

Kwaliteitsjaarverslag 2023

Fundashon Mariadal



ZorgBestuursbureau (ZBB) – Kwaliteit & Veiligheid

30 mei 2024

Leeswijzer

Voor u ligt een vernieuwd format voor het kwaliteitsjaarverslag. In 2023 zijn we er nog niet in geslaagd om alle hoofdstukken volgens dit nieuwe format in te richten. We hebben deze hoofdstukken echter wel alvast opgenomen, zodat wij in 2024 mee verder kunnen gaan.

In dit kwaliteitsjaarverslag leest u over onze prestaties, doelstellingen en verbeteringen ten aanzien van de kwaliteit van onze zorgverlening en ook onze ambities voor 2024.



Algemene identificatiegegevens

Naam: Fundashon Mariadal

Adres: Kaya Soeur Bartola 2

Plaats: Kralendijk, Bonaire, CN

Postadres: P.O. Box 359

Telefoon: 00599 – 7178900

Nummer Kamer van Koophandel: 7125

E-mail: info@fundashonmariadal.org

Website: <http://www.fundashonmariadal.org>

Inhoudsopgave

Leeswijzer	2
Inhoudsopgave	3
Voorwoord Raad van Bestuur	4
Uitgangspunten kwaliteitsjaarverslag	5
Veranderingen in 2023 welke van invloed zijn geweest op het kwaliteitsmanagementsysteem (KMS)	6
Evaluatie kwaliteitsdoelstellingen en kwaliteitsjaarplanning	8
Evaluatie indicatoren (KPI's)	8
Risico-inventarisatie en -analyse	10
Resultaten en opvolging van interne- en externe audits	10
Conclusies client-, patiënt-, bewoner participatie	11
Resultaten en opvolging uit meldingen (incidenten, calamiteiten en complicaties)	14
Doelstellingen komend jaar naar aanleiding van meldingen en indicatoren	17
Compliance (wet- en regelgeving)	18
Leveranciersbeoordeling	18
Overzicht van aanbevelingen en/of aandachtspunten voor de komende jaren	19

Voorwoord Raad van Bestuur

Geachte lezer,

Hierbij presenteren wij u het kwaliteitsjaarverslag van Fundashon Mariadal voor het jaar 2023. Na een periode van ongekende uitdagingen en onzekerheden, kunnen we melden dat we ons momenteel in een nieuwe fase bevinden. De COVID-19-pandemie, die ons leven en werk langdurig zo ingrijpend heeft beïnvloed is nog steeds aanwezig en we blijven leren hoe we het in onze dagelijkse praktijk kunnen integreren. Echter het is tijd, na de pandemie, om de balans op te maken, te herstellen waar nodig, en vooral vooruit te kijken naar de toekomst.

Het jaar 2023 stond voor Fundashon Mariadal dan ook in het teken van bouwen. De nasleep van de pandemie heeft haar sporen nagelaten, niet alleen op het gebied van gezondheid, maar ook op de werking van onze zorginstelling. Ook binnen Fundashon Mariadal hebben we gemerkt dat professionals overbelast waren door de lange periode van continue veranderingen en onzekerheid. Dit resulteerde in capaciteitsuitdagingen in 2023. Daarnaast heeft de pandemie de organisatie gedwongen de focus op de korte termijn te leggen.

Ondanks deze uitdagingen hebben we vastgehouden aan onze missie en visie, en zijn we in 2023 langzaam maar gedegen weer vooruit gaan kijken. Samen met onze interne en externe stakeholders hebben we gewerkt aan het verder professionaliseren van onze organisatie, rekening houdend met de unieke context van ons eiland, waar schaarste en beperkingen een dagelijkse realiteit zijn.

Dit jaarverslag biedt een transparante blik op onze prestaties, uitdagingen en toekomstplannen. We zijn tevreden met de vooruitgang die we hebben geboekt, maar erkennen ook dat er nog veel werk aan de winkel is. We blijven ons inzetten voor het leveren van hoogwaardige zorg aan de gemeenschap van Bonaire en blijven een betrouwbare partner in het bevorderen van gezondheid en welzijn voor iedereen.

Namens het gehele team van Fundashon Mariadal wil ik mijn oprechte dank uitspreken aan iedereen die heeft bijgedragen aan onze ontwikkeling en ons geholpen heeft bij het bouwen aan een sterke en veerkrachtige zorginstelling.

Giovanni J.M. Frans, arts MBA-Health

Raad van Bestuur

Fundashon Mariadal

Uitgangspunten kwaliteitsjaarverslag

Overeenkomstig artikel 12 van de Wet Zorginstellingen BES dient Fundashon Mariadal (FM) jaarlijks vóór 1 juni een verslag ter openbare inzage aan te bieden met een afschrift daarvan aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Hierin wordt verantwoording afgelegd over het beleid dat in de afgelopen periode ter uitvoering van deze wet ter zake van de kwaliteit van de verleende zorg is gevoerd. Naast informatie over de verleende zorg geeft dit verslag ook inzicht in de kwaliteitsaspecten van zorg die verleend is door Fundashon Mariadal als zorginstelling.

Veranderingen in 2023 welke van invloed zijn geweest op het kwaliteitsmanagementsysteem (KMS)

Ontwikkelingen kwaliteitsmanagementsysteem

Aanstellen Medical Quality Officer en kwaliteitsadviseur

In het streven naar voortdurende verbetering van onze kwaliteitszorg, hebben we in 2023 een Medical Quality Officer (MQO) geïntroduceerd.

In een onafhankelijke positie zal de MQO streven naar de hoogst haalbare standaard in zorg en service, waarin de patiënt, cliënt en bewoner meer centraal wordt gesteld.

