

# Beoordeling kwaliteit & veiligheid

(Januari t/m december)

al>care

*wonen en zorg*

- 2019 -

## Missie/visie

Het welbevinden van de cliënt staat altijd voorop. Alkcare wil aan elke cliënt zorgvuldig afgestemde en kwalitatief hoogwaardige zorg- hulp- en dienstverlening bieden. Bij Alkcare houden we ervan om nuchter en realistisch te zijn. Uitgangspunt daarbij is “het eerlijke verhaal”. Vaak kunnen wij het gezondheidsprobleem of de kwetsbaarheid niet meer oplossen. In die wetenschap zullen wij er alles aan doen om het onze bewoners zo aangenaam mogelijk te maken. Met persoonsgerichte zorg en ondersteuning. De regie zolang mogelijk bij de bewoner of de cliënt. Onze leidende vraag daarbij is altijd: “Wat kan ik voor u betekenen”

**“Prettig wonen, professioneel werken”**

## Onze Kernwaarden

De kernwaarden van Alkcare geven aan waar we voor staan, wat ons verbindt, waar we in geloven en wat essentieel is in onze houding en gedrag. De kernwaarden van Alkcare zijn:

*Realistisch:* Wat ons drijft is een combinatie van compassie en realisme. De realiteit van “het eerlijke verhaal” is onze drijfveer om het onze bewoners en cliënten zo aangenaam mogelijk te maken.

*Liefdevol:* Wij houden van mensen. Dat is ook het belangrijkste dat we verwachten van onze medewerkers en vrijwilligers.

*Professioneel:* Wij zijn ons bewust van onze verantwoordelijkheid en onze eigen professionele ontwikkeling. We beschikken over alle benodigde kennis en bevoegdheden die nodig is om onze zorg en diensten te kunnen verlenen. We leren van onze fouten en spreken elkaar aan. Goede samenwerking is vanzelfsprekend en is onze gezamenlijke verantwoordelijkheid. Zowel intern, multidisciplinair als met onze samenwerkingspartners. Als we iets afspreken doen we het ook!

## Besturingsfilosofie

De besturingsfilosofie van Alkcare is in de basis eenvoudig. Bij Alkcare gaat het om tevreden bewoners/cliënten, tevreden medewerkers en vrijwilligers, een gezonde bedrijfsvoering. Elk initiatief wordt getoetst aan deze drie uitgangspunten. Onze belangrijkste controlevraag daarbij is: “Wat wordt mw. Jansen hier beter van?”

De besturing is gebaseerd op resultaatverantwoordelijk management. De locatiemanagers en de facilitair manager dragen de volle verantwoordelijkheid voor de realisatie van de overeengekomen doelen op het terrein van het primaire proces, personeelszorg en middelen beheer. Zij doen dit binnen de vastgestelde kaders, met behulp van beschikbaar gestelde middelen en in goede afstemming met anderen binnen en buiten de organisatie.

Op centraal niveau zijn de staf- en ondersteunende disciplines gepositioneerd. Zij leggen vanuit hun positie verantwoording af aan de bestuurder. De omvang van de ondersteunende diensten staat in een gezonde relatie tot de omvang van de organisatie. Binnen de ondersteunende diensten is alle professionele kennis en deskundigheid beschikbaar om de dienstverlening goed te kunnen ondersteunen. Op het vlak van bewonerszorg, werkgeverschap, bedrijfsvoering en governance.

Onze ondersteunende systemen zijn actueel, betrouwbaar, van bestaande leveranciers, van bewezen kwaliteit, ondersteunen daadwerkelijk het primaire proces en zijn koppelbaar (Informatie is uitwisselbaar). Resultaten worden vastgelegd in actuele en betrouwbare managementinformatie, afgestemd op het resultaatgebied en de verantwoordelijkheid van de managers. De jaarplanning wordt vastgelegd en bewaakt in een P&C cyclus.

Onze visie op leidinggeven is:

- Open en actie gericht vanuit de gezamenlijke visie,
- Lange termijn gerichtheid, bewust bouwen aan de toekomst,
- Ruimte en vertrouwen geven,
- Vanuit een gelijkwaardige dialoog,

In contact met onze bewoners, mantelzorgers, medewerkers, vrijwilligers en relaties is “moreel leiderschap” ons uitgangspunt. Wij zoeken persoonlijk contact, nemen mensen serieus, behandelen iedereen met respect en treden iedereen met vertrouwen tegemoet,

# INHOUDSOPGAVE

- Klik op een item om hiernaartoe geleidt te worden -

## Kwaliteit & Veiligheid

Pers. zorg & ondersteuning	Wonen & Welzijn	Veiligheid	Leren & verbeteren
<a href="#">Intramuraal</a> <a href="#">Extramuraal</a> <a href="#">Dossiervorming</a> <a href="#">Cliëntevaluatie</a>	<a href="#">Wooncomfort</a> <a href="#">Veilig gevoel &amp; privacy</a> <a href="#">Participatie familie/mantelzorg</a> <a href="#">Participatie vrijwilligers</a> <a href="#">Activiteiten</a>	<a href="#">Risicosignalering cliënt</a> <a href="#">Medicatieveiligheid</a> <a href="#">Mondzorg</a> <a href="#">Hygiëne- / infectiepreventie</a> <a href="#">Voedselveiligheid</a>	<a href="#">Tevredenheid cliënten</a> <a href="#">Tevredenheid medewerkers</a> <a href="#">Afwijkingen</a> <a href="#">Audits</a> <a href="#">Samen leren</a> <a href="#">PDCA</a>

### Randvoorwaarden

<a href="#">Personeel</a>
<a href="#">Brandveiligheid / calamiteit</a>
<a href="#">Leveranciers</a>
<a href="#">Communicatie</a>
<a href="#">Informatie</a>
<a href="#">Wet- en regelgeving</a>

