

2018 Kwaliteitsgegevens

Stichting Wonen en Zorg Purmerend



Stichting Wonen en Zorg Purmerend (SWZP)

Peildatum 31 december 2018

Verslag M. van Riesen, Kwaliteitsfunctionaris SWZP

Inhoud

Kwaliteit algemeen	3
Zorginhoudelijke ontwikkeling.....	4
Middelen en maatregelen rondom vrijheid	7
Kwaliteitscommissie SWZP/ huisarts / apotheker	9
Melding Incident Cliënt (MIC)	9
Melding Incident Medewerker (MIM)	12
Meldpunt ouderenmishandeling	12
Informatieveiligheid en privacy	13
Klachtenoverzicht 01-01-2018 – 31-12-2018	14
Externe audits.....	14
Zorgkaart Nederland.....	15
Medewerkers Tevredenheid Onderzoek (MTO).....	15
Calamiteitendienst	16
Communicatie.....	16
Documentbeheer	17

Kwaliteit algemeen

De zorgvraag verandert, wordt zwaarder. De SWZP ontving voor deze aanpassing in 2016 en 2017 ondersteuning vanuit Waardigheid en Trots. Voor de SWZP is dat vorm gegeven in het kwaliteit verbetertraject Zorg in beweging, de externe begeleiding via VWS is begin 2018 afgerond en uitgebreid geëvalueerd. De verbeterpunten zijn opgenomen in het jaarplan kwaliteit.

In 2018 is wederom door alle medewerkers hard gewerkt aan de ontwikkeling van de zorg via de zelforganiserende teams. De zorg wordt door kleine teams voor een kleine groep cliënten, rondom de cliënt georganiseerd. Teams intramurale zorg zijn samengesteld uit medewerkers zorg deskundigheid 2, 3, 4 waarvan ieder een eigen teamrol heeft, en een kwaliteitsverpleegkundige niveau 4 of 5. De teamontwikkeling wordt intensief begeleid door de coaches tijdens de 4-wekelijkse teamleerbijeenkomsten. Voor deze bijeenkomsten is een SWZP brede standaard-agenda opgesteld waarbij de persoonsgerichte zorg aan onze cliënten, steeds meer centraal komt te staan. Hierbij hebben ook de kwaliteitsaspecten een vaste plaats op de agenda (aandachtsgebieden, MIC, MIM, klachten, tevredenheidsmeting etc.).

In Q3 van 2018 is de zogenaamde teamfoto in elke team afgerond, welke inzicht geeft in de stand van zaken per team rond:

- kwaliteit & veiligheid
- kwaliteit van leven
- medewerkers & team
- organisatie & bedrijfsvoering
- leiderschap & management

De analyse van de teamfoto is in Q4 van 2018 in elk team besproken. De kwaliteitsverpleegkundige heeft de analyse m.b.t. de kwaliteitsonderwerpen afzonderlijk besproken in de teams, waarbij afspraken met elkaar gemaakt zijn ter verbetering van deze thema's. Haalbaar en realistisch volgens de P-D-C-A cyclus op teamniveau. Deze thema's komen structureel aan bod tijdens de teamleerbijeenkomsten. De coaches hebben hierin een ondersteunende rol.

In 2018 heeft de SWZP, de ingezette koers voortgezet, onder andere n.a.v. de definitieve rapportage van het IGJ bezoek van 24 april 2018, binnen de SWZP, locatie De Rusthoeve. Het resultaatsverslag aan de IGJ n.a.v. deze rapportage is in Q4 opgesteld. Dit resultaatsverslag is opgesteld in samenhang met het kwaliteitsplan voor 2019, welzijn & welbevinden en in combinatie met de uitkomsten van de interne en externe audits die we hebben gehouden. De uitkomsten van de evaluatie van de voortgang van het kwaliteitsjaarplan 2018 is meegenomen in het kwaliteitsplan van 2019 voor de extra middelen op locatie, waarbij is ingezet op meer "handen aan het bed", de inzet van een psychodiagnostisch medewerker, scholing m.b.t. onbegrepen gedrag en de inzet van domotica. De vertaling van het (door het zorgkantoor goedgekeurde) kwaliteitsplan is verwerkt in de (personeels- en opleidings-) begroting en de meerjarenplanning.

Hierbij is ingezet op:

- persoonsgerichte Zorg
- deskundige zorgverlener
- sturen op kwaliteit en veiligheid

Naar aanleiding van het geplande onverwachtse IGJ bezoek door een voormalig IGJ-inspecteur in februari 2018 en n.a.v. de uitkomsten van de PREZO-audit had het MT al een start gemaakt voor het bewerkstelligen van een gezonde bedrijfsvoering binnen de SWZP en de opzet van een verbetermonitor, waarin de actiepunten m.b.t. de bedrijfsvoering en de kwaliteit van zorg samenkomen. In opvolging van de rapportages van de IGJ, de PREZO-audit, het Q-onderzoek WMO (Q4 2019) en de audit "Roze Loper" (Q4 2019) zijn de normen, doelstellingen en acties vanuit deze rapporten, voor zover nog niet aanwezig in opvolging van eerder genoemde audits, toegevoegd aan

deze verbetermonitor. Deze punten komen structureel terug op de MT-agenda voor monitoring en borging. Ook zijn de actiepunten tijdens het ondersteuningsteam (OST)- overleg, elke drie weken, uitgangspunt van de agenda, zodat de coaches de teams verder kunnen ondersteunen bij de stappen die gemaakt moeten worden.

Monitoring / sturen op kwaliteit & veiligheid binnen de SWZP geschiedt d.m.v.:

- De verbetermonitor in het MT(cyclus van 6 weken)> randvoorwaardelijk
- De verbetermonitor in het Q- platform (cyclus van 4 weken)
- De kwaliteitsmonitor in ONS
- Via teamactieplan in de teamleerbijeenkomsten. (cyclus van 4 weken)
- De teamfoto > jaarlijks in mei en november om stand van zaken zelforganisatie en kwaliteit inzichtelijk te maken
- Driewekelijks overleg met het OST: voortgang zelforganisatie en kwaliteit van zorg

Zorginhoudelijke ontwikkeling

Organisatiestructuur van kwaliteitsverpleegkundigen

De organisatiestructuur van kwaliteitsverpleegkundigen is zodanig ingericht dat er per twee tot drie teams een kwaliteitsverpleegkundige beschikbaar is, die de regie voert over de kwaliteit van zorg. Deze structuur is in 2017 vormgegeven. Elke kwaliteitsverpleegkundige richt zich op één of meer van toepassing zijnde veldnormen van het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg, waarbij deze de collega-kwaliteitsverpleegkundigen vakinhoudelijk aanvult in het verhogen en onderhouden van de kwaliteit van zorg, op dat specifieke aandachtsgebied / veldnorm. Hierdoor ontstaat een kenniscentrum dat door de zorgteams kan worden bevroegd. Op haar beurt bewaakt de kwaliteitsverpleegkundige de kwaliteit van zorg binnen het team, draagt kennis- en deskundigheid over op het team en ontwikkelt of herzielt beleid m.b.t. het aandachtsgebied gericht op een bepaalde veldnorm vanuit het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg binnen de SWZP op organisatieniveau.

