




28 MEI 2019

KWALITEITSRAPPORT 2018

DE GELDERHORST

Marian van der Linden, manager Zorg & Welzijn
Paula Dinger, medewerker Kwaliteit & Veiligheid



INHOUD

| | |
|---|----|
| 1. Inleiding | 3 |
| 2. Schets van de organisatie | 4 |
| 2.1 Kerngegevens en prestaties 2018 | 4 |
| 2.2 Personeel in cijfers | 5 |
| 3. Zorgproces rond de individuele cliënt | 5 |
| 3.1 Geïntegreerde teams | 5 |
| 3.2 Zorgleefplan | 5 |
| 3.3 Meldingen Incidenten Cliënten | 5 |
| 3.4 Eigen regie | 6 |
| 4. Wat vinden onze bewoners: Onderzoek cliëntenervaringen | 7 |
| 4.1 Dataverzameling en respons | 7 |
| 4.2 Clienten aan het woord: resultaten | 7 |
| 5. Inspraak en Klachten | 9 |
| 5.1 Inspraak | 9 |
| 5.2 Klachten | 9 |
| 5.3 Samenspel in zorg en ondersteuning (informeel netwerk en vrijwilligers) | 10 |
| 6. Borging van veiligheid in zorg en ondersteuning | 10 |
| 6.1 Accuraat omgaan met aanmerkelijke gezondheidsrisico's van de cliënt | 10 |
| 6.2 Veilig gebruik van medicatie | 10 |
| 6.3 Veilig gebruik van medische hulpmiddelen | 11 |
| 7. Betrokken en vakbekwame medewerkers | 12 |
| 7.1 Deskundigheidsbevordering | 12 |
| 7.2 Teamreflecties | 13 |
| 7.2.1 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning | 13 |
| 7.2.2 Samenwerking | 13 |
| 7.2.3 Actueel thema | 13 |
| 7.3 MTO – zelfroosteren | 15 |
| 8. Wat gaat goed en wat kan beter? / verbeterpunten en doelen | 16 |
| 8.1 Verbeterpunten 2018 | 16 |
| 8.2 Kwaliteitsaudit in 2018 | 18 |
| 8.3 Verbeterpunten en doelen 2019 | 18 |
| 9. Wat vinden de medezeggenschapsorganen? | 19 |
| 9.1 Raad van toezicht | 20 |
| 9.2 Ondernemingsraad | 20 |
| 9.3 Cliëntenraad | 20 |

| | |
|----------------|----|
| 10. Conclusies | 21 |
| Bijlagen | 22 |

1. INLEIDING

Voor u ligt het kwaliteitsrapport 2018, gebaseerd op de handreiking kwaliteitskader gehandicaptenzorg. Het kwaliteitskader is ingericht op basis van 4 bouwstenen:

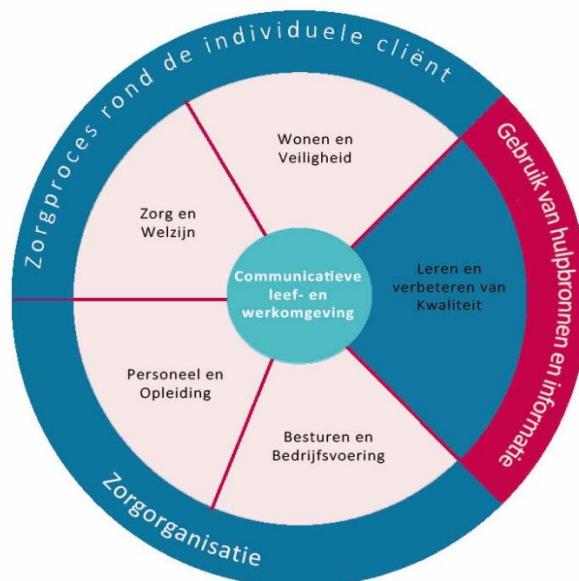
- Zorgproces rond de individuele cliënt
- Onderzoek naar cliënt ervaringen
- Zelfreflectie in teams
- Kwaliteitsrapport Zorgorganisatie en visitatie.

In dit kwaliteitsrapport staan met name de bouwstenen van het zorgproces rondom de individuele cliënt, het onderzoek naar de cliëntervaringen en de zelfreflectie in de teams centraal.

De bouwsteen van “het zorgproces rondom de individuele cliënt” zien we als basis van waaruit De Gelderhorst haar bestaansrecht ontleent. Om een goede inschatting te kunnen maken welke accenten we de komende jaren moeten leggen is ervoor gekozen om in 2018 opnieuw een cliëntervaringsonderzoek uit te voeren. De uitkomsten zijn, samen met de uitkomsten van de bijeenkomsten over de toekomstvisie, meegenomen in het meerjarenbeleidsplan en de doelen die hieraan gekoppeld zijn.

Teams kunnen bijdragen aan het leveren van goede kwaliteit. In de teams hebben teamleden zicht op de zorg en het welzijn van de bewoner en zij voelen zich hier ook verantwoordelijk voor. Bij de teamreflectie gaat het erom om het met elkaar te reflecteren op wat er goed gaat en beter kan bij een bepaald thema. In 2018 werd het begrip teamreflectie in De Gelderhorst geïntroduceerd.

Het Zorginstituut Nederland (ZIN) heeft het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022 opgenomen in het register voor kwaliteitsstandaarden. De Gelderhorst heeft in 2018 dit kader aangevuld met kwaliteitsnormen die gelden voor de verpleeghuiszorg. De reden hiervoor is dat De Gelderhorst steeds meer verpleeghuiszorg biedt aan haar bewoners met een zintuigelijke beperking. Dit heeft geresulteerd in een model dat als basis dient voor het Kwaliteitsmanagement systeem van De Gelderhorst.



2. SCHETS VAN DE ORGANISATIE

De Gelderhorst is een landelijk woon- en zorgcentrum voor oudere Doven, het enige centrum voor oudere Doven in Nederland. Wij bieden huisvesting, verzorging, verpleging en dienstverlening, zijn een financieel gezonde en zelfstandige organisatie met 184 medewerkers (ca. 113 fte). De Gelderhorst heeft een unieke positie als cultuurdrager van de oudere Doven in Nederland en is hét kenniscentrum op het gebied van oudere Doven zowel nationaal als internationaal.

2.1 KERNGEGEVENS EN PRESTATIES 2018

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

De Gelderhorst heeft 170 plaatsen:

- Zelfstandig wonen: 81 appartementen
- Zorghuis: 54 plaatsen verzorging ZG Auditief 2-4
- Verpleegafdeling: 22 plaatsen, verpleeghuiszorg in een besloten setting, ZG Auditief 2-4

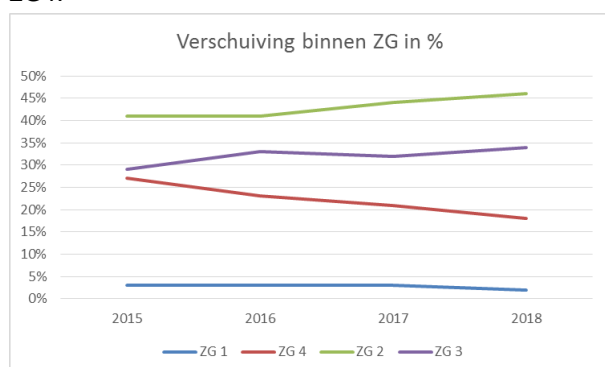
In 2018 hebben in totaal 85 personen zorg ontvangen in het kader van de WLZ. Dit is net zoveel als in 2017. In 2018 zijn 10 bewoners overleden (in 2017: 8). Ten aanzien van het aantal personen dat zorg in het kader van de Wmo en ZVW hebben gehad, zien we een lichte stijging ten opzichte van 2017. In 2018 hebben 64 personen Wmo zorg ontvangen, ten opzichte van 60 personen in 2017. Voor zorg in het kader van de ZVW was dit 31 personen in 2018 ten opzichte van 31 personen in 2017.

WLZ

Het aantal zorgdagen is in 2018 licht gestegen. Een vergelijking met de afgelopen 2 jaren geeft het volgende beeld:

| | 2018 | | 2017 | | 2016 | |
|------------------|--------|------|--------|------|--------|------|
| Verblijf partner | 364 | 1% | 46 | 0% | 0 | 0% |
| VV indicatie | 1.323 | 5% | 1.388 | 5% | 1.348 | 5% |
| ZZP, auditief | 25.132 | 94% | 25.326 | 95% | 25.351 | 95% |
| Totaal zorgdagen | 26.819 | 100% | 26.760 | 100% | 26.699 | 100% |

In de afgelopen jaren zien we een stijgende tendens in de zwaardere ZZP's. Dit is voornamelijk te verklaren doordat De Gelderhorst jaarlijks meer bewoners "met behandeling" krijgt, hierover zijn afspraken gemaakt met het Zorgkantoor. We verwachten dat deze tendens zich de komende jaren aanhoudt. In onderstaande grafiek zien we een stijging van indicatie ZG2 en ZG3 en een daling van ZG4.



