

Kwaliteitsverslag 2015

Ananz



Mw. M. van Zoom, MBA
Directeur
29 april 2016

Voorwoord

De Raad van Bestuur van de St. Anna Zorggroep en de directie van Ananz bieden u het kwaliteitsverslag Ananz 2015 aan. Het kwaliteitverslag 2015 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 vijf organisatorische eenheden (OE), zo ook over dit verslagjaar 2015. Hiermee voldoet Ananz aan haar wettelijke verplichtingen. Het betreft de volgende vijf organisatorische eenheden:

- Akert (OE 9743)
- Berkenheuvel (OE 4325)
- Josephinehof (OE 6949) (medio 2015 gesloten)
- Nicasius (OE 6973)
- Ananz Zorg Thuis (OE 4325001)

In dit kwaliteitsverslag 2015 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.

mr. E.J. Rutters
voorzitter raad van bestuur

M. van Zoom, MBA
directeur Ananz

E.J. Janson, arts
waarnemer lid raad van bestuur

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	2
Inhoudsopgave.....	3
Inleiding.....	4
1 Profiel van de organisatie	4
2 Goede Zorg	8
2.1 Klachten.....	8
2.2 Klachtenopvangfunctionaris.....	9
3 Resultaten cliëntenparticipatie en adviezen van de cliëntenraad	9
4 De leveranciersbeoordelingen	10
5 Overleg ketenpartners	11
6 De analyse van het personeelsbeleid	12
6.1 Werving en selectie.....	12
6.2 Roostersystematiek.....	12
6.3 Ziekteverzuim	12
6.4 Medewerker tevredenheidonderzoek	13
7 De uitkomsten van de toetsing op het professioneel handelen	13
7.1 BIG beleid.....	13
7.2 E-learning.....	14
7.3 Strategisch opleidingsleidingsplan.....	14
7.4 Jaargesprekken.....	14
8 Audits	14
8.1 De resultaten van de interne kwaliteitsaudits.....	14
8.2 De resultaten van audits met de Raad van Bestuur.....	14
8.3 De resultaten van de audits van teamleiders met de (programma)managers	15
8.4 De resultaten van de externe kwaliteitsaudits.....	15
9 Primaire en kritische ondersteunende processen (indicatoren, resultaten risicoanalyses).15	
9.1 Programmalijnen	15
9.2 ECD	16
9.3 Facilitair.....	16
9.4 Task Force eerste etage locatie Heuvel	16
9.5 AnnaDoc.....	17
10 De registratie van afwijkingen (MIC-meldingen).....	17
11 De status van preventieve en corrigerende maatregelen.....	18
12 De interne en externe veranderingen van invloed op het kwaliteitsmanagementsysteem...19	
12.1 Wet- en regelgeving.....	19
12.2 Huisvesting.....	19
12.3 DBC GRZ (Diagnose Behandel Combinatie Geriatrische Revalidatie Zorg).....	19
12.4 Wisseling directie / management.....	20
12.5 Meerjarenbeleidsplan.....	20
13 Rapportages van de betreffende inspectie	20
13.1 IGZ bezoek / uitvraag.....	20
13.2 Calamiteiten	20
14 Cliëntveiligheid.....	21
14.1 Veiligheidscheck.....	21
14.2 BHV	21
14.3 Noodplannen	21
14.4 Onderhoud van materialen.....	21
14.5 Infectiepreventiecommissie	21
14.6 HACCP.....	22

Inleiding

Ananz is in 2015 onderhevig geweest aan een aantal wisselingen van directie en management. In verband met vertrek van de directeur Ananz, heeft de Raad van Bestuur van half mei 2015 tot november 2015 een interim directeur aangesteld, met bijzondere aandacht voor de bedrijfsvoering en voor het tot stand komen van de begroting 2016.

Per november is de nieuwe directeur Ananz aangesteld. Ondanks deze wisselingen heeft Ananz in 2015 de begrote resultaten grotendeels weten te behalen. De aandachtspunten uit het jaar 2015 zijn opgenomen in het jaarplan van 2016. Het jaar 2015 is met een positief financieel resultaat afgesloten.

1 Profiel van de organisatie

Ananz wonen-welzijn-zorg is onderdeel van het concern St. Anna Zorggroep. Ananz bestaat uit vijf 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 Josephinehof (OE 6949) tot medio 2015</i>	
Adres	Gildestraat 2
Postcode	5663 AM
Plaats	Geldrop
Telefoonnummer	040 2858515
<i>Woonzorgcentrum Nicasius (OE 6973)</i>	
Adres	Berkelkanspad 6
Postcode	5591 GK
Plaats	Heeze

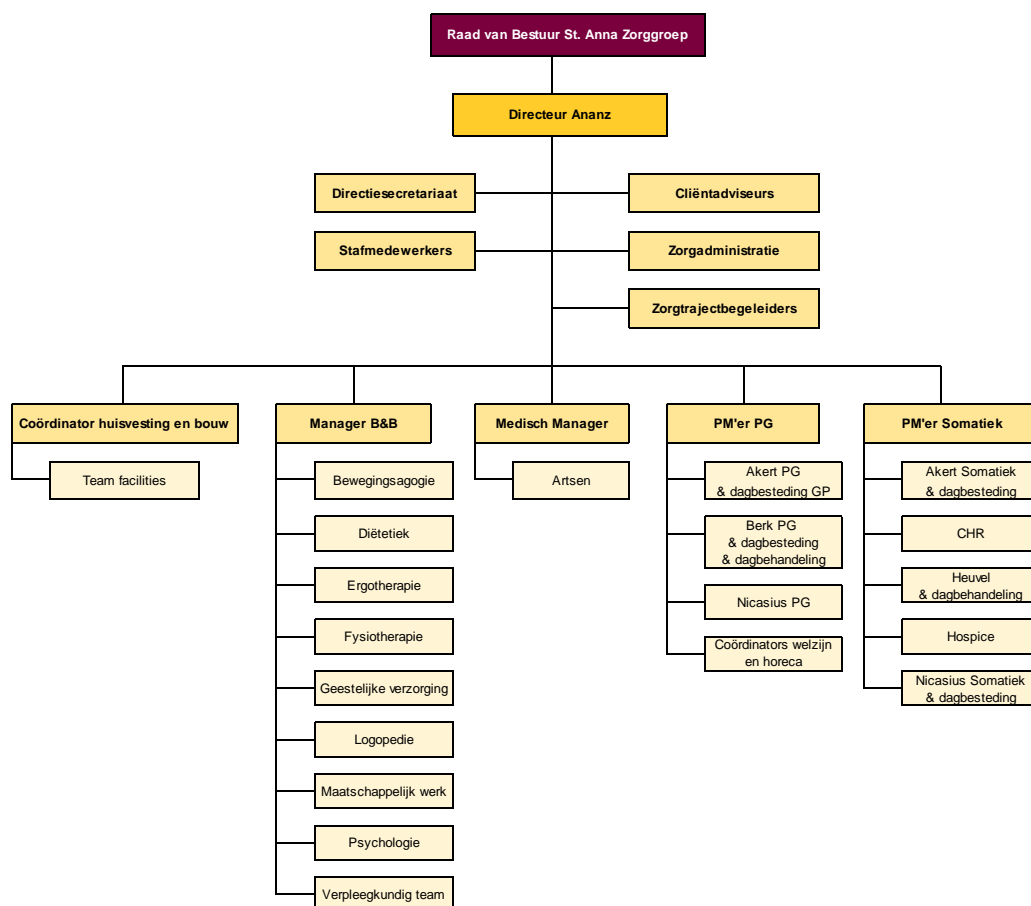
Naam verslagleggende rechtspersoon	
Telefoonnummer	088 5677700
<i>Ananz Zorg Thuis (OE 4325001)</i>	
Adres	Grote Bos 8
Postcode	5666 AZ
Plaats	Geldrop
Telefoonnummer	088 5677700
Identificatienummer Kamer van Koophandel	17127118
E-mailadres	Directie.Ananz@st-anna.nl (directiesecretariaat)
Internetpagina	www.ananz.nl

De vier woonzorgcentra van Ananz – Berkenheuvel met gebouwen Berk en Heuvel, Akert, Josephinehof 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 2015



Organogram Ananz 2015



Ananz heeft in 2015 de doelgroepen cliënten vermeld in tabel 2.

