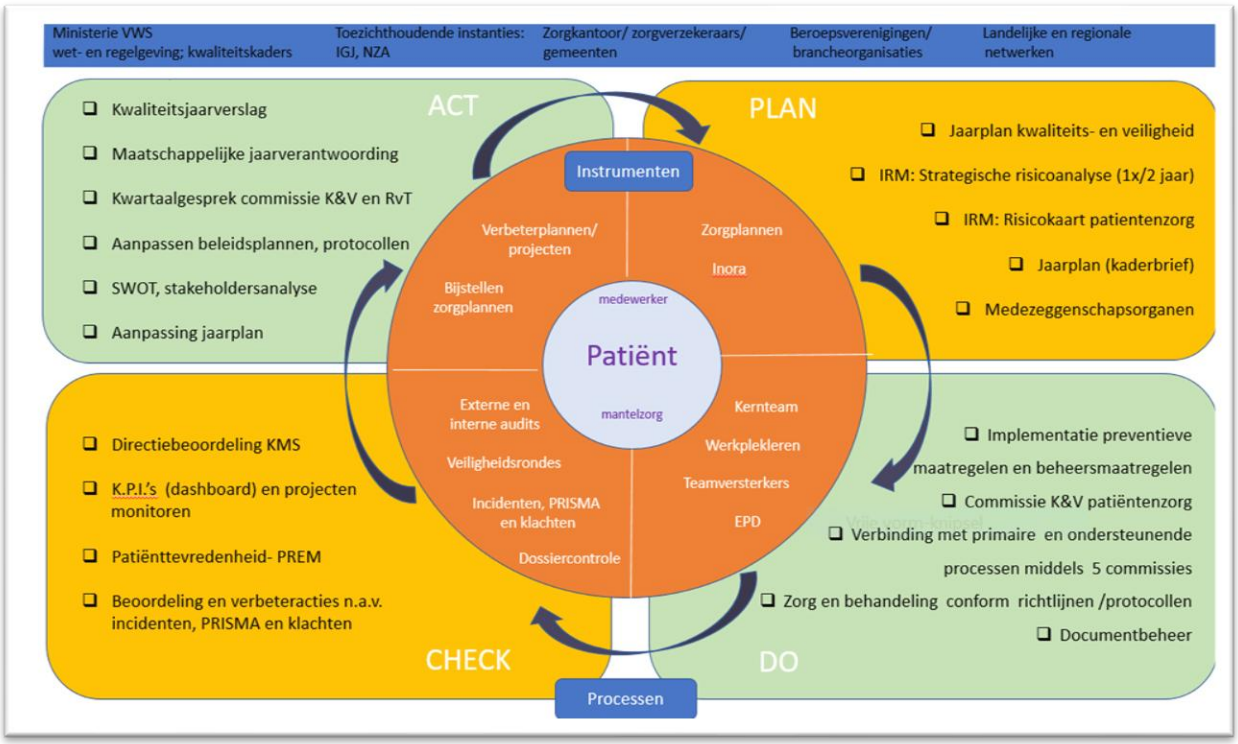


Jaarverslag 2025

Kwaliteit en veiligheid patiëntenzorg

Vitala+

Auteur: Anjo Franssen, stafadviseur kwaliteit en veiligheid

Inhoudsopgave

1. Kwaliteit patiëntenzorg 3
1.1. Continue leren en verbeteren 4
1.2. Digitale ondersteuning 7
1.3. Patiënt tevredenheid (respons 69%) 8
1.4. Patiënt ervaringsmetingen 11
1.5. Strategisch Meerjarenplan Voeding 2025–2028 11
1.6. Klachten 13
2. Veiligheid patiëntenzorg 16
2.1 Incidenten 16
2.1.1. Valincidenten 2025 16
2.1.2. Medicatie-incidenten 18
2.1.3 Overige incidenten 18
2.2. Calamiteiten 19
3. Toetsing kwaliteit- en veiligheidseisen 20
3.1 Externe audits 20
3.2. Interne audits 21
4. Kwaliteit- en veiligheidsmanagementsysteem 23
4.1. Documentatiebeheer 23
4.2. Commissie Patiëntenzorg 2025 24
4.3.Commissie facilitair 2025 25
4.4. Commissie informatieveiligheid 2025 26
4.5. Commissie Personeel en organisatie -> commissie Arbo 27
4.6. Directiebeoordeling 27
5. Bijlagen 28
5.1.Analyse valincidenten 2025 Vitala+ 28
5.2.Opvolging audits 31

1. Kwaliteit patiëntenzorg

Inleiding

In 2025 heeft Vitala+ verder gebouwd aan een lerende organisatie waarin kwaliteit, veiligheid en werkplezier in samenhang worden ontwikkeld. Het beleid is gericht op continu leren en verbeteren op de werkvloer, ondersteund door data-gedreven sturing, digitale innovatie en systematische borging binnen de PDCA-cyclus.

Werkplekleren is daarbij het leidend principe geworden. Door inzet van teamversterkers, leerambassadeurs en gerichte verbetersprints wordt kwaliteit direct gekoppeld aan het primaire zorgproces. Tegelijkertijd is geïnvesteerd in digitale ondersteuning in de vorm van de persoonlijke AI-assistent Inora, waardoor medewerkers sneller toegang hebben tot betrouwbare informatie en meer handelingszekerheid ervaren.

Op patiëntniveau is sprake van een hoge waardering voor de zorg. De Net Promotor Score bleef hoog en klachten werden relatief beperkt geregistreerd. De organisatie richt zich daarbij niet alleen op het oplossen van signalen, maar vooral op het structureel voorkomen van risico's door analyse, leren en procesverbetering.

In 2025 is ook vooruitgang geboekt op patiëntveiligheid. Het aantal medicatie-incidenten daalde verder, ernstige calamiteiten deden zich niet voor en auditopvolging werd vrijwel volledig gerealiseerd.

1.1. Continue leren en verbeteren

Visie

Duurzame kwaliteitsverbetering binnen onze organisatie begint bij medewerkers. Niet systemen of protocollen staan centraal, maar het dagelijks handelen, samenwerken, reflecteren en leren op de werkvloer. Door leren en verbeteren te verbinden aan het primaire zorgproces versterken we zowel de kwaliteit en veiligheid van zorg als het werkplezier van medewerkers.

Werkplekleren als uitgangspunt

Vitala+ kiest nadrukkelijk voor werkplekleren als kern van onze leer- en verbeterstrategie. Leren is daarbij geen doel op zich, maar een middel om het werk aantoonbaar beter te maken. Dit betekent dat leren plaatsvindt:

- Just in time: op het moment dat het nodig is;
- Just enough: niet meer dan noodzakelijk;
- Just for me: passend bij de medewerker, het team en de situatie.

Werkplekleren bestaat uit een combinatie van informeel leren in de dagelijkse praktijk en gericht onderwijs of training wanneer dat nodig is. Medewerkers ervaren deze aanpak als helpend en motiverend, omdat leren direct aansluit bij hun werkzaamheden en geen extra belasting vormt.

Methodiek van teamversterkers

Een belangrijk instrument binnen continu leren en verbeteren is de methodiek van de teamversterkers. Door middel van werkplekdialogen, korte verbeter-sprints en de inzet van leerambassadeurs creëren we structureel ruimte om samen stil te staan bij het werk. Teams onderzoeken wat goed gaat, wat beter kan en waar risico's of knelpunten liggen op het gebied van kwaliteit en veiligheid.

Kernteam leerambassadeurs

In 2025 is het kernteam leerambassadeurs ingesteld, bestaande uit 2 leercoördinatoren (verpleegkundigen), 2 paramedici (waarvan 1 NLP geschoold), de projectleider van de academie voor zelfzorg en de stafadviseur kwaliteit en veiligheid. Zij zorgen ervoor dat de methode goed wordt toegepast en doorontwikkeld. Hun taken zijn onder te verdelen in vijf hoofdtaken:

1. Begeleiden van sprints: Het kernteam beheerst de methodiek en ondersteunt leerambassadeurs bij het uitvoeren van sprints.
2. Begeleiden van werkplekdialogen: hierbij geldt het principe van voordoen, samendoen, zelfstandig doen. Het kernteam coacht de leerambassadeurs zodat zij dit uiteindelijk zelfstandig kunnen.
3. Vanuit het "train de trainer" principe worden twee kernteamleden opgeleid tot trainer van nieuwe leerambassadeurs.