Kennisoverdracht vindt plaats op de werkvloer maar ook door middel van themabijeenkomsten. Om de kennis actueel te houden en te toetsen is gekozen voor het aanbieden van verplichte e-learningmodules aan alle zorgmedewerkers. De kwaliteitsverpleegkundigen van SWZP maken deel uit van het Q-platform van kwaliteits- en wijkverpleegkundigen.

Binnen dit Q-platform is door alle aandachtsgebieden en werkgroepen in Q2 en Q3 van 2018 een P-D-C-A voorstel gemaakt, m.b.t. de resultaatgebieden vanuit het Q kader en VWS rapport "Thuis in het verpleeghuis".

In Q3 is er een start gemaakt met et vormgeven van het meerjaren-opleidingsplan. In november 2018 is de nieuwe opleidingsfunctionaris gestart binnen de SWZP. Zij zal verder inzetten op het scholingsbeleid m.b.t. de aandachtsgebieden, doelgroepen, individuele en teambehoeften.

In Q2 van 2018 is er naast de verbetermonitor op MT- niveau, een verbetermonitor opgesteld specifiek voor het Q-platform, waarin de actiepunten vanuit interne- en externe audits, maar ook vanuit de verbetervoorstellen per aandachtsgebied gemonitord worden volgens P-D-C-A. Deze verbetermonitor komt structureel aan bod in de bijeenkomsten van het Q-platform.

De bijeenkomst van het Q-platform heeft evenals de teamleerbijeenkomsten, een duidelijke structuur. Er worden concrete afspraken gemaakt met elkaar omtrent besluiten en implementaties, inclusief tijdspad. De uitkomsten vanuit deze bijeenkomsten worden door de kwaliteitsverpleegkundigen gedeeld in de teamleerbijeenkomsten, zodat alle informatie ook daadwerkelijk de teams bereikt en eenieder op de hoogte is en blijft van de laatste ontwikkelingen m.b.t. kwaliteit van zorg.

In Q4 is het laatste uur van de bijeenkomst van het q-platform meer gericht geweest op het delen van inhoudelijke kennis en intervisie binnen de aandachtsgebieden en werkgroepen a.d.h.v. de Kwaliteitskaders. De coaches hebben hierbij een ondersteunende rol gehad.

Ook heeft het Q-platform, evenals in 2017, ook in 2018 nog ondersteuning ontvangen van een

externe verpleegkundig docent, om de vakkennis van de kwaliteitsverpleegkundigen op het gewenste niveau te brengen, beantwoordend aan de laatste standaarden. Naast bovenstaande acties, is er in 2018 continue aandacht geweest voor de verwachtingen m.b.t. de rol van de kwaliteitsverpleegkundigen, aangezien hier nog onduidelijkheid over bestond. Duidelijk wordt dat met bovenstaande werkwijze en opzet in structuur, steeds meer de aandacht komt te liggen op de persoonsgerichte zorg (vanuit casuïstiekbespreking) binnen de teams. De cliënt staat centraal. De kwaliteitsonderwerpen zijn hierbij onlosmakelijk verbonden aan de casuïstiek. Leren- en verbeteren van- en met elkaar door kennis en deskundigheidsbevordering wordt op deze wijze gemeengoed.

Cliënten administratie

Het zorgproces start bij de plaatsing op de wachtlijst. Voor het wachtlijstbeheer is de frontoffice ingericht en is de procedurebeschrijving in 2018 gerealiseerd. De huidige werkprocessen van de cliënten administratie sluiten niet volledig aan bij de wensen van nieuwe klanten en de huidige organisatiestructuur van de SWZP. Daarom zijn er in Q4 in samenwerking met het team nieuwe uitgangspunten geformuleerd.

Thuiszorg

Binnen de thuiszorg is er in 2018 gewerkt aan de volgende kwaliteitsverbeteringen:

- Zorgplan = Planning = Realisatie;
- Eenduidige werkprocessen binnen de SWZP;
- Basisvergoeding voor het leveren van professionele alarmopvolging;
- Eenduidigheid richting cliënten;
- Verschil tussen alarmering en zusteroproepsysteem;
- Voorwaarden voor professionele alarmopvolging (sleutelkluis, code bekend);
- Veiligheidsgevoel van bewoners vergroten;
- Inzetten van niveau 4 verpleegkundigen in de praktijk, klinische lessen, werkbegeleiding en coaching in de praktijk;
- Verbetering in teamleerbijeenkomsten m.b.t. cliëntbespreking en P-D-C-A(zoals in alle teams).

Welzijn

Binnen Welzijn is er in 2018 gewerkt aan de volgende kwaliteitsverbeteringen:

- opzet van Het Uitburo;
- belevingsplekken op de drie locaties;
- basisaanbod van de huiskamers is gerealiseerd in Q4;
- inzetten coach, TLB en kwaliteitsmedewerker welzijn en samenvoegen teams;
- dagelijks bewegingsactiviteiten (in de zaal op muziek, maar ook buiten wandelen).

Dossiervoering

In 2017 is grote vooruitgang geboekt voor de kwaliteit van zorg , door het SWZP- breed in gebruik nemen van het ECD ONS van Nedap en het OMAHA classificatie systeem. In 2018 is hierop verder doorgepakt d.m.v. het vergroten van de aandacht op de kwaliteitsmonitor binnen de teams en het randvoorwaardelijk inrichten van het ECD m.b.t. de kwaliteitsindicatoren in samenwerking met de kwaliteitsverpleegkundigen. Dit ter voorbereiding op het (kwaliteits)dashboard, welke hopelijk in Q2 van 2019 gekoppeld gaat worden aan het ONS voor verder inzicht en sturing op de kwaliteit en veiligheid van zorg.

“Caren Zorgt”, waarbij de familie en/of mantelzorger van de cliënt inzicht heeft in het dossier en communicatie over- en weer vergemakkelijkt, is in 2018 op positieve wijze voortgezet. Bij elkaar levert dit een hoge mate van transparantie op, waardoor oorzaak en gevolg in de zorgrelatie gemakkelijk in beeld gebracht wordt en hierop structureel volgende vervolgacties en evaluatie ingezet kan worden ter (lering- en) verbetering van de kwaliteit van zorg.

