

Kwaliteitsplan 2019-2022

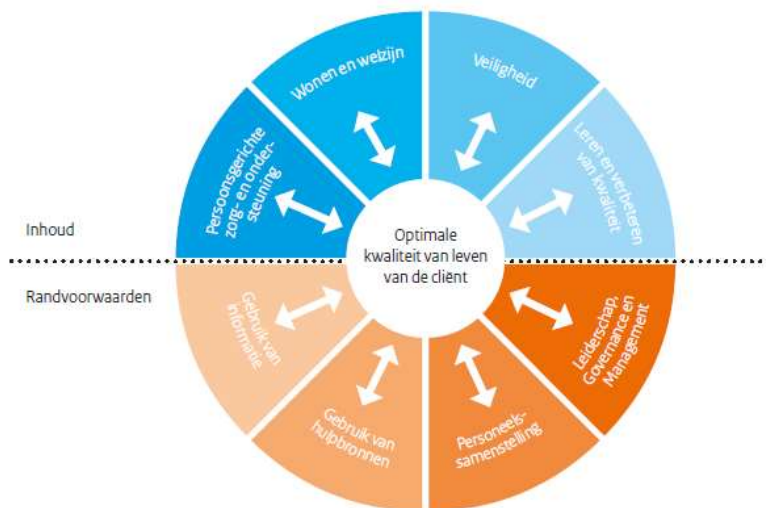
De Leeuwenhof Zorg



Heerhugowaard, mei 2019

Inleiding

Op 13 januari 2017 heeft Zorginstituut Nederland het kwaliteitskader verpleeghuiszorg gepubliceerd. Dit Kwaliteitskader is de kwaliteitsstandaard voor de verpleeghuiszorg. Het is bedoeld om houvast te geven bij het streven naar de beste zorg. Eén van de voorschriften uit dit kwaliteitskader is het uitbrengen van een kwaliteitsplan. Dit is het derde kwaliteitsplan van De Leeuwenhof Zorg en tevens dit keer een meer-jaren kwaliteitsplan 2019-2022. Bij belangrijke veranderingen in bijvoorbeeld personeelsbezetting, wordt deze jaarlijks aangepast. Dit kwaliteitsplan is bedoeld voor alle betrokkenen, zoals (toekomstige) bewoners en hun naasten, (toekomstige) medewerkers, zorgkantoren, de inspectie en overige stakeholders en geïnteresseerden.



In het kwaliteitsplan wordt deze afbeelding gebruikt als schematisch model om dynamisch en ontwikkelingsgericht werken aan de kwaliteit weer te geven. Het betreft vier thema's voor kwaliteit en veiligheid en vier randvoorwaardelijke thema's.

De vier thema's voor kwaliteit en veiligheid zijn:

1 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning. Dit gaat over de wijze waarop de cliënt in alle levensdomeinen uitgangspunt is bij zorg- en dienstverlening. Iemand met een zorg- en ondersteuningsbehoefte is vooral een uniek persoon met een eigen geschiedenis, een eigen toekomst en eigen doelen. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning vindt plaats binnen een relatie tussen cliënt en zijn naaste(n), zorgverlener en zorgorganisatie. De kwaliteit van deze relatie bepaalt mede de kwaliteit van zorg.

2 Wonen en welzijn. Dit gaat over de wijze waarop de organisatie en zorgverleners in hun zorg- en dienstverlening enerzijds oog hebben voor optimale levenskwaliteit en welbevinden van cliënten en betrokken naaste(n) en anderzijds gericht zijn op het bevorderen en ondersteunen hiervan.

3 Veiligheid. Garanderen van basisveiligheid betekent dat een zorgorganisatie met gebruikmaking van relevante professionele standaarden en richtlijnen, vermijdbare schade bij cliënten zoveel mogelijk voorkomt en leert van veiligheidsincidenten. Het gaat om risicobewustzijn en risicoreductie.

4 Leren en verbeteren van kwaliteit. Dit gaat over de wijze waarop de zorgverlener en zorgorganisatie op dynamische en lerende wijze zorg dragen voor optimale zorg en verzorging voor cliënten, daarbij gebruikmakend van de best beschikbare kennisbronnen zoals wetenschappelijke literatuur, professionele richtlijnen, landelijke en lokale data, gesystematiseerde ervaringsgegevens en kwalitatieve informatie.

De vier randvoorwaardelijke thema's zijn:

1 Leiderschap, governance en management. Dit gaat over de aansturing en governance van de zorgorganisatie die faciliterend zijn voor kwaliteit, zoals het beleggen van verantwoordelijkheid, besluitvorming en risicomanagement, en over de strategische, statutaire en financiële verplichtingen.

2 Personeelsamenstelling. Dit gaat over de adequate samenstelling van het personeelsbestand. Hoeveel zorgverleners met welke vaardigheden en competenties zijn nodig om te voorzien in de (fluctuaties in) wensen en behoeften van de cliënten waaraan de zorgorganisatie zorg en ondersteuning biedt?

3 Gebruik van hulpbronnen. Dit gaat over het effectief en efficiënt gebruiken van hulpbronnen om de best mogelijke zorgresultaten en ervaringen te behalen met de beschikbare financiën en middelen.

4 Gebruik van informatie. Dit gaat enerzijds over het actief gebruik maken van informatie rondom de inzet van middelen, voor het leveren, monitoren, managen en verbeteren van zorg, alsook over het op transparante wijze verstrekken van kwaliteitsinformatie aan cliënten, hun naasten en aan de samenleving.

Wij onderschrijven deze thema's en in dit kwaliteitsplan is de invulling van deze thema's herkenbaar. Voor de indeling van dit kwaliteitsplan volgen wij de handreiking van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg:

