



# Stichting De Gelderhorst

## Kwaliteitsrapport over 2017

Auteurs: Judith Reiff en Marian van der Linden

Datum: 25 mei 2018 (met een aanvulling in hoofdstuk 9 op 18 juni 2018)

## INHOUD

1.	Voorwoord .....	3
2.	Samenvatting .....	4
3	Leeswijzer.....	5
4	Schets van de organisatie.....	6
4.1	Kerngegevens en prestaties 2017.....	6
4.2	Governance .....	7
4.3	Strategie.....	7
4.4	structuur.....	8
4.5	Personeel en opleiding .....	9
5	Zorgproces rondom de individuele client .....	11
6	Cliënttevredenheid .....	14
6.1	Tevredenheidsonderzoek.....	14
6.2	Klachten.....	14
6.3	Speeddaten.....	14
6.4	Zorgkaart.....	15
7	Zelfreflectie .....	16
7.1	Organisatie niveau .....	16
7.2	Medewerker niveau .....	17
8	Verbeterpunten en doelen .....	18
9.	reflectie van medezeggenschapsorganen.....	19
	Bijlage 1 Kwartaalverslagen 2017.....	20
	Bijlage 2 Balance Score Card 2017 .....	33

## 1. VOORWOORD

De Gelderhorst was voorheen HKZ gecertificeerd maar dit kwaliteitssysteem en de toetsing ervan sloot niet aan bij de wijze van werken binnen de organisatie. Het voelde voor zowel de leidinggevenden als de medewerkers als een 'papieren tijger'. Het systeem paste niet bij hun innerlijke drang om de zorg altijd te willen verbeteren. Het verlamde de medewerkers meer dan dat het hen aanzette tot acties om kwaliteit te registreren, te analyseren en vervolgens te verbeteren.

Daarom heeft de toenmalige bestuurder in 2016 besloten het over een andere boeg te gooien. Er is een bureau aangezocht, Bureau De Bok, dat De Gelderhorst heeft geholpen met de opzet van een kwaliteitsmanagementsysteem dat meer aansluit bij de cultuur en stijl van de organisatie. Dit bureau komt jaarlijks twee keer in huis. Eén keer voor de uitvoering van een interne audit en/of de uitvoering van een PRI en één keer voor de uitvoering van een externe audit. De thema's die aan een audit worden onderworpen worden aangegeven door het managementteam. De organisatie heeft sinds de start met Bureau De Bok jaarlijks een document ontvangen waarin de gecertificeerde auditor verklaart dat De Gelderhorst over een werkend kwaliteitssysteem beschikt.

Kwaliteitszorg is voor de Gelderhorst het geheel van afspraken waarmee blijvend kan worden voldaan aan wetgeving, richtlijnen, wensen en verwachtingen van onze stakeholders (cliënten, mantelzorgers, medewerkers, toezichthouder, financiers, IGJ). 'De kwaliteit' die deze stakeholders van ons verlangen wordt gedefinieerd vanuit de verschillende eigen perspectieven van de stakeholder. Het is onze taak om steeds duidelijk te krijgen welke 'kwaliteit' er van ons verwacht wordt.

Er is op initiatief van de RvT in 2017 een nieuwe auditcommissie Kwaliteit & Veiligheid ingericht waarin twee leden van de RvT, de bestuurder en de manager Zorg & Welzijn deelnemen. Deze commissie heeft een nieuw reglement, een kwaliteitsvisie, jaarplanning en het format van een Balance Score Card vastgesteld.

Omdat De Gelderhorst ook verzorging en verpleging biedt aan haar doelgroep en daardoor ook kenmerken vertoont van een verpleeghuis is de organisatie bezig om, naast de bouwstenen uit het kwaliteitskader gehandicaptenzorg, de thema's uit het kwaliteitskader verpleeghuiszorg in haar toekomstige rapportages op te nemen. Er is een format in de maak waarin de kwaliteitskaders gehandicaptenzorg en verpleeghuiszorg in elkaar worden geschoven en worden getransformeerd in een kwaliteitskader Gelderhorst. In het kwaliteitsrapport over 2018 zal dit format als basis voor de kwaliteitsrapportage dienen.

Judith Reiff  
Bestuurder

## 2. SAMENVATTING

Voor u ligt het eerste kwaliteitsrapport conform de handreiking kwaliteitskader gehandicaptenzorg. Het kader is ingericht op basis van 4 bouwstenen:

- Zorgproces rond de individuele cliënt
- Onderzoek naar cliënt ervaringen
- Zelfreflectie in teams
- Kwaliteitsrapport Zorgorganisatie + visitatie.

'Kwaliteit' beschouwen De Gelderhorst medewerkers en leidinggevenden als iets waar je natuurlijk continue mee bezig bent.

'Natuurlijk' heeft hierbij 2 betekenissen; kwaliteit heeft 'uiteraard' onze aandacht maar we doen dat nogal eens 'intuïtief'.

De interne en externe audits en het opleveren van dit rapport dwingt ons om heel gestructureerd terug te blikken op: 'Doen we wat we ons hebben voorgenomen?' en 'Hebben we ons de goede dingen voorgenomen?'

Op verschillende niveaus in de organisatie heeft deze reflectie plaatsgehad en dit rapport is hier een weergave van.

Samengevat kan worden gesteld dat De Gelderhorst goede en veilige zorg biedt. De Gelderhorst heeft in 2017 geen calamiteiten hoeven melden en dus geen bemoeienis gehad met IGJ. Verder heeft zij ook de interne en externe kwaliteitsaudits, de inspecties van de veiligvoedsel.nl en de brandweer succesvol doorstaan. De bewoners zijn tevreden. De Gelderhorst is financieel gezond. Wij zijn in staat om binnen de afgesproken financiële kaders zorg te geven aan onze bewoners en ons personeelsbestand is op orde. Ook handelen wij conform de Governance code. De externe kwaliteitsauditor heeft aanbevelingen gedaan voor verbetering maar heeft voor 2017 wederom een verklaring afgegeven waarin staat dat de organisatie een goedwerkend kwaliteitssysteem heeft.

Dit is een heel mooie basis om continue te werken aan het verbeteren van de kwaliteit van ons doen en laten. In relatie tot de bewoners, elkaar, de toezichthouders en onze ketenpartners.

De Gelderhorst is voornemens om medio 2018, voor de komende 4-5 jaar, een toekomstvisie en meerjarenbeleid vast te stellen. Onze missie wordt aangescherpt zodat deze ons beter past. In de missie zullen wij onder meer verwoorden dat 'eigen regie' en 'zelfredzaamheid' de kern vormen van de ontwikkeling van onze bewoners en medewerkers. Deze thema's zijn al langer actueel in de gehandicapten- en verpleeghuiszorg. Maar de Gelderhorst heeft lange tijd focus gehad op zorgen voor en faciliteren van. De motivatie hiervan komt voort uit de geschiedenis van onze doelgroep, de oudere doven. Zonder te willen generaliseren wordt gesteld dat zij in het verleden niet hebben geleerd eigen regie te nemen voor de invulling van hun leven. De doelgroep geeft nu echter vaker aan zo zelfstandig mogelijk te willen blijven functioneren en daarop anticipeert De Gelderhorst<sup>1</sup>.

Ons streven is de doelgroep daarin te faciliteren. Omdat 40% van onze medewerkers doof is trekken wij de thema's 'eigen regie' en 'zelfredzaamheid' door naar ons personeel. In het meerjarenbeleid en de daaruit voortkomende jaarplannen en kwaliteitsbeleid zullen deze thema's worden uitgewerkt.

---

<sup>1</sup> Onderzoek ' Verhuizen....Waarom? Daarom!', Anja Hiddinga, onderzoeksteam 'Beyond hearing, Cultures Overlooked', Universiteit van Amsterdam, 2017

### 3 LEESWIJZER

Na het voorwoord en de samenvatting volgt een aantal hoofdstukken. In hoofdstuk 4 wordt een schets van de organisatie gemaakt waarin de kerngegevens, prestaties, de wijze waarop de governance is ingericht, de strategie, de structuur en Personeel en Opleidingen (P&O) nader worden toegelicht.

In hoofdstuk 5 wordt ingegaan op het zorgproces rond de individuele cliënt (in De Gelderhorst noemen wij de cliënt een bewoner). Hoofdstuk 6 gaat in op de zelfreflectie.

Hoofdstuk 7 belicht de kwaliteit verbeterpunten die ook als zodanig zijn opgenomen in het jaarplan voor 2018. In hoofdstuk 8 is de reflectie van de medezeggenschapsorganen op het kwaliteitsrapport opgenomen.

## 4 SCHETS VAN DE ORGANISATIE

De Gelderhorst is een landelijk woon, zorgcentrum voor oudere Doven.

### 4.1 KERNGEGEVENS EN PRESTATIES 2017

Stichting De Gelderhorst is gevestigd op één locatie en is één rechtspersoon.

Aantal plaatsen

Zelfstandig wonen: 81 plaatsen (appartementen)

Zorghuis: 63 plaatsen (verzorging), auditief 1-4

Verpleegafdeling: 13 plaatsen (verpleeghuiszorg in een besloten setting), auditief 1-4

Kernprestaties in 2017

In 2017 heeft De Gelderhorst in totaal 85 personen in zorg gehad in het kader van de WLZ. Gezien de doelgroep is het aantal personen met een ZG-Auditief indicatie veruit in de meerderheid. Die ontwikkeling heeft ook in de afgelopen jaren doorgezet. In de jaarplannen wordt hier op geanticipeerd.

Het aantal dagen dat gedeclareerd is in ZG en VV

ZG en VV in %	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
VV	22%	24%	16%	11%	8%	6%	5%	5%
ZG	78%	76%	84%	89%	92%	94%	95%	95%

In het kader van de WMO is er zorg geleverd aan 66 personen die zelfstandig wonen. Voor de ZVW waren er 30 personen in zorg gedurende het jaar.

In 2017 is het aantal WLZ-dagen ongeveer gelijk aan dat van 2016. Namelijk 26.760 t.o.v. 26.699 dagen.

Het doel is om leegstand zoveel mogelijk te beperken. Inmiddels zijn er acties ondernomen om de leegstand zo laag mogelijk te houden. Met succes worden ook dove bewoners uit horende verpleeghuizen overgenomen.

Verschuiving binnen ZG in %

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ZG1	17%	16%	8%	3%	3%	3%	3%	3%
ZG4	34%	41%	40%	35%	29%	27%	23%	21%
ZG2	38%	32%	31%	35%	41%	41%	41%	44%
ZG3	11%	11%	21%	26%	27%	29%	33%	32%

Ten opzichte van 2016 is hier weinig veranderd. Dit zegt niet veel over de toekomst, de verwachting is nog steeds dat in de toekomst de zorg zal 'verzwaren'. Daar richt De Gelderhorst haar toekomstplannen ook op in.

Voor de WMO geldt dat de productie iets stijgt. De daling van 2016 is gestopt, het volume neemt iets af, maar in 2017 nemen de tarieven weer iets toe en krijgen meer bewoners de 'specialistische zorg' waar ze recht op hebben.

Omzet (x €1.000)

	2017	2016	Vershil
Zorgverzekeringswet	202	168	20%
Wet Langdurige Zorg	7.565	7.445	2%
Wet Maatschappelijke Ondersteuning	454	438	4%
Overige zorgprestaties	93	107	-13%
Subsidies	64	19	237%
Overige opbrengsten	316	380	-17%
<b>Totaal</b>	<b>8.694</b>	<b>8.557</b>	<b>2%</b>

## 4.2 GOVERNANCE

De Stichting kent een Raad van Toezichtmodel, dat is gebaseerd op de uitgangspunten van de Zorgbrede Governance Code. De bestuurder bestuurt de Stichting en de Raad van Toezicht houdt integraal toezicht op het beleid van de bestuurder en op de algemene gang van zaken binnen de Stichting. Vanaf maart 2017 functioneerde een volledig nieuwe RvT met ook een nieuwe bestuurder.

De nieuwe RvT heeft in samenspraak met de bestuurder in 2017 veel geïnvesteerd in een nadere kennismaking met de organisatie. Om toezicht te kunnen houden op de wijze waarop de organisatie haar maatschappelijke doelstelling realiseert, is immers verbinding met en kennis van die organisatie en haar cliënten en medewerkers onontbeerlijk. Buiten de vergaderingen om werd aan verschillende activiteiten en bijeenkomsten deelgenomen en met OR en Clientenraad kwam een open verstandhouding tot stand. Met de nieuwe bestuurder ontstond een goede samenwerking, met respect voor de verschillende rollen en verantwoordelijkheden.

