



NZa
Newtonlaan 1,
3584 BX Utrecht

Careyn

Careyn
Neckardreef 6
3562 CN Utrecht

Postbus 900
3100 AX Schiedam

Telefoon:
030 2588102
030 2588101
030 2588103

www.careyn.nl

Utrecht, 31 mei 2017

Betreft: Eenzijdige indiening nacalculatie 2016.

Geachte heer, mevrouw,

Vandaag dient Careyn de formulieren nacalculatie Wlz 2016 in voor Aveant B.V., NZa nummer 300-1026, Careyn Zuid Hollandse Eilanden B.V. NZa nummer 300-1485, en Zuwe Zorg B.V. NZa nummer 300-0974. Graag vraag ik uw aandacht voor het volgende.

Zorgkantoor Zilveren Kruis heeft bij één verpleeghuis van Careyn Zuid Hollandse Eilanden B.V. NZa nummer 300-1485 een materiële controle uitgevoerd over de in 2016 geleverde Wlz-zorg. Op basis van deze controle heeft het zorgkantoor ruim 4,5% van de totale Wlz-zorg van Aveant B.V. NZa nummer 300-1026, Careyn Zuid Hollandse Eilanden B.V. NZa nummer 300-1485, en Zuwe Zorg B.V. NZa nummer 300-0974 als onrechtmatig aangemerkt. Het zorgkantoor heeft aangekondigd dat het correcties ter grootte van dit percentage van de totale waarde van de gerealiseerde productie heeft verwerkt in de nacalculatieformulieren.

Careyn is het niet eens met de uitkomsten van de materiële controle in de zorgkantoorregio Rotterdam en evenmin met de wijze waarop het zorgkantoor deze uitkomsten heeft uitvergroot naar de totale Wlz-zorg. Wij dienen daarom de formulieren nacalculatie Wlz 2016 eenzijdig in, zonder de door het zorgkantoor gewenste correctie.

De Beleidsregel nacalculatie 2016 bepaalt dat de NZa verlaging van de financiële waarde van de gerealiseerde productie door middel van een correctiebedrag alleen honoreert als dit correctiebedrag met instemming van zowel de zorgaanbieder als het zorgkantoor is ingediend (artikel 4.2). Omdat de correctie van Zorgkantoor Zilveren Kruis niet de instemming van Careyn heeft, gaan wij ervan uit dat de NZa deze correctie zal afwijzen en de formulieren van Careyn zal verwerken.

In behandeling bij:
H. Luik
Doorkiesnummer:
030 [redacted]
Ons kenmerk:
17091 [redacted]



Als de NZa zou overwegen een ander besluit te nemen, verzoekt Careyn u haar in de gelegenheid te stellen een zienswijze naar voren te brengen.

Uiteraard ben ik graag bereid met de NZa te overleggen over de te volgen procedure.

Met vriendelijke groet,

H. Luik

Voorzitter Raad van Bestuur ai

Buiten reikwijdte

Van: [redacted]@kpmg.nl>
 Datum: 8 juni 2017 om 15:59:26 CEST
 Aan: Marcel van Gastel <[redacted]@icloud.com>, [redacted]
 [redacted]@kpmg.nl>
 Onderwerp: FW: Bijlage

From: Möhlmann, Henk [mailto:[redacted]@careyn.nl]
 Sent: donderdag 8 juni 2017 15:35
 To: [redacted] (KPMG Plexus) <[redacted]@kpmg.nl>
 Subject: Bijlage

Dag [redacted]

De bijlage waar naar verwezen wordt, betreft de notitie d.d. 18 april 2017 die het IT reeds ontving. Zie bijlage.

Wanneer denk jij inhoudelijk te kunnen reageren? Dan kan ik intern afstemmen hoe verder.

Hartelijke groet,

Henk

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

The information in this e-mail (and any attachments) is intended exclusively for the addressee(s). Any use by a party other than the addressee(s) is prohibited. The information may be confidential in nature and fall under a duty of non-disclosure. If you are not the addressee, please notify the sender and delete this e-mail. KPMG cannot guarantee that e-mail communications are secure and error-free and does not accept any liability for damages resulting from the use of e-mail. Our services and other work are carried out under an

Overall 10.2.e**Doc. 3**

agreement of instruction (overeenkomst van opdracht) that is subject to the general terms and conditions of the contracting KPMG firm. These general terms and conditions are available on our website (www.kpmg.nl/algemenevoorwaarden) and will be forwarded upon request. Agreements with and statements from KPMG are only legally binding upon KPMG if they are confirmed in writing and signed by an authorized person.

Datum: 8 juni 2017 om 09:00:13 CEST

<[REDACTED]@gmail.com>

Onderwerp: Doorst.: FSI IT PDI

Verstuurd vanaf mijn iPhone

Begin doorgestuurd bericht:

Datum: 7 juni 2017 17:54:11 CEST

<[REDACTED]@kpmg.nl<mailto:[REDACTED]@kpmg.nl>>

Onderwerp: IT

Dag

Zoals afgesproken bijgaand de beantwoording van de vragen van het IT.

Hartelijke groet,

Henk

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 <https://urldefense.proofpoint.com/v2/url?u=http-3A__www.careyn.nl&d=DwMFAw&c=vgc7_vOYmgImobMVdyKsCYIrdGZhhtCa2JetijQZAG0&r=IHUmNMax5dCXdkJ-

2aGopglNvKLok5xslJVj6GJOTG8&m=XMFkKi4FEManzBOJJZPm9pBMHxCDAgs3IIDwT0zQIUw&s=oqP5aGkhLzjj5h2h-LBGwhz3BktKFCB96Foe8eAnleU&e=>

The information in this e-mail (and any attachments) is intended exclusively for the addressee(s). Any use by a party other than the addressee(s) is prohibited. The information may be confidential in nature and fall under a duty of non-disclosure. If you are not the addressee, please notify the sender and delete this e-mail. KPMG cannot guarantee that e-mail communications are secure and error-free and does not accept any liability for damages resulting from the use of e-mail. Our services and other work are carried out under an agreement of instruction (overeenkomst van opdracht) that is subject to the general terms and conditions of the contracting KPMG firm. These general terms and conditions are available on our website (www.kpmg.nl/algemenevoorwaarden) and will be forwarded upon request. Agreements with and statements from KPMG are only legally binding upon KPMG if they are confirmed in writing and signed by an authorized person.

Buiten reikwijdte

Van: "[REDACTED] (KPMG Plexus)" [REDACTED]@kpmg.nl>

Datum: 8 juni 2017 om 15:48:27 CEST

Aan: Marcel van Gastel <[REDACTED]@icloud.com>, [REDACTED]
[REDACTED]@kpmg.nl>

Onderwerp: FW: Zijn er inmiddels of komen er op korte termijn resultaten beschikbaar uit de eigen interne audits?

TK

From: [REDACTED] [mailto:[REDACTED]@careyn.nl]

Sent: donderdag 8 juni 2017 15:43

To: [REDACTED] (KPMG Plexus) <[REDACTED]@kpmg.nl>

Cc: Waterink, Gert-Jan <[REDACTED]@careyn.nl>

Subject: RE: Zijn er inmiddels of komen er op korte termijn resultaten beschikbaar uit de eigen interne audits?

Yess goed dat je me herinnerd!

Bijgaand!

@Gert-Jan: Wil je de oplegger gemaakt door [REDACTED] ook inbrengen? Lijkt mij goed maar moet dan wel even aangepast worden.

Van: [REDACTED] (KPMG Plexus) [mailto:[REDACTED]@kpmg.nl]

Verzonden: donderdag 8 juni 2017 15:34

Aan: [REDACTED]

Onderwerp: RE: Zijn er inmiddels of komen er op korte termijn resultaten beschikbaar uit de eigen interne audits?

Zijn die mogelijk beschikbaar ten gunste van het interventieteam volgende week donderdag?

From: [REDACTED] [mailto:[REDACTED]@careyn.nl]

Sent: donderdag 1 juni 2017 16:17

To: [REDACTED] (KPMG Plexus) [REDACTED]@kpmg.nl>

Subject: RE: Zijn er inmiddels of komen er op korte termijn resultaten beschikbaar uit de eigen interne audits?

Nee na het weekend

Van: [redacted] (KPMG Plexus) [mailto:[redacted]@kpmg.nl]

Verzonden: donderdag 1 juni 2017 15:54

Aan: [redacted]

Onderwerp: Zijn er inmiddels of komen er op korte termijn resultaten beschikbaar uit de eigen interne audits?

[redacted]
[redacted] | MC SC&O Healthcare

T +312 [redacted] | M +31 [redacted]
[redacted]@kpmg.nl | MyLinkedIn | www.kpmg.nl
KPMG | Laan van Langerhuize 1, 1186 DS Amstelveen

KPMG Advisory NV, handelsregisternummer 33263682

The information in this e-mail (and any attachments) is intended exclusively for the addressee(s). Any use by a party other than the addressee(s) is prohibited. The information may be confidential in nature and fall under a duty of non-disclosure. If you are not the addressee, please notify the sender and delete this e-mail. KPMG cannot guarantee that e-mail communications are secure and error-free and does not accept any liability for damages resulting from the use of e-mail. Our services and other work are carried out under an agreement of instruction (overeenkomst van opdracht) that is subject to the general terms and conditions of the contracting KPMG firm. These general terms and conditions are available on our website (www.kpmg.nl/algemenevoorwaarden) and will be forwarded upon request. Agreements with and statements from KPMG are only legally binding upon KPMG if they are confirmed in writing and signed by an authorized person.

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

The information in this e-mail (and any attachments) is intended exclusively for the addressee(s). Any use by a party other than the addressee(s) is prohibited. The information may be confidential in nature and fall under a duty of non-disclosure. If you are not the addressee, please notify the sender and delete this e-mail. KPMG cannot guarantee that e-mail communications are secure and error-free and does not accept any liability for damages resulting from the use of e-mail. Our services and other work are carried out under an agreement of instruction (overeenkomst van opdracht) that is subject to the general terms and conditions of the contracting KPMG firm. These general terms and conditions are available

on our website (www.kpmg.nl/algemenevoorwaarden) and will be forwarded upon request. Agreements with and statements from KPMG are only legally binding upon KPMG if they are confirmed in writing and signed by an authorized person.

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

The information in this e-mail (and any attachments) is intended exclusively for the addressee(s). Any use by a party other than the addressee(s) is prohibited. The information may be confidential in nature and fall under a duty of non-disclosure. If you are not the addressee, please notify the sender and delete this e-mail. KPMG cannot guarantee that e-mail communications are secure and error-free and does not accept any liability for damages resulting from the use of e-mail. Our services and other work are carried out under an agreement of instruction (overeenkomst van opdracht) that is subject to the general terms and conditions of the contracting KPMG firm. These general terms and conditions are available on our website (www.kpmg.nl/algemenevoorwaarden) and will be forwarded upon request. Agreements with and statements from KPMG are only legally binding upon KPMG if they are confirmed in writing and signed by an authorized person.

Van: "[REDACTED] (KPMG Plexus)" <[REDACTED]@kpmg.nl>
Datum: 9 juni 2017 om 14:00:45 CEST
Aan: "[REDACTED]@kpmg.nl", Marcel van Gastel
<[REDACTED]@icloud.com>
Onderwerp: FW: oplegger

Oplegger bij de resultaten, geeft een mooi overzicht en lijkt te focussen op zeer relevante punten.

From: Waterink, Gert-Jan [mailto:[REDACTED]@careyn.nl]
Sent: donderdag 8 juni 2017 22:01
To: [REDACTED] (KPMG Plexus) <[REDACTED]@kpmg.nl>
Cc: [REDACTED] <[REDACTED]@careyn.nl>
Subject: oplegger

Dag [REDACTED]

Bij deze de oplegger behorend bij de tussenrapportage K&V,

Met vriendelijke groet

Drs G.J. (Gert-Jan) Waterink MBA
Directeur Kwaliteit en Veiligheid

Aan : Stuurgroep K&V, DT, RvB
 Van : Gert Jan Waterink
 Kopie : Team Zorgaudits
 Betreft : Oplegger tussentijdse totaalrapportage n.a.v. V&E metingen april/mei 2017
 Datum : 6 juni 2017

Beste leden van de Stuurgroep Kwaliteit & Veiligheid, Directieteam en Raad van Bestuur,

Bijgesloten stuur ik jullie de tussentijdse update van de totaalrapportage Kwaliteit & Veiligheid. Ten opzichte van de voorgaande versie (verspreid in februari jl.) is van de onderstaande locaties de laatste stand van zaken bijgewerkt:

District	Locatie(s)
DWO/NWN	De Vloot.
Utrecht Stad	KSW De Geuzenveste, KSW De Prinses, KSW Nieuw Chartreuse, KSW Parkwijk, Rosendael, Tuindorp Oost, Warande.
Utrecht West	Maria Oord, Weddesteyn.
ZHEBRA	Bernissesteyn, De Rozenhoek, Dierenriem, Hart van Groenewoud, Hart van Rozenburg, Torenhoeve, Zes Rozen.

De totaalrapportage wordt komende weken nog verder bijgewerkt met de laatste stand van zaken van de overige twaalf locaties, zij worden op dit moment bezocht voor een tweede voortgangs- en effectmeting.

Daarmee zal de op te leveren totaalrapportage van begin juli voor alle 29 intramurale locaties een zo up-to-date mogelijke weergave bevatten. Die versie zal dan ook worden gebruikt als input voor het resultaatverslag dat we vóór 1 augustus bij de IGZ dienen aan te leveren.

Algemene uitgangspunten totaalrapportage K&V

De totaalrapportage betreft een samenvattend overzicht van de bevindingen op het gebied van Kwaliteit & Veiligheid, welke zijn verkregen uit interne audits, inspectiebezoeken en (vervolg) voortgangs- en effectmetingen gedurende 2016 en 2017.

De volgende opmerkingen zijn hierbij van toepassing:

- De totaalrapportage focust zich op de 28 veldnormen die eerder zijn benoemd door de IGZ (en welke de IGZ heeft gebruikt tijdens de inspectiebezoeken die zij in 2016 heeft uitgevoerd).
- De totaalrapportage wordt periodiek aangepast n.a.v. de meest recente metingen.
- In dit bestand wordt uitgegaan van de scoringmethode van de IGZ. Dit betekent dat als ook maar één van de onderliggende criteria met 'voldoet niet' is gescoord, de (hoofd)norm eveneens op 'voldoet niet' is gezet (dit wijkt soms af van wat in de individuele rapporten staat vermeld).

Overall bevindingen V&E metingen april / mei 2017

Op basis van de voortgangs- en effectmetingen die hebben plaatsgevonden in de afgelopen weken kunnen we concluderen dat er grote stappen zijn gemaakt op het gebied van Kwaliteit & Veiligheid binnen onze intramurale locaties:

- Er zijn duidelijke verbeteringen zichtbaar op het gebied van Sturen op Kwaliteit en Veiligheid: medewerkers melden consequent incidenten, aandachtsvelders MIC zijn geschoold om de meldingen te monitoren en te analyseren en er zijn MIC commissies ingericht om overstijgende analyses uit te voeren en gerichte verbeteracties op te stellen.

- Daarnaast hebben diverse opschoonacties plaatsgevonden in het cliëntdossier.
- Ook is zichtbaar dat er meer en beter wordt gewerkt met het digitale leersysteem en dat andere vormen van scholingen (zoals klinische lessen) worden ingezet om deskundigheid van medewerkers te verbeteren. Tevens wordt zichtbaar meer aandacht besteed aan (analyse van) inzet van medewerkers, o.a. door het recentelijk 'installeren' van locatieverantwoordelijken dan wel overige (extra) ondersteunende medewerkers bijvoorbeeld op het gebied van roosteren (n.a.v. herijking Professionele Sturing).
- Tot slot hebben diverse locaties verbeteracties doorgevoerd op het gebied van gebruik en beheer van medicatie en medische middelen en het creëren van een veilige leefomgeving (zoals zorgvuldig omgaan met opbergen van scherpe voorwerpen / risicovolle middelen).

Ondanks de zichtbare verbeteringen kunnen helaas diverse normen nog niet als 'voldoet' worden gescoord. Dit omdat toch nog bepaalde (sub) onderdelen niet of onvoldoende geborgd zijn. Overall betreft dit het volgende:

- **Sturen op kwaliteit & veiligheid:**
 - binnen meerdere locaties zijn de MIC commissies nog maar sinds kort ingericht. Zij dienen nog aantoonbare stappen te zetten in de overstijgende analyses en daaruit volgende verbeterinitiatieven.
 - daarnaast zijn voor meerdere locaties nog geen in- en exclusiecriteria vastgesteld en opgenomen in communicatie/informatie naar bewoners. De Careyn brede notitie is pas sinds twee weken bekend, het betreft een algemene uitlijning op basis van ZZP's. Locaties dienen deze nog te vertalen naar eigen locatiekenmerken / doelgroepen.
- **Clientdossiers:**
 - Binnen veel locaties worden nog teveel doelen opgesteld per bewoner. Diverse cliëntbehoeften, - beperkingen, etc. worden vertaald naar doelen, terwijl dit vaak ook onder afspraak = afspraak kan worden vermeld.
 - Door grote hoeveelheid doelen wordt het moeilijker om op basis van doelen te werken, te rapporteren en te evalueren. Dit is nog duidelijk zichtbaar in de dossiers, rapportages en evaluatieverslagen zijn vaak nog algemeen geformuleerd en niet of onvoldoende op basis van doelen / acties (methodisch werken).
- **Deskundigheid en inzet van medewerkers:**
 - Ondanks de verbeteringen op het gebied van scholing (o.a. inzet van digitale leeromgeving en klinische lessen) zijn nog aanvullende stappen noodzakelijk:
 - Sinds twee weken zijn de scholingsplannen pas gedeeld met de locaties, diverse locaties zijn nog bezig om de scholingsplannen te vertalen/concretiseren naar locatie specifieke PVA's.
 - Het op orde krijgen van bekwaamheid van medewerkers middels de VRH-scholingen is moeizaam op gang gekomen waardoor we mogelijk de doelstelling voor 1 augustus niet gerealiseerd hebben.
 - Ook op het gebied van inzet zijn nog aanvullende verbeteringen / borgingsacties noodzakelijk:
 - Binnen diverse locaties is nog sprake van een formatietekort, en tevens lijken teams nog (te) veel tijd kwijt te zijn aan bepaalde regeltaken (bijvoorbeeld schoonmaak, uitvoeren van bestellingen e.d.). Advies om (nogmaals) kritisch te onderzoeken welke regeltaken écht in de teams moeten worden belegd en welke (voorlopig) beter kunnen worden opgepakt door (tijdelijk extra) ondersteuning danwel kunnen worden uitbesteed → Herijking Professionele sturing.
 - Ondanks de verbeteringen op het gebied van beschikbaarheid van behandelaars, wordt dit binnen sommige districten nog als een kwetsbaar punt gezien (jonge artsen, basispsychologen).
- **Overige punten:**
 - Binnen verschillende locaties zijn toch nog tekortkomingen gezien op het gebied van beheer van medicatie en medische middelen. Ondanks de vele verbeteringen dient binnen sommige locaties nog extra aandacht te komen voor goede schoonmaak van

voorraadruimtes, het scheiden van steriele en niet-steriele middelen, en geopende medicijnen te voorzien van een sticker met openingsdatum.

- Tijdens meerdere bezoeken werd opgemerkt dat binnen dezelfde regio en zelfs binnen dezelfde locatie meerdere instanties bijdragen aan controles van medische apparatuur en instrumenten. Controles worden niet altijd tijdig uitgevoerd, en tevens wordt niet consequent geregistreerd (verschillende stickers, verschillende uitgangspunten).

Voor verder informatie willen wij u verwijzen naar de totaalrapportage en de verbetermonitors per locaties voor (achterliggende) toelichtingen.

De volgende voortgangsrapportage volgt begin juli.



Van: [redacted] (KPMG Plexus) <[redacted]@kpmg.nl>
Verzonden: maandag 12 juni 2017 17:09
Aan: [redacted]@gmail.com; [redacted]; [redacted]; [redacted];
 [redacted]; [redacted]@zilverenkruis.nl; [redacted]@cz.nl; [redacted]@dsw.nl;
 [redacted]@dsw.nl; [redacted]@careyn.nl; [redacted]@careyn.nl; [redacted]@careyn.nl;
 [redacted]@careyn.nl; [redacted]@careyn.nl; [redacted]@careyn.nl;
 [redacted]@careyn.nl; [redacted]; [redacted]@careyn.nl; [redacted];
 [redacted]; Meerdink, Marco

CC: [redacted]
Onderwerp: Bijeenkomst Interventieteam 15 juni
Bijlagen: 20170523_Concept verslag bijeenkomst interventieteam 10-5.pdf; 20170606
 Totaalrapportage audituitkomsten K&V - DEELVERSIE.xlsx; 20170612 Deel II PvA
 Interventieteam.docx; ADDENDUM ITeam 12062017 concept 0.3a tdk.pdf; Oplegger
 tussentijdse totaalrapportage KV n.a.v. VE metingen april-mei.docx; 20170418
 Nazending III Aanvraag extra middelen Careyn.pdf

Beste allen,

Aanstaande **donderdag 15 juni 2017 van 15:00 tot 16:30 uur** komen we met het interventieteam bij elkaar bij Careyn Swellengrebel aan de Burgemeester Fockema Andreaelaan 100 in Utrecht. Vanwege afwezigheid van Marcel van Gastel zal [redacted] het voorzitterschap op zich nemen. [redacted] introduceert zich als nieuwe onafhankelijk secretaris van het interventieteam, vanwege mijn vertrek bij KPMG Plexus. Dirk Pons is niet aanwezig en [redacted] schuift een half uur later aan.

- 1) Opening en mededelingen
- 2) Conceptverslag vorige vergadering (zie bijlage: conceptverslag bijeenkomst interventieteam (.pdf))
- 3) Uitkomsten audit Kwaliteit & Veiligheid
 De resultaten van de gehouden audits kwaliteit en veiligheid zijn beschikbaar. De totaalrapportage wordt kort toegelicht aan de teamleden. (zie bijlage: totaalrapportage audituitkomsten (.xls) & oplegger tussentijdse totaalrapportage (.doc))
- 4) Aanvraag extra middelen Careyn
 Naar aanleiding van de opmerkingen vanuit de leden van het interventieteam, heeft Careyn een addendum geschreven bij de aanvraag extra middelen. Dit addendum wordt inhoudelijk besproken. Nagegaan wordt of een gedeeld beeld ontstaat van de financiële uitgangspositie en noodzakelijke middelen om de kwaliteit van zorg binnen Careyn duurzaam te verbeteren. (zie bijlage: addendum ITeam (.pdf) + voor de volledigheid nogmaals: nazending III aanvraag extra middelen (.pdf))
- 5) Concept plan van aanpak deel II
 Een volgende conceptversie van het plan van aanpak kwaliteit en deel II wordt besproken. Wijzigingen zijn aangebracht naar aanleiding van de feedback van de leden van het interventieteam en verdere doorontwikkeling met betrokkenen binnen Careyn. (zie bijlage: deel II PvA (.doc))
- 6) WVTTK

Voor eventuele vragen en/of opmerkingen kunt u bij [redacted] terecht. Zij is in CC opgenomen en haar volledige contactgegevens zijn opgenomen onder deze mail.

Met vriendelijke groeten,

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED] | MC SC&O Healthcare

T +312 [REDACTED] | M +31 6 [REDACTED]

[REDACTED]@kpmg.nl | MyLinkedIn | www.kpmg.nl

KPMG | Laan van Langerhuize 1, 1186 DS Amstelveen

KPMG Advisory NV, handelsregisternummer 33263682

[REDACTED]

[REDACTED] | MC SC&O Healthcare

T +312 [REDACTED] | M +31 [REDACTED]

[REDACTED]@kpmg.nl | www.kpmg.nl

KPMG | Laan van Langerhuize 1, 1186 DS Amstelveen

KPMG Advisory N.V., handelsregisternummer 33263682

The information in this e-mail (and any attachments) is intended exclusively for the addressee(s). Any use by a party other than the addressee(s) is prohibited. The information may be confidential in nature and fall under a duty of non-disclosure. If you are not the addressee, please notify the sender and delete this e-mail. KPMG cannot guarantee that e-mail communications are secure and error-free and does not accept any liability for damages resulting from the use of e-mail. Our services and other work are carried out under an agreement of instruction (overeenkomst van opdracht) that is subject to the general terms and conditions of the contracting KPMG firm. These general terms and conditions are available on our website (www.kpmg.nl/algemenevoorwaarden) and will be forwarded upon request. Agreements with and statements from KPMG are only legally binding upon KPMG if they are confirmed in writing and signed by an authorized person.

Concept verslag bijeenkomst interventieteam Langdurige Zorg Careyn

Datum: 10-5-2017

Locatie: Woerden, Careyn Weddesteyn

Aanwezig:

Johan Vermeulen (CZ), Dirk Pons, [REDACTED] (DSW), [REDACTED] (Zilveren Kruis), Harry Luik, Henk Möhlman, Gert-Jan Waterink, [REDACTED], [REDACTED] (Careyn), [REDACTED] (VWS), Marcel van Gastel (voorzitter), [REDACTED] (secretaris)

Afwezig: Geen

Besluiten

- Er is een voorgenomen besluit voor het aantreden van een nieuwe CEO per 1 juni. Adviesgesprekken met COR en CCR vinden plaats in de week van 16 mei. De voorzitter wordt uitgenodigd voor deelname aan het interventieteam zodra het aantreden bevestigd is.
- De materiele controle van Zilveren Kruis is afgerond. 10.2.g

10.2.g

Voor

het interventieteam staat voorop dat de ingezette weg naar verbeterde kwaliteit vervolgd kan worden. De gesprekken tussen ZK en Careyn wordt afgewacht. Indien de uitkomsten niet naar tevredenheid zijn van zowel ZK als Careyn, wordt dit punt geagendeerd op een volgende bijeenkomst van het interventieteam. Afhankelijk van de uitkomst beraadt DSW zich op haar deelname in het interventieteam.

- Ten aanzien van de aanvraag extra middelen wordt besloten deze de volgende vergadering inhoudelijk te agenderen, waartoe een verder ontwikkelde versie zal worden ingebracht door Careyn. Onderwerp van gesprek is dan of het interventieteam tot een gedeelde conclusie komt met betrekking tot de mogelijke omvang van de benodigde (incidentele) middelen om de kwaliteit op orde te krijgen. Aanvullend op de reeds in de vorige vergadering benoemde punten, wordt de splitsing incidentele en structureel benodigde middelen genoemd:
- Ten aanzien van het plan van aanpak deel II geven de teamleden verschillende opmerkingen die worden meegenomen in de verdere uitwerking.

Acties

- Delen van de uitkomsten van het proces tussen Zilveren Kruis en Careyn. Actiehouder: Zilveren Kruis & RvB Careyn
- Planning van het gesprek met de Raad van Toezicht en vertegenwoordiging van de zorgkantoren. Actiehouder: secretaris + Careyn
- Verder ontwikkelen van de aanvraag extra middelen met inachtneming van de opmerkingen zoals benoemd in de vastgestelde notulen van de bijeenkomst 19 april en aanvullende opmerking in deze notulen. Actiehouder: Careyn
- Verder ontwikkelen van PvA Deel II met inachtneming van opmerkingen vanuit de teamleden van het interventieteam. Actiehouder: voorzitter en secretaris + Careyn

Dit overzicht betreft een totaalrapportage van de audituitkomsten 2016/2017 op het gebied van kwaliteit & veiligheid (kwaliteit van interne audit, inspectiebezoeken en verzoeken). Het betreft de bespreking van de 28 verslagen, verspreid door de K&V, de volgende opmerkingen zijn van belang:

* Het betreft in het algemeen de uitvoering van de interne audit, niet de externe audit.

* In dit overzicht wordt uitgegaan van de voortgang van de K&V. Dit betekent dat als een maatregel van de externe audit niet is genomen, dat de voortgang ervan op 'niet' is gezet (dit wijkt soms af van wat in de individuele auditrapporten staat vermeld).

Overall 10.2.e

Doc. 12

Locatie gegevens				Uitslag metingen op het gebied van Kwaliteit & Veiligheid				Eerste voortgang- & effectmeting		Tweede voortgang- & effectmeting		Algemene opmerkingen n.v.t. laatste uitgevoerde V&E meting		Thema 1: Sturen op Kwaliteit & Veiligheid		Thema 2: Continuïteit	
Locatie	Locatienaam	Regio	Locatie	Soort meting	Uitgevoerd door	Soort meting	Uitgevoerd door	Soort meting	Uitgevoerd door	Soort meting	Uitgevoerd door	Soort meting	Uitgevoerd door	Soort meting	Uitgevoerd door	Soort meting	Uitgevoerd door
Overijssel	De Afs			19-7-2016	Inspectiebezoek	1. Medische regie 2. Medische regie 3. Desinfectie	20-7-2017	19-7-2017	20-7-2017	19-7-2017	20-7-2017	19-7-2017	20-7-2017	19-7-2017	20-7-2017	19-7-2017	20-7-2017
	De Vast			19-12-2016	Interne audit	1. Medische regie 2. Medische regie 3. Desinfectie	18-5-2017	19-12-2017	18-5-2017	19-12-2017	18-5-2017	19-12-2017	18-5-2017	19-12-2017	18-5-2017	19-12-2017	18-5-2017
	Rosendal			19-1-2016	Interne audit	1. Medische regie 2. Medische regie 3. Desinfectie	27-1-2017	19-1-2017	27-1-2017	19-1-2017	27-1-2017	19-1-2017	27-1-2017	19-1-2017	27-1-2017	19-1-2017	27-1-2017
	Wierdijk			19-7-2016	Inspectiebezoek	1. Medische regie 2. Medische regie 3. Desinfectie	27-1-2017	19-7-2017	27-1-2017	19-7-2017	27-1-2017	19-7-2017	27-1-2017	19-7-2017	27-1-2017	19-7-2017	27-1-2017
	Utrecht Stad	K&V de Gezondheids		4-1-2017	Interne audit	1. Medische regie 2. Medische regie 3. Desinfectie	4-1-2017	4-1-2017	4-1-2017	4-1-2017	4-1-2017	4-1-2017	4-1-2017	4-1-2017	4-1-2017	4-1-2017	4-1-2017
	K&V de Prinses			3-3-2017	Interne audit	1. Medische regie 2. Medische regie 3. Desinfectie	3-3-2017	3-3-2017	3-3-2017	3-3-2017	3-3-2017	3-3-2017	3-3-2017	3-3-2017	3-3-2017	3-3-2017	3-3-2017
	K&V Meer Charité			5-1-2017	Interne audit	1. Medische regie 2. Medische regie 3. Desinfectie	5-1-2017	5-1-2017	5-1-2017	5-1-2017	5-1-2017	5-1-2017	5-1-2017	5-1-2017	5-1-2017	5-1-2017	5-1-2017
	K&V Parkwijk			12-1-2017	Interne audit	1. Medische regie 2. Medische regie 3. Desinfectie	12-1-2017	12-1-2017	12-1-2017	12-1-2017	12-1-2017	12-1-2017	12-1-2017	12-1-2017	12-1-2017	12-1-2017	12-1-2017
	Nieuw Tamarinde			14-7-2016	Inspectiebezoek	1. Medische regie 2. Medische regie 3. Desinfectie	14-7-2017	14-7-2017	14-7-2017	14-7-2017	14-7-2017	14-7-2017	14-7-2017	14-7-2017	14-7-2017	14-7-2017	14-7-2017
	Rosendal			4-4-2016	Interne audit	1. Medische regie 2. Medische regie 3. Desinfectie	11-1-2017	4-4-2017	11-1-2017	4-4-2017	11-1-2017	4-4-2017	11-1-2017	4-4-2017	11-1-2017	4-4-2017	11-1-2017
Overijssel	Swelling/Wiel			16-3-2016	Interne audit	1. Medische regie 2. Medische regie 3. Desinfectie	16-3-2017	16-3-2017	16-3-2017	16-3-2017	16-3-2017	16-3-2017	16-3-2017	16-3-2017	16-3-2017	16-3-2017	16-3-2017
	Tubdorp Oost			20-4-2016	Interne audit	1. Medische regie 2. Medische regie 3. Desinfectie	20-4-2017	20-4-2017	20-4-2017	20-4-2017	20-4-2017	20-4-2017	20-4-2017	20-4-2017	20-4-2017	20-4-2017	20-4-2017
	Wierdijk			6-1-2017	Interne audit	1. Medische regie 2. Medische regie 3. Desinfectie	6-1-2017	6-1-2017	6-1-2017	6-1-2017	6-1-2017	6-1-2017	6-1-2017	6-1-2017	6-1-2017	6-1-2017	6-1-2017
	Utrecht West	Amstel		20-7-2016	Inspectiebezoek	1. Medische regie 2. Medische regie 3. Desinfectie	19-2-2017	20-7-2017	19-2-2017	20-7-2017	19-2-2017	20-7-2017	19-2-2017	20-7-2017	19-2-2017	20-7-2017	19-2-2017
	Maria-Cord			10-1-2017	Interne audit	1. Medische regie 2. Medische regie 3. Desinfectie	10-1-2017	10-1-2017	10-1-2017	10-1-2017	10-1-2017	10-1-2017	10-1-2017	10-1-2017	10-1-2017	10-1-2017	10-1-2017
	Stavenberg			24-7-2016	Inspectiebezoek	1. Medische regie 2. Medische regie 3. Desinfectie	24-7-2017	24-7-2017	24-7-2017	24-7-2017	24-7-2017	24-7-2017	24-7-2017	24-7-2017	24-7-2017	24-7-2017	24-7-2017
	Wierdijk			11-1-2017	Interne audit	1. Medische regie 2. Medische regie 3. Desinfectie	11-1-2017	11-1-2017	11-1-2017	11-1-2017	11-1-2017	11-1-2017	11-1-2017	11-1-2017	11-1-2017	11-1-2017	11-1-2017
	CH&RA	Bermsloot		29-12-2016	Interne audit	1. Medische regie 2. Medische regie 3. Desinfectie	29-12-2017	29-12-2017	29-12-2017	29-12-2017	29-12-2017	29-12-2017	29-12-2017	29-12-2017	29-12-2017	29-12-2017	29-12-2017
	Bankertburg			13-6-2016	Interne audit	1. Medische regie 2. Medische regie 3. Desinfectie	13-6-2017	13-6-2017	13-6-2017	13-6-2017	13-6-2017	13-6-2017	13-6-2017	13-6-2017	13-6-2017	13-6-2017	13-6-2017
	De Plantage			2-3-2016	Interne audit	1. Medische regie 2. Medische regie 3. Desinfectie	2-3-2017	2-3-2017	2-3-2017	2-3-2017	2-3-2017	2-3-2017	2-3-2017	2-3-2017	2-3-2017	2-3-2017	2-3-2017
Overijssel	De Rozenhoek			16-12-2016	Interne audit	1. Medische regie 2. Medische regie 3. Desinfectie	16-12-2017	16-12-2017	16-12-2017	16-12-2017	16-12-2017	16-12-2017	16-12-2017	16-12-2017	16-12-2017	16-12-2017	16-12-2017
	De Vier Ambachten			11-5-2016	Interne audit	1. Medische regie 2. Medische regie 3. Desinfectie	11-5-2017	11-5-2017	11-5-2017	11-5-2017	11-5-2017	11-5-2017	11-5-2017	11-5-2017	11-5-2017	11-5-2017	11-5-2017
	Oersteren			20-12-2016	Interne audit	1. Medische regie 2. Medische regie 3. Desinfectie	20-12-2017	20-12-2017	20-12-2017	20-12-2017	20-12-2017	20-12-2017	20-12-2017	20-12-2017	20-12-2017	20-12-2017	20-12-2017
	Grootenhoek			27-7-2016	Inspectiebezoek	1. Medische regie 2. Medische regie 3. Desinfectie	27-7-2017	27-7-2017	27-7-2017	27-7-2017	27-7-2017	27-7-2017	27-7-2017	27-7-2017	27-7-2017	27-7-2017	27-7-2017
	Hart van Groenenda			9-6-2016	Interne audit	1. Medische regie 2. Medische regie 3. Desinfectie	9-6-2017	9-6-2017	9-6-2017	9-6-2017	9-6-2017	9-6-2017	9-6-2017	9-6-2017	9-6-2017	9-6-2017	9-6-2017
	Hart van Rozenburg	(tot dec 6 K&V)		17-1-2017	Interne audit	1. Medische regie 2. Medische regie 3. Desinfectie	17-1-2017	17-1-2017	17-1-2017	17-1-2017	17-1-2017	17-1-2017	17-1-2017	17-1-2017	17-1-2017	17-1-2017	17-1-2017
	Herman Gortelhof			9-3-2016	Interne audit	1. Medische regie 2. Medische regie 3. Desinfectie	9-3-2017	9-3-2017	9-3-2017	9-3-2017	9-3-2017	9-3-2017	9-3-2017	9-3-2017	9-3-2017	9-3-2017	9-3-2017
	Torenheide			22-12-2016	Interne audit	1. Medische regie 2. Medische regie 3. Desinfectie	22-12-2017	22-12-2017	22-12-2017	22-12-2017	22-12-2017	22-12-2017	22-12-2017	22-12-2017	22-12-2017	22-12-2017	22-12-2017
	De Rozen			21-12-2016	Interne audit	1. Medische regie 2. Medische regie 3. Desinfectie	21-12-2017	21-12-2017	21-12-2017	21-12-2017	21-12-2017	21-12-2017	21-12-2017	21-12-2017	21-12-2017	21-12-2017	21-12-2017

Totaal aantal locaties dat 333 van de 333 locaties heeft bezocht.