4. Borgen van processen en resultaten: Het kernteam zorgt ervoor dat plannen en acties worden opgenomen in de PDCA-cyclus (Plan-Do-Check-Act) van de organisatie. Zo worden verbeteringen structureel ingebed.
5. Evaluatie en doorontwikkeling: Twee keer per jaar wordt de methode geëvalueerd en bijgesteld waar nodig.

Systematische analyse van leervragen
Leren en verbeteren start altijd bij een zorgvuldige analyse van de leervraag. Het kernteam van leerambassadeurs stemt hierbij af met teamleiders over:

- de gewenste prestaties en verbeterdoelen;
- de betrokken medewerkers en disciplines;
- onderliggende oorzaken en beïnvloedende factoren;
- kritieke taken binnen het zorgproces.

Op basis van deze analyse wordt een passende mix van oplossingen ontworpen. Dit kan bestaan uit leren op de werkplek, gerichte ondersteuning, praktische hulpmiddelen of aanvullend onderwijs. Oplossingen worden waar mogelijk eerst getest in de praktijk, zodat zij realistisch, toepasbaar en direct verbonden zijn aan het dagelijkse werk.

Centrale jaarplanning en borging
Om rust, overzicht en samenhang te creëren, start het kernteam met een centrale jaarplanning voor leren en ontwikkelen. Ontwikkel- en verbetervragen uit audits, incidentmeldingen, PRISMA-analyses, patiënttevredenheid en in- of externe ontwikkelingen worden hierin samengebracht en geprioriteerd. Dit zorgt voor een haalbaar tempo en voorkomt versnippering.

Met deze aanpak borgen wij structureel de benodigde kennis en vaardigheden van medewerkers. Dit geldt niet alleen voor bestaande werkwijzen, maar nadrukkelijk ook voor nieuwe ontwikkelingen, zoals veranderende wet- en regelgeving, professionele richtlijnen, technologische innovaties en interne verbeterinitiatieven. Door nieuwe kennis direct te vertalen naar de praktijk en te integreren in werkplekleren, blijft onze organisatie aantoonbaar actueel en lerend.

Beoogd effect en opbrengst
De effecten van continu leren en verbeteren zijn zichtbaar en voelbaar binnen de organisatie. Het doel is dat medewerkers meer eigenaarschap, betere samenwerking en een grotere betrokkenheid bij kwaliteit en veiligheid ervaren. Problemen en risico’s worden vaker vroegtijdig gesignaleerd en structureel aangepakt, in plaats van ad hoc opgelost. Zo wordt continu leren en verbeteren verankerd als een vanzelfsprekend onderdeel van het dagelijks werk en vormt het een belangrijke pijler onder de kwaliteit en veiligheid van zorg binnen onze organisatie.

Effecten en opbrengsten:

- **Verbetersprint voorbereiding MDO**: In 2025 is een verbetersprint gestart gericht op het uniform en efficiënt voorbereiden van het MDO. Doel was te voldoen aan de beleidseisen en het eigenaarschap voor MDO-voorbereiding binnen de teams te versterken. Dit heeft geleid tot een meer eenduidige werkwijze en gedeelde verantwoordelijkheid onder medewerkers. Voor patiënten resulteert dit in beter voorbereide MDO's, met concretere revalidatiedoelen en meer duidelijkheid over de voortgang van het revalidatietraject.

- **Verbetersprint BEM (Beoordeling Eigen Medicatie)** gericht op het versterken van de eigen regie van patiënten bij medicatie-inname. Medicatie-inname wordt expliciet gepositioneerd als revalidatiedoel en professionals zijn bekend met het toepassen en benutten van BEM-scores. Dit leidt tot gerichtere begeleiding, meer duidelijkheid bij ontslag en een vermindering van de werkdruk door tijdsbesparing tijdens medicatierondes. Voor patiënten betekent dit meer regie en zekerheid door samen te oefenen waar nodig. Deze sprint is als pilot gestart op 1 unit en inmiddels uitgerold over alle units.

- **Verbetersprint werkplekdialogen**
  Er is een standaard werkwijze ontwikkeld door het kernteam leerambassadeurs voor het uitvoeren en evalueren van de werkplekdialogen. De werkplekdialogen zullen uniform plaatsvinden volgens de beschreven werkwijze. Dit zal leiden tot input voor verbetertrajecten/sprints en borging van de resultaten.

- **Verbetersprint decubituspreventie**
  De Bradenschaal is op de begane grond als pilot vervangen door PrePURSE. Deze geeft minder interpretatieverschillen dan de Bradenschaal. De PrePURSE zal vanaf 2026 organisatie breed worden geïmplementeerd. In het zorgplan is een expliciet doel voor decubituspreventie opgenomen, wat het bewustzijn hierover vergroot. Acties kunnen nu direct naar fysiotherapie of ergotherapie worden uitgezet. Het proces is transparant en goed uitvoerbaar, al worden plannen voor preventieve maatregelen nog niet altijd optimaal ingevuld en is PrePURSE nog niet volledig besproken in het MDO.

- **Verbetersprint hulpmiddelen**
  Patiënten ontvangen sneller passende hulpmiddelen, wat hun zelfredzaamheid vergroot. De zorg beschikt over actueel inzicht in welke hulpmiddelen zijn uitgeleend en wanneer deze worden ingezet, waardoor de inzet van ergotherapie doelmatiger is. In samenwerking met Vegro is een hulpmiddelentas met meerdere hulpmiddelen ontwikkeld en in pilotfase; optimalisatie volgt. Daarnaast is het proces rondom inzet, bestelling en bekostiging van hulpmiddelen in kaart gebracht en afgestemd met de teamleider facilitair en teammanager paramedici. Samen met Vegro wordt gewerkt

aan verdere vereenvoudiging van dit proces.

- **Verbetersprint overdracht zorg**
  Voor patiënten betekent een uniforme overdracht dat belangrijke informatie en aandachtspunten consequent en volledig worden gedeeld. Dit vergroot de patiëntveiligheid en zorgt ervoor dat de zorg beter op elkaar aansluit, zonder hiaten of onnodige herhaling. Voor medewerkers zorgt de gezamenlijke en eenduidige overdracht voor meer overzicht en betere samenwerking, zowel binnen als tussen afdelingen. Doordat informatie direct duidelijk en compleet is, kost het minder tijd om gegevens te achterhalen of te controleren. Dit vermindert dubbel werk, verlaagt de werkdruk en draagt bij aan prettiger en efficiënter werken.

1.2. Digitale ondersteuning

Vitala+ ziet kunstmatige intelligentie (AI) als een ondersteunend hulpmiddel om de kwaliteit, veiligheid en doelmatigheid van de geriatrische revalidatiezorg te versterken, met behoud van de menselijke maat. AI wordt ingezet ter ondersteuning van zorgprofessionals, niet ter vervanging van professioneel handelen.

Een belangrijk speerpunt in 2025 is de inzet van de persoonlijke AI-assistent Inora. Deze creëert een werkomgeving waarin technologie praktisch en direct ondersteunend is. Dit draagt bij aan hoge kwaliteit en veiligheid van zorg en behandeling voor de patiënt én aan meer rust, tevredenheid en handelingszekerheid in het werk van de (zorg)professional.

Doelstellingen:

- Integratie van de AI-assistent in de dagelijkse praktijk, zodat medewerkers efficiënter, effectiever en met meer vertrouwen werken.
- De juiste ondersteuning op het juiste moment is beschikbaar voor alle medewerkers (24/7/365) in een goed ingerichte, afgeschermde en veilige persoonlijke AI-assistent bij zowel zorginhoudelijke, P&O- als ICT-vragen.
- Medewerkers ervaren meer tevredenheid en handelingszekerheid door directe, passende ondersteuning bij vragen in de praktijk.
- Een duurzaam teamgeheugen waardoor de afhankelijkheid van kennis in de hoofden van individuen vermindert en leren én verbeteren op de werkvloer is ondersteund.
- Borging van uniforme werkwijzen door toegang tot een betrouwbare actuele informatiebron.
- Vermindering van administratieve lasten.

