



kalorama

Kwaliteitsverslag VVT

2017

Een terugblik op onze plannen

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
1. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning	5
1.1. Het unieke van een bewoner	5
1.2. Inzage in eigen dossier	5
1.3. Informatie van de individuele bewoner	5
1.4. Het horen van de bewoner en hun klachten	6
1.5. Melding van (vermoedens) van cliëntmishandeling	6
1.6. Andere ontwikkelingen op het gebied van zorg	7
1.7. Wat gaat goed, wat kan beter	7
2. Wonen en welzijn	8
2.1. Inspraak van bewoners	8
2.2. Zingeving en zinvolle dagbesteding	9
2.3. De bouwplannen	10
2.4. Een hygiënische en veilige woonomgeving	10
2.5. Wat gaat goed, wat kan beter	11
3. Veiligheid	12
3.1. Basisveiligheid	12
3.2. Medicatie veiligheid	12
3.3. Onvrijwillige zorg	13
3.4. Het veilig melden van incidenten	13
3.4.1. Prismaonderzoek en melden IGJ	14
3.5. Wat gaat goed, wat kan beter	14
4. Leren en werken aan kwaliteit	15
4.1. Het verzamelen van de ervaringen van onze bewoners	15
4.2. Het hebben van een goed kwaliteitssysteem en de toetsing daarvan	15
4.3. Deel uitmaken van een lerend netwerk en bezoeken van andere organisaties	16
4.4. Evaluatie met onze ketenpartners	16
4.5. Prospectieve risico inventarisatie	16
4.6. Wat gaat goed, wat kan beter	17
5. Leiderschap, governance en management	18
5.1. Zelforganisatie en het Rijnlandse gedachtengoed	18
5.2. MT en bestuurder maken deel uit van het primaire proces	18
5.3. Commissies	19
5.4. Wat gaat goed, wat kan beter	19
6. Personeelssamenstelling	20
6.1. Voldoende medewerkers	20
6.2. Vakbekwame medewerkers en ruimte voor leren en ontwikkelen	21

6.3. Ruimte voor uiten van klachten	21
6.4. Tevreden medewerkers en een veilige werkplek	22
6.5. Wat gaat goed, wat kan beter	22
Bijlagen:	
Bijlage 1: Interne audit op ECD	23
Bijlage 2: Overzicht van de incidenten van bewoners	25
Bijlage 3: Ervaringen van onze bewoners	28
Bijlage 4: Overzicht van de incidenten van medewerkers	32

Voorwoord

Het kwaliteitskader VVT ondersteunt de beweging waarin Kalorama zit. Deze is erop gericht om de wensen en behoeften van bewoners en hun naasten als uitgangspunt te nemen. Medewerkers helpen bewoners om zoveel mogelijk hun eigen leven te leiden en zij hebben een centrale rol bij het bieden van goede zorg. Deze beweging sluit naadloos aan bij onze visie.

We hebben het afgelopen jaar hard gewerkt aan het verder vormgeven van zelforganisatie en het Rijnlandse gedachtengoed. Ook het verder uitbouwen van de vastgoedplannen heeft veel aandacht gekregen om tegemoet te komen aan de wensen en behoeften van onze bewoners. We zijn er nog niet, we hebben wel veel gerealiseerd. Daar getuigt dit verslag van.

We hebben ervoor gekozen om 2 x per jaar (juni en december) een kwaliteitsverslag uit te brengen omdat we het belangrijk vinden om regelmatig ons kwaliteitssysteem te evalueren en te beoordelen. Het kwaliteitsverslag wordt zowel gebruikt voor de interne als de externe verantwoording.

Voor de evaluatie en de beoordeling van ons kwaliteitssysteem maken we gebruik van een aantal kwaliteitsinstrumenten. Deze instrumenten zijn gericht op het beheersen en verbeteren van risicovolle processen zodat wij voortdurend blijven werken aan onze kwaliteit van zorg. De instrumenten vormen een samenhangend geheel die ons helpen om ervoor te zorgen dat we doen wat nodig is om goede zorg te blijven leveren. We krijgen hierbij antwoord op onze belangrijke vragen: doen we de goede dingen en doen we de dingen goed? En wat doen we als we niet de goede dingen doen? Hoe gaan we verder? Hoe pakken we het op? Met dit verslag willen wij aantonen hoe doeltreffend onze instrumenten zijn. We staan regelmatig stil bij vragen als: wat gaat goed en wat kan beter? We zijn continu bezig om ons kwaliteitsbeleid en -systeem steeds meer aan te laten sluiten bij het Rijnlandse gedachtengoed. Op de voorpagina van ons kwaliteitsplan staat een spreuk:

*Het beste bewijs
van 'anders vasthouden'
is vertrouwen
en de moed om zekerheden los te laten*

Gezien de positieve resultaten van het inspectiebezoek in december 2017 en van de externe HKZ audit begin 2018 durf ik meer en meer te zeggen dat ons vertrouwen in elkaar gegroeid is. We hebben de moed om bepaalde zekerheden los te laten zodat we daadwerkelijk bezig kunnen zijn met de bedoeling: goede zorg aan onze bewoners geven. Ik ben er trots op dat wij met zijn allen deze weg zijn ingegaan.

Voor de goede orde vermeld ik dat de reacties van belanghebbenden op het kwaliteitsplan zijn verwerkt in dit kwaliteitsverslag. Ook hebben we dit verslag gedeeld met onze leernetwerkpartners.

Fieke van Deutekom
Bestuurder

1. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Voor de persoonsgerichte zorg en ondersteuning van onze bewoners vinden wij het volgende belangrijk:

- Het unieke van een bewoner dient naar voren te komen, onze vakbekwame medewerkers kennen en erkennen dit.
- De bewoner en/of contactpersonen hebben inzage in zijn/haar eigen dossier.
- De informatie in het dossier van een bewoner is volledig en correct.
- De bewoner wordt gehoord en kan klachten uiten.
- De bewoner en/of contactpersoon kan melding doen van een (vermoedelijke) mishandeling.
- De bewoner kan profiteren van andere ontwikkelingen op het gebied van zorg.

In dit hoofdstuk staat beschreven hoe wij aandacht hebben gegeven aan bovenstaande items.

1.1. Het unieke van een bewoner

Het unieke van een bewoner is richtinggevend. Bij de komst van een nieuwe bewoner vinden gesprekken plaats met de bewoner en/of contactpersoon¹ over de wensen, behoeften en doelen. Zo heeft iedere bewoner binnen 24 uur een cliëntplan. De eerst verantwoordelijke verzorgende (EVV) is verantwoordelijk voor het opstellen van dit plan. Onze EVV-ers zijn minimaal als niveau 3 zorgmedewerker opgeleid.

Zodra daar (emotioneel) ruimte voor is, wordt aandacht gegeven aan het levensverhaal van de bewoner. Soms is dat al snel na komst, maar vaak gaat daar langere tijd overheen.

1.2. Inzage in eigen dossier

In juni 2017 zijn we op drie afdelingen gestart om de bewoner via een cliëntenportaal toegang te geven tot zijn² eigen elektronisch cliëntendossier (ECD). In een beveiligde omgeving kan men via een computer, tablet of smartphone onder andere het cliëntplan, rapportages en de agenda inzien. Ook kan men zelf een rapportage toevoegen. Op deze manier werken we aan een gezamenlijke dossiervoering.

De eerste ervaringen met het cliëntenportaal waren positief en het werd als een meerwaarde gezien. De zomer van 2017 is gebruikt om het portaal te verbeteren. Vanaf augustus zijn alle afdelingen van Kalorama stapsgewijs het cliëntenportaal in gebruik gaan nemen.

Vanaf eind 2017 is het cliëntenportaal toegankelijk voor iedereen die hiervoor bevoegd is. Voor cliënten die wilsbekwaam zijn geldt dat zij de regie hebben. Zij geven aan of zij hun contactpersoon toegang willen geven tot het cliëntenportaal. Contactpersonen kunnen dan op afstand zien welke zorg geboden is en of er bijzonderheden zijn. Als bewoners dat niet wensen, dan verschaffen we die toegang niet.

Het cliëntenportaal vervangt het persoonlijke contact niet, wat Kalorama betreft gaat dat altijd voor!

1.3. Informatie van de individuele bewoner

Kalorama vindt het belangrijk dat de informatie in het ECD zo volledig mogelijk is en blijft. Het gaat hierbij onder andere om de indicatie, de zorgbehoeften, de risico's, de eventuele onvrijwillige zorg en de afspraken over de dagelijkse zorg. Alle gegevens die we nodig hebben voor de dagelijkse ondersteuning dienen in het ECD vastgelegd te zijn. Zonder goede informatie kan er geen goede zorg geboden worden. Daarom hebben we in 2017

¹ Vanwege de leesbaarheid hebben we ervoor gekozen om slechts eenmaal "bewoner en/of contactpersoon" te schrijven.

² We hebben ervoor gekozen om de mannelijke aanspreekvorm te gebruiken.

twee keer de informatie in het ECD getoetst. Het aantal dossiers dat per afdeling is onderzocht was verschillend en afhankelijk van de groepsgrootte. Vragen die wij belangrijk achten voor de zorg zijn:

1. Is de informatie over de bewoner volledig ingevuld en de actuele indicatie zichtbaar?
2. Is de cliëntkaart met de aandachtspunten, de medische gegevens en de reanimatievraag ingevuld?
3. Is er een logische agenda en worden alle afspraken afgevinkt?
4. Zijn de algemene vragenlijsten die van toepassing ingevuld?
5. Zijn de risico's voor de bewoner geïventariseerd, vastgelegd op de risicokaart en zijn de afspraken, vervolgstappen beschreven?
6. Is er een correct cliëntplan aanwezig, met daarin duidelijk beschreven doelen en richtlijnen?
7. Is er een verslag van de cliëntplan bespreking aanwezig?
8. Is de ADL kaart aanwezig en komen de punten overeen met de basiszorg?
9. Wordt er dagelijks gerapporteerd en gerapporteerd op doelen en richtlijnen?
10. Is de tevredenheid, (zie hoofdstuk 3) samen met de bewoner besproken voorafgaande aan de cliëntplan bespreking?

Wat blijkt uit deze toetsing? Welke antwoorden kunnen wij geven op onze vragen?

- Het invullen van de verschillende kaarten, vragenlijsten en het cliëntplan gaat goed.
- Meer aandacht is vereist bij het afvinken van afspraken in de agenda, de ondertekening van documenten, rapportage en het vastleggen van de waardering van de bewoners over onze zorg en dienstverlening.

In bijlage 1 zijn de resultaten van de ECD toetsing grafisch weergegeven.

1.4. Het horen van de bewoner en hun klachten

Bij de invoering van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg heeft Kalorama ervoor gekozen om per 1-1-2017 een externe, onafhankelijke klachtenfunctionaris aan te stellen. De externe klachtenfunctionaris heeft in 2017 in totaal 13 klachten behandeld van zes klagers, waarvan negen klachten uit de VVT. Een klager was niet tevreden over de klachtafhandeling.