Het "Dit-ben-ik"-boek, waarin het levensverhaal van de cliënt beschreven wordt, is in 2018 verder opgepakt. Welzijn is gestart met het opnemen van de dagbestedingsactiviteiten vanuit het "dit-ben-ik"-boek in de episode in het zorgplan en de cliëntagenda, in samenspraak met de cliënt en zorgmedewerker. Op deze wijze is de persoonsgerichte zorg het uitgangspunt.

Onbegrepen gedrag

Vanaf mei 2018 is er structureel ondersteuning geweest aan de cliënten en teams van de woongroepen door de SPV-er vanuit huisartsenpraktijk Daan & van Ardenne. Dit was nodig met het oog op de toename van cliënten met onbegrepen gedrag en de hierbij behorende "Persoonsgerichte Zorg" in de vorm van omgangsadvies en dagbesteding. Regelmatig hebben er evaluaties plaatsgevonden omtrent de samenwerking. De inzet van haar deskundigheid moet in de werkwijze van de teams geborgd zijn. Helaas is in de praktijk gebleken dat de inzet van de SPV-er voor de SWZP niet toereikend is. N.a.v. deze constatering heeft de SWZP een vacature uitgezet voor psychodiagnostisch medewerker en zijn wij verheugd te kunnen melden dat deze functie vanaf 1 januari 2019 opgevuld is voor 24 uur per week. Naast de inzet op cliënt- en teamniveau, zal zij ook een grote rol gaan spelen m.b.t. kennis- en deskundigheidsbevordering rondom "onbegrepen gedrag" binnen de SWZP.

Mondzorg

De mondzorg voor bewoners van de groepswoonings wordt al langere tijd door Mondzorg-plus verzorgd. Dit gebeurt naar wederzijdse tevredenheid. Evaluatie over 2018 heeft plaats gevonden. De aandacht m.b.t. mondzorg vanuit Mondzorgplus voor onze bewoners binnen de zorgappartementen kan in 2019 nog beter. Hier is, naast de inhoudelijk kennis rondom mondzorg, in Q4 2018 uitgebreid aandacht voor geweest vanuit de werkgroep mondzorg in het Q-platform en hieruit voortkomend ook in de teamleerbijeenkomsten. In 2019 zal er weer scholing plaatsvinden binnen de SWZP door Mondzorgplus.

Kwaliteitsindicatoren basisveiligheid

Decubituspreventie

In december 2018 is er *één cliënt binnen de groepswoonings en drie cliënten binnen de interne zorg* met een decubituswond categorie 2 of hoger (peildatum december 2018) Van deze vier cliënten heeft er bij drie cliënten een casuïstiekbespreking plaats gevonden o.b.v. de beschreven items:

- waar is huidletsel ontstaan
- wat is de locatie
- zagen we al risico's in de anamnese
- interventies

Binnen de SWZP is het aandachtsgebied wondzorg/ decubituszorg actief. Er is aandacht geweest voor kennis- en deskundigheidsbevordering m.b.t. de TIME-rapportage en casuïstiekbespreking binnen het Q-platform en in de teams. In december 2018 is ook de digitale decubitusmodule in gebruik genomen in het ECD en geïmplementeerd via het Q-platform binnen de teams.

Advance Care Planning

Binnen de groepswoonings van de SWZP zijn van de 54 cliënten van de groepswoonings bij 52 cliënten de reanimatie- en behandelwensen vastgelegd. Bij de interne zorg is de reanimatiewens bij 74 cliënten van de 82 cliënten vastgelegd en bij 23 cliënten van de 82 cliënten zijn de behandelwensen vastgelegd. (peildatum december 2018)

Binnen de interne zorg ondervinden de zorgmedewerkers soms nog problemen in de samenwerking met de verschillende, betrokken huisartsen om dit onderwerp volledig te kunnen borgen bij deze groep WLZ cliënten zonder behandeling. Intervisie binnen het Q-platform heeft er toe geleid dat men elkaar handvaten heeft aangereikt, om dit punt toch goed te kunnen borgen. (o.a. agendapunt MDO)

Indien een cliënt géén afspraken wenst te maken m.b.t. behandelwensen (rondom bijv. ziekenhuisopname, starten / stoppen met levensverlengende behandelingen, zoals antibiotica, bloedproducten en preventieve medicatie, wel / geen ziekenhuisopname) moet dit ook vastgelegd worden in het dossier. Dit is bij navraag in de teams bij een flink aantal cliënten namelijk wel besproken, maar documentatie hieromtrent ontbreekt nog. De kwaliteitsverpleegkundigen zijn hiermee aan de slag om dit te verbeteren.

In Q2 van 2018 is de richtlijn rondom de reanimatiewens en behandelwensen herzien i.s.m. huisartsenpraktijk D&vA en de kwaliteitsverpleegkundigen. Deze richtlijn is via het q-platform geïmplementeerd in de teams, inclusief verslaglegging in het ECD.

De beleidsafspraken m.b.t. expliciete wensen rondom het levenseinde moeten nog verdere aandacht krijgen. Dit is in een aantal gevallen besproken en vastgelegd. (bijv. comfort beleid / euthanasie)

Medicatieveiligheid

Binnen alle teams is structurele aandacht voor het bespreken van medicatie incidenten (MIC) tijdens de teamleerbijeenkomsten. Daarnaast is er vanaf Q3, 4 x per jaar aandacht voor de MIC trend analyse in het Q-platform en de kwaliteitscommissie van de SWZP (multidisciplinair i.s.m. het aandachtsgebied medicatieveiligheid, de kwaliteitsfunctionaris, de arts en apotheker; peildatum december 2018). Het aandachtsgebied medicatieveiligheid heeft actief ingezet op kennis- en deskundigheidsbevordering in de vorm van een thema-avonden en beleidsontwikkeling binnen de SWZP en blijft dat doen.

Medicatiereview

Bij alle cliënten met een ZZP inclusief behandeling is structureel twee keer per jaar tijdens het MDO aandacht voor de medicatiereview (ook na inhuizing). De zorgmedewerker en arts zijn hier structureel bij aanwezig. De cliënt en/of mantelzorg af en toe. Praktisch gezien is het niet haalbaar geweest om de apotheker hier structureel bij aanwezig te laten zijn. Uiteraard heeft er wel regelmatig intercollegiaal overleg plaats gevonden rondom de medicatiereview. In 2019 wordt ingezet op verdere verbetering, inclusief complete verslaglegging hieromtrent in het ECD (peildatum december 2018).

Middelen en maatregelen rondom vrijheid (VBM)

Terugdringen vrijheidsbeperking

Binnen de SWZP is er structureel aandacht voor het verder terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen door structurele evaluatie met de behandelend arts binnen de groepswoningen en met de huisarts binnen de interne zorg, in overleg met de zorgmedewerker en de cliënt en/of diens mantelzorg. Ook is er steeds meer aandacht voor casuïstiekbesprekingen (en evaluatie) tijdens de teamleerbijeenkomsten. Ook wordt er gebruik gemaakt van de alternatieven bundel. De kwaliteitsverpleegkundige bewaakt de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen in de teams en de te volgen procedure bij noodzakelijke inzet.

