

A grayscale background image showing a person's hands holding a pen and pointing at a document on a clipboard. The document contains a bar chart and a pie chart. The text "DIRECTIEBEOORDELING 2018" is overlaid in large, bold, blue letters.

# DIRECTIEBEOORDELING 2018

	Inleiding	3
1.	<b>Leiderschap, Governance en Management</b>	4
1.1	<i>Cliëntenraad</i>	
1.2	<i>Raad van Toezicht</i>	5
1.3	<i>Ondernemingsraad</i>	
2.	<b>Cliëntoordeel</b>	6
2.1	<i>Zorgkaart Nederland</i>	
2.2	<i>Cliëntwaardering via exitgesprekken</i>	7
2.3	<i>Klachtenregeling en klachtenfunctionaris</i>	9
3.	<b>Leren en Verbeteren</b>	10
3.1	<i>Kwaliteitsmanagementsysteem</i>	
3.2	<i>Kwaliteitsbeleid en doelstellingen</i>	
3.3	<i>Resultaten externe audits</i>	13
3.3.1	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ)	
3.3.2	Hazard Analysis Critical Control Point (HACCP)	14
3.4	<i>Resultaten interne audits</i>	
3.4.1	Continu audit	15
3.4.2	Prikaccidenten	
3.4.3	Dagverzorging	16
3.4.4	Vrijheidsbeperkende interventies	
3.5	<i>Controle zorgleefplannen (AO/IC)</i>	17
3.6	<i>Prospectieve Risico Inventarisatie (PRI)</i>	18
3.6.1	Hygiëne en infectiepreventie	
3.6.2	Electronische Cliënten Dossier	19
3.7	<i>Jaarverslag aandachtsvelders</i>	
3.7.1	Jaarverslag Hygiëne en infectiepreventie	
3.7.2	Jaarverslag Mondzorg	21
3.7.3	Jaarverslag Wondzorg en Decubitus	
3.7.4	Jaarverslag Ouderenmishandeling	23
3.7.5	Jaarverslag Welzijnsactiviteiten	
3.8	<i>Inspectiebezoek Hygiëne en Infectiepreventie</i>	25
4.	<b>Personeel</b>	27
4.1	<i>Analyse van het personeelsbestand</i>	
4.2	<i>Analyse van het verzuim 2018 (exclusief zwangerschap)</i>	28
4.3	<i>Risico-Inventarisatie en Evaluatie (RIE)</i>	29
4.4	<i>Medewerker tevredenheidsonderzoek</i>	
4.5	<i>Professioneel handelen</i>	31
5.	<b>Veiligheid</b>	33
5.1	<i>Melding incidenten cliënten</i>	
5.2	<i>Totalen en per afdeling</i>	
5.3	<i>Evaluatie</i>	34
5.3.1	Medicatie	
5.3.2	Valincidenten	35
5.3.3	Agressie	
5.3.4	Fouten door derden	36
5.3.5	Evaluatie doelstellingen 2018	
5.4	<i>Uitvraag kwaliteitsindicatoren</i>	37
6.	<b>Ondersteunende processen</b>	40
6.1	<i>Gebruik van hulpbronnen en informatie</i>	
6.2	<i>Ontwikkeling nieuwbouw Talma Haven - Oslolaan Urk</i>	
6.3	<i>Leveranciersbeoordeling</i>	42

## Inleiding

In deze directiebeoordeling wordt teruggekeken op de uitvoering van het kwaliteitsbeleid van Zorgcentrum Talma Urk in 2018. Het kwaliteitskader Verpleeghuiszorg is gereed en Talma Urk heeft op basis van dit kwaliteitskader het kwaliteitsplan ontwikkeld. Talma Urk wil op een verantwoorde manier vormgeven aan de kwaliteitskaders Verpleeghuiszorg en Wijkverpleging in alle facetten voor de organisatie. Zo is het kwaliteitsplan Verpleeghuiszorg gebruikt voor de Zorginkoop Wlz 2019. In een steeds veranderend zorgland willen wij een stabiele basis creëren van waaruit wij kwalitatief hoogwaardige zorg leveren om een optimale kwaliteit van leven aan de cliënten te bieden, volgens de missie en visie van Talma Urk.

## 1. Leiderschap, Governance en Management

### 1.1 Adviezen cliëntenraad (CR)

De cliëntenraad heeft in 2018 zes keer vergaderd. Belangrijke onderwerpen van gesprek waren vooral het nieuwe kwaliteitskader en de nieuwbouwplannen aan de Oslolaan. Daarnaast was er voldoende ruimte om de dagelijkse gang van zaken rond de zorg- en dienstverlening te bespreken.

De bestuurder van Talma Urk is bij iedere vergadering van de cliëntenraad aanwezig geweest, er is een open en transparante communicatie, dit wordt zeer op prijs gesteld. Ook komt de Raad van Toezicht één keer per jaar op bezoek bij de cliëntenraad, dit heeft plaatsgevonden in april 2018.

De bestuurder heeft in 2018 met de cliëntenraad de volgende onderwerpen besproken:

- De Jaarrekening 2017
- Het Jaarverslag 2017
- De begroting 2019
- Ontwikkeling Zorg met behandeling
- Ontwikkeling nieuwbouwplannen Oslolaan
- Kwaliteitskader
- Invoer AVG/ Privacywetgeving
- Meekijken inrichten Oslolaan
- HKZ audit
- Jaarlijks gesprek Raad van Toezicht

De cliëntenraad heeft zich verder beziggehouden met de volgende zaken:

- Aandacht voor medewerkers die afstand tot de arbeidsmarkt hebben.
- Wettelijk vertegenwoordiging cliënten
- Aanwezigheid familie bij MDO
- Project 'Kijkje in de keuken', de cliëntenraad is in gesprek geweest met de leden van de cliëntenraad van een collega instelling
- Voor de bemensing van de cliëntenraad is gezocht naar nieuwe leden
- De beleidsmedewerker heeft tijdens de vergadering een toelichting gegeven op het beleid Hygiëne en infectiepreventie
- De teamleider zorg heeft tijdens de vergadering een toelichting gegeven op OZO verbindzorg
- Voorstel wijziging aanvangstijd weekopening

De cliëntenraad bestond op 1 januari 2017 uit 5 leden: dhr. J. de Bruine (voorzitter), dhr. G. Koolhaas, mevr. B. Gnodde, mevr. A. de Boer en mevr. W. Snoek. Het is moeilijk om nieuwe leden te werven voor de cliëntenraad. Mevrouw Gnodde, bewoner van Talma Urk, is afgetreden als lid. Mevr. G. Nagel is aangetreden als nieuw lid.

Oordeel directie: De directie waardeert de grote betrokkenheid en de participatie van de cliëntenraad in de ontwikkeling van kwaliteit van zorg.

## 1.2 Adviezen Raad van Toezicht (RvT)

In 2018 vergaderde de RvT 7 keer. Daarvan stonden 3 vergadering in het teken van het thema Nieuwbouw Oslolaan. De RvT heeft in juni een zelfevaluatie uitgevoerd. Hierbij was de RvB niet aanwezig. Tijdens de 4 reguliere vergaderingen heeft de RvT met de RvB gesproken over de strategie en de risico's, die verbonden zijn aan de activiteiten van Zorgcentrum Talma Urk. Ieder kwartaal ontvangt de RvT een rapportage over de stand van zaken van de exploitatie van Zorgcentrum Talma Urk. Hierin beschrijft de RvB nadere informatie over de belangrijkste ontwikkelingen en risico's.

### **Resultaat**

In 2018 lag de focus op de nieuwbouw Oslolaan. De Raad van Toezicht is tevreden over de resultaten, prestaties en ontwikkelingen in 2018.

### **Oordeel directie**

De communicatie tussen de raad van toezicht en de raad van bestuur is goed verlopen.

## 1.3 Ondernemingsraad (OR)

## 2. Cliëntoordeel

Het hoofdstuk cliëntoordeel beschrijft de resultaten die voortvloeien uit de thema's 'Persoonsgerichte zorg en ondersteuning' en 'Wonen en welzijn'. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning gaan over de wijze waarop de cliënt in alle levensdomeinen uitgangspunt is bij zorg- en dienstverlening met als doel om de bijdrage aan de kwaliteit van leven van een cliënt zo optimaal mogelijk te laten zijn. Bij het thema Wonen en welzijn gaat het over de wijze waarop de zorgverleners en zorgorganisaties in hun zorg- en dienstverlening oog hebben voor optimale levenskwaliteit en welzijn van cliënten en hun naaste(n), en de wijze waarop zij gericht zijn op het bevorderen en ondersteunen hiervan.

### 2.1 Zorgkaart Nederland

In 2017 heeft Talma Urk besloten om Zorgkaart Nederland te gaan gebruiken als managementtool om de cliënt tevredenheid in kaart te brengen. Als onderdeel van het Kwaliteitsplan 2018 is er ook voor gekozen, dit mondeling bespreekbaar te maken. Zorgkaart Nederland wordt ter sprake gebracht, tijdens het MDO of zorgleefplan bespreking en nazorggesprek. Hier zal in het ECD verslag van worden gedaan.

Gezien het geringe aantal waarderingen die achtergelaten werden op Zorgkaart Nederland, zijn er in november 2018 interview- en belteams ingezet om de cliënten directer te benaderen. Dit heeft geholpen om het aantal waarderingen te verhogen, zodat er een reëel beeld ontstaat van de waarderingen.

#### Gemiddelde Talma Urk



#### Talma Haven



#### Talma het Dok

(Nog niet alle waarderingen van de interview- en belteams waren verwerkt)



#### Talma Thuiszorg



We kunnen concluderen dat de cliënt of diens vertegenwoordiger positief staat tegenover de geleverde zorg, de medewerkers, communicatie (OZO-verbindzorg), activiteiten en de algehele sfeer. De aandachtspunten die aangegeven worden zijn heel divers. Deze liggen voornamelijk op het gebied van de bouw, er valt enkele keren te lezen dat men het fijn zou vinden als er een aparte slaapkamer in het appartement zou zijn, meer kastruimte. Heel af en toe een commentaar over de zorg. Wanneer er negatieve waarderingen binnen komen of als er onduidelijkheden in een waardering staan, dan kunnen we besluiten om via Zorgkaart Nederland contact op te nemen, zodat met betreffende mensen contact op te nemen om het probleem te bespreken.

### **Oordeel directie**

De cijfers op zorgkaart Nederland zijn positief. Binnen Talma Urk wordt meer aandacht gegeven aan het invullen van de waardering door de cliënt of diens vertegenwoordiger, zodat dit ook een representatief beeld geeft van de organisatie, met ondersteuning van een extern interviewteam.

## **2.2 Cliëntwaardering via exitgesprekken**

### Talma Haven afdeling 1:

Met alle eerste contactpersonen wordt contact gelegd om de evaluatie van de zorg te bespreken na vertrek of overlijden van de cliënt.

Er zijn 5 exitgesprekken teruggekoppeld. Alle families hebben de folder van Zorgkaart Nederland meegekregen met het verzoek om hun waardering daar achter te laten.

Familie was alle 5 keer zeer tevreden, met name over de zorg, betrokkenheid, professionaliteit en geduld. Informatie over de aanvraag ZP 10 en terminale fase werd als prettig ervaren. Het gaf de familie houvast en ze konden zich beter voorbereiden op het naderende einde.

### **Begeleiding vanuit de zorg na overlijden:**

- Bij een plotseling overlijden, gaf familie aan dat ze het prettig hebben ervaren op de manier zoals de laatste uren zijn gegaan van de cliënt.
- Laatste zorg door medewerkers werd als zeer prettig en vertrouwd ervaren, één familie gaf aan het jammer te hebben gevonden dat de medewerkers niet de laatste zorg konden bieden. Hadden begrip, na uitleg van de medewerker waarom het soms niet lukt.
- Na overlijden werd de begeleiding ervaren als zeer goed, wij werden goed verzorgd, ons werd regelmatig gevraagd of we nog koffie en thee wilden en we werden als familie goed opgevangen met ons verdriet. We konden in de ruimte naast de lift even samen zitten.
- Familie gaf aan te kunnen zien dat we als klein team van KSW 1.1 lieten zien hoe begaan we met cliënt en de familie waren.
- Huisarts was erg betrokken en heeft 2 weken later de dochters gebeld om te bespreken hoe het was en dat ze altijd bij hem terecht kunnen.
- Drie families hebben aangegeven dat ze in alle rust afscheid hebben kunnen nemen, voelden zich daarin niet belemmerd.

### **Waardering exitgesprek**

- Vier families gaven aan het exitgesprek als waardevol te ervaren en als een mooie afsluiting van de periode in Talma Haven.

### Tips/tops

- Personeel was soms té bezorgd, dit is meer bedoeld als: overal werd om gedacht, alles met familie werd gedeeld wat betreft de zorg voor de cliënt, dit kon soms ook iets minder;
- Familie gaf aan te kunnen zien dat medewerkers, als klein team van KSW 1.1, lieten zien hoe begaan we met de cliënt en de familie waren;
- Zoveel mogelijk en tijdig bespreken van het levenseinde. Informatie die over de laatste levensfase werd gegeven en besproken, werd als waardevol ervaren.

### Talma Haven Afdeling 2:

Er zijn in totaal 7 cliënten overleden in 2018 (dat is ongeveer 30%). Van vier cliënten is er een nazorgformulier terug te vinden in het dossier. Bij twee cliënten is de vraag uitgezet, hier komt nog een gesprek.

Bij één cliënt is er geen nazorg gesprek geweest, er is niet terug te vinden of de familie hier geen prijs op stelde.

