

Zorgcentrum voor meer  
verzorging behoevende ouderen



## Kwaliteitsplan 2019

Proceseigenaar	RvB
Versie	2.1
Status	Definitief
Gebruiker	Stichting Zorgresidence Regina
Handtekening akkoord	
Vastgesteld	31 december 2018

## Inhoudsopgave

1	Inleiding .....	4
1.1	Profiel Stichting Zorgresidence Regina .....	4
1.2	Profiel personeelsbestand en personeelssamenstelling .....	9
1.3	Leeswijzer .....	10
2	Kwaliteit en veiligheid .....	11
2.1	Persoonsgerichte zorg en ondersteuning .....	11
2.1.1	Inleiding .....	11
2.1.2	De werkwijze van SZR .....	11
2.1.3	Uitdagingen voor SZR .....	12
2.2	Wonen en welzijn .....	13
2.2.1	Inleiding .....	13
2.2.2	De werkwijze van SZR .....	13
2.2.3	Uitdagingen voor SZR .....	14
2.3	Veiligheid .....	15
2.3.1	Inleiding .....	15
2.3.2	De werkwijze van SZR .....	15
2.3.3	Uitdagingen voor SZR .....	16
2.4	Leren en verbeteren van kwaliteit .....	18
2.4.1	Inleiding .....	18
2.4.2	De werkwijze van SZR .....	18
2.4.3	Uitdagingen voor SZR .....	19
3	Randvoorwaarden .....	20
3.1	Leiderschap, governance en management .....	20
3.1.1	Inleiding .....	20
3.1.2	De werkwijze van SZR .....	21
3.1.3	Uitdagingen voor SZR .....	22
3.2	Personeelssamenstelling .....	23
3.3	Gebruik van hulpbronnen .....	24
3.3.1	Inleiding .....	24



3.3.2	De werkwijze van SZR.....	24
3.3.3	Uitdagingen voor SZR .....	26
3.4	Gebruik van informatie .....	27
3.4.1	Inleiding .....	27
3.4.2	De werkwijze van SZR.....	27
4	Plan van aanpak.....	28

## 1 Inleiding

### 1.1 Profiel Stichting Zorgrésidence Regina

De achter ons liggende jaren is veel gewijzigd binnen de zorg in het algemeen en binnen de zorg- en dienstverlening van de complex-intensieve (chronische) verpleeghuiszorg in het bijzonder.

Het profiel van zorgvraag en zorgaanbod van Stichting Zorgrésidence Regina (SZR) zal zich steeds meer richten op gespecialiseerde zorg voor specifieke doelgroepen, waarbij wij ons specifiek richten op Wlz-zorg, profielen vier tot en met zeven.

Bij toenemende zorgzwaarte (naar complexiteit en intensiteit) van een toenemend kwetsbare bewoner (hoge leeftijd en comorbiditeit) zullen opnieuw hogere eisen aan zowel de professionaliteit van de organisatie alsook aan die van de individuele medewerkers worden gesteld. Juist deze combinatie is een uitdaging voor de organisatie in een wereld waarbij kwaliteitseisen opgelegd en gehandhaafd dienen te worden, zonder dat de financiële middelen hiervoor al geheel beschikbaar zijn.

In voorgaande decennia werd in de zorg- en dienstverlening van complex-intensieve (chronische) verpleeghuiszorg thematisch aandacht gegeven aan welzijn, woon- en leefklimaat. Naast de privacy verruimende renovaties/ vernieuwbouw kreeg de bewoner als unieke persoon positie (bejegening, levensverhaal, zingeving, zorgleefplan, bewoner als klant, et cetera) en zagen we ontwikkelingen als belevingsgerichte zorg, leefstijlgroepen, kleinschalig groepswonen, et cetera.

Mede gevoed door het in de media uitlichten van incidenten en tekortkomingen in de sector en hierop reagerende toezichtsystemen heeft er in de laatste jaren een heroriëntatie plaatsgevonden op de kwaliteitseisen van de basiszorg. Thema's als veiligheid, risicopreventie, hygiëne- en infectiepreventie, et cetera (in de context ook van professionele taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden) kregen positie.

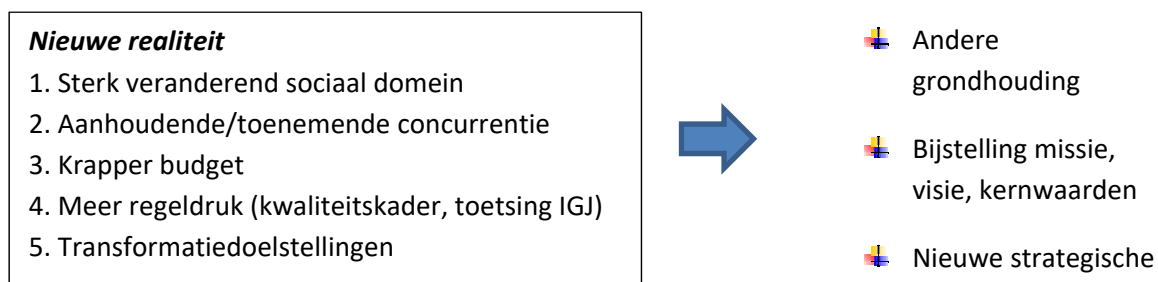
De externe verantwoordingseisen op deze thema's leidden tot een forse administratieve lastendruk in het primaire zorgproces en verarming in het intermenselijk contact. Waar wij deze lastendruk de afgelopen jaren zoveel mogelijk beperkt gehouden hebben, zal onder druk van toezichthouders meer geïnvesteerd moeten worden in meet-, registratie- en verantwoordingssystemen, om aan te kunnen tonen dat voldaan wordt aan binnen de sector bestaande kwaliteitseisen.

Voor SZR heeft bovenstaande grote gevolgen.

Er is minder geld beschikbaar en er is aanhoudende dan wel toenemende concurrentie. De regeldruk neemt toe en omgang met contracten en relaties is een subtiele zaak geworden. Ook zijn er veel meer stakeholders waartoe SZR zich heeft te verhouden. Het zijn spannende en onzekere tijden voor medewerkers, terwijl de vraag van bewoners blijft bestaan en de zorg gewoon door moet gaan. Wij hebben in de achter ons liggende periode, ondanks de lopende discussie met de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) onvoldoende proactief geanticipeerd op deze "nieuwe realiteit".

SZR is anno 2018 een relatief financieel zwakke organisatie, die specialist is in de complex-intensieve (chronische) verpleeghuiszorg met een kwalitatief hoogwaardige productcatalogus, betrokken personeel en tevreden bewoners. De uitdagingen zijn echter ook duidelijk: voldoen aan de eisen die IGJ gesteld heeft, het vergroten van het aantal bewoners tot gemiddeld 30 en het aantrekken van voldoende, gekwalificeerd personeel.

Omgaan met deze “nieuwe realiteit” vraagt veel van de organisatie, maar is noodzakelijk om onze missie uit te kunnen blijven voeren.



### Cultuur

In de cultuur van SZR en de grondhouding van ieder die bij SZR werkt, moet de nieuwe realiteit zijn weerslag krijgen. De grondhouding die SZR van haar medewerkers verlangd is als volgt:



### Missie

De missie van SZR is als volgt in 2018 uitgesproken

*SZR is een toonaangevende zorginstelling, waar we zorgen voor elkaar en met elkaar. Onze inzet is dat elke bewoner zich thuis en veilig voelt bij ons. En waar de bewoner ondersteuning krijgt om de eigen regie te behouden. De bewoner ervaart dat het wonen en verzorgd worden in SZR informeel, warm en gemoedelijk is. SZR is daarbij een lerende organisatie die voortdurend in ontwikkeling is. De medewerkers zijn betrokken, staan op een deskundige wijze klaar en hebben oog voor het welzijn van de bewoner.*

## **Kernwaarden**

De waarden waardoor SZR zich laat leiden zijn:

-  Zekerheid
-  In contact
-  Mogelijkheden

Verbetering van de sociale kwaliteit en de veiligheid van de leefomgeving staan voorop. Voor SZR is welzijn van de bewoner inhoud geven aan het dagelijkse leven. Voor een positieve welzijnsbeleving is het van belang dat er een uitdagende balans is tussen wensen en competenties van een individu. Dit kan als de mens zich uitdaagt en zich laat uitdagen door de omgeving. De visie op welzijn is gebaseerd op drie waarden: zekerheid, contact en mogelijkheden.

### *Zekerheid*

Ieder mens wil zekerheden in zijn bestaan. Weten wat je te wachten staat, van een ander op aan kunnen, vertrouwen. Je zeker voelen, het zelfvertrouwen, wordt versterkt door de erkenning dat je mag zijn wie je bent. Een inspirerend zelfbeeld is nodig om inhoudelijk de eigen levensloop te kunnen aansturen. Erkenning en zelfvertrouwen refereren naar tevreden zijn met jezelf en je omgeving, vrede gevonden hebben met het verleden en het heden de moeite waard vinden.

Het geestelijk welbevinden betekent grip op het leven hebben ook in tijden van verliessituaties, zoals achteruitgang, veranderde woonomgeving en rouwverwerking. Door aandacht en ondersteuning te bieden worden individuele behoeften gehoord, gezien en erkend. Structuur geeft de zekerheid in de zin van weten waar je aan toe bent, geen saaie structuur van iedere dag hetzelfde maar een gevarieerde afwisseling met een zeker ritme, een planning en voorkennis. Zekerheid is ook vertrouwen hebben in je eigen lichaam. Het ervaren van motorische en zintuiglijke competentie en tevreden zijn met je uiterlijk.

Het comfort in huis, adequate kleding, gezonde voeding, het inkomen enz. geven de materiele zekerheid. De omgeving bestaande uit mensen en dingen en het zelfvertrouwen dragen bij aan een veilig en geborgen leefmilieu.

### *Contact*

Relaties ofwel sociale contacten zijn onmisbaar in ieders leven. Een mens beleeft zichzelf in relatie tot anderen. Denk aan familie, vrienden, vereniging en buurt. Door het sociale welbevinden ervaart men er nog bij te horen. Binnen een leefstijl is er een eigen culturele identiteit. Daarbij horen gemeenschappelijke herkenbare activiteiten die aansluiten bij behoeften en doelen van het individu.

Wetend dat je iets voor een ander kunt betekenen geeft zin aan het leven. Maar ook herinneringen kunnen heel waardevol zijn en zin genereren. Door terug te kijken zien we wie we zijn, waardoor we zo geworden zijn en wat dit voor onze toekomst betekend. Zingeving wordt niet bedacht en al

evenmin aangeleerd of geregeld – zin wordt ervaren. Bij dat ervaren gaat niet om regels en principes, maar om aandacht en betrokkenheid.

### *Mogelijkheden*

Een mens wil aangesproken worden op zijn kunnen of, alleen maar, op zijn aanwezigheid. We creëren met onze wensen en mogelijkheden onze eigen persoonlijke omgeving. We bakenen hiermee ook ons terrein van mogelijkheden af. Door goed om te gaan met ziekte en beperkingen doen we een appel op onze competenties. We gaan uit van de mogelijkheden in plaats van beperkingen.

In het dagelijks gebeuren geven we vorm en inhoud aan de dag. Het dagelijks leven is altijd een ontmoeting met mensen en dingen. Zij doen een appel op ons. Ze verschaffen als het ware het materiaal waarmee we onze dag vorm en inhoud geven. Tegelijkertijd zijn we medespeler in het levensverhaal van anderen. Het levensverhaal is het verhaal waardoor de eigen identiteit begrepen en gereflecteerd wordt.

### **Visie**

Een heldere visie is als een kompas. Het geeft richting, helpt ons de juiste keuzes te maken. Het geeft medewerkers en stakeholders zicht op wat wij belangrijk vinden en waarin we ons onderscheiden.