Totaal aantal locaties dat 333 van de 333 locaties heeft bezocht.

Totaal aantal locaties dat 333 van de 333 locaties heeft bezocht.

Op overzicht heeft een totaalopportage van de auditbevindingen 2016/2017 op het gebied van kwaliteit is belangrijk (akkoord van de Interne audit, Inspectiebewaak en verslaggeving), met daarbij de focus op de 28 bevindingen benoemd door de RGE. De volgende openbaringen zijn van toepassing:

- Het bestand is nog in ontwikkeling, de uitkomsten worden continu aangepast t.a.v. nieuw rechte metingen.
- In dit bestand wordt uitgegaan van de scoringmethode van de RGE. Dit betekent dat op ook maar één van de onderliggende criteria niet 'volledig niet' is gemiddeld, dat de *proef* (niet) eveneens op 'volledig niet' is gezet (dit wijkt soms af van wat de indicatieve auditrapporten staat vermeld).

Overall 10.2.e

Doc. 12[illegible]

Totaal aantal locaties dat verv aan de betreffende norm voldoet.

Totaal aantal locaties dat niet aan de betreffende norm voldoet.

Totaal aantal locaties waarbij norm A.3.3.1

Totaal aantal locaties waarbij norm nog niet is beoordeeld:

Totaal aantal
normen per
locatie dat
niet voldoet.

Kwaliteit en Veiligheid bij Careyn – Deel II

NB. Dit plan van aanpak is te lezen in aanvulling op
het plan van aanpak kwaliteit en veiligheid
versie 1.0 d.d. 29-12-2016

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	3
1. Introductie.....	4
2. Verbetergebieden borging van kwaliteit.....	5
2a. Aanpak voor kwaliteitsverbetering.....	6
2b. Personeelsinzet en –ontwikkeling	8
2c. Leiderschap en gedrag	10
2d. Organisatiestructuur.....	12
3. Haalbaarheid	14
4. Conclusies	15
Bronnen	16

Voorwoord

[Voorwoord van de nieuwe bestuursvoorzitter?]

1. Introductie

Achtergrond

Sinds januari 2017 geeft Careyn uitvoer aan het plan van aanpak Kwaliteit en Veiligheid dat is ontwikkeld om te komen tot kwaliteitsverbetering op de korte termijn. De verbetergebied uit de aanwijzing van de IGZ zijn daarvoor het uitgangspunt geweest. De focus ligt op cliëntdossier, deskundigheid en inzet van medewerkers, sturen op kwaliteit en veiligheid en goed bestuur. Voor zover onderdelen van het plan nog niet (volledig) zijn uitgewerkt, blijft deel I van het plan van kracht.

In aanvulling daarop ligt voor u deel II van dit plan van aanpak Kwaliteit en Veiligheid voor de middellange termijn vanaf september 2017. Ten opzichte van het plan deel I van december 2016 is sprake van *verlenging* en *verbreding*. Verlenging van het perspectief ten gunste van borging in de komende jaren en verbreding naar onderwerpen die in het bestaande plan niet of onvoldoende zijn uitgewerkt en wel van belang zijn voor duurzame kwaliteitsverbetering in de toekomst.

Careyn is de eigenaar van dit plan dat tot stand is gekomen met ondersteuning en medewerking van het interventieteam langdurige zorg (hierna: interventieteam). De verantwoordelijkheid voor de uitvoer van dit plan ligt in de lijn bij Careyn. De portefeuillehouder kwaliteit van de Raad van de Bestuur is eindverantwoordelijk.

Doelstelling

De primaire doelstelling van dit plan van aanpak is de verankering van de gerealiseerde kwaliteitsverbetering in de lijn, door het overzichtelijk samenbrengen van reeds bestaande en nog te ontplooiën activiteiten binnen Careyn. Met behulp van aanbeveling beoogt het plan tevens een aanzet te geven voor de vervolgstappen.

Dit plan van aanpak doet expliciet geen uitspraken over de lange termijn ontwikkeling van Careyn. Het interventieteam constateert wel een belangrijke opgave voor Careyn om deze lange termijn visie met en voor de organisatie te ontwikkelen. Er zijn belangrijke keuzes te maken op het gebied van portfolio en doelgroepen, de waardepropositie van Careyn, personele samenstelling & ontwikkeling en – daaruit voortvloeiend – de best passende organisatievorm voor de toekomst. Ten gunste van ontwikkeling van deze lange termijn visie beveelt het interventieteam aan dat de Raad van Bestuur daar zo snel mogelijk mee aan de slag gaat. Zij ziet de volgende tussenstappen voor de korte termijn:

- Kwalitatieve en kwantitatieve analyse door een externe partij van de sterke en zwakke punten van de organisatie, als ware Careyn een kandidaat voor een investeringsmaatschappij. (tevens relevantie voor de huidige ontwikkelingen)
- In kaart brengen van 1) de ontwikkeling van de vraag in de verschillende districten en 2) de positie van Careyn ten opzichte van bestaande concurrenten en nieuwe toetreders.

Scope

Dit plan van aanpak deel II is tot stand gekomen met ondersteuning van het interventieteam dat is geïntroduceerd naar aanleiding van de aanwijzing van de IGZ rondom intramurale zorgverlening. De situatie en knelpunten binnen de intramurale zorgverlening zijn derhalve het startpunt geweest in de uitwerking. Met betrekking tot (een groot deel) van de beschreven ontwikkelingen en aanbevelingen geldt dat zij ook meerwaarde hebben voor de extramurale zorg en andere bedrijfsonderdelen. De scope van het plan beslaat daarmee Careyn in zijn totaliteit.

2. Verbetergebieden borging van kwaliteit

Momenteel komt binnen Careyn een kwaliteitsverbetering tot stand ten aanzien van de geconstateerde tekortkomingen in de aanwijzing van de IGZ. Door management, teams en de ondersteunende diensten wordt daar hard aan gewerkt. Dit doen zij aan de hand van het plan van aanpak kwaliteit en veiligheid van december 2016. Het plan heeft een instrumenteel karakter en beschrijft een veelheid aan (losse) activiteiten. Het is van belang om ook na het succesvol afronden van dit eerste deel van het plan van aanpak, de behaalde resultaten in stand te houden (behoud) en om in de teams de vernieuwde aandacht voor kwaliteit vast te houden (uitbouwen).

Hoge kwaliteit zorgverlening komt tot stand in de relatie tussen de cliënt en de betrokken zorgprofessionals. Ook de familie en naasten van de cliënt zijn betrokken en veelal is sprake van een team van verschillende zorgprofessionals rondom de zorgvraag van de cliënt. Kwaliteit op orde houden en verder verbeteren vereist dat alle activiteiten binnen de organisatie ten gunste komen van het primair proces van zorgverlening, waarin de cliënt met zijn of haar zorgvraag centraal staat.

Het is binnen Careyn belangrijk om kwaliteit en kwaliteitsverbetering een structurele plek te geven in het dagelijks werk van iedereen binnen de organisatie. Dit geldt dus voor de zorgverlenende teams, maar ook voor bestuur en management en voor de ondersteunende diensten. Binnen zorgverlenende teams is daarvoor professionele autonomie nodig. Naast aandacht voor de zorgverlenende werkzaamheden zelf is daarbij ook tijd en aandacht nodig voor verbetermogelijkheden. Voor bestuur en management betekent dit dat zij in elke overweging zowel de impact op kwaliteit van zorg als de financiële gezondheid van Careyn in overweging nemen. Voor de ondersteunende diensten betekent het dat zij de behoefte van de zorgverlenende teams voorop stellen en telkens nagaan of en hoe ze het primair proces het best kunnen ondersteunen.

Om kwaliteit die structurele plek te geven in het dagelijks werk, is een antwoord nodig op enkele belangrijke vragen over hoe dit vorm kan krijgen. Daaruit volgen vier verbetergebieden voor de middellange termijn (ca. 2 jaar) die in dit hoofdstuk achtereenvolgens worden besproken.

1. **Hoe zetten we binnen Careyn kwaliteit van zorg blijvend en continu centraal?**
Beantwoording van deze vraag schetst een aanpak voor kwaliteitsverbetering voor zorgverleners, bestuur, management en ondersteuners. Deze aanpak is de motor voor het behoud en uitbouwen van kwaliteit van zorg.
2. **Hoe zorgen we dat voldoende ruimte is in het dagelijks werk om tijd en aandacht te besteden aan kwaliteit van zorg?**
Een minimale voorwaarde voor het leveren van hoge kwaliteit zorg en aandacht voor verdere verbetering is een passende personele inzet die in lijn is met de zorgvraag van cliënten. Het gaat om personele inzet als de ontwikkeling van personeel om te zorgen voor voldoende inzet van de juiste samenstelling met het juiste deskundigheidsniveau.
3. **Welk leiderschap en gedrag past bij een organisatie waar kwaliteit van zorg centraal staat?**
Beantwoording van deze vraag betekent een substantiële opgave in de ontwikkeling van gedrag en vaardigheden.
4. **Welke organisatiestructuur past bij een organisatie waar kwaliteit van zorg centraal staat?**
Beantwoording van deze vraag komt tegemoet aan de behoefte aan helderheid over de structuur van de organisatie met bijbehorende verdeling van taken en verantwoordelijkheden op de verschillende niveaus.

Uit elk van deze vragen volgt een verbetergebied dat in één van de volgende paragrafen wordt besproken. Per gebied is aandacht voor de geconstateerde knelpunten, de lopende initiatieven en de aanbevelingen vanuit het interventieteam.

2a. Aanpak voor kwaliteitsverbetering

Analyse knelpunten

Er zijn diverse knelpunten die Careyn in de weg staan of hebben gestaan om kwaliteit een structurele te plek te geven op de bestuurlijke agenda, in managementinformatie en in het dagelijks werk. Het gaat om:

- 1 Ontbreken van een visie op het gebied van kwaliteit met bijbehorende strategische doelstellingen voor de organisatie als geheel.
- 2 Ontbreken van een eenduidige aanpak voor kwaliteitsverbetering met bijbehorend kwaliteitssysteem dat binnen heel Careyn wordt toegepast.
- 3 Geen vertaling van doelstellingen op het gebied van kwaliteit van strategisch (RvT/RvB/DT) naar tactisch (district/regio) en operationeel niveau (locatie/teams).
- 4 Onvoldoende ruimte in teams om kwaliteit te verbeteren als gevolg van hoge werklast (zie voor meer detail knelpunten onder 2b)
- 5 Onvoldoende ervaring en vaardigheden binnen teams om kwaliteitsverbetering gestructureerd vorm te geven.
- 6 Onvoldoende inzicht in actuele prestaties van eigen team en andere teams op het gebied van kwaliteit
- 7 Onvoldoende aandacht voor kwaliteit in de aansturing van zorgteams op de locaties, onder andere door wegvallen van teamleider en daardoor ontstane grote ruimte tot de regiomanager (zie ook 2d)

Ontwikkelingen tot dusver

Careyn heeft met ondersteuning vanuit Waardigheid & Trots een aanpak voor kwaliteitsverbetering uitgewerkt en zet stappen om deze in de hele organisatie toe te passen. Deze aanpak zal in de komende jaren onderdeel moeten worden in het dagelijks werk in de gehele organisatie. Er wordt tegelijkertijd gewerkt aan de inrichting van een kwaliteitscyclus, ten gunste van de sturing op kwaliteit. De ondersteuning vanuit Waardigheid & Trots zal nog één of enkele jaren beschikbaar zal blijven, maar de inbedding zal met name inspanning vereisen van de medewerkers van Careyn zelf. De inzet van Waardigheid & Trots is steeds minder direct uitvoerend en steeds meer gericht op coaching / ondersteuning vanuit een train de trainer principe.

We zien de volgende lopende ontwikkelingen:

- Lokale multidisciplinaire ontwikkelteams (minimale samenstelling van manager, kwaliteitsverpleegkundige, behandelaar en HR-business partner) zijn of worden samengesteld om kwaliteit bottom-up vorm te geven op de werkvloer. Er wordt per locatie gewerkt vanuit een heldere opdrachtformulering met bijbehorend praktisch draaiboek. Er is coaching beschikbaar ter ondersteuning, waarbij de intensiteit afhangt van de behoefte van het team. Coaching is beschikbaar vanuit Waardigheid & Trots of vanuit Careyn.
- Op elke locatie is of komt een kwaliteitsverpleegkundige boven formatief beschikbaar (uitgangspunt is 1 op 50 cliënten). De taak en rol is meervoudig: 1) identificeren en wegnemen van kwaliteitsrisico's, 2) monitoren en verbeteren van de processen in de zorgteams, en 3) overdracht van kennis en vaardigheden in het directe werk, met coaching on the job of team-coaching.
- Bijna elke locatie kent een locatieverantwoordelijke, ter ondersteuning van de regiomanager in de sturing op locatieniveau. Een uitzondering vormen enkele locaties kleinschalig wonen waarbij de locaties zijn gebundeld onder één locatieverantwoordelijke.
- De agenda op het gebied van kwaliteit wordt afgestemd op het karakter van de locatie, omdat de problematiek die speelt op locaties verschilt. Er is een onderscheid te zien tussen locaties die eerder een verzorgingshuis waren (oud-verzorgingshuis), verpleeghuislocaties en locaties met kleinschalig wonen.
- Herinrichten van teams en roosters op deskundigheid, kwaliteit en veiligheid 24/7 per doelgroep is op elke locatie uitgevoerd en geïmplementeerd. De samenstelling van het team wordt passend gemaakt

bij de cliëntgroep, nieuwe roosters worden ingevoerd en de teams worden gecoached op organisatie van zorg, dagstructuur, kwaliteitsmanagement en samenwerking.

- Om de doelstellingen op het gebied van kwaliteit op verschillende niveaus met elkaar in lijn te brengen, worden PDCA-cycli ingericht op drie niveaus van verantwoordelijkheid: 1) de zorgteams, 2) locatie/regiomanagement en 3) Directie/Bestuur/toezicht. De MIC-procedures zijn daarin een belangrijke eerste stap.
- Met betrekking tot retentie is de aanname dat een focus op kwaliteitsverbetering en het ontwikkelen van het leren vermogen de aantrekkelijkheid van Careyn als werkgever zal vergroten. Andere maatregelen op dit gebied staan benoemd onder personeelsinzet- en ontwikkeling.
- Verzuim en aanpak re-integratie, transitiekosten, werving & selectie, differentiatie. Met de inzet van verzuimconsulenten per locatie en recruiters per district wordt gewerkt aan versterking van de teams.
- Planningstaken zijn bij de teams weggenomen

Aanbevelingen

Er is een duidelijke aansluiting tussen de vastgestelde knelpunten en de ontwikkelingen op dit moment. Om deze ontwikkelingen te bestendigen gelden de volgende aanvullende aanbevelingen:

- 1 Maak relevante kwaliteitsinformatie structureel beschikbaar op alle niveaus van de organisatie. Geef teams daarbij ook inzicht geven in de resultaten en verbeterinitiatieven van andere teams binnen Careyn zodat uitwisseling ontstaat van werkwijzen en methoden en er meer aanknopingspunten zijn om van elkaar te leren.
- 2 Ga na hoe professionele sturing in de toekomst constructief vorm kan krijgen door te zorgen voor aansluiting bij de gekozen inrichting en aanpak van werken met lokale ontwikkelteams.

2b. Personeelsinzet en –ontwikkeling

Analyse knelpunten

Met betrekking tot personeelsinzet en –ontwikkeling zijn de volgende knelpunten vastgesteld. Bij deze knelpunten geldt dat ze sterk met elkaar samenhangen en in de praktijk niet los van elkaar te zien of aan te pakken zijn.

- 1 De teamsamenstelling en personele inzet sluit op verschillende locaties onvoldoende aan op de (steeds zwaardere en complexere) zorgvraag van de bewoners.
- 2 Onvoldoende personele inzet geroosterd om de minimaal benodigde kwaliteit te leveren. Dit als noodzakelijk geachte ingreep voor de continuïteit van de organisatie als gevolg van de beperkte beschikbare financiële ruimte.
- 3 Hoge verzuimpercentages en hoog verloop van personeel. In 2016 stroomde 13,6% van het personeelsbestand uit. 41% daarvan betrof ongewenste uitstroom, met name van medewerkers die tussen 3 en 10 jaar bij Careyn werkzaam zijn.
- 4 Problemen in de werving van voldoende gekwalificeerd personeel, samenhangend met het imago van de ouderenzorg / Careyn. In diverse districten stevige concurrentie van andere ouderenzorginstellingen.
- 5 Afname van de tevredenheid van medewerkers in verband met hoge werklast. Naast issues in roostering, retentie en werving, samenhangend met een toename van het aantal niet-zorgverlenende taken toebedeeld aan de teams (verborgen overhead als gevolg van reductie centrale overhead en invoering professionele sturing)
- 6 Onvoldoende scholing en ontwikkeling van medewerkers. Onder andere maar niet beperkt tot een achterstallige opleidingsopgave rond voorbehouden risicovolle handelingen (VRH).
- 7 Onvoldoende zicht op functioneren van medewerkers, mede door grote span of control van management, waardoor de HR-cyclus met functionering- en beoordelingsgesprekken beperkt zijn uitgevoerd.

Ontwikkelingen tot dusver

In de periode tot en met augustus is stevig ingezet op het creëren van de minimale voorwaarden voor het leveren van kwaliteit. Het gaat daarbij om:

- Versterken van de inzet op de werkvloer door het terugbrengen van de omvang de teams op kleinschalige locaties, herinrichting van de basisroosters (zoals ontwikkeld binnen Waardigheid & Trots) in combinatie met een betere verdeling van de beschikbare deskundigheidsniveaus binnen het rooster.
- Introductie van een strategisch scholingsplan en het beschikbaar maken van een scholingskalender, waarop teams helder inzicht hebben in de benodigde en beschikbare opleidingen en trainingen. Daarnaast wordt overwogen te gaan werken met een jaarlijks teambudget voor teambuilding/teamontwikkeling, leerevents op maat te ontwikkelen en gerichte interventies te ontwikkelen op basis van wat geleerd wordt uit exitgesprekken.
- Kwaliteitsverpleegkundigen ondersteunen de teams in het leren van methodisch werken en medicatiebehandeling; daarnaast lopen diverse trainingen onbegrepen gedrag in de regio's.
- Uitbreiding van het aantal leerlingplaatsen op met name niveau 4 en 5 en instroom van leerlingen niveau 3 IG.

Aanbevelingen

De ontwikkelingen zijn zeer relevant en gericht op het versterken van de inzet op de werkvloer. Deze versterking dient gecontinueerd te worden om de teams in staat te stellen goede zorg te verlenen aan bewoners. In aanvulling daarop ziet het interventieteam drie belangrijke aanbevelingen:

1. Op orde krijgen van de HR-cyclus en ervoor zorgen voor alle medewerkers (inclusief managers, directeurs en bestuurders) binnen Careyn jaarlijks een functionerings- en beoordelingsgesprek voeren.

Deze gesprekken dienen gekoppeld te zijn aan het vastgestelde functieprofiel en een persoonlijk ontwikkelplan.

2. Op het gebied van personeel is aanzienlijke aandacht gewenst ten aanzien van retentie van medewerkers. Het wordt aanbevolen in ieder geval te kijken naar de mogelijkheid om goed functionerende nieuwe medewerkers eerder een vast dienstverband aan te bieden en om eerder het gesprek aan te gaan met stagiaires en leerlingen over een dienstverband bij Careyn. De inspanningen ten aanzien van de HR-cyclus zullen bovendien veel inzicht genereren in de behoeftes van de huidige medewerkers. Aandacht voor retentie heeft evenveel – zo niet meer – inspanningen dan de ingezette activiteiten rondom werving.
3. Zoveel als mogelijk zou gekeken moeten worden naar beperking van de administratieve lasten binnen teams ten gunste van de inzet van personeel in contact met cliënten en bewoners en ten gunste van het oppakken van verbetermogelijkheden.

2c. Leiderschap en gedrag

Analyse knelpunten

Op het gebied van leiderschap en gedrag zijn de volgende knelpunten benoemd:

- 1 Onvoldoende balans in de bestuurlijke aandacht voor de financiële gezondheid van de organisatie en de kwaliteit van geleverde zorg. In agendering en besluitvorming voornamelijk aandacht voor financiële doelstellingen en parameters.
- 2 Onvoldoende aandacht voor de benodigde nieuwe kennis, vaardigheden en gedragingen die nodig zijn in de organisatie om professionele sturing mogelijk te maken (in aanvulling op knelpunt 2 onder organisatiestructuur). Met name de veranderende rol van de (regio)manager en het mogelijk maken van groter eigenaarschap bij de teams is/was problematisch.
- 3 Afgenomen vertrouwen van medewerkers in de Raad van Toezicht, Raad van Bestuur en (hoger) management, onder andere door vele wisselingen, coalitievorming binnen de top en gemankeerde verhoudingen tussen individuen binnen het hoger management.
- 4 Beperkte en vertraagde communicatie binnen de organisatie. De resultaten van besluitvorming in de top van de organisatie zijn beperkt of laat bekend bij de werkvloer; omgekeerd bereiken geluiden en feedback van de werkvloer beperkt of laat de top van de organisatie.
- 5 Beperkte aandacht voor en evaluatie van het functioneren van individuen en teams in de organisatie, onder andere door grote span of control van management en hoge werkdruk binnen teams.

Ontwikkelingen tot dusver

Er zijn twee ontwikkelingen te zien waarmee tegemoet wordt gekomen aan deze knelpunten:

- Personele wisselingen in de Raad van Toezicht, Raad van Bestuur en op het niveau van de districtsdirecteuren, waarbij wordt gestreefd naar vaste invulling van deze posities op zo kort mogelijke termijn.
- Oproep en voorbeeldgedrag vanuit de Raad van Bestuur en districtsdirecteuren om in besluitvorming de impact op de kwaliteit van zorg te laten prevaleren boven financiële overwegingen. Dit heeft bijvoorbeeld geleid tot de inzet van aanvullend tijdelijk personeel ten gunste van een extra omloop of de inzet van recruiters voor werving van medewerkers.

Aanbevelingen

De lopende ontwikkelingen sluiten beperkt aan op de geconstateerde knelpunten. De aanbevelingen van het interventieteam richten zich op het creëren van meer eigenaarschap en het ontwikkelen (en uitdragen) van het juiste gedrag dat verwacht wordt van alle medewerkers in een organisatie die kwaliteit centraal stelt.

1. In een organisatie waar kwaliteit van zorg centraal staat ervaren medewerkers, managers én bestuurders eigenaarschap en verantwoordelijkheid voor de eigen werkzaamheden. Elke dag wordt de vraag gesteld: doe ik de juiste dingen en doe ik ze goed? Als gevolg van meer eigenaarschap kan tegelijkertijd meer vertrouwen ontstaan in collega's en de organisatie als geheel ("wij zeggen wat we doen en doen wat we zeggen"). Het stimuleren van eigenaarschap vereist aandacht voor persoonlijk leiderschap op alle niveaus in de organisatie. Dit wordt meegenomen in de HR-cyclus, beoordeling van de performance op individueel en teamniveau en het beschikbare aanbod van opleidingen en coaching.
2. In de aansturing en besturing van de organisatie is aandacht gewenst voor pro-actieve analyse van risico's en knelpunten die de kwaliteit van zorg of financiële gezondheid van de organisatie in de weg staan. Zorg voor het zichtbaar maken en erkennen van zwakke punten en voor solide analyse van geconstateerde problemen om zo toekomstige problemen te voorkomen. Dit in plaats het beantwoorden van de schuldvraag en het reactief 'blussen van branden'.

3. Zorg dat in de werving van bestuurders, managers en toezichthouders zoveel als mogelijk permanente aanstellingen worden gerealiseerd en maak voldoende kennis en ervaring binnen de ouderenzorg een cruciale vereiste. Zo kan gezorgd worden voor voldoende vaandeldragers waarmee medewerkers in het primair proces zich kunnen identificeren.

2d. Organisatiestructuur

Analyse knelpunten

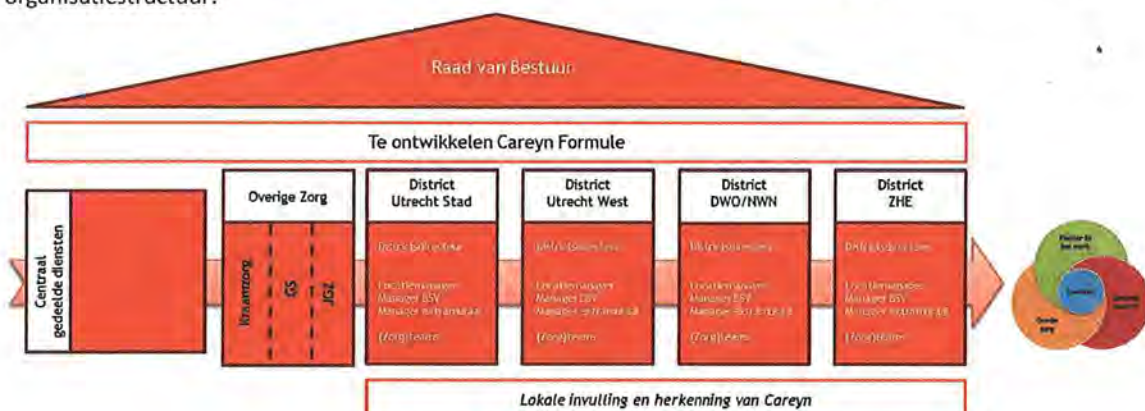
De organisatiestructuur omvat de inrichting van de organisatie op verschillende niveaus. De volgende knelpunten zijn geïdentificeerd die samenhangen met de organisatiestructuur:

- 1 Beperkte snelheid bij het maken en uitvoeren van besluiten als gevolg van de vele lagen die sequentieel betrokken worden; zowel van beneden naar boven (opschalen en feedback) als van boven naar beneden (implementeren en aansturing).
- 2 Traditioneel hiërarchisch besturingsmodel en professionele zelfsturing sluiten onvoldoende op elkaar aan. Teams ervaren tegelijkertijd onvoldoende kaders én onvoldoende ruimte om operationele verbeteringen te realiseren. (in aanvulling op knelpunt 2 onder leiderschap en gedrag)
- 3 Aanwezigheid van 'eilanden' in de vorm van de verschillende districten; met elk een eigen kleur. Daardoor beperkt eenduidige sturing vanuit een centrale visie met consequente vertaling naar de verschillende organisatieniveaus.
- 4 Grote fysieke en hiërarchische afstand tussen RvB / hoger management en de werkvloer. Medewerkers voelen zich onvoldoende (h)erkend.
- 5 Niet in staat geweest het districtsdirecteurenmodel effectief in te zetten ten gunste van kwaliteit. Uiting met name in trage besluitvorming en gebrek aan implementatie van besluiten binnen de vier districten.

