

## Kwaliteitsjaarverslag 2014

### Thuiszorg IZT-Limburg B.V.

Naam instelling	: IZT-Limburg B.V.
Naam en functie van degene die het	
Kwaliteitsjaarverslag heeft opgesteld:	: E.F.E.G. Derks, kwaliteitscoördinator
Adres instelling	: Pastoor Tissenstraat 2
	: 6181 HV Elsloo
Aantal personeelsleden	: 50 (parttime basis) = 20 FTE's
Soort instelling	: Thuiszorg (waaronder Intensieve Thuiszorg)
Jaar waarop het kwaliteitsjaarverslag betrekking heeft	: 2014
Invoerdatum	: mei 2015

## **1. Algemeen**

Onder kwaliteit wordt verstaan de mate waarin de zorg cliëntgericht, doelmatigheid en doeltreffend wordt verleend. Het gaat hier dus niet om de kwaliteit van de bedrijfsvoering als zodanig, maar alleen om de mate waarin deze heeft bijgedragen aan een betere zorg. Zorg moet aantoonbaar bijdragen aan de gezondheid en de kwaliteit van het leven van de patiënt en moet tegemoetkomen aan diens zorgvragen en behoeften.

1.1 Beschrijving van de lange termijn doelstellingen van de instelling met betrekking tot kwaliteit van zorg (3 à 5 jaar). Hierbij zal onderscheid gemaakt worden tussen doelstellingen met betrekking tot:

- het kwaliteitsbeleid: het halen van de certificatie eis van de AWBZ
- het kwaliteitssysteem: volledig invoering van het HKZ –ISO-9001
- de verbetering van de kwaliteit: het vergroten van de tevredenheid van de cliënt
- Samenwerking voor het leveren van MSVT-zorg Hoog en Laag, bij meerdere ziektekostenverzekeringen.

1.2. De doelstellingen van IZT-Limburg met betrekking tot kwaliteit van zorg in dit verslagjaar. Hierbij onderscheid gemaakt tussen doelstellingen met betrekking tot:

- Thuiszorg IZT-Limburg heeft op 11 juli 2011 het HKZ ISO-9001 certificaat behaald. Doelstelling voor de toekomst is om dit kwaliteitscertificaat jaarlijks te onderhouden en middels een interne audit te laten toetsen.
- het kwaliteitssysteem; gekoppeld aan de HKZ volledig te integreren in de uitvoering van het dagelijks functioneren op de werkvloer
- de verbetering van de kwaliteit; door vergroten van doelmatigheid, doeltreffendheid, patiënt- en cliëntgerichtheid.

## **2. Kwaliteitszorg en kwaliteitssysteem**

### 2.1 Levert IZT-Limburg goede kwaliteit van zorg?

In ieder geval probeert onze organisatie de kwaliteitszorg zo goed mogelijk te organiseren.

De Kwaliteitswet verplicht ons als zorgaanbieder tot het systematisch bewaken, beheersen en verbeteren van de kwaliteit van zorg. Wij zijn een kleine instelling waarbij de kwaliteitszorg nog op het niveau van de individuele hulpverlener wordt vormgegeven.

Ook in maart 2014 werd weer “Cliënttevredenheidsenquête” uitgevoerd wat een absoluut positief beeld liet zien van tevreden cliënten met goed tot uitstekende zorg.

### Conclusie cliënt tevredenheids enquête:

Aan de hand van de uitslagen mogen we over het afgelopen jaar de volgende conclusies trekken:

- De gemiddelde leeftijd is voor het eerst gezakt, we hebben dan ook een aantal jongere cliënten erbij hebben gekregen.
  - 2012 gemiddeld 69,06 jaar
  - 2013 gemiddeld 69,58 jaar.
  - 2014 gemiddeld 63,86 jaar
- Ook de gemiddelde duur van de thuiszorg is gezakt:
  - 2011 gemiddeld 6,28 maanden
  - 2012 gemiddeld 8,96 maanden
  - 2013 gemiddeld 11,05 maanden
  - 2014 gemiddeld 7,33 maanden
- Men is zeer tevreden over de behandeling / zorgverlening 2x7, 7x8, 8x9, 2x10.
- Aan goede vrienden met vergelijkbare problemen zouden zij dezelfde thuiszorgorganisatie aanraden, 73,68 % volledig eens, 21,05% mee eens en 5,26% geen mening.
- Men is tevreden over de voorlichting en informatie, bij een rapportcijfer van 1 t/m 10 scoren we; 1x een 10, 4 x een 9, 12 x een 8 en 2 x een 7.
- Afspraken worden altijd nagekomen waarbij bejegening en respect voorop staan, hierbij scoren de cliënten; 2x een 7, 9 x een 8, 7 x een 9 en 1 x 10. Dit is een belangrijke en hoge score!
- Bij de vragen over klachtenbehandeling werd aangegeven dat 15 x geen klacht gemeld is en dat 4x wel een klacht gemeld is. De cliënten gaven in de enquête aan dat deze naar tevredenheid opgelost zijn. De scores waren; 1x een 7, 2x een 8 en 1x een 9.
- Men is tevreden over de bereikbaarheid van het kantoor. Hiervoor scoorde men; 1x een 7, 8x een 8, 8x een 9 en 2 x een 10.
- Het totaalcijfer van de zorg was gemiddeld een 8,4. Hier zijn wij als organisatie erg tevreden over en hopen dit in de toekomst zo te behouden.

