

# KING ARTHUR GROEP

## *Kwaliteitsverslag- en plan Organisatie 2020 – 2021*



## Inhoudsopgave

<b>Hoofdstuk</b>	<b>Pagina</b>
Inleiding	3
Algemene terugblik	4
Leren en verbeteren van kwaliteit	5
Gebruik van hulpbronnen	7
Gebruik van informatie	8
Personeelssamenstelling	9
Leiderschap, governance, management	11
Toevoeging kwaliteitsplan 2021 organisatie 2021	12
Bijlagen	13
- Bijlage A) Samenvatting meten & merken 2020	14
- Bijlage B) Reflectie kwaliteitsplan 2020	17
- Bijlage C) Kwaliteitsplan 2021 uitwerking	18
- Bijlage D) Kwaliteitsagenda 2021	19

## Inleiding

Dit kwaliteitsverslag- en plan is een reflectie op organisatieniveau. We kijken terug naar 2020 en vooruit naar 2021.

Per kwaliteitskader wordt weergegeven hoe we ervoor stonden (eind 2019), welke resultaten we hebben bereikt (eind 2020) en vervolgens staan we stil bij de verbeterpunten; die het kwaliteitsplan voor 2021 vormen.

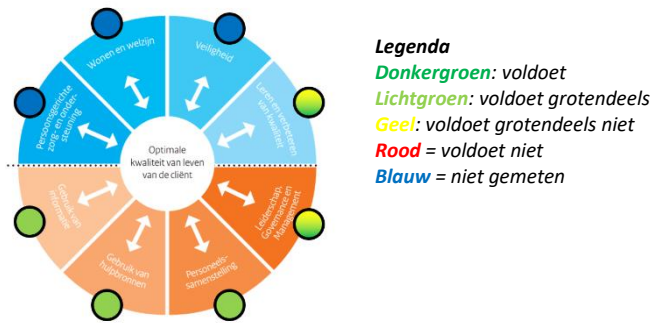
Er is gekozen om de 4 rand voorwaardelijke kaders uit het kwaliteitskader te beschrijven. Dit zijn 1) gebruik van informatie, 2) gebruik van hulpbronnen, 3) personeelssamenstelling en 4) leiderschap, management en governance. En omdat het leren en verbeteren ook op organisatie niveau aandacht vraagt afgelopen en aankomend jaar is het inhoudelijke kader 5) leren en verbeteren van kwaliteit ook in dit verslag opgenomen.

Op de overige inhoudelijke kaders wordt ook gereflecteerd en een kwaliteitsplan voor opgesteld, dit gebeurt op productniveau. Dit is terug te vinden in het kwaliteitsverslag- en plan 2020-2021 Ridderspoor.

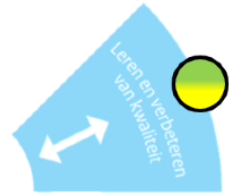
Doorheen het stuk wordt verwezen naar bijlagen voor meer details en verdieping.

## Algemene terugblik

De kwaliteitsfoto's hieronder geeft een beeld van de kwaliteit eind 2020 op organisatieniveau.



In 2019 bleek o.a. uit het bezoek van de IGJ dat wij onvoldoende zicht hadden op kwaliteit. We maakten gebruik van diverse audits, maar deze bleken niet een volledig beeld te geven van de kwaliteit in de organisatie. Tevens was er geen basis ingericht dat kwaliteit volgens een cyclus verbeterd kon worden. Teamleden zijn desondanks altijd ambitieus en weten van aanpakken. King Arthur Groep is altijd een ondernemende organisatie geweest. Wanneer men verbeterpunten signaleerden waren er zo een aantal teamleden opgetrommeld om dit aan te pakken. Verbeteringen waren gebaseerd op hetgeen waar in de praktijk tegenaan gelopen werd. Een structuur van continu verbeteren en sturen op resultaat ontbrak. De afgelopen 2 jaar hebben we ons daarop gefocust. En grote stappen gezet. De kwaliteitsverbetercyclus is ingericht op organisatie niveau en, weliswaar met vallen en opstaan, gevolgd de afgelopen 2 jaar. We zijn nu zover dat we d.m.v. een kwaliteitsfoto op organisatieniveau kunnen monitoren op kwaliteit. Dit is de eerste kwaliteitsfoto die is gemaakt eind 2020. Vanaf 2021 pakken we elk kwartaal deze kwaliteitsfoto erbij, reflecteren we op de uitgevoerde meet & merk momenten en stellen we indien nodig de kwaliteitsfoto bij. Zo verwachten we eind 2021 progressie te kunnen laten zien.



## Leren en verbeteren van kwaliteit

### Eind 2019:

Eind 2019 bleek uit het herbezoek IGJ (oktober 2019) dat verbeteringen traag verlopen op Ridderspoor. We herkenden dit op, maar ook voor de rest van de organisatie. Daarom hebben we deze norm geprioriteerd voor heel de organisatie in 2020. Onder begeleiding van een externe coach vanuit het programma Waardigheid en Trots op Locatie hebben we diverse uitdagingen opgenomen in het kwaliteitsplan 2020. Deze coach hebben we de opdracht gegeven om het ons te leren zelf te doen. Wij wilden met hem een kwaliteitsverbetercyclus inrichten op Ridderspoor die gekopieerd kon worden naar de rest van de organisatie. Een cyclus die ervoor zorgt dat onze aandacht op kwaliteit en verbeteren hiervan geborgd is voor alle type dienstverlening die geboden wordt door King Arthur Groep.

### Hoe is er gemeten in 2020?

- **PREZO Care audit:** September 2020 voerde Perspekt de PREZO Care audit uit op organisatie niveau, zij toetsen vanuit onze waarden en dus ook op leren en verbeteren.

### Wat zijn de resultaten in 2020?

Om ervoor te zorgen dat we de kwaliteit monitoren is begin 2020 een kwaliteitsagenda opgesteld. Voor deze kwaliteitsagenda wordt gebruik gemaakt van Qarebase, de software is ingericht en klaar gemaakt voor gebruik. In deze agenda staan alle meet- en merkmomenten die we jaarlijks uitvoeren op organisatieniveau. De kwaliteitscoördinator houdt regie op deze agenda en op de output van alle meet- en merkmomenten. De kwaliteitsagenda is uitgebreid met een jaarlijkse interne audit. De interne audit is ontwikkeld door de kwaliteitscoördinator: deze audit bestaat uit een 1) zorgvragersdossieronderzoek, 2) audit hygiëne en infectiepreventie en 3) medicatieveiligheid. Deze interne audit is op Ridderspoor twee keer uitgevoerd en één keer uitgevoerd op alle andere type dienstverlening.