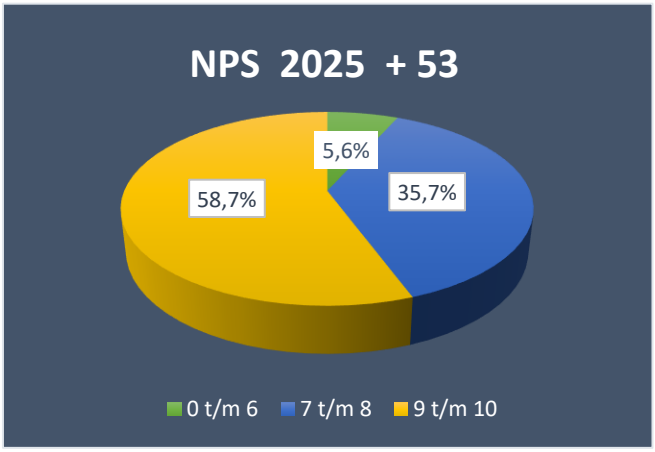
1.3. Patiënt tevredenheid (respons 69%)

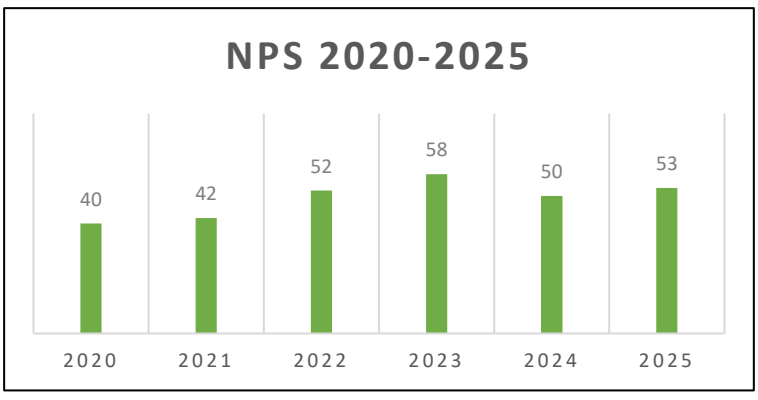
De patiënttevredenheidsmeting is een vast onderdeel van het continu leren en verbeteren binnen de organisatie en biedt inzicht in de ervaringen en verwachtingen van patiënten. De resultaten worden benut voor:

- **Kwaliteitsverbetering**: signaleren van sterke punten en verbeterkansen in zorg en communicatie.
- **Beleidsreflectie**: beoordelen in hoeverre de geleverde zorg aansluit bij patiëntverwachtingen.
- **PDCA-cyclus**: structureel inzetten van patiëntfeedback in verbeterprocessen.
  Verantwoording en transparantie: inzicht richting management, toezichthouders en ketenpartners.
- **Professionele ontwikkeling**: versterken van bewustwording en motivatie binnen zorgteams.
- **Trend- en benchmarkanalyse**: volgen van ontwikkelingen over de tijd en vergelijking met eerdere metingen

De patiënttevredenheid is hoog (NPS 53) en wordt gemeten op circa vijftien thema's, wat voldoende aanknopingspunten biedt voor gerichte verbeteracties. De resultaten worden opgenomen in het dashboard en periodiek besproken in het managementteam. Vastgestelde verbetermaatregelen worden uitgevoerd en gemonitord volgens de PDCA-cyclus.

Zouden patiënten Vitala+ aanbevelen aan derden?
Net Promotor Score: +53





Waarin heeft Vitala+ patiënten verrast?

- **Vriendelijkheid en betrokkenheid van medewerkers** in alle disciplines is veruit het meest genoemde positieve aspect.
- **Deskundigheid van zorgverleners**, vooral fysiotherapie, wordt breed gewaardeerd. Patiënten benoemen duidelijke uitleg, goede begeleiding en merkbare vooruitgang in hun revalidatie.
- **Persoonlijke aandacht en mensgerichte benadering** versterken het gevoel van veiligheid en vertrouwen. Patiënten voelen zich gezien en gehoord en ervaren persoonlijke aandacht.
- **Huiselijke, warme en prettige sfeer** draagt bij aan positief herstel en een positieve ervaring.
- **Accommodatie en faciliteiten:** eenpersoonskamers, licht gebouw, terras, oefenruimte.
- **Activiteitenaanbod**.

Verbetersuggesties van patiënten:

- Personeel/ bejegening

Meer vriendelijkheid en aandacht in de nacht; sneller reageren op bel.
Discussies in de keuken zijn hoorbaar voor patiënten → behoefte aan meer professionaliteit

- Voeding

Broodbeleg wordt soms niet aangevuld.
Wens voor meer vegetarische opties en smaakversterkers bij natriumbeperkt dieet.
Restaurant: beperkte keuze en openingstijden.

- Kamers & hygiëne

Meer aandacht voor stoffige gangen en vieze muren.
Matrassen niet comfortabel.
Deuren maken veel geluid, zijn zwaar of sluiten slecht (vooral ’s nachts storend).

- Faciliteiten & toegankelijkheid

Verbetering van de wifi.
Stopcontacten te laag.
Badkamer- en slaapkamerdeuren te zwaar.
Defecten sneller laten repareren.

- Informatie:

Digitaal dossier voor naasten waarin afspraken en voortgang inzichtelijk.

Opvolgingsmaatregelen patiënt tevredenheid enquête 2025

Thema	Doel / toelichting	Actie	Verantwoordelijk
Personeel/ bejegening	• Verbeteren vriendelijkheid, aandacht en respons bij nachtelijke oproepen	• N.a.v. meerdere specifieke klachten contract ZZP niet verlengd. • Teamgesprekken en individuele gesprekken (o.a. met nachtdienst) over professionele communicatie en respectvolle zorg	Manager Z&B
Voeding	• Professionaliseren keuken (geen discussies bij patiënten) • Tijdig aanvullen broodbeleg. Vegetarische opties uitbreiden Smaak- en kruidengebruik optimaliseren bij natriumbeperkte diëten.	• Aandachtspunt voor CAZB en hospitality traject AZB 2026 • Vegetarische opties en smaakversterkers zijn aanwezig. Onder de aandacht brengen van AZB door CAZB en patiënten informeren (opties menu standaard op tafel).	Manager facilitair Diëtetiek
Kamers & hygiëne	• Vieze muren • Stoffige gangen • Oncomfortabele matrassen	• Huishoudelijke dienst checkt muren bij elk ontslag • Externe firma reinigt gangen en eetzalen (werkafspraken/audit) • Matrassen reeds deels vervangen n.a.v. audit; worden na elk ontslag gereinigd en gedraaid	Manager facilitair
Faciliteiten & onderhoud	• Verbetering wifi • Stopcontacten te laag • Bad- en slaapkamerdeuren te zwaar • Sneller repareren defecten	• Lopend traject Ilionix • Nachtkastjes met contactdoos • Coenen (deurenonderhoud); elektrische drangers reeds verwijderd i.v.m. geluidsoverlast. Vrijloopdeurdrangers; afstelopties worden besproken met ergo en manager facilitair	Manager bedrijfsvoering Manager facilitair
Communicatie & informatie	• Digitale informatievoorziening voor naasten; verbeteren patiënten communicatie	• Inventariseren opties Carenzorg	Projectgroep communicatie

1.4. Patiënt ervaringsmetingen

In 2025 is gestart met de implementatie van Patient Reported Experience Measures (PREMs) om structureel inzicht te krijgen in de door patiënten ervaren kwaliteit van zorg en patiëntparticipatie te borgen. De PREMs vervangen de bestaande patiënttevredenheidsenquête. Hiermee wordt de administratieve belasting voor zorgprofessionals verminderd, omdat de eerdere papieren vragenlijsten door zorgmedewerkers moesten worden uitgedeeld en verzameld. De PREMs worden digitaal afgenomen en uitgevoerd met inzet van vrijwilligers. De analyse van de gegevens wordt verzorgd door de stafadviseur Kwaliteit & Veiligheid.

Ter voorbereiding is in samenwerking met de Academische Werkplaats Ouderenzorg en de Cliëntenraad een gevalideerde PREM-vragenlijst ontwikkeld. In het derde kwartaal is een pilot uitgevoerd op de begane grond, gericht op het toetsen van gebruiksvriendelijkheid, respons en de bruikbaarheid van de uitkomsten.

Voorafgaand aan de invoering is een implementatieplan opgesteld voor de structurele inzet van vrijwilligers, inclusief een uitgevoerde FMEA. Daarnaast is een protocol vastgesteld waarin het doel van PREMs, de afnameprocedure, analyse en rapportage, en rollen en verantwoordelijkheden zijn vastgelegd.

Vanaf het vierde kwartaal vond een gefaseerde uitrol plaats naar etage 1 en 2. In het eerste kwartaal van 2026 wordt de pilot geëvalueerd in samenwerking met de Cliëntenraad.

