



mr. L.E. Visserhuis

Kwaliteitsverslag 2018

Inleiding

Net als vorig jaar, blikken wij aan het einde van dit kalenderjaar weer terug op de belangrijkste onderdelen van ons kwaliteitsbeleid. Hoe hebben we in 2018 de kwaliteit van onze zorg- en dienstverlening geborgd en, waar nodig en mogelijk, verbeterd? Wij hebben het afgelopen jaar veel activiteiten ontplooid om deze doelen te bereiken. Wat was het resultaat van deze inspanningen? De begrippen ‘compassie’, ‘uniek zijn’, ‘autonomie’ en ‘werken met zorgdoelen’ uit het Kwaliteitskader verpleeghuizen 2017 stonden ook bij ons in 2018 centraal. Soms gebruikten we hiervoor vanuit het verleden onze eigen kernwoorden, zoals ‘eigen regie’ en ‘belevings- of persoonsgericht’ maar de betekenis is in grote lijnen identiek. Alle zorg- en facilitaire medewerkers droegen hun steentje bij aan het kwaliteitsbeleid. Het was via de kwaliteitskringloop PDCA¹ zoveel mogelijk ingebed in de reguliere, dagelijkse werkzaamheden, teveel om hier allemaal opnieuw op te sommen. In het algemene gedeelte van het jaarverslag 2018 van het Visserhuis is dit al beschreven. De belangrijkste expliciete activiteiten om de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening te borgen en te verbeteren staan hieronder. De indeling is conform de indeling (acht pijlers) van het Kwaliteitskader en van het Kwaliteitsplan dat we begin 2018 hadden vastgesteld.

1. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

- a. De zorg- en ondersteuning die wij bieden was - vanuit onze **belevingsgerichte visie en werkwijze** en met behulp van het digitale cliëntendossier PlanCare net als in voorgaande jaren optimaal persoonsgericht. M.b.v. regelmatige evaluaties, teambesprekingen en (opfris) trainingen hebben wij geborgd dat dit een leidend beginsel bleef in onze zorg- en dienstverlening. Naar aanleiding van enkele kritische opmerkingen van de IGJ die in het voorjaar bij ons op bezoek is geweest, hebben we in de loop van het verslagjaar extra aandacht geschonken aan de volgende onderwerpen: nog meer aandacht belevingsgerichte zorg, grotere nadruk op scholing en rapportage op zorgdoelen. Dit loopt door in 2019².

¹ Plan- do- check – act, d.w.z. afspreken wat je doet - doen wat je afspreekt - controleren of het goed gaat - ingrijpen als het fout gaat

² Resultaatverslag n.a.v. inspectiebezoek IGJ

- b. **Cliëntenonderzoek:** Het CQ-systeem voor cliëntenraadpleging (enquêtes) is enkele jaren geleden afgeschaft. Het was teveel een momentopname. We werken nu alweer drie jaar met een landelijk systeem voor de zorgsector: Zorgkaart-NL. Daarbij wordt continu een beroep gedaan op bewoners en familie om positieve en negatieve ervaringen op internet te delen en cijfers te geven voor onze zorg- en dienstverlening. De respons in 2018 was 45 personen. Hun waardering, uitgedrukt in een schoolcijfer, was gemiddeld 8,4. Daar zijn we trots op. Ongeveer de helft van de respondenten kreeg bij het geven van een waardering hulp van de NPCF³. Die organisatie heeft op vertrouwelijke basis zelfstandig wonende bewoners van onze appartementen (Beth Residence) vertegenwoordigers van de bewoners van de woongroepen geïnterviewd. Die extra ondersteuning door de NPCF was erg nuttig, want het is voor deze generatie niet zo gemakkelijk en vanzelfsprekend om hun ervaringen op internet te beschrijven en verbeterpunten te noemen. Daarom zullen we volgend jaar de ondersteuning van de NPCF opnieuw regelen. De meeste respondenten gaven, al dan niet geholpen door de NPCF, op de website van Zorgkaart NL in een toelichting aan wat er volgens hen bij ons verbeterd kon worden. Dat werd samengevat en teruggekoppeld naar het management. De respondenten noemden o.a. de soms wat slordige communicatie met de familie en tussen medewerkers onderling, verder afspraken die met familie waren gemaakt en af en toe niet waren nagekomen en ook de volgens sommigen matige kwaliteit van de maaltijden in de woongroepen. Daarmee is het management aan de slag gegaan. We hebben een enkele keer gebruik gemaakt van de mogelijkheid om op vrijwillige basis via de redactie van ZorgkaartNL contact op te nemen met de anonieme respondenten. Daardoor konden we concreet achterhalen wat hun verbeterpunten behelsden. We gaan in 2019 onverminderd door met deze werkwijze en blijven ZorgkaartNL actief promoten in al onze (digitale) publicaties.