Om het overzicht te behouden op alle output die leiden tot verbetertrajecten is de verbeteragenda van Qarebase geïmplementeerd. Ook de verbeteragenda wordt beheerd door kwaliteitscoördinator. Dit heeft er voor gezorgd dat we structureel de huidige kwaliteit als verbeteracties kunnen monitoren, verbeteracties in 2020 verliepen niet meer ad hoc.

Alle meet- en merkmomenten gaven ons veel output, maar een overzicht op de kwaliteit werd gemist. Een kwaliteitsfoto werd ontwikkeld. Deze foto geeft een beeld van hoe de kwaliteit op dat moment is, op basis van alle output uit de meet- en merkmomenten. Het gesprek met elkaar over de output en foto is het belangrijkste, in 2019 startten we met een kwaliteitsdialoog, dit was destijds nog erg informatie. Er is een werkwijze voor het voeren van een kwaliteitsdialoog over deze kwaliteitsfoto opgesteld. Er zijn twee kwaliteitsdialogen gevoerd: één op organisatieniveau n.a.v. de kwaliteitsfoto die is gemaakt door de kwaliteitscoördinator en één op locatieniveau; Ridderspoor n.a.v. de kwaliteitsfoto die is gemaakt door de kwaliteitscoördinator. De dialogen zijn geheel conform werkwijze gegaan, zichtbaar anders dan in 2019. Desondanks hadden teamleden nog onvoldoende zicht en grip op de kwaliteit om het dialoog te kunnen voeren zoals bedacht.

In 2019 bleek dat teamleden onvoldoende aan welke normen we moeten voldoen en hoe kwaliteit van dienstverlening te verbeteren. In 2020 is in het 1<sup>e</sup> kwartaal tijdens alle kwartaalbijeenkomst en teamlerensessie alle kwaliteitsthema's onder de aandacht gebracht door de kwaliteitscoördinator: d.m.v. toelichting en een quiz. Ook is er elk kwartaal in het Intern Kwartaalbericht een kwaliteitsonderwerp opgenomen geweest. Tenslotte zijn eind 2019 twee leden van de supportoffice geschoold in het begeleiden van de KwaliteitVerbeterCyclus 2.0. (KVC 2.0.). Meerdere sessies tijdens teamlerensessies op Ridderspoor en diverse kwartaalbijeenkomsten (op productniveau) zijn door hen begeleidt. Dit heeft ervoor gezorgd dat teamleden weten wat de plek is om signalen te delen en verbeteracties op touw te zetten.

### Wat zijn de verbeterpunten voor 2021?

#### **Uitdaging: Wij werken structureel aan kwaliteit op organisatieniveau.**

Bovenstaande uitdaging is opgenomen in ons kwaliteitsplan 2021.

**Motivatie:** Verbeteringen verlopen traag, het monitoren en sturen op kwaliteit gebeurt nog onvoldoende. En de interne audit blijkt onvoldoende valide en betrouwbaar. Dit blijkt uit zowel: het herbezoek IGT, PREZO Care, de interne audit. Daarnaast merken we intern dat onvoldoende navolgbaar is welke keuzes we maken: blijkt uit terugkoppeling met de RvT en de samenhang die nog niet voldoende is tussen verbeterprojecten op gebied van HR en kwaliteit.

**Gewenst resultaat:** De kwaliteitsverbetercyclus op organisatieniveau staat grotendeels. Met name is het rondmaken van de cyclus belangrijk: we moeten op organisatieniveau zorgen voor een meer valide en betrouwbaar systeem. Zodat een structurele terugkoppeling naar RvB en RvT en externe partijen mogelijk is en de terugkoppelingen met elkaar te vergelijken zijn. Dit gaat ervoor zorgen dat we methodisch gaan werken en door externe partijen congruentie te zien is in onze kwaliteitsverbetercyclus.

#### **Uitdaging: Wij werken structureel aan kwaliteit op teamniveau.**

Bovenstaande uitdaging is opgenomen in ons kwaliteitsplan 2021.

**Motivatie:** Zoals hierboven beschreven: verbeteringen verlopen traag en monitoren en sturen op kwaliteit blijft in gebreken: we lossen dit niet op door alleen op organisatieniveau de cyclus te verbeteren. Dit moet ook op teamniveau gebeuren. Alleen de teams kunnen zorgen voor kwaliteit.

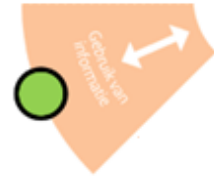
**Gewenst resultaat:** Deze kwaliteitsverbetercyclus zorgt ervoor dat wij structureel kunnen vertellen hoe de kwaliteit op teamniveau ervoor staat: we hebben altijd een actueel en coherent beeld van de kwaliteit. Dit beeld komt tot stand doordat wij structureel meten en merken. Wij delen structureel verhalen over onze dienstverlening en merken in gezamenlijkheid hoe de kwaliteit is. Daarnaast meten wij structureel de kwaliteit op teamniveau door audits, onderzoeken en kwaliteitschecks. Iedereen kent hierdoor de kwaliteitsnormen, wat maakt dat wij altijd weten of we voldoen aan de kwaliteitsnormen. Doordat we allemaal inzicht hebben in de kwaliteit, weten waaraan we moeten voldoen, weten waar we naar toe werken. Dat maakt dat teamleden allemaal eigenaarschap voelen: dat zie je doordat teamleden zich laten scholen, zich verdiepen in kwaliteitsnormen, verbeteracties aanjagen en uitvoeren. Ten slotte moet deze kwaliteitsverbetercyclus moet ervoor zorgen dat teamleden minder werkdruk ervaren: doordat er duidelijke werkafspraken zijn, duidelijke verbeterstructuur en daar voldoende tijd voor vrij wordt gemaakt.

