

**2016**

**Directiebeoordeling**

**KWALITEITSMANAGEMENTSYSTEEM**

**ALERIMUS**

## INHOUD

1. Kwaliteitsmanagementsysteem
2. Kwaliteitsbeleid en doelstellingen
3. Resultaten externe Audits
  - HKZ hercertificatie op 15, 16 en 17 maart 2016
  - HACCP hercertificatie 23 en 24 februari 2016
  - HACCP eerste opvolgaudit 5 en 6 september 2016
4. Interne Audits
  - 4.1 Trendanalyse
  - 4.2 Tekortkomingen
5. Tevredenheidsenquêtes cliënt kortdurende opname
  - 5.1 Trendanalyse
6. Tevredenheidsenquêtes evaluatie zorg bij overlijden cliënt intramuraal
  - 6.1 Trendanalyse
7. Tevredenheidsenquêtes evaluatie zorg bij gestopte en / of overleden cliënt WMO cliënt
  - 7.1 Trendanalyse
8. Tevredenheidsenquêtes evaluatie zorg bij gestopte en / of overleden Thuiszorg cliënt
  - 8.1 Trendanalyse
9. Externe audit Gastvrijheidszorg met sterren
10. De resultaten van cliëntparticipatie
11. Nieuwe faciliteiten voor intramurale cliënten
12. Nieuwe faciliteiten voor extramurale cliënten
13. Aangedragen kwaliteitsverbeteringsformulieren
  - 13.1 Trendanalyse
14. Mic/Fona-meldingen en klachten
  - 14.1 Enquête: Beleving doorgeven MIC-meldingen
  - 14.2 Trendanalyse
  - 14.3 Klachten ontvangen door directie
15. Leveranciersbeoordelingen
16. Analyse van het personeelsbeleid
17. Prospectieve risico-inventarisatie
18. Preventieve en corrigerende maatregelen
19. Interne- en externe veranderingen met invloed op het kwaliteitssysteem
20. Professioneel handelen
21. Ontwikkelingen op het terrein van wet- en regelgeving
22. Effectieve toepassingen in Q-Intra MyDMS
23. Behoeften aan middelen
24. Instrumenten evaluatie
25. Inspectie, meldingen en controles van derden
26. Aanbevelingen ter verbetering
27. Oordeel kwaliteitsmanagementsysteem

## 1. Kwaliteitsmanagementsysteem

Het Kwaliteitsmanagementsysteem is opgezet, ingevoerd, gedocumenteerd en onderhouden, in overeenstemming met de eisen in het certificatieschema HKZ 2010. Het kwaliteitshandboek is digitaal beschikbaar op alle computerwerkplekken door middel van snelkoppelingen naar een eigen intranet, genaamd Q-Intra MyDMS. Hiervan maken de Vilans kickprotocollen ook onderdeel uit. De kritische punten worden bewaakt aan de hand van interne auditering, kwaliteitsverbeteringformulieren, trendformulieren, indicatoren en analyses. De borging van het algemeen Kwaliteitsmanagementsysteem valt onder de stuurgroep kwaliteit.

## 2. Kwaliteitsbeleid en doelstellingen

Alerimus voert een kwaliteitsbeleid, dat gericht is op gerechtvaardigde en redelijke kwaliteitseisen die bewoners en overige afnemers van de zorg- en dienstverlening, aan de organisatie kunnen stellen. Tevens voldoet het voedingsbeleid van Alerimus aan het naleven van de H.A.C.C.P., versie 5.1, volgens de geldende criteria.

Dit beleid wordt ten uitvoer gebracht door het ingevoerde kwaliteitssysteem. Het systeem voldoet aan de relevante eisen van de geldende HKZ norm voor kwaliteitsborging.

Het kwaliteitsbeleid is daadwerkelijk vertaald naar alle sectoren/afdelingen van de organisatie en is formeel vastgelegd. Doelstellingen worden organisatiebreed vastgelegd in het Strategisch Beleidsplan Alerimus "Verbinden en open bloeien" 2015-2017 en sector breed gedragen. De vorderingen per doelstelling worden met regelmaat op de agenda van de MT vergaderingen en het groot werkoverleg geplaatst.

Alerimus hanteert de volgende beleidsplannen:

- Verzuimbeleid
- Tilbeleid
- Nota personeelsbeleid
- Formatiebeleid
- Nota Zorgbeleid
- Nota Welzijn
- Nota Traumabeleid
- Nota Beleid rond levenseinde zorgvragers
- Nota Kwaliteitsbeleid Alerimus
- Nota geschillen en conflicten
- Nota Arbobeleid
- Nota Reanimatiebeleid
- Beleid zelfredzaamheid Alerimus
- Nota Backoffice
- Nota Milieubeleid
- Legionella beleidsplan
- Overplaatsingsbeleid
- Beleidsnotitie seksuele intimidatie
- Beleidsplan voor opleiden en beroepspraktijkvorming
- Beleidsnotitie Wet BIG
- Beleidsnotitie Hepatitis B
- Beleidsnotitie vocht en voedselvoorziening
- Beleidsnotitie Alcohol & Drugs
- Houdingsaspecten
- Vrijwilligersbeleid
- Strategisch Beleidsplan Alerimus `Verbinden en open bloeien`
- Klokkenluidersregeling
- Kledingreglement medewerkers Alerimus
- Nota Ethisch Beleid

- Ondernemingsovereenkomst
- Nota Facilitair
- Startnotitie Samen eten, minder zorg
- Startnotitie Binnen is buiten, buiten is binnen

Tevens beschikt Alerimus ten behoeve van cliënten over een

- Huisreglement stichting Alerimus
- Privacyreglement
- Reglement Rechten cliënt
- Klachtenreglement Alerimus

De bedrijfsscope van stichting Alerimus, locatie de Buitensluis te Numansdorp en locatie Het Buiten van de Open Waard te Oud-Beijerland, t.a.v. het algemeen kwaliteitsbeleid beoogt:

- a. Het leveren van woonvoorzieningen, zorgverlening en dienstverlening ten behoeve van senioren.
- b. Het leveren van woonvoorziening en verpleeghuiszorgverlening ten behoeve van somatische en psychogeriatrische cliënten.
- c. Het leveren van extramurale verzorgingshuiszorg aan extern wonende cliënten.
- d. Het leveren van extramurale huishoudelijke ondersteuning aan extern wonende cliënten.
- e. Het bereiden van maaltijden voor intern wonende cliënten, gasten van het seniorenrestaurant en extern wonende cliënten volgens het H.A.C.C.P. beleid van Alerimus.

Binnen de visie van Alerimus wordt veel ruimte gegeven aan de individuele leefstijl van cliënten. Behoud van regie over het eigen leven en eigenwaarde is belangrijk voor de kwaliteit van leven tot het levenseinde. Op verzoek van cliënten en hun mantelzorgers kijken medewerkers van Alerimus welke bijdrage geleverd kan worden om, ondanks de afnemende lichamelijke en geestelijke vermogens van cliënten, behoud van kwaliteit van leven te realiseren. Wij stemmen onze zorg en dienstverlening af op de mens die wij voor ons zien. Dit kan van dag tot dag verschillen en geldt voor al onze cliënten zowel woonachtig in onze zorglocaties als voor de vele cliënten in de thuissituatie.

De procedures, werkinstructies en formulieren geven een duidelijke weergave van de zorgvisie en de regels die binnen alle disciplines worden gehanteerd. Het naleven hiervan wordt door alle medewerkers van de organisatie in achtgenomen. De zorg voor-, het welzijn van-, het bieden van warmte en verbinding aan de cliënten en de externe cliënten staat te allen tijde voorop. De gehanteerde documenten zijn aan de hand van de geldende HKZ-normen opgesteld.

### **3. Resultaten externe Audits**

#### **Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ)**

Op 15, 16 en 17 maart 2016 is een HKZ hercertificatie uitgevoerd door mevrouw M. Post en mevrouw L. Hoekstra namens Kiwa. Hieronder volgt een resumé.

*Algemene indruk :*

In het kader van de hercertificering is een past performance review uitgevoerd. Hierbij is door de lead auditor en het auditteam gekeken naar de prestatie van het kwaliteitsmanagementsysteem over de afgelopen periode. Op basis van deze review heeft de lead auditor het volgende geconcludeerd: naar aanleiding van voorgaande audits zijn vervolgacties

en verbeteracties uitgezet. Na analyse zijn diverse procedures en documenten aangepast en wijzigingen geïmplementeerd. Hiermee bewijst Alerimus dat het kwaliteitsmanagementsysteem een solide systeem is en werkt voor de organisatie. Onderwerpen met betrekking tot de auditdoelstellingen, opgemerkt tijdens de initiële audit zijn geverifieerd en opgenomen in de rapportage. Er zijn in de organisatie geen wijzigingen die invloed hebben op de auditdoelstelling, auditprogramma, audittijdbesteding of toepassingsgebied. Dit is in het openingsgesprek geverifieerd.

#### *Aandachtspunten:*

##### Rubriek 1 Plan:

- In Het buiten van de Open Waard wordt een start gemaakt met decentraal koken op de huiskamers. De koks zullen dit o.a. begeleiden. Er is vooraf geen PRI gemaakt. Er is voor gekozen om dit verder in het proces te doen. In zijn algemeenheid is de keuze voor de PRI's op relevantie nog niet sterk onderbouwd.
- Fona meldingen geeft binnen het systeem ook de mogelijkheid om "niet plus" gevoel te melden. Deze optie kan niet gebruikt worden/werkt niet. Er is daardoor ook nog geen melding geregistreerd en een mogelijke dialoog nog onvoldoende op gang gekomen.

##### Rubriek 2 Do:

- In het verzorgingshuis is een scheiding gemaakt tussen de anamnese conform de domeinen die keurig ondertekend waren en de doelen uit het zorgplan in het ECD, die niet ondertekend waren. Deze oplossing was bedacht om de cliënt te ontlasten. Deze moet steeds ondertekenen als de doelen veranderen. Het informed consent is op deze wijze niet geheel correct uitgevoerd. De organisatie is momenteel bezig met het vormgeven van het nieuwe ECD en dit soort aspecten zullen daarbij meegenomen worden.
- In de zorgleveringsovereenkomst is nog niet opgenomen hoe er wordt omgegaan met het verstrekken van informatie aan derden zoals bij de vroeg signalering bij huiselijk geweld & ouderenmishandeling.
- Cliënten komen op de dagverzorging om eenzaamheid tegen te gaan, (gebruik van een mogelijk instrument ecogram is besproken) de thuissituatie te ontlasten of structuur te houden in hun dagritme. Deze doelen komen niet terug in het zorgleefplan. De toegevoegde waarde van de dagverzorging wordt zo ook niet duidelijk.
- Medewerkers van de dagverzorging kunnen niet vanuit hun eigen ruimte bij het ECD, maar moeten naar een flex plek. Rapportage vindt plaats op naam van de medewerker en niet op functie.
- De registratie van de opiaten in het verpleeghuis vindt via een drie dubbele registratie plaats, de auditor heeft vast kunnen stellen dat dit foutgevoeligheid in de hand werkt.

Tekortkoming normeisen 2.5/ 2.6.2: De organisatie inventariseert voor iedere individuele cliënt de risico's voor de uitvoering van de zorg- en/of dienstverlening en stelt deze vast. Binnen Alerimus worden nog onvoldoende overeengekomen smart doelstellingen geformuleerd (gewenste resultaat). De frequentie van evaluatie bij de thuiszorg voldoet niet aan het Normenkader Verantwoorde Zorg VV&T. Bevinding bij hercertificatie: De frequentie van de evaluatie van zorgplannen wordt aantoonbaar uitgevoerd volgens de normeisen. Risico signalering en smart doelstellingen zijn eveneens waargenomen tijdens de audit.

Het auditteam heeft voldoende corrigerende maatregelen aangetroffen om de tekortkoming op te heffen.

#### Rubriek 3 Check en Act:

- Genereer rapportage uit het ECD waarop vanuit cliëntperspectief gestuurd kan worden en vanuit vastgestelde KPI's geanalyseerd kan worden.

#### Rubriek 4 Beleid:

- Indicatoren met betrekking tot de nieuwe koers zijn vastgesteld en worden uitgewerkt in projectplannen en werkplannen. Overwogen kan worden om indicatoren meer te formuleren vanuit cliëntenperspectief, zodat voor medewerkers ook duidelijk wordt wat de nieuwe werkwijze oplevert voor cliënten/bewoners.
- Kwaliteitssysteem omzetten naar de nieuwe strategische koers en behouden wat de toegevoegde waarde is en de kracht van het huidige systeem.
- Directiebeoordeling op strategie niveau opstellen vanuit de strategische koers en zijn KPI's.

#### Rubriek 5 Personeel:

- Nieuwe strategische koers beschrijven / bijstellen in het huidige personeelsbeleid.
- Effecten te meten van scholing en opleiding.
- Functioneringsgesprekken is geen norm voor gedefinieerd. Er is besproken wat de outcome is van deze gesprekken (wat levert het de organisatie op). Er is een nieuw formulier ingevoerd waarin vanuit competenties wordt geëvalueerd.
- Neem in de leveranciersbeoordeling ook de ZZP en ingehuurde diensten mee (SOG).

Tekortkoming normeis 5.4.1. Conform de Arbowetgeving werkt de organisatie systematisch aan de verbetering van een gezonde en veilige werkomgeving voor medewerkers. Tijdens het auditbezoek is geconstateerd dat er geen arbocheck wordt toegepast in het zorgproces thuiszorg.

Bevinding bij hercertificatie: In alle cliëntdossiers is een arbochecklist toegevoegd. Medewerkers gaven aan het een waardevol instrument te vinden. Geef ook de cliënt helderheid in de gestelde arbo vereisten binnen het werk.

#### Rubriek 6 Ontwikkeling:

- Geen

#### Rubriek 7 Facilitaire zaken (Middelen):

- Overwogen kan worden om de gewenste temperatuur van het water in het format op te nemen, borging. De gewenste spoeltijd is al wel opgenomen in het format.
- Aandachtspunten vanuit de ontruimingsoefening worden getoetst bij de volgende oefening. Of deze punten nu verbeterd zijn, is niet uit de rapportage op te maken.

#### *Tekortkoming*

*Tekortkoming normeis 7.1.1.a. en f. :* In 1 ruimte worden steriele materialen, onsteriele materialen, incontinentiemateriaal, spelletjes voor de activiteiten, verpleeghulpmiddelen en een volle afvalcontainer opgeslagen.

De organisatie heeft geen beleid gemaakt op de correcte opslag van diverse zaken. De opslag voldoet niet aan de hygiënerichtlijnen.

Rubriek 8 Inkoop en uitbesteding (middelen):

- ZZZ'ers en (para) medici worden nog niet op persoonlijke titel geëvalueerd / beoordeeld, maar via het bemiddelingsbureau of de organisatie van waaruit medewerkers gedetacheerd zijn.

