

Kwaliteitsverslag Ananz 2016



Mw. M. van Zoom, MBA
Directeur
19 mei 2017

Voorwoord

De Raad van Bestuur van de St. Anna Zorggroep en de directie van Ananz bieden u het kwaliteitsverslag Ananz 2016 aan. Het kwaliteitsverslag 2016 geeft inzicht in de activiteiten op het gebied van kwaliteit in het afgelopen jaar. De St. Anna Zorggroep legt op concernniveau verantwoording af via een bestuursverslag.

Ananz maakt deel uit van het concern St. Anna Zorggroep te Geldrop. Sinds 2004 legt Ananz via de kwaliteitsparagraaf van het jaardocument verantwoording af over haar organisatorische eenheden (OE), zo ook over dit verslagjaar 2016. Hiermee voldoet Ananz aan haar wettelijke verplichtingen. Het betreft de volgende organisatorische eenheden:

- Akert (OE 9743)
- Berkenheuvel (OE 4325)
- Nicasius (OE 6973)
- Ananz Zorg Thuis (OE 4325001)

In dit kwaliteitsverslag 2016 van Ananz baseren we ons op de eisen van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Alle instellingen die zorg leveren zoals omschreven in de Wet langdurige zorg (Wlz) moeten voldoen aan die eisen. Dit betreft onder andere: verantwoording afleggen over het gevoerde beleid. Daartoe maakt elke zorgaanbieder jaarlijks voor 1 juni een verslag over het kwaliteitsbeleid van het afgelopen jaar. Hierin staat onder meer hoe cliënten bij de zorg zijn betrokken en wat er met klachten is gedaan. Op deze wijze wenst Ananz intern en extern verantwoording af te leggen.

Mw. I.C.D.Y.M. Wolf-de Jonge
voorzitter raad van bestuur

M. van Zoom, MBA
directeur Ananz

C.J.M.H.J. Evers
Lid Raad van Bestuur a.i.

Inhoud

Inleiding.....	4
1 Profiel van de organisatie	5
2 Cliënttevredenheid	8
3 ZorgkaartNederland	10
4 Resultaten van cliëntenparticipatie en/of adviezen van de cliëntenraad	11
4.1 Centrale Cliëntenraad	11
4.2 Cliëntportaal	11
5 Medewerkers.....	12
5.1 Medewerkertevredenheid	12
5.2 Ziekteverzuim	14
5.3 MIM-meldingen	14
5.4 Toetsing op professioneel handelen	15
5.5 Jaargesprekken.....	15
5.6 Functiegebouw.....	16
6 Documentbeheer AnnaDoc	17
7 HKZ-audit.....	18
8 Gastvrijheidszorg met sterren.....	20
9 Interne audit	21
10 Risico-Inventarisatie en Evaluatie (RI&E).....	22
11 Veilig wonen en welzijn (facilitair)	23
11.1 Nieuwe structuur voor locatiesecretariaten, recepties en telefooncentrale.....	23
11.2 Nieuwe facilitaire dienst.....	23
11.3 HACCP-audit.....	23
11.4 Wonen (Gebouw, BHV en materialen)	24
11.5 Leveranciersbeoordelingen	24
11.6 Klachten Was, Vervoer, Eten en drinken	25
12 Veilige zorg en behandeling.....	26
12.1 Belevingsgerichte zorg	26
12.2 Infectiepreventie.....	26
12.3 MIC-meldingen.....	26
12.4 IGZ: uitvraag, meldingen en calamiteiten	27
12.5 Complimenten en klachten over zorg en behandeling	28
13 Samenwerking binnen de St. Anna Zorggroep.....	29
14 Overleg Ketenpartners.....	30
15 Status van preventieve en corrigerende maatregelen	31
16 Interne en externe veranderingen die van invloed kunnen zijn op het kwaliteitsmanagementsysteem.....	32

Inleiding

Dit kwaliteitsverslag 2016 is opgesteld op basis van de kwaliteitsrapportage Ananz november 2016, de voortgangsrapportage van het jaarplan 2016 inclusief het ontwikkelplan dat is opgesteld ten behoeve van de tariefopslag voor het zorgkantoor.

Middels de kwaliteitsrapportage brengen diverse (verantwoordelijk) functionarissen vanuit de organisatie, de directie van Ananz op de hoogte van de voortgang en de inhoudelijke stand van zaken van verschillende kwaliteitsonderwerpen. In het jaarplan staan de speerpunten voor Ananz. De voortgang hiervan wordt elk kwartaal besproken in het MT. De voortgang van het ontwikkelplan wordt periodiek besproken in het overleg met het zorgkantoor.

Het doel is om de kwaliteit op alle vlak te behouden en waar mogelijk te verhogen en daarnaast de synergie, samenhang en verbinding te houden en te maken tussen de verschillende kwaliteitsonderdelen en de strategie van Ananz als onderdeel van de St. Anna Zorggroep.

Ondanks onderbezetting van zowel management- als ook de teamleidersfunctie in de afgelopen maanden 2016, is kwaliteit hoog op de agenda blijven staan. Dit heeft voor 2016 in zijn algemeenheid geleid tot en verbetering van de kwaliteit op alle vlak en het inzichtelijk krijgen van verbeterpunten. In 2017 wordt de stijgende lijn van kwaliteitsverbetering verder doorgezet.

Waar zijn we trots op?

- Onze cliënten en mantelzorgers waarderen de zorg- en dienstverlening op ZorgkaartNederland over 2016 met een gemiddelde eindscore van een 7.8.
- De samenwerking met onze Centrale Cliëntenraad is constructief en zijn actief betrokken bij diverse onderwerpen.
- De medewerkertevredenheid van medewerkers van Ananz is toegenomen als gevolg van de ingezette verbeteracties.
- Het ziekteverzuim is gedaald van 6,4% eind 2015 naar gemiddeld 5,7%.
- Onze medewerkers waarderen de nieuwe systematiek van jaargesprekken met gemiddeld een 7.
- Tijdens de HKZ-audit ziet de externe auditor in alle lagen de belevingsgerichte zorg / cliëntgerichte zorg. Een compliment voor al onze medewerkers.
- Op Berk en Heuvel wordt de nulmeting 'Gastvrijheidszorg' gewaardeerd met 4 sterren.
- De nieuwe facilitaire dienst is in werking getreden en alle medewerkers zijn herplaatst of uit dienst. Het overdragen van beheerstaken voor gebouwbeheer heeft een positief effect op de continuïteit en kwaliteit van de dienstverlening.
- De samenwerking binnen de St. Anna Zorggroep rondom de kwetsbare ouere krijgt steeds meer vorm en inhoud wat onze patiënten en cliëntenzorg ten goede komt.

Waar zijn we minder tevreden mee?

- De interne audits zijn niet conform de planning uitgevoerd, door uitval van interne auditoren. Ook de doorlooptijd is een aandachtspunt.
- De implementatie van de nieuwe structuur voor locatiesecretariaten, recepties en telefooncentrale is niet optimaal verlopen, doordat met name gewerkt is door nieuwe mensen en door fouten in de technische aanpassingen.
- Binnen de nieuwe facilitaire dienst worden nog een aantal knelpunten ervaren m.b.t de personele formatie; er is behoefte aan meer menskracht voor algemeen ondersteunende taken op locatie.
- Het veilig wonen en welzijn is nog onvoldoende. Oorzaak hiervoor is een capaciteittekort die nodig is om alle kwaliteitsprojecten uit te voeren

Voor bovenstaande punten zijn acties uitgezet voor 2017.

1 Profiel van de organisatie

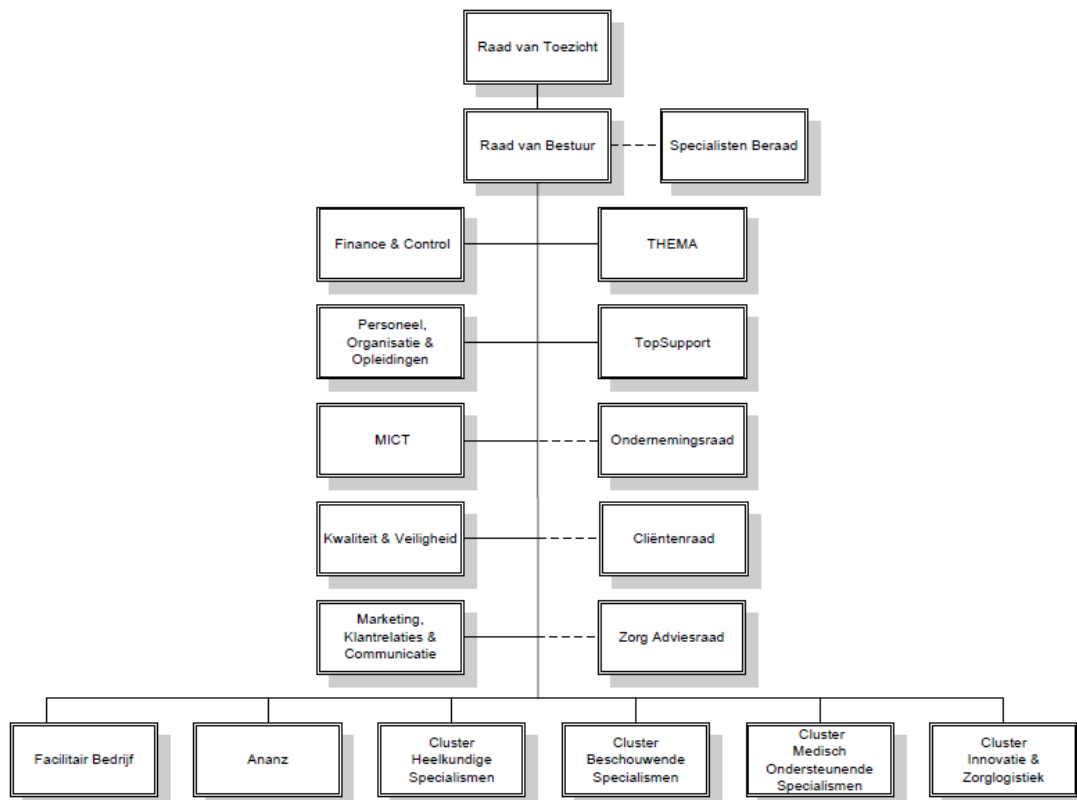
Ananz wonen-welzijn-zorg is onderdeel van het concern St. Anna Zorggroep. Ananz bestaat uit vier organisatorische eenheden (OE), zie hieronder in tabel 1.

