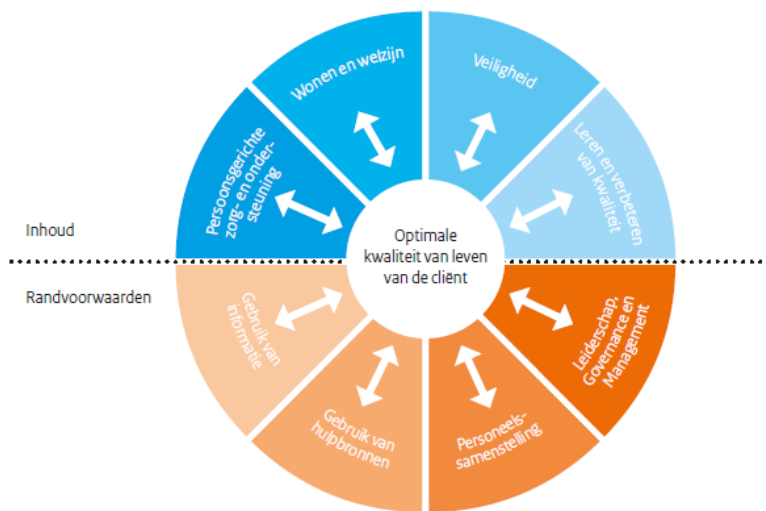


Kwaliteitsplan

ZorgHavengroep.

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 de ZorgHavengroep. 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 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, 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 cliënten, hun naasten en aan de samenleving.

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

- Omschrijving zorgvisie en kernwaarden (Hoofdstuk 1: Zorgvisie en kernwaarden);
- Omschrijving doelgroepen, aantal 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 terugvloeiën naar betrokkenen in de zorgorganisatie.

Hoofdstuk 1

Zorgvisie en kernwaarden;

De ZorgHaven is een particuliere organisatie die in een kleinschalige, exclusieve woonomgeving een woonzorgvoorziening realiseert voor ouderen.

De visie is dat de eigen leefstijl en gewoonten van thuis zoveel mogelijk gehandhaafd blijven. Persoonlijke aandacht, respect, veiligheid en geborgenheid zijn kenmerken die vanzelfsprekend zijn binnen de organisatie.

Door de kleinschaligheid kunnen wij dit ook werkelijk waar maken. Dit ondersteund door betrokken en kundig personeel.

Gedragscode ZorgHavengroep

Locatie: Oude Haven, Nieuwe Haven, Berghse Haven, Buyten Haven, Parck Haven

Binnen de ZorgHavengroep gaan we zorgvuldig en alert om met vertrouwelijke gegevens, het waarborgen van de privacy van onze patiënten staat dan ook hoog in het vaandel. Hiernaast dienen zorgaanbieders zich aan een norm voor informatiebeveiliging te houden, de NEN 75100-norm.

Deze gedragscode heeft tot doel je bekend te maken met de regels die noodzakelijk zijn om te kunnen voldoen aan de gestelde normen, daarnaast wordt je geacht deze na te leven. Zo zijn er ook regels met betrekking tot uitlatingen, omgang en gedrag..

1. Wees zorgvuldig met de informatie waarmee je werkt.

- Waarborg de privacy van patiënten, stagiaires, collega's en klanten;
- Deel informatie uitsluitend met diegenen die hiertoe bevoegd zijn;
- Wees nauwlettend met wat je zegt, waar en tegen wie, ook buiten werktijd;
- Laat vertrouwelijke informatie nooit onbeheerd achter.
- Informatie over bewoners mag niet anders gecommuniceerd worden dan in het zorgdossier.

2. Voorkom ongeautoriseerde toegang tot onze gebouwen en werkplekken.

- Sluit je werkplek altijd af als je deze verlaat. Je hebt een eigen sleutel;
- Draag je badge altijd goed zichtbaar;
- Leen je badge of sleutel van je werkplek nooit uit;
- Meld verlies van sleutel en badge direct bij de facilitair manager van je locatie;
- Spreek onbekenden binnen je woonvoorziening aan en vraag wie of wat zij zoeken.

3. Wees uiterst zorgvuldig bij gebruik van ICT-middelen.

- Sluit de computer goed af als je deze verlaat. Doe de computerkast dicht en/of leg de laptop goed weg;
- Laat nooit een buitenstaander op de computer;
- Vergrendel je PC als je deze verlaat, dit kun je doen door de knoppen ctrl, alt en del tegelijk in te drukken;
- Sla informatie goed en overzichtelijk op. Als je dit op een USB stick of CD doet, deze dan opbergen op woonvoorziening in een ruimte alleen toegankelijk voor personeel. USB-stick of CD met vertrouwelijke informatie mag niet de woonvoorziening verlaten.
- Gebruik bij het printen van privacy gevoelige informatie altijd de beveiligde modus;
- Gebruik uitsluitend software die door de ZorgHavengroep beschikbaar is gesteld;
- Gebruik nooit informatie van opslagmedia van onbekende afkomst.

4. Gebruik internet en e-mail met je volle verstand.

- Veel internetsites bevatten spyware of andere kwaadaardige programmatuur. Beperk je internetgebruik daarom tot het hoogst noodzakelijke;
- Download nooit programmatuur of bestanden van onbekende afkomst;
- Verstuur geen vertrouwelijke informatie via email;
- Zet geen items over het werk op de social media zoals Facebook, Twitter e.d.
-

5. Wees alert en bewust.

- Meld incidenten en onveilige situaties direct bij je leidinggevende;
- Help collega's door ze te attenderen op onveilig gedrag;
- Draag verbeterpunten aan bij leidinggevendenden of de directie om verlies of misbruik van informatie te voorkomen.