Rubriek 9 Documentatie en kwaliteitsregistraties:

- Het kwaliteitsmanagementsysteem (KMS) is nog vooral voorschrijvend van aard met werkinstructies en procedures met acties (documenten bibliotheek). Er is nog niet in grote lijnen nagedacht over een KMS, dat het beste past bij de nieuwe ambitie.
- Nog nagedacht kan worden over welke documenten tot het KMS behoren of gaan behoren. Documentatie van de cliëntenadministratie, die aan veel wijzigingen onderhevig zijn, zijn zeer arbeidsintensief als ze aan het formele systeem toegevoegd worden. Hier zou aangepast beleid voor gemaakt worden. Dit beleid maakt dan wel weer onderdeel uit van het KMS.

*Tekortkoming (T):*

Oplossen tekortkoming normeis 7.1.1.a. en f. met betrekking tot de opslag van diverse zaken en daarmee voldoen aan de norm en WIP Hygiëne richtlijn, dit om het risico van infecties en / of besmettingen te verminderen door verbeterde hygiënische omstandigheden.

Oorzaak van de tekortkoming:

Op de Verpleegafdeling, locatie de Buitensluis is één magazijn. In dit magazijn worden vele artikelen bewaard welke nodig zijn voor de zorg- en dienstverlening op de Verpleegafdeling zijnde incontinentiematerialen, spelletjes voor activiteiten, schoon wasgoed, verpleeghulpmiddelen e.d. Tevens wordt in deze ruimte voorraad gehouden van meerdere steriele materialen en bevindt zich hier ook een afvalcontainer. De oorzaak van de tekortkoming ligt in het feit dat a) er beperkte ruimte beschikbaar is voor het opslaan van goederen en b) er bij het inrichten van de opslagruimte onvoldoende rekening is gehouden is met de hygiëne richtlijnen t.a.v. opslag steriele materialen en afval.

Oplossing van de tekortkoming:

De oplossing is om de voorraad aan steriele materialen te verhuizen naar een bergkast naast de toegangstrap op dezelfde afdeling. Deze ruimte wordt momenteel gebruikt door de fysiotherapeute voor de opslag van oefenmaterialen en diverse rolstoelen. Deze spullen zullen verhuisd worden naar het centrale magazijn.

In de bergkast zal een grote, afsluitbare kantoorkast komen van gladde materialen, welke goed schoon te houden is, De steriele materialen zullen in deze kantoorkast geplaatst worden. De bergkast / werkruimte is een 'schone en droge' ruimte welke geschikt is voor de opslag van goederen.

De afvalcontainer zal worden verwijderd uit het magazijn en in de ruime entreehal worden geplaatst (overwogen wordt of hiervoor een kleinere afsluitbare container aangeschaft zal worden). Door de frequentie van vuilnis wegbrengen te verhogen van één naar twee keer per dag; na het verlenen van de ochtend-zorg én in de avond, na het sluiten van de huiskamers, is er over langere tijden genomen minder afval op (de ruimte naast) de afdeling.

Zowel de afvalcontainer als de steriele materialen staan op deze wijze niet in de nabijheid van elkaar of andere opgeslagen materialen, zijn op juiste wijze opgeslagen en voldoen hiermee aan de hygiëne richtlijnen.

Genomen corrigerende maatregelen door middel van documenten:

De juiste wijze van opslag voorraad steriele materialen is omschreven en toegevoegd aan het kwaliteitshandboek Q-Intra MyDMS. Betreft Verpleegafdeling.

Document 1- WI D03 VPafd Opslag en beheer van voorraad steriele materialen verpleegafdeling.

Document 2 – F D03 VPafd Maandelijkse controle voorraad steriele materialen verpleegafdeling.

NB. een lijst (document) m.b.t. voorraadgrootte is al aanwezig.

Er is een instructie voor het wegbrengen van het afval van de afdeling opgesteld. Betreft Verpleegafdeling. Document 3 – WI D04 VPafd Instructie huishoudelijk afval wegruimen verpleegafdeling.

Er is een Format Afhandeling van de Tekortkoming ingevuld en toegestuurd aan de auditor en als voldoende corrigerende maatregel geaccepteerd.

## **Hazard Analysis Critical Control Point (HACCP)**

De eerste externe HACCP audit in 2016 was een hercertificeringsaudit welke over twee dagen gespreid was te weten 23 en 24 februari 2016. Er is geauditeerd door de heren A. van der Salm en M. Vonk.

Tijdens deze hercertificeringsaudit HACCP zijn drie tekortkomingen geconstateerd die allen vielen in de categorie Minor.

### Tekortkoming op norm §5.5

*Minor* :

In de kans x ernst analyse ontbreekt een verklaring t.a.v. de gebruikte codering

*Oplossing* :

De tabel is aangepast met zowel op de x- als y-as tekstverklaringen en er is uitleg opgenomen in de tabel over de gebruikte kleuren zodat het voor een ieder duidelijk is wat de vervolgstap moet zijn.

### Tekortkoming op norm §5.8

*Minor* :

In het handboek is niet vastgelegd hoe kruisbesmetting met allergenen in de praktijk wordt voorkomen. Dit zit wel in de manier van werken maar is niet aantoonbaar.

*Oplossing* :

De gehanteerde manier van werken is uitgeschreven in een werkinstructie te weten "HACCP 3 32 00 Voorkomen van kruisbesmetting ten behoeve van allergeenvrije maaltijden" en geïmplementeerd.

### Tekortkoming op norm §5.12

*Minor* :

In het handboek zijn diverse wijzigingen zoals titels en functies binnen de organisatie niet doorgevoerd in het handboek.

*Oplossing* :

In het handboek is opgenomen "HACCP 0 01 00 Functiewijzigingen". Medewerkenden worden op de verschillen gewezen in naamgeving van functies.



De tweede externe HACCP audit was een opvolgaudit en is uitgevoerd door de heer A. van der Salm op 5 en 6 september 2016.

Tijdens deze eerste externe HACCP opvolgaudit is één tekortkoming geconstateerd.

#### Tekortkoming op norm §5.8

*Minor* :

De ongediertebestrijding is uitbesteed aan Rentokil. Bij controle van de digitale bezoekrapportage bleek o.a. dat het Buiten van de Open Waard al 3 maanden niet bezocht was en er geen actuele plattegrond van de Open Waard was.

*Oplossing* :

Er is een schrijven uitgegaan naar Rentokil waarin wij onze constatering en negatieve ervaringen kenbaar hebben gemaakt. Naar aanleiding hiervan heeft een gesprek plaats gevonden met de rayon manager en zijn de verbeterpunten besproken. Kort hierna hebben de servicemedewerker en de rayon manager de verbeteringen doorgevoerd.

Tijdens deze audits heeft de auditor o.a. het basisvoorwaardenprogramma en gevaren- en risicobeoordeling beoordeeld en in orde bevonden. Hij kon vaststellen dat de organisatie in overeenstemming werkt met het beleid en doelen en dat het de processen beheerst. Tevens kon hij vaststellen dat er in overeenstemming wordt gewerkt met het voedselveiligheids-beheerssysteem conform de eisen van de HACCP norm.

## 4. Resultaten Interne Audits 2016

In 2016 zijn er 46 interne audits in de jaarplannen van de Open Waard en de Buitensluis opgenomen. In de Open Waard gaat het om 18 audits en in de Buitensluis om 28 audits.

Het auditjaarplan is voor de Open Waard niet volledig uitgevoerd, er zijn 3 audits niet uitgevoerd. Van het auditjaarplan van de Buitensluis zijn 13 interne audits niet uitgevoerd.

2016: Er zijn 3 NA's geconstateerd in 32 audits  
2015: Er zijn 5 NA's geconstateerd in 45 audits  
2014: Er zijn 5 NA's geconstateerd in 42 audits  
2013: Er zijn 7 NA's geconstateerd in 43 audits  
2012: Er zijn 7 NA's geconstateerd in 41 audits  
2011: Er zijn 11 NA's geconstateerd in 39 audits  
2010: Er zijn 30 NA's geconstateerd in 39 audits  
2009: Er zijn 29 NA's geconstateerd in 59 audits

De onderverdeling in NA's (*Niet aantoonbaar*) per sector in 2016 :

	Aantal audits	NA's
Bestuur en MT	2	0
Frontoffice	20	2
Backoffice	8	1
Audit afgekeurd	0	0
Audit niet uitgevoerd	14	0

De audit rapportages en het overzicht van de geconstateerde NA's worden op het intranet Q-Intra MyDMS, geplaatst.

De interne auditor bepaald of diensthoofd geconstateerde NA's passend oplost. Indien dit niet het geval is naar de mening van de interne auditor, wordt dit door de interne auditor vermeld op het audit formulier.

De stuurgroep kwaliteit bespreekt elke interne audit. Deze worden pas goedgekeurd als door een diensthoofd passende wijzigingen / voorstellen zijn gedaan over geconstateerde NA's en bijhorende documentatie is aangeleverd.

Diensthoofden en coördinatoren zijn geïnstrueerd om nieuwe procedures en werkinstructies te implementeren en te evalueren.

Tijdens een volgende interne Audit wordt nagegaan of de geconstateerde NA's zijn afgehandeld en de nieuwe aanpassingen voldoende zijn geïmplementeerd binnen de sector.

Controle door interne auditor, stuurgroep kwaliteit, controle diensthoofd en controle bij volgende interne audit borgt dat geconstateerde tekortkomingen worden opgelost.

#### 4.1 Trendanalyse

Over de laatste 5 jaar blijkt dat er een afname is in het aantal NA's bij de interne audits. (in 2016 zijn er minder interne audits afgenomen dan in 2015)

Uit de audits blijkt niet dat er een trend waarneembaar is dat de scores bij bepaalde disciplines beduidend slechter is dan de overige disciplines. De lage score van 3 NA's geeft een duidelijke indicatie dat de verschillende sectoren de processen adequaat volgens de vastgestelde procedures en werkinstructies uitvoeren.

#### 4.2 Tekortkomingen

De geconstateerde NA's hebben betrekking op de volgende punten:

- Hoofd Voedingsdienst: er kan niet worden aangegeven wanneer er voor het laatst onderhoud is geweest aan de koeling- vriescel. De Technische Dienst heeft de servicebonnen; er is ooit een logboek geweest bij / voor de koeling- vriescel maar dit logboek is er al geruime tijd niet meer.

*Actie: De Technische Dienst is benaderd om navraag te doen bij AA of een logboek nog altijd nodig is bij deze koelinstallatie; de Technische Dienst geeft aan dat er een nieuw logboek is aangemaakt en geleverd door AA Installatietechniek . Dit logboek wordt bewaard in kantoor Technische Dienst.*

- Receptie, locatie de Buitensluis: er is geen documentatie over het uitlenen van de rolstoelfiets en de duofiets. Er is nu een agenda gemaakt voor de planning.

*Actie: de management assistent is gevraagd de benodigde documentatie t.w. procedure – werkinstructie en formulier op te stellen.*

- Verzorging BS: Het formulier "F V01 VZ Controle schema verbanddozen/tas 24-uurszorg – 2 X per jaar" is niet aanwezig op de afgesproken plaats. Het controleren en bijvullen van de verbanddozen en de 24-uurszorg tas gebeurt door de wondverpleegkundigen.

*Actie: Er is een bericht uitgegaan naar betreffende medewerkers om dit in orde te maken.*

## 5. Tevredenheidsenquêtes cliënt kortdurende opname

Aan cliënten kortdurende opnamen wordt bij vertrek een enquête overhandigd met het verzoek de algehele verzorging tijdens hun verblijf in één van de beide locaties te beoordelen.

Over de 1<sup>e</sup> helft van 2016 was de tevredenheid van de KDO cliënten:

Open Waard: - (0 form.)

Buitensluis: 94,1% goed - 5,9% redelijk (1 form.)

Over de 2<sup>e</sup> helft van 2016 was de tevredenheid van de KDO cliënten:

Open Waard: - (0 form.)

Buitensluis: 41,2% goed - 41,2% redelijk (1 form.)

Over 2016 was de tevredenheid van de KDO cliënten:

Alerimus: 67,7% goed - 23,6% redelijk

### 5.1 Trendanalyse

De aantallen ontvangen enquête formulieren wisselt redelijk sterk over de jaren, maar laat in 2016 een minimale respons zien. Dit maakt het niet altijd even makkelijk om representatieve cijfers te krijgen; zie bijvoorbeeld de Open Waard 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> half jaar 2016. De zorgcoördinatoren zijn over de

## 6. Tevredenheidsenquêtes evaluatie zorg bij overlijden Intramuraal

In 2016 zijn in de Buitensluis 17 zorgvragers overleden. In de Open Waard zijn er 14 zorgvragers overleden.

De nabestaanden hebben allen een enquête ontvangen om de zorg rondom het overlijden te evalueren. NB. Doordat deze enquêtes een maand na het overlijden worden verstuurd is het aantal verstuurd enquêtes verschillend van het aantal overledenen.

Buitensluis	20 verstuurd	19 ontvangen
-------------	--------------	--------------

Open Waard	19 verstuurd	15 ontvangen
------------	--------------	--------------

De gemiddelde respons is 87,2%

Een enkele reactie is:

06-12-2016 en 08-12-2016

Familie geeft aan dat er meer tijd zou moeten zijn voor het ontruimen van het appartement. *De periode van 7 dagen voor het ontruimen van een appartement is een beleidskeuze ingegeven door het feit dat er geen vergoeding meer wordt ontvangen voor het appartement vanaf de 8<sup>e</sup> dag dat deze leeg staat. Families worden hierover geïnformeerd waarbij ook de mogelijkheid wordt benoemd om dagen bij de kopen.*

### 6.1 Trendanalyse

De scores van de evaluatieformulieren zijn niet rekenkundig te interpreteren omdat het open vragen zijn.

De eindoordelen variëren van goed tot uitstekend waarmee het duidelijk is dat Alerimus op het vlak van zorgverlening in de laatste levensfase ook hier haar doelstelling haalt van minimaal 80% tevredenheid.

Alerimus zal het leveren van zorg en begeleiding rondom het overlijden zoals op de huidige wijze geschiedt, continueren.

## 7. Tevredenheidsenquête evaluatie zorg bij gestopte en / of overleden WMO cliënt

In 2016 zijn 38 evaluatieformulieren naar gestopte cliënten WMO en naar nabestaanden van WMO cliënten verzonden.

Er zijn 16 evaluatieformulieren retour ontvangen, wat een respons geeft van 42%. Scores vanaf 01-01-2016 tot 01-02-2016 BS / OW gestopte- en nabestaanden overleden WMO cliënten:

- Zeer tevreden	17,95%
- Tevreden	64,10%
- Redelijk tevreden	15,38%
- Ontevreden	02,56%
- Zeer ontevreden	00,00%

Per 01-02-2016 is het evaluatieformulier voor de gestopte- en nabestaanden overleden WMO cliënten gewijzigd naar een meer realistisch vraagstelling en een gemakkelijker beoordelingssysteem.

