

Meerjaren Kwaliteitsplan 2019-2022



Villa Hooghe Heide

Amersfoort Januari 2019

Raad van commissarissen:

Dhr. Henk Hoftijzer

Dhr. Arno Reijers

Directie:

Jan Luiten: algemene zaken

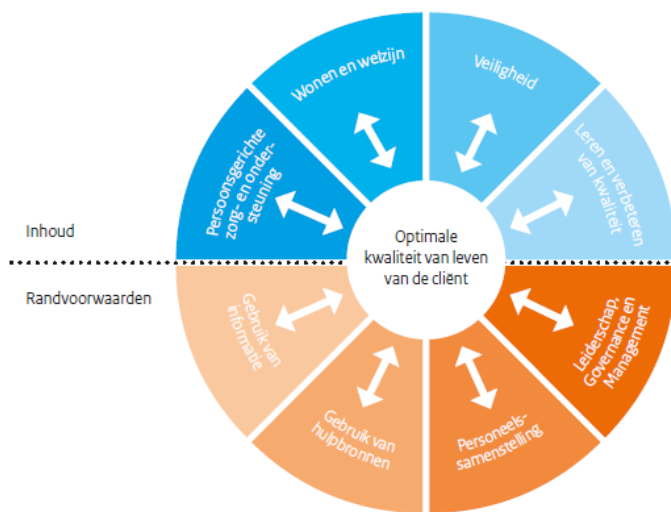
Clari van Staveren: Zorg en kwaliteit

KvK: nummer: Gooi en Eemland: 72014105

| Inhoudsopgave | Pagina |
|--|--------|
| Inleiding : omschrijving van de indeling van het kwaliteitsplan. richtlijnen kwaliteitskader verpleeghuiszorg | 4 |
| Hoofdstuk 1 Algemene informatie over de organisatie | 6 |
| 1-1 Missie, visie en kernwaarden | |
| 1-2 Hoe is de privacy gewaarborgd | |
| 1-3 Klachtenreglement en vertrouwens persoon | |
| 1-4 Gedragscode medewerkers | 7 |
| 1-5 Uittreksel van Huishoudelijk reglement en huisregels | 8 |
| Hoofdstuk 2 Doelgroep en werkwijze kenmerken van onze zorgverlening weergegeven in 4 thema's | 9 |
| Hoofdstuk 3 Kenmerken van Villa Hooghe Heide Organigram en beschrijving | 10 |
| Hoofdstuk 4 Organiseren van medewerkers | |
| 4-1 Medewerkers in dienst | 12 |
| 4-2 Zorgbezetting per dag | 13 |
| 4-3 Kaders voor uitvoering werkzaamheden | 14 |
| Hoofdstuk 5 Beleid Meerjarenplan en jaarplan. | 16 |
| Hoofdstuk 6 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning | 17 |
| Hoofdstuk 7 Wonen en Welzijn | 20 |
| Hoofdstuk 8 Veiligheid | 21 |
| Hoofdstuk 9 Leren werken aan kwaliteit | 23 |
| Hoofdstuk 10 Leiderschap, Governance en Management | 24 |
| Hoofdstuk 11 Gebruik van Hulpbronnen | 26 |
| Hoofdstuk 12 Gebruik van Informatie | 27 |
| Hoofdstuk 13 Verbeter paragraaf | 28 |
| Slotwoord Directie | 29 |

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 “Villa Hooghe Heide”. 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 levensdoelgebieden 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 bewoner 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, gsystematiseerde ervaringsgegevens en kwalitatieve informatie.

De vier randvoorwaardelijke thema's zijn:

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

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

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

- Omschrijving zorgvisie en kernwaarden (Hoofdstuk 1: Zorgvisie en kernwaarden);
- Omschrijving doelgroepen, aantal bewoners 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 samen leren en verbeteren:

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

Hoofdstuk 1

Zorgvisie en kernwaarden privacy klachtenreglement en gedragscode;

1-1 Missie en Visie

Villa Hooghe Heide biedt een woon-zorg omgeving met een vast team medewerkers, ondersteund door een dagelijks bestuur met kennis van zaken.

Alle medewerkers bieden met elkaar de bewoners met “Geriatrische zorgvragen” een beschermde omgeving waar mensen een thuis ervaren en waar de persoon gezien en gehoord wordt.

Kernwaarden:

Invoelend/luisterend vermogen, professionaliteit van medisch gerichte zaken, korte lijnen met (para) medici en naasten, teamwork, welzijn/activiteiten als zingeving van de dag, warme woonomgeving, ondersteuning gericht op authenticiteit.

Villa Hooghe Heide is een open huis. Ernstig dwaalgedrag of lichamelijk agressief gedrag zijn uitsluitingscriteria.

1-2 Privacy

Villa Hooghe Heide hanteert veiligheidsregels t.a.v. zorgvuldig omgaan met persoonlijke gegevens zowel voor haar cliëntèle als medewerkers, gesteld binnen de AVG. (Algemene wet verordening gegevens bescherming). Dit is openbaar en staat op de website van Villa Hooghe Heide onder veel gestelde vragen.

1-3 Klachtenreglement en vertrouwenspersoon.

Medewerkers en directie gaan uit van korte lijnen en nemen klachten, waarderingen, opmerkingen, suggesties zeer serieus. Naast persoonlijke contacten waarin u aangeeft of u ergens -en waar u tegen aanloopt, hanteren wij een zogenaamd K-W-O-S formulier, waarvan u eventueel anoniem gebruik kunt maken. Formulieren vindt u in de hal waar ook een KWOS brievenbus staat. Deze wordt regelmatig geleegd en de inhoud besproken.

Naast deze mogelijkheden conformeren wij ons aan het klachtenreglement van branche voorziening voor kleinschalig wonen Riant Verzorgd Wonen waar wij lid van zijn. Ook is er via RVW een vertrouwenspersoon bereikbaar.

Deze stukken vindt u eveneens op de website van Villa Hooghe Heide onder veel gestelde vragen.

