
Kwaliteitsverslag

“Aandachtvol groeien”

Rotterdam, 27 juni 2023

Beste lezer,

De afgelopen jaren hebben wij ingezet op aandachtvolle zorg. Dat kenmerkt al jaren onze relatie met de ouderen die wij bedienen in het kader van de Wet langdurige zorg, zeker in 2020 en 2021 met de coronacrisis. Begin 2022 hebben we samen de coronacrisis overwonnen. Onze ambitie nu is: aandachtvol groeien.

Het jaar 2022 was voor veel mensen een bijzonder jaar. Na 2 jaar mocht alles weer, de eenzamen onder ons kregen weer de nodige aandacht van hun omgeving, terwijl dat bijna 2 jaar lang niet mocht, of zeer beperkt mocht. In alle situaties zijn we erin geslaagd om onze cliënten niet alleen te laten.

Nog steeds onveranderd is dat wij van meet af aan onderscheidend zijn in persoonsgerichte zorg als kleinschalige zorgaanbieder met veelal migrantenouderen in zorg. Ook in 2022 heeft ons team van betrokken professionals laten zien dat dit niet enkel een “aanpak” of “methode” is, maar in de eerste plaats een roeping.

Onze taak als bestuur, toezicht en management is om de juiste infrastructuur en de mogelijkheden te bieden om deze roeping waar te maken. Daarom kijken we in dit verslag terug op 2022. We beschouwen wat goed gaat, maar zeker ook wat beter kan. Ondanks dat we veel hebben geleerd tijdens de crisis, is het ook belangrijk om te kijken wat we kunnen leren en verbeteren na een moeilijke periode. Het leren en verbeteren zal de komende jaren bijdragen aan aandachtvol groeien. Met groeien doelen we niet alleen op de organisatie, maar ook groeien als cliënt in wensen en behoeften, het durven zeggen, vragen en doen als professionals; ofwel... Aandachtvol groeien in alle lagen!

2

Veel leesplezier gewenst!