Zie bijlage E voor de concrete uitwerking van het kwaliteitsplan 2021 Organisatie.

### Hoe wordt de norm geborgd in 2021?

- PREZO Care Audit

In bijlage F) Kwaliteitsagenda 2021 zijn alle meet & merkmomenten die zijn vastgesteld en ingepland voor 2021 terug te zien.



## Gebruik van hulpbronnen

### Eind 2019:

Eind 2019 is er geen aanleiding geweest om deze norm extra aandacht te besteden. In onze cultuur zit verweven dat we altijd gebruik maken van dat wat er al is. We zijn op de hoogte van ontwikkelingen in de dementiezorg en verbinden ons met netwerken en andere organisaties. Zodat we van elkaar kunnen leren.

### Hoe is er gemeten in 2020?

- **PREZO Care audit:** September 2020 voerde Perspekt de PREZO Care audit uit op organisatie niveau, zij toetsen vanuit onze waarden en dus ook op leren en verbeteren.

### Wat zijn de resultaten in 2020?

Qarebase, software ter ondersteuning van de kwaliteitsverbetercyclus, is geïmplementeerd en beschikbaar gesteld voor alle teamleden. Scholing in dit nieuwe systeem is aangeboden d.m.v. instructiefilmpjes, instructies opgenomen in de workshop KAG Systemen en kwaliteit elk kwartaal, bij elke kwartaalbijeenkomst/teamoverleg in het eerste kwartaal is voorgedaan hoe en waarvoor het systeem te gebruiken.

Carefriend, ECD software, ter ondersteuning van de zorgcyclus is geïmplementeerd en beschikbaar gesteld voor alle teamleden. Scholing in dit nieuwe systeem is aangeboden d.m.v. instructiefilmpjes, instructies opgenomen in de workshop KAG Systemen en kwaliteit elk kwartaal, extra uitlegmomenten en beschikbaarheid van helpdesk.

Microsoft Teams werd al gebruikt door de supportoffice in 2019. In 2020 is dit ook beschikbaar gemaakt voor alle andere teamleden zodat ondanks corona het reguliere werk zoveel mogelijk doorgang bleef houden: overleggen, zorgplangesprekken, gezamenlijk werken aan documenten. Scholing in dit nieuwe systeem is aangeboden aan alle teams.

Er is gebruik gemaakt van scholingsplatform REIN dat landelijk gesubsidieerd wordt. De HRcoördinator is geschoold in het gebruik van dit platform en heeft instructies uitgewerkt voor alle teamleden hoe hiermee te werken.

Nieuwe camera's zijn geïnstalleerd op Ridderspoor in voorbereiding op een eventuele Covid-19 uitbraak. We willen hiermee permanente toezicht zoveel mogelijk vermijden, deze camera's kunnen geheel op maat worden ingesteld. Handleidingen hiervoor zijn opgesteld en teamleden zijn geschoold in het gebruik ervan.

Er is gebruik gemaakt van de landelijke subsidie voor inzet van E-health. Doordat meer zorgvragers thuis bleven omwille corona is de zoektocht naar alternatieve begeleiding door inzet van E-health hiermee gefaciliteerd. Diverse producten zoals de Watchi, Tessa de bloempot, de Kat zijn centraal ingekocht. Teamleden zijn geschoold in het gebruik van het product en in het geven van instructies aan zorgvragers/mantelzorgers thuis. De producten zijn zowel bij zorgvragers thuis als op onze locaties ingezet.

De inkoop van persoonlijke beschermingsmiddelen en desinfectie materialen is gecentraliseerd. Dit was nodig omwille de schaarse aan middelen die ontstond door corona het eerste half jaar van 2020. Het controleren van de voorraad en inkoopfrequentie is verhoogd. Met als resultaat dat we over heel 2020 altijd voldoende voorraad hebben gehad en teamleden het gebruik van desinfectie en PBM hebben verhoogd.

### Wat zijn de verbeterpunten voor 2021?

Er is geen aanleiding om deze norm in het kwaliteitsplan op te nemen.

### Hoe wordt de norm geborgd in 2021?

- **PREZO Care audit**



## Gebruik van informatie

### Eind 2019:

Eind 2019 bleek geen extra aandacht nodig te zijn voor dit thema. De geplande meet & merkinstrumenten 2020 leken voldoende.

### Hoe is er gemeten in 2020?

- **PREZO Care audit:** September 2020 voerde Perspekt de PREZO Care audit uit op organisatie niveau, zij toetsen vanuit onze waarden en dus ook op leren en verbeteren.

### Wat zijn de resultaten in 2020?

De ingeplande meet & merkinstrumenten zijn uitgevoerd ondanks corona. Sommige audits zijn niet uitgevoerd zoals ze gepland stonden, omwille richtlijnen op dat moment was auditen niet mogelijk, op een later tijdstip met meer versoepeling van de richtlijnen was auditen wel mogelijk en is dit alsnog gebeurd.

Er is door twee studenten; management in de zorg onderzoek gedaan naar tevredenheidsonderzoeken. Er is een advies uitgebracht voor een passend onderzoek zowel voor zorgvragers als medewerkers. Dit advies is meegenomen in het ontwerpen van de vragenlijsten voor 2020 i.s.m. met onafhankelijk onderzoeksbureau Triqs. In 2020 is het jaarlijks tevredenheidsonderzoek onder zorgvragers wederom uitgevoerd. Voor het eerst is er een medewerkerstevredenheidsonderzoek onder alle teamleden uitgevoerd door ditzelfde bureau. Tenslotte is via e-mail, huisbijeenkomsten, zorgplangesprekken het invullen van ZorgkaartNederland gestimuleerd.

### Wat zijn de verbeterpunten voor 2021?

Er is geen directe aanleiding om deze norm te verbeteren. Desondanks is het vernieuwen van de klanttevredenheid opgenomen in het kwaliteitsplan 2021: we willen graag optimaal gebruik maken van klantervaringen en zien kansen om dit te optimaliseren.

### Hoe wordt de norm geborgd in 2021?

- Jaarlijks wordt in het kwaliteitsdialog op organisatieniveau beoordelen we of we voldoende informatie hebben om de kwaliteitsfoto te maken.