Bij Kalorama is ook een cliëntvertrouwenspersoon werkzaam. In 2017 heeft zij vier signalen van onvrede ontvangen waarvan er één is doorverwezen naar de externe klachtenfunctionaris. De signalen gingen over het niet kunnen voldoen aan de verwachtingen, geluidsoverlast, onvoldoende veiligheid voor de bewoner, het zoekraken van spullen en de bejegening. Alle signalen zijn naar tevredenheid afgesloten. Wij vinden het belangrijk om te voorkomen dat er klachten ontstaan.

Daarnaast heeft de cliëntvertrouwenspersoon op alle locaties informele gesprekken met bewoners. De gesprekken hebben vooral te maken met verdriet om het niet meer zelfstandig kunnen wonen en zo afhankelijk te zijn. Er was behoefte om daar in alle rust over te spreken.

1.5. Melding van (vermoedens) van cliëntmishandeling

In 2017 is er één melding van een vermoeden van cliëntmishandeling gemeld bij onze interne coördinator cliëntmishandeling. De casus is onderzocht en bleek te berusten op misverstanden tussen de betrokkenen. Het misverstand is besproken en naar tevredenheid van alle partijen opgelost.

1.6. Andere ontwikkelingen op het gebied van zorg

In 2017 heeft Kalorama zich aangesloten bij het Expertisenetwerk voor mensen met ernstig, niet aangeboren hersenletsel na coma. Hiervoor moesten wij aan een aantal criteria voldoen. Eén daarvan was het aanstellen van een boegbeeld: een gepassioneerde professional. Dit is gerealiseerd door het tijdelijk in dienst nemen van een externe deskundige voor 4 uur per week, die promotie onderzoek verricht. Tevens wordt één van onze specialisten ouderengeneeskunde (verder) opgeleid op het gebied van NAH en neurorevalidatie om kennis op dat gebied te verdiepen en te borgen.

In september is de notitie "*Stap-voor-stap intensieve neurorevalidatie Zorg én behandeling voor patiënten met langdurige bewustzijnsstoornissen*" aangeboden aan het Zorgkantoor met als doel: aanvraag tot extra financiering voor intensieve neurorevalidatie op Veste Brakkenstein, de Frasselt.

Ondanks aanpassingen en verduidelijking van Kalorama was de notitie voor het Zorgkantoor onvoldoende om deze financiering toe te kennen. Het overleg met het Zorgkantoor hierover loopt nog door in 2018.

In november 2017 hebben alle betrokken disciplines van afdeling de Frasselt een presentatie gehad. Deze presentatie is verzorgd door hr. Lavrijsen en Eilander, beiden (inter)nationaal zeer bekend met cliënten met NAH. Contacten met ketenpartner zoals Leijpark(Tilburg) en de zorggroep Crabbehof (Dordrecht) zijn in gang gezet. Ook het ontwikkelen van zorgprogramma's met het netwerk heeft voortgang in 2018.

1.7. Wat gaat goed en wat kan beter?

Wat goed gaat:

- Het in gebruik nemen van het cliëntenportaal, zodat bewoner zelf toegang heeft tot zijn ECD is goed verlopen.
- De toetsing van het ECD levert veel informatie op:
 - Dit betekent dat indicaties zichtbaar zijn, de medische gegevens ingevuld zijn, een actueel reanimatiebeleid aanwezig is en de aandachtspunten en richtlijnen goed zijn beschreven.
 - Veel vragenlijsten zoals een zorgplan/profielgesprek, bedhouding en transfer, hulpmiddelen en materialen, adviezen eten en drinken zijn goed ingevuld.
 - Het cliëntplan ziet er goed uit, het is actueel en passend bij de doelgroep.
 - Er zijn veel ondertekende cliëntplannen en zorg-, dienstverleningsovereenkomsten aanwezig.
- De resultaten van deze toetsing worden direct besproken met de EVV waardoor verbeteringen meteen worden opgepakt. Ook is afgesproken om in 2018 gerichte scholing over een deel onderwerp aan te bieden. Het methodisch werken (effectief doorlopen van de PDCA cirkel) verloopt goed.
- Het aanstellen van een onafhankelijke klachtenfunctionaris, de publiciteit die hieraan is gegeven (nieuwe folder, vermelden op website) en het lage aantal klachten.
- Stap voor stap worden de voorbereidingen voor intensieve neurorevalidatie opgepakt.

Wat beter kan:

- Het levensverhaal van een bewoner een meer centrale plek geven in het ECD.
- De werkwijze rondom het afvinken van lijstjes, ondertekenen van documenten opnieuw bespreken en eventueel herzien.
- Regelmatiger en meer op doelen en richtlijnen rapporteren in het ECD.
- Het vragen naar de ervaringen van bewoners over de zorg en dienstverlening dient structureel gekoppeld te worden aan het bespreken van het cliëntplan.

2. Wonen en welzijn

Kalorama vindt bij dit onderwerp belangrijk dat:

- De bewoner inspraak heeft met betrekking tot wonen en welzijn.
- De bewoner dagelijks kan deelnemen aan diverse activiteiten en aandacht is voor levens- en zingevingsvragen, al dan niet met een vrijwilliger.
- Er een woonomgeving wordt gecreëerd die past bij de wensen en behoeften van bewoners.
- De bewoner ervan uit mag gaan dat de woonomgeving schoon is.

Hieronder staat beschreven hoe wij dit hebben gerealiseerd.

2.1. Inspraak van bewoners

Gewoon wonen op de Terp

Woongroep de Terp is halverwege 2016 gestart met het project “Kleinschalig wonen”, kortom gewoon wonen op de Terp. De bedoeling van dit project was een prettige leefomgeving te creëren voor bewoners waar wonen én een zinvolle invulling van de dag leidend zijn. Daarbij was het belangrijk dat medewerkers de dag zo organiseerden dat deze aansloot bij het ritme van de bewoners. Begin 2017 is geconcludeerd dat het project een groot succes was en dat de belangrijkste doelen van het project zijn gerealiseerd:

- Het ritme van de bewoner is leidend.
- Zoveel mogelijk activiteiten worden óp de groep georganiseerd.
- Begeleiders doen gezamenlijk de taken op de woongroep.
- De uitvoering is budgettair neutraal.
- Bewoners en medewerkers hebben een grote mate van tevredenheid.

Het project is afgerond en de Terp is op de ingeslagen weg doorgegaan. Dit goede voorbeeld is voor andere afdelingen van Kalorama aanleiding geweest om informatie te vragen en te onderzoeken wat voor de eigen afdeling bruikbaar is.

Huiskameroverleg

Op de somatische afdelingen van Veste Brakkenstein en Kalorama wordt huiskameroverleg gehouden, uitgezonderd op de Frasselt en Kastanjedal. De Frasselt heeft familieavonden en vanwege het hoge verloop op revalidatieafdeling Kastanjedal is een huiskameroverleg niet geschikt.

De frequentie varieert tussen de vier á vijf keer per jaar. De Wolfsberg heeft in 2017 vijf keer een huiskameroverleg gehad, de Biesselt en Duffelt vier keer. Het overleg werd voorgezeten door de cliëntvertrouwenspersoon die ook het verslag heeft gemaakt. De locatiemanagers waren ook aanwezig bij het huiskameroverleg.

De onderwerpen van het huiskameroverleg waren heel divers zoals de activiteiten, het eten en drinken, onvrede van bewoners over de ‘wachtijd’ voor ze geholpen werden, de schoonmaak en bijzonderheden over medewerkers. Het aankaarten en bespreken van deze onderwerpen hebben geleid tot verbeteringen. Zo heeft de Wolfsberg een activiteitengroep die maandelijks activiteiten organiseert, er is contact gelegd met de keuken, de lange wachttijden hebben geleid tot het wijzigen van het pauzebeleid van een team en de opmerkingen over de schoonmaak hebben geleid tot een gesprek tussen de locatiemanager en het schoonmaakbedrijf.

Bij de PG afdelingen is een huiskameroverleg niet mogelijk vanwege de zorgvraag van de bewoners.

2.2. Zingeving en zinvolle dagbesteding

Zingeving

Op het gebied van zingeving vinden diverse activiteiten plaats. Het belangrijkste uitgangspunt is verbinding scheppen. Verbinding tussen mensen onderling en verbondenheid met wat mensen kracht geeft om het leven in moeilijke omstandigheden vol te houden en/of af te ronden. Er wordt veel aandacht besteed aan de relaties met mensen en onze geestelijke verzorgers voeren veel individuele gesprekken en organiseren groepsbijeenkomsten met thema's gerelateerd aan zingeving. Dit zijn zowel vieringen met een christelijk karakter (twee keer per maand op alle locaties) als gespreksgroepen (acht verschillende) rondom uiteenlopende thema's.

In de terminale palliatieve zorg wordt veel aandacht besteed aan het ondersteunen van degene die gaat sterven, en ook aan diens naasten en de medewerkers op de afdeling. Rituelen kunnen een wezenlijk onderdeel uitmaken in deze laatste fase. Het expertteam palliatieve zorg blijft bezig met het verbeteren van de palliatieve zorg, onder andere door het organiseren van scholingen en symposia.

Dagactiviteiten

Om het welbevinden van bewoners te bevorderen wordt een breed scala aan activiteiten georganiseerd. De activiteitenbegeleiders gaan in gesprek met bewoners of familieleden waarbij zij uitgaan van de mogelijkheden die er zijn, ondanks de beperkingen. Nadat de wensen in kaart zijn gebracht worden de doelen in het ECD beschreven. De activiteiten kunnen bestaan uit creatieve activiteiten, muziek activiteiten zoals het koor of de klassieke muziekgroep. Bewegen in de fietsgroep, deelname aan de badmintongroep in samenwerking met de fysiotherapie of het ophalen van herinneringen. Ook zintuigactivering is mogelijk zoals handmassages, aromazorg en klankschalensessies.

Op de website van Kalorama en in Kalorama Nieuws is een activiteitenkalender opgenomen.

Beleef je eigen leven

In 2016 is bij Kalorama gestart met de ontwikkeling van een digitaal platform. Dit platform maakt het mogelijk om foto's en films van bewoners digitaal op te slaan en te gebruiken bij dagelijkse activiteiten. Dit levert een herkenbare omgeving op, waardoor bewoners zich vertrouwd voelen. Daarnaast zijn gespreksonderwerpen over het leven van de bewoners dichtbij, waardoor we de bewoners beter leren kennen en gedrag soms beter kunnen begrijpen. Dit project is ingediend bij het programma Waardigheid en Trots (VWS) "Ruimte voor verpleeghuizen-Goede voorbeelden". Kalorama krijgt gedurende 2 jaar ondersteuning vanuit Waardigheid en Trots in de ontwikkeling van dit platform.

In 2017 hebben we het platform verder ontwikkeld waarbij er aandacht was voor het waarborgen van de privacy, de gebruiksvriendelijkheid, het feit dat de gebruiker leidend is en niet het product en het vergroten van de verschillende toepassingen. Ook zijn er twee nieuwe onderdelen toegevoegd. Samen met de fysiotherapie het onderdeel "Activeren" en het onderdeel "Mijn leven" samen met de activiteitenbegeleiders en zorgmedewerkers. De fysiotherapie heeft deze ontwikkeling gebruikt om de oefenruimte opnieuw in te richten en schilderen. In het deel "Mijn leven" staan het leven en de dierbare herinneringen van bewoners centraal. De foto's worden gedigitaliseerd en op het netwerk geplaatst, zodat de bewoners deze op hun eigen kamer kunnen zien. De familieparticipatie wordt vergroot omdat familie een belangrijke rol speelt in het verzamelen van dierbare herinneringen.