Het is hierbij van belang een brug te bouwen tussen verplegend personeel en artsen en zeker ook tussen de verschillende units. Door te motiveren, helder te communiceren en te enthousiasmeren, ervoor zorgen alle neuzen dezelfde kant op te laten wijzen. Daarnaast zal het stellen van kaders een belangrijke plek innemen, om een hogere zorgstandaard te bereiken.

De MQO werkt intensief samen met de afdeling Kwaliteit, Veiligheid & Tevredenheid in het algemeen en met de manager van de afdeling in het bijzonder waarbij zij in een systeem van duaal leiderschap zullen werken aan het kwaliteit- en veiligheidsdenken en –handelen in de organisatie.

Daarnaast hebben we besloten om onze aanpak te versterken door het introduceren van de kwaliteitsadviseur in plaats van de traditionele VIM-coördinator.

De VIM coördinator richtte zich specifiek op het melden en analyseren van incidenten om de veiligheid binnen de organisatie te verbeteren. Taken omvatten het beheren van het meldsysteem, analyseren van incidenten, ontwikkelen van verbetermaatregelen en bevorderen van een veiligheidsgerichte cultuur. Terwijl de Kwaliteitsadviseur naast de bovengenoemde taken van de VIM coördinator zich breed richt op kwaliteitsmanagement, inclusief het ontwikkelen van beleid, uitvoeren van audits, analyseren van kwaliteitsgegevens en het geven van trainingen.

Deze ontwikkeling stelt ons in staat om een meer integrale benadering van kwaliteitsverbetering te realiseren.

Participatie en tevredenheid

Daarnaast is het luisteren naar en reageren op de behoeften van onze patiënten, cliënten en bewoners erg belangrijk. Daarom zijn we in 2023 gestart met de planvorming om onze klachtenafdeling uit te breiden naar een omvattender platform voor participatie. Naast het behandelen van klachten zullen we in de toekomst tevredenheidsonderzoeken (PREMs) en uitkomstmetingen (PROMs) uitvoeren om onze zorg nog verder te optimaliseren. Derhalve hebben we de naam van onze afdeling Kwaliteit en Veiligheid ook uitgebreid naar Kwaliteit, Veiligheid en Tevredenheid. Hiermee willen we een centraal aanspreekpunt bieden voor alle aspecten van zorgkwaliteit en -veiligheid.

Professionalisering en borging kwaliteit en veiligheid

Als onderdeel van ons streven naar strategische ontwikkeling en organisatieverbetering, hebben we een

manager Strategie en Organisatieontwikkeling aangesteld met specifieke expertise in Kwaliteit, Veiligheid en Tevredenheid. Deze manager is verantwoordelijk voor het borgen van kwaliteit, veiligheid en tevredenheid binnen onze organisatie en het bevorderen van een cultuur van continu leren en verbeteren.

Procedure kwaliteitsjaarverslag

In de afgelopen jaren hebben we geconstateerd dat ons kwaliteitsjaarverslag te uitgebreid was en informatie bevatte die niet thuishoort in een kwaliteitsjaarverslag volgens de wettelijke voorschriften. Dit leidde ertoe dat het opstellen van het verslag veel tijd in beslag nam en het een uitdaging was om het tijdig af te ronden.

Om onze processen transparant en effectief te maken en de kwaliteit van onze kwaliteitsjaarverslag te vergroten, hebben we een gedetailleerde procedure opgesteld voor het samenstellen van ons kwaliteitsjaarverslag, inclusief de definitie van alle onderliggende processen.

Commissies

Verder wordt er een centrale VIM-commissie en een Calamiteitencommissie geïnstalleerd, met duidelijke reglementen en procedures om adequaat te reageren op incidenten en calamiteiten. Bovendien hebben we twee decentrale VIM-werkgroepen opgezet, elk met specifieke taken en verantwoordelijkheden, om een breder scala aan perspectieven en expertise te benutten bij het verbeteren van onze zorgverlening.

Beheer kwaliteitssysteem

Om ons kwaliteitssysteem effectiever te beheren, hebben we in 2023 besloten om Qarebase aan te schaffen en te implementeren. Bij het opstellen van het implementatieplan hebben we geconstateerd dat de IT-infrastructuur binnen Fundashon Mariadal enkele aanpassingen vereist om Qarebase duurzaam te kunnen laten functioneren. Deze aanpassingen zullen gedurende de eerste helft van 2024 worden gerealiseerd, waarna de implementatie van Qarebase kan plaatsvinden. Het strategische besluit om Qarebase te integreren in ons kwaliteitssysteem geeft blijk van onze doelstelling om onze operationele processen continu te verbeteren en het waarborgen van een hoog niveau van zorgverlening aan onze gemeenschap. Met Qarebase zullen we in staat zijn om gegevensgestuurde inzichten te verkrijgen, de efficiëntie te verhogen en proactief te reageren op kwaliteitskwesties, wat uiteindelijk zal resulteren in een verbetering in de zorgervaring voor onze patiënten en stakeholders.

Zorgbestuursbureau in ontwikkeling

In 2023 heeft het Zorgbestuursbureau (ZBB) zijn intrede gedaan als een essentieel orgaan binnen onze zorginstelling. De oprichting van het ZBB markeerde een keerpunt in onze organisatiestructuur, waarbij de nadruk werd gelegd op een directere verbinding tussen bestuurlijke ondersteuning en zorgpraktijk. Voorheen ervoeren we dat het oude bestuursbureau te ver verwijderd was van de operationele zorgprocessen, waardoor de ondersteuning niet altijd optimaal aansloot op de behoeften van onze zorgverleners en -ontvangers.

Door de vorming van het ZBB zijn we gestart met het creëren van een duidelijke en gearticuleerde hub strategische planning, kwaliteitsborging en communicatie, gericht op het ondersteunen en versterken van onze zorgpraktijken. Onder leiding van de nieuw aangestelde manager Strategie en Organisatieontwikkeling heeft het ZBB zijn eerste stappen gezet in 2023, met de lancering van verschillende afdelingen die cruciale ondersteunende functies bieden. Deze omvatten communicatie, Projectmanagement organisatie, Bestuurssecretariaat, Legal department, kwaliteit, veiligheid en tevredenheid, centraal archief, en infectiepreventie.