1-4 Gedragscode medewerkers

- ✓ Ik treed anderen op een open en passende wijze te gemoed. *Ik bedenk hier bij hoe ik zelf behandeld zou willen worden.*
- ✓ Ik vraag bewoners eventueel met behulp van naasten of ze hun vraag in eigen woorden willen/kunnen weergeven. *Ik bespreek met de bewoner hoe hij/zij de vraag ziet en hier mee omgaat.*
- ✓ Samen bepalen we het doel van de dienstverlening. *De (ervarings) deskundigheid van de bewoner en diens naaste speelt een even grote rol als mijn (professionele) deskundigheid. De dienstverlening vindt plaats op verzoek van de bewoner of diens naaste en/of wettelijk verantwoordelijke. Tussentijds evalueer ik als contactverzorgende of verpleegkundige samen met de bewoner en diens naaste of we nog het zelfde doel nastreven.*
- ✓ Ik lever tijdens overleg situaties een verantwoorde opbouwende bijdrage. *Door actief en constructief mee te denken met collega's en directie lever ik een aandeel in de voortgang van het overleg en bij het oplossen van vraagstukken en problemen.*
- ✓ Ik maak heldere mondelinge dan wel schriftelijke afspraken die ik vervolgens nakom.
- ✓ Ik ondersteun collega's. *Ik ondersteun collega's en geef feedback indien dat nodig is, want samen zijn wij verantwoordelijk voor de prestaties van Villa Hooghe Heide.*
- ✓ Ik zoek bij problemen naar een oplossing van uit een positieve en creatieve houding. *Als ik in mijn werk problemen tegen kom analyseer ik de problemen en zoek naar een oplossing. Ik laat mij daarbij niet leiden door beperkingen maar door mogelijkheden.*
- ✓ Ik lever gevraagd en ongevraagd een bijdrage aan de kwaliteit van het werk door het doen van voorstellen en suggesties over verbeteringen en/of het op constructieve wijze leveren van kritiek. *De directie stimuleert het creatief en actief meedenken van haar medewerkers en geeft ruimte voor eigen initiatief en eigen verantwoordelijkheid.*
- ✓ Ik ben loyaal naar collega's en organisatie. *Samen vertegenwoordigen wij de organisatie. De loyaliteit aan Villa Hooghe Heide verhindert echter niet dat ik op een gepaste wijze reageer indien dat ik constateer dat het belang van de bewoners en of organisatie geschonden wordt.*
- ✓ Ik leef de regels omtrent de bescherming van de privacy van de bewoner na. *De bewoner kan er van verzekerd zijn dat ik zorgvuldig en conform de privacy regels met persoonlijke gegevens omga.*
- ✓ Ik kleeid en gedraag me passend. *Mijn kleding en sierraden passen bij het beroep dat ik uitoefen zijn conform de huisregels en sluiten aan bij de belevingswereld van de bewoner.*
- ✓ Ik gebruik geen materialen en/of middelen die eigendom zijn van Villa Hooghe Heide voor privégebruik of privédoeleinden. *In overleg is het gebruik van pc/laptop toegestaan voor het verwerken van gegevens t.b.v. de stage of het uitprinten van stukken voor stagedoeleinden.*
- ✓ Ik gebruik of check onder werktijd niet mijn mobiele telefoon voor privé doeleinden. *Familie of vrienden kunnen in dringende gevallen het vaste nummer van de Villa bellen.*
- ✓ De nationale beroepscode voor verpleegkundigen en verzorgenden is voor mij (zorgmedewerker) een belangrijke leidraad. *Uitgereikt bij in dienst treden en te vinden in het kwaliteitssysteem van Villa Hooghe Heide.*

1-5 Huisregels en Huishoudelijk reglement

Naast deze gedragscode hanteren wij huisregels die iedere medewerker krijgt aangereikt bij in dienst treding.

Een huishoudelijk reglement is opgesteld voor bewoners en naasten. Deze wordt bij inwoning gemaild aan de eerste contactpersoon. Wij zien de eerste contact persoon als aanspreekpunt voor informatie van en naar belanghebbenden van de bewoner.

Enkele passages uit het huishoudelijk reglement zijn:

- Bezoek is altijd welkom tot 's avonds 22:00 uur, echter tijdens de ochtenduren van 7:45 uur tot 10:30 uur is de zorg gericht op de persoonlijke verzorging. U kunt natuurlijk altijd overleggen.
- Wij hebben besloten i.v.m. de kwetsbaarheid van de bewoners en kans op brand en rookoverlast dat de Villa rookvrij is. Aan de oostzijde is er een overkapping voor bewoners waar gerookt kan worden.
- Indien u wilt mee-eten dan vragen wij u dit 3 dagen van te voren te overleggen in verband met inkoop. Er is een max. verbonden aan de totale mee eters in huis. Er zijn in de naaste omgeving verschillende mogelijkheden om uit eten te gaan.
- Bezoekende dieren zijn welkom, vraagt u gerust om een bakje water voor de hond.
- De keuken is het domein van de huiskamer begeleider, keukendiensten en kok. Liever even vragen dan zelf pakken. I.v.m. HACCP zijn er speciale regels t.b.v. houdbaarheid en de controle hierop.
- Er kunnen intern beperkt klussen verricht worden door de beschikbare vrijwilliger. Bij grote klussen dient dit overlegt te worden met de directie.
- Indien er afspraken gemaakt worden met externe partijen anders dan de partners waar wij mee werken, dan vragen wij u om dit te melden bij de teamleider; b.v. soms moet er een bewoner op een bepaalde tijd klaar staan voor bezoek aan een ziekenhuis of poli.
- De bewoners krijgen van de Villa waslotion, bodylotion en haarshampoo van het merk Hartman. Overige verzorgingsmiddelen zoals tandpasta, borstels, scheerartikelen enz.. zijn in eigen beheer.
- Wij beschikken over een overlijdens protocol; dit wordt bij opname overgedragen en op het moment dat dit actueel is.
- I.v.m. de populatie van onze bewoners is het belangrijk dat er een bepaalde vorm van rust heerst. Mensen die verward zijn raken snel overstuur en ervaren onveiligheid bij een constante loop van mensen in de woonomgeving of afleidingen tijdens de maaltijden. Wij vragen u begrip **om niet onder de maaltijden aan te bellen** als de medewerkers alle bewoners aan tafel hebben gevraagd en er een gevoel van samen zijn heerst. Rond 18:30 / 19:00 uur heeft iedereen gegeten en een eerste kopje koffie gedronken.
- Wij hebben vaste tijden ingesteld dat bij verhuizing van spullen en vragen u altijd om dit met ons te overleggen. Op zondag willen wij niet dat er verhuist wordt.

Hoofdstuk 2

Doelgroep en werkwijze

Villa Hooghe Heide beschikt over een capaciteit van 21 appartementen/studio's. De doelgroep bestaat uit ouderen met psychogeriatrische en/of somatische stoornissen en/of beperkingen. De leeftijd van de bewoners varieert. De meeste bewoners hebben een leeftijd tussen 80 en 90 jaar. Alle bewoners zijn geïndiceerd door het CIZ (Centrum Indicatie Zorg).

De zorgzwaarte van de afgegeven WLZ indicaties varieert van VV 4 t/m VV 10. Er zijn mogelijkheden voor kortdurend verblijf vanuit ZVW of WLZ.

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 circa 21 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 en kernwaarden en de aandacht die wordt besteed aan behalen van de doelstellingen die hieruit voortvloeien;
- Het is vanzelfsprekend dat de personeelsbezetting is afgestemd op de doelgroep en in overeenstemming is met de missie en visie. Dit is inzichtelijk gemaakt door een toelichting op de personele bezetting met een onderbouwing daarin opgenomen (zie hoofdstuk 4).