## Personeelssamenstelling

### Eind 2019:

Eind 2019 bleek door veranderende wet- en regelgeving en voorkeuren van teamleden dat het aanbieden van één arbeidsrelatie onvoldoende. Ook bleek het selecteren en monitoren van teamleden onvoldoende geborgd in de organisatie.

### Hoe is er gemeten in 2020?

- **Selectie vereisten:** Nieuwe teamleden worden geselecteerd op basis van hun vakbekwaamheid en volgen een inwerktraject.
- **Jaargesprekken:** Met alle teamleden worden jaargesprekken gevoerd. Daarin worden afspraken gemaakt over deskundigheidsbevordering. Gedurende het jaar worden afspraken opgevolgd. In het jaargesprek wordt gecheckt of voldaan is aan de verplichte deskundigheidsbevordering.
- **Vastleggen deskundigheidsbevordering:** De aanwezigheid bij alle scholingsbijeenkomsten (kenniszorgcafé, teamlerenbijeenkomst) en het volgen van verplichte scholingen worden geregistreerd in het HRsysteem (AFAS). Elk kwartaal wordt de rapportage hiervan besproken met het bestuur, zodat er zicht is op de deskundigheid van teamleden.
- **Medewerkerstevredenheidsonderzoek:** In september 2020 is er een tevredenheidsonderzoek onder alle teamleden van King Arthur Groep uitgevoerd door een onafhankelijk onderzoeksbureau.

### Wat zijn de resultaten in 2020?

#### Vakbekwaam:

Met alle teamleden die niet voldeden aan onze vak vereisten zijn we in dialoog gegaan. Vervolgens is afscheid genomen van een deel van deze teamleden en een deel is gestart in 2020 om zicht te laten scholen zodat ze voldoen. Met de resterende teamleden zijn afspraken gemaakt dat zij zich gaan scholen in 2021 zodat ook zij voldoen.

#### Andere arbeidsrelatie(s):

Op Ridderspoor is aan teamleden andere arbeidsrelaties aangeboden, meer dan de helft van het team is in loondienst gegaan gedurende het jaar. Het succes van deze pilot is vastgesteld en er is besloten ook andere arbeidsrelaties aan te bieden voor de rest van de organisatie in 2021.

#### Deskundigheidsbevordering:

REIN, het digitale scholingsstelsel, is in juli 2020 geïmplementeerd en scholingen zijn verplicht op de volgende vier thema's 1) Infectiepreventie & Hygiëne, 2) Methodisch Handelen, 3) Wet Zorg en Dwang en 4) Medicatieveiligheid. Teamleden kunnen met REIN de verplichte (en nog veel meer) scholingen volgen, zodat zij hun deskundigheid (blijven) bevorderen.

Voor alle teamleden is een éénmalig scholingsbudget beschikbaar gesteld. Om deskundigheidsbevordering te stimuleren, maar ook tegemoet te komen aan de opgenomen vak vereisten.

In het HR-systeem (AFAS) is de vakbekwaamheid, de deskundigheidsbevordering en deelname aan kennis- en teamlerenbijeenkomsten voor elke zorgverlener vastgelegd. Tijdens het jaargesprek met teamleden wordt dit besproken. Tenslotte meten we elk kwartaal deskundigheid op organisatie niveau en wordt dit gedeeld met het voortgangsteam en met RvB.

## Kwaliteitsverslag- en plan Ridderspoor (2020 – 2021)

Hieronder een overzicht van het aantal geschoolde teamleden in 2020:

	<b>RS</b>	<b>OH</b>	<b>OC</b>	<b>IBT</b>	<b>CM</b>	<b>Totaal</b>
Kennis Zorg Café <b>WZD</b>	35%	56%	65%	60%	33%	52%
Kennis Zorg Café <b>onbegrepen gedrag</b>	35%	22%	38%	33%	56%	36%
Kennis Zorg Café <b>valpreventie</b>	16%	44%	42%	25%	11%	26%
Scholing <b>hygiëne</b>	28%	67%	54%	43%	nvt	41%
Scholing <b>medicatieveiligheid</b>	40%	67%	62%	41%	nvt	44%
Scholing <b>onvrijwillige zorg</b>	28%	67%	42%	49%	nvt	39%
Scholing <b>methodisch werken</b>	47%	56%	31%	33%	nvt	30%
<b>Legenda:</b> RS = teamleden van Ridderspoor OC = teamleden van alle Ontmoetingscentra IBT = alle individuele begeleiders thuis CM = alle casemanagers						

### Wat zijn de verbeterpunten voor 2021?

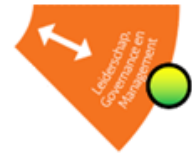
Uit het medewerkerstevredenheidsonderzoek en gemerkt tijdens team overleggen blijkt dat er een hoge werkdrukbeleving is onder teamleden. Enerzijds omwille de coronacrisis anderzijds door het reguliere werk, teamleden ervaren druk om de kwaliteit van dienstverlening te verbeteren.

Uit het medewerkerstevredenheidsonderzoek en jaargesprekken met teamleden blijkt dat teamleden het scholingsaanbod als plezierig ervaren en daar ook gebruik van maken. We merken dat er behoefte is aan meer scholing op maat; aansluiten bij wat een team nodig heeft op dat moment, aansluiten bij ontwikkelingen in de organisatie enzovoort.

Uitdagingen op bovenstaande verbeterpunten zijn opgenomen in het jaarplan HR 2021.

### Hoe wordt de norm geborgd in 2021?

- Selectie volgens selectieprocedure
- Jaargesprekken; check op vakvereisten en gedragscode
- Vastleggen deskundigheidsbevordering teamleden
- Medewerkerstevredenheidsonderzoek



## Leiderschap, governance, management

### Eind 2019:

Bleek aandacht nodig voor organisatie structuur en governance in o.a. de gesprekken met de Raad van Toezicht.

### Hoe is er gemeten in 2020?

- **PREZO Care audit:** September 2020 voerde Perspekt de PREZO Care audit uit op organisatie niveau, zij toetsen vanuit onze waarden en dus ook op leren en verbeteren.