2.2 PERSONEEL IN CIJFERS

Per 31 december 2018 waren in totaal 113 FTE medewerkers in loondienst bij De Gelderhorst, in totaal 184 medewerkers. Een deel van deze medewerkers is doof/slechthorend (66 van 184 medewerkers, een percentage van 35%).

3. ZORGPROCES ROND DE INDIVIDUELE CLIËNT

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.

3.1 GEÏNTEGREERDE TEAMS

Om de bewoners goed te kennen wordt er gewerkt in geïntegreerde teams, aangestuurd door teamleiders. Dit zijn teams waarin verpleegkundigen, verzorgenden, helpenden, activiteitenbegeleiders en huiskamermedewerkers 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.

3.2 ZORGLEEFPLAN

De Gelderhorst werkt met een elektronisch cliëntdossier (Quality In Care; QIC). Het zorgleefplan vormt de basis van het cliëntdossier. Het zorgleefplan komt tot stand in samenspraak met de bewoner en/of diens vertegenwoordiger en wordt halfjaarlijks geëvalueerd. Deze evaluatie wordt besproken in het Multidisciplinaire Overleg (MDO), waarbij zowel de EVV-er (eerst verantwoordelijk verzorgende), de IB-er (individuele begeleider) als alle betrokken disciplines aanwezig zijn. 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.

3.3 MELDINGEN INCIDENTEN CLIËNTEN

Om cliëntveiligheid te verbeteren is het van belang om 'incidenten' te melden en te analyseren. We noemen dit MIC-meldingen. MIC staat voor Melding Incidenten Cliënten. In De Gelderhorst wordt gewerkt volgens een vastgestelde MIC-procedure. Doel van deze procedure is het terugdringen van fouten (individueel of procesmatig) waarbij met de meldingsbereidheid van de medewerkers zorgvuldig en positief wordt omgegaan.

Bij ieder incident, fout of (bijna)ongeval wordt de betrokken medewerker gevraagd een MIC-melding te maken. Deze MIC meldingen worden door de teamleider bekeken en deze onderneemt zo nodig actie of zet een verbetertraject in. Alle MIC meldingen worden iedere maand in de MIC-commissie besproken. De commissie bestaat uit de volgende leden: Manager Zorg en Welzijn, (voorzitter), Specialist Ouderengeneeskunde, teamleider extramuraal dienstverlening, teamleider verpleegafdeling en de teamleider van het Zorghuis.

T.o.v. 2017 is het totale aantal meldingen van incidenten gedaald.

- T.a.v. (bijna) valincidenten is in een overleg van de MIC-commissie samen met de oefentherapeut en de Specialist Ouderenzorg stilgestaan bij het valbeleid en de acties die worden ondernomen om vallen te voorkomen. Indien er sprake is van valgevaar wordt de fysio- of oefentherapeut over het algemeen snel betrokken. Dit gebeurt door middel van een melding via het elektronisch cliëntdossier, door betrokkenheid bij het MDO en door eigen observaties. Daarnaast worden bewoners uit het Zorghuis jaarlijks getest. Andere oorzaak van valgevaar is medicatie. Gebruik van medicatie is relatief laag in De Gelderhorst. Bij nieuwe medicatie wordt op de bijwerkingen gelet (als er zorg wordt geleverd bij de bewoner). Op het recept wordt vermeld wanneer medicatie het valgevaar verhoogt en bij het MDO wordt de medicatie die valgevaar verhoogt ook besproken.
- T.a.v. medicatie is ten opzichte van 2017 een daling te zien. Dit heeft deels te maken met het feit dat er bij een weigering van medicatie geen MIC melding meer werd ingevuld (de nieuwe afspraak is dat het weigeren van medicatie wordt verwerkt in de rapportage van de betreffende bewoner).
- T.a.v. de meldingen verpleegtechnische handelingen is ook een daling te zien;
- In 2018 is onderscheid gemaakt tussen incidenten m.b.t. agressie en overige incidenten om beter inzicht te krijgen in het aantal meldingen van agressie. Een vergelijking ten opzichte van voorgaande jaren is daarom moeilijk te maken.
- Bij een incident met ernstige of blijvende gevolgen voor de bewoner wordt door de teamleider aan de hand van een Prisma-analyse (Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis) het incident onderzocht en gekeken of er sprake is van een calamiteit. In 2018 zijn nieuwe afspraken gemaakt voor het uitvoeren van een Prisma-analyse: dit wordt alleen gedaan als er sprake is van een ernstig incident of als er nader onderzoek nodig is omdat niet gelijk helder is wat er precies aan de hand is bij een incident. In 2018 is er bij drie incidenten een Prisma-analyse gedaan. Naar aanleiding van twee incidenten is een Prisma team geformeerd onder leiding van de manager Zorg en Welzijn en is een melding gedaan bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugdzorg (IGJ). Beide meldingen hebben geen vervolg gehad vanuit IGJ.

3.4 EIGEN REGIE

In 2018 is er een meerjarenbeleidsplan voor De Gelderhorst. Naast medewerkers, leidinggevenden en stakeholders, zijn ook bewoners betrokken geweest bij de vorming van de toekomstvisie. Deze toekomstvisie heeft de basis gevormd voor het meerjarenbeleidsplan waarin voor de komende jaren (vanaf 2019) meerjarendoelen zijn geformuleerd.

Als doelstelling binnen de dienst Zorg en Welzijn is een doelstelling opgenomen die betrekking heeft op de eigen regie van bewoners: “Wij zijn in staat om in onze begeleiding, zorg-en dienstverlening betekenis te geven aan ‘eigen regie’ en ‘zelfredzaamheid’ in het functioneren van onze bewoners. De betekenis van ‘eigen regie’ en ‘zelfredzaamheid’ voor bewoners zal worden vertaald in concrete activiteiten in de zorgleefplannen van de bewoners (bijvoorbeeld hun actuele situatie, prognose, mogelijkheden, bewustwording zowel bij bewoners als medewerkers). Activiteiten die hierbij zijn benoemd zijn: training in zelfredzaam worden, de introductie van leefstijlprogramma’s (de opstart van het gezondheidsplein) en het werken met ervaringsdeskundigen.

Naast het meedenken door een aantal bewoners bij de toekomstvisie, was er in 2018 ook regelmatig overleg met de cliëntenraad als een vertegenwoordiging van de bewoners.

Voor Zelfstandig Wonen is ook een Bewonerscommissie actief die regelmatig contact had met de bestuurder, manager Facilitaire Diensten en/of de teamleider Extramurale Diensten.

4. WAT VINDEN ONZE BEWONERS: ONDERZOEK CLIËNTENERVARINGEN

Wat gaat goed, en wat kan beter? De Gelderhorst gebruikt diverse instrumenten en methoden om de kwaliteit van zorg te bewaken en tevredenheid van de bewoners te monitoren. Een aantal van deze activiteiten is vooral intern gericht (bijvoorbeeld gesprekken met bewoners over hun ervaringen en wensen), maar de organisatie heeft ook te maken met externe verplichtingen met betrekking tot kwaliteit van zorg. Om deze vragen te beantwoorden is in 2018 een tevredenheidsonderzoek uitgevoerd. Het cliënttevredenheidsonderzoek is in 2018 wederom uitgevoerd door Ipsos Facto. Het cliëntervaringsonderzoek is uitgevoerd bij drie groepen bewoners, op basis van de drie verschillende woonvormen (de Horizon, Zorghuis en Zelfstandig wonen).

4.1 DATAVERZAMELING EN RESPONS

De dataverzameling bestond uit persoonlijke interviews met bewoners en een enquête onder cliëntvertegenwoordigers in geval de bewoner zelf niet in staat was om de vragen te beantwoorden. De interviews zijn gehouden door een aantal medewerkers van De Gelderhorst die de vragen hebben vertaald in Nederlandse Gebarentaal. In totaal hebben 92 respondenten alle vragen beantwoord. Onderstaande tabel geeft de respons per woonvorm (volledige interviews/enquêtes).

Tabel Respons naar woonvorm (in absolute aantallen)

| | aantal respondenten | bewoners | vertegenwoordigers |
|-------------------|---------------------|----------|--------------------|
| Zelfstandig wonen | 40 | 40 | - |
| Het Zorghuis | 41 | 27 | 14 |
| De Horizon | 11 | - | 11 |
| Totaal | 92 | 67 | 25 |

De vragenlijst voor De Gelderhorst is geactualiseerd op basis van ervaringen met de voorgaande onderzoeken en op basis van de meeste recente basisversie van het instrument. Door de aanpassingen is de structuur en volgorde enigszins aangepast, en zijn enkele items vervallen en toegevoegd. De vragenlijst is daarnaast verder aangepast aan kenmerken van elk van de drie doelgroepen. Door deze aanpassingen zijn niet alle vragen door alle respondenten beantwoord; sommige groepen hebben vragen gekregen die specifiek zijn voor hun situatie. In deze rapportage zijn de vragen geselecteerd die door alle respondenten zijn beantwoord (met soms kleine verschillen in de formulering).