Scores vanaf 01-02-2016 tot 01-01-2017 BS / OW gestopte- en nabestaanden overleden WMO cliënten:

- Goed	64,18%
- Voldoende	33,00%
- Onvoldoende	02,83%

Het gemiddelde 'rapportcijfer' is : **7,3**

Dit betreft een oordeel over het gehele jaar 2016 en van beide locaties.

### 7.1 Trendanalyse

De score is iets lager dan de gewenste 8. Het feit dat alle klanten in 2015 geherindiceerd zijn waarbij zij vaak uren hebben moeten inleveren, zorgt er voor dat cliënten dit ook in 2016 mee laten wegen in hun oordeel over de huishoudelijke ondersteuning. Wij wijten de iets lagere score aan de 'onrust' en niet aan de kwaliteit van de huishoudelijke ondersteuning.

## 8. Tevredenheidsenquête evaluatie zorg bij gestopte en / of overleden Thuiszorg cliënt

Over de 1<sup>e</sup> helft van **2016** was de tevredenheid van de Thuiszorg cliënten:

Open Waard: 58,8% zeer tevreden	-	37,0% tevreden	(29 van 42 form.)
Buitensluit: 55,6% zeer tevreden	-	42,4% tevreden	(19 van 25 form.)

Over de 2<sup>e</sup> helft van **2016** was de tevredenheid van de Thuiszorg cliënten:

Open Waard: 71,8% zeer tevreden	-	25,9% tevreden	(32 van 58 form.)
Buitensluit: 60,3% zeer tevreden	-	32,0% tevreden	(20 van 24 form.)

Over **2016** was de tevredenheid van de Thuiszorg cliënten:

Alerimus: 61,6% zeer tevreden - 34,3% tevreden (OW & BS samengevoegd)

Het gemiddelde 'rapportcijfer' is : **8,7**

In 2015 was de tevredenheid van de thuiszorg cliënten :

Alerimus: 47,0% zeer tevreden - 46,9% tevreden (OW & BS samengevoegd)

## 8.1 Trendanalyse

Het percentage 'zeer tevreden' is in 2016 toegenomen t.o.v. 2015. In 4 meetperiodes zien we een positieve trend. Elk halfjaar neem het percentage cliënten die zeer tevreden zijn verder toe. Dit uitte zich in 2016 niet in een hoger rapportcijfer. Ook in 2015 was het gemiddelde rapportcijfer : 8.7

Er zijn geen onderwerpen uit de vragenlijst die er ferm uitspringen in negatieve zin.

## 9. Externe audit Gastvrijheidszorg met sterren

In 2016 heeft Alerimus zich wederom laten auditeren door Gastvrijheidszorg met Sterren. Deze audit heeft plaats gevonden op 8 april 2016.



De audit is afgenomen bij locatie de Buitensluis en kan gezien worden als toonzettend voor beide locaties. Tenslotte werken voedingsdienstmedewerkers op beide locaties, vormen de koks één HACCP-team, werken beide keukens onder één hoofd voedingsdienst en is het HACCP-systeem voor beide grootkeukens opgesteld.

De scores op onderdelen zijn als volgt :

- Bejegening 84%
- Beleid 82%
- Faciliteiten 70%
- Eten & drinken 84%
- Ambiance 86%
- Klanttevredenheid 86%

• **Totaalscore 82%**

Vanuit Gastvrijheidszorg met Sterren geeft men complimenten op onderstaande punten :

- Samenwerking met andere instellingen
- Laagdrempelig
- Vers gekookte maaltijden
- Effectief verzuimbeleid
- Het oog gericht op de toekomst

## 10. De resultaten van cliëntenparticipatie

De cliëntenraden van beide locaties hebben een vast vergaderschema. In overleg is besloten om een deel van de vergaderingen in gezamenlijkheid te houden. Bij deze gezamenlijke vergaderingen (6 maal) is vier maal een MT lid aanwezig en twee maal de directie en MT-lid. De cliëntenraden zijn formeel nog steeds zelfstandige organen, maar de samenwerking zijn met genoemd besluit steeds intensiever geworden.

De cliëntenraden behartigen de belangen van alle cliënten van Alerimus, zijn onafhankelijk (de leden zijn niet in dienst van Alerimus) en adviseren gevraagd en ongevraagd aan de directeur over alle aangelegenheden die de positie van cliënten raken. Dit vanuit wettelijke bevoegdheden in het kader van de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen.

De zorgaanbieder heeft de plicht om de cliëntenraad alle inlichtingen en gegevens te verstrekken die voor de raad (cliënten) van belang zijn.

De cliëntenraad Open Waard is daarnaast nauw betrokken bij alle ontwikkelingen die samenhangen met de bouw van een nieuwe Open Waard.

De cliëntenraden hebben ook een actieve en adviserende rol met betrekking tot de plannen in het kader van Waardigheid en Trots, onderdeel Zinvolle daginvulling.

## **11. Nieuwe faciliteiten voor intramurale cliënten**

De oplevering van de tijdelijke huisvesting Het Buiten van de Open Waard ( deze naam is gekozen om het tijdelijke karakter van de tijdelijke huisvesting te benadrukken) heeft in april 2016 plaats gevonden. De bewoners zijn in de week vanaf 18 april 2016 verhuisd naar Het Buiten van de Open Waard.

Medio juli 2016 is de sloop van de oude Open Waard gestart. Eind september 2016 is deze afgerond en medio oktober 2016 was er een feestelijk moment om de start van de bouw van de nieuwe Open Waard aan te kondigen. De nieuwbouw verloopt volgens planning en de verwachte oplevering van het nieuwe zorggebouw is in het 2<sup>e</sup> kwartaal 2018.

## **12. Nieuwe faciliteiten voor extramurale cliënten**

Als maatschappelijke partner in de lokale samenleving heeft Alerimus verantwoordelijkheid voor een duurzame en vitale samenleving; een samenleving waarin iedereen telt en iedereen mee kan doen en welkom is. Om die reden wil Alerimus haar algemene voorzieningen voor de wijk open stellen.

Twee voormalige winkelpanden zijn begin 2016 verbouwd tot ontmoetingsplaats, het Praathuis (als huiskamer van de wijk) en de Dagwaard (extramurale dagverzorging). Op 1 juni 2016 is het Praathuis officieel geopend. Het Praathuis is bedoeld als huiskamer voor de wijk. Iedereen is van harte welkom voor een praatje, een kopje koffie, een lunch en/of een warme maaltijd.

Alerimus vindt dat iedereen erbij hoort in de samenleving. Door kwetsbare mensen met elkaar in verbinding te brengen kunnen zij bijdragen aan een leefbare gemeenschap en vinden zelf ook zinvolle dagbesteding.

Naast de huiskamer van de wijk is er de Dagwaard waar de dagverzorging is gevestigd. Dagwaard is bedoeld voor de kwetsbare ouderen uit de wijk met een indicatie begeleiding groep. Via openslaande deuren kunnen de cliënten van de dagverzorging ook gebruik maken van de faciliteiten in de huiskamer.

Met het aanstellen van twee welzijnscoördinatoren in het voorjaar van 2016 is de route "Binnen is buiten en buiten is binnen" meer zichtbaar geworden. Een van de belangrijkste kenmerken van deze route is het verdwijnen van de grenzen tussen Alerimus intra- en extramuraal. De kern van welzijn en welbevinden is ontmoeten en ontspannen. Dit wordt gerealiseerd door nadrukkelijk in te zetten op kerngericht werken. De verbinding zoeken met burgers, ondernemers, verenigingen, gemeenten, kerken etc. uit de eigen samenleving en samen initiatieven ontplooiën gericht om meerwaarde te realiseren voor de samenleving en waar 'binnen' en 'buiten' elkaar ontmoeten.

In de Buitensluis is in 2016 uit een dergelijk burgerinitiatief een crea-ruimte gerealiseerd genaamd Bij de Oma's. De crea-ruimte is bedoeld voor alle wijkbewoners en voor

intramurale bewoners. Ook hier is het uitgangspunt dat "binnen" en "buiten" elkaar ontmoeten in een ongedwongen gezellige ambiance.

Alerimus hoopt in 2017 verder invulling te geven aan de wens een vooraanstaande rol op zich te nemen met het oog op kerngericht werken. Plannen voor een sociaal café en een wijkplein bij locatie de Buitensluis zijn in ontwikkeling. Oriëntatie vindt plaats op nauwe samenwerking met de gemeentelijke bibliotheek. De samenwerking met burgers, ondernemers, verenigingen e.d. zal verder worden geïntensiveerd en hopelijk komen daar weer mooie projecten uit zoals in 2016 bijv. het Jubileumconcert van muziekvereniging Wilhelmina op het wijkplein bij de Buitensluis, waarbij binnen en buiten hebben kunnen genieten van muziek, medewerkers van Alerimus de gasten van zelf gebakken taart en Irish coffee voorzagen en daarbij sponsorgelden ophaalde voor 2Bike4Alzheimer.

### **13. Aangedragen Kwaliteitsverbeteringsformulieren 2016**

Binnen de locaties de Open Waard en de Buitensluis wordt gewerkt met kwaliteitsverbeteringsformulieren. In 2016 zijn er 7 kwaliteitsverbeteringsformulieren ingeleverd. In 2015 was dit 1 formulier. Er is een stijgende trend waar te nemen.

Ingeleverde formulieren betreft:

#### **20/21-02-2016 locatie de Open Waard:**

De medewerkende van de huiskamer geeft aan dat er deze dagen 7 stukjes vlees zijn geleverd door de keukenmedewerkende voor 17 cliënten. Tevens wordt de vuilniszak waar het afval van de maaltijden in gedaan wordt, van de serveerwagen gehaald en in de huiskamer achtergelaten. Bij navraag was het niet duidelijk waarom dit gedaan werd.

Actie: De hoeveelheid geleverde stukjes vlees is besproken met Hoofd Voedingsdienst met de teamleider keuken. Besproken met huiskamermedewerkende dat de serveerwagen met eten geen vuilnisakken zijn en om deze reden de etensresten door de huiskamermedewerkende moet worden opgeruimd. Dit zal in de overdracht worden geëvalueerd.

**10-03-2016 locatie de Open Waard:** Vanuit de huiskamer wordt gemeld dat het rundvlees erg "stug" is.

Actie: Uit overleg met Hoofd Voedingsdienst / teamleider keuken wordt duidelijk dat het vlees gaar was. Er zijn geen klachten van overige afnemers geweest.

**31-03-2016 locatie de Buitensluis:** De coördinator dagelijkse thuiszorg en de wondverpleegkundige geven als mogelijke verbetering aan om de nieuwsbrief van Alerimus zonder inlogcode te verzenden. Dit omdat veel medewerkers geen inlogcode voor de Alerimus site hebben of deze inlogcode kwijt zijn. Het voorstel is een eenvoudige inlogcode of het personeelsgedeelte van de site zonder inlogcode.

Actie: Directie en MT hebben besloten om een digitale nieuwsbrief te gaan verstrekken welke per e-mail aan de medewerkers wordt verstrekt. Er zal geen nieuwsbrief meer via de website worden verstrekt. Het inlogprobleem en het gegeven dat de nieuwsbrief om die reden minder wordt gelezen is daarmee verholpen.

**03-05-2016 locatie de Buitensluis:** Een bewoner van de verpleegafdeling is ondergoed kwijt. Familie vermoed dat het ondergoed verkeerd in de zakken wordt gedaan.

Actie: Hoofd Frontoffice zal zich gaan oriënteren op de mogelijkheid om te gaan werken met één waszak per cliënt. Door andere leverancier (SCO), waar nu voor Het buiten van de Open

Waard mee wordt samengewerkt te benaderen en te informeren. SCO werkt met één waszak per cliënt; het voornemen is om per 01-01-2017 over te gaan naar deze leverancier.

**23-06-2016 locatie de Buitensluis:** De coördinator dagelijkse thuiszorg en medewerkende thuiszorg geven als mogelijke verbetering aan om de menulijst voor de extramurale cliënt te kopiëren of de menulijst op een doordruklijst te printen. De cliënt kan nu niet zien wat hij/zij heeft besteld of betreffende dag gaat eten. Als de cliënt iets krijgt wat hij/zij volgens eigen zeggen niet besteld heeft geeft de keuken als reactie dat de cliënt de menulijst verkeerd heeft ingevuld en deze heeft dan geen bewijsmateriaal.

Actie: Hoofd Voedingsdienst / teamleider keuken hebben met de thuiszorg afgesproken dat betreffende cliënt voortaan een dubbele lijst krijgt; de lijsten worden met hulp van de thuiszorgmedewerkende ingevuld.

**03-11-2016 locatie de Open Waard:** Een bewoonster is al weken ongeveer twintig onderbroekjes en twee pyjama's kwijt.

Actie: *Uit overleg met de linnenkamer wordt duidelijk dat de vermiste kleding niet in huis is. Coördinator dagelijkse zorg heeft per e-mail de externe wasserij (SCOdiensten) op de hoogte gebracht en deze gaat over tot vergoeding.*

**29-12-2016 locatie de Buitensluis:** Extra menulijst voor cliënten die dit wensen ter controle van hun bestelling, wordt volgens thuiszorg BS niet verstrekt. Dit in afwijking tot een eerdere toezegging eerder in het jaar.

Hoofd voedingsdienst geeft aan geen namen te ontvangen van cliënten die een tweede lijst wensen. Hier heeft hij nadrukkelijk om gevraagd. Hoofd voedingsdienst en coördinator dagelijkse zorg geven aan het probleem te hebben opgelost.

### 13.1 Trendanalyse

De diensthoofden behandelen de klachten en deze worden gearchiveerd bij kwaliteitsbeheer.

In 2017 zal er opnieuw aandacht uit moeten gaan naar het verzamelen van zinvolle informatie via kwaliteitsverbeteringformulieren opdat die informatie gebruikt kan worden om processen bij te sturen.

## **14. Mic / Fona-meldingen en klachten 2016**

Leden Fona – Arbo commissie:

Monique Prooy, voorzitter, Hoofd Frontoffice;  
Rook van Gameren, preventiemedewerker;  
Corien Stougie, ergotherapeut locatie Buitensluis;  
Anneke Stolk, verzorgende thuiszorg.

Tweemaal per jaar aangevuld (indien gewenst) met

- Anita Berger, medisch adviseur;
- Erwin Geense, fysiotherapeut.

Per kwartaal levert de Fona-Arbo commissie rapporten aan met alle MIC meldingen (Melding Incidenten Cliënten) verdeeld over Buitensluis verzorgingshuis, Buitensluis Verpleegafdeling, Buitensluis Thuiszorg, Open Waard verzorgingshuis en Open Waard Thuiszorg.

Ook de Thuiszorg Huishoudelijke Ondersteuning is op de hoogte van het bestaan van het Fona-formulier / MIC-meldingen, doch vanuit deze disciplines worden nauwelijks meldingen



ontvangen. Indien er meldingen zijn worden deze meegenomen in de rapportage van de Thuiszorg.