De werkwijze van de Raad met een drietal commissies (auditcommissie Financiën, commissie kwaliteit & veiligheid en remuneratiecommissie) werd uitgewerkt in lijn met de Governance Code voor de Zorg en de nieuw vastgestelde statuten en zijn in reglementen vastgelegd. Met de bestuurder werd afspraken gemaakt over de inrichting van de informatievoorziening.

De Raad van Toezicht staat de Raad van Bestuur met advies terzijde.

De Raad van Toezicht en de bestuurder hebben in het remuneratiegesprek van 2017 naar elkaar uitgesproken prettig en constructief met elkaar samen te werken. De Raad van Toezicht toont zich betrokken naar de organisatie (de Raad heeft deelgenomen aan een heide dag, aan allerlei activiteiten rondom de nieuwe toekomstvisie en heeft met bewoners en medewerkers gespeeld, zie hoofdstuk Reflectie). De OR en CR hebben naar de Raad uitgesproken dat zij de Raad zichtbaar vinden en makkelijk toegankelijk.

## 4.3 STRATEGIE

In 2013 is het meerjarenbeleid vastgesteld voor de jaren 2014 tot en met 2018.

### Visie

De Gelderhorst is dé dienstverlener op het gebied van wonen, zorg en welzijn voor alle oudere Doven in Nederland. Inzet van dove medewerkers is hierbij onontbeerlijk. Dit geldt voor al onze vormen van dienstverlening in zowel het Zorghuis als in de appartementen Zelfstandig Wonen en ook bij de Dagbesteding en op de Verpleegafdelingen. De doelgroep is een groep dove bewoners, die door De Gelderhorst wordt ondersteund in het verkrijgen of behouden van eigen regie en zelfbeschikking.

### Missie

Het is de missie van De Gelderhorst om in dialoog met de doelgroep dienstverlening op maat te leveren. De inzet van dove medewerkers bij onze vormen van dienstverlening is daarbij onontbeerlijk, omdat de kwaliteiten van dove- en horende medewerkers aanvullend aan elkaar zijn en zo bijdragen aan onze communicatieve leefomgeving.

### Meerjarenbeleid

De Gelderhorst:

- biedt cliënten zorg en dienstverlening op maat en van goede kwaliteit;
- realiseert zowel een doelgroep vergroting- als verbreding;
- heeft een toenemend aantal strategische samenwerkingen en contacten, zowel lokaal, nationaal als internationaal;
- heeft een personeelsbeleid, gericht op een goede in-, door- en uitstroming rekening houdend met een adequate verhouding dove en horende medewerkers;
- hanteert een communicatiebeleid dat is gericht op een goede communicatie- en informatievoorziening;
- heeft veiligheid- en risicomanagement ingevoerd.

Afgeleid van het meerjarenbeleidsplan zijn voor 2017 jaardoelstellingen geformuleerd, die per kwartaal geëvalueerd en indien nodig geactualiseerd zijn. De resultaten van de doelstellingen zijn opgenomen in de managementrapportages die per kwartaal opgesteld worden. De kwartaalrapportages van 2017 zijn als bijlage 1 toegevoegd.

## 4.4 STRUCTUUR

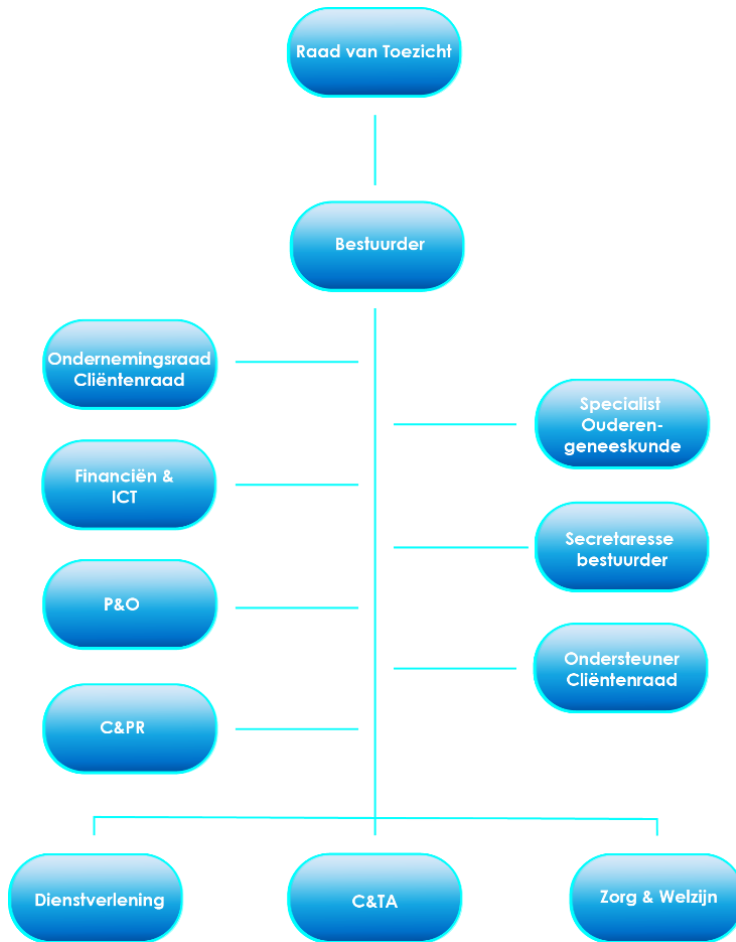
De structuur van de organisatie is in 2017 gewijzigd (met positief advies van de medezeggenschaporganen).

De volgende wijzigingen zijn ingevoerd:

- de functie directeur is opgeheven
- de functie manager Zorg & Welzijn is ingevoerd
- de dienst Communicatie, Training & advies is van een staf een lijnfunctie geworden
- de afdelingen P & O en Communicatie & PR zijn lijn, stafafdelingen geworden.

Hoofdredeken voor deze wijziging zijn geweest het streven naar een duidelijker onderscheid in staf- en lijnfuncties en een meer directe aansturing van diensten en afdelingen vanuit de RvB. De reden waarom de dienst Communicatie, Training & Advies een lijnafdeling is geworden is dat communicatie in de organisatie een belangrijke positie inneemt. Zie hiervoor ook de missie. De dienst kan op haar nieuwe positie een nadrukkelijker bijdrage leveren aan de strategie van De Gelderhorst.





#### 4.5 PERSONEEL EN OPLEIDING

Personeel in dienst per 31 december 2017

Aantal medewerkers	187
Aantal Fte.	114,23 fte.
Groei personeel in 1 jaar	10,3 fte.

Vanuit de afdeling Communicatie, Training & Advies (CTA)

In 2017 zijn er veel personeelwisselingen geweest. Het merendeel van de nieuw aangenomen medewerkers was nog niet gebaarvaardig en ook niet bekend met de dovenwereld. Aangezien een van de doelen van De Gelderhorst is dat alle medewerkers gebaarvaardig zijn betekent dit, dat veel van de energie van de afdeling CTA naar het organiseren van (extra) basistrainingen is gegaan. Het aantal onderdompelingscursussen en startcursussen gebarentaal was het dubbele t.o.v. 2016 en 2015.

De bijscholingen gebarentaal zijn door ruim 80 medewerkers gevolgd op drie verschillende niveaus (ERK niveau A1, A2 en B1). Het aantal medewerkers dat de bijscholing volgt op niveau B1 is ongeveer gelijk gebleven.

De afdeling CTA heeft verder een bijdrage geleverd aan een aantal interne opleidingen en cursussen, zoals de GVP opleiding, de interne Zorgopleiding en de training Zorghandelingen. Het doel van deze bijdrage is om te zorgen dat verschillende aspecten van de 'communicatieve leefomgeving' ook in deze cursussen een duidelijke plek krijgen. Voor de nieuwe RvT is er een eigen, verkort traject geweest: onderdompeling en een korte cursus gebarentaal.

Vanuit Personeel & Opleidingen (P&O)

Er zijn drie, in 2016 gestarte, trajecten afgerond in 2017:

- Verzorgende IG:

Vier collega's hebben hun diploma verzorgende IG behaald. Zij hebben allemaal een contract aangeboden gekregen binnen De Gelderhorst. Bijzonder is dat twee van hen eerder in De Gelderhorst stage hebben gelopen en één collega is doorgestroomd uit een eerder leertraject voor Helpende Zorg en Welzijn.

- Verpleegkundige niveau 4:

Dit niveau is behaald door twee medewerkers.

- Gespecialiseerd Verzorgende Psychogeriatric (GVP):

Dit traject is inmiddels afgerond, 10 deelnemers hebben hun diploma/certificaat of bewijs van deelname behaald. De Gelderhorst heeft besloten uit te zien naar een andere opleiding die specifiek aansluit op de veranderende doelgroep, er zal geen groep GVP meer starten.

Verder heeft een medewerker in het zorghuis het diploma Eerst Verantwoordelijk Verzorgende (EVV-er) behaald.

Verder heeft de psycholoog een video interactie opleiding gevolgd. De methode om bewoners te filmen en hun gedrag te analyseren en te bespreken maakt het voor medewerkers mogelijk om beter te acteren op het gedrag van bepaalde bewoners.

Vanwege de toenemende vraag van medewerkers om hun Nederlandse taalvaardigheid te verbeteren is, met steun van de subsidiestroom 'Tel mee met Taal' een groep van 18 medewerkers gestart met Nederlandse lessen. Specifiek aan deze groep is, dat de voertaal gebarentaal is. Voorwaarde om te kunnen deelnemen is, dat deelnemers gebarentaalvaardig zijn op moedertaalniveau. De docent is ook gebarentaalgebruiker. Zonder tussenschakel van een tolk worden de lessen gegeven, deelnemers zijn verdeeld over twee groepen. Het streven dat door deze interventie het rapporteren in Quality In Care (QIC) verbetert.

## 5 ZORGPROCES RONDOM DE INDIVIDUELE CLIENT

De Gelderhorst streeft er naar om persoonsgerichte zorg te bieden aan haar bewoners. Dit houdt in zorg en dienstverlening die aansluit op de behoeften en wensen van de bewoner. Het in kaart brengen van deze wensen en behoeften gebeurt vanuit de betrokkenheid tussen medewerker en bewoner of diens vertegenwoordiger. Hiervoor is het belangrijk dat medewerkers de bewoner goed kennen en respectvol bejegenen.

Om de bewoners goed te kennen wordt er gewerkt in geïntegreerde team. Dit zijn teams waarin verpleegkundigen, verzorgenden, helpenden, activiteitenbegeleiders, huiskamer medewerkers samenwerken. Zij zijn ieder vanuit hun eigen rol en expertise betrokken bij de bewoners. Zij worden binnen de teams ondersteund door doof- blindenbegeleiders. Deze werkwijze wordt door medewerkers als plezierig en functioneel ervaren.

### Systemen

De Gelderhorst werkt met een elektronisch cliëntdossier (QIC). Het zorgleefplan vormt de basis van het cliëntdossier. Het zorgleefplan wordt halfjaarlijks geëvalueerd met de bewoner en waar nodig diens vertegenwoordiger. Er is een werkgroep die vier maal per jaar bij elkaar komt om gewenste aanpassingen in het elektronisch cliëntdossier te bespreken. In 2017 is de cliëntagenda geïntroduceerd en ingevoerd. Deze werkwijze borgt het up to date zijn van de zorgleefplannen.

### Bewoner doelstellingen

In de bijgevoegde kwartaal rapportages over 2017 zijn de jaardoelen rondom de zorg voor de cliënt opgenomen en de realisatie ervan is erin uitgewerkt (zie hiervoor bijlage 1).

Binnen De Gelderhorst is in 2017 extra aandacht geweest voor het in kaart brengen en tot uitvoering brengen van de behoeften en wensen van de bewoners.

Op de verpleegunit voor dementere oudere Doven (De Horizon) heeft men hiertoe de volgende activiteiten ondernomen:

- De organisatie van een thema-avond voor familieleden en naastbetrokkenen van bewoners
- Het geven van een workshop voor eerst verantwoordelijk verzorgenden en activiteiten begeleiders.
- Het maken van "mind-mappen" waarin opgenomen de vastgestelde behoeften en wensen van bewoners.
- Het opnemen van deze behoeften en wensen in de zorgleefplannen van de bewoners.