2 Actief betrokken bij de brancheorganisatie Riant Verzorgd Wonen:

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

3 Voldoen aan wettelijke verplichtingen en regelgeving

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

4 Open(baar)heid

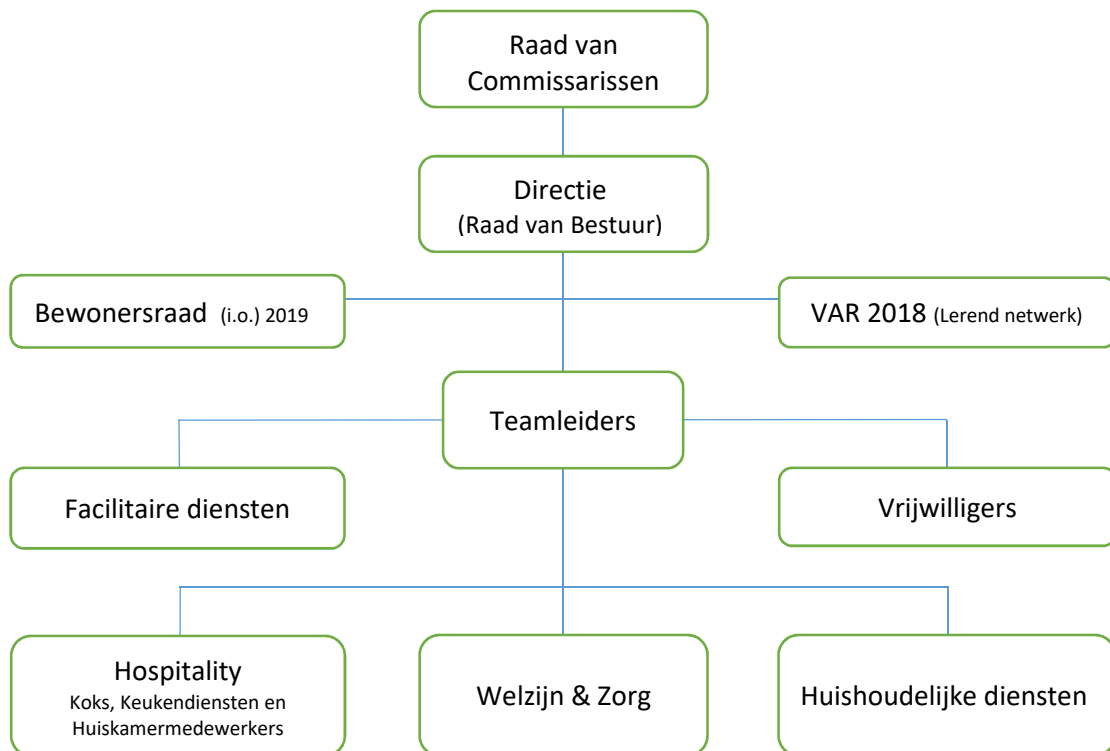
- Uitkomsten en analyses van tevredenheidsonderzoeken onder bewoners stellen we ter beschikking aan belanghebbenden;
- Uitkomsten en analyses van tevredenheidsonderzoeken onder medewerkers stellen we ter beschikking aan belanghebbenden;
- Het MT bespreekt beleidsaspecten, belangrijke gebeurtenissen en bevindingen met de bewonersraad en met de medewerkers of de medewerkersvertegenwoordiging; in korte lijnen met de bewoner c.q. naaste. Naasten zijn uitgenodigd voor het deelnemen aan een bewonersraad.

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 21 appartementen en studio's

De locatie van onze voorziening is Randstedelijk. Deze ligging betekent onder andere dat 1. de bereikbaarheid goed is zowel per auto als openbaar vervoer. 2. Er op loopafstand gebruik gemaakt kan worden van de weekmarkt en winkel centrum voorzien van diverse restaurants. 3. Een prachtige oude binnenstad met historische kenmerken. 4. Prachtige natuur/parken op loopafstand. 5. De Villa is gelegen aan een karakteristiek laantje in de bekende architectuurwijk Kattenbroek.

Organigram en beschrijving Villa Hooghe Heide 2019



Toelichting op het organigram of beschrijving van het organigram.

De directie bestaat uit twee personen, te weten de directeur algemene zaken en directeur zorg. Samen met de teamleiders vormen zij het Management Team, het gezamenlijk dagelijks bestuur. De Directeur Zorg ontwikkelt en beheert het Kwaliteits Management Systeem (KMS). Teamleiders sturen gezamenlijk het team aan waarbij de nadruk op coachen en begeleiden. Hierbij wordt ook hands-on ondersteuning van de zorgmedewerkers verstaan, en roosteren van alle medewerkers. Medewerkers Hospitality (huiskamerbegeleiders, keukendiensten, koks en huishoudelijk medewerkers) opereren zoveel mogelijk als zelfsturend team, met ondersteuning van de teamleiders.

Vrijwilligers werken nauw samen met de medewerkers, waar nodig ondersteund door de teamleiders. De directie heeft gerichte aandacht voor facilitaire zaken.

Vervanging bij ziekte en vakantie is verwoord in onze vervangingsmatrix.

Het organigram laat zien dat er sprake is van een platte organisatie met korte lijnen en weinig overhead. In het meerjarenplan 2019 - 2022 is er specifieke aandacht voor de dagelijkse aansturing van de organisatie. Sinds 1 januari 2019 heeft de Villa een Raad van Commissarissen, gevormd door twee heren met expertise opgebouwd in financiën en zorgprocessen.

Villa Hooghe Heide vindt kwaliteit in de organisatie belangrijk, heeft hiervoor een passend scholingsplan en maakt deel uit van het lerend netwerk van Riant Verzorgd Wonen; deze kennis uitwisseling is gericht op bestuur en medewerkers. Een onderdeel van het lerend netwerk is de input van verzorgende en verpleegkundigen op het dagelijks beleid. (VAR).

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

Hoofdstuk 4

4-1 Medewerkers

Om de zorg te kunnen bieden conform de zorgvisie en om te voldoen aan de wensen en verlangens van bewoners, voldoen we aan de volgende kenmerken. In de tabel staan de medewerkers, onderverdeeld naar discipline. In de tekst daarna staat aangegeven tot welke personele bezetting dit leidt.

| Personeelsbestand op 01-01-2019 (exclusief oproepmedewerkers) | | | |
|--|-------------------------|--|--------------------------|
| <i>Discipline</i> | <i>loon- dienst</i> | <i>fte</i> | <i>Uren per week</i> |
| <i>Verzorgende (IG) niveau 3 / Contactverzorgende</i> | <i>Ja</i> | <i>5,2</i> | <i>188</i> |
| <i>Verzorgende / Woonzorgbegeleider</i> | <i>Ja</i> | <i>1,4</i> | <i>52</i> |
| <i>Verpleegkundige niveau 4</i> | <i>Ja</i> | <i>0,9</i> | <i>32</i> |
| <i>Verpleegkundige niveau 5</i> | <i>Ja</i> | <i>1</i> | <i>36</i> |
| <i>Helpende niveau 2 + Woonzorgbegeleider</i> | <i>Ja</i> | <i>2,1</i> | <i>73,8</i> |
| <i>Hospitality/ Huiskamerbegeleider</i> | <i>Ja</i> | <i>1,9</i> | <i>68,5</i> |
| <i>Huishoudelijk medewerker</i> | <i>Ja</i> | <i>1</i> | <i>36</i> |
| <i>Kok</i> | <i>Ja</i> | <i>2,1</i> | <i>75</i> |
| <i>BBL – Leerling Verzorgende (IG) niveau 3</i> | <i>Ja</i> | <i>0,6</i> | <i>24</i> |
| <i>BBL – Leerling Helpende niveau 2</i> | <i>ja</i> | <i>0,6</i> | <i>24</i> |
| <i>BOL – Stagiair verzorgende (IG) niveau 3</i> | <i>Nee</i> | <i>0,9</i> | <i>32</i> |
| <i>BOL – Stagiair verzorgende (AG) niveau 3</i> | <i>Nee</i> | <i>0,4</i> | <i>16</i> |
| <i>BOL – Stagiair Verpleegkundige niveau 4</i> | <i>Nee</i> | | |
| <i>BOL – Stagiair Verpleegkundige niveau 5</i> | <i>Nee</i> | <i>0,9</i> | <i>32</i> |
| <i>Overige stagiaires: maatschappelijke stages</i> | <i>nee</i> | <i>2 – 3 x per jaar 2 weken of 10 weken 1 dag in de week</i> | |
| <i>Vrijwilliger</i> | <i>Nee</i> | <i>10 x</i> | |

Alle BOL – stagiaires hebben met Villa Hooghe Heide een stage-overeenkomst. De stageperiode bedraagt 10 tot 20 weken.

