



Kwaliteitsverslag

Leren en werken aan kwaliteit

21-6-2018
ZGR

THUIS IN HET  VAN SALLAND
MET WELZIJN, WONEN EN ZORG

Inhoud

1. Voorwoord.....	3
1.1 Aanleiding.....	3
1.2 Inhoud.....	3
2. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning.....	4
2.1 Compassie, uniek zijn en Autonomie.....	4
2.2 Zorgdoelen.....	5
3. Wonen en welzijn.....	6
3.1 Zingeving.....	6
3.2 Zinvolle tijdsbesteding.....	6
3.3 Schoon en verzorgd lichaam plus verzorgde kleding.....	7
3.4 Familieparticipatie en inzet vrijwilligers.....	7
3.5 Wooncomfort.....	8
4. Veiligheid.....	9
4.1 Medicatieveiligheid.....	9
4.2 Decubituspreventie.....	9
4.3 Vrijheidbeperkende maatregelen.....	10
4.4 Preventie acute ziekenhuisopname.....	10
4.5 kwaliteitsindicatoren.....	10
5. Leren en werken aan kwaliteit.....	12
5.1 Kwaliteitsmanagementsysteem.....	12
5.2 Kwaliteitsplan.....	12
5.3 Kwaliteitsverslag.....	13
5.4 Continu werken in de praktijk aan verbeteren door zorgverleners.....	13
5.5 Deel uitmaken van een lerend netwerk.....	16
6. Leiderschap, governance en management.....	16
7. Personeelssamenstelling (voldoende en vakbekwaam personeel).....	17
7.1 Aandacht, aanwezigheid en toezicht.....	17
7.2 specifieke kennis en vaardigheden.....	18
7.3 Leren en ontwikkelen.....	19
7.4 Gegevens Personeelssamenstelling ZGR 2018.....	20
8. Gebruik van hulpbronnen.....	21
9. Gebruik van informatie.....	21

9.1 Verzamelen en delen van informatie primair voor samen leren en verbeteren van kwaliteit.....	21
9.2 Benutten en optimaliseren van bestaande administratiesystemen.....	23
9.3 Openbaarheid en transparantie	23
10 Kwaliteitsverbetering per locatie	24
10.1 Rapportage ZGR Brugstede	24
10.2 Rapportage Schuilenburg	26
10.3 Rapportage ZGR Angeli Custodes.....	28
10.4 Rapportage ZG Swaenewoerd	32
10.4 Rapportage ZG Stevenskamp en Stevenserf.....	34

1. Voorwoord

Voor u ligt het kwaliteitsverslag van ZGR. In dit verslag, licht ZGR toe hoe zij zorg draagt voor een optimale zorg en ondersteuning van haar cliënten. Daarnaast legt ZGR middels dit verslag verantwoording af voor de wijze waarop zij werkt aan kwaliteit, samen leren en verbeteren. In het verslag kijken we primair terug op de resultaten en ontwikkelingen in 2017. Dat is het uitgangspunt van dit verslag. Daarnaast geven we waar mogelijk en indien van toepassing ook inzicht in ontwikkelingen van het lopende jaar. Dat is een bewuste keuze, omdat we dit jaar – enkel en alleen dit jaar – het kwaliteitsverslag schrijven in een overgangssituatie. Er is namelijk een kwaliteitsplan voor 2018 dat eind 2017 in de context van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (verder: Kwaliteitskader) is geschreven. Dat plan vormt echter de basis voor het kwaliteitsverslag over 2018, welke in 2019 zal worden opgesteld. In 2017 is er geen vergelijkbaar kwaliteitsplan in de context van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg geschreven, vandaar dat we 2018 als een overgangsjaar beschouwen.

Om de administratieve lasten te beperken, levert ZGR, vanaf 2019, door middel van één document (het kwaliteitsverslag) intern en via gestandaardiseerde aanlevering extern verantwoording af.

Na vaststelling van het kwaliteitsverslag door de cliëntenraad, ondernemingsraad, managers, raad van toezicht en twee collega zorgorganisaties uit het Lerend Netwerk wordt het verslag gepubliceerd op de eigen website (www.zgr.nl) en op de Openbare Database van het Zorginstituut Nederland.

1.1 Aanleiding

Het in 2017 verschenen Kwaliteitskader is als kwaliteitstandaard opgenomen in het wettelijke register van het Zorginstituut. Dit register maakt zichtbaar wat zorgaanbieders, cliënten en zorgverzekeraars hebben afgesproken over wat goede zorg is en vormt de basis voor toezicht en verantwoording van verleende zorg en ondersteuning.

ZGR heeft vanuit dit Kwaliteitskader de verantwoordelijkheid om continu te werken aan het verbeteren van de kwaliteit van de door ons geleverde zorg en ondersteuning. Om deze doelstelling te realiseren heeft ZGR in 2017 een kwaliteitsplan opgesteld waarin de realisatie van de verbeterplannen voortkomend uit het Kwaliteitskader worden toegelicht.

1.2 Inhoud

Het Kwaliteitskader is opgebouwd uit de 8 thema's:

1. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning
2. Wonen en welzijn
3. Veiligheid
4. Leren en werken aan kwaliteit
5. Leiderschap, governance en management
6. Personeelssamenstelling
7. Gebruik van hulpbronnen
8. Gebruik van informatie

In de volgende hoofdstukken staat per thema uitgewerkt hoe we aan onze plannen hebben gewerkt en wat de behaalde resultaten zijn.

2. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Persoonsgerichte zorg en ondersteuning gaat over de wijze waarop de cliënt in alle levensdomeinen uitgangspunt is bij zorg- en dienstverlening. Dit met als doel om uiteindelijk de bijdrage aan de kwaliteit van leven van een cliënt zo optimaal mogelijk te laten zijn.

In het Kwaliteitskader wordt de volgende gewenste situatie geschetst, waarbij de zorgverlener invulling moet geven aan vier onderscheidende thema's:

- Compassie: de cliënt ervaart nabijheid, vertrouwen, aandacht en begrip.
- Uniek zijn: de cliënt wordt gezien als mens met een persoonlijke context die ertoe doet en met een eigen identiteit die tot zijn recht komt.
- Autonomie: voor de cliënt is de mogelijkheid van eigen regie over leven en welbevinden leidend, ook bij de zorg in de laatste levensfase.
- Zorgdoelen: iedere cliënt heeft vastgestelde afspraken over (en inspraak in) de doelen ten aanzien van zijn/haar zorg, behandeling en ondersteuning.

2.1 Compassie, uniek zijn en Autonomie

In 2017 heeft ZGR cliëntwaarderingen voor Zorgkaart Nederland opgehaald middels interviewteams. Er is o.a. gevraagd naar ervaringen van cliënten op het gebied van de accommodatie, afspraken, luisteren, omgang met zorgmedewerkers, deskundigheid en kwaliteit van leven

Uit de waarderingen op Zorgkaart Nederland blijkt dat cliënten erg tevreden zijn over de bejegening van de medewerkers:

“De omgang is helemaal prima, ze zijn allemaal vriendelijk. We krijgen aandacht. Ze luisteren wel goed naar ons en nemen daar de tijd voor.”

“Ik ben erg tevreden over de liefdevolle verzorging van mijn vader. Mijn vader was dement en door zijn dementie niet altijd de makkelijkste persoon om te verzorgen. Maar het hele team, niemand uitgezonderd, heeft mijn vader altijd liefdevol en met respect behandeld. Zij zagen altijd de persoon in hem die hij was voor zijn dementie.”

Naast het ophalen van cliëntwaarderingen op Zorgkaart Nederland, heeft ZGR ook cliëntwaarderingen opgehaald middels spiegelgesprekken. Uit deze spiegelgesprekken blijkt dat cliënten en familieleden tevreden zijn over de bejegening. De opmerkingen die op Zorgkaart Nederland staan kwamen terug in de spiegelgesprekken.

De spiegelgesprekken maken medewerkers bewust van hun handelen en laten zien dat ze op een aantal onderwerpen direct het 'verschil' kunnen maken door kleine dingen te veranderen. Onderstaand zijn een aantal uitkomsten en verbeterpunten vanuit de spiegelgesprekken geschetst:

Cliënt: “ 's Nachts vind ik het lawaaiërig. De deuren vallen hard dicht. Ik kan hierdoor slecht slapen.”

Medewerkers hebben daarop direct afgesproken om alle deuren 's nachts vast te houden totdat ze in het slot vallen. Daarnaast zijn er drangers geplaatst.

Cliënt: “Ik vind het vervelend dat het tijdens het eten onrustig is. Er wordt veel gerammeld met pannen en deksels.”

Resultaat is dat medewerkers zich bewust zijn geworden van het feit dat cliënten eten en dat ze dan ook rust willen. Medewerkers hebben met elkaar afgesproken dat ze rustig zijn tijdens de maaltijden en niet onnodig met pannen bezig gaan.

Naast de verbeterpunten die gelijk zijn doorgevoerd, zijn er ook verbeterpunten genoemd die meer tijd van medewerkers vragen, bijvoorbeeld verbeteringen met betrekking tot de planning. Voor deze punten zijn verbeterplannen opgesteld die gecommuniceerd zijn aan de bewoners.

2.2 Zorgdoelen

N.a.v. de nieuwe eisen in het Kwaliteitskader is het handboek ECD aangepast, waarin onderstaande is opgenomen:

‘Vanaf 1-7-2017 beschikt iedere cliënt binnen 24 uur over een voorlopig zorgplan (waar in ieder geval zaken zoals medicatie, dieet, primaire hulpvraag, een eerste contactpersoon en afspraken over handelen bij calamiteiten zijn vastgelegd), dat uiterlijk zes weken na opname (of zoveel eerder als mogelijk) volledig en (tot bijstelling aan de orde is) definitief wordt.’

‘Vanaf 1-7-2017 is de verantwoordelijkheid voor het opstellen van een zorgplan belegd bij een verzorgende (niveau 3 (IG) of hoger) of bij een andere zorgverlener van tenminste niveau 3. Bij voorkeur is dit de contactverzorgende dan wel de eerst verantwoordelijke verzorgende of verpleegkundige (EUV-er).’

Twee keer per jaar worden er interne audits uitgevoerd op het Elektronisch Cliënten Dossier (ECD). Hieruit blijkt dat elke cliënt een woonzorgcoördinator (wozoco) heeft. Deze wozoco zorgt ervoor dat de nieuwe cliënt binnen 24 uur een concept zorgplan heeft. Dit zorgplan “groeit” de eerste zes weken uit tot een volwaardig en compleet zorgplan. Hiervoor wordt de Omaha systematiek gebruikt, zodat we een duidelijk beeld van de cliënt en zijn/haar ondersteuningsvragen krijgen.

Uit de interne audits blijkt dat bovenstaande norm klopt binnen ZGR. De gemaakte afspraken worden nageleefd. Een verbeterpunt is het tijdig evalueren van het zorgplan en het opstellen van een nieuw zorgplan. Uit de interne audits blijkt dat niet alle zorgplannen binnen zes maanden geëvalueerd zijn/worden.

Alle wozoco’s hebben een aanvullende scholing gevolgd met betrekking tot het opstellen van een zorgplan middels de Omaha systematiek. In deze scholing is tevens aandacht besteed aan het rapporteren op de doelen.

Alle medewerkers hebben bij de implementatie van het ECD een scholing gehad over het ECD en het werken met het ECD.

Voor nieuwe medewerkers wordt vier keer per jaar een scholing georganiseerd, waarbij een instructie wordt gegeven over het werken met het ECD, het opstellen van zorgplannen en het rapporteren op doelen.

3. Wonen en welzijn

Dit hoofdstuk gaat over de wijze waarop zorgverleners en zorgorganisaties in hun zorg- en dienstverlening oog hebben voor optimale levenskwaliteit en welzijn van cliënten en hun naaste(n), en de wijze waarop zij gericht zijn op het bevorderen en ondersteunen ervan. Hierbij speelt de zorg van lichaam en geest een belangrijke rol. Ook de woon- en leefomgeving, van de cliënt die verpleeghuiszorg ontvangt, is van groot belang. In het kwaliteitskader verpleeghuiszorg worden vijf thema's onderscheiden:

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

3.1 Zingeving

Het beleid geestelijke verzorging is geëvalueerd en geïmplementeerd binnen ZGR. Binnen ZGR is een geestelijke verzorger werkzaam. Tot 1-1-2018 werkte zij alleen op de locatie ZGR Angeli Custodes, waar zij meerdere cliënten bezocht. .

Vanaf 2018 zijn de uren en de taken van de geestelijk verzorger uitgebreid. Zij werkt nu op alle locaties van ZGR en MIEN. Haar werkzaamheden bestaan uit het begeleiden van (intramurale) cliënten op het gebied van levens- en zingevingsvragen, (moeite met de veranderende situatie, met loslaten, accepteren, e.d.), rond het levenseinde, bij ethische kwesties, rouwverwerking, eenzaamheid en geloof. Ze is er nadrukkelijk voor alle cliënten, ongeacht hun levensovertuiging of geloof. Hetzelfde geldt voor hun mantelzorgers. Daarnaast is zij ook voor de teams beschikbaar, voor advies, begeleiding of scholing. Deze samenwerking verloopt goed en de cliënten ervaren extra ondersteuning bij levensvragen.