In 2016 zijn er voor de Buitensluis de volgende aantallen MIC's ingevuld:

	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Buitensluis Begane Grond (Meerzorg)	145	203
Buitensluis 1 <sup>e</sup> Verdieping	95	151
Buitensluis 2 <sup>e</sup> Verdieping	73	99
Buitensluis Verpleegafdeling	286	388
Buitensluis Thuiszorg	29	129
	<b>Totaal: 628</b>	<b>Totaal: 970</b>

In 2016 zijn er voor Het Buiten van de Open Waard de volgende aantallen MIC's ingevuld:

	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Open Waard Begane Grond	51	90
Open Waard 1 <sup>e</sup> Verdieping	55	111
Open Waard 2 <sup>e</sup> Verdieping	87	--
Openwaard Thuiszorg	35	69
	<b>Totaal: 228</b>	<b>Totaal: 270</b>

In totaliteit zijn er **1240** MIC-meldingen ontvangen.

Door de ingebruikname van de MIC- module, geïntegreerd in DigiDos, is een laagdrempelige meldwijze voorhanden. In aantallen zien we een stijging die waarschijnlijk te verklaren valt uit deze laagdrempeligheid.

#### 14.1 Enquête: Beleving doorgeven MIC-meldingen

In 2016 heeft de Fona-Arbo commissie een enquête over het onderwerp gehouden onder de medewerkers.

De enquête is anoniem gehouden. De MIC-commissie hoopt hiermee inzichtelijk te krijgen hoe er over het invullen van MIC-meldingen wordt gedacht en of er consequent MIC's worden ingevuld (meldingsbereidheid), dit in het belang van onze cliënten.

*\*MIC staat voor Melding Incidenten Cliënten.*

Hieronder volgen de vragen en een samenvatting van de antwoorden:

- **Waarom vul je een MIC in?**

*Medewerkenden weten wanneer er een mic ingevuld kan worden.*

- **Wanneer vul je een MIC in?**

*Over het algemeen kan gezegd worden dat medewerkers weten wanneer een mic ingevuld moet worden. Medewerkenden verwachten een oplossing voor de aangegeven meldingen, maar ook dat er meer inzicht komt in de gemaakte fouten.*

- **Hoe vul je een MIC in? Bij welke situatie vul je welke MIC in?**

*De kennis in het onderscheid tussen gevaarlijke situatie en incident is niet goed naar voren gekomen, daar de vraagstelling mogelijk niet duidelijk was. Medewerkenden hebben de vraag allemaal anders geïnterpreteerd dan bedoeld was.*

- **Welk nut vind je de meldingen hebben in het algemeen?**

*Het nut van deze meldingen wordt als positief ervaren. Medewerkenden geven aan dat het zelf invullen van de meldingen hierdoor inzicht wordt gegeven in de problemen op de werkvloer en daardoor problemen welke opgelost kunnen worden.*

*Er wordt ook aangegeven dat het nut niet wordt gezien omdat de meldingen nu niet goed en volledig ingevuld worden. Het wordt toch in het algemeen gezien als kwaliteitsverbetering.*

• Welk nut vind je het melden van de medicatiefouten hebben?

*Het nut van de voorgevallen fouten zoals medicatie, is wat minder positief. Er wordt aangegeven dat er vriendjespolitiek is, dat er niet voor iedereen een melding gedaan wordt. De reacties van de coördinatoren worden als zwaar beladen ervaren.*

*Het lijkt meer nut te hebben om zelf de desbetreffende collega hierop aan te spreken en niet om het incident via een MIC invullen.*

*Het belang van het melden van grote fouten ( met gevolg voor bewoner) wordt wel gezien, maar voor 'kleine' fouten ( zonder gevolg voor bewoner) niet.*

*Medewerkenden geven aan dat het erg belangrijk is dat het inzichtelijk is, zodat er acties ondernomen kunnen worden op het grotere geheel.*

• Als je ziet dat iemand een fout maakt, spreek je diegene daar dan op aan of wat doe je anders?  
Waarom wel en waarom niet?

*Medewerkenden zeggen liever tegen de persoon zelf als zij een fout hebben gemaakt. Het invullen van een MIC wordt vaak gezien als een melding achter iemand zijn rug om, verklikken. Meldingen zouden gedaan moeten worden om de bewustwording van de medewerkende te bewerkstelligen en als de bewoner er nadelige gevolgen aan over heeft gehouden. Voor een paracetamoltablet die vergeten wordt, wordt over het algemeen geen MIC ingevuld. Dit wil zeggen dat collega's dus zelf beslissen of zij dit een MIC vinden of niet en dit hangt dus af van de mate waarin de bewoner er nadelige gevolgen van kan krijgen.*

• Wat houd je tegen om een melding van een voorgevallen fout te doen? Of houd niets je tegen?

*Er wordt een aantal keer aangegeven dat er eerst met de leidinggevende gesproken moet worden voordat de melding gedaan wordt.*

*Het gevoel van verraad van je collega als je een melding maakt, komt meerdere keren terug, vaak omdat de medewerkende bang zijn dat het vervelende gevolgen kan hebben voor de desbetreffende collega. Collega's beschermen elkaar.*

• Heb je tips om de drempel te verlagen om medicatiefouten te melden?

*Zienswijze moet veranderen. Collega's zien het melden soms als verklikken en niet als verbetering van de werkwijze.*

• Heb je tips om ervoor te zorgen dat de MIC's consequent worden ingevuld?

- *Meer zorgcollega's in de MIC commissie, voor meer democratische blik op een melding.*
- *Herhalen is de kracht van het slagen.*
- *Elkaar attent maken op het invullen van de MIC (sociale controle).*

- *Huiskamer medewerkende een eigen inlogcode geven, zodat ze niet op een andere naam de MIC moeten invullen. Dit weerhoudt hun om de MIC's in te vullen.*
- *Er wordt in de melding gemist hoe het met de medewerkende gaat na een aanvaring met agressief gedrag.*
- *Belang nadrukkelijk uitleggen en nogmaals uitleggen wat de MIC commissie en organisatie ermee doet.*

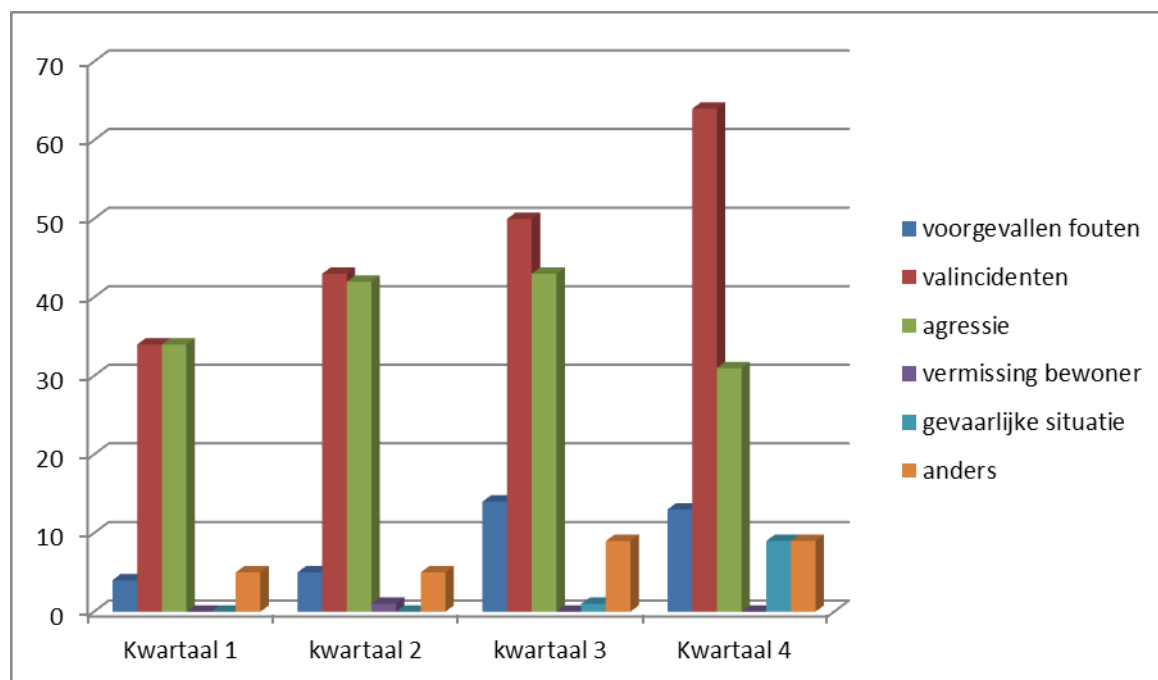
Er zijn 28 enquêtes ingeleverd.

Welke resultaten zijn behaald door de Fona Arbo commissie in 2016:

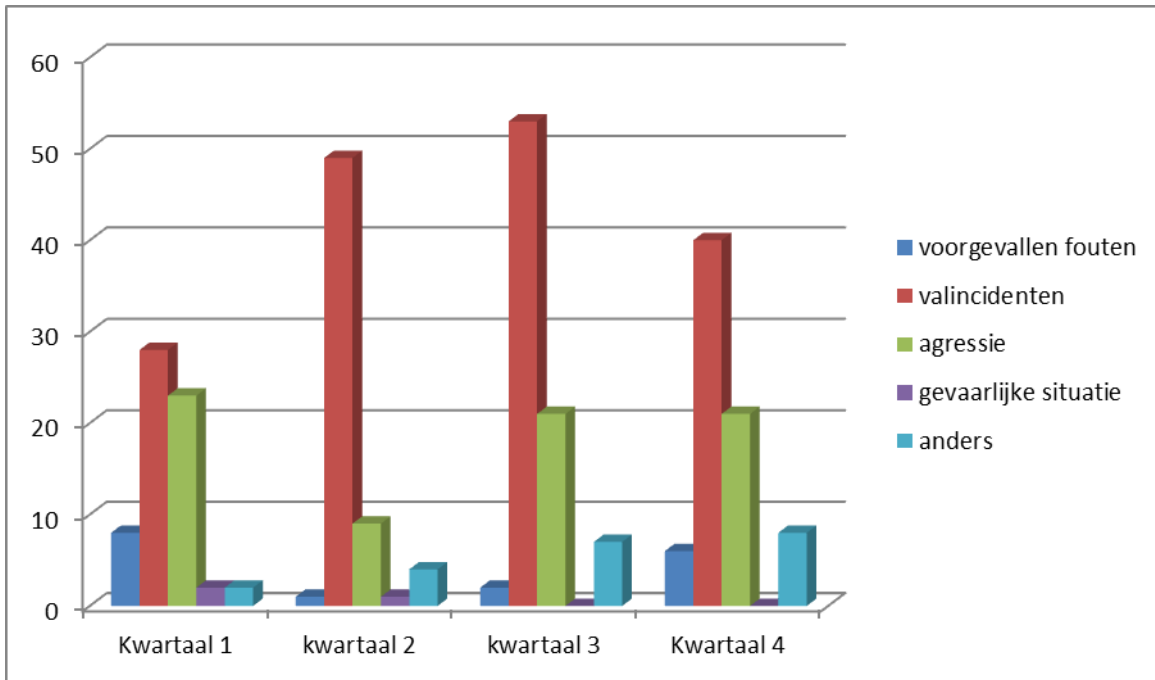
- Meer inzicht hoe er over het invullen van MIC-meldingen wordt gedacht. Dit omdat de MIC-commissie de gedachte had dat er niet in alle situaties consequent een MIC-formulier wordt ingevuld. Met het consequent melden van MIC's kan de MIC-commissie een duidelijker beeld krijgen van de ongelukken, bijna ongelukken en fouten waarop dan gericht acties kan worden ondernomen, dit in het belang van onze cliënten.
- Het aantal meldingen van incidenten is wisselend. Echter de meldingen blijven regelmatig hoog vanwege één of meerdere zorgvragers op een afdeling die meerdere tot vele meldingen per kwartaal veroorzaken.
- Cliënten zijn gebaat bij het snelle handelen en hierdoor is de tevredenheid van de cliënt en mantelzorger verbeterd.
- Er is aandacht besteed aan het juist invullen van de MIC-meldingen, zodat de trends duidelijker weergegeven kunnen worden. Denk hierbij aan het vermelden van de juiste datum, naam en tijdstippen.