Ontwikkelingen tot dusver

Ten aanzien van de organisatiestructuur zien we de volgende lopende ontwikkelingen:

- Een evaluatie van het districtsdirecteurenmodel is afgerond. Op basis daarvan is geconcludeerd er geen reden is om dit model binnen de organisatiestructuur los te laten. Daarbij wordt de kanttekening gemaakt dat de toepassing versterking verdient en dat aandacht dient uit te gaan naar de strategie ('de bedoeling'), de cultuur en het vraagstuk van leiderschap.
- Ten opzichte van de structuur per 1 mei 2015 wordt al meer dan 18 maanden gesproken over een herinrichting waarmee een grotere focus wordt aangebracht op de lokale context binnen de verschillende districten. Dit kan structureel vorm krijgen in zelfstandig acterende zorgbedrijven per district. Binnen het adagium 'klein binnen groot' wordt gedacht dat een focus op de lokale context per district de organisatie beter in staat stelt zorg dichtbij de cliënt te organiseren vanuit een sterkere regionale binding. Het kan zo mogelijk worden flexibel mee te bewegen met de lokale eisen en wensen. Onderstaande figuur geeft de voorliggende organisatiestructuur:



Aanbevelingen

Het interventieteam beveelt met name aan om rust te waarborgen op het niveau van de teams en locaties om de hiervoor genoemde punten te kunnen uitvoeren. Tegelijkertijd ziet het interventieteam een grote wens binnen de organisatie om helderheid te scheppen over de organisatiestructuur. Het interventieteam doet daarom de volgende aanbevelingen:

- 1 Rond besluitvorming over de organisatiestructuur af en start met de doorontwikkeling van de vier districten tot resultaatverantwoordelijke eenheden.
 - De positie van districtsdirecteur kan daarbij worden ingevuld als een bestuurdersrol, waarbij eindverantwoordelijkheid geldt op zowel kwaliteit van zorg als financiële gezondheid. Uiteraard kunnen de districten op onderwerpen gezamenlijk optrekken en van elkaar leren. Het is aan de raad van bestuur om bij de ontwikkeling van de lange termijn visie na te gaan welke uiteindelijke staat van integratie / differentiatie van de districten daarbij past.
 - Ten gunste van rust en stabiliteit in de organisatie is de aanbeveling de komende twee jaar niet te kiezen voor juridische of fiscale wijzigingen. Gezien de financiële uitdagingen binnen het district Utrecht Stad is de verwachting dat het minimaal enige jaren zal duren, voordat de vier districten financieel zelfstandig kunnen opereren.
 - Overweeg om de districten Utrecht West en Utrecht Stad samen te brengen, om zo te kunnen zorgen voor één regionale koers in deze nabijgelegen districten. De districten komen dan ook in lijn met de zorgkantoorregio's.
- 2 Ten gunste van een versterking van de regionale binding en herkenbaarheid is de aanbeveling om per district een meerjarenplan te ontwikkelen, als afgeleide van de lange termijn visie voor heel Careyn. Dit meerjarenplan kan vervolgens worden vertaald naar het niveau van elke locatie en daarbinnen elk zorgteam.
- 3 Streef naar een managementstructuur die zoveel mogelijk korte lijnen in de besluitvorming mogelijk maakt en die leidt tot een werkbare span of control van managers en directeuren. Er kan bijvoorbeeld gekozen worden voor een model binnen de intramurale setting waarin een locatiemanager per locatie (of per cluster kleinschalig wonen) direct verantwoording aflegt aan de districtsdirecteur.
- 4 Met betrekking tot de centrale staf zal per onderdeel de afweging kunnen worden gemaakt wat zwaarder weegt: lokale invulling van de functie zo dicht mogelijk bij de betreffende locaties of een voordeel als gevolg van centrale positionering (bijv. de mogelijkheid tot gezamenlijke investeringen, een sterkere onderhandelingspositie of Careyn brede standaard werkwijzen).

3. Haalbaarheid

De lopende ontwikkelingen en aanbevelingen gedaan in dit plan van aanpak deel II zijn inhoudelijk van aard. Ten aanzien van de haalbaarheid constateert het interventieteam een aantal risico's die in dit hoofdstuk worden geschetst per onderwerp.

Financieel

Er zijn twee risico's geconstateerd met betrekking tot de financiële haalbaarheid van uitvoer van dit plan deel II:

1. In de begroting van 2017 zijn diverse aannames gedaan die niet gerealiseerd worden in de praktijk. Zo blijken de aannames ten aanzien van bijvoorbeeld verzuim en productiviteit niet aan te sluiten bij de praktijk. Hierdoor ontstaat voor 2017 en navolgende jaren een risico dat de begroting wordt overschreden ten koste van het resultaat van de organisatie.
2. De aanpak van issues omtrent de kwaliteit heeft geleid en zal leiden tot extra inzet van mensen en middelen. Dit brengt incidentele en structurele kosten met zich mee. Reeds in 2017 zijn aanvullende kosten gemaakt, en ook de rest van het jaar en in 2018 worden aanvullende kosten verwacht.

Het gevolg van deze twee risico's is dat de borging van de bereikte resultaten op het gebied van kwaliteit ten koste gaat van de – recent verbeterde – financiële gezondheid van de organisatie. De organisatie kan daardoor op de middellange termijn gedwongen zijn wederom stevig te bezuinigen om daarmee de bereikte resultaten op het gebied van kwaliteit teniet te doen.

Niet alleen het veiligstellen van incidentele middelen voor het huidige en komende jaar is daarom van belang, ook een stevige onderbouwing van de voorgestelde financiering via her-allocatie in de daaropvolgende jaren. Indien inderdaad wordt gewerkt naar de ontwikkeling van districten naar meer zelfstandig opererende zorgbedrijven zoals beschreven onder 'organisatiestructuur' geldt bovendien dat gekeken zal moeten worden naar de onderlinge verhoudingen tussen de districten die sterk van elkaar verschillen, zowel op het gebied van kwaliteit als financiële gezondheid. Met name district Utrecht Stad (oud Aveant) is financieel kwetsbaar en zal dat de komende jaren blijven.

Huisvesting / vastgoed

Op het gebied van huisvesting / vastgoed zijn geen direct significante issues benoemd door de betrokkenen. De organisatie heeft net als andere ouderenzorg instellingen in Nederland te maken met verouderde huisvesting of huisvesting die aangepast dient te worden om kleinschalig wonen mogelijk te maken, dan wel om te transformeren van verzorgingshuis naar verpleeghuis.

ICT

Het interventieteam is niet in staat om vast te stellen of sprake is van grote risico's op het gebied van ICT. Vanuit de enquête onder medewerkers is gebleken dat de verbeteringen die worden gemaakt in de ondersteuning van ICT positief effect hebben, maar tegelijkertijd is nog altijd sprake van een significante administratieve last en van meerdere systemen binnen de organisatie die niet (volledig) op elkaar aansluiten. Ook de betrouwbaarheid van gegevens binnen de systemen is niet altijd op orde. Met betrekking tot dit plan van aanpak zal de grootste uitdaging op dit gebied zijn om de juiste, betrouwbare en bruikbare kwaliteitsgegevens te produceren.

Arbeidsmarkt

De arbeidsmarkt is voor Careyn een knelpunt in het werven en behouden van voldoende gekwalificeerd personeel. Immers, deskundige medewerkers met een goede performance weten dat zij eenvoudig elders aan de slag kunnen. Met name in district Utrecht Stad wordt verwacht dat dit knelpunten uitvoer van het plan van aanpak kan bemoeilijken.

4. Conclusies

In aanvulling op succesvolle afronding van de activiteiten uit het plan van kwaliteit en veiligheid deel I is aandacht gewenst voor borging van de bereikte resultaten. Op basis van een analyse van de geconstateerde knelpunten en de lopende (aanvullende) ontwikkelingen op die gebieden doet het interventieteam verschillende aanbevelingen. Middels deze aanbevelingen kan kwaliteit een structurele plek krijgen in het dagelijks werk van iedereen in de organisatie. Het gaat samengevat om de volgende punten:

- Ontwikkel een **lange termijn visie** voor Careyn (zie pag. 4)
- Maak relevante **kwaliteitsinformatie** structureel beschikbaar op alle niveaus van de organisatie (zie pag. 7)
- Ga na hoe **professionele sturing** constructief vorm kan krijgen in aansluiting bij de ontwikkelteams (zie pag. 7)
- Maak de **HR-cyclus** op orde: zorg ervoor dat alle medewerkers (inclusief managers, directeurs en bestuurders) binnen Careyn jaarlijks een functionerings- en beoordelingsgesprek voeren (zie pag. 8)
- Besteed aandacht aan **retentie** van personeel in aanvulling op de inspanningen rondom werving (zie pag. 9)
- Beperk de **administratieve lasten** binnen teams zoveel mogelijk (zie pag. 9)
- Stimuleer **eigenaarschap** en persoonlijk leiderschap op elk niveau (zie pag. 10)
- Organiseer **proactieve analyse van risico's** en knelpunten in plaats van reactief 'branden blussen'. (zie pag. 10)
- Realiseer zoveel mogelijk permanente **aanstellingen** binnen toezichthoudende, bestuurlijke en management functies met kennis en ervaring binnen de ouderenzorg (zie pag. 11)
- Start met de **doorontwikkeling van de vier districten** tot resultaatverwoordelijke eenheden. (zie pag. 13)
- Ontwikkel **per district een meerjarenplan** ten gunste van een versterking van de regionale binding (zie pag. 13)
- Streef naar een managementstructuur die **zo kort mogelijke lijnen in de besluitvorming** mogelijk maakt (zie pag. 13)
- Maak per **stafonderdeel** de afweging tussen centrale of decentrale positionering (zie pag. 13)

Een laatste aanbeveling die overkoepelend geldt voor alle aanbevelingen is het **verbeteren van de communicatie** binnen de organisatie. Dit vereist meer transparantie en frequentere communicatie vanuit bestuur en management richting de zorgverlenende teams, maar ook meer mogelijkheden voor de communicatie van feedback en ervaringen van de werkvloer naar boven. Zichtbaarheid op de locaties en in de extramurale teams en het betrekken van de organisatie bij bijvoorbeeld de ontwikkeling van de lange termijn visie kunnen daaraan bijdragen. Maar ook schriftelijke en digitale communicatie kunnen in dit kader versterkt worden.

Met betrekking tot de haalbaarheid van dit plan van aanpak deel II constateert het interventieteam **voornamelijk financiële risico's**, zowel in de reguliere begroting als de aanvullende structurele en incidentele kosten ten gunste van de kwaliteitsverbetering en borging daarvan.

Bronnen

- Careyn, (10-02-2017). Sturing op kwaliteit dichtbij de cliënt – fase 1 voorstel
- Careyn, (21-08-2016). Besturingsmodel Careyn (concept).
- Careyn, (18-04-2017). Aanvraag extra middelen
- Careyn HR&T, (4 april 2017). In- en uitstroom: rapportage over 2016 tbv. DT/RvB
- [REDACTED], (april 2017). Evaluatie fungeren model districtsdirecteuren Careyn. (incl. oplegger van Harry Luik bij verspreiding van resultaten binnen de organisatie).
- Inspectie voor de Gezondheidszorg, (07-11-2016). Aanwijzing ex artikel 27 Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
- Interventieteam Careyn, (vastgesteld 17-01-2017), Bijlage 1 omschrijving interventieteam Careyn
- Nederlandse Zorgautoriteit, (maart 2017). Impactanalyse verpleeghuiszorg 2017
- [REDACTED], (5 februari 2017). Notitie Besturing en Kwaliteitscyclys t.b.v. Careyn
- [REDACTED], (12 maart 2017). Inrichten, samenwerken, leren en verbeteren - conceptvoorstel verbreding inzet Waardigheid & Trots in Careyn
- Raad van Bestuur Careyn, (29-12-2016). Plan van aanpak Kwaliteit en Veiligheid versie 1.0
- [REDACTED], (12 mei 2017). Toelichting op verbredingsnotitie Waardigheid & Trots Careyn.
- [REDACTED], (begin 2017). HR Deskundigheid en inzet
- Zorginstituut Nederland, (13-01-2017). Kwaliteitskader verpleeghuiszorg, samen leren en verbeteren

Buiten reikwijdte

Van: Marcel <[redacted]@gmail.com>

Datum: 13 juni 2017 om 10:34:35 CEST

Aan: [redacted]@careyn.nl>

Onderwerp: Antw.:^[FSI] werving toezichthouder met financiële portefeuille^[PDI]

Beste [redacted],

Dank voor de vooraankondiging.

Groet, Marcel

Ipad Marcel van Gastel

Op 13 jun. 2017 om 09:49 heeft [redacted]@careyn.nl> het volgende geschreven:

Beste Marcel,

De RvT is -zoals je wellicht weet- onlangs gestart met de werving van de opvolger voor Hans van Sonderen, die medio 2018 aftreedt wegens het bereiken van de maximale termijn. Wij worden hierbij ondersteund door Van der Kruijs. Op verzoek van de remuneratiecommissie neemt [redacted] van Van der Kruijs binnenkort contact met je op om na te gaan of jij hier nog suggesties in hebt, dan wel concrete namen zou kunnen aandragen.

Alvast dank voor je hulp!

Hartelijke groet,

[redacted]

=====

[redacted]
Bestuurssecretaris Careyn

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

Postadres:
Postbus 900
3100 AX Schiedam

<image001.png> Denk alstublieft aan het milieu voor u deze email print.



Van: [redacted]@kpmg.nl>
Verzonden: dinsdag 13 juni 2017 23:49
Aan: [redacted] (KPMG Plexus); [redacted]@gmail.com; [redacted]
 [redacted]; [redacted]@zilverenkruis.nl;
 [redacted]@cz.nl; [redacted]@dsw.nl; [redacted]@dsw.nl; [redacted]@careyn.nl;
 [redacted]@careyn.nl; [redacted]@careyn.nl; [redacted]@careyn.nl;
 [redacted]@careyn.nl; [redacted]@careyn.nl; [redacted]@careyn.nl; [redacted];
 [redacted]@careyn.nl; [redacted] Meerdink, Marco
Onderwerp: RE: Bijeenkomst Interventieteam 15 juni
Bijlagen: CONCEPT Careyn voortgangsverslag Kwaliteit_juni 2017.pdf

Beste allen,

In aanvulling op de eerder verstuurde stukken voor de bijeenkomst van het interventieteam komende donderdag stuur ik jullie bij deze nog het concept voortgangsverslag kwaliteit dat hoort bij agendapunt 3.

Hartelijke groet,

[redacted]

[redacted]

[redacted] | MC SC&O Healthcare

T +31206 [redacted] | M +31 [redacted]

[redacted]@kpmg.nl | www.kpmg.nl

KPMG | Laan van Langerhuize 1, 1186 DS Amstelveen

KPMG Advisory N.V., handelsregisternummer 33263682

From: [redacted] (KPMG Plexus)
Sent: maandag 12 juni 2017 17:09
To: [redacted]@gmail.com; [redacted]@minvws.nl; [redacted]@minvws.nl; [redacted]@minvws.nl;
 [redacted]@zilverenkruis.nl; [redacted]@cz.nl; [redacted]@dsw.nl; [redacted]@dsw.nl;
 [redacted]@careyn.nl; [redacted]@careyn.nl; [redacted]@careyn.nl; [redacted]@careyn.nl; [redacted]@careyn.nl;
 [redacted]@careyn.nl; [redacted]@careyn.nl; [redacted]@futureperfect.nl; [redacted]@careyn.nl;
 [redacted]@careyn.nl; [redacted]@careyn.nl; [redacted]@careyn.nl; Meerdink, Marco
 <[redacted]@careyn.nl>
Cc: [redacted]@kpmg.nl>
Subject: Bijeenkomst Interventieteam 15 juni

Beste allen,

Aanstaande **donderdag 15 juni 2017 van 15:00 tot 16:30 uur** komen we met het interventieteam bij elkaar bij Careyn Swellengrebel aan de Burgemeester Fockema Andreaelaan 100 in Utrecht. Vanwege afwezigheid van Marcel van Gastel zal [redacted] het voorzitterschap op zich nemen. [redacted] introduceert zich als nieuwe onafhankelijk secretaris van het interventieteam, vanwege mijn vertrek bij KPMG Plexus. Dirk Pons is niet aanwezig en [redacted] schuift een half uur later aan.

1) Opening en mededelingen

- 2) Conceptverslag vorige vergadering (zie bijlage: conceptverslag bijeenkomst interventieteam (.pdf))
- 3) Uitkomsten audit Kwaliteit & Veiligheid
De resultaten van de gehouden audits kwaliteit en veiligheid zijn beschikbaar. De totaalrapportage wordt kort toegelicht aan de teamleden. (zie bijlage: totaalrapportage audituitkomsten (.xls) & oplegger tussentijdse totaalrapportage (.doc))
- 4) Aanvraag extra middelen Careyn
Naar aanleiding van de opmerkingen vanuit de leden van het interventieteam, heeft Careyn een addendum geschreven bij de aanvraag extra middelen. Dit addendum wordt inhoudelijk besproken. Nagegaan wordt of een gedeeld beeld ontstaat van de financiële uitgangspositie en noodzakelijke middelen om de kwaliteit van zorg binnen Careyn duurzaam te verbeteren. (zie bijlage: addendum ITeam (.pdf) + voor de volledigheid nogmaals: nazending III aanvraag extra middelen (.pdf))
- 5) Concept plan van aanpak deel II
Een volgende conceptversie van het plan van aanpak kwaliteit en deel II wordt besproken. Wijzigingen zijn aangebracht naar aanleiding van de feedback van de leden van het interventieteam en verdere doorontwikkeling met betrokkenen binnen Careyn. (zie bijlage: deel II PvA (.doc))
- 6) WVTTK

Voor eventuele vragen en/of opmerkingen kunt u bij [REDACTED] terecht. Zij is in CC opgenomen en haar volledige contactgegevens zijn opgenomen onder deze mail.

Met vriendelijke groeten,

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED] | MC SC&O Healthcare

T +31206 [REDACTED] | M +31 [REDACTED]

[REDACTED]@kpmg.nl | [MvLinkedIn](#) | [www.kpmg.nl](#)

KPMG | Laan van Langerhuize 1, 1186 DS Amstelveen

KPMG Advisory NV, handelsregisternummer 33263682

[REDACTED]

[REDACTED] | MC SC&O Healthcare

T +31206 [REDACTED] | M +31 [REDACTED]

[REDACTED]@kpmg.nl | [www.kpmg.nl](#)

KPMG | Laan van Langerhuize 1, 1186 DS Amstelveen

KPMG Advisory N.V., handelsregisternummer 33263682

The information in this e-mail (and any attachments) is intended exclusively for the addressee(s). Any use by a party other than the addressee(s) is prohibited. The information may be confidential in nature and fall under a duty of non-disclosure. If you are not the addressee, please notify the sender and delete this e-mail. KPMG cannot guarantee that e-mail communications are secure and error-free and does not accept any liability for damages resulting from the use of e-mail. Our services and other work are carried out under an agreement of instruction (overeenkomst van opdracht) that is subject to the general terms and conditions of

the contracting KPMG firm. These general terms and conditions are available on our website (www.kpmg.nl/algemenevoorwaarden) and will be forwarded upon request.

Agreements with and statements from KPMG are only legally binding upon KPMG if they are confirmed in writing and signed by an authorized person.

Voortgangsrapportage IGZ

Kwaliteit & Veiligheid

Versie : 0.1
Datum : 13-06-2017
Status : concept



Samen werkt 't beter

1. Status per thema

2.1. Clientdossier

Bevindingen van de IGZ

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

Opvolging door Careyn

THEMA: Clientdossier	EIGENAAR: Maudy Hylkema, districtsdirecteur Utrecht West
Doel	Status d.d. 1 juni 2017
1. Iedere cliënt beschikt over een compleet en actueel dossier	GEREED • Eind mei zijn alle tablets over alle 200 teams uitgerold. • Iedere afdeling beschikt nu over afdelingstablets. Careyn rolt 1 tablet uit per 4 bewoners. We ronden af naar boven. Gemiddeld heeft iedere afdeling zo'n 4 a 5 tablets. • Iedere afdeling beschikt over minimaal 1 tablet met 4G, voor het geval dat de WIFI uitvalt. • Iedere medewerker, óók invalmedewerkers, kunnen werken met een tablet en kunnen te allen tijde bij een actueel en compleet cliëntendossier. IN ONTWIKKELING • Het uitfasen van de fysieke dossiers. Begin juni start Careyn met de uitrol van dit plan, zodat er 'afscheid' genomen gaat worden van de fysieke dossiers én Careyn enkel nog met een elektronisch cliëntendossier werkt. • Enkele zaken blijven voorlopig nog op papier, bijvoorbeeld de toedieningslijsten om medicatie af te tekenen. Ook hebben we een groter fysiek dossier bij cliënten die onder de medische eindverantwoording vallen van de huisarts. De elektronische overdracht tussen Careyn en huisartsen is nog een te ontwikkelen punt. Zo blijven de uitvoeringsverzoeken ook nog op papier.
2. Clientdossiers zijn op alle momenten voor de zorgverleners die direct betrokken zijn bij de zorgverlening toegankelijk.	GEREED • Campagne gestart om dogma's uit de wereld te helpen. Zo heerste er nog bij vele medewerkers de opvatting dat de Careyn medewerker rapporteert voor de invalmedewerker. En was men onvoldoende op de hoogte dat een invalmedewerker wél toegang krijgt tot het ECD en deze autorisatie dus kan aanvragen. • Careyn heeft voor de invalmedewerker een instructieboekje gemaakt hoe ze moeten werken met de tablet én belangrijke cliëntinformatie in het ECD kunnen vinden. We hebben twee versies: één voor invalartsen én één voor de invalmedewerker zorg. • Alle DUOzorg medewerkers (hoofdleverancier van

	invalmedewerkers) hebben bij aanvang van hun dienst een autorisatie tot het ECD. IN ONTWIKKELING • Alle invalmedewerkers (buiten DUOzorg om) dienen ook bij aanvang van hun dienst een autorisatie tot ons ECD te krijgen. • Ontwikkelingen van een slimme tool die op basis van een aantal unieke kenmerken, sneller een autorisatie kan toekennen. • Duurzame scholing van óók de invalmedewerker, mogelijk met eLearning.
3. Ieder cliëntdossier bevat een logisch verband tussen enerzijds de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt en anderzijds de invulling van de zorg en behandeling.	GEREED • Op 28 maart 2017 is de nieuwe werkwijze t.a.v. het opstellen van het nieuwe ZLP aangezet in het ECD. Wat nieuw/verbeterd is t.o.v. de eerdere situatie is dat: - Bij iedere cliënt de levensgeschiedenis is beschreven - De zorgleefplannen zijn van gemiddeld 22 'doelstellingen' naar gemiddeld 4 à 5 doelstellingen gegaan - We meer samenhang tussen dossieronderdelen hebben bewerkstelligd door nieuwe functies die de medewerker helpen herinneren bij een volledig en actueel dossier. Ook zijn de vragenlijsten anders geformuleerd zodat meer de samenhang der delen duidelijker wordt aangaande risicosignalering en het ZLP. - We de registratielast van medewerkers hebben verminderd. - Minder formulieren, meer aandacht voor onze bewoner. IN ONTWIKKELING • De 31 locaties en 200 intramurale teams zijn nu opnieuw in gesprek met de bewoners om de nieuwe plannen gereed te krijgen. Careyn heeft gekozen om de teams niet onnodig onder druk te zetten, maar mee te gaan met de halfjaarlijkse zorgleefplancyclus. Dit betekent dat niet alle dossiers op 1 augustus afgerond zijn in de 'nieuwe stijl'. Sommige regio's zoals DWO/NWN hebben bewust gekozen om alles dossiers afgerond en compleet te hebben vóór 1 juli. Dit verschilt echter per locatie én omstandigheden per regio. • Op 13 juni 2016 staat een volgende GO-live gepland om het werken in het ECD te vergemakkelijken. Eén van de belangrijke functies die we gaan aanzetten is de takenfunctie. Hiermee kan een taak voor een bepaalde periode 'vastgezet' op het cliëntdashboard. Zo wordt de (inval)medewerker geholpen waar hij/zij op moet rapporteren in opdracht van een SO. Ter illustratie: de SO kan een opdracht geven aan de teams om de aankomende week elke dag te rapporteren op de pijn in de rechterschouder. In de huidige situatie 'verdwijnt' deze opdracht in de tijd. In de nieuwe situatie, blijft deze opdracht één week op het dashboard staan, zodat iedere zorg- en behandelaar hierin herinnerd wordt én naar verwachting dagelijks gaat rapporteren.

Algemene beeld uit de audits op de locaties

- Er is een flinke slag gemaakt met betrekking tot de verbeteringen van het cliëntdossier, echter de toegang van tijdelijke flexkrachten en uitzendkrachten behoeft meer begeleidende communicatie.
- Er is op locatie onvoldoende kennis over de laatste wijzigingen en mogelijkheden voor invalmedewerkers.
- Naast kennis van de systeemtechnische aanpassingen die toegang mogelijk maakt voor de genoemde groep, is er ook sprake van cultuur, waarbij de vaste medewerkers de rapportage liever in eigen hand houden. Dit betekent concreet dat er meer overgedragen wordt met een kans op toename van fouten.
- Het uitfasen van de papieren dossiers is ingrijpend, hier zal ook duidelijk worden dat een aantal medewerkers meer geschoold moet gaan worden in digitale (basis) vaardigheden

- Naast de systeemtechnische ondersteuning van dit project, zal er ook zeker aandacht gegeven moeten worden aan het methodisch werken, de basismethodiek voor medewerkers om de zorgverlening goed en overzichtelijk te regelen. Belangrijk om niet vanuit een angstreflex (om maar niets) te vergeten, alles in te delen veel doelen. De samenhang tussen de doelen is dan moeilijk constateerbaar, naast de onmogelijkheid om op alle doelen dagelijks (of in ieder geval zeer regelmatig) te rapporteren. Deze aandacht, in de vorm van training in 'rapporteren op doelen' en coaching-on-the-job door kwaliteitsverpleegkundigen verdient nog nadere uitwerking.

Beschouwing en conclusie door Raad van Bestuur

- De combinatie van systeemtechnische ondersteuning, waarbij alle mogelijkheden van Caress die ondersteunend zijn worden geactiveerd, gecombineerd met de bottom-up leren via de ontwikkelteams van het methodisch werken is een succesvolle combinatie. De effecten zijn positief.
- Careyn kiest voor een zorgvuldig traject waarbij het methodisch werken de basis is voor een goed zorgleefplan met doelen. De keuze om via een zorgvuldig traject waarbij het tempo van de multidisciplinaire besprekingen gevolgd wordt, maakt dat de wijzigingen op een meer natuurlijke wijze geïmplementeerd worden. Ook de aangeboden scholingstrajecten (bijvoorbeeld via instructiefilm op YouTube) helpen mee om de kennis en kunde op een hoger niveau te krijgen.
- Betrokkenheid van de behandelaren blijft ontzettend belangrijk in dit traject, met name vanuit de specialisten ouderengeneeskunde, deze zijn meer bepalend geworden aan de voorkant van de projectorganisatie.
- Overall uitdaging zit in het feit dat de projectresultaten goed gecommuniceerd moeten worden om het draagvlak van de wijzigingen te vergroten en blijvende aandacht voor het methodisch, multidisciplinair werken om systematisch en cliëntgericht werken blijvend te borgen op de locaties. Het komende jaar zal hiervoor aandacht moeten blijven bestaan bij de ontwikkelteams, kwaliteitsverpleegkundigen en betrokken teamcoaches.

Verwachte status d.d. 1 augustus 2017

Stijgende lijn, nagenoeg 100% op orde.

2.2. Deskundigheid en inzet medewerkers

Bevindingen van de IGZ

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

Opvolging door Careyn

THEMA: Deskundigheid en inzet medewerkers	EIGENAAR: , HR
Doel	Status d.d. 1 juni 2017
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.	GEREED • In Q1 zijn 191 nieuwe collega's gestart, waarvan 142 zorg medewerkers. - Social media wordt structureel ingezet en leidt tot een groot aantal belangstellenden onder werkzoekenden en latent werkzoekenden. - 15 gedreven zorgprofessionals binnen Careyn vormen het ambassadeursnetwerk; zij hebben een actieve bijdrage in Careyn onder de aandacht brengen bij werkzoekenden. - Met het ROC Utrecht is een samenwerkingsovereenkomst gesloten. • Best practice ontwikkeld in samenwerking zorg en HR. Versterken teamkracht Snavelenburg: Integrale veranderaanpak gericht op wijzigen van de personeelssamenstelling waarmee rust, trotsheid ontstaat, meer vertrouwen wordt verkregen en verzuim is verlaagd. • De "inclusie / exclusie criteria" zijn per doelgroepen beschreven en in concept vastgesteld. We zijn in afwachting advies CCR om over te gaan tot formele besluitvorming en implementatie. Per doelgroep is de cliënttypering uitgewerkt en wordt omschreven welke eisen de behoefte van de cliëntgroep stelt aan de medewerkers op de afdeling en de locatie. Op basis hiervan is uitgewerkt wat in- en exclusiecriteria zijn, met als uitgangspunt de ZZP of indicatie. IN ONTWIKKELING • De in- en exclusiecriteria worden getoetst bij de CCR. Tevens zijn

	de regiomanagers de implementatie aan het voorbereiden voor de eigen locaties en afdelingen. Per locatie wordt dit vertaald naar de lokale situatie en (meer specifiek) vastgesteld welke categorie cliënten wel/niet kan worden opgenomen. • Instroom: Een grootschalige multichannel wervingscampagne is in voorbereiding voor Q2 met focus op uniekheid huis, locatie of wijkteam; hier wordt ook intern veel aandacht aan gegeven. De grootschalige werving van vakantiekrachten is vroegtijdig opgestart. In 2 districten loopt een pilot m.b.t. het aantrekken van zij-instromers. • Doorstroom: Versneld versterken van kwalificatieniveaus 3, 4 en 5 door aanbieden van 130 leerplekken voor interne medewerker maar ook via externe vacatures. En ook interne opleidingsplaatsen voor EVV, GVP en casemanagers dementie.
2. Er is een scholingsjaarplan 2017 opgesteld met verplichte scholingsonderdelen gericht op de doelgroepen.	GEREED • Scholingsplan per locatie is gereed en wordt uitgerold per locatie. Nu focus op verdere uitvoering van de scholingen. • Kwaliteitsverpleegkundigen zijn in een sessie geïnformeerd over de scholingskalender en over hun rol/bijdrage bij deskundigheidsbevordering. • Alle gevolgde e-learnings worden voor de zorgfuncties digitaal geregistreerd in het leer management systeem. IN ONTWIKKELING • Ondersteuning van digibeten bij toepassen van digitale (leer)middelen. Er wordt een plan opgesteld om digibete medewerkers te ondersteunen bij het werken met het leerportaal / ICT middelen. Dit zal vanaf september worden uitgerold • Met de leverancier van invalkrachten (Duozorg) is afgesproken dat deze medewerkers gaan meedoen aan de verplichte scholingsactiviteiten. Dit loopt vertraging omdat DUO-zorg medewerkers niet in LMS kunnen. Vanuit ICT wordt oplossing hiervoor onderzocht. • Als vervolgstap op de scholingskalender zal vanaf Q3 de doelgroepgerichte scholing specifiekere worden uitgewerkt.
3. De deskundigheid is op niveau (bekwaamheid voorbehouden en risicovolle handelingen, scholing dossiergebruik, medicatieveiligheid en vrijheidsbeperking).	GEREED • VRH: - Het vernieuwde VRH beleid en opleidingsbeleid bekwaamheid voorbehouden en risicovolle handelingen is geaccordeerd en gecommuniceerd. - Het aantal skillslabs voor de praktijktoets VRH is inmiddels verdubbeld. - Extra praktijktoetsers opgeleid en externe toetsers voor VRH praktijktoets aangetrokken. - Managementinformatie VRH is ingericht waarmee gerichte sturing mogelijk is. Vanuit HR wordt maandelijks op individueel niveau en regio-niveau gerapporteerd over de voortgang aan regiomanagers en directie. Voor overige scholingsonderdelen is dit in ontwikkeling. • ECD / scholing dossiergebruik: - Diverse projectmatige scholingen als bijeenkomsten, begeleiding-op-aanvraag, webinars én YouTube instructies. Dit vindt plaats vóór iedere GO-live voor nieuwe functies in Caress. Over het algemeen loopt dit goed en is de organisatie in beweging gebracht. Collega's snappen de noodzaak en zien ook de verbetering, echter uitdaging is het opnieuw invullen van het zorgleefplan en de formulier. Teams gaan hier bereidwillig met ondersteuning van kwaliteitsverpleegkundig en EVV'er mee aan de slag! • Digitaal e-dossier en aantonen bevoegdheden: - Begin vorig jaar is gestart met het digitaliseren van de personeelsdossiers en het up-to-date krijgen van de bevoegdheden van medewerkers (diploma & certificaten, geldige

	BIG-registratie) op 6 locaties. Dit liep zeer moeizaam. In april is dit uitgebreid naar alle intramurale locatie met als doel om per 1 september 90% up-to-date te hebben. Voortgang verloopt positief. Extra communicatie blijft gewenst, echter aanlevering gaat veel voorspoediger dan bij de pilot. IN ONTWIKKELING - VRH - T.b.v. de kwaliteit van personeel, wordt de focus gelegd op het behalen van de VRH praktijktoets voor de voorbehouden handelingen. Doelstelling is 95% realisatie VRH-praktijktoets voor de inhaalslag 2016 per 1-07-2107 en per 31/12/17 zijn alle circa 3000 zorgprofessionals van Careyn op niveau 3 IG, 4 en 5 geregistreerd m.b.v. de VRH praktijktoets. Huidige status is 21 % realisatie voor de inhaalslag VRH-praktijk 2016 en 53% van totaal VRH bekwaam. Focus zal vanaf aug 2017 worden uitgebreid met zelftoets en intercollegiale toetsing. - Systeemtechnisch voorbereiden van registratie van de zelftoets, praktijktoets en intercollegiale toetsing (digitaal portfolio). - Verdere implementatie van de scholingskalender en registratie bevoegdheden - Stimuleren en aansporen van medewerkers om de scholing 2017 te volgen. Mede vanwege ervaren werkdruk, is extra aandacht hiervoor is nodig. - De uitrol van de e-learning BOPZ loopt vertraging op (eind mei/begin juni gereed). Overige scholingen kunnen worden gevolgd. - Voortgang van de benodigde VOG's (WMO doelgroep en nieuwe medewerkers in dienst 2016) blijft achter. 56% realisatie tov 100% doel. - Aanmelden voor lidmaatschap in kwaliteitsregister V&VN van alle professionals met een vast dienstverband niveau 3, 4 en 5 verloopt positief. 55% is gerealiseerd tov gestelde doel van 50% voor 2017.
4. Careyn roostert de medewerkers zodanig in dat het zorgaanbod kwantitatief en kwalitatief past bij de zorgzwaarte en behoefte van de cliënten.	GEREED - Voor de korte termijn is, waar nodig, extra team- ondersteuning ingeregeld op diverse regeltaken. Ten aanzien van de duurzame implementatie is het wenselijk om vanuit integraliteit te sturen en waar mogelijk versnelling aan te brengen. IN ONTWIKKELING - Het plannen & roosteren wordt per district / regio opgepakt. Geïnventariseerd wordt welke stappen naar optimalisatie nog nodig zijn.
5. Careyn organiseert de zorg zodanig dat er voldoende werktijd beschikbaar is voor adequate rapportage en overdracht van zorg.	GEREED - Overdracht van zorg verloopt volgens tijdlijnen conform cao bij dienstwisseling. Extra winst kan worden gemaakt door dit efficiënter in te richten. Rapportage verloopt ook volgens afgesproken en ingeregelde tijdlijnen. Bij kleinere woongroepen is reeds een slag gemaakt richting efficiëntie en effectiviteit. Ondanks de hoge werkdruk worden diverse overleggen gepland zoals teamoverleggen, omgangsoverleggen. Formatie is hierdoor noodzakelijkerwijs hoger dan begroting 2017 om gestelde doelen te halen - Er zijn op alle locaties overleggen zoals teamoverleg, BZTO (behandelaren en EVV), zorgleefplan besprek, gedragssprek, afbouwteam MM. Er is ruimte voor rapporteren per dienst, dit is echter ook een punt van aandacht, de bewoners gaan voor. IN ONTWIKKELING - Gestart met het verbeteren van de zorgdossiers gekoppeld aan de Zorgleefplancyclus. Hierbij is ook aandacht voor rapportage waarbij tevens gerapporteerd wordt op minder doelen.