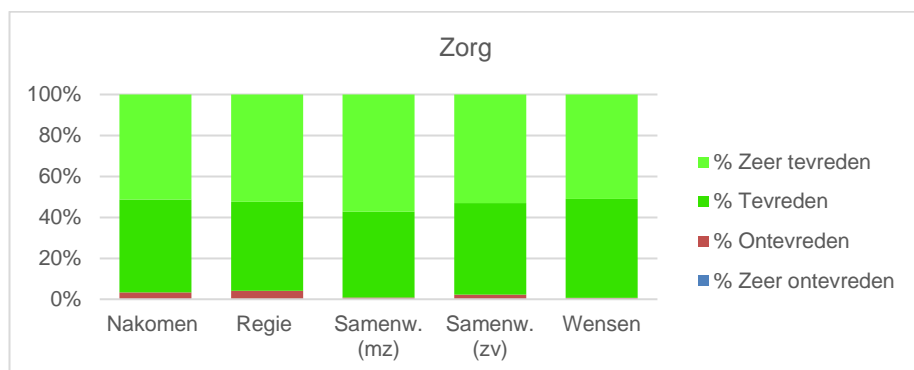
### Overige

<a href="#">Status indicatoren</a>
<a href="#">Overzicht verbeterpunten</a>

## 1. Persoonsgerichte zorg & ondersteuning

### 1.1. Intramuraal

In totaal is 98% tevreden of zeer tevreden over de zorg, zie onderstaand figuur. (Resultaten zijn vergelijkbaar met vorig jaar)



Gegeven feedback gaat (o.a.) over eigen regie en nakomen van afspraken. Belangrijk is om altijd (af) te vragen wat men nog wel kan i.p.v. een handeling standaard over te nemen. Daarnaast worden afspraken soms vergeten (of vlak van tevoren afgezegd) wat persoonsafhankelijk is. De één is wel op de hoogte, de andere niet.

### 1.2. Extramuraal

Dit was het eerste jaar dat de tevredenheid van extramuraal cliënten op een andere manier werd gemeten. Daarom kunnen deze resultaten niet worden geïntegreerd met intramuraal om zo een Alkcare breed oordeel te geven. Algemene scores worden bij het onderwerp "tevredenheid" verder besproken. Gegeven feedback is uiteenlopend. Van gemaakte afspraken tot de wens een vast "gezicht" te zien en op meer vaste tijden geholpen te worden.

### 1.3. Dossiervorming

Zowel vanuit de HKZ audit als de Inspectie kwam naar voren dat dossiervorming verbetering behoeft, zowel intramuraal als extramuraal. Dit mag meer persoonsgericht (naast zorg gerelateerd meer welzijn) en concreter zijn. Erkent wordt dat ons huidige ECD hierin niet voldoende ondersteunt, dat dit overzichtelijker en eenvoudiger kan. Zoals eerder aangegeven, wordt het verbeteren van dossiervorming een project van 2020. Onderwerpen zoals training, coaching als oriëntatie naar een nieuw ECD en een aantal bovengenoemde punten worden hierin meegenomen.

### 1.4. Cliëntevaluatie

Intramuraal vindt 2 maal per jaar een MDO plaats waar naast de cliënt ook de familie/mantelzorg, SOG en casemanager worden uitgenodigd. EVV-er en teamleider zijn altijd aanwezig. Deze samenstelling wordt als waardevol beschouwd. Wel wordt aangegeven dat het soms lastig plannen is.

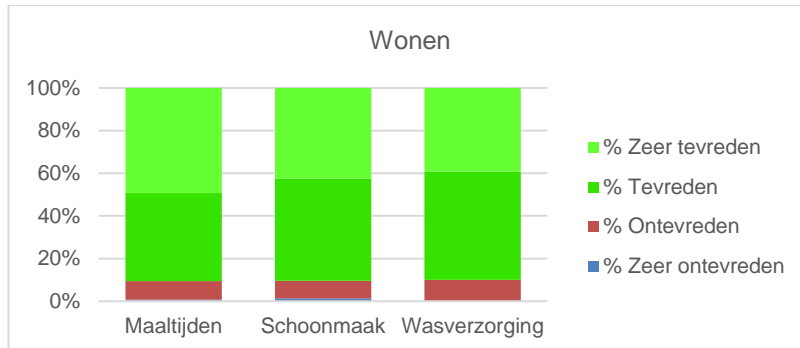
Een punt ter verbetering hierin is de input van activiteitenbegeleiding. Het blijkt dat in de praktijk hier verschillend mee wordt omgegaan. Waar de één deze discipline standaard laat deelnemen aan het MDO, stuurt de ander alleen een mail met de vraag voor input, en weer de ander helemaal niets. Activiteitenbegeleiding is een waardevolle input als het gaat om het welzijn van de cliënt. Het is dan ook belangrijk te beslissen hoe deze invulling vorm te geven in de MDO's.

Ook extramuraal vindt 2 maal per jaar een MDO plaats tussen de cliënt, contactverzorgende en eventueel familie/mantelzorg. Dit verloopt naar tevredenheid. In 2020 wordt gekeken hoe deze anders in te plannen (van bulk naar individuele halfjaarlijkse momenten).

## 2. Wonen & Welzijn

### 2.1. Wooncomfort

Van de respondenten in totaal is 91% van de cliënten tevreden of zeer tevreden over de woonfaciliteiten. Dit is vergelijkbaar met de resultaten van vorig jaar. Zie onderstaand figuur voor de verdeling hierin.

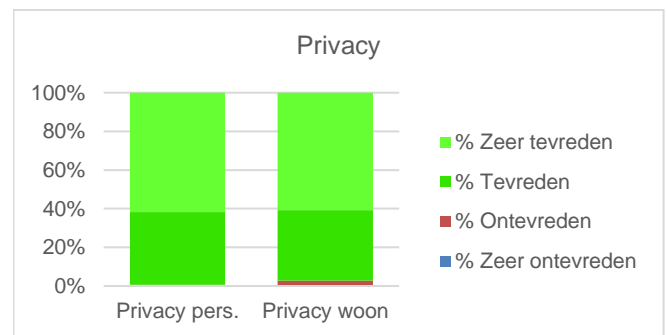
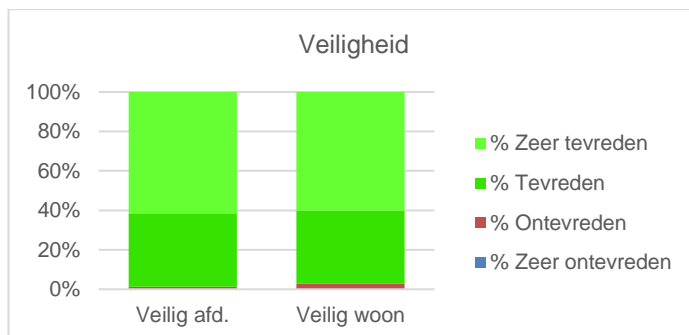


Er kwamen twee verbeterpunten naar voren. De eerste is de beschikbare tijd voor schoonmaak. In 2020 worden de mogelijkheden onderzocht om de schoonmaaktijd te verlengen naar 1 uur. De tweede is de wasvoorziening in zijn algemeenheid. Daar waar we vorig jaar zijn gestart met dit proces te optimaliseren, zijn we door omstandigheden hier ook weer mee gestopt. Dit zal in 2020 verder worden opgepakt door de Facilitair manager.

