


Handboek Kwaliteit 	Rubriek 4 Beleid en organisatie	Versie 01: 27-1-2022	Pagina 1 van 6
	Documentnaam Jaarplan regiegroep kwaliteit	Datum: 27-02-2025	Verantwoordelijk: Beleidsadviseur
		Evaluatiedatum: 31-12-2025	


Jaarplan Regiegroep Kwaliteit

De regiegroep draagt bij aan de strategische koers door zich vooral te focussen op ‘met gemak’ en aandacht te hebben voor kwaliteit behouden en verbeteren.


Deze KPI's worden in de x-matrix in het MT gevolgd, daarnaast volgt de regiegroep de KPI's van de commissies zoals ze in dit jaarplan staan.

Jaarplan


Doel commissie voor 2025	Jaardoel 2025	Verbetertraject	Draagt bij aan	KPI
<u>ECD:</u> Bewoners, verwanten en medewerkers voelen zich ondersteund door een gebruiksvriendelijk ECD met duidelijke passende afspraken met cliënt/verwant wat blijkt uit de audits op dit onderwerp. Commissie: Myrtle (vz), Hilde (secretaris), Michelle, Lieke, Kimberley, Paul, Menno en Niels.	1)Plannen worden gelezen. 2)Wat je kan standaardiseren is gestandaardiseerd. 3)Afspraken rapporteren zijn duidelijk en helpend waardoor gerapporteerd wordt wat nodig is voor opvolging. 4)Nachtzorg gebruikt ook het zorgleefplan en ervaart dit als helpend.	1-We zorgen ervoor dat plannen gelezen worden; Inhoud; noteren wat afwijkt en helpend is, zo makkelijk en kort/overzichtelijk mogelijk. 2- Onderzoek of er nog meer gestandaardiseerd kan worden (bv. een standaardplan klaarzetten en dat specifiek maken.). -Ophalen bij CV overleggen. 3- rapporteren : -overzichtelijk maken op welke punten er gerapporteerd moet worden Meenemen woonzorgondersteuners. -Rapporteren, opvolgen, wat/wanneer (niet). -> hoe kunnen we iedereen	Allen zowel aan kwaliteit als gemak.	1- Er zijn duidelijke handleidingen voor het opstellen van de zorgplannen (allen afwijkingen). - zorgplannen worden gelezen -> monitoren Q1 en Q4 2025 2-Onderzoek met Nedap wijst uit of er meer mogelijkheden zijn m.b.t. meer standaardisering en welke. -Er is duidelijk aan welke standaardisering behoefte is 3-Rapportages zijn duidelijk en alleen op wat afwijkt op het zorgplan -Medewerkers ervaren gemak en hebben minder tijd nodig voor rapporteren door spraakgestuurd rapporteren en de kwaliteit van de rapportages is beter (rapportage inspreken bij de cliënt = samen met de cliënt). Meting voor en na start implementatie.

Handboek Kwaliteit 	Rubriek 4 Beleid en organisatie	Versie 01: 27-1-2022	Pagina 2 van 6
	Documentnaam Jaarplan regiegroep kwaliteit	Datum: 27-02-2025	Verantwoordelijk: Beleidsadviseur
		Evaluatiedatum: 31-12-2025	


	<p>5)We werken met digitale looplijsten waardoor er geen briefjes/printjes meer op de gangen liggen.</p> <p>6)PES en SOEP worden alleen nog gebruikt als we na evaluatie besluiten dat dit helpend is.</p>	<p>meenemen.</p> <p>Spraakgestuurd rapporteren (met innovatieteam).</p> <p>4-Nachtzorg nachtdiensten beter meenemen in het lezen van het zorgplan en rapporteren op zorgplan</p> <p>5-Digitale agenda overal over op digitale looplijsten?</p> <p>6-Evaluatie van SOEP en PES; -Onderzoek levert het op wat we willen, is er meer in nodig, wat kunnen we verwachten. Gaat we door? Dan op basis van de evaluatie optimaliseren ter ondersteunen van goede en passende zorgverlening.</p>		<p>4-Nachtdiensten lezen de rapportages, voor hen is duidelijk wat er tijdens de nacht zorg verwacht wordt en ze rapporteren op zorgplan</p> <p>5-Pilot Vestakker wijst uit of digitale agenda (looplijsten) bruikbaar is, zo ja?</p> <p>-Digitale agenda wordt uitgerold in de hele organisatie-> besluit Q2 2025</p> <p>6-SOEP en PES zijn helpend voor medewerkers m.b.t. goede en passende zorgverlening (goed opgesteld zorgplan + methodisch werken) -> evaluatie Q1 2025</p> <p>-SOEP en PES zijn nog meer ondersteunend na optimaliseren van</p>
<p><u>Wzd:</u></p> <p>Er wordt geen onvrijwillige zorg geboden, tenzij er sprake is van ernstig nadeel</p> <p>Myrtle Hakkens: voorzitter (regieverpleegkundige)</p> <p>Annelie van Helmond (Wzd functionaris)</p>	<p>1-Kennis en deskundigheid medewerkers verhogen, waarbij iedere zorgmedewerker bekend is met Wet zorg en Dwang en kan dit toepassen op het eigen functieniveau.</p> <p>2. Beleid rondom leefcirkels is geborgd met inachtneming van</p>	<p>1-medewerkers scholen:</p> <p>In alle teams een klinische les t.a.v. wet zorg en dwang en eigen regie.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aansluiten bij bestaande overleggen - Vanuit praktijksituaties bespreken - Wat rapporteer je over Wzd (in episode/stappenplan, evaluatie) <p>2. leefcirkels: In principe open deuren, alleen stappenplan tenzij.....</p>	Kwaliteit	<p>1.rapportage/registratie onvrijwillige wordt tijdig opgevolgd (wordt via kwaliteitsmonitor gemeten)</p> <p>In ECD wordt methodisch gewerkt -> tijdig opvolgen van rapportages/stappenplan</p> <p>2. In dossier staat per individu vermeld als er een uitzondering is op open deuren (en verzet). Stappenplan wordt dan gevolgd.</p>