In 2015 wordt het cliënttevredenheidsonderzoek uitgevoerd door TRISQ, dit onderzoek wordt aan de hand van de CQI uitgevoerd. Dit zal plaatsvinden in mei 2015.

### 2.2 Welk kwaliteitssysteem (kwaliteitssystemen) hanteert IZT-Limburg?

Onder een kwaliteitssysteem wordt verstaan het op een methodische, systematische en cyclische wijze werken aan kwaliteitsverbeteringen die instellingsbreed worden doorgevoerd. Met cyclisch wordt gedeut op het doorlopen van de zogenaamde Deming cirkel: normeren/ verbeteren, evalueren en bijstellen. Binnen de HKZ –norm is dit herkenbaar met de cirkel rondom het primaire proces, “Plan-Do-Check-Act”. We zijn gestart met methoden voor kwaliteitsverbetering, zoals kwaliteitscirkels, intercollegiale toetsing et cetera. Vanaf januari 2011 hanteren we het HKZ kwaliteitssysteem .

### 2.3 De fase van implementatie waar we het systeem zich nu bevindt binnen IZT-Limburg.

- A) Wij zijn bezig met het instellen van commissies en het opleiden van personeel en oriënteren ons op het ontwikkelen van activiteiten.
- B) Het ontwikkelen van kwaliteitsprojecten is een continu doorlopend proces en het invoeren van cliënten- en medewerkersraadpleging
- C) Het invoeren van een kwaliteitssysteem, waarbij met behulp van informatiesystemen en interne audits de kwaliteitscyclus wordt doorlopen en systematisch resultaten worden gebruikt voor verbeteringen
- D) Wij stemmen de toepassing van het kwaliteitssysteem af op die van andere ketenpartners
- E) In maart 2014 zijn we gestart met de opleidingscarrousel voor ons personeel. Jaarlijks wordt het personeel geschoold en getoetst voor de voorbehouden- en risicovolle handelingen. Zo hopen wij de kwaliteit nog naar een hoger niveau te brengen en te behouden. Door dit in een meerjarenplan vast te leggen is dit ook geborgd. In januari 2015 bleek dat het personeel 90% van de voorbehouden handelingen al geschoold heeft. Tevens hebben ze reanimatiescholing gevolgd. Vanaf 2015 is de afspraak dat er 1x per 3 jaar een scholing wordt gevolgd en de overige 2 jaren alleen een toetsing. Op deze manier blijft het personeel op de hoogte van de nieuwste ontwikkelingen en worden voorbehouden handelingen jaarlijks beoordeeld.
- F) In December 2014 werd het automatiseringssysteem van NEDAP aangekocht genaamd ONS. Dit automatiseringssysteem zorg ervoor dat IZT-Limburg in 2015 voldoet aan alle eisen welke gesteld zijn aan het leveren van Wijkverpleging segment 2 mbt de borging van alle gegevens en de aanlevering van de gegevens zoals de urenregistratie hiervoor.
- G) In 2015 werd TRISQ benadert voor het uitvoeren van de cliënttevredenheidsonderzoeken op basis van de CQ index.

### 2.4 Beoordeling van het kwaliteitssysteem van IZT-Limburg , of een onderdeel daarvan het afgelopen jaar door een externe instantie beoordeeld (bijvoorbeeld HKZ ).

In thuiszorg IZT-Limburg heeft op 17 maart 2015 een HKZ-ISO-9001 Interne Audit gehad welke werd uitgevoerd door de kwaliteitscoördinator van IZT-Limburg.