2. Wonen en welzijn

- a. Wij hebben veel energie gestoken in de kwaliteit van het **woon- en leefklimaat** van de bewoners van de woongroepen en de appartementen. Mede dankzij de extra middelen voor Waardigheid & trots uit 2017 en de extra middelen n.a.v. het Kwaliteitskader in 2018 konden wij het activiteitenprogramma (in het Grand Café en de woongroepen) en het vrijwilligerswerk verder versterken en een extra activiteitenbegeleider inzetten.
- b. Het Visserhuis streeft ernaar om de bewoners schoon en veilig te huisvesten en zo goed mogelijk te ondersteunen in hun (Joodse) zingeving en streeft ernaar een zinvolle dagbesteding te realiseren, afgestemd op hun unieke wensen en mogelijkheden. Dat doen we in nauwe samenwerking met familie en vrijwilligers.
- c. In het kader van presentiebenadering zijn wij in 2018 gestart met scholing Persoonsgerichte zorg bij de Stichting Presentie. In het mr. L.E. Visserhuis zijn

³ Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie

zogenoemde ‘koplopers’ (10 zorgverleners met verschillende functies in huis) aangewezen voor dit professionaliserings-traject. Het betreft hier een traject waarin ontwikkeling en bewustwording centraal staan. De ‘koplopers’ zullen hun ervaringen delen met hun collega zorgverleners, als voorbeeld fungeren en hun collega zorgverleners inspireren tot persoonsgerichte zorg. Het belangrijkste uitgangspunt is dat medewerkers zich meer en meer bewust worden en kunnen uitleggen waarom ze in het zorgverlenen doen zoals zij doen. En daardoor in de dagelijkse praktijk de cliënt centraal stellen. De organisatie brede uitrol van de persoonsgerichte zorg staat gepland voor het eerste kwartaal van 2019.

Ook volgt er, in het kader van persoonsgerichte zorg voor de leidinggevendenden in de zorg en de bestuurder de scholing ‘leergang leidinggeven presentiegerichte zorg’ eveneens bij de stichting Presentie.

Dit alles omdat wooncomfort (huiselijkheid, geborgenheid, welbevinden) van onze bewoners is een belangrijk aandachtspunt is.