Gulsum Tekin, bestuurder en Verpleegkundige

Inhoudsopgave

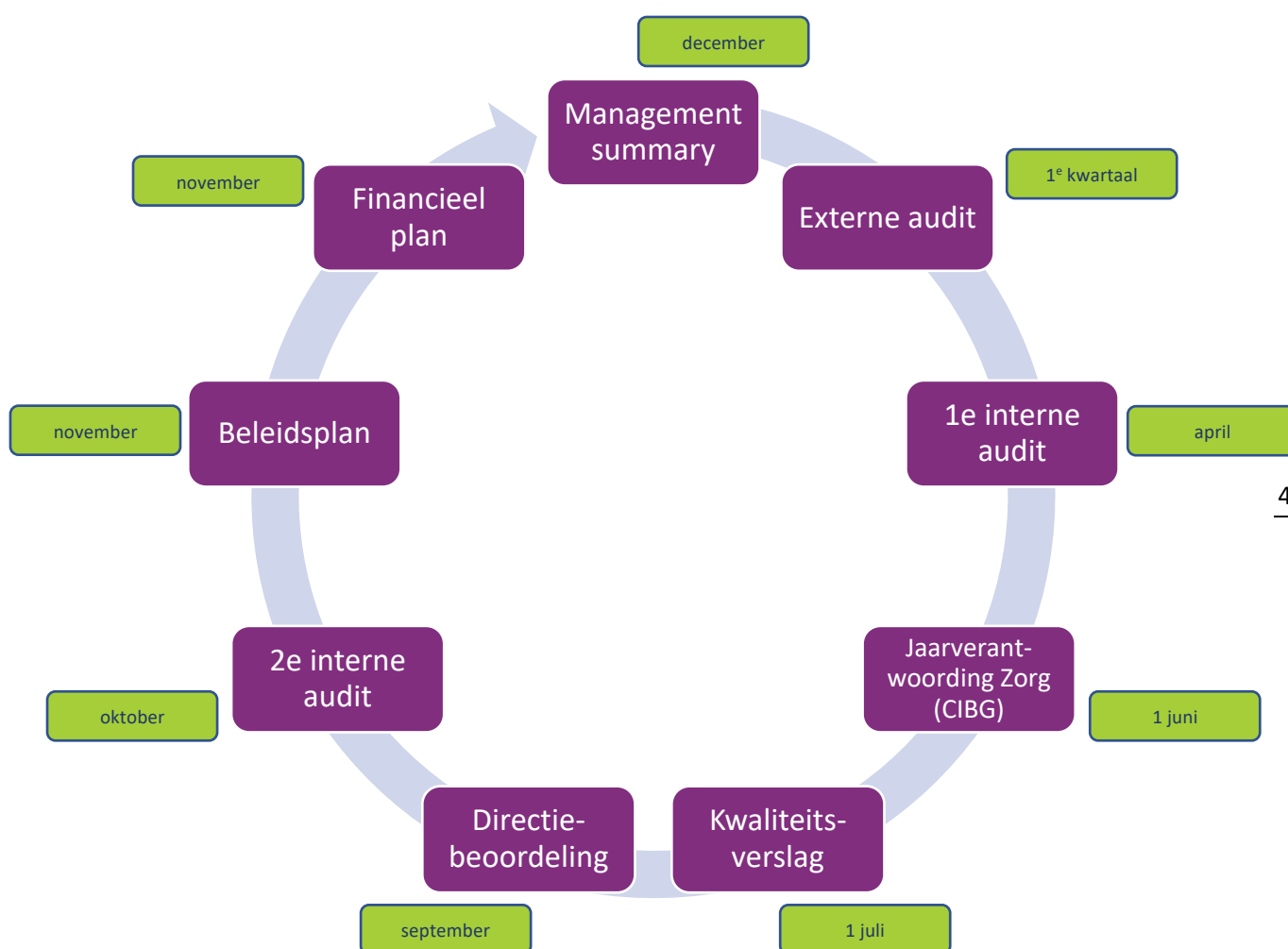
§ 1.	Plaats kwaliteitsverslag binnen kwaliteitscyclus	pagina 4
§ 2.	Opbouw kwaliteitsverslag	pagina 6
§ 3.	Relevante data van het verslagjaar	pagina 8
§ 4.	Teamreflectie op de acht thema's	pagina 12
§ 5.	Prioritering verbetermaatregelen	pagina 20
§ 6.	Interne samenspraak met cliëntenraad en toezichthouders	pagina 21
§ 7.	Lerend netwerk met collega zorgorganisaties	pagina 21
§ 8.	Wat mogen cliënten en hun naasten van ons verwachten?	pagina 22

§ 1. Plaats kwaliteitsverslag binnen kwaliteitscyclus

Het kwaliteitsverslag is een vast onderdeel binnen onze jaarlijkse kwaliteitscyclus.

Deze cyclus is ingericht volgens de FitCirkel-methodiek¹ voor (langdurige) zorg en gericht op samenhang tussen beleidsplanning en verantwoording aan interne en externe betrokkenen. Daarbij vormt leren en verbeteren onze grootste doelstelling.

Gedurende het jaar heeft onze organisatie te maken met deze “events”:



Sommige van aangegeven events zijn (wettelijk) verplicht en sommige dienen ervoor om de betrokkenen bij onze organisatie maximaal te informeren. Het kwaliteitsverslag is verplicht vanuit het *Addendum bij Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg voor langdurige zorg met een Wlz-indicatie*.

¹ FitCirkel is modern kwaliteitsmanagement (PDCA) ontwikkeld voor de (langdurige) zorg: www.fitcirkel.nl

Bovengenoemde events worden hieronder schematisch weergegeven in onze kwaliteitskalender:

Onderdeel	Periode	Verplichting vanuit:
Externe audit	1 ^e kwartaal	Certificatienorm
1 ^e interne audit	April	Certificatienorm
Jaarverantwoording Zorg	1 juni	VWS/CIBG
Kwaliteitsverslag	1 juli	Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (Addendum)
Directiebeoordeling	September	Certificatienorm
2 ^e interne audit	Oktober	Organisatie (minder druk, betere opvolging)
Beleidsplan	November	Certificatienorm, governance
Financieel plan	November	Governance
Jaardoelen	December	Organisatie (communicatie)

De output van dit kwaliteitsverslag fungeert als input voor zowel de directiebeoordeling als voor het beleidsplan. Binnen de directiebeoordeling wordt deze input gebruikt om te beoordelen of het kwaliteitsmanagementsysteem van onze organisatie in staat is om de gewenste veranderingen teweeg te brengen en wat daarvoor nodig is. Binnen het beleidsplan worden de gewenste veranderingen concreet gemaakt (wat, door wie en wanneer?).

