



JAARVERSLAG

Kwaliteitsrapport 2018

Voorwoord

Van de Raad van Bestuur.

Met veel genoegen presenteer ik u het kwaliteitsrapport over 2018 van stichting Keroazie. We kijken terug op een mooi en goed jaar. De organisatie is verder gegroeid en we hebben meer cliënten mogen begeleiden en daar doen we het tenslotte voor. We kunnen gelukkig ook nog steeds goede en gemotiveerde medewerkers behouden en vinden om dat werk allemaal te doen, hoewel we wel merken dat dat lastiger wordt in de krappere wordende arbeidsmarkt. Er is veel goed gegaan en verbeterd: teams hebben samen met de teamleiders echt stappen gezet en de rest van de organisatie faciliteert hen daar beter in. Dat gaat zeker niet vanzelf, maar niemand verwachtte dan ook dat het een makkelijke weg zou zijn, die we ingeslagen zijn. De volharding, het optimisme en de betrokkenheid van alle collega's helpen ons op koers te blijven.

De contracten die Keroazie afgesloten heeft via o.a. aanbestedingen zijn in 2018 voortgezet, wat vaste grond geeft onder onze voeten en de continuïteit garandeert van ons werk voor de cliënten van Keroazie.

Onze focus op de doorontwikkeling van de organisatie in 2018 gaat verder en is vergezeld van een sterk besef dat veiligheid, voor cliënten en medewerkers, een allesbepalende basisvoorwaarde waaraan we dagelijks moeten werken.

Dit rapport, de totstandkoming en vooral de inhoud markeren voor onze organisatie een belangrijke fase, waarin Keroazie, door samen te werken met elkaar en met anderen, wil groeien tot de professionele organisatie die zij graag wil zijn.

Het bestuur kijkt terug naar 2018 en doet verslag van de resultaten.

Namens de Raad van Bestuur

Annick Braspenning

Voorzitter

Van de Raad van Toezicht.

Beste cliënten, medewerkers en belanghebbenden,

Door de raad van bestuur is, samen met de kwaliteitsmedewerker, hard gewerkt aan dit kwaliteitsrapport. Hierin staan de activiteiten van het afgelopen jaar schematisch verwoord. Een degelijk stuk werk. Hulde daarvoor.

Van wezenlijk belang is wat cliënten en medewerkers als kwaliteit ervaren hebben het afgelopen jaar. Hoe zij zich voelden bij Keroazie. Is Keroazie de plek waar je de ondersteuning wil ontvangen die je nodig hebt? Is Keroazie de plek waar je wilt werken? Beide vragen lijken positief beantwoord te worden in dit jaarverslag. We kijken terug op een goed en mooi jaar.

De Raad van Toezicht heeft zich vanuit haar toezichthoudende rol vooral beziggehouden met de publieke en transparante verantwoording naar de samenleving. Daarin spelen financiën een belangrijke, maar niet enige, rol.

Veel tijd is besteed aan inzichtelijk maken van de geldstromen en de verantwoording daarvan. Daarnaast is tijd en aandacht besteed aan Governance in de breedste zin van het woord. Daarbij horen het op orde zijn van statuten, maar ook de manier waarop de stichting bestuurd wordt.

Om de professionele organisatie te kunnen zijn die we willen zijn heeft de Raad van Toezicht regelmatig overleg met de bestuurders. Op reguliere vergaderingen, tijdens informele bijeenkomsten en tijdens agenda overleg.

De raad van toezicht heeft met instemming kennisgenomen van het rapport en zal dit bekrachtigen in de vergadering van 29 mei aanstaande.

Namens de Raad van Toezicht

Willem Veltman

Voorzitter

Inhoudsopgave

1. ALGEMEEN

- 1.a Inleiding
- 1.b Actuele ontwikkelingen
- 1.c Aantal cliënten
- 1.d Opbouw cliëntenbestand
- 1.e Belangrijke dynamiek waarmee de organisatie te maken heeft en die relevant is voor kwaliteit
- 1.f Aanpak kwaliteitsrapport
- 1.g Teamreflecties
- 1.h Aanpak externe visitatie die in relatie tot het kwaliteitsrapport is uitgevoerd

2. THEMA'S

- 2.a De kwaliteit van het zorgproces rond de individuele cliënt
- 2.b Zorg- en dienstverlening
- 2.c Overzicht interne audits 2017
- 2.d. Resultaten audits

3. Eigen regie

- 3.a Eigen regie over bestaan
- 3.b Vrijheid beperkende maatregelen
- 3.c Zeggenschap

4. De ervaringen van cliënten

- 4.a Cliënt ervaringsonderzoek
- 4.b Klachtenbehandeling vertrouwenspersoon 2017 en klachtenportaal Zorg

5. Samenspel in zorg en ondersteuning

- 5.a Netwerk van de cliënt
- 5.b Ketenpartners
- 5.c Stakeholders
- 5.d Leveranciers en uitbesteding

6. Borging van veiligheid in zorg en ondersteuning

- 6.a Gezondheidsrisico's
- 6.b Prospectief risicomanagement
- 6.c Resultaten retrospectieve risicoanalyse cliëntveiligheid
- 6.d Conclusies trends en calamiteiten
- 6.e Onaangekondigd en aangekondigd inspectiebezoek 2017
- 6.f Medicatie

7. Betrokken en vakbekwame medewerkers

- 7.a Adequaat personeelsbestand & doelgerichte zorg
- 7.b Medewerkers tevredenheidsonderzoek
- 7.c Zijn medewerkers voldoende toegerust voor hun taken
- 7.d Scholing en ontwikkeling

8. Geprioriteerde verbeteringen (conclusie)

9. Gebruikte bronnen

1. ALGEMEEN

1.a Inleiding

Stichting Keroazie is een zorginstelling, waar men bewust is van de kwaliteit van leven voor mens en dier, die mensen met een beperking (cliënten) begeleidt op de weg naar moed (Keroazie), waarheid en harmonie. Iedereen mag zijn wie hij of zij is. We benadrukken de sterke kanten om te kunnen groeien en we bieden ondersteuning bij de leerpunten. De wensen en behoeften van de cliënt zijn hierin leidend. Onze kracht ligt in de kleinschaligheid, waardoor we in staat zijn een bijdrage te leveren om het leven zo vorm te geven dat het past bij de toekomstwensen van de cliënt.

1.b Actuele ontwikkelingen

In 2018 heeft het "oude" managementteam zichzelf opgeheven en werden de Team coördinatoren steeds zichtbaarder in de organisatie. Iedere 14 dagen was er rechtstreeks overleg tussen bestuur en deze team coördinatoren, de ene week over kwaliteit en zorg en de andere week over personeel en teams. Daarnaast is er een staf opgericht, waarin vertegenwoordigt de zorgcoördinator, de orthopedagoog en de coachend teamleidster. Deze staf vergadert 1 maal per maand en evalueert het beleid en de verbeterplannen cq maatregelen.

In 2018 zijn de 2-jaarlijkse cliënt en medewerkers tevredenheidsonderzoeken uitgevoerd, waarna er verbeterplannen zijn opgesteld.

In 2018 is de Raad van Toezicht gestart met een nieuwe voorzitter, zijn er BOT (benen op tafel) bijeenkomsten en reguliere vergaderingen geweest met het bestuur en de Raad van Toezicht.

Keroazie is door gegaan met de implementatie van de in 2017 aangeschafte softwareprogramma's van Nedap en eQuse en hebben dit uitgebreid met de ZorgRie voor de risico-inventarisatie en evaluatie.

In Leek is activiteitencentrum en leerwerkbedrijf "de Mekkertil" in het voorjaar gestart en in oktober geopend. De geplande pilot behandeling in de basis GGZ is uiteindelijk niet van start gegaan om diverse redenen.

De pilot kortdurende behandeling van de VG-cliënten, in zorg bij Keroazie, is wel opgestart en uitgevoerd onder supervisie van de orthopedagoog met positieve resultaten en wordt door gezet.

In 2018 is de aanbesteding van Menzis, Justitie en Centrumgemeente ons gegund, evenals de dagbesteding binnen het Ommelander Samenwerkingsmodel.

1.c Aantal cliënten

Wlz cliënten

Stichting Keroazie heeft in 2018 totaal 7 cliënten welke onder de Wlz vallen. 2 cliënten op de woonvorm in Eenrum, 2 cliënten op de woonvorm in Leek, 2 cliënten op de woonvorm in Broek en 1 ambulante cliënt.