De resultaten van deze Interne Audit beoordeling was:

- enkele opmerkingen / afwijkingen zijn beschreven
- de te treffen maatregelen zijn alle uitgevoerd en bij de externe audit opnieuw besproken en beoordeeld.

De hierop volgende externe Audit gepland op 17 april 2015 kon doorgang vinden. Deze werd uitgevoerd door TÜV-Nederland, en kon met goed resultaat worden afgesloten.

IZT-Limburg heeft de HKZ certificering opnieuw binnengehaald.

### **3. Zorgketen en kwaliteit**

#### 3.1 IZT-Limburg en zorgketen.

De thuiszorgorganisatie IZT-Limburg maakt geen deel uit van een zorgketen.

In het kader van deze mogelijke partners zijn dus geen gemeenschappelijke kwaliteitsbewaking met andere afgesproken. Ook normen, indicatoren en het gezamenlijk doorvoeren van verbeteringen, dan wel het afspraken op het niveau van het primaire proces zijn niet aan de orde.

### **4. Mensen en materiaal**

#### 4.1 Zijn de professionals van IZT-Limburg bij het kwaliteitsbeleid betrokken, zo ja, op welke wijze?

De verantwoordelijkheidstoedeling en de betrokkenheid van professionals bij de kwaliteitszorg is zeker in hoge mate aanwezig. Dit heeft met name te maken met enkele HBO opgeleide verpleegkundige welke bij IZT-Limburg werkzaam zijn, welke gewend zijn aan het nemen van beslissingen en dragen van verantwoording in complexe zorgsituaties. Ook de (ZOCO) ZorgCoördinatoren hebben een eigen overlegmoment waarbij verantwoordelijkheid, zelfstandigheid en eigen inbreng hoog gewaardeerd worden. Het bespreken / bediscussiëren van hoog complexe zorgsituaties werkt stimulerend naar iedereen toe. De wijkverpleegkundige welke de indicaties stelt, gaat regelmatig langs bij de cliënten om zo de indicaties up-to-date te houden en de kwaliteit van zorg te bewaken

#### 4.2 Personeelsbeleid (opleidingsplan, toetsingen).

Momenteel heeft IZT-Limburg geen doelstellingen benoemd in het kader vanuit het kwaliteitsbeleid personeel op te leiden voor professionals in het kader van kwaliteitszorg b.v. als auditor.

Wel is budget vrijgemaakt om te zorgen dat medewerkers b.v. hun voorbehouden handelingen kunnen laten toetsen door een gecertificeerd docent Zorg en Welzijn, ingehuurd door IZT-Limburg.

Op 1 maart 2014 werd gestart met de opleidingscarroussel. Hierbij worden medewerkers geschoold en getoetst in 9 modules van voorbehouden handelingen. Hiermee wordt de kwaliteit en professionaliteit van zorg gewaarborgd.

4.3 De materiële infrastructuur (apparatuur, materialen, hulpmiddelen) maakt op dit moment geen deel uit van het kwaliteitssysteem. Wel is er een specifiek bedrijf gezocht voor het inhuren van infuus apparatuur en materialen. Met de firma MEDIQ Tefa uit Utrecht is een gebruiksovereenkomst gesloten voor het leveren van genoemde medische materialen. MEDIQ Tefa is een facilitaire dienstverlener met haar wortels in de medische techniek die haar sporen ruim verdiend heeft in “zorgland” Nederland.

Voor de levering van verpleeg- en hulpmiddelen is samenwerking gevonden in een specifiek bedrijf “Care for Comfort” dat hierin voorziet. De samenwerking verloopt goed, de geleverde materialen zijn van hoge kwaliteit en de facturering wordt afgehandeld via de ziektekostenverzekering van de cliënt.

## **5. Uitkomsten van kwaliteitsbeleid**

### 5.1 Het meten van de kwaliteit van zorg door IZT-Limburg.

In het algemeen wordt tevredenheid van cliënten, tevredenheid van medewerkers, ziekteverzuimgegevens, incidenten en meldingen en klachten gebruikt als mogelijke indicatoren.

Deze indicatoren kunnen gebruikt worden om vergelijkingen te maken met uitkomstindicatoren bij andere instellingen. Ze kunnen echter ook een belangrijke lokale functie vervullen in de kwaliteitscyclus bij het verbeteren van onze zorgprocessen.