Per 2019 is de Facilitair manager aangesloten bij de inhuizingsgesprekken. Dit werkt naar tevredenheid en wordt gecontinueerd. Daarnaast is de Triple T- methode eind 2019 ook naar tevredenheid uitgerold in de Oldeburgh. Omgang naar het nieuwe systeem is nog even wennen en behoeft in 2020 nog wel de aandacht, maar gaat steeds beter.

### 2.2. Veilig gevoel & privacy

Van de respondenten in totaal is 98% tevreden of zeer tevreden over de veiligheid & privacy. Resultaten zijn vergelijkbaar met die van vorig jaar. Zie onderstaande figuren voor de verdeling hierin.



Men voelt zich veilig binnen de eigen woonomgeving en de afdeling. N.a.v. de evaluatie van de resultaten werd opgemerkt dat er meerdere malen een opmerking is gemaakt betreffende de toegang tot de woonruimte of het gebouw. Het blijkt dat de toegang op beide locaties anders is geregeld. In 2020 zal de Facilitair manager inventariseren wat de mogelijkheden zijn om dit gelijk te trekken en/of eventueel te verbeteren.

### 2.3. Participatie familie/mantelzorg

Een indicator is dat er minimaal één familieavond heeft plaatsgevonden. Gebleken is dat dit niet altijd wordt gehaald. Daarnaast wordt vereist dat elk Zorgleefplan de participatie van familie/mantelzorg beschrijft. Ook dit is niet altijd het geval. Dit onderwerp wordt meegenomen in het project betreffende verbetering van de dossiervorming.

### 2.4. Participatie vrijwilligers

Opgemerkt wordt dat de communicatie en administratie betreffende de vrijwilligers verbeterd kan worden. Daar waar men bezig is met externe ontwikkelingen (denk aan netwerkoverleg, kennisoverdracht, aansluiting VCRA) kunnen interne processen verder worden geprofessionaliseerd.

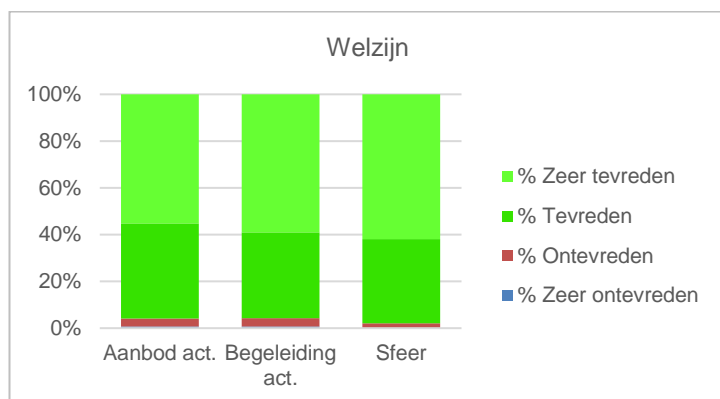
Denk hierbij aan communicatie over een cliënt in geval van een overlijden/ziekenhuisopname/vakantie enz. Maar ook over de vorm hiervan. Gebleken is dat merendeel van de vrijwilligers niet weet om te gaan met email, of deze zelfs niet heeft.

Daarnaast is de administratie een Excel bestand en wordt papierwerk opgeslagen in mappen. Vraag is of dit nog van deze tijd is, zeker met zoveel vrijwilligers als Alkcare heeft. Want ook vrijwilligers hebben een VOG, proeftijd, verplichte trainingen, financiële gegevens, persoonsgegevens enz. Wellicht kan hier gebruik gemaakt worden van SDB of een ander systeem. Verder staat in 2020 een gastvrijheidstraining op de planning. Belangrijk is dat vrijwilligers hier ook in worden meegenomen.

Eind 2018 heeft een vrijwilligerstevredenheidsonderzoek plaatsgevonden. Uitslagen zijn besproken met de vrijwilligers. Het is de bedoeling dat in 2020 weer een tevredenheidsonderzoek plaatsvindt. Belangrijk is goed na te denken over de vorm van dit onderzoek en wat we willen weten van deze groep medewerkers.

### 2.5. Activiteiten

Van de respondenten in totaal is 97% tevreden of zeer tevreden betreffende het welzijn. Resultaten zijn vergelijkbaar met vorig jaar. Tijdens de evaluatie kwamen hier niet direct punten uit die een verbeterplan behoeven. Zie onderstaand figuur voor de verdeling hierin.



## 3. Veiligheid

### 3.1. Risicosignalering cliënt

De uitvoering vanuit de halfjaarlijkse risicobeoordeling verloopt naar tevredenheid, maar wordt niet altijd op de juiste manier geborgd (in- als extramuraal). Dit kwam naar voren zowel bij de inspectie als HKZ. Zo wordt bijvoorbeeld vanuit de signalering een verhoogd risico gegeven, maar wijst de praktijk dit niet uit of andersom. Wat de uitkomst ook is, dit dient duidelijk omschreven te zijn in het zorgplan waarbij een professionele afweging gemaakt (en dus geborgd) moet worden tussen het risico en de zorgbehoefte/voorkeuren/wensen. Dit punt wordt in 2020 samen opgepakt met de overige punten betreffende dossiervorming.

### 3.2. Medicatieveiligheid

In 2019 is begonnen met een andere audit frequentie. Dit verliep niet naar tevredenheid, slechts 2/3 van de audits is uitgevoerd. Teamleiders zijn hierop aangesproken. We blijven wel de auditfrequentie aanhouden en gaan aandachtsvelders hier een rol in laten spelen. Daarom is besloten de evaluatie van de uitkomsten tijdens het delen te bespreken met de aandachtsvelders. Hieruit kwamen onderstaande verbeterpunten naar voren:

- Per team bepalen beste werkwijze
- Juiste wijze van aftekenen
- Juiste omgang met toedienlijst
- Aanwezigheid uitvoeringsverzoek
- Handhygiëne

De evaluatie van uitkomsten buiten het delen om, zal verderop in het jaar met de aandachtsvelders plaatsvinden.

Tijdens een voedselveiligheidsronde kwam naar voren dat de omgang met medicatie op de dagbesteding onduidelijk is. Hierin moet een besluit worden genomen, zeker gezien dit vaker voor zal komen.

Ook vanuit het Inspectiebezoek kwam het onderwerp medicatieveiligheid naar voren als aandachtspunt. Dit onderwerp wordt dan ook één van de projectonderwerpen van 2020.