Door deze nieuwe werkwijze zijn de contacten met de familie/betrokkenen sterk verbeterd. Daarnaast is er meer continuïteit in het contact tussen eerste verantwoordelijk verzorgenden en de activiteitenbegeleiders waardoor er betere afstemming over en met de bewoners plaatsvindt. Dit betroffen eenmalige activiteiten maar er wordt voor 2018 nagedacht om vooral het 'mindmappen' structureel te gaan inzetten.

Ook binnen de andere afdelingen van de Gelderhorst wordt actief geprobeerd de behoeften en wensen van de bewoners te realiseren. De meeste wensen gaan over het maken van een wandeling, het doen van een spelletje of samen boodschappen doen. Er wordt ook tijd gemaakt voor uitstapjes zoals bioscoopbezoek, elders koffiedrinken en dergelijken.

Het gaat dus nog vooral over wat de bewoner aan wensen aangeeft. De volgende stap is dat medewerkers met bewoners in gesprek gaat over wat behoeften en wensen zijn en wat het onderscheid ertussen inhoudt. Het is belangrijk dat medewerkers de bewoners kunnen inspireren in het definiëren van wensen en hoe deze tot uitvoer kunnen worden gebracht.

Om beter te kunnen inspelen op de behoeften en wensen van de bewoners, zijn er voorbereidingen getroffen om in kleinere teams te werken. Op 2 verdiepingen is eind 2017 gestart met een pilot. Deze pilot zal in 2018 geëvalueerd worden.

### Betrokkenheid familie en andere naastbetrokkenen

Omdat De Gelderhorst een landelijke organisatie is komen de bewoners vanuit het hele land naar Ede. Familie woont vaak ver weg. Dit is één van de redenen waarom familie soms minder betrokken is dan wenselijk zou zijn. Een andere reden is dat familie in het verleden vaak intensief heeft zorg gedragen voor bewoners. Nadat deze in De Gelderhorst is gaan wonen trekt de familie zich wat terug; 'Nu moet De Gelderhorst maar voor pa of ma zorgen'. Om het sociale netwerk van de bewoners te vergroten of versterken is een pilot op één van de afdelingen gestart met "Familienet"; een manier om digitaal te communiceren met naastbetrokkenen op afstand. Door de positieve ervaringen hiermee is eind 2017 besloten om Familienet verder in de organisatie uit te rollen. Er is in de organisatie een ambassadeur aangewezen die Familienet als aandachtsgebied heeft. Deze ambassadeur legt aan medewerkers van andere afdelingen uit hoe Familienet werkt.

### Meldingen Incidenten Cliënten (MIC)

Een belangrijk instrument om de cliëntveiligheid en kwaliteit van zorg in beeld te brengen is het cliëntmeldingssysteem. Uitgangspunt hierbij is dat, door het systematisch registreren en analyseren van incidenten. Fouten in het zorgproces kunnen worden achterhaald en in de toekomst worden voorkomen. Het melden van (bijna) incidenten heeft als doel de veiligheid voor cliënten, maar ook voor medewerkers te verbeteren.

De meldingsbereidheid bij medewerkers is groot. Er is een veilig klimaat om (bijna) incidenten te melden.

Er is een MIC-commissie actief, deze komt maandelijks bij elkaar. De commissie bestaat uit de teamleiders Zorg, de Specialist Ouderen Geneeskunde (SOG) en de manager Zorg & Welzijn.

Ieder kwartaal worden de incidentmeldingen opgenomen in de managementrapportage (Balance Score Card, zie bijlage 2). De teamleiders zorg nemen hun verantwoordelijkheid bij de registratie, de analyse en de terugkoppeling naar de teams goed op.

De meldingen worden ook in de werkoverleggen van de teams besproken, zodat iedereen zich bewust is van meldingen en meedenkt met het mogelijk voorkomen van incidenten. De in 2016 gesignaleerde trend van een toenemend aantal valincidenten heeft zich in 2017 gestabiliseerd (225 in 2016 en 218 in 2017). Dit aantal past bij het feit dat er een ontwikkeling te zien is van een toenemende zorgvraag en complexiteit bij de bewoners waardoor het valrisico vergroot is. Dit is continu onder de aandacht bij de zorgmedewerkers en de fysiotherapeuten en komt terug in de maandelijkse besprekingen van alle (bijna) incidenten die in de voorafgaande maand zijn geregistreerd.

Ook de toenemende agressie is een trend die gekoppeld is aan de verandering van de doelgroep waarbij meer gerontopsychiatrische problematiek aan de orde is.

Onjuist uitgevoerde verpleegtechnische handelingen zijn ook in 2017 bijgehouden en besproken. Hierbij is het aantal meldingen lager dan de prognose die op basis van het voorgaande jaar is gedaan.

Er zijn in totaal 4 prisma-analyses gedaan. Dit betrof meldingen die verdieping nodig hadden omdat de beschrijving van het (bijna) incident nog vragen oproepen. Naar aanleiding van de prisma-analyses zijn in 2 situaties maatregelen getroffen om dergelijke (bijna) incidenten te voorkomen. In de andere twee gevallen was er sprake van lichamelijke of geestelijke achteruitgang bij bewoners die zelfstandig wonen.

In 2018 zal de procedure van de MIC-meldingen opnieuw worden herzien. Aandachtspunt hierbij is de analyse van de toenemende (bijna) valincidenten en de toename van het aantal incidenten waarbij agressie aan de orde is.

Ten aanzien van de medicatie is afgesproken dat in 2018 een project gestart gaat worden voor het digitaal voorschrijven en registreren van medicatie. Voor de bewoners die een indicatie hebben voor WLZ zorg met behandeling is het verplicht gesteld om digitaal medicatie voor te schrijven. De SOG dringt al gedurende langere tijd aan op invoering

hiervan bij De Gelderhorst. De planning is het project in de tweede helft van 2018 af te ronden.

Er zijn geen calamiteiten geweest waarvoor een melding naar de inspectie noodzakelijk was.

Eens per kwartaal worden de vrijheidsbeperkende maatregelen besproken in aanwezigheid van de BOPZ arts van Opella (een zorgorganisatie in de regio waarmee De Gelderhorst een samenwerkingsovereenkomst hiertoe heeft).

Binnen de Gelderhorst worden zo min mogelijk vrijheidsbeperkende maatregelen ingezet.

Toch blijkt het in de praktijk in verband met de veiligheid van bewoners niet altijd te voorkomen. De vrijheidsbeperkende maatregelen worden vooral ingezet op de verpleegafdeling (Horizon). De inzet gebeurt in opdracht van de specialist Ouderen Geneeskunde en wordt ieder kwartaal geëvalueerd. De ingezette middelen zijn het gebruik van bedhekken, de inzet van een opsta verklekker, en het gebruik van een tafelblad bij een rolstoel of het op de rem zetten van een rolstoel. Eén bewoner maakt gebruik van een zogenaamde bedbox.

Daarnaast is de Horizon een gesloten afdeling dat wil zeggen dat de afdeling toegankelijk is via een deur met een codeslot.

## 6 CLIËNTTEVREDENHEID

Om te achterhalen waar de Gelderhorst ten aanzien van de zorg en dienstverlening kan verbeteren is in 2017 opnieuw een tevredenheidsonderzoek uitgevoerd.

### 6.1 TEVREDENHEIDSONDERZOEK

Voor het derde achtereenvolgende jaar heeft De Gelderhorst gebruik gemaakt van één van de onderzoeksinstrumenten uit de GZ-waaier. Ipsos Facto is opnieuw ingezet voor het tevredenheidsonderzoek.

De Gelderhorst heeft de cliënttevredenheid van 2016 vergeleken met die van 2017.

Er is te zien dat ook in 2017 de tevredenheid over wonen en welzijn over het algemeen groot is.

De vraag (dit jaar voor het eerst gesteld) of men De Gelderhorst zou aanbevelen bij dove familie of kennissen werd door 100% van de contactpersonen en door het merendeel van de bewoners met 'ja' beantwoord.

Het is duidelijk geworden, dat de bekendheid van bewoners met hun EVV-ers en IB-ers en de tevredenheid over hun werkzaamheden is toegenomen. Dit was een aandachtspunt uit het onderzoek van 2016 wat in het jaar daarna extra aandacht heeft gekregen.

Bij met name het Zorghuis en Zelfstandig Wonen komt nog sterker dan in 2016 naar voren dat de verzorgenden vaak haast hebben en als 'druk' worden ervaren. De bewoners vinden dit niet prettig, er is geen tijd voor een 'praatje'. Over de begeleiding bij activiteiten geven bewoners ook verbeterpunten aan: accenten verschillen per woonvorm, maar het goed begrijpen over en weer en voldoende tijd nemen voor de bewoner, springt er ook hier uit.

Bovenstaande punten hebben de aandacht van de teamleiders en zullen ook in de nabije toekomst aandacht krijgen als het gaat om het toerusten van de medewerkers in het bieden van een 'communicatieve leefomgeving' op maat.

De tevredenheid over de (aanpassing van de) woning, en het onderhoud is wat minder dan in 2016. Bewoners hebben hierbij veel concrete voorbeelden gegeven, die voor zover mogelijk zullen worden meegenomen in het onderhoudsplan voor 2018 e.v.

Een uitgebreide samenvatting van de cliënttevredenheidsonderzoek of het volledige rapport wordt op verzoek aangeleverd.

### 6.2 KLACHTEN

In 2017 zijn er in totaal 19 klachten geregistreerd. De receptie, als klachtencommissie, blijkt in de praktijk laagdrempelig te werken. Per januari 2017 heeft De Gelderhorst ook een externe klachtenfunctionaris/vertrouwenspersoon. De klachtenfunctionaris is bekend met de Dovenwereld en heeft de functie aangenomen met goedkeuring van de Cliëntenraad.

De cliënt heeft de keus of hij rechtstreeks de externe klachtenfunctionaris benaderd, dan wel eerst intern de procedure doorloopt. De bestuurder en de externe klachtenfunctionaris hebben eens per half jaar contact met elkaar gehad.

In 2017 zijn 19 klachten geregistreerd. Na registratie, wordt door de verantwoordelijk leidinggevende contact opgenomen of actie uitgezet om de klacht af te kunnen handelen. Na afhandeling wordt dit met de datum van afhandeling ook geregistreerd.

Bijna de helft van de klachten heeft betrekking op wasgoed, wat niet teruggekeerd is uit de wasserij. Er is mede hierom gekozen voor een andere wasserij. Uit de analyse van de klachten in 2018 zal blijken of de klachten hierdoor afnemen.

Vijf cliënten hebben een klacht geuit over dezelfde situatie, namelijk de bejegening van een medewerker bij een uitstapje met de bus van de Gelderhorst. Dit is besproken met de betreffende medewerker en een aanwezige collega en door de leidinggevende en afgehandeld.

### 6.3 SPEEDDATEN

De commissie Kwaliteit & Veiligheid van de Raad van Toezicht heeft in haar jaarplanning opgenomen dat zij jaarlijks één activiteit wensen uit te voeren met bewoners en

medewerkers om goede voeling te krijgen en te houden met de organisatie. In 2017 heeft de commissie gekozen voor een werkwijze genaamd 'speeddaten' (een serie korte gesprekken over één thema). Er zijn door de twee leden van de Raad van Toezicht die zitting hebben in de commissie aan 3 medewerkers en 3 zelfstandig wonende bewoners 4 vragen gesteld over het zelfstandig wonen in De Gelderhorst. De reden om dit thema te kiezen heeft te maken met het feit dat het lastig is vast te stellen waar de grens ligt voor zelfstandig wonen. Wanneer is het moment daar dat veiliger en beter zorg kan worden geboden in het Zorghuis. De commissieleden hebben geconcludeerd dat het mogelijk is om door middel van deze gesprekken inzicht te krijgen in de thema's die spelen bij het Zelfstandig Wonen. De medewerkers hebben aangegeven vooral moeite te hebben om te bepalen waar het Zelfstandig Wonen ophoudt en geïndiceerde zorg begint. De geïnterviewden ervaren dat er geen eenduidigheid is hieromtrent. Dit heeft ook geleid tot het plannen van een (interne) audit in 2018 over het opname- en wachtlijstbeleid om te bezien of dit daadwerkelijk onduidelijk is of enkel zo wordt ervaren. De medewerkers hebben zich heel enthousiast geuit over de vele activiteiten die De Gelderhorst biedt aan haar bewoners. De bewoners waar mee is gesproken gaven in eerste instantie aan dat zij zeer tevreden zijn over het wonen in De Gelderhorst maar klaagden vervolgens wel over het feit dat voor de ene bewoner meer wordt gezorgd dan voor de ander. Blijkbaar is het voor hen zelf niet helder dat dit te maken heeft met de indicatiestelling. Dit heeft geleid tot het agenderen van de indicatiestelling en de verschillende soorten zorg op een van de bewonersbijeenkomsten in 2018. Wat wel tot meer begrip heeft geleid bij de Zelfstandig wonenden.

