

BLOEMENDAEL

WOON- EN ZORGVOORZIENING



KWALITEITSVERSLAG 2019

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1 Inleiding	3
2 Profiel organisatie	
2.1 Missie en zorgvisie	4
2.2 Kernwaarden en besturingsfilosofie	4
2.3 Doelgroepen en samenstelling cliënten	5
3 Profiel personeelsbestand/personeelssamenstelling	
3.1 Inleiding	7
3.2 Teamsamenstelling en opleidingsniveau	7
3.3 Ziekteverzuim	8
3.4 In- door- en uitstroomcijfers	9
3.5 Ratio personele kosten	9
3.6 Vrijwilligers	9
4 Kwaliteit en veiligheid	
4.1 Vormgeven aan kwaliteit van zorg	10
4.2 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning	11
4.3 Wonen en welzijn	12
4.4 Veiligheid	14
4.5 Leren en werken aan kwaliteit	16
5 Randvoorwaardelijke thema's	
5.1 Leiderschap, governance en management	18
5.2 Personeelssamenstelling (voldoende en bekwaam personeel)	20
5.3 Gebruik van hulpbronnen	22
5.4 Gebruik van informatie	23
6 Verbeterparagraaf	24

1. Inleiding

Bloemendael is een particuliere woon- en zorgvoorziening in Baarn. Wij bieden in een kleinschalige- en exclusieve woonomgeving hoogwaardige zorg en dienstverlening aan ouderen. De kleinschalige opzet van de voorziening en de continue aanwezigheid van professionele zorgverlening zijn waardevolle aspecten die bijdragen aan een vertrouwd en veilig gevoel voor onze cliënten. Onze woon- en zorgvoorziening is toegankelijk voor een ieder die op zoek is naar wooncomfort, al dan niet in combinatie met verzorging, verpleging en/of revalidatie.

Voor u ligt het kwaliteitsverslag van Bloemendael over het jaar 2019. Het verslag beschrijft op welke manier wij onze doelstellingen voor 2019 hebben gerealiseerd en de voortgang van nog lopende verbeterplannen. Input voor het kwaliteitsplan wordt verkregen uit de jaarlijkse directie-beoordeling, verbeterplannen en interne en externe rapporten en observaties. Het kwaliteitsverslag wordt jaarlijks vóór 1 juli opgesteld, gepubliceerd op de website van Bloemendael en de URL wordt aangeleverd aan het Zorginstituut.

De onderwerpen in dit kwaliteitsverslag zijn geconformeerd aan de eisen van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.

In oktober 2018 bezocht de inspectie (IGJ) de organisatie. Uit het ontvangen inspectierapport bleek dat Bloemendael op een aantal punten (nog) niet voldeed aan alle normen. In september 2019 bracht de IGJ opnieuw een onverwacht bezoek aan de organisatie. De inspectie heeft geconstateerd dat er hard gewerkt is aan de verbeterpunten. Er is nog 1 thema waar aan we grotendeels niet voldoen (methodisch werken). Op 5 andere thema's 'voldoen we grotendeels aan de norm' maar reiken onze ambities verder. Dit betekent dat we in 2020 op de ingeslagen weg doorgaan met het IGJ-verbeterplan, toegespitst op een aantal specifieke thema's. Inmiddels hebben we het definitieve rapport van de inspectie ontvangen. De inspectie geeft aan vertrouwen te hebben in de voortzetting van het verbetertraject en heeft het dossier gesloten.

Het afgelopen jaar heeft Bloemendael daar waar mogelijk gebruik gemaakt van het door de overheid beschikbaar gestelde kwaliteitsbudget, onder meer door uitbreiding van personele inzet en scholingsactiviteiten. Vanwege krapte in de personele bezetting hebben we nog niet alle plannen kunnen realiseren, ons streven is om dat in 2020 alsnog te doen.

In het kwaliteitskader verpleeghuiszorg is leren en verbeteren één van de belangrijke pijlers. In Bloemendael zijn wij daar dagelijks mee bezig, op allerlei niveaus, met als doel de kwaliteit van onze zorg- en dienstverlening continu te verbeteren. In dit kwaliteitsverslag kunt u daar alles over lezen.

H.J. van Ieperen, directeur

2. Profiel van de organisatie

2.1 Missie en zorgvisie

De missie van Bloemendael is om in onze samenleving luxe huisvesting te bieden aan ouderen, gecombineerd met luxe faciliteiten en desgewenst met zorg. Wij creëren een woon- en leefklimaat waarin de cliënt zich thuis voelt en het welzijn van de cliënt uitgangspunt is van onze zorg- en dienstverlening.

Zorgvisie

Wij gaan uit van de holistische definitie van gezondheid met ruimte voor fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel welbevinden. Een kwalitatief goede zorgverlening draagt bij aan een gevoel van welbevinden. Daarnaast is gevoel van vertrouwdheid, betrokkenheid en veiligheid minstens zo belangrijk voor het welzijn van onze cliënten. Om dit te bewerkstelligen proberen wij een fijne woonplek te creëren, schoon, veilig, comfortabel en met optimale privacy. De verzorging is gericht op functiebehoud en comfort. Er is ruimte voor prettige bezigheden die voor de cliënt van betekenis zijn en zin geven. Uitgangspunten van onze zorgverlening zijn de wensen, behoeften en mogelijkheden van de cliënt, waarbij de kwaliteit van leven een grote rol speelt. Wij respecteren het recht op vrijheid, zelfbeschikking en eigen levensinvaling. Wij ondersteunen de cliënt om zoveel mogelijk een actief en sociaal leven te leiden, rekening houdend met zijn/haar mogelijkheden en eventuele beperkingen. De gemaakte afspraken met de cliënt (of diens vertegenwoordiger) worden vastgelegd in een zorgplan en ingebed in het Elektronisch Clientendossier (ECD).

2.2 Kernwaarden en besturingsfilosofie

Binnen onze organisatie is een aantal kernwaarden benoemd. Deze vormen het uitgangspunt van onze dagelijkse zorg- en dienstverlening. Directie en medewerkers zijn bekend met onze visie en kernwaarden en dragen deze uit in hun dagelijks functioneren.

<ul style="list-style-type: none">• Professioneel Onze medewerkers hebben een professionele werkhouding en kennen hun verantwoordelijkheden.
<ul style="list-style-type: none">• Cliëntgericht De wensen en behoeften van de cliënt vormen de basis van zorg- en dienstverlening
<ul style="list-style-type: none">• Betrouwbaar Wij komen onze afspraken na en gaan integer om met persoonlijke informatie
<ul style="list-style-type: none">• Betrokken Wij voelen ons betrokken bij de cliënt, collega's en de organisatie
<ul style="list-style-type: none">• Respect Wij hebben respect voor de levensvisie en autonomie van onze cliënten en collega's
<ul style="list-style-type: none">• Gastvrij Wij stralen gastvrijheid uit naar cliënten, familie, collega's en andere betrokkenen

De besturingsfilosofie is gebaseerd op de missie, de visie en de kernwaarden.

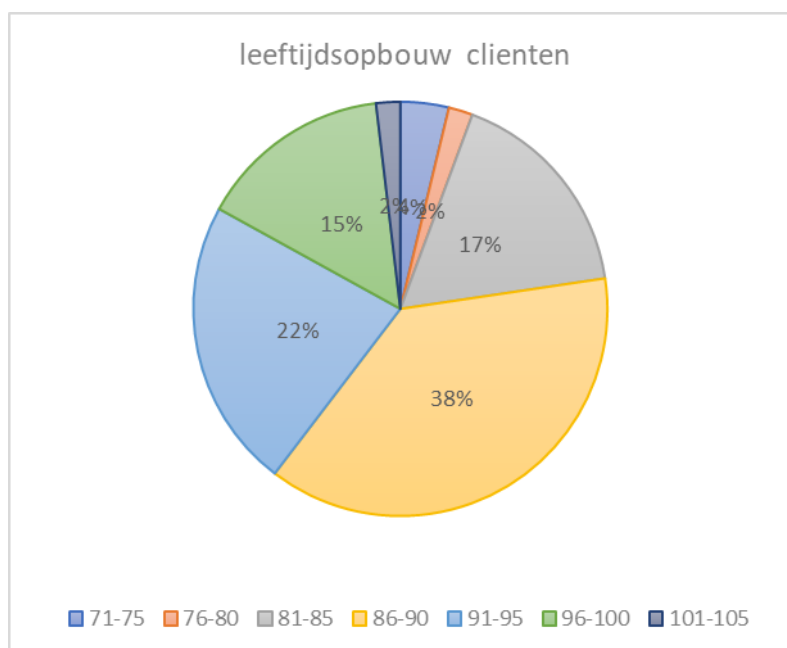
BESTURINGSFILOSOFIE
<ul style="list-style-type: none"> • Wij organiseren goede zorg- en dienstverlening, dicht bij de cliënt. Medewerkers kennen de cliënt en zijn betrokken.
<ul style="list-style-type: none"> • Er worden randvoorwaarden gecreëerd voor maximale prestaties vanuit een solide basis.
<ul style="list-style-type: none"> • Medewerkers zijn professioneel, kennen elkaar, werken samen en houden elkaar scherp.
<ul style="list-style-type: none"> • Leiderschap tonen, eigenaarschap geven en nemen op alle niveaus en onderdelen, om een hoge kwaliteit van zorg- en dienstverlening te bereiken.
<ul style="list-style-type: none"> • Flexibel ondernemerschap door in te spelen op een steeds veranderende zorgvraag en ontwikkelingen in de zorg.

