

Kwaliteitsplan

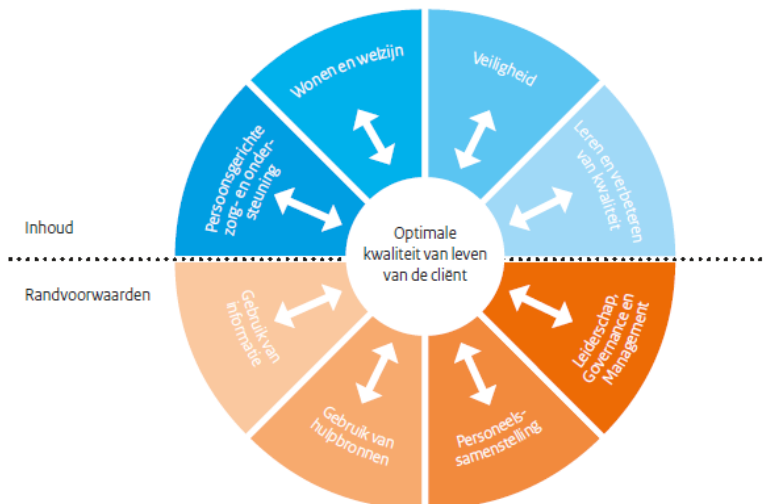
Ter Wal Woonzorg BV



Lepelstraat 10-12-2018

Inleiding

Op 13 januari 2017 heeft Zorginstituut Nederland het kwaliteitskader verpleeghuiszorg gepubliceerd. Dit Kwaliteitskader is de kwaliteitsstandaard voor de verpleeghuiszorg. Het is bedoeld om houvast te geven bij het streven naar de beste zorg. Eén van de voorschriften uit dit kwaliteitskader is het uitbrengen van een kwaliteitsplan. Dit is het eerste kwaliteitsplan van Ter Wal Woonzorg BV (hierna: Ter Wal). Dit kwaliteitsplan is bedoeld voor alle betrokkenen, zoals (toekomstige) bewoners en hun naasten, (toekomstige) medewerkers, zorgkantoren, de inspectie en overige stakeholders en geïnteresseerden.



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

De vier thema's voor kwaliteit en veiligheid zijn:

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

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

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

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

De vier randvoorwaardelijke thema's zijn:

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

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

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

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

De directie en de leiding van Ter Wal onderschrijven deze (rand voorwaardelijke) thema's en in dit kwaliteitsplan is de invulling van deze thema's herkenbaar.

Voor de indeling van dit kwaliteitsplan volgen wij de handreiking van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg:

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

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

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

Inhoudsopgave:

Inleiding		blz. 2
Hoofdstuk 1	Zorgvisie en kernwaarden;	blz.5
Hoofdstuk 2	Doelgroep en werkwijze;	blz.8
Hoofdstuk 3	Kenmerken;	blz.9
Hoofdstuk 4	Personeel;	blz.10
Hoofdstuk 5	Beleid;	blz.14
Hoofdstuk 7	Wonen en welzijn;	blz.16
Hoofdstuk 8	Veiligheid;	blz.18
Hoofdstuk 9	Leren en werken aan kwaliteit;	blz.20
Hoofdstuk 10	Leiderschap, governance en management;	blz.22
Hoofdstuk 11	Gebruik van hulpbronnen;	blz.24
Hoofdstuk 12	Gebruik van informatie;	blz.25
Hoofdstuk 13	Verbeterparagraaf;	blz.27
Slotwoord van de directie		blz.28

Hoofdstuk 1

Zorgvisie en kernwaarden;

Missie:

"Er zijn met zorg voor zelfstandige mensen"

Een huis zoals thuis

Onze missie is dat je er bent voor onze bewoners en dat je vanuit je eigen bezieling, identiteit, waarden en normen en overtuigingen oprecht aandacht geeft aan onze bewoners, met een open en eerlijke houding. Respect voor achtergrond en cultuur van onze medemens vinden we belangrijk.

Visie

Wij stellen de bewoner centraal en niet zijn beperking. Wij richten ons op de mogelijkheden van iedere individuele bewoner en bevorderen de zelfstandigheid die ieder mens van nature wil behouden. Wij werken zoveel mogelijk zelfstandig, ieder met zijn eigen individuele bijdrage, samen verantwoordelijk en creëren met elkaar een leefomgeving waarin een ieder zich kan ontplooien, met respect voor elkaar, in een omgeving die de thuissituatie zo dicht mogelijk benadert.

Zorgvisie

In onze visie past de zorg zich aan de bewoners aan en niet andersom. Dit doen wij door het creëren van een huiselijke sfeer, het aanstellen van voldoende medewerkers en het leveren van een zorgaanbod afgestemd op de wensen en behoeften van de bewoner (zorg op maat). Bij ons houdt de bewoner de regie over zijn/haar leven in eigen hand. Bij Ter Wal staat goede zorg voorop. Daarbij zien wij fysieke, psychische, maatschappelijke/sociale aspecten in hun samenhang en gaan wij bij inhoud en vorm van de zorgverlening uit van de opvattingen, wensen en behoeften van iedere individuele bewoner, zoals:

- Persoonlijke leefstijl (individuele levensgewoonten en levenspatronen)
- Belangrijke contacten (met partner, gezin, familie, vrienden en anderen)
- Belangrijke bezigheden (hobby's en interesses)
- Omgeving (in eigen appartement, in de gezamenlijke ruimtes binnen- en buitenshuis)
- Gezondheid

Zorg die met het vorenstaande rekening houdt en waarin het eigen sociale netwerk in mee kan (blijven) participeren.

Kleinschalige Woonzorg

Veel ouderen die niet meer zelfstandig thuis kunnen wonen hebben steeds meer behoefte aan wonen en zorgondersteuning op maat, in een kleinschalige en daardoor overzichtelijke woonomgeving met voldoende eigen leefruimte en privacy.