#### 6.4 ZORGKAART

De Gelderhorst haalde in 2017 een 8,2. Dit was gebaseerd op 34 beoordelingen. 88% van degenen die een reactie hebben geschreven bevelen de organisatie aan. De ervaring leert ons dat bewoners en aanstaande bewoners niet uit zichzelf de Zorgkaart invullen. Zij halen hun informatie over de kwaliteiten van De Gelderhorst vooral uit het doven circuit of wel de dovengemeenschap. Het vormt voor de organisatie geen zinvol kwaliteitsinstrument.

## 7 ZELFREFLECTIE

Kwaliteit in de organisatie wordt voor een belangrijk deel bepaald door betrokken en vakbekwame medewerkers die in betrokkenheid met de bewoners hun werk doen. De kern van zelfreflectie is dat de teams, naast hun reguliere werkoverleg ook tot systematische reflectie komen, aan de hand van vastgestelde thema's.

In 2017 heeft de zelfreflectie binnen de Gelderhorst plaatsgevonden op de verschillende niveaus in de organisatie maar niet bewust aan de hand van de vastgestelde thema's. Dit is een ontwikkelpunt voor 2018.

Hierna volgt een opsomming van de reflectiemomenten die in 2017 in De Gelderhorst hebben plaatsgehad.

### 7.1 ORGANISATIE NIVEAU

- In juni 2017 is een dag georganiseerd om, onder externe begeleiding, de samenwerking tussen de OR, CR, RvT en de bestuurder vorm te geven. (Reden voor de organisatie van deze dag was dat de bestuurder en de voltallige RvT per 2017 nieuw zijn benoemd en dat de organisatie een zeer roerige tijd achter de rug had). Doel van de bijeenkomst was elkaar beter leren kennen, spelregels afspreken en zo mogelijk vertrouwen naar elkaar uitspreken. Deze dag is in zijn opzet volledig geslaagd. De gremia hebben over en weer hun vertrouwen naar elkaar uitgesproken en afspraken gemaakt over hoe met elkaar om te gaan. Deze afspraken zijn waar zinnig ook vastgelegd in de nieuwe reglementen van RvB en RvT. Het streven is om de reglementen van de OR en CR hier ook op te screenen en aan te passen.
- In 2017 is gestart met het voorbereiden van een nieuwe toekomstvisie. Er is gekozen voor een werkwijze waarbij op alle niveaus in de organisatie medewerkers een kans hebben gekregen én genomen om hierover mee te denken en te praten. Ook bewoners hebben hier een belangrijk aandeel in gehad. Onderdeel van deze werkwijze is dat in november 2017 aan medewerkers is gevraagd naar hun ervaringen binnen De Gelderhorst. Vragen als wat koester je binnen de organisatie?, wat heb je gekoesterd maar moeten we nu respectvol afscheid van nemen?, wat moeten we stimuleren als Gelderhorst en wat moet verdwijnen? Het ging hier over gedrag maar ook over werk- en handelwijzen. De opbrengst hiervan is gebruikt als input voor de nieuwe toekomstvisie en het meerjarenbeleidsplan 2018-2022. Dit traject krijgt in 2018 een vervolg door ook bijeenkomsten te plannen met bewoners en externe betrokkenen.
- Om de kwaliteit te beoordelen zijn in 2017 twee audits uitgevoerd: één externe Preventieve Risico Inventarisatie (PRI) en één externe. Ook de uitgevoerde audits kunnen gezien worden als reflectie op het handelen binnen de organisatie. De PRI betrof de veiligheid van de gebouwen voor de bewoners en medewerkers. Op basis van de uitkomsten van de PRI zijn verbeterpunten geformuleerd. Deze zijn opgenomen in een verbeterplan. Dit plan zal volledig zijn uitgevoerd in het voorjaar van 2018. Bij de volgende audit zal de auditor toetsen of de aanbevolen verbeteringen zijn aangebracht. De externe audit die plaats had in november heeft geresulteerd in een "officiële verklaring van een werkend kwaliteitssysteem". Beide audits zijn gedaan door Bureau De Bok.
- Binnen de Gelderhorst zijn veel werkgroepen actief. In de verschillende werkgroepen en commissies worden bepaalde thema's uitgewerkt en geëvalueerd. Voorbeelden van werkgroepen zijn: de werkgroep Ziekteverzuim (verlagen ziekteverzuim) en de werkgroep zelfroosteren.



## 7.2 MEDEWERKER NIVEAU

Naast de reguliere werkoverleggen wordt er op medewerker niveau op verschillende manieren gereflecteerd.

- Er worden door de teamleiders jaargesprekken gevoerd met de medewerkers (jaargesprekken) waarin het functioneren en het ontwikkelplan centraal staat. Onderdeel van deze jaargesprekken zijn de feedbackformulieren die medewerkers voorafgaand aan het gesprek door twee collega's laten invullen. Hierop wordt feedback benoemd t.a.v. de omgang met bewoners, de samenwerking en de communicatie. De gesprekken worden positief ervaren maar het format verdient enige aanpassing wat ook als verbeterpunt is meegenomen door de afdeling P&O.
- Gezien de specifieke doelgroep van De Gelderhorst is er veel aandacht voor communicatie binnen de organisatie. Niet alleen tijdens de diverse cursussen maar ook door de evaluatiemomenten die door de medewerkers van de afdeling Communicatie, Training & Advies met de medewerkers worden uitgevoerd. Tijdens deze evaluatiemomenten wordt gekeken wat het niveau van de communicatie door middel van gebarentaal is. Bij onvoldoende niveau worden er ontwikkelafspraken gemaakt.
- Om medewerkers ruimte te geven mee te denken in verbeteringen rondom kwaliteit kunnen zij een melding ter verbetering doen (MTV). In 2017 was het streven om te werken naar meer MTV's. In totaal zijn er tien meldingen door medewerkers gedaan. De meeste meldingen hadden betrekking op het verbeteren van communicatie en informatie verstrekking.

## 8 VERBETERPUNTEN EN DOELEN

In voorgaande hoofdstukken is weergegeven hoe De Gelderhorst kwaliteit uitlegt en borgt. Op een aantal punten is verbetering mogelijk. Voor 2018 is een aantal verbeterpunten gedefinieerd. Deze zijn vastgelegd als verbeterdoelstellingen in het jaarplan.

Verbeterpunten	Doelen
<b>Algemeen</b>	
Het kwaliteitskader GZ biedt onvoldoende handvatten om de kwaliteit van de organisatie te laten zien	1. In het kwaliteitsrapport over 2018 wordt als format het kwaliteitskader De Gelderhorst gebruikt. Dit is een format waarin de thema's uit het kader Verpleeghuiszorg in de bouwstenen van het kader GZ zijn opgenomen.
<b>Zorgproces</b>	
Doordat de Nederlandse taalvaardigheid van een aantal medewerkers nog niet voldoende is ontwikkeld zijn de rapportages in QIC niet toereikend	2. De artsen/verpleegkundigen/verzorgenden beoordelen de rapportages in QIC (het programma waarin De Gelderhorst rapporteert) als juist en volledig.
De persoonsgerichte zorg is op het gebied van het realiseren van behoeften en wensen nog te oppervlakkig en verdient verdieping	3. De bewoner heeft in zijn zorgleefplan een concrete omschrijving van zijn behoeften en wensen. Daarbij wordt aangegeven in welke mate, wanneer, door wie en op welke wijze deze kunnen worden gerealiseerd.
De medicatievoorziening is nog niet gedigitaliseerd en daarmee voldoet De Gelderhorst nog niet aan de eisen die gelden voor bewoners die de indicatie WLZ met behandeling hebben	4. Per 1 september 2018 is de volledige medicatievoorziening van de bewoners in het Zorghuis gedigitaliseerd. Dit houdt in de zowel het voorschrijven als het registreren digitaal zijn.
Het opname- en wachtlijstbeleid is voor medewerkers niet duidelijk	5. Er wordt op 17 mei een (interne) audit uitgevoerd over het opname- en wachtlijstbeleid. Het streven is dat dit leidt tot aanbevelingen om dit beleid te verduidelijken
<b>Clienttevredenheid</b>	
De verbeterpunten die uit het cliënttevredenheidsonderzoek naar voren komen worden niet gestructureerd omgezet in een verbeterplan waarbij de verbetering wordt gemonitord	6. De verbeterpunten die voortkomen uit het cliënttevredenheidsonderzoek worden standaard geanalyseerd en omgezet in verbeterdoelen. Deze worden opgenomen in het jaarplan van de organisatie. Het MT is verantwoordelijk voor het monitoren op de bereikte resultaten.
Zorgkaart wordt door bewoners niet op eigen initiatief in gevuld en wordt door hen niet als kwaliteitsinstrument beschouwd	7. Het MT stelt in 2018 vast of er een passend alternatief om de kwaliteit naar buiten te brengen.
<b>Zelfreflectie</b>	
De Gelderhorst organiseert haar zelfreflectie niet aan de hand van vooraf vastgestelde thema's	8. De zelfreflecties in de teams van De Gelderhorst wordt gevoerd aan de hand van nader te benoemen thema's. Het MT is verantwoordelijk voor het vaststellen van de thema's en het monitoren van de opbrengsten.

## 9. REFLECTIE VAN MEDEZEGGENSCHAPSORGANEN

De Gelderhorst heeft op 13 juni 2018 een themadag georganiseerd over de kwaliteitskaders. Aan deze themadag hebben de RvT, OR, CR, het MT en de bestuurder deelgenomen. Belangrijkste doel van de dag is geweest **het vergroten van het kwaliteitsbewustzijn**. Alle deelnemers zijn zich in meer of mindere mate bewust van het belang van kwaliteit. Maar de drijfveren om goede kwaliteit te bieden verschillen. Ook al gaven allen unaniem aan dat goede kwaliteit van zorg en dienstverlening, de kwaliteit van leven van de bewoner vergroot.

De volgende onderwerpen zijn in de vorm van presentaties, tweegesprekken en groepsdiscussies aan de orde geweest:

- De kwaliteitskaders Gehandicaptenzorg en Verpleeghuiszorg zijn uitgelegd
- De verschillen en overeenkomsten tussen de beide kaders zijn belicht
- De eisen die verschillende stakeholders stellen aan kwaliteit van zorg en dienstverlening (bewoners, VWS, de financiers etc.)
- Het verschil tussen objectieve en subjectieve kwaliteit (het systeem versus de beleving)
- De reflectie op het kwaliteitsrapport over het jaar 2017
- Een inkijkje in het toekomstige Kwaliteitskader De Gelderhorst

Dit hoofdstuk is geen verslag van de themadag.

Belangrijk is te vermelden dat de verschillende gremia ieder vanuit eigen perspectief hebben nagedacht en gesproken over kwaliteit.

Er is kennis vergaard over de kwaliteitskaders. Er is geconcludeerd dat beide kaders belangrijk zijn voor De Gelderhorst, als format om kwaliteit te observeren, te registreren, te analyseren, er verbeteracties op in te zetten en te evalueren. Daarmee is er een mooie onderbouwing om het kwaliteitskader De Gelderhorst verder uit te werken.

De setting waarin alle lagen van de organisatie waren vertegenwoordigd werd als veilig ervaren. Wat vooral merkbaar was aan de openheid waarmee werd gereflecteerd op hoe De Gelderhorst omgaat met kwaliteit. Er is letterlijk gezegd, 'wij kunnen hier zeggen wat we denken'.

Het inhoud van het kwaliteitsrapport zoals het momenteel voorligt is besproken. De OR en de CR onderschrijven het kwaliteitsrapport volledig.

Evenals de RvT en het MT die dit al op een eerder moment hebben aangegeven (respectievelijk 29 mei jl. en 22 mei jl.)

Alle partijen hebben aangegeven het erover te zijn dat de belangrijkste uitdaging voor De Gelderhorst is; 'het vormgeven van persoonsgerichte zorg'.