Wmo cliënten

24 Bewoners vallen in 2018 onder de Wmo met een beschermd wonen indicatie via de Centrum Gemeente. De indicaties betreffen hoog intensief met of zonder dagbesteding en laag intensief met of zonder dagbesteding.

Forensische cliënten

In 2018 heeft stichting Keroazie 7 forensische cliënten geplaatst.

Ambulante cliënten

In 2018 heeft stichting Keroazie 14 ambulante cliënten in zorg. 12 Cliënten hiervan hebben een WMO-indicatie, 1 cliënt een VPT-pakket via de WLZ en 1 cliënt overgang beschermd wonen naar een Thuis plus pakket.

Dagbesteding cliënten zorgboerderij Pieterburen

In 2018 heeft de zorgboerderij 1 externe cliënt via de Wmo in dagbesteding op de zorgboerderij in Pieterburen.

Dagbesteding cliënten activiteitencentrum en leerwerkbedrijf "de Mekkertil"

In 2018 heeft "de Mekkertil" de eerste externe cliënt mogen verwelkomen.

1.d Opbouw cliëntenbestand

In 2018 heeft stichting Keroazie naast de functie van orthopedagoog een nieuwe functie geïntroduceerd, de zorgcoördinator. Deze zorgcoördinator heeft als belangrijkste taak het behandelen van de aanmeldingen bij Keroazie en de doorstroom van bestaande cliënten en krijgt daarbij op gedragsinhoudelijk vlak ondersteuning van de orthopedagoog. Op basis van de aangeleverde (achtergrond) informatie, vaardigheden, mogelijkheden tot doorstroom en dynamiek binnen de verschillende woonvormen worden de cliënten geplaatst. Het woord toekomstperspectief voor de cliënt is hierin leidend.

1.e Belangrijke dynamiek waarmee de organisatie te maken heeft en die relevant is voor kwaliteit
De veranderingen in de top van de organisatiestructuur hadden in 2018 grote invloed op de organisatie. Het bestuur vergadert direct met de teamcoördinatoren welke geleid heeft tot kortere lijnen en meer wederzijds begrip.

1.f Aanpak kwaliteitsrapport

Voor het kwaliteitsrapport 2018 kon gebruik worden gemaakt van alle door het jaar heen verzamelde informatie en gegevens in eQuse en de hulp van de interne en de externe kwaliteit medewerkster/adviseur. Ook in 2018 zijn er interne en externe audits uitgevoerd volgens een vast auditplan, waarin gedurende het jaar de verschillende aspecten van kwaliteit worden getoetst, is er een duidelijk beeld m.b.t. de kwaliteit (en de waarborging daarvan) en (mogelijke) risico's.

1.g Teamreflecties

In 2018 is vooral tijdens team overleggen geoefend met teamreflecties met de strekking 'Wat doen we goed, wat is zwak en wat moet beter'. Naar aanleiding hiervan is er een nieuw scholingsplan voor 2019 opgesteld, zijn er coach trajecten ingezet op teams en op individuele medewerkers en zijn de teamcoördinatoren door gegroeid naar teamleiders.

1.h Aanpak externe visitatie die in relatie tot het kwaliteitsrapport is uitgevoerd

In 2018 heeft Stichting Keroazie gepland bezoek gehad van de toezichthouders van het Ommelandersamenwerkings model (GGD) en van de toezichthouders van de Centrumgemeente. Beide toezichthoudende instanties hebben getoetst op kwaliteit. Deze bezoeken zien wij in het kader van de externe visitatie.

Onderwerpen die aan bod kwamen bij de evaluatie Stichting Keroazie en Contractmanagement Ommelander Samenwerking waren:

Kennismaking

Stichting Keroazie

Doelgroep

Samenwerking gemeentes/Ommelander

IWMO

Pijlerpartners/zorgmarkt

Tarieven/kostprijsberekening/index

Transformatie en Begeleidingsplannen

SROI

Personeel

Contracten

Factsheet/contactgegevens

Certificering en rapportages

Afsluiting en actielijst

Er waren geen aanbevelingen.

Onderwerpen die aan bod kwamen bij het bezoek van de toezichthouders Wmo en Jeugdwet waren:

Inleiding van het onderzoek

Onderzoeksopzet

Beschouwing:

Locaties en doelgroepen
Klachtenregeling
Samenwerking in de keten
Passende en effectieve ondersteuning:
Personeel
Personele bezetting
Risico taxatie
Incidenten & calamiteiten
Digitale veiligheid
Conclusie en adviezen:

De toezichthouders hebben tijdens het bezoek kunnen vaststellen dat Keroazie geïnvesteerd heeft in de kwaliteit van de door hen geboden zorg. Het kwaliteitssysteem maakt een solide indruk. Keroazie wordt gemonitord door een extern bureau die een aantal verbetermaatregelen heeft geadviseerd, deze worden door Keroazie opgevolgd. Dit beoordelen de toezichthouders als positief.

Ook de digitaliseringsslag maakt een goede indruk.

Bovenstaande geldt ook voor de voorgenomen verandering waarbij er meer verantwoordelijkheid wordt neer gelegd bij de teams. Dit kan positieve effecten sorteren (bijv. zorg dicht bij de cliënt en betrokkenheid van de medewerkers). De gesproken medewerkers staan positief tegenover de voorgenomen verandering, al zal waarschijnlijk de uitvoering extra inzet en energie vragen.

De toezichthouders komen tot de volgende adviezen:

Eenrum: op deze locatie staat het personeel tijdens sommige diensten alleen. Dit wordt door enkele medewerkers als onveilig ervaren. Het lijkt de toezichthouders verstandig hier aandacht aan te besteden en te bekijken of deze gevoelde kwetsbaarheid ondervangen kan worden.

Attendeer cliënten op het feit dat in het kader van de AVG, dossiers soms moeten worden ingezien door relevante derden, zoals gemeenten.

2. THEMA'S

2.a De kwaliteit van het zorgproces rond de individuele cliënt

Stichting Keroazie maakt gebruik van het "primair proces" om de zorg van aanmelding tot afronding in grote lijnen uit te zetten. Hetzelfde proces wordt toegepast voor alle cliënten binnen stichting Keroazie, ongeacht indicatie vorm. Het primair proces is voor alle medewerkers inzichtelijk via het online te raadplegen Kwaliteit Management Systeem, eQuse, en biedt een eerste richtlijn voor de zorg.

Daarnaast wordt er gebruik gemaakt van verschillende procedures, checklists, werkinstructies en protocollen om de zorg vorm te geven en de medewerkers handvatten te geven. Dit alles sluit aan op de verschillende stappen binnen het primair proces.

2.b Zorg- en dienstverlening

Stichting Keroazie bood in 2018:

Beschermde wonen/verblijf in de Broeksterwierde in Pieterburen, Eenrum en Leek

Begeleidt zelfstandig wonen in Ulrum

Dagbesteding op zorgboerderij Pieterburen

Dagbesteding in de "Mekkertil" te Leek

Ambulante begeleiding in de Marne

In 2018 zou er een pilot behandeling basis ggz opgestart worden. Na intensieve gesprekken met meerdere ketenpartners en een regiebehandelaar is besloten deze pilot niet te starten. De pilot kortdurende behandeling van de eigen VG-cliënten door de orthopedagoog is wel van start gegaan en is succesvol.

2.c Overzicht interne audits 2018

Interne audits:

In 2018 zijn de volgende onderwerpen intern geaudit:

Medicatie

Zorgdossiers
Kwaliteitssysteem
Hygiëne
Personeelsprocessen en professioneel handelen
Vakbekwaamheid

Medicatie overzichten:

In 2018 werd er door iedere verpleegkundige van iedere locatie, maandelijks, naast bovenstaande audits medicatieoverzichten gemaakt. N.a.v. deze maandelijkse toetsing is er een verbetermaatregel opgenomen in eQuse.

Ontruimingsoefeningen:

In 2018 werden op alle 3 de locaties voor beschermd wonen/verblijf ontruimingsoefeningen gehouden. Er zijn op dit gebied geen verbetermaatregelen opgenomen in eQuse.

2.d. Resultaten audits

Hieronder zijn de resultaten kort beschreven van de interne audits en externe audit in 2018. Bij eventuele tekortkomingen zijn verbeterplannen opgenomen in eQuse.

Intern audit programma:

Audit Medicatie

Maandelijkse audit medicatiefouten: er blijkt helaas geen vermindering van medicatiefouten, dit geldt voor alle locaties. Dit ondanks bespreken tijdens team overleggen en mails van de verpleegkundigen naar het team, volgens verpleegkundigen. Echter is niet goed terug te vinden dat de conclusies en verbetermaatregelen zijn besproken met de teams. Verbeterplan opgenomen in eQuse.

