



Kwaliteitsverslag 2020

Insula Dei Huize Kohlmann

Kernwaarden IDHK: *Integer Duidelijk Hartelijk - Kundig*

Inhoudsopgave

Voorwoord raad van bestuur	3
Uitkomsten 2020 op thema's kwaliteit, algemeen beschrijvend	3
1.1 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning.....	4
1.2 Wonen en welzijn.....	4
1.3 Veiligheid.....	5
1.3.1 Medicatieveiligheid	6
1.3.2 Decubituspreventie	6
1.3.3 Gemotiveerd gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM).....	6
1.3.4 Preventie van acute ziekenhuisopname.....	6
1.4 Leren en verbeteren van kwaliteit	7
1.4.1 Kwaliteitsplan 2021.....	8
1.4.2 Kwaliteitsverslag 2020	8
1.4.3 Samen leren, waaronder deel uitmaken van lerend netwerk.....	8
1.5 Leiderschap, governance en management	8
1.6 Personeelssamenstelling	11
1.7 Gebruik van hulpbronnen.....	14
1.8 Gebruik van informatie.....	15
1.8.1 Zorgkaart Nederland.....	15
1.8.2 Scan Waardigheid en Trots op Locatie (WOL).....	16
1.8.3 Klachten cliënten	17
2.0 Bijlagen.....	18

Voorwoord raad van bestuur

Methodisch werken (werken met der PDCA, de cirkel rond maken) is een belangrijk onderdeel van het kwaliteitskader en in het IGJ-toetsingskader. Het lijkt een containerbegrip dat meer omvat dan alleen de dagelijkse zorg. Het gaat ook om de facilitaire en ondersteunende processen, het leren en verbeteren, de aansturing en het beleid. Een methodische aanpak is nodig op alle thema's van het kwaliteitskader. Binnen IDHK werken we met een methodische aanpak op drie lagen: het zorgproces, het team en directie/management. Binnen iedere laag wordt de PDCA doorlopen en de verschillende lagen worden met elkaar verbonden. We beginnen met het zorgproces en werken aan de hand van het model van positieve gezondheid.

Hierin komen de onderwerpen uit de thema's persoonsgerichte zorg, wonen en welzijn en veiligheid integraal aan bod. De PDCA wordt uiteindelijk zichtbaar in het dossier: we stellen doelen, voeren acties uit, rapporteren op deze doelen en evalueren en borgen de uitgezette acties. Binnen het team wordt het methodisch werken ingevuld door te werken met een teamverbeterplan. De PDCA wordt zichtbaar door de acties uit het teamverbeterplan uit de voeren, te evalueren en vervolgens te borgen. De organisatie werkt methodisch door beleid te ontwikkelen, implementeren, evalueren en borgen, door randvoorwaarden te realiseren en door te sturen op resultaten. De kwaliteitsverpleegkundigen verbinden de lagen directie/management en team. De coördinerend verpleegkundigen vormen de schakel tussen de teams en het zorgproces.

Eind 2020 is de kwaliteitscommissie van start gegaan. Deze commissie geeft (bege)leiding aan het methodisch werken op en tussen de drie lagen. In 2021 worden de volgende onderwerpen uitgewerkt: persoonsgerichte zorg, Wzd(Wet zorg en dwang), medicatieveiligheid, dossiervoering (ONS), audits en rollen en taken. We leggen voor deze onderwerpen de activiteiten en verantwoordelijkheden per laag vast. Hiermee wordt de samenhang tussen de lagen zichtbaar en de communicatie tussen de lagen vergemakkelijkt.

Uitkomsten 2020 op thema's kwaliteit, algemeen beschrijvend

- De kwaliteit van zorg aan cliënten van IDHK is in 2020 gemonitord en verder verbeterd; leidraad was het kwaliteitsplan 2020 in aansluiting op Waardigheid en Trots op locatie.
- Najaar 2019 is de kwaliteit van zorg beoordeeld door cliënten en hun naasten, medewerkers en vrijwilligers via een scan van Waardigheid en Trots op Locatie. In het meerjaren kwaliteitsplan 2020 van W&T en daarnaast ervaringen van IDHK zijn de bevindingen vertaald in een meerjaren kwaliteitsplan. Dit is te vinden op de [website](#). Zowel raad van toezicht, ondernemingsraad, cliëntenraad en Waardigheid en Trots op Locatie (WOL) hebben vertrouwen in de door de raad van bestuur ingezette koers.
- De eind 2019 nieuw geformuleerde missie, visie en kernwaarden dragen bij aan het gewenste resultaat in 2020 en verder.
- Bij het schrijven van dit verslag voorjaar 2021 ondersteunen coaches van Waardigheid en Trots de kwaliteitsverpleegkundigen en de in maart 2020 aangestelde teamleiders bij de sturing op het primair proces.
- COVID-19 heeft er op alle onderdelen voor gezorgd dat plannen niet volledig tot uitvoering zijn gekomen. Echter, het heeft er ook toe bijgedragen dat we ons allemaal meer bewust zijn geworden van de voordelen van een methodische aanpak. De te zetten stappen zijn beter in beeld en daarmee is het makkelijker om, als het nodig is, een pas op de plaats te maken of een stapje terug te doen. De basis om te verbeteren is daarmee verstevigd.

1.1 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Doelen 2020:

Medewerkers scholen op methodisch werken en het formuleren van zorgdoelen. Per zorgteam twee verbeterthema's oppakken. Met aandacht voor het werken naar behoefte en wensen van de cliënt.

Uitkomsten:

Medewerkers hebben hard gewerkt om persoonsgerichte zorg aan cliënten te verbeteren. Per zorgteam is op basis van een teamscan (onder begeleiding van WOL) een teamplan opgesteld dat in verbinding staat met het kwaliteitsjaarplan 2021-2022.

Per team is zo een totaalbeeld verkregen met betrekking tot de te stellen en aan te pakken prioriteiten binnen de onderscheiden thema's kwaliteit. Het effect hiervan wordt tussentijds getoetst met een scan Waardigheid en Trots op Locatie (WOL) rond de zomer 2021, waaronder een kwaliteitsgesprek met cliënten, vertegenwoordigers en medewerkers op zowel locatie Huize Kohlmann als locatie Insula Dei.

Scholing op methodisch werken is in 2020 gestart in combinatie met de invoering van het nieuwe ECD, genaamd ONS. De implementatie van ONS en de bijbehorende scholingen hebben een langere periode in beslag genomen. In februari 2021 hebben alle cliënten een nieuw ECD en wordt er continu getraind on the job in methodisch werken gericht op persoonsgerichte zorg. Met als doel het welzijn/welbevinden van de cliënt te bevorderen en uitkomsten te integreren in het ECD van ONS.

