

Van: @igj.nl
Aan: @careyn
Onderwerp: Definitief verslag informatiedag 15-02-2018
Datum: vrijdag 6 april 2018 11:43:12
Bijlagen: [V2004530 2018-2112795 aanbiedbrief bij vastgesteld verslag.pdf](#)
[V2004530 2018-2112795 vastgesteld verslag infodag 15-02-2018.pdf](#)

Beste [REDACTED],

Bijgaand een aanbiedbrief met het definitieve verslag van de informatiedag op 15 februari 2018.

[REDACTED]
medewerker toezicht IGZ¹

.....
Afdeling Verpleging en Verzorging
Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
 Stadsplateau 1 | 3521 AZ | Utrecht
 Postbus 2518 | 6401 DA | Heerlen

.....
<https://www.igj.nl>
 Twitter: @IGJnl

.....
 Bekijk het verhaal van IGJ: [Gezond vertrouwen](#)



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 6 april 2018
Onderwerp Verslag informatiedag

Ons kenmerk
2018-
2112795/V2004530/[redacted]

Bijlage
Vastgesteld verslag

Geachte raad van bestuur,

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

Naar aanleiding van dit gesprek heeft de inspectie u een conceptverslag toegestuurd op 16 maart 2018. In de brief bij het verslag vroeg ik u in geval van vragen, opmerkingen en feitelijke onjuistheden uiterlijk 28 maart 2018 te reageren.

Uw reactie is op 28 maart 2018 in goede orde ontvangen. Uw reactie heeft tot aanpassing van het verslag geleid. Het verslag is hiermee vastgesteld en treft u bijgaand aan.

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

verslag

Datum
6 april 2018

Omschrijving	Verslag 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).

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 2017.

De inspectie beoogt een indruk te vormen van de aanpak, de voortgang en het effect van de verbeteringen bij Careyn 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 informatiemiddag bespreekt de inspectie met relevante interne stakeholders over de stand van zaken op de zorglocaties van Careyn, 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 RvB 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 rvb, 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 RvB 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 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 regionale zelfstandigheid van de districten. 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 periodiek deel aan 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 leidinggevend. 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 streven om het projectteam voor het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid om te zetten 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: @igj.nl
Aan: @carey
Bcc: @igj.nl
Onderwerp: T.a.v. raad van bestuur. Inzake: Brief inspectiebezoeken tbv monitoring voortgang irt aanwijzing
Datum: donderdag 12 juli 2018 12:25:00
Bijlagen: [V2002962 2018-2144438 inspectiebezoeken tbv monitoring voortgang aanwijzing.pdf](#)
Prioriteit: Hoog

Geachte raad van bestuur,

Op verzoek van mevrouw [REDACTED], senior inspecteur, stuur ik u bijgaand een brief inzake bezoeken monitoring voortgang aanwijzing.

Met vriendelijke groet,

[REDACTED]
medewerker toezicht IGZ¹

.....
Afdeling Verpleging en Verzorging
Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
 Stadsplateau 1 | 3521 AZ | Utrecht
 Postbus 2518 | 6401 DA | Heerlen

.....
<https://www.igj.nl>
 Twitter: @IGJnl

.....
 Bekijk het verhaal van IGJ: [Gezond vertrouwen](#)



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-Gravelandeweg 290-322
3125 BK SCHIEDAM

Stadsplateau 1
3521 AZ Utrecht
Postbus 2518
6401 DA Heerlen
T 088 120 5000
www.igj.nl

Inlichtingen bij

T: 088-
meldpunt@igj.nl

Ons kenmerk

2018-
2144438/V2002962/

Datum 12 Juli 2018
Betreft Inspectiebezoeken tbv monitoring voortgang irt aanwijzing V2002962

Geachte raad van bestuur,

Zoals aangekondigd volgt de inspectie de voortgang van de verbetermaatregelen van Careyn, ingezet om uiterlijk begin november 2018 te voldoen aan (deel II van) de aanwijzing V2002962 van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (hierna: de inspectie).

In juli 2018 brengt de inspectie in alle districten van Careyn tenminste één inspectiebezoek aan een locatie voor intramurale ouderenzorg. Vanuit de inspectie zijn, in wisselende samenstelling, de volgende inspecteurs bij deze bezoeken betrokken: mevrouw [redacted], mevrouw [redacted], mevrouw [redacted] en ondergetekende.

Na ieder bezoek stuurt de inspectie een verslagbrief met de inspectiebevindingen. Deze brieven worden omstreeks twee weken na het bezoek in concept voorgelegd ter correctie van eventuele feitelijke onjuistheden. Daarna stelt de inspectie de brieven vast. In principe maakt de inspectie bedoelde brieven niet openbaar, tenzij bijzondere omstandigheden hiertoe alsnog aanleiding geven.

De inspectie beoogt het volgende programma te volgen. Dit programma neemt ongeveer een dagdeel in beslag.

- 15 minuten ontvangst en organisatie;
- 60 minuten gesprek met locatiemanager en kwaliteitsverpleegkundige;
- 30 minuten documenten inzien. Na afloop neemt de inspectie de opgevraagde documenten graag mee voor verdere raadpleging. Zodra de bevindingen zijn vastgesteld, vernietigt de inspectie deze documenten;
- 30 minuten rondleiding door twee aanwezige zorgverleners (van verschillende afdelingen/huiskamers);
- 60 minuten gesprek met enkele zorgverleners;



Verder neemt de inspectie de dag voorafgaand aan het bezoek contact op met het vriendelijke verzoek om alvast de volgende documenten betreffende de locatie gereed te leggen.

Ons kenmerk

2018-
2144438/V2002962/

Datum

12 juli 2018

1. scholingsplan 2017-2018;
2. overzicht van de gevolgde scholing tot nu toe (aantal deelnemers/afgerond);
3. dagroosters verzorging (bezoekweek/bezoekdag);
4. MIC analyses (vanaf 2018);
5. verbeterplan(nen) naar aanleiding van MIC analyses (vanaf 2018).

Tevens vraagt de inspectie u om op korte termijn (graag uiterlijk eind juli) de volgende documenten toe te sturen naar mevrouw [REDACTED] (contactgegevens zijn bekend) met een CC naar ondergetekende.

- a) actuele dashboardgegevens over de kwaliteit van zorg (alle locaties);
- b) actuele gegevens over ziekteverzuim en vacatureruimte (alle locaties);
- c) overzicht van audits en verbeterplannen (alle locaties) sinds 2018.

Ik veronderstel u tot zover voldoende te hebben geïnformeerd. Bij vragen of onduidelijkheden ben ik uiteraard bereid en bereikbaar voor verdere toelichting.

[REDACTED]
Met vriendelijke groet,

mevrouw drs. [REDACTED]
senior inspecteur
Inspectie voor de Gezondheidszorg¹

¹ Bij ondertekening gebruiken wij de organisatiennaam genoemd in de wetten op het terrein van de volksgezondheid en de jeugdhulp.

b) actuele gegevens vacatureruimte

peildatum 25 juli 2018

Locatie	Functie	Functienaam	Functienaam	Standplaats (Omschrijving)	Min. uren / week	Max. uren / week	Status vacature (Omsch.)	Vakgebied (1) (Omsch.)
Extramuraal	5	Casemanager Dementie	Casemanager Dementie - DWO - NWN Vlaardingen	Vlaardingen	12	16	Intern vrijgeven	Verzorgend
Woerdblok	3IG	Eerst Verantwoordelijk Verzorgende	Eerst Verantwoordelijk Verzorgende IG - Careyn locatie Woerdblok, afdeling KSW	Naaldwijk	24	32	Extern vrijgeven	Verzorgend
Woerdblok	3IG	Eerst Verantwoordelijk Verzorgende	EVV - DWO-NWN, Naaldwijk, locatie Woerdblok, Vila 1	Naaldwijk	32	36	Extern vrijgeven	Verzorgend
Extramuraal	5	HBO Verpleegkundige	HBO Verpleegkundige - Specialistisch Team Vlaardingen	Vlaardingen	24	32	Extern vrijgeven	Verplegend
Extramuraal	2 +	helpende plus	Helpende plus medicatie - wijkteam De Lier	Maasdijk	12	16	Extern vrijgeven	Verzorgend
Extramuraal	4 of 5	MBO verpleegkundige of wijkverpleegkundige	MBO of HBO Verpleegkundige in de wijk- DWO-NWN	Delft	0	20	Extern vrijgeven	Verplegend
ksw Ark	4	MBO Verpleegkundige	MBO Verpleegkundige - Careyn locatie De Ark KSW	Wateringen	24	32	Extern vrijgeven	Verplegend
Ark	4	MBO Verpleegkundige	MBO Verpleegkundige - Careyn locatie De Ark verblijf licht	Wateringen	0	24	Extern vrijgeven	Verplegend
Rozenhof	4	MBO Verpleegkundige	MBO Verpleegkundige - Careyn locatie Rozenhof in Naaldwijk	Naaldwijk	24	24	Extern vrijgeven	Verplegend
Woerdblok	4	MBO Verpleegkundige	MBO Verpleegkundige - Careyn locatie Woerdblok, afdeling KSW	Naaldwijk	24	32	Extern vrijgeven	Verzorgend
Extramuraal	4	MBO Verpleegkundige	MBO Verpleegkundige - wijk-leer centrum Delft Tanthof	Delft	24	32	Extern vrijgeven	Verplegend
Extramuraal	4	MBO Verpleegkundige	MBO Verpleegkundige - wijkteam Delft Binnenstad & Wippolder	Delft	24	32	Extern vrijgeven	Verplegend
Extramuraal	4	MBO Verpleegkundige	MBO Verpleegkundige - wijkteam Delft Oost	Delft	20	24	Extern vrijgeven	Verplegend
Extramuraal	4	MBO Verpleegkundige	MBO Verpleegkundige - wijkteam Delft Pootstraat	Delft	8	16	Extern vrijgeven	Verplegend
Extramuraal	4	MBO Verpleegkundige	MBO Verpleegkundige - wijkteam Delft Voorhof	Delft	24	32	Extern vrijgeven	Verplegend
Extramuraal	4	MBO Verpleegkundige	MBO Verpleegkundige - wijkteam Den Hoorn	Den Hoorn	24	32	Extern vrijgeven	Verplegend
Extramuraal	4	MBO Verpleegkundige	MBO Verpleegkundige - wijkteam Hoek van Holland (flex)	Hoek van Holland	24	32	Extern vrijgeven	Verzorgend
Extramuraal	4	MBO Verpleegkundige	MBO Verpleegkundige - wijkteam Maasland	Maasland	24	24	Extern vrijgeven	Verplegend
Extramuraal	4	MBO Verpleegkundige	MBO Verpleegkundige - wijkteam Monster	Monster	16	24	Extern vrijgeven	Verplegend
Extramuraal	4	MBO Verpleegkundige	MBO Verpleegkundige - wijkteam Naaldwijk	Naaldwijk	24	32	Extern vrijgeven	Verplegend
Extramuraal	4 of 5	Verpleegkundige	Verpleegkundige Acute Dienst - Careyn district DWO & NWN	Schiedam	8	28	Extern vrijgeven	Verplegend
Woerdblok	3IG	Verzorgende IG	Verzorgende IG - Careyn locatie Woerdblok	Naaldwijk	24	32	Extern vrijgeven	Verzorgend
Extramuraal	3IG	Verzorgende IG	Verzorgende IG - Wijkteam 's-Gravenzande	s-Gravenzande	16	24	Extern vrijgeven	Verplegend
ksw Ark	3IG	Verzorgende IG	Verzorgende IG - Careyn locatie De Ark KSW	Wateringen	24	32	Extern vrijgeven	Verzorgend
Woerdblok	3IG	Verzorgende IG	Verzorgende IG - Careyn locatie Woerdblok, villa 2 (Tijdelijk)	Naaldwijk	16	24	Extern vrijgeven	Verzorgend
Woerdblok	3IG	Verzorgende IG	Verzorgende IG - Careyn locatie Woerdblok, villa 3	Naaldwijk	24	32	Extern vrijgeven	Verzorgend
Woerdblok	3IG	Verzorgende IG	Verzorgende IG - Careyn locatie Woerdblok, villa 3 (tijdelijk)	Naaldwijk	24	32	Extern vrijgeven	Verzorgend
Extramuraal	3IG	Verzorgende IG	Verzorgende IG - DWO-NWN, team Vlaardingen Ambacht	Vlaardingen	16	24	Extern vrijgeven	Verzorgend
Extramuraal	3IG	Verzorgende IG	Verzorgende IG - Maasland	Maasland	16	16	Extern vrijgeven	Verzorgend
Extramuraal	3IG	Verzorgende IG	Verzorgende IG - team Vlaardingen Bolder	Vlaardingen	24	24	Extern vrijgeven	Verzorgend
Extramuraal	3IG	Verzorgende IG	Verzorgende IG - wijk-leer centrum Delft Tanthof	Delft	24	32	Extern vrijgeven	Verzorgend
Extramuraal	3IG	Verzorgende IG	Verzorgende IG - wijkteam de Lier	Maasdijk	20	24	Extern vrijgeven	Verzorgend
Extramuraal	3IG	Verzorgende IG	Verzorgende IG - Wijkteam Delft Buitenhof 1	Delft	20	28	Extern vrijgeven	Verzorgend
Extramuraal	3IG	Verzorgende IG	Verzorgende IG - Wijkteam Delft Buitenhof 2	Delft	24	32	Extern vrijgeven	Verzorgend
Extramuraal	3IG	Verzorgende IG	Verzorgende IG - wijkteam Delft Voorhof	Delft	24	32	Extern vrijgeven	Verplegend
Extramuraal	3IG	Verzorgende IG	Verzorgende IG - wijkteam Den Hoorn	Den Hoorn	24	32	Extern vrijgeven	Verzorgend
Extramuraal	3IG	Verzorgende IG	Verzorgende IG - wijkteam HCM Maassluis	Maassluis	24	0	Extern vrijgeven	Verplegend
Extramuraal	3IG	Verzorgende IG	Verzorgende IG - wijkteam Hoek van Holland (flex)	Hoek van Holland	24	32	Extern vrijgeven	Verzorgend
Extramuraal	3IG	Verzorgende IG	Verzorgende IG - wijkteam Maassluis Docwerk	Maassluis	24	0	Extern vrijgeven	Verzorgend
Extramuraal	3IG	Verzorgende IG	Verzorgende IG - wijkteam Monster	Monster	16	24	Extern vrijgeven	Verzorgend
Extramuraal	3IG	Verzorgende IG	Verzorgende IG - wijkteam Pijnacker & Nootdorp (oproep)	Pijnacker	0	36	Extern vrijgeven	Verzorgend
Extramuraal	3IG	Verzorgende IG	Verzorgende IG - wijkteam Poeldijk	Poeldijk	24	28	Extern vrijgeven	Verzorgend
Extramuraal	3IG	Verzorgende IG	Verzorgende IG - wijkteam Vlaardingen Marnix	Vlaardingen	24	32	Extern vrijgeven	Verzorgend
Extramuraal	3IG	Verzorgende IG	Verzorgende IG - wijkteam Vlaardingen Marnix (zwangerschapsvervangings)	Vlaardingen	24	32	Extern vrijgeven	Verzorgend
Rozenhof	3IG	Verzorgende IG	Verzorgende IG (PG) - Careyn locatie Rozenhof in Naaldwijk	Naaldwijk	24	32	Extern vrijgeven	Verzorgend
Woerdblok	3IG	Verzorgende IG / EVV	Verzorgende IG / EVV - Careyn locatie Woerdblok, Vila 2	Naaldwijk	24	32	Extern vrijgeven	Verzorgend
Woerdblok	3IG	Verzorgende IG / EVV	Verzorgende IG / EVV - Careyn locatie Woerdblok, Vila 3	Naaldwijk	32	36	Extern vrijgeven	Verzorgend
Extramuraal	3IG	Verzorgende IG	Verzorgende IG Acute Dienst - Careyn district DWO & NWN	Schiedam	8	28	Extern vrijgeven	Verzorgend
Extramuraal	3 IG of 4	Verzorgende IG of Verpleegkundige MBO	Verzorgende IG of Verpleegkundige MBO niveau 4 met planningstaken	Wateringen	18	24	Extern vrijgeven	Verzorgend
Extramuraal	5	Wijkverpleegkundige	Wijkverpleegkundige - DWO-NWN Maassluis wijkteam Parkhof 2 De Vloot	Maassluis	24	28	Extern vrijgeven	Verplegend
Extramuraal	5	Wijkverpleegkundige	Wijkverpleegkundige - wijk-leer centrum Delft Tanthof	Delft	24	32	Extern vrijgeven	Verplegend
Extramuraal	5	Wijkverpleegkundige	Wijkverpleegkundige - wijkteam Naaldwijk	Naaldwijk	24	32	Extern vrijgeven	Verplegend
Extramuraal	5	Wijkverpleegkundige	Wijkverpleegkundige - wijkteam Voorhof Delft	Delft	32	36	Extern vrijgeven	Verplegend
Extramuraal	5	Wijkverpleegkundige	Wijkverpleegkundige - wijkteams Schiedam Groenoord	Schiedam	24	32	Extern vrijgeven	Verplegend
Extramuraal	5	Wijkverpleegkundige	Wijkverpleegkundige wijkteam Monster	Monster	24	28	Extern vrijgeven	Verplegend

Locatie / Wijk	Functieniveau	Functienaam Te splitsen naar voorgaande kolommen	Standplaats (Omschrijving)	Min. uren / week	Max. uren / week	Aantal	Recruiter	Status vacature (Omschrijving)	Vakgebied (1) (Omschrijving)
Warande 2	3. Niveau 3 IG	60104 Verzorgende IG intramuraal	Warande	28		28 4x	extern/ HR/recruiter	extern vrijgegeven / sollicitatie fase	verplegend/verzorgend
PG	3. Niveau 3 IG	60105 Eerstverantwoordelijke Verzorgende intramuraal	Nieuw Tamarinde	28		28 2x	extern/ HR/recruiter	extern vrijgegeven / sollicitatie fase	verplegend/verzorgend
KSW	3. Niveau 3 IG	60104 Verzorgende IG intramuraal	Nieuw Tamarinde	28		28 1x	extern/ HR/recruiter	extern vrijgegeven / sollicitatie fase	verplegend/verzorgend
Drakestein Reva 1	4. Niveau 4	60106 MBO Verpleegkundige intramuraal	Nieuw Tamarinde	28		28 2x	extern/ HR/recruiter	extern vrijgegeven / sollicitatie fase	verplegend/verzorgend
Amelisweerd Reva 2	4. Niveau 4	60106 MBO Verpleegkundige intramuraal	Nieuw Tamarinde	28		28 2x	extern/ HR/recruiter	extern vrijgegeven / sollicitatie fase	verplegend/verzorgend
Rosendaal Goudestein	2Helpende	60101 Helpende intramuraal	Rosendaal	14		14	extern/ HR/recruiter	moet nog uitgezet	verplegend/verzorgend
Rosendaal Goudestein	3Verzorgende	60103 Verzorgende intramuraal	Rosendaal	28		28	extern/ HR/recruiter	extern vrijgegeven / sollicitatie fase	verplegend/verzorgend
Rosendaal Soetendaal	2Helpende	60101 Helpende intramuraal	Rosendaal	18		18	extern/ HR/recruiter	moet nog uitgezet	verplegend/verzorgend
Rosendaal Soetendaal	3Verzorgende	60103 Verzorgende intramuraal	Rosendaal	18		18	extern/ HR/recruiter	extern vrijgegeven / sollicitatie fase	verplegend/verzorgend
Rosendaal Amana	2Helpende	60101 Helpende intramuraal	Rosendaal			36	extern/ HR/recruiter	moet nog uitgezet	verplegend/verzorgend
Rosendaal Amana	3Verzorgende	60103 Verzorgende intramuraal	Rosendaal			36	extern/ HR/recruiter	extern vrijgegeven / sollicitatie fase	verplegend/verzorgend
KSW Geuzenveste	3Niveau 3 IG	60104 Verzorgende IG intramuraal	Geuzenveste	24		32	extern/ HR/recruiter	extern vrijgegeven / sollicitatie fase	verplegend/verzorgend
KSW Geuzenveste	4Niveau 4	60106 MBO Verpleegkundige intramuraal	Geuzenveste	24		32	extern/ HR/recruiter	extern vrijgegeven / sollicitatie fase	verplegend/verzorgend
KSW de Prinses	4Niveau 4	60106 MBO Verpleegkundige intramuraal	de Prinses	24		32	extern/ HR/recruiter	extern vrijgegeven / sollicitatie fase	verplegend/verzorgend
Nieuw Chartreuse	3Niveau 3 IG	60104 Verzorgende IG intramuraal	Nieuw Chartreuse	24		32	extern/ HR/recruiter	extern vrijgegeven / sollicitatie fase	verplegend/verzorgend
Nieuw Chartreuse	3Niveau 3 IG	60104 Verzorgende IG intramuraal	Nieuw Chartreuse	24		32	extern/ HR/recruiter	extern vrijgegeven / sollicitatie fase	verplegend/verzorgend
Nieuw Chartreuse	4Niveau 4	60106 MBO Verpleegkundige intramuraal	Nieuw Chartreuse	24		32	extern/ HR/recruiter	extern vrijgegeven / sollicitatie fase	verplegend/verzorgend
Parkwijk	3Niveau 3 IG	60104 Verzorgende IG intramuraal	Parkwijk	24		32	extern/ HR/recruiter	extern vrijgegeven / sollicitatie fase	verplegend/verzorgend
Parkwijk	3Niveau 3 IG	60104 Verzorgende IG intramuraal	Parkwijk	24		32	extern/ HR/recruiter	extern vrijgegeven / sollicitatie fase	verplegend/verzorgend
Parkwijk	2niveau 2	60101 Helpende intramuraal	Parkwijk	24		32	extern/ HR/recruiter	extern vrijgegeven / sollicitatie fase	verplegend/verzorgend
Swellingrebel	4. Niveau 4	60106 MBO Verpleegkundige intramuraal	Swellingrebel	0		36	extern/ HR/recruiter	extern vrijgegeven / sollicitatie fase	verplegend/verzorgend
Swellingrebel	3. Niveau 3 IG	60104 Verzorgende IG intramuraal	Swellingrebel	24		32	extern/ HR/recruiter	extern vrijgegeven / sollicitatie fase	verplegend/verzorgend
Swellingrebel	3. Niveau 3 IG	60104 Verzorgende IG intramuraal	Swellingrebel	24		24	extern/ HR/recruiter	extern vrijgegeven / sollicitatie fase	verplegend/verzorgend
Tuindorp Oost	4. Niveau 4	60106 MBO Verpleegkundige intramuraal	Tuindorp Oost	28		28 2x	extern/ HR/recruiter	extern vrijgegeven / sollicitatie fase	verplegend/verzorgend
CUS	6. Niveau 5+	60096 Nurse practitioner	CUS				extern/ HR/recruiter	niet online	
CUS	6. Niveau 5+	60097 Verpleegkundig Specialist	CUS				extern/ HR/recruiter	niet online	
CUS	8. (Para)Medisch	60036 Fysiotherapeut B	CUS	20		24	extern/ HR/recruiter	extern vrijgegeven / geen invulling	Verplegend en verzorgend
CUS	8. (Para)Medisch	60037 Fysiotherapeut	CUS				extern/ HR/recruiter	extern vrijgegeven / geen invulling	Verplegend en verzorgend
CUS	8. (Para)Medisch	60045 Ergotherapeut	CUS				extern/ HR/recruiter		
CUS	8. (Para)Medisch	60046 Ergotherapeut B	CUS				extern/ HR/recruiter		
CUS	8. (Para)Medisch	60049 Psycholoog B	CUS			2x	extern/ HR/recruiter	Staat nog open.	
CUS	8. (Para)Medisch	60047 Specialist ouderengeneeskunde	CUS				extern/ HR/recruiter		
CUS	8. (Para)Medisch	60108 Physician Assistant Ouderengeneeskunde	CUS				extern/ HR/recruiter		

