



Zorginstituut Nederland

Analyse aangeleverde kwaliteitsgegevens verpleeghuiszorg

Verslagjaar 2022

Definitief | 15 december 2023

| Van goede zorg verzekerd |



Inhoudsopgave

	Samenvatting	3
	Inleiding	8
1.1	Achtergrond	8
1.2	Leeswijzer	8
2	Uitkomsten indicatoren Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg op locatieniveau 9	
2.1	Decubitus	9
2.2	Advanced Care Planning	11
2.3	Medicatieveiligheid	13
2.4	Gemotiveerd omgaan met vrijheidsbeperking	15
2.5	Continentie	16
2.6	Aandacht voor eten en drinken	18
2.7	Kwaliteitsverslag (URL)	20
2.8	Cliëntervaringsscore	21
2.9	Algemene bevindingen indicatoren Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg	23
3	Uitkomsten indicatoren Personeelssamenstelling op concernniveau 24	
3.1	Aard van de aanstellingen	24
3.2	Kwalificatieniveaus zorgverleners en vrijwilligers	30
3.3	Ziekteverzuim	33
3.4	In-, door- en uitstroom	35
3.5	Ratio personeelskosten/opbrengsten	38
3.6	Algemene bevindingen indicatoren Personeelssamenstelling	40

Samenvatting

De kwaliteitsgegevens over verslagjaar 2022 zijn op 20 juli 2023 gepubliceerd als openbare data. Het Zorginstituut heeft de openbare kwaliteitsgegevens geanalyseerd, waarbij de focus lag op de tekstvelden om de context van de aangeleverde gegevens in beeld te krijgen. Het doel van dit rapport is om inzicht te geven in hoe de kwaliteitsgegevens zijn aangeleverd. Met dit inzicht worden de handboeken en het portaal verbeterd voor de nieuwe aanlevering. Zorgaanbieders kunnen de analyse gebruiken voor benchmarking.

Bevindingen

Voor verslagjaar (hierna: vj) 2022 was er een verwachte aanlevering van 2444 locaties en 507 concerns. Uiteindelijk hebben 2406 locaties en 500 concerns aangeleverd, zie figuur 1. Er waren 38 naleveringen voor vj2022.¹

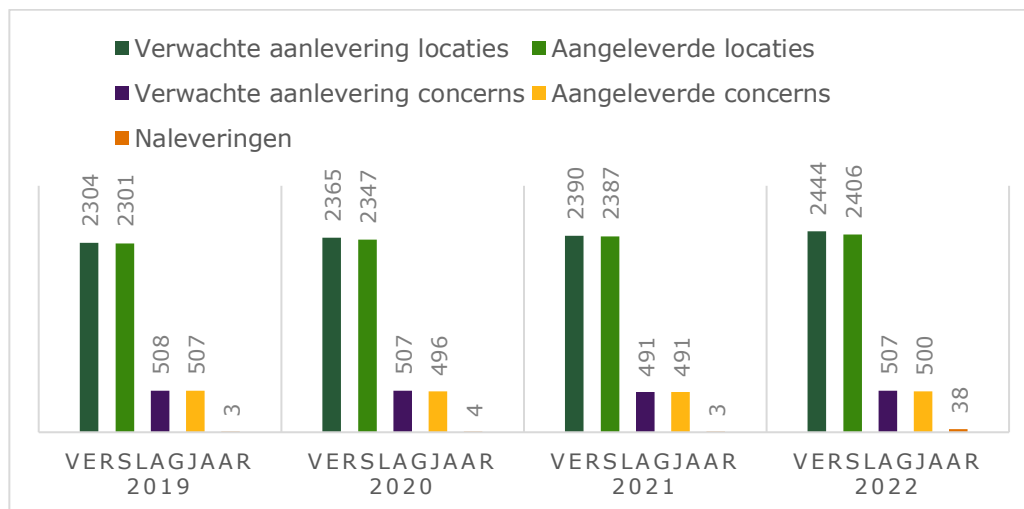
De percentuele aanlevering aan het openbaar databestand is 98,44% voor de indicatoren Verpleeghuiszorg (plus de indicatoren 'URL' (internetadres van het kwaliteitsverslag) en 'Cliëntervaringscore') en 98,62% voor de indicatoren Personeelssamenstelling.

Vergelijking met eerdere verslagjaren

In figuur 1 is de verdeling weergegeven van de aanleveringen van de afgelopen jaren. De fluctuaties in het aantal locaties en concerns hebben verschillende oorzaken:

- het fuseren van verpleeghuizen;
- het sluiten van verpleeghuizen;
- faillissement;
- nieuwe verpleeghuiszorglocaties die zich melden voor aanlevering.

Figuur 1 Weergave aanleveringen kwaliteitsgegevens 2017 - 2022



Verplichte indicatoren

Percentage zorgaanbieders die de verplichte indicatoren hebben ingevuld:

1. Advanced Care Planning, ingevuld door 99,16% van de zorgaanbieders.
2. Medicatiefouten, ingevuld door 99,21% van de zorgaanbieders.
3. Aandacht voor eten en drinken, ingevuld door 99,83% van de zorgaanbieders.

De verplichte indicatoren bereiken geen 100%, omdat het ook mogelijk is om 'niet van toepassing' in te vullen. Bij beide indicatorsets hebben zorgaanbieders overal waar 'niet van toepassing' is ingevuld een opmerking geplaatst in het toelichtingenveld.

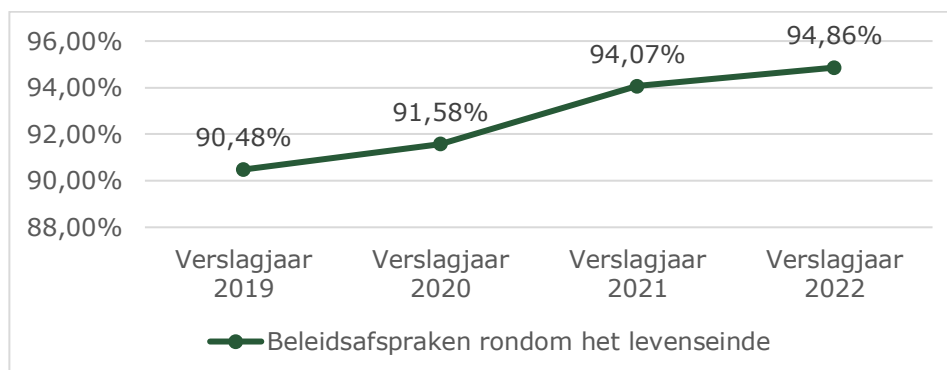
¹ 24 naleveringen zijn niet gepubliceerd op Zorginzicht. De naleveringen zijn niet meegenomen in deze analyse.

Vergelijking met eerdere verslagjaren

1. **Advanced Care Planning.**

Gemiddeld zijn er bij 94,86% van de cliënten op een afdeling beleidsafspraken rondom het levenseinde vastgelegd. In verslagjaar 2021, 2020 en 2019 was dit respectievelijk 94,07%, 91,58% en 90,48%. Zie figuur 2 hieronder.

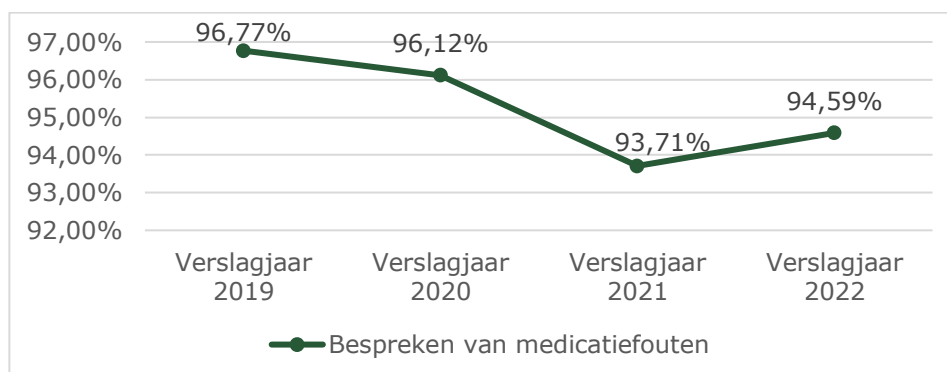
Figuur 2 Beleidsafspraken rondom het levenseinde verslagjaar 2019 - 2022



2. **Medicatiefouten.**

Gemiddeld zijn er bij 94,59% van de afdelingen medicatiefouten besproken. In verslagjaar 2021, 2020 en 2019 was dit respectievelijk 93,71%, 96,12% en 96,77%. Zie figuur 3 hieronder.

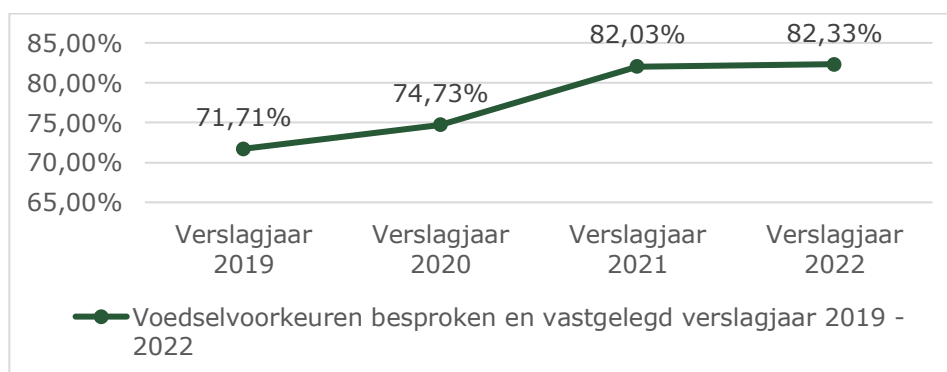
Figuur 3 Bespreken van medicatiefouten verslagjaar 2019 - 2022



3. **Aandacht voor eten en drinken.**

Gemiddeld zijn er bij 82,33% van de cliënten afspraken over voedselvoorkeuren vastgelegd. In verslagjaar 2021, 2020 en 2019 was dit respectievelijk 82,03%, 74,73% en 71,71%. Zie figuur 4 hieronder.

Figuur 4 Voedselvoorkeuren besproken en vastgelegd verslagjaar 2019 - 2022



Wat opvalt bij deze verplichte indicatoren, is dat de afspraken rondom het levenseinde en voedselvoorkeuren elk jaar toenemen, terwijl het bespreken van medicatiefouten afneemt over de jaren heen.

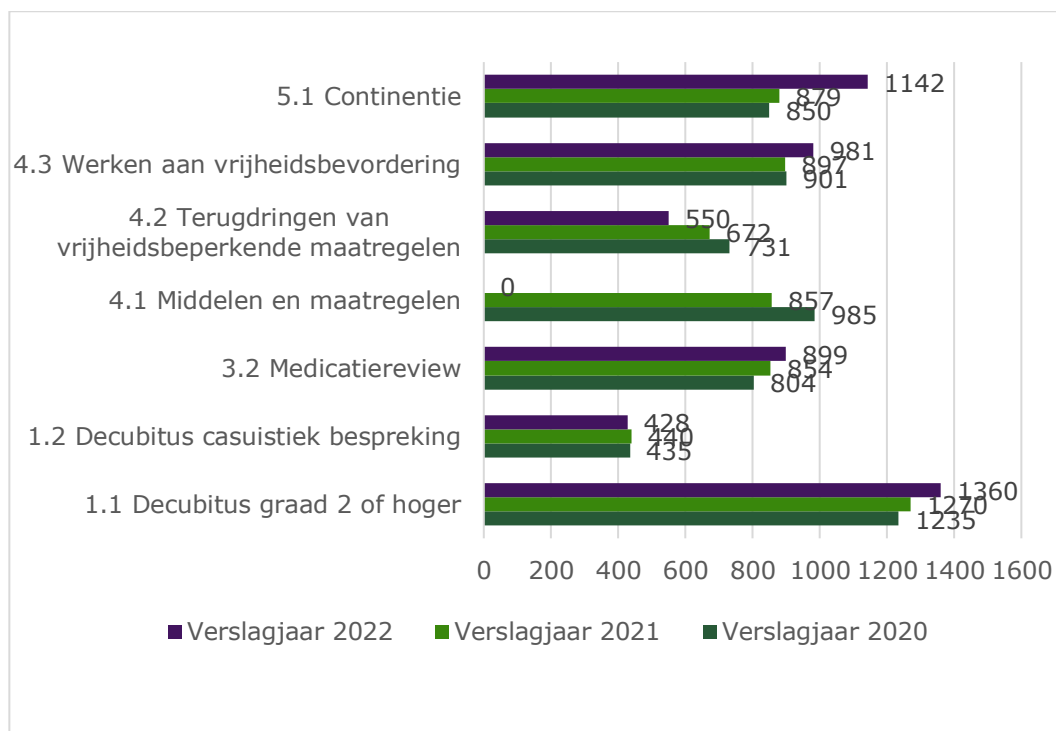
Verdeling keuze-indicatoren

Van de zes² keuze-indicatoren moesten er minimaal twee gekozen worden. Indicator 4.1 hoefde niet meer aangeleverd te worden, maar werd (per ongeluk) nog wel in het portaal uitgevraagd. Er zijn 153 zorgaanbieders die als tweede keuze-indicator indicator 4.1 gekozen hebben. Indicator 4.1 is niet doorgeleverd aan het Zorginstituut, waardoor die zorgaanbieders 1 keuze-indicator hebben in het openbaar databestand. Hieronder is weergegeven wat de verdeling van de keuze-indicatoren is:

- 153 locaties hebben 1 indicator gekozen;
- 1752 locaties hebben 2 indicatoren gekozen;
- 364 locaties hebben 3 indicatoren gekozen;
- 91 locaties hebben 4 indicatoren gekozen;
- 23 locaties hebben 5 indicatoren gekozen;
- 22 locaties hebben 6 indicatoren gekozen.

De verdeling van de aantal gekozen keuze-indicatoren van verslagjaar 2020 t/m 2022 is weergegeven in figuur 5. De afgelopen verslagjaren stonden de indicatoren decubitus graad 2 of hoger, continentie, werken aan vrijheidsbevordering of middelen en maatregelen in de top 3 meest ingevulde keuze-indicatoren.

Figuur 5 Verdeling aantal keer gekozen keuze-indicatoren verslagjaar 2020 - 2022



De 3 meest ingevulde keuze-indicatoren in verslagjaar 2022 zijn:

1. Decubitus graad 2 of hoger, ingevuld door 56,53% van de zorgaanbieders.
2. Continentie, ingevuld door 47,46% van de zorgaanbieders. Gemiddeld zijn er bij 84,29% van de cliënten afspraken rondom de toiletgang.
3. Werken aan vrijheidsbevordering, ingevuld door 40,77% van de zorgaanbieders.

² De keuze-indicator 41 "Middelen en maatregelen rond vrijheid" is vanaf verslagjaar 2022 niet meer uitgevraagd

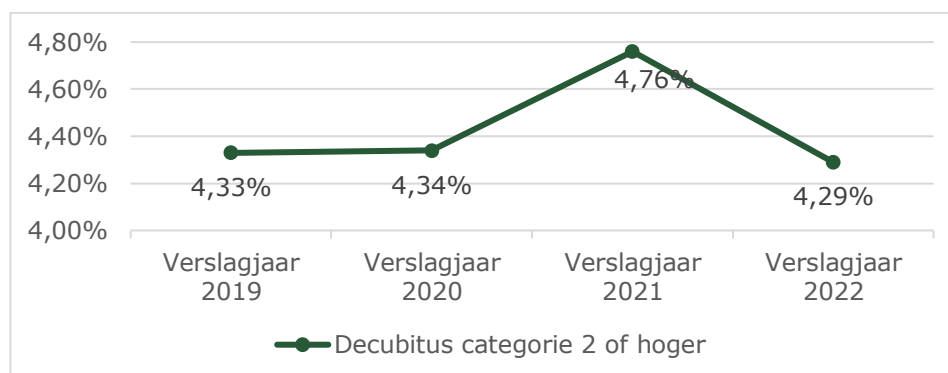
- a. De meeste zorgaanbieders geven aan dat ze; werken volgens de visie in de Wet Zorg en Dwang, welke maatregelen gehanteerd worden of wanneer de WZD/ maatregelen besproken worden.

Vergelijking met eerdere verslagjaren

1. Decubitus graad 2 of hoger

Gemiddeld komt er bij 4,29% van de cliënten op een afdeling decubitus categorie 2 of hoger voor. In verslagjaar 2021, 2020 en 2019 was dit respectievelijk 4,76%, 4,34% en 4,33%. Zie figuur 6 hieronder.

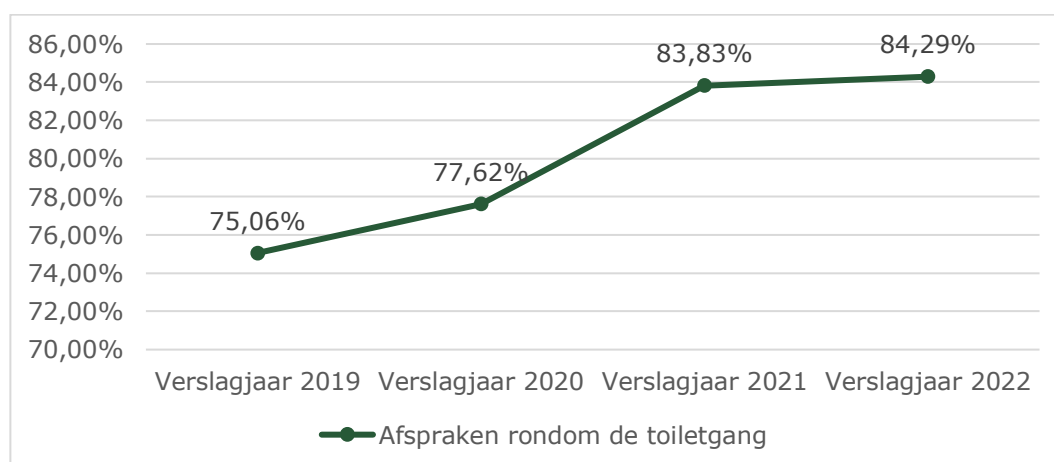
Figuur 6 Decubitus categorie 2 of hoger verslagjaar 2019 - 2022



2. Continentie

Gemiddeld zijn er bij 84,29% van de cliënten afspraken rondom de toiletgang. In verslagjaar 2021, 2020 en 2019 was dit respectievelijk 83,83%, 77,62% en 75,06%. Zie figuur 7 hieronder.

Figuur 7 Afspraken rondom de toiletgang verslajaar 2019 - 2022



3. Werken aan vrijheidsbevordering

- b. De meeste zorgaanbieders geven aan dat ze; werken volgens de visie in de Wet Zorg en Dwang, welke maatregelen gehanteerd worden of wanneer de WZD/ maatregelen besproken worden.

Conclusies

Basisveiligheid

Na analyse van de kwaliteitsgegevens verpleeghuiszorg zijn dit algemene bevindingen:

- De opmerkingen zijn narratieve toevoegingen op de ingevulde indicatoren en geven context weer.