1.2 Wonen en welzijn

Doelen 2020:

Actief beleid op familieparticipatie, visie en beleid op activiteitenbegeleiding ontwikkelen samen met de cliëntenraad. Werving en inzet t.b.v. zorgafdelingen en individuele ondersteuning intensiveren. Gastvrouwen en –heren zijn aanwezig op de afdelingen ter bevordering van het welzijn, persoonlijke aandacht, wandeling en huiskamertoezicht.

Uitkomsten:

Besloten is om activiteitenbegeleiding waar mogelijk aan de afzonderlijke zorgteams te koppelen. Het programma voor cliënten ontwikkelt zich meer persoonsgericht. In 2020 is een teamleider welzijn aangesteld om hiermee aan de slag te gaan. In 2021 wordt dit verder uitgewerkt samen met de cliëntenraad.

In het kader van familieparticipatie is in samenwerking met de cliëntenraad een visie en beleid op mantelzorg ontwikkeld. In 2021 wordt dit verder geïmplementeerd.

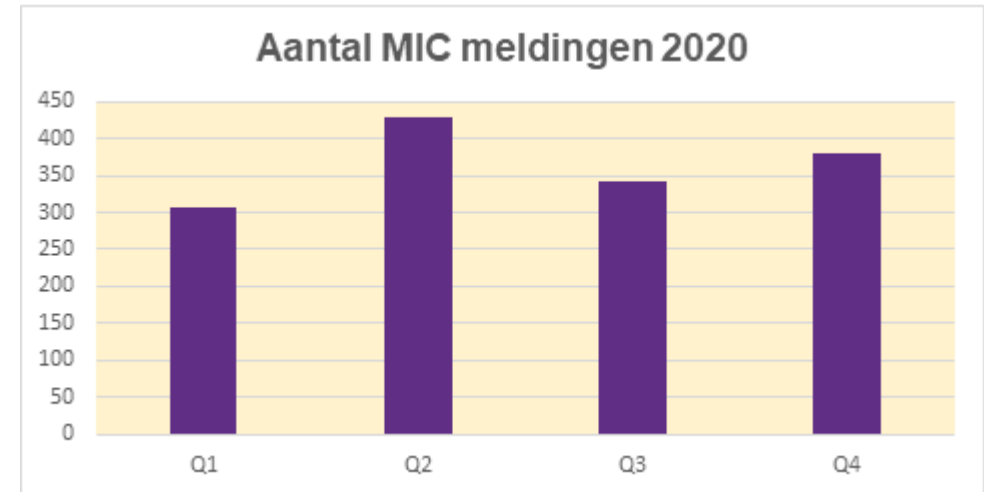
1.3 Veiligheid

Doelen 2020:

Instellen van een kwaliteitscommissie in verbinding met de veilige zorgcommissies.

Verwerking en terugkoppeling van meldingen laag in de organisatie beleggen. Verwerking op geaggregeerd niveau blijft ongewijzigd. Werken aan houding en gedrag van medewerkers: verantwoordelijkheid nemen, afspraak = afspraak. Voortzetting van het registreren en monitoren van de thema's op basisveiligheid en jaarlijks verantwoorden.

Teamleiders zorg en facilitair, kwaliteitsverpleegkundigen, kwaliteitscoördinator en MT leden zijn getraind om meldingen te maken en deze te analyseren. Risicobewustzijn groeit onder medewerkers, onder andere terug te zien in groei van het aantal meldingen, sterke stijging in afhandeling en betere analyses.



Met het aanstellen van teamleiders (maart 2020) en de komst van de woonzorgmanager (juli 2020) is een kwaliteitscommissie ingericht en zijn de veilige zorg commissies ingesteld die rechtstreeks input geven aan zorgteams en rapporteren aan de raad van bestuur. De CHIP (commissie hygiëne en infectiepreventie) heeft veel werk verzet vanwege COVID-19.

Begin 2020 is de commissie Wet zorg en dwang ingesteld. De medicatieveiligheidscommissie en meldingen incidentencommissie zijn najaar 2020 en voorjaar 2021 ingesteld.

Ieder kwartaal (behalve Q3 i.v.m. COVID-19 uitbraak) vonden in 2020 interne audits plaats. Onder andere op het gebied van medicatie, hygiëne en voedselveiligheid.

Uitkomsten:

Enerzijds om te kijken of er voldaan wordt aan de afspraken, anderzijds om te beoordelen of de afspraken nog voldoen.

De meetgegevens basisveiligheidsindicatoren 2019 zijn tijdig gedeponneerd. De uitkomsten zijn besproken in de kwaliteitscommissie (juli 2020), in de zorg teams en besproken met de cliëntenraad. De meetgegevens kwaliteitsindicatoren 2019 betreffen: gemotiveerd omgaan met vrijheidsbeperkingen, continëntie, medicatie incidenten, preventie van acute ziekenhuisopname en aandacht voor eten en drinken. In januari en februari 2020 is extra aandacht besteed aan deze registratie. De uitkomsten zijn in de zorgteams besproken. Begin 2021 wederom meten van de kwaliteitsindicatoren basisveiligheid. De meetgegevens van 2019 vormen de basis en ondersteunen de interpretatie van de meetgegevens 2020. In 2021 wordt beoordeeld in de kwaliteitscommissie of deze meetgegevens een actieve bijdrage gaan leveren op basis van analyse door de kwaliteitsverpleegkundige aan het verbeteren van de zorg.

Specifieke aandacht voor nagenoemde basisveiligheidsindicatoren:

1.3.1 Medicatieveiligheid

In 2020 is het werken aan medicatieveiligheid verbeterd. De door het interne auditteam uitgevoerde audit en het gesprek daarover heeft een boost hieraan gegeven. Onder begeleiding van een primair proces coach (WOL) is een methodische verbeteraanpak ingezet. De commissie medicatieveiligheid is ingesteld en heeft een actieve rol in dit traject. Voor de borging op de langere termijn is een kwaliteitsverpleegkundige ingezet die hierin wordt gecoacht door de WOL coach. Deze kwaliteitsverpleegkundige is tevens de voorzitter van het interne audit team (IAT).

1.3.2 Decubituspreventie

Doel 2019: Wondverpleegkundige opleiden in kader van primaire en tertiaire preventie van decubitus.
Echter de opleidingsplaatsen waren vol. Start in september 2020.
Wondcontroles vinden plaats en hulpmiddelenbeleid is geïmplementeerd en gericht op preventie.