1.5. Strategisch Meerjarenplan Voeding 2025–2028

Voeding is binnen Vitala+ een essentieel onderdeel van kwaliteit van zorg, herstel en patiëntbeleving. Goede, passende voeding draagt aantoonbaar bij aan het revalidatieproces, het welbevinden van patiënten en het bevorderen van zelfredzaamheid. In de periode 2025–2028 werkt Vitala+ daarom gericht aan de verdere professionalisering en toekomstbestendigheid van de voedingsorganisatie.

Doelstellingen

Het strategisch meerjarenplan voeding richt zich op de volgende samenhangende doelen:

- **Verbeteren van de kwaliteit van voedingszorg**
  Door heldere werkprocessen, deskundigheidsbevordering en duidelijke verantwoordelijkheden wordt de voedingszorg structureel versterkt.
- **Ondersteunen van herstel en zelfredzaamheid**
  Voeding wordt nadrukkelijk geïntegreerd in het revalidatieproces. Eetmomenten worden benut als functionele momenten waarin zorg- en behandelprofessionals patiënten stimuleren in zelfstandigheid en herstel.

- **Versterken van gastvrijheid en patiëntbeleving**
  De tevredenheid over eten en drinken moet in 2028 aantoonbaar zijn verbeterd (streefwaarde: +10%).
- **Efficiënte en toekomstbestendige organisatie**
  Door stabiele teams, duidelijke taakverdeling en procesoptimalisatie kan met minder formatie dezelfde of betere kwaliteit worden geleverd.
- **Gezonde en duurzame bedrijfsvoering**
  Minder verspilling en beter voorraadbeheer dragen bij aan structurele kostenbeheersing.

Gefaseerde aanpak
De uitvoering van het meerjarenplan is opgebouwd in vier fasen:

1. **Fundament en professionalisering (2025–2026)**
   In deze fase worden coördinatoren voeding aangesteld en opgeleid. Werkprocessen worden geharmoniseerd en medewerkers volgen een structurele leerlijn (70-20-10). Daarnaast wordt gestart met verdere digitalisering en verbetering van bestel- en voorraadprocessen.
2. **Stabilisatie en gedragsverandering (2026)**
   De focus ligt op het creëren van rust en continuïteit in de teams, het verminderen van werkdruk en het uniform werken op alle afdelingen. Coaching en leren op de werkvloer staan centraal.
3. **Voeding als integraal onderdeel van revalidatie (2027)**
   Eetmomenten worden structureel ingezet ter ondersteuning van zelfredzaamheid. De samenwerking tussen voedingsmedewerkers, zorg en paramedici wordt verder verdiept. Kwalitatieve patiëntinterviews leveren inzicht in de ervaren effecten.
4. **Optimalisatie en afbouw formatie (2027–2028)**
   Wanneer kwaliteit, verzuim en werkdruk stabiel zijn, wordt de formatie stapsgewijs teruggebracht van 25 naar 23 FTE, met behoud van kwaliteit en veiligheid.

Betekenis voor patiënten
Voor patiënten betekent dit plan meer aandacht voor voeding als onderdeel van het herstel, een verbeterde gastvrijheid en meer voorspelbaarheid in processen. Door scholing, duidelijke afspraken en digitalisering wordt de kwaliteit en veiligheid van voedingszorg verder geborgd.

Betrokkenheid Cliëntenraad.
Begin 2026 zal de cliëntenraad actief worden meegenomen in de verdere uitwerking en evaluatie van het plan. De cliëntenraad wordt betrokken bij het meedenken over verbeteringen in patiëntbeleving en participeert in kwalitatieve onderzoeken, waarmee wordt bewaakt dat veranderingen daadwerkelijk bijdragen aan herstel, beleving en zelfredzaamheid.

1.6. Klachten

Inleiding

De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) verplicht zorgaanbieders tot een zorgvuldige omgang met klachten. Klachtenbemiddeling heeft als doel onvrede weg te nemen en waar mogelijk de relatie tussen patiënt, mantelzorger, familie en zorgverlener te herstellen. Daarnaast vormen klachten een waardevolle bron van informatie voor het verbeteren van de kwaliteit van de zorg.
Vitala+ streeft naar een laagdrempelige en toegankelijke klachtenopvang. Klachten worden bij voorkeur eerst besproken met de direct betrokken medewerker of leidinggevende. Als dit niet tot een bevredigende oplossing leidt, kan de klager zich wenden tot een onafhankelijke klachtenfunctionaris.

Aantal

Uit navraag blijkt dat steeds meer vragen en onvrede in een vroeg stadium door zorgmedewerkers, teamleiders en managers in de dagelijkse praktijk worden opgepakt en opgelost, voordat sprake is van een formele klacht. Deze ontwikkeling past bij de gewenste cultuur van open communicatie, korte lijnen en het serieus nemen van signalen van patiënten en hun naasten.

In het verslagjaar zijn in totaal 11 formele klachten geregistreerd.

Thema

De klachten hebben vaak meerdere aspecten. De belangrijkste thema's zijn:

Thema	Aantal	Percentage
Bejegening/ communicatie medewerkers	7	64%
Kwaliteit van zorg/ medische handeling	6	55%
Organisatorische aspecten/ processen	4	36%
Facilitaire/ technische problemen	2	18%
Ontslag/ vervolgzorg/ huisvesting	2	18%
Medicatieveiligheid (bijna-incident)	1	9%

Bejegening en communicatie vormen het meest voorkomende thema, met name in de nachtzorg en in zorg- en ontslagsituaties. Ook wanneer klachten inhoudelijk niet bevestigd konden worden, is steeds ingezet op uitleg, transparantie en het serieus nemen van de beleving van patiënt en familie.

Bemiddeling

Klachten worden structureel teruggelegd in de lijn en waar nodig op meerdere niveaus in de organisatie besproken.

Vorm van afhandeling	Aantal
Bemiddelingsgesprek (face-to-face/ multidisciplinair)	4
Telefonische bemiddeling	3
Schriftelijke afhandeling	1
Geen bemiddeling (klager wenste dit niet)	3

Betrokken functies	Aantal
Klachtenfunctionaris	11
Teamleider / manager Zorg & Behandeling	7
Arts / regiebehandelaar	6
Facilitair manager	2
Bestuurder	1

Verbetermaatregelen
De klachten hebben geleid tot concrete verbeteracties op meerdere niveaus:

<u>Personeel en bejegening</u>
- Stopzetten van een bepaalde ZZP-nachtverpleegkundige na meerdere klachten
- Teamgesprekken en individuele gesprekken (o.a. met nachtdienst) over professionele communicatie en respectvolle zorg
- Herhaalde aandacht voor respectvolle bejegening in team-overleggen

<u>Processen & Organisatie</u>
1. Extra aandacht voor:
- Opvolging van alarmoproepen (wifi/ telefonieproblematiek)
- Casuïstiekbespreking: monitoring van vochtinname bij cognitief kwetsbare patiënten

2.Duidelijke uitleg aan patiënten/familie over:
- Verantwoordelijkheden rond huisvesting en WLZ/WMO
- Medische besluitvorming en wachttijden

3. Facilitaire verbeteringen
- Herstel van: Defecte lichtknop/ slecht sluitende kamerdeur
- Uitleg en instructie over correct gebruik hulpmiddelen (urinaal-gebruik)

4. Medicatieveiligheid & Dossiervoering
- Medewerker aangesproken op onjuiste medicatieverstrekking
- Aandacht voor correcte formulering in overdrachtsbrieven

Borging
Verbeteringen worden structureel geborgd door signalen uit klachten en MIC-meldingen systematisch te bespreken binnen de Calamiteiten- en incidentencommissie (CIC). Patronen en oorzaken worden zo helder. Op basis hiervan worden gerichte maatregelen genomen, zoals het beëindigen van de inzet van een ZZP-er en het voeren van team- en individuele gesprekken. Door monitoring van terugkeer van vergelijkbare klachten wordt de werking van verbeteracties gevolgd. Ook vindt terugkoppeling van patiënten en naasten over ervaren verbetering plaats.

Conclusie
Het aantal formele klachten is beperkt, omdat veel signalen door de leidinggevenden worden besproken en opgelost.

De geregistreerde klachten laten zien dat vooral bejegening en communicatie kwetsbare punten blijven. Tegelijkertijd blijkt dat klachtenbemiddeling niet alleen bijdraagt aan het herstellen van vertrouwen, maar ook aantoonbaar structureel bijdraagt aan kwaliteitsverbetering en een lerende organisatiecultuur.