Onze kleinschalige opzet biedt ons inziens de beste mogelijkheden om met behoud van cultuur en eigen leefstijl de beoogde kwaliteit van leven, wonen en zorg te realiseren.

Om ervoor te zorgen dat wij ons naar de bewoners op een eenduidige en consistente wijze gedragen, gelden de volgende gedragsregels.

Medewerkers van Ter Wal

- Gaan respectvol met anderen om
- Dragen verantwoording
- Nemen initiatief
- Komen afspraken na
- Staan altijd klaar voor anderen
- Zijn loyaal.

Respectvolle omgang

Ik ben beleefd, zorgvuldig en respectvol in de omgang met anderen en luister oprecht. Ik bedenk hierbij hoe de ander behandeld wil worden. Ik heb respect voor de keuzes die anderen maken. Ik ga discreet om met vertrouwelijke informatie en schend de privacy van anderen niet.

Verantwoording dragen

Ik ben verantwoordelijk voor wat ik doe en kan aan anderen uitleggen waarom ik iets doe. Als iemand mij om toelichting vraagt, geef ik die. Ik verschuil me niet achter anderen en ben bereid om mijn werk te verbeteren.

Initiatief nemen

Ik zoek naar oplossingen voor knelpunten die ik in mijn werk tegenkom. Daarin zet ik zo nodig de eerste stap en wacht niet af tot anderen iets ondernemen. In overlegsituaties denk ik actief mee met collega's en samen werken wij aan verbetering.

Afspraken nakomen

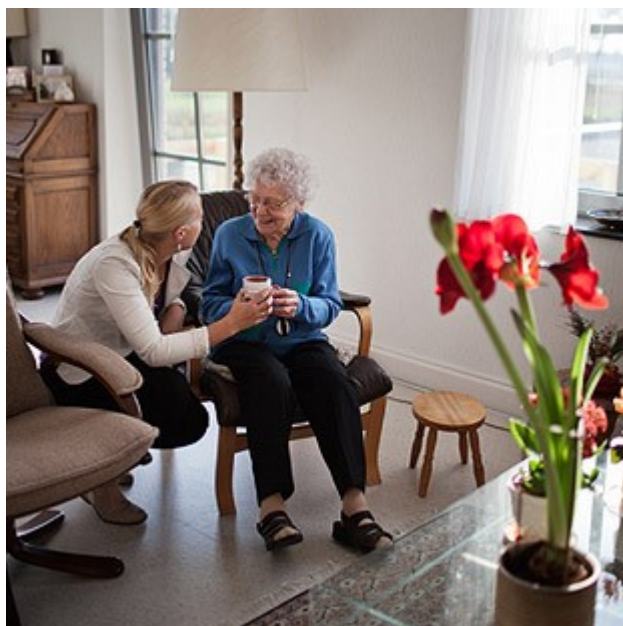
Samen met bewoners en collega's maak ik heldere afspraken en ik kom deze na. Als ik mijn afspraken niet nakom, dan mogen anderen mij daarop aanspreken. Omgekeerd spreek ik ook anderen aan.

Voor anderen klaarstaan

Ik sta voor de bewoners en mijn collega's klaar en geef hulp en advies. Zij kunnen op mij rekenen. Ik sta er niet alleen voor want mijn collega's ondersteunen mij.

Loyaal zijn

Ik ben trouw aan de bewoners, mijn collega's en de organisatie. Ik val hen niet af. Ik ben mij ervan bewust dat ik de organisatie vertegenwoordig. Als ik tegen dingen aanloop dan bespreek ik deze en probeer gezamenlijk tot een oplossing te komen.



Hoofdstuk 2

Doelgroep en werkwijze

Ter Wal heeft een capaciteit voor 23 bewoners (2 appartementen zijn geschikt voor dubbele bewoning). De doelgroep bestaat uit ouderen met psychogeriatrische en/of somatische aandoeningen, die zowel kort als langdurig bij Ter Wal verblijven. De leeftijd van de bewoners varieert. De meesten hebben een leeftijd van tussen de 70 en 90 jaar. Alle bewoners zijn geïndiceerd door het CIZ (Centrum Indicatie Zorg). De zorgzwaarte varieert van ZZP 4 tot 10.

Daarnaast levert Ter Wal dagbesteding voor ouderen via de WMO en de WLZ, voor deelnemers die nog thuis wonen. Ter Wal biedt plaats voor 10 deelnemers per dagdeel op maandag, dinsdag, woensdag en donderdag. Zij worden begeleidt door 2 activiteitenbegeleiders en een vrijwilligster.

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

1 Gedreven om de best mogelijke zorg te bieden:

- Kleinschalig: dat wil zeggen maximaal 25 bewoners;
- Persoonlijk geleid: de directie is direct betrokken bij de zorgverlening op de werkvloer;
- Passie, inzet en betrokkenheid staan hoog in het vaandel. Dit blijkt onder andere uit de zorgvisie, de kernwaarden en het streven de doelstellingen die hieruit voortvloeien te behalen (zie hoofdstuk 1);
- De personeelsbezetting is afgestemd op de doelgroep en op de missie en visie. Dit is inzichtelijk gemaakt door een toelichting op de personele bezetting (zie hoofdstuk 4).

2 Actief betrokken bij de brancheorganisatie Riant Verzorgd Wonen:

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

3 Voldoen aan wettelijke verplichtingen en regelgeving

- We voldoen aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg;
- We voldoen aan de IGZ inspectienormen;
- We voldoen aan de normen van de inspectie sociale zaken en werkgelegenheid.
- We voldoen aan de wet AVG: ons privacyreglement staat aantoonbaar op onze website.