Audit Zorgdossiers

T.o.v. een half jaar geleden is er weinig tot geen verbetering te zien m.b.t. compleetheid van de zorgdossiers. Wat opvalt is dat de voor de wet- en regelgeving verplichte onderdelen vaak wel aanwezig zijn in het dossier maar dat overige documenten vaak ontbreken. Daarbij valt op dat het laatste half jaar vaker dan eerder de documenten vanuit het aanmeldtraject ontbreken. Verbeterplan opgenomen in eQuse.

Audit Kwaliteitssysteem

Er zijn enkele kleine afwijkingen geconstateerd. Belangrijkste onderwerpen die naar voren zijn gekomen betreffen nog steeds medicatie, inwerktrajecten en personeelsdossier. M.b.t. deze onderwerpen zijn er verbeterplannen opgenomen in eQuse.

Audit hygiëne

De auditmethode blijkt erg uitgebreid en op sommige punten onduidelijk te zijn, niet passend bij de woonvormen van Keroazie. De hygiëne op de woonvormen kon hierdoor niet op een eenduidige wijze gemeten worden waardoor antwoorden vanuit de gedane audits geen antwoorden geven op de vraag of de hygiëne op de woonvormen op de juiste manier gewaarborgd wordt. Verbeterplan opgenomen in eQuse.

Audit toetsing personeelsdossiers

Uit de toetsing personeelsdossiers kan geconcludeerd worden dat de dossiers op orde zijn. Echter tijdens een steekproef die gedaan is tijdens de interne audit op het kwaliteitssysteem blijkt juist dat dossier niet op orde te zijn. Dit punt zal door middel van een tweede steekproef op meerdere dossiers nogmaals getoetst worden, het kan zo zijn dat alleen dit dossier niet op orde is. Mochten er meerdere dossiers niet op orde blijken te zijn zal er een verbetermaatregel opgenomen worden in eQuse.

Audit toetsen vakbekwaamheid (prof handelen)

Professioneel handelen wordt op het moment vooral gemeten op het gebied van medicatie verstrekking, bevoegd/bekwaam. Keroazie wil dit onderwerp graag breder trekken. Daardoor is door het bestuur besloten de toetsingsmethode aan te passen. Vakbekwaamheid zal getoetst worden aan de hand van de in de functieomschrijving gestelde taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden. De audits m.b.t. zorgdossiers, medicatiebeleid en medicatieverstrekking worden hierin meegenomen. De toetsing zal gedaan worden tijdens het functioneringsgesprek. Verbetermaatregel opgenomen in eQuse.

Interne Audit HKZ GGZ uitgevoerd door Vos Advies:

Besproken onderwerpen:

Documentenonderzoek in eQuse

Beleid

Indicatoren

Verbeterpunten

Klachtenregistratie

Overlegvormen

Functieomschrijvingen

Corrigerende en preventieve maatregelen

Personeelsdossiers/opleidingsplannen

Cliëntdossiers

Formulieren

Procedures

Advies:

Pas binnen de managementcyclus de context en doelen aan, stel binnen de directiebeoordeling de actualiteit van het plan vast.

Herzie het organigram en draag zorg dat alle functies (actuele) functieomschrijvingen aanwezig zijn.

Bepaal na uitvoering van de plannen ook of deze succesvol zijn geweest. Stel ook voor kleinere maar ingrijpende wijzigingen (algemeen begeleiders dagbesteding) plannen van aanpak op.

Bepaal in het kader van AVG en invoer van Carenzorgt op welke plek het MDO wordt geregistreerd om interne verschillen te voorkomen.

Denk na over het gelijktrekken van de werkwijzen rondom dagbesteding om duidelijkheid te scheppen voor medewerkers.

Denk na over de mogelijkheid om bepaalde onderdelen van medicatiebeleid centraal te regelen. Bepaal ook in het medicatiebeleid een werkwijze hoe om te gaan met medicatie buiten de baxter.

Bereid eventuele verbeterplannen alvast voor zodat deze tijdens de externe audit zichtbaar zijn.

Volg de inwerkprocedure en maak gebruik van de voorhanden zijnde formulieren zodat er geen stappen vergeten worden.

Volg de procedures zodat dossiervorming volgens afspraak verloopt. Door procedure te volgen zullen er geen stappen over geslagen worden en zal het dossier op orde zijn.

Verbeterpunt:

Opnemen oude risico-inventarisatie en aanvullen module risicomangement in eQuse met operationele risico's.

Her beoordeel bij structureel niet invullen van de indicatoren of deze nog gemeten moeten worden.

Gebruik ook zichtbaar de interne auditresultaten van eigen audits (medicatie, agressie, hygiëne en dossiers) voor verbeteracties.

Laat auditplanning en uitvoering op elkaar aansluiten, herzie eventueel planning van audits wanneer uitvoering niet langer noodzakelijk of haalbaar is. Borg verslaglegging audits in opgestelde formats.

Bij gebleken planningsproblematiek zoeken naar structurele oplossingen om versiebeheer actueel te houden.

Extern door DNV-GL

Besproken onderwerpen:

Introductie:

DNV-GL

Algemene informatie:

Certificatie Scope

Geaccrediteerde certificatie-instelling

Geheimhoudingsverklaring

Disclaimer

Resultaat Aandachtsgebied:

Aandachtsgebied 1 werken met eQuse

Overige resultaten:

Sterke punten
Verbeterpunten
Tekortkomingen
Observaties
Audit bevindingen en mate van overeenstemming met de norm:
Aantal nonconformaties 2
Aantal categorie 1 (Major) nonconformities 1
Aantal Categorie 2 (Minor) nonconformities 1
Aantal Observaties 6
Aantal aanbevelingen ter verbetering 0
Aantal nog niet afgesloten nonconformaties van voorgaande audits 0

Conclusies

De belangrijkste auditdoelstellingen zijn bereikt en het auditplan is zonder essentiële wijzigingen uitgevoerd.

In de eindbespreking zijn de belangrijkste bevindingen gepresenteerd, besproken en overeengekomen.

Belangrijke wijzigingen sinds de laatste audit, die van invloed zijn op het managementsysteem:

Wijzigingen in de organisatie- en overlegstructuur:

Teamcoördinatoren en de komst van een zorgcoördinator;

De dagbesteding in Leek is verhuisd naar een eigen pand: de Mekkertil.

Auditbevindingen, is het managementsysteem beoordeeld als zijnde effectief en in overeenstemming met de norm(en).

Er is 1 major Non Conformity geconstateerd m.b.t. veiligheid van medewerkers en cliënten, de opdracht voor de maatregelen is voorafgaand aan de eindbespreking al uitgezet door het bestuur en zal naar verwachting op korte termijn kunnen worden beoordeeld.

Het certificaat blijft geldig op voorwaarde dat de vastgestelde nonconformities naar behoren zijn behandeld en beantwoord en de Cat 1 bevinding zodanig is opgelost dat deze tijdig kan worden afgesloten.

De organisatie dient alle noodzakelijke herstel- en corrigerende maatregelen te nemen als geïndiceerd door de nonconformities.

Er wordt aanbevolen om observaties op gelijke wijze te behandelen als nonconformities.

Een vervolg audit om de corrigerende maatregelen te verifiëren is nodig. De vervolg audit zal worden

uitgevoerd als een desk-review gebaseerd op de beoordeling van de toegestuurde documentatie aan de Lead Auditor. Voor de Cat 1 bevinding dient m.b.v. fotomateriaal te worden aangetoond dat de bestaande onveilige sluiting van het personeelskantoor is vervangen door een veilige sluiting.

3. Eigen regie

3.a Eigen regie over bestaan

Cliënten bij stichting Keroazie zijn “de baas” over hun eigen zorgplan en de doelen die zij willen bereiken. De persoonlijk begeleider is er om deze doelen te (her)formuleren en te sturen zodat er samen aan gewerkt wordt en zodat het een haalbare stap is in het proces van de cliënt. Daarnaast bepaald de cliënt zelf hoe en waar deze dagbesteding, vrijwilligerswerk of een andersoortig traject volgt, bepaald hij/zij zelf hoe de vrije tijd wordt besteed en op welk gebied hulp gewenst is en op welke wijze hij/zij mensen wil betrekken in het zorgproces.

3.b Vrijheid beperkende maatregelen

Vrijheid beperkende maatregelen worden niet toegepast binnen stichting Keroazie. Alle afspraken die gemaakt worden zijn in overleg met de cliënt en/of de wettelijk vertegenwoordiger en altijd in samenspraak. Wanneer een cliënt niet akkoord gaat met een voorstel voor afspraken kunnen ze niet op de manier doorgang vinden, er zal dan gezocht worden naar andere oplossingen.