Villa Hooghe Heide werkt samen met een aantal flex medewerkers die inzetbaar zijn bij ziekte en plotse-ling opschalen bij calamiteiten.

Villa Hooghe Heide werkt samen met

| |
|---|
| <i>Vaste Huisartsen praktijk naast een enkele individuele huisarts van een be- woner.</i> |
| <i>SOG als ondersteuning van de huisarts en zorgmedewerkers</i> |
| <i>Psycholoog met verwijzing van de huisarts</i> |
| <i>Fysiotherapie 1 ste lijn en verwijzing voor langdurige behandeling aan huis</i> |
| <i>Diëtiëk op afroep</i> |
| <i>Ergo diensten maandelijks vaste afspraak</i> |
| <i>Apotheek vaste afspraken</i> |

Volgens vaste afspraken diensten: pedicure, kapper, schoonheidsspecialiste, bezigheidstherapeut, mu-
ziektherapeut

4-2 Personele bezetting per dag

Zorgwerkzaamheden worden verricht onder leiding van een bevoegd- en bekwame medewerker. Dagelijks zetten we de volgende diensten in.

Dagdiensten Zorg

- teamleider dienst van 7:30-16:00
- twee diensten van 7.30 tot 16:00 uur
- een dienst van 7:30 tot 12.00 uur
- een dienst van 7:30 – 11:00 uur
- een dienst van 8:00 - 9:30: * bijgesteld naar behoefte.
- een dienst van 12:00 - 16:00 * bijgesteld naar behoefte

Activiteitenbegeleiding/ huiskamerbegeleider combinatie keukendienst

- een dienst van 7:30 - tot 14:00 uur, ook in het weekend
- een dienst van 7:30 - tot 13:30 uur, ook in het weekend
- 3 x per week zorgmedewerker van 10:00-12:00 uur specifiek voor activiteiten programma.

Avonddiensten

- een van 15.45 - 23.00 uur
- een van 15.45 - 22:00 uur
* diensten worden bijgesteld naar behoefte gericht op input medewerkers.
- zo nodig extra inzet helpende of stagiaire

Nachtdiensten

- een slaapwacht van 21.45 - 7:30 uur

Achterwacht

- 24/7 door senior VIG / Verpleegkundige voor calamiteiten
- 24/7 bereikbaar binnen 10 / 30 min aanwezig.

KOK 1 x dagelijks

- dienst van 15:00 - 20:00 uur

Indien gewenst extra aanwezig tot 20:30 uur

Huishouding

- twee van 8:00 tot 12:00 uur op werkdagen

Linnenkamer

- dagelijks een van 13:30 - 16:00 uur was verzorging ook in het weekend
- extra 2 uur op vrijdagochtend

ZZP'- ers op vaste dag.

1 x niveau 5 kunstzinnige therapie 10:00 - 11:45 uur

Vaste vrijwilligers op:

- 1 x Maandag: 09:00 - 12:00 uur
- 1 x Maandag: 14:30 - 16:00 uur
- 1 x Maandag: 15:30 - 20:30 uur
- 1 x Dinsdag: 15:00 - 20:00 uur
- 1 x Woensdag: 09:00 - 12:30 uur

1 x Woensdag: 16:00 - 20:30 uur
1 x Donderdag: 10:30 - 17:00 uur
1 x Vrijdag: 15:00 - 20:00 uur

1 x vrijwilliger vast op de dinsdag, en op afroep ondersteuning technische werkzaamheden.
1 x vrijwilliger om de week voor muzikale therapie.

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

Verpleegkundige niveau 5 is dagelijks aanwezig of direct tel. bereikbaar - binnen 10 / 30 minuten aanwezig. Teamleider werkt naast de dagdiensten de eerste 2 uur van de dag mee in de zorg. Wij starten dagelijks op met 2 dagdiensten en 1 ochtenddienst t/m 12:00 uur en een ochtenddienst t/m 11:00 uur.

Indien dit noodzakelijk is voor de totale zorgbehoefte dan wordt naast de dagelijkse roosterplanning een flexibele dienst ingezet op basis van behoefte.

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

- In de ochtend ligt de kernvraag van de zorg bij het opstarten van de dag.
 - Meer handen aan het bed.
- Tijd nemen voor bewoners bij opstaan en toch niet te laat aan tafel.
 - Huiskamerbegeleider/keukendienst neemt de begeleiding aan de ontbijttafel over.
- Bezetting is berekend op de zorgvragen waardoor het niet nodig is om te haasten en in alle rust met de bewoners te werken conform zorgplan.

Waarom een slaapwacht?

- Bewoners worden geactiveerd gedurende de dag ter bevordering van een duidelijk dag/nacht patroon.
- Door afwezigheid van werkgeluiden ontstaat er een natuurlijk nachtklimaat voor de bewoners.

De werkzaamheden in de nacht kunnen door een medewerker worden uitgevoerd. De achterwacht is binnen 30 minuten ter plaatse indien gewenst.

Dankzij onze platte organisatie en korte lijnen kunnen in onze zorgvoorziening de zorggelden optimaal worden benut waarvoor deze zijn bedoeld. Uit het accountantsrapport behorend bij het financieel jaarverslag blijkt dat meer dan 90 % van de zorggelden wordt besteed aan direct bewoner gebonden personele kosten.

4-3 Kaders voor inzet voldoende en bekwaam personeel.

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 altijd voldoende medewerkers aanwezig; een deskundige medewerker als achterwacht op afroep is beschikbaar;
- Tijdens de dag en avond tot 19:30 uur is er een medewerker of vrijwilliger in de huiskamer aanwezig om bewoners de benodigde aandacht en nabijheid te bieden en toezicht te houden.
- In iedere dagdienst, ook in het weekend, is er iemand aanwezig die de juiste kennis en competenties heeft om separaat van de zorgtaken aandacht te besteden aan zingeving/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 bewoners 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 tijdens kantooruren via de samenwerkende huisartsen praktijk en buiten kantoor uren via de huisartsenpost. Deze arts reageert direct en is ingeval van spoed uiterlijk binnen 30 minuten ter plaatse;
- Er zijn 24/7 aanvullende voorzieningen beschikbaar voor (on)geplande zorg, vragen of toenemende complexiteit zoals: opschalen van personeel. Via de huisartsenpost zijn crisisdiensten bereikbaar. Consulteren specialist ouderengeneeskunde, overleg medisch specialist of gedragsdeskundige, tijdelijke overplaatsing bewoner (ziekenhuis), inschakelen Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE), in gang zetten 'meer-zorg' en dergelijke.