### 3.3. Mondzorg

In 2019 is Fresh unieke mondzorg ook in 't Rekerheem van start gegaan. Men merkt dat dit steeds beter begint te lopen, maar nog wel meer aandacht mag krijgen. Aangegeven wordt dat dit onderwerp nog niet vanzelfsprekend is en dat dit ook beter teruggekoppeld kan worden in het dossier. De optie wordt genoemd om ook Fresh unieke mondzorg als behandelaar rapportagemogelijkheden in het ECD te geven. In 2020 is één van de projecten de structurering van aandachtsvelders en verbeteren van dossiervorming. Dit onderwerp komt hier dan ook in terug.

### 3.4. Hygiëne- en infectiepreventie

Op dit gebied zijn in 2019 behoorlijk wat slagen gemaakt, zie onderstaande.

- Het onderwerp is behandeld als kwartaalonderwerp.
- Twee klinische lessen hebben plaatsgevonden (hygiëne & bacteriën/virussen)
- Aandachtsvelders zijn aangesteld
- HIP commissie is gevormd
- Contract is aangegaan met hygiënist (Tensen & Nolte)
- Externe audit heeft plaatsgevonden
- Persoonlijke- en handhygiëne is geïntegreerd in de vaste systematiek van de medicatieaudits.
- 3 verschillende disciplines hebben een hygiëne- en infectiepreventie dag bijgewoond.

En dit is nog maar het begin. Ook dit onderwerp wordt één van de projecten voor 2020. Zo zal onder andere de commissie verder worden uitgebreid met de aandachtsvelders, zullen de SOG en hygiënist een keer aanschuiven en wordt een meerjaren plan van aanpak opgesteld gebaseerd op onze interne- en externe audit uitkomsten.

In de thuiszorg behoeft de hygiëne meer aandacht. Men is niet bekend met de hygiëne richtlijnen hierin. Dit kwam ook naar voren bij de HKZ audit. Hygiëne komt in 2020 ook hoog op de agenda te staan in de thuiszorg. Dan wordt de richtlijn verspreid. Daarnaast zullen diverse medewerkers naar symposia gaan. Dit alles wordt ook onderdeel van bovengenoemde project.

### **3.5. Voedselveiligheid**

Het HACCP team is omgezet naar HIP-commissie. Per 2019 zijn we begonnen met een nieuw, overzichtelijker schoonmaakschema. Dit is één A3 bladzijde, waarop een kwartaal lang de werkzaamheden staan vermeld en op afgetekend kan worden. Dit schema is overzichtelijker dan de vorige systematiek. Ook kunnen punten die extra aandacht behoeven gemakkelijk worden toegevoegd. We zien dan ook dat het beter gaat dan de afgelopen jaren. Meer werkzaamheden worden uitgevoerd en men geeft aan het einde van het kwartaal zelf al aan een nieuwe lijst te willen. Wel dient dit de aandacht te blijven houden en kan hier meer op worden gestuurd.

Ook in 2019 stonden er voedselveiligheidsrondes op de planning. Echter, niet alle zijn uitgevoerd. Men ziet wel de meerwaarde van de voedselveiligheidsrondes in. In 2020 staan deze dan ook weer op de planning.

In 2019 heeft een afdeling een aandachtsvelder vocht/voeding proberen van de grond te krijgen, dat is niet gelukt. Inmiddels is het proces in gang gezet om keukenmedewerker aandachtsvelder vocht/voeding te laten worden voor alle teams.

In de gesprekken kwam naar voren dat er onduidelijkheid is over de verantwoordelijkheid (schoonmaak & voedselveiligheid) van de keuken in de activiteitenruimte de Doemeer. Deze wordt door verschillende partijen gebruikt, er zijn geen algemene afspraken bekend. Hier moet een besluit over worden genomen.



## 4. Leren en verbeteren

### 4.1. Tevredenheid cliënten

#### Algemeen

Onderstaande tabel geeft een aantal algemene resultaten weer van 2019 (& voor vergelijking 2018).

2019	IM	KDO	EM	HH
<b>Respons</b>	54%	31%	60%	67%
<b>Op naam</b>	59%	88%	42%	26%
<i>Anoniem</i>	41%	13%	58%	74%
<b>Gemiddelde cijfer</b>	8,9	9,3	8	8,7
<b>NPS</b> (% verschil promotors / criticasters)	+64	+83	+23	+52
<b>Feedback*</b>	38%	25%	40%	9%

(\* % personen die feedback hebben gegeven)

2018	IM	KDO	EM
<b>Respons</b>	47%	70%	63%
<b>Op naam</b>	59%	72%	58%
<i>Anoniem</i>	41%	28%	42%
<b>Gemiddelde cijfer</b>	8,5	9,6	8,7
<b>NPS</b> (% verschil promotors / criticasters)	+52	+89	+56

#### Intramuraal

2019 Was het 2<sup>e</sup> jaar dat we onze eigen systematiek betreffende cliënttevredenheid (intramuraal) hebben uitgevoerd. Resultaten zijn verwerkt bij desbetreffende gebieden in deze beoordeling.

De resultaten van het 1<sup>e</sup> jaar zijn op twee manieren gecommuniceerd naar de cliënten en familie/mantelzorg. Eerste is via een poster op de (mantelzorg) borden binnen Alcare. Tweede is een verkleinde variant in de vorm van een foldertje in de daaropvolgende envelop met vragenlijst. Ook zijn de resultaten gedeeld binnen de teams met meer details erin. Hoewel we tevreden zijn met deze systematiek, zijn er wel een aantal verbeterpunten.

Opgemerkt wordt dat er meer consequent kan worden omgegaan met de uitgifte betreffende KDO en dagbesteding. Aangegeven werd dat bij dagbesteding zo goed als geen vragenlijsten zijn uitgegeven. Deels is dit te wijten aan personele aangelegenheden. Daarom zijn de resultaten van dagbesteding niet vermeld. Gezien er 4 vragenlijsten retour gekomen zijn uit 2019 (waarbij werd aangegeven niet veel te hebben uitgegeven) is het niet zinvol om hier iets over resultaten te vermelden. Dit zou een verkeerd beeld geven.

Daarnaast is sinds 2019 gestart met een extra KDO plaats op de 3<sup>e</sup> etage van 't Rekerheem. Men heeft hier geen vragenlijsten uitgegeven. Dit is aangegeven en wordt vanaf nu verder opgepakt.