De uitkomsten van de gesprekken zijn goed. De nabestaanden zijn zeer positief en tevreden over het verloop, ook het contact met de (huis)artsen was goed; “heel tevreden, een dikke 10” was een van de uitspraken die overgenomen is uit de evaluatie. Er komen vanuit de cliënten en mantelzorgers weinig tot geen kritische vragen en reacties.

### Talma Dok

Er zijn in 2018 10 bewoners overleden, hiervan is er met 5 families een nazorg gesprek geweest.

De andere 5 stelden er geen prijs op, maar waren wel tevreden over de geleverde zorg.

Er zijn 16 cliënten voor een tijdelijke opname geweest. Hier zijn 3 nazorggesprekken gevoerd. In deze gevallen betrof het palliatieve zorg. De andere tijdelijke opnames waren meestal vakantie- of revalidatiezorg, met hen zijn geen nazorggesprekken gevoerd.

Vanuit de nazorggesprekken kwamen de volgende punten naar voren:

- Familie was tevreden over het verloop;
- Familie vond het niet fijn dat de eigen huisarts er niet was. Ze hadden nu het idee dat deze arts “niet wist wat hij moest doen”;
- Familie vond dat er teveel jonge collega’s bij de zorg betrokken waren (ELV palliatieve zorg). Zij hadden hier moeite mee, omdat ze dachten dat zij niet wisten wat zij zouden moeten doen.

### Acties 2019:

- Bij de tijdelijke opnames wordt op de dag van ontslag een nazorggesprek gepland;
- Er komt per 01-01-2019 een vast team op de ELV, palliatieve zorg;
- Bij niet vaak voorkomende ziektebeelden wordt een klinische les georganiseerd;
- Collega’s gaan zich meer verdiepen in de achtergrond van de cliënt en diens ziektebeeld.

### Talma Thuiszorg

In de halfjaarlijkse evaluaties geven cliënten en mantelzorgers aan dat ze tevreden zijn over de zorg. Dit is natuurlijk algemeen en misschien is het beter meetbaar als er een aantal vragen (bijvoorbeeld die van Zorgkaart Nederland) zouden worden gesteld. Dit punt willen we meenemen naar 2019 bij de keuze van een nieuw ECD.

### Exitgesprekken

Er zijn 10 exitgesprekken gevoerd. De uitkomsten waren bij alle 10 heel positief. Wat ook een moeilijkheid hierin was dat er geen goede en volledige uitdraai door de cliëntadministratie gemaakt kon worden van cliënten die uit zorg gingen (door afsluiten van zorg of overlijden). Hierdoor was het moeilijk om de verslaglegging van de gesprekken te achterhalen. In 2019 zal er meer gestuurd en op toegezien worden dat de exitgesprekken plaats vinden.



**Oordeel directie**

De exitgesprekken worden wel gevoerd maar niet altijd vastgelegd in het ECD. Dit blijft een punt van aandacht zodat de uitkomsten ook gebruikt kunnen worden voor verbetering van de kwaliteit van zorg.

### 2.3 Klachtenregeling en klachtenfunctionaris

In 2018 is een informele klacht bij de klachtencommissie binnen gekomen en in overleg met de cliënt is deze klacht besproken met de teamleider. Dit is opgepakt door de teamleider en besproken met de individuele medewerkers en als agendapunt op het teamoverleg.

**Oordeel directie**

Naast formele klachten worden ook informele klachten opgevolgd. In 2018 heeft geen formele klacht plaatsgevonden. Het effect van de professionaliseringslag is merkbaar.

### 3. Leren en Verbeteren

#### 3.1 Kwaliteitsmanagementsysteem

Het Kwaliteitsmanagementsysteem van Zorgcentrum Talma Urk is opgezet, ingevoerd, gedocumenteerd en onderhouden, waarbij de wettelijke kaders (kwaliteitskader verpleeghuiszorg, wet WGBO, Wet BIG) uitgangspunten zijn en in overeenstemming zijn met de HKZ eisen. Het kwaliteitssysteem is onderdeel van de jaarlijkse cyclus, dat geïntegreerd is in de jaarplanning.

Binnen Talma Urk vindt een projectmatige aanpak plaats, het management en de aandachtsfunctionarissen hebben een training projectmatig werken gevolgd bij DCM.

De uitkomsten van de kwaliteitscyclus worden in een vaste cyclus naar de interne organisatie en Raad van Toezicht gecommuniceerd, alsmede de externe partijen, zoals de IGZ, Zorgkantoor en Zorgverzekeraars. In 2018 hebben de voorbereidingen voor Sharepoint plaatsgevonden, dit wordt in 2019 geïmplementeerd. In 2018 heeft onderzoek plaatsgevonden door een AVG-adviseur. Waar nodig zijn processen aangepast en documenten zijn AVG proof gemaakt. Ter continuering van het AVG-proces, is een functionaris gedetacheerd bij Talma Urk. Het onderzoek naar Sharepoint heeft tot positieve resultaten geleid; de voorbereidingen zijn in 2018 afgerond. De implementatie van Sharepoint vindt plaats in Q1 2019.

#### **Oordeel directie**

Het kwaliteitsmanagementsysteem ondersteunt het proces van continue en stapsgewijze verbetering.

#### 3.2 Kwaliteitsbeleid en doelstellingen

Zorgcentrum Talma Urk voert een kwaliteitsbeleid, dat gericht is op gerechtvaardigde en redelijke kwaliteitseisen die cliënten en overige afnemers van de zorg- en dienstverlening, aan de organisatie kunnen stellen. In 2017 was het kwaliteitskader verpleeghuiszorg gereed en Talma Urk heeft naar aanleiding daarvan het kwaliteitsplan “Verbeteren door te leren” opgesteld. In 2018 is het kwaliteitsplan “Verbeteren door te leren” de basis voor verdere doorontwikkeling van het kwaliteitsbeleid, waaronder persoonsgerichte zorg, personele samenstelling, veiligheid, lerende organisatie.

Het kwaliteitsbeleid is daadwerkelijk vertaald in het kwaliteitsplan, dat geldt voor de gehele organisatie, waarbij de verantwoordelijkheid per onderwerp bij leden van het beleidsteam ligt en formeel is vastgelegd. De vorderingen per doelstelling worden vastgelegd door de officemanager in een document en staat op de agenda van de beleidsdagen. Het meerjarenbeleidsplan 2016-2020, het plan van aanpak Waardigheid en Trots, meerjarig scholingsplan 2015-2020, kwaliteitskader, de jaarplanning 2017-2018 vormen de basis voor het jaarplan 2018. Het jaarplan is volgens het INK-model opgezet. Het jaarplan 2018 is een doorlopend proces wat ook weer doorloopt in 2019 en 2020. In het jaarplan 2018-2020 zijn KPI's toegevoegd. Hierdoor kan er beter gestuurd worden op lopende projecten en processen.

Naast de geplande document evaluaties is in 2018 begonnen met het langzaam maar zeker ‘opschonen’ van het kwaliteitshandboek. Dit was enerzijds nodig omdat Talma Urk in 2019 overgaat naar Sharepoint. Anderzijds waren er nog enkele oudere documenten, die geen nut of noodzaak hadden voor de processen of de medewerkers.

Het merendeel van de documenten die verwijderd, herschreven of beschreven zijn hebben betrekking op Hygiëne -en Infectiepreventie. Dit mede vanwege de nieuwe richtlijnen en eisen op het gebied van wet- en regelgeving.

Zorgcentrum Talma Urk heeft in 2018 de volgende beleidsplannen ontwikkeld:

- Kwaliteitsplan 2019
- Privacy en informatiebeveiliging AVG – vaststelling privacy gedragsregels
- Beleid Hygiëne –en Infectiepreventie
- Beleid ongewenste omgangsvormen
- Klachtenregeling medewerkers

Een aantal beleidsplannen zijn in concept klaar en moeten worden vastgesteld door het MT, namelijk:

- Medicatie
- Mondzorg
- Terminale zorg
- Wondzorg
- Ouderenmishandeling

Zorgcentrum Talma Urk heeft in 2018 de volgende protocollen ontwikkeld:

Protocollen Hygiëne –en Infectiepreventie en gerelateerde protocollen HIP

De overige documenten zijn geëvalueerd volgens planning. In verband met het nieuw te ontwikkelen personeels-en scholingsbeleid in 2019, zijn de aanpassingen van direct gerelateerde documenten on hold gezet.

De bestuurder is in Q1 2018 gestart met het voeren van gesprekken met een afvaardiging van medewerkers (V.A.R. Verzorgenden/verpleegkundigen Advies Raad) om op deze manier, op regelmatige basis, direct te horen wat er speelt, waar men tegenaan loopt en welke kwaliteitsslag er te maken is.

In 2018 is de bestuurder verschillende keren op werkbezoek geweest op de afdelingen om een beeld te houden van de processen en de clientervaringen.

In 2018 zijn er Talma breed diverse scholingen en overlegmomenten geweest om van en met elkaar te leren. Allereerst is gestart met het project Zelforganisatie in samenwerking met Vilans. Alle zorgteams, zowel intramuraal als extramuraal doen hieraan mee.

Zorgcentrum Talma Urk is een lerende organisatie, naast intervisie, coaching op de werkvloer hebben de volgende scholingen (naast de reguliere scholingen) plaatsgevonden:

- Coaching door Vilans voor beleidsteam en werkgroepen in zelforganisatie
- Leer carrousel op de dag van de zorg
- Talma symposium in Balk
- Klinische les BRMO
- Presentatie verslavingszorg
- Symposium Palliatieve zorg
- Symposium Hygiëne preventie
- Speciale HCCP-scholing op kleinschalig wonen
- DCM-terugkomdag
- Projectmatig werken
- Week van de palliatieve zorg – scholingsavond
- Speciale familieavond m.b.t. zelforganisatie 't Dok
- SBAR-scholing (Triage)
- Scholing psychiatrie
- Scholing psychose
- Scholing Zwachteltechnieken
- Scholing werkbegeleiders
- Scholing HACCP
- AVG e-learning
- Terugkomdag DCM
- Klinische les verslavingszorg
- Klinische les BRMO
- Dementie carrousel
- Scholing persoonsgerichte zorg en activiteiten
- Welzijnstraining helpenden op kleinschalig wonen.

De toetsing van de medewerkers op het gebied van verpleegtechnische handelingen heeft plaatsgevonden in April.

Binnen Talma Urk wordt gewerkt met aandachtsvelders, dit zijn verpleegkundigen, die de belangrijke onderwerpen (vanuit zorginkoop, kwaliteitskader, Zorginstituut Nederland of IGJ) in hun portefeuille hebben. Zij werken organisatie breed. Om verdieping binnen de teams te realiseren is per afdeling en in de thuiszorg een ambassadeur per onderwerp. Zij zijn op hun afdeling de kennisverspreider en samen met de teamleider het eerste aanspreekpunt, bijvoorbeeld door bespreking in het teamoverleg of het uitvoeren van periodieke controles en spelen een rol bij het implementeren van nieuwe werkwijzen.

De scope van Zorgcentrum Talma Urk, locatie Talma Haven en locatie het Dok, Talma Thuiszorg en Talma Services, t.a.v. het algemeen kwaliteitsbeleid beoogt:

- a. Het leveren van woonvoorzieningen, zorgverlening en dienstverlening ten behoeve van ouderen.
- b. Het leveren van woonvoorziening en verpleeghuiszorgverlening ten behoeve van somatische en psychogeriatrische cliënten.
- c. Het leveren van extramurale zorg aan extern wonende cliënten.
- d. Het leveren van dagbesteding aan cliënten.
- e. Het bereiden van maaltijden voor intern wonende cliënten, gasten van het restaurant en extern wonende cliënten volgens het H.A.C.C.P. beleid van Zorgcentrum Talma Urk.

Binnen de visie van Zorgcentrum Talma Urk wordt veel ruimte gegeven aan de individuele leefstijl van de cliënt in zogenoemde persoonsgerichte zorg. Behoud van regie en eigenwaarde is belangrijk voor de kwaliteit van leven. Wij stemmen de zorg af, zodat de cliënt nabijheid, vertrouwen, aandacht en begrip ervaart. Dit kan iedere dag verschillen en geldt voor al onze cliënten in onze zorglocaties Talma Haven en Talma 't Dok, maar ook voor de cliënten in de thuissituatie.

De procedures, werkinstructies en formulieren geven een duidelijke weergave van de zorgvisie en de regels die binnen alle disciplines worden gehanteerd. Het naleven hiervan wordt door alle medewerkers van de organisatie in achtgenomen.

#### **Oordeel directie**

De algehele zorg voor de cliënten en de externe cliënten staat te allen tijde voorop.

De gehanteerde documenten zijn aan de hand van de geldende HKZ-normen opgesteld.

### 3.3 Resultaten externe Audits

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

Op 24 tot en met 26 januari 2018 vond de hercertificatie door HKZ plaats. In het kader van de hercertificering is een Past Performance Review uitgevoerd. Hier is gekeken naar het kwaliteitsmanagementsysteem over de periode 2017. De uitkomst is dat Zorgcentrum Talma Urk voldoet aan de eisen, het managementsysteem is doeltreffend. Ten aanzien van de interne audits en directiebeoordeling zijn tekortkomingen vastgesteld. De tekortkoming van de directiebeoordeling is opgeheven, door het goedkeuren van het document in het beleidsteam. Voor de overige tekortkomingen is een plan van aanpak geschreven en meegenomen in het jaarplan.

#### Tekortkoming 1:

Oplossen tekortkoming normeis 4.4/4.5 met betrekking tot procesbeschrijvingen voortkomend uit het bepalen van de scope zijn nog niet uitgewerkt over hele scope, procesindicatoren (KPI's) zijn in beperkte mate vastgesteld. PRI is in beperkte mate uitgevoerd op sturing van de processen.