Werken aan vrijheidsbevordering

Wijze waarop de organisatie nadenkt over vrijheidsbevordering van cliënten

- Huisartsenpraktijk D&vA zal als behandelend arts, vanaf Q1 2019 het voorzitterschap m.b.t. bovenstaand onderwerp op zich nemen n.a.v. de aanbeveling van de IGJ en conclusies prisma- besprekingen.
- Formulier in het ECD m.b.t. inzet vrijheidsbeperkende maatregel is verder ingericht;
- Themabijeenkomst voor zorgmedewerkers, inclusief twee scholingen omtrent VBM/ BOPZ hebben in Q4 van 2018 plaatsgevonden i.s.m. aandachtsgebied, huisarts en medewerker van Zorgcirkel.

- Interne audit heeft plaats gevonden in Q4 2018. Uitkomsten en acties zijn gedeeld binnen het q platform en tlb's. Opvallend is dat de procedure m.b.t. inzet van VBM nog aandacht behoeft, vooral binnen de interne zorg en de thuiszorg. Er is in de rapportages in de huidige dossiers onvoldoende relatie gevonden tussen onbegrepen gedrag, gedragsinterventies, inzet middelen en overige maatregelen, ingeroepen ondersteuning bij deze problematiek en psychofarmaca.
- De VBM- module in ONS is in gebruik genomen. Implementatie heeft plaats gevonden. Evaluatie hierop blijft nodig. Vooralsnog voortzetten maandelijkse verslaglegging op papier (afwachten dashboard).
- Vanuit het lerend netwerk met Pennemes en Mennistenerf is afgesproken dat de managers van de drie organisaties in Q1 2019 bij elkaar komen om een eerste aanzet te maken m.b.t. de nieuwe wet "Zorg & dwang", waarna het aandachtsgebied uiteindelijk ook zal aansluiten voor verdere uitwerking m.b.t. richtlijn en kennis- en deskundigheidsbevordering. Uiteraard zal huisartsenpraktijk D&VA hier ook een rol in spelen.

Inzet vrijheidsbeperkende maatregelen bij BOPZ 2018 (Peildatum 31 december 2018)										
	HE			DR			DTG			
	55	56	57	13	14	15	23	29	51	Totaal aantal per maatregel
Groepswoning										
Medicatie (verdekt toediening)										0
Detectie	2	2	1		3		1		2	11
Fixatie										0
Bedhek							2	1		3
Matras naast bed										0
Voordeur op slot eigen appartement										0
Rolstoel op de rem		1							1	1
Blad rolstoel										0
Kantelbare rolstoel										0
Anders										0
Totaal aantal maatregelen per groepswoning	2	3	1	0	3	0	3	1	3	
Totaal aantal bewoners voor wie maatregelen ingezet worden	2	2	1	0	3	0	3	1	3	
Totaal aantal bewoners per groepswoning	6	6	6	6	6	6	6	6	6	

Totaal aantal geregistreerde maatregelen appartementen, niet-BOPZ		
	DTG	RH
Medicatie		
Detectie	3	2
Fixatie		
Bedhek	2	
Matras naast bed		
Voordeur op slot		
Rolstoel op de rem		
Blad rolstoel		

Kantelbare rolstoel		
Aangepaste rolstoel	1	
Totaal aantal maatregelen per locatie/zorgappartementen		
Totaal aantal bewoners voor wie maatregelen ingezet worden	6	2

Q4 2018 Peildatum dec18	Structurele inzet psychofarmaca bij cliënt	Zo nodig inzet van psychofarmaca bij cliënt
DR GW 13	1	x
DR GW 14	5	x
DR GW 15	3	x
DTG GW 23	4	x
DTG GW 29	6	x
DTG GW 51	4	x
HE GW 55	4	x
HE GW 56	3	x
HE GW 57	2	x

De structurele inzet van psychofarmaca binnen de interne zorg is moeilijk te monitoren vanwege de samenwerking met de verschillende huisartsen bij deze groep WLZ cliënten zonder behandeling. In 2019 zal gekeken worden of onze psychodiagnostisch medewerker hier een rol in kan gaan spelen i.s.m. de kwaliteitsverpleegkundigen van deze teams. De kwaliteitsverpleegkundigen geven aan dat er evenals bij de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen, ook structurele evaluatie plaats vindt met de verschillende huisartsen m.b.t. de inzet van psychofarmaca binnen de interne zorg. Binnen de groepswoningen zijn er nagenoeg geen problemen rondom deze procedure.

Kwaliteitscommissie SWZP/huisarts/apotheker

Leden kwaliteitscommissie:

- aandachtsveld kwaliteitsverpleegkundigen kwaliteitsgebieden
- apotheker
- (huis)arts uit praktijk Daan & van Ardenne
- Kwaliteitsfunctionaris SWZP

Het kwaliteitsoverleg, i.s.m. huisarts en apotheker heeft in 2018 drie keer plaats gevonden in bovenstaande samenstelling.

Onderstaande onderwerpen zijn aan bod gekomen:

- Medicatieveiligheid
- BOPZ / inzet VBM / inzet psychofarmaca
- Onbegrepen gedrag
- MIC incidenten
- Algemene stand van zaken Kwaliteit SWZP(o.b.v. kwartaalrapportage kwaliteit)

Daarnaast is er ook nog een apart kwaliteitsoverleg geweest waarbij de overige huisartsen, betrokken bij de SWZP aanwezig zijn geweest.

Melding Incident Cliënt (MIC)

Incidenten worden gemeld in het ECD. Vorig jaar is het formulier dat daarvoor beschikbaar is en de procedure MIC, sterk verbeterd. De PDCA-cyclus is nu opgenomen in het formulier: de melder vult het formulier in. Als dat gereed is, meldt deze medewerker het incident aan ter bespreking in de teamleer- bijeenkomst. Na aanvulling, met de in de teamleerbijeenkomsten vastgestelde verbeterpunten, en op den duur het effect daarvan, kan het formulier digitaal gearchiveerd worden als het incident afgerond is en de verbetermaatregelen effectief gebleken zijn.

Met de kwaliteitsverpleegkundigen is afgesproken dat de “MIC” structureel (4 x per jaar) op de agenda komt te staan van de bijeenkomsten van het Q-platform vanaf 2019. Daarnaast is ervoor gekozen om te starten met de MIC-commissie. Deze commissie, bestaande uit teamtaakhouders MIC en kwaliteitsverpleegkundigen, komt 3 x per jaar bij elkaar voor intervisie, casuïstiekbespreking en trend-analyses. (ter lering- en verbetering)

In Q4 heeft deze bijeenkomst voor het eerst plaatsgevonden en is door eenieder als zeer zinvol ervaren. Eenieder is actief aan de slag gegaan met de trend-analyses per kwartaal.