Tabel 2: Doelgroepen cliënten WLZ Ananz

Doelgroep	Ja/nee
Somatische aandoening of beperking	Ja
Psychogeriatrische aandoening of beperking	Ja
Psychiatrische aandoening	Nee
Lichamelijke handicap	Ja
Verstandelijke handicap	Nee
Zintuiglijke handicap of communicatieve stoornis	Nee

In tabel 3 staan kerngegevens over Cliënten, Capaciteit, Productie en Personeel van Ananz in 2015. Zie voor overige kerngegevens het bestuursverslag van de St. Anna Zorggroep.

Tabel 3: Kerngegevens VVT Ananz

Kerngegevens	
Cliënten Wlz per einde verslagjaar	Aantal cliënten
Aantal cliënten in instelling op basis van een ZZP / zorgprofiel	285 cliënten
Aantal cliënten met verblijf op basis van volledig pakket thuis (VPT)	3 cliënten
Aantal cliënten op basis van een Modulair Pakket Thuis of extramurale zorg op basis van overgangsrecht	19 cliënten
Aantal cliënten dat zorg inkoopt op basis van persoonsgebonden budget	0 cliënten
Aantal cliënten eerstelijnsverblijf (tijdelijke subsidieregeling)	6 cliënten
Aantal cliënten extramurale behandeling (tijdelijke subsidieregeling)	27 cliënten
Cliënten Zvw per einde verslagjaar	Aantal cliënten
Aantal cliënten op basis van wijkverpleging	60 cliënten
Aantal cliënten op basis van geriatrische revalidatiezorg (verblijf op basis van DBC)	25 cliënten
Intramurale capaciteit per einde verslagjaar	Aantal bededen / plaatsen
Aantal beschikbare bedden/plaatsen met geriatrische revalidatiezorg (verblijf op basis van DBC)	25
Aantal overige beschikbare bedden / plaatsen met verblijfszorg	291
Productie Wlz gedurende het verslagjaar	Aantal dagen / bedrag
Aantal dagen zorg met verblijf	105353 dagen
Aantal dagen zorg op basis van volledig pakket thuis (VPT)	1812 dagen
Omzet zorg op basis van Modulair Pakket Thuis of extramurale zorg op basis van overgangsrecht gedurende het verslagjaar	220634 euro
Omzet zorg op basis van Persoonsgebonden budget	32860 euro
Omzet zorg op basis van eerstelijnsverblijf (tijdelijke subsidieregeling)	97149 euro
Productie Zvw gedurende het verslagjaar	Aantal dagen / bedrag
Aantal in verslagjaar geopende DBC's / DBC-zorgproducten geriatrische revalidatiezorg	146 DBC's / DBC-zorgproducten
Aantal in verslagjaar gesloten DBC's / DBC-zorgproducten geriatrische revalidatiezorg	125 DBC's / DBC-zorgproducten
Omzet zorg op basis van DBC's / DBC-zorgproducten geriatrische revalidatiezorg	1842807 euro
Persoonlijke verzorging Oproepbare verzorging Verpleging	Bedrag (omzet per prestatie)
Persoonlijke verzorging	250706 euro

Kerngegevens		
Verpleging		16671 euro
Personeel in loondienst per einde verslagjaar	Aantal personen / fte	
Aantal Wlz-patiëntgebonden personeelsleden in loondienst	548 personen	184 fte
Aantal Zvw-patiëntgebonden personeelsleden in loondienst	115 personen	22 fte
Aantal niet-patiëntgebonden (overige) personeelsleden	260 personen	94 fte
Totaal aantal personeelsleden in loondienst	923 personen	300 fte

2 Goede Zorg

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. De resultaten van 2015 wijken niet veel af van de resultaten op de cliëntenraadpleging uit 2013. 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 van belang dat cliënten en vertegenwoordigers van Ananz nog steeds gemiddeld goede zorg ervaren.

Ananz scoort hoog 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?
- Zinnvolle dag: Biedt het huis gezelligheid en contact met anderen? Organiseert het huis genoeg activiteiten? Sluiten de activiteiten genoeg aan bij de cliënt?

Ananz ziet met de scores van 2015 een bevestiging in de reeds opgestelde plannen voor 2016 / 2017. De ontwikkelpunten die Ananz al opstelde, sluiten aan op bovengenoemde verbeteracties. Daarnaast wil Ananz wat goed gaat vooral behouden. De insteek is om de pieken en dalen tussen de locaties te onderzoeken op de verbeteracties: 'Hoe kunnen we leren van elkaar om binnen heel Ananz te verbeteren'?

2.1 Klachten

In 2015 heeft de directie vijf klachten ontvangen van cliënten waarvan één over de zorg en drie klachten van medewerkers / vrijwilligers. Deze klachten hebben met name betrekking op de huisvesting; de rookruimte en de geluidsoverlast van ventilator. De klachten zijn door de directie in behandeling genomen en afgerond.

Over de voeding zijn bij leverancier Huuskens in 2015 kwalitatieve klachtmeldingen geweest. Het systeem van klachtenafhandeling verloopt vanuit de leverancier echter nog niet geheel naar wens, voornamelijk door het ontbreken van een goede terugkoppeling. Dit heeft de uitdrukkelijke aandacht.

Bij Wasserij Synergy Health zijn over het platgoed (o.a. bedlinnen, tafellinnen, handdoeken) in 2015 totaal zeven klachten gemeld. Deze klachten zijn divers van aard. De kleding van cliënten gaat naar wasserij Steensel en hierover zijn 27 klachten ontvangen, waarvan er negentien bij Akert zijn gemeld. Deze klachten hebben betrekking op vermissing van kledingstukken en kwaliteit van het wassen. Kleding wordt bij de wasserij geteld maar niet gescand zodat het lastig is een vermissing te achterhalen. Bovendien is belangrijk dat door Ananz de was op de juiste wijze wordt ingeleverd en dat de schone was in de kast van de betreffende cliënt komt. In overleg met de wasserij en de medewerkers wordt hierin een optimalisatieslag bewerkstelligd.

Het vervoer van cliënten die deelnemen aan de dagbesteding wordt verzorgd door twee eigen busjes van Ananz met vrijwillige chauffeurs. Voor rolstoelvervoer wordt altijd een extern taxibedrijf ingezet, te weten taxibedrijf van Gerwen.

