

(Concept) Kwaliteitsplan
Zorgcentrum Aelsmeer
2019



| | |
|-----------------|------------------------|
| Paul de Bruin | Kwaliteitsfunctionaris |
| Frans Knuit | Bestuurder |
| Tineke Geerts | Praktijkbegeleider |
| Ron Szarafinski | Hoofd zorg intramuraal |

Inhoud

| | |
|--|----|
| Inleiding | 5 |
| Profiel Zorgcentrum Aelsmeer | 6 |
| Profiel Personeelsbestand/ Personeelssamenstelling | 8 |
| Kantelen roosters | 10 |
| Aandacht, aanwezigheid en toezicht | 10 |
| Specifieke kennis, vaardigheden | 11 |
| Reflectie, leren en ontwikkelen..... | 11 |
| Acties 2019 | 12 |
| Kwaliteitsplan Zorgcentrum Aelsmeer | 13 |
| 1 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning | 13 |
| Compassie | 14 |
| Acties 2019 | 14 |
| Uniek zijn | 14 |
| Acties 2019 | 14 |
| Autonomie..... | 14 |
| Acties 2019 | 14 |
| Zorgdoelen..... | 14 |
| Acties 2019 | 15 |
| 2 Wonen en welzijn | 15 |
| Zingeving | 15 |
| Zinnvolle dagbesteding..... | 15 |
| Schoon en verzorgd lichaam plus verzorgde kleding | 15 |
| Acties 2019 | 15 |
| Familieparticipatie & inzet vrijwilligers | 15 |
| Acties 2019 | 16 |
| Wooncomfort | 16 |
| Acties 2019 | 16 |
| 3 Veiligheid | 17 |
| Acties 2019: | 18 |
| Medicatieveiligheid | 18 |
| Acties 2019: | 18 |
| Decubituspreventie | 19 |
| Acties 2019 | 19 |

| | |
|---|----|
| Vrijheidsbeperkende maatregelen:..... | 19 |
| Acties 2019 | 20 |
| Preventie acute ziekenhuisopnames/Advanced Care Planning:..... | 20 |
| Acties 2019 | 20 |
| 4 Leren en verbeteren van kwaliteit | 21 |
| Kwaliteitsplan | 21 |
| Acties 2019 | 21 |
| Lerend netwerk | 21 |
| Acties 2019 | 22 |
| Kwaliteitsvisitatie | 22 |
| Kwaliteitsmanagementsysteem | 22 |
| Acties 2019 | 22 |
| 5 Leiderschap, governance en management | 23 |
| Visie op zorg | 23 |
| Sturen op kernwaarden..... | 24 |
| Acties 2019 | 24 |
| Acties 2019 | 25 |
| Leiderschap en goed bestuur | 25 |
| Rol en positie interne organen en toezichthouders(s)..... | 26 |
| Inzicht hebben en geven. | 27 |
| Verankeren van medische, verpleegkundige en psychosociale expertise | 27 |
| 7 Gebruik van hulpbronnen | 28 |
| Inleiding | 28 |
| Acties 2019 | 28 |
| Samenwerking met partners in de keten..... | 28 |
| 8 Gebruik van informatie | 29 |
| Inleiding | 29 |
| Acties 2019 | 29 |
| 9 Verbeterparagraaf..... | 30 |
| Bijlage | 31 |

Inleiding

In 2017 is het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg van kracht geworden. Hierin staan aangegeven de eisen die aan de verpleeghuiszorg in Nederland worden gesteld. De uitwerking van het kader in Zorgcentrum Aelsmeer heeft voor de eerste keer vorm gekregen in het Kwaliteitsplan 2018. In dit plan stonden concrete acties benoemd. Medio 2018 heeft een (tussentijdse) evaluatie plaatsgevonden van de voorgenomen acties voor 2018 en heeft waar nodig bijstelling van de acties en/of prioriteiten plaatsgevonden. Medio 2019 zal over de resultaten in 2018 worden gerapporteerd in het maatschappelijk jaardocument.

Intussen is van de hand van de Minister van VWS ook een ander wezenlijk document verschenen dat relevant is voor de beleidsvorming in de komende jaren en dat heet "Thuis in het verpleeghuis". Dit plan voorziet in extra medewerkers voor cliëntgebonden zorg en biedt, op basis van een meerjarenbegroting, de mogelijkheid van extra financiële impulsen om dit mogelijk te maken.

Voor u ligt het kwaliteitsplan van Zorgcentrum Aelsmeer voor 2019. De input voor dit plan wordt gevormd door:

- De (tussentijdse) evaluatie van de resultaten 2018 op grond van het (voortschrijdend) kwaliteitsverslag.
- De resultaten van het bezoek van de IGJ in 2018.
- De resultaten van de externe audit.
- De resultaten van de interne audits.
- Onze gedachten over de invulling van de extra gelden voor "Thuis in het verpleeghuis".
- De resultaten van het cliënt tevredenheidsonderzoek.
- De resultaten van het medewerker tevredenheidsonderzoek.

Qua indeling is opnieuw aangesloten bij het Kwaliteitskader. In de inleiding van de verschillende paragrafen worden als eerste de verschillende eisen benoemd.

Het voorliggende plan wordt besproken met de cliëntenraad, de ondernemingsraad, het MT, de VAR, het Zorgkantoor en de Raad van Toezicht.

Profiel Zorgcentrum Aelsmeer

Zorgcentrum Aelsmeer bestaat sinds 1994 en is ontstaan uit een fusie tussen verzorgingshuis Rustoord (anno 1767) en verzorgingshuis Seringenpark in Aalsmeer. Op het gebied van Wonen, Welzijn en Zorg wordt er verpleging, verzorging, behandeling, ondersteuning en begeleiding geboden.

Uitgangspunten bij de visie op zorg zijn dat:

- Ieder mens is bijzonder en waardevol.
- De mens zoveel mogelijk de regie moet kunnen voeren over zijn of haar eigen leven, dat wil zeggen eigen zeggenschap en verantwoordelijkheid.
- Ieder mens een unieke persoonlijkheid is in lichamelijk, sociaal en geestelijk opzicht en niet losgezien kan worden van zijn leefwereld en achtergrond.
- Ieder mens recht heeft op privacy.

Dit leidt tot de volgende uitgangspunten m.b.t. de zorgverlening:

- De cliënt staat centraal in het zorgverlening proces.
- In overleg met de cliënt wordt de zorg zo gegeven dat naast het bevorderen van het vermogen tot zelfzorg sprake is van het aanvullen van tekorten.
- Vanuit de unieke persoonlijkheid van de cliënt zal worden ingespeeld op zijn of haar specifieke zorgvraag op zowel lichamelijk, sociaal als geestelijk terrein, voor zover het binnen de mogelijkheden van het zorgcentrum valt aan de gestelde zorgvraag te voldoen.
- Daar waar de geestelijke gesteldheid van de cliënt het niet mogelijk maakt dat hij zelf de regie over zijn leven voert, wordt de cliënt steeds met respect behandeld.
- Behalve de directe zorgverlening is er ook oog voor het scheppen van een woon- en leefomgeving waarin de cliënten zich veilig en prettig voelen en tot hun recht komen.

Kenmerken van onze organisatie

Onze organisatie is kleinschalig en dorpsgericht (met een integraal aanbod voor ouderen in Aalsmeer), we streven er naar om wendbaar te zijn, dat wil zeggen flexibel te kunnen inspelen op wat de samenleving van ons vraagt. We beperken ons voor wat betreft de overhead tot het meest noodzakelijke om zoveel mogelijk 'handen aan het bed' te hebben. Met de toenemende externe (regel)druk is dit een forse uitdaging.

Kwaliteitszorg is belangrijk voor ons, zowel wat betreft het formele kwaliteitssysteem, als in de onderlinge gesprekken. Wij vinden samenwerking belangrijk in de zin dat we elkaar helpen in het belang van de bewoners en cliënten.

Samenvatting

Onze visie laat zich samenvatten met de volgende kernwoorden: zelfstandig, eigenwijs, goed in het gewone, dichtbij mensen!

Nu volgen enkele kernegevens.

| | |
|--|--|
| Naam verslag leggende rechtspersoon | Hervormd Gemeentelijke Stichting Zorgcentrum Aalsmeer |
| Rechtsvorm | Stichting |
| Adres | Molenpad 2 |
| Postcode | 1431 BZ |
| Plaats | Aalsmeer |
| Telefoonnummer | 0297-326050 |
| CTG/ZAio-nummer | 650-545 |
| Nummer Kamer van Koophandel | 41225869 |
| E-mailadres | info@zorgcentrumaalsmeer.nl |
| Internetpagina | www.zorgcentrumaalsmeer.nl |

Toelatingen

| | | |
|-------------------------------------|-----|----|
| Verblijf op grond van de WLZ totaal | 106 | Ja |
| Waarvan exclusief behandeling | 46 | Ja |
| Waarvan inclusief behandeling | 40 | Ja |
| Waarvan inclusief BOPZ | 16 | ja |
| Volledig Pakket Thuis | 20 | Ja |
| ZZP3 | | Ja |
| ZZP4 | | Ja |
| ZZP5 | | Ja |
| ZZP6 | | Ja |
| ZZP7 | | Ja |
| ZZP8 | | Ja |

Profiel Personeelsbestand/ Personeelssamenstelling

Verpleeghuiszorg is mensenwerk en zonder voldoende, bevoegd en bekwaam personeel kan er geen goede zorg geleverd worden. Daarom biedt Zorgcentrum Aelsmeer inzicht in de personele samenstelling binnen onze organisatie. Zorgcentrum Aelsmeer streeft er naar om met vaste gezichten te werken dit om de herkenbaarheid en cliëntgerichtheid voor onze cliënten zo veel mogelijk te waarborgen. Hierdoor kan zoveel mogelijk ingespeeld worden op de persoonlijke wensen van onze cliënten. Flexibiliteit wordt geboden door vaste eigen medewerkers met een 0-uren contract of min- max contracten. Zorgcentrum Aelsmeer stelt persoonsgerichte zorg en ondersteuning centraal en borgt de veiligheid van de cliënt.