Handboek Kwaliteit 	Rubriek 4 Beleid en organisatie	Versie 01: 27-1-2022	Pagina 3 van 6
	Documentnaam Jaarplan regiegroep kwaliteit	Datum: 27-02-2025	Verantwoordelijk: Beleidsadviseur
		Evaluatiedatum: 31-12-2025	


Helma van Woensel (beleidsadviseur) Michelle de Graaf (zorgadviseur)	vrijheid versus veiligheid (onvrijwillige zorg) 3. Registreren en rapporteren van ovz in thuiszorg (in principe geen onvrijwillige zorg thuis, maar in praktijk blijkt dat dit toch soms noodzakelijk is)	3. onderzoeken of onvrijwillige zorg in de thuiszorg voorkomt en zo ja, hoe dit geregistreerd/gerapporteerd wordt (in overleg met behandelaren. Denk hierbij aan huisarts, SO, Wzd functionaris)		3. Onvrijwillige zorg thuis wordt niet ingezet, tenzij..... Afspraak: meekijken op het moment dat het aan de orde is of de verwachting is dat er ovz ingezet moet gaan worden en tijdig melden bij de wzd commissie.
<u>Geneesmiddelen commissie (GC):</u> Een veilige medicatieverstrekking/opslag met een goede samenwerking tussen arts/apotheek en zorg waarbij de zorg zoveel mogelijk ontlast wordt. Myrtle (vz) Eric Hendriks,VS	1) Wat niet nodig is niet meer doen. 2)-Medicatiereviews lopen op alle locaties volgens de eisen (kwaliteit). 3)-Eind 2025 geven de locaties aan dat bij wijzigingen en nieuwe opnames alles rondom	1)Onderzoeken of we niet meer doen dan nodig m.b.t: - uit de voorraad halen van opiaten door 2 helpenden - het vullen van temperatuurlijsten van koelkasten - digitaal voorraadbeheer - insulineformulier bij huisartscliënten via Medimo - stoppen met dubbele controle 2) Monitoren en ondersteunen waar nodig.	Gemak Kwaliteit Gemak en kwaliteit	1)In Q2 2025 is er duidelijkheid over welke mogelijkheden er zijn m.b.t. de punten in het verbetertraject - Q3/4 iedereen werkt volgens de gewijzigde werkwijze op onderwerpen waarop besluiten genomen zijn. 2) Eind 2025 zijn voor alle teams de medicatiereviews volgens de eisen uitgevoerd. 3)Medicatiewijzigingen (AMO lijst) zijn op dag van inhuizing doorgegeven door behandelaar (thuis,

Handboek Kwaliteit 	Rubriek 4 Beleid en organisatie	Versie 01: 27-1-2022	Pagina 4 van 6
	Documentnaam Jaarplan regiegroep kwaliteit	Datum: 27-02-2025	Verantwoordelijk: Beleidsadviseur
		Evaluatiedatum: 31-12-2025	

