

KWALITEITSPLAN VERPLEEGHUISZORG 2018

ZORGPLEIN MAASWAARDEN

Inhoud

Voorwoord.....	3
Hoofdstuk 1: Profiel van Zorgplein Maaswaarden.....	4
1.1 Omschrijving zorgvisie, kernwaarden en besturingsfilosofie.....	4
1.2 Beschrijving doelgroepen, aantal cliënten per doelgroep en leeftijdsverdeling.....	5
1.3 Typen zorgverlening, ZZP-verdeling en omzet per doelgroep, december 2017.....	6
1.4 Locatie beschrijving	7
Hoofdstuk 2: Profiel personeelsbestand/personeelssamenstelling	8
2.1 Aantal zorgverleners en vrijwilligers per organisatie-eenheid/doelgroep.....	8
2.2 Personeelssamenstelling: omvang en kwalificatieniveaus van zorgverleners	9
2.3 Deskundigheid medewerkers:	11
Hoofdstuk 3. Kwaliteitskader verpleeghuiszorg.....	12
Hoofdstuk 4. Kwaliteit en veiligheid	14
4.1 Speerpunten kwaliteit en veiligheid.....	15
4.1.1 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning	16
4.1.2 Wonen en welzijn.....	17
4.1.3 Veiligheid.....	19
4.2 Leren en verbeteren van kwaliteit.....	21
Hoofdstuk 5 Randvoorwaardelijke thema's.....	24
5.1 Leiderschap, governance en management.....	24
5.2 Personeelssamenstelling	26
5.3 Gebruik van hulpbronnen.....	28
5.4 Gebruik van informatie.....	29
Hoofdstuk 6: Verbeterparagraaf	30
6.1 Verbeteragenda.....	30
6.2 Samen leren en verbeteren.....	35

Voorwoord

Voor u ligt het kwaliteitsplan 2018 van Zorgplein Maaswaarden. Ons kwaliteitsplan is opgesteld vanuit het kwaliteitskader verpleeghuiszorg 2017 dat als uitgangspunt dient. We hebben vanuit onze visie op wonen en zorg, genormaliseerd wonen, het kwaliteitsplan geschreven.

Het kwaliteitsplan is voor Zorgplein Maaswaarden een waardevol en richtinggevend document, evenals onze jaarlijkse kaderbrief. Het kwaliteitsplan geeft aan wat wij willen, wat ons te doen staat en hoe we dat gaan doen.

We hebben dit plan geschreven in nauwe samenwerking en samenspraak met onze cliënten en naasten (CR), (para-)medici, verpleegkundigen en verzorgenden.

Het kwaliteitsplan zal jaarlijks geactualiseerd worden. Tevens wordt het plan voor feedback voorgelegd aan onze twee collega-organisaties van het lerend netwerk, Het Hoge Veer in Raamsdonksveer en De Wijngaerd in Made.

Ons kwaliteitsplan maakt nadrukkelijk onderdeel uit van de begrotings- en jaarplancyclus binnen Zorgplein Maaswaarden.

Els Lageweg

Bestuurder Zorgplein Maaswaarden

Wijk en Aalburg, 12 februari 2018

Hoofdstuk 1: Profiel van Zorgplein Maaswaarden

1.1 Omschrijving zorgvisie, kernwaarden en besturingsfilosofie

De missie en visie van Zorgplein Maaswaarden zijn gericht om cliënten in de thuissituatie of in de twee woonlocaties die zorg en ondersteuning te geven die zij, vanuit hun mogelijkheden en beperkingen, nodig hebben om kwaliteit van leven te ervaren. In de thuissituatie wordt aan cliënten die zorg- en dienstverlening ontvangen passende - en professionele zorg en begeleiding geboden.

Binnen de locaties Wijkstein en de Notenhoff ondersteunen wij onze cliënten en bewoners om zo lang mogelijk vanuit eigen regie en keuzes hun eigen leven te blijven inrichten. Zorgplein Maaswaarden wil nadrukkelijk onderdeel zijn van deze samenhangende zorg die een cliënt thuis en na inhuizing bij ons nodig heeft.

Onze medewerkers zijn zich bewust van hun professionele rol; zij zijn te gast in de woonleefomgeving van onze cliënten. De kennis, kunde en vaardigheden van de medewerkers zijn gericht op het verlenen van goede zorg en het versterken of behouden van woongenot en kwaliteit van leven.

Het gaat in een verpleeghuis niet meer om 'beter worden' of 'genezen' maar om, in de context van veiligheid, nabijheid en gezelligheid en binnen de mogelijkheden en beperkingen van de individuele cliënt zo lang mogelijk comfortabel te kunnen leven en wonen. Zorgplein Maaswaarden noemt dit 'genormaliseerd wonen'.