3.2 Zinnvolle tijdsbesteding

ZGR houdt zich continu bezig met hoe we het leven van onze cliënten zo prettig mogelijk kunnen inrichten, waarbij de cliënt zoveel mogelijk regie houdt. ZGR zoekt steeds de aansluiting bij het normale leven. Samen met de cliënten, familie, de cliëntenraad en de medewerkers hebben we plannen gerealiseerd die hier een bijdrage aan leveren. Op de locaties is er extra aandacht voor activiteiten op het gebied van muziek, voeding, cultuur, natuur en uitstapjes. Ook wordt naast de vaste zorgmomenten, gekeken naar individuele aandacht.

In 2017 heeft ZGR cliëntervaringen opgevraagd gericht op het welzijn en welbevinden van cliënten. Uit de waarderingen blijkt dat cliënten erg tevreden zijn over het activiteitenaanbod van ZGR:

“Er wordt veel georganiseerd voor de bewoners. Om de week hebben ze de weekafsluiting. Er komt dan iemand van de kerk om de week af te sluiten middels zang en gesprekken. Op maandagmiddag hebben ze bijvoorbeeld een schilderclubje, op de dinsdag een handwerkclub enzovoort. Ze koken elke dag met de bewoners zelf de maaltijd. De boodschappen worden besteld, maar als er wat ontbreekt gaan ze zelf de missende boodschappen halen in de winkel. Mijn moeder komt vaak buiten en dat vind ik heerlijk.”

“Het warme eten is heel erg lekker want er is een eigen kok. Ik doe mee met gymnastiek, rummikub en kaarten”

ZGR beschikt over een jaarlijks budget extra middelen vanuit Waardigheid en Trots. Dit is een aanvullend budget voor Wlz-cliënten, welke besteed kan worden voor de ontwikkeling van medewerkers en een zinvolle dagbesteding. In 2016 hebben we hiervoor een plan ingediend waarmee de extra middelen van 2016-2020 toegekend zijn.

In samenspraak met familieleden, bewoners, medewerkers en de verschillende locatieraden is in 2017 de inzet van de extra middelen afgestemd. Betrokkenen hebben aangegeven behoefte te hebben aan middelen t.b.v. een zinvolle dagbesteding voor cliënten.

Voorbeelden van de besteding van deze extra middelen zijn:

1. **Muziek** in de vorm van kleinschalige optredens van gitarist Koen Mijnen.
2. Verbinding en ontmoeting tussen de wijkbewoners en bewoners van Schuilenburg door het **schilderen** van portretten onder begeleiding van een kunstenaar.
3. Samen **bewegen en ontspannen** door aanschaf van de Beleef TV.
4. Bezoek Tierpark in Nordhorn Duitsland.
5. Volière met zebravinkjes.
6. Verhoogde bloembakken buiten.
7. MusicBall De Bol is interactief. De muziekbol speelt klassiekers af en kan spannende verhalen vertellen. De bal kan gebruikt worden door ouderen en jongeren om samen in verbinding te komen door naar muziek te luisteren en samen te zingen.
8. Bezoek van Contactclowns Coco en Puk.

In 2018 zet ZGR verder in op de ontwikkeling van haar welzijnsbeleid met als doel de vitaliteit en zelfredzaamheid van onze huidige en toekomstige cliënten te bevorderen. Daarvoor organiseren we welzijnsactiviteiten en is het belangrijk dat alle medewerkers gedurende de dag oog hebben voor het welzijn/welbevinden van onze cliënten en zich inzetten om dit bevorderen.

De verbreding naar nog meer welzijnsdenken gaan we organisatie breed invoeren. De extra middelen **personele ontwikkeling** worden dan ook ingezet rondom dit thema. Het gaat daarbij om alle medewerkers die dagelijks met cliënten werken. Zij zullen worden getraind rondom welzijn in het algemeen en de specifieke thema's dementie/Brein Omgevings Methodiek, zodat het welzijnsaanbod nog beter voldoet aan de wensen en behoeften van deze doelgroep.

3.3 Schoon en verzorgd lichaam plus verzorgde kleding

Cliënten hebben eigen regie. De hulpbehoefte en de doelen zijn voor elke individuele cliënt opgenomen in het zorgplan. Twee keer per jaar wordt het zorgplan opnieuw geëvalueerd met de cliënt.

3.4 Familieparticipatie en inzet vrijwilligers

Binnen ZGR is enthousiast deelgenomen aan het project Familieparticipatie (2016-2017). Jaarlijks wordt een familieavond georganiseerd op de locaties, waarbij ontwikkelingen op de locaties worden besproken en mantelzorgers de gelegenheid krijgen om hun ervaringen te delen en vragen te stellen. Deze familieavonden worden zowel door familieleden als door medewerkers als waardevol ervaren.

3.5 Wooncomfort

Sinds maart 2018 biedt ZGR middels het Volledig Pakket Thuis (VPT) Wlz-zorg aan cliënten rondom de woonzorglocaties. Hiermee maakt ZGR onder bepaalde voorwaarden Wlz toegankelijk voor een groep van > 250 senioren rondom onze locaties. Dit maakt het voor onze cliënten mogelijk om langer thuis te blijven wonen.

Februari jl. hebben hiervoor instructiesessies plaatsgevonden voor de wozoco's van alle locaties en de wijkverpleegkundigen van MIEN. In deze sessies is VPT uitgelegd, en is tevens de context van deze ontwikkeling: maatschappelijke trends zoals vergrijzing en verkleining van budgetten, en daarmee de noodzaak van een ander aanbod van zorg- en dienstverlening besproken. Door medewerkers continu mee te nemen in de maatschappelijke trends en de strategische koers die ZGR volgt, komen we tot een steeds betere samenwerking. Zo lukt het ons om vanuit een eenduidige visie zo goed mogelijk in te spelen op de wensen en behoeften van senioren in Salland.

In de zomer van 2018 start ZGR met VPT op de woonzorglocaties. Daarmee ontstaat ook voor cliënten die verhuizen naar de locatie de keuze om Wlz te verzilveren met- of zonder verblijf. In adviesgesprekken maken we de keuze van de cliënt inzichtelijk met onder andere een rekentool die het kostenplaatje voor de cliënt bij verschillende leveringsvormen inzichtelijk maakt.

Ontwikkeling tijdelijk verblijf

Eerstelijns verblijf (ELV)

Op de locaties ZGR Angeli Custodes en ZGR Stevenskamp is het aantal cliënten dat verblijft op basis van ELV fors gegroeid. Het betreft voornamelijk cliënten die na een medische ingreep en of ziekenhuisopname behoefte hebben aan verpleging en hierdoor tijdelijk niet in staat zijn om thuis te wonen.

Respijtzorg

Nu nog incidenteel, maar wel steeds vaker, bieden we respijtzorg. Cliënten verblijven dan tijdelijk bij ZGR om mantelzorgers thuis te ontlasten. De cliënt kan hierdoor langer thuis blijven wonen, omdat de mantelzorger minder snel overbelast raakt.

Gebundelde krachten

Voor tijdelijk verblijf bundelen wij onze krachten. Voor het verblijfsgedeelte staan de faciliteiten van de locaties ter beschikking van de cliënten en bezoekers. Zorg wordt geleverd door ervaren wijkverpleegkundigen en de vaste gezichten van ZGR MIEN. Waar nodig wordt aanvullende zorg en of ondersteuning ingezet. Dit maakt dat tijdelijk verblijf bij ZGR voorziet in de behoefte voor zorg- en ondersteuning, ook als de zorgvraag gaandeweg verandert.

Transmuraal werken

De opkomende zorgvormen VPT en tijdelijk verblijf (ELV) weerspiegelen de vervaging van grenzen tussen intramuraal (woonzorg) en extramuraal (thuiszorg). Dergelijke nieuwe leveringsvormen brengen nieuwe werkwijzen met zich mee. In januari 2018 is daarom een pilot transmuraal werken gestart, waarbij cliënten met VPT in Lemelerveld zorg ontvangen van het transmuraal team, bestaande uit zowel medewerkers van de woonzorglocatie, als van ZGR MIEN. Dit transmuraal werken zorgt voor een flexibelere inzet van de zorg en voor een kruisbestuiving van kennis tussen medewerkers van woonzorg en thuiszorg. Op basis van de huidige ervaringen wordt de pilot gaandeweg 2018 uitgebreid.

4. Veiligheid

Werken aan zorginhoudelijke kwaliteit gaat uit van professionele standaarden en richtlijnen. Voor veiligheid betekent dit dat zorgorganisaties en zorgverleners vermijdbare schade bij cliënten zoveel mogelijk voorkomen en daarnaast leren van veiligheidsincidenten.

In het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg worden vier relevante thema's rondom basisveiligheid benoemd:

1. Medicatieveiligheid
2. Decubituspreventie
3. Gemotiveerd gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen
4. Preventie van acute ziekenhuisopnamen

De aanlevering van de indicatoren basisveiligheid, aan het Zorginstituut, vindt plaats in de portal.

4.1 Medicatieveiligheid

Binnen ZGR zien we de laatste jaren een toename van MIC-meldingen betreffende medicatie (in 2017 is een kleine daling te zien in medicatiemeldingen). In hoofdstuk 5.4 staat een overzicht van alle meldingen. In het najaar van 2017 is een projectplan opgesteld betreffende medicatieveiligheid, waarin o.a. de implementatie van het Elektronisch Voorschrijfsysteem (EVS) Medimo is opgenomen. In april 2018 is gestart met de implementatie van dit systeem. Alle zorgmedewerkers zijn getraind in het werken met het EVS. Gezien de ervaringen van andere zorginstellingen met dit systeem, is de verwachting dat het aantal medicatiemeldingen aankomend jaar sterk zal dalen.

De eerste ervaringen op de locatie Swaenewoerd en Angeli Custodes zijn positief.

Naast de implementatie van Medimo, is ook de BEM (beheer eigen medicatie) in het ECD opgenomen. Door de overgang van een papieren dossier naar het ECD had de BEM geen vaste plek in het ECD. Op dit moment staat bij alle cliënten in het zorgplan aangegeven welke afspraken er gemaakt zijn over de BEM. Twee keer per jaar vindt er een interne audit plaats op het ECD, waarbij dit gecheckt wordt.

Naar aanleiding van het toenemend aantal medicatiefouten is ook het beleid met betrekking tot de MIC-meldingen aangepast. In het nieuwe beleid staat beschreven dat de foutmaker de MIC-melding doet in plaats van de foutontdekker, met als doel bewustwording te creëren bij de foutmaker.

4.2 Decubituspreventie

ZGR heeft geen 'digitale tool' waarmee exacte cijfers ten aanzien van cliënten die decubitus hebben of hebben gehad opgevraagd kunnen worden. Aan de hand van de risicosignalering "huidproblemen" in het ECD, wordt bepaald of een cliënt een verhoogd risico heeft en of er opvolging nodig is om de kans op decubitus te verkleinen.

De praktijkverpleegkundigen worden gevraagd mee te kijken indien een cliënt decubitus heeft. De praktijkverpleegkundigen registreren vervolgens de decubitus graad van de cliënten.

4.3 Vrijheidsbeperkende maatregelen

Het beleid van ZGR is gericht op het voorkomen van vrijheidsbeperkende maatregelen.

In 2017 hebben alle zorgmedewerkers een scholing gevolgd omtrent BOPZ en het voorkomen en inzetten van vrijheidsbeperkende maatregelen.

De percentages van ingezette middelen en maatregelen per locatie worden jaarlijks vóór 1 juli aangeleverd bij het Zorginstituut Nederland. De percentages, peildatum juni 2018, staan beschreven in hoofdstuk 4.5.

4.4 Preventie acute ziekenhuisopname

Bij alle cliënten wordt het reanimatiebeleid besproken en vastgelegd in het ECD.

Bij cliënten met behandeling worden tevens afspraken vastgelegd over het wel/niet opgenomen willen worden in het ziekenhuis en het wel/niet starten of stoppen met levensverlengende behandelingen.

We zien een toename van het aantal valincidenten op de locaties. Kijkend naar de oorzaken van deze valincidenten zien we dat deze toename voornamelijk toegeschreven kan worden aan de toenemende zorgzwaarte en het bevorderen van de bewegingsvrijheid van cliënten. Er worden minder vrijheidsbeperkende maatregelen ingezet en meer gebruikgemaakt van domotica. Hierdoor hebben cliënten meer bewegingsvrijheid. Gevolg hiervan is een toename van valincidenten. In de ECD's wordt vermeld indien het gaat om een geaccepteerd risico. Dit mogelijke risico wordt vooraf besproken met familieleden en/of de mantelzorgers. Om de risico's van vallen door omgevingsfactoren te verminderen is er een valpreventiebeleid opgesteld. Dit beleid zal in het tweede kwartaal van 2018 geïmplementeerd worden.