Locatie	Functieniveau	Functienaam	Standplaats (Omschrijving)	Min. uren / week	Max. uren / week	Status vacature (Omschrijving)	Vakgebied (1) (Omschrijving)
CUW	Universitair	GZ-psycholoog	Maarssen		28	32 extern vrijgegeven	Behandelaar
CUW	HBO	Fysiotherapeut	Woerden		24	24 extern Vrijgegeven	Behandelaar
CUW	Universitair	Specialist Ouderen Geneeskunde	Vinkeveen		32	36 extern Vrijgegeven	Behandelaar
CUW	Universitair	Basis arts	Vinkeveen		32	36 extern Vrijgegeven	Behandelaar
CUW	MBO 4	Verpleegkundige voor de nacht Snavelenburg Maarssen	Maarssen		20	20 Extern vrijgegeven	Verplegend
CUW	HBO	(duo) Wijkverpleegkundige - Montfoort	Vinkeveen		24	36 Extern vrijgegeven	Verplegend
CUW	HBO	(duo) Wijkverpleegkundige - Woerden Staatslieden	Woerden		24	36 Extern vrijgegeven	Verplegend
CUW	HBO	(duo) Wijkverpleegkundige - Woerden	Woerden		24	36 Extern vrijgegeven	Verplegend
CUW	HBO	Casemanager Dementie - 32 - 36 uur Careyn Provincie Utrecht	Thuiszorg District UW		32	36 Extern vrijgegeven	Welzijn
CUW	MBO 3	Verzorgende IG - Wijkteam Harmelen (vanaf 8 uur per week)	Harmelen		0	32 Extern vrijgegeven	Verzorgend
CUW	MBO 3	Verzorgende IG - Wijkteam Woerden Staatslieden (vanaf 8 uur per week)	Woerden		0	32 Extern vrijgegeven	Verzorgend
CUW	MBO 3	Verzorgende IG - Wijkteam Woerden (vanaf 8 uur per week)	Woerden		0	32 Extern vrijgegeven	Verzorgend
CUW	MBO 3	Verzorgende IG - Wijkteam Maarssenbroek (vanaf 8 uur per week)	Maarssenbroek		0	32 Extern vrijgegeven	Verzorgend
CUW	MBO 3	Verzorgende IG - Wijkteam Loenen en Vreeland/Nigtevecht (vanaf 8 uur per week)	Loenen		0	32 Extern vrijgegeven	Verzorgend
CUW	MBO 3	Verzorgende IG - Wijkteam Abcoude - Baambrugge (vanaf 8 uur per week)	Abcoude		0	32 Extern vrijgegeven	Verzorgend
CUW	MBO 3	Verzorgende IG - Wijkteam Oudewater (vanaf 8 uur per week)	Oudewater		0	32 Extern vrijgegeven	Verzorgend
CUW	MBO 3	Verzorgende IG - Wijkteam Montfoort en Linschoten (vanaf 8 uur per week)	Montfoort		0	32 Extern vrijgegeven	Verzorgend
CUW	MBO 3	Verzorgende IG - Wijkteam Wilnis (vanaf 8 uur per week)	Wilnis		0	32 Extern vrijgegeven	Verzorgend
CUW	MBO 3	Verzorgende IG - Wijkteam Maarssendorp (vanaf 8 uur per week)	Maarssen		0	32 Extern vrijgegeven	Verzorgend
CUW	MBO 3	Verzorgende IG - Wijkteam Breukelen (vanaf 8 uur per week)	Breukelen		0	32 Extern vrijgegeven	Verzorgend
CUW	MBO 3	Verzorgende IG - Wijkteam Mijdrecht (vanaf 8 uur per week)	Mijdrecht		4	32 Extern vrijgegeven	Verzorgend
CUW	MBO 3	Verzorgende IG - Wijkteam Vinkeveen / Waverveen (vanaf 8 uur per week)	Vinkeveen		0	32 Extern vrijgegeven	Verzorgend
CUW	HBO	(duo) Wijkverpleegkundige - Woerden en omliggende dorpen	Woerden		24	36 Extern vrijgegeven	Verplegend
CUW	HBO	(duo) Wijkverpleegkundige - Stichtse Vecht	Maarssen		24	36 Extern vrijgegeven	Verplegend
CUW	HBO	(duo) Wijkverpleegkundige - De Ronde Venen	De Ronde Venen		24	36 Extern vrijgegeven	Verplegend
CUW	HBO	(duo) Wijkverpleegkundige - Mijdrecht (vanaf 16 uur)	Mijdrecht		16	24 Extern vrijgegeven	Verplegend
CUW	HBO	(duo) Wijkverpleegkundige - Vinkeveen / Waverveen	Vinkeveen		24	36 Extern vrijgegeven	Verplegend
CUW	MBO 4	MBO Verpleegkundige - Wijkteam Woerden Staatslieden (vanaf 8 uur per week)	Woerden		0	32 Extern vrijgegeven	Verplegend
CUW	MBO 4	MBO Verpleegkundige - Wijkteam Oudewater (vanaf 8 uur per week)	Oudewater		0	32 Extern vrijgegeven	Verplegend
CUW	MBO 4	MBO Verpleegkundige - Wijkteam Harmelen (vanaf 8 uur per week)	Harmelen		0	32 Extern vrijgegeven	Verplegend
CUW	MBO 4	MBO Verpleegkundige - Wijkteam Woerden Staatslieden (vanaf 8 uur per week)	Woerden		0	32 Extern vrijgegeven	Verplegend
CUW	MBO 4	MBO Verpleegkundige - Wijkteam Montfoort en Linschoten (vanaf 8 uur per week)	Montfoort		0	32 Extern vrijgegeven	Verplegend
CUW	MBO 4	MBO Verpleegkundige - Wijkteam Wilnis (vanaf 8 uur per week)	Wilnis		0	32 Extern vrijgegeven	Verplegend
CUW	MBO 4	MBO Verpleegkundige - Wijkteam Maarssendorp (vanaf 8 uur per week)	Maarssen		0	32 Extern vrijgegeven	Verplegend
CUW	MBO 4	MBO Verpleegkundige - Wijkteam Breukelen (vanaf 8 uur per week)	Breukelen		0	32 Extern vrijgegeven	Verplegend
CUW	MBO 4	MBO Verpleegkundige - Wijkteam Mijdrecht (vanaf 8 uur per week)	Mijdrecht		0	32 Extern vrijgegeven	Verplegend
CUW	MBO 4	MBO Verpleegkundige - Wijkteam Vinkeveen - Waverveen (vanaf 8 uur per week)	Vinkeveen		0	32 Extern vrijgegeven	Verplegend
CUW	MBO 4	MBO Verpleegkundige - Wijkteam Maarssenbroek (vanaf 8 uur per week)	Maarssenbroek		0	32 Extern vrijgegeven	Verplegend
CUW	MBO 4	MBO Verpleegkundige - Wijkteam Woerden (vanaf 8 uur per week)	Woerden		0	32 Extern vrijgegeven	Verplegend
CUW	MBO 4	MBO Verpleegkundige - Wijkteam Abcoude - Baambrugge (vanaf 8 uur per week)	Abcoude		0	32 Extern vrijgegeven	Verplegend
CUW	MBO 4	Verpleegkundige (vanaf 8 uur per week) - Careyn Maria-Oord Vinkeveen	Vinkeveen		0	36 Extern vrijgegeven	Verplegend
CUW	MBO 3	Verzorgende IG (vanaf 8 uur per week) - Careyn Maria-Oord Vinkeveen	Vinkeveen		0	36 Extern vrijgegeven	Verzorgend
CUW	MBO 3	Verzorgende IG (vanaf 8 uur per week) Careyn Weddesteyn Woerden	Woerden		0	36 Extern vrijgegeven	Verzorgend
CUW	MBO 4	Verpleegkundige (vanaf 8 uur per week) Careyn Weddesteyn Woerden	Woerden		0	36 Extern vrijgegeven	Verplegend
CUW	MBO 4	Verpleegkundige (vanaf 8 uur per week) - Careyn Snavelenburg Maarssen	Maarssen		0	36 Extern vrijgegeven	Verplegend
CUW	MBO 3	Verzorgende IG (vanaf 8 uur per week) - Careyn Snavelenburg Maarssen	Maarssen		0	36 Extern vrijgegeven	Verzorgend
CUW	MBO 4	Verpleegkundige (vanaf 8 uur per week) Careyn - Het Waterschapshuis - Kamerik	Kamerik		0	36 Extern vrijgegeven	Verplegend
CUW	MBO 3	Verzorgende IG (vanaf 8 uur per week) Careyn - Het Waterschapshuis - Kamerik	Kamerik		0	36 Extern vrijgegeven	Verzorgend
CUW	MBO 4	Psychiatrisch verpleegkundige - Careyn Maria-Oord Vinkeveen	Vinkeveen		24	28 Extern vrijgegeven	Verplegend
CUW	MBO 3	Medewerker Nachtzorg Verzorgende IG - Careyn Utrecht	Utrecht		16	24 Extern vrijgegeven	Verzorgend

Locatie	Functieniveau	Functienaam	Standplaats	Uren vacature(s)	Opmerkingen
Hart van Groenewoud	Niveau 3	Verzorgende IG	Spijkenisse	16-32	
Hart van Groenewoud	Niveau 4	MBO Verpleegkundige	Spijkenisse	16-32	
Regio Nissewaard	WO	GZ-Psycholoog	Spijkenisse	24-32	
Bernissesteyn (somatiek)	Niveau 3	Verzorgende IG b.v.k. EVV	Bernissesteyn	24-32	
Bernissesteyn (somatiek)	Niveau 4	Verpleegkundige	Bernissesteyn	24-32	
Hart van Zuidland	Niveau 3	Verzorgende IG	Zuidland	max. 20	
De Plantage	Niveau 3	Verzorgende IG	Brielle	111,6	3,1 FTE
De Plantage	Niveau 4	MBO Verpleegkundige	Brielle	90	2,5 FTE
De Plantage NAH	HBO	Sociaal Pedagogisch Hulpverlener	Brielle	36	1 FTE
De Vier Ambachten	Niveau 4	MBO Verpleegkundige	Spijkenisse	72	(2 x 36 of 3 x 24)
Blankenburg	Niveau 4	MBO Verpleegkundige	Rozenburg	24	
Hart van Rozenburg	Niveau 3IG	Verzorgende IG	Rozenburg	28	
Torenhoeve	Niveau 4	MBO Verpleegkundige	Hellevoetsluis	32	
Rozenhoek	Niveau 4	MBO verpleegkundige	Hellevoetsluis	108	3 FTE

Geen vacatures

Herman Gorterhof
Zes Rozen
Dierenriem
Grootenhoek

Spijkenisse
Spijkenisse
Hellevoetsluis
Hellevoetsluis

Van: [redacted]
Aan: @igj.nl
Cc: @igj.nl; Meerdink, Marco; Loqt, Guido van de; Maas, Vincent; @careyn.nl; @careyn.nl
Onderwerp: Documenten tbv monitoring voortgang irt aanwijzing V2002962
Datum: dinsdag 31 juli 2018 16:01:36
Bijlagen: image001.png
a) Dashboardgegevens over de kwaliteit van zorg.pdf
b) Vacatureoverzicht d.d. 25 juli 2018.pdf
b) Ziekteverzuim 18.07.31.pdf
c) Auditverslagen bundel.pdf
c) Verbeterplannen bundel.pdf

Geachte mevrouw [redacted],

In antwoord op jullie verzoek in de brief d.d. 12 juli 2018 aangaande de inspectiebezoeken, stuur ik u op verzoek van de RvB bijgaand de volgende documenten:

a) Dashboardgegevens kwaliteit van zorg

We hebben dashboardgegevens voor alle districten, locaties en teams. Omdat dit een enorme hoeveelheid aan informatie zou zijn sturen we voor nu voorbeelden mee. Desgewenst kunnen wij aanvullend de overzichten voor alle districten, locaties en teams aanleveren.

b) Ziekteverzuim en vacatureruimte

In de bijlage is opgenomen hoe we het ziekteverzuim in kaart hebben voor Careyn als geheel, per district, per regio en vervolgens per locatie. Gezien de grote hoeveelheid aan informatie is een voorbeeld opgenomen van de uitsplitsing naar regio en - vervolgens - een locatie. Desgewenst kunnen wij dit voor alle locaties aanleveren.

c) Overzicht audits en verbeterplannen

- Bijgaand ontvangen jullie die auditverslagen tot nu toe van de laatste ronde - deze ronde loopt door in augustus. Desgewenst kunnen wij jullie de overige auditverslagen na afloop van die ronde sturen.
- De auditronde uitgevoerd in februari-maart was gericht op de dossiers. De resultaten zijn samengevat in het resultaatsverslag. Dit verslag is bij jullie bekend daarom niet nogmaals meegestuurd.
- De vorm en invulling van verbeterplannen verschilt per locatie. Voor Utrecht Stad geldt dat ze werken met één plan voor het gehele district. Voor dit district zijn derhalve geen verbeterplannen op locatie meegestuurd, met uitzondering van Swellengrebel. Deze locatie heeft in het districtsplan een vertaling opgenomen naar de eigen locatie. Deze is toegevoegd aan de bundel.

Ik hoop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd. Mocht aanvullende informatie gewenst zijn dan hoor ik dat uiteraard graag.

Hartelijke groeten,

[redacted]
Bestuurssecretaris a.i. Careyn

T: 06 - [redacted]
E: [redacted]@careyn.nl

B: Careyn Nieuw Tamarinde, Neckardreef 6, 3562 CN Utrecht (kamer [redacted] [redacted] [redacted])
P: Postbus 900, 3100 AX Schiedam
I: www.careyn.nl



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

Locatie: Careyn Tuindorp-Oost

Datum: 21 juni 2018

De locatie is getoetst op de onderwerpen uit de aanwijzing van IGJ dd. 7 november 2017:

1. Cliënt dossier,
2. Voldoende inzet van deskundig personeel
3. Sturen op kwaliteit en veiligheid.

Daarnaast is tijdens de rondleiding een oordeel gevormd over de medicatieveiligheid en hygiëne-aspecten.

Bevindingen

Algemeen

1. Voor deze locatie geldt een opnamestop in verband met afbouw en realisatie van nieuwbouw. Het tijdspad is ten tijde van de audit nog niet duidelijk.
2. Momenteel verblijven nog 42 cliënten op locatie, verspreid over het gebouw van 12 verdiepingen.
3. Careyn vermeldt de zorgprofielen per locatie 2018 op haar website. Bij deze locatie is geen vermelding meer opgenomen. Het ZZP-overzicht wordt nog steeds geactualiseerd maar voor enkele bewoners nog te laag geïndiceerd. De locatiemanager heeft een actueel overzicht, waarin ongeveer de helft van de cliënten hoger dan ZZP 4 is geïndiceerd.
4. Gesprekspartners nemen bij diverse cliënten cognitieve achteruitgang waar, waarvoor gespecialiseerde dementiezorg is geïndiceerd. Echter de huiskamer voor dagopvang wordt niet volledig benut en het aantal behandelplaatsen (15) wordt niet benut; op dit moment vallen 10 cliënten onder behandeling van de SOG, terwijl meerdere cliënten daarvoor in aanmerking komen (ZZP 5 en 6 gezien die nog onder de medische verantwoordelijkheid van de huisarts vallen).
5. Gesprekspartners delen hun zorgen over de huidige situatie; de bouwkundige voorziening biedt geen veilige omgeving voor dementerende ouderen. De SOG hanteert wel een risicomodel, waarin bijvoorbeeld neiging tot dwalen wordt afgewogen. Er is echter geen sprake van een veilige leefomgeving. De verdeling van cliënten over 12 verdiepingen vereist een andere manier van werken, die iets weg heeft van een route in de thuiszorg.

Client dossier

1. Iedere cliënt beschikt over een compleet en actueel dossier.
2. Cliëntdossiers zijn op alle momenten voor de zorgverleners die direct betrokken zijn bij de zorgverlening toegankelijk.
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.

1. Bij de dossiercontrole blijken de dossiers nog behoorlijk compleet te zijn. Er is verband tussen de formulieren.
2. De nieuwe locatieverantwoordelijke is op de hoogte hoe de toegang tot het ECD door uitzendkrachten kan worden gecontroleerd; dit moet nog worden uitgevoerd.
3. Het rapporteren op doelen, bijzonderheden en de opvolging daarvan is nog onvoldoende; het is een bekend aandachtspunt bij gesprekspartners.

Voldoende inzet van deskundig personeel

1. 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.

2. Careyn roostert de medewerkers zodanig in dat het zorgaanbod kwantitatief en kwalitatief past bij de zorgzwaarte en behoefte van de cliënten.
3. Careyn organiseert de zorg zodanig dat er voldoende werktijd beschikbaar is voor adequate rapportage en overdracht van zorg.

1. Het ziekteverzuim is op dit moment hoger dan 20%.
2. Voor de vakantieperiode zijn veel uitzendkrachten nodig.
3. Het rooster wordt nu door het team zelf gemaakt; de inzet van een planner is gestopt.
4. Gesprekspartners merken op dat werkdruk wordt ervaren; volgens de inzetberekenaar van Careyn zou er juist nog een medewerker af moeten. Men heeft het vermoeden dat geen rekening wordt gehouden met de complexe routing door de omvang van het gebouw en de spreiding van cliënten.
5. Het team bestaat deels uit oudere werknemers, die al op deze locatie werkten, toen het nog een verzorgingshuis was.
6. Gesprekspartners merken op dat niet alle zorgmedewerkers in staat zijn om technische handelingen uit te voeren en om te gaan met de cliënten met een cognitieve stoornis.
7. De status van scholing en VRH moet nog worden uitgezocht door de nieuwe locatiemanager.
8. Er zijn twee kwaliteitsverpleegkundigen; vanaf half juli 2018 zal er nog één zijn.
9. Gesprekspartners merken op dat de kwaliteitsverpleegkundigen tot een maand geleden nog veel taken van de ontbrekende locatiemanager overnamen. Opgemerkt wordt dat zij ook veel "brandjes blussen". Tijdens de audit is merkbaar dat zij tevens bezig zijn met het inrichten van werkprocessen; bijvoorbeeld logische deelronde van medicatie door het gebouw.
10. De inzet van behandelaren zoals SOG, psycholoog, fysiotherapeut is geregeld.

Sturen op kwaliteit en veiligheid

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 Wkkgz en redelijkerwijs moet leiden tot goede zorg.
2. Careyn analyseert aantoonbaar alle geregistreerde MIC-meldingen.
3. Careyn maakt aantoonbaar welke passende verbetermaatregelen zij treft op basis van die analyse.
4. Careyn laat zien volgens welk systeem zij het resultaat van verbeteringen evalueert.

1. Maandelijks komt het ontwikkelteam van de locatie bijeen. Dan wordt ook de MIC-registratie besproken.
2. In de MIC is aandacht geweest voor medicatieveiligheid; bij controle tijdens de audit blijken de toedieningslijsten goed afgetekend en zalven / druppels voorzien van een openingsdatum.
3. Het op cliënt niveau goed analyseren en opvolgen van de MIC moet nog verder ontwikkeld worden.

Bevindingen betreft medicatieveiligheid

1. Tijdens de audit blijken de gecontroleerde toedieningslijsten goed afgetekend en zalven / druppels voorzien van een openingsdatum.

Bevindingen betreft hygiëne

1. Tijdens de rondgang hebben medewerkers geen ringen/horloges om.

Beschouwing

De locatie is al langere tijd in afbouw met uitzicht op nieuwbouw; dat speelt al een tijd en zowel medewerkers als cliënten weten niet goed welke stappen wanneer worden genomen. Cliënten wonen nu verspreid door het gebouw wat invloed heeft op de werkprocessen. Tevens biedt het gebouw onvoldoende een veilige woonomgeving, terwijl toenemend cliënten met cognitieve stoornissen

worden gezien. Ongeveer de helft van het aantal cliënten heeft een ZZP hoger dan 4; niet alle cliënten hebben een actuele (hogere!) indicatie. Opvallen is dat het aantal behandelplaatsen nog niet wordt benut.

Op dit moment zijn er onvoldoende deskundige medewerkers om de zorg te bieden die cliënten nodig hebben. Naast het forse ziekteverzuim lijkt geen rekening te worden gehouden met de extra tijd die nodig is voor de andere werkprocessen ten gevolge van het gebouw. De deskundigheid van de medewerkers is nog niet voldoende om de cliënt met cognitieve stoornissen passende zorg te verlenen. Momenteel wordt het team ondersteund door twee kwaliteitsverpleegkundigen. Zij hebben een coördinerende en coachende taak; dat brengt de nodige deskundigheid in het team. Het vertrek van één van de kwaliteitsverpleegkundigen rond half juli is dan ook zorgelijk voor de continuïteit. De MIC moet nog verder inhoudelijk worden ontwikkeld.

Bovenstaande bevindingen beschouwende rijst de vraag of op deze locatie opvang van cliënten met een ZZP hoger dan 4 mogelijk is. In de huidige bouwkundige omgeving is de conclusie dat dit niet wenselijk is in verband met de onveilige woonomgeving. In de tweede plaats is de beschikbaarheid van voldoende deskundige medewerkers momenteel niet geborgd. Het cliëntdossier is momenteel voor wat betreft volledigheid en samenhang op orde, maar rapportage en opvolging van bijzonderheden is nog onvoldoende. Dat laatste heeft vermoedelijk te maken met de beschikbaarheid van onvoldoende deskundig personeel.

Conclusies

1. De locatie is momenteel niet geschikt om goede zorg te verlenen aan cliënten met een ZZP hoger dan 4.
2. De beschikbaarheid van voldoende deskundig personeel kan momenteel niet worden gewaarborgd.
3. De voldoende beschikbaarheid van kwaliteitsverpleegkundigen is per half juli 2018 niet meer gewaarborgd.
4. De cliëntdossiers hebben voldoende inhoud en samenhang, maar de rapportage is nog onvoldoende.
5. De analyse van de MIC is nog onvoldoende.

Van: @igj.nl
Aan: @igj.nl
Cc: @igj.nl @igj.nl
Onderwerp: FW: tkg irt kwestie Careyn loc Tuindorp Oost in utr
Datum: maandag 29 oktober 2018 10:38:10
Bijlagen: 20181029 verklaring Careyn nav artikel Grimbergen in AD op 27-10-2018.pdf

Goede morgen [redacted]
Dit is email **tbv** bespreken op eerstvolgende careynoverleg
Er is een melding **10.2.d** [redacted] De betreffende
locatie Tuindorp Oost geniet zeer veel belangstelling vanuit pers en politiek.
Tot 26-10-2018 bij igj geen signalen bekend dat zorg ondermaats is of dat rvb niet goed
reageert op eigen monitorinformatie van Careyn; Careynbeleid is gedeeld tijdens infodag (aug
2018): zorg in gebouw centraliseren ivm gebreken in toezicht, p-bezetting en verzuim).
Rvb belde 29-10 nav AD artikel over Tuindorp Oost;
- Informatie in artikel is op tal van punten onjuist.
- actueel verzuim in Tuindorp-Oost is 8.9%. Daar nooit hoger geweest dan 16% (maanden
geleden).
- Careyn bekijkt momenteel nog of melding **10.2.d** [redacted] nodig is, >
dus svp over enige weken nazien of een melding van Careyn is binnengekomen?
- **11.1** [redacted] Journalist
[redacted] onderhoudt contact met mw [redacted], tevens klager bij Careyn **10.2.d** **10.2.d**)

Gr [redacted]

Van: @igj.nl
Verzonden: maandag 29 oktober 2018 09:57
Aan: @igj.nl ; @igj.nl
Cc: @igj.nl
Onderwerp: tkg irt kwestie Careyn loc Tuindorp Oost in utr

Dag
Lid RvB Careyn belde mij zojuist om te wijzen op artikel en op reactie van Careyn
Desgevraagd is actueel verzuim 8,9%. Dat is weliswaar iets hoger dan gemiddelde van Careyn,
maar heel wat lager dan het hoogste punt gemeten 16% van maanden geleden.

Met vriendelijke groet,

Mw drs. [redacted]
Seniorinspecteur

.....
Afdeling Verpleging en Verzorging
Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Stadsplateau 1 | 3521 AZ Utrecht
Postbus 2518 | 6401 DA Heerlen

.....
T 088 [redacted]
M 06 [redacted]
[redacted] @igj.nl

Doorgaans [redacted] **afwezig**

.....
meldpunt@igj.nl
<https://www.igj.nl>
Twitter: @IGJnl

.....
Bekijk het verhaal van IGJ: [Gezond vertrouwen](#)
.....

Careyn maakt gebruik van cookies om onze content beter op uw voorkeuren af te kunnen stemmen.

[Akkoord Lees meer](#)



Tuindorp Oost



[Home](#) > [Actueel](#) > [Nieuws](#) > [Algemeen](#) > [2018](#) > [oktober](#) > Verklaring Careyn n.a.v. publicatie Cees Grimbergen in Algemeen Dagblad dd 27 oktober 2018

Verklaring Careyn n.a.v. publicatie in Algemeen Dagblad dd 27 oktober 2018

27 oktober 2018

Verklaring Careyn n.a.v. publicatie Cees Grimbergen in Algemeen Dagblad dd 27 oktober 2018

Careyn heeft met verbazing kennisgenomen van de publicatie van Cees Grimbergen in het Algemeen Dagblad, editie Utrecht van zaterdag 27 oktober. Het artikel over Careyn en ons zorgcentrum Tuindorp-Oost is suggestief en ongenueanceerd. Bovendien is de inhoud voor een belangrijk deel gebaseerd op verkeerde of verouderde informatie. Wij herkennen ons niet in het artikel en nemen daar dan ook nadrukkelijk afstand van.

Reeds meerdere keren heeft Careyn de bewuste journalist geïnformeerd over Tuindorp-Oost en de situatie rond de verhuizing. Vanuit de Raad van Bestuur heeft Guido van de Logt aan onze bewoners uitgebreid toegelicht dat de verhuizing vanuit het oogpunt van veilige en goede zorgverlening echt noodzakelijk is en dat er een zeer zorgvuldig informatie- en begeleidingsproces is ingericht voor de bewoners van locatie Tuindorp Oost. Ook daarbij was de journalist aanwezig. De op de verschillende momenten verstrekte informatie wordt echter redactioneel voor het belangrijkste deel genegeerd, waardoor een zeer eenzijdig en bovendien onjuist beeld wordt gecreëerd van de situatie en de inzet van ons medewerkersteam op deze locatie. Dit betreuren wij ten zeerste. Daarnaast hebben we bij de totstandkoming van het artikel helaas moeten constateren dat de betrokken journalist in de contacten met onze medewerkers en bewoners niet de zorgvuldigheid en de objectiviteit heeft betracht die wij voor een juiste informatievoorziening wenselijk achten.

