

2017 Kwaliteitsgegevens

Stichting Wonen en Zorg Purmerend



Stichting Wonen en Zorg Purmerend (SWZP)
Peildatum 11 december 2017
Verslag G. Schermerhorn, kwaliteitsfunctionaris

Inhoud

Afkortingen.....	3
Kwaliteit algemeen	3
Zorginhoudelijke ontwikkeling.....	3
Kwaliteitscommissie	5
Meldpunt ouderenmishandeling	5
Melding Incident Cliënt (MIC)	5
Externe vertrouwenspersoon.....	6
Melding Incident Medewerker (MIM)	7
ARBO.....	8
BHV	8
Informatieveiligheid.....	8
Klachten.....	9
Interne audits	10
Vrijheidsbeperking	11
Externe audits.....	12
Zorgkaart Nederland.....	12
Medewerkers Tevredenheid Onderzoek (MTO).....	13
Calamiteitendienst	13
Zorgkantoor	13
Communicatie.....	14
Documentbeheer	15
Opvolging kwaliteitsfunctionaris	15

Afkortingen

CR	= Cliëntenraad	HE	= Heel Europa	Q VPK	= Q VPK
DR	= De Rusthoeve	IGZ/IGJ	= Inspectie van Gezondheidszorg	RvT	= Raad van Toezicht
DTG	= De Tien Gemeenten	IM	= intramurale zorg	TDL	= toedieningslijst
EM	= extramurale zorg	KT	= kantoor tijd	TZ	= thuiszorg
GW	= groepswoning	OR	= Ondernemingsraad	VPK	= verpleegkundige(n)

Kwaliteit algemeen

De zorgvraag verandert, wordt zwaarder. Het zorgaanbod moet daarop aansluiten en dat deed het nog niet. De SWZP ontving voor deze aanpassing ondersteuning vanuit Waardigheid en Trots. Voor de SWZP is dat gevat in het kwaliteit verbetertraject Zorg in beweging.

In 2017 is door alle medewerkers hard gewerkt aan de ontwikkeling van de integrale, zelforganiserende teams. De zorg wordt nu door kleine teams voor een kleine groep cliënten, rondom de cliënt georganiseerd. Teams intramurale zorg zijn samengesteld uit medewerker welzijn, huishoudelijk medewerker, medewerkers zorg deskundigheid 2, 3, 4 waarvan ieder een eigen teamrol heeft, en kwaliteitsverpleegkundige niveau 4 of 5. De teamontwikkeling wordt intensief begeleid door de coaches tijdens de 2-wekelijkse teambijeenkomsten. Voor deze bijeenkomsten is een SWZP brede standaard-agenda opgesteld waarop ook de kwaliteitsaspecten een vaste plaats hebben (MIC, MIM, klachten, tevredenheidsmeting etc.).

Ook is veel energie gestoken in het Platform kwaliteitsverpleegkundigen, het inregelen van de aandachtsvelden op basis van de veldnormen en de onderlinge samenwerking tussen de kwaliteitsverpleegkundigen. Er is extra hulp ingeroepen van Elly van Haaren, verpleegkundig docent, om de vakkennis van de kwaliteitsverpleegkundigen op het gewenste peil te brengen dat wil zeggen, beantwoordend aan de laatste standaarden.

Het zorgproces start bij de plaatsing op de wachtlijst, voor het wachtlijstbeheer is de frontoffice ingericht en wordt de procedurebeschrijving bij het opstellen van dit verslag nog volop ingericht.

In 2017 is grote vooruitgang geboekt voor de kwaliteit van zorg door SWZP breed in gebruik nemen van het ECD ONS van Nedap. Na een moeizame start (inrichtingsproblemen van het dossier, nog niet uitgekristalliseerde taken / verantwoordelijkheden met betrekking tot dossieropbouw en –voering en startproblemen met de hardware), is het gebruik van het ecd nu gemeengoed. Bovendien is inmiddels ook “Caren Zorg” in gebruik genomen. Bij elkaar levert dit een hoge mate van transparantie op, waardoor oorzaak / gevolg in de zorgrelatie gemakkelijk in beeld gebracht wordt.

Resultaten van metingen (audits) zijn gepasseerd in MT, en na goedkeuring gepresenteerd in Platform Kwaliteitsverpleegkundigen en door hen in de teams, en gepubliceerd op intranet.

Om alle verbeterpunten en monitoring van uitwerken daarvan, is eind 2017 door de kwaliteitsfunctionaris opnieuw een verbetermonitor ingericht. Hierin zijn opgenomen de punten uit onderzoeken voor zover bekend bij het opstellen van de monitor. In verband met de personele wisselingen in het MT wordt deze voor alsnog onderhouden door de bestuurssecretaris.

Zorginhoudelijke ontwikkeling

De inrichting van de zit-slaapkamers en de appartementen van bewoners SWZP wordt afgestemd op zwaardere zorg, veldnormen IGZ en ARBO eisen. In 2017 zijn medicatiekluisjes op de Rusthoeve waren noodzakelijk en zijn aangeschaft en in gebruik genomen op basis van de BEM score en vrijwilligheid. Nieuwe hoog laagbedden zijn aangeschaft en horen bij de standaardinrichting.

In- en exclusiecriteria: zijn geformuleerd, vastgesteld door MT en op de website SWZP gepubliceerd. Het document Uitplaatsingsbeleid (Documentbeheer 03.08.01) wordt in 2018 herzien.