#### Extramuraal & huishouding

Extramuraal werden we verplicht de zogenoemde PREM uit te voeren. Gezien de vraagstelling anders is, kunnen resultaten niet gebundeld worden met intramuraal om een Alcare brede conclusie te kunnen formuleren. Dit geldt ook voor het cliënttevredenheidsonderzoek betreffende huishouding. Vanuit beide segmenten kwamen er uit de evaluatie geen duidelijke verbeterpunten. Men is tevreden.

### 4.2. Tevredenheid/evaluatie medewerkers

Eind 2019 heeft het medewerkerstevredenheidsonderzoek plaatsgevonden. Hieruit kwamen 3 duidelijke aandachtspunten naar voren: communicatie, werkdruk en omgaan met veranderingen. Waarbij communicatie hier met kop en schouders bovenuit steekt. Ook zal dit worden teruggevonden verderop in deze kwaliteitsbeoordeling. Gezien dit via verschillende kanalen naar voren punt en alles staat of valt met communicatie, zal verbetering hiervan met prioriteit worden behandeld in 2020.

Een ander moment van evaluatie vindt plaats indien men uit dienst treedt, het zogenoemde exit gesprek. Ook kwam verbetering in communicatie hieruit naar voren als verbeterpunt. Verder is er nog geen voortgang in eerder geformuleerde verbeteracties omtrent dit onderwerp (aanpassing verslagformulier en verwerking resultaten). Dit wordt verder opgepakt in 2020.

### 4.3. Afwijkingen

In 2019 hebben we dezelfde MIC/MIM systematiek aangehouden waar we in 2018 mee zijn gestart. Aanvullend hierop (vanaf analyse Q4) is een aandachtspuntenlijst per teamleider. Waar voorheen de analyse werd "overschreven" worden de bijzonderheden in het vervolg in deze lijst gezet. Een volgend kwartaal wordt gekeken of een verbeteractie effect heeft gehad. Hierdoor is ook de PDCA cirkel betreffende de incidenten rond. Verbeterpunten vanuit de vorige beoordeling blijven staan. Omdat het onderwerp medicatieveiligheid prioriteit heeft boven de optimalisatie van de MIC/MIM methodiek, wordt MIC/MIM als kwartaalonderwerp naar achter geschoven. Het stimuleren van MIM's blijft een aandachtspunt. Wel wordt gezien dat meer gemeld wordt vanuit andere discipline. Dit is een positieve ontwikkeling.

Er zijn in 2019 geen formele klachten geweest. Eventuele issues zijn "informeel" afgehandeld naar tevredenheid.

### 4.4. Audits

Interne medicatieaudits en voedselveiligheidsaudits zijn (door diverse omstandigheden) niet allen uitgevoerd. In 2020 pakken we dit weer op. De procesaudits zijn zo goed als allen uitgevoerd, hoewel de AVG naar januari is doorgeschoven. Gezien wordt dat we onbewust behoorlijk wat interne zelfevaluaties doen. Ook vanuit de minors (HKZ) en het laten uitvoeren van externe audits. Om deze reden is het auditplan van 2020 het complete overzicht van de audit die op de planning staan, zowel de interne- als externe.

2019 is het jaar van de externe audits geweest. Zo hebben we bezoek gehad van HKZ, de Inspectie en een hygiënist. Verbeterpunten en minors worden opgepakt, waarin de oorzaak veel is terug te brengen tot bewustzijn en communicatie.

### 4.5. Samen leren

Ook in 2019 hebben (net als in 2018) diverse overlegvormen plaatsgevonden, naar tevredenheid.

### 4.6. PDCA: de beoordeling van het kwaliteitsmanagementsysteem (KMS)

*Met de komst van een andere bestuurder zijn er uiteraard ook andere plannen. Ten tijde van dit schrijven wordt de beleidscyclus onder de loep genomen. We zijn volop in ontwikkeling om beleid en kwaliteit uit elkaar te halen. Daarbij zoekend naar een geschikte methodiek om dit alles te borgen. Uiteraard is deze overall kwaliteitsbeoordeling gedaan waarin alle kwaliteit gerelateerde-, overkoepelende resultaten zijn beoordeeld. Uitkomsten hiervan worden opgepakt, maar de systematiek voor borging is nog onzeker.*

*Even top down: Wat komt in jaarplannen en wat in actielijsten? Welke indicatoren gaan we hanteren? Hoe maken we deze meetbaar? Welke zelfevaluaties hangen hieronder? En door wie wordt dit wanneer uitgevoerd? Wanneer is iets effectief gebleken (effectiviteitscontrole) Dit zijn zaken die op dit moment spelen, waar we naar verwachting halverwege dit jaar meer duidelijkheid over hebben. De risico- en stakeholderanalyse zullen uiteraard input vormen voor ontwikkeling van het (aangepaste) KMS. Deze zullen halverwege 2020 worden uitgevoerd.*

*Net als de WZD kunnen we dit als een overgangsjaar gezien. Waarbij we voorzichtig gaan kijken naar wat haalbaar is en welke mensen daarvoor nodig zijn. We nemen de tijd om per 2021 aan de slag te gaan met een cyclus die we in 2020 gaan opstarten. Hierbij zullen delen van het huidige KMS blijven bestaan of worden aangepast en nieuwe methodieken worden toegevoegd. Wordt dus vervolgd.*

*Om een eindoordeel te kunnen geven over of het systeem werkt: het systeem heeft in 2019 gewerkt, maar er wordt ook ingezien dat dit erg veel is. Vandaar bovengenoemde acties om het meer behapbaar te maken en meer te kunnen sturen op resultaten.*

#### **Kansen / oorzaken / effectiviteit**

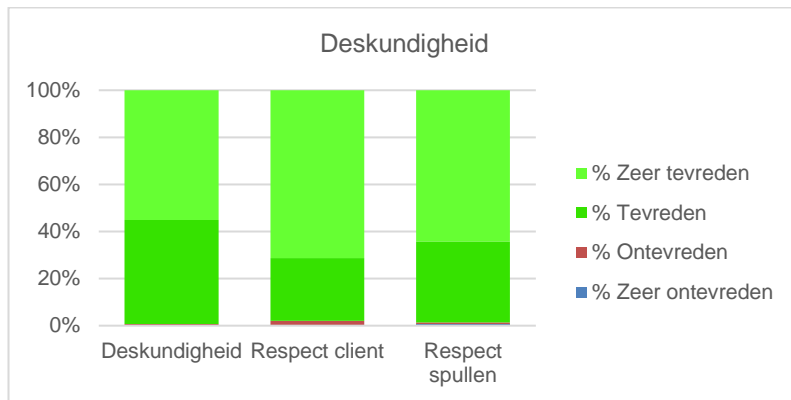
*Nog steeds wordt veelal gedacht in kansen. Kansen die we met zijn allen zien en graag willen uitvoeren. Rekening houdend met prioriteiten, kunnen we geen gehoor geven aan alle kansen tegelijk. Daarom is het des te belangrijker deze niet uit het oog te verliezen, maar consistent in de verbeterpuntendatabase te brengen. Een goede methodiek om met deze database om te gaan is onderdeel van de herziene cyclus.*