3.c Zeggenschap

Op alle locaties van stichting Keroazie is twee wekelijks een bewonersvergadering waarin de zaken die goed gaan en zaken die beter kunnen besproken worden.

De volgende onderwerpen kwamen aan bod:

Tevredenheid zorgverlening

Welkom/afcheid cliënten

Welkom/afscheid medewerkers/stagiaires

Belangrijke ontwikkelingen op de (woon)locatie

Afspraken en regels

Vragen aan het bestuur

Rondvraag

Daarnaast is er een cliëntenraad welke ondersteund wordt door een externe cliëntondersteuner van Zorgbelang Groningen.

Samenstelling cliëntenraad

De cliëntenraad bij Stichting Keroazie functioneert sinds september 2012. De samenstelling wisselt regelmatig. Begin 2018 bestond de raad uit 3 leden, afkomstig van de locaties in Leek, Eenrum en Broek, van de dagbesteding ambulante en een omwonende. In de loop van het jaar is afscheid genomen van 2 leden. In 2018 zijn er 3 nieuwe leden bij gekomen.

Eind 2018 bestond de raad uit 4 leden; afkomstig van de woonlocaties Leek, Eenrum en Broek.

Volgens het huishoudelijk reglement is de zittingstermijn 2 jaar en kan dat een keer verlengd worden.

Omdat de externe ondersteuner van Zorgbelang Groningen met pensioen ging, is er vanuit Zorgbelang Groningen medio 2018 een nieuwe ondersteuner gekomen. Vanwege verschillende, onvoorziene omstandigheden, is in overleg met de bestuurder van Keroazie besloten om dit niet voort te zetten en inmiddels is er een andere externe ondersteuner van Zorgbelang betrokken die onder andere tot taak heeft om te zorgen voor continuïteit. Zorgbelang dankt Keroazie voor het vertrouwen.

Vergaderingen cliëntenraad

In 2018 zouden 7 vergaderingen plaatsvinden. Uiteindelijk zijn dat er 5 geweest. Hierover is begrijpelijkerwijs onvrede ontstaan, zowel bij de leden van de CR als bij de bestuurder. Zorgbelang en Keroazie hebben hierover een constructief gesprek gevoerd en Zorgbelang is aan zet om het vertrouwen te herstellen. Inmiddels lopen de vergaderingen weer als vanouds en komt de CR om de zes weken bijeen, om en om met de Raad van Bestuur/bestuurvoorzitter. De vergaderingen worden afwisselend gehouden in Leek, Broek of Eenrum, zoals afgesproken in 2017. Op deze manier is de CR zichtbaar voor de bewoners op alle locaties.

Onderwerpen cliëntenraad

Hieronder volgt een overzicht van de thema's die in 2018 aan bod zijn gekomen.

Informatief vanuit de Raad van bestuur:

Resultaten audit 2017: uitkomst positief, de audit is gehaald

Informatie over eventuele naamswijziging

Informatie over vernieuwing dak in Eenrum

Nieuwe locatie dagbesteding Leek (De Mekkertil)

Mailwisseling met Klachtenportaal Zorg n.a.v. klachtenprocedure van een bewoner

Aanvraag offerte bij Ipso facto over cliënttevredenheidsonderzoek

Berekening voedingsgelden in 2018

Besluit aanvraag wifinetwerk Eenrum

Cliënttevredenheidsonderzoek 2018

Kwaliteitsrapport gecombineerd met directie beoordeling

Handboek "beschermd wonen vanaf 2019"

Bespreekpunten vanuit Raad van bestuur:

Jaarplan 2018

“regels” cliëntenraad, rol van de cliëntenraad

Evt. verbouwing locatie Broek

Cameratoezicht Eenrum, bespreken protocol

Excessief middelengebruik (alcohol/drugs); hoe te voorkomen?

Verbeterplannen n.a.v. cliënttevredenheidsonderzoek 2018

Gevolgen van handboek “beschermd wonen vanaf 2019”

Wet Medezeggenschap cliënten zorginstellingen

Bespreekpunten vanuit cliëntenraad:

Kwaliteitseisen personeel vanuit cliënt-/bewonersperspectief

Cliënttevredenheidsonderzoek 2018 door Ipso Facto (wordt de lijst zelfstandig ingevuld? anoniem? wat gebeurt er met de resultaten? etc.)

Behoeftte aan verdieping m.b.t. positie cliëntenraad, bijbehorende taken en bevoegdheden, rechten en plichten

Cameratoezicht Eenrum: plaatsing monitor in kantoor, toelichting voor bewoners, opslaan en bekijken beeldmateriaal

Onderzoeken mogelijkheid plaatsing camera's locatie Leek

Uitstapjes met de groep: loopt nog niet soepel

Motivatievergoeding voor het voorbereiden van bijeenkomsten cliëntenraad

Terugblik op ondersteuning door Zorgbelang in 2018

Hygiëne

4. De ervaringen van cliënten

4.a Cliënt ervaringsonderzoek

In 2018 is er een extern tevredenheidsonderzoek uitgevoerd met behulp van Ipso Facto. N.a.v. het onderzoek en de resultaten zijn er doelen en acties opgesteld. De doelen en acties zijn opgenomen in eQuse.

- Er zijn vanaf 1-1-2019 wekelijks PB-gesprekken met alle cliënten over gestelde doelen en hier wordt over gerapporteerd in Nedap (Carenzorgt)
Actie: Orthopedagoog maakt in november 2018 een checklist PB-gesprek, zodat begeleiders een duidelijk handvat hebben.
Uitvoering: begeleiders benoemen duidelijk het woord 'PB gesprek' wanneer een dergelijk gesprek wordt gevoerd.
Verantwoordelijke: orthopedagoog
- Voor 1-2-2019 is er een eenduidige consequente aanpak voor middelengebruik geformuleerd en geïmplementeerd.
Verantwoordelijken: orthopedagoog en zorgcoördinator
- Er zijn voor 1-2-2019 maatregelen geformuleerd en geïmplementeerd om het leefklimaat van cliënten te verbeteren.
Verantwoordelijke: zorgcoördinator
- Op 1-2-2019 is er een schoonmaakploeg binnen de stichting werkzaam en zijn de woon/werkomgevingen schoon volgens de wettelijke richtlijnen kleine woonvormen.
Opmerking: Dit proces is gaande
Verantwoordelijke: zorgcoördinator
- Op 1-4-2019 zijn er stichting breed maatregelen genomen die het gevoel van veiligheid vergroten en de hygiëne verbeteren.
Verantwoordelijken: teamcoördinatoren

4.b. Klachtenbehandeling Vertrouwenspersoon 2018 en klachtenportaal Zorg

In 2018 is de vertrouwenspersoon van stichting Keroazie 7 keer benaderd.

2 Meldingen gingen over locatie Eenrum, 1 vraag over de financiën m.b.t de voeding, de tweede vraag c.q. klacht over onfatsoenlijke bejegening en dienstverlening. Beide meldingen zijn door de vertrouwenspersoon afgehandeld.

4 Meldingen hadden betrekking op locatie Broek. Hygiëne woonomgeving, overdracht vorige zorginstelling naar Keroazie niet goed gegaan. Afspraken worden niet nagekomen/ uitgevoerd, folder (P)VP-er niet aanwezig, financiën niet duidelijk en slechte hulpverlening (ex-bewoner). Alle meldingen zijn door de vertrouwenspersoon afgehandeld.

1 Melding was een vraag over aanmelding.

Opvallend was dat de eerste 6 meldingen in het eerste half jaar van 2018 plaats vonden. De vertrouwenspersoon heeft naar aanleiding hiervan contact opgenomen met het bestuur van Keroazie. Het bestuur heeft deze meldingen bespreekbaar gemaakt met de teamcoördinatoren en er is een gesprek georganiseerd over de rol en functie van de vertrouwenspersoon, en het feit dat cliënten zich mogelijk niet voldoende gehoord voelden.

De teamcoördinatoren hebben dit binnen hun teams besproken en het resultaat was dat er in de tweede helft van 2018 er slechts 1 melding binnen gekomen is.

Er is één officiële klacht gemeld (WLZ cliënt) bij klachtenportaal zorg. Acties om de gemelde klacht op te lossen zijn uitgevoerd. De klacht is in samenspraak met de cliënt en klachtenportaal zorg afgerond.