- Omschrijving zorgvisie en kernwaarden (Hoofdstuk 1: Zorgvisie en kernwaarden);
- Omschrijving doelgroepen, aantal cliënten per doelgroep, leeftijdsverdeling (Hoofdstuk 2: Doelgroep en werkwijze);
- Type zorgverlening, ZZP-verdeling, omzet per doelgroep (Hoofdstuk 2: Doelgroep en werkwijze);
- Aantal locaties (overeenkomend met KvK registratie), zorgomgeving (kleinschalig/grootschalig) en voornaamste besturingsfilosofie (Hoofdstuk 3: Kenmerken locatie);
- Landelijk/stedelijk van aard (Hoofdstuk 3: kenmerken locatie);
- Profiel personeelsbestand/personeelssamenstelling (Hoofdstuk 4: Personeel);
- Hoeveel zorgverleners en vrijwilligers per organisatie-eenheid/doelgroep (Hoofdstuk 4: Personeel);
- Verdeling zorgverleners over functies en niveaus (kolom (para)medisch, psychosociaal, verpleegkundig, verzorgend in de verschillende niveaus 1-3, facilitair, administratief en management, vrijwilligers). Per kolom inzicht in verhouding leerling/gediplomeerden (Hoofdstuk 4: Personeel);
- In- door- en uitstroomcijfers (Hoofdstuk 4: Personeel);
- Ratio personele kosten versus opbrengsten (Hoofdstuk 4: Personeel);
- Situatie, plannen en voornemens, waardering door bestuur en interne stakeholders en hoofdverantwoordelijke per hoofdstuk van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg (Hoofdstuk 5: Beleid);
- Persoonsgerichte zorg en ondersteuning (Hoofdstuk 6);
- Wonen en welzijn (Hoofdstuk 7);
- Veiligheid (Hoofdstuk 8);
- Leren en werken aan kwaliteit (Hoofdstuk 9);
- Leiderschap, governance en management (Hoofdstuk 10);
- Personeelssamenstelling: voldoende en vakbekwaam personeel (Hoofdstuk 4: Personeel);
- Gebruik van hulpbronnen (Hoofdstuk 11);
- Gebruik van informatie (Hoofdstuk 12).

Ten slotte is er de verbeterparagraaf (Hoofdstuk 13) met hierin tevens een beschrijving van samenleren en verbeteren:

- Beschrijving van de verbeterparagraaf per locatie (volgens KvK registratie);
- Beschrijving van op welke wijze en met welke interne en externe partijen plannen per relevante organisatie-eenheid tijdens en na het jaar wordt geëvalueerd en hoe resultaten terugvloeien naar betrokkenen in de zorgorganisatie.

Hoofdstuk 1

Zorgvisie en kernwaarden;

Aandacht. Daar gaat het om in de zorg. Hoe meer aandacht er gegeven wordt, des te beter zal de zorg zijn. Het is een actueel onderwerp op een terrein waar de afgelopen 10 jaar fors is bezuinigd. Waardoor juist die broodnodige aandacht steeds meer onder druk is komen te staan.

Een van de belangrijkste redenen voor Annelies van Breugel om haar vaste baan in de zorg in te ruilen voor het eigen ondernemerschap.

Samen met haar echtgenoot Frans is zij het avontuur aangegaan om een woonzorgvoorziening op te starten voor ouderen met dementie.

Zorg kan zoveel beter. Ik heb in mijn jarenlange ervaring in de zorg genoeg voorbeelden gezien hoe het niet moet. Je ziet dat er simpelweg te weinig tijd is om de juiste zorg en vooral aandacht te geven aan de mensen. Ook heb ik eens gehoord dat een bewoner twee weken niet gedoucht bleek te zijn. Dat kan gewoon niet! En ik neem het de zorgverleners niet kwalijk. Maar wel het systeem. Het geld gaat naar management, niet naar zorg. Daardoor heb je minder tijd voor overdracht, moet je werken volgens een tijdschema waar geen rek meer in zit. En dan zijn de bewoners, de mensen de dupe. Met vereenzaming als gevolg. En dat kan ik niet verdragen.

Met De Leeuwenhof wil ik laten zien dat het ook anders kan. Met veel intermenselijk contact, veel aandacht, liefde en plezier. Dat is waar we ons elke dag voor de volle 100% voor inzetten.

Wij willen een warme plek creëren waar iedereen zich thuis voelt. Met een echt huiskamergevoel waar ruimte is voor persoonlijke wensen. Misschien komt er wel een piano...

En we gaan zelf koken. Elke dag wordt er vers gekookt door het team. En de bewoners mogen altijd meehelpen. Uit ervaring weten we dat ze dat heel fijn vinden. Het hoeft niet maar de ruimte is er wel. Net als met de moestuin waar we meteen mee zullen starten in de lente. Daar kan in gewerkt worden, een beetje schoffelen, de plantjes verzorgen, klein fruit oogsten, dat soort dingen. En genieten van het kleinvee. We hebben straks schapen en geiten en natuurlijk kippen. Elke dag verse eieren van eigen kip! Mooi toch?

Wij weten dat we op een gegeven moment van onze bewoners afscheid zullen moeten nemen.

Daarom is het onze missie om te streven naar een zo mooi mogelijk verblijf in die laatste jaren. En als de dood zich aandient dan zullen we daar iedere keer weer een speciaal moment van maken. Er zal een stiltehoek of herdenkingsplek ingericht worden. En essentieel is dan ook het contact met de familie. Wij willen daar zoveel mogelijk ruimte voor inrichten. Familie is trouwens altijd welkom bij ons. Zij krijgen een eigen pasje voor toegang en via een speciale app blijven ze altijd op de hoogte van hoe het met hun vader of moeder gaat.

Zo blijft de betrokkenheid zo groot mogelijk. En dat werkt altijd positief.

In de gedragscode staan de normen en waarden uitgewerkt zoals respect, drugsvrij en passende kleding

Hoofdstuk 2

Doelgroep en werkwijze

Binnen De Leeuwenhof Zorg zijn er twee locaties, bestaande uit De Leeuwenhof met max. 14 cliënten en De Volle Aandacht met max. 9 cliënten. De doelgroep bestaat uit ouderen met psychogeriatrische beperkingen.. De leeftijd van de cliënten varieert. De meeste cliënten hebben een leeftijd tussen 80 en 90 jaar, maar er wonen zowel jongere als oudere cliënten. Alle cliënten zijn geïndiceerd door het CIZ (Centrum Indicatie Zorg). De zorgzwaarte varieert van ZZP 4 t/m ZZP 7.

De kenmerken van onze zorgverlening hebben we onderverdeeld in vier thema's:

1 Gedreven om de best mogelijke zorg te bieden:

- Kleinschalig: dat wil zeggen maximaal 14 cliënten;
- Persoonlijk geleid: de eigenaar/directie is direct betrokken bij de zorgverlening op de werkvloer;
- Passie, inzet en betrokkenheid staan hoog in het vaandel. Dit blijkt onder andere uit de zorgvisie en kernwaarden en de aandacht die wordt besteed aan behalen van de doelstellingen die hieruit voortvloeien;
- Het is vanzelfsprekend dat de personeelsbezetting is afgestemd op de doelgroep en in overeenstemming is met de missie en visie. Dit is inzichtelijk gemaakt door een toelichting op de personele bezetting met een onderbouwing daarin opgenomen (zie hoofdstuk 4).