In het verlengde van het beleidsplan wordt een financieel plan opgesteld waarin aandacht is geschonken aan de planning van middelen en mensen. Na goedkeuring van het beleidsplan en financieel plan door de toezichthouders, verantwoordt de directie zich gedurende het jaar richting deze toezichthouders over de realisatie van deze plannen.

Het bovenstaande wordt ten slotte op een inspirerende, overzichtelijke en begrijpelijke manier kenbaar gemaakt binnen de organisatie en medewerkers op alle niveaus in de zogeheten *management summary*. Eventueel worden relevante stakeholders en ketenpartners meegenomen in de communicatie.

§ 2. Opbouw kwaliteitsverslag

In het kwaliteitsverslag blikt de directie jaarlijks terug op het afgelopen jaar (verslagjaar) en kijkt vooruit naar de komende periode vanuit het perspectief van kwaliteit en van leren en verbeteren. Deze terug- en vooruitblik publiceren we vervolgens uiterlijk elke 1 juli op onze website.

Het kwaliteitsverslag start allereerst (§ 3) met het delen van de meest relevante data van het verslagjaar over de kwaliteit van leven van cliënten en over teamsamenwerking. Deze zijn op zijn minst:

- Missie, visie en kernwaarden
- Aantal cliënten en zorgzwaarte
- Aantal medewerkers en niveaus
- Belangrijkste interne ontwikkelingen
- Cliëntervaringen
- Ervaringen van medewerkers
- Incidenten en calamiteiten
- Klachten
- Vertrouwenspersoon

Daarna wordt in teamverband gereflecteerd op deze data (§ 4). Aan deze teamreflectie doen in ieder geval de zorgverleners mee. Voor ieder van de acht thema's binnen het addendum van het kwaliteitskader worden de volgende vragen beantwoord:

- Wat gaat goed?
- Wat kan beter?
- Voldoen we aan de vereisten?
- Analyse aan de hand van de data uit § 3 (betrekken van die data bij deze analyse)
- Welke verbetermaatregelen stellen wij voor?
- Welke (aanvullende) scholing/kennis hebben we hiervoor nodig?

6

Volledigheidshalve sommen we hier nog de acht thema's binnen het addendum:

- a) Persoonsgerichte zorg en ondersteuning
- b) Multidisciplinaire aanpak
- c) Verantwoord thuis wonen
- d) Wonen en welzijn
- e) Veiligheid
- f) Leren en verbeteren
- g) Leiderschap, governance en management
- h) Gebruik van informatie

In § 5 analyseert en prioriteert de directie vervolgens de voorgestelde verbetermaatregelen. Daarbij geeft zij helder aan wat de koers voor de komende periode zal zijn en welke initiatieven daarbij horen.

Daarna verantwoordt de directie zich in § 6 over de interne samenspraak over het bovenstaande met de cliëntenraad en toezichthouders.

Vervolgens wordt in § 7 uiteengezet hoe de uitkomsten van dit verslag binnen ons leernetwerk van collega-organisaties is beschouwd en welke inzichten hieruit zijn voortgekomen die ons kunnen helpen om ons werk goed uit te voeren.

Ten slotte wordt in § 8 in zeer begrijpelijke taal het gehele verslag op hoofdlijnen samengevat en de koers voor de nieuwe periode bekendgemaakt. Hiermee wordt het voor onze cliënten en hun naasten helder wat zij van ons mogen verwachten.