In 2018 wordt geprobeerd het aantal gebruikers van het platform te vergroten. Ook zullen de onderdelen "Herinneringen" en "Beleefplekken" verder worden ontwikkeld.

Leuk om te vertellen is dat het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in haar Programma Kwaliteit Verpleeghuiszorg de volgende tekst heeft opgenomen:

“Een ander goed voorbeeld is Kalorama. Daar heeft technologie het mogelijk gemaakt dat bewoners belangrijke momenten van vroeger opnieuw kunnen beleven, of tijdens verschillende activiteiten terug te gaan naar een omgeving die voor hen mooie herinneringen oproept. Met deze technologie wordt informatie uit het verleden van de bewoners samengebracht, zoals foto's en filmbeelden. Bewoners kunnen nu op een hometrainer bij de fysiotherapie op een scherm een voor hen bekende fietsroute afleggen. Medewerkers krijgen een inkijk in het leven dat een bewoner heeft gehad, waardoor contactmomenten persoonlijker kunnen worden”.

Vrijwilligers

De coördinator vrijwilligerswerk is continue bezig om wensen en behoeften van de bewoners en Kalorama en de vrijwilligers met elkaar af te stemmen. In 2017 waren er in totaal 420 vrijwilligers actief binnen heel Kalorama met uiteen lopende activiteiten zoals een spelletje met bewoners spelen, wandelen maar ook kunst exposities organiseren en het café runnen. Er wordt veel aandacht gegeven aan de scholing van en communicatie met onze vrijwilligers.

Het opstarten van een groep waakvrijwilligers die kunnen waken bij terminale bewoners en het ontwikkelen van waakmanden om het waken te verlichten zijn projecten die in 2017 samen met de geestelijke verzorgers van de grond zijn gekomen. Het expertteam Palliatieve zorg heeft de waakvrijwilligers twee dagdelen scholing “Zorg in de stervensfase” en er zijn regelmatig bijeenkomsten om ervaringen uit te wisselen. Er zijn zeven waakvrijwilligers actief en zij hebben gewaakt over 19 bewoners. De naasten en de verzorgenden zijn hier erg tevreden over. In 2018 gaat de aandacht uit naar een ICT tool om het beheer van het vrijwilligersbestand te verbeteren.

2.3. De bouwplannen

In februari heeft de Raad van Toezicht het vastgoedmasterplan goedgekeurd. Dit was een belangrijke stap om te komen tot volledige nieuwbouw voor verpleeghuis Kalorama en het Centrum voor doofblinden. Ook voor het Hōfke en Veste Brakkenstein heeft het vastgoedmasterplan gevolgen. Het vastgoedmasterplan beschrijft de visie en missie, de marktanalyse, de thema's van het vastgoedbeleid, de woonconcepten, de plannen, de tijdsplanning en de financiën.

De nieuwbouwplannen voor het verpleeghuis Kalorama zijn de aanleiding geweest om medio 2017 een woonwensen onderzoek uit te laten voeren door een extern bureau. De vragen zijn in samenspraak met zorgmedewerkers, de cliëntenraad, de locatiemanager en de projectleider van de technische dienst opgesteld. Onze huidige, maar ook potentiële cliënten zijn benaderd.

De resultaten uit het woonwensen onderzoek en een uitgewerkte visie worden gebruikt bij het opstellen van een plan van eisen voor de nieuwbouw. Dit krijgt in 2018 haar vervolg.

In 2017 is tweemaal een bouwnieuwsbulletin verschenen zodat de organisatie op de hoogte is van de bouw ontwikkelingen. In 2017 zijn ook de benodigde financiers gezocht en gevonden.

2.4. Een hygiënische en veilige woonomgeving

Kalorama hecht veel waarde aan het voorkomen, opsporen en bestrijden van infecties vanwege de kwetsbare gezondheid van onze bewoners, maar het is ook belangrijk voor medewerkers, vrijwilligers, mantelzorgers en bezoekers. Kalorama heeft een externe deskundige infectiepreventie aangesteld. Zij is beschikbaar voor consultatie en ondersteunt de commissie hygiëne en infectiepreventie (CIP) bij de uitvoering van haar beleid.

Voor het behouden en verbeteren van de woon- en werkomgeving maken we onder andere gebruik van hygiëne kwaliteitsmedewerkers (HKM-ers), aandachtsvelders hygiëne en infectiepreventie op iedere afdeling en risk-based audits.

Met betrekking tot de risk-based audits:

- Vergeleken met de jaarlijkse audits die vanaf 2015 door de HKM-ers worden gedaan, blijkt dat er deels verbeteringen hebben plaatsgevonden, maar op een aantal onderwerpen ook onvoldoende tot geen verbetering.
- In 2017 zijn alle afdelingen geauditeerd. Vanwege het stoppen van één HKM-er zijn de geplande audits op de dagbehandeling en 't Höfke komen te vervallen.
- De belangrijkste verbeterpunten, die voor meerdere afdelingen gelden, hebben te maken met de (reserve) kleding, persoonlijke en handhygiëne, wasverzorging, verzorging en inrichting van de opslagruimte en schoonmaak.

2.5. Wat gaat goed en wat kan beter?

Wat goed gaat:

- Het project “Gewoon wonen” heeft de kwaliteit van bestaan van de bewoners op de Terp verbeterd.
- Het huiskameroverleg is een goed middel om met elkaar in gesprek te gaan over verschillende onderwerpen.
- De samenwerking bestaat tussen de geestelijk verzorgers, medewerkers op de afdelingen en de andere disciplines gaat goed. Ze weten elkaar te vinden.
- Het digitale platform levert een positieve bijdrage aan een stimulerende en/of rustgevende omgeving van bewoners.
- De ontwikkelingen rondom het vastgoedmasterplan verlopen volgens de planning.
- De audits op het gebied van hygiëne en infectiepreventie worden samen door de HKM-er en de aandachtsvelder gedaan. Hierdoor is er een goede terugkoppeling, zodat verbeteringen sneller kunnen worden uitgevoerd.

Wat beter kan:

- Tool om de communicatie met vrijwilligers verder te verbeteren en tevens het beheer van het vrijwilligersbestand te professionaliseren.
- Het aantal HKM-ers is van drie verminderd tot twee personen. Gezien de taak van de HKM-er is dit niet toereikend. Uitbreiding en scholing van nieuwe HKM-ers is nodig.

3. Veiligheid

Belangrijk bij dit onderwerp vinden wij:

- Een goede basisveiligheid door een individuele risicoanalyse en waar nodig acties.
- Medicatie veiligheid.
- Het geven van vrijwillige zorg waar het kan, onvrijwillige zorg daar waar het nodig is in samenspraak met de bewoner.
- Het veilig kunnen melden van incidenten en indien van toepassing uitvoeren van een Prisma onderzoek en melden bij de IGJ.

We hebben dit gerealiseerd door:

3.1. Basisveiligheid

In hoofdstuk 1.3 is al aangegeven dat de risico's voor individuele bewoners in kaart worden gebracht en vervolgens doelen, acties of richtlijnen worden afgesproken en vastgelegd in het ECD.

In de loop van 2018 zullen de landelijk vastgestelde thema's over basisveiligheid worden beantwoord. Op dit moment is bekend dat deze betrekking hebben op decubituspreventie, medicatieveiligheid, advance care planning en gemotiveerd gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen.

3.2. Medicatie veiligheid

Twee keer per jaar vinden interne audits plaats op het medicatieproces.

Er worden algemene onderwerpen getoetst zoals de medicijnkar. Daarnaast worden verschillende thema's getoetst zoals het sleutelbeheer, bewaren en toedienen van medicatie, melden van fouten, omgang met opiaten en insuline, medicatie in eigen beheer van de bewoner en de dubbele controle van risicovolle medicatie.

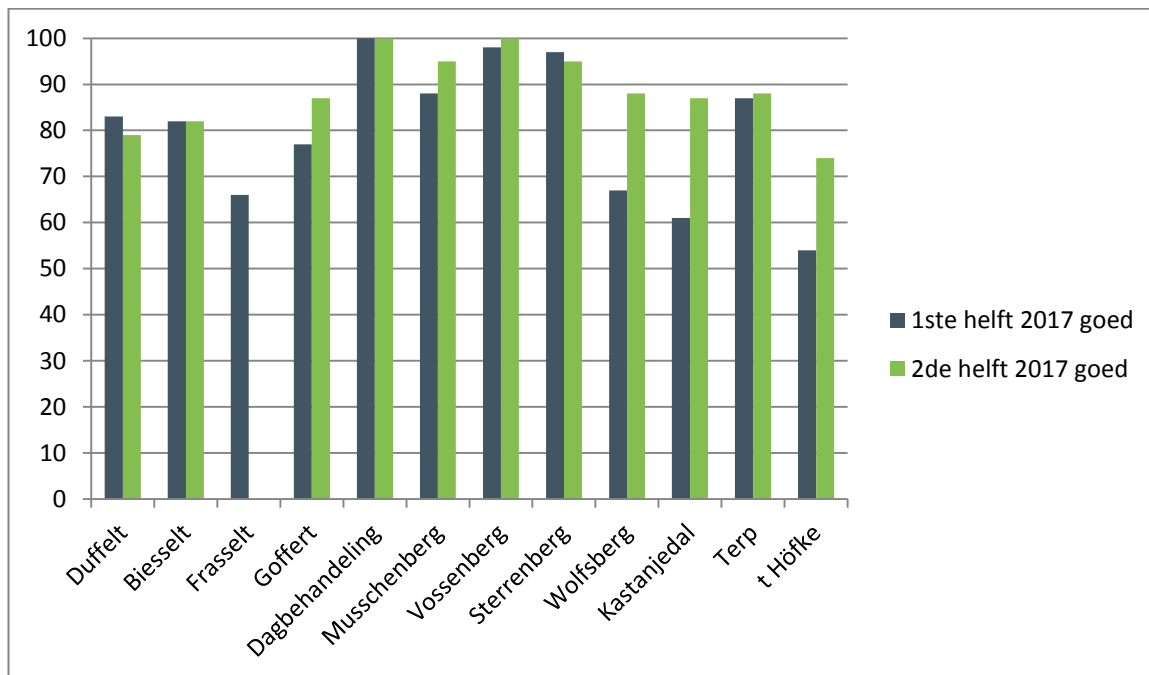
In totaal zijn tussen de 31 en 50 items getoetst, het exacte aantal verschilt per afdeling. Op de dagbehandeling worden (slechts) 6 onderwerpen getoetst.

Bij voorkeur gebeurt de audit samen met de auditor en de aandachtsvelder medicatie, zodat directe terugkoppeling plaats vindt. Ook wordt dan aandacht geschonken aan de veranderingen ten opzichte van de vorige audit.

Door omstandigheden heeft op de Frasselt dit jaar eenmaal een audit plaats gevonden.