Tabel 1: Algemene identificatiegegevens Ananz

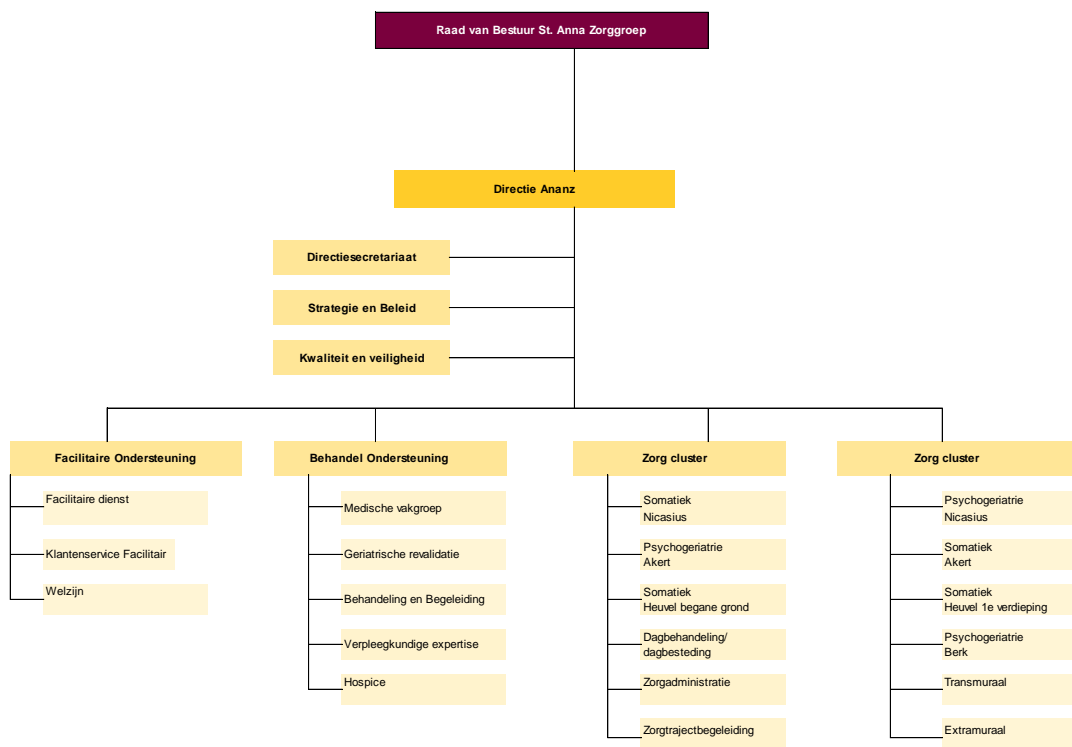
Naam verslagleggende rechtspersoon	
<i>Woonzorgcentrum Berkenheuvel (OE 4325)</i>	
Adres	Grote Bos 8
Postcode	5666 AZ
Plaats	Geldrop
Telefoonnummer	088 5677700
<i>Woonzorgcentrum Akert (OE 9743)</i>	
Adres	Appelaar 35
Postcode	5664 TZ
Plaats	Geldrop
Telefoonnummer	088 5677700
<i>Woonzorgcentrum Nicasius (OE 6973)</i>	
Adres	Berkelkanspad 6
Postcode	5591 GK
Plaats	Heeze
Telefoonnummer	088 5677700
<i>Ananz Zorg Thuis (OE 4325001)</i>	
Adres	Grote Bos 8
Postcode	5666 AZ
Plaats	Geldrop
Telefoonnummer	088 5677700
Identificatienummer Kamer van Koophandel	17127118
E-mailadres	Directie.Ananz@st-anna.nl (directiesecretariaat)
Internetpagina	www.ananz.nl

De drie woonzorgcentra van Ananz – Berkenheuvel met gebouwen Berk en Heuvel, Akert en Nicasius – en Zorg Thuis vormen sinds 1 januari 2006 samen Ananz, onderdeel van de St. Anna Zorggroep. Binnen de St. Anna Zorggroep wordt gewerkt vanuit een duaal integraal managementsysteem. De directie van Ananz maakt deel uit van het Management Team van de St. Anna Zorggroep. De St. Anna Zorggroep heeft een Ondernemingsraad. Ananz heeft een centrale cliëntenraad en per locatie een decentrale cliëntenraad. Het ziekenhuis heeft eveneens een cliëntenraad.

Organogram concern St. Anna Zorggroep 2016



Organogram Ananz 2016



2 Cliënttevredenheid

Eind 2015 is bij Ananz de CQ-meting gedaan door een extern bureau. De resultaten hiervan zijn begin 2016 gepresenteerd door Facit aan het MT en de CCR. Er zijn geen uitschieters naar boven in de scores maar ook geen uitschieters naar beneden. Ook is de Ananz-score ongeveer gelijk aan het Facit gemiddelde. Gezien alle (landelijke) ontwikkelingen binnen de ouderenzorg van de afgelopen tijd is het goed te zien dat cliënten en vertegenwoordigers van Ananz nog steeds gemiddeld goede zorg ervaren.

De hoogste scores van Ananz zijn op de thema's / indicatoren:

- Ervaringen met privacy: Kan de cliënt zich met bezoek op een rustige plek terugtrekken?
- Ervaren met inrichting: Kan de cliënt zelf bepalen hoe hij / zij de eigen kamer of woonruimte inricht? (met eigen spullen, etc.)

De verbeteracties voor Ananz, zijn op de thema's / indicatoren:

- Ervaringen met schoonmaken: Wordt de woonruimte goed schoongehouden? (woon-/ slaapkamer, toilet en douche / badkamer)
- Ervaren beschikbaarheid personeel: Is er genoeg personeel in huis?
- Ervaringen met maaltijden: sfeer: Is de sfeer tijdens het eten goed?
- Zinvolle dag: Biedt het huis gezelligheid en contact met anderen? Organiseert het huis genoeg activiteiten? Sluiten de activiteiten genoeg aan bij de cliënt?

De resultaten zijn gedeeld met cliënten, mantelzorgers en in de teams. Naar aanleiding van deze resultaten, zijn ook door de teams specifieke verbeteracties ondernomen.

Locatie Akert PG

Een aantal verbeteracties zijn ingezet. Er zijn overleggen gepland om zaken te bespreken, te sturen op het omgaan met ECD, de psycholoog is betrokken bij 'cliënt voelt zich thuis' in werkoverleg en bewonersbespreking. De belevingsgerichte gangen zijn bijna gerealiseerd. De inzet van de contactclown op de afdeling wordt als positief ervaren. Het koken binnen de huiskamers wordt op meerdere dagen gedaan. De schoonmaak op de afdeling gaat naar wens, hierover zijn geen opmerkingen meer geweest.

Locatie Nicasius PG

Voor de teams zijn verbeteracties opgesteld, gericht op het realiseren van verdieping in het thema 'onbegrepen gedrag' in relatie tot je eigen gedrag. Er hebben teamdagen plaatsgevonden waarvan een verslag is gemaakt. Deze dagen zijn als positief ervaren door de medewerkers en heeft een verdiepingsslag gegeven in het omgaan met dementie en de invloed van jouw eigen gedrag. Overige onderwerpen waren; het rapporteren en het lezen van bewoners ECD en algemene informatie. Onbegrepen gedrag en de gevolgen hiervan / acties hierop zijn een blijvend aandachtspunt voor en door medewerkers.

Locatie Berk PG, team Klaproos en Margriet.

De samenvatting van de CQ-meting is verspreid onder de mantelzorgers en er heeft een familieavond plaatsgevonden. Verbeteracties zijn gericht op het meer bewonersgericht werken van de AB-ers. Zij hebben een vakantieprogramma gemaakt; actieve werving van vrijwilligers; de kookworkshop voor de huiskamerassistenten; de mantelzorgsoos wordt vanaf september opnieuw opgestart.

Locatie Nicasius somatiek

Organiseert in 2016 een familie-/mantelzorg avond om cliënt en familie meer te betrekken bij het zorgproces en duidelijkheid te brengen in wederzijdse verwachtingen. Daarnaast is een vervolgoverleg gepland om met elkaar te praten over wonen, welzijn en zorg in Nicasius.

Centrum voor Herstel en Revalidatie

Men is in gestart met een eigen vragenlijst voor cliënten die met ontslag gaan (een exit-enquête). Op basis van deze ervaringen is het eten en drinken verbeterd: afspraken met Huuskes zijn geëvalueerd, er is porseleinen servies aangeschaft en er zijn kookavonden geïntroduceerd.

Locatie Heuvel somatiek

Per afdeling heeft een interactieve mantelzorgavond plaatsgevonden met als onderwerp: Goed Wonen. Hiermee is de afdeling gestart om mantelzorgparticipatie te stimuleren. Centraal staat: Wat is er nodig volgens cliënten en familie voor eten en drinken, inrichting en dagbesteding. Dit heeft geleid tot de driemaandelijks nieuwsbrief voor cliënten en mantelzorgers; de inrichting en naamgeving afdeling op basis van wensen; de mantelzorger kan gebruik maken van kofte / thee en voelt zich daarmee welkom in de huiskamer. Voor nieuwe cliënten wordt een kennismaking vóór opname geïmplementeerd.