Situatie personeelsbestand per 1 januari 2018.

Begane grond

De Grote Poel is een gesloten afdeling voor 16 cliënten die vanwege ernstige dementiële problematiek behoefte hebben aan intensieve begeleiding en intensieve verzorging, in een beschermende woonomgeving. De cliënten zijn (bijna) geheel zorgafhankelijk.

De Kleine Poel is een afdeling voor 15 mensen waarbij een intensieve begeleiding wordt gecombineerd met uitgebreide verzorging in een beschutte woonomgeving. De reden hiervoor kan verschillend zijn.

Kwalificatieniveau (peildatum 1 januari 2018)

- Deskundigheidsniveau 4 4,18 Fte
- Deskundigheidsniveau 3 11,26 Fte
- Deskundigheidsniveau 2 1,56 Fte
- Deskundigheidsniveau 1 0,56 Fte
- Opleidingsplaatsen niveau 3 0,89 Fte
- Flexibel 1,5 Fte

| FWG schaal | V&V |
|------------|-----|
| 0-15 | 0,3 |
| 20 | 1,0 |
| 25 | 1,1 |
| 30 | 1,5 |
| 35 | 9,4 |
| 40 | 3,8 |
| 45 | 0,8 |
| LL | 1,4 |
| flexibel | 0,5 |

Volgens NZA norm volgens ZZP mix

In de huiskamer op de afdeling Grote Poel is een gekwalificeerde medewerker en deskundige vrijwilliger aanwezig om toezicht te houden op de daar aanwezige cliënten. Familie wordt uitgenodigd om deel te nemen aan het groepsgebeuren. De cliënten van de Kleine Poel kunnen sedert 1 januari 2018 gebruik maken van de nieuwe huiskamers op de begane grond met openingstijden die zijn uitgebreid. Daarvoor zijn gastvrouwen aangetrokken. De activiteitenbegeleiding biedt dagelijks een gevarieerd aanbod van activiteiten aan waarbij vrijwilligers zijn betrokken.

In 2018 is, in samenwerking met Amstelring, gestart met een pilot ten aanzien van het bieden van muziektherapie.

Eerste etage

Het Zwet & De Vaart zijn afdelingen met verschillende doelgroepen. Voornamelijk wonen hier cliënten (45) vanwege ernstige somatische beperkingen die op veel momenten van de dag behoefte

hebben aan begeleiding, intensieve verzorging en verpleging, in een beschermende woonomgeving. In de huiskamer op de eerste etage is een gekwalificeerde medewerker en deskundige vrijwilliger aanwezig om toezicht te houden op de daar aanwezige cliënten. Familie wordt uitgenodigd om deel te nemen aan het groepsgebeuren.

Kwalificatieniveau (peildatum 1 januari 2018)

- Deskundigheidsniveau 5 0,78 Fte
- Deskundigheidsniveau 4 3,2 Fte
- Deskundigheidsniveau 3 11,22 Fte
- Deskundigheidsniveau 1 0,56 Fte
- Deskundigheidsniveau 2 4,51 Fte
- Opleidingsplaatsen niveau 3 1,78 Fte
- Flexibel 0,25 Fte

| FWG schaal | V&V |
|------------|------|
| 0-15 | 0,4 |
| 20 | 1,1 |
| 25 | 1,2 |
| 30 | 1,8 |
| 35 | 11,5 |
| 40 | 4,3 |
| 45 | 1,0 |
| LL | 1,8 |
| flexibel | 0,6 |

Volgens NZA norm volgens ZZP mix

Tweede etage

De Blauwe Beugel is een gemêleerde etage met verschillende vormen van zorg- en dienstverlening. De belangrijkste doelgroep heeft intensieve begeleiding gecombineerd met uitgebreide verzorging in een beschutte woonomgeving nodig. De reden hiervoor kan verschillend zijn. Naast huurappartementen zijn hier ook kamers met langdurige zorg (WLZ). Er zijn tenminste 4 kamers voor Eerstelijns Verblijf en logeren aanwezig.

- Deskundigheidsniveau 4 0,89 Fte
- Deskundigheidsniveau 3 12,2 Fte
- Deskundigheidsniveau 2 1,61 Fte
- Opleidingsplaatsen niveau 3 1,67 Fte
- Opleidingsplaatsen niveau 4 1 Fte
- Flexibel 0,5 Fte

| FWG schaal | V&V |
|------------|-----|
| 0-15 | 0,2 |
| 20 | 0,7 |
| 25 | 0,8 |
| 30 | 1,1 |
| 35 | 7,2 |
| 40 | 2,7 |
| 45 | 0,6 |
| LL | 1,1 |
| flexibel | 0,4 |

Volgens NZA norm volgens ZZP mix

Activiteitenbegeleiding

Zorgcentrum Aalsmeer is trots op haar afdeling Welzijn. In de loop van de jaren is er een groot en breed aanbod aan activiteiten opgebouwd. Activiteiten worden individueel maar ook in groepsverband aangeboden op verschillende locaties in zorgcentrum Aalsmeer. Bekostiging van het aantal FTE's activiteitenbegeleiding vindt o.a. plaats via de Middelen Waardigheid en Trots.

- Deskundigheidsniveau 3 7,52 Fte

Vrijwilligers & mantelzorgers

Zorgcentrum Aalsmeer staat midden in de samenleving en de gemeente Aalsmeer prachtig gelegen aan het Kanaal. Door het dorpse karakter is de betrokkenheid van een groep van 245 vrijwilligers zeer groot. Hierdoor kunnen wij net iets extra's bieden aan onze cliënten om het leven in

Zorgcentrum Aelsmeer te veraangenamen. Ook mantelzorgers worden nauw betrokken bij de zorg van hun familielid maar ook uitgenodigd om ondersteuning te bieden aan anders cliënten.

Ziekteverzuim

2017

5,76% exclusief zwangerschappen

6,64% inclusief zwangerschappen

Stagiaires

Zorgcentrum Aelsmeer is een lerende organisatie met nauwe banden met verschillende opleidingsinstituten. Stagiaires niveau 3 en 4 krijgen de gelegenheid om praktijkervaring tot zich te nemen.

In- en uitstroomcijfers

2017

Instroom 43 medewerkers

Uitstroom 39 medewerkers

[Kantelen roosters](#)

In de cao VVT is afgesproken dat medewerkers/teams meer zeggenschap over de invulling van hun werktijden krijgen. Hierdoor kunnen ze bijvoorbeeld flexibeler inspelen op de wensen en behoeften van hun cliënten, maar ook zelf keuzes maken die werk en privé beter combineren. Iedereen vaart hier uiteindelijk wel bij, zo is de gedachte. Bovendien past deze nieuwe manier van organiseren bij de beweging naar het vergroten van de professionele ruimte, het verschuiven van taken en bevoegdheden en de trend van zelf organiseren. Tot slot moet deze andere manier van invullen van de werktijden de continuïteit van zorg garanderen en aandacht hebben voor een doelmatige organisatie van de zorgverlening. Bij ZCA hebben de medewerkers invloed op hun werktijden.

[Aandacht, aanwezigheid en toezicht](#)

De ochtend is binnen Zorgcentrum Aelsmeer de drukste periode van de dag. Er is dan veel bedrijvigheid en de meeste medewerkers starten dagelijks de zorg voor onze cliënten op. Te denken valt aan hulp bij het opstaan maar ook hulp bij het ontbijt. In de huiskamers en de dagopvang zijn overdag en 's avonds altijd voldoende deskundige medewerkers aanwezig waarbij in het bijzonder activiteitenbegeleiders betrokken zijn. Er worden dagelijks meerdere activiteiten aangeboden met als uitgangspunt een zinvolle dag invulling die aansluit bij de groep of individuele wensen van de cliënten.

De laatste levensfase kan voor cliënten en mantelzorgers een aangrijpende periode zijn. Zorgcentrum Aelsmeer geeft veel aandacht aan de laatste wensen van cliënten om deze fase zo geriefelijk mogelijk te beleven. Dit alles in nauw overleg met betrokkene, professionals en mantelzorgers. Minimaal 2 maal per jaar vindt er een multidisciplinair overleg (MDO) plaats met bewoner en/of mantelzorger(s) om de zorg en dienstverlening te evalueren en zo nodig aan te passen aan de wens van de bewoner. Iedere bewoner heeft een eigen contactpersoon, de Eerste Verantwoordelijke Verzorgende (EVV-er), deze initieert het MDO of plant dit op verzoek van bewoner of mantelzorger(s).

Specifieke kennis, vaardigheden

Bevoegdheid en bekwaamheid

In Zorgcentrum Aelsmeer is iemand aanwezig die met zijn of haar kennis en vaardigheden aansluit bij de (zorg)vragen en (zorg)behoeften van de cliënten en bevoegd en bekwaam is voor de vereiste zorgtaken. Zorgdilemma's en adequate zorg bij het levenseinde zijn gespreksonderwerpen die regelmatig besproken worden binnen de zorgteams.