1.3.3 Gemotiveerd gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM)

Eind 2019 zijn er 3 afdelingen binnen Insula Dei en Huize Kohlmann met een BOPZ status: Insula Dei Noord 1 (17 cliënten), Insula Dei Noord 2 (24 cliënten) en Huize Kohlmann 4^e verdieping (18 cliënten). Insula Dei Zuid heeft geen BOPZ status. Sinds de interne audit in het derde kwartaal 2019 is er meer aandacht voor het registreren van genomen maatregelen. De per 1 januari 2020 benoemde functionaris wet zorg en dwang¹ heeft eind 2019 de gegevens en situatie beoordeeld: *“Eind 2019 zijn VBM evaluaties vrijwel allemaal up-to-date. Wat achterblijft bij de registraties zijn de psychofarmaca. Door alle artsen is een overzicht gemaakt van welke psychofarmaca er voorgeschreven zijn. Het gebruik van de psychofarmaca heeft in het kader van gedragsstoornissen nu de volle aandacht. Het is te verwachten dat hiermee het voorschrijven / gebruik zal verminderen. Zeker ook omdat psychofarmaca volgens de wet zorg en dwang meestal aangemerkt worden als ‘onvrijwillige zorg’.* In 2020 is door personele mutaties de commissie Wet zorg en dwang (Wzd) langzaam van start gegaan. De scholingen zijn gestart en de teams zijn zich steeds meer bewust van VBM's.

1.3.4 Preventie van acute ziekenhuisopname

Dit betreft het proces waarbij de cliënt met zijn behandelend arts zijn wensen, doelen en voorkeuren voor zorg rondom het levenseinde bespreekt en vastlegt. Binnen IDHK is bekend of cliënten gereanimeerd willen worden. Alle cliënten hebben een getekende (niet) reanimatieverklaring in hun zorgdossier. Bij de intake wordt ook de mogelijkheid geboden om andere wensen, wilsbeschikking te bespreken. Vastlegging hiervan blijft een aandachtspunt. Ten tijde van de COVID uitbraak (2^e golf) was dit goed op orde. We blijven doorgaan met periodiek controleren en acteren.

¹ De para- en medische diensten worden binnen IDHK verzorgd door ParaGo; een zelfstandig kennis- en behandelcentrum, dat samen met regionale partners Innoforte en DrieGasthuizenGroep is opgezet. Een van de managers zorg heeft periodiek overleg met de (para)medici van ParaGo.

1.4 Leren en verbeteren van kwaliteit

Doelen 2020:

Medewerkers met een aandachtsgebied (teamtaak) in de teams positioneren. Resultaten van de kwaliteit verbetercyclus van Vilans worden in de kwartaalrapportages opgenomen. Oprichten zorgadviesraad. Bijstellen en borgen van kwaliteitsoverleg binnen de zorgteams.

Uitkomsten:

De begin januari 2020 opgerichte verpleegkundige verzorgende advies raad (VVAR in plaats van zorgadviesraad) heeft voorjaar 2020 een advies uitgebracht hoe de aandachtsgebieden te positioneren in teams. Dit advies is opgevolgd, aangevuld met een suggestie van de kwaliteitsverpleegkundigen. In 2020 zijn medewerkers met een aandachtsgebied² in de teams te gepositioneerd. De kwaliteitscoördinator en kwaliteitsverpleegkundigen zijn meer dan voorheen in de zorgteams geweest om kwaliteit 'van ons allemaal' te maken. Onder andere via het nieuw samengestelde auditteam, het volgen van audittraining en direct audit uitkomsten bespreken in teams. Er zijn producten in het kwaliteitsmanagementsysteem aangepast (en vastgelegd in het kwaliteitshandboek), te weten: kwaliteitscommissie is aangevuld en verbonden met de afzonderlijke veiligheidscommissies en het toepassen van de kwaliteitsverbetercyclus is opgepakt. In 2021 wordt de scan Waardigheid en Trots op locatie opnieuw uitgevoerd. Meer informatie is hierover te lezen bij 1.8.

Ook vond medio 2020 een medewerkerstevredenheidsraadpleging plaats, in samenwerking met de Hogeschool Arnhem Nijmegen. Het onderzoek was gericht op vitaliteit. Wat opviel was o.a.: respondenten zijn erg tevreden over hun werk, de score op duurzame inzetbaarheid (o.a. werkvermogen en gezondheid) is goed, respondenten zijn positief over succesvol ouder worden op het werk, de onderlinge relaties tussen collega's worden als goed ervaren. De uitdagingen, in oktober 2019 besproken in bijeenkomsten met medewerkers zijn onder andere: verbeteren van relatief lage vitaliteit van medewerkers, relatie met de leidinggevende, vitaal leiderschap, eten van groente en fruit. Inmiddels is een project groente en fruit verstrekken gestart als makkelijk en zichtbaar te realiseren actie. Ook wordt in 2020 deelgenomen aan het WZW project "wendbaar aan het werk", gericht op vitaliteit van medewerkers. In vergelijking met 2019 zijn teamleiders per team aangesteld. Dit wordt zeer positief gewaardeerd.

Er is een "strategisch leerplan 2020 – 2022" opgesteld door het Leerplein. Dit plan levert een bijdrage aan het realiseren van de strategische doelstellingen van IDHK door de leeractiviteiten af te stemmen op interne en externe ontwikkelingen en op de medewerkers.

Eind 2020 is IDHK overgegaan naar het LMS van Infolearn en geïntroduceerd als IDH-**KUNDIG** en daarmee verbonden aan deze kernwaarde. Voor het overige is een integraal scholingsprogramma opgesteld, waarmee we beter zicht hebben op de tijdige opvolging van deze trainingen. Zo weten we dat we altijd voldoende opgeleide medewerkers hebben.

² Aandachtsgebieden zijn: Medicatieveiligheid, Hygiëne Infectie Preventie (CHIP), ECD / Risicosignalering, Middelen & maatregelen en VBM (onvrijwillige zorg), dementie / onbegrepen gedrag, valpreventie, eten & drinken, huidletsel, ergo en medische hulpmiddelen / domotica, continentie, palliatieve zorg.

Specifieke aandacht voor:

1.4.1 Kwaliteitsplan 2021

Het kwaliteitsplan 2021 is besproken met cliëntenraad, ondernemingsraad en raad van toezicht. Het kwaliteitsplan is [op de website](#) te vinden.

1.4.2 Kwaliteitsverslag 2020

Het concept kwaliteitsverslag 2020 is besproken met cliëntenraad, ondernemingsraad, raad van toezicht, DrieGasthuizenGroep en Innoforte. De verbeterparagraaf is in dit kwaliteitsverslag opgenomen. Het totaal aan voorgenomen verbeteringen is opgenomen in bovengenoemd kwaliteitsplan 2021.

1.4.3 Samen leren, waaronder deel uitmaken van lerend netwerk

Samen leren, samen constateren kwam tot stand vooral als gevolg van interne audits en het kwaliteitsgesprek onder leiding van Waardigheid en Trots op Locatie. Op diverse niveaus hebben collega's kennis uitgewisseld in meerdere lerende netwerken en samenwerkingsverbanden. De DrieGasthuizenGroep springt in het oog qua hoeveelheid uitwisseling en het samen doen!