### Wat zijn de resultaten in 2020?

Eind 2020 is een cliëntenraad in oprichting gestart, bestaande uit 3 leden en 1 onafhankelijke cliëntenraadondersteuner. Deze cliëntenraad in oprichting trekt enkele maanden uit voor het opzetten en formaliseren van de cliëntenraad, zodat wij in 2021 voldoen aan de nieuwe Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (wmcz).

In het eerste kwartaal is het thema medezeggenschap besproken in alle kwartaalbijeenkomsten en teamleren. Teams hebben zich voorbereid om de centrumbijeenkomsten zo te organiseren dat ruimte is voor medezeggenschap, omwille corona zijn deze centrumbijeenkomsten niet doorgegaan.

De visie en sturing op kwaliteit is uitgewerkt. Hierin is beschreven hoe de kwaliteit op organisatie-, team- en individueel niveau bewaakt, beheerst en verbeterd wordt. Deze is geborgd in een kwaliteitskalender. De uitvoering van de activiteiten op de kwaliteitskalender wordt gecontroleerd door de kwaliteitscoördinator. Het bestuur monitort de resultaten.

Het kwaliteitsbeleid van Ridderspoor is uitgewerkt. Hierin is beschreven hoe op Ridderspoor invulling gegeven wordt aan de normen van het kwaliteitskader en welke ruimte teamleden hierin hebben.

Het bestuur heeft met de Raad van Toezicht afspraken gemaakt over de monitoring van de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening. Vanuit de Raad van Toezicht is er een kwaliteitscommissie ingesteld die hier toezicht op houdt.

### Wat zijn de verbeterpunten voor 2021?

#### **Uitdaging: Wij kunnen sturen op kwaliteit op teamniveau.**

Deze uitdaging is opgenomen in het kwaliteitsplan 2021 Organisatie.

**Motivatie:** Uit het herbezoek van de IGJ blijkt dat er onvoldoende gestuurd wordt op kwaliteit. Ook wij merken dit: verbeteracties leveren niet het gewenste resultaat. Daarom willen we de sturing op kwaliteit, op resultaten beter inrichten.

**Gewenste resultaat:** De kwaliteitsverbetercyclus op teamniveau is begin volledig verbonden en geïntegreerd met de kwaliteitsverbetercyclus op organisatieniveau en dus verbonden zijn met de kwaliteitstafels die we verder gaan inrichten in 2021. Zodat we kunnen sturen op kwaliteit. Deze sturing wordt op deze manier duurzaam en vindt meer verspreid in de organisatie plaats. Zodat sturing dichtbij de werkvloer gebeurt en dus verbeteringen niet blijven liggen, acties vlotter kunnen verlopen. Zo krijgt de borging van verbeteracties meer borging en dus meer resultaat.

### Hoe wordt de norm geborgd in 2021?

- PREZO Care
- Herhaalscan WOL
- Jaarlijkse evaluatie en bijstelling Beleid Sturing op kwaliteit en veiligheid

## Kwaliteitsverslag- en plan Ridderspoor (2020 – 2021)

- Het bestuur monitort de kwaliteit van de zorg en dienstverlening via de kwartaalrapportage van de kwaliteitscoördinator, de resultaten van de interne en externe toetsingen en door zelf regelmatig mee te lopen en verhalen op te halen bij zorgvragers en zorgverleners.

## **Toevoeging Kwaliteitsplan 2021 Organisatie 2021**

We verwachten midden 2021 een nieuwe woonzorglocatie te openen, om ervoor te zorgen dat we voldoen aan alle normen van het kwaliteitskader is

**Uitdaging: Wij hebben alle randvoorwaarden voor kwalitatieve dienstverlening voor Lindenhorst ingericht.**

**Motivatie:** We hebben de afgelopen jaren veel geleerd op Ridderspoor m.b.t. de kwaliteitsinrichting. Om deze geleerde lessen mee te nemen naar Lindenhorst is directe betrokkenheid bij het project nodig, om de kwaliteit bij start direct goed in te richten. Zodat voorkomen wordt dat de kwaliteit onvoldoende is en verbeteringen die zich bij de start al voordoen direct via de kwaliteitsverbetercyclus kan worden aangepakt.

**Gewenste resultaat:** In 2021 opent een nieuw woonhuis in Amersfoort; Lindenhorst. Om ervoor te zorgen dat we alle geleerde lessen m.b.t. kwaliteit van de afgelopen jaren op Ridderspoor meenemen en zorgen dat we randvoorwaardelijke zaken m.b.t. kwaliteit bij de start goed inregelen zorgen we ervoor dat Lindenhorst direct voldoet aan het kwaliteitskader en bijbehorende normen..

## Bijlagen

**A. Samenvattingen meten & merken 2020**

Van alle meet en merkmomenten die zijn benoemd is een korte samenvatting in te zien.

**B. Reflectie kwaliteitsplan 2020**

Eind 2019 is er een kwaliteitsplan opgesteld voor 2020, een korte terugblik op de uitdagingen.

**C. Kwaliteitsplan 2021 uitwerking**

De 4 uitdagingen in het kwaliteitsplan 2021 zijn omgezet naar een concreet en werkbaar plan.

**D. Kwaliteitsagenda 2021**

De meet & merkmomenten voor 2021 zijn vastgesteld en opgenomen in de kwaliteitsagenda.