4 Open(baar)heid

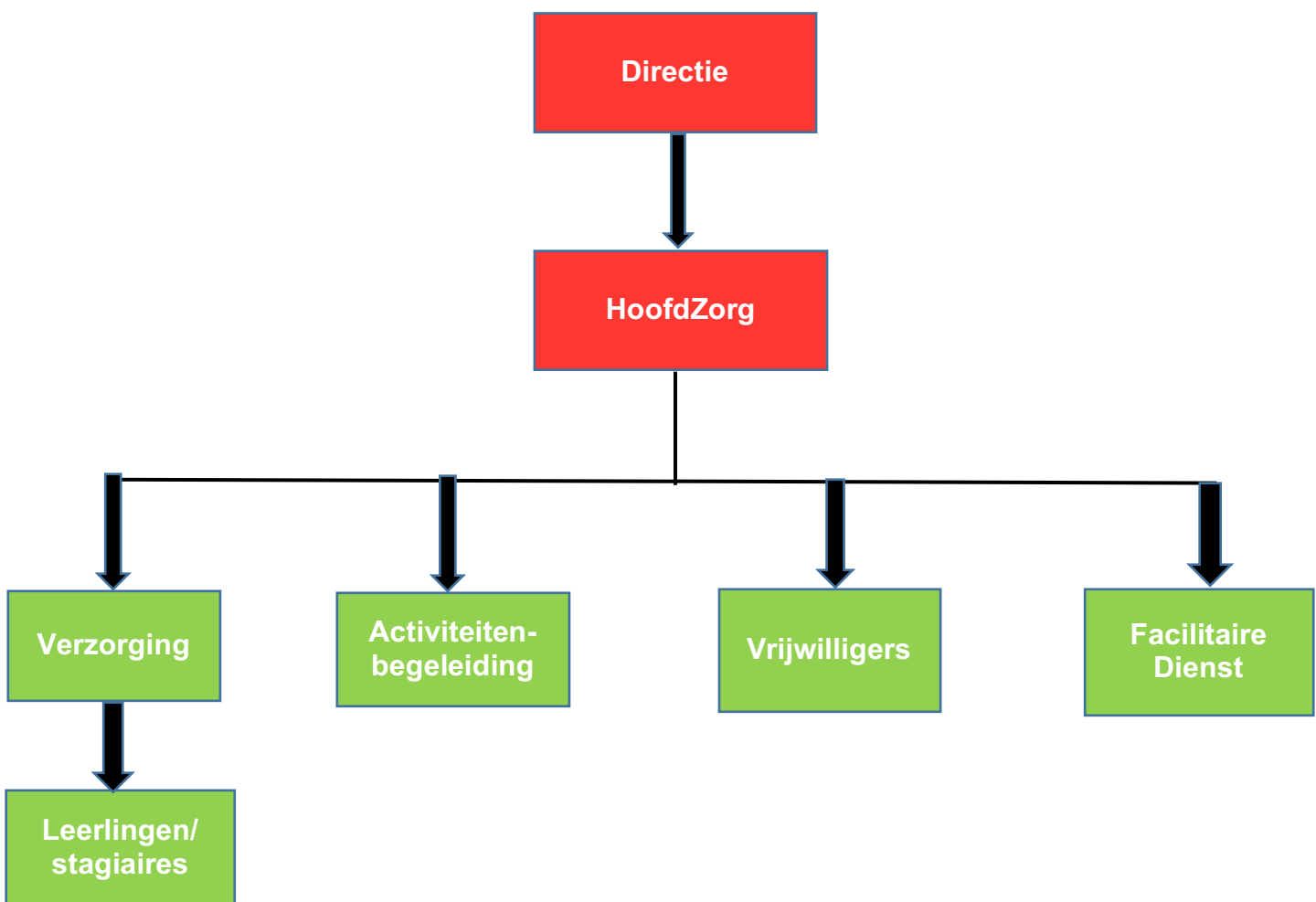
- Uitkomsten en analyses van tevredenheidsonderzoeken onder bewoners stelt de directie ter beschikking van belanghebbenden;
- Uitkomsten en analyses van tevredenheidsonderzoeken onder medewerkers stelt de directie ter beschikking van belanghebbenden;
- De directie bespreekt beleidsaspecten, belangrijke gebeurtenissen en bevindingen met de cliëntenraad en met de medewerkers of hun vertegenwoordiging.

Hoofdstuk 3 Kenmerken

Onze voorziening is ingeschreven in de Kamer van Koophandel en heeft in overeenstemming met deze inschrijving één locatie. Conform de in de vorige hoofdstukken beschreven zorgvisie, kernwaarden en werkwijze zijn we een kleinschalige voorziening met een capaciteit van maximaal 25 plaatsen.

De locatie van onze voorziening is landelijk. Deze ligging betekent onder andere dat de bewoners de ruimte en mogelijkheid hebben om zich vrij te bewegen, waardoor ze ook met de buitenwereld in aanraking komen. Hierdoor krijgen de bewoners minder prikkels, wat positief werkt voor hen. We beschikken over voldoende personeel en vrijwilligers om met de bewoners naar buiten te gaan.

Organogram + toelichting



Toelichting op het organogram

Ter Wal is een besloten vennootschap met beperkte aansprakelijkheid. Ieder van de aandeelhouders heeft tevens de functie van directeur van de vennootschap. De besturingsfilosofie is gericht op de zorgvisie en kernwaarden zoals hiervoor beschreven als ook op het behalen van de hieruit voortvloeiende doelstellingen. Het Hoofd Zorg heeft een coördinerende taak met betrekking tot de diensten Welzijn en Zorg en Facilitaire dienst. De taken van deze diensten worden dagelijks op elkaar afgestemd.