6. Uiterlijk.

- Binnen de ZorgHavengroep werken wij niet in uniform, maar gewone burgerkleding;
- Kleding is schoon en wordt dagelijks vervangen door schone kleding;
- Kleding moet van boven goed gesloten zijn. Geen inkijk in blouses of shirtjes;
- Rokken/korte broeken mogen niet te kort (te ver boven de knie);
- Sieraden mogen beperkt gedragen worden. Oorknopjes en kleine ketting zijn toegestaan, maar vallen onder eigen risico. Lange oorbellen, ringen, horloges en armbanden zijn niet toegestaan. Deze kunnen schade berokkenen aan bewoners. Ringen moeten glad zijn en goed te reinigen;
- (Hand) Nagellak is niet toegestaan. Dit kan schade berokkenen aan bewoners, aangezien deze kan afbladderen. Kleur van de nagels is niet altijd representatief bij doelgroep ZorgHavengroep;
- Nagels zijn kort geknipt en schoon;
- Kunstnagels en nagelpiercings zijn niet toegestaan (dit geldt ook voor acrylnagels)
- Haren: het haar is schoon. Lang haar is opgestoken of zodanig bijeengebonden dat contactrisico's zijn uitgesloten;
- Hoofddoek: Deze is schoon en wordt dagelijks vervangen door een schone hoofddoek.
- Schoeisel : Schoeisel is van goed te reinigen materiaal. Wordt bij besmetting huishoudelijk gereinigd.

7. Omgevingsuitstraling.

- Wij zijn netjes, beleefd en gastvrij naar de bewoners en hun gasten;
- Algemene ruimtes en appartementen bewoners zijn altijd netjes en opgeruimd;
- Roken mag, maar dan buiten. Dit in overleg met collega's en max. 2 sigaretten per dienst;
- Gebruik van mobiele telefoons is niet toegestaan gedurende je dienst. Uitgezonderd daarin zijn: Teamleiders, facilitairmanagers en directie;
- Het telefoonnummer van de locatie waar je werkt mag aan derde gegeven worden zodat je altijd goed te bereiken bent (bijv. voor scholen, kinderdagverblijf e.d.)

8. Communicatie en omgang.

- Respecteer de bewoners en zijn of haar familie van de Zorghavengroep;
- Respecteer je (ex)collega. Laat je niet negatief uit over je (ex)collega;
- Onenigheid met collega, eerst met desbetreffende collega bespreken. Mocht je er niet uitkomen dan bespreek je het met je teamleider;

- Respecteer je leidinggevende en de directie;
- Laatje niet negatief uit over je leidinggevende en de directie.

Huisregels ZorgHavengroep.

Om in goede harmonie op de ZorgHavengroep te leven zijn er een paar huisregels opgesteld m.b.t. de bewoners en bezoek.

Roken:

Op de ZorgHavengroep geldt een niet roken beleid. Uitzondering is het eigen appartement van de bewoner. In het appartement van de bewoner mag door de bewoner en zijn of haar bezoek gerookt worden. Echter wel in beperkte vorm en na overleg met de directie van de ZorgHavengroep. Het zal altijd zo moeten zijn dat de verzorgenden daar geen hinder van mogen hebben. Dit is zo omschreven in de ARBO-wet (“verzorgenden hebben recht op een rookvrije omgeving”). Een oplossing kan zijn dat de bewoner een luchtreiniger koopt. Dit apparaat kan dan aangezet worden tijdens het roken. Personeel rookt buiten. Personeel mag 2 sigaretten per dienst, als het mogelijk is qua tijd. Men mag niet in de avonddienst met z’n tweeën tegelijk gaan roken.

Bezoek:

Bezoek is op de ZorgHavengroep van harte welkom. Uit praktisch oogpunt vragen wij aan het bezoek om vanaf 10.30 uur op bezoek te komen. Mocht dat onverhoopt echt niet uitkomen dan kan er in overleg met de verzorgende een uitzondering gemaakt worden voor desbetreffend bezoek. Wij vragen het bezoek wel nadrukkelijk om de ZorgHavengroep uiterlijk om 22.00 uur te verlaten. Dit in verband met het afsluiten van de dienst van de verzorgenden die in de avonddienst werken. De locaties van de ZorgHavengroep zijn echter wel 24 uur per dag telefonisch te bereiken op de volgende telefoonnummers:

Oude Haven: 010 - 4551333

Nieuwe Haven: 010 – 4279670

Berghse Haven: 010 – 7522700

Buyten Haven: 078 – 7470220

Parck Haven: 0180 – 747220

Mee-eten op een locatie van de ZorgHavengroep:

Mee-eten op de locatie kan, maar vraagt wat organisatie.

Er kan met de lunch meegegeten worden; dit kan op de dag zelf gevraagd worden als het om niet meer dan twee gasten gaat. Mochten er meer willen mee eten, dan moet daar eerder naar gevraagd worden, minstens één dag van tevoren.

Er kan met het diner meegegeten worden, dit moet twee dagen van te voren aangevraagd worden.

Het kan zo zijn dat door de meerdere gasten het niet mogelijk is om in de centrale eetkamer aan tafel te kunnen mee eten.

Dan zal de lunch of het diner in het appartement van de bewoner geserveerd worden. Dit zal plaats vinden nadat de bewoners in de centrale eetkamer voorzien zijn van de lunch of diner. Een van de verzorgende of de kok zal dan daarna uw lunch of diner serveren in uw appartement.

Mocht het zo zijn dat er in de maand vaak meegegeten wordt zullen we in overleg met elkaar een maandelijks tarief hier voor afspreken.

Ontbijt – Lunch – Dinertijden:

Het ontbijt op de locatie is gedurende de ochtend van 8.00 uur tot 10.30 uur. De lunch is om 13.00 uur. En het diner is om 17.30 uur. De bewoners worden ingelicht en/of opgehaald voor het eten.

Gelieve met bezoek op de locatie of afspraken buitenshuis rekening te houden met de tijden van de lunch en het diner, zodat er in rust gegeten kan worden met elkaar.

Vieren van verjaardagen:

Het vieren van verjaardagen of andere gelegenheden is uiteraard mogelijk op de locatie. Mocht het bezoek uit meer dan 6 mensen bestaan dan zal er in overleg een prijs afgesproken worden m.b.t. het serveren van koffie, thee en andere dranken en eventueel gebak en lunch. Dit kan geregeld worden bij de betreffende facilitaire managers op de locaties.

Oude Haven en Nieuwe Haven: Mw. Maaten

Berghse Haven: Mw. Gloudi

Buyten Haven en Parck Haven: Dhr.Prins

Het bezoek van dieren op een locatie van de ZorgHavengroep:

Dit is toegestaan, mits het geen overlast geeft aan de bewoners op de locatie.