Naast de interne audits vindt minimaal eenmaal per jaar een review plaats van het medicatiegebruik van alle bewoners door de specialist ouderengeneeskunde, apotheker en de teams.

In onderstaande tabel staan de resultaten weergegeven. Het percentage "goed" is gescoord. Goed gescoord betekent 75% van de afspraken worden correct uitgevoerd.



Tabel 1

3.3. Onvrijwillige zorg

Twee keer per jaar hebben alle PG afdelingen de inzet van vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen (inclusief psychofarmaca) geanalyseerd. De analyse is een goed middel gebleken om nog meer stil te staan bij de vraag of de vrijheidsbeperkende maatregelen noodzakelijk zijn, of het anders kan en wat hiervoor nodig is. Ook wordt stilgestaan bij de voorgaande analyse en het gebruik van psychofarmaca. Het blijkt dat 'praten over' en 'evalueren' een goed middel is om bewust om te gaan met vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen. Op afdeling de Terp blijkt de visie op wonen ("Gewoon wonen") een positief effect te hebben op de bewoners. Er is meer rust, waardoor ook minder vrijheidsbeperkende maatregelen zijn ingezet in vergelijking met het voorgaande jaar.

Daarnaast wordt minimaal vier keer per jaar het gebruik van psychofarmaca geëvalueerd en aangepast.

De commissie zorg en dwang heeft de nieuwe op handen zijnde wetgeving nauwlettend in de gaten gehouden en begin 2018 wordt een plan van aanpak gemaakt om deze nieuwe wetgeving te implementeren.

3.4. Het veilig melden van incidenten

Het registreren van incidenten is belangrijk voor het leren en verbeteren van de gemaakte fouten. De val-, medicatie- en agressie incidenten worden in het ECD gemeld en in ons digitale registratiesysteem Q-Base. In bijlage 2 staat een overzicht van de meldingen.

Om te kunnen leren van de incidenten heeft 95% van de afdelingen per kwartaal een analyse gemaakt. Indien nodig zijn verbeteracties uitgezet. Deze verbeteracties hebben resultaten opgeleverd zoals het nemen van gescheiden pauzes om toezicht op de bewoners te kunnen bewaren, meer alertheid bij het uitdelen van medicatie, het behandelen van gladheid van de vloeren in de gangen en het aanpassen van de tijden waarop medicatie wordt uitgedeeld.

Sinds augustus 2017 is het wettelijk verplicht om geweld tussen cliënten te melden. Wij hebben hierop acties uitgezet zoals het aanpassen van een procedure en ons registratiesysteem. De registratie van geweld en agressie is eveneens in bijlage 2 opgenomen.

De MIC commissie heeft gaandeweg het jaar besloten de procedure voor het maken van een afhandelingsplan nog meer te versimpelen. Ook hierop is het digitale registratieformulier aangepast.

3.4.1. Prisma onderzoek en melden IGJ

In 2017 heeft er geen ernstig incident plaats gevonden, zodat er geen melding naar de IGJ en Prisma onderzoek nodig zijn geweest.

3.5. Wat gaat goed en wat kan beter?

Wat goed gaat:

- Op cliënt niveau worden risico's goed in kaart gebracht en als dat nodig is gevolgd door acties.
- De medicatie veiligheid is op alle afdelingen opnieuw verbeterd ten opzichte van eerdere jaren.
- De afdeling, arts en psycholoog zijn betrokken bij het structureel analyseren van de inzet van vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen. Indien nodig worden verbeteringen uitgevoerd.
- Ieder kwartaal worden de meldingen van incidenten geanalyseerd door de kwaliteitsverpleegkundige of aandachtsvelder. Als dat nodig is worden verbeteringen uitgevoerd. De analyses worden besproken in het werkoverleg waardoor het leren en verbeteren diep verankerd is in het zorgproces.

Wat beter kan:

- Uit de interne audits blijkt dat medicatie in eigen beheer van bewoners één van de grootste problemen is. Het blijkt niet duidelijk te zijn hoe één en ander moet worden vastgelegd. De procedure zou eenvoudiger, werkzamer kunnen.
- Het dateren van insuline pennen, druppels, zalven en drankjes.
- Het weigeren van medicatie door bewoners wordt niet altijd vastgelegd in het ECD en gemeld aan de arts.
- Het toedienen van medicatie. Medewerkers vergeten soms medicatie toe te dienen.

4. Leren en werken aan kwaliteit

Leren van en werken aan kwaliteit is een dynamisch proces van continue samen leren en verbeteren. Wij vinden het volgende belangrijk:

- Het verzamelen van de ervaringen van onze bewoners.
- Het hebben van een goed kwaliteitssysteem en de toetsing.
- Deel uitmaken van een lerend netwerk.
- Evaluatie met onze ketenpartners.
- Het uitvoeren van een prospectieve risico inventarisatie.

Hieronder staat aangegeven hoe wij dit hebben gerealiseerd:

4.1. Het verzamelen van de ervaringen van onze bewoners

Kalorama vindt het belangrijk om inzicht te hebben in de ervaringen van cliënten. Dit gebeurt op verschillende manieren. Gewoon, door tijdens de dag of avond te vragen; hoe gaat het met u, hoe vindt u het? Maar ook door goed te observeren, te praten met familie en naasten en ervaringen te delen.

We hebben afgesproken om minimaal eenmaal per jaar de bewoners een vragenlijst voor te leggen om de verleende zorg en dienstverlening te evalueren.

Afhankelijk van de doelgroep wordt dit op een eigen wijze gedaan. De vragenlijsten die wij gebruiken zijn in samenspraak met zorgmedewerkers opgesteld en gebaseerd op onderwerpen die belangrijk zijn voor een bewoner of afdeling. In bijlage 3 zijn de uitkomsten van dit onderzoek opgenomen.

Een belangrijke vraag die de bewoners wordt gesteld is: In welke mate zou u de afdeling bij uw vrienden en familie aanbevelen.

Op deze vraag kan de bewoner scoren op een schaal van 0 tot 10. Een 0 wordt gegeven als de aanbeveling zeer onwaarschijnlijk is en een 10 als het zeer waarschijnlijk is als men de afdeling aanbeveelt. Het blijkt dat de gemiddelde score van de 150 personen die deze vraag hebben beantwoord 7,7 bedraagt.

In 2017 zijn er zeven waarderingen, waarvan vijf positief en twee kritisch, geplaatst op Zorgkaart Nederland. Alle reacties hadden betrekking op verpleeghuis Kalorama.

4.2. Het hebben van een goed kwaliteitssysteem en de toetsing

Onze kwaliteitssysteem is ingericht naar de vereisten van het HKZ certificaat. In mei 2017 hebben we voor de tweede keer het volledige HKZ certificaat behaald. De externe auditoren gaven Kalorama de volgende boodschap mee: "Wees trots op jezelf, op elkaar"!

Er zijn 22 aandachtspunten en 1 tekortkoming geformuleerd die in een plan van aanpak zijn verwerkt. Veel aandachtspunten zijn in 2017 opgepakt en uitgevoerd. De resterende aandachtspunten zullen in het begin van 2018 worden afgerond.

Daarnaast heeft in december de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd een bezoek gebracht aan verpleeghuis Kalorama in Beek. Hieronder de conclusie van het inspectiebezoek:

"Binnen Kalorama kunnen bewoners rekenen op persoonsgerichte zorg door betrokken medewerkers binnen een veilige omgeving. Het management van Kalorama monitort de werkprocessen met een aantoonbare PDCA-cyclus.

De organisatie beschikt over een groot lerend vermogen. De visie is de rode draad waarlangs Kalorama consequent werkt aan het op peil houden en verder verbeteren van de kwaliteit van zorg. De inspectie heeft er vertrouwen in dat Kalorama het methodisch werken zal verbeteren en de andere aandachtspunten zal oppakken”.

4.3. Deel uitmaken van een lerend netwerk en bezoeken van andere organisaties

Lerend netwerk

In 2017 heeft Kalorama een lerend netwerk gevormd met Gasthuis St. Jan de Deo uit Millingen en Aqua Viva (voorheen Berchmanianum) uit Nijmegen. Met Aqua Viva werd al langer intensief samengewerkt en het Gasthuis was ook geen onbekende organisatie.

Naast kennismaking en stil staan bij wederzijdse verwachtingen heeft een kleine afvaardiging van Kalorama en Aqua Viva in het najaar van 2017 een bezoek gebracht aan het Gasthuis waarbij het gebruik van de Kwaliteits Verbeter Cyclus centraal stond. Een instrument dat door de programmaraad van Waardigheid en Trots is ontwikkeld en in het Gasthuis wordt gebruikt. In 2018 wordt een convenant tussen de drie organisaties afgesloten en zal de samenwerking verder worden verdiept.

Bezoeken andere organisaties

De bestuurder en het MT hebben in 2017 een bezoek gebracht aan Zorgcentra de Betuwe. Tijdens dit bezoek stond onderlinge uitwisseling centraal. Gaandeweg het jaar hebben medewerkers van verschillende ondersteunende afdelingen (kwaliteit, financiën, administratie, control en coördinatie vrijwilligerswerk) eveneens een bezoek gebracht aan Zorgcentra de Betuwe. En op specifieke onderwerpen is vervolgens overleg geweest tussen collega's van beide instellingen. Wat ons bindt is dat wij werken vanuit Rijnlandse waarden (gelijkwaardigheid, vakmanschap, eigenaarschap) en de medewerkers die het dichtst bij de bewoner staan zoveel mogelijk zeggenschap geven. Zorg- en begeleidingsteams hebben eveneens de gelegenheid gekregen en genomen om een kijkje te nemen in de keuken van verschillende woningen van de Betuwe. Het brengen van een bezoek aan een andere zorgaanbieder en het uitwisselen van de gang van zaken werd als prettig en inspirerend ervaren.

4.4. Evaluatie met onze ketenpartners

Samenwerken met ketenpartners is belangrijk voor Kalorama. We hebben gezamenlijk als doel de prestaties in de keten te verbeteren. Dit komt de zorg aan onze bewoners ten goede.

Ook in 2017 hebben we stil gestaan bij de vraag wie onze ketenpartners zijn, welke afspraken wij met ze hebben gemaakt, welke doelen wij nastreven, hoe vorm en inhoud van onze samenwerking eruit zien.

Dit heeft geresulteerd in een document: 'Zo pakt Kalorama het aan. De samenwerkingsafspraken voor 2018 en de evaluatie over 2017'.

4.5. Prospectieve risico inventarisatie

De prospectieve risico-inventarisatie is binnen Kalorama een belangrijk onderdeel. Het toepassen van prospectieve risico-inventarisaties is er op gericht om mogelijke veiligheidsrisico's en andere risico's in kaart te brengen en om alvast maatregelen te nemen om de risico's voor de toekomst te managen, te beperken of waar mogelijk te voorkomen. We hebben hiervoor een meerjarenplanning vastgesteld. In 2017 stonden de volgende onderwerpen op de agenda: MIC, medicatie, werving en selectie en ICT. De eerste twee onderwerpen zijn

afgerond evenals de verbeteracties die daaruit zijn voortgekomen. Het onderwerp werving en selectie heeft meer tijd nodig en zal in 2018 worden afgerond.