### 5.2. De verzamelde gegevens, spelen bij de toetsing van de doelstellingen en conclusies een rol.

De normen worden zoveel mogelijk gekwantificeerd of in ieder geval meetbaar. Een voorbeeld van een norm is de mate van tevredenheid van cliënten/patiënten die bij de instelling voor zorg of dienstverlening aankloppen. Vanaf 2015 zal TRISQ hiervan een meting uitvoeren op basis van de CQ index. Een ander voorbeeld van een toetsbare norm is de cliëntenraad die regelmatig bijeenkomt en adviezen uitbrengt. 4 x per jaar komt de RvC bij elkaar om het beleid en de gang van zaken te bespreken, zij geven advies en bieden hulp bij problemen en bewaken het proces binnen de organisatie.

Per sector zijn verschillende soorten gegevens van belang zijn.

- Meningen van cliënten:

De in maart 2014 uitgevoerde “Cliënttevredenheidsenquête” heeft een erg positief beeld opgeleverd met een responspercentage van 76%.

- Meningen en tevredenheid van medewerkers

Tijdens evaluaties met medewerkers wordt de tevredenheid goed gescoord.

- Klachten van medewerkers

Klachten van medewerkers zijn het afgelopen jaar: nul

- Ziekteverzuimgegevens

De ziekteverzuimgegevens van het afgelopen jaar waren: 1

- Meningen van verwijzers

Niet voorhanden, wel enkele positieve reacties gehad van huisartsen en een specialist

- Meningen van cliëntenraad/patiënte adviesraad

Geen contact gehad

- Gegevens van patiëntenorganisatie(s)

Geen contact gehad

- Gegevens van de zorgverzekeraar

Prettige samenwerking met de zorgverzekeraars. Vanaf 2015 mag IZT-Limburg ook zorg leveren tav de Wijkverpleging segment 2. Hiervoor werd een ondernemingsplan ingeleverd welke positief werd beoordeeld door CZ

- Meningen van zorgaanbieders in dezelfde sector (=benchmark, horizontale ketenzorg)

Meerdere samenwerkingen met andere organisaties welke door beiden als zeer prettig worden ervaren.

- Gegevens over fouten, ongelukken en bijna ongelukken (MIP/FONA)

In het afgelopen jaar zijn geen MIP meldingen gedaan.

5.3 Zijn de uitkomsten van het kwaliteitsbeleid extern beoordeeld door een patiënten / consumentenorganisatie?

De uitkomsten van het kwaliteitsbeleid zijn niet extern beoordeeld door een patiënten-/consumentenorganisatie. In de toekomst wil IZT-Limburg hier wel gebruik van maken.

Dit betekent dat ook geen uitkomsten vermeld kunnen worden.

## **6. Verbeteracties**

### 6.1 Opgenomen verbeteracties met betrekking tot de kwaliteit van zorg zijn in het verslagjaar.

Deze verbeteracties hadden betrekking op het niveau van:

Operationeel niveau (primaire proces)

In december 2015 werd het automatiseringssysteem van NEDAP aangekocht, welke een toevoeging is op de verwerking van de informatiestroom binnen de organisatie. Het systeem wordt door meerdere thuiszorgorganisaties in Nederland gebruikt, met dit systeem voldoet IZT-Limburg aan alle eisen die er gesteld worden aan het verwerken en beschermen van de informatiestroom binnen de Wijkverpleging segment 2.

Start van de opleidingscarrousel voor het personeel, waarbij voorbehouden handelingen worden geschoold en getoetst elk jaar. Hiermee wordt de kwaliteit en professionaliteit van zorg gewaarborgd.

Er werden meerdere nieuwe formulieren ontwikkeld welke bijdragen aan de verbetering van de kwaliteit van zorg. Dit wordt in samenwerking gedaan met het personeel middels risicoanalyses, die vervolgens in de teamvergaderingen worden besproken.

Er werd een HBO vpk opgeleid tot indicatiesteller, deze stelt de de herindicaties en de nieuwe indicaties. De opleiding die werd gevolgd is een erkende opleiding en daarmee voldoet IZT-Limburg aan de eisen die hieraan gesteld worden.

Tactisch niveau (middenkader)

Er werden meerdere samenwerkingen aangegaan met andere organisaties waaronder Meander thuiszorg. Hiermee verstevigt IZT haar positie op de arbeidsmarkt en ook met betrekking tot de samenwerking met de zorgverzekeraars.



## Strategisch niveau (management)

Op management niveau is te melden dat in 2014 een aanvraag is gedaan om erkenning wijkverpleging segment 2 te verkrijgen. Het verheugd ons te melden dat dit is gelukt en IZT-Limburg in 2015 zorg mbt wijkverpleging segment 2 mag uitvoeren.