Zorgcentrum Aelsmeer biedt de mogelijkheid voor het bij- en nascholen van de vaste medewerkers. Per jaar worden minimaal 8 thema's behandeld in de vorm van klinische lessen. Deze bijscholing richt zich zowel op het verwerven van kennis als vaardigheden. De lessen zijn toegankelijk voor zowel leerlingen als gediplomeerd verzorgenden.

Waar mogelijk zal samenwerking gezocht worden met de andere instellingen, om deze bijscholing aan te bieden. Er wordt naar gestreefd een afwisselend pakket aan te bieden, waarbij ook gerichte vragen kunnen worden gehonoreerd. Klinische les thema's vergen 1 uur werktijd en de rest is eigen tijd.

Scholing voorbehouden en risicovolle handeling

Voor degenen die werken binnen één van de zorgafdelingen (intra- en extramuraal) is eind 2017 de 3 jaarlijkse verplichte bijscholing georganiseerd voor de voorbehouden handelingen. Deze scholing is specifiek gericht op het behouden van de bekwaamheid en bevoegdheid met betrekking tot de voorbehouden handelingen. Daarnaast zal binnen deze bijscholingsactiviteit aandacht zijn voor de risicovolle handelingen. De vorm waarin deze gerichte scholing tot stand komt kan wisselen, maar zal gericht zijn op actief leren. De bijscholing wordt afgetekend in het individuele paspoort van de medewerker.

Door de training die een aantal medewerkers bij Vilans hebben gevolgd is er een team gemaakt met intercollegiale toetsers, gebaseerd op een objectieve beoordeling van de uitvoering van de voorbehouden en risicovolle handelingen.

Verpleegkundige dienst

Er is in Zorgcentrum Aelsmeer voor cliënten met een indicatie verblijf met verpleging of behandeling 24/7 een verpleegkundige niveau 4 aanwezig of binnen 30 minuten ter plaatse.

Bereikbaarheid Specialist Ouderen Geneeskunde (SOG)

Er is in Zorgcentrum Aelsmeer voor cliënten met een indicatie verblijf met verpleging of behandeling 24/7 een Specialist Ouderen Geneeskunde (SOG) aanwezig of binnen 30 minuten ter plaatse.

Er zijn binnen Zorgcentrum Aelsmeer 24/7 aanvullende voorzieningen beschikbaar voor (on)geplande zorg, vragen of toenemende complexiteit zoals: opschalen van personeel, inroepen specialist ouderengeneeskunde, overleg medisch specialist of gedragsdeskundige, tijdelijke overplaatsing cliënt naar andere afdeling binnen Zorgcentrum Aelsmeer.

Reflectie, leren en ontwikkelen

Ons scholingsbeleid voor zittende en aankomende medewerkers is gericht op het versterken van de vakbekwaamheid. Zorgcentrum Aelsmeer heeft een breed scholingsaanbod voor haar medewerkers. Naast scholing om medewerkers bevoegd en bekwaam te houden in het uitvoeren van verpleegtechnische handelingen biedt Zorgcentrum Aelsmeer o.a. ook scholing op het gebied van

cliëntgericht werken. Ook wordt er aandacht gegeven aan multidisciplinaire deskundigheidsbevordering. Te denken valt hierbij aan scholing in samenwerking met een gedragsdeskundige of psycholoog voor de doelgroep dementie. In de functioneringsgesprekken kom(t)en competentie en loopbaanontwikkeling aan de orde.

Zorgcentrum Aelsmeer streeft er voortdurend naar voldoende deskundige zorgverleners beschikbaar te hebben, afgestemd op de aanwezige cliënten en actuele zorgvragen. Dit is met oog op het brede personele tekort in de zorg een langdurige en grote uitdaging. Voor 2018 hebben wij sterk ingezet op een forse vergroting van het aantal leerlingen bij de aanvang van het nieuwe schooljaar 2018-2019.

Acties 2019

- Zorgverleners krijgen ruimte om systematisch te reflecteren op goede, veilige en persoonsgerichte zorg voor de cliënt. Van daaruit kunnen zij verbeteringen toepassen. Ten aanzien van dit thema heeft in 2018 scholing plaatsgevonden. Het thema reflectie binnen de teams is n.a.v. het bezoek van de IGJ in eerste instantie beleidsmatig opgepakt en zal in 2019 concreet worden ingevuld.
- Intervisie en reflectie bijeenkomsten vinden op regelmatige basis plaats op de zorgafdelingen. Door het stellen van vragen en het delen van elkaars ervaringen kunnen deelnemers van elkaar leren, steun vinden bij elkaar en hun reflectie verdiepen.
- Borgen toezicht huiskamers door bekwame medewerkers, onder andere door het aanbieden van scholing ten aanzien van belevingsgerichte zorg. Hiermee is gestart in 2018 en dat zal worden gecontinueerd in 2019.
- Borgen SROI verplichting op basis van de mensen die in dit licht in 2018 werkzaamheden t.b.v. ZCA hebben verricht.
- Door middel van e-learning wordt de theoretische kennis van de medewerkers op peil gehouden of verdiept. E-learning is in 2019 verplicht voor een deel van de medewerkers. Het lezen van vaktijdschriften zal worden bevorderd door ze toegankelijk te maken voor de medewerkers.
- In 2018 is de brochure voor zorgaanbieders: Calamiteiten melden aan de IGZ besproken in de werkoverleggen op de afdelingen en met de Specialisten Ouderengeneeskundigen (SOG's). Reglement meldingscommissie incidenten patiëntenzorg is aangepast en besproken met incidentencommissie. Daarnaast is er extra aandacht aan besteed in het informatieblad voor de medewerkers. In 2019 komt dit onderwerp opnieuw op de agenda van de werkoverleggen op de afdelingen en komt dit terug in de bilaterale overleggen met de SOG's.
- Het nieuwe organogram, waarbij in bredere zin leidinggevend en medewerkers zullen worden betrokken bij de beleidsvorming, wordt geïmplementeerd. Aandachtvelders krijgen een prominentere plaats in de organisatie door meer gebruik te maken van hun kennis en vaardigheden, b.v. door ze klinische lessen en workshops te laten verzorgen. Dit is opgenomen in het scholingsplan.
- Nieuwe medewerkers worden aangetrokken op basis van de beschikbare kwaliteitsgelden. Dat betreft: extra leerlingen (reeds gestart in 2018), extra medewerkers in de zorg, extra meewerkende afdelingshoofden, geestelijk verzorgers en, afhankelijk van de beschikbare gelden hebben we nog enkele andere creatieve ideeën.

Kwaliteitsplan Zorgcentrum Aelsmeer

1 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Vereisten

- *De vier onderscheiden thema's (compassie, uniek zijn, autonomie en zorgdoelen) zijn voor zorgverleners richtinggevend bij kwaliteitsverbetering op het terrein van persoonsgerichte zorg en ondersteuning.*
 - *Elke verpleeghuisorganisatie dient aantoonbaar invulling te geven aan deze thema's en dit zichtbaar te maken in kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag.*
 - *De voorgestelde uitwerkingen per onderscheiden thema's zijn handreikingen voor de instrumenten voor verbetering, het voeren van gesprekken en het ontwikkelen van competenties. Zorgorganisaties zijn vrij om deze thema's naar eigen inzicht aan te vullen.*
 - *Vanaf 1-7-2017 beschikt iedere cliënt binnen 24 uur over een voorlopig zorgleefplan (met in ieder geval zaken zoals medicatie, dieet, primaire hulpvraag, een eerste contactpersoon en afspraken over handelen bij calamiteiten), dat uiterlijk zes weken na opname (of zoveel eerder als mogelijk) volledig en (tot bijstelling aan de orde is) definitief wordt.*
 - *Vanaf 1-7-2017 is de verantwoordelijkheid voor het opstellen van een zorgleefplan belegd bij een verzorgende van tenminste niveau 3 (IG), of bij een andere zorgverlener van tenminste niveau 3. Bij voorkeur is dit de contactverzorgende dan wel de eerste verantwoordelijk verzorgende of verpleegkundige (EJV-er).*
-

De cliënt is in alle levensdomeinen uitgangspunt bij zorg- en dienstverlening. Iemand met een zorg- en ondersteuningsbehoefte is vooral een uniek persoon met een eigen geschiedenis, een eigen toekomst en eigen doelen. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning vindt plaats binnen een relatie tussen cliënt en zijn naaste(n), zorgverlener en zorgorganisatie. De kwaliteit van deze relatie bepaalt mede de kwaliteit van zorg.

Zorgcentrum Aelsmeer wil toe naar meer cliëntgerichte zorg. Het plan Waardigheid en Trots helpt ons hierbij dit te realiseren. De afgelopen periode is er veel aandacht geschonken aan de zorg- en dienstverlening aan cliënten met dementie. De Grote Poel heeft een metamorfose ondergaan en de medewerkers zijn geschoold in het omgaan met dementie en alle facetten die daarbij aan de orde komen. Samen met de VU loopt er een onderzoek naar het effect van de benaderingswijze Namaste care aan deze groep cliënten.

Een belangrijk doel voor 2019 zal zijn het evalueren van de gerealiseerde –extra- huiskamers op alle afdelingen van Zorgcentrum Aelsmeer.

Bovenstaande betekent minder zorggericht en meer cliëntgericht. Meer aandacht voor de relatie en minder voor de kwaal. Cliëntgericht werken is het tegenovergestelde van aanbodgerichte zorg. Dit is zorg die uitgaat van wat de organisatie aanbiedt en wat de hulpverlening te bieden heeft. Wanneer

de nadruk komt te liggen op het aanbod en op het geven van praktische adviezen of hulp op basis van wat de organisatie te bieden heeft, blijven achterliggende ervaringen, de leefsituatie en de geschiedenis van de persoon in kwestie versluierd.