## Verpleegafdeling Buitensluis intramuraal

Overzicht MIC-meldingen **VPA Buitensluis intramuraal 2016:**

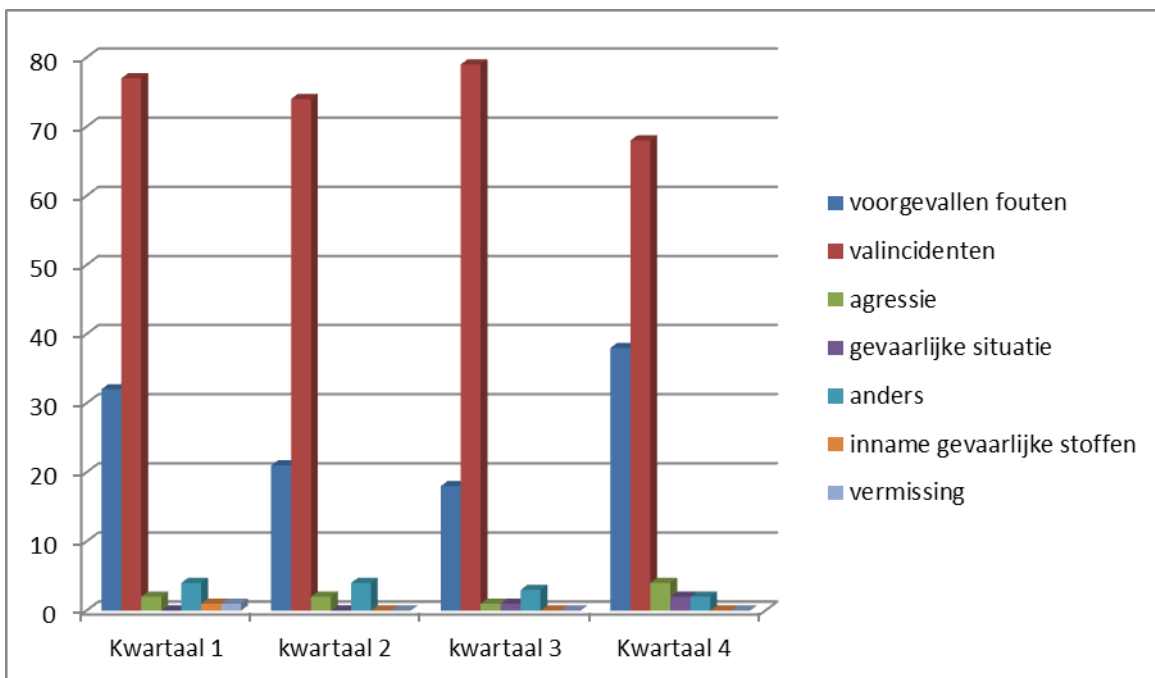


Overzicht MIC-meldingen **VPA Buitensluis intramuraal 2015:**



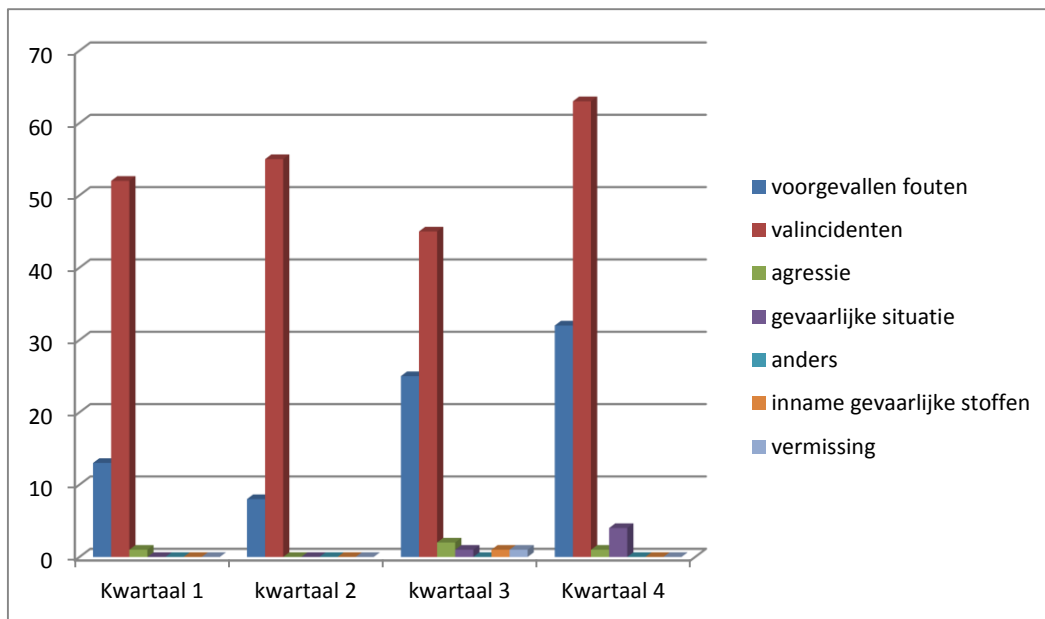
**Buitensluis intramuraal**

Overzicht MIC-meldingen **Buitensluis intramuraal 2016:**



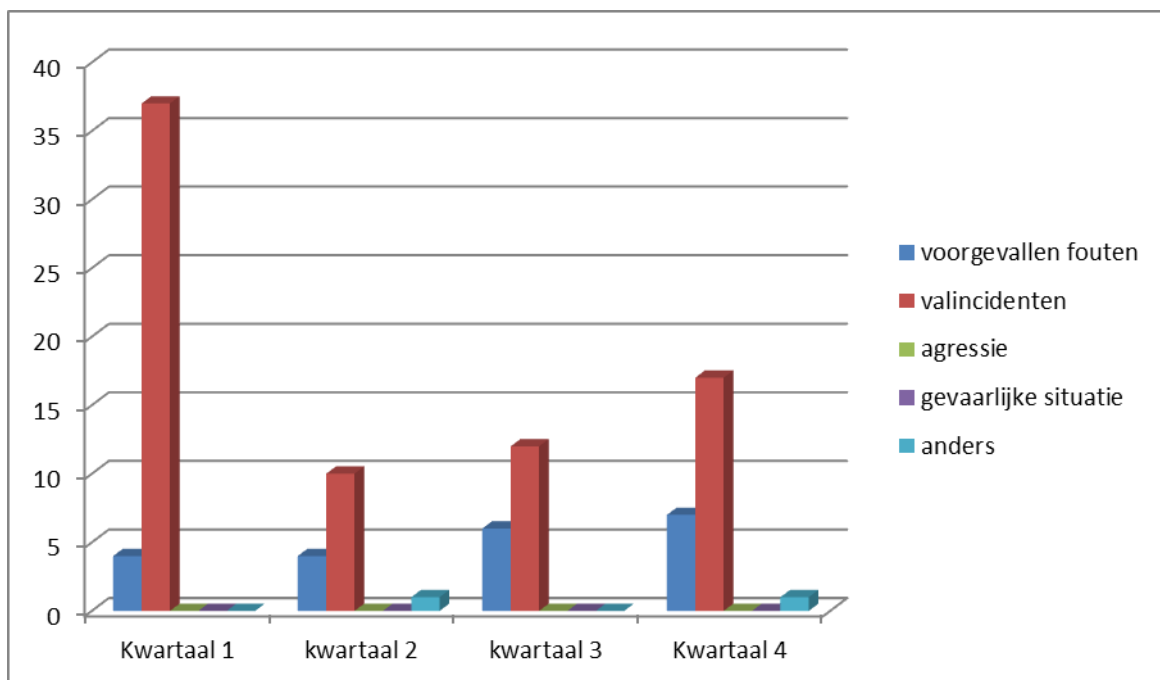
Medicatiefouten gemaakt door bewoners zelf zijn niet in deze grafiek opgenomen.

## Overzicht MIC-meldingen **Buitensluis intramuraal 2015:**

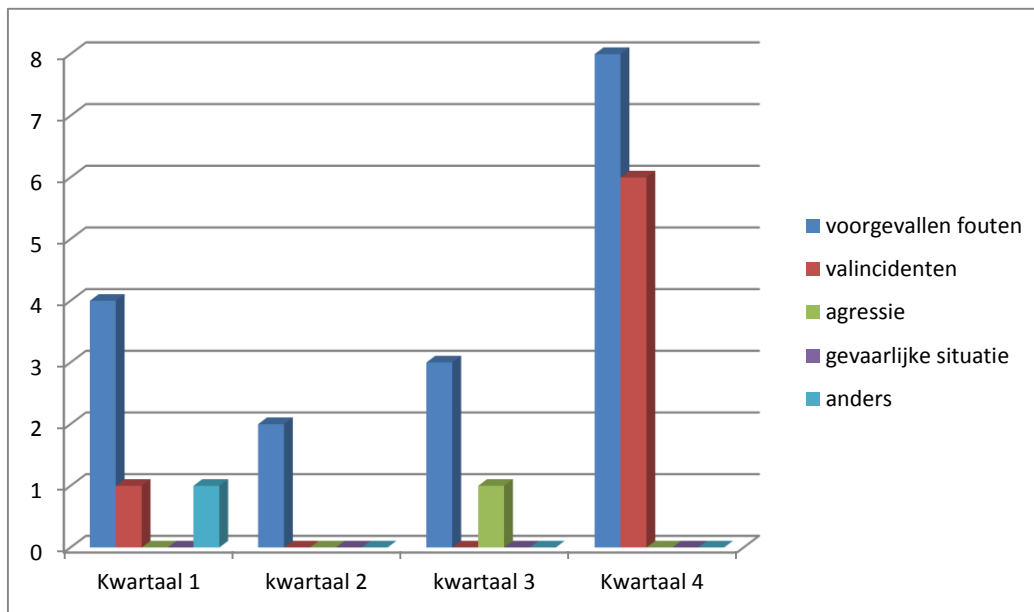


## Buitensluis extramuraal

### Overzicht MIC-meldingen **Buitensluis thuiszorg 2016:**

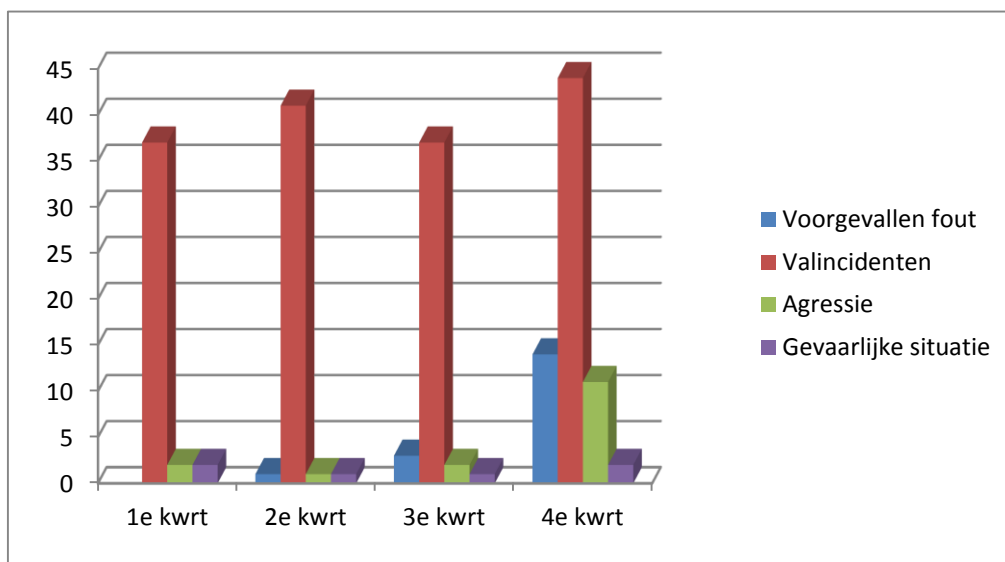


## Overzicht MIC-meldingen **Buitensluis thuiszorg 2015:**

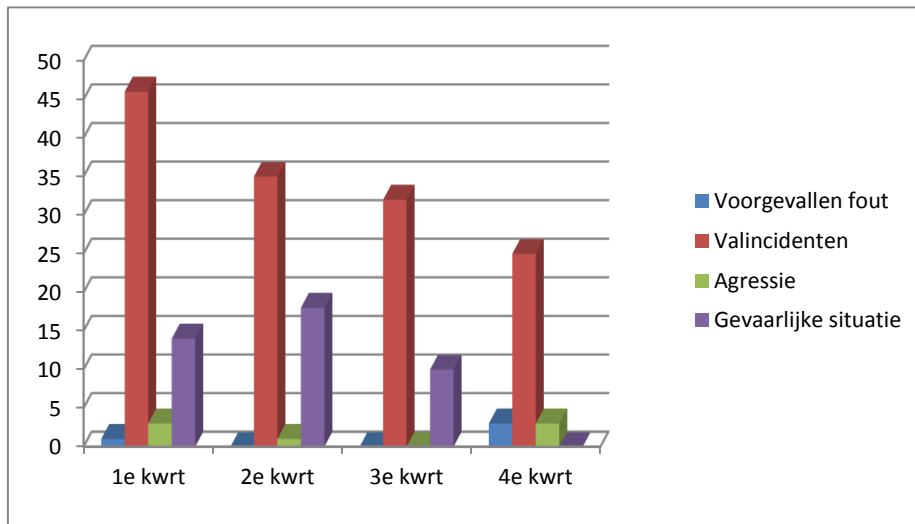


## Open Waard intramuraal

### Overzicht MIC-meldingen **Open Waard intramuraal 2016:**

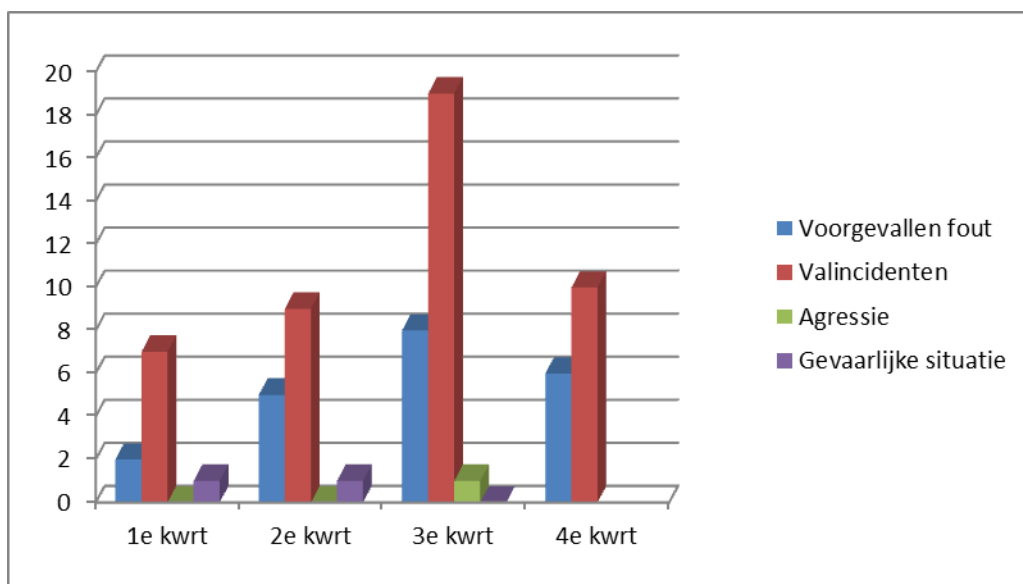


## Overzicht MIC-meldingen **Open Waard intramuraal 2015:**

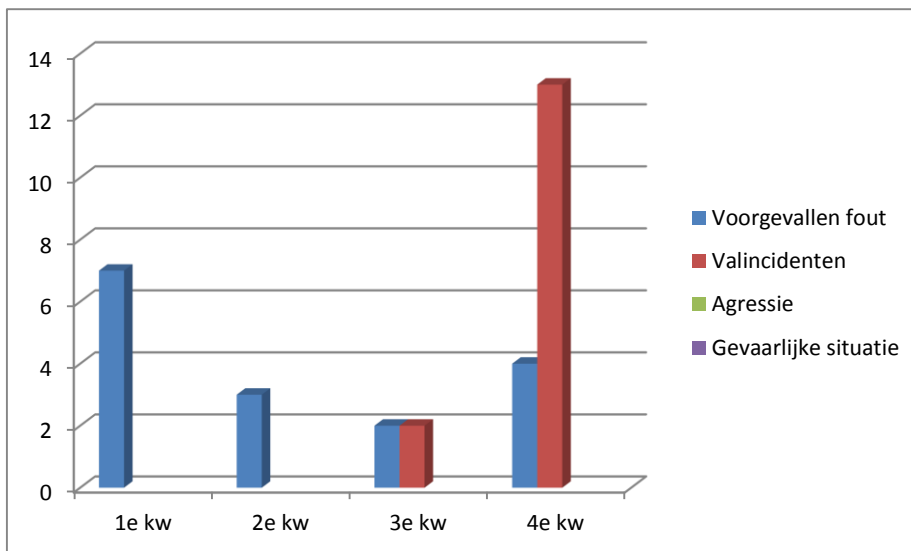


## Open Waard thuiszorg

### Overzicht MIC-meldingen **Open Waard thuiszorg 2016:**



## Overzicht MIC-meldingen **Open Waard thuiszorg 2015:**



### 14.2 Trendanalyse

- Het melden kent wederom een fikse toename in de Buitensluis. Alle afdelingen laten in de Buitensluis een stijging zien, echter de stijging komt grotendeels voor rekening van de Thuiszorg. Het is merkbaar dat ouderen langer thuis blijven wonen, het aantal incidenten neemt binnen deze groep cliënten toe.

Binnen de verpleegafdeling met een populatie van 25 bewoners is de invloed van enkele bewoners erg groot op het aantal meldingen. Geestelijke- of lichamelijke achteruitgang zijn vaak de reden van deze incidenten. Ook is niet uit te sluiten dat de werking van bepaalde medicijnen reden is van een incident. De SOG bepaalt als verantwoordelijke, edoch in overleg met het team, welk beleid wordt gevoerd ten aanzien van individuele cliënten om situaties te verbeteren waardoor agressie afneemt of valpartijen kunnen worden verminderd.