4.5 kwaliteitsindicatoren

Jaarlijks worden de kwaliteitsindicatoren per locatie aangeleverd bij het Zorginstituut. De kwaliteitsindicatoren gemeten over het verslagjaar 2017 waren: mondzorg, vrijheidsbeperkende maatregelen en het gebruik van psychofarmaca.

Mondzorg: ZGR is in 2016 gestart met het project mondzorg. Doel hiervan was het bevorderen van de mondgezondheid, en daarmee de kwaliteit van leven. Dat doen we door het implementeren van de 'richtlijn mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten', zodat na implementatie van de richtlijn bij tenminste 90 procent van de bewoners systematisch aandacht wordt besteed aan mondzorg.

Resultaat in 2017: mondzorg is geborgd in het kwaliteitssysteem van ZGR. Twee keer per jaar vindt een interne audit plaats op het ECD. Onderdeel hiervan is of mondzorg terug te vinden is in het geboden hulp formulier. Vanaf 2018 zal één keer per jaar met de aandachtsvelders mondzorg, de verantwoordelijk manager en de thuishandarts een evaluatie worden gehouden op de bestaande werkafspraken, stand van zaken mondzorg en overige punten.

De thuishandarts geeft aan dat er sprake is van verbeterde mondzorg. De werkafspraken zijn geëvalueerd en bijgesteld.

Vrijheidsbeperkende maatregelen: ZGR heeft een terughoudend beleid m.b.t. de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen. ZGR maakt gebruik van domotica om de bewegingsvrijheid van cliënten te vergroten.

Alle ingezette vrijheidsbeperkende maatregelen worden geregistreerd in het ECD. Maandelijks worden deze maatregelen geëvalueerd. De praktijkverpleegkundigen hebben een rol bij deze evaluaties. Zij zijn verantwoordelijk voor het bijhouden van de evaluaties.

Resultaat: alle vrijheidsbeperkende maatregelen worden geregistreerd in het ECD. Twee keer per jaar vindt er een interne audit plaats op het ECD, waarbij de registratie en evaluatie van de vrijheidsbeperkende maatregelen wordt gecheckt. Uit deze audits blijkt dat alle ingezette middelen en maatregelen geregistreerd staan in het ECD. De evaluaties vinden plaats en worden eveneens geregistreerd. Domotica wordt opgenomen in het ECD. De vrijheidsbeperkende maatregelen worden alleen ingezet op de PG afdelingen.

Hieronder een overzicht van percentages ingezette vrijheidsbeperkende maatregelen (juni 2018):

	Brugstede	Swaene- woerd	Angeli Custodes	Stevens- Kamp	Stevens- erf	Schuil- burg
Percentage vrijheidsbeperkende maatregelen	33%	0%	65%	0%	85%	50%

De ingezette vrijheidsbeperkende maatregelen bestaan uit het geven van psychofarmaca en het inzetten van domotica.

Analyse van deze gegevens en het opstellen van evt. verbeterpunten worden meegenomen in het kwaliteitsplan.

Psychofarmaca: Het gebruik van psychofarmaca wordt gezien als een middel en maatregel en volgens de daarbij horende procedure geregistreerd. Ze worden eveneens maandelijks geëvalueerd. Voordat er gestart wordt met psychotrope medicatie vindt er een gedragsobservatie plaats. Jaarlijks levert ZGR gegevens aan over het aantal cliënten dat continu psychofarmaca gebruikt. Kijkend naar de cliënten en de ziektebeelden zien wij een toename aan probleemgedrag bij cliënten met dementie en psychiatrische ziektebeelden. Hierdoor zien we een toename aan de inzet van psychofarmaca. In 2016 zijn we daarom gestart met het verbeterplan ‘verminderen van inzet psychofarmaca’.

Resultaat: Landelijk ligt het percentage rond 60% van cliënten met PG problematiek die psychofarmaca gebruikt.

Hieronder de percentages mbt gebruik van psychofarmaca binnen ZGR(juni 2018):

	Brugstede	Swaene- woerd	Angeli Custodes	Stevens- Kamp	Stevens- erf	Schuil- burg
Percentage gebruik psychofarmaca	50%	38%	43%	38%	57%	35%

Het percentage gebruik van psychofarmaca op de verschillende locatie ligt lager dan het landelijk gemiddelde van 60 procent. Het verbeterplan ‘verminderen inzet van psychofarmaca’, heeft ertoe geleid dat medewerkers proactief meedenken in oplossingen om de omgeving en benadering aan te passen, om zo de inzet van medicatie te voorkomen. De praktijkverpleegkundigen hebben een rol in het observeren en meedenken in benaderingswijzen.

5. Leren en werken aan kwaliteit

Dit hoofdstuk gaat over de wijze waarop zorgverleners en zorgorganisaties in de verpleeghuiszorg op een 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.

Zorgverleners en zorgorganisaties krijgen vanuit het Kwaliteitskader de verantwoordelijkheid én het vertrouwen om in de lokale context van de dagelijkse praktijk samen continu aan de verbetering van de kwaliteit van zorg en ondersteuning te werken.

Leren en verbeteren is niet vrijblijvend; continu werken aan het verbeteren van kwaliteit is de norm voor een goede zorgorganisatie en voor professionele zorgverleners.

Om vertrouwen en ruimte te creëren voor zorgverleners en zorgorganisaties om samen te leren en te verbeteren zijn kaders nodig. In het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg worden daarom vijf aandachtspunten onderscheiden:

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

5.1 Kwaliteitsmanagementsysteem

ZGR maakt gebruik van het PREZO keurmerk. Het PREZO Keurmerk focust zich op het totale kwaliteitssysteem van de organisatie. Het keurmerk wordt toegekend door de Stichting Perspekt, een onafhankelijke organisatie die de kwaliteit van zorginstellingen toetst. Tijdens een PREZO audit wordt per prestatie een oordeel gegeven over:

- Clientervaring: hoe ervaart de cliënt de zorg- en dienstverlening
- Praktijk en instrumenten: hoe wordt de zorg- en dienstverlening verleend en voldoet deze aan de wettelijke kaders en instrumenten?
- Reflecteren en verbeteren: hoe kan de zorg- en dienstverlening verbeterd worden?

De locaties ZGR Angeli Custodes, ZGR Swaenewoerd en ZGR Brugstede hebben het gouden keurmerk behaald. De locaties ZGR Stevenskamp en ZGR Stevenserf worden voor de zomer 2018 geaudit.

Jaarlijks vindt er een tussenaudit plaats waarbij gekeken wordt of de locatie nog voldoet aan de eisen van het keurmerk.

5.2 Kwaliteitsplan

In december 2018 moet een nieuw (aangepast) kwaliteitsplan opgesteld zijn die in samenwerking met de medewerkers, de kwaliteitscoördinator en managers is ontwikkeld. Het nieuwe kwaliteitsplan wordt vervolgens besproken met de centrale cliëntenraad en de raad van toezicht en goedgekeurd door het bestuur.

5.3 Kwaliteitsverslag

Vanaf dit jaar brengt ZGR elk jaar een kwaliteitsverslag uit welke is gebaseerd op de inhoud en doelstellingen van het kwaliteitsplan. Het document zal worden opgesteld door de kwaliteitscoördinator. Clientraadpleging en medewerkersraadpleging zijn beiden een vaste informatiebron voor verschillende evaluatiepunten. Binnen het Lerend Netwerk zijn de kwaliteitsplannen en verslagen gedeeld. Hieruit zijn acties en werkbezoeken uit voortgekomen. Het Lerend Netwerk zoekt nog naar een passende vorm van feedback op de kwaliteitsplannen en verslagen, die past bij de werkwijze en doelstelling van het lerend netwerk. Uiterlijk 1 juli 2019 zal het volgende kwaliteitsverslag verschijnen op de Openbare Database van Zorginstituut Nederland.

5.4 Continu werken in de praktijk aan verbeteren door zorgverleners

ZGR vindt het belangrijk dat er dagelijks gewerkt wordt aan kwaliteitsverbetering. Hiervoor wordt gebruikgemaakt van verschillende instrumenten:

Interne audits

Twee keer per jaar worden op alle locaties interne audits gehouden op het ECD.. Hierdoor worden gemaakte afspraken gecheckt en de kwaliteit van het ECD verhoogd.

Naast de interne audits op het ECD zijn er in 2017 op de volgende onderwerpen interne audits uitgevoerd op alle locaties:

- hygiëne
- mondzorg
- familieparticipatie
- medicatieveiligheid

Algemene conclusies uit de interne audit:

Familieparticipatie : het geleerde wordt in de praktijk gebracht ,het is een werkwijze geworden die wordt uitgevoerd en waar medewerkers achter staan, deze is terug te vinden in het ECD en in de denkwijze van de medewerkers.

Mondzorg: protocollen zijn duidelijk terug te vinden. Dit beleid staat beschreven en wordt uitgevoerd door medewerkers.

Medicatie: algemene verbeterpunten zijn het dubbel aftekenen van risicovolle medicatie en het (bij)-schrijven van wijzigingen op de RMF's van cliënten door medewerkers. Beide verbeterpunten zijn besproken op alle locaties en het beleid op deze onderdelen is aangepast. Er zijn afspraken gemaakt over hoe om te gaan met dubbel paraferen van medicatie en over de werkwijze rondom medicatiewijzigingen. Tijdens de Prezo audit zijn er geen knelpunten gesignaleerd m.b.t. bovengenoemde punten. Met de implementatie van Medimo wordt tevens voorkomen dat wijzigingen handmatig worden doorgevoerd.

Hygiëne: schoonmaakmaterialen zoals moppen, trekkers en bezems stonden op de grond in de schoonmaakkasten op alle locaties. Dit verbeterpunt is door de technisch beheerder opgepakt. Op alle locaties zijn de schoonmaakmaterialen opgehangen. Verder bleek dat niet op alle locaties de juiste handschoenen aanwezig waren. Deze zijn vervangen voor andere handschoenen.

De verbeterpunten voortkomend uit deze audits zijn door de managers opgenomen in de verbeterplannen van de verschillende locaties, zie hoofdstuk 10. De follow-up van de verbeterpunten is onderdeel van de planning- en controlcyclus en wordt minimaal eens per kwartaal gemonitord.

MIC

Op iedere locatie is een MIC-aandachtsvelder (Meldingen Incidenten Cliënten) actief die de MIC meldingen in het ECD in de gaten houdt. De MIC aandachtsvelder analyseert een melding, evt. samen met collega's, archiveert de melding en maakt kwartaaloverzichten. Daarnaast is er een centrale MIC-commissie actief. De MIC-commissie bewaakt en bevordert de kwaliteit van de geleverde zorg, voor zover dit betrekking heeft op incidenten die tot een schadelijk gevolg voor de cliënt hebben geleid of hadden kunnen leiden. In 2017 is een toenemend aantal meldingen gerelateerd aan valincidenten en medicatiefouten binnengekomen. Deze stijging kan o.a. verklaard worden door de toenemende zorgzwaarte van onze cliënten en de bereidheid van medewerkers om dergelijke meldingen te maken. Voor zowel de medicatiefouten als de valincidenten zijn verbeterpunten opgesteld. Deze staan beschreven in hoofdstuk 4 Veiligheid.

Hieronder het aantal meldingen omtrent medicatie en vallen in vergelijking met 2016. Rood laat een stijging van meldingen zien, groen is een afname van meldingen.

	2016		2017	
	Medicatie	Vallen	Medicatie	Vallen
Stevenskamp / Stevenserf*	144	128	81 50	152 61
Brugstede	35	41	34	56
Schuilenburg	16	27	19	25
Swaenewoerd	24	68	14	62
Angeli Custodes	118	108	90	137
MIEN		2	8	2
Totaal	337	374	296	495

*in 2016 niet gesplitst

MIM

In totaal zijn er in 2017 negen MIM-meldingen (Meldingen Incidenten Medewerker) gemeld (in 2016 waren dat er 17), die te verdelen zijn in de volgende categorieën:

- Agressie
- Intimidatie
- Prikaccidenten

Indien een medewerker melding maakt van een incident bespreekt de locatiemanager deze met de betreffende medewerker. Waar mogelijk zet de manager vervolgacties uit.

Bovenstaande meldingen en eventuele acties van de manager worden besproken in de Arbo-commissie, die vervolgens met verbetervoorstellen komt.

Klachten

ZGR streeft naar tevreden klanten. Als er onverhoopt toch klachten zijn, zorgen we dat deze zo snel mogelijk en naar tevredenheid worden opgelost. ZGR bevordert een cultuur waarbinnen onvrede en klachten worden geuit. Op iedere locatie is daarom een cliëntenvertrouwenspersoon beschikbaar. Cliëntvertrouwenspersonen bemiddelen bij ongenoegen en bieden een luisterend oor.