Hoofdstuk 4 Personeel

Om de zorg te kunnen bieden conform de zorgvisie en om te voldoen aan de wensen en verlangens van bewoners, kent Ter Wal de volgende personele bezetting. In de tabel staan de medewerkers, onderverdeeld naar discipline. In de tekst daarna wordt de personele inzet beschreven.

Personeelsbestand			
<i>Discipline</i>	<i>loon- dienst</i>	<i>fte</i>	<i>Uren per week</i>
<i>Verzorgende (IG) niveau 3</i>	<i>Ja</i>	<i>5,4</i>	<i>196</i>
<i>Verpleegkundige niveau 4</i>	<i>Ja</i>	<i>2,3</i>	<i>84</i>
<i>Helpende niveau 2</i>	<i>Ja</i>	<i>1,8</i>	<i>66</i>
<i>Activiteitenbegeleider niveau 3</i>	<i>Ja</i>	<i>0,6</i>	<i>21</i>
<i>Activiteitenbegeleider niveau 4</i>	<i>Ja</i>	<i>1,1</i>	<i>38</i>
<i>Huishoudelijk medewerker niveau 1</i>	<i>Ja</i>	<i>1,4</i>	<i>52</i>
<i>Kok</i>	<i>Ja</i>	<i>1,1</i>	<i>38</i>
<i>Keukenhulp</i>	<i>nee</i>		
<i>SOG</i>	<i>nee</i>	<i>zzp</i>	<i>Op- roep/con- sult basis en deel- name MDO</i>
<i>Psycholoog</i>	<i>nee</i>	<i>zzp</i>	<i>consult basis</i>
<i>Psychiater/psychiatisch verpleegkundige</i>	<i>nee</i>	<i>zzp</i>	<i>consult basis</i>
<i>Vrijwilliger</i>	<i>nee</i>		<i>35</i>
<i>BOL-Leerling Verzorgende (IG) niveau 3</i>	<i>nee</i>		<i>48</i>
<i>BOL-Leerling Verpleegkundige niveau 4</i>	<i>nee</i>		
<i>BOL-Leerling Verpleegkundige niveau 5</i>	<i>nee</i>		<i>24</i>
<i>Overige leerlingen duaal niveau 5</i>	<i>nee</i>		

Personele bezetting per dag

Dagelijks worden de medewerkers in de volgende diensten ingezet. Voor zorgwerkzaamheden werken we uitsluitend met bevoegde en bekwame medewerkers.

Dagdiensten

- twee diensten van 7.00 tot 15.30 uur
- twee diensten van 7.30 tot 11.30 uur
- Gastvrouwdienst van 8.00-14.00

Avonddiensten

- twee van 15.30-23.30 uur
- één van 15.30- 21.30 uur.

Nachtdiensten

- één wakkere van 23.30-7.30 uur

Activiteitenbegeleiding

- 4 dagen in de week van 9.30-16.30 uur

Achterwacht

- 24/7 door VIG / A verpleegkundige Voor calamiteiten 24/7 bereikbaar.

kok

- één dienst van 9.30-13.30 uur

Huishouding:

- twee/drie van 8.30 tot 12.30 uur op weekdays;
- één van 8.30 tot 12.30 uur op weekdays voor de was verzorging;
- één op zaterdag/zondag van 10.30 tot 12.30 uur, zo nodig 4 uur.

De personele bezetting wordt afgestemd op de zorgbehoefte van de gezamenlijke bewoners. De personele bezetting wordt zo nodig uitgebreid. Deze personele bezetting is met dit kwaliteitsplan gepubliceerd op onze website .

Waarom vier dagdiensten en twee avonddiensten?

Uit ervaring weten we dat de volgende aspecten altijd haalbaar zijn bij vier dagdiensten

- tijd nemen voor bewoners bij het opstaan en het niet te laat aan tafel verschijnen van bewoners.
- ruime bezetting waardoor er mogelijkheden zijn voor extra aandacht aan bewoners en bezoek.
- ruime bezetting waardoor het niet nodig is om te haasten en in alle rust met de bewoners te werken conform Zorgleefplan.

Waarom één nachtdienst en een achterwacht?

De werkzaamheden in de nacht kunnen door één medewerker worden uitgevoerd. Een achterwacht naast een wakkere nachtdienst is van belang voor incidenteel voorkomende werkzaamheden die door twee verzorgenden dienen te worden verricht.

In 2018 waren er de volgende personeelswijzigingen:

Omschrijving	aantal	fte
Vertrokken medewerkers	5	2,8
Nieuwe medewerkers	5	3

Dankzij onze platte organisatie en korte lijnen kunnen in onze zorgvoorziening de zorggelden optimaal worden benut. Uit het accountantsrapport behorend bij het financieel jaarverslag blijkt dat meer dan

90 % van de zorggelden wordt besteed aan bewonergebonden personele kosten. Onze accountant zal dit meenemen in het financieel jaarverslag.

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

1 Aandacht, aanwezigheid en toezicht

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

2 Specifieke kennis, vaardigheden

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

3 Reflectie, leren en ontwikkelen

- Er is voor iedere zorgverlener voldoende tijd en ruimte om te leren en zich te ontwikkelen via feedback, intervisie, reflectie en scholing.
Het opleidingsplan van Ter Wal voor het jaar 2019 staat beschreven in ons Kwaliteitshandboek. Daarnaast worden onze medewerkers maandelijks gewezen op de nieuwsbrief van Zorg voor Beter waarin veel informatie en e-learnings te vinden zijn.
- Vanaf 1 januari 2019 is er voor iedere zorgverlener tijd en ruimte om op gezette tijden deel te nemen aan bijeenkomsten bij een organisatie uit het lerend netwerk. Dit is als volgt georganiseerd: vanuit het lerend netwerk RVW (Riant Verzorgd Wonen) worden twee soorten bijeenkomsten georganiseerd, te weten voor medewerkers en voor leidinggevenden. Daarbij zal een specifiek onderwerp vanuit het kwaliteitskader besproken worden, waarvoor een deskundige wordt uitgenodigd. Het meelopen van medewerkers bij een organisatie uit het netwerk heeft niet onze voorkeur; wij hebben gekozen voor vast personeel, omdat ervaring uitwijst dat verandering van personeel bij onze kwetsbare doelgroep negatief uitwerkt. Tevens nemen wij deel aan de kennis-participatiemarkten die door de WMO georganiseerd worden waardoor wij met alle (andere) organisaties in contact komen die op het terrein van de WMO werkzaam zijn.
- Er is voldoende tijd beschikbaar om als zorgcoördinator deel te nemen aan multidisciplinair overleg;

