

Van: meldpunt@igz.nl
Aan: [Dienstpostbus IGZ Utrecht](#)
Onderwerp: 1707 5789, Resultaatverslag aanwijzing Careyn d.d. 7-11-2016, uw kenmerk 2016-1346122/V1012
Datum: maandag 31 juli 2017 16:38:37
Bijlagen: [17126MMmb IGZ Begeleidend schrijven resultaatverslag.pdf](#)
[1. Careyn resultaatverslag IGZ 31-07-2017 Def.pdf](#)
[2. Resultaatrapportage IGZ deel II Status per locatie 31-07-2017 - Def.pdf](#)
[Resultaatverslag aanwijzing Careyn d.d. 7-11-2016, uw kenmerk 2016-1346122 V1012504 \[REDACTED\].eml](#)

Bijgaand bericht inboeken svp.

Afdeling: V&V
 Team: RT
 Hoort bij VGR nummer: 1012504

Met vriendelijke groet,

Mevrouw [REDACTED] <meldpunt@igz.nl>

31-07-2017 16:20 Mailimport.: Sender: [REDACTED]@careyn.nl

Date sent: Jul 31, 2017 4:20 PM

To: "meldpunt@igz.nl" <meldpunt@igz.nl>

Subject: Resultaatverslag aanwijzing Careyn d.d. 7-11-2016, uw kenmerk 2016-1346122/V1012504/[REDACTED]

Bijgaand bericht is bestemd voor mevrouw drs. A.M.M. Jonkers, hoofdinspecteur:

Geachte mevrouw Jonkers,

Namens de Raad van Bestuur stuur ik u bijgaand het resultaatverslag Kwaliteit & Veiligheid, volgens de aanwijzing d.d. 7 november 2016.

Deze rapportage is vandaag eveneens per post verstuurd.

Met vriendelijke groet,

[REDACTED]
 Bestuurssecretariaat Careyn
 Secretaresse van Jacqueline Scheidsbach, Ton Zwinkels en Ton de Klerk

T extern: (030) 2 588 103

T intern: 588 103

[REDACTED]@careyn.nl

P: Postbus 900, 3100 AX Schiedam

Dit e-mailbericht en enige bijlage is uitsluitend bestemd voor de geadresseerde(n). In dit bericht vervatte opvattingen of meningen zijn die van de schrijver en niet per definitie die van Careyn. Is dit bericht niet voor u bestemd, dan wordt u vriendelijk verzocht dit aan de afzender te melden, het bericht te vernietigen, de inhoud niet te gebruiken en niet onder derden te verspreiden. Careyn is niet verantwoordelijk of aansprakelijk voor het onjuist, onvolledig en/of niet-tijdig versturen en ontvangen van de inhoud van dit bericht of voor eventuele gevolgen hiervan. Careyn is niet aansprakelijk voor virussen in dit e-mailbericht en/of enige bijlage. Voor informatie over Careyn raadpleegt u www.careyn.nl



Careyn

Inspectie voor de Gezondheidszorg
t.a.v. mevrouw drs. A.M.M. Jonkers, hoofdinspecteur
Postbus 2518
6401 DH HEERLEN

Raad van Bestuur
Neckardreef 6
3562 CN Utrecht

Postbus 900
3100 AX Schiedam

Telefoon:
030 2588101
030 2588102
030 2588103

www.careyn.nl

Utrecht, 31 juli 2017

Betreft: Resultaatverslag aanwijzing Careyn d.d. 7-11-2016,
uw kenmerk 2016-1346122/V1012504/

In behandeling bij:
M. Meerdink
Voorzitter Raad van Bestuur

Doorkiesnummer:
030-2588101

Ons kenmerk:
17126/MM/mb

Uw kenmerk:
2016-1346122/
V1012504/

Geachte mevrouw Jonkers,

Conform de aanwijzing d.d. 7 november 2016 ontvangt u hierbij ons
resultaatverslag Kwaliteit & Veiligheid. Eveneens ontvangt u separaat het deel II:
status per locatie. Hierin wordt de voortgang per locatie weergegeven.

Deze rapportage hebben wij u eveneens per mail toegezonden.

Met vriendelijke groet,



M.W. Meerdink
Voorzitter Raad van Bestuur

Resultaatrapportage IGZ

Kwaliteit & Veiligheid

Datum : 31-07-2017
Status : definitief



Samen werkt 't beter

Inhoudsopgave

1. Inleiding	3
2. Status per thema	5
2.1 Cliëntdossier.....	5
2.2 Deskundigheid en inzet medewerkers	8
2.3 Sturen op kwaliteit en veiligheid	11
2.4 Goed bestuur	13
3. Conclusie en vervolgstappen door de Raad van Bestuur	16
Bijlage 1. Totaalrapportage interne audits d.d. juli 2017 (1-meting)	18
Bijlage 2. Totaalrapportage interne audits d.d. februari 2017 (0-meting)	21

1. Inleiding

Voorliggende notitie heeft als doel om te rapporteren over de stand van zaken op het gebied van kwaliteit en veiligheid binnen Careyn op basis van de aanwijzing afgegeven door de Inspectie voor de Gezondheidszorg op 7 november 2016. Careyn heeft negen maanden de tijd gekregen om verbeteringen door te voeren en deze periode wordt afgesloten op 1 augustus 2017. Dit verslag geeft aan wat de resultaten zijn van een intensief verbeteringsprogramma dat direct na de aanwijzing is opgestart binnen de organisatie.

Careyn heeft het moeilijk

Het ingezette transitieprogramma in de periode 2014-2016 gericht op gezonde bedrijfsvoering heeft helaas een negatieve uitwerking gehad op het gebied van kwaliteit en veiligheid binnen Careyn. De optimalisatie van processen en financiën is ten koste gegaan van de inzet en deskundigheid van medewerkers en de tijd en aandacht voor de cliënt. Het sturen op kwaliteit is teveel op de achtergrond geraakt.

Dit heeft uiteindelijk geleid tot een aanwijzing van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: IGZ). De aanwijzing, gedateerd 7 november 2016, richtte zich op vier thema's:

1. Cliëntdossier
2. Inzet en deskundigheid medewerkers
3. Sturen op kwaliteit en veiligheid
4. Goed bestuur

Careyn wisselde van bestuursvoorzitter. Er werd een tijdelijk voorzitter Raad van Bestuur aangesteld zodat de Raad van Toezicht op zoek kon naar een opvolger voor de vertrokken voorzitter. Onder leiding van deze tijdelijke voorzitter werd een programmamanager en later een directeur kwaliteit & veiligheid a.i. aangesteld en werd een noodstructuur met een regieteam op niveau van regiomanagers, behandelaars en stafmedewerkers en een stuurgroep op directie/RvB niveau ingericht waarmee Careyn de benodigde stappen kon gaan zetten. Er werden specifiek eigenaren benoemd per thema en zo nodig projectgroepen gevormd. De focus ligt op de zorg intramuraal.

Negen maanden na de aanwijzing heeft Careyn flinke stappen gezet. De eerste resultaten worden zichtbaar. De besturingsfilosofie is gekanteld van financieel gedreven naar waarde gedreven zorgsturing. De gevoelde 'ontreddering' in de organisatie slaat om naar een voorzichtig positieve proactieve houding. Zo zien we een voorzichtige daling in het verzuimpercentage zichtbaar worden. De centrale en decentrale organisatie zijn meer in verbinding gekomen, wat leidt tot meer transparantie.

Deze resultaten zijn behaald door het op orde brengen van randvoorwaarden, om zo een duurzame kwaliteitsslag te kunnen borgen. Een aantal tastbare voorbeelden hiervan:

- Er zijn locatieverantwoordelijken aangesteld, zodat de teams weer een aanspreekpunt dichtbij hebben.
- De bezetting kwaliteitsverpleegkundigen zijn boven formatief gesteld, zodat zij zich volledig kunnen richten op het coachen en helpen van de teams om de juiste dingen te doen.
- Er zijn extra mobiele skillslabs ingericht zodat medewerkers dichtbij hun werkplek trainingen kunnen volgen.
- Er zijn wijzigingen in managementposities (district directeuren, Raad van Bestuur, HR, kwaliteit) doorgevoerd.

Tevens is Careyn aan de slag gegaan met specifieke verbeterpunten voortkomend uit de bevindingen van eerdere IGZ-bezoeken gericht op de 28 veldnormen. Team Zorgaudits heeft het verbeterproces continu geaudit en gezorgd voor stuurinformatie tot op locatieniveau.

Maar we zijn er nog niet.

Onze grootste zorg zit op het personeelsvlak. Het is en blijft een grote uitdaging om voldoende en deskundig zorgpersoneel aan te trekken, in te zetten en te houden. De arbeidsmarkt is krap, de concurrentie is groot, het imago van Careyn heeft schade opgelopen. Vooral medewerkers met

deskundigheidsniveau 3 IG en 4 zijn erg lastig te vinden. Daarnaast is de leeftijdsopbouw en aantal medewerkers die in toenemende mate de pensioengerechtigde leeftijd bereiken, reden tot zorg met betrekking tot formatie en deskundigheid. Er is afgelopen jaren weinig aandacht besteed aan het continu en gestructureerd blijven ontwikkelen van de eigen deskundigheid ten behoeve van goede cliëntzorg. Redenen hiervoor zijn onder andere de snelle implementatie van Professioneel Sturen en (te) hoge werkdruk. Het blijven aansporen en aanspreken van medewerkers om de benodigde scholing te doen is, in de fase waarin Careyn zich bevindt, nodig om de gestelde doelen te realiseren.

De in- en exclusiecriteria verdienen daarnaast de grootste aandacht. Gezien de steeds complexer wordende zorgvraag zullen we een goede afweging moeten maken welke cliënt we op welke locatie kunnen helpen met welk beschikbaar personeel.

Het betreft een cultuur- en mentaliteitsomslag waarbij een ieder, management en zorgteams zich zelf verantwoordelijk voelen voor goede zorg, plezier in het werk en gezond bedrijf. Een cultuurverandering kost tijd. Focus op goede zorg en plezier in het werk, zonder daarmee het belang van gezonde bedrijfsvoering uit het oog te verliezen, moet gemeengoed worden. Het is een verantwoordelijkheid van de lijnorganisatie.

Een volledige opsomming van behaalde resultaten en openstaande punten leest u in voorliggend resultaatverslag. Wij houden de volgorde aan van de aanwijzing van de IGZ en sluiten af met een conclusie en te nemen vervolgstappen door de raad van bestuur. De status is per thema uit de aanwijzing weergegeven. In de bijlagen vindt u de resultaten van de 0-meting en de 1-meting van Team Zorgaudits. In een separaat document ontvangt u de status en aanvullende details op locatieniveau van alle locaties van Careyn.

Marco Meerdink,
Voorzitter Raad van Bestuur
Careyn

2. Status per thema

2.1 Cliëntdossier

Bevindingen van de IGZ

- Naast het ECD wordt gebruik gemaakt van papieren dossierdelen; deze bleken zeer vaak niet actueel te zijn.
- Het gemis van actuele informatie knelt extra voor verzorgenden die invallen; zij hebben in de dagelijkse praktijk geen (tijdige) toegang tot het ECD, waardoor geen aantekeningen over de zorgverlening worden gemaakt.
- Het cliëntdossier ondersteunt onvoldoende het methodisch en cliëntgericht werken.
- Periodieke evaluaties van het multidisciplinaire zorgaanbod en het naleven van gemaakte afspraken om zorgdoelen te bereiken zijn onvoldoende navolgbaar in dagrapportage.
- Het is niet voldoende duidelijk dat de cliënt (of diens vertegenwoordiger) voldoende betrokken is geweest bij het maken van zorgafspraken.

Opvolging door Careyn

Careyn streeft naar 100% digitale dossiervoering. Een digitaal dossier is:

- minder foutgevoelig doordat elke medewerker met dezelfde versie van het dossier werkt (geen verschillende versies papieren dossiers meer);
- actueel doordat elke medewerker rechtstreeks in het brondossier registreert;
- ondersteunend aan methodisch en doelgericht werken en registreren; en
- overzichtelijker in gebruik.

Hiervoor is het nodig dat medewerkers over tablets en/of computers met internetverbinding beschikken waarmee zij te allen tijde een dossier kunnen inzien en bijwerken. Men moet dus ook een tablet/computer weten te hanteren. Daarnaast spelen houding en gedrag een belangrijke rol; een goed dossier staat of valt bij de wil om een dossier goed bij te houden en de motivatie om doelgericht te formuleren. Hier spelen zowel tijd (om te leren) en prioriteit (gevoed door collega's, kwaliteitsverpleegkundigen, artsen en locatieverantwoordelijken) een rol. Het digitale dossier moet voldoende veilig zijn zodat niet iedere passant het dossier kan openen, maar moet wel toegankelijk zijn voor alle directe zorgverleners inclusief invalkrachten.

THEMA: Cliëntdossier	
Doel	Status d.d. 1 augustus 2017
1. Iedere cliënt beschikt over een compleet en actueel dossier	GEREED • Het elektronisch cliëntendossier (hierna: ECD) is meer ondersteunend aan het cliëntproces gemaakt, onder andere door middel van een nieuw format zorgleefplan welke stimuleert om doelgericht te rapporteren. De verbeteringen t.o.v. de eerdere situatie betreffen: - Bij iedere cliënt is de levensgeschiedenis beschreven - Het aantal doelen afgestemd op individuele bewoner is verminderd, waardoor het makkelijker is geworden om regelmatig te rapporteren op afspraken en doelen. Er is een instructie (Careyn Intramuraal- Professioneel rapporteren) verstrekt aan de zorgmedewerkers en behandelaren als handvat om te rapporteren, hierin wordt onder andere extra aandacht gevraagd voor het minimaal 1x per week te rapporteren op de doelen in het zorgleefplan. - Er is meer samenhang tussen dossieronderdelen bewerkstelligd door nieuwe functies die de medewerker helpen om volledig en actueel te zijn in het dossier, ook zijn de vragenlijsten anders

	geformuleerd zodat de samenhang duidelijker wordt aangaande risicosignalering en het ZLP. - De registratielast van medewerkers is verminderd. - Minder formulieren, meer aandacht voor onze bewoner. Het systeem is geoptimaliseerd, elk cliëntdossier moet worden overgezet naar de 'nieuwe' stijl. Hiervoor wordt de zorgleefplan (hierna: ZLP)-evaluatie in het halfjaarlijkse MDO gebruikt. De familieleden/vertegenwoordigers en eventueel de cliënt zelf worden uitgenodigd voor het zorgleefplangesprek. Het toegevoegde evaluatieformulier met hierop de afspraken wordt ondertekend door cliënt, familieleden of cliëntvertegenwoordigers waardoor betrokkenheid is geborgd. • Sinds juni 2017 beschikt iedere afdeling over minimaal één afdelingstablet (1 tablet per 4 bewoners). Gemiddeld heeft iedere afdeling zo'n 4 à 5 tablets. Minimaal 1 tablet bevat 4G, voor het geval dat de WIFI uitvalt. Daar waar nu op locatie problemen zijn met de WIFI-verbinding worden zo spoedig mogelijk extra 4 G kaarten geïnstalleerd in de tablets. In de praktijk blijkt dat het werken met tablets niet overal even goed van de grond komt, dit vereist vaardigheden die onze medewerkers zich nog nader eigen moeten maken. Om dit te ondersteunen worden scholingen georganiseerd. • IN ONTWIKKELING - 60% van de cliëntdossiers is omgezet naar de 'nieuwe' stijl. 100% gereed wordt op 31-10 verwacht. Districten DWO/NWN en ZHEBRA zijn voor 90% klaar met het omzetten van cliëntdossiers oude naar 'nieuwe' stijl. Het lijnmanagement heeft deze actie met prioriteit opgepakt in nauwe samenwerking met de kwaliteitsverpleegkundigen. - Districten CUW en CUS zijn volop bezig met het omzetten van cliëntdossiers oude naar 'nieuwe' stijl. Zij verwachten een langere doorlooptijd nodig te hebben (tot in het najaar). Dit heeft te maken met vertraagde start door instabiele lokale situaties (personeelstekort, hoog ziekteverzuim, ontbreken lijnmanagement) en ander gekozen prioriteitsstelling in hoeveelheid der dingen door lijnmanagement. In het najaar start een pilot met het openzetten van het Clientportaal, waarbij familieleden direct inzage hebben in de dagelijkse rapportage. - • 20% van de papieren <i>afpraak is afspraak</i> formulieren zijn uit gefaseerd, door middel van inzet tablets, 100% gereed wordt medio 2018 verwacht. • Er is er een PDCA kwaliteitscheck in ontwikkeling. Hiermee kan de kwaliteitsverpleegkundige over zijn/haar afdelingen zowel kwantitatief als kwalitatief checken hoe de dossiervoering ervoor staat. Ook zien zij een verbetering of verslechtering -op basis van een trendanalyse- over de afdeling. Het kwantitatieve onderdeel is gereed; het kwalitatieve deel is nog in ontwikkeling. Planning: Q3 2017 gereed en in gebruik. NOG OP TE STARTEN • Optimaliseren en digitaliseren uitvoeringverzoeken arts. Planning Q3 2017.
2. Cliëntdossiers zijn op alle momenten voor de zorgverleners die direct betrokken zijn bij de zorgverlening toegankelijk.	GEREED • Iedere vaste medewerker is geautoriseerd tot het ECD en heeft daarmee (systeemtechnisch) toegang tot het digitale cliëntdossier. • Iedere DUO-zorg medewerkers (hoofdleverancier van invalmedewerkers) is geautoriseerd tot het ECD en heeft daarmee (systeemtechnisch) toegang tot het digitale cliëntdossier.

	IN ONTWIKKELING - De toegankelijkheid van het ECD voor uitzendkrachten is verbeterd door het sneller toekennen van autorisatie voor toegang (autorisatie binnen 3 werkdagen). Tevens kunnen uitzendkrachten gebruikmaken van de afdelingstablets waardoor het printen van de 'afspraak' lijst niet meer nodig is. In de praktijk werkt dit echter niet overal even goed. Het werken met de tablets vereist vaardigheden die onze medewerkers nog nader eigen moeten maken. In de teams waar printen nog noodzakelijk is, is tijdens de audits extra oplettendheid waargenomen voor actualisatie van documenten. - Naast autorisatie speelt gedrag ook een rol. Uitzendkrachten / teams missen soms nog de vaardigheden om de autorisatie aan te vragen, daarmee in te loggen en gebruik te maken van het ECD. Hiervoor is een campagne gestart via intranet en posters. Tevens is een instructieboekje gemaakt hoe te werken met de tablet én hoe belangrijke cliëntinformatie in het ECD te vinden. Er zijn twee versies: één voor invalartsen én één voor de invalmedewerker zorg. - Medewerkers worden m.b.v. training on the job (door kwaliteitsverpleegkundigen en stafondersteuning) geholpen om te werken met het ECD (systeemtechnisch en inhoudelijk op doelgericht rapporteren).
3. Ieder cliëntdossier bevat een logisch verband tussen enerzijds de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt en anderzijds de invulling van de zorg en behandeling.	GEREED - Het elektronisch cliëntendossier (hierna: ECD) is klantvriendelijker gemaakt, onder andere door gebruik van de takenfunctie. Hiermee kan een taak voor een bepaalde periode 'vastgezet' op het cliëntdashboard. Zo wordt de (inval)medewerker geholpen waar hij/zij op moet rapporteren in opdracht van een Specialist Ouderengeneeskunde (SO). Ter illustratie: de SO kan een opdracht geven aan de teams om de aankomende week elke dag te rapporteren op de pijn in de rechterschouder. In de oude situatie 'verdween' deze opdracht in de tijd. In de nieuwe situatie, blijft deze opdracht één week op het dashboard staan, zodat iedere zorg- en behandelaar hieraan herinnerd wordt én naar verwachting dagelijks gaat rapporteren. - Het nieuwe format zorgleefplan in het ECD is overzichtelijker, legt verband tussen wensen, behoeften, mogelijkheden, beperkingen cliënt en de invulling van zorg en behandeling, geeft de betrokkenheid cliënt weer en stuurt op periodieke evaluatie met de cliënt en zo nodig bijstellen van het zorgleefplan. IN ONTWIKKELING - Alle zorgleefplannen worden nu in het nieuwe format gemaakt. Hiervoor wordt de zorgleefplan evaluatie cyclus gebruikt. 31-12-2017 bevat 100% van de dossiers het zorgleefplan in het nieuwe format.

2.2 Deskundigheid en inzet medewerkers

Bevindingen van de IGZ

- De beschikbaarheid van deskundige medewerkers is niet altijd voldoende in relatie tot complexiteit van de zorgproblemen.
- Het kennisniveau van medewerkers in relatie tot de doelgroep schiet geregeld te kort; de analyse van vereiste kennis is onvoldoende en zorginhoudelijke bijscholing wordt gemist.
- Invallers nemen vaak niet of onvoldoende deel aan doelgroepgerichte inhoudelijke bijscholingen.
- Het werken volgende professionele richtlijnen, protocollen en instructies is nauwelijks geborgd.
- Interne audits vinden nauwelijks plaats en verbeterplannen laten lang op zich wachten.
- Kwalitatief en kwantitatief staat de personele bezetting onder druk; door ziekteverzuim en vacatureruimte is Careyn toenemend afhankelijk van flexwerkers.
- Per dag worden verschillen gezien in de aanwezigheid van personeel; dit werd niet verklaard door een wisselende zorgvraag.
- Regels voor werk- en rusttijden worden niet altijd voldoende gevolgd.
- Medewerkers zijn zelf verantwoordelijk voor het regelen van invalkrachten maar zijn niet altijd in staat om adequate werkroosters te maken.
- De werkdruk en werkbelasting van medewerkers zijn op diverse locaties zodanig opgelopen dat ook het ziekteverzuim en het personeelsverloop aanzienlijk is gestegen.
- De zorgaanbieder verzamelt achteraf gegevens over dagelijkse productie en gerealiseerde personele uurinzet maar analyseert deze nog onvoldoende in relatie tot elkaar, zodat proactieve sturing op een passende personeelsinzet niet mogelijk is.
- Medewerkers hebben geregeld onvoldoende werktijd om de rapportage en overdracht te regelen volgens professionele normen.

Opvolging door Careyn

Careyn streeft naar de inzet van voldoende en deskundig personeel, afgestemd op de cliëntgroep. De aanpak richt op de medewerkers (optimaliseren inzet en deskundigheid medewerkers), op de cliënten (optimaliseren inclusie- en exclusiecriteria) en de wederkerigheid tussen deze (afstemmen inzet en deskundigheid medewerkers op zorgzwaarte cliënten). Voldoende en deskundig personeel in relatie met de cliëntzwaarte is en blijft de grootste uitdaging voor Careyn.

THEMA: Deskundigheid en inzet medewerkers	
Doel	Status d.d. 1 augustus 2017
1. Careyn voorziet zich zodanig van personele middelen (zowel kwantitatief als kwalitatief) dat een en ander redelijkerwijs leidt tot het verlenen van goede en passende zorg.	GEREED • Careyn is een grootschalige wervingscampagne gestart. In het eerste half jaar van 2017 zijn 412 nieuwe collega's gestart. Hier staat echter een uitstroom van 500 medewerkers tegenover. Acties zijn: - Social media worden structureel ingezet en leiden tot een groot aantal belangstellenden onder werkzoekenden en latent werkzoekenden. - 15 gedreven zorgprofessionals binnen Careyn vormen het ambassadeursnetwerk; zij hebben een actieve bijdrage in Careyn onder de aandacht te brengen bij werkzoekenden. - Met het ROC Utrecht is een samenwerkingsovereenkomst gesloten. Careyn Utrecht Stad is voorgedragen én verkozen tot beste leerbedrijf zorg midden Nederland. - In 2 districten loopt een pilot m.b.t. het aantrekken van zij-instromers.

	IN ONTWIKKELING - De kwaliteit van medewerkers is heel voorzichtig aan het stijgen door het versneld versterken van de kwalificatieniveaus 3, 4 en 5 en het werven van nieuwe medewerkers met hoger niveau. Tevens is ingezet op extra kwaliteitsverpleegkundigen (niveau 5). - In september gaan 75 interne medewerkers en 55 externe medewerkers starten op leerplekken. Daarnaast zijn er interne opleidingsplaatsen voor EVV, GVP (start in oktober) en casemanagers dementie (reeds gestart). - Nadere toevoegingen (scholingsplan, VRH) in punt 2 en 3.
2. Er is een scholingsjaarplan 2017 opgesteld met verplichte scholingsonderdelen gericht op de doelgroepen.	GEREED - Careyn heeft een centrale scholingskalender (2017). Deze is per locatie vertaald naar een lokaal scholingsplan. - De implementatie van het scholingsplan en registratie bevoegdheden loopt. Medewerkers zijn bezig om de scholingen te volgen. De voortgang verschilt per locatie. Dit vanwege de hoge werkdruk, hoog verzuim en beperkt beschikbare medewerkers. - Kwaliteitsverpleegkundigen zijn in een sessie meegenomen over de scholingskalender en over hun rol/bijdrage bij deskundigheidsbevordering. - Alle gevolgde e-learnings worden voor de zorgfuncties digitaal geregistreerd in het leer management systeem (LMS). - Met de leverancier van invalkrachten (Duozorg) is afgesproken dat hetzelfde scholingsplan geldt voor de Duozorg medewerkers en zij meedoen aan de verplichte scholingsactiviteiten. Duozorg medewerkers zijn gestart met het volgen van de verplichte e-learning VRH. In sept - dec 2017 zullen zij de VRH praktijktoets volgen. - Er is een Careyn breed basis introductieprogramma voor nieuwe medewerkers geïntroduceerd. Dit ter ondersteuning voor degene die lokaal een inwerkprogramma opstelt. - De e-learning BOPZ is ontwikkeld en voor medewerkers beschikbaar via het leerportaal. NOG OP TE STARTEN - Careyn kent digibete medewerkers die extra ondersteuning behoeven in het werken met smartphone/tablet/computer. Verdere uitwerking staat gepland voor het najaar 2017. - Als vervolgstap op de scholingskalender zal vanaf 1 september 2017 de doelgroepgerichte scholing specifiek worden uitgewerkt.
3. De deskundigheid is op niveau (bekwaamheid voorbehouden en risicovolle handelingen, scholing dossiergebruik, medicatieveiligheid en vrijheidsbeperking).	GEREED - VRH: - Careyn heeft haar centrale VRH beleid en opleidingsbeleid bekwaamheid voorbehouden en risicovolle handelingen geactualiseerd en deze gecommuniceerd via het intranet, nieuwsbrief en social media. Medewerkers zijn zelf verantwoordelijk voor (bij)scholing; regiomanagers zien er op toe dat het daadwerkelijk gebeurt. - Het aantal (mobiele) skillslabs voor de praktijktoets VRH is verdubbeld. Daarmee heeft elke medewerker de mogelijkheid tot toetsing in de nabijheid van zijn/haar werkplek. - Careyn heeft extra praktijktoetsers opgeleid en externe toetsers voor VRH praktijktoets aangetrokken. In september zullen nog extra interne praktijktoetsers worden opgeleid waardoor externe toetsing niet meer nodig is. - Managementinformatie VRH is ingericht waarmee sturing door regiomanagers mogelijk is. Vanuit HR wordt maandelijks op individueel- en regioniveau gerapporteerd over de voortgang aan regiomanagers en directie. - Digitale registratie in LMS van de zelftoets, praktijktoets en intercollegiale toetsing (digitaal portfolio) is systeemtechnisch mogelijk gemaakt.

	• Digitaal e-dossier en aantonen bevoegdheden: - 60% van alle personeelsdossiers is compleet en op orde (het betreft met name het actualiseren van de bevoegdheden per medewerker). 100% gereed op 1 november 2017. - 55% van alle professionals met een vast dienstverband niveau 3, 4 en 5 is aangemeld voor lidmaatschap in kwaliteitsregister V&VN. Doel: 100% op 1 juni 2018. IN ONTWIKKELING • VRH: 71% van de zorgmedewerkers is d.d. 1 augustus 2017 VRH-bekwaam (VRH e-learning afgerond, VRH praktijktoets behaald)Doel: 100% bekwaam op 31-12-2017 NOG OP TE STARTEN • Vanaf Q3 wordt de VRH scholing uitgebreid met de zelftoets. Voor de risicovolle handelingen volgt de intercollegiale toetsing.
4. Careyn roostert de medewerkers zodanig in dat het zorgaanbod kwantitatief en kwalitatief past bij de zorgzwaarte en behoefte van de cliënten.	GEREED • Locatie Snavenburg heeft i.s.m. Waardigheid & Trots (hierna: W&T) een best practice ontwikkeld gericht op versterken van de teams. Alle teams zijn, op basis van veel gesprekken met teamleden, opnieuw ingedeeld op basis van kennis en kunde van de teamleden, te bedienen cliëntgroep en voorkeuren teamleden. Daarmee sluiten de teams beter aan op de cliëntvragen. Het heeft geresulteerd in rust, vertrouwen, lager verzuim en dus betere zorg. De roosters zijn geoptimaliseerd waardoor zorgvuldige overdracht is verbeterd. De nieuwe werkwijze heeft zich recent bewezen en dient verder ingebed te worden. De best practice van locatie Snavenburg is in de Regiegroep Kwaliteit en Veiligheid benoemd als voorbeeld waar men van kan leren. • Careyn heeft centraal inclusie- en exclusie criteria per doelgroep vastgesteld. Deze criteria vormen het uitgangspunt voor de organisatie, maar worden echter lokaal toegepast (zie ontwikkeling). Op de plekken waar lokale uitwerking reeds heeft plaatsgevonden, worden de criteria toegepast op nieuwe instroom. IN ONTWIKKELING • De centrale in- en exclusiecriteria worden vertaald naar de lokale situatie (situatie huisvesting, personeelsmix etc.). Op basis hiervan wordt de huidige cliëntgroep gescreend en zo nodig aanpassingen gedaan. Waar lokale uitwerking reeds heeft plaatsgevonden, worden nieuwe cliënten getoetst aan de criteria. Doel gereed: 1-1-2018
5. Careyn organiseert de zorg zodanig dat er voldoende werktijd beschikbaar is voor adequate rapportage en overdracht van zorg.	IN ONTWIKKELING • De personeelsbezetting blijft een uitdaging, er wordt hard gewerkt aan voldoende tijd voor overdracht en rapportage, op alle locaties is gestuurd op een rooster met de vereiste bezetting waarbij tijd is voor rapportage en overdracht. Afhankelijk van factoren die de bezetting ondermijnen, kan het voorkomen dat de zorgverlener ervoor kiest voorrang te geven aan de directe zorgverlening aan de cliënt en minder aandacht besteedt aan rapportage en overdracht.