*In de vorige beoordeling stond al beschreven dat het merendeel van de oorzaken te wijten is aan bewustwording. Dit is ook gebleken uit de externe inspecties. Een essentieel onderdeel hiervan is ook communicatie, dat al eerder aan de orde is geweest. In 2020 worden plannen gemaakt waarin deze twee centraal staan, waar waarschijnlijk ook onze grootste kans ligt en het effect het grootst zal zijn.....*

## 5. Randvoorwaarden

### 5.1. Personeel

In het algemeen is 98% van de cliënten tevreden of zeer tevreden betreffende het personeel. Zie onderstaand figuur voor de verdeling hierin.



Men is zeer te spreken over het personeel. Opmerkingen die retour komen gaan vooral over het feit dat omgang afhankelijk is van de persoon waar je mee te maken hebt.

Medewerkers zijn juist en tijdig geschoold. In 2019 hebben we wel een minor op bevoegd en bekwaamheden gekregen, maar daar zijn inmiddels verbetermaatregelen ingezet. Zo wordt onder andere onderzocht of SDB voorziet in een bepaalde module en wordt een praktijkopleider voor de Thuiszorg geworven. In 2019 is gezocht naar een goede systematiek voor afhandeling van certificaten en opname in dossiers. Dit werkt naar tevredenheid.

### 5.2. Brandveiligheid / calamiteit

Onderhoud & inspectie aan de apparatuur m.b.t. de brandveiligheid/calamiteiten heeft plaatsgevonden evenals de controle op deze. Naast de goede resultaten is het advies gegeven om in de badkamer van het thuiszorg een rookmelder te plaatsen gezien hier materialen worden opgeslagen. Alle hulpmiddelen (tilliften, tilmatten, duofiets enz.) zijn ook gekeurd en in orde bevonden.

Ontruimingsoefeningen hebben naar tevredenheid plaatsgevonden. Inmiddels is een ander hulpmiddel gemaakt voor het openen van deuren in verband met de nieuwe sloten in de Oldeburgh. Dit is vrij recent en omgang met dit hulpmiddel wordt meegenomen in de ontruimingsoefening voor 2020.

In 2019 is begonnen met alle reguliere kranen te vervangen door thermostaatkranen. In de badkamers heeft dit inmiddels plaatsgevonden. Alleen de 1<sup>e</sup> etage van 't Rekerheem dient nog te gebeuren. Betreffende dit item is een onveilige situatie gemeld, waarvan betreffende kraan inmiddels is vervangen. In de Oldeburgh zijn alle douches voorzien van thermostaatkranen, de wastafels van badkamer en keuken niet. Wel zijn deze voorzien van een begrenzing van de temperatuur.

Alle BHV-ers zijn geschoold, in het voorjaar 2020 is volgende ronde. De frequentie is opgehoogd naar 1x per jaar. Er vinden nog een aantal aanpassingen plaats aan het BHV beleidsplan, waarna dit richting het MT wordt gebracht voor goedkeuring en geïmplementeerd.

Legionella controles zijn uitgevoerd, er zijn geen overschrijdingen geconstateerd. De spoelrondes zijn geëvalueerd en indien nodig aangepast. Zo wordt het spoelen van de 3<sup>e</sup> etage ('t Rekerheem) inmiddels op dezelfde manier uitgevoerd als de 4<sup>e</sup> etage.

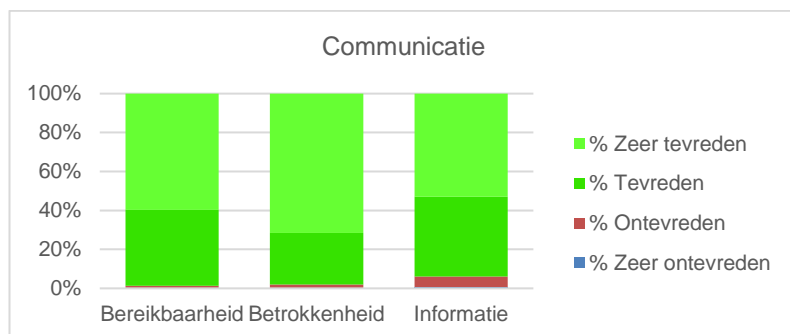
Door het vertrek van een preventiemedewerker is deze vacature vrij gekomen. Deze wordt in 2020 opgevuld.

### 5.3. Leveranciers

Alle kritische leveranciers zijn beoordeeld. In 2019 is begonnen met de beoordelingen te verdelen gedurende het jaar. Dit werkt naar tevredenheid en wordt in 2020 vervolgd. Ook worden dan medewerkers bevroegd voor meer diepgang (in plaats van een vragenlijst te sturen naar de teamleiders). Opgemerkt werd dat de leveranciers van Inco materialen niet benoemd staat als kritische leverancier. Overwogen wordt om deze als zodanig op te nemen. Vanuit de HKZ is een minor geconstateerd omtrent dit onderwerp. Deze wordt in 2020 verder opgepakt.

## 5.4. Communicatie

Betreffende communicatie is 96% van de respondenten hier tevreden of zeer tevreden over. Resultaten zijn vergelijkbaar met vorig jaar. Zie onderstaand figuur voor de verdeling hierin..



Vanuit de evaluatie van de resultaten kwamen geen specifieke verbeterpunten naar voren.

Daarentegen kwam dit onderwerp wel als duidelijk verbeterpunt naar voren vanuit zowel de exitgesprekken en het MTO. Daarnaast zijn door de gehele organisatie verschillende signalen waaruit blijkt dat de communicatielijnen onduidelijk zijn. Denk onder andere aan:

- route van ideeën/verbetervoorstellen/notulen,
- terugkoppeling interne/externe audits,
- besluitvorming vanuit het MT / teamleidersoverleg / andere disciplines,
- inwerken van nieuwe medewerkers/stagiairs,
- kapstok voor de aandachtsvelders,
- vergaderstructuur en te behandelen onderdelen.