Hoewel de fysieke vestiging en invulling van een aantal functies reeds in 2023 zijn gerealiseerd, beseffen we dat het proces van opbouw en verfijning een meerjarige inspanning vereist. In de komende jaren, 2024 en 2025, streven we ernaar om het ZBB volledig operationeel te maken en verdere plannen te ontwikkelen in nauwe samenwerking met onze zorgteams. De positionering van het ZBB als een stafafdeling onder de Raad van Bestuur waarborgt een directe link tussen strategische besluitvorming en operationele uitvoering, waardoor we flexibel kunnen inspelen op de dynamiek van de zorgomgeving en onze missie om hoogwaardige zorg te bieden aan onze gemeenschap kunnen vervullen.

ZIS project

In 2023 is voor de periode 2023-2026 een nieuwe ICT-Strategie tot stand gekomen. De ICT-Strategie richt zich primair op de implementatie van een organisatiebreed Elektronisch Patiënten Dossier/Ziekenhuis Informatie Systeem (EPD/ZIS) voor zowel ziekenhuis-, verpleeghuis- en thuiszorg. Met de komst van een EPD/ZIS is de verwachting enerzijds dat hiermee belangrijke verbeteringen kunnen worden bereikt in FM ten aanzien van de kwaliteit van zorg, kwaliteit van gegenereerde data, medewerkersbeleving en efficiency. Anderzijds biedt het de mogelijkheid om op een gebruikersvriendelijke manier patiënten/cliënten deelgenoot te maken van hun eigen zorgtraject. Denk hierbij aan online afspraken maken, dossierinzage, eConsults met de arts, beeldbellen, meetwaarden invullen, dagboeken bijhouden en voorlichtingsmateriaal dat is afgestemd op de situatie van de patiënt.

Evaluatie kwaliteitsdoelstellingen en kwaliteitsjaarplanning

In het afgelopen jaar, 2023, hebben we gekozen voor één hele belangrijke kwaliteitsdoelstelling: de ontwikkeling van het Zorgbestuursbureau. Binnen dit Zorgbestuursbureau hebben we gewerkt aan het opzetten van een gemoderniseerde afdeling Kwaliteit, Veiligheid en Tevredenheid. Het kwaliteitsbeheersysteem is in 2023 kritisch geëvalueerd om in 2024 opnieuw kwaliteitsdoelstellingen vast te stellen en te implementeren.

Evaluatie indicatoren (KPI's)

In 2023 hebben we ons gericht op het meten van een reeks indicatoren om de prestaties van onze zorginstelling te evalueren, ondanks de uitdagingen veroorzaakt door het ontbreken van een ZIS/EPD. Deze indicatoren omvatten onder meer personeelsverzuim, ligtijd op de Spoedeisende Hulp (SEH), aanlooptijd van de air-ambulance, wachttijd op de specialisten polikliniek, uitvoering van voorbehouden handelingen, Basic Life Support-vaardigheden van onze medewerkers, aantal storingsmeldingen van medische apparatuur per risicoklasse, naleving van protocollen, wachttijd bij de apotheek en

doorlooptijd van de pathologie-uitslagen. We zijn door het ontbreken van een ZIS/EPD niet in staat geweest om al deze indicatoren structureel te meten of te monitoren.

Daarnaast hebben we ontdekt dat deze indicatoren, niet allemaal op dit moment relevant, meetbaar, tijdgebonden, actiegericht en passend zijn bij de huidige organisatiedoelen.

Uit de monitoring van de indicatoren die we wel hebben kunnen meten, is het volgende belangrijkste aandachtspunt naar voren gekomen:

Aandachtspunt	Verbetermaatregel	Opvolging
Ziekteverzuim is structureel rond de 7%. Dit is relatief hoog in vergelijking met de periode vóór de Covid-19 pandemie	Verbetering van de verzuimprocessen, -monitoring en -begeleiding.	De maatregel is structureel ingebed en wordt door HR structureel onder de aandacht gebracht bij de afdelingen.
Aanlooptijd Air-Ambulance: uit een steekproef is gebleken dat de aanlooptijd verkort kan worden.	Er zijn plannen opgesteld om een International Patient Office op te zetten.	Er is in 2023 een eerste stap gezet om een afdeling Dispatch op te zetten die de administratieve afhandeling van de uitzending voor haar rekening neemt. Hierdoor wordt de aanlooptijd verkort.

Wij hebben meerdere indicatoren gemeten, echter daar zijn geen verbeterpunten uit naar voren gekomen.

Hoewel we in staat waren om een aantal indicatoren te meten en te monitoren, erkennen we de noodzaak om ons te blijven ontwikkelen en te verbeteren. Daarom zijn we in 2023 gestart met het proces om nieuwe KPI's vast te stellen die ons beter in staat zullen stellen om onze prestaties en kwaliteit te meten en te sturen.

Met het oog op 2024 zullen we ons richten op het implementeren van deze nieuwe KPI's en het ontwikkelen van strategieën om onze zorgpraktijk voortdurend te verbeteren en te optimaliseren. We zijn vastberaden om een cultuur van continu leren en verbeteren te bevorderen, waarin de stemmen van onze medewerkers, patiënten, cliënten en bewoners centraal staan in onze inspanningen om kwalitatief hoogwaardige zorg te leveren.

Risico-inventarisatie en -analyse

Zoals reeds beschreven stond 2023 in het teken van het opbouwen en versterken van verschillende aspecten binnen onze organisatie, waaronder het herstructureren van de stafafdelingen en het versterken van de daartoe behorende operationele processen. Als gevolg van deze inspanningen hebben we besloten om het implementeren van Proactieve Risico Inventarisaties (PRI's) door te schuiven naar 2024. Deze strategische verschuiving stelt ons in staat om eerst een stevige basis te leggen en ervoor te zorgen dat de organisatie goed is voorbereid op dit belangrijke initiatief.