4.2 CLIENTEN AAN HET WOORD: RESULTATEN

De bewoners van De Gelderhorst oordelen met name positief over het contact met de eigen contactpersonen voor zorg en activiteiten en de ondersteuning bij autonomie. Over activiteiten en de veiligheid hierbij zijn bewoners relatief het meest tevreden.

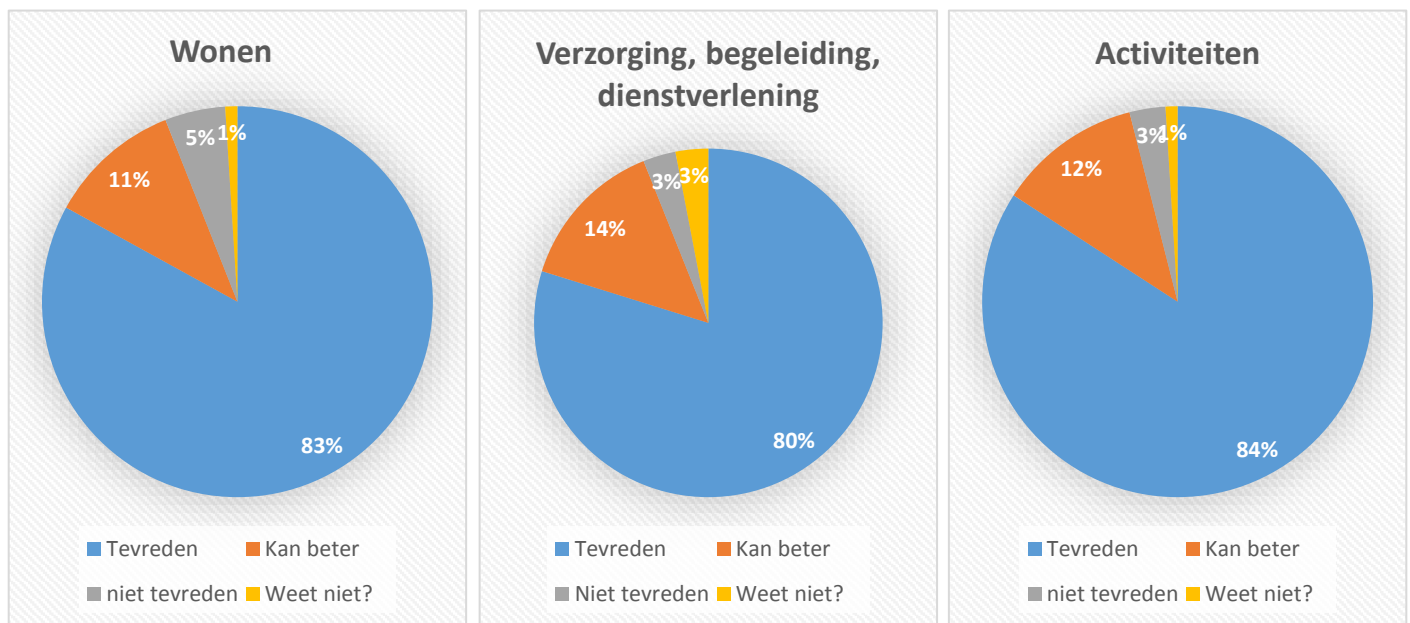
Hoewel het oordeel van de bewoners overwegend positief is, zijn er ook punten van verbetering.

Zo wordt het eten door bijna de helft van de ondervraagden als verbeterpunt benoemd. Daarnaast zijn aanpassingen in de woning, receptie en communicatiemisverstanden minder goed beoordeeld. Deze punten nemen we mee als verbeterpunten naar 2019.

Sommige van deze 'verbeterpunten' kwamen ook in voorgaande onderzoeken naar voren (zoals het oordeel over eten en aanpassingen in de woning). Het kritische oordeel over de receptie is 'nieuw' in vergelijking met vorig jaar.

Kijkend naar het algemene oordeel over de tevredenheid over de thema's wonen, verzorging, begeleiding, dienstverlening en activiteiten is ongeveer 80% van de bewoners tevreden. Het aandeel respondenten dat niet tevreden is, is klein, maximaal 5%.

Algemeen oordeel in termen van tevredenheid:



Er is onderzocht in hoeverre er verschillen bestaan tussen de woonvormen in het gegeven oordeel. Hierbij komt naar voren dat:

- Zelfstandige bewoners relatief positief oordelen over de mate van contact met de Individuele Begeleiders, hulp bij persoonlijke verzorging, stimuleren van zelfstandigheid door medewerkers en het Zorgleefplan (luisteren naar bewoners, aan afspraken houden). Deze groep is relatief kritisch over het eten.
- Bewoners van Het Zorghuis beoordelen minder vaak positief over de eigen woning, de mate van contact met de Individueel Begeleider (IB'er), de tijd die medewerkers voor hen hebben en de technische dienst.
- Bewoners van de Horizon (vertegenwoordigd door hun contactpersoon) oordelen relatief positief over de aanpassingen in de kamer, het eten, de receptie en de technische dienst. Deze groep is relatief minder positief over de schoonmaak en de ondersteuning door medewerkers bij eigen keuzes.

Een uitgebreide samenvatting van de cliënttevredenheidsonderzoek is gepubliceerd op de website van De Gelderhorst.

5. INSPRAAK EN KLACHTEN

Een goede klachtenregeling is belangrijk bij het continu verbeteren van kwaliteit. De geregistreerde klachten en de acties die daarop volgen dragen bij aan kwaliteitsverbetering.

5.1 INSPRAAK

Van het Zorghuis en het verpleeghuis is onvoldoende bekend wat de Cliëntenraad doet. Zelfstandig Wonen is wel bekend met de cliëntenraad, maar weet niet goed wat ze doen, De cliëntenraad zal samen met de communicatie afdelingen zorg moeten dragen voor een betere informatievoorziening

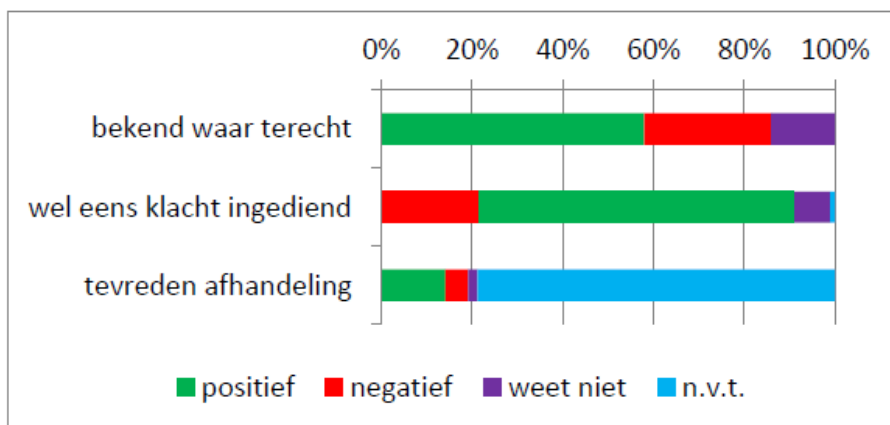
5.2 KLACHTEN

Per december 2018 heeft De Gelderhorst een nieuwe externe klachtenfunctionaris / vertrouwenspersoon. De klachtenfunctionaris is bekend met de Dovenwereld en heeft de functie aangenomen met goedkeuring van de Cliëntenraad.

De bewoner heeft de keus of hij rechtstreeks de externe klachtenfunctionaris benadert, dan wel eerst intern de procedure doorloopt. Bij de interne procedure melden de bewoners de klacht op de afdeling of bij de receptie. 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.

- Ten opzichte van 2017 zijn er minder klachten gemeld: 19 klachten in 2017 ten opzichte van 12 klachten in 2018. Ondanks het feit dat er gekozen is voor een andere wasserij bestaat meer dan de helft (8 van de 12) van de geregistreerde klachten uit 2018, klachten met betrekking tot wasgoed (vermist, kapot, vlek niet verwijderd). De overige klachten hebben te maken met voorzieningen in en rond het gebouw.
- Er zijn geen klachten gemeld bij de externe klachtenfunctionaris/trouwenspersoon
- Vanuit het Client Tevredenheidsonderzoek (CTO) komt naar voren dat ruim de helft van de geïnterviewden weet bij wie ze terecht kunnen indien ze een klacht hebben. Ruim een vijfde heeft wel eens een klacht ingediend (13 personen). 5 van hen zijn tevreden (14% van alle respondenten) over de afhandeling van de klacht en 5 personen zijn niet tevreden (2 anderen hebben geen uitgesproken oordeel).

Bekendheid en gebruik klachtenregeling



5.3 SAMENSPEL IN ZORG EN ONDERSTEUNING (INFORMEEL NETWERK EN VRIJWILLIGERS)

Omdat De Gelderhorst een landelijk centrum is, komen de bewoners uit heel Nederland. Dit betekent dat familie en naastbetrokkenen veelal ver weg wonen. In de praktijk betekent dit dat de contacten minder frequent zijn dan normaal gesproken in de ouderenzorg te verwachten is. Dit brengt met zich mee dat er een groter beroep wordt gedaan op de verzorgenden, begeleiders en maatschappelijk werkers. Vooral als het gaat om de begeleiding bij ziekte en structuur in het dagelijks leven en wanneer er bijvoorbeeld sprake is van bezoek aan een arts.

