



Kwaliteitsverslag over 2018

Kwaliteitskader verpleeghuiskliniek

VOORWOORD

Voor u ligt het kwaliteitsverslag van de LEVANTOgroep over het verslagjaar 2018.

In dit verslag blikken we terug op het jaar 2018; het éérste jaar waarvoor de LEVANTOgroep een kwaliteitsplan in het kader van de verpleeghuiskliniek geschreven heeft.

Door de ontwikkelingen in de zorg en het sociale domein gecombineerd met de vergrijzing krijgen we steeds meer vraag van cliënten die aangewezen en geïndiceerd zijn voor verpleeghuiszorg en die niet terecht kunnen in de reguliere verpleeghuizen, mede door hun psychische- en/of verslavingsproblematiek.

In 2018 heeft er een groei plaatsgevonden van 10 naar 16 cliënten.

Aan deze toenemende vraag hebben we in afstemming met het zorgkantoor ook in 2018 gehoor kunnen geven.

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	2
Inhoudsopgave	3
Inleiding	4
Aantal cliënten en leeftijdsverdeling	5
Persoonsgerichte zorg en ondersteuning	6
Wonen en welzijn	7
Veiligheid	8
Leren en werken aan kwaliteit	9
Leiderschap, governance en management	10
Personeelssamenstelling	11
Gebruik van hulpbronnen	13
Gebruik van informatie	14
Verbeterparagraaf	15

INLEIDING

De LEVANTOgroep biedt ondersteuning op het gebied van Geestelijke Gezondheidszorg en Maatschappelijke Opvang in Zuid- en Midden-Limburg. Dat kan in de vorm van tijdelijke (crisis)opvang, begeleid wonen, ondersteuning thuis, cursussen en trainingen en/of begeleiding op gebied van werk en dagbesteding. De focus ligt daarbij altijd op herstel, er wordt ondersteund waar nodig en losgelaten waar mogelijk. Zodat cliënten het heft weer in eigen hand kunnen nemen en als volwaardig burger deel uit kunnen maken van de maatschappij. Zoveel mogelijk op eigen kracht.

De LEVANTOgroep werkt al jarenlang volgens een systematische (PDCA- cyclus) wijze aan de verbetering van de kwaliteit en veiligheid en kent een geïntegreerd Kwaliteit- en Veiligheid Management Systeem. Elk jaar vinden er interne- en onafhankelijke externe audits plaats. We zijn ISO gecertificeerd.

Onze organisatie ressorteert grotendeels onder de Wmo wet- en regelgeving met een kleine 'uitstap' richting forensische zorg. In deze lijn rapporteren en verantwoorden wij richting gemeenten en ministerie van V&J. Hierop zijn ook al onze rapportage- en administratie systemen aangepast.

Ook burgers met een V&V indicatie (Wlz) komen in aanmerking voor onze zorgverlening. Vanwege hun psychosociale en/of psychiatrische problematiek en daarmee vaker afwijkend gedrag kunnen zij niet terecht in de reguliere V&V sector.

De LEVANTOgroep hecht grote waarde aan het monitoren en verbeteren van de kwaliteit van dienstverlening en stelt dit kwaliteitsverslag op om aan te sluiten bij de richtlijnen vanuit het kwaliteitskader van de verpleeghuiszorg.

De indeling van het kwaliteitsverslag volgt de hoofdstukken zoals die ook in het Kwaliteitsplan 2018 benoemd zijn.