- Tijdens de scholing en deskundigheidsbevordering wordt ook aandacht besteed aan methodisch en multidisciplinair werken;
- Het scholingsbeleid voor zittende en aankomende zorgverleners versterkt hun vakbekwaamheid aantoonbaar en er wordt nadrukkelijke aandacht besteed aan omgaan met zorgdilemma's en adequate zorg bij het levenseinde;
- In de functioneringsgesprekken komen competentie- en loopbaanontwikkeling aan de orde.

Hoofdstuk 5

Beleid

Op basis van missie en visie en aan de hand van succesbepalende factoren hebben we een meerjarenplan vastgesteld (zie bijlage 1). Met behulp van dit meerjarenplan hebben we het jaarplan 2019 met meetbare doelstellingen vastgesteld (zie bijlage 2). Het jaarplan wordt ieder kwartaal geëvalueerd en jaarlijks wordt over de bevindingen gerapporteerd in het kwaliteitsverslag.

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

Hoofdstuk 6

Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Wij hechten eraan om de zorg en ondersteuning voor elke cliënt op maat te maken. Dat wil zeggen dat voor iedere bewoner een Zorgleefplan wordt opgesteld dat is gebaseerd op zijn/haar unieke persoonlijke wensen en verlangens en waarin de actuele noodzakelijke zorg is beschreven. Hierna lichten we per thema toe wat iedere bewoner mag verwachten en welke eigenschappen de medewerkers hebben. Onderstaande thema's zijn ontleend aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg.

Compassie: nabijheid, vertrouwen, aandacht en begrip

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

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

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

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

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

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

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

Iedere cliënt heeft een eigen actueel Zorgleefplan en een medisch plan dat in samenspraak met de bewoner en desgewenst zijn/haar naasten is opgesteld

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

Hoofdstuk 7

Wonen en welzijn

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

Zingeving

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

Zinvolle tijdsbesteding

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

Schoon en verzorgd lichaam plus verzorgde kleding

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

Familieparticipatie en inzet vrijwilligers

- Zorgverleners geven naasten en andere betrokkenen uit het sociale netwerk van de bewoner de ruimte om in de zorg en ondersteuning te participeren;
- Het beleid rondom participatie door familie en vrijwilligers is beschreven in en bekend bij bewoners en zorgverleners;
- Vrijwilligers kunnen via het VIP (vrijwillig informatiepunt) trainingen volgen, dit programma sturen wij ze toe, het is vrijblijvend wat ze hier mee doen. Tevens kunnen vrijwilligers aansluiten bij de mantelzorg avond die we om de 3 maanden hier in Ter Wal organiseren.

Wooncomfort: gastvrijheid, maaltijden, schoonmaak en inrichting

- De inrichting van de woonomgeving is aangepast aan zorg- en ondersteuningsbehoeften (privéruimten, recreatieruimten, gebedsruimte, buitenruimten, verkeersruimten);
- De privé, verkeers- en gedeelde (recreatie)ruimten zijn schoon en veilig;
- Bewoners worden in de gelegenheid gesteld met eigen spullen hun kamer in te richten;
- De maaltijden worden in de middag en avond gezamenlijk genuttigd, de maaltijden worden door koks bereid volgens de hygiëne code voor kleinschalige woonzorgen. De toepassing van de Hygiëne code wordt besproken in het koksoverleg, verbeterpunten die hieruit naar voren komen worden teruggekoppeld naar het teamoverleg. De maaltijden worden vers bereid; de bakker, de slager, de groenteboer, de kaasboer en de Plus brengende producten zelf.

- Tijdens de maaltijd wordt een moment van stilte gevraagd voor degene die willen bidden. Zie ook Hoofdstuk 1: missie, visie en zorgvisie.



Hoofdstuk 8 Veiligheid

Veiligheid heeft hoge prioriteit. Het voortdurend streven naar veiligheid zien wij niet los van andere belangrijke waarden. Bijvoorbeeld de afweging die wij maken tussen persoonlijke vrijheid en welzijn aan de ene kant en persoonlijke veiligheid en risico's aan de andere kant.

Veiligheid houdt niet alleen zorginhoudelijke veiligheid in. Andere veiligheidseisen waaraan wij aandacht besteden zijn veiligheid van hulpmiddelen, brandveiligheid, de aanwezigheid van een ontruimingsplan, voedselveiligheid en drinkwaterveiligheid. Ook het bieden van inspraakmogelijkheden aan medewerkers en cliënten en een toegankelijke klachtenregeling zien wij als manieren om veiligheid te bevorderen.