In 2015 zijn vijftien klachten gemeld over vervoer, waarvan tien door Heuvel somatiek. Dit betreft met name het rolstoelvervoer door het taxibedrijf. De klachten waren vooral direct na de overgang van het ene taxibedrijf naar taxibedrijf van Gerwen, door inzet van verkeerde taxi's, tijdstippen die niet klopten en wisselende chauffeurs. Er is een aantal gesprekken geweest met het taxibedrijf en inmiddels loopt e.e.a. beter. Met het taxibedrijf is de afspraak gemaakt dat zoveel mogelijk een vaste chauffeur wordt ingezet. Tevens heeft Ananz digitaal inzicht gekregen in het route systeem van taxibedrijf.

2.2 Klachtenopvangfunctionaris

In 2015 is in afstemming met de centrale cliëntenraad een medewerker met de opleiding tot klachten opvang functionaris gestart en heeft deze eind 2015 met succes afgerond. Verdere uitrol en bekendmaking van deze functionaris in de organisatie volgt in 2016.

3 Resultaten cliëntenparticipatie en adviezen van de cliëntenraad

- De centrale cliëntenraad heeft in 2015 acht keer een overlegvergadering met de directie gehad. Daarnaast is op locatie periodieke overleg geweest met de betreffende cliëntenraad en de teamleider.
- De afronding van het verbeterplan CQ-meting 2013 is besproken met de centrale cliëntenraad.
- De centrale cliëntenraad heeft een actieve rol gehad in het zorginkoopproces met het zorgkantoor en heeft ter voorbereiding hierop informatieve gesprekken gevoerd op uitnodiging van het LOC en het zorgkantoor.
- Een vertegenwoordiging van de cliëntenraad heeft het Congres Invoering langdurige zorg 2015 bijgewoond. De centrale cliëntenraad heeft deelgenomen aan de jaarlijkse themadag op uitnodiging van de raad van bestuur met als thema "e-Health".
- Er zijn gezamenlijke vergaderingen geweest met de vier cliëntenraden met respectievelijk als thema Geriatrisch expertise centrum en Waardevolle zorg.
- Er zijn afspraken gemaakt met de Raad van Toezicht over gestructureerde overleggen met de CCR en op locatie met lokale cliëntenraden.
- De centrale cliëntenraad heeft deelgenomen aan locatie overleg met cliëntenraad Akert, ten behoeve van de Presentatie Elektronisch Cliëntendossier (ECD).
- De centrale cliëntenraad heeft in 2015 positief advies gegeven over de volgende onderwerpen:wijziging betalingsfrequentie vergoeding leden CCR;
 - aanstelling klachten opvang functionaris;
 - aanstelling jaarrekening 2014;

- advies nieuwe directeur Ananz;
- advies Managementstructuur Ananz;
- advies aanstelling interim lid Raad van Bestuur;
- advies begroting 2016.

Het gevraagde advies betreffend het afschaffen dienstkleding/wasserijvergoeding is nog in behandeling bij de cliëntenraad.

De directie constateert dat de samenwerking met de centrale cliëntenraad constructief verloopt. Vanuit cliëntenperspectief leveren zij een waardevolle bijdrage aan diverse onderwerpen.

De centrale cliëntenraad is betrokken en volgt de ontwikkelingen kritisch. De samenstelling van de centrale cliëntenraad is op het einde van het verslagjaar 2015 als volgt:

- Dhr. Hein Crooijmans, voorzitter, tevens voorzitter van cliëntenraad woonzorgcentrum Berkenheuvel
- Dhr. Jan Kuypers, vicevoorzitter, tevens lid namens cliëntenraad woonzorgcentrum Akert
- Dhr. Jos Leuris, voorzitter cliëntenraad woonzorgcentrum Nicasius
- Mevr. Marjan Verest, lid namens cliëntenraad woonzorgcentrum Nicasius
- Dhr. Ton Vorst, lid namens cliëntenraad woonzorgcentrum Josephinehof
- Dhr. Ad van Hout, financieel deskundige

4 De leveranciersbeoordelingen

De procedure 'leveranciersbeoordeling' is in 2015 geactualiseerd.

In 2015 zijn de leveranciersbeoordelingen geïntensiveerd. Met een aantal leveranciers is een LeveranciersPrestatieMeting (LPM) uitgevoerd over de dienstverlening en inzichtelijk welke punten met meer dan 10% matig worden beoordeeld en is een top-3 aan verbeterpunten opgesteld (dit geldt voor Huuskens, Mediq Medeco, Synergy Health, Wasserij Steensel, Van Zelst automaten).

Sinds november 2014 zorgt leverancier Huuskens voor het volledige pakket voeding (zowel voor vers als droge kruidenierswaren) bij Ananz. Uit de LPM blijkt dat deze leverancier over het algemeen als voldoende tot goed wordt beoordeeld. De algehele waardering is een 7.0.

Uit de LPM met Bakker van den Broek en Bakker de Gouden Aar, blijkt dat men over het algemeen tevreden is over deze bakkers. De algehele waardering is respectievelijk een 7.7 (en stijging) en een 8.1 (een lichte daling). Bij Bakker van den Broek is de levering binnen de afgesproken termijn verbeterd t.o.v. 2014.

Voor het incontinentiemateriaal is Mediq Medeco de leverancier. Uit de LPM blijkt dat de algemene beoordeling voldoende is; met een algehele waardering van 7.0.

De LPM met Taxi Bergerhof en Taxi Jansen van Gerwen is door een te laag aantal deelnemers ingevuld, waardoor er geen duidelijke conclusie kan worden getrokken. Over het algemeen is dit voldoende, met een algehele waardering van respectievelijk een 7.3 en een 7.0. Van Taxi Jansen van Gerwen wordt vanaf 2015 gebruik gemaakt.

Voor het linnengoed / platgoed wordt gebruik gemaakt van wasserij Synergy Health. Uit de LPM blijkt dat de algemene beoordeling voldoende is. De algehele waardering is een 6.8.

Wasserij Steensel verzorgt de kleding van cliënten en het persoonsgebonden platgoed. Uit de LPM blijkt dat de algemene beoordeling voldoende is. De algehele waardering is een 6.5.

Uit de LPM van Van Zelst automaten blijkt dat de algemene beoordeling voldoende is. De algehele waardering is een 6.3.

Uit de leveranciersbeoordeling met PinkRocade (leverancier ECD) blijkt dat vooral de rubrieken 'communicatie en nakomen van afspraken' en 'financiële/administratieve afhandeling' slecht scoren. Het beste scoren de rubrieken 'veiligheid en wetgeving' en 'afhandeling storingen, opdrachten'.

In mei 2015 heeft Cofely opdracht gekregen voor het preventief en correctief onderhoud van de installaties in Akert, Berk en Nicasius en de ziekenhuislocaties. Het eerste jaar wordt maandelijks overleg gevoerd om de samenwerking in te richten. In mei 2016 vindt de eerste leveranciersbeoordeling plaats.

Remmers heeft na de bouw een prestatiecontract gekregen voor het beheer en onderhoud van Heuvel. Na de eerste periode is zijn de contractafspraken geëvalueerd. Naar aanleiding van deze evaluatie zijn nieuwe afspraken gemaakt.