Aantal cliënten en leeftijdsverdeling

December 2017

WLZ, ZZP verdeling V&V

Leeftijdsverdeling

V/V 4	2 cliënten	< 60 jaar	3 cliënten
V/V 5	1 cliënt	60-69 jaar	1 cliënt
V/V 6	6 cliënten	70-79 jaar	6 cliënten
V/V 7	1 cliënt	80-89 jaar	1 cliënt
		90-99 jaar	0 cliënten
		>100 jaar	0 cliënten

December 2018

WLZ, ZZP verdeling V&V

Leeftijdsverdeling

V/V 4	2 cliënten	< 60 jaar	5 cliënten
V/V 5	4 cliënten	60-69 jaar	6 cliënten
V/V 6	9 cliënten	70-79 jaar	5 cliënten
V/V 7	1 cliënt	80-89 jaar	0 cliënten
		90-99 jaar	0 cliënten
		>100 jaar	0 cliënten

Deze groei zet in 2019 door. In juni 2019 zijn er 27 V&V cliënten geregistreerd.

Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Plan 2018 ↓

1.1 De vier onderscheiden thema's (compassie, uniek zijn, autonomie en zorgdoelen) zijn voor zorgverleners richtinggevend bij kwaliteitsverbetering op het terrein van persoonsgerichte zorg en ondersteuning
De vier bovengenoemde thema's zijn leidend bij onze zorgverlening zoals beschreven in onze Missie & Visie. Bovendien worden de thema's volledig ondersteunt door de integraal ingevoerde methodiek van Krachtwerk ¹ en vervolgens verder vertaald in de individuele trajectplannen.
1.2 Elke verpleeghuisorganisatie dient aantoonbaar invulling te geven aan deze thema's en dit zichtbaar te maken in kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag
<ul style="list-style-type: none">• Basistrainingen Krachtwerk en structurele follow-up trainingen• Inzet coördinatoren zorg die persoonlijk begeleiders coachen in Krachtgericht werken,• Inventariseren van krachten en hulpbronnen bij individuele cliënt• Inzet ervaringsdeskundigen• In 2018 wordt binnen ons vernieuwde ECD een cliëntportaal gerealiseerd
1.3 De voorgestelde uitwerkingen per onderscheiden thema's zijn handreikingen voor de instrumenten voor verbetering, het voeren van gesprekken en het ontwikkelen van competenties.
Persoonlijke ontwikkelingsplannen en Ja-gesprekken worden volgens de structuur en cultuur van onze kernwaarden gevoerd. In 2018 is extra budget gereserveerd voor deskundigheidsbevordering.
1.4 Vanaf 1-7-2017 beschikt iedere cliënt binnen 4 uur over een voorlopig (met in ieder geval zaken zoals medicatie, dieet, primaire hulpvraag, een eerste contactpersoon en afspraken over handelen bij calamiteiten), dat uiterlijk zes weken na opname volledig en (tot bijstelling aan de orde is) definitief wordt.
Hier wordt aan voldaan. Intake stelt samen met de cliënt een voorlopig trajectplan op, wat binnen zes weken door de persoonlijke begeleider samen met de cliënt wordt geëvalueerd en waar nodig wordt bijgesteld en definitief gemaakt.
1.5 Vanaf 1-7-2017 is de verantwoordelijkheid voor het opstellen van een trajectplan belegd bij een verzorgende van tenminste niveau 3. Bij voorkeur is dit de contactverzorgende dan wel de eerste verantwoordelijke
Hier wordt aan voldaan. Alle persoonlijke begeleiders hebben minimaal niveau 4.

Verslag 2018:

- Een van de ervaringsdeskundigen volgt een opleiding tot verzorgende
- Het cliëntportaal "Caren zorgt" is in 2018 geïmplementeerd
- Het extra budget voor deskundigheidsbevordering is ingezet voor:
 - * training BHV op locatie
 - * voorbereiding van de training voorbehouden & risicovolle handelingen (door Meander)
 - * professionalisering door aanpassen van onze interne cursussen
 - psychopathologie
 - omgaan met agressie
 - methodische werken
 - * AVG

¹ © 2016 Impuls- Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg, Radboudumc Nijmegen

Wonen en Welzijn

Plan 2018 ↓

2.1 Vijf thema's (zingeving, zinvolle dagbesteding, schoon en verzorgd lichaam plus verzorgde kleding, familieparticipatie & inzet vrijwilligers en wooncomfort) zijn leidend bij kwaliteitsverbetering op het terrein van wonen en welzijn

Het trajectplan van de cliënt wordt beschreven aan de hand van de leefgebieden van de ZRM.² In 2018 willen we eveneens experimenteren met *Positieve Gezondheid*.