	De overdrachtstijden zijn nog niet bij alle diensten geregeld. Gewenste verbetering is in kaart gebracht en wordt in verband met de financiële gevolgen besproken met de RvB.
--	---

Algemene beeld uit de audits op de locaties

- Op steeds meer locaties treffen we aan dat de personele problematiek weliswaar niet is opgelost maar wel meer "in control" is. De inzet van uitzendkrachten is gericht op een langere periode, zodat de medewerker de cliënten goed kent. Er is aandacht voor werving, het binden van medewerkers en beschouwen of de inzet voldoende is gegeven de aanwezige cliëntenpopulatie. Aandachtspunten blijven niet liggen maar worden opgeschaald naar HR en directieniveau.
- Het sturen door regiomanager en locatieverantwoordelijke op het volgen van de afgesproken scholingen (ook de VRH-toetsen) is een punt van ontwikkeling maar heeft de aandacht. Naast beperkingen in het leermanagementsysteem ten aanzien van het snel genereren van actuele rapportages moet het periodiek evalueren en sturen weer gemeengoed worden in de werkwijze.
- Het centraal opgesteld scholingsplan is goed geland op de locaties, maar is nog niet altijd uitgewerkt / op maat gemaakt voor/door de teams.
- Desgevraagd geven locaties aan dat er beter rekening wordt gehouden met tijd nemen voor de overdracht.

Beschouwing en conclusie Raad van Bestuur

Er wordt op alle manieren hard gewerkt om de deskundigheid van de medewerkers te verbeteren. Knelpunt blijft de krappe bezetting op locaties, die maken dat het moeilijk is om aan scholingen deel te nemen. Medewerkers leggen prioriteit bij de cliëntenzorg. De wijze waarop bijvoorbeeld nu de skillslabs beschikbaar komen voor training op locatie moet maken dat er meer medewerkers gaan deelnemen. Scherpe monitoring op directieniveau (DT) maakt dat meer inzichtelijk wordt waar en door wie geen scholing gevolgd wordt. De scholingskalenders maken een goede indruk.

Verwachte status d.d. 1 augustus 2017

Stijgende lijn, niet 100% op orde.

2.3. Sturen op kwaliteit en veiligheid

Bevindingen van de IGZ

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

Opvolging door Careyn

THEMA: Sturen op Kwaliteit en Veiligheid	EIGENAAR: Gert-Jan Waterink, tijdelijk directeur kwaliteit
Doel	Status d.d. 1 juni 2017
1. Careyn verzamelt en registreert op systematische wijze gegevens betreffende de kwaliteit van zorg en toetst aan de hand van deze gegevens op systematische wijze of de wijze waarop de zorgaanbieder uitvoering geeft aan artikel 3 van de Wkkgz redelijkerwijs moet leiden tot goede zorg.	GEREED • De PDCA cyclus op lokaal niveau is ingericht. Careyn verzamelt kwaliteitsgegevens m.b.v. MIC, MIM, Calamiteiten, klachten en tevredenheidmetingen. MIC's worden geregistreerd in cliëntdossier (Caress) en geanalyseerd en beoordeeld door het lokale ontwikkelteam. Maatregelen worden lokaal genomen. • 50% van de locaties is een voortgangs- en effectmeting gedaan om te beoordelen of de, naar aanleiding van de periodieke interne audit, verbetermaatregelen zijn gerealiseerd zodat voldaan wordt aan de veldnormen Kwaliteit en Veiligheid. De overige 50% vindt medio schrijven plaats. ONTWIKKELING • De pdca cyclus op lokaal niveau is ingericht. De verbinding met overige niveau's is nu in ontwikkeling. Hoe Careyn dat gaat doen is beschreven in de Conceptnotitie "sturen op kwaliteit". Het document beschrijft hoe Careyn kwaliteit organiseert op ieder niveau: teams, management/staf, directieteam, raad van bestuur, raad van toezicht. De inrichting van de PDCA-cyclus wordt voor alle niveaus beschreven. Implementatie staat gepland voor Q4 2017. • Herijken kwaliteitsmanagementsysteem met ondersteunende software.
2. Careyn analyseert aantoonbaar alle geregistreerde MIC-meldingen.	GEREED • Nieuwe MIC procedure intramuraal (en extramuraal) beschreven, vastgesteld, gecommuniceerd en geïmplementeerd binnen Careyn. • Elke locatie heeft een MIC-commissie, multidisciplinair, ingericht en gestart. De eerste bijeenkomsten en analyses, conform de nieuwe procedure, zijn uitgevoerd. Verslaglegging vindt plaats op locatie niveau. • Taakhouders MIC worden proactief gecoached door kwaliteitsverpleegkundigen. ONTWIKKELING • Calamiteiten procedure (concept gereed) • Uitvoeren trendanalyse MIC eerste kwartaal • Bespreken MIC-registratie en analyse op trends in stuurgroep

	kwaliteit en veiligheid en het directieteam
3. Careyn maakt aantoonbaar welke passende verbetermaatregelen zij treft op basis van die analyse.	GEREED • Iedere locatie hanteert een eigen verbeterlijst, waarop verbetermaatregelen naar aanleiding van de MIC-analyse worden geregistreerd. ONTWIKKELING • Kiezen en implementeren van (digitale) methodiek om verbetermaatregelen te registreren en voortgang te monitoren (Caress is niet toereikend)
4. Careyn laat zien volgens welk systeem zij het resultaat van verbeteringen evalueert.	• Zie 1.

Algemene beeld uit de audits op de locaties

- Het volledig invullen van de meldingsformulieren en het uitvoeren van analyse op cliëntniveau heeft de aandacht van de teams. De taakhouders MIC en de kwaliteitsverpleegkundigen spelen hierin een belangrijke rol. Het trainen en coachen op zorgvuldige analyse en opvolging van incidenten zal nog langdurig aandacht nodig hebben het komende jaar.
- Op alle locaties is de MIC-commissie geïnstalleerd; soms is pas een eerste bijeenkomst geweest waarin werkafspraken zijn gemaakt. Dat betekent dat nog niet in alle locaties een aantoonbare (trend) analyse is gemaakt, waardoor opvolging in verbeterprojecten en evaluatie van de genomen maatregelen nog onvoldoende aantoonbaar zijn.

Beschouwing en conclusies Raad van Bestuur

- Het sturen op kwaliteit gaat steeds meer vorm krijgen, alhoewel in een voorlopige (nood)structuur, het is noodzakelijk dat er op korte termijn duidelijkheid komt over het uiteindelijke besturingsmodel. Dit geeft duidelijkheid over de vorm van de sturing die maakt dat ieder echelon van de organisatie aangehaakt is.
- De Regiegroep Kwaliteit & Veiligheid vormt een belangrijk gremium in het herijken van procedures, richtlijnen en te nemen besluiten. De inhoudelijke input wordt omgezet in adviezen richting directieteam en Raad van Bestuur, waar dit een vast agendapunt is geworden. Hier mee heeft aandacht voor kwaliteit een vast plek gekregen in de top van de organisatie.
- Implementatie blijft een aandachtspunt. De papieren/digitale werkelijkheid is niet altijd de werkelijkheid van de dagelijkse praktijk. De schaalgrootte van de organisatie is hierin ook beperkend. Er wordt op dit moment geëxperimenteerd om vastgestelde richtlijnen en procedures, te laten voorzien van implementatieplannen (kort en bondig) door kwaliteitsverpleegkundigen die in de praktijk werkzaam zijn, hiermee wordt het succes van de invoering hopelijk bevorderd.
- Wat nog meer vorm moet gaan krijgen is het sturen op kwaliteit op alle lagen binnen de organisatie. Dat op de werkvloer binnen de teams met bijvoorbeeld de MIC procedure signaleerd en geanalyseerd moet worden en dat alleen de sterk afwijkende informatie doorgezet wordt naar de afdeling kwaliteit, hierin kunnen de kwaliteitsadviseurs advies gaan geven om het zelflerend vermogen te verhogen.
- Ook belangrijk is dat relevante trendanalyse wel ingebracht worden in de Stuurgroep zodat op Careyn niveau beter inzicht ontstaat, dit moet nog meer gestalte gaan krijgen.
- Digitale ondersteuning is zeer gewenst om te komen tot verbetermaatregelen.
- De huidige noodstructuur (met RKV en SKV) voldoet, maar moet doorontwikkeld worden.

Verwachte status d.d. 1 augustus 2017

Indien we in staat zijn om het tempo van de voortgang vast te houden dan is er op een goede manier invulling gegeven aan het sturen op kwaliteit, echter er moet nog veel gebeuren in de ondersteuning (digitaal) en in het verder uitwerken van sturing op kwaliteit binnen de districten.

Het is essentieel dat het systeem aanhaakt op het niveau van regiomanagers en district directeuren, zodat er invulling gegeven kan worden aan het sturen op kwaliteit binnen het eigen district. Goede informatie moet maken dat er voor de kwaliteit op niveau van de district directeur verantwoording genomen en afgelegd wordt (aan de raad van bestuur)

2.4. Goed bestuur

Bevindingen van de IGZ

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

Opvolging door Careyn

THEMA: Goed bestuur	EIGENAAR: Harry Luik, lid Raad van Bestuur
Doel	Status d.d. 1 juni 2017
1. Careyn maakt aantoonbaar met bovenstaande te voldoen aan artikel 3.1 van de Zorgbrede Governancecode 2010.	GEREED • Elke locatie heeft een lokaal multidisciplinair ontwikkelteam ingericht als trekker van de gewenste verbeterlagen. Het ontwikkelteam wordt getrokken door de locatieverantwoordelijke of regiomanager, en ondersteund door een coach (van Careyn of W&T). De trekker van het ontwikkelteam vindt via de zittende regiomanager in Regiegroep Kwaliteit & Veiligheid een lijntje met centraal waar randvoorwaarden worden gecreëerd. De voorzitter van het Regieteam, directeur Kwaliteit & Veiligheid heeft zitting in het directieteam en een rechtstreekse lijn met de Raad van Bestuur. • Careyn investeert in voldoende randvoorwaarden: • Meer aandacht, coaching en sturing aan teams d.m.v. inzet locatieverantwoordelijke per locatie en bovenmatig geplaatste kwaliteitsverpleegkundigen. • bijscholen medewerkers, zie ho. 2.2 • toegang tot gebruiksvriendelijk cliëntdossier, zie ho. 2.1 • zorgteams verlichten d.m.v. ondersteunende taken weghalen • Ten aanzien van b.v. het verlagen van de werkdruk lopen er diverse initiatieven om Professionele Sturing taken uit de teams weg te halen. Dit betreft met name HR-taken, taken omtrent plannen & roosteren en overige taken. Voor de HR-taken en regeltaak plannen & roosteren zijn bijeenkomsten geweest met medewerkers, RM en COR. Uitkomst is dat van de 17 HR-regeltaken er 8 taken uit de team gaan, 8 taken in de teams blijven en 1 HR taak (selectie van medewerker) gedeeltelijk uit het team gaat. Het voorstel ligt ter becommentariëring bij de COR. • Het programma Waardigheid en Trots heeft de inzet verbreed. De inzet van W&T vindt plaats op de huidige risico locaties. Van daaruit wordt de verbinding gemaakt met de direct in de nabijheid gelegen locaties in hetzelfde district. Zo wordt de gelijke aanpak en inrichting van de verbeterprocessen op kwaliteit gefaciliteerd. Dit betekent dat coaches meerdere locaties ondersteunen. Aanpak en instrumentarium wordt gedeeld binnen de districten. Deze inzet wordt door Traintrainer-coaches verder versterkt door Careyn breed: Careyn-coaches, kwaliteitsverpleegkundigen, locatieverantwoordelijken en behandelaren mee op te leiden. KSW's wordt op dit moment ook door Traintrainer geïnventariseerd op mogelijkheid van groepsgewijze aanpak en overdracht kennis en instrumentarium. Deze aanpak is mogelijk doordat het is uitgekristalliseerd en inmiddels breed wordt omarmd binnen Careyn. Inbedding in de staande organisatie is zo mogelijk en brengt versnelling tot stand door eenduidige sturing. In totaal is er sprake van 7 PP-coaches, 2 Traintrainer-coaches en 1 S-coach voor het

	geheel. Hiermee is een groot bereik binnen Careyn mogelijk gemaakt. In de W&T aanpak worden diverse ontwikkellijnen samengebracht (de IGZ - aanwijzing, het Kwaliteitskader, de WLZ-middelen, organisatiemodel Careyn) samengebracht. De aanpak is op maat vanwege verschillende start, historie, problematiek maar ook eigen lokale regie. IN ONTWIKKELING De nieuwe werkwijze met lokaal multidisciplinair ontwikkelteam als trekker van de gewenste verbeterlagen is overal ingericht. Inbedding vindt echter nog plaats. Locaties zijn verschillend in hun vorderingen, dit hangt ook af van de lokale situatie.
2. Careyn draagt zorg voor een zodanige toedeling van bestuurlijke verantwoordelijkheden, bestuurlijke bevoegdheden evenals afstemmings- en verantwoordingsplichten dat dit redelijkerwijs moet leiden tot het verlenen van goede zorg.	GEREED - Evaluatie structuur met districtsdirecteuren is uitgevoerd. Het model heeft een aantal verworvenheden opgeleverd, maar niet alle daaraan verbonden doelstellingen zijn gerealiseerd. Het model (met passende maatregelen om de tekortkomingen aan te pakken) is als zodanig te continueren maar voor een werkelijk effectief functioneren van Careyn dient vooral aandacht uit te gaan naar de inhoud, de strategie ('de bedoeling'), de cultuur en het vraagstuk van leiderschap. - RvT heeft een toezichtsplan 2017-2018 vastgesteld waarin 1) op basis van de kernwaarden van Careyn de visie op toezicht is geformuleerd 2) een toezichtskader is geformuleerd waarin voor dit moment de meest dringende ijkpunten zijn: - Realisatie Herstelplan Kwaliteit en Veiligheid (en ontwikkeling Kwaliteit Personeel) en voldoen aan de aanwijzing IGZ uiterlijk op 1 augustus 2017 - Monitoring Herstelplan Financiële Gezondheid; - Herstel van vertrouwen, rust en stabiliteit in de organisatie. - en 3) het toezichtskader op basis van de 5 governance cycli is uitgewerkt. IN ONTWIKKELING - Het besturingsmodel wordt herijkt en door de nieuwe voorzitter RvB in Q3-Q4 vastgesteld én geïmplementeerd. Het besturingsmodel beschrijft de route van visie naar resultaat, aan de orde komen de strategie, organisatiestructuur, rollen, TBV, werkwijze, overlegstructuur en leiderschap, cultuur en houding en gedrag.
3. Careyn draagt binnen haar organisatie zorg voor een stelsel van systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg.	GEREED - De route en werkwijze van lokale PDCA-cyclus en hoe deze in verbinding staat met andere lagen in de organisatie is beschreven in de concept notitie 'Sturen op kwaliteit'. Deels werkt de organisatie al zo; met name de MIC verloopt conform afspraak. Overige implementatie staat voor Q3 gepland. - Careyn breed is er een team Zorgaudits werkzaam. Op basis van de periodieke audits die op alle locaties worden uitgevoerd, wordt gedetailleerd inzicht verkregen in de tekortkomingen en de verbeteringen daarop in het systematisch borgen van kwaliteit en veiligheid. IN ONTWIKKELING - Implementatie en inbedding van de PDCA cyclus met verbinding op alle niveaus, afgestemd op het nieuwe besturingsmodel.

- De audits geven samen met de door de locaties opgestelde verbeterplannen een goed beeld over wat is bereikt en welke slagen nog gemaakt moeten worden.
- Merkbaar is de verbinding die is ontstaan tussen locatieverantwoordelijke, regiomanager, directie en RvB; problemen en aandachtspunten blijven niet meer onder de pet, maar worden afgestemd om tot oplossingen te komen, hoe lastig deze soms te realiseren zijn.
- Conform de strategie uit het plan van aanpak is op de locaties het recept voor succesvol verbeteren herkenbaar: sturing (inzet locatieverantwoordelijke), inhoudelijke coaching (kwaliteitsverpleegkundige), betrokkenheid behandelaren, teamontwikkeling Waardigheid en Trots, herijking van zorgondersteunende taken en systematisch verbeteren onder structuur van een multidisciplinair ontwikkelteam op locatie.
- Alle teams zijn actief bezig met verbeteren, de blik staat weer positief op vooruit.
- Soms is de "span of control" van enkele regiomanagers en kwaliteitsverpleegkundigen te groot, zodat niet altijd voldoende tempo wordt gemaakt in de veranderingen te realiseren.

Beschouwing en conclusies Raad van Bestuur

- Careyn heeft in het afgelopen half jaar onder leiding van Luik de omslag gemaakt van financieel gedreven naar waardegedreven 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 zal nieuwe voorzitter Meerdink zich hard voor maken.
- De verbreding en intensivering van Waardigheid & Trots helpt Careyn versnelt in de juiste werkwijze te komen. Uiteindelijk zal Careyn het zelf moeten (blijven) doen, hier is blijvende aandacht en sturing voor nodig.
- De Raad van Toezicht heeft haar toezicht geïntensiveerd en is meer betrokken bij de integrale resultaten van Careyn. Deze werkwijze zal worden voortgezet.

Verwachte status d.d. 1 augustus 2017

- De kwaliteit heeft een aanzienlijke impuls gekregen tot verbeteren, echter ook na 1 augustus zal hierop vol ingezet moeten worden om de opgaande lijn vast te houden en in te bedden in de nieuwe organisatie.

3. Status per locatie

In bijlage 1 is de 0-meting en de 1-meting opgenomen. De top-3 risico's die per locatie zijn vastgesteld, vormen de prioriteit voor de verbeterplannen per locatie. In onderstaand overzicht leest u de voortgang en resultaten per locatie terug.

District	Locatienaam	Regio-manager	Locatie verantwoordelijke	Kwaliteits verpleegkundige	Top 3 risico's	Status
DWO / NWN	De Ark				1. Melding en opvolging incidenten (MIC) 2. Medische regie 3. Dossiervoering	1. Deels behaald; • Districts MIC-cie is opgestart • Lokale commissie in wording • Op 1-8 een district en locatie commissie en maandelijkse analyse/ terugkoppeling naar de teams, leggen we vast in de verslagen op locatie en district niveau. PDCA cyclus is met deze acties geborgd. • K-schijf map wordt aangemaakt ,zodat deze rapportage zichtbaar is. 2. Deels behaald; • De SO is betrokken bij MIC analyse, locatie en district. • Autorisatie gebruik Gericall artsen verlopen moeizaam. Autorisatie procedure gemaakt iom ICT en directeur Gericall. Evaluatie 1 juni 2017. • Scholingsaanbod gedaan bij Gericall voor gebruik ECD bij Gericall. 3. Deels behaald; • KSW is op 1 juli volledig op orde • Verblijft licht 2^e etage niet op orde. KWP gaat zich vooral richten op deze afdeling. • Verblijft licht 1 en ¾ etage loopt. • Acties die we inzetten zijn; scholing smart en soap rapporteren heeft plaats gevonden, alle dossier worden moment aangepast door de EVV'ers ivm vernieuwde format ECD en door de Q-vpk nagekeken op formulering van doelen en acties en de verbinding hierbij. Coaching on the job door Q-vpk

District	Locatienaam	Regio- manager	Locatie verantwoordelijke	Kwaliteits verpleegkundige	Top 3 risico's	Status
						vind plaats. Dossier checks worden vanaf augustus gedaan 1x per 2 maanden door de aandachtvelders dossiers en Q-vpk op basis van de veldnormen, medewerkers toetsen elkaars dossier en gaandirect het gesprek aan. Voor 1-12 op orde.
	De Vloot				1. Instabiliteit van de teams zowel van de zorgteams als van de behandelaars 2. Uitkomsten van zorg te weinig gebruikt om van te leren 3. Achterstand bevoegd / bekwaam, scholing en toetsing	1. Deels behaald; - Zorgteam is op orde op 1 augustus en op elkaar ingewerkt. Vacatures invullen blijft lastig door krapte in de markt. - Arts wordt nog steeds ondersteund door SO als supervisor op locatie/ structureel. Er is nog geen zicht op vaste SO op locatie. - De vacature voor psycholoog is ingevuld per 1 april jl, door een ervaren psycholoog en bekend op de locatie. 2. Deels behaald; - De behandelaars zijn betrokken bij de MIC (deelname MIC commissie en vast agenda onderdeel in BZTO overleg), zijn deelgenoot van de teamoverleggen en kerngroep kwaliteit. 3. Deels behaald; - Achterstand is in kaart gebracht, 59% is bevoegd en bekwaam en medewerkers staan aangemeld. VRH toetsing in volle gang. Verwacht 1-8: 95%
	Rozenhof			1 fte vacature	1. Melding en opvolging incidenten (MIC) 2. Dossiervoering 3. Inzet juiste en voldoende deskundigheid	1. Behaald; - Nieuwe procedure geïmplementeerd. Er is een district en locatie commissie en maandelijkse analyse/ terugkoppeling naar de teams, worden vastgelegd in de verslagen op locatie en district niveau. PDCA cyclus is met deze acties geborgd. - Vindbaar op prestatiebord en op de K schrijf. 2. Behaald;

District	Locatienaam	Regio- manager	Locatie verantwoordelijke	Kwaliteits verpleegkundige	Top 3 risico's	Status
						- Kwantiteit is op orde, we sturen nu op kwaliteit, bijscholing smart en soap. Dossier check vind plaats. Voor 1-8 op orde. 3. Deels behaald; - Vacatures staan uit, actieve werving loopt, vaste uitzendkrachten. - Scholing wordt aangeboden en inzet behandelaren zorg voor kennis verhoging. - Ideon training is gestart.
	Woerdblok			2 fte vacature	1. Melding en opvolging incidenten (MIC) 2. Dossiervoering 3. Inzet juiste en voldoende deskundigheid	1. Behaald; - Er is op een district en locatie commissie ingesteld. - Maandelijkse analyse/ terugkoppeling naar de teams, wordt vastgelegd in de verslagen op locatie en district niveau. PDCA cyclus is met deze acties geborgd. - Vindbaar op prestatiebord en op de K schrijf. 2. Deels behaald; - PCDA cyclus is niet voldoende zichtbaar in het dossier. Acties die we zetten zijn; scholing smart en soap rapporteren heeft plaats gevonden, hierna borgen en coaching on the job door Q-vpk vind plaats. - Dossier checks worden gedaan 1x per 2 maanden door de aandachtvelders dossiers en Q-vpk op basis van de veldnormen, medewerkers toetsen elkaars dossier en gaan direct het gesprek aan. - Voor 1-8 op orde. 3. Deels behaald; - Somatiek is op orde op pg bijna op orde. - We werven actief, vaste uitzendkrachten en ZZP-ers zijn ingezet, de krapte op de arbeidsmarkt is voelbaar. - Scholing wordt aangeboden en inzet behandelaren zorg voor kennis verhoging. - Ideon training is gestart.

District	Locatienaam	Regio- manager	Locatie verantwoordelijke	Kwaliteits verpleegkundige	Top 3 risico's	Status
Utrecht Stad	KSW De Geuzenveste	 (waarnemen d)			1. Samenhang zorgdossier 2. Kwalitatieve en kwantitatieve bezetting team 3. Onvoldoende sturing op kwaliteit en veiligheid, onvoldoende besef van veiligheid resp onveiligheid.	1. Niet behaald; • Nog geen voortgang op dossiers ivm onderbezetting van de kwaliteitsverpleegkundigen. • Caress heeft een update gehad. In juni worden de medewerkers hierin geschoold. • Onderwerp is besproken in het ontwikkelteam. Nieuwe Q-vpk is 08-05-2017 gestart om samen te werken met het ontwikkelingsteam. 16-05-2017 gaat Q-vpk een planning maken om medewerkers hierin te betrekken en te scholen. 2. Behaald; • Op dit moment is er een goede verdeling en zijn alle vacatures inmiddels ingevuld. • De langdurig zieken binnen het team worden d.m.v. langdurige vervanging opgevuld. Er wordt ondersteuning geboden bij de planning en roostering om teams te ontlasten • Alle medewerkers behoren de scholingen te doen volgens het scholingsplan. Locatieverantwoordelijke spreekt medewerkers aan op het nalaten daarvan. • Er wordt aan door hulp van een district ondersteuner. • Deskundigheidsbevordering gedaan middels e-learning. 3. Niet behaald; • Op dit moment vind er coaching on the job plaats door de Q-vpk en rm. • Op dit stuk wordt iedere EVV-er en medewerkers begeleid.
	KSW De prinses	 (waarnemen d)			1. Instabiliteit behandelteam en ondersteuning 2. Dossiervoering:	1. Behaald; • Het behandelteam is stabiel. Wel is er onlangs een wisseling geweest van psychologen. De afdeling heeft hier geen invloed op. Wel is dit bij de verantwoordelijke regiomanager van de

District	Locatienaam	Regio- manager	Locatie verantwoordelijke	Kwaliteits verpleegkundige	Top 3 risico's	Status
					rapportage en evaluatie van de doelen en zorg, terugkoppeling wijzigingen benaderplannen, achterstand zlp. 3. Kwalitatieve en kwantitatieve bezetting team	behandelaren onder de aandacht gebracht. 2. Deels behaald; - Deze situatie is op dit moment nog niet 100% op orde. De kwaliteitsverpleegkundige is hier druk mee bezig. - De komende weken vinden er gesprekken plaats om het tekort aan kwaliteitsverpleegkundigen op te lossen. 3. Deels behaald; - Er is een nieuwe verpleegkundige aangenomen die in juli start. - Er wordt aan deskundigheidsbevordering gedaan middels e-learning. - De kwaliteitsverpleegkundige, psycholoog en arts hebben carrousel dagen georganiseerd. Hierin zullen klinische lessen aan bod komen.
	KSW Nieuw Chartreuse	[redacted] de Pol (waarnemend)	[redacted]	[redacted]	1. Dossiervoering en registraties 2. Taken en verantwoordelijkheden team 3. Hygiëne	1. Niet behaald; - Geen vorderingen bekend 2. Deels behaald; - De taken zijn verdeeld binnen het team - Er vinden op dit moment individuele gesprekken plaats. 3. Behaald
	KSW Parkwijk	[redacted] [redacted] (waarnemend)	[redacted]	[redacted]	1. Gebrek aan menskracht 2. Veiligheid bewoners 3. Scholingsachterstand	1. Deels behaald; - Formatie is nog niet op orde. - De werving en selectie van personeel is in volle gang via alle beschikbare kanalen. Wel is er een verpleegkundige aangenomen die in september kan starten. 2. Deels behaald; - MIC meldingen worden sinds een maand

District	Locatienaam	Regio-manager	Locatie verantwoordelijke	Kwaliteits verpleegkundige	Top 3 risico's	Status
						geanalyseerd. - Er wordt gekeken naar de groepsdynamiek voor het plaatsen van bewoners. 3. Deels behaald; - De e-learning is in april gestart.
	Nieuw Tamarinde	(waarnemend)			1. Melding en opvolging incidenten (MIC) 2. Dossiervoering 3. Inzet juiste en voldoende deskundigheid	1. Deels behaald; - Nieuwe MIC procedure geïmplementeerd. - De MIC commissie is belegd in het ontwikkelteam. Hierdoor is er sprake van een multidisciplinaire terugkoppeling en analyse. - De MIC staat structureel geagendeerd op de agenda van het ontwikkelteam. Tevens is de MIC een vast agendapunt op het teamoverleg van het team. - Q-vpk nog nodig voor faciliteren team voor verwerking en analyse MIC meldingen. Ondersteuning is gericht op het zo krachtig mogelijk positioneren taakhouders MIC. 2. Behaald; - Er heeft een "opfris" scholing plaatsgevonden voor totale team en behandelaars. Daarnaast zijn individuele medewerkers ondersteund daar waar nodig. - Eind 2016 is uit toetsing gebleken dat alle dossiers op orde waren. In mei staat een vervolgttoetsing gepland. - In april zijn verbeteringen in Caress doorgevoerd. De eerste instructies hebben plaatsgevonden. De verdiepende instructies zijn gepland in mei. 3. Deels behaald; - Team werft door middel van social media en ondersteuning werving en selectie. Procedure loopt, een ieder is hier actief in. Nog geen uitzicht op formatief op orde te zijn. - I.v.m. onvervulde vacatures wordt er lang vervang in

District	Locatienaam	Regio- manager	Locatie verantwoordelijke	Kwaliteits verpleegkundige	Top 3 risico's	Status
						gezet ten behoeve van rust en structuur op de afdeling. - In deze tussenliggende tijd wordt er vanuit districtsondersteuning planning ondersteund om het team t.a.v. de roostering te ontlasten. - Als investering op deskundigheidsontwikkeling vindt er twee wekelijks een casuïstiek bespreking plaats waarin specifiek ingegaan wordt op onbegrepen gedrag. De psycholoog begeleidt dit. - Er heeft een uitrol plaatsgevonden op e- learning diverse thema's.
	Rosendael	  (waarnemend)	 	  	- Melding & opvolging incidenten - Dossiervoering - Deskundigheid personeel	- Deels behaald; - De MIC commissie is onderdeel van het Ontwikkelteam Rosendael. Gewijzigd MIC beleid wordt geïmplementeerd. Behoeft nog aandacht op analyseren van en rapporteren. - Deels behaald; - Extra instructiebijeenkomsten voor de EVV-ers heeft plaats gevonden op 25 april 2017. Bijeenkomst voor behandelaars gepland op 11 mei en 18 mei. EVV-ers die niet aanwezig waren op 25 april kunnen aansluiten tijdens de bijeenkomst op 11 en 18 mei. - Onder supervisie van de kwaliteitsverpleegkundige wordt er per afdeling een plan van aanpak opgesteld. - Niet behaald; - Ten gevolge van vacatureruimte en het hoge verzuim, 13,4% t/m maart 2017, is besloten om de instroom van bewoners te beperken. Dit zal uiteindelijk resulteren in een reductie van 23 plaatsen. Dit naast maatregelen en extra inzet van recruitment op werving van personeel.
	Swellengrebel	 	 	Vacature	Melding & opvolging	- Behaald; - Nieuwe MIC procedure geïmplementeerd.