3. Veiligheid

- a. We hebben in 2017 en 2018 ons **digitale handboek MazzelTopics** verder verbeterd (leesbaar, volledig, vindbaar). Alle nieuwe medewerkers zijn geschoold in het gebruik (slim zoeken). De verpleegtechnische protocollen van Vilans (Kick) zijn m.b.v. een ‘webshare’ applicatie automatisch gekoppeld aan ons systeem. De bouw- en introductiefase van het digitale handboek is dus afgesloten. We zitten nu in de beheer- en onderhoudsfase. Het zal ongetwijfeld nog een tijd duren voordat we geheel digitaal werken. Maar met MazzelTopics is een belangrijke stap gezet in die richting. De medewerkers zijn er steeds meer aan gewend dat betrouwbare informatie over hun werk vrijwel uitsluitend in dit systeem is te vinden. Dat bevordert de veiligheid: actuele informatie, minder misverstanden, state of the art. Andere informatie die medewerkers nodig hebben voor hun dagelijkse werk is opgeslagen in het elektronische zorgdossier (PlanCare, alle bewonergebonden informatie) en in het digitale systeem voor beheer, distributie en toedienen van geneesmiddelen (Medimo). We zijn momenteel aan het onderzoeken of het mogelijk en wenselijk is om deze systemen onderling te koppelen en transparant te maken en, waar nodig, verder te beveiligen tegen ongeoorloofd gebruik (AVG). Dat doen we in combinatie met een nieuwe versie van PlanCare, versie 2.0., die begin 2019 geïmplementeerd wordt.
- b. **Zorginhoudelijke indicatoren:** We hebben in het voor- en najaar weer tweemaal, net als in 2017, via incidentie- en prevalentie metingen 11 veel voorkomende zorgproblemen en indicatoren voor veiligheid in kaart gebracht. Er werd o.a. nagegaan hoeveel en hoe vaak in ons centrum sprake was van decubitus, val- en medicatie-incidenten, incontinentie, ondervoeding, polifarmacie, vrijheidsbeperking, psychofarmaca en symptomen die wijzen op depressie. Dat zijn indicatoren waarvan het Zorginstituut graag wil dat wij ze monitoren (landelijke uitvraag). Op die manier konden we leren en verbeteren m.b.v. objectieve gegevens (harde cijfers). Echter,

landelijke normen (absolute waarden) voor deze indicatoren ontbreken. Daarom hanteren we onze eigen normen en volgen trends. Welke problemen nemen toe? Welke nemen af? Waarom? Waar? Wanneer? Het afgelopen jaar was dit bijvoorbeeld aanleiding om extra te focussen op het aantal VBM, het aantal bewoners met ondergewicht en het aantal bewoners met psychofarmaca. Daarover gingen we indringend in gesprek met onze specialist ouderengeneeskunde en met de apothekers, de psycholoog, de diëtist en natuurlijk de EVV-ers.

- c. In 2019 gaan wij ook het aantal vermijdbare ziekenhuisopnames monitoren. Net als de andere thema's van basisveiligheid (medicatie veiligheid, decubituspreventie, vrijheidsbeperkende maatregelen) worden de uitkomsten daarvan worden opgenomen in de Balanced Score Card en de monitor Zorgproblemen/ risico's. Uitkomsten van monitoring vermijdbare ziekenhuisopnames worden geëvalueerd in de commissie Kwaliteit met als doel te komen tot verbeteringen.

4. Leren en verbeteren van kwaliteit

- a. **Interne audits:** In 2018 hebben we weer goede ervaring opgedaan met onderlinge, collegiale toetsing op de werkvloer. Het uitvoeren van interne audits (organiseren, interviews afnemen, verslagen maken) was voor veel medewerkers naast hun reguliere werkzaamheden echter tamelijk belastend. Daarom hebben we tegenwoordig een selecte poule (speciaal opgeleide) interne auditors en enkele in- en externe deskundigen (kwaliteitsmedewerker, HCN, BOPZ-arts, hygiënist, collega's van Saffier). Dit systeem bevalt goed. Het doel van de interne audits was steeds om verbeterpunten op te sporen en effecten van eerdere verbeteracties te beoordelen, uiteraard met een schuine blik op de onderwerpen die in het Visserhuis in het verslagjaar speerpunt van beleid waren. Onze interne auditors werkten met (doorgaans gestandaardiseerde) vragenlijsten en stuurden hun bevindingen aan het management. Dat was o.a. aanleiding om het systeem van interne mededelingen te verbeteren, extra klinische lessen te verzorgen over infectiepreventie, introductie van de SOEP-methode bij het rapporteren (subjectief, objectief, evaluatie, plan), een medicatieverantwoordelijke in de flat aan te wijzen en meer aandacht te geven in het correct naleven van joodse tradities en hoogtijdagen. We hebben n.a.v. de interne audits ook besloten om de inrichting van de nieuwe versie van PlanCare (digitaal zorgdossier) in overleg met Saffier⁴ sterk te vereenvoudigen. In het algemeen kunnen we stellen dat onze ervaringen met interne audits positief zijn. De medewerkers zijn eraan gewend dat hun werkzaamheden af en toe tegen het licht worden gehouden, niet om hun persoonlijk functioneren te beoordelen maar om zwakke punten op te sporen in onze bedrijfsprocessen. Het geeft het management houvast bij het monitoren van ingezette verbeteracties en bij het in kaart brengen van blinde vlekken.