Als doelstelling in het meerjarenbeleidsplan is opgenomen dat we meer energie gaan steken in het optimaal in verbinding brengen van de bewoners met hun naastbetrokkenen. Hiervoor zullen vanaf 2019 in samenspraak met de afdeling CTA en de Clientenraad acties worden uitgezet.

6. BORGING VAN VEILIGHEID IN ZORG EN ONDERSTEUNING

Mensen met een beperking zijn voor hun veiligheid voor een belangrijk deel afhankelijk van hun naasten en degenen die hen begeleiden en ondersteunen. Zij zijn vaak extra kwetsbaar voor risico's vanwege hun beperkingen. Daarnaast moet niet alleen de bewoner zich veilig voelen, ook de professional/de medewerker.

6.1 ACCURAAT OMGAAN MET AANMERKELIJKE GEZONDHEIDSRISICO'S VAN DE CLIËNT

Bewoners lopen allerlei risico's. Hierbij kan gedacht worden aan vallen, decubitus of depressie. Als er niets aan gedaan wordt, kan dat tot problemen leiden. Het is belangrijk om risico's in een zo vroeg mogelijk stadium te signaleren. Dat gebeurt door voortdurend de bewoner te observeren, maar ook door regelmatig de gezondheidsrisico's in beeld te brengen. Dit gebeurt door de EVV-er voorafgaand aan het halfjaarlijkse MDO. Aan de hand van een uitgebreide lijst worden de gezondheidsrisico's in beeld gebracht. Op deze lijst staan de volgende onderwerpen: decubitus, gewicht, SNAQ-score, vochthuishouding, gezondheidsrisico's ten gevolge van een aandoening, mondzorg, incontinentie en aanwezigheid van een katheter, medicatie- en valincidenten, Tinetti-test i.v.m. valgevaar, probleemgedrag, verslaving, OLD bij dementie, OLPP om de psychische gemoedstoestand te peilen. Indien er vanuit de inventarisatie door de EVV-er gezondheidsrisico's worden gesignaleerd, dan wordt dit besproken in het MDO, waarna de nodige acties worden uitgezet en opgevolgd.

6.2 VEILIG GEBRUIK VAN MEDICATIE

Farmaceutische zorg is een belangrijk onderdeel van het totale zorgproces, waarbij intensief samengewerkt wordt met de behandelaar (Specialist Ouderenzorg of huisarts) en de apotheker. Afgeleid van het toetsingskader medicatie veiligheid van de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) is binnen De Gelderhorst in 2018 een pilot gestart om medicatieveiligheid te vergroten. Hiervoor is een samenwerkingsovereenkomst opgesteld met NControl. NControl levert het softwarepakket NCare waarmee de papieren toedienregistratie vervangen wordt door een digitale toedienregistratie. NCare heeft als doel de kwaliteit en efficiency van de geneesmiddeldistributie, van medicatie voorschrijven tot en met inname van de medicatie, steeds verder te optimaliseren. In juni 2018 is de afdeling de Horizon gestart met een pilot om NCare te implementeren. Hiervoor werd een projectplan geschreven aan de hand waarvan NCare werd geïmplementeerd. Verschillende functionaliteiten zijn ingezet om de medicatie veiligheid te vergroten:

- elektronisch voorschrijven
- digitaal registreren van toedieningen;
- elektronisch bestellen;
- digitaal een dubbele controle uitvoeren op risicovolle medicatie;
- integratie van de BEM-status (Beoordeling Eigen Beheer Medicatie-status) op de digitale toedienlijst.

In september 2018 is de pilot geëvalueerd. Door de goede voorbereidingen en de korte lijnen tussen medewerkers van de apotheek, de betrokken Specialist Ouderenzorg en de medewerkers van de pilotafdeling werden onduidelijkheden en opstartproblemen snel opgelost. Over het algemeen waren alle betrokkenen tevreden over de nieuwe manier van werken. In de loop van het jaar zijn nog acties uitgevoerd om het systeem verder te optimaliseren, het medicatieprotocol te actualiseren en voorbereidingen te treffen voor de implementatie op de overige afdelingen van De Gelderhorst in 2019.

Als doelstelling voor de implementatie van NCare werd genoemd dat de dubbele controle volgens procedure wordt uitgevoerd (is behaald) en dat er minder medicatie-incidenten zouden voorkomen. De afname van het aantal medicatiefouten is niet duidelijk terug te zien op de pilot afdeling. Dit heeft te maken met het feit dat er in de eerste maand problemen waren met het automatisch bestellen van de medicatie. De verwachting is dat er een duidelijker effect zal zijn op het moment dat voor alle bewoners het systeem is ingevoerd.

6.3 VEILIG GEBRUIK VAN MEDISCHE HULPMIDDELEN

Binnen De Gelderhorst wordt gebruikt gemaakt van diverse hulpmiddelen variërend van apparaten voor de metingen van bloedsuikers, bloeddruk, temperatuur zuurstof gehalte. Daarnaast worden tilliften, badliften, morfine pompen, uitzuig apparaten, hoog- laag bedden en douche stoelen gebruikt. Om toezicht op het veilig gebruik te borgen zijn de verschillende categorieën hulpmiddelen ondergebracht technische dienst, commissie fysieke belasting (= fysiotherapeut/ergo coach) en verpleegkundige dienst .

Aanschaf valt onder de verantwoordelijkheid van de budgethouders: manager Zorg en Welzijn en hoofd Facilitaire Diensten.

Door middel van een digitaal bestand is verder in kaart gebracht of hulpmiddelen gehuurd zijn of eigendom is. Alle middelen worden door de verantwoordelijke van de categorie daarin verwerkt. Ook wordt op deze wijze de huurperiode gemonitord.

Wie is waar verantwoordelijk voor:

| | |
|------------------------------|--|
| Technische dienst | Bedden, tilliften, postoeel, weegschalen, hometrainers |
| Commissie Fysieke belasting | Tilmatten en tilliften, glijzeilen, aantrek hulpmiddelen, Onderhoud rolstoelen |
| Verpleegkundige dienst | Glucosemeters, tensiometers, thermometers, uitzuigapparatuur, vernevelaar, zuurstof, infuuspomp, luchtwisselmatrassen. |
| Teamleider Zorghuis | Aanschaf hulpmiddelen |
| Teamleider PG en Psychiatrie | Aanschaf verpleeghuisbedden |

Medewerkers die de hulpmiddelen binnen De Gelderhorst gebruiken, worden geschoold in dit gebruik. De medewerker is zelf verantwoordelijk voor zijn/haar bevoegd- en bekwaamheid om met het hulpmiddel te werken. De medewerker is ook zelf verantwoordelijk voor het up to date houden van zijn/haar kennis en de binnen De Gelderhorst geldende procedures/protocollen. Dit wordt aangeboden door middel van BIG scholing / ergo-scholing / E-learning.

Ook komen de protocollen / procedures voor het gebruik in het kwaliteitshandboek dat voor alle medewerkers via intranet is in te zien.

Daarnaast is de gebruiker ook verantwoordelijk voor het juiste gebruik en het signaleren van defecten en of verminderde onderhoud. De gebruiker moet te allen tijde voorkomen dat de bewoner, de gebruiker zelf en anderen in gevaar komen. Het hoofd Facilitaire Diensten en coördinator Technische Dienst zijn verantwoordelijk voor de periodieke controles van alle hulpmiddelen. Deze periodieke controles worden uitgevoerd door een vaste leverancier. Dit wordt geborgd in keuringsrapporten.

7. BETROKKEN EN VAKBEKWAME MEDEWERKERS

Kwaliteit wordt grotendeels gevormd door betrokken en vakbekwame medewerkers die in gesprek met de bewoner hun werk doen. Hiervoor is niet alleen hun deskundigheid van belang maar ook de betrokkenheid van de medewerkers bij persoonsgerichte zorg voor de bewoners. Deze persoonsgerichte zorg was een van de thema's die binnen de teamreflectie-bijeenkomsten besproken werd.

7.1 DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING

De Gelderhorst is verantwoordelijk voor het aanbieden van relevante scholing om de deskundigheid van medewerkers te bevorderen en te onderhouden.

Binnen De Gelderhorst staat de communicatieve leef- en werkomgeving van de bewoners (en medewerkers) centraal. Vanuit de afdeling Communicatie Training en Advies (CTA) worden (bijscholingen gebarentaal georganiseerd. In 2018 zijn door ruim 50 medewerkers bijscholingen gebarentaal gevolgd op 3 verschillende niveaus (ERK niveau A1, A2 en B1). Het aantal medewerkers dat de bijscholing volgt op niveau B1 blijft gelijk t.o.v. 2017 (ongeveer 35). 15 medewerkers hebben een verdiepingscursus gevolgd (Gebarentaal AB2 of tactiele communicatie).