2 Actief betrokken bij de brancheorganisatie Riant Verzorgd Wonen:

- We delen actief informatie met collega-voorzieningen;
- We staan ervoor open om collega's te ontvangen om nader kennis te maken;
- We nemen deel aan gezamenlijke bijeenkomsten;
- We nemen op directieniveau deel aan een lerend netwerk;
- We stellen medewerkers in staat om deel te nemen aan reflectiebijeenkomsten als onderdeel van een lerend netwerk.

3 Voldoen aan wettelijke verplichtingen en regelgeving

- We voldoen aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg;
- We voldoen aan IGZ inspectienormen;
- We voldoen aan normen van de inspectie sociale zaken en werkgelegenheid.

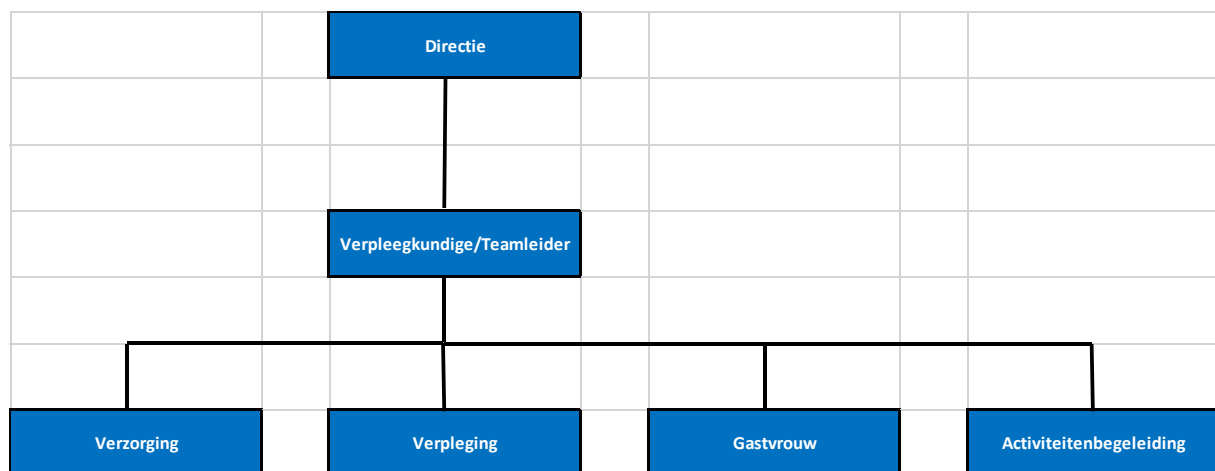
4 Open(baar)heid

- Uitkomsten en analyses van tevredenheidsonderzoeken onder bewoners stellen we ter beschikking aan belanghebbenden;
- Uitkomsten en analyses van tevredenheidsonderzoeken onder medewerkers stellen we ter beschikking aan belanghebbenden;
- We bespreken beleidsaspecten en belangrijke gebeurtenissen en bevindingen met de cliëntenraad en met het personeel of de personeelsvertegenwoordiging.

Hoofdstuk 3 Kenmerken

Onze voorziening is ingeschreven in de Kamer van Koophandel en heeft in overeenstemming met deze inschrijving twee locaties. Conform de in de vorige hoofdstukken beschreven zorgvisie, kernwaarden en werkwijze zijn we een kleinschalige voorziening met een capaciteit van 24 plaatsen verdeeld over twee locaties.

De locatie De Leeuwenhof in Heerhugowaard is landelijk in stedelijk gebied. Deze ligging betekent onder andere dat ondanks de landelijke uitstraling door het ruime erf, de voorzieningen zoals supermarkt en park op loopafstand zijn. Onze tweede locatie De Volle Aandacht is gelegen in het hart van dorpskern Sint Pancras met op loopafstand een nieuwe supermarkt en enkele winkels.



Toelichting op het organigram

De directie bestaat uit twee personen, te weten de directeur algemene zaken en directeur zorg. De directeur zorg en directeur algemene zaken sturen gezamenlijk alle disciplines aan. Zorgtechnische aspecten worden aangestuurd door de directeur zorg. Vervanging bij ziekte en vakantie staat verwoord in onze vervangingsmatrix. Het organigram laat zien dat er sprake is van een platte organisatie met korte lijnen en dat er weinig overhead is. Een en ander in overeenstemming met het meerjarenbeleid en de missie en visie.

Het organigram met de toelichting geeft een goed beeld van onze besturingsfilosofie, die in het kort is te kenmerken als betrokken en bevlogen, waarbij het welbevinden van cliënten en het voldoen aan wettelijke eisen van groot belang zijn.

Hoofdstuk 4 Personeel

Om de zorg te kunnen bieden conform de zorgvisie en om te voldoen aan de wensen en verlangens van cliënten, voldoen we aan de volgende kenmerken. In de tabel staan de medewerkers, onderverdeeld naar discipline. In de tekst daarna staat aangegeven tot welke personele bezetting dit leidt. Peildatum is mei 2019, waarbij te verwachten valt dat de samenstelling de komende 2 jaar enigszins zal veranderen.

Personeelsbestand			
<i>Discipline</i>	<i>loon-dienst</i>	<i>fte</i>	<i>Uren per maand</i>
<i>Verpleegkundige niveau 4</i>	<i>Ja</i>	<i>1,06</i>	<i>165</i>
<i>Verzorgende (IG) niveau 3</i>	<i>Ja</i>	<i>10,67</i>	<i>1665</i>
<i>Helpende plus niveau 3</i>	<i>Ja</i>	<i>3,33</i>	<i>519</i>
<i>Helpende niveau 2</i>	<i>Ja</i>	<i>1,22</i>	<i>190</i>
<i>Gastvrouw niveau 2</i>	<i>Ja</i>	<i>3,28</i>	<i>512</i>
<i>Activiteitenbegeleider niveau 3</i>	<i>ja</i>	<i>0,42</i>	<i>66</i>
<i>SOG</i>	<i>nee</i>	<i>Op afroep</i>	
<i>Gedragsdeskundige</i>	<i>nee</i>	<i>Op afroep</i>	
<i>Vrijwilliger</i>	<i>nee</i>	<i>Variabel</i>	

Personele bezetting per dag in De Leeuwenhof

Dagelijks zetten we de volgende diensten in. Voor zorgwerkzaamheden werken we uitsluitend met bevoegd en bekwame medewerkers.