Resultaten en opvolging van interne- en externe audits

Overzicht audits 2023

Nr	Datum	Intern/extern	Afdeling
1	17-1-2023	Extern (IGJ)	Kas di Kuido
2	19-1-2023	Extern (IGJ)	Thuiszorg
3	23-1-2023	Extern (IGJ)	Operatiekamers
4	10-5 t/m 12-5-2023	Extern (RvA)	Laboratorium
5	31-5-2023	Intern	Priklab
6	31-5-2023	Intern	Kas di Kuido - Kayena
7	2-10 t/m 6-10-2023	Intern	Centrale Sterilisatie Afdeling

Opvolging verbeterpunten en -maatregelen

Nr	Verbeterpunten	Verbetermaatregelen en opvolging
1	Toezichtbezoek: verbeterpunten geconstateerd in het dagelijks rapporteren van bijzonderheden in de zorg, continuïteit van het medisch beleid, de toepassing van onvrijwillige zorg en continuïteit van de aansturing.	Het toezicht op, toepassing en evaluatie van onvrijwillige zorg is bij SO's belegd. Er is tevens een psycholoog aangetrokken vanuit MHC die begeleidingsadviezen kan geven. Voor het verbeteren van het dagelijks rapporteren is het wachten op de implementatie van het nieuwe EPD. Er wordt verder gewerkt aan een vaste pool SO's; Het uitgangspunt is nu dat in elk geval 1 SO voor minimaal 1 jaar blijft. Verder is er een zorgcoördinator aangesteld voor zowel thuiszorg als Kas di Kuido.
2	Toezichtbezoek: verbeterpunten geconstateerd in het duidelijk vastleggen van zorgvraag en -doelen in cliëntdossiers, het dagelijks rapporteren van bijzonderheden in de zorg, cyclische scholing en de continuïteit van aansturing.	Er zijn verbetermaatregelen genomen, waaronder: Aanstellen zorgcoördinator specifiek voor ouderenzorg (thuiszorg en Kas di Kuido). Structurele training medewerkers in SBARR en rapporteren. Verbetering procedures en digitalisering vastlegging.
3	Toezichtbezoek: verbeterpunten geconstateerd in MRSA screening patiënten, procedure tellen materialen, procedure bestellingen OK materialen, OK-klompen (reinigen en	De volgende verbetermaatregelen zijn genomen: MRSA screening wordt structureel meegenomen in de anesthesie-intake. De procedure voor het tellen van materialen is aangepast. De bestelling van OK materialen verloopt nu gedigitaliseerd via Afas. De procedure voor het klaarmaken van de propofol

	beschikbaarheid), klaarmaken propofol-sputen.	sputen is aangepast. De beschikbaarheid en het reinigen van de OK-klompen heeft nog wel aandacht. Hier wordt in 2024 verbetering verwacht.
4	Beschikking RvA - certificering ontvangen op 20-9-2023	Certificering is afgegeven en is geldig tot 1-12-2025.
5	Verbeterpunten geconstateerd op het gebied van ervaren werkdruk, veiligheid (vluchtroute), facilitair (toilet) en ICT.	Er zijn verbetermaatregelen genomen waardoor de punten van zorg zijn opgelost; oa. verhuizing, extra personeel en vervanging computer.
6	Verbeterpunten geconstateerd op gebied van ervaren werkdruk, samenwerking met andere afdelingen, medicatieverstrekking, veiligheid in het gebouw	De verbetermaatregelen zijn geïdentificeerd en deels uitgevoerd. In 2024 zal dit verder opgepakt worden. Voor het bevorderen van de samenwerking zijn we gestart met het rouleren van medewerkers over de verschillende afdelingen. Voor de medicatieverstrekking zijn maatregelen genomen, maar deze blijken niet voldoende resultaat op te leveren (niet-storen-vest). Het verbeteren van de veiligheid van het gebouw maakt deel uit van een renovatieplan dat in wording is. De werkdruk wegens tekort aan gekwalificeerd personeel blijft onder de aandacht.
7	In het rapport door de externe auditor, zijn belangrijkste geconstateerde verbeterpunten: - Creëren verbetercultuur - Borging processen - Scholing	Er is naar aanleiding van het auditrapport een verbeterplan opgesteld samen met o.a. de medewerkers en management. De uitvoering van dit plan is nog in volle gang en zal de eerste helft van 2024 nog in beslag nemen.

Planning interne audits

Door de focus op de herstructurering van de stafafdelingen in 2023 is er geen sprake geweest van een gestructureerde auditplanning. Voor 2024 is er een auditagenda opgesteld. Deze agenda zal dienen als leidraad voor het plannen en uitvoeren van interne audits binnen onze organisatie. We richten ons hierbij op het identificeren van verbeterkansen en het borgen van de veiligheid, kwaliteit en efficiëntie van onze zorgpraktijk. Deze gestructureerde aanpak bevordert een cultuur van transparantie en continue verbetering binnen onze organisatie.

Conclusies client-, patiënt-, bewoner participatie

Binnen FM geldt sinds augustus 2021 de vernieuwde Klachtenregeling Fundashon Mariadal. Een aantal belangrijke kenmerken van deze klachtenregeling op een rij:

- De klachtenprocedure is kosteloos;
- Bij het aannemen en behandelen van klachten zal de persoonlijke levenssfeer van de betrokkenen zoveel mogelijk worden beschermd;
- Allen die bij de behandeling van een klacht zijn betrokken, betrachten daarbij de uiterste zorgvuldigheid. De hen ter kennis gekomen gegevens (inclusief documenten) vallen onder de opgelegde geheimhoudingsplicht;

- Deze regeling ziet niet op afhandeling van claims. Klachten die een claim omvatten of tot een claim kunnen leiden, worden behandeld overeenkomstig de regeling zoals voorgeschreven door de aansprakelijkheidsverzekeraar van Fundashon Mariadal.