De afdeling CTA heeft verder een bijdrage geleverd aan een aantal interne opleidingen en cursussen, zoals 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. Ook met het oog op de communicatieve leef- en werkomgeving zijn er introductiebijeenkomsten georganiseerd voor nieuwe vrijwilligers en vakantiekrachten.

In 2018 is de (incompany)opleiding verzorgende C van start gegaan voor een kleine groep medewerkers als mogelijke opstart voor de opleiding verzorgende IG.

Verder heeft De Gelderhorst opnieuw geïnvesteerd in jaarlijks terugkerende scholingen, zoals de BHV-training, transfertrainingen en scholingen op het gebied van verpleegtechnische vaardigheden.

In 2018 werden verder een aantal individuele scholingen gestart: één medewerker startte met de opleiding voor verpleegkundige niveau 4, één medewerker volgde de opleiding maatschappelijke

zorg/specifieke doelgroepen, een medewerker startte de GVP opleiding en een andere medewerker is ingestroomd in een Verzorgende IG-traject.

7.2 TEAMREFLECTIES

Teams kunnen bijdragen aan het leveren van goede kwaliteit. In de teams hebben teamleden zicht op de zorg en het welzijn van de bewoner en zij voelen zich hier ook verantwoordelijk voor. Bij de teamreflectie gaat het om het met elkaar te reflecteren op wat er goed gaat en beter kan bij een bepaald thema.

Voor de teamreflectie werd een apart werkoverleg van 1-1,5 uur gepland. De teamleider is onderdeel van het team tijdens deze bespreking. Onder leiding van de manager Zorg en Welzijn of het hoofd P&O werd per team een thema besproken. Voor 2018 kon door de teamleider gekozen worden uit de volgende thema's:

1. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning
2. Samenwerking;
3. Actueel thema van een team waaraan de voorgaande periode gewerkt is;

7.2.1 PERSOONSGERICHTE ZORG EN ONDERSTEUNING

Binnen de teams van de Regenboog, de Horizon en Kameleon/Vlinder is het thema persoonsgerichte zorg besproken. Er werd aandacht besteed aan punten die ten aanzien van de persoonsgerichte zorg door het team als positief werden beoordeeld: in alle drie de teams kwam naar voren dat het kennen van de behoeften en wensen van de bewoner en het hierop aanpassen van de zorg, begeleiding en activiteiten veel aandacht krijgt. Hierbij wordt uitgegaan van het unieke van de bewoner waardoor er altijd sprake is van maatwerk.

Als verbeteringen werden verschillende punten per team benoemd: op de Regenboog werd aangegeven dat medewerkers meer van vroeger zouden willen weten en hiervoor meer contact met familie zouden willen hebben. Daarnaast is er meer behoefte aan afstemming binnen het eigen team en meer informatie-uitwisseling met andere disciplines.

Voor de Horizon is het stimuleren van de zelfredzaamheid benoemd, naast het maken van een opzet voor bewonersbesprekingen en het vergroten van kennis van ziektebeelden en deze kennis delen.

7.2.2 SAMENWERKING

In team 2 van het Zorghuis werd in december het thema samenwerking gekozen omdat er door langdurige uitval van de zorgcoördinator behoefte was om met elkaar in gesprek te gaan over zaken die in de samenwerking niet goed zouden lopen. Uit dit overleg kwamen een aantal knelpunten naar voren: het roosterproces inclusief de formatie en langdurig zieken, de negatieve sfeer op de afdeling, het missen van aansturing en het niet nakomen van afspraken. Omdat de knelpunten een goede samenwerking in de weg stonden zijn er naar aanleiding van het overleg direct vervolgspraken gemaakt voor begin 2019.

7.2.3 ACTUEEL THEMA

Voor de teams op de etage twee en drie in het Zorghuis werd gekozen om de als thema de evaluatie van de pilot "zelforganisatie" te kiezen. Aanleiding van deze pilot was het vertrek van een van de coördinatoren in het Zorghuis, waarna werd besloten om te werken zonder coördinator. De pilot werd opgezet om meer zelfsturing in te voeren teneinde de verantwoordelijkheid van de medewerkers te vergroten.

Tijdens zelfreflectiebijeenkomsten in november 2018 werd de pilot “zelforganiserende teams” geëvalueerd met de afzonderlijke teams van etage twee en drie (eerder team 1 genoemd).

Tijdens de bijeenkomsten werd er gekeken naar verschillende aspecten van het zelf organiserend werken:

1. Wat gaat er goed?
2. Wat gaat er (nog) niet goed?
3. Wat zien jullie als verantwoordelijkheid van de teamleider?
4. Wat zien jullie als verantwoordelijkheid van de teamleden zelf?

Daarnaast werden een aantal stellingen neergelegd waarbij de teamleden alleen met ja en nee konden antwoorden.

Op de vraag wat er goed gaat, werden onder andere de volgende zaken benoemd:

- meer vaste gezichten voor bewoner waardoor meer bewonersgericht gewerkt wordt; dit punt wordt door alle medewerkers ervaren;
- door beter kennen van de bewoner wordt de kwaliteit van de bewonerszorg verbeterd;
- er vindt betere afstemming plaats tussen de verschillende teamleden;
- meer teamgevoel, korte lijnen, hierdoor makkelijker feedback geven en onderling sneller diensten oplossen;
- er wordt meer feedback gegeven aan elkaar.

Op de vraag wat er (nog) niet goed gaat werden met name zaken rondom het dienstrooster benoemd:

- Altijd dezelfde teamleden die de openstaande diensten oplossen. Wanneer onbekende collega op Psychogeriatric invalt, is er onrust bij bewoners maar ook chaos in de leefomgeving van bewoner.
- Met minder collega's ziekte of vakantie opvangen.
- Gezamenlijk oppakken van de verantwoordelijkheden en de taken verloopt nog niet optimaal.
- Het geven van feedback wordt in de praktijk als lastig of moeilijk ervaren.

Wat uit de evaluaties duidelijk naar voren komt, is de behoefte aan een duidelijk kader (wie is waarvoor verantwoordelijk) en aansturing van de teamleider (bijvoorbeeld eerder ingrijpen bij het rooster zodat er een eerlijke verdeling van diensten is, bewaken van balans werkrooster, doelen bewaken). Daarnaast wordt de zichtbaarheid van de teamleider en de behoefte aan contact benoemd (een luisterend oor, zorg voor rust in het team, vaker te zien zijn op de afdeling, goed contact met team). Op de vraag of er een coördinator terug zou moeten komen geeft bijna iedereen aan dit niet te willen.

Niet binnen ieder team van De Gelderhorst kon prioriteit gegeven worden aan de teamreflectie. Dit had met name te maken met een wijziging in de organisatiestructuur of vertrek van het hoofd Facilitaire zaken waardoor teams te maken kregen met een andere leidinggevende. Dit betrof de teams van de zorg binnen Zelfstandig Wonen, de Receptie, het team van medewerkers Huishouding/ Linnenkamer en de Keuken. Voor deze teams zijn afspraken gemaakt in 2019.

7.3 MTO – ZELFROOSTEREN

Sinds 1 januari 2017 zijn zorginstellingen conform de CAO VVT verplicht medewerkers zelf hun rooster/werktijden vorm te laten geven. In 2016 is De Gelderhorst met deze verplichting aan de slag gegaan.

Begin 2018 heeft het MT van De Gelderhorst aangegeven behoefte te hebben aan een uitgebreide eerstejaarsevaluatie van het zelfroosteren, waarin gekeken is naar wat goed gaat, wat er (nog) niet goed gaat en hoe we verder gaan. Om echt een goed beeld te krijgen over wat er goed gaat en wat niet en vooral wat medewerkers zelf daarvan vinden, is besloten om naast de evaluatie in de werkgroep zelfroosteren, een uitgebreide evaluatie te doen met alle medewerkers die met zelfroosteren te maken hebben. Het MT heeft besloten dit onderwerp als MTO te gebruiken. Vooruitlopend op de uitgebreide evaluatie met de medewerkers, is in juni 2018 wel al afgesproken dat de teamleider voortaan eerder ingrijpt bij open diensten en na 4 uur dat de dienst open staat de dienst aan iemand toewijst (vanwege de druk die te lang openstaande diensten onder medewerkers oplevert). De evaluatie vond plaats door middel van een enquête.

Uit de enquête kwamen 5 aandachtspunten naar voren die in 2019 opgepakt zullen worden:

1. Het feit dat er gewerkt wordt met zogenaamde “minuren” geeft onrust bij medewerkers;
2. Het ingrijpen van de teamleider als een dienst te lang open staat.
3. Het in de praktijk brengen van het begrip “Gezond roosteren”.
4. Knelpunten bij het opstellen van het basisrooster.
5. Onderzoeken of een oproeppool opgericht kan worden.

8. WAT GAAT GOED EN WAT KAN BETER? / VERBETERPUNTEN EN DOELEN

Om kwaliteit te blijven verbeteren is het belangrijk om stil te staan bij wat er goed gaat in de organisatie maar ook wat te verbeteren valt.