Ergocare levert de plafondtilliften op Heuvel. Met hen is een jaarlijks evaluatiegesprek gevoerd. Gemiddelde waardering is een 8.4.

United Care levert en onderhoud alle rijdende til- en transfermiddelen. In april 2015 is het laatste evaluatiegesprek gevoerd en is een hiaat in het contract opgelost. In juni 2016 wordt een LPM uitgevoerd over de dienstverlening.

WoCom is de verhuurder van het Nicasius en daarmee verantwoordelijk voor een deel van het onderhoud. Met hen wordt periodiek overleg gevoerd. Op dit moment zitten we nog in de fase waarin de samenwerking wordt geoptimaliseerd. Er heeft nog geen leveranciersbeoordeling plaatsgevonden.

5 Overleg ketenpartners

Door de directie is in 2015 geen overleg gevoerd met de gemeenten. In het kader van de transitie van de dagbesteding naar de WMO heeft met name de programmamanager PG frequent overleg gehad met de gemeente Heeze-Leende en met de gemeente Geldrop-Mierlo, zowel op individueel niveau als aan de Fysieke Overleg Tafel. Aandachtspunt is de terugloop in bezetting. Door deze verandering in wetgeving is de samenwerking met de GGzE beëindigd. De cliënten met een GGZ-C indicatie kunnen wel bij Ananz blijven wonen en de behandelaren van de GGzE blijven contact houden met deze cliënten.

De specialist ouderengeneeskunde heeft regelmatig overleg met de huisartsen. Doordat huisartsen de toegevoegde waarde zien van de inzet van de specialist ouderengeneeskunde aan het MDO kwetsbare ouderen, is dit in 2015 uitgebreid van 1x per maand naar 3x per maand in Geldrop en ook 3x per maand in Heeze. Hierbij komt comorbiditeit, polyfarmacie en risico-signalering aan de orde en wordt de zorgbehoefte in kaart gebracht waarvoor behandelaren worden ingezet.

Naar aanleiding van het IGZ-rapport 'kwaliteit mondzorg in verpleeghuizen onvoldoende (november 2014)' heeft Ananz in 2015 de afspraken en werkwijze geëvalueerd en getoetst aan de eisen van de IGZ waarna zij deze heeft geoptimaliseerd. De tandarts is hierover geïnformeerd en de afspraken met de tandarts zijn gecontinueerd.

Met Zuidzorg wordt structureel samengewerkt in de zorg voor kwetsbare ouderen en wordt samen de zelfredzaamheid thuis bevorderd. In een werkgroep zijn de doelen uitgewerkt en de realisatie hiervan loopt tot door tot medio 2016.

Binnen de St. Anna Zorggroep wordt met het St. Anna Ziekenhuis intensief samengewerkt in diverse projecten:

- in het kader van het zorgpad Collumcare brengt de chirurg consulten op de locaties van Ananz;
- met de geriater loopt het project 'Vallen en Opstaan';
- de overdracht van cliënten is verbeterd door de samenwerking met de palliatief artsen voor de doorstroming naar de Hospice;
- de wondzorg verpleegkundigen uit het ziekenhuis hebben het verpleegkundige team Ananz geschoold;
- voor de voetzorg DM werken de podotherapeut van de Zorggroep samen met de diabetesverpleegkundige Ananz;
- met de trombosedienst wordt samengewerkt om het werken met risicovolle medicatie binnen Ananz te verbeteren.

Om de bedrijfsprocessen facilitair te optimaliseren is een plan opgesteld om het team facilities te integreren met het facilitair bedrijf en is een start gemaakt met het uitwerken hiervan. Tevens neemt Ananz deel aan werkgroepen voor het fusietraject van de Zorggroep met het Catharina Ziekenhuis.

Met de woningbouwcorporatie zijn gesprekken gevoerd over de Jonkvrouw. Dit project loopt al langere tijd. Ananz wil haar uitgangspunten herijken volgend op het strategisch vastgoedplan dat Q1 2016 gereed zal zijn.

6 De analyse van het personeelsbeleid

6.1 Werving en selectie

Het Werving & Selectiebeleid is in 2015 op maat van Ananz gemaakt en met teamleiders besproken. Bij elke selectieprocedure voert leidinggevende samen met P&O de gesprekken (W&S of P&O adviseur). TMA, referentie-check en rekentoets maken waar nodig deel uit van de procedure. In 2015 zijn in totaal 46 functies vervuld bij Ananz.

6.2 Roostersystematiek

De roosterregels zijn in 2015 met de teamleiders besproken. Er is gestart met een pilot zelfroosteren om medewerkers meer ruimte te geven werk & privé (incl. mantelzorgtaken) op elkaar af te stemmen. In 2016 wordt hieraan in het kader van de 'kanteling arbeidstijden' verder vorm gegeven voor geheel Ananz.

6.3 Ziekteverzuim

Het ziekteverzuim Ananz is in 2015 gestegen naar 6,42% (was 6,1% in 2014). Het langdurig verzuim in het 2^e ziektejaar is gedaald t.o.v. 2014, maar binnen de andere categorieën is het verzuim gestegen (zie ook tabel: verzuimcijfer).

2015	Ananz Centraal	Geriatrisch Expertise Centrum	Ananz Psychogeriatric	Ananz Somatic	Totaal Ananz
Kortdurend verzuim (0 - 14 dgn)	0,88 %	0,51 %	1,04 %	0,91 %	0,93 %
Middellang verzuim (15 - 93 dgn)	0,72 %	0,79 %	1,32 %	2,07 %	1,49 %
Langdurend verzuim (94 - 365 dgn)	0,17 %	1,75 %	2,62 %	3,48 %	2,59 %
Langdurend verzuim 2 (366 - 730 dgn)	2,10 %		2,06 %	0,71 %	1,40 %
Totaal verzuimpercentage	3,86 %	3,05 %	7,04 %	7,18 %	6,42 %

6.4 Medewerker tevredenheidonderzoek

Eind 2015 is het medewerker tevredenheidonderzoek (MTO) uitgevoerd bij Ananz met de MedewerkerMonitor van Actiz. De response van Ananz is 48% en is gelijk aan het branche gemiddelde binnen de VVT-sector. In de MedewerkerMonitor worden 5 hoofdthema's onderscheiden:

Thema	Score 2015	Score VVT	Score 2012
Aantrekkelijkheid van het werk	7,0	7,3	7,1
Cliëntgerichtheid	7,9	8,1	7,7
Mogelijkheid tot veranderen	6,4	7,0	6,7
Toekomstgerichtheid	7,0	7,5	7,3
Werkbeleving	7,2	7,5	7,3

Ananz scoort op alle vijf de hoofdthema's lager dan het branchegemiddelde en op vier thema's is de score lager dan de Ananz score in 2012. Cliëntgerichtheid is vooruit gegaan maar zit nog steeds iets onder het branchegemiddelde.

De thema's "*Mogelijkheid tot veranderen*" en "*Toekomstgerichtheid*" wijken het meest negatief af van het gemiddelde en wil Ananz significant te verbeteren. Deze thema's zijn herkenbaar en kunnen op redelijke termijn ook daadwerkelijk verbeterd worden. Centrale afspraken hierover worden vastgelegd in het jaarplan. Omdat er grote verschillen bestaan tussen de locaties, zullen teamleiders voor hun eigen locaties ook specifieke verbeterpunten opstellen.