Deze uitdaging bestaat uit:

- Het inleven in wat de dove bewoner nu echt beweegt
- Het enthousiasmeren van medewerkers om hierover na te denken en met elkaar in gesprek te gaan
- Het vervolgens gestructureerd inrichten van persoonsgerichte zorg (na het observeren en signaleren ook registreren, analyseren, vastleggen en evalueren).

-

Wat de gremia misten in het rapport zijn de inzet en behaalde resultaten van de ondersteunende afdelingen (voeding, administratie, schoonmaak etc.) in relatie tot kwaliteit van zorg en dienstverlening. Zo refereerde een lid van de OR dat de administratie voor een aantal bewoners financieel beheer voert en dat dit voor de ene bewoner een ander soort begeleiding vraagt dan voor de ander. De afdeling Administratie werkt aan een kwaliteitsstandaard die niet in het rapport is gememoreerd. Er is afgesproken dat dit in de rapportage over 2018 expliciet aandacht krijgt.

Verder is afgesproken dat er meer thema dagen over kwaliteit zullen worden georganiseerd. Dagen waar ook teamleidinggevenden en (staf) medewerkers aan deel zullen nemen.

## BIJLAGE 1 KWARTAALVERSLAGEN 2017

### Verslag bestuurder De Gelderhorst kwartaal één-vier 2017

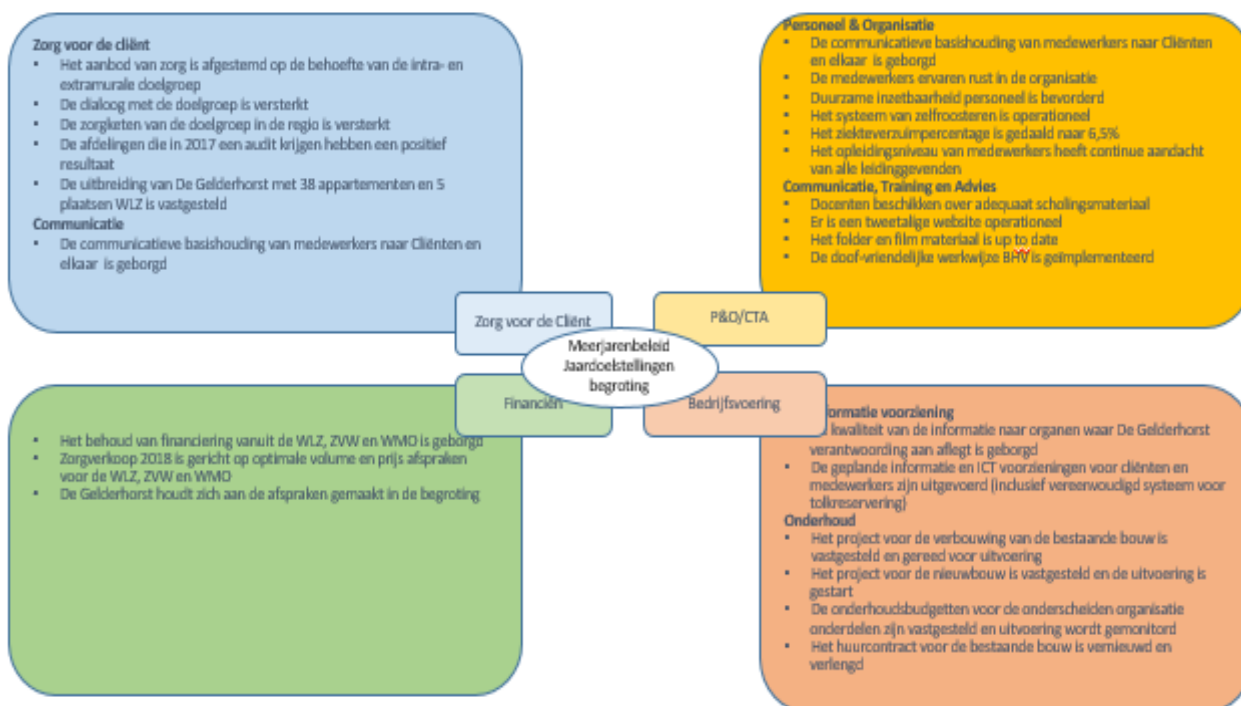
Aan: de leden van de RvT  
 Van: Judith Reiff  
 Datum: 6 Februari 2018

#### 1 Inleiding

In dit document wordt verslag gedaan van de stand van zaken ten aanzien van het realiseren van de doelstellingen. Deze zijn geordend naar de volgende onderwerpen

- Zorg voor de Cliënt
- Personeel en Organisatie en Communicatie Training en Advies
- Bedrijfsvoering
- Financiën

In 2016 heeft de bestuurder met het MT, op basis van het meerjarenbeleidsplan een aantal jaardoelstellingen vastgesteld. Ieder kwartaal wordt een rapportage opgesteld over de stand van zaken ten aanzien van de realisering van de doelstellingen. Het idee is om verder in het jaar per doelstelling aan te geven welke fase van realisering is bereikt; Plan, Do, Check of Act. In dit verslag wordt vooral nog een beschrijving gegeven. Voor de zorgafdelingen geldt dat zij subdoelstellingen hebben die zijn afgeleid van de hoofdoelstellingen. Daarvan wordt hier geen verslag van gedaan. Deze jaardoelstellingen zijn in het figuur hierna samengevat.



Figuur 1. Samenvatting doelstellingen 2017

## 2 Algemeen

### Vooraf

Dit verslag is conform afspraak opgezet in het format dat ook is gebruikt voor de kwartalen 1-3. Dit is tevens het laatste verslag in deze opzet. Voor de periode rapportages over 2018 is een ander format ingericht dat de basis zal vormen voor de rapportages aan de RvT.

### Extern

#### Samenwerking van De Gelderhorst met Philadelphia/Trajectum/Kentalis en Pro Persona

De samenwerking betreft het uitwerken van een concept voor het verblijf en de begeleiding van Doven met een verstandelijke beperking, complex gedrag en in een aantal gevallen een justitieel verleden. De vier partijen zouden gezamenlijk een haalbaarheidsonderzoek uitvoeren dat zou moeten leiden tot een go or no go beslissing van de betrokken RvB'en. Daartoe is een intentieverklaring opgesteld waarin de partijen de afspraak maken dit onderzoek samen uit te voeren.

De intentieverklaring die de vier partijen voornemens waren te tekenen is nog niet getekend.

Trajectum is er tussen uit gestapt omdat deze organisatie een afspraak heeft om met 's Heeren Loo een dergelijk concept uit te werken. De drie overige partijen hebben besloten om gedrieën verder te gaan. De intentieverklaring is aangepast en wordt naar alle waarschijnlijkheid in februari getekend. De rol die De Gelderhorst heeft is het leveren van een bijdrage aan het inhoudelijk concept en dan met name het invullen van de communicatieve context.

#### SIAC

De bestuurder van De Gelderhorst neemt deel in het bestuur van SIAC (Samenwerkingen Instellingen voor mensen met Auditieve en/of Communicatieve beperkingen). SIAC heeft in het najaar samen met Fenac (Federatie van Nederlandse Audiologische Centra) en Stichting Simea (verantwoordelijk voor onderwijs en ondersteuning aan leerlingen met een auditieve en/of communicatieve beperking) een dag 'op de hei' doorgebracht om nader te onderzoeken of de 3 organisaties (SIAC/FENAC/Simea) in een gezamenlijke organisatie verder zouden kunnen gaan. Gedacht wordt aan een federatie met daarin specifieke aandachtsgebieden, de zogenaamde 'kamers'. Er is nog geen besluit genomen maar dat zal in 2018 worden genomen. De Gelderhorst neemt deel in SIAC maar merkt dat de aandacht van SIAC zich meer en meer richt op het bespreken van het thema 'kinderen met TOS'. Voor De Gelderhorst valt er niet veel te halen. Toch blijft deelname voor De Gelderhorst belangrijk omdat SIAC de spreekbuis richting VWS. Daarbij horen organisaties als Koninklijke Auris en Kentalis meer en sneller iets over de spelers en het veld als De Gelderhorst.

#### Interessante bezoeken

Judith is gevraagd om voor de Hoge school Utrecht (HU), onderdeel Dovenstudies, deel te nemen in de Beroepenveld Commissie. Deze Commissie denkt mee met de directie en docenten van de HU over de mogelijkheden van afgestudeerden op de arbeidsmarkt en adviseert hoe de HU kan inspelen op de wensen en eisen vanuit het veld. Judith heeft deel genomen aan de eerste vergadering. Het is interessant om nieuwe mensen in het veld te leren kennen. Het is nog niet helder of deelname in de Commissie De Gelderhorst concreet iets oplevert.

### Strategie

#### Toekomstvisie en meerjarenbeleid

Inmiddels is het proces dat leidt tot de nieuwe toekomstvisie aan de derde en laatste fase begonnen. In december hebben de startbijeenkomsten plaatsgehad. Hieraan hebben 100 medewerkers deelgenomen. Deze bijeenkomsten hebben ertoe geleid dat alle lagen van De Gelderhorst echt goed op de hoogte zijn van het proces en een groot aantal heeft dus ook meegedacht over de kernwaarden en de toekomstrichting. De SWOT en omgevingsanalyse zijn uitgevoerd met het MT, het Regieteam en de RvT. De samenvattende presentatie hiervan is op aanvraag beschikbaar voor de RvT. Op dit moment werkt het MT samen met Tanja ten Berge en Thomas Verhiel aan het opstellen van een toekomstvisie presentatie die gebruikt kan gaan worden voor de Ronde Tafel bijeenkomst op 14 maart aanstaande.

#### Organisatie inrichting en personeel

In het laatste kwartaal zijn voor de posten P & O en Zorg & Welzijn 2 nieuwe MT-leden benoemd. Het hoofd P & O is per 1 december gestart en de manager Zorg & Welzijn per 1 januari 2018.

Het hoofd Dienstverlening heeft op 29 december besloten om per 1 maart 2018 uit dienst te gaan. Ter vervanging van het hoofd Dienstverlening is in januari 2018 een interim hoofd gezocht en gevonden.

Reden om voor een tijdelijke oplossing te kiezen is tweërlei. Ten eerste omdat het hierdoor mogelijk was om op zeer korte termijn vervanging te organiseren en ten tweede omdat het interim hoofd meteen de opdracht heeft gekregen om de actuele functie Dienstverlening in kaart te brengen, een plan te maken voor de toekomstige rol en positie en een profielschets voor de nieuwe functie op te stellen. Het streven is om deze opdracht binnen drie maanden af te ronden en om in de derde maand ook een nieuw hoofd te werven.

Het is de medewerkers van De GH wel opgevallen dat 3 van de 6 MT-leden in 2017 hun vertrek hebben aangekondigd. Dat leidt zowel onder bewoners als medewerkers tot vragen en opmerkingen. Ik heb er voor gekozen om tijdens mijn kersttoespraak voor de medewerkers en de nieuwjaarstoespraak voor de bewoners de situatie te benoemen en het uit te leggen.

## Projecten

### Nieuwbouw de Gelderhorst

In december heeft de bouwadviseur Jeroen van der Kemp aangegeven dat De Gelderhorst er rekening mee moet houden dat de start van de nieuwbouw niet eerder zal zijn dan mei/juni 2018. De reden waarom de start alsmaar wordt uitgesteld is dat een aantal bouwkundige en technische details nu pas worden uitgewerkt en dat kost tijd. Normaal gesproken worden deze details uitgewerkt voordat de omgevingsvergunning wordt uitgewerkt. Zodra na het verkrijgen van de vergunning vrij stel kan worden gestart met de bouw. In deze situatie is o.b.v. een vrij globaal schetsplan een omgevingsvergunning verkregen. Zodra alle details helder zijn er overeenstemming over bestaat bij de partijen W&I en Woonstede zal de koop en aannemingsovereenkomst ook worden getekend.

### Bestaande bouw De Gelderhorst

De bestaande bouw wordt gesplitst in twee onderdelen. Het eerste onderdeel is de renovatie van het hoofdgebouw (vervangen keukenblokken en sanitair in het hoofdgebouw, het renoveren van de gevels van de 4 torens en de start van het vervangen van de keukenblokken in de 3 woontorens ZW). Dit is een vooral logistiek omvangrijk proces waarvoor het interim hoofd samen met de TD een plan voor uitwerkt. Dit zal in het eerste half jaar van 2018 worden uitgevoerd.