Aantal geregistreerde klachten in 2023

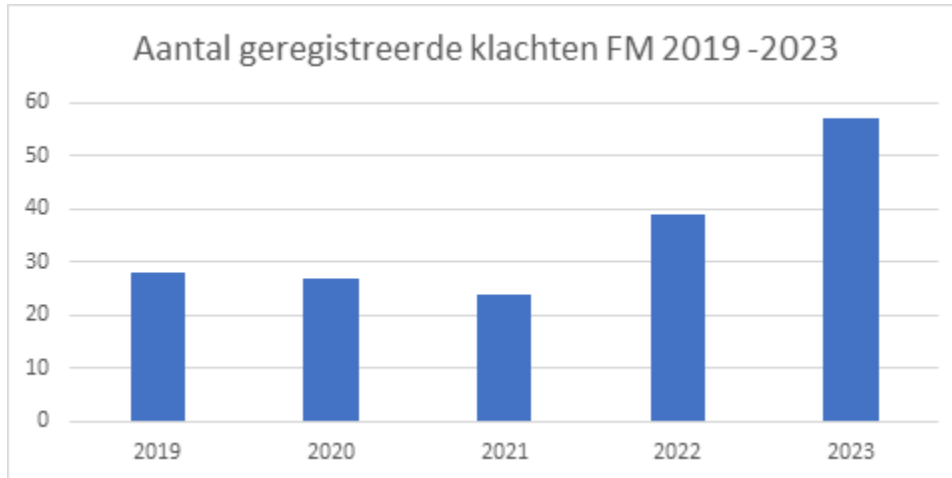


Fig. 1. Aantal geregistreerde klachten per kalenderjaar 2019-2023

In vergelijking met 2019 (pre-COVID) is in 2023 het aantal klachten verdubbeld. Deze toename kan worden verklaard door de volgende factoren:

- de groei van het aantal patiëntencontacten door:
 - o de toename van het zorgaanbod
 - o de bevolkingsgroei
- de verbeterde toegankelijkheid van de klachtenfunctionaris te zijn met het kantoor dichtbij de hoofdingang van FM, Whatsapp-link met QRcode, de klachtenbox bij de hoofdingang en de klachtenlink op de FM website.

Aard van de klachten

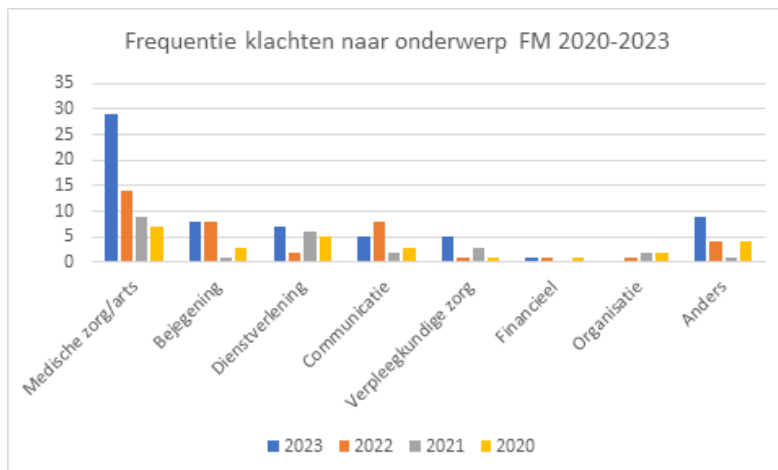


Fig. 2 Aantal klachten per onderwerp, per kalenderjaar 2020-2023

Uit de analyse van de klachten in 2023 concluderen we het volgende:

- In vergelijking tot 2022 zijn er weinig verschuivingen behalve een significante toename in de onvrede met/over de medische zorg/arts. Uit een analyse van deze klachten blijkt het volgende:
 - Frequent wisselende specialisten wordt ook in 2023 als minder prettig ervaren door de patiënt.
 - Vooral de frequent wisselende artsen zijn vaak niet goed op de hoogte van procedures en/of afspraken met ZJCN met gevolgen ondermeer voor de medische uitzendingen, de toepassing van second opinions en van artikel 10.4 van het Besluit Zorgverzekering BES.
- Klachten over bejegening komen relatief vaak voor; taal en cultuurverschil is vaak de grondslag blijkt uit de analyse van de klachten. De beschikbare tolkentelefoon lijkt weinig tot niet gebruikt te worden. Voor sommige talen dient een afspraak te worden gemaakt op voorhand; door het frequent uitlopen van spreekuren lopen de arts en patiënt de afspraak mis. Ook lijkt de beschikbaarheid van de tolkentelefoon niet algemeen bekend te zijn.
- Klachten over lange wachttijden en bejegening bij de apotheek spelen begin 2023 nog steeds. Deze zijn door verschillende verbetermaatregelen, zoals bijvoorbeeld de digitalisering van de receptverwerking en de opening van een nieuwe balie waar digitaal aangevraagde recepten sneller kunnen worden opgehaald, in de loop van 2023 opgelost.
- De telefonische bereikbaarheid van FM/poli wordt door patiënten als niet goed genoeg ervaren. In 2023 zijn hiervoor reeds verbetermaatregelen getroffen door een centrale backoffice in te stellen om het inkomende telefoonverkeer te verwerken. Dit heeft echter niet tot het gewenste effect geleid.
- De klachten met betrekking tot de wachttijden op de specialistenpoli zijn verminderd. Door de maandelijkse informatieverstrekking over de wachttijden aan de huisartsen zijn de patiënten beter op de hoogte van de wachttijd voor hun afspraak op de poli.