In februari 2016 zijn de resultaten MedewerkerMonitor in het MT van Ananz besproken. In maart zijn de resultaten met de teamleiders van Ananz besproken en ook één op één tussen (programma)manager en teamleider. In mei vindt een bijeenkomst met alle medewerker van Ananz plaats met als doel het verbeteren en de dialoog.

7 De uitkomsten van de toetsing op het professioneel handelen

7.1 BIG beleid

Het beleid ten aanzien van BIG-registraties van medewerkers van Ananz dat in 2014 is geactualiseerd, is in 2015 geïmplementeerd. Daarnaast wordt er sinds eind 2015 gebruik gemaakt van een online registratiesysteem/leeromgeving (kwaliteitsdashboard) waarin voor teamleiders per medewerker inzichtelijk is in hoeverre hij/zij bevoegd en bekwaam is ten aanzien van de handelingen die conform zijn/haar profiel uitgevoerd moeten kunnen worden. Middels dit systeem kan de medewerker zich inschrijven voor de trainingen en toetsingen met

betrekking tot hetgeen waarbij de bekwaamheid nog niet op orde is. De teamleider kan voor zijn team via het systeem zien bij wie het kwaliteitsdashboard op orde is en bij wie niet.

7.2 E-learning

In 2015 is er samen met het online registratiesysteem ook e-learning geïmplementeerd. Het betreft de modules "WZD/BOPZ", "Fysieke belasting" en "HACCP". In 2016 zullen er meerdere e-learning modules worden geïmplementeerd om professioneel handelen te bevorderen.

7.3 Strategisch opleidingsleidingsplan

In 2015 is gestart met de uitvoering van het Strategische Opleidingsplan (2015 t/m 2018). De onderliggende onderdelen die gepland waren voor 2015 ten aanzien van professioneel handelen zijn allen uitgevoerd. Zo hebben zorgmedewerkers allen training ontvangen om professioneel met het nieuwe ECD om te kunnen gaan. Ook hebben een tweetal afdelingen middels training en coaching een ontwikkeltraject doorlopen om het omgaan met onbegrepen gedrag te professionaliseren. Deze trainingen worden in 2016 voortgezet.

In 2015 is er tevens gestart met het cultuurprogramma Aangenaam Anna. Leidinggevenden hebben training en coaching ontvangen om de aanspreekcultuur te optimaliseren. In 2016 zal dit traject worden voortgezet.

7.4 Jaargesprekken

Er zijn in 2015 bij Ananz 200 van de benodigde 448 jaargesprekken gevoerd met de leidinggevende. Dat is 44,6% en dus slechts een kleine stijging t.o.v. 2014 (was 39%). Hierbij is rekening gehouden met leerlingen, stagiaires, vakantiekrachten en het verloop onder medewerkers gedurende het jaar. Dit percentage varieert tussen de locaties / afdelingen van 0% tot 100%. In 2016 zal een nieuwe jaargesprek-systematiek gebruikt gaan worden. Alle leidinggevenden volgen hiervoor begin 2016 een training.

8 Audits

8.1 De resultaten van de interne kwaliteitsaudits

In 2015 zijn in totaal achttien interne audits gepland waarvan er negen zijn uitgevoerd en afgerond. Acht audits zijn verzet naar 2016 en één audit is vervallen.

- De audits naar aanleiding van de aankomende Wet Zorg en Dwang (op twee locaties) zijn uitgesteld omdat nog niet alle onderdelen van het plan van aanpak zijn afgerond en de hulpmiddelen eind 2015 nog onvoldoende zijn geïmplementeerd.
- De audit 'mantelzorgbeleid' op Nicasius en de audit op de Hospice zijn uitgesteld naar 2016. De audit 'medicatie veiligheid' op Heuvel somatiek is verzet, omdat medio 2015 op Heuvel een verbeterplan is opgesteld om de kwaliteit van o.a. de basiszorg te verbeteren.
- De audit 'mondzorg' op Akert en de pilot 'implementatie ECD' op Akert zijn uitgesteld naar 2016.
- De audit bij het Geriatisch Expertise Centrum is door wisseling van manager B&B uitgesteld naar 2016.

De doorlooptijd van de interne audits varieert van tien tot veertien weken (3x), vijf maanden (1x) en zeven maanden (1x). Deze langere doorlooptijd heeft vooral te maken met het opstellen van het verbeterplan. Door wisseling van teamleiders is hier geen prioriteit aan gegeven.

8.2 De resultaten van audits met de Raad van Bestuur

De periodieke audits van de directie met de Raad van Bestuur zijn in 2015 niet allemaal uitgevoerd conform planning door de wisselingen van directie. Na vertrek van de directeur in mei 2015, heeft Ananz tijdelijk een interim directeur gehad. Per november 2015 is de nieuwe

directeur in dienst gekomen. Elke directeur heeft eigen accenten aangegeven in het overleg met de Raad van Bestuur. De voortgang van het jaarplan Ananz is in 2015 tweemaal besproken in het MT. Voor 2016 zal de systematiek van kwartaalaudits met de Raad van Bestuur weer gevolgd worden. In maart 2016 is de eerste kwartaalaudit geweest.

8.3 De resultaten van de audits van teamleiders met de (programma)managers

Begin 2015 is een nieuw format geïmplementeerd voor de kwaliteitsrapportage voor de kwartaalaudits. Door vertrek van de programmamanager somatiek hebben deze audits alleen in het voorjaar 2015 plaatsgevonden. De programmamanager PG heeft dit wel zo veel mogelijk waargenomen maar. Per februari 2016 is een nieuwe manager somatiek gestart. De systematiek van de kwartaalaudits met de teamleiders wordt in 2016 weer opgepakt.

8.4 De resultaten van de externe kwaliteitsaudits

In juni 2015 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 opgehangen op alle locaties en afdelingen.

Tabel 5: Kwaliteitscertificaten, -labels of accreditaties

Certificaat, label of accreditatie aanwezig	Antwoordcategorie
Naam	HKZ Certificatieschema voor Thuiszorg, Verpleeghuizen en Verzorgingshuizen en Thuiszorgorganisaties: 2010
Reikwijdte (bijvoorbeeld voor een bepaalde afdeling of een bepaalde dienstverlening)	Het aanbieden van intramurale en extramurale verpleging en verzorging, revalidatie en dagbesteding
Datum van uitreiking	03-08-2009
Datum van expiratie geldigheid	03-08-2018
Naam toetsende instantie	Det Norske Veritas, zie ook www.dnv.nl

Tijdens de audit in juni 2015 hebben de externe auditoren Ananz gezien als een zorgzame organisatie. Op onderdelen is Ananz goed bezig (sterke punten): zo zijn er verbeterinitiatieven vanuit de teams, loopt de uitrol van het ECD soepel en zijn de dossiers van zorg en behandeling efficiënt ingericht. Andere punten verdienen extra aandacht. Dit jaar zijn er 17 verbeterpunten geformuleerd zoals: informed consent registreren, structureel werken aan veiligheid, de hygiëne en goede zorg voor medicatie volgens de richtlijnen van de inspectie.

De doorlooptijd voor het afronden van alle HKZ-verbeteracties duurt tot aan de volgende HKZ-audit. Vanuit staf en lijn is een strakke sturing nodig op het daadwerkelijk afronden van verbeteringen.