Organisatiestructuur met kwaliteitsverpleegkundigen (Q VPK): per 2 teams is een kwaliteitsverpleegkundige beschikbaar die de regie voert over de kwaliteit van zorg. Deze structuur heeft in 2017 zijn beslag gevonden, de bezetting van deze functie is inmiddels redelijk stabiel. Elke Q VPK voert een of meer zorginhoudelijke aandachtsgebieden waarbij deze aandachtsvelder de collega Q VPK vakinhoudelijk ondersteunt in het verhogen en onderhouden van de kwaliteit van zorg op dat specifieke aandachtsgebied / veldnorm. De Q VPK SWZP zijn verenigd in het Platform Q VPK. Deze structuur functioneert goed!

Omaha system classificatie: is in gebruik genomen als basis voor cliëntdossier voor zowel intra- als extramurale cliënten. In praktijk blijkt Omaha geen voor de hand liggend systeem te zijn waarin ook het levensverhaal van de cliënt opgenomen kan worden. Er is een start gemaakt om van elke cliënt een Dit-ben-ik-boek op te stellen waarin het levensverhaal beschreven wordt. Echter, dit blijkt arbeidsintensief en is alleen als formulier beschikbaar in het ecd. Nadeel van formulieren is dat deze op de smartphone en in Caren Zorgt niet ingezien of bewerkt kunnen worden. Wordt vervolgd In 2018.

Het Wie-ben-ik-boek zal dan vertaald moeten worden naar een plan ter bevordering van welzijn/welbevinden voor de cliënt. Activiteiten uit dit plan worden opgenomen in de cliëntagenda.

Mondzorg: De mondzorg voor bewoners groepswoonings wordt door Mondzorgplus verzorgd. Dit gebeurt naar wederzijdse tevredenheid, evaluatie december 2017. Het plan is, om deze zorg ook aan te bieden aan bewoners van de appartementen. Hiervoor is plan van aanpak opgesteld in december 2017, uitrol in 2018.

Op 6/11-23/11 zijn workshops mondzorg georganiseerd voor alle medewerkers. Uitnodiging via kwaliteitsverpleegkundigen in de teams en op intranet. Van beide workshops is veel gebruik gemaakt.

BOPZ: interne audit is uitgevoerd. Ten tijde van dit verslag zijn de verbetermaatregelen nog niet geformuleerd en belegd binnen de organisatie.

Inzet vrijheid beperkende maatregelen bij BOPZ, peildatum 19 december 2017										
	HE			DR			DTG			
Groepswoning	55	56	57	13	14	15	23	29	51	Totaal aantal per maatregel
Medicatie										0
Detectie	1	3	2	2	1	3	2		2	15
Fixatie										0
Bedhek	4		1	1			2	1	1	6
Matras naast bed		1						1		2
Voordeur op slot				1	3		1	2	1	8
Rolstoel op de rem							1			1
Blad rolstoel			1							1
Totaal aantal maatregelen per groepswoning	5	4	4	4	4	3	6	4	4	38
Totaal aantal bewoners voor wie maatregelen ingezet worden	5	3	2	3	4	3	6	4	3	33
Totaal aantal bewoners per groepswoning	6	6	6	6	6	6	6	6	6	54

Kwaliteitscommissie

Leden kwaliteitscommissie:

- Anouk van Dorp, aandachtsvelder medicatieveiligheid, verpleegkundige im
- Astrid van Roon, manager zorg en welzijn
- Gudy Schermerhorn, kwaliteitsfunctionaris SWZP
- Judith Huijsman, aandachtsvelder BOPZ / onbegrepen gedrag, kwaliteitsverpleegkundige GW
- Liesbeth Paarlberg, apotheker De Ring
- Lisette van Gemeren, aandachtsvelder medicatieveiligheid, kwaliteitsverpleegkundige TZ
- Petra Molenaar, aandachtsvelder infectiepreventie, BOPZ / onbegrepen gedrag, kwaliteitsverpleegkundige im
- Roos Daan, SWZP eigen huisarts uit praktijk Daan Van Ardenne
- Sabina Leensen, aandachtsvelder medicatieveiligheid, kwaliteitsverpleegkundige IM
- Tamara Kleingeld, aandachtsvelder BOPZ / onbegrepen gedrag, kwaliteitsverpleegkundige GW

Op 22 augustus 2017 is bijeenkomst geweest met Liesbeth Paarlberg in verband met overdracht medicatieveiligheid van Nel Weel, nu manager thuiszorg en facilitair, naar Astrid van Roon, manager zorg en welzijn. Een aantal werkafspraken zijn gemaakt, toelichting gegeven op organisatorische wijzigingen bij SWZP en de start van revisie van Geneesmiddelen Distributie Protocol. In december is nog 1 bijeenkomst gepland: BOPZ, medicatieveiligheid en kwaliteit van zorg. Doel is om dit overleg 4 keer per jaar te plannen of vaker als daar aanleiding voor is.

Op 18/12/2017 bijeenkomst van volledige kwaliteitscommissie. Aan de orde kwam medicatieveiligheid en de revisie van het geneesmiddelen distributieprotocol, BOPZ, vrijheidsbeperking, MIC en kwaliteit van zorg. Afspraken zijn gemaakt. Vervolgplanning voor 2018 wordt door de nieuwe Q functionaris gemaakt.

Meldpunt ouderenmishandeling

SWZP verantwoordelijke voor opvang vermoedens van ouderenmishandeling is Gerrie van der Meer, de geestelijk verzorger. In 2017 is er 1 melding van een medewerker binnengekomen van een vermoeden van oudermishandeling. Er zijn twee gesprekken gevoerd door de geestelijk verzorger met 2 medewerkers. Hierbij werd vooral een luisterend geboden, tot tevredenheid van de betrokkenen.