Een van onze speerpunten is gericht op participatie: Deelnemen aan de samenleving op basis van eigen mogelijkheden, tempo en affiniteit, met als doel een positieve bijdrage voor mens en omgeving.

LEVANTOgroep heeft een eigen vrijwilligersbeleid.

LEVANTOgroep kent een eigen vrijwilligersorganisatie.

2.2 Elke organisatie dient aantoonbaar invulling te geven aan deze thema's en zichtbaar te maken in kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag.

Zie 2.1.

2.3 Het aanpassen van de woonomgeving aan de wensen en mogelijkheden van de verschillende doelgroepen van verpleeghuiszorg verdient specifieke aandacht.

Naast het individuele trajectplan, waar specifiek gekeken wordt naar de woonwensen kent de organisatie ook een Strategisch huisvestingsplan

Verslag 2018:

- Het experimenteren met "Positieve gezondheid" heeft vertraging opgelopen. In september 2019 worden de train de trainers opgeleid. In 2020 gaan de trainers de medewerkers van Levanto opleiden. Eerst zullen de ambulante medewerkers getraind worden. Vervolgens de medewerkers van de intramurale locaties.

- Met betrekking tot participatie heeft in 2018 een nulmeting plaatsgevonden onder de cliënten. Wat zijn hun wensen en (on)mogelijkheden? Uitkomst is dat er binnen de locaties meer dagbesteding aangeboden gaat worden -> uitvoering in 2019

- Met betrekking tot de woonomgeving blijkt het vinden van geschikte huisvesting voor de langere termijn niet evident. De mix van onze doelgroep met de doelgroep van de reguliere verpleegklinieken in eenzelfde gebouw roept bij cliënten, familie, naasten en medewerkers vraagtekens en bij tijd en wijle onbegrip op.

² <https://www.zelfredzaamheidmatrix.nl/>

Veiligheid

Plan 2018 ↓

3.1 Vier thema's van basisveiligheid (medicatieveiligheid, decubituspreventie, gemotiveerd gebruik van vrijheid beperkende maatregelen en preventie acute ziekenhuisopname) zijn vanaf 2017 een belangrijk onderdeel van het leren en verbeteren in zorgorganisaties, onder andere door indicatoren op basis van deze vier thema's op te nemen in het kwaliteitsverslag

Onze organisatie kent:

- Medicatiebeleid
- Melden incidenten
- Veiligheidsrondgang
- Interne en externe audits

Medische handelingen geschreven in het trajectplan worden altijd met behandelend (huis)arts vastgesteld en volgens protocollen (Vilans) uitgevoerd.

3.2 Indicatoren over de basisveiligheid worden uiterlijk 1 juli volgend op het betreffende verslagjaar aangeleverd bij de Openbare Database van het Zorginstituut door een daartoe ingerichte organisatie die voldoet aan de aanleverspecificaties van het Zorginstituut.

Over verslagjaar 2016 aangeleverd en ook over verslagjaar 2017 geagendeerd.

3.3 Elke verpleeghuisorganisatie heeft een incidentencommissie of maakt gebruik van een lokale of regionale incidentencommissie.

Wordt aan voldaan. LEVANTOgroep kent een procedure (melden) incidenten (VIM-systematiek). Er is een VIM-commissie die periodiek analyseert en aanbevelingen doet. Hierbij ook verwijzing naar verplichte meldingen richting IGZ. Als er vanuit de IGZ gevraagd wordt om als zorgaanbieder zelf onderzoek te doen wordt er volgens de geldende richtlijnen een onafhankelijke incidentencommissie samengesteld.