5. Samenspel in zorg en ondersteuning

5.a Netwerk van de cliënt

Binnen stichting Keroazie wordt gewerkt met de methodiek oplossingsgericht werken. Als stichting vinden we het belangrijk dat alle disciplines bekend zijn met deze methodiek en deze stichting breed toe passen. In november van het afgelopen jaar heeft om deze reden het managementteam een opfriscursus gedaan, samen met de teamcoördinatoren, die deze kennis weer gedeeld hebben met hun teamgenoten. Het scholen van deze methodiek blijft dan ook op het scholingsprogramma staan.

Verder heeft stichting Keroazie het programma Carenzorgt, onderdeel van Nedap ONS afgelopen jaar verder geïmplementeerd om het netwerk van de cliënt meer te betrekken bij het zorgproces. Dit systeem geeft de cliënt inzicht in eigen dossier, zorgplan, planningen, meldingen en rapportages. De cliënt kan er vervolgens zelf voor kiezen om mensen uit te nodigen om ook mee te kunnen kijken in het systeem en kan hierin zelf bepalen wat men wel of niet kan zien, de cliënt is hier echter niet toe verplicht.

5.b Ketenpartners

Ketenpartners zijn steeds belangrijker voor stichting Keroazie en vice versa en de bestaande contacten worden door verschillende disciplines op verschillend niveau goed onderhouden en daar waar mogelijk uitgebreid.

Samenwerkingspartners 2018

1. Zonnehuisgroep
2. Politie Groningen /Zuidhorn
3. Lentis Fact team Uithuizen
4. Lentis Fact team Groningen
5. Huisartsenpraktijk Eenrum
6. Huisartsenpraktijk Kloosterburen
7. Huisartsenpraktijk Leek
8. Verslavingszorg Noord-Nederland
9. Verslavingszorg Terwille
10. Fysiotherapie de Marne
11. Mesdagkliniek Groningen - VNN Reclassering
12. FPK Assen
13. Communitysupport
14. Andersom thuisbegeleiding
15. Autisme Team Noord (ATN)

16. Elker
17. CJG Winsum
18. Promens Care
19. Van Boeijen
20. Sprank Leens
21. De Brugge
22. 100%zorg
23. Spetse Hoeve
24. Edsersheerd

Met verslavingszorg Terwille is een convenant afgesloten in 2018, welke in 2018 is gecontinueerd. Met de collega beschermd wonen aanbieders Groningen is een Time-out regeling opgesteld en ondertekend door de bestuurders van Keroazie

5.c Stakeholders

In 2018 is er een stakeholdersanalyse uitgevoerd waarmee de context van Stichting Keroazie in kaart is gebracht. Het belang van en voor de stakeholders is duidelijk. Het bestuur ziet hierin voor zichzelf een grote taak en bezoekt veel bijeenkomsten van en door stakeholders georganiseerd.

Verder zijn alle woonlocaties gevraagd een burendag te organiseren en is voor de best bezochte en goed georganiseerde burendag is er een prijs uitgelooft in de vorm van een teamuitje. Deze is gewonnen door team Broek/Dagbesteding.

5.d. Resultaten Leveranciersbeoordelingen

In november 2018 is de leveranciersbeoordeling uitgevoerd. Er zijn geen afwijkingen geconstateerd of afwijkingen geregistreerd t/m november 2018. Er zijn wel een aantal nieuwe partners. Met alle partners uit 2018, wordt de samenwerking voortgezet in 2019.

In welke mate was het kwaliteitssysteem ondersteunend?

Er wordt gewerkt conform de procedure inkoop en uitbesteding. Leveranciers worden vooraf getoetst door middel van het aanvragen van offertes. Hierop neemt het bestuur een besluit.

Oordeel over methodiek leverancier beoordeling:

Het feit dat Keroazie een leveranciersbeoordeling uitvoert, waarbij we kijken naar kwaliteit van het product of dienst, de prijs, de levertijd en eventuele service dwingt ons om kritisch te kijken naar de verschillende leveranciers en dan de verschillende beoordelingspunten daarbij onder de loep te nemen. Dit jaar hebben wij bij de beoordeling ook gekeken naar bedrijf kritische leveranciers en schriftelijke overeenkomsten afgesloten. Met een aantal leveranciers hebben we gesprekken gevoerd. Ons idee is dat dit de bedrijfsvoering ten goede komt.

Oordeel over de resultaten van de leverancier beoordeling:

De resultaten van de beoordeling zien wij als handvatten voor gesprekken met deze leveranciers, teneinde te komen tot een verbeterde prijs-kwaliteit verhouding indien daar reden toe is.

6. Borging van veiligheid in zorg en ondersteuning

6.a Gezondheidsrisico's

Elk half jaar wordt samen met de cliënt een risicotaxatie opgesteld waarin de gezondheidsrisico's worden meegenomen.

Wanneer er zorgen en/of risico's zijn m.b.t. de lichamelijke gezondheid van de cliënt kan er door het team contact worden gelegd met de verpleegkundige van die locatie. Of wanneer de zorgen zo groot zijn met een behandelend arts of de huisarts.

Wanneer de verpleegkundige aan de slag gaat met de waargenomen zorgen en/of risico's zal deze, indien nodig, een plan van aanpak maken waar het gehele team mee uit de voeten kan. Wanneer nodig zal dit plan in

samenspraak met een arts opgesteld worden.

(Middelen: risicotaxatie).

Voor 2019 is er in Nedap een vragenlijst aangemaakt welke het structureel in kaart brengen van de mogelijke risico's effectiever en efficiënter maakt voor begeleiders.

6.b Prospectief risicomanagement

Prospectief risicomanagement wordt gedaan in eQuse. Er zijn voor 2019 twee risico's toegevoegd te weten risico's m.b.t. aanmelding en het verkrijgen van te weinig informatie voor zorgverlening en risico's m.b.t. geen goede afweging van risico's voor het starten van zorgverlening.

6.c Resultaten retrospectieve risicoanalyse – cliëntveiligheid

De kwaliteitsmedewerker maakt maandelijks een overzicht van de gedane meldingen en maakt een start met de retrospectieve risicoanalyse. De gedane meldingen worden behandeld door de MIC-commissie bestaande uit bestuur, zorgcoördinator en orthopedagoog. Aan de hand van de meldingen schrijven zij vervolgens maandelijks een retrospectieve risicoanalyse waarin eventuele verbetermaatregelen die voor een locatie of voor de gehele stichting zijn worden opgenomen. In 2018 is er op locatie of stichtingsniveau geen beleid herzien n.a.v. meldingen.

6.d Conclusie trends incidenten & calamiteiten

De medewerkers vullen een MIC-formulier in als er sprake is van een incident en/of calamiteit. Dit formulier wordt indien mogelijk binnen 48 uur beoordeeld door de zorgcoördinator en/of de orthopedagoog, waarna de kwaliteitsmedewerker een retrospectieve analyse maakt van de meldingen tezamen met een overzicht per locatie. De orthopedagoog vult de analyse aan en er wordt beleid op gemaakt. Dit beleid wordt besproken in het team tijdens de MDO's en geëvalueerd. (Mic commissie).

De meeste Mic's gaan over agressie, gebruik en medicatie en enkele malen over een uitspraak suïcide.

6.e Onaangekondigd en aangekondigd inspectiebezoek 2018

In 2018 zijn er geen onaangekondigde of aangekondigde bezoeken geweest van de inspectie voor de gezondheidszorg.

De toezichthouders namens het Ommelander Samenwerkingsmodel en de toezichthouders van de Centrumgemeente hebben beide wel een regulier aangekondigd bezoek gebracht, waarvan eerder verslag bij 1h.

6.f Medicatie

Medicatie is een belangrijk onderdeel binnen de zorgverlening van stichting Keroazie. Veel cliënten slikken medicatie en hebben moeite om dit in eigen beheer te hebben of dit op de juiste tijd en wijze in te nemen. Op de hoofdlocatie van de stichting is dan ook de regel dat medicatie in beheer bij begeleiding is en op vaste tijdstippen onder toezicht ingenomen wordt. Op de locatie in Eenrum, waar bewoners oefenen met zelfstandigheid, kunnen bewoners in kleine stappen oefenen met de medicatie in eigen beheer, evenals in Leek. Hiervoor is het belangrijk dat medewerkers goed zijn opgeleid op het gebied van medicatie en het verstrekken ervan en hier wordt ieder jaar opnieuw veel aandacht aan besteedt. Voordat medewerkers medicatie mogen verstrekken dienen zij het e-learning certificaat medicatie in de ggz te behalen.