Het onderwerp ICT is door een externe deskundige onder de loep genomen en dat heeft geleid tot een roadmap, waarin ook aandacht is voor het gebruik van domotica. Dit krijgt in 2018 zijn vervolg.

4.6. Wat gaat goed en wat kan beter?

Wat goed gaat:

- Het verzamelen van de ervaringen van onze bewoners is gekoppeld aan de cliënt plan bespreking.
- De aandachtspunten die zijn voortgekomen uit de externe audit en het inspectiebezoek worden integraal opgepakt.
- Leren van elkaar door andere organisaties te bezoeken en deel uit te maken van een lerend netwerk, al dan niet geformaliseerd
- Risico management. Veiligheidsrisico's worden goed in kaart gebracht en zijn geborgd evenals de meerjarenplanning voor het uitvoeren van analyses. Het risico bewustzijn is vergroot.

Wat beter kan:

- De ervaringen van onze bewoners gebruiken als input voor de (jaarlijkse) teamevaluatie.
- Het plaatsen van ervaringen op Zorgkaart Nederland kan worden gestimuleerd bijvoorbeeld door bij het MDO aan bewoners en hun contactpersoon te vragen hun ervaring kenbaar te maken op Zorgkaart Nederland.
- Het kwaliteitssysteem beter laten aansluiten op de visie en besturingsfilosofie van Kalorama.
- Het eigenaarschap over de evaluatie met de ketenpartners.

5. Leiderschap, governance en management

Wij vinden het volgende belangrijk:

- Professionele inbreng en aansturing passend bij de visie en op basis van het Rijnlandse gedachtengoed.
- Bestuurder en MT maken deel uit van het primaire proces.
- Werken volgens de Governance code (een prospectieve risico inventarisatie staat op de planning in 2020).
- De verdere professionalisering van de diverse commissies en de bevordering van de samenhang.

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe wij dit hebben gerealiseerd.

5.1. Zelforganisatie en het Rijnlandse gedachtengoed

De afgelopen jaren heeft Kalorama zich steeds verder ontwikkeld tot een organisatie waarvan de kernelementen zijn gebaseerd op het Rijnlandse gedachtengoed. Zelforganisatie en eigenaarschap bij de professionals neerleggen is onlosmakelijk verbonden met het uitgangspunt om de bewoner zo veel mogelijk de regie te geven over zijn leven. De zorgteams zijn zelforganiserend, maar niet volledig zelfsturend.

In 2017 hebben zich op Veste Brakkenstein vier teams gemeld die als koploper, wegbereider aan de gang zijn gegaan. De dagbehandeling, Duffelt, Frasselt en dagactiviteiten. Op Kalorama waren twee teams koploper, de dagactiviteiten en Musschenberg. Deze teams werken met ondersteuning van de coaches toe naar grotere zelfstandigheid, verantwoordelijkheid en bevoegdheid. Hierbij gaat het om een wezenlijke kanteling in de organisatie. Als het team daar aan toe is kan het om “de sleuteloverdracht” vragen aan de manager. Er worden dan afspraken gemaakt over welke uitgangspunten leidend zijn bij de verzorging en begeleiding van bewoners, hoe de werkprocessen worden georganiseerd, over welke onderwerpen de manager en het team elkaar informeren en hoe het team verantwoording aflegt. De dagbehandeling en dagactiviteiten van Veste Brakkenstein hebben in 2017 het eigenaarschap van hun eigen afdeling gekregen.

Ook zijn veel teams bezig geweest met het verkleinen van teams. In een kleiner team is het gemakkelijker gezamenlijke besluiten te nemen en het gevoel te hebben ‘samen’ voor een klus te staan. Het verkleinen van een team gaat hand in hand met het verkleinen van de bewonersgroep. De accommodatie van een gebouw kan hier een stimulerende of juist belemmerende rol in spelen. Eén van de voordelen voor bewoners is dat zij met minder wisselende medewerkers te maken hebben. Een belangrijke voorwaarde voor een persoonsgerichte benadering.

5.2. MT en bestuurder maken deel uit van het primaire proces

Onze bestuurder vindt het belangrijk om mee te lopen met zorgteams, behandelaren, activiteitenbegeleiders, maar ook met andere organisatie onderdelen van Kalorama zoals de verpleegkundige dienst.

Zij doet dit met grote regelmaat, laat zich graag uitnodigen en ze is steeds onder de indruk van de betrokkenheid bij onze bewoners en de professionele zorg.

Deze ervaringen zijn voor haar zeer waardevol omdat zo op een natuurlijke, spontane manier mensen worden uitgenodigd te laten zien en delen wat zij van belang vinden en de dilemma's waar zij mee worstelen. Ook het zien en horen van voorbeelden zoals administratieve last en samenwerking helpen haar om er iets mee te doen.

Daarnaast heeft er overleg plaatsgevonden tussen de BOPZ arts en de bestuurder waarin naast de BOPZ onderwerpen ook over de algemene gang van zaken op geneeskundig vlak is gesproken.

Ook heeft een aantal gesprekken plaats gevonden tussen de bestuurssecretaris en de BOPZ arts. Hierbij is onder andere aan de orde gekomen; de (wettelijke) vertegenwoordiging van de cliënt, vastleggen van de functiebeschrijving van de BOPZ arts en de BOPZ klachtencommissie.

De bestuurder heeft ook een dagdeel meegelopen met de BOPZ arts en is zo in aanraking gekomen met de dagelijkse praktijk en met het soort probleemgedrag waarmee het zorg team, de arts en de psycholoog in de dagelijkse praktijk worden geconfronteerd worden en hoe daarmee wordt omgegaan.

Daarnaast sluit de bestuurder twee keer per jaar aan bij het artsenoverleg, zodat er een laagdrempelig contact en overleg gewaarborgd is. Onderwerpen waren onder andere het Rijnlandse gedachtengoed en zelforganiserende teams.

5.3. Commissies

Al enige jaren zijn in Kalorama diverse commissies actief. In 2017 hebben we stil gestaan bij drie belangrijke vragen: doen we de goede dingen, doen we de dingen goed en zijn ze passend bij het Rijnlandse gedachtengoed?

Doen we de goede dingen?

- Voldoen we aan de wet- en regelgeving?
- Staan we stil bij de risico's op cliëntenzorg?
- Staan we stil bij de risico's voor medewerkers?

Doen we de dingen goed?

- Zijn we proactief bezig?
- Is er een onderscheid tussen beleid en uitvoering?
- Wordt er stil gestaan bij de samenhang van de diverse onderwerpen, risico's voor de cliëntenzorg?
- Voelen we ons betrokken bij het onderwerp?
- Hoe zit het met onze aanwezigheid bij de commissies?

Zijn ze passend bij het Rijnlandse gedachtengoed?

- Is er een verbinding met de praktijk?
- Zijn we procedure gericht of vraaggericht?
- Zijn de doelen en werkwijze van de diverse commissies nog haalbaar en/of passend?

Stilstaan bij deze vragen heeft bij een paar commissies zoals de commissie Zorg en dwang, MIC en commissie hygiëne en infectiepreventie geleid tot een kritische kijk op hun eigen doel, werkwijze en samenstelling. In 2018 zullen deze commissies zich verder gaan professionaliseren.

5.4. Wat gaat goed en wat kan beter?

Wat goed gaat:

- De ontwikkeling van zelforganisatie en het Rijnlandse gedachtengoed.
- De betrokkenheid van de bestuurder bij het primaire proces en andere organisatie onderdelen.
- De reflectie van commissies: hun taak, wat is de bedoeling en past dit nog.

Wat beter kan:

- Kaders geven aan teams die eigenaar zijn. Hoe en waarover wordt verantwoording gegeven.

6. Personeelssamenstelling (voldoende en vakbekwaam personeel)

De personeelssamenstelling vereist een proactief organiseren om tegemoet te komen aan de wensen en behoeften van onze bewoners. Hiervoor vinden wij het volgende belangrijk:

- Voldoende medewerkers, gebaseerd op de juiste balans tussen de aard van de te verlenen zorg en de noodzakelijke samenstelling.
- Vakbekwame medewerkers en ruimte voor leren en ontwikkelen.
- Ruimte voor het uiten van klachten.
- Tevreden medewerkers en een veilige werkplek.

Hieronder staat beschreven wat we in 2017 hebben gerealiseerd.

6.1. Voldoende medewerkers

De personeelssamenstelling binnen Kalorama is geen statisch gegeven. Het efficiënt omgaan en inzetten met de benodigde, beschikbare en bevoegde medewerkers vereist een proactief organiseren. Op deze manier kunnen wij tegemoet komen aan de wensen en behoeften van onze bewoners.

Voor voldoende medewerkers hebben we binnen Kalorama het volgende georganiseerd, gerealiseerd:

- Bij intensieve zorgmomenten zoals het opstaan, eten en naar bed gaan zijn er minimaal twee maar vaak meer zorgverleners beschikbaar.
- In de nacht is er altijd op iedere afdeling één zorgverlener.
- De dienstdoende zorgverlener kan altijd de hulp inroepen van een verpleegkundige achterwacht. Dit houdt in dat 24/7 iemand aanwezig is die bevoegd en bekwaam is voor het uitvoeren van alle risicovolle en voorbehouden handelingen. Dit wordt georganiseerd vanuit Kalorama, binnen 30 minuten is er op een andere locatie een BIG geregistreerde verpleegkundige ter plaatse. De Frasselt biedt deze ondersteuning en deskundigheid ook aan voor de andere afdelingen van Veste Brakkenstein.
- Op Veste Brakkenstein stemmen de kwaliteitsverpleegkundigen hun aanwezigheid af, zodat iedere werkdag van 8.00-17.00 uur iemand aanwezig is voor triage op alle afdelingen.
- In de huiskamers is gedurende de dag altijd een medewerker in de nabijheid om cliënten aandacht en begeleiding te geven en waar wenselijk toezicht te houden.
- De 24/7 oproepbaarheid van de specialisten ouderengeneeskundigen.
- De aanwezigheid van activiteitenbegeleiders, paramedici, een flexpool van zorgmedewerkers en vrijwilligers.
- De inzet van onze medewerkers is per afdeling verschillend en flexibel. Bepalend hierbij is de indicatie en zorgvraag van bewoners.
- Mede door veranderingen in het verzuimbeleid is het verzuimpercentage in 2017 gedaald naar 5,47 en daarmee presteert Kalorama beter dan het gemiddelde van de branche dat 6,67 is.
- Door krapte op de arbeidsmarkt aan verzorgenden en verpleegkundigen zijn in 2017 extra wervings- en opleidingsinspanningen ondernomen door Kalorama. Deze inspanningen zullen in 2018 verder worden uitgebouwd en geconcretiseerd.

6.2. Vakbekwame medewerkers en ruimte voor leren en ontwikkelen

In 2017 is in samenwerking met zorg- en ondersteunende teams een nieuw strategisch opleidingsplan opgesteld. Dit plan geeft richting aan het soort opleiding, de behoefte vanuit de verschillende afdelingen, de wijze waarop zelforganisatie kan worden gestimuleerd en de manier waarop wij onze medewerkers op het gebied van ontwikkeling willen faciliteren. Het strategisch opleidingsplan ligt momenteel ter instemming bij de Ondernemingsraad.