3. Reflectie, leren en ontwikkelen

- Er is voldoende tijd en ruimte om te leren en te ontwikkelen via feedback, intervisie, reflectie en scholing. Scholing wordt afgestemd op de actuele bekwaamheden van de medewerkers, e-learning wordt aangeboden om theoretische kennis aan te leren dan wel te actualiseren. Praktijkscholing en volgen van congressen en workshops worden waar relevant aangeboden. Praktische oefeningen m.b.t. bekwaamheden worden met behulp van de Vilans protocollen onder leiding van een bevoegde collega geoefend en getoetst. Villa Hooghe Heide gaat uit van gezamenlijke verantwoordelijkheid van de organisatie en medewerkers t.a.v. scholing. Medewerkers dienen gemotiveerd met deskundigheidsontwikkeling om te gaan.
- In Villa Hooghe Heide wordt regelmatig tijd en ruimte gecreëerd om binnen een zorgoverleg een Klinische les te presenteren.
- Vanaf augustus 2017 is het lerend netwerk gestart ter ondersteuning van de directie. Vanaf 1 januari 2018 is er voor zorgverleners tijd en ruimte om expertise uit te wisselen middels het lerend netwerk. Dit is als volgt georganiseerd:
Afspraken zijn gemaakt in het lerend netwerk van particuliere woonzorgorganisaties aangesloten bij de branchevereniging Riant Verzorgd Wonen; Jaarlijks worden er minimaal 3 bijeenkomst gehouden voor medewerkers zorg en 3 x voor leidinggevend, hiervoor worden per keer minimaal 2 medewerkers zorg gevraagd om deze netwerken actief bij te wonen.
De kennis hier verkregen wordt gedeeld tijdens een overleg en vastgelegd in de notulen.
- De contactverzorgende of verpleegkundige – altijd in overleg met de teamleider – wordt gevraagd deel te nemen aan multidisciplinair overleg, dit wordt in principe op basis van noodzaak/ verzoek van de huisarts, fam. van de bewoner of op verzoek van een of contactverzorgende dan wel verpleegkundige. De uitkomsten van het overleg wordt door de SOG met de huisarts gedeeld waarvan Villa Hooghe heide een kopie krijgt. Per situatie wordt afgesproken welke partij de bewoner/naaste inlicht over de voortgang.
- Een deel van de scholing en deskundigheidsbevordering besteedt aandacht aan methodisch en multidisciplinair werken
- Het scholingsbeleid wordt jaarlijks bepaald op basis van de jaargesprekken en specifieke ingebrachte onderwerpen. Het onderwerp dementie voert als een rode draad door het scholingsprogramma voor zittende en aankomende zorgverleners, dit versterkt hun vakbekwaamheid aantoonbaar.
- Er wordt nadrukkelijke aandacht besteed aan omgaan met zorgdilemma's en adequate zorg bij het levenseinde;
- In de jaargesprekken komen functioneren, competentie- en loopbaanontwikkeling aan de orde.

Hoofdstuk 5

Beleid

Op basis van missie en visie en aan de hand van succesbepalende factoren is een meerjarenplan 2019 - 2022 vastgesteld. Met behulp van dit meerjarenplan hebben we het jaarplan 2019 met meetbare doelstellingen vastgesteld. Het jaarplan wordt minimaal ieder kwartaal geëvalueerd in het MT overleg en jaarlijks wordt over de bevindingen gerapporteerd in het kwaliteitsverslag.

Deze twee beleidsplannen zijn doelstellingen in relatie tot de hoofdstukken van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg verwerkt.

Het Jaarplan wordt jaarlijks uitgereikt aan alle medewerkers.

Hoofdstuk 6

Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Wij hechten eraan om de zorg en ondersteuning voor elke bewoner op maat te maken. Dat wil zeggen dat iedere bewoner kan rekenen op een zorgplan dat is gebaseerd op diens unieke persoonlijke wensen en mogelijkheden en dat de professionele zorg voortdurend wordt afgestemd op de actuele noodzaak. 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 en afhankelijk van bevindingen. In het stuk wordt zowel het zorgplan als zorgleefplan beschreven.

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 in de persoonlijke woonomgeving aan op de manier die de bewoner prettig vindt;
- De medewerkers praten met bewoners en niet over bewoners;
- De zorgmedewerkers maken echt contact met bewoners;
- De medewerkers hebben binnen professionele kaders 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 levensbeschouwing en om contacten die bewoners willen onderhouden;
- Als een bewoner dat wil, wordt deze hierbij geholpen, met respect voor eigen regie en autonomie;
- Zorgverleners zoeken naar de betekenis van 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 mogelijk hun eigen gang gaan, ook als zij geen behoefte hebben om iets te doen;
- 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 bij 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 als onderdeel van zijn eigen leven;
- De zorgverlener kan bij het volgen van professionele richtlijnen en standaarden een goede afweging maken in het licht van de persoonlijke situatie en wensen van de bewoner;
- Dilemma's worden samen besproken en hiervan wordt geleerd.

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

- De organisatie biedt een actieve ondersteunende structuur van de dag, bewoners kunnen, zover mogelijk, hun eigen leven vorm en inhoud geven zowel in grote als in kleine onderdelen van de dag.
- Zorgverleners laten zich primair leiden door de eigen wensen van de bewoner. Daarbij geldt als uitgangspunt: liever zelf laten doen dan overnemen;
- Bewoners krijgen de kans om zoveel mogelijk zelf sturing over hun leven te houden;
- De zorgverleners wegen met de bewoner en zijn naaste(n) de veiligheidsrisico's af tegen de kwaliteit van leven;
- De wensen van en afspraken met de bewoner worden gedeeld met de naaste(n) en op regelmatige basis opnieuw besproken met de bewoner en naaste.
- Indien een bewoner de regie niet meer kan nemen, krijgen diens naasten de kans om diens ogen en oren te zijn en de wensen te verwoorden of gedrag toe te lichten en te verklaren;
- Met iedere bewoner is bij de intake (zorgopname) concreet gesproken over het persoonlijke reanimatie beleid. De (niet) reanimatie verklaring wordt door de huisarts bij de eerste kennismaking besproken;
- De medewerker die de intake verzorgt bespreekt bij opname de wensen van bewoners rondom zorg bij het levenseinde. De bewoner heeft- naar behoefte- 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) → N.B. Er zijn vele bewoners die niet toe zijn aan een dergelijk gesprek regelmatig worden de afgesproken afspraken bijgesteld. In direct contact communiceren met bewoner en naaste op een beslissend moment is essentieel;
- Wensen worden geïnventariseerd, opgenomen in het zorgplan.
- Richtlijnen rondom palliatieve zorg worden besproken met de huisarts en in overleg met familie/naaste gevolgd. De verantwoordelijk zorgverlener staat achter de wensen/ welzijn van de bewoner;

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

- Iedere bewoner met indicatie heeft een eigen actueel zorgleefplan dat in samenspraak met de bewoner en desgewenst diens naasten is opgesteld;
- Het medisch dossier wordt besproken met de huisarts, de bewoner en zijn naaste. De contactverzorgende en/of contactverpleegkundige onderhouden contact over de te voeren acties.
- De bewoner geeft aan zich te herkennen in het zorgleefplan zo niet dan wordt dat besproken met de bewoner en diens naasten;
- De bewoner of diens belangenbehartiger is aanwezig bij het multidisciplinair overleg (MDO), tenzij deze dat niet wil. De bewoner of diens belangenbehartiger wordt in staat gesteld om zich op het MDO voor te bereiden. De inbreng van de bewoner doet ertoe om de zorgverlening beter af te stemmen op diens behoeften;
- Met de bewoner of diens belangenbehartiger wordt op regelmatige basis besproken of de zorgen behandelafspraken worden nagekomen en of de zorg aan de wensen en behoeften voldoet;
- De Huisarts maakt eventueel in overleg met de SOG 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 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 dat na maximaal zes weken definitief wordt;

- Het zorgplan wordt opgesteld door tenminste een niveau 3 zorgverlener, iedere bewoner heeft een contactverzorgende of een verpleegkundige en een vervangend contactpersoon bij ziekte of afwezigheid van deze medewerker.
- Het medisch plan wordt opgesteld door de huisarts;
- De zorgverleners volgen bij het opstellen van het zorgplan de Omaha methode, in overleg met bewoner en naaste en op basis van deskundigheid en zorgbehoefte worden de zorgvragen en ondersteuning beschreven in het ECD. Professionele ondersteuning voor het maken van een zorg(leef)plan kan gevonden worden via: www.zorgleefplanwijzer.nl/zlp-informatie/wet-en-regelgeving.html
- De zorgverleners werken individueel en (multidisciplinair) het zorgplan dat ook werkelijk verbinding houdt met de uitvoering van zorg
Zorgverleners kunnen altijd terug vallen op d expertise van verpleegkundigen voor het maken van een zorgplan en om zich hierin te ontwikkelen.
- Zorgverleners hebben inzicht in de situatie van de bewoner, 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 persoonsgerichte 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 bewoner 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
- De persoonlijke levensbeschouwelijke signatuur van de bewoners wordt gerespecteerd, iedere bewoner kan een geestelijk verzorger van eigen signatuur ontvangen. Zonodig ondersteund een medewerker de bewoner of naaste bij het vinden van een persoon.
- De organisatie organiseert twee maal per jaar rond Pasen en Kerst in huis een oecumenische dienst voor bewoners waarbij naasten uitdrukkelijk worden uitgenodigd.