2.3 Sturen op kwaliteit en veiligheid

Bevindingen van de IGZ

- Medewerkers melden onvoldoende systematisch fouten en incidenten in de zorg.
- De zorgaanbieder verzamelt niet of onvoldoende systematisch de meldingen over (bijna) fouten van medewerkers in de zorg.
- De zorgaanbieder analyseert kwantitatief en kwalitatief niet of in onvoldoende mate meldingen over (bijna) fouten van medewerkers en incidenten in de zorg.
- De zorgaanbieder laat passende verbetermaatregelen achterwege en regelt niet of in onvoldoende mate de borging hiervan.
- De PDCA-cyclus komt onvoldoende of niet op gang.
- Er is gebrek aan voldoende randvoorwaarden, waardoor het realiseren van verbeteringen in kwaliteit van zorg en cliëntveiligheid wordt belemmerd.
- Er is gebrek aan implementatie van de invoering van het model van professionele sturing, waardoor verbeteringen uitblijven.

Opvolging door Careyn

THEMA: Sturen op Kwaliteit en Veiligheid	
Doel	Status d.d. 1 augustus 2017
1. Careyn verzamelt en registreert op systematische wijze gegevens betreffende de kwaliteit van zorg en toetst aan de hand van deze gegevens op systematische wijze of de wijze waarop de zorgaanbieder uitvoering geeft aan artikel 3 van de Wkkgz redelijkerwijs moet leiden tot goede zorg.	GEREED • De PDCA cyclus op lokaal niveau is ingericht. Careyn verzamelt kwaliteitsgegevens met behulp van incidenten (MIC, calamiteiten). MIC's worden geregistreerd in cliëntdossier (Caress) en geanalyseerd en beoordeeld door het lokale ontwikkelteam/MIC commissie. Maatregelen worden lokaal genomen. • Team Zorgaudits voert periodiek interne audits en voortgangs- en effectmetingen uit, om de actuele situatie onafhankelijk te toetsen en te beoordelen of de, naar aanleiding van de periodieke interne audit, verbetermaatregelen zijn gerealiseerd zodat voldaan wordt aan de veldnormen Kwaliteit en Veiligheid. Team Zorgaudits rapporteert aan de bezochte locatie en integraal (periodiek over alle bezoeken heen) aan de Raad van Bestuur. IN ONTWIKKELING • Inrichten van de PDCA cyclus op regionaal en centraal niveau. Hoe Careyn dat gaat doen is beschreven in de concept notitie "sturen op kwaliteit". Het document is opgevoerd op de agenda van het Regiegroep Kwaliteit en Veiligheid en is daar opiniërend besproken, na verwerking van de opmerkingen zal de notitie worden aangeboden aan het Directieteam om vervolgens voor besluitvorming te worden aangeboden aan de raad van bestuur. Het document beschrijft hoe Careyn kwaliteit organiseert op ieder niveau: teams, management/staf, directieteam, raad van bestuur, raad van toezicht. De inrichting van de PDCA-cyclus wordt voor alle niveaus beschreven. Net als een opsomming van welke kwaliteitsgegevens Careyn verzamelt (MIC, MIM, Calamiteiten, klachten en tevredenheidsmetingen). De concept notitie wordt nader uitgewerkt door betrokken gremia (VVAR, behandelaren, kwaliteitsverpleegkundigen etc). • Verbeteren kwaliteitsrapportage op regionaal en centraal niveau. Afronding staat gepland voor Q3 2017. NOG TE STARTEN • Besluitvorming inzake kwaliteitsmanagementsysteem met ondersteunende software, conform werkwijze beschreven in concept notitie 'sturen op kwaliteit'. Gepland voor 2018. • De werkwijze met onafhankelijke interne audits door Team Zorgaudits wordt gecontinueerd. De bezetting en positionering van Team Zorgaudits wordt opnieuw bekeken i.v.m. hoge werkdruk

	huidige leden en vertrek leden.
2. Careyn analyseert aantoonbaar alle geregistreerde MIC-meldingen.	GEREED - Elke locatie heeft een MIC-commissie, multidisciplinair, ingericht en gestart conform de nieuwe MIC procedure. - De eerste bijeenkomsten en analyses, conform de nieuwe procedure, zijn uitgevoerd. Verslaglegging vindt plaats op locatie niveau. De taakhouders MIC worden proactief gecoacht door kwaliteitsverpleegkundigen. - Er is een eerste trendanalyse MIC uitgevoerd. De resultaten zijn besproken in de Stuurgroep Kwaliteit en Veiligheid. - Nieuwe MIC procedure intramuraal (en extramuraal) is beschreven, vastgesteld, gecommuniceerd en geïmplementeerd binnen Careyn. IN ONTWIKKELING De calamiteitenprocedure is geëvalueerd, geactualiseerd, voorgelegd aan de CCR en vastgesteld. Opmerkingen van de CCR en anderen leiden tot evaluatie en bijstelling van de procedure die in Q3 2017 gepland staat. Voornaamste doel is de procedure 'warmer' (niet alleen maar technisch correct) te maken. NOG TE STARTEN - Opleiden taakhouders MIC en kwaliteitsverpleegkundigen in uitvoeren methodische MIC analyse. Gepland 2018. - Inrichten, uitvoeren en opvolgen periodieke trendanalyse MIC op districtsniveau. Gepland Q3 en Q4 2017.
3. Careyn maakt aantoonbaar welke passende verbetermaatregelen zij treft op basis van die analyse.	GEREED - Iedere locatie hanteert een eigen verbeterlijst, waarop verbetermaatregelen naar aanleiding van de MIC-analyse worden geregistreerd. De verbeterlijst wordt in word of Excel bijgehouden. NOG TE STARTEN - De verbeterlijst wordt bij voorkeur opgenomen in de nieuwe ondersteunende kwaliteitsmanagementsoftware. Deze zal eerst gekozen en geïmplementeerd moeten worden (zie 1).
4. Careyn laat zien volgens welk systeem zij het resultaat van verbeteringen evalueert.	GEREED - Team Zorgaudits voert periodiek interne audits en voortgangs- en effectmetingen uit, om de actuele situatie onafhankelijk te toetsen en te beoordelen of de, naar aanleiding van de periodieke interne audit, verbetermaatregelen zijn gerealiseerd zodat voldaan wordt aan de veldnormen Kwaliteit en Veiligheid. Team Zorgaudits rapporteert aan de bezochte locatie en integraal (periodiek over alle bezoeken heen) aan de Raad van Bestuur. IN ONTWIKKELING - Inrichten van de PDCA cyclus op regionaal en centraal niveau. Hoe Careyn dat gaat doen is beschreven in de concept notitie "sturen op kwaliteit". Het document beschrijft hoe Careyn kwaliteit organiseert op ieder niveau: teams, management/staf, directieteam, raad van bestuur, raad van toezicht. De inrichting van de PDCA-cyclus wordt voor alle niveaus beschreven. Net als een opsomming van welke kwaliteitsgegevens Careyn verzamelt (MIC, MIM, Calamiteiten, klachten en tevredenheidsmetingen). De concept notitie wordt nader uitgewerkt door betrokken gremia (VVAR, behandelaren, kwaliteitsverpleegkundigen etc.)

	NOG TE STARTEN - Besluitvorming inzake kwaliteitsmanagementsysteem met ondersteunende software, conform werkwijze beschreven in concept notitie 'sturen op kwaliteit'. Gepland voor 2018. - De werkwijze met onafhankelijke interne audits door Team Zorgaudits wordt gecontinueerd. De bezetting en positionering van Team Zorgaudits wordt opnieuw bekeken.
--	--

2.4 Goed bestuur

Bevindingen van de IGZ

- Het gebrek aan voldoende randvoorwaarden belemmeren het realiseren van verbeteringen in de kwaliteit van zorg en cliëntveiligheid.
- Er is gebrek aan implementatie van de invoering van het model van professionele sturing bij de zorgteams op de locaties.
- Op bestuurlijk niveau is organisatie breed sprake van onvoldoende sturing op de kwaliteit van zorg en onvoldoende centrale monitoring op de naleving van werkafspraken, procedures en protocollen.

Opvolging door Careyn

Careyn streeft naar zorgvuldig bestuur en toezicht. Prioriteit heeft nu het creëren van rust en stabiliteit. Verantwoordelijkheid wordt weer teruggedroefd in de lijn; geen aparte projectorganisatie voor Professionele Sturing en Kwaliteit. De lijn is verantwoordelijk om, binnen meegegeven kaders en afgestemd op lokale situatie, uitvoering te geven aan besluiten. We werken hard aan een vaste bezetting, zowel in de zorgteams als op managementniveau.

THEMA: Goed bestuur	
Doel	Status d.d. 1 augustus 2017
1. Careyn maakt aantoonbaar met bovenstaande te voldoen aan artikel 3.1 van de Zorgbrede Governancecode 2010.	GEREED - Elke locatie heeft een locatieverantwoordelijke aangesteld, waardoor de aandacht, coaching en sturing aan teams is verbeterd. - De inzet van kwaliteitsverpleegkundige is verbreed (1 op 50 cliënten) en versterkt (100% boven formatief gesteld waardoor zij volledig inzetbaar zijn voor inhoudelijke aandacht en coaching voor de teams. Enkele locaties kampen nog met niet vervulde vacatures. - Elke locatie heeft een multidisciplinair ontwikkelteam ingericht als trekker van de gewenste verbeterlagen. Het ontwikkelteam wordt getrokken door de locatieverantwoordelijke of regiomanager, en ondersteund door een coach (van Careyn of W&T). De trekker van het ontwikkelteam heeft, via de betrokken regiomanager in Regiegroep Kwaliteit & Veiligheid, afstemming met centraal waar randvoorwaarden worden gecreëerd. De voorzitter van het Regieteam, directeur Kwaliteit & Veiligheid heeft zitting in het directieteam en een rechtstreekse lijn met de Raad van Bestuur. - Team Zorgaudits rapporteert periodiek (over alle bezoeken heen) aan de Raad van Bestuur. De rapportage wordt besproken door de RvB en de auditcommissie Zorg & Kwaliteit van de RvT. Zo nodig wordt beleid bijgesteld en aanvullende afspraken gemaakt. IN ONTWIKKELING - Het programma Waardigheid en Trots heeft haar inzet verbreed naar 10 coaches. De inzet van W&T vindt plaats op de

	huidige risico locaties. Van daaruit wordt de verbinding gemaakt met de direct in de nabijheid gelegen locaties in hetzelfde district. Zo wordt de gelijke aanpak en inrichting van de verbeterprocessen op kwaliteit gefaciliteerd. Dit betekent dat coaches meerdere locaties ondersteunen. Aanpak en instrumentarium worden gedeeld binnen de districten. Deze inzet wordt met het train-de-trainer-concept verder Careyn breed versterkt. Dit betekent dat W&T-coaches eigen medewerkers (kwaliteitsverpleegkundigen, locatieverantwoordelijken en behandelaren) op te leiden in de nieuwe werkwijze. • KSW's worden op dit moment ook door de coaches geïnventariseerd op mogelijkheid van groepsgewijze aanpak en overdracht kennis en instrumentarium. In totaal is er sprake van 7 primair proces-coaches, 2 train-de-trainer-coaches en 1 strategisch coach voor het geheel. Hiermee is een groot bereik binnen Careyn mogelijk gemaakt. In de W&T aanpak worden diverse ontwikkellijnen (de IGZ - aanwijzing, het Kwaliteitskader, de WLZ- middelen, organisatiemodel Careyn) samengebracht. De aanpak is op maat vanwege verschillende start, historie, problematiek maar ook de eigen lokale regie. • De nieuwe werkwijze met een lokaal multidisciplinair ontwikkelteam als trekker van de gewenste verbeterlagen is overal ingericht. Inbedding vindt echter nog plaats. Locaties zijn verschillend in hun vorderingen, dit hangt ook af van de lokale situatie. • De wijze van implementeren en uitrol van het concept Professionele Sturing is reeds gestopt. De gedachte erachter, professionele autonomie bij de teams, wordt gehandhaafd. Over de verdere vormgeving en uitwerking wordt nog nagedacht. Dit is onderdeel van de lopende strategie- en organisatiestructuurdiscussie.
2. Careyn draagt zorg voor een zodanige toedeling van bestuurlijke verantwoordelijkheden, bestuurlijke bevoegdheden evenals afstemmings- en verantwoordingsplichten dat dit redelijkerwijs moet leiden tot het verlenen van goede zorg.	GEREED • Met externe begeleiding heeft de Raad van Toezicht in november 2016 het eigen functioneren grondig geëvalueerd en heeft benoemd op welke manieren het toezicht verbeterd en geïntensiveerd moest worden. De volgende zaken zijn daarbij direct opgepakt: - Maandelijks overleg tussen RvB en afvaardiging RvT (voorzitter en vicevoorzitter) - RvT-leden sluiten aan bij interne kwaliteitsaudits (als individuele waarnemer) en delen de bevindingen met de voltallige RvT - Integratie van het kwaliteitsperspectief met het financiële perspectief door de bezetting van de auditcommissies (kruislings) uit te breiden - Intensivering van het overleg met COR en CCR met vaste afvaardiging vanuit de RvT - Periodieke beoordeling van de benodigde kwaliteiten en competenties RvT - Overleg met strategisch coach Waardigheid & Trots en voorzitter interventieteam (tweemaal) - Periodiek overleg tussen de voorzitter RvT en de voorzitter Interventieteam - Overleg tussen de RvT en de voorzitter van het Interventieteam (tweemaal) - Vervanging RvB (met tempo) voor een nieuwe voorzitter van de raad van bestuur met kennis van en ervaring in de ouderenzorg/langdurige zorg en ervaring met besturen van grote organisaties - Opstellen toezichtsplan 2017-2018 • RvT heeft een toezichtsplan 2017-2018 vastgesteld waarin 1) op basis van de kernwaarden van Careyn de visie op toezicht is geformuleerd 2) een toezichtskader is geformuleerd waarin voor dit moment de meest dringende ijkpunten zijn:

	- Realisatie Herstelplan Kwaliteit en Veiligheid (en ontwikkeling kwaliteit personeel) en voldoen aan de aanwijzing IGZ uiterlijk op 1 augustus 2017 - Monitoring Herstelplan Financiële Gezondheid; - Herstel van vertrouwen, rust en stabiliteit in de organisatie. • Samenstelling RvT is gewijzigd: - Nieuwe voorzitter RvT aangetreden per 01-07-2016 (start 'IGZ-traject') - Nieuw lid RvT (met competenties en ervaring als toezichthouder in de VVT) aangetreden per 14-04-2017 - Per 01-09-2017 (beoogd) aantreden nieuw lid met financiële portefeuille - Versneld aftreden van zittend lid RvT Door deze wisselingen kan de RvT haar deskundigheid, bijvoorbeeld op het gebied van ouderenzorg, versterken en komt het aantal nieuwe leden sinds 01-07-2016 op 4. IN ONTWIKKELING • Evaluatie structuur met districtsdirecteuren is uitgevoerd. Het besturingsmodel wordt momenteel herijkt en door de nieuwe voorzitter RvB in Q3-Q4 na de route met de medezeggenschapsorganen vastgesteld én geïmplementeerd. Het besturingsmodel beschrijft de route van visie naar resultaat, aan de orde komen de strategie, organisatiestructuur, rollen, TBV, werkwijze, overlegstructuur en leiderschap, cultuur en houding en gedrag.
3. Careyn draagt binnen haar organisatie zorg voor een stelsel van systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg.	GEREED • Careyn breed is er een team Zorgaudits werkzaam. Op basis van de periodieke audits die op alle locaties worden uitgevoerd, wordt gedetailleerd inzicht verkregen in de tekortkomingen en de verbeteringen daarop in het systematisch borgen van kwaliteit en veiligheid. IN ONTWIKKELING • De route en werkwijze van lokale PDCA-cyclus en hoe deze in verbinding staat met andere lagen in de organisatie is beschreven in de concept notitie 'Sturen op kwaliteit'. Deels werkt de organisatie al zo; met name de MIC verloopt conform afspraak. Overige implementatie staat voor Q3 gepland. Zo ook de periodieke trendanalyse op RvB niveau van kwaliteitsgegevens.

3. Conclusie en vervolgstappen

Dit resultaatverslag schetst een beeld van een organisatie die in verandering is. Careyn heeft in de negen maanden na de aanwijzing van 7 november 2016 actie ondernomen. Er hebben op verschillende niveaus in de organisatie personele wisselingen plaatsgevonden. Randvoorwaarden zijn hersteld, zoals het aanstellen van locatieverantwoordelijken. Met nieuw elan stellen wij de cliënt en de menselijke maat weer centraal. De besturingsfilosofie is gekanteld van financieel gedreven naar waarde gedreven zorgsturing. Transparantie is toegenomen, de houding van de medewerkers wordt weer voorzichtig positief.

Tegelijkertijd is 9 maanden een te korte tijd voor een omslag die een organisatie in haar fundament en cultuur raakt. Verandering kost tijd. Wij onderkennen dit volledig door in dit document naast gereed zijnde punten ook openstaande punten te benoemen. De gereed zijnde punten verdienen gepaste trots en onderhoud. De openstaande punten dienen als concrete doelen voor de nabije toekomst.

Dit algemene beeld wordt kracht bijgezet als we de feiten per thema van de aanwijzing op een rij zetten:

Cliëntdossier

Het ECD is vernieuwd en verbeterd, door middel van inhoudelijke en technische verbeterlagen. Het nieuwe format zorgleefplan stimuleert en ondersteunt meer samenhang, overzicht en betrokkenheid van cliënt en alle disciplines. Careyn breed is zo'n 75% van alle cliëntdossiers en zorgleefplannen omgezet naar het nieuwe format, en zodanig bewerkt dat het cliëntdossier 100% compleet en actueel is. Met het volgen van de zorgleefplan evaluatie cyclus wordt 100% dossiers op orde bereikt in het derde kwartaal van dit jaar.

Tegelijkertijd is ingezet op gedragsverandering (leren rapporteren en het consistent en consequent doen) door middel van coaching-on-the-job door de kwaliteitsverpleegkundigen. De effecten zijn positief. Deze werkwijze wordt voortgezet en versterkt daar waar nodig met (groeps)training in digitale vaardigheden.

Het systematisch en cliëntgericht werken is ieders verantwoordelijkheid maar de eindverantwoordelijkheid van de regiomanager/locatieverantwoordelijke. Dit wordt geborgd met het bestuurlijke voornemen om de locatieverantwoordelijke te formaliseren en te versterken tot locatiemanager. Dit verdient echter nog een zorgvuldig te doorlopen besluitvormingsproces waarbij de medezeggenschapsorganen betrokken worden.

Inzet van voldoende deskundig personeel

Het kwalitatief en kwantitatief op orde brengen en houden van ons personeel is onze grootste zorg. Het hoge ziekteverzuim en verloop in combinatie met de krappe arbeidsmarkt en verslechterd imago van Careyn (mede door de aanwijzing) leidt tot een onmiskenbare opgave.

De enorme geleverde inspanning op het gebied van versneld bijscholen, werven nieuwe medewerkers, herstel van leiding/sturing op locatie en de inzet van coaching/ondersteuning heeft geleid tot meer beheersing van de personele problematiek. De problematiek is echter nog steeds dagelijks voelbaar. We hebben Careyn breed nog steeds te maken met onvoldoende kwalitatieve en kwantitatieve zorgprofessionals en behandelaren. We zitten in een vicieuze cirkel waar we moeilijk uitkomen. Genoemde oorzaken blijven leiden tot een grotere uitstroom ten op zichte van instroom. Mede hierdoor blijft de ervaren werkdruk hoog wat weer kan leiden tot uitval (ziekteverzuim en/of verloop). Dit leidt op sommige plekken tot het treffen van noodmaatregelen zoals het instellen van een opnamestop.

Sturen op kwaliteit en veiligheid

Het op alle niveaus leren en verbeteren door het structureel en systematisch bespreken van kwaliteitsinformatie alsmede het opvolgen en toetsen van verbeteracties is merkbaar verbeterd. De tijdelijke steunstructuur met een regieteam en stuurgroep kwaliteit & veiligheid heeft voor de nodige aandacht voor kwaliteit gezorgd. De tijdelijke steunstructuur gaat zo snel als mogelijk volledig op in de lijnorganisatie, daar waar de verantwoordelijkheid voor kwaliteit hoort. Dit proces laten we organisch verlopen en geven we tot het einde van het jaar de tijd. Door het systematisch uitvoeren en rapporteren van de interne audits op alle locaties is kwaliteit meetbaar en

bespreekbaar geworden zowel op het niveau van regio-/locatiemanagement, districtsmanagement, Raad van Bestuur en Raad van Toezicht. Wat nog meer vorm moet krijgen is het sturen op kwaliteit op alle lagen binnen de organisatie. Implementatie blijft een aandachtspunt. De papieren/digitale werkelijkheid is niet altijd de werkelijkheid van de dagelijkse praktijk. De schaalgrootte van de organisatie is hierin ook beperkend. Bestuurlijke voornemens zoals eerder genoemd moeten hierin voorzien.

Goed Bestuur

Careyn heeft geïnvesteerd in randvoorwaarden voor het realiseren van de verbetering van zorg en cliëntveiligheid, onder meer door inzet van locatieverantwoordelijken, extra kwaliteitsverpleegkundigen, versneld bijscholen van medewerkers, het optimaliseren van het digitaal cliëntdossier en personele wisselingen in de Raad van toezicht, Raad van Bestuur en districtsdirecteuren. Ze heeft daarmee in het afgelopen half jaar de omslag gemaakt van financieel gedreven naar waarde gedreven zorgsturing. Een omslag in denken en doen welke verandering van gedrag vraagt van elke medewerker. De grootste winst is het bereiken van de omslag van onbewust onbekwaam naar bewust onbekwaam, want dat is ten slotte het benodigde begin van alle leren. Hoewel een positievere grondhouding met meer eigenaarschap groeit, vraagt deze cultuuromslag om een langere periode van aandacht om volledig ingebed te raken. De Raad van Bestuur beoogt dit te bereiken met de volgende bestuurlijke voornemens:

- Inzet locatieverantwoordelijken formaliseren tot vast locatiemanagement
- Volledige verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid beleggen in de lijnorganisatie; dat betekent dat de projectstructuur zo snel als mogelijk wordt geëlimineerd en volledig in de lijn opgaat. Ondersteunende diensten faciliteren het primair proces. Reeds in gang gezette zaken door programma kwaliteit & veiligheid, zoals bijvoorbeeld omzetten zorgleefplannen in nieuw format, worden doorgezet en uitgevoerd in de lijnorganisatie.
- Realiseren van structurele en periodieke dialoog met zorgprofessionals middels een Professionele Adviesraad (PAR) en inhoudelijke gremia zoals het BOPZ-overleg en de farmaceutische commissie.
- Vergroten bestuurlijke aandacht voor kwaliteit en veiligheid middels periodieke bespreking van kwaliteitsresultaten en gesignaleerde trends.
- Focus op ouderenzorg (VVT), dat kan leiden tot vervreemden van enkele bedrijfsonderdelen.
- Aandacht voor kwaliteit en veiligheid verbreden naar de extramurale zorg, mede op aangeven van het interventieteam, de VVAR en medezeggenschapsorganen.
- Client en medewerker in de lead:
 - Districten als zelfstandig acterende zorgbedrijven met lokale binding. Districten organiseren de zorg eigenstandig, binnen wet- en regelgeving en Careyn kaders, en bepalen zelf wie welke taak uitvoert. De districten geven aan welke ondersteuning zij van de centrale ondersteunende diensten verwachten.
 - Taken en verantwoordelijkheden decentraliseren waar mogelijk, verkleinen centrale organisatie.
 - Centrale ondersteunende diensten faciliteren primair proces.
 - Gedachte Professionele Sturing blijft gehandhaafd (eigenaarschap, eigen regie, etc.); uitvoering met o.a. taakherschikking ondersteuning versus primair proces geëlimineerd.
- Sturen op meetbare en merkbare resultaten, op elk niveau.

Bovenstaande voornemens verdienen nadere uitwerking om samen met de betrokken medewerkers en de medezeggenschapsorganen tot zorgvuldig besluitvorming te komen.

De status quo op ieder van de vier bovenstaande thema's is exemplarisch voor het verandertraject waar Careyn zich in bevindt. Het vinden van de juiste organisatiestructuur, omgaan met de mogelijkheden en beperkingen van digitalisering, het werven van voldoende kwalitatief sterk personeel voor de ouderenzorg, kwaliteit voorop laten staan terwijl zorgkosten moeten worden gedrukt; in veel aspecten is Careyn een exponent van uitdagingen. Wij zullen streven naar het maximale resultaat bij de vervolgstappen om zo Careyn weer een gezond bedrijf te maken met goede zorg waar medewerker plezier hebben in hun werk.

Bijlage 1. Totaalrapportage interne audits d.d. juli 2017 (1-meting)

De versie van de verslaggeving van de auditrapporten 2018/2017 op het gebied van kwaliteit & veiligheid (afkomstig van interne audits, inspectiebezoeken en vervolgmaatregelen), met daarbij de focus op de 28 volkomen overgenomen door de KZ. De volgende opmerkingen zijn van toepassing:
 * Het bestand is nog in ontwikkeling, de uitkomsten worden continue aangepast (n.a.v. meest recente metingen).
 * In dit bestand wordt uitgegaan van de scoregegevens van de KZ. Dit betekent dat als ook maar een van de volgende criteria niet voldoet niet is geconcludeerd dat de eindcijfers overeenstemmen op 'voldoende' (dit geldt ook voor de in de bijlage auditrapporten (naar vermeld)).