Melding Incident Cliënt (MIC)

Incidenten worden gemeld in ecd. Begin mei is het formulier dat daarvoor beschikbaar is en de procedure MIC, sterk verbeterd. De pdca-cyclus is nu opgenomen in het formulier: de melder vult formulier in, als dat gereed is meldt deze medewerker het incident aan ter bespreking in teambijeenkomst. Na aanvulling met in de teambijeenkomsten vastgestelde verbeterpunten, en op den duur het effect daarvan, kan het formulier digitaal gearchiveerd worden als het incident afgerond is en de verbetermaatregelen effectief gebleken zijn.

Het duurde even voor alle medewerkers zich deze werkwijze eigen gemaakt hebben. MIC is vast onderdeel van de standaard agenda voor de teambijeenkomsten wat voor de invoering van de nieuwe werkwijze een mooie stimulans was – medewerkers ervaren MIC's als een teamaangelegenheid.

Data van MIC werd tot begin eind 2016 gegenereerd uit Plancare, nu uit ONS Nedap. Omdat de opzet van beide databases sterk van elkaar verschilt, is het niet mogelijk om zonder schade aan te brengen aan de kwaliteit van de data, deze aan elkaar te koppelen. De database ONS biedt overigens aanzienlijk meer houvast voor analyse dan die van Plancare.

- De kwaliteit van incidentmeldingen is aanzienlijk hoger dan die van 2016.
- Het is lastig een waardeoordeel te formuleren over aantal incidenten / team.
- Registratie verbeteracties en effect daarvan verdient extra aandacht –dan is de pdca-cyclus rond.
- Verbinding tussen repeterende incidenten, verbeteractie en effectbeschrijving wordt niet teruggezien bij cliënten waarbij veel incidenten geregistreerd zijn.
- Pieken van incidenten tijdens de overdrachtstijden tussen de diensten.

Verbeterpunten MIC

- Onderzoek door teams naar mogelijkheid incidenten te vermijden t.t.v. overdrachtmomenten.
- Voorstel wijziging in formulier MIC in ecd kopje: 'Zijn er maatregelen genomen naar aanleiding van het incident?' veranderen in 'Zijn er direct maatregelen genomen naar aanleiding van het incident? Zo ja, dan deze beschrijven op laatste blad onder Technisch, organisatorisch, medewerker / vrijwilliger, cliënt (-systeem)'
- Q VPK brengen de kwaliteit van incidentmelding en registratie van verbetermaatregelen en hun effect in teambijeenkomst onder de aandacht.
- Inschakelen van fysiotherapeut, ergotherapeut en huisarts bij oorzaakanalyse en verbetermaatregelen bij incidenten en met name bij repeterende incidenten.
- Bij repeterende incidenten vervroegd MDO, misschien besluiten tot geaccepteerd risico?
- Bespreken in teams van onderscheid tussen vrijheidsbeperking en ondersteunende interventies bij repeterende incidenten (bijvoorbeeld frequente val uit trippelstoel bij matige rompbalans).

MIC 2017														
Locatie, team	Type incident	jan	feb	mrt	apr	mei	juni	juli	aug	sept	okt	nov	dec	Totaal
SWZP	Val	34	36	42	32	50	48	39	47	47	56	77	8	516
SWZP	Medicatie	11	21	36	28	25	18	12	13	15	38	52	3	272
SWZP	Overig	4	9	8	12	1	0	0	0	0	0	0	0	34
Totaal		49	66	86	72	76	66	51	60	62	94	128	10	822

Ter vergelijking met gegevens vanaf 2014:

Alle incidenten SWZP vanaf 2014				
Jaar	2017	2016	2015	2014
Totaal SWZP per jaar	822	570	904	805

Voor meer informatie, zie intranet, Organisatie.

Externe vertrouwenspersoon

In 2017 afronding van 3 meldingen, waarvan 2 nieuwe meldingen:

- 1 melding was een vervolg van vorig jaar en betrof problemen tussen 2 collega's.
- 1 melding naar aanleiding van problemen tussen leidinggevende en medewerker
- 1 melding van problemen tussen medewerkers onderling

Betreffende medewerkers hadden na gesprek met vertrouwenspersoon handvatten om de situatie te verbeteren.

Melding Incident Medewerker (MIM)

Het aantal incidenten gemeld waarbij dezelfde bewoner betrokken is geweest, is met name begin 2017 een groot aantal incidenten rond een klein aantal bewoners op de groepswoningen. Hier was sprake van onbegrepen gedrag. Na het overlijden van deze bewoners, is ook het aantal MIM afgenomen.

Overzicht MIM 2017							
maand	totaal aantal	aantal bew	Verbaal geweld bedreig	Fysiek geweld	val	ongewenst gedrag	Overige
jan-17	55	2 (10 en 45)	55				
feb-17	27	2 (1 en 26)	27				
mrt-17	2	1	2				
apr-17	1	1	1				
mei-17	14	3 (12, 1, 1)	12	1		1	
jun-17							
jul-17							
aug-17	1	1					ts bezoeker OCD
sep-17	5	1+echtgenote bew	2		2		vinger bekneld bedhek
okt-17	1		1				
nov-17							
dec-17							
totaal	106	11	100	1	2	1	2

Overzicht MIM SWZP 2016							
maand	totaal aantal	Aantal betrokken bewoners bij >3 incidenten	agressie	agressie	val	ongewenst gedrag	Overige
jan 16	2	1	1	1	1		
feb 16	5	3	4	4	1		
mrt 16	6	3+ 1 familielid	5	5	1		
apr 16	3	3	3	3			
mei 16	7	5	5	5	1	1	
jun 16	0						
jul 16	0						
aug 16	1	1	1	1			
sep-16	2	2	2	2			
okt-16	1	1	1	1			
nov-16	2	1+ 1 familielid	2	2			
dec-16	13	5	13	13			
Totaal 2016	42	Max: 1 bewoner 6x genoemd	37	37	4	1	

Op deze incidenten is door de organisatie gereageerd door:

- De ondersteuning van de medewerkers door de huisartsen en POH te evalueren en aan te scherpen waardoor het handelingsrepertoire van de medewerkers vergroot wordt.
- De teams worden er in gecoached om de afgesproken reactie op onbegrepen gedrag te overleggen met betrokken cliënt, mantelzorger, dit te registreren en het effect daarvan te rapporteren voor (eventueel) vervroegd MDO.
- Onbegrepen gedrag is reden voor vervroegd MDO.
- Scholing onbegrepen gedrag wordt onderdeel van e-learning.