Nieuwe cliënten worden bezocht door de cliëntenvertrouwenspersonen. Cliëntenvertrouwenspersonen zijn daarnaast regelmatig bij diverse activiteiten aanwezig. Op die manier willen we de daadwerkelijke drempel zoveel mogelijk verlagen. Vier maal per jaar vindt overleg plaats tussen de cliëntenvertrouwenspersonen en de klachtencoördinator. Tijdens dit overleg worden praktische zaken afgestemd en casussen besproken. Daarnaast is er regelmatig overleg met de managers.

Leidinggevenden en cliëntenvertrouwenspersonen registreren suggesties, adviezen en klachten. Deze rapportage vormt de basis voor tussentijdse signalering, bijsturing en een jaarverslag, welke als input gebruikt worden voor de mogelijke bijstelling van het beleid. In 2017 zijn er zes klachten binnengekomen. Deze klachten zijn intern naar tevredenheid van de cliënt en zijn/haar familie afgehandeld.

ZGR maakt gebruik van een externe klachtencommissie (onafhankelijke klachtenbehandeling) Quasir. In 2017 zijn bij deze externe klachtencommissie geen klachten binnengekomen.

Risicosignalering

Bij elke cliënt wordt minimaal twee keer per jaar de risicosignalering gedaan op de volgende onderwerpen:

- Ondervoeding
- Huidletsel
- Incontinentie
- Medicatiefouten
- Vallen
- Depressie.

Bij wijzigingen in de gezondheidstoestand van de cliënt wordt de risicosignalering waar nodig, vaker ingevuld. Naast deze verplichte risicosignalering kan er ook risicosignalering ingevuld worden op de volgende onderwerpen:

- Mondproblemen
- Delier
- Oogproblemen
- Oorproblemen
- Pijn

Door het invullen van deze risicosignalering wordt het risico op cliëntniveau in beeld gebracht. Interventies op cliëntniveau worden direct ingezet om het risico zo klein mogelijk te houden.

5.5 Deel uitmaken van een Lerend Netwerk

ZGR maakt deel uit van een Lerend Netwerk samen met Rosengaerde, De Baalderborg Groep en Zorgspectrum Het Zand. Dit Lerend Netwerk is gestart in 2017 en is in maart 2018 formeel vastgelegd in een samenwerkingsovereenkomst.

De samenwerking is gestart middels een startbijeenkomst voor medewerkers, OR, CCR en managers van de vier organisaties. De deelnemende organisaties hebben zichzelf kort voorgesteld, waarna de aanwezigen konden deelnemen aan een achttal workshops. Dit met als doel medewerkers kennis te laten maken met activiteiten en projecten waar de organisaties trots op zijn en waar anderen mogelijk van kunnen leren.

De slogan in het gezamenlijk opgestelde logo (zie hieronder) 'samen leren verbeteren' staat voor de ambitie die dit Lerend Netwerk nastreeft.



In 2018 wordt gestart met de uitvoering van de uitgangspunten van het Kwaliteitskader:

- Actieve onderlinge uitwisseling door bijvoorbeeld bezoek, consultatie of intervisie;
- Meelopen bij collega organisaties;
- Uitwisselen van kennis.

Daarnaast zijn de managers Bedrijfsvoering van de vier organisaties een aantal keer bij elkaar gekomen om de consequenties en implicaties van de invoering van de AvG met elkaar af te stemmen en door te nemen.

6. Leiderschap, governance en management

Dit thema 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.

Het Kwaliteitskader geeft een aantal lijnen aan, die van cruciaal belang zijn voor de kwaliteit van verpleeghuiszorg:

De rol en het leiderschap van de raad van bestuur van de zorgorganisatie is hieraan actief, ondersteunend en stimulerend. De raad van toezicht ziet toe op de uitvoering hiervan.

In 2017:

- is gestart met het project elektronisch voorschrijfsysteem Medimo.
- de bestuurder heeft in september een dagdeel meegelopen op de afdeling somatiek en de afdeling PG van de locatie Angeli Custodes.
- heeft de raad van toezicht de nieuwe Governancecode besproken en naar aanleiding daarvan een aantal acties uitgezet die in 2018 zijn geformaliseerd.

Namelijk:

- De statuten zijn aangepast aan de nieuwe Governancecode zorg.
- De raad van toezicht heeft een toepassingsdocument opgesteld naar aanleiding van Governancecode zorg.

Verder is in 2018:

- Het kwaliteitsplan is besproken met zorgkantoor Midden IJssel en zorgkantoor Zilveren Kruis. Daarnaast is het plan intern besproken met de CCR en OR. Het zorgkantoor is op werkbezoek geweest op de locatie ZGR Stevenserf. Hier is het kwaliteitsplan inhoudelijk besproken.
- De directeur-bestuurder heeft in april een dagdeel meegelopen met de zorg op locatie Schuilenburg.

7. Personeelssamenstelling (voldoende en vakbekwaam personeel)

Zonder voldoende, bevoegde en bekwame medewerkers kan er geen kwalitatief verantwoorde zorg geleverd worden. In het Kwaliteitskader worden drie kaders voor voldoende en bekwame medewerkers beschreven.

1. Aandacht, aanwezigheid en toezicht.
2. Specifieke kennis en vaardigheden.
3. Reflectie, leren en ontwikkelen.

7.1 Aandacht, aanwezigheid en toezicht

In het kwaliteitskader staan een aantal normen beschreven omtrent aandacht, aanwezigheid en toezicht. Onderstaand staat de norm en de invulling van ZGR hieraan beschreven.

1: 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 intensieve zorgmomenten zijn altijd minimaal twee zorgverleners (waarvan 1 medewerker niveau 3 en/of 4) aanwezig. Bij stagiaires wordt rekening gehouden met het opleidingsniveau en het leerjaar. Er is nauw contact met het overig verzorgend personeel van andere afdelingen/teams, zodat in geval van calamiteiten snel opgeschaald kan worden. Intakegesprekken worden buiten de reguliere diensttijden gepland.

Norm 2: 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.

Uitgangspunt is een permanente bezetting in de huiskamer of gemeenschappelijke ruimte. ZGR vindt het belangrijk dat onze cliënten een zo groot mogelijke belevingsvrijheid ervaren. Dat betekent dat er niet alleen toezicht moet zijn in de huiskamer, maar ook op het terras, in de gangen en in de belevingshoekjes. Toezicht vindt plaats met behulp van stagiaires, vrijwilligers en mantelzorgers. ZGR maakt daarnaast gebruik van domotica als ondersteunend hulpmiddel.

De mate van adequaat toezicht is op individueel cliëntniveau zo concreet mogelijk beschreven in het zorgplan. De cliënt mag rekenen op ondersteuning bij het wonen, met voldoende aandacht voor de levensfeer, veiligheid en privacy.

Norm 3: In iedere dagdienst (ook in het weekend) is er per groep iemand aanwezig die de juiste kennis en competenties heeft om separaat van de zorgtaken aandacht te besteden aan zingeving/zinnvolle dag-invulling van cliënten

Het uitgangspunt bij de daginvulling is hetzelfde als bij een cliënt die thuis woont. Dat betekent dat de cliënt zelf vorm kan geven aan zijn/haar daginvulling. ZGR zal samen met de cliënt kijken of dit ook in de praktijk lukt. Mocht dit niet zo zijn dan wordt er een plan opgesteld met betrekking tot de daginvulling, waarbij we ervan uitgaan dat iedere cliënt naast de zorg- en huishoudelijke activiteiten, ook een andere dagelijkse activiteit heeft. Hiervoor wordt van elke medewerker verwacht dat zij aandacht heeft voor het welzijn / welbevinden van de individuele cliënt. Medewerkers welzijn hebben een locatie overstijgende rol. Zij zijn verantwoordelijk voor de ontwikkeling van een activiteitenprogramma en het coachen en faciliteren van collega's bij de uitvoering daarvan. De activiteiten sluiten aan bij de levensstijl en de gezondheid van de cliënt. In de buurtcentra en grand cafés kan men aansluiten bij de gezamenlijke koffiemomenten en maaltijden of deelnemen aan verschillende activiteiten.

Specifieke aandacht is er voor een zinvolle daginvulling voor cliënten met dementie. Uitgangspunt zijn kleine huiselijke activiteiten. Ieder team heeft een aandachtsvelder die onder andere zorgt voor de materialen. ZGR heeft twee brein omgevingcoaches. Zij geven op alle locaties adviezen over de fysieke omgeving, werk- en leefprocessen en tijdsbesteding van cliënten met dementie. Ook hebben zij een coachende rol naar collega's.

“Er is op iedere locatie voor cliënten met een indicatie verblijf met verpleging of behandeling, 24/7 een BIG geregistreerde verpleegkundige binnen 30 minuten ter plaatse

Op elke locatie is 24 uur per dag een verpleegkundige aanwezig. Als dit incidenteel door omstandigheden niet mogelijk is, dan kan een beroep worden gedaan op een verpleegkundige van een andere locatie, die binnen 30 minuten ter plaatse kan zijn. Maandelijks wordt een aanwezigheidslijst van de verpleegkundigen op het Intranet gepubliceerd. Uitzondering op bovenstaande is de locatie ZGR Swaenewoerd, op deze locatie is niet 24/7 een verpleegkundige aanwezig. Reden hiervoor is dat op deze locatie geen zware zorg geleverd wordt.

De beschrijving van de normen wordt in de tweede helft van 2018 getoetst op alle locaties.

7.2 specifieke kennis en vaardigheden

ZGR vindt het van groot belang dat zowel de algemene als specialistische deskundigheid gewaarborgd is. We zoeken daarom naar een goed evenwicht tussen het in huis hebben van professionele krachten met verschillende zorgniveaus (twee t/m vijf) en de inzet van vrijwilligers, stagiaires en mantelzorgers. Specialistische kennis richt zich in het bijzonder op dementiezorg. Naast deskundigheid (professionele kwaliteit) is het minstens zo belangrijk dat medewerkers beschikken over de juiste competenties (beleefde kwaliteit). Daarbij kan gedacht worden aan klantgerichtheid, leiderschap, ondernemerschap, lerend vermogen en coachende vaardigheden.

Om verantwoorde en veilige zorg te kunnen leveren op onze woonzorglocaties wordt daarom rekening gehouden met zowel kwalitatieve (de deskundigheid van de medewerkers) als

kwantitatieve (de totale personele inzet) criteria. De volgende onderwerpen spelen daarbij een doorslaggevende rol.

1. Het deskundigheidsniveau van de medewerker:
op alle locaties, met uitzondering van de locatie ZGR Swaenewoerd, is 24/7 een verpleegkundige aanwezig. Voor de locatie ZGR Swaenewoerd is de 24/7 aanwezigheid van een verpleegkundige niet noodzakelijk, aangezien hier hoofdzakelijk lichte zorg wordt gegeven (zzp 4).
2. BHV-organisatie: op alle locaties is de 24 uren BHV organisatie geregeld.
3. Coördinatie: op alle locaties is overdag minimaal één woonzorgcoördinator aanwezig die de zorg voor meerdere cliënten coördineert.
4. Bekwaamheid en deskundigheid: medewerkers zijn zelf verantwoordelijk voor het behalen van bekwaamheden. De organisatie schept de noodzakelijke randvoorwaarden en stelt de medewerker in de gelegenheid om de vereiste bekwaamheden te halen. Daarnaast krijgen medewerkers de gelegenheid om hun deskundigheid te vergroten. Dit kan op diverse thema's en op verschillende manieren onder andere door e-learning en klinische lessen.
Alle medewerkers niveau 3, 4 en 5 staan ingeschreven in het Kwaliteitsregister. Hiermee laten medewerkers zien wat zij aan deskundigheidsbevorderende activiteiten doen.
Daarnaast maakt ZGR gebruik van e-learning modules van Noordhoff Health. Alle medewerkers kunnen zelf kiezen welke modules zij willen volgen. Alle zorgmedewerkers volgen minimaal vijf modules per jaar, alle facilitaire medewerkers maken drie modules per jaar.

7.3 Leren en ontwikkelen

Een leven lang leren is het motto van ZGR. Bij leren en ontwikkelen gaat het niet alleen over het opdoen van (theoretische) kennis, maar vooral om het toepassen van die kennis in de praktijk. De medewerker is verantwoordelijk voor haar eigen ontwikkeling en draagt bij aan de ontwikkeling van haar collega's. Het draait niet alleen om 'halen' (individueel leerrendement), maar juist ook om 'brengen' (organisatierendement): hoe kan de medewerker bijdragen aan het leren van collega's en aan de ontwikkeling van de organisatie?