(Wat valt op? Welke trend is zichtbaar? Wat zijn de genomen acties? Resultaat?)

Dit verdient nog oefening, maar hiervoor is eenieder bereid elkaar hierbij te ondersteunen en volgt opvolging van de MIC-commissie. Een goede ontwikkeling, waardoor naast het cliëntniveau, ook inzicht ontstaat op team, locatie- en organisatieniveau en bewustwording hierbij in de teams. Kwantitatieve gegevens worden op deze manier omgezet in kwalitatieve gegevens. Door middel van het zichtbaar maken van deze analyse kunnen we het gesprek met elkaar aangaan op alle niveaus en verbetering inzetten ter verdere preventie van incidenten. Met de komst van het (kwaliteits) dashboard in 2019, wordt deze interventie verder vereenvoudigd.

Er is zichtbaar meer aandacht voor de MIC-analyse op cliënt- én teamniveau in alle teamleerbijeenkomsten. Er wordt aandacht besteed aan de MIC-meldingen door de kwaliteitsverpleegkundigen / teamtaakhouders MIC onder begeleiding van de coaches (monitoren PDCA-cyclus). Er wordt geëvalueerd of de ingezette acties hebben geleid tot het gewenste resultaat. In Q4 zijn er nog veel MIC-meldingen niet afgerond in het ONS, terwijl sterk verouderd, ondanks herhaalde aandacht hiervoor (zichtbaar in kwaliteitsmonitor). Dit geeft vervuiling in het systeem. De kwaliteitsverpleegkundigen hebben in Q4 de aanwezigheid van de kwaliteitsmonitor besproken in alle teams, zodat eenieder zijn / haar verantwoordelijkheid hierin kan nemen.

Verbeterpunten MIC

- MIM meldingen die als MIC incidenten gemonitord worden (agressie cliënt > medewerker). Aandacht blijven houden voor het invullen van alle kolommen, dit laat in 2018 wel een hele duidelijke verbetering zien.
- Aandacht blijven houden voor het maken van de juiste stappen in het proces. Dit gaat absoluut beter sinds de start van de MIC-commissie, maar nog steeds zijn sommige (oude) meldingen niet afgesloten (check ook op kwaliteitsmonitor).
- Veel valincidenten: inzetten op scholing rondom valpreventie ter voorkoming van valincidenten via MIC-commissie in de teamleerbijeenkomsten (start Q2 2019) en structureel aandacht blijven houden voor multidisciplinaire bespreking n.a.v. valincidenten en indien nodig aandacht voor een “geaccepteerd valrisico”. (echter blijft dan ook beoordeling nodig per incident)
- Bij de MIC-meldingen medicatie in thuiszorg veelal de cliënt zelf degene die medicatie vergeten is in te nemen (eigen regie zelfredzaamheid).
- In thuiszorg ook vaker leerlingen / stagiaires betrokken bij het medicatie-incident. Echter ook binnen intramurale zorg frequente meldingen van het vergeten/vergeten af te tekenen van medicatie door de medewerker. Hiervoor dient continue aandacht te zijn binnen de SWZP.

Het totaal aantal MIC-meldingen was in 2018: 1353. Dat is een toename van 531 MIC-meldingen t.o.v. 2017.

Structurele monitoring op verbetering door de kwaliteitsmedewerker i.o.m. het MT is hierbij aan de orde. De MIC is een vast agendapunt van de teamleerbijeenkomsten en ook tijdens de cliëntbesprekingen komt dit onderwerp terug. Er is sprake van een veilige meldcultuur, zo blijkt uit de teams en uit de interne audit MIC/MIM-procedure van 2018. Lering- en verbetering is hierbij aan de orde.

Op organisatieniveau is via de MIC-commissie ingespeeld op een aantal trends, zoals: verbetering van het gehele proces, de inzet van twee trainingen m.b.t. onbegrepen gedrag en algemene psychiatrie

voor alle medewerkers van SWZP (in afwachting van de organisatie brede, meerdaagse trainingen m.b.t. dementie / onbegrepen gedrag in 2019 voor alle medewerkers SWZP) en de inzet van een training rondom agressie aan de medewerkers van één locatie met veel agressie-incidenten. Twee prisma analyses uit Q3 en Q4 2018 zijn besproken in het MT, in het Q-platform, in de teamleerbijeenkomsten en in het Q-overleg met de behandelend arts. Actiepunten bij de verbeterpunten zijn opgenomen in de verbetermonitor. (PDCA)

Aanleiding melding	Q1	Q2	Q3	Q4	Totaal 2018	2017	Vershil
MIC medicatie							
RH i.m.	6	9 (GW>6)	15 (GW>12)	26 (GW 8)	56		
RH thuiszorg	3	4	1	8	16		
DTG i.m.	49	41 (GW>2)	27 (GW>11)	47 (GW 20)	164		
DTG dagbesteding				3	3		
DTG thuiszorg	28	32	25	63	120		
HE i.m.	7	5	5	5	22		
HE thuiszorg	6	8	6	9	29		
Locatie niet ingevuld	1	1	1	1	4		
Totaal	99	101	80	162	442	272	+ 170
MIC vallen							
RH i.m.	32	58 (GW> 21)	40 (GW>18) 1x HH WMO	34(GW 11)	164		
RH thuiszorg	23	24	14	13 (1x HH WMO)	74		
RH dagbesteding				1	1		
DTG i.m.	76	58(GW>27)	61 (GW>13/ DB>1)	62 (GW 22)	257		
DTG thuiszorg	29	31	21	32	113		
DTG dagbesteding				3	3		
HE i.m.	16	31	9	18	74		
HE thuiszorg	6	7	14	11	38		
Locatie niet ingevuld	0	8	1	10 (3x test)	19		
Totaal	193	213	160	184	750	516	+ 234
MIC overig							
RH i.m.	6	3	11 GW> 5)	14(GW 9)	34		
RH thuiszorg	0	0	0	3	3		
RH dagbesteding				2	2		
DTG i.m.	13	17(GW>6)	23 (GW> 9/ DB>1)	24(GW 11)	77		
DTG thuiszorg	0	1	3	5 (1x HH-WMO)	9		
DTG dagbesteding				1	1		
HE i.m.	6	8	5	8	27		
HE thuiszorg	3	0	1	1	5		
Locatie niet ingevuld	2	1	0	0	3		
Totaal	30	30	43	58	161	34	+ 127

IGJ-melding	1 IGJ melding afgesloten 1 melding loopt nog	1 melding afgesloten 1 nieuwe melding IGJ	1 IGJ melding loopt nog	1 IGJ melding loopt nog 1 nieuwe melding			
--------------------	---	--	-------------------------	---	--	--	--

Melding Incident Medewerker (MIM)

Q1 = 12 MIM – meldingen; Q2 = 6 MIM – meldingen; Q3 = 4 MIM – meldingen; Q4 = 18 MIM – meldingen: totaal 2018 = 40.