Toegang locatie van de ZorgHavengroep:

De locatie is voor publiek toegankelijk. Zoals eerder vernoemd, is de locatie "open" van 10.30 uur – 22.00 uur. U kunt altijd binnen, maar dan moet u aanbellen. Als u heeft aangebeld, zal er een verzorgende open doen. Soms kan het wel even duren, daar de verzorgende dan wellicht op de kamer van een bewoner bezig is.

Om 23.00 uur zal het alarm geactiveerd worden om de veiligheid van de bewoner en verzorgende te garanderen.

Het is dan ook de bedoeling dat familie naar huis is en er, buiten de diensten, niemand meer aanwezig is.

Gebruik algemene keuken:

De keuken is niet toegankelijk voor bezoek. Mocht u iets nodig hebben, vraag het gerust de verzorgenden. Die zullen het met veel plezier voor u pakken.

In de keuken worden alle maaltijden bereid. Er wordt gewerkt met de HACCP regels van de kleine keuken en met de hygiëne code.

Gebruik toiletten:

Op de begane grond is er een algemeen toilet die door de bewoners en bezoek gebruikt kan worden. Er is nog een toilet aanwezig. Deze wordt gebruikt door het personeel. Verder heeft elke bewoner in zijn of haar appartement een toilet. Mocht u met uw familie in de tuin zitten en van het toilet gebruik willen maken, dan vragen wij u vriendelijk om naar de begane grond te gaan of naar het appartement van uw familielid. Verder vragen wij het bezoek om het toilet, zoals vanzelfsprekend, schoon achter te laten.

Schoonmaak:

Zowel de algemene ruimte als de appartementen van de bewoners worden door de huishoudelijke medewerkers door de week schoon gehouden. In het weekend beperken we de schoonmaak tot het sanitair in de appartementen van de bewoner/algemene ruimte en de schoonmaak van de vloeren. In de appartementen van de bewoner worden dagelijks door de huishoudelijk medewerkers het sanitair en de kitchenette schoongemaakt en gezogen. Eenmaal per week wordt er een grote schoonmaak in het appartement gehouden.

In overleg met de huishoudelijke medewerkers kan de vitrage door de locatie gewassen worden. Het reinigen van overgordijnen, rolgordijnen, vouwgordijnen etc. zal door de bewoner/familie zelf geregeld moeten worden. Zo ook het "chemisch" reinigen van vloerbedekking.

Huisregels en beleidszaken m.b.t. bewoners op de locaties van de ZorgHavengroep:

Naast de algemene huisregels zijn er ook zaken die belangrijk zijn voor de bewoners en personeel om zo een goede zorg en woonsituatie te bewerkstelligen, daarbij de regels van de ARBO-wet in ogenschouw genomen.

Verzorgen/verplegen van de Bewoner:

De bewoner wordt in het eigen appartement verzorgd/verpleegd door de dienstdoende verzorgende. De verzorgende komt na overleg met de bewoner de verzorgende dingen doen zoals; wassen, aankleden, medicatie geven, opruimen van gebruikte spullen en bed verschonen/opmaken etc. Het wassen en douchen vindt plaats in de badkamer of op bed. Op bed als de bewoner niet in staat is om in de badkamer verzorgd te worden. Het op bed verzorgen kan alleen plaats vinden op een hoog/laag bed. Dit met het oog op de ARBO-wet die zegt dat men op een goede werkhoogte zijn/haar werk moet kunnen doen.

Medicatie gebruik:

Binnen de ZorgHavengroep valt de medicatie onder de verantwoordelijkheid van de desbetreffende locatie. Dat wil zeggen dat de medicatie in beheer is van de locatie en in een af te sluiten medicijnkast wordt bewaard. Van daaruit worden elke avond of nacht de medicijnen van elke bewoner voor de dag erna uitgezet. Van elke bewoner is er een medicatieoverzicht op een medicijnblad op de locatie aanwezig en bij de huisarts en de apotheek. Wekelijks worden er medicijnen besteld en door de apotheek afgeleverd. De meest voorkomende en vaste medicijnen worden zoveel mogelijk in het Baxtersysteem verwerkt om fouten zoveel mogelijk uit te sluiten. Mocht u meer willen weten over het Baxtersysteem, dan kunt u zich wenden tot Marieke Oostlander. De medicijnen worden op de locatie verstrekt volgens protocol.

Verzorgen van kleding en linnengoed:

De boven- en onderkleding van de bewoner wordt op de locatie gewassen. Dit gebeurt wekelijks volgens een schema. Het is mogelijk om een kledingstuk te laten stomen. De familie zal hiervoor zorgdragen. De kosten hiervan zijn voor de bewoner.

Het linnengoed, zoals beddengoed en handdoeken, wordt eveneens door de locatie gewassen. Elke ochtend na de verzorging worden de handdoeken meegenomen voor de was en schone handdoeken opgehangen voor de rest van de dag en de volgende ochtend. Matrashoeven, handdoeken en washandjes worden door de locatie verstrekt en zijn eigendom van de locatie van de ZorgHavengroep.

Afspraken bij externe partijen:

Mocht het zo zijn dat u naar het ziekenhuis moet voor een bezoek aan een specialist of poli, naar de tandarts of eventueel naar de kapper, kan de locatie voor vervoer zorgen. Om dit te bewerkstelligen is het wel noodzakelijk dat dit enige tijd van tevoren wordt gevraagd en overlegd met degene die met u meegaat. Het kan ook zijn dat agenda's al vol zitten en er eventueel een andere afspraak gemaakt moet worden. De huisarts, fysiotherapeut, ergotherapeut, pedicure, opticien en kapper komen op de locatie langs om u te bezoeken en te helpen.

Klussendienst binnen de ZorgHavengroep:

Binnen de ZorgHavengroep is er geen officiële klussendienst aanwezig. Echter kunnen kleine klusjes wel snel gerealiseerd worden. Het vervangen van kapotte lampjes, batterijen etc. wordt snel verholpen. Het zou dan wel heel plezierig zijn als in het appartement een nieuwe lamp/batterij op voor-

raad ligt. Mocht dat niet het geval zijn, dan verzorgt de ZorgHavengroep het lampje/batterij en zal dat in rekening brengen. Voor grotere klussen, zoals het ophangen van spullen, in elkaar zetten van kasten etc. kan er een klusjesman gebeld worden, die dan per uur betaald moet worden. U krijgt hiervan dan een factuur toegestuurd.