ZGR heeft verschillende instrumenten ontwikkeld of gaat deze ontwikkelen om medewerkers te stimuleren om zichzelf te blijven ontwikkelen. Deze instrumenten zijn:

- Het voeren van POP-gesprekken
- Coachen on the job
- Aandacht voor feedback en waardering
- Het stimuleren van mobiliteit

Reflecteren is een manier van (houdings)leren. Dit kan op verschillende manieren. De taakvolwassen medewerker is veelal in staat tot zelfreflectie. Hij kan zijn eigen handelen beoordelen en bijstellen. Maar medewerkers gaan ook met behulp van elkaar reflecteren door het organiseren van:

- Intervisie bijeenkomsten; deze gaan in 2018 opgestart worden voor de verpleegkundigen
- Interne audits; vinden minimaal twee keer per jaar plaats
- Spiegelgesprekken; vinden jaarlijks op de locaties plaats

ZGR is een lerend netwerk gestart met drie collega zorgorganisaties; De Baalderborggroep, Rosengaerde en Zorgspectrum Het Zand. ZGR heeft budget opgenomen om medewerkers tijd en ruimte te geven om mee te lopen bij een collega organisatie. De kaders hiervoor moeten nog beschreven worden in de tweede helft van 2018.

7.4 Gegevens Personeelssamenstelling ZGR 2018

Naast verpleeghuiszorg (Wlz) biedt ZGR ook wijkverpleging en particuliere zorg. De zorg wordt geboden door gekwalificeerde medewerkers die vanuit het zorgteam zowel in de woonzorgcentra als in de wijk werkzaam kunnen zijn.

Onderstaande gegevens hebben betrekking op de gehele organisatie.

Personeelssamenstelling naar kwalificatieniveau (peildatum 1 januari 2018)

Niveau	Aantal medewerkers	% van aantal medewerkers
Niveau 2 helpende (plus)	34	8,2%
Niveau 3 verzorgende (IG/MMZ)	159	38,2%
Niveau 3-4 agogisch	18	4,3%
Niveau 4 verpleegkundige	43	10,3%
Niveau 5 HBO verpleegkundige	5	1,2%
Facilitair	121	29,1%
Ondersteunend	28	6,7%
Management	8	1,9%

Aantal personeelsleden 440 medewerkers, 209,65 fte

Aantal stagiaires: 47

Aantal leerlingen: 20

Niveau 2: 1

Niveau 3: 7

Niveau 4: 9

Niveau 5: 3

Instroom 2017

104 medewerkers

Uitstroom 2017

93 medewerkers

Verzuim 2017

3,5 % excl. zwangerschap

Verhouding dienstverbanden

Fulltime 6 %

Parttime (8-32 uur) 76 %

Flex (0-8 uur) 18 %

Contract bepaalde tijd 12%

Contract onbepaalde tijd 88%

8. Gebruik van hulpbronnen

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

Kijkend naar de plannen die beschreven staan in het kwaliteitsplan, is in 2018 het volgende gerealiseerd:

- De monitoring van de geldige certificering en voldoende BHV-ers op alle locaties heeft plaatsgevonden. Alle locaties zijn in bezit van een vergunning voor brandveiligheid, waardoor zij voldoen aan de wet- en regelgeving.
- Op ZGR Angeli Custodes is in 2017 tijdelijk een private GSM netwerk gerealiseerd om de GSM dekking te kunnen waarborgen. Daarnaast worden in het tweede kwartaal testen uitgevoerd om het publiek GSM-netwerk op voldoende sterkte te krijgen binnen ZGR Swaenewoerd. De test is eind tweede kwartaal afgerond.
- Inkoop: In 2017 is het inkoopbeleid gerealiseerd en vastgesteld; er is in februari 2018 een medewerker aangesteld die zich richt op de invoering van het inkoopbeleid op alle locaties. In het derde kwartaal wordt dit afgerond. Doel is om effectiviteit te realiseren en efficiency te bevorderen (besparing).
- Plan van aanpak voor de Wet AVG ligt ten uitvoer gereed. In het tweede kwartaal wordt er een medewerker gegevensbeheer aangesteld in het kader van het ECD en de AVG.
- Aanbesteding van (til)hulpmiddelen is gerealiseerd en per 1-1-2018 is er een nieuwe leverancier uitgekozen, die beter past bij de visie van ZGR.
- In het tweede kwartaal 2018 is het factuursysteem Proquro operationeel en gerealiseerd. Dit met als doel: efficiënte en kwalitatief betere informatie en gegevens te realiseren.
- In 2017 is het crisisteam geïnstalleerd. Daarnaast is er een oefening geweest waarbij een crisis is gesimuleerd.
- Er zijn in de ondersteuning veel voorbereidende werkzaamheden geweest in 2017 waarvan de revenues in 2018 te zien zullen zijn.

9. Gebruik van informatie

In het Kwaliteitskader worden drie thema's onderscheiden als het gaat om gebruik van informatie:

1. Verzamelen en delen van informatie primair voor samen leren en verbeteren van kwaliteit
2. Benutten en optimaliseren van bestaande administratiesystemen
3. Openbaarheid en transparantie

9.1 Verzamelen en delen van informatie primair voor samen leren en verbeteren van kwaliteit

ZGR heeft als doel: de cliënt ontvangt zorg welke een positieve impact heeft op de ervaren kwaliteit van leven. Elementen die hierbij een rol kunnen spelen zijn: keuzemogelijkheden, persoonsgerichtheid, heldere communicatie en bejegening. ZGR noemt dit de 'beleefde kwaliteit'.

'Goede zorg' gaat niet alleen over de objectieve kwaliteit dienstverlening die is geleverd volgens de professionele standaarden -, maar ook en vooral over de door de klant en diens

naasten beleefde kwaliteit. De beleefde kwaliteit wordt bepaald door de interactie tussen de cliënt en de professional.

De klantbeleving die ZGR nastreeft voor de gehele keten gaat over de beleefde gastvrijheid, gastvrije zorg, ervaren klantgerichtheid, prettige bejegening en over ervaren regie over de eigen leefsituatie en heldere en open communicatie. Om dit waar te maken organiseert ZGR het samenspel van cliënten, nabije familie, vrijwilligers en medewerkers (regierol). De dialoog tussen de cliënt en medewerkers is de kern van kwaliteitsbeleving en –verbetering. ZGR maakt gebruik van een aantal instrumenten om de beleefde kwaliteit van de cliënten op te vragen:

- Zorgkaart Nederland
- Spiegelgesprekken
- Eindgesprekken
- Halfjaargesprekken ZGR MIEN

Zorgkaart Nederland

In 2017 heeft ZGR gebruikgemaakt van interview en belteams om cliëntwaarderingen op te halen voor Zorgkaart Nederland. In 2017 zijn er 103 waarderingen geplaatst op Zorgkaart Nederland.

Locatie	Gemiddeld rapportcijfer	Aanbevelingspercentage
ZGR Angeli Custodes	7,9 (n=29)	
ZGR Brugstede	8,2 (n=28)	
ZGR MIEN	8,2 (n=30)	93%
ZGR Stevenskamp/Stevenserf	7,7 (n=26)	
ZGR Swaenewoerd	7,8 (n=26)	
ZGR Schuilenburg	8,9 (n=5)	
ZGR totaal	8,0 (n=144)	97%

Bovenstaande scores worden gebruikt voor de aanlevering van de NPS score/ aanbevelingspercentage via de Openbare Database van het Zorginstituut. Om een aanbevelingspercentage te krijgen is een minimum aantal van 30 waarderingen nodig per locatie.

ZGR in Schuilenburg heeft niet meegedaan aan het actief vullen van Zorgkaart Nederland. De locatie heeft in het kader van Waardigheid & Trots middels een eigen instrument cliëntervaringen opgehaald.

De uitkomsten van de interview- en belteams zijn besproken in de verschillende teams. Naar aanleiding hiervan zijn verbeterpunten en verbeterplannen opgesteld die de beleefde zorg verder moet verbeteren. In 2018 gaan we opnieuw interviewteams inzetten om cliëntwaarderingen op te halen.

Spiegelgesprekken

ZGR houdt spiegelgesprekken met cliënten en familieleden. Een spiegelbijeenkomst is een evaluatief kringgesprek. Hierbij wordt door een gespreksleider aan cliënten gevraagd hoe zij de dienstverlening en zorg ervaren hebben. De betrokken medewerkers zijn hierbij als toehoorder aanwezig, zij nemen niet deel aan het gesprek. Spiegelgesprekken vinden 2-jaarlijks plaats op de locaties.

Door deze gesprekken kunnen medewerkers zich nog beter inleven in het perspectief van onze cliënten en stellen zij zich open voor hun (veranderende) behoeften.

In 2017 hebben er spiegelgesprekken plaatsgevonden op ZGR Swaenewoerd, ZGR Brugstede en ZGR Stevenserf. In 2018 worden spiegelgesprekken op de andere locaties gehouden.

De verbeterpunten voortkomend uit de spiegelgesprekken zijn door de managers opgenomen in de verbeterplannen van de verschillende locaties. In hoofdstuk 10 staat per locatie aangegeven wat de verbeterpunten zijn en hoe hieraan gewerkt is. De follow-up van de verbeterpunten is onderdeel van de planning- en controlcyclus en wordt minimaal eens per kwartaal gemonitord. Communicatie hierover vindt eveneens plaats naar de cliënten op de locatie.

Eindgesprekken

Zes weken na beëindiging van de zorg vindt een evaluatie plaats met de betreffende cliënt en zijn of haar familie. De uitkomsten van deze evaluatie worden door de woonzorgcoördinator besproken binnen het team. In maart 2018 is dit formulier geïntegreerd in het ECD. De evaluaties worden vastgelegd bij de bron. Hierdoor zijn alle ervaringen digitaal inzichtelijk, waardoor sneller duidelijker wordt of er een rode draad zit in de cliëntevaluaties.

Halfjaargesprekken ZGR MIEN

Elk half jaar worden er gesprekken gehouden tussen wijkverpleegkundigen en cliënten, waarbij gekeken wordt of de huidige dienstverlening nog volstaat en naar wens verloopt.

9.2 Benutten en optimaliseren van bestaande administratiesystemen

Zoals al in het verslag is beschreven, is het EVS – Medimo geïmplementeerd. Daarnaast is Proquero geïmplementeerd t.b.v. facturering. De optimalisatie van het ECD – ONS Nedap, is gestart via het ONS platform. Dit zal in 2018 verder vorm en inhoud krijgen.

9.3 Openbaarheid en transparantie

Het kwaliteitsverslag wordt gepubliceerd op de website van ZGR. Daarnaast wordt deze toegankelijk via de Openbare Database van het Zorginstituut Nederland.

10 Kwaliteitsverbetering per locatie

10.1 Rapportage ZGR Brugstede

In deze rapportage worden de behaalde acties en resultaten van ZGR Brugstede binnen het kwaliteitsplan ZGR 2018 en het jaarplan van ZGR Brugstede 2018 beschreven naar aanleiding van de verschillende thema's en onderwerpen binnen deze plannen.

Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Binnen ZGR Brugstede wordt cliëntgericht gewerkt met aandacht voor de individuele cliënt. Dagingvulling, zorg en begeleiding worden naar de wensen en behoeften aangepast. Meerdere bewoners op de somatiekafdeling hadden behoefte aan meer groepsbegeleiding gedurende dag, vooral bij alle maaltijden en een stuk dagingvulling. Als actie hierop is een huiskamerproject gestart waarin bewoners samen ontbijten, avondeten, even tv kijken, enz. De dienstenstructuur is hierop aangepast en de zorg en begeleiding is meer aangepast aan de individuele bewoner.

Afspraken worden in het ECD vastgelegd. Hierop wordt twee keer per jaar een interne audit uitgevoerd.

Wonen en welzijn

Het beleid geestelijke verzorging is geïmplementeerd. De geestelijke verzorger van ZGR komt bij meerdere cliënten van ZGR Brugstede. De samenwerking verloopt goed en de cliënten ervaren extra ondersteuning bij levensvragen.

Het project familieparticipatie is geborgd. In april heeft een voorjaars schoonmaak samen met familieleden plaatsgevonden.

De omgeving op de PG afdeling is aangepast met warme kleuren. Dit naar aanleiding van adviezen van de breinomgevingscoach.

Op Brugstede wordt sinds de start van de tweede fase in 2012 VPT zorg geboden.

Op zaterdagmiddag en avond en zondagmiddag was de behoefte aan meer welzijnsactiviteiten op somatiek. Hierop is de dienstenstructuur aangepast, waardoor nu een medewerker zich hier specifiek op kan richten. Bewoners krijgen hierdoor meer begeleiding bij een zinvolle dagingvulling en voelen zich hierdoor rustiger.

Afspraken op individueel niveau worden in het ECD vastgelegd. Hierop wordt 2 keer per jaar een interne audit uitgevoerd. Tevens wordt de bijgestelde dienstenstructuur geëvalueerd tijdens werkoverleggen.

Veiligheid

De MIC-commissie van ZGR Brugstede heeft een jaaroverzicht 2017 gemaakt, waarin de doelstellingen voor 2018 zijn beschreven.