- Bijvoorbeeld bij decubitus; de opmerkingen gaan in op decubituspreventie. Decubitusgevallen worden regelmatig besproken en vastgelegd in wondzorgplannen, waarbij teamoverleg en casuïstiekbesprekingen worden gehouden. De betrokkenheid van specialisten zoals artsen en wondverpleegkundigen is essentieel. Er worden regelmatig evaluaties uitgevoerd en preventieve maatregelen genomen, en er is aandacht voor individuele bewoners met decubitus. Het beleid omvat ook multidisciplinaire besprekingen en continue evaluaties van wonden en interventies. Preventie staat centraal op alle afdelingen, zelfs als er geen decubitus aanwezig is.
- Maar ook bij medicatieveiligheid; Uit de verzamelde informatie blijkt dat de aanpak van medicatiefouten en MIC-meldingen sterk varieert tussen verschillende zorginstellingen en afdelingen. Over het algemeen worden medicatiefouten besproken tijdens teamoverleggen, werkoverleggen, en multidisciplinaire bijeenkomsten. De frequentie van deze besprekingen varieert van maandelijks tot eens per kwartaal. Er zijn specifieke aandachtsvelders en commissies betrokken bij het analyseren van meldingen en het implementeren van verbeteracties.
- Bij medicatiefouten valt het op dat er uitdagingen zijn op het gebied van bewustwording, het creëren van een open meldcultuur en het effectief bespreken van medicatiefouten in teams. Sommige instellingen hebben moeite met het regelmatig bespreken van meldingen en het implementeren van verbeteracties. Ook is er variatie in de betrokkenheid van disciplines zoals artsen en apothekers bij deze besprekingen.
- Bij het kwaliteitsverslag heeft een kleine 20% van de zorgaanbieders een ongeldige URL of ongeldige waarde ingevuld. Voor de huidige indicatoren vormt dit geen probleem. Voor de indicatoren van het generiek kompas is dit een aandachtspunt wat meegenomen wordt in de ontwikkeling voor het aanleveren van het kwaliteitsbeeld.
- Met de cliëntervaringsscore blijven zorgaanbieders moeite hebben met het verkrijgen van voldoende beoordelingen op ZorgkaartNederland, wat resulteert in lage responspercentages. Om deze uitdaging aan te pakken, worden verschillende strategieën toegepast, zoals het actief vragen om beoordelingen tijdens gesprekken met cliënten en het stimuleren van familieleden om beoordelingen achter te laten.
 - Als er wel voldoende beoordelingen zijn, lijken de zorginstellingen tevreden te zijn met de behaalde scores, die vaak boven de 8 uitkomen op een schaal van 10.

Personeelssamenstelling

De personeelssamenstelling wordt inmiddels een aantal jaar uitgevraagd en dat is zichtbaar in de aanlevering. Over het algemeen kennen de zorgaanbieders de indicatoren goed en weten hoe ze deze kunnen berekenen en invullen. Na analyse van de personeelssamenstelling zijn dit algemene bevindingen:

- De jaarlijks terugkomende punten zien we ook dit jaar terug, zoals de hoe de indicator ingevuld wordt. Regelmatig is de indicator ingevuld met de totale cliëntenpopulatie in plaats van alleen verpleeghuiszorgcliënten.
- Er wordt benoemd dat sommige gevraagde gegevens niet uit het bronsysteem konden worden gehaald, zoals het aantal ziektedagen en werkdagen.

In het verdere rapport wordt dieper ingegaan op de aanlevering van de indicatoren en de opmerkingen in de tekstvelden.

Inleiding

1.1

Achtergrond

In Nederland hechten we aan toegankelijke, goede en betaalbare zorg voor iedereen. Het Zorginstituut heeft de wettelijke taak om kwaliteitsgegevens te verzamelen en te publiceren. De kwaliteitsgegevens zijn beschikbaar in het openbaar databestand van het Zorginstituut. De kwaliteitsgegevens worden publiek beschikbaar gesteld.

De kwaliteit van zorg in verpleeghuizen wordt gemeten met meetinstrumenten. De meetinstrumenten die bij het *Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg* horen, worden tot en met verslagjaar 2023 ontwikkeld door de Stuurgroep Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (de stuurgroep) en aangeboden aan het Register van het Zorginstituut. De stuurgroep bestaat uit vertegenwoordigers van zorgaanbieders, cliënten en naasten, zorgkantoren, beroepsgroepen verpleegkundigen en verzorgenden, en specialisten ouderengeneeskunde. De meetinstrumenten in het Register worden gepubliceerd op de [Transparantiekalender](#).³ Met de opname op de Transparantiekalender zijn zorgaanbieders wettelijk verplicht gegevens over de kwaliteit van verleende verpleeghuiszorg aan te leveren bij het Zorginstituut.

De kwaliteitsgegevens over verslagjaar 2022 zijn op 20 juli 2023 gepubliceerd in het openbaar databestand. Het Zorginstituut heeft de openbare gegevens geanalyseerd, waarbij de opmerkingen in de tekstvelden centraal staan. Deze analyse gaat *niet* over de inhoud van de data. De focus lag op de tekstvelden om de context van de aangeleverde gegevens in beeld te krijgen. Het doel van dit rapport is om inzicht te geven in hoe de kwaliteitsgegevens zijn aangeleverd. Met dit inzicht worden de handboeken en het portaal verbeterd voor de nieuwe aanlevering.

1.2

Leeswijzer

In hoofdstuk 1 beschrijven we de algemene bevindingen over de aanlevering.

Hoofdstuk 2 beschrijft de uitkomsten van de analyses over het *Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg* op locatieniveau. Deze kwaliteitsgegevens bestaan uit de volgende onderdelen:

- Indicatoren Basisveiligheid;
- 'URL' naar het kwaliteitsverslag;
- 'Cliëntervaringsscore'.

In hoofdstuk 3 beschrijven we de uitkomsten van de analyses over de personeelsgegevens op concernniveau. Deze bestaan uit vijf onderwerpen:

1. aard van de aanstellingen;
2. kwalificatieniveaus zorgverleners en vrijwilligers;
3. ziekteverzuim;
4. in-, door- en uitstroom;
5. ratio personeelskosten/opbrengsten.

³ De meetinstrumenten die worden opgenomen in het Register zijn niet per definitie allemaal voor openbaarmaking bestemd. Het kan bijvoorbeeld zijn dat een indicator in het Register eerst verplicht wordt gemeten voor intern leren en verbeteren, om vervolgens te evalueren of deze indicator geschikt is voor openbaarmaking.

2 Uitkomsten indicatoren Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg op locatieniveau

Voor verslagjaar 2022 hebben 2406 locaties aangeleverd. In verslagjaar 2021 waren dit 2387 locaties.

2.1 Decubitus

Het thema 'Decubitus' bestaat uit twee keuze-indicatoren.

- Indicator 1.1 is een uitkomstindicator en vraagt het percentage cliënten op de locatie met decubitus categorie 2 of hoger.
- Indicator 1.2 is een procesindicator en betreft het aantal afdelingen op de locatie waar een casuïstiekbespreking over decubitus heeft plaatsgevonden.

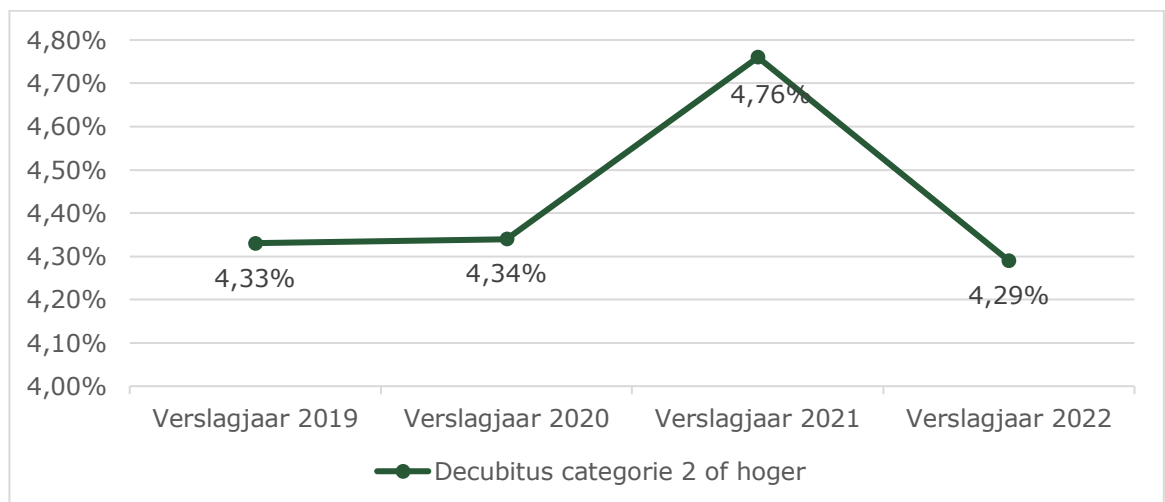
2.1.1 Indicator 1.1 – Percentage cliënten op de afdeling met decubitus categorie 2 of hoger.

Samenvatting

Gemiddeld komt er bij 4,29% van de cliënten op een afdeling decubitus categorie 2 of hoger voor. In verslagjaar 2021, 2020 en 2019 was dit respectievelijk 4,76%, 4,34% en 4,33%. Zie figuur 8 voor een grafische weergave het verloop van decubitus van verslagjaar 2019 – 2022.

Deze keuze-indicator is door 1360 locaties (56,53%) ingevuld. In verslagjaar 2021 was dat 51,53%.

Figuur 8 Decubitus categorie 2 of hoger verslagjaar 2019 - 2022



Toelichting verdeling indicator en uitkomsten

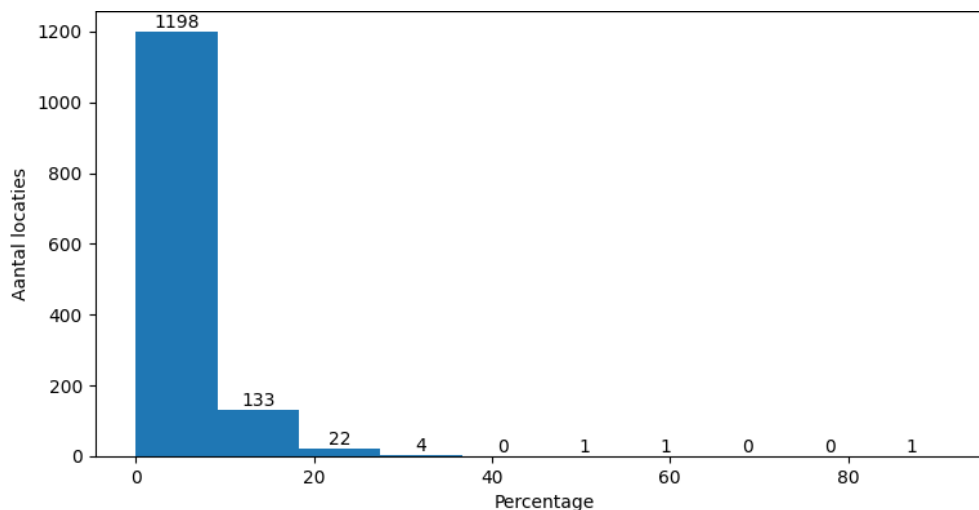
Figuur 9 laat de verdeling van deze indicator zien. De meeste locaties hebben een decubitus percentage tussen de 0-20%, met een gemiddeld van 4,29%.

Er zijn 59 opmerkingen geplaatst bij deze indicator. De opmerkingen zijn verhelderend of geven een toelichting waarom er decubitus ontstaan is. Veel voorkomende opmerkingen zijn:

- Waarom er decubitus voorkomt bij de cliënt (cliënt kwam daarmee binnen, als gevolg van ziekte, bedlegerig, rolstoelafhankelijk of palliatieve fase).
- Welke maatregelen zijn genomen om decubitus te voorkomen of te genezen (aandacht voor preventie, stimuleren om mobiel te blijven, inzet arts, ergo/wondverpleegkundige, inzet antidecubitus hulpmiddelen, opstellen van een wondzorgplan, e-learning).
- Hoe decubitus wordt gemonitord (risico inschatting met Pythia).

- Welke doelgroep is meegenomen bij de indicator (V&V, WMO met recent een WLZ indicatie).
- Algemene opmerkingen over de indicator (wanneer de indicatoren gemeten zijn, verwijzing naar het kwaliteitsverslag).

Figuur 9 Verdeling indicator 1.1 – decubitus verslagjaar 2022



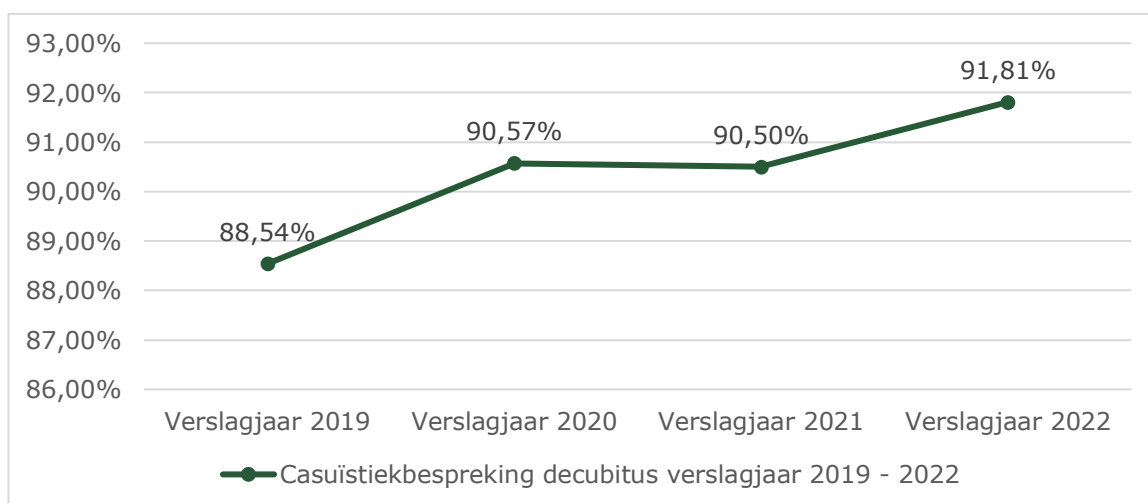
2.1.2 Indicator 1.2 - Percentage afdelingen waar een casuïstiekbespreking over decubitus categorie 2 of hoger heeft plaatsgevonden

Samenvatting

Gemiddeld vindt op 91,81% van de afdelingen een casuïstiekbespreking over decubitus plaats. In verslagjaar 2021, 2020 en 2019 was dit respectievelijk 90,50%, 90,57% en 88,54%. Zie figuur 10 voor een grafische weergave het verloop van de casuïstiekbespreking decubitus van verslagjaar 2019 – 2022.

Deze keuze-indicator is door 428 locaties (17,79%) ingevuld. In verslagjaar 2021 was dat 18,43%.

Figuur 10 Casuïstiekbespreking decubitus verslagjaar 2019 - 2022



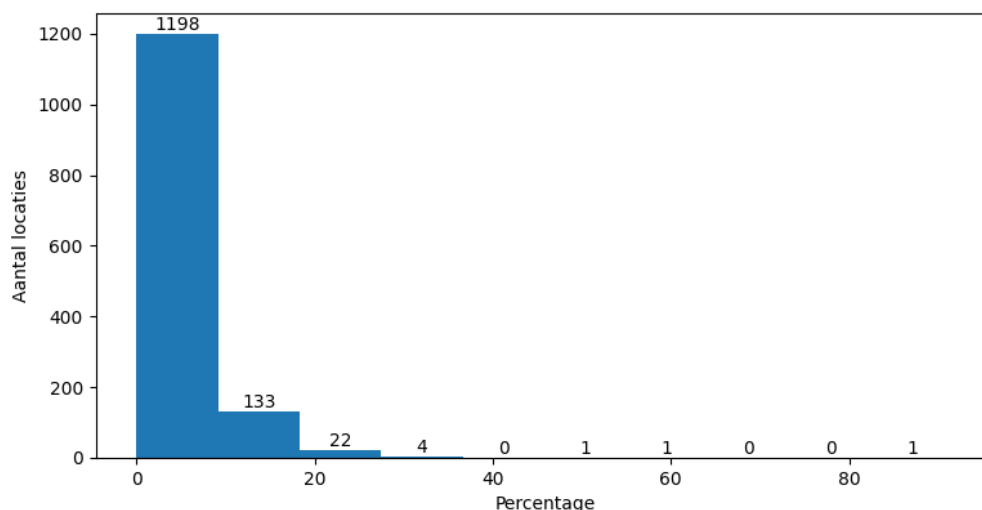
Toelichting verdeling indicator en uitkomsten

Figuur 11 laat de verdeling van deze indicator zien. De meeste locaties hebben een decubitus percentage tussen de 0-20%, met een gemiddeld van 4,29%.

Er zijn 42 opmerkingen geplaatst bij deze indicator. De opmerkingen zijn verhelderend of geven een toelichting over de casuïstiekbespreking. Veel voorkomende opmerkingen zijn:

- Wat er besproken wordt bij casuïstiekbesprekingen (oorzaak, risico's, behandeling, preventie, inzet van hulpmiddelen/ observatiemethoden, inzet van een beslisboom, locatie van decubitus, wondzorgplan).
- Met wie de casuïstiekbespreking gehouden wordt (team, (wond)verpleegkundige, huisarts, Specialist ouderengeneeskunde, in een multidisciplinair overleg).
- Hoe frequent een casuïstiekbespreking plaatsvindt (maandelijks, wekelijks, bij artsenvisites).

Figuur 11 Verdeling indicator 1.2 – casuïstiekbespreking verslagjaar 2022



2.2 Advanced Care Planning

Het thema 'Advanced Care Planning' bestaat uit één procesindicator. Deze indicator vraagt naar de gemaakte beleidsafspraken rondom het levenseinde van een cliënt. Dit is een verplichte indicator.

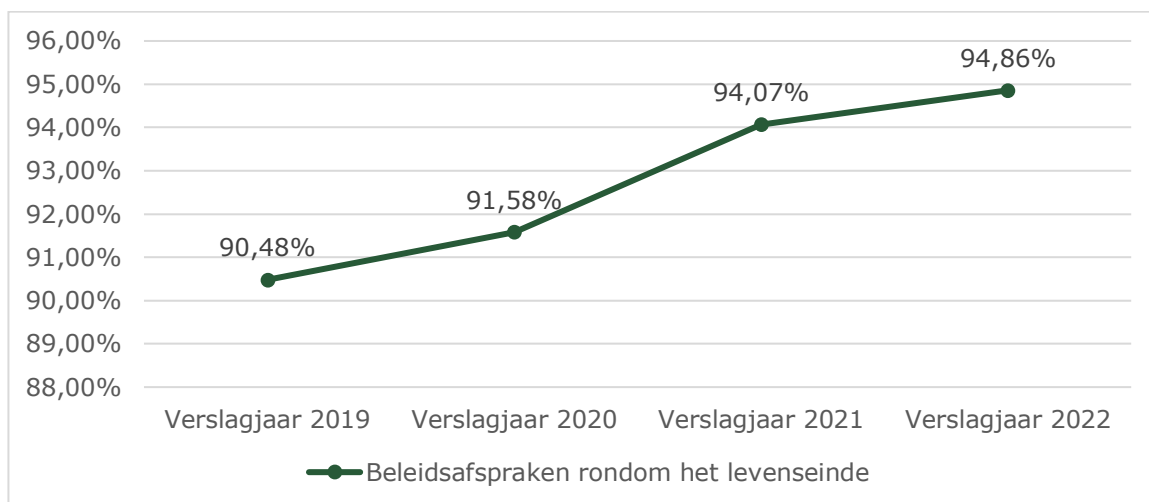
2.2.1 Indicator 2 - Percentage cliënten op de afdeling waarbij beleidsafspraken rondom het levenseinde zijn vastgelegd in het zorgdossier

Samenvatting

Gemiddeld zijn er bij 94,86% van de cliënten op een afdeling beleidsafspraken rondom het levenseinde vastgelegd. In verslagjaar 2021, 2020 en 2019 was dit respectievelijk 94,07%, 91,58% en 90,48%. Zie figuur 12 voor een grafische weergave het verloop van het vastleggen van beleidsafspraken van verslagjaar 2019 – 2022.