Overall 10.2.e

Doc. 3

Locatie gegevens				Uitkomsten metingen op het gebied van Kwaliteit & Veiligheid				Eerste voortgang- & effectmeting		Tweede voortgang- & effectmeting		Algemene opmerkingen n.a.v. laatste uitkomsten V&E meting		Thema 1: Sturen op kwaliteit & veiligheid		Thema 2: Ontwikkelingen	
District / Locatie / RM / LV / QVP	Locatienaam	Regiokaart	Locatie verantwoordelijke	Realisatie verslagperiode	Startdatum	Soort meting	Uitkomst	Opmerking	Opmerking	Opmerking	Opmerking	Opmerking	Opmerking	Opmerking	Opmerking	Opmerking	Opmerking
OVC/Link	De Ark				18-7-2016	Inspectiebezoek	IGZ	1. Medisch en opvang incidenten (MCI) 2. Medische regie 3. Doelstelling	25-1-2017		25-5-2017		Tweede V&E meting verwacht				
	De Vloet				15-12-2016	Interne audit		1. Instellingsplan van zowel de zorgaanbieder als de behandelaren 2. Uitvoeren van zorg op werkdagen van van te voren 3. Achterstand bewaak/beveilig, achterstand scholing en training	18-5-2017		Te plannen na de zomervakantie		Tweede V&E meting verwacht - tweede te plannen na zomervakantie				
	Roozendaal				16-1-2016	Interne audit		1. Medisch en opvang incidenten (MCI) 2. Doelstelling 3. Inzet juli en voldoende deskundigheid	27-1-2017		13-6-2017		Tweede V&E meting verwacht				
	Woerdijk				13-7-2016	Inspectiebezoek	IGZ	1. Medisch en opvang incidenten (MCI) 2. Doelstelling 3. Inzet juli en voldoende deskundigheid	27-1-2017		10-5-2017		Tweede V&E meting verwacht				
	KLM De Grooten	(waarnemen)			4-1-2017	Interne audit		1. Samenhang zorgaanbieder 2. Kwalitatieve en kwantitatieve beschrijving team 3. Omvattende sturing op kwaliteit en veiligheid, omvattende brief van veiligheid naar veiligheid	3-5-2017		Te plannen na de zomervakantie		Tweede V&E meting verwacht - tweede te plannen na zomervakantie				
OVC/Recht	KLM De Grooten	(waarnemen)			3-1-2017	Interne audit		1. Resultaat behoudens en ondersteuning 2. Doelstelling: rapportage en evaluatie van de doelen en zorg, verslaggeving wijzigingen benaderingen, achterstand zijp. 3. Niet team	3-5-2017		Te plannen na de zomervakantie		Tweede V&E meting verwacht - tweede te plannen na zomervakantie				
	KLM De Grooten	(waarnemen)			5-1-2017	Interne audit		1. Doelstelling en implementatie 2. Taken en verantwoordelijkheden team 3. Nieuw team	1-5-2017		Te plannen na de zomervakantie		Tweede V&E meting verwacht - tweede te plannen na zomervakantie				
	KLM De Grooten	(waarnemen)			12-1-2017	Interne audit		1. Getuigen aan medische 2. Veiligheid bewaken 3. Scholing/achterstand	1-5-2017		Te plannen na de zomervakantie		Tweede V&E meting verwacht - tweede te plannen na zomervakantie				
	KLM De Grooten	(waarnemen)			14-7-2016	Inspectiebezoek	IGZ	1. Medisch en opvang incidenten (MCI) 2. Doelstelling 3. Inzet juli en voldoende deskundigheid	31-1-2017		6-6-2017		Tweede V&E meting verwacht				
	Roozendaal	(waarnemen)			6-4-2016	Interne audit		1. Medisch en opvang incidenten (MCI) 2. Doelstelling 3. Deskundigheid personeel	31-1-2017		31-5-2017		Tweede V&E meting verwacht				
OVC/Recht	Twelvingstiel	(waarnemen)			16-3-2016	Interne audit		1. Medisch en opvang incidenten (MCI) 2. Doelstelling 3. Deskundigheid personeel	30-1-2017		6-6-2017		Tweede V&E meting verwacht				
	Tuindorp Oost	(waarnemen)			20-4-2016	Interne audit		1. Doelstelling 2. Medisch en opvang incidenten (MCI) 3. Deskundigheid personeel	22-5-2017		Te plannen na de zomervakantie		Tweede V&E meting verwacht - tweede te plannen na zomervakantie				
	Warande	(waarnemen)			9-1-2017	Interne audit		1. Samenhang team en verslagen 2. Communicatie: onderling met omgeving met cliënten/overdrachten 3. Structuur en hygiëne (labelling 2)	10-5-2017		Te plannen na de zomervakantie		Tweede V&E meting verwacht - tweede te plannen na zomervakantie				
	Kamerling / Waterschapshuis				20-7-2016	Inspectiebezoek	IGZ	1. Medisch en opvang incidenten (MCI) 2. Doelstelling 3. Deskundigheid personeel	16-2-2017		19-6-2017 / 20-6-2017		Tweede V&E meting verwacht				
	Marle Oost				10-1-2017	Interne audit		1. Kwalitatieve en kwantitatieve personele formatie 2. Gedrag van medewerkers: doorpakken, voorbereid voor anderen zijn 3. Medisch werken en doelstelling: FSCA cyclus is omvattende afgeleid	24-4-2017		Te plannen na de zomervakantie		Tweede V&E meting verwacht - tweede te plannen na zomervakantie				
OVC/Recht	Shanenburg				27-7-2016	Inspectiebezoek	IGZ	1. Doelstelling 2. Inzet juli en voldoende deskundigheid 3. Medische veiligheid (voorraad, parafarm en d.i.)	26-1-2017		31-5-2017		Tweede V&E meting verwacht				
	Mededyn				11-1-2017	Interne audit		1. Kwalitatieve en kwantitatieve personele formatie 2. Communicatie en cultuur (openbare binnen enkele teams) 3. Sturen op kwaliteit (specifiek met procedures)	15-5-2017		Te plannen na de zomervakantie		Tweede V&E meting verwacht - tweede te plannen na zomervakantie				
	Bentleydijk				26-12-2016	Interne audit		1. Doelstelling: geen samenwerking, niet op te date, niet omzet, geen soap 2. Kwantiteit, kwaliteit, continuïteit behandelteam 3. Org v.d. BOPZ/ inzet middelen en maatregelen	15-5-2017		Te plannen na de zomervakantie		Tweede V&E meting verwacht - tweede te plannen na zomervakantie				
	Blankenburg				13-6-2016	Interne audit		1. Doelstelling 2. Inzet juli en voldoende deskundigheid 3. Medische veiligheid (voorraad, parafarm en d.i.)	7-2-2017		12-6-2017		Tweede V&E meting verwacht				
	De Plantage				2-3-2016	Interne audit		1. Doelstelling 2. Medisch opvang van incidenten 3. Deskundigheid personeel	7-2-2017		12-6-2017		Tweede V&E meting verwacht				
OVC/Recht	De Rozenhoek				19-12-2016	Interne audit		1. Getuigen aan kennis en scholing gezien de uitgebreide P&O doelstelling 2. Communicatie: in teams, tussen teams en afdelingen, behandelaren en teams, management en teams 3. Instellingsplan van zowel de zorgaanbieder als de behandelaren	17-5-2017		Te plannen na de zomervakantie		Tweede V&E meting verwacht - tweede te plannen na zomervakantie				
	De vier ambachten				31-5-2016	Interne audit		1. Medisch en opvang incidenten (MCI, metacode) 2. Deskundigheid personeel	1-2-2017		6-6-2017		Tweede V&E meting verwacht				
	Oerenen				20-12-2016	Interne audit		1. Alkal en kwant beschrijving is omvattende beschrijving ontbreken 2. Omvattende beschrijving van veiligheidsrisico's 3. Communicatie binnen het personeel	16-5-2017		Te plannen na de zomervakantie		Tweede V&E meting verwacht - tweede te plannen na zomervakantie				
	Grootenhoek				27-7-2016	Inspectiebezoek	IGZ	1. Medisch en opvang incidenten (MCI) 2. Doelstelling 3. Personele formatie en deskundigheid	6-2-2017		7-6-2017		Tweede V&E meting verwacht				
	Hart van Groenewoud				6-6-2016	Interne audit		1. Medische veiligheid	6-5-2017		Te plannen na de zomervakantie		Tweede V&E meting verwacht - tweede te plannen na zomervakantie				
OVC/Recht	Hart van Groenewoud				17-1-2017	Interne audit		1. Gedrag medewerkers: blijven in hun comfort zone 2. Medische niet ingedien in Carry-in beleid: lokale staat alleen voor vraagstukken 3. Multidisciplinaire samenwerking: veel wijzigingen (paramedici)	18-5-2017		Te plannen na de zomervakantie		Tweede V&E meting verwacht - tweede te plannen na zomervakantie				
	Hart van Groenewoud	(10-10-16 KZ)			6-3-2016	Interne audit		1. Medisch en opvang incidenten (MCI) 2. Inzet juli en voldoende deskundigheid 3. Medische veiligheid	1-2-2017		6-6-2017		Tweede V&E meting verwacht				
	Torenbeve				22-12-2016	Interne audit		1. Behandelaren: communicatie, kwaliteit, kennis en kunde 2. Doelgroep "verruiming" 3. Registreer en alom professionele sturing in klein team	15-5-2017		Te plannen na de zomervakantie		Tweede V&E meting verwacht - tweede te plannen na zomervakantie				
	Zes Rozen				31-12-2016	Interne audit		1. Deskundigheid: het omzetten van niveau 4 en 5 in 3 of 2 meting kennis en kunde bij niveau 2 2. Medische registratie: doelstelling verheldering, registratieplan 3. Verbeteren: het analyseren van incidenten/klachten en sturen op de gewenste resultaten	6-5-2017		Te plannen na de zomervakantie		Tweede V&E meting verwacht - tweede te plannen na zomervakantie				

Totaal aantal locaties dat **goed** aan de betreffende norm voldoet:
 Totaal aantal locaties dat **goed** aan de betreffende norm voldoet:
 Totaal aantal locaties waarbij norm n.a.v.:
 Totaal aantal locaties waarbij norm nog niet is bevestigd:

14 13 14 18 21 20 18 14
 15 14 14 18 18 18 18 14
 0 0 0 0 0 0 0 0
 0 0 0 0 0 0 0 0

De overzichts betreft een totaalrapportage van de auditfuncties 2016/2017 op het gebied van kwaliteit te voldoen (afroaming van interne audit, inspectiebezoeken en vervolgmetingen), met daarbij de focus op de 28 verdiensten benoemd door de IGL. De volgende aspecten zijn van toepassing:

- Het bestand is hoog in insluiting, de uitkomsten worden continue aangepast n.v.v. meest recente metingen.
- In dit bestand wordt uitgangspunt van de scoringmethode van de IGL. Dit betekent dat als ook maar een van de onderliggende criteria niet 'voldoet niet' is geconstateerd, dat de (hoofd)norm eveneens op 'voldoet niet' is gezet (gft wijst soms af van wat in de individuele auditrapporten staat vermeld).

Overall 10.2.e

Doc. 3

[illegible]

Source: author's calculations. Δ is the difference between the two values.

Totaal aantal locaties dat niet aan de betreffende norm voldoet:

Totaal aantal locaties waarbij norm n.v.A.1

Totaal aantal locaties waarbij vorm nog niet is bevestigd

Totaal aantal
normen per
locatie dat
niet voldoet

100

10

10

10

10

100

100

100

100

100

10

10

10

100

100

10



1

10

1

100

100

**Bijlage 2. Totaalrapportage interne audits d.d. februari 2017
(0-meting)**

Totaal aantal locaties dat wel aan de betreffende norm voldoet:
Totaal aantal locaties dat niet aan de betreffende norm voldoet:
Totaal aantal locaties waarbij norm n.v.t.
Totaal aantal locaties waarbij norm nog niet is bevestigd:

China	2000	10.0
China	2001	10.0
China	2002	10.0
China	2003	10.0
China	2004	10.0
China	2005	10.0
China	2006	10.0
China	2007	10.0
China	2008	10.0
China	2009	10.0
China	2010	10.0
China	2011	10.0
China	2012	10.0
China	2013	10.0
China	2014	10.0
China	2015	10.0
China	2016	10.0
China	2017	10.0
China	2018	10.0
China	2019	10.0
China	2020	10.0
China	2021	10.0
China	2022	10.0
China	2023	10.0
China	2024	10.0
China	2025	10.0
China	2026	10.0
China	2027	10.0
China	2028	10.0
China	2029	10.0
China	2030	10.0
China	2031	10.0
China	2032	10.0
China	2033	10.0
China	2034	10.0
China	2035	10.0
China	2036	10.0
China	2037	10.0
China	2038	10.0
China	2039	10.0
China	2040	10.0
China	2041	10.0
China	2042	10.0
China	2043	10.0
China	2044	10.0
China	2045	10.0
China	2046	10.0
China	2047	10.0
China	2048	10.0
China	2049	10.0
China	2050	10.0
China	2051	10.0
China	2052	10.0
China	2053	10.0
China	2054	10.0
China	2055	10.0
China	2056	10.0
China	2057	10.0
China	2058	10.0
China	2059	10.0
China	2060	10.0
China	2061	10.0
China	2062	10.0
China	2063	10.0
China	2064	10.0
China	2065	10.0
China	2066	10.0
China	2067	10.0
China	2068	10.0
China	2069	10.0
China	2070	10.0
China	2071	10.0
China	2072	10.0
China	2073	10.0
China	2074	10.0
China	2075	10.0
China	2076	10.0
China	2077	10.0
China	2078	10.0
China	2079	10.0
China	2080	10.0
China	2081	10.0
China	2082	10.0
China	2083	10.0
China	2084	10.0
China	2085	10.0
China	2086	10.0
China	2087	10.0
China	2088	10.0
China	2089	10.0
China	2090	10.0
China	2091	10.0
China	2092	10.0
China	2093	10.0
China	2094	10.0
China	2095	10.0
China	2096	10.0
China	2097	10.0
China	2098	10.0
China	2099	10.0
China	2100	10.0
China	2101	10.0
China	2102	10.0
China	2103	10.0
China	2104	10.0
China	2105	10.0
China	2106	10.0
China	2107	10.0
China	2108	10.0
China	2109	10.0
China	2110	10.0
China	2111	10.0
China	2112	10.0
China	2113	10.0
China	2114	10.0
China	2115	10.0
China	2116	10.0
China	2117	10.0
China	2118	10.0

Pagina 2 van 2

Resultaatrapportage IGZ – DEEL II

Kwaliteit & Veiligheid

Datum : 31-07-2017
Status : definitief



Samen werkt 't beter

Resultaatrapportage deel II: Status per locatie

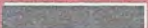
Onderstaande tabel geeft de actuele status weer op de top 3 risico's per locatie.

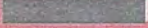
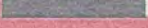
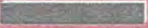
De top 3 risico's die per locatie zijn vastgesteld, op basis van interne audits, vormen de prioriteit voor de verbeterplannen per locatie. In bijlage 3 is de 0-meting van Team Zorgaudits en in bijlage 2 de 1-meting van Team Zorgaudits opgenomen.

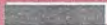
District	Locatiennaam	Regio-manager	Locatie verantwoordelijke	Kwaliteits verpleegkundige	Top 3 risico's	Status
DWO / NWN	De Ark				1. Melding en opvolging incidenten (MIC) 2. Medische regie 3. Dossiervoering	1. (Deels) behaald; • Districts MIC-cie is opgestart. Er vindt maandelijkse analyse/ terugkoppeling naar de teams plaats, dit wordt vastgelegd in de verslagen op locatie en district niveau. De eerste analyse heeft in juli plaatsgevonden. De volledige PDCA wordt in Q3 echt doorlopen. • Lokale MIC-commissie is opgestart en in werking vanaf april 2017. Er vindt maandelijkse analyse/ terugkoppeling naar de teams plaats, dit wordt vastgelegd in de verslagen op locatie en district niveau. • K-schijf map is aangemaakt, zodat deze rapportage zichtbaar is. 2. Deels behaald; • De SO is betrokken bij MIC analyse, locatie en district. • Autorisatie gebruik Gericall artsen verlopen moeizaam. Autorisatie procedure gemaakt i.o.m. ICT en directeur Gericall. Evaluatie 1 juni 2017. • Scholingsaanbod gedaan bij Gericall voor gebruik ECD bij Gericall. 3. Deels behaald; • KSW is 100% volledig op orde • Verblijft licht 2^e etage niet op orde (15% behaald). Q-vpk gaat zich vooral richten op deze afdeling. 1-12 100% op orde.

District	Locatiennaam	Regio- manager	Locatie verantwoordelijke	Kwaliteits verpleegkundige	Top 3 risico's	Status
						• Verblijf licht 1 en ¾ etage loopt, 75% op orde. 1-12 100% op orde. • Acties die worden ingezet: scholing smart en soap rapporteren, alle dossiers optimaliseren door de EVV'ers conform nieuw format ECD en door de Q-vpk nagekeken op formulering van doelen en acties en de verbinding hierbij. Coaching on the job door Q-vpk vindt plaats.
	De Vloot				1. Instabiliteit van de teams zowel van de zorgteams als van de behandelaars 2. Uitkomsten van zorg te weinig gebruikt om van te leren 3. Achterstand bevoegd / bekwaam, scholing en toetsing	1. Deels behaald; • De vacature voor psycholoog is ingevuld per 1 april jl, door een ervaren psycholoog en bekend op de locatie. • Vacatures invullen blijft lastig door krapte in de markt. • Arts wordt nog steeds ondersteund door SO als supervisor op locatie/ structureel. Er is nog geen zicht op vaste SO op locatie. 2. Deels behaald; • MIC-cie gestart conform nieuwe procedure. • MIC-analyse is vast agendapunt behandelaren-zorgteam overleg. • Behandeling is deelnemer van de teamoverleggen en kerngroep kwaliteit. Verbetermaatregelen zijn ingezet, effect is in aantal gevallen niet nog meetbaar. 3. Deels behaald; • VRH toetsing in volle gang. 89% is bevoegd en bekwaam en medewerkers zijn aangemeld. 100% gereed op 1-9.
	Rozenhof			1 fte vacature	1. Melding en opvolging incidenten (MIC)	1. Behaald; • Nieuwe procedure geïmplementeerd. District MIC-cie en locatie MIC-cie ingericht. Maandelijks analyse/ terugkoppeling naar de teams.

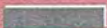
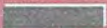
District	Locatienaam	Regio- manager	Locatie verantwoordelijke	Kwaliteits verpleegkundige	Top 3 risico's	Status
					2. Dossiervoering 3. Inzet juiste en voldoende deskundigheid	Verslaglegging op district en locatie niveau. • Vindbaar op prestatiebord en op de K schrijf. 2. Behaald; • 100% dossiers kwantitatief en kwalitatief op orde. 3. Deels behaald; • Vacatures staan uit, actieve werving loopt, vaste uitzendkrachten werkzaam. Nog 2 FTE vacature op een formatie van 18 FTE. Er is 1-6 een verpleegkundige niveau 4 gestart. • Scholing wordt aangeboden en inzet behandelaren zorg voor kennis verhoging. • Ideon training is gestart.
	Woerdblok			2 fte vacature	1. Melding en opvolging incidenten (MIC) 2. Dossiervoering 3. Inzet juiste en voldoende deskundigheid	1. Behaald; • Er is een MIC district en MIC locatie commissie ingesteld. • Maandelijkse analyse/ terugkoppeling naar de teams, wordt vastgelegd in de verslagen op locatie en district niveau. • Vindbaar op prestatiebord en op de K schrijf. 2. Deels behaald; • PCDA cyclus is niet voldoende zichtbaar in het dossier. Acties: scholing smart en soap rapporteren en coaching on the job door Q-vpk. Dossier checks 1x per 2 maanden door de aandachtvelders dossiers en Q-vpk uitgevoerd. Medewerkers toetsen elkaars dossier en gaan direct het gesprek aan. • Op KSW worden voor iedere ZLP bespreking de dossiers van bewoners die besproken worden, gecheckt door Q-vpk. 3. Deels behaald; • Verblijf licht is op orde, op KSW bijna op orde (situatie 1-8: 3 FTE te kort op 23 FTE). • We werven actief. Vaste uitzendkrachten en ZZP-ers

District	Locatienaam	Regio- manager	Locatie verantwoordelijke	Kwaliteits verpleegkundige	Top 3 risico's	Status
						zijn ingezet, de krapte op de arbeidsmarkt is voelbaar. - Scholing wordt aangeboden en inzet behandelaren zorg voor kennis verhoging. - Ideon training is gestart.
Utrecht Stad	KSW De Geuzenveste	 (waar- nemend)			- Samenhang zorgdossier - Kwalitatieve en kwantitatieve bezetting team - Onvoldoende sturing op kwaliteit en veiligheid, onvoldoende besef van veiligheid resp onveiligheid.	- Deels behaald; - De zorg is cyclisch georganiseerd en in toenemende mate zijn de zorgplannen werkbaar en op de cliënt afgestemd. Er is hard gewerkt aan de samenhang vanuit het multidisciplinaire team, de Q-vpk en de locatieverantwoordelijke. - Er worden individuele gesprekken gevoerd met iedere medewerker om te kijken hoe hij of zij extra ondersteunt kan worden in zijn werk, wat belangrijk is en waar verbeterpunten liggen. - Behaald; - De langdurig zieken binnen het team worden d.m.v. langdurige vervanging opgevuld. Er wordt ondersteuning geboden bij de planning en roostering om teams te ontlasten door een districts ondersteuner. Alle vacatures ingevuld. - Alle medewerkers volgen de scholingen volgens het scholingsplan. Hier stuurt de locatieverantwoordelijke pro actief op. - Deskundigheidsbevordering gedaan middels e-learning. - Behaald; - Continu coaching on the job door de Q-vpk en locatieverantwoordelijke.
	KSW De prinses	 (waar- nemend)			- Instabiliteit behandelteam en ondersteuning - Dossiervoering:	- Behaald; - Het behandelteam is stabiel: vaste bezetting. - Deels behaald;

District	Locatienaam	Regio- manager	Locatie verantwoordelijke	Kwaliteits verpleegkundige	Top 3 risico's	Status
					rapportage en evaluatie van de doelen en zorg, terugkoppeling wijzigingen benaderplannen, achterstand zlp. 3. Kwalitatieve en kwantitatieve bezetting team	- Dossiers 90% op orde. Optimalisatie dossiers door Q-vpk, het zorgteam en de locatieverantwoordelijke conform ZLP cyclus. 3. Behaald; - Bezetting verbeterd, geen vacatures meer. - Deskundigheid wordt bevorderd middels e-learning en klinische lessen (georganiseerd door Q-vpk, psycholoog en arts).
	KSW Nieuw Chartreuse	 (waarnemend)			1. Dossiervoering en registraties 2. Taken en verantwoordelijkheden team 3. Hygiëne	1. Deels behaald; - Dossiers 90% op orde. Optimalisatie dossiers door Q-vpk, het zorgteam en de locatieverantwoordelijke conform ZLP cyclus. 2. Behaald; - De taken zijn verdeeld binnen het team - Roosterverstoringen zijn door de inzet van extra planner uit het primaire proces gehaald. Hierdoor is het team beter in staat om zich op hun primaire taak te richten. - Er worden individuele gesprekken gevoerd met iedere medewerker om te kijken hoe hij of zij extra ondersteunt kan worden in zijn werk, wat belangrijk is en waar verbeterpunten liggen. 3. Behaald - Beleid is ingevoerd en uitgebreid binnen het team besproken. Aandacht voor de borging blijft van belang.
	KSW Parkwijk	 (waarnemend)			1. Gebrek aan menskracht 2. Veiligheid bewoners	1. Behaald; - Formatie is op orde. 2. Deels behaald; - MIC meldingen worden geanalyseerd en besproken

District	Locatiennaam	Regio- manager	Locatie verantwoordelijke	Kwaliteits verpleegkundige	Top 3 risico's	Status
					3. Scholings- achterstand	conform nieuwe procedure. Verbeteracties worden zo nodig ingezet. - De groepsdynamiek wordt in kaart gebracht alvorens wordt overgegaan tot het plaatsen van bewoners. 3. Behaald; - De e-learning is in april gestart. Kennis van de doelgroep heeft extra aandacht gehad en samen met de behandelaren wordt op cliëtniveau gekeken en noodzakelijke acties uitgezet.
	Nieuw Tamarinde	  (waar- nemend)		 	1. Melding en opvolging incidenten (MIC) 2. Dossiervoering 3. Inzet juiste en voldoende deskundigheid	1. Deels behaald; - Nieuwe MIC procedure geïmplementeerd. - De MIC commissie is belegd in het ontwikkelteam. Hierdoor is er sprake van een multidisciplinaire terugkoppeling en analyse. - De MIC staat structureel geagendeerd op de agenda van het ontwikkelteam. Tevens is de MIC een vast agendapunt op het teamoverleg van het team. - Q-vpk nog nodig voor faciliteren team voor verwerking en analyse MIC meldingen. Ondersteuning is gericht op het zo krachtig mogelijk positioneren taakhouders MIC. 2. Deels behaald; - Dossiers 30% op orde. Optimalisatie dossiers door Q-vpk, het zorgteam en de locatieverantwoordelijke conform ZLP cyclus. - Zorgteam en behandelaren zijn bijgeschoold in gebruik vernieuwd ECD. - Coaching on the job door Q-vpk. 3. Deels behaald; - I.v.m. onervulde vacatures wordt er lang vervang in gezet ten behoeve van rust en structuur op de afdeling. - In deze tussenliggende tijd wordt er vanuit districtsondersteuning planning ondersteund om het

District	Locatienaam	Regio- manager	Locatie verantwoordelijke	Kwaliteits verpleegkundige	Top 3 risico's	Status
						team t.a.v. de roostering te ontlasten. - Nieuwe recruiter werft door middel van social media en ondersteuning werving en selectie. Procedure loopt, een ieder is hier actief in. Nog geen uitzicht op formatief op orde te zijn. - Als investering op deskundigheidsontwikkeling vindt er twee wekelijks een casuïstiek bespreking plaats waarin specifiek ingegaan wordt op onbegrepen gedrag. De psycholoog begeleidt dit. - Er heeft een uitrol plaatsgevonden op e-learning diverse thema's.
	Rosendael	 (waar-nemend)		 	1. Melding & opvolging incidenten 2. Dossiervoering 3. Deskundigheid personeel	1. Deels behaald; - De MIC commissie is onderdeel van het ontwikkelteam Rosendael. Gewijzigd MIC beleid is geïmplementeerd. Analyses worden per maand gemaakt en breed in de locatie besproken. 2. Deels behaald; - Dossiers 30% op orde. Optimalisatie dossiers door Q-vpk, het zorgteam en de locatieverantwoordelijke conform ZLP cyclus. - Onder supervisie van de Q-vpk is er voor de locatie een plan van aanpak opgesteld. - Extra instructiebijeenkomsten voor de EVV-ers behandelaars en welzijn medewerkers hebben plaats gevonden. 3. Deels behaald; - Mogelijk beperkte instroom als gevolg van lage bezetting (hoog verzuim, veel vacatures) - Er wordt extra ingezet door recruitment op werving van personeel. - Scholingskalender 2017 is verspreid, toegelicht in ieder team en wordt uitgevoerd. - Alle medewerkers die nog niet zijn getoetst voor wat betreft VRH, zijn actief benaderd.

District	Locatiennaam	Regio- manager	Locatie verantwoordelijke	Kwaliteits verpleegkundige	Top 3 risico's	Status
	Swellengrebel	 (waarnemend)		 	1. Melding & opvolging incidenten 2. Dossiervoering 3. Deskundigheid personeel	1. Behaald; - Nieuwe MIC procedure geïmplementeerd. - Per afdeling is er een MIC aandachtsvelder die tertiaal de analyses maakt van alle MIC. 1 incident wordt uitvoerig geanalyseerd. - MIC is vast onderdeel op teamoverleggen. - De MIC commissie is belegd in het ontwikkelteam. Hierdoor gaat er sprake zijn van een multidisciplinaire terugkoppeling en analyse. De MIC staat structureel geagendeerd op/na de agenda van het ontwikkelteam. 2. Deels behaald; - Dossiers 30% op orde. Optimalisatie dossiers door Q-vpk, het zorgteam en de locatieverantwoordelijke conform ZLP cyclus. - Alle medewerkers zijn verantwoordelijk voor het dossier bij wijzigingen. EVV is eindverantwoordelijk voor het op orde hebben van het dossier. - Scholing op gebruik nieuwe ECD vindt plaats via training-on-the-job door Q-vpk en EVV. 3. Deels behaald; - Alle medewerkers volgen de scholingen volgens het scholingsplan. Hier stuurt de locatieverantwoordelijke pro actief op.
	Tuindorp Oost	 (waarnemend)			1. Dossiervoering 2. Melding & opvolging van incidenten 3. Deskundigheid personeel	1. Deels behaald; - Dossiers 30% op orde. Optimalisatie dossiers door Q-vpk, het zorgteam en de locatieverantwoordelijke conform ZLP cyclus. 2. Deels behaald; - Nieuwe MIC procedure geïmplementeerd. - MIC aandachtsvelders zijn aanwezig. Deze aandachtsvelders zijn met hulp van Q-vpk de MIC's van de afgelopen 4 maanden aan het analyseren.

District	Locatienaam	Regio- manager	Locatie verantwoordelijke	Kwaliteits verpleegkundige	Top 3 risico's	Status
						- In de team vergadering worden de MIC's besproken. - De MIC commissie is belegd in het ontwikkelteam. Hierdoor gaat er sprake worden van een multidisciplinaire terugkoppeling en analyse. De MIC staat structureel geagendeerd op de agenda van het ontwikkelteam.
	Warande 2	  (waar- nemend)		 	1. Samenstelling team en vacatures 2. Communicatie: onderling/met omgeving/met cliënten/overdrachten 3. Structuur en hygiëne	1. Niet behaald; - Nog geen uitzicht op formatief op orde te zijn. - Een nieuwe medewerker aan kunnen trekken. Echter ook verloop personeel. HR probleem blijft een series aandachtspunt. - I.v.m. ongevulde vacatures wordt er lang vervang in gezet ten behoeve van rust en structuur op de afdeling. - In deze tussenliggende tijd wordt er vanuit districtsondersteuning planning ondersteund om het team t.a.v. de roostering te ontlasten. - Team werft door middel van social media. - Sollicitatieprocedure op afdelingsniveau geëvalueerd, wordt nu sneller doorlopen. Procedure loopt, een ieder is hier actief in. 2. Behaald; - Communicatie wordt besproken en aangepakt in ontwikkelteam en met ondersteuning van de teamcoach en HR opgepakt. - Voortgang vastgelegd in notulen ontwikkelteam.

District	Locatienaam	Regio- manager	Locatie verantwoordelijke	Kwaliteits verpleegkundige	Top 3 risico's	Status
						• Samenwerkingsafspraken voor in ontwikkelteam vastgesteld. • Er zijn afspraken over ondersteuning team bij problematiek omgang bewoners gemaakt. • Individuele gesprekken gevoerd met teamleden. • Coachingstraject is uitgevoerd, borging doorlopend. MD team ervaart een prettigere onderlinge communicatie en meer draagkracht. Tevens een betere sfeer. Borging en vervolg in ontwikkelteam. Uit bewonersoverleg/ ZLP besprekingen komt naar voren dat ook bewoners een prettigere sfeer ervaren en meer tevreden zijn. • Twee wekelijks vind er MD omgangsoverleg plaats waarbij het team ondersteund wordt in de omgang met de complexe doelgroep. 3. Behaald; • Er zijn nieuwe kasten in gebruik genomen om linnengoed/ inco materiaal netjes op te bergen. Beschikbare ruimtes zijn opnieuw ingedeeld. • Taken schoonmaak zijn duidelijk en medewerkers schoonmaak zijn aangesproken. Schoonmaakroosters worden ingezet. • Borging schoonmaak door facilitair account beheerder middels rondes en terugkoppeling indien nodig vanuit werkvloer.
	Warande 3	  (waarnemend)			1. Vacatures, gebrek aan goede mensen 2. Communicatie: rapportages en overdrachten (dagelijkse)	1. Deels behaald; • Team werft door middel van social media. • Sollicitatie procedure op afdelingsniveau geëvalueerd, wordt nu sneller doorlopen. Procedure loopt, eenieder is hier actief in. Nieuwe collega is aangenomen per 1 juli, werving wordt vervolgd. Per november komt een leerling HBO-V terug op de afdeling. Per november uitzicht op formatief op orde, ook op het gebied van personeelsmix en deskundigheid. • I.v.m. on vervulde vacatures wordt er lang vervang in

District	Locatienaam	Regio- manager	Locatie verantwoordelijke	Kwaliteits verpleegkundige	Top 3 risico's	Status
						gezet ten behoeve van rust en structuur op de afdeling. Team werft zelf lang vervang door te kijken welke uitzendkrachten passend zijn bij de afdeling en deze aan te trekken als lang vervang. In deze tussenliggende tijd wordt er vanuit districtsondersteuning planning ondersteund om het team t.a.v. de roostering te ontlasten. 2. Deels behaald; - Onderwerp wordt besproken en aangepakt in ontwikkelteam. - Er is een pilot gestart waarin de opdrachten van disciplines in de agenda worden geplaatst. Uit ontwikkelteam blijkt dat dit breder opgepakt moet worden, pilot laat onvoldoende verbetering zien. Huidige werkwijze overdragen/ lezen/ rapporteren werkt onvoldoende. Plan gevormd, nieuwe werkwijze, implementatieplan en borging wordt gemaakt door Q-vpk met 3 teamleden.
Utrecht West	Waterschaps- huis			1 fte vacature	1. Melding & opvolging incidenten 2. Dossiervoering 3. Deskundigheid personeel	1. Deels behaald; - De MIC commissie (1 cie voor Waterschapshuis en Weddesteyn) is opgericht en gestart. Verslaglegging vindt plaats per locatie. - De eerste trendanalyse is gemaakt. N.a.v. de trendanalyse zijn er nadere onderzoeksvragen uitgezet t.a.v. het onderwerp valincidenten op de late avond en nacht. - Het onderwerp "medicatie vergeten te geven" ter verbetering loopt nog door. Dit onderwerp was n.a.v. de MIC meldingen op dit gebied eerder uitgekozen door de taakhouders medicatieveiligheid. Het resultaat is nog te wisselend, vervolgacties zijn uitgezet. 2. Deels behaald; - ECD aanpassingen ZLP en cliënt in beeld, worden momenteel volgens planning zorgleefplan cyclus