Verslag 2018:

- Met betrekking tot het veilig opbergen van opiaten zijn er verbeteringen aangebracht. Deze zijn nu structureel opgeborgen achter twee sloten
- Naar aanleiding van een intern calamiteitenonderzoek IGJ zijn er verbetermaatregelen ingezet ten aanzien van de BHV-functies en het trainen en op locatie oefenen met praktijksituaties

Leren en verbeteren van kwaliteit

Plan 2018 ↓

4.1 Elke verpleeghuisorganisatie heeft in de loop van 2017 een kwaliteitsplan opgesteld volgens die in dit hoofdstuk geschetste werkwijze
Voldaan.
4.2 Elke organisatie verzorgt vanaf het rapportagejaar 2017 de interne en externe verantwoording via één kwaliteitsverslag. Dit document verschijnt jaarlijst voor 1 juli volgend op het rapportagejaar en wordt gepubliceerd op de website van de organisatie.
Zoals eerder geschetst kent de LEVANTOgroep meerdere doelgroepen en stakeholders die allen een eigen kwaliteitskader hanteren. Met betrekking tot de V&V cliënten binnen de LEVANTOgroep zal er in bovenstaande cyclus gerapporteerd en gepubliceerd worden.
4.3 Elke verpleeghuisorganisatie dient tevens het webadres van het kwaliteitsverslag, uiterlijk 1 juli volgend op het verslagjaar, aan te leveren aan de Openbare Database van Zorginstituut Nederland.
Is geagendeerd voor 2018.
4.4 Elke organisatie past jaarlijks het kwaliteitsplan aan op basis van het kwaliteitsverslag. Het aangepaste kwaliteitsplan verschijnt uiterlijk 31 december.
Is geagendeerd voor 2018.
4.5 Elke verpleeghuisorganisatie maakt uiterlijk 1-7-2017 deel uit van een lerend netwerk met tenminste twee andere collega zorgorganisaties.
Er is samenwerking met de organisaties (verpleegklinieken) waar onze locaties zijn gehuisvest. Het verder vormgeven naar een lerend netwerk wordt geagendeerd voor 2018.
4.6 In elke verpleeghuisorganisatie vindt een vijfjaarlijkse (multidisciplinaire) kwaliteitsvisitatie plaats door de relevante beroepsorganisatie.
Zie 4.5.
4.7 Elke verpleeghuisorganisatie beschikt voor 1-1-2018 over een kwaliteitsmanagementsysteem.
Ons huidige KMS wordt in de loop van 2018 vervangen door een KMS gebaseerd op de ISO 9001:2015.

Verslag 2018:

- Levanto is een van de samenwerkingspartners binnen het projectplan leerklimaat van het "Convenant Verpleeghuizen Zorgkantoorregio Zuid Limburg"
- Deelname aan lerend netwerk is niet geformaliseerd. Er vindt samenwerking plaats met de organisaties waar onze locaties gevestigd zijn. Het zorgkantoor gaat ons ondersteunen in de transitie naar en de het realiseren van de eisen m.b.t. verpleegkliniekgzorg. In augustus 2019 is hiervoor eerste afspraak gemaakt.