#### Oorzaak van de tekortkoming:

In de transitie naar verpleeghuiszorg is Talma Urk gestart met de beschrijving van de processen dit is echter nog niet Talma breed afgerond. Oorzaak is de nieuwe organisatiestructuur en hierdoor lag de focus niet op procesbeschrijvingen. Talma Urk ziet hiervan wel de noodzaak en is gestart met de procesbeschrijving van de thuiszorg. In deze procesbeschrijving ontbreken de KPI's.

#### Oplossing van de tekortkoming:

Verschillende onderdelen zoals dagbesteding, services, intramuraal zullen de processen worden beschreven en KPI's worden toegevoegd. Om het proces te monitoren volgens de PDCA methodiek waarbij de KPI de indicator is. Hierbij is de PRI een van de instrumenten.

De processen zijn beschreven, waarbij ook de ondersteunende documenten (protocollen) zichtbaar worden met verantwoordelijkheden in het proces. Gedurende 2018 is aan de procesbeschrijving gewerkt en heeft geresulteerd in een procesflow.

### Tekortkoming 2:

Oplossen tekortkoming norm eis 4.16.2 met betrekking tot het ontbreken van een auditplanning conform HKZ eis.

Oorzaak van de tekortkoming:

Talma Urk hanteert de "oude" systematiek in het uitvoeren van de interne audits dit betekent dat de leidinggevenden aangeven welke onderwerpen een audit behoeven.

Oplossing van de tekortkoming:

Talma Urk werkt volgens een vastgestelde planning en procedure de audits uit welke gericht zijn op cliëntveiligheid en risicobeheersing. In 2018 zijn de voorbereidingen voor Sharepoint gemaakt. Begin 2019 zal Sharepoint gefaseerd worden uitgerold.

### Oordeel directie

De twee tekortkomingen zijn in 2018 opgelost, het resultaat is een flowchart van het primair proces met bijbehorende documenten (protocollen en werkwijze). Door de invoering van Sharepoint zal het kwaliteitssysteem efficiënter en effectiever werken. Waarbij wordt gewerkt volgens een vastgestelde planning en procedure van de audits.

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

In 2018 is de GGD twee keer geweest om een audit uit te voeren, namelijk op 16-04-2018 en op 10-09-2018. De audit in april waren op kleinschalig wonen een aantal verbeterpunten, die zijn opgevolgd en opgelost.

De tweede audit was bijna alles goed op orde, de koelingen op kleinschalig wonen zijn eigenlijk niet geschikt voor het intensieve gebruik op de groepen. Het beste zou zijn als er professionele koelingen komen. De staat van de keuken is ook niet meer up-to-date, maar gezien de staat van de keuken is alles wel keurig in orde. Het keuken team kijkt terug op een prettige samenwerking met de GGD.

### Oordeel directie

Complimenten over de opvolging van de eerste audit van de GGD, zodat tijdens de tweede audit alles goed op orde was.

### 3.4 Resultaten Interne Audits 2017

Op de volgende processen zijn in 2018 audits uitgevoerd:

1. Continue audit (2x per jaar):
  - a. Medicatie
  - b. ECD
2. Prikaccidenten
3. Dagverzorging
4. Vrijheidsbeperkende interventies

### 3.4.1 Continue audit

Twee keer per jaar wordt er door teamleiders, aandachtsvelder farmacie en medewerkers ge-audit op medicatie en ECD in de zogenoemde “meetweken”. Uit de risicoanalyse zijn dit kritische processen, die voortdurend worden gemonitord en zo nodig worden bijgesteld.

#### 1a. Uitkomsten medicatie

Medicatiecheck is uitgevoerd door de aandachtsvelder Farmacie aan de hand van de daarvoor bestemde lijst.

Over het algemeen kunnen we constateren dat het gebruik van Medimo zijn vruchten afwerpt. Aftekenen en dubbelcheck geven geen foutmeldingen meer aan.

Bij de meeste cliënten (m.u.v. twee cliënten) die psychofarmaca gebruikten, werd aantoonbaar een afbouwschema en evaluatie toegepast. Tevens beschikten zij over een ingevulde VBM-verklaring.

De apotheker (Dr. Rijpma) heeft een controle uitgevoerd op voorraad, cliëntgebonden medicatie en medische hulpmiddelen. Zij kon geen afwijkingen vinden. Complimenten voor de medewerkers.

#### 1b. Uitkomsten ECD

Teamleiders constateren in de meetweek van Mei en September dat het opslaan van gegevens en het gebruik van het ECD steeds beter gaat. Men geeft echter wel aan dat het huidige ECD veel overlappingen bevat, waardoor het soms niet duidelijk is, in welk tabblad bepaalde zaken beschreven moeten worden en hierdoor informatie op verschillende plaatsen gevonden kan worden. Het PDCA-proces heeft voortdurende aandacht nodig. Voor 2019 is het van groot belang dat teamleiders aan kunnen tonen, wat er gedaan is met de uitkomsten. Dit betekent ook evaluatie van het plan van aanpak.

Risicoanalyse:

- Er ontbreken soms (SMART) geformuleerde doelen in het zorgleefplan. De teamleiders hebben besloten om per afdeling twee medewerkers in te zetten om de andere medewerkers hierin te ondersteunen;
- PDCA-cyclus van het zorgproces (b.v. opvolging van risicosignaleringen, proces van VBM);
- Het onderdeel Welbevinden ontbrak bij verschillende cliënten in het zorgleefplan. Iedere EVV heeft de opdracht gekregen om dit met de cliënt/familie te bespreken en te verwerken in het zorgleefplan. In de 2<sup>e</sup> meetweek was hiervan het resultaat te zien, al blijft het een punt van aandacht. In 2019 zal worden gekeken of verpleegkundigen de coördinatie van het zorgproces gaan voeren.

Er is op managementniveau besloten om over te gaan naar een ander ECD in 2019. Hier is in 2018 een PRI op gehouden om als 0-meting te dienen om te komen tot een eisen overzicht en om (mogelijke) risico's in het huidige systeem in kaart te brengen en zo mogelijk op te lossen.

### 3.4.2 Prikaccidenten

Het document “Prikaccidenten” is gebruikt voor de uitvoering van de interne audit.

De audit is door de auditor uitgevoerd met twee collega's, een uit de intramurale- en een uit de extramurale zorg.

Medewerkers waren op de hoogte van dit document, maar over de inhoud was er verschil van kennis aanwezig. Men kon wel aangeven wat de te volgen stappen waren, indien een prikaccident zich voordoet. De risico's voor zichzelf, cliënt en organisatie kon niet altijd goed benoemd worden. Het protocol is geëvalueerd en aangepast aan de laatste richtlijnen. Deze zal samen met de andere nieuwe hygiëne- en infectiepreventieprotocollen in januari 2019 geïmplementeerd worden via intranet en teamoverleg.

### Conclusies en aanbevelingen

- Omdat prikaccidenten niet heel vaak voorkomen is het goed om deze en gerelateerde documenten vaker door leidinggevenden/ambassadeurs te laten bespreken en onder de aandacht te brengen in het team om de kennis hierover levend te houden.
- Protocol naar aandachtsvelder hygiëne- en infectiepreventie voor evaluatie en zo nodig een update.

### 3.4.3 Dagverzorging

Er is een audit uitgevoerd op het hele proces van dagverzorging, door een auditor samen met een vaste medewerker van de dagverzorging.

De volgende documenten zijn gebruikt voor de audit:

- Protocol Interne audit
- Dagverzorging 1-1.2
- Protocol Medicatie dagverzorging 1-4.3
- Procesbeschrijving dagbesteding

#### Conclusie:

De huidige werkwijze komt niet helemaal overeen met de beschrijving in de bovengenoemde documenten. De procesbeschrijving dagbesteding komt nog het meest overeen met de huidige manier van werken, al worden ook in de praktijk enkele stappen van het proces overgeslagen.

Aanpassing is nodig van proces, maar ook van documenten om aan de veranderende (individuele) zorgvraag van alle cliënten te kunnen voldoen.

Naar aanleiding van de audit wordt het volgende advies gegeven:

- Evalueren en aanpassen beleid/proces en werkinstructie op huidige WMO/PGB/eigen kosten situatie;
- Evalueren en aanpassen beleid/proces en werkinstructie op beschikking laag/middel/hoog;
- Iedere cliënt beschikt over een individueel activiteiten/ondersteuningsplan. Hierop wordt gerapporteerd en (2x per jaar geëvalueerd). Hoe de evaluatie plaatsvindt nader af te stemmen;
- Medewerkers goed inwerken op proces, cliëntgericht werken (persoonlijk plan), werken met ECD en evaluatiemomenten.

De adviezen worden momenteel uitgewerkt aan de hand van een plan van aanpak.

### 3.4.4 Vrijheidsbeperkende interventies

Vervolgaudit op 2017 om te zien of de acties voortkomend uit de vorige audit merkbaar zijn. Deze keer is de audit organisatie breed uitgevoerd.

#### Bevindingen:

Er wordt aangegeven dat men werkt volgens het stappenplan in het protocol. Het onderwerp merkbaar meer onder de aandacht van de medewerkers. Ook de "80 alternatieven" van Vilans worden regelmatig gebruikt. In de meeste dossiers van cliënten waarbij VBM wordt toegepast staat het ook in het ECD vermeld. Het blijkt echter (door vergelijking protocol en gesprekken en inzage in het ECD) dat er regelmatig verschillende stappen worden overgeslagen, vooral als het over de besluitvorming en het werken met een afbouwschema gaat. Eenduidigheid ontbreekt in het hoe en waar vastleggen van de ondernomen stappen



en evaluaties. Bij (onverwachte) navraag bij enkele (nieuwe) medewerkers van de afdeling, bleek dat er nog veel onwetendheid is bij hen over VBM, met name wat er allemaal onder valt en over het te volgen proces.

Advies:

- Verpleegkundige aandachtsvelder VBM (organisatiebreed) en ambassadeurs (per afdeling) aanwijzen en de adviezen opvolgen in het plan van aanpak.
- Er dient scholing plaats te vinden op het gebied van VBM, dit wordt opgenomen in het scholingsplan 2019.
- Beleid en protocol moeten uitgebreid c.q. aangepast worden aan de onduidelijkheden die naar voren gekomen zijn.
- Er dient met alle medewerkers gecommuniceerd te worden over hoe en waar het VBM-proces dient te worden vastgelegd. Hier is nog onduidelijkheid over, omdat de evaluatie op verschillende plaatsen in het ECD kan worden vastgelegd (dit wordt ook meegenomen in het programma van eisen nieuw ECD).
- Er dient met alle betrokkenen (zie cirkel van besluitvorming) gesproken te worden over verantwoordelijkheden in het proces.
- Er zijn in korte tijd veel nieuwe medewerkers bijgekomen. In 2019 zal gestart worden met introductiebijeenkomsten voor nieuwe medewerkers.

### Oordeel directie

De directie is tevreden over de interne audits, die worden aangestuurd door de kwaliteitsadviseur en auditoren. Inhoudelijk hebben de interne audits veel informatie opgeleverd, in gesprekken, tijdens rondgangen, maar ook door het rapporteren over de uitkomsten.

Er ontstaat steeds meer zicht op informatie tussen de afdelingen en de ingezette verbeteracties. Kritische kanttekening is de opvolging en communicatie van de uitkomsten binnen de teams.

### 3.5 Controle zorgleefplannen (AO/IC-controle)

Talma Urk voert periodiek een controle uit waarbij betrouwbaarheid van de cliëntdossiers en een juiste declaratie wordt gecontroleerd. Dit doet Talma Urk door een risico-inventarisatie te doen. De hoogte van het risico bepaalt het aantal te controleren dossiers.

Voor 2018 is het risico als volgt ingeschat:

- a) Laag, controle 25% WLZ-cliënten zonder behandeling
- b) Laag, controle 25% WMO zorg
- c) Midden, controle 33% WLZ-cliënten met behandeling, VPT en 1<sup>e</sup> lijn
- d) Hoog, controle 50% ZVW-cliënten

Het uiteindelijke doel is om over het jaar 25% tot 50% van het aantal cliënten binnen Talma Urk gecontroleerd te hebben. Uitgangspunt bij de controle is dat iedere cliënt maar één keer gecontroleerd mag worden.

De controle richt zich op:

- Aanwezigheid van een geldige indicatie,
- Een actueel zorgleefplan,
- Feitelijke zorglevering door een check op aanwezigheid MDO-verslag, dagrapportage of contactmomenten behandelaars.

Daarnaast wordt gekeken of de geleverde zorg binnen de gestelde indicatie past.

Op basis van de gecontroleerde dossiers zijn de volgende aanbevelingen gedaan;

- 1) Op moment van controle was een getekend zorgplan nog verplicht. Het advies betrof om de controle van een actueel en getekend zorgleefplan te beleggen bij één punt, bijvoorbeeld de cliëntadministratie.
- 2) Archiveer die dossieritems welke bij cliënten achterhaald zijn,
- 3) Controleer of huidige procedure beschrijvingen nog een vertaling zijn van het kwaliteitskader en pas indien nodig deze procedures versneld aan,
- 4) Herijk de reistijd per looproute van team 1 door nader onderzoek te doen of de afwijking van 50% per route structureel is en pas vervolgens de reistijd in de looproutes aan
- 5) Leg nog duidelijker vast of er voor alle soorten zorg een zorgleefplan (of onder een andere naam) getekend en in het ECD als document moet worden vastgelegd,
- 6) Beleg het actueel houden van het cliëntdossier bij een enkele persoon of afdeling en laat dit structureel uitvoeren.

### **Oordeel directie**

De directie kan zich vinden in de uitkomsten in het AO/IC-proces en zal de aanbevelingen opvolgen.