District	Locatienaam	Regio-manager	Locatie verantwoordelijke	Kwaliteitsverpleegkundige	Top 3 risico's	Status
						geïmplementeerd. Compleetheidscheck is uitgevoerd, acties naar EVV zijn uitgezet, check vindt momenteel plaats. • Kwaliteitsverpleegkundig voeren controle uit op inhoud en bespreken dit met de taakhouders. • Er is extra aandacht voor het invullen van formulier Afspraak is Afspraak en de agenda (methodisch werken). • Tablets voor teams zijn uitgerold. Huidige fase aandacht voor daadwerkelijk/optimaal gebruik. • Nog een probleem is optimaal/stabiel wifi ontvangst, hier wordt aan gewerkt. 3. Deels behaald; • Skills lab op locatie (Weddesteyn ook voor Waterschapshuis)) is gerealiseerd. • Toetsers zijn geschoold. • Toetsen VRH op locatie is ingevoerd, in leerportaal worden resultaten, s.v.z. toetsen gevolgd. • Ideon, toets op aanwezige kennis dementie is afgenomen, advies scholing komt, scholing wordt na de zomervakantie in gang gezet. • Omloop KSW is uitgebreid, nog niet volgens model KSW dit is i.v.m. grote contracten nog niet volledig haalbaar. • Werving leerlingen uitbreiding niveau 3, 4, 5 heeft plaatsgevonden. Resultaat volgens verwachting. Evv werving resultaat 2 ll. Werving GPV vindt plaats.
	Maria-Oord				1. Kwalitatieve en kwantitatieve personele formatie. 2. Gedrag van medewerkers: doorpakken,	1. Niet behaald; • Kwantitatief: ongeveer 7 fte tekort. Wervingsacties lopen en leveren ook nieuwe medewerkers op. Medewerkers worden via bureaus voor langere tijd ingezet. In de zomervakantie worden de teams nu ondersteund door "helpende handen"(niet gediplomeerde vakantiekrachten). • Kwalitatief: Nog onvoldoende personeel niveau 3, 4

District	Locatienaam	Regio- manager	Locatie verantwoordelijke	Kwaliteits verpleegkundige (per 1-6)	Top 3 risico's	Status
					voorbeeld voor anderen zijn. 3. Methodisch werken en dossiervoering: PDCA cyclus is onvoldoende geborgd.	en 5. Minder niveau 2 is niet haalbaar. Nieuw personeel: vanaf 1-6 4^e Q-vpk. Afgelopen maanden zijn er een aantal nieuwe medewerkers aangenomen, meestal niveau 3 en soms niveau 4, daarnaast per september 7 nieuwe leerlingen niv 4 en 5. 2. Deels behaald; • Deskundigheidsbevordering volgens scholingskalender. • CCE training op afdeling NAH en Korsakov • Agressietraining onder leiding van externe psycholoog gestart op de afdelingen met onbegrepen gedrag • VRH toetsen zijn sinds najaar 2016 opgepakt en achterstand is hiermee bijna weggewerkt. • 2016 is een start gemaakt in "samen in goed gesprek". In september 2017 wordt dit verder uitgerold binnen alle teams. Samen in goed gesprek ondersteunen de teams in communicatie met elkaar en de cliënt. • Taakhouders MIC worden begeleid door Q-verpleegkundige in het analyseren van de MIC-meldingen. • Evv-ers zijn halverwege met de opleiding; positieve effect is merkbaar. Werving GVP opleiding loopt . • Jaarlijkse medicatiescholing (blended learning) uitgevoerd • Specifieke toets (Ideon) op aanwezige PG-kennis. Scholing start najaar • W&T: duidelijke structuur met taakhouders in teams. Positioneren Q-vpk. In dit proces worden goede stappen gemaakt onder begeleiding van W&T-coach. 3. Deels behaald; • Verbeterslag vindt plaats, kwaliteit dossiers verbetert stapsgewijs. Toetsing vindt maandelijks plaats door Q-verpleegkundige en

District	Locatienaam	Regio- manager	Locatie verantwoordelijke	Kwaliteits verpleegkundige	Top 3 risico's	Status
						projectondersteuner Caress. - Tablets zijn in gebruik genomen, borging vindt ook nog in komende tijd plaats. "Digibeten" krijgen coaching on the job. Voorbeeldgedrag tonen binnen de teams. Bewust maken van het risico van papieren dossiers. - Verbetering methodisch werken wordt systematisch opgepakt met begeleiding vanuit Q-vpk en multidisciplinair team, coach W&T. Borging vindt plaats tijdens het multidisciplinair werkoverleg 4x per jaar. - MIC commissie houdt overzicht over de gehele organisatie en zet volgens de PDCA cyclus vervolgstappen uit. - Medicatieveiligheid wordt geborgd door jaarlijkse scholing en e-learning (blended learning) 4x per jaar een medicatiecheck door Q-verpleegkundige. Met ondersteuning van een wekelijks controle vanuit de apotheek op houdbaarheid, aftekenen, check op medicatie en deellijsten.
	Snavelenburg			(per 1 sept)	1. Dossiervoering 2. Inzet juiste en voldoende deskundigheid 3. Medicatieveiligheid (voorraad, paraferen e.d.)	1. Deels behaald; - Q-vpk hebben verpleegkundigen van de afdelingen betrokken bij het coachen van de medewerkers en checken van dossiers, en vervolgens de EVV-ers (olievlek-effect). Op zoek naar oorzaken waarom het bijhouden van dossiers lastig is, zodat oorzaken weggenomen kunnen worden (bijv. computer-vaardigheden). Zo wordt tijdens het verbeteren meteen aan de borging gewerkt. - Thema-audits op dossiers staan in de planning. - Kwaliteitscheck is in het dossier toegevoegd. - Alle ZLP's bijgesteld: half oktober klaar. Dit gebeurt volgens de ZLP-planning in de MDO's. 2. Deels behaald; - Waar nodig extra medewerkers ingezet in een team. Er wordt sinds 1 april gewerkt met kleinere woongroepen en daarop afgestemde teams.

District	Locatienaam	Regio- manager	Locatie verantwoordelijke	Kwaliteits verpleegkundige	Top 3 risico's	Status
						• Intensieve ondersteuning / coaching van de teams. • Uit de kick-offs zijn per team te behalen doelen opgesteld, concrete resultaten geformuleerd. Via werk-/leerbijeenkomsten worden teams daarbij gecoacht. Traject start in september. • Scholingskalender wordt volgens planning uitgerold. O.a. onbegrepen gedrag. Scholing wordt opgevolgd door begeleiding door de psycholoog in de dagelijkse praktijk. • Veel inzet van eigen deskundigheid (behandelaren, welzijn) bij de bevordering van deskundigheid. • VRH-scholing: 80% gereed. Externe toetsers ingezet om te versnellen. Per 1 augustus is wel 100% ingeschreven voor de toets. • Intensief recruitmenttraject leidt tot resultaten. Van 14 fte vacatures in maart staan er nog 5 fte open. Start nieuwe medewerkers in aug. en sept. (meer leerlingen) • Enkele mensen die zijn weggegaan komen terug, er is een aanzuigende werking. 3. Behaald; • Normen op orde. Borging nu vindt plaats door: - periodieke bijeenkomsten met taakhouders - medicatie - wekelijkse checks door apotheek en opvolging - audits door de teams samen met Q-vpk - MIC analyse en verbeterplannen nav medicatie-incidenten • Thema-audits worden gehouden, analyse daarvan wordt besproken in het ontwikkelteam. • Trends uit de audits door de apotheker worden per kwartaal besproken, zo nodig worden aanvullende maatregelen genomen.
	Weddesteyn				1. Kwalitatieve en kwantitatieve	1. Deels behaald; • Uitbreiding extra omloop diensten, nachtdienst

District	Locatienaam	Regio- manager	Locatie verantwoordelijke	Kwaliteits verpleegkundige	Top 3 risico's	Status
				 1 fte vacature	personele formatie 2. Communicatie en cultuur (speelde binnen enkele teams) 3. Sturen op kwaliteit (specifiek mic-procedure)	vraagt om meer fte. Personele bezetting invulling vacatures is druppelsgewijs maar wel stijgend. - Nachtdienst KSW is met 1 extra nachtdienst per nacht uitgebreid. Alle paviljoens hebben nu een eigen nachtdienst. - Werving leerlingen uitbreiding niveau 3, 4, 5 heeft plaatsgevonden. Acceptabel resultaat. - Werving EVV resultaat 4 ll. Werving GVP vindt plaats. - BBL leerlingen gaan vakantiewerk doen, worden op hun vertrouwde afdeling ingezet (continuïteit van zorg). - Gekozen is zzp-ers en uitzendkrachten voor langere periodes in te zetten (bekende gezichten, continuïteit) - Wervingsplan is ontworpen en net gestart. Resultaat al enkele sollicitanten. 2. Deels behaald; - De teams stemmen goed en regelmatig af bij overleg RM en afvaardiging team en tussendoor zo nodig. 2 teams ontvangen nog intensievere begeleiding. 3. Deels behaald; - De MIC commissie (1 cie voor Waterschapshuis en Weddesteyn) is opgericht en gestart. Rapportages worden per locatie opgesteld. - Een trendanalyse is gemaakt. N.a.v. de trendanalyse zijn er nadere onderzoeksvragen uitgezet t.a.v. het onderwerp valincidenten op de late avond en nacht. - Het onderwerp "medicatie vergeten te geven" ter verbetering loopt nog door. Dit onderwerp was n.a.v. de MIC meldingen op dit gebied eerder uitgekozen door de taakhouders medicatieveiligheid. Het resultaat is nog te wisselend, vervolgacties zijn uitgezet.

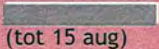
District	Locatienaam	Regio- manager	Locatie verantwoordelijke	Kwaliteits verpleegkundige	Top 3 risico's	Status
ZHE/BRE DA	Bernissesteyn	 		    per 1 mei)	1. Dossiers: geen samenhang, niet up to date, niet smart, geen soap 2. Kwantiteit, kwaliteit, continuïteit behandelaarsteam 3. Organisatie van de BOPZ/ inzet middelen en maatregelen.	1. Deels behaald; • De dossiers vertonen samenhang, zijn up to date, zijn smart en er wordt volgens de soap gerapporteerd. • De behandelaars (gaat met name over het stuk BOPZ) hebben een inhaalslag gemaakt. • VBM (vrijheidsbeperkende maatregelen) zijn verwerkt in de dossiers. 2. Behaald; • Behandelaarsteam is compleet en inzetbaar. Kwaliteit is voldoende. 3. Deels behaald; • Per 18 april is er een nieuwe BOPZ arts aangenomen. • Het afbouwteam M&M is ingericht en komt tweewekelijks bij elkaar. • Stappenplan VBM van (pre)start, evaluaties tot afbouw cq staken, twee maal per jaar door Bopz-arts is gestart.
	Blankenburg	 		 	1. Dossiervoering 2. Inzet juiste en voldoende deskundigheid 3. Medicatieveiligheid (toedieningslijsten, dubbele controle, route wijziging)	1. Deels behaald; • 90% op orde. • Rapportage krijgt veel aandacht d.m.v. training en coaching-on-the-job. Een continu stijgende lijn. • Fysiek dossiers nog aanwezig maar alleen met relevante formulieren. Niet alles kan weg i.v.m. eerstelijns behandelaars. 2. Deels behaald; • Nog ongeveer 1 FTE te kort. Vacature staat nog open. EVV of VPK gewenst. Via recruitment, DUO-Zorg en diverse bureaus invulling geprobeerd te vinden, weinig tot geen resultaat. Recruitment gaat speciale wervingscampagne opzetten voor regio Rozenburg. • Werkdruk nu beter verdeeld, waardoor ook lager

District	Locatienaam	Regio- manager	Locatie verantwoordelijke	Kwaliteits verpleegkundige	Top 3 risico's	Status
						- ziekteverzuim. - VRH: 80% theorie geschoold en alle medewerkers praktijk geschoold / ingeschreven voor toets. 3. Behaald; - Q-vpk is taakhouder. Wordt met MIC-analyse veel aandacht aan besteed om het op orde te houden.
	De Plantage				1. Dossiervoering 2. Melding & opvolging van incidenten 3. Deskundigheid personeel	1. Deels behaald; 85% op orde. EVV'ers hebben instructie gekregen over het gebruik van het nieuwe ECD met vereenvoudigde ZLP en zijn bezig alles om te zetten naar nieuwe format. - EVV'ers en Taakhouders worden in elke update meegenomen. - Wekelijks steekproeven door KV - E-learning "Goed in Gesprek" door 90% van de zorgmedewerkers gemaakt en behaald. - Borging van het GWI gesprek vindt plaats doordat de kwaliteitsverpleegkundige bij de ZLP besprekingen is of deze zelfs voorziet. Zo houdt zij de vinger aan de pols of de gesprekken worden gevoerd en of er voortgang op is. 2. Behaald; - MIC commissie geïnstalleerd. - MM is toegevoegd aan MIC commissie - Analyses worden gemaakt, maar heeft nog wat aanscherping. De MIC is een vast agendapunt op alle afdelingen. - Borging vindt plaats doordat de kwaliteitsverpleegkundige op regelmatige basis controleert en auditeert en doordat zij bij de teamvergaderingen aanwezig is om dit proces te waarborgen. Op de papieren agenda's van de teams en in de notulen van de vergaderingen is dit punt zichtbaar en gedocumenteerd. - Trends worden besproken in BZTO

District	Locatienaam	Regio- manager	Locatie verantwoordelijke	Kwaliteits verpleegkundige	Top 3 risico's	Status
						- In het EZD is nu de functionaliteit open gezet voor de MIC waarin de trends eenvoudiger op te halen zijn. 3. Deels behaald; - ABC scholing wordt versneld ingevoerd zodat scholing in 2017 is afgerond. - NAH scholing: voorstel wordt i.s.m. Vilans samengesteld. - De weerbaarheidstraining op de NAH afdelingen krijgt een jaarlijks vervolg, tevens wordt deze voor nieuwe medewerkers gegeven. - Voorstel voor training voor bijscholing NIV 4 in ontwikkeling. Uitvoer najaar 2017. Vooraf vindt er (individueel) een vakinhoudelijke/kwaliteitsgesprek plaats. - VRH scholing: 73 % is geschoold. - Skill lab is operationeel in de Plantage zodat er op locatie getoetst wordt. - Scholingsplan wordt uitgevoerd.
	De Rozenhoek		 t	2 fte verdeeld over 3 mdw: 	1. Gebrek aan kennis en scholing gezien de uitbreidende PG doelgroep 2. Communicatie: in teams, tussen teams en afdelingen, behandelaars en teams, management en teams 3. Instabiliteit van de teams: zowel de zorgteams als de behandelaars.	1. Deels behaald; - ABC training, een methodiek om onbegrepen gedrag te erkennen, herkennen en op te anticiperen, vindt momenteel plaats (mbv klinische les en coaching on the job). - Er is meer kennis, risico is kleiner geworden. 2. Deels behaald; - Multidisciplinair ontwikkelteam is ingericht en van start. Hierdoor zijn de lijnen korter en weet men beter wat er bij elkaar en in de Rozenhoek speelt. - Communicatie teams-behandelaren is verbeterd mbv gewijzigd BZTO format en verslaglegging. - Tevens afspraken gemaakt t.a.v. verslaglegging in ECD cliënt. - Communicatie training heeft plaats gevonden.

District	Locatienaam	Regio- manager	Locatie verantwoordelijke	Kwaliteits verpleegkundige	Top 3 risico's	Status
						3. Niet behaald; • Bezetting is nog niet op orde. Nog steeds te kort aan verpleegkundige, veel verschillende behandelaars, grote versnippering. • Werving vindt plaats.
	De vier ambachten				1. Melding & opvolging incidenten (incl. meldcode) 2. Deskundigheid personeel	1. Behaald; • De MIC-commissie is geïnstalleerd. • De MIC-formulieren worden nu goed ingevuld door de medewerkers. • Er wordt volgens de MIC procedure gewerkt en geanalyseerd. De leden zijn goed toegerust om de incidenten te analyseren. • De verbetermaatregelen worden uitgezet naar waar het incident heeft plaatsgevonden en de Q-vpk monitort en de terugkoppeling gaat naar de Mic cie, locatieverantwoordelijke, regiomanager en de cliëntenraad. 2. Deels behaald; • Bijscholing conform scholingskalender. • 2 medewerkers hebben dit voorjaar een opleiding gevolgd van de Rotterdamse Stroke Service (CVA Ketenzorg). 2/3 is hiervoor nu geschoold en dit najaar gaan er weer 2 medewerkers deze opleiding volgen. • Jaarlijkse worden er klinische lessen gehouden, die betrekking hebben op de aanwezige cliënt of nieuwe werkwijze wondzorg etc waarvoor een verplichte deelname plaatsvindt.
	Dierenriem				1. Kwalitatieve en kwantitatieve bezetting is onvoldoende (basiskennis ontbreekt)	1. Deels behaald; • ABC scholing is gestart voor 'nieuwe' medewerkers. • September 2017 start herhalingscursus ABC. • PVA in ontwikkeling om de inzet verpleegkundige regio Hellevoetsluis (intramuraal) te waarborgen 24 uur per dag. De Q-vpk die dienst heeft, staat

District	Locatienaam	Regio- manager	Locatie verantwoordelijke	Kwaliteits verpleegkundige	Top 3 risico's	Status
					2. Onvoldoende bewustzijn van veiligheidsrisico's 3. Communicatie binnen het zorgteam en scholing	boventallig op haar eigen locatie, mocht er een hulpvraag komen van een andere locatie, dan kan zij hiernaar toe gaan en/of acties uitzetten. Dit ivm tekort aan verpleegkundige met name in de avond en nacht. (mogelijk in de toekomst ook in het weekend overdag). 2. Deels behaald; - E-learningen zijn besproken met de medewerkers, scholingskalender 2017 is uitgereikt. - Behoeftes m.b.t. scholingen zijn geïnventariseerd door de Q-vpk. - Voorstel om VRH handelingen te oefenen is besproken met de teamleden. - Kranen zijn voorzien van warmtebegrenzer, kastjes zijn voorzien van een dop slot (elke medewerkster heeft zijn/haar eigen dopsleutel). 3. Deels behaald; - Samen goed in gesprek gestart, woning EF afgerond, woning AB 3e module, woning CD start 10 mei. - Waardigheid en Trots is gestart in april (verbeteren samenwerking multidisciplinair).
	Grootenhoek			    	1. Melding & opvolging incidenten 2. Dossiervoering 3. Personele formatie en deskundigheid	1. Deels behaald; - MIC commissie gestart o.l.v. Q-vpk en met deelname vertegenwoordiging Behandeling. Alle MIC en MIM worden gestuurd naar Q-vpk die deze oppakt met betreffende medewerkers. Sessies hoe omgaan met MIC en MIM per afdeling met coach en Q-vpk op basis theorie en op basis van casussen. Aandacht voor inhoudelijke en gedragscomponent. 2. Deels behaald; - Plan van aanpak per afdeling in relatie tot wijzigingen in ECD. Deze plannen worden nu onder regie van teambegeleider en / of Q-vpk uitgevoerd. - De ene afdeling zal eerder klaar zijn dan de andere.

District	Locatienaam	Regio- manager	Locatie verantwoordelijke	Kwaliteits verpleegkundige	Top 3 risico's	Status
						Dit heeft te maken met het feit dat de ene afdeling een betere bezetting heeft dan de andere en er dus meer of minder tijd aan kan besteden. 3. Deels behaald; • Twee afdeling: op formatie • Drie afdelingen: onder formatie • ABC scholingen lopen. Eind mei start weer een nieuwe groep
	Hart van Groenewoud				1. Medicatieveiligheid	1. Behaald; • De medicatie zakjes worden niet meer open geknipt. In villa 1 en 3 haalt de apotheek de rol op en past deze aan. In villa 2 zitten alle medicatie per soort en deelmoment in een apart zakje, er zijn stickers om aan te geven dat de medicatie is gewijzigd voor op het zakje.
	Hart van Rozenburg (tot dec16 KSW)			  	1. Gedrag medewerkers; blijven in hun comfort zone 2. Domotica is niet ingebed in het Careyn beleid: locatie staat alleen voor vraagstukken 3. Multidisciplinaire samenwerking; veel wisselingen in (para) medici geweest	1. Deels behaald; • Gedragsverandering is in gang gezet. Dit proces wordt ondersteund door het ontwikkelteam (Coach W&T, RM, HR, teamcoach, Q-vpk, arts) • Door formatietekort en daardoor hoge werkdruk blijft men in "hetzelfde cirkeltje" draaien. Keuze gemaakt om 2 Q-vpk aan te nemen, zodat zij meer teamtaken kunnen oppakken en borgen en degenen die met name zorg willen verlenen ook die rol te kunnen geven. • Door een herverdeling van de teamtaken over een kleiner aantal mensen, die dit echt willen en kunnen (ipv: iedereen MOET iets doen) worden zaken efficiënter opgepakt en beter geborgd. Waardoor werkdruk afneemt en plezier toeneemt. 2. Deels behaald; • Externe partij (domotica-coach) ingehuurd op eigen kosten Hart van Rozenburg om domotica in het beleid Careyn in te bedden. In augustus kan het

District	Locatienaam	Regio- manager	Locatie verantwoordelijke	Kwaliteits verpleegkundige	Top 3 risico's	Status
						beleid aangeboden worden aan DT voor vaststelling. 3. Behaald; - Q-vpk is de spil. Er is 2-wekelijks overleg op cliëntniveau en 1x p maand organisatorisch. Het organisatorisch overleg loopt niet altijd even soepel, omdat de agenda's van behandelaren niet goed te matchen zijn. Q-vpk brengt nu alle overleggen in kaart om zo een goede onderlinge afstemming te kunnen maken. - Q-vpk heeft wel 1 op 1 met iedere behandelaar contact, als dat nodig is. - Per 1 augustus wisseling in psycholoog.
	Herman Gorterhof				1. Melding en opvolging incidenten (MIC) 2. Inzet juiste en voldoende deskundigheid 3. Medicatieveiligheid	1. Behaald; - Taakhouders MIC zijn benoemd, er is één centrale MIC-commissie voor de Herman Gorterhof en de Zes Rozen ingesteld. Er zijn afspraken gemaakt rondom melden, maken van analyse en terugkoppeling naar het team. De begeleiding hierop wordt door de kwaliteitsverpleegkundige gedaan. MIC analyse en daaropvolgende verbeteracties worden uitgevoerd conform procedure. 2. Deels behaald; - Door ziekteverzuim is er een tekort aan deskundig personeel. Dit wordt zoveel mogelijk opgelost middels inzet meeruren eigen medewerkers en inzet uitzendkrachten via DuoZorg. - Medewerkers zijn geschoold in het gebruik van het ECD. 3. Behaald; - Fouten mbt medicatie worden via MIC's gemeld. - Er zijn duidelijke afspraken met de apotheek gemaakt mbt leveren van medicatie en lijsten. Medicatielijsten zijn up-to-date en overzichtslijsten worden meegeleverd met medicatie. - Met de apotheek zijn afspraken gemaakt voor

District	Locatiennaam	Regio- manager	Locatie verantwoordelijke	Kwaliteits verpleegkundige	Top 3 risico's	Status
						structureel overleg.
	Torenhoeve				1. Behandelteam: communicatie, kwaliteit, kennis en kunde passend bij de doelgroep 2. Doelgroep "vervuiling" 3. Regeltaken en uitrol professionele sturing in klein team	1. Deels behaald; • Situaties mbt wisselingen behandelaars is gestabiliseerd. • Opzetten van bijscholingen mbt verhogen deskundigheid/kennis van psychiatrie / ziektebeelden. Scholing start in Q3. 2. Behaald; • In-exclusie criteria zijn in gebruik. • Rol van Q-vpk bij plaatsing wachtlijst cliënten (screening, mogelijkheden-onmogelijkheden in samenwerking met psycholoog). 3. Behaald; • Overleggen hebben plaatsgevonden met medewerkers mbt regeltaken en professionele sturing. Afspraak: Geen overname van taken, maar meer begeleiding door Q-vpk en/of LV.
	Zes Rozen				1. Deskundigheid: het ontbreken van niveau 4 en 5 & te weinig kennis en kunde bij niveau 3 2. Medische regievoering; dossiervoering vrijheidsbeperking, supervisieplan. 3. Verbeteren: het analyseren van incidenten/klachten en sturen op de gewenste	1. Deels behaald; • Er is per 1 januari een kwaliteitsverpleegkundige niv. 5 aangesteld. Er zijn per 1 maart en 1 april twee verpleegkundigen niv. 4 aangesteld. • 75% van de medewerkers gestart met de ABC-scholing. • In maart heeft iedereen de scholing voor het ECD gevolgd. Begeleiding in het juiste gebruik van het EZD wordt gegeven door de kwaliteitsverpleegkundige. • De nieuwe taakhouders MIC zijn geschoold. Er wordt zoveel mogelijk individueel gekeken wat medewerkers aan scholing nodig hebben. 2. Deels behaald; • De medische regievoering wordt door de SO gedaan.

District	Locatienaam	Regio- manager	Locatie verantwoordelijke	Kwaliteits verpleegkundige	Top 3 risico's resultaten	Status
						- De dossiervorming mbt vrijheid beperkende maatregelen is nog onvoldoende op orde. Dit is onderwerp van overleg. 3. Deels behaald; - Taakhouders MIC benoemd en geschoold. De analyses van de MIC-meldingen worden maandelijks gemaakt. De analyses worden in de teamoverleggen besproken, net als de verbetervoorstellen. - In mei is een gezamenlijke centrale MIC-commissie voor de Zes Rozen en de Herman Gorterhof gestart. Hierin participeren enkele taakhouders, de twee verpleegkundigen niv 4, de fysiotherapeut en de kwaliteitsverpleegkundige.

Van: [redacted]
Aan: [redacted] @igj.nl
Cc: Meerdink, Marco; [redacted] @careyn.nl
Onderwerp: aanvullende stukken
Datum: vrijdag 13 oktober 2017 17:37:55
Bijlagen: [image001.png](#)
[Voortgangsanalyse kwaliteitsthema's DEF.PDF](#)
[Concept strategiedoc versie 0.3 12102017.pdf](#)
[20171013 AA Besturingsmodel en inrichting Careyn.pdf](#)

Geachte heer [redacted] en mevrouw [redacted],

Bijgaand zend ik u ter informatie op verzoek van Marco Meerdink nog de volgende stukken:

- de voortgangsanalyse op de thema's van de aanwijzing (desgewenst zijn de onderliggende zelfevaluatie van de locaties ook beschikbaar)
- de adviesaanvraag voor de aanpassing van het besturingsmodel en herinrichting van Careyn zoals dit vandaag naar de COR en de CCR ter advisering is verzonden (ook hierbij geldt dat de deelplannen niet zijn toegevoegd maar desgewenst uiteraard beschikbaar zijn)
- het strategiedocument: een eerdere versie hebben wij vorige week uitgereikt. Bijgaand een verder aangevulde versie, welke eveneens met de medezeggenschap is gedeeld.

Mocht het bovenstaande nog vragen oproepen, gelieve dan contact op te nemen met mijn collega [redacted] (zie cc) ivm mijn afwezigheid volgende week.

Hartelijke groet,

[redacted]

Bestuurssecretaris Careyn

Neckardreef 6
3562 CN Utrecht
T (intern) 588 [redacted]
T (extern) 030 25 88 [redacted]
M 06 [redacted]

Postadres:
Postbus 900
3100 AX Schiedam



Denk alstublieft aan het milieu voor u deze email print.

Dit e-mailbericht en enige bijlage is uitsluitend bestemd voor de geadresseerde(n). In dit bericht vervatte opvattingen of meningen zijn die van de schrijver en niet per definitie die van Careyn. Is dit bericht niet voor u bestemd, dan wordt u vriendelijk verzocht dit aan de afzender te melden, het bericht te vernietigen, de inhoud niet te gebruiken en niet onder derden te verspreiden. Careyn is niet verantwoordelijk of aansprakelijk voor het onjuist, onvolledig en/of niet-tijdig versturen en ontvangen van de inhoud van dit bericht of voor eventuele gevolgen hiervan. Careyn is niet aansprakelijk voor virussen in dit e-mailbericht en/of enige bijlage. Voor informatie over Careyn raadpleegt u www.careyn.nl



Voortgangsanalyse kwaliteitsnormen

Voor u ligt een analyse van de voortgang van alle locaties van Careyn op drie van de zes thema's op het gebied van kwaliteit en veiligheid, zoals geformuleerd door de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Het gaat om de volgende thema's:

- Dossiervoering
- Deskundigheid en inzet personeel
- Sturing op kwaliteit

Er zijn meerdere kwaliteitsaudits uitgevoerd in het afgelopen jaar, namelijk in december/januari 2016, in februari 2017, in mei/juni 2017 en in september/oktober 2017. In de tabel en grafieken op de volgende bladzijden kunt u per locatie aflezen hoeveel normen 'in orde', 'niet in orde', 'niet van toepassing' en 'niet gemeten' zijn.