Bestuurlijke netwerken: ActiZ, breed bestuurlijk overleg (regio overstijgend).

Regionale netwerken: BOOZ (bestuurlijk overleg Arnhem), WZW (Werkgeversvereniging zorg en welzijn (Arnhem, Liemers, Food Valley)). Binnen deze netwerken worden organisatie overstijgend in bestuurlijke netwerken projecten (o.a. verzuim, arbeidsmarkt, training middenkader, palliatieve zorg) opgepakt en uitgewerkt om met transitiegelden van Menzis als zorgkantoor de zorg naar een aantrekkelijker en hoger plan te brengen.

1.5 Leiderschap, governance en management

Doel 2020:

De visie van Insula Dei Huize Kohlmann uitdragen, vertalen in termen van gedrag en hierover communiceren.

Aansturing primair proces dicht bij de werkvloer, cliënten en medewerkers realiseren.

Samenwerking zorg-behandeling verbeteren door te beginnen bij het inhoud, vormgeven en regelen van de invulling rol van eerste geneeskundige (professioneel statuut) en een "onafhankelijke" Wzd functionaris in samenspraak met de cliëntenraad.

Aansluiting met andere organisatie in gang zetten.

Uitkomsten:

Op 1 juni 2021 wordt de aansluiting met DGG geëffectueerd.

Uitvoering in 2020: van 10 zorgcoördinatoren naar 8 teamleiders zorg, 1 woonzorgmanager (in plaats van 2 managers zorg). Teamleiders gaan weer leidinggeven aan de zorgteams, waarbij de afstand tussen management en bestuur wordt verkleind, zodat medewerkers weer persoonlijke aandacht krijgen, minder verzuimen en meer plezier in het werk hebben.

Daardoor kunnen medewerkers weer vorm en inhoud geven aan de kwaliteit van zorg aan cliënten. Met aandacht en specifieke training werken we in 2021 aan meer leefplezier voor de cliënten. In het nieuwe ECD staat dit voorop. Missie, visie en kernwaarden zijn in december 2019 na een gezamenlijk proces van vier maanden met cliënten, mantelzorgers, medewerkers en alle gremia aangepast:



Missie "Levensloopbestendig wonen in unieke kleinschalige locaties met passende zorg dichtbij. In samenspraak en samenwerking, met respect voor eigenheid en aandacht voor spiritualiteit".

Visie "Passende zorg gaat uit van positieve gezondheid en leefplezier. Alle betrokkenen samen met eigen verantwoordelijkheid. Zo thuis als mogelijk".

Vier kernwaarden van IDHK zijn richtinggevend voor het handelen: Integer, Duidelijk, Hartelijk, Kundig. En vertaald in termen van gedrag:

Integer

Cliënten

U ervaart een veilig gevoel en een veilige woonomgeving. Daar voelt iedereen zich verantwoordelijk voor.

Medewerkers

Je voelt je veilig op de werkvloer; je respecteert elkaar en staat open voor elkaars mening en adviezen. Je geeft en ontvangt vertrouwen. Je bent eerlijk en voelt je verantwoordelijk voor je werkzaamheden en taken. Je krijgt en neemt verantwoording.

Duidelijk

Cliënten

We dragen zorg voor een prettige, warme woonomgeving waar u zich thuis voelt. Vlakbij uw vertrouwde woonomgeving en familie.

Medewerkers

Je verdiept je in de cliënt en je collega's. Je toont medeleven, luistert goed naar elkaar. Je staat open voor elkaars gedrag en behandelt de zorgvraag met respect. Je stelt je netjes voor als je nieuw binnenkomt en je weet hoe de cliënt aangesproken wil worden.

Hartelijk

Cliënten

U ontvangt passende zorg, met plezier geleverd. U en uw familie voelen zich te allen tijde welkom bij ons. Medewerkers zijn oprecht betrokken bij u en nemen u serieus. U wordt vriendelijk en correct te woord gestaan.

Medewerkers

Je bejegt elkaar vriendelijk en staat elkaar netjes te woord. Je toont respect voor cliënten en voor elkaar. Je geeft feedback en complimenten aan elkaar. Medewerkers tonen zich met elkaar verbonden: hebben aandacht voor elkaar, een vriendelijk woord, bereidwilligheid om elkaar te helpen. Met veel humor, enthousiasme en vrolijkheid wordt samenwerken een plezier. In de organisatie heerst een passende sfeer onder de collega's die ten goede komt aan de zorg voor de cliënt.

Kundig

Cliënten

We weten wat we doen en vertellen u wat we doen. Als organisatie leggen we verantwoording af én geven verantwoordelijkheid aan alle betrokkenen. Er is aandacht voor de ontwikkeling van medewerkers, een toekomstgerichte, duurzame kwaliteit van producten en diensten voor onze cliënten met respect voor de omgeving. De maatschappelijke verantwoording hoort hierbij.

Medewerkers

Je hebt kennis van ondersteuningsvragen én beschikt over inzicht om daar de begeleiding op af te stemmen. Je bent in staat te luisteren én te handelen. Al onze medewerkers zijn goed geschoold om de juiste kwaliteit van zorg te kunnen leveren. Je bent vrolijk en hebt passie voor je vak. Je vindt het vanzelfsprekend om je vakbekwaamheid op orde te hebben. Je haalt voldoening uit hetgeen je voor de cliënt en je collega's kunt betekenen. Deze Kernwaarden hebben een ontwikkeling ondergaan in de trainingen voor Teamleiders en zijn actiever verwoord.

De ondernemingsraad en cliëntenraad zijn actief betrokken bij beleidsvraagstukken. In 2020 is intensief met ondernemingsraad en cliëntenraad vergaderd.

De raad van toezicht wisselde deels van samenstelling in 2020³. Voerde een zelfevaluatie onder externe begeleiding uit en constateerde enkele belangrijke lessen die op hoofdlijnen gedeeld zijn met ondernemingsraad en cliëntenraad.