Op grond van de uitkomsten van het proces is door de accountant een goedkeurende verklaring verstrekt. De administratieve verslaglegging is voor medewerkers in de zorg een sluitstuk van het werk. Daarom blijft continue begeleiding, bijsturing en kennis verspreiden over het nut en de noodzaak van het accuraat bijhouden van de zorgleefplannen noodzakelijk.

Blijvende aandacht voor het rapporteren op doelen in het zorgleefplan, de PDCA-cyclus is noodzakelijk. Tevens realiseert de directie dat het huidige ECD ontoereikend is en is de opmars naar een nieuw ECD hoog geprioriteerd in 2019.

## **3.6 Prospectieve risico-inventarisatie (PRI)**

In 2018 zijn op de volgende onderwerpen PRI's uitgevoerd:

1. Hygiëne – en infectiepreventie
2. Elektronisch Cliënten Dossier (ECD)

### **3.6.1 Hygiëne -en infectiepreventie**

Vanwege veranderende richtlijnen en meer striktere wet- en regelgeving en tevens de noodzaak om de organisatie klaar te maken voor de toekomst op het gebied van hygiëne- en infectiepreventie, is het belangrijk voor Talma Urk om hier actief mee aan de slag te gaan.

Met de komst van een nieuwe medewerker, die op dit onderwerp is afgestudeerd, wordt dit project aangepakt.

Een onderdeel van dit project was het uitvoeren van een PRI op het huidige proces van hygiëne- en infectiepreventie.

Op hoofdlijnen kwamen vanuit de PRI de volgende punten naar voren:

- Gebruik van standaard richtlijnen, onvoldoende passend bij Talma Urk
- Onvoldoende (parate) kennis van de medewerkers
- Onvoldoende deskundigheid in de hygiëne- en infectiepreventie commissie
- Ontbreken van risico-inventarisatie op BRMO en MRSA
- Ontbreken van overleg SO en RvB.

De uitgebreide resultaten zijn te lezen in bijlage 1. Vanuit deze resultaten is een plan van aanpak gemaakt. In Q1 2018 is door het IGJ een inspectie gehouden op hygiëne- en infectiepreventie. De punten die hierin naar voren kwamen waren ook al vanuit de PRI bekend en zijn verwerkt in het plan van aanpak.

In 2018 is de HIP-commissie iedere maand bij elkaar gekomen om de punten vanuit de audit en vanuit de inspectie op te lossen. Medio 2019 zal er een audit en evaluatie plaatsvinden op het afgelopen jaar.

### 3.6.2 Elektronisch Cliënten Dossier (ECD)

Op dit moment gebruikt Zorgcentrum Talma Urk het ECD ResidentWeb van TTS. De doorontwikkeling van ResidentWeb vindt niet meer plaats. Talma Urk ondervindt hier hinder van. In 2019 zal het project "Nieuw ECD" starten ter verbetering van cliëntprocessen en de verantwoording van de productie.

Er is besloten om een PRI op het ECD uit te voeren om twee redenen:

- a. komen tot een pakket van eisen voor een nieuw aan te schaffen systeem
- b. in kaart brengen van risico's en problemen in het huidige systeem die we, totdat er een ander systeem is, nog kunnen oppakken en verbeteren.

Er is een overzicht ontstaan van punten en toepassingen die nodig zijn om de cliënt-, verantwoordings- en registratieprocessen te verbeteren, de PDCA-cyclus te borgen en beter te kunnen sturen op managementinformatie en basisveiligheid. Dit overzicht is naar het MT gestuurd.

Ook komen enkele punten naar voren die in het huidige systeem nog opgepakt kunnen worden ter verbetering van de processen en het gebruik van het ECD. Deze gaan voornamelijk over:

- Maandelijks controle op inzet arrangement door cliënt administratie (overschrijding of onvoldoende inzet);
- Afgeschermdere omgeving creëren voor cliënt adviseur en coördinerend verpleegkundige om cliënten vast te leggen die nog niet in zorg zijn;
- ECD openzetten voor medewerkers/EVV wanneer opnamedatum bekend is zodat deze zo vroeg mogelijk te vullen is;
- Aanstellen aanspreekpunten per afdeling voor controle en gebruik van het ECD.

#### **Oordeel directie**

De kwaliteitsslag is merkbaar in de uitkomsten van de PRI's. Het huidige ECD biedt geen mogelijkheden om het totale verpleegkundige proces goed in kaart te brengen. Er is geen mogelijkheid om volgens Omaha richtlijnen te indiceren en er zijn geen bruikbare instrumenten om te sturen op eigen regie van de cliënt. Ook een bruikbare mantelzorgscan en een netwerkanalyse, ontbreekt in het huidige systeem. Bovendien mist het huidige ECD de mogelijkheid voor een verantwoord risicomangement omdat het geen bruikbare informatie levert.

### 3.7 Jaarverslag aandachtsvelders

Iedere aandachtsvelder heeft voor het aandachtsgebied een jaarverslag gemaakt. Het jaarverslag bevat de belangrijkste acties, evaluaties en een blik op 2019 voor het desbetreffende aandachtsgebied.

#### 3.7.1 Jaarverslag Hygiëne en Infectiepreventie

##### **Evaluatie 2018**

Handhygiëne Ter verbetering van de handhygiëne zijn op alle cliënten kamers en in alle toiletten handalcoholdispensers opgehangen. Ook in de overige ruimten zoals de zusterposten, wasserij, personeelsruimten, spoelruimten en artsenkamer zijn dispensers gemonteerd. Voor het personeel van de thuiszorg zijn mini flacons handalcohol ter beschikking gesteld. Nu kunnen alle medewerkers makkelijker aan de "5 momenten van handhygiëne" voldoen.

Scholing Izore Infectieziekten diagnostiek De hygiëne en infectiepreventie ambassadeurs hebben een scholing infectieziekte diagnostiek gevolgd. Juiste manier van het afnemen, opslaan en opsturen van monsters, het invullen van labformulieren en het verzenden en transport van de kweken stond centraal.

Punt Prevalentie Onderzoek (PPO). Onder de cliënten met behandeling is het landelijke Punt prevalentie onderzoek uitgevoerd. Het doel van dit onderzoek is het achterhalen hoe vaak dragerschap van BRMO voorkomt in verpleeghuizen, op landelijk en regionaal niveau. Door middel van dit onderzoek krijgen we inzicht in de actuele situatie. Het PPO is een opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en wordt gecoördineerd door het RIVM. Uit het onderzoek is gebleken dat een aantal cliënten een BRMO hebben, en dat zij dit van elkaar hebben. Voorkomen van verspreiding en een betere basis hygiëne is dus heel belangrijk en moet in 2019 nog meer aandacht krijgen.

Congres 'Aanpak antibiotica resistentie in de ouderenzorg' De HIP-commissie heeft het congres Aanpak antibiotica resistentie in de ouderenzorg bezocht. Hier is veel nieuwe kennis opgedaan. De aanspreekcultuur en "voorkomen is beter dan genezen" stonden hier centraal.

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd is in januari langs geweest op afdeling 2 van Talma Haven. Talma Urk ontving een rapport met punten waaraan op afdeling 2 (grotendeels) niet aan voldaan werd. Naar aanleiding van dit rapport is een plan van aanpak geschreven. Het plan van aanpak bestaat uit 3 onderdelen: 1. Uitvoering. 2. Regie Zorg. 3. Bestuur. Het plan van aanpak is op een aantal punten na helemaal geïmplementeerd in 2018.

Samenwerking Zorggroep Oude en Nieuwe Land Dit jaar zijn we als HIP-commissie samen gaan werken met de HIP-commissie van ZONL.

Griepvrij Alle medewerkers hebben in oktober een gratis griepvrij aangeboden gekregen. De opkomst was zeer laag.

Hygiëne en Infectiepreventiebeleid Het hygiëne en infectiepreventiebeleid is opgesteld. De specialist ouderengeneeskunde en de bestuurder hebben dit beleid afgestemd en vastgelegd.

## **Conclusie**

In 2018 zijn er vele ontwikkelingen op het gebied van hygiëne en infectiepreventie doorgevoerd. Het is noodzakelijk, dat medewerkers bewust gemaakt worden van het belang van hygiëne, infectiepreventie en antibioticaresistentie in de dagelijkse praktijk.

## **Doelstelling 2019**

Alle hygiëne en infectiepreventie protocollen/werkwijzen zijn opgesteld. Het voornaamste doel voor in 2019 is dat alle medewerkers deze protocollen kunnen vinden en deze gebruiken als dit nodig is.

Audit: ook in 2019 willen wij weer een audit uit gaan voeren. Dit willen we gaan doen als implementatie van de protocollen is voldaan. De audit kunnen de ambassadeurs zelf uitvoeren bij elkaar op de afdeling. De audit zou echter een beter beeld geven van de actuele situatie als deze door een externe deskundige wordt uitgevoerd. We gaan kijken of het mogelijk is een ziekenhuishygiënist de audit uit te laten voeren.

Naast dat het belangrijk is dat medewerkers bewust omgaan met hygiëne is het ook belangrijk dat de cliënten weten op welke manier zij bijdragen aan een hygiënische omgeving. Bijvoorbeeld: cliënten stimuleren handen te wassen na toiletgang en voor het eten.

Er is een duidelijk beleid over hoe er binnen Talma Urk wordt omgegaan met po's, urinalen en pospoeler.

Het antibioticabeleid wordt vastgelegd en afgestemd met huisartsen, SO en bestuurder.

Het is belangrijk dat in 2019 alle medewerkers op de hoogte zijn hoe steriele materialen opgeslagen dienen te worden, en dat dit ook daadwerkelijk gebeurt. Hierin willen we onderscheid maken in de afdelingsvoorraad en de steriele box op de cliënten kamers.

In 2019 willen wij een duidelijk beleid rondom hepatitis B vaccinatie. Momenteel is het niet inzichtelijk wie er wel en wie niet tegen hepatitis B is gevaccineerd.

### 3.7.2 Jaarverslag Mondzorg

#### Evaluatie 2018

Elk kwartaal was er een overleg met de mondzorg ambassadeurs van Talma Urk, hierin werden de nieuwste ontwikkelingen in het beleid en protocol van mondzorg besproken en was er aandacht voor de evaluatie van de uitvoering van mondzorg op de afdelingen.

- Halfjaarlijks afgesproken met Pro-da om zo de nieuwste ontwikkelingen en eventuele knelpunten te evalueren.
- Nieuw beleid
- opgesteld, volgens de laatste richtlijnen van Verenso en Vilans.
- Nieuw werkvoorschrift gemaakt, zodat elke medewerker van de afdeling goed op de hoogte is.
- Eventuele knelpunten omtrent mondzorg besproken tijdens teamoverleg.
- Beleid en werkvoorschrift is in teamoverleg op alle afdelingen toegelicht.
- Informatie is verspreid naar families van cliënten over de tandzorg aan huis.
- Binnen de organisatie is voorlichting voor familie en bewoners gehouden.
- Informatie omtrent mondzorg voor de collega's op intranet gezet.

#### Aandachtspunten en plannen voor 2019:

- Bij BMRO ook Pro-da inlichten i.v.m. Eventuele besmetting.
- Meerdere ambassadeurs aantrekken.
- Scholing mondzorg

#### Doel:

- Alle medewerkers bijscholen op het gebied van mondzorg.

### 3.7.3 Jaarverslag Wondzorg en Decubitus

In 2018 is een start gemaakt met het structureel wondoverleg, dit vindt maandelijks plaats.

De aandachtsvelders en de ambassadeurs van alle afdelingen nemen deel aan dit overleg. Er is een taakverdeling gemaakt, zodat alle deelnemers van het wondoverleg weten wat er van hun wordt verwacht. Indien nodig maakt de aandachtsvelder/ambassadeur, foto's van de wond na toestemming van de cliënt. Deze foto's worden opgeslagen in het ECD. Wondbespreking vindt dan plaats naar aanleiding van de foto's en de input van de ambassadeur.

In april is middels een pilot, een start gemaakt met het gebruik van het classificatiemodel TIME. De aandachtsvelders en ambassadeur zijn begonnen met het classificeren van alle wonden via dit model. In de praktijk is gebleken dat het classificeren van de wonden de kwaliteit van de wondzorg verhoogd. Dit komt met name doordat het de communicatie met de huisartsen en specialisten verbetert en doordat de continuïteit van het wondzorgproces is gewaarborgd.

Aan de hand van het projectplan wondzorg is er een nieuwe werkwijze voor wondzorg opgesteld. Deze werkwijze is gebaseerd op de landelijke richtlijn voor wondzorg en de landelijke richtlijn Decubituspreventie en behandeling. Verder is ook gebruik gemaakt van de protocollen van Vilans.

In deze nieuwe werkwijze wordt verwezen naar het TIME-model om de wond te classificeren.

Tijdens de BIG-scholing is het gebruik van dit TIME-model toegelicht en is de officiële kick-off geweest van

het gebruik van dit model. Deze BIG-scholing is ook gebruikt om de kennis rondom Decubitus te toetsen en te verhogen.

Tijdens het wondoverleg is aandacht geweest over het ontstaan en de locatie van Decubitus. Ook worden de risico signaleringen tijdig afgenomen en geëvalueerd.