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 en zelf kunnen; indien de bewoner begeleidt moet worden kan de bewoner in overleg naar buiten
- 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 familie of vrijwilliger is beschreven en bekend bij bewoner en zorgverleners

Wooncomfort: gastvrijheid, maaltijden, schoonmaak en inrichting

- De inrichting van de woonomgeving is aangepast aan zorg- en ondersteuningsbehoeften.
- De privé, en gezamenlijke ruimten zijn schoon en veilig
- Bewoners richten de eigen leefruimte in met de eigen spullen rekening houdend met hygiëne en rekening houdend met ARBO technische voorschriften indien noodzakelijk
- Bewoners hebben invloed op de maaltijden, er wordt bij opname geïnventariseerd wat een bewoner (liever) niet eet of lust.

Hoofdstuk 8 Veiligheid

Streven naar optimale veiligheid heeft een altijd 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 bewoners en een toegankelijke klachtenregeling zien wij als manieren om veiligheid te bevorderen.

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

Medicatieveiligheid

- Minimaal tweemaal per jaar organiseren we een medicatiereview met de apotheker en de huisarts
- Bij Incidenten meldingen ondernemen wij actie om een herhaling van eenzelfde incident bij dezelfde bewoner zoveel mogelijk te voorkomen. We analyseren de MIC meldingen per kwartaal en we besteden aandacht aan de oorzaken van eventuele medicatiefouten. De analyse wordt in het MT en in het Zorgoverleg besproken. Er wordt grote waarde gehecht aan advies van medewerkers en zo nodig voeren we een retrospectieve risicoanalyse uit
- We beperken het antipsychotica gebruik in samenspraak met de huisarts / behandelaar zoveel mogelijk en we registreren de prevalentie van het gebruik van antipsychotica om te kunnen vergelijken met voorzieningen uit het lerend netwerk
- Het antibioticagebruik wordt in samenspraak met de huisarts / behandelaar en bewoner / naasten en zorgverlener afgestemd. De prevalentie van antibiotica wordt geregistreerd in het ECD en kan benut worden ter vergelijking met voorzieningen uit het lerend netwerk.

Decubitus en mondzorg

- Er vindt regelmatige monitoring plaats van huid(letsel), voedingstoestand, mondzorg en incontinentieletsel bij alle bewoners, een actuele lijst is voorhanden
- Een medewerker heeft Mondzorg als aandachtsveld
- 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 bewoner dient te worden overgeplaatst naar een voorziening die hiertoe gemachtigd is
- Indien de veiligheid van de bewoner in het geding is wordt dit besproken met de bewoner, diens naasten, de huisarts, de zorgverlener en met de directie of manager. Bij inzet van veiligheidsmaatregel geldt dat de bewoner ten alle tijden kan aangeven dit niet te wensen. Het grootste risico bij de bewonersgroep is valgevaar. De inzet van een valmatras heeft de voorkeur. Omgevingsdetectie wordt besproken met familie en bewoner. Normaliter wordt gezien de bewoners populatie per ½ jaar tijdens een evaluatie besproken hoe om te gaan met deze veiligheidsmaatregelen; dit wordt ook besproken met de huisarts. Dit wordt vastgelegd in het ECD.
- Op elke moment is er een overzicht van genomen maatregelen
- Bespreking van de bevindingen van de genomen maatregelen vindt plaats met de medewerkers en met voorzieningen uit het lerend netwerk.

- De wettelijke aankondiging van de nieuwe Wet Dwang en Drang (2020) is onder de aandacht gebracht van de medewerkers en huisarts.

Ziekenhuisopnamen

- Ziekenhuisopnamen op de Spoedeisende hulp (SEH) worden geregistreerd, zowel in het persoonlijke zorgdossier als op een anonieme lijst
- De redenen van het insturen voor SEH worden bijgehouden in de volgende categorieën: vallen, heupfractuur, luchtweginfectie, urineweginfectie, delier, CVA, onbegrepen gedrag en overige
- De bevindingen van het gebruik met betrekking tot SEH worden besproken met de medewerkers en met voorzieningen uit het lerend netwerk.

Brandveiligheid

- Alle medewerkers die verantwoordelijke diensten draaien zijn BHV geschoold. Jaarlijks wordt hiervoor een training gehouden en maandelijks worden brandveiligheidstesten uitgevoerd.
- Er is een centraal brandmeldsysteem in de hal van waaruit de brandweercentrale automatisch wordt gealarmeerd.
- Elke separate ruimte is voorzien van een automatische brandmelder en een brandvertragende deur (30 min). Compartimenten zijn voorzien van automatisch sluitende branddeuren. Daarnaast is op diverse locaties voorzien in handbrandmelders.
- Het pand is voorzien van brandblussers (draagbaar) en brandslangen.
- Maandelijks wordt met de aanwezige medewerkers een brandtraining uitgevoerd met inzet van de brandmeldkast om gewenning te creëren en onderhouden.

Melden van calamiteiten middels de Mlc meldings procedure.

- iedere zorgmedewerker wordt ingewerkt op het omgaan en beschrijven van een incident. Duidelijk wordt besproken dat wij als organisatie inzetten op veiligheid en dat de procedure rond het melden van een (bijna) incident belangrijk is om van te leren. Bij een calamiteit wordt er direct aandacht besteedt aan de situatie en oorzaak en er wordt in het team op de dag zelf gesproken en gevraagd actief mee te denken over oplossingen om herhaling te voorkomen. Tijdens het zorgoverleg wordt er 1 maal per kwartaal een analyse uitgevoerd waarbij de medewerkers betrokken worden in de voortgang, doelmatigheid van de oplossingen. In de notule wordt dit terug vastgelegd en terug gekoppeld.

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 hierdoor leggen we op een natuurlijke manier verantwoording af. Het is dan ook vanzelfsprekend dat kwaliteit en uitkomsten uit het kwaliteitsverslag via onze website worden gepubliceerd.

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

1. Kwaliteitsmanagementsysteem

- Op dit moment werken we volgens de richtlijnen van een HKZ/ISO kwaliteitsmanagementsysteem waarbij wij de systeem- en werkprocessen zoals beschreven in de handboeken volgen.
- 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 meerjaren-kwaliteitsplan 2019-2022, is opgesteld volgens de samenwerking van het afgelopen jaar met bewoners en naasten, huisarts, SOG, zorgmedewerkers en directie
- Jaarlijks zullen we dit kwaliteitsplan actualiseren.