Leiderschap, governance en management

Plan 2018 ↓

5.1 Elke zorgorganisatie borgt professionele inbreng in het aansturen van de organisatie door opname van een specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundige of psychosociaal zorgverlener als lid van de Raad van Bestuur. Zolang dit (nog) niet is gerealiseerd dient er structureel overleg te zijn tussen de Raad van Bestuur met vertegenwoordigers van de genoemde beroepsgroepen.
Er is structureel overleg met de (zorg)managers, (proces)managers (HR) en de RvB. Binnen deze overleggen wordt stelselmatig aandacht besteed aan de kwaliteit van de professionele bezetting.
5.2 De leden van de Raad van Bestuur lopen op gezette tijden mee binnen het primaire proces van de eigen zorgorganisatie, zodat zij gevoel houden met het primaire proces op de werkvloer.
In de agenda's van de leden van de RvB worden jaarlijks structureel momenten ingepland waarop zij meelopen op de werkvloer. RvB neemt jaarlijks deel aan overleg op locatie.
5.3 Elke Raad van Bestuur van een zorgorganisatie voor verpleeghuiszorg werkt volgens de geldende versie van de Zorg brede Governance Code.
Op basis van lidmaatschap van GGZNL is de Zorgbrede Governance Code een vereiste voor onze organisatie.
5.4 De leiderschapsstijl en gedrag van de Raad van Bestuur is ondersteunend aan dit kwaliteitskader verpleeghuiszorg. De Raad van Bestuur is eindverantwoordelijk voor de toepassing ervan en de Raad van Toezicht ziet hier actief en aantoonbaar op toe.
Is inherent aan bovenstaande Governance code.
5.5 De Raad van Bestuur stimuleert in het licht van kwaliteitsverbetering van verpleeghuiszorg de oprichting van een Verpleegkundige/verzorgende Adviesraad (VAR) dan wel een professionele Adviesraad (PAR) in zijn/haar organisatie, of door andere vormen waaronder digitale platforms.
De RvB stimuleert het tot stand komen van adviesraden. In 2018 starten we met de opzet van een interne visitatiecommissie.

Verslag 2018:

- In 2018 is een interne visitatiecommissie gestart. Er hebben verkennende bezoeken plaats gevonden bij diverse organisatorische eenheden. Er zijn gesprekken geweest met medewerkers en cliënten en leden van de commissie hebben diensten meegedraaid. Hierop zijn in 2019 vragenlijsten ontwikkeld waarmee onderzocht gaat worden hoe herstelgericht Levanto in de praktijk is. Bejegening, zingeving, ondersteuning van het sociale netwerk, participatie zijn structurele thema's.
- In 2018 is de aanzet gegeven om in het zorgproces de control functie te ontwikkelen. De functie van zorgcontroller is geïntroduceerd. De functionaris heeft een autonome positie en een toetsende rol richting het primaire proces. Er wordt gekeken naar de toepassing van methodiek en alle daarmee samenhangende protocollen en instructies rondom de cliënt, afgezet tegen de formele inrichting van het primaire proces.

Personeelssamenstelling

December 2017

Functie	Aantal	Fte	BBL
Verzorgende	11	7,62	2
Verpleegkundige	4	3,55	4

December 2018

Functie	Aantal	Fte	BBL
Verzorgende	16	12,33	1
Verpleegkundige	7	6,19	

Plan 2018



Vooraf:

In de "Nadere toelichting Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg" (24/2/2017) van het Zorginstituut Nederland wordt ruimte gelaten voor de specifieke situatie waarin verpleeghuiszorg wordt geleverd. Zoals eerder vermeld kent de LEVANTOgroep geen specifieke verpleeghuislocaties. De cliënten met een V&V indicatie worden wel geplaatst in die vormen van wonen waar geschikt personeel (o.a. verpleegkundigen en verzorgenden) voor hun wensen en behoeften, zoals beschreven in hun zorgplan, aanwezig zijn.

6.1 Elke verpleeghuisorganisatie moet voor zijn personeelssamenstelling gebruik maken van de tijdelijke normen die beschreven zijn in paragraaf 6.3, totdat de sector landelijk context-gebonden normen heeft ontwikkeld voor voldoende en vakbekwaam personeel.

6.2 De personeelssamenstelling in al haar dimensies is zoals beschreven in dit hoofdstuk onderdeel van het kwaliteitsplan en wordt geëvalueerd in het jaarlijkse kwaliteitsverslag. Vooruitlopend hierop publiceert elke zorgorganisatie de gegevens van 2017 op zijn website.