De score van m.n. de verpleegafdeling is ook beïnvloed door de coördinatoren dagelijkse zorg van deze afdeling te verzoeken alles te melden, ook al zijn sommige incidenten voor hen vrij gewoon. Zelfs agressief gedrag tegen verzorgenden wendt uiteindelijk, waarbij het gevaar bestaat dat het gedrag niet meer als incident wordt gezien. Het verzoek is consciëntieus opgepakt.

In het verzorgingshuis de Buitensluis is duidelijk waar te nemen dat de Meer(dan)zorg afdeling meer incidenten kent dat de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> verdieping en voorts ook dat er sprake is van een fikse stijging ten opzichte van 2015. Ook de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> verdieping kennen een forse stijging.

- De Open Waard ziet eveneens een stijging in het aantal MIC meldingen.

De thuiszorg Open Waard kent een relatief grote stijging in het aantal meldingen t.o.v. 2015. Ook hier is merkbaar dat ouderen langer thuis blijven wonen; het aantal valincidenten neemt binnen deze groep cliënten toe. Bij de thuiszorg Open Waard kan het extra benadrukken om vooral alle incidenten te melden een rol spelen in de stijging van het aantal incidenten.

- Door medewerkers zijn de volgende incidenten middels Fona-formulieren gemeld:



Locatie de Buitensluis:

- De deur op de verpleegafdeling naar het trappenhuis was niet automatisch vergrendeld omdat het glaasje van het groene ontgrendelingskastje was ingedrukt. Hoe dit heeft kunnen gebeuren is niet duidelijk, wel is het belangrijk dat dit regelmatig wordt gecontroleerd.

- Eén medewerkende is hard gestompt tegen haar schouder. Met als gevolg een rode striem op rechter schouder.

Locatie de Open Waard:

- Eén medewerker had de hydraulische voetensteun vastgepakt en kwam met de vinger klem te zitten, dit werd gekoeld.

- Eén medewerker T.D. wilde de TL-lamp vervangen maar de kap schoot los en sneed in de vinger. Wond is gelijmd.

- Na het gebruik van het weegplateau, werd het plateau opgeklapt en vergrendeld. Bij het overeind zetten klapte het plateau naar beneden en klapte op de voet van een medewerker. De veiligheidspin ontbreekt. Na controle T.D. bleek dat er een onderdeel verbogen te zijn waardoor de sluiting onveilig werd door het ontbreken van de veiligheidspin.

- Eén medewerker T.D. heeft gemorst met vloeistof in de T.D. ruimte terwijl hij een dweilstok wilde ontkalken. Heeft schade aan zijn bril.

### **Algemene bevindingen:**

Uit de MIC-meldingen 2016 blijkt, net als in 2015, dat er een verband is tussen het aantal MIC-meldingen en de zorgzwaarte. Des te groter de zorgzwaarte, des te meer MIC-meldingen. Thuiszorg – lichte zorg – weinig meldingen, Verpleegafdeling – zware zorg – veel meldingen.

Tussen agressief gedrag en valpartijen zit een causaal verband. De agressie van de één kan leiden tot vallen van een ander. Eén voorval kan zodoende tot meerdere meldingen leiden. Het overheidsbeleid is om mensen langer thuis te (kunnen) laten wonen, ook al zijn zij in steeds grotere mate zorgbehoefstig. Uit de stijging van aantal MIC-meldingen van onze thuiszorg afdelingen kan voorzichtig geconcludeerd worden dat het 'langer thuis blijven wonen' een relatie kent met het aantal incidenten. Langer thuis blijven wonen bij een grote mate van zorgvraag zorgt voor een stijging van het aantal MIC-meldingen.

### 14.3 Klachten 2016

#### **Klachten**

Er zijn geen klachten geuit over Alerimus bij de Regionale Externe Klachtencommissie Drechtsteden voor verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties.

Er zijn geen klachten geuit over Alerimus bij de Geschillencommissie. In 2016 heeft de Geschillencommissie de commissie Verpleging Verzorging en Geboortezorg in het leven geroepen. Alerimus heeft zich bij deze nieuwe commissie aangesloten.

Er is één klacht ontvangen door de directie.

- 31-05-2016 De bestuurder heeft mondeling een klacht aangenomen van een familielid van een bewoonster Buitensluis. De klacht heeft betrekking op onbetamelijk gedrag

van een vrijwilliger die in het weekend werkzaam is. Door dit gedrag is de veiligheid van bewoners in het geding.

Actie: Bij betrokken bewoners en medewerkers is gecheckt of zij zich in de situatie konden herkennen en dit was het geval. De vrijwilliger is uitgenodigd voor een gesprek en heeft daarbij een ontslagbrief overhandigd gekregen en met onmiddellijke ingang is de vrijwilligersovereenkomst beëindigd. Tevens is de vrijwilliger de toegang tot de panden van Alerimus ontzegd. Betrokkenen zijn bezocht en ingelicht.

#### Er zijn meerdere klachten in behandeling genomen die bij andere medewerkers zijn neergelegd

- 15-03-2016 Vermeend tekort schieten in zorgverlening aan bewoner.  
Status : Afgehandeld.
- 01-05-2016 Vermeend onvoldoende hulp bieden aan bewoner.  
Status : Afgehandeld.
- 14-09-2016 Klacht over vloer in appartement in Het Buiten van de Open Waard.  
Status : Afgehandeld.
- 24-12-2016 Burger had klacht over het in de bocht geparkeerd staan van een Alerimus bedrijfswagen nabij zijn woning en geeft aan dat onze medewerkers geen gebruik zouden mogen maken van de brandtrap aan de zijkant van zijn woning.  
Status : Afgehandeld.

#### • **Verbeterpunten (klachten) vanuit eindevaluaties**

Vanuit de evaluaties die gehouden worden bij cliënten intramuraal, HO en EVZ zijn in 2016 weinig opmerkingen (klachten cq. kwaliteit verbeterpunten) genoemd die nader uitgezocht moesten worden. Een aantal maal is de communicatie benoemd, dit heeft de volledige aandacht van de coördinatoren dagelijkse zorg en wordt voor alle betreffende werkoverleggen geagendeerd.

## **15. Leveranciersbeoordeling**

Twee keer per jaar worden de leveranciers door de diensthoofden beoordeeld op hun prestaties ten aanzien van de beleving en kwaliteit van de door hen geleverde producten en of diensten. Alerimus hanteert de volgende indeling:

### *Hoofd Voedingsdienst*

- Beoordeelt de toeleveringsbedrijven van de sector voedingsdienst.
- > Hoofd voedingsdienst geeft alle leveranciers het oordeel : Goed.

### *Hoofd Frontoffice*

> Hoofd Frontoffice voert eveneens leveranciersbeoordelingen uit waaronder deze die betrekking hebben op de facilitaire dienstverlening. Hier zijn ook bedrijven bij die diensten en of producten leveren aan de voedingsdienst. Deze leveranciersbeoordelingen zijn uitgevoerd op 8 februari 2016 en 1 september 2016. De aan de voedingsdienst te relateren bedrijven krijgen allen de beoordeling Goed tijdens de twee beoordelingen.

### *Hoofd Frontoffice*

- Beoordeelt de toeleveringsbedrijven van de sector thuiszorg.
  - > De firma Beenhakker, leverancier van rolstoelen, krijgt de beoordeling Slecht. Deze leverancier is gekozen uit de aanbesteding WMO, alwaar Alerimus geen invloed op heeft. In 2014 en 2015 heeft Alerimus reeds aangegeven bij de gemeenten dat de prestaties van deze leverancier ondermaats zijn.
  - > Firma Redactron krijgt de beoordeling Redelijk; in de loop van het jaar is overgegaan voor het gebruik van hoog-laagbedden en matrassen naar firma van der Mark.
  - > Overige leveranciers krijgen het oordeel: Goed

- Beoordeelt de toeleveringsbedrijven voor de sector verzorging.
  - > De firma Vitaflex, verhuur en verkoop van hulpmiddelen aan zorginstellingen, krijgt tweemaal de beoordeling Slecht. Hierover is op 04-02-2016 telefonisch contact geweest.
- De firma Gelecon, schoonmaakmiddelen / systemen, krijgt eenmaal de beoordeling redelijk.
  - > Overige leverancier krijgen het oordeel: Goed

### *Hoofd Backoffice*

- Beoordeelt de toeleveringsbedrijven van de sector algemeen bureau / receptie
  - > Hoofd backoffice geeft alle leveranciers het oordeel : Goed

#### Coördinator personeelsadministratie

- Beoordeelt de toeleveringsbedrijven van de sector personeeladministratie
  - > Ayton, personeelsplanning, krijgt eenmaal de beoordeling Redelijk.
  - > Overige leveranciers krijgen het oordeel: Goed

#### Coördinator kwaliteit & automatisering

- Beoordeelt de toeleveringsbedrijven van de sectoren kwaliteitsbeheer en automatisering.
  - > Coördinator kwaliteit & automatisering geeft alle leveranciers het oordeel : Goed.

### • **Overige (incidentele) klachten door Alerimus geuit bij leveranciers:**

Door de voedingsdienst zijn 3 klachten neergelegd bij leveranciers :

#### **Klacht 1.**

02-03-2016

De leidinggevend kok van de Open Waard heeft een klacht neergelegd bij King Nederland B.V. omtrent het niet retour nemen van verkeerd geleverd product (tweemaal) in de periode eind januari. Ten tijde van de uiting van de klacht was er al driemaal een chauffeur geweest van King Nederland B.V. edoch die had steeds geen retourbon bij zich voor het verkeerd geleverde product.

Er zijn excuses gemaakt voor het ongemak en afd. Sales-Support heeft een retourorder ingezet voor de verkeerd geleverde artikelen en deze zijn 04-03-2017 opgehaald.

### **Klacht 2.**

20-07-2016

Maandag 18-07-2016 en woensdag 20-07-2016 zijn de bestellingen brood door Bakkerij Boender ruim een uur te laat geleverd waardoor de voortgang van de werkzaamheden van de voedingsdienst in het geding kwamen.

Bakkerij Boender heeft verontschuldigen aangeboden en de oorzaak intern kunnen achterhalen. Er is beloofd dat er voor gezorgd wordt dat het niet meer voorkomt.

Leidinggevende kok geeft aan dat de bakker nu elke dag heel vroeg levert.

### **Klacht 3.**

27-09-2016

Er is een schrijven uitgegaan naar Rentokil met de klacht dat de bezoekfrequentie aan Het Buiten van de Open Waard geen regelmaat kent. Uit de digitale bezoeksrapportage bleek dat Het Buiten al drie maanden niet bezocht was en er geen actuele plattegrond was.

N.a.v. dit schrijven heeft een gesprek plaats gevonden met de rayon manager en zijn de verbeterpunten besproken. Kort hierna hebben de servicemedewerker en de rayon manager de verbeteringen doorgevoerd.

## **16. Analyse van het personeelsbeleid**

### **- In- en uitstroom medewerkers 2016**

begin aantal	instroom aantal	uitstroom aantal	einde aantal	instroom aantal	%	uitstroom aantal	%
-----	-----	-----	-----	----	-----	-----	-----
366	71	63	374	71	19,4	63	17,21

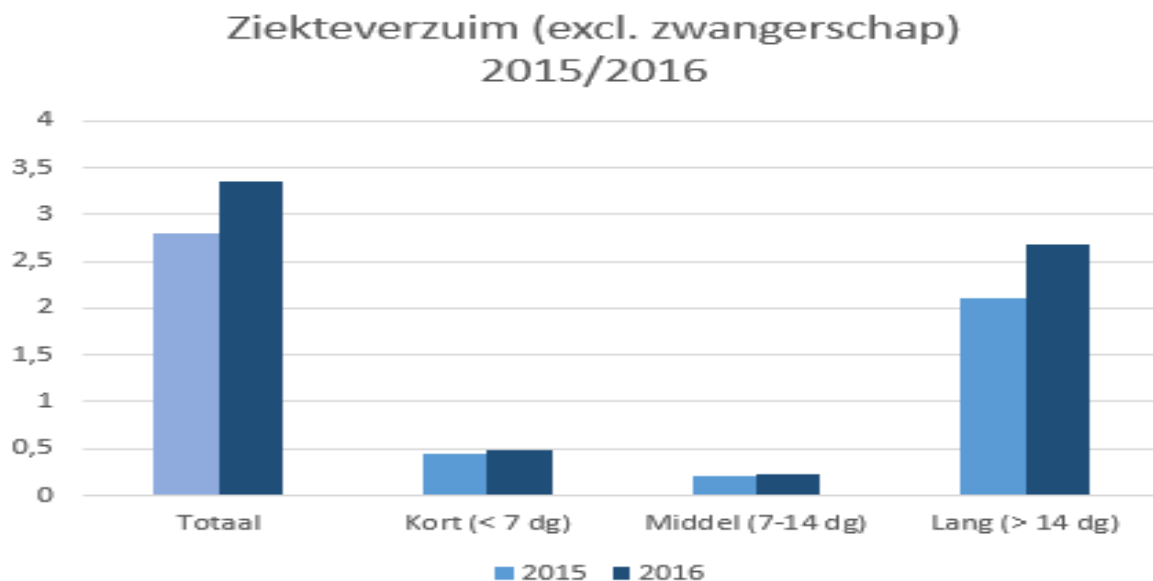
Dit is inclusief oproepkrachten, stagiaires en vakantiekrachten.

Exclusief oproepkrachten, stagiaires en vakantiekrachten is er sprake van een instroom van 36 medewerkers (9,84%) en een uitstroom van 36 medewerkers (9,84%).

Het natuurlijk verloop is redelijk beperkt en wordt nagenoeg bepaald door de flexibilisering van de organisatie.

Vanaf 1 januari 2017 is Alerimus geen eigenrisicodrager meer voor de Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten (WGA) en is daarmee teruggekeerd naar de publieke verzekering van het UWV voor de periode van 3 jaar.

## - Verzuim 2015 / 2016



Na een daling van het verzuim in 2015 liet 2016 weer een stijging zien Voornamelijk door de stijging van langdurig zieke medewerkers. Het maandelijks gemiddelde verzuim (exclusief zwangerschap) steeg in 2016 met 0,58% ten opzichte van 2015.

Het verzuimpercentage in 2016 is toegenomen maar ligt onder de landelijke cijfers en is toe te schrijven aan met name een beperkte groep langdurige zieken. De inzet en betrokkenheid van de medewerkers is hoog. Mede daarom is ook in 2016 een Week van de Gezondheid georganiseerd met de nadruk op preventie zoals werkbelasting, agressie, stoppen met roken, weerbaarheidstraining dit in combinatie met wellness activiteiten.

### - Medewerker monitor

In het najaar van 2016 heeft Alerimus deelgenomen aan de medewerkersmonitor van Actiz. De resultaten hiervan zullen in 2017 bekend zijn.