Gebruik van toiletartikelen etc:

Het gebruik van toiletartikelen is per bewoner verschillend. De bewoner moet voor deze spullen dan ook zelf zorg dragen. Dit kan gaan via de familie, maar het is eventueel ook mogelijk dat de bewoner met een verzorgende dit gaat kopen. De bewoner kan het dan zelf afrekenen in de winkel. Het gaat met name over: tandpasta, shampoo, zeep, bodylotion of andere vettende crème etc. Het is niet de bedoeling dat een verzorgende deze artikelen of andere boodschappen voor de bewoner na werktijd of alleen gaat doen. Het vervangen van batterijen in de hoorapparaten is voor rekening van de bewoner.

Hoofdstuk 2

Doelgroep en werkwijze

Binnen de ZorgHavengroep zijn er verschillende locaties. 2 locaties hebben een capaciteit voor 12 bewoners en de overige locaties hebben capaciteit voor 18 bewoners. De doelgroep bestaat uit ouderen met psychogeriatrische en/of somatische stoornissen en/of beperkingen. De leeftijd van de bewoners varieert. De meeste cliënten hebben een leeftijd tussen 80 en 90 jaar, maar er wonen zowel jongere als oudere cliënten. Alle bewoners zijn geïndiceerd door het CIZ (Centrum Indicatie Zorg). De zorgzwaarte varieert en is vastgesteld in ZZP 4, 5 en 6.

Er zijn ook bewoners die een wijkindicatie hebben.

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 18 bewoners;
- Persoonlijk geleid: de Directeur Zorg en teamleider-zorg zijn direct betrokken bij de zorgverlening op de werkvloer;
- Passie, inzet en betrokkenheid staan hoog in het vaandel. Dit blijkt onder andere uit de begeleiding van personeel, betrokkenheid van het management en de aandacht die wordt besteed aan behalen van de doelstellingen die hieruit voortvloeien;
- Het is vanzelfsprekend dat de personeelsbezetting is afgestemd op de doelgroep en in overeenstemming is met de missie en visie. Dit is inzichtelijk gemaakt door een toelichting op de personele bezetting met een onderbouwing daarin opgenomen (zie hoofdstuk 4).

2 Actief betrokken bij de brancheorganisatie Riant Verzorgd Wonen:

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

3 Voldoen aan wettelijke verplichtingen en regelgeving

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

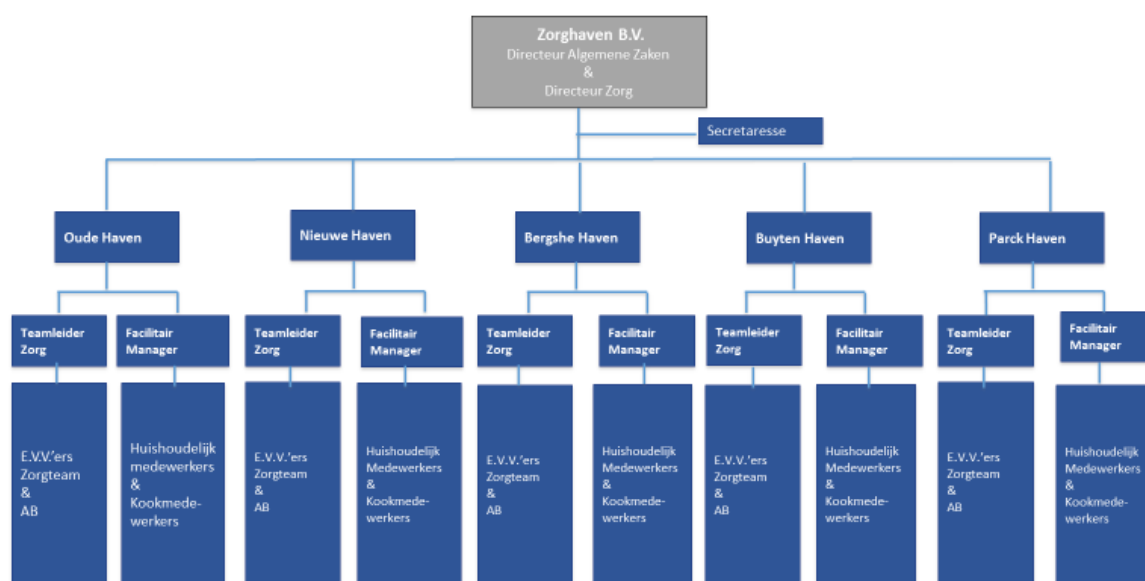
4 Open(baar)heid

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

Hoofdstuk 3 Kenmerken

Onze voorziening is ingeschreven in de Kamer van Koophandel en heeft in overeenstemming met deze inschrijving 5 locaties. Conform de in de vorige hoofdstukken beschreven zorgvisie, kernwaarden en werkwijze zijn we een kleinschalige voorziening met een capaciteit van 78 plaatsen.

De locatie van onze voorzieningen zijn zowel landelijk als stedelijk. Deze ligging betekent onder andere dat de bewoner makkelijk met een verzorgende of familie naar buiten kan. Wandelen in de natuur of nabijgelegen wijk, makkelijk naar de winkels, zijn allemaal mogelijkheden.



Organigram Zorghaven B.V. versie 24-11-17 1/1

Toelichting op het organigram

De directie bestaat uit twee personen, te weten de directeur algemene zaken en directeur zorg. De directeur zorg stuurt de teamleiders zorg aan en samen met de teamleiders stuurt deze de zorgmedewerkers, de activiteitenbegeleiders en de huishoudelijk medewerkers aan. Hoe de vervanging is geregeld bij ziekte en vakantie, staat verwoord in onze vervangingsmatrix. Het organigram laat zien dat er sprake is van een platte organisatie met korte lijnen en dat er weinig overhead is. Een en ander in overeenstemming met het meerjarenbeleid en de missie en visie.