De nodige interventies zijn genomen waaronder:

- Risicosignalering afnemen en evalueren, bij anamnese en twee keer per jaar tijdens de zorgleefplan bespreking.
- Hulpmiddelen inzetten zoals, AD-matras/zitkussen, aangepast schoeisel, glijzeil, innocare systeem, hielwiggen, beschermende crème en druk verlagende verbandmaterialen.
- Het inschakelen van andere disciplines zoals een diëtist, logopedist, verpleeghuisarts, huisarts, specialist, fysiotherapeut en ergotherapeut om decubitus te voorkomen en te behandelen.
- Het elektronisch cliënten dossier wordt gebruikt om doelen te formuleren in het zorgleefplan met betrekking tot decubitus behandeling en preventie. Hierdoor wordt er gerapporteerd en geëvalueerd en is de zorg rondom decubitus gecontinueerd en gewaarborgd. Ook worden hier foto's opgeslagen die gebruikt worden bij het monitoren van de wondzorg.
- Het gebruik van het TIME-classificatiemodel en de protocollen van Vilans. Dit is samengevat in een nieuwe werkwijze voor wondzorg die ook decubitus wordt toegepast.
- Projectplan wondzorg, waarbij aandachtsvelders en ambassadeurs zijn benoemd en waarbij maandelijkse casuïstiek bespreking plaatsvindt tijdens het wondoverleg.
- Het onderwerp decubitus komt structureel terug in het BIG-scholingsprogramma. In 2018 is er een BIG-scholing geweest voor verpleegkundigen/verzorgenden/helpenden over Decubitus. De duur van de wondgenezing van decubitus is heel kort. Dit komt naar voren in het wondoverleg. Door het toepassen van de juiste interventies treedt meestal na vier weken al een duidelijke verbetering op.
- Het volgen van een jaarlijkse training/cursus door de aandachtsvelders wondzorg.

### **Plannen 2019**

- Professionalisering wondoverleg
- Voor het wondoverleg wordt een standaard ontwikkeld zodat iedere wond op dezelfde manier wordt besproken en een vaste structuur ontstaat. Hiervoor willen we gebruik maken van het ALTIS-model. Dit model wordt gebruikt om een goede wondanamnese te kunnen doen met betrekking tot de voorgeschiedenis en relevante omstandigheden van de ziekte of aandoening.
- BIG-scholing decubitus niveau 2 en 3
- Evaluatie TIME-model
- Scholing aandachtsvelders
- Scholing ambassadeurs wondzorg
- Project kennisoverdracht

### 3.7.4 Jaarverslag Ouderenmishandeling

Het aandachtsgebied Ouderenmishandeling is sinds oktober 2013 geïmplementeerd in de organisatie. Er is een reader (naslagwerk) op alle afdelingen aanwezig en het protocol ouderenmishandeling met de aangepaste meldcode is te vinden op de Y-schijf onder tab 'protocollen' hoofdstuk 2 'Wetten en regelingen' paragraaf 1.4 'Meldcode ouderenmishandeling'.

De Meldcode is aangepast volgens de landelijke richtlijnen. Per 1 januari 2019 is het verplicht om de aanscherping van de meldcode met het afwegingskader te hanteren.

- Aantal meldingen 2018: 1 melding en hier zijn gesprekken over geweest. Situatie is onder controle.
- Daarnaast is er twee keer overleg geweest over twee verschillende situaties met de cliëntadviseur.
- Overleggen hebben plaatsgevonden met de ambassadeurs.
- Extra ambassadeur is ingezet op de Dagverzorging, totaal vier ambassadeurs op de afdelingen.
- Congresdag is bezocht door aandachtsvelder.
- LVAK, landelijke dag voor aandachtsfunctionarissen is bezocht.
- Informatie is op intranet geplaatst.
- Teamoverleggen: elk teamoverleg staat ouderenmishandeling op de agenda, de ambassadeurs houden zo het onderwerp levendig op de afdelingen en vragen hun collega's alert te blijven.
- Er is samenwerking met Anneke Spin, AFO ouderenmishandeling ZONL.

#### Plannen voor 2019

- Op 22 januari 2019 is er een scholingsavond voor alle nieuwe medewerkers (in dienst afgelopen 1 ½ jaar) en de leerlingen. Maximale groepsgrootte is 25 personen. Zo nodig wordt er een extra avond belegd.
- Ouderenmishandeling onder de aandacht houden d.m.v. informatieve stukjes op Intranet.
- Op 15 juni 2019 is de internationale dag tegen ouderenmishandeling. Op deze dag zal er extra aandacht aan Ouderenmishandeling worden gegeven. Plan wordt uitgewerkt.
- Overleggen met ambassadeurs 3-4x per jaar. Ambassadeurs houden het onderwerp ouderenmishandeling levendig op de afdelingen.

### 3.7.5 Jaarverslag Welzijnsactiviteiten

Op beide locatie worden er dagelijks activiteiten aangeboden aan de cliënten die intern wonen, dagbesteding en ouderen die wonen in een VPT-woning. Ouderen van Urk die een "Mit Eenkanger" lidmaatschap hebben kunnen doormiddel van een strippenkaart ook deelnemen aan de activiteiten die Talma Urk biedt.

Activiteiten die maandelijks/wekelijks worden aangeboden zijn in Talma Haven en 't Dok:

- Weekopening
- Bewegen
- Zingen
- Film
- Creatieve activiteiten
- Handverzorging
- Talma koor
- Bingo
- Aangepast bewegen
- Bloemschikken
- Individuele activiteiten door persoonlijk vrijwilliger zoals bezoek brengen, fietsen met duofiets en fietslabyrint.
- Thema activiteiten per seizoen

- Thema-activiteiten
- Urkermiddag
- Avondbingo
- Zomer en wintermarkt
- Houtbewerking
- Biljarten
- Spelletjes ochtend
- Kooroptredens (maandelijks)
- Jaarlijks bewonersvakantie
- Care en culture op beide locaties
- Themabuffetten
- Dagtochten
- Ontbijtproject
- Digitale inloop
- Modeshows

De maandelijkse activiteiten worden door middel van een activiteitenrooster verspreid en ondersteund door pr-activiteiten zoals sociaal media en de plaatselijke krant.

Het aantal deelnemers voor grote activiteiten ligt tussen de 20 en 40 personen (Talma Koor, handverzorging, bloemschikken, bingo, bewegen, film, kooroptredens).

Het aantal deelnemers voor de kleine activiteiten ligt tussen de 5 en 15 personen (houtbewerking, handverzorging, creatieve activiteiten)

In 2018 zijn 2075 Mit Eenkanger strippen afgestempeld voor de activiteiten.

Activiteiten worden zowel op groepsniveau als persoonsgericht aangeboden.

#### **Hoogtepunt van het jaar:**

- Aanschaf van een Rolstoelbus
- Muzikale presentatie C&C-koor in zalencentrum Irene en Nationale Opera Amsterdam
- Pitch realisatie belevenistuin en wijkplein
- Expositie “bewoner in beeld” door Alberte Jonkers
- NL doet (binnentuin van Ankerlicht upgraden)

#### **Aanbieden naar mogelijkheden:**

Ondanks dat er meer praktische hulpvraag is als voorheen, proberen wij ieder naar eigen kunnen zo goed als het kan te laten functioneren in de welzijnsactiviteiten. Er is gelukkig genoeg diversiteit aan mogelijkheden, maar zeker ook wel meer beperkingen in de groep. De gekozen aanpak is mede daardoor niet altijd makkelijk maar door met elkaar in gesprek te gaan komen we samen tot een oplossing. De activiteiten worden dagelijks ondersteund door vrijwilligers van Caritas Urk.

Afgelopen jaar is de nieuwe welzijn box geïntroduceerd op de KSW groepen, dit is een box met welzijnsactiviteiten die zorgprofessionals ondersteuning biedt om welzijnsactiviteiten aan te bieden gerelateerd aan de seizoenen van het jaar.

#### **Locatie Talma en Dok:**

Het open karakter en toegankelijkheid van het gebouw en ruimte zijn wenselijk ingericht voor de diverse activiteiten.

Helaas zal de ruimte van de houtbewerking verplaats worden in 2019 i.v.m. de verbouwing.

De ruimte voor de houtbewerking is zeer prettig voor de groep, kasten en opbergmogelijkheden blijven een wens.



## Plannen 2019

- Koffiecorner moet meer body krijgen.
- De opbouw van het koor en daarmee Muzikale Ontmoeting 2019 verbreden en persoonsgerichter inzetten.
- Aanleg Belevenis tuin en ontmoeting plein.
- 2019 start rolstoelvervoer dagbesteding door Talma Urk.

## Oordeel directie

Het inzetten van aandachtsvelders en ambassadeurs vergroot de kennis over de specifieke aandachtsgebieden onder de medewerkers.

### 3.8 Inspectiebezoek Hygiëne en Infectiepreventie

De inspectie heeft op 23 januari 2018 een aangekondigd toezicht bezoek infectiepreventie en antibioticabeleid gebracht aan Talma Urk (Afdeling 2 Talma Haven).

Om te beoordelen of Talma Haven voldoet aan wet- en regelgeving en veldnormen op het gebied van infectiepreventie en antibioticabeleid gebruikt het IGJ een toetsingskader. Het toetsingskader is verdeeld in drie thema's:

**1. Uitvoering:** Medewerkers werken volgens de infectiepreventie richtlijnen, waardoor de cliënt geen onnodig risico loopt een infectie op te lopen. De inspectie kijkt naar de praktische uitvoering van de infectiepreventie richtlijnen binnen de instelling.

**2. Regie zorg:** De specialist ouderengeneeskunde (SO) stuurt effectief op infectiepreventie en neemt zijn verantwoordelijkheid om onnodige toename van antibioticaresistentie te beperken.

**3. Bestuur:** De bestuurder neemt zijn verantwoordelijkheid op het gebied van infectie-preventiebeleid en faciliteert en stimuleert de juiste uitvoering hiervan in de organisatie.

Om tot een oordeel van de bovenstaande thema's te komen heeft de inspectie een rondgang gemaakt door de locatie. Er zijn twee kleinschalige woongroepen en één huiskamer bezocht op afdeling 2. Tijdens de rondgang is er gesproken met de teamleider en een verpleegkundige van de afdeling. Ook is de inspectie met de bestuurder en specialist ouderengeneeskunde in gesprek geweest.

#### Resultaten van thema uitvoering:

1.1.1 Medewerkers passen handhygiëne toe volgens de richtlijn: voldoet

1.1.1.1 Medewerkers dragen kleding volgens de richtlijn: voldoet (wel met kanttekening: er moet beleid komen hoe om te gaan met werkkleding)

1.1.2 Medewerkers stimuleren en ondersteunen de cliënt handhygiëne toe te passen: voldoet

1.1.2.1 Medewerkers weten persoonlijke beschermingsmiddelen toe te passen volgens de richtlijn: voldoet grotendeels niet

1.1.3 Medewerkers reinigen en desinfecteren volgens de richtlijn: voldoet grotendeels niet

1.1.4 Beheer medische hulpmiddelen is volgens de richtlijn: voldoet grotendeels niet

#### Resultaten van thema regie zorg:

2.1.1 De SO is op de hoogte van de status bij overdracht en opname van de cliënt en handelt hiernaar: voldoet grotendeels niet

2.1.2. De SO ondersteunt andere disciplines bij en adviseert en instrueert hen over de uitvoering van infectiepreventie richtlijnen: voldoet grotendeels niet

2.2.1 De SO heeft een antibioticabeleid opgesteld voor de instelling: voldoet

2.2.2 De SO draagt zorg voor de uitvoering van het antibioticabeleid: voldoet grotendeels

**Resultaten van thema bestuur:**

- 3.1.1 Het bestuur zorgt dat is voldaan aan de inrichtingseisen van het gebouw, die noodzakelijk zijn voor infectiepreventie: voldoet
- 3.1.2 Het bestuur zorgt voor de hulpmiddelen die noodzakelijk zijn voor infectiepreventie en die voldoen aan de specifieke eisen van de richtlijnen infectiepreventie: voldoet grotendeels
- 3.2.1. Het bestuur heeft aantoonbaar bestaande wet- en regelgeving op het gebied van infectiepreventie geïmplementeerd en is op de hoogte van relevante ontwikkelingen op het gebied van antibiotica resistentie: voldoet grotendeels niet
- 3.3.1 Het bestuur zorgt voor deskundigheid op het gebied van infectiepreventie: voldoet niet
- 3.3.2 Het bestuur weet waar de risico's op het gebied van infectiepreventie zich bevinden en handelt daarnaar: voldoet grotendeels niet
- 3.3.3 Het bestuur creëert een veilig klimaat voor de medewerkers om elkaar aan te spreken over het naleven van de richtlijnen infectiepreventie: voldoet grotendeels

Naar aanleiding van deze resultaten is een plan van aanpak geschreven waaruit blijkt hoe voldaan gaat worden aan de bovenstaande punten die (grotendeels) niet voldoen. Het plan van aanpak heeft de inspectie als goed beoordeeld. De hygiëne en infectiepreventie commissie heeft het plan van aanpak gedurende 2018 in de praktijk gebracht.

**Oordeel directie**

De inspectie heeft het plan van aanpak goedgekeurd en gaf een compliment over de wijze van aanpak. In 2018 heeft de opvolging van de aandachtspunten plaatsgevonden. Wederom ziet de directie een verbetering van de kwaliteit van zorg op Hygiëne en infectiepreventie, dat wordt uitgerold in de organisatie maar ook bij ketenpartners, zoals huisartsen en andere zorgorganisaties.

## 4 Personeel

In het kwaliteitskader is speciaal aandacht voor de personeelssamenstelling. “Verpleeghuiszorg is mensenwerk en zonder voldoende, bevoegd en bekwaam personeel kan er geen kwalitatief verantwoorde verpleeghuiszorg worden geleverd” (Kwaliteitskader, p.7). Talma Urk neemt deel aan de pilot Verantwoorde personeelssamenstelling. Het doel is dat er tools worden ontwikkeld voor het ondersteunen en stimuleren van de dialoog over verantwoorde personeelssamenstelling. Talma Urk wordt hierbij ondersteund door Q-consult. Bij het vaststellen van de juiste personeelssamenstelling is het uitgangspunt dat die zorg werkelijk en verantwoord is gericht op de cliënt. Hierbij valt of staat voldoende medewerkers met het juiste opleidingsniveau, die samenwerken in teams met de beste competentiemix.