3 ZorgkaartNederland

ZorgkaartNederland is de grootste ervaringssite voor de Nederlandse gezondheidszorg waar mensen hun ervaringen met de zorg delen met elkaar. De waarderingen geven inzicht in de wensen en behoeften van cliënten en vormen zo voor zorgorganisaties een belangrijke bron voor kwaliteitsverbetering. Sinds 2008 staat Ananz op ZorgkaartNederland. Per jaar wordt een gemiddeld cijfer en het aantal waarderingen bijgehouden. Daarnaast wordt een gemiddeld cijfer over alle jaren berekend en het cumulatief aantal waarderingen genoemd.

In 2016 streeft Ananz naar een gemiddelde eindscore van tenminste een 7.5 en zijn er tenminste 100 waarderingen geplaatst.

Sinds juli 2016 stimuleert Ananz cliënten en mantelzorgers actief om waarderingen achter laten op ZorgkaartNederland. Op de website van Ananz is hiervoor een link opgenomen zodat zij gemakkelijk hun waarderingen kunnen plaatsen. Tijdens MDO's of gesprekken met cliënten / mantelzorgers wordt gevraagd ervaringen te delen op ZorgkaartNederland.

In augustus 2016 zijn op Akert, Nicasius en Heuvel interviewers van ZorgkaartNederland geweest. In november 2016 zijn mantelzorgers van Akert, Berk en Nicasius telefonisch benaderd door interviewers. Zij hebben cliënten en mantelzorgers gevraagd naar hun waardering over afspraken, de zorg/behandeling, de omgang en het luisteren door medewerkers, informatie en de accommodaties van Ananz. De resultaten van deze interviews zijn op ZorgkaartNederland geplaatst. Ananz reageert actief op iedere geplaatste waardering op ZorgkaartNederland: bij een positieve waardering een bedankje, bij een minder positieve waardering wordt een gesprek aangeboden indien de melder van de waardering dit wenst. Op deze manier wil Ananz leren van de dingen die goed gaan en de dingen die beter kunnen.

Opvallend is dat hetzelfde onderwerp heel wisselend gewaardeerd wordt: zo zijn er over het eten en drinken, schoonmaken, zorg en behandeling ongeveer evenveel complimenten als verbeterpunten.

Complimenten gaan over:

- Omgang / bejegening door medewerkers: medewerkers luisteren goed, afspraken worden goed nagekomen, vriendelijk personeel
- Schoonmaken: goed schoongemaakt
- Eten en drinken: lekker eten en voldoende keuze
- Zorg en behandeling: medicijnen goed verzorgd, deskundige arts, fysio is goed
- Accommodatie: ruime kamer, groene omgeving

Verbeterpunten gaan over:

- Accommodatie: oud gebouw met niet alle voorzieningen, kamer te klein
- Niet altijd dezelfde benadering / begeleiding door zorgmedewerkers
- Informatie mag eerder gegeven worden
- Soms geen toezicht in huiskamers
- Soms lang wachten op een bel / hulp
- Eten en drinken: soms weinig smaak en variatie
- Schoonmaken: hygiëne niet altijd gewaarborgd, kamer en gangen vies

Over 2016 zijn bij Ananz 144 waarderingen geplaatst op ZorgkaartNederland, met een gemiddelde eindscore van 7.8 De overall-score over alle jaren is voor Ananz een 7.7 gebaseerd op in totaal 203 waarderingen.

Voor de onderwerpen die aandacht behoeven (verbeterpunten) zijn verbeteracties ingezet.

4 Resultaten van cliëntenparticipatie en/of adviezen van de cliëntenraad

4.1 Centrale Cliëntenraad

De samenwerking met de centrale cliëntenraad loopt goed en is constructief. Elke 2 maanden heeft de centrale cliëntenraad een overleg samen met de directie waarin diverse onderwerpen worden besproken.

De centrale cliëntenraad heeft een actieve rol gehad in het zorginkoopproces met het zorgkantoor. Zij zijn aanwezig bij het periodiek overleg met het zorgkantoor en hebben een bijdrage geleverd aan het ontwikkelplan ten behoeve van de tariefopslag 2017.

Ook is samen met de centrale cliëntenraad een plan ingediend voor de inzet van de extra middelen Waardigheid en Trots, voor het onderdeel zinvolle dagbesteding. Tevens zijn zij actief betrokken bij de opzet en uitvoering van de projecten 'gastvrijheidszorg met sterren' (zie hoofdstuk 8) en het 'cliëntportaal'.

4.2 Cliëntportaal

De invoering van het ECD is in 2016 gerealiseerd op alle locaties. Met de komst van het ECD van Ananz zijn alle wensen en afspraken over de zorg, behandeling en activiteiten van een cliënt op eenduidige wijze in een digitaal zorgleefplan vastgelegd. Vanwege privacy en informatiebeveiliging hebben alleen betrokken zorgverleners toegang tot het zorgplan ECD. De cliënt kan uiteraard zijn eigen zorgleefplan inzien maar heeft op dit moment daar de zorgverlener bij nodig. Ook de mantelzorger kan het zorgleefplan van de cliënt inzien, maar alleen samen met de zorgverlener.

Met de volgende stap in het ECD-project, het cliëntportaal, wil Ananz de persoonlijke levenswijze en de eigen regie van de cliënt nóg beter faciliteren. Op deze manier kan een cliënt of mantelzorger op afstand en op ieder gewenst moment in het zorgleefplan kijken om de meest actuele cliëntinformatie te zien. Cliënten en mantelzorgers krijgen met het cliëntportaal op een eenvoudige manier toegang tot de zorginhoudelijke gegevens, geregistreerd in het ECD. Hierdoor kan de cliënt, desgewenst samen met de mantelzorger, de eigen regie over zijn / haar leven blijven houden.

Met het project Cliëntportaal neemt Ananz deel aan 'Waardigheid en Trots'. Het project is eind 2016 gestart en zal doorlopen in 2017. Door uitval van de projectleider heeft dit project wat vertraging opgelopen. Het Cliëntportaal wordt geïmplementeerd in opdracht van de directeur van Ananz. Zowel de Ondernemingsraad, de cliëntenraad als de ZorgAdviesRaad hebben hun goedkeuring gegeven voor het project Cliëntportaal. Ook bij het realiseren van het project Cliëntportaal is de cliëntenraad actief betrokken.

5 Medewerkers

5.1 Medewerkertevredenheid

Eind 2015 is de tevredenheid van medewerkers gemeten bij Ananz met de MedewerkerMonitor van Actiz, waarin 5 hoofdthema's worden onderscheiden:

Thema	Score 2015	Score VVT
Aantrekkelijkheid van het werk	7,0	7,3
Cliëntgerichtheid	7,9	8,1
Mogelijkheid tot veranderen	6,4	7,0
Toekomstgerichtheid	7,0	7,5
Werkbeleving	7,2	7,5

De doelstelling van Ananz is om bij de volgende meting in het voorjaar 2017 op het huidige branchegemiddelde te scoren wat betreft de thema's 'Mogelijkheid tot veranderen' (van 6,4 naar 7,0) en 'Toekomstgerichtheid' (van 7,0 naar 7,5).

De belangrijkste en meest afwijkende indicatoren die verbetering behoeften waren:

- inspirerend leiderschap top en middenkader;
- gedragen visie en ambitie.

1. Top-down en bottom-up

De resultaten zijn top-down gepresenteerd. Daarna zijn de afdelingen bottom up aan de slag gegaan. Elke afdeling heeft, op basis van de resultaten MedewerkerMonitor, zelf bepaald aan welke resultaten gewerkt zou worden. Dat gebeurde in werkgroepjes of in een werkoverleg met het hele team. Alle afdelingen hebben dit proces inmiddels doorlopen. Dit heeft op een aantal afdelingen tot heel concrete acties geleid.

2. Wat is er inmiddels al bereikt?

De visie en ambitie van Ananz zijn verwoord in het koersplan ZorgZamen. Middels diverse bijeenkomsten, filmpjes en schriftelijke informatie zijn de medewerkers geïnformeerd en betrokken bij de visie en ambitie van Ananz.

In het kader van inspirerend leiderschap zijn de volgende zaken ingezet:

- realistische span of control voor teamleiders afgestemd op aantal medewerkers; zichtbaarheid vergroten van de teamleider op de werkvloer en bij cliënten o.a. middels aanwezigheid MDO's;
- coaching op de werkvloer door opgeleide zorgcoördinatoren die 7 dagen per week aanwezig zijn. De zorgcoördinatoren zijn met intervisie gestart om het geleerde goed in de praktijk te brengen en te borgen.

3. Wat is er verder bereikt in de teams?

Communicatie

- Alle teams werken met een 'Team Time'. Hierin worden in 10 minuten bijzonderheden mbt de dienst besproken, taken overgedragen en vindt afstemming plaats. Eventueel sluit de psycholoog of fysiotherapeut aan.
- Schriftelijke communicatie middels 2-wekelijkse memo waarin zowel locatiegebonden items staan als Ananz brede afspraken.
- E-mail wordt door iedereen gebruikt.
- Er zijn hernieuwde afspraken gemaakt over geven en ontvangen van feedback.

Formatie op orde

- Door het verkleinen van de flexschil en het vergroten van de vaste formatie is er meer rust in de teams gekomen. Daarnaast is het ziekteverzuim vanaf maart 2016 dalende naar het branche-niveau. Enkele afdelingen hebben extra EVV-ers ingezet om de werkdruk te verlagen.

4. Wat moet er nog gebeuren?

Rooster

- De kaders voor een goed rooster ontbreken op sommige afdelingen. De kanteling arbeidstijden gaat daar in 1e kwartaal 2017 meer duidelijkheid in brengen.

Doorgroeimogelijkheden

- Ontwikkelen van loopbaanpaden voor helpende en verzorgende IG, zowel verticaal (naar een hoger functieniveau) als horizontaal (bv specialiseren in Gerontopsychiatrie). Voorstel voor loopbaanpaden wordt 1e helft 2017 gemaakt.