In dit kwaliteitsjaarverslag wordt niet alleen teruggekeken naar de verbeterpunten en behaalde resultaten in 2018 maar ook welke verbeterpunten en doelen voor 2019 zijn geformuleerd.

8.1 VERBETERPUNTEN 2018

In het kwaliteitsjaarverslag van 2017 staan voor 2018 een aantal verbeterpunten en doelen gedefinieerd. In onderstaand overzicht staan de resultaten in 2018 benoemd.

| Verbeterpunten | Doelen | Resultaat 2018 |
|--|---|---|
| Algemeen | | |
| Het kwaliteitskader GZ biedt onvoldoende handvatten om de kwaliteit van de organisatie te laten zien | 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. | Het kwaliteitsrapport 2018 zal gebaseerd worden op het format van het kwaliteitsrapport, aangevuld met nieuwe eisen en inzichten (vanuit gesprek met zorgkantoor en voorbeelden van andere organisaties). Concept is klaar in april 2019. |
| Zorgproces | | |
| Doordat de Nederlandse taalvaardigheid van een aantal medewerkers nog niet voldoende is ontwikkeld zijn de rapportages in QIC niet toereikend. | De artsen / verpleegkundigen / verzorgenden beoordelen de rapportages in QIC (het programma waar De Gelderhorst mee werkt) als juist en volledig. | In 2017 en 2018 heeft een groep medewerkers de "Tel mee met Taal" training gevolgd met Nederlandse lessen. Deze training was bedoeld voor medewerkers van wie de voertaal gebarentaal is. Dit traject is in de zomer van 2018 afgerond. Uit de evaluatie is een aantal aandachtspunten gekomen die meegenomen worden in een volgend traject. Doel is nog niet bereikt, verbeterpunt blijft staan. |
| De persoonsgerichte zorg is op het gebied van het realiseren van behoeften en wensen nog te oppervlakkig en verdient verdieping | 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. | Wensen en behoeften van bewoners worden geïnventariseerd in de voorbereiding van het MDO en ook vastgelegd op het voorbereidingsformulier. Deze wensen en behoeften worden vastgelegd in het zorgleefplan (werkplan) van de bewoner. |
| De medicatievoorziening is niet gedigitaliseerd en | Per 1 september 2018 is de volledige medicatievoorziening van de bewoners in het Zorghuis | In september 2018 is de pilot op de verpleeghuisafdeling met betrekking tot het digitaal voorschrijven en |

| | | |
|---|--|---|
| daarmee voldoet De Gelderhorst niet aan de eisen die gelden voor bewoners die de indicatie WLZ met behandeling hebben. | gedigitaliseerd. Dit houdt in dat zowel het voorschrijven als het registreren digitaal zijn. | registreren van medicatie positief geëvalueerd. In Q4 zijn de voorbereidingen getroffen voor de verdere implementatie binnen De Gelderhorst in Q1 2019. |
| Het opname- en wachtlijstbeleid is voor medewerkers niet duidelijk | 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 | Vanuit de interne audit zijn aanbevelingen gedaan voor de werkwijze van de maatschappelijk werkenden. Bestanden van maatschappelijk werk zijn op de juiste manier ingericht en toegankelijk gemaakt voor de betrokkenen. De verslaglegging opnamecommissie is aangepast. |
| Clienttevredenheid | | |
| De verbeterpunten die uit het cliënttevredenheidsonderzoek naar voren komen worden niet gestructureerd omgezet in een verbeterplan waarbij de verbetering wordt gemonitord. | 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. | De verbeterpunten uit het CTO zijn opgenomen in de jaardoelen 2019. Uitkomsten CTO zijn besproken in het MT, met de teamleiders en in de verschillende teams. |
| Zorgkaart wordt door bewoners niet op eigen initiatief ingevuld en wordt door hen niet als kwaliteitsinstrument beschouwd | Het MT stelt in 2018 vast of er een passend alternatief is om de kwaliteit naar buiten te brengen. | Zorgkaart is in 2018 negen maal ingevuld. Bewoners en eerste contactpersonen vullen zorgkaart niet op eigen initiatief in. Omdat dit jaar ook CTO is uitgevoerd is geen extra inspanning hierop uitgevoerd. |
| Zelfreflectie | | |
| De Gelderhorst organiseert haar zelfreflectie niet aan de hand van vooraf vastgestelde thema's | 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. | Het merendeel van de teams heeft de zelfreflectie uitgevoerd. De teamleiders konden hierbij kiezen voor de thema's "persoonsgerichte zorg", "samenwerking" of een actueel thema wat geëvalueerd zou moeten worden. |

8.2 KWALITEITSAUDIT IN 2018

Om te toetsen in hoeverre De Gelderhorst voldoet aan de kwaliteitseisen zijn er verschillende instrumenten ingezet:

- In april 2018 is een QuickScan uitgevoerd door Twynstra Gudde. Er is getoetst in hoeverre De Gelderhorst voldoet aan de eisen die aan kwaliteit worden gesteld, conform het kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Dit omdat er in toenemende mate verpleeghuiszorg wordt geboden binnen De Gelderhorst. De uitkomsten van deze scan zijn gepresenteerd op de themadag Kwaliteit & Veiligheid in aanwezigheid van het MT, de CR, de OR en de Raad van Toezicht.
- Op 17 en 18 mei is er een interne audit gehouden door een extern bureau, Bureau De Bok. Tijdens de audit stonden verschillende thema's centraal: de cyclus van het MDO (multidisciplinair overleg), het opname beleid en het kwaliteitssysteem en -rapportage en kwaliteitshandboek. Op basis van de uitkomsten van de interne audit zijn verbeterpunten geformuleerd.
- Op 17 september heeft de inspectie van het ministerie sociale zaken en werkgelegenheid (SZW) een bezoek gebracht aan De Gelderhorst. Het thema was de fysieke belasting van medewerkers in de zorg. De aandachtspunten uit dit bezoek zijn binnen de gestelde termijn van 6 maanden uitgewerkt.
- In oktober heeft Bureau De Bok een externe audit uitgevoerd. Ditmaal met het doel te beoordelen in hoeverre de aanbevolen verbeteringen vanuit de interne audit zijn aangebracht en in welke mate De Gelderhorst voldoet aan de ISO- kwaliteitsnormen. De externe audit heeft geresulteerd in een "officiële verklaring van een werkend kwaliteitssysteem". Aandachtspunten vanuit deze audit zijn meegenomen in de jaardoelen voor 2019.

Eind 2018 is besloten om voorbereidingen te treffen om in 2019 een officieel kwaliteitskeurmerk te gaan behalen. Hier zijn concrete afspraken over gemaakt.

Daarnaast zal er samenwerking gezocht worden met collega-organisaties om te onderzoeken op welke manier er samengewerkt kan worden op het gebied van het uitvoeren van audits.

8.3 VERBETERPUNTEN EN DOELEN 2019

| Verbeterpunten | Doelen |
|---|--|
| Algemeen | |
| Het kwaliteitshandboek is niet volledig actueel. | Het kwaliteitshandboek is ingedeeld volgens het kwaliteitsmodel van De Gelderhorst. De documenten zijn actueel en volgens een vastgesteld format beschreven. |
| Zorgproces | |
| De medicatie- voorziening is gedeeltelijk gedigitaliseerd. Daarmee voldoet De Gelderhorst niet aan de eisen die gelden voor bewoners die de indicatie WLZ met behandeling hebben. | In 2019 is de volledige medicatievoorziening van de bewoners van De Gelderhorst gedigitaliseerd. |
| Doordat de Nederlandse taalvaardigheid van een aantal medewerkers nog niet voldoende is ontwikkeld zijn de rapportages in QIC niet toereikend. | De artsen / verpleegkundigen / verzorgenden beoordelen de rapportages in QIC (het programma waar De Gelderhorst mee werkt) als juist en volledig. |

| | |
|--|---|
| Clienttevredenheid | |
| De verbeterpunten die uit het cliënttevredenheidsonderzoek naar voren komen werden niet gestructureerd omgezet in een verbeterplan waarbij de verbetering wordt gemonitord. | De verbeterpunten die voortkomen uit het cliënttevredenheidsonderzoek zijn zichtbaar opgenomen in de jaardoelen van 2019. |
| Zelfreflectie | |
| Niet alle teams hebben in 2018 de methodiek van zelfreflectie toegepast. | Alle teams binnen De Gelderhorst hebben een teambijeenkomst in het kader van zelfreflectie gedaan. Voor teams die in 2018 geen zelfreflectie hebben uitgevoerd, zullen in 2019 de thema's persoonsgerichte zorg of samenwerking worden gepland. Daarnaast zullen er voor 2019 nieuwe thema's worden geformuleerd. |
| Zelfroosteren | |
| Uit de enquête zelfroosteren zijn aandachtspunten gekomen die aandacht behoeven. | De aandachtspunten worden in 2019 opgepakt. |
| Samenspel in zorg en ondersteuning | |
| Er wordt een groter beroep gedaan op de verzorgenden, begeleiders en maatschappelijk werkers als het gaat om de begeleiding en structuur in het dagelijks leven vanwege minder frequent contact met naastbetrokkenen van bewoners. | Er worden acties uitgezet voor het optimaal in verbinding brengen van de bewoners met hun naastbetrokkenen. |
| Inspraak en klachten | |
| Er is bij de bewoners onvoldoende bekend wat de cliëntenraad doet. | De Cliëntenraad zal samen met de afdeling CTA zorg dragen voor een betere bekendheid / informatievoorziening. |
| Sommige klachten zijn gebleven na genomen acties. Andere klachten zijn nieuw. | Er wordt gekeken hoe de klachten structureel op te lossen. Nieuwe klachten worden onderzocht |