District	Locatienaam	Regio- manager (waarnemen- d)	Locatie verantwoordelijke	Kwaliteits verpleegkundige	Top 3 risico's	Status
					incidenten 2. Dossiervoering 3. Deskundigheid personeel	- Per afdeling is er een MIC aandachtsvelder die tertiaal de analyses maakt van alle MIC. 1 incident wordt uitvoerig geanalyseerd. - MIC is vast onderdeel op teamoverleggen. - De MIC commissie is belegd in het ontwikkelteam. Hierdoor gaat er sprake zijn van een multidisciplinaire terugkoppeling en analyse. De MIC staat structureel geagendeerd op/na de agenda van het ontwikkelteam. 2. Deels behaald; - EVV is verantwoordelijk voor het op orde hebben van het dossier. Zorgt voor zorgleefplannen en gesprekken. Eveneens zijn natuurlijk alle medewerkers verantwoordelijk voor het dossier bij wijzigingen. - Scholing is geweest afgelopen half jaar, echter niet de nieuwe versie van het ECD (ZLP zijn veranderd). Q-vpk ondersteunen EVV waar nodig. De scholing op het gebied van nieuwe ontwikkelingen ECD wordt in mei alsnog opgepakt. 3. Deels behaald; - Op afdeling 1 laat de kwaliteit van zorgverleners te wensen over; er zijn 2 verpleegkundigen aangetrokken, waarvan 1 de rol heeft als meewerkend voorman en coach. Binnen 3 maanden moet de kwaliteit van zorg op orde zijn (afspraken kloppen en worden nageleefd). - Alle medewerkers behoren de scholingen te doen volgens het scholingsplan. - Locatieverantwoordelijke spreekt medewerkers aan op het nalaten daarvan (indien oppakken uitblijft volgen sancties).
	Tuindorp Oost	 (waarnemen- d)		Vacature	1. Dossiervoering 2. Melding & opvolging van	1. Deels behaald; - Fysieke dossiers zijn qua lay out allemaal op orde. - Vanaf volgende maand gaat de screening op volledigheid van de inhoud van alle dossiers

District	Locatiennaam	Regio- manager	Locatie verantwoordelijke	Kwaliteits verpleegkundige	Top 3 risico's	Status
					incidenten 3. Deskundigheid personeel	gebeuren. Dit in volgorde van het MDO/ZLP- bespreking. - In april 2017 zijn nog enkele wijzigingen doorgevoerd in Caress. Verdiepende instructies hiervoor staan in mei gepland. 2. Behaald; - Nieuwe MIC procedure geïmplementeerd. - MIC aandachtsvelders zijn aanwezig. Deze aandachtsvelders zijn met hulp van Q-vpk de MIC's van de afgelopen 4 maanden aan het analyseren. - In de team vergadering worden de MIC's besproken. - De MIC commissie is belegd in het ontwikkelteam. Hierdoor gaat er sprake worden van een multidisciplinaire terugkoppeling en analyse. De MIC staat structureel geagendeerd op de agenda van het ontwikkelteam. 3. Deels behaald; - De e-learning dementie wordt deze maand gevolgd door het personeel zodat er van daar uit klinische lessen gestart worden over dit onderwerp. - Coaching is er gestart in het team om tot verbetering van communicatie te komen. - Verder worden de audits uitgewerkt en het team wordt ondersteund op wat er verbeterd moet worden. - Daarnaast volgen medewerkers de overige scholingen die voor hun beroepsuitoefening noodzakelijk zijn. - Medewerkers worden aangesproken door locatieverantwoordelijke bij nalaten en dit kan leiden tot sancties.
	Warande 2	 (waarneme nd)		 Kwal vpk 	1. Samenstelling team en vacatures 2. Communicatie: onderling/met	1. Deels behaald; - Team werft door middel van social media. - Sollicitatieprocedure op afdelingsniveau geëvalueerd, wordt nu sneller doorlopen. Procedure loopt, een ieder is hier actief in.

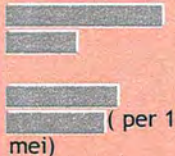
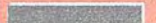
District	Locatienaam	Regio- manager	Locatie verantwoordelijke	Kwaliteits verpleegkundige	Top 3 risico's	Status
					omgeving/met cliënten/overdrachten 3. Structuur en hygiëne	- Nog geen uitzicht op formatief op orde te zijn. - I.v.m. onvervulde vacatures wordt er lang vervang in gezet ten behoeve van rust en structuur op de afdeling. - In deze tussenliggende tijd wordt er vanuit districtsondersteuning planning ondersteund om het team t.a.v. de roostering te ontlasten. 2. Behaald; - Communicatie wordt besproken en aangepakt in ontwikkelteam. Problemen geïnventariseerd, aanpak wordt volgend overleg besproken. - Voortgang vastgelegd in notulen ontwikkelteam. - Apart MD team middag wordt georganiseerd waarin het probleem uitgediept wordt waarna actie. Gepland op 8 mei. - Samenwerkingsafspraken voor in ontwikkelteam vastgesteld. - Er zijn afspraken over ondersteuning team bij problematiek omgang bewoners zijn gemaakt. - Individuele gesprekken zijn geweest met teamleden, coachingstraject wordt opgestart door Q-vpk / locatie manager/ externe coach. 3. Deels behaald; - Er zijn nieuwe kasten aangeschaft om linnengoed/ inco materiaal netjes op te bergen. Hiermee wordt er ruimte gecreëerd. Er wordt gekeken naar de verpleegmaterialen en hoe de ruimtes hier efficiënt voor te gebruiken. Ruimtes worden efficiënter ingedeeld, punt nog niet helemaal afgerond. - Taken schoonmaak zijn duidelijk en medewerkers schoonmaak zijn aangesproken. Schoonmaakroosters worden ingezet. Borging volgt. - Borging schoonmaak door facilitair account beheerder middels rondes en terugkoppeling indien nodig vanuit werkvloer.
	Warande 3				1. Vacatures, gebrek	1. Deels behaald;

District	Locatienaam	Regio- manager	Locatie verantwoordelijke	Kwaliteits verpleegkundige	Top 3 risico's	Status
		(waarnemend)			aan goede mensen 2. Communicatie: rapportages en overdrachten (dagelijkse)	- Team werft door middel van social media. - Sollicitatie procedure op afdelingsniveau geëvalueerd, wordt nu sneller doorlopen. Procedure loopt, eenieder is hier actief in. Nog geen uitzicht op formatief op orde te zijn. Nieuwe collega wordt aangenomen per 1 juli, werving wordt vervolgd. - I.v.m. onvervulde vacatures wordt er lang vervang in gezet ten behoeve van rust en structuur op de afdeling. In deze tussenliggende tijd wordt er vanuit districtsondersteuning planning ondersteund om het team t.a.v. de roostering te ontlasten. 2. Deels behaald; - Onderwerp wordt besproken en aangepakt in ontwikkelteam. - Er is een pilot gestart waarin de opdrachten van disciplines in de agenda worden geplaatst. Uit ontwikkelteam blijkt dat dit breder opgepakt moet worden, pilot laat onvoldoende verbetering zien. Huidige werkwijze overdragen/ lezen/ rapporteren werkt onvoldoende. Plan gevormd, nieuwe werkwijze, implementatieplan en borging wordt gemaakt door Q-vpk met 3 teamleden.
Utrecht West	Waterschaps- huis			 1 fte vacature	1. Melding & opvolging incidenten 2. Dossiervoering 3. Deskundigheid personeel	1. Deels behaald; - De MIC commissie (1 cie voor Waterschapshuis en Weddesteyn) is opgericht en gestart. - Een trendanalyse is gemaakt. N.a.v. de trendanalyse zijn er nadere onderzoeksvragen uitgezet t.a.v. het onderwerp valincidenten op de late avond en nacht. - Het onderwerp "medicatie vergeten te geven" ter verbetering loopt nog door. Dit onderwerp was n.a.v. de MIC meldingen op dit gebied eerder uitgekozen door de taakhouders medicatieveiligheid. Het resultaat is nog te wisselend, vervolgacties zijn uitgezet. 2. Deels behaald; - ECD aanpassingen zlp. en cliënt in beeld, zijn

District	Locatienaam	Regio- manager	Locatie verantwoordelijke	Kwaliteits verpleegkundige	Top 3 risico's	Status
						uitgevoerd, compleetheidscheck wordt over 2 weken ingevoerd. • Kwaliteitsverpleegkundig doen de controle op inhoud en nemen dit door met taakhouders, de komende maanden loopt dit door tot gewenst resultaat behaald is. • Er komt extra aandacht voor het invullen van formulier Afspraak is Afspraak en de agenda (methodisch werken). • Formulier taken wordt juni uitgerold. • Tablets voor teams zijn uitgerold. • Nog een probleem is optimaal/stabiel wifi ontvangst, hier wordt aan gewerkt. 3. Deels behaald; • Skills lab op locatie (Weddesteyn ook voor Waterschapshuis)) is gerealiseerd. • Toetsers zijn geschoold. • Toetsen vrh handelingen op locatie is ingevoerd, in leerportaal worden resultaten, s.v.z. toetsen gevolgd. • Ideon, toets op aanwezige kennis dementie is afgenomen, advies scholing komt, scholing wordt na de zomervakantie in gang gezet. • Omloop KSW is uitgebreid, nog niet volgens model KSW dit is i.v.m. grote contracten nog niet volledig haalbaar. • Werving leerlingen uitbreiding niveau 3, 4, 5 heeft plaatsgevonden. Resultaat wordt eind mei bekend, werving leerlingen EVV vindt plaats.
	Maria-Oord				1. Kwalitatieve en kwantitatieve personele formatie. 2. Gedrag van medewerkers: doorpakken,	1. Deels behaald; • Kwantitatief: ongeveer 8 fte tekort. Wervingsacties staan uit. Vacatures worden specifiek gemaakt en gericht uitgezet. Medewerkers via bureaus voor langere tijd ingezet. • Kwalitatief: Nog onvoldoende personeel niveau 3, 4 en 5. Minder niveau 2 is niet haalbaar. Nieuw personeel: minimaal niveau 3. Aantal vacatures

District	Locatienaam	Regio- manager	Locatie verantwoordelijke	Kwaliteits verpleegkundige (per 1-6)	Top 3 risico's	Status
					voorbeeld voor anderen zijn. 3. Methodisch werken en dossiervoering: PDCA cyclus is onvoldoende geborgd.	blijft stabiel; wel meer vaste en langdurige invulling door uitzendkrachten en ZZP-ers. Ook vanaf 1-6 4^e Q-vpk. 2. Deels behaald; • Deskundigheidsbevordering volgens opleidingsjaarplan. • Specifieke toets (Ideon) op aanwezige PG-kennis. • W&T: duidelijke structuur met taakhouders in teams. Positioneren Q-vpk. In dit proces worden goede stappen gemaakt onder begeleiding van W&T-coach. • Aantal scholingen worden voor de zomer uitgevoerd, kennis PG wordt na de zomer uitgevoerd nav analyse vanuit Ideon. 3. Deels behaald; • Verbeterslag vindt plaats, kwaliteit dossiers verbetert stapsgewijs. • Tablets zijn in gebruik genomen, borging vindt ook nog in komende tijd plaats. • Verbetering methodisch werken wordt systematisch opgepakt met begeleiding vanuit Q-vpk en multidisciplinair team, coach W&T.
	Snavelenburg				1. Dossiervoering 2. Inzet juiste en voldoende deskundigheid 3. Medicatieveiligheid (voorraad, paraferen e.d.)	1. Deels behaald; • Er vindt een continu check van dossiers plaats door Q-vpk opgevolgd door coaching van EVV-ers. In april is een plan van start gegaan voor om-/overzetting van ZLP's nav vereenvoudiging Caress. Na instructie van EVV-ers en behandelaren, wordt de ZLP evaluatie cyclus gevolgd met individuele coaching van EVV-ers door KVP en daarmee de nieuwe werkwijze geborgd. 2. Deels behaald; • Na voorbereidingstraject zijn per 1 april de teams gesplitst (4 afdelingen naar 8 teams van 9-11 bewoners) en is de deskundigheid evenrediger

District	Locatienaam	Regio- manager	Locatie verantwoordelijke	Kwaliteits verpleegkundige	Top 3 risico's	Status
						verdeeld. 7 van de 8 teams direct positief effect. • Intensief recruitmenttraject gepland voor district, VRH toetsing loopt en zal 1 juli gereed zijn. • Scholingskalender ingepland dit voorjaar/najaar en uitgevoerd samen met medewerkers van de teams. 3. Behaald; • Normen op orde. Borging nu vindt plaats door: - periodieke bijeenkomsten met taakhouders medicatie - wekelijkse checks door apotheek en opvolging - audits door de teams samen met Q-vpk - MIC analyse en verbeterplannen nav medicatie-incidenten
	Weddesteyn			1 fte vacature	1. Kwalitatieve en kwantitatieve personele formatie 2. Communicatie en cultuur (speelde binnen enkele teams) 3. Sturen op kwaliteit (specifiek mic-procedure)	1. Deels behaald; • Uitbreiding extra omloop diensten, nachtdienst vraagt om meer fte. Invulling is druppelsgewijs maar wel stijgend. • Nachtdienst KSW is met 1 extra nachtdienst per nacht uitgebreid. • Werving leerlingen uitbreiding niveau 3, 4, 5 heeft plaatsgevonden. • Resultaat wordt eind mei bekend, werving leerlingen EVV vindt plaats. • BBL leerlingen gaan vakantiewerk doen, worden op hun vertrouwde afdeling ingezet (continuïteit van zorg). • Gekozen is zzp-ers en uitzendkrachten voor langere periodes in te zetten (bekende gezichten, continuïteit) • Wervingsplan is ontworpen wordt uitgezet komende weken. 2. Behaald; • Coaching traject voor 2 teams wordt momenteel bijgesteld en geïntensiveerd. • Andere teams stemmen goed en regelmatig af bij overleg RM en afvaardiging team en tussendoor zo

District	Locatienaam	Regio- manager	Locatie verantwoordelijke	Kwaliteits verpleegkundige	Top 3 risico's	Status
						nodig. 3. Deels behaald; - De MIC commissie (1 cie voor Waterschapshuis en Weddesteyn) is opgericht en gestart. - Een trendanalyse is gemaakt. N.a.v. de trendanalyse zijn er nadere onderzoeksvragen uitgezet t.a.v. het onderwerp valincidenten op de late avond en nacht. - Het onderwerp "medicatie vergeten te geven" ter verbetering loopt nog door. Dit onderwerp was n.a.v. de MIC meldingen op dit gebied eerder uitgekozen door de taakhouders medicatieveiligheid. Het resultaat is nog te wisselend, vervolgacties zijn uitgezet.
ZHE/BRE DA	Bernissesteyn			 (per 1 mei)	1. Dossiers: geen samenhang, niet up to date, niet smart, geen soap 2. Kwantiteit, kwaliteit, continuïteit behandelaarsteam 3. Organisatie van de BOPZ/ inzet middelen en maatregelen.	1. Behaald; - Op dit moment hebben de dossiers samenhang, zijn up to date, zijn smart en er wordt volgens de soap gerapporteerd. - De dossiers zijn (nog) niet 100% in orde, de behandelaars (met name het stuk BOPZ) hebben nog een inhaalslag te maken. - We zijn druk bezig om daar met de BOPZ arts en de VS (verpleegkundig specialist die bij ons werkt onder supervisie van de verpleeghuisarts) acties op uit te zetten. 2. Deels behaald; - Behandelaarsteam nog niet compleet/ inzetbaar. Kwaliteit is nog niet voldoende. 3. Deels behaald; - Per 18 april is er een nieuwe BOPZ arts aangenomen. Overleg en PVA worden met hem gemaakt (16 mei) Het afbouwteam M&M is opnieuw opgestart in februari 2017 en komt 1 maal per 6 weken bij elkaar
	Blankenburg				1. Dossiervoering	1. Deels behaald;

District	Locatienaam	Regio- manager	Locatie verantwoordelijke	Kwaliteits verpleegkundige	Top 3 risico's	Status
					2. Inzet juiste en voldoende deskundigheid 3. Medicatieveiligheid (toedieningslijsten, dubbele controle, route wijziging)	- Dossiers worden omgezet, percentage op orde = 60% 2. Deels behaald; - Nog ongeveer 1 FTE te kort. Vacature staat nog open. EVV of VPK gewenst. Via recruitment, Duo Zorg en diverse bureaus invulling geprobeerd te vinden, weinig tot geen resultaat. Recruitement gaat speciale wervingscampagne opzetten voor regio Rozenburg. - Werkdruk nu beter verdeeld, waardoor ook minder ziekteverzuim. - VRH nog niet volledig op orde. Medewerkers die niet op orde zijn krijgen een brief. 3. Behaald; - Extra aandacht om t ook op orde te houden. - Q-vpk is taakhouder. Wordt met MIC-analyse veel aandacht aan besteed.
	De Plantage				1. Dossiervoering 2. Melding & opvolging van incidenten 3. Deskundigheid personeel	1. Deels behaald; - Evv'ers hebben instructie gekregen over het gebruik van het nieuwe ECD met vereenvoudigde ZLP en zijn bezig alles om te zetten naar nieuwe format (deadline 1 aug 2017). - In april is alle administratieve "ballast" uit alle ECD gehaald. - E-learning "Goed in Gesprek" door 90% van de zorgmedewerkers gemaakt en behaald. - Borging van het GWI gesprek vindt plaats doordat de kwaliteitsverpleegkundige bij de ZLP besprekingen is of deze zelfs voorziet. Zo houdt zij de vinger aan de pols of de gesprekken worden gevoerd en of er voortgang op is. 2. Behaald; - MIC commissie geïnstalleerd. - Eerste analyse is gemaakt. 6 april 2017 is er een bijeenkomst gegeven ism de kwaliteitsadviseur voor de taakhouders MIC, zij hebben extra uitleg

District	Locatienaam	Regio- manager	Locatie verantwoordelijke	Kwaliteits verpleegkundige	Top 3 risico's	Status
						gekregen over het schrijven van een goede analyse m.b.t. de MIC meldingen. - De MIC is een vast agendapunt op alle afdelingen. - Borging vindt plaats doordat de kwaliteitsverpleegkundige op regelmatige basis controleert en auditeert en doordat zij bij de teamvergaderingen aanwezig is om dit proces te waarborgen. Op de papieren agenda's van de teams en in de notulen van de vergaderingen is dit punt zichtbaar en gedocumenteerd. 3. Deels behaald; - ABC scholing wordt versneld ingevoerd zodat scholing in 2017 is afgerond. - NAH scholing: voorstel wordt i.s.m. Vilans samengesteld. De weerbaarheidstraining op de NAH afdelingen krijgt een jaarlijks vervolg, tevens wordt deze voor nieuwe medewerkers gegeven. Verplichte klinische lessen, leerlingen met een verbeterplan worden "eigenaar" van dit plan en dus verantwoordelijk voor de uitvoering en de borging, GVP'ers worden op de afdeling in hun kracht gezet en gaan zorgen voor deskundigheidsbevordering binnen hun cluster. - We werken aan een voorstel voor training voor bijscholing NIV 4. - VRH scholing: loopt vertraging. 60 % is geschoold. - Skill labs werken nog niet overal, zodat er te weinig trainingsdata zijn. Formatie NAH is in juni op orde! Aantal nieuwe medewerkers zijn gestart of gaan starten.
	De Rozenhoek			2 fte verdeeld over 3 mdw: 	1. Gebrek aan kennis en scholing gezien de uitbreidende PG doelgroep 2. Communicatie: in teams, tussen	1. Deels behaald; - ABC training, een methodiek om onbegrepen gedrag te erkennen, herkennen en op te anticiperen, vindt momenteel plaats (mbv klinische les en coaching on the job). - Er is meer kennis, risico is kleiner geworden.

District	Locatienaam	Regio- manager	Locatie verantwoordelijke	Kwaliteits verpleegkundige	Top 3 risico's	Status
					teams en afdelingen, behandelaars en teams, management en teams 3. Instabiliteit van de teams: zowel de zorgteams als de behandelaars.	2. Behaald; - Multidisciplinair Ontwikkelteam is ingericht en van start. Hierdoor zijn de lijnen korter en weet men beter wat er bij elkaar en in de Rozenhoek speelt. - Communicatie teams-behandelaren is verbeterd mbv gewijzigd BZTO format en verslaglegging. - Tevens afspraken gemaakt tav verslaglegging in ecd cliënt. - Communicatie training heeft plaats gevonden. 3. Deels behaald; - Bezetting is nog niet op orde. Nog steeds te kort aan verpleegkundige, veel verschillende behandelaars, grote versnippering. - Werving vindt plaats.
	De vier ambachten				1. Melding & opvolging incidenten (incl. meldcode) 2. Deskundigheid personeel	1. Behaald; - De MIC-commissie is geïnstalleerd. - De MIC-formulieren worden nu goed ingevuld door de medewerkers. - Er wordt volgens de MIC procedure gewerkt en geanalyseerd. De leden zijn goed toegerust om de incidenten te analyseren. - De verbetermaatregelen worden uitgezet naar waar het incident heeft plaatsgevonden en de Q-vpk monitort en de terugkoppeling gaat naar de Mic cie, locatieverantwoordelijke, regiomanager en de cliëntenraad. 2. Behaald; - Vanaf 1 mei zijn de medewerkers geschoold en kunnen de cliënten adequaat voorzien in hun zorg- en ondersteuningsbehoefte. - Medewerkers volgen de verplichte e-learning- en praktijk toetsen conform hun niveau. 2 medewerkers hebben dit voorjaar een opleiding gevolgd van de Rotterdamse Stroke Service (CVA Ketenzorg). 2/3 is hiervoor nu geschoold en dit najaar gaan er weer 2 medewerkers deze opleiding

District	Locatienaam	Regio- manager	Locatie verantwoordelijke	Kwaliteits verpleegkundige	Top 3 risico's	Status
						volgen. - In het najaar 2016 heeft er een Interdisciplinaire cursus cognitieve revalidatie plaatsgevonden. Men heeft hier een certificaat voor gekregen en accreditatie punten. - Jaarlijkse worden er klinische lessen gehouden, die betrekking hebben op de aanwezige cliënt of nieuwe werkwijze wondzorg etc waarvoor een verplichte deelname plaatsvindt.
	Dierenriem				- Kwalitatieve en kwantitatieve bezetting is onvoldoende (basiskennis ontbreekt) - Onvoldoende bewustzijn van veiligheidsrisico's - Communicatie binnen het zorgteam en scholing	- Deels behaald; - ABC scholing is gestart voor 'nieuwe' medewerkers. - September 2017 start herhalingscholing ABC. - PvA in ontwikkeling om de inzet verpleegkundige regio Hellevoetsluis (intramuraal) te waarborgen 24 uur per dag. De Q-vpk die dienst heeft, staat boventallig op haar eigen locatie, mocht er een hulpvraag komen van een andere locatie, dan kan zij hiernaar toe gaan en/of acties uitzetten. Dit ivm tekort aan verpleegkundige met name in de avond en nacht. (mogelijk in de toekomst ook in het weekend overdag). - Behaald; - E-learningen zijn besproken met de medewerkers, scholingskalender 2017 is uitgereikt. - Behoeftes m.b.t. scholing zijn geïnventariseerd door de Q-vpk. - Voorstel om VRH handelingen te oefenen is besproken met de teamleden. - Kranen zijn voorzien van warmtebegrenzer, kastjes zijn voorzien van een dop slot (elke medewerkster heeft zijn/haar eigen dopsleutel). - Deels behaald; - Samen goed in gesprek gestart, woning EF afgerond, woning AB 3e module, woning CD start 10 mei. - Waardigheid en Trots is gestart in april (verbeteren

District	Locatienaam	Regio- manager	Locatie verantwoordelijke	Kwaliteits verpleegkundige	Top 3 risico's	Status
						samenwerking multidisciplinair.
	Grootenhoek				1. Melding & opvolging incidenten 2. Dossiervoering 3. Personele formatie en deskundigheid	1. Deels behaald; • MIC commissie gestart o.l.v. Q-vpk en met deelname vertegenwoordiging Behandeling. Alle MIC en MIM worden gestuurd naar Q-vpk die deze oppakt met betreffende medewerkers. Sessies hoe omgaan met MIC en MIM per afdeling met coach en Q-vpk op basis theorie en op basis van casussen. Aandacht voor inhoudelijke en gedragscomponent. Op 1 afdeling moet deze sessie nog plaats vinden in juni. 2. Deels behaald; • Plan van aanpak per afdeling in relatie tot wijzigingen in ECD. Deze plannen worden nu onder regie van teambegeleider en / of Q-vpk uitgevoerd. • De ene afdeling zal eerder klaar zijn dan de andere. Dit heeft te maken met het feit dat de ene afdeling een betere bezetting heeft dan de andere en er dus meer of minder tijd aan kan besteden. 3. Deels behaald; • Twee afdeling: op formatie • Drie afdelingen: onder formatie • ABC scholingen lopen. Eind mei start weer een nieuwe groep
	Hart van Groenewoud				1. Medicatieveiligheid	1. Behaald; • De medicatie zakjes worden niet meer open geknipt. In villa 1 en 3 haalt de apotheek de rol op en past deze aan. In villa 2 zitten alle medicatie per soort en deelmoment in een apart zakje, er zijn stickers om aan te geven dat de medicatie is gewijzigd voor op het zakje.
	Hart van Rozenburg			tot 15 aug	1. Gedrag medewerkers;	1. Deels behaald; • Door formatietekort en daardoor hoge werkdruk

District	Locatienaam	Regio- manager	Locatie verantwoordelijke	Kwaliteits verpleegkundige	Top 3 risico's	Status
	(tot dec16 KSW)			Per 1 mei [redacted] [redacted] gestart Per 1 juni start [redacted]	blijven in hun comfort zone 2. Domotica is niet ingebed in het Careyn beleid: locatie staat alleen voor vraagstukken 3. Multidisciplinaire samenwerking; veel wisselingen in (para) medici geweest	blijft men in "hetzelfde cirkeltje" draaien. Keuze gemaakt om 2 Q-vpk aan te nemen, zodat zij meer teamtaken kunnen oppakken en borgen en degenen die mn zorg willen verlenen ook die rol te kunnen geven. - Door een herverdeling van de teamtaken over een kleiner aantal mensen, die dit echt willen en kunnen (ipv: iedereen MOET iets doen) worden zaken efficiënter opgepakt en beter geborgd. Waardoor werkdruk afneemt en plezier toeneemt. 2. Deels behaald; - Externe partij (domotica) ingehuurd op eigen kosten Hart v Rozenburg om domotica in het beleid Careyn in te bedden. Dit loopt. 3. Behaald; - Q-vpk is de spil. Er is 2-wekelijks overleg op cliëntniveau en 1x p maand organisatorisch.
	Herman Gorterhof	[redacted] [redacted]	[redacted]	[redacted] [redacted]	1. Melding en opvolging incidenten (MIC) 2. Inzet juiste en voldoende deskundigheid 3. Medicatieveiligheid	1. Behaald; - Taakhouders MIC zijn benoemd, er is één centrale MIC-commissie voor de Herman Gorterhof en de Zes Rozen ingesteld. Er zijn afspraken gemaakt rondom melden, maken van analyse en terugkoppeling naar het team. De begeleiding hierop wordt door de kwaliteitsverpleegkundige gedaan. 2. Deels behaald; - Het tekort aan deskundig personeel ivm formatietekort is opgelost. Door ziekteverzuim is er nog wel een tekort aan deskundig personeel. Dit wordt zoveel mogelijk opgelost middels inzet meeruren eigen medewerkers en inzet uitzendkrachten via DuoZorg. - Medewerkers zijn geschoold in het gebruik van het ECD. 3. Behaald;

District	Locatienaam	Regio-manager	Locatie verantwoordelijke	Kwaliteits verpleegkundige	Top 3 risico's	Status
						- Fouten mbt medicatie worden via MIC's gemeld. - Er zijn duidelijke afspraken met de apotheek gemaakt mbt leveren van medicatie en lijsten. Medicatielijsten zijn up-to-date en overzichtslijsten worden meegeleverd met medicatie. - Met de apotheek zijn afspraken gemaakt voor structureel overleg.
	Torenhoeve				- Behandelaarsteam: communicatie, kwaliteit, kennis en kunde passend bij de doelgroep - Doelgroep "vervuiling" - Regeltaken en uitrol professionele sturing in klein team	- Behaald; - Situaties mbt wisselingen behandelaars is gestabiliseerd. - Coach Waardigheid en Trots is gestart, 1^e bijeenkomst was eind april. - Opzetten van bijscholingen mbt verhogen deskundigheid/kennis van psychiatrie / ziektebeelden (offertes zijn aangevraagd). Verwachting is dat de scholingen vanaf september gegeven gaan worden. - Behaald; - In-exclusie criteria zijn in gebruik. - Rol van Q-vpk bij plaatsing wachtlijst cliënten (screening, mogelijkheden-onmogelijkheden in samenwerking met psycholoog). - Behaald; - Overleggen hebben plaatsgevonden met medewerkers mbt regeltaken en professionele sturing. Afspraak: Geen overname van taken, maar meer begeleiding door Q-vpk en/of LV.
	Zes Rozen				- Deskundigheid: het ontbreken van niveau 4 en 5 & te weinig kennis en kunde bij niveau 3 - Medische	- Deels behaald; - Er is per 1 januari een kwaliteitsverpleegkundige niv. 5 aangesteld. Er zijn per 1 maart en 1 april twee verpleegkundigen niv. 4 aangesteld. - In mei is het derde kwart van de medewerkers gestart met de ABC-scholing. - In maart heeft iedereen de scholing voor het ECD

District	Locatienaam	Regio- manager	Locatie verantwoordelijke	Kwaliteits verpleegkundige	Top 3 risico's	Status
					regievoering; dossiervoering vrijheidsbeperking, supervisieplan. 3. Verbeteren: het analyseren van incidenten/klachte n en sturen op de gewenste resultaten	gevolgd. Begeleiding in het juiste gebruik van het EZD wordt gegeven door de kwaliteitsverpleegkundige. - Voor de nieuwe taakhouders MIC staat in juni een scholing gepland. Er wordt zoveel mogelijk individueel gekeken wat medewerkers aan scholing nodig hebben. 2. Deels behaald; - De medische regievoering wordt door de SO gedaan. - De dossiervorming mbt vrijheid beperkende maatregelen is nog onvoldoende op orde. Dit is onderwerp van overleg. 3. Deels behaald; - In april/mei zijn nieuwe taakhouders MIC benoemd. - In mei is een gezamenlijke centrale MIC-commissie voor de Zes Rozen en de Herman Gorterhof gestart. Hierin participeren enkele taakhouders, de twee verpleegkundigen niv 4, de fysiotherapeut en de kwaliteitsverpleegkundige. - De taakhouders worden in juni geschoold in het maken van analyses. De analyses van de MIC- meldingen van januari t/m maart worden nog gemaakt en per 1 april per maand. De analyses worden per mei in de teamoverleggen besproken en ook de verbetervoorstellen.

Buiten reikwijdte

Van: [redacted]@careyn.nl>

Datum: 6 juli 2017 om 09:38:50 CEST

Aan: "Marcel van Gastel ([redacted]@icloud.com)" <[redacted]@icloud.com>,
"[redacted]@gmail.com" <[redacted]@gmail.com>

Onderwerp: conceptverslag

Beste Marcel,

Hierbij het concept-verslag van het gesprek tussen jou en de RvT op 21 juni jl.

Kun jij je in deze weergave vinden?

Groeten [redacted]

=====

[redacted]
Bestuurssecretaris Careyn

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

Postadres:
Postbus 900
3100 AX Schiedam

Concept verslag bijeenkomst interventieteam Langdurige Zorg Careyn

Datum: 10-5-2017

Locatie: Utrecht, Careyn Swellengrebel

Aanwezig: Johan Vermeulen (CZ), [REDACTED] (DSW), [REDACTED] (Zilveren Kruis), Harry Luik, Marco Meerdink, Henk Möhlman, Gert-Jan Waterink, [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED] (Careyn), [REDACTED] (VWS, voorzitter), [REDACTED] (secretaris), [REDACTED]

Afwezig: Dirk Pons, Marcel van Gastel

Besluiten

- Er wordt besloten dat de uitkomst van het proces rondom de materiele controle van Zilveren Kruis de volgende vergadering op de agenda komt.
- 10.2.g [REDACTED]
- Ten aanzien van het plan van aanpak deel II wordt besloten dat dit een gedragen advies van het interventieteam aan Careyn wordt. De opmerkingen van de teamleden worden meegenomen in de verdere uitwerking en de RvB van Careyn zal de volgende vergadering (6 juli) een inhoudelijke reactie vanuit Careyn op het plan presenteren en aangeven hoe zij dit verder oppakken op de middellange termijn.

Acties

- Delen van de uitkomsten van het proces tussen Zilveren Kruis en Careyn op de vergadering van het interventieteam op 6 juli. Actiehouder: Zilveren Kruis & RvB Careyn
- Planning van het gesprek met de Raad van Toezicht en vertegenwoordiging van de zorgkantoren. Actiehouder: secretaris + Careyn
- Schetsen van het toekomstperspectief van Careyn met een herstelplan voor de banken en een financiële meerjarenraming (ter discussie eind augustus). Actiehouder: Careyn
- Verder ontwikkelen van PvA Deel II met inachtneming van opmerkingen vanuit de teamleden van het interventieteam. Actiehouder: voorzitter en secretaris
- Opstellen memo met visie van Careyn op het PvA Deel II. Actiehouder: Careyn

Concept verslag bijeenkomst interventieteam Langdurige Zorg Careyn

Datum: 06-07-2017

Locatie: Gebouw Torendijk, 's Gravenlandseweg 290 Schiedam

Aanwezigen: Marcel van Gastel (voorzitter), [REDACTED] (VWS), Henk Möhlman, [REDACTED]
[REDACTED], [REDACTED] (Zilveren Kruis), [REDACTED] (DSW), Dirk Pons (DSW), [REDACTED]
(secretaris), Gert-Jan Waterink, [REDACTED], Marco Meerdink

Afwezigen: Johan Vermeulen (CZ)

Besluiten

- 10.2.g [REDACTED]
- Ten aanzien van het plan van aanpak deel II wordt besloten dat dit op 15 augustus vanuit het interventieteam wordt aangeboden aan Careyn. Het plan van aanpak wordt onderdeel van het bredere toekomstplan dat de RvB schrijft, in dit bredere plan zal buiten het plan van aanpak vanuit het interventieteam o.a. de visie worden uitgewerkt en een meerjaren financieel plan worden toegevoegd. De opmerkingen van de teamleden worden meegenomen in de verdere uitwerking van het plan van aanpak en de RvB van Careyn zal op 15 augustus een inhoudelijke reactie vanuit Careyn op het plan presenteren en aangeven hoe zij dit verder oppakken op de middellange termijn.
- Ten aanzien van de zelfevaluatie van het interventieteam wordt besloten dat in de bijeenkomst in september een geüpdatete versie besproken zal worden. Opmerkingen van de teamleden worden meegenomen in de verdere uitwerking van de zelfevaluatie.