Er is veel aandacht geweest voor de MIM-meldingen binnen de SWZP in 2018, aangezien er een dalende trend zichtbaar was in Q2 en Q3. (aandacht via het intranet, via het Q platform, in de teamleerbijeenkomsten, de ARBO commissie, het ondersteuningsteam en MT). Dit heeft tot grotere bewustwording omtrent dit onderwerp geleid. Naar aanleiding van de agressie incidenten in Q1 en Q2 in de woongroepen Heel Europa heeft er in Q3 een intensieve agressietraining plaatsgevonden voor de medewerkers van die locatie. In 2019 zal er uitgebreide scholing plaats vinden op “omgaan met onbegrepen gedrag” voor alle medewerkers binnen de SWZP. De personeelsfunctionaris monitort de MIM meldingen structureel in het jaaroverzicht. De managers vullen dit overzicht aan met de maatregelen m.b.t. de opvolging.

Meldpunt ouderenmishandeling

De verantwoordelijke voor opvang van meldingen over vermoeden van ouderenmishandeling is de geestelijk verzorger van de SWZP. In 2018 is er één melding binnengekomen van een vermoeden van oudermishandeling. Er zijn twee gesprekken gevoerd door de geestelijk verzorger. Hierbij werd vooral een luisterend geboden, tot tevredenheid van de betrokkenen. In 2018 is de richtlijn “Meldcode huiselijk geweld” opgesteld. Deze richtlijn is geïmplementeerd via het Q-platform en via de kwaliteitsverpleegkundigen geïmplementeerd in de teams. Ook is er aandacht geweest voor dit onderwerp op intranet. Daarnaast is de e-learning module m.b.t. de meldcode huiselijk geweld opgenomen als zijnde een verplicht te volgen module voor alle zorgmedewerkers vanaf niveau 3.

Externe vertrouwenspersoon

In 2018 zijn er 4 meldingen ontvangen door de externe vertrouwenspersoon. De meldingen zijn als volgt te categoriseren:

- 3 meldingen door mantelzorgers / familie van bewoners met een klacht over de organisatie. Een van de drie meldingen is een vervolg op een eerdere melding. Daar waar mogelijk, is hierover contact opgenomen met de directie.
- 1 melding betrof een melding van een medewerker over de bejegening van een familielid. Na een gesprek met de vertrouwenspersoon had de betreffende melder voldoende handvatten om het voorval verder op te pakken met de leidinggevende.

ARBO

De ARBO commissie is in 2018 een 4-tal keer bijeen geweest. Aan de orde kwam onder andere:

- MIM, het aantal meldingen is vergelijkbaar met vorig jaar. Zowel in aantal als in aard. Nog steeds hebben de meeste meldingen betrekking op agressie en onbegrepen gedrag.
- RIE, eind november is de RIE uitgevoerd. Tot die tijd was er nog steeds de RIE met bijbehorende Plan van Aanpak uit 2010. Alle locaties zijn opnieuw bezocht (waarbij Heel Europa) voor het eerst deelnam aan de RIE.

In tegenstelling tot de vorige RIE is nu gekozen voor een digitaal systeem, met verantwoordelijken per onderwerp. Het eerste concept is inmiddels binnen, het eerste overleg met de Arbocommissie afgerond., en wordt er hard gewerkt aan een verdere invulling.

- In het najaar is een start gemaakt met het opnieuw invulling geven aan de ergocoaches. Inmiddels is de groep compleet. Vanuit elk team sluit een ergo coach aan. In maart wordt gestart met een gezamenlijke training.
- Halverwege het jaar is een contract afgesloten met Prevent-care om de prik-, bijt-, krab- en spuugincidenten beter onder te brengen. Tot het einde van het jaar is hier eenmaal gebruik van gemaakt.
- In het voorjaar van 2019 wordt een inhaalslag gemaakt ten aanzien van Hepatitis B vaccinatie.
- In 2018 is voor het eerste de griepinjectie aangeboden. Weinig medewerkers hebben hiervan gebruik gemaakt. Het is niet bekend hoeveel medewerkers deze injectie hebben ontvangen via hun huisarts.

Dit jaar hebben we te maken met een hoog verzuim dat met name veroorzaakt door een hoog langdurig verzuim van medewerkers, welke van dergelijke medische aard is dat deze niet direct te beïnvloeden is. In het najaar is een start gemaakt met het verder uitwerken van het vitaliteitsbeleid.

BHV

Alle zorgmedewerkers die avond en/of nachtdienst werken werden en worden in 2018 en 2019 opgeleid tot BHV-er. Daarnaast volgen zij allen de e-learning modules "Brand, EHBO en Reanimeren". In 2018 heeft een aanbesteding basis- en herhalingsopleiding BHV plaats gevonden met als hoofd aandachtsgebied "Brand- en ontruiming". Het brandalarm is in 2018 losgekoppeld van het verpleegoproepsysteem in De Rusthoeve en De Tien Gemeenten. Het Bedrijfsnoodplan is herzien en ge-updatet. Er is een aanpassing gedaan in de werkwijze van de bedrijfshulpverleningsorganisatie.

Informatieveiligheid en privacy

Om qua informatieveiligheid, op basis van het vastgestelde beleid, op een hoger volwassenheidsniveau te kunnen opereren en daarnaast een kostenbesparing te kunnen realiseren, heeft SWZP in 2018 een tender uitgezet. Op basis van de reacties op een geformuleerd plan van eisen en een aantal demonstraties heeft SWZP ervoor gekozen over te stappen naar een andere ICT leverancier. Volgens de huidige planning zal in april 2019 de migratie naar de nieuwe ICT leverancier afgerond zijn. Tijdens en na afloop van het migratieproces zal samen met onze externe adviseur BMC getoetst worden of de nieuwe ICT inrichting aan de gestelde wettelijke kaders voldoet. Na afloop van genoemde migratie zal gestart worden met een bewustwordingscampagne.

In 2018 is het opgestelde plan van aanpak (BMC) aangaande informatieveiligheid en privacy verder uitgewerkt. Met dit plan van aanpak wordt een basisniveau bereikt qua waarborging privacy en informatieveiligheid. In de zomer van 2018 is de huidige stand van zaken gepresenteerd aan de Raad van Toezicht. De verwachting is dat het huidige plan van aanpak in 2019 afgerond kan worden. In samenspraak met onze adviseur van BMC, zal daarna gekeken worden welke stappen gezet kunnen gaan worden om naar een volgend volwassenheidsniveau te kunnen groeien.