Vanuit deze visie van genormaliseerd wonen, is het samenspel tussen formele (zorgprofessionals) en informele zorgverleners (familie en vrijwilligers) van essentieel belang. Zij maken voor de cliënt samen het verschil tussen 'instrumenteel' verzorgd worden of individueel en 'op maat' begeleid, verzorgd en ondersteund worden in de laatste levensfase.

Zorgplein Maaswaarden herkent zich vanuit haar visie sterk in de uitgangspunten van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Daarin wordt gesproken over persoonsgerichte zorg als basis van de zorgverlening aan kwetsbare ouderen. Medewerkers van Zorgplein Maaswaarden geven deze persoonsgerichte zorg vorm door de cliënt te zien in zijn uniciteit, door met compassie diens autonomie te respecteren en waar mogelijk vanuit dialoog diens wensen te beschrijven in het zorgleefplan. Respect en samenwerking zijn de basis voor de omgang met cliënten en hun naasten.

Zorgplein Maaswaarden heeft binnen de verpleegafdelingen een kleinschalige zorgomgeving waarbij bewoners met elkaar in een gezellige huiskamer samen de dag (kunnen) doorbrengen. Er wordt met een vast team van medewerkers en vrijwilligers per huiskamer gewerkt. Familie wordt van harte uitgenodigd om een actieve bijdrage te leveren aan het leven van hun dierbare in het verpleeghuis.

In onze besturingsfilosofie wordt het motto 'regie bij de cliënt' doorgevoerd naar medewerkers. Dat betekent dat vanuit duidelijke taken en verantwoordelijkheden, de regie en verantwoordelijkheid over (de organisatie van) het werk - uiteraard passend bij functie en taakvolwassenheid - bij medewerkers wordt gelegd.

We werken met zelfverantwoordelijke, integrale teams (ZVT) onder leiding van een coachende teamleider.

De bestuurder bestuurt de stichting onder integraal toezicht van de Raad van Toezicht. Het normatieve kader voor het handelen en het gedrag van de bestuurder is de vigerende Governance Code Zorg 2017 en de Gedragscode voor goed bestuur van de NVZD.

1.2 Beschrijving doelgroepen, aantal cliënten per doelgroep en leeftijdsverdeling

Zorgplein Maaswaarden levert zorg vanuit de WMO, ZVW en WLZ. Voor de extramurale en WMO-zorg is het werkgebied het Land van Heusden en Altena.

Voor de WLZ-zorg heeft Zorgplein Maaswaarden twee locaties in een landelijke omgeving: locatie Wijkstein in Wijk en Aalburg en locatie de Notenhoff in Andel.

Beide locaties leveren verpleeghuiszorg aan cliënten met een somatische of PG-indicatie. Op locatie Wijkstein wordt ook verpleeghuiszorg zonder behandeling geleverd en kortdurende zorg en eerstelijnsverblijf.

1.3 Typen zorgverlening, ZZP-verdeling en omzet per doelgroep, december 2017

	Type	Aantal
Cliënten		
Intramuraal	ZZP4 - BH	24
	ZZP 4 + BH	0
	ZZP 5 - BH	6
	ZZP 5 + BH	41
	ZZP 6 - BH	6
	ZZP 6 + BH	26
	ZZP 7	10
	ZZP 8	4
	ZZP 9	0
Extramuraal	Thuiswonend	117
	Part.huurders op locatie	0
WMO	HH	143
WMO	Dagbesteding	34
Medewerkers		
	Zorg niveau 1-2	18
	Zorg niveau 3-3IG	130
	Zorg niveau 4-5	21
	Facilitair	62
	Ondersteunende dienst	31
	Management	3
Vrijwilligers		
	Locatie Wijkstein	202
	Locatie De Notenhoff	98
Omzet 2016 per productgroep		
	WLZ:	8.748.352
	ZVW:	830.353
	WMO:	528.872

1.4 Locatie beschrijving

Locatie De Notenhoff

De Notenhoff is een kleinschalig verpleeghuis in een landelijke omgeving voor 19 psychogeriatrische en 17 somatische cliënten. De Notenhoff ligt in het centrum van Andel.

De Notenhoff is gebouwd naar voorbeeld van een Limburgse hoeve. Ook de tuin is aangelegd in een boerderijachtige sfeer. Er is een dierenverblijf, een hooiberg, een tractor en diverse oude agrarische voorwerpen. De cliënten kunnen niet alleen de sfeer beleven, maar ook meehelpen met de dierenverzorging en het kweken van producten voor het bereiden van een maaltijd.

Verpleeghuis De Zwaan

In psychogeriatrisch verpleeghuis de Zwaan wonen 19 cliënten. Ook hier wordt gewerkt volgens onze visie op 'genormaliseerd wonen'. Dit houdt in dat onze cliënten in een van de twee kleine woongroepen verblijven met ieder een eigen, sfeervolle huiskamer en een vaste groep medewerkers. In de huiskamers kan men als men dat wil een welzijnsaanbod, programma volgen waarin de situatie en het dagritme van thuis zoveel mogelijk wordt voortgezet. Iedere cliënt heeft binnen Zorgplein Maaswaarden een eigen appartement.