2. Veiligheid patiëntenzorg

2.1 Incidenten

Patiëntveiligheid is een kernonderdeel van het kwaliteitsbeleid van Vitala+. Door incidenten en bijna-incidenten systematisch te melden, analyseren en bespreken, worden risico's in de zorgverlening zichtbaar gemaakt. Deze inzichten worden benut om te leren en om gericht verbetermaatregelen te treffen. Het centrale doel is het continu verhogen van de kwaliteit en veiligheid van zorg.

Binnen Vitala+ wordt gewerkt aan een open en laagdrempelige meldcultuur, waarin incidenten worden besproken in de teams met focus op leren en verbeteren. Teamleiders hebben hierin een voorbeeldrol en zorgen dat incidenten met gevolgen voor de patiënt direct worden opgepakt.

Op organisatieniveau worden incidentmeldingen periodiek geanalyseerd en besproken. De commissie Patiëntenzorg en de Calamiteiten- en Incidentencommissie adviseren het management over verbetermaatregelen en bewaken de opvolging. Zo worden incidenten structureel benut om de zorg veiliger te maken en continu te verbeteren.

Incidentmeldingen 2019-2025						
Incident	Aantal opnames	medicatie	val	overig	totaal	percentage
2019	800	104	199	40	343	43%
2020	905	82	98	25	205	23%
2021	942	70	155	20	245	26%
2022	1106	63	133	20	216	20%
2023	1220	122	221	34	377	31%
2024	1225	87	272	32	391	32%
2025	**1337**	**60**	**237**	**99**	**396**	**30%**

(Afwijkende cijfers januari tot juni 2022 in verband met vacature stafadviseur kwaliteit en veiligheid)

2.1.1. Valincidenten 2025

In 2025 werden 237 valincidenten geregistreerd, waarvan 4 ernstig (2%).
Gevolgen betroffen:

- 1 trauma capitis met wond rechterwenkbrauw en fractuur tuberculum majus humerus rechts (SEH)
- 1 gesloten, instabiele enkelfractuur (opname MUMC))
- 1 femurfractuur rechts waarvoor operatie: plaatsen korte gammanail (opname MUMC)
- 1 le fort type 2 fractuur (maxilla en neus) rechts, ZMC fractuur rechts (SEH)

Twee incidenten hielden verband met onrust, verwardheid of dementie.

Na analyse van deze incidenten bleek dat:

- voorafgaand aan de incidenten een goede risico-inschatting was gemaakt en passende beheersmaatregelen waren ingezet om vallen te voorkomen.
- de opvolging na de incidenten zorgvuldig en adequaat is verlopen.

Trends en risicofactoren

- Het merendeel van de valincidenten (92%) gebeurde tijdens lopen of transfers zonder begeleiding op de slaap- of badkamer.
- Van deze gevallen mocht 68% de patiënt niet zelfstandig lopen; 32% wel.
- Onrust of verwardheid werd in 22% van de gevallen als oorzaak genoemd.
- Meerdere herhaalde valincidenten kwamen bij een beperkt aantal patiënten voor; de meerderheid viel één keer.

Verbetermaatregelen

De focus ligt op structurele evaluatie van valrisico's en het verbeteren van de communicatie rondom deze risico's: Wekelijkse incidentbesprekingen en directe afstemming tussen zorg en paramedisch domein, met tijdige bijstelling van mobiliteitsadviezen.

Verbeterpunt	**Actie**	**Verantwoordelijke**	**Termijn / Frequentie**
Structurele evaluatie valrisico	Wekelijkse incidentbesprekingen & directe afstemming zorg- & paramedisch domein	Teamleider/Coördinator zorg/ fysiotherapie	Wekelijks
Ontbrekende data	Verbetering registratie en volledigheid in EPD (MIC)	Stafadviseur K&V	Maandelijks review

Conclusie

Het aantal valincidenten is absoluut en relatief gezien (in verhouding met het aantal opnames) behoorlijk gedaald. Valincidenten concentreren zich bij zelfstandig bewegen zonder toezicht, vooral bij cognitief kwetsbare patiënten. De trend laat zien dat hoewel ernstige valincidenten zeldzaam zijn, gerichte structurele evaluatie, afstemming en verbeterde registratie noodzakelijk zijn om herhaling te voorkomen.

2.1.2. Medicatie-incidenten

Trend medicatie-incidenten: Het aantal medicatie-incidenten daalt gestaag: van 122 in 2023, naar 87 in 2024 en 60 in 2025. Deze positieve trend is het gevolg van de implementatie van Medimo en het consequent aanscherpen van werkprocessen, waarmee de veiligheid van medicatieverstrekking structureel wordt verbeterd.

In 2025 zijn drie incidenten gemeld, die zijn geanalyseerd met behulp van PRISMA-light. Geen van deze incidenten had blijvende gevolgen voor de patiënt. Het betrof:

1. Toediening van kortwerkende in plaats van langwerkende insuline, resulterend in ontregelde bloedsuikers.
2. Medicatie (Rivaroxaban) niet ingevoerd door de behandelend arts.
3. Verkeerde antibiotica toegediend.

Deze meldingen analyses vormen een belangrijke input voor het continu verbeteren van onze medicatieveiligheid:

- Intervisie/leersessie door medische dienst t.a.v. medicatie-veiligheid op elke afdeling.
- Standaard medicatiecheck volgens protocol. Bij iedere dienstwissel vier-ogen principe i.p.v. bij iedere cassettewissel (opiaten/intraveneuze/ intramusculair a.b.)
- Afwijkende medicatie (nieuw in ziekenhuis voorgeschreven die niet vermeld staat op recept/AMO en dus ook niet in Medimo) altijd melden bij regiebehandelaar.
- Medicatiefouten worden standaard (bij bekend worden, dus zo spoedig mogelijk, in ieder geval dezelfde dag) besproken met regiebehandelaar of indien afwezig met dagwaarnemer.
- Farmaceutisch Therapeutisch Overleg (FTO) met apotheek min 2x per jaar. Het doel van dit afstemmingsoverleg is om gezamenlijk de kwaliteit, veiligheid en doelmatigheid van het medicatiebeleid te waarborgen. Hierbij worden afspraken gemaakt over medicatiebeheer, voorraadbeheer en het gebruik van geneesmiddelen, inclusief aandacht voor richtlijnen en incidentpreventie.
- Implementatie modules digitale werkvoorraad en medicatieherkenning in Medimo.

2.1.3 Overige incidenten

De trend binnen de overige incidentmeldingen laat een duidelijke toename zien van meldingen met betrekking tot agressie door patiënten en/of mantelzorgers, evenals een stijging van meldingen rondom voeding.

De toename van agressiemeldingen kan mogelijk worden verklaard door maatschappelijke ontwikkelingen en een veranderende tijdsgeest, waarin spanningen en verwachtingen in de zorg toenemen. Het kernteam leerambassadeurs voert op deze agressiemeldingen een nadere analyse uit aan de hand van het Rummler-model. Dit model kijkt integraal naar prestaties en gedrag vanuit drie niveaus: organisatie (structuur, beleid en randvoorwaarden), processen (werkafspraken en samenwerking) en mens (vaardigheden, gedrag en ondersteuning). Door deze systematische benadering worden onderliggende oorzaken inzichtelijk gemaakt en kan gericht worden gestuurd op passende verbeteracties.

De stijging van meldingen met betrekking tot voeding betreft voornamelijk situaties waarin adviezen van logopedie en/of diëtetiek, bijvoorbeeld ten aanzien van voedingsconsistenties of dieetvoorschriften, niet worden opgevolgd. Vanuit de projectgroep Voeding is het melden van deze incidenten actief gestimuleerd. Voorheen werden dergelijke situaties minder frequent gemeld. Het registreren van deze incidenten is van belang, omdat het inzicht geeft in risico's rondom veilige voeding, bijdraagt aan bewustwording onder zorgverleners en aanknopingspunten biedt voor gerichte verbetermaatregelen.

Verbetermaatregelen:

- In het kader van de agressiemeldingen is een traject gestart met een protocol voor tijdig signaleren en begrenzen van ongewenst gedrag, aangescherpte huisregels en opname van omgaan met ongewenst gedrag in het jaarplan leren.
- In het kader van de voedingsincidenten is het meerjarenplan Voeding 2025-2028 opgesteld, gericht op coördinatie, eenduidige werkprocessen en een lerende werkcultuur.

2.2. Calamiteiten

In 2025 zijn bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) geen calamiteiten gemeld. (Ernstige) incidenten zijn systematisch besproken en beoordeeld in de Calamiteiten- en Incidentencommissie, waarbij zowel oorzaken als gevolgen zorgvuldig zijn gewogen. Op basis van deze analyses zijn gerichte verbetermaatregelen vastgesteld en ingepland. De uitvoering en effectiviteit van deze maatregelen wordt structureel gemonitord en geëvalueerd, zodat de organisatie blijft voldoen aan de wettelijke verplichtingen, de continuïteit van patiëntveiligheid wordt geborgd en het kwaliteitsbeleid actief wordt versterkt.