Dagdiensten Verpleegkundige

- Drie dagen per week van 7.15 tot 13.15 uur

Dagdiensten Verzorgende

- Twee diensten van 7.15 tot 15.15 uur

Dagdiensten Helpende/Verzorgende

- Eén dienst van 8.00 tot 12.00 uur

Dagdienst Gastvrouw

- Twee diensten van 8.00-12.00 uur

Avonddiensten Verzorgende

- Twee diensten van 15.00-23.00 uur

Nachtdiensten Verzorgende

- één van 22.45-07.30 uur

Middag/avonddienst Gastvrouw

- één van 16.00-21.00 uur

Activiteitenbegeleiding

- Drie dagen per week van 10.00-15.00 uur
- Op de overige dagen wordt de activiteitenbegeleiding door de Gastvrouw verzorgd.

Achterwacht

- 24/7 door directeur Zorg of Buurtzorg

De personele bezetting wordt afgestemd op de zorgbehoefte van de gezamenlijke bewoners. De personele bezetting wordt zo nodig uitgebreid. Deze personele bezetting is openbaar en door ons gepubliceerd op onze website.

Waarom vijf diensten in de ochtend en daarna drie diensten in de middag en avond?

Uit ervaring weten we dat de volgende aspecten altijd haalbaar zijn bij deze aantallen.

- tijd nemen voor bewoners bij opstaan en toch niet te laat aan tafel.
- Altijd minimaal één Gastvrouw aan tafel bij de maaltijden.
- ruime bezetting waardoor er mogelijkheden zijn voor extra aandacht aan bewoners en bezoek.
- ruime bezetting waardoor het niet nodig is om te haasten en in alle rust met de bewoners te werken conform zorgleefplan.

Waarom één slaapwacht?

Er zijn normaal gesproken geen werkzaamheden in de nacht. Een slaapwacht is van belang voor incidenteel voorkomende werkzaamheden. Zodra het nodig mocht zijn, wordt de slaapdienst omgezet naar een wakkere dienst.

Personele bezetting per dag in De Volle Aandacht

Dagelijks zetten we de volgende diensten in. Voor zorgwerkzaamheden werken we uitsluitend met bevoegd en bekwame medewerkers. Het aantal diensten is kleiner dan in De Leeuwenhof, omdat er ook minder bewoners (max 9) aanwezig zijn.

Dagdienst Verzorgende

- Dienst van 7.15 tot 15.15 uur

Dagdiensten Helpende

- Eén dienst van 8.00 tot 15:00 uur

Dagdienst Gastvrouw

- Dienst van 8.00 tot 12.30 uur

Avonddienst Verzorgende

- Dienst van 15.00 tot 23.00 uur

Avonddienst Helpende

- Dienst van 15.00 tot 22.00 uur

Nachtdienst Verzorgende

- Dienst van 22.45-07.30 uur

Achterwacht

- 24/7 door directeur Zorg of Buurtzorg

Dankzij onze platte organisatie en korte lijnen kunnen in onze zorgvoorziening de zorggelden optimaal worden benut waarvoor het is bedoeld.

Wij hanteren de volgende kaders voor voldoende en bekwaam personeel, ingedeeld in drie thema's:

1 Aandacht, aanwezigheid en toezicht

- Tijdens de zorg en ondersteuning bij intensieve zorgmomenten (zoals opstaan, naar bed gaan, intake en rond het sterven) zijn er minimaal twee zorgverleners beschikbaar om deze taken te verrichten;
- Tijdens de dag en avond is er permanent iemand in de huiskamer of gemeenschappelijke ruimte om de aanwezige bewoners de benodigde aandacht en nabijheid te bieden en toezicht te houden. Wanneer een bewoner de ruimte moet verlaten is er iemand aanwezig om dit op te vangen. Hierbij nemen we de afbakening tussen professionele verantwoordelijkheid en de inzet van familie en vrijwilligers in ogenschouw;
- In iedere dagdienst, ook in het weekend, is er iemand aanwezig die de juiste kennis en competenties heeft om separaat van de zorgtaken aandacht te besteden aan zingeving/zinnvolle dag-invulling van cliënten;
- De zorgverleners die in direct contact zijn met de cliënten, kennen hun naam, zijn op de hoogte van hun achtergrond en persoonlijke wensen.

2 Specifieke kennis, vaardigheden

- Er is altijd iemand aanwezig die met zijn of haar kennis en vaardigheden aansluit bij de (zorg)vragen en (zorg)behoefte van de cliënten en bevoegd en bekwaam is voor de vereiste zorgtaken;
- Er is 24/7 een BIG geregistreerde verpleegkundige binnen 30 minuten ter plaatse;
- Er is een arts bereikbaar en oproepbaar. Deze arts reageert direct en is uiterlijk binnen 30 minuten ter plaatse;
- Er zijn 24/7 aanvullende voorzieningen beschikbaar voor (on)geplande zorg, vragen of toeneemende complexiteit zoals: opschalen van personeel, inroepen specialist ouderengeneeskunde, overleg medisch specialist of gedragsdeskundige, tijdelijke overplaatsing cliënt, inschakelen Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE), in gang zetten 'meer-zorg' en dergelijke.

3 Reflectie, leren en ontwikkelen

- Er is voor iedere zorgverlener voldoende tijd en ruimte om te leren en te ontwikkelen via feedback, intervisie, reflectie en scholing. Dit is zichtbaar in ons ambitieus opleidingsplan.
- Vanaf 1-1-18 is er voor iedere zorgverlener tijd en ruimte om op gezette tijden mee te lopen bij een collega organisatie uit het lerend netwerk.
- Er is voldoende tijd beschikbaar voor zorgmedewerkers om deel te nemen aan multidisciplinair overleg;
- Een deel van de scholing en deskundigheidsbevordering besteedt aandacht aan methodisch werken;
- Het scholingsbeleid voor zittende en aankomende zorgverleners versterkt hun vakbekwaamheid aantoonbaar en er wordt nadrukkelijke aandacht besteed aan omgaan met zorgdilemma's en adequate zorg bij het levenseinde;
- In de functioneringsgesprekken komen competentie- en loopbaanontwikkeling aan de orde.

Hoofdstuk 5

Beleid

Op basis van missie en visie en aan de hand van succesbepalende factoren hebben we een meerjarenplan vastgesteld (zie bijlage 1). Met behulp van dit meerjarenplan hebben we het jaarplan 2018 met meetbare doelstellingen vastgesteld (zie bijlage 2). Het jaarplan wordt minimaal ieder kwartaal geëvalueerd en jaarlijks wordt over de bevindingen gerapporteerd in het kwaliteitsverslag.