Om de betrokkene echt nabij te komen zal de medewerker dus moeten proberen een beeld te krijgen van de leefwereld en werkelijkheidsbeleving van de cliënt. Daarvoor zijn een aantal vaardigheden van belang die via scholing worden aangeleerd en in de praktijk worden gebracht.

De neerslag hiervan is terug te vinden in het zorgleefplan, waarbij rekening is gehouden met de 4 onderscheiden thema's (compassie, uniek zijn, autonomie en zorgdoelen).

Daarnaast zijn er levensboeken van de cliënten van de gesloten afdeling. Ten aanzien van mantelzorgers is er geformuleerd mantelzorgbeleid. De vier onderscheiden thema's (compassie, uniek zijn, autonomie en zorgdoelen) hebben de laatste jaren veel aandacht gekregen binnen de zorg en dienstverlening binnen Zorgcentrum Aelsmeer. Mede door het werken met activiteitenbegeleiders op de afdelingen wil Zorgcentrum Aelsmeer zich op dit vlak duidelijk onderscheiden. Voor 2019 staan de volgende thema's op de voorgrond:

Compassie

Nabijheid, vertrouwen, aandacht en begrip.

Acties 2019

- Nu in 2018 alle huiskamers operationeel zijn, zal in 2019 in overleg met de geledingen een evaluatie plaatsvinden.
- (verdere) implementatie huiskamergesprekken op de zorgafdelingen door afdelingshoofden.
- Het programma "Zie de Mens" zal (verder) worden geïmplementeerd op basis van het Plan dat met de CHE is ontwikkeld.

Uniek zijn

Gezien worden in persoonlijke context, eigen identiteit.

Acties 2019

- Komend jaar gaan we n.a.v. de actie in 2018 evalueren op welke manier muziektherapie een bijdrage kan leveren aan het persoonlijk welbevinden van de cliënten.

Autonomie

Behoud van eigen regie over leven en persoonlijk welbevinden, ook bij zorg in de laatste levensfase.

Acties 2019

- Het programma "Zie de Mens" zal (verder) worden geïmplementeerd op basis van het Plan dat met de CHE is ontwikkeld.
- Alle 4 domeinen zijn terug te vinden in dossier, rapportage en zijn uitgangspunt bij evaluatie. Specifiek zal aandacht gegeven worden aan stemming en welbevinden. In rapportage wordt op alle domeinen gerapporteerd; In MDO's zijn de 4 domeinen uitgangspunt en worden besproken; Formulier 4 domeinen wordt voorafgaand aan MDO's aangevuld (zie plan van aanpak Methodisch handelen Zorgcentrum Aelsmeer).

Zorgdoelen

Iedere cliënt heeft afspraken over en inspraak bij de doelen ten aanzien van zijn/haar zorg, behandeling en ondersteuning.

Acties 2019

- Een eerste zorgleefplan is binnen 24 uur gemaakt en zal aangepast worden waar nodig. Aandacht voor “typering cliënt”.

2 Wonen en welzijn

Vereisten

- *Vijf thema's (zingeving, zinvolle dagbesteding, schoon en verzorgd lichaam plus verzorgde kleding, familieparticipatie & inzet vrijwilligers en wooncomfort) zijn leidend bij kwaliteitsverbetering op het terrein van wonen en welzijn.*
 - *Elke verpleeghuisorganisatie dient aantoonbaar invulling te geven aan deze thema's en zichtbaar te maken in kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag.*
 - *Het aanpassen van de woonomgeving aan de wensen en mogelijkheden van de verschillende doelgroepen van verpleeghuiszorg verdient specifieke aandacht.*
-

Zorgcentrum Aelsmeer wil optimale levenskwaliteit en welzijn van cliënten bevorderen en ondersteunen. Hierbij speelt de zorg van lichaam en geest van de cliënt een rol, maar zijn zingeving en de woon- en leefomgeving van de cliënt ook van groot belang voor zijn kwaliteit van leven.

Zingeving

Extra geestelijke verzorging is beschikbaar al naar gelang de levensbeschouwing van de bewoner. Weeksluiting, kerkuitzending op zondag, bijbelkring (oktober – april, 2 x per maand), gespreksgroepen doopsgezind (1 x maand). Alle activiteiten worden door vrijwilligers uitgevoerd.

Zinvolle dagbesteding

Een zinvolle dagbesteding wordt gewaarborgd door een gevarieerd activiteiten aanbod, groepsgewijs en individueel. De in 2018 gecreëerde extra huiskamers leveren hier een belangrijke bijdrage aan. Daarbij is de inzet van vrijwilligers en mantelzorgers essentieel. Afspraken daarover zijn vastgelegd in vrijwilligers- en mantelzorgbeleid. Omdat Zorgcentrum Aelsmeer uitgaat van persoonsgerichte zorg, staan de individuele behoeften aan en voorkeuren voor activiteiten hierbij centraal.

Schoon en verzorgd lichaam plus verzorgde kleding

De dagelijkse persoonlijke verzorging wordt in overleg met de bewoner en/of naaste naar eigen wens en behoefte uitgevoerd. Daarbij is ook mondzorg onderdeel van de zorg.

Acties 2019

- De scholing van mondzorg staat net als elk jaar op het jaarplan (e-learning), 2x per jaar komt de mondhygiëniste voor het geven van scholing. Tevens is zij betrokken bij de dagelijkse zorg voor de mond, dit in overleg met de tandarts.

Familieparticipatie & inzet vrijwilligers

Het beleid rondom participatie van familie en vrijwilligers is beschreven en bekend bij de zorgverleners. Onderdeel van het beleid zijn de taken en verantwoordelijkheden die voor hen zijn vastgelegd.

Acties 2019

- In 2018/2019 wordt deelgenomen aan het voorgenomen regionale project rond dit thema.

Wooncomfort

De cliënten kunnen hun kamers met eigen spullen inrichten. De afspraken met cliënten zijn vastgelegd in een huishoudelijk reglement met name ook met af te nemen services, zoals wasserij, restaurant etc.

Acties 2019

- De inrichting van huiskamers op alle verdiepingen krijgt in 2019 verder zijn beslag. Verder zullen onderhoudsactiviteiten plaatsvinden met betrekking tot de vervanging van de verlichtingsarmaturen.

3 Veiligheid

Vereisten

- *Vier thema's van basisveiligheid (medicatieveiligheid, decubituspreventie, gemotiveerd gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen en preventie acute ziekenhuisopnames: advance care planning) zijn vanaf 2017 een belangrijk onderdeel van het leren en verbeteren in zorgorganisaties, onder andere door indicatoren op basis van deze vier thema's op te nemen in het kwaliteitsverslag.*
 - *Indicatoren over de basisveiligheid worden uiterlijk 1 juli volgend op het betreffende verslagjaar aangeleverd bij de Openbare Database van het Zorginstituut door een daartoe ingerichte organisatie die voldoet aan de aanleverspecificaties van het Zorginstituut⁸.*
 - *Elke verpleeghuisorganisatie heeft een incidentencommissie of maakt gebruik van een lokale of regionale incidentencommissie (gereed per 1-7-17).*
-

Zorgcentrum Aelsmeer streeft naar een optimale veiligheid voor onze cliënten. Medewerkers handelen volgens professionele standaarden en richtlijnen van de Vilans kick Protocollen. Het borgen van de basisveiligheid is een cyclisch geheel. Binnen de teams worden de individuele incidenten geëvalueerd en adequate oplossingen gevonden. Op organisatieniveau is er een incidentencommissie (MIP-commissie) die alle incidenten in de organisatie monitort en het managementteam adviseert.

De Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg (MIP) is ingesteld om de kwaliteit van de patiëntenzorg te bevorderen en te bewaken. Zij doet dit door het ontvangen, onderzoeken en beoordelen van meldingen over incidenten die hebben plaatsgevonden. Op basis daarvan wordt geadviseerd over mogelijkheden om dergelijke incidenten in de toekomst te voorkomen.

Kort-cyclisch is er in 2018 intern ge-audit op verschillende thema's zoals: infectiepreventie, medicatieveiligheid, BOPZ, persoonsgericht werken en op opvolging van gemelde incidenten. Verbeteracties zijn daarna vastgesteld en worden geborgd door vervolg audits in 2019. Op basis van de externe audit zal in de auditplanning worden opgenomen wat het doel is en hoe de rapportage er uit dient te zien.

De taak van de MIP is het verzamelen en registreren van informatie over individuele gebeurtenissen en deze te analyseren (d.m.v. de Prisma Light methode) zodat het leidt tot adviezen voor verbeteracties. De MIP kan hiertoe een nader onderzoek instellen. Na aanleiding van de maandelijkse vergadering van de MIP commissie vindt er een terugkoppeling plaats naar de melder en het werkoverleg op de afdeling of in de wijk. Na bespreking in het werkoverleg vindt terugkoppeling plaats van acties naar de MIP commissie en registratie in het zorgleefplan. Deze acties beogen acute ziekenhuisopnames door het maken van fouten of door het bestaan van gevaarlijke situaties te verminderen.

Vanuit dit oogpunt is het ook belangrijk om risicosignalering te doen. Dit wordt tenminste elk half jaar gedaan, tenzij er reden is voor een frequentere beoordeling, bijvoorbeeld door veranderende

gezondheid van onze cliënten of na een incident. De risicosignalering kent een keuze in opvolging, het veiligheidsrisico wordt afgewogen tegen de kwaliteit van leven. De MIP commissie krijgt jaarlijks een scholing incidentonderzoek aangeboden (prisma light).