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

Hoofdstuk 4 Personeel

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

Personeelsbestand					
<i>Discipline</i>	<i>loondienst</i>	<i>Fte bij 12 bewoners</i>	<i>Uren maand</i>	<i>Fte bij 18 bewoners</i>	<i>Uren p maand</i>
<i>Verzorgende (IG) niveau 3</i>	<i>Ja</i>	<i>6.66</i>	<i>854</i>	<i>8.60</i>	<i>1148</i>
<i>Verpleegkundige niveau 4</i>	<i>Ja</i>	<i>0.2</i>	<i>30</i>	<i>0.2</i>	<i>30</i>
<i>Verpleegkundige niveau 5</i>	<i>Nee</i>				
<i>Helpende niveau 2</i>	<i>Ja</i>	<i>3.33</i>	<i>427</i>	<i>4.29</i>	<i>574</i>
<i>Activiteitenbegeleider niveau 3</i>	<i>Nee</i>				
<i>Activiteitenbegeleider niveau 4</i>	<i>Nee</i>				
<i>Creatief therapeut niveau 5</i>	<i>Nee</i>				
<i>Huishoudelijk medewerker</i>	<i>Ja</i>	<i>1.3</i>	<i>173</i>	<i>1.6</i>	<i>216</i>
<i>Kok</i>	<i>Ja</i>	<i>0.8</i>	<i>104</i>	<i>1.14</i>	<i>151</i>
<i>Keukenhulp</i>	<i>Ja</i>	<i>0.5</i>	<i>60</i>	<i>0.5</i>	<i>60</i>
<i>SOG</i>	<i>Nee</i>				
<i>Psycholoog</i>	<i>Nee</i>				
<i>Psychiater</i>	<i>Nee</i>				
<i>Maatschappelijk/sociaal werker</i>	<i>Nee</i>				
<i>Vrijwilliger</i>	<i>Nee</i>				
<i>BBL-Leerling Verzorgende (IG) niveau 3</i>	<i>Ja</i>	<i>0.89</i>	<i>100</i>	<i>0.51</i>	<i>58</i>
<i>BBL-Leerling Verpleegkundige niveau 4</i>	<i>Nee</i>				
<i>BOL-Leerling Verpleegkundige niveau 5</i>	<i>Nee</i>				
<i>BBL-Leerling Helpende niveau 2</i>	<i>Nee</i>				
<i>BOL-leerling Verzorgende (IG) niveau 3</i>	<i>Ja</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>0.55</i>	<i>86</i>
<i>BOL-leerling Helpende niveau 2</i>	<i>Ja</i>	<i>1.11</i>	<i>173</i>	<i>1.11</i>	<i>173</i>
<i>BOL-leerling Huishoudelijk medewerker niv.1</i>	<i>Ja</i>			<i>0.55</i>	<i>80</i>
<i>BBL-Leerling Activiteitenbegeleider niveau 3</i>	<i>Nee</i>				
<i>BBL-Leerling Activiteitenbegeleider niveau 4</i>	<i>Nee</i>				
<i>BOL-Leerling Creatief therapeut niveau 5</i>	<i>Nee</i>				
<i>BBL-Leerling Huishoudelijk medewerker niveau 1</i>	<i>Ja</i>	<i>0.55</i>	<i>80</i>		
<i>Overige leerlingen dual of beroepsbegeleidend</i>	<i>Ja</i>				

Wij hebben BBL leerlingen in dienst, de grootte van de formatie is afhankelijk van de totale formatie. In de tabel ingevulde formatie is de peildatum 1-1-2018. De ingevulde BBL formatie is onderdeel van de formatie helpende niveau 2.

Er zijn altijd BOL stagiaires verzorgende IG of stagiaires helpende niveau 2, zij lopen stage bij ons. De grootte van de formatie is sterk afhankelijk van het aanbod en de periode van het jaar. De ingevulde formatie is peil datum 1-1-2018.

Overige leerlingen dual of beroepsbegeleidend zijn regelmatig bij ons aanwezig, afhankelijk van het aanbod van de diverse scholen en de open plekken op locatie.

Personele bezetting per dag per locatie. (12 of 18 bewoners)

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

Dagdiensten op locatie met 12 bewoners.

- Drie diensten van 7.30 tot 15.30 uur, waarvan altijd minimaal 1 VIG niv. 3

Avonddiensten op locatie met 12 bewoners

- Twee van 15.00-23.00 uur, waarvan minimaal 1 VIG niv.3
- één, de VIG, blijft er slapen van 23.00 tot 7.30u

Nachtdiensten op locatie met 12 bewoners

- Geen wakkere nachtdienst, maar een slaapdienst van 23.00 tot 7.30u. Dit is altijd een VIG niv.3

Achterwacht

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

Keuken

- Overdag wordt dit ingevuld door de dagdienst en stagiaires.
- In de avond is er een kookmedewerker van 15.00 tot 19.00u om de verse, warme maaltijd te bereiden.

Huishouding op locatie van 12 bewoners:

- Twee huishoudelijk medewerkers van 8.00 tot 12.00 uur op weekdays
- Bij feestdagen welke vallen op week dagen , is er 1 huishoudelijk medewerker aanwezig. 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.

Dagdiensten op locatie met 18 bewoners.

- Vier diensten van 7.30 tot 15.30 uur, waarvan altijd minimaal 1 VIG niv. 3

Avonddiensten op locatie met 18 bewoners

- Twee van 15.00-23.00 uur, waarvan minimaal 1 VIG niv.3

Nachtdiensten op locatie met 18 bewoners

- Een wakkere nachtdienst, van 23.00 tot 7.30u. Dit is altijd een VIG niv.3.

Achterwacht

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

Keuken

- Overdag wordt dit ingevuld door de dagdienst en stagiaires.
- In de avond is er een kookmedewerker van 15.00 tot 20.00u om de verse, warme maaltijd te bereiden.

Huishouding op locatie van 18 bewoners:

- Twee huishoudelijk medewerkers van 8.00 tot 13.00 uur op weekdays
- Bij feestdagen welke vallen op week dagen , is er 1 huishoudelijk medewerker aanwezig.
De personele bezetting word afgestemd op de zorgbehoefte van de gezamenlijke bewoners.
De personele bezetting wordt zo nodig uitgebreid. Deze personele bezetting is openbaar en door ons gepubliceerd op onze website.