De verpleegkundige van iedere locatie voert elke maand een audit uit op het juist verstrekken en aftekenen van medicatie. Hierbij worden de geconstateerde fouten genoteerd en worden passende verbetermaatregelen beschreven.

Daarnaast is er elk halfjaar een audit op het medicatiebeleid. Tijdens deze audit wordt er getoetst of iedereen op de hoogte is van het beleid en of het beleid gevolgd wordt. N.a.v. deze audits worden er verbetermaatregelen toegepast indien nodig.

N.a.v. de maandelijkse audits aftekenen medicatie is er een verbetermaatregel opgenomen in eQuse.

7. Betrokken en vakbekwame medewerkers

7.a Adequaat personeelsbestand & doelgerichte zorg

Stichting Keroazie beschikt in 2018 continu over een adequaat personeelsbestand van vakbekwame, professionele en deskundige zorgverleners afgestemd op de huidige zorgzwaarte. De organisatie neemt tijdig maatregelen door inzicht in actuele ontwikkelingen om het personeelsbestand af te stemmen op de zorgvraag. Doelgerichte zorg op het juiste moment en door de juiste zorgverlener zoals afgesproken in het zorgplan. In 2018 is er één teamcoördinator voor team Broek en team Dagbesteding samen en één teamcoördinator voor team Eenrum en team Ambulant. De teamcoördinator van Leek heeft zowel de woonvorm als de Mekkertil onder haar hoede gekregen.

Bij de aanneming van personeel is rekening gehouden met de eis m.b.t. social return vanuit de centrumgemeente Groningen.

7.b Medewerkers tevredenheidsonderzoek

In 2018 is er een medewerkers tevredenheidsonderzoek uitgevoerd. N.a.v. dit onderzoek zijn er doelen en acties opgesteld. Deze zijn opgenomen in eQuse.

- Per 01-06-2019 zijn alle woon- en werkbegeleiders opgeleid in de basis van de methodiek 'oplossingsgericht werken' en wordt die in de gehele organisatie toegepast.
Actie: scholing in november 2018 en maart 2019 en jaarlijkse herhaling
Verantwoordelijken: orthopedagoog en coach
- Op 1-1-2019 is duidelijk hoeveel financiële ruimte er beschikbaar is voor inzet personeel
Verantwoordelijken: bestuur
Opmerking: dit doel is behaald door het publiceren van de begroting 2019
Actie: Bestuur geeft uitleg op het overleg met teamcoördinatoren in januari 2019
- Op 1-2-2019 zijn alle gedane verbetervoorstellen in het MTO-organisatie breed besproken en is er duidelijkheid over de te nemen maatregelen.
Actie: dit komt als agendapunt op de agenda voor het overleg met teamcoördinatoren in januari 2019
- Op 1-1-2019 is duidelijk welke scholing/opleidingsaanbod er is binnen de stichting.
Actie: Net als ieder jaar komt er voor het begin van het jaar een scholingsplan. Deze wordt op het overleg met teamcoördinatoren in december besproken.
- Op 1-1-2019 zijn de functies, taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden voor medewerkers beschreven.
Verantwoordelijken: bestuur en coachend teamleider
- Op 1-1-2019 zijn er 3 teamleiders aangesteld en is de functie beschreven.
Opmerking: Dit proces is gaande en zal tijdig worden afgerond
Verantwoordelijken: bestuur en coachend teamleider
- Op 1-4-2019 is de PVT opnieuw geïnstalleerd en vergadert eenmaal per maand.
Verantwoordelijken: zorgcoördinator en penningmeester van de stichting
- Op 1-6-2019 zijn er door de PVT maatregelen geformuleerd om de werksfeer en de samenwerking te verbeteren.
Verantwoordelijken: nieuwe PVT, zorgcoördinator en penningmeester van de stichting
- Op 1-6-2019 is het personeelsbeleid geëvalueerd, in samenwerking met de PVT, ten behoeve van cliënten en medewerkers.
Verantwoordelijken: zorgcoördinator en penningmeester van de stichting
- Op 1-3-2019 is het alle medewerkers duidelijk wie voor een bepaald onderwerp moet worden benaderd en op welke manier.
Actie: In januari 2019 legt het bestuur het organigram uit op een overleg met de teamcoördinatoren.
- Op 31-12-2019 heeft St. Keroazie meer personeel weten te behouden t.o.v. 2018
Verantwoordelijken: teamcoördinatoren

7.c Zijn medewerkers voldoende toegerust voor hun taken

Werving van personeel is gebeurd via zorgplein Noord en andere media, en selectie gebeurt, afhankelijk van de functie, door de bestuurders, teamcoördinatoren en/of in samenspraak met de coachend teamleider. Het

inwerkformulier is aangepast en functionaliteiten zijn her geformuleerd naar de praktijksituatie. De team coördinator voerde in 2018 samen met de coachend teamleidster of het bestuur de einde proeftijd gesprekken, (vrijwillige) popgesprekken en functioneringsgesprekken.

Loopbaanbeleid Stichting Keroazie

Doel: Het professionele handelen conform het beroepsprofiel werd uitgevoerd door middel van de functioneringsgesprekken. Deze werden uitgevoerd door de teamcoördinator samen met de coachend teamleider in november en december. Tegelijkertijd werden de mogelijkheden van het loopbaanbudget besproken en keuzes hierin gemaakt.

Toetsing professioneel handelen

De toetsing van professioneel handelen is in een format gezet en wordt jaarlijks in december gemeten door de verpleegkundige van een team.

Oordeel aan de gestelde competenties:

In 2018 is aandacht besteed aan competenties en ontwikkeling, in mail, team overleggen, Multidisciplinaire overleggen en gesprekken, zoals aan de competentie organiseren en plannen. Ook is aandacht besteed aan intervisie en casusbespreking en structureel zijn adviezen volgens de methodiek oplossingsgericht werken gegeven. Het oordeel aan de gestelde competenties is over het algemeen goed, zonder dat daar per competentie een meting op heeft plaatsgevonden. In 2018 is een algemeen geldende basisagenda voor alle team overleggen vastgesteld, zodat stichting breed meer aan dezelfde competenties wordt gewerkt. Gezocht wordt naar meetinstrumenten die een zo weinig mogelijk belastend karakter hebben t.o.v. de werkdruk.

Toetsing wet BIG

Doel: Medewerkers beschikken over de actuele theoretische kennis en praktische vaardigheden en attitude om de voorbehouden en risicovolle handelingen uit te voeren. In het kader van de wet BIG bepaald de organisatie welke voorbehouden en risicovolle handelingen voorkomen en stemt dit af in het scholingsbeleid. Stichting Keroazie bewaakt continu de kwaliteit van het beroepsmatig handelen.

Evaluatie/analyse: In 2018 heeft ieder team nog steeds een verpleegkundige, is er een zorgcoördinator aangesteld en een nieuwe orthopedagoog voor alle locaties om de lijn van de zorg die uitgezet wordt te implementeren in de teams.

Oordeel aan de gestelde competenties

De medewerkers volgen de medicatiecursus jaarlijks klassikaal of via E-learning en aan het begin van hun dienstverband. Iedereen is geschoold en voert de handelingen correct uit. Dit blijkt uit de bekwaamheidsverklaringen en behaalde certificaten. Medewerkers zijn bevoegd en bekwaam.

Analyse functioneringsgesprekken 2018

In de analyses wordt geschreven waaruit onder andere de resultaten van de volgende punten zal blijken:

Mening goede en ontwikkelpunten teams en organisatie

Eigen functioneren medewerker

Acties en wensen medewerker

Professioneel handelen: gebruik protocollen en werkinstructies en het rapporteren daarop

IKB en Loopbaanbudget

Scholingsbehoefte

7.d Scholing en ontwikkeling

Stichting Keroazie stelt jaarlijks een scholingsplan op met verplichte en vrijwillige scholingen voor het personeel van stichting Keroazie. Dit scholingsplan wordt onder ander opgesteld aan de hand van scholingswensen van het personeel, deze wensen worden tijdens het functioneringsgesprek besproken. Niet elke scholing is verplicht voor elke medewerker, het Managementteam bepaald wie welke scholing dient te volgen. Wanneer het voor een medewerker niet verplicht is mag hij/zij in sommige gevallen wel vrijwillig aansluiten en krijgt hiermee de mogelijkheid om zich verder te ontwikkelen.

Verder bouwt elke werknemer conform cao Welzijn en Maatschappelijke dienstverlening een individueel keuze budget op welke hij mag besteden aan o.a scholing om zichzelf verder te ontwikkelen.