ARBO

De ARBO commissie is in 2017 uitgebreid met leden van de OR (Arbo, veiligheid en milieu) en de ergocoaches. Aanvankelijk werd de commissie voorgezeten door de kwaliteitsfunctionaris maar eind 2017 is de verantwoording voor de ARBO commissie weer terug bij de P&O functionaris.

De ARBO commissie is in 2017 3 keer bijeen geweest. Aan de orde kwam:

- **MIM**, waarbij opgemerkt moet worden dat het aantal meldingen in 2017 in vergelijking tot 2016 aanzienlijk groter is: 2016: 42 / 2017: 103. Dit betreft met name incidenten rond onbegrepen gedrag in de maand januari 2017. De 2 betrokken bewoners zijn overleden, het aantal meldingen rond onbegrepen gedrag stabiliseerde zich daarna.
- veiligheid op de groepswoningen.
- sloten op de deuren van de zit-slaapkamers van de groepswoningen
- De te vervangen systemen voor alarmering intern
- **Ergocoaches**, het uitbreiden van dit team en de jaarlijkse training die teamleden nodig hebben.
- De ergocoaches hebben in 2017 een overzicht opgesteld van alle beschikbaar til- en verpleegmiddelen en eventuele tekorten / wensen hierin. Dit is opgenomen in investeringsbegroting 2018. Een aantal tilliften is vervangen, in overleg met leverancier TR Care.
- Ergocoaches bieden advies bij eventueel aan te schaffen nieuwe til- en verpleegmaterialen. Medewerkers kunnen het team ergocoaches benaderen voor training, advies. Het plan om meer samenwerking te zoeken met de fysiotherapeut geldt ook voor 2018.
- **RIE 2010**: uitwerking plan van aanpak. Naar dit plan is ook HE na oplevering getoetst. De offerte voor nieuwe RIE na verbouwing DTG, toevoegen HE is begin december 2017 aangevraagd.
- **Preventiemedewerker**: P&O functionaris en kwaliteitsfunctionaris zijn opgeleid en benoemd tot preventiemedewerker.
- De gratis **app Lonework**, mogelijk bruikbaar voor medewerkers in de nachtdienst zodat zij elkaar kunnen ondersteunen, is alleen door 2 leden ARBO commissie getest en zeer bruikbaar bevonden. Deze medewerkers werken niet in de zorg. Het is niet gelukt om medewerkers die hier eventueel baat bij konden hebben, medewerkers nachtdienst bijvoorbeeld, hiervoor te interesseren.
- **Veiligheidsrondes** door de 3 locaties gelopen en verbeterpunten benoemd.

BHV

Het overzicht van BHV trainingen, ploegleiders, de procedure t.b.v. nieuwe medewerkers (wie dient wel / geen BHV scholing te volgen?), zal begin 2018 door Personeelszaken geüpdatet worden.

Informatieveiligheid

In 2017 is veel aandacht geschonken aan het opzetten van beleid ten aanzien van informatieveiligheid. Dit is gebeurd onder begeleiding van Julius Duijts, senior adviseur informatiedeskundige van BMC. Omdat er eerst in de organisatie een fundament gelegd moet worden voor informatieveiligheid, is met de grote interne publiciteitscampagne (awareness) gewacht tot de meeste beleidszaken vastliggen. Denk hierbij aan de gewoonte om de pc te lock-en wanneer deze onbeheerd achter gelaten wordt. Deze plicht kun je alleen dan afkondigen, als alle hardware gelocked kan worden.

- De opzet voor de awareness campagne ligt klaar.
- SWZP-sanctiebeleid op niet naleven van regelgeving persoonsgebonden gegevens of zelfs schenden van de privésfeer moeten nog geformuleerd worden en intern gecommuniceerd.
- Benodigd beleid is nagenoeg geformuleerd.

- Informatieveiligheid is opgenomen in procedures nieuwe medewerker (vrijwilliger), in- en uit dienst, ontvangen en inleveren devices en hanteren daarvan.
- Technische zaken zijn bijna volledig in beeld en passend (indelen van gebouwen in veiligheidszones, toegang en type sluitwerk passend bij functie van ruimtes, bescherming hardware / software, bewakingscamera's, inlogprocedures).
- Er is een private-impact-analyse opgesteld voor de bewakingscamera van de groepswoningen.

Klachten

- 21 klachten waaronder 6 uit kwartaal 4 2016
- Aantal verschillende betrokken cliënten en/of hun mantelzorgers: 9
- 10 klachten zijn in 2017 afgerond en positief geëvalueerd met klager.
- 11 klachten staan nog open (peildatum 11 december 2017)
- Uit de registratie blijkt dat ook teams verantwoordelijk zijn voor de afhandeling van de klachten. Dit lijkt niet de bedoeling, zij kunnen dat doen onder verantwoordelijkheid van de betreffende manager.
- Aard van klachten:
 1. keuken
 2. keuken
 3. kwaliteit van zorg tijdigheid
 4. Kwaliteit, smaak voeding en uitblijven reactie op klacht
 5. moeder pas rond 12 uur geholpen met ADL, veel te laat, eerder medicijn uitgifte nalatigheid.
 6. nachtdienst beschikbaar Nel
 7. nachtdienst beschikbaar Nel
 8. Niet / te laats geholpen door TZ met ADL op zondag
 9. populier, diensten en kosten
 10. Q zorg
 11. Q zorg
 12. relatie zorg
 13. TZ komt ongewenst binnen
 14. wonen
 15. zorg
 16. zorg
 17. zorg
 18. zorg aanbod onvoldoende geen goed toezicht op vader
 19. zorg aanbod te gering
 20. zorgen over beschikbare nachtdienst SWZP
 21. zorgverlening
 22. zorgverlening
 23. zorgverlening
 24. zorgverlening