Er heeft in het eerste kwartaal 2018 een kleine BHV oefening plaatsgevonden, waarvan verslag is gemaakt en waarvan de leerpunten zijn gedeeld met het team.

Vrijwilligers van ZGR Brugstede hebben ook BHV uitleg gehad en weten hoe zij kunnen ondersteunen.

Leren en verbeteren van kwaliteit

In mei 2018 zal de tussentijdse Prezo audit plaatsvinden. Het jaarplan 2018 ZGR Brugstede is geschreven en de eerste kwartaalrapportage is gereed.

Verbeterpunten uit audits:

- Gesloten afvalbak met voetbediening voor plastic
- Er is geen aftekenlijst voor het schoonmaken van tillift en tilbanden. Tijdens de audit is er een vieze tilband aangetroffen.
- Er wordt gebruikgemaakt van papieren nooddossiers sinds de invoering van het ECD. In het papieren nooddossier is een oud formulier aangetroffen. In het ECD zat al een nieuw aangepast formulier.

Leiderschap, governance en management

Geen specifieke resultaten voor ZGR Brugstede te benoemen.

Personeelssamenstelling

Zoals bij wonen en welzijn beschreven is de dienstenstructuur aangepast naar aanleiding van evaluaties. Hierop is de toezicht voor de cliënt verbeterd of gelijk gebleven.

Met ruim 50% van de medewerkers is een POP-gesprek gevoerd. Het verslag hiervan in het personeelsdossier opgenomen.

Alle medewerkers niveau 3 en 4 zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister en medewerkers zijn allen actief met de e-learning modules die voor hen beschikbaar zijn.

Gebruik van hulpbronnen

Alle Bhv'ers hebben een herhalingsstraining gehad. Er worden maandelijks controles op de brandmeldinstallatie uitgevoerd. Het legionellabeheer wordt digitaal vastgelegd. Daarnaast is bij de facilitaire medewerkers services aandacht geweest voor de spoelschema's en temperaturen. Tijdens de legionellacontrole is geen legionella aangetroffen.

Facturen zijn binnen het zelforganiserende team in een goede workflow vastgelegd.

Workshop inkoop staat gepland in mei 2018.

Gebruik van informatie

ZGR Brugstede heeft 26 waarderingen op Zorgkaart Nederland opgehaald middels interview- en belteams. Daarnaast heeft er een spiegelgesprek plaatsgevonden.

Door de familie is aangegeven dat voor hun onduidelijk was hoe er aandacht werd besteed aan het welzijn /welbevinden van de cliënten. Ze zien hierover onvoldoende terug in de rapportage. Dit verbeterpunt is door de wozoco's van de locatie uitgewerkt in acties. Dit heeft ertoe geleid dat er in de zorgplannen, van cliënten, doelen op welbevinden zijn opgenomen. Op deze doelen wordt gerapporteerd. In de tweede tussentijdse Prezo audit is hier aandacht aan besteed. Conclusie van de auditor:

“De zorgleefplannen zijn actueel en er wordt op doelen gerapporteerd. Er is veel geïnvesteerd in de aandacht voor en betrokkenheid van mantelzorgers. Een compliment is op zijn plaats voor de inzet om het sociaal domein een prominente plaats te geven bij de zorg en begeleiding van bewoners en mantelzorgers. De resultaten van deze inzet zijn terug te vinden in de zorgleefplannen, waarin afspraken met mantelzorgers zijn vastgelegd.”

Naast dit verbeterpunt zijn er een aantal positieve punten genoemd, o.a. cliënten en familie hebben een 'thuisgevoel' op Brugstede, er is veel rust, goede sfeer, de zorg is goed, groot aanbod van activiteiten en er is goede communicatie onderling.

De resultaten van de waarderingen op Zorgkaart Nederland en het spiegelgesprek zijn met het team en de locatie-clientenraad besproken. De genomen acties op de verbeterpunten zijn eveneens besproken en ook teruggekoppeld aan de families.

Transmuraal werken in Lemelerveld

Vanaf januari 2018 is een transmuraal team in Lemelerveld van start gegaan. Dit team bestaat uit medewerkers van ZGR Brugstede en medewerkers van ZGR MIEN. Als 1 team zorgen zij voor de cliënten buiten de muren van Brugstede in Lemelerveld en omstreken. Deze cliënten ontvangen zorg vanuit de zorgverzekeringswet (ZVW) of vanuit de wet langdurige zorg (Wlz): modulair of volledig pakket thuis (MPT of VPT). Voor januari 2018 waren dit nog 2 teams: 1 team voor de VPT cliënten buiten Brugstede en 1 team voor zorg vanuit ZVW of MPT. Vanaf de start in januari is het aantal cliënten toegenomen. Daarnaast werd de samenwerking in het transmuraal team meerdere keren geëvalueerd en bijgesteld. Randvoorwaarden werden zo goed mogelijk gerealiseerd, maar bleken door beperkingen in het systeem, waaronder het in 2 teams werken en de manier van roosteren, niet volledig behaald. Het ideale transmurale team is hierdoor nog niet gevormd.

10.2 Rapportage Schuilenburg

Algemeen

Schuilenburg is bezig met de implementatie van de zogenaamde 'Placemat', het kader voor begeleiden van bewoners met diversen ondersteuningsvragen. Deze placemat is ontwikkeld door De Parabool met als uitgangspunt bij te dragen aan de bedoeling: 'Ieder in zijn kracht'. In deze placemat zijn de kwaliteitskaders VG en Verpleeghuiszorg opgenomen en deze is op maat gemaakt voor Schuilenburg. Momenteel wordt deze besproken in alle teams met behulp van een quick scan/teamreflectie. De ontwikkelpunten die daaruit naar voren komen vormen het jaarplan van 2019.

Ieder kwartaal wordt het jaarplan geëvalueerd met de voorzitters van alle zeven teams van Schuilenburg. Ook kijken we dan vooruit naar het volgende kwartaal.

Omdat Schuilenburg een relatief nieuwe locatie is waar meerder doelgroepen wonen, is er nog geen externe audit georganiseerd. In 2015-2017 heeft SB meegedraaid in het landelijk programma Waardigheid en Trots voor de thema's Kwaliteit en BOPZ. Daarmee was er ook een vrijstelling voor landelijke verplichtingen op dat gebied. In 2018 besluiten we op welke wijze we ons werken onafhankelijk kunnen laten toetsen. Uitgangspunt is dat we graag willen leren en verder willen ontwikkelen en hoe waardevol is het om een 'buitenstaander' daarvoor te raadplegen.

Wonen en welzijn

Wooncomfort

Voor bewoners met dementie wordt de patio op de begane grond en de derde verdieping verder aangepast/ingericht op basis van de uitgangspunten van Kijken met andere ogen. Dat betekent meer loop- en beleefruimte, waardoor mensen meer kunnen afwisselen.

Bewegen en beleven

Ook bewegen is een belangrijk aandachtspunt. Er wordt veel gewandeld en gefietst op de duo-fiets, er is een fietslabyrint en een beleef-tv aangeschaft met de middelen van waardigheid en trots en er is wekelijks meer bewegen voor ouderen.

Wekelijks is er een structureel dagbestedingsprogramma. Daarnaast is er ook een afwisselend maandprogramma waaraan bewoners uit heel Schuilenburg mee kunnen doen.

Familieparticipatie

Binnen Schuilenburg is enthousiast deelgenomen aan het project Familieparticipatie (2016-2017). In mei 2018 wordt een familieavond georganiseerd. De uitgangspunten van Kijken met andere ogen worden dan ook met de familie gedeeld.

Veiligheid

Begin 2018 is er binnen Schuilenburg een interne audit gehouden voor medicatieveiligheid. De uitkomsten van de audit hebben daar waar nodig verder geleid tot aanscherping in de teams. Inmiddels is Medimo (een digitaal voorschrijfsysteem) geïmplementeerd. De verwachting is dat dit systeem de medicatieveiligheid verhoogd.

Twee keer per jaar worden de ECD's getoetst. Ook de uitkomsten daarvan leiden weer tot verbeteringen in het proces. Voor de zomer 2018 worden er audits georganiseerd rondom het thema 'Voedselveiligheid'.

In 2017 is gestart met ontruimingsoefeningen. Ook in 2018 staan er oefeningen op het programma. De eerste heeft begin 2018 plaatsgevonden.

Leren en verbeteren van Kwaliteit

Bewoner/familiegesprekken

Binnen Schuilenburg voeren we één keer per jaar een evaluerend gesprek met de bewoner en/of zijn/haar familie over hun ervaringen met wonen, begeleiden, welzijn en samenwerken. Dit gesprek wordt gevoerd door de persoonlijk begeleider. Dit zijn zeer waardevolle gesprekken gebleken. In 2018 zoeken we hierin meer de verdieping door een training gespreksvoering te organiseren.

In het najaar van 2018 wordt een spiegelgesprek georganiseerd voor bewoners van de tweede verdieping van Schuilenburg. Daarnaast kunnen bewoners/familie ook via Zorgkaart Nederland hun bevindingen delen.

In 2018 wordt een keuze gemaakt voor een onafhankelijke methode om bewonerswaarderingen te meten.

Teamreflectie

Met behulp van het teamreflectiespel (ontwikkeld door de Parabool) wordt één keer per jaar de samenwerking in het team, het cliëntproces, de veiligheid en de relatie bewoner, netwerk en medewerker geëvalueerd.

Persoonlijke ontwikkeling

Eén keer in de twee jaar is er met iedere medewerker een Persoonlijk Ontwikkelingsgesprek (POP-gesprek), waarin het functioneren binnen het team en de persoonlijke ontwikkeling wordt besproken met de coachend manager. Dit wordt gedaan aan de hand van 360 graden feedback van collega teamleden. Momenteel is met bijna 75% van alle medewerkers een gesprek gevoerd.

Interne audits

Zoals eerder genoemd worden er structureel interne audits uitgevoerd. Ook deze leiden tot continu leren en verbeteren.

Uit de audits blijkt dat er naast de algemene verbeterpunten die gelden voor alle locaties, geen aanvullende verbeterpunten zijn op Schuilenburg.

Rol-overleggen

In Schuilenburg wordt gewerkt met zelforganiserende teams. Door ook van elkaar te leren komen medewerkers in hun rollen ook structureel bijeen. Dit om ervaringen uit te wisselen, casuïstiek te bespreken en met elkaar werkwijzen af te stemmen.

E-learning

Om medewerkers de mogelijkheid te geven op eigen thema's te blijven ontwikkelen, kunnen zij gebruikmaken van een uitgebreid e-learning programma. Afhankelijk van hun functie moeten zij jaarlijks een minimum aantal e-learnings doen. Daarnaast zijn er altijd mogelijkheden om ook op andere manieren (bij) te scholen en te ontwikkelen.

Bijstelling en ontwikkeling van beleid, werkwijzen en ondersteunende systemen

Tenslotte wordt er dankbaar gebruik gemaakt van de ZGR-brede aanpassingen van beleid en introductie van ondersteunende systemen. Dat is vaak in de praktijk wel weer wennen, maar het ondersteunt het dagelijks werken en de kwaliteitsverbetering (ECD, medewerkersportaal, Medimo, Proquro, Inkoopbeleid, valpreventiebeleid, SDB-selfservice etc.). Leermoment ZGR-breed is om de implementatie van de verschillende onderdelen goed af te stemmen en in de tijd te plannen.

10.3 Rapportage ZGR Angeli Custodes

Algemeen

Het Kwaliteitskader is onderdeel van het jaarplan van ZGR Angeli Custodes. In alle teams is het jaarplan en daarmee ook het Kwaliteitskader besproken en zijn de nodige acties uitgezet. Ondersteunend hierbij zijn de audits en bevindingen vanuit de spiegelgesprekken, en de recensies van Zorgkaart Nederland. Op 12 april jl. vond de initiële PREZO audit plaats. De locatie is voorgedragen voor GOUD. We kregen mooie complimenten:

- Zichtbaar goede sfeer en zorg voor onze bewoners
- Tevreden bewoners, vrijwilligers en familieleden
- Dossiers volledig op orde

- Enthousiaste betrokken medewerkers

Er waren twee tips met betrekking tot de rapportage van de SOG in het ECD en de opiaten in de noodkoffer. De verbeteracties worden opgepakt door de verantwoordelijke teams vanuit de aandachtvelders.

Wonen en welzijn

Onder leiding van twee medewerkers welzijn worden er regelmatig activiteiten georganiseerd. Er is wekelijks een structureel dagbestedingsprogramma en daarnaast is er ook een afwisselend maandprogramma waaraan alle bewoners mee kunnen doen. Voor de mensen met dementie horen hier ook de huiselijke activiteiten bij. In alle zorgteams is een aandachtvelder aangesteld. Deze heeft een kartrekkersfunctie binnen het team, waardoor zorgmedewerkers ook meer aandacht krijgen voor welzijn(welbevinden) Door de extra middelen wordt er meer personeel ingezet. In de RIK is er 5 dagen in de week een zorgmedewerker aanwezig voor kleine activiteiten. Op de andere dagen is er een activiteit.