Daarnaast is de Werknemer Net Promotor Score (WNPS) is gemeten. De WNPS meet in hoeverre medewerkers Ananz als werkgever aanbevelen bij vrienden en familie. De medewerkers die Ananz aanbevelen worden verminderd met de medewerkers die Ananz niet aanbevelen. De WNPS is voor Ananz – 27,7 en voor de sector -9,1. Een negatieve score wil zeggen dat er minder medewerkers Ananz als werkgever aanbevelen bij vrienden en familie.

Naast de Ananzbrede acties, zijn door de teams ook specifieke verbeteracties ondernomen.

Locatie Akert PG

Zijn gestart met de voorbereiding van een inspiratiedag in samenwerking met Vilans met als thema vrijheid in de zorg. Het proces van aansturing medewerkers loopt: hierbij zijn psycholoog en opleidingscoördinator betrokken. Aandachtspunt is kwaliteit van zorg, communicatie en bejegening. De teamdag staat gepland in oktober.

Locatie Nicasius PG

Er hebben teamdagen plaats gevonden waarvan verslag is gemaakt. De dagen zijn als positief ervaren door medewerkers en heeft een verdiepingsslag gegeven in omgaan met dementie en de invloed van jou eigen gedrag en het rapporten en lezen van bewoners ecd en algemene informatie

Locatie Berk PG, team Klaproos en Margriet

Het MTO is uitgebreid besproken tijdens een teamoverleg. Samen met het team zijn positieve punten en verbeterpunten opgesteld. Het teamoverleg is als zeer constructief en prettig ervaren.

Locatie Berk PG, team Varen, Waterlelie en Korenbloem

Er zijn acties na het MTO opgenomen in het geïntegreerde verbeterplan 'Goed wonen en werken'.

Locatie Akert somatiek

Binnen het teamoverleg zijn de resultaten van de MedewerkerMonitor besproken. De verbeterpunten zijn voor de aanwezigen niet meer herkenbaar. Door de komst van de teamleider die helder communiceert, afspraken nakomt en lijnen uitzet is de werktevredenheid overall verbeterd.

Locatie Heuvel somatiek

Beide afdelingen zijn op sterkte met een teamleider en een senior zorgcoördinator. De zorgcoördinator helpt het team en samen passen ze werkprocessen aan. Teams hebben afspraken gemaakt over de onderlinge communicatie: met name het samenwerken tussen

de units vraagt om aanspreken. Er is meer aandacht voor de individuele medewerkers en het aanspreken is een vast onderwerp bij de individuele jaargesprekken.

Locatie Nicasius somatiek

Het MTO is besproken in het team. Het is moeilijk scherp te krijgen wat specifiek is voor Nicasius somatiek omdat de resultaten samen met die van het Hospice zijn weergegeven. De indruk is er dat weinig medewerkers van Nicasius somatiek de enquête hebben ingevuld, wat is besproken in het team.

Er zijn 3 punten uit het geheel gelicht: communicatie; duidelijkheid van de leidinggevende, motivatie en professionaliteit van medewerkers, eigen regie en zelfredzaamheid van de cliënt. Hier wordt en werd al aan gewerkt.

Centrum voor Herstel en Revalidatie

De werkdruk is verlaagd door meer EVV-ers in te zetten en meer te sturen op zorgzwaarte: extra diensten inzetten of eraf halen.

5.2 Ziekteverzuim

Het ziekteverzuim laat in 2016 seizoensgebonden schommelingen zien. Over het hele jaar genomen is dit gemiddeld 5,7% voor heel Ananz.

Organisatie eenheid	2016												12 maanden voortschrijdend gemiddelde
	jan	feb	mrt	apr	mei	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec	
A2 Ananz	6,7%	7,3%	7,2%	5,6%	5,4%	5,3%	5,0%	3,5%	4,0%	5,2%	6,3%	6,8%	5,7%

5.3 MIM-meldingen

In het derde kwartaal 2016 zijn tot nu toe 14 Meldingen Incidenten Medewerkers (MIM) gedaan door de teamleiders bij de arbocoördinator. De meeste MIM-meldingen zijn gedaan ten gevolge van agressief gedrag van cliënten.

Locatie en afdeling	Aantal MIM	Locatie en afdeling	Aantal MIM
Akert PG	0	Akert verzorging	1
Berk PG Klaproos en Margriet	10	Heuvel somatiek	0
Berk PG Varen Waterlelie Korenbloem	2	CHR	0
Nicasius BMP2, DKS 3, DKS 7, PSS 2	1	Hospice	0
		Nicasius verzorging	0

Locatie Nicasius PG

Er zijn weinig MIM-meldingen. Het vermoeden is wel dat ze er zijn met name krabben en bijten van één specifieke bewoner en bij onbegrepen gedrag van bewoners. Daar waar nodig zijn er individuele gesprekken met medewerkers, twee gesprekken gehad en zijn goed verlopen. Verdere acties waren niet nodig. We zien wel toename in onbegrepen gedrag gerelateerd aan agressie. Hier wordt op verschillende plekken met verschillende disciplines over gesproken en krijgt zijn aandacht in team overleggen en wordt ook besproken met leidinggevende.

Locatie Berk PG, team Klaproos en Margriet

De MIM meldingen nemen toe doordat iedereen nu de procedure kent en door toenemend onbegrepen gedrag van diverse bewoners. MIM-meldingen zijn met betrokken medewerkers en ARBO deskundige besproken en waar nodig zijn acties uitgezet.

Locatie Berk PG, team Waterlelie, Varen en Korenbloem

Er zijn verschillende MIM-meldingen ontvangen, deze zijn besproken en waar nodig acties uitgezet.

Locatie Heuvel somatiek

Er is één medewerkster gevallen ten gevolge van een gladde vloer. Er is schoonmaakadvies gevraagd bij facilitaire dienst. Het team heeft een casus gehad over de reactie op onbegrepen gedrag: knijpen en krabben door cliënt. Medewerkers zijn zich nog niet bewust van het doen van MIM meldingen, ze rapporteren wel MIC-meldingen. De psycholoog is voor de betrokkenen ingeschakeld. Met alle betrokkenen heeft teamleider gesprekken gehad. Aanspreken van elkaar speelt ook hierbij een rol. De scholing onbegrepen gedrag is in oktober geweest: eigen grenzen zijn hierbij het onderwerp.

5.4 Toetsing op professioneel handelen

Voor de inzet van de extra middelen Waardigheid en Trots, specifiek het onderdeel deskundigheidsbevordering, heeft Ananz in overleg met de centrale cliëntenraad en de ondernemingsraad/zorgadviesraad het Strategisch Opleidingsplan 2015-2018 in april aangepast en omgezet naar 2016-2020. In 2016 is hieraan uitvoering gegeven.

Leidinggevenden toetsen het professioneel handelen van medewerkers via het kwaliteitsdashbord. Hiermee is voor de leidinggevende inzichtelijk in hoeverre de medewerker bevoegd en bekwaam is ten aanzien van de handelingen die conform zijn/haar profiel uitgevoerd moeten kunnen worden.

Per medio 2016 stuurt de nieuwe medisch manager het team behandelaren (paramedici en psychologen) en SO's aan. Dit betekent dat zij toeziet op het professioneel handelen van deze disciplines o.a. via het vakgroep-overleg met de betreffende disciplines. Behandelaren zijn zelf verantwoordelijk voor het bijhouden van de noodzakelijke punten, scholing en werkzaamheden. In de jaargesprekken met de leidinggevende is scholing een agendapunt. Voor de artsen is een kwaliteitsdashboard ontwikkeld waarin bekwaamheid op handelingen wordt gemonitord. Alle behandelaren staan ingeschreven in het kwaliteitsregister van de eigen beroepsgroep en volgen de (verplichte) accreditaties.

In 2016 is een nieuwe systematiek voor de jaargesprekken geïntroduceerd, waarin ook gevraagd kan worden om de zogenaamde 360 graden feedback. Medewerkers worden hierdoor meer uitgedaagd om aan hun collega's feedback te vragen.

5.5 Jaargesprekken

In 2016 is de nieuwe systematiek geïmplementeerd en zijn alle leidinggevenden getraind. De evaluatie is in januari 2017 gedaan, aanbevelingen worden nu nog verder uitgewerkt. Eerste opmerkingen zijn:

- Gemiddeld rapportcijfer = 7
- 360 graden feedback wordt goed gebruikt (2/3)
- Leidinggevenden zijn voldoende geëquipeerd
- Loopbaanontwikkeling is in 92% besproken
- Indeling in zeer talentvol, talentvol, enz is niet herkenbaar en moet wijzigen.

5.6 Functiegebouw

Nadat in 2015 de functies in het primair proces zijn ge-updated, zijn in 2016 een aantal functies binnen de afdeling behandeling en begeleiding opnieuw beschreven en gewaardeerd en zijn de functies voor de dagbesteding en dagbehandeling beschreven.

In 2016 hebben alle ondersteuners van Ananz een nieuw functieprofiel als zorgcoördinator gekregen. De wijziging had vooral als doel om de zorgcoördinatoren een meer coördinerende rol te geven dicht bij de cliënt en coachend op de werkvloer. Om hen ondersteuning te geven bij deze nieuwe rol hebben zij allen een opleiding gevolgd en met succes afgerond voorjaar 2016. Sindsdien volgen zij met elkaar onder begeleiding intervisie om de aangeleerde technieken ook in de praktijk te borgen. De zorgcoördinatoren ervaren de onderlinge uitwisseling in vertrouwde setting als positief en voelen zich hierdoor inmiddels wat zekerder in hun rol.

Daarnaast zijn de zorgcoördinatoren 7 dagen per week gaan werken met als doel de zorgmedewerkers ook in de weekenden te ontlasten, bij zaken als verzuim en lastige situaties met cliënten of familie. Dit wordt door de medewerkers op de werkvloer als positief ervaren.