Waarom vier/drie dagdiensten en twee avonddiensten?

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

- Tijd nemen voor bewoners bij opstaan en toch niet te laat aan tafel.
- 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 één slaapwacht?

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

In 2016 waren er de volgende personeelswijzigingen:

Omschrijving	aantal	fte
Vertrokken medewerkers	17	13.15
Nieuwe medewerkers	17	13

Dankzij onze platte organisatie en korte lijnen kunnen in onze zorgvoorziening de zorggelden optimaal worden benut waarvoor het is 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. Dit wordt gedeponereerd bij de KvK.

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

1 Aandacht, aanwezigheid en toezicht

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

2 Specifieke kennis, vaardigheden

- Er is altijd iemand aanwezig die met zijn of haar kennis en vaardigheden aansluit bij de (zorg)vragen en (zorg)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 toenemende complexiteit zoals: opschalen van personeel, inroepen specialist ouderengeneeskunde, overleg medisch specialist of gedragsdeskundige, tijdelijke overplaatsing cliënt, inschakelen Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE), in gang zetten 'meer-zorg' en dergelijke.

3 Reflectie, leren en ontwikkelen

- Er is voor iedere zorgverlener voldoende tijd en ruimte om te leren en te ontwikkelen via feedback, intervisie, reflectie en scholing. Dit wordt jaarlijks besproken in het functioneringsgesprek.
- Vanaf 1-1-18 is er voor iedere zorgverlener tijd en ruimte om op gezette tijden mee te lopen bij een collega organisatie uit het lerend netwerk. Dit is als volgt georganiseerd: Dit wordt gedaan via Riant Verzorgd Wonen. 4 x per jaar;
- Er is voldoende tijd beschikbaar om als EVV'er of contactverzorgende deel te nemen aan multidisciplinair overleg;
- Een deel van de scholing en deskundigheidsbevordering besteedt aandacht 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 2018 met meetbare doelstellingen vastgesteld (zie bijlage 2). Het jaarplan wordt minimaal ieder kwartaal geëvalueerd en jaarlijks wordt over de bevindingen gerapporteerd in het kwaliteitsverslag.

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

Hoofdstuk 6

Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Wij hechten eraan om de zorg en ondersteuning voor elke bewoner op maat te maken. Dat wil zeggen dat iedere bewoner kan rekenen op een zorgleefplan dat is gebaseerd op diens unieke persoonlijke wensen en verlangens en dat de professionele zorg voortdurend wordt afgestemd op de actuele noodzaak. Hierna lichten we per thema toe wat iedere bewoner mag verwachten en welke eigenschappen de medewerkers hebben. Onderstaande thema's zijn ontleend aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg en afhankelijk van bevindingen, opgenomen in het opleidingsplan 2018.

Compassie: nabijheid, vertrouwen, aandacht en begrip

- De zorgmedewerkers kennen het verhaal, de behoeften en wensen, de zorgen, problemen en levensvragen van elke bewoner;
- De zorgmedewerkers spreken de bewoners aan op de manier die de bewoner prettig vindt;
- De zorgmedewerkers praten met bewoners en niet over bewoners;
- De zorgmedewerkers maken echt contact met bewoners;
- De zorgmedewerkers hebben aandacht voor familie, naasten en mantelzorgers;
- De zorgmedewerkers hebben inlevingsvermogen en begrip en tonen empathie;
- De zorgmedewerkers 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 zorgmedewerkers hebben respect voor normen en waarden van de bewoners, 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;
- Bewoners kunnen zoveel mogelijk hun eigen keuzes maken en kunnen zoveel mogelijk hun leefstijl voortzetten;
- De zorgmedewerkers kent het levensverhaal van elke bewoner en ondersteunt waar mogelijk om dat voort te zetten;
- De zorgmedewerkers kennen de persoonlijke wensen behoeften van en risico's bij de bewoner;
- De zorgmedewerker is in staat om veranderd gedrag te duiden of om daar adequate hulp bij te vragen;
- De zorgmedewerker hebben aandacht voor de naaste(n) van de bewoner als onderdeel van zijn eigen leven;
- De zorgmedewerker 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

- De bewoners kunnen, 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 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 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);
- De afspraken over zorg rondom het levenseinde zijn ook bekend bij de naasten en worden met de bewoner op regelmatige basis geëvalueerd;
- Zorgmedewerkers 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 zorgmedewerkers wegen met de bewoner en zijn naaste(n) de veiligheidsrisico's af tegen de kwaliteit van leven;
- De zorgmedewerkers bespreken bij opname de wensen van bewoners rondom zorg bij het levenseinde. Wensen worden geïnventariseerd, opgenomen in het zorgplan en actief gedeeld met het multidisciplinaire team. Richtlijnen rondom palliatieve zorg worden gevolgd;
- De wensen van en afspraken met de bewoner worden gedeeld met de naaste(n) en op regelmatige basis opnieuw besproken met de bewoner.

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

- Iedere bewoner heeft een eigen actueel zorgleefplan en een medisch plan dat in samenspraak met de bewoner en desgewenst diens naasten is opgesteld;
- De bewoner geeft aan zich te herkennen in het zorgleefplan en medisch plan, 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 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 zorg- en behandelafspraken worden nagekomen en of de zorg aan de wensen en behoeften voldoet;
- De specialist ouderengeneeskunde (SOG) 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 cliënt de E.V.V. 'er is;
- Het medisch plan wordt opgesteld door de SOG;
- De zorgverleners volgen bij het werken met zorgleefplannen de richtlijnen voor gebruik van en multidisciplinair overleg over het zorgleefplan zoals vastgelegd in: www.zorgleefplanwijzer.nl/zlp-informatie/wet-en-regelgeving.html;
- De zorgverleners werken individueel en (multidisciplinair) samen met een actueel zorgleefplan dat ook werkelijk verbinding houdt met de uitvoering van zorg;

- Zorgverleners hebben inzicht in de situatie van de 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 uitmuntende 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 zorgmedewerkers 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

- Zorgmedewerkers 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 is beschreven en bekend bij bewoners en zorgverleners.