Positieve ontwikkeling

Er wordt op onze locatie Tuindorp Oost zelfbewust en met grote inzet en passie gewerkt. De kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid staan daarbij steeds voorop. Er zijn in de afgelopen periode veel verbeteringen doorgevoerd in de organisatie voor onze bewoners alsmede om te voldoen aan de eisen van de aanwijzing van de inspectie. Dat heeft er in april van dit jaar ook toe geleid dat Careyn aan het eerste deel van de aanwijzing voldoet. De organisatie gaat daar -ook op Tuindorp Oost- onverminderd mee door. Onze eigen maandelijkse monitoring laat een positief beeld van Tuindorp Oost zien, hetgeen wordt geobjectiveerd en bevestigd door de recent uitgevoerde externe audit.

Persoonlijke begeleiding

In de aanloop naar de verhuizing vindt er intensief overleg plaats met de bewoners en hun naasten. Vanzelfsprekend realiseren wij ons dat de noodzakelijke verhuizing impact heeft op de bewoners en ongemak veroorzaakt. Dat is helaas ook niet volledig te voorkomen. Daarom begeleiden we hen persoonlijk en doen we er alles aan om de verhuizing met zo min mogelijk ongemakken te laten verlopen. Careyn draagt ook de volledige kosten voor de verhuizing. Dit alles gebeurt in nauwe samenspraak en samenwerking met de cliëntenraad. Vanuit de raad van bestuur is Guido van de Logt persoonlijk betrokken gedurende het gehele verhuisproces. Hij ziet toe op een zorgvuldig proces dat in betrokkenheid met de directe omgeving wordt uitgevoerd.

Deel deze pagina:

Van: @igj.nl
Aan: @igj.nl @igj.nl @igj.nl @igj.nl
Cc: @igj.nl @igj.nl @igj.nl
Onderwerp: FW: Resultaatverslag deel II aanwijzing Careyn d.d. 7-11-2017, uw kenmerk 2017-2064119/V2002962
Datum: woensdag 7 november 2018 18:47:33
Bijlagen: image001.png
image002.png
181107 Careyn Resultaatverslag voor IGJ vdef.pdf

Dag 10.2.d

Hierbij het resultaatverslag

Ik ga dit morgenvroeg goed bestuderen analyseren en vergelijken met de voorlopige locatiekeuze

Ik maak lezend een prestatie-inschatting per locatie.

Morgen van 15-16u samen de stavaza bespreken en locatiekeuze def maken

VOORLOPIG PLAN BEZOEKREEKS:

- A 9 november: >> **Utr West** >> Verpleeghuis **WEDDESTEYN** (10.2.d)
- B 12 november: > **Utr stad-1** >> verpleeghuis **SWELLENGREBEL** (10.2.d)
- C 15 november: **ZHE-1** >> verpleeghuis **GROOTENOEK** (10.2.d)
- D 19 november: > **ZHE-2** >> ksw **HART VAN ROZENBURG** (10.2.d)
- E 21 november: **Utr stad-2** >> ksw **GEUZEVESTE** (10.2.d)
- F 23 november: **DWN/NWO** >> WZC **DE ARK** (10.2.d)

Van: @careyn.nl>

Verzonden: woensdag 7 november 2018 18:28

Aan: @igj.nl>

CC: @igj.nl>

Onderwerp: Resultaatverslag deel II aanwijzing Careyn d.d. 7-11-2017, uw kenmerk 2017-2064119/V2002962/

Geachte mevrouw en mevrouw ,

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

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

Hartelijke groet,

Bestuurssecretaris



☎: 06- [redacted]

@: [redacted]@careyn.nl

! : Careyn Nieuw Tamarinde, Neckardreef 6, 3562 CN Utrecht (kamer [redacted] [redacted] [redacted])

✉: 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 IGJ

Kwaliteit & Veiligheid

Datum : 07-11-2018

Status : definitief



Samen werkt 't beter

Inhoudsopgave

Woord vooraf	3
Resultaatverslag aanwijzing deel II	6
Thema: Deskundigheid en inzet medewerkers	7
Thema: Sturen op kwaliteit en veiligheid	12
Thema: Goed bestuur	16
Beschouwing Raad van Toezicht	19
Beschouwing Centrale Cliëntenraad (CCR)	21
Bijlage: bevindingen per locatie	22
District DWO NWN	25
De Ark, Wateringen	25
De Vloot, Maassluis	27
Rozenhof, Naaldwijk	28
Woerdblok, Naaldwijk	29
District Utrecht West	30
Maria Oord, Vinkeveen	30
Snavelenburg, Maarssen	31
Weddesteyn, Worden en Waterschapshuis, Kamerik	32
District Utrecht Stad	34
KSW De Prinses, KWS Geuzenveste, KWS Nieuw Chartreuse, KWS Parkwijk, Utrecht	34
Rosendael, Utrecht	35
Swellengrebel, Utrecht	36
Nieuw Tamarinde, Utrecht	37
Warande, Utrecht	38
Tuindorp Oost, Utrecht	39
District ZHE BRA	41
Bernissesteyn, Zuidland	41
Hart van Zuidland, Zuidland	42
Blankenburg, Rozenburg	43
Hart van Rozenburg, Rozenburg	44
De Plantage, Brielle	45
Dierenriem, Hellevoetsluis	46
Torenhoeve, Hellevoetsluis	47
Grootenhoek, Hellevoetsluis	48
Rozenhek, Hellevoetsluis	49
Zes Rozen, Spijkenisse	50
Herman Gorterhof, Spijkenisse	51
Vier Ambachten, Spijkenisse	52
Hart van Groenewoud, Spijkenisse	53

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, die nader zijn uitgewerkt in aspecten:

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

De aanwijzing is 'getrapt' gegeven. De aspecten van het thema 'cliëntdossier' dienden op 1 april 2018 gereed te zijn en zijn daarna getoetst door de inspectie. Het oordeel van de inspectie over deze aspecten was positief en daarmee is eind april 2018 het eerste deel van de aanwijzing door de inspectie beëindigd.

De overige thema's uit de aanwijzing dienen op 7 november 2018 gereed te zijn en over deze aspecten wordt in dit verslag gerapporteerd. Elk thema is nader uitgewerkt in aspecten.

Voorgeschiedenis

Wij veronderstellen hier opnieuw 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.

In eerste instantie zijn er op districtsniveau plannen gemaakt en is er door districtsdirecteuren en locatiemanagement per locatie een plan van aanpak vastgesteld. 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 districtsdirecteuren 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 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.

Begin 2018 constateerde de Raad van Bestuur dat er met de werkwijze zoals tot dan toe gehanteerd onvoldoende voortgang werd geboekt. Daarom werd een programmadirecteur aangetrokken die, in nauw overleg met Raad van Bestuur en districtsdirecteuren, de verdere versterking van de kwaliteit van zorg faciliteerde. Binnen de projectstructuur werd door middel van 13 deelprojecten op de thema's van de aanwijzing gestuurd. Ook werd aandacht besteed aan de financiële impact van de verbeteracties, vanuit het uitgangspunt dat het verbeteren van de kwaliteit van zorg uiteindelijk ook leidt tot een gezonde bedrijfsvoering. Tevreden cliënten en tevreden medewerkers dragen immers voor een groot gedeelte bij aan een goed bedrijfsresultaat.

Daarnaast heeft de Raad van Bestuur het kwaliteitsprogramma in mei 2018 voorzien van het organisatie-brede kader 'Sturen op kwaliteit en Veiligheid'. Hierin worden heldere uitgangspunten en kaders gegeven voor verdere opbouw van de organisatie, de wijze waarop er gestuurd wordt en de wijze waarop er samengewerkt wordt.

Beschouwing

Careyn is goed op weg. Het heeft tijd gekost om de (personele) randvoorwaarden te creëren die noodzakelijk zijn om tot structurele en duurzame verbeteringen te komen. Inmiddels zien wij dat het veranderproces op gang is gekomen en dat wij de noodzakelijke resultaten ook hebben bereikt. De organisatie is niet alleen overtuigd van nut en noodzaak van de veranderingen, maar is er in toenemende mate ook trots op.

Een belangrijke overtuiging is dat de tekortkomingen die in de kwaliteit van zorg zijn geconstateerd niet op zichzelf staand zijn. Ook onze financiële positie vraagt om verbetering. We sturen dus nu op beide aspecten: kwaliteit en veiligheid van zorg en een gezonde bedrijfsvoering.

Ondanks de constatering dat er belangrijke resultaten zijn behaald, zien wij dat er nog veel ontwikkeling en groei mogelijk is, waarbij we ons realiseren dat leren en ontwikkelen een continu proces is dat continue aandacht blijft vragen.

Concreet zullen wij nadrukkelijk aandacht blijven besteden aan de verdere ontwikkeling van het methodisch werken in combinatie met de verdere ontwikkeling van de deskundigheid van ons personeel. De aandacht voor het ziekteverzuim, in combinatie met het aantrekkelijk zijn en aantrekkelijker worden als werkgever, zal hoge prioriteit hebben. Ook de verdere ontwikkeling van het capaciteitsmanagement van het personeel zal de nodige aandacht vragen.

Vanzelfsprekend zullen wij de ontwikkeling van leren en verbeteren verder vormgeven. Wij realiseren ons terdege dat de behaalde resultaten, zoals bijvoorbeeld de invoering van Triasweb en de inzet van het leerportaal, een grote stap voorwaarts zijn maar ook dat deze behaald zijn in een korte periode. Er is nog veel te leren en in te slijpen in onze dagelijkse routine.

Tenslotte realiseren wij ons dat de sturing van de organisatie, beginnend bij de Raad van Bestuur, de directeuren en de managers zorg, de komende jaren veel van ons zal vragen. Voor de managers zorg wordt voor het komende jaar een management development

programma ontworpen waarin we deze aspecten nadrukkelijk onder de aandacht zullen brengen.

Er zijn in deze periode opnieuw 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'.

Maar we zijn er zoals gezegd nog niet. We voldoen nu in onze ogen aan de minimale eisen die aan kwaliteit en veiligheid mogen en moeten worden gesteld op alle onderdelen 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.

In de afgelopen twee jaar is veel van onze aandacht uitgegaan naar onze zorglocaties. Wij bieden echter ook zorg aan veel cliënten in de wijk. De komende periode zal ook onze extramurale zorg nadrukkelijk aandacht krijgen.

Zoals wij in onze vorige resultaatrapportage schreven, realiseren we 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. Dat dit nog steeds het geval is, bleek recent weer uit de media-aandacht voor onze locatie Tuindorp Oost.

Wij maken ons als Raad van Bestuur dus ook nog steeds 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 blijft ons allen de energie geven er onverkort keihard tegen aan te gaan.

Marco Meerdink en Guido van de Logt
Raad van Bestuur Careyn

Resultaatverslag aanwijzing deel II

Inleiding

Op verzoek van de Raad van Bestuur van Stichting Careyn voerde drs. [REDACTED], zelfstandig inspecteur kwaliteit en veiligheid, in de maanden april tot en met oktober 2018, samen met een tweede onafhankelijke auditor, onderzoek uit op alle intramurale locaties om te toetsen of Careyn voldoet aan de aspecten **d**, **e** en **g t/m** van de aanwijzing van 7 november 2017.

Alle locaties zijn in bovengenoemde periode intensief gemonitord en tenminste twee keer bezocht. Aandachtslocaties zijn vaker bezocht door de externe auditors, soms tot zes keer toe. Er is frequent overleg geweest met het programmamanagement over de voortgang van de verbeteracties. Op iedere locatie zijn ook cliëntdossiers (opnieuw) steekproefsgewijs gecontroleerd. Op alle locaties is gesproken met medewerkers, management, kwaliteitsverpleegkundigen en behandelaren.

Bij een aantal van deze bezoeken waren respectievelijk leden van de Raad van Bestuur, het management en de Raad van Toezicht aanwezig. Hierbij was het bijzonder om te ervaren dat de wens om te leren en verbeteren in de hele organisatie merkbaar aan het groeien is.

In alle audits zijn de aspecten van de eerste aanwijzing opnieuw meegenomen. Op sommige locaties werd na het opheffen van de eerste aanwijzing even een terugval gezien. Het wegvallen van de externe druk en de opluchting maakte dat de aandacht verslapte, maar al snel echter werd de discipline weer opgepakt.

De drie thema's van de aanwijzing waarop nu wordt gerapporteerd, zijn:

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

In de rapportage op de volgende pagina's vatten wij per thema de kern van de tekortkomingen samen en wordt per aspect een beschrijving van de aanpak en de bereikte resultaten beschreven. Elk thema wordt afgesloten met een korte beschouwing en conclusie van de Raad van Bestuur. In de bijlage staan de bevindingen op de genoemde aspecten per locatie opgenomen.

1. Thema: Deskundigheid en inzet medewerkers

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

Analyse

In de afgelopen jaren is er bij Careyn onvoldoende gestuurd op de inzet van medewerkers. We zagen een hoog ziekteverzuim, een grote achterstand in het up-to-date houden van het deskundigheidsniveau van de medewerkers en een vermindering van het leerklimaat op de locaties. Daarnaast zagen we dat er medewerkers vertrokken waardoor soms de balans in de teams werd verstoord. Door invoering van zelfsturing werd van teams verwacht dat ze zelf gingen roosteren zonder daarvoor voldoende benodigde vaardigheden en deskundigheid te bezitten.

Aanpak

Om de personele inzet op orde te brengen is een aantal projecten opgestart, die hieronder per onderdeel nader worden beschreven.

1. Organisatiestructuur en kaders

Belangrijk startpunt in het verbeterproces was het op orde brengen van de organisatiestructuur. Er is overgegaan van een centraal gestuurde organisatie naar een organisatie met vier districten en daarin herkenbare locaties. Dit proces is nog niet afgerond en zal de komende jaren verder worden uitgewerkt en vorm gegeven, ook voor wat betreft de aansturing van de zorg. Cliënten en medewerkers vinden nu hun thuis in de locatie en veel minder in het 'centrale Careyn'.

De Raad van Bestuur heeft, vanuit de visie dat teams bij hun professionele sturing voldoende door management en organisatie gefaciliteerd en ondersteund dienen te worden, kaders gesteld die zijn vastgelegd in het document 'Managementkaders voor sturing op kwaliteit & veiligheid'.

Op basis van deze kaders is het aantal managers op de locaties uitgebreid (1:100 fte) met gelijktijdige reductie van het aantal management-ondersteuners, is er een norm gesteld voor

de kwaliteitsverpleegkundigen (16 uur per team) en is de positie van de rooster-consulent vastgesteld (14,4 uur per team).

De invoering van deze randvoorwaarden maakt de omslag mogelijk naar een organisatie waarin de kwaliteit van zorg voorop staat. Tevens zijn hierdoor de verantwoordelijkheden op locatie nu helder gedefinieerd en is het mogelijk te sturen 'met aandacht': aandacht voor cliënten en aandacht voor medewerkers.

Vanuit het programma Waardigheid en Trots zijn coaches op alle locaties ingezet om met een plan van aanpak op maat onze verbeterprocessen te ondersteunen.

Teams worden nu ondersteund door de manager die integraal verantwoordelijk is, en door de kwaliteitsverpleegkundige met duidelijk omschreven taken en verantwoordelijkheden. Daarnaast is het capaciteitsmanagement van het personeel geborgd in de roosterrol, een proces dat nog in ontwikkeling is. Er is sprake van teamondersteuning in plaats van managementondersteuning, waarbij de manager stuurt op kwaliteit en veiligheid alsmede op inzet en roostering.

Naast deze structuur op locatie worden de teams ook ondersteund vanuit HR. Waar nodig wordt coaching ingezet en is capaciteit beschikbaar voor ontwikkeling van de medewerkers.

De organisatie kent nu een heldere verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Vanzelfsprekend heeft dit proces wel nog tijd nodig om 'zich te zetten'.

2. Aanpak ziekteverzuim

De aanpak van het ziekteverzuim heeft het afgelopen jaar veel aandacht gekregen. De belangrijkste verbetering die is gemaakt, is dat de managers zorg verantwoordelijk zijn geworden voor hun eigen zieke medewerkers. Daarmee is de normale werkrelatie tussen leidinggevende en medewerker hersteld.

Daarnaast zijn met alle managers gesprekken gevoerd over de aanpak van het verzuim en zijn met de locaties waar het verzuim te hoog was gedetailleerde plannen van aanpak gemaakt.

Er is dit jaar een nieuwe ARBO-dienst gecontracteerd, en het verzuimbeleid is in overleg met de Centrale Ondernemingsraad aangepast. De leidinggevendenden zijn geschoold in de nieuwe aanpak van verzuimbegeleiding en worden hierbij ondersteund door HR.

De constante aandacht voor het verzuim en de bovenstaande maatregelen laten zichtbare positieve resultaten zien: het voortschrijdend verzuim tot en met oktober 2018 is gezakt naar 7,8 %, waar dit in oktober 2017 nog 8,5% was.

We zien de daling van het ziekteverzuim als een graadmeter voor een verbeterde cultuur in de organisatie. Medewerkers voelen zich weer meer gehoord en thuis bij Careyn. Daarnaast heeft het verlaagde ziekteverzuim ook directe effecten op de inzet van het personeel en de inzet van uitzendkrachten.

3. Inzet uitzendkrachten

In de hele organisatie zien wij minder uitzendkrachten. Daar waar uitzendkrachten toch ingezet worden, zijn dat vaker dan voorheen uitzendkrachten met een langdurig contract en uitzendkrachten uit ons eigen bestand (DUO Zorg).

In die gevallen waar gewerkt wordt met een nieuwe uitzendkracht zijn de procedures over inwerken en rapporteren bekend en worden gecontroleerd. Alle managers checken of uitzendkrachten in de dossiers kunnen en of er op de juiste wijze wordt gerapporteerd.

4. Beheersing in- en uitstroom

In de moeilijke arbeidsmarkt hebben wij veel inzet gepleegd op het aantrekken van nieuwe medewerkers en op het behoud van de zittende medewerkers. Er is fors ingezet op recruitment en er is een stevig inwerkprogramma voor nieuwe medewerkers gemaakt. Zo wordt er bijvoorbeeld voor alle nieuwe medewerkers een welkomst-dag gehouden waarop (ook) uitleg wordt gegeven over alle systemen en werkwijzen binnen de organisatie. Dat laatste vanuit de constatering dat medewerkers onze organisatie soms verlieten omdat zij zich onvoldoende opgevangen en ingewerkt voelden

Hoewel wij van deze inspanningen zeker effect zien, is de arbeidsmarkt dermate gespannen dat het hard werken zal blijven.

5. Deskundigheid medewerkers

De deskundigheid van de medewerkers is in de organisatie weer op een voldoende niveau gebracht. Op locaties zijn er voldoende opgeleide en geschoolde medewerkers en vrijwel alle medewerkers voldoen aan de verplicht gestelde opleidingen. Daar waar nog medewerkers in 'het rood staan', in casu niet voldoen aan de gestelde opleidingseisen, is er sprake van een goede reden (ziekte, net in dienst, functioneringsprobleem). Bij alle managers zijn deze (enkele) uitzonderingen dan ook bekend.

Wij zien daarmee dat het leerklimaat in de organisatie sterk is verbeterd. Een mooi voorbeeld daarvan is de snelheid waarmee de medewerkers de afgelopen tijd voldeden aan de opleidingseis voor Triasweb: in een zeer korte periode hadden alle medewerkers de daarvoor vereiste scholingen gevolgd. Een ander mooi voorbeeld zijn de klinische lessen: een jaar geleden werden de klinische lessen nog maar op een enkele plek gehouden, nu zien wij dat er op alle locaties klinische lessen worden gegeven.

Binnen het thema deskundigheid van het personeel vormt de bekwaamheid ten aanzien van Voorbehouden en Risicovolle handelingen (VRH) een belangrijk onderdeel. Het vernieuwde VRH-beleid (inclusief opleidingsbeleid) laat haar resultaten zien: op de peildatum 31 oktober 2018 is ruim 95% van de intramurale medewerkers gekwalificeerd.

De opleidingsinspanningen laten ook zien dat het leerklimaat in de organisatie snel en aanzienlijk verbeterd is. De Raad van Bestuur heeft dit mede ondersteund door in overleg met de COR afspraken te maken over het betaald kunnen volgen van verplichte opleidingen onder werktijd.

Op alle locaties is de inzet van het personeel in de juiste deskundigheidsmix ook verbeterd. Daar waar dit nog niet helemaal gelukt is door de zeer krappe arbeidsmarkt, neemt de

manager passende maatregelen. Daarbij is het ons gelukt in deze krappe arbeidsmarkt de afgelopen maanden 15 extra kwaliteitsverpleegkundigen aan te trekken. Helaas hebben ook wij nog (te veel) openstaande vacatures.

6. Roosteren

Goed roosteren is een proces dat voortdurende aandacht vraagt. Het proces van roosteren is fors onder handen genomen. Overal zijn of worden vaste mensen aangewezen en opgeleid als roosteraars. Daarnaast is een inzetberekenaar (gebaseerd op zowel aantallen als niveaus) vastgesteld waarmee de juiste personele inzet wordt aangegeven. In de eerder genoemde, door de Raad van Bestuur vastgestelde Kaders Kwaliteit en Veiligheid, is ook nadrukkelijk aandacht besteed aan deze roosterrol.

Dit heeft ertoe geleid dat wij nu goede roosters zien waarin de inzet van de medewerkers past bij de te leveren zorg. Daar waar uitzendkrachten ingezet worden, zijn dit zo veel mogelijk 'bekende gezichten'.

De voortdurende aandacht voor het goed op orde brengen van de dossiervoering heeft ook geleid tot een voortdurende aandacht voor overdracht en tijd voor rapportage. Managers zijn weer aan het sturen, de personele inzet verbetert en er wordt weer adequaat geroosterd. Tenslotte zien wij ook een betere balans tussen de begrote personeelsbezetting (conform zzp) en de gerealiseerde bezetting.

Beschouwing en conclusie Raad van Bestuur

Om het verbeterproces in de districten te faciliteren is begin 2018 door de Raad van Bestuur een ondersteuningsstructuur neergezet. In een omvangrijk programma zijn alle noodzakelijke verbeteringen in kaart gebracht en ondergebracht in projecten. Vanuit dit programma zijn er op regelmatige basis managementbijeenkomsten gehouden om te zorgen voor kennisuitwisseling en meer betrokkenheid van de managers. Ook met de kwaliteitsverpleegkundigen zijn vergelijkbare bijeenkomsten georganiseerd. Daarnaast heeft de Raad van Bestuur heldere kaders gesteld die zijn vastgelegd in het document 'Managementkaders voor sturing op kwaliteit & veiligheid'.

Wij constateren dat overal in de organisatie het besef van de noodzaak tot verbeteren en borgen van de kwaliteit van zorg aanwezig is en zien dat de betrokkenheid op dit thema sterk is verbeterd. We zien een duidelijke omslag van 'moeten' naar 'willen'. Het heeft tijd gekost de mensen te doordringen van hun rol en hun mogelijkheden om de verbeteringen tot stand te brengen, maar inmiddels is dat gelukt.

De aandacht voor het op orde brengen van het dossier heeft vervolg gehad. De juiste verslaglegging, opvolging en het methodisch werken zijn geborgd. De komende jaren zullen wij aandacht blijven geven aan de verdere verbetering van deze processen.

De deskundigheid van het personeel is sterk verbeterd en op voldoende niveau gebracht, ook in relatie tot de juiste deskundigheidsmix op locaties. Ook de kwantitatieve inzet van het personeel is verbeterd. De daling van het ziekteverzuim helpt hierbij. Wij beoordelen de daling van het ziekteverzuim als een graadmeter voor een verbeterde cultuur in de organisatie. We zijn verheugd te constateren dat medewerkers zich weer meer gehoord en

thuis voelen in onze organisatie. De situatie op de arbeidsmarkt blijft ons echter wel zorgen baren.

2. Thema: Sturen op kwaliteit en veiligheid

De 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.*
- h. Careyn analyseert aantoonbaar alle geregistreeerde MIC-meldingen.*
- i. Careyn maakt aantoonbaar welke passende verbetermaatregelen zij treft op basis van die analyse.*
- j. Careyn laat zien volgens welk systeem zij het resultaat van verbeteringen evalueert*

Analyse

Eerder waren al verbetermaatregelen genomen die nog niet altijd tot voldoende resultaten hadden geleid. Op alle locaties waren MIC-commissies actief, maar soms niet in een goede samenstelling of structuur. Geregeld zagen wij nog dat van incidenten of calamiteiten onvoldoende werd geleerd of dat verbeterplannen te weinig waren geborgd.

