Dit lijkt dus zijn vruchten af te werpen. Het aantal verwanten bij VMB dat een ‘Ben ik Tevreden?’-lijst heeft ingevuld is het afgelopen jaar meer dan 2 keer zo hoog (65 lijsten 2022; 139 lijsten 2023). De verwanten bij VMB geven Bartiméus het rapportcijfer 8,3 op de vraag “In welke mate zou u Bartiméus bij anderen aanbevelen?”.

**Wat kan beter?**

We zijn op dit moment niet tevreden over het instrument en de manier waarop dit in de praktijk wordt ervaren. Het instrument heeft niet het juiste effect bij onze medewerkers en bewoners. ‘Ben ik Tevreden?’ wordt door medewerkers en bewoners ervaren als een vinklijst (‘een moetje’) en nodigt onvoldoende uit tot gesprek. Zo geeft een bewoner in één van de groepsinterviews (zie Kwaliteitsrapport Deel 1) aan dat hij niet elk jaar een lijst wil invullen. Dit is een signaal dat we vaker horen. De vragen zijn niet passend voor de bewoners met een hogere zelfstandigheid en de vragen over intimiteit en seksualiteit worden als storend ervaren. Het is een zoektocht. Het gesprek over kwaliteit en de cliënttevredenheid wordt immers dagelijks gevoerd, maar hoe meten we dit dan en hoe leggen we de verbanden tussen wonen en dagbesteding?

De respons van ‘Ben ik Tevreden?’ is, ondanks de stijging van het afgelopen jaar, mede door hierboven genoemde oorzaken nog nooit op het gewenste niveau gekomen sinds de invoering in 2019. Ongeveer 1/3 van de bewoners heeft met voldoende frequentie een ingevulde ‘Ben ik Tevreden?’-profielvragenlijst. ‘Ben ik Tevreden?’ hoort vast onderdeel te zijn van de zorgplancyclus, maar op die manier wordt het nog niet voldoende ingezet.

**Wat is de status van de actie- en verbeterpunten?**

We gaan in 2024 nog niet stoppen met ‘Ben ik Tevreden?’, omdat we niet willen afwijken van onze wettelijke verplichting om een instrument uit de VGN-Waaier te gebruiken voor het meten van cliëntervaringen (Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg 2023 – 2028). We gaan op dit moment geen extra activiteiten ondernemen voor verdere ontwikkeling, stimulans en/of implementatie van ‘Ben ik Tevreden?’.

De bestaande profielvragenlijsten van ‘Ben ik Tevreden?’ in ONS zijn geüpdatet, zodat de verschillende vragenlijsten duidelijker te herkennen zijn. Daarnaast is de informatie op B-Connect over ‘Ben ik Tevreden?’ gecheckt, zodat de informatie duidelijk is voor de medewerkers. Het onderwerp ‘Cliënttevredenheid’ (nu: ‘Ben ik Tevreden?’) wordt vanaf september 2024 als vast onderdeel opgenomen in de zorgplanbespreking volgens de vernieuwde Zorgplancyclus VMB.

**Waar moeten we ons komend jaar op focussen?**

We gaan onderzoeken of we het Goed Leven Gesprek van LACCS in willen zetten als cliënttevredenheidsmeting in plaats van ‘Ben ik Tevreden?’. Het Goed Leven gesprek van LACCS wordt, in tegenstelling tot ‘Ben ik Tevreden?’, ervaren als een wederzijds gesprek met toegevoegde waarde en ruimte om doelen te formuleren. Het afscheid nemen van ‘Ben ik Tevreden?’ kan alleen als we één of enkele methodieken (LACCS, Triple C en/of Tast) volwaardig én succesvol implementeren binnen Verblijf. De primaire focus ligt het komend jaar dus op het implementeren van de methodieken binnen Verblijf.

Het besluitvormingsproces over het definitief wel/niet stoppen met ‘Ben ik Tevreden?’ wordt in 2024 in gang gezet, zodat we een genuanceerde en weloverwogen beslissing kunnen nemen. Het besluitvormingsproces zal worden toegelicht in het Voortgangsbericht 2024.

# H2. De medewerker en zijn team

## 2.1 Aantal medewerkers

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Klantgroep | Aantal FTE directe zorg2022 | Aantal vrijwilligers2022 | Aantal FTE directe zorg2023 | Aantal vrijwilligers2023 |
| Volwassenen & Senioren | 167 | 82 | 170 | 83 |
| VMB | 636 | 533 | 591 | 537 |
| **Totaal** | **803** | **615** | **761** | **620** |

## 2.2 Aantal medewerkers in/uit dienst\*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Klantgroep | Aantalin dienst 2022 | Aantal uit dienst2022 | Aantal in dienst2023 | Aantaluit dienst2023 |
| Volwassenen & Senioren | 22 | 30 | 26 | 17 |
| VMB | 95 | 186 | 118 | 173 |
| **Totaal** | **117** | **216** | **144** | **190** |

\* De cijfers zijn inclusief stagiaires.