Dit blijft dan ook het grootste punt van aandacht: het verbeteren van de communicatie(structuur) in zijn algemeenheid. Gezien alles valt of staat met een goede communicatie, is dit dan ook een belangrijk project voor 2020.

## 5.5. Informatie

Het invoeren van de informatiemap voor cliënten in de thuiszorg in 2019 was gestagneerd door onvolledige communicatie tijdens een overdracht tussen medewerkers. Desbetreffende medewerker is hierop aangesproken en het proces is hervat. Naar verwachting zijn alle cliënten eind 2020 voorzien van een informatiemap. Ook is de intakekaart van de thuiszorg herzien en onder handen genomen. Dit proces is overzichtelijker gemaakt en werkt naar tevredenheid.

Waar nog geen begin mee is gemaakt, maar wat wel al 3 jaar “op stapel” ligt is het structureren van het kwaliteitshandboek. Elke week worden hier diverse vragen over gesteld en om hulp gevraagd. In 2020 wordt gestart met het oriënteren naar een Documentbeheer systeem. Indien we hiermee van start gaan, is het reviewen en opnieuw indelen van de processen een standaard onderdeel hiervan.

## 5.6. Wet- en regelgeving

De eerste AVG evaluatie heeft plaatsgevonden. Er zijn een aantal belangrijke aanpassingen geweest, zoals dubbele authenticatie, afgesloten postvakjes en afgeschermd printen. Uit de interviews blijkt dat men hier bewust mee bezig is. Er worden regelmatig checks gedaan op wachtwoorden, ruimtes die op slot zijn en komen er zo nu en dan vragen. Wel dient het verwerkingsregister en de overeenkomsten nog wat aandacht te krijgen.

Een wetgeving die in 2020 van start is gegaan is Wet Zorg en Dwang. Eind 2019 zijn de eerste voorbereidingen getroffen. Zo zijn er bijeenkomsten bijgewoond, is Resident Web in orde gemaakt en hebben medewerkers de eerste klinische les gehad. Het wachten is nu op overige partijen om aan te kunnen sluiten bij bepaalde groepen.

## 6. Status indicatoren (Groen is behaald, geel is een aandachtspunt)

Doelen - Zorg	Indicatoren	Resultaat	Verbeterpunten
Bieden van persoonsgerichte zorg, waarbij de cliënt de regie (zoveel als mogelijk) in eigen handen heeft.	<i>Vanuit het cliënttevredenheidsonderzoek is 80% (minimaal) tevreden.</i>	98%	Geen
Goede relatie creëren tussen cliënt en zorgverlener, waarbij gemaakte afspraken continu worden geëvalueerd en (indien nodig) bijgesteld.	<i>Minimaal 90% van de zlp's beschrijft de afspraken over persoonsgerichte zorg.</i>	100%	Geen.
	<i>Twee maal per jaar is een MDO gehouden.</i>	100%	
Risicogericht werken, waarbij risico's zorgvuldig worden afgewogen en continu geëvalueerd om deze (daar waar mogelijk) te minimaliseren.	<i>Elk half jaar heeft een risicosignalering plaatsgevonden</i>	100%	<a href="#">Zie beoordeling.</a> In 2020 wordt meer aandacht besteedt aan de borging van de risico's.
	<i>5x per jaar heeft een medicatieaudit plaatsgevonden.</i>	68%	<a href="#">Zie beoordeling.</a> In 2020 blijft de frequentie hetzelfde en wordt een start gemaakt om de audits door de aandachtsvelders te laten coördineren.

Doelen - Wonen	Indicatoren	Resultaat	Verbeterpunten
Continueren verblijfsfunctie van Alkcare in relatie tot de omgeving.	<i>Onnodige leegstand wordt voorkomen.</i>	Behaald	Geen.
Het bieden van een veilige woon- en werkklimaat.	<i>Gebouw, materiaal en hulpmiddel zijn geschikt voor gebruik.</i>	100%	Geen.
	<i>Elk jaar is een ontruimingsoefening uitgevoerd.</i>	100%	
	<i>Minimaal 2 maal per jaar heeft een Legionellacontrole plaatsgevonden.</i>	100%	
	<i>De HIP- commissie is minimaal 3x per jaar bijeengekomen.</i>	100%	
	<i>Vanuit het cliënttevredenheidsonderzoek is 80% (minimaal) tevreden.</i>	91%	
Randvoorwaarden voor een goed woon- en werkklimaat zijn op orde.	<i>80% van de documenten zijn actueel.</i>	80%	<a href="#">Zie beoordeling.</a> Dit is precies 80% en behoeft de aandacht in 2020.
	<i>Alle kritische leveranciers zijn geëvalueerd.</i>	100%	Geen

Doelen - Welzijn	Indicatoren	Resultaat	Verbeterpunten
Bieden van persoonsgericht welzijn, waarbij de cliënt de regie (zoveel als mogelijk) in eigen handen heeft.	<i>Vanuit het cliënttevredenheidsonderzoek is 80% (minimaal) tevreden.</i>	97%	Geen.
Goede relatie creëren tussen mantelzorger en zorgverlener, waarbij gemaakte afspraken continu worden geëvalueerd en (indien nodig) bijgesteld.	<i>Minimaal 90% van de zlp's beschrijft de afspraken over bijdrage mantelzorg.</i>	100%	Geen.
	<i>Op elke afdeling heeft minimaal 1 maal per jaar een familiebijeenkomst plaatsgevonden</i>	80%	<a href="#">Zie beoordeling.</a> Dit blijft de aandacht houden.
Voldoende deskundig, betrokken vrijwilligers zijn aanwezig om het welzijn mede vorm te geven.	<i>80% van de geplande activiteiten vinden doorgang.</i>	90%	Geen.
	<i>Vanuit het vrijwilligerstevredenheidsonderzoek is 80% (minimaal) tevreden.</i>	Volgend jaar	

Doelen - Personeel	Indicatoren	Resultaat	Verbeterpunten
Met optimale formatie uitvoering geven aan de juiste zorg en dienstverlening	<i>Vanuit het cliënttevredenheidsonderzoek is 80% (minimaal) tevreden.</i>	98%	Geen.
	<i>Maandelijks worden de rooster rondgemaakt met eigen personeel.</i>	98%	
Zorgen voor gemotiveerd en betrokken personeel	<i>Ziekteverzuim is &lt; 5 %</i>	Rond 5%	Dit kruipt langzaam omhoog, we houden dit in de gaten.
	<i>Minimaal 2 kwartaalonderwerpen zijn behandeld.</i>	1	Alleen hygiëne- en infectiepreventie heeft meerdere kwartalen doorgelopen en is grondig aangepakt.
Zorgen voor deskundig personeel	<i>Elke medewerker heeft jaarlijks een functioneringsgesprek gehad.</i>	100%	Laatste gesprekken stonden in januari 2020 gepland.
	<i>Alle medewerkers zijn juist en tijdig geschoold.</i>	100%	Geen.
	<i>Nieuw personeel wordt bij aannname gecontroleerd op juist gedocumenteerde kwalificaties.</i>	100%	