2.3 Doelgroepen en samenstelling cliënten

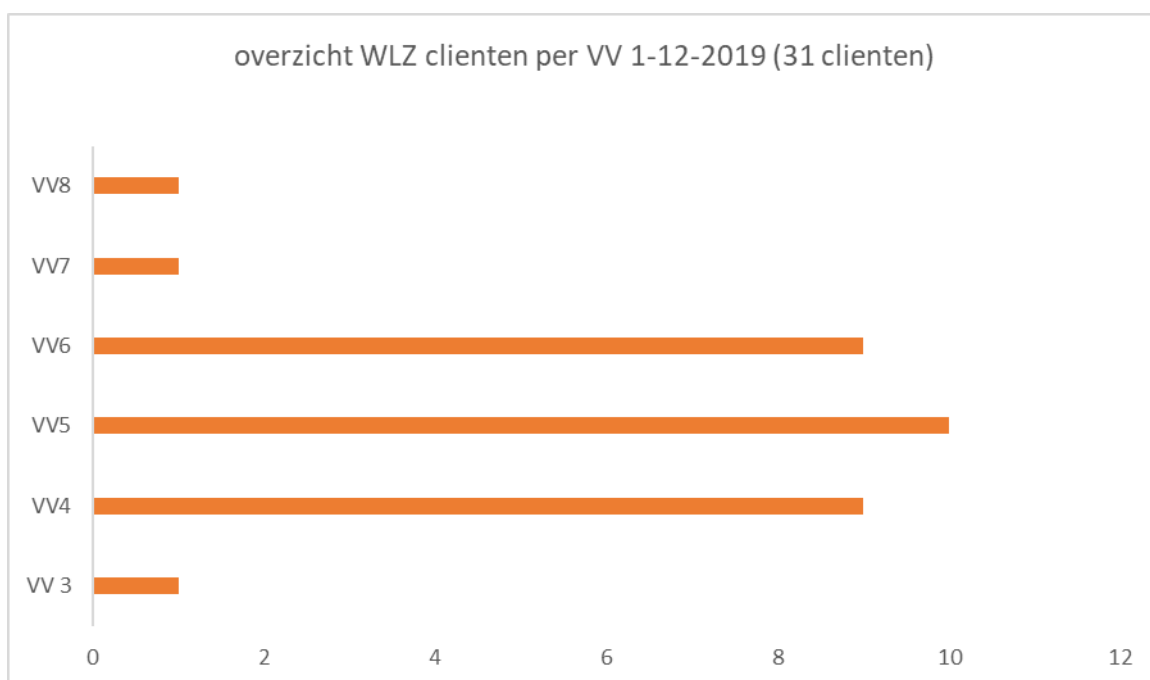
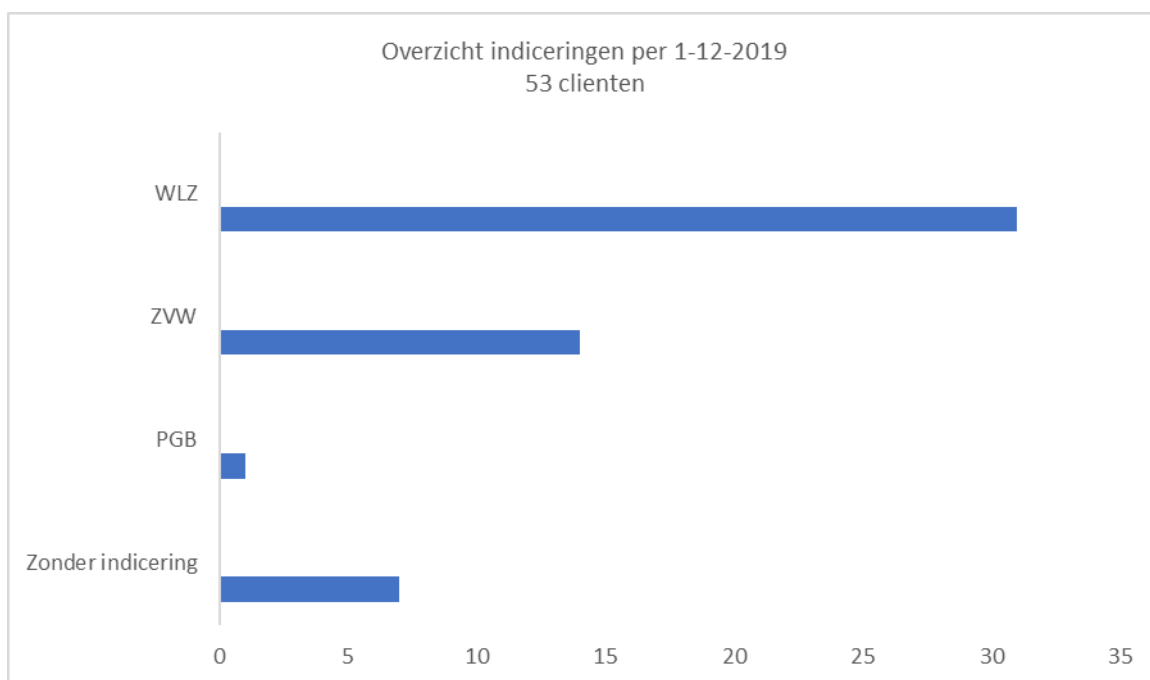
Bloemendael ligt in een groene villawijk in Baarn, tegenover de rustieke Wilhelminavijver. De unieke ligging maakt het mogelijk om gebruik te maken van de voorzieningen in het gezellige centrum van Baarn en daarnaast te genieten van de prachtige omgeving. Het station en de Baarnse bossen bevinden zich op loopafstand, evenals het Meander Medisch Centrum. Wij beschikken over 47 appartementen in het hoofdgebouw en 7 aanleunwoningen in de naastgelegen villa. Er is een (beperkt) aantal zorghotelkamers beschikbaar waar voornamelijk cliënten verblijven voor herstel (na ziekenhuisopname), revalidatie of om te komen “proef wonen”.

In Bloemendael wonen 53 cliënten (01-12-2019) met en zonder een zorgvraag. Er wordt extramurale zorg geleverd, zowel somatisch, psychogeriatrisch als revalidatiezorg, op basis van de Wet Langdurige Zorg (WLZ), de Zorgverzekeringswet (ZVW) en (soms) de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Cliënten wonen in hun eigen appartement en kunnen gebruik maken van de gemeenschappelijke ruimten, waaronder het restaurant, de Orangerie en de filmzaal. Cliënten met PG-problematiek kunnen dagelijks tussen 07.30 en 20.00 uur deelnemen aan de groepsverzorging in de huiskamer.

Leeftijdsgroepen cliënten per 01-12-2019



Indeling naar indicering per 01-12-2019



3. Profiel personeelsbestand/personeelssamenstelling

3.1 Inleiding

Binnen onze organisatie verblijven cliënten met en zonder een (complexe) zorgvraag. Het werken met ouderen met een toenemende zorgvraag vraagt van onze medewerkers op alle niveaus kennis, toewijding en betrokkenheid. Wij willen dat onze medewerkers kunnen werken in een veilige werkomgeving.