Voor een gedetailleerd rapport m.b.t. de specifieke kwaliteitsnormen die al dan niet in orde zijn, zijn Excelbestanden beschikbaar met de volgende gegevens:

- Totaalrapportage meting september/oktober 2017 (bovenstaande thema's)
- Rapportage per locatie september/oktober 2017 (bovenstaande thema's)

Bovenstaande gegevens zijn eveneens beschikbaar voor alle eerdere metingen, per locatie op alle zes de thema's zoals geformuleerd door de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

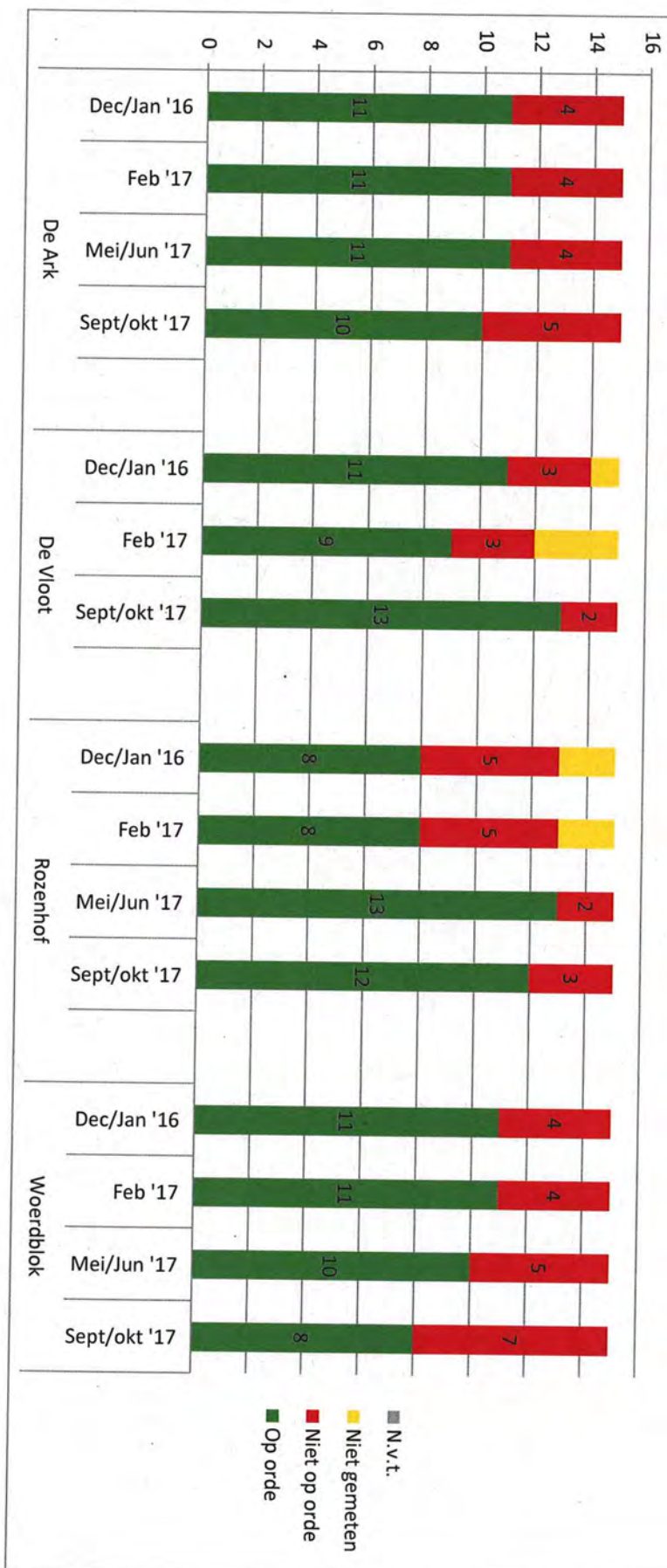
Tabel: Voortgang per locatie

	Nulmeting				Eerste meting				Tweede meting				Derde meting			
	Op orde	Niet op orde	Niet gem.	N.v.t.	Op orde	Niet op orde	Niet gem.	N.v.t.	Op orde	Niet op orde	Niet gem.	N.v.t.	Op orde	Niet op orde	Niet gem.	N.v.t.
DWO-NWN																
De Ark	11	4	0	0	11	4	0	0	11	4	0	0	10	5	0	0
De Vloot	11	3	1	0	9	3	3	0					13	2	0	0
Rozenhof	8	5	2	0	8	5	2	0	13	2	0	0	12	3	0	0
Woerdblok	11	4	0	0	11	4	0	0	10	5	0	0	8	7	0	0
UTRECHT STAD																
KSW Geuzenveste	2	11	2	0	8	7	0	0					13	1	0	1
KSW Prinses	7	8	0	0	9	6	0	0					14	0	0	1
KSW Nw Chartreuse	5	10	0	0	9	6	0	0					11	4	0	0
KSW Parkwijk	9	6	0	0	8	7	0	0					13	1	0	1
Nieuw Tamarinde	12	3	0	0	12	3	0	0	11	4	0	0	11	4	0	0
Rosendaal	12	3	0	0	14	1	0	0	14	1	0	0	11	4	0	0
Swellengrebel	7	7	1	0	7	7	1	0	12	3	0	0	5	10	0	0
Tuindorp Oost	5	8	2	0	10	5	0	0					5	10	0	0
Warande	10	5	0	0	9	6	0	0					9	6	0	0
UTRECHT WEST																
Kamerik	10	5	0	0	10	5	0	0	13	2	0	0	13	2	0	0
Maria-Oord	8	7	0	0	9	5	1	0					9	6	0	0
Snavelenburg	4	11	0	0	4	11	0	0	9	6	0	0	8	7	0	0
Weddesteyn	5	8	2	0	12	3	0	0					13	2	0	0

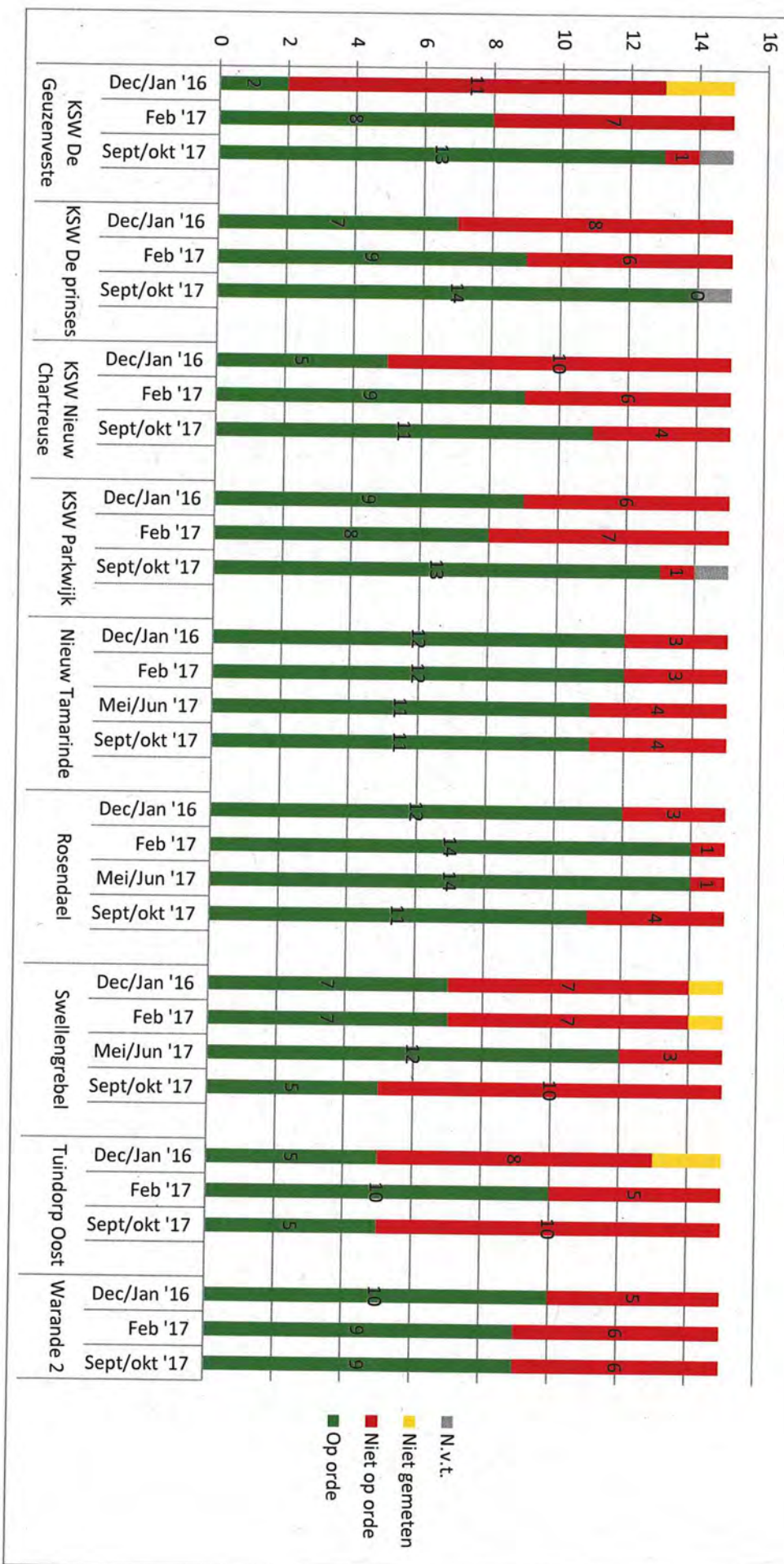
Doc. 6

	Nulmeting				Eerste meting				Tweede meting				Derde meting			
	Op orde	Niet op orde	Niet gem.	N.v.t.	Op orde	Niet op orde	Niet gem.	N.v.t.	Op orde	Niet op orde	Niet gem.	N.v.t.	Op orde	Niet op orde	Niet gem.	N.v.t.
ZHEBRA																
Bernissesteyn	2	13	0	0	8	6	1	0					8	7	0	0
Blankenburg	7	3	4	0	7	3	4	0	13	2	0	0	11	4	0	0
De Plantage	8	3	4	0	8	3	4	0	8	7	0	0	9	6	0	0
De Rozenhoek	5	10	0	0	6	9	0	0					5	10	0	0
De vier ambachten	12	2	0	1	12	2	0	1	12	1	1	1	10	4	0	1
Dierenriem	6	6	3	0	10	5	0	0					10	5	0	0
Grootenhoek	4	11	0	0	4	11	0	0	4	11	0	0	5	10	0	0
Hart v Groenewoud	8	0	7	0	8	7	0	0					8	7	0	0
Hart van Rozenburg	6	9	0	0	12	3	0	0					10	5	0	0
Hart van Zuidland	0	0	0	0	0	0	0	0					8	7	0	0
Herman Gorterhof	8	6	1	0	8	6	1	0	11	4	0	0	8	6	0	1
Torenhoeve	8	7	0	0	8	7	0	0					9	6	0	0
Zes Rozen	4	9	2	0	7	8	0	0					8	7	0	0

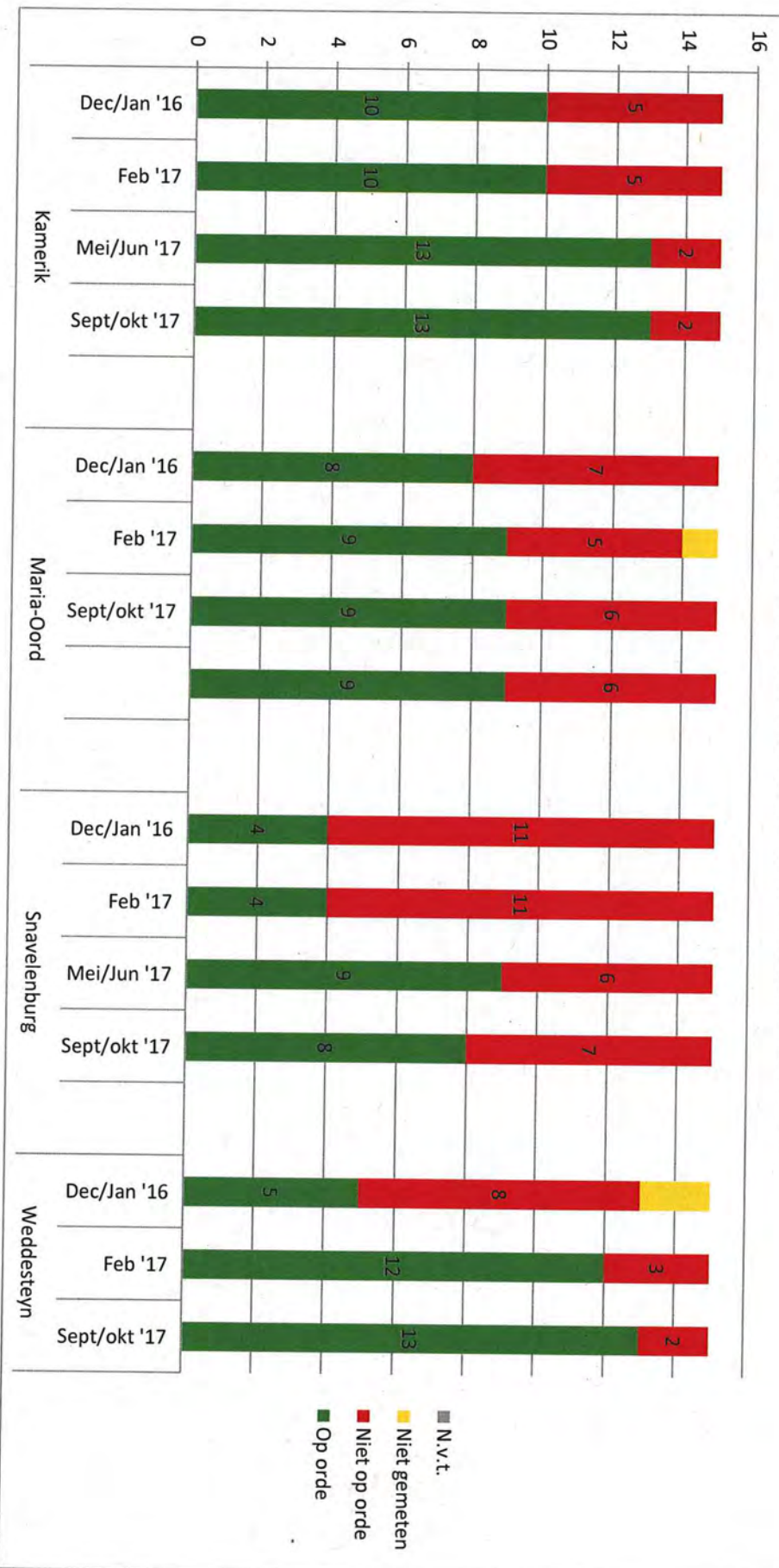
OVERZICHT VOORTGANG DWO/NWN



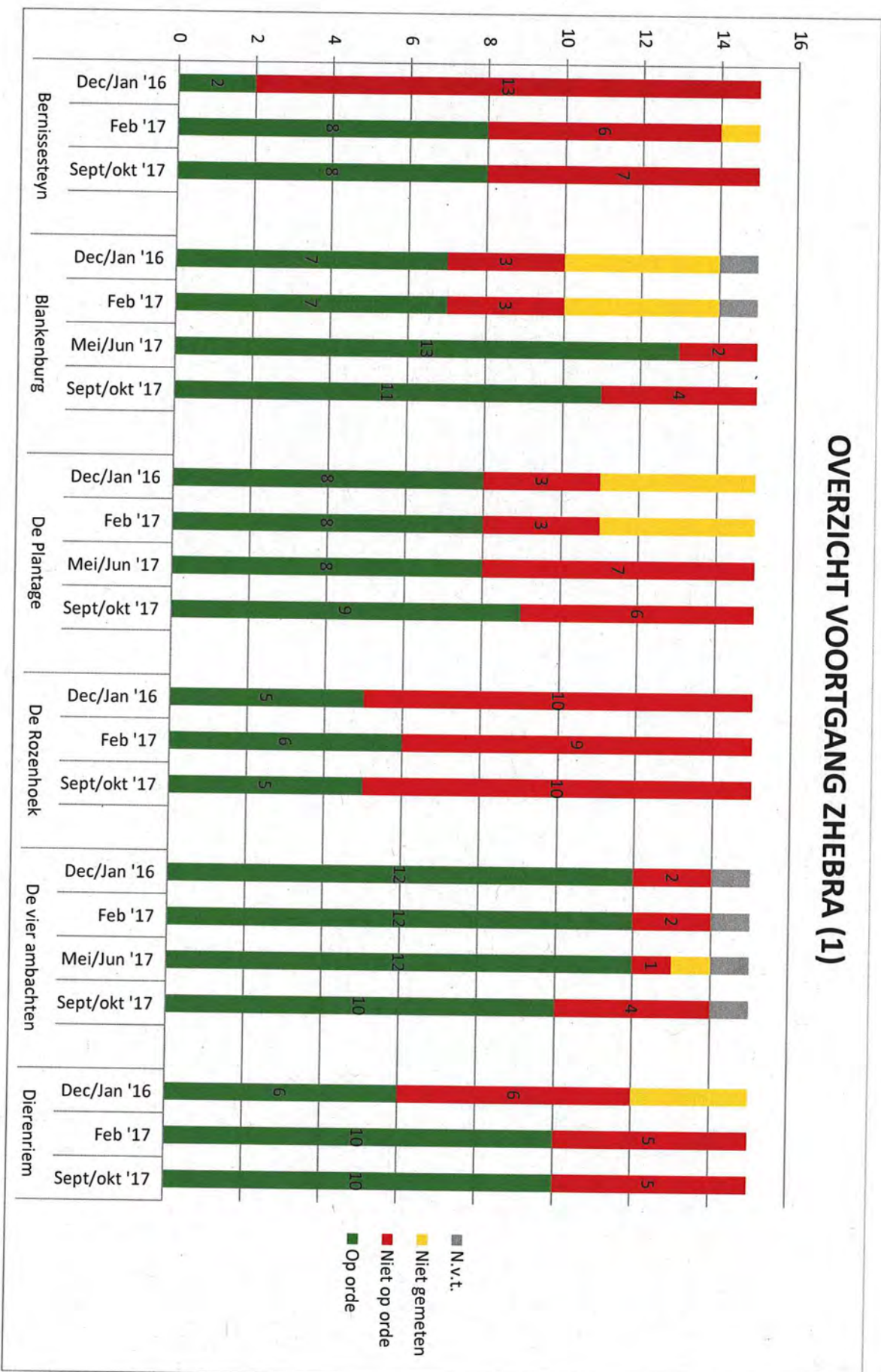
OVERZICHT VOORTGANG UTRECHT STAD



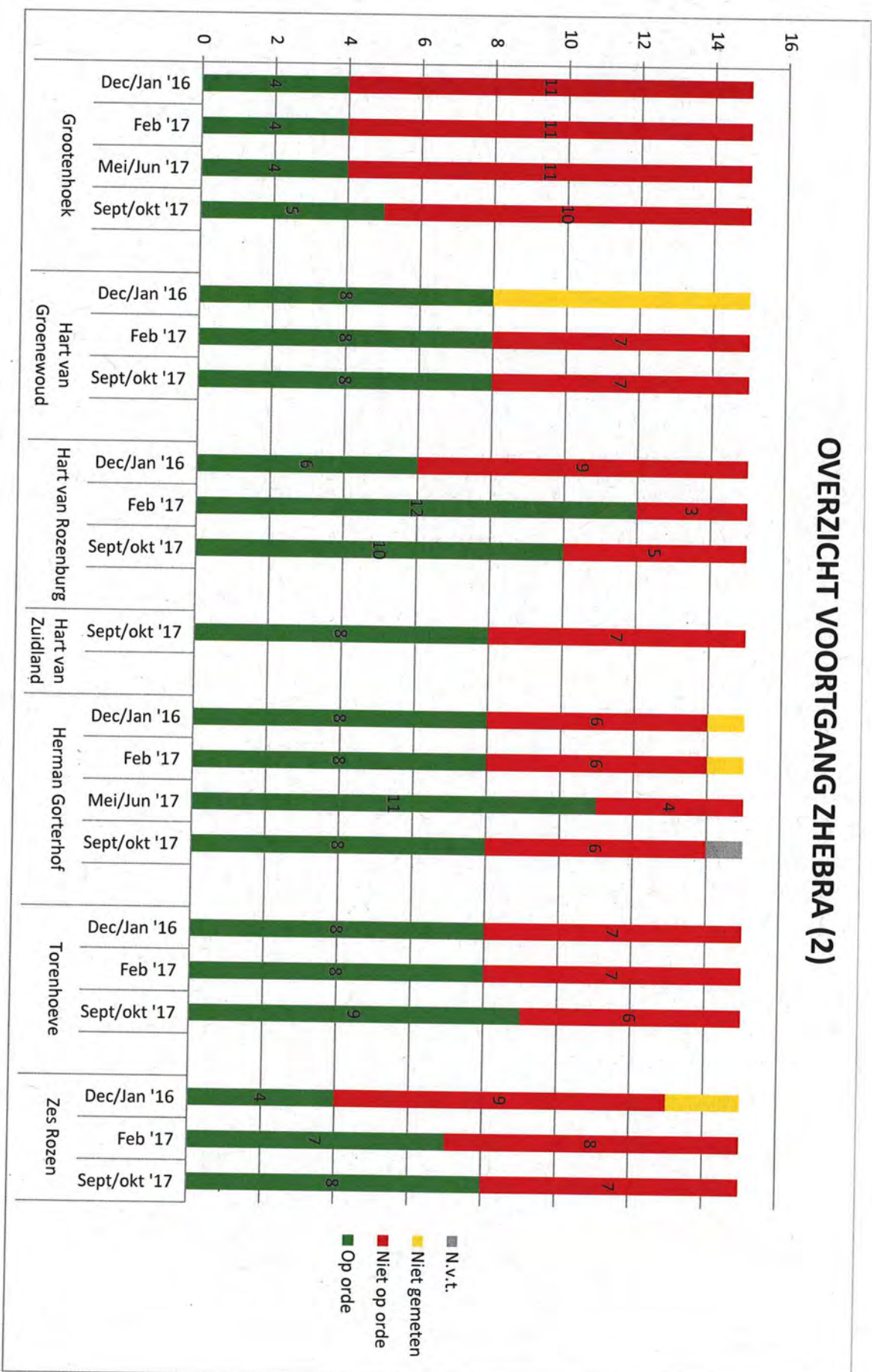
OVERZICHT VOORTGANG UTRECHT WEST



OVERZICHT VOORTGANG ZHEBRA (1)



OVERZICHT VOORTGANG ZHEBRA (2)



Van: [redacted]
Aan: [Dienstpostbus IGJ Utrecht: \[redacted\]@igj.nl](mailto:[redacted]@igj.nl)
Onderwerp: 2018-2106598/V2004530/[redacted]
Datum: woensdag 28 maart 2018 10:13:00
Bijlagen: [image001.png](#)
[V2004530 2018-2106598 aanbiedbrief en conceptverslag informatiedag Careyn 15-2-2018 + opmerkingen Careyn.pdf](#)

Geachte mevrouw [redacted], beste [redacted]

Bijgaand treft u onze suggesties voor verbeteringen bij het conceptverslag van de informatiemiddag d.d. 15 februari jl.

Mocht dit nog vragen oproepen, aarzel niet om even contact op te nemen.

Hartelijke groet,

[redacted]

=====

[redacted]

Bestuurssecretaris Careyn

Neckardreef 6
 3562 CN Utrecht
 M 06 [redacted]

Postadres:
 Postbus 900
 3100 AX Schiedam



Denk alstublieft aan het milieu voor u deze email print.

Dit e-mailbericht en enige bijlage is uitsluitend bestemd voor de geadresseerde(n). In dit bericht vervatte opvattingen of meningen zijn die van de schrijver en niet per definitie die van Careyn. Is dit bericht niet voor u bestemd, dan wordt u vriendelijk verzocht dit aan de afzender te melden, het bericht te vernietigen, de inhoud niet te gebruiken en niet onder derden te verspreiden. Careyn is niet verantwoordelijk of aansprakelijk voor het onjuist, onvolledig en/of niet-tijdig versturen en ontvangen van de inhoud van dit bericht of voor eventuele gevolgen hiervan. Careyn is niet aansprakelijk voor virussen in dit e-mailbericht en/of enige bijlage. Voor informatie over Careyn raadpleegt u www.careyn.nl



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

Stichting Careyn
T.a.v. de Raad van Bestuur
's-Gravelandseweg 290
3125 BK SCHIEDAM

Stadsplateau 1
3521 AZ Utrecht
Postbus 2518
6401 DA Heerlen
T 088 120 50 00
F 088 120 50 01
www.igj.nl

Inlichtingen bij
mevrouw [redacted]
E meldpunt@igj.nl

Datum 16 maart 2018
Onderwerp Conceptverslag informatiedag

Ons kenmerk
2018-
2106598/V2004530/[redacted]

Bijlage
Conceptverslag

Geachte raad van bestuur,

Op 15 februari 2018 heeft stichting Careyn gesproken met de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting.

Bijgaand treft u van dit gesprek een conceptverslag aan. Indien u feitelijke onjuistheden aantreft, of u heeft naar aanleiding van dit verslag nog vragen of opmerkingen, dan kunt u hierover bij voorkeur schriftelijk contact opnemen met ondergetekende.

De inspectie ontvangt uw correspondentie graag uiterlijk **28 maart 2018** op haar algemene e-mailadres ri.utrecht@igj.nl, **onder vermelding van het kenmerk van deze brief.**

Na verwerking van uw opmerkingen - of wanneer binnen de gestelde termijn geen reactie van u ontvangen is - stelt de inspectie het verslag vast. U ontvangt daarna het definitieve verslag.

Ik verwacht u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,

[redacted]
mevrouw [redacted]
senior inspecteur
Inspectie voor de Gezondheidszorg¹

¹ Tot wijziging van diverse wetten op het terrein van de volksgezondheid in verband met de fusie van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de Inspectie Jeugdzorg tot de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) heeft plaatsgevonden hanteren wij bij ondertekening de in de wet genoemde organisatiernaam.



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Stadsplateau 1
3521 AZ Utrecht
Postbus 2518
6401 DA Heerlen
T 088 120 50 00
F 088 120 50 01
www.igz.nl

CONCEPT verslag

Datum
16 maart 2018

Omschrijving	Conceptverslag informatiedag in het kader van monitoring aanwijzing V2002962
Vergaderdatum en -tijd	15 februari 2018
Vergaderplaats	Utrecht
Aanwezig namens de organisatie	Namens de raad van bestuur (RvB) : de heer M. Meerdink, voorzitter de heer G. van de Logt. Verder zijn vertegenwoordigd: - Kwaliteitsverpleegkundigen - Behandelteams - Locatiemanagement, - Centrale ondernemingsraad - Centrale cliëntenraad - Raad van toezicht Algemene ondersteuning mw [REDACTED] (bestuurssecretaris)
Aanwezig namens de inspectie	mevrouw [REDACTED], senior inspecteur mevrouw [REDACTED], afdelingsmanager Verpleging&Verzorging mevrouw [REDACTED], medewerker toezicht/notulist

Introductie

De inspectie Gezondheidszorg en Jeugd i.o. (hierna: de inspectie) maakt kennis met het nieuwe vaste lid van de RvB, de heer Van de Logt (aangetreden per 1 februari 2018). ~~Intussen heeft de voormalige vicevoorzitter van de centrale cliëntenraad (hierna: CCR) het stokje van de (ex)voorzitter overgenomen.~~

Aanleiding en doel

De informatiemiddag is onderdeel van de monitoring door de inspectie van het lopende verbetertraject in verband met de nieuwe aanwijzing (V2002962) d.d. 7 november 2018.

De inspectie beoogt een indruk te vormen van de aanpak, de voortgang en het effect van de verbeteringen bij Carey in het algemeen. De inspectie is bij dit bezoek onder meer gericht op de aspecten die benoemd zijn in deel-I van genoemde aanwijzing. De verantwoordelijkheid van de RvB voor de kwaliteit en veiligheid staat centraal. In dit stadium oordeelt de inspectie niet. De organisatie moet veilig kunnen leren.

Tijdens de informatie besprekt de inspectie met relevante interne stakeholders ~~over~~ de stand van zaken op de zorglocaties van Careyn, ~~over~~ de aansturing van de zorgorganisatie, de verbeteraanpak en de reflecties hierop. Voorafgaand zijn de bevindingen van de inspectie bij drie recente monitorbezoeken in de regio's ZHE en Utrecht-Stad toegezonden.

Hierna zijn de bevindingen van de inspectie weergegeven, in grote lijn geordend volgens de indeling van het toezichtkader voor goed bestuur.

Over gedrag en cultuur¹

Verantwoord en transparant

De RvB presenteert kort de visie op resultaten door in te zoomen op het thema cliëntendossier, rapportage en overdracht, randvoorwaarden, sturen en monitoring en de aanpak van de borging van verbeteringen.

De bevindingen van de inspectie zijn gedeeld met betrokkenen en worden voorzichtig herkend. Dat locatie Swellengrebel nog onvoldoende verbeterd is, is voor de RvB geen verrassing. Er zijn daar veel (ongeplande) wisselingen geweest in management.

De ~~rvt~~ constateert dat de organisatie hard werkt en vooruitgang boekt om aan deel-I van de aanwijzing te voldoen. Met name voor de districten DWO/NWN en Utrecht-West ziet de RvB de toetsing van deel-I met vertrouwen tegemoet.

Voor wat betreft de deskundigheid op het gebied van samenhang en methodisch werken geeft de RvB aan dat eenduidige toepassing in de dagelijkse routines op uitvoerend niveau nog niet helemaal is gerealiseerd. Via trainingen en audits (deels in aanwezigheid van RvB) wordt dit aspect bijgestuurd als nodig. Op centraal niveau is nu strakke monitoring geregeld door de ~~rvt~~, gericht op het feit dat een en ander tenminste technisch op orde is voor wat betreft deel-I. Ten tijde van de bezoekdag merkt de ~~rvt~~ nog wel verschillen tussen regio's, tussen locaties en binnen locaties. Ook andere gesprekspartners vertellen hierover.

De raad van toezicht (hierna: RvT) zegt nadrukkelijke openheid en transparantie vanuit de RvB te ervaren. Het contact tussen RvB en RvT is intensief geweest. De RvT vindt het in dit stadium haalbaar om de overleg- en klankbordfrequentie te normaliseren. Ook de centrale ondernemingsraad (hierna: COR) geeft te kennen dat het contact met de RvT weer op niveau is van de voorgenomen frequentie (twee keer per jaar). Intussen is ~~namens~~ de CCR een nieuwe interne toezichthouder benoemd met concrete deskundigheid op het gebied van de zorg voor kwetsbare ouderen.

Voor behandelaren is de stand van zaken rond de benodigde verbeterresultaten lastiger in te schatten. Zij ervaren wisselende resultaten op- en tussen locaties.

¹ Het kader "Toezicht op Goed Bestuur" refereert op dit thema naar de wijze waarop een bestuurder zorg draagt voor het juiste werkklimaat om met de organisatie de gewenste resultaten te bereiken. De missie van de organisatie moet herkenbaar zijn in de manier waarop medewerkers werken, in de cultuur en het contact tussen medewerker en cliënt.

Open en integer

De RvB is zich bewust van het feit dat Careyn niet alleen de kwaliteit en veiligheid van bijvoorbeeld de dossiervoering moet verbeteren. Tegelijkertijd is aandacht noodzakelijk voor de wettelijk verplichte verantwoording van de productie. Alles afwegend is niettemin een benodigde migratie van Caress in eerste instantie wat uitgesteld. Eerst moet het principe van goede dossiervoering (onderdeel van Caress) helder zijn. Ondertussen richt de organisatie zich steeds duidelijker op groepen kwetsbare ouderen. De voorbereiding van het vervreemden van het zorgaanbod voor andere doelgroepen verkeert volgens de RvB in verder gevorderd stadium. De RvB streeft met Careyn naar meer zelfstandigheid op districtniveau.

Kwaliteitsverpleegkundigen ervaren tijdsdruk voor wat betreft het doorvoeren van de verbeteringen. Vacatures en verzuim vormen volgens de kwaliteitsverpleegkundigen een (bij de RvB bekend) risico voor de resultaten. Volgens RvB is de continuïteit van management, behandelaren, kwaliteitsverpleegkundigen en andere staffunctionarissen bepalend. Over het algemeen is het ziekteverzuim bij Careyn dalend, maar door de recente griepgolf is het verzuim% in januari 2018 8,5%.