9 Primaire en kritische ondersteunende processen (indicatoren, resultaten risicoanalyses)

9.1 Programmalijnen

Voor de programmalijnen zijn in maart 2015 de eerste 3 bouwstenen inclusief implementatieplan opgeleverd, deze zijn in juni in het MT vastgesteld. De teamleiders zijn verantwoordelijk voor de implementatie en zijn hiermee aan de slag gegaan. Door een

organische aanpak hiervan, sluit dit aan bij de situatie van de locatie, maar verschilt de stand van zaken per locatie.

In oktober heeft de programmaraad de programmalijnen geëvalueerd en zijn aanbevelingen gedaan, wat betreft proces, betrokkenheid behandelaren en specialisten ouderengeneeskunde, de programmaraad, de bouwstenen en de communicatie. In 2015 is ook gewerkt aan het realiseren van de randvoorwaarden, zoals het functiehuis, het ECD, stuurinformatie en gastvrijheid. Door vertrek van een programmamanager is de doorontwikkeling van de programmalijnen gestagneerd.

9.2 ECD

Het ECD is in 2015 op alle locaties succesvol geïmplementeerd. Hierdoor zijn veel (administratieve) werkprocessen kritisch bekeken en vereenvoudigd en waar nodig opnieuw beschreven. Hierdoor zijn alle cliëntdossiers uniform ingericht en kan o.a. een compleetheidscheck worden uitgevoerd.

9.3 Facilitair

Bij facilitair is in 2015 een onderzoek gedaan betreffende het proces dienstverlening niet-zorg van opname tot vertrek. De uitkomsten hiervan bieden een goede basis om mee te gaan werken. De voortgang hiervan is gestagneerd en zal in 2016 weer opgepakt worden. Eind 2015 is het melden van storingen en aanvragen aan team facilities verbeterd en vereenvoudigd doordat dit telefonisch gemeld kan worden tijdens kantoortijden.

Het afgelopen jaar is alle medische apparatuur geïnventariseerd en geregistreerd. Daarnaast zijn er afspraken gemaakt binnen de St. Anna Zorggroep tussen de afdeling medische techniek van het St. Anna ziekenhuis en Ananz. De afdeling medische techniek zorgt voor onderhoud van al onze medische apparatuur. Eenmaal per jaar wordt alles preventief nagekeken en ook voor tussentijdse reparaties zijn er afspraken gemaakt. Sinds het laatste kwartaal 2015 ontvangt het team facilities maandelijks een lijst van apparatuur die gekeurd moet worden en vraagt vervolgens de afdelingen om de desbetreffende artikelen naar hen toe te sturen. De betreffende procedure 'aanschaf, beheer en onderhoud medisch materiaal' is opgesteld en beschikbaar.

9.4 Task Force eerste etage locatie Heuvel

Naar aanleiding van signalen van medewerkers, cliënten en familie over de kwaliteit en veiligheid van onze zorg en behandeling op de eerste etage Heuvel, heeft in de zomer 2015 de toenmalige directie van Ananz een onderzoek laten uitvoeren door een extern toezichthouder in de ouderenzorg / oud-inspecteur van de IGZ. Deze onderzoekster heeft op basis van documenten en diverse gesprekken met cliënten, familie en medewerkers tijdens haar bezoek getoetst in hoeverre de afdeling voldoet aan de veldnormen en eisen die door IGZ worden gesteld.

De bevindingen van dit onderzoek staan in een rapportage. Naast de aandachtspunten om de kwaliteit van onze zorg- en dienstverlening te optimaliseren, kwam uit het onderzoek naar voren dat medewerkers een open en betrokken houding hebben. De wil om te verbeteren is aanwezig en er is voldoende inzicht en ervaring bij de medewerkers om verbeteringen te ontwikkelen en te realiseren. Verbeteringen in het dagelijks werk, maar zeker ook in het beleid van Ananz. Veel bevindingen in de rapportage gelden ook voor andere afdelingen van Ananz. De directie heeft direct na het onderzoek een zogenaamde 'Task Force' in het leven geroepen, die aan de slag is gegaan met het opstellen van een verbeterplan op basis van de bevindingen. De Task Force kwam in de eerste periode wekelijks bij elkaar om de voortgang van het verbeterplan te bespreken. Het rapport en het verbeterplan is gedeeld met CCR, OR, MT, medewerkers en Raad van Bestuur. De belangrijkste bevindingen zijn ook gedeeld met het team, cliënten en hun familie.

Eind 2015 constateert de Task Force dat door de inzet van betrokken medewerkers de verbeterpunten zijn gerealiseerd. Tevens zijn de Task Force ook aanbevelingen gedaan voor het komende jaar. Begin 2016 neemt de directie de aanbevelingen van de Task Force over en bespreekt deze met de programmamanager PG en manager somatiek.

De directie ziet dat de belangrijkste acties in het verbeterplan zijn opgepakt, waardoor de kwaliteit en veiligheid van zorg voor onze cliënten op Heuvel is verbeterd. De verbeteracties 2016 zullen verder in de lijn worden opgepakt en door de directeur worden gevolgd.

9.5 AnnaDoc

In 2015 is het kwaliteitshandboek gedigitaliseerd en zijn alle documenten overgezet op AnnaDoc (digitaal documentbeheersysteem). De rollen binnen documentbeheer en -beoordeling zijn benoemd. Dit project is succesvol en binnen de termijn afgerond. Communicatie hierover is geweest naar medewerkers. Het belangrijkste voordeel is, dat AnnaDoc een gemakkelijk en gebruiksvriendelijk systeem is, waar medewerkers snel het meest actuele document kunnen vinden. Ook is het beter van documenten beter geregeld. Dit wordt ondersteund door een periodiek overzicht van actuele documenten.

10 De registratie van afwijkingen (MIC-meldingen)

In 2015 zijn bij Ananz onderstaande trends in de MIC-meldingen te zien:

- Er wordt goed gemeld in aantallen, zie ;
- Meldingen medicatie:
 - afname in uitzetfouten, toename in meldingen apotheek, toename in meldingen vergeten te geven;
 - vooral Heuvel somatiek en Nicasius PG. Binnen Heuvel is het medicatieproces geëvalueerd en zijn planmatig verbeteracties ingezet samen met verpleegkundige; binnen Nicasius is de oorzaak onderzocht en functioneerde een medewerker niet;
- Meldingen vallen: vooral op PG en vooral na 17u00. Vaak zorgt één cliënt voor meerdere valincidenten;
- Meldingen agressie: vooral op PG. Er is wel een lichte toename van agressiemeldingen te zien op Heuvel somatiek. Er wordt bij agressiemeldingen een relatie gelegd met het omgangsplan.