3. Jaarlijks kwaliteitsverslag

- Jaarlijks wordt er op het meerjaren kwaliteitsplan een verslag gepresenteerd en wordt het jaarplan aangepast.
- Dit kwaliteitsverslag zal gebaseerd zijn op de evaluatie van de doelstellingen en inhoud van het kwaliteitsplan en het jaarplan inclusief feedback op dit kwaliteitsplan door de collega organisaties uit het lerend netwerk. Het volgt de hoofdstukken van het kwaliteitsplan
- Bewonersraad en een medewerker van de VAR als informatiebron voor de evaluatie van zorg is een vast onderdeel van het kwaliteitsverslag
- Het concept kwaliteitsverslag bespreken we vóór vaststelling met bewonerscommissie, medewerkers en met tenminste twee collega zorgorganisaties uit het lerend netwerk
- Jaarlijks zullen we uitkomsten uit het kwaliteitsverslag presenteren, onder andere op onze openbare website.

4. Continu werken in de praktijk aan verbeteren door zorgverleners

- Medewerkers zijn betrokken bij het continue verbeteren van de kwaliteit, en maken zodoende deel uit van het maken van het kwaliteitsplan, 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 woonzorgvoorzieningen aangesloten bij branchevereniging Riant Verzorgd Wonen. Deze collega zorgorganisaties vallen onder een andere rechtspersoon en hebben een andere Raad van Bestuur/Directie
- 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
- Gezien onze doelgroep van kwetsbare ouderen hechten wij aan een vaste structuur van medewerkers. Daarbij is het van belang wisselingen in personele bezetting beperkt te houden. Wel bieden wij stagemogelijkheden een periode vanaf 10 weken. Zie Governance Code Zorg 2017 artikel B.1.1.

Hoofdstuk 10

Leiderschap, governance en management;

Bij ons wordt de Raad van Bestuur (RvB) gevormd door twee directieleden. Deze directie heeft dezelfde bevoegdheden als een gemiddelde RvB. In onze directie is de professionele inbreng gegarandeerd door een directeur zorg hbo-v big geregistreerd en de directeur algemene zaken, deskundig senior op bedrijfskundige terrein.

De directie is regelmatig aanwezig op de werkvloer. Kent de bewoners naasten, medewerkers en vrijwilligers. Onderneemt actief actie op deze contacten. De directie ziet erop toe dat de onderwerpen van dit kwaliteitsplan in praktijk worden gebracht en neemt maatregelen als dit onverhoopt nodig wordt bevonden. Wij hanteren de Governance Code toegepast op kleinschalige organisaties.

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 bewoners en hun naasten en medewerkers
- 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 kernwaarden zijn tot stand gekomen op basis van de zorgvraag van onze bewoners en de missie en visie; kort samengevat deskundigheid van medewerkers, welzijn en veiligheid
- Wij stellen de persoonsgerichte zorg, ondersteuning en veiligheid binnen ons huis centraal. Bij verblijf buitenshuis maken afspraken met de bewoner en naasten.
- Met het opleidingsplan creëren wij de randvoorwaarden voor het vakmanschap van onze zorgverleners
- Met behulp van synergie tussen cultuur en regels, creëren we een cultuur van waaruit de juiste zaken geregeld worden en het gewenste gedrag wordt bevorderd.

3. Leiderschap en goed bestuur

- De directie stelt zich ondersteunend, faciliterend en transparant op naar alle zorgverleners, bewoners 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 bewoners 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 toezichthouder(s)

- De directie is voornemens de adviezen te betrekken van de bewonersraad bij het kwaliteitsplan
- De directie bespreekt jaarlijks het kwaliteitsverslag met de naasten van de bewoners, notuleert opmerkingen en bespreekt in het MT de mogelijkheden. De directie werkt volgens Wet Kwaliteit klachten en geschillen in de zorg (WKKGZ)
- De directie stimuleert inhoudelijke input op het beleid, door serieuze overwegingen en mogelijke implementering van t.a.v. de adviezen.
- Per 1-01-2019 heeft de Villa een raad van commissarissen die meedenkt en toezicht houdt op het besturen van de organisatie.

5. Inzicht hebben en geven

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

6. Verankeren van medische, verpleegkundige en psychosociale expertise

- Professionele inbreng in het aansturen van de organisatie is geborgd door professionele inhoudelijke kennis in de leiding en aansturing van de organisatie
- Professionele inbreng door een SOG is als volgt geregeld: de SOG is ondersteunend voor zowel huisarts als medewerkers. De huisarts vraagt ondersteuning aan de SOG indien er overstijgende zorgvragen zijn. De zorgmedewerker bespreekt problemen vanuit medisch oogpunt met de huisarts. De huisarts samen met de Contactverzorgende geven aan wanneer er een MDO noodzakelijk is. Er is een goede samenwerking met een psychologen praktijk voor geriatrische ondersteuning die bij gedragsproblemen in overleg met de bewoner, diens naaste, teamleider en huisarts geraadpleegd kan worden door zorgmedewerkers. Een machtiging van de huisarts is noodzakelijk voor een consult en eventuele behandeling. Indien mogelijk wordt de bewoner of naaste gevraagd om te participeren.

Hoofdstuk 11

Gebruik van hulpbronnen

Onderstaande hulpbronnen zijn in de voorgaande hoofdstukken van dit meerjaren 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

Ieder appartement/studio wordt opgeleverd met een onderhoudsvriendelijke en hygiënische vloerbedekking, neutraal behang, pantry en badkamer met hulpmiddelen.

Periodiek onderhoud wordt gepleegd aan de gezamenlijke openbare ruimten, muren, lift, brandmeldinstallatie, verwarmingsinstallatie, gashaarden en faciliteiten m.b.t. veiligheid van gebruik van water en afvoer. Het verzorgen van de ramen aan de buitenzijde van het pand en het onderhoud van de tuin wordt door derden uitgevoerd.

Technologische hulpbronnen

Periodiek onderhoud wordt toegepast bij ICT materialen, domotica wordt als maatwerk aangeboden, een eigen gsm netwerk voor oproep en telefonie is beschikbaar voor de medewerkers. Bewoners hebben beschikking over direct aan kiesbare telefoonnummers, internet, WIFI en radio/televisie.

Materialen en hulpmiddelen

Transferhulpmiddelen zoals tilliften; passief en actief en Arbo bad-douchestoelen zijn door WMO ter beschikking gesteld en in onderhoud bij leverancier, bij calamiteiten t.a.v. immobiliteit is er per direct leen materiaal beschikbaar bij de thuiszorgwinkel. Draagbare medische instrumenten zoals (rolstoel-)weegschaal, bloeddrukmeter en diverse instrumenten voor het meten van lichaamsfuncties zijn aanwezig.

Persoonlijke WMO gerelateerde hulpmiddelen zoals een op maat gemaakte rolstoel wordt in samenspraak met de ERGO aangevraagd bij de gemeente.

Geheugen en spel- en bewegingsmaterialen zijn in voldoende mate aanwezig en worden regelmatig aangevuld en vervangen.

Facilitaire zaken

In het pand zijn twee identieke volledige keukens beschikbaar. Er is een automatische voordeur. Bij afwezigheid van kantoor / zusterpost (receptie) is de deur gesloten. Om het gehele pand is een tuin aangelegd. De binnentuin is besloten. Er is voorzien in een kleine technische werkplaats. Overige ruimten zijn: fysio- en fitnessruimte voorzien van apparatuur, wellness ruimte met Arbo-bad met jacuzzi, kapsalon, voorraadkamer en linnenkamer met was- en strijkapparatuur. De Villa is rookvrij. Er is een overkapt gelegenheid voor bewoners die willen roken beschikbaar.