3. Toetsing kwaliteit- en veiligheidseisen

Interne audits zijn een essentieel onderdeel van het kwaliteitsmanagementsysteem van Vitala+ en vormen een belangrijke bron van data gedreven en proactieve sturing. Trendanalyses van audits en incidentmeldingen worden gebruikt om processen te verbeteren en gerichte leeractiviteiten op te zetten. Zo wordt de uitvoering van het strategisch jaarplan Kwaliteit en Veiligheid systematisch bewaakt, de kwaliteit geborgd en verschuift de focus van reactief handelen naar preventief verbeteren.

3.1 Externe audits

Externe audit DNV (HKZ)

De HKZ-certificering wordt benaderd als een cyclisch proces van continue verbetering, niet als een eenmalige gebeurtenis. Gedurende het jaar volgen we aanbevelingen uit eerdere audits systematisch op, borgen we de resultaten in onze processen en bereiden we de organisatie voor op de volgende toetsing. De succesvolle afronding van het HKZ-traject is een belangrijke mijlpaal die de naleving van externe kwaliteitsnormen bevestigt.

De HKZ -certificeringsaudit 2025 werd afgerond met slechts 2 observaties:

1. Een brandblusser is niet tijdig gekeurd.
2. Voor het uitlezen en controleren van slimme temperatuurmeters in medicatiekoelkasten ontbreekt een vastgelegde procesbeschrijving.

Voor beide observaties zijn inmiddels herstelmaatregelen genomen.

De auditoren spraken hun waardering uit voor de organisatie en het kwaliteitsmanagementsysteem. Ze benoemden dat de PDCA- cyclus echt wordt doorleefd en noemden Vitala+:

- een leuke organisatie om bij te werken,
- met enthousiaste en gedreven medewerkers,
- waar de visie van Vitala+ duidelijk terug te horen en te voelen was in alle gesprekken.

3.2. Interne audits

Jaarlijks wordt een interne auditplanning opgesteld, die wordt vastgesteld door het Management Team.

Jaarkalender audits 2025:

Kwartaal	Activiteit	Focus
Q1	Interne audit	Infectiepreventie
	Veiligheidsronde	Thema o.b.v. actuele risicoanalyse
	Interne Audit	HACCP
Q2	Interne audit	Medicatieveiligheid
	Veiligheidsronde	Thema o.b.v. actuele risicoanalyse
Q3	Interne Audit	Infectiepreventie- compliance handhygiëne
	Veiligheidsronde	Thema o.b.v. actuele risicoanalyse
Q4	Interne Audit	Traceraudit Schakelunit
	Veiligheidsronde	Thema o.b.v. actuele risicoanalyse
	Interne audit	HACCP
	Decubitusmeting	Decubitusprevalentie

- **Audit infectiepreventie**

De audit basishygiëne en steriele medische hulpmiddelen, uitgevoerd door de deskundige infectiepreventie van het MUMC, laat zien dat de verbeteradviezen uit de audit van 2024 100% zijn opgevolgd. Hiervoor zijn complimenten gegeven.

Als aandachtspunten werden benoemd: het beter scheiden van schoon en linnengoed, het gebruik van disposable of kant-en-klare reinigingsdoeken en het voorzien van geopende flessen (alcohol) van een openingsdatum. Zie bijlage 2.

- **Medicatie-audit**

De geplande medicatie-audit is uitgesteld naar begin 2026. Reden hiervoor is de wisseling van apotheker in de loop van 2025. Omdat de medicatieprocessen, werkafspraken en verantwoordelijkheden hierdoor nog in ontwikkeling waren, werd het niet zinvol geacht om op dat moment een audit uit te voeren. Een audit zou in deze fase geen representatief beeld geven van een stabiel en geborgd proces. De audit wordt begin 2026 uitgevoerd, zodra de nieuwe samenwerking en bijbehorende werkafspraken zijn geïmplementeerd en geborgd.

- **Audit handhygiëne**

Oktober 2025 is een onaangekondigde handhygiëne-audit uitgevoerd bij Vitala+. De bevindingen hebben geleid tot een organisatie brede hygiënecampagne die in 2026 wordt uitgerold met als doel in 2026 ≥70% naleving vóór patiëntencontact en ≥85% totale compliance. Zie bijlage 2.

- **Traceraudit Schakel-unit**

De traceraudit is door onvoorziene omstandigheden verplaatst naar januari 2026. Hiermee blijft de audit wel onderdeel van de cyclische toetsing, maar vindt deze plaats op een later moment.

- **HACCP-audits**

Tweemaal per jaar vinden onaangekondigde audits plaats op het gebied van HACCP. Deze audits zijn gericht op het toetsen van voedselveiligheid in de dagelijkse praktijk. Voor resultaten en opvolging van verbetermaatregelen zie bijlage 2.

- **Jaarlijkse decubitusmeting**

In december 2025 heeft de jaarlijkse decubitusmeting plaatsgevonden. Deze meting geeft inzicht in de prevalentie van decubitus en de effectiviteit van preventieve maatregelen. De resultaten worden begin 2026 geanalyseerd en gerapporteerd.

- **Veiligheidsrondes**

Vier keer per jaar wordt binnen Vitala+ een veiligheidsronde gelopen. Tijdens deze rondes wordt systematisch gekeken naar fysieke veiligheid, orde en netheid, hulpmiddelen, brandveiligheid en mogelijke risico’s in de werkomgeving. De veiligheidsronde draagt bij aan het tijdig signaleren van onveilige situaties en het versterken van het veiligheidsbewustzijn onder medewerkers. Bevindingen worden vastgelegd en opgevolgd in de ARBO-commissie.

4. Kwaliteit- en veiligheidsmanagementsysteem

Vitala+ past integraal risicomanagement toe op alle niveaus (strategisch, tactisch en operationeel) en in vijf domeinen (patiënt, personeel, informatie, facilitair en financiën), met veiligheid van de patiënt als hoogste prioriteit. Het PDCA-gestuurde systeem ondersteunt besluitvorming, jaarplannen en KPI-monitoring.

Het kwaliteitsmanagementsysteem (KMS) vormt het hart van het IRM voor patiëntenzorg en is gericht op veilige, kwalitatieve en duurzame zorg, waarbij de patiënt centraal staat.

Het proces van kwaliteitsmonitoring en -sturing wordt gevoed door kwartaalrapportages en dashboards met de belangrijkste prestatie-indicatoren. Deze data worden geanalyseerd en besproken in diverse commissies, zoals de Commissie Patiëntenzorg. Deze organen spelen een sleutelrol in het vertalen van data en signalen uit de praktijk naar concrete, organisatie brede verbeteracties.

4.1. Documentatiebeheer

Het beheerbeleid van het kwaliteitshandboek is in 2024 herijkt en protocollair beschreven.
Ter bevordering van efficiënt en doelmatig gebruik van het Kwaliteitshandboek is de persoonlijke AI-assistent Inora geïmplementeerd. Deze ondersteunt medewerkers door gericht antwoord te geven op inhoudelijke vragen. Zo is relevante informatie sneller beschikbaar en de wordt toepasbaarheid in de dagelijkse praktijk vergroot.