Klachtlocatie

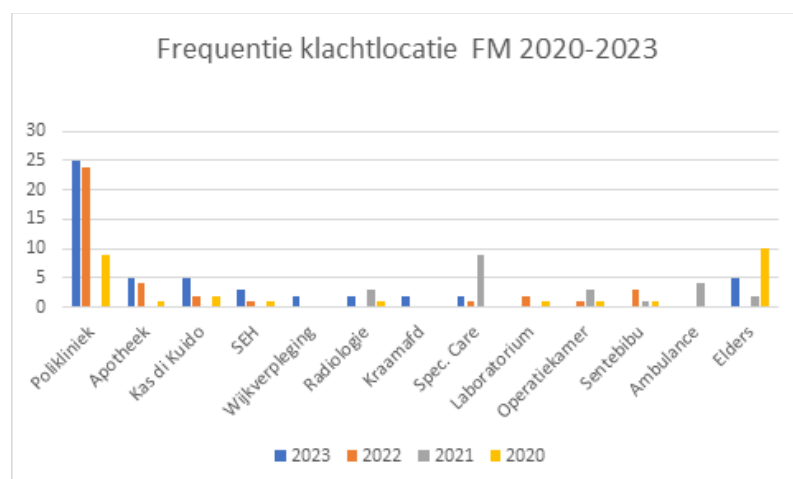


Fig 3. Aantal klachten per locatie/afdeling, per kalenderjaar 2020-2023

De meeste klachten kunnen worden gelokaliseerd op of rond de specialistenpoli, wat niet verwonderlijk is omdat daar de meeste patiëntcontacten plaatsvinden. Wel is er de laatste jaren een forse toename van de klachten, bijna verdriedubbeld in vergelijking met 2021, die gelinkt kunnen worden aan de poli.

Verbetermaatregelen

- Afdeling Kwaliteit, Veiligheid en Tevredenheid: het uitbreiden van de afdeling naar een breder platform voor participatie om pro-actief de dienstverlening, ervaringen en tevredenheid van patiënten, cliënten en bewoners verder te verbeteren. Concreet betekent dit voor 2024 dat we:
 - tevredenheidsonderzoeken en uitkomstmetingen zullen gaan uitvoeren
 - de bezetting van de afdeling uitbreiden met een functionaris cliënt-/patiënt-/bewonersparticipatie om deze ontwikkeling door te kunnen maken.
- Specialistenpoli: in 2024 gaat een optimalisatietraject van start om de kwaliteit van de dienstverlening en patiëntervaring te verbeteren.

Resultaten en opvolging uit meldingen (incidenten, calamiteiten en complicaties)

Incidenten en calamiteiten

Het Veilig Incident Meldingssysteem (VIM) is onderdeel van het VMS dat het doel heeft binnen een zorginstelling door het regelmatig melden van incidenten te komen tot het onbedoelde en vermijdbare schade te beperken. Het VIM-systeem dat binnen de toepassing TPSC wordt beheerd, is een methode die ontworpen is voor medewerkers om incidenten laagdrempelig, veilig te melden, te analyseren, de oorzaken hiervan te categoriseren en de aansturing dicht bij het werkproces te leggen.

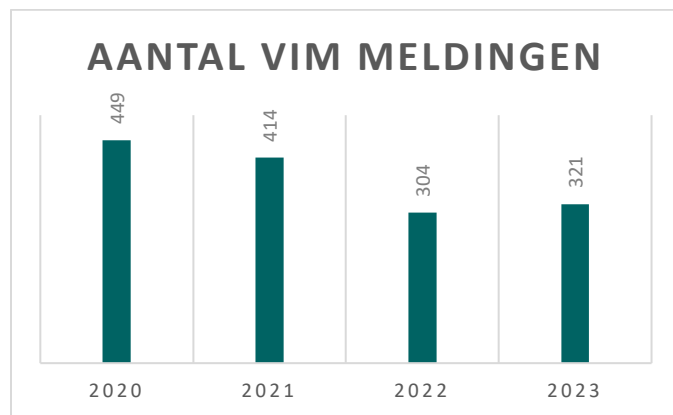


Fig.4. Aantal VIM meldingen per kalenderjaar 2020-2023

Na de daling van het aantal meldingen zijn er meerdere inspanningen verricht om een cultuur van openheid en veiligheid te bevorderen. Daarnaast is de opvolging van de meldingen sterk verbeterd. Zo zijn er veel kwetsbare systemen – waarover vaak meldingen kwamen – intussen opgepakt en opgelost. Mogelijk is ook dat medewerkers – die op een aantal afdelingen sterk wisselen - niet bekend en vertrouwd genoeg zijn met de VIM-procedure. Wij merken dat wij personeel moeten blijven empoweren en informeren over wat er met een melding gebeurt; immers in een kleinschalige setting is het relatief gemakkelijk om meldingen te herleiden naar individuele personen. De organisatie van het Veilig Incidentmeldingssysteem is nog niet optimaal ingericht. Om deze reden hebben we in 2023

voorbereidingen getroffen om de VIM-commissie en -werkgroep in een gemoderniseerde vorm opnieuw op te zetten, met als doel het vergroten van het vertrouwen, transparantie en het stimuleren van veilig melden binnen onze organisatie. In 2024 zullen de commissie en werkgroepen van start gaan.