Deze indicator is door 2313 locaties (96,15%) ingevuld. In verslagjaar 2021 was dat 99,21%.

Figuur 12 Beleidsafspraken rondom het levenseinde verslagjaar 2019 - 2022



Toelichting verdeling indicator en uitkomsten

Figuur 13 laat de verdeling van deze indicator zien. De meeste cliënten hebben afspraken rondom het levenseinde met percentage tussen de 80-100%, met een gemiddeld van 94,86%.

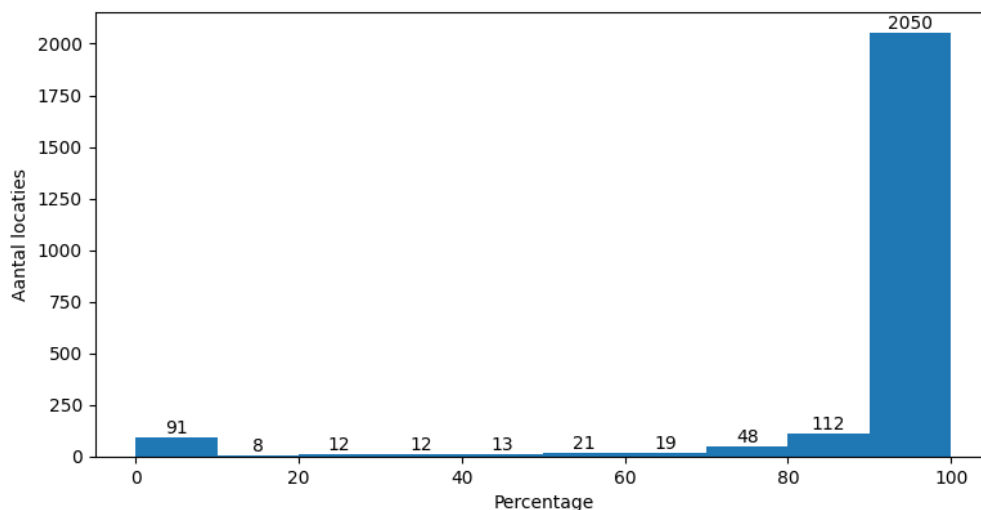
Er zijn 20 locaties die 'niet van toepassing' hebben ingevuld. In het verplichte toelichtingenveld is door de locaties aangegeven waarom ze 'niet van toepassing' hebben ingevuld:

- Het gaat om cliënten zonder behandeling waar de huisarts hoofdbehandelaar is
- Er zijn geen cliënten waarbij beleidsafspraken over behandeling rondom het levenseinde in het zorgdossier zijn vastgelegd
- Er is te weinig informatie beschikbaar omdat de locatie recent geopend is

Er zijn 206 unieke opmerkingen gemaakt. De opmerkingen zijn verhelderend of geven een toelichting. Veel voorkomende opmerkingen zijn:

- Waar de wensen rondom het levenseinde zijn vastgelegd (ECD, dossier, ondersteuningsplan);
- Wanneer de afspraken worden vastgelegd (Bij opname, elke 6 maanden);
- Welke afspraken gemaakt worden (wel/niet reanimeren, inzetten van levensverlengende handelingen, wel/geen ziekenhuisopname, wel/geen antibiotica);
- Waarom er geen afspraken zijn vastgelegd (cliënt wil geen keuze maken, afspraken nog niet besproken i.v.m. recente opname, afspraken zijn gemaakt met de huisarts, wel besproken maar nog niet vastgelegd of cliënten zonder behandeling).

Figuur 13 verdeling indicator 2 - Advanced Care Planning verslagjaar 2022



2.3 Medicatieveiligheid

Het thema 'Medicatieveiligheid' bestaat uit twee indicatoren.

- Indicator 3.1 is een procesindicator en vraagt naar het percentage afdelingen waar medicatiefouten in het team besproken worden. Dit is een verplichte indicator.
- Indicator 3.2 is ook een procesindicator en vraagt naar het percentage cliënten waarbij een formele medicatiereview heeft plaatsgevonden. Dit is een keuze-indicator.

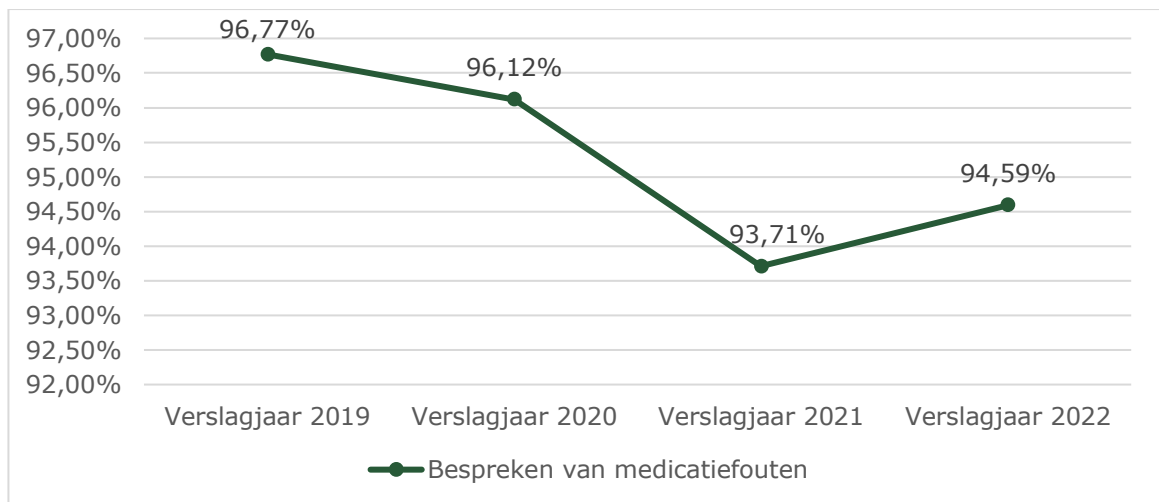
2.3.1 Indicator 3.1 - Percentage afdelingen waar medicatiefouten ten minste één keer per kwartaal multidisciplinair worden besproken met medewerkers van de afdeling op basis van meldingen die zijn gedaan - verplichte indicator

Samenvatting

Gemiddeld zijn er bij 94,59% van de afdelingen medicatiefouten besproken. In verslagjaar 2021, 2020 en 2019 was dit respectievelijk 93,71%, 96,12% en 96,77%. Zie figuur 14 voor een grafische weergave het bespreken van medicatiefouten verslagjaar 2019 – 2022.

Deze indicator is door 2387 locaties (99,21%) ingevuld. In verslagjaar 2021 was dat 99,16%.

Figuur 14 Bespreken van medicatiefouten verslagjaar 2019 - 2022



Toelichting verdeling indicator en uitkomsten

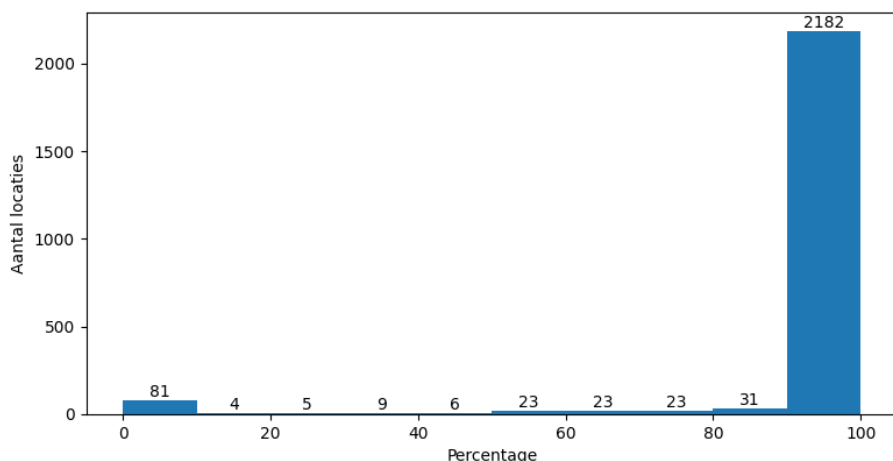
Figuur 15 laat de verdeling van deze indicator zien. De meeste afdelingen hebben medicatiefouten besproken met percentage tussen de 90-100%, met een gemiddeld van 94,59%.

Er zijn 19 locaties die 'niet van toepassing' hebben ingevuld. De enige reden dat dit is ingevuld, is omdat er geen medicatiemeldingen geweest zijn.

Er zijn 241 unieke opmerkingen gemaakt. De opmerkingen zijn verhelderend of geven een toelichting. Veel voorkomende opmerkingen zijn:

- Wanneer medicatiefouten besproken worden (elke 8 weken, elk kwartaal, elke 3 maanden, twee keer per jaar)
- Waar het besproken wordt ((vaste)teamoverleggen, multidisciplinair overleg, met de specialist ouderengeneeskunde,
- Welke medewerkers aanwezig zijn (manager, verpleegkundige, verzorgende/ helpende, apotheker, aandachtsvelder)
- Wat redenen zijn dat er geen medicatiefouten besproken zijn (afdeling gesloten/geopend, personeelwisselingen/ziekte)

Figuur 15 Verdeling indicator 3.1 - bespreken van medicatiefouten verslagjaar 2022



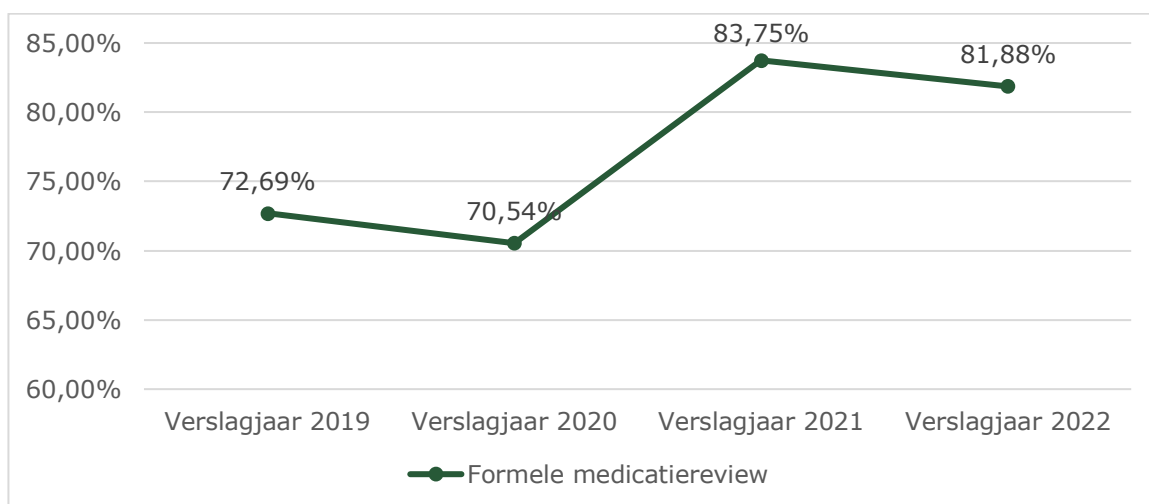
2.3.2 Indicator 3.2 - Percentage cliënten met een ZPV V&V-indicatie met behandeling, waarbij een formele medicatiereview heeft plaatsgevonden in het bijzijn van een zorgmedewerker die medicijnen aan de cliënt verstrekt

Samenvatting

Gemiddeld heeft er bij 81,88% van de cliënten een formele medicatiereview plaatsgevonden. In verslagjaar 2021, 2020 en 2019 was dit respectievelijk 83,75%, 70,54% en 72,69%. Zie figuur 16 voor een grafische weergave het bespreken van medicatiefouten verslagjaar 2019 – 2022.

Deze indicator is door 899 locaties (37,36%) ingevuld. In verslagjaar 2021 was dat 35,77%.

Figuur 16 Formele medicatiereview verslagjaar 2019 - 2022



Toelichting verdeling indicator en uitkomsten

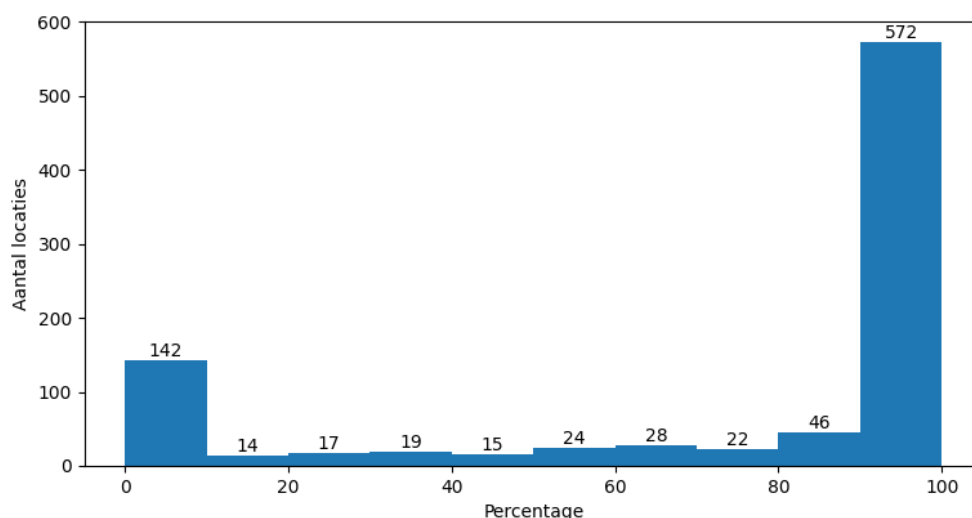
Figuur 17 laat de verdeling van deze indicator zien. De meeste cliënten hebben een formele medicatiereview gehad, van een percentage tussen de 90-100%. Het gemiddelde is 81,88%.

Er zijn 103 unieke opmerkingen gemaakt. De opmerkingen zijn verhelderend of geven een toelichting. Veel voorkomende opmerkingen zijn:

- Wanneer de medicatiereview plaatsvindt (MDO, teamoverleg, met de huisarts/apotheek, losstaande medicatiereview).
- Waarom er geen medicatiereview plaatsvindt (cliënt gebruikt geen medicatie, huisarts is behandelaar).
- Wat er besproken wordt in een medicatiereview.

- Algemene opmerkingen over de indicator (wanneer cliënten zorg met behandeling kregen, in welk jaar er een medicatiereview is geweest).

Figuur 17 Verdeling indicator 3.2 formele medicatiereview verslagjaar 2022



2.4 Gemotiveerd omgaan met vrijheidsbeperking

Het thema 'Vrijheidsbeperking' kent twee indicatoren. Indicator 4.1 over middelen en maatregelen rondom vrijheid was vanaf dit verslagjaar uit het handboek gehaald.

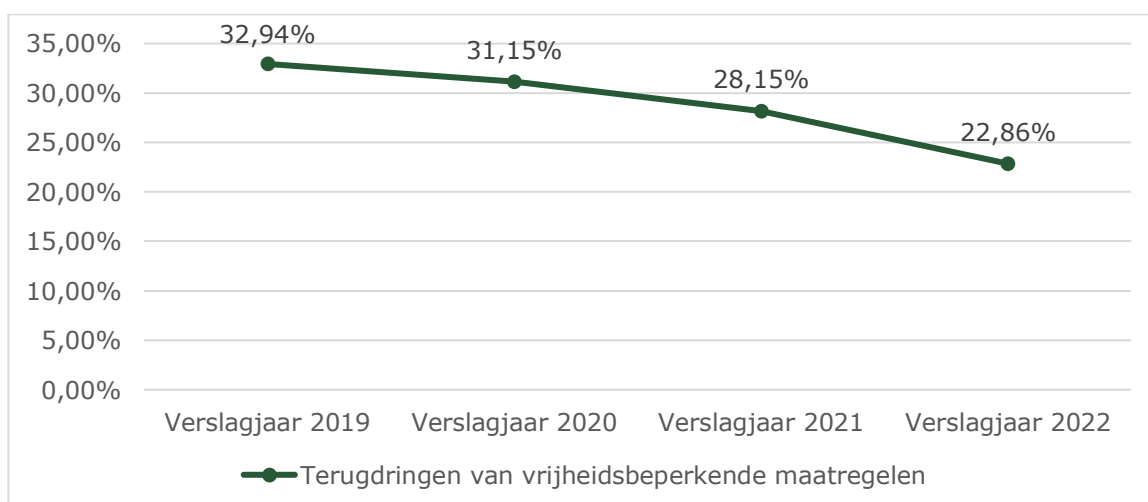
- Indicator 4.2 is een keuze-indicator en vraagt op welke manier een afdeling heeft gewerkt aan het terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Dit is een procesindicator en open tekstveld-indicator.
- Indicator 4.3 is een structuurindicator en wil weten hoe een organisatie nadenkt over vrijheidsbevordering van cliënten. Dit is een keuze-indicator en open tekstveld-indicator.

2.4.1 Indicator 4.2 - Wijze waarop op de afdeling wordt gewerkt aan het terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen

Samenvatting

Dit is een keuze-indicator met een open tekstveld. 22,86% van de zorgaanbieders heeft deze indicator ingevuld. In verslagjaar 2021, 2020 en 2019 was dit respectievelijk 28,15%, 31,15% en 32,94%. Zie figuur 18 voor het percentage zorgaanbieders dat deze indicator heeft gekozen van verslagjaar 2019 - 2022.

Figuur 18 Percentage gekozen indicator - Terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen verslagjaar 2019 - 2022



Toelichting verdeling indicator en uitkomsten

In het tekstveld konden de zorgaanbieders aangeven hoe ze werken aan het terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen. In de opmerkingen geven zorgaanbieders door:

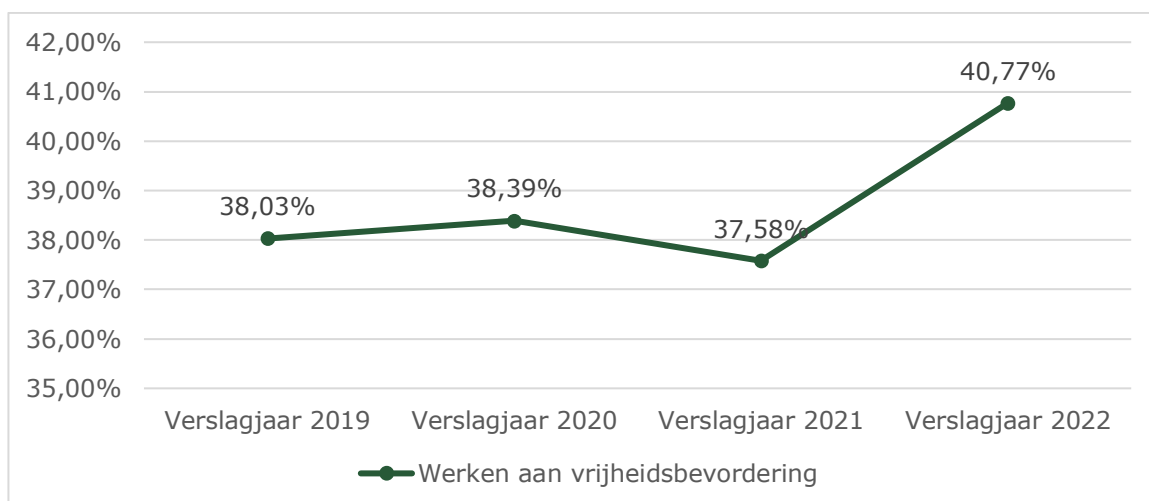
- Wat hun uitgangspunten zijn bij het terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen (persoonsgericht werken, medicatie evaluatie over gedrag beïnvloeding, bespreken met een WZD-functionaris, gebruik maken van het stappenplan WZD).
- Hoe dit bij medewerkers onder de aandacht gebracht wordt (trainingen, WZD bespreking, casusbespreking, e-learning).
- Dat ze handelen volgens de Wet Zorg en Dwang.
- Waar dit beschreven staat in het kwaliteitsverslag.