Voor dit jaar wordt er opnieuw ingeschreven voor de wijkverpleging segment 2, zodat deze kan worden behouden voor 2015.

Tevens wordt er ingeschreven voor de WLZ, omdat gebleken is dat er toch een aantal cliënten zijn dit onder deze wet vallen. In 2014 was het als nieuwe aanbieder nog niet mogelijk om in te schrijven voor de WLZ, dit zal in 2015 wel het geval zijn.

### 6.2 Gewenst resultaat.

- Het NEDAP systeem wordt ingevoerd en zorgt nu al ondanks dat nog niet alle facetten gebruikt worden al voor een verbetering van de informatiestroom en planning van zorg binnen de organisatie.
- De wijkverpleegkundige is gestart met het stellen van de nieuwe indicaties en de herindicatie's.
- De opleidingscarrousel is een goede toevoeging aan het bedrijf en zorgt voor betere kwaliteit van zorg welke natuurlijk het gewenste resultaat is.
- De nieuwe formulieren in ingevoerd en functioneren naar behoren en dragen bij aan de bevordering en continuering van de gewenste kwaliteit van zorg.

### 6.3 Borging van de verbeteringen.

- De indicaties die gesteld worden door de wijkverpleegkundige worden steekproefsgewijs gecontroleerd door Meander thuiszorg en CZ.
- De samenwerkingen met andere organisaties worden door het jaar heen meermaals geëvalueerd en waar nodig worden er zaken aangepast.
- De erkenning voor Wijkverpleging segment 2 voor Thuiszorg IZT-Limburg is niet geborgd.
- De erkenning voor WLZ voor Thuiszorg IZT-Limburg is niet geborgd.
- De opleidingscarrousel is al van start gegaan, de behaalde certificaten van de modules worden bijgehouden in het persoonlijk ontwikkelingsplan van de medewerkers. In januari 2015 hadden de personeelsleden 90% van de modules van voorbehouden handelingen behaald.

### 6.4 Niet geborgde verbeteringsacties:

- De erkenning mbt Wijkverpleging segment 2 voor Thuiszorg IZT-Limburg in 2016 behalen is niet mogelijk om te borgen, omdat wij hierin afhankelijk zijn van derden. Dit geldt ook voor de erkenning voor de WLZ.

## **7. Doelstellingen voor het lopende en komende jaar**

### 7.1 Korte en langer termijn doelstellingen:

#### **A. Het behouden van de HKZ certificering in 2015.**

**Tijdsplanning: Dit plan start in mei 2014 en moet gerealiseerd zijn in april 2015.**

- ◆ Verantwoordelijk hiervoor zijn de kwaliteitscoördinator en de directie. De kwaliteitscoördinator voert de systeembeoordeling, de RI&E en de interne audit uit. De directie heeft hierbij een sturende en controlerende rol.
- ◆ In januari wordt jaarlijks de prospectieve risico inventarisatie uitgevoerd van de belangrijkste processen.
- ◆ In november wordt jaarlijks de RI&E uitgevoerd en het plan van aanpak geactualiseerd.
- ◆ In maart wordt de systeembeoordeling en de interne audit uitgevoerd en dit wordt besproken bij de directiebeoordeling.
- ◆ Wat we willen bereiken is dat de HKZ-certificering opnieuw uitgegeven wordt voor 2015 voor IZT-Limburg. Tijdens de externe audit in april 2015 al beoordeeld worden of het kwaliteitssysteem naar behoren functioneert en voldoet aan de gestelde eisen.

#### **B. Tevredenheid patiënten minimaal rapportcijfer 7,5 of hoger.**

**Tijdsplanning: Dit plan start in april 2014 en eindigt in mei 2015.**

- ◆ Verantwoordelijk hiervoor zijn de zorgcoördinatoren van IZT-Limburg. Zij dienen in de gaten te houden dat de wensen van de cliënt gerespecteerd worden en dat de zorg goed verloopt. Waar nodig zorgen zij ervoor dat de zorg wordt bijgestuurd.
- ◆ Elk jaar wordt er een evaluatie gehouden met cliënten en indien nodig gebeurt dit eerder. Bij deze evaluatie wordt er opnieuw een Arbocheck en risicosignalering gedaan. Het zorgplan wordt geëvalueerd en waar nodig aangepast. De evaluaties worden uitgevoerd door de zorgcoördinatoren.
- ◆ Elk jaar wordt er in mei tevens een cliëntenenquête gehouden deze is anoniem.
- ◆ De doelstelling is om het gemiddelde cijfer van de enquête boven de 7,5 te houden. De uitkomst hiervan zal in mei 2015 bekend worden.