[G] Aantal incidenten per maand naar risico (huidig jaar)

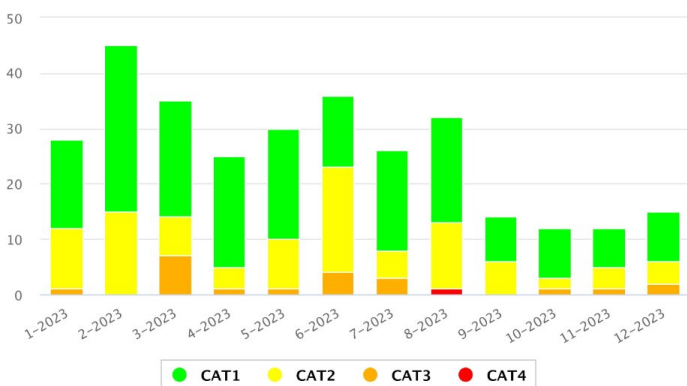


Fig.5. Aantal incidenten per categorie per maand in 2023

- Cat 1: 191 meldingen - het incident had geen effect op de cliënt/patiënt (een bijna incident).
- Cat 2: 98 meldingen - het incident heeft geen letsel veroorzaakt.
- Cat 3: 21 meldingen - het incident heeft geleid tot extra observering en/of tijdelijk letsel.
- Cat 4: 1 melding - het incident heeft blijvend letsel als gevolg bij de cliënt/patiënt

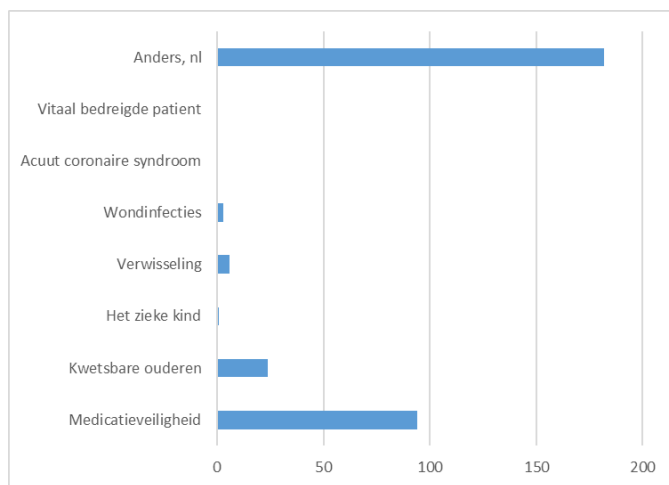


Fig.6. Aantal incidenten per VMS thema in 2023

In categorie 4 werd slechts één melding geregistreerd in 2023, minder dan de zes meldingen in 2022. In 2022 was een aantal categorie 4 meldingen gerelateerd aan het reanimatieprotocol. Als reactie hierop zijn verbetermaatregelen genomen, waaronder aanpassingen aan het protocol om herhaling te voorkomen. We zien dat dit in 2023 geresulteerd heeft in een afname van de incidenten gerelateerd aan dit protocol. De verbetermaatregelen volgend uit de categorie 4 melding betreffen vooral procedure-aanpassingen bij interne verhuizingen.

Daarnaast is uit de analyse van de VIM meldingen in 2023 gebleken dat de volgende zaken verbetering behoeven:

Medicatieveiligheid

Wegens het relatief hoge aantal meldingen gerelateerd aan het thema medicatieveiligheid in 2022 en 2023 zijn de volgende verbetermaatregelen genomen, gericht op het verbeteren en borgen van een veilige en hoogwaardige zorgverlening voor onze patiënten, cliënten en bewoners.

Maatregel	Jaar	Planning
het bevorderen van medicatieveiligheid via een awareness week (campagne)	2023	Gerealiseerd in 2023
de introductie van de Baxter-rol in Kas di Kuido	2023	Gerealiseerd in 2023
het betrekken van patiënten/cliënten bij hun eigen medicatie	2024	Vanaf 2024 wordt hier planmatig verder aan gewerkt.
het verzorgen van klinische lessen over medisch rekenen	2024	Hiervoor wordt in 2024 de planning en uitvoering gerealiseerd

Communicatie tussen zorgverleners

Een aanvullende verbetermaatregel die we in 2024 gaan nemen op basis van de analyse van de VIM meldingen, richt zich op het verbeteren van communicatie binnen onze organisatie, met name tijdens overdrachtmomenten. We blijven de toepassing van de SBARR (Situatie, Background, Assessment, Recommendation, Repeat) methode actief stimuleren als een gestructureerde benadering om effectieve en gestroomlijnde communicatie te bevorderen tussen zorgverleners. Door deze methode te gebruiken, kunnen we de overdracht van cruciale informatie verbeteren en het risico op miscommunicatie verminderen, wat essentieel is voor de veiligheid en continuïteit van de zorg voor onze patiënten, cliënten en bewoners.

Complicaties

In 2023 zijn er 32 complicaties geregistreerd. Alle complicaties worden besproken in teamverband. Tevens wordt er, naar behoefte, periodiek klinische lessen georganiseerd over de betreffende cases. Er is ruimte voor verbetering in de registratie en opvolging van complicaties binnen onze organisatie. Deze bevinding benadrukt het belang van een nauwkeurige en systematische aanpak om complicaties te identificeren, te documenteren en erop te reageren.

Om deze uitdaging aan te pakken, zullen we ons inzetten voor het verbeteren van onze registratieprocessen en het versterken van de follow-up procedures voor complicaties. Dit omvat het implementeren van gestandaardiseerde registratieprotocollen, het verbeteren van de communicatie tussen zorgteams en het versterken van de monitoring en opvolging van complicaties door middel van regelmatige evaluaties en analyses.

Door deze maatregelen te nemen zorgen we ervoor dat complicaties effectief worden geregistreerd, opgevolgd en beheerd, ten behoeve van de beste zorg voor onze patiënten, cliënten en bewoners.