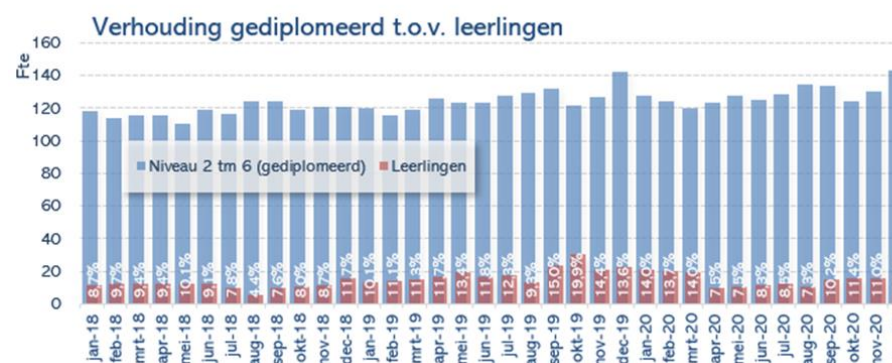
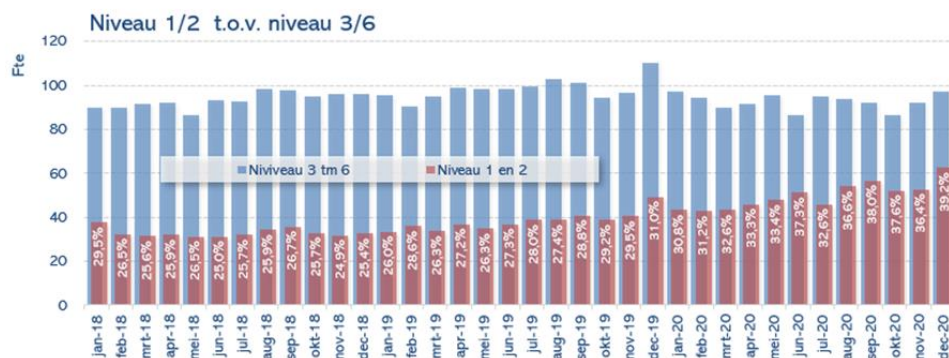
Het verslag van de raad van toezicht is als bijlage toegevoegd.

³ Actuele informatie over de RvT is vermeld op <https://www.insuladei.nl/over-ons/organisatie/>

1.6 Personeelssamenstelling

Doelen 2020, aangevuld (kort) met resultaat:

1. (persoonlijk) leiderschap bij medewerkers en leidinggevendenden versterken, veel training on the job en in de basis.
2. ontwikkelingsgerichtheid medewerkers vergroten, bewuster en gezonder werken, MTO en wendbaar aan het werk ingezet ter ondersteuning. Is in 2020 vervolgd.
3. opstellen en uitvoeren aanvalsplan arbeidsmarkt communicatie (werving vast personeel), in 2020 verder vormgegeven.
4. samenwerking met scholen wordt versterkt, doel bereikt.
5. een leerafdeling oprichten, geëvalueerd in 2020. Leerafdeling gestopt. Leerklimaat breed in de organisatie verbeterd door inrichten normenkader waarin indirecte uren voor leerlingen op basis van instroomrichting per opleiding is geregeld. Structuur praktijkopleider-assessor-werkbegeleider in verbinding met elkaar is op moment van verslaglegging nog in ontwikkeling.
6. verpleegkundige achterwacht wordt omgeschoold tot specialistisch team, in gang gezet met training triage.
Implementatie van de functie Coördinerend Verpleegkundige per team t.b.v. kwaliteitsontwikkeling in de teams is in voorbereiding om in 2021 verder vorm te geven.
7. De functie Kwaliteitsfunctionaris is in 2020 gestopt. Dit is opnieuw vormgegeven door drie kwaliteitsverpleegkundigen, één kwaliteitsmedewerker specifiek op de inhoud van het ECD en methodisch werken.
8. specialistische functies aanstellen en opleiden: deels uitgevoerd, niet doorgezet. Met de inzet van ParaGo is dit goed ingeregeld.
9. persoonlijke en teamontwikkelingsplannen in 2020 en 2021 verder vormgegeven.
10. aanstellen en opleiden helpenden en de ontwikkeling van de functie woonassistent is in voorbereiding.
11. zorgmedewerkers bijscholen op ziektebeelden: planning klinische lessen in 2020 is deels gerealiseerd en wordt in 2021 voortgezet.



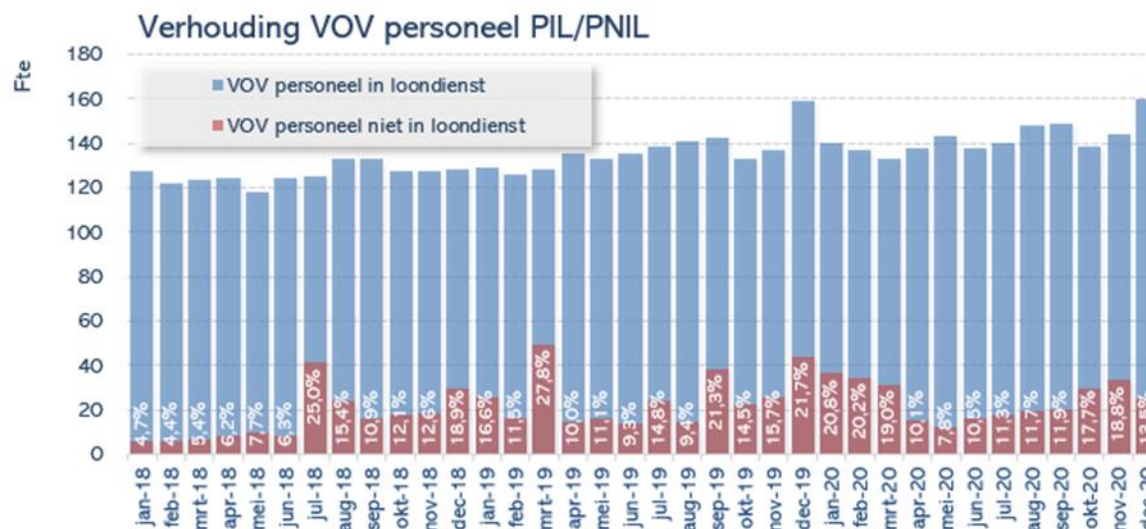
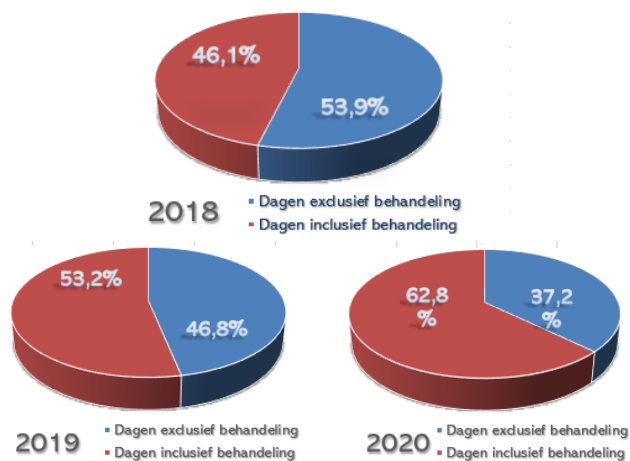
Uitkomsten:

In 2019 is verreweg de meeste aandacht uitgegaan naar evaluatie, ophalen stand van zaken kwaliteit en veiligheid van zorg en werk. De uitkomsten van het onderzoek IGJ medio 2019 en de scan door Waardigheid en Trots hebben de focus bepaald op de basis(zorg) op orde brengen. We waren klaar om in 2020 verder te gaan met richten, inrichten en verrichten. In februari hebben we met gepaste trots teruggekeken op wat we hadden bereikt. Nieuwe Teamleiders zijn aangesteld en meegenomen in alle ontwikkelingen en kort daarna werden we onaangenaam verrast door een pandemie waarvan de effecten nog steeds voelbaar zijn en blijven. Qua maatregelen, bewust van wat kan wel en wat kan niet.