§ 3. Relevante data van het verslagjaar

Missie, visie en kernwaarden

Onze missie

A.D.O. Zorg is erop gericht dat *iedereen* zo goed en zelfstandig mogelijk in de eigen vertrouwde omgeving kan blijven wonen op zijn of haar eigen manier. De zelfstandigheid van eenieder staat daarbij voorop en is een uitgangspunt bij de ondersteuning.

Onze visie

Wij kiezen ervoor om de gegroeide cliëntgroep op een zodanige wijze de geïndiceerde en verwachte verzorging te bieden, waarbij ook aspecten als taal en omgangsvormen voldoen aan de wensen en behoeften van de cliënt. Deze staan ook centraal bij het opstellen van ons zorgleefplan. Wij hanteren de wensen en behoeften van de cliënt als de kern van ieder individueel project en proces tot verzelfstandiging.

Aantal cliënten en zorgzwaarte

In 2022 hadden wij 14 cliënten in Wlz met de volgende zorgzwaarte:

VV-4 t/m VV-6 (ons primaire doelgroep):

- Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging (VV-4, 1 cliënt)
- Beschermd wonen met intensieve dementiezorg (VV-5, 9 cliënten)

Daarnaast hadden we in 2022 vanuit onze expertise de volgende zorgzwaarte:

- Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging 1 cliënt (VG-5)
- Wonen met begeleiding en verzorging (LG-4)
- Wonen met intensieve begeleiding en verzorging (GGZ-2)
- Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging en verpleging (GGZ-4)

Aantal medewerkers en niveaus

In totaal hebben we een team van ca. 30 zorgverleners met verschillende niveaus:

- HBO-wijkverpleegkundige
- Verpleegkundige niveau 4
- VIG-3
- Helpende 2+ en 2
- Huishoudelijke Hulp-medewerkers
- Begeleiding HBO en MBO niveaus 3 en 4

Dit team is inzetbaar voor Wlz, ZvW en Wmo.

Belangrijkste interne ontwikkelingen

De belangrijkste interne ontwikkelingen in 2022 kunnen we als volgt opsommen:

- Einde coronacrisis
 - o Terug naar het normaal
- Volledige (her)opening dagbesteding
- Verdere digitalisering van werkwijzen en processen (KMS gedigitaliseerd binnen Q-link)
- Medicatiedispenser pilot werkte eerst niet volgens verwachting maar daarna weer herstart
- Vorming innovatievisie
- Zorgvraag
 - o Stijgende vraag naar geclusterd wonen
 - o Meer Wlz-cliënten in zorg

Cliëntervaringen

Voor het onderzoeken van de ervaringen van onze Wlz-cliënten gebruiken we de PREM-meting. Deze meting wordt afgenomen bij al onze cliënten, dat wil zeggen cliënten vanuit de Wlz, ZvW en Wmo. De voornaamste reden om hiervoor te kiezen is om een integraal beeld te vormen van alle cliënten. De keuze voor de PREM is met instemming van de Cliëntenraad en met inspraak van medewerkers tot stand gekomen.

Het aantal respondenten bedroeg 85 cliënten.

De gemiddelde score op de negen vragen van de PREM geeft een 8,4. Daarnaast scoren we op NPS 78 en is onze Promotor Score 96%. Dit is gemeten in april 2022. De resultaten hiervan waren in ons vorige verslag ook meegenomen. In de tweede helft van dit jaar zal er weer een nieuwe PREM worden afgenomen waarbij we onderscheid zullen maken naar de financieringsvormen.

De individuele ervaringen van onze Wlz-cliënten zijn in teamverband beschouwd en zijn meegenomen in de analyses in § 4.

Afgesproken was om voor 2022 naast de PREM nog twee andere instrumenten te zetten en de voor- en nadelen tegen elkaar af te wegen. Echter is dit vanwege de diversiteit aan zorgaanbod binnen de doelgroepen niet doorgegaan. We hebben, met instemming van onze cliëntenraad, besloten om in 2022 ook enkel de PREM te gebruiken als meetinstrument. Volgend jaar zal dit weer geagendeerd worden.