Om onze missie te realiseren hebben we een visie geformuleerd die vertaald is naar zeven punten en geschreven is in de jij-vorm om direct medewerkers en andere stakeholders aan te spreken:

- ✚ Elke bewoner is uniek  
De relatie tussen jou en de bewoner bepaalt de kwaliteit van leven en van zorg. Jij maakt samen met de bewoner afspraken die antwoord geven op de behoefte van de bewoner
- ✚ Eigen regelvermogen  
Als professional krijg je een maximaal eigen regelvermogen en goede ondersteuning in jouw professioneel handelen. Hierdoor ben je in staat goede kwaliteit van zorg te leveren. De faciliterende organisatie helpt je hierbij.
- ✚ Deskundige professional  
SZR vertrouwt op jouw deskundigheid als professional. Je neemt zelf verantwoordelijkheid voor behoud en verbeteren van kennis en kunde, vorm en inhoud geven aan de kwaliteit en veiligheid van zorg. Natuurlijk binnen de gestelde kaders en wet- en regelgeving.
- ✚ Kwaliteitsverbetering  
Samen met de organisatie ben je gefocust op continue kwaliteitsverbetering vanuit bewonersperspectief en haar omgeving.

- + **Kennis delen**  
 SZR faciliteert dat jij en het team de ervaringen over kwaliteitsverbetering en specifieke kennis en kunde kunnen delen met anderen.
- + **Regels en procedures**  
 Houd het simpel. Om het zorgproces zo eenvoudig mogelijk te organiseren zijn we terughoudend met het opleggen van centrale regels en procedures.
- + **De gebruiker bepaalt**  
 Ontwikkeling en invoering van nieuwe methodes en instrumenten gebeurt altijd in samenspraak met de gebruiker of belanghebbende.

### Doelgroepen

SZR is een aanbieder van complex-intensieve multidisciplinaire zorg (zonder behandeling) met verblijf. De locatie van SZR bevindt zich in Velp aan de Arnhemsestraatweg 21, waar appartementen gerealiseerd zijn voor zorgverlening. Bovendien staat in de onmiddellijke nabijheid ook een zorgwoning ter beschikking van onze bewoners. Aan de hand van de kernbegrippen geeft SZR zorg en inhoud aan de doelgroep psychogeriatricie (PG) aangevuld met de doelgroep somatiek (SOM) voor zover als tweede indicatiegrondslag bij onze bewoners aanwezig.

In haar beleid stelt SZR vanuit haar visie op zorg- en dienstverlening de bewoner centraal. SZR stelt zich ten doel om op zo kort mogelijke termijn, naar tevredenheid van de bewoner en in toenemende mate de directe familie van de bewoner, tot een passend zorgaanbod te komen.

*Tabel 1: Gegevens locatie*

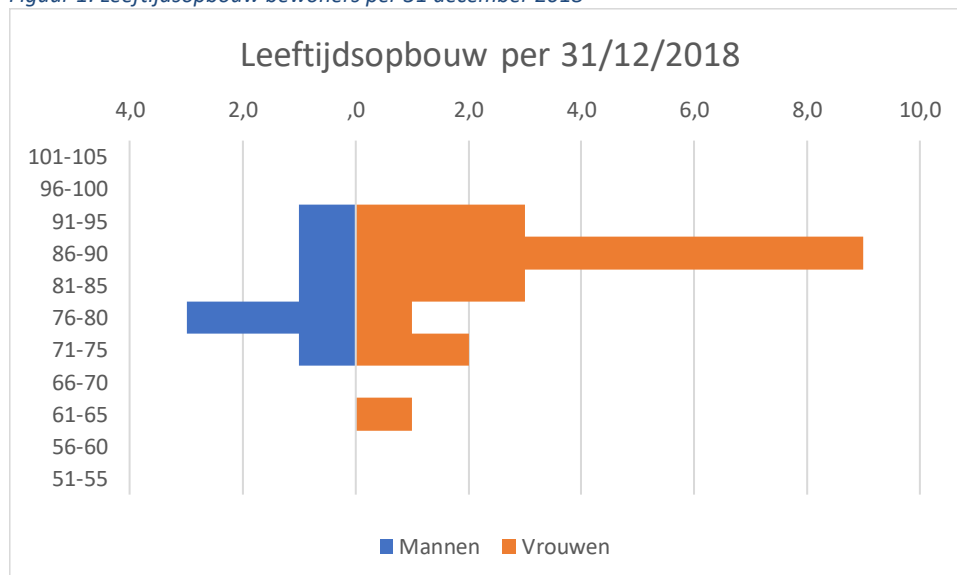
Locatie	Doelgroep	Capaciteit
<b>Regina, Arnhemsestraatweg 21, Velp</b>	PG (SOM 2 <sup>e</sup> grondslag)	31

*Tabel 2: Gemiddelde leeftijd op 31 december 2018*

Locatie	Aantal bewoners	Leeftijd
<b>Regina, Arnhemsestraatweg 21, Velp</b>	26	84,29



Figuur 1: Leeftijdsopbouw bewoners per 31 december 2018



## 1.2 Profiel personeelsbestand en personeelssamenstelling

Het zorgteam van SZR bestaat naast de specialisten en de eindverantwoordelijken voor de zorg uit:

Omschrijving	Functies	Beschrijving
Verpleegkundigen	Hoofd zorg, plaatsvervangend hoofd zorg, nachtverpleegkundigen	Leidinggevenden onder verantwoordelijkheid van de huisartsen verantwoordelijk voor de dagelijkse gang van zaken op zorggebied binnen het huis
Niveau III	EVV, verzorgende	Medewerkers verantwoordelijk voor een beperkt aantal bewoners
Niveau II	Helpende	Uitvoerende zorghandelingen onder verantwoordelijkheid van de EVV-er, verpleegkundige
Niveau I	Zorghulp	Ondersteunende handelingen onder verantwoordelijkheid van de EVV-er, verpleegkundige

Het gehele team bestaat per 31 december 2018 uit:

4 verpleegkundigen, FTE 3,25

9 medewerkers niveau III, FTE 6,41

17 medewerkers niveau II, FTE 11,31

1 medewerker niveau I, FTE 0,83

3 medewerkers activiteitenbegeleiding, FTE 2,17

2 medewerkers keuken, FTE 0,96

4 medewerkers huishouding, FTE 2,16

Bij een volledige bezetting van het huis worden navolgende diensten gedraaid:

A1: 4 diensten van 07:30 uur tot 13:00 uur

A2: 2 diensten van 07:30 uur tot 14:00 uur

A3: 2 diensten van 07:30 uur tot 15:00 uur

B : 2 diensten van 15:00 uur tot 20:00 uur

C : 2 diensten van 14:00 uur tot 22:30 uur

W : 2 diensten van 22:30 uur tot 07:30 uur




AC: 1 dienst van 08:30 uur tot 16:30 uur

K : 1 dienst van 07:30 uur tot 13:00 uur

H : 1 dienst van 07:30 uur tot 16:30 uur

### 1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 beschrijven we op de thema's 'Kwaliteit en Veiligheid' en in hoofdstuk 3 de 'Randvoorwaarden van het kwaliteitskader':

-  in de inleiding: de verwachting die het kwaliteitskader heeft;
-  in de werkwijze: de wijze waarop SZR daar invulling aan geeft
-  in de uitdagingen: de verbeterpunten die SZR benoemd heeft.

In hoofdstuk 4 benoemen we de verbeterpunten en beschrijven we een plan van aanpak voor deze verbeterpunten, oftewel de verbeterparagraaf.

## 2 Kwaliteit en veiligheid

### 2.1 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

#### 2.1.1 Inleiding

Bewoners bij SZR zijn meer dan hun zorgvraag. SZR zet zich in om de bewoner te versterken, waarbij de zorg is afgestemd op het individu. De ondersteuning past bij de wijze waarop de bewoner dat wenst, zonder voorbij te gaan aan persoonlijke of professionele waarden en voorschriften. Dit vraagt om maatwerk.

In het kwaliteitskader gaat het bij persoonsgerichte zorg en ondersteuning over de wijze waarop de bewoner in alle levensdomeinen (compassie, uniek zijn, autonomie, zorgdoel) uitgangspunt is bij de zorg- en dienstverlening. Het doel is om de kwaliteit van leven van de bewoner zo optimaal mogelijk te laten zijn. Binnen de relatie tussen bewoner, zorgverleners en zorgorganisatie komt dit optimaal tot zijn recht. In het kwaliteitskader is dit thema uitgewerkt in verwachtingen die een zorgorganisatie uitvoert, namelijk:

1. De zorg- en dienstverlening heeft een multidisciplinair karakter;
2. Goede afspraken en een goede samenwerking liggen vast in een zorgleefplan. Iedere bewoner beschikt binnen 24 uur over een zorgleefplan (ZLP), waarin in ieder geval is opgenomen: medicatie, dieet, primaire hulpvraag, 1e contactpersoon en afspraken over hoe te handelen bij calamiteiten. Het opstellen van een ZLP gebeurt door in ieder geval een EVV-er;
3. De zorg wordt geleverd vanuit vier thema's: compassie, uniek zijn, autonomie en zorgdoelen.

#### 2.1.2 De werkwijze van SZR

De vier hierboven genoemde thema's sluiten aan bij de kernbegrippen van SZR. De wijze waarop SZR invulling geeft aan persoonsgerichte zorg en ondersteuning is dat iedere bewoner binnen 24 uur een voorlopig multidisciplinair ZLP heeft, opgesteld door een EVV-er, waar nodig aangevuld door de verantwoordelijke huisarts en geaccordeerd door het hoofd zorg. Het ZLP bevat in ieder geval:

- ✚ De primaire hulpvraag
- ✚ Medicatie
- ✚ Het dieet
- ✚ De gegevens van de eerste contactpersoon
- ✚ Afspraken over wat te doen bij calamiteiten.




Het voorlopig ZLP wordt na maximaal vijf dagen ondertekend door de bewoner of diens vertegenwoordiger.

Het ZLP wordt binnen zes weken omgezet in een definitief multidisciplinair ZLP na een multidisciplinair overleg (MDO). Het uitgangspunt van het ZLP is te allen tijde de bewoner, zijn/haar wensen en (persoonlijke) vragen, gewoontes en voorkeuren, normen en waarden. Het ZLP wordt door de bewoner (of diens vertegenwoordiger) geaccordeerd. Dit MDO heeft een multidisciplinair karakter en wordt bij voorkeur gehouden in aanwezigheid van de bewoner (of diens vertegenwoordiger). Het ZLP is opgesteld op basis van de vier domeinen.

Het MDO wordt in ieder geval gecontinueerd met een minimum van eenmaal per half jaar, of zoveel vaker als nodig is op basis van de PDCA-cyclus. Bij ongewijzigd beleid wordt dat vastgelegd in het ECD van de bewoner. Bij grote zorginhoudelijke wijzigingen wordt opnieuw een ZLP gemaakt en ondertekend door de bewoner of diens vertegenwoordiger.

De vier domeinen vormen het fundament voor het ZLP. Het per december 2017 opgestarte elektronisch ECD biedt hierbij nog onvoldoende digitale ondersteuning, maar de insteek is dat uiteindelijk dit ECD voldoende basis geeft om alle vragen omtrent de bewoner te kunnen beantwoorden. In het ECD zijn toelichtingen gegeven wat onder de domeinen verstaan wordt. In deze toelichtingen zijn de vier thema's (compassie, uniek zijn, autonomie en zorgdoel) nog beperkt uitgewerkt. Daarnaast vindt toetsing op deze vier thema's zeer beperkt plaats.

### **2.1.3 Uitdagingen voor SZR**

-  Introduceren van de aanwezigheid van de bewoner of diens vertegenwoordiger in het MDO;
-  Vier thema's van het kwaliteitskader beter aan laten sluiten bij het ECD;
-  Tijdig opstellen van (voorlopig) ZLP.

## 2.2 Wonen en welzijn

### 2.2.1 Inleiding

In het kwaliteitskader gaat het bij wonen en welzijn over vijf thema's die leidend zijn bij kwaliteitsverbetering:

1. Zingeving
2. Zinnvolle tijdsbesteding
3. Schoon en verzorgd lichaam plus verzorgde kleding
4. Familieparticipatie en inzet vrijwilligers
5. Wooncomfort

Deze thema's dienen aantoonbaar invulling te krijgen en worden vanuit het 'ik' perspectief gezien (dus vanuit de bewoner).