⁴ PlanCare draait op de server van Saffier

- b. Ons **kwaliteitscertificaat** (NEN 15224) is weer voor een jaar verlengd. We zijn in het najaar van 2018 wederom bezocht (tussentijdse surveillance) door een team van Lloyds. De auditors concludeerden dat wij nog steeds in grote lijnen voldoen aan de normen voor het certificaat en dat wij over een goed functionerend kwaliteitssysteem beschikken. De minor nonconformities (NC's) die sinds hun vorige bezoek nog open stonden (onvoldoende medicatieveiligheid in de flat, te weinig rapporteren op zorgdoelen, geen aantoonbare databeveiliging door externe partijen) werden geschrapt, omdat Lloyds constateerde dat ze waren opgelost of omdat er voldoende aanwijzingen waren dat dit op korte termijn zou gebeuren. Er kwam echter één nieuwe minor NC bij. Lloyds was van mening dat wij onze leveranciersbeoordelingen onvoldoende hadden geborgd. Afgesproken is dat Lloyds in het najaar van 2019, tijdens de volgende volledige certificatie, zal controleren of die tekortkoming afdoende is opgelost. Daarmee zijn we meteen aan de slag gegaan. Het volgende bezoek van Lloyds zien wij dan ook met vertrouwen tegemoet.
- c. Eind 2017 zijn we conform het Kwaliteitskader enthousiast begonnen met het opzetten en gebruiken van **lerende netwerken**. Dit doen we op uitvoerend niveau (werkvloer) en op managementniveau met collega-organisaties uit Den Haag en omstreken. De ervaringen en resultaten van deze netwerken zullen in het volgende kwaliteitsverslag aan de orde komen.

5. Leiderschap, governance en management

- a. Het Visserhuis kende ook in 2018 enkele vaste **adviescommissies**. Deze adviseerden het management op basis van een protocol in MazzelTopics over welomschreven beleidsterreinen. Het betreft: de commissie kwaliteit en BOPZ, de commissie hygiëne en infectiepreventie (CIP), de commissie incidenten cliënten-zorg (MIC), de geneesmiddelen commissie. Andere beleidsterreinen zoals interne audits, klachten, arbeidsomstandigheden (ARBO), veiligheid en milieu (VAM) en bedrijfsongevallen (MIM) werden vanwege de geringe omvang niet besproken in commissieverband, maar in direct overleg tussen bestuurder en medewerker kwaliteit. De vier genoemde commissies zijn in 2018 volgens planning drie- of viermaal bijeengekomen. Hun verslagen staan op intranet en zijn voor iedereen toegankelijk. De commissies bespraken o.a. nieuwe wet- en regelgeving en beoordeelden interne bedrijfsprocessen en kansen voor verbetering. Zo nodig gaven zij beleidsadviezen aan het MT. Die werden door de leidinggevendenden doorgaans overgenomen en omgezet in corrigerende en preventieve maatregelen, bijv. ondersteuning van medewerkers bij de omgang met agressie, extra aandacht voor het probleem van 'vergeten' in het werkproces, medicatiereviews en betere hygiënische opslag van hulpmiddelen. Dit kwam de kwaliteit en veiligheid van onze zorg- en dienstverlening aantoonbaar ten goede.