Desgevraagd vertellen behandelaars dat de beschikbare formatie behandelaars over het algemeen is verbeterd; in een aantal regio's is deze inmiddels op sterkte (bijvoorbeeld Utrecht-West). De formatie psychologen is in sommige regio's gericht opgehoogd om voldoende input te (kunnen) leveren. Careyn heeft de aanstelling van een praktijkverpleegkundige in de regio Utrecht-Stad, ter bevordering van afstemming en samenhang met enkele 1^e lijns behandelinstellingen met spijt moeten beëindigen wegens prioriteiten en beschikbaar budget.

Omgevingsbewust en participatief

De RvB heeft de ingezette beleidsontwikkelingen afgestemd met de COR en de CCR. Volgens de COR zijn de zorgverleners gemotiveerd en scholing wordt als positief ervaren. De COR is verheugd met het feit dat kwaliteit en veiligheid van zorg nu nadrukkelijke aandacht heeft gekregen, naast het streven naar een betere financiële uitgangspositie.

Ook de CCR voelt zich gehoord en merkt dat de RvB adequaat reageert bij problemen. De CCR is blij met de aanstelling van locatiemanagers. Momenteel bereidt de CCR zich voor op meer regionale zelfstandigheid. Of – en zo ja welke aanpassingen in de medezeggenschapstructuur nodig zijn, heeft momenteel de aandacht van RvB en CCR. Op dit moment ervaart de CCR de link tussen lokale cliëntenraden en de CCR als voldoende adequaat. In de regio Utrecht-Stad is overleg tussen de lokale cliëntenraden en de districtdirectie. Dit is nog niet in alle districten zo geregeld. In de aanvullende maatregelen voor locatie Swellengrebel om de deskundigheid van zorgverleners op het thema dossiervoering te verhogen, ervaart de lokale cliëntenraad zich gehoord.

Lerend en zelfreinigend

In alle gesprekken blijkt dat op bijna alle locaties daadwerkelijk een 'verbetervibe' voelbaar is. Kwaliteitsverpleegkundigen en leidinggevende merken steeds vaker een adequate 'flow' in de attitude van zorgverleners. Langzaam maar zeker wijzigt het 'moeten' verbeteren in 'willen' verbeteren. Één op één begeleiding heeft volgens betrokkenen een hoog rendement om

evv-ers weer in de zorgregisserende rol te krijgen. Zorgmanagers respecteren een veilig leerklimaat zo vertellen de kwaliteitsverpleegkundigen. Scholingsprogramma's voor bijvoorbeeld de ABC-observatietechniek bij onbegrepen gedrag en klinische lessen over specifieke thematiek zijn uitgerold. Verder houden kwaliteitsverpleegkundigen vinger aan de pols met wekelijkse signaleringen en training on the job op afdelingen. Volgens zorgverleners draait de RvB niet met het nemen van nuttige beslissingen als daartoe aanleiding is. Een voorbeeld zijn de reacties van de RvB op meldingen en inspectiebezoeken. Van tijd tot tijd is de RvB op locaties aanwezig om kennis te nemen van de stand van zaken en meer proactief te bezien welke sturing wenselijk is. Zo is de beschikbaarheid van de locatieleiding in Swellengrebel recent verhoogd van drie naar vijf dagen. Zowel de RvB als de RvT nemen deel aan ~~sommige~~ auditbezoeken.

Doelgericht en doelmatig

Voor zover dit aspect aan de orde komt, benoemen gesprekspartners regelmatig gepaste daadkracht vanuit de RvB. Waar nodig versterkt de RvB de ontwikkelteams op locatie met coaches en/of extra verpleegkundigen en/of teamondersteuners voor bijvoorbeeld betere roostering of deskundigheidsontwikkeling. Zorgmanagers zorgen, indien nodig, voor 'ontlasting' van teams en/of zorgverleners.

De RvB heeft inmiddels een onafhankelijke partij benaderd voor een uitgebreid onderzoek teneinde beter grip te krijgen op de eigen financiële positie van de organisatie. Ook enkele externe stakeholders van Careyn hebben deze behoefte. In mei 2018 volgt verder overleg met banken.

Over systemen² gericht op kwaliteit en veiligheid

Visie op kwaliteit en veiligheid inclusief toedeling verantwoordelijkheden.

De RvB is volgens managers en zorgverleners helder in visie en besluiten. De RvB neemt volgens gesprekspartners geen afwachtende houding aan. Gewenste uitkomsten worden gevolgd. Duidelijk is wie verantwoordelijk is voor een locatie en voor een district. In het district Utrecht is een afwijkende structuur van toepassing. Voor sommige locaties vormen de regiomanagers een extra laag leidinggevenden. Dit is bijvoorbeeld het geval voor locaties zoals Swellengrebel. Voor Utrecht-Stad en voor ZHE functioneren districtdirecties ad interim. In dit district is nog een aantal vacatures voor kwaliteitsverpleegkundige. Binnen Careyn is het over het algemeen gelukt om per vijftig cliënten een kwaliteitsverpleegkundige beschikbaar te hebben om de inhoudelijke kwaliteit van zorg te bewaken.

Inmiddels is het projectteam voor het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid omgezet in een structureel centraal regieteam voor Careyn. Dit team prepareert de besluiten van de RvB over het centrale verbeterbeleid bij Careyn en volgt de resultaten hiervan. Deelnemers zijn vertegenwoordigers van locatiemanagers, behandelgroepen, kwaliteitsfunctionarissen en de RvB.

Operationeel integraal kwaliteitssysteem

² Het kader "Toezicht op Goed Bestuur" refereert op dit thema naar de wijze waarop een bestuurder zorg draagt voor organisatorische randvoorwaarden waarmee de bestuurder richting geeft, controleert en bijstuurt.

Desgevraagd zijn de meeste locaties volgens planning navolgbaar en tijdig gereed om te voldoen aan deel-I van de aanwijzing. De RvB is op de hoogte van locaties die nog achter blijven. Dit blijkt uit audits en monitoring. Volgens managers heeft een grote locatie in Utrecht-Stad ten tijde van het inspectiebezoek 40 a 60% van de cliëntdossiers aantoonbaar op orde gebracht. Een groter deel is al verbeterd, maar is op de bezoekdag nog niet gecheckt hierop.

Het Wifi-systeem kent bij Careyn eigen 'check's & balances'. Het netwerk is vaak goed maar niet altijd voldoende stabiel zo weet de RvB. Bekeken wordt wat Careyn wel- en wat Careyn niet kan oplossen ten behoeve van de toegankelijkheid van de dossiervoering

De MIC-commissies zijn in ontwikkeling via gerichte scholing en passende bemensing, zo hoort de inspectie op de informatiedag. Er zijn modellen in ontwikkeling voor overkoepelende informatie op team- en locatieniveau. Deze zaken vallen buiten de aspecten van deel-I van de aanwijzing.

Het beschikbaar hebben van voldoende- en deskundige medewerkers en de governance code komen bij een volgende informatiedag aan bod.

Deze aspecten vallen evenmin onder deel-I van de aanwijzing

Over resultaten³ zorgverlening

Desgevraagd herkennen en erkennen gesprekpartners de inspectiebevindingen van de drie recente monitorbezoeken. De kritische bevindingen op locatie Swellengrebel vallen niettemin tegen. Het rapporteren over de ervaren gezondheid en het zorgaanbod vinden zorgverleners het lastigste. Rapportage kan vaak adequater afgestemd op het afgesproken zorgaanbod en/of de specifieke cliëntsituaties. Cliënten en/of vertegenwoordigers zijn actief betrokken bij het maken van die zorgafspraken.

Tot slot

De inspectie koppelt terug aan de RvB en de RvT dat de informatiemiddag, in combinatie met enkele monitorbezoeken, laat zien dat cultuurveranderingen gaande zijn. Bij de ene locatie sterker dan bij de andere. Ook horizontaal ontstaan binnen Careyn werkwijzen die bijdrage aan leren, afstemming en kwaliteitsverbetering. Het lijkt een nieuw consistent beeld.

De inspectie ontvangt informatie van gemotiveerde medewerkers. Zij ervaren dat het zorgaanbod van Careyn gestuurd en bewaakt wordt.

De inspectie dankt allen voor de aanwezigheid en openhartige inbreng.

Verder benadrukt de inspectie nog het belang van focus op deel-I van de aanwijzing inclusief een betrouwbaar resultaatverslag.

³ Het kader "Toezicht op Goed Bestuur" refereert op dit thema naar het feit dat de geleverde zorg goed, veilig, toegankelijk en betaalbaar moet zijn. Dankzij transparante informatie zijn cliënten in staat een afgewogen keuze te maken.

Van: [redacted]
Aan: Dienstpostbus IGJ Utrecht; @igj.nl [redacted]
Cc: @igj.nl [redacted]
Onderwerp: Resultaatverslag aanwijzing Careyn d.d. 7-11-2017, uw kenmerk 2017-2064119/V2002962/CJ/bvp
Datum: zaterdag 31 maart 2018 16:16:49
Bijlagen: [image001.png](#)
[Careyn Resultaatverslag IGJ 31-03-2018 DEF.pdf](#)

Geachte mevrouw [redacted],

Hierbij bied ik u namens de Raad van Bestuur het eerste resultaatverslag van Careyn in gevolge de aanwijzing van IGJ d.d. 7 november 2017 aan.

Mocht u nog vragen hebben, dan zijn wij uiteraard gaarne bereid tot nadere toelichting.

Met vriendelijke groet,

[redacted]

=====

[redacted]
Bestuurssecretaris Careyn

Neckardreef 6
3562 CN Utrecht
M 06 [redacted]

Postadres:
Postbus 900
3100 AX Schiedam



Denk alstublieft aan het milieu voor u deze email print.

Dit e-mailbericht en enige bijlage is uitsluitend bestemd voor de geadresseerde(n). In dit bericht vervatte opvattingen of meningen zijn die van de schrijver en niet per definitie die van Careyn. Is dit bericht niet voor u bestemd, dan wordt u vriendelijk verzocht dit aan de afzender te melden, het bericht te vernietigen, de inhoud niet te gebruiken en niet onder derden te verspreiden. Careyn is niet verantwoordelijk of aansprakelijk voor het onjuist, onvolledig en/of niet-tijdig versturen en ontvangen van de inhoud van dit bericht of voor eventuele gevolgen hiervan. Careyn is niet aansprakelijk voor virussen in dit e-mailbericht en/of enige bijlage. Voor informatie over Careyn raadpleegt u www.careyn.nl

Resultaatrapportage IGZ

Kwaliteit & Veiligheid

Datum : 31-03-2018

Status : definitief



Samen werkt 't beter

Inhoudsopgave

Woord vooraf.....	3
Resultaatverslag aanwijzing deel I.....	5
Resultaatverslag aanwijzing deel II.....	11
Bijlage: Bevindingen per locatie	19

Woord vooraf

Dit verslag heeft als doel te rapporteren over de stand van zaken op het gebied van kwaliteit en veiligheid, naar aanleiding van de door IGJ op 7 november 2017 gegeven aanwijzing.

De aanwijzing behelst vier thema's:

1. Cliëntdossier
2. Deskundigheid en inzet medewerkers
3. Sturen op kwaliteit en veiligheid
4. Goed bestuur

Elk thema is nader uitgewerkt in aspecten.

De aanwijzing is 'getrapt' gegeven. Voor de aspecten cliëntdossier (a t/m c) en tijd voor rapportage en overdracht (f) is aangegeven dat die op 1 april 2018 gereed dienen te zijn. De overige onderdelen dienen op 7 november 2018 gereed te zijn.

Voorgeschiedenis

Wij veronderstellen de voorgeschiedenis bekend. Kort samengevat heeft het accent bij Careyn in de periode 2014-2016 te eenzijdig gelegen op de financiële kant van de bedrijfsvoering. De mede daardoor ontstane tekortkomingen op het gebied van kwaliteit en veiligheid werden onvoldoende onderkend en er werd, ook na aandringen van de IGJ (toen nog IGZ), onvoldoende op geacteerd.

De in eerste instantie gegeven aanwijzing gaf Careyn 9 maanden de tijd om orde op zaken te stellen. Die periode bleek te kort. Op basis van groeiend vertrouwen en het zichtbaar worden van de eerste resultaten besloot IGJ opnieuw een (getrapte) aanwijzing te geven.

Werkwijze

De werkwijze om aan de aanwijzing te voldoen is als volgt geweest.

Er is door districtsdirecteuren en locatiemanagement per locatie een plan van aanpak gemaakt. Voortgang werd gemonitord in de bilaterale werkoverleggen en in de districtsmanagementteams. Districtsoverstijgende zaken werden geadresseerd in de regiegroep kwaliteit & veiligheid en tijdens de zogenoemde 'weekstart', waarbij de Raad van Bestuur met de districtsdirecties de stand van zaken doornam. Uiteraard was ook tijdens het overleg van de Raad van Bestuur met de (auditcommissie Zorg en Kwaliteit van de) Raad van Toezicht de aanwijzing een vast agendapunt.

Tijdens locatiebezoeken en het bijwonen van interne audits vormde de Raad van Bestuur zich ook zelf een oordeel over de voortgang. Ook leden van de Raad van Toezicht woonden periodiek interne audits bij.

Careyn moest gedurende deze periode (helaas) een goed evenwicht zien te vinden tussen sturen op kwaliteit en sturen op de overige, met name financiële onderdelen van de

bedrijfsvoering. De financiële situatie waarin Careyn zich bevindt (en het bijzonder beheer vanuit ING) noodzaakte daartoe.

Beschouwing

Er zijn in deze periode belangrijke vorderingen gemaakt. Mede dankzij het opnieuw invoeren van locatiemanagement en het bestendigen van de rol en functie van de kwaliteits-verpleegkundige is op veel plaatsen een omslag merkbaar van 'moeten werken aan kwaliteit' naar 'willen werken aan kwaliteit en professionaliteit'. Daardoor is nu op alle locaties het belang van complete, samenhangende en toegankelijke dossiers 'geland' en is overal tijd voor overdracht en rapportage in de roosters ingebouwd.

We zijn er nog niet. We voldoen nu in onze ogen aan de minimale eisen die aan kwaliteit en veiligheid mogen en moeten worden gesteld op de onderdelen a t/m c en f van de aanwijzing. Er is om dat te vervolmaken en te bestendigen nog tijd en inspanning nodig. Het is immers een ingrijpende cultuur- en gedragsomslag, waarbij iedereen -van zorgteam tot Raad van Toezicht- zich verantwoordelijk voelt voor en verantwoording aflegt over kwaliteit en veiligheid van de zorg aan onze cliënten. Daarmee is ook gezegd dat de onderdelen uit de aanwijzing die in november 2018 gereed moeten zijn in feite nodig zijn voor het duurzaam en stabiel voldoen aan de onderdelen die op 1 april 2018 gereed dienen te zijn. Door gestaag door te bouwen aan deskundigheid van alle betrokkenen en door consequent en toetsbaar te sturen op kwaliteit en veiligheid zal ook de kwaliteit en stabiliteit van de onderdelen 'cliëntdossier' (met name samenhang en regie) en 'rapportage' toenemen en stabiel worden. Enige voorgenomen aanpassingen in het ECD, waardoor dit 'dwingender' verbanden aanbrengt, zullen hier ook aan bijdragen.

Wij realiseren ons wat wij vragen van de organisatie. Het is geen sinecure zo lang het gevoel te hebben 'het slechtste jongetje van de klas te zijn' en onder het vergrootglas van IGJ, banken, verzekeraars en niet te vergeten de media te liggen. Wij maken ons als Raad van Bestuur regelmatig grote zorgen over de druk die dat op alle Careyn-collega's legt. Dat zovelen onder moeilijke omstandigheden de schouders er onder blijven zetten, verdient ons diepe respect. Dat wij nu de omslag zien van 'moeten' naar 'willen' is zeer bemoedigend en geeft ons allen energie er onverkort keihard tegen aan te gaan en te zorgen dat wij dit jaar voor al onze 'examens' slagen.

Marco Meerdink en Guido van de Logt
Raad van Bestuur Careyn

Resultaatverslag aanwijzing deel I

Inleiding

Op verzoek van de Raad van Bestuur van Stichting Careyn voerde drs. [REDACTED], zelfstandig inspecteur kwaliteit en veiligheid, in de maanden februari en maart 2018 onderzoek uit naar de staat van de cliëntdossiers die binnen de intramurale locaties worden gebruikt. De doelstelling van dit onderzoek was om op alle intramurale locaties te toetsen of Careyn voldoet aan de aspecten **a**, **b**, **c** en **f** van de aanwijzing d.d. 7 november 2017.

Iedere locatie is bezocht en cliëntdossiers zijn steekproefsgewijs gecontroleerd. Er is gesproken met het management, zorgmedewerkers en behandelaren over de voortgang en de aandachtspunten voor de komende tijd. Bij een aantal van deze bezoeken waren leden van de RvB, het management en de RvT aanwezig.

Op basis van de bevindingen is per locatie vastgesteld in hoeverre de dossiervoering voldoende waarborgen biedt voor de continuïteit van goede zorg en cliëntgerichtheid. Wanneer de bevindingen deze waarborgen onvoldoende konden onderbouwen, zijn aanbevelingen geformuleerd en beoordeeld in hoeverre voldoende randvoorwaarden aanwezig waren om het gewenste niveau vóór 1 april te bereiken (gelet is bijvoorbeeld op de beschikbaarheid van deskundige medewerkers, leiding/aansturing en een projectmatige aanpak). Daarnaast is met de betrokken ECD-trainers, die alle locaties hebben begeleid met de implementatie van het methodisch werken in het ECD, beoordeeld welke stappen nodig waren op de "aandachtslocaties" om het gewenste kwaliteitsniveau te bereiken. In de laatste twee weken van maart zijn steekproefsgewijs de dossier van deze locaties nogmaals gecontroleerd.

De vier aspecten waarop wordt gerapporteerd zijn:

- a. Iedere cliënt beschikt over een compleet en actueel dossier.
- b. Cliëntdossiers zijn op alle momenten voor de zorgverleners die direct betrokken zijn bij de zorgverlening toegankelijk.
- c. Ieder cliëntdossier bevat een logisch verband tussen enerzijds de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt en anderzijds de invulling van de zorg en behandeling.
- f. Careyn organiseert de zorg zodanig dat er voldoende werktijd beschikbaar is voor adequate rapportage en overdracht van zorg.

In de rapportage op de volgende pagina's wordt per aspect een beschrijving van de aanpak en de bereikte resultaten beschreven. In de bijlage staan de bevindingen per locatie over de cliëntdossiers beoordeeld op compleetheid en samenhang opgenomen.

Projectmatige aanpak per aspect*a. Compleet en actueel dossier*Analyse

Uit eerdere inspectiebezoeken en audits bleek dat naast het ECD op diverse locaties nog steeds gebruik werd gemaakt van mappen met papieren versies van het zorgleefplan en de afspraak=afspraak-lijst (hierna: afspraaklijst). Deze werkwijze werd in stand gehouden omdat medewerkers niet zeker waren dat het ECD voor iedere zorgverlener toegankelijk zou zijn en men niet gewend was om met tablets te werken (zie de beschrijving bij het volgende aspect). Daarnaast bleek bij eerdere controles van de dossiers dat de levensgeschiedenis en risicosignalering in het ECD niet bij iedere cliënt volledig waren ingevuld, waardoor het onmogelijk was voor de medewerkers om de wensen en behoeften van de cliënten goed te kennen.

Aanpak en bevindingen

Op alle locaties is afgesproken dat een papieren versie van het zorgleefplan en de afspraaklijst niet meer gebruikt mag worden als informatiebron voor de zorgverleners bij de zorgverlening aan de cliënt. Tijdens de audits werden op één locatie (Tuindorp-Oost) nog zorgmappen aangetroffen met een zorgleefplan en afspraaklijst, met als doel deze mee te nemen tijdens de zorgverlening. Deze formulieren zijn na het auditbezoek gearchiveerd. Of de dossiers daadwerkelijk inhoudelijk compleet zijn wordt in de rapportage per locatie uitgewerkt (zie bijlage).

Beschouwing

Het niet meer gebruiken van cliëntinformatie op papier tijdens de zorgverlening stelt eisen aan de toegankelijkheid van het ECD; dit wordt in het volgende aspect (toegankelijkheid van de dossiers) uitgewerkt.

Conclusies

Op basis van de bezoeken op de locaties kan worden vastgesteld dat alle papieren dossiers van de afdelingen zijn verwijderd. Er wordt nog wel een map met basisgegevens bewaard (voor het geval van uitval van het ECD) waarin tevens formulieren kunnen zijn gearchiveerd. De oude situatie dat medewerkers met zorgleefplannen en afspraaklijsten op papier naar de cliënt gaan is niet meer aangetroffen.

*b. Toegankelijkheid dossiers*Analyse

Uit eerdere onderzoeken bleek dat niet iedere zorgverlener, die betrokken is bij de zorg voor de cliënt, toegang had tot het ECD. Iedere afdeling heeft één of meerdere computers beschikbaar en tablets om mee te nemen naar de ruimte waar zorg wordt verleend aan de cliënt. Hierdoor is mogelijk gemaakt om te raadplegen welke behoeften de cliënt heeft en welke zorg moet worden verleend. Bovendien kan direct worden gerapporteerd. Eerder bleek ook dat de tablets nog nauwelijks werden gebruikt. Tijdens het recente onderzoek viel

op dat nu op alle locaties de tablets in gebruik zijn genomen. Er zijn ook oorzaken aan het licht gekomen waarom de toegang tot het cliëntdossier nog niet voor iedereen is geborgd:

- Niet iedere uitzendkracht, stagiair of nieuwe medewerker is (snel genoeg) in het bezit van een toegangscode en wachtwoord.
- Toegangscode en wachtwoord werken niet altijd en/of niet meer (bijvoorbeeld wanneer de uitzendkracht enige tijd niet heeft gewerkt voor Careyn).
- Wanneer toegang is verkregen, klopt de autorisatie niet altijd; zo kreeg een arts geen toegang tot het medische deel van het dossier.
- Niet iedere tijdelijke medewerker weet hoe het ECD werkt of is niet gemotiveerd om ermee te werken.
- Vaste medewerkers bieden in bovenstaande gevallen soms aan om bijzonderheden door te geven of onder eigen account te laten rapporteren.
- De WIFI-dekking is niet op alle locaties voldoende, zodat bij slechte ontvangst tijdens het werken in het ECD de sessie wordt beëindigd; als medewerkers dan rapportage kwijt zijn wordt het gebruik niet gemotiveerd.
- Om de storing in het WIFI-netwerk te ondervangen, zijn de tablets voorzien van 4G-kaarten, zodat zonder WIFI gewerkt kan worden. Echter niet in alle gebouwen is voldoende 4G-bereik met uitval van de dataverbinding tot gevolg. Ook denken medewerkers soms dat 4G niet gebruikt mag worden vanwege de kosten.

Aanpak en bevindingen

In afstemming met de afdeling ICT en Duo Zorg (interne leverancier die een groot deel van de uitzendkrachten levert) is de procedure aangescherpt dat iedere uitzendkracht voor de aanvang van de werkzaamheden in het bezit is van een toegangscode/wachtwoord ten behoeve van het ECD. Tijdens het onderzoek vertelden medewerkers nog steeds dat niet iedere uitzendkracht toegang had tot het ECD, om wat voor reden dan ook (meestal technische oorzaken en/of gedragsfactoren). Daarop heeft Careyn een wekelijkse rapportage ingesteld waaruit kan worden herleid wanneer uitzendkrachten hebben gewerkt en daadwerkelijk hebben ingelogd. Wekelijks worden deze gegevens door de managers op de locatie geanalyseerd. Wanneer medewerkers niet hebben ingelogd tijdens de dienst, wordt dit besproken met Duo Zorg en worden medewerkers nagebeld. Rond 1 maart bleek dat het percentage uitzendkrachten dat niet had ingelogd tijdens de dienst toch nog rond de 40% te liggen. Daarop is afgesproken dat bij aanvang van de dienst met de betreffende uitzendkracht wordt gecontroleerd of toegang tot het ECD is geborgd. Tevens wordt gecontroleerd of de uitzendkracht op de hoogte is van het gebruik van het ECD en wordt zo nodig een instructie gegeven.

In geval van problemen met de WIFI-installatie op een locatie zijn deze met voorrang gecontroleerd door de leverancier. In de maand maart zijn metingen verricht op alle WIFI-points. Op diverse locaties zijn extra WIFI-points geplaatst. Het project wordt op 3 april afgerond op de laatste locatie (Grootenhoeke). Alle tablets die binnen Careyn worden gebruikt zijn individueel gecontroleerd en up-to-date gemaakt.

Beschouwing

De toegang tot het ECD door uitzendkrachten is een moeizaam proces gebleken waarin wel voortgang wordt geboekt, maar vooral als gevolg van de technische problemen nog niet altijd het gewenste resultaat liet zien. Versnelling is gemaakt in de dienstverlening van de afdeling ICT. Dat betekent nog niet dat een uitzendkracht altijd een werkende toegangscode

paraat heeft vóór aanvang van de dienst. Scherpe controle voorafgaand aan de dienst is op meerdere locaties al aantoonbaar effectief gebleken en wordt voortgezet.

Conclusies

Momenteel kan op basis van de laatste toegangsregistratie van eind maart nog onvoldoende worden aangetoond dat iedere uitzendkracht tijdens de dienst daadwerkelijk toegang heeft gehad tot het ECD. Het percentage medewerkers dat niet heeft ingelogd neemt iedere week af. Door de controle vooraf, de wekelijkse controle achteraf en het nabellen van de medewerkers wordt er momenteel voldoende gestuurd om grip te krijgen op dit onderwerp. Met de managers op de locatie is afgesproken dat tijdens het bezoek van de IGJ een actueel overzicht van de inlogregistratie kan worden overhandigd, zodat de effectiviteit van de maatregel op dat moment kan worden beoordeeld.

c. Logisch verband

Analyse

Uit eerdere onderzoeken bleek dat de dossiers nog niet compleet waren, omdat de levensgeschiedenis van de cliënten onvoldoende was uitgewerkt. Hierdoor kennen de medewerkers de cliënten mogelijk onvoldoende (vooral wanneer nieuwe uitzendkrachten komen werken) en was cliëntgerichte zorg niet geborgd. Tevens was de risicosignalering onvoldoende uitgewerkt, waardoor mogelijke risico's niet werden vertaald naar doelen en acties in het zorgleefplan. Evaluaties van het zorgleefplan waren niet altijd herleidbaar in de verslaglegging. Het rapporteren op doelen en het rapporteren van observaties op verzoek van de behandelaren kwam niet altijd goed uit de verf. Het methodisch werken volgens de PDCA-cyclus was niet voldoende aantoonbaar in het ECD. In een eerder stadium was al geconstateerd dat het gebruikte ECD (Caress) onvoldoende ondersteuning bood bij het methodisch werken. Tot en met december 2017 zijn diverse verbeteringen doorgevoerd in het ECD.

Aanpak en bevindingen

De implementatie van het methodisch werken is uitgevoerd door twee experts, die alle locaties hebben bezocht. Samen met de kwaliteitsverpleegkundigen en behandelaren is de werkwijze en het gebruik van het ECD doorgenomen en het verbetertraject voorbereid. De kwaliteitsverpleegkundigen bespraken met de verzorgenden (EVV-ers) ieder dossier, gaven uitleg over het methodisch werken en maakten afspraken over praktische zaken, bijvoorbeeld hoe de diverse formulieren gebruikt moeten worden. Nadat de verzorgende de verbeteringen had doorgevoerd, zijn de dossiers nogmaals gecontroleerd door de kwaliteitsverpleegkundigen.

In de beoordeling van de dossiers tijdens de audits is gekeken naar de aanwezigheid en actualiteit van relevante formulieren, uitwerking van levensgeschiedenis, risicosignalering, zorgleefplan, afspraaklijst en een navolgbare samenhang tussen deze vier onderdelen. Ook is beoordeeld of er voldoende wordt gerapporteerd op doelen, bijzonderheden en door de behandelaren gevraagde observaties. Voorbereiding en verslaglegging van de zorgleefplanbespreking is bekeken om een beeld te vormen over de evaluatie en bijstelling van zorg en behandeling.

Tijdens het onderzoek lieten medewerkers dossiers zien die er al veel completer uitzagen; de rapportage hierover is in de bijlage voor iedere locatie uitgewerkt. Ook de behandelaren droegen bij aan het volledig maken van het dossier en het aanscherpen van doelen. Discussie werd nog gevoerd over het aanvragen van bijvoorbeeld een observatie door de behandelaren. Op diverse locaties spraken behandelaren nog over de takenlijst, terwijl de zorg deze lijst niet meer gebruikt omdat de agenda daar voor dit moment veel praktischer voor is. Op diverse locatie werd een goed gevulde agenda aangetroffen en werden observaties hierin aangegeven. In het onderzoek is ook opgemerkt dat binnen Careyn is afgesproken dat op doelen volgens de SOAP-methode wordt gerapporteerd. De SOAP-methode biedt houvast bij het systematisch analyseren van observaties en het nadenken over oplossingen. Het is echter niet altijd nodig om iedere observatie volgens deze methode uit te werken en derhalve is het wel of niet gebruiken van de methode niet meegewogen in de beoordeling. In het onderzoek is vooral gelet op het voldoende frequent rapporteren op doelen en rapportage op de door de behandelaren gevraagde observaties.

Beschouwing

In 2017 is veel tijd gestopt in verbetering van het ECD. De laatste update is begin januari 2018 doorgevoerd, waardoor tijdens het onderzoek nog enkele formulieren in de vorige versie moesten worden opgezocht. Dit was voorlopig de laatste update, zodat medewerkers nu gelegenheid krijgen om aan de huidige indeling te wennen. De medewerkers op de afdelingen lieten tijdens het onderzoek zien dat zij vlot de weg wisten in alle formulieren in het ECD. Ondanks alle veranderingen valt tijdens het onderzoek op dat het huidige ECD minder overzicht biedt wanneer de zorg complexer wordt. Ten aanzien van het methodisch werken moet worden opgemerkt dat veel inzet nodig is geweest van de kwaliteitsverpleegkundigen en behandelaren om de cliëntdossiers compleet te maken en samenhangend te laten zijn. Het in de aanwijzing aangehaalde thema "aanwezigheid van voldoende en deskundig personeel" is op veel locaties nog volop in ontwikkeling. Dat betekent voor het gebruik van het dossier dat nog niet iedere medewerker in de zorg voldoende in staat is om het dossier optimaal te benutten. Er is nog veel scholing en coaching nodig; in de praktijk controleren kwaliteitsverpleegkundigen regelmatig de dossiers en dat is nodig gebleken. Dat betekent dat de dossiervoering nu tenminste op een minimaal niveau op orde is, maar moet de komende tijd verder verbeterd worden om duurzame borging van cliëntgerichte zorg te bereiken.