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

Medicatieveiligheid

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

Decubitus en mondzorg

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

Inzet vrijheidsbeperkende maatregelen

- Indien onvrijwillige zorg is geïndiceerd, betekent dit dat de betreffende cliënt dient te worden overgeplaatst naar een voorziening die hiertoe gemachtigd is;
- Vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) worden niet of met de grootst mogelijke terughoudendheid toegepast. Bij toepassing wordt altijd beoordeeld welke VBM de minste impact hebben op het welzijn van de cliënt, zonder de veiligheid uit het oog te verliezen;
- Indien VBM worden toegepast wordt dit besproken met de bewoner en diens naasten, met de huisarts, de zorgcoördinator en de directie. Bij besluit om VBM toe te passen wordt een evaluatiedatum afgesproken (om de 2 maanden). Hierbij geldt als uitgangspunt dat de VBM worden afgebouwd. Voor het toepassen van VBM wordt getekend door de cliënt, zo nodig diens wettelijke vertegenwoordiger en de huisarts;
- Op elke moment is een overzicht van alle VBM voorhanden;
- De bevindingen van het gebruik van VBM worden besproken met de medewerkers en met voorzieningen uit het lerend netwerk.

Ziekenhuisopnamen

- Ziekenhuisopnamen op de Spoedeisende Hulp (SEH) worden geregistreerd in het zorgdossier;

- Als de reden van SEH is gelegen in vallen, een heupfractuur, een luchtweginfectie, een urineweginfectie, een delier, een CVA of onbegrepen gedrag, dan wordt hiervan afzonderlijk aantekening gemaakt;
- De bevindingen van SEH worden besproken met de medewerkers en met voorzieningen uit het lerend netwerk.

Hoofdstuk 9

Leren en werken aan kwaliteit

Voortdurend werken aan het verbeteren van kwaliteit is voor ons de norm. Dit doen we op verschillende manieren en we leggen de bevindingen vast. Deze staan ter beschikking van bewoners, naasten, medewerkers en stakeholders. Hiermee beogen we transparantie en leggen we op een natuurlijke manier verantwoording af. Om deze reden worden dit kwaliteitsplan en het kwaliteitsverslag via onze website gepubliceerd.

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

1 Kwaliteitsmanagementsysteem

- We vallen momenteel als onderaannemer van de Leliezorggroep onder zijn kwaliteitssysteem, wij worden daar jaarlijks voor geaudit volgens een Improvementscan, die wordt afgenomen door Novire. Wij hebben daar afgelopen september een 8,4 score voor behaald. Vanaf 3-7-2018 zijn wij ISO gecertificeerd.
- In dit kwaliteitssysteem zijn de verantwoordelijkheden en bevoegdheden vastgelegd;
- Verantwoording afleggen is ingebed in de processen met de daaraan vastgelegde taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden.

2 Jaarlijks geactualiseerd kwaliteitsplan

- Dit is ons tweede kwaliteitsplan;
- Dit kwaliteitsplan is opgesteld in samenwerking met cliënten en naasten, huisartsen, zorgmedewerkers en directie;
- Jaarlijks zullen we dit kwaliteitsplan actualiseren.

3 Jaarlijks kwaliteitsverslag

- Op basis van dit tweede kwaliteitsplan maken we over de eerste helft van 2019 een kwaliteitsverslag;
- Dit kwaliteitsverslag zal gebaseerd zijn op de evaluatie van de doelstellingen en inhoud van dit kwaliteitsplan, inclusief feedback op dit kwaliteitsplan door de collega organisaties uit het lerend netwerk. Het volgt de hoofdstukken van het kwaliteitsplan;
- Bewonersraadpleging als informatiebron voor de evaluatie van zorg is een vast onderdeel van het kwaliteitsverslag;
- Het concept kwaliteitsverslag bespreken we vóór vaststelling met cliëntenraad, medewerkers en met tenminste twee collega zorgorganisaties uit het lerend netwerk;
- Jaarlijks zullen we een actueel kwaliteitsverslag presenteren, onder andere op onze website.

4 Continu werken in de praktijk aan verbeteren door zorgverleners

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

5 Lerend netwerk

- Wij maken deel uit van een lerend netwerk, te weten met RVW(Riant Verzorg Wonen), het Netwerk RVW is opgericht door en voor kleinschalige particuliere voorzieningen in de ouderenzorg. Doel van het lerend netwerk is om de kwaliteit van de zorg permanent te monitoren en waar mogelijk te verbeteren. Dit doel wordt bereikt door de eigen bedrijfsvoering en belangrijke ontwikkelingen in de branche in openheid met elkaar te bespreken. Van elkaar leren is voor de deelnemers aan dit lerend netwerk het uitgangspunt. Samenwerken is hierbij

essentieel. Deze collega zorgorganisaties vallen onder een andere rechtspersoon en hebben een Raad van Bestuur;

- Bij de keuze van deze netwerkpartners stond het leren en de praktische werkbaarheid centraal;
- In dit netwerk werken we in ieder geval samen rondom het kwaliteitsplan en het kwaliteitsverslag met verbeterparagraaf;
- In dit netwerk vindt actieve onderlinge uitwisseling in openheid plaats. Dit geldt voor zowel medewerkers als directies;
- Er is voor alle zorgverleners en directie tijd en ruimte beschikbaar om op gezette tijden mee te lopen bij een collega organisatie uit het lerend netwerk. Dit gebeurt als volgt: tijdens elke netwerkbijeenkomst organiseren we een "speeddate". Daarna kunnen alle deelnemers aangeven waar en met welk doel men wenst mee te lopen. Dit wordt vervolgens geïnventariseerd en georganiseerd.

Hoofdstuk 10

Leiderschap, governance en management;

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

Wij hanteren de Zorgbrede Governance Code.