De duur van afhandeling in registratie lijkt niet betrouwbaar i.v.m. overschrijven formule. Van sommige klachten is bekend dat deze lang duren. Zo is er een voortdurende klacht over de kwaliteit van de maaltijden van een bewoonster en haar dochter. Het is nog niet gelukt om daar een positieve afronding voor de organiseren. Klachten en voortgang van afwikkeling, worden geregistreerd en bij elke MT geagendeerd. Het daarvoor gehanteerde format voldoet goed.

In 2017 is 1 klacht bij de klachtencommissie IGJ ingediend. Dit, naar aanleiding van een incident waarvoor een PRISMA is opgesteld en dat ook door SWZP gemeld is bij IGJ, hoewel daar strikt genomen geen reden voor was. De afwikkeling van deze klacht loopt medio december 2017 nog.

Opvallend was het aantal klagende mantelzorgers dat zich bezorgd toonde na de optredens van Hugo Borst op televisie. Deze klagers wensten meer personeel want ook op tv was duidelijk dat dit onvoldoende was. Ook medewerkers werden door hen hiermee benaderd. Het was erg lastig om deze klagers uit te leggen dat overheidsfinanciering buiten de macht van de directeur van een kleine zorginstelling ligt.

Een aantal klachten is terug te voeren op de andere en hogere eisen die gesteld worden aan de medewerkers doordat de zorgvraag sterk verzwaard is. Intensief contact en samenwerking met cliënten / mantelzorgers is hierbij vereist, waarbij de medewerker vaak in een voor hem / haar nieuwe rol komt nl coördinator.

De voor deze samenwerking noodzakelijke communicatie tussen medewerkers en cliënten / mantelzorgers, wordt sinds afgelopen zomer gemakkelijker doordat Caren Zorgt in gebruik genomen is. Dit is een applicatie van het ecd waarbij cliënten / bewoners en als zij dat wensen ook hun mantelzorgers toegang hebben tot een deel van het ecd. Bovendien biedt deze applicatie de mogelijkheid om contact te leggen met alle personen die inzage hebben in het dossier. Dit, samen met een steeds betere dossiervoering biedt een aanzienlijke verbetering in de coördinatie van zorg en onderling contact.

De klachtenprocedure is begin 2017 door de kwaliteitsfunctionaris aangepast naar aanleiding van wetswijziging WKKGZ. Hierbij is de bestuurssecretaris benoemd tot voorzitter van de klachtencommissie. Medio 2017 is Erik Betzema bij SWZP in dienst gekomen als bestuurssecretaris. Erik heeft de klachtenprocedure volledig herzien naar model van Actiz. Deze herziening ligt voor aan OR, CR en Raad van Toezicht. Publicatie op intranet is eind 2017 nog niet gepasseerd.

Interne audits

Het jaarplan interne audits 2017 is deels gevolgd. Voor 2018 is opnieuw een plan opgesteld en op intranet gepubliceerd.

In 2017 is een veiligheidsronde gehouden waaruit een aantal verbeterpunten kwamen. Deze zijn in de loop van 2017 uitgevoerd en opgelost.

Audit is uitgevoerd op Vrijheidsbeperking, Medicatieveiligheid, Infectiepreventie, ECD. De auditoren waren de kwaliteitsverpleegkundigen van het betreffende aandachtsgebied, samen met de kwaliteitsfunctionaris. De kwaliteitsverpleegkundigen hebben een kleine instructie auditeren gekregen voorafgaand aan de audit.

Gehanteerd instrument is het normenkader IGJ, wat al eerder gepubliceerd is op intranet en in het platform kwaliteitsverpleegkundigen aan de orde gesteld is.

De rapportages van de audits zijn begin december 2017 aan het MT aangeboden en zullen medio december met de verpleegkundigen besproken worden waarna de teams met hun eigen resultaten aan de slag kunnen.

Een aantal opvallende zaken kwamen aan het licht (voor volledige verslagen, zie <http://www.intranet.swzp.nl/organisatie/controles-intern-extern>):

- De medewerkers die ge-audit zijn, waren niet op de hoogte van het normenkader IGJ. Zij konden dus ook niet beoordelen of hun eigen handelen of dat van hun team, correct was.
- Medewerkers maken niet altijd of geen gebruik van de prachtige kennis - structuur van het platform kwaliteitsverpleegkundigen. Zij nemen soms op eigen initiatief contact op met externen, waarna intern de meerdere, verschillende antwoorden een eigen leven leiden. Dit geeft veel ruis.
- De kwaliteitsverpleegkundigen zouden zich meer moeten profileren en hun 'eigen' aandachtsveld hard moeten uitdragen – ook naar hun collega's.
- Voor infectiepreventie ligt een grote rol weggelegd voor facilitair om een aantal zaken correct uitgevoerd te krijgen en dit ook zelf te monitoren.
- De SWZP brede, correcte uitvoering van het protocol handhygiëne is absoluut laag hangend fruit.
- Het ecd is inmiddels goeddeels ingericht. De tijd lijkt rijp voor een bezem-scholing om de dossiervoering eenduidig te krijgen. Omaha biedt weinig ruimte voor het levensverhaal van de

cliënt. Wanneer ecd volledig is ingericht kunnen de dossierformulier uit Documentbeheer verwijderd worden.