In de afgelopen jaren is de ergo coach geïntroduceerd op de afdeling, samen met de Arbo-commissie leveren deze functionarissen een waardevolle aanvulling aan de veiligheid van onze cliënten. Voorbeeld hiervan is periodieke scholing Tilapparatuur.

Acties 2019:

- De MIP commissie komt maandelijks bij elkaar om incidenten en incidentpatronen te bespreken en hier adviezen over te geven naar de afdelingen.
- De incidenten worden in de werkoverleggen op de afdelingen besproken en geanalyseerd.
- De MIP commissie krijgt jaarlijks een scholing incidentonderzoek aangeboden (prisma light).
- MIP commissieleden instrueren eigen teams over PRISMA light methode en passen die toe.

De vier thema's op het gebied van basisveiligheid worden in 2019 op de volgende wijze uitgewerkt:

Medicatieveiligheid

0 meting Bespreken medicatiefouten in het team:

Percentage afdelingen waar medicatiefouten tenminste een keer per kwartaal worden besproken met medewerkers van de afdeling op basis van meldingen die zijn gedaan 100%

Aantal afdelingen waar medicatiefouten ten minste eens per kwartaal zijn besproken op basis van gedane meldingen > 3 afdelingen (waar van 1 niet aantoonbaar)

Totaal aantal afdelingen Zorgcentrum Aelsmeer > 3 afdelingen

0 meting Medicatiereview:

Percentage cliënten waarbij de afgelopen zes maanden een formeel medicatiereview heeft plaatsgevonden > 81%

Aantal cliënten waarbij een formeel medicatiereview is uitgevoerd in de afgelopen zes maanden in het bijzijn van een zorgmedewerker die medicijnen aan de cliënt verstrekt > 86 cliënten

Totaal aantal cliënten Zorgcentrum Aelsmeer > 106 cliënten

Acties 2019:

- Op basis van het IGJ rapport is in 2018 actief gewerkt aan integrale en systeemgerichte verbetering van de medicatieveiligheid. Voor een goede analyse en aanpak hebben we een extern bureau gevraagd om ons te assisteren. Dit heeft geresulteerd in een analyse en een Plan van Aanpak. De meeste aandachtspunten uit het PvA zullen in 2018 worden afgerond. In 2019 zal

vooral het borgen van de nieuwe werkwijzen in termen van gedrag centraal staan. Voorts zal in 2019 opnieuw een audit plaatsvinden ten aanzien van de implementatie en borging van de acties voortvloeiende uit het PvA.

Decubituspreventie

0 meting decubituspreventie:

Percentage cliënten in de zorgorganisatie met decubitus graad 2 of hoger: 2,8%

Heeft huidinspectie een decubitus graad 2,3 of 4 aangetoond? Ja

Aantal cliënten in de zorgorganisatie met decubitus categorie 2 of hoger > 3 cliënten

Totaal aantal cliënten Zorgcentrum Aelsmeer > 106 cliënten

Acties 2019

- Scholing decubitus preventie voor medewerkers.
- Aantoonbaar maken van decubituspreventie en registratie in het ECD en bespreken in de werkoverleggen op de zorgafdelingen.

Vrijheidsbeperkende maatregelen:

0 meting Vrijheidsbeperkende maatregelen:

Percentage cliënten in de zorgorganisatie waarbij de volgende vrijheidsbeperkende maatregelen zijn toegepast (onderverdeling naar categorieën) 15%

- mechanische vrijheidsbeperving (zoals bedhekken & romper)
- farmacologische vrijheidsbeperving
- elektronische vrijheidsbeperving (alarm of camerabewaking)

(bij 10 cliënten worden 2 type VBM's toegepast)

Zijn er in deze instelling tijdens de afgelopen 30 dagen bij de cliënt vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast? Ja

o Ja (alle toegepaste interventies moeten aangekruist worden)

- ✓ mechanische vrijheidsbeperving (zoals bedhekken)
- fysieke vrijheidsbeperving (iemand met fysieke kracht in bedwang houden)
- ✓ farmacologische vrijheidsbeperving
- psychologische vrijheidsbeperving (dwingend spreken)
- ✓ elektronische vrijheidsbeperving (alarm of camerabewaking)
- een-op-een toezicht
- in een ruimte afzonderen
- andere maatregelen o Nee

Aantal cliënten bij wie vrijheid beperkende maatregelen zijn toegepast in de zorgorganisatie onderverdeeld naar de categorieën, 16 cliënten.

Totaal aantal cliënten Zorgcentrum Aelsmeer > 106 cliënten

Acties 2019

- Scholing Vrijheids Beperkende Maatregelen (VBM)
- Maandelijks evaluatie van interventies VBM's

Preventie acute ziekenhuisopnames/Advanced Care Planning:

0 meting Preventie acute ziekenhuisopnames:

Percentage cliënten in de zorgorganisatie waarbij beleidsafspraken zijn vastgelegd in het zorgdossier > 92,45%

Welke beleidsafspraken met de cliënt zijn vastgelegd in het zorgdossier?

- ✓ Wel of niet reanimeren
- ✓ Wel of niet stoppen met levensverlengende behandelingen, zoals antibiotica, bloedproducten en preventieve medicatie
- Wel of geen ziekenhuisopname
- Anders, namelijk worden beademd/opgenomen op de IC
- Er zijn geen afspraken vastgelegd in het zorgdossier, N.V.T.

Aantal cliënten waarbij beleidsafspraken zijn vastgelegd in het zorgdossier > 98

Totaal aantal cliënten Zorgcentrum Aelsmeer > 106 cliënten

Acties 2019

- Registratie advanced care planning implementeren binnen Zorgcentrum Aelsmeer

Een randvoorwaarde voor de veiligheid is methodisch werken in het zorgproces. Uit het onderzoek van de IGJ bleek dat ook dit punt voor verbetering vatbaar is. Na de (verdere) implementatie van de medicatieveiligheid (zie hierboven) is gestart met eenzelfde aanpak als bij de medicatieveiligheid. Dit heeft geresulteerd in een integrale en systeemgerichte analyse en een daaruit voortvloeiend Plan van Aanpak. Eind 2018 en doorlopend in 2019 zal het methodisch werken worden verbeterd.

- (verder) opvolgen acties uit het plan van aanpak.
- Medio 2019 audit ten aanzien van de borging.

Het laatste punt dat direct voortvloeiende uit zowel het rapport van de IGJ als uit het rapport van de externe audit betrof de toegankelijkheid/inzicht in het kwaliteitssysteem en de actualiteit en omvang van de protocollen en werkinstructies en de kennis daarover. Omdat het huidige kwaliteitssysteem in 2020 niet meer onderhouden wordt door de leverancier is op grond van een analyse besloten in 2019 over te gaan op SharePoint (een intranet omgeving) en alle documenten te herschikken op basis van de HKZ procesgerichte indeling. De overgang naar het nieuwe systeem wordt projectmatig opgepakt en zorgvuldig begeleid.

- Implementeren SharePoint.
- Actualiseren protocollen en werkinstructies op basis van een procesgerichte indeling.

- Interne audit methodisch werken.

4 Leren en verbeteren van kwaliteit

Vereisten

- *Elke verpleeghuisorganisatie heeft in de loop van 2017 een kwaliteitsplan opgesteld volgens de in dit hoofdstuk geschetste werkwijze.*
- *Elke verpleeghuisorganisatie verzorgt vanaf het rapportagejaar 2017 de interne én externe verantwoording via één kwaliteitsverslag. Dit document verschijnt jaarlijks voor 1 juli volgend op het rapportagejaar en wordt gepubliceerd op de website van de organisatie.*
- *Elke verpleeghuisorganisatie dient tevens het webadres van het kwaliteitsverslag, uiterlijk 1 juli volgend op het betreffende verslagjaar, aan te leveren aan de Openbare Database van Zorginstituut Nederland.*
- *Elke verpleeghuisorganisatie past jaarlijks het kwaliteitsplan aan op basis van het kwaliteitsverslag. Het aangepaste kwaliteitsplan verschijnt uiterlijk 31 december.*
- *Elke verpleeghuisorganisatie maakt uiterlijk 1-7-2017 deel uit van een lerend netwerk met tenminste twee andere collega zorgorganisaties.*
- *In elke verpleeghuisorganisatie vindt een vijfjaarlijkse (multidisciplinaire) kwaliteitsvisite plaats door de relevante beroepsorganisatie.*
- *Elke verpleeghuisorganisatie beschikt voor 1-1-18 over een kwaliteitsmanagementsysteem.*

Zorgcentrum Aelsmeer is al heel veel jaren bezig met het verbeteren van de kwaliteit. Elk jaar wordt er gewerkt aan verbeterpunten die op verschillende manieren naar voren komen (audits, medewerkers tevredenheidsonderzoek, cliënttevredenheidsonderzoek).

Kwaliteitsplan

Zorgcentrum Aelsmeer heeft voor eind 2018 het kwaliteitsplan 2019 opgesteld en besproken met OR, CR en Raad van Toezicht.

Acties 2019

- Kwaliteitsplan wordt geëvalueerd en bijgesteld voor 2020.
- Kwaliteitsverslag wordt geschreven voor 1 juli 2019.

Lerend netwerk

De praktijkopleiders van Zorgcentrum Aelsmeer hebben al jaren een samenwerkingsverband met Zorgcentrum de Meerlanden, PCSOH en zorggroep Reinalda. Daarnaast is er een samenwerking met Rozenholm.

Er vindt drie keer per jaar een overleg plaats waarin zaken besproken worden op het gebied van scholing. Ervaringen en ideeën worden uitgewisseld en men maakt elkaar attent op dingen die op dat moment actueel zijn. Van te voren wordt er een agenda rondgestuurd en notulen worden gemaakt.