Onderstaande zes thema's zijn kenmerkend voor ons leiderschap:

1 Visie op zorg

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

2 Sturen op kernwaarden

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

3 Leiderschap en goed bestuur

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

4 Rol en positie interne organen en toezichhouder(s)

- De directie faciliteert het werk van de cliëntenraad;
- De directie werkt volgens wettelijke kaders van Wet op de Ondernemingsraden (WOR) en de Wet Kwaliteit klachten en geschillen in de zorg (WKKKGZ);
- De directie stimuleert inhoudelijke input op het beleid, door de verschillende overlegstructuren, de MIC commissie, de MDO's, het Lerend Netwerk, scholingen, tevredenheidsonderzoek onder bewoners en medewerkers, de halfjaarlijkse evaluaties, overleg met Raad van Toezicht en het MT overleg.
- De Raad van Toezicht ziet toe op het volgen Zorgbrede Governance code. Het MT-overleg met de Raad van Toezicht vindt 3 keer per jaar plaats.

5 Inzicht hebben en geven

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

6 Verankeren van medische, verpleegkundige en psychosociale expertise

- Professionele inbreng in het aansturen van de organisatie is geborgd door professionele inhoudelijke kennis in de leiding en aansturing van de organisatie;
- Professionele inbreng door een SOG is als volgt geregeld: Wij maken gebruik van een vaste SOG-er van zorg- en verpleeghuiscentra Tante Louise. De SOG neemt deel aan elk MDO (4x per jaar) en er wordt van zijn diensten gebruik gemaakt op aanvraag van ons en de huisartsen, dus op consult basis.

Hoofdstuk 11

Gebruik van hulpbronnen

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

Gebouwde omgeving

Ter Wal biedt een comfortabele, aantrekkelijke particuliere woonvoorziening voor ouderen (ook echt)paren). De zorg wordt vergoed vanuit een VPT of PGB, waar een lage eigen bijdrage voor wordt betaald vanuit het CAK. Naast de overeengekomen woon- en servicekosten worden er geen extra kosten in rekening gebracht. Bewoners betrekken afhankelijk van hun zorgvraag en wensen een ruim zorgappartement. Wij bieden het wooncomfort dat aansluit op de leefsituatie die de bewoners van ons wensen. Dus met uitstekende faciliteiten, bescherming en privacy. Wonen zoals thuis! Je kunt hier je eigen gewoonten behouden! Hier voelen niet alleen de bewoners zich thuis, maar ook bijvoorbeeld de kinderen, kleinkinderen, overige familie en kennissen. Indien gewenst kunnen zij blijven eten of zelfs overnachten in de naastgelegen B&B

Ter Wal biedt plaats aan mensen met uiteenlopende ziektebeelden die voor hun zorg een beroep kunnen doen op reguliere zorg die Ter wal levert, hierbij kan sprake zijn van een combinatie van aandoeningen:

- Somatische aandoeningen: u kunt denken aan hersenbloeding of herseninfarct, verlammingen, MS of aan ouderdom gerelateerde klachten
- Dementiële syndromen: u kunt denken aan ziekte van Alzheimer, vasculaire demencie of front temporale demencie.
- Mensen in de terminale fase van hun leven, waarbij een verblijf in de thuissituatie niet haalbaar of gewenst is.
- Tijdelijk zorg: na een ziekenhuisopname of revalidatie en waarbij het op dat moment niet mogelijk is dat ze naar huis terugkeren. Dit kan omgezet worden in permanente huisvesting, als dat gewenst wordt.

Technologische hulpbronnen

Bij Ter Wal Woonzorg maken we gebruik van Domotica, een zorgoproep- en alarmeringscentrale, een elektronisch cliënten dossier en beveiligde werkomgeving.

Materialen en hulpmiddelen

Het tehuis van Ter Wal is nieuw gebouwd en geopend in augustus 2013. Het voldoet aan de nieuwste bouweisen en beschikt over een brandmeldinstallatie, Domotica en alarmering. Rond Ter Wal is veel verlichting, mede voor de veiligheid

De lift krijgt zijn gebruikelijk onderhoud en de jaarlijkse inspectie. Dit staat ook vermeld in de lift.

Materialen als tilliften, hoog-laag bedden worden aangevraagd door de ergotherapeut en onderhouden volgens de leveringsvoorwaarden van de leverancier.

Rolstoelen worden aangevraagd via de WMO door de ergotherapeut en door de leverancier onderhouden.

Zuurstofflessen wordt verstrekt door een vaste leverancier en opgeborgen in de kelder. Geplaatste zuurstofkasten worden met regelmaat gecontroleerd door de leverancier. De kasten worden door onze facilitaire dienst schoongemaakt. Er zit een sticker op de voordeur dat in het pand zuurstof aanwezig is. Er mag in huis niet gerookt worden.

We gaan uit van de zwakste schakel, dus als het voor een medewerker te zwaar wordt, zal gekeken worden voor een hulpmiddel waardoor Arbo technisch de handeling vergemakkelijkt wordt.

Ter Wal beschikt over een brandmeldinstallatie en een brandmeldingsmeester, die een speciale opleiding heeft gevolgd. Er zijn de benodigde brandblussers en brandslangen in huis. We hebben een team van 9 BHV-ers die regelmatig worden bijgeschoold. In 2018 hebben we een verbetersteam samengesteld welke het beleid van de brandbeveiliging weer onder de loep heeft genomen.

Facilitaire zaken

We hebben vast huishoudelijk personeel voor het schoonhouden van de appartementen en de algemene ruimtes. Tevens beschikken we over vaste koks; zij bereiden de maaltijden volgens de schijf van vijf en zij houden rekening met de diëten en allergieën van de bewoners.

Voor het schoonmaken van de ramen maken we gebruik van een glazenwassersbedrijf.

De tuin wordt door een hoveniersbedrijf onderhouden.

Ter Wal biedt ruimte voor een kapper, pedicure, fysiotherapeut, ergotherapeut en een osteopaat. Een behandeltafel en een behandelstoel staan hen ten dienste.