Wooncomfort: gastvrijheid, maaltijden, schoonmaak en inrichting

- De inrichting van de woonomgeving is aangepast aan zorg- en ondersteuningsbehoeften (privéruimten, recreatieruimten, buitenruimten, verkeersruimten);
- De privé, verkeers- en gedeelde (recreatie)ruimten zijn schoon en veilig;
- Bewoners en/of familie moeten zelf zorgdragen voor de inrichting van hun kamer;
- Maaltijden worden op locatie vers bereid.

Hoofdstuk 8 Veiligheid

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

Veiligheid houdt niet alleen zorginhoudelijke veiligheid in. Andere veiligheidseisen waaraan wij aandacht besteden zijn veiligheid van hulpmiddelen, brandveiligheid, de aanwezigheid van een ontruimingsplan, voedselveiligheid en drinkwaterveiligheid. Ook het bieden van inspraakmogelijkheden aan medewerkers en 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;
- We analyseren de MIB 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 huisarts / geriater 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 bewoners;
- 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;
- 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 bewoner, zonder de veiligheid uit het oog te verliezen;
- Indien VBM worden toegepast wordt dit besproken met de bewoner en diens naasten, met de huisarts, met de EVV'er en Teamleider en met de directie. Bij besluit om VBM toe te passen wordt een evaluatiedatum afgesproken. Hierbij geldt als uitgangspunt dat de VBM worden afgebouwd. Voor het toepassen van VBM wordt getekend door de bewoner en de SOG;
- Op elke moment is een overzicht van alle VBM voorhanden;
- De bevindingen van het gebruik van VBM worden besproken met de medewerkers en met voorzieningen uit het lerend netwerk.

Ziekenhuisopnamen

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

Hoofdstuk 9

Leren en werken aan kwaliteit

Voortdurend werken aan het verbeteren van kwaliteit is voor ons de norm. Dit doen we op verschillende manieren en we leggen de bevindingen vast. Deze staan ter beschikking van 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 dit kwaliteitsplan en het later op te stellen kwaliteitsverslag via onze website worden gepubliceerd.

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

1 Kwaliteitsmanagementsysteem

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

2 Jaarlijks geactualiseerd kwaliteitsplan

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

3 Jaarlijks kwaliteitsverslag

- Op basis van dit eerste kwaliteitsplan maken we in de eerste helft van 2018 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 openbare website.

4 Continu werken in de praktijk aan verbeteren door zorgverleners

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

5 Lerend netwerk

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

- In dit netwerk vindt actieve onderlinge uitwisseling in openheid plaats. Dit geldt voor zowel medewerkers als directies;
- Er is voor alle zorgverleners en directie tijd en ruimte beschikbaar om op gezette tijden mee te lopen bij een collega organisatie uit het lerend netwerk. Dit gebeurt als volgt: tijdens elke netwerkbijeenkomst organiseren we een “speeddate”. Daarna kunnen alle deelnemers aangeven waar en met welk doel men wenst mee te lopen. Dit wordt vervolgens geïnventariseerd en georganiseerd.

Hoofdstuk 10

Leiderschap, governance en management;

Bij ons is er geen sprake van een Raad van Bestuur (RvB) maar van een directie. Deze directie heeft dezelfde bevoegdheden als een gemiddelde RvB. In onze directie is de professionele inbreng gegarandeerd omdat een verpleegkundige en VIG deel uitmaakt van de directie. De directie loopt wekelijks 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 bewoners 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 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 toezichhouder(s)

- De directie faciliteert het werk van de cliëntenraad;
- De directie werkt volgens wettelijke kaders van Wet op de Ondernemingsraden (WOR) en de Wet Kwaliteit klachten en geschillen in de zorg (WKKGZ);
- De directie stimuleert inhoudelijke input op het beleid. Dit wordt besproken in de bestuursvergadering.
- De rad van toezicht ziet toe op het volgen Zorgbrede Governance Code. Dit doen we waarborgen in het bestuursbesluit.

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: Op elke locatie komt de huisarts langs. Als de vraag er is, zal de huisarts direct een verzoek uitschrijven aan de SOG om langs te komen op locatie voor de desbetreffende bewoner. Terugkoppeling volgt dan naar de huisarts en team van de locatie en familie.

Hoofdstuk 11

Gebruik van hulpbronnen

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

Gebouwde omgeving

De locaties Oude Haven en Nieuwe Haven zijn panden in eigendom. Deze staan beide aan een haven. De overige locaties van de ZorgHavengroep worden gehuurd.

Alle locaties hebben een buiten ruimte. Deze variëren wel in grootte. De buitenruimtes worden onderhouden door de tuinman. De parkeerplaatsen en oprijlaan worden in de winter meegenomen in de gladheid bestrijding door een hoveniers bedrijf.

Op alle locaties zijn er ruime appartementen van minimaal 40 vierkante meter, met eigen sanitair, kitchenette, telefoonaansluiting, TV, en personenalarmering. Elke kamer heeft een inboedel verzekering. Op de appartementen bevinden zich privé spullen van de bewoner. De bewoner moet zich daar veilig voelen. Het personeel respecteert de privacy van de bewoner.

De algemene ruimte zijn sfeervol ingericht. In de eetkamer wordt met elkaar de maaltijd genuttigd en in de huiskamer kan men gezellig bijeen zijn. De gangen zijn veilig. De bewoner kan daar op het gemak rond lopen. De trappen huizen zijn afgesloten.

De bewoners kunnen tot en met de laatste zorg op de locatie blijven. De terminale zorg wordt door het zorgteam verleend.

Technologische hulpbronnen

Er is voor iedere bewoner een AMI 2000 beschikbaar waarmee hij/zij een spreek/luisterverbinding kan maken met de dienst doende verzorgende. Aan de AMI 2000 kunnen meerdere alarmeringen gekoppeld worden denk hierbij aan bijv. deuralarm.

In de locatie Parck Haven gaat de zonwering automatisch naar beneden als de zon schijnt en kunnen de bewoners niet zelf de zonwering weer omhoog doen. Dit ter voorkoming van teveel stralingswarmte in huis.