Voor vakbekwame medewerkers met ruimte voor leren en ontwikkelen hebben wij het volgende georganiseerd, gerealiseerd:

- Scholing aan zorgmedewerkers. Kalorama beschikt over een intern scholingsprogramma waarvoor medewerkers zich kunnen inschrijven. Hierbij is aandacht voor de verplichte onderwerpen zoals de voorbehouden en risicovolle handelingen, til- en transferinstructies, BHV en ECD. Maar ook voor onderwerpen zoals mondzorg, decubitus, eten en slikken en onderwerpen die voortkomen uit de RI&E. Medewerkers zijn verantwoordelijk voor hun eigen bevoegd- en bekwaamheden en kunnen dit digitaal borgen. Begin 2017 zijn we gaan werken met de Vilans protocollen.
- Aanwezigheid van een kwaliteitsverpleegkundige op iedere afdeling en aandachtsvelders voor onder andere medicatie, hygiëne en infectiepreventie, decubitus en mondzorg.
- Deelname aan commissies.
- Het houden van teamevaluaties. In 2017 hebben alle zorgteams een teamevaluatie gehouden. Met ondersteuning van een coach zijn team- dan wel individuele ontwikkelpunten geïnventariseerd en besproken. Vanuit deze evaluaties worden eventuele ontwikkelbehoeften omgezet in acties. In 2018 wordt het proces van teamevaluaties geëvalueerd.
- De werkgroep ethiek maakt dilemma's in de zorg bespreekbaar door medewerkers op te roepen om even stil te staan en tijd te maken voor een goed gesprek over keuzes in het werk.
- Het expertteam Palliatieve zorg heeft medewerkers van 14 afdelingen geschoold in "Signaleren in de palliatieve fase" en alle aandachtsvelders palliatieve zorg hebben de scholing "Signaleren en verkennen van spirituele behoeften tijdens de zorg" ontvangen. Daarnaast kan onze consulent Palliatieve zorg altijd worden geraadpleegd. In 2017 is zij bij 22consulten betrokken geweest.
- De ruimte voor teams om van elkaar te leren door bij elkaar een kijkje in de keuken te nemen. Ook de "koplopers" bijeenkomsten leveren hieraan een bijdrage.
- De ruimte voor de teams om bij andere organisaties te gaan kijken, zoals het bezoek aan de zorgorganisatie Betuwe. Dit is al aangegeven in hoofdstuk 4.3.
- Interne en externe audits die aangeven welke zaken goed gaan en verbeterpunten opleveren.
- Deelname aan het Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen (UKON).
- Deelname aan het lerend netwerk met het Gasthuis St. Jan de Deo en Aqua Viva.

6.3. Ruimte voor het uiten van klachten

Medewerkersvertrouwenspersoon

Kalorama heeft twee medewerkersvertrouwenspersonen (man + vrouw) waar medewerkers terecht kunnen voor problemen als pesten, (seksuele) intimidatie, teamstrubbelingen, privé situaties die invloed hebben op het werk en onheuse bejegening. Als onafhankelijke gesprekspartner denkt de medewerkersvertrouwenspersoon mee, adviseert en geeft zo nodig ondersteuning bij vervolgstappen. In 2017 hebben zes medewerkers contact opgenomen om onder andere te spreken over de bejegening van een cliënt, de bejegening van de leidinggevende en het omgaan met samenwerkingsproblemen met collega's. Een gesprek bleek voldoende en bij geen van allen is een langer traject noodzakelijk geweest.

Klachtencommissie medewerkers

De klachtencommissie van Kalorama heeft in 2017 geen klachten van medewerkers ontvangen.

6.4. Tevreden medewerkers en een veilige werkplek

In het kader van een veilige werkplek voor medewerkers is in 2015 Risico Inventarisatie en Evaluatie (RI&E) geweest en in 2016 een medewerkerstevredenheid onderzoek. Beide onderzoeken leverden verbeterpunten op die zijn vastgelegd in een plan van aanpak en geborgd in ons kwaliteitsmanagementsysteem. De voortgang van deze verbeterpunten worden regelmatig gemonitord. Tot nu toe loopt dit proces volgens planning.

Het voornemen is om in 2018 opnieuw een medewerkerstevredenheid onderzoek te houden.

Ook kunnen medewerkers incidenten digitaal melden zoals prikken, vallen, agressie en geweld, seksuele intimidatie, werkklimaat en gevaarlijke situaties. Deze meldingen gaan rechtstreeks naar de verzuimcoördinator en de locatiemanager van de betreffende afdeling. De locatiemanagers hebben de meldingen opgepakt met de melder.

In 2017 zijn voor de hele organisatie 192 meldingen geweest waarvan 128 door agressie en geweld (van bewoners naar medewerkers) en door 24 meldingen van beleving van werkdruk en stress. Opvallend hierbij is de hoge meldingen van agressie en geweld op de Goffert (36). Dit was aanleiding voor de locatiemanager, verzuim coördinator, kwaliteitsverpleegkundige en team van de Goffert om verbeteringen door te voeren. Zoals het uitbreiden van het team met woonzorgassistenten en vrijwilligers. Hierdoor wordt onrust van bewoners eerder gesignaleerd en kan deze beter, sneller worden omgebogen. Daarnaast is het team betrokken bij de komst van nieuwe bewoners.

In bijlage 4 staat een overzicht van de Meldingen Incidenten Medewerkers (MIM).

6.5. Wat gaat goed en wat kan beter?

Wat goed gaat:

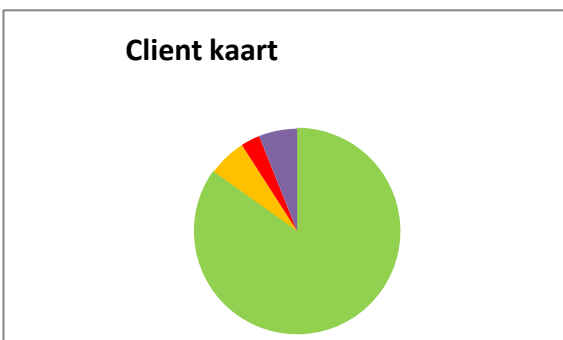
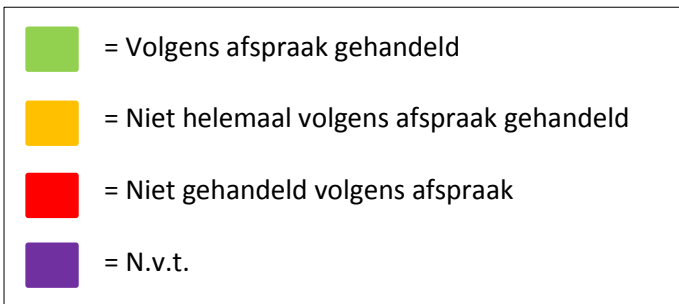
- De vakbekwaamheid van onze medewerkers is goed geborgd. Ook is er veel ruimte om te leren.
- Na een gesprek met de medewerkersvertrouwenspersoon komt er weer meer rust bij de persoon. Het is goed om het hart te kunnen luchten en dat er iemand luistert. Vaak is dit al voldoende en komen er geen vervolgstappen.
- Veiligheid van de werkplek is verbeterd.
- De invoering van zelforganisatie en het Rijnlandse gedachtengoed vergroten de eigen regie van medewerkers.

Wat beter kan:

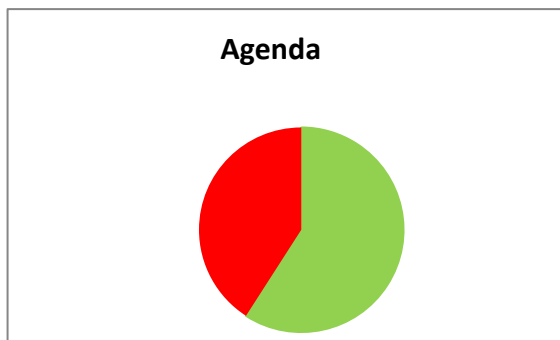
- Balans tussen de aard van de te verlenen zorg en de noodzakelijke samenstelling van de zorgteams. Extra wervings- en opleidingsacties uitvoeren in 2018 zoals in dienst nemen van zij-instromers.
- Bepalen hoe de resultaten van teamevaluatie worden geëvalueerd.
- Zes gesprekken met de medewerkersvertrouwenspersoon lijkt aan de lage kant. Mogelijk ervaren medewerkers een drempel. De bekendheid vergroten kan positief werken.
- Een passende MIM procedure.

Bijlage 1: Interne audit op ECD

Verklaring tabel:



Tabel 1



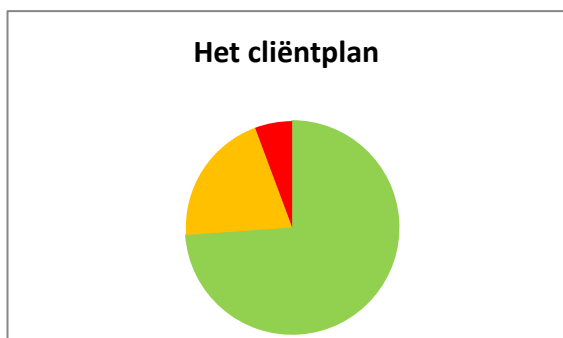
Tabel 2



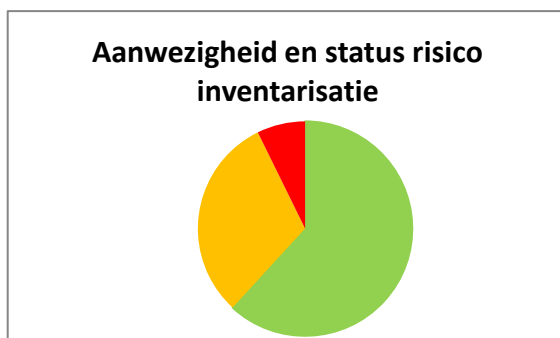
Tabel 3



Tabel 4

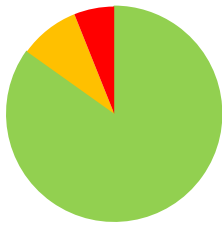


Tabel 5



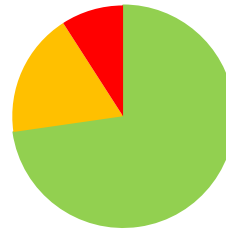
Tabel 6

Aanwezigheid en status ADL kaart



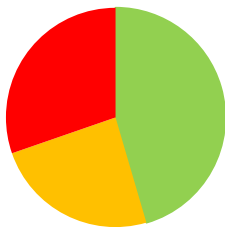
Tabel 7

Ondertekende documenten



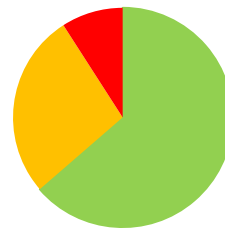
Tabel 8

Rapportage



Tabel 9

Evaluatie van de zorg en dienstverlening



Tabel 10

Bijlage 2: Overzicht van de incidenten van onze bewoners

1. Incidenten op afdelingsniveau

Locatie	Valincident	Medicatie-incident	Agressie en geweld	Overigen	Totaal
Duffelt	16	52	4	17	89
Biesselt	8	33	0	8	49
Frasselt	5	30	1	30	66
Goffert	8	25	23	11	67
Dagbehandeling	1	0	0	1	2
Kastanjedal	48	61	1	11	121
Musschenberg	45	52	11	19	127
Vossenberg	37	18	1	5	61
Sterrenberg	26	24	11	6	67
Wolfsberg	23	73	0	25	121
Zorgcentrum 't Hofke	84	43	3	10	140
De Terp	49	18	6	5	78
Hospice	17	14	0	10	41
Niet locatiegebonden	1	3	0	7	11
Totaal	368	446	61	165	1040