6 Documentbeheer AnnaDoc

De vastgestelde documenten van Ananz zijn inmiddels allemaal te raadplegen via AnnaDoc. Via overananz.nl zijn een aantal tips in de vorm van 'Wist-je-datjes' geplaatst om het gebruik van AnnaDoc te stimuleren en te vergemakkelijken. Inmiddels heeft AnnaDoc een nieuwe layout gekregen. De Wist-je-datjes worden in november herhaald op overananz.nl en aangepast aan de nieuwe lay-out.

De actualiteit van AnnaDoc is hieronder in weergegeven. Binnen de St. Anna Zorggroep is de actualiteitsnorm van AnnaDoc vastgesteld op minimaal 95% actuele documenten. Bijzonderheden zijn:

- De actualiteit van de hoofdstukken 'Kwaliteitssysteem' en 'Welzijn en wonen' zitten onder deze 95%-norm:
 - In 'Kwaliteitssysteem' gaat het om 1 document -> planning is dat dit document uiterlijk 30 november 2016 actueel en beoordeeld is
 - In 'Welzijn en wonen' gaat het om 20 documenten -> door de reorganisatie van Facilites en vacatures binnen de afdeling, heeft het actualiseren van documenten geen prioriteit gekregen. De komende maanden wordt een planning gemaakt van alle werkzaamheden binnen de afdeling en zal het actualiseren van documenten geprioriteerd worden
- In november verlopen 42 documenten waarvan 40 documenten over de zorgzwaartebekostiging gaan -> voor deze documenten is een planning gemaakt om ze in samenhang te actualiseren

Actualiteit AnnaDoc																			
Peildatum	01-11-2016	✓	? 95% documenten actueel																
		✗	< 95% documenten actueel																
Aantal nog te verlopen documenten per maand																			
	Verantwoordelijke	Percentage Actueel (norm = 95%)	Percentage actueel 04-10-2016	%punt verschil t.o.v. 04-10-2016	Aantal verlopen documenten	Aantal gepubliceerd	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	
Ananz		✗ 94%	✗ 94%	0%	24	399	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	42	1
Beleid en organisatie	Ananz	✓ 98%	✓ 98%	0%	1	62	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Clïentadministratie	Ananz	✓ 100%	✓ 100%	0%	0	41	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Clïentveiligheid	Ananz	✓ 96%	✓ 96%	0%	1	27	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Kwaliteitssysteem	Ananz	✗ 93%	✗ 93%	0%	1	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Medewerkers	Ananz	✓ 100%	✓ 100%	0%	0	24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Welzijn en Wonen	Ananz	✗ 68%	✗ 68%	0%	20	63	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Zorg en behandeling	Ananz	✓ 99%	✓ 99%	0%	1	167	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	40	0

Algemene opmerking:
Per maand is af te lezen hoeveel documenten er in de betreffende maand gaan verlopen. Deze documenten zitten dus niet bij de documenten die al verlopen zijn. In het rood zijn de maanden gearcheerd waarbij er meer dan 10 documenten verlopen.

Door het maandelijks monitoren van de actuele documenten in AnnaDoc is de voortgang van het actualiseren in beeld en kan hierop gestuurd worden

7 HKZ-audit

In april 2016 vond de HKZ-audit plaats. Ananz behoudt het HKZ-certificaat voor alle locaties en doelgroepen van Ananz: Intramurale en extramurale verpleging, verzorging en behandeling, revalidatie, hospice en dagbesteding. Het HKZ-certificaat is geldig tot 3 augustus 2018 en zijn zichtbaar ophangen op alle locaties en afdelingen. Quote: *“De auditor bedankt iedereen voor zijn openheid en transparantie. Hij ziet in alle lagen van Ananz belevingsgericht / cliëntgericht werken terug: mooi hoe de cliënt centraal staat...”*

Tijdens de audit in juni 2016 zijn 11 bevindingen (verbeteronderwerpen) gedaan. De verbeteracties zijn in gang gezet, o.a. door de verantwoordelijken (MT-leden en teamleiders) te betrekken bij het opstellen van de verbeterplannen.

Als complimenten / positieve punten zijn gezien:

1. Cliëntenraad:
 - Opzet cliëntenvertegenwoordiging centraal en decentraal met zoveel mogelijk een cliënt / vertegenwoordiger erin
 - Voorzitter cliëntenraad noemt: “We zijn op de goede weg met belevingsgericht werken”
 - Heldere en korte communicatielijnen tussen cliëntenraad en management / directie
 - Teamleiders hebben periodiek overleg met lokale cliëntenraad
2. Project MDO's met huisartsen in Geldrop voor kwetsbare ouderen
3. Optimalisatie cliëntplanning CHR in 2016 (zodat cliënt en mantelzorger overzicht hebben), start spiegelgesprekken CHR, sturen op verbeteren revalidatieklimaat
4. Verbetering omgaan met onbegrepen gedrag (minder inzet sederende medicatie)
5. Belevingsgericht werken:
 - is duidelijk te zien, ruiken, voelen in Nicasius waardoor bewoners, familie en medewerkers hiermee voortdurend in de gangen in contact komen
 - is steeds meer een onderdeel van professioneel handelen / gedrag, wel met voortdurende coaching
 - zorgt voor minder klachten en afname van agressie-incidenten
 - is in alle geledingen van de organisatie zichtbaar
6. Mooi hoe feedback geven anders is verwoord in “help elkaar”
7. Duidelijke visie en kaders vanuit teamleider en hieraan vasthouden met succesbepalende factoren: inrichting gebouw, continu overleg / communicatie met elkaar over wat bewoners belangrijk vinden en hoe familie hierbij te betrekken, inzet vrijwilligers, samen koken, nabijheid teamleider
8. Familie is bij 80% van de MDO's aanwezig
9. Inzet om opleidingserkenning SO te krijgen in 2016
10. Verbeterslagen CHR zijn ingezet waardoor positieve vibe is ontstaan: enthousiast team met duidelijke koers vooruit
11. Teamreflectie en pro-activiteit op Waterlelie is verbeterd
12. 2015 is een onstuimig jaar geweest voor Ananz met vele personele wisselingen. De keuze om komend jaar zoveel mogelijk te stabiliseren en consolideren en geen nieuwe dingen op de agenda plaatsen is een verstandige keuze

Als verbeterpunten ('gele kaarten') en observaties worden genoemd:

Bevinding	Inhoud
P1-1	<ul style="list-style-type: none">• Lange doorlooptijd bevindingen en verbeteracties interne audits (IPC-, HACCP- en interne audits)
P1-2	<ul style="list-style-type: none">• Een actuele Prospectieve Risico Analyse organisatiebreed ontbreekt
P1-3	<ul style="list-style-type: none">• Meetbare doelstellingen op belevingsgericht werken zijn niet expliciet gemaakt (bv. afname psychopharmaca, afname vrijheidsbepalende maatregelen en agressie-

Bevinding	Inhoud
	incidenten, verschuiving inzet behandeldienst, cliënttevredenheid boven landelijk gemiddelde)
P1-4	<ul style="list-style-type: none">Wegen van cliënten gebeurt niet conform vastgestelde richtlijnen
P1-5	<ul style="list-style-type: none">Er ontbreekt een duidelijke medische voorgeschiedenis bij cliënten extramurale zorg
P1-6	<ul style="list-style-type: none">Het beoordelen van professioneel handelen van de behandeldienst is geen specifiek onderdeel in de directiebeoordeling. Er zijn wel vormen van intervisie / collegiale toetsing maar deze afspraken zijn niet duidelijk vastgelegd
P1-7	<ul style="list-style-type: none">Rapporteren door paramedische behandelaren: dit gebeurt niet eenduidig, soms ook niet en er zijn veel mogelijkheden (werkaantekeningen, rapportage doel, rapportage bijzonderheden) voor behandelaren om te rapporteren. Op de CHR wordt als knelpunt ervaren dat de rapportages van behandelaren niet ter inzage zijn
P1-8	<ul style="list-style-type: none">Het op maat inzetten van behandeldienst op afdelingen waar de kwaliteit van zorg verhoogd dient te worden ontbreekt
P1-9	<ul style="list-style-type: none">Er is geen duidelijk vastgesteld begeleidingsplan voor de basisarts, wel afspraken over taakdelegatie vanuit superviserende SO maar niet duidelijk vastgelegd
P1-10	<ul style="list-style-type: none">Medicatiebeleid bij cliënten dagbesteding nog niet bekend bij medewerkers dagbesteding / nog niet vastgesteld
P1-11	<ul style="list-style-type: none">Kwartaalrapportage borgt nog niet HACCP, hygiëne-audit, BHV-uitvoering etc.

Resultaat: veel bevindingen zijn afgerond of onderhanden. De volgende bevindingen staan nog open:

- P1-2: Een actuele PRI -> deze wordt uitgevoerd in nov / dec 2016
- P1-3: Meetbare doestellingen belevingsgericht werken
- P1-11: Kwartaalrapportage

Proces: de bevindingen (gele kaarten) zijn verdeeld onder de managers van het MT met acties en termijn. De doorlooptijd voor het afronden van alle HKZ-verbeteracties is gepland in december 2016. In het MT-overleg van december 2016 wordt de stand van zaken van de HKZ- bevindingen geëvalueerd. Vanuit staf en lijn is een strakke sturing nodig op het daadwerkelijk afronden van verbeteringen.

De HKZ-auditdagen 2017 zijn gepland in week 15 (10-13 april 2017).

8 Gastvrijheidszorg met sterren

In het voorjaar van 2016 vond de audit Gastvrijheidszorg met Sterren plaats met een nulmeting op Berk en Heuvel. Ananz ontving hiervan een mooie beoordeling: 4 (van de 5 te behalen) sterren. De bejegening naar onze bewoners en zijn of haar mantelzorger is vooral heel positief bevonden, we mogen trots zijn op onszelf!