Acties

- 10.2.g [REDACTED]
- Planning van het gesprek met de Raad van Toezicht en vertegenwoordiging van de zorgkantoren. Actiehouder: secretaris + Careyn
- Schetsen van het toekomstperspectief van Careyn 10.2.g [REDACTED] Actiehouder: Careyn
- Verder ontwikkelen van PvA Deel II met inachtneming van opmerkingen vanuit de teamleden van het interventieteam. Actiehouder: voorzitter en secretaris
- Opstellen visie van Careyn op het PvA Deel II. Actiehouder: Careyn

Buiten reikwijdte

Van: [redacted]@careyn.nl>
Datum: 10 juli 2017 om 13:25:59 CEST
Aan: 'Marcel' [redacted]@gmail.com>
Onderwerp: Antw.: [FSI] commentaar op Verslag RvT- vz IT [PDI]

Dank voor je reactie, ik overleg uiteraard even met [redacted]

Groeten [redacted]

Van: Marcel [mailto:[redacted]@gmail.com]
Verzonden: maandag 10 juli 2017 12:23
Aan: [redacted]
Onderwerp: commentaar op Verslag RvT- vz IT

Beste [redacted]

Zie mij opmerkingen in de tekst. Ik heb her en der ook nog wat commentaar toegevoegd aan jullie teksten, kijk maar wat je er mee doet. Per saldo vind ik het wel heel defensief geworden. Succes er mee.

Groet,
Marcel

Ipad Marcel van Gastel

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



Aan : Groot MT
Datum : 2 augustus 2017
Onderwerp : Draaiboek IGZ bezoeken zomer 2017
Van : Raad van Bestuur

DRAAIBOEK IGZ-BEZOeken ZOMER 2017

Inleiding

Op 7 november 2016 heeft Careyn een aanwijzing ontvangen van de IGZ. De aanwijzing richt zich op 4 thema's:

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

Careyn kreeg 9 maanden de tijd om de genoemde zaken binnen de vier thema's op orde te brengen. Op 1 augustus 2017 diende Careyn haar resultaatverslag Kwaliteit & Veiligheid in bij de IGZ. In dit verslag worden de reeds behaalde resultaten en de vervolgstappen weergegeven. In de periode van 8 t/m 22 augustus 2017 zal de IGZ onaangekondigde toezichtbezoeken op locatie afleggen om de huidige stand van zaken tot zich te nemen. Op basis van het resultaatverslag in combinatie met de locatiebezoeken, zal zij op 23 augustus haar bevindingen rapporteren in een concept verslag. Careyn krijgt maximaal 5 werkdagen de tijd om hier feitelijke onjuistheden op aan te merken. 1 september vindt er een bestuursgesprek plaats waarin de IGZ uitspraak doet over de aanwijzing en het vervolg.

We weten vooraf niet welke locaties de IGZ zal bezoeken. Wel weten we dat ze gaan komen. We verwachten zo'n 10 bezoeken. Laten we deze zo goed als mogelijk voorbereiden, zodat - ondanks de drukke zomerperiode - het IGZ bezoek soepel verloopt.

Voorliggend draaiboek onderscheidt 3 fasen:

1. Voorbereiden IGZ bezoeken - heden t/m 7 augustus 2017
2. Ontvangen IGZ bezoeken - 8 augustus t/m 22 augustus 2017
3. Vervolg IGZ bezoeken - 1 september en verder



MEMO

DRAAIBOEK IGZ-BEZOEKEN ZOMER 2017

Nr.	Wat	Verantwoordelijke	Deadline	Overige informatie
1.	Voorbereiden IGZ bezoek	Regiomanagers intramuraal i.s.m. locatieverantwoordelijken en ondersteunende diensten	4 augustus 2017	
1.1	Opstellen schriftelijke informatieset per locatie • Overzicht van ZZP's van cliënten • Overzicht van fte's van zorgmedewerkers en behandelaren • Overzicht van het ziekteverzuim en personeelsverloop • Laatste auditverslag • Verbeterplan / draaiboek • Scholingskalender • Overzicht van scholing in het afgelopen jaar aan de medewerkers van deze locatie en de planning voor het lopende jaar • Verslagen van de laatste teamoverleggen • Overzicht MIC-meldingen, analyse en verbeteracties vanaf 1-1-2017 (of wanneer beschikbaar) • Lokale in- en exclusiecriteria • Overzicht relevante contactgegevens (regiomanager, locatieverantwoordelijke, kwaliteitsverpleegkundige, specialist ouderengeneeskunde, apotheker, HR adviseur, aanspreekpunt cliëntenraad, etc.) • Rooster 8 t/m 22 aug met aanwezigen per	Regiomanagers intramuraal / Locatieverantwoordelijken M.b.v. ondersteunende diensten (gecoördineerd door Gert-Jan Waterink)	4 augustus 2017	



MEMO

Nr.	Wat	Verantwoordelijke	Deadline	Overige informatie
	locatie en wie die dag de verantwoordelijke is (regiomanager/locatieverantwoordelijke tenzij deze niet op locatie aanwezig is)			
1.2	Regiegroep Kwaliteit & Veiligheid inzake voorbereiding IGZ-bezoeken - Laatste vragen / afstemming - Naast reguliere leden kan een ieder deelnemen op verzoek via videoconference. Aanmelden via [redacted]@careyn.nl)	Regiegroep Kwaliteit & Veiligheid	1 augustus 2017	
1.3	Voorbereiden medewerkers tijdens teamoverleg • Bespreken wat men kan verwachten • Bespreken hoe te acteren tijdens IGZ-bezoek (zie ook werkinstructie inspectiebezoek) • Doornemen informatieset en afspreken waar deze ligt • Lezen / bespreken resultaatverslag IGZ d.d. 1 augustus 2017 • Bespreken rolverdeling regiomanager / locatieverantwoordelijke en waarneming tijdens afwezigheid • W.v.t.t.k.	Regiomanagers / Locatieverantwoordelijken	4 augustus 2017	
1.4	In de periode 8 t/m 22 augustus dagelijkse ronde voor 08:00 uur of de locatie 'IGZ-proof' is (zijn alle medewerkers op de hoogte hoe te acteren, medicijnkast netjes, opiaten achter slot en grendel, geen rondslingerende chloorflessen, etc. etc.)	Regiomanager / Locatieverantwoordelijke	Dagelijks 8 t/m 22 augustus	
2.	IGZ-bezoek	Regiomanagers intramuraal / Locatieverantwoordelijken	8 t/m 22 augustus 2017	Inspectiebezoek voor zorgmedewerker



MEMO

Nr.	Wat	Verantwoordelijke	Deadline	Overige informatie
2.1	IGZ meldt zich op locatie: - Informeer de regiomanager / locatieverantwoordelijke. Deze neemt de begeleiding op zich. Tot die tijd: laat plaatsnemen in de daarvoor afgesproken ruimte en biedt koffie/thee aan. - Informeer de Raad van Bestuur via het bestuurssecretariaat - Het bestuurssecretariaat informeert de districtsdirecteur, de directeur kwaliteit & veiligheid, de bestuurssecretaris, bestuursadviseur en de RvB.	Medewerker Regiomanager Bestuurssecretariaat	Bezoekdag	Bestuurssecretariaat: 030-2588101
2.2	IGZ ontvangt rondleiding op locatie.	Regiomanager / locatieverantwoordelijke	Bezoekdag	
2.3	Afrondend gesprek - Met óf zonder IGZ, niet vooraf bekend	Regiomanager / locatieverantwoordelijke Gert-Jan Waterink	Bezoekdag	
2.4	Terugkoppeling IGZ-bezoek d.m.v. call aan: - Gert-Jan Waterink, voorzitter - Raad van Bestuur - Districtsdirecteuren - Bestuurssecretaris en/of Bestuursadviseur - <i>Betrokken regiomanager en locatieverantwoordelijke</i>	Gert-Jan Waterink i.s.m. regiomanager / locatieverantwoordelijke	Dezelfde dag om 17:00 uur	In de periode 8 t/m 22 augustus wordt er dagelijks een call gepland door [REDACTED] welke dezelfde dag al dan niet wordt geannuleerd (op verzoek van Gert-Jan Waterink).
2.5	Terugkoppeling IGZ-bezoek via call en memo door Gert-Jan Waterink. Genodigden: - Gert-Jan Waterink, voorzitter	Gert-Jan Waterink	Dezelfde dag om 17.30 uur	



MEMO

Nr.	Wat	Verantwoordelijke	Deadline	Overige informatie
	- Districtsdirecteuren - Regiomanagers - Locatieverantwoordelijken - Managers Behandeling & Specialistische verpleging - Kwaliteitsadviseurs - Manager HR -Wie er aan wilt sluiten... Iedereen is welkom, aanmelden via [redacted]@careyn.nl)			
2.6	Voorbereiden communicatie (intern en extern) conclusie IGZ en vervolg op aanwijzing	Gert-Jan Waterink	Eind augustus	
3.	Vervolg IGZ bezoek			
3.1	Ontvangen concept rapport IGZ Concept rapport uitzetten bij betrokken medewerkers en toetsen op feitelijk onjuistheden. Reactie met 2 werkdagen.	[redacted]	23 augustus 2017 25 augustus 2017	
3.2	Opstellen en verzenden reactie aan IGZ met geconstateerde feitelijke onjuistheden.	[redacted]	29 augustus 2017	
3.3	Bestuursgesprek RvB-IGZ - Vervolgstappen - Afstemmen communicatie Input: concept rapport IGZ en reactie Careyn.	Raad van Bestuur IGZ	1 september 2017	
3.4	Ontvangen definitief rapport IGZ	[redacted]	n.t.b.	
3.5	Berichtgeving medewerkers	Raad van Bestuur	z.s.m. na uitslag	
3.6	Persbericht extern	Raad van Bestuur	z.s.m. na uitslag	



Inspectiebezoek - instructie voor zorgmedewerkers

In dit document vind je de 4 stappen bij een inspectiebezoek bij kleinschalig wonen en wanneer er geen receptie aanwezig is. (Is er wél een receptie aanwezig start bij 3.) De stappen zijn:

1. Ontvangst;
2. Houding en informeren;
3. Rondleiding;
4. Afronding.

1. *Ontvangst*

- De Inspectie meldt zich bij een woning;
- Jij vraagt naar de legitimatie (als Inspecteur van de Gezondheidszorg);
- Je heet de heren/dames welkom;
- Je biedt koffie/thee aan en laat de dames/heren plaatsnemen in de ruimte die hiervoor is aangewezen;
- Je zorgt voor koffie/thee/water in deze ruimte.

2. *Houding en informeren*

- Blijf rustig, vriendelijk en professioneel;
- Zeg tegen de inspecteurs dat je de (vervangend)regiomanager, de kwaliteitsverpleegkundige en de specialist ouderengeneeskunde gaat informeren zodat zij op de hoogte zijn van het bezoek en beschikbaar zijn;
- Regiomanager komt nadat zij is geïnformeerd naar de locatie en is de aanspreekpersoon tijdens het bezoek.

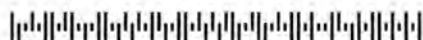
3. *Rondleiding*

- De regiomanager leidt rond waar nodig en waarom gevraagd wordt samen met een medewerker en overige betrokkenen (zie boven);
- Ook jij kunt tijdens de rondleiding vragen krijgen. Beantwoord deze rustig en duidelijk en geef geen (niet gevraagde en onnodige) extra informatie;
- Blijf vriendelijk en professioneel;
- Geef geen uiting aan persoonlijke ongenoegens.

4. *Afronding*

- De regiomanager vraagt bij de afronding wat de Inspectie van het bezoek vond, of alle informatie duidelijk is;
- De inspecteurs geven een terugkoppeling aan het eind van het bezoek, het is fijn als je aanwezig bent.

Bezoek Inspectie



Van: [redacted]@careyn.nl>
Verzonden: zaterdag 12 augustus 2017 16:29
Aan: [redacted]
Onderwerp: extern statement Careyn n.a.v. artikel AD 12-08-2017
Bijlagen: Extern statement Careyn AD 12082017.pdf

Geachte heer/ mevrouw,

N.a.v. het artikel over Careyn in het Algemeen Dagblad van vandaag zend ik u hierbij namens de bestuursvoorzitter Marco Meerdink de reactie van Careyn.

Met vriendelijke groeten,

[redacted]

=====

[redacted]
Bestuurssecretaris Careyn

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

Postadres:
Postbus 900
3100 AX Schiedam



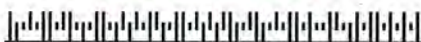
Denk alstublieft aan het milieu voor u deze email print.

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

CAREYN NEEMT AFSTAND VAN PUBLICATIE ALGEMEEN DAGBLAD

Careyn is geschrokken van het artikel dat op zaterdag 12 augustus in het Algemeen Dagblad is verschenen en de wijze waarop daarin een zeer eenzijdig beeld van de organisatie wordt neergezet. Zij neemt afstand van dat beeld.

Bestuursvoorzitter Marco Meerdink: "Natuurlijk zit Careyn al enige tijd in een lastige positie. Maar we werken met man en macht aan verdere verbetering. Dat doen we in nauwe samenwerking en samenspraak met de voor ons belangrijke stakeholders, zoals onze eigen medezeggenschapsorganen, het Ministerie van VWS en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het is ook bemoedigend dat de eerste tekenen van herstel zichtbaar zijn en natuurlijk hebben we nog een behoorlijke weg te gaan. Maar dit geeft ons de steun en het vertrouwen om vol energie onverminderd door te gaan met het zekerstellen van de toekomst van deze mooie organisatie in het belang van alle betrokkenen."



Van: [redacted]@careyn.nl>
Verzonden: maandag 14 augustus 2017 14:53
Aan: [redacted]
Onderwerp: Verklaring Careyn
Bijlagen: Externe verklaring Careyn inzake AD 14082017.pdf

Geachte heer / mevrouw,

In aanvulling op het externe statement wat ik u afgelopen zaterdag zond op verzoek van de bestuursvoorzitter Marco Meerdink n.a.v. de berichtgeving over Careyn in het AD, zend ik u hierbij ter informatie de uitgebreide verklaring.

Met vriendelijke groet,

[redacted]

=====

[redacted]
 Bestuurssecretaris Careyn

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

Postadres:
 Postbus 900
 3100 AX Schiedam



Denk alstublieft aan het milieu voor u deze email print.

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

VERKLARING CAREYN INZAKE PUBLICATIE ALGEMEEN DAGBLAD

Careyn is geschrokken van het artikel dat op zaterdag 12 augustus in het Algemeen Dagblad is verschenen en de manier waarop daarin een zeer eenzijdig beeld van de organisatie wordt neergezet. Wij nemen afstand van dat beeld.

Duidelijk is dat Careyn het moeilijk heeft. Zowel om de kwaliteit van zorg op orde te krijgen als om financieel weer gezond te worden. Dat is een hard gevecht, maar wij zijn er van overtuigd dat we dat gevecht gaan winnen. Er wordt door gemotiveerde mensen keihard gewerkt en niet zonder succes. Het is belangrijk te benadrukken dat alle inspanningen in de organisatie zijn gericht op de kwaliteit van de zorg en het borgen van onze overeengekomen dienstverlening. En daarin slagen we ook.

Transparantie en steun

In de ondernemingsraad, in de cliëntenraad, in de VVAR en op vele andere plaatsen wordt constructief kritisch meegedacht. De brief van de VVAR, waaruit het AD citeert, is voor bestuur en directie een blijk van betrokkenheid en van bezorgdheid. Die betrokkenheid waarderen we zeer en vanzelfsprekend delen we de bezorgdheid. Deze onderstreept dat het een moeilijke opgave is waarvoor wij staan en die we niet uit de weg gaan.

Wij zijn volstrekt open naar onze externe stakeholders. Zo zijn het Ministerie van VWS, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de zorgkantoren, zorgverzekeraars en de bank allemaal op de hoogte van onze grote uitdaging. En waar dat kan denken zij met ons mee en proberen ons waar mogelijk ook te helpen. Voorbeelden daarvan zijn het interventieteam, de extra gelden van het Ministerie van VWS en de inzet van het programma Waardigheid en Trots.

Proces voortgang

Het AD-artikel doet vermoeden dat de komende maand beslissend is voor ons voortbestaan. Dat is beslist niet zo. Welke uitspraak de inspectie in september over ons zal doen weten wij niet. Er is veel verbeterd binnen Careyn, maar zelf hebben we de IGZ geschreven dat we er nog niet zijn. Vanzelfsprekend zal de uitspraak wel mede richtinggevend zijn voor ons beleid.

In het najaar zullen wij onze visie, plannen en de doorrekening daarvan met de bank bespreken en met hen nieuwe afspraken maken over de toekomst. Hoe de plannen er uit zien wordt in de komende periode duidelijk. Ook hier geldt dat de ondernemings- en cliëntenraad met ons meedenken.

We zijn er nog niet, maar de steun en de eerste tekenen van herstel zijn bemoedigend. Natuurlijk hebben we nog een behoorlijke weg te gaan. Maar dit geeft ons het vertrouwen om vol energie door te gaan met het zekerstellen van de toekomst van deze mooie organisatie in het belang van iedereen. Wij blijven alle betrokkenen op de hoogte houden van de vorderingen die we maken.

14 augustus 2017



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

PER KOERIER EN AANGETEKEND VERZONDEN

Stichting Careyn,
bestaande uit Aveant B.V. en Zuwe Zorg B.V.
en Careyn Zuid-Hollandse eilanden B.V.
en Careyn DWO/NWN B.V.
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 50 00
F 088 120 50 01
www.igz.nl

Inlichtingen bij
Mevrouw [REDACTED]
[REDACTED]@igz.nl

Ons kenmerk
2016-1346122/
V1012504/[REDACTED]

Datum 7 november 2016

Onderwerp aanwijzing ex artikel 27 Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg

Geachte raad van bestuur,

Per e-mail van 21 oktober 2016 en aangetekende brief van 24 oktober 2016 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) u geïnformeerd over haar voornemen tot het geven van een aanwijzing ex artikel 27 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), voor zover het de intramurale ouderenzorg op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz) en Zorgverzekeringswet (Zvw) betreft door u als zorgaanbieder (hierna: Careyn). U bent in de gelegenheid gesteld ten aanzien hiervan uw zienswijze te geven.

Met deze brief geeft de inspectie gevolg aan haar voornemen en geeft Careyn, na weging van de gegeven zienswijze, een aanwijzing, waarmee Careyn, voor zover het de intramurale ouderenzorg op grond van de Wlz en Zvw betreft, wordt verplicht om binnen 9 (negen) maanden maatregelen te treffen, zodat wordt voldaan aan de in deze aanwijzing geformuleerde punten.

Zienswijze aanwijzing

Careyn heeft in de op 28 en 31 oktober 2016 gegeven schriftelijke en mondelinge zienswijze (kort samengevat) het volgende aangevoerd.

Careyn schetst voor een goed begrip van de huidige situatie, de context vanaf begin 2014, het tijdstip van het aantreden van het huidige bestuur. Begin 2014 waren er forse inhoudelijke, organisatiekundige en bedrijfsmatige problemen. Het zorgaanbod was onvoldoende toegesneden op de verdergaande extramuralisering van de zorg en veranderingen in de financiering. De medewerkers waren niet klaar om adequaat in te spelen op de verzwaring van de zorgvraag en het functieniveau van de medewerkers was gemiddeld erg laag. Er was sprake van een fusieorganisatie waarbij processen en systemen niet waren geharmoniseerd.



Daarnaast was er een onvoorzien tekort van 18,2 mln aan het eind van boekjaar 2013.

Ons kenmerk
2016-1346122/
V1012504/

Careyn geeft aan dat het bestuur vervolgens een strategie heeft bepaald om in te grijpen in deze situatie. Deze strategie bevatte drie sporen:

Datum
7 november 2016

- Aanpassen van het zorgaanbod op de zwaarder wordende zorgvraag;
- Herinrichting van de organisatie;
- Meer geld en aandacht naar de zorg.

Careyn geeft aan de tekortkomingen met betrekking tot het cliëntdossier, deskundigheid en inzet medewerkers en het sturen op kwaliteit en veiligheid te erkennen. Daarbij wordt niet betwist dat binnen de gehele organisatie sprake is van deze tekortkomingen. Ook wordt aangegeven dat de opdracht in de aanwijzing op deze thema's logischerwijs voortvloeit uit de bevindingen.

Er zijn twee thema's waarop Careyn een andere opvatting heeft dan de inspectie. Te weten het oordeel dat de wijze van sturing te eenzijdig financieel zou zijn geweest en het onderdeel "goed bestuur".

Eenzijdige sturing

Careyn stelt dat er niet eenzijdig is gestuurd op financiën. Er zijn organisatorische maatregelen getroffen om te komen tot reductie van personeel en besparing van materiële kosten. Tevens zijn er bedrijfsonderdelen afgestoten. Careyn heeft besparingen in de supportorganisatie gedaan en waar mogelijk in de zorg geïnvesteerd. Zo is in het primaire proces geïnvesteerd in de professionalisering van de medewerkers en in werving en selectie.

Careyn geeft verder aan bezig te zijn de kwaliteit en de effectiviteit van de support organisatie te versterken opdat deze een grotere toegevoegde waarde kan leveren aan de zorg. Hiermee zijn nog lang niet alle tekortkomingen weggenomen, echter de eerste resultaten hiervan zijn volgens Careyn inmiddels merkbaar.

Careyn geeft aan dat de personele inzet in het primaire proces kwantitatief op niveau is gehouden en dat deze naar een hoger deskundigheidsniveau is gebracht. De dagelijks vereiste deskundigheidsmix is echter nog niet aanwezig. Hierop zal Careyn nog extra inspanningen moeten leveren.

Goed bestuur

Careyn verzoekt de inspectie het oordeel over het bestuur in te trekken dan wel aan te passen. Daartoe wordt gewezen op de volgende vijf omstandigheden:

1. De context en de precaire situatie waarin Careyn zich bevond bij het aantreden van de raad van bestuur begin 2014 en de verbeteringen die de raad van bestuur sindsdien in deze situatie heeft bewerkstelligd. Careyn vindt het tegen deze achtergrond niet terecht dat de inspectie aan de vastgestelde tekortkomingen in de kwaliteit van zorg een oordeel verbindt over de wijze waarop Careyn is bestuurd;



2. De overwegingen van de inspectie hangen samen met het onterechte oordeel dat de sturing eenzijdig gericht is geweest op de financiën;
3. Er is bij de benoeming van de bestuurders een passende portefeuilleverdeling aangebracht;
4. Met ingang van 1 november 2016 zal er een interim voorzitter van de raad van bestuur aantreden met ruime professionele en bestuurlijke ervaring in de zorg;
5. Careyn voldoet aan artikel 3.1 van de Zorgbrede Governancecode doordat de eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg bij de raad van bestuur ligt.

Ons kenmerk
2016-1346122/
V1012504/

Datum
7 november 2016

Careyn betwist het oordeel van de inspectie dat geen sprake is van goed bestuur. Weliswaar erkent Careyn de organisatiebrede tekortkomingen op het gebied van kwaliteit van zorg, echter dit betekent volgens haar niet dat er geen sprake is geweest van goed bestuur. Daarbij wordt gewezen op de situatie begin 2014 waarin Careyn zich bevond bij het aantreden van dit bestuur. Op dit moment is Careyn van plan om organisatiebreed op verschillende niveaus van de organisatie (team- en huisniveau) verbeterplannen vorm te geven teneinde te voldoen aan de normen voor goede zorg. Centrale monitoring hiervan door de raad van bestuur zal plaatsvinden door niet langer meer per regio uit te vragen hoe de kwaliteit van de zorgverlening er voor staat, maar auditoren langs te sturen die beoordelen of per locatie de zorgverlening voldoet aan de normen.

Careyn geeft in dit verband aan dat de bevindingen en de opdracht niet concreet zijn en dat een aanwijzing op dit onderdeel niet nodig is om goede zorg te bereiken. Voorts voert zij aan dat dit onderdeel onnodig beschadigend zou zijn en dat het voor het eerst is dat de inspectie op dit vlak een aanwijzing geeft.

Careyn vraagt een termijn van negen maanden in plaats van zes maanden aan de aanwijzing te verbinden teneinde te voldoen aan de normen. Careyn vertrouwt erop dat zij in de komende periode de tekortkomingen in de kwaliteit van zorg zal wegnemen.

Careyn wil er samen met het interventieteam alles aan doen om de benodigde verbeteringen op het gebied van de kwaliteit van zorg voortvarend te realiseren. Careyn ondersteunt - in samenwerking met het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport - de vorming van een interventieteam. Dit wordt niet alleen van harte ondersteund door de raad van bestuur maar ook door de raad van toezicht, de centrale ondernemingsraad en de centrale cliëntenraad.

Weging zienswijze

De door Careyn aangevoerde punten in de zienswijze zijn voor mij aanleiding de voorgenomen aanwijzing *gedeeltelijk* aan te passen. Ik heb hierbij het volgende overwogen.



De inspectie heeft oog voor de inhoudelijke, organisatiekundige en bedrijfsmatige problemen die begin 2014 bij Careyn aanwezig waren. De situatie waarin (het bestuur van) Careyn zich bevond en de getroffen organisatorische maatregelen die Careyn in de zienswijze naar voren brengt, maken de beoordeling door de inspectie echter niet anders. Dit neemt immers niet weg dat nog steeds organisatiebreed niet wordt voldaan aan de getoetste veldnormen, hetgeen ook door Careyn wordt erkend. De inspectie is dan ook met Careyn van mening dat de opdracht op de drie thema's cliëntdossier, deskundigheid en inzet medewerkers en sturen op kwaliteit en veiligheid logischerwijs voortvloeit uit de bevindingen.

Ons kenmerk
2016-1346122/
V1012504/

Datum
7 november 2016

Eenzijdige sturing

De inspectie stelt vast dat de sturing die heeft plaatsgevonden op kwaliteit en veiligheid onvoldoende is geweest. Deze sturing heeft er tot op heden immers niet toe geleid dat de zorg organisatiebreed aan de getoetste veldnormen voldoet. Dit ondanks het tijdsverloop van 2,5 jaar na het aantreden van de raad van bestuur begin 2014. De raad van bestuur en de raad van toezicht van Careyn hebben bovendien zelf in de gesprekken van 30 mei 2016 en op 6 oktober 2016 aangegeven dat sinds het aantreden van het huidige bestuur in eerste instantie de focus is gelegd op het op orde brengen van de financiële situatie. Daarbij werd voorts aangegeven dat bij Careyn onvoldoende aandacht is geweest voor sturing op kwaliteit en veiligheid. De gemaakte verbeterplannen hebben organisatiebreed niet het gewenste effect gehad. Pas sinds kort is er meer focus op de kwaliteit van zorg, aldus de raad van bestuur en de raad van toezicht.

Conclusie: De zienswijze van Careyn op dit onderdeel is voor de inspectie geen aanleiding om de aanwijzing op dit punt aan te passen.

Goed bestuur

Careyn geeft ten aanzien van het onderdeel goed bestuur aan dat het niet terecht is dat de inspectie aan de vastgestelde tekortkomingen in de kwaliteit van zorg een oordeel verbindt over de wijze waarop Careyn is bestuurd. De inspectie deelt de mening van Careyn op dit punt niet.

De inspectie benadrukt dat de raad van bestuur er de afgelopen 2,5 jaar niet in is geslaagd de zorg aan de normen voor goede zorg te laten voldoen. Weliswaar zijn er verbeterplannen gemaakt, is er een strategie bepaald op drie sporen en wordt er nu gewerkt aan centrale monitoring, dit heeft echter (nog) niet tot het gewenste resultaat geleid. Er is immers nog steeds geen sprake van goede zorg. De inspectie kan niet anders dan hieruit afleiden dat er sprake is van onvoldoende bestuurlijke daadkracht nu de raad van bestuur niet in staat blijkt de beoogde verbeterplannen en strategie daadwerkelijk door te voeren. De raad van bestuur is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg. Dit betekent dat zij verantwoordelijk is voor de realisatie van de doelstellingen van de zorgorganisatie, de strategie en het beleid en de daaruit voortvloeiende resultatenontwikkeling en voor de kwaliteit en de veiligheid van de zorg (artikel 3.1 lid 1 Zorgbrede Governancecode 2010). Het gaat er daarom niet alleen om of de verantwoordelijkheden op juiste wijze zijn verdeeld of dat is vastgelegd dat de eindverantwoordelijkheid bij de raad van bestuur is belegd, maar of de wijze



waarop de verantwoordelijkheden door de raad van bestuur wordt uitgeoefend of in de organisatie zijn belegd, redelijkerwijs leidt tot goede zorg.

Ons kenmerk
2016-1346122/
V1012504/

Het is aan de zorgaanbieder om zorg te dragen voor een zodanige toedeling van verantwoordelijkheden, bevoegdheden evenals afstemmings- en verantwoordingsplichten, dat een en ander redelijkerwijs moet leiden tot het verlenen van goede zorg (artikel 3 Wkkgz). De wijze van portefeuillevverdeling zoals door Careyn is toegepast heeft tot op heden niet geleid tot goede zorg. Het aantreden van een interim voorzitter per 1 november 2016 garandeert (nog) niet dat dit wel zal leiden tot het verlenen van goede zorg. Uit het feit dat de raad van bestuur er in 2,5 jaar niet in is geslaagd de zorg te laten voldoen aan de normen voor goede zorg, concludeert de inspectie dat geen sprake is geweest van goed bestuur.

Datum
7 november 2016

Careyn geeft voorts aan dat de bevindingen en de opdracht op onderdeel goed bestuur niet concreet zijn en dat een aanwijzing op goed bestuur niet nodig is om goede zorg te bereiken. Verder voert zij aan dat dit onderdeel onnodig beschadigend zou zijn voor Careyn en dat het voor het eerst is dat de inspectie op dit vlak een aanwijzing geeft. De inspectie stelt vast dat de wijze waarop de raad van bestuur tot op heden de organisatie heeft vormgegeven en daarmee haar bestuurlijke taak ten uitvoer heeft gelegd, onvoldoende is geweest. De wetgever heeft met de Wkkgz de uitwerking van de organisatie van de zorg expliciet aan de zorgaanbieder zelf overgelaten omdat deze uitwerking sterk afhankelijk is van de aard en de omvang van de zorgverlening. Dit heeft tot gevolg dat de inspectie, conform de systematiek van de Wkkgz, u als zorgaanbieder de ruimte geeft de organisatie van de zorg af te stemmen op de aard en omvang van uw zorgverlening. De zorgsector heeft met de Zorgbrede Governancecode 2010 eisen gesteld aan het bestuur van zorginstellingen. De inspectie toetst de naleving van deze veldnorm met behulp van het gezamenlijk kader Goed Bestuur (IGZ/NZA) dat in juli 2016 openbaar is gemaakt. Hierin staat voor bestuurders uitgelegd waar bij toezicht op bestuur de focus ligt en wat er van bestuurders en intern toezichthouders wordt verwacht. De inspectie toetst bij het toezicht op goed bestuur of een bestuur zicht heeft op de staat van de eigen organisatie en of deze 'in control' is. Het bestuur weet waar zich risico's voordoen en welke thema's aandacht nodig hebben. Deze informatie ontleent het bestuur aan velerlei metingen, onderzoeken en onderzoeksmechanismen. Controle en monitoring zijn daarbij de basis voor een continu leerproces. De inspectie houdt toezicht op goed bestuur door het handelen van de bestuurder te toetsen op de volgende drie onderwerpen, die in het toezichtskader nader zijn beschreven:

- Gedrag en cultuur;
- Systemen;
- Resultaten en zorgverlening.

De Wkkgz, artikel 3.1 lid 1 Zorgbrede Governancecode 2010 en het kader toezicht op goed bestuur geven samen voldoende concreet aan waaraan Careyn moet voldoen op het onderdeel van de aanwijzing dat betrekking heeft op goed bestuur.