Deze twee beleidsplannen zijn opgesteld met behulp van de negen velden van het INK model. In deze negen velden hebben we de meetbare doelstellingen in relatie tot de hoofdstukken van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg verwerkt.

Hoofdstuk 6

Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Wij hechten eraan om de zorg en ondersteuning voor elke cliënt op maat te maken. Dat wil zeggen dat iedere cliënt kan rekenen op een zorgleefplan dat is gebaseerd op diens unieke persoonlijke wensen en verlangens en dat de professionele zorg voortdurend wordt afgestemd op de actuele noodzaak. Hierna lichten we per thema toe wat iedere cliënt mag verwachten en welke eigenschappen de medewerkers hebben. Onderstaande thema's zijn ontleend aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg en afhankelijk van bevindingen, opgenomen in het opleidingsplan.

Compassie: nabijheid, vertrouwen, aandacht en begrip

- De zorgverleners kennen het verhaal, de behoeften en wensen, de zorgen, problemen en levensvragen van elke cliënt;
- De medewerkers spreken de cliënt aan op de manier die de cliënt prettig vindt;
- De medewerkers praten met cliënten en niet over cliënten;
- De zorgmedewerkers maken echt contact met cliënten;
- De medewerkers hebben aandacht voor familie, naasten en mantelzorgers;
- De zorgverleners hebben inlevingsvermogen en begrip en tonen empathie;
- De zorgverleners beschikken over een breed repertoire aan communicatieve en sociale vaardigheden en beschikken over de juiste kennis en vaardigheden op het gebied van zorg die wordt geleverd;
- De zorgverleners hebben respect voor normen en waarden van de cliënt, naasten en mantelzorgers.

Uniek zijn: gezien worden in persoonlijke context, eigen identiteit.

- Er is aandacht voor wat cliënten belangrijk en zinvol vinden om te doen, ook vanuit levensbeschouwing en om contacten die cliënten willen onderhouden;
- Als een cliënt dat wil, wordt deze hierbij geholpen, met respect voor eigen regie en autonomie;
- Zorgverleners zoeken naar de betekenis van gedrag als een cliënt zich onvoldoende of niet meer kan uitdrukken;
- Medewerkers dragen er zorg voor dat de cliënten zich veilig voelen;
- Medewerkers behandelen cliënten met respect;
- Als er iets te beleven of te ontdekken is, wordt de cliënt daarbij betrokken;
- De cliënten kunnen zoveel mogelijk hun eigen gang gaan, ook als zij geen behoefte hebben om iets te doen;
- Cliënten kunnen zoveel mogelijk hun eigen keuzes maken en kunnen zoveel mogelijk hun leefstijl voortzetten;
- De zorgverlener kent het levensverhaal van elke cliënt en ondersteunt waar mogelijk om dat voort te zetten;
- De zorgverleners kennen de persoonlijke wensen behoeften van en risico's bij de cliënt;
- De zorgverlener is in staat om veranderd gedrag te duiden of om daar adequate hulp bij te vragen;
- De zorgverleners hebben aandacht voor de naaste(n) van de cliënt als onderdeel van zijn eigen leven;
- De zorgverlener kan bij het volgen van professionele richtlijnen en standaarden een goede afweging maken in het licht van de persoonlijke situatie en wensen van de cliënt;
- Dilemma's worden samen besproken en hiervan wordt geleerd.

Autonomie: behoud van eigen regie over leven en persoonlijk welbevinden ook bij zorg in de laatste levensfase

- De cliënten kunnen, zover mogelijk, hun eigen leven vorm en inhoud geven zowel in grote als in kleine onderdelen van de dag.

- Indien een cliënt de regie niet meer kan nemen, krijgen diens naasten de kans om diens ogen en oren te zijn en de wensen te verwoorden of gedrag toe te lichten en te verklaren;
- Met iedere cliënt is bij opname concreet gesproken over zorg rondom het levenseinde. De cliënt heeft aan kunnen geven wat de wensen zijn: wat deze cliënt wel wil (bijvoorbeeld comfort, geen pijn, wel vocht- en voeding) en niet wil (bijvoorbeeld geen antibiotica of bloedproducten, niet beademen, geen ziekenhuisopname);
- De afspraken over zorg rondom het levenseinde zijn ook bekend bij de naasten en worden met de cliënt op regelmatige basis geëvalueerd;
- Zorgverleners laten zich primair leiden door de eigen wensen van de cliënt. Daarbij geldt als uitgangspunt: liever zelf laten doen dan overnemen;
- Cliënten krijgen de kans om zoveel mogelijk zelf sturing over hun leven te houden;
- De zorgverleners wegen met de cliënt en zijn naaste(n) de veiligheidsrisico's af tegen de kwaliteit van leven;
- De zorgverleners bespreken bij opname de wensen van cliënten rondom zorg bij het levenseinde. Wensen worden geïnventariseerd, opgenomen in het zorgplan en actief gedeeld met het multidisciplinaire team. Richtlijnen rondom palliatieve zorg worden gevolgd;
- De wensen van en afspraken met de cliënt worden gedeeld met de naaste(n) en op regelmatige basis opnieuw besproken met de cliënt.

Zorgdoelen: Iedere cliënt heeft afspraken over en inspraak bij de doelen ten aanzien van zijn/haar zorg, behandeling en ondersteuning

- Iedere cliënt heeft een eigen actueel zorgleefplan en een medisch plan dat in samenspraak met de cliënt en desgewenst diens naasten is opgesteld;
- De cliënt geeft aan zich te herkennen in het zorgleefplan en medisch plan, zo niet dan wordt dat besproken met de cliënt en diens naasten;
- De cliënt of diens belangenbehartiger is aanwezig bij het multidisciplinair overleg (MDO), tenzij deze dat niet wil. De cliënt wordt in staat gesteld om zich op het MDO voor te bereiden. De inbreng van de cliënt doet ertoe om de zorgverlening beter af te stemmen op diens behoeften;
- Met de cliënt of diens belangenbehartiger wordt op regelmatige basis besproken of de zorgen behandelafspraken worden nagekomen en of de zorg aan de wensen en behoeften voldoet;
- De specialist ouderengeneeskunde (SOG) maakt met de cliënt en diens naasten concrete afspraken over het zorgbeleid bij het levenseinde;
- Iedere cliënt beschikt binnen uiterlijk zes weken na opname over een zorgleefplan en medisch plan, of zoveel eerder als mogelijk;
- Binnen 24 uur zijn in ieder geval zaken zoals medicatie, dieet, primaire hulpvraag, een eerste contact persoon en handelen bij calamiteiten vastgelegd in een concept zorgleefplan en medisch plan dat na maximaal zes weken definitief wordt;
- Het zorgleefplan wordt opgesteld door tenminste een niveau 3 zorgverlener, die tevens voor deze cliënt is gekoppeld;
- Het medisch plan wordt opgesteld door de SOG;
- De zorgverleners volgen bij het werken met zorgleefplannen de richtlijnen voor gebruik van en multidisciplinair overleg over het zorgleefplan zoals vastgelegd in: www.zorgleefplanwijzer.nl/zlp-informatie/wet-en-regelgeving.html;
- De zorgverleners werken individueel en (multidisciplinair) samen met een actueel zorgleefplan dat ook werkelijk verbinding houdt met de uitvoering van zorg;
- Zorgverleners hebben inzicht in de situatie van de cliënt, inzicht in het zorg- en behandelproces rondom de cliënt en werken hierin samen als multidisciplinair team;
- Zorgverleners kunnen inzicht geven over de zorg aan de cliënt, aan diens naaste(n) en aan collega's;