### 2.2.2 De werkwijze van SZR

De werkwijze binnen SZR wordt per thema hieronder uitgewerkt.

#### **Zingeving:**

Binnen SZR worden multidisciplinair disciplines ingezet bij specifieke levensvragen. Deze geven ondersteuning en begeleiding aan de bewoner, afgestemd op zijn levensvragen. De EVV-er heeft aandacht voor de bewoners en hun specifieke vragen. De huisarts schakelt de juiste discipline in. Ook de geestelijke verzorging heeft hierin een belangrijke bijdrage.

#### **Zinnvolle tijdsbesteding:**

Door middel van intakegesprekken wordt er bij aanvang zorg bij de bewoner geïnventariseerd waar de wensen, noden, behoeften en voorkeuren omtrent activiteiten en daginvulling liggen bij de individuele bewoner. Op basis hiervan worden samen met de bewoner doelen en acties opgesteld. Hierbij worden de naasten, mantelzorgers, vrijwilligers en zorgmedewerkers betrokken, waarbij zij ondersteunen om tot afspraken met de bewoner en zijn netwerk te komen omtrent een zinnvolle tijdsbesteding. Activiteiten kunnen zowel op individueel als in groepsverband uitgevoerd worden. Veel aandacht wordt besteed aan het opbouwen en ondersteunen van relaties van de bewoner. Het activiteitenprogramma is omvangrijk, maar het omvat niet een geheel programma gedurende de hele dag. Daarnaast blijft het moeilijk de naasten volledig bij de zorg en/of sociale ondersteuning te blijven betrekken.

Naast de intakegesprekken wordt ook door de verzorging tijdens de observatieperiode in afstemming met de bewoner (en indien de bewoner dat wenst, diens naasten) geïnventariseerd op welke wijze de bewoner zijn leven wil inrichten binnen SZR en wordt het gesprek aangegaan over de zorg en ondersteuningsbehoefte. De wensen, noden, voorkeuren en behoeften gezien vanuit de vier

levensdomeinen en de levensgeschiedenis van de bewoner hebben daarbij in het zorgproces een continue rol om tot afspraken te komen. Niet alleen de afspraken die met de bewoner, zijn mantelzorgers en vrijwilliger(s) worden gemaakt worden vastgelegd in het ECD, maar ook zijn levensverhaal.

#### **Schoon en verzorgd lichaam plus verzorgde kleding:**

De bewoner kan zelf aangeven wat de wensen, behoeften, voorkeuren en noden zijn t.a.v. wassen, douchen, toiletgang (eigen regie). Dit wordt vastgelegd in de domeinen. Ook wanneer de bewoner niet (meer) is staat is, de zelfzorg (deels) uit te voeren, wordt dit vastgelegd in de domeinen. Op basis van de wensen, behoeften, voorkeuren en noden worden afspraken gemaakt over wat overgenomen wordt door de zorg. De afspraken, passend binnen de indicatie, worden vastgelegd in het ECD.

SZR biedt bewoners de mogelijkheid om haar kleding door SZR te laten wassen.

#### **Familieparticipatie en inzet vrijwilligers:**

Familie, naasten en/of mantelzorgers worden betrokken bij de zorg en het welzijn van de bewoner. In samenspraak met de bewoner en de zorgverlener wordt er afgesproken wat de familie, naasten en/of mantelzorg kan betekenen voor de bewoner. De afspraken hierover worden vastgelegd in het ECD van de bewoner en geëvalueerd.



#### **Wooncomfort:**

De bewoner krijgt, naar gelang de ruimte die er beschikbaar is op een afdeling, de gelegenheid de kamer in te richten met eigen spullen. Er wordt dagelijks schoongemaakt binnen alle ruimten op een afdeling door deskundige medewerkers. Er wordt gezorgd voor een veilige omgeving voor de bewoner en indien nodig wordt er actie ondernomen om dit te waarborgen.

De bewoner kan aangeven welk eten hij/zij lekker vindt en heeft keuze in wat hij/zij wil eten. Indien er dieet of, vanwege geloof, specifieke wensen zijn wordt hier gehoor aan gegeven. De bewoner kan tevens kiezen wat hij/zij wenst te drinken gedurende de dag.

Voor alle vijf de thema's geldt dat de ervaringen van de bewoners worden gemeten d.m.v. cliënttevredenheidsonderzoeken (CQ-index). De uitkomsten van deze onderzoeken maken onderdeel uit van het leren en verbeteren t.o.v. deze thema's.

### **2.2.3 Uitdagingen voor SZR**

-  Evalueren van het activiteitenprogramma en waar mogelijk ook activiteitenprogramma in het weekeinde opstarten;
-  Betrokkenheid van familie en naasten vergroten bij zorg en/of sociale ondersteuning.

## 2.3 Veiligheid

### 2.3.1 Inleiding

SZR streeft naar optimale veiligheid voor haar bewoners. Die veiligheid moet in balans zijn met de persoonlijke vrijheid en het welzijn van bewoners.

Er zijn twee manieren op de basisveiligheid te kunnen borgen:





1. Meten van indicatoren
2. Leren en verbeteren

In het kwaliteitskader gaat het bij veiligheid over het meten en inzichtelijk maken van indicatoren. Door het inzichtelijk maken van de indicatoren zijn er handvatten om te kunnen leren en verbeteren. In het kwaliteitskader is dit thema uitgewerkt in verwachtingen die een zorgorganisatie nakomt, namelijk:

1. Het leren en verbeteren in de zorgorganisatie op basis van indicatoren op vier thema's van basisveiligheid:
  - a. medicatieveiligheid.
  - b. decubituspreventie.
  - c. gemotiveerd gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen.
  - d. preventie acute ziekenhuisopname.
2. Het inzichtelijk maken van de indicatoren over de basisveiligheid in het kwaliteitsverslag en aangeleverd bij de Openbare Database van het Zorginstituut (uiterlijk 1 juli volgend op het betreffende verslagjaar).
3. Elke verpleeghuisorganisatie heeft een incidentencommissie of maakt gebruik van een lokale of regionale incidentencommissie (gereed per 1-7-2017).

### 2.3.2 De werkwijze van SZR

SZR draagt zorg voor een veilige omgeving voor de bewoners. Hierbij is onder andere continue aandacht voor:

-  Veiligheid van hulpmiddelen.
-  Brandveiligheid.
-  Aanwezigheid van calamiteitenplannen.
-  Hygiëne.

✚ Voedselveiligheid.

Daarnaast is het voor alle bewoners mogelijk hun gevoel van onvrede te uiten en indien nodig een klacht in te dienen.

SZR heeft de normen voor zorginhoudelijke basisveiligheid op de volgende manier inzichtelijk gemaakt:

**Medicatie:**

De medicatie wordt gecontroleerd door het hoofd zorg. Daarbij is aandacht voor medicatieveiligheid van voorschrijven tot toedienen, inclusief voorraadbeheer. Medicatie incidenten worden geregistreerd en geanalyseerd op organisatieniveau. De analyse van de incidenten wordt gebruikt als input om tot verbetermaatregelen te komen. Minimaal eenmaal per jaar wordt de voorgeschreven medicatie door de verantwoordelijke huisarts geëvalueerd. Daarnaast wordt er eenmaal per jaar een medicatiereview gedaan met de apotheker. De resultaten worden vastgelegd in het individuele ZLP.

**Decubitus:**

Voor alle bewoners wordt huid(letsel), voedingstoestand, mondzorg, incontinentie letsel minimaal voor elk MDO gemonitord d.m.v. een risicosignalering.

**Gemotiveerd gebruik van vrijheid beperkende maatregelen:**

Vanuit het hoofd zorg wordt aandacht besteed aan de reden van inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) en eventuele alternatieven. De reden van inzet vrijheidsbeperkende maatregelen alsmede de afbouw en de evaluatie wordt geregistreerd in het ECD.

**Preventie acute ziekenhuisopname:**

Er is inzichtelijk hoe vaak bewoners in het ziekenhuis opgenomen worden. De reden van opname wordt geregistreerd in het ECD. Overigens vindt na een onverwachte ziekenhuisopname casuïstiekbespreking plaats door het hoofd zorg samen met de verantwoordelijk EVV-er.

### 2.3.3 Uitdagingen voor SZR

Om de indicatoren te kunnen meten en er van te leren, is het belangrijk dat deze op een eenvoudige wijze geregistreerd zijn en uit 'de systemen' (het ECD) te halen zijn. De registratie van bovengenoemde onderwerpen vindt plaats op het niveau van de individuele bewoner. Op enkele onderwerpen zijn er geaggregeerde gegevens beschikbaar, maar nog niet voor alle onderwerpen. De uitdagingen zijn het registreren en aggregeren van indicatoren op het gebied van:

✚ Medicatieveiligheid.

✚ Antipsychoticagebruik.

✚ Antibioticagebruik.



- ✚ Voedingstoestand, mondzorg, incontinentieletsel bij alle bedlegerige of immobiele bewoners ter voorkoming van decubitus.
- ✚ Inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen.
- ✚ Aantal en reden van ziekenhuisopnamen.

## 2.4 Leren en verbeteren van kwaliteit

### 2.4.1 Inleiding

Leren en ontwikkelen is een belangrijke voorwaarde om bewoners een goede zorg en dienstverlening te geven. Kennis en ervaring van buiten halen, kennis delen en verspreiden en kennis toepassen zijn noodzakelijke voorwaarden hiervoor. Leren en ontwikkelen gaat beter naarmate er een cultuur van gezamenlijk verbeteren ontstaat: het geheel is meer dan de som der delen. Inzicht in resultaten (directe feedback), het beoordelen van de resultaten en samen doelen stellen voor verbetering creëert een gezamenlijk belang en een gezamenlijk doel, waarbij commitment ontstaat voor het vervolg.

Het Kwaliteitskader stelt dat continu werken aan verbetering van kwaliteit de norm is voor een goede organisatie. Daarbij hoort openheid over bereikte resultaten. Vijf elementen worden genoemd:

1. Kwaliteitsmanagementsysteem.
2. Jaarlijks geactualiseerd kwaliteitsplan.
3. Jaarlijks kwaliteitsverslag.
4. Continu werken in de praktijk aan verbeteren door zorgverleners.
5. Deel uitmaken van een lerend netwerk.

### 2.4.2 De werkwijze van SZR

SZR beschikt niet over een gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem waarin verantwoordelijkheden met betrekking tot kwaliteit en beleid zijn vastgelegd. Wel is aandacht op basis van het kwaliteitskader voor kwaliteit, vooral in de hoogste lagen van de organisatie. Een van de vereisten van het kwaliteitskader is het maken van een jaarlijks kwaliteitsplan en het afleggen van verantwoording over dat kwaliteitsplan (kwaliteitsjaarverslag).

Een informatiebron voor kwaliteitsverbetering zijn de resultaten van cliëntwaarderingen en medewerkerswaarderingen. Om de mening van de bewoner op te halen worden diverse instrumenten en methoden gebruikt: realtime metingen, huiskamergesprekken, familiegesprekken, spiegelgesprekken, exitgesprekken, Zorgkaart Nederland, et cetera. Daarnaast wordt eenmaal per twee jaar de tevredenheid van medewerkers gemeten, worden AO/IC controles gehouden en sporadisch externe visitaties.

In haar transparantie over de stand van zaken in de organisatie naar (toekomstige) bewoners, stakeholders zoals onze financiers en ketenpartners en IGJ moet SZR nog een aantal stappen zetten. De directeur heeft met regelmaat gesprekken over onderdelen van de koers van SZR met de relevante ketenpartners, bewoners en medewerkers. De inspraak van bewoners en medewerkers is

formeel georganiseerde in de adviesorganen, maar informeel door het organiseren van ad hoc gesprekken en een zeer regelmatige aanwezigheid van de directeur op de werkvloer.