De personeelssamenstelling van de LEVANTOgroep is inzichtelijk gemaakt op de website: www.levantogroep.nl.

6.3 Vanaf 1-1-2018 is er voor iedere zorgverlener tijd en ruimte op gezette tijden mee te lopen bij een collega organisatie uit het lerend netwerk. De wijze hoe dit wordt georganiseerd wordt vastgelegd in het kwaliteitsplan en geëvalueerd in het kwaliteitsverslag.

Zie 4.5

6.4 Er is voor alle zorgverleners voldoende tijd en ruimte om te leren en te ontwikkelen via feedback, intervisie, reflectie en scholing. De omvangen en de aard hiervan worden vastgelegd in het kwaliteitsplan en geëvalueerd in het kwaliteitsverslag.

Opleidingsbeleid, opleidingsmatrix

- De LEVANTOgroep kent een opleidingsbeleid met als uitgangspunt een lerende organisatie te zijn. Dit geeft aan dat er veel belang wordt gehecht aan de ontwikkeling van medewerkers. Jaarlijks wordt een budget vastgesteld voor de organisatiebrede opleidingen en individuele trajecten/team-specifieke trainingen. De organisatiebrede opleidingen voorzien enerzijds in het voldoen aan de verplichte eisen in het kader van functieontwikkeling of vanuit wetgeving (BIG-registratie) en anderzijds aan de behoefte die binnen de organisatie leeft:

Gebruik van hulpbronnen

Plan 2018 ↓

7.1 De benodigde hulpbronnen en de wijze waarop deze dienend zijn aan het primair proces worden vanaf 2017 beschreven in het kwaliteitsplan en gaan mee in de cyclus van kwaliteitsverslag, bespreking met interne en externe stakeholders en update van het kwaliteitsplan.

- Alle medewerkers in het primaire proces blijven structureel getraind in de krachtgerichte methodiek waarbij de eigen krachten, wensen en groeimogelijkheden van cliënten als vertrekpunt en focus dienen. Hierbij is de cliënt regisseur van zijn eigen plan.
- In 2017 is een start gemaakt met de herijking van strategisch huisvestingsplan. In 2018 resulteert dit in een plan van aanpak t.a.v. de aanpassing van onze huisvestingsportefeuille
- Vanaf 2018 is een nieuw Elektronisch Cliënten Dossier in gebruik. In de loop van 2018 wordt ook een cliëntportaal operationeel
- Ingezette hulpmiddelen worden jaarlijks door de leverancier gecontroleerd/geijkt
- De LEVANTOgroep kent binnen het bedrijfsbureau een financiële-, zorgadministratieve en facilitaire afdeling
- De LEVANTOgroep kent vele samenwerkingsverbanden. Met betrekking tot de V&V doelgroep wordt er samengewerkt met de reguliere verpleeghuisklinieken waar onze locaties gehuisvest zijn.

Verslag 2018:

- Volgens plan

Gebruik van informatie

Plan 2018 ↓

8.1 Elke verpleeghuisorganisatie dient vanaf 2017 minimaal één keer per jaar informatie over cliëntervaringen te verzamelen en te gebruiken middels erkende instrumenten. De informatie over cliëntervaringen is onderdeel van het jaarlijks kwaliteitsverslag en kan onder andere gebruikt worden voor verbetering en voor keuze-informatie voor (potentiële) cliënten.

Clienttevredenheidsonderzoek, jaarverslag cliënt- vertrouwens persoon.

In 2017 start de LEVANTOgroep met een nieuwe structuur in het meten van de cliënttevredenheid. Het doel van de meting is inzicht krijgen in de ervaringen van cliënten van de LEVANTOgroep over de geboden dienstverlening. Enerzijds vanwege de bruikbare informatie om de begeleiding te verbeteren, anderzijds vanwege het belang van de externe verantwoording.