In 2016 hebben we extra ingezet een aantal specifieke punten:

- aandacht voor eten en drinken met kookworkshops huiskamerassistenten
- een plan voor aanpassing van de bewegwijzering in en om onze locaties
- informatie over klachtenafhandeling aan bewoner en mantelzorger
- herkenbaar zijn met dienstblouses
- persoonlijk zijn met een naambadge
- dit mailadres Gastvrij Ananz voor iedereen voor ideeën, vragen, opmerkingen etc. over gastvrijheid

In het najaar van 2016 is de werkgroep Gastvrij Ananz gestart met voorbereiden van de audit Gastvrijheidszorg met Sterren 2017 op Akert, Berk, Heuvel en Nicasius.

9 Interne audit

Voor 2016 zijn in totaal 20 interne audits gepland, waarvan 7 audits zijn opgenomen uit 2015. Eind 2016 zijn de volgende 8 audits uitgevoerd, waarvan 7 audits zijn afgerond (d.w.z. er is een verbeterplan opgesteld op basis van het auditverslag).

- Een audit 'medicatieproces' op Heuvel somatiek en op de Hospice. Beide audits zijn afgerond en door de betreffende teamleider is een verbeterplan opgesteld obv het auditverslag.
- Een audit 'implementatie van het ECD' op Akert: er is een verbeterplan opgesteld obv het auditverslag.
- Een audit 'multidisciplinaire samenwerking' op Berk (Waterlelie). De verbeterpunten zijn opgenomen in het plan van aanpak 'Goed wonen en werken'.
- Een audit 'MDO' op de CHR. Per vergissing is deze audit uitgevoerd op een oude procedure (actuele procedure was nog niet opgenomen in Annadoc).
- Een audit 'Hygiëne' op Heuvel somatiek: er is een verbeterplan opgesteld obv het auditverslag.
- Een audit 'Mantelzorg' op Nicasius somatiek: er is een verbeterplan opgesteld obv het auditverslag.

De meeste audits hebben een doorlooptijd variërend van 4 weken tot 9 weken (vanaf het moment van uitvoeren audit tot en met het opstellen van het verbeterplan). Drie audits hebben een langere doorlooptijd gehad, van 4 tot 9 maanden. Dit heeft verschillende oorzaken en is bekend bij de betreffende manager. Verbeteracties worden opgepakt.

Aanvullend op de geplande interne audits, is naar aanleiding van observaties Medicatie(on)veiligheid door de medisch manager, op verzoek van het MT in oktober / november 2016 op alle locaties een interne audit 'medicatieveiligheid' uitgevoerd op de IGZ-veldnormen. De bevindingen hiervan zijn (in november) in een tijdelijke commissie besproken, waaraan de medische manager, een teamleider, een zorgcoördinator en een staffunctionaris deelnemen. Deze commissie heeft een verbeterplan (met Ananzbrede en met locatiespecifieke acties) opgesteld, dit is in december in het MT besproken.

Door uitval van verschillende interne auditoren, is het niet mogelijk geweest om in 2016 alle interne audits uit te voeren conform planning. Medio 2016 zijn 3 nieuwe interne auditoren opgeleid; hiervan voeren 2 auditoren sinds september interne audits uit. Ook voor 2017 zullen we weer nieuwe interne auditoren gaan werven en scholen ter vervanging van interne auditoren die gaan stoppen.

Veel onderwerpen uit de planning 2016 zullen doorschuiven naar 2017. Tevens zullen we in 2017 de interne audits meer gaan integreren met andere onderdelen, zoals de IPC (infectie preventie commissie).

10 Risico-Inventarisatie en Evaluatie (RI&E)

In 2013 en 2014 is de RI&E uitgevoerd bij Ananz. De opgestelde plannen van aanpak n.a.v. deze RI&E zijn in beheer bij de arbocoördinator, en inzichtelijke via de K-schijf voor de MT-leden. In juli 2016 vond overleg plaats tussen de directie van Ananz en de arbocoördinator over de voortgang van de RI&E uit 2013 en 2014. Conclusie is dat alle acties zijn afgerond. Er is afgesproken om in 2017 een nieuwe RI&E uit te voeren om inzicht te krijgen en te houden in mogelijke risico's en zo nodig passende verbeteracties op te stellen en uit te voeren. De afspraken hiervoor worden in november 2016 gemaakt.

11 Veilig wonen en welzijn (facilitair)

11.1 Nieuwe structuur voor locatiesecretariaten, recepties en telefooncentrale

Vanaf juli 2016 wordt gewerkt volgens de nieuwe structuur voor locatiesecretariaten, recepties en telefooncentrale, conform het reorganisatieplan. De taken van deze drie functiegroepen zijn samengevoegd en ondergebracht bij de locatiesecretariaten. In de eerste evaluatie (december 2016) wordt vastgesteld dat nog niet de beoogde kwaliteit is bereikt van voor de reorganisatie. Dit komt met name doordat de reorganisatie gelijktijdig is doorgevoerd met de herinrichting van de facilitaire dienstverlening binnen Ananz. Hierdoor is zowel bij de technische aanpassingen als bij de organisatorische implementatie gewerkt door met name nieuwe mensen.

De technische aanpassing van de telefooncentrale is niet optimaal verlopen. De fouten die zijn ontstaan in de programmering zijn grotendeels opgelost. Vanuit de facilitaire dienst en Techniek en Beheer wordt veel energie gestoken in het verhelpen van de nog opstaande problemen.

De telefoontaak is een forse belasting voor de locatiesecretaresse. Voor het optimaliseren van het telefoonverkeer is een verbeterplan opgesteld.

De uitvoering van de administratieve en secretariële taken staan nog onder druk door de veranderingen die zijn doorgevoerd. Om duidelijkheid te krijgen of de samenvoeging van taken passend is, wordt de komende periode extra capaciteit ingezet om de achterstand weg te werken en te werken aan het optimaliseren van de werkprocessen.

11.2 Nieuwe facilitaire dienst

Per juli 2016 is bij Ananz de nieuwe facilitaire dienst in werking getreden en is de samenwerking met het facilitair bedrijf van de Zorggroep verder uitgebreid, conform het uitwerkingsvoorstel inrichting facilitaire dienst Ananz. Met alle medewerkers zijn herplaatsingsafspraken gemaakt en deze zijn binnen 6 maanden ook uitgevoerd. Alle medewerkers zijn herplaatst of uit dienst.

In december wordt geconcludeerd dat het overdragen van de beheerstaken voor gebouwbeheer een positiefffect heeft op de continuïteit en kwaliteit van de dienstverlening, doordat het team van Techniek en Beheer over specifieke deskundigheid bezit op dit vakgebied. Openstaand punt is de behoefte aan menskracht voor algemeen ondersteunende taken op locaties, doordat twee huismeesters zijn overgedragen naar de het facilitair bedrijf. Gewerkt wordt aan de verdere invoering van deze taakverdeling.

De herinrichting van taken binnen Ananz heeft vanaf 01-10-2016 vorm gekregen, op het moment dat de geplande formatie voor het team facilitaire dienst bij Ananz volledig was ingevuld. Meer duidelijk is geworden hoe taken en verantwoordelijkheden belegd worden tussen de verschillende functionarissen. Als openstaand punt wordt geconstateerd dat de medewerkers klantenservice onvoldoende mogelijkheden hebben om zowel de front-office als de back-office taken te vervullen. Hierover vindt overleg plaats met het hoofd facilitair bedrijf, met als doel de front-office taken, zoals het aannemen van meldingen onder te brengen bij het facilitair bedrijf.

11.3 HACCP-audit

Bij de locatie Akert is in maart 2016 een audit gehouden met als belangrijkste bevindingen:

- datumstickers worden bij geopende verpakkingen gebruikt, maar niet altijd bij restjes
- eten van medewerkers ligt (ongecodeerd) in koelkast huiskamers
- schoonmaaklijsten worden over het algemeen goed ingevuld (frequentie is niet altijd juist)
- temperatuurcontrole moet weer opgepakt worden

Voor deze bevindingen zijn passende verbeteracties uitgevoerd.

In het eerste kwartaal van 2017 wordt het HACCP-beleid geactualiseerd voor Ananz. Naar aanleiding van het vastgestelde beleid, worden de acties geformuleerd die nog nodig zijn om aan dit beleid en de bijbehorende richtlijnen te voldoen.

11.4 Wonen (Gebouw, BHV en materialen)

Gebouw

In het kader van de reorganisatie van de facilitair dienstverlening binnen Ananz is de uitvoering van het gebouwbeheer per 1 juli overgedragen aan de afdeling Techniek en Beheer van de St. Anna Zorggroep. Hiermee is de verantwoordelijkheid overgedragen aan een team van specialisten op het gebied van gebouwbeheer en maakt Ananz gebruik van de aanwezige deskundigheid binnen de organisatie.

Het binnenklimaat in Nicasius is verbeterd, waarbij ook met de verhuurder concrete werkafspraken zijn gemaakt om de gebouwkwaliteit en dienstverlening te borgen. Het gevolg hiervan is dat bij eventuele storingen adequaat kan worden gereageerd.

Het binnenklimaat in Heuvel is verbeterd binnen de mogelijkheden die er zijn. De afgelopen periode is constructief gewerkt met de installateur om de gerezen problemen in de dienstverlening op te lossen. Naar verwachting zal een oplossing worden bereikt waarmee vanaf januari 2017 de ruimte ontstaat de restpunten rondom het binnenklimaat te onderzoeken en op te lossen.

BHV

Het afgelopen jaar hebben planmatige activiteiten plaatsgevonden zoals: opleiden en herhalen, informeren van nieuwe medewerkers, onderhoud en beheer van de brandmeld- en ontruimingsinstallaties.

Op de locaties Akert en Berk is de brandmeldcentrale aangepast aan de nieuwe wet- en regelgeving en wordt in december 2017 gecertificeerd. Het gevolg hiervan is dat op Akert een nieuwe gebruiksvergunning is aangevraagd die naar verwachting begin 2017 wordt afgegeven.

In reactie op de stroomstoring vorig jaar is op iedere locatie een BHV-kist ingericht met daarin verschillende typen noodverlichting, voor medewerkers zijn BHV-instructies in zakformaat gemaakt.