Kenmerkend voor onze organisatie is de grote mate van betrokkenheid van de medewerkers, behandelaars, vrijwilligers en allen die bijdragen aan de zorgverlening, service, maaltijdvoorziening en activiteiten. In Bloemendael werken gemotiveerde, deskundige medewerkers die worden gestimuleerd hun professionaliteit op peil houden door middel van permanente (bij) scholing. De organisatie stelt jaarlijks een scholingsplan op waarin vakinhoudelijke (BIG)trainingen, klinische lessen en E-learningen zijn opgenomen.

Een medewerker van Bloemendael kan zich herkennen in de volgende uitgangspunten:

- Ik voel mij veilig. De cultuur is open, transparant en gaat uit van vertrouwen.
- Ik ben op de hoogte van binnen de organisatie geldende afspraken en gedragscode.
- Ik mag zeggen wat ik vind, met respect en waardering voor anderen en het belang van de cliënt als uitgangspunt.
- Ik zie en ervaar voorbeeldgedrag van leidinggevenden en management.
- Ik ben mij bewust van mijn verantwoordelijkheden en heb een positieve grondhouding
- Ik durf besluiten te nemen op grond van professionaliteit, kennis en kunde
- Ik word gefaciliteerd om professioneel te werken, o.a. door middel van scholing, informatievoorziening, intervisie en feedback
- Ik word gecoacht en begeleid om te werken aan de hand van de in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg beschreven kaders
- Ik voel mij vrij om onveilige situaties, incidenten of fouten te melden en daarvan vervolgens te leren.

3.2 Teamsamenstelling en opleidingsniveau

Op 1 december 2019 bestond het team van Bloemendael uit 72 medewerkers, waarvan 6 oproepkrachten. Het totaal aantal FTE is 44,91.

Binnen Bloemendael werken verpleegkundigen, verzorgenden, helpenden, assistent-verzorgenden, leerlingen stagiaires en vrijwilligers.

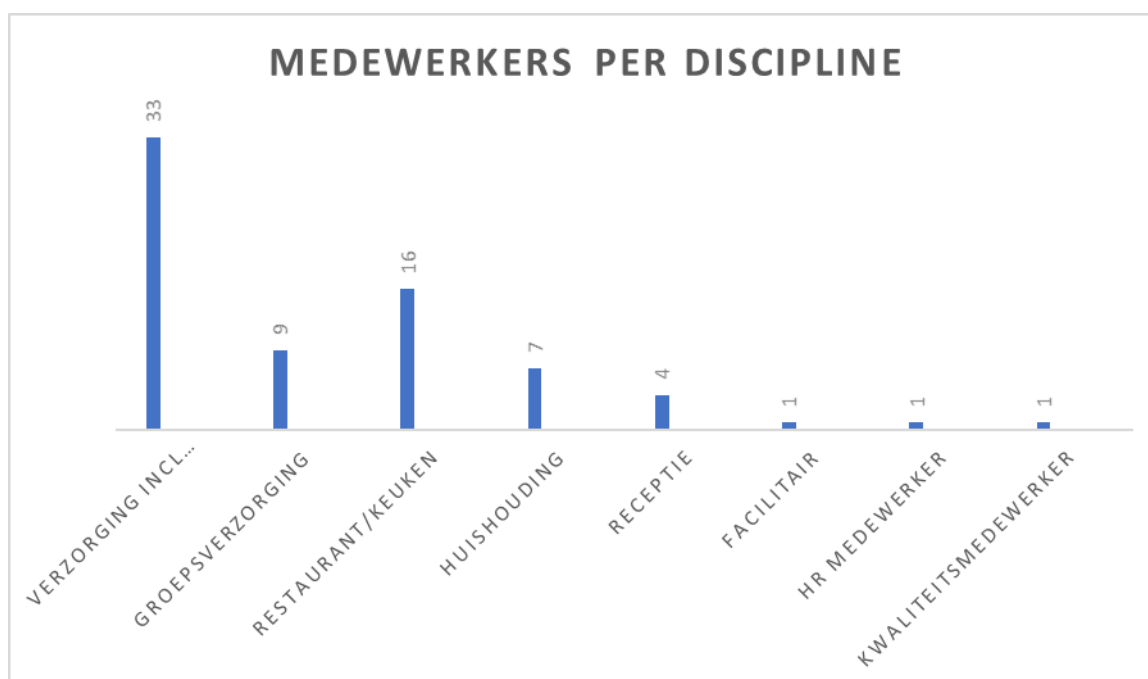
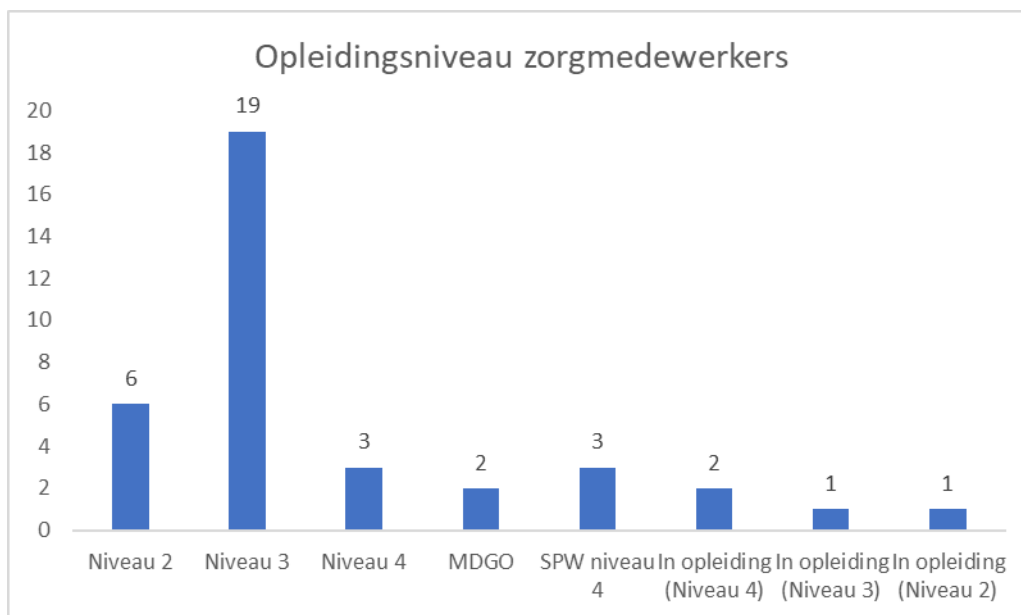
In de planning wordt rekening gehouden met het benodigde aantal in te zetten uren en met het functieniveau van de medewerkers, rekening houdend met uit te voeren verpleegtechnische handelingen.

De roosterplanner maakt de planning conform protocol en op basis van het door de zorgmanager aangegeven kader. Er wordt rekening gehouden met 24-uurs aanwezigheid van een BHV-er. De 24-uurs oproepbaarheid van een verpleegkundige is geregeld door een samenwerking met een plaatselijke thuiszorgorganisatie.

Per 1 januari 2019 is een samenwerking aangegaan met een zelfstandige SOG en een psycholoog, deze samenwerking zal ook in 2020 worden voortgezet. De financiering hiervan zal in 2020 voor nieuwe bewoners niet meer plaats vinden vanuit de WLZ-indicatie.

Er zijn twee zelfstandig werkende fysiotherapeuten aan de organisatie verbonden. Andere disciplines (ergotherapeuten, diëtisten) worden in overleg met de huisarts of SOG ingeschakeld. Wij hebben het voornemen om in 2020 in samenwerking met Allertzorg/Wonen bij September een verpleegkundige specialist aan te stellen.

Naast de zorgmedewerkers en de medewerkers van de groepsverzorging zijn er vaste medewerkers in dienst voor de huishouding, het restaurant/keuken, de facilitaire dienst, kwaliteitsmanagement en administratieve diensten.



3.3 Ziekteverzuim

Het ziekteverzuim binnen de organisatie ligt vergeleken met landelijke cijfers laag. Tot 1 december 2019 bedroeg het percentage 5,37% inclusief zwangerschapsverloven en 3,08 % exclusief zwangerschapsverloven. Er is geen sprake geweest van langdurig zieken.