Conclusies

Voor wat betreft de stand van zaken van de dossiers per locatie wordt verwezen naar de rapportage in de bijlage. Op dit moment is de dossiervoering voldoende op orde om cliëntgerichte en veilige zorg te bieden, waarbij zorgmedewerkers met de juiste informatie werken. Omdat de deskundigheidsontwikkeling van medewerkers nog in volle gang is, heeft de borging nog veel aandacht nodig.

f. Tijd voor rapportage en overdracht

Analyse

Uit eerdere onderzoeken bleek dat medewerkers niet altijd voldoende tijd ervoeren voor rapportage en overdracht. Bij drukte werd in voorkomende gevallen besloten dat er geen

tijd was om te rapporteren en/of de zorg mondeling over te dragen aan de collega die de verantwoordelijkheid voor de zorg overneemt. Bovendien bleek dat de dienstitijden van Careyn niet altijd overlappend waren, zodat de overdracht van de zorg in randvoorwaardelijke zin niet geborgd was.

Aanpak en bevindingen

Het afgelopen jaar is binnen Careyn onder meer aandacht geweest voor voldoende bezetting van deskundig personeel op de afdelingen. Daarin is meegenomen dat medewerkers voldoende tijd hebben om te rapporteren en over te dragen. Tijdens onderzoek op de afdelingen werd door de medewerkers aangegeven dat er voldoende tijd is om te rapporteren. Ook vertellen medewerkers dat de overdracht niet ter discussie staat; ook als het druk is, wordt overgedragen. Tevens vertelden medewerkers dat de overlap van werktijden geregeld is. Tijdens het onderzoek bleek dat dit op alle locaties geregeld is; op één van de KSW-afdelingen van Maria-Oord in Vinkeveen was dit aspect in voorbereiding en is dit voor 1 april gerealiseerd.

Beschouwing

De overdracht is in randvoorwaardelijke zin geborgd en wordt door de medewerkers serieus genomen. Ook de kwaliteit van de overdracht wordt nu verder ontwikkeld; op diverse afdelingen is een format in gebruik genomen, om de inhoud van de overdracht te ondersteunen.

Conclusies

Dit aspect is voor alle locaties behaald. De borging ten aanzien van de inhoud van de overdracht is nog in ontwikkeling; uitgangspunt is dat er voldoende tijd is voor de overdracht zodat medewerkers de rust vinden om relevante informatie op een zorgvuldige wijze over te dragen.

Resultaatverslag aanwijzing deel II

Inleiding

De aspecten van de aanwijzing die in tweede termijn, te weten uiterlijk per 7 november 2018, moeten worden gerealiseerd, zijn gerubriceerd naar de volgende drie thema's:

1. Deskundigheid en inzet medewerkers
2. Sturen op kwaliteit en veiligheid
3. Goed bestuur

In dit hoofdstuk vatten wij per thema de kern van de tekortkomingen samen en geven per aspect de stand van zaken weer. We sluiten elk thema af met een korte beschouwing en conclusie van de Raad van Bestuur.

1. Thema: Deskundigheid en inzet medewerkers

IGJ constateerde hier eerder de volgende tekortkomingen:

De beschikbaarheid en het kennisniveau van medewerkers is onvoldoende in overeenstemming met de complexiteit van zorgproblemen. Deskundigheidsbevordering en het werken volgens richtlijnen en standaarden is onvoldoende geborgd; dat geldt in het bijzonder voor invallers. Interne audits zijn er onvoldoende en de kwaliteit en follow-up van verbeterplannen laat te wensen over. Adequaat roosteren en proactief sturen op passende personeelsinzet is onvoldoende.

Onder dit thema vallen de aspecten **d** en **e** van de aanwijzing.

- d. Careyn voorziet zich zodanig van personele middelen (zowel kwantitatief als kwalitatief) dat een en ander redelijkerwijs moet leiden tot het verlenen van goede en passende zorg.*

Status:

De personele inzet is een belangrijk punt van aandacht en de basis voor de verbeteringen. We zetten ons tot het uiterste in om nieuwe medewerkers te vinden. De situatie op de arbeidsmarkt helpt daarbij niet. Datzelfde geldt overigens voor het nog altijd hoge ziekteverzuimpercentage. In alle districten wordt prioriteit gegeven aan de werving van nieuwe medewerkers.

- Social Media wordt structureel ingezet; dit leidt tot een groot aantal belangstellenden onder werkzoekenden en latent werkzoekenden.

- Vijftien gedreven zorgprofessionals binnen Careyn vormen het ambassadeursnetwerk; zij hebben een actieve bijdrage in het onder de aandacht brengen van Careyn bij werkzoekenden.
- Met het ROC Utrecht is een samenwerkingsovereenkomst gesloten waardoor veel meer stagiaires instromen dan voorheen.
- Met de deelname aan het programma 'Van passie tot droombaan' heeft Careyn uitzendtijd van RTL4 gekregen om de zorg en het werken bij Careyn bij het grote publiek onder de aandacht te brengen.

De resultaten zijn bemoedigend; er is een licht positieve trend waar te nemen in de instroom van personeel.

Ook aan de kwaliteit van onze medewerkers wordt hard gewerkt. Wij benoemen hierna de belangrijkste activiteiten op dit gebied:

- We versterken versneld de kwalificatieniveaus 3, 4 en 5 door het aanbieden van meer leerplekken voor huidige en nieuwe medewerkers. Daarnaast is er veel aandacht voor interne opleidingsplaatsen voor EVV, GVP en casemanagers dementie.
- Er is een scholingsjaarplan 2018 opgesteld met verplichte scholingsonderdelen gericht op de doelgroepen. De op basis hiervan uitgewerkte scholingskalenders per locatie worden momenteel uitgevoerd.
- Daarnaast worden medewerkers opgeleid en getraind via e-learning. Alle gevolgde e-learnings worden voor de zorgfuncties digitaal geregistreerd in het LMS (leer management systeem). Daarmee houden we grip op de ontwikkeling van onze medewerkers. Omdat veel medewerkers niet voldoende vaardig zijn met digitale hulpmiddelen ondersteunen we digitaal niet vaardige medewerkers bij het toepassen van digitale hulpmiddelen en het leerportaal ICT middelen. Hierbij worden leerlingen van ICT opleidingen ingezet voor ondersteuning van Careyn medewerkers.

Al deze scholingsactiviteiten moeten leiden tot een versterking van de kwaliteit van ons personeel. Om te zorgen dat de verschillende scholingsactiviteiten ook geborgd worden op de werkvloer, zijn de kwaliteitsverpleegkundigen intensief betrokken bij de uitvoering. Uiteraard stimuleren wij onze medewerkers om de scholingen in 2018 te volgen. Mede vanwege werkdruk, is hiervoor extra aandacht nodig. Medewerkers zijn geneigd de directe cliëntenzorg te laten prevaleren boven het volgen van de noodzakelijke opleiding.

Ook de kwaliteit van de ingezette invalkrachten heeft onze nadrukkelijke aandacht gehad. Met onze interne leverancier van invalkrachten (Duozorg) is afgesproken dat ook deze medewerkers de verplichte scholingsactiviteiten volgen.

Voorbehouden en risicovolle handelingen

Binnen het thema deskundigheid van het personeel vormt de bekwaamheid t.a.v. Voorbehouden en Risicovolle handelingen (VHR) een belangrijk onderdeel. Het vernieuwde VRH beleid (incl. opleidingsbeleid) is geïmplementeerd. Het aantal Skills labs voor de

praktijktoets VRH is inmiddels verdubbeld. Er zijn extra praktijktoetsers opgeleid en externe toetsers voor VRH praktijktoets aangetrokken. Managementinformatie VRH is ingericht waarmee gerichte sturing en monitoring mogelijk is. T.b.v. de kwaliteit van personeel wordt de focus gelegd op het behalen van de VRH praktijktoets voor de voorbehouden handelingen. Op de peildatum 23-03-2018 is 79% van de medewerkers gekwalificeerd.

Digitaal personeelsdossier en aantonen van bevoegdheden

Begin vorig jaar is gestart met het digitaliseren van de personeelsdossiers en het up-to-date krijgen van de bevoegdheden van medewerkers (diploma & certificaten, geldige BIG-registratie) . De voortgang verloopt voorspoedig. Extra communicatie blijkt nog steeds noodzakelijk, echter de aanlevering verloopt beduidend beter dan in de pilot. In het digitaal dossier staat ook de registratie in het kwaliteitsregister V&VN vermeld. In februari 2018 is 52% van de intramurale medewerkers (878 medewerkers in vaste dienst met niveau 3, 4 of 5) geregistreerd (doel was tenminste 50%) en 82% van de extramurale medewerkers (1683 medewerkers in vaste dienst met niveau 3, 4 of 5) (doel was tenminste 80%).

Elektronisch Client Dossier (ECD) en scholing dossiergebruik

Het op de juiste wijze gebruiken van het ECD was een belangrijk probleem. Hiertoe is een projectgroep ECD gestart die de verbeteringen moet faciliteren. Daarnaast is er een e-learning 'rapporteren in Caress ECD' ontwikkeld en on-line beschikbaar gesteld. Voor alle medewerkers (incl. flexwerkers) die werken met het zorgleefplan is deze training verplicht. Medewerkers moeten deze e-learning voor 1 mei 2018 gevolgd hebben. Wij zien een grote bereidwilligheid bij medewerkers om deze te volgen; men ziet er echt de noodzaak van in.

- e. Careyn roostert de medewerkers zodanig in dat het zorgaanbod kwantitatief en kwalitatief past bij de zorgzwaarte en behoefte van de cliënten.*

Status:

Voor de korte termijn is, waar nodig, extra teamondersteuning ingeregeld op diverse regeltaken, o.a. t.b.v. het roosteren.

Om te zorgen dat we een personeelsmix inzetten die past bij de zorgzwaarte van de cliëntengroep op elke locatie zijn de in- en exclusie criteria per doelgroep beschreven en vastgesteld. Per doelgroep is de cliënttypering uitgewerkt en wordt omschreven welke eisen de behoefte van de cliëntgroep stelt aan de medewerkers op de afdeling en de locatie. Hierbij moet goede en passende zorg voor de doelgroep gegarandeerd zijn. Dit is specifiek per locatie nader uitgewerkt. Op deze in- en exclusiecriteria wordt de formatie vervolgens aangepast.

Op steeds meer locaties is de personele problematiek weliswaar niet opgelost maar wel meer "in control". De inzet van uitzendkrachten is gericht op een langere periode, zodat de medewerker de cliënten goed kent. Er is, zoals hier boven genoemd, veel aandacht voor

werving, het binden van medewerkers en de relatie tussen de cliëntpopulatie en de personele inzet.

Beschouwing en conclusie Raad van Bestuur:

Er wordt op veel verschillende manieren hard gewerkt om de deskundigheid van de medewerkers te verbeteren. De krappe bezetting op de locaties blijft een knelpunt. Medewerkers leggen daardoor soms nog prioriteit bij de directe cliëntenzorg. De wijze waarop bijvoorbeeld nu de skills labs beschikbaar komen voor training op locatie moet bevorderen dat het gemakkelijker wordt om deel te nemen. We zijn meer in control op de gevolgde opleidingen door een scherpe monitoring op managementniveau. Ook de scholingskalenders helpen ons om opleidingen structureel in te bedden en daarmee de kwaliteit van ons personeel te verbeteren. We hebben hier echter nog een weg te gaan.

2. Thema: Sturen op kwaliteit en veiligheid

IGJ constateerde hier eerder de volgende tekortkomingen:

De PDCA-cyclus komt onvoldoende uit de verf. Dat komt door een gebrek aan:

- Systematisch verzamelen van meldingen en bijna-fouten
- Kwaliteit van analyse
- Duidelijke randvoorwaarden
- Implementatiekracht

Onder dit thema vallen de aspecten g t/m j van de aanwijzing.

- g. Careyn verzamelt en registreert op systematische wijze gegevens betreffende de kwaliteit van zorg en toetst aan de hand van deze gegevens op systematische wijze of de wijze waarop de zorgaanbieder uitvoering geeft aan artikel 3 van de Wkkgz redelijkerwijs moet leiden tot goede zorg.*

Status:

De PDCA cyclus op lokaal niveau is ingericht. De MIC's worden geregistreerd in het cliëntdossier (Caress) en geanalyseerd en beoordeeld door het lokale ontwikkelteam. Verbetermaatregelen worden lokaal genomen.

De verbinding met overige niveaus is nu in ontwikkeling. Hoe Careyn dat voor ogen heeft, staat beschreven in de notitie "Sturen op Kwaliteit". Het document beschrijft hoe Careyn kwaliteit organiseert op ieder niveau: teams, management/staf, directieteam, Raad van Bestuur en Raad van Toezicht. De inrichting van de PDCA-cyclus wordt voor alle niveaus beschreven. Deze werkwijze wordt de komende maanden geïmplementeerd.

Op het niveau van de RvB is met ingang van de reviewronde over maart de sturing op kwaliteit structureel onderwerp van gesprek in de reviewgesprekken tussen RvB en directie. Aan de hand van de in de reviewrapportage opgenomen kwaliteitsgegevens (MIC, MIM,

calamiteiten, klachten, uitkomsten interne audits, stand van lopende verbeterplannen, tevredenheidsmetingen) monitort en stuurt de RvB op kwaliteit en veiligheid. De in het verslag opgenomen actiepunten en afspraken worden in het volgende reviewgesprek gecheckt op uitvoering.

Tot dit moment wordt in de zgn. weekstart met RvB, districtsdirectie en de managers bedrijfsvoering de sturing op kwaliteit & veiligheid en het verbeterprogramma in het kader van de aanwijzing nauwlettend gevolgd en bijgestuurd. Dit gebeurt daarnaast door het aansluiten van de RvB bij de districts-MT's.

h. Careyn analyseert aantoonbaar alle geregistreerde MIC-meldingen.

Status:

De vernieuwde MIC procedure intramuraal (en extramuraal) is beschreven, vastgesteld, gecommuniceerd en geïmplementeerd binnen Careyn.

Daarnaast heeft inmiddels elke locatie weer een MIC-commissie, multidisciplinair, ingericht en is deze met zijn taak gestart. De eerste bijeenkomsten en analyses, conform de nieuwe procedure, zijn uitgevoerd. De verslaglegging vindt plaats op locatie niveau. Om het kwaliteitsniveau van de analyse (en daarmee van de te treffen verbetermaatregelen) te verbeteren worden de taakhouders MIC proactief gecoached en begeleid door de kwaliteitsverpleegkundigen.

i. Careyn maakt aantoonbaar welke passende verbetermaatregelen zij treft op basis van die analyse.

Status:

Iedere locatie hanteert een eigen verbeterlijst, waarop verbetermaatregelen naar aanleiding van de MIC-analyse worden geregistreerd. Daarmee is dit punt nog onvoldoende verbeterd. Met de implementatie van Triasweb (Q2-Q3) wordt de registratie en monitoring van verbetermaatregelen aanzienlijk beter ondersteund. Daarmee verwachten wij de volgende verbetering te kunnen maken. Daarnaast is de MIC-analyse (incl. verbetermaatregelen) een vast agendapunt in het reviewgesprek tussen de RvB en de districtsdirecteur.

j. Careyn laat zien volgens welk systeem zij het resultaat van verbeteringen evalueert

Status:

Het kwaliteitsmanagementsysteem moet worden herijkt met ondersteunende software. Hiertoe is een ondersteunende tool genaamd Triasweb aangeschaft die instrumentele ondersteuning biedt om de analyses op diverse niveaus in de organisatie op een goede wijze te laten plaatsvinden. Er is een projectgroep onder leiding van de RvB ingesteld die de implementatie in het 2^e en 3^e kwartaal moet faciliteren.

Algemeen beeld uit de audits op de locaties

Het volledig invullen van de meldingsformulieren en het uitvoeren van de analyse op cliëntniveau heeft de aandacht van de teams. De taakhouders MIC en de kwaliteitsverpleegkundigen spelen hierin een belangrijke rol. Het trainen en coachen op een zorgvuldige analyse en opvolging van incidenten zal het komende jaar nog intensieve aandacht nodig hebben. Op alle locaties is –zoals gezegd– de MIC-commissie geïnstalleerd; echter een aantoonbare (trend) analyse waardoor opvolging in verbeterprojecten en evaluatie van de genomen maatregelen waarneembaar zijn, vraagt nog om verbetering.

Beschouwing en conclusies Raad van Bestuur

Het sturen op kwaliteit gaat steeds meer vorm krijgen. Er is een besturingsmodel vastgesteld dat momenteel verder vervolmaakt wordt. Hiermee is de verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid van zorg expliciet in de lijnorganisatie belegd. Dit geeft ook duidelijkheid over de vorm van de sturing waarbij ieder echelon van de organisatie aangehaakt is.

De Regiegroep Kwaliteit & Veiligheid (RKV), onderdeel van de noodstructuur, vormt een belangrijk gremium in het herijken van procedures, richtlijnen en de voorbereiding van besluiten. De inhoudelijke input wordt omgezet in adviezen richting directieteam en Raad van Bestuur. De voorzitter van de RvB neemt structureel deel aan de RKV. De samenstelling en taakopdracht van de RKV is momenteel onderwerp van beschouwing.

3. Thema: Goed bestuur

IGJ constateerde hier eerder de volgende tekortkomingen:

- Het gebrek aan voldoende randvoorwaarden belemmerden het realiseren van verbeteringen in de kwaliteit van zorg en cliëntveiligheid.
- Er is gebrek aan implementatie van de invoering van het model van professionele sturing bij de zorgteams op de locaties.
- Op bestuurlijk niveau is organisatie breed sprake van onvoldoende sturing op de kwaliteit van zorg en onvoldoende centrale monitoring op de naleving van werkafspraken, procedures en protocollen.

Onder dit thema vallen de aspecten **k** en **l** van de aanwijzing.

- k. Careyn voldoet in kader van goed bestuur aan artikel 3.1 van de Governancecode Zorg 2017.*
- l. Careyn draagt zorg voor een zodanige toedeling van bestuurlijke verantwoordelijkheden, bestuurlijke bevoegdheden evenals afstemmings- en verantwoordingsplichten dat dit redelijkerwijs moet leiden tot het verlenen van goede zorg. Careyn draagt binnen haar organisatie zorg voor een stelsel van systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg.*

Status:

Elke locatie heeft een lokaal multidisciplinair ontwikkelteam, onder aanvoering van de manager zorg, ingericht als trekker van de gewenste verbeterlagen. Inbedding en borging van de werkwijze vindt echter nog plaats. Locaties zijn verschillend in hun vorderingen, afhankelijk van de lokale situatie.

Het programma Waardigheid en Trots heeft de inzet verbreed. De inzet van W&T vindt plaats op de huidige risico locaties. Van daaruit wordt de verbinding gemaakt met de direct in de nabijheid gelegen locaties in hetzelfde district. Zo wordt de gelijke aanpak en inrichting van de verbeterprocessen op kwaliteit gefaciliteerd. In de W&T aanpak worden diverse ontwikkellijnen samengebracht (de IGJ-aanwijzing, het Kwaliteitskader, de extra WLZ-middelen, organisatiemodel Careyn) samengebracht. De aanpak is op maat vanwege verschillende start, historie, problematiek maar ook eigen lokale regie.

Naast de sturing en monitoring via de reguliere overlegstructuur sluit de RvB ook aan bij het BOPZ-overleg, de Commissie Infectiepreventie en (periodiek) de vakgroepen en is er een periodiek overleg met de klachtencommissie, de klachtenfunctionaris en de externe voorzitter van de calamiteitencommissie.

De Raad van Toezicht heeft haar toezicht geïntensiveerd en is meer betrokken bij de integrale resultaten van Careyn. Deze werkwijze zal worden voortgezet. De Raad van Toezicht heeft een toezichtsplan voor 2017 en 2018 vastgesteld waarin 1) op basis van de kernwaarden van Careyn de visie op toezicht is geformuleerd 2) een toezicht kader is geformuleerd waarin voor dit moment de meest dringende ijkpunten zijn:

- Realisatie Herstelplan Kwaliteit en Veiligheid (en ontwikkeling Kwaliteit Personeel) en voldoen aan de aanwijzing IGJ uiterlijk op 1 november 2018.
- Monitoring Herstelplan Financiële Gezondheid.
- Herstel van vertrouwen, rust en stabiliteit in de organisatie.

Het besturingsmodel is herijkt en door de nieuwe voorzitter RvB in Q4 vastgesteld en vervolgens geïmplementeerd. Het besturingsmodel beschrijft de route van visie naar resultaat, aan de orde komen de strategie, organisatiestructuur, rollen, TBV, werkwijze, overlegstructuur en leiderschap, cultuur en houding en gedrag.

De route en werkwijze van lokale PDCA-cyclus en hoe deze in verbinding staat met andere lagen in de organisatie is beschreven in de notitie 'Sturen op kwaliteit'. De implementatie en inbedding van de PDCA cyclus met verbinding op alle niveaus, afgestemd op het nieuwe besturingsmodel, is in ontwikkeling.

Careyn breed is er een team met auditoren werkzaam. Op basis van de periodieke audits die op alle locaties worden uitgevoerd, wordt gedetailleerd inzicht verkregen in de tekortkomingen en de verbeteringen daarop in het systematisch borgen van kwaliteit en veiligheid.

Algemeen beeld uit de audits op de locaties

De audits geven samen met de door de locaties opgestelde verbeterplannen een goed beeld over wat is bereikt en welke slagen nog gemaakt moeten worden.

Merkbaar is de verbinding die is ontstaan tussen de managers zorg, de districtsdirectie en de RvB. Zo blijven problemen en aandachtspunten niet meer 'onder de pet', maar worden afgestemd om tot oplossingen te komen; hoe lastig deze soms ook te realiseren zijn. Conform de strategie uit het plan van aanpak is op de locaties het recept voor succesvol verbeteren herkenbaar: sturing (inzet manager zorg per locatie), inhoudelijke coaching (kwaliteitsverpleegkundige), betrokkenheid van de behandelaren, teamontwikkeling Waardigheid en Trots, herijking van zorg ondersteunende taken en systematisch verbeteren in de structuur van het multidisciplinair ontwikkelteam op locatie. Alle teams zijn actief bezig met verbeteren, de blik staat weer positief op vooruit.

Beschouwing en conclusies Raad van Bestuur

Careyn heeft in 2017 de omslag gemaakt van financieel gedreven naar waarde gedreven zorgverlening. Een omslag in denken en doen welke verandering van gedrag vraagt van elke medewerker. Hoewel een positievere grondhouding met meer eigenaarschap groeit, vraagt deze cultuuromslag om een langere periode van aandacht om volledig ingebed te raken. Hier zet de Raad van Bestuur van Careyn zich vol voor in.

De extra inspanningen van de RvB zoals in bovenstaande genoemd resulteren in een beter beeld van en voeling met de werkvloer. Daarbij is het niet alleen belangrijk om te sturen via de gestructureerde overlegvormen en de gerapporteerde kwaliteitsgegevens. Door het meelopen met interne audits en de locatie- en teambezoeken kan de RvB ook de zgn. soft signals oppikken en meenemen in het sturingsproces ter verbetering van de kwaliteit en veiligheid.

Bijlage: Bevindingen per locatie

1. District DWO-NWN

De Ark, Wateringen

Bevindingen audit op 21 februari

- De gecontroleerde dossiers zijn volledig ingevuld, de individuele cliënt is goed in beeld. Dit is nog niet voor alle dossiers gerealiseerd.
- De samenhang in het dossier wordt gezien in de gecontroleerde dossiers; op het moment van de audit is dat nog niet overal aantoonbaar gerealiseerd.
- De verbeteracties zijn projectmatig georganiseerd en gemonitord.
- De kwaliteitsverpleegkundigen trekken het project inhoudelijk en werken samen met behandelaren en zorg om de dossiers op orde te brengen.
- Er wordt momenteel voldoende gerapporteerd op doelen en verzoeken tot observatie door de behandelaren. Het gebruik van de SOAP-methodiek moet nog verder worden ontwikkeld gedurende het borgingsproces wat nu moet gaan lopen.

Beschouwing

De afdelingen zijn voortvarend bezig met het verbeteren van het dossier. Tijdens de audit is de samenhang in het dossier nog niet altijd aantoonbaar, maar de projectmatige aanpak en de deskundige betrokkenheid van kwaliteitsverpleegkundigen en behandelaren rechtvaardigt de verwachting dat het dossier in de basis voldoende op orde is om continuïteit in cliëntgerichte zorg en behandeling te waarborgen. Het inhoudelijk verbeteren van de rapportage en het vasthouden van het methodisch werken blijft een aandachtspunt voor de borgingsfase die nu verder moet worden gerealiseerd.

Conclusies

In week 12 is een steekproefsgewijze controle van de dossiers herhaald om te beoordelen of de voorgenomen verbeteringen zijn gerealiseerd. Op basis van deze controle is geconstateerd dat de cliëntdossiers op de aspecten compleetheid en samenhang voldoen aan de norm.

De Vloot, Maassluis

Bevindingen audit op 21 februari

- De gecontroleerde dossiers zijn volledig ingevuld, de individuele cliënt is goed in beeld. Dit is nog niet voor alle dossiers gerealiseerd.

- De samenhang in het dossier wordt gezien in de gecontroleerde dossiers; op het moment van de audit is dat nog niet overal aantoonbaar gerealiseerd.
- De verbeteracties zijn projectmatig georganiseerd en gemonitord.
- De kwaliteitsverpleegkundigen trekken het project inhoudelijk en werken samen met behandelaren en zorg om de dossiers op orde te brengen.
- Er wordt momenteel voldoende gerapporteerd op doelen en verzoeken tot observatie door de behandelaren. Het gebruik van de SOAP-methodiek moet nog verder worden ontwikkeld gedurende het borgingsproces wat nu moet gaan lopen.

Beschouwing

De afdelingen zijn voortvarend bezig met het verbeteren van het dossier. De projectmatige aanpak en de deskundige betrokkenheid van kwaliteitsverpleegkundigen en behandelaren rechtvaardigt de verwachting dat het dossier op 1 april in de basis voldoende op orde is om continuïteit in cliëntgerichte zorg en behandeling te waarborgen.

Conclusies

In week 12 is een steekproefsgewijze controle van de dossiers herhaald om te beoordelen of de voorgenomen verbeteringen zijn gerealiseerd. Op basis van deze controle is geconstateerd dat de cliëntdossiers op de aspecten compleetheid en samenhang voldoen aan de norm.

Rozenhof, Naaldwijk

Bevindingen audit 2 maart

- De gecontroleerde dossiers zijn compleet en kloppen voor wat betreft de samenhang. Een klein percentage van de dossiers moet nog worden gecontroleerd.
- Er wordt momenteel voldoende gerapporteerd op doelen en verzoeken tot observatie door de behandelaren; dat is basaal voldoende. Het gebruik van de SOAP-methodiek moet nog verder worden ontwikkeld gedurende het borgingsproces wat nu moet gaan lopen.

Beschouwing

Kwaliteitsverpleegkundigen, behandelaren en EVV-ers werken nauw samen aan het verbeteren van dossiers en hebben het verbetertraject bijna afgerond. Opgemerkt wordt dat het gebruik van de SOAP-methodiek nog verbeterd kan worden, maar tijdens het onderzoek is een basaal voldoende rapportage aangetroffen.

Conclusies

De cliëntdossiers voldoen op de aspecten compleetheid en samenhang aan de norm.

Woerdblok, NaaldwijkBevindingen audit 2 maart

- De gecontroleerde dossiers zijn volledig en inhoudelijk van goede samenhang.
- Er wordt momenteel voldoende gerapporteerd op doelen en verzoeken tot observatie door de behandelaren. Het gebruik van de SOAP-methodiek moet nog verder worden ontwikkeld gedurende het borgingsproces wat nu moet gaan lopen.

Beschouwing

Kwaliteitsverpleegkundigen, behandelaren en EVV-ers werken nauw samen aan het verbeteren van dossiers en hebben het verbetertraject bijna afgerond. Opgemerkt wordt dat het gebruik van de SOAP-methodiek nog verbeterd kan worden, maar tijdens het onderzoek is een basaal voldoende rapportage aangetroffen.

Conclusies

De cliëntdossiers voldoen op de aspecten compleetheid en samenhang aan de norm.

2. District Utrecht-West

Maria-Oord, Vinkeveen

Bevindingen audit 21 februari

- De gecontroleerde dossiers zijn compleet.
- De samenhang in de dossiers is voldoende aantoonbaar.
- De rapportage is basaal voldoende en frequent maar kan uitgebreider door toepassing van de SOAP-methode.
- Bij het hergebruik van formulieren is het op de juiste manier opslaan een aandachtspunt, anders wordt de versiedatum niet geactualiseerd.
- Het is niet voor iedereen duidelijk op welke plaats in het ECD een verzoek van de behandelaren voor observatie wordt genoteerd.
- Op deze locatie is nog één afdeling waar geen overlap is in de diensttijden, zodat de overdracht nog niet randvoorwaardelijk is geborgd. Dit is in een ver stadium van implementatie en voor 1 april geregeld.

Beschouwing

De manager en kwaliteitsverpleegkundigen volgen een projectmatige aanpak om de dossiers op orde te krijgen. De komende tijd worden de puntjes op de i gezet. De borging voor het methodische werkproces is vastgelegd in een plan van aanpak.

Conclusies

De cliëntdossiers voldoen op de aspecten compleetheid en samenhang aan de norm.

Snavelenburg, Maarssen

Bevindingen audit 23 februari

- De gecontroleerde dossiers zijn nog niet compleet. Het verbeterproject is nog in volle gang.
- De samenhang in de dossiers is nog onvoldoende aantoonbaar. Wat opvalt is dat op de somatische afdelingen het dossier onoverzichtelijk wordt naarmate er meer bijzonderheden spelen rond de cliënt. De navolgbaarheid van acties is dan moeilijk.
- De structurele betrokkenheid van een psycholoog is nog niet geborgd. Per 1 maart is er weer invulling van de openstaande vacature.
- Voldoende rapportage op doelen is nog niet altijd zichtbaar.
- Afgesproken is dat 15 maart opnieuw een audit wordt uitgevoerd om de resultaten wel te kunnen zien. Een team van kwaliteitsverpleegkundigen werkt samen met de manager aan een zichtbaar projectmatige aanpak; er is vertrouwen dat de gewenste verbeteringen worden gerealiseerd.