**Bijlage A) Samenvattingen meet & merkmomenten 2020:**

Terugkoppeling PREZO Care Audit	
<b>Audit</b>	PREZO Care
<b>Scope</b>	Organisatieniveau (alle dienstverlening)
<b>Uitgevoerd door</b>	Perspekt
<b>Datum uitvoering</b>	Augustus – september 2020
<b>Rapporten</b>	Één auditrapport
<b>Positieve punten</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- PREZO Care Keurmerk ontvangen in 2019 wordt gecontinueerd (p.4)</li> <li>- Persoonsgerichte zorg, organisatiecultuur d.m.v. leidende principes (p.4)</li> <li>- Verandercultuur (p.4, 13)</li> <li>- Oog voor risico's, dilemma's en veiligheid (p.4, 5, 7)</li> <li>- Snelle en goede communicatie getuigt van een betrouwbare partner (p.7)</li> <li>- De mens zien, persoonsgerichte zorg + de bedrijfsvoering die vanuit hier is ingericht (p.7)</li> <li>- Denken in mogelijkheden en samen in dialoog (p.7)</li> <li>- Iedereen is welkom (p.8)</li> <li>- Casemanagement die methodisch werken en advance care planning (p.9)</li> <li>- Zoeken naar alternatieven omwille corona (p.10)</li> <li>- Zichtbare investering kwartaalbijeenkomsten, dialogen, interviews (p.9)</li> <li>- Risico's in beeld en adequate handeling bij incidenten en calamiteiten (p.10)</li> <li>- Kwaliteitsverbetercyclus is ingericht, zichtbaar aandacht voor 'merken' (p.11, 13)</li> <li>- Voldoende aandacht voor leren en verbeteren: scholingsbudget, scholingsplan (p.12)</li> <li>- Vitale cultuur, sensitieve bedrijfsvoering, inclusief samenwerken (p.15)</li> </ul>	
<b>Verbeterpunten</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dilemma eigen regie en belasting naaste van een cliënt (p.9)</li> <li>- Hogere werkdruk omwille corona (p.10)</li> <li>- Administratiedruk toegenomen (p.10)</li> <li>- Zorgplannen niet op orde (p.10)</li> <li>- Risico's eigen regie en veiligheid: de cliënt gaat voor risico (p.11)</li> <li>- Transparantie in overgang naar loondienst (p.14)</li> <li>- Balans vinden in professionalisering en overvragen/betrekken van teamleden (p.14)</li> <li>- Balans vinden tussen werken in geest van protocollen en de mens zien (p.14, 15)</li> </ul>	
<b>Opvallend</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interne auditoren van KAG kritischer dan de externe auditoren van Perspekt (p.5)</li> <li>- Er wordt veel aan teamleden, vraag is dat in verhouding tav werkdruk (p.13)</li> </ul>	

Terugkoppeling herbezoek IGJ	
<b>Audit</b>	Herbezoek IGJ
<b>Scope</b>	Ridderspoor
<b>Uitgevoerd door</b>	IGJ
<b>Datum uitvoering</b>	September 2020
<b>Rapporten</b>	1 rapport
<b>Positieve punten</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. In vergelijking bezoek okt 2019 / hygiene 6.2 is van geel naar donkergroen gegaan!</li> <li>2. Persoonsgerichte zorg (p.8)</li> <li>3. Systematisch reflecteren (norm 2.3): verbetervoortellen vervolg en reflectie hierop</li> <li>4. Inzet deskundige teamleden (norm 2.5): dagbezetting op orde, geen externe invallers of uitzendkrachten, scholingsbeleid aanwezig.</li> <li>5. Handelen protocol (norm 2.6): zichtbare verbeteringen mbt volgens protocol werken hygiëne</li> <li>6. Multidisciplinair overleggen en inzet expertise (norm 2.7)</li> <li>7. Bewaakt systematisch kwaliteit (norm 3.2): zichtbaar ontwikkelingen mbt volgen van kwaliteit: qarebase en interne audits enz,</li> </ol>	

<p>8. Lerende cultuur (norm 3.3): open cultuur aanwezig, zichtbaar in teamleren, corona bijeenkomsten met familie</p> <p>9. Micro organismen kans overdracht (norm 6.2) korte mouwen, wasbare heuptasjes, periodieke audits</p>
<b>Verbeterpunten</b>
<p>1. Handelen protocol (norm 2.6): onbekend stappen wzd en men werkt er nog niet naar</p> <p>2. Inzet deskundige teamleden (norm 2.5): zorgverleners niet bijgeschoold over WZD en of nieuwe afspraken bekend mee zijn, klinisch redeneren ontbreekt bij EVBer.</p> <p>3. Professionele afwegingen (norm: 2.1): afwegingen navolgbaar, stappen wzd onnavolgbaar, motivatie inzet ontbreekt, geen toelichting bij zo nodig, afwegingen vaak vanuit persoonlijke overweging, niet op basis van gemaakte afspraken, niet reanimeren zonder verklaringen, wilsbekwaamheid afwegen door SO volgens professionele methode KNMG? (p.13)</p> <p>4. Methodisch werken (norm 2.2.): problemen carefriend gezien benoemd, in dossier mist samenhang, onduidelijk waarom doelen er zijn, met welke reden, wat is geschiedenis, doelen en acties onvoldoende SMART, systematisch rapporteren onvoldoende, ontbreekt aan zorg en behandeldoelen, signalen begeleiders onvoldoende vervolg zichtbaar (door EVBer), evaluatie en bijstellen medicijngebruik onvoldoende</p> <p>5. Ontwikkelen vakgebied (norm 2.4): onvoldoende kennis en vaardigheden dossiervorming en methodisch handelen, teamleden geven aan geen tijd voor de bijscholing, thuis doen is lastig en gedurende werk is het niet haalbaar</p> <p>6. Pers.zorg en veiligheid centraal (norm 3.1): implementatie verloopt traag en hapert , omdat voorwaarden ontbreken en adequate bijsturing, geen instructies in nieuw ECD en methodisch werken, zorgverleners kennen instructies WZD niet en handelen er niet naar</p> <p>7. Teamleden die gebruik maken van het scholingsaanbod en deskundigheid zichtbaar groeit (p.8)</p> <p>8. Bewaken van vereiste deskundigheidsniveau (p.8)</p> <p>9. Sturing op gewenste beleidseffecten (p.8)</p> <p>10. Zorgvuldige implementatie bij wijzigingen en betrouwbare monitoring dat wijziging gewenste resultaat oplevert (p.8)</p> <p>11. Interne audits onvoldoende betrouwbaar (p.8)</p>
<b>Opvallend</b>
<p>12. IGJ heeft opnieuw vertrouwen in ons, ze komen in 2021 terug.</p>