3.4 In- door- en uitstroomcijfers

	Instroom	Uitstroom	Reden uitstroom
Zorg	6	9	8 niet natuurlijk (andere werkgever of contract niet verlengd) 1 naar een andere discipline
Groepsverzorging	2	0	
Receptie	1		
Restaurant	1	1	1 niet natuurlijk (andere werkgever)
Huishouding	2	1	1 natuurlijk (pensioen)
TOTAAL	12	11	

3.5 Ratio personele kosten

De ratio personele kosten bedraagt 56,7%.

3.6 Vrijwilligers

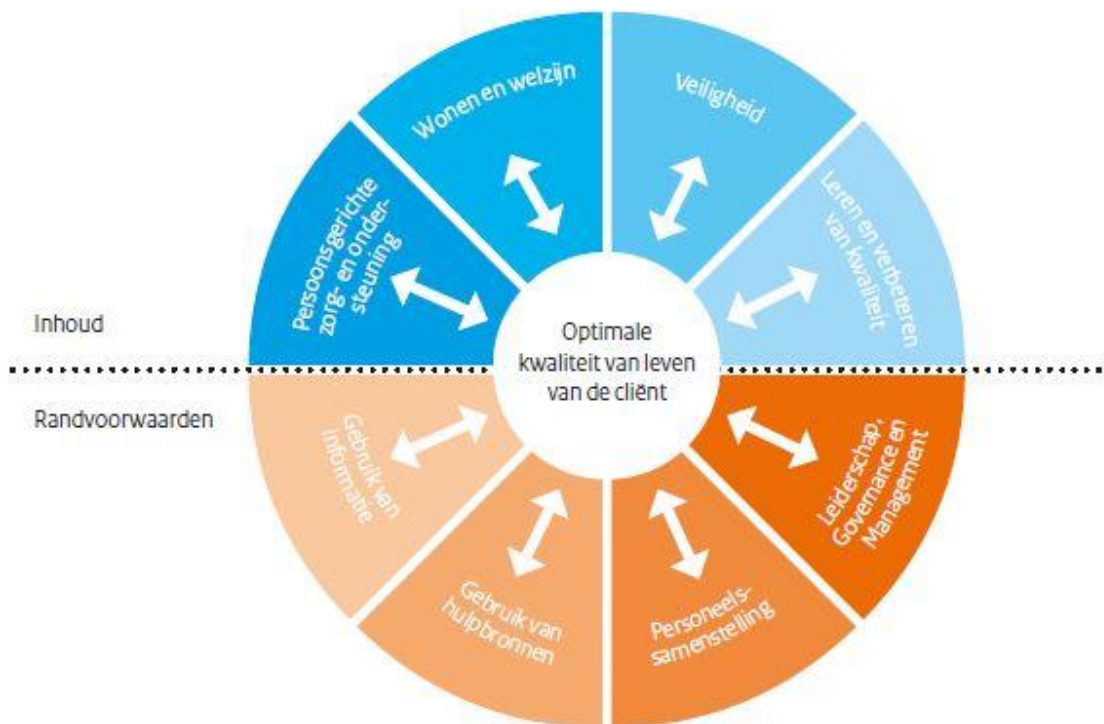
Per 1-12-2019 zijn er 24 vrijwilligers actief, een daling van 1 ten opzichte van het voorgaande jaar. Het merendeel van de vrijwilligers is lid van de UVV (Unie van Vrijwilligers). Vrijwilligers dienen een VOG te overleggen alvorens zij in Bloemendael worden ingezet. In 2019 is de inzet van vrijwilligers bij activiteiten vergroot. Er is sinds per 1 augustus 2019 een coördinator vrijwilligers/activiteiten aangesteld. Tot de taken van de coördinator behoren onder meer het werven van vrijwilligers, het plannen en organiseren van activiteiten en de inzet van vrijwilligers voor (persoonlijke) begeleiding. Per 2020 zal dit verder worden voortgezet en uitgebreid.

4. Kwaliteit en veiligheid

4.1 Vorm geven aan kwaliteit van zorg

Onderstaand model beschrijft het kader waar binnen Bloemendael vorm geeft aan de kwaliteit van zorg. De acht thema's in het model zijn gerelateerd aan de thema's van het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg.

In dit hoofdstuk wordt beschreven op welke wijze Bloemendael in 2019 invulling heeft gegeven aan deze thema's. Daarna volgt een beschrijving van de status van verbeterpunten die wij voor 2019 hebben benoemd. Alle actie/verbeterpunten voor het komende jaar zijn opgenomen in een verbeterplan.



Figuur 1: Integraal model voor dynamisch en ontwikkelingsgericht werken aan kwaliteit verpleeghuiszorg

Om onze doelstellingen te behalen zijn wij het afgelopen jaar begeleid door het programma "Waardigheid en Trots op elke locatie". In februari 2019 is er een scan gemaakt van de organisatie. Op basis van de uitkomsten is een aantal stappen gezet, waaronder het werken in clusters. Dit betekent dat er gewerkt wordt in kleinere teams (clusters), waardoor onder meer het verantwoordelijkheidsgevoel van medewerkers voor de cliënt wordt versterkt. Het werken in clusters komt naar onze mening de kwaliteit van zorg ten goede en verhoogt de betrokkenheid en verbinding van medewerkers, vrijwilligers en mantelzorgers.

4.2 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Compassie, uniek zijn en autonomie

Beoogd resultaat kwaliteitskader

- Cliënten ervaren nabijheid, vertrouwen, aandacht en begrip van de medewerkers.
- De cliënt wordt gezien als mens met een persoonlijke context die ertoe doet en met een eigen identiteit die tot zijn recht komt.
- Voor de cliënt is de mogelijkheid van eigen regie over leven en welbevinden leidend, ook bij de zorg in de laatste levensfase.
- Ieder cliënt heeft afspraken over en inspraak bij de doelen ten aanzien van zijn/haar zorg, behandeling en ondersteuning.

Resultaten 2019

- ❖ IGJ: Bloemendaal voldoet aan bovengenoemde normen.
- ❖ Er is een nieuwe zorgplanmethodiek geïntroduceerd: MIKZO. Deze systematiek is gebaseerd op het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Het thema persoonsgerichte zorg vormt een belangrijke pijler van het zorgplan.
- ❖ Diensten in de zorg zijn in uitgebreid met 5 uur per dag op doordeweekse dagen en 2,5 uur per dag in de weekenden
- ❖ Er is een themabijeenkomst "persoonsgerichte zorg" georganiseerd voor alle medewerkers en vrijwilligers.
- ❖ De maaltijden op de groepsverzorging bieden cliënten meer keuzevrijheid.
- ❖ Medewerkers groepsverzorging hebben een verdiepende scholing gedaan op het thema dementie en onbegrepen gedrag.
- ❖ Het team van de verzorging is gesplitst in twee clusters. Het team van de huishouding is ondergebracht in de clusters van de zorg.
- ❖ Het team van de huishouding valt per 1 januari 2020 onder de verantwoordelijkheid van de zorgmanager.

Wat kan beter en wat zijn onze plannen?

- Om meer tijd en aandacht te hebben voor de cliënt worden de diensten in de zorg uitgebreid met 5x5 uur per week (deels gestart in 2019).
- Uitbreiding personele inzet groepsverzorging in het weekend en in de avonden.
- Project hartenwensen: Contactverzorgenden gaan met cliënten in gesprek om hun hartenwens boven tafel te krijgen en deze in vervulling te laten gaan.
- Het thema persoonsgerichte zorg vormt onderwerp van gesprek in werkoverleggen en intervisiegesprekken.
- De kwaliteit van de zorgplannen verdient verbetering. In 2020 zal hier extra aandacht aan worden besteed.