Tabel 6: Meldingen Incidenten Cliënten 2015 naar programmalijn

Meldingen Incidenten Cliënten 2015 naar programmalijn	Aantallen cliënten	Totaal vallen	Totaal medicatie	Totaal agressie	Totaal anders	Totaal Ananz
Programmalijn SOM						
Akert somatiek	90	83	40	4	6	133
Heuvel somatiek	78	203	441	45	132	714
Josephinehof somatiek (tot medio 2015)	53	32	2	0	0	34
Nicasius somatiek	38	58	22	5	7	95
Totaal programmalijn SOM	259	376	521	54	145	982

Meldingen Incidenten Cliënten 2015 naar programmalijn	Aantallen cliënten	Totaal vallen	Totaal medicatie	Totaal agressie	Totaal anders	Totaal Ananz
---	--------------------	---------------	------------------	-----------------	---------------	--------------

Programmalijn psychogeriatric (PG)						
Akert psychogeriatric	44	155	61	26	50	280
Berk psychogeriatric	78	288	78	123	87	525
Nicasius psychogeriatric	24	227	206	148	66	594
Totaal programmalijn PG	146	670	345	297	203	1399

Ananz totaal	405	1046	866	351	348	2381
--------------	-----	------	-----	-----	-----	------

Vanaf april 2015 zijn geleidelijk aan alle locaties van Ananz overgegaan op het ECD van Pink Roccade. Vanaf dit moment is de MIC-commissie aan het zoeken geweest naar een passende MIC-werkwijze. Begin 2016 is de MIC-werkwijze op Akert met het ECD geëvalueerd omdat Akert als eerste pilot-locatie is gestart met het ECD. Op basis van deze evaluatie is een Ananzbrede MIC-werkwijze vastgesteld die vanaf april 2016 gevolgd gaat worden.

Het systeem vanuit het ECD van PinkRoccade om MIC-meldingen in te zien, rapportages samen te stellen, getallen en gegevens te genereren is omslachtig. Ook wensen van Ananz (bv. welke soort incidenten vinden op welk tijdstip plaats) kunnen niet gehonoreerd worden. Onderscheid tussen PG en somatiek is vanuit dit systeem wel te maken maar niet heel gemakkelijk.

De rapportagegegevens die vanuit PinkRoccade voor MIC te genereren zijn op Ananz-niveau, per locatie en per programmalijn PG en somatiek:

- Aantal meldingen door aantal cliënten
- Meeste / minste meldingen op ...dag van de week
- Meeste / minste meldingen om ...tijdstip ('minste meldingen om...' levert geen informatie op volgens de MIC-commissie)
- Verdeling van type meldingen

11 De status van preventieve en corrigerende maatregelen

Het aantal onderwerpen in het jaarplan Ananz 2015 is beperkt tot zes onderwerpen, waarvoor het gehele MT verantwoordelijk is. De voortgang hiervan is drie keer in het MT besproken. Hiermee is focus aangebracht in het aantal onderwerpen. Deze lijn is doorgezet voor het jaarplan 2016 waarin vier speerpunten zijn opgenomen. Tevens zullen de verbeteracties naar aanleiding van de cliëntenraadpleging en medewerkerraadpleging onderdeel uitmaken van het jaarplan.

Voor de teamleiders wordt in 2015 gewerkt met een format voor de kwalitatieve en de kwantitatieve rapportages, waarin ze elk kwartaal de voortgang kunnen opnemen. Door te werken in één document kunnen de teamleiders ook van elkaar de voortgang zien en van elkaar leren. Door afwezigheid van de programmamanager somatiek is de voortgang Q4 niet gerapporteerd.

12 De interne en externe veranderingen van invloed op het kwaliteitsmanagementsysteem

12.1 Wet- en regelgeving

Per 2015 is de functie begeleiding van de AWBZ overgegaan naar de WMO. Ananz heeft voor de dagbesteding een overeenkomst afgesloten met de gemeente Geldrop-Mierlo en de gemeente Heeze-Leende. Voor de cliënten met een GGzC-indicatie 'beschermde wonen' heeft Ananz een overeenkomst afgesloten met de centrumgemeente Eindhoven. De verschillen tussen de gemeenten zijn groot, qua gestelde eisen en tarieven. Een aantal cliënten uit omliggende gemeenten (Nuenen, Helmond, Cranendonck, Eindhoven) heeft Ananz moeten overgedragen naar een andere zorgaanbieder, vanwege het ontoereikende vervoerstarief.

Voor de zorginkoop Wlz 2016 heeft het zorgkantoor een andere systematiek gehanteerd, waarbij meer de dialoog met de zorgorganisatie is gevoerd. Ananz heeft hiervoor op basis van een zelfanalyse, een ontwikkelplan opgesteld. Bij dit proces is de CCR nauw betrokken geweest. Dit ontwikkelplan is integraal overgenomen in het jaarplan 2016, waarmee het monitoren van de voortgang door het MT geborgd is.

Door scheiden wonen en zorg / extramuralisering van lage ZZP's heeft Ananz medio 2015 de locatie Josephinehof gesloten. Voor vrijwel alle cliënten is vervangende huisvesting gevonden binnen Ananz of zijn geëxtramuraliseerd. Dit proces is geëvalueerd met betrokkenen. Op basis hiervan zijn aanbevelingen opgesteld ter verbetering.

Ananz is sinds eind 2014 bezig met de voorbereiding van de organisatie op de nieuwe Wet Zorg en Dwang, die naar verwachting in 2016 wordt ingevoerd. De nieuwe wet is onder de aandacht gebracht van medewerkers, familieleden (tijdens familieavonden), cliëntenraad, Raad van Bestuur en Raad van Toezicht. Eind 2015 is een symposium hierover georganiseerd door de ZAR, waarin de medisch manager van Ananz een presentatie heeft gegeven. Ananz handelt al zoveel mogelijk in de geest van de nieuwe wet.

12.2 Huisvesting

In 2015 is Ananz gestart met de herijking van het strategisch vastgoedplan. Dit zal Q2 2016 gereed zijn. Voor de besluitvorming over de Jonkvrouw wil Ananz de uitgangspunten herijken, vervolgend op strategisch vastgoedplan. Ditzelfde geldt voor Akert.

In het voorjaar 2015 is de inzet van domotica geoptimaliseerd. Op maat worden hulpmiddelen t.b.v. de cliëntveiligheid ingezet.

Op Nicasius zijn voor de cliënten met een dementieel beeld drie belevingshoeken ingericht en zijn de deuren aangepast zodat deze niet direct herkenbaar zijn als deur maar opgaan in de inrichting. Zo wordt voor cliënten de prikkel weggenomen om naar buiten te willen gaan. Ook de gangen zullen opnieuw worden aangekleed. Ananz wil in 2016 ook de andere locaties meer belevingsgericht gaan inrichten.

12.3 DBC GRZ (Diagnose Behandel Combinatie Geriatrische Revalidatie Zorg)

Medio 2015 is een nieuwe teamleider voor het Centrum voor Herstel en Revalidatie (CHR) aangesteld en zijn verbetertrajecten gestart om de kwaliteit en de kwantiteit van de bedrijfsvoering te verbeteren. Er is o.a. aandacht geweest voor de formatie, teambuilding en samenwerking van zorg met behandelaren en de samenwerking met het St. Anna Ziekenhuis is geïntensiveerd waardoor een betere doorstroming uit het ziekenhuis naar Ananz. Hierdoor is na een dip in productie (voorjaar 2015) dit weer sterk verbeterd eind 2015. Voor 2016 worden met

het ziekenhuis gesprekken gevoerd over uitbreidingsmogelijkheden van de Geriatrische Revalidatie Zorg (GRZ). Het doorontwikkelen van de zorgpaden wordt in 2016 opgepakt.