Doelen - Resultaatgericht	Indicatoren		
Voldoen aan huidige- en implementatie van nieuwe wet- en regelgeving	<i>Voldoen aan de Wet Zorg en Dwang.</i>	Nee	<a href="#">Zie beoordeling</a> . Eerste stappen zijn gemaakt.
	<i>Voldoen aan AVG.</i>	Ja	<a href="#">Zie beoordeling</a> . Dit heeft wel de verdere aandacht in 2020.
	<i>Bevindingen zijn direct aangepakt en (zoveel als mogelijk) weggenomen indien deze zijn geconstateerd tijdens een inspectie.</i>	Ja	We zijn hard bezig geweest met het aanpakken van de oorzaak van een aantal bevindingen.
Behouden van financiële gezondheid	<i>Exploitatieoverzicht is viermaal per jaar aanwezig</i>	100%	Geen.
	<i>9 keer per jaar heeft een vergadering tussen RvB en RvT plaatsgevonden.</i>	100%	
Resultaatgericht blijven werken	<i>Elk kwartaal zijn de jaarplannen geëvalueerd en (indien nodig) bijgesteld.</i>	Nee	<a href="#">Zie beoordeling</a> . Ten tijde van dit schrijven is Q4 nog niet volledig afgerond vanwege de ontwikkeling van een nieuwe cyclus.
	<i>Vanuit het cliënttevredenheidsonderzoek is 80% (minimaal) tevreden.</i>	97%	Geen.

Doelen - Leren en verbeteren	Indicatoren		
Continue evaluatie van processen, systemen, resultaten en het doorlopen van de PDCA cyclus op alle niveaus.	<i>Elk jaar heeft een kwaliteitsbeoordeling plaatsgevonden.</i>	Bij deze	Geen.
	<i>Elk jaar heeft een beleidsdag plaatsgevonden</i>	Meerdere	
	<i>Elk jaar is een kwaliteitsplan aanwezig.</i>	Gereed	
Streven naar een samen lerende organisatie, zowel in- als extern.	<i>Lerend netwerk is op verschillende niveaus aanwezig.</i>	Gereed	Geen.
	<i>Minimaal 1 succesvolle actie heeft plaatsgevonden in samenwerking met een collega organisatie.</i>	Meerdere	
	<i>Alle medicatieaudits hebben op een andere afdeling plaatsgevonden dan uitvoerende afdeling.</i>	Nee	<a href="#">Zie beoordeling</a> . We zijn hiermee in ontwikkeling.
	<i>Alle procesaudits hebben plaatsgevonden op beide locaties.</i>	Gereed	Geen

## 7. Overzicht verbeterplannen/projecten

Onderstaand overzicht geeft alle plannen/projecten weer, inclusief de kleinere aandachtspuntjes  
Deze zijn gebaseerd op resultaten vanuit externe audits, interne evaluaties & deze beoordeling

### Kwaliteit & Veiligheid

Pers. zorg & ondersteuning	Wonen & Welzijn	Veiligheid	Leren & verbeteren
<p><b>Persoonsgericht werken</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meer persoonsgerichte rapportage</li> <li>2. Concretiseren doelen/acties</li> <li>3. Meer aandacht voor eigen regie</li> <li>4. Deskundigheid dementiezorg</li> <li>5. Gebruik/lezen ECD (afspraken)</li> </ol>	<p><b>Welzijn &amp; participatie</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meer input activiteitenbegeleiding in MDO's</li> <li>2. Meer aandacht voor familieavonden</li> </ol>	<p><b>Medicatieveiligheid</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Juiste wijze aftekenen gegeven medicatie</li> <li>2. Juiste omgang toedienlijst</li> </ol> <p><b>Hygiëne- en infectiepreventie</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Omgang juiste beschermende maatregelen</li> <li>2. Verbeteren handhygiëne</li> <li>3. Omgang juiste middelen reinigen/desinfectie</li> <li>4. Juiste opslag van steriele hulpmiddelen</li> <li>5. Opstellen specifieke Alkcare documenten</li> <li>6. Verbeteren wasvoorziening</li> </ol>	<p><b>Sturen op kwaliteit</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Opstellen indicatoren en zelfevaluatie</li> <li>2. Optimaliseren inzet aandachtsvelders</li> <li>3. Inzetten kwaliteitsverpleegkundigen</li> <li>4. Oriëntatie Documentbeheer systeem</li> </ol>

### Randvoorwaarden

<p><b>Communicatie</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Optimaliseren overleg structuur</li> <li>2. Optimaliseren besluitvormingsstructuur</li> <li>3. Verbeteren informatie richting medewerkers</li> <li>4. Verbeteren communicatie &amp; informatie richting vrijwilligers</li> </ol> <p><b>Facilitair</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbeteren toegang tot gebouw/woonruimte</li> <li>2. Uitbreiden schoonmaaktijd</li> </ol>	<p><b>Normen, wet- en regelgeving</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Afhandelen minor beheersing kritische leveranciers</li> <li>2. Afhandelen minor methodisch werken in TZ</li> <li>3. Afhandelen minor professioneel werken in HH</li> <li>4. Implementeren WZD</li> <li>5. Optimaliseren AVG</li> </ol> <p><b>Personeel</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbeteren omgang met werkdruk</li> <li>2. Verbeteren omgang met verandering</li> </ol>
--	--

### Overige kleine aandachtspuntjes

- Meer aandacht voor- en borging van mondzorg
- Duidelijkheid omtrent omgang medicatie op dagbesteding
- Doorpakken interne voedselveiligheidsaudits
- Vaststellen verantwoordelijkheid schoonmaak & HACCP Doemeer
- Alert zijn op uitgifte CTO dagbesteding
- Alert zijn op uitgifte CTO KDO
- Optimaliseren MIC/MIM proces
- Hulpmiddel opening deuren mee in ontruimingsoefening (OB)
- Aanpassing & implementatie BHV beleidsplan
- Invullen vacature preventiemedewerker
- Overwegen leverancier Inco als kritische leverancier