2.4.2 Indicator 4.3 - Werken aan vrijheidsbevordering

Samenvatting

Dit is een keuze indicator met een open tekstveld. 40,77% van de zorgaanbieders heeft deze indicator ingevuld. In verslagjaar 2021, 2020 en 2019 was dit respectievelijk 37,58%, 38,39% en 38,03%. Zie figuur 19 voor het percentage zorgaanbieders dat deze indicator heeft gekozen van verslagjaar 2019 – 2022.

Figuur 19 Werken aan vrijheidsbevordering verslagjaar 2019 - 2021



Toelichting verdeling indicator en uitkomsten

In het tekstveld konden de zorgaanbieders aangeven hoe ze werken aan vrijheidsbevordering. In de opmerkingen geven zorgaanbieders door:

- Dat ze werken volgens de visie in de Wet Zorg en Dwang. In de praktijk betekent dit het meegeven van duidelijke kaders, e-learning aanbieden, scholing, een stappenplan WZD.
- Welke maatregelen gehanteerd worden (naleven beleid onvrijwillige zorg, open deur beleid, alternatieve maatregelen, preventieve maatregelen, veel afstemmen met cliënt/ familie/ mantelzorger, inzet domotica).
- Wanneer WZD/ maatregelen besproken worden (teamoverleg, WZD overleg).
- Waar dit in het kwaliteitsverslag/ jaarverslag wordt toegelicht.

2.5 Continentie

Het thema 'Continentie' bestaat uit één indicator. Dit is een keuze-indicator.

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

De indicator kent de volgende categorieën:

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

5a... voorkeuren en gewoontes van de cliënt ten aanzien van toiletgang

- 5b... manieren waarop cliënt ondersteund kan worden om de toiletgang zoveel mogelijk zelfstandig uit te (blijven) voeren
- 5c... benodigde hulp bij de toiletgang
- 5d... passend gebruik van incontinentiematerialen
- 5e... anders, namelijk [open veld]

Deze indicator vraagt bij hoeveel cliënten de toiletgang **wel is vastgelegd, niet is vastgelegd** of **onbekend** is. Welke afspraken er zijn gemaakt, wordt ingevuld met een vinkvakje, waar 'welke afspraken voor zorg rondom de toiletgang worden op de locatie vastgelegd bij het merendeel van de cliënten' aangevinkt kan worden.

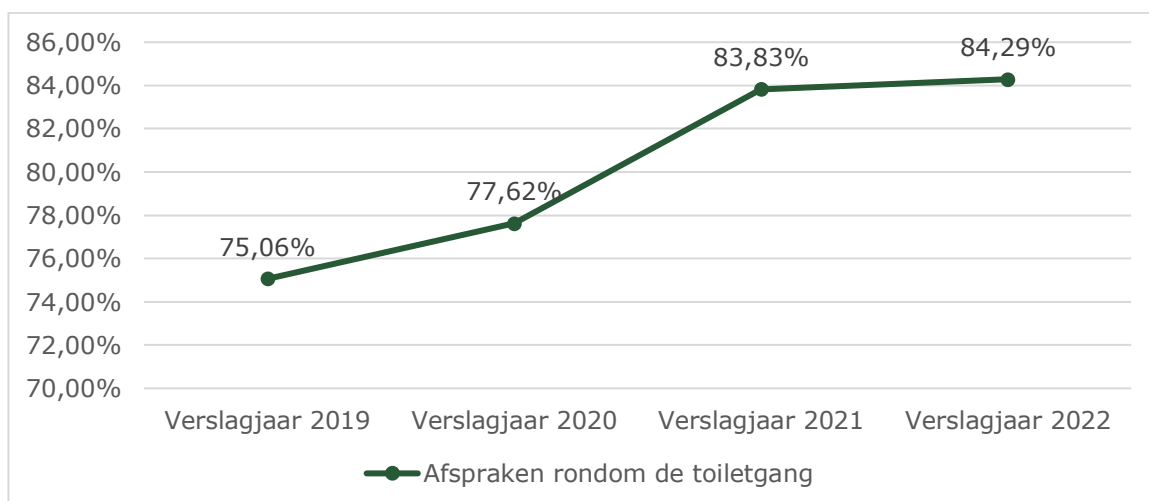
Samenvatting

Wel bekend

Gemiddeld zijn er bij 84,29% van de cliënten afspraken rondom de toiletgang. In verslagjaar 2021, 2020 en 2019 was dit respectievelijk 83,83%, 77,62% en 75,06%. Zie figuur 20 voor het percentage zorgaanbieders dat deze indicator heeft gekozen van verslagjaar 2019 – 2022.

Deze indicator is door 1142 locaties (47,46%) ingevuld. In verslagjaar 2021 was dat 36,79%.

Figuur 20 Afspraken rondom de toiletgang verslajaar 2019 - 2022



Niet bekend

Gemiddeld is er bij 13,40% van de cliënten onbekend of er afspraken rondom de toiletgang zijn. In verslagjaar 2021, 2020 en 2019 was dit respectievelijk 14,84%, 16,77% en 15,15%.

Onbekend

Gemiddeld is er bij 2,30% van de cliënten onbekend of er afspraken rondom de toiletgang zijn. In verslagjaar 2021, 2020 en 2019 was dit respectievelijk 1,33%, 1,14% en 3,28%.

Toelichting verdeling indicator en uitkomsten

Figuur 21 laat de verdeling van gemaakte afspraken rondom de toiletgang zien. Zorgaanbieders konden ook aangeven welke afspraken het vaakst zijn vastgelegd. Dit is weergegeven in tabel 1. De meeste afspraken zijn gemaakt over 'passend gebruik van incontinentiemateriaal' en 'benodigde hulp bij de toiletgang'.

Tabel 1 Percentages per categorie incontinentie verslagjaar 2022

Percentages per categorie incontinentie	Aantal locaties	Procentueel	Verslagjaar 2021
Voorkeuren en gewoontes	830	72,68%	73,15%

Manieren voor zelfstandige toiletgang	834	73,03%	72,13%
Benodigde hulp bij de toiletgang	1020	89,32%	86,69%
Passend gebruik van incontinentiematerialen	1056	92,47%	91,92%
Anders, namelijk...	81	7,09%	10,46%

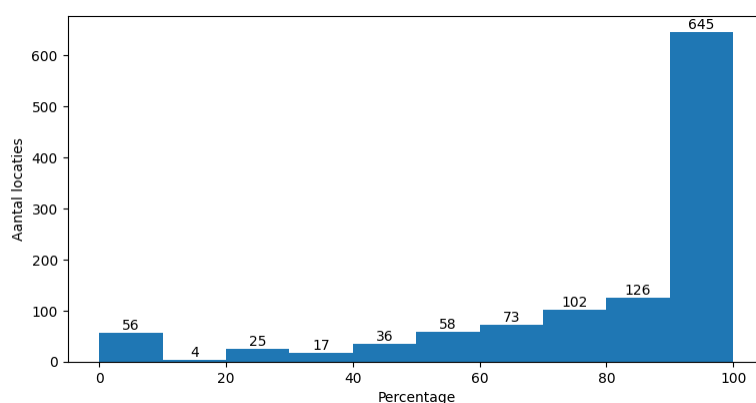
In de categorie 'Andere maatregelen' hebben 81 zorgaanbieders aangegeven welke andere maatregelen zij inzetten. Deze maatregelen zijn:

- Het gebruik van een katheter of stoma.
- Welke hulp er wanneer nodig is (bijvoorbeeld 's nachts, stimuleren van toiletbezoek).
- Vastleggen wat gevoeligheden voor infectie zijn.
- Gebruik van bepaalde hulpmiddelen (zoals bedhekken, materialen, po-stoel).
- Het bijhouden van een defecatielijst.

In de algemene opmerkingen bij deze indicator kwamen de volgende opmerkingen voor:

- Als een cliënt zelfstandig naar de toilet kan, wordt dit niet vastgelegd in het dossier.
- Wanneer deze afspraken besproken worden (bij opname, na 3 maanden).
- Dat afspraken wel gemaakt zijn, maar niet vastgelegd.

Figuur 21 Afspraken over de toiletgang zijn vastgelegd in het zorgdossier



2.6 Aandacht voor eten en drinken

Het thema 'Aandacht voor eten en drinken' is een verplicht thema en bestaat uit één indicator: 'Voedselvoorkeuren cliënt'.

2.6.1 Indicator 6 - Percentage cliënten op de afdeling waarbij voedselvoorkeuren in de afgelopen zes maanden zijn besproken en vastgelegd in het zorgdossier

De indicator kent de volgende categorieën:

6a... voorkeuren voor bepaald eten en drinken

6b... voorkeuren omtrent het aanbieden van eten en drinken
(hoeveelheid, frequentie, vorm)

6c... gewenste hulp bij eten en drinken

6d... voorkeuren voor tijd en plaats van eten en drinken

6e... anders, namelijk (geef kort eventuele andere afspraken weer die zijn opgenomen in het zorgdossier)

Deze indicator vraagt bij hoeveel cliënten **wel besproken**, **niet besproken** of **onbekend** is of er in de afgelopen zes maanden voedselvoorkeuren van de cliënt zijn besproken en vastgelegd in het zorgdossier. Deze indicator kent als uitkomst dus drie categorieën: percentage waarbij er wel bekend, niet bekend en onbekend is of er voedselvoorkeuren zijn vastgelegd.

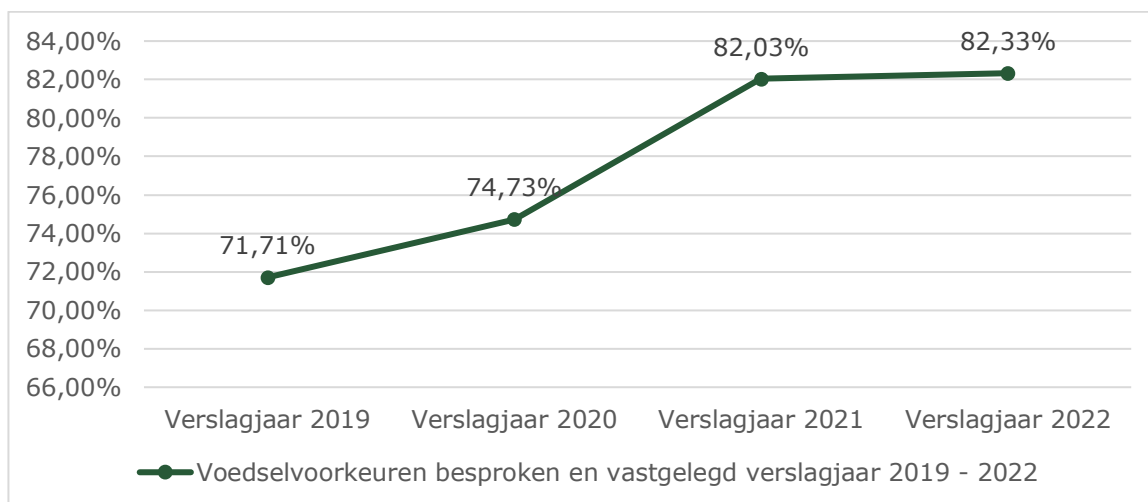
Samenvatting

Wel besproken

Gemiddeld zijn er bij 82,33% van de cliënten afspraken over voedselvoorkeuren vastgelegd. In verslagjaar 2021, 2020 en 2019 was dit respectievelijk 82,03%, 74,73% en 71,71%. Zie figuur 22 voor het percentage zorgaanbieders dat deze indicator heeft gekozen van verslagjaar 2019 – 2022.

Deze indicator is door 2325 locaties (96,63%) ingevuld. In verslagjaar 2021 was dat 99,87%.

Figuur 22 Voedselvoorkeuren besproken en vastgelegd verslagjaar 2019 - 2022



Niet besproken

Gemiddeld zijn er bij 11,68% van de cliënten geen afspraken over voedselvoorkeuren besproken en vastgelegd. In verslagjaar 2021, 2020 en 2019 was dit respectievelijk 11,69%, 12,62% en 15,43%.

Onbekend

Gemiddeld is er bij 5,99% van de cliënten onbekend of er afspraken over voedselvoorkeuren zijn gemaakt. In verslagjaar 2021, 2020 en 2019 was dit respectievelijk 6,28%, 9,36% en 9,27%.

Toelichting verdeling indicator en uitkomsten

Figuur 23 laat de verdeling van besproken voedselvoorkeuren zien. Zorgaanbieders konden aangeven welke afspraken het vaakst zijn vastgelegd, zie tabel 2.

De maatregel die het vaakst is ingezet is 'Gewenste hulp bij eten en drinken' (83,83%). Daarna volgen 'Voorkeuren voor bepaald eten en drinken' (81,19%) en 'Voorkeuren omtrent het aanbieden van eten en drinken' (73,19%).

Tabel 2 Percentages per categorie voedselvoorkeuren verslagjaar 2022

Percentages per categorie voedselvoorkeuren	Aantal locaties	Procentueel	Verslagjaar 2021
Voorkeuren voor bepaald eten en drinken	1977	82,17%	81,19%
Voorkeuren omtrent het aanbieden van eten en drinken (hoeveelheid, frequentie, vorm)	1885	78,35%	73,19%
Gewenste hulp bij eten en drinken	2023	84,08%	83,83%
voorkeuren voor tijd en plaats van eten en drinken	1479	61,47%	63,26%
Anders, namelijk...	317	13,18%	12,90%

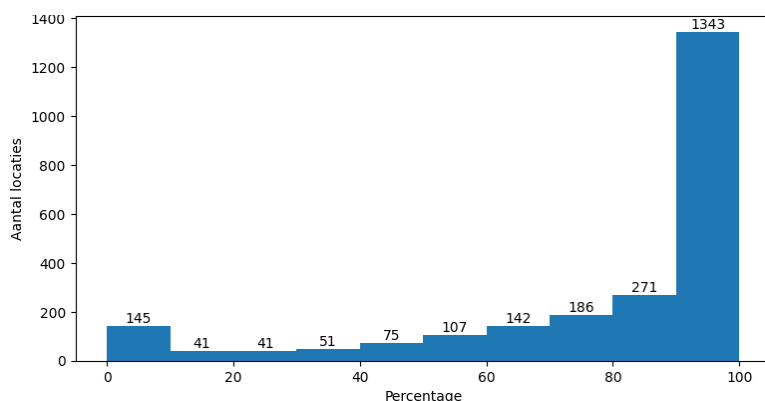
In de categorie 'Andere maatregelen' hebben 317 zorgaanbieders aangegeven welke andere afspraken gemaakt zijn. Deze afspraken zijn:

- Het vastleggen van allergieën (eventueel in overleg met de diëtiste).
- Hoe het eten bereid/ genuttigd wordt (zelf koken, keuzemenu)
- Het vastleggen van specifieke wensen (vegetarisch/ veganistisch, glutenvrij, extra vocht of vochtbeperking, bijvoeding, lievelingseten, wel/geen alcohol, voorkeur tafelen)
- Het vastleggen van problematiek rondom eten (kauw- en slikproblematiek, sondevoeding, aangepast bestek, warmhoudbord, eten malen).
- Gewicht bijhouden (eventueel aanvullende voedingssupplementen, meer voeding toedienen i.v.m. ondergewicht)

Er zijn 246 opmerkingen gemaakt. Deze opmerkingen zijn:

- Dat de wensen rondom voedselvoorkeuren wel besproken zijn maar nog niet vastgelegd in het dossier.
- Wanneer de wensen worden besproken (bij intake, elke half jaar, indien nodig)
- Wat er vastgelegd wordt rondom het eten (gezamenlijk eten, wensen voor het menu, allergieën en diëten).
- Hoe het verpleeghuis werkt aan aandacht rondom voedselvoorkeuren (scholing over kauwen en slikken, opzetten van een richtlijn)
- Een aantal opmerkingen geven aan dat voedselvoorkeuren niet besproken worden. Het gaat hier dan bijvoorbeeld om bewoners in een vergevorderd stadium van dementie, waarvan de voorkeuren inmiddels bekend zijn bij het personeel.
- Enkele opmerkingen geven aan dat er bewust voor gekozen is om geen voedselvoorkeuren vast te leggen. Dit zijn vaak cliënten die dit zelf nog goed aan kunnen geven, of waarvan bekend is wat cliënten wel/niet willen eten.
- Af en toe is er een opmerking dat de voedselvoorkeuren niet uit het systeem gehaald kunnen worden en daardoor 'onbekend' is ingevuld.

Figuur 23 Voedselvoorkeuren zijn besproken en vastgelegd in het dossier - verslagjaar 2022



2.7 Kwaliteitsverslag (URL)

Zorgaanbieders leveren vanaf verslagjaar 2017 jaarlijks een kwaliteitsverslag aan. Dit is een openbaar document op de website van de zorgorganisatie. Bij deze indicator wordt het internetadres (URL) van dit verslag ingevuld. Dit is een verplichte indicator.

2.7.1 Indicator 7 - URL van de website waar het kwaliteitsverslag 2022 van de zorgorganisatie te vinden is

Samenvatting

Van de 2406 locaties zijn er 1947 valide URL ingevuld, dat is 80,92%. Daarvan verwijzen er 1410 naar een webadres en 534 naar een pdf-document. Er zijn 247 ongeldige URL's ingevuld en 212 locaties hebben een ongeldige waarde (zoals cijfers of tekst) ingevoerd. Zie tabel 3 voor een overzicht van deze indicator.

Tabel 3 Invulling URL kwaliteitsverslag verslagjaar 2022

Invulling URL kwaliteitsverslag	Totale URL's	Totale URL's verslagjaar 2021
Valide URL's	1947 (80,92%)	2100 (87,98%)
URL webadres	1410 (58,60%)	1591 (66,65%)
PDF-document	534 (22,19%)	509 (21,32%)
Ongeldige URL	247 (10,27%)	113 (4,73%)
Ongeldige waarde	212 (8,81%)	174 (7,29%)
Totaal	2406 (100%)	2387 (100%)

De gemaakte opmerkingen bij het invullen van de indicator zijn:

- Dat het kwaliteitsverslag nog niet gepubliceerd is (en eventueel wanneer het wel gepubliceerd wordt)
- Dat er geen kwaliteitsverslag gemaakt wordt of niet gepubliceerd wordt
- Een korte toelichting op het kwaliteitsverslag

2.8 Cliëntervaringsscore

In verslagjaar 2021 is de cliëntervaringsscore de totaalscore van Zorgkaart Nederland. Dit is een verplichte indicator.

Deze indicator bestaat uit de totaalscore van Zorgkaart Nederland, het totaal aantal bevroegde cliënten en de opmerkingen:

1. *Cliëntervaringsscore: totaalscore Zorgkaart Nederland*
2. *Wat is het totaal aantal bevroegde cliënten?*
3. *Opmerkingen: [open tekstveld]*

Samenvatting

Deze indicator is door 2142 locaties ingevuld, dat is 89,03%. Echter hebben 1048 locaties (43,56%) minder dan 10 waarnemingen. Bij minder dan 10 waarnemingen wordt de score niet doorgevoerd aan het Zorginstituut en dus niet meegenomen in het gemiddelde. Het gemiddelde is berekend met de 1094 locaties (45,47%) die de indicator hebben ingevuld en meer dan 10 waarnemingen hadden. Zie tabel 4.