- b. **Kwaliteitskader verpleeghuizen 2017 en jaarplan kwaliteit 2019:** Begin 2017 is door het Zorginstituut Nederland een nieuw Kwaliteitskader gepubliceerd. Het bevat oude en nieuwe richtlijnen en regels voor verpleeghuizen en heeft kracht van wet. De inspectie (IGJ) is erop gaan handhaven, zoals we in het voorjaar hebben kunnen constateren (zie hierboven). Samen met collega's (kwaliteitsmedewerkers en bestuurders) van andere zorgcentra is geïnventariseerd op welke wijze wij het beste aan de nieuwe eisen kunnen voldoen. Dit bracht aan het licht dat wij nog een flinke inhaalslag moeten maken. In een tussentijds resultaatverslag voor de IGJ hebben wij dit beschreven. Het zal in 2019 een vervolg krijgen. Het heeft er ook toe geleid dat we ons Kwaliteitsplan 2019 geheel hebben gestructureerd volgens de voorschriften van het Kwaliteitskader. Onze Raad van toezicht volgt dit nauwlettend.
- c. Een ander kwaliteitsinstrument dat in dit verslag moet worden genoemd, is de **Balanced Score Card (BSC)**. Dit instrument bevat onze belangrijkste succes- en risicofactoren op het gebied van personeel, organisatie, financiën en zorg. Wij verzamelden elke drie maanden (bij benadering) actuele data over deze risicofactoren. Dankzij de BSC kon het management goed zien 'hoe de vlag erbij staat' en konden directie en hoofden, waar nodig, bijsturen. De normen zijn in de loop van het verslagjaar hier en daar nog iets aangescherpt en aangevuld, o.a. het percentage medewerkers dat aantoonbaar bevoegd en bekwaam is en een realistischer norm voor ziekteverzuim (4% was niet haalbaar). Maar in grote lijnen bleef het systeem ongewijzigd. We hebben besloten om volgend jaar wel enkele belangrijke wijzigingen door te voeren. We zullen een graadmeter opnemen voor de mate van persoonsgerichtheid in de zorg en een graadmeter voor de kwaliteit van de rapportage in PlanCare. In de loop van 2019 moet blijken of die graadmeters voldoende onderscheidend zijn. Behalve om bij te kunnen sturen, had de BSC nog een andere belangrijke functie. Dit instrument stelde de bestuurder in staat om aan de RvT in vogelvlucht te laten zien wat de actuele stand van zaken in het centrum was (in control). Dat blijft een onmisbare functie.
- d. Aan het einde van 2018 is er door de bestuurder, net als ieder jaar de directiebeoordeling gemaakt. De directie beoordeling is een evaluatie instrument voor het afgelopen jaar.
- e. De Cliëntenraad was in 2018 samengesteld uit familie en vertegenwoordigers van cliënten. Daarvoor gekozen omdat het merendeel van de cliënten vanwege gezondheid niet in de gelegenheid is deel te nemen in de cliëntenraad. De cliëntenraad kwam 6 keer bijeen. Het overleg met de cliëntenraad vindt plaats onder leiding van de bestuurder en aan de hand van agendapunten en verslaglegging.

6. Personeelssamenstelling

- a. De **kwantitatieve en kwalitatieve samenstelling van het personeelsbestand**, met name in de zorg, was net als in voorgaande jaren een voortdurend aandachtspunt. Wij zijn erin geslaagd om 80 procent van onze formatie in de directe zorg- en dienstverlening (primaire proces) in te zetten. De administratieve functies en managementfuncties besloegen slechts 20 procent van de totale formatie. We zijn dus een “platte” organisatie. Ons streven was ook in 2018 om via rekrutering en opleiding zoveel mogelijk gediplomeerde medewerkers (vanaf niveau 3) in te kunnen zetten. Ook daarin zijn wij voor een groot deel geslaagd, hoewel dit beleid in 2019 met dubbele energie moet worden voortgezet.