Er vindt nu structureel overleg plaats met de medewerkers welzijn van ZGR dagbestedingslocatie De Boerderij om zo meer de verbinding met elkaar te zoeken, met als doel een breed welzijnsaanbod voor alle doelgroepen te creëren.

Wooncomfort

Voor de mensen met dementie is de omgeving zo ingericht dat deze door herkenbaarheid vertrouwd aanvoelt. Door de inzet van domotica kan een veilige leefomgeving gecreëerd worden, waarbij de bewoner zoveel mogelijk vrijheid ervaart. Met de inzet van familieleden, stagiaires en vrijwilligers is de veiligheid gewaarborgd.

Voor bouwdeel C is gestart met de planvorming voor de renovatie. Tot de renovatie wordt de veiligheid en het wooncomfort van de bewoners van bouwdeel C goed gemonitord en waar nodig bijgesteld.

Bewegen en beleven

Ook bewegen is een belangrijk aandachtspunt. Er wordt veel gewandeld en gefietst op de duo-fiets, er is een fietslabyrint met filmopnames uit de regio, die gemaakt zijn door vrijwilligers en leerlingen. Daarnaast is een beleef-tv aangeschaft met de middelen van Waardigheid en Trots en wordt wekelijks meer bewegen voor ouderen georganiseerd.

Familieparticipatie

Het project “samen zorgen” is in 2017 afgerond. Het project heeft een mooi resultaat opgeleverd. Zo wordt er meer samengewerkt met de familie in het samen zorgen voor de bewoner, wat ten goede komt van de bewoner. Daarnaast wordt in juni 2018 een familieavond georganiseerd met als thema wonen en welzijn.

Het groene hart van Salland

Deze werkgroep bestaande uit o.a. medewerkers vanuit welzijn en zorg, hebben de volgende onderdelen ontwikkeld:

- groene activiteiten: Het aanbod van groene activiteiten is gegroeid.
- binnen vergroening: in de aankomende maanden zullen de plannen voor vergroening binnenshuis geïmplementeerd worden.

- aanpassingen in de tuin: in de aankomende maanden zullen de aanpassingen uitgevoerd worden.
- scholing medewerkers: In juni 2018 zal er een vervolg komen op de scholing die in 2017 heeft plaatsgevonden.

Besteding Waardigheid en Trots gelden

In overleg met de lokale cliëntenraad en de teams zijn er ideeën verzameld voor de besteding van de extra gelden. In de voorbereiding is input gevraagd aan bewoners en familieleden. Er worden extra activiteiten georganiseerd en geïnvesteerd in materiaal.

Veiligheid

De medicatieveiligheid is een belangrijk onderdeel in de zorgverlening. In vergelijking met 2017 zijn de medicatiemeldingen licht afgenomen en de valincidenten toegenomen. Er zijn in 2018 enkele medicatiemeldingen op de PG groepen. Op de afdeling somatiek waren de meldingen in het eerste kwartaal 2018 hoog. De procedure MIC is daarop aangepast. De foutmelder meldt zelf de fout in het systeem. Daarnaast is half april gestart met een elektronisch voorschrijf systeem. Na de invoering zijn er geen medicatiemeldingen binnengekomen. De wet- en regelgeving rondom de opiaten wordt gevolgd.

Twee keer per jaar worden de ECD's getoetst. Ook de uitkomsten daarvan leiden weer tot verbeteringen in het proces.

Voor de zomer 2018 vindt er een externe audit plaats rondom het thema 'voedselveiligheid'. Regelmatig wordt een interne audit gehouden door de eerste kok. De bevindingen worden door de aandachtsvelders opgepakt in de PDCA cyclus.

De BHV organisatie is goed op orde. Elke maand wordt een kleine oefening gedaan. De evaluatie gaat naar alle BHV leden. In een vrijwilligersbijeenkomst is uitleg gegeven over brandveiligheid en ontruiming.

Het knelpunt(risico) rondom het rapporteren van de SOG is besproken met Carinova. Op korte termijn zullen de praktijkverpleegkundigen geautoriseerd worden voor Ysis, zodat dit knelpunt is opgelost.

Leren en verbeteren van Kwaliteit

Bewoner/familiegesprekken

Minimaal twee per jaar wordt er een MDO of familiegesprek gepland. De bevindingen vanuit deze gesprekken worden meegenomen in de verbetercyclus.

In april 2018 heeft een spiegelgesprek plaatsgevonden met zes bewoners van de afdeling somatiek. Uit dit spiegelgesprek kwam als verbeterpunt:

Lawaai overlast: cliënten geven aan last te hebben van lawaai 's nachts. Vooral dichtvallende deuren vinden ze hinderlijk. Medewerkers hebben hierop actie ondernomen door drangers op deuren te plaatsen die het dichtvallen te verminderen.

Als positief punt werd genoemd: het 'thuisgevoel', liefdevolle zorg, humor en het goed kunnen overleggen met medewerkers over de zorg.

De resultaten van de waarderingen op Zorgkaart Nederland en het spiegelgesprek zijn met het team en de locatie-clientenraad besproken. De genomen acties op de verbeterpunten zijn eveneens besproken en ook teruggekoppeld aan de families.

Team functioneren en zelf organisatie

Op de locatie is op onderdelen al sprake van zelforganisatie door de teamrollen en aandachtvelders binnen de teams. In het eerste kwartaal heeft een onderzoek plaatsgevonden over ZOEV(zelf organiseren en verbinden). Met de resultaten van dit onderzoek zullen in 2018 verdere stappen gezet worden om ZOEV verder te implementeren op de locatie.

Persoonlijke ontwikkeling

Één keer in de twee jaar wordt met iedere medewerker een Persoonlijk Ontwikkelingsgesprek gevoerd. Daarin wordt het functioneren in het team en de persoonlijke ontwikkeling besproken met de manager. Dit wordt gedaan aan de hand van 360 graden feedback van twee collega teamleden. Momenteel is met 40 procent van alle medewerkers een gesprek gevoerd.

Interne audits

Zoals eerder genoemd worden er structureel interne audits uitgevoerd. Ook deze leiden tot continu leren en verbeteren.

Verbeterpunten uit de audits voor Angeli Custodes zijn:

- er is medicatie aangetroffen die over de datum zijn. Advies is om de medicatie structureel te controleren op houdbaarheidsdatum.

E-learning

Om medewerkers de mogelijkheid te geven op eigen thema's te blijven ontwikkelen, kunnen zij gebruikmaken van een uitgebreid e-learning programma. Afhankelijk van hun functie moeten zij jaarlijks een minimum aantal e-learnings doen. Daarnaast zijn er altijd mogelijkheden om ook op andere manieren (bij) te scholen en te ontwikkelen.

Bijstelling en ontwikkeling van beleid, werkwijzen en ondersteunende systemen

Tenslotte wordt er dankbaar gebruikgemaakt van de ZGR-brede aanpassingen van beleid en introductie van ondersteunende systemen. Dat is vaak in de praktijk wel weer wennen, maar het ondersteunt het dagelijks werken en de kwaliteitsverbetering (ECD, medewerkersportaal, OZO, Medimo, Proquro, Inkoopbeleid, valpreventiebeleid, SDB-selfservice etc.).

10.4 Rapportage ZGR Swaenewoerd

Het kwaliteitsverslag van de locatie Swaenewoerd is ontwikkeld naar aanleiding van het Kwaliteitskader Verpleeghuiscare wat in 2017 is verschenen. In het kwaliteitsverslag maakt Swaenewoerd inzichtelijk wat goede zorg is. Continu verbeteren en leren om de kwaliteit en continuïteit van zorg te optimaliseren is een essentieel onderdeel in de bedrijfsvoering.

Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Persoonsgerichte zorg en ondersteuning is het uitgangspunt van Swaenewoerd. De afspraken hierover zijn vastgelegd in het ECD. Swaenewoerd heeft een dagstructuur georganiseerd in het Stokmansplein waar de bewoners elkaar kunnen ontmoeten, eten en drinken en activiteiten kunnen doen. Met mooi weer wordt er gebruikgemaakt van het terras en de tuin. De medewerkers werken vanuit 4 kernwaarden namelijk nabijheid, vertrouwen, aandacht en begrip (compassie): de cliënt heeft een eigen identiteit (uniek zijn); eigen regie (autonomie). Iedere cliënt heeft vastgestelde afspraken over (en inspraak bij) de doelen ten aanzien van zijn/haar zorg, behandeling en ondersteuning (zorgdoelen).

In 2017 heeft Swaenewoerd cliëntwaarderingen voor Zorgkaart Nederland opgehaald middels interviewteams. Er is o.a. gevraagd naar ervaringen van cliënten op het gebied van afspraken, omgang met zorgmedewerkers, deskundigheid, kwaliteit van leven, luisteren en accommodatie. Uit de waarderingen op Zorgkaart Nederland blijkt dat cliënten erg tevreden zijn over de bejegening van de medewerkers. De uitkomsten zijn meegenomen in het jaarplan, besproken met alle partijen, waarnaar er verbeteringen zijn aangebracht. Naast het ophalen van cliëntwaarderingen door Zorgkaart Nederland, heeft Swaenewoerd in 2017 een spiegelgesprek gehouden. De spiegelgesprekken hebben opgeleverd dat medewerkers zich bewust zijn van hun handelen en dat ze op een aantal onderwerpen direct het 'verschil' kunnen maken door te veranderen. Twee keer per jaar worden er interne audits uitgevoerd op het Elektronisch Cliënten Dossier (ECD).

Wooncomfort

Voor de bewoners is in 2017 een start gemaakt met het herinrichten van het Stokmansplein. De bewoners ervaren het als gezellig en aangenaam en voelen zich er thuis. In de zomer verblijven de bewoners op het terras aan de voorzijde. Echter vinden de bewoners dit geen prettige plek. In 2018 wordt de tuin achter Swaenewoerd heringericht zodat de bewoners comfortabel buiten kunnen zitten.

Bewegen en beleven

Vitaliteit en bewegen is een belangrijk speerpunt. De bewoners worden gestimuleerd om zoveel mogelijk te bewegen. Er wordt gewandeld en gefietst op de duo-fiets of het fietslabyrint. De beleef-tv levert een belangrijke bijdrage aan het bewegen. Wekelijks is er "bewegen voor ouderen". Tijdens de zorg, maaltijden en activiteiten worden bewoners zoveel mogelijk gestimuleerd om het zelf te doen.

Familieparticipatie

Het project “samen zorgen” is in 2017 afgerond. Binnen Swaenewoerd is een aandachtsvelder gepositioneerd vanuit het project familieparticipatie. Het project heeft mooie resultaten opgeleverd. Zo is er meer verbinding en samenwerking. In februari 2018 is een familieavond georganiseerd.

Besteding waardigheid en trots gelden

In overleg met de lokale cliëntenraad en de teams zijn er ideeën verzameld voor de besteding van de extra gelden van het project waardigheid en trots. In de voorbereiding is input gevraagd aan bewoners en familieleden. Er worden extra activiteiten georganiseerd en geïnvesteerd in materiaal zoals de muziekbol, de Beleef TV, het fietslabyrint, moestuinbakken en een vogelvolière.

Veiligheid

In 2017 is er een audit op het onderwerp medicatieveiligheid gehouden. Verbeterpunten zijn aangepakt. In Swaenewoerd is de MIC goed geborgd. De (individuele) uitkomsten worden besproken met de (individuele) medewerkers. Het aantal medicatiefouten is afgenomen. Het aantal valincidenten neemt daarentegen toe. Aanleiding is de complexer wordende doelgroep. Er wordt goed geanticipeerd op het vallen. Dit is terug te vinden in het ECD.

De BHV in Swaenewoerd is goed op orde. Maandelijks worden de systemen getest en gecontroleerd. De ploegleider geeft maandelijks tijdens het testen instructie aan (nieuwe) medewerkers en leerlingen. Ontruimingsoefeningen worden gehouden, de belboom, portofoons, ontruimingsmatras en EAD worden gecontroleerd en in de praktijk mee geoefend.

In 2017 heeft er een audit plaats gevonden op voedselveiligheid. De uitkomsten zijn verbeterd en Swaenewoerd voldoet aan de normen.

Bewoner/familiegesprekken

Minimaal twee keer per jaar wordt er een MDO of familiegesprek gepland. De bevindingen vanuit deze gesprekken worden meenomen in de verbetercyclus.

In 2017 heeft een spiegelgesprek plaatsgevonden met zes bewoners. De verbeterpunten die de cliënten aangaven hadden te maken met de maaltijden o.a. het niet krijgen van het vooraf doorgegeven menu, het missen van de appelmoes, het eten is te koud en de hoeveelheid is niet goed afgestemd op de behoefte van cliënten.

Naar aanleiding van deze punten is per dag geïnventariseerd wat er niet ‘goed’ was aan de maaltijden. Met deze inventarisatie heeft er een gesprek plaatsgevonden met de kok.