De gemiddelde totaalscore van deze indicator is 8,18. Cliënten/naasten beoordelen de verpleeghuizen gemiddeld met het cijfer 8 op een schaal van 1 tot 10. Er zijn in totaal 33.385 cliënten/naasten gevraagd om een ervaring. Dit zijn gemiddeld 16 cliënten per locatie.

Tabel 4 Cliëntervaringsscore verslagjaar 2022

Cliëntervaringsscore (aantal locaties)	Totaalscore van Zorgkaart Nederland	Totaalscore van Zorgkaart Nederland verslagjaar 2021
Ontbreekt	0 (0%)	0 (0%)
Waarneming <10	1048 (43,56%)	915 (38,33%)
Niet van toepassing ingevuld	264 (10,97%)	272 (11,40%)
Ingevuld	1094 (45,47%)	1200 (50,27%)
Totaal	2406 (100%)	2387 (100%)

Er zijn 264 zorgaanbieders die 'niet van toepassing' hebben ingevuld. De redenen dat de indicator niet is ingevuld zijn:

- Er zijn geen cliëntervaringen beschikbaar, bijvoorbeeld omdat;
 - er geen waarderingen op Zorgkaart Nederland zijn,
 - het niet uitgevraagd is,
 - omdat het maar eens per 2 jaar uitgevraagd wordt, of
 - omdat de locatie recent geopend is.

- De cliëntervaringen worden uitgevraagd via ARGO of een eigen cliënttevredenheids onderzoek
- De cliëntervaringen worden bij een andere locatie meegenomen

In de algemene opmerkingen delen de zorgaanbieders:

- Een toelichting over hoe/ bij wie de cliëntervaringsscore is afgenomen (bij de naasten/vertegenwoordigers, welke cliëntgroep, als ARGO onderzoek, kwaliteitsscan Waardigheid & Trots, QDNA, PREM, een bewoners tevredenheidsonderzoek (BTO), of een mix van verschillende cliëntervaringsonderzoeken).
- Wat de response is op uitgezette vragenlijsten (hierin komt ook terug dat het moeizaam blijft om voldoende response te krijgen).
- Hoe de cliëntervaringsscore is ingevuld in het portaal (bijvoorbeeld de gemiddelde waardering van alle locaties omdat het anders per locatie te laag is, de waardering van een jaar eerder omdat niet elk jaar de tevredenheid wordt uitgevraagd).
- Opmerkingen over de frequentie van het uitvragen van de tevredenheid (bijvoorbeeld eens per kwartaal).
- Hoe de zorgaanbieder stimuleert dat er cliëntervaringen worden gegeven (oproep op de website en in informatiebrieven om een waardering te geven, persoonlijk benaderen, uitdelen van feedbackkaartjes)
- Enkele zorgaanbieders verwijzen naar het kwaliteitsverslag of de website van Zorgkaart Nederland.

2.9 Algemene bevindingen indicatoren Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg

Na analyse van de kwaliteitsgegevens verpleeghuiszorg zijn dit algemene bevindingen:

- De opmerkingen zijn narratieve toevoegingen op de ingevulde indicatoren en geven context weer.
 - Bijvoorbeeld bij decubitus; de opmerkingen gaan in op decubituspreventie. Decubitusgevallen worden regelmatig besproken en vastgelegd in wondzorgplannen, waarbij teamoverleg en casuïstiekbesprekingen worden gehouden. De betrokkenheid van specialisten zoals artsen en wondverpleegkundigen is essentieel. Er worden regelmatig evaluaties uitgevoerd en preventieve maatregelen genomen, en er is aandacht voor individuele bewoners met decubitus. Het beleid omvat ook multidisciplinaire besprekingen en continue evaluaties van wonden en interventies. Preventie staat centraal op alle afdelingen, zelfs als er geen decubitus aanwezig is.
 - Maar ook bij medicatieveiligheid; Uit de verzamelde informatie blijkt dat de aanpak van medicatiefouten en MIC-meldingen sterk varieert tussen verschillende zorginstellingen en afdelingen. Over het algemeen worden medicatiefouten besproken tijdens teamoverleggen, werkoverleggen, en multidisciplinaire bijeenkomsten. De frequentie van deze besprekingen varieert van maandelijks tot eens per kwartaal. Er zijn specifieke aandachtsvelders en commissies betrokken bij het analyseren van meldingen en het implementeren van verbeteracties.
 - Bij medicatiefouten valt het op dat er uitdagingen zijn op het gebied van bewustwording, het creëren van een open meldcultuur en het effectief bespreken van medicatiefouten in teams. Sommige instellingen hebben moeite met het regelmatig bespreken van meldingen en het implementeren van verbeteracties. Ook is er variatie in de betrokkenheid van disciplines zoals artsen en apothekers bij deze besprekingen.
- Bij het kwaliteitsverslag heeft een kleine 20% van de zorgaanbieders een ongeldige URL of ongeldige waarde ingevuld. Voor de huidige indicatoren vormt dit geen probleem. Voor de indicatoren van het generiek kompas is dit een aandachtspunt wat meegenomen wordt in de ontwikkeling voor het aanleveren van het kwaliteitsbeeld.
- Met de cliëntervaringsscore blijven zorgaanbieders moeite hebben met het verkrijgen van voldoende beoordelingen op ZorgkaartNederland, wat resulteert in lage responspercentages. Om deze uitdaging aan te pakken, worden verschillende strategieën toegepast, zoals het actief vragen om beoordelingen tijdens gesprekken met cliënten en het stimuleren van familieleden om beoordelingen achter te laten.
 - Als er wel voldoende beoordelingen zijn, lijken de zorginstellingen tevreden te zijn met de behaalde scores, die vaak boven de 8 uitkomen op een schaal van 10.

3

Uitkomsten indicatoren Personeelssamenstelling op concernniveau

In verslagjaar 2022 hebben 500 van de 503 concerns aangeleverd. Dit is 100%. Het invullen van de indicatoren Personeelssamenstelling is verplicht.

3.1 Aard van de aanstellingen

Indicator 1, aard van de aanstellingen, gaat in op de personele bezetting en de mate waarin sprake is van continuïteit in de relatie tussen medewerkers, organisatie en cliënten.

Voor dit onderwerp zijn de volgende zes indicatoren opgenomen:

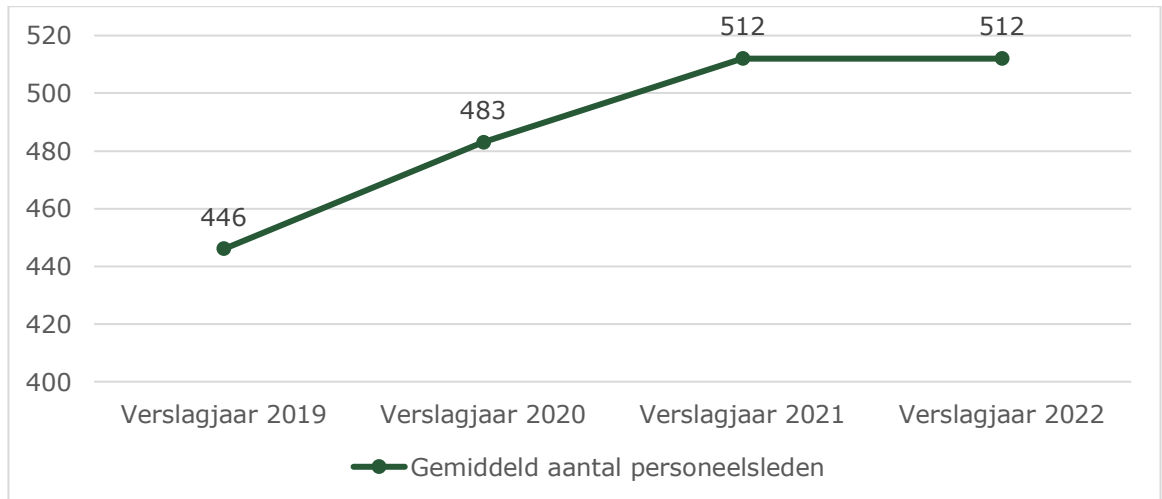
- 1.1 Hoeveel medewerkers heeft de organisatie?
- 1.2 Hoeveel fte heeft de organisatie?
- 1.3 Hoeveel procent van de medewerkers heeft een tijdelijke arbeidsovereenkomst?
- 1.4 Hoeveel uitzendkrachten/Personeel Niet in Loondienst (PNIL) is ingezet?
- 1.5 Hoeveel euro is er procentueel aan uitzendkrachten/PNIL uitgegeven?
- 1.6 Hoe groot is de gemiddelde omvang van een arbeidscontract?

3.1.1 Indicator 1.1 - Hoeveel personeelsleden heeft de organisatie?

Samenvatting

Gemiddeld zijn er 512 personeelsleden in dienst bij een organisatie. In verslagjaar 2021, 2020 en 2019 waren dit respectievelijk 512, 483 en 446 personeelsleden. Zie figuur 24 voor het gemiddeld aantal medewerkers in de organisatie van verslagjaar 2019 – 2022.

Figuur 24 Gemiddeld aantal personeelsleden verslagjaar 2019 - 2022



Toelichting verdeling indicator en uitkomsten

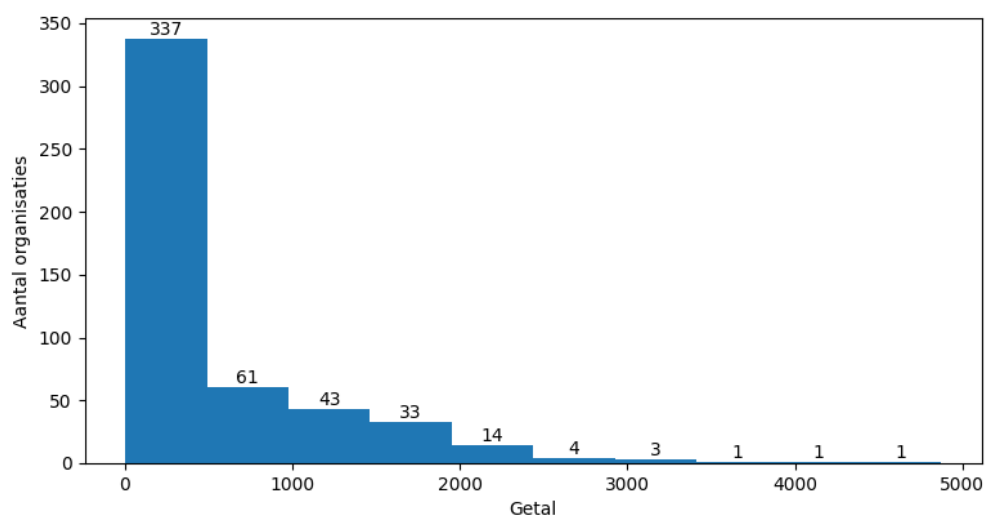
Figuur 25 laat de verdeling van deze indicator zien. De meeste organisaties hebben tussen de 0 en 500 personeelsleden.

Er zijn 41 opmerkingen gemaakt. De opmerkingen zijn verhelderend of geven een toelichting. Veel voorkomende opmerkingen zijn:

- Welke personeelsleden zijn meegenomen in de berekening (totale personeelsleden betreft en niet alleen voor de V&V cliënten, alleen zorginhoudelijke functies, inclusief stagiaires).
- Hoeveel personeelsleden er aan het begin en einde van het jaar in dienst waren

- Welke (afwijkende) meetperiode is gehanteerd (bijvoorbeeld vanaf het moment van openen i.p.v. het hele jaar, wat de peildatum is).

Figuur 25 Gemiddeld aantal personeelsleden verslagjaar 2022

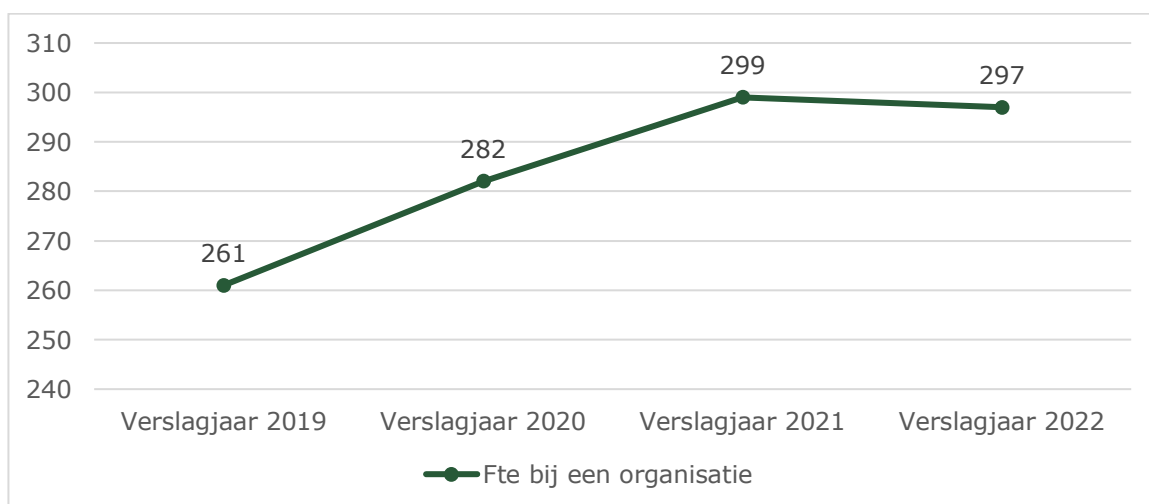


3.1.2 Indicator 1.2 - Hoeveel fte heeft de organisatie?

Samenvatting

Gemiddeld is er 297 fte bij een organisatie. In verslagjaar 2021, 2020 en 2019 waren dit respectievelijk 299, 282 en 261 personeelsleden. Zie figuur 26 voor het gemiddeld aantal fte in de organisatie van verslagjaar 2019 – 2022.

Figuur 26 gemiddeld aantal fte in de organisatie van verslagjaar 2019 – 2022



Toelichting verdeling indicator en uitkomsten

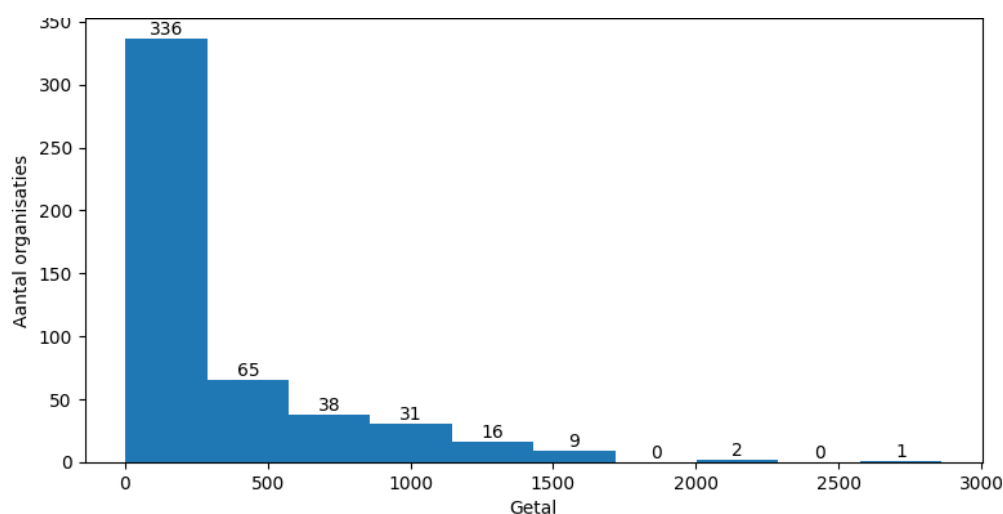
Figuur 27 laat de verdeling van deze indicator zien. De meeste organisaties hebben tussen de 0 en 250 fte in de organisatie.

Er zijn 39 opmerkingen gemaakt. De opmerkingen zijn verhelderend of geven een toelichting.

Veel voorkomende opmerkingen zijn:

- Wanneer of hoe de fte berekend is.
- Welke personeelsleden zijn meegenomen in de berekening (totale personeelsleden betreft en niet alleen voor de V&V cliënten, alleen zorginhoudelijke functies, inclusief stagiaires).

Figuur 27 Gemiddeld aantal fte verslagjaar 2022

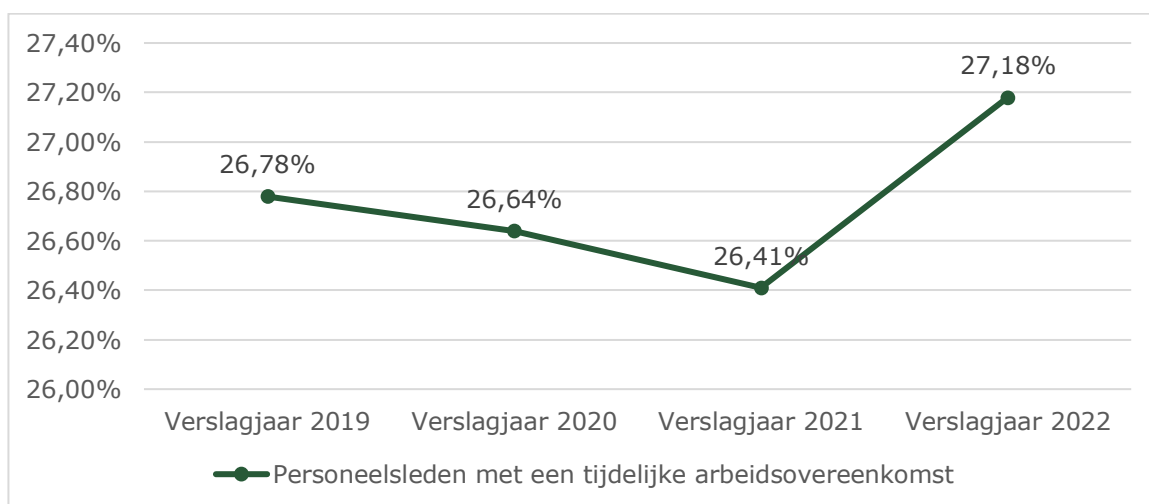


3.1.3 Indicator 1.3 - Hoeveel procent van de personeelsleden heeft een tijdelijke arbeidsovereenkomst?

Samenvatting

Gemiddeld heeft 27,18% van de personeelsleden een tijdelijke arbeidsovereenkomst. In verslagjaar 2021, 2020 en 2019 waren dit respectievelijk 26,41%, 26,64% en 26,78% personeelsleden. Zie figuur 28 voor het percentage personeelsleden met een tijdelijke arbeidsovereenkomst verslagjaar 2019 – 2022.

Figuur 28 Percentage personeelsleden met een tijdelijke arbeidsovereenkomst verslagjaar 2019 – 2022



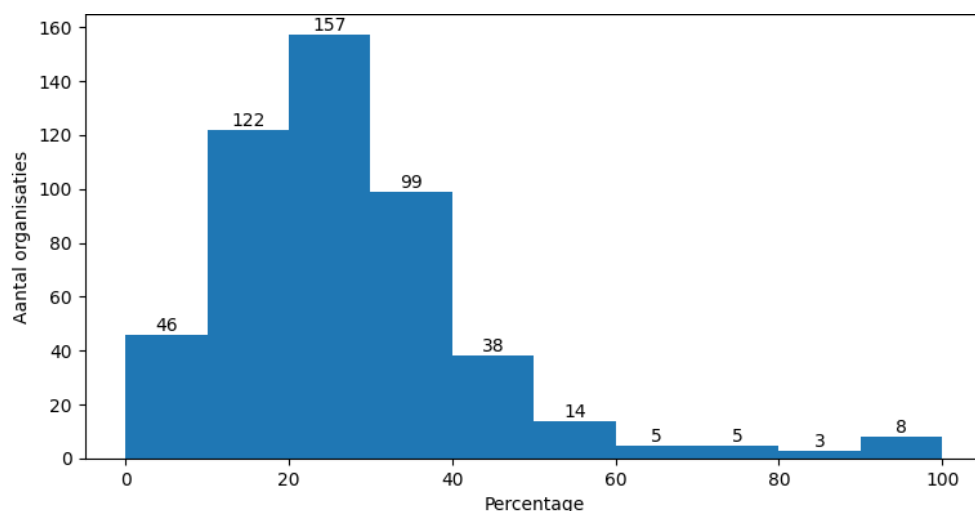
Toelichting verdeling indicator en uitkomsten

Figuur 29 laat de verdeling van deze indicator zien. De meeste organisaties hebben tussen de 20% en 40% aan tijdelijke arbeidsovereenkomsten.