Hilde (secretaris) Apotheker Maartje Mathijsen	de medicatie soepel verloopt.	-Q1 duidelijk afspraken, ook rondom input/aansluiten medewerker. 3) Onderzoeken hoe de medicatiewijzigingen bij nieuwe opnames beter kan.		ziekenhuis of andere instelling) en de juiste medicatie is tijdig aanwezig (1 ^e dag van inhuizing).
MIC: Doel: 80% van de vermijdbare incidenten verminderen. In 80% van de dossiers is dossieropbouw t.a.v. valrisico verbeterd Myrtle: voorzitter Eric Hendriks Helma van Woensel	1.-Afname medewerker gebonden medicatie incidenten bij alle teams (acceptabel aantal fouten per kwartaal = 33% van aantal cliënten per team/per kwartaal, afgerond naar boven) 2. meer bewustwording bij medewerkers waardoor medewerker gebonden medicatie incidenten plaats vinden	1-Beleidsadviseur: per kwartaal incidenten monitoren -> bespreken met cvpk's Cvpk's weten hoe analyses en verbeterplan te maken en borgen volgens de lean methode 2. teams meer betrekken bij de medewerker gebonden medicatie incidenten	Kwaliteit Met gemak &kwaliteit	1. Kwaliteit van de analyses dragen bij aan het leren en verbeteren van incidenten - Monitoren via MIC - Monitoren via analyses (reflectie verbeterplannen) 2. Reflectiegesprekken resulteren in minder individuele fouten (per medewerker)
IPC; Doel: Infectiepreventie te bevorderen/verspreiden van infecties voorkomen bij	1.Verbeterplan n.a.v. audits borgen (PDCA). Procesbewaking door cvpk's/tl	1-In 2025 worden twee nieuwe audits hygiëne (door externe collega GGD) als 0 meting uitgevoerd en in 2026 twee checkaudits ter meting controle vanuit de audit 2025.	Kwaliteit	1.Verbeterplannen opgesteld organisatiebreed zijn aangevuld/aangepast met een PDCA-cyclus door de cvpk's/tl (terugkoppeling Q2 2025)

Handboek Kwaliteit 	Rubriek 4 Beleid en organisatie	Versie 01: 27-1-2022	Pagina 5 van 6
	Documentnaam Jaarplan regiegroep kwaliteit	Datum: 27-02-2025	Verantwoordelijk: Beleidsadviseur
		Evaluatiedatum: 31-12-2025	

cliënten en medewerkers. Manon, arbo adviseur (voorzitter) Rineke: IPD Wilma Albers: SO Helma, beleidsadviseur Hanneke, regieverpleegkundige Myrtle, regieverpleegkundige Tanya, teamleider facilitair	Monitoring door IPC 2.Cvpk's hebben de benodigde kennis deskundigheid m.b.t. infectiepreventiebeleid	2.Scholing -> vanuit resultaten uit de audit wordt besproken op welke punten extra kennis nodig is (in vakinhoudelijk overleg door de regieverpleegkundige of IPD)		2. Cvpk's hebben meer kennis die zij over kunnen dragen aan team -> draagt bij aan een professionele cultuur waar iedereen aandacht heeft voor goede hygiëne en infectiepreventie
<u>Gedragsondersteuning:</u> Deskundige medewerkers op gebied van voorkomen van probleemgedrag en duidelijkheid in rolverdeling en samenwerking tussen verschillende disciplines (Multidisciplinaire	1- Stepped-care model implementeren en evalueren 2- Eenduidigheid in proces, inzet en format tav formulieren voor gemakkelijke inzetbaarheid.	1. -stepped care uitdragen in organisatie en evalueren in Q4 - Evalueren nieuwe werkwijze gedragsvisite in Q2 - GVP ondersteunen in zelfstandige aanpak van probleemgedrag tav vraagstelling en onderzoek	Gemak & kwaliteit Gemak	1-Taken en verantwoordelijkheden van GVP, OPG en psycholoog zijn bekend bij de betrokken medewerkers. - op alle afdelingen verloopt de gedragsvisite volgens de werkwijze - werkwijze tav vraagstelling en onderzoek is beschreven en besproken met GVP

Handboek Kwaliteit 	Rubriek 4 Beleid en organisatie	Versie 01: 27-1-2022	Pagina 6 van 6
	Documentnaam Jaarplan regiegroep kwaliteit	Datum: 27-02-2025	Verantwoordelijk: Beleidsadviseur
		Evaluatiedatum: 31-12-2025	

samenwerking) om veiligheid en kwaliteit van leven cliënt te bevorderen Team ipv commissie: Hanneke Wouters: voorzitter Anne Groenen en Joke Smetsers, gedragsondersteuners		2 – formulieren in dossier toevoegen en gebruik evalueren -werkwijze voor slaapproblematiek wordt ontwikkeld		2 In Q2 zijn de volgende formulieren toegevoegd in dossier bij vragenlijsten: omgangsplan/signaleringsplan In Q4 is een werkwijze voor aanpak slaapproblematiek geïntroduceerd bij de GVP
--	--	---	--	---