Op basis van de veiligheidscheck die Ananz in 2015 heeft laten uitvoeren, is een aantal zaken direct opgepakt. Voor het project 'Veilig Wonen' is een projectvoorstel opgesteld dat in 2017 uitgevoerd gaat worden, omdat in 2016 de beoogd projectleider binnen de St. Anna Zorggroep niet vrij gemaakt kon worden. Het onderwerp 'veilig wonen' is opgenomen in het jaarplan 2017.

Materialen

Alle zorg- en medisch-ondersteunende hulpmiddelen zijn onderhouden en waar nodig gekeurd volgens plan.

11.5 Leveranciersbeoordelingen

Voor een aantal hotelmatige leveranciers is het afgelopen jaar een Leveranciers-PrestatieMeting (LPM) uitgevoerd. Via deze meting wordt een geselecteerde groep gebruikers benaderd om een vragenlijst over de prestatie van de leverancier te beoordelen. Naast deze kwalitatieve meting wordt een factuurcontrole gehouden. De uitkomsten van deze meting zijn besproken met alle leveranciers. Er zijn geen significante knelpunten naar boven gekomen, kleinere verbeterpunten zijn opgepakt.

De leveranciers die beoordeeld zijn:

Was: Synergy Health, wasserij Steensel
Vervoer: van Gerwen
Eten en Drinken: bakker van den Broek, bakker de gouden Aar, Huuskes (levensmiddelen), Van Zelst (koffie)

11.6 Klachten Was, Vervoer, Eten en drinken

Was

Ananz maakt gebruik van twee wasserijen, Synergie Health verhuurt en wast het platgoed en Wasserij Steensel verzorgt het persoonlijk wasgoed van cliënten. Cliënten die gebruik willen maken van de dienstverlening van wasserij Steensel sluiten een abonnement af met de wasserij.

Bij Synergy Health zijn tussen 1 april en 31 oktober, 10 klachten ingediend met betrekking tot het gewassen platgoed. In oktober heeft de halfjaarlijkse audit plaatsgevonden waarbij steekproefsgewijs de kwaliteit wordt gecontroleerd op locatie. De dienstverlening vindt plaats binnen de kwaliteitsnormen die zijn afgesproken. Tijdens de rondgang op locatie zijn kleine verbeterpunten gesignaleerd die de komende periode worden opgepakt.

Wasserij Steensel verzorgt de persoonlijke was voor cliënten. Klachten van cliënten over de was worden tussen de wasserij en de cliënt opgelost. De jaarlijkse LPM-meting van wasserij Steensel geeft Ananz inzicht of de kwaliteit op orde is en blijft. De LPM-meting van 2016 is uitgevoerd en hieruit kwamen geen bijzonderheden

Vervoer

Voor het vervoer van cliënten van de dagbesteding gebruik van eigen vervoer die worden bestuurd door vrijwilligers en taxibedrijf Van Gerwen.

Het afgelopen half jaar zijn 7 klachten geregistreerd. Er zijn meer knelpunten rondom vervoer geweest het afgelopen jaar. Deze zijn deels veroorzaakt door de overdracht van taken en verantwoordelijkheden binnen de facilitaire dienst. Om zicht te krijgen op de knelpunten en verbeterpunten die aanwezig zijn, is informatie opgehaald bij de medewerkers van de verschillende groepen dagbesteding. Vervolgens is vanuit de facilitaire dienst gestuurd op het verbeteren van de processen en wordt een overleg met contactpersonen van de dagbesteding geïnitieerd om het proces af te ronden.

Eten en drinken

Voor de dagelijkse voeding zorgt leverancier Huuskens voor het volledige pakket aan voeding. Er is een beperkt aantal kwalitatieve klachten geweest, deze worden opgepakt door de teamleider.

12 Veilige zorg en behandeling

12.1 Belevingsgerichte zorg

Op alle PG-locaties is de belevingsgerichte zorg geïmplementeerd. De afdelingen zijn hierop ingericht en de medewerkers worden hierin geschoold, conform opleidingsplan. De lezing van Anneke vd Plaats (april 2016) werd goed bezocht door medewerkers en mensen van buiten. Ook in 2017 staat dit onderwerp in het jaarplan, met name wat betreft de implementatie van het levensverhaal op alle locaties.

12.2 Infectiepreventie

De Infectiepreventiecommissie (IPC) heeft het afgelopen halfjaar de volgende activiteiten uitgevoerd en gepland:

- De Rota uitbraak is geëvalueerd. Dit leidt tot aanpassingen in het document 'uitbraak noro-virus en andere buikgriepvirussen'. Dit document is in december 2016 geactualiseerd.
- Er is een isolatiekaart ontworpen samen met afdeling communicatie. De isolatiekaart is in 2016 een aantal keer gebruikt.
- Het prevalentie onderzoek naar zorginfecties is in november 2016 uitgevoerd. Resultaten, analyse en aanbevelingen worden januari 2017 verwacht.
- Eind januari 2017 staat een hygiëne week gepland.

12.3 MIC-meldingen

MIC-commissie

De MIC-commissie komt maandelijks samen om de cognosrapportages MIC van de afgelopen maand te analyseren. Rond de zomer is gewerkt aan nieuwe procedures MIC-werkwijze om de borging na een MIC-melding beter in te bedden in het MIC-proces en om het analyseren te bevorderen. De procedures zijn in concept klaar en worden geïmplementeerd.

Ananzbreed MIC-rapportagegegevens van april t/m oktober 2016

De top 3 van meldingen Ananzbreed is:

- (1) Vallen: meeste meldingen op Akert en Nicasius
- (2) Medicatie: meeste meldingen op Heuvel begane grond
- (3) Anders meldingen en Agressie:
 - Meeste Anders meldingen op Berk. Onder de Anders meldingen zijn veel weggelopen cliënten geregistreerd maar ook VBM-incidenten en dan vooral 'sensor niet aangezet'
 - Agressie: meeste incidenten op Berk

De top 3 van meldingen PG is:

- (1) Vallen: meldingen zijn verdeeld over de locaties / afdelingen
- (2) Medicatie: meeste meldingen op Nicasius woning 1 en 3
- (3) Anders meldingen en Agressie: meeste meldingen Anders en Agressie op Berk PG

De top 3 van meldingen Heuvel is:

- (1) Medicatie: meeste meldingen op Heuvel begane grond, veel uitzetfouten
- (2) Vallen: meeste meldingen op CHR en Heuvel eerste etage
- (3) Anders meldingen en Agressie: meeste meldingen Anders en Agressie op Heuvel BG

De top 2 van meldingen verzorgingshuizen is:

- (1) Vallen: meeste meldingen op Akert verzorging

- (2) Medicatie: meldingen zijn verdeeld over Akert verzorging en Nicasius verzorging

Op basis van de Cognosrapportages zijn onderstaande MIC-cijfers beschikbaar:

Periode jan-dec 2016 Rapportagegegevens	Ananzbreed (aantal)	PG (aantal)	Heuvel Somatiek- CHR- Hospice (aantal)	Verzorgings- huis (aantal)
Totaal aantal meldingen:	2655 (gemiddeld 221 per maand)	1466 (gemiddeld 122 per maand)	835 (gemiddeld 70 per maand)	250 (gemiddeld 21 meldingen per maand)
Meeste meldingen op:	Woensdag (428)	Woensdag (239)	Woensdag (139)	Donderdag (45)
Minste meldingen op:	Zondag (343)	Maandag (177)	Zondag (93)	Zondag (29)
Meeste meldingen om:	8u00 (273)	17u00 (109)	8u00 (134)	8u00 (28)
Verdeling type meldingen:				
• Vallen	42%	46%	52%	62%
• Medicatie	30%	16%	29%	32%
• Anders	13%	15%	12%	5%
• Agressie	13%	19%	6%	-
• Vermissing	2%	3%	0%	-
• Stoten knellen botsen	1%	1%	1%	0%
• Verbranden	0%	-	0%	1%
• Inname gevaarlijke stoffen	0%	-	-	-

Op basis van de MIC-rapportages teamleider ziet de commissie de volgende bijzonderheden:

- Aantal calamiteiten: 0
- Aantal ernstig letsel (fracturen) na vallen: 4
- Aantal incidenten apotheek: 7 -> zowel Ziekenhuisapotheek als Apotheek verzorgingshuizen
- Aantal incidenten trombose: 4

Incidenten worden gemeld en afgehandeld. Het analyseren en het borgen van de incidenten gebeurt nog niet optimaal. Dit krijgt in 2017 meer aandacht. Hiervoor wordt een plan opgesteld.

12.4 IGZ: uitvraag, meldingen en calamiteiten

IGZ-uitvraag

Eind 2016 heeft Ananz de IGZ-uitvraag 2015 ingevuld. De uitvraag van 2016 wordt voorbereid en dient half juni 2017 aangeleverd te zijn.

IGZ-normen

Naar aanleiding van de eindrapportage IGZ betreffende toezicht op 150 verpleegzorginstellingen (juli 2016) is bij Ananz in juli / augustus 2016 door de staffunctionarissen (in opdracht van directie) en door de teamleiders (in opdracht van manager somatiek) de IGZ-normen doorgenomen voor alle locaties / afdelingen van Ananz. Op basis hiervan wordt geconstateerd dat Ananz niet helemaal aan alle normen voldoet. Een

verbeterplan is opgesteld en passende acties zijn uitgezet. De voortgang hiervan wordt in 2017 in het MT gemonitord.

Prisma-analyse

Op verzoek van de medisch manager is 2x een prisma-analyse uitgevoerd op Nicasius, beide n.a.v. een casus:

- De casus medicatiefout (juni 2016) is geanalyseerd en verbeteracties zijn opgesteld;
- De casus vermissing cliënt (augustus 2016) is geanalyseerd en verbeteracties zijn uitgevoerd.

Calamiteiten

Er heeft zich in de tweede helft van 2016 geen calamiteit bij Ananz voorgedaan die gemeld is bij de IGZ.