Het tweede onderdeel betreft de verbouwing van het kantorencentrum in het hoofdgebouw en het in de oorspronkelijke staat terugbrengen van de Kapel, het leslokaal en de dagbesteding. Hiermee kan pas worden gestart als de nieuwbouw gereed is.

### Vervanging en optimalisering beeldscherm communicatie

Judith heeft vanwege de uitval van het hoofd Dienstverlening het project overgenomen. Al heel snel is gebleken dat de geplande oplevering van het project niet, zoals gepland, kon plaatsvinden in het laatste kwartaal van 2017. De redenen hiervoor zijn velerlei. Zowel de leverancier als De Gelderhorst heeft in de projectuitvoering steken laten vallen. Er is in december een werkgroep aan het werk gegaan waarin zowel de leverancier, de ICT medewerkers als de gebruikers deelnemen. De communicatie over wensen, eisen en klachten over de functionaliteit van de beeldschermen verloopt nu beter en het project zal worden opgeleverd als de, door alle partijen vastgestelde, lijst van acties is afgerond. Schatting is dat dit medio eerste kwartaal van 2018 is.

### 3 De jaardoelstellingen: Stand van zaken Q2

#### 3.1 Zorg voor de cliënt

##### Zorg voor de cliënt

- Het aanbod van zorg is afgestemd op de behoefte van de intra- en extramurale doelgroep
- De dialoog met de doelgroep is versterkt
- De zorgketen van de doelgroep in de regio is versterkt
- De afdelingen die in 2017 een audit krijgen hebben een positief resultaat
- De uitbreiding van De Gelderhorst met 38 appartementen en 5 plaatsen WLZ is vastgesteld

##### Communicatie

- De communicatieve basishouding van medewerkers naar Cliënten en elkaar is geborgd

#### Zorg voor de Cliënt

##### - Aanbod van zorg is afgestemd op de behoefte van de intra- en extramurale doelgroep

###### Q1

Er zijn in werkgroep verband verkennende gesprekken gevoerd over de opzet van een separaat extramuraal team. De medewerkers van het team zijn geoormdet voor de zorgverlening in de appartementen van de zelfstandig wonende Doven. Het gesprek gaat over de behoefte aan een separaat team, de inrichting ervan, de kosten en de opbrengsten (tarief). Op dit moment is er een extramuraal team bestaande uit medewerkers huishouding en medewerkers van de verzorging/verpleging en maatschappelijk werk, maar de zorgmedewerkers worden op dit moment nog 'geleend' vanuit het intramurale team.

Ten aanzien van de intramurale zorg wordt momenteel gerekend aan een model voor 2018 waarbij het zorghuis volledig verpleeghuis wordt. Dit houdt in dat De Gelderhorst bij het Zorgkantoor WLZ zorg gaat aanvragen voor 75 in plaats van de huidige 13 Verpleeghuis cliënten. Er wordt momenteel een businesscase uitgewerkt voor een verpleeghuis. In het verslag van Q2 zal uitgebreid hierop in worden gegaan.

###### Q2

De planvorming omtrent een separaat extramuraal team zijn gestagneerd. Helder is dat het financieel haalbaar is. Actuele vragen zijn: is het werken met een extramuraal team de meest efficiënte werkwijze? en is het nodig om voor de meest efficiënte werkwijze te kiezen of moet er worden gekozen voor de meest effectieve werkwijze (tegen een hogere prijs)? Daarbij wordt steeds vaker vanuit huis de vraag gesteld wat nu eigenlijk de visie van De Gelderhorst is op 'Zelfstandig Wonen'. Ik heb besloten dat we eerst de vragen goed moeten kunnen beantwoorden voordat er een besluit hieromtrent wordt genomen. Tot die tijd leveren de medewerkers die in het Zorghuis werken ook de diensten in de appartementen voor ZW.

###### Q3

Ter voorbereiding op de beantwoording van de vragen over de visie van De GH op Zelfstandig Wonen is besloten om voor de teamleiders een 'heidag' te organiseren waar zij de discussie zullen voeren over dit thema. Verder wordt de activiteit van de cie. K&V een 'speeddate' sessie waar het gespreksonderwerp de betekenis van zelfstandig wonen is. Ook tijdens de startbijeenkomst die in het kader van de nieuwe toekomstvisie wordt georganiseerd wordt aandacht besteed aan dit thema.

## Q4

Tijdens de heidag (30 november jl.) is het voor de deelnemers (teamleiders Zorg, psycholoog en maatschappelijk werkenden) duidelijk geworden dat het moeilijk is om duidelijke grenzen te markeren over waar zelfstandig wonen met zorg (ZVW, WMO, WLZ) ophoudt en waar verblijf met zorg (WLZ zonder behandeling) in het Zorghuis begint. Er is getracht om criteria vast te stellen voor 3 doelgroepen: Zelfstandig Wonen, Zorghuis en de Verpleegafdeling.

Voor de Verpleegafdeling is het eenvoudig omdat het een nagenoeg volledig gesloten setting betreft waar de zorgvraag/behoefte duidelijk kan worden omschreven. Het gaat om bewoners met dwaalgedrag en gedurende 24 uur ongeplande zorgbehoefte.

Zelfstandig Wonen kent bewoners die geen enkele vorm van zorg en ondersteuning behoeven én bewoners met een lichte/middelmatige en soms zelfs grote zorgvraag/behoefte.

In het Zorghuis verblijven bewoners met een middelmatige/grote zorgvraag/behoefte en ene enkeling met een lichte zorgbehoefte.

Er is dus sprake van overlap omdat bewoners zolang mogelijk thuis willen blijven wonen (hetgeen ook aansluit bij de landelijke trend). Als de GH op deze trend wil inspelen zal zij weldra een overschot aan appartementen in het Zorghuis hebben en een tekort aan appartementen in het Zelfstandig Wonen. Dit thema is nu helder benoemd. De dienst Zorg & Welzijn werkt in de komende periode aan het zo helder mogelijk formuleren van criteria voor clustering van bewoners en in de toekomstvisie heeft dit thema de aandacht. Het gestelde doel is niet volledig behaald. De verdere realisering ervan is in de doelstellingen van 2018 opgenomen.

- De dialoog met de doelgroep is versterkt

## Q1

Er zijn in Q1 veel contacten met de Welzijn Stichtingen geweest in verband met de organisatie van de Nationale Oudere Doven Dag (NOD). Deze dag heeft plaats gehad op 8 april. 1000 deelnemers hebben die dag met elkaar kunnen bijpraten, een inhoudelijk programma kunnen volgen en op ludieke wijze afscheid kunnen nemen van Jan.

Ik heb in het kader van het huisvestingsdossier meerdere malen intensief contact gehad met de CR en de OR. Doel was hen goed langs zij te krijgen en te houden met betrekking tot de plannen. Hierdoor zijn zij in staat geweest om een goede afweging te maken in hun advies aan de bestuurder over de toekomstige huisvesting.

## Q2

In het kader van het huisvestingsdossier hebben dove medewerkers en twee leden van de CR actief meegedacht over de inrichting van de nieuwbouw. Dit is een interactief proces geweest waarbij de deelnemers terecht het gevoel hebben gekregen dat hun mening telt.

## Q3

In het kader van de voorbereidingen van de nieuwe toekomstvisie nemen dove medewerkers en 2 leden van de CR actief deel in het Regieteam en de Klankbordgroep. De volledige CR zal ook deelnemen aan de Startbijeenkomst en de ronde tafel bijeenkomsten. De dialoog met de doelgroep wordt intensief gevoerd. Het is voor hen niet altijd duidelijk wat het onderscheid is tussen geïnformeerd worden, meedenken en mee besluiten. Ik besteed daarom veel aandacht aan het uitleggen wat gevraagd wordt van de doelgroep.

## Q4

Er is sprake van een continue proces. Belangrijk is dat een vertegenwoordiging vanuit de OR en CR hebben deel genomen aan de startbijeenkomsten die over de toekomstvisie zijn georganiseerd. Ondanks dat de betrokkenheid van de OR en CR zorgvuldig verloopt geeft de CR aan dat zij zich niet helemaal betrokken voelt bij het proces rondom de toekomstvisie. Dit betekent dat ik nadrukkelijk en vooral vaker met de CR moet spreken in deze fase van het proces.

- De zorgketen van de doelgroep in de regio is versterkt

## Q1

In het kader hiervan is het doel om de afspraken van De Gelderhorst met de (huis) huisarts te verbeteren en concrete en de formele afspraken rondom de detachering van de POH te verlengen en te verstevigen. Judith heeft de betreffende huisarts gesproken en hij heeft de wens uitgesproken om samen met de POH van De Gelderhorst de huisarts zorg te optimaliseren. Hij heeft op 12 mei jl. beloofd het detachingscontract met terugwerkende kracht per 1 januari jl. te tekenen.



Q2

Het contract is door de huisarts getekend. Inmiddels is er een tweede huisarts praktijk nadrukkelijk betrokken bij De GH. Het streven is dat met deze praktijk dezelfde afspraken worden gemaakt als die gelden voor de huisarts van De GH.

Q3

De POH heeft met de leidinggevenden van het Zorghuis een opzet gemaakt voor afspraken over de uitvoering van de samenwerking van De GH met de huisarts, vice versa. Ik heb deze opzet samen met de POH met de huisarts besproken en dat heeft nog niet tot een gewenst resultaat geleid. De huisarts wil zich niet binden aan afspraken verder dan is vastgelegd in de overeenkomst. Ik heb een vervolg gesprek gepland met de huisarts.

Verder heb ik contact gezocht met Opella (<https://www.opella.nl/>). De bestuurder van Opella, Kars Hazelaar. Opella is een organisatie in Ede en omstreken die thuiszorg, revalidatie, wonen en behandeling biedt. Omzet ruim 65 mln., 5000 cliënten en 1800 medewerkers. De Gelderhorst neemt een aantal diensten af van Opella zoals de Specialist Ouderen Geneeskunde (SOG), 24 uren bereikbaarheid SOG en verpleegkundige, ergo- en logopedie. Behalve de detachering en uitleen van genoemde medewerkers doet De GH vooralsnog geen andere zaken met de Opella. Na de kennismaking heeft er een vervolgspraak plaatsgehad waar vanuit beide organisaties ook MT leden, enkele teamleiders en de psychologen aan hebben deelgenomen. Doel was aftasten in welke opzichten de organisaties ook op inhoud meer zouden kunnen samenwerken. De GH heeft veel te brengen op het gebied van de communicatieve context. Opella op het gebied van de inhoud en organisatie van de zorg. Deze samenwerking zou zich organisch kunnen ontwikkelen, te beginnen met de organisatie van een klein symposium over de communicatieve context. Het idee is om hier in 2018 vervolg aan te geven.

Q4

De psycholoog van De GH heeft met de psychologen van Opella afgesproken dat zij structureel overleg gaan voeren. Verdere uitwerking van de samenwerking vindt plaats in 2018.

- De afdelingen die een audit krijgen hebben een positief resultaat

Q1

Er is afgesproken dat op 19 juni a.s. Bureau de Bok een Prospectieve Risico Inventarisatie (PRI) uitvoert naar de cliënt- en medewerker veiligheid van De Gelderhorst. Doel is scherp te krijgen waar de eventuele gaten zitten in het kwaliteit veiligheidssysteem van De Gelderhorst. Het resultaat wordt vervolgens gebruikt om de veiligheid van de bestaande bouw te optimaliseren én om een goed programma van eisen te kunnen maken voor de benodigde veiligheid in het nieuwe gebouw.

Q2

De PRI is uitgevoerd. De resultaten zijn besproken in de Cie. K&V. Belangrijke conclusies zijn dat De GH:

- de veiligheid van gebouw voor cliënt en medewerkers niet volledig geprotocolleerd op orde heeft
- wel veel aandacht heeft voor veiligheid
- geen historie met calamiteiten en incidenten kent op het gebied van gebouw veiligheid
- als verbeteringen zijn uitgevoerd een audit goed zal doorstaan.

De bijeenkomst zelf was nuttig omdat er een goede discussie werd gevoerd over wat veiligheid is en hoe ver je gaat met het voorkomen van incidenten.

Q3

Het verbeterplan dat n.a.v. de PRI is opgesteld wordt momenteel uitgevoerd. De externe audit door Bureau de Bok vindt plaats op 7 november a.s. Hierover zal mondeling ter vergadering van de RvT worden teruggekoppeld.