Doelstellingen komend jaar naar aanleiding van meldingen en indicatoren

Onderwerp	Doelstellingen	Verantwoordelijke
Indicatoren	Uiterlijk op 30 april 2024 zijn er nieuwe KPI's vastgesteld aan de hand waarvan we de prestaties en kwaliteit van de zorg- en dienstverlening van Fundashon Mariadal kunnen meten en monitoren.	Manager Strategie en Organisatieontwikkeling
Inrichting en borging Veilig Incidentmeldingssysteem	Uiterlijk op 30 maart 2024 is er een VIM-commissie ingesteld en operationeel. Tevens zijn er op dat moment twee decentrale VIM-werkgroepen actief.	Manager Strategie en Organisatieontwikkeling
Medicatieveiligheid	Eind 2024 hebben op elke zorgafdeling klinische lessen plaatsgevonden over medisch rekenen.	Kwaliteitsadviseur
Communicatie tussen zorgverleners	Scholing met betrekking tot de SBARR methode wordt in 2024 in het scholingsplan van elke zorgafdeling opgenomen.	Zorgcoördinatoren
Registratie en opvolging complicaties	Uiterlijk op 30 september 2024 is er een procedure - inclusief monitoring, borging en toewijzing van taken en verantwoordelijkheden - geïmplementeerd aangaande de registratie en opvolging van complicaties.	Kwaliteitsadviseur
Verbetering kwaliteit en dienstverlening specialistenpoli	In 2024 zal een optimalisatietraject gestart worden voor de specialistenpoli, waarvoor momenteel de voorbereidingen worden getroffen. In 2024 zal tevens samen met HR en de Fundashon Mariadal Academy een onboarding traject worden opgesteld waarin in elk geval aandacht zal zijn voor: - de werkwijze van Fundashon Mariadal en de afspraken met ZJCN aangaande de mogelijkheden van zorg binnen de regio. - Taal- en cultuurverschillen	Zorgcoördinator Electieve Zorg
Verhogen tevredenheid en participatie patiënten, cliënten en bewoners	Eind 2024 is de tevredenheid op de specialistenpoli gemeten over een periode van minimaal 3 maanden.	

Compliance (wet- en regelgeving)

In het afgelopen jaar is er geen nieuwe wet- en regelgeving geïdentificeerd waar we rekening mee moesten houden.

Cao zorg BES

In het najaar van 2023 zijn er tussen 5 zorgorganisaties, waaronder Fundashon Mariadal, en 3 vakbonden op de BES-eilanden, in een nieuw af te sluiten cao zorg BES, afspraken gemaakt over de arbeidsvoorwaarden van onze zorgmedewerkers. Deze afspraken omvatten verbeteringen van zowel de primaire als secundaire arbeidsvoorwaarden voor de komende 3 jaar. Naast een loonstijging van in totaal 9%, is er ook aandacht voor de vitaliteit van medewerkers. Het convenant is eind 2023 getekend door alle partijen en de meeste afspraken uit de CAO zijn per 1 januari 2024 ingegaan.

Leveranciersbeoordeling

Binnen Fundashon Mariadal zijn wij van mening dat de kwaliteit van de dienstverlening van onze kritische leveranciers een positieve bijdrage levert aan de kwaliteit en veiligheid van onze zorg. Daarom hebben wij een hoofdstuk over leveranciersbeoordeling opgenomen in ons kwaliteitsjaarverslag.

Leveranciersbeoordelingen helpen bij het ontwikkelen van strategische partnerschappen. Door samen te werken met leveranciers die zich inzetten voor continue verbetering, is Fundashon Mariadal beter in staat om haar strategische doelen beter bereiken.

Door jaarlijks leverancier beoordelingen uit te voeren, kunnen wij deze belangrijke aspecten effectief beheren en verbeteren, wat uiteindelijk leidt tot betere zorg voor onze patiënten, cliënten en bewoners.

Momenteel bevindt de afdeling inkoop zich in een fase van ontwikkeling, waarbij recente personeelwisselingen hebben plaatsvonden. In deze overgangperiode ligt de focus op het optimaliseren van de kernprocessen binnen de afdeling. Dit omvat het versterken van de interne structuren en het verbeteren van de operationele efficiëntie.

Als gevolg van deze inspanningen zullen we naar verwachting vanaf 2024 in staat zijn om leveranciersbeoordelingen uit te voeren. Door middel van gestructureerde evaluaties zullen we de prestaties van onze leveranciers kunnen beoordelen en waar nodig verbeteringen kunnen aanbrengen in onze toeleveringsketen.

Het implementeren van leveranciersbeoordelingen is een belangrijke stap in het streven naar kwaliteitsverbetering en risicobeheer binnen onze organisatie.

Overzicht van aanbevelingen en/of aandachtspunten voor de komende jaren

Onderwerp	Aanbeveling/Aandachtspunt	Planning
Kwaliteitsmanagementsysteem	De inrichting, uitvoering, monitoring en borging van het kwaliteitsmanagementsysteem in de gehele organisatie heeft aandacht nodig.	In 2023 is hiermee reeds een start gemaakt. In 2024 zullen hierin verdere stappen worden gezet door de ingezette herstructurering van de afdeling Kwaliteit, Veiligheid en Tevredenheid
Cliënt-, Patiënt- en bewonersparticipatie en -tevredenheid	Gezien de stijging van het aantal klachten is het van belang dat Fundashon Mariadal de participatie en tevredenheid bevordert.	2024 en begin 2025 zal in het teken staan van planvorming en implementatie. Eind 2025 zullen vermoedelijk de eerste resultaten van de inspanningen zichtbaar zijn.
Digitalisering en dataverzameling	Door het ontbreken van een centraal EPD/ZIS kan er momenteel onvoldoende data verzameld worden. Tevens zijn bepaalde processen nog niet (geheel) gedigitaliseerd, waardoor dataverzameling nog handmatig moet gebeuren. De implementatie van een EPD/ZIS zal hierin noodzakelijke verbetering gaan brengen.	De leverancierselectie is inmiddels afgerond en is budget beschikbaar gesteld van ZJCN voor een EPD. In de loop van 2024 naar 2025 kan, naar verwachting, met de implementatie gestart worden.