#### **C. Geen klacht ontvangen t.a.v. het niet nakomen van afspraken.**

**Tijdsplanning: De start van het plan is in april 2015 en eindigt in maart 2016.**

- ◆ Verantwoordelijk hiervoor zijn de zorgcoördinator en de directie. De zorgcoördinatoren dienen in de gaten te houden dat de wensen van de cliënt gerespecteerd worden en dat de zorg goed verloopt. Waar nodig zorgen zij ervoor dat de zorg wordt bijgestuurd. De directie heeft hier een sturende en controlerende rol bij.
- ◆ In de cliëntenenquête is het nakomen van afspraken een belangrijk aspect, waar de directie veel waarde aan hecht.

- ◆ In mei wordt er een cliëntenenquête uitgevoerd.
- ◆ De evaluaties van de cliënten persoonlijk vinden door het gehele jaar plaats. Minimaal 1x per jaar en waar nodig eerder.
- ◆ De klachtencommissie is in handen van de BTN, elk jaar in januari ontvangen we hier de samenvatting van.
- ◆ De doelstelling is dat er geen klacht wordt ontvangen over het niet naleven van afspraken in de periode april 2015 en maart 2016.

#### **D. Kwaliteitsjaarverslag opstellen en inzenden.**

***Tijdsplanning: De start van het plan is in mei 2014, de realisatiedatum is 1 juni 2015.***

- ◆ De verantwoordelijke hiervoor is de kwaliteitscoördinator, deze stelt het kwaliteitsjaarverslag op en zorgt ervoor dat het voor 1 juni wordt verzonden.
- ◆ Het kwaliteitsjaarverslag wordt opgesteld aan de hand van de uitkomsten van de interne- externe audit en de cliënten enquête.
- ◆ Het is erg belangrijk voor de organisatie dat het kwaliteitsjaarverslag op tijd en correct wordt ingediend, dit dient te gebeuren voor 1 juni 2014
- ◆ De doelstelling is dat het kwaliteitsjaarverslag opgesteld wordt door de kwaliteitscoördinator in mei en voor 1 juni 2015 wordt verzonden.

#### **E. Erkenning wijkverpleging 2016 binnenhalen**

***Tijdsplanning: De start van het plan is in okt 2014, de realisatiedatum is 1 sept 2015.***

- ◆ De verantwoordelijke hiervoor is de kwaliteitscoördinator samen met de directie.
- ◆ Voor 1 augustus dienen alle stukken te worden ingeleverd m.b.t. de erkenning voor het leveren van wijkverpleging.
- ◆ Het behouden van de HKZ certificering is een vereiste voor het leveren van wijkverpleging.
- ◆ Het op juiste wijze stellen van indicatie is van essentieel belang, hiervoor in een gediplomeerd wijkverpleegkundige aangesteld, waarna er nog een controle op de indicaties plaatsvindt door Meander Thuiszorg.
- ◆ De kwaliteit van zorg dient te worden gewaarborgd d.m.v. evaluaties en risico-inventarisatie.
- ◆ De doelstelling is de erkenning voor wijkverpleging in 2016 opnieuw wordt binnengehaald. Voor 1 augustus dienen alle stukken te worden ingeleverd waarna op 1 september bekend wordt of de erkenning verlengd wordt.

#### **F. Erkenning WLZ 2016 binnenhalen**

**Tijdsplanning: De start van het plan is in okt 2014, de realisatiedatum is 1 sept 2015.**

- ◆ De verantwoordelijke hiervoor is de kwaliteitscoördinator samen met de directie.
- ◆ Voor 1 augustus dienen alle stukken te worden ingeleverd m.b.t. de erkenning voor het leveren van zorg m.b.t. de Wlz.
- ◆ Het behouden van de HKZ certificering is een vereiste voor het leveren van zorg m.b.t. de Wlz..
- ◆ De kwaliteit van zorg dient te worden gewaarborgd d.m.v. evaluaties en risico-inventarisatie.
- ◆ De doelstelling is de erkenning voor Wlz in 2016 wordt binnengehaald. Voor 1 augustus dienen alle stukken te worden ingeleverd waarna op 1 september bekend wordt of de erkenning verlengd wordt.