De problemen waarmee Careyn heeft gekampt (onvoldoende sturing, gebrek aan focus op kwaliteit van zorg, te weinig aandacht voor leren en verbeteren en de kwaliteit van medewerkers) liggen vanzelfsprekend ten grondslag aan het te langzaam op orde krijgen van dit thema. Inmiddels zijn echter goede en belangrijke stappen gezet.

Aanpak

De PDCA cyclus op lokaal niveau is ingericht en sterk verbeterd. Alle medewerkers zijn opgeleid in het nieuwe ondersteuningsinstrument Triasweb voor het melden en afhandelen van Meldingen Onvoorziene gebeurtenissen in de Zorg (MOZ). De regie op team- en locatieniveau ligt nadrukkelijk bij de kwaliteitsverpleegkundigen. Zij zien alle meldingen, beoordelen en handelen deze af. Alle meldingen worden per locatie besproken in de MOZ-commissie, die eventueel wordt aangevuld met deskundigen.

Op een aantal locaties zagen wij een daling van het aantal meldingen vlak na de invoering van Triasweb. Oorzaak daarvoor was dat medewerkers hebben moeten wennen aan dit nieuwe systeem. Hier is dezelfde maand nog gerichte actie op gezet door de managers in samenwerking met de kwaliteitsverpleegkundigen. Inmiddels worden alle MOZ-meldingen geregistreerd en geanalyseerd.

De nieuwe aanpak wordt ondersteund vanuit een projectstructuur. Daarbij is het bijzonder om te zien dat in korte tijd grote stappen zijn gezet en er op alle locaties sprake is van enthousiasme over de invoering van Triasweb. Waar kwaliteitsverpleegkundigen in eerste instantie soms nog vraagtekens hadden bij de extra werkdruk, zien zij nu vrijwel overal de toegevoegde waarde.

Ten behoeve van de kwaliteitsmonitoring is er tevens een auditstructuur, waarin frequent kwaliteitsgegevens worden opgehaald en geanalyseerd. Belangrijk daarbij is ook dat wij zien dat overal opvolging wordt gegeven aan de geconstateerde tekortkomingen. Voor managers zorg en directeurs is de kwaliteit van zorg het belangrijkste aandachtgebied.

Triasweb is ingericht om alle MOZ-meldingen te registreren en vervolgens te kunnen analyseren. De regie op team- en locatieniveau ligt nadrukkelijk bij de kwaliteitsverpleegkundigen. Zij zien alle meldingen, beoordelen en handelen deze af. Alle meldingen worden per locatie besproken in de MOZ-commissie, die eventueel wordt aangevuld met deskundigen.

De inzet van Triasweb en de bijbehorende werkwijze heeft tot een sterke verbetering van de PDCA-cyclus geleid. Alle medewerkers, kwaliteitsverpleegkundigen, managers en directeurs zijn opgeleid, zowel in het gebruik van Triasweb als in de manier waarop er moet worden geanalyseerd.

Ondanks dat wij nog maar twee maanden met dit systeem werken, zien wij overal de kwaliteit van de meldingen, de analyses en de verbeterplannen sterk verbeteren. Deze nieuwe werkwijze ondersteunt ook sterk het leerklimaat: in MOZ-commissies is de kwaliteit van de analyse steeds onderwerp van gesprek.

De locatie- en districtsrapportages en de analyses geven organisatiebreed heldere inzichten in tekortkomingen en verbeteringen. In 2019 worden alle verbeterregisters (op team-, locatie-, en districtsniveau) opgenomen in Triasweb. Deze geven een goed houvast voor de monitoring van de verbeterplannen.

In de verbeterregisters –vanaf 2019 ook in Triasweb- worden de verbetermaatregelen vastgelegd. Belangrijk daarbij is dat wij zien dat managers zorg en kwaliteitsverpleegkundigen zich gezamenlijk verantwoordelijk voelen voor het monitoren en uitvoeren van de verbetermaatregelen.

De invoering van Triasweb heeft tot veel verbeteringen geleid. De invoering is door een projectgroep ondersteund en het systeem is aangepast aan de werkwijze en wensen van Careyn.

Nadat alle uitvoerende medewerkers, kwaliteitsverpleegkundigen en managers in korte tijd waren opgeleid is de invoering voortvarend verlopen. Door het projectteam is ondersteuning geboden bij de analyses en daar waar nodig zijn extra opleidingen gegeven. Steeds is gemonitord op basis van de beschikbare gegevens (meldingen, afhandelingen en kwaliteit van de analyses) hoe de voortgang van de implementatie verliep. De oorzaak-analyse heeft in oktober nog een verdiepingsslag gekregen en de managers worden hierbij ondersteund met een aangepast rapportage format.

Met de goede locatie-analyses tot aan de analyses op het niveau van de Raad van Bestuur sluit de cirkel. De komende periode wordt nog extra aandacht gegeven aan de verdere vervolmaking van de verbeterregisters en het monitoren van de verbeteracties.

Beschouwing en conclusie Raad van Bestuur

Het sturen op kwaliteit en veiligheid en meer in het bijzonder het proces van leren en verbeteren rond de MIC en MIM meldingen (nu MOZ meldingen) is nu verankerd in de organisatie. Door de invoering van Triasweb is een instrument neergezet dat ons helpt in dat proces. Alle betrokken medewerkers, managers en directeuren zijn opgeleid, waarbij de opleidingen nadrukkelijk ook waren gericht op de kwaliteit van de analyse en de wijze waarop het proces van leren en verbeteren moet worden doorlopen. De afgelopen maanden hebben kwaliteitsadviseurs in alle districten meegeholpen met de implementatie van de nieuwe werkwijze.

In de hele organisatie zien wij dan ook een verbetering van de wijze waarop wordt gemeld, van de monitoring van de meldingen en van de kwaliteit van de analyses op cliëntniveau, op teamniveau, op locatieniveau en op districts niveau. Wij zien goede verbeteracties en opvolging daarvan. Vanzelfsprekend zien wij ook verschillen in ontwikkeling per locatie en zorgen wij voor ondersteuning daar waar er nog extra aandacht nodig is. Wij vinden het bijzonder positief om te zien hoe sterk het enthousiasme in de organisatie is gegroeid rond leren en verbeteren.

Inmiddels zijn de kwaliteitsonderwerpen een vast onderdeel geworden van de reviews tussen directeuren en Raad van Bestuur. Op Raad van Bestuur niveau is een geaggregeerde rapportage beschikbaar. De verbeterplannen liggen vast in verbeterregisters, waarvan de structuur de komende periode nog verder wordt uitgewerkt.

Om echter ook de concrete implementatie en verbetermaatregelen te kunnen volgen is de Raad van Bestuur aanwezig bij de managementvergaderingen in de districten. Hier, in het overleg tussen managers en directeuren, worden de kwaliteitsonderwerpen besproken. Tevens worden de analyses vanuit de MOZ meldingen besproken en de verbeterplannen gevolgd.

Naast leren en verbeteren vanuit de MOZ meldingen monitoren wij de kwaliteit van zorg door middel van interne audits en bezoeken van de Raad van Bestuur aan locaties en teams. Daarnaast zijn er reguliere overleggen met de vertegenwoordigers van de professionals en is er een constructieve relatie met de cliëntenvertegenwoordiging. In juni 2018 is de Professionele Advies Raad (PAR) opgericht, officieel adviesorgaan voor de Raad van Bestuur waarvan de leden werken als behandelaar, verpleegkundige of verzorgende voor Careyn.

Op alle locaties is hard gewerkt om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Naast onze reguliere monitoring van dit proces, heeft de Raad van Bestuur het laatste half jaar op systematische basis externe auditoren gevraagd de voortgang te toetsen. Op alle locaties hebben minimaal twee bezoeken plaatsgevonden, op de locaties die meer aandacht vroegen zijn vaak vier -en soms zelfs zes- bezoeken geweest. Bij een aantal van deze bezoeken was de Raad van Bestuur aanwezig en ook leden van de Raad van Toezicht hebben deelgenomen. In deze

bezoeken zien wij nadrukkelijk overal voortgang en constateren wij ook dat de noodzakelijke resultaten inmiddels behaald zijn.

3. Thema: Goed bestuur

De IGJ constateerde hier eerder de volgende tekortkomingen:

- Het gebrek aan voldoende randvoorwaarden belemmerde 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.*

De organisatie kent inmiddels weer een heldere structuur waarin de verantwoordelijkheden voldoende dicht bij de vloer zijn georganiseerd. Belangrijk daarbij is dat er bestuurlijke rust is en de Raad van Bestuur weer compleet is met twee vaste bestuurders.

In dit kader is ook van belang te constateren dat er vier directeuren zijn die vast verbonden zijn aan Careyn. Zij geven leiding aan de verbeterprocessen in de districten.

De districtsvorming is ingezet. In de afgelopen periode heeft de Raad van Bestuur de monitoring en sturing op de districten geïntensiveerd omdat het tempo waarin de veranderingen zich voltrokken nog niet voldoende was. Voor de langere termijn blijft het werken aan meer regelruimte voor teams/locaties, gefaciliteerd door de districten, een belangrijk voornemen. Hierbij is zorgvuldigheid en het juiste tempo echter van groot belang.

Het kader dat nu door de Raad van Bestuur is neergezet en reeds voor een belangrijk deel is uitgevoerd, geeft helder aan hoe het management is georganiseerd. Er is een manager zorg op 100 fte zorgmedewerkers die verdeeld zijn (worden) in 10 teams van 10 fte. Daarmee ontstaat een span of control die voor managers goed te overzien is en recht doet aan de aandacht die de zorgteams behoeven. Zij worden daarbij ondersteund door kwaliteitsverpleegkundigen (16 uur per team) die verantwoordelijkheid hebben voor leren en verbeteren, dossiervoering en alle items die raken aan het bieden van goede en verantwoorde zorg. Daarnaast is er per team een medewerker die (voor 14, 4 uur per team) de rol van roosteraar heeft (roosterconsulent) en zorgt voor de -kwalitatief en kwantitatief- juiste personele bezetting. Tevens is er ondersteuning beschikbaar voor ziekteverzuim en coaching op ontwikkelvraagstukken. Dat laatste zowel op individueel als op teamniveau.

Naast het goed neerzetten van de structuur van de organisatie is er veel veranderd en verbeterd in de cultuur van de organisatie. Managers en medewerkers ervaren meer

nabijheid vanuit de Raad van Bestuur. Er is een aantal management-meetings geweest en de Raad van Bestuur bezoekt structureel en veelvuldig teams en locaties. Daarnaast woont de Raad van Bestuur maandelijks de managementteam-vergaderingen van de districten bij en vinden er maandelijkse review-gesprekken met de districtsdirecteuren plaats.

Overal in de organisatie is het leerklimaat verbeterd en is meestal ook de onderlinge afstemming en samenwerking verbeterd. Belangrijke indicator daarvoor is de verlaging van het ziekteverzuim.

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

De relatie met de ondernemingsraad en de cliëntenraad is goed en constructief. Zij voelen zich betrokken bij de organisatie en de vraagstukken waar wij voor staan.

Om het geluid van de professionals hoorbaar te maken aan de bestuursafdeling is er een professionele adviesraad (PAR) opgericht, waarvan de leden allen werken als behandelaar, verpleegkundige of verzorgende voor Careyn. De PAR vergadert ongeveer acht keer per jaar met de Raad van Bestuur en adviseert de Raad van Bestuur vanuit het perspectief van de zorgprofessionals gevraagd en ongevraagd over alle mogelijke zaken die de zorg voor onze cliënten aangaat.

De contacten met de directe stakeholders - zorgkantoren, zorgverzekeraars, VWS, banken, gemeenten, ziekenhuizen en collega-organisaties - zijn ingebed in de organisatie, zijn constructief en vinden periodiek plaats.

De Raad van Toezicht is nauw betrokken en heeft frequent overleg met de Raad van Bestuur. Er is afgelopen jaar een nieuwe voorzitter aangetreden evenals een aantal nieuwe leden. De Raad van Toezicht is bezig met de verdere uitwerking van zijn toezichtvisie en stelt zich geregeld door middel van periodiek overleg met de COR, de CCR en de PAR ook zelf op de hoogte van de ontwikkelingen in de organisatie.

Beschouwing en conclusie Raad van Bestuur

Careyn heeft 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 blijft de Raad van Bestuur van Careyn zich volledig voor inzetten.

Alle inspanningen hebben reeds geresulteerd in een beter beeld van en voeling met de werkvloer. Door, naast het beoordelen van de informatie uit de gestructureerde overlegvormen en de gerapporteerde kwaliteitsgegevens, geregeld mee te lopen met interne audits en locaties en teams te bezoeken, pikt de Raad van Bestuur ook de zogenaamde 'soft signals' op, die zij meeneemt in het continue sturingsproces ter verbetering van de kwaliteit en veiligheid.

Tot slot verdient aandacht dat wij aan het einde van de zomer gestart zijn met een visie-traject, 'In verbinding vooruit'. In dit traject werken wij samen met ruim 50 betrokken en gedreven medewerkers die een dwarsdoorsnede vormen van alle geledingen van de organisatie, aan het ontwikkelen van een toekomstbestendige visie voor Careyn. We zien veel enthousiasme bij de medewerkers over het feit dat ze mee kunnen praten en op deze manier een bijdrage kunnen leveren aan het gezamenlijk vorm geven van de visie en de koers van onze organisatie.

Beschouwing Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht van Careyn heeft kennisgenomen van de in het resultaatverslag vastgelegde bevindingen van het verbeterproces dat de organisatie heeft doorlopen. Gedurende het verbeterproces is de Raad van Toezicht door de Raad van Bestuur steeds adequaat op de hoogte gehouden van de voortgang en heeft ook zelf geregeld informatie ingewonnen over de stappen die werden genomen en de voortgang die werd geboekt.

De Raad van Toezicht constateert dat deze rapportage laat zien dat, blijkens de uitgevoerde audits, nu op alle locaties aan de gestelde eisen van de IGJ wordt voldaan. Overigens zonder daarmee te willen vaststellen dat Careyn hiermee klaar is en de organisatie geen ontwikkeling meer zou moeten doormaken. In de opvatting van de Raad van Toezicht staat de organisatie aan het begin van een nieuwe fase waarvoor nu de basis is gelegd. In deze nieuwe fase staat het bieden van goede zorg, dichtbij de cliënt, op locatie voorop. Vanzelfsprekend zal de komende jaren daarnaast ook de zorgverlening in de wijk onze volle aandacht krijgen.

De Raad van Toezicht doet zijn constatering ook op grond van eigen observaties: leden van de Raad van Toezicht hebben geregeld deelgenomen aan de extern uitgevoerde audits en zijn aanwezig geweest bij vergaderingen van de CCR, COR, VVAR en PAR. Daarnaast zijn in zowel de plenaire vergaderingen van de Raad van Toezicht als in de vergaderingen van de auditcommissie Zorg en Kwaliteit de onderwerpen uit het verbetertraject steeds onderwerp van gesprek geweest.

De Raad van Toezicht stelt dan ook dat er meer rust en stabiliteit is in de organisatie. Belangrijk is ook dat er nu twee vaste bestuurders zijn die de organisatie een stevige nieuwe koers geven. Daarnaast ziet de Raad van Toezicht met tevredenheid dat er ook bij de districtsdirecteuren sprake is van een stabiel team: de vier directeuren hebben zich allemaal langdurig verbonden aan de organisatie.

In deze vaste samenstelling is veel meer aandacht gekomen voor de balans tussen bedrijfsvoering en de kwaliteit van zorg. In de visie van de Raad van Toezicht zijn deze twee onderdeel van een geheel, waarbij kwaliteit van zorg (het primaire proces) leidend moet zijn en mogelijk wordt gemaakt door een gezonde bedrijfsvoering. De kaders die de Raad van Bestuur dit jaar heeft vastgesteld zijn daarvan een goed voorbeeld. Deze kaders geven de organisatie een heldere koers en de noodzakelijke randvoorwaarden om verder te kunnen ontwikkelen. Daarbij is duidelijk dat de komende jaren veel verwacht wordt van het middenkader.

In de ontwikkeling die de organisatie heeft doorgemaakt, ziet de Raad van Toezicht ook belangrijke verbeteringen in de cultuur van de organisatie. Overal is het besef aanwezig dat goede zorg onze 'core business' is. Daarnaast ziet de Raad van Toezicht met genoegen dat het ziekteverzuim structureel daalt.

In zijn eigen contacten met de organisatie en de verbeterorganisatie ziet de Raad van Toezicht dat de sturing op de locaties sterk is verbeterd. Het management is dichterbij, stuurt het proces en is zichtbaar voor medewerkers. Uiteraard zijn er verschillen tussen locaties, maar in algemene zin zijn overal structurele verbeteringen zichtbaar.

Leren en verbeteren zijn voorwaarden om te komen tot goede en veilige zorg. De Raad van Toezicht ziet dat de cultuur van leren en verbeteren en het klimaat met betrekking tot veiligheid in de organisatie is versterkt en verbeterd, maar ook dat er op dat terrein nog mogelijkheden zijn om verder te ontwikkelen. Het ingezette proces is nog jong.

In de contacten met de medezeggenschap en de professionals ziet de Raad van Toezicht dat deze betrokken en aangehaakt zijn bij het verbeterproces. Daarnaast ziet de Raad van Toezicht ook dat in de organisatie het vertrouwen in de toekomst is gegroeid en dat dat gegroeide vertrouwen een goede basis is voor de verdere, noodzakelijke, ontwikkeling.

De Raad van Toezicht concludeert dan ook dat hij, samen met de Raad van Bestuur, de komende bezoeken van de inspectie met vertrouwen tegemoet ziet. De Raad van Toezicht heeft veel respect voor het vele werk dat is verzet door alle medewerkers en spreekt daarvoor zijn grote waardering uit.

Beschouwing Centrale Cliëntenraad (CCR)

De CCR is door de Raad van Bestuur regelmatig op de hoogte gehouden van de stappen gezet in het verbeterproces van de organisatie. De CCR was jongstleden april verheugd te horen, dat de kwaliteit van de dossiervoering door de Inspectie in orde werd bevonden en dat het eerste deel van de aan Careyn opgelegde aanwijzing kon worden beëindigd.

Hoewel het voor de CCR vanuit haar positie lastig is het totale proces goed te overzien, is haar conclusie dat de centrale, regionale en lokale sturing op kwaliteit en veiligheid is verbeterd. De CCR ziet ook dat het personeel meer aanwezig is en zich beter gehoord weet en constateert dat de stemming onder het personeel is verbeterd. De CCR spreekt in dit verband ook haar waardering uit voor de grote inzet van de medewerkers.

In de organisatie zijn belangrijke stappen gezet en de CCR ziet dat vrijwel overal in Careyn de medewerkers zich meer betrokken voelen bij de veranderprocessen. Daarnaast constateert de CCR dat ook de cliënten over het algemeen tevreden zijn over de zorg die de medewerkers leveren.

De CCR is tevreden over het feit dat nu een stabiele Raad van Toezicht, Raad van Bestuur en een vast team van directeuren is aangesteld. De CCR is nadrukkelijk betrokken geweest bij de werving. Dit biedt een solide basis voor de toekomst en geeft, samen met de grote en gewaardeerde inzet van de medewerkers, de CCR het vertrouwen dat Careyn de huidige positieve koers zal kunnen voortzetten.

Bijlage: Bevindingen per locatie**Rapportage toetsing aanwijzing per locatie**

Op verzoek van de Raad van Bestuur van Stichting Careyn voerde Drs. [REDACTED], onafhankelijk inspecteur kwaliteit en veiligheid, onderzoek uit naar de voortgang en de bereikte resultaten in de aanpak van de aspecten van de aanwijzing van 7 november 2017. In de periode juli tot en met oktober 2018 werden alle locaties door tenminste twee en zo nodig meerdere audits getoetst. Een aantal aandachtslocaties is tot zesmaal bezocht. In de eerste ronde werd met name de voortgang getoetst en werd vastgesteld of aanvullende maatregelen en/of extra auditbezoeken nodig waren. De laatste ronde vond jongstleden oktober plaats, zodat op basis van een actueel beeld beoordeeld kon worden in hoeverre aan alle aspecten van de aanwijzing werd voldaan.

De volgende thema's en aspecten werden daarbij getoetst:

1. Deskundigheid en inzet medewerkers
 - 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.
 - Careyn roostert de medewerkers zodanig in dat het zorgaanbod kwantitatief en kwalitatief past bij de zorgzwaarte en behoefte van de cliënten.
2. Sturen op kwaliteit en veiligheid
 - 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 Wkkgz en redelijkerwijs moet leiden tot goede zorg.
 - Careyn analyseert aantoonbaar alle geregistreerde MIC-meldingen.
 - Careyn maakt aantoonbaar welke passende verbetermaatregelen zij treft op basis van die analyse.
 - Careyn laat zien volgens welk systeem zij het resultaat van verbeteringen evalueert.

Tijdens de audits werd gesproken met het management, kwaliteitsverpleegkundigen, behandelaren en zorgmedewerkers. Cliëntdossiers en incidentmeldingen werden ingezien. De analyse van MIC/MOZ-meldingen op het niveau van de cliënt werd ingezien, alsmede de analyses op team- en locatieniveau. De opvolging van verbetermaatregelen werd gezien in Triasweb en in verbetermonitoren; tevens in notulen van MOZ-commissies en ontwikkelteams. Gegevens over teamsamenstelling, ziekteverzuim en vacatureruimte werden beschouwd in het licht van de wenselijke (bij de doelgroep passende) en gerealiseerde bezetting op de planningslijsten. Aan de managers werd gevraagd om actuele overzichten te tonen over de stand van zaken ten aanzien van het volgen van de afgesproken relevante bijscholing en bekwaamheid voor VRH.

Algemeen beeld over de locatiesTen aanzien van deskundigheid en inzet medewerkers

- Op alle locaties wordt goed gestuurd op een kwantitatief en kwalitatief goede basisbezetting die past bij de zorgzwaarte en behoeften van de cliënten. Tijdens de audits werd de wenselijke en gerealiseerde bezetting ingezien. Op diverse locaties lag een flinke opgave, gezien het hoge verzuim en krapte op de arbeidsmarkt. Een reeks aan maatregelen werd gezien om een goede bezetting te waarborgen, zoals onder meer de inzet van langdurige vervanging, teamondersteuning bij het roosteren, inzet van coördinatoren, uitbreiding van het aantal (kwaliteits)verpleegkundigen en soms ingrijpende maatregelen zoals opnamestop en/of het sluiten/samenvoegen van afdelingen.
- Op alle locaties hebben medewerkers een grote inhaalslag gemaakt in het volgen van de afgesproken opleidingen. Daarnaast is de bekwaamheid voor het uitvoeren van risicovolle handelingen goed hersteld door opleidingen en praktijktoetsingen. Het volgen van de afgesproken opleidingen is niet meer vrijblijvend. Op alle locaties werd gezien dat de manager op basis van informatie uit het leerportaal stuurde op het resultaat. Medewerkers die achterbleven werden actief benaderd en er werden afspraken gemaakt over het tijdig nakomen van de afspraken.
- Op alle locaties zijn kwaliteitsverpleegkundigen gepositioneerd om samen met de zorgmedewerkers en behandelaren te werken aan het bieden van passende en goede zorg. Dit kreeg onder meer vorm door het individueel coachen van medewerkers bij het opstellen, evalueren en bijstellen van zorgleefplannen en het rapporteren en opvolgen van bijzonderheden. Systematische en structurele controle van de dossiers werd doorlopend uitgevoerd om de volledigheid van de formulieren en de samenhang te waarborgen. Verdere verdieping van het (multidisciplinair) methodisch werken werd gezien. De kwaliteitsverpleegkundigen hebben een belangrijke rol bij het analyseren en opvolgen van de MOZ-meldingen. Het leereffect van inhoudelijke analyse en terugkoppeling van de melding naar medewerkers door de kwaliteitsverpleegkundigen is groot en wordt nu al goed zichtbaar ondanks dat de implementatie pas kort geleden, per 1 september 2018, heeft plaatsgevonden.

Ten aanzien van het sturen op kwaliteit en veiligheid

- Op alle locaties is een actief ontwikkelteam en een MOZ-commissie gezien. Het vastleggen van verbetermaatregelen in Triasweb en/of een verbetermonitor helpt om systematisch te werken aan het verbeteren van kwaliteit en te evalueren of de ingezette maatregelen voldoende zijn geweest. Hierbij is op alle locaties een actieve betrokkenheid van de behandelaren gezien. De verbinding van de locaties met de districtsdirecteur en de Raad van Bestuur is meer zichtbaar geworden. Bij enkele locaties werd in de eerste auditronde in juli 2018 geconstateerd dat de verbeteraanpak geïntensiveerd zou moeten worden. Door middel van het versterken van management en deskundigheid op de werkvloer en het 'doorhakken van knopen' werd een actieve en snelle aanpak gerealiseerd met zichtbaar resultaat.
- Op alle locaties is op 1 september jongstleden het Triasweb geïmplementeerd en worden MIC- en MIM-meldingen gedaan in het MOZ-systeem. Medewerkers volgden massaal in korte tijd de aangeboden training en melden onder begeleiding van de kwaliteitsverpleegkundige in Triasweb. In september werd al zichtbaar dat de vraagstelling in het meldingsformulier de melder uitdaagt om verder na te denken over

de basisoorzaken van een incident. Op alle locaties zijn kwaliteitsverpleegkundigen verantwoordelijk voor de afhandeling en analyse van de meldingen. De verdieping van de analyses op cliëntniveau werd meteen al goed zichtbaar; ook in het cliëntdossier is zichtbaar dat bijzonderheden multidisciplinair worden besproken en opgevolgd.