(middelen: verslagen functioneringsgesprekken, scholingsplan)

De volgende onderwerpen werden kwamen aan bod tijdens het scholingsprogramma 2018:

Mic's en afwijkingen

Verstandelijke beperkingen

Rapportage vlg. werkinstructie

Verslaving

Teamopbouw

Medicatie

Vraag gerichte scholing en interventie

Oplossing gericht werken

BHV

Psychiatrische stoornissen

Opleidingsbehoeften werden uitgevraagd en vastgesteld voor 2019

In 2019 zullen er maandelijks verplichte scholingen in de Mekkertil worden georganiseerd. Dit scholingsprogramma zal jaarlijks terugkomen waarbij de onderwerpen hetzelfde zijn, maar de inhoud afgestemd kan worden op de behoefte van de medewerkers.

ARBO-beleid

Naast de voorlichting over de veiligheids- en gezondheidsrisico's in de organisatie worden medewerkers ook gewezen op de maatregelen om risico's te voorkomen of te beperken.

Medewerkers krijgen voldoende middelen om zichzelf te beschermen tegen Arbo risico's en worden hier ook in begeleid. In 2018 is het digitale Zorg Risico en Evaluatie instrument aangeschaft, de zgn. ZorgRie welke in 2019 geïmplementeerd zal worden, waarna een plan van aanpak wordt opgesteld. Dit plan van aanpak wordt beoordeeld door een Arbo-deskundige, waarna over gegaan kan worden tot uitvoering van de punten uit dit plan van aanpak.

In 2018 heeft stichting Keroazie bezoek gehad van de arbeidsinspectie in het kader van de gesignaleerde werkdruk in de gehele sector.

Op 27 december 2018 ontvingen wij het eerste rapport waarbij volgens dit rapport, naar aanleiding van gesprekken met medewerkers de volgende overtredingen werden geconstateerd:

- Onvoldoende instructie en/of voorlichting agressie, geweld en training
- Het Arbobeleid niet overal consequent werd toegepast

Hierop heeft het bestuur een zienswijze ingediend welke geleid heeft tot de reductie van bovenstaande overtredingen en er alleen nog een eis tot naleving is overgebleven betreffende het borgen van het Arbo beleid.

Dit wordt in 2019 verder uitgewerkt en geïmplementeerd.

Ziekteverzuim

Het verzuimpercentage was in 2018 8,0% en dus hoger dan in 2017 met 7,8% en hoger dan het gemiddelde in onze sector met 5,1%. Daardoor heeft Keroazie in 2018 hogere verzuimkosten gehad.

De gemiddelde leeftijd in 2018 is 37,7 jaar. Hiermee heeft Keroazie een mooie mix van jeugdigheid en ervaring in huis. Ook is het risico op toekomstig verzuim daarmee niet hoger dan gemiddeld. Om de inzetbaarheid van de medewerkers van Keroazie in de toekomst zo hoog mogelijk te houden is het noodzakelijk om voortdurend in gesprek te gaan en te blijven over de taken die bij hem of haar passen. Met het stijgen van de leeftijd kan de belastbaarheid afnemen.

De gemiddelde verzuimduur was 14,4 werkdagen vorig jaar en lag daarmee ook hoger dan het sector gemiddelde met 8,4 werkdagen.

De reden van het hogere en langdurige verzuim lag in de langdurige ziekmelding van meerdere werknemers waar problematiek aan ten grondslag lag buiten de sfeer van Keroazie.

De gemiddelde meldingsperiode lag vorig jaar met 1,6 werkdag onder de 2 dagen norm.

Het percentage van afgeronde verzuimperiodes met kort verzuim, minder dan 7 werkdagen lag in 2018 bij Keroazie 58,3% lager dan het gemiddelde in de sector met 67,9%.

Het percentage van afgeronde verzuimperiodes met middel-lang en lang verzuim, meer dan 20 werkdagen, lag in 2018 met 13,9% lager dan het gemiddelde in de sector met 15%.

De verzuimfrequentie, 1,2 was vorig jaar hoger dan het gemiddelde in de sector met 1,1 procent. Het lijkt erop dat medewerkers van Keroazie zich vaker dan gemiddeld ziekmelden. Een hoge verzuimfrequentie kan voor onrust en irritatie op de werkvloer zorgen of kan een uiting zijn voor diepliggende problemen.

In 2018 hebben 2 medewerkers zich 3 maal of vaker ziekgemeld. Het zou goed zijn om met hen in gesprek te gaan over het verzuimgedrag. Het tijdig bespreekbaar maken van de oorzaken kan langdurige uitval helpen voorkomen.

Voor 2019 is het van belang, ook in het kader van het ziekteverzuim dat er een nieuwe Risico-inventarisatie en evaluatie (ZorgRie) plaats vindt met bijbehorend plan van aanpak. Verder is het belangrijk dat het verzuimprotocol geëvalueerd wordt in samenspraak met de teamleiders en de PVT en er een nieuwe preventiemedewerker wordt aangesteld.

Overlegstructuur

In 2018 is er een vaste overlegstructuur gehanteerd welke zijn vast gelegd in de planning jaar overleggen, welke wel meerdere malen is aangepast in de loop van het jaar.

8. Geprioriteerde verbeteringen (conclusie)

CONCLUSIES

Verbeterplannen 2018

In 2018 hebben we alle verbeterplannen en maatregelen in eQuse gezet om zodoende overzicht te hebben en te behouden en werden de te nemen acties gekoppeld aan de verantwoordelijke personen.

Maandelijks hebben de bestuurder zorg en kwaliteitsmedewerkster de voortgang bewaakt, geëvalueerd en waar nodig acties uitgezet.

In welke mate was het kwaliteitssysteem ondersteunend?

Doordat het kwaliteitssysteem nu in eQuse is onder gebracht, is het overzichtelijker en de planning wat te doen m.b.t. revisies duidelijker. Voor personeelsleden is het inzichtelijk en zij kunnen makkelijker notulen, protocollen, formulieren en werkinstructies vinden. Deze geven hen handvatten om de zorg op de best mogelijke manier vorm te geven.

SWOT ANALYSE 2018-2020

INTERNE ISSUES

MANAGEMENT (AANSTURING, ONDERSTEUNING, WAARDEN)

Score	Issue
+	Het managementteam is multidisciplinair opgezet en combineert brede kennis met veel zelfreflectie. Stevige kritiek wordt niet geschuwd, maar er is ook ruimte voor complimenten <i>Niet meer actueel. Het MT-team heeft zichzelf opgeheven. Er is een staf geformeerd en teamcoördinatoren aangesteld, die iedere 14 dagen overleggen met elkaar.</i>
-	Er is binnen het MT vanuit de directie meer ruimte voor verbetering als het gaat om de snelheid van het zoeken naar oplossingen en het borgen hiervan binnen de organisatie. <i>Niet meer actueel. Het MT-team heeft zichzelf opgeheven. Er is een staf geformeerd en teamcoördinatoren aangesteld, die iedere 14 dagen overleggen met elkaar.</i>
-	Het idealisme van het bestuur is niet zichtbaar in de gehele organisatie, dit geeft soms wederzijds onbegrip tussen bestuur en medewerkers

	<i>De staf is zich goed bewust van de missie en visie van de stichting en neemt deze mee in overstijgende besluitvorming.</i>
+	Het MT treedt daadkrachtig op en is in staat om effectief besluiten te nemen, zowel de eenvoudige als de lastige. De omgeving is erg veilig en het team vormt de basis voor de gehele organisatie. <i>Niet meer actueel. Het MT-team heeft zichzelf opgeheven. Er is een staf geformeerd en teamcoördinatoren aangesteld, die iedere 14 dagen overleggen met elkaar.</i>
+	Er is een sterke, onafhankelijke raad van toezicht in wording met deskundigheid op zowel zorginhoudelijk, juridisch als financieel gebied <i>Op 1 jan 2018 is er een nieuwe voorzitter van de RvT geïnstalleerd met aandachtsgebied zorg, is er een lid met aandachtsgebied financiën en is er een lid met aandachtsgebied recht.</i>
-	De missie en visie van de organisatie zijn voornamelijk bekend bij het bestuur en MT en in de organisatie kan dit nog verder geïmplementeerd worden. <i>De missie en visie zijn goed bekend bij de staf en deze zal jaarlijks terug komen in het scholingsprogramma</i>

ZORG- EN DIENSTVERLENING (GEDELEGEERDE TAKEN, SAMENWERKING, WERKWIJZE, MEDEWERKERS)