Financiën en administratieve organisatie

Financiële Administratie is volledig uitbesteed aan extern accountantskantoor.

Samenwerkingscontract met thuiszorgorganisatie t.b.v. ZVW.

Professionele relaties

Intensieve samenwerking met huisartsenpraktijk en apotheek; samenwerking met SOG, Specialistisch team, Ergo en diëtiste is beschikbaar op afroep. Er wordt samengewerkt met een praktijk voor fysiotherapie.

Buiten kantoor uren kunnen wij terug vallen op de diensten van de huisartsenpost .

Wij zijn betrokken bij het beveiligde overdrachten systeem POINT van het regionale ziekenhuis.

Voor de administratieve afhandeling van zorg in natura t.b.v. de ZvW werken wij volgens strikte regels samen met een landelijk opererende thuiszorg organisatie. Volgens contract worden gegevens gericht op uitvoerende zorgtaken overgedragen.

WMO aanvragen meestal gericht op het aanvragen van een aangepaste rolstoel (soms via samenwerking met een ergotherapeut) of aanvraag van een regio pas t.b.v. intensief rolstoelvervoer voor maatschappelijke doeleinden worden in overleg met bewoner en of naaste aangevraagd bij afdeling zorg van de Gemeente. Afspraken voor een intake worden gemaakt in overleg met de naaste.

Er is een professionele samenwerking met het CIZ voor het aanvragen van een indicatie voor de WLZ.

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 bewoner oordelen

- Benchmark: vanaf 2018 meten wij jaarlijks via een extern bureau de ervaringen van bewoners en naasten middels een erkend instrument. Dit instrument meet de subjectief ervaren bijdrage van de organisatie aan de kwaliteit van leven van de bewoner
- 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. Halfjaarlijks wordt tijdens de evaluatie van het zorgplan een intern tevredenheidsonderzoek uitgevoerd specifiek gericht op de zorg.
- Bij het verzamelen, vastleggen en beheren van data en informatie hanteren we (Wettelijke) vastgestelde privacy- en veiligheidseisen. Dit geldt ook voor het uitwisselen van en reflecteren op kwaliteitsinformatie tussen interne en externe stakeholders.
- Twee jaarlijks vanaf 2019 wordt er een extern onderzoek uitgevoerd naar de tevredenheid onder medewerkers.

2. Benutten en optimaliseren bestaande administratiesystemen

- Het medicatiesysteem van de apotheker en de samenwerking met de huisartsen is voorwaardelijk voor een goed zorg- behandel- en ondersteuningsproces
- Dit systeem van medicatieveiligheid en systematisch inzicht in aard en omvang geeft ondersteuning bij ongeplande ziekenhuisopnames
- Aanvullende gegevensverzameling vindt niet plaats of is slechts bij uitzondering aan de orde.
- Wij werken met het ECD van Nedap, deze software ontwikkelaar heeft diverse functionaliteiten ondergebracht in ONS. Alle medewerkers in de Villa hebben gericht op de functie autorisaties op functionaliteiten. Het beveiligde systeem wordt tevens gebruikt voor het roosteren van medewerkers. Voor onderhoud en implementatie van nieuwe functionaliteiten is een contract afgesloten. Het ONS biedt tevens de mogelijkheid van een familie portaal.
- Aandacht wordt gevraagd van medische medewerkers voor rapportage en voortgang in het ECD.

3. Openbaarheid en transparantie

- Dit kwaliteitsverslag is openbaar toegankelijk via o.a. de website en de Openbare Database van Zorginstituut Nederland.
- Onze website is transparant, biedt mogelijkheden voor contact en een blik van het interieur.

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 meerjaren-kwaliteitsplan voorzien we de volgende verbeterdoelen om de doelstellingen te behalen:

- Benchmarkonderzoek bewoners, naasten; delen van uitkomsten.
- Benaderen van naasten van de bewoners voor het samenstellen van een bewoners commissie.
- Onderzoeken samenwerking tandarts aan huis.
- Twee jaarlijks uitvoering tevredenheidsonderzoek medewerkers
- Kwaliteit cyclisch borgen diep in de organisatie, protocollen verbeteren
- Kwaliteitsplan/ verslag bespreken met belanghebbenden.
- Samenwerking met huisarts t.a.v. huidige ontwikkelingen in de huisartsenzorg/ ouderenzorg en SOG.(Onderzoek loopt, presentatie ministerie VWS verwacht in 2020)
- Medicatie overzicht van 2 jaar per bewoner/ apotheek/ huisarts
- Tijdig delen van externe activiteiten.
- Onderzoek alternatieve financiering ZvW en WLZ.

Minimaal viermaal per jaar evalueren we in het MT de voortgang van de verbeterplanning. De geconsolideerde bevindingen hierbij bespreken we tijdens de bewoners/bewonersbespreking en met de medewerkers in het zorgoverleg / hospitality overleg. Door middel van notulen zijn alle medewerkers / belanghebbenden in staat om de voortgang te volgen. Daarnaast worden de resultaten van verbeterplannen in het kwaliteitsverslag opgenomen. Dit verslag is openbaar en voor een ieder inzichtelijk.

Slotwoord van de directie

Op 1 november 2018 werden wij bezocht door de IGJ die onze organisatie heeft doorgenomen. Wij waren trots op het eindrapport. Wij zien de uitslag als een bemoediging om op de zelfde weg door te gaan. Een aantal punten gericht op een controlerend orgaan en afstemming van het beleid op belanghebbende heeft onze directe aandacht. Tevens gaan wij aan de slag met het nog beter implementeren in de organisatie van de kwaliteitscyclus. Dit was voor de IGJ niet helemaal zichtbaar.

Komende jaren is het onze taak om de organisatie wervend onder de aandacht te brengen ten behoeve van nieuwe medewerkers. Deskundige zorgmedewerkers vanaf niveau 3 zijn schaars, zij zijn niet goed bekend met de persoonlijke input en deskundigheidsbevordering die zij kunnen ontwikkelen in de particuliere kleinschalige zorg.

Gemotiveerde helpenden zijn welkom om met elkaar de bewoners deskundige en liefdevolle zorg en welzijns momenten te bieden. Een goede balans van diverse functies zijn het hart van de organisatie. De kern van ons team willen wij behouden met vaste contracten, aanvullend zijn flexibele medewerkers welkom, mits wij gezamenlijk een structuur kunnen bespreken waar onze bewoners en medewerkers op kunnen bouwen. Onze ervaring is dat vaste medewerkers binnen het team in alle functies gezamenlijk bijdragen aan het welbevinden van het leefmilieu in de Villa. Speciale aandacht heeft de directie voor de aansturing en coaching van het team. Als leidinggevende wordt een karakter gevraagd die op z'n best is als spin in het web van de organisatie zowel praktisch als digitaal vaardig.

Leerlingen Bol en stagiaires BBL zijn in beperkte mate welkom; wij houden goed vinger aan de zodat de bewoners niet te veel nieuwe gezichten voor zich krijgen en vaste medewerkers niet overmatig belast mogen worden m.b.t. begeleiding.

- Het volledige IGJ rapport van november 2018 is in te zien via:
<https://www.toezichtdocumenten.igj.nl/Zoekresultaat.aspx?q=.ALLE.Villa+Hooghe+Heide>