Klachtenoverzicht 2018

Aantal klachten per locatie	Verzorging				Maaltijden				Huishouding & Huisvesting				Overige klachten			
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
De Rusthoeve	3	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	2	0	4
De Tien Gemeenten	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Heel Europa	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0
Thuiszorg	0	2	0	1	1	1	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0
Overig (KSP / FB etc.)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0

Gegevens periode = 01-01-2018 – 31-12-2018

Toelichting:

Klachten en voortgang van afwikkeling, worden geregistreerd en in het MT geagendeerd en op onderdelen besproken. Het daarvoor gehanteerde format voldoet goed. In 2018 zijn twee klachten ingediend die vervolgens bij de Inspectie voor gezondheidszorg en jeugd (IGJ) zijn aangemeld. Beide meldingen zijn nog niet afgesloten.

Een aantal klachten is terug te voeren op de andere en hogere eisen die gesteld worden aan de medewerkers doordat de zorgvraag sterk verzwaard is. Intensief contact en samenwerking met cliënten / mantelzorgers is hierbij vereist, waarbij de medewerker vaak in een voor hem / haar nieuwe rol komt namelijk als coördinator. De voor deze samenwerking noodzakelijke communicatie tussen medewerkers en cliënten / mantelzorgers, wordt sinds afgelopen zomer eenvoudiger doordat Caren Zorgt in gebruik genomen is. De applicatie van het ECD waarbij cliënten / bewoners en als zij dat wensen ook hun mantelzorgers toegang hebben tot een deel van het ECD. Bovendien biedt deze applicatie de mogelijkheid om contact te leggen met alle personen die inzage hebben in het dossier. Deze verbetering, samen met een steeds betere dossiervoering, biedt een aanzienlijke verbetering in de coördinatie van zorg en onderling contact.

Interne audits

Het jaarplan interne audits 2018 is gevolgd. Voor 2019 is er opnieuw een plan opgesteld en op intranet gepubliceerd. In 2018 is de veiligheidsronde geactualiseerd. De interne audits zijn uitgevoerd op Medicatieveiligheid, hygiëne- en infectiepreventie, ECD, Vrijheidsbeperking en bekendheid rondom de procedures MIC/MIM en IGJ. De auditoren waren de kwaliteitsverpleegkundigen van het betreffende aandachtsgebied, samen met de kwaliteitsfunctionaris. De kwaliteitsverpleegkundigen hebben een instructie auditeren gekregen voorafgaand aan de audit. Het gehanteerde instrument is het normenkader IGJ, wat al eerder gepubliceerd is op intranet en in het platform kwaliteitsverpleegkundigen aan de orde is gesteld. De resultaten van de metingen tijdens interne audits zijn gepasseerd in MT, en na goedkeuring gepresenteerd in het Q-Platform van Kwaliteitsverpleegkundigen en door hen besproken in de teamleerbijeenkomsten, inclusief de te nemen vervolgacties- en evaluaties. Ook zijn deze bevindingen besproken in het kwaliteitsoverleg, waarbij naast de kwaliteitsverpleegkundigen ook de (huis)artsen en apotheker aanwezig zijn.

Externe audits

Resultaten van externe audits zijn gepasseerd in MT, OR, CR en Raad van Toezicht en in diverse Zeepkisten (medewerkersbijeenkomsten). De resultaten zijn besproken in Q-Platform met de kwaliteitsverpleegkundigen en door hen met de teams o.b.v. de coaches en in de kwaliteitscommissie. De resultaten zijn gepubliceerd op intranet, verbeterpunten zijn opgenomen in de verbetermonitor.

Een door ons georganiseerde en onverwachts uitgevoerde proefaudit (volgens IGJ werkwijze) heeft plaats gevonden in januari 2018. De doelstelling van dit inspectiebezoek was tweeledig: Ervaren in hoeverre de organisatie en betrokken medewerkers in staat zijn de inspectie te ontvangen en de juiste onderwerpen met de inspecteur bespreken.

Beoordelen in hoeverre de afdeling gereed is met de huidige inspectiethema's, te weten: sturen op kwaliteit en veiligheid, cliënt dossier, deskundigheid van medewerkers, medicatieveiligheid, vrijheidsbeperkende maatregelen en overige aspecten.

Deze proefinspectie is gedaan om te leren. Aanbevelingen zijn opgenomen in de verbetermonitor.

IGJ inspectie

Op 24 april 2018 heeft een onaangekondigde inspectie door de IGJ plaats gevonden op de woongroepen binnen de locatie De Rusthoeve. Dit naar aanleiding van een reeds afgeronde klachtbehandeling. De belangrijke aandachtspunten vanuit het IGJ rapport waren gericht op de

borging van kwalitatieve en persoonsgerichte zorg, en de sturing op kwaliteit en veiligheid binnen deze locatie. De inspectie geeft ook aan dat de zorgmanager goed contact heeft met de zorgverleners en zicht heeft op wat er zich afspeelt in de dagelijkse praktijk. Ook ziet de inspectie dat bestuur en management een open en transparante houding laten zien. Zij zien de urgentie om de verbeteringen die nodig zijn snel op te pakken. Dit geeft de inspectie vertrouwen dat SWZP zich gaat inspannen om de kwaliteit van zorg bij De Rusthoeve op orde te krijgen. SWZP heeft een resultaatsverslag opgesteld n.a.v. dit bezoek. Verbeterpunten zijn opgenomen.

PREZO kwaliteitskeurmerk audit door Perspekt is uitgevoerd op 27 februari 2018 binnen alle locaties, thuiszorg en dagbesteding van SWZP. Het gouden PREZO certificaat is aan de SWZP toegekend. Opvolging van de PREZO audit in de vorm van een tussentijdse audit zal plaatsvinden in januari 2018.

Kwaliteitsonderzoek vanwege de WMO door de GGD Z/W betreffende twee cliënten van De Tien Gemeenten: Het kwaliteitsonderzoek is afgerond met een definitieve rapportage. Een paar kleine aandachtspunten zijn opgevolgd en opgenomen in de verbetermonitor van het MT en besproken met de betreffende teams.

Roze Loper door Kiwa

Audit op dit keurmerk voor aandacht voor antidiscriminatie en gelijke rechten van alle mensen, wordt voortgezet in 2018. Er zijn gedurende de audit op 31 oktober 2018 open gesprekken gevoerd met zowel de medewerkers als de bewoners. De conclusie van het auditteam: op alle locaties heerst een huiselijke sfeer en is aandacht voor een juiste onderlinge bejegening en gastvrijheid. De SWZP besteedt door het jaar veel aandacht aan activiteiten rondom diversiteit. Kleine aandachtspunten worden opgepakt en zijn toegevoegd aan de verbetermonitor. Ter voorbereiding op de externe audit PREZO en audit Roze Loper is uitleg gegeven in het Q-platform en teamleerbijeenkomsten. Aanwezigen kregen uitleg over doel, inhoud en procedure van de audit. Ook is er aandacht besteed aan deze onderwerpen op intranet.