Score	Issue
-	Binnen de teams is veel behoefte geuit aan training en instructies, medewerkers zouden gebaat zijn bij meer zelfvertrouwen in het handelen <i>Repeterende scholingen aanbieden</i>
+	De betrokkenheid en deskundigheid van het team medewerkers is de afgelopen jaren gegroeid, er is binnen de teams ruimte voor zelfreflectie <i>Deze blijft groeien</i>
-	Er zijn veel bezuinigingen doorgevoerd vanuit gemeenten en zorgkantoren, dit is ook merkbaar in de aanwezigheid van verschillende disciplines in de organisatie. Aanvulling van de teams komt nu vaak onderaan binnen, waardoor er een verschuiving van deskundigheid kan plaats vinden. <i>Helaas bleek aanvulling vanaf de onderkant ook niet haalbaar en zijn de teams op sterkte met voldoende gekwalificeerd personeel</i>
±	De organisatie heeft in het primair proces veel te maken met keten- en samenwerkingspartners, er is toegang tot huisarts, verslavingszorg, geestelijke gezondheidszorg etc. <i>De samenwerking verloopt steeds beter</i>
+	De nieuwe generatie opgeleide medewerkers heeft een stevigere basis en een veel sterkere mentaliteit om aan te pakken. Deze jonge mensen zijn vaak erg gemotiveerd en brengen nieuwe ideeën en methodes met zich mee waar de organisatie gebruik van kan maken <i>Helaas zijn we in 2018 ook weer jonge mensen kwijt geraakt, doordat ze werden weg gekocht door andere organisaties</i>
+	Door de noodzakelijke inzet van goedkopere slaapdiensten kunnen de vaste medewerkers overdag beter presteren <i>Dit klopt</i>
+	Invoer van behandeling binnen de basis GGZ door middel van e-health geeft Keroazie de mogelijkheid gefaseerd een pilot uit te voeren met gebruikmaking van kennis van zowel de eigen medewerkers als ketenpartners. <i>Pilot is niet gestart na brainstormsessies met de hoofdbehandelaar</i>

KANTOOR EN WOONLOCATIES (RUIMTE, LOCATIE, INDELING)

Score	Issue
-	De woonlocatie de Broeksterwierde (Pieterburen) ligt in het rustige, dun bevolkte hoge Noorden.

	Dit vergt voor de cliënten die uit een stad komen enige aanpassing. <i>klopt</i>
+	Er zijn veel verschillende soorten dagbesteding beschikbaar op onder andere de zorgboerderij, dit wordt geleverd in een veilige omgeving waarin de cliënten veel rust vinden <i>klopt</i>
+	Er zijn op de verschillende locaties verschillende soorten dagbesteding beschikbaar, passend bij de verschillende doelgroepen die op de locaties zitten, Cliënten hebben de mogelijkheid om door te groeien naar een andere locatie <i>klopt</i>
±	De bereikbaarheid van de locaties in Eenrum en Broek (Pieterburen) beperkt cliënten in de mogelijkheid om buiten de organisatie bijvoorbeeld een opleiding te volgen, Leek biedt deze mogelijkheid wel <i>klopt</i>

EXTERNE ISSUES

DEMOGRAFISCH

Score	Issue
-	St. Keroazie opereert deels in een sociaal zwak milieu, specifiek in gemeente De Marne. Dit heeft gevolgen voor de manier waarop de organisatie geaccepteerd wordt door de inwoners van de gemeente. Er is ruimte voor verbetering van de tolerantie, in tegenstelling tot de locatie in Leek, waar dit heel anders is. <i>klopt</i>
+	De Marne biedt door de relatieve rust een veilige omgeving voor alle cliënten. Er is mogelijkheid om een eigen woon- en leefgemeenschap te creëren <i>klopt</i>
-	Door de ligging van de hoofdlocatie is deze soms niet goed vindbaar voor de hulpdiensten en zou de toegang tot de nutsvoorzieningen beter kunnen <i>klopt</i>
±	Cliënten komen vanuit het hele land en hebben lang nodig om te wennen aan de locaties, sinds 2016 komen de cliënten voornamelijk uit de provincie Groningen <i>klopt</i>

ECONOMISCH

Score	Issue
-	Gemeenten hebben veel invloed op de indicaties die worden afgegeven, wat maakt dat de organisatie soms moet werken met veel indicaties en soms te lage budgetten <i>klopt</i>
+	Na een gewenningsperiode is de cliënt nu aardig gewend aan de verplichte eigen bijdrage via het CAK, er is nog wel een gebrek aan kennis over dit onderwerp bij onder andere bewindvoerders <i>klopt</i>
-	Centrumgemeente Groningen heeft de intentie om in de komende jaren het scheiden van wonen en zorg in te voeren <i>klopt</i>

SOCIAAL (ECONOMISCH)

Score	Issue
-------	-------

+	Door de overgang van zorg naar de gemeenten is er veel meer bekendheid van ketenpartners onderling. Er wordt meer met elkaar gedeeld en de verschillende organisaties helpen elkaar <i>klopt</i>
-	Er zijn veel zorgmijders die onderdeel uitmaken van de doelgroep. Dit heeft gevolgen voor de verantwoordelijkheid van de stichting en het binnenboord houden van de cliënt <i>klopt</i>

TECHNOLOGISCH

Score	Issue
-	Mede door de snelheid waarmee informatie tegenwoordig op social media gedeeld wordt, wordt een instelling als Stichting Keroazie kwetsbaar voor negatieve publiciteit <i>klopt</i>
+	Invoering van Nedap biedt veel kansen voor de organisatie om informatie te delen <i>klopt</i>
+	Transparantie in de zorg staat zowel landelijk als binnen de stichting volop in de aandacht. Nieuwe ontwikkelingen op softwaregebied maken het mogelijk cliënten en medewerkers realtime inzage te geven in hun dossiers via applicaties als Caren Zorgt <i>klopt</i>
-	Er is een tegenstelling van belangen in de wens om veel informatie te delen en tegelijkertijd de beveiliging van die informatie mogelijk te maken. <i>klopt</i>
+	E-health programma's bieden ook aanbieders met minder praktische ervaring de mogelijkheid om nieuwe zorgvormen in te voeren door de expertise van verschillende partijen te combineren in digitale stappenplannen. <i>klopt</i>

ECOLOGISCH

Score	Issue
±	Met haar verschillende mogelijkheden voor dagbesteding heeft de stichting beperkte invloed op het milieu. <i>klopt</i>
+	Op de zorgboerderij is een veelheid aan dieren aanwezig, dit is voor de cliënten van meerwaarde in de zorgverlening <i>klopt</i>
-	Het draaien van een boerderij op de hoofdlocatie moet 24/7 doorgaan, ook wanneer er in de weekenden geen cliënten zijn die meehelpen via de dagbesteding <i>klopt</i>

POLITIEK-JURIDISCH

Score	Issue
-	Zorginstellingen voor gehandicaptenzorg en GGZ hebben te maken met een politiek klimaat waarin veel druk ligt op bezuinigen. Indicaties lopen als gevolg hiervan terug, terwijl de kwaliteitseisen alleen maar toenemen <i>klopt</i>
+	Na overheveling van de zorgverlening naar deels gemeentelijk niveau is het voor de stichting mogelijk geworden om beleidsmakers uit te nodigen en kennis te laten maken met het werk van de stichting. <i>klopt</i>
±	Landelijk is er veel aandacht voor innovatie in de zorgverlening. Dit biedt zorgaanbieders kansen om bijvoorbeeld via e-health efficiënter te gaan werken, anderzijds is ook de kans aanwezig dat het contact met de cliënten verminderd. <i>klopt</i>

9. Gebruikte bronnen

Folder stichting Keroazie
Jaarplanning overleggen
Cliënt tevredenheidsonderzoek
Medewerker tevredenheidsonderzoek
eQuse
ZorgRie
Nedap
Overzicht wie zit waar
Overzicht personeel
Intern auditplan
Intern scholingsplan
Notulen Team overleggen
Kwaliteitsrapport Ommelander Samenwerkingsmodel
Kwaliteitsrapport toezichthouders Wmo en Jeugdwet
Audit verslag Keroazie, interne audit HKZ GGZ, versie 2015 (Vos adviesbureau)
Audit rapport Management Systeem Certificatie HKZ Norm en ISO (DNV-GL)
Format en notulen bewonersvergaderingen
Format en notulen cliëntenraadvergadering
Jaarverslag cliëntenraad
Jaarverslag vertrouwenspersoon
Overzicht ketenpartners
Beoordeling stakeholders
Beoordeling leveranciers
Format risico taxatie
Prospectief risicomanagement
Retrospectieve risico analyses
Overzicht personeel
Overzicht opleidingsbehoefte
Verzekering inzicht