## 2.3 Aantal openstaande vacatures

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Klantgroep | Aantal openstaande vacatures 2022 | Aantal openstaande vacatures 2023 |
| Volwassenen & Senioren | 9 fte13 vacatures | 3 fte5 vacatures |
| VMB | 115 fte165 vacatures | 140 fte200 vacatures |
| **Totaal** | **124 fte****178 vacatures** | **143 fte****205 vacatures** |

## 2.4 Verzuim

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Klantgroep | Gemiddeld verzuim %2022 | Gemiddeld verzuim %2023 |
| Volwassenen | 6,3 % | 5,8 % |
| Senioren | 5,6 % | 10,4 % |
| VMB | 10,7 % | 8,8 % |

# H3. De medewerker en scholing

## 3.1 Aantal gevolgde categoriale scholingen

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Klantgroep | Aantal gevolgde categoriale scholingen 2022 | Aantal gevolgde categoriale scholingen 2023 |
| Volwassenen & Senioren | 130 | 82 |
| VMB | 366 | 381 |
| **Totaal** | **496** | **463** |

## 3.2 Aantal gevolgde niet-categoriale scholingen

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Klantgroep | Aantal gevolgde niet-categoriale scholingen 2022 | Aantal gevolgde niet- categoriale scholingen 2023 |
| Volwassenen & Senioren | 294 | 309 |
| VMB | 1305 | 1706 |
| **Totaal** | **1599** | **2015** |

## **3.3 Aantal ingeschreven expertise scholingen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Klantgroep | Aantal ingeschreven expertise scholingen 2022 | Aantal ingeschreven expertisescholingen 2023 |
| DoofblindDB-Connect (Basis) | 88 | 50 inschrijvingen; waarvan 21 afgerond |
| Aangeboren doofblindheid en ontwikkelingsachterstand | 64 | 22 inschrijvingen; waarvan 14 afgerond |

# H4. Veiligheid

## 4.1 Aantal (bijna)incidentmeldingen

**Incidentmeldingen algemeen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 2022 | 2023 |
| **Aantal meldingen** **primair proces Verblijf** | **Volwassenen & Senioren** | **VMB** | **Volwassenen & Senioren** | **VMB** |
| Bijna incident: risico of gevaarlijke situatie | 26 | 147 | 17 | 145 |
| Grensoverschrijdend gedrag | 30 | 762 | 39 | 733 |
| Frequente terugkerende meldingen grensoverschrijdend gedrag[[2]](#footnote-3) | 1 | 462 | 2 | 395 |
| Medicatie | 121 | 721 | 105 | 724 |
| Vallen en mobiliteit | 120 | 189 | 106 | 201 |
| Zorgveiligheid | 50 | 170 | 33 | 137 |
| Ongeval | 11 | 22 | 5 | 20 |
| Communicatie | 4 | 9 | 3 | 15 |
| Apparatuur | 4 | 13 | 11 | 13 |
| BHV, diefstal, inbraak, brand | 6 | 6 | 2 | 16 |
| Overig | 11 | 70 | 14 | 81 |
| Verbetervoorstel\* |  | 6 | 1 | 1 |
| **Totaal** | **374** | **2.577** | **338** | **2.481** |

\* Verbetervoorstellen 2023: het aanpassen van sloten en het verplaatsen van rolstoelers over de weg i.p.v. over het voetpad.

**Incidentmeldingen Medicatie**

| Type medicatie incidenten | Volwassenen & Senioren | VMB |
| --- | --- | --- |
| Medicatie vergeten te geven | 74 | 504 |
| Verkeerde aanlevering door apotheek | 1 | 30 |
| Verkeerde medicatie (medicatie van andere bewoner) | 5 | 40 |
| Verkeerde toediening (tijdstip, dosis, toedieningswijze) | 18 | 120 |
| Niet ingevuld | 7 | 30 |
| **Totaal** | **105** | **724** |

**Incidentmeldingen Grensoverschrijdend gedrag**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Tegen wie is het grensoverschrijdend gedrag gericht |
| **Klantgroep** | **De bewoner zelf** | **Medewerker** | **Andere bewoners** | **Anders** |
| Volwassenen & Senioren | 9 | 27 | 6 | 2 |
| VMB | 220 | 462 | 145 | 34 |

Let op! Het grensoverschrijdend gedrag kan tegen meerdere personen gericht zijn. Hierdoor kunnen de aantallen hoger zijn dan het totaal aantal meldingen grensoverschrijdend gedrag.