4.2. Commissie Patiëntenzorg 2025

Thema	Activiteiten 2025	Voortgang / Status
Infectiepreventie	• Uitvoeren scholingen zorg/paramedisch/facilitair • Audit infectiepreventie • Scholing contactpersonen infectiepreventie MUMC+ • Audit compliance handhygiëne	✓ Scholingen en audits uitgevoerd ✓ Opvolging audit infectiepreventie100% ✓ Jaarplan 2026 compliance handhygiëne
Incidentmeldingen	• Maandelijkse analyse incidentmeldingen • Terugkoppeling naar TL en CIC	✓ Structurele analyse per maand ✓ Borging terugkoppeling naar TL en CIC
Medicatieveiligheid	• Opvolging Audit en PRISMA-analyse (2024) • Uitvoering en opvolging Prisma light • Scenariotraining Q4 • Farmaceutisch therapeutisch overleg • Implementatie module digitale werkvoorraad en medicatieherkenning in Medimo	✓ Opvolging 95% ✓ Opvolging 100% ✓ Thema in training Q4 2025 ✓ 2x/jaar ✓ lopend
Kwaliteitshandboek (KHB)	• Start implementatie Inora • Koppeling met KHB	✓ FMEA Q1 ✓ Voorbereidingsfase Q2 en Q3 ✓ Implementatie Q4 2025
Patiënttevredenheid	• Pilot PREM begane grond • Verdere uitrol naar etage 1 en 2 • FMEA inzet vrijwilligers	✓ Voorbereidingsfase Q1 en Q2 ✓ Pilot gestart eind Q2 ✓ PREM geïmplementeerd Q4 2025

4.3. Commissie facilitair 2025

Thema	Voortgang/ Status
Calamiteiten/ Veiligheidsambassadeurs (trainen/processen)	✓ afgerond
Veiligheidsrondes Patiënt tevredenheid enquête	✓ Veiligheidsrondes uitgevoerd, acties opgevolgd ✓ Opvolging aandachtspunten (voeding, elektrische deurdrangers, hygiëne)
Voeding (processen, scholing en veiligheid)	✓ Procesanalyse uitgevoerd -> Strategisch meerjarenplan voeding 2025-2028 ✓ Scholingen uitgevoerd (HACCP, regenereren, portioneren, medische bijvoeding) ✓ Introductie en coaching CAZB (coördinatoren AZB)
Protocollen en instructies	✓ Continu proces
Vitala en veilige werkomgeving (o.a. ergonomisch werken)	✓ Facilitaire thema's voortkomend uit RI&E: o.a. aanpassingen infusiecentrum
Begroting en materialen	✓ Afgerond voor begroting 2026
Contractmanagement	✓ Contract in kaart en contractbeheer op orde
Opvolging audit infectiepreventie Opvolging audits HACCP	✓ Opvolging 100% o.a. kasten magazijn Z&B ✓ Opvolging lopend

4.4. Commissie informatieveiligheid 2025

Thema	Activiteiten 2025	Voortgang / Status
Optimaliseren wifi en telefonie	• Analyse door IT dienstverlening wifi (GA) • Analyse door leverancier VOS/telefonie (DHM) • Analyse door leverancier C3X (In2solution) • Verbeterplan opstellen	✓ Analyses uitgevoerd door alle leveranciers ✓ Verbeterplan GA opgesteld: conclusie onvoldoende integraal benaderd en te hoge kosten
Verkennen andere IT dienstverlener	• PvE van Envida bespreken • Verkennende gesprekken met leverancier Envida • Nulmeting IT landschap • Offertes IT dienstverlening (2 partijen)	✓ Op basis van nulmeting en offerte nieuwe IT leverancier voorgenomen besluit over te stappen: ligt nu voor bij gremia
Optimaliseren gebruik EPD	• EPD werkgroep doorstarten	✓ Taakbeschrijving kerngebruikers verduidelijken ✓ Nieuwe kerngebruikers aanstellen ✓ Opdracht werkgroep EPD opstellen ✓ Inwerken nieuwe medewerkers EPD verbeteren
Uitwisseling gegevens verbeteren	• Verbeteren overdracht MUMC+ (juiste info op juiste moment) • Deelnemen als ketenpartner in transitie project Databeschikbaarheid subregio Maastricht-Heuvelland	✓ Sturing op compliance MUMC+ door interventies proces, systeem en gedrag ✓ Vitala+ is ingestapt op de rijdende trein als ketenpartner

4.5. Commissie Personeel en organisatie -> commissie Arbo

Het managementteam (MT) van Vitala+ heeft in 2025 besloten om de commissie P&O op te heffen en hiervoor in de plaats een commissie Arbo op te richten.

De eerste aanleiding hiervoor was de borging van de RI&E, maar de opdracht van de commissie is breder. De commissie Arbo heeft als doel:

- Het borgen van goede arbeidsomstandigheden binnen Vitala+
- Het ontwikkelen van integraal beleid op het gebied van veiligheid, gezondheid, welzijn en duurzame inzetbaarheid;
- Het leggen van de verbinding tussen beleid, uitvoering en praktijk;
- Het naleven, actualiseren en verankeren van relevante wet- en regelgeving.

De commissie vervult hiermee een duale rol:

1. Sturing en borging op strategisch en tactisch niveau;
2. Signalering en uitvoering op operationeel niveau.

Om de organisatie zo goed mogelijk te vertegenwoordigen, bestaat de commissie uit de volgende functies:

- Manager Bedrijfsvoering
- Manager Zorg & Behandeling
- Preventiemedewerker
- Adviseur P&O
- Stafadviseur K&V
- Teammanager facilitair
- Teammanager paramedisch
- Teamleider zorg
- OR-lid

De commissie komt 1x per maand bijeen.

4.6. Directiebeoordeling

De directiebeoordeling 2024/ 2025 is uitgevoerd en vormde input voor de koers en het jaarplan K&V van 2025:

- PREM implementatie en structurele monitoring
- Strategisch meerjarenplan voeding 2025-2028
- Uitrol Inora + KBH/ASK-me integratie
- Zorgpad optimalisatie met teamversterkers
- Certificering: Behoud van HKZ-certificering en succesvolle audit

5. Bijlagen

5.1. Analyse valincidenten 2025 Vitala+

In 2025 werden 237 valincidenten geregistreerd:

❖ 218 tijdens lopen/ transfer zonder begeleiding of toezicht op slaap-/badkamer ->92%
148/218 keer mocht patiënt niet zelfstandig lopen -> 68%
70/218 keer mocht patiënt zelfstandig lopen -> 32%

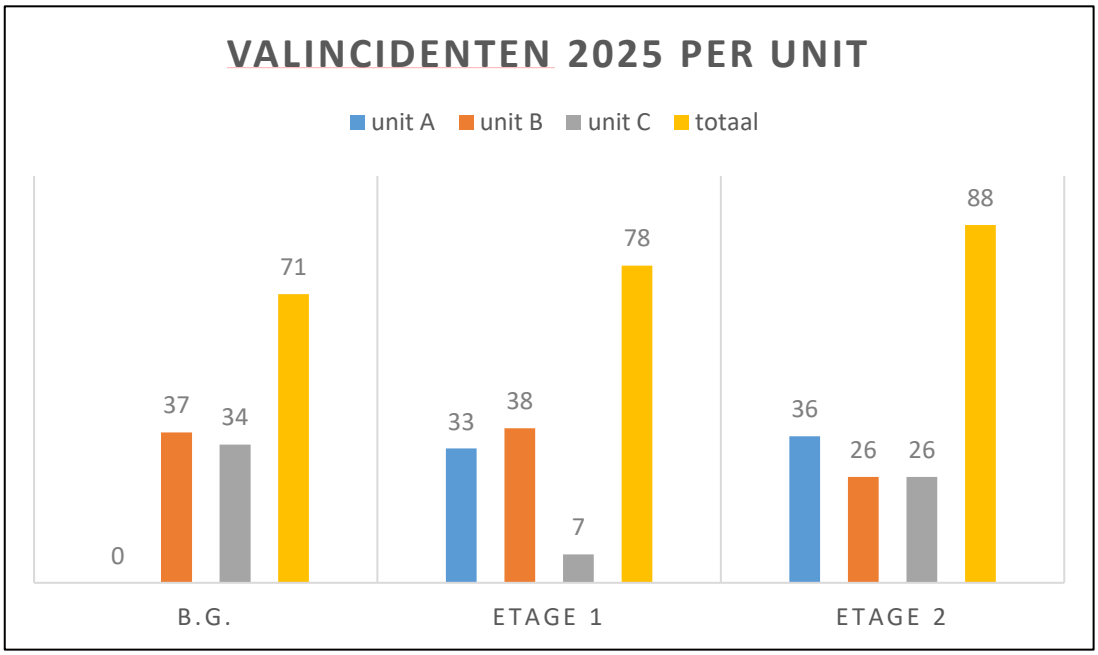
❖ 53/237 keer wordt onrust/ verwardheid als oorzaak valincident vermeld ->22%