12.4 Wisseling directie / management

Ananz heeft in 2015 een aantal wisselingen van directie / management gehad. In verband met vertrek van de directeur Ananz, heeft de Raad van Bestuur van half mei tot november 2015 een interim directeur aangesteld, met bijzondere aandacht voor de bedrijfsvoering en voor het tot stand komen van de begroting 2016. Per november is de nieuwe directeur Ananz aangesteld. Tevens is bij het middenkader een aantal de teamleiders van locatie veranderd in 2015.

12.5 Meerjarenbeleidsplan

Met het aflopen van het meerjarenbeleidsplan van de Zorggroep in 2015, heeft de directie Ananz het verzoek gekregen om een meerjarenbeleidsplan voor Ananz op te stellen. Met het MT zijn hiervoor verschillende bijeenkomsten geweest, waarbij ook de teamleiders zijn betrokkenen. De directie heeft gekozen voor een 2-jarig plan. Het concept is begin 2016 besproken met CCR en Raad van Bestuur.

13 Rapportages van de betreffende inspectie

13.1 IGZ bezoek / uitvraag

In 2015 heeft Ananz geen bezoek gehad van de IGZ. Begin 2015 heeft Ananz de kwaliteitsuitvraag ingevuld over 2014. De Inspectie doet in het 1e kwartaal 2016 geen uitvraag van de risico-indicatoren verpleging, verzorging en thuiszorg (VVT) over verslagjaar 2015. De inspectie wil de risico-indicatoren VVT namelijk eerst verder ontwikkelen en beter afstemmen op de informatiebehoefte.

13.2 Calamiteiten

In augustus 2015 deed Ananz een melding van een calamiteit op het Centrum voor Herstel en Revalidatie (CHR). In oktober 2015 is de rapportage n.a.v. het onderzoek naar deze calamiteit opgestuurd naar de IGZ.

In december 2015 kreeg Ananz van de IGZ een brief waarin Ananz gevraagd is om met een onafhankelijk onderzoeksteam aanvullend onderzoek te verrichten naar deze calamiteit omdat dit in eerste instantie onvoldoende diepgaand was onderzocht.

Als verbetermaatregelen stelde Ananz, op advies van het onafhankelijk onderzoeksteam, o.a. vast: optimaliseren van het gebruik van het dossier op de CHR, beleid risicosignalering implementeren, beleid bedekken is duidelijk, inwerkprogramma nieuwe medewerkers is opgesteld en geïmplementeerd, MIC-beleid en afspraken zijn duidelijk.

Eind februari 2016 ontving Ananz een brief van de IGZ n.a.v. de aanvullende rapportage, waarin de IGZ oordeelt dat Ananz met beide rapportages het incident voldoende en zorgvuldig heeft onderzocht met adequate verbetermaatregelen. De IGZ ziet nu geen aanknopingspunten voor nader onderzoek of vragen en sluit deze melding af.

Ananz heeft op basis van de reactie van de IGZ de 'calamiteitenprocedure' aangescherpt, waarin o.a. is aangevuld dat gewerkt wordt met een externe voorzitter en een visie van de directie Ananz op de voorgestelde verbetermaatregelen.

14 Cliëntveiligheid

14.1 Veiligheidscheck

In 2015 heeft Ananz een veiligheidscheck laten uitvoeren door de staffunctionaris veiligheid-coördinator BHV-ZIROP van de St. Anna Zorggroep. De resultaten hiervan geven aan dat Ananz op organisatie- en gebouwniveau verbeteringen kan doorvoeren om de veiligheid en continuïteit van onze zorg verder te vergroten en om beter voorbereid te zijn op een calamiteit. Waar nodig zijn direct zaken opgepakt. Voor de overige punten wordt een projectplan 'Veilig Wonen' opgesteld, inclusief prioritering, dat in 2016 wordt uitgevoerd.

14.2 BHV

Ook in 2015 zijn bij Ananz medewerkers opgeleid tot BHV-er en tot ontruimer. De coördinator BHV bewaakt de kwaliteit van de opleidingen. Daarnaast zijn er op de locaties voor de medewerkers verschillende BHV-rondleidingen gegeven door de coördinator BHV. Deze rondleidingen zijn op aanvraag van de teamleiders ingepland. Voor nieuwe medewerkers wordt tijdens de introductiebijeenkomst een presentatie gegeven over BHV bij Ananz. Deze presentatie werd door de coördinator BHV of zijn vervanger gegeven.

14.3 Noodplannen

Elke locatie heeft een noodplan met informatie die up-to-date is. In 2015 zijn deze plannen allemaal geactualiseerd. Ook is op iedere locatie minimaal 1x een ontruimingsoefening gehouden. Van iedere oefening is een verslag gemaakt en de actiepunten zijn bij de betrokkenen onder de aandacht gebracht

14.4 Onderhoud van materialen

Het onderhoud van materialen (piepers (stil alarm), brandslanghaspels, brandblussers, ontruiming/brandmeldinstallaties, noodverlichtingarmaturen, automatische (brand)deuren) is in 2015 gedaan door een externe firma. Voor alle medewerkers in de avond-nacht is een noodknop gerealiseerd, waarmee ze in geval van een calamiteit een collega kunnen inschakelen. Het afgelopen half jaar is de laatste stap gezet in het inrichten van het beheer en onderhoud van zorgondersteunende hulpmiddelen. Alle fysio-apparatuur, rolstoelen en duofietsen zijn onderhouden en het onderhoud is geborgd door middel van contracten. Het onderhoud van bedden, til- en transfermiddelen, medische apparatuur is volgens planning uitgevoerd. Daar waar nodig heeft herstel of vervanging van apparatuur plaatsgevonden

In Akert zijn de ontruimingsplattegronden geactualiseerd, de brandcompartimentering is verbeterd. Er is gestart met het proces van het certificeren van de brandmeldcentrale. Dit certificaat wordt in het tweede kwartaal van 2016 verwacht.

14.5 Infectiepreventiecommissie

De IPC (infectiepreventiecommissie) heeft in 2015 diverse activiteiten uitgevoerd. Er is aandacht geweest voor de handhygiëne; de instructie kaarten zijn ontwikkeld en opgehangen; en het protocol is onder de aandacht gebracht bij de medewerkers. Tevens is 3x een quick-scan uitgevoerd op persoonlijke hygiëne. Voor de cliëntgebonden en niet-cliantgebonden materialen zijn aftekenlijsten ontwikkeld. En een aantal medewerkers heeft de cursus tot CIP-er (contactpersoon infectiepreventie) gevolgd.

14.6 HACCP

Bij Nicasius is november 2015 een externe HACCP-audit uitgevoerd bij 2 huiskamers PG en bij de huiskamer van somatiek. Belangrijkste bevindingen waren:

Somatiek

- Niet alle geopende producten hebben een dagsticker
- Registratie schoonmaak wordt niet (volledig) gedaan

PG

- Geen HACCP handboek, formulieren en thermometer aanwezig
- Producten in koelkast en diepvries niet altijd van datum voorzien
- Eten medewerker zonder aanduiding in koelkast

Bij Akert is in maart 2016 een externe HACCP-audit gehouden. Belangrijkste bevindingen waren:

- 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

Op Berkenheuvel is geen externe audit gehouden, maar is aangesloten bij het overleg van huiskamerassistenten. Daarbij bleek dat wat hierboven geconstateerd is, ook geldt voor de Berkenheuvel.