Zorgkaart Nederland

Meting via ZorgkaartNL heeft plaats gevonden in Q4 binnen SWZP, zowel intramuraal als in de thuiszorg in de vorm van een interviewteam op de locaties en telefonische interviews. We zijn beoordeeld met een **8,0** !

Volgend jaar zal opnieuw uitvraag plaatsvinden op bovenstaande wijze. Flyers zijn verspreid binnen de locaties, zodat cliënten ook tussentijds geattendeerd kunnen worden op ZorgkaartNL. Daarnaast zal vanaf Q2 2019 de uitvraag van de cliënttevredenheid structureel opgenomen worden in de richtlijn MDO a.d.h.v. een NPS-profiel vragenlijst in ONS. Daarnaast is aandacht rondom cliënttevredenheid opgenomen in het mantelzorgbeleid.

Zie voor de gegevens: www.zorgkaartnederland.nl

Medewerkers Tevredenheid Onderzoek (MTO)

Dit jaar is wederom de MTO uitgevoerd m.b.v. Survey Monkey. Reageren kon tot 15 januari 2019. Bij het opstellen van dit verslag is er nog geen eindresultaat bekend. Er hebben 146 medewerkers deelgenomen aan de uitvraag. De eerste resultaten zijn vergelijkbaar met vorig jaar.

Lerend netwerk

In 2018 is SWZP een lerend netwerk aangegaan met Pennemes en Mennistenerf uit Zaandam. Ondertussen weten diverse medewerkers binnen het MT van alle partijen elkaar al goed te vinden en wordt er over en weer al regelmatig informatie gedeeld met elkaar en overleg gevoerd ter lering- en verbetering op efficiënte wijze. Ook is er aansluiting geweest van de collega verpleegkundigen bij de

bijeenkomsten door Vilans m.b.t. bewustwording rondom hygiëne- en infectiepreventie vanuit de drie organisaties.

In Q4 van 2018 heeft er een uitwisselingsdag plaatsgevonden binnen de drie organisaties vanuit het lerend netwerk. Dit is door alle deelnemers als zeer positief ervaren. In 2019 zal opnieuw bekeken worden of deze uitwisseling voortgezet zal worden.

Vanuit het lerend netwerk is afgesproken dat de managers van de drie organisaties in Q1 2019 bij elkaar komen om een eerste aanzet te maken m.b.t. de nieuwe "Wet Zorg & dwang", waarna de kwaliteitsverpleegkundigen met dit het aandachtsgebied zullen aansluiten voor verdere uitwerking.

Calamiteitendienst

In 2018 werd een aantal maal beroep gedaan op de calamiteitendienst, die wordt uitgeoefend door een deel van het MT en de bestuurder. De meeste meldingen waren technisch van aard waarvoor buiten kantooruren technici opgeroepen moesten worden. Dit betroffen defecte elektrische deuren, Cv-installatie, en ICT-problemen. De calamiteitendienst is geëvalueerd en daaruit is geconcludeerd dat de samenstelling van de calamiteitendienst uitbreiding behoeft. De managers die begin 2018 zijn aangetreden zullen ook aan de calamiteitendienst gaan deelnemen. Op intranet wordt het rooster calamiteitendienst gepubliceerd, evenals de bijbehorende procedure en de instanties die bij eenvoudige storingen gebeld kunnen worden.

Communicatie

Cliënt en mantelzorgcontact: In 2018 zijn door de zelforganiserende teams bijeenkomsten voor cliënten, mantelzorgers en medewerkers georganiseerd. Deze waren gericht op het bieden van informatie over de ontwikkelingen in de zorg op landelijk niveau en de vertaling daarvan door SWZP naar de cliënten, mantelzorgers en medewerkers. In 2019 zullen weer regelmatig bijeenkomsten met en voor mantelzorgers georganiseerd worden.

Caren Zorgt: De applicatie van het ECD (ONS Nedap) waarbij cliënten, bewoners, en als zij dat wensen ook hun mantelzorgers toegang hebben tot een deel van het ECD. Bovendien biedt deze applicatie de mogelijkheid om contact te leggen met alle personen die inzage hebben in het dossier. Dit zorgt voor een aanzienlijke verbetering in de coördinatie van zorg en onderling contact. Inmiddels wordt Caren Zorgt anderhalf jaar gebruikt en zijn de ervaringen positief.

Zeepkist: in 2018 zijn 3 zeepkist bijeenkomsten gehouden waarin alle medewerkers uitgenodigd werden om met de MT leden van gedachten te wisselen over een aantal van tevoren bekend gemaakte onderwerpen. Medewerkers konden ook zelf hiervoor onderwerpen aandragen en vragen stellen.

Spreekuur bestuurder: Om de ontwikkelingen binnen de SWZP toe te lichten, vragen te beantwoorden, en om op een vast moment beschikbaar te zijn voor medewerkers om hen te kunnen spreken is er iedere donderdag spreekuur.

Communicatie: Voor communicatie heeft de SWZP in 2018 kortdurende ondersteuning gekregen van een externe deskundige. Dit heeft een groot aantal verbeteringen opgeleverd waarmee de communicatie beter voldoet aan de eisen van de tijd. Vooralsnog ligt de uitvoering bij de bestuurssecretaris en de bestuurder.

Intranet: in 2018 is onderzocht hoe het huidige intranet vervangen zou kunnen worden. Het huidige intranet is één-dimensionaal te noemen, bijna uitsluitend geschikt om te zenden. Overstappen in 2018 was niet aan de orde vanwege wisseling van de ICT beheer functie van Detron naar Ram-IT. Wel is voorbereidend werk gedaan: er is een pakket van eisen opgesteld.

Website: inhoud van de website is aangepast aan de huidige situatie SWZP en aan de taalkundige en communicatieve eisen die gesteld worden aan een dergelijke website.

Thuis: het tijdschrift voor alle bewoners, cliënten, mantelzorgers en andere geïnteresseerden komt 4 x per jaar uit. De redactie dient nog breder te worden samengesteld.

LinkedIn en Facebook: worden verzorgd door een externe partner. De werving van medewerkers en vrijwilligers en de bekendheid van de SWZP worden hierdoor gestimuleerd.

PR overige: Er is een reclame budget dat jaarlijks wordt ingevuld door de bestuurder het MT en uitgevoerd door o.a. Face Communicatie.

Documentbeheer

Het documentbeheer wordt gefaseerd herzien en opgeschoond. Hierin zijn in 2018 al flinke stappen gezet. In principe volgt het nieuwe intranet in april 2019. Documentbeheer zal hier een onderdeel van zijn.

SWZP MT - 28 maart 2019