Financiën en administratieve organisatie

De administratie wordt dagelijks met behulp van de boekhoudsoftware van Exact bijgewerkt en op de servers van Exact bewaard. Maandelijks wordt door onze externe boekhouder de administratie gecontroleerd, éénmaal per jaar wordt de jaarrekening opgesteld. De jaarrekening wordt gedeponneerd bij de Kamer van Koophandel.

Professionele relaties

De bewoners van Ter Wal hebben allen hun eigen huisarts, dat houdt in dat wij met 9 verschillende huisartsen samenwerken.

Om de 3 maanden houden wij een MDO, waar de SOG, de ergotherapeut, de fysiotherapeut, de GGZ, de apotheker, de diëtiste, de casemanager dementie en, zo nodig, de logopediste bij aansluiten. Ook zijn er contacten met de transferverpleegkundigen van ziekenhuis Bravis.

Met specialisten van het ziekenhuis is contact als dit nodig mocht zijn.

Met andere (zorg)instellingen, zoals TWB en Tante Louise, is regelmatig contact, daar wij deelnemen aan de fysieke overlegtafel van de WMO van de Brabantse Wal Gemeenten (Bergen op Zoom, Steenberg en Woensdrecht)

Tevens zijn er contacten met Stichting Welzijn Ouderen, Stichting Vraagwijzer, de verschillende gespecialiseerde verpleegkundigen, het Alzheimercafé en andere kleinschalige woonzorgen van Riant Verzorgd Wonen.

En er is samenwerking met de Leliezorggroep en voor scholing met het Kellerbeekcollege.

Hoofdstuk 12

Gebruik van informatie.

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

1 Verzamelen en delen informatie waaronder cliëntoordelen

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

2 Benutten en optimaliseren bestaande administratiesystemen

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

3 Openbaarheid en transparantie

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

Hoofdstuk 13

Verbeterparagraaf

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

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

- ISO certificering behaald per 3-7-2018, jaarlijks worden we geaudit.
- Aanpassing Privacyreglement i.v.m. nieuwe wet AVG
- Nieuw Alcoholprotocol geïmplementeerd
- Protocol nieuwe meldcode aangepast, i.v.m. nieuwe code vanaf 1-1-2019
- We hebben mede op verzoek van het Zorgkantoor een elektronisch cliënten dossier (ECD) aangeschaft. Onze medewerkers zijn geschoold in het gebruik van het ECD. De gegevens en Zorgleefplannen van de bewoners zijn verwerkt in het ECD. Alleen de medicatielijsten blijven vooralsnog in een separate map beschikbaar. Maar ook daarvoor zijn we ons aan het oriënteren op een digitale versie.
- Samen met collega kleinschalige particuliere woonzorgvoorzieningen hebben wij een Lerend Netwerk opgericht RVW, om de kwaliteit van de zorg permanent te monitoren en waar mogelijk te verbeteren. Er zullen zowel voor de medewerkers en de leidinggevenden bijeenkomsten worden georganiseerd en zullen de thema's vanuit het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg aan de orde komen.
- Verbeterteam samengesteld i.v.m. brandbeveiliging.
- Verbeterteam samengesteld om protocol inwerking nieuwe medewerkers te verbeteren.
- We gaan zelfstandig zorg inkopen vanaf eerste kwartaal 2019, hebben ons als nieuwe zorgaanbieder vanaf december 2019 aangemeld.
- Nieuw opleidingsplan is samengesteld.
- We komen landelijk veel personeel te kort in de zorg. Wij vinden het onze taak om personeel te scholen, door stageplaats te zijn en om medewerkers door te laten leren.
- Kwaliteitshandboek wordt jaarlijks bijgewerkt.
- Medicatieveiligheid blijft altijd een aandachtspunt.

Minimaal viermaal per jaar evalueren we in het MT de voortgang van de verbeterplannen. De bevindingen bespreken we in de cliëntenraad, de Raad van Toezicht en met de medewerkers in het teamoverleg. Door middel van notulen zijn de overige gremia in staat om de voortgang te volgen. Daarnaast worden de resultaten van verbeterplannen in het kwaliteitsverslag opgenomen.

Slotwoord van de directie

Het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg heeft heel wat in beweging gebracht, er zal een hele verbetercyclus plaats gaan vinden in ons zorgland. Een kwaliteitsplan is echter alleen effectief als het door iedere medewerker van Ter Wal wordt onderschreven en wordt uitgevoerd. Het is dus een gezamenlijk plan van allen, dat wil zeggen van de directie, de leiding, De Raad van Toezicht, de bewonersraad en de medewerkers. Wij als kleinschalige particuliere voorziening merken dat dit ook veel werk met zich meebrengt, waarbij we goed moeten blijven opletten dat dit niet ten koste gaat aan de handen aan het bed.

Dat is waar wij voor staan. We kiezen er bewust voor dat wij als leidinggevenden ook mee blijven werken in de zorg om zo goed te kunnen blijven observeren hoe onze bewoners en medewerkers de zorg ervaren.

Wij willen feeling met hun blijven houden.

Dat maakt Ter Wal wat het is: een huis zoals thuis.

In de 5 jaar dat wij nu bezig zijn, kunnen wij wel concluderen dat de administratieve lasten alleen maar hoger worden, terwijl er toch continu gepraat wordt over wat we kunnen doen om deze te verminderen.

Maar ook het implementeren van dit kwaliteitskader betekent wel degelijk dat dit weer meer administratieve lasten met zich mee brengt. Terwijl we allen toch graag zien dat de zorg aan het bed vergroot wordt. Dit geldt zeker voor de bewoner en de verzorgenden zelf.

Dan is het fijn dat we met het Lerend Netwerk RVW elkaar hierin kunnen ondersteunen en waar mogelijk verbeteren. Dat is denken wij ook de kracht van het Lerend Netwerk en het kwaliteitskader. We zullen ons blijven verbeteren.