Hoofdstuk 7

Wonen en welzijn

Naast uitstekende zorg en ondersteuning, zoals beschreven in het vorige hoofdstuk, vinden wij wonen en welzijn belangrijk voor onze cliënten. We streven ernaar dat de wensen en verlangens van de cliënten zoveel mogelijk kunnen worden waargemaakt. Omgaan met beperkingen van cliënten zien wij liever als een uitdaging dan als een beletsel. Hierna lichten we per thema toe wat iedere cliënt mag verwachten en welke eigenschappen de medewerkers hebben. Onderstaande thema's zijn ontleend aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg.

Zingeving

- Er is bij zorgverleners aandacht voor specifieke levensvragen zoals omgaan met verlies van functies, eenzaamheid, rouw, depressie, ouderdom en invulling van de laatste levensfase;
- Indien een cliënt iets kan en wil betekenen voor een ander ondersteunen we dat;
- Het is voor iedere cliënt mogelijk om een geestelijke verzorger te spreken van de eigen levensbeschouwelijke signatuur.

Zinvolle tijdsbesteding

- De cliënt kan iedere dag deelnemen aan verschillende activiteiten, individueel of in groepsverband;
- De cliënten worden gestimuleerd om te bewegen;
- Cliënten kunnen naar buiten als zij dat willen;
- Iedere cliënt kan een leven leiden dat zo veel mogelijk persoonlijk passend is;
- Bij de uitvoering van de dagactiviteiten kan een cliënt begeleiding krijgen van een vrijwilliger of een professional;
- Er wordt bij de tijdsbesteding rekening gehouden met verschil in behoefte aan ondersteuning en zorg.

Schoon en verzorgd lichaam plus verzorgde kleding

- Iedere cliënt ontvangt naar eigen wens en behoefte en in overleg met diens naasten de dagelijkse persoonlijke verzorging van lichaam en kleding (o.a. bed, bad, toiletgang, haardracht, make-up, bril, gehoorapparaat, kledingkeuze).

Familieparticipatie en inzet vrijwilligers

- Zorgverleners geven naasten en andere betrokkenen uit het sociale netwerk van de cliënt de ruimte om in de zorg en ondersteuning te participeren;
- Het beleid rondom vrijwilligers is beschreven en bekend.

Wooncomfort: gastvrijheid, maaltijden, schoonmaak en inrichting

- De inrichting van de woonomgeving is aangepast aan zorg- en ondersteuningsbehoeften (privéruimten, recreatieruimten, gebedsruimte, buitenruimten, verkeersruimten);
- De privé, verkeers- en gedeelde (recreatie)ruimten zijn schoon en veilig;
- Cliënten worden in de gelegenheid gesteld met eigen spullen hun kamer in te richten;
- We houden rekening met menu's en religieuze gewoonten rondom de maaltijd.

Hoofdstuk 8

Veiligheid

Streven naar optimale veiligheid heeft een hoge prioriteit. Het voortdurend streven naar veiligheid zien wij niet los van andere belangrijke waarden. Bijvoorbeeld de afweging die wij maken tussen persoonlijke vrijheid en welzijn aan de ene kant, en persoonlijke veiligheid en risico's aan de andere kant. Veiligheid houdt niet alleen zorginhoudelijke veiligheid in. Andere veiligheidseisen waaraan wij aandacht besteden zijn veiligheid van hulpmiddelen, brandveiligheid, de aanwezigheid van een ontruimingsplan, voedselveiligheid en drinkwaterveiligheid. Ook het bieden van inspraakmogelijkheden aan medewerkers en cliënten en een toegankelijke klachtenregeling zien wij als manieren om veiligheid te bevorderen.

V&VN en Verenso hebben de opdracht gekregen om indicatoren vast te stellen voor basisveiligheid. Op het moment van het opstellen van dit kwaliteitsplan zijn deze indicatoren nog niet gereed. Wij hanteren vooralsnog ten aanzien van basisveiligheid het volgende:

Medicatieveiligheid

- Minimaal tweemaal per jaar organiseren we een medicatiereview met de apotheker en de SOG;
- We analyseren de MIC meldingen minimaal tweemaal per jaar en we besteden aandacht aan de oorzaken van eventuele medicatiefouten. Hierbij betrekken we de medewerkers en zo nodig voeren we een retrospectieve risicoanalyse uit;
- We beperken het antipsychoticagebruik in samenspraak met de SOG zoveel mogelijk en we registreren de prevalentie van het gebruik van antipsychotica om te kunnen vergelijken met voorzieningen uit het lerend netwerk;
- We beperken het antibioticagebruik in samenspraak met de huisarts zoveel mogelijk en we registreren de prevalentie van het gebruik van antibiotica om te kunnen vergelijken met voorzieningen uit het lerend netwerk.

Decubitus en mondzorg

- Er vindt regelmatige monitoring plaats van huid(letsel), voedingstoestand, mondzorg en incontinentieletsel bij alle cliënten;
- Bespreking van de bevindingen van deze monitoring vindt plaats met de medewerkers en met voorzieningen uit het lerend netwerk.