- Kennistekort bij professioneel handelen met vrijheidsbeperking.

Auditplanning 2018 is opgesteld en gepubliceerd op intranet documentbeheer 09.02.04.

Vrijheidsbeperking

Formulieren Vrijheidsbeperking worden goed bijgehouden. De route voor deze formulieren van de groepswoningen en appartementen naar map bij de receptie DR en DTG is bekend – de meeste aangetroffen formulieren zijn actueel.

Onbegrepen gedrag, alternatieven voor vrijheidsbeperking en vermelding van effect toegepaste middelen moet opnieuw onder de aandacht van de medewerkers gebracht worden. Ook uit interne audit ecd bleek dat methodisch werken nog onvoldoende gehanteerd wordt. In geval van vrijheidsbeperking gaat het dan over overwogen en uitgevoerde alternatieve toepassing, gedragsinterventies, effect van maatregelen en overwegingen of ingezette middelen \ maatregelen weer afgebouwd kunnen worden.

Er is in de rapportages in de huidige dossiers geen relatie gevonden tussen onbegrepen gedrag, gedragsinterventies, inzet middelen en overige maatregelen, ingeroepen ondersteuning bij deze problematiek en psychofarmaca. Mappen waarin registraties bewaard worden en rug teksten, zijn niet uniform waardoor niet direct herkenbaar. In sommige mappen zit veel verouderde formulieren. Registratie toegepaste vrijheid beperkende middelen in de appartementenzorg wordt wel in DTG bijgehouden maar niet in DR.

De alternatieven-bundel van Vilans is na de audit opnieuw op intranet gepubliceerd.

Inzet vrijheid beperkende maatregelen bij BOPZ, peildatum 19 december 2017										
Groepswoning	HE		DR				DTG			Totaal aantal per maatregel
	55	56	57	13	14	15	23	29	51	
Medicatie										0
Detectie	1	3	2	2	1	3	2		2	15
Fixatie										0
Bedhek	4		1	1			2	1	1	6
Matras naast bed		1						1		2
Voordeur op slot				1	3		1	2	1	8
Rolstoel op de rem							1			1
Blad rolstoel			1							1
Totaal aantal maatregelen per groepswoning	5	4	4	4	4	3	6	4	4	38
Totaal aantal bewoners voor wie maatregelen ingezet worden	5	3	2	3	4	3	6	4	3	33
Totaal aantal bewoners per groepswoning	6	6	6	6	6	6	6	6	6	54

Totaal aantal geregistreerde maatregelen appartementen, niet BOPZ	
DTG	
Medicatie	
Detectie	1
Fixatie	
Bedhek	3
Matras naast bed	
Voordeur op slot	
Rolstoel op de rem	
Blad rolstoel	1
Kantelbare rolstoel	1
Totaal aantal maatregelen per groepswoning	6

Totaal aantal bewoners voor wie maatregelen ingezet worden	6
--	---

Externe audits

Resultaten van externe audits zijn gepasseerd in MT, OR, CR en Raad van Toezicht en in diverse Zeepkisten (medewerkersbijeenkomsten). De resultaten zijn besproken in Platform kwaliteitsverpleegkundigen en door hen met de teams, onder begeleiding van de coach. De resultaten zijn gepubliceerd op intranet, verbeterpunten zijn opgenomen in de Verbetermonitor.

PREZO door Perspekt: gekozen is voor het groeimodel, vanaf 2016 jaarlijkse audit achtereenvolgens op voorwaarden, pijlers en domeinen. In 2017 (9/6) zijn de voorwaarden behaald voor de hele organisatie en voor DTG de pijlers. In februari 2018 is de laatste audit. Dan worden de voorwaarden getoetst en de pijlers van DR. Samenvatting verbeteradviezen:

- Medicatieveiligheid aanscherpen, met name de dubbelcheck en uitreiken losse medicatie.
- Uitvoering HACCP en veiligheid aanscherpen

Roze Loper door Kiwa: audit op keurmerk wordt voortgezet in 2018. Samenvatting verbeteradviezen: neem de structurele aandacht voor diversiteit op in: Scholingsbeleid; Personeelsbeleid; Vrijwilligersbeleid; (pr) publicaties en beleidsdocumenten. Draag deze aandacht actief uit, hiermee bereik je een specifieke doelgroep. Meet het effect van deze aandacht bij medewerkers, cliënten, mantelzorgers.

Ter voorbereiding op de externe audit PREZO zijn informatiebijeenkomsten gehouden voor belangstellenden, op elke locatie 1 bijeenkomst. Aanwezigen kregen uitleg over doel, inhoud en procedure van de audit.

Zorgkaart Nederland

Ook in 2017 is het interviewteam van Zorgkaart Nederland op de locaties geweest (8/08, 9/08). Dit leverde mooie resultaten op.

	Waardering aantal	Totaal oordeel / sector	% aanbeveling / sector
SWZP breed	33	7,9 / 8,0	91% / 93%
De Rusthoeve	13	7,5	92%
De Tien Gemeenten	16	8,1	94%

Heel Europa	4	8,5	75%
-------------	---	-----	-----

Medewerkers Tevredenheid Onderzoek (MTO)

Uitvraag MTO is gedaan in Survey Monkey, 6 januari – 10 februari 2017, 108 medewerkers hebben gereageerd. Het resultaat van MTO is gedeeld met de teams tijdens de teambijeenkomsten. Sommige medewerkers toonden zich kritisch ten aanzien van de roosters, vervullen van vacatures en oplossing van roosterproblemen bij ziekmeldingen en in de vakantieperiode. De gemiddelde score van het MTO gaf het rapportcijfer 6,5. Dit is, gezien de roerige periode waarin de SWZP verkeert, een verrassend hoge score. Het MTO wordt eind 2017 herhaald, de sluitingsdatum is begin december 2017. Bij opstellen van dit verslag is nog geen resultaat bekend.