Vervolgens worden kwaliteitsverbeteringen in gemêleerd samengestelde teams opgepakt volgens een methodiek, passend bij de aard van de problematiek (soms kort cyclisch, soms veelomvattend en projectmatig). Er worden projectplannen geschreven en er wordt een projectstructuur ingericht, met een stuurgroep, projectgroep en indien nodig werkgroep(en). Daar waar het kan zijn (vertegenwoordigers van) bewoners onderdeel van het project(deel)team.

SZR beschikt over diverse vormen van scholing: digitaal scholen, beroepsopleidingen en bedrijfsopleidingen. Steeds wordt nagedacht over nieuwe vormen van leren en welke ondersteuning daar dan bij past. Scholing is een van de mogelijkheden, maar steeds vaker kiezen we voor 'learning on the job', omdat het rendement hiervan hoger is dan een klassikale insteek.

Tenslotte is SZR verkennende besprekingen begonnen met enkele collega-instellingen om een lerend netwerk op te zetten. Dit netwerk zal in de toekomst verder uitgebouwd moeten worden.

### **2.4.3 Uitdagingen voor SZR**

- ✚ Opbouwen van een lerend netwerk met andere instellingen.
- ✚ Verwerken kwaliteitskader in kwaliteitsplan, verslaglegging en kwaliteitsmodel.
- ✚ Organiseren van het lerend netwerk, op diverse niveaus in de organisatie.
- ✚ Evalueren welke interne en externe netwerken effectiever benut kunnen worden.

## 3 Randvoorwaarden

### 3.1 Leiderschap, governance en management

#### 3.1.1 Inleiding

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

In het Kwaliteitskader worden zes thema's onderscheiden als het gaat om leiderschap, governance en management.

1. Visie op zorg.
2. Sturen op kernwaarden.
3. Leiderschap en goed bestuur.
4. Rol en positie interne organen en toezichhouders.
5. Inzicht hebben en geven.
6. Verankeren van medische, verpleegkundige en psychosociale expertise.

In het Kwaliteitskader is dit thema uitgewerkt in verwachtingen waaraan een zorgorganisatie dient te voldoen, namelijk:

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 RvB. Zolang dit (nog) niet is gerealiseerd dient er structureel overleg te zijn tussen de RvB met vertegenwoordigers van de genoemde beroepsgroepen.
2. De leden van de RvB lopen op gezette tijden mee binnen het primaire proces van de eigen zorgorganisatie, zodat zij gevoel houden met het primaire proces op de werkvloer.
3. Elke RvB van een zorgorganisatie voor verpleeghuiszorg werkt volgens de geldende versie van de Zorgbrede Governance Code.
4. De leiderschapsstijl en gedrag van de RvB is ondersteunend aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. De RvB is eindverantwoordelijk voor de toepassing ervan en de Raad van Toezicht ziet hier actief en aantoonbaar op toe.
5. De RvB 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.

### 3.1.2 De werkwijze van SZR

SZR heeft een missie en visie waarin het vertrekpunt van de zorg- en dienstverlening staat beschreven. Onderdelen als cultuur, missie, visie, uitgangspunten (gedeelde kernwaarden) voor de zorgverlening en kernbegrippen zijn hierin verwerkt. Ook strategische randvoorwaardelijke aspecten staan hierin beschreven voor zowel in- en externe organisatie belangen. Overigens merken wij op dat SZR functioneert met een RvB/directeur model in plaats van het RvT/RvB model, waarbij de directeur de rol van RvB heeft en de RvB de rol van RvT.

#### *Uitwerking per verwachting:*

1. Borging van de professionele inbreng van een specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundige of psychosociaal zorgverlener als lid van de RvB.

De directeur houdt periodiek overleg met medewerkers van de organisatie door middel van één op één gesprekken. Medewerkers worden van harte uitgenodigd om hier aan deel te nemen. Dit beperkt zich niet slechts tot verpleegkundigen, maar richt zich op alle medewerkers. De vertegenwoordigers/medewerkers die de één op één gesprekken bijwonen, stellen zelf de agenda vast wat zij van belang vinden om in te brengen. De één op één gesprekken worden op diverse locaties binnen de organisatie ad hoc gehouden.

2. De RvB loopt mee binnen het primaire proces van de eigen zorgorganisatie, zodat zij gevoel houden met het primaire proces op de werkvloer.

De directeur vindt het belangrijk feeling te houden met het werk en om in te kunnen spelen op hetgeen medewerkers daadwerkelijk bezig houdt. Tweemaal per week is de directeur minimaal een dagdeel aanwezig op de werkvloer en voor alle medewerkers aanspreekbaar. Dit beperkt zich daarmee niet tot slechts het primaire proces van de eigen zorgorganisatie.

3. De RvB werkt volgens de de Zorgbrede Governance Code.

De governance code wordt erkend en uitgevoerd door de directeur. De communicatielijnen met het medewerkersoverleg en de cliëntenraad behoeven verbetering.

4. De leiderschapsstijl en gedrag van de RvB is ondersteunend aan dit kwaliteitskader. De RvB is hiervoor eindverantwoordelijk en de RvT ziet hier actief en aantoonbaar op toe.

De directeur is transparant over zijn leiderschapsstijl die aansluit bij een positieve ondersteuning aan het Kwaliteitskader. De directeur verwacht dit ook van medewerkers in de organisatie en vraagt hen hierbij te helpen door dit uit te dragen. In de contacten tussen de directeur en de RvB wordt aandacht geschonken aan de wijze waarop de leiderschapsstijl tot uiting komt. De RvB wordt

gevraagd en geïnformeerd over relevante stappen die de directeur zet. Daarnaast stelt de directeur zich kwetsbaar op door jaarlijks zijn functioneren met de RvB te evalueren.

5. De RvB stimuleert de oprichting van een Verpleegkundige/ verzorgende Adviesraad (VAR) of Professionele Adviesraad (PAR), of door andere vormen waaronder digitale platforms.

SZR heeft geen VAR of PAR en kiest ervoor om dat niet te doen. Voor de professionalisering van verpleegkundigen zijn reeds diverse methoden en structuren ontwikkeld:

- ✚ Multidisciplinaire overlegteams;
- ✚ Aanwezigheid van diverse disciplines in verschillende (kern)commissies, projecten en werkgroepen.

### **3.1.3 Uitdagingen voor SZR**

- ✚ Opbouwen van een kwaliteitsbewuste organisatie.
- ✚ Verwerken kwaliteitskader in kwaliteitsplan, verslaglegging en kwaliteitsmodel.
- ✚ Beter verankeren verpleegkundige expertise in de besluitvormende structuur.

## 3.2 Personeelssamenstelling

Deze is opgenomen in paragraaf 1.2 voor de samenstelling per 31 december 2018.

Door het beschikbaar komen van kwaliteitsmiddelen in 2019 en volgende jaren ontstaat ruimte om te investeren in niet alleen kwantiteit maar ook kwaliteit van de zorgmedewerkers. De insteek is om de komende jaren – uitgaande van een gemiddelde bezetting van 28 bewoners (14 ZZP 5, 14 ZZP 7) – de zorgpersoneelsformatie uit te breiden als weergegeven in figuur 2.

Daarbij is een aantal onzekerheden aanwezig, waarbij de gemiddelde bezetting van bewoners een belangrijke variabele is. Het resultaat van SZR over 2018 zal zeer duidelijk negatief zijn, in de orde van grootte van 10% van de omzet. Dit beperkt de mogelijkheden om uit het voor verzorging beschikbare budget personeel aan te nemen of opleidingen te laten volgen.

In het kader van additioneel ter beschikking gestelde middelen heeft SZR een budget van € 108.325 in eerste aanleg beschikbaar om aan uitbreiding en verbetering van de kwaliteit van de medewerkers en de organisatie te besteden. SZR kiest ervoor om een belangrijk deel hiervan te benutten voor het aantrekken van nieuwe medewerkers, waarbij ruimte gecreëerd wordt om huidige medewerkers door opleidingen hun niveau te laten verbeteren.

*Figuur 2: Ontwikkeling personeelsbestand 2019 - 2021*

Tabel 1a, gemiddeld aantal FTE	2017	2018	2019	2020	2021
Zorgpersoneel verpleeghuis in loondienst	<i>realisatie</i>	<i>Begroting gemiddeld aantal FTE op jaarbasis</i>			
Niveau 1	(1)	1	1	1	1
Niveau 2	(10)	9	11	11	11
Niveau 3	(6)	6	7	7	8
Niveau 4	(2)	1	2	3	3
Niveau 5	(0)	-	-	-	-
Niveau 6	(0)	-	-	-	-
Behandelaar	(0)	-	-	-	-
Overig zorgpersoneel	(2)	1	2	3	3
Leerlingen	(0)	-	-	-	-
Totaal aantal FTE	(21)	18	23	25	26
Toename FTE tov 2018			5	7	8

Reeds nu zien wij dat dit een uitdaging is: door de krapte op de arbeidsmarkt is de mogelijkheid om gekwalificeerd personeel te werven beperkt, zeker rekening houdend met de uitdagingen waar de organisatie voor staat.

Daarom is in 2018 een programma opgestart waarbij huidig personeel niveau 2 een aanbod krijgt om zich door begeleiding en een scholingstraject bij het ROC verder te bekwamen naar niveau 3. Inmiddels zijn hiervoor 2 medewerkers ingestroomd en in 2019 zullen wij dit programma verder uitbouwen.

## 3.3 Gebruik van hulpbronnen

### 3.3.1 Inleiding

De start van ieder zorgproces begint in de relatie tussen bewoner en zorgverlener. In dat onderlinge contact worden afspraken gemaakt over hoe de zorgverlening eruit ziet en hoe de bewoner daarin zijn of haar positie neemt. Voorwaarden voor het goed kunnen uitvoeren is, naast voldoende kennis en informatievoorziening, de meer ondersteunende elementen van gebouwen, ICT, materialen, samenwerkingsovereenkomsten en de administratieve organisatie.

### 3.3.2 De werkwijze van SZR

#### **Samenwerkingsrelaties:**

SZR heeft in de regio diverse samenwerkingsrelaties die gericht zijn op het optimaliseren van de zorgverlening. Enkele voorbeelden zijn diverse zorginstellingen voor ouderen in de regio, apotheek, diverse verwijzers waaronder huisartsen, gemeenten, CIZ, et cetera. Daar waar dat noodzakelijk is ligt de samenwerking vast in contracten.

Daarnaast heeft SZR overleg met relevante stakeholders, waaronder de financiers en 'toetsings'organen en leveranciers.

#### **Vastgoed:**

Het onderhoud van het vastgoed binnen SZR kent een cyclisch (meerjaren) onderhoudsplan, waarin alle woon- en verblijfsvoorzieningen in zijn opgenomen, afgestemd op de doelgroep die daar woont. De uitvoering van werkzaamheden gebeurt conform de daarvoor geldende landelijk richtlijnen.

#### **Facilitair:**

Het facilitair bedrijf kent, naast vastgoed, diverse onderdelen, voeding, schoonmaak, receptie, linnenkamer, vervoer, et cetera. De diverse onderdelen voeren hun werkzaamheden uit volgens de wettelijke eisen.

#### **ICT:**

De ICT voorzieningen voldoen in de basis aan de veiligheidsnormen.

SZR werkt met ingang van mei 2018 met een ECD, welke voldoet aan de eisen van de AVG.

Met de implementatie van een nieuw ECD wordt ook een nieuw intranet geïmplementeerd. Het intranet biedt de mogelijkheid om op een effectieve manier de organisatie te informeren en een platform te creëren waar discussie plaatsvindt.

Voor het opleiden van medewerkers wordt gebruik gemaakt van e-learning modules.

De toepassing van ICT in de zorgverlening blijft beperkt tot inzet van tablets voor medewerkers en bewoners.



### **Beheer en onderhoud van materialen:**

Er bestaat een overzicht van (zorg)materialen die binnen SZR wordt gebruikt. Deze materialen worden getest op functionaliteit en bruikbaarheid. Momenteel vindt de discussie plaats hoe en waar de verantwoordelijkheid rondom diverse taken van materialen (overzicht bijhouden, onderhoud, uitlenen, vervanging en uitbreiding et cetera.) het beste belegd kan worden.