Q4

De externe audit heeft plaatsgehad en Bureau De Bok heeft schriftelijk verklaard dat De GH beschikt over een werkend kwaliteitssysteem. De Bok baseert zijn oordeel op gesprekken met leiding en medewerkers tijdens de externe audits van mei en september dit jaar. Er is getoetst tegen de normen ISO 15224:2012 ('ISO voor de zorg') en ISO 9001-2015 (dit zijn de vigerende normschema's).

- De uitbreiding van De Gelderhorst met 38 appartementen en 5 plaatsen WLZ is vastgesteld

Hiervoor wordt verwezen naar de tekst over dit onderwerp in de paragraaf 2 Algemeen.

### 3.2 Personeel & Organisatie/Communicatie, Training en Advies

**Personeel & Organisatie**

- De communicatieve basishouding van medewerkers naar Cliënten en elkaar is geborgd
- De medewerkers ervaren rust in de organisatie
- Duurzame inzetbaarheid personeel is bevordert
- Het systeem van zelfroosteren is operationeel
- Het ziekteverzuimpercentage is gedaald naar 6,5%
- Het opleidingsniveau van medewerkers heeft continue aandacht van alle leidinggevendenden

**Communicatie, Training en Advies**

- Docenten beschikken over adequaat scholingsmateriaal
- Er is een tweetalige website operationeel
- Het folder en film materiaal is up to date
- De doof-vriendelijke werkwijze BHV is geïmplementeerd

- De communicatieve basishouding van medewerkers naar cliënten en elkaar is geborgd

#### Q1

De Gelderhorst heeft in februari jl. enkele organisatie brede bijeenkomsten belegd over het thema Samenwerking Doof-Horend. Hieraan hebben alle medewerkers deelgenomen. Er is geïnventariseerd waar de knelpunten liggen en wat de ideeën voor de aanpak hiervan zijn. In mei wordt het vervolg hiervoor gepresenteerd aan de medewerkers.

Verder is het communicatiebeleid herschreven. Dit ligt nu ter instemming bij de OR. De gebarentaal bijscholingscursussen voor de medewerkers zijn conform planning van start gegaan,

#### Q2

Het communicatiebeleid is vastgesteld.

Er is een voorzichtige start gemaakt met het op gang brengen van samenwerking met de Hoge School Utrecht (HU). De directeur van de richting dovenstudies/Tolkenopleiding en Tolkdocent opleiding zou concrete afspraken willen maken met De GH om haar studenten, in een lerende setting, een bijdrage te laten leveren aan het borgen van de basishouding die De GH nastreeft. Het idee is om meer stagiaires van de HU hierop in te zetten evenals onderzoeksvragen voor de studenten te formuleren.

#### Q3

Het contact met de HU is gestagneerd omdat de directeur voor langere tijd is uitgevallen. Wordt opgepakt in het nieuwe jaar.

Verder heb ik samen met twee medewerkers heb ik Prof. Dr., Marleen Janssen bezocht. Zij was in 2009 de eerste hoogleraar Doof blindheid ter wereld en heeft een leerstoel doof blinde communicatie aan de RUG. Met haar hebben we gesproken over de 'markt' en de zorgbehoefte van doof blinde mensen. Dit gesprek is gevoerd in het kader van de omgevingsanalyse maar ook om te bezien of een van onze medewerkers een master zou kunnen doen bij professor Janssen. Het was een nuttig gesprek in die zin dat we weer andere namen hebben gekregen van experts en ideeën over het verder professionaliseren van onze zorg voor onze doof-blinde cliënten.

#### Q4

In de laatste maanden van 2017 zijn er relatief veel nieuwe medewerkers gekomen, die nog niet bekend waren met gebarentaal en dovencultuur. Docenten zijn extra ingezet om hen zo snel mogelijk kennis te laten maken met de communicatieve context. Het heeft ook extra inzet gevraagd van de werkvoer bij het inwerken van de nieuwe collega's om hen vertrouwd te maken met de gedragscode en de afspraken over de communicatieve basishouding.

- [De medewerkers ervaren rust in de organisatie](#)

Q1

In de gesprekken van de bestuurder met de OR en de CR hebben de leden van beide gremia aangegeven dat de rust is weergekeerd in de organisatie.

Q2, Q3 en Q4

Hiervoor verwijs ik naar het deel 'algemeen' van dit verslag.

- [Duurzame inzetbaarheid personeel is bevorderd](#)

Q1

- Hiertoe zijn de volgende activiteiten uitgevoerd:
- Leidinggevenden hebben een training vitaal leiderschap gevolgd
- de Gezondheidsweek en het Preventief Medisch Onderzoek heeft plaatsgehad (hieraan hebben 68 van de 172 medewerkers deelgenomen)
- De firma die het PMO heeft uitgevoerd is Adaptics. Het bureau heeft de resultaten gepresenteerd aan het MT. Belangrijke bevindingen uit het onderzoek zijn dat de categorie jonge medewerkers het minst fit (o.b.v. wat zij zelf hebben gescoord in de vragenlijst) en t.o.v. de benchmark heeft een hoog percentage medewerkers een laag werkvermogen
- Er is een nieuwe procedure ingevoerd voor het voeren van de jaargesprekken

Q2

Er is een werkgroep gevormd met medewerkers en leidinggevenden die onder leiding van Adaptics aan de slag gaan. Het was niet eenvoudig om medewerkers uit alle lagen van de organisatie bereid te vinden om mee te denken en te doen. Er gaat in Q3 gestart worden met brown paper sessies om problematiek en oplossingen te bespreken. Er zijn ook medewerkers benaderd door Adaptics voor individuele coaching als advies n.a.v. het Preventief Medisch Onderzoek. Medewerkers zijn dit niet verplicht en het is gebleken dat de GH medewerkers die zijn geselecteerd niet en masse hier gebruik van maken. Dit is zorgelijk en de teamleidinggevenden proberen medewerkers alsnog hiervoor te motiveren.

Q3

Het project Duurzame inzetbaarheid medewerkers/gekoppeld aan verlaging ziekteverzuim heeft een aantal voorstellen opgeleverd. Opmerkelijk zijn het spreekuur voor medewerkers door de fysiotherapie en een regulier spreekuur van een externe vitaliteitscoach. Beide voorstellen zijn uitgevoerd.

Q4

Het nieuwe hoofd P & O onderzoekt wat de daadwerkelijke resultaten zijn van de acties die zijn ingezet op duurzame inzetbaarheid. Zij zal hier zodra zij voldoende inzicht heeft (in 2018) een terugkoppeling hierop geven en het beleid al dan niet aanpassen.

- [Het systeem van zelfroosteren is operationeel](#)

Q1

Dit systeem is organisatie breed in gevoerd met het doel medewerkers meer verantwoordelijkheid te geven ten aanzien van hun inzetbaarheid en de verdeling van de diensten (standaard en bij vervanging bij verzuim). Het systeem wordt bij herhaling geëvalueerd en leidinggevenden en medewerkers worden begeleid bij de uitvoering. De eerste ervaringen zijn overwegend positief als het gaat om het zelf kunnen maken van een rooster. Het vullen van de gaten naar aan van verlof en/of verzuim wordt echter wel als zwaar ervaren. Temeer omdat het ziekteverzuim hoog is en het vinden van nieuwe zorgmedewerkers steeds moeilijker wordt zoals overal in den lande.

Q2

Het zelfroosteren is volledig operationeel. Het vereist echter wel een verdere cultuuromslog voordat medewerkers volledige verantwoordelijkheid voelen voor het 'rond' krijgen van het rooster. De teamleider heeft nog behoorlijk werk aan het tot stand brengen van de finale roosters.

Q3

Het zelfroosteren blijft een uitdagende bezigheid voor de teamleiders. Het is deels loslaten en dan ontdekken dat medewerkers ver in de plus- dan wel min uren staan. Daar moeten zij dan weer niet te snel maar zeker niet te langzaam op anticiperen. We zien dat dit thema bij andere organisaties eveneens tot dilemma's en problemen leidt.

Q4

De nieuw aangestelde manager Zorg & Welzijn zal, in samenwerking met het hoofd P&O gaan onderzoeken hoe het zelfroosteren vorm heeft gekregen en waar de plus- en de pijnpunten zitten. Zij zal als zij voldoende inzicht heeft een terugkoppeling geven en het beleid al dan niet aanpassen. Het systeem van zelfroosteren is operationeel maar functioneert nog niet optimaal, daarmee behoudt dit thema in 2018 de aandacht van de manager Zorg & Welzijn.

- [Het ziekteverzuim percentage is gedaald tot 6,5%](#)

Q1

Er wordt in Q2 een werkgroep 'Afname verzuim' opgestart onder leiding van afdelingshoofd P&O. Deze werkgroep heeft als opdracht een plan van aanpak opstellen voor de realisering van de daling van het ziekteverzuim naar het gewenste niveau. De werkgroep zal gebruik maken van de resultaten van het PMO en begeleid worden door Adaptics.

Q2

Inmiddels is er een MT teamleiders ingesteld waar het hoofd P&O aanschuift t.b.v. de personeelszaken. Het ziekteverzuim is een vast thema. Teamleiders bespreken met elkaar het ziekteverzuim en verklaren aan elkaar de percentages en werken het krijgen van grip hierop. Zie hiervoor ook de BSC Q2. Naast het werk van de werkgroep heeft ziekteverzuim ook aandacht vanuit een regulier overleg.

Q3

Het ziekteverzuim is in Q3 gedaald naar 6,80%. Dit is in het derde kwartaal altijd wat lager i.v.m. de vakantieperiode. Het overall ziekteverzuim percentage over 2017 is gedaald naar 6,10%. Het is niet helder of dit nu allemaal te danken is aan alle inzet die de leidinggevenden hierop plegen. Zie hiervoor ook BSC Q3.

Q4

Het ziekteverzuim is in Q4 vastgesteld op 7,62% (exclusief zwangerschap), het verzuim in Q4 in 2016 was 7,42%. Het verzuim over 2017 is 6,63%. Dat ligt iets lager dan het verzuim in 2017 in de branche dat 6,67% is. Daarmee is het doel dat De GH zich had gesteld voor 2017 behaald.

- [Het opleidingsniveau van de medewerkers heeft continue de aandacht van de leidinggevenden](#)

Q1

Er worden allerlei activiteiten ontwikkeld om er voor te zorgen dat de medewerkers voldoende geschoold zijn. Dit varieert van opleidingen en trainingen t.b.v. de zorgverlening en de communicatieve context. Zo hebben medewerkers het internationale congres helpen voorbereiden en eraan deelgenomen. Medewerkers volgen regulier de bijscholing gebarentaal lessen.

Q2

Er is een start gemaakt met het intern uitwisselen van medewerkers voor een stage met het doel elkaars kennis en vaardigheden te leren kennen en te vergroten. In het derde kwartaal wordt met de uitvoering gestart. Het streven is om ook regionaal te gaan uitwisselen en op termijn ook internationaal.

Q3

Het uitwisselen van personeel binnen Nederland en daarbuiten wordt uitgesteld tot voorjaar 2018. Een groepje zal naar een tehuis voor Doven gaan in Denemarken.

Q4

In december zijn twee medewerkers met een tolk een week voor een kleine stage naar een paar woonzorg centra voor oudere Doven in Engeland geweest met het doel daar kennis te halen en te brengen. Het stel is enthousiast teruggekomen en verzorgt binnenkort een terugkoppeling voor het personeel. Een tweede groep is aanvang 2018 naar Zweden geweest voor een zelfde soort stage.

Communicatie, Training en Advies (CTA)

- [Docenten beschikken over adequaat scholingsmateriaal](#)

Q1

Er is een overzicht gemaakt van alle behandelde competenties uit het Europees Referentie Kader (ERK).

Q2

De docenten beschikken op basis van het overzicht over uniforme lesbladen per lesonderdeel met linken naar filmpjes en opdrachten. Het is nu eenvoudig om afhankelijk van niveau en competenties extra lesstof aan te bieden aan medewerkers.

Q3

Dit traject is nagenoeg met succes afgerond

Q4

Het overzicht compleet tot en met eind 2017 maar het blijft continue proces van vullen met nieuw materiaal wat jaarlijks wordt gemaakt voor bijscholingen

- [Er is een tweetalige website operationeel](#)

Q1

De proefopstelling van de tweetalige website is gereed. De fine tuning vindt momenteel plaats.