### 4.1 Analyse van het personeelsbestand

Het personeelsbestand per 31-12-2018 is al volgt samengesteld:

Functie	Aantal
Verpleegkundigen	22
Verzorgende IG	77
Helpenden	26
Huishouding en Voeding	40
Activiteitenbegeleiding	11
Directie/ Adviseurs en Administratie	14
Technische dienst	2
Leidinggevenden in de zorg	5
Leerlingen niveau 2	8
<b>Totaal</b>	<b>205</b>

Het totale personeelsbestand van Talma Urk is in 2018 gegroeid met 5,1%, van 195 naar 205.

Zes medewerkers namen afscheid; drie medewerkers vanwege pensioen en drie medewerkers omdat ze het werk lastig konden combineren met het gezin. Dat betekent een uitstroompercentage van 3%. We mochten 16 nieuwe medewerkers verwelkomen, een instroompercentage van 11%. De grootste groei zijn de functies verzorgenden en verpleegkundigen. Dit heeft naast de toename van de zorgzwaarte ook te maken met het opnieuw indelen van teams. Door de transitie naar zelforganisatie worden onze afdelingen ingedeeld in meerdere teams. Binnen elk team is minstens één verpleegkundige werkzaam. De overige groei is bij de overhead.

In november 2018 zijn zes verzorgenden geworven, die allen per 1-1-2019 starten.

Geheel tegen de landelijke cijfers in kent Talma Urk geen krapte. Alle vacatures die in 2018 zijn opengesteld, konden worden ingevuld met kwalitatief goede kandidaten. Dit biedt echter geen garantie voor de toekomst. Gezien de groei die we op middellange termijn door de uitbreiding van de Oslolaan verwachten, wordt nagedacht hoe we ook in de toekomst kunnen borgen dat er voldoende gekwalificeerd personeel is voor (de toenemende zorgzwaarte van) onze cliënten.

Dit doen we o.a. door de aantrekkelijkheid als werkgever al vroegtijdig te laten zien aan de jonge startende professional;

- Interne bedrijfsschool; In september 2018 startten acht leerlingen aan de opleiding Helpende door werken en leren te combineren binnen Talma Urk. In 2019 krijgt dit een vervolg waarbij een stap vooruit wordt gezet in het niveau van de opleiding (verzorgende) en het aantal deelnemers.
- Vakantiekrachten; Tijdens de gespreide zomervakantie van medewerkers wordt ruimte geboden aan studenten, om datgene wat ze hebben geleerd tijdens hun opleiding in de praktijk te brengen. Een win-win situatie. Afgelopen zomer waren maar liefst 23 studenten gedurende maximaal 6 weken werkzaam. De continuering van zorg en de diversiteit van niveaus kon worden gegarandeerd.
- Werken naast de studie; Naast het volgen van een studie biedt Talma Urk werk aan zes studenten met een oproepcontract.
- Stage; Verdeeld over 4 semesters biedt Talma Urk ruimte aan verschillende stagiairs van verschillende ROC's en Hogescholen. Talma Urk ziet het nut van het zijn van een lerende organisatie. Gemiddeld biedt Talma Urk per semester een plek aan 30 lerende studenten.

#### 4.2 Analyse van het verzuim 2018 (exclusief zwangerschap)

2015	2016	2017	2018
3,72 %	2,54 %	3,16 %	3,89 %

Opsplitsing verzuimcijfer 2018

Kort verzuim 0,61 %

Middellang verzuim 0,41 %

Lang verzuim 2,87 %

De ziekmeldfrequentie is 1,98.

Talma Urk kent ten opzichte van de branche (7,8% voortschrijdend jaar 2017-4 t/m 2018-3) een laag ziekte verzuimcijfer. De stijging in het verzuimpercentage is vooral te verklaren door langdurige ziekte van een aantal medewerkers. Eind 2018 is geconstateerd en besproken dat een aantal ziektemeldingen terug te leiden is, tot het niet juist inzetten van tiltechnieken en tilhulpmiddelen. Aandacht en opvolging hiervoor is geagendeerd in 2019. Daarbij wordt geïnvesteerd in het opfrissen van kennis.

De restcapaciteit van een zieke medewerker wordt zoveel mogelijk ingezet. Dat betekent dat medewerkers, waar het volgens het oordeel van de bedrijfsarts kan, worden ingezet voor taken, die minder belastend zijn en uitgevoerd kan worden. Dit geldt ook bij ziekte als gevolg van zwangerschap.

#### Oordeel directie

Ondanks de krapte in de markt ziet de directie op dit moment geen krapte binnen de personeelssamenstelling. Door het indienen van het kwaliteitsplan 2019 is een autonome groei van het aantal medewerkers in 2019. Door goede profilering wil Talma Urk een aantrekkelijke werkgever zijn.

### 4.3 Risico-Inventarisatie en Evaluatie (RIE)

In 2018 is opvolging gegeven aan verschillende adviezen vanuit de RIE (2017):

- Het opnieuw inrichten van de BHV-organisatie
- Het aanstellen van preventiemedewerkers
- Het onderzoeken van de eventuele inzet van ploegleiders

#### BHV

De herijking van BHV is projectmatig aangepakt.

In het voorjaar is geïnvesteerd in overzicht in het aantal BHV-ers binnen de organisatie. Van medewerkers die minimaal 18 uur werkzaam zijn en medewerkers die verantwoordelijke diensten draaien worden verwacht dat ze een BHV-opleiding volgen en hierop 2-jarlijks worden bijgeschoold. Door deze afspraak zijn er ruim 60 geschoolde medewerkers binnen Talma Urk.

#### Preventiemedewerkers

In 2018 is de rol van preventiemedewerker beschreven en in de dossiers van de medewerkers vastgelegd. Zes medewerkers hebben aangegeven deze rol op te willen pakken. De organisatie faciliteert in de uren die nodig zijn voor deze rol. Drie preventiemedewerkers zijn in 2018 geschoold, drie worden in 2019 geschoold.

#### Commissie Veiligheid, Gezondheid en Welzijn (VGW)

Onder voorzitterschap van een teamleider Zorg werd deze commissie in 2018 nieuw leven ingeblazen. De leden zijn de nieuwe preventiemedewerkers. Onderwerpen waarmee ze aan de slag zijn gegaan zijn: BHV, rondgang BHV voor nieuwe medewerkers, invulling rol van preventiemedewerker in de praktijk.

#### Ploegleiders

De eindverantwoordelijkheid voor BHV lag bij het Hoofd Technische Dienst. In de RIE is geconstateerd dat dit een kwetsbare situatie is. Dit heeft geresulteerd dat Teamleider zorg afdeling 1 eindverantwoordelijk is voor de BHV.

#### **Oordeel directie**

Door de projectmatige aanpak is de BHV opgepakt, zodat dit op een professionele wijze is geïntegreerd in Talma Urk.

### 4.4 Medewerker tevredenheidsonderzoek

In April en Mei 2018 is de 2-jarlijkse Medewerker Monitor gehouden onder alle medewerkers.

Vorige keren is ervoor gekozen om Talma Urk als geheel te benaderen. Echter vanwege de groei van het aantal medewerkers van Talma Urk is ervoor gekozen om nu (zoveel als mogelijk) per organisatorische eenheid de medewerkers te bevragen.

Op deze manier is er meer inzicht in de antwoorden per afdeling, zodat hier ook gericht op ingespeeld kan worden.

De respons was deze keer net over de 50%, net als bij het PSA onderzoek 2017. Er is via de mail, intranet en door de teamleiders gedurende de hele periode aandacht gevraagd voor het invullen van de vragenlijst.

Advies is om in 2019, samen met medewerkers, na te gaan denken of dit de juiste manier is om medewerkerstevredenheid in kaart te brengen.

Over het geheel scoort Talma Urk op alle fronten hoger dan het landelijk gemiddelde. Alleen de vraag over de tevredenheid met het rooster scoort iets lager.

Thema	Zorgcentrum Talma Haven n=103	Sector n=8.059
Tevredenheid (NPS)	25,2	-8,8
Mogelijkheid tot veranderen	6,7	5,6
Werkbeleving	7,9	7,2
Bevlogenheid (construct)	8,5	8,1

Afdelingen onderling laten verschillen zien in de onderwerpen waar men meer of minder tevreden over is. In het beleidsteam is de afspraak gemaakt, dat alle teamleiders per team de uitkomsten met de medewerkers bespreken en om samen te bepalen waar men als team aan de slag wil gaan. Hiervoor wordt onder meer intervisie en het project Zelforganisatie gebruikt.

#### Talma Haven afdeling 1

Uitkomsten van de medewerkerstevredenheid zijn ter kennisgeving meegenomen in het teamoverleg. Hier zijn verder geen vragen uit voortgekomen en dus ook geen acties op uitgezet. De teamleider afdeling 1 geeft aan dat de punten ook weer terugkomen in het project zelforganisatie.

#### Talma Haven afdeling 2

De uitkomsten van het onderzoek zijn besproken in het team. Waar medewerkers vooral tegenaan lopen en wat een punt van aandacht blijft is dat men niet tevreden is over het roosteren. Het huidige systeem is niet passend bij de nieuwe manier van werken. Medewerkers willen meer invloed op het rooster. Totdat het nieuwe systeem er is, wordt de planner meer betrokken bij het team. Zij neemt op verzoek deel aan het teamoverleg, zodat de lijnen korter zijn en er meer gericht overleg plaats kan vinden.

Medewerkers zijn ook nog wel onzeker over zelforganisatie. Wat doe je als team, wat zijn mijn verantwoordelijkheden. Het lijkt wel of hoe meer we loslaten hoe meer medewerkers behoefte aan regels hebben.

Het gaat met kleine stapjes. Belangrijk om te blijven werken aan bewustwording en draagvlak in de teams, idem dito voor de teamleider. Samen verantwoordelijk!

#### Talma het Dok

De uitkomsten van het onderzoek is besproken in het team.

#### Talma Thuiszorg

De deelname aan de medewerkerstevredenheid was iets meer dan de helft van de thuiszorgmedewerkers. Tijdens de teamvergaderingen zijn de uitkomsten besproken en hierin kwam naar voren dat het doel van deze meting niet volledig duidelijk was bij de medewerkers. Door deze bespreking en de uitleg werd het belang duidelijk van het meedoen aan deze meting.

## Oordeel directie

De respons van het MTO was iets meer dan 50%, de directie wil onderzoeken of het MTO het middel is om medewerkerstevredenheid te meten. Hoewel Talma Urk hoger scoorde dan het landelijk gemiddelde, is het plan van aanpak niet in ieder team opgevolgd en alleen ter kennisgeving gecommuniceerd.

## 4.5 Professioneel handelen

### *BIG scholing en vastleggen BIG registratie*

Voor verpleegkundigen is de registratie in het landelijke BIG register een functie-eis. Als aan de wettelijke eisen wordt voldaan worden de verpleegkundigen in gezet bij overstijgende werkzaamheden. Door de veranderende zorgvraag is het wenselijk dat er meer verpleegkundigen worden aangenomen. Door de krapte op de arbeidsmarkt en door eigen medewerkers de mogelijkheid te bieden om door te groeien beschikt Talma Urk over gemotiveerde verpleegkundigen die steeds duidelijker hun positie innemen in de hele organisatie. De verpleegkundigen vormen een gezamenlijk netwerk en worden organisatie breed ingezet.

### *Praktijktoetsen en e-learning*

Jaarlijks worden de verpleegtechnische handelingen die passen bij het opleidingsniveau van de zorgmedewerkers getoetst. Alle zorgmedewerkers worden getoetst volgens een cyclisch rooster voor de verpleegtechnische handelingen die met de behandelende huisartsen zijn afgesproken. Via e-learning wordt in een jaarlijks rooster medicijnkennis en kennis van ziektebeelden getoetst. Het aftoetsen wordt gedaan door de praktijkopleider, verpleegkundige en EVV'er die scholing en deskundigheid als aandachtsgebied hebben. Voor een objectieve toetsing wordt de praktijkopleider en verpleegkundigen door een externe verpleegkundige getoetst. Daarna volgt het train de trainer systeem. De protocollen van Actiz zijn leidend tijdens de toetsing.

Bij P&O is een overzicht aan te vragen van de bekwaamheid per medewerker. De praktijkopleider geeft aan de TC door welke medewerkers onbekwaam zijn na de toetsing. Medewerkers die langer dan 6 maanden een handeling niet hebben uitgevoerd zijn onbekwaam en zelfverantwoordelijk voor het behalen van de toetsing (bij onbetaald verlof of zwangerschapsverlof maakt P&O hierover afspraken die zijn vastgelegd in het personeelsdossier). Bij het laten verlopen van de vaardigheden heeft dat consequenties voor de functie die de medewerker uitoefent.

Resultaten worden door de administratief ondersteuner vermeld in een digitaal bestand, de resultaten worden per medewerker opgeslagen in het personeelsdossier.

Binnen Talma Urk is een meerjaren opleidingsplan 2016-2020 ontwikkeld dat het uitgangspunt is voor scholingen en trainingen. Door de sterk veranderende zorgvragen is het plan het uitgangspunt dat net als de zorg en de opleidingsmogelijkheden jaarlijks wordt besproken en aangepast aan de wensen en behoeftes van de afdelingen. Met name de koppeling tussen theorie (dat wat in de plannen beschreven staat) en de praktijk (zoals het op de werkvloer wordt uitgevoerd) vraagt aandacht en sturing van zowel leidinggevenden maar ook collega's zelf vervullen hierin een grote rol. In 2018 is een evaluatie gemaakt van het meerjarenplan, dat in 2019 wordt vertaald naar een meerjarenplan 2019-2021.