Er zijn 27 opmerkingen gemaakt. De opmerkingen zijn verhelderend of geven een toelichting. Veel voorkomende opmerkingen zijn:

- Wat de reden is van een hoog percentage (eerst 2-3 jaar contracten voor bepaalde tijd, opbouwen van de organisatie, bedrijfsovername).
- Wanneer het meetmoment is geweest.

Figuur 29 Percentage personeelsleden met een tijdelijke arbeidsovereenkomst verslagjaar 2022

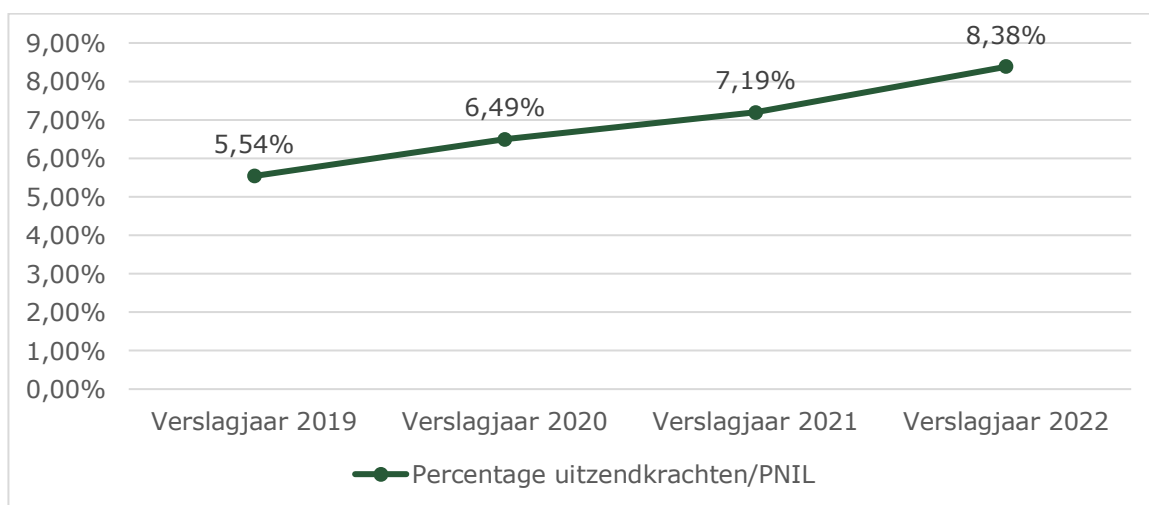


3.1.4 Indicator 1.4 - Hoeveel uitzendkrachten/PNIL zijn ingezet?

Samenvatting

Gemiddeld is 8,38% van de personeelsleden uitzendkrachten of Personeel Niet In Loondienst (PNIL). In verslagjaar 2021, 2020 en 2019 was dit respectievelijk 7,19%, 6,49% en 5,54%. Zie figuur 30 voor het percentage uitzendkrachten/ PNIL verslagjaar 2019 – 2022.

Figuur 30 Percentage uitzendkrachten/ PNIL verslagjaar 2019 – 2022



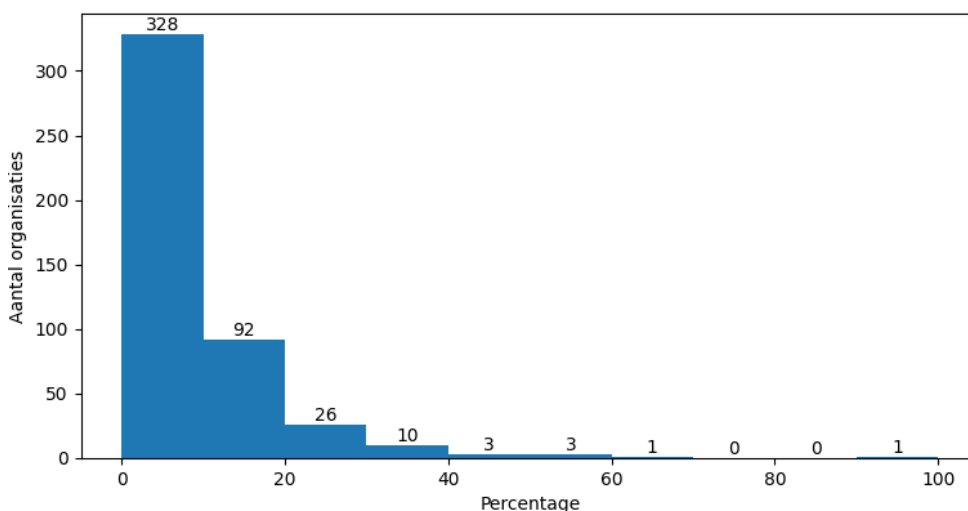
Toelichting verdeling indicator en uitkomsten

Figuur 31 laat de verdeling van deze indicator zien. De meeste organisaties hebben tussen de 20% en 40% aan tijdelijke arbeidsovereenkomsten.

Er zijn 35 opmerkingen gemaakt. In de opmerkingen staat voornamelijk:

- Wanneer ZZP'ers worden ingezet (in de nachtdienst, bij personeelstekort, voor de behandeldienst, inzet medici, paramedici en psychologen).
- Waarom er een stijging of daling was in PNIL (bijvoorbeeld door het openen van een nieuwe locatie).
- In enkele opmerkingen wordt aangegeven dat deze gegevens niet geregistreerd worden.

Figuur 31 Verdeling percentage uitzendkrachten/ PNIL verslagjaar 2022

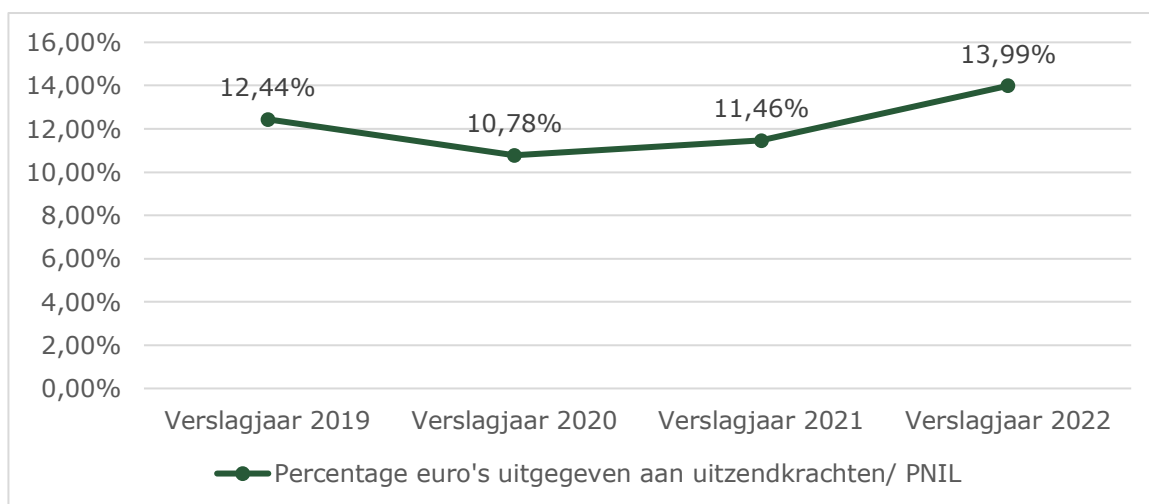


3.1.5 Indicator 1.5 - Hoeveel euro is er procentueel aan uitzendkrachten/PNIL uitgegeven?

Samenvatting

Gemiddeld is er 13,99% personeelsbudget uitgegeven aan uitzendkrachten of PNIL. In verslagjaar 2021, 2020 en 2019 was dit respectievelijk 11,46%, 10,78% en 12,44%. Zie figuur 32 voor het percentage uitzendkrachten/ PNIL verslagjaar 2019 – 2022.

Figuur 32 Percentage personeelsbudget uitgegeven aan uitzendkrachten/ PNIL verslagjaar 2019 - 2022

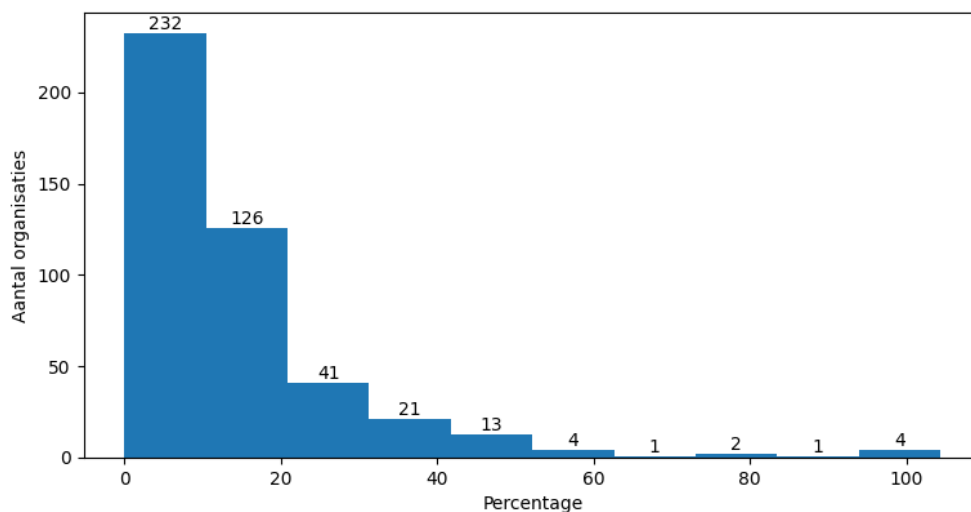


Toelichting verdeling indicator en uitkomsten

Figuur 33 laat de verdeling van deze indicator zien. De meeste organisaties hebben tussen de 20% en 40% aan tijdelijke arbeidsovereenkomsten.

Er zijn 28 opmerkingen gemaakt. In de opmerkingen staat voornamelijk hoe de kosten berekend zijn en wanneer deze berekend zijn.

Figuur 33 Verdeling percentage personeelsbudget uitgegeven aan uitzendkrachten/ PIL verslagjaar 2022

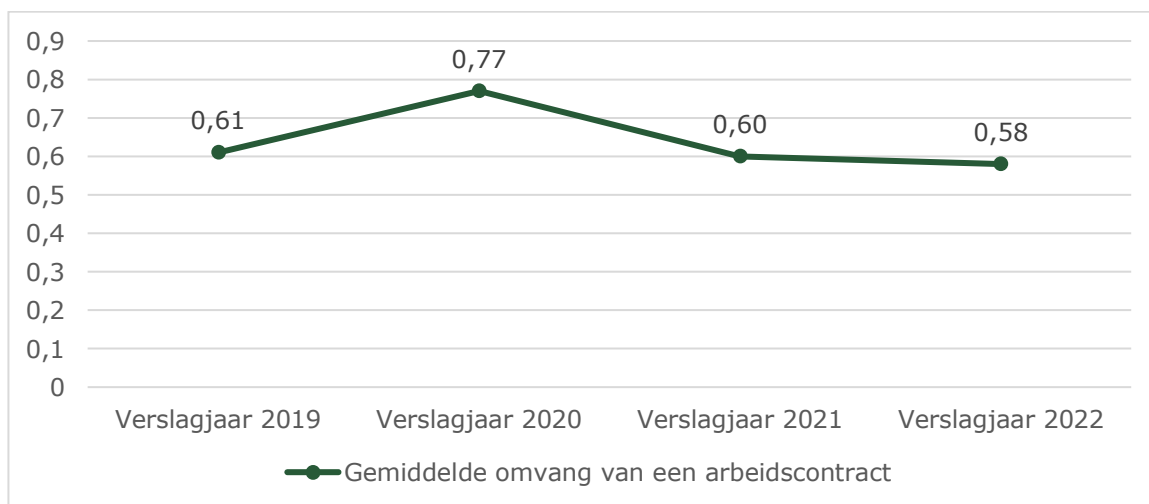


3.1.6 Indicator 1.6 Hoe groot is de gemiddelde omvang van een arbeidscontract?

Samenvatting

De gemiddelde omvang van een arbeidscontract is 0,58 fte. De gemiddelde ingezette fte's over 1 jaar was dus 0,58 fte. In verslagjaar 2021, 2020 en 2019 was dit respectievelijk 0,60, 0,77 en 0,61. Zie figuur 34 voor de gemiddelde omvang van een arbeidscontract over verslagjaar 2019 – 2022.

Figuur 34 gemiddelde omvang van een arbeidscontract over verslagjaar 2019 – 2022

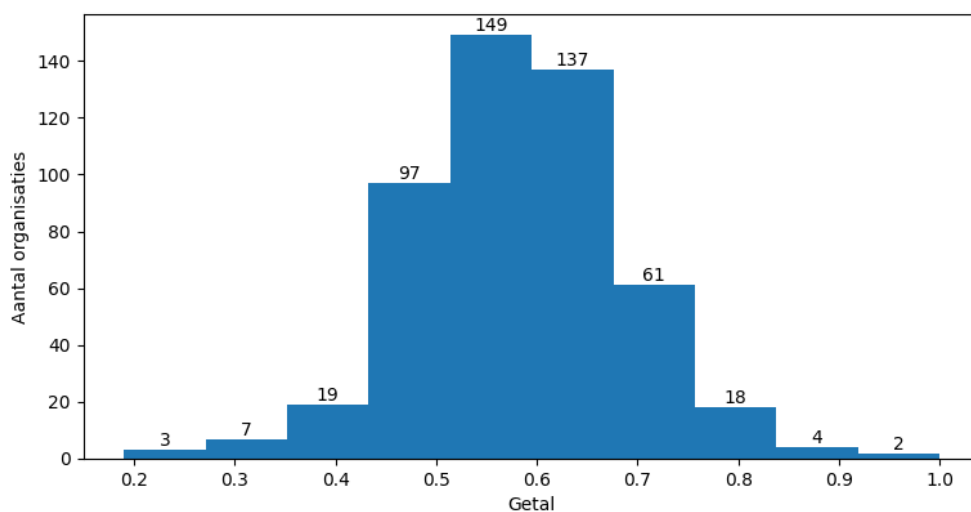


Toelichting verdeling indicator en uitkomsten

Figuur 35 laat de verdeling van deze indicator zien. De meeste organisaties hebben een gemiddeld arbeidscontract tussen 0,45 en 0,65 fte.

Er zijn 17 opmerkingen gemaakt. In de opmerkingen wordt benoemd wat de uitkomst van de ingezette fte's beïnvloed heeft (bijvoorbeeld medewerkers met een 0 uren contract).

Figuur 35 Gemiddelde omvang van een arbeidscontract verslagjaar 2022



3.1.7 Conclusies indicator 1 - Aard van de aanstellingen

De aard van de aanstellingen gaat in op de personele bezetting en de mate waarin sprake is van continuïteit in de relatie tussen medewerkers, organisatie en cliënten.

Inzet personeelsleden

- Gemiddeld zijn er 512 personeelsleden in dienst bij een zorgorganisatie. Daarvan heeft gemiddeld 27,18% een tijdelijke arbeidsovereenkomst en 8,38% is een uitzendkracht of personeel niet in loondienst.
- Gemiddeld is 13,99% van het personeelsbudget uitgegeven aan uitzendkrachten of PNIL.
- Gemiddeld heeft een organisatie 297 fte per jaar beschikbaar. De gemiddelde omvang van een arbeidscontract is 0,58 fte.

Toelichting op de indicatoren

De volgende opmerkingen komen het meest voor.

- Welke personeelsleden zijn meegenomen in de berekening (totale personeelsleden betreft en niet alleen voor de V&V cliënten, alleen zorginhoudelijke functies, inclusief stagiaires).
- Een toelichting op de uitkomst van de indicator.

3.2 Kwalificatieniveaus zorgverleners en vrijwilligers

Het kwalificatieniveau van de zorgverleners geeft aan welk niveau van kwaliteitseisen (door opleiding en scholing) gesteld wordt aan de medewerkers of functies die worden ingezet bij het leveren van zorg- en dienstverlening aan de cliënten.

Dit onderwerp kent drie indicatoren:

- 2.1 Hoe ziet de ingezette kwalificatieniveaumix eruit?
- 2.2 Hoeveel stagiairs heeft de organisatie?
- 2.3 Hoeveel vrijwilligers heeft de organisatie?

3.2.1 Indicator 2.1 - Hoe ziet de ingezette kwalificatieniveaumix eruit?

Deze indicator vraagt naar het aantal ingezette fte's over verschillende kwalificatieniveaus. Er zijn negen kwalificatieniveaus waarin deze indicator is uitgesplitst, namelijk:

- 2.1a... Niveau 1 zorg en welzijn
- 2.1b... Niveau 2 zorg en welzijn
- 2.1c... Niveau 3 zorg en welzijn
- 2.1d... Niveau 4 zorg en welzijn
- 2.1e... Niveau 5 zorg en welzijn
- 2.1f... Niveau 6 zorg en welzijn

- 2.1g... Behandelaren/(para-) medisch
- 2.1h... Overig zorgpersoneel
- 2.1i... Leerlingen

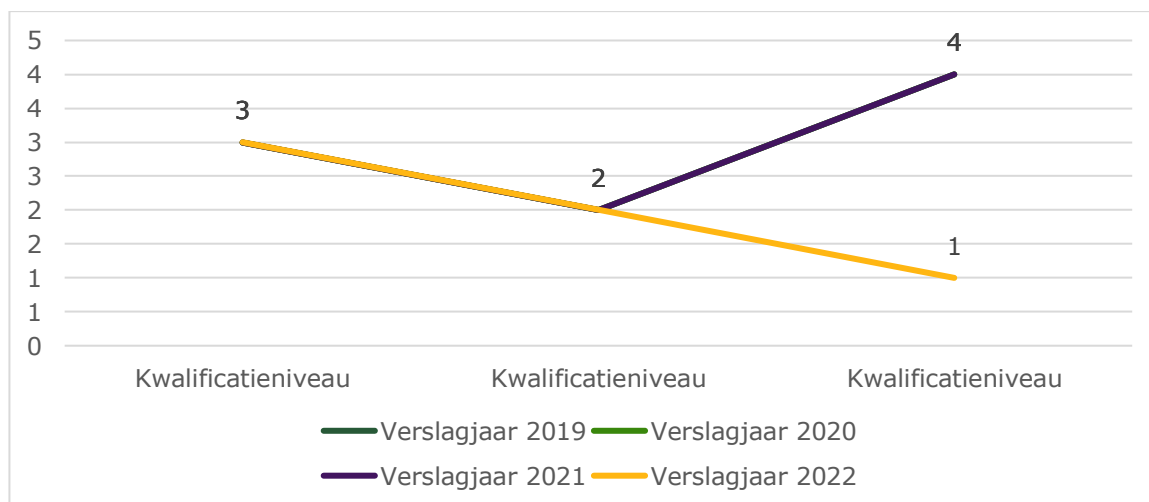
Samenvatting

In tabel 5 hieronder staat de verdeling van de ingezette kwalificatieniveaumix. De drie meest ingezette kwalificaties zijn; niveau 3, niveau 2 en niveau 1. In verslagjaar 2021 waren de drie meest ingezette kwalificatieniveaus; kwalificatieniveau 3, 2 en 4. In verslagjaar 2020 was het meest ingezette personeel ook niveau 3, niveau 2 en daarna 4. In verslagjaar 2019 zijn personeel met het kwalificatieniveau 1, 2 en 3 zorg en welzijn zijn het meest ingezet. Zie figuur 36 voor het verloop van de drie meest ingezette kwalificatieniveaus van verslagjaar 2019 – 2022.