De inspectie is van mening dat een aanwijzing op goed bestuur is aangewezen nu goed bestuur noodzakelijk is om aan de overige onderdelen van de aanwijzing – en daarmee aan de normen voor goede zorg – te kunnen voldoen. Goed bestuur is een essentiële voorwaarde voor het aanbieden van goede zorg. Omdat de inspectie heeft vastgesteld dat geen sprake is van goed bestuur, is het voor kwaliteit en veiligheid van de zorg noodzakelijk de aanwijzing ook te richten op goed bestuur. Derhalve weegt de inspectie dit belang zwaarder dan het belang van (de bestuurders van) Careyn om goed bestuur geen onderdeel te laten zijn van de aanwijzing. De inspectie betreft bij deze belangenafweging ook het belang dat aan goed bestuur wordt gehecht in de Kamerbrief 'Goede zorg vraagt om goed bestuur' van 13 januari 2016 (kenmerk 848444-142800-MC) waarin een beleidskader wordt opgesteld voor het externe toezicht op zorgaanbieders. Tevens wijst de inspectie op haar meerjarenbeleidsplan 2016-2019 waarin zij op basis van risicoanalyse goede governance in de zorg als risicothema heeft opgenomen waaraan zij de komende tijd meer aandacht zal besteden. Het feit dat de inspectie niet eerder een aanwijzing op goed bestuur heeft gegeven, leidt er niet toe dat de inspectie deze mogelijkheid nu niet zou mogen benutten.

Ons kenmerk
2016-1346122/
V1012504/

Datum
7 november 2016

Conclusie: De zienswijze van Careyn op dit onderdeel is voor de inspectie geen aanleiding om de aanwijzing op dit punt aan te passen.

Termijn aanwijzing

Uw zienswijze ten aanzien van de gegunde termijn van 6 (zes) maanden geeft mij aanleiding deze te verlengen tot de door u verzochte termijn van 9 (negen) maanden. De reden hiervan is gelegen in de aard en omvang van de geconstateerde tekortkomingen, de omvang van Careyn, de vele locaties waar zorg wordt verleend, evenals de recente wijzigingen in de samenstelling van de raad van bestuur.

Toezichttraject

Aanleiding

Careyn en haar rechtsvoorgangers hebben in de periode tussen 2010 en 2013 te maken gehad met fusies en met meerdere wisselingen in de raad van bestuur. Sinds 2013 heeft Careyn haar huidige rechtsvorm. Careyn kent een tweehoofdige raad van bestuur. De inspectie was en is in 2015 en 2016 in toenemende mate verontrust over een effectieve sturing op kwaliteit en veiligheid van de Wlz- en Zvw-zorg bij Careyn. De inspectie heeft middels meerdere inspectiebezoeken, themabezoeken, en beoordeling van meldingenrapportages haar toezicht op Careyn vorm gegeven. De aanleiding voor de toezichtactiviteiten was gelegen in herhaalde calamiteitenmeldingen met zich steeds herhalende basisoorzaken bij de analyse en aanzienlijke reorganisaties (waaronder snelle overgang naar zelfsturende teams en daarmee samenhangende afbouw van management). Daarnaast heeft de raad van bestuur ook zelf de inspectie geïnformeerd over de voortdurende organisatorische problemen (waaronder financiële problemen).



Verloop van het toezicht

De inspectie bracht naar aanleiding van meldingen, op 30 april 2015 een bezoek aan de locatie Nieuw-Tamarinde te Utrecht en op 19 mei 2015 een bezoek aan de locatie De Ark te Wateringen. Bij deze bezoeken constateerde de inspectie dat niet werd voldaan aan 15 respectievelijk 10 van de 38-40 getoetste normen op de vijf thema's: sturen op kwaliteit en veiligheid, cliëntdossier, deskundigheid en inzet van personeel, medicatieveiligheid en vrijheidsbeperking. Er werd geconcludeerd dat de geboden zorg onvoldoende voldeed aan de normen en daardoor risico's opleverde voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg.

Ons kenmerk
2016-1346122/
V1012504/

Datum
7 november 2016

Zoals aangegeven in de op basis van die bezoeken opgestelde inspectierapporten verzocht de inspectie de raad van bestuur van Careyn de noodzakelijke verbetermaatregelen te nemen om de tekortkomingen op te heffen en daarvan resultaatsverslagen aan de inspectie toe te zenden. Careyn heeft hier aan voldaan binnen de daarvoor gestelde termijn (binnen drie maanden na vaststellen van de inspectierapporten).

Daarnaast verzocht de inspectie de zorgaanbieder ook te controleren of de geboden zorg bij de overige locaties of teams aan alle getoetste normen voldeed en dat voorts - zo nodig - ook daar passende maatregelen te treffen.

Op 18 juni 2015 vond een bestuursgesprek plaats met de raad van bestuur. Hierin is gesproken over de onvoldoende breedte en diepgang van de calamiteitenanalyses en de grootschalige reorganisaties. Tevens is gesproken over de gewijzigde Meldingen Incidenten en Calamiteiten (MIC-) procedure die op dat moment nog geïmplementeerd moest worden, de zorgelijke kwaliteit van de dossiers en de incidenten in de zorg. De raad van bestuur gaf in het gesprek aan dat alle medewerkers de komende maanden geschoold zouden worden op de gewijzigde MIC-procedure. Gelet op het - volgens de raad van bestuur - nadrukkelijke kwaliteitsbeleid binnen Careyn, was het voor de inspectie opvallend dat diverse gemelde (ongewenste) gebeurtenissen in de zorgverlening desondanks hadden plaatsgevonden. Een vastgesteld verslag van dit gesprek is op 10 augustus 2015 naar Careyn verstuurd.

Op 27 oktober 2015 heeft de raad van bestuur het resultaatsverslag opgestuurd dat zij naar aanleiding van het inspectiebezoek aan de locatie De Ark had opgesteld. De inspectie heeft deze vervolgens beoordeeld. De inspectie miste bij de meeste normen informatie over de implementatie en borging van de maatregelen in het resultaatsverslag. De inspectie heeft verzocht het toegezonden resultaatsverslag nader te concretiseren. Careyn heeft in reactie op het verzoek van de inspectie een aanvullend plan van aanpak opgestuurd.

Op 28 oktober 2015 heeft de raad van bestuur het resultaatsverslag opgestuurd dat zij naar aanleiding van het inspectiebezoek aan de locatie Nieuw-Tamarinde had opgesteld. De inspectie heeft deze vervolgens beoordeeld. Het resultaatsverslag was onvoldoende 'SMART' vormgegeven.



De inspectie heeft op basis van het resultaatsverslag niet kunnen vaststellen op welke wijze de noodzakelijke verbetermaatregelen binnen afzienbare termijn worden opgepakt. Daarnaast miste de inspectie concreet behaalde resultaten in het resultaatsverslag en de beoogde verbetertermijn was op onderdelen te lang. Daarom verzocht de inspectie dat Careyn de beoogde verbeteringen op kortere termijn zou bereiken en tevens gaf de inspectie aan voornemens te zijn een vervolfbezoek te brengen aan een van de locaties van Careyn.

Ons kenmerk
2016-1346122/
V1012504/

Datum
7 november 2016

Los van bovengenoemde inspectiebezoeken heeft de inspectie in de periode 2015 en 2016 meerdere meldingen ontvangen. Naar aanleiding van deze meldingen heeft Careyn, op verzoek van de inspectie, onderzoek ingesteld en hierover aan de inspectie gerapporteerd. De inspectie heeft na beoordeling van deze rapportages meermalen gevraagd om nieuwe of aanvullende onderzoeksrapportages. De reden hiervan was dat de onderzoeksrapportages bij herhaling onvoldoende analyse van de onderliggende oorzaken van de voorgevallen incidenten bevatten. Zo constateerde de inspectie dat gebrekkige dossiervoering en medische regie terugkerende problemen waren bij incidenten, zonder dat Careyn verder onderliggende oorzaken benoemde. Tevens bleken de voorgestelde verbetermaatregelen niet altijd toereikend om de geconstateerde basisoorzaken op te heffen.

Op verzoek van de Inspectie stuurde Careyn op 17 mei 2016 informatie over de actuele organisatie- en aansturingstructuur van Careyn. Op 23 mei 2016 ontving de inspectie monitoring- of dashboardgegevens van kwaliteit- en veiligheidsaspecten van de cliëntenzorg bij alle locaties van Careyn. De inspectie gebruikte de informatie om een indruk te vormen van het functioneren van het kwaliteitssysteem van Careyn. De inspectie constateerde dat de toegezonden monitorinformatie over de kwaliteit van zorg onvoldoende actueel was.

Op 30 mei 2016 voerde de inspectie opnieuw een gesprek met de raad van bestuur waarbij een vertegenwoordiging van de raad van toezicht aanwezig was. De ontvangen resultaatverslagen, onderzoeksrapportages en informatie van Careyn waren aanleiding voor dit gesprek. Op basis van voornoemde documenten hield de inspectie aanhoudende zorgen over het sturen op kwaliteit en veiligheid, het tekortschieten van (gebruik van) het cliëntendossier, tekortkomingen bij de inzet van deskundig personeel, gebrekkige regie van het multidisciplinaire zorgaanbod en de onvoldoende kwaliteit en leereffecten van meldingenonderzoek. In het gesprek kwam naar voren dat de kwaliteit van zorg en het sturen hierop de afgelopen twee jaar bij Careyn in het gedrang waren geweest door personeelswijzingen en de noodzaak om te krimpen. De laatste twee jaar richtte Careyn zich vooral op het financieel gezond maken van de organisatie. De inspectie constateerde dat Careyn op de thema's kwalitatieve en kwantitatieve personeelsbezetting en sturing op kwaliteit van zorg nog bezig was een inhaalslag te maken; de kwaliteit van het zorgaanbod werd nog niet of onvoldoende systematisch en gericht gemonitord. Careyn gaf aan dat inmiddels voor vijf



locaties een verbeterprogramma was opgestart met ondersteuning vanuit het overheidsprogramma Waardigheid & Trots.

De inspectie heeft tijdens dit gesprek aangegeven dat onaangekondigde toezichtbezoeken zouden volgen bij een aantal locaties van Careyn. Van het gesprek is op 1 september 2016 een vastgesteld verslag naar Careyn verstuurd.

Ons kenmerk
2016-1346122/
V1012504/

Datum
7 november 2016

Op 2 juli 2016 ontving de inspectie van Careyn de door haar in het bestuursgesprek van 30 mei 2016 verzochte kwaliteitsinformatie over alle 29 afzonderlijke zorglocaties van Careyn. Het betrof een actuele organisatiebrede zelfevaluatie op een aantal kwaliteitsaspecten van het zorgaanbod en de zorgorganisatie. Ook zijn de plannen van aanpak van het programma Waardigheid & Trots toegezonden. In het begeleidend schrijven geeft de raad van bestuur aan op welke wijze zij de tekortkomingen in de kwaliteit van zorg organisatiebreed wil aanpakken.

Op 13, 14, 18, 20 en 27 juli 2016 heeft de inspectie zes onaangekondigde inspectiebezoeken gebracht aan respectievelijk de locaties Woerdblok te Naaldwijk, Nieuw-Tamarinde te Utrecht, De Ark te Wateringen, Waterschapshuis te Kamerik, Snavelenburg te Maarssen en Grootenhoek te Hellevoetsluis. Met deze bezoeken heeft de inspectie beoordeeld of deze locaties van Careyn voldeden aan de tijdens deze bezoeken getoetste normen voor goede zorg en of Careyn organisatiebreed de borging van de normen voor goede zorg op orde had. Daarbij is ook de aard en inhoud van de zelfevaluatie meegenomen. De inspectie concludeerde dat Careyn organisatiebreed niet voldoende aan de normen voor goede zorg voldeed. De bevindingen van deze bezoeken staan vermeld in de vastgestelde rapportage die op 12 september 2016 naar Careyn is verstuurd. Tot slot heeft de inspectie vastgesteld dat de zelfevaluatie van de raad van bestuur een te optimistisch beeld schetst. De bevindingen van de inspectie kwamen niet altijd overeen met de interne kwaliteitsbeoordeling van Careyn.

Op 23 september 2016 heeft de inspectie opnieuw een bestuursgesprek gevoerd met de raad van bestuur in aanwezigheid van de raad van toezicht van Careyn. Aanleiding hiervoor was onder andere de categorisering van Careyn op de op 5 juli gepubliceerde lijst van 150 verpleegzorginstellingen. Ook in dit gesprek gaf de raad van bestuur aan dat sinds 2015 ingrijpende bezuinigingen en reorganisaties zijn ingezet en doorgevoerd. De raad van bestuur onderschreef de geconstateerde tekortkomingen op de getoetste normen voor goede zorg. Careyn stuurt op basis van haar visie en meerjarenbeleid. Binnen Careyn bestaan er echter aanzienlijke verschillen tussen de papieren werkelijkheid van regels, afspraken en faciliteiten op aansturningsniveau en anderzijds de dagelijkse praktijk van verzorgenden. Het kwaliteitssysteem dat organisatiebreed werd toegepast, was onvoldoende betrouwbaar gebleken en het lerend vermogen binnen de gehele organisatie schoot tekort. De eerder gekozen verbeterplannen om alsnog te voldoen aan de normen, hadden te langzaam, onvoldoende of zelfs geen resultaat



opgeleverd. De raad van bestuur gaf aan dat op korte termijn actieve bijsturing op het gebied van kwaliteit en veiligheid dient plaats te vinden om alsnog zorg te dragen voor het implementeren en borgen van de verbetermaatregelen. In dit gesprek gaf de inspectie aan op basis van de resultaten van de inspectiebevindingen, zoals aangegeven in het vastgestelde rapport van 12 september 2016, zich te beraden op handhavende maatregelen. Het vastgestelde verslag van dit gesprek is op 5 oktober 2016 aan Careyn verstuurd.

Ons kenmerk
2016-1346122/
V1012504/

Datum
7 november 2016

Op 6 oktober 2016 heeft wederom een bestuursgesprek plaatsgevonden om de raad van bestuur en de raad van toezicht van Careyn nader te informeren over de voorgenomen maatregel van de inspectie jegens Careyn, zoals reeds aangekondigd in het bestuursgesprek van 23 september 2016. In dit gesprek heeft de inspectie aangegeven van plan te zijn Careyn een aanwijzing als bedoeld in artikel 27 van de Wkkgz op te leggen. De inspectie heeft als reden voor het nemen van een maatregel aangegeven dat de inspectie bij Careyn, organisatiebreed, aanzienlijke risico's voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg heeft geconstateerd op genoemde thema's: cliëntdossier, inzet en deskundigheid van medewerkers en de sturing op kwaliteit en veiligheid. Wederom kwam in dit gesprek naar voren dat Careyn de tekortkomingen in normen van goede zorg binnen haar organisatie erkent. Bovendien erkennen de raad van bestuur en de raad van toezicht van Careyn dat de door haar gemaakte verbeterplannen organisatiebreed niet het gewenste effect hebben gehad.

Daarnaast heeft de raad van bestuur aangegeven dat met ingang van 1 november 2016 de samenstelling van de raad van bestuur is gewijzigd doordat een interim voorzitter van de raad van bestuur is aangetreden nadat de voormalige voorzitter zijn functie heeft neergelegd. Careyn was voornemens (tijdelijk) een extra lid aan de raad van bestuur toe te voegen met als aandachtsgebied kwaliteit. Door meer kennis en kunde in de raad van bestuur op het gebied van (sturen op) kwaliteit van zorg aan te trekken, beoogde Careyn de benodigde verbetermaatregelen nu daadwerkelijk door te voeren en te borgen zodat de kwaliteit van zorg alsnog op orde zou komen. Careyn is echter teruggekomen op dit voornemen, zodat nog steeds sprake zal zijn van een tweehoofdige raad van bestuur.

In het bestuursgesprek met zowel de raad van bestuur als de raad van toezicht op 6 oktober 2016 heeft de raad van bestuur aangegeven dat sinds het aantreden van het huidige bestuur in eerste instantie de focus is gelegd op het op orde brengen van de financiële situatie. Sinds kort is er meer focus op de kwaliteit van zorg. De raad van bestuur heeft onderkend dat onvoldoende aandacht is geweest voor sturing op kwaliteit en veiligheid. Met haar eerdere voornemen (tijdelijk) een derde bestuurder aan te trekken voor de portefeuille kwaliteit van zorg, erkent de raad van toezicht dit ook.

Tijdens het bestuursgesprek op 25 oktober 2016 is met u gesproken over de inzet van het interventieteam voor Careyn. Inmiddels bent u daarover in



contact getreden met het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Ons kenmerk
2016-1346122/
V1012504/

Bevindingen en conclusies

Uit de bovenstaande toezichtactiviteiten doet de inspectie de volgende bevindingen ten aanzien van de kwaliteit en veiligheid van de zorg en goed bestuur bij Careyn.

Datum
7 november 2016

Deze bevindingen zijn gebaseerd op verschillende bronnen te weten de inspectiebezoeken bij de locaties Woerdblok te Naaldwijk, Nieuw-Tamarinde te Utrecht, De Ark te Wateringen, Waterschapshuis te Kamerik, Snavelenburg te Maarssen en Grootenhoek te Hellevoetsluis, de door Careyn toegestuurde kwaliteitsinformatie die betrekking heeft op alle 29 locaties waar intramurale verpleegzorg wordt geleverd, de kwaliteitsinformatie vanuit het programma Waardigheid & Trots, en de rapportages naar aanleiding van meldingen. Hieruit blijkt dat binnen de gehele organisatie gebruik wordt gemaakt van dezelfde systemen voor het bijhouden van cliëntdossiers, kwaliteitsbewaking en het zelfde beleid wordt gevoerd op het gebied van deskundigheid en inzet van medewerkers. De raad van bestuur heeft in de contacten met de inspectie meerdere malen bevestigd dat er sprake is van een centrale aansturing van de gehele zorgorganisatie op deze aspecten. Ook werkt Careyn met centraal vastgestelde beleidsplannen voor reorganisatie en invoering van professionele (zelf) sturing in de zorg binnen de gehele organisatie. De inspectie is daarom van oordeel dat zij de bevindingen kan doortrekken naar alle intramurale verpleegzorglocaties van Careyn.

De raad van bestuur en de raad van toezicht van Careyn hebben in het bestuursgesprek van 23 september 2016 erkend dat de door haar gemaakte verbeterplannen organisatiebreed niet het gewenste effect hebben gehad. De bevindingen staan in het vastgestelde rapport dat op 12 september 2016 naar Careyn is verstuurd per locatie uitgesplitst.

Bevindingen cliëntdossier

Binnen alle locaties van Careyn wordt gebruik gemaakt van hetzelfde systeem voor het bijhouden van cliëntdossiers. Geconstateerde tekortkomingen aan beschikbaarheid van betrouwbare actuele informatie over de zorgverlening zijn een risico voor (continuïteit van) goede zorg en de cliëntgerichtheid ervan.

- Het beschikbare systeem voor het bijhouden van cliëntdossiers bij Careyn kent als organisatiebreed systeem niet de benodigde waarborgen voor continuïteit van (professionele) individuele cliëntenzorg. Zo maakt Careyn, naast het elektronische dossier, ook gebruik van papieren dossierdelen zoals het zogenaamde 'afspraak is afspraakformulier' dat, volgens instructies van Careyn, ook op papier beschikbaar moet zijn om de meest basale informatie over zorgtaken 'bij de hand' te (kunnen) hebben in een werkmap op de afdeling of op de cliëntenkamer. Echter, bij de inspectiebezoeken is gebleken dat deze en andere papieren dossierdelen zeer vaak niet meer actueel waren ten opzichte van het actuele en/of aangepaste elektronische zorgleefplan.



Op deze wijze hebben verzorgenden (en behandelaars) niet altijd de beschikking over een actueel en compleet cliëntendossier.

- Het gemis van actuele en volledige cliënteninformatie knelt extra voor verzorgenden die invallen. Zij hebben, kennen of krijgen in de dagelijkse praktijk geregeld geen (tijdige) toegang tot het elektronisch cliëntendossier en maken daarin dan ook geen aantekening van de zorgverlening.
- Het cliëntdossier ondersteunt onvoldoende het methodisch en cliëntgericht werken op basis van wensen, problemen, behoeften en mogelijkheden van individuele cliënten. Informatie over individuele wensen en behoeften ontbreken geregeld net als rapportages over gerichte observaties op basis van zorgafspraken, en de (multidisciplinaire) evaluatie ervan. De mogelijkheden voor een logische koppeling van zorgbehoeften, zorgproblemen, acties doelen, rapportage en evaluatie zijn niet aanwezig of worden onvoldoende benut. De combinatie van ECD en papierendossier biedt geen of weinig ondersteuning aan de verzorging bij het methodisch werken; het bijwerken en coördineren van zorgplannen en zorgacties gebeurt veelal 'handmatig' en/of niet tijdig.
- Periodieke evaluaties van het multidisciplinaire zorgaanbod en het naleven van gemaakte afspraken om zorgdoelen te bereiken zijn in het cliëntdossier onvoldoende navolgbaar en/of onmogelijk door gebrek aan goede dagrapportage hierover conform de professionele normen hiervoor. Het is niet of onvoldoende duidelijk of - en zo ja, op basis van welke informatie - de cliënt (of de vertegenwoordiger) betrokken is geweest bij het maken van zorgafspraken.

Ons kenmerk
2016-1346122/
V1012504/

Datum
7 november 2016

Conclusies cliëntdossier

Van toepassing zijnde wet- en regelgeving en richtlijnen: artikel 2 Wkkgz, Richtlijn Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging 2011, Kwaliteitsdocument 2013 Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis en de Nota Medische verslaglegging Verenso 2009.

De inspectie concludeert op grond van bovenstaande bevindingen dat met betrekking tot het thema cliëntdossier de zorgverlening binnen Careyn niet voldoet aan de hierboven genoemde geldende normen en richtlijnen en daarmee geen goede zorg aanbiedt in de zin van artikel 2 van de Wkkgz.

Bevindingen deskundigheid en inzet medewerkers

- De beschikbaarheid van deskundige medewerkers is volgens gesprekspartners (waaronder behandelaars) bij de inspectiebezoeken niet altijd voldoende in relatie tot de complexiteit van de zorgproblemen van de cliëntenpopulatie. Het kennisniveau van de specifieke gezondheidsproblemen van de cliëntendoelgroep (bijvoorbeeld het omgaan met dementie en onbegrepen gedrag) schiet geregeld tekort. Medewerkers hebben tegenover de inspectie aangegeven dat zij geregeld zorginhoudelijke bijscholing misten. Invallers nemen vaak niet of onvoldoende deel aan doelgroepgerichte zorginhoudelijke bijscholing. Het werken volgens professionele richtlijnen, protocollen en instructies vanuit de organisatie, is nauwelijks geborgd. Interne audits vinden sporadisch plaats



en verbeterplannen laten lang op zich wachten zo bleek uit de beschikbare informatie die door Careyn is aangeleverd.

- Een analyse en/of inventarisatie van vereiste kennis die passend is bij feitelijke zorgzwaarte op een afdeling ontbreekt geregeld. Beschikbare scholingsplannen zijn in onvoldoende mate gericht op doelgroepgebonden zorginhoudelijke problemen. Pas sinds kort is er, bijvoorbeeld, voor het eerst aandacht voor scholing op het gebied van onbegrepen gedrag.
- Kwalitatief en kwantitatief staat bij Careyn de personele bezetting in de zorg onder druk; er is een hoog gemiddeld ziekteverzuim van ruim 9 % met uitschieters tot over de 15%. Daarnaast is er op de meeste locaties tevens ook vacatureruimte door hoger personeelsverloop en/of arbeidsmarktproblematiek. Careyn is daarmee in toenemende mate afhankelijk van het gebruik van flexwerkers, invallers en uitzendkrachten voor de dagelijks uit te voeren cliëntenzorg. De flexwerkers en de invallers van Careyn zelf zijn in veel gevallen deskundig op niveau 2 of lager. Deze situatie sluit onvoldoende aan bij de zorgzwaarte van cliënten. Bovendien hebben deze flexwerkers geregeld kleine contracten hetgeen extra bijdraagt aan de discontinuïteit.
- De inspectie trof grote verschillen aan in de aanwezigheid van personeel per dag. Deze worden niet verklaard door een wisselende zorgvraag.
- Regels voor werk- en rusttijden worden niet altijd voldoende gevolgd met risico op overbelasting.
- Medewerkers hebben geregeld onvoldoende werktijd om de rapportage en de overdracht te regelen volgens professionele normen.
- Medewerkers zijn zelf verantwoordelijk voor het regelen van invalkrachten. De werkroosters van verzorgenden komen tot stand vanuit de uitvoerende teams zelf. Medewerkers van Careyn geven tegenover de inspectie aan dat zij hiermee veel moeite hebben en niet of onvoldoende bekwaam te zijn om adequate werkroosters te maken voor goede zorg.
- De werkdruk en de werkbelasting van medewerkers zijn – na invoering van het model van professionele (zelf) sturing – op diverse locaties zodanig opgelopen dat ook het ziekteverzuim en het personeelsverloop aanzienlijk is gestegen en/of niet teruggedrongen wordt.
- De zorgaanbieder verzamelt achteraf weliswaar gegevens over de dagelijkse productie betreffende het zorgaanbod en gerealiseerde personele uurinzet maar analyseert deze nog onvoldoende in relatie tot elkaar. Daarmee kan de zorgaanbieder geen proactieve en gerichte bijsturing uitoefenen om noodzakelijke en passende personeelsinzet te bereiken.

Ons kenmerk
2016-1346122/
V1012504/

Datum
7 november 2016

Conclusie deskundigheid en inzet medewerkers

Van toepassing zijnde wet- en regelgeving en richtlijnen: artikel 3 Wkkgz, art. 35, 38 en 100 Wet BIG, De dagelijkse bezetting en kwaliteit van zorg in instellingen voor langdurige zorg, Nivel, 2012 en richtlijn Verenso Onbegrepen gedrag.

De inspectie concludeert op basis van bovenstaande bevindingen dat Careyn de zorgverlening niet op een zodanige wijze heeft georganiseerd en zich zowel kwalitatief als kwantitatief niet zodanig van personele en materiële middelen heeft voorzien, dat een en ander redelijkerwijs leidt tot het verlenen van goede zorg.



De deskundigheid en de inzet van de medewerkers voldoen niet aan de geldende richtlijnen en daarmee niet aan artikel 3 van de Wkkgz.

Ons kenmerk
2016-1346122/
V1012504/

Bevindingen sturen op kwaliteit en veiligheid

Datum
7 november 2016

- Medewerkers melden onvoldoende systematisch fouten en incidenten in de zorg.
- De zorgaanbieder verzamelt niet of onvoldoende systematisch de meldingen over (bijna) fouten van medewerkers en incidenten in de zorg.
- De zorgaanbieder analyseert kwantitatief en kwalitatief niet of in onvoldoende mate meldingen over (bijna) fouten van medewerkers en incidenten in de zorg.
- De zorgaanbieder laat passende verbetermaatregelen achterwege en regelt niet of in onvoldoende mate de borging hiervan.
- De PDCA-cyclus komt geregeld niet of onvoldoende op gang.
Er is gebrek aan adequaat en actuele meet- en monitorgegevens over de kwaliteit en veiligheidsaspecten van het zorgaanbod waardoor achterblijven van terugval van het niveau van kwaliteit en veiligheid onopgemerkt blijft.
- Er is gebrek aan voldoende randvoorwaarden. Hierdoor wordt het realiseren van verbeteringen in de kwaliteit van zorg en cliëntveiligheid belemmerd. Zo is er onvoldoende aandacht voor overbelasting, tijdgebrek en opleiding van medewerkers. Medewerkers missen initiërend vermogen, terwijl het gekozen model van professionele (zelf)sturing in de zorg hiervan uitgaat.
- Er is gebrek aan implementatie van de invoering van het model van professionele (zelf)sturing bij de zorgteams op de locaties. Verbeteringen blijven hierdoor uit. Bovendien wordt dit uitblijven niet opgemerkt door de raad van bestuur en is goede zorg niet geborgd.

In het bestuursgesprek met zowel de raad van bestuur als de raad van toezicht op respectievelijk 23 september 2016 en 6 oktober 2016 heeft de raad van bestuur aangegeven dat de plannen van de raad van bestuur niet hebben geleid tot de gewenste verbeteringen. Nog steeds wordt organisatiebreed niet voldaan aan de normen om goede zorg te kunnen aanbieden. Pas sinds kort is binnen de organisatie meer focus gelegd op de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Met het (inmiddels achterhaalde) voornemen (tijdelijk) een derde bestuurder aan te trekken voor de portefeuille kwaliteit van zorg erkende de raad van toezicht dit ook.

Conclusie sturen op kwaliteit en veiligheid

Van toepassing zijnde wet- en regelgeving en richtlijnen: artikel 2, 3 en 7 Wkkgz, Kwaliteitsdocument 2013 Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis, artikel 3.1 Zorgbrede Governancecode 2010.

De inspectie concludeert op basis van bovenstaande bevindingen dat Careyn met betrekking tot (het sturen op) kwaliteit en veiligheid niet voldoet aan de geldende richtlijnen en daarmee niet aan artikel 2, 3 en 7 Wkkgz.



Gezien de bovenstaande bevindingen van de inspectie wordt niet voldoende voldaan aan de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg. Dit houdt onder meer in het op systematische wijze verzamelen en registreren van gegevens betreffende de kwaliteit van zorg en het aan de hand van die gegevens op systematische wijze toetsen of de wijze van uitvoering leidt tot goede zorg en het op basis van de uitkomst van die toetsing zo nodig veranderen van de wijze waarop de organisatie van de zorgverlening wordt uitgevoerd. Doordat een dergelijke kwaliteitscyclus binnen Careyn onvoldoende aanwezig is, vindt de inspectie deze situatie risicovol voor de verlening van goede zorg binnen de gehele organisatie.

Ons kenmerk
2016-1346122/
V1012504/

Datum
7 november 2016

Bevindingen Goed bestuur

- Het gebrek aan voldoende randvoorwaarden belemmerden het realiseren van verbeteringen in de kwaliteit van zorg en cliëntveiligheid. Zo is er onvoldoende aandacht geweest voor personele problemen. Er was sprake van overbelasting, tijdgebrek en onvoldoende opleiding/bijscholing van medewerkers. Medewerkers misten initieel vermogen, terwijl het organisatiebreed gekozen model van professionele (zelf)sturing in de zorg hiervan uitgaat. De verbeterplannen en getroffen maatregelen (o.a. ten aanzien van reductie ziekteverzuim, opleiding) hebben tot op heden onvoldoende effect gehad.
- Er is gebrek aan implementatie van de invoering van het model van professionele (zelf)sturing bij de zorgteams op de locaties. Verbeteringen blijven hierdoor uit. Bovendien wordt dit uitblijven niet opgemerkt door de raad van bestuur en is goede zorg niet geborgd.
- In het bestuursgesprek met zowel de raad van bestuur als de raad van toezicht op respectievelijk 23 september 2016 en 6 oktober 2016 heeft de raad van bestuur aangegeven dat sinds het aantreden van het huidige bestuur in eerste instantie de focus is gelegd op het op orde brengen van de financiële situatie. De inspectie is van mening dat de raad van bestuur hiermee heeft onderkend dat onvoldoende aandacht is geweest voor sturing op kwaliteit en veiligheid. Met het (Inmiddels achterhaalde) voornemen (tijdelijk) een derde bestuurder aan te trekken voor de portefeuille kwaliteit van zorg erkende de raad van toezicht dit ook.

Conclusie Goed bestuur

Wet- en regelgeving en richtlijnen: artikel 3 en 7 Wkkgz, artikel 3.1 Zorgbrede Governancecode 2010.

Op bestuurlijk niveau is er organisatiebreed sprake van onvoldoende sturing op de kwaliteit van zorg en onvoldoende controle (centrale monitoring) op naleving van werkafspraken, procedures en protocollen. Er is een inhaalslag te maken op het gebied van personele problemen en het model van professionele zelfsturing is gebrekkig geïmplementeerd. Hierdoor is goede zorg niet geborgd. De recente wijzigingen in de samenstelling van de raad van bestuur garanderen (nog) niet dat dit wel zal leiden tot het verlenen van goede zorg. Des te meer nu is afgezien van het aantrekken van een derde bestuurder.



Hiermee voldoet Careyn in onvoldoende mate aan de in artikel 3 en 7 van de Wkkgz neergelegde eisen betreffende goed bestuur en maakt zij de in artikel 3.1 lid 1 van de Zorgbrede Governancecode 2010 neergelegde eisen betreffende de eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit en veiligheid van de Careyn aangeboden zorg onvoldoende waar. In dat artikel is bepaald dat de raad van bestuur eindverantwoordelijk is voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Dit betekent dat de raad van bestuur verantwoordelijk is voor de realisatie van de doelstellingen van de zorgorganisatie, de strategie en het beleid en de daaruit voortvloeiende resultatenontwikkeling en voor de kwaliteit en de veiligheid van de zorg. Het gaat er daarbij niet alleen om of in de organisatie de verantwoordelijkheden goed zijn belegd of dat is vastgelegd dat de eindverantwoordelijkheid bij de raad van bestuur is belegd, maar ook of de wijze waarop de raad van bestuur haar verantwoordelijkheden vormgeeft of in de organisatie belegt, redelijkerwijs leidt tot goede zorg. Dit is niet het geval geweest. Daarmee heeft de raad van bestuur deze eindverantwoordelijkheid de afgelopen periode (2,5 jaar) onvoldoende waar gemaakt.