9. WAT VINDEN DE MEDEZEGGENSCHAPSORGANEN?

Van het rapport over 2017 werd door de organen aangegeven dat de belangrijkste uitdaging voor De Gelderhorst is "het vormgeven van persoonsgerichte zorg": dit wil zeggen:

- 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)

9.1 RAAD VAN TOEZICHT

Net als in 2017 heeft de Raad van Toezicht aangegeven graag door middel van een 'speeddate' met bewoners en medewerkers een beter beeld te willen krijgen van de zorg en begeleiding binnen De Gelderhorst. Voor de speeddate 2018 is als thema "persoonsgerichte zorg" gekozen, een thema wat ook binnen het kwaliteitskader gehandicaptenzorg centraal staat en ook een actueel thema was in de teamreflectie van de verschillende teams.

De centrale vraag bij persoonsgerichte zorg was of de zorgverleners de cliënt en zijn wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen kennen. Voorafgaand aan de speeddate hebben de leden van de commissie Kwaliteit en Veiligheid van de Raad van Toezicht een aantal voorbeeld vragen opgestuurd gekregen, aan de hand waarvan de gesprekken zouden kunnen plaatsvinden.

Op 30 oktober zijn door de leden van de commissie verschillende gesprekken gevoerd. Deze gesprekken zijn zowel met medewerkers (Eerst Verantwoordelijk Verzorgenden vanuit het Zorghuis, een verpleegkundige en verzorgende van de verpleegafdeling de Horizon) als met drie bewoners van het Zorghuis gevoerd. Medewerkers waren doof en horend. Bij de gesprekken was steeds een tolk aanwezig. De gesprekken zijn in een bijzonder open sfeer gevoerd.

Bij de nabespreking gaven de beide leden van de commissie Kwaliteit en Veiligheid aan terug te kijken op een positieve dag. Samenvattend kan gesteld worden, dat er veel aandacht aan de individuele bewoners gegeven wordt en dat hierbij aandacht is voor de verschillende wensen van bewoners. Deze wensen zijn ook in het zorgleefplan van de bewoner opgenomen. Hierbij wordt rekening gehouden met de eigenheid van de bewoners.

Opvallend is de enorme betrokkenheid van de medewerkers waarbij de indruk ontstaat dat de medewerkers soms overvraagd worden (meer uren werken en/of geen nee kunnen zeggen op een vraag van een bewoner). Medewerkers zijn trots op hun werk.

9.2 ONDERNEMINGSRAAD

Ondernemingsraad heeft in juni deelgenomen aan een dag over het thema 'Kwaliteit van zorg'. Aan deze dag hebben ook de Raad van Toezicht, het managementteam en de Cliëntenraad deelgenomen. De Ondernemingsraad heeft onderling afspraken gemaakt over de verdeling van aandachtsgebieden. Ieder OR lid is gekoppeld aan een afdeling, zodat de medewerkers van de betreffende afdeling een vast aanspreekpunt hebben. OR leden hebben ook de taken verdeeld met betrekking tot deelname in werkgroepen. OR leden hebben deelgenomen in werkgroepen omtrent: duurzame inzetbaarheid en verzuim, zelfroosteren, keuze ARBO dienst, ontwikkeling zelfsturende teams, opzet verpleegkundig team, opzet team Zelfstandig Wonen, ontwikkeling Psychogeriatric, Psychiatrie en de invoering van de AVG.

9.3 CLIËNTENRAAD

De Cliëntenraad heeft in juni deelgenomen aan een dag over het thema 'Kwaliteit van zorg'. Aan deze dag hebben ook de Raad van Toezicht, het managementteam en de Ondernemingsraad deelgenomen.

Tijdens de overleggen met de bestuurder zijn verschillende onderwerpen besproken in 2018: de toekomstvisie, nieuwbouw op het terrein van De Gelderhorst en de veiligheid op het terrein, voorbereidingen voor de aanpassingen binnen het bestaande gebouw en de introductie van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

10. CONCLUSIES

De Gelderhorst is een organisatie waar welzijn van de bewoner de allergrootste prioriteit heeft (en heeft gehad). Een tevreden bewoner die zich thuis voelt in De Gelderhorst is een heel belangrijk streven. In de missie is dit als volgt verwoord: 'Het creëren van een passend thuis voor oudere Doven'.

Daarbij is een van onze kernopgaven: 'Het bieden van een breed palet aan zorg en dienstverlening: van ondersteunen bij zelfstandig wonen tot verlenen van complexe zorg'.

Dit is een belangrijke opgave die in 2018 is vastgesteld in de toekomstvisie en het meerjarenbeleid voor de komende vier jaar. Alle organisatieonderdelen hebben in hun meerjarenbeleid doelen geformuleerd die gericht zijn op het realiseren van deze kernopgaven.

De keuzes die, in de afgelopen twee jaar, organisatie breed zijn gemaakt om kwaliteit van zorg en welzijn te optimaliseren zijn gericht op:

- Strategie: in de nieuwe toekomstvisie en het meerjarenbeleid heeft de kwaliteit van de begeleiding, de zorg en verpleging een belangrijke plek, de gebouwen worden beter ingericht op het leveren van (verpleegkundige) zorg en persoonsgerichte begeleiding
- Structuur: de organisatie heeft een dienst Zorg & Welzijn met een manager met een zorgachtergrond en er is een medewerker Kwaliteit & Veiligheid benoemd
- Systemen: er wordt gewerkt aan het behalen van een kwaliteitscertificaat, er is een planning- en controle cyclus ingevoerd waarin evalueren/toetsen/aanpassen en borgen van doelen en acties centraal staan en het kwaliteitshandboek heeft een make over ondergaan die de bruikbaarheid ervan sterk hebben verbeterd
- Cultuur: personeel en bewoners worden nadrukkelijker dan voorheen betrokken bij de beleidsontwikkeling. En er is structureel aandacht gekomen voor reflectie van leiding en medewerkers op het handelen in de organisatie
- Personeel: de organisatie biedt een ontwikkelingsgerichte werkomgeving voor (potentiele) medewerkers met het doel onderscheidend te blijven. Daarmee kan zij goed anticiperen op de arbeidsmarkt problematiek
- Management: er is in 2018 gestart met het ontwikkelen van een gemeenschappelijke opvatting over leiderschap. Dit zal in belangrijke mate bijdragen aan het realiseren van het proces dat leidt tot een optimale kwaliteit van zorg en welzijn voor bewoners en medewerkers.

Alle organisatieonderdelen hebben in 2018 prioriteit gegeven aan het leggen van een fundament voor het leveren van goede kwaliteit van zorg en welzijn. Er wordt letterlijk en figuurlijk veel gebouwd: er wordt 'gepland en gedaan'. Dit begint te leiden tot 'evalueren, aanpassen en borgen' (PDCA). In voorliggend rapport gaat het evenals in het rapport over 2017 nog veelal over activiteiten en processen. Het blijkt lastig te zijn om op alle thema's concrete effecten te benoemen. De vooruitgang t.o.v. het vorige jaar komt wel naar voren.

Een heel belangrijke eerste conclusie is dat leiding en medewerkers op alle niveaus in de organisatie heel bewust werken aan het behalen van een goede kwaliteit van zorg en welzijn. Een tweede conclusie dat de organisatie en de processen langzaam maar zeker een stevig fundament vormen. Dit is de basis voor de uitvoering van het meerjarenbeleid.

Samengevat kan worden gesteld dat De Gelderhorst goede en veilige zorg biedt. De Gelderhorst heeft in 2018 weliswaar twee incidenten gemeld aan IGJ maar deze zijn adequaat en naar tevredenheid van de inspectie afgehandeld. 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. De organisatie is in staat om binnen de afgesproken financiële kaders zorg te geven aan onze bewoners en ons personeelsbestand is nog steeds op orde. Ook handelt de organisatie conform de Governance code. De externe kwaliteitsauditor heeft aanbevelingen gedaan voor verbetering maar heeft voor 2018 wederom een verklaring afgegeven waarin staat dat de organisatie een goedwerkend kwaliteitssysteem heeft.