Tabel 1

2. Oorzaken van de medicatie incidenten

Aantal registraties	Oorzaak medicatie incident							Totaal
	Locatie/afdeling	Anders, zie toelichting	Fout van apotheek	Niet in willen nemen door cliënt	Toedienfout: vergeten door medewerker	Toedienfout: vergissing door medewerker	Vergeten door cliënt	
Duffelt	11	9	2	16	13	1	0	52
Biesselt	3	3	0	24	1	2	0	33
Frasselt	4	8	0	13	5	0	0	30
Goffert	12	0	1	11	1	0	0	25
Dagbehandeling	0	0	0	0	0	0	0	0
Kastanjedal	10	6	1	27	13	3	1	61
Musschenberg	10	10	1	20	8	2	1	52
Vossenberg	5	4	1	7	1	0	0	18
Sterrenberg	4	2	0	16	2	0	0	24
Wolfsberg	11	13	4	33	6	5	1	73
Zorgcentrum 't Hofke	1	2	0	31	5	4	0	43
De Terp	4	0	0	9	5	0	0	18
Hospice	4	1	0	2	6	0	1	14

Niet locatiegebonden	1	2	0	0	0	0	0	0	3
Totaal	80	60	10	209	66	17	4	446	

Tabel 2

3. Oorzaken van de val incidenten

Aantal registraties	Oorzaak valincident								
Locatie/afdeling	Anders, zie toelichting	Geen of verkeerd schoeisel	Gezondheids- en psychische problemen	Medecliënt	Niet of verkeerd gebruik van een hulpmiddel	Obstakel	Visuele beperking	Vloer	Totaal
Duffelt	8	2	6	0	0	0	0	0	16
Biesselt	2	0	4	0	2	0	0	0	8
Frasselt	3	0	2	0	0	0	0	0	5
Goffert	6	1	0	1	0	0	0	0	8
Dagbehandeling	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Kastanjedal	19	6	13	0	9	1	0	0	48
Musschenberg	13	2	24	0	3	2	0	1	45
Vossenberg	9	2	25	0	1	0	0	0	37
Sterrenberg	8	2	12	0	2	1	0	1	26
Wolfsberg	8	0	9	0	5	0	0	1	23
Zorgcentrum 't Hofke	36	13	19	0	6	1	3	6	84
De Terp	7	4	34	0	3	1	0	0	49
Hospice	5	2	4	0	4	0	0	2	17
Niet locatiegebonden	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Totaal	125	34	152	1	36	6	3	11	368

Tabel 3

4. Soorten agressie

Aantal registraties	Subcategorie				Totaal
Locatie/afdeling	Verbaal	Fysiek	Verbaal en fysiek	Overig	Totaal
Duffelt	1	1	0	2	4
Biesselt	0	0	0	0	0
Frasselt	0	1	0	0	1
Goffert	0	6	0	17	23
Dagbehandeling	0	0	0	0	0
Kastanjedal	0	0	0	1	1
Musschenberg	0	0	5	6	11
Vossenberg	0	0	0	1	1

Sterrenberg	0	0	0	11	11
Wolfsberg	0	0	0	0	0
Zorgcentrum 't Hofke	0	0	1	2	3
De Terp	0	0	2	4	6
Hospice	0	0	0	0	0
Niet locatiegebonden	0	0	0	0	0
Totaal	1	8	8	44	61

Tabel 4

Bijlage 3: Ervaringen van onze bewoners

1. De Net Promotor Score

In onderstaande tabel is de gemiddelde score en de Net Promotor Score (NPS) per afdeling te opgenomen. De NPS score heeft een range (absoluut getal) van -100 tot + 100.

Tussen de haakjes staat het aantal bewoners, dat de vraag heeft beantwoord:

In welke mate zou u de afdeling bij uw vrienden en familie aanbevelen?

Afdeling	Gemiddelde score	NPS = % promotors - % criticasters
Duffelt (14)	7,6	+7
Biesselt (4)	7	-25
Frasselt (17)	8,1	+18
Goffert (7)	7,4	0
Dagbehandeling (2)	8	0
Dagbesteding (4)	7	-25
Muschenberg (11)	7,4	-18
Vossenberg (7)	7,9	+17
Sterrenberg (9)	7,9	0
Wolfsberg (9)	6,9	-67
Terp (6)	8	+17
Höfke (5)	7,9	+40
Kastanjedal (47)	7,6	+47

Tabel 1

Wat valt op:

- De gemiddelde score van de 150 personen die deze vraag hebben beantwoord bedraagt 7,7.
- De laagste score van een afdeling bedraagt 6,9 en het hoogste cijfer is een 8,1.

2. De vragenlijsten

Voor de verpleeghuissector hebben we verschillende vragenlijsten;

1. Een vragenlijst voor de woonafdelingen in het verpleeg-, verzorgingshuis.
2. Een vragenlijst voor de geriatrische revalidatiezorg op Kastanjedal.
3. Een vragenlijst voor cliënten van de dagbehandeling en voor cliënten van de dagbesteding.

In alle vragenlijsten kan de cliënt de mate van tevredenheid weergeven door te kiezen uit:

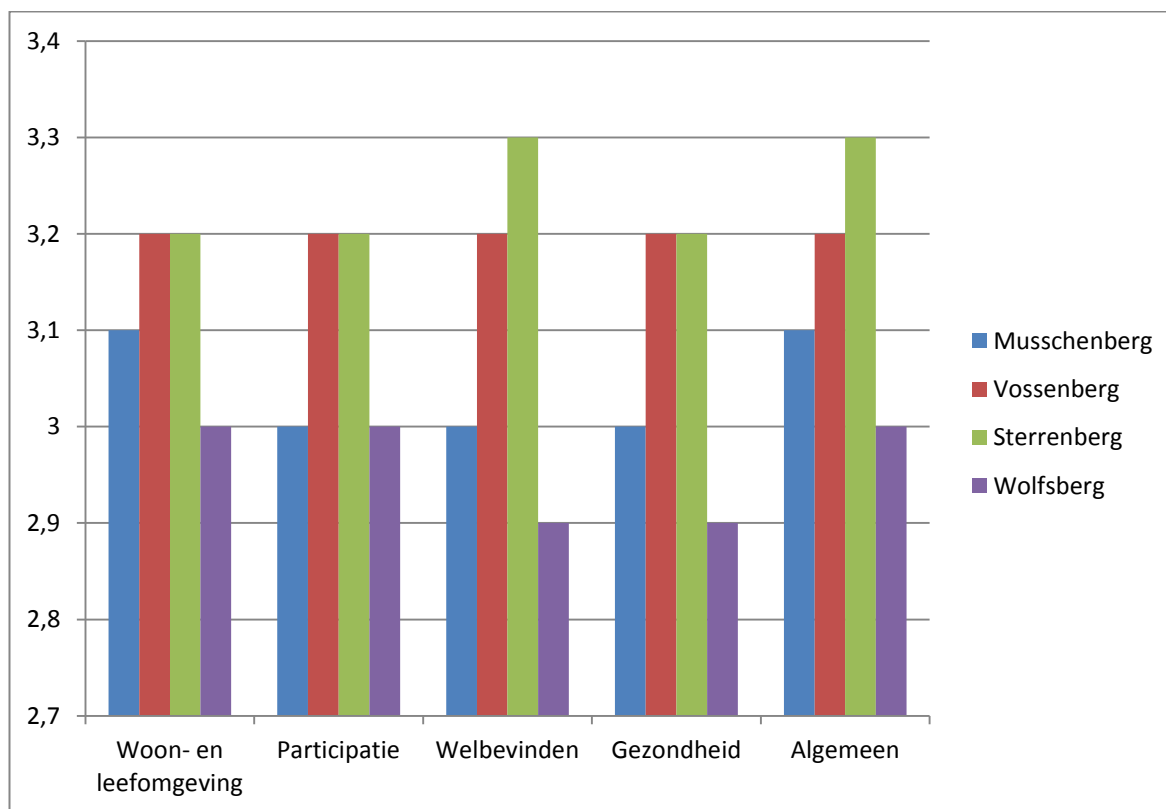
Cliënt is zeer tevreden:	4
Cliënt is tevreden:	3
Cliënt is ontevreden:	2
Cliënt is zeer ontevreden:	1

Hieronder zijn de resultaten van 2017 van het verpleeg- en verzorgingshuis, Kastanjedal, dagbehandeling en dagbesteding opgenomen.

Resultaten

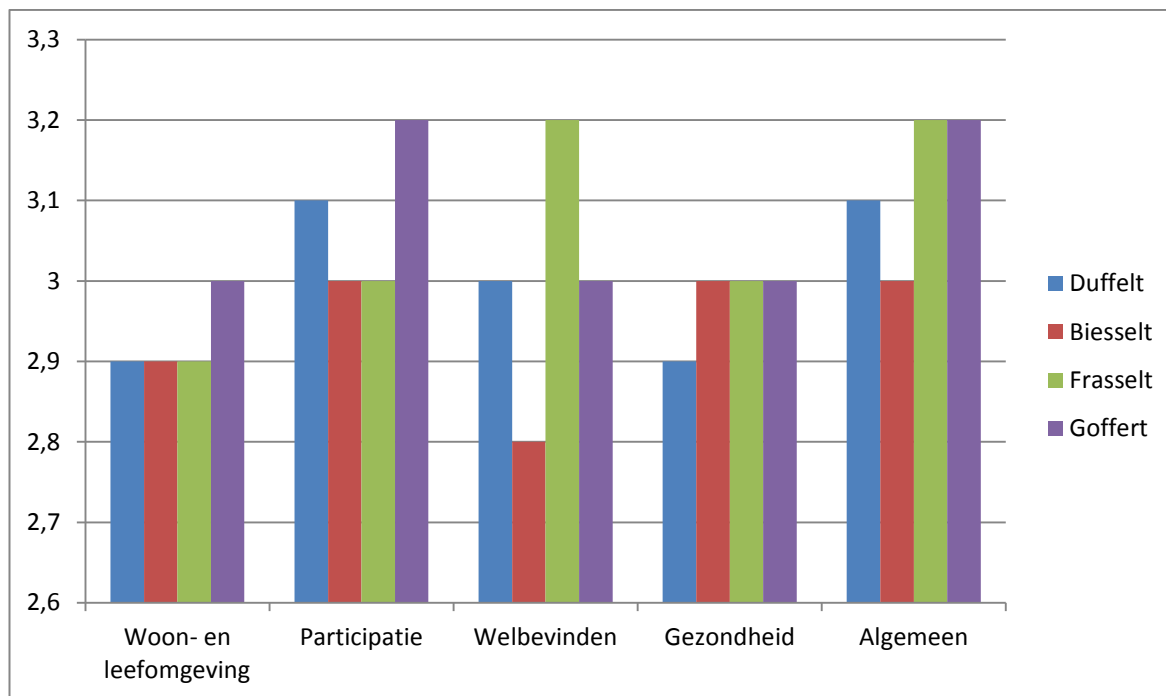
- In 2017 hebben 191 bewoners en/of contactpersonen van het verpleeg-, verzorgingshuis schriftelijk onze zorg en dienstverlening geëvalueerd.
- Bij de dagbehandeling is met 11 cliënten de vragenlijst ingevuld en voor de dagbesteding gaat het om 4 cliënten.
- Bij Kastanjedal is de zorg en dienstverlening door 57 cliënten geëvalueerd.
- Niet alle bewoners en/of contactpersonen hebben alle vragen beantwoord.
- Het is onbekend hoeveel bewoners de vragenlijst niet wilden of konden beantwoorden. Misschien goed om te vermelden dat niet is gevraagd om te registreren waarom niet is geëvalueerd. Dit vanwege het beperken van de registratielast.
- De evaluatie wordt vastgelegd en opgenomen in het ECD en leidt waar nodig en mogelijk tot verbeteringen voor een bewoner of afdeling. De aantoonbaarheid van deze verbeteringen is niet “gemeten”.
- In onderstaande grafieken zijn per locatie de resultaten opgenomen.
- De score gaat over gemiddelde uitkomsten. Het unieke antwoord van een bewoner dat kan variëren van zeer tevreden tot zeer ontevreden wordt hierdoor niet zichtbaar en valt als het ware weg tegen de gemiddelde uitkomst.