Ervaringen van medewerkers

Ons beleid is om tweejaarlijks de ervaringen van medewerkers te meten. De laatste meting heeft in december 2021 plaatsgevonden waarbij we de ervaringen van medewerkers hebben laten onderzoeken via het onafhankelijke bureau TUXX. Medewerkers beoordelen de organisatie positief en geven op alle onderdelen een gemiddeld cijfer van tussen 7 en 8, organisatie en opleiding/ontwikkeling uitgezonderd met respectievelijk gemiddeld 8,4 en 6,7. In een nabeschouwing wordt aangegeven dat in de coronaperiode er minder ruimte was voor scholing t.o.v. voorgaande jaren. Deze analyse was ook eerder opgenomen in onze eerdere (directie)verslagen en

was al in beeld. De maatregelen hiervoor zijn reeds getroffen. De eerstvolgende meting zal plaatsvinden in de tweede helft van 2023.

Incidenten en calamiteiten

In 2022 zijn er in totaal 20 incidentmeldingen voor Wlz-cliënten met een zwaartepunt op valincidenten. Deze incidenten zijn in de Meldingencommissie geanalyseerd en er zijn zowel op individueel als op organisatieniveau verbetermaatregelen getroffen.

In 2022 hebben zich geen calamiteiten voorgedaan.

Klachten

In 2022 hebben zich geen klachten bij de onafhankelijke klachtenfunctionaris voorgedaan. Ook is er geen klacht geformuleerd bij de erkende geschilleninstantie.

Wel zijn er telefonisch enkele keren ontevredenheden gemeld en deze zijn telefonisch afgehandeld. Deze ontevredenheden gaan over de medewerkers, veel wisselingen van medewerkers in een korte tijd en schade aan materieel bij cliënt thuis. Dit is onderling tussen de cliënt en professional besproken en opgelost doordat de schade door de professional zelf is vergoed, naar tevredenheid van de cliënt.

Vertrouwenspersoon

Er zijn geen meldingen gedaan bij de vertrouwenspersoon in 2022.

§ 4. Teamreflectie op de acht thema's

a) Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

<p>Wat gaat goed?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cliënten maar ook mantelzorgers zijn zeer tevreden over de zorg - Onze zorg is erg persoonsgericht, van alle cliënten kennen wij hun “verhalen”, gewoonten, wensen en behoeften - Taal en cultuur vormen een belangrijk onderdeel van de kwaliteit van leven van de cliënt - Dagbesteding en integrale zorg bevorderen de persoonsgerichtheid van onze zorg - Er is steeds meer vraag naar geclusterd wonen vanuit onze bestaande cliëntengroep.
<p>Wat kan beter?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wij moeten veel beter de verwachtingen managen. Vanwege de persoonsgerichtheid zijn er soms meer verwachtingen t.a.v. de zorglevering dan haalbaar en wenselijk, dit blijft ook dit jaar ongewijzigd. Ons team is zich bewuster van wat we wel en niet kunnen beloven. De verbeteringen hierin houden we vast.
<p>Voldoen we aan de vereisten?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Al vorig jaar hadden wij het format voor ons zorgplan alsmede de systematiek hiervoor herzien. Deze hebben wij ook toegepast voor alle cliënten en daarmee voldoen wij aan de vereisten, waarbij de persoonsgerichtheid in de zorgverlening ook terug te zien in het zorgplan
<p>Welke verbetermaatregelen stellen wij voor?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Geen
<p>Welke (aanvullende) scholing/kennis hebben we hiervoor nodig?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Geen