BIJLAGEN

Naast de bovengenoemde thema's bevat het definitieve kwaliteitsrapport de volgende onderdelen:

- Balance Score Card 2018
- Clientenversie van het kwaliteitsrapport

Managementrapportage - Balanced Scorecard

| Onderdeel 1 | | | | | | Kwaliteit van Zorg |
|--|------------|-------------|-------|-------|--------------------|---|
| Onderwerp | (per jaar) | Per periode | | | % | uitleg |
| | <I= | 1 | 2 | 3 | afwijking tov norm | |
| Melding Incident Client (MIC) | | | | | | |
| Bijna val-incident | 40 | 7 | 5 | 4 | 40% | Bijna valincidenten worden weinig gemeld. Onduidelijk is of de bijna valincidenten niet als bijna incident worden herkend. |
| Val incident | 200 | 49 | 51 | 40 | 70% | Ten opzichte van voorgaand jaar een vermindering. |
| Medicijnincident (% van deelmomenten) | 0,15% | 0,21% | 0,13% | 0,08% | 0,01% | P1.: weigering medicatie wordt niet meer als MIC melding geregistreerd; hiervoor zijn andere afspraken gemaakt. P2 Effect pilot digitaal voorschrijven nog niet zichtbaar. P3 Daling medicatiefouten pilotafdeling. Meeste meldingen in zorghuis. |
| Verpleegtechnisch handelen incident | 12 | 5 | 5 | 2 | | P1.: een incident mbt verpleegtechnisch handelen wordt door de teamleider nader onderzocht en besproken met betrokken medewerker P2 er wordt nu ook meer gemeld als afspraken mbt verpleegtechnische handelingen niet worden nagekomen |
| Agressie | 45 | 8 | 4 | 2 | 31% | P1.: in 2018 worden incidenten waar agressie speelt gesplitst van de overige incidenten om een beter beeld te krijgen |
| Overige incidenten | 15 | 7 | 9 | 6 | 147% | |
| Prisma analyses | 12 | 1 | 1 | 1 | 25% | P1: Er is een nieuwe afspraak gemaakt tav de inzet van de prisma. Nu alleen bij een calamiteit en bij aarzelingen over de oorzaak van een incident. In periode 2 is een prisma-analyse gemaakt nav een calamiteit. P2: Ernstige calamiteit gemeld bij inspectie. P3 Wederom een calamiteit gemeld bij de inspectie. |
| Melding bij inspectie | 0 | 0 | 1 | 1 | 200% | Zowel in P2 en P3 is een calamiteit gemeld bij de inspectie. |
| Klachten | | | | | | |
| Klachten van cliënten | 20 | 7 | 2 | 3 | 60% | P. 1: Klachten eerste periode betrekking op de wasserij en kleding (vermissing kledingstuk, gat bij terugkeer wasserij) P2.: eenmaal was en eenmaal nieuwbouw. P3 Een tweetal melding had te maken met bouwtechnische zaken (veiligheid terrein en kapotte lift). Worden opgepakt door de manager facilitaire zaken. |
| Melding Incident Medewerker (MIM) | | | | | | |
| Medewerker-medewerker | 0 | | | | | |
| | | | | | | P1: veel meldingen van agressief gedrag van de client. Dit lijkt het gevolg van de mentale achteruitgang van veel cliënten. Gekeken zal worden naar workshops voor medewerkers hoe om te gaan met (gedrag behorend bij) dementie en/of psychiatrische ziektebeelden. P2: meldingen voornamelijk m.b.t. agressief/ongewenst gedrag van cliënten. Er is lering uit getrokken hoe hier het beste mee omgegaan kan worden om te voorkomen dat de medewerker geraakt wordt en er vervelende gevolgen van ondervindt. P3: Flink afname van meldingen. De teamleiders zal worden gevraagd of ze dit herkennen. In Arbocommissie afgesproken beleid MIM-meldingen te actualiseren en weer onder de aandacht van medewerkers te brengen. |
| Clïent-medewerker | 50 | 17 | 3 | | 60% | |
| Arbo-omstandigheden-medewerker | 5 | | 1 | 1 | 60% | P2: natte vloer waardoor medewerker is uitgleden. Attentiebordje wordt neergezet. P3: slechts 1 melding waarbij medewerker achter een elastiek met sluithaak van een rolcontainer is blijven hangen en gevallen. Medewerkers zorgen voortaan dat elastieken vastgezet worden. |

| Onderdeel 2 | | | | | P&O en CTA | |
|--|------------|-------------|--------|---------|-------------------------|--|
| Onderwerp | (per jaar) | per periode | | | afwijking tov periode 3 | uitleg |
| | Norm <= 1 | 2 | 3 | | | |
| HRM-zaken | | | | | | |
| Ziekteverzuim incl zwangerschap | 8,0% | 8,41% | 7,00% | 8,12% | 0,12% | P2: aantal medewerkers die verzuimden vanwege zwangerschap inmiddels bevallen. P3: percentage volgens prognose |
| Ziekteverzuim excl zwangerschap | 7,0% | 8,38% | 5,40% | 7,11% | 0,11% | P2: traditioneel in zomermaanden lager verzuim dan de andere periode vanwege de vakantieperiode. Daarnaast heeft verzuimbeheersing de aandacht van leidinggevend. P3: relatief hoger verzuim keuken/restaurant en team 2. Dit heeft de aandacht. Totale percentage is volgens prognose |
| Verzuim naar duur 1-14 dagen | 1,3% | 2,16% | 0,58% | 0,93% | -0,37% | P2: net als meldingsfrequentie dit percentage deze periode lager, vanwege vakantiemaanden. |
| Verzuim naar duur 15-31 dagen | 2,1% | 1,93% | 0,09% | 3,96% | 1,86% | P2: percentage lager vanwege de vakantiemaanden P3: Percentage flink hoger. Veel onrust in een zorgteam en de keuken. Een aantal langdurige ziektegevallen in die teams. Er is vanuit het management aandacht voor de teams en er wordt aan oplossingen gewerkt. |
| Verzuim naar duur 32-365 dagen | 2,2% | 4,00% | 4,73% | 1,50% | -0,70% | p2: in de zomer/vakantiemaanden heb je vooral te maken met langdurig verzuim. Binnen GH is dit de categorie waar extra aandacht voor is aan gewerkt zal worden met nieuwe arbodienst(verlening). P3: percentage flink gedaald. Een medewerker het 2e ziektejaar ingegaan. |
| Verzuim naar duur >= 366 dagen | 1,5% | 0,28% | 0,00% | 0,72% | -0,78% | P2: geen ziektegevallen in deze categorie P3: 1medewerker is het 2e ziektejaar ingegaan, maar bezig met een re-integratietraject en inmiddels 60% hersteld. |
| Frequent verzuim | 1,3% | 1,89% | 0,28% | 1,24% | -0,06% | P2: percentage lager vanwege de vakantiemaanden P3: meldingsfrequentie ligt weer hoger, maar niet veel boven de prognose. In 2019 zal er met nieuwe arbodienst aandacht aan de meldingsfrequentie besteed worden |
| Formatie in loondienst in FTE | 120 | 111,88 | 112,98 | 111,81 | 8,19 | P2/3: de ruimte om extra medewerkers aan te nemen is (nog) niet gebruikt. Er is krapte op de arbeidsmarkt en er wordt nog gewerkt aan een formatieplanning zodat helder is wat we nog precies nodig hebben. |
| Aantal medewerkers | 180 | 181 | 184 | 184 | 4,00 | P2: Er is een aantal vakantiewerkers dat het werk goed gedaan heeft aangenomen met een klein contract als weekendhulp. P3: aantal medewerkers in 3e periode gelijk gebleven |
| Medewerkers Doof/slechthorend | 60 | 66 | 64 | 66 | 6,00 | P2/3: we blijven kritisch kijken naar sollicitanten, waarbij bij gelijke geschiktheid doofheid en gebarentaalvaardigheid een pre is. |
| Stagiaires, Bollers-BBL-ers | 0 | 10 | 8 | 6 | 6,00 | P1/2: eigen 'klasje' BBL'ers opleiding verzorgende C. Inmiddels 2 gestopt vanwege drukte en combinatie werk/gezin/opleiding. P3: ook in de 3e periode zijn twee studenten gestopt. De overgebleven 6 zullen de opleiding begin 2019 afronden |
| Communicatie met de doelgroep | | | | | afwijking tov norm | |
| Cursustraject 1e jaar begonnen <3 mnd. | 100% | 100,00% | 80,00% | 100,00% | | P3: 2 nieuwe medewerkers in periode 3: beide gestart met basistraject |
| Cursustraject 1e jaar afgerond | 90% | 100,00% | 50,00% | 100,00% | 10,0% | P3: 10 mdw in P3 2017 gestart; allen hebben het basistraject binnen 1 jaar afgerond |
| Gebarentaalvaardigheid AB3 | 42 | 40 | 44 | 44,00 | 2 | P3: geen aanbod cursus AB2 in periode 3 |
| Gebarentaalvaardigheid B1 | 38 | 35 | 35 | 36,00 | -2 | P3: alle 35 medewerkers die zich hebben ingeschreven voor de cursus op dit niveau hebben die daadwerkelijk gevolgd |