Kalorama



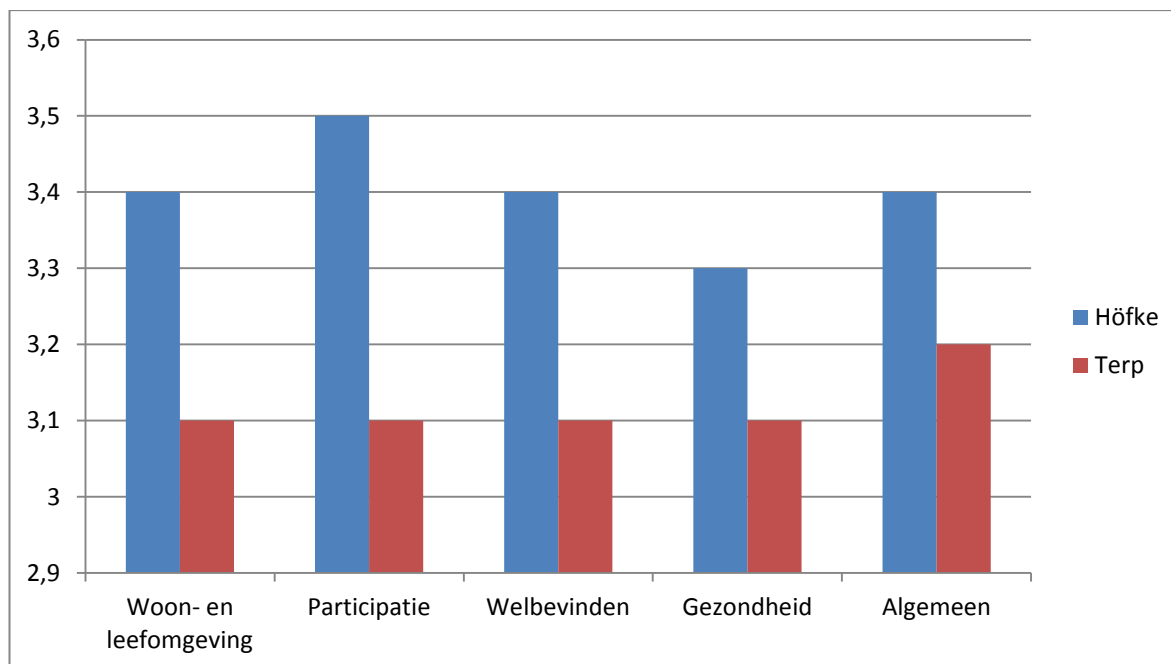
Tabel 2

Veste Brakkenstein



Tabel 3

't H6fke



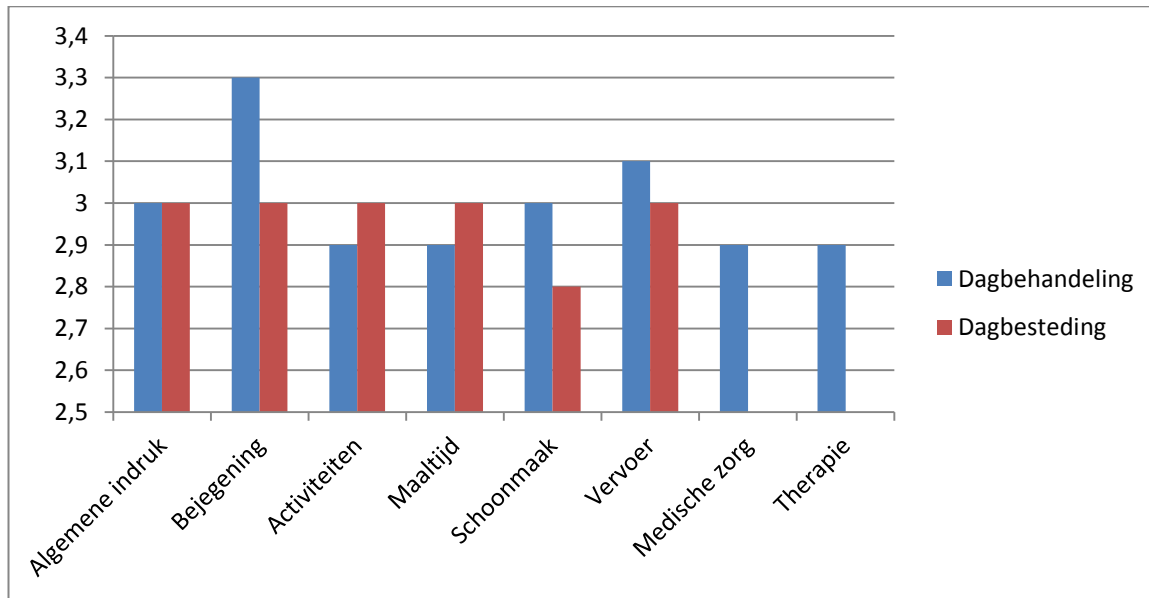
Tabel 4

Wat valt op:

- De bewoner is overwegend tevreden over onze zorg en dienstverlening.
- Bewoners van 't H6fke zijn het meest positief over alle levensdomeinen.
- Het laagst wordt het levensdomein welbevinden (2,8) gewaardeerd. Door bewoners van de Biesselt.
- Bewoners van de Goffert, Musschenberg, Vossenbergr Sterrenbergr en de Terp zijn op alle levensdomeinen (meer dan) tevreden. Het betreft alle psycho-geriatrische afdelingen van het verpleeghuis.

Dagbehandeling en dagbesteding op Veste Brakkenstein

Clënten van de dagbehandeling en dagbesteding zijn andere vragen gesteld, gericht op deze specifieke doelgroep. De vragen over medische zorg en therapie zijn alleen van toepassing bij dagbehandeling.



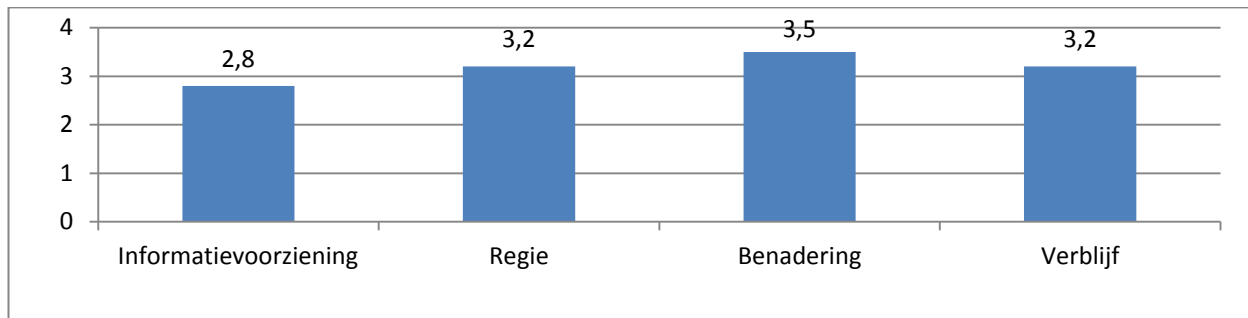
Tabel 5

Wat valt op:

De cliënten van de dagbesteding zijn het minst tevreden over de schoonmaak (2,8) en de cliënten van de dagbehandeling zijn het meest tevreden over de bejegening (3,3).

Kastanjedal

Clënten van de geriatrische revalidatiezorg zijn vragen gesteld over de informatievoorziening, regie over de behandeling, benadering en het verblijf.



Tabel 6

Wat valt op:

- De laagste waardering (2,7) wordt gegeven aan de vraag; Hebt u informatie over uw behandeling ontvangen van de zorgverleners en behandelaars? Dit is één van de twee vragen over informatievoorziening.
- Het hoogst wordt gewaardeerd dat de zorgverleners en behandelaars respectvol omgaan met de privacy van de cliënt (3,6). Dit is één van de drie vragen over benadering.

Bijlage 4: Overzicht van de incidenten van medewerkers

Aantal registraties	Categorie								
Locatie	Prikaccident	Ongeval/val	Agressie en geweld	Seksuele intimidatie	Beleving van werkdruk en stress	Werkklimaat / omgeving	Gevaarlijke situatie	Overig	Totaal
Duffelt	0	0	10	4	1	1	1	2	19
Biesselt	0	0	2	0	2	1	0	0	5
Frasselt	0	0	1	0	0	1	0	2	4
Goffert	0	0	36	0	0	0	0	1	37
Dagbehandeling	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kastanjedal	1	0	10	0	0	0	0	2	13
Musschenberg	0	0	8	0	7	2	0	0	17
Vossenberg	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Sterrenberg	0	0	10	7	1	0	0	0	18
Wolfsberg	0	1	1	0	1	0	0	1	4
Zorgcentrum 't Hofke	0	1	1	0	0	0	0	1	3
De Terp	0	0	17	0	0	0	0	0	17
CvDB 1A	0	0	11	0	0	0	0	0	11
CvDB 1B	0	0	5	0	0	0	0	0	5
CvDB 2A	0	0	6	3	1	0	0	0	10
CvDB 2B	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CvDB 2C	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CvDB 2D	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Boszicht	0	1	5	0	10	2	0	2	20
CvDB Oorsprong	0	0	2	0	0	0	0	1	3
Kulturhus	0	0	1	0	0	0	1	0	2
Hospice	0	0	1	0	0	1	0	0	2
Niet locatiegebonden	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totaal	1	3	128	14	24	8	2	12	192

Tabel 1