b) Multidisciplinaire aanpak

Wat gaat goed?
<ul style="list-style-type: none"> - Wij hebben goed contact met behandelaren en huisartsen - Communicatie onderling tussen de teams Begeleiding en V&V is heel goed en bevorderend voor de kwaliteit van zorg - Betrokkenheid van de mantelzorgers is groot
Wat kan beter?
<ul style="list-style-type: none"> - De samenwerkingsafspraken formaliseren. We hebben veel samenwerkingen maar niet altijd zijn de afspraken geformaliseerd.
Voldoen we aan de vereisten?
<ul style="list-style-type: none"> - Ja, we hebben een multidisciplinaire aanpak en de belangrijkste expertises zijn betrokken
Welke verbetermaatregelen stellen wij voor?
<ul style="list-style-type: none"> - Samenwerkingen formaliseren - De betrokkenheid van de SOG op procesniveau beschrijven en frequentie afspreken voor deelname aan casuïstiek
Welke (aanvullende) scholing/kennis hebben we hiervoor nodig?
<ul style="list-style-type: none"> - Geen, wel zou bij betrokkenheid van de SOG interne sessies gepland kunnen worden m.b.t. ziekteprofielen bij ouderen en hoe hiermee om te gaan op gedragsniveau

c) *Verantwoord thuis wonen*

Wat gaat goed?
<ul style="list-style-type: none"> - Regelen van de zaken rondom veilig wonen, gaat goed. Ons team is zich hier heel bewust van en pakt dit goed op - Borging “advanced care planning” op procesniveau gaat goed.
Wat kan beter?
<ul style="list-style-type: none"> - Cliënten willen voorsnog geen geld uitgeven aan digitale toepassingen. Daarom moeten wij de mogelijkheden voor subsidies, zorgfinanciering of (gedeeltelijk) eigen bekostiging onderzoeken. Hiervoor hebben we inmiddels in kaart wat de mogelijkheden zijn en we zijn bezig om de zorginnovatie in te laten passen in onze kostprijsberekeningen, plannen en begrotingen - Medicatiedispensers zijn vaak niet gewenst door veel cliënten, wij moeten innovatie meer aansporen.
Voldoen we aan de vereisten?
<ul style="list-style-type: none"> - Wij voldoen aan de vereisten.
Welke verbetermaatregelen stellen wij voor?
<ul style="list-style-type: none"> - Onderzoeken van de mogelijkheden voor inzet digitale toepassingen - Innovatie mee begroten en opnemen in de businesscase - Geclusterd Wooninitiatief starten omdat dit vanuit de cliënten, mantelzorgers en Cliëntenraad frequent worden geagendeerd en wij als organisatie hierin een ambitie hebben. Op dit thema zou geclusterd wonen ook een duidelijke verbetering zijn
Welke (aanvullende) scholing/kennis hebben we hiervoor nodig?
<ul style="list-style-type: none"> - Geen

d) *Wonen en welzijn*

Wat gaat goed?
<ul style="list-style-type: none"> - Op cliëntniveau is goed in beeld wat de behoefte is - Het vertrouwen in onze organisatie van de cliënten voor een wooninitiatief - Er is aandacht voor financiën/administratie omdat dat een belangrijk deel is voor het wonen en welzijn van onze cliënten - We organiseren twee maaltijden per dag: ochtend en avond. Dat wordt enorm gewaardeerd - Dagbesteding is belangrijk onderdeel van het welzijn van de cliënten. - Voor veel mannelijke cliënten is een bezoek aan de moskee op de vrijdag belangrijk. Dit moeten we blijven organiseren.
Wat kan beter?
<ul style="list-style-type: none"> - Benodigde woonaanpassingen zijn goed in beeld, maar niet altijd werken gemeente en externe partijen goed mee - Het traject voor uitbreiding van ambulante zorg naar geclusterd wonen moet starten
Voldoen we aan de vereisten?
<ul style="list-style-type: none"> - Wij voldoen aan de vereisten
Welke verbetermaatregelen stellen wij voor?
<ul style="list-style-type: none"> - (Zie ook vorig thema:) geclusterd Wooninitiatief starten omdat dit vanuit de cliënten, mantelzorgers en Cliëntenraad frequent worden geagendeerd en wij als organisatie hierin een ambitie hebben. Op dit thema zou geclusterd wonen ook een duidelijke verbetering zijn
Welke (aanvullende) scholing/kennis hebben we hiervoor nodig?
<ul style="list-style-type: none"> - Geen