**Oordeel directie**

Gelet op de ontwikkelingen in de zorg, de transitie van verzorgingshuis naar verpleeghuiszorg is dit in 2018 gecontinueerd. De professionele houding van medewerkers is te herleiden in het leveren van kwaliteit van zorg en tevreden cliënten.

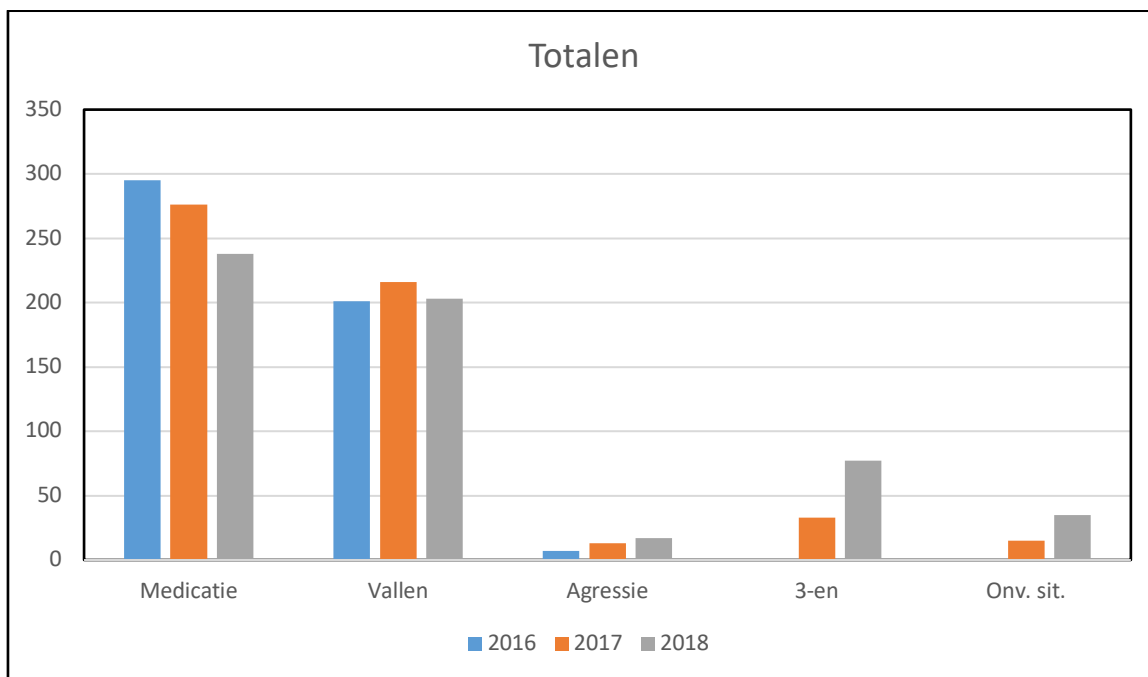


## 5 Veiligheid

### 5.1 Melding incidenten cliënten

Deze paragraaf bevat een globaal overzicht van de MIC-meldingen in 2018 binnen Talma Urk. De meerderheid van de MIC-meldingen had ook in 2018 wederom betrekking op medicatie en vallen.

### 5.2 Totalen en per afdeling



2018	Medicatie		Vallen		Derden		Onveilige sit		Agressie	
	Q1-2	Q3-4	Q1-2	Q3-4	Q1-2	Q3-4	Q1-2	Q3-4	Q1-2	Q3-4
TH afd. 1.1.	7	7	15	12	1	3	6	2	3	3
TH afd. 1.2.	33	11	26	9	14	10	3	4	2	
TH afd. 1.3.	3	17	4	12	7	4	1	2		
TH afd. 2.1.	2	5	4	3	4	1	6	5	5	1
TH afd. 2.2.	5	2	5	4	8	2				
TH afd 2.3.	2			7	6	3		3		
Talma Dok	43	39	40	22	10		1		1	
Talma Thuiszorg	29	33	11	29	4		2		2	
	124	114	105	98	54	23	19	16	13	4
Totaal 2018	238		203		77		35		17	
Totaal 2017	276		192		33		15		13	

Per afdeling

### 5.3 Evaluatie

Allereerst kan geconstateerd worden dat piek van de meldingen in Q1 en Q2 te zien waren. De meldingen in Q3 en Q4 zijn aanzienlijk gedaald zijn ten opzichte van Q1 en Q2. Het streven is om deze trend door te zetten in 2019.

#### 5.3.1 Medicatie

Ten opzichte van 2017 is in 2018 opnieuw een daling in het totaal aantal meldingen te zien. De meldingen in Q3 en Q4 waren lager dan de meldingen in Q1 en Q2.

##### Intramuraal:

- Er is een duidelijk onderscheid te zien tussen de “traditionele” afdelingen en de kleinschalige woongroepen. We kunnen concluderen dat kleinschalige woongroepen met vaste medewerkers duidelijk meewerken aan het terugdringen en voorkomen van medicatiefouten en meldingen. Medewerkers kennen de cliënt, het aantal cliënten is overzichtelijker. Kleinschalige groepen en kleinere teams zullen ook op de andere afdelingen worden doorgevoerd in 2019. Op afdeling1 zal het vorm krijgen door over te gaan op kleinschalige woongroepen en op Het Dok zal een splitsing in de teams gemaakt worden. Wat zeker ook meewerkt op de kleinschalige woongroepen is de inzet van de SO.
- Medimo is in gebruik genomen binnen de hele organisatie. Hierdoor zijn vooral meldingen m.b.t. medicatiewijzigingen, dubbelcheck en het aftekenen voorkomen.
- Kortere lijnen met apotheek en apotheker; er zijn duidelijke afspraken met de apotheker over de communicatie. De apotheker is nu ook aanwezig geweest bij iedere vergadering van de MIC-commissie. Hierdoor kunnen meldingen meteen geanalyseerd en oplossingen en afspraken worden gemaakt.

##### Extramuraal:

- De meldingen in de thuissituatie en de VPT-woningen geven een stabiel beeld weer. Hier moet echter opgemerkt worden dat er meldingen tussen zitten, die niet gemeld hadden hoeven worden, omdat de cliënt medicatie in eigen beheer heeft. Dit maakt dat de aantallen niet helemaal correct zijn. In 2019 zal een betere scheiding in de rapportage gemaakt moeten worden (wat wel en wat niet melden).
- Het Medimo systeem heeft voor wat problemen gezorgd door o.a. een slechte 4G verbinding. Hierdoor werd medicatie wel gegeven maar kon niet worden afgetekend in het systeem. Ook waren er wat onduidelijkheden over het doorvoeren van medicatiewijzigingen van arts naar apotheek waardoor de aftekenlijsten niet goed waren aangepast.

Voor de meldingen die nog wel voorkomen zijn er verschillende oorzaken aan te wijzen. De meest voorkomende zijn (na analyse van de meldingen en op aangeven van de commissieleden):

- Achteruitgang cliënten; de situatie van de cliënt veranderde waardoor op een gegeven moment het medicatiebeheer moest worden overgenomen. Belangrijk is om op dit punt alert te zijn en regelmatig een risico-inventarisatie te verrichten om preventief op te kunnen treden.
- Bij sommige medewerkers heerst er soms een wat lakse houding m.b.t. het delen van medicatie en daardoor het maken van medicatiefouten. Meldingen zijn anoniem en er zijn niet altijd consequenties waardoor fouten zich herhalen. Afspraak is gemaakt dat MIC-commissieleden en teamleiders goed opletten of meldingen dezelfde medewerkers betreffen, met hen zal een gesprek plaatsvinden over taakverantwoordelijkheden. Het is belangrijk om op dit punt ook een lerende organisatie te zijn, hier ligt zeker een taak voor de teamleider om hier samen met het team mee aan de slag te gaan.
- Soms lag de oorzaak ook in het feit dat de manier waarop het proces om medicatie te delen niet meer bleek te passen bij de veranderende populatie. Dit bleek na een diepere analyse op een van de afdelingen (Talma 't Dok). Hier zijn aanpassingen gedaan in het deelproces en ook is hier gekozen om per 01-01-2019 kleinschaliger en overzichtelijker te werken.

Verbeteringen 2019:

1. Betere rapportage per afdeling of team en bespreking op afdelings- of teamniveau.
2. Duidelijk maken bij medewerkers wat wel of niet gemeld moet worden.
2. Actieve rol van teamleider bij meldingen waarbij de oorzaak ligt bij medewerkers.

### 5.3.2 Valincidenten

Ten opzichte van 2017 is in 2018 een kleine stijging te zien in het totaal aantal meldingen. De meldingen in Q3 en Q4 zijn lager dan de meldingen t.o.v. Q1 en Q2.

Ondanks de stijging van het aantal valincidenten komt uit de analyse wel naar voren dat er adequaat wordt gereageerd en vervolgstappen ter voorkoming van nog een incident genomen worden.

Als voornaamste reden voor de valincidenten komt naar voren:

- Sterk veranderende cliëntenpopulatie (zorgvraag is divers), ook in de thuissituatie
- Onrust door dementieproblematiek

#### Intramuraal:

Hierbij moet worden opgemerkt dat in Q3 en Q4 de intramurale meldingen flink daalden t.o.v. Q1 en Q2. Hier is ook het verschil tussen de traditionele afdelingen en de kleinschalige woongroepen duidelijk te zien. Oorzaken hiervoor lijken te zijn: meer toezicht, gerichtere/snellere aanpak door inzet behandelaren (o.a. Specialist ouderengeneeskunde, fysiotherapeut).

Hoewel we dit op vaste momenten al inzetten is het van belang om nog meer gebruik maken van risico-inventarisaties en Advance Care Planning ter preventie.

In 2018/2019 zal steeds meer toegewerkt worden naar kleinschaligheid.

#### Extramuraal:

De meldingen in de thuissituatie zijn gestegen. Meldingen hadden vooral betrekking op constatering achteraf maar deze zijn wel actief opgepakt om herhaling te voorkomen b.v. door inschakelen behandelaren en het uitvoeren van risico-inventarisaties.

#### Verbeteringen 2019:

- Actiever inzetten van de risico-inventarisatie door EVV
- Multidisciplinaire aanpak wanneer het vallen door onrust veroorzaakt wordt
- Ondersteuning door SO
- Duidelijkheid over wat wel en niet te melden.

### 5.3.3 Agressie

De meldingen m.b.t agressie zijn iets gestegen maar ook hier is weer te zien dat in Q3 en Q4 het aantal meldingen weer gedaald zijn t.o.v. Q1 en Q2 van 2018.

De situaties die gemeld zijn hadden te maken met dementieproblematiek. Dit is multidisciplinair opgepakt. In Q3 en Q4 2018 is er ook uitbreiding gekomen in medewerkers die actief bezig zijn met begeleiding en ondersteuning bij onbegrepen gedrag, welbevinden en welzijn.

#### Verbeteringen 2019:

- (Nog) betere multidisciplinaire aanpak (o.a. door eigen SO)

### 5.3.4 Fouten door derden

#### Apotheek

De meldingen over de apotheek waren voornamelijk in Q1 en Q2 daarna kwamen er bijna geen meldingen meer binnen over de apotheek. Er is een korte lijn tussen de verpleegkundige Farmacie en de apotheek en apotheker. De apotheker is ook aanwezig bij ieder MIC-overleg.

#### Huisarts

In Q1 en Q2 was er een grote stijging te zien in MIC-meldingen die betrekking hadden op zaken die veroorzaakt werden door behandelaren (huisartsen). Dit waren vooral meldingen over het niet rapporteren door de huisartsen in het ECD waardoor het voor medewerkers niet altijd duidelijk was wat de afspraken met cliënt of mantelzorgers waren. Medewerkers spraken de huisartsen hierop aan maar kregen toch een zekere schroom om dit steeds weer te moeten herhalen. Teamleiders zijn hierover in gesprek gegaan met de huisartsen waarna in Q3 en Q4 een halvering in het aantal meldingen kan worden gemeld. Het komt echter nog steeds voor en het is daarom belangrijk om met de desbetreffende huisartsen in gesprek te gaan. In 2019 zal Talma Urk zelf een specialist ouderengeneeskunde in dienst te nemen.

Verbeteringen in 2019:

- “Eigen” SO
- Overleg huisartsen

### 5.3.5 Evaluatie doelstellingen 2018

- Medicatie  
*Door de inzet van Medimo willen we een aanzienlijke daling zien van medicatiefouten. Doelstelling voor 2018 is een daling van 50% t.o.v. 2017.*

Een daling van 50% is niet te zien in de aantallen. Dit komt mede doordat de inhoud van de meldingen anders was dan in 2017. Het is belangrijker om inzichtelijk te maken om hoe alle betrokkenen preventief bezig zijn en wanneer het wel voorkomt hoe er actief gewerkt wordt aan verbeteringen om herhaling te voorkomen en ervan te leren.

- Vallen  
*Hoewel door de veranderende populatie vallen niet altijd is te voorkomen, is het doel om dit met 25% te laten dalen.  
Er is meer aandacht voor risico screening door toepassen van eerdere risico-inventarisatie. Tevens, wanneer er valincidenten voorkomen, is het belangrijk dat er aangetoond kan worden dat er preventief acties zijn ondernomen om het te voorkomen en er adequaat gereageerd is na het voorval.*

Een daling van 25% is niet te zien over het hele jaar maar intramuraal wel in Q3 en Q4 t.o.v. Q1 en Q2.