Ook worden er scholingen georganiseerd waar de medewerkers van de drie organisaties aan kunnen deelnemen, zoals werkbegeleiderstrainingen en palliatieve zorg. Deze trainingen kunnen door de samenwerking dan in company gegeven worden.

Er zijn plannen om in de toekomst elkaar ook voor klinische lessen uit te nodigen en met elkaar een carrousel te organiseren m.b.t. voorbehouden handelingen.

Zorgcentrum Aelsmeer heeft zich aangesloten bij het convenant “sector plan plus” en heeft in 2018 actief geïnvesteerd in opleidingen van meer leerlingen.

Acties 2019

- Samenwerking tussen de organisaties intensiveren door het maken van concrete afspraken m.b.t. toetsen voorbehouden handelingen en uitnodigen klinische lessen en wederzijds afnemen van interne audits.
- Nader beoordelen van de samenwerking met ROC NOVA, zorgcentrum de Meerlanden, PCSOH en lokale centra van Amstelring om tot een passend opleidingsaanbod te komen en potentiële leerlingen, wonende in de Haarlemmermeer, aan onze organisaties te binden. Dit alles onder de noemer “Hart voor zorg Haarlemmermeer”.

Kwaliteitsvisitatie

We wachten hierbij op de nog te vormen regelgeving.

Kwaliteitsmanagementsysteem

Zorgcentrum Aelsmeer heeft een kwaliteitsmanagementsysteem dat elk jaar ge-audit wordt door DNV op basis van de Norm 15224 (ISO voor Zorg en Welzijn). In juli 2017 werd ons systeem weer voor 3 jaar gecertificeerd, dit is geldig tot 13 oktober 2020.

Acties 2019

- Ter voorbereiding op de externe audits worden interne audits gehouden. Hiervoor is een jaarplan gemaakt wat ten uitvoering gebracht zal worden. Dit onder leiding van onze kwaliteitsfunctionaris in samenwerking met hoofd zorg intramuraal en aandachtsvelders en PCSOH.
- Voorbereiden nieuwe indeling kwaliteitsmanagementsysteem en implementeren SharePoint.

Vereisten

- *Elke zorgorganisatie borgt professionele inbreng in het aansturen van de organisatie door opname van een specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundige of psychosociaal zorgverlener als lid van de Raad van Bestuur. Zolang dit (nog) niet is gerealiseerd dient er structureel overleg te zijn tussen de Raad van Bestuur met vertegenwoordigers van de genoemde beroepsgroepen.*
 - *De leden van de Raad van Bestuur lopen op gezette tijden mee binnen het primaire proces van de eigen zorgorganisatie, zodat zij gevoel houden met het primaire proces op de werkvloer.*
 - *Elke Raad van Bestuur van een zorgorganisatie voor verpleeghuiszorg werkt volgens de geldende versie van de Zorgbrede Governance Code.*
 - *De leiderschapsstijl en gedrag van de Raad van Bestuur is ondersteunend aan dit kwaliteitskader verpleeghuiszorg. De Raad van Bestuur is eindverantwoordelijk voor de toepassing ervan en de Raad van Toezicht ziet hier actief en aantoonbaar op toe.*
 - *De Raad van Bestuur stimuleert in het licht van kwaliteitsverbetering van verpleeghuiszorg de oprichting van een Verpleegkundige/verzorgende Adviesraad (VAR) dan wel een Professionele Adviesraad (PAR) in zijn/haar organisatie, of door andere vormen waaronder digitale platforms.*
-

Hierboven zijn de vereisten benoemd die volgens het kwaliteitskader verpleeghuiszorg met het thema samenhangen.

Deze vereisen zijn in het kwaliteitskader uitgewerkt in 6 thema's en zijn puntsgewijs uitgewerkt.

Achtereenvolgens zullen de verschillende thema's en uitwerkingen hieronder worden besproken. Dat wordt gedaan ten aanzien van de huidige situatie, waarna de eventuele acties per uitwerking zullen worden benoemd (waar mogelijk/nodig in samenhang met andere thema's uit dit document). Het gaat dan niet om de gebruikelijke acties van het going concern, maar om extra acties in het licht van het verbeteren van de kwaliteit op grond van het kwaliteitsplan.

Thema:

Visie op zorg

Uitwerking:

- De organisatie formuleert in samenspraak waar de organisatie voor gaat en staat.

In de inleiding van het kwaliteitsplan is benoemd waar de organisatie voor gaat en staat. Deze uitgangspunten zijn al vele jaren leidend en dat zullen ze wat ons betreft ook blijven.

- De organisatie formuleert in samenspraak een visie op zorg, ondersteuning en behandeling vanuit de focus kwaliteit van leven.

In de inleiding wordt al verwoord dat we de mens als unieke persoonlijkheid zien en dat de cliënt wat ons betreft centraal staat in het zorgproces op grond van zoveel mogelijk zelfzorg vanuit een holistische mensvisie.

Inmiddels is deze visie verder geconcretiseerd in een aanpassing van het beleid ten aanzien van de huiskamers. Met ingang van 1 januari 2018 is op de begane grond en de eerste verdieping een huiskamer gecreëerd die dagelijks open is en de activiteitenbegeleiding is geschoold in het afnemen van goede intakegesprekken. Op deze wijze wordt verder tegemoet gekomen aan een meer individuele benadering van cliënten.

- Deze onderdelen zijn met de strategische koers van de organisatie opgenomen in het kwaliteitsplan.

In 2017 is de strategische koers van de organisatie besproken in de organisatie. Overwogen is dat sprake is van een prachtige organisatie met veel betrokken medewerkers en vrijwilligers, maar dat het wenselijk is om hier en daar focus aan te brengen in activiteiten of werkgebied. Dit kan in de komende periode ook ingegeven zijn door de personele krapte op de arbeidsmarkt. We kiezen bewust voor kwaliteit van dienstverlening en niet voor kwantiteit.

Besloten is in het verlengde hiervan om het huidige productenpalet in beginsel te handhaven (met een focus in de thuiszorg) en verder te gaan op het pad van optimalisatie van kosten, opbrengsten en kwaliteit per product.

Sturen op kernwaarden

- De organisatie formuleert in samenspraak een set van gedeelde waarden.

In de dagelijks bedrijfsvoering is, juist in het verlengde van de hierboven beschreven visie, sprake van operationele toepassing van belangrijke kernwaarden. In deze inleiding is deze verwoord niet in kernwaarden, maar in kernwoorden. Het benoemen van de onderliggende kernwaarden is nog niet expliciet gebeurd. Dat zal op grond van dit kwaliteitskader in 2018 gebeuren, in combinatie met het opzetten en uitvoeren van een breder zingevingsprogramma.

Acties 2019

- Implementatie van het programma “Zie de Mens”.
- De organisatie stelt de persoonsgerichte zorg centraal en borgt de veiligheid van de cliënt te allen tijde.

Hierboven is al benoemd dat wij de persoonsgerichte zorg zoveel mogelijk centraal stellen. Een mooi praktisch en indrukwekkend voorbeeld is dat bij uitvaarten alle aanwezige medewerkers zich opstellen bij de uitgang van Zorgcentrum Aelsmeer, om aan de overleden bewoner met een persoonlijk laatste woord van een betrokken medewerker, de laatste eer te bewijzen.

Het borgen van de veiligheid van de cliënt gebeurt door:

- Scholing (b.v. BHV)
- Een kwaliteitssysteem met externe en interne audits.
- Per afdeling zijn aandachtsvelders aangesteld die als taak hebben de afdeling te ondersteunen bij het verbeteren en borgen van de kwaliteit.
- Een goede samenwerking en afstemming met zowel de SOG's van Amstelring als met de desbetreffende huisartsen, alsook met de apotheken.

- Een MIP- commissie die via het hoofd intramurale zorg als voorzitter direct een link in heeft ten aanzien van het aansturen van verbeteracties. Een aandachtspunt is dat de MIP- rapportages wel verspreid worden voor acties, maar nog niet gestructureerd in het MT worden besproken. Dat zal met ingang van 2019 wel periodiek gaan gebeuren.
- Het uitvoeren van controles rondom b.v. brandveiligheid, legionella, zorghygiëne, HACCP etc.
- Ten aanzien van het voorkomen van datalekken hebben de nodige voorbereidingen plaatsgevonden. In 2018 zijn medewerkers door scholing worden gewezen op het gevaar hiervan.
- De organisatie creëert randvoorwaarden voor vakmanschap van haar zorgverleners.
 - Dit gebeurt vooral door een goed scholingsprogramma dat jaarlijks geactualiseerd wordt.
 - In 2017 is een systeem van e-learning aangeschaft dat hierin faciliterend zal werken, waardoor de kwaliteit van opleidingen nog beter geborgd wordt. Verdere implementatie van dit systeem wordt voorzien in 2019.
 - Naar aanleiding van de opmerkingen van de IGJ in 2018 is ten aanzien van de medicatieveiligheid, methodische werken en toegankelijkheid van protocollen e.d. in breder opzicht onderzoek gedaan naar de kwaliteit van de randvoorwaarden in de gehele keten. Op alle onderdelen vinden zo nodig interventies plaats en niet alleen acties gericht op de medewerkers.
- De organisatie zorgt voor synergie tussen cultuur en regels met het oog op het gewenste gedrag.

Acties 2019

- Verwoorden kernwaarden in combinatie met een breder zingevingsprogramma (“Zie de mens”)
- Organiseren interne audits (in samenwerking met het lerend netwerk).
- Bespreken jaarlijkse MIP rapportage van de commissie in het MT.
- Verdere implementatie van e-learning in 2019.