### **Financiën en administratieve organisatie:**

SZR werkt met een jaarlijkse beleidscyclus (planning- en controlcyclus) die gekaderd is in het door de RvB goedgekeurde strategisch beleidsplan, het kwaliteitsbeleid, het lange termijn huisvestingsplan en het financieel beleidsplan. De verantwoording van het financieel beleid vindt elk jaar plaats in de jaarrekening. De kaderregeling AO/IC verplicht SZR zorg te dragen voor een adequate administratieve organisatie en interne controle gericht op een juiste, volledige tijdige registratie van de geleverde productie en de daaruit voortvloeiende declaraties. Als basis voor de controle wordt een risicoanalyse uitgevoerd. Vastgesteld wordt in hoeverre gesteund kan worden op procedures en in hoeverre geconstateerde risico's worden gemitigeerd door ingebouwde controlemaatregelen. Uitkomst van de risicoanalyse wordt verwerkt in het controleplan. Door de externe accountant worden controles uitgevoerd, waarover wordt gerapporteerd. In de rapportage komen ten minste de volgende onderwerpen aan de orde:

- ✚ Kader en doelstelling van de uitgevoerde interne controle.
- ✚ Korte beschrijving uitgevoerde controle werkzaamheden.
- ✚ Bevindingen naar aanleiding van de uitgevoerde controles.
- ✚ Aanbevelingen ter verbetering van de processen en de AO/IC.
- ✚ Advies aan de RvB inzake de bestuursverklaring.

De opvolging vraagt nog om aandacht. In de beoordeling van de accountant staat al enkele jaren dat de financiële en administratieve organisatie op orde is.

### **Extra middelen uit het kwaliteitsbudget**

Uit het plan van aanpak blijkt een aantal investeringen – naast een toename van personeel en scholing daarvan – noodzakelijk om de kwaliteit van de organisatie verder vorm te geven. De investeringen concentreren zich in de eerste helft van 2019, waarbij de nadruk ligt op de medicatieveiligheid en medewerkersveiligheid, zie figuur 3. Voor de jaren 2020 en 2021 wordt met schattingen volstaan. Een beperkende factor daarbij is dat de richtlijn (15% van het kwaliteitsbudget) aanzienlijk overschreden wordt, waarbij in overleg met het Zorgkantoor mogelijk de middelen gevoteerd kunnen worden.

Figuur 3: Andere investeringen uit kwaliteitsbudget 2019-2021

Tabel 6: bedragen in euro	2019	2020	2021
Maximale initiële ruimte kwaliteitsbudget*)	108.325	216.650	308.726
Richtsnoer andere investeringen (15%**)	16.249	32.498	46.309
Begroting andere investeringen	38.500	30.000	45.000
<i>Specificatie</i>			
Medicatieveiligheid	16.000	16.000	16.000
Medewerkersveiligheid	8.500	5.000	5.000
Wondbehandelingsboxen	6.000		
Verpleegartikelen	8.000	8.000	8.000
Nader in te vullen		1.000	16.000

### 3.3.3 Uitdagingen voor SZR

- ✚ Implementeren ECD.
- ✚ Onderhoud van materialen.
- ✚ Haalbaarheid van investeringen uit het kwaliteitsbudget
- ✚ Opvolging AO/IC.

## 3.4 Gebruik van informatie

### 3.4.1 Inleiding

In organisaties wordt een schat aan informatie verzameld. Het optimaal benutten van de diverse informatie leidt tot een breder inzicht en het (h)erkennen van wat goed gaat en waar (door)ontwikkeling mogelijk is. Anderzijds is informatie geven aan o.a. bewoners en diens naasten een randvoorwaarde om tussen medewerkers en bewoners een optimaal dienstverleningspakket vorm te geven voor de individuele bewoner.

In het Kwaliteitskader is dit thema uitgewerkt in verwachtingen die een zorgorganisatie na dient te komen, namelijk:

1. Elke verpleeghuisorganisatie dient vanaf 2017 minimaal één keer per jaar informatie over cliëntervaringen te verzamelen en ze 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) bewoners.
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 (NPS) per locatie (volgens KvK-registratie) van de eigen verpleeghuisorganisatie aan te leveren. Hiervoor mag ook de aanbevelingsvraag van Zorgkaart Nederland (ZKN) gebruikt worden. De informatie met betrekking tot NPS is onderdeel van het jaarlijks kwaliteitsjaarverslag en dient 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.

### 3.4.2 De werkwijze van SZR

SZR heeft de meningen van bewoners hoog in het vaandel. Dat blijft niet bij woorden of visie, maar laat zich actief zien direct bij de bewoner en diens naasten. Middels de CQ-index en het actief onder de aandacht brengen van de mogelijkheden van ZKN worden bewoners gestimuleerd hun ervaringen breed te delen.

SZR actief in het ophalen van feedback op de ZKN site, en het inspelen op signalen en het monitoren van de tevredenheid die op ZKN wordt geuit. De bewoner betrekken en uitnodigen tot dialoog is daarin een van de sterke punten.

## 4 Plan van aanpak

In de hoofdstukken twee en drie is uitgewerkt per aspect van het kwaliteitskader waar onze verbeterpunten liggen. Door de duidelijke wijze waarop wij 6 september 2018 gewezen zijn op onze tekortkomingen door IGJ, gevolgd door een aanwijzing op 8 november 2018, hebben wij gemeend voor 2019 een concreet plan van aanpak op te stellen waarbij wij ons focussen op de verbeterpunten zoals die door de IGJ benoemd zijn. U treft deze hieronder aan, waarbij enkele punten reeds in 2018 uitgevoerd zijn.

## Schematische opbouw van het cliëntdossier

en aanverwante overlegvormen en scholing om de zorg op methodische en juiste wijze te kunnen verlenen

**Doel:** het zorgdossier werkbaar invullen om op methodische wijze met gebruik van de PDCA-cyclus de zorgverlening binnen SZR te kunnen vastleggen.

**Actie:** scholing aan EVV'er en verpleegkundige niveau 4 en 5, verzorgende niveau 3 en helpende niveau 2 met betrekking tot de invulling van het zorgdossier.

**Uitvoering:** verandermanager

**Gereed:** 7 december 2018

**Actie:** waar het huidige zorgdossier niet of onvoldoende, in opbouw en duidelijkheid beschikbaar is, wordt het dossier aangepast volgens onderstaand schema.

**Uitvoering:** EVV'er en verpleegkundige

**Gereed:** 25 februari 2019

**Verantwoordelijkheid:** verandermanager/ hoofd zorg

**Doel:** alle zorgmedewerker rapporteren via de PDCA-cyclus.

**Actie:** scholing van alle zorgmedewerkers in methodisch werken en rapporteren met gebruik van de PDCA-cyclus.

**Actie:** alle medewerkers zorg zijn bekend met onderstaande opbouw van het dossier en kunnen zelfstandig werken met het dossier.

**Uitvoering:** verandermanager

**Gereed:** 15 februari 2019

**Verantwoordelijkheid:** directeur

## Medicatieveiligheid

### Delen van medicatie

**Doel:** de cliënt krijgt op de juiste tijd(en) de medicatie in de juiste dosering en op de juiste wijze.

**Actie:** alle medewerkers met de bevoegdheid tot delen en toedienen van medicatie scholen.

**Actie:** implementeren en handhaven van de juiste toediening.

**Uitvoering:** verandermanager en verpleegkundige.

**Gereed:** 1 maart 2019

**Verantwoordelijkheid:** directeur

**Doel:** Binnen SZR beschikt men over de juiste middelen om de medicatie veiligheid en toediening te kunnen ondersteunen binnen door de wet gestelde eisen.

**Actie:** inventariseren van de huidige middelen, beoordelen, aanpassen of nieuwe aanschaffen.

**Actie:** alle medicatie in een afgesloten medicijnkar bewaren. Als de kar niet wordt gebruikt in een afgesloten ruimte opbergen. Opiaten worden apart bewaard in een opiaten kluis. Voor medicatie die gekoeld bewaard moeten worden is er een aparte koelkast met slot.

**Actie:** binnen SZR is een aandacht functionaris medicatie aangesteld. Deze draagt onder meer zorg voor controle op houdbaarheid van medicatie en het retour zenden van oude medicatie.

**Actie:** lege Baxter zakjes en ander privacy gevoelig afval worden apart bewaard en op juiste wijze afgevoerd.

**Uitvoering:** verandermanager met verpleegkundige en betreffende medewerkers

**Verantwoordelijkheid:** directeur

**Gereed:** 1 maart 2019

De medicatie veiligheid moet aan de volgende eisen voldoen. De medicatie wordt gedeeld door een bevoegde medewerker. Hij/zij is op dat moment alleen met het delen van de medicatie bezig. De medicatie wordt per deelmoment vanuit de Baxter op de Cardex gecontroleerd. Als beide met elkaar overeenkomen voor de betreffende cliënt, dan wordt de medicatie aan de cliënt gegeven of toegezien op inname van de medicatie. Pas als dit laatste het geval is, wordt de medicatie afgetekend op de Cardex. Medicatie wordt niet vooraf uitgezet en of doorgegeven aan een collega.

In overleg met de arts en apotheker kan met reden worden afgesproken of medicatie gemalen mag worden. Als dit het geval is moet de Cardex dit vermelden.

Ook wordt er op bovenstaande manier overlegd of medicatie gemaskeerd of gemalen gegeven mag worden aan een cliënt. Hierin beslist de arts.

In beide gevallen mag niet afgeweken worden van de afspraak op de Cardex.

Medicatie wordt altijd met water gegeven. Als cliënten moeilijk slikken gebruikt men appelmoes. Geen melkproducten omdat deze met sommige medicatie niet goed samen gaan. Medicatie die twee keer moet worden afgetekend wordt voor het geven door een collega gezien en voor gezien afgetekend. De collega die de medicatie deelt tekent pas als de medicatie daadwerkelijk is ingenomen door de cliënt.

Bij cliënten die regelmatig medicatie weigeren moet in het dossier vermeld staan of dit wordt geaccepteerd. Bij weigering zet je een kruis op de Cardex/aftekenlijst. Je vermeldt het weigeren altijd in het dossier van de cliënt. Bij weigering hoeft nooit een MIC ingevuld te worden omdat dit niet als incident wordt beschouwd.

Tijdens het delen van de medicatie draagt de collega die de medicatie deelt een hesje met: 'medicatie delen, niet storen'.

## Distributie van medicatie

**Doel:** medicatie wordt op de juiste wijze met Cardex op naam, wekelijks aangeleverd door de apotheek. Veranderingen in de medicatie tussendoor worden op een veilige manier verwerkt.

**Actie:** bespreken van noodzakelijke veranderingen in de huidige distributie van de medicatie/Baxters met de apotheeker.

**Uitvoering:** hoofd zorg en verandermanager    **Gereed:** 1 maart 2019

**Verantwoordelijkheid:** directeur

Om de medicatie distributie goed en veilig te laten verlopen is een gesprek met de apotheeker noodzakelijk. Bespreekpunten zijn: het ontbreken van een Cardex/aftekenlijst waarin alle medicijnen apart worden beschreven met de deeltijd, het corrigeren van de Baxters bij tussentijdse medicatie verandering. Omdat alle pillen per deeltijd in één zakje zitten moet de Baxters retour naar de apotheek bij tussentijdse verandering. De huisarts geeft vooraf de verandering van medicatie door aan de apotheek. De zorgmedewerker zet de Baxter klaar, zodat de apotheek deze kan ophalen en corrigeren. De aangepaste Baxter met een aangepaste Cardex komt daarna retour. Zorgmedewerkers mogen de Baxter en de Cardex niet zelf aanpassen. Het aanpassen van de Baxter is tevens extra controle dat de arts de medicatie heeft aangepast.

Er is sedert 2017 met de apotheeker afgesproken dat zij minimaal één maal per jaar de medicatie van alle cliënten controleert en de uitkomsten hiervan bespreekt met de huisartsen van de cliënten. De vraag aan de apotheeker en huisartsen wordt gesteld om de resultaten hiervan vast te leggen op papier zodat we deze op kunnen slaan in het cliëntdossier.