Terugkoppeling herhaalscan WOL	
<b>Audit</b>	Herhaalscan kwaliteitskader verpleeghuiszorg
<b>Scope</b>	Ridderspoor
<b>Uitgevoerd door</b>	Waardigheid en Trots op Locatie
<b>Datum uitvoering</b>	Maart 2020
<b>Rapporten</b>	Rapport per product
<b>Positieve punten</b>	
<p>1. T.o.v. startscan in 2019 op 4 kaders van het kwaliteitskader zichtbaar verbetering (p.3)</p> <p>2. Aandacht voor bewoners (p.5)</p> <p>3. Wonen en welzijn: veel aandacht voorleefomgeving en voor bewoners (p.6)</p> <p>4. Zichtbare verbeterstappen mbt veiligheid tav start scan (p.8)</p> <p>5. Leren en verbeteren: zichtbaar veel ingezet op leren en ontwikkelen (p.8)</p> <p>6. Weinig/geen ziekteverzuim (p.11)</p> <p>7. Plezier in werk (p.11)</p> <p>8. Ondersteunende diensten worden als ondersteunend ervaren (p.12)</p>	
<b>Verbeterpunten</b>	
<p>9. Methodisch werken (p.5)</p> <p>10. Communicatie teamleden en behandelaren (p.5)</p> <p>11. Zorgplannen verdienen meer aandacht (p.5)</p>	



12. Zinnvolle dagbesteding, niet alle bewoners kunnen meedoen (p.6)
13. Meldingen incidenten en calamiteiten en opvolging daarvan (p.7)
14. Inzetten op vrijwillige zorg (p.7)
15. Medezeggenschap: niet iedereen wil meedenken, niet iedereen weet dat het wel daar wel op inzetten(p.10)
16. Personeelssamenstelling: niveau 4 wordt gemist, teamleden ervaren onvoldoende bezetting,
17. Scholing: voldoende aandacht en tijd voor scholing (p. 11)
18. Opvolging klanttevredenheid (p.13)

**Opvallend**

19. Bevoegd en bekwame teamleden bij risicovolle handelingen (p.7)
20. Onvoldoende balans in vast en flexibel team, bewuste keuze van KAG (p.11)
21. Jaarlijkse functioneringsgesprekken, in 2019 voor het eerst gedaan en iedereen wist dat in 2020 er weer aan kwam (p.11)

## **Bijlage B) Korte reflectie op uitdagingen uit kwaliteitsplan 2020**

Op 30-11-2020 zaten leden van het voortgangsteam en kickstartteam bij elkaar voor het kwaliteitsdialoog. We hebben gereflecteerd op 2020. Het jaar waarin 4 uitdagingen centraal stonden. Hoe is er gewerkt aan deze uitdagingen. Wat heeft het ons opgeleverd? Heeft het daadwerkelijk bijgedragen aan de kwaliteit van onze dienstverlening? De 2 uitdagingen in 2020: 1) Bevorderen bekwaamheid van alle teamleden en 2) Voldoen aan de kwaliteitsnormen op alle locaties. Hieruit hebben we de volgende vijf speerpunten benoemd, hierop hebben we gereflecteerd in het kwaliteitsdialoog:

### **1) Inzicht in de resultaten van de zorgverlening**

Dit kwaliteitsdialoog is een voorbeeld van een resultaat. Er is meer inzicht in de resultaten van de zorgverlening t.o.v. 2019, voornamelijk door e interne audit(s). Er zijn audits en kwaliteitschecks ingericht op de kwaliteitsthema's die in de organisatie de meeste aandacht nodig hebben. Dit inzicht heeft geleid tot verbeterprojecten. We hebben veel gedaan om dit inzicht te krijgen: veel georganiseerde audits, veel losse steekproeven, veel rondgekeken. Op organisatieniveau merken we dat de meet & merkinstrumenten voor verbetering vatbaar zijn. De interne audit moet worden doorontwikkeld om de validiteit en betrouwbaarheid te verhogen, dat was dit jaar nog niet voldoende.

### **2) Werken volgens de kwaliteitsverbetercyclus**

Het kwaliteitsbewustzijn bij teamleden is gegroeid. De eerste stappen om structureel te werken aan kwaliteit zijn gezet. Er is inzicht in de resultaten van de zorgverlening en is voor ons aanleiding om de focus op kwaliteit door te zetten in 2021. We zijn er nog niet! Met name moeten teamleden gefaciliteerd worden in hoe zij kunnen werken volgens deze cyclus en is aansturing hierop nodig.

Tenslotte zijn we samen tot de conclusie gekomen dat het inrichten van een solide kwaliteitsverbeterstructuur met de daar bijhorende cultuurverandering tijd kost. Daarom besluiten we de uitdagingen en speerpunten van 2020 mee te nemen naar 2021 en ervoor te zorgen dat we de komende 3 jaar aandacht houden voor deze kwaliteitsverbetercyclus.

### **3) Faciliteren van kwaliteitsmanagement systeem tbv melding incidenten en beheren kwaliteitsdocumentatie beleid, protocollen en werkwijzen (invoering Qarebase).**

Qarebase is in gebruik genomen, alle teamleden weten waarvoor Qarebase is en kunnen erin. De meeste teamleden zijn nog onvoldoende thuis in het systeem, weten niet hoe ze kunnen vinden wat ze zoeken, kennen de andere functionaliteiten dan het handboek en melden van incidenten niet. Belangrijk dat bij verdere implementatie teamleden worden geschoold in het gebruik van de software. En teamleden de tijd geven om met nieuwe systemen te werken, dit jaar waren er meerdere software/systeem implementaties.

### **4) Bewustwording teamleden en in de praktijk brengen van de Wet zorg en Dwang**

Teamleden zijn bewust van de Wet Zorg en Dwang, er is veel aandacht voor geweest. Maar het ontbreekt nog aan kennis van onvrijwilligezorg, wilsbekwaamheid en de werkwijze hieromtrent in de organisatie. Wat ervoor zorgt dat teamleden moeite hebben om volgens de afspraken te handelen, de materie is erg complex. Het is nodig dat de organisatie teamleden hierin meer faciliteert.

### **5) Scholing op kwaliteitsthema's: infectie preventie & hygiene, medicatieveiligheid en methodisch handelen.**

Het scholingsbeleid is uitgewerkt en het scholingsplan is in de zomer van 2020 bekend gemaakt bij teamleden. Alle teamleden zijn bekend met de verplichte scholing en aangeboden scholing, toch blijkt dat maar een deel van de teamleden hier gebruik van maakt. We merken dat teamleden desondanks wel in deskundigheid zijn gegroeid. Zo merkten we tijdens de CHV (Corona Hulp Verleningsoefeningen) dat teamleden veel en gedetailleerde kennis hebben rondom hygiëne t.o.v. 2019, mogelijk doordat we veel meer kennis hebben gedeeld tijdens teamleren, kwartaalbijeenkomsten en door aan te sluiten op de werkvloer. De reflecties en nodige verbeteracties m.b.t. scholing worden opgenomen in het jaarplan HR O&O.