Aanpassingen in het proces zijn gedaan, waardoor de temperatuur nu wel goed is. Ook wordt er beter gelet op de hoeveelheden.

Alle uitkomsten zijn gedeeld met de medewerkers, cliënten en de cliëntenraad.

De cliëntenraad gaat vier keer per jaar met de bewoners in gesprek om input op te halen over het wonen, welzijn en de zorg in Swaenewoerd.

Team functioneren en zelf organisatie

In Swaenewoerd functioneert een zelf organiserend team. Iedere medewerker heeft een (aantal) aandachtsgebied. In Q1 en Q2 2018 heeft een onderzoek plaatsgevonden over ZOEV(zelf organiseren en verbinden). Met de resultaten van dit onderzoek zullen er in 2018 verdere stappen gezet worden om ZOEV verder te implementeren of optimaliseren.

Persoonlijke ontwikkeling

Één keer in de twee jaar wordt met iedere medewerker een POP gesprek (Persoonlijk Ontwikkelingsgesprek) gehouden. Daarin wordt het functioneren in het team en de persoonlijke ontwikkeling besproken met de manager. Dit wordt gedaan aan de hand van 360 graden feedback van 2 collega teamleden.

Interne audits

Zoals eerder genoemd worden er structureel interne audits uitgevoerd. Ook deze leiden tot continu leren en verbeteren.

Verbeterpunten voortkomend uit de audits:

- de afspraken omtrent het wel / niet geven of aanreiken van medicatie zijn niet terug te vinden in het ECD
- afspraken omtrent familieparticipatie zijn onvoldoende terug te vinden in het ECD

E-learning

Om medewerkers de mogelijkheid te geven op eigen thema's te blijven ontwikkelen, kunnen zij gebruikmaken van een uitgebreid e-learning programma. Afhankelijk van hun functie moeten zij jaarlijks een minimum aantal e-learnings doen. Daarnaast zijn er altijd mogelijkheden om ook op andere manieren (bij) te scholen en te ontwikkelen.

Personeelssamenstelling

Swaenewoerd heeft de formatie op orde. Door een aantal langdurig zieken en de uitbreiding van uren middels het capaciteitsplanmodel is er ruimte om vacatures te stellen. Binnen Swaenewoerd werken verpleegkundigen, woonzorgcoördinatoren, verzorgenden, helpende, medewerkers welzijn en facilitaire medewerkers. De gedachte van het team is “1 team, 1 taak”. De verbinding in het team is sterk. Er is sprake van open communicatie, waarbij steeds beter feedback aan elkaar wordt gegeven.

Bijstelling en ontwikkeling van beleid, werkwijzen en ondersteunende systemen

Tenslotte wordt er dankbaar gebruikgemaakt van de ZGR-brede aanpassingen van beleid en introductie van ondersteunende systemen. Dat is vaak in de praktijk wel weer wennen, maar het ondersteunt het dagelijks werken en kwaliteitsverbetering (ECD, medewerkersportaal, Medimo, Proquro, Inkoopbeleid, valpreventiebeleid, SDB-selfservice etc.). Leermoment ZGR-breed is om de implementatie van de verschillende onderdelen goed af te stemmen en in de tijd te plannen.

10.4 Rapportage ZG Stevenskamp en Stevenserf

Het kwaliteitsverslag van de locatie Stevenskamp is ontwikkeld naar aanleiding van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg wat in 2017 is verschenen. In het kwaliteitsverslag maakt Stevenskamp inzichtelijk wat goede zorg is. Continue verbeteren en leren om de kwaliteit

en continuïteit van zorg te optimaliseren is een essentieel onderdeel in de bedrijfsvoering. Het kwaliteitsverslag 2017-2018 is geschreven voor de locatie Stevenskamp en Stevenserf. In het kwaliteitsverslag 2018-2019 zijn Stevenskamp en Stevenserf ontkoppeld.

Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Persoonsgerichte zorg en ondersteuning is het uitgangspunt van ZGR Stevenskamp. De afspraken hierover zijn vastgelegd in het ECD. Stevenskamp organiseert veel activiteiten die betrekking hebben op welzijn, vitaliteit en zingeving. Met mooi weer wordt er gebruikgemaakt van het terras en de tuin. De medewerkers werken vanuit 4 kernwaarden namelijk nabijheid, vertrouwen, aandacht en begrip (compassie): de cliënt heeft een eigen identiteit (uniek zijn); eigen regie (autonomie). Iedere cliënt heeft vastgestelde afspraken over (en inspraak bij) de doelen ten aanzien van zijn/haar zorg, behandeling en ondersteuning (zorgdoelen). In 2017 heeft Stevenskamp cliëntwaarderingen voor Zorgkaart Nederland opgehaald middels interviewteams. Er is o.a. gevraagd naar ervaringen van cliënten op het gebied van afspraken, omgang met zorgmedewerkers, deskundigheid, kwaliteit van leven, luisteren en accommodatie. Uit de waarderingen op Zorgkaart Nederland blijkt dat cliënten erg tevreden zijn over de bejegening van de medewerkers. De uitkomsten zijn meegenomen in het jaarplan, besproken met alle betrokken partijen en verbeteringen zijn aangebracht. Naast het ophalen van cliëntwaarderingen op Zorgkaart Nederland, heeft de cliëntenraad in 2018 een bewonersbijeenkomst georganiseerd om bewonerservaringen op te halen. Twee keer per jaar worden er daarnaast interne audits uitgevoerd op het Elektronisch Cliënten Dossier (ECD).

Wooncomfort

Voor de bewoners is in 2018 een start gemaakt met het herinrichten van het welzijnsprogramma, de inrichting van de recreatiezaal en het optimaliseren van de bedrijfsprocessen.

De bewoners ervaren het als gezellig en aangenaam en voelen zich thuis in Stevenskamp. Er is veel bedrijvigheid en veel momenten om te verbinden. Daar waar een bewoner niet collectief kan verbinden, wordt er individuele aandacht gegeven. In de zomer verblijven de bewoners op het terras.

Bewegen en beleven

Vitaliteit en bewegen is een belangrijk speerpunt. De bewoners worden gestimuleerd om zoveel mogelijk te bewegen. Er wordt gewandeld en gefietst op de duo-fiets of het fietslabyrint. De beleef-tv levert een belangrijke bijdrage aan het bewegen. Wekelijks is er "bewegen voor ouderen". Tijdens de zorg, maaltijden en activiteiten worden bewoners zoveel mogelijk gestimuleerd om het zelf te doen. Daarnaast heeft Stevenskamp een beweegtuin waar veel gebruik van wordt gemaakt.

Familieparticipatie

Het project "samen zorgen" is in 2017 afgerond. In Stevenskamp is vanuit het project familieparticipatie een aandachtsvelder gepositioneerd. Het project heeft mooie resultaten opgeleverd. Er is meer verbinding en samenwerking. In mei 2018 wordt een familieavond georganiseerd.

Besteding waardigheid en trots gelden

In overleg met de lokale cliëntenraad en de teams zijn er ideeën verzameld voor de besteding van de extra gelden van het project waardigheid en trots. In de voorbereiding is input gevraagd aan bewoners en familieleden. Er worden extra activiteiten georganiseerd en geïnvesteerd in materiaal zoals de muziekbol, de Beleef TV, het fietslabrynt, verhoogde bloembakken.

Veiligheid

Er is een audit gehouden in 2017 over medicatieveiligheid. Verbeterpunten zijn aangepakt. De MIC procedure wordt geoptimaliseerd. De MIC (individuele) uitkomsten worden besproken met de (individuele) medewerkers. Het aantal valincidenten neemt toe. Aanleiding is de complexer wordende doelgroep. Er wordt extra aandacht besteed aan valpreventie. Dit is terug te vinden in het ECD.

BHV in Stevenskamp is het afgelopen jaar geoptimaliseerd. Maandelijks worden de systemen getest en gecontroleerd. De ploegleider geeft maandelijks tijdens het testen instructie aan (nieuwe) medewerkers en leerlingen. Ontruimingsoefeningen worden gehouden, de belboom, portofoons, ontruimingsmatras en EAD worden gecontroleerd en in de praktijk mee geoefend.

In 2017 heeft er een audit plaatsgevonden op voedselveiligheid. De uitkomsten zijn verbeterd en Stevenskamp voldoet aan de normen.

Bewoner/familiegesprekken

Minimaal twee keer per jaar wordt er een MDO of familiegesprek gepland. De bevindingen vanuit deze gesprekken worden meegenomen in de verbetercyclus en zijn terug te vinden in het ECD.

In 2017 heeft Stevenskamp cliëntwaarderingen voor Zorgkaart Nederland opgehaald middels interviewteams. Er is o.a. gevraagd naar ervaringen van cliënten op het gebied van afspraken, omgang met zorgmedewerkers, deskundigheid, kwaliteit van leven, luisteren, accommodatie. Uit de waarderingen op Zorgkaart Nederland blijkt dat cliënten erg tevreden zijn over de bejegening van de medewerkers. De uitkomsten zijn meegenomen in het jaarplan, besproken met alle partijen en verbeteringen zijn aangebracht

Daarnaast kunnen bewoners/familie ook via Zorgkaart Nederland hun bevindingen delen. De tops en tips worden besproken in de teams.

Er heeft een spiegelgesprek plaatsgevonden op Stevenserf met familieleden.

De families waren erg positief over de locatie, gastvrijheid, liefdevolle goede zorg en onderlinge communicatie. Ze gaven aan dat verbeterpunten die ze hebben gelijk worden opgepakt door het team. Voorbeeld hiervan is dat de oprit niet aan de wensen voldeed, deze is inmiddels aangepast. Ook een praktisch punt als een deurstopper en een buitenbel zijn gelijk gerealiseerd.

De resultaten van de waarderingen op Zorgkaart Nederland en het spiegelgesprek zijn met het team en de locatieraad besproken. De genomen acties op de verbeterpunten zijn eveneens besproken en ook teruggekoppeld aan de families.

Team functioneren en zelf organisatie

In Stevenskamp worden stappen gezet in het optimaliseren van het team. De onderwerpen formatie, deskundigheid en aandachtsvelder hebben veel aandacht. Iedere medewerker heeft een (aantal) aandachtsgebied wat in Q3 en Q4 2018 wordt geoptimaliseerd. In Q1 en Q2 2018 heeft een onderzoek plaatsgevonden over ZOEV(zelf organiseren en verbinden). Met de resultaten van dit onderzoek zullen in 2018 verdere stappen gezet worden om ZOEV verder te implementeren of optimaliseren.

Persoonlijke ontwikkeling

Één keer in de twee jaar wordt met iedere medewerker een POP gesprek (Persoonlijk Ontwikkelingsgesprek) gehouden. Daarin wordt het functioneren in het team en de persoonlijke ontwikkeling besproken met de manager. Dit wordt gedaan aan de hand van 360 graden feedback van 2 collega teamleden.

Interne audits

Zoals eerder genoemd worden er structureel interne audits uitgevoerd. Ook deze leiden tot continu leren en verbeteren.

Verbeterpunten voortkomend uit de audits:

- familieparticipatie is niet bij alle clients opgenomen in het ECD
- BEM is onvoldoende zichtbaar in het ECD

Beide punten zijn besproken in de teamoverleggen, waarna acties zijn uitgezet binnen de teams.

E-learning

Om medewerkers de mogelijkheid te geven op eigen thema's te blijven ontwikkelen, kunnen zij gebruikmaken van een uitgebreid e-learning programma. Afhankelijk van hun functie moeten zij jaarlijks een minimum aantal e-learnings doen. Daarnaast zijn er altijd mogelijkheden om ook op andere manieren (bij) te scholen en te ontwikkelen.

Personeelssamenstelling

Stevenskamp is de formatie aan het optimaliseren. Door een aantal langdurig zieken en de uitbreiding van uren middels het capaciteitsplanmodel is er ruimte om vacatures te stellen. Binnen Stevenskamp werken verpleegkundigen, woonzorgcoördinatoren, verzorgenden, helpenden, medewerkers welzijn en facilitaire medewerkers. Belangrijke thema's in de teamontwikkeling zijn verbinden, communicatie, feedback en werken volgens procedures. Dit wordt verder geïmplementeerd in Q3 en Q4 van 2018.

Bijstelling en ontwikkeling van beleid, werkwijzen en ondersteunende systemen

Tenslotte wordt er dankbaar gebruikgemaakt van de ZGR-brede aanpassingen van beleid en introductie van ondersteunende systemen. Dat is vaak in de praktijk wel weer wennen, maar het ondersteunt het dagelijks werken en kwaliteitsverbetering (ECD, medewerkersportaal, Medimo, Proquro, Inkoopbeleid, valpreventiebeleid, SDB-selfservice etc.). Leermoment ZGR-breed is om de implementatie van de verschillende onderdelen goed af te stemmen en in de tijd te plannen.