Toestemming van de cliënt/cliëntvertegenwoordiger is al opgenomen in het huidige dossier.



## Wondzorg

**Doel:** de cliënt met een wond krijgt professionele en juiste zorg vanuit voorschrift en eigen wens.

**Actie:** risico op huiddefecten zijn vanuit de analyse bekend en zijn binnen het zorgdossier punt van aandacht.

**Actie:** huiddefect wordt tijdig herkent, gerapporteerd en er wordt een passende actie op ondernomen.

**Actie:** voorschrift behandelaar wordt genoteerd op wondkaart en tijdig bijgewerkt bij verandering van wondzorg.

**Actie:** wekelijks bespreekt en/of ziet de verpleegkundige tijdens de verpleegkundige visite de wond. Beoordelen/ rapporteren /evalueren.

**Actie:** er wordt gewerkt met het voorgeschreven wondmateriaal.

**Actie:** wondmateriaal op naam is enkel aanwezig in de wondbox bij de cliënt op het appartement. Of in de afgesloten medicatie kar/kast.

**Uitvoering:** verandermanager met EVV'er en verpleegkundige **Gereed:** 1 februari 2019

**Doel:** Er is in alle dossiers een wondkaart aanwezig.

**Actie:** met de provider van het ECD wordt besproken om een wondkaart op de nemen in het ECD.

**Uitvoering:** hoofd zorg en verandermanager **Gereed:** 1 maart 2019

**Verantwoordelijkheid:** hoofd zorg

**Werkwijze:** Invoering van de acties. Aanschaffen van wondbehandelingsboxen voor de cliënten. En verbandmiddelen zijn enkel op naam in het appartement van de cliënt aanwezig.

## Verpleegartikelen

**Doel:** verpleegartikelen worden juist opgeslagen, voorraad wordt naar behoefte besteld en gecontroleerd op houdbaarheid.

**Actie:** binnen SZR is een aandachtshouder verpleegartikelen en incontinentiemateriaal. Functionaris is verantwoordelijk voor de houdbaarheid van materialen.

**Actie:** verpleegartikelen, incontinentiemateriaal e.d. op naam worden opgeslagen in het appartement van de cliënt (niet centraal).

**Actie:** centraal ligt geen gestickerd verpleegmateriaal.

**Actie:** gestickerde verpakkingen worden met het oog op de privacywetgeving op de juiste wijze afgevoerd. In een gesloten opbergton aanbieden ter vernietiging.

**Actie:** aandachtshouder verpleegartikelen is verantwoordelijk voor de uitvoering van controle op verpleegmaterialen zoals tilbanden en liften, ijken van weegschaal, glucose meter e.d..

**Uitvoering:** hoofd zorg met verandermanager

**Gereed:** 1 maart 2019

**Verantwoordelijkheid:** directeur

**Werkwijze:** het huidige magazijn waarin verbandmateriaal en incontinentiemateriaal op naam aanwezig is wordt opgeruimd. Alle materialen op naam gaan naar de appartementen van de betreffende cliënt. Voorraad zonder naam blijft als buffer in het magazijn.

## Overlegvormen

### Het Multi Disciplinair Overleg (MDO)

**Doel:** medische-/paramedische- en zorgafspraken zijn voor de cliënt actueel.

**Actie:** cliënten worden vanaf 1 januari 2019 in een cyclus van zes maanden ingepland voor bespreking.

**Uitvoering:** hoofd zorg, EVV'er

**Gereed:** 1 januari 2019

**Verantwoordelijkheid:** hoofd zorg

**Doel:** cliënt is vertegenwoordigd tijdens het MDO.

**Actie:** bespreken om de cliënt/cliëntvertegenwoordiger aan het MDO deel te laten nemen.

**Uitvoeren:** hoofd zorg, verandermanager, beslissing hierover voor 1 juni 2019

**Verantwoordelijkheid:** directeur

**Gereed:** uiterlijk 1 juni 2019

**Het MDO:** vindt twee maal per jaar plaats voor cliënten met een ZZP 5 of hoger. Bij cliënten met een ZZP 4 kan men volstaan met eenmaal per jaar. Binnen SZR gaan we uit van elf MDO's per jaar. Voor 2019: maandelijks een vast overleg op de vierde maandagochtend van de maand. In de maand augustus is er geen MDO (vakantie). Per MDO worden er vijf cliënten besproken. Telkens vijftwintig minuten per cliënt en vijf minuten wisseltijd tussen de cliënten.

Aanvang MDO 10:00 uur

afronding 12:30 uur

Aanwezig: hoofd verpleging - voorzitter maakt jaarplanning

EVV'er - brengt cliënt in en rapporteert afspraken

Huisarts van cliënt - niet aanwezig

Specialist ouderengeneeskunde - expertise

Betrokken behandelaars van cliënt - expertise, eigen inbreng

**Werkwijze voorbereiding:** op de tweede dinsdag van de maand (augustus uitgesloten), is er rond de pauze met de verzorgende die aanwezig zijn een korte cliëntbespreking (vijftien minuten) m.b.t. de cliënten die later in de maand besproken worden. Hierdoor kan de inbreng van het zorgteam in het MDO worden gewaarborgd.

**Vooraf aan het MDO:** de EVV'er vraagt de cliënt/eerste contactpersoon naar de bevindingen m.b.t. de ingezet en resultaten van de zorg in de voorliggende periode. Vanuit de cliëntbespreking met collega's, uitkomst van gesprek met cliënt/cliëntvertegenwoordiger en de rapportage van de

afgelopen periode, formuleert de EVV'er een aantal vraagstellingen voor het MDO. Daarna nodigt de EVV'er de betrokken behandelaars uit voor het MDO (zoveel mogelijk rekening houdend met de volgorde van cliënten die besproken worden en de relatie van de behandelaars met betreffende cliënten).

De EVV'er geeft in de uitnodiging voor de bespreking de volgorde van bewoners aan en het tijdstip waarop de betreffende bewoner besproken wordt.

**Tijdens het MDO:** hoofd verpleging zit het MDO voor. Dit houdt in: de tijd bewaking, het leiden van discussie, samenvatten van hetgeen besproken is en erop toezien dat afspraken uit het MDO opgenomen worden in het dossier van de cliënt.

EVV'er brengt kort de cliënt in met een korte samenvatting van de afgelopen periode, de uitkomsten van de risicoanalyse, het gesprek met cliënt/cliëntvertegenwoordiger en de vraagstellingen die er vanuit de voorafgaande periode liggen.

Daarnaast rapporteert de EVV'er de afspraken die worden gemaakt om later te verwerken in het dossier.

Specialist ouderengeneeskunde neemt inhoudelijk deel aan het overleg en brengt zijn expertise in. Daarnaast kijkt hij naar het actueel zijn van de ZZP, middelen en maatregelen, zorgafspraken, het medicatie gebruik van de cliënt en geeft advies als deze moeten worden bijgesteld (advies loopt altijd via de huisarts van de cliënt, die zelf niet deelneemt aan het MDO. Advies van de SO kan de huisarts naast zich neer leggen en kan dan niet opgenomen worden in het zorgplan).

Betrokken behandelaars hebben hun eigen inbreng tijdens het MDO.

**Afronden van het MDO:** EVV'er bespreekt met cliënt/cliëntvertegenwoordiger de uitkomsten van het MDO, past hierop het zorgplan aan en biedt dit aan de cliënt/cliënt vertegenwoordiger aan ter ondertekening (als er wordt besloten de cliënt/cliëntvertegenwoordiger deel te laten nemen aan het MDO kunnen een aantal stappen uit bovenstaande werkwijze vervallen). Daarna past de EVV'er indien van toepassing de zorgkaart en andere onderdelen van het dossier aan en geeft bij collega's aan dat er van de cliënt een MDO is geweest en dat zij zich via het dossier op de hoogte moeten stellen van de veranderingen in zorg aan de cliënt.

Als er vanuit het MDO evaluaties zijn afgesproken zet de EVV'er deze in de cliëntagenda in het dossier.

## Overdracht

**Doel:** collega's op de hoogte stellen van de veranderingen en de gebeurtenissen die zich tijdens de dienst hebben voorgedaan. Daarnaast sluit je je werkdag af.

**Actie:** tijdens en afrondend aan je dienst schriftelijk rapporteren.

**Actie:** collega's kort wijzen op de bijzonderheden van de dag/nacht bij overdracht dienst.

**Uitvoeren:** zorgmedewerkers die hun dienst overdragen.

**Actie:** geef je collega's waarmee je heb gewerkt kort terug hoe je je werkdag hebt ervaren.

**Uitvoeren:** collega's van dienst

**gereed:** 7 januari 2019

**Verantwoordelijkheid:** hoofd zorg/gehele zorgteam

Het cliëntdossier, mits goed en adequaat bijgehouden is het belangrijkste in de overdrachtscyclus. De mondelinge overdracht draagt vooral bij als beleving en ervaring van de zorgverlener tijdens de dienst in contact met de cliënt(en) en collega's. Mondelinge overdrachten neigen over het algemeen snel naar subjectieve waarnemingen en gaan vaak minder inhoudelijk over hetgeen wat er met de cliënt objectief aan de hand is.

Mondelinge overdracht is met name goed om je dienst af te sluiten, je hoofd leeg te maken van zaken die je voor jezelf nog even op een rij moet zetten of frustraties die je kwijt wilt uit te spreken. Geef je collega's feedback op hoe je met elkaar hebt gewerkt. Kortom ga goed naar huis.

Het is goed om met elkaar afspraken te maken wat je mondeling aan de rapportage toe wilt voegen en je daar aan te houden.

Wees met elkaar bewust dat de geschreven rapportage leidend is in het zorgproces. Achteraf aangeven "maar ze zeiden dat" heeft geen waarde als dit niet gerapporteerd is. Beschrijf dat wat anders is dan anders m.b.t. de cliënt. Kijk wat er aangegeven wordt als zorgdoel en rapporteer daarop. Rapporteer objectief, 'ik zag dit' en niet subjectief, 'ik voelde dat'. Houd je rapportage kort, bondig en duidelijk. Lange onsamenvattende verhalen worden niet gelezen en blijven minder hangen bij collega's. Begin met dat wat je collega moet weten, ook als het slecht nieuws is. Dan hoort je collega meteen wat er is gebeurd en dat komt beter binnen.

## Verpleegkundige visite

**Doel:** bespreken en evalueren van zorgvragen, begeleidingsvragen, cliënt gerelateerde problemen en wondzorg.

**Actie:** zorgmedewerkers stellen gedurende de week vragen in de digitale agenda verpleegkundige visite. Vragen zijn cliënt gericht en niet acuut van aard.

**Actie:** één keer per week overleg tussen hoofd zorg en EVV'er vanuit jaarplanning. Uitkomsten rapporteren en nodige actie oppakken.

**Actie:** indien aanwezig wonden bekijken en evalueren. Wondbehandeling bijstellen.

**Uitvoering:** verandermanager, hoofd zorg en EVV'er    **Gereed:** 15 januari 2019

**Verantwoordelijkheid:** hoofd zorg

**Werkwijze:** vanuit het gegeven dat binnen SZR wordt gewerkt met de eerstelijnszorg, huisartsen en andere behandelaars, is er anders dan in andere verpleeginstelling geen wekelijks overleg met de behandelend arts van de cliënten. Om dit te ondervangen is er een wekelijkse verpleegkundige visite.

Deze visite is op dinsdagochtend van 11:00 tot 11:30 uur.

In de week voorafgaand aan de visite kunnen zorgmedewerkers aangeven welke problemen aan de orde moeten komen binnen de verpleegkundige visite. Hiertoe kunnen ze gebruik maken van de digitale agenda verpleegkundige visite. Daarin wordt aangegeven wie de cliënt is die ze besproken willen hebben. En wat het probleem en mogelijk doel hiervan is.

De EVV'er brengt de vragen tijdens de visite in. Samen met de verpleegkundige bekijkt hij/zij of er actie moet worden ondernomen. De EVV'er rapporteert de uitkomsten in het dossier van de cliënt en zet afgesproken acties in gang.