Calamiteitendienst

Aanvankelijk werd in 2017 regelmatig beroep gedaan op de calamiteitendienst bij roosterproblemen. Voor de inregeling van de roosters (en roosterproblemen) is in 2017 aanvankelijk tijdelijke externe ondersteuning aangetrokken, Frits Ariëns. Dit beeld een zinvolle bijdrage aan de bedrijfsvoering zorg. In de 2^e helft van 2017 is om die reden formatie beschikbaar gesteld en een medewerker in eigen dienst gekomen voor verdere begeleiding.

De calamiteitendienst is geëvalueerd en daaruit is geconcludeerd dat de samenstelling en functie van de calamiteitendienst geen wijzigingen behoeft. Op intranet wordt rooster calamiteitendienst gepubliceerd, evenals de bijbehorende procedure. Dat laatste, om onterechte verwachtingen te beperken. Van alle meldingen bij calamiteitendienst is registratie bijgehouden.

Locatie	Aantal	Oorzaak	Aard geboden ondersteuning
DR GW	a. 3 b. 1 c. 1	a. Rooster: uitzendkracht niet aanwezig, ziekte b. Branddeur sloot niet c. Zonnescherm weigert	a. Onderling opgelost b. Gudy is op GW gebleven tot reparatie door externe firma – procedure bij storing woningbouw herzien. c. Geen respons technici op de zelfde dag, wel de volgende dag.
DR app	a. 1 b. 1	a. Rooster: ziekmelding b. Nachtdienst niet aanwezig	a. Dienst overgenomen door Gudy b. Dienst overgenomen door Gudy
TZ Poelman	a. 1	a. Rooster: ziekmelding	a. Door Frits opgelost
HE GW	a. 1 b. 2	a. Technisch: slagboom parkeerdek vastgevroren b. Agressie cliënt	a. Auto van de thuiszorg geleend, late dienst toch naar huis. b. Extra nachtdienst ingezet

Zorgkantoor

Het verbeterplan dat ingediend is bij het Zorgkantoor Zilveren Kruis / Achmea is in 2017 verder uitgewerkt en gedeeld met de centrale cliëntenraad en Raad van Toezicht. Alle doelen zijn behaald. In 2018 zal deze uitvraag niet vervolgd worden.

1	Verbeteren AO IC door invoeren automatisering zorgadministratie d.m.v. ONS Nedap. Procedures, taakrolverdeling wordt opgesteld. Op deze manier wordt transparant de tijdregistratie en deskundigheidsniveau medewerkers bij zorgverlening. Cliëntdossiervoering op basis van zorgplan, arrangementen, afspraken met cliënt. Dit is mede onderdeel van kwaliteitsverbetertraject Zorg in Beweging SWZP (Ondersteuning via programma Waardigheid en Trots - VWS) PvA is reeds in bezit ZK. De basis op orde als voorwaarde voor goede zorg. Voor de cliënt betekent dit een optimale afstemming van geboden zorg op de wensen van de cliënt. De zorgagenda van de cliënt is leidend, de personele planning wordt daarop afgestemd.
2	Aanpassen van de inhoud en kwaliteit van zorg aan de steeds zwaardere zorgvraag van bewoners met een indicatie (>zzp 4) voor Zorg met Verblijf.

3	Vergroten welzijn en welbevinden door inzet van o.a. meer bewegen voor kwetsbare ouderen. Vertragen ontwikkelen dementie door bewegen (ook doelstelling Ontmoetingscentrum De Dageraad). Gepast bewegen is gezond, juist voor ouderen: goed voor skelet en spierkracht, bloedsomloop, vertraging spierafbraak. Bewegen geeft energie, voldoening, gevoel voor eigenwaarde, juist die aspecten die in het gedrag komt als kwetsbare ouderen stil gaan zitten. Bewegen heeft ook een sociaal aspect: wie vaker loopt, zal ook sneller de kamer uit gaan en op de gang mensen ontmoeten.
4	Invoeren ECD en Caren-zorg voor betere communicatie over zorg, minder administratieve lasten
5	invoeren van zelfsturende / zelforganiserende teams in de zorg

Communicatie

Cliënt / mantelzorgcontact: In 2017 zijn 2 bijeenkomsten voor cliënten, mantelzorgers en medewerkers georganiseerd. 30/11: Een bijeenkomst bood voorlichting over omgaan met dementie, spreekster van BreinCollectief. Doelstelling van deze bijeenkomst was een gezamenlijk uitgangspunt te bespreken bij de progressieve ontwikkeling van dementie.

Voor de andere bijeenkomsten (13/3 DR / HE en 16/3 DTG) is gekozen voor 1 sessie in DTG en 1 sessie in DR. Deze waren gericht op het bieden van informatie over de ontwikkelingen in de zorg op landelijk niveau en de vertaling daarvan door SWZP naar de cliënten, mantelzorgers en medewerkers. Deze bijeenkomsten waren druk bezocht. In 2018 zullen weer minimaal 2 bijeenkomsten met en voor mantelzorgers georganiseerd worden.

Dialogotafels: in 2016 is gestart met cyclus dialogotafels. Leden CR, vrijwilligers, OR, RvT en medewerkers konden aanschuiven om gezamenlijk met de Raad van Bestuur van gedachten te wisselen over de gang van zaken, dilemma's die speelden binnen de SWZP. OP 24/1/2017 is de laatste dialogotafel georganiseerd. Dit heeft geleid tot een aantal kernwaarden en andere uitingen van de visie – missie SWZP. Ook de SWOT-analyse die opgesteld is naar aanleiding van bevindingen uit eerdere dialogotafels is aan de orde gekomen. Een en ander zal in 2018 nader uitgewerkt worden.