12.5 Complimenten en klachten over zorg en behandeling

Leidinggevenden en medewerkers ontvangen complimenten over de geleverde zorg (vooral de laatste zorg) aan cliënten van Ananz, de belevingsgerichte aankleding van de afdeling en het zelf koken in de huiskamers. Deze complimenten worden gedeeld met het team.

De leidinggevenden van Ananz ontvangen regelmatig uitingen van onvrede, zorgen en klachten van cliënten en mantelzorgers, soms mondeling en soms schriftelijk in gesprekken of tijdens MDO's. Klachten gaan over de geleverde (medische) zorg, communicatie, schoonmaken, kapster, was, lang wachten na alarmering.

De leidinggevenden gaan altijd met de betrokkenen in gesprek hierover om de onvrede, de zorg of de klacht bij de bron op te lossen. Door deze laagdrempelige en oplossingsgerichte klachtenafhandeling, zijn in 2016 (net als voorgaande jaren) geen officiële klachten gemeld bij de klachtencommissie.

Directie

In 2016 heeft de directie 3 klachten ontvangen van familie en/of vrienden van cliënten. Ze gaan over de (medische) zorg en over communicatie. De klachten zijn door de directie opgepakt en in een of meerdere gesprekken tussen de betrokken partijen naar tevredenheid afgerond.

Klachtenfunctionaris

Begin 2016 zijn twee klachten bij de klachtenfunctionaris gemeld. Eén gaat over onduidelijkheid in het beleid opname van de psychogeriatrische cliënt in het ziekenhuis en één over een bezoeksregeling. Eén klacht is afgehandeld met een gesprek tussen arts en mantelzorger. De tweede klacht is in behandeling / onder de aandacht van teamleider en manager.

13 Samenwerking binnen de St. Anna Zorggroep

Ananz maakt deel uit van de Stichting St. Anna Zorggroep. Naast Ananz bestaat deze uit het St. Anna Ziekenhuis en medisch sportgezondheidscentrum TopSupport. Tussen het St. Anna Ziekenhuis, TopSupport en Ananz wordt intensief samengewerkt waarbij de patiënt en de cliënt centraal staat.

Concreet wordt samengewerkt in het Siro revalidatieprogramma (ergotherapie en fysiotherapie); op de valpoli (geriater en geriatriefysiotherapie) en de geheugenpoli (geriater en psychologen). Daarnaast werkt de St. Anna Zorggroep met één transmuraal team; een samenvoeging van de transferverpleegkundigen en de cliëntadviseurs.

In 2016 heeft Ananz vier bedden geriatrische revalidatie in het St. Anna Ziekenhuis extra geopend waar in gezamenlijkheid gewerkt wordt aan revalidatie van laag complexe heilkundige cliënten.

In 2017 zal het brede speerpunt 'Anna voor Ouderen' verder worden uitgewerkt.

Daarnaast vindt onderlinge kennisdeling plaats. Onder meer op het gebied van geriatrie en ouderengeneeskunde maar ook op andere aspecten, zoals kwaliteit en veiligheid, behandelkwaliteiten en bedrijfskundige expertise.

Binnen het fusietraject van de St. Anna Zorggroep met het Catharinaziekenhuis is Ananz dé partner op het gebied van ouderenzorg, met name op het gebied van geriatrische revalidatie en de instroom naar intramurale hoogcomplexere langdurige geriatrische zorg.

14 Overleg Ketenpartners

Gemeente Geldrop-Mierlo en Heeze-Leende

In juni 2016 heeft de directie de Koers 2016-2017 gepresenteerd aan wethouders en beleidsmedewerkers van de gemeente Geldrop-Mierlo en Heeze-Leende. Ook zijn afspraken gemaakt over een gezamenlijk vervolgtraject. Een aantal wethouders en ambtenaren van Geldrop-Mierlo heeft in september een werkbezoek gebracht aan Berk en Heuvel. Ook de wethouder van Heeze-Leende heeft een informatief bezoek gebracht aan Nicasius in oktober. Voor 2017 zijn nieuwe afspraken gepland.

Huisartsen in Geldrop en Heeze

De samenwerking van de SO met de huisartsen in Geldrop en Heeze loopt goed. De SO wordt op steeds meer plekken bij huisartspraktijken ingezet.

Tandarts

De medisch manager heeft in oktober een gesprek gehad met de tandarts, waarin o.a. de samenwerking en het gebruik van het ECD besproken is. Met name de planning van afspraken op de locaties is een aandachtspunt. Voor uitleg over hoe te rapporteren in het ECD wordt een afspraak gemaakt.

Zuidzorg

De voortgang van de samenwerking met Zuidzorg is periodiek besproken. In juni bestond de intentie om de samenwerking voort te zetten en de werkgroepen te intensiveren. Door een grote reorganisatie binnen Zuidzorg zijn er veel personele wisselingen geweest. In september is een terugkoppeling geweest van de samenwerking aan beide besturen. De samenwerking Zuidzorg/ Ananz heeft ervoor gezorgd dat m.n. in de eerste lijn de diverse disciplines elkaar beter en sneller kunnen vinden. Dit komt onze cliënten (kwetsbare oudere in de thuissituatie) ten goede. Helaas is in november besloten om de samenwerking voorlopig stop te zetten vanwege het gebrek aan personele inzet door Zuidzorg.

Woningbouwcorporatie

De directie heeft voorjaar 2016 geconcludeerd dat, vanwege de condities die de woningbouwcorporatie stelt aan Ananz, participatie in het project Jonkvrouw lastig tot niet realiseerbaar is.

Ananz is bezig met een plan voor de herontwikkeling van Akert en is hierover in overleg met verschillende betrokken partijen.

15 Status van preventieve en corrigerende maatregelen

Kwalitatieve rapportage

Elk kwartaal rapporteren de teamleiders de voortgang van de (verbeter)plannen in de kwalitatieve rapportage. Mede hierop wordt elk kwartaal de voortgang van het jaarplan gebaseerd. Deze voortgang van het jaarplan wordt elk kwartaal in het MT besproken. In 2016 is deze systematiek van de kwartaalaudits niet optimaal gevolgd, door vertrek / wisseling van teamleiders en managers.

Het monitoren van de voortgang van de verbeterplannen op de interne audits is beschreven bij het onderdeel 'interne audits'.

Acties die voortkomen uit de directiebeoordeling over 2015

Met de komst van de nieuwe directeur (november 2015) wordt dit kwaliteitsverslag opgesteld in plaats van een directiebeoordeling en wordt 2x per jaar een kwaliteitsrapportage opgesteld. In de kwaliteitsrapportage versie november 2016 is per onderwerp een algemene conclusie opgenomen. Deze kwaliteitsrapportage vormt de basis voor dit onderhavige kwaliteitsverslag.

In de management review van maart 2016 zijn geen verbeteracties opgenomen. Deze verbeteracties maken onderdeel uit van de diverse verbeterplannen (zoals CTO en MTO) of komen als onderwerp in het jaarplan. De voortgang van de verbeterplannen en het jaarplan worden gemonitord in het MT.

16 Interne en externe veranderingen die van invloed kunnen zijn op het kwaliteitsmanagementsysteem

Koersplan 2016-2017

Mei 2016 is het Koersplan 2016-2017 gepresenteerd, waarin Ananz – in een sterk veranderd zorglandschap – haar keuzes maakt en daarmee haar richting bepaalt. Het thema van dit koersplan is Zorgzamen. Dit weerspiegelt de inhoudt van het plan, waarin samenwerking centraal staat. Niet alleen tussen cliënt, mantelzorger, vrijwilliger en zorgprofessional, maar zeker ook de samenwerking binnen de St. Anna Zorggroep en andere belanghebbende partijen in de regio. Het verder uitwerken van de programmalijnen is in het Koersplan opgenomen. Door wisseling van MT-leden zal dit in 2017 verder vorm worden gegeven.

Fusietraject

De voorgenomen fusie tussen de St. Anna Zorggroep en het Catharina Ziekenhuis heeft in 2016 steeds meer gestalte gekregen. De Raden van Bestuur van beide organisaties hebben het voorgenomen besluit tot fusie genomen, met als voorgenomen fusiedatum 1 januari 2018. Binnen dit fusietraject is Ananz dé partner op het gebied van ouderenzorg, met name op het gebied van geriatrische revalidatiezorg en de instroom naar hoogcomplexere langdurige geriatrische zorg.

Organisatiestructuur

De organisatiestructuur van Ananz aangepast in 2016. De herpositionering en verandering van aansturing heeft als doel de taken en bevoegdheden lager in de organisatie neer te leggen en meer betrokkenheid van de managers bij het proces op de werkvloer. Ook is de functie van programmamanager vervangen door zorgmanager. Met de komst van de nieuwe zorgmanager per 2017 zijn alle functionarissen ingevuld en is het MT weer op volle sterkte.

Conclusie

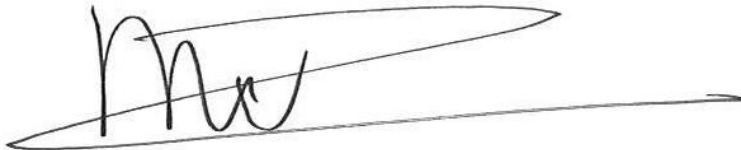
De directie concludeert dat het kwaliteitsmanagementsysteem in 2016 goed werkt. Doorlopend wordt gewerkt aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg, onder andere via de inzet van diverse projecten. Ook worden signalen adequaat opgepakt en verbeteracties ingezet en gemonitord.

Het kwaliteitsverslag over 2017 zal een ander format kennen, waarbij wordt aangesloten bij het nieuwe kwaliteitskader.

Het kwaliteitsverslag Ananz 2016 is eind maart 2017 vastgesteld door de Raad van Bestuur. Daarna wordt dit kwaliteitsverslag verspreid aan het MT en de teamleiders.

Datum: 19 mei 2017

Handtekeningen en naam directie Ananz

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'M' followed by 'v' and 'Z', all enclosed within a long, horizontal, slightly curved underline.

Marion van Zoom