Bijlage D) Kwaliteitsplan 2021 uitwerking

Kwaliteitsplan 2021 Organisatie

KING ARTHUR GROEP

Versie: 0.1  
 Datum opstellen: 12-12-2020  
 Opsteller: Marjolijn  
 Datum akkoord:

### Hoger doel

Een waardig leven en een warm en veilig thuis voor mensen met dementie en hun naasten.

### Gewaagde doelen

Doel	Q1	Q2	Q3	Q4
1 Wij werken structureel aan kwaliteit op organisatie niveau.				
2 Wij werken structureel aan kwaliteit op teamniveau.				
3 Wij kunnen sturen op kwaliteit op teamniveau.				
4 Wij hebben alle randvoorwaarden voor kwalitatieve dienstverlening voor Lindendorst ingericht.				
5 De uitvoering van dit jaarplan conform begroting 2021.				

### Hoofdstrategieën

1. Duidelijkheid geven over hoe kwaliteit te verbeteren.
2. Verantwoordelijkheid van sturing op kwaliteit beleggen.
3. Gemotiveerde teamleden betrekken bij verbeteren van kwaliteit op organisatie niveau.
4. Taken en verantwoordelijkheden mbt kwaliteit inzichtelijk maken en overdraagbaar.
5. Sturen op resultaat.
6. Kennis en ervaring in de organisatie halen.
7. Verbeteringen projectmatig aanpakken.
8. Scherp blijven op de bedoeling en inregelen van wat echt bijdraagt.
9. Sturen op toetsingskader IGJ.

### Visie

"Je bent thuis waar je je begrepen voelt"

Als je te maken krijgt met dementie, heb je al genoeg te verwerken. Een omgeving waar je je begrepen voelt, is dan het minste wat geboden kan worden. Deze omgeving bieden wij vanaf het niet-pluisgevoel tot het overlijden. Dit doen wij niet alleen, want wij zijn ervan overtuigd dat we samen verder komen. We werken in een netwerk van personen en organisaties op individueel, wijk, regionaal of landelijk niveau samen. Wij zien de mens en tillen deze boven de ziekte uit. Door maatwerk te bieden en aan te sluiten bij de persoonlijke behoeften van degene met dementie en zijn of haar naasten. Hierbij leggen wij de nadruk op demogelijkheden in plaats van de beperkingen en gaan samen in dialoog. De leidende principes die gelden voor onze zorgvragers gelden ook voor onze teamleden.

### Acties

Actie	GD	Wie	Q1	Q2	Q3	Q4
1 Ontwikkelen en inrichten kwaliteitsdialogen, met bijbehorende kwaliteitsfoto.		ME				
2 Interne audit doorontwikkelen naar valide methodiek.		ME				
3 Opstellen werkwijze vastleggen kwaliteitsstuurinformatie.		ME				
4 Meten van klanttevredenheid vernieuwen		ME				
5 Opstellen beleid thematafels en oprichten thematafels: waarvan in ieder geval methodisch handelen.		ME				
6 Onderzoeken of ook een thema tafel nodig is mbt onvrijwillige zorg en medicatieveiligheid.		ME				
7 Opstellen kwaliteitsagenda per product op teamniveau met bijbehorende checks en werkwijzen, samen met thematafels en kwaliteitsrollen.		ME				
8 Ontwikkelen kwaliteitsrol in team en geïnteresseerden scholen in deze rol.		ME				
9 Vastleggen werkwijze verbeteragenda en teamleden hierin scholen.		ME				
10 Vastleggen hoe gestuurd wordt op resultaat op teamniveau en bekijken of kwaliteitscoördinator/collega hierin rol gaat spelen.		ME				
11 Thematafels in verbinding brengen met de teams om te kunnen sturen op resultaat.		ME				
12 Kwaliteitsbeleid, protocollen en werkwijzen toespitsen op Lindendorst.		ME				
13 Overlegstructuur m.b.t. kwaliteit inrichten voor Lindendorst.		ME				
14 Taken en verantwoordelijkheden mbt kwaliteit verdelen in team Lindendorst.		ME				
15 Elk kwartaal financieel verantwoorden en bijsturen waar nodig adhv begroting 2021.		ME				

### Controle / Voortgang

● Gepland

● Kritisch

● Geen

● Op schema

● Niet haalbaar

Status van "Gewaagde doelen" of "Acties" in tabellen.

### Kernwaarden

De mens zien  
Iedereen is welkom  
Betrouwbare partner zijn  
Denken in mogelijkheden  
Samen in dialoog

### SWOT

Sterk	Zwak
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gefocust en missiegedreven</li> <li>Ondernemend en maatwerk</li> <li>Gemotiveerde teamleden</li> <li>Gericht op vooruitgang</li> <li>Behoeft aan structuur</li> <li>Kwaliteitsbewustzijn</li> <li>Regelarme organisatie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Basis op orde houden (audits)</li> <li>Kennis van kwaliteitsvereisten</li> <li>Structureel verbeteren voldoet niet (audits)</li> <li>Methodisch handelen voldoet niet (audits)</li> <li>Sturen op kwaliteit voldoet niet (audits)</li> </ul>
Kansen	Bedreigingen
<ul style="list-style-type: none"> <li>Landelijke focus methodisch handelen</li> <li>Landelijke focus ontregel de zorg</li> <li>Opkomst lerende netwerken</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Veranderende wet- en regelgeving</li> <li>Veranderende inkoopvoorwaarden</li> <li>Veranderende focus IGJ</li> <li>Impact Covid-19 crisis</li> </ul>

### Vervolgvoorstellen

InVerbindingZijn

**Bijlage D) Kwaliteitsagenda 2021**

Ook in 2021 monitoren we de kwaliteit volgens vaste meet & merkmomenten.  
Hieronder de planning van alle meet & merk momenten in 2021 op Ridderspoor.