Inzet vrijheidsbeperkende maatregelen

- Indien onvrijwillige zorg is geïndiceerd, betekent dit dat de betreffende cliënt dient te worden overgeplaatst naar een voorziening die hiertoe gemachtigd is;
- Vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) worden niet of met de grootst mogelijke terughoudendheid toegepast. Bij toepassing wordt altijd beoordeeld welke VBM de minste impact hebben op het welzijn van de cliënt, zonder de veiligheid uit het oog te verliezen;
- Indien VBM worden toegepast wordt dit besproken met de cliënt en diens naasten, met de SOG, met de EVV'er en met de directie. Bij besluit om VBM toe te passen wordt een evaluatiedatum afgesproken. Hierbij geldt als uitgangspunt dat de VBM worden afgebouwd. Voor het toepassen van VBM wordt getekend door de cliënt en de SOG;
- Op elke moment is een overzicht van alle VBM voorhanden;
- De bevindingen van het gebruik van VBM worden besproken met de medewerkers en met voorzieningen uit het lerend netwerk.

Ziekenhuisopnamen

- Ziekenhuisopnamen op de Spoedeisende hulp (SEH) worden geregistreerd, zowel in het persoonlijke zorgdossier als op een anonieme lijst per locatie;

- De redenen van het insturen voor SEH worden bijgehouden in de volgende categorieën: vallen, heupfractuur, luchtweginfectie, urineweginfectie, delier, CVA, onbegrepen gedrag en overige;
- De bevindingen van het gebruik met betrekking tot SEH worden besproken met de medewerkers en met voorzieningen uit het lerend netwerk.

Hoofdstuk 9

Leren en werken aan kwaliteit

Voortdurend werken aan het verbeteren van kwaliteit is voor ons de norm. Dit doen we op verschillende manieren en we leggen de bevindingen vast. Deze staan ter beschikking van cliënten, naasten, medewerkers en stakeholders. Hiermee beogen we transparantie en hierdoor leggen we op een natuurlijke manier verantwoording af. Het is dan ook vanzelfsprekend dat dit kwaliteitsplan en het later op te stellen kwaliteitsverslag via onze website worden gepubliceerd.

In overeenstemming met het kwaliteitskader verpleeghuiszorg onderscheiden we vijf elementen die het leren en werken aan kwaliteit bevorderen:

1 Kwaliteitsmanagementsysteem

- We hebben medio 2019 een HKZ/ISO gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem;
- In dit kwaliteitssysteem zijn de verantwoordelijkheden en bevoegdheden vastgelegd;
- Verantwoording afleggen is ingebed in de processen met de daaraan vastgelegde taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden.

2 Jaarlijks geactualiseerd kwaliteitsplan

- Dit is ons derkde kwaliteitsplan;
- Dit kwaliteitsplan is opgesteld in samenwerking met cliënten en naasten, huisarts, SOG, zorg-medewerkers en directie;
- Jaarlijks zullen we dit kwaliteitsplan actualiseren.

3 Jaarlijks kwaliteitsverslag

- Vanaf 2019 volstaat een meer-jaren kwaliteitsplan tot 2022. Belangrijke wijzigingen zullen jaarlijks worden aangepast;
- Dit kwaliteitsverslag zal gebaseerd zijn op de evaluatie van de doelstellingen en inhoud van dit kwaliteitsplan, inclusief feedback op dit kwaliteitsplan door de collega organisaties uit het lerend netwerk. Het volgt de hoofdstukken van het kwaliteitsplan;
- Cliëntraadpleging als informatiebron voor de evaluatie van zorg is een vast onderdeel van het kwaliteitsverslag;
- Het concept kwaliteitsverslag bespreken we vóór vaststelling met cliëntenraad, medewerkers en met tenminste twee collega zorgorganisaties uit het lerend netwerk;
- Jaarlijks zullen we een actueel kwaliteitsverslag presenteren, onder andere op onze openbare website.

4 Continu werken in de praktijk aan verbeteren door zorgverleners

- Zorgverleners zijn in de praktijk nauw betrokken bij het maken van het kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag en werken zo op cyclische en ontwikkelingsgerichte wijze mee aan verbetering;
- Kort-cyclische feedback, continue reflectie en dialoog worden gestimuleerd en vinden in een open klimaat plaats.

5 Lerend netwerk

- Wij maken deel uit van een lerend netwerk, te weten met Riant Verzorgd Wonen. Deze collega zorgorganisaties vallen onder een andere rechtspersoon en hebben een andere Raad van Bestuur;
- Bij de keuze van deze netwerkpartners stond het leren en de praktische werkbaarheid centraal;
- In dit netwerk werken we in ieder geval samen rondom het kwaliteitsplan en het kwaliteitsverslag met verbeterparagraaf;
- In dit netwerk vindt actieve onderlinge uitwisseling in openheid plaats. Dit geldt voor zowel medewerkers als directies;

- Er is voor alle zorgverleners en directie tijd en ruimte beschikbaar om op gezette tijden mee te lopen bij een collega organisatie uit het lerend netwerk. Dit gebeurt als volgt: tijdens elke netwerkbijeenkomst organiseren we een “speeddate”. Daarna kunnen alle deelnemers aangeven waar en met welk doel men wenst mee te lopen. Dit wordt vervolgens geïnventariseerd en georganiseerd.

Hoofdstuk 10

Leiderschap, governance en management;

Bij ons is er geen sprake van een Raad van Bestuur (RvB) maar van een directie. Deze directie heeft dezelfde bevoegdheden als een gemiddelde RvB. In onze directie is de professionele inbreng gegarandeerd omdat een ervaren Verzorgende IG deel uitmaakt van de directie. De directie loopt dagelijks mee in het primair proces. De directie ziet erop toe dat de onderwerpen van dit kwaliteitsplan in praktijk worden gebracht en neemt maatregelen als dit onverhoopt nodig wordt bevonden. Gezien de grootte van onze organisatie hebben we besloten om de verpleegkundige adviesraad onderdeel te laten zijn van het lerend netwerk. Hiervoor wordt tijdens bijeenkomsten van het lerend netwerk tijd ingeruimd.

Wij hanteren de Zorgbrede Governance Code.

Onderstaande zes thema's zijn kenmerkend voor ons leiderschap:

1 Visie op zorg

- De in hoofdstuk 1 beschreven zorgvisie is in samenspraak met belanghebbenden opgesteld en vormen een meerwaarde voor cliënten en hun naasten;
- Deze zorgvisie en kernwaarden zijn tevens opgenomen in het meerjarenplan en het jaarplan, die de strategische koers van de organisatie weergeven.

2 Sturen op kernwaarden

- De in hoofdstuk 1 beschreven kernwaarden zijn in samenspraak met belanghebbenden opgesteld en vormen een meerwaarde voor cliënten en hun naasten;
- Wij stellen de persoonsgerichte zorg en ondersteuning centraal en borgen de veiligheid van de cliënt te allen tijde;
- Met het opleidingsplan creëren wij de randvoorwaarden voor het vakmanschap van onze zorgverleners;
- Met behulp van synergie tussen cultuur en regels, creëren we een cultuur van waaruit de juiste zaken geregeld worden en het gewenste gedrag wordt bevorderd.