Veel doelen, waarbij alles onder de aandacht is gekomen en verder methodisch wordt uitgewerkt in de Kernteams vanuit de Kwaliteitscommissie, zijn deels behaald en geëvalueerd en lopen door na 2020.

Voortschrijdend inzicht heeft begin 2020 geleid tot acute focus op omvang en opbouw van de teams. Zie 1.5 hierboven. Met als resultaat dat de inhuur van zzp-ers is verminderd vanaf april/mei 2020. Verzuimpercentage ging omlaag van ruim 11% oktober 2019 naar 6,4% mei/juni 2020. In de zogeheten tweede corona-golf is ook Insula Dei getroffen door een grote uitbraak die duurde van 9 oktober tot 20 november. Daarmee is het verzuim en daarmee de inzet van PNIL weer gestegen van augustus t/m december. Dit was een zware tijd die een grote wissel heeft getrokken op de medewerkers. Met de inzet van velen, waaronder ook een tijdelijk aangestelde tweede bestuurder specifiek op financiën en bedrijfsvoering, is de bewustwording op de bedrijfskundige kant toegenomen. De ondersteuning hierop is voor de teams verder verbeterd en het eigenaarschap van de teamleiders op dit stuk, naast de verantwoordelijkheid op de kwaliteit en veiligheid van zorg, toegenomen. Het is duidelijk dat rust op de financiën en grip op verzuim bijdraagt aan het constructief werken aan verbetering van kwaliteit en veiligheid van zorg.

Percentages tot en met december 2020



Het aantal dagen inclusief behandeling loopt op.

Het aantal vrijwilligers neemt in 2020 toe, in januari starten we met 112 vrijwilligers en eind december zijn er 123 beschikbaar.



1.7 Gebruik van hulpbronnen

Doelen 2020

1. Vormgeven en inrichten Leefcirkels met GPS tracker.
2. Alarmering ID vervangen toekomstgericht.
3. Invoeren ECD “ONS” en cliëntportaal “Caren zorgt” en van SDB naar Afas. Dit alles met ondersteuning informatiemanagement/-manager.
4. Gebruik en toepassingen Triasweb verder implementeren: MIM, MOM, klachten, RIE en methodisch opvolgen.
5. Actieve deelname aan Tech@doptie van WZW.

Uitkomsten:

Ten aanzien van de eerste twee doelen wordt na de aansluiting bij DGG een programma van eisen uitgewerkt en een werkgroep ingericht. Dit wordt in uitvoering in 2021 niet meer gerealiseerd.

Het ECD is inmiddels bij iedereen ingericht en de samenspraak met de familie wordt middels de verdere implementatie van de functionaliteiten binnen Caren zorgt verder vorm en inhoud gegeven,

SDB blijft het personeelsregistratie en salarissysteem. I.v.m. de aansluiting bij DGG is hierin geen andere keus gemaakt.

Voor verzuimregistratie maakt IDHK gebruik van het systeem van Argo arbodienstverlening. Bij verzuimmeldingen worden de leidinggevendenden ondersteund door twee adviseurs inzetbaarheid als gedelegeerde van de bedrijfsarts. Indien nodig kan de bedrijfsarts altijd worden ingezet.

In 2020 is vooral ingezet op het veilig melden en systematiek van rapporteren en analyseren en bespreken in de teams. In 2021 wordt hier verder in getraind om analyses te verbeteren en daarmee ook persoonsgericht actie en doelstellingen te realiseren. De RIE via Triasweb is uitgesteld naar het najaar 2021. Na de aansluiting biedt DGG hiervoor de benodigde kennis en ervaring.

Tech@doptie: In 2020 heeft Tech@doptie het aanbod van het Tech@doptie spel en het Leerarrangement voor voorlopers in de zorg onder kunnen brengen in de actie “zorgmedewerker en technologie”. Dit project is gericht op het adequaat voorbereiden, ondersteunen, begeleiden en opleiden van zorgprofessionals in de V&V sector op het gebied van zorgtechnologie. Zorgprofessionals verwerven competenties om met technologie te kunnen werken en goed te kunnen blijven functioneren in de voortdurend veranderende zorg en welzijn omgeving. IDHK heeft met 10 medewerkers, samen met enkele organisaties uit de regio meegedaan met de Tech@Doptie spelen. Door omstandigheden kon HK niet deelnemen. Alle medewerkers waren positief en enthousiast over de spelen. Er werd gewerkt met allerlei stellingen en foto's over technologie en situaties. Eenieder kon zijn eigen visie inbrengen. Om actief te blijven in technologie, is er voor de Noord- en Zuidvleugel een Digicoach aangesteld. Zij volgen een leerarrangement en kunnen teamleden ondersteunen bij het toepassen van technologie en een aanspreekpunt te zijn voor de zorgorganisatie. Doel is medewerkers enthousiast maken over de technologie en ondersteuning bieden bij technologische innovaties die er in de toekomst plaatsvinden.

1.8 Gebruik van informatie

Doelen 2020:

Besloten is om met ingang van 2019 jaarlijks een scan door Waardigheid en Trots op Locatie te laten uitvoeren, om daarmee inzicht te krijgen in de mate waarin IDHK voldoet aan de acht thema's van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Daartoe worden cliënten, naasten, medewerkers en vrijwilligers bevraagd. Zie 1.8.2 hierna. Verkregen stuurinformatie wordt per kwartaal opgenomen in een kwartaalmanagementrapportage ten behoeve van het monitoren en managen van de kwaliteit van de zorg en dienstverlening.

Uitkomsten:

In 2020 is de vragenlijst van W&T in verband met Covid-19 niet uitgevoerd. De scan staat gepland voor de zomer 2021.

Per kwartaal wordt de stand van zaken t.a.v. de acht thema's van het kwaliteitskader en resultaten van acties op het kwaliteitsplan gevolgd en beschreven in de kwartaalmanagementrapportage. Daarnaast zijn de belangrijkste financiële stuurindicatoren opgenomen. De KMR wordt ieder kwartaal door de rvb besproken met het MT, de rvt, cliëntenraad en ondernemingsraad. Vervolgens zorgt de woonzorgmanager voor terugkoppeling binnen de locaties.