**Incidentmeldingen Vallen en mobiliteit**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Oorzaken vallen en mobiliteit | Volwassenen & Senioren | VMB |
| Andere obstakels | 4 | 14 |
| Duizeligheid, onwel worden | 4 | 3 |
| Geen of verkeerd schoeisel | 4 | 0 |
| Epilepsie | 0 | 3 |
| Medebewoner | 2 | 4 |
| Natte vloer | 1 | 5 |
| Ondeugdelijk materiaal/hulpmiddel | 0 | 1 |
| Onrust, verward of andere psychische problemen | 8 | 11 |
| Verkeerd materiaal | 10 | 0 |
| Onbekend | 25 | 46 |
| Anders, namelijk... | 26 | 60 |
| Niet ingevuld | 22 | 54 |
| **Totaal** | **106** | **201** |

## 4.2 Aantal gemelde calamiteiten IGJ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Klantgroep | Aantal gemelde calamiteiten IGJ2022 | Aantal gemelde calamiteiten IGJ2023 |
| Volwassenen & Senioren | 0 | 0 |
| VMB | 2 | 1 |

## 4.3 Aantal interne onderzoeken

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Klantgroep | Aantal interne onderzoeken2022 | Aantal interne onderzoeken2023 |
| Volwassenen & Senioren | 0 | 0 |
| VMB | 6 | 2 |

## 4.4 Klachten

**Aantal klachten**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Klantgroep | Aantal klachten2022 | Aantal klachten2023 |
| Volwassenen & Senioren | 6 | 4 |
| VMB | 13 | 9 |

**Aantal meldingen vertrouwenspersoon**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Klantgroep | Aantal meldingen vertrouwenspersoon2022 | Aantal meldingen vertrouwenspersoon2023 |
| Volwassenen & Senioren | 1 | 0 |
| VMB | 2 | 6 |

\* Op de rapportageformulieren van de Cliëntvertrouwenspersonen Zorg (1 extern; 3 intern) wordt de melding alleen geregistreerd op klantgroepniveau. We hebben op grond van de melding een inschatting gemaakt of de melding Ambulant of Verblijf was.

**Toelichting klachten**

Het algemene beeld van de klachten komt overeen met het beeld van vorig jaar. Het grootste deel van de potentiële klachten wordt in het voortraject opgelost, omdat er vaak wel een begeleider is waarmee bewoners en vertegenwoordigers hun onvrede kunnen bespreken. Bewoners en vertegenwoordigers maken weinig gebruik van de interne vertrouwenspersonen.

De klachten die worden ingediend worden serieus genomen. Er wordt geprobeerd de klachten op te lossen en ervan te leren. Op individueel bewonersniveau kunnen verbeteringen na klachtenbehandeling vaak doorgevoerd worden. De meldingen zijn divers, maar gaan meestal over bejegeningskwesties, communicatie, medicatie en/of privacy. Met name over het nakomen van afspraken (onder andere door wisselende begeleiding) en het respecteren van de privacy van de bewoners.

## 4.5 Meldcode Huiselijk Geweld en kindermishandeling

**Aantal meldingen Meldcode**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Klantgroep | Aantal meldingen Meldcode2022 | Aantal meldingen Meldcode2023 |
| Volwassenen & Senioren | 11 | 1 |
| VMB | 26 | 23 |

**Aantal geschoolde medewerkers Meldcode**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Klantgroep | Aantal geschoolde medewerkers Meldcode2022\* | Aantal geschoolde medewerkers Meldcode2023\* |
| Volwassenen & Senioren | 311 | 74 |
| VMB | 117 | 176 |

\* We kunnen het aantal geschoolde medewerkers Meldcode helaas nog niet uitsplitsen voor Verblijf en Ambulant. Deze cijfers gelden dus voor de gehele klantgroep.

**Status actie- en verbeterpunten Meldcode**

|  |
| --- |
| Actie- en verbeterpunt |
| Evaluatie plannen in casusteam. |
| Dubbelrollen in casusteam: de procesbegeleider en de gedragsdeskundige is soms dezelfde persoon. |
| Terugkerende casus: Hoe gaan we hiermee om, zowel als Meldcode als begeleiders/betrokkenen van de cliënt? |

## 4.6 Professioneel oordeel

**Wat is het algemene beeld?**

We zien geen grote verschillen in de cijfers van de incidentmeldingen tussen 2022 en 2023. Het totaal aantal meldingen loopt voor beide klantgroepen iets terug (VMB: 2577 meldingen 2022 🡪 2481 meldingen 2023; V&S: 374 meldingen 2022 🡪 338 meldingen in 2023). De meest voorkomende meldingen zijn ook onveranderd gebleven, namelijk grensoverschrijdend gedrag, medicatie en vallen.