3 Leiderschap en goed bestuur

- De directie stelt zich ondersteunend, faciliterend en transparant op naar alle zorgverleners, cliënten en naasten;
- De directie draagt zorg voor verbinding met en tussen binnen- en buitenwereld van de organisatie;
- De directie heeft overzicht op de verantwoordelijkheden van de organisatie en specifiek ook op verantwoordelijkheden ten aanzien van kwaliteit;
- De directie grijpt tijdig in als dat voor borging van de veiligheid en kwaliteit van de zorg noodzakelijk is, alsmede voor aspecten die de kwaliteit van leven van cliënten ondersteunen;
- De directie zorgt ervoor dat opbouw en omvang van het personeelsbestand in overeenstemming is met de visie, taken en doelgroep.

4 Rol en positie interne organen en toezichhouder(s)

- De directie faciliteert het werk van de cliëntenraad;
- De directie werkt volgens wettelijke kaders van Wet op de Ondernemingsraden (WOR) en de Wet Kwaliteit klachten en geschillen in de zorg (WKKGZ);
- De directie stimuleert inhoudelijke input op het beleid, D.m.v. teamoverleg, personeelsvertegenwoordiging en een luisterend oor.

5 Inzicht hebben en geven

- De directie neemt de regie over het dynamisch kwaliteitsontwikkelp proces zoals beschreven in dit kwaliteitsplan;
- De directie verantwoordt zich over dit kwaliteitsplan in een jaarlijks kwaliteitsverslag;
- De directie speelt een actieve rol bij totstandkoming en actief onderhouden van het lerend netwerk;
- Wij hebben duidelijke afspraken gemaakt over de verantwoordelijkheidsverdeling tussen zorgverleners in de keten;
- De directie is direct betrokken bij en actief in het primaire proces, waardoor er gevoel blijft met de kwaliteit van zorg en het werk op de werkvloer.

6 Verankeren van medische, verpleegkundige en psychosociale expertise

- Professionele inbreng in het aansturen van de organisatie is geborgd door professionele inhoudelijke kennis in de leiding en aansturing van de organisatie;
- Professionele inbreng door een SOG is als volgt geregeld: Samenwerking met Geriant (Geriant is een organisatie met specialisten voor ouderen geneeskunde)

Hoofdstuk 11

Gebruik van hulpbronnen

Onderstaande hulpbronnen zijn in de voorgaande hoofdstukken van dit kwaliteitsplan niet expliciet beschreven. Een compacte omschrijving van een aantal belangrijke hulpbronnen staat in dit hoofdstuk. Hierbij is vastgelegd hoe deze hulpbronnen dienend zijn aan het primair proces. Ook hiervoor geldt dat we de stappen van samen leren en verbeteren hierop toepassen.

Gebouwde omgeving

De Leeuwenhof, betreft een monumentale stolpboerderij uit 1633 die speciaal is ingericht voor onze doelgroep. Verder is er een ruim erf van 5700 m². Hoewel een landelijke uitstraling heeft, zijn de voorzieningen allemaal op loopafstand.

De Volle Aandacht, betreft een voormalige bakkerij verbouwd tot woonzorgvoorziening, speciaal ingericht voor onze doelgroep.

Technologische hulpbronnen

We gebruiken van een domotica-systeem ter ondersteuning van de Zorg.

Materialen en hulpmiddelen

Wij hebben de beschikking over tilliften. Rolstoelen zijn in eigendom van de bewoners zelf.

Facilitaire zaken

Elke woongroep heeft een eigen keuken, waar dagelijks vers wordt gekookt. Indien gewenst samen met de bewoners.

Financiën en administratieve organisatie

We hebben een externe accountant voor het opstellen van de jaarrekening en financieel advies.

Professionele relaties

We hebben een contract met Geriant voor scholing, ondersteuning en advies.

Hoofdstuk 12

Gebruik van informatie.

De volgende drie thema's onderscheiden we als het gaat om het gebruik van informatie:

1 Verzamelen en delen informatie waaronder cliëntoordelen

- We verzamelen ieder jaar cliëntervaringen middels een erkend instrument. Dit instrument meet de subjectief ervaren bijdrage van de organisatie aan de kwaliteit van leven van de cliënt;
- Ieder jaar publiceren we de Net Promotor Score. Deze score nemen we ook op in het jaarlijks kwaliteitsverslag;
- We leveren gegevens aan conform de aanleverspecificaties van het Zorginstituut;
- De Informatie ten behoeve van de persoonsgerichte zorg en ondersteuning wordt op efficiënte wijze verzameld tijdens het zorgproces en wordt gebruikt om te plannen en te verbeteren;
- Bij het verzamelen, vastleggen en beheren van data en informatie hanteren we (Wettelijke) vastgestelde privacy- en veiligheidseisen. Dit geldt ook voor het uitwisselen van en reflecteren op kwaliteitsinformatie tussen interne en externe stakeholders.

2 Benutten en optimaliseren bestaande administratiesystemen

- Het medicatiesysteem van de apotheker is voorwaardelijk voor een goed zorg- behandel- en ondersteuningsproces;
- Dit systeem van medicatieveiligheid en systematisch inzicht in aard en omvang geeft ondersteuning bij ongeplande ziekenhuisopnames;
- Aanvullende gegevensverzameling vindt niet plaats of is slechts bij uitzondering aan de orde.

3 Openbaarheid en transparantie

- Dit kwaliteitsverslag is openbaar toegankelijk via o.a. de website en de Openbare Database van Zorginstituut Nederland.

Hoofdstuk 13

Verbeterparagraaf

We stellen alles in het werk om de doelstellingen die in dit kwaliteitsplan zijn beschreven waar te maken. Periodiek evalueren we de voortgang en indien nodig stellen we ons beleid bij om de doelstellingen te behalen.

Bij het maken van dit kwaliteitsplan voorzien we de volgende verbeterdoelen om de doelstellingen te behalen:

Oprichten stichting “Vrienden van...”; en HKZ-ISO certificering kwaliteitssysteem.

Minimaal viermaal per jaar evalueren we in het MT de voortgang van de verbeterplanning. De bevindingen hierbij bespreken we in de cliëntenraad en met de medewerkers. Door middel van notulen zijn de overige gremia in staat om de voortgang te volgen.