4.3 Wonen en welzijn

Beoogd resultaat kwaliteitskader

- ❖ **Zingeving**
 - Zorgverleners besteden aandacht en tijd aan specifieke levensvragen zoals gevoelens van eenzaamheid, verlies van functies, rouw, depressie, ouderdom en invulling laatste levensfase.
 - Geestelijke verzorging is bereikbaar voor cliënten, hun naasten en medewerkers, passend bij hun levensbeschouwing .
- ❖ **Zinvolle dagbesteding**
 - Er is dagelijks een gedifferentieerd activiteiten aanbod (groepsgewijs en individueel) gedurende de dag.
 - Er is aandacht voor bewegen.
 - Vrijwilliger of professional is aanwezig om de activiteit te begeleiden.
 - Er wordt bij de tijdsbesteding rekening gehouden met de grote verschillen in cliënten en hun behoeften aan ondersteuning en zorg.
- ❖ **Schoon en verzorgd lichaam en verzorgde kleding**
 - De zorgverlener geeft de cliënt naar eigen wens en behoefte en in overleg met de naasten de dagelijkse persoonlijke verzorging van lichaam en kleding (o.a. bed, douche, toiletgang, haardracht, make-up, scheren, bril, gehoorapparaat, kledingkeuze)
- ❖ **Familieparticipatie en inzet vrijwilligers**
 - Zorgverleners geven naasten en betrokkenen uit het sociale netwerk van de cliënt de ruimte om in de zorg en ondersteuning te participeren.
 - Vrijwilligers zijn aanwezig op de afdeling en werken samen met de zorgverleners.
 - Vrijwilligers hebben scholing gekregen voor de groep waarmee ze werken.
 - Het beleid rondom participatie familie en inzet is beschreven en bekend bij de zorgverleners.
 - De taken en verantwoordelijkheden van familie en vrijwilligers zijn helder voor alle betrokken partijen.
- ❖ **Wooncomfort**
 - De privé, verkeers- en gedeelde (recreatie) ruimten zijn schoon en veilig.

Resultaten 2019

Familieparticipatie en inzet vrijwilligers:

- ❖ Familie/vertegenwoordigers hebben toegang tot het zorgdossier middels Caren.
- ❖ Er is een coördinator vrijwilligers/activiteiten aangesteld.

Zingeving:

- ❖ Bloemendaal is een neutraal huis, zonder kerkelijke achtergrond. Rondom de christelijke feestdagen worden jaarlijks vieringen georganiseerd op neutrale grondslag. Voor geestelijke verzorging doen cliënten desgewenst een beroep op een geestelijke vanuit hun eigen kerkgenootschap.

Zinvolle dagbesteding;

- ❖ Het aanbod aan middagactiviteiten is uitgebreid van drie naar vijf middagen per week.
- ❖ Eenmaal per maand is er een grote activiteit georganiseerd in de vorm van een concert, kooroptreden, high tea enz.
- ❖ Er zijn vrijwilligers beschikbaar om de met de cliënt te gaan wandelen of te fietsen op de duofiets
- ❖ In de huiskamer van de groepsverzorging vinden dagelijks activiteiten plaats, afgestemd op de wensen en mogelijkheden van de cliënten.
- ❖ Er kan wekelijks worden gezwommen en gewandeld onder begeleiding van de fysiotherapeut en er is wekelijks gymnastiek.

Schoon en verzorgd lichaam:

- ❖ In het zorgleefplan zijn de wensen van de cliënt ten aanzien van dagelijkse verzorging (kleding, wassen, douchen, toiletgang) vastgelegd.
- ❖ Iedere cliënt ziet er verzorgd uit.

Familieparticipatie en inzet vrijwilligers:

- ❖ Om de betrokkenheid van familie/vertegenwoordigers krijgen de eerste contactpersonen van cliënten toegang tot Caren.
- ❖ Familie/vertegenwoordiger wordt minimaal eenmaal per jaar uitgenodigd om aanwezig te zijn bij het MDO
- ❖ Er is een kerstdiner georganiseerd voor cliënten en medewerkers.
- ❖ Er is een oudjaarsborrel georganiseerd voor cliënten, familie en medewerkers
- ❖ Er is een kerstworkshop georganiseerd voor medewerkers en vrijwilligers

Wooncomfort

- ❖ De jaarlijkse inspectie door de brandweer heeft plaatsgevonden, er zijn geen afwijkingen geconstateerd.
- ❖ Er vindt jaarlijks controle plaats op legionella, er is een actueel legionellabeheersplan aanwezig. Geen afwijkingen geconstateerd.
- ❖ De kwaliteit van het zwembad wordt maandelijks gecontroleerd door een extern gecertificeerd bedrijf. Geen afwijkingen geconstateerd.
- ❖ Het plan van aanpak voor de RI&E is (grotendeels) uitgevoerd.
- ❖ Er heeft een externe audit plaatsgevonden door Veilig Voedsel. Score op een schaal van 1-10: **9,22**
- ❖ Er is een onderhoudsplanning die wordt gevolgd en er zijn leveranciersbeoordelingen uitgevoerd bij kritische leveranciers.
- ❖ Bloemendaal heeft een eigen huishoudelijke dienst voor het schoonhouden van appartementen en openbare ruimten

Wat kan beter en wat zijn onze plannen?

- Het aanbod aan middagactiviteiten zal worden uitgebreid van vijf naar zeven middagen per week.
- In 2020 gaan twee medewerkers wekelijks een activiteit organiseren met muziek en zang. Zij worden hiervoor gecoacht door een ervaren muziekdocent die het huis goed kent.
- De inzet van vrijwilligers zal (zo mogelijk) worden vergroot.

4.4 Veiligheid

Beoogd resultaat kwaliteitskader

- ❖ Vier thema's van basisveiligheid (medicatieveiligheid, decubituspreventie, gemotiveerd gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen en preventie van acute ziekenhuisopnamen) zijn belangrijke onderdelen van het leren en verbeteren in zorgorganisaties, onder andere door indicatoren op basis van deze vier thema's op te nemen in het kwaliteitsverslag.

Resultaten 2019

Algemeen

- ❖ Tweemaal per jaar worden risicosignaleringen uitgevoerd op cliëntniveau, in ieder geval voorafgaand aan het MDO, zo nodig tussentijds.
- ❖ Bij cliënten met een ZZP4 of hoger wordt tweemaal per jaar een veiligheidsscan van het appartement uitgevoerd.
- ❖ Over het jaar 2019 zijn vijf kwaliteitsindicatoren verpleeghuiszorg gemeten onder de 30 WLZ-cliënten:

Verplichte indicatoren:

1. Advanced Care Planning
2. Aandacht voor eten en drinken (besproken en vastgelegd in het zorgplan)
3. Bespreken medicatiefouten in het team

Twee extra indicatoren door organisatie zelf te kiezen:

4. continentie (plan rondom toiletgang aanwezig in zorgdossier, hulp, incontinentiemateriaal, gewoonten enz.)
5. gemotiveerd omgaan met vrijheidsbeperking

Uitkomsten van de meting kwaliteitsindicatoren verpleeghuiszorg onder 30 WLZ-cliënten:

-In alle zorgdossiers is aandacht voor Advanced Care Planning, in de meeste gevallen blijft dit echter beperkt tot het beleid wel/niet reanimeren.

Beleidsafspraken rondom de laatste levensfase kunnen nog beter in beeld worden gebracht.

-In 17 van de 30 dossiers is in het zorgplan opgenomen wat de wensen zijn rondom eten en drinken.

-Medicatieveiligheid en MIC-meldingen vormen een vast onderdeel van het werkoverleg van de zorg.

-In 25 van de 30 zorgdossiers is in het zorgplan een plan aanwezig rondom toiletgang., met name waar het gaat om passend gebruik van incontinentiemateriaal.

-Ons beleid is er op gericht de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen tot een minimum te beperken (nee, tenzij), conform de wet Zorg en Dwang.

Toegepaste maatregelen:	Mechanisch (b.v. bedhekken)	1 cliënt
	Farmacologisch	5 cliënten
	Elektronisch (bewegingssensor)	7 cliënten

Decubitus

- ❖ Per eind 2019 waren er 3 cliënten met decubitus (1x 3^e graad, 2x 2^e graad)
- ❖ Intensieve wondverzorging vindt plaats in overleg met de huisarts van de cliënt.
- ❖ Om de wondzorg verder te professionaliseren is een verpleegkundige van Bloemendael 4 uur per week inzetbaar voor advies en begeleiding voor wondzorg. Zij is hiervoor geschoold door een externe wondspecialist en heeft een dag meegelopen in het ziekenhuis. In 2020 willen wij gaan starten met casuïstiekbespreking.
- ❖ Twee aandachtsvelders wondzorg zullen in 2020 extra worden geschoold op complexe wondzorg.

Medicatieveiligheid

- ❖ De samenwerkende apotheker van Bloemendael voert jaarlijks een audit uit op medicatieveiligheid. Verbeterpunten zijn door de zorgmanager besproken in het team en opgepakt.
- ❖ Het aantal medicatiefouten is in 2019 met 21,7% gedaald ten opzichte van 2018 (totaal 106 meldingen).
- ❖ Minimaal eenmaal per jaar vindt een medicatiereview plaats met de apotheker en de huisarts.
- ❖ Meldingen van medicatiefouten worden geregistreerd door de zorgmanager. Zo nodig vindt een terugkoppeling plaats naar de betrokken medewerker. Analyse en trends worden eenmaal per kwartaal besproken binnen het kernteam.
- ❖ Binnen het MDO wordt het gebruik van psychofarmaca driemaandelijks geëvalueerd.