Tabel 5 Verdeling ingezette kwalificatieniveaumix verslagjaar 2022 en 2021

Indicator 2.1 - Verdeling ingezette kwalificatieniveaumix	Gemiddeld ingezette fte	Gemiddeld ingezette fte verslagjaar 2021
2.1a... Niveau 1 zorg en welzijn	10,16	9,78
2.1b... Niveau 2 zorg en welzijn	17,46	17,79
2.1c... Niveau 3 zorg en welzijn	38,22	39,12
2.1d... Niveau 4 zorg en welzijn	9,87	10,06
2.1e... Niveau 5 zorg en welzijn	2,17	2,36
2.1f... Niveau 6 zorg en welzijn	0,96	0,74
2.1g... Behandelaren/(para)medisch	2,14	2,03
2.1h... Overig zorgpersoneel	6,66	6,25
2.1i... Leerlingen	7,77	7,39

Figuur 36 De top 3 ingezette kwalificatieniveau verslagjaar 2019 - 2022



Toelichting verdeling indicator en uitkomsten

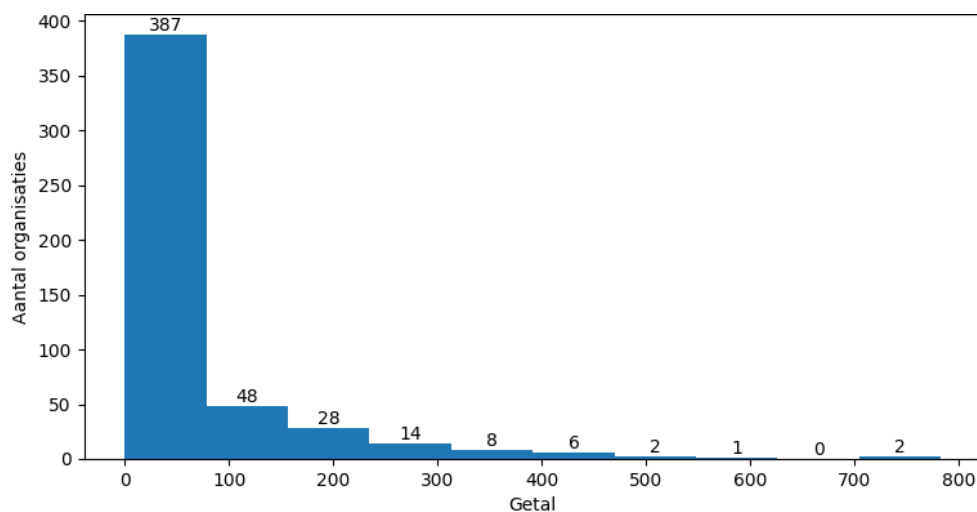
Bij deze indicator zijn 47 opmerkingen gemaakt en geven voornamelijk een aanvulling op de ingevulde indicator. Bijvoorbeeld welke medewerkers wel/ niet zijn meegerekend of hoe leerlingen zijn meegenomen (bij de niveaus of bij leerlingen).

3.2.2 Indicator 2.2 - Hoeveel stagiairs heeft de organisatie?

Samenvatting

Gemiddeld zijn er 61 stagiairs aanwezig in een organisatie. In verslagjaar 2021, 2020 en 2019 was dit respectievelijk 63, 62 en 63 stagiaires. Zie figuur 37 voor de verdeling van het aantal stagiaires in verslagjaar 2022.

Figuur 37 Verdeling van het aantal stagiaires verslagjaar 2022



Toelichting verdeling indicator en uitkomsten

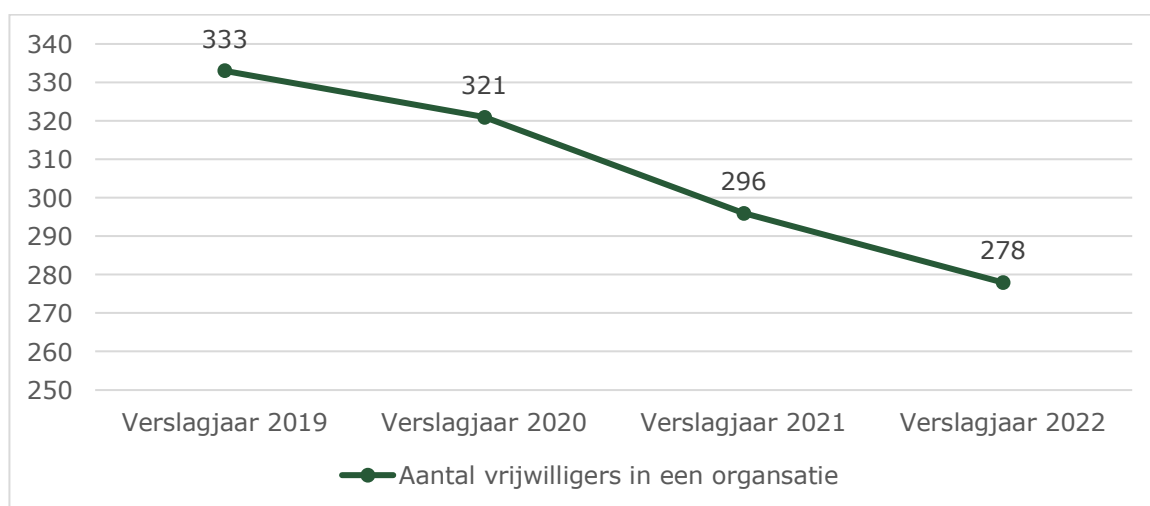
In de opmerkingen staat een toelichting op het aantal stagiaires, bijvoorbeeld welke personeelsleden onder stagiaires geplaatst worden, waarom er minder stagiaires waren dan voorgaande jaren.

3.2.3 Indicator 2.3 - Hoeveel vrijwilligers heeft de organisatie?

Samenvatting

Gemiddeld zijn er 278 vrijwilligers aanwezig in een organisatie. In verslagjaar 2021, 2020 en 2019 waren dit respectievelijk 296, 321 en 333 vrijwilligers. Zie figuur 38 van het aantal vrijwilligers in een organisatie van verslagjaar 2019 – 2022.

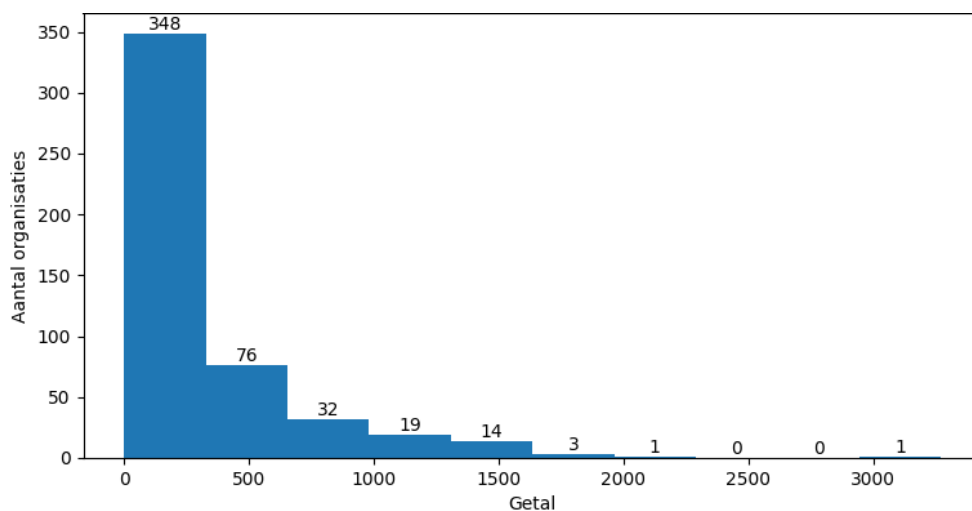
Figuur 38 aantal vrijwilligers in een organisatie van verslagjaar 2019 – 2022



Toelichting verdeling indicator en uitkomsten

Figuur 39 geeft de verdeling van de indicator weer. In de opmerkingen staat voornamelijk wat de rol is van vrijwilligers, om hoeveel locaties het gaat en op welke cliëntgroep de vrijwilligers werken.

Figuur 39 Gemiddeld aantal vrijwilligers in een organisatie van verslagjaar 2022



3.3 Ziekteverzuim

Het ziekteverzuim zegt iets over de mate waarin medewerkers op basis van fysieke of psychische klachten besluiten niet te kunnen werken. Dit onderwerp bestaat uit twee indicatoren:

3.1 Wat is het ziekteverzuimpercentage?

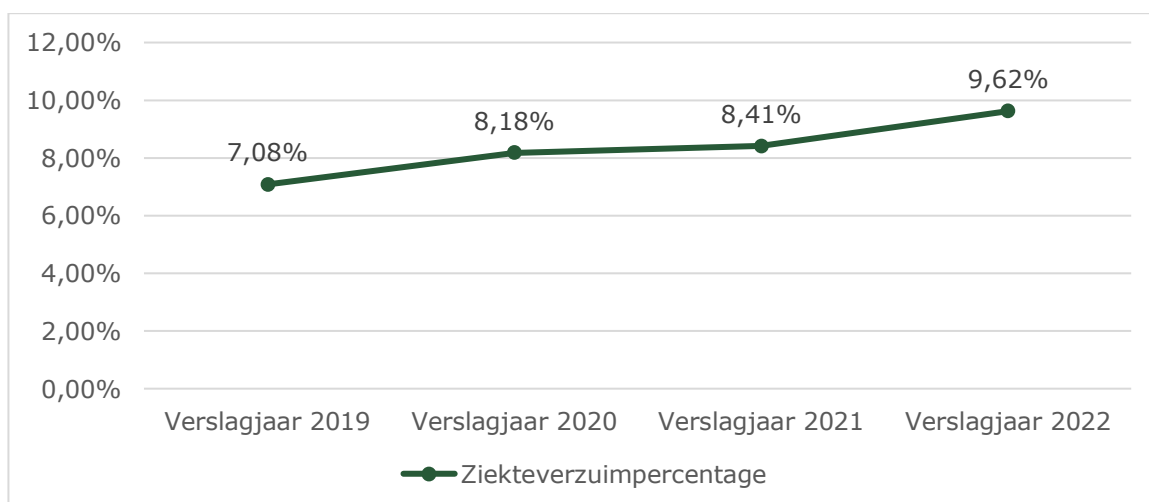
3.2 Wat is de verzuimfrequentie?

3.3.1 Indicator 3.1 - Wat is het ziekteverzuimpercentage?

Samenvatting

Gemiddeld is het ziekteverzuimpercentage over één jaar 9,62%. In verslagjaar 2021, 2020 en 2019 was dit respectievelijk 8,41%, 8,18% en 7,08% stagiaires. Zie figuur 40 voor de verdeling van gemiddelde ziekteverzuim verslagjaar 2019 - 2022.

Figuur 40 Gemiddeld ziekteverzuimpercentage over één jaar verslagjaar 2019 - 2022



Toelichting verdeling indicator en uitkomsten

Figuur 41 geeft de verdeling van de indicator weer. Opvallend zijn de aantal hoge uitschieters bij het ziekteverzuim. Een aantal organisaties heeft een ziekteverzuim van 65,50%, 63,55%, 47,40% en 39%. In de opmerkingen wordt niet toegelicht waarom dit percentage zo hoog is.

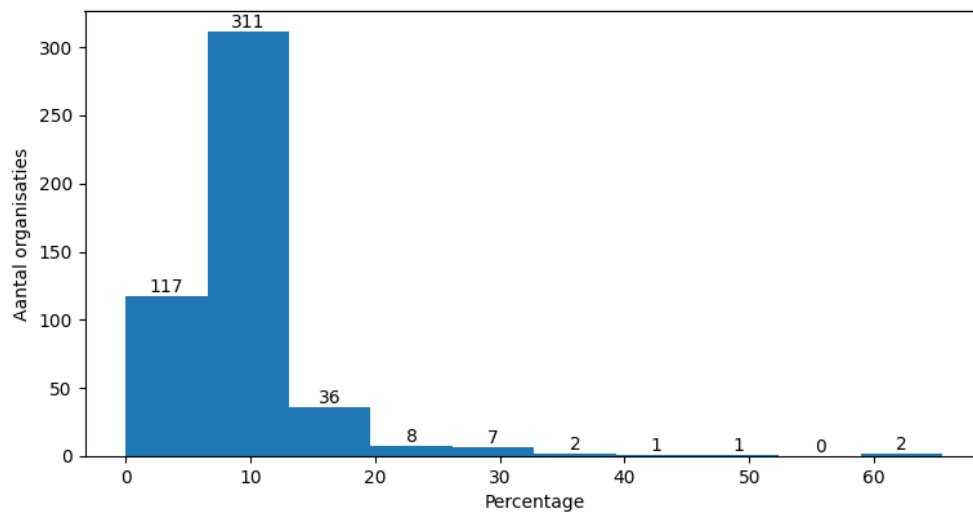
In de 33 opmerkingen die gemaakt zijn, wordt vooral toegelicht:

- De reden van de verzuimfrequentie (langdurige ziekte, COVID-19).
- Hoe de indicator ingevuld is (met de totale cliëntenpopulatie i.p.v. alleen verpleeghuiszorg cliënten, hoeveel locaties, andere meetperiode i.v.m. overname).

Er zijn 15 zorgorganisaties die 'niet van toepassing' hebben ingevuld. De opmerkingen geven aan:

- Wat het verzuimpercentage is (het is onduidelijk waarom dit niet gewoon is ingevoerd).
- Dat het n.v.t. is omdat er geen personeelsleden met arbeidsovereenkomst zijn/ alleen ZZP'ers.
- Dat de gevraagde gegevens niet uit het bronsysteem te halen waren, of dat het aantal ziekte dagen en werkdagen niet uit het systeem te halen is.

Figuur 41 Gemiddeld ziekteverzuimpercentage over één jaar verslagjaar 2022

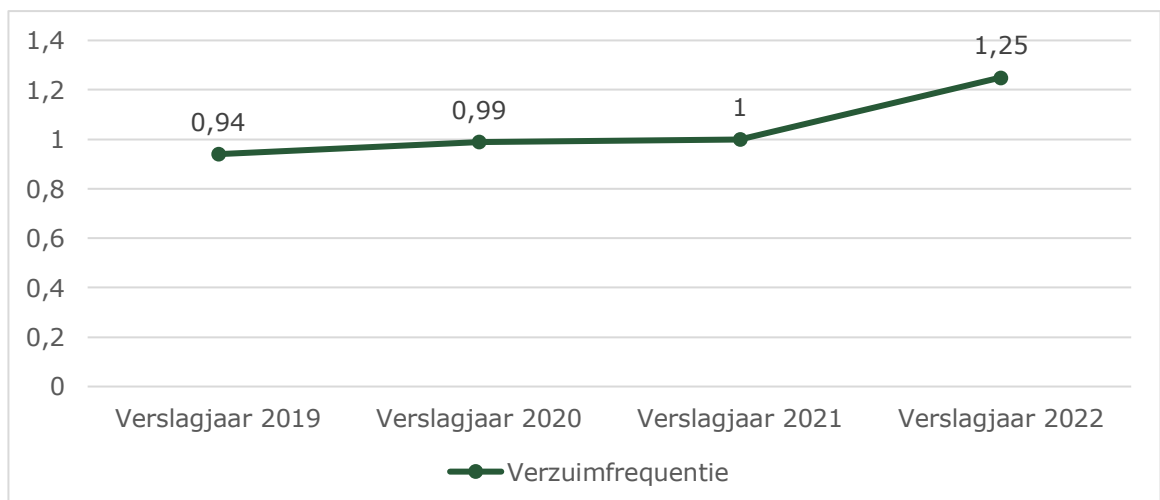


3.3.2 Indicator 3.2 Wat is de verzuimfrequentie?

Samenvatting

Gemiddeld komen er per jaar 1,25 nieuwe ziektemeldingen binnen. Dit betekent dat er per jaar 1,25 medewerkers zich langdurig ziekmelden. In verslagjaar 2021, 2020 en 2019 was dit respectievelijk 1,00, 0,99 en 0,94 nieuwe ziektemeldingen. Zie figuur 42 voor de verzuimfrequentie over één jaar verslagjaar 2019 - 2022.

Figuur 42 Verzuimfrequentie over één jaar verslagjaar 2019 - 2022



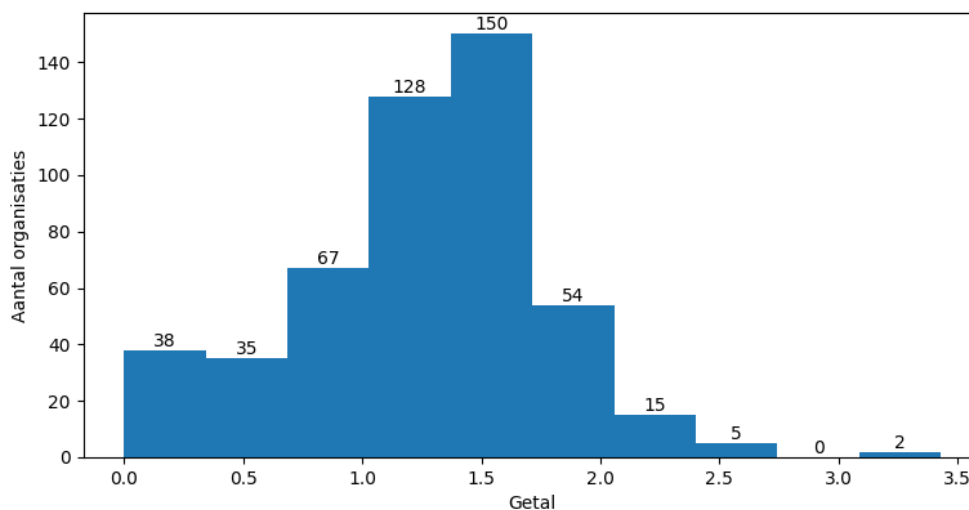
Toelichting verdeling indicator en uitkomsten

Figuur 43 geeft de verdeling van de indicator weer. De piek van de verzuimfrequentie ligt tussen de 1 en 1,5 nieuwe meldingen per jaar.

Er zijn 25 opmerkingen gemaakt. In de opmerkingen wordt vooral ingegaan op:

- Hoe de indicator berekend is (met Vernet)
- Waarom het percentage gestegen is t.o.v. vorig jaar (Covid)
- Dat het n.v.t. is omdat er geen personeelsleden met arbeidsovereenkomst zijn/ alleen ZZP'ers.
- Dat de gevraagde gegevens niet uit het bronsysteem te halen waren, of dat het aantal ziekte dagen en werkdagen niet uit het systeem te halen is.