#### **G. Dagplanning tezamen met blokplanning overdragen aan Dhr. R. Gelissen**

**Tijdsplanning: De start van het plan is in jan 2015, de realisatiedatum is 1 juni 2015.**

- ◆ De verantwoordelijke hiervoor is dhr. R. Derks
- ◆ In januari wordt gestart met de overdragen van in eerste instantie alleen de dagplanning.
- ◆ Vanaf mei start de overdracht de overdracht van de blokplanning.
- ◆ De begeleiding zal gedaan worden door dhr. R. Derks, hij zal dit gefaseerd doorvoeren.
- ◆ Het personeel wordt in januari ook op de hoogte gesteld van het overdragen van de taken van de planning
- ◆ De doelstelling is dat op 1 juni dhr. R. Gelissen de dagplanning en de blokplanning volledig op zich zal nemen en dit ook zelfstandig kan doen.

#### **H. Nieuwe/her- indicaties voor alle bestaande cliënten**

**Tijdsplanning: De start van het plan is in jan 2015, de realisatiedatum is 1 mei 2015.**

- ◆ De verantwoordelijke hiervoor is directie samen met de wijkverpleegkundige.
- ◆ Er wordt een plan opgesteld om alle bestaande cliënten gedurende de periode 1 januari en 1 mei opnieuw te indiceren.
- ◆ Nieuwe cliënten worden direct geïndiceerd.
- ◆ De wijkverpleegkundige gaat langs bij de cliënten en stelt dan op basis van het zorgleefplan een nieuwe indicatie vast.
- ◆ De doelstelling is dat alle cliënten die vallen onder de ZvW van de wijkverpleging over een nieuwe indicatie beschikken op 1 mei 2015

**I. Elke cliëntenklapper en digitaal dossier is voorzien van een zorgleefplan en zorginstructieplan**

***Tijdsplanning: De start van het plan is in maart 2015, de realisatiedatum is 1 juni 2015.***

- ◆ De verantwoordelijke hiervoor is directie samen met de zorgcoördinator en de secretaresse.
- ◆ De zorg coördinator zorgt ervoor dat nadat de nieuwe indicatie gesteld is, het zorgleefplan getekend terecht komt in het dossier van de cliënt.
- ◆ De secretaresse zorgt ervoor dat het zorgleefplan in het digitale dossier terecht komt van de cliënt.
- ◆ De zorgcoördinator stelt samen met collega's de zorginstructieplannen en plaats deze hierna in de klapper van de cliënt.
- ◆ De secretaresse zorgt ervoor dat er een digitale versie van het zorginstructieplan in het dossier van de cliënt komt te zitten.
- ◆ De doelstelling is dat alle cliënten die vallen onder de ZvW van de wijkverpleging op 1 juni beschikken over een zorgleefplan in hun klapper en digitaal dossier. Alle cliënten van IZT-Limburg beschikken op 1 juni over een zorginstructieplan in hun klapper en digitaal dossier.

## **8. Cliënt en kwaliteit**

### 8.1 Cliënt/patiënt systematisch betrekken bij de kwaliteit van zorg.

Alleen als het gaat om contacten met individuele patiënten of cliënten blijkt dat IZT-Limburg de cliënt/patiënt systematisch betreft bij de kwaliteit van zorg. Indien een cliënt zorg aanvraagt dan gaat de wijkverpleegkundige bij de cliënt langs. Zij stelt de indicatie op basis van de zorgvraag en stelt samen met de cliënt het zorgleefplan op. Het zorgleefplan wordt jaarlijks geëvalueerd en bij veranderingen van de zorg. Elke cliënt heeft een zorgcoördinator welke het aanspreekpunt is voor de zorg, hierbij kunnen vragen en problemen worden besproken en wordt de zorg naar vraag en wens aangepast.

In contacten met patiënten/consumentenorganisaties of met Regionale Patiënten/Consumenten Platforms hebben wij nog geen ervaring opgedaan. Dit zal voor de toekomst een aandachtspunt zijn om hierin te investeren en contacten te leggen.

### 8.2 Inbreng cliëntenraad of patiëntenadviesraad.

De inbreng van de cliëntenraad of patiëntenadviesraad ten aanzien van de

- Vaststelling van de lange en korte termijn doelstellingen van het kwaliteitsbeleid
- Toetsen van doelstellingen
- Vaststellen en evalueren van verbeteracties

Bij bovengenoemde onderwerpen geldt dat onze organisatie nog te klein is om deze korte termijn doelstellingen te bespreken met de Cliëntenraad. Wel het vaststellen en evalueren van de verbeteracties is mogelijk en gebeurt ook. De cliëntenraad komt 2 keer per jaar bij elkaar. Een keer per jaar wordt er vergaderd samen met de Raad van Toezicht en wordt er een terugkoppeling naar hun toe gedaan.