- Op alle locaties werd een actieve MOZ-commissie gezien. Zowel op teamniveau als op locatieniveau zijn trendanalyses opgesteld en tijdens de audits ingezien. Op sommige locaties werd gezien dat het aantal meldingen aanvankelijk terugliep doordat medewerkers aan het nieuwe systeem moesten wennen. Dit is inmiddels hersteld. Er zijn op sommige locaties (creatieve) maatregelen genomen zoals de MOZ-week en een dagevaluatie om met elkaar te bespreken of er situaties waren die gemeld zouden moeten worden. De betrokkenheid van de kwaliteitsverpleegkundigen heeft hier erg bij geholpen.
- Triasweb biedt goede ondersteuning in de workflow rond het opvolgen van meldingen, het uitzetten van verbeteracties en het opvolgen daarvan. Dit is op cliëntniveau in het dossier en op het niveau van de MOZ-commissie al goed zichtbaar. De diepgang van de analyses is in de basis al aanwezig maar moet verder ontwikkeld worden. Dat heeft tijd nodig door met elkaar de meldingen en trends te analyseren en de verbeteracties telkens weer op te volgen en de effecten in de praktijk te evalueren. De aanpak en resultaten zijn in de basis voldoende en veelbelovend.
- Evaluatie van de verbetermaatregelen werd in de audit van oktober al waargenomen. Tussen eind oktober en begin november wordt op veel locaties een tweede analyse gemaakt die wordt afgesloten met een bijeenkomst van de MOZ-commissie. De verwachting is dat de evaluatie van de verbetermaatregelen dan nog meer zichtbaar wordt.
- We hebben geconstateerd dat de aandacht voor het zorgdossier, voor wat betreft compleetheid, samenhang en rapportage, op alle locaties systematisch is voortgezet. Het Careynbrede 'dossierteam' is gehandhaafd en heeft een borgingsplan opgesteld. Dat gaf de kwaliteitsverpleegkundigen diverse tools om het dossier systematisch en structureel te controleren. Ook tijdens de audits werden dossiers ingezien om te toetsen of het kwaliteitsniveau na de toetsing van de aanwijzing in april 2018 op orde is gebleven. Dossiers zijn nog steeds compleet en de samenhang tussen de formulieren is in orde bevonden. Tijdens de audits werd zichtbaar dat het SOAP rapporteren op doelen en bijzonderheden zich de afgelopen periode verder heeft ontwikkeld, ook multidisciplinair.
- De grootste verbeterlagen moesten worden gemaakt in de locaties in het district Utrecht Stad. Met uitzondering van locatie Rosendaal en de KSW-locaties werd op basis van de audits in juni /juli bevestigd dat de locaties Swellengrebel, Nieuw Tamarinde, Warande en Tuindorp Oost een inhaalslag moesten maken. Op deze locaties is toen (nog meer) opgeschaald door de versterking van de aansturing en het aantrekken van inhoudelijk deskundigen zoals kwaliteitsverpleegkundigen en het inzetten van meer managementcapaciteit. Per 1 september 2018 heeft het district een nieuwe directeur met een (medisch) zorginhoudelijke achtergrond. In de aansturing van het district is veel ten positieve veranderd. De communicatie met de managers op locaties is opener geworden. In de audits is merkbaar dat de problemen in kaart zijn gebracht en slagvaardig worden aangepakt. Deze locaties zijn nu voldoende 'in control', de aspecten van de aanwijzing werden positief beoordeeld tijdens de audit.

Hierna zijn per locatie relevante bevindingen uit de audits themagewijs weergegeven; deze worden vervolgens beschouwd in het licht van de aanwijzing.

District DWO-NWN

De Ark, Wateringen

Bij de Ark wordt op dit moment verbouwd, dat geeft onrust op de locatie. In de loop van oktober is de manager wegens ziekte uitgevallen en wordt nu tijdelijk waargenomen door een collega van een andere locatie.

Bevindingen deskundigheid en inzet medewerkers

- Tijdens de audit begin oktober wordt op de KSW een stabiele formatie aangetroffen met een laag ziekteverzuim. Op de afdeling 'verblijf licht' is een aantal zieke medewerkers, maar de vrijgevallen diensten zijn met intern schuiven en inzet van extern vervanging opgevangen, waarbij het kwalitatieve niveau werd beoordeeld. De indruk is dat de manager hier bovenop zit.
- Medewerkers hebben de afgesproken bijscholingen grotendeels gevolgd; er wordt goed op gestuurd door de manager.
- De bekwaamheid betreft VRH is op orde.
- Klinische lessen zijn al gehouden en ingepland.
- De twee kwaliteitsverpleegkundigen bieden individuele coaching aan medewerkers bij dossiervoering en het melden van incidenten. Dat draagt goed bij aan de verdere ontwikkeling van methodisch werken en bevordert de deskundigheid van de medewerkers.
- Het roosteren gebeurt op de afdeling "verblijf licht" door de medewerker met een "planrol". De KSW roostert nog zelf en dit verloopt goed; indien nodig springt de medewerker met een "planrol" bij. De manager ziet er op toe dat de basisbezetting wordt gerealiseerd.
- Bij inzage van enkele overzichten op de afdelingen blijkt dat de dagelijkse basisbezetting wordt behaald.
- Men was voornemens de KSW met ingang van 1 oktober 2018 uit te breiden met 8 plaatsen. Het benodigde personeel is echter nog onvoldoende beschikbaar. Afgesproken is dat deze unit pas opengaat als de beschikbaarheid van voldoende deskundig personeel is gewaarborgd.

Bevindingen sturen op kwaliteit en veiligheid

- Op de locatie is een ontwikkelteam en een MOZ-commissie actief. Per 1 september is Triasweb geïmplementeerd en worden er MOZ-meldingen gedaan.
- Alle gedane meldingen zijn op het moment van de audit geanalyseerd en afgehandeld door de kwaliteitsverpleegkundigen.
- Bij de inzage van de MOZ-meldingen wordt gezien dat verbeteracties zijn geformuleerd en opgevolgd in Triasweb. Een trendanalyse over de maand september is beschikbaar en besproken in de MOZ-commissie. Een verbeteractie ten aanzien van het delen van medicatie wordt nu geëvalueerd.
- Tijdens de audit begin oktober werd opgemerkt dat de verbetermaatregelen nog niet altijd consequent werden opgevolgd in het cliëntdossier. Hierop is een verbeteractie gestart onder leiding van de kwaliteitsverpleegkundigen. Het resultaat van deze maatregelen is door de auditor op 4 november opnieuw beoordeeld en in de basis voldoende bevonden. De kwaliteitsverpleegkundigen houden dit als aandachtspunt.
- De verbeterprojecten naar aanleiding van de trendanalyse worden gemonitord.

Beschouwing

Deze locatie is erin geslaagd een goede structuur neer te zetten met management, kwaliteitsverpleegkundigen, coördinerend verzorgenden en betrokken behandelaren waardoor goede zorg voor de cliënten geborgd is. Er wordt voldoende ingespeeld op (onvoorziene) omstandigheden zoals ziekteverzuim; deze locatie is "in control".

De Vloot, Maassluis

Bevindingen deskundigheid en inzet medewerkers

- De formatie medewerkers is op orde; er is voor 2 fte vacatureruimte maar de openstaande diensten worden ingevuld door eigen medewerkers.
- Medewerkers hebben de afgesproken bijscholingen gevolgd.
- De bekwaamheid betreft VRH is grotendeels op orde; een enkele medewerker dient nog scholing te volgen, hierop wordt gestuurd door de manager.
- Klinische lessen zijn al gehouden en ingepland.
- Bij inzage van enkele planningsoverzichten op de afdelingen blijkt dat de dagelijkse basisbezetting goed wordt behaald.

Bevindingen sturen op kwaliteit en veiligheid

- Op de locatie is een ontwikkelteam en een MOZ-commissie actief. Per 1 september is Triasweb geïmplementeerd en worden er MOZ-meldingen gedaan.
- De kwaliteitsverpleegkundige handelt alle MOZ-meldingen binnen 1 week af.
- De effecten van ingezette verbeteracties ten aanzien van de medicatietoediening zijn meetbaar gemaakt in een afname van het aantal incidenten.
- Naar aanleiding van geanalyseerde MIM-meldingen betreft onbegrepen gedrag van een bewoner, zijn er aantoonbare acties uitgezet zoals extra omgangsoverleg en aandacht van de psycholoog voor het team.
- Dossiers zijn op orde; er wordt goed gerapporteerd op doelen en bijzonderheden.

Beschouwing

De locatie is goed op orde en is voldoende "in control" om te reageren op veranderingen.

Rozenhof, Naaldwijk

Bevindingen deskundigheid en inzet medewerkers

- De huidige formatie is voldoende om te voldoen aan de zorgzwaarte en behoeften van de cliënten. De gewenste bezetting wordt gerealiseerd.
- De afgesproken opleidingen zijn door de medewerkers gevolgd. De bekwaamheid voor VRH is op orde. Klinische lessen worden gehouden.
- Kwaliteitsverpleegkundigen zijn nauw betrokken bij het coachen van de individuele medewerkers bij rapportage en methodisch werken.

Bevindingen sturen op kwaliteit en veiligheid

- De kwaliteitsverpleegkundige begeleidt de medewerkers bij in het invullen van meldingen, geeft feedback en controleert de uitgezette acties.
- De MOZ-commissie komt maandelijks bij elkaar. Er wordt een overzicht van verbetermaatregelen ingezien. Een verbeteractie met betrekking tot het verwijderen van medicinale pleisters is uitgevoerd en geëvalueerd.
- Het structureel controleren van dossiers door de kwaliteitsverpleegkundige is voortgezet. De dossiers die zijn ingezien zijn compleet en de rapportage op doelen en bijzonderheden is volledig.

Beschouwing

De locatie is goed op orde en is voldoende "in control" om te reageren op veranderingen.

Woerdblok, NaaldwijkBevindingen deskundigheid en inzet medewerkers

- De huidige formatie is stabiel; op de afdeling “verblijf licht” is nog vacatureruimte maar de diensten worden opgevuld met langdurig vervanging. Daarnaast springen eigen medewerkers bij om de bezetting op orde te houden. Plezierig is dat de onderlinge samenwerking op deze locatie goed is en men elkaar ondersteunt. Het verzuim op de KSW ligt momenteel boven de norm en wordt opgevangen door langdurige en bekende vervangers.
- De gewenste bezetting wordt gerealiseerd.
- Medewerkers hebben de afgesproken opleidingen gevolgd. De bekwaamheid voor VRH is op orde. Een enkele medewerker moet de MOZ-opleiding nog volgen, maar hier wordt aantoonbaar goed op gestuurd.
- Klinische lessen worden gehouden.

Bevindingen sturen op kwaliteit en veiligheid

- De locatie heeft een actief ontwikkelteam; er wordt systematisch gewerkt aan kwaliteit.
- De MOZ-meldingen worden geanalyseerd door de kwaliteitsverpleegkundige.
- Een MOZ-commissie is actief;
- Analyses, verbeteracties en evaluaties worden gerealiseerd.
- Dossiers zien er compleet uit; er wordt goed volgens de SOAP-methodiek gerapporteerd.

Beschouwing

De locatie is goed op orde en is voldoende “in control” om te reageren op veranderingen.

Maria-Oord, VinkeveenBevindingen deskundigheid en inzet medewerkers

- De beschikbare formatie en het ziekteverzuim waren in het eerste kwartaal stabiel, maar dat is in de loop van het jaar veranderd door uitstroom en niet-werkgerelateerd verzuim. Er wordt goed gestuurd op het realiseren van de gewenste dagbezetting voor de teams. De inzet van langdurig vervanging geeft voldoende continuïteit. De zomerperiode werd evenwel als druk ervaren.
- De bekwaamheid voor VRH is goed op orde. De afgesproken opleidingen zijn grotendeels gevolgd. De e-learnings voor methodisch werken en MOZ waren begin oktober nog niet door alle medewerkers gevolgd. De verwachting is dat dit op korte termijn op orde komt, hier wordt voldoende op gestuurd door de manager en kwaliteitsverpleegkundigen.
- Klinische lessen worden uitgevoerd conform planning.

Bevindingen sturen op kwaliteit en veiligheid

- De locatie heeft een actief ontwikkelteam; er wordt gewerkt met een verbeterregister om verbeterprojecten systematisch op te volgen.
- Alle MOZ-meldingen worden door de kwaliteitsverpleegkundigen geanalyseerd; verbetermaatregelen worden opgevolgd. Waargenomen is dat het aantal meldingen licht is teruggelopen en de kwaliteit van de analyse door de melder verder moet worden verbeterd. Daar wordt intensief op begeleid door de kwaliteitsverpleegkundigen.
- De locatie had al een actieve MIC-commissie die nu als MOZ-commissie goed functioneert.
- De trendanalyse is op team- en locatieniveau gemaakt en verbeteracties zijn ingezet; opvolging en evaluatie zijn gezien.
- De controle van dossiers is systematisch doorgezet. Kwaliteitsverpleegkundigen coachen bij het rapporteren. De dossiers die zijn ingezien zijn compleet en op orde.

Beschouwing

De locatie heeft een lastige zomerperiode achter de rug door verzuim en ontstane vacatureruimte. De wenselijke kwantitatieve en kwalitatieve dagbezetting wordt voldoende gerealiseerd mede door de inzet van langdurig vervanging; de manager en kwaliteitsverpleegkundigen sturen hier goed op. De kwaliteitsverpleegkundigen zijn nauw betrokken bij de teams, dat is merkbaar bij de rondleiding. Individuele coaching bij het rapporteren en de MOZ helpt bij het methodisch werken. De e-learnings voor MOZ en methodisch werken zijn nog niet door alle medewerkers afgerond, maar dit wordt gecompenseerd door de coaching-on the-job door de verpleegkundigen. De locatie is goed op orde en is voldoende "in control" om te reageren op veranderingen.

Snavelenburg, MaarssenBevindingen deskundigheid en inzet medewerkers

- De formatie is momenteel op een goed niveau, maar er blijft aandacht nodig. Het beeld is vertekend door de verbouwing en een lagere productie in de eerste helft van 2018. Er wordt actief geworven, ook voor medewerkers die het team kunnen ondersteunen, bijvoorbeeld de kookdames/heren.
- De gewenste dagbezetting wordt gerealiseerd, daar wordt goed op gestuurd door de manager en de kwaliteitsverpleegkundigen. Het roosteren wordt steeds meer buiten de teams gerealiseerd.
- De afgesproken opleidingen alsmede de bekwaamheid voor VRH is op orde. Er wordt een positief leerklimaat gezien.
- Klinische lessen worden gegeven en zijn ingepland. Naar aanleiding van een MOZ-melding is een klinische les blaasretentie gegeven.

Bevindingen sturen op kwaliteit en veiligheid

- De locatie heeft een actief ontwikkelteam; er wordt systematisch gewerkt aan kwaliteit.
- Deze locatie deed mee aan de pilot van Triasweb en heeft daarom al veel ervaring opgedaan met de MOZ-meldingen.
- Alle meldingen worden door de kwaliteitsverpleegkundigen geanalyseerd en opgevolgd. Met de medewerkers wordt gekeken hoe de analyse bij het invullen en de opvolging in het dossier voldoende geborgd kan worden. Bij inzage van MOZ-meldingen en het cliëntdossier was voldoende opvolging zichtbaar.
- De MOZ-commissie heeft de teamrapportages besproken. Er is nog veel aandacht voor het verbeteren van het proces. Verbeteracties en evaluatie worden gezien en vragen nog aandacht.

Beschouwing

De locatie is goed op orde en is voldoende "in control" om te reageren op veranderingen.

Weddesteyn, Woerden en Waterschapshuis, KamerikBevindingen deskundigheid en inzet medewerkers

- Deze locaties hebben op dit moment gezamenlijk 15,2 fte vacatureruimte. De arbeidsmarkt is hier, vooral in de locatie Kamerik extra lastig. Het openbaar vervoer is niet toereikend. In het verleden werd hier rekening gehouden met een beperking van de opnames. Daar waar mogelijk wordt dat nu ook gedaan. Ook wordt nu een extra kwaliteitsverpleegkundige ingezet. Er wordt gebruik gemaakt van langdurige vervanging en aangevuld met uitzendkrachten. In de praktijk lukt het meestal om het roosters goed te vullen. Dit was tijdens de audit ook zichtbaar in de roosters.
- Tijdens de audits is intensief gekeken naar de afdelingen somatiek waar tijdens een vorige audit bleek dat bijzonderheden niet altijd navolgbaar waren in de rapportage. Er leek ook een verband te bestaan met de ervaren werkdruk. Inmiddels is per 1 september jl. een nieuwe manager aangesteld die noodzakelijke veranderingen in gang heeft gezet. De medewerkers praten tijdens de audit in oktober positief over de nieuwe manager en de ingezette veranderingen; zij voelen zich weer gehoord. Tevens zijn er maatregelen genomen om de zorg meer te ondersteunen, bijvoorbeeld door het aannemen van een "helpende hand" die voor de hele locatie zorgt dat leveringen van voorraden worden opgeruimd; dit was voorheen een taak van de zorgmedewerkers wat juist in de piekmomenten veel tijd kostte.
- De medewerkers hebben de afgesproken opleidingen (inclusief VRH) grotendeels gevolgd. Daar is door het management hard op gestuurd de afgelopen maanden; tijdens de audit in juli bleek dat de sturing tot dat moment niet effectief genoeg was geweest en dit is slagvaardig opgepakt.

Bevindingen sturen op kwaliteit en veiligheid

- Deze locaties hebben een actief ontwikkelteam en een MOZ-commissie.
- Na de implementatie van Triasweb bleek het aantal MOZ-meldingen te zijn afgenomen. De manager heeft steekproefsgewijs dossieronderzoek uitgevoerd maar geen aanwijzingen kunnen vinden dat er onvoldoende is gemeld.
- De MOZ-meldingen worden op cliëntniveau geanalyseerd. In de loop van september is geconstateerd dat het analyseren van de basisoorzaken beter moet; kwaliteitsverpleegkundigen hebben daar aanvullende instructie voor gekregen. Tijdens de audit is dit zichtbaar verbeterd.
- Tijdens de audit zijn enkele meldingen ingezien. De analyse en opvolging zijn aantoonbaar geregeld. De opvolging is navolgbaar in het dossier.
- De kwaliteitsverpleegkundigen hebben de structurele controle van de dossiers voortgezet. Bij controle van de dossiers blijkt dat deze nog steeds compleet zijn en de rapportage op bijzonderheden is verbeterd.

Beschouwing

De locaties Weddesteyn en Waterschapshuis worden aangestuurd door 1 manager die sinds 1 september jongstleden werkzaam is. Het team van drie kwaliteitsverpleegkundigen is tevens op beide locaties werkzaam. Er wordt aantoonbaar gestuurd op het in standhouden van een kwantitatief en kwalitatief verantwoorde bezetting voor beide locaties. De nieuwe manager heeft het sturen op het volgen van de afgesproken opleidingen weer opgepakt, waardoor de achterstand grotendeels is ingelopen. Doordat de kwaliteitsverpleegkundigen

veel coaching bieden bij de rapportage en de MOZ-meldingen, wordt de deskundigheid van medewerkers in voldoende mate ontwikkeld.

De locatie is goed op orde en is voldoende "in control" om te reageren op veranderingen.

District Utrecht-Stad

KSW De Prinses, KSW Geuzenveste, KSW Nieuw Chartreuse, KSW Parkwijk, UtrechtBevindingen deskundigheid en inzet medewerkers

- De vier KSW-locaties in Utrecht-Stad worden door één manager aangestuurd. Tevens zijn er twee kwaliteitsverpleegkundigen werkzaam voor de vier locaties.
- De vaste formatie is grotendeels op orde. Alleen in Nieuw Chartreuse is de gewenste formatie niet gerealiseerd. Om daar de dagbezetting op het gewenste niveau te houden wordt langdurig vervanging ingezet.
- De gewenste dagbezetting wordt goed gerealiseerd; vanwege de opzet van de KSW-units kan dat ook niet anders.
- De afgesproken opleidingen (inclusief VRH) zijn grotendeels door alle medewerkers gevolgd. De manager en kwaliteitsverpleegkundigen hebben daar hard op gestuurd.
- Klinische lessen worden structureel gegeven.
- De kwaliteitsverpleegkundigen bieden de medewerkers veel individuele coaching bij het rapporteren en de MOZ-meldingen. Dat is effectief gebleken; bij inzage blijken de dossiers volledig te zijn.

Bevindingen sturen op kwaliteit en veiligheid

- KSW-breed is er een ontwikkel/(support)team actief; ook op de separate locaties praten teams over kwaliteit en het systematisch doorvoeren van verbetertrajecten.
- Alle meldingen zijn geanalyseerd en opgevolgd door de kwaliteitsverpleegkundigen.
- De verbeteracties zijn in Triasweb ingevoerd en worden opgevolgd.
- Naar aanleiding van de eerste MOZ-meldingen viel op dat ondanks de scholing het invullen van de melding nog onvoldoende was. In oktober is een themawEEK georganiseerd om de kwaliteit van de melding verder te verbeteren.
- De controle van de dossiers door kwaliteitsverpleegkundigen is voortgezet.

Beschouwing

De KSW-locaties zijn goed op orde en voldoende "in control" om te reageren op veranderingen.

Rosendaal, UtrechtBevindingen deskundigheid en inzet medewerkers

- In deze locatie werd een tekort voor wat betreft medewerkers met deskundigheidsniveau 3 en hoger geconstateerd. Daarop is besloten om 1 afdeling fasegewijs te sluiten, waardoor 6,5 fte beschikbaar is gekomen voor de andere afdelingen binnen de locatie.
- De wenselijke dagbezetting wordt voldoende gerealiseerd. Hierop wordt goed gestuurd door manager en kwaliteitsverpleegkundigen. Het “plan B” bij onvoorziene ziekmelding is in een procedure vastgelegd.
- Medewerkers hebben de afgesproken opleidingen gevolgd (inclusief VRH).
- Klinische lessen worden structureel ingepland en uitgevoerd.
- Kwaliteitsverpleegkundigen zijn voortvarend doorgegaan met het structureel controleren van dossiers. De dossiers die worden ingezien tijdens de audit zijn compleet en er wordt zichtbaar goed gerapporteerd. De kwaliteitsverpleegkundigen bieden individuele coaching bij het methodisch werken en rapporteren. Dat geldt tevens voor het invullen van de MOZ-meldingen.

Bevindingen sturen op kwaliteit en veiligheid

- De locatie heeft een actief ontwikkelteam. Er is een verbetermonitor en tijdens de audit wordt informatie aangereikt over verbeterprojecten, waaronder de evaluatie van de zorgleefplanbespreking.
- Iedere MOZ-melding wordt actief geanalyseerd en opgevolgd door de kwaliteitsverpleegkundigen. Verbetermaatregelen zijn zichtbaar en worden geëvalueerd. In het cliëntdossier wordt de opvolging van maatregelen gezien.

Beschouwing

De locatie is goed op orde en is voldoende “in control” om te reageren op veranderingen.

Swellengrebel, UtrechtBevindingen deskundigheid en inzet medewerkers

- Tijdens de audit in juli 2018 werd de formatie met name op de tweede verdieping niet als stabiel beoordeeld. Er was veel vacatureruimte en medewerkers vertelden over werkdruk. Het was toen al wel bekend dat de formatie per september weer op sterkte zou komen en in de audit van oktober blijkt dit ook zo te zijn.
- Voor de cultuurverandering op de afdelingen is veel aandacht geweest. Daarin zijn verbeteringen geconstateerd, het proces is echter nog niet volledig afgerond. Op elke afdeling is een coördinerend verpleegkundige beschikbaar die het team ondersteunt bij het samenwerken en methodisch werken. Daarnaast zijn er twee kwaliteitsverpleegkundigen die iedere twee afdelingen ondersteunen.
- Tijdens de audit worden alle afdelingen gecontroleerd op de wenselijke en gerealiseerde dagbezetting. Op alle afdeling ziet de bezetting er goed uit. Op zowel de tweede als de derde verdieping wordt ondanks de goede bezetting (gepland voor die week) nog licht gemopperd. Toch is er rust in het rooster gekomen; het roosterproces wordt ondersteund door twee planners.
- De afgesproken opleidingen zijn grotendeels gevolgd (inclusief VRH).