Samenstelling personeelsbestand

WO	Bestuurder	1
	Specialist ouderenzorg	1
	Psycholoog (inhuur)	1
	Rabijn	2
	Vertrouwenspersoon (vrijwilliger)	1
Hbo – niveau 5	Verpleegkundigen	1
	Coördinator Welzijn	1
	Maatschappelijk werker	1
	Fysiotherapeut (inhuur)	1
	Diëtist (inhuur)	1
	Deskundige infectie preventie (inhuur)	1
Mbo – niveau 4	Hoofd Zorg	1
	Verpleegkundige/ ass hfd zorg	1
	Coördinator Welzijn	1
	Praktijkbegeleider	1
	Hoofd facilitaire dienst	1
	Koks	2
	Kwaliteitsfunctionaris	1
	Verpleegkundigen	2
	Verpleegkundigen in opleiding	3
	Administratieve dienst	1
	Stagiaire (niveau 4 in opleiding)	2
Mbo – niveau 3	Assistent hoofd zorg/ io niveau 4	1
	Activiteiten begeleider	1
	Vaste nachtdienst	1
	Woonzorg begeleider	16
	Stagiaire (niveau 3 in opleiding)	5
	Technische dienst	2
	Restauratieve dienst	7
Niveau 2	Vaste nachtdienst	3
	Woonondersteuner/ assistent	24
	Stagiaire (niveau 2 in opleiding)	1
Niveau 1	Huiskamer medewerker	32
	Keuken assistent	1
Vrijwilligers		75

Totaal 112 medewerkers in vaste dienst

Totaal 8 stagiaires (niet in dienst)

Totaal 75 vrijwilligers

- b. Het Visserhuis heeft halverwege het verslagjaar kenbaar gemaakt dat de organisatie in aanmerking wilde komen voor de **extra middelen** die i.v.m. het Kwaliteitskader beschikbaar zijn gekomen in de ouderenzorg. Deze middelen zullen vanaf volgend jaar worden ingezet voor meer activiteitenbegeleiding, een extra bezetting tussen 16.00 en 20.00 uur. De 'extra' bezetting wordt ingezet in de zogenoemde A2 dienst; dat is een avonddienst van 14.00 – 21.00 uur. Die A2 dienst is aangesteld ter ondersteuning op de woongroepen, ten behoeve van dagelijkse activiteiten zoals de kracht lezen, wandelen, boodschappen, spelletjes etc.
- c. Kwaliteit kan niet zonder een regelmatige **raadpleging van medewerkers en vrijwilligers**. In het verslagjaar is door Effectory het tweejaarlijks medewerkers tevredenheidsonderzoek uitgevoerd. De uitkomsten van het medewerkers tevredenheid onderzoek zijn verzameld en uitgewerkt. De uitkomsten zijn overgedragen aan de bestuurder en de hoofden van dienst. In 2019 worden de verbeterpunten verder opgepakt.

7. Gebruik van hulpbronnen

- a. In het mr. Visserhuis is in 2018 zonwering in de serre en aan de glaszijde op het zuiden aangebracht. Dat is gebeurd vanwege de ARBO en n.a.v. het medewerkerstevredenheid onderzoek dat in 2017 is gedaan. Verder is er aan het gebouw en in de directe omgeving in 2018 niets veranderd.
- b. Voor wat betreft technologische hulpbronnen als ict, domotica, wearables, telemonitoring en e-health is er in 2018 niets veranderd. Het mr. Visserhuis werkt nog niet met e-health.
- c. Onderhoud aan middelen en materialen is als ieder jaar uitgevoerd door de leveranciers. Denk hierbij aan bedden, tilliften en zusteroproepsysteem bijvoorbeeld. En in de zorg is het hulpmiddel voor het aantrekken van steunkousen geïntroduceerd (Doff n Donner).
- d. De receptie/ balie heeft een kleine verbouwing ondergaan om de receptie een minder formele uitstraling te geven. We hopen dat bewoners en bezoekers zich zo meer welkom voelen.
- e. Over het financiële resultaat wordt maandelijks door de bestuurder gerapporteerd. En per kwartaal vindt een controle (AO/DC) plaats op de op de geleverde productie.
- f. In 2018 is Pharmabition gefuseerd met Talent-Care. De samenwerking met de apothekers verloopt nu dus via Talent-Care.
De samenwerking met de apotheek De Volharding is geëvalueerd. En naar aanleiding van leveringsproblemen is aan het eind van 2018 besloten om in 2019 de samenwerking te beëindigen. Een nieuwe apotheek is gevonden. En in het voorjaar van 2019 gaat het mr. Visserhuis dus over op een andere apotheek. Er is rekening gehouden met het opzegtermijn van 3 maanden.
Het mr. Visserhuis heeft een samenwerking met andere verpleeg- en verzorgingshuizen in de regio. De samenwerking betreft het project Lerend

samenwerken. Met dat project willen de vier verpleeg- en verzorgingshuizen samenwerken met als doel kennis delen en samen werken aan veiligheid.