Q2

De proefopstelling voldoet niet aan de eisen van het MT. Ik heb besloten om een extern bureau in te schakelen dat een toets uitvoert op de huidige tweetalige proefopstelling en ervoor gaat zorgen dat de website voldoet aan het eerder, door het MT, geformuleerde programma van eisen. De website dient per 1 januari 2018 operationeel te zijn

Q3

Inmiddels is webbouwer Muskens (<https://musstudio.nl/>), nadat zij een toets hebben uitgevoerd op de proefopstelling van De GH website, ingeschakeld om een tweetalige website te ontwerpen. Het is een dove webbouwer die goed begrijpt hoe een tweetalige website werkt en wat de eisen zijn van zowel de dove als de horende gebruikers. Er is een project gedefinieerd dat wordt geleid door het hoofd CPR. Op 1 april 2018 zal de website definitief live gaan.

Q4

Het project loopt. Het ontwerp voor de website is gereed en momenteel werken een docent van CTA en het hoofd CPR samen met een deskundige van het Nederlands Gebaren Centrum aan de opname van een aantal filmpjes om de website inderdaad tweetalig te maken. Een vijftal medewerkers van De Gelderhorst wordt hierbij getraind om als presentator voor de opnames van de tweetalige website te kunnen optreden

- [Het film en folder materiaal is up to date](#)

Q1

Er is een inventarisatie gemaakt van de materialen en er is gestart met het actualiseren van de materialen.

Q2

De activiteiten op dit gebied zijn voortgezet en de planning is dit gereed te hebben op 1 januari 2018. Het gaat hier echter om een continu proces.

Q3

Het is een continue proces waarin CPR en CTA samen gaan werken met het Nederlands Gebaren Centrum (NGC). Doel is om eigen medewerkers teksten en folders te laten vertalen in NGT. Er is afgesproken dat er vanuit CTA een 'klasje' wordt gevormd waarin de 'tekstvertalers' zitten die leren hoe een tekst kan worden vertaald in NGT. Het NGC zal De GH ondersteunen hierbij. Ik heb hiertoe samen met het hoofd CPR een bezoek gebracht aan het NGC.

Q4

In het kader van de tweetalige website worden de filmpjes gemaakt. Het foldermateriaal volgt in 2018.

- [De doof vriendelijke werkwijze BHV is geïmplementeerd](#)

Q1

Er zijn gesprekken gevoerd met training en adviescentra en op basis van de wensen en eisen van De Gelderhorst zijn offertes uitgebracht. In het tweede kwartaal wordt een bureau geselecteerd dat in 2017 in 4 groepen de BHV'ers gaat trainen.

Q2

Er is een bureau geselecteerd en de trainingen zijn begonnen.

Q3

De trainingen zijn nagenoeg afgerond.

Q4

Het proces is naar tevredenheid afgerond. Uit het resultaat van een grote ontruimingsoefening, die voor maart staat gepland, zal moeten blijken of de BHV nu naar voldoening werkt.

### 3.3 Bedrijfsvoering

- **Informatie voorziening**
- De kwaliteit van de informatie naar organen waar De Gelderhorst verantwoording aan aflegt is geborgd
- De geplande informatie en ICT voorzieningen voor cliënten en medewerkers zijn uitgevoerd (inclusief vereenvoudigd systeem voor tolkreservering)
- Onderhoud**
- Het project voor de verbouwing van de bestaande bouw is vastgesteld en gereed voor uitvoering
- Het project voor de nieuwbouw is vastgesteld en de uitvoering is gestart
- De onderhoudsbudgetten voor de onderscheiden organisatie onderdelen zijn vastgesteld en uitvoering wordt gemonitord
- Het huurcontract voor de bestaande bouw is vernieuwd en verlengd

#### Informatievoorziening

- [De kwaliteit van de informatie naar organen waar De Gelderhorst Verantwoording aan aflegt is geborgd](#)

Q1

Judith is samen met het MT bezig om de onderlinge informatieverstrekking te stroomlijnen en om de rapportages naar RvT, accountant, Zorgkantoor etc. meer eenduidig te maken. Dit proces loopt en dient eind 2017 volledig op orde te zijn.

Q2

Proces loopt.

Q3 en Q4

Het MT stelt in een van eerste MT's van 2018 eenduidige afspraken vast over de rapportages.

- De geplande informatie- en ICT voorzieningen voor cliënten en medewerkers zijn uitgevoerd

Q1

Op dit moment wordt een aantal voorzieningen voor cliënten en medewerkers ingevoerd:

- Beeldscherm communicatie: de hardware is geïnstalleerd, de communicatie erover en instructie zijn gepland in kwartaal 2.
- Aan de beeldscherm communicatie is ook zorgalarmering gekoppeld via Smartphones, ook deze wordt in kwartaal 2 operationeel
- Het ECD, QIC heeft een herontwerp gehad en dit wordt in kwartaal 2 operationeel.

Q2

Zie voor project Beeldschermen onder paragraaf 'algemeen'.

CIQ is operationeel.

Q3 en O4

Zie voor project Beeldschermen onder paragraaf 'algemeen'.

### 3.4 Financiën

- Het behoud van financiering vanuit de WLZ, ZVW en WMO is geborgd
- Zorgverkoop 2018 is gericht op optimale volume en prijs afspraken voor de WLZ, ZVW en WMO
- De Gelderhorst houdt zich aan de afspraken gemaakt in de begroting

- Het behoud van financiering vanuit de WLZ, ZVW en WMO is geborgd/Zorgverkoop 2018 is gericht op optimale volume en prijs afspraken

Q1

Het is in het eerste kwartaal niet gelukt om bij het Zorgkantoor (WLZ) of de Zorgverzekeraar Menzis (ZVW) aan tafel te komen om te spreken over de zorginkoop voor 2018. Dit heeft, zo is inmiddels bekend, te maken met een wisseling van de wacht binnen het Zorgkantoor. Met Menzis wordt in kwartaal 2 een gesprek gevoerd.

Q2

In Q2 constructief gesprek gevoerd met Zorgkantoor in Q3 komt Zorgkantoor terug om in bijzijn met medisch adviseur de omschakeling naar verpleeghuiszorg voor ZG in detail te bespreken.

Q3

Wederom is er constructief gesproken met het Zorgkantoor. Er is afgesproken met het Zorgkantoor dat De GH 8-10 cliënten mag overhevelen van WLZ naar WLZ met behandeling. De GH dient de zorg te faciliteren conform de geldende eisen. Inmiddels heeft De GH 9 cliënten bij het zorgkantoor aangemeld die per 1 januari 2018 overgaan van WLZ naar WLZ met behandeling. De begroting voor 2018 is aangepast

Q4

Er worden per 1 januari 2018 formeel 9 cliënten overgeheveld naar WLZ met behandeling. De Specialist Ouderen Geneeskunde (SOG) heeft deze cliënten vanaf die datum onder behandeling. Hiermee komt het totaal aan cliënten WLZ met behandeling op 22.

- [De Gelderhorst houdt zich aan de afspraken gemaakt in de begroting](#)

Q1

De budgethouders bewaken op basis van de rapportages die worden aangeleverd door de Afdeling Financiële administratie, hun budgetten. Indien er overschrijdingen zijn worden deze tijdig in het MT besproken en worden maatregelen afgesproken.

Q2

Zowel in MT GH als MT teamleiders worden de rapportages besproken; precies zoals ook in de Rvt wordt aangeboden. Daarnaast op kostenplaats niveau in de zorgteams. Dit leidt tot vergroting van het financieel bewustzijn van de leidinggevenden

Q3

Hiervoorverwijs ik naar bijgevoegde kwartaalrapportage Q3 Financieel.

Q4

De cijfers voor Q4 worden samen genomen in de jaarrapportage 2017.



## BIJLAGE 2 BALANCE SCORE CARD 2017

Q 1 tot en met Q4 2017



Door MT vastgesteld op

13-feb-18

## Managementrapportage -Balanced Scorecard

Onderwerp	(per jaar) e/n	tot en met kwartaal				prognose e/n	afwijking	beeld	gemiddelde 2017	verschil tov norm	toelichting/opmerkingen
		1	2	3	4						
<b>Onderdeel 1 Zorg &amp; Welzijn</b>											
<b>Melding Incident Client (MIC)</b>											
Bijna val-incident	50	32	25	30	42	50	-8	nut	nut	-18	
Val incident	200	52	117	164	213	200	13	nut	nut	13	De complexiteit van de problemen neemt toe en daarmee ook het vallen
Medicijnincident (% van deelmomenten)	0,22%	0,22%	0,15%	0,15%	0,20%	0,22%	-0,20%	nut	nut	-20	
Verpleegtechnisch handelen incident	45	12	21	28	36	45	9	nut	nut	-30	
Bijna overig incident (betrokken cliënten)	100	27	52	64	64	100	36	nut	nut	-36	
Piters analyse	40	2	3	3	4	40	36	nut	nut	-30	
Melding bij inspectie	0	0	0	0	0	0	0	nut	nut		

Onderwerp	(per jaar) e/n	tot en met kwartaal				prognose e/n	afwijking	beeld	totaal 2017	verschil tov norm	toelichting/opmerkingen
		1	2	3	4						
<b>Onderdeel 2 P&amp;O</b>											
<b>Wachten</b>											
Klachten van cliënten	40	1	2	11	19	40	-21	nut	35	-21	

Onderwerp	(per jaar) e/n	tot en met kwartaal				prognose e/n	afwijking	uitslag	gemiddelde 2017	verschil tov norm	toelichting/opmerkingen
		1	2	3	4						
<b>Onderdeel 3 CTA</b>											
<b>Melding Incident Medewerker (MIM)</b>											
Medewerker-medewerker	0	0	0	0	0	0	0	nut			
Client-medewerker	100	10	37	49	100	63	nut				
Arbo-omstandigheden-medewerker	5,00	1	3	4	5,00	2	nut				

Onderwerp	(per jaar) Norm e/n	Per kwartaal				prognose e/n	afwijking tov laatste Q	uitslag	gemiddelde 2017	verschil tov norm	toelichting/opmerkingen
		1	2	3	4						
<b>Onderdeel 2 P&amp;O</b>											
<b>Werkkosten</b>											
Ziekteverzuim Ind zwangerschap	8,00%	6,74%	7,02%	6,80%	8,42%	8,00%	-0,42%	nut	7,22%	0,72%	
Ziekteverzuim eed zwangerschap	7,00%	6,00%	6,42%	6,04%	7,62%	7,00%	-0,62%	nut	6,52%	0,48%	
Verzuim naar duur 1-14 dagen	1,00%	1,02%	1,20%	1,07%	1,14%	1,00%	0,18%	nut	1,11%	0,19%	
Verzuim naar duur 15-31 dagen	2,10%	1,57%	1,82%	1,85%	2,40%	2,10%	-0,30%	nut	1,91%	0,19%	
Verzuim naar duur 32-365 dagen	2,20%	3,38%	3,12%	2,69%	3,53%	2,20%	-0,49%	nut	3,18%	-0,98%	3 langdurig ziekten, complexe casussen waar P&O dicht op zit
Verzuim naar duur >= 366 dagen	1,50%	0,06%	0,31%	0,45%	0,55%	1,50%	0,95%	nut	0,54%	1,10%	
Frequent verzuim	1,30%	1,38%	1,20%	1,16%	1,59%	1,30%	-0,29%	nut	1,27%	-0,22%	te verwaarlozen
Formatie in loondienst in FTE	105	106,71	106,9	110,07	114,23	105	9	nut	110,75	5,75	De 6 financieel niet begroot voor 2017 maar wel gepland
Aantal medewerkers	180	178	182	180	187	180	7	nut	181,75	1,75	
Medewerker Doof/blachthorand	60	65	71	69	69	60	9	nut	69,5	9,5	De 6 is rood omdat het afwijkend is van de norm, maar we zijn er bij mee
Stagiaires, Soliers-BL-em	20	9	10	10	20	20	-	nut			

Onderwerp	(per jaar)	Per kwartaal				prognose	afwijking	beeld	gemiddelde 2017	verschil tov norm	toelichting/opmerkingen
		1	2	3	4						
<b>Onderdeel 3 CTA</b>											
<b>Communicatie met de doelgroep</b>											
Cursustraject 1e jaar begonnen <3 maanden	100%	90%	90%	100%	100%	100%	0%	nut			
Cursustraject 1e jaar afgerond	90%	100%	100%	100%	100%	90%	11%	nut			
Gebarentaaibaarheid AB3	42	42	42	41	40	42	-5%	nut			
Gebarentaaibaarheid B1	38	3	9	14	36	38	-5%	nut			