Bevindingen sturen op kwaliteit en veiligheid

- De locatie heeft een actief ontwikkelteam dat om de week vergadert. Er wordt systematisch gewerkt aan kwaliteitsverbeteringen.
- Iedere melding is geanalyseerd en opgevolgd door de kwaliteitsverpleegkundige. De opvolging is herleidbaar in de cliëntdossiers.
- Er zijn verbeteracties vastgesteld die worden opgevolgd en vastgelegd in het verbeterregister.
- De trendanalyses op team- en locatieniveau zijn uitgewerkt. Deze worden in de MOZ-commissie besproken.
- De kwaliteitsverpleegkundigen voeren structureel dossiercontrole uit. Bij inzage blijken de dossiers nog compleet te zijn en wordt er gerapporteerd op doelen en bijzonderheden.

Beschouwing

De locatie is goed op orde en is voldoende "in control" om te reageren op veranderingen. Nog niet iedere medewerker heeft kunnen bijdragen aan de cultuuromslag, maar er zijn voldoende maatregelen getroffen en tijdens de audits is voldoende voortgang gezien om te concluderen dat de rijdende trein niet meer te stoppen is.

Nieuw Tamarinde, UtrechtBevindingen deskundigheid en inzet medewerkers

- De locatie heeft te maken met een relatief hoog ziekteverzuim, waarvoor langdurig vervanging wordt ingezet. In de dagoverzichten wordt gezien dat de gewenste bezetting wordt gerealiseerd.
- Nieuw Tamarinde en Warande worden aangestuurd door één manager. In september is een tweede manager aangesteld om alle taken te kunnen uitvoeren. Die maatregel heeft tot effect gehad dat op korte termijn verbeteringen zijn gerealiseerd en de aansturing van de teams is verbeterd.
- De GRZ is verbijzonderd en heeft nu een eigen manager.
- De kwaliteitsverpleegkundige van de PG en KSW wordt ondersteund door een tweede collega, waardoor er meer continuïteit is gekomen in controle van de dossiers en analyse/opvolging van de MOZ.
- In de audit van juni 2018 werd opgemerkt dat door de manager nog onvoldoende werd gestuurd op het volgen van de afgesproken opleidingen. In de navolgende periode zijn individuele gesprekken gevoerd met de medewerkers die nog onvoldoende voortgang hadden geboekt. In de audit van oktober wordt een overzicht gezien waaruit blijkt dat bijna alle medewerkers aan de afgesproken opleidingen hebben voldaan.
- Klinische lessen worden structureel gehouden en ingepland.

Bevindingen sturen op kwaliteit en veiligheid

- De locatie heeft een actief ontwikkelteam; in de audit van juni 2018 werd een nog weinig concreet verbeterplan aangetroffen, maar dat is daarna geconcretiseerd tot een meer herleidbare aanpak.
- Alle MOZ-meldingen zijn geanalyseerd en opgevolgd door de kwaliteitsverpleegkundigen. Verbeteracties worden opgevolgd in Triasweb.
- De trends zijn geanalyseerd in een team- en locatieanalyses. Deze zijn besproken in de MOZ-commissie.
- De kwaliteitsverpleegkundigen voeren systematisch dossiercontroles uit en geven coaching aan de medewerkers; in vergelijking met de eerste audit wordt aanzienlijk beter gerapporteerd op bijzonderheden en wordt de SOAP-methodiek gebruikt.

Beschouwing

De audit in augustus liet nog onvoldoende resultaten in het verbetertraject zien. Dat heeft ertoe geleid dat aanvullende maatregelen zijn genomen zoals versterking van het management en de inzet van extra kwaliteitsverpleegkundigen. De resultaten van de audit in oktober waren verrassend; er werd op alle thema's een positieve ontwikkeling en resultaat gezien. De versterking van het management en inhoudelijke coaching door kwaliteitsverpleegkundigen heeft effect gehad. Tevens was bij bezoek op de PG-afdeling merkbaar dat de formatie was aangevuld met deskundige medewerkers die voor langere tijd aan de afdeling zijn verbonden. De medewerkers lieten tijdens de audit met trots de resultaten in hun leerportaal zien. De komende tijd moet verder geïnvesteerd worden in de individuele ontwikkeling van de medewerkers, maar met de huidige maatregelen en betrokkenheid van deskundige verpleegkundigen is er vertrouwen dat cliënten passende zorg krijgen.

Warande, UtrechtBevindingen deskundigheid en inzet medewerkers

- Tijdens de audit in juli 2018 werd op Warande 2 een groot tekort aan formatie aangetroffen. Deels werd dit veroorzaakt door ziekteverzuim maar vooral door vertrekkende medewerkers. Medewerkers vertelden dat de wenselijke basisbezetting op sommige dagen niet gerealiseerd kon worden. Deze situatie was bekend bij het management en er werd geprobeerd deze situatie onder controle te krijgen. In de gesprekken met medewerkers kwam aan de orde dat er onvoldoende tijd was om het werk zorgvuldig te doen.
- De audit van oktober liet herstel zien; om de open formatieplaatsen in te vullen was langdurig vervanging geregeld; om een structurele oplossing te realiseren is werving geïnventiseerd. Het inwerkplan is aangescherpt om alle nieuwe medewerkers zo goed mogelijk op de hoogte te brengen van vigerende protocollen en werkinstructies. Dagroosters werden ingezien waaruit bleek dat de gewenste dagbezetting weer daadwerkelijk wordt gerealiseerd.
- De manager toonde overzichten betreffende het volgen van relevante afgesproken opleidingen. Daaruit bleek dat bijna alle medewerkers op Warande de opleidingen hadden gevolgd.
- Er is een planning gemaakt voor klinische lessen; deze wordt uitgevoerd.

Bevindingen sturen op kwaliteit en veiligheid

- Nieuw Tamarinde en Warande worden aangestuurd door één manager. In september is een tweede manager aangesteld om alle taken te kunnen uitvoeren. Die maatregel heeft tot effect gehad dat op korte termijn verbeteringen zijn gerealiseerd en de aansturing van de teams is verbeterd.
- De locatie heeft 1 kwaliteitsverpleegkundige, die alle MOZ-meldingen heeft geanalyseerd en opgevolgd. Verbeteracties en de opvolging in het cliëntdossier zijn zichtbaar.
- Er is zowel een team- als locatie trendanalyse opgesteld. Deze is in de MOZ-commissie besproken.
- De kwaliteitsverpleegkundige controleert structureel en systematisch alle dossiers. Bij inzage van enkele dossiers zien deze er compleet uit; er wordt gerapporteerd met behulp van de SOAP-methodiek.

Beschouwing

Deze locatie moest een grote inhaalslag maken om de continuïteit van goede zorg te kunnen waarborgen. Een reeks van maatregelen is genomen en heeft geleid tot een meer stabiele bezetting waarbij naast de cliëntenzorg ook gewerkt kan worden aan kwalitatieve verbeteringen en teamontwikkeling. De deskundigheid van medewerkers wordt naast het volgen van opleidingen bevorderd door de individuele coaching door de kwaliteitsverpleegkundige. De ingezette maatregelen zijn in de basis voldoende om passende zorg aan de cliënten te kunnen bieden, maar de komende tijd zal er aandacht moeten blijven voor de verdere ontwikkeling van deze locatie.

Tuindorp-Oost, UtrechtAlgemeen

Deze locatie is intensief gevolgd en getoetst in meerdere audits in de periode juni tot en met oktober, gezien de problemen die speelden ten aanzien van het bieden van passende zorg aan dementerende cliënten. De zorgen en aandachtspunten werden direct gerapporteerd aan het management van de locatie, de districtsdirecteur en de raad van bestuur. Telkens werd slagvaardig gereageerd en werd actie genomen. De laatste audit in oktober brengt de verbeterlagen in beeld die de afgelopen tijd zijn gemaakt. Tussen half november en begin december 2018 wordt de interne verhuizing gerealiseerd, zodat cliënten niet meer verspreid zijn door het 12 verdiepingen hoge en onoverzichtelijke gebouw. Voor medewerkers is de negatieve persaandacht belastend.

Bevindingen deskundigheid en inzet medewerkers

- De huidige formatie is kwantitatief voldoende om het huidige aantal bewoners (36) passende zorg te kunnen bieden. Tijdens de audit van juni 2018 werd gezien dat wegens ziekte de "tuinkamer", die juist bedoeld is voor de opvang van dementerende cliënten, niet kon worden geopend. Uit latere audits blijkt dat het rooster nu zodanig is georganiseerd dat deze opvang altijd gewaarborgd kan worden.
- Tijdens de audit van juni 2018 bleek dat door diverse factoren de zorg voor cliënten met een ZZP hoge dan 4 onvoldoende gewaarborgd kon worden. Dat had enerzijds te maken met de bouwkundige staat van het gebouw en anderzijds met de deskundigheid van de medewerkers. Hierop is een reeks van maatregelen genomen, waaronder:
 - Een concentratieplan om cliënten die nu nog verspreid door het gebouw wonen te verhuizen naar de laagbouw, waardoor meer overzicht ontstaat in het risicovolle gebouw.
 - Beoordelen welke cliënten zorg nodig hebben op een PG-afdeling en deze overplaatsen. Voor 8 cliënten is deze beoordeling en daaropvolgende afweging gemaakt.
 - Het team van zorgmedewerkers ondersteunen door de inzet van drie kwaliteitsverpleegkundigen.
- Tijdens de audit wordt gezien dat medewerkers de afgesproken opleidingen hebben gevolgd. Toch wordt in de praktijk gemerkt dat vooral de medewerkers uit het oude verzorgingshuis onvoldoende kennis en vaardigheden hebben om meer complexe zorg uit te voeren. De inzet van kwaliteitsverpleegkundigen heeft dit ondervangen. Er vindt veel coaching on the job plaats en verpleegkundigen controleren structureel of er gewerkt wordt volgens protocollen en werkafspraken. Er is ook actie ondernomen om protocollen meer toegankelijk te maken door bijvoorbeeld een zakkaartje te maken met een korte samenvatting van handelingen. Risicovolle handelingen worden door de kwaliteitsverpleegkundigen uitgevoerd en voor de ANW-diensten is afgesproken dat deze worden uitgevoerd door de verpleegkundige dienst.

Bevindingen sturen op kwaliteit en veiligheid

- Tijdens de audit wordt een projectmatige aanpak gezien van de benodigde verbeteringen. De coach van Waardigheid en Trots is hier intensief bij betrokken. Een gedetailleerd en actueel plan van aanpak/verbetermonitor is beschikbaar. Er lopen diverse projecten om de kwaliteit van zorg te verbeteren, de medewerkers zijn daar

actief bij betrokken. Op kantoor wordt een "verbeterwand" gezien maar ook risicovolle situatie die in huis worden gezien, zijn gefotografeerd en gedeeld. Ook werd gezien dat het medicatieproces onvoldoende op orde was en om aanpassing vroeg, gegeven de bijzondere looproute in het huis. Daar is een apart project van gemaakt dat wordt getrokken door een kwaliteitsverpleegkundige.

- Bij 8 bewoners is een risicoanalyse uitgevoerd of op deze locatie nog wel passende zorg kan worden aangeboden. Bij 6 bewoners heeft dat geleid tot de conclusie dat overplaatsing naar een PG-afdeling noodzakelijk is. Dat traject is nu in gang gezet.
- De MOZ-meldingen zijn geanalyseerd en opgevolgd door de kwaliteitsverpleegkundigen. Verbeterprojecten zijn vastgesteld en opgenomen in de verbetermonitor. De opvolging is aantoonbaar.
- De kwaliteitsverpleegkundigen controleren structureel en systematisch alle dossiers. Bij inzage zien deze er compleet uit; er wordt gerapporteerd met de SOAP-methodiek. De kwaliteitsverpleegkundigen zijn nauw betrokken bij het zorgproces en geven coaching bij rapporteren en methodisch werken.

Beschouwing

Er zijn veel maatregelen getroffen om de kwaliteit van zorg gegeven de omstandigheden te borgen. De uitwerking laat zien dat er controle is over het gehele proces. De betrokkenheid van de kwaliteitsverpleegkundigen is cruciaal en biedt voldoende ondersteuning om passende zorg te verlenen.

District ZHE BRA

Bernissesteyn, Zuidland

Bevindingen deskundigheid en inzet medewerkers

- De formatie is stabiel, het tekort van totaal 2,5 fte wordt aangevuld door medewerkers met een 0-uren contract en medewerkers die voor langere tijd zijn gedetacheerd via externe bureaus. Er is een extra kwaliteitsverpleegkundige aangetrokken.
- De gewenste dagbezetting wordt daadwerkelijk gerealiseerd.
- De afgesproken opleidingen zijn door de medewerkers grotendeels gevolgd. De bekwaamheid voor VRH staat op het moment van de audit 100% op orde (22 oktober 2018).
- Klinische lessen worden structureel gegeven.

Bevindingen sturen op kwaliteit en veiligheid

- Er wordt goed gemeld in Triasweb; alle MOZ-meldingen worden conform afspraak opgevolgd door de kwaliteitsverpleegkundige.
- De kwaliteitsverpleegkundige geeft coaching aan de medewerkers bij het invullen van de meldingen en de opvolging van acties in het cliëntdossier; dat laatste was een aandachtspunt waarop extra aandacht is ingezet.
- De MOZ-commissie is actief. Er worden concrete verbetermaatregelen gezien die in zowel de MOZ-commissie als het ontwikkelteam worden opgevolgd en geëvalueerd.
- De zorgdossiers worden door de kwaliteitsverpleegkundige structureel gecontroleerd. Bij inzage blijkt dat de dossiers compleet zijn. Het opvolgen van de bijzonderheden in de rapportage en het rapporteren volgens de SOAP-methode zijn de aandachtspunten waar medewerkers op worden gecoacht.

Beschouwing

De locatie is goed op orde en is voldoende "in control" om te reageren op veranderingen.

Hart van Zuidland, Zuidland

Bevindingen deskundigheid en inzet medewerkers

- De formatie is op orde op deze locatie.
- De gewenste dagbezetting, passend bij de zorgzwaarte en behoeften van cliënten, wordt gerealiseerd.
- Medewerkers hebben de afgesproken opleidingen (tevens de VRH) grotendeels gevolgd.
- Klinische lessen worden structureel gegeven.

Bevindingen sturen op kwaliteit en veiligheid

- Alle MOZ-meldingen worden geanalyseerd en opgevolgd door de kwaliteitsverpleegkundige. De opvolging is tevens herleidbaar in het cliëntdossier.
- De trendanalyse is besproken in de MOZ-commissie; verbeteracties zijn inzichtelijk.
- Tijdens de audit wordt een voorbeeld van een verbeteractie ingezien: naar aanleiding van een storing in een sensor is een klinische les gegeven over het gebruik van domotica.
- De controle op de cliëntdossiers door de kwaliteitsverpleegkundige is voortgezet. Er wordt veel middels de SOAP-methodiek gerapporteerd; één van de medewerkers biedt extra ondersteuning bij het rapporteren en het werken met de methodiek.

Beschouwing

De locatie is goed op orde en is voldoende "in control" om te reageren op veranderingen.

Blankenburg, Rozenburg

Bevindingen deskundigheid en inzet medewerkers

- De formatie is op orde op deze locatie. Er worden nauwelijks externe medewerkers ingezet.
- De gewenste dagbezetting wordt in de praktijk gerealiseerd.
- De afgesproken opleidingen (waaronder de VRH) zijn grotendeels behaald.
- Klinische lessen worden structureel gegeven.

Bevindingen sturen op kwaliteit en veiligheid

- Alle in Triasweb gemelde MOZ-meldingen zijn tot op heden afgehandeld door de kwaliteitsverpleegkundige.
- De analyse van de meldingen en de opvolging zijn herleidbaar en zijn terug te vinden in het zorgdossier. De kwaliteitsverpleegkundige is hier nauw bij betrokken.
- Iedere maand wordt een trendanalyse gemaakt van de MOZ-meldingen. Deze wordt besproken in de MOZ-commissie. Verbeterprojecten en evaluatie van de maatregelen zijn zichtbaar.
- De zorgdossiers worden structureel gecontroleerd door de kwaliteitsverpleegkundige; er wordt extra gecoacht op het gebruik van de SOAP-methodiek.

Beschouwing

De locatie is goed op orde en is voldoende "in control" om te reageren op veranderingen.

Hart van Rozenburg, Rozenburg

Bevindingen deskundigheid en inzet medewerkers

- De formatie is op orde op deze locatie.
- De gewenste dagbezetting, passend bij de zorgzwaarte en behoeften van cliënten, wordt gerealiseerd.
- Medewerkers hebben de afgesproken opleidingen (tevens de VRH) grotendeels gevolgd.
- Klinische lessen worden structureel gegeven.

Bevindingen sturen op kwaliteit en veiligheid

- Alle MOZ-meldingen worden geanalyseerd en opgevolgd door de kwaliteitsverpleegkundige. De opvolging is tevens herleidbaar in het cliëntdossier.
- De zorgmedewerkers zijn goed op de hoogte van leren en verbeteren.
- De trendanalyse is besproken in de MOZ-commissie; verbeteracties zijn uitgezet en worden de volgende bijeenkomst geëvalueerd.
- De controle op de cliëntdossiers door de kwaliteitsverpleegkundige is voortgezet. Medewerkers worden individueel gecoacht onder meer op het rapporteren met behulp van de SOAP-methodiek.

Beschouwing

De locatie is goed op orde en is voldoende "in control" om te reageren op veranderingen.

De Plantage, BrielleBevindingen deskundigheid en inzet medewerkers

- Er zijn twee SPH medewerkers en een Welzijnsmedewerker aangenomen voor een NAH afdeling om de kwaliteit van zorg te versterken. Tevens worden er op de afdeling vijf bedden leeg gehouden omdat de formatie op dit moment niet voldoende is om de kwaliteit van zorg te kunnen borgen voor een volle afdeling. Dit zijn adequate acties in het kader van borging van kwaliteit van zorg.
- De gewenste dagbezetting wordt gerealiseerd.
- De afgesproken opleidingen zijn grotendeels behaald (inclusief VRH). De manager heeft hier goed op gestuurd.
- Klinische lessen worden structureel gehouden.

Bevindingen sturen op kwaliteit en veiligheid

- Alle MOZ-meldingen worden afgehandeld door de kwaliteitsverpleegkundigen.
- Begin oktober 2018 is de eerste MOZ-commissie gehouden waarin de trendanalyses op team- en locatieniveau worden besproken. Er wordt een verbeteractie ingezien betreft het (dubbel)paraferen van toegediende medicatie, waarbij positief effect is vastgesteld.
- Kwaliteitsverpleegkundigen controleren structureel alle cliëntdossiers op compleetheid en opvolging van de rapportage. Er bleek meer aandacht nodig zijn voor rapporteren volgens de SOAP-methode op doelen en opvolging van bijzonderheden. Daar worden medewerkers nu individueel op gecoacht.

Beschouwing

De locatie is goed op orde en is voldoende "in control" om te reageren op veranderingen.

Dierenriem, HellevoetsluisBevindingen deskundigheid en inzet medewerkers

- De formatie is op orde op deze locatie.
- De gewenste dagbezetting, passend bij de zorgzwaarte en behoeften van cliënten, wordt gerealiseerd.
- Medewerkers hebben de afgesproken opleidingen (tevens de VRH) grotendeels gevolgd.
- Klinische lessen worden structureel gegeven.

Bevindingen sturen op kwaliteit en veiligheid

- Alle MOZ-meldingen worden geanalyseerd en opgevolgd door de kwaliteitsverpleegkundige. De opvolging is tevens herleidbaar in het cliëntdossier.
- De trendanalyse is besproken in de MOZ-commissie.
- Geformuleerde verbetermaatregelen worden in verschillende teamoverleggen besproken en geëvalueerd.
- De systematische controle van de cliëntdossiers door de kwaliteitsverpleegkundige is voortgezet.

Beschouwing

De locatie is goed op orde en is voldoende "in control" om te reageren op veranderingen.

Torenhoeve, HellevoetsluisBevindingen deskundigheid en inzet medewerkers

- Op de locatie zijn nog verschillende medewerkers met zwangerschapsverlof, dit houdt in dat er momenteel 80 uur per week opgevuld dient te worden met tijdelijke krachten. Het is nog steeds niet makkelijk om altijd voldoende medewerkers te vinden. Via een aantal bureaus worden tijdelijke krachten aangetrokken.
- De gewenste dagbezetting, passend bij de zorgwaarde en behoeften van cliënten, wordt daadwerkelijk gerealiseerd. Gegeven de bovenstaande situatie, wordt hier goed opgestuurd.
- Medewerkers hebben de afgesproken opleidingen (tevens de VRH) grotendeels gevolgd.
- Klinische lessen worden structureel gegeven, ook naar aanleiding van de analyse van een MOZ-melding.

Bevindingen sturen op kwaliteit en veiligheid

- Alle MOZ-meldingen in Triasweb worden geanalyseerd en opgevolgd door de kwaliteitsverpleegkundige. De opvolging is tevens herleidbaar in het cliëntdossier.
- De trendanalyse is besproken in de MOZ-commissie; verbeteracties worden ingezet en zijn geëvalueerd. Voorbeelden zijn het juist zwachtelen en het aftekenen van medicatie.
- De controle op de cliëntdossiers door de kwaliteitsverpleegkundige is voortgezet. Het volledig rapporteren met behulp van de SOAP-methodiek is een punt van aandacht geweest, waarop individuele coaching wordt ingezet.

Beschouwing

De locatie is goed op orde en is voldoende "in control" om te reageren op veranderingen.

Grootenhoek, HellevoetsluisBevindingen deskundigheid en inzet medewerkers

- De locatie is goed op formatie, passend bij de zorgzwaarte en behoeften van de cliënten
- Er is een extra kwaliteitsverpleegkundige aangetrokken.
- De gewenste dagbezetting wordt goed gerealiseerd blijkt bij inzage van de roosters.
- De afgesproken scholingen zijn grotendeels door de medewerkers gevolgd.
- Klinische lessen worden structureel gehouden.
- Er is veel aandacht geweest voor het omgaan met agressie (o.a. in samenwerking met het CCE).

Bevindingen sturen op kwaliteit en veiligheid

- De locatie heeft een actief ontwikkelteam en er wordt een verbeterregister gebruikt.
- Er worden in Triasweb veel meldingen gedaan: er is een goed meldklimaat.
- Alle MOZ-meldingen worden door de kwaliteitsverpleegkundigen geanalyseerd en opgevolgd. De opvolging in het cliëntdossier is goed navolgbaar.
- De team- en locatieanalyses worden in de MOZ-commissie besproken. Verbeteracties zijn gezien (o.a. op het gebied van medicatie) en effectief gebleken.
- Kwaliteitsverpleegkundigen controleren structureel de dossiers. Het gebruik van de SOAP-methodiek heeft bij sommige medewerkers nog aandacht nodig; daar wordt individueel op gecoacht.

Beschouwing

De locatie is goed op orde en is voldoende "in control" om te reageren op veranderingen.

Rozenhoek, HellevoetsluisBevindingen deskundigheid en inzet medewerkers

- De formatie is op orde op deze locatie; het verzuim is het afgelopen jaar gedaald.
- De gewenste dagbezetting, passend bij de zorgwaarde en behoeften van cliënten, wordt gerealiseerd.
- Medewerkers hebben de afgesproken opleidingen (tevens de VRH) grotendeels gevolgd.
- Klinische lessen worden structureel gegeven.

Bevindingen sturen op kwaliteit en veiligheid

- Alle MOZ-meldingen in Triasweb worden geanalyseerd en opgevolgd door de kwaliteitsverpleegkundige. De opvolging is tevens herleidbaar in het cliëntdossier.
- De trendanalyse is besproken in de MOZ-commissie; verbeteringen zijn aantoonbaar ingezet. Tijdens de audit werden maatregelen gezien ten aanzien van de medicatieveiligheid.
- De controle op de cliëntdossiers door de kwaliteitsverpleegkundige is voortgezet. Specifieke aandacht heeft het volledig rapporteren met behulp van de SOAP-methodiek.

Beschouwing

De locatie is goed op orde en is voldoende "in control" om te reageren op veranderingen.

Zes Rozen, SpijkenisseBevindingen deskundigheid en inzet medewerkers

- De formatie is op orde op deze locatie. Er is continuïteit gerealiseerd door een extra kwaliteitsverpleegkundige in te zetten.
- De gewenste dagbezetting, passend bij de zorgzwaarte en behoeften van cliënten, wordt gerealiseerd.
- Medewerkers hebben de afgesproken opleidingen (tevens de VRH) grotendeels gevolgd.
- Klinische lessen worden structureel gegeven.

Bevindingen sturen op kwaliteit en veiligheid

- Alle MOZ-meldingen in Triasweb worden geanalyseerd en opgevolgd door de kwaliteitsverpleegkundige.
- De opvolging is tevens herleidbaar in het cliëntdossier.
- De trendanalyse is besproken in de MOZ-commissie; naar aanleiding van de analyse van valincidenten werd vaker een huiskamer assistent ingezet, waardoor meer rust is ontstaan in de huiskamers.
- De controle op de cliëntdossiers door de kwaliteitsverpleegkundige is voortgezet. Men zag dat het volledig rapporteren en gebruik van de SOAP-methodiek wisselend van niveau was, waarop individuele coaching van medewerkers is ingezet.

Beschouwing

De locatie is goed op orde en is voldoende "in control" om te reageren op veranderingen.