8. Gebruik van informatie

a. Verzamelen en delen van informatie.

Clïenttevredenheid werd gemonitord aan de hand van Zorgkaart NL. De reviews zijn in kaart gebracht. In het mr. Visserhuis zijn klachten gemeld via de ideeënbus maar ook rechtstreeks gemeld aan de bestuurder of het hoofd zorg. Alle klachten werden geregistreerd, besproken en teruggekoppeld.

En zoals eerder vermeld heeft er in 2018 het medewerkerstevredenheid onderzoek plaatsgevonden. Zie daarvoor ook punt 6c.

b. Corrigerende en preventieve maatregelen (CPM):

Alle kwaliteitsgegevens (klachten, zorgproblemen, afwijkingen, tekortkomingen, verbeterpunten, etc.) die dankzij bovengenoemde instrumenten bij directie en hoofden (MT) in beeld kwamen, werden viermaal per jaar besproken en beoordeeld op urgentie. Probleem was dat we net als vorig jaar meer verbeterpunten verzamelden dan we redelijkerwijs aankonden. In 2016 is daarom op advies van Lloyds een methode geïntroduceerd om alle verbeterpunten te wegen. Dit gaat impliciet. Alleen problemen die grote nadelige gevolgen (risico's) hebben voor de bewoners, de medewerkers of de organisatie als geheel en problemen die dikwijls voorkomen, kregen een hoge urgentie en werden op de CPM-lijst gezet. Ook dit gaat impliciet. Verder werkten we op dezelfde wijze als vorig jaar. Er werden probleemeigenaars benoemd en genoteerd, er werden SMART-afspraken gemaakt over de te nemen acties en de eigenaars werden door de bestuurder aangesproken op de voortgang.

c. Benutten en optimaliseren van bestaande administratiesystemen

Een automatiseringsslag wordt gemaakt met een nieuwe versie van het cliëntendossier, Plancare versie 2 welke in het eerste kwartaal van 2019 uitgerold en geïmplementeerd wordt. Al in 2018 zijn wij begonnen met de voorbereidingen die nodig zijn voor de implementatie van de nieuwe versie; ordenen van de patiëntendossiers, projectgroep, plan van aanpak verbeterpunten. Dit alles met het doel om beter op doelen te kunnen rapporteren. En daarmee meer methodisch te kunnen werken.

Een volgende **automatiseringsslag** kan gemaakt worden met inzage voor familie en/ of vertegenwoordiger in het **elektronisch cliëntendossier**. Dat staat gepland na een succesvolle implementatie van PlanCare2.

Monitoring en sturing van de organisatie vindt plaats aan de hand van de Balanced Score Card, de monitor zorgproblemen/ risico's en de monitor Corrigerende preventie maatregelen. Maar ook de Geneesmiddelen cie, de cie Meldingen incidenten en de cie Kwaliteit zijn hiervoor van belang. Evenals de overleggen tussen de bestuurder en administratieve dienstverlening (financiën, verzuim, verzekeraars en zorgkantoor).

Tot slot

De hierboven genoemde kwaliteitsacties waren in 2018 speerpunt van beleid in het Visserhuis. Daarnaast zijn er nog een groot aantal andere reguliere, jaarlijks terugkerende kwaliteitsacties ontplooid, teveel om hier allemaal opnieuw te benoemen. Die worden elders in ons algemene jaarverslag beschreven.

Het kwaliteitsverslag wordt besproken met het managementteam, de Ondernemingsraad, de cliëntenraad, de RvT en partners uit het lerende netwerk. Hierbij staat de vraag centraal in hoeverre we met genoemde ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit voldoen aan de ambities en strategische doelstellingen van het Visserhuis, inclusief het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.

Sharon Sweijd, maart 2019