Om **continu** op de hoogte te blijven en adequaat op ontwikkelingen in te kunnen springen is er gekozen om per jaar 3x een cliëntervaringsonderzoek te doen, waarbij telkens (steekproefsgewijs) 1/3 van onze cliëntpopulatie wordt ondervraagd.

Elke keer wordt een 15-tal basisvragen, die in nauwe afstemming met cliënten, de cliëntenraad en andere vertegenwoordigers/betrokkenen van cliënten opgesteld zijn, uitgevraagd. Dit om te vergelijken met voorafgaande periodes en daarmee ontwikkelingen in beeld te krijgen.

Daarnaast kunnen we elke (volgende) keer vragen over actuele thema 's toevoegen of verdieping zoeken in de bestaande vragen. De uitkomst van elke 'batch' kan ook aanleiding zijn om in te zoomen op een specifieke regio/voorziening.

Het onderzoek wordt uitgevoerd door Triqs. Dit is een onafhankelijk onderzoeksbureau.

8.2 Elke verpleeghuisorganisatie dient in het kader van onderlinge landelijke vergelijkbaarheid vanaf verslagjaar 2016 minimaal één keer per jaar informatie over de Net Promotor Score 16 (NPS) per locatie (volgens KvK-registratie) van de eigen verpleeghuisorganisatie aan te leveren. Hiervoor mag ook de aanbevelingsvraag van Zorgkaart Nederland gebruikt worden. De informatie met betrekking tot NPS is onderdeel van het jaarlijks kwaliteitsverslag en dien uiterlijk 1 juli volgend op het betreffende verslagjaar aangeleverd te worden bij de Openbare Database van het Zorginstituut door een daartoe ingerichte organisatie die voldoet aan de aanleverspecificaties van het Zorginstituut.

De Net Promotor Score is een vast onderdeel van de cliënttevredenheidsmeting.

Verslag 2018:

- Volgens plan (zie indicatoren in openbare database van zorginstituut)

VERBETERPARAGRAAF

Het interne Kwaliteit Management Systeem zorgt voor een continue verbetercyclus. Met behulp van de (interne en externe) audits wordt getoetst of wat is afgesproken en vastgelegd ook als zodanig wordt uitgevoerd en nagekomen. Tijdens de directiebeoordeling (jaarlijks) wordt getoetst of de afgesproken metingen zijn uitgevoerd (en met welk resultaat/benodigde actie) en of de metingen daadwerkelijk gerelateerd zijn aan de oorspronkelijke strategische doelstellingen. De uitkomsten van audits en directiebeoordeling alsmede eventuele wetwijzigingen kan effect hebben op en leiden tot aanpassingen. Deze worden vertaald en zijn terug te vinden in de jaarlijkse Kaderbrief en jaarplannen.

Acties naar aanleiding van Kwaliteitsplan 2017

Plan 2018 ↓

Verbeteractie	tijd	Wie
Uitbreiding en verdieping lerend netwerk		
<ul style="list-style-type: none">Inventariseren, formaliseren en eventueel uitbreiden van gemaakte werkafspraken	Q1 2018	Programmamanager ouderenzorg
<ul style="list-style-type: none">Scholing verpleegkundigen en verzorgenden in afstemming met zorgorganisaties binnen lerend netwerk	Heel 2018	Programmamanager ouderenzorg / HR

Verslag 2018:

- Deelname aan lerend netwerk is niet geformaliseerd. Er vindt samenwerking plaats met de organisaties waar onze locaties gevestigd zijn. Het zorgkantoor gaat ons ondersteunen in de transitie naar en de het realiseren van de eisen m.b.t. verpleegkliniekc zorg. In augustus 2019 is hiervoor eerste afspraak gemaakt.
- Levanto is een van de samenwerkingspartners binnen het projectplan leerklimaat van het "Convenant Verpleeghuizen Zorgkantoorregio Zuid Limburg"