Hygiëne en infectiepreventie

- ❖ In februari 2019 is een externe audit uitgevoerd op hygiëne- en infectiepreventie. Verbeterpunten zijn opgenomen in een verbeterplan.
- ❖ Er hebben in 2019 twee overleggen plaatsgevonden van de hygiënecommissie.
- ❖ Er is een jaarplan hygiëne- en infectiepreventie opgesteld.
- ❖ De medewerkers verzorging en huishouding zijn geschoold op hygiëne- en infectiepreventie.
- ❖ Protocollen hygiëne- en infectiepreventie zijn geactualiseerd.

Veilig melden

- ❖ Medewerkers voelen zich vrij om (bijna)incidenten te melden.
- ❖ De zorgmanager registreert de meldingen, koppelt zo nodig terug naar de betrokken medewerker.
- ❖ MIC-meldingen worden besproken binnen het maandelijks kwaliteitsoverleg en eenmaal per kwartaal geanalyseerd binnen het kernteam.
- ❖ MIC-meldingen zijn een vast onderwerp op de agenda van het werkoverleg van de verzorging.
- ❖ Het aantal geregistreerde valincidenten bedroeg in 2019 in totaal 135, vrijwel gelijk aan 2018 (133).

Wat kan beter en wat zijn onze plannen?

- Het verbeteren van de wondzorg door middel van scholing van twee medewerkers.
- Het opstarten van casuïstiekbesprekingen rondom wondzorg.
- Het verlagen van het aantal meldingen van medicatiefouten ten opzichte van 2019.
- Het verlagen van het aantal valincidenten ten opzichte van 2019.
- Implementatie van de wet zorg en dwang – overleg met SOG , herschrijven van de beleidsnotitie en scholing van medewerkers.

4.5 Leren en werken aan kwaliteit

Beoogd resultaat kwaliteitskader

In het kwaliteitskader worden vijf elementen genoemd die bijdragen aan het leren en verbeteren van kwaliteit:

- Kwaliteitsmanagementsysteem
- Jaarlijks geactualiseerd kwaliteitsplan
- Jaarlijks kwaliteitsverslag
- Continu werken in de praktijk aan verbeteren door zorgverleners
- Lerend netwerk

Resultaten 2019

Kwaliteitsmanagementsysteem

- ❖ In september 2019 heeft een vervolgaudit plaatsgevonden voor het in 2018 behaalde ISO 9001-2015 certificaat. Hierbij zijn twee tekortkomingen vastgesteld (minors). Het plan van aanpak om de tekortkomingen op te lossen is goedgekeurd door de auditor.
- ❖ Verbeteren en borgen gebeurt op basis van de plan –do –check –act cyclus. Door middel van het kwaliteitsmanagementsysteem wordt informatie verzameld op basis waarvan verbeterplannen worden geschreven. Deze verbeterplannen vormen de input voor de PDCA-cyclus. Gebleken is dat de PDCA-cyclus met niet in alle verbeterprocessen op de juiste wijze wordt uitgevoerd (rapport IGJ).

Jaarlijks geactualiseerd kwaliteitsplan

- ❖ Bloemendael publiceert jaarlijks een kwaliteitsplan conform het kwaliteitskader. De bestuurder is eindverantwoordelijk en daarmee aanspreekbaar op de inhoud van het kwaliteitsplan.

Jaarlijks kwaliteitsverslag

- ❖ Dit kwaliteitsverslag wordt gepubliceerd op onze website; De URL wordt aangeleverd aan het Zorginstituut gelijktijdig met de aanlevering van kwaliteitsgegevens verpleeghuiszorg verslagjaar 2019.

Continu werken aan kwaliteitsverbetering

Kwaliteitsverbetering in de zorg begint op de werkvloer. In Bloemendael voelen medewerkers zich vrij elkaar aan te spreken en te leren van elkaars fouten. Door middel van interne audits, themaweken, periodieke metingen, controlemomenten en tevredenheidsonderzoeken worden medewerkers zich bewust van de kwaliteitsaspecten van zorg- en dienstverlening en wordt zichtbaar waar verbeterpunten mogelijk zijn.

- ❖ MIC-meldingen worden (afhankelijk van het soort melding) geanalyseerd op basis van de Prisma-light methodiek.
- ❖ Jaarlijks wordt een scholingsplan opgesteld met als doel de kennis en kunde van onze medewerkers op peil te houden.
- ❖ Naar aanleiding van het inspectierapport IGJ en interne- en externe audits zijn verbeterplannen opgesteld.
- ❖ De voortgang van verbeterplannen wordt eenmaal per kwartaal geëvalueerd door het managementteam
- ❖ We nemen deel aan het project Waardigheid en Trots op locatie. Er is een scan gemaakt van de organisatie, waarna een coach is aangesteld om ons te begeleiden bij de implementatie van het kwaliteitskader.

❖ Er worden jaarlijks volgens planning interne audits uitgevoerd. In 2019 zijn audits uitgevoerd op de volgende onderwerpen:

- Zorgleefplan beheren
- Medicatie beheren en distribueren
- Groepsverzorging
- Programma-aanbod
- Tussentijds evalueren
- Bewonersbespreking en MDO
- Personeelsbeleid – inwerkprogramma

Externe audits:

- Medicatieveiligheid (door apotheker)
- Audit ISO 9001:2015
- Inspectiebezoek IGJ
- Veilig Voedsel (keuken/restaurant)
- Hygiëne- en infectiepreventie

Lerend netwerk

❖ Bloemendael maakt deel uit van het lerend netwerk met de Oude Pastorie in Huizen en Huize Brandsen in Baarn. Daarnaast zijn wij lid van twee brancheorganisaties (Kenniz en SPOT). Uitwisseling van medewerkers vindt plaats binnen het lerend netwerk, op basis van actuele ontwikkelingen en de mogelijkheden qua personele bezetting. In 2019 hebben twee overleggen plaatsgevonden.

Wat kan beter en wat zijn onze plannen?

- Het verbeteren van de PDCA-cyclus, zowel op medewerkersniveau als op managementniveau.
- Het verbeteren van de kwaliteit van het zorgdossier en het methodisch werken.
- Het positioneren van medewerkers binnen de organisatiestructuur, het nemen van eigenaarschap en leren van en met elkaar.
- Deelname van medewerkers uit beide clusters aan lerend netwerkbijeenkomsten.

5. Randvoorwaardelijke thema's

5.1 Leiderschap, governance en management

Beoogd resultaat kwaliteitskader
In het kwaliteitskader worden zes thema's benoemd met betrekking tot leiderschap, governance en management: <ul style="list-style-type: none">• Visie op zorg• Sturen op kernwaarden• Leiderschap en goed bestuur• Rol en positie interne organen en toezichthouders• Inzicht hebben en geven• Verankeren van medische, verpleegkundige en psychosociale expertise
Resultaten 2019
<p>Visie op zorg</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Onze visie op zorg is beschreven in hoofdstuk 2 van dit kwaliteitsverslag en is leidend voor de wijze waarop wij onze zorg verlenen. <p>Sturen op kernwaarden</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Onze kernwaarden beschrijven waar onze organisatie voor staat. Directie en medewerkers conformeren zich aan deze kernwaarden.❖ In het jaargesprek met medewerkers zijn de kernwaarden een vast onderwerp van gesprek <p>Leiderschap en goed bestuur</p> <ul style="list-style-type: none">❖ De zorginkoop voor 2019 heeft onder eigen beheer plaatsgevonden.❖ De organisatie wordt geleid door een directeur-bestuurder.❖ De directeur-bestuurder is nauw betrokken bij de dagelijkse gang van zaken en heeft dagelijks contact met leidinggevend en overige medewerkers. Hij neemt deel aan werkoverleggen op verschillende niveaus, waardoor hij doorlopend op de hoogte blijft van wat er speelt binnen de organisatie.❖ De directeur-bestuurder is voor alle medewerkers aanspreekbaar.❖ Er is gezocht naar nauwere samenwerking met andere zorgorganisaties. De resultaten daarvan worden in 2020 verder uitgewerkt en geëffectueerd. <p>Rol en positie interne organen en toezichthouders</p> <ul style="list-style-type: none">❖ De Raad van Toezicht bestaat uit twee leden. Per 1 januari 2019 is een nieuw lid toegetreden met een zorginhoudelijke achtergrond en kennis van de ouderenzorg.❖ De Raad van Toezicht rekent de volgende taken en bevoegdheden in ieder geval tot haar verantwoordelijkheid:<ul style="list-style-type: none">-het zorgdragen voor een goed functionerend het bestuur (door benoeming en beoordeling van het bestuur);-het zorgdragen voor een goed functionerend intern toezicht;-het functioneren als adviseur en klankbord voor het bestuur;

-het houden van integraal toezicht op het beleid van het bestuur en de algemene gang van zaken in de organisatie;
-het goedkeuren van strategische beslissingen van het bestuur.