Klachten medewerkers:

De vertrouwenspersoon medewerkers rapporteert over 2020:

In 2020 heeft de vertrouwenspersoon, net als in 2019, drie meldingen gehad. Aard van de meldingen:

Eén melding betrof intimidatie / (verbale) agressie. De twee overige meldingen vallen in de categorie 'overig'.

De categorie 'overig' wordt gebruikt voor meldingen die niet direct te categoriseren zijn in de onderwerpen discriminatie, pesten, (seksuele) intimidatie en/of agressie. Medewerkers melden zich ook als ze een probleem hebben, bijvoorbeeld in de arbeidsrelationele sfeer, of ten gevolge van problemen met de ervaren werkdruk.

Resultaten: met alle melders zijn adviesgesprekken gevoerd en is tussentijds telefonisch advies gegeven en/of doorverwezen.

Specifieke aandacht voor cliëntoordelen:

1.8.1 Zorgkaart Nederland

Huize Kohlmann: Er zijn 5 waarderingen in 2020 op dit platform geplaatst. De waardering op Zorgkaart Nederland voor Huize Kohlmann is in 2020 een 4,4.

Insula Dei: Er zijn 27 waarderingen in 2020 op dit platform geplaatst. De waardering op Zorgkaart Nederland voor Insula Dei is in 2020 een 6,8. IDHK gemiddeld: Sinds 2018 zijn er 83 waarderingen uitgebracht met een gemiddeld waarderingcijfer van 7,4.

1.8.2 Scan Waardigheid en Trots op Locatie (WOL) 2019

(opnieuw opgenomen i.v.m. de vervolgsan in 2021. Deze is in 2020 niet uitgevoerd i.v.m. Covid-19)

Totaal beeld op basis van ingevulde vragen lijsten door cliënten, medewerkers en beleid/bestuur/management en na kwaliteitsgesprekken op Insula Dei en Huize Kohlmann, van WOL-scanners in oktober-november 2019, vermeld in het WOL verslag januari 2020

Datum Scan	Thema 1: Persoons gerichte zorg	Thema 2: Wonen en welzijn	Thema 3: Veiligheid	Thema 4: Leren en Verbeteren	Thema 5: Leider schap	Thema 6: Personeels samenstelling	Thema 7: Gebruik van hulpbronnen	Thema 8: Gebruik van informatie
Locatie 1 - Huize Kohlmann	Aandachts punt	Ernstige issues	Ernstige issues	Ernstige issues	Ernstige issues	Ernstige issues	Ernstige issues	Aandachts punt
Locatie 2 - Huize Insula Dei	Ernstige issues	Aandachts punt	Aandachts punt	Aandachts punt	Ernstige issues	Ernstige issues	Aandachts punt	Aandachts punt

Wie heeft de vragenlijst ingevuld?

Locatie Insula Dei

Respons somatiek		Respons PG	
Cliënt/familie/vrijwilliger:	65	Cliënt/familie/vrijwilliger:	38
Medewerkers:	64	Medewerkers:	53
Beleid/Bestuur/management:	11	Beleid/Bestuur/management:	8
Totaal	140	Totaal	99

Locatie Huize Kohlmann

Respons somatiek		Respons PG	
Cliënt/familie/vrijwilliger:	4	Cliënt/familie/vrijwilliger:	9
Medewerkers:	23	Medewerkers:	18
Beleid/Bestuur/management:	6	Beleid/Bestuur/management:	6
Totaal	33	Totaal	33

1.8.3 Klachten cliënten

Voor de registratie van klachten binnen IDHK wordt een indeling naar aard van de klacht gehanteerd:

- Kwaliteit van zorg en begeleiding. (vaktechnisch handelen, wondzorg, medicatieverstrekking, niveau zorgverlening, toepassing van hulpmiddelen, hygiëne en medische behandeling).
- Organisatie van de zorg. (aangelegenheden rond samenwerking, personele bezetting, inschakelen externe medische zorg, maaltijdvoorzieningen, dagbesteding, beschikbaarheid en veiligheid van voorzieningen).
- Communicatie (informatie). (informatieverstrekking aan cliënten en aan derden (AVG), corona maatregelen).
- Communicatie (bejegening). (relatie tussen bewoners en verwanten en medewerker. Gedrag, serieus nemen, begrip en respect tonen, verbinding).
- Facilitaire zaken. (breed scala aan kwesties rond klimaatbeheersing, hulpmiddelen, financiële- en administratieve zaken).

Cijfermatige verantwoording (tussen haakjes aantallen van 2019)

	Aantal klachten	Afgerond/ bemiddeling geslaagd	Niet tevreden	vervolg procedure RvB/ Ext.	Niet ontvankelijk	
Totaal	27 (26)	22 (19)	5 (n.b.)	0 (n.b.)	1	
ID	11 (17)		1			
HK	16 (9)		4			
	kwaliteit zorg	Organisatie zorg	Comm./ Informatie	Comm./ Bejegening	Facilitaire zaken	
ID	4 (6)	5 (7)	2 (1)	0 (2)	0 (1)	
HK	5 (4)	5 (3)	2 (0)	0 (0)	4 (2)	

Bij 3 meldingen is er sprake geweest van een terugkerend probleem, nadat de melding in eerste instantie wel was opgelost. De niet ontvankelijke klacht kwam van een bewoner van een seniorenwoning. Het gemelde probleem is wel opgelost.

Dit kwaliteitsverslag is vastgesteld door de raad van bestuur op 27 mei 2021 en besproken in de CR, OR en het lerend netwerk. Resultaten hiervan zijn verwerkt. Algemene indruk: goed leesbaar verslag en veel bereikt het afgelopen jaar.

Bijlage 1:

Jaarverslag Raad van Toezicht 2020

In vogelvlucht

2020 heeft in het teken gestaan van het zoeken van bestaanscontinuïteit en borging van kwaliteit van zorg- en dienstverlening voor IDHK. Dat betekende een nadrukkelijke oriëntatie op de toekomst, waarbij ook de kwaliteit van financiële soliditeit van de organisatie onder hoge druk stonden.

De druk is voelbaar geweest in de gehele organisatie, alsook in de verhouding Raad van Bestuur en Ondernemingsraad.

De Raad van Toezicht heeft na intensieve gesprekken met de OR, open gesprekken met de CCR en onderzoekende gesprekken met de Bestuurder, besloten tot het tijdelijk aanstellen van een 2e bestuurder. Met name de bedrijfsvoering en strategische vastgoed vraagstukken konden zo, naast de oriëntatie op fusie, goed bestuurlijk geborgd gaan worden. De complexe en urgente 2-sporen opgave, zowel intern als extern, verdiende een gerichtere focus op de specifieke dossiers en spreiding van de bestuurlijke aandacht.