**Wondzorg:** in de visite wordt als vast onderdeel de wondzorg meegenomen. De verpleegkundige bespreekt met de EVV'er de cliënten die op dat moment wondzorg krijgen en kijkt indien relevant na het overleg mee met de EVV'er naar de wonden. EVV'er stelt op aangeven van de verpleegkundige de wondzorg bij of schakelt expertise van buitenaf in.

## Overleg eerst verantwoordelijk verzorgende

**Doel:** problemen in zorgverlening en zorgcoördinering signaleren. Ondersteunen van de EVV'ers in de uitvoering van zorg- en coördinerende taak.

**Actie:** overleg plannen op jaarbasis. Vooraf agenda vaststellen.

**Uitvoering:** hoofd zorg en verandermanager                      **Gereed:** 1 februari 2019

**Actie:** rapporteren afsprakenlijst en uitvoeren van de gemaakte afspraken.

**Uitvoeren:** EVV'ers/verpleegkundige                                      **Gereed:** gedurende 2019

**Verantwoordelijkheid:** hoofd zorg

**Werkwijze:** vier keer per jaar op de eerste maandag van de maanden februari, mei, augustus en november. Duur anderhalf uur van 14:00 tot 15:30 uur is er een overleg voor de EVV'ers/verpleegkundige. Dit overleg wordt door het hoofd zorg voorbereid met een agenda. Zij is tevens voorzitter van het overleg. Op roterende basis maakt één van de EVV'ers/verpleegkundige een afsprakenlijst. Deze wordt na goedkeuring gearchiveerd door het hoofd zorg. De rapportage komt in het eerst volgende overleg terug om afspraken die zijn gemaakt te evalueren.

## Teamoverleg

**Doel:** zorgmedewerkers op de hoogte houden van voor hen belangrijke zaken. Met elkaar bespreken waar knelpunten worden ervaren en hoe hiermee om te gaan. Teambuilding bevorderen.

**Actie:** op jaarbasis teamoverleg plannen

**Uitvoering:** hoofd zorg en verandermanager

**Actie:** inhoudelijk voorbereiden van het overleg

**Uitvoering:** hoofd zorg, zorgmedewerkers dragen onderwerpen aan vanuit het team

**Actie:** rapporteren gemaakte afspraken

**Uitvoering:** zorgmedewerker(roulerend)

**Gereed:** 1 februari 2019

**Verantwoordelijkheid:** hoofd zorg

**Werkwijze:** het team overleg wordt per kalende jaar vastgelegd in een frequentie van vijf keer per jaar. Voor 2019 in de maanden februari, april, juni, september en november. Op de derde dinsdag van de maand van 13:30 tot 14:45 uur.

De voorbereiding: is een gedeelde verantwoordelijkheid van het hoofd zorg en de zorgteams (bekijken of het zinvol is om de andere diensten hierbij te betrekken of hiervoor een apart overleg te plannen). De gedeelde verantwoordelijkheid houdt in dat het hoofd zorg en de zorgteams een week van te voren uiterlijk de tweede dinsdag van de maand agenda punten inleveren. Het hoofd zorg maakt hieruit de agenda en stuurt deze voorafgaand aan het teamoverleg rond. Mededelingen die geen discussie/ bespreking nodig hebben worden als bijlage bij de agenda op schrift afgehandeld.

Het hoofd zorg is voorzitter van het teamoverleg. Zij brengt de agenda punten in en bewaakt de tijd. Een van de verzorgenden maakt (roulerend de notulen) de afsprakenlijst. Deze wordt uiterlijk op de vierde dinsdag van de maand rondgestuurd.

De agenda heeft als vaste bespreekpunten:

- 1) vaststellen van de notulen uit het vorige overleg
- 2) kwartaal rapportage MIC/MIM/MVA commissie
- 3) al wat ter tafel komt
- 4) de rondvraag

Aangevuld met de punten uit het management en het zorgteam.

Het is raadzaam om de teambespreking te gebruiken ter voorbereiding van de hoogtijdagen van het jaar. Niet inhoudelijk wat er gedaan wordt maar om af te kaarten wie wat op wil pakken. Het is zaak om het overleg zakelijk volgens de agenda af te werken, om te voorkomen dat de bespreking verzand in niet te zake doend gepraat.



## Cliëntbespreking

**Doel:** ondersteunen van zorgmedewerkers in veilig, verantwoord en juiste zorg en begeleiding geven aan cliënten. Het team toerusten en ondersteunen in hun zorgtaken.

**Actie:** op jaarbasis plannen van cliëntbesprekingen en indien nodig deskundigheid inhuren om de bespreking te begeleiden.

**Uitvoering:** hoofd zorg en verandermanager

**Gereed:** 1 februari 2019

**Actie:** voorafgaand aan de cliëntbespreking m.b.v. een casus cliënt(en), problematiek inbrengen.

**Uitvoering:** zorgmedewerker(s)

**Gereed:** zoals afgesproken in de werkwijze

**Verantwoordelijkheid:** hoofd zorg

**Werkwijze:** het bespreken van cliënten is belangrijk en vraagt om een doel en voorbereiding. Zoals eerder aangegeven is het tijdens of meteen na de pauze zinvol om voorafgaand aan een MDO even met elkaar kort te sluiten wat je als (zorg) team in wilt brengen in het MDO. Dit is echter minder een cliëntbespreking waar je als individuele zorgverlener lering en ondersteuning uit kunt halen. Het gaat hier om de inbreng van het zorgteam in het MDO van de cliënt.

De reguliere cliëntbespreking worden jaarlijks vastgelegd, en gekoppeld aan het teamoverleg. De frequentie is vijf keer per jaar (Op vraag en of noodzaak vaker). Voor 2019 is de planning in de maanden februari, april, juni, september en november. Op de derde dinsdag van de maand van 15:00 tot 15:45 uur.

Om een cliëntbespreking zinvol te laten verlopen is het noodzakelijk dat er niet teveel cliënten worden besproken. Twee per bespreking is het streven. Het is van belang dat zorgmedewerkers vooraf zelf aan kunnen geven wie ze willen bespreken. Om het overleg actief te maken vraagt het hoofd zorg in de week vooraf aan de bespreking wie de medewerkers willen bespreken en samen maak je de keuze wie er wordt besproken. Het hoofd zorg vraagt aan twee zorgmedewerkers om een korte casus te schrijven waarin het probleem en het waarom van het bespreken van de betreffende cliënt duidelijk wordt gemaakt. De casus wordt door deze medewerker zelf ingebracht. Na de discussie worden de uitkomsten (indien van toepassing) hieruit kort vastgelegd in het dossier van betreffende cliënt.

Als er een casus ingebracht gaat worden die voor een aantal mensen grote impact heeft binnen het dagelijks werk, bijvoorbeeld angst voor het gedrag van een cliënt dan is het raadzaam om de deskundigheid van b.v. een psycholoog in te roepen. Deze kan samen met het team vanuit de cliëntbespreking een benaderingsplan opstellen met eventuele vervolg acties. Ook kan de deskundige ter plekke handvaten en steun bieden aan medewerkers.

## Dagindeling

**Doel:** medewerkers zijn meer betrokken en hebben beter inzicht op het welzijn van de individuele cliënt.

**Actie:** alle zorgmedewerkers in de ochtend zoveel mogelijk op dezelfde cliënten inplannen als zij meerdere dagen achter elkaar werken.

**Actie:** in de ochtend planning ook rekening houden om de EVV'er en verpleegkundige regelmatig in te plannen bij cliënten die minder intensieve zorg nodig hebben.

**Uitvoering:** dagoudste/hoofd zorg

**Gereed:** vanaf 15 februari 2019

**Verantwoordelijkheid:** hoofd zorg

**Werkwijze:** zorgmedewerkers worden vanaf 1 februari 2019, als zij meerdere dagen achter elkaar werken, zoveel mogelijk bij dezelfde cliënten ingepland, zodat zij beter zicht hebben op veranderingen en het welzijn van de betreffende cliënten. Daarbij wordt het werk voor hen overzichtelijker. De EVV'er en verpleegkundige verlenen ook regelmatig zorg aan minder complexe cliënten, zodat zij deze cliënten ook goed in beeld houden.

Hoofd zorg/dagoudste maakt op maandag aan de hand van het dienstrooster een weekplanning. Waarbij er zoveel mogelijk rekening wordt gehouden met bovenstaand uitgangspunt.

## Cliëntgericht werken

**Doel:** de wens van de individuele cliënt bepaalt de indeling van de dag van de cliënten. (Taakgericht werken gaat niet samen met cliënt gericht werken).

**Actie:** zorg aan cliënten wordt niet meer verleend vanuit vastliggende afspraken. De zorgmedewerker speelt per moment van de dag in op de vraag en behoefte van de individuele cliënt.

**Actie:** missie en visie toetsen aan de praktijk binnen SZR en daar waar we zien dat de taakgerichtheid prevaleert boven die van de wensen van de cliënt bijstellen.

**Uitvoering:** verandermanager, hoofd zorg

**Gereed:** ingaand 1 juli 2019

**Verantwoordelijkheid:** directeur

**Werkwijze:** vanaf maart 2019 worden alle medewerkers geschoold op het cliënt gericht werken. Van belang is dat zij duidelijk krijgen dat niet de zorg maar de (zorg)vraag van de cliënt bepaald hoe de dag er uitziet. En dat elke dienst hierdoor een ander verloopt (kan) krijgen.

Deze verandering houdt ook in dat we als organisatie vanaf begin 2019 nogmaals kritisch moeten kijken of we voldoende cliëntgericht werken en of onze inzet van zorg in de pas loopt met onze missie en visie.

## Scholing

### Scholing bevoegd /bekwaam

**Doel:** alle medewerkers die hier voor in aanmerking komen zijn volledig bevoegd en bekwaam passend bij hun opleiding en functie.

**Actie:** alle medewerkers ronden de e-learning, passend bij hun opleiding en functie met minimaal voldoende af.

**Uitvoering:** verzorgende niveau 2+, 3, verzorgende VIG en verpleegkundige.

**Verantwoordelijkheid:** directeur en medewerker

**Gereed:** 15 januari 2019

**Actie:** inhuren van externe toetsers en plannen praktijkscholing.

**Uitvoering:** verandermanager

**Gereed:** 20 maart 2019

**Verantwoordelijkheid:** directeur

**Werkwijze:** zorgmedewerkers moeten om hun beroep uit te mogen oefenen bevoegd en bekwaam zijn. Bevoegd ben je door de opleiding die je hebt gevolgd. Je diploma zegt wat je in de praktijk wel en niet mag doen aan (verpleegkundige) handelingen. Bekwaam ben niet voor het leven. De wet stelt dat je verpleegkundige handelingen om de drie jaar moet laten toetsen, als je dit verzuimt dan mag je deze handeling niet meer uitvoeren totdat je de volledige toets op de betreffende handeling opnieuw behaald hebt. De theorie tegenwoordig via e-learning en in de praktijk onder toezicht van een praktijktoetsers. Voor je aan de praktijktoetsing mag beginnen moet je eerst aan kunnen tonen dat je de theorie hebt behaald. De praktijk mag getoetst worden door een gedelegeerd toetsers binnen de instelling of via scholing buiten je eigen instelling. Met het behalen van theorie en praktijk ben je voor de komende drie jaar weer bevoegd en bekwaam mits je in de praktijk de handeling ook regelmatig uitvoert. Is dit niet het geval zul je de scholing eerder moeten herhalen. Het is van belang voor de werkgever en werknemer dat de bevoegd en bekwaamheid in een certificaat aantoonbaar is.

Werkgever en werknemer zijn samen verantwoordelijk voor het bevoegd en bekwaam zijn van de werknemer. Werkgever faciliteert de werknemer bij het kunnen behalen van de bekwaamheid.

## Scholing bedrijfshulpverlening, brandpreventie en ontruimingsplan

**Doel:** 24x7 zijn er altijd gecertificeerde hulpverleners binnen SZR aanwezig.

**Actie:** Alle medewerkers ontvangen scholing door een erkend trainingsbureau voor bedrijfshulpverlening en brandpreventie.