- ❖ De Raad van Toezicht en directeur-bestuurder onderschrijven de zorgbrede governance code en handelen conform.
- ❖ De leden van de Raad van Toezicht en hun betrokkenheid zijn te weinig bekend bij medewerkers, dit is een verbeterpunt voor 2020
- ❖ In Bloemendael is een bewonerscommissie aanwezig, bestaande uit drie leden. De commissie heeft in 2019 viermaal overleg gehad met de directeur en zorgmanager. In de praktijk is de input van de commissie -mede vanwege de hoge leeftijd van de leden - minimaal. We gaan in 2020 de mogelijkheden onderzoeken om de medezeggenschap van cliënten/vertegenwoordigers te vergroten.
- ❖ Er is een klachtenprocedure conform de Wkkgz. Registratie van klachten behoeft verbetering. Door korte lijnen worden klachten veelal ad hoc opgelost, maar door gebrekkige registratie is leren en verbeteren moeilijk te realiseren.
- ❖ Ondanks herhaalde pogingen is het niet gelukt een ondernemingsraad van de grond te krijgen. Om medezeggenschap van medewerkers te stimuleren is gekozen voor een jaarlijkse personeelsvergadering, waarbij medewerkers zelf bespreekpunten aan kunnen dragen en de directeur Arbo- en beleidsonderwerpen bespreekt. De animo hiervoor blijkt eveneens minimaal.

Inzicht hebben en geven

- ❖ De directeur-bestuurder neemt maandelijks deel aan kwaliteitsoverleg en eenmaal per kwartaal aan kernteamoverleg
- ❖ De directeur-bestuurder is eindverantwoordelijk voor het opstellen en uitvoeren van kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag.
- ❖ Er zijn afspraken vastgelegd met samenwerkende huisartsen, apothek, tandarts, specialist ouderengeneeskunde en psycholoog.
- ❖ De directeur-bestuurder neemt deel aan overleg binnen het lerend netwerk met de Oude Pastorie in Huizen en Huize Brandsen in Baarn.
- ❖ Informatie wordt verkregen door lidmaatschap van brancheorganisaties Kenniz en SPOT en informele netwerken.

Verankeren van medische, verpleegkundige en psychosociale expertise

- ❖ Per 1 januari 2019 is een nieuw lid van de Raad van Toezicht toegetreden met een zorginhoudelijke achtergrond en kennis van de ouderenzorg.
- ❖ Er is een samenwerking met een specialist ouderengeneeskunde en een psycholoog, beiden zijn betrokken bij het MDO.

Wat kan beter en wat zijn onze plannen?

- Het vergroten van de betrokkenheid van de Raad van Toezicht.
- Het verbeteren van de klachtenregistratie.
- Mogelijkheden onderzoeken om inspraak van cliënten en medewerkers te vergroten.
- **Het effectueren van samenwerking met andere zorgorganisaties.**

5.2 Personeelssamenstelling (voldoende en bekwaam personeel)

Beoogd resultaat kwaliteitskader

- Tijdens dag en avond is er permanent iemand aanwezig in de huiskamer/gemeenschappelijke ruimte.
- Tijdens de zorg en ondersteuning bij intensieve zorgmomenten (zoals opstaan, naar bed gaan, intake en rond het sterven) zijn er minimaal twee zorgverleners beschikbaar om deze taken te verrichten.
- In iedere dagdienst (ook in het weekend) is er per groep iemand aanwezig die de juiste kennis en competenties heeft om separaat van de zorgtaken aandacht te besteden aan zingeving/zinnvolle dag-invulling van cliënten.
- Zorgverleners die in direct contact zijn met de cliënten kennen hun naam, zijn op de hoogte van hun achtergrond en persoonlijke wensen.
- Er is in iedere locatie 24/7 een BIG geregistreerde verpleegkundige binnen 30 minuten ter plaatse.
- Er is in iedere locatie 24/7 een arts bereikbaar en oproepbaar. Deze arts reageert direct en is binnen 30 minuten ter plaatse.
- Er zijn 24/7 aanvullende voorzieningen beschikbaar voor (on)geplande zorg, vragen of toenemende complexiteit.
- Er is voor iedere medewerker voldoende tijd en ruimte om te leren en te ontwikkelen via feedback, intervisie, reflectie en scholing.
- Er is voor iedere zorgverlener tijd en ruimte om op gezette tijden mee te lopen bij een collega organisatie uit het lerend netwerk.
- Er is voldoende tijd beschikbaar om als EVV-er of contactverzorgende deel te nemen aan MDO's.
- Methodisch werken en multidisciplinair werken vormen de basis van verpleeghuiszorg.
- Er is een scholingsbeleid van zittende en aankomende zorgverleners dat hun vakbekwaamheid aantoonbaar versterkt.
- Er zijn periodieke gesprekken waarin competentie- en loopbaanontwikkeling aan de orde komen.

Resultaten 2019

- ❖ In de huiskamer van de groepsverzorging is permanent toezicht aanwezig van 's morgens 07.30 tot 's avonds 20.00 uur.
- ❖ Er is minimaal één medewerker op SPW-niveau of niveau 3 aanwezig in de huiskamer
- ❖ Het dienstrooster is zo opgesteld dat er op de intensieve zorgmomenten voldoende gekwalificeerd personeel beschikbaar is.
- ❖ Er is 24/7 een verpleegkundige beschikbaar die binnen 30 minuten ter plaatse kan zijn. In de avond en nacht is een verpleegkundige oproepbaar via een samenwerkende thuiszorgorganisatie.
- ❖ Er is 24/7 een arts bereikbaar en oproepbaar. Deze arts reageert direct en is binnen 30 minuten ter plaatse.
- ❖ Alle zorgmedewerkers vanaf niveau 3 worden eenmaal per 2 jaar BHV geschoold. Er is 24/7 een BHV-er aanwezig.
- ❖ Er is gebruik gemaakt van gekwalificeerde ZZP-ers tijdens zwangerschapsverlof/vakanties van medewerkers.
- ❖ Alle voorbehouden en risicovolle handelingen worden geregistreerd en cyclisch getoetst. Toetsers zijn geschoold op didactische vaardigheden.
- ❖ ZZP-ers worden tijdens de inwerkperiode getoetst op voorbehouden en risicovolle handelingen.
- ❖ Contactverzorgenden zijn aanwezig bij MDO en voeren voorafgaand aan het MDO een evaluatiegesprek met cliënt/vertegenwoordiger.
- ❖ Twee medewerkers volgden de opleiding voor verpleegkundige nivo 4, één medewerker heeft inmiddels het diploma behaald.
- ❖ Directeur en zorgmanager hebben jaargesprekken gevoerd volgens planning. De behoefte aan scholing maakt onderdeel uit van het jaargesprek.
- ❖ In 2019 hebben de volgende scholingen plaats gevonden:
 - Voorbehouden handelingen (verzorging)
 - Didactische scholing toetsers (toetsers)
 - Scholing MIKZO-systematiek (contactverzorgenden)
 - Scholing zorgplan en methodisch werken (contactverzorgenden)

- Wondzorg	(aandachtsvelder wondzorg)
- Workshop dementie en onbegrepen gedrag	(groepsverzorging)
- Hygiëne- en infectiepreventie	(verzorging/huishouding)
- E-learning Wet zorg en dwang	(verzorging/groepsverzorging)
- Opleiding GVP	(1 deelnemer VIG)
- E-learning Verantwoord medicijngebruik IVM	(VIG-ers, verpleegkundigen)
- Training assessoren	(4 deelnemers)
- Klinische les dementie en onbegrepen gedrag	(huishouding)
- Scholing preventiemedewerker	(kwaliteitsmedewerker)
- Themabijeenkomst persoonsgerichte zorg en dienstverlening	alle medewerkers en vrijwilligers (voor zo ver aanwezig)

Wat kan beter en wat zijn onze plannen?