## **9. Klachten en kwaliteit**

### 9.1 Aantal bemiddelde klachten

Sinds 2013 is IZT-Limburg aangesloten bij de bracheorganisatie BTN, de klachtencommissie is nu bij hun gevestigd.

Het aantal bemiddelde klachten (door BTN) in het afgelopen jaar is: nul.

Naar cliënt toe wordt in de regelmatig terugkerende evaluatie besproken dat er mogelijkheid bestaat om klachten in te dienen en bespreekbaar te maken.

### 9.2 Formeel behandelde klachten.

Het aantal formeel behandelde klachten (door BTN) in het afgelopen jaar is: 0

### 9.3 Conclusies m.b.t. de aard van de bemiddelde en formeel behandelde klachten.

Er zijn geen conclusies gemaakt met betrekking tot de aard van de bemiddelde en formeel behandelde klachten die meer structureel van aard waren:

- Met betrekking tot de organisatie van de zorg:
- Relationele aspecten van de zorg:
- Inhoudelijke aspecten (medisch-technisch) van de zorg:
- Materiële aspecten van de zorg:

Uiteraard heeft dit te maken met het feit dat IZT-Limburg maar een bemiddelde is, en heeft geen enkele formeel behandelde klacht heeft ontvangen. IZT-Limburg is aangesloten bij de klachtencommissie van BTN.

#### 9.4 Tot stand gebrachte verbeteringen in de zorg naar aanleiding van deze structurele klachten.

Geen ontvangen klachten impliceert dat ook geen verbeteringen in de zorg tot stand gebracht zijn naar aanleiding van structurele klachten.

### **10. De externe oriëntatie**

#### 10.1 Consequenties van overleg over kwaliteit van zorg met externe partijen.

De consequenties van overleg over kwaliteit van zorg met externe partijen (in de vorm van concrete afspraken) in het verslagjaar voor het kwaliteitsbeleid van de instelling:

- Zorgverzekeraars
- Regionale patiënten/ consumentenorganisaties
- Inspectie voor de Gezondheidszorg
- Andere partijen (bijvoorbeeld provinciale en lokale overheden, woningbouwcorporaties, Regionale Indicatie Organen)

Helaas is IZT-Limburg nog niet zover geweest om met bovengenoemde externe partijen in het verslagjaar voor het kwaliteitsbeleid van IZT-Limburg aan tafel te gaan en in overleg te treden over het kwaliteitsbeleid. Te verwachten is dat dit in het toekomst wel zal plaatsvinden.

### **11. Wat zijn stimulerende en wat zijn belemmerende factoren bij het verbeteren van de kwaliteit van zorg?**

#### 11.1 Belemmerende en stimulerende factoren die in het verslagjaar.

In het afgelopen verslagjaar zijn wederom ontwikkelingen gaande geweest welke zeker een belemmerende factor waren met betrekking tot de kwaliteitszorg.

De directie van IZT-Limburg maakt zich nog steeds grote zorgen om de nieuwe ontwikkelingen op het terrein van wet- en regelgeving. Het zorgaanbod stijgt en de daarvoor beschikbare geldkraan gaat steeds verder dicht!

De nieuwe regel- en wetgeving is erg onduidelijk voor zowel de thuiszorgorganisaties als de zorgverzekeraars. Ook voor 2016 blijft er nog veel onduidelijk.

**Stimulerend** voor ons bedrijf is dat Thuiszorg vanuit een ziekenhuis welke hoog-complex van aard is, in de markt wordt gezet. Cliënten die anders in een ziekenhuis moeten verblijven om deze zorg te ontvangen kunnen nu naar huis en daar deze specialistische verpleegkundige thuiszorg ontvangen. Goedkoper voor alle partijen en prettiger voor de cliënt die in eigen woon- en leefomgeving verder kan herstellen.

Middels het binnenhalen van de erkenning voor Wijkverpleging segment 2 wordt de plek van IZT-Limburg binnen het aanbod van thuiszorg in de regio versterkt.

**Belemmerend** in de praktijk is dat de uitvoering van thuiszorg omgeven is met moeilijke toegankelijke regelgevingen.

In 2015 is er veel onduidelijk over nieuwe regel- en wetgeving. Ook voor 2016 zijn er veel onduidelijkheden. Voor ons als organisatie is het erg moeilijk om in te springen op alle veranderingen als er zoveel onduidelijkheden blijven ontstaan.