We vinden het lastig om een toename of afname van incidentmeldingen juist te verklaren. Aan de ene kant kan het een teken zijn voor een feitelijke toename of afname van het aantal incidenten. Aan de andere kant kan het ook duiden op een verandering van de meldingsbereidheid van incidenten. Zo hoeft een toename van het aantal meldingen dus niet per se een verslechtering te betekenen. De toename van het aantal meldingen zou bijvoorbeeld ook kunnen komen door meer bewustwording of focus.

Om meer inzicht en grip te krijgen op deze cijfers, hebben we dit jaar veel tijd en aandacht besteed aan het thema ‘medicatie incidenten’. Onze bevindingen en inspanningen op dit thema zijn hieronder toegelicht.

**Wat gaat goed?**

We hebben het afgelopen jaar een verbeterslag gemaakt in het bespreken en analyseren van de medicatie incidenten. Hiervoor is een analysestructuur afgesproken. Zo worden de incidentmeldingen besproken in de geneesmiddelen-commissie en op basis hiervan verbeteracties bepaald. Daarnaast geven de bijeenkomsten met de aandachtsfunctionarissen medicatie ons meer inzicht over de oorzaken van de incidenten, zowel in gedrag als in faciliteiten.

Dit heeft ons bijvoorbeeld laten zien dat niet alle faciliteiten op orde zijn om medicatie te maken. Hiervoor waren geen goede malers beschikbaar. Begin 2024 wordt daarom door de aandachtsfunctionarissen medicatie gekeken welke maler voor ons het beste werkt. De malers zullen daarna worden aangeschaft voor de woningen.

Uit deze gesprekken is ook gebleken dat er onduidelijkheid bestaat over het proces en de taakverdeling rondom het medicatiegebruik. Daarom hebben we nieuw medicatiebeleid ontwikkeld. Dit wordt begin 2024 geïmplementeerd. Hierin wordt ook beschreven wie welke rol en verantwoordelijkheid heeft in het medicatieproces.

**Voorbeeld: Medicatieverspilling**

**We zagen in relatief veel meldingen van geleverde medicatie dat deze te lang buiten de koelkast was gebleven en daardoor niet meer gebruikt kon worden. Hierdoor was de medicatie niet op tijd beschikbaar voor de bewoner. Dit zorgde voor medicatieverspilling en extra kosten.**

Het analyseren van de meldingen leerde ons dat de basisoorzaak lag bij het onopgemerkt blijven van de extra levering. De medicatie werd namelijk afgeleverd in een aparte ruimte op onze locatie in Zeist. De levering van extra of nieuwe medicatie kon hierdoor onopgemerkt blijven.

In overleg met enkele woonbegeleiders, een afgevaardigde van de geneesmiddelencommissie en apotheek is een oplossing gevonden door de transportafspraken aan te passen. De medicatie voor de woningen wordt nu afgeleverd bij de eerste woning van de straat. Hierdoor zien we deze meldingen voor deze locatie niet meer voorkomen en ervaart de apotheek minder ritten naar Zeist.

**Wat kan beter?**

Het vergeten van medicatie blijft de grootste groep medicatie incidenten en tegelijkertijd ook het moeilijkst om tegen te gaan. De genoemde oorzaken hiervan zijn namelijk divers. Het afgelopen jaar zagen we dat er in totaal 45 keer medicatie van de ene bewoner aan de andere bewoner is gegeven. Dit vinden we te veel en de impact op de bewoner kan groot zijn. Daarom hebben we eind 2023 een procesanalyse uitgevoerd om de oorzaken te achterhalen en verbetermaatregelen te formuleren om dit in de toekomst te voorkomen. Het verslag met bevindingen wordt in Q1/Q2 2024 teruggekoppeld naar het team en de geneesmiddelencommissie.

**Waar gaan we ons komend jaar op focussen?**

Het komende jaar gaan we ons focussen op het implementeren van het medicatiehandboek en het ontwikkelen van een korte beschrijving van het medicatieproces voor invallers. Uit Triasweb bleek immers dat invallers vaak beperkte toegang hebben tot informatie, wat mogelijk medicatie incidenten kan veroorzaken. Hiermee verwachten we dat we onze vaste medewerkers én invallers beter toerusten en daarmee hopelijk medicatie incidenten voorkomen.

1. Naar aanleiding van de Bestuurlijke afspraken Uitvoering Wet zorg en dwang (Wzd) van 1 januari 2024 zal de Wzd-analyse (vormvrij) ieder jaar op uiterlijk 1 juni in een apart document aan de IGJ worden gestuurd. [↑](#footnote-ref-2)
2. Onder ‘frequent terugkerende meldingen’ worden meldingen gemaakt van bij de bewoner bekend voorkomend grensoverschrijdend gedrag. Dit wordt niet per melding geregistreerd, maar daarvan wordt een verzamelmelding gemaakt waarin het aantal keren dat het gedrag zich heeft voorgedaan in de betreffende week wordt vermeld. [↑](#footnote-ref-3)