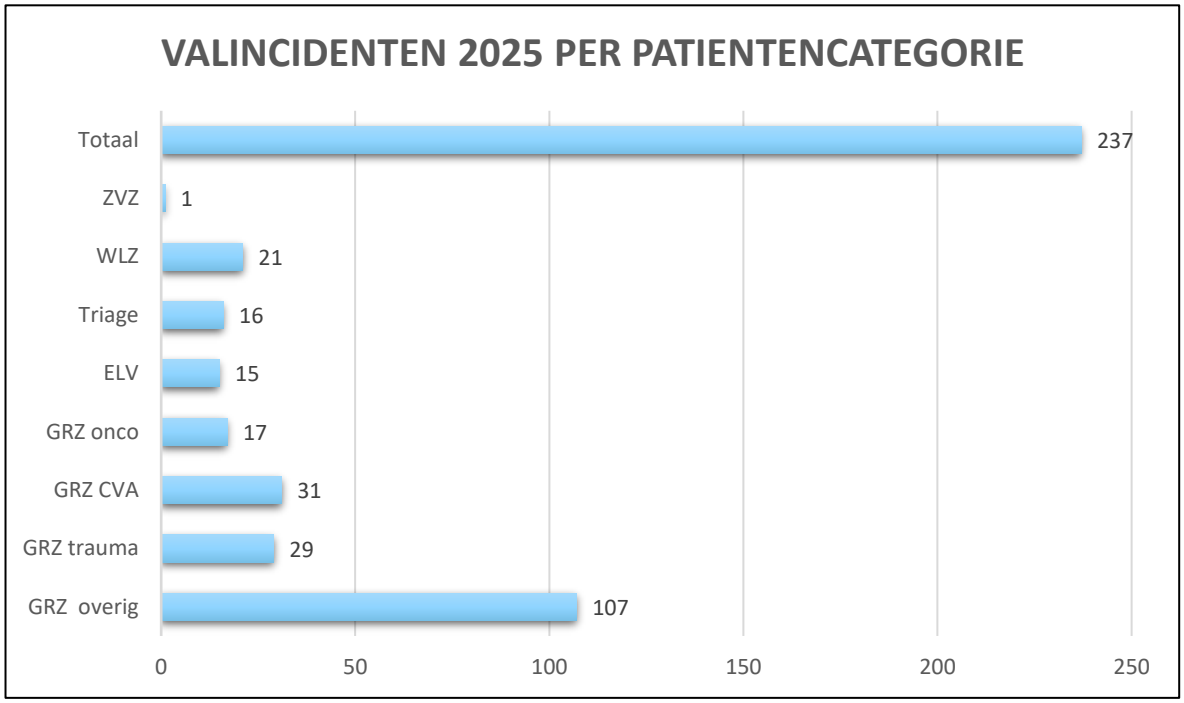
❖ Vier incidenten kregen de classificatie ernstig (2%).
Gevolgen betroffen:

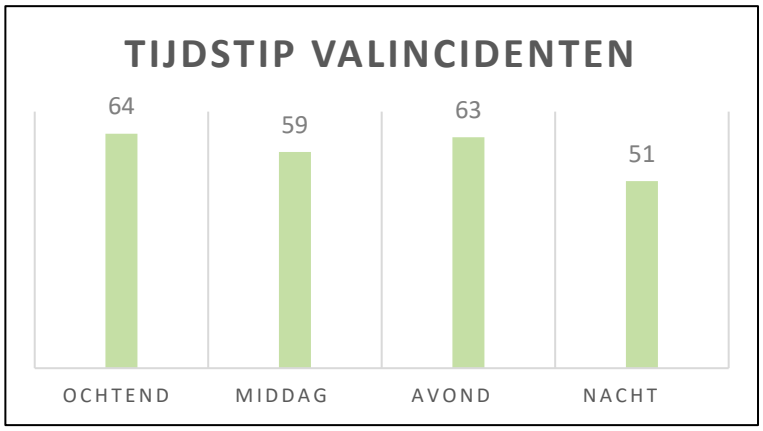
- 1 trauma capitis met wond rechterwenkbrauw en fractuur tuberculum majus humerus rechts (SEH)
- 1 gesloten, instabiele enkelfractuur (opname MUMC))
- 1 femurfractuur rechts waarvoor operatie: plaatsen korte gammanail (opname MUMC)
- 1 le fort type 2 fractuur (maxilla en neus) rechts, ZMC fractuur rechts (SEH)

Twee incidenten hielden verband met onrust, verwardheid of dementie.
Na analyse van deze incidenten bleek dat:

- voorafgaand aan de incidenten een goede risico-inschatting was gemaakt en passende beheersmaatregelen waren ingezet om vallen te voorkomen.
- de opvolging na de incidenten zorgvuldig en adequaat is verlopen.







Aantal valincidenten per patiënt	
1 maal	153
2 maal	22
3 maal	5
4 maal	3
5 maal	1
6 maal	0
7 maal	0
8 maal	1

Verbetermaatregelen

Bestaande maatregelen omvatten systematische inschatting van valrisico:

Moment	Maatregel
Voor opname	Overdracht fysio met valrisico-inschatting
Opnamedag	Checklist mobiliteit ONS, info op BEA-bord op patiëntenkamer
Tijdens opname	Valhistorie, beslisboom, meetinstrumenten fysio, checklist mobiliteit, BEA-bord info, geïntegreerde valpreventie in therapie

Verbeterpunten richten zich op structurele evaluatie en communicatie:
Wekelijkse incidentbesprekingen en directe afstemming tussen zorg en paramedisch domein, met tijdige bijstelling van mobiliteitsadviezen:

Verbeterpunt	Actie	Verantwoordelijke	Termijn / Frequentie
Structurele evaluatie valrisico	Wekelijkse incidentbesprekingen & directe afstemming zorg- & paramedisch domein	Teamleider/Coördinator zorg/ fysiotherapie	Wekelijks
Ontbrekende data	Verbetering registratie en volledigheid in EPD (MIC)	Stafadviseur K&V	Maandelijks review

Conclusie

- Valincidenten komen vooral voor bij lopen/transfers zonder begeleiding op slaap-of badkamer.
- De meeste incidenten leiden niet tot ernstig letsel, maar 9 incidenten hadden significante gevolgen.
- Verbetermaatregelen zijn gericht op structurele evaluatie, tijdige afstemming en verbeterde registratie, zodat herhaling wordt voorkomen.

Audit Infectiepreventie

Thema	Acties en voortgang Rood = openstaand/ oranje = in uitvoering/ groen = opgevolgd	Deadline
Scheiding schoon/vuil	- Afsluitbare/ afdekbare rekken voor linnengoed Actie: commissie facilitair	Juni 2025
Reiniging en desinfectie	- Disposable microvezeldoeken of kant- en klare reinigingsdoeken Actie: commissie facilitair	Mei 2025
	- Geopende flessen (bijv. alcohol) voorzien van openingsdatum Actie: commissie patiëntenzorg	April 2025

Monitoring en evaluatie
➢ Commissie facilitair en commissie patiëntenzorg ➢ Dashboardrapportage MT ➢ Audit hygiëne en infectiepreventie 2026

Audit HACCP

Thema	Acties en voortgang Rood = openstaand/ oranje = in uitvoering/ groen = opgevolgd	Deadline
HACCP	- *Meten en registreren van temperaturen: besproken in team AZB* - *Aandacht voor het op de juiste wijze van dateren. Besproken in team AZB* - *Aantoonbare ondernomen acties: aangeven wat er met de bederfelijke producten is gebeurd.* *Actie: TL- commissie facilitair*	Q4 2025
Ruimtes	- *Slijtage keukens (zie rapportage voor details) Afgerond: defecten in keukens verholpen* *Actie: commissie facilitair*	Q4 2025

Monitoring en evaluatie
➢ Commissie facilitair ➢ Dashboardrapportage MT ➢ Audit HACCP 2026

Audit compliance handhygiene

Thema	Acties en voortgang Rood = openstaand/ oranje = in uitvoering/ groen = opgevolgd	Deadline
Handhygiëne volgens WHO-richtlijn	**Acties volgens jaarplan:** - Handhygiëne (infectiepreventie) opnemen in het jaarplan leren; - Gerichte coaching on the job tijdens start- en eindmomenten van zorg met inzet van contactpersonen infectiepreventie (C.I.P.) - Specifieke interventie voor AZB: instructie en coaching (C.I.P. en CAZB) - Herinrichting reminders & zichtbare prikkels - Uitbreiding aantal CIP (training MUMC) i.v.m. bewustwording en borging in dagelijkse praktijk - Continu aanspreken vanuit de lijn (TL en coördinatoren.) Doelstelling 2026: - Minimaal 70% compliance vóór patiëntencontact - Minimaal 85% totale compliance op alle moment	2026

Monitoring en evaluatie
➢ Commissie facilitair en commissie patiëntenzorg ➢ Maandelijkse observaties door CIP (vast aantal per etage en disciplines ➢ Dashboardrapportage MT (kwartaal) door commissie patiëntenzorg ➢ Audit hygiëne en infectiepreventie 2026 ➢ Structureel maandelijks agendapunt in teamoverleg