Wifi is voor iedere bewoner en bezoek beschikbaar.

In alle locaties is een gecertificeerd brandmeldinstallatie aanwezig.

Alle locaties zijn voorzien van inbraakalarm.

Vindbaarheid en beschikbaarheid.

De ZorgHaven heeft een site, welke up to date is en ook wordt gehouden. Door goede herkenning van woorden komen we goed naar voren als er gezocht wordt.

Het onderhoud hiervan gebeurt door een externe partij. Daar is het contact heel goed mee, korte lijnen.

Op de site kan men een formulier invullen. Zodra deze wordt verstuurd, komt het binnen bij de Directeur algemene zaken. Deze neemt direct contact op. Dan wordt besproken welke hulpvraag er is en op welke termijn het wenselijk is.

Materialen en hulpmiddelen m.b.t. de zorg

Er worden hulpmiddelen ingezet zodra de zorgvraag daar naar is. Hoog/laag bedden, actieve- en passieve tilliften, draaischijf, AD preventieve matrassen en zitkussens, beugels bij toilet – wastafels en douchehoeken.

Rollators worden door de bewoner zelf aangeschaft.

Rolstoelen worden aangevraagd en aangepast aan de bewoner door de ergotherapie.

I.v.m. garantie voor zoveel mogelijk veiligheid kan er gebruik gemaakt worden van een deuralarm, valmat, babyfoon met zicht en sensor bij bed.

Facilitaire zaken

Op elke locatie is een grote keuken aanwezig. Daarin worden alle maaltijden vers bereid. Alles verloopt volgens de HACCP richtlijnen. Alle locaties zijn beveiligd. Als de avonddienst naar huis gaat, dan schakelt de nachtdienst het inbraakalarm in. Zodra er een deur/raam open gaat of een raam sneuvelt, gaat het alarm af.

Ook belt de beveiliging om te checken of er gevaar is en zo ja of de politie moet worden ingeschakeld.

Er is een opslagruimte op de locatie voor rolstoelen, kerst-/sintspullen etc. Deze ruimte is afgesloten en niet voor de bewoner toegankelijk.

Financiën en administratieve organisatie

De organisatie laat zijn boekhouding verzorgen door een administratie bureau te weten Regoort en de jaarrekening en wettelijke controles uitvoeren door een accountant te weten M & R Accountants. Iedere 6 weken komt het administratie bureau alle aanwezige stukken inboeken. Facturering en betalingen worden door de ZorgHaven zelf uitgevoerd.

De accountant is ervoor de jaarrekening en wettelijke controles. Daarnaast worden alle vraagstukken op gebied van financiën, etc aan hem voorgelegd.

Fiscale aangelegenheden worden door een andere accountant uitgevoerd te weten; Westerveld Vos-sers. Dit is een groot accountant bureau met veel kennis op gebied van particuliere zorgverleners. Wij krijgen hier ook een nieuwsbrief van. Hierdoor blijven wij goed op de hoogte van alle wet en regelgeving rond de zorg.

Wij voldoen aan de AO/IC die door de NZA is opgesteld ten behoeven van de te leveren WLZ zorg.

Professionele relaties

Op alle locaties komt standaard een 1^e lijns-fysiotherapeut. Deze rapporteert in het zorgdossier van de bewoner. Zo continueer je de voortgang.

Elke locatie heeft een vaste huisarts, welke artsensite komt lopen op een vaste dag en bij acute vragen in huis komt. Een enkele bewoner blijft bij zijn/ haar eigen huisarts.

Elke locatie heeft een vaste apotheek. Deze levert aan huis. Deze verzorgt de input in NCare. NCare is een digitaal medicatiesysteem waarin alle toedienlijsten zitten.

Er wordt gebruik gemaakt van de afdeling geriatrie van het ziekenhuis welke in de buurt/regio ligt van de locatie.

Er is een samenwerking met Fresh uniek Mondzorg. Deze hebben een behandelplan in het zorgdossier van de bewoner. Komen jaarlijks langs en anders de mondhygiënist. Kunnen ook ingeschakeld worden bij klachten van de gebitsprothese zoals een breuk.

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 bewonerservaringen 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;
- Bij het verzamelen, vastleggen en beheren van data en informatie hanteren we (Wettelijke) vastgestelde privacy- en veiligheidseisen. Dit geldt ook voor het uitwisselen van en reflecteren op kwaliteitsinformatie tussen interne en externe stakeholders.

2 Benutten en optimaliseren bestaande administratiesystemen

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

3 Openbaarheid en transparantie

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

Hoofdstuk 13

Verbeterparagraaf

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

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

Het opstarten van een cliëntenraad is een belangrijk punt om te ontwikkelen. Deze is er nu in de vorm van medezeggenschap-avonden. Dit zou in een andere vorm zeer wenselijk zijn. Wij hebben in het laatste kwartaal 2017 geïnventariseerd of er belangstelling is van uit de contact personen om een cliëntenraad op te richten. Helaas is hier onvoldoende belangstelling voor

Minimaal viermaal per jaar evalueren we in het Directie overleg en MT de voortgang van de verbeterplanning. De bevindingen hierbij bespreken we op medezeggenschapsavonden en met de medewerkers in de teamvergadering. 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. Dit verslag is openbaar en voor eenieder inzichtelijk.

Er zijn diverse doelstellingen en risico's geïnventariseerd zodra deze verder uitgewerkt zijn zullen wij deze zo spoedig mogelijk invoegen in het kwaliteitsplan.

Slotwoord van de directie

ZorgHaven bv is een groeiende zorgonderneming die met goed gekwalificeerd personeel zorgbehoeftige ouderen persoonlijke zorg en aandacht biedt.

Personeelswerving en vasthouden van goed personeel is voor alsnog geen probleem.

ZorgHaven bv hecht veel waarde aan kwaliteitszorg en zal zich dan ook maximaal inspannen om alle kwaliteitsdoelen te behalen.

Door de kleinschaligheid en korte lijnen is de ZorgHaven goed in staat om haar doelen te halen en goede persoonsgerichte zorg te leveren.

Marieke en Ronald Oostlander

Bestuurders ZorgHaven bv