- Intervisiegesprekken en omgangsoverleg worden opgenomen in de jaarplanning overlegvormen 2020.
- Het op peil houden van de personele bezetting, waardoor kwaliteit van zorg gewaarborgd blijft.
- Het verbeteren van de kwaliteit van collegiale toetsing.
- Het inzetten van een praktijkopleider.

5.3 Gebruik van hulpbronnen

Beoogd resultaat kwaliteitskader
<ul style="list-style-type: none">• De benodigde hulpbronnen en de wijze waarop deze dienend zijn aan het primair proces worden vanaf 2017 beschreven in het kwaliteitsplan en gaan mee in de cyclus van kwaliteitsverslag, bespreking met interne en externe stakeholders en update van het kwaliteitsplan.• Effectief en efficiënt gebruik van hulpbronnen om de best mogelijke zorgresultaten en ervaringen te behalen met de beschikbare financiën en middelen
Resultaten 2019
<p>❖ Om het zorgproces goed te laten verlopen is het noodzakelijk dat er randvoorwaarden worden gecreëerd die medewerkers in staat stellen hun werkzaamheden veilig en goed uit te voeren. Kennis, informatievoorziening, facilitaire factoren, gebouw, ICT-voorzieningen, materialen en samenwerkingsverbanden en administratieve organisatie spelen hierbij allemaal een rol.</p> <p>- Kennis en informatievoorziening Intern wordt kennis en informatie gedeeld door middel van vakliteratuur, periodieke werkoverleggen, mededelingen via het medewerkersportaal, workshops, E-learning en klinische lessen. Kwaliteitsdocumenten zijn voor alle medewerkers zowel digitaal als fysiek beschikbaar. Extern wordt kennis vergaard door het bijwonen van seminars, lezingen, abonnementen op nieuwsbrieven van relevante websites (Zorg voor Beter, Vilans, IGJ, V&VN etc.).</p> <p>-Facilitaire factoren en gebouw De facilitaire diensten in Bloemendael omvatten de technische dienst, restaurant, huishoudelijke dienst, receptie en wasvoorziening (deels intern, deels extern). Werkzaamheden worden uitgevoerd conform wettelijk eisen.</p> <p>-ICT In Bloemendael wordt gewerkt met een ECD (Nedap ONS). Het systeem voldoet aan de verwachtingen, echter nog niet alle mogelijkheden die het systeem biedt worden benut. Het ICT-netwerk voldoet aan de veiligheidsnormen. Bij uitval van een provider wordt automatisch overgeschakeld op een back-up-netwerk, zodat cliëntinformatie te allen tijde beschikbaar blijft. Er is een gedragscode internet, netwerk en emailgebruik.</p> <p>-Beheer en onderhoud van materialen Het onderhoud van gebouw en materialen vindt plaats aan de hand van een vaste planning. Tilliften worden jaarlijks gekeurd.</p> <p>-Administratieve diensten Administratieve diensten worden uitgevoerd door de receptie, de kwaliteitsmedewerker en de personeelsadministratie. De loonadministratie is extern ondergebracht bij een accountant. De registratie en declaratie van de geleverde productie is ondergebracht bij een externe, deskundige partij namelijk Care expert.</p>

5.4 Gebruik van informatie

Beoogd resultaat kwaliteitskader

- Elke verpleeghuisorganisatie dient minimaal één keer per jaar informatie over cliëntervaringen te verzamelen en te gebruiken middels erkende instrumenten. De informatie is onderdeel van het jaarlijks kwaliteitsverslag en kan onder andere gebruikt worden voor verbetering en voor keuze-informatie voor (potentiële) cliënten.
- Elke verpleeghuisorganisatie dient in het kader van onderlinge landelijke vergelijkbaarheid vanaf verslagjaar 2016 minimaal één keer per jaar informatie over de Net Promotor Score (NPS) per locatie (volgens KvK-registratie) aan te leveren.

Resultaten 2019

De mate van cliënttevredenheid is een belangrijke indicator voor de kwaliteit van zorg. Om dit te meten hanteert Bloemendael verschillende instrumenten.

- ❖ .Er wordt jaarlijks een intern cliënttevredenheidsonderzoek uitgevoerd , waarbij de thema's uit het kwaliteitskader aan de orde komen (mate van aandacht, gevoel van welzijn, zinvolle invulling van de dag, aandacht voor levensvragen enz.), evenals de NPS-score. Ook wordt gevraagd naar de mate waarin de door Bloemendael benoemde kernwaarden worden beleefd.

Cliënten somatiek: 8,5

Vertegenwoordigers PG-clënten: 8,9

- ❖ Op Zorgkaart Nederland staan op 1 december 2019 in totaal 31 waarderingen met een gemiddelde score van **9,2**. In het jaar 2019 zijn slechts 3 waarderingen toegevoegd.
- ❖ Na vertrek/overlijden stuurt de kwaliteitsmedewerker een nazorg-evaluatieformulier naar de familie/vertegenwoordiger. Vanaf 2019 is hierbij ook de aanbevelingsvraag (NPS-score) uitgevraagd. Gemiddelde waardering: **9,5**
- ❖ De uitkomsten van bovenvermelde metingen vormen input voor het kwaliteitsoverleg. Eventuele verbeteracties die uit het CTO naar voren komen worden opgenomen in het verbeterregister. De voortgang van alle lopende verbeterplannen worden eenmaal per kwartaal geëvalueerd door het managementteam

Wat kan beter en wat zijn onze plannen?

- Het uitvoeren van een CTO in Q4 van 2020
- Het digitaal uitvragen van nazorgevaluaties.

6. VERBETERPARAGRAAF

In deze paragraaf is samengevat welke plannen en verbeteracties er zijn voor het jaar 2020.

Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

- Verdiepende scholing van contactverzorgenden, met name gericht op methodisch werken en persoonsgerichte zorg
- Uitbreiding van diensten in de zorg, waardoor er meer tijd en aandacht is voor de cliënt
- Uitbreiding diensten groepsverzorging (huiskamer)

Zingeving en zinvolle dagbesteding

- ❖ Uitbreiding aanbod activiteiten d.m.v. uitbreiding diensten dagbesteding/activiteitenbegeleiding
- ❖ Begeleiding bij specifieke activiteiten (muziek)
- ❖ Vergroten van de inzet van vrijwilligers

Veiligheid

- ❖ Het verlenen van professionele wondzorg, door middel van het vergroten van kennis wondzorg
- ❖ Het houden van casuïstiekbesprekingen wondzorg/decubitus
- ❖ Implementatie wet zorg en dwang – herziening procedure
- ❖ Het verlagen van het aantal valincidenten en het aantal medicatiefouten

Leren en werken aan kwaliteit

- ❖ Het verbeteren van het methodisch werken (PDCA)
- ❖ Het verbeteren van de kwaliteit van het zorgdossier
- ❖ Het positioneren van medewerkers en het nemen van eigenaarschap
- ❖ Deelname van medewerkers uit beide clusters aan lerend netwerkbijeenkomsten

Leiderschap, governance en management

- ❖ Het vergroten van de betrokkenheid van de Raad van Toezicht.
- ❖ Het verbeteren van de klachtenregistratie.
- ❖ Mogelijkheden onderzoeken om inspraak van cliënten en medewerkers te vergroten.
- ❖ Het effectueren van samenwerking met andere zorgorganisaties.

Personeelssamenstelling

- ❖ Het verbeteren van de kwaliteit van collegiale toetsing
- ❖ Het inzetten van een praktijkopleider
- ❖ Intervisiegesprekken en omgangsoverleg opnemen in de jaarplanning overlegvormen 2020.
- ❖ Het op peil houden van de personele bezetting, waardoor kwaliteit van zorg gewaarborgd blijft.

Gebruik van hulpbronnen en informatie

- ❖ Het verhogen van de cliënttevredenheid ten opzichte van 2019: Uitvoeren CTO in Q4.
- ❖ Het digitaal uitvragen van nazorgevaluaties.