Kwaliteitstafel: Op 6/4/2017 is bijeenkomst geweest waarin leden CR, OR, RvT, kwaliteitsverpleegkundigen, staf en leden van MT elkaar op de hoogte brachten van de laatste ontwikkelingen rond Zorg in Beweging. Leden MT deelden hun dilemma's en haalden op, welke standpunten de aanwezigen in dezen innamen. Op deze manier kon ingezette organisatorische beweging gemeten worden naar het oordeel van aanwezigen.

Caren Zorgt: is in 2017 gebruik genomen. Dit is een applicatie van het ECD waarbij cliënten / bewoners en als zij dat wensen ook hun mantelzorgers toegang hebben tot een deel van het ECD. Bovendien biedt deze applicatie de mogelijkheid om contact te leggen met alle personen die inzage hebben in het dossier. Dit, samen met een steeds betere dossiervoering biedt een aanzienlijke verbetering in de coördinatie van zorg en onderling contact. Inmiddels wordt Caren Zorgt een half jaar gebruikt en de ervaring is zeer positief.

Zeepkisten: in 2017 zijn 4 zeepkist bijeenkomsten (3/3-6/3, 14/7-17/7, 19/9, 7/12) gehouden waarin medewerkers uitgenodigd werden om met MT van gedachten te wisselen over een aantal van tevoren bekend gemaakte onderwerpen. Medewerkers konden ook zelf hiervoor onderwerpen aandragen. De zeepkisten zijn goed bezocht. Het gehanteerde format, met spreekstalmeester, maakte de bijeenkomsten tot een levendig geheel. In de loop van 2017 zijn o.a. medewerkersboekjes uitgebracht met thema's zoals: rapporteren en omgangsregels sociale media.

Spreekuur MT: Om de ontwikkelingen binnen de SWZP toe te lichten, vragen te beantwoorden, ongerustheid en successen met medewerkers te delen

Communicatie: Voor communicatie heeft de SWZP voor korte tijd ondersteuning gekregen van externe deskundige Marjon Vlug. Dit heeft in korte tijd een groot aantal verbeteringen opgeleverd

waarmee de communicatie voldoet aan de eisen van de tijd. Het bleek lastig om het resultaat van Marjon haar inspanning te behouden. Voor 2018 zal een besluit genomen moeten worden wie de communicatie effectief en vakkundig onder zijn / haar hoede neemt. Vooralsnog ligt dit bij de bestuurssecretaris en de bestuurder.

Commissie communicatie: geadviseerd is een communicatie-commissie op te zetten waardoor de tijdsinvestering over meerdere medewerkers verdeeld zou worden. Bovendien beschikt een dergelijke commissie over meer informatie doordat zij verankerd zullen zijn in meerdere takken van SWZP.

Intranet: in 2017 is onderzocht hoe het huidige intranet vervangen zou kunnen worden. Het huidige intranet is beslist één-dimensionaal te noemen, bijna uitsluitend geschikt om te zenden. Er is geen sprake van interactie en dat is wel wat wenselijk is in deze organisatie. Echter, overstappen naar een intranet met gewenste functionaliteit bleek in 2017 financieel niet haalbaar. Wel is voorbereidend werk gedaan: er is een pakket van eisen opgesteld en er zijn diverse leveranciers benaderd voor een presentatie.

Website: inhoud van de website is aangepast aan de huidige situatie SWZP en aan de taalkundige en communicatieve eisen die gesteld worden aan een dergelijke website. **Thuis:** tijdschrift is in 2017 aangepast aan de wensen van de tijd, redactie dient nog breder te worden samengesteld. **LinkedIn en Facebook:** worden verzorgd door een extern bedrijf vanaf 2017. De werving van vrijwilligers en bekendheid van de SWZP worden hierdoor gestimuleerd. Ook hierbij is verbreding van draagvlak aan de orde. **PR:** eind december 2017 zal de SWZP 2 promotiefilmpjes aanleveren ter publicatie op de beeldschermen in de wachtruimtes van het Waterlandziekenhuis. De opnamen zijn begin december gemaakt.

Documentbeheer

De procedure beheerde documenten is in 2017 nog actueel gebleken. Medewerkers weten steeds beter beschikbare beheerde documenten te vinden. In verband met de turbulente ontwikkeling die SWZP in 2017 doormaakte, waarvan de verwachting is dat het stof in 2018 wel zal neerdalen, is het merendeel van de procedures niet meer (volledig) actueel. Echter, omdat de ontwikkeling nog niet stabiel is, is er voor gekozen nog even te wachten met herziening van alle procedures.

Bovendien zijn er procedures die nog beschreven moeten worden, bij voorbeeld bovengenoemde procedure wachtlijstbeheer. Om dit eenduidig en gemakkelijk te organiseren, is door de organisatie gekozen voor MAVIM. Echter, in 2017 is het niet gelukt om een start te maken met de inregeling van de procedurebeschrijvingen.

Opvolging kwaliteitsfunctionaris

De kwaliteitsfunctionaris SWZP was ook in 2017 lid van het kwaliteitsnetwerk 2 van Actiz. Op 1 januari 2018 treedt de nieuwe kwaliteitsfunctionaris in dienst en treedt de huidige (Gudy Schermerhorn) af. De overdracht is mondeling, tijdens een aantal afspraken 2^e helft van december 2017, uitgevoerd. Verder kan de nieuwe kwaliteitsfunctionaris Marlies van Riessen terugvallen op uitvoerige documentatie.

SWZP MT 11JAN2018