Leiderschap en goed bestuur

Vooraf zij gemeld dat de organisatie geleid wordt door een directeur-bestuurder. Er is bewust voor deze term gekozen omdat in het verlengde van de schaal van de organisatie de directeur niet alleen is gehuisvest in het verpleeghuis, maar aldaar ook de nodige operationele taken zelf verricht. Daardoor bevindt hij zich dicht op de integrale bedrijfsvoering en ziet en ervaart hij dagelijks welke eventuele knelpunten zich voordoen.

- De Raad van Bestuur stelt zich ondersteunend, faciliterend en transparant op.

Binnen de organisatie proberen we elkaar te helpen als er tijdelijke of structurele knelpunten zijn in de organisatie of bij functionarissen. De leiding probeert hierin het goede voorbeeld te geven. Facilitering vindt vooral plaats op grond van het jaarplan en de begroting. Er wordt in dialoog of zo nodig schriftelijk voortdurend proactief transparant gecommuniceerd naar alle geledingen binnen de organisatie.

- De Raad van Bestuur maakt verbinding met en tussen de binnen- en buitenwereld.

Het maken van verbinding gebeurt op verschillende wijzen (in het verlengde van het stakeholderbeleid). In 2018 vonden verschillende werkbezoeken plaats bijvoorbeeld door gemeenteraadsfracties. Verschillende spreekbeurten vonden plaats. Veelal bevinden zich onder het externe gezelschap vrijwilligers die ook in Zorgcentrum Aelsmeer actief zijn.

- De Raad van Bestuur grijpt zo nodig tijdig in als dat voor de borging van kwaliteit van zorg noodzakelijk is.

Vooral wordt geprobeerd om proactief eventuele problemen voor te zijn en als ze dreigen dan ook tijdig adequate oplossingen te vinden. Ook worden directe en indirecte informatiebronnen gebruikt om te beoordelen of ergens in de organisatie knelpunten ontstaan. Jaarlijks vindt een overleg met vertegenwoordigers van de behandeldienst van Amstelring plaats om o.a. te bepalen hoe het gesteld staat met de kwaliteit.

De verantwoording naar de Raad van Toezicht is transparant en uitgebreid over de integrale stand van zaken, ook ten aanzien van de kwaliteit, zodat ook zij zo nodig tijdig kunnen ingrijpen.

- De Raad van Bestuur zorgt er voor dat opbouw en omvang van het personeelsbestand bij de visie, taken en doelgroep passen.

In het hoofdstuk over de personele samenstelling is hier uitvoerig op ingegaan. In het verlengde van de visie is vooral ook de activiteitenbegeleiding ruim bemeten ten opzichte van de normen (op basis van de geldende waardigheid en trots). De vraag is wel hoe de komende jaren de arbeidsmarkt zich zal ontwikkelen. Op grond van de trend van de laatste jaren kan dit wel in toenemende mate een probleem vormen. Vandaar dat de organisatie zich heeft aangesloten bij de ambities van het Sectorplan plus.

- De organisatie werkt volgens de afspraken van de Zorgbrede Governance Code.

In 2017 is de nieuwe Zorgbrede Governance Code uitgebreid besproken tussen bestuur en de Raad van Toezicht en binnen de Raad van Toezicht. In het licht hiervan zijn enkele wijzigingen doorgevoerd. Zo zijn de statuten van de stichting gewijzigd in overleg met de stakeholders en worden leden van de Raad van Toezicht thans via openbare kanalen geworven.

Rol en positie interne organen en toezichthouders(s)

- De Raad van Bestuur faciliteert het werk van de cliëntenraad.

De Raad van Bestuur is iedere vergadering van de cliëntenraad aanwezig. Samen worden de verschillende aandachtspunten in openheid besproken. Voor de facilitering en werkwijze zijn de reglementen van de cliëntenraad in 2017 opnieuw vastgesteld. Daarin staat beschreven hoe de Raad van Bestuur en cliëntenraad hier vorm aan geven.

- De Raad van Bestuur werkt volgens de wettelijke kaders van de WOR en WKKGZ.

De WKKGZ is besproken in 2016/2017. Op grond daarvan is de klachtenprocedure geëvalueerd en aangepast. Bovendien is aansluiting gerealiseerd bij de landelijke klachtencommissie en is een externe klachtenfunctionaris aangesteld.

In een transparante en constructieve sfeer vinden de bijeenkomsten met de Ondernemingsraad plaats. In voorkomende situaties/gevallen wordt gehandeld overeenkomstig de bepalingen van de WOR.

Op grond van het IGJ rapport heeft in 2018 een brede voorlichting plaatsgevonden met betrekking tot de wettelijk voorgeschreven meldingen aan de IGJ.

- De Raad van Bestuur stimuleert de oprichting van een VAR.

In 2017 is de oprichting van de VAR gerealiseerd. De VAR werkt overeenkomstig een reglement. De werkwijze van de VAR is in 2018 geëvalueerd en het reglement is aangepast.

- De Raad van Toezicht ziet toe op het volgen van de Zorgbrede Governance Code.

Hierboven is reeds aangehaald dat deze code uitvoerig in de Raad van Toezicht is besproken en waar nodig van acties is voorzien.

Inzicht hebben en geven.

- De Raad van Bestuur heeft de regie over het dynamische kwaliteitsontwikkelproces via het samenstellen en gebruiken van het kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag.

Coördinatie van de samenstelling van het kwaliteitsverslag vindt in eerste instantie plaats via de stuurgroep kwaliteit (onder leiding van het Hoofd Intramurale Zorg). De Raad van Bestuur heeft zich verdiept in het kwaliteitskader en heeft de inhoudelijke en procesregie over het definitieve document.

- De Raad van Bestuur speelt een actieve rol bij het tot stand komen en actief onderhouden van een lerend netwerk.

In 2017 is samen met het Reinaldahuis, de PCSOH en Meerlanden besloten om een lerend netwerk te vormen. De eerste positieve stappen zijn gezet op basis van onderlinge audits, Sectorplan+ en datalekken. Verder professionalisering van het (bestuurlijke) netwerk zal plaatsvinden in 2019. De bestuurders zijn in 2018 2 x bijeen geweest en in 2019 volgen nieuwe bijeenkomsten.

- De organisatie maakt duidelijke afspraken over de verantwoordelijkheidsverdeling in de keten.

Omdat de organisatie alle vormen van ouderenzorg onder 1 dak heeft en werkt binnen een gemeenschap met een dorps karakter (Aalsmeer heeft 30.000 inwoners), zijn de lijnen kort en weten professionals elkaar snel te vinden. Specifiek voor de thuiszorg geldt dat ook voor de zogenaamde S1 functie.

Ten aanzien van het verpleeghuis zijn specifieke afspraken vastgelegd met de inzet van SOG's en andere behandelaren van Amstelring en met de beide apotheken.

- De Raad van Bestuur loopt op gezette tijden mee binnen het primaire proces.

Wij beschouwen ook maaltijden, activiteitenbegeleiding en dergelijke als onderdeel van het primaire proces. De Raad van Bestuur is gehuisvest in het verpleeghuis en kan zich elke dag een beeld vormen van de werking van de primaire processen. Op gezette tijden loopt hij mee met en is actief betrokken bij onderdelen hiervan.

Verankeren van medische, verpleegkundige en psychosociale expertise

- De verpleeghuisorganisatie borgt professionele inbreng in het aansturen van de organisatie door een SOG, verpleegkundige of psychosociaal hulpverlener.

Vanwege de grootte van de organisatie bestaat de directeur-bestuurder uit 1 (part-time werkende) persoon. Inbreng van voldoende kennis van het primaire proces is geborgd door de aanwezigheid van een fulltime hoofd intramurale zorg met een verpleegkundige achtergrond.

Wekelijks vind gestructureerde afstemming plaats tijdens werkoverleg. Zo nodig kan de bestuurder een beroep doen op de behandelorganisatie van Amstelring.

7 Gebruik van hulpbronnen

Vereisten

- *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.*
-

Inleiding

Een aantal hulpbronnen is in eerdere paragrafen al aan de orde gekomen. Vandaar dat nu meer de facilitaire en ondersteunende thema's de revue passeren die een kwalitatieve invulling geven aan de missie en visie van de organisatie.

Regie houden op het eigen leven

Het behoud van eigen regie over het leven valt of staat ook met een goede informatievoorziening. Vanaf de intake, de inhuizing en tijdens het verblijf in de instelling is er goede informatie beschikbaar voor de cliënten. Dit krijgt vorm in een uitgebreide informatiemap, het "Klokje", een maandelijks informatieblad met activiteiten, recreatiemogelijkheden, verslagen van de cliëntenraad, etc. en een drie keer per jaar verschijnend magazine "Voor ons Allemaal", waarin interviews met cliënten en vanuit de directie verslagen over de maatschappelijke en financiële context waarin de zorgsector zich bevindt.

Het creëren van een prettige en veilige woonomgeving

Mede als gevolg van maatschappelijke, wettelijke verplichtingen en door de veranderende zorgzwaarte is gebouw technisch veel aandacht besteed aan de woonomgeving. Op de begane grond is een gesloten afdeling gerealiseerd om de veiligheid te waarborgen voor cliënten die de regie over hun leven kwijt zijn. Afgezien van de veiligheid is extra aandacht geschonken aan comfort, het thuis voelen en aan de persoonlijke benadering van de cliënten.