Bevindingen audit 15 maart

- De gecontroleerde dossiers zijn compleet. De levensgeschiedenis geeft nu een goed beeld over de wensen en behoeften van de cliënt.
- De samenhang in de dossiers is nu wel aantoonbaar. De risicosignalering sluit goed aan op het zorgleefplan. De afspraaklijst is overzichtelijk geworden omdat nu met kopjes wordt gewerkt.
- De opvolging van bijzonderheden en evaluatie van handelen zijn nu meer zichtbaar gemaakt. De samenwerking tussen zorg en behandelaren is geïntensiveerd en bovendien is de psycholoog weer beschikbaar. Dat is meteen zichtbaar in de dossiers.
- De rapportage is in de basis voldoende om continuïteit in zorg en behandeling te waarborgen. Een aandachtspunt voor de komende weken is dat er voldoende over de stemming van de cliënt (indien in zorgleefplan) wordt gerapporteerd volgens de SOAP-methodiek.

Beschouwing

De intensivering van het verbeterproject heeft duidelijk resultaat gehad. De medewerkers van de afdeling die de dossiers lieten zien waren enthousiast en kenden de cliënten, die aan hun zorg waren toevertrouwd, goed. De aanpak schept vertrouwen voor de borgingsfase die nu aan de orde is.

Conclusies

De cliëntdossiers voldoen op de aspecten compleetheid en samenhang aan de norm.

Waterschapshuis, KamerikBevindingen

- De gecontroleerde dossiers zijn compleet; de levensgeschiedenis lijkt in eerste instantie kort, maar het beeld wordt compleet door alle ingevulde onderdelen van het formulier.
- De samenhang in de dossiers is voldoende aantoonbaar; de redenering en keuzes zijn herleidbaar.
- De rapportage is voldoende, ook wordt gerapporteerd op de door behandelaren gevraagde observaties.

Beschouwing

Het verbeteren van het dossier is projectmatig aangepakt met aantoonbaar resultaat.

Conclusies

De cliëntdossiers voldoen op de aspecten compleetheid en samenhang aan de norm.

Weddesteyn, WoerdenBevindingen

- De gecontroleerde dossier op de PG-afdeling zijn compleet en laten samenhang zien. De agenda wordt gebruikt om observaties in te plannen. Er wordt uitvoerig gerapporteerd, waarbij de SOAP-methodiek breed wordt toegepast.
- De gecontroleerde dossiers op de somatische afdelingen zijn nog niet compleet. Ten tijde van de audit wordt de levensgeschiedenis compleet gemaakt door de welzijns-medewerkers. Opvallend is dat de logopedist acties schrijft in de levensgeschiedenis. De samenhang tussen risicosignalering, doelen en afspraken is lastig te volgen. De opvolging van acties is lastig te herleiden in het dossier.
- Er wordt veel gerapporteerd en de rapportage wordt gebruikt om opvolging te geven aan de acties. De inrichting van het dossier biedt nog onvoldoende ondersteuning wanneer zorg en behandelingen complexer worden.

Beschouwing

De verbetering van de dossiers wordt strak geleid door de manager en de kwaliteitsverpleegkundigen. De projectmatige aanpak schept vertrouwen. Afgesproken is dat het resultaat van de inspanningen wordt getoetst in een tweede audit eind maart.

Conclusies

In week 12 is een steekproefsgewijze controle van de dossiers herhaald om te beoordelen of de voorgenomen verbeteringen zijn gerealiseerd. Op basis van deze controle is geconstateerd dat de cliëntdossiers op de aspecten compleetheid en samenhang voldoen aan de norm.

3. District Utrecht-Stad

KSW De Prinses, Utrecht

Bevindingen 9 maart

- De gecontroleerde dossiers zien er compleet uit.
- De samenhang in de dossiers is voldoende aantoonbaar.
- Er wordt voldoende gerapporteerd; het observeren van de stemming kan nog beter.
- De afspraak waar behandelaren een verzoek tot een observatie noteren is nog niet helder. De zorg maakt al gebruik van de agenda.
- Medewerkers lieten zien dat ze de cliënten en inhoud van de dossiers goed kennen.

Beschouwing

Het verbeterproject verloopt goed gestructureerd onder leiding van de manager en kwaliteitsverpleegkundige. Dit "koppel" gaat over alle vier de KSW locaties van Utrecht-Stad.

Conclusies

De cliëntdossiers voldoen op de aspecten compleetheid en samenhang aan de norm.

KSW Geuzenveste, Utrecht

Bevindingen audit 9 maart

- De gecontroleerde dossiers zien er compleet uit. De levensgeschiedenis geeft een beeld van de cliënt maar wordt nog uitgebreider gemaakt deze periode.
- De samenhang in de dossiers is aantoonbaar.
- Bij een cliënt worden stemming en gedrag onderzocht vanwege actuele problematiek; de medicatie wordt aangepast en de arts vraagt de zorg te observeren; daarbij kan duidelijker worden aangeven waarop precies moet worden geobserveerd.
- De behandelaren, zorg en management werken nauw samen op deze locatie.

Beschouwing

Het verbeterproject verloopt goed gestructureerd onder leiding van de manager en kwaliteitsverpleegkundige. Er worden de komende weken nog puntjes op de i gezet in een gecontroleerd proces.

Conclusies

De cliëntdossiers voldoen op de aspecten compleetheid en samenhang aan de norm.

KSW Nieuw Chartreuse, Utrecht

Bevindingen audit 1 maart

- De gecontroleerde dossiers zien er compleet uit. De levensgeschiedenis geeft een beeld van de cliënt maar wordt nog uitgebreider gemaakt deze periode.
- De samenhang in de dossiers is aantoonbaar.

Beschouwing

Het verbeterproject verloopt goed gestructureerd onder leiding van de manager en kwaliteitsverpleegkundige.

Conclusies

De cliëntdossiers voldoen op de aspecten compleetheid en samenhang aan de norm.

KSW Parkwijk, Utrecht

Bevindingen audit 1 maart 2018

- De gecontroleerde dossiers zien er compleet uit. Op een transfer-formulier was de datum niet actueel; er bleken geen wijzigingen te zijn geweest waarna de wijzigingsdatum niet was bijgewerkt tijdens het opslaan.
- De samenhang in de dossiers is aantoonbaar.
- Het gebruik van de agenda (bijvoorbeeld een opdracht tot observatie door een behandelaar) is nog niet voor iedereen duidelijk.

Beschouwing

Het verbeterproject verloopt goed gestructureerd onder leiding van de manager en kwaliteitsverpleegkundige.

Conclusies

De cliëntdossiers voldoen op de aspecten compleetheid en samenhang aan de norm.

Rosendaal, Utrecht

Bevindingen audit 5 maart 2018

- De gecontroleerde dossiers zien er compleet uit. In algemene zin is de levensgeschiedenis volledig in beeld gebracht; een enkel dossier kort en bondig maar voldoende informatief.

- De samenhang in de dossiers is grotendeels aanwezig maar in de risicosignalering wordt bij een cliënt een verhoogd risico gezien dat niet wordt opgevolgd.
- De agendafunctie in het ECD wordt goed gebruikt, ook voor opdrachten van de arts.

Beschouwing

Het verbeterproject verloopt goed gestructureerd onder leiding van de manager en kwaliteitsverpleegkundigen. De laatste hiaten in het dossier moeten nog worden opgelost, maar de verwachting is dat dit ruim voor 1 april is geregeld.

Conclusies

In week 12 is een steekproefsgewijze controle van de dossiers herhaald om te beoordelen of de voorgenomen verbeteringen zijn gerealiseerd. Op basis van deze controle is geconstateerd dat de cliëntdossiers op de aspecten compleetheid en samenhang voldoen aan de norm.

Swellengrebel, Utrecht

Bevindingen audit 29 maart

- Naar aanleiding van het IGJ-bezoek aan deze locatie is een plan opgesteld met directe betrokkenheid van de programmadirecteur kwaliteit. Er is extra inzet geweest van HBO-V studenten en kwaliteitsverpleegkundigen om zorgmedewerkers te coachen en ruimte te geven om de cliëntdossiers op orde te brengen.
- De behandelaren zijn nauw betrokken geweest bij het verbeterproject.
- De laatste 2 weken zijn grote stappen gezet met aantoonbaar resultaat.
- De gecontroleerde dossiers zien er compleet uit. De samenhang in de onderdelen van het dossier was goed. De rapportage was voldoende frequent en van inhoud; het rapporteren volgens de SOAP-methodiek moet verder worden ontwikkeld.

Beschouwing

De intensivering van de verbeteraanpak is succesvol gebleken. De komende tijd blijft de kwaliteitscoach betrokken bij deze locatie. Iedere afdeling heeft nu een verpleegkundige (niveau-4) om naast de kwaliteitsverpleegkundige de medewerkers te ondersteunen bij het methodisch werken en rapporteren.

Conclusies

De cliëntdossiers voldoen op de aspecten compleetheid en samenhang aan de norm.

Tamarinde, UtrechtBevindingen audit 27 februari

- Op de afdeling kleinschalig wonen wordt een inhaalslag gemaakt met het compleet maken van de levensgeschiedenis. Het resultaat van die inspanning werd zichtbaar maar moet nog verder worden doorgevoerd. De samenhang in het dossier is zichtbaar. Een in het zorgleefplan geplande maandelijkse evaluatie door de diëtiste was in het dossier niet terug te vinden.
- Op de PG-afdeling was het gecontroleerde dossier niet compleet. De levensgeschiedenis was nog te beperkt.
- De samenhang in het dossier was onvoldoende herleidbaar.
- De vrijheidsbeperkende maatregelen waren onvoldoende vermeld.
- De psycholoog was tot het moment van het onderzoek nog onvoldoende betrokken op de PG-afdeling; de nieuwe psycholoog was bij het onderzoek aanwezig.

Beschouwing

Medewerkers konden desgevraagd nauwelijks informatie geven over hoe ver het verbetertraject was gevorderd. Wel vertelden medewerkers dat zij dossiers completer aan het maken waren voor wat betreft de levensgeschiedenis en de risicosignalering. In de maand maart is de aanpak geïntensiveerd met extra inzet van een kwaliteitsverpleegkundige. Ook de coach van Waardigheid en Trots is nauw betrokken bij het verbetertraject. De resultaten worden opnieuw getoetst in een tweede audit.

Bevindingen audit 28 maart

- De gecontroleerde dossiers zagen er compleet uit. De levensgeschiedenis is nog niet altijd heel uitgebreid maar geeft wel een beeld over de cliënt.
- De samenhang tussen de verschillende onderdelen van het dossier is in het algemeen aanwezig; toch zijn er nog enkele hiaten.
- De rapportage is in het algemeen nog erg basaal.

Beschouwing tweede audit

In vergelijking met de eerste audit in februari is zichtbaar dat de dossiers completer zijn gemaakt. De samenhang in de dossiers is verbeterd. In enkele dossiers was nog niet altijd duidelijk hoe gesignaleerde risico's zijn uitgewerkt in het zorgleefplan of de afsprakenlijst. Afgesproken is dat alle dossiers in het paasweekend nogmaals worden gecontroleerd om deze hiaten te herstellen. De gepresenteerde aanpak en betrokkenheid van medewerkers geeft vertrouwen dat dit wordt gerealiseerd. De rapportage behoeft veel aandacht de komende tijd.

Conclusies

De verwachting is dat na controle in het paasweekend de geconstateerde aandachtspunten in de samenhang worden opgelost, zodat de cliëntdossiers op de aspecten compleetheid en samenhang aan de norm voldoen. Het resultaat moet in week 14 opnieuw worden getoetst en bevestigd.

Tuindorp-Oost, Utrecht

Bevindingen audit 19 februari

- De gecontroleerde dossiers zijn nog niet compleet, het verbeterproject is nog in volle gang. De levensgeschiedenis is door de welzijnsmedewerkers mooi compleet gemaakt.
- De samenhang in de dossiers is nog niet aantoonbaar. Gesignaleerde risico's zijn niet altijd uitgewerkt in doelen en/of afspraken.
- Er is nog onduidelijkheid of de agenda wordt gebruikt voor het vastleggen van afspraken over observaties in opdracht van de behandelaren.
- Evaluatie van zorgleefplannen is niet goed aantoonbaar; medewerkers vertellen dat informatie wel te vinden is in de vorige versie van het dossier. Deze informatie wordt nu opgehaald om het beeld compleet te krijgen.
- Ook werden tijdens het onderzoek zorgmappen aangetroffen met zorgleefplannen en afspraaklijsten. Deze zijn later verwijderd.

Beschouwing

De controle van de dossiers wordt projectmatig aangepakt. De aanpak geeft vertrouwen dat de dossiers op 1 april op orde zijn. Op vrijdag 9 maart is een extra bezoek uitgevoerd om te controleren of de zorgmappen niet meer werden gebruikt bij de zorgverlening. Op dat moment werden alle mappen opgeschoond en werden zorgleefplannen en afspraaklijsten op papier in het archief gestopt. Met de verwachting dat het 100% op orde is, worden de dossiers nogmaals op compleetheid en samenhang gecontroleerd in week 12.

Conclusies

In week 12 is een steekproefsgewijze controle van de dossiers herhaald om te beoordelen of de voorgenomen verbeteringen zijn gerealiseerd. Op basis van deze controle is geconstateerd dat de cliëntdossiers op de aspecten compleetheid en samenhang voldoen aan de norm.

Warande, Utrecht

Bevindingen

- De gecontroleerde dossiers zijn compleet.
- De samenhang in de dossiers is aantoonbaar aanwezig.
- In het gesprek met de zorg en behandelaren werd duidelijk dat het nog niet voor iedereen duidelijk is waar een opdracht tot observatie van de behandelaren aan de zorg wordt genoteerd in het ECD. De zorg gebruikte daarvoor de agenda, terwijl behandelaren spraken over een takenlijst. Het werd duidelijk dat de takenlijst ooit zou worden geïmplementeerd in het ECD, maar dit is voorlopig niet werkbaar gebleken. De takenlijst wordt dus niet gebruikt.

Beschouwing

Onder leiding van de kwaliteitsverpleegkundige en in gezamenlijkheid met de behandelaren zijn mooie resultaten geboekt.

Conclusies

De cliëntdossiers voldoen op de aspecten compleetheid en samenhang aan de norm.

4. District ZHE-Breda

Bernissesteyn, Zuidland

Bevindingen audit 5 maart

- De gecontroleerde dossiers zijn nog onvoldoende compleet. Diverse items waren niet opgenomen in de formulieren.
- De samenhang in het dossier is nog onvoldoende. Niet alle doelen komen voort uit de risicosignalering.
- Evaluaties zijn onvoldoende herleidbaar in de zorgleefplanbespreking.
- Er wordt onvoldoende op doelen gerapporteerd.
- De door het expertteam uitgedragen werkmethode is nog onvoldoende opgepakt.

Beschouwing

Het expertteam heeft opnieuw meegekeken naar de inrichting van het dossier. De manager van de locatie brengt meer structuur in het verbeterproces. De resultaten hiervan worden in een tweede audit getoetst.

Bevindingen audit 28 maart

- Tijdens de audit blijkt dat 100% van de dossiers is gecontroleerd, maar bij 35% moeten de voorgestelde wijzigingen nog worden verwerkt.
- Bij controle van de dossiers blijken deze wel compleet te zijn; er is zichtbaar gewerkt aan de verbetering van de inhoud.
- In de samenhang tussen de onderdelen worden nog hiaten gezien, zichtbaar is dat nog niet alle correcties zijn verwerkt.
- De rapportage is meer zichtbaar, maar heeft nog veel aandacht nodig de komende tijd. Rapportage met de SOAP-methode moet verder ontwikkeld worden.

Beschouwing tweede audit

In vergelijking met de eerste audit is zichtbaar dat de dossiers completer zijn gemaakt. De samenhang in de dossiers is verbeterd. In enkele dossiers was nog niet altijd duidelijk hoe gesignaleerde risico's zijn uitgewerkt in het zorgleefplan of de afsprakenlijst. Afgesproken is dat alle dossiers die nog niet zijn gecorrigeerd in het paasweekend worden aangevuld en gecontroleerd om deze hiaten te herstellen. De al gerealiseerde verbeteringen en de georganiseerde aanpak voor de komende dagen geeft vertrouwen dat dit wordt gerealiseerd.

Conclusies

De verwachting is dat na controle in het paasweekeind de geconstateerde aandachtspunten in de samenhang worden opgelost, zodat de cliëntdossiers op de aspecten compleetheid en samenhang aan de norm voldoen. Het resultaat moet echter in week 14 opnieuw worden getoetst en bevestigd.

Blankenburg, RozenburgBevindingen audit 22 februari

- De gecontroleerde dossiers zijn compleet.
- De samenhang in de dossiers is aantoonbaar.
- Er wordt frequent gerapporteerd.
- De kwaliteitsverpleegkundige en de manager hebben het verbeterproject nauw onder controle.

Beschouwing

Er is systematisch gewerkt aan verbetering van het dossier en dat is zichtbaar.

Conclusies

De cliëntdossiers voldoen op de aspecten compleetheid en samenhang aan de norm.

De Plantage, BrielleBevindingen audit 12 maart

- De gecontroleerde dossiers zien er goed compleet uit.
- De samenhang in het dossier is nog niet zonder hiaten.
- Er wordt voldoende gerapporteerd op doelen maar de SOAP-methode wordt nog niet voldoende toegepast.
- De manager merkt op de actualiteit van de dossiers wijzigt door veranderingen in de situatie van de cliënten. Kwaliteitsverpleegkundigen en behandelaren proberen daar zo snel mogelijk op in te spelen; daar wordt naar eigen zeggen strak op gestuurd.
- Tijdens de audit wordt de betrokkenheid van kwaliteitsverpleegkundigen, artsen en EVV-ers gezien.

Beschouwing

De ECD-expert die betrokken is bij de begeleiding van de Plantage bevestigt dat de dossiers tijdens de tweede audit al verbeterd waren. Een extra kwaliteitsverpleegkundige is toegevoegd om de dossiers voor 1 april op orde te krijgen. De samenwerking tussen

kwaliteitsverpleegkundigen, zorgmedewerkers en behandelaren is sterk en dat geeft vertrouwen in het resultaat en borging in de toekomst. In week 12 wordt nogmaals een audit uitgevoerd om te toetsen of de resultaten daadwerkelijk zijn bereikt.

Conclusies

In week 12 is een steekproefsgewijze controle van de dossiers herhaald om te beoordelen of de voorgenomen verbeteringen zijn gerealiseerd. Op basis van deze controle is geconstateerd dat de cliëntdossiers op de aspecten compleetheid en samenhang voldoen aan de norm.

Dierenriem, Hellevoetsluis

Bevindingen audit 14 maart

- De gecontroleerde dossier zijn compleet.
- De dossiers laten voldoende samenhang zien.
- Tijdens de audit is een gedeelte van een MDO bijgewoond. Er wordt duidelijk nauw samengewerkt tussen zorg en behandelaren; zorg en behandeling worden systematisch geëvalueerd en bevindingen aantoonbaar vastgelegd in het dossier.
- De rapportage op doelen zou volgens de SOAP-methodiek moeten worden uitgevoerd. Dat gebeurt nog niet altijd. De rapportage is op doelen echter wel voldoende om de continuïteit van cliëntgerichte zorg en behandeling te waarborgen.

Beschouwing

Deze locatie heeft door goede samenwerking en een systematische aanpak mooie resultaten bereikt.

Conclusies

De cliëntdossiers voldoen op de aspecten compleetheid en samenhang aan de norm.

Grootenhoek, Hellevoetsluis

Bevindingen audit 12 maart

- De gecontroleerde dossiers zijn compleet.
- De samenhang in de dossiers is voldoende aantoonbaar.
- De rapportage is voldoende, maar de SOAP-methodiek wordt nog niet consequent gehanteerd. Dit wordt voor nu beoordeeld als een aandachtspunt voor de borgingsfase.
- Manager, kwaliteitsverpleegkundigen en behandelaren werken goed samen.

Beschouwing

Deze locatie is twee keer bezocht (februari en maart) en heeft een enorme slag gemaakt. De gevolgde aanpak geeft vertrouwen dat het bereikte niveau kan worden vastgehouden en de komende periode wordt geborgd.

Conclusies

De cliëntdossiers voldoen op de aspecten compleetheid en samenhang aan de norm.

Hart van Groenewoud, Spijkenisse

Bevindingen audit 14 februari

- De gecontroleerde dossiers zijn op onderdelen nog niet helemaal volledig.
- De individuele gezondheidsrisico's zijn nog niet altijd vertaald naar doelen en passende acties.
- Op bijzonderheden werd niet altijd voldoende gerapporteerd.
- De manager, kwaliteitsverpleegkundigen en behandelaren hebben wekelijks overleg over de stand van zaken.
- Het verbeterproject wordt systematisch aangepakt.

Beschouwing

Naar aanleiding van bovenstaande resultaten heeft het expertteam contact gehad met de kwaliteitsverpleegkundigen om verbeteracties te bespreken. Het expertteam merkt op dat de verbeterslag projectmatig goed op koers ligt. Dit rechtvaardigt de verwachting dat het dossier op 1 april in de basis voldoende op orde is om continuïteit in cliëntgerichte zorg en behandeling te waarborgen.

Conclusies

In week 12 is een steekproefsgewijze controle van de dossiers herhaald om te beoordelen of de voorgenomen verbeteringen zijn gerealiseerd. Op basis van deze controle is geconstateerd dat de cliëntdossiers op de aspecten compleetheid en samenhang voldoen aan de norm.

Hart van Rozenburg, Rozenburg

Bevindingen

- De gecontroleerde dossiers waren compleet.
- De samenhang in de dossiers was nog onvoldoende aantoonbaar. Het verband tussen risicosignalering en het zorgleefplan/afsprakelijst is nog niet altijd herleidbaar.

- De rapportage is frequent en is voldoende ondersteunend aan zorg en behandeling.

Beschouwing

De kwaliteitsverpleegkundige op deze locatie gaat nauw samenwerken met de verpleegkundige van Blankenburg om een inhaalslag te maken; op Blankenburg is dat immers al gebeurd. Het expertteam geeft aan dat na de audit een grote inhaalslag is gemaakt en dat de dossiers half maart op orde zijn. Er is vertrouwen dat het resultaat op deze locatie voor 100% wordt behaald.

Conclusies

In week 12 is een steekproefsgewijze controle van de dossiers herhaald om te beoordelen of de voorgenomen verbeteringen zijn gerealiseerd. Op basis van deze controle is geconstateerd dat de cliëntdossiers op de aspecten compleetheid en samenhang voldoen aan de norm.

Hart van Zuidland, Zuidland

Bevindingen audit 5 maart

- De gecontroleerde dossiers zijn nog onvoldoende compleet. Diverse items waren niet opgenomen in de formulieren.
- De samenhang in het dossier is nog onvoldoende. Risicosignalering is onvoldoende uitgewerkt.
- Evaluaties zijn onvoldoende herleidbaar in de zorgleefplanbespreking.
- Er wordt onvoldoende op doelen gerapporteerd.
- De door het expertteam uitgedragen werkmethode is nog onvoldoende opgepakt.

Beschouwing

Het expertteam heeft opnieuw meegekeken naar de inrichting van het dossier. De manager van de locatie brengt meer structuur in het verbeterproces. De resultaten hiervan worden in een tweede audit getoetst.

Bevindingen audit 28 maart

- Bij controle van de dossiers blijken deze wel compleet te zijn; er is zichtbaar gewerkt aan de verbetering van de inhoud.
- In de samenhang tussen de onderdelen worden nog hiaten gezien, zichtbaar is dat nog niet alle correcties zijn verwerkt.
- De rapportage is meer zichtbaar, maar heeft nog veel aandacht nodig de komende tijd. Rapportage met de SOAP-methode moet verder ontwikkeld worden.

Beschouwing tweede audit

In vergelijking met de eerste audit is zichtbaar dat de dossiers completer zijn gemaakt. De samenhang in de dossiers is verbeterd. In enkele dossiers was nog niet altijd duidelijk hoe gesignaleerde risico's zijn uitgewerkt in het zorgleefplan of de afsprakenlijst. Afgesproken is dat alle dossiers in het paasweekend worden aangevuld en gecontroleerd om deze hiaten te herstellen. De al gerealiseerde verbeteringen en de georganiseerde aanpak voor de komende dagen geeft vertrouwen dat dit tijdig wordt gerealiseerd.

Conclusies

De verwachting is dat na controle in het paasweekend de geconstateerde aandachtspunten in de samenhang worden opgelost, zodat de cliëntdossiers op de aspecten compleetheid en samenhang aan de norm voldoen. Het resultaat moet echter in week 14 opnieuw worden getoetst en bevestigd.

Herman Gorterhof, Spijkenisse

Bevindingen audit 9 maart

- De gecontroleerde dossiers zijn behoorlijk compleet en geven een goed beeld over de cliënt.
- De samenhang in de dossiers is nog niet altijd goed uitgewerkt; niet alle aandachtspunten uit de risicosignalering zijn altijd goed uitgewerkt.
- Niet alle acties in het zorgleefplan zijn in verbinding met het gestelde doel.
- Daardoor is de rapportage nog onvoldoende en wordt deze nog onvoldoende volgens de SOAP-methodiek opgesteld.
- De kwaliteitsverpleegkundige is nauw betrokken bij het verbetertraject.

Beschouwing

Op deze locatie wordt niet-complexe zorg verleend. De aanwezige kwaliteitsverpleegkundige biedt veel ondersteuning aan de medewerkers. Er is een planning gemaakt waarin staat dat alle dossiers eind maart op orde zijn. Dit wordt een tweede audit gecontroleerd.

Conclusies

In week 12 is een steekproefsgewijze controle van de dossiers herhaald om te beoordelen of de voorgenomen verbeteringen zijn gerealiseerd. Op basis van deze controle is geconstateerd dat de cliëntdossiers op de aspecten compleetheid en samenhang voldoen aan de norm.

Rozenhoek, HellevoetsluisBevindingen audit 14 maart

- De gecontroleerde dossiers waren nog niet compleet. De levensgeschiedenis is nog niet voor iedere cliënt compleet gemaakt, aan de overige dossiers wordt systematisch gewerkt om dit op orde te krijgen.
- De samenhang in de dossiers is niet duidelijk. De risicosignalering is niet herleidbaar uitgewerkt in het zorgleefplan en de afspraaklijst.
- Sinds 15 januari is de medische dienst overgenomen door artsen van Gericall. De artsen zijn voortvarend van start gegaan met de evaluatie en aanpassing van de zorgleefplannen. Verbinding met de zorg is daarbij een belangrijk aandachtspunt; de capaciteit van beschikbare kwaliteitsverpleegkundigen is beperkt. De psycholoog is ook net gestart op deze locatie.
- De rapportage is voldoende aanwezig om een basale continuïteit in zorg en behandeling te waarborgen. De rapportage van de fysiotherapie laat nog onvoldoende continuïteit zien.

Beschouwing

De voortvarende start van de artsen voor wat betreft het evalueren en bijstellen van de dossiers laat een veelbelovende compleetheid en samenhang zien bij de dossiers die al zijn aangepast. De verwachting van de medewerkers is dat dit voor 1 april voor 100% is gerealiseerd. De capaciteit kwaliteitsverpleegkundigen is beperkt, zodat het risico bestaat dat de zorg onvoldoende mee kan komen met de dossiercontrole. Daarom is hulp geboden vanuit locatie Dierenriem. Een tweede audit wordt gepland om het resultaat te toetsen.

Bevindingen audit 28 maart

- Bij controle van de dossiers blijkt één dossier nog niet compleet te zijn; de risicosignalering is nog niet volledig.
- In de samenhang tussen de onderdelen worden nog hiaten gezien. In één dossier blijkt een gesignaleerd risico nog niet in het zorgleefplan te zijn opgenomen.

Beschouwing tweede audit

De locatie heeft de afgelopen twee weken weer grote slagen gemaakt met het systematisch controleren en verbeteren van de dossiers. Er zijn nog hiaten aangetroffen. Afgesproken is dat alle dossiers in het paasweekeind worden aangevuld en gecontroleerd om deze hiaten te herstellen. De al gerealiseerde verbeteringen en de georganiseerde aanpak voor de komende dagen geeft vertrouwen dat dit wordt gerealiseerd.

Conclusies

De verwachting is dat na controle in het paasweekeind de geconstateerde aandachtspunten in de samenhang worden opgelost, zodat de cliëntdossiers op de aspecten compleetheid en samenhang aan de norm voldoen. Het resultaat moet echter in week 14 opnieuw worden getoetst en bevestigd.

Torenhoeve, Hellevoetsluis

Bevindingen

- De gecontroleerde dossiers zijn voor het grootste deel compleet; er worden enkele hiaten gezien.
- De dossiers laten voldoende samenhang zien.
- Er wordt voldoende gerapporteerd, maar de SOAP-methodiek wordt nog onvoldoende toegepast. Dat is een aandachtspunt voor de periode waarin borging plaatsvindt.
- Kwaliteitsverpleegkundigen, EVV-ers en behandelaren werken voortvarend samen.

Beschouwing

Deze relatief kleine locatie werkt projectmatig aan de kwaliteit van de dossiers. De kwaliteitsverpleegkundige werkt ook op locatie Dierenriem met goed resultaat aan de dossiers. De aanpak geeft een gerechtvaardigd vertrouwen dat de laatste puntjes op de i voor 1 april zijn gezet.

Conclusies

De cliëntdossiers voldoen op de aspecten compleetheid en samenhang aan de norm.

Vier Ambachten, Spijkenisse

Bevindingen audit 30 maart

- De gecontroleerde dossiers zijn compleet en samenhangend; het revalidatieplan is leidend.
- Er wordt voldoende gerapporteerd.

Beschouwing

Op deze locatie wordt alleen geriatrische revalidatiezorg verleend. De medische regie is zichtbaar en kwaliteitsverpleegkundigen zijn nauw betrokken.

Conclusies

De cliëntdossiers voldoen op de aspecten compleetheid en samenhang aan de norm.

Zes Rozen, SpijkenisseBevindingen audit 9 maart

- De gecontroleerde dossiers zijn compleet.
- De samenhang in de dossiers is duidelijk herleidbaar.
- De betrokken kwaliteitsverpleegkundige heeft de EVV-ers veel begeleiding gegeven en de dossiers systematisch gecontroleerd. Met aantoonbaar effect.
- Er wordt nog niet consequent volgens de SOAP-methodiek gerapporteerd, maar de rapportage op doelen is voldoende.

Beschouwing

Een eerdere audit in december 2017 leverde een aantal verbeterpunten op. In de afgelopen maanden is een grote verbetering gemaakt op deze locatie. Dat is terug te zien in de cliëntdossiers.

Conclusies

De cliëntdossiers voldoen op de aspecten compleetheid en samenhang aan de norm.