**Actie:** er wordt met het personeel een ontruimingsoefening gepland en gehouden.

**Actie:** inhuren van de scholing bedrijfshulpverlening en brandpreventie op locatie.

**Uitvoering:** Verandermanager /extern bureau.

**Gereed:** 28 januari 2019

**Ontruimingsplan gereed:** 20 februari 2019

**Actie:** Duur bevoegdheid vastgelegd en vooraf aan het verlopen van de bevoegdheid de medewerker opnieuw geschoold ( scholing is voor alle medewerkers zorg verplicht).

**Uitvoering:** hoofd zorg

**Scholing:** 2021

**Verantwoordelijkheid:** directeur

**Werkwijze:** offerte opvragen en inhoudelijk beoordelen. Na goedkeuring van de directeur afspraken maken m.b.t. data van scholen van de medewerkers. Omdat we kiezen voor een scholing op locatie met instructeurs het gebouw doorlopen en aandachtspunten vaststellen. Afspraken maken over vervolgscholing in 2021 (dit in verband met geldigheid certificaat voor de duur van 2 jaar).

## Risico Inventarisatie en Evaluatie (RI&E)

**Doel:** binnen SZR is een actuele inventarisatie op risico's gemaakt. Bestaande risico's zijn onder de aandacht gebracht en worden in volgorde van urgentie opgelost.

**Actie:** inhuren extern bureau voor de uitvoering van de RI&E. **Gereed:** 1 maart 2019

**Actie:** uitkomsten RI&E evalueren en plan van aanpak schrijven om de bestaande risico's op te lossen.

**Uitvoering:** verandermanager **Gereed:** afhankelijk van uitkomsten RI&E

**Verantwoordelijkheid:** directeur

**Werkwijze:** bureau benaderen om de RI&E uit te laten voeren (is reeds in gang gezet)

## Interne scholing en klinische lessen

**Doel:** scholen en enthousiasmeren van medewerkers zorg om zichzelf vakgerichte veranderingen en inzichten in eigen te maken.

**Actie:** scholing op jaarbasis inplannen. En na vraag en noodzaak begeleiding inhuren.

**Uitvoering:** hoofd zorg en verandermanager      **Gereed:** Eerste scholing 7 februari 2019

**Actie:** medewerkers geven gedurende het kalenderjaar bij het hoofd zorg aan, aan welke scholing zij behoefte hebben.

**Uitvoering:** zorgmedewerkers      **Gereed:** gedurende het hele jaar.

**Verantwoordelijkheid:** hoofd zorg

**Werkwijze:** om de medewerkers te stimuleren om ontwikkelingen binnen de zorg bij te houden en hen extra bagage te geven wordt er gewerkt met een jaarlijks vastgelegd scholingsprogramma. De scholing kan bestaan uit klinische lessen en interne scholing.

Aan het begin van ieder kalender jaar kunnen de medewerkers aangeven aan welke scholing er behoefte bestaat. Zij dragen hiervoor zelf de onderwerpen aan. De werkgever kan in het kader van wet en regelgeving ook onderwerpen opleggen. Onderwerpen mogen ook in de loop van het kalender jaar aangegeven worden b.v. omdat zich bepaalde ontwikkelingen voordoen die om scholing vragen, daardoor is de invulling van de scholing niet statisch.

Voor de scholing is een budget gereserveerd waaruit sprekers en materiaal bekostigd kan worden.

De scholing in 2019 wordt gehouden op: donderdag 7 februari, 21 maart, 2 mei, 13 juni, 5 september, 17 oktober en 28 november. Onderwerpen moeten in de eerste week van februari aangeleverd worden. De scholingstijd is twee uur per les.

Afhankelijk van het onderwerp kan een externe docent of spreker worden gevraagd. De werkgever bepaalt of de scholing verplicht is. Verplichte scholing valt binnen de reguliere werktijd.

## Externe scholing

**Doel:** medewerkers na behoefte scholen en het zorg team mee laten groeien met de complexiteit van de zorgvraag.

**Actie:** individuele zorgmedewerkers stimuleren om zichzelf te ontwikkelen met gebruikmaking van onder meer de POP-gesprekken en persoonlijk aanspreken.

**Actie:** inventariseren aan welke scholing en bijscholing de organisatie behoefte heeft.

**Uitvoering:** hoofd zorg en verandermanager **Gereed:** doorlopend, inventarisatie 1 maart 2019

**Verantwoordelijkheid:** directeur

**Werkwijze:** vanuit het POP en de inventarisatie op behoefte van de organisatie “de complexiteit van de huidige zorg” moet de werkgever de individuele medewerker stimuleren voor externe opleiding. De werknemer kan ten alle tijden ook zelf het initiatief nemen om de werkgever te vragen hem/haar de ruimte en ondersteuning te geven tot het volgen van een opleiding. Dit gebeurt altijd in samenspraak waarbij de werkgever soms de werknemer kansen geeft die in eerste instantie risicovol zijn met het oog op de slagingskans. De afspraken worden in een contract vastgelegd. Het aangaan van dergelijke overeenkomsten vragen inspanning van beide partijen.



## Intervisie en reflectie

**Doel:** ondersteunen van zorgmedewerkers met betrekking tot ervaringen voortkomend uit de werkzaamheden binnen SZR.

**Actie:** inplannen op jaarbasis en faciliteren van de intervisie, begeleiding inhuren zodat medewerkers de ruimte kunnen ervaren om volledig open en eerlijk te kunnen zijn m.b.t. hun ervaring binnen SZR.

**Uitvoering:** hoofd zorg

**Gereed:** 1 februari 2019

**Doel:** zorgmedewerkers de kans bieden om binnen een andere zorginstelling te gaan kijken en ervaren hoe daar wordt gewerkt.

**Actie:** mogelijkheden onderzoeken bij collega zorgaanbieders naar de mogelijkheid van een dergelijke snuffelstage voor de medewerkers.

**Uitvoering:** verandermanager

**Gereed:** 1 april 2019

**Verantwoordelijkheid:** directeur

**Werkwijze:** drie keer per jaar is er een geplande intervisie/reflectie voor alle zorgmedewerkers te houden in de maanden februari, mei en oktober op de tweede woensdag van de volle week. 's Avonds van 19:30 tot 21:00 uur. Medewerkers brengen hiervoor twee weken vooraf op de eerste van de maand zelf de onderwerpen in. De werkgever draagt zorg voor passende begeleiding. Er worden contacten gelegd met collega zorgaanbieders met de vraag of zorgmedewerkers mee mogen kijken (al dan niet in een uitwisseling) op een van hun zorgafdelingen.

## Auditeren en monitoren

### De Zorgverlening

**Doel:** aansluiten bij de wensen en zorgvraag van de cliënt. Werkwijze en rapportage toetsen op methodisch werken met gebruik van de PDCA-cyclus.

**Actie:** rond het MDO wordt de cliënt/cliëntvertegenwoordiger gevraagd hoe de zorgverlening wordt ervaren. De ervaringen van de cliënt/cliëntvertegenwoordiger worden kort vastgelegd in de voorbereiding van het MDO en gebruikt om de zorgverlening bij te stellen.

**Actie:** intern monitoren welke afspraken binnen SZR taakgericht worden gesteld en welke cliëntgericht worden ingezet.

**Uitvoering:** hoofd zorg, verpleegkundige, EVV'er, verandermanager **Gereed:** 1 maart 2019

**Verantwoordelijkheid:** hoofd zorg

**Actie:** Per kwartaal tien dossiers op het juiste gebruik van de PDCA –cyclus monitoren. Verslaglegging van de resultaten en bespreken met het zorgteam. Bij voorkeur dossiers die kort daarna in het MDO besproken worden.

**Uitvoering:** voorzitter MIC/MIM/MVA commissie.

**Gereed:** eerste rapp. april 2019

**Verantwoordelijkheid:** directeur

## Exit gesprek

**Doel:** positief bijstellen van de zorgverlening en ondersteunen van het cliëntgericht werken.

**Actie:** Bij einde zorgverlening wordt er met de cliëntvertegenwoordiger/ sociaal netwerk een exit gesprek gepland. Uitkomsten worden vastgelegd en gebruikt om de zorgverlening in algemene zin te verbeteren.

**Uitvoering:** EVV'er

**Actie:** maken van een gespreksformat                      **oppakken vanaf:** 1 januari 2019

**Verantwoordelijkheid:** hoofd zorg en verandermanager

**Werkwijze:** bij het beëindigen van de zorgverlening wordt de cliëntvertegenwoordiger uitgenodigd voor een exit gesprek. Hierin komt aan de orde hoe de cliënt en zij sociale omgeving de verleende zorg hebben ervaren.

Er wordt expliciet gevraagd naar wat als prettig en goed is ervaren. Maar ook naar wat er minder goed of tegengevallen is in de periode van zorg. Of de cliënt/cliëntvertegenwoordiger gedurende de zorg is gehoord en of de zorg op de cliënt was afgestemd.

Gesprek wordt gehouden en gerapporteerd vanuit een niet bindend gespreksformat.

Van het gesprek wordt door de EVV'er een verslag gemaakt. Dit wordt aan de cliëntvertegenwoordiger ter goedkeuring aangeboden en daarna gebruikt om de zorgverlening positief bij te stellen. Het verslag wordt tevens in het teamoverleg ingebracht. En gebruikt voor het jaarverslag, en evaluaties van de zorgverlening.

## MIC/MIM/MVA rapportage

**Doel:** de incidenten binnen SZR worden geregistreerd, geanalyseerd en er wordt actie op ondernomen.

**Actie:** medewerker betrokken bij of aanwezig tijdens een incident vult een MIC/MIM/MVA MIC/MIM/MVA formulier in en geeft bij de MIC/MIM/MVA commissie per mail aan dat er een MIC/MIM/MVA is ingevuld.

**Actie:** de commissie beoordeeld de MIC/MIM/MVA, doet zo nodig nader onderzoek en geeft bij het zorgteam aan dat de MIC/MIM/MVA is besproken.

**Actie:** de voorzitter van de commissie maakt per melding een analyse van het voorval, adviseert indien nodig m.b.t. verbeteringen en ziet samen met de andere leden van de commissie toe op uitvoering hiervan. De commissie geeft ieder kwartaal (volgens planning) een verslag uit van de incidenten per categorie. Aan het begin van ieder nieuw kalender jaar draagt de commissie zorg voor een jaarverslag. Dit verslag wordt opgenomen in het Jaarverslag van SZR.

**Actie:** het kwartaalverslag wordt door het hoofd zorg in het eerst volgend teamoverleg besproken.

**Uitvoering:** hele zorgteam, MIC/MIM/MVA commissie. **Gereed:** vanaf heden volgens werkwijze

**Verantwoordelijkheid:** voorzitter MIC/MIM/MVA commissie en directeur

**Werkwijze:** Binnen SZR is er een MIC/MIM/MVA commissie. Bestaande uit het hoofd zorg, een verpleegkundige en een externe voorzitter. De voorzitter verzorgd de kwartaal rapportages, per categorie van incidenten, ernst/mogelijk letsel interventie en afronding. Na elk kalenderjaar volgt een jaarrapportage. Daarin wordt aangegeven wat er in het afgelopen jaar uit de totaal analyse mag worden geconcludeerd. Welke structurele verbeteringen er uit voort zijn gekomen en hoe betrokkenen zijn geïnformeerd. De kwartaal rapportages worden uitgebracht op 15 januari, en vervolgens op 15 april, juli en oktober. De jaarrapportage wordt in de maand februari van het nieuwe jaar over voorliggend jaar aangeboden aan de directeur.

Medewerkers vullen zo kort mogelijk na het voordoen van een incident het MIC/MIM/MVA formulier volledig in. Zij rapporteren in het cliëntdossier dat zij de MIC/MIM/MVA hebben ingevuld en wat zij naar aanleiding van het incident aan verdere acties ondernomen hebben. Daarnaast sturen zij een mail naar het hoofd zorg en de voorzitter van de MIC/MIM/MVA commissie.