### - Aysist, roosterplanningssysteem van Ayton

Met ingang van 1 februari 2016 heeft het medewerkerportaal van het roosterplanningssysteem van Ayton een nieuwe uitstraling gekregen. Het is gebruikersvriendelijker dan de voorloper en de functionaliteiten sluiten beter aan op de wensen van Alerimus.

Er is een app Aysist Mobile beschikbaar voor alle medewerkers. Een app voor op je mobiele telefoon of tablet waarmee iedereen altijd en overal inzicht heeft in de planning en beschikbaarheid. Ook kan het urensaldo worden geraadpleegd en zijn berichten zichtbaar. Er is niet alleen inzage mogelijk, maar het is ook mogelijk om gegevens toe te voegen of te wijzigen en verlof aan te vragen. Via de berichtenstroom binnen Aysist, worden diensten op deze wijze goed- en/of afgekeurd door hiertoe geautoriseerde medewerkers.

## 17. Prospectieve risico-inventarisatie

De Safer methodiek voor het uitvoeren van prospectieve risico-inventarisaties is in 2016 voor één proces toegepast.

Augustus 2016 – Bezorgen van- en administratieve taken behorende bij uitbrengmaaltijden.

Er zijn meerdere verbeterpunten uit de PRI gekomen:

- Aanmelding via receptie, keuken en medewerkende thuiszorg heeft een goede werkinstructie "WI N01 registratie nieuwe cliënt/afnemer uitbrengmaaltijd". De werkwijze geeft aan dat een nieuwe aanmelding voor een uitbrengmaaltijd altijd via de receptie medewerkende verloopt. Hoofd Voedingsdienst instrueert keukenmedewerkenden en thuiszorg medewerkenden om de werkwijze van de werkinstructie te volgen.
- De huidige vrijwillig medewerkenden voor het bezorgen van de uitbrengmaaltijden bereiken een leeftijd waardoor er om verschillende redenen regelmatig uitval is en er melden zich geen nieuwe "bezorg" vrijwilligers.

Het is wenselijk om een groep onbetaalde medewerkenden te benaderen. Dit kunnen mantelzorgers, vrijwillig medewerkenden of vrijwilligers via de sociale dienst zijn. Hoofd Voedingsdienst zal over deze taak spreken met de welzijn coördinatoren. Indien er niet voldoende respons is kan er gekeken worden, samen met Hoofd Frontoffice naar bezorging tegen vergoeding.

De andere drie genoemde onderwerpen voor PRI's zijn niet als zodanig uitgevoerd.

In 2017 is wederom een planning gemaakt voor het uitvoeren van een prospectieve risico-inventarisatie op vier processen.

## 18. Preventieve en corrigerende maatregelen

Naar aanleiding van de externe HKZ audit van 15 - 16 - 17 maart 2016 is een corrigerende maatregel getroffen om voor iedere individuele cliënt de risico's voor de uitvoering van de zorg- en/of dienstverlening te inventariseren. (normeisen 2.5/ 2.6.2)

Er worden nog onvoldoende overeengekomen smart doelstellingen geformuleerd en de frequentie van evaluatie bij de thuiszorg voldoet niet aan het Normenkader Verantwoorde Zorg VV&T.

*De frequentie van de evaluatie van zorgleefplannen van de thuiszorg wordt aantoonbaar uitgevoerd volgens de normeisen. Risico signalering en smart doelstellingen zijn eveneens aanwezig.*

Een tweede corrigerende maatregel is genomen omwille van de volgende reden: Conform de Arbowetgeving werkt de organisatie systematisch aan de verbetering van een gezonde en veilige werkomgeving voor medewerkers. Tijdens het auditbezoek is geconstateerd dat er geen Arbocheck wordt toegepast in het zorgproces thuiszorg. (normeis 5.4.1.)

*Een arbocheck is ingevoerd in de thuiszorg en de naleving van het gebruik van de arbocheck is gecontroleerd door Hoofd Frontoffice.*

Een derde corrigerende maatregel is genomen omwille van de volgende reden: In 1 ruimte worden steriele materialen, onsteriele materialen, incontinentiemateriaal, spelletjes voor de activiteiten, verpleeghulpmiddelen en een volle afvalcontainer opgeslagen.

De organisatie heeft geen beleid gemaakt op de correcte opslag van diverse zaken. De opslag voldoet niet aan de hygiënerichtlijnen. (normeis 7.1.1.a. en f.)

*De juiste wijze van opslag voorraad steriele materialen is omschreven en toegevoegd aan het kwaliteitshandboek Q-Intra MyDMS. Betreft Verpleegafdeling, Document 1- WI D03 VPafd Opslag en beheer van voorraad steriele materialen verpleegafdeling.*

*Document 2 – F D03 VPafd Maandelijkse controle voorraad steriele materialen verpleegafdeling.*

*Er is een instructie voor het wegbrengen van het afval van de afdeling opgesteld. Betreft Verpleegafdeling, Document 3 – WI D04 VPafd Instructie huishoudelijk afval wegruimen verpleegafdeling.*

## **19. Interne- en externe veranderingen met invloed op het kwaliteitsmanagementsysteem**

### *Organisatorische veranderingen*

Met de directiewisseling per 1 december 2014 heeft Alerimus een andere weg ingeslagen. De koers is bepaald (Reiswijzer Ontwikkeling Alerimus en het Strategisch Beleidsplan 2015 -2017 `Verbinden & Open bloeien'). Binnen de organisatie spreken we over De Reis van Alerimus, naar het Verhaal van de Klant.

Er is een backoffice en frontoffice gevormd. In 2016 zijn twee MT-leden langdurig ziek geworden en beiden hebben na geruime tijd besloten een punt te zetten achter hun arbeidzame leven. De vorming van een backoffice heeft hierdoor vertraging opgelopen. Vanaf oktober 2016 is de functie van hoofd backoffice wederom bemenst en is het proces tot de vorming van een backoffice weer nieuw leven in geblazen. Gedurende de periode van ziekte / afwezigheid van de twee MT-leden zijn hun taken overgenomen door de andere MT-leden.

Het hele scala aan veranderingen en het tempo waarin dit geschiedt zorgt er voor dat documentatie in het kwaliteitssysteem in het gebruik van de actuele functiebenamingen niet in alle gevallen up to date is. Iets wat geaccepteerd wordt door de organisatie en opgevangen wordt door een verklaring op te nemen in het digitale handboek.

Alerimus is bezig met het formuleren van een `overall' risicoanalyse ten behoeve van de effectiviteit en continuïteit en om een nog meer samenhangend KMS te verkrijgen. Met het in kaart brengen van de risico's, het optimaliseren van de bedrijfsvoering en het makkelijker genereren van management informatie wordt op drie punten gestuurd om kwaliteitsverbetering te bewerkstelligen.

### *Wijziging wet- en regelgeving*

Vanaf 13 januari 2017 is het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg gepubliceerd door het Zorginstituut Nederland. Gedurende 2017 zullen de verschillende onderdelen van het Kwaliteitskader verder uitgewerkt en geïmplementeerd moeten worden.

In lijn met het nieuwe Kwaliteitskader zal de IGZ naar verwachting nieuwe toetsingskaders publiceren of heeft deze al gepubliceerd. Het KMS zal in lijn moeten blijven met de eisen vanuit het Kwaliteitskader.

Alerimus stelt in de eerste helft van 2017 een actieplan op voor de implementatie van het Kwaliteitskader. Aan de hand van een strategische risicoanalyse zullen alle eisen die aan ons worden gesteld worden vertaald in actiepunten om daarmee in lijn met de gewenste planning Kwaliteitskader-proof te zijn.

### *Intramurale zorg*

De verzorging heeft in 2016 uitgebreider kennis kunnen nemen van de vier speerpunten van de Reis van Alerimus. De speerpunten ECD, Kleine teams en Roosteren zorgen voor andere werkwijzen dan tot nu toe gehanteerd. Een en ander zal in het KMS zijn beslag moeten krijgen.

### *HKZ 2015*

De nieuwe ISO 9001 : 2015 is in september 2015 gepubliceerd en vervangt de oude ISO 9001: 2008. Het Internationaal Accreditatie Forum (IAF) en de *International Organization for Standardization* (ISO) hebben de overgangstermijn 9001 bekrachtigd en afgesproken een overgangperiode van 3 jaar aan te houden volgend op de publicatie van ISO 9001:2015 'Kwaliteitsmanagementsystemen - Eisen'.

Deze overgangperiode start in september 2015 en eindigt in september 2018. Certificaten die zijn uitgegeven op basis van ISO 9001:2008 zullen niet meer geldig zijn 3 jaar na de publicatie van ISO 9001:2015. De verloopdatum van de certificaten die in de overgangperiode zijn uitgegeven, moeten corresponderen met het einde van de 3-jaars overgangstermijn.

Alerimus zal in de eerste helft van 2017 een risicoanalyse uitvoeren op het KMS en haar keuze hierin voor de HKZ systematiek en haar bevindingen wegen opdat een keuze kan worden gemaakt op welke wijze Alerimus vorm wenst te geven aan kwaliteitsbeheer in de komende jaren.

## **20. Professioneel handelen**

In 2016 is, gestimuleerd door het programma Waardigheid en Trots, het opleidingsbeleid geactualiseerd en vastgesteld.

Alerimus heeft in 2016 een inventarisatie uitgevoerd van de personele bezetting binnen de teams, kwantitatief en kwalitatief. Van elk team is een 'foto' gemaakt door middel van de HR3P matrix. Tevens is er een 0-meting van het opleidingsniveau van de zorgmedewerkers opgesteld. Dit gaf inzicht in de opleidingsniveaus binnen de teams.

De inventarisatie was directe aanleiding voor 17 medewerkers om met een aanvullende opleiding te starten. Een zestal medewerkers beschikten nog niet over het vereiste zorgdiploma voor hun functie. Hiervan heeft de helft gekozen voor het alsnog volgen van de opleiding en de andere helft heeft een andere functie aanvaard.

Door de toenemende complexiteit van zorg is het nodig om meer gekwalificeerd medewerkers op niveau 4 en 5 in dienst te hebben. Vanuit inkoopvereisten en het programma Waardigheid en Trots worden hier eisen aan gesteld, zoals bijvoorbeeld de aanwezigheid 24 uur per dag van een verpleegkundige voor het realiseren van behandeling.

In 2016 zijn daarom 8 medewerkers gestart met een opleiding voor verpleegkundige. In totaal volgden in 2016 15 medewerkers de opleiding Verzorgende IG, 11 medewerkers de opleiding Verpleegkunde in de VVT, 1 medewerker de opleiding Verpleegkunde niveau 4 en ten slotte 2 medewerkers HBO Verpleegkunde. Daarnaast hebben 2 medewerkers zich in 2016 geschoold tot Gespecialiseerd Verzorgende Psychogeriatric en volgt 1 medewerker de opleiding Personeel en Arbeid. De leerlingen rouleren binnen Alerimus tussen de verschillende



afdelingen, zodat zij breed opgeleid worden. Alle leerlingen krijgen, afhankelijk van de opleiding, 1 of 2 werkbegeleiders toegewezen en een praktijkopleider.

Naast de hierboven vermelde opleidingen werd er ook interne scholing georganiseerd:

- Praktijklessen als reguliere update van de B.I.G. bevoegdheid. De BIG registraties zijn vastgelegd in SDB HRM en worden beheerd door personeelszaken.
- Een vervolg op de scholing "Veilig werken in de Zorg".
- Omgaan met Dementie voor de medewerkers van de Thuiszorg.
- Dementie en Agressie voor medewerkers van de afdeling Meerzorg.
- Levensreddende Eerste Handelingen en AED voor medewerkers in de Thuiszorg.

In het najaar van 2016 is de Leerwijzer ontwikkeld. Dit is een studiegids / studieprogramma als stimulans voor leren en ontwikkelen, gerelateerd aan de ontwikkelingen van Alerimus, persoonlijke ontwikkeling en basiskennis en vaardigheden in het beroep. In 2017 zullen medewerkers in dit kader ook een ontwikkelpaspoort krijgen waarin zij hun persoonlijke ontwikkeling kunnen bijhouden.

In 2016 is deelgenomen aan de herhalingscursus BHV door 30 medewerkers van beide locaties. Het crisisteam van Alerimus heeft een Table top oefening gedaan in november in locatie de Buitensluis. Tijdens de oefening kwam er een duidelijk beeld wie er allemaal ter plaatse komen bij een grote calamiteit en wat voor werkzaamheden er gedaan worden door de hulpdiensten.

#### *Doorlopende professionalisering*

Sinds 30 januari 2014 heeft Alerimus een lidmaatschap van de Vilans KICK- protocollen. Door dit lidmaatschap heeft Alerimus de beschikking over een protocollenboek waarin voorbehouden, niet- voorbehouden, risicovolle en overige handelingen zijn opgenomen, die zijn samengesteld volgens actuele wet-, en regelgeving, landelijke richtlijnen en standaarden. Hiermee worden medewerkers in staat gesteld zelf hun kennis en kunde up-to-date te houden, wat ten goede komt aan de kwaliteit van zorg. De inhoud van het Vilans KICK- protocollen boek wordt jaarlijks geactualiseerd. In 2017 zal Vilans de Kick protocollen ook online ter beschikking gaan stellen aan Alerimus. Medewerkers kunnen dan ook in de thuissituatie op een veilige manier (achter een inlog) de protocollen raadplegen.

## **21. Ontwikkelingen op het gebied van Wet- en Regelgeving**

- Van accountant Verstegen wordt periodiek de nieuwsbrief Geregeld in de Zorg ontvangen. Vanuit de brancheorganisatie Actiz wordt veel informatie ontvangen over veranderingen binnen de zorg en / of de wet- en regelgeving. Vilans wordt, net als Skipr, ook in toenemende mate een belangrijke bron in de informatievoorziening.
- De nog niet aangenomen Wet Zorg en Dwang ( de verwachting is in het najaar van 2017) krijgt aandacht binnen de BOPZ-commissie. Cie-leden zijn op de hoogte van de ontwikkelingen welke in deze Wet zijn opgenomen.
- Per 1-1-2016 is de Kwaliteitswet zorginstellingen opgehouden te bestaan en Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz) van kracht.
- Per 1-1-2016 wordt aan de Wet bescherming persoonsgegevens een meldplicht voor inbreuken op beveiligingsmaatregelen voor persoonsgegevens toegevoegd. Met de meldplicht datalekken wil de regering de gevolgen van een datalek voor de betrokkenen zoveel mogelijk

beperken en hiermee een bijdrage leveren aan het behoud en herstel van vertrouwen in de omgang met persoonsgegevens.