Ons kenmerk
2016-1346122/
V1012504/

Datum
7 november 2016

Eindconclusie

Careyn voldoet niet of in onvoldoende mate aan de normen voor goede zorg op de eerder genoemde 3 thema's: cliëntdossier, kwaliteit en veiligheid, en deskundigheid en inzet van personeel. De inspectie concludeert bovendien dat de huidige sturing- en controlevoorwaarden binnen Careyn onvoldoende zijn voor het aanbieden van goede zorg. De inspectie concludeert dat de raad van bestuur van Careyn onvoldoende blijk heeft gegeven van grip op de eigen organisatie. Tevens is de raad van bestuur niet in voldoende mate in staat gebleken om noodzakelijke verbeteringen in de organisatie door te voeren. De inspectie is van mening dat Careyn daarmee de artikelen 2,3 en 7 van de Wkkgz niet of onvoldoende naleeft.

De raad van bestuur erkent dat het haar tot op heden niet is gelukt met de verbeterplannen de tekortkomingen op goede zorg weg te nemen. De raad van bestuur heeft aangegeven voornemens te zijn nu daadwerkelijk verbetermaatregelen te implementeren. Op basis van de bevindingen in het toezichtproces tot nu toe en de recente gesprekken met het bestuur op 23 september 2016, 6 oktober 2016 en 25 oktober 2016 enerzijds en de recente wijzigingen in de samenstelling van de raad van bestuur van Careyn anderzijds, die (vooralsnog) niet garanderen dat de raad van bestuur er nu wel in zal slagen de zorgorganisatie te laten voldoen aan de normen van goede zorg en goed bestuur, heeft de inspectie er onvoldoende vertrouwen in dat Careyn thans zonder een aanwijzing de noodzakelijk verbetermaatregelen goed implementeert en zorg draagt dat getroffen verbetermaatregelen ook structureel een plaats krijgen in de organisatie.

De inspectie is van mening dat Careyn de geconstateerde tekortkomingen redelijkerwijs moet kunnen wegnemen binnen een periode van 9 (negen) maanden, gerekend vanaf de dag na dagtekening van de aanwijzing.



Aanwijzing

Gelet op het vorenstaande geef ik thans Careyn, voor zover het de intramurale ouderenzorg als omschreven bij of krachtens de Wlz en Zvw betreft, krachtens artikel 27 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg een aanwijzing met de volgende inhoud:

Ons kenmerk
2016-1346122/
V1012504

Datum
7 november 2016

Careyn moet zo spoedig mogelijk, doch **binnen 9 (negen) maanden** na verzending van de aanwijzing organisatiebreed voldoen aan de volgende normen.

Clïëntdossier; artikel 2 Wkkgz

- Iedere cliënt beschikt over een compleet en actueel dossier;
- Clïëntdossiers zijn op alle momenten voor de zorgverleners die direct betrokken zijn bij de zorgverlening toegankelijk;
- 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.

Bovengenoemde eisen zullen – naast het genoemde wetsartikel - door de inspectie worden getoetst aan de volgende veldnormen: Richtlijn Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging 2011, Kwaliteitsdocument 2013 Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis en de Nota Medische verslaglegging Verenso 2009.

Deskundigheid en inzet medewerkers; artikel 3 Wkkgz

- 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;
- Careyn organiseert de zorg zodanig dat er voldoende werktijd beschikbaar is voor adequate rapportage en overdracht van zorg.

Bovengenoemde eisen zullen – naast het genoemde wetsartikel - door de inspectie worden getoetst aan de volgende veldnormen: art. 35, 38 en 100 Wet BIG, De dagelijkse bezetting en kwaliteit van zorg in instellingen voor langdurige zorg, Nivel, 2012 en richtlijn Verenso Onbegrepen gedrag.

Sturen op kwaliteit en veiligheid; artikel 2, 3 en 7 Wkkgz

- 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 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.



Bovengenoemde eisen zullen – naast de genoemde wetsartikelen – door de inspectie worden getoetst aan de volgende veldnormen: Kwaliteitsdocument 2013 Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis en artikel 3.1 Zorgbrede Governancecode 2010.

Ons kenmerk
2016-1346122/
V1012504/

Datum
7 november 2016

Goed bestuur; artikel 3 en 7 Wkkgz

- Careyn maakt aantoonbaar met bovenstaande te voldoen aan artikel 3.1 van de Zorgbrede Governancecode 2010;
- 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 voor systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg.

Bovengenoemde eisen zullen – naast de genoemde wetsartikelen – door de inspectie worden getoetst aan de hand van artikel 3.1 Zorgbrede Governancecode 2010 en met behulp van het kader Goed Bestuur IGZ/NZA 2016.

Tevens verwacht de inspectie dat Careyn een voortgangsrapportage in de vorm van een resultaatsverslag stuurt op 1 maart 2017. Ter beoordeling van het eindresultaat verwacht de inspectie ook een resultaatverslag per datum 1 augustus 2017.

In deze resultaatsverslagen staat per locatie en per bovengenoemde norm beschreven:

- in hoeverre binnen de gestelde termijn volledig aan de norm zal worden voldaan;
- welke aanpak en acties Careyn heeft ingezet om volledig aan de verschillende normen te voldoen;
- hoe Careyn heeft gemeten dat hij volledig aan de verschillende normen voldoet;
- als Careyn per de datum van het resultaatsverslag nog niet volledig aan de verschillende normen voldoet: welk niveau van verbetering – in kwalitatieve en kwantitatieve zin – per de datum van het resultaatsverslag feitelijk bereikt is (bijvoorbeeld een % van het geheel).

Verder staat in de resultaatverslagen – geordend per locatie – de visie van de raad van bestuur op het geheel van de behaalde resultaten.

De inspectie verwacht voorts van Careyn uiterlijk op 1 januari 2017 een plan van aanpak aangaande de naleving van de aanwijzing.



Mocht Careyn niet binnen de gestelde termijn van 9 (negen) maanden, aan de aanwijzing gevolg geven, dan kan ik een last onder bestuursdwang dan wel een last onder dwangsom opleggen om de naleving van de aanwijzing af te dwingen. Ook kan ik ervoor kiezen een verdergaande aanwijzing te geven om goed bestuur af te dwingen.

Ons kenmerk
2016-1346122/
V1012504/

Datum
7 november 2016

Openbaarmaking aanwijzing

De inspectie streeft met actieve openbaarmaking verschillende doelen na, waaronder het informeren van patiënten, cliënten en zorgverzekeraars over de zorgkwaliteit. Dit kan cliënten helpen bij het kiezen van goede zorg. De openbaarmaking heeft daarmee een informatief karakter voor cliënten in de zorg en heeft geen punitief karakter. De openbaarmaking van de aanwijzing aan Careyn valt onder het informatieve karakter dat de inspectie met haar openbaarmakingbeleid tot doel heeft. Daarnaast draagt de inspectie hiermee bij aan transparantie van de overheid over de wijze waarop toezicht wordt gehouden op de zorg. Voorts verhoogt het actief publiceren het nalevingsniveau van zorgaanbieders van wettelijke- en veldnormen.

Bij de afweging van het algemene belang, u kunt hierbij denken aan cliënten, maar ook aan soortgelijke zorgaanbieders die zijn gediend bij openbaarmaking van de aanwijzing enerzijds, versus het belang van u als zorgaanbieder om geen onevenredig nadeel te lijden als gevolg van die openbaarmaking anderzijds, is de inspectie van oordeel dat aan het algemene belang een grotere waarde moet worden toegekend. Dat is de reden waarom de inspectie overgaat tot openbaarmaking. Dit houdt in dat het onderliggende rapport, de aanwijzing en het persbericht integraal worden gepubliceerd op de website.

Ik ga ervan uit u met het bovenstaande voldoende te hebben geïnformeerd. Indien u een toelichting op dit besluit wenst dan kunt u contact opnemen met de [REDACTED], [REDACTED] inspecteur [REDACTED], op telefoonnummer 06-[REDACTED] of via postbus [REDACTED]@igz.nl, onder vermelding van het kenmerk van deze brief.

Hoogachtend,
De Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
namens deze,
de hoofdinspecteur

THE ~~ADVERTISING~~ **ADVERTISERS**



Bezwaar

Heeft u vragen over deze beslissing of bent u het er niet mee eens? Kijk dan op <http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws/bezwaarschriften-vws>. Daar wordt uitgelegd wat u kunt doen als u het niet eens bent met de beslissing en misschien bezwaar wilt maken. Er staan voorbeelden waarmee u de kans op een succesvol bezwaar kunt inschatten.

Ons kenmerk
2016-1346122/
V1012504/

Datum
7 november 2016

Wilt u een bezwaarschrift sturen, dan moet dit binnen zes weken na de datum die bovenaan deze brief staat. Let op: doe dit op tijd, anders kan uw bezwaar niet worden behandeld.

Het bezwaarschrift e-mailt u naar: WJZ.bezwaarenberoep@minvws.nl, bij voorkeur met een ingescande handtekening. Indien u het bezwaarschrift per e-mail indient zonder ondertekening, bestaat de mogelijkheid dat u op een later moment verzocht wordt om bewijs te leveren dat u bevoegd bent tot het indienen van het bezwaar.

Indien u niet kunt of wilt e-mailen, kunt u uw bezwaarschrift ook versturen per post naar:
de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
t.a.v. Directie Wetgeving en Juridische Zaken,
Postbus 20350,
2500 EJ Den Haag.

U kunt uw bezwaarschrift ook faxen naar: (070) 340 59 84.
Noem in het bezwaarschrift:

- uw naam en adres
- de datum
- het kenmerk van deze brief
(deze gegevens vindt u in de rechterkantlijn)
- geef aan waarom u het niet eens bent met de beslissing

Vergeet niet om uw bezwaarschrift te ondertekenen en van een datum te voorzien. Wilt u zo vriendelijk zijn om een kopie van deze brief mee te sturen met het bezwaarschrift?

Voorlopige voorziening

Het indienen van een bezwaarschrift heft de werking van dit besluit niet op. Als u een bezwaarschrift heeft ingediend, dan kunt u daarnaast ook een voorlopige voorziening aanvragen waarmee mogelijk de werking van dit besluit, betreffende de aanwijzing kan worden opgeschort.

Indien dit, gelet op de betrokken belangen, onverwijlde spoed vereist dan kunt u de voorzieningenrechter van de sector bestuursrecht van de rechtbank van het arrondissement waarbinnen u gerechtigd bent beroep in te stellen, verzoeken een voorlopige voorziening te treffen. Voor de regio-indeling en de adressen van de rechtbanken verwijst ik naar de volgende website:

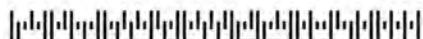


<http://www.rechtspraak.nl/Organisatie/Rechtbanken/Pages/default.aspx>

Bij het verzoek om een voorlopige voorziening wordt griffierecht geheven.

Ons kenmerk
2016-1346122/
V1012504/

Datum
7 november 2016



Van: [redacted]@careyn.nl>
Verzonden: donderdag 17 augustus 2017 12:44
Aan: [redacted]
CC: Waterink, Gert-Jan; Meerdink, Marco
Onderwerp: FW: Kamervragen Careyn
Bijlagen: Bijlage 1 20170817 Overzicht acties sinds de aanwijzing.pdf; Bijlage 2 Overzicht van wisselingen in RvT en RvB Careyn.pdf; Bijlage 3 20170802Draaiboek IGZ bezoeken zomer 2017.pdf

Beste [redacted],

Hierbij onze input voor de beantwoording van de kamervragen over Careyn.

Mocht e.e.a. nog vragen opleveren, aarzel niet om even contact op te nemen.

Groeten [redacted]

=====

[redacted]
 Bestuurssecretaris Careyn

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

Postadres:
 Postbus 900
 3100 AX Schiedam



Denk alstublieft aan het milieu voor u deze email print.

Van: [redacted]@minvws.nl]
Verzonden: woensdag 16 augustus 2017 10:36
Aan: [redacted]
CC: Meerdink, Marco
Onderwerp: Kamervragen Careyn

Ha [redacted]

Zoals je weet zijn er vragen gekomen vanuit de tweede kamer over Careyn. Zie onderstaand. Graag jullie hulp/zienswijze bij de beantwoording hiervan. Onderaan deze mail heb ik de vragen gezet. In het rood heb ik aangegeven welke vragen ik hiervoor aan jullie heb. Kunnen jullie antwoord geven op de vragen die ik in het rood gesteld heb? De overige Kamervragen hoeven jullie niet te beantwoorden maar mag eventueel wel.

Hiernaast heb ik ten behoeve van de voorbereiding voor de staatssecretaris nog de volgende vragen:

-kan een kort overzicht worden gegeven van welke acties er door Careyn zijn ingezet vanaf het moment van de aanwijzing, welk doel deze acties hadden en welk effect hiermee is bereikt?

Zie bijlage 1 <overzicht acties sinds de aanwijzing>

-kan een kort overzicht worden gegeven van de wisselingen in de RvB (inclusief tijdelijke functies) en wisselingen in de RvT vanaf juli 2016?

Zie bijlage 2 <overzicht van wisselingen RvB en RvT>

Het zou ik jullie reactie ontvangen voor donderdag 17:00 zodat ik een en ander kan verwerken voor het weekend als de antwoorden naar de staatssecretaris gaan. Mochten er nog vragen zijn dan ben ik vandaag het beste telefonisch bereikbaar,

Veel dank vast,

@Marco, ik heb nog geen signalen dat er een item komt in 1 vandaag, mocht ik hierover meer nieuws hebben dan hou ik je op de hoogte,

Met vriendelijke groet,

afdelingshoofd

.....
Afdeling Financieel Advies en Beleidsondersteuning
Directie Langdurige Zorg
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Parnassusplein 5 | 2511 VX | Den Haag
Postbus 20350 | 2500 EJ | Den Haag
.....

T 070

M 06

@minvws.nl

Secretariaat: 070 340 6306

<image001.png>

2017Z10823

Vragen van het leden Gerbrands en Agema (beiden PVV) aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het bericht dat verpleeghuizen Careyn bijna kopje-onder gaan. (ingezonden 15 augustus 2017)

1

Bent u bekend met het bericht 'Verpleeghuizen Careyn gaan bijna kopje-onder'? 1)

2

Deelt u de mening dat het hebben van een speciaal draaiboek voor inspectiebezoeken maar een doel heeft en dat is de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) om de tuin leiden? Zo nee, waarom niet?

-Is er sprake van aparte draaiboeken bij Careyn of speciale instructies voor personeel hoe om te gaan met inspectiebezoeken?

Ja, er is een algemeen geformuleerd draaiboek voor de medewerkers op locatie. Dit is bedoeld om medewerkers adequaat toe te rusten teneinde het IGZ-bezoek goed en professioneel te laten verlopen. Het draaiboek heeft met name een faciliterend karakter. Bijvoorbeeld om ervoor te zorgen dat de documenten, waarvan wij verwachten dat de IGZ ze wil hebben, bij binnenkomst zsm klaar liggen enz.

(Zie bijlage 3 ter informatie voor de staatssecretaris het draaiboek (incl. werkinstructie voor medewerkers), niet bedoeld om mee te zenden aan de TK)

3

Deelt u tevens de mening dat de IGZ vooral onaangekondigde bezoeken moet afleggen, omdat alleen dat een eerlijk beeld geeft van de situatie?

Alle bezoeken bij Careyn in de afgelopen periode ter beoordeling van de aanwijzing waren onaangekondigd. Careyn was vooraf niet op de hoogte wanneer en welke locaties door de IGZ bezocht zouden worden.

4

Vindt u dat het onacceptabel is dat medewerkers voorafgaand aan een inspectiebezoek worden geïnstrueerd dat zij geen persoonlijk ongenoegen mogen uiten en geen ongevraagde extra informatie mogen geven? Zo nee, waarom niet?

-Is er sprake van aparte instructies voor medewerkers?

In het eerder genoemde draaiboek is ook een werkinstructie voor medewerkers opgenomen. De instructie is bedoeld om medewerkers te faciliteren en beoogt vooral te zeggen: blijf professioneel en blijf weg bij persoonlijke emoties. Zie verder beantwoording onder 2.

5

Welke stappen gaat u ondernemen om deze praktijken een halt toe te roepen?

6

Komt de veiligheid van de bewoners in gevaar doordat er met niet-gediplomeerde vakantiekrachten gewerkt wordt? Bent u ook heel benieuwd of deze vakantiekrachten ook ingezet worden tijdens de inspectiebezoeken?

-Graag een antwoord op deze vraag: worden er met niet-gediplomeerde vakantiekrachten gewerkt

Ja, in de zomerperiode wordt er onder begeleiding gewerkt met niet-gediplomeerde vakantiekrachten voor ondersteunende werkzaamheden. Een aantal activiteiten, zoals bv de multidisciplinaire overleggen, wordt dan gestaakt waardoor de inzet van niet-gediplomeerde vakantiekrachten goed mogelijk is (alleen voor basiszorg). Niet-gediplomeerde vakantiekrachten zijn veelal stagiaires van de HBO-V of andere medische opleidingen, die een stageverleden hebben bij en dus bekend zijn met Careyn. De vakantiekrachten worden altijd ondersteunend ingezet, de verantwoordelijkheid ligt te allen tijde bij gediplomeerde professionals die aanwezig zijn op de werkvloer.

7

Deelt u de mening dat de bedrijfsvoering verziekt is en dat groter niet altijd beter is?

-Eventueel suggestie voor beantwoording van deze vraag.

Careyn komt sinds 2014 uit een fase waarin sanering nodig was om te overleven. In het afgelopen jaar is de omslag gemaakt naar een waarde gedreven organisatie, waar de aandacht voor de zorg weer voorop staat (voorbeelden hiervan zijn de (bovenformatieve) inzet van de zgn. kwaliteitsverpleegkundigen en de extra inspanningen op het gebied van scholing). Dat proces is nog in volle gang, maar de eerste resultaten hiervan zijn bemoedigend en merkbaar in de organisatie. Die eerste tekenen van herstel herkent ook de inspectie [AUB CHECK BIJ IGZ DAT DIT IN DE BEANTWOORDING OPGENOMEN KAN WORDEN].

Careyn is de afgelopen 4 jaar 'gekrompen' van een omzet van € 455 miljoen tot € 335 miljoen nu. Dat is onder andere gebeurd door bedrijfsonderdelen af te stoten. Dat proces is in de voornemens van het nieuwe bestuur en intern toezicht nog niet ten einde.

8

Vindt u dat de IGZ nu eindelijk eens de opsplitsingsbevoegdheid moet krijgen, zodat deze organisatie opgeknapt kan worden in kleine locaties en zo opnieuw kan beginnen?

1) AD, 12 augustus 2017

2017Z10824

Vragen van het lid Marijnissen (SP) aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de misstanden bij zorginstelling Careyn (ingezonden 15 augustus 2017)

1

Hoe oordeelt u over de situatie bij zorginstelling Careyn, waar zowel de zorg, als de arbeidsomstandigheden als de financiën niet op orde blijken te zijn? 1)

2

Hoe kan het dat zorginstelling Careyn al zo lang te kampen heeft met grote problemen rondom kwaliteit van zorg en organisatie en dat de situatie maar niet verbetert, sterker nog verslechtert?

-Kan een korte chronologie worden geschetst van welke acties Careyn zelf in gang heeft gezet het afgelopen jaar en welke resultaten dit heeft opgeleverd?

Zie bijlage 1 <overzicht acties sinds de aanwijzing>

3

Hoe oordeelt u over de signalen dat zorgmedewerkers vertrekken omdat de arbeidsomstandigheden zo slecht zijn? Hoe verhoudt zich dit, wat u betreft, tot het extra geld dat wordt uitgetrokken voor meer zorgmedewerkers in de verpleeghuizen?

-Kan iets gezegd worden over de aantallen vertrekkende medewerkers?

Dit staat ook vermeld in het resultaatverslag aan de IGZ: 412 nieuwe medewerkers vs. 500 vertrekkende medewerkers. Met een hoog ziekteverzuim en een hoge werkdruk is het een voortdurende uitdaging om de arbeidsomstandigheden dragelijk te houden. Careyn heeft daarnaast te kampen met een lastige arbeidsmarkt, met name in Utrecht (stad en regio). Careyn voert een grootschalige wervingscampagne voor nieuw personeel; naast de structurele inzet van social media is er een ambassadeursnetwerk van gedreven zorgprofessionals gevormd, die een actieve bijdrage leveren om Careyn onder de aandacht te brengen bij werkzoekenden. Daarnaast zet Careyn ook in op behoud van bestaande medewerkers, ondermeer door een actief scholingsbeleid. Careyn Utrecht Stad is verkozen tot beste leerbedrijf Midden-Nederland.

4

Wat vindt u van de signalen dat er veel met (vaak onbekende) uitzendkrachten wordt gewerkt? Wat vindt u van de signalen dat uitzendkrachten niet in vaste dienst willen omdat Careyn ze dan zo weinig zeggenschap geeft over werktijden?

-Graag reactie op deze vraag

Deze signalen zijn uiteraard zorgelijk, dat delen wij. Het werken in vaste dienst heeft voordelen, o.a. in de vorm van secundaire arbeidsvoorwaarden, maar dat betekent ook dat het rooster in gezamenlijkheid met collega's wordt gemaakt en er niet altijd volledige vrije keuze is t.a.v. de diensten. Als uitzendkracht hoef je alleen in te schrijven op de aangeboden/openstaande diensten. Zie verder de beantwoording van vraag 3: Careyn zet met een grootschalige wervingscampagne vol in op het aantrekken van nieuw (vast) personeel.

5

Wat vindt u ervan dat het erop lijkt dat er flinke misrekeningen in de begroting zijn gemaakt waardoor Careyn een miljoenenverlies boven het hoofd hangt? Hoe verhoudt zich dit tot de extra miljoenen die Careyn dit jaar gekregen heeft om de kwaliteit van zorg te verbeteren? Hoe is het

mogelijk dat zorgbestuurders zulke grote fouten maken met verstreckende gevolgen voor ouderen en medewerkers?

-Graag korte reactie

Wij geven geen oordeel over de begroting 2017. Er is inmiddels een nieuw bestuur bij Careyn aangetreden, die de vernieuwing heeft ingezet. Het bestuur werkt in samenspraak met de medezeggenschapsorganen aan een nieuw plan met bijbehorende begroting. In de komende maanden zal dit met de bank worden besproken. De genoemde extra miljoenen van de staatssecretaris dit jaar zijn bv. ingezet voor de (boveninformatieve) inzet van kwaliteitsverpleegkundigen en extra scholing van zorgmedewerkers.

6

Wat vindt u van de uitspraak van een leidinggevende dat de werkcultuur bij Careyn is verziekt: "Careyn is een financiële organisatie geworden, het heeft geen zak meer met zorg te maken"? 1) Herkent u dit?

-Graag korte reactie

Careyn heeft te kampen gehad met de naweeën van de grote saneringsoperatie, ingezet in 2014, die noodzakelijk was om te overleven. Zoals opgemerkt bij vraag 7 PVV is de omslag naar een waardegedreven organisatie, waar de aandacht voor de zorg weer voorop staat, gaande. Careyn ziet zelf de eerste tekenen van herstel en ook de IGZ herkent dit [AUB CHECK BIJ IGZ DAT DIT IN DE BEANTWOORDING OPGENOMEN KAN WORDEN]. Op de werkvloer wordt dat nog niet door iedereen zo gevoeld. Dat proces heeft tijd nodig.

7

Herinnert u zich dat u vorig jaar zomer, toen de zwarte lijst van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) verscheen, in het Kamerdebat hierover zei te zullen ingrijpen bij zorgorganisaties op deze lijst, waar het in oktober dat jaar (2016) nog niet op orde was? Heeft u destijds ingegrepen bij Careyn dat prominent op die lijst stond en waar het nu allerm minst op orde is? Zo ja, wat heeft u gedaan? Zo nee, waarom niet?

8

Hebt u kennisgenomen van de berichten dat de financiële positie van Careyn steeds slechter wordt en dat de organisatie wellicht failliet dreigt te gaan? Wat is uw oordeel hierover? Deelt u de mening dat faillissementen niet in de zorg thuishoren? Wat gaat u doen om een mogelijk faillissement bij Careyn te voorkomen?

Is onjuist, zie externe verklaring, geen betalingsproblemen of -achterstanden

9

Deelt u de mening dat de door de nieuwe bestuursvoorzitter van Careyn, de heer Marco Meerdink, aangekondigde flinke bezuinigingen absoluut niet de directe zorg en directe zorgmedewerkers mogen raken?

-Graag korte reactie

Daar zijn wij het mee eens

10

Wat is uw oordeel over de uitspraak van de voormalige bestuursvoorzitter van Careyn, de heer Rob van Dam, die met meer dan twee ton per jaar riant meer verdiende dan de minister-president, dat hij zijn uurloon "best karig" vond, dit in het licht van de wanprestatie die bij Careyn is geleverd? 2)

11

Wat vindt u ervan dat ondanks een interventieteam en ondanks extra geld, een jaar nadat de IGZ

alle 27 verpleeghuizen van Careyn op de zwarte lijst plaatste, Careyn er zo slecht voor staat? Vindt u dat u als verantwoordelijk bewindspersoon voldoende heeft gedaan?

12

Wat gaat u doen om de situatie bij Careyn nu echt op orde te krijgen?

1) <http://www.ad.nl/binnenland/het-is-erop-of-eronder-voor-verpleeghuizen-van-careyn~acd25abd/>

2) <https://www.trouw.nl/home/zorgbestuurder-ik-heb-deze-week-gedacht-bekijk-het-allemaal-maar-~aff0b513/>

Toelichting:

Deze vragen dienen ter aanvulling op eerdere vragen terzake van de leden Gerbrands en Agema (beiden PVV), ingezonden 15 augustus 2017 (vraagnummer 2017Z10823)

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

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

Chronologisch overzicht van acties sinds de aanwijzing tbv kamervragen

Periode	Actie	Doel	Effect
Nov. 2016 - jan. 2017	Organiseren en uitvoeren steunstructuur ten behoeve van verbeteracties - Multidisciplinaire ontwikkelteams op locatieniveau (zorgmedewerkers en behandelaren) - Regieteam Kwaliteit & Veiligheid Careyn breed waar alle disciplines zijn vertegenwoordigd (o.a. ontwikkelen protocollen en richtlijnen op gebied van kwaliteit en veiligheid) - Stuurgroep Kwaliteit & Veiligheid als sparringpartner van de RvB - Team Zorgaudits m.b.v. oud IGZ-inspecteur	• Analyseren lokale situaties en behoeften • Opstellen breed gedragen plan van aanpak gericht op de aanwijzing, met directe input vanuit primair proces • Uitvoeren plan van aanpak • Creëren draagvlak voor in te zetten acties • Verbeteren communicatielijnen tussen werkveld en RvB en vice versa • Uitvoeren interne audits om de lokale situatie in beeld te brengen en te monitoren	Meer (positieve) aandacht en energie voor kwaliteit en veiligheid
2.	Verbeteracties op thema cliëntdossier		
Jan. 2017 - heden	Optimaliseren elektronisch cliëntendossier (ECD) - Uitrol iPads per afdeling - Zorgleefplan (her)geschreven volgens nieuw format - Duo-zorg medewerkers (uitzendkrachten) geautoriseerd voor ECD - Training on the job in doelgericht rapporteren en methodisch werken	• Iedere cliënt beschikt over een compleet en actueel dossier; • minder foutgevoelig doordat elke medewerker met dezelfde versie van het dossier werkt (geen verschillende versies papieren dossiers meer); • actueel doordat elke medewerker rechtstreeks in het brondossier registreert; • ondersteunend aan methodisch en doelgericht werken en registreren; • overzichtelijker in gebruik; • Dossier makkelijker toegankelijk	Het ECD is vernieuwd en verbeterd, door middel van inhoudelijke en technische verbeterlagen. Het nieuwe format zorgleefplan stimuleert en ondersteunt meer samenhang, overzicht en betrokkenheid van cliënt en alle disciplines. Careyn breed is zo'n 75% van alle cliëntdossiers en zorgleefplannen omgezet naar het nieuwe format, en zodanig bewerkt dat het cliëntdossier 100% compleet en actueel is. Met het volgen van de zorgleefplan evaluatie cyclus wordt 100% dossiers op orde bereikt in het derde kwartaal van dit jaar. Tegelijkertijd is ingezet op gedragsverandering (leren rapporteren en het

			consistent en consequent doen) door middel van coaching on the job door de kwaliteitsverpleegkundigen. De effecten zijn positief. Deze werkwijze wordt voortgezet en versterkt daar waar nodig met (groeps)training in digitale vaardigheden.
3.	Verbeteracties op thema inzet en deskundigheid medewerkers		
Mrt. 2017 - heden	- Meer aandacht en ruimte voor scholing	Verbeteren/verhogen niveau en deskundigheid medewerkers (bijvoorbeeld bekwaamheid voorbehouden en risicovolle handelingen, scholing dossiergebruik, medicatieveiligheid en vrijheidsbeperking).	71% van doelstelling behaald. 100% gepland voor einde jaar.
	- Starten grootschalige wervingscampagne	Verhogen instroom	412 nieuwe medewerkers gestart (t.o.v. 500 medewerkers uitstroom)
4.	Verbeteracties op thema sturen op kwaliteit en veiligheid		
Mrt. 2017 - heden	- Nieuwe werkwijze geïmplementeerd t.a.v. registreren, analyseren, beoordelen en doorvoeren verbeteracties n.a.v. incidenten en calamiteiten.	Leren van incidenten Verbeteren zorg	Meer aandacht voor kwaliteit van zorg. Verbeteren deskundigheid medewerkers Betere zorg- en dienstverlening.
5.	Verbeteracties op thema goed bestuur		
Mrt. 2017 - heden	- Aanstellen locatieverantwoordelijke per locatie	Coördinatie en aanspreekpunt dichtbij voor teams	Meer sturing en aandacht voor medewerkers. Daling ziekteverzuim.
	- Verhogen bezetting kwaliteitsverpleegkundigen (boven formatie, 1 op 50 cliënten afhankelijk van lokale situatie)	Meer tijd en aandacht voor coachen en helpen teams en de focus en sturing op het ontwikkelen van goede kwaliteitszorg op locatie.	Meer inhoudelijke sturing en aandacht voor medewerker
	- Inzet Waardigheid & Trots verbreed naar 10 locaties	Ondersteuning van de teams in verbeterprogramma met name in het primair proces.	Versnelde verbetering merkbaar
	- Wisselen Raad van Bestuur	Nieuwe Raad van Bestuur	Andere manier van besturen (waarde gedreven i.p.v. financieel gedreven)
	- Wisselingen in Raad van Toezicht	Vernieuwde Raad van Toezicht	Andere en intensievere manier van toezicht

			houden (balans tussen inhoud en financiën)
	- Aanstelling Directeur Kwaliteit & Veiligheid (aansturing van programma voor kwaliteitsverbetering binnen Careyn) - Overige wijzigingen in managementposities: 2 districtdirecteuren, manager HR, Manager Control	Vernieuwd management	Andere manier van aansturen (waarde gedreven i.p.v. financieel gedreven)

Overzicht van wisselingen in RvT en RvB Careyn (sinds medio 2016)

Raad van Toezicht

Afgetreden

- Peter van Lieshout (voorzitter RvT) per 30 juni 2016
- Janneke van Craaikamp (lid RvT) per 31 december 2016 (vanwege bereiken maximale termijn)
- Hans van Sonderen (voorzitter AC F&V¹) per 31 augustus 2017

Benoemd

- Geri Bonhof (voorzitter RvT) per 1 juli 2016
- Marie-Hélène Schutjens (lid RvT met juridische portefeuille) per 14 april 2017

Overig/verwacht

- Benoeming nieuw lid RvT / voorzitter AC F&V, naar verwachting per 1 september as.
- Vacature voor werving RvT-lid met specifiek accent op inhoudelijke deskundigheid ouderenzorg (bv. specialist ouderengeneeskunde of deskundige verplegingswetenschappen) is uit gezet. Eén van de huidige leden is bereid hiervoor plaats te maken.

Raad van Bestuur

Naam	Functie	Benoeming	Aftreden	Opmerkingen
Rob van Dam	voorzitter RvB	15 maart 2014	31 december 2016	lid RvB 01-11-2016 t/m 31-12-2016
Sandra Spek	CFO	1 januari 2014	31 maart 2017	
Harry Luik	voorzitter RvB a.i.	1 november 2016	14 augustus 2017	lid RvB 01-06-2017 t/m 14-08-2017
Henk Möhlmann	CFO a.i.	1 mei 2017		
Marco Meerdink	voorzitter RvB	1 juni 2017		

¹ Auditcommissie Financiën & Vastgoed