Herman Gorterhof, SpijkenisseBevindingen deskundigheid en inzet medewerkers

- De locatie komt voor wat betreft de formatie uit een moeilijke periode. Het ziekteverzuim was hoog en er waren veel uitzendkrachten aan het werk tijdens de audit van 19 juni 2018. Het verzuim is de afgelopen maanden flink gedaald en er wordt langdurige vervanging ingezet; deze medewerkers kennen de locatie en bewoners. Met de inzet van langdurige vervanging wordt de formatie op deze locatie op orde beoordeeld; er vindt voldoende sturing plaats. Er is continuïteit geborgd door de inzet van een kwaliteitsverpleegkundige.
- De gewenste dagbezetting, passend bij de zorgzwaarte en behoeften van cliënten, wordt daadwerkelijk gerealiseerd. Het aantal EVV'ers vraagt aandacht.
- Medewerkers hebben de afgesproken opleidingen (tevens de VRH) grotendeels gevolgd.
- Klinische lessen worden structureel gegeven.

Bevindingen sturen op kwaliteit en veiligheid

- Alle MOZ-meldingen worden geanalyseerd en opgevolgd door de kwaliteitsverpleegkundige.
- De opvolging is momenteel goed herleidbaar in het cliëntdossier; de kwaliteitsverpleegkundige controleert hier specifiek op, omdat verwerking van de informatie in het dossier niet altijd werd gezien.
- De trendanalyse is besproken in de MOZ-commissie; verbeteracties zijn zichtbaar. Er is bijvoorbeeld een verbeteractie uitgezet om het aantal medicatie-incidenten omlaag te krijgen; het effect hiervan is gezien in daling van het aantal meldingen.
- De controle op de cliëntdossiers door de kwaliteitsverpleegkundige is voortgezet. Er wordt onder meer nog gecoacht op het rapporteren met behulp van de SOAP-methodiek.

Beschouwing

De locatie is goed op orde en is voldoende "in control" om te reageren op veranderingen.

Vier Ambachten, SpijkenisseBevindingen deskundigheid en inzet medewerkers

- Deze locatie heeft 52 GRZ-bedden, waarvan momenteel 44 bedden in gebruik zijn. Vanwege personeelskrapte is besloten de 8 overige bedden voorlopig niet te bezetten.
- De gewenste dagbezetting, passend bij de zorgzwaarte en behoeften van cliënten, wordt gerealiseerd.
- Medewerkers hebben de afgesproken opleidingen (tevens de VRH) grotendeels gevolgd.
- Klinische lessen worden structureel gegeven.

Bevindingen sturen op kwaliteit en veiligheid

- Alle MOZ-meldingen worden geanalyseerd en opgevolgd door de kwaliteitsverpleegkundige.
- De opvolging is tevens herleidbaar in het cliëntdossier.
- De trendanalyse is besproken in de MOZ-commissie; tijdens de audit worden verbetermaatregelen gezien naar aanleiding van valincidenten.
- De controle op de cliëntdossiers door de kwaliteitsverpleegkundige is voortgezet. Het rapporteren van bijzonderheden en de opvolging daarvan werd nog als mager beoordeeld, hier zijn extra maatregelen op genomen door de dossierbegeleiders van Careyn en de kwaliteitsverpleegkundige.

Beschouwing

De locatie is goed op orde en is voldoende "in control" om te reageren op veranderingen.

Hart van Groenewoud, Spijkenisse

Bevindingen deskundigheid en inzet medewerkers

- De formatie is op orde op deze locatie.
- De gewenste dagbezetting, passend bij de zorgzwaarte en behoeften van cliënten, wordt gerealiseerd.
- Medewerkers hebben de afgesproken opleidingen (tevens de VRH) grotendeels gevolgd.
- Klinische lessen worden structureel gegeven.

Bevindingen sturen op kwaliteit en veiligheid

- Alle MOZ-meldingen in Triasweb worden geanalyseerd en opgevolgd door de kwaliteitsverpleegkundige. De opvolging is tevens herleidbaar in het cliëntdossier.
- De trendanalyse is besproken in de MOZ-commissie; er zijn verbeteracties uitgezet en de maatregelen worden gemonitord en geëvalueerd.
- De controle op de cliëntdossiers door de kwaliteitsverpleegkundige is voortgezet. Er is specifiek aandacht voor het opschrijven van de opvolging van bijzonderheden.

Beschouwing

De locatie is goed op orde en is voldoende "in control" om te reageren op veranderingen.

Van: [redacted]
Aan: @igj.nl
Cc: @igj.nl
Onderwerp: Resultaatverslag deel II aanwijzing Careyn d.d. 7-11-2017, uw kenmerk 2017-2064119/V2002962/
Datum: woensdag 7 november 2018 18:28:06
Bijlagen: [image001.png](#)
[image002.png](#)
[181107 Careyn Resultaatverslag voor IGJ vdef.pdf](#)

Geachte mevrouw [redacted] en mevrouw [redacted],
Hierbij bied ik u namens de Raad van Bestuur het resultaatverslag van Careyn in
gevolge deel II van de aanwijzing van de IGJ d.d. 7 november 2017 aan.
Mocht u nog vragen hebben, dan zijn wij uiteraard gaarne bereid tot nadere
toelichting.

Hartelijke groet,

[redacted]
Bestuurssecretaris



☎: 06- [redacted]

@: [redacted]@careyn.nl

! : Careyn Nieuw Tamarinde, Neckardreef 6, 3562 CN Utrecht (kamer [redacted] [redacted] [redacted])

✉: 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

verslag

Omschrijving	Vastgesteld verslag informatiedag (V2006647) in het kader van monitoring aanwijzing V2002962
Vergaderdatum en -tijd	21 augustus 2018
Vergaderplaats	Utrecht
Aanwezig namens de organisatie	Namens de raad van bestuur (RvB) : de heer M. Meerdink, voorzitter de heer G. van de Logt. de heer V. Maas, programmadirecteur Verder zijn vertegenwoordigd: - Kwaliteitsverpleegkundigen - Behandelteams - Locatiemanagement - Districtsmanagement - Adviesraden (VVAR en PAR) - Centrale ondernemingsraad - Centrale cliëntenraad - Raad van toezicht
Aanwezig namens de inspectie	Algemene ondersteuning mw [REDACTED] (bestuurssecretaris a.i.) mevrouw [REDACTED], senior inspecteur mevrouw [REDACTED], afdelingsmanager Verpleging&Verzorging mevrouw [REDACTED], senior inspecteur mevrouw [REDACTED], inspecteur

Introductie

De inspectie Gezondheidszorg en Jeugd i.o. (hierna: de inspectie) maakt kennis met de nieuwe bestuurssecretaris a.i., [REDACTED] (aangetreden per 1 mei 2018). Ook ontmoet zij dhr. Maas, programmadirecteur voor de periode van één jaar.

Aanleiding en doel

De informatiedag is onderdeel van de monitoring door de inspectie van het lopende verbetertraject in verband met de aanwijzing (V2002962) d.d. 7 november 2017.

De inspectie beoogt zich een indruk te vormen van de aanpak, de voortgang en het effect van de verbeteringen bij Careyn in het algemeen. De inspectie is bij dit bezoek onder meer gericht op de aspecten die benoemd zijn in deel-II 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 informatiedag spreekt de inspectie met relevante interne stakeholders over de stand van zaken op de zorglocaties van Careyn, de aansturing van de zorgorganisatie, de verbeteraanpak en de reflecties hierop. Voorafgaand zijn de bevindingen van de inspectie bij vier recente monitorbezoeken in de regio's ZHE, Utrecht-Stad, Utrecht-West en DWO-NWN 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 reageert kort op de bevindingen van de inspectie bij de vier recente monitorbezoeken. Zij zoomen hierbij in op de verschillende districten via de thema's deskundigheid en inzet van medewerkers en sturen op kwaliteit en veiligheid.

De RvB geeft aan de bevindingen van de inspectie te herkennen. Deze komen overeen met de resultaten van de interne zomeraudits. Tijdens deze audits zijn 15 locaties getoetst. Op basis daarvan deelt de RvB de zorgen die de inspectie uit over het district Utrecht-Stad en met name locatie Nieuw-Tamarinde. Vanwege dit beeld over de kwaliteit van zorg versterkt de RvB versterkt nu de aansturing in district Utrecht-Stad. Tevens zijn er bij de RvB nog zorgen over locatie Tuindorp-Oost en (in mindere mate) over de kleinschalig wonen locaties binnen district Utrecht-Stad. De samenwerking met de districtsdirecteur a.i. voor dit district is inmiddels beëindigd. Per 1 september start een nieuwe districtsdirecteur in Utrecht-Stad. Verder wordt de locatiemanager van Nieuw-Tamarinde en Warande extra ondersteund door een tweede manager. De RvB realiseert zich dat district Utrecht-Stad nog een inhaalslag moet maken.

De RvB constateert dat de drie andere districten, ZHE, DWO-NWN en Utrecht-West hard werken en vooruitgang boeken om aan de aspecten van deel-II van de aanwijzing te voldoen. Voor deze districten ziet de RvB de toetsing van deel-II op het gebied van deskundigheid en inzet van medewerkers met vertrouwen tegemoet. Voor wat betreft het thema sturen op kwaliteit en veiligheid beseft de RvB dat dit over de hele linie nog niet voldoende is. De analyse van MIC-meldingen, zowel op individueel als op locatie- en districtsniveau is op uitvoerend niveau nog niet volledig gerealiseerd.

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.

Per 1 september voert Careyn organisatiebreed een nieuw systeem in voor het systematisch analyseren en verwerken van meldingen. Dit systeem levert kwaliteitsinformatie op zowel team-, locatie-, district- als organisatieniveau. Op een aantal locaties draaide in juli en augustus een pilot van dit systeem. Voorafgaand aan de implementatie volgen alle zorgverleners en managers een e-learning. De kwaliteitsverpleegkundigen worden na de implementatie verantwoordelijk voor het analyseren van meldingen. Wel geven zij aan de teams zoveel mogelijk te willen blijven betrekken bij het formuleren, oppakken en evalueren van de verbetermaatregelen. Zowel de RvB als districtsdirecteuren constateren dat het implementeren van dit systeem een kritisch proces is. Onder andere omdat de voorbereiding en invoering door zorgmedewerkers als veel wordt ervaren. Zij geven daarbij wel aan dat zorgmedewerkers die het systeem kennen en in de pilot gebruikt hebben, het als steunend ervaren.

Een plan B is geformuleerd, maar de RvB vertrouwt erop dat de invoering goed zal verlopen. Op centraal niveau is er strakke monitoring geregeld door zowel RvB als districtmanagement, gericht op het in orde komen van de aspecten in deel-II van de aanwijzing. Het meer eigen regie geven van de verschillende districten is hiermee uitgesteld. Verschillende gesprekspartners geven tijdens de informatiedag aan dat het centraal monitoren van de verbetermaatregelen op dit moment nog nodig is.

De raad van toezicht (hierna: RvT) zegt nadrukkelijke openheid en transparantie vanuit de RvB te ervaren. De leden van de RvT nemen per toerbeurt deel aan de interne audits binnen Careyn. Zij geven aan het beeld dat de inspectie in haar rapportbrieven over de laatste vier monitorbezoeken schetst, te herkennen. Het beeld past bij het beeld dat zij ophalen bij verschillende bronnen. Zowel gesprekken met de centrale cliëntenraad (hierna: CCR) en de centrale ondernemingsraad (COR) bevestigt het beginnend positieve beeld. Er is breed gedragen vertrouwen in het bestuur. De inspectie hoort dit terug tijdens de gesprekken met CCR en COR.

Open en integer

De inspectie hoort van verschillende gesprekspartners dat de kwaliteitsverpleegkundigen belangrijke dragers zijn van de ontwikkeling van verbeteringen binnen Careyn. Zij zoeken gerichte toenadering bij behandel disciplines voor steun en medewerking bij regie van de zorgverlening en het (door)ontwikkelen van kennis. De effecten hiervan verschillen per regio. Zo verneemt de inspectie tijdens verschillende gesprekken dat de inspiratie en het enthousiasme van de behandel disciplines soms onder druk staat. Zo is er een groot verloop en openstaande vacatures van psychologen in Utrecht-Stad. De beschikbare formatie van behandelaren verslechtert in dit district. De RvB merkt met name binnen Utrecht-Stad een bepaalde gelatenheid onder behandelaren. Dit terwijl juist hier het behandelend team zo belangrijk is voor de versterking en verbetering. Binnen andere districten geven gesprekspartners aan dat de formatie van behandelaren op orde is. Op locatieniveau functioneren ontwikkelteams. Deze teams bestaan uit de locatiemanager, de HR ondersteuner, een kwaliteitsverpleegkundige en een lid van het behandelend team. Binnen het ontwikkelteam worden gezamenlijke afspraken gemaakt op het gebied van ontwikkeling en kwaliteit van zorg.

Kwaliteitsverpleegkundigen geven aan zich te herkennen in de bevindingen van de inspectie wat betreft de monitorbezoeken. Wel geeft de kwaliteitsverpleegkundige van Rosendaal aan dat deze locatie verder is gevorderd in de ontwikkeling van de organisatie en kwaliteit van zorg. De kwaliteitsverpleegkundigen binnen de verschillende districten komen maandelijks bij elkaar voor het uitwisselen van informatie en ervaringen. Recent heeft de eerste overkoepelende vergadering plaatsgevonden, waarbij kwaliteitsverpleegkundigen districtsoverstijgend informatie uitwisselden. Kwaliteitsverpleegkundigen ervaren een hoge werkdruk, hun takenpakket is uitdagend maar intensief. Het feit dat de vacatureruimte en het verzuim fors zijn afgenomen, geeft wel wat adem. Verder geven kwaliteitsverpleegkundigen aan dat de onderlinge samenwerking en de samenwerking met het locatiemanagement goed verloopt. Bij de invoering van het nieuwe meldingssysteem krijgen de kwaliteitsverpleegkundigen de verantwoordelijkheid voor het analyseren van meldingen. Zij geven aan dat de zorgverleners die tot heden hiervoor verantwoordelijk zijn dit wisselend ontvangen. De één ziet het als een verlichting van taken, de ander een verarming van taken. Wel geven de kwaliteitsverpleegkundigen aan actief bezig te zijn met het behouden van een actieve inbreng van het team bij analyse van meldingen en het opstellen van verbetermaatregelen.

Omgevingsbewust en participatief

De RvB heeft de ingezette beleidsontwikkelingen afgestemd met de COR en de CCR. De COR wordt systematisch geïnformeerd over het verbeterplan. Dit kan omdat binnen dit plan de verbeteringen meetbaar zijn gemaakt en de verantwoordelijkheden in overleg met de COR zijn toebedeeld. Met de terugkoppelingen kan de COR de ontwikkelingen volgen en weet de COR wie waarop wordt aangesproken.

De COR geeft aan dat kwaliteit en veiligheid nadrukkelijk de aandacht heeft. Zij heeft vertrouwen in de RvB en de kennis die de leden hebben over de onderwerpen rondom kwaliteit en veiligheid.

Zorgmedewerkers krijgen sinds kort 36 uur per jaar om scholingen te volgen. De COR ziet en hoort dat zorgmedewerkers blij zijn met deze ontwikkeling en met het aanbod van e-learnings. De COR ziet dat zorgmedewerkers zich ten positieve ontwikkelen. De voorgenomen regionale verzelfstandiging van de medezeggenschapsstructuren is uitgesteld. De COR is het eens met deze maatregel. Een centrale en strakke aansturing is op dit moment nog nodig.

De CCR voelt zich gehoord door alle lagen van management. Zij geeft aan na twee jaar de veranderingen die op papier beschreven staan, nu ook echt te ervaren. De CCR heeft vertrouwen in de RvB en diens opbouwend vermogen. Ook is de CCR enthousiast over het voornemen Careyn te decentraliseren. Deze decentralisatie is nog niet formeel geregeld. Wel geeft de CCR aan dat voorsortering plaatsvindt. De districten worden belangrijker. Dit maakt dat de centrale raad marginaal wordt en de lokale raden meer invloed zullen krijgen. De CCR geeft aan dat deze invloed nu al voelbaar is. Het locatiemanagement is positief over de actieve houding van de lokale raden.

De RvB geeft ruimte voor participatie van interne stakeholders. Er is een Professionele AdviesRaad (PAR) opgericht waarin verzorging en behandeldisciplines gevraagd en ongevraagd adviseren over onderwerpen die de professionaliteit van de organisatie betreffen. De Verzorgende en

Verpleegkundige AdviesRaad (hierna: VVAR) is met enkele leden in deze PAR vertegenwoordigd. Hoe deze organen zich gaan verhouden zal nog moeten uitwijzen. Voor de VVAR is – naast ontwikkeling – het bewaken van (professionele) belangen van de grote groep zorgverleners, ook een doel. De verdere verzelfstandiging van de verschillende districten van Careyn is tijdelijk uitgesteld. Gesprekspartners zijn het eens met deze beslissing. Zij noemen de districten op dit moment nog te broos om zelfstandig te kunnen opereren.

Lerend en zelfreinigend

Uit alle gesprekken blijkt dat er binnen Careyn over het algemeen een opbouwende teneur is. Kwaliteitsverpleegkundigen en de COR geven aan dat zorgmedewerkers hun werklust terugvinden. Zij vinden het weer fijn om voor Careyn te werken. Ook de intrinsieke motivatie tot verbetering groeit. Zij begrijpen steeds beter hoe de ingezette verbetermaatregelen leiden tot betere kwaliteit van zorg. De begeleiding op de werkvloer van de kwaliteitsverpleegkundigen draagt hier in grote mate aan bij. In samenspraak met het locatiemanagement kijken zij met zorgmedewerkers mee naar wat nodig is voor het volgen van scholingen en ontwikkelen van benodigde kennis. Waar nodig kaarten zij het aan als zorgmedewerkers niet meekomen. Verschillende gesprekspartners geven aan dat de inzet van praktijkgericht leren binnen locaties zijn vruchten afwerpt. Een behandelaar vertelt bijvoorbeeld dat zorgmedewerkers de uitgerolde ABC-methodiek daadwerkelijk toepassen in het omgaan met onbegrepen gedrag.

De RvB neemt passende maatregelen waar dat nodig blijkt. Kwaliteitsverpleegkundigen en leden van de ondernemingsraad vertellen bijvoorbeeld over het feit dat zorgverleners in Weddesteyn geen adequate communicatie ervaren. Vervolgens is ervoor gekozen om een andere locatiemanager te zoeken.

Doelgericht en doelmatig

De inspectie hoort van verschillende gesprekspartners dat de RvB gepaste daadkracht laat zien. Zo reageert de RvB adequaat op signalen van teruglopende of tekortschietende kwaliteit van zorg. Een voorbeeld hiervan is de verhuizing van de cliënten van locatie Tuindorp-Oost. Bij deze verhuizing zijn in- en exclusiecriteria, gebaseerd op de deskundigheid van zorgmedewerkers in relatie tot complexiteit van zorg, opgesteld en toegepast. Daarnaast geeft de RvT aan dat de RvB in staat is zijn afwegingen genuanceerd te maken. Timing en tuning van het aansturen van een dermate grote organisatie vraagt dat alle lagen van de organisatie achter je staan. In het verbeterplan is opgenomen dat Careyn in gaat zetten op een nieuwe 'span of care'. Hierbij heeft één zorgmanager maximaal 10 teams onder zich. Op ongeveer 15 cliënten wordt 10 fte zorgmedewerkers ingezet, 16 uur kwaliteitsverpleegkundige en 14,4 uur roosterconsulent. De locaties en teams zijn vrij om zichzelf binnen deze kaders in te richten. Daarnaast voorziet het dashboard met sturingsinformatie zodat er op teamniveau gekeken kan worden naar pijlers van kwaliteit. Het gaat hier om informatie over onder meer verzuim, scholing, MIC meldingen en teamsamenstelling. Het management en de RvB gebruikt deze kwaliteitsinformatie om te sturen.

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. Ook binnen Utrecht-Stad is de managementstructuur gelijkgetrokken met die van de andere districten. Op dit moment hebben drie districten een vaste districtsdirecteur. Per circa 1 september begint een nieuwe vaste districtsdirecteur in Utrecht-Stad. De RvB heeft aan de waarnemend districtsdirecteur de opdracht gegeven vier nieuwe verpleegkundigen te werven. Dit, omdat het kwalitatieve niveau van de zorgmedewerkers binnen Utrecht-Stad laag ligt. 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.

Het centraal regieteam is in functie en volgt de verbeteringen van kwaliteit en veiligheid voor Careyn. Dit team prepareert structureel 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.

De RvB geeft aan dat voor het hele concern een basisoverlegstructuur is vastgesteld. De raad van bestuur neemt geregeld deel aan overleg op districtsniveau. In alle gesprekken hoort de inspectie dat het overleg in de lijn naar verwachting functioneert. Dit geldt ook voor overleg dat gericht is op de ontwikkeling van de kwaliteit van zorg.

Operationeel integraal kwaliteitssysteem

Districtsdirecteuren geven aan dat de dashboardsystemen van Careyn betrouwbare informatie geven om op te sturen.

Per 1 september voert Careyn organisatiebreed een nieuw systeem in voor het systematisch analyseren en verwerken van meldingen. Dit systeem levert kwaliteitsinformatie op zowel team-, locatie-, district- als organisatieniveau.

Meerdere gesprekspartners geven aan dat de meeste locaties volgens planning navolgbaar en tijdig gereed zijn om te voldoen aan deel-II van de aanwijzing. De RvB is op de hoogte van de locaties die achterblijven. Dit blijkt uit audits, het monitoren van sturingsinformatie en regelmatige gesprekken tussen RvB, districtsdirecteuren en locatiemanagement. De RvB zet adequaat in op deze informatie, onder andere door management te ondersteunen of zelfs gedeeltelijk over te nemen.

Over de voortgang en eventueel ingrijpen bij één van de locaties binnen Utrecht-Stad wordt binnenkort gesproken.

De inspectie hoort van locatiemanagers dat het ICT systeem van Careyn nog wekelijks storingen kent. Hierdoor liggen grote systemen zoals het leerportaal er regelmatig uit.

Iedere locatie heeft op dit moment zijn eigen MIC-commissie.

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.

Over resultaten³ zorgverlening

Desgevraagd herkennen en erkennen gesprekspartners de inspectiebevindingen van de vier recente monitorbezoeken. De kritische bevindingen op locatie Nieuw-Tamarinde waren in beeld en gesprekspartners geven aan niet verbaasd te zijn over de resultaten. Binnen diverse locaties zijn zorgmedewerkers nog niet voldoende opgeleid en ook kwantitatief is de bezetting nog niet overal op orde. Waar relevant en nodig hebben districtsdirecteuren in overleg met locatiemanagers (tijdelijk) een opnamestop ingesteld en/of zijn afdelingen gesloten om naar een betere balans te groeien tussen de zorgbehoefte van de cliëntengroep en de beschikbare personele bezetting.

Alle gesprekspartners herkennen de constatering van de inspectie dat over de gehele linie het analyseren van meldingen en het opstellen, uitvoeren en evalueren van verbetermaatregelen verbetering behoeft. Analyses leiden nog regelmatig niet tot basisoorzaken en daarmee onvoldoende tot goed passende verbetermaatregelen. Op een enkele locatie staat het methodisch werken rondom meldingen nog in de kinderschoenen. De interne zomeraudits bevestigen dit beeld. Volgens de RvB en diverse andere gesprekspartners komt hier binnenkort verandering in door de scholing die voor alle zorgverleners in gang is gezet.

Tot slot

De inspectie koppelt terug aan de RvB dat de informatiedag, in combinatie met enkele monitorbezoeken, laat zien dat cultuurveranderingen gaande zijn. Er is in alle lagen van de organisatie vertrouwen in de aansturing. De dag schetst een consistent en positief realistisch beeld van de ontwikkelingen binnen Careyn. Bij de ene locatie sterker dan bij de andere. De dwarsverbanden binnen Careyn bevestigen het beeld van de inspectie dat de organisatie op de goede weg zit.

De inspectie benadrukt nog het belang van focus op deel-II van de aanwijzing. De inspectie verwacht in november een betrouwbaar en realistisch resultaatverslag te ontvangen, zoals Careyn tot heden steeds heeft geleverd. Verder dankt de inspectie alle medewerkers voor de aanwezigheid en openhartige inbreng..

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: @igj.nl
Aan: Meerdink; Van de Logt
Cc: @careyn.nl
Bcc: @igj.nl @igj.nl @igj.nl @igj.nl @igj.nl @igj.nl
Onderwerp: V2002962 brief en rapport beëindiging deel-II van de aanwijzing d.d. 7 november 2017
Datum: dinsdag 18 december 2018 18:08:00
Bijlagen: [V2002962 2018-2217506 beëindigingsbrief aanwijzing deel-II.pdf](#)
[V2002962 2018-2217506 definitief rapport naleving termijn 2 aanwijzing Ca....pdf](#)
Prioriteit: Hoog

Geachte raad van bestuur en raad van toezicht,

Namens mevrouw Louwes ontvangt u hierbij de brief over de beëindiging van deel-II van de aanwijzing V2002962, inclusief het definitieve rapport over de naleving van deze aanwijzing door Careyn. Vriendelijk verzoek ik u om deze documenten met de raad van toezicht te delen.