Per 25-08-2020 is dhr. Bart Magielse toegetreden tot de raad van bestuur met de portefeuille bedrijfsvoering. De zittende bestuurder mw. Yolanda de Jong vervult primair de portefeuille kwaliteit van zorg en fusie. Bovenal is gekozen voor een collegiaal en integraal besturingsmodel.

2020 is ook het jaar geweest waar COVID-19 een grote rol heeft gespeeld in onze samenleving en dus ook bij IDHK. De RvT is onder de indruk hoe de organisatie dit heeft op- en aangepakt.

De veilige haven in zicht

Om de continuïteit, kwaliteit van zorg, de organisatiekwaliteit, en de financiële soliditeit te versterken is in 2019 begonnen met een verkenning van externe aansluiting. Die verkenning heeft geleid tot een intentie tot fusie met DrieGasthuizenGroep (DGG).

De gezamenlijke raden van bestuur hebben een programma en proces tot fusie ingericht. Gemikt wordt op een bestuurlijke fusie medio 2021. Dit traject loopt van meet af aan voorspoedig op alle niveaus.

De formaliteiten

De raad van toezicht heeft in 2020 acht maal formeel vergaderd.

De raad kent een remuneratiecommissie, auditcommissie en commissie kwaliteit en veiligheid.

Alle commissienotulen vormen integraal onderdeel van de RvT agenda. De formele besluiten van de raad van toezicht worden vastgelegd in een doorlopende besluitenlijst.

Daarnaast nam een delegatie van de raad deel aan bijeenkomsten met de cliëntenraad en met de ondernemingsraad, conform artikel 24 WOR.

Het overleg met de externe accountant werd in het eerste half jaar van 2020 samen met de bestuurder gevoerd door de portefeuillehouders financiën de heer R.A. Dekker en de heer G. Huisman. De eindrapportage van de accountant (EY) is besproken in de auditcommissie én in de voltallige raadsvergadering.

De raad van toezicht van Stichting Insula Dei Huize Kohlmann functioneert op basis van een functieprofiel en een reglement. De raad heeft in principe een omvang van vijf leden die in eerder genoemde raadscommissies zijn onderverdeeld. De remuneratiecommissie voert het jaargesprek met de raad van bestuur.

Per 1 september treedt dhr. Huisman terug als voorzitter van de RvT. Dhr. J.W. Bedeaux volgt hem op. De RvT gaat op zoek naar een vijfde raadslid, maar bepaalt haar tempo aan de hand van de fusiegesprekken die met DGG lopen.

Per 1 september 2020 is mw. M. Adriaansen benoemd voor haar tweede termijn.

De raad van toezicht heeft besloten haar honorering voor 2021 ongewijzigd te laten.

Naam:	Aandachtsgebied	Relevante nevenfuncties
Dhr. Drs. G.P.M. Huisman 01-09-2016 tot 1-9-2020	Voorzitter m.i.v. 20-03-2018, Auditcommissie Financiën (ACF)	n.v.t.
Dhr. Drs. J.W.M. Bedeaux 01-05-2017 aangetreden	Voorzitter m.i.v. 01-09-2020 Auditcom KV	Voorzitter RvB RIBW Overijssel Lid RvT JbOV
Mw. Dr. M.J.M. Adriaansen 01-09-2016 aangetreden	Voorzitter commissie kwaliteit en veiligheid (KV)	Lector aan de HAN Lid RvT Zorggroep Elde Maasduinen
Dhr. R.A. Dekker MBA 02-04-2019 aangetreden	Voorzitter ACF	Directeur HAGV Ede
Mw. drs. A.A. Boekelman- Wilhelm 02-04-2019 aangetreden	Lid ACF Lid KV	Lid raad van bestuur Mijzo Lid raad van toezicht Stichting Vigo

Bijlage 2: Jaarverslag cliëntenraad

Het jaar 2020 is in veel opzichten een bewogen jaar geweest.

De maatregelen rond de Corona pandemie waren voor bewoners, mantelzorgers en niet in de laatste plaats de medewerkers zeer ingrijpend. Met zicht op een spoedige vaccinatie voor personeel en bewoners kijkt de cliëntenraad van Insula Dei Huize Kohlmann (IDHK) terug op het afgelopen jaar.

Voor de medezeggenschap van Insula Dei Huize Kohlmann was 2020 ook het jaar waarin het voornemen tot aansluiting bij DrieGasthuizenGroep een belangrijk onderwerp was. In het jaarverslag blikken we terug op dit proces en de rol als cliëntenraad daarin. Ook staan we stil bij de invoering van de Wet op de Medezeggenschap Cliëntenraden in de Zorg (WMCZ 2018), die nieuwe kaders stelt voor de cliëntmedezeggenschap.

Vanwege de lock-downs en bijbehorende beperkingen zijn contacten met bewoners en mantelzorgers zeer schaars geweest in 2020. Dat betreurt de cliëntenraad. Sterke medezeggenschap heeft de mening van bewoners nodig! Tussen de maatregelen door hebben we dit jaar toch een paar bijeenkomsten met bewoners en mantelzorgers kunnen organiseren. Deze avondsprekuren, in samenwerking met de afdelingen, zijn voor alle partijen nuttig en leerzaam gebleken.

In 2019 werd de voorzitter, Pauline Pieterse, ernstig ziek. Haar overlijden tijdens de eerste Coronapiek is voor ons allemaal een zware slag geweest.

Riet Peeters heeft al tijdens de ziekte van Pauline Pieterse de taak van voorzitter op zich genomen. Door haar jarenlange ervaring in de raad als vicevoorzitter was ze goed op de hoogte van de belangrijkste dossiers.

Helaas viel ook Riet in de loop van afgelopen najaar uit vanwege ziekte.

Haar taak is inmiddels tijdelijk overgenomen door Anne Marie van Loon - Hoefsloot. Met de assistentie van Lena Hillenga, de adviseur die begin dit jaar aan de cliëntenraad is toegevoegd, hebben we in ieder geval de benodigde deskundigheid op het gebied van cliënten medezeggenschap in huis. Christa Vogel, de opvolger van Iris Buijs, is sinds augustus onze eigen ambtelijk secretaris.

In het jaarverslag delen wij met u wat de cliëntenraad in 2020 heeft gedaan en over welke onderwerpen er advies of instemming werd afgegeven. Aan het einde vindt u een compleet overzicht van de onderwerpen die met de bestuurder besproken zijn.

De volledige tekst van het jaarverslag 2020 van de cliëntenraad is te lezen op de [website](#).