Voor buitenruimten en bewegingsvrijheid werd gezorgd: de aanleg van een binnentuin en een fitnessstuint, met aandacht voor markeringen en rollatorvriendelijke paden, vergroten de mobiliteit van de cliënten.

Acties 2019

- Verbeteren inzet van technologische hulpbronnen, zoals ICT en gebruik van domotica, wearables en eHealth via het regionale project op het gebied van technologie. Implementatie kan plaatsvinden vanaf 2020.
- Voor Infectiepreventie intramuraal is een contract gesloten met de GGD. Dit zal worden geïmplementeerd in 2019 middels een audit en scholing.

Samenwerking met partners in de keten

Om de kwaliteit van de zorgverlening te optimaliseren zijn samenwerkingsovereenkomsten aangegaan met diverse partners in de keten. Zo zijn er overeenkomsten met apothekers, huisartsen, collega-zorginstellingen, waarbij expertise op specialistische zorg wordt ingehuurd en met ziekenhuizen om de overdracht van en naar de zorginstelling optimaal te laten verlopen.

8 Gebruik van informatie

Vereisten

- *Elke verpleeghuisorganisatie dient vanaf 2017 minimaal één keer per jaar informatie over cliëntervaringen te verzamelen en te gebruiken middels erkende instrumenten. De informatie over cliëntervaringen 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 Score16 (NPS) score per locatie (volgens KvK-registratie) van de eigen verpleeghuisorganisatie aan te leveren. Hiervoor mag ook de aanbevelingsvraag van Zorgkaart Nederland gebruikt worden. De informatie met betrekking tot NPS is onderdeel van het jaarlijks kwaliteitsjaarverslag en dient uiterlijk 1 juli volgend op het betreffende verslagjaar aangeleverd te worden bij de Openbare Database van het Zorginstituut door een daartoe ingerichte organisatie die voldoet aan de aanleverspecificaties van het Zorginstituut.*
-

Inleiding

Zorgcentrum Aelsmeer maakt actief gebruik van alle bronnen van informatie om de inzet van mensen en middelen, het leveren, monitoren, managen, samen leren en verbeteren van zorg te ondersteunen. Ook willen wij cliënten en hun naasten informatie aanbieden, opdat zij er gebruik van kunnen maken.

Hierbij zijn 2 zaken van belang: het samen leren en verbeteren in lokaal verband op basis van verzamelde informatie en intern en extern verantwoording afleggen op basis van verzamelde informatie. Hierbij hoort ook het verzamelen van kwalitatieve en kwantitatieve cliëntervaringen en oordelen. In eerste instantie moet immers aan de cliënt verantwoording worden afgelegd over de geboden kwaliteit van zorg. Zorgcentrum Aelsmeer zal informatie openbaar en transparant publiceren, om te laten zien waar we als organisatie voor staan, wat de cliënt kan verwachten en hoe en waarmee wij structureel aan verbetering werken.

Het verzamelen van cliëntinformatie heeft in 2018 plaatsgevonden door Mijn Zorgpeiler.

Acties 2019

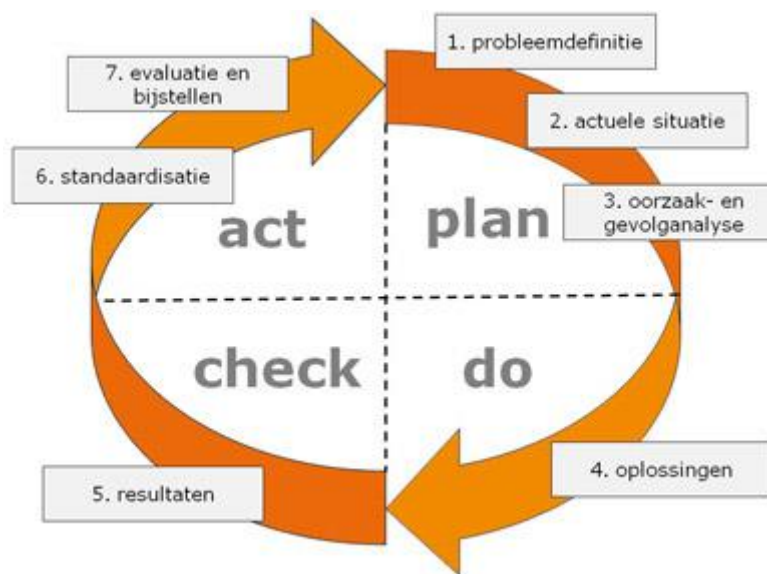
- Vanaf 2019 zullen alle medewerkers ingeschreven staan in het kwaliteitsregister van de V en VN. Hierdoor wordt inzichtelijk hoe een ieder zijn professionaliteit en kwaliteit van werken bevordert. Door de mogelijkheid tot e-learning is tevens een kwaliteitsslag gemaakt. Accreditatiepunten die hiermee gehaald worden, komen in het portfolio van het kwaliteitsregister te staan.
- De toetsing van de voorbehouden handelingen vindt na het behalen van de theorie (e-learning) plaats, zodat er een logisch leerpad kan worden gevolgd.
- Er wordt een ruim aanbod aan klinische lessen en workshops verzorgd. Ook worden leerlingen gestimuleerd en uitgedaagd hierin hun aandeel te leveren.

9 Verbeterparagraaf

Het jaar 2017 was het jaar waarin het kwaliteitsdenken in Zorgcentrum Aelsmeer tot volle wasdom kwam. Hoogtepunt was de ISO Healthcare certificering door DNV in augustus 2017.

De eigen themagerichte interne audits vonden in 2018 verspreid over het hele jaar plaats en vormen mede de input voor het jaarplan 2019 en dit kwaliteitsplan 2019. Daarnaast vonden in november 2018 de algemene interne audit plaats.

Middels bovenstaande audits van externe en interne audits en de Plan – Do – check – Act cyclus, werkt Zorgcentrum Aelsmeer constant aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg en dienstverlening. Voor 2018 zal de nadruk vooral liggen op het evalueren en bijstellen van de kwaliteitsverbeteringen, de “act”.



Hierboven zijn de belangrijkste verbeteracties vermeld voor 2019. Afhankelijk van tussentijdse nieuwe inzichten (b.v. op grond van nieuwe metingen en audits) kan bijstelling plaatsvinden.

De hoogste prioriteit heeft in 2019 de medicatieveiligheid, het methodisch werken en het herijken van het interne kwaliteitssysteem. Dit in het verlengde van de belangrijke stappen die in 2018 zijn gezet.

Daarnaast zal veel aandacht worden besteed aan de inzet van extra medewerkers en middelen op basis van de kwaliteitsgelden.

Bijlage

| Planning interne audits 2019 | | |
|---|--------------------------------------|---|
| Onderwerp | Datum: | Plaats/functie/onderwerp vraagstelling |
| IGZ: - methodisch werken (dossiervorming, rapporteren op doelen) - Mondzorg - MDO (inrichting, deelname, vastlegging) - Medicatieveiligheid. | maart & oktober 2019 | BG 1 EVV'er 1 ^e 1 EVV'er 2 ^e 1 EVV <ul style="list-style-type: none"> • Procedures vaststellen • Vaststellen continuïteit van zorg in ResidentWeb • Scholing |
| | Vooronderzoek kwaliteitsfunctionaris | <ul style="list-style-type: none"> • Prevalentie de laatste 6 maanden • Scholingsaanbod methodisch werken • Maart & oktober audit |
| Zoka: - Deelname netwerken (thuiszorg, ketenzorg dementie) - Kwalificatie personeel (scholing) - PVA n.a.v. MTO en CQ. - Persoonsgerichte zorg - Vrijwilligersbeleid en Mantelzorgbeleid | Maart 2019 & oktober 2019 | BG 1 EVV 1 ^e 1 EVV 2 ^e 1 EVV <ul style="list-style-type: none"> • Welke afspraken zijn vastgelegd in zorgdossier? • Vrijwilligersbeleid en mantelzorgbeleid integreren. • Vaststellen scholingsjaarplan 2019 • Maart & oktober audit |
| | Vooronderzoek kwaliteitsfunctionaris | <ul style="list-style-type: none"> • Steekproef 10% cliëntdossiers, check vastleggen beleidsafspraken in zorgdossier |
| DNV: - preventieve analyse van processen (SAFER) - Projectmatig werken (implementatie Sharepoint, care2 declare) | April 2019 & november 2019 | BG 1 EVV / SOG 1 ^e 1 afd. hoofd / EVV 2 ^e 1 EVV Lid MIP-commissie |

| | | |
|---|--------------------------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Effectmeting van verbetermaatregelen. - Effectmeting en borging van MIP-registraties (Prisma) | | <ul style="list-style-type: none"> • Worden medicatiefouten ten minste 1x per kwartaal besproken met het team? • Wordt er verslag gedaan in teamnotulen? • Zijn die ter inzage voor medewerkers afdeling? • Is er een medicatiereview gedaan in het bijzijn van een medewerker die de medicatie aan de cliënt verstrekt? • April & november audit |
| | Vooronderzoek kwaliteitsfunctionaris | <ul style="list-style-type: none"> - Welke info komt vanuit MIP-commissie? - Hoe komt info/feedback terug als PDCA cyclus bij betreffende verantwoordelijke |
| <p>Algemeen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jaarplannen - ICT (databeveiliging, AVG) - Leveranciersbeoordeling - Psycho-sociale arbeidsbelasting (R,I&E, verzuim. MTO) - BHV-organisatie (alle locaties?) - Stakeholdersbeleid in kaart brengen | juni 2019 | Vaststellen jaarplannen in MT december 2018 en juni 2019 tussenevaluatie en borging. |
| | Vorbereiding managementteam | |