Ten overvloedige wijst de inspectie Careyn nogmaals op de mogelijkheid om bedenkingen tegen openbaarmaking kenbaar te maken. In dat geval verzoek ik u vriendelijk om dit uiterlijk donderdag 20 december voor 8:30 uur schriftelijk kenbaar te maken.

Mede namens mevrouw [REDACTED],

met vriendelijke groet,

[REDACTED]
Medewerker toezicht

.....
Afdeling Verpleging & Verzorging
Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Stadsplateau 1 | 3521 AZ | Utrecht
Postbus 2518 | 6401 DA | Heerlen

.....
M 06- [REDACTED]
[REDACTED] @igj.nl
<https://www.igj.nl>
Twitter: @IGJnl

.....
Bekijk het verhaal van IGJ: [Gezond vertrouwen](#)
.....

Van: Bestuurssecretariaat Careyn
Aan: @igj.nl
Cc: @igj.nl; Meerdink, Marco; Logt, Guido van de; @careyn.nl
Onderwerp: Verklaring Careyn inzake uitzending Zembla dd 21 februari 2019 over Tuindorp Oost
Datum: vrijdag 22 februari 2019 11:23:52
Bijlagen: image001.png
image002.png

Geachte mevrouw [REDACTED],

Onderstaand mailen wij u ter informatie de verklaring die wij hebben opgesteld naar aanleiding van de uitzending van Zembla van gisteravond over Tuindorp Oost.

Verklaring Careyn inzake uitzending Zembla d.d. 21 februari 2019 over Tuindorp Oost

Vanavond vond een uitzending van Zembla over onze locatie Tuindorp Oost plaats. In deze uitzending wordt een eenzijdig beeld geschetst van de situatie waarmee de werkelijkheid geweld wordt aangedaan. Careyn neemt dan ook afstand van de berichtgeving in deze uitzending. Onderstaand de reactie die wij de redactie van Zembla eerder hebben gegeven als input voor de uitzending.

De verhuizing op Tuindorp-Oost was absoluut noodzakelijk om de veiligheid en kwaliteit van zorg te kunnen blijven garanderen. Vanzelfsprekend realiseren wij ons dat de noodzakelijke verhuizing impact heeft en heeft gehad op de bewoners en ongemak heeft veroorzaakt. Dat was helaas ook niet volledig te voorkomen. Daarom zijn alle bewoners persoonlijk begeleid en hebben wij ons maximaal ingespannen de overlast voor hen zoveel mogelijk te beperken. Careyn heeft ook de volledige kosten voor de verhuizing gedragen. Dit alles gebeurde in nauwe samenspraak en samenwerking met de cliëntenraad en is persoonlijk begeleid door Guido van de Logt van de Raad van Bestuur.

Dat ons besluit tot verhuizing vanuit oogpunt van kwaliteit en veiligheid noodzakelijk was is ook door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd tijdens een recent bezoek aan Tuindorp Oost bevestigd.

Van de huisvesting van jongeren in Tuindorp Oost via Socius was vanaf het moment van aanvang bekend dat dit tijdelijk zou zijn, namelijk tot het moment dat de bewoners naar een andere locatie zouden verhuizen.

Het afgelopen half jaar is er veel (media)aandacht geweest voor onze locatie Tuindorp-Oost en de helaas noodzakelijke verhuizing. Vanzelfsprekend heeft dat impact op de bewoners en ons medewerkersteam, dat met grote passie en inzet werkt op die locatie.

Wij hebben er behoefte aan om weer vooruit te kijken, de locatie rust te gunnen en de focus te leggen op het bieden van de zorg die onze cliënten en hun naasten van ons verwachten.

Marco Meerdink en Guido van de Logt
Raad van Bestuur



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

Oordeel en advies van de klachtencommissie Careyn

Over de klacht van mevrouw [REDACTED], inzake haar moeder, mevrouw [REDACTED], cliënt van Careyn, locatie Tuindorp-Oost te Utrecht, tegen Careyn in de persoon van de heer [REDACTED], de heer G. v.d. Logt, CFO – lid Raad van Bestuur en de heer Mr. [REDACTED], jurist a.i., als vertegenwoordigers van Careyn.

Klager

Mevrouw [REDACTED], bijgestaan door de heer [REDACTED], zoon van klager, en mevrouw [REDACTED], vriendin van klager.

Verweerder

Careyn, vertegenwoordigd door de heer [REDACTED], de heer G. v.d. Logt, CFO – lid Raad van Bestuur en de heer Mr. [REDACTED], jurist a.i.

Partijen hebben schriftelijk hun standpunten ter kennis gebracht in:

- de Klacht, ingediend op 8 februari 2019; aangevuld met bijlagen 1 tot en met 11;
- het verweer van Careyn, ontvangen op 26 februari 2019; aangevuld met bijlagen 1 tot en met 16
- de reactie van klager op het verweer van Careyn, ontvangen op 3 maart 2019;

1. De procedure

Op 14 maart 2019 is een hoorzitting georganiseerd. Bij deze hoorzitting waren aanwezig van de onafhankelijke klachtencommissie van Careyn: mevrouw [REDACTED] (voorzitter), mevrouw [REDACTED], de heer [REDACTED] en mevrouw [REDACTED], ambtelijk secretaris Klachtencommissie Careyn.

Op basis van de documenten en toelichting hierop tijdens de hoorzitting beoordeelt de onafhankelijke klachtencommissie de klacht en stuurt dit oordeel als advies aan de Raad van Bestuur. De Raad van Bestuur besluit vervolgens of zij het advies volgt of overneemt. Bij (deels) niet volgen van het uitgebrachte advies motiveert de Raad van Bestuur haar afwijkend standpunt. De Raad van Bestuur deelt zo spoedig mogelijk na ontvangst van het advies van de klachtencommissie, aan alle betrokken partijen en aan de klachtencommissie, schriftelijk of per email, haar oordeel over de klacht mee.

In onderhavige klacht zal de heer G. v.d. Logt, CFO – lid Raad van Bestuur niet betrokken zijn bij het beoordelen van het advies van de onafhankelijke klachtencommissie. De aanwezige jurist a.i. van Careyn deelt mee dat besloten is dat een lid van de Raad van Toezicht van Careyn betrokken zal worden bij de beoordeling en opvolging van het advies.

2. Situatiebeschrijving en klacht

Mevrouw [REDACTED] is [REDACTED] en woont sinds 14 jaar in verzorgingshuis Tuindorp-Oost.

De klachtencommissie onderscheidt de volgende klachtonderdelen:

1. De noodzaak om te verhuizen van de hoogbouw naar de laagbouw waar niet voor iedere bewoner plaats is en waarbij wisselende argumenten voor die verhuizing worden gebruikt:
 - a. Uit oogpunt van kwaliteit, veiligheid en gezelligheid
 - b. Asbest in de hoogbouw.
2. De onduidelijkheid of cliënte in aanmerking komt voor de verhuizing naar de laagbouw of wordt aangemerkt tot de groep van 10 die moet verhuizen naar een verpleeghuis.
3. De onduidelijke argumentatie die in de loop van het proces wordt aangepast om cliënte in aanmerking te brengen voor een verplaatsing naar een verpleeghuis.
4. Het door Careyn niet reageren op correspondentie van de kinderen van cliënte en hen confronteren met een al genomen besluit.
5. Het door Careyn negeren van het verzoek van de kinderen het besluit niet rechtstreeks ter kennis te brengen van hun moeder die nog van niets weet.
6. Het uitreiken van het besluit met medische argumentatie dat cliënte naar een verpleeghuis moet, wordt uitgevoerd door iemand van het Vastgoed, terwijl de verzorgenden van cliënte niet op de hoogte zijn van dat besluit.
7. In het laatste maanden van haar verblijf een gebrekkige verzorging die uitgevoerd werd door uitzendkrachten.
8. Een vermeende ondeugdelijke medische overdracht op het moment van verhuizing.
9. Het kwijtraken van een hoorapparaat tijdens de verhuizing dat met een coulancebedrag van € 250,- wordt afgedaan.
10. Het blijven negeren van de correspondentie van de klager, ook waar het aangetekende brieven betreft.

In de zitting is aangegeven dat klacht 9 niet behandeld kan worden omdat de onafhankelijke klachtencommissie van Careyn niet bevoegd is om hierover een uitspraak te doen.

In de zitting is tevens afgesproken om de klacht vooral te beperken tot de hoofdonderdelen namelijk:

- Communicatie over de verhuizing;
- Het nemen van het besluit dat mevrouw extern moest verhuizen en de invloed van de familie hierop;
- De zorg voor mevrouw [REDACTED] in de laatste maanden voor de verhuizing.

Het schriftelijk verweer van Careyn is gericht op deze hoofdonderdelen.

3. Standpunt klager

- Klager geeft allereerst aan dat in het verweerschrift van Careyn zoveel onwaarheden en onjuiste aannames staan, dat er geen beginnen aan is om die te benoemen.
- 10.1 d en 10.2 e [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
- Klager geeft tevens aan dat zij aan de zorgmedewerkers heeft gevraagd of deze de zorg voor haar moeder zwaar vonden. De verzorgenden gaven aan dat zij de zorg niet zwaar vonden. De ondersteuning van klager, mevrouw [REDACTED], vertelt dat klager zelf verpleegkundige is en dus bekend is met het observeren en bepalen van de zorgbehoeftes van patiënten.

- Klager geeft aan dat al sinds begin 2018 bekend was dat het gebouw verkocht was en dat de hoogbouw leeg geruimd moest worden. Er had al veel eerder over gecommuniceerd kunnen worden. Eind juni 2018 moesten 10 mensen naar een externe locatie verhuizen. Steeds heb ik, klager, aan de zorg gevraagd of mijn moeder daarbij zat.
- Klager stelt dat de Raad van Bestuur steeds aangaf dat nog niets zeker was, dit blijkt ook uit het gespreksverslag 13 september. Dan komt er een brief op 27 september 2018, dat mevrouw in januari weg moet en de zorgovereenkomst per 1 januari 2019 wordt opgezegd en er binnen 10 dagen gereageerd moet worden, aldus klager. De familie is steeds aan het lijntje gehouden en voelt zich niet serieus genomen.
- Klager is heel verontwaardigd over het feit dat er niet is gereageerd op de schriftelijke reacties van de familie op het besluit en zelfs niet op de aangetekende brief.
- Hoewel Careyn stelt dat er na 27 september 2018 gesprekken zijn gevoerd door [REDACTED], medewerker van Careyn, met de familie, geeft klager aan dat die gesprekken niet zijn gevoerd.
- Klager vertelt dat haar moeder nu in een verpleeghuis woont in [REDACTED]. Het gaat niet zo goed met haar; ze verpietert. Klager woont vlakbij [REDACTED]. Zowel zij als haar kinderen kwamen meerdere malen per week bij haar moeder op bezoek. Door deze externe verhuizing is de kwaliteit van leven van haar moeder verslechterd, aldus klager.
- Klager geeft aan dat ze met de klacht wil beogen dat Careyn erkent dat er bij de communicatie en het nemen van het besluit om zeer oude mensen extern te verplaatsen, fouten zijn gemaakt. Deze fouten zijn ook een aantal jaren geleden gemaakt bij de verhuizing van bewoners van de Lichtkring in 2014. Careyn heeft daar geen lessen uit getrokken. Klager beoogt te realiseren dat Careyn publiekelijk zijn excuses aanbiedt aan de (oud)bewoners, bijvoorbeeld met een open brief in de krant.

4. Standpunt van Verweerder

- De [REDACTED], de heer [REDACTED] vertelt dat hij in dienst is getreden in 2018 en is uitgegaan van de informatie van zijn voorganger. Hij erkent het snelle proces voor zowel de familie maar ook voor hem als arts. Van betrokken medewerkers (o.a. managers) is veel opeenvolgende informatie over de verhuizing van hoog- naar laagbouw ontvangen. Hij geeft aan dat Careyn er niet in is geslaagd hierover duidelijk te spreken met de familie. Tijdens de bespreking van het zorgleefplan (voorheen MDO) gingen de gesprekken voornamelijk over 10.1.d [REDACTED]. Er zijn zorgaspecten besproken die de zorg zwaarder zouden kunnen maken. De arts had gedacht dat er aparte gesprekken zouden kunnen worden gevoerd over de verhuizing naar een verpleeghuis. De arts heeft vaak met de familie gesproken over de wens van mevrouw om in Tuindorp- Oost te willen blijven. Hij heeft steeds een afweging gemaakt of die wens kon prevaleren boven de zorgzwaarte.
- Careyn stelt dat ZZP 5 of ZZP 6 niet het criterium was voor overplaatsing. De vraag of de benodigde zorg geboden kan worden en of het zorgteam de zorg kon bieden en de mogelijkheden in de nieuwbouw en de verwachte groei van het team zowel mensen als kennis, waren leidend voor de arts. Deze verwachtingen van de arts konden echter niet waargemaakt worden. Het in Tuindorp- Oost blijven van mevrouw was gebaseerd op de verwachtingen van de arts over zowel de verwachte groei van het team als de kennis. Daarnaast maakte mevrouw gebruik van de tuinkamer. De arts had verwacht dat in de nieuwe situatie ook een dergelijke voorziening zou zijn en dat bleek niet zo te zijn. De arts wijst erop dat in augustus 2018, gesproken is over verhuizing naar een somatisch verpleeghuis, niet in september 2018. Door de arts is niet met de familie besproken dat de juiste zorg niet meer kon worden gegeven. Het is

lastig dat bij de zitting de zorgmedewerkers en zorgverantwoordelijke ontbreken. De managers en kwaliteitsverpleegkundigen zien wat goed en minder goed gaat bij de teams. Daarop wordt geleund door de arts, evenals op de signalen van de medewerkers.

- De [REDACTED] stelt: ik wil altijd overeenstemming hebben om een besluit te nemen. Mogelijk ben ik te lang doorgegaan met mijn afwegingen 2x verhuizen, 2x naar een andere kamer, 2x een ander uitzicht t.o.v. 1x verhuizen. Maar ook de wens van de familie en mevrouw maakten zeker deel uit van mijn afwegingen.
- Careyn stelt: in het hele gebouw woonden nog 40 mensen. Zoals uit de historie in de documenten in de bijlage blijkt, was verhuizing al veel eerder bekend. De presentatie die gegeven is in augustus 2018 had veel beter gekund. Wat betreft de specifieke situatie met mevrouw, daarover zijn gesprekken gevoerd. Ook gesprekken met medewerkers. De arts moet de afweging maken. Er is getracht duidelijk en zorgvuldig te zijn. Er is een individueel gesprek gevoerd. We hebben ons wel gerealiseerd dat het een emotionele situatie is.
- Voor individuele casuïstiek gold dat er voldoende personeel en mogelijkheden zouden zijn om zorg te kunnen leveren volgens wet en richtlijnen. Risico's voor bewoners waren doorslaggevend. Er moet op tijd adequate zorg geleverd worden.
- M.b.t. de interne verhuizing naar de laagbouw en de zorgzwaarte merkt Careyn op dat de meeste bewoners een ZZP 4 hebben. Er zijn ook nog een aantal bewoners met ZZP 6. Bestuurder van Careyn stelt dat hij niet bekend is met de individuele dossiers. De zorgmanagers en behandelaren zijn bekend met de risico's voor de bewoners. Het advies van de arts is zwaarwegend voor de Raad van Bestuur.
- Na september 2018 is er niet meer gereageerd op de brieven van klager die daarna kwamen omdat de reactie een herhaling van zetten zou zijn. Er zijn na september 2018 nog wel gesprekken gevoerd. Careyn geeft aan dat dit is gedaan door [REDACTED].
- Op de vraag van de klachtencommissie of er nog plaats is in de laagbouw, geeft Careyn aan dat er nog 1 plaats is.

5. *Beoordeling door de klachtencommissie (KC)*

De klachtencommissie onderkent dat het transparant en duidelijk communiceren over een verhuizing van zeer oude bewoners niet gemakkelijk is. De klachtencommissie onderkent ook dat het maken van keuzes en nemen van besluiten m.b.t. de criteria voor een mogelijke externe verhuizing, moeilijk en complex is. Het persoonlijk bespreken van dit besluit, in plaats van het sturen van een juridisch formele brief, is wel wat verwacht kan worden van professionele medewerkers van een zorginstelling.

De klachtencommissie mist in de communicatie en het proces van interne- en externe verhuizing echter alle compassie die verwacht mag worden van professionele managers en bestuurders. Daarnaast mag ook zorgvuldige begeleiding verwacht worden bij het extern verhuizen van (zeer)oude bewoners en ook van de familieleden die hierbij noodzakelijk betrokken zijn. Het niet reageren op aangetekende brieven van klager karakteriseert de commissie niet alleen als onzorgvuldig maar ook als onfatsoenlijk. Zowel uit het schriftelijk verweer als de mondelinge beantwoording van vragen tijdens de hoorzitting blijkt dat zowel de bestuurder als de jurist, moeite heeft met het beantwoorden van de vragen in dezen. In het derde klachtonderdeel in het verweerschrift gaat Careyn zelfs niet in op de klacht m.b.t. zorg voor cliënte in de laatste maanden voor de verhuizing. De houding van de SOG van Careyn was in dit verband bewonderenswaardig omdat hij de complexe afwegingen goed en duidelijk kon verwoorden. Het is jammer dat het belang van mantelzorgers zoals klager die in de buurt wonen en een deel van de zorg kunnen

overnemen, onvoldoende gewicht hebben gekregen. Het is verbazingwekkend dat de risico's van het verplaatsen van een zeer oude mevrouw naar een verzorgingshuis buiten Utrecht en ver van de mantelzorgers, als licht zijn ingeschat.

6. *Advies*

Klacht voor zover deze gericht is op de communicatie rond de verhuizing:	gegrond
Klacht voor zover deze gericht is op het besluit voor externe verhuizing en begeleiding van cliënt en familie:	gegrond
Klacht voor zover deze gericht is op het niet reageren op (aangetekende)brieven:	gegrond
Klacht voor zover deze is gericht op de zorg in de laatste maanden voor verhuizing:	geen oordeel

7. *Aanbevelingen aan de organisatie*

- Evalueer dit proces van communicatie en besluitvorming. De keuzes die nu zijn gemaakt hebben veel negatieve publicaties voor Careyn opgeleverd in de pers. De keuzes hebben effect op de medewerkers van Careyn, het kunnen werven van goed personeel en het kunnen aanbieden van passende zorg.
- De commissie adviseert tevens om opnieuw met de familie [REDACTED] te onderzoeken en te bespreken of de moeder van klager niet alsnog kan verhuizen naar de laagbouw van Tuindorp- Oost.

Het advies is gegeven te Woerden:

Mevrouw dr. [REDACTED] voorzitter, mevrouw mr. [REDACTED] en de heer [REDACTED], leden van de onafhankelijke klachtencommissie van Careyn.

Aldus opgesteld in viervoud, getekend en verzonden op 20 maart 2019,

Dr. [REDACTED],
Voorzitter



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 27 maart 2019
Betreft Beëindiging onderzoek
Meldingsnummer 10.2.d

Ons kenmerk

10.2.d

Uw kenmerk
18152MMMGsb

Uw brief
31 december 2018

Geachte raad van bestuur,

Op 6 november 2018 ontving de Inspectie Gezondheidszorg en jeugd een verplichte melding van een calamiteit in locatie Tuindorp-Oost. Het betreft

10.2.d. 1 meldde dat 10.2.d

In deze brief informeer ik u over het besluit van de inspectie over de melding.

10.2.d

Oordeel inspectie

De inspectie las dat de onderzoekscommissie concludeert dat er geen sprake is van een calamiteit, maar van een ernstig incident. De inspectie vindt de conclusie navolgbaar. Desondanks vindt de inspectie dat u de melding zorgvuldig heeft onderzocht en voldoende verbetermaatregelen treft.

Gelet op bovenstaande en artikel 8.9 eerste lid van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz, sluit de inspectie deze melding af.

Vragen?

Heeft u nog vragen? Dan kunt u contact opnemen met het Meldpunt IGJ via telefoonnummer 088-120 5000 (maandag tot en met vrijdag bereikbaar tussen 9.00 en 17.00 uur) of uw vraag per e-mail stellen aan: meldpunt@igj.nl onder vermelding van het meldingsnummer.

Hoogachtend

mevrouw [redacted], senior inspecteur



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

20190415-0006

> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

Stichting Careyn
T.a.v. de heer M.W. Meerdink, voorzitter raad van bestuur
Postbus 900
3100 AX SCHIEDAM

Meldpunt IGJ

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

Meldpunt IGJ
T 31 (0)88 120 50 00
E meldpunt@igj.nl

Ons kenmerk

10.2.d

Uw kenmerk

1902MMMGsb

Uw brief

11 maart 2019

Bijlagen

Datum : 12 april 2019
Onderwerp uw aanvullende informatie

Geachte heer Van Meerdink,

Op 31 december 2018 ontving de Inspectie voor de Gezondheidszorg uw onderzoeksrapportage naar aanleiding van melding van 2 november 2018. U heeft onderzoek gedaan naar melding staat bij ons geregistreerd onder nummer 10.2.d

Op 26 februari 2019 verzocht de inspectie u om een toelichting op het verschil tussen de melding op het moment van melden en de reconstructie in de onderzoeksrapportage. Op 11 maart 2019 ontving de inspectie uw aanvullende informatie. Wij hebben uw rapportage beoordeeld. In deze brief informeer ik u over onze bevindingen.

Beoordeling inspectie

De inspectie vindt op basis van de door u verstrekte gegevens, dat u de calamiteit zorgvuldig heeft onderzocht. Ook beoordelen wij de door u voorgestelde maatregelen als voldoende.

Wel heeft de inspectie enige opmerkingen ten behoeve van mogelijk toekomstig calamiteitenonderzoek.

Ten behoeve van de leesbaarheid van het verslag verzoek ik u om bij mogelijk toekomstige onderzoeksrapportages er op toe te zien dat de basisoorzaken benoemd worden en in het geval gekozen is voor de PRISMA-methodiek, dat een oorzakenboom wordt bijgevoegd.

De inspectie gaat er naar aanleiding van deze onderzoeksrapportage vanuit, dat u aandacht heeft voor en er op toe ziet dat in de praktijk hier uitvoering aan wordt gegeven.

Gelet op bovenstaande en artikel 8.9 Uitvoeringsbesluit Wkkgz, beëindigt de inspectie het onderzoek naar aanleiding van de melding. Ik dank u voor uw informatie.

Deze brief wordt aan u als Raad van Bestuur gestuurd. Ik ga ervan uit dat u Mevrouw die de rapportage heeft verstuurd, op de hoogte stelt van de inhoud van deze brief.

20190415-1607

Vragen of aanvullende informatie?

Ik hoop dat ik u met deze brief voldoende heb geïnformeerd. Heeft u nog vragen of aanvullende informatie, neem dan contact op met ons meldpunt. Wij zijn van maandag tot en met vrijdag bereikbaar tussen 9.00 en 17.00 uur op bovengenoemd telefoonnummer. U kunt ook een e-mail sturen naar meldpunt@igj.nl. Vermeld daarbij alstublieft het registratienummer van uw melding.

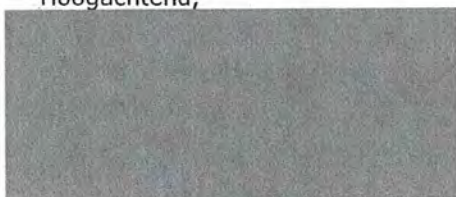
Ons kenmerk

10.2.d

Datum

12 april 2018

Hoogachtend,



de heer drs.
Hoofd Meldpunt IGJ

Van: Bestuurssecretariaat Careyn
Aan: meldpunt@igj.nl
Onderwerp: IGJ - vraag n.a.v. beëindiging melding 10.2.d Careyn Tuindorp Oost
Datum: dinsdag 30 april 2019 16:47:54
Bijlagen: [image001.png](#)
[image002.png](#)
20190412 IGJ - beëindiging 10.2.d Tuindorp Oost [redacted].pdf

Geachte heer [redacted],

Naar aanleiding van uw bijgaande brief, die wij op 15 april jl. in goede orde hebben ontvangen, hebben wij nog een korte vraag: onderaan blz. 1 vraagt u ons mevrouw [redacted] op de hoogte te stellen van de inhoud van uw brief. Die naam blijkt echter - na intern rondgevraagd te hebben - binnen onze organisatie niet bekend te zijn. Wellicht kunt u ons nadere informatie en/of contactgegevens verstrekken?

Voor de goede orde laten wij u graag weten dat uw brief uiteraard binnen onze organisatie onder de aandacht is gebracht van betrokken collega's en dat wij de door u genoemde opmerkingen ter harte zullen nemen.

Bij voorbaat dank voor uw bericht.

Hartelijke groet,

[redacted]
Bestuursassistente



T extern: 030- [redacted]

T intern: [redacted]

E: bestuurssecretariaat@careyn.nl

B: Careyn Nieuw Tamarinde, Neckardreef 6, 3562 CN Utrecht (kamer [redacted] [redacted] [redacted])

P: Postbus 900, 3100 AX Schiedam

I: www.careyn.nl



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