e) *Veiligheid*

Wat gaat goed?
<ul style="list-style-type: none"> - Apparatuur zoals weegschaal, bloeddrukmeter etc. op orde. Er is weinig onderhoud nodig - Er is een ontruimingsoefening op de dagbesteding gedaan. Leerpunten daaruit zijn verder opgepakt - Voldoende PBM en meer dan nodig (en in de duurste periode aangeschaft). Er is ook handgel voor iedereen beschikbaar
Wat kan beter?
<ul style="list-style-type: none"> - Er is oog voor valpreventie, maar mantelzorgers volgen niet altijd instructies - Kennis over de Veilige principes in de medicatieketen en medicatieveiligheid is niet bij alle zorgverleners op hetzelfde niveau, vooral bij nieuwkomers niet - Gemeente werkt niet mee aan toegankelijkheid van de gebouwen. Overloop/drempel vormt een gevaar voor de ouderen
Voldoen we aan de vereisten?
<ul style="list-style-type: none"> - Niet alle medewerkers hebben hetzelfde kennisniveau over medicatieveiligheid, meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, veilige zorgrelatie
Welke verbetermaatregelen stellen wij voor?
<ul style="list-style-type: none"> - Inzetten van de medicatiedispenser bij cliënten met medicatie indien mogelijk
Welke (aanvullende) scholing/kennis hebben we hiervoor nodig?
<ul style="list-style-type: none"> - Mantelzorgers trainen op het onderwerp veiligheid en valpreventie - Zorgverleners trainen op de onderwerpen medicatieveiligheid, huiselijk geweld en veilige zorgrelatie

f) *Leren en verbeteren*

Wat gaat goed?
<ul style="list-style-type: none"> - De HKZ-audit is wederom zonder afwijkingen verlopen. - Het team gaat bewust om van kwaliteitsborging. - Het team van zorgverleners is meer op elkaar ingewerkt en meer op elkaar ingespeeld
Wat kan beter?
<ul style="list-style-type: none"> - Professioneel handelen van de zorgverleners kan naar een hoger niveau getild worden en er kan meer ruimte gemaakt worden voor zelfreflectie
Voldoen we aan de vereisten?
<ul style="list-style-type: none"> - Wij voldoen aan de vereisten
Welke verbetermaatregelen stellen wij voor?
<ul style="list-style-type: none"> - Geen
Welke (aanvullende) scholing/kennis hebben we hiervoor nodig?
<ul style="list-style-type: none"> - Workshop organiseren over het Addendum bij het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg en stilstaan bij leren en verbeteren volgens deze werkwijze

g) Leiderschap, governance en management

Wat gaat goed?
<ul style="list-style-type: none">- Laagdrempeligheid van bestuur en management wordt als positief ervaren- Oplossen van problemen gaat goed, probleemoplossend vermogen is groot en zaken worden direct en slagvaardig opgepakt. Dit wordt zeer gewaardeerd- Vergaderingen en besluiten worden goed genotuleerd
Wat kan beter?
<ul style="list-style-type: none">- Wij zijn bezig met de vernieuwing van onze RvC vanwege de zittingstermijnen.
Voldoen we aan de vereisten?
<ul style="list-style-type: none">- Wij voldoen aan de vereisten vanuit de uitoefening van governance bezien. Wel dient de RvC echter vernieuwd te worden vanwege de zittingstermijnen vanuit de WTZa
Welke verbetermaatregelen stellen wij voor?
<ul style="list-style-type: none">- Vernieuwing RvC
Welke (aanvullende) scholing/kennis hebben we hiervoor nodig?
<ul style="list-style-type: none">- Geen

h) Gebruik van informatie

Wat gaat goed?
<ul style="list-style-type: none">- Alle gewenste data is snel en accuraat te genereren binnen de organisatie
Wat kan beter?
<ul style="list-style-type: none">- Vooraf inventariseren welke data we nodig hebben en waarvoor- Dit verslag beter voeden met data die vooraf is vastgesteld
Voldoen we aan de vereisten?
<ul style="list-style-type: none">- Ja
Welke verbetermaatregelen stellen wij voor?
<ul style="list-style-type: none">- Lijst met data, doel en wijze van genereren op procesniveau vastleggen
Welke (aanvullende) scholing/kennis hebben we hiervoor nodig?
<ul style="list-style-type: none">- Geen