Figuur 43 Verzuimfrequentie over één jaar verslagjaar 2022



3.4 In-, door- en uitstroom

De in-, door- en uitstroom zegt iets over de stabiliteit van de personele bezetting in relatie tot de cliënten. Dit onderwerp bestaat uit 3 indicatoren:

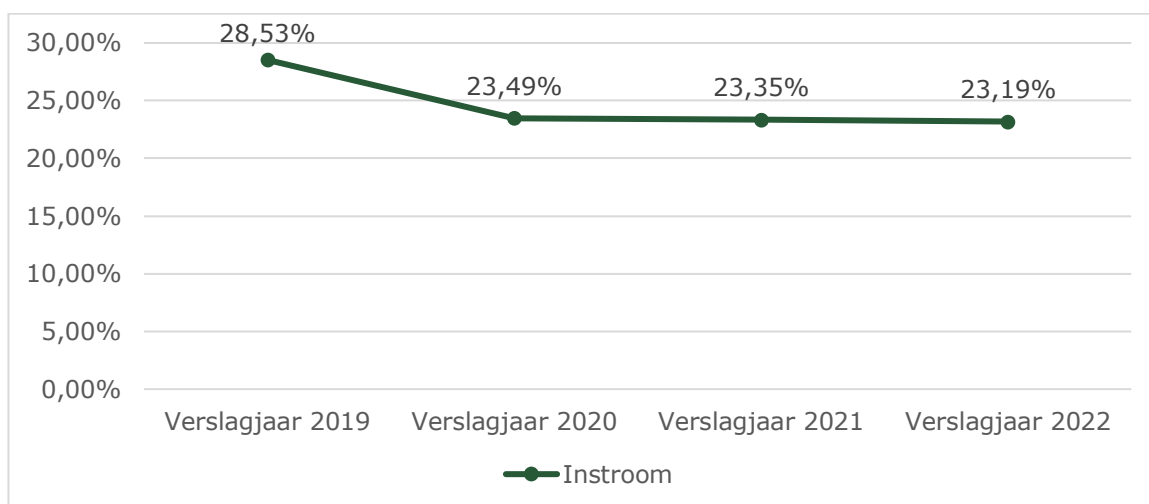
- Indicator 4.1 - Welke omvang heeft de instroom van nieuwe personeelsleden?
- Indicator 4.2 - Welke omvang heeft de uitstroom van personeelsleden?
- Indicator 4.3 - Welke omvang heeft de doorstroom qua kwalificatieniveau van personeelsleden?

3.4.1 Indicator 4.1 - Welke omvang heeft de instroom van nieuwe personeelsleden?

Samenvatting

De gemiddelde instroom van nieuwe personeelsleden over één jaar is 23,19%. In verslagjaar 2021, 2020 en 2019 was de instroom respectievelijk 23,35%, 23,49% en 28,53%. Zie figuur 44 voor de verdeling van de gemiddelde instroom verslagjaar 2019 - 2022.

Figuur 44 De gemiddelde instroom van nieuwe personeelsleden verslagjaar 2019 - 2022



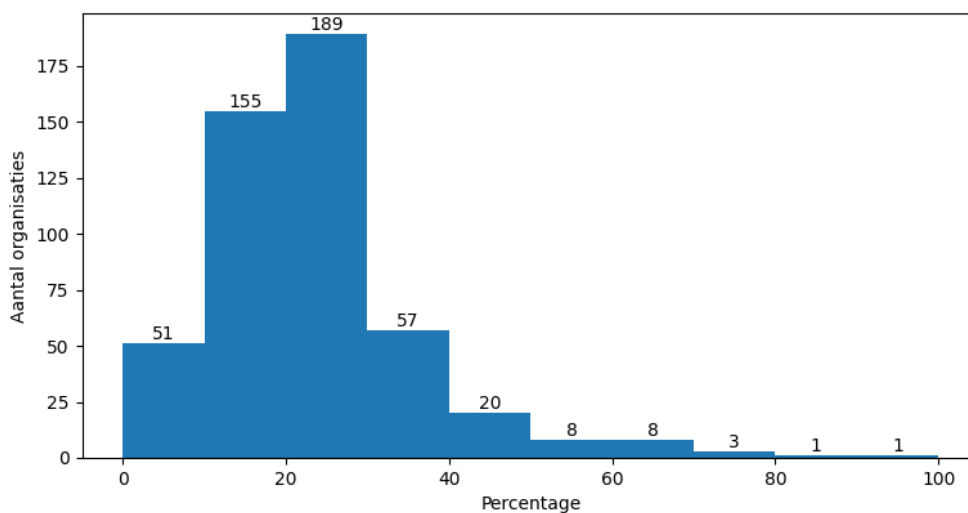
Toelichting verdeling indicator en uitkomsten

Figuur 45 geeft de verdeling van de indicator weer. De piek van de instroom ligt tussen de 10% en 30%. De zorgaanbieder met de instroom van 100% heeft dit door het openen van een nieuwe locatie.

Er zijn 35 opmerkingen gemaakt, deze komen vooral neer op:

- Waarom het percentage instroom hoog is (opening van een nieuwe locatie, groei naar een grotere locatie, fusie).
- Hoe het percentage berekend is (exclusief zzp-ers en stagiaires, berekend op basis van een half jaar, met alle personeelsleden).

Figuur 45 De gemiddelde instroom van nieuwe personeelsleden verslagjaar 2022

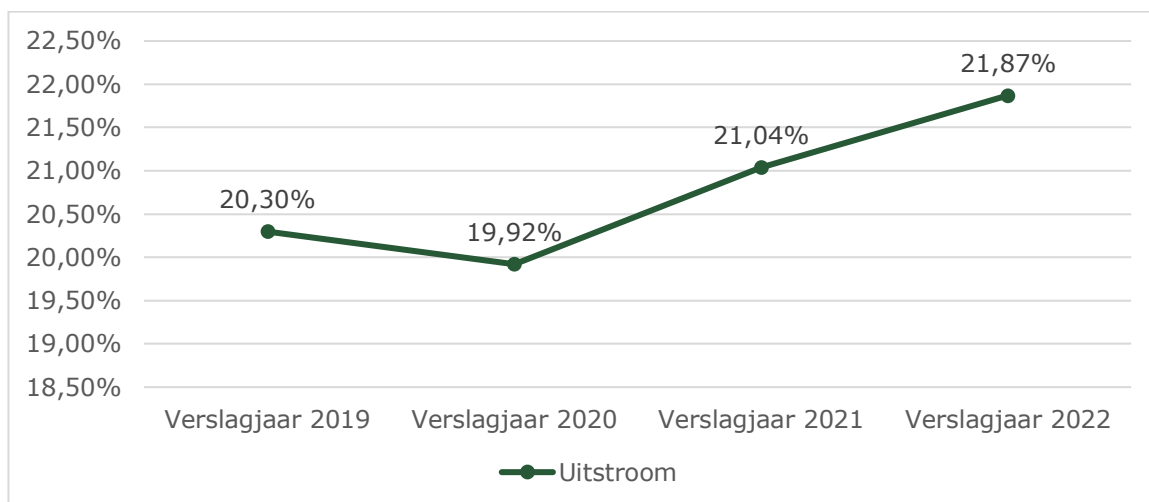


3.4.2 Indicator 4.2 Welke omvang heeft de uitstroom van personeelsleden?

Samenvatting

De gemiddelde uitstroom van personeelsleden over één jaar is 21,87%. In verslagjaar 2021, 2020 en 2019 was de uitstroom respectievelijk 21,04%, 19,92% en 20,30%. Zie figuur 46 voor de verdeling van de gemiddelde instroom verslagjaar 2019 - 2022.

Figuur 46 De gemiddelde uitstroom van nieuwe personeelsleden verslagjaar 2019 - 2022

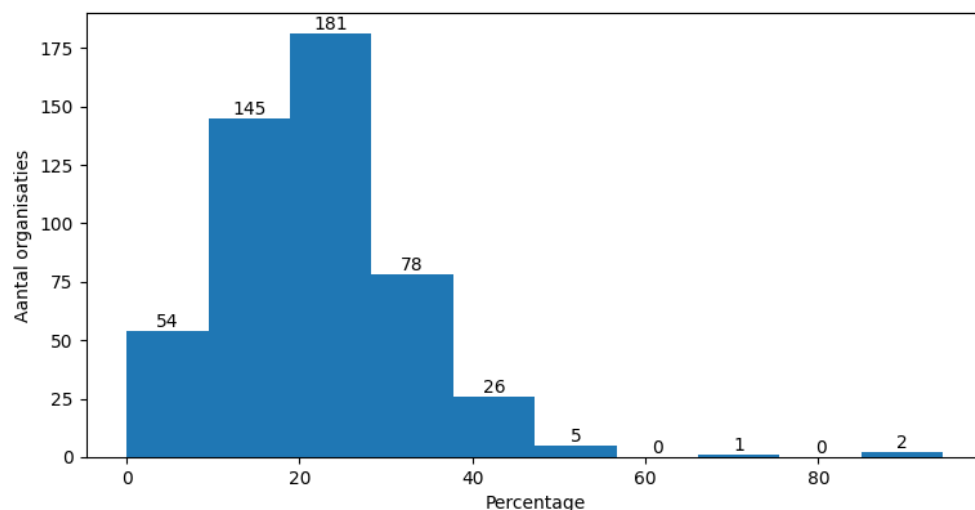


Toelichting verdeling indicator en uitkomsten

Figuur 47 geeft de verdeling van de indicator weer. De piek van de uitstroom ligt tussen de 10% en 45%. De zorgaanbieder met de uitstroom van 85% heeft geen opmerking achtergelaten.

In de overige opmerkingen wordt vooral ingegaan op de reden van uitstroom, bijvoorbeeld door inzet van tijdelijke medewerkers (weekend- en vakantiemedewerkers) of studenten die uitstromen.

Figuur 47 De gemiddelde uitstroom van nieuwe personeelsleden verslagjaar 2022

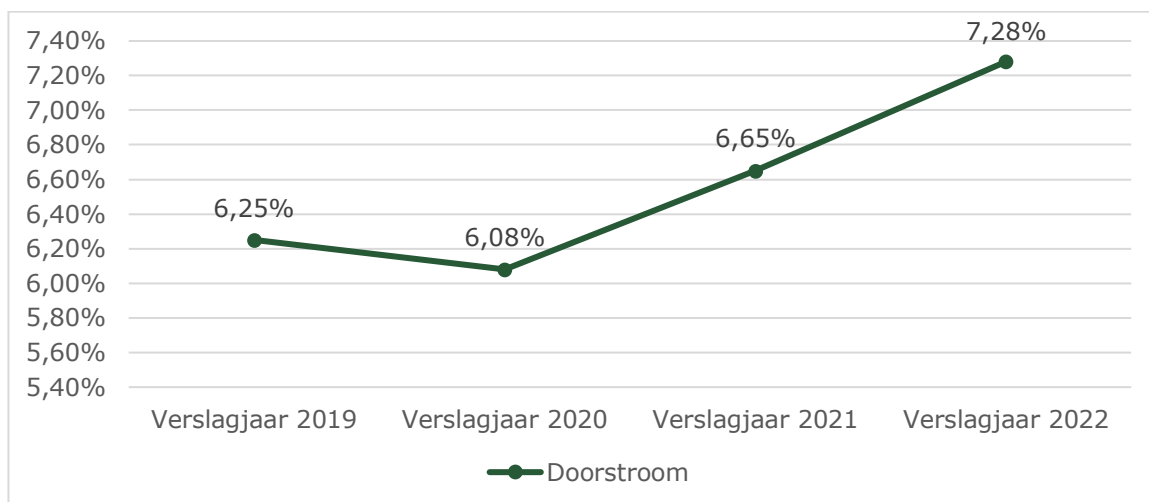


3.4.3 Indicator 4.3 - Welke omvang heeft de doorstroom qua kwalificatieniveau van personeelsleden?

Samenvatting

De gemiddelde doorstroom van personeelsleden over één jaar is 7,28%. In verslagjaar 2021, 2020 en 2019 was de doorstroom respectievelijk 6,65%, 6,08% en 6,25%. Zie figuur 48 voor de verdeling van de gemiddelde doorstroom verslagjaar 2019 - 2022.

Figuur 48 De gemiddelde doorstroom verslagjaar 2019 - 2022



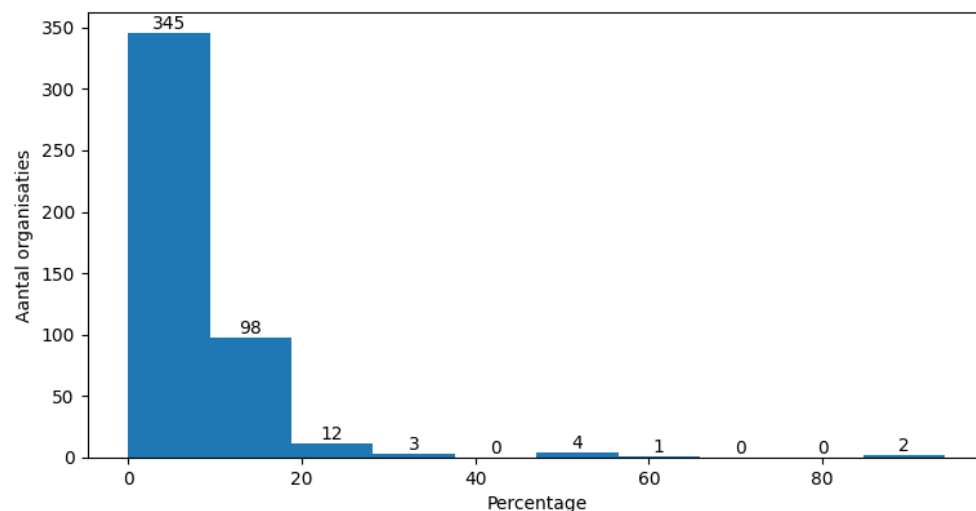
Toelichting verdeling indicator en uitkomsten

Figuur 49 geeft de verdeling van de indicator weer. De piek van de doorstroom ligt tussen de 0% en 10%. De zorgaanbieders met de uitdoorstroom rond de 90% hebben geen opmerking achtergelaten.

In de opmerkingen wordt vooral ingegaan op de reden van doorstroom, bijvoorbeeld leerlingen die hun diploma gehaald hebben of medewerkers die doorstromen naar een hogere functie. Enkele opmerkingen geven aan dat de juiste gegevens niet uit het systeem te halen zijn.

Er is 35 keer niet van toepassing ingevuld. De reden hiervoor is dat er geen doorstroom was, de gegevens niet uit het systeem te halen zijn, geen personeelsleden met een arbeidsovereenkomst of omdat deze gegevens niet gemeten worden.

Figuur 49 De gemiddelde doorstroom verslagjaar 2022



3.5 Ratio personeelskosten/opbrengsten

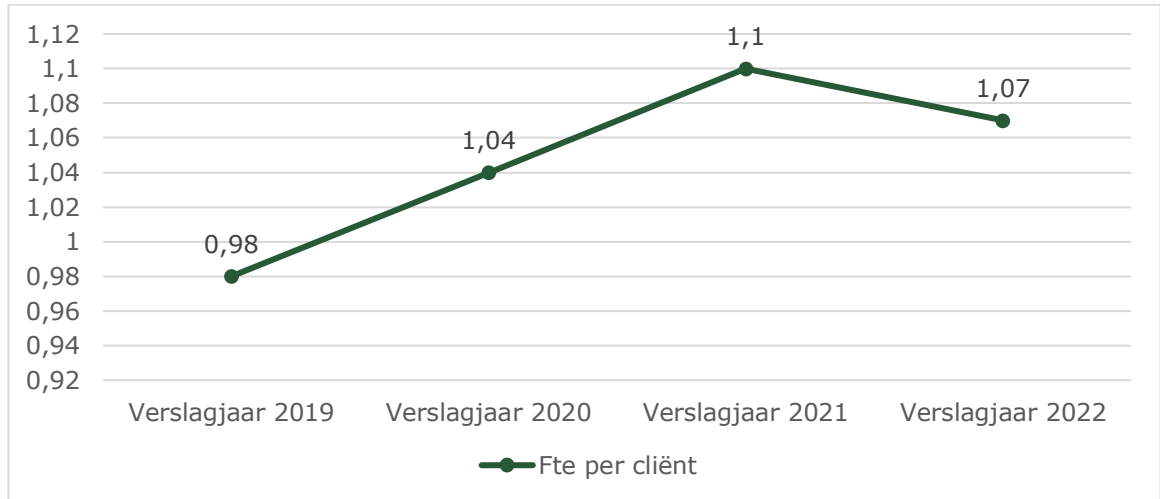
3.5.1 Indicator 5.1 Fte zorg/cliënt-ratio

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

Samenvatting

Er is gemiddeld 1,07 fte per cliënt ingezet. In verslagjaar 2021, 2020 en 2019 was de gemiddelde fte per cliënt respectievelijk 1,10, 1,04 en 0,98. Zie figuur 50 voor de verdeling van de gemiddelde fte per cliënt verslagjaar 2019 - 2022.

Figuur 50 Gemiddelde fte per cliënt verslagjaar 2019 - 2022



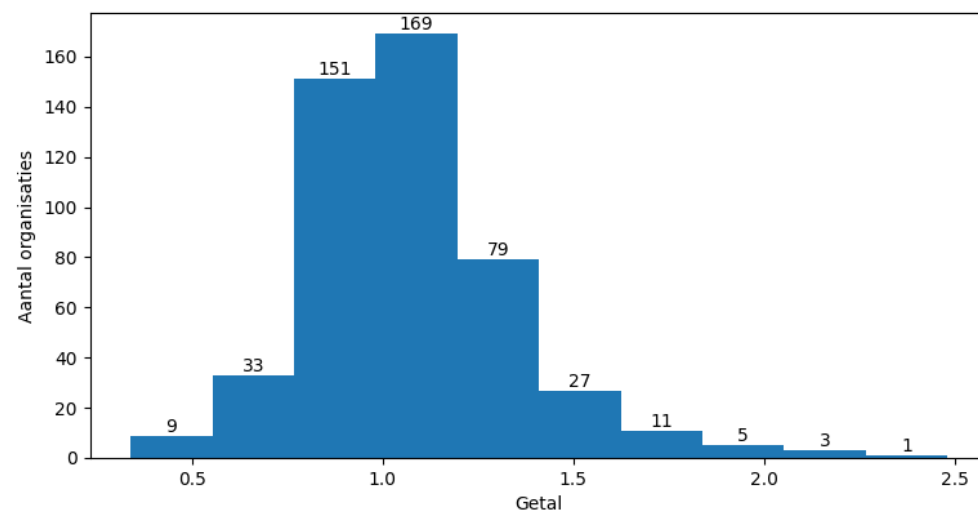
Toelichting verdeling indicator en uitkomsten

Figuur 51 geeft de verdeling van de indicator weer. De piek van de gemiddelde fte cliënt ligt rond de 1.0 fte.

Er zijn 26 opmerkingen gemaakt. De opmerkingen komen neer op:

- Een uitleg waarom de fte hoog is (weinig bewoners maar wel volledige inzet personeel).
- Welk personeel er nog meer ingezet wordt naast de fte's (zorgondernemers, vrijwilligers, flex-medewerkers).
- Over welke tijdsperiode de fte gemeten is (half jaar, heel jaar).

Figuur 51 Gemiddelde fte per cliënt verslagjaar 2022



3.6 Algemene bevindingen indicatoren Personeelssamenstelling

De personeelssamenstelling wordt inmiddels een aantal jaar uitgevraagd en dat is zichtbaar in de aanlevering. Over het algemeen kennen de zorgaanbieders de indicatoren goed en weten hoe ze deze kunnen berekenen en invullen. Na analyse van de personeelssamenstelling zijn dit algemene bevindingen:

- De jaarlijks terugkomende punten zien we ook dit jaar terug, zoals de hoe de indicator ingevuld wordt. Regelmatig is de indicator ingevuld met de totale cliëntenpopulatie in plaats van alleen verpleeghuiszorgcliënten.
- Er wordt benoemd dat sommige gevraagde gegevens niet uit het bronsysteem konden worden gehaald, zoals het aantal ziektedagen en werkdagen.