- Agressie/ongewenst gedrag  
Agressie is door de veranderende populatie niet altijd te voorkomen. Doel is om te zorgen voor een aantoonbare preventieve, actieve en multidisciplinaire aanpak en dit te borgen en vast te leggen.

Door de inzet van SO, psycholoog en welzijnsmedewerker is er actiever ingezet op de multidisciplinaire aanpak van deze problematiek.

- Fouten door derden

*In 2018 zijn er evaluatiemomenten met deze partijen. Doel is om de standaard van kwaliteit van zorg niet (negatief) te laten beïnvloeden door de derden.*

In Q1 en Q2 was een stijging te zien in het aantal meldingen m.b.t. het niet rapporteren door de huisartsen. Hierover is regelmatig contact geweest en het aantal meldingen in Q3 en Q4 laten een halvering zien in het totaal aantal meldingen.

## **Doelen 2019:**

### Algemeen:

- Aanpassen MIC-protocol zodat dit meer past bij de ontwikkeling naar zelforganisatie. Bespreking en het zoeken naar oplossingen van meldingen vindt meer plaats binnen de teams.
- Meer duidelijkheid over wat wel en wat niet gemeld moet worden.
- Wanneer er een SO aangenomen wordt is het verstandig om deze aan te laten sluiten bij de MIC-commissie. In 2018 zijn de apotheker en een afvaardiging van de teamleiders al aangesloten.

### Medewerkers:

- Bewustwording verantwoordelijkheid medewerkers vergroten
- Medewerkers betrekken bij en informeren over meldingen en doelstellingen
- Aanbieden van ondersteuning
- Extra aandacht voor invullen MIC
- Planmatig aanpakken van ongewenst gedrag, vallen en medicatie a.d.h.v. protocollen e.d.

### Teamcoach:

- Aantoonbaar actief sturen en anticiperen op kwartaaluitkomsten en dagelijkse meldingen door teamleiders (aantoonbaar door: notulen, gespreksverslagen e.d.)

### Organisatie:

- Ieder kwartaal bespreken van uitkomsten, stand van zaken in MT, TCO
- Zorgen voor randvoorwaarden (tijd, materialen, zn. scholing als de uitkomsten daarom vragen)
- Evalueren en optimaliseren van de verschillende processen

### MIC-commissie

- De samenstelling van MIC-commissie wordt uitgebreid/aangepast. Doel is om meer daadkracht te kunnen tonen om de geformuleerde doelen te kunnen behalen. Hierbij valt te denken aan huisarts/SOG, leidinggevende en apotheek.
- MIC-commissieleden actieve rol richting teamleider en collega's
- Meer inzicht in oorzaak, gevolgen en ondernomen acties van MIC-meldingen door het nog nauwkeuriger invullen van MIC-formulieren. Op deze manier kan er nog beter gestuurd worden op het voorkomen van incidenten (zie actie medewerkers)
- Onderzoeken van andere praktische, technologische maatregelen.

## Oordeel directie

Talma Urk heeft veiligheid van cliënten en medewerkers hoog in het vaandel staan. Er wordt gewerkt met en voor mensen en dit maakt dat er continue scherpste moet zijn en risico's worden beoordeeld. De inzet van ondersteunende middelen zoals Medimo is geëffectueerd in lagere meldingen. Vastleggen middels een vaste systematiek, terugkoppeling en dit bespreken met de medewerkers en ketenpartners is een manier om scherpste te houden.

### 5.4 Uitvraag kwaliteitsindicatoren

Jaarlijks (voor 01-07) dient Talma Urk cijfers/gegevens aan te leveren over tal van zaken die betrekking hebben op kwaliteitsverantwoording en hoe deze binnen de organisatie als managementtool gebruikt worden. Op het onderdeel basisveiligheid gaat het voornamelijk over psychofarmaca en VBM. Deze zullen over het jaar 2018 (uitvraag in 2019) uitgebreid worden met onder meer antibioticagebruik, ongeplande ziekenhuisopname (alles wordt benoemd in het kwaliteitsplan 2018 en is weggezet bij de aandachtsvelders). Onderstaand de gegevens van de afgelopen jaren:

Locatie	Indicator	2017	2016	2015
<b>Talma Haven afd. 1/2</b>				
	Aantal cliënten welke gedurende 30 dagen aansluitend psychofarmaca heeft gebruikt	30	32	34
	Aantal cliënten waarbij in een periode van 30 dagen een VBM is toegepast	16	33	25
	Mondzorg			
<b>Talma Dok</b>				
	Aantal cliënten welke gedurende 30 dagen aansluitend psychofarmaca heeft gebruikt	7	10	14
	Aantal cliënten waarbij in een periode van 30 dagen een VBM is toegepast	11	7	4
	Mondzorg			

#### Analyse:

- Psychofarmaca gebruik is dalende. Belangrijk blijkt om de procedure hierin te blijven volgen. Er is onvoldoende zichtbaar in het ECD dat de PDCA-cyclus hierin gevolgd wordt.
- Toepassen VBM is op de ene locatie dalende en op de andere gestegen. Oorzaken voor daling zijn onder meer de kleinschalige woonvormen waardoor er meer zicht op en aandacht voor de cliënt kan zijn, toepassen van alternatieven, betere aanpak van onbegrepen gedrag. Oorzaken voor stijging zijn de stijgende zorgzwaarte, meer diverse ziektebeelden. Ook hier is het belangrijk om de PDCA-cyclus beter toe te passen zodat de besluitvorming en evaluatie beter inzichtelijk is.

- Mondzorg is in 2017 opgestart door het aanstellen van twee verpleegkundigen. Dit is in 2018 uitgebouwd en iedere cliënt is momenteel in beeld. Vervolg plannen voor verdieping en kennisvergroting bij de medewerkers zijn in de maak.

### **Oordeel directie**

De jaarlijkse uitvraag is belangrijk om de ontwikkeling van het gebruik van psychofarmaca en VBM te volgen. Het systeem is nog niet toereikend om het digitaal uit te rollen, vandaar dat handmatige tellingen plaatsvindt. In het nieuwe ECD zal dit worden meegenomen.

## 6 Ondersteunende processen

### 6.1 Gebruik van hulpbronnen en informatie

Talma Urk heeft samen met andere Talma organisaties in Mei weer deelgenomen aan het Talma Symposium “een kijkje in de keuken van.....”.

Begin 2019 komt hier een vervolg op door de verschillende medewerkers letterlijk bij elkaar op bezoek te laten gaan en met elkaar mee te lopen.

Er is in het lerend netwerk ook contact met het Leger des Heils. Wij als teamleiders hebben met de afdelingsmanagers kennis gemaakt en hier zal in 2019 een vervolg aan gegeven worden. “Mijn kwaliteit van leven” is gebruikt en gedeeld met teams; hier kwam naar voren dat activiteiten in de avond nodig zijn. Welzijnsmedewerker heeft een avond gewerkt om dit te inventariseren, vervolg in 2019.

#### Oordeel directie

Talma Urk is een lerende organisatie en ervaart de positieve gesprekken met andere zorgorganisaties, mogelijk met dezelfde vraagstukken.

### 6.2 Ontwikkeling nieuwbouw Talma Haven – Oslolaan Urk

De zorg is in verandering. Dit geeft grote vraagstukken landelijk, regionaal en lokaal. Verzorgingshuizen bestaan niet meer en het ingezette overheidsbeleid van eind jaren 90 op het terrein van ‘scheiden van wonen met zorg’ wordt verder vormgegeven en deze zijn lokaal verschillend. Urk is Urk en dat geeft een eigen lokale dynamiek op zorg. Een aantal jaren geleden heeft de participatie wetgeving zijn intrede gedaan. Senioren blijven langer thuis wonen en de ‘ondersteuning’ daarvoor is tegenwoordig geregeld in de ‘Wet maatschappelijke Ondersteuning’ en de gemeente Urk heeft dit voortvarend opgepakt en Caritas geeft daar op diverse velden invulling aan. Dit voorjaar is het manifest ‘Waardig ouder worden’ gepresenteerd en beschreven is het belang van goede zorg en liefdevolle aandacht voor onze ouderen.

De huidige woon-zorglocaties Talma Haven en Talma het Dok zijn al jaren in transitie naar intensieve zorg. Zorg die valt onder de ‘Wet Langdurige zorg’ (Wlz). Is er dan geen behoefte aan beschutte- of beveiligde woonvormen meer op Urk? De gemeente Urk heeft in 2014 en in 2017 nogmaals laten onderzoeken aan de hand van een behoefte onderzoek, dat er wel degelijk vraag is naar een beschutte- en beveiligde woonvormen. Het nieuwe Talma Haven is naar onze visie een nieuwe woonvorm, waarbij niet de indicatie en de daaruit volgende financiering het uitgangspunt is, maar de ouder wordende Urker met zijn eigen unieke behoefte naar een beschutte woonvorm is het uitgangspunt. Vervolgens kan er achter de eigen voorkeur ‘ondersteuning’ worden geboden of indien nodig verschillende zorgvormen ‘zo lang als dat nodig is’.

#### Processtappen richting realisatie in 2018

In 2018 heeft de Raad van Bestuur samen met een externe vastgoedadviseur driemaal een thematisch vastgoed overleg gehad met de Raad van Toezicht (30 januari 2018, 24 april 2018 en 3 oktober 2018).

Diverse bestuursbesluiten zijn door de Raad van Toezicht goedgekeurd, waaronder de Business case en de financiering om de nieuwbouwlocatie in eigendom te ontwikkelen.

Nu het nieuwbouwproject concrete vorm gaat krijgen is na een tender tussen twee projectmanagementbureaus HEVO uit 's Hertogenbosch geselecteerd.

De opdracht voor HEVO is de algehele plan- en procescoördinatie voor en namens opdrachtgever tot en met aanbesteding, coördinatie RO-procedures en aanvragen sloopvergunning, omgevingsvergunning en uitwerken vigerende ontwerp tot aanbesteding gereed ontwerp.



Coördinatie bouwrijp maken van het bouwterrein, opstellen bestek t.b.v. sloop bestaande opstallen en bouwrijp maken opstellen van aanbestedingsstukken, coördineren aanbesteding (van bouwrijp maken en bouw), directievoering en toezicht tijdens de bouw.

Op 19 juli 2018 is de Realisatieovereenkomst 'Ontwikkeling Oslolaan' door gemeente en Talma getekend. Talma Urk heeft bij de Gemeente Urk een aanvraag voor subsidie ingediend voor extra levensloopbestendige hulpmiddelen in de te realiseren woningen. De subsidie is door de gemeente Urk toegekend.

Op 15 juni 2018 heeft gemeente Urk het ontwerp bestemmingsplan gepubliceerd. Tijdens de inzagetermijn van 6 weken zijn er een aantal inspraakreacties ingediend. Met betrokkenen zijn vanuit Talma diverse gesprekken gevoerd en een groot deel van de bezwaren konden worden weggenomen.

Talma Urk heeft een financieringsafspraken met BNG gemaakt die op 27-07-2018 zijn ondertekend.

Op 14 september 2018 zijn er selectiegesprekken gevoerd met installatieadviseurs en constructeurs.

Geselecteerd zijn voor installatie advies NIAG – Dronten en als constructeur Goudstikker De Vries – Almere. Het 1<sup>e</sup> ontwerpsteamoverleg was op 28 september. Doel van het ontwerpsteam is het opstellen van een integraal Voorlopig Ontwerp per december 2018.

De Cliëntenraad en de Verzorgende, Verpleegkundige Advies Raad (VVAR) zijn geraadpleegd in twee sessies.

Op 21 december is de Voorlopig Ontwerpfase afgerond. Het schetsontwerp is nader uitgewerkt (bouwkundig, installaties en constructie). Een eerste bouwkostenraming is opgesteld die een goed beeld geven wat de bouwkosten het afgelopen jaar aan ontwikkeling hebben doorgemaakt.

De gemeente Urk heeft op 13 december het ontwerp bestemmingsplan ter inzage gelegd tot 25 januari 2019. Op 15 januari 2019 is er een thematische vastgoed vergadering om het door de Raad van bestuur vastgestelde Voorlopig Ontwerp goed te keuren, zodat we kunnen starten met het Definitief Ontwerp. We gaan het vanuit dat het bestemmingsplan en de omgevingsvergunning voor de zomer 2019 vastgesteld en onherroepelijk is, zodat we in het najaar kunnen aanbesteden.

### **Oordeel directie**

Met de nieuwbouw van Talma Haven worden 64 appartementen van 47 tot 70 m<sup>2</sup>, twee gemeenschappelijke huiskamers, een dagbestedingsruimte, een wijkcentrum (met atrium), een bedrijfsruimtes en een kantoor voor de (thuis)zorg gerealiseerd. Door de vergrijzing ook op Urk sluit deze ontwikkeling aan op de groeiende populatie voor deze woonvorm.

### 6.3 Leveranciersbeoordeling

Een keer per jaar worden de leveranciers door de teamleiders beoordeeld. De kritische leveranciers zijn vooraf geselecteerd, zeven leveranciers, zie bijlage 1. Dit zijn aanbieders die belangrijk zijn voor ons zorgproces en risico's kunnen vormen voor onze cliënten.

Teamleider Talma Services	- Leveranciers voedingsdienst
Teamleiders zorg	- Leveranciers verzorging, verpleging en thuiszorg
Raad van Bestuur	- Leveranciers technische dienst, leverancier diensten voor kwaliteit en automatisering

#### **Oordeel directie**

Talma Urk is kritisch op haar leveranciers, zo is het contract opgezegd met TTS en Ortec. Tevens zijn nieuwe afspraken gemaakt met Distrivers.