§ 5. Prioritering verbetermaatregelen

Opsomming voorgestelde verbetermaatregelen

Hieronder sommen we alle hierboven voorgestelde verbetermaatregelen op:

- Samenwerkingen formaliseren
- De betrokkenheid van de SOG op procesniveau beschrijven en frequentie afspreken voor deelname aan casuïstiek
- Onderzoeken van de mogelijkheden voor inzet digitale toepassingen
- Innovatie mee begroten en opnemen in de businesscase
- Geclusterd Wooninitiatief starten
- Inzetten van de medicatiedispenser bij cliënten met medicatie
- Vernieuwing RvC
- Lijst met data, doel en wijze van genereren op procesniveau vastleggen

Prioritering voorgestelde verbetermaatregelen

Gezien de gezamenlijke analyses op de thema's en de relevantie voor onze organisatie worden alle voorgestelde maatregelen overgenomen.

§ 6. Interne samenspraak met cliëntenraad en toezichthouders

Voorafgaand aan de teamreflectie en deze kwaliteitsverslaglegging is samenspraak geweest met de cliëntenraad en onze toezichthouders. Na de vaststelling van dit verslag is afgesproken dat de hierin geprioriteerde verbetermaatregelen centraal zullen staan in de interne verantwoording. De directie zal de Cliëntenraad en de toezichthouders periodiek informeren over de status en het effect van deze maatregelen.

§ 7. Lerend netwerk met collega zorgorganisaties

Jaarlijks bespreken wij binnen het lerend netwerk met twee collega-instellingen (ZorgFamilie en Dunya Zorg) het kwaliteitsverslag. De vorige bijeenkomst was opgenomen in het vorige kwaliteitsverslag en er staat voor na de zomer (2023) een lerend netwerk gepland. Daarvan doen we verslag in het volgende kwaliteitsverslag.

§ 8. Wat mogen cliënten en hun naasten van ons verwachten?

Wat hebben we geleerd van het afgelopen jaar?

We hebben onszelf bewust gemaakt van het denken in kwaliteit en omarmen dit ook als gehele team. Ook dit jaar hebben we verbeteringen in ons proces weten aan te brengen.

Bovendien hebben we het leren en verbeteren veel meer gestructureerd aangepakt en veel meer in de geest van het Addendum Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.

De op methodische wijze betrekken van onze Cliëntenraad, PVT en RvC plukt dit jaar haar vruchten; Hiermee is de medezeggenschap en het interne toezicht goed geborgd.

Wat beloven we u voor de komende periode?

Voor de komende beleidsperiode is onze belofte:

- De acties in dit verslag uitvoeren (geprioriteerde verbetermaatregelen)
- Als bestuur intern verantwoordelijk over de status en het effect van deze acties
- Samen beslissen over de meest cruciale zaken om dit verslag te maken

Op zorgniveau is onze belofte:

- We blijven persoonsgericht en uw verhaal en uw wensen blijven leidend
- We communiceren beter wat wel en niet verwacht mag worden van zorgverleners
- We investeren meer in de kwaliteit van de zorgverlening
- We verhogen het kennisniveau van de zorgverleners en zetten in op meer professionaliteit
- We gaan starten met een traject om een woonzorg initiatief op te zetten

In de komende periode gaan we inzetten op de volgende verbetermaatregelen:

- Samenwerkingen formaliseren
- De betrokkenheid van de SOG op procesniveau beschrijven en frequentie afspreken voor deelname aan casuïstiek
- Onderzoeken van de mogelijkheden voor inzet digitale toepassingen
- Innovatie mee begroten en opnemen in de businesscase
- Geclusterd Wooninitiatief starten
- Inzetten van de medicatiedispenser bij cliënten met medicatie
- Vernieuwing RvC
- Lijst met data, doel en wijze van genereren op procesniveau vastleggen

Het bovenstaande zal in ons beleidsplan worden opgenomen en voor Geclusterd Wonen zal er separaat een plan worden gemaakt (dit is in de maak).