- Per januari 2016 is de verplichte CQI (Consumer Quality Index)-vragenlijsten voor de verpleging en verzorging in de ouderenzorg afgeschaft.
- Alerimus wil dat iedereen goede zorg krijgt. De overheid heeft wettelijk vastgelegd wat goede zorg precies inhoudt. En wat er moet gebeuren als mensen een klacht hebben over de zorg. Dit staat in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) die 1 januari 2016 ingegaan is en de Kwaliteitswet Zorginstellingen en de Wet klachtrecht cliënten zorgsector vervangt.
- Op 15 december 2016 heeft Brancheorganisatie Zorg de Governancecode Zorg 2017 gelanceerd. In de nieuwe code staan de bestuurlijke waarborgen voor het bieden van goede zorg aan cliënten centraal. In 2017 zullen de statuten en reglementen worden getoetst aan de nieuwe code en daar waar nodig zullen aanpassingen worden doorgevoerd.

## **22. Effectieve toepassingen in Q-Intra MyDMS**

Verbeteringen van de zorg- en dienstverlening worden uitgewerkt en/of aangepast in procedures, werkinstructies etc. besproken en beoordeeld en opgenomen in Q-Intra / MyDMS ter inzage voor alle medewerkers.

Als maatregel om de administratieve lasten te verminderen en meer vanuit één pakket te kunnen werken ten behoeve van tijdsbesparing, is er een tendens gaande om formulieren welke door de zorg benodigd zijn automatisch invulbaar te maken (mergecodes) en deze in DigiDos op te nemen in plaats van deze te handhaven in Q-Intra MyDMS alwaar een ingevuld document gelijk op cliëntniveau bewaard kan worden.

Alle vergaderdata van de diverse sectoren zijn op te vragen in Q-Intra / MyDMS, evenals de data van de functioneringsgesprekken van de medewerkers. Dit geldt voor beide locaties.

Q-Intra MyDMS fungeert als digitaal kwaliteitshandboek voornamelijk als naslagwerk en bron van formulieren. Vanuit dit perspectief gezien voldoet Q-Intra MyDMS uitstekend en is de beschikbaarheid van het digitaal handboek nagenoeg 100%. Op termijn lijkt het wenselijk om de huidige structuur van het handboek beter af te stemmen op de vernieuwde organisatorische indeling, al is deze nog niet volledig uitgekristalliseerd. De inhoudelijke kant van het digitale handboek zal op termijn eveneens een betere aansluiting moeten krijgen bij de koers die Alerimus vaart en waarbij uitgegaan wordt van taakvolwassen en betrokken medewerkers.

## **23. Behoeft aan middelen**

De veranderende sociaal maatschappelijke omgeving waarin Alerimus acteert verlangt een grotere inzet om de verbinding te zoeken met alle partijen in het veld om te komen tot een organisatie waarbij het vanzelfsprekend is dat 'buiten naar binnen' moet worden gehaald en 'binnen naar buiten' moet worden gebracht. Dit om ontmoeting en samen zijn te bewerkstelligen ter vergroting van het welbevinden en zingeving van de eigen cliënten en de mensen in de wijk.

Alerimus heeft twee coördinatoren welzijn aangesteld om de verbindende schakel te zijn tussen burgers, organisaties en verenigingen. Zij geven invulling aan het kerngericht werken vanuit de locaties en zijn de regisseurs van de activiteiten. Initiëren, faciliteren, regisseren en realiseren standvastig de verbinding tussen de partijen.

Met de zorgzwaarte verzwaring worden steeds meer cliënten in zorg genomen met meerdere gezondheidsaandoeningen waarmee de te verlenen zorg complexer wordt. Deze ontwikkeling zorgt er voor dat het kennis- en opleidingsniveau binnen de organisatie daar in mee moet groeien. Om deze ontwikkeling op te vangen zijn er in 2016 veel zorgmedewerkers bereid gevonden een (vervolg) opleiding te volgen o.a. tot Verpleegkundige.

Om de uitvoering van de werkzaamheden op de verschillende afdelingen en bij de verschillende diensten zo adequaat mogelijk te laten verlopen, wordt daar waar nodig de gewenste apparatuur aangeschaft. De preventiemedewerkende ziet er op toe dat de Arbo-regels worden nageleefd en de technische dienst medewerkers spelen, naast de betrokken afdeling, vaak een rol in de validatie.

Automatisering speelt een grote rol binnen de zorg- en ondersteunende processen. Zo is er een koppeling gerealiseerd tussen XL Food en Accountview die het mogelijk maakt om de afname van warme maaltijden door cliënten te importeren in het boekhoudpakket AccountView. In 2016 is ook een controle tool op de HO productie in gebruik genomen waardoor de verantwoording van de geplande t.o.v. de gerealiseerde productie kan worden gecontroleerd en van een status worden voorzien.

Jaarlijks (in het najaar) kunnen de coördinatoren aangeven of zij een investeringsaanvraag wensen te doen ten behoeve van hun afdeling. Hoofd backoffice houdt hier rekening mee bij het opstellen van de begroting van het nieuwe boekjaar. Al naar gelang de financiële ruimte en de noodzaak / wenselijkheid kan het voorkomen dat er keuzes gemaakt moeten worden.

## **24. Instrumenten evaluatie**

Alerimus zet meerdere instrumenten in om het oordeel over de geleverde kwaliteit te peilen bij cliënten. Tevens worden meerdere interne instrumenten gebruikt om te peilen hoe het is gesteld met de borging van het kwaliteitssysteem. Ook worden instrumenten ingezet om een medewerker oordeel te verkrijgen.

Het betreft de volgende instrumenten:

- interne audits (op afdelingsniveau)
- externe audits (op organisatieniveau)
- enquêtes kortdurende opname
- enquêtes thuiszorg huishoudelijke ondersteuning
- enquêtes thuiszorg verzorging
- enquêtes intramuraal; zorg rondom het overlijden
- enquêtes uitbrenghoortijden / interviews maaltijden intramuraal
- functioneringsgesprekken medewerkers
- bezoeken intramurale cliënten door hoofd frontoffice
- kwaliteitsverbetering formulieren
- prospectieve risico-inventarisaties
- Fona-formulieren / Mic-meldingen

Van alle hierboven genoemde instrumenten is in 2016 gebruik gemaakt. Alle instrumenten leveren voldoende informatie op om deze ook in 2017 als 'input' te gebruiken voor het verbeteren en borgen van het kwaliteitsmanagementsysteem.

Het instrument audits is geëvalueerd door kwaliteitsbeheer en ook dit instrument zal in 2017 weer gebruikt gaan worden.

De enquêtes worden in de stuurgroep kwaliteit besproken en de stuurgroep heeft de bevoegdheid aanpassingen door te voeren en te besluiten om extra of andere enquêtes te formuleren (evaluatie instrument).

Indien noodzakelijk wordt op kwartaalrapportages van de Fona-Arbo commissie een reactie (schriftelijk of mondeling) teruggegeven met aandachtspunten opdat deze punten inhoudelijk meegenomen kunnen worden in een volgende rapportage of in de uitvoeringstaken tot uitdrukking komen.

Alle instrumenten leveren voldoende informatie op om deze ook in 2017 als 'input' te gebruiken voor het verbeteren en borgen van het kwaliteitsmanagementsysteem.

## **25. Inspecties, meldingen en controles door derden**

- Er zijn voor 2016 geen inspecties te melden van de Inspectie voor de Volksgezondheid, Inspectie SZW (voorheen arbeidsinspectie) of De Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA).

- Er is in 2016 geen aanleiding geweest om een melding te doen, conform de Meldcode Huiselijke geweld en Kindermishandeling of vanwege calamiteiten aan de IGZ.

- CZ zorgkantoren heeft over 2016 een bestandvergelijking uitgevoerd tussen de door Alerimus aangeleverde en goedgekeurde declaraties op cliëntniveau en de toegewezen zorg zoals vastgelegd in AZR. Doel van deze bestandvergelijking was om over 2016 vast te stellen of de gedeclareerde zorg past binnen de toegewezen zorg. Het betreft een vergelijk van de functies PV-VP-BG IND en BG GRP. CZ geeft aan dat uit deze bestandvergelijking blijkt dat Alerimus over de periode 2016 heeft voldaan aan de rechtmatige eisen van levering binnen het maximum van de indicatie / toewijzing.

- Middels het accountantsverslag 2015, managementletter interim controle 2016 en het accountantsverslag 2016 heeft Verstegen accountants aan Alerimus haar bevindingen m.b.t. risico's kenbaar gemaakt. Enige punten zijn reeds in deze directiebeoordeling aan bod gekomen zoals het Kwaliteitskader en de Governancecode.

Enige punten met een verhoogd risico zijn, zonder hierin uitpuittend te zijn:

- Contractbeheer; m.n. bezien vanuit zorgverkoop en de inhoudelijke eisen die hiermee gepaard gaan. Alerimus gaat over tot de aanschaf van een contractbeheermodule en zal zodoende beter in staat zijn de inhoudelijke eisen op contractniveau beter vast te leggen en te monitoren.
- ICT; m.n. het borgen van informatiebeveiliging en een automatiseringsomgeving waarin een achterstand is. Alerimus zal een ICT-plan opstellen vanuit de eigen visie (de koers van Alerimus) en zal daarin de gewenste automatiseringsomgeving en beveiligingsmaatregelen beschrijven welke nodig zijn om toekomstbestendig te zijn.
- RA; een dynamische en organisatie omvattende risicoanalyse actualiseren / opstellen met daarbij ook aandacht voor vastgoedbeleid, nieuwe kwaliteitseisen, personeel/formatie, zorginkoop/contractmanagement, samenwerking met andere zorgaanbieders, projecten en overige initiatieven. Alerimus zal de 'overall' risicoanalyse verbreden en dynamischer maken in 2017.

## **26. Aanbevelingen ter verbetering**

- Gezien het veranderende sociaal maatschappelijk veld zal Alerimus zich steeds nadrukkelijk moeten gaan profileren als de zorgaanbieder van de regio. Dit betekent nog meer de verbinding zoeken met alle partijen in het veld. Verenigingen, lokale bedrijven, gemeenten, welzijnsorganisaties etc. etc. zullen actiever moeten worden benaderd om met elkaar te bespreken wat we voor elkaar kunnen betekenen. Alerimus heeft twee coördinatoren welzijn aangesteld die, als 'makelaar', de partijen verbinden, innovatief zijn om vragen en behoeften in nieuwe acties kunnen vertalen. Om hier beter op aan te kunnen sluiten en de interne verbinding te optimaliseren wordt er gewerkt aan één team Welzijn. Dit team is in ontwikkeling.

- Er moet blijvend aandacht uitgaan naar scholing. Scholing van m.n. medewerkers tot Verzorgende IG, verpleegkundigen in de VVT en hoger is van belang om aansluiting te behouden bij eisen die heden ten dage worden gesteld aan zorgaanbieders. Doel is om het gemiddelde opleidingsniveau te verhogen. Dit streven sluit aan bij het doel om de zorgaanbieder van de regio te worden.
- Om in de kwaliteitsslag mee te gaan moet er eveneens stevig worden ingezet op werving en selectie van hoog gekwalificeerde zorgmedewerkers.
- Een belangrijke vernieuwing in het Elektronisch Client Dossier is dat Alerimus de wensen van de cliënt en de eigen regie over het leven en welzijn voorop zet. Het format voor een Zorg-Leef-Plan is vastgesteld. De inbedding in Nestor zal in 2017 zijn beslag krijgen.
- Binnen de front- en backoffice zal met name gewerkt worden aan een vergroting van de bewustwording van de koers waarin de organisatie zich wenst te begeven (Reiswijzer Ontwikkeling Alerimus) en vergroting van het verantwoordelijkheidsgevoel over het werk dat men verricht ten dienste van onze cliënten.

## 27. Oordeel kwaliteitsmanagementsysteem

Uit alle uitgevoerde metingen is gebleken dat in de breedte de cliëntèle van Alerimus de geboden zorg, in welke vorm deze ook geboden wordt, als kwalitatief goed bestempeld. Naast dit resultaat, dat voorkomt uit een gedegen kwaliteitsbeleid uitgevoerd door gedreven medewerkers, is een andere belangrijke constatering dat veel cliënten en hun familieleden de persoonlijke aandacht, warmte en omgangsvormen als heel prettig ervaren.

Kwalitatief hoogstaande zorg bieden met behoud van het sociale gezicht, aangepast aan de individuele wensen en behoeften van de cliënten en met behoud van eigen regie en stimulering van de zelfredzaamheid is waar het om gaat en dat zien we, naar onze tevredenheid, terug in de uitgevoerde metingen.

Het kwaliteitsmanagementsysteem is goed onderhouden en ontwikkelt zich mee met de tijd en de veranderingen die uit wet- en regelgeving, medewerkers- en cliëntenoordeel, audits e.d. voortkomen.

Daar waar zich verbeterpunten manifesteren, incidenten- en / of klachten zich voordoen worden deze opgepakt en uitgewerkt door de Fona-Arbo commissie, directie, MT, stuurgroep kwaliteit, diverse werkgroepen en diensthoofden. De verbeterpunten die direct gerelateerd kunnen worden aan procedures en werkinstructies worden opgenomen in het kwaliteitsmanagementsysteem en geïmplementeerd door de diensthoofden bij de betrokken afdeling(en).

Er wordt door Alerimus nadrukkelijker aandacht geschonken aan het 'volgen en controleren' van ingezette koerswijzigingen binnen het kwaliteitsmanagementsysteem. Belangrijke veranderingen in werkwijzen worden middels werkoverleggen (groot werkoverleg, afdelings-overleg, werkgroep overleg of MT), één op één gesprekken en / of een PDCA check door diensthoofden gemonitord.

### Conclusie:

Er ligt maatschappelijk een grote druk op verpleeghuizen. Er worden hoge eisen aan de kwaliteit van zorg gesteld en we hebben te maken met een veranderende samenleving. Er moet een goede afstemming zijn tussen de lokale samenleving, klanten en Alerimus om de hoge eisen aan kwaliteit van zorg en de veranderende samenleving ten dienste van onze klanten te borgen.

Het kwaliteitsmanagementsysteem voldoet hierbij aan de eigen verwachtingen. Het proces naar continue stapsgewijze verbetering van het kwaliteitsmanagementsysteem is een goed functionerend proces. Cliënten leveren regelmatig hun input; is er een gedegen structuur waarin management verantwoordelijkheid, management van middelen, het leveren van producten en diensten én het uitvoeren van metingen, analyses en verbeteringen elkaar continue beïnvloeden en daarmee is Alerimus er in geslaagd een grote klanttevredenheid te bewerkstelligen.

Alerimus ziet zich voor de uitdaging geplaatst zich maximaal in te zetten om ten dienste van de klant verdere kwaliteitsverbeteringen te bewerkstelligen en te borgen.

**Oordeel** : Ondergetekende is tevreden over de werking van het kwaliteitsmanagementsysteem binnen Alerimus over het jaar 2016.

<p>Was getekend:</p>     <p>B.G.A.M van Os, Algemeen directeur</p>	<p>Numansdorp/Oud-Beijerland, 11 april 2017</p> <p>woon-, zorg- en dienstencentra Alerimus</p> <p>locatie de Buitensluis Bernhardstraat 25 3281BC Numansdorp</p> <p>locatie het Buiten van de Open Waard Polderlaan 5 3261ZA Oud-Beijerland</p>
---	---