Verpleeghuis De Rib

In het verpleeghuis De Rib worden 17 cliënten met een somatische (lichamelijke) aandoening, verpleegd en behandeld. Cliëntgerichte zorg en genormaliseerd wonen zijn hierbij onze uitgangspunten.

De cliënten die op de afdeling somatiek wonen, hebben een mooi appartement met eigen sanitaire voorzieningen. Daarnaast is er een gezamenlijke huiskamer waarin men, desgewenst, kan verblijven.

Locatie Wijkstein

Locatie Wijkstein is een kleinschalige locatie in het centrum van Wijk en Aalburg, in het land van Heusden en Altena. Deze locatie heeft een verzorgingshuis en een verpleeghuis dat uit twee verpleeghuisafdelingen bestaat; een psychogeriatrische afdeling en een somatische afdeling. In deze locatie bevindt zich ook de dagbesteding en het restaurant van Maaswaarden.

Verzorgingshuis Wijkstein

Op dit moment hebben we 37 appartementen in deze vleugel van het gebouw. Hier hebben wij een woonvorm voor cliënten met een zzp 4-7 zonder behandeling. Ook hebben we in deze vleugel de appartementen voor eerstelijnsverblijf en een logeerkamer.

Verpleeghuisafdeling Het Anker

In somatisch verpleeghuis Het Anker worden 16 cliënten met een somatische (lichamelijke) aandoening verpleegd en behandeld. Hier wordt gewerkt volgens het principe 'genormaliseerd wonen'. Alle cliënten hebben een appartement met eigen sanitaire voorzieningen.

Verpleeghuisafdeling De Haven

In psychogeriatrisch verpleeghuis De Haven wonen 32 cliënten. Dit houdt in dat onze cliënten in een van de drie kleine woongroepen verblijven met ieder een eigen huiskamer.

In de huiskamers wordt, als men dat wilt, een welzijnsprogramma aangeboden waarin de situatie en het ritme van thuis zoveel mogelijk wordt voortgezet.

Hoofdstuk 2: Profiel personeelsbestand/personeelssamenstelling

2.1 Aantal zorgverleners en vrijwilligers per organisatie-eenheid/doelgroep

Totaal per december '17: 265 medewerkers samen goed voor 140,75 fte. Daarnaast zijn er 300 vrijwilligers binnen de organisatie actief.

2.2 Personeelssamenstelling: omvang en kwalificatieniveaus van zorgverleners

Personeelssamenstelling 2018

Verdeling personeelssamenstelling december 2017

Groep	Aantal	Waarvan Leerling/ Stagiair	FTE	waarvan Leerling/ Statair
(para)medisch (PNIL)	8*	-	-	-
Psychosociaal	10	-	6,10	-
Verpleegkundig	17	-	9,80	-
verzorgend 1	13	-	5,90	-
verzorgend 2	3	-	1,40	-
Verzorgend 3	20	-	7,80	-
Verzorgend 3 IG	100	11	58,30	6,80
Facilitair	66	-	31,10	-
Overhead	36	1	20,40	1,00
Totaal medewerkers	273	12	140,80	7,80
Vrijwilligers	298	-	-	-

Ratio personeelskosten t.o.v. omzet

In begroting 2017 was dit 66%

*Personeel niet in loondienst

Zorgverleners per afdeling/doelgroep

Afdeling	VZH	Som	PG	wvp/db/ab
Wijkestein	26,00	-	-	-
Het Anker	-	20,00	-	-
De Haven	-	-	34,00	-
De Rib	-	17,00	-	-
De Zwaan	-	-	21,00	-
Wijkverpleging	-	-	-	38,00
Dagbesteding	-	-	-	6,00
AB-ers	-	-	-	6,00
Totaal	26,00	37,00	55,00	50,00

Zorgverleners per afdeling/doelgroep

Kwartaal	Instroom		Uitstroom	
	Totaal FTE	Zorg FTE	Totaal FTE	Zorg FTE
Kwartaal 1	4,90	4,60	2,60	1,00
Kwartaal 2	3,00	1,70	5,90	5,10
Kwartaal 3	7,40	7,10	4,60	3,10
Kwartaal 4	-	-	-	-
Totaal	15,30	13,40	13,10	9,20
Mutatie	2,20	4,20		
Uitstroom in % totaal FTE			9,40%	

Doorstroom t/m 3e kwartaal 2017

van 3 naar 3IG		15	deelkwalificatie verpleegtechnisch handelingen		
van 0 en 1 naar 3IG		4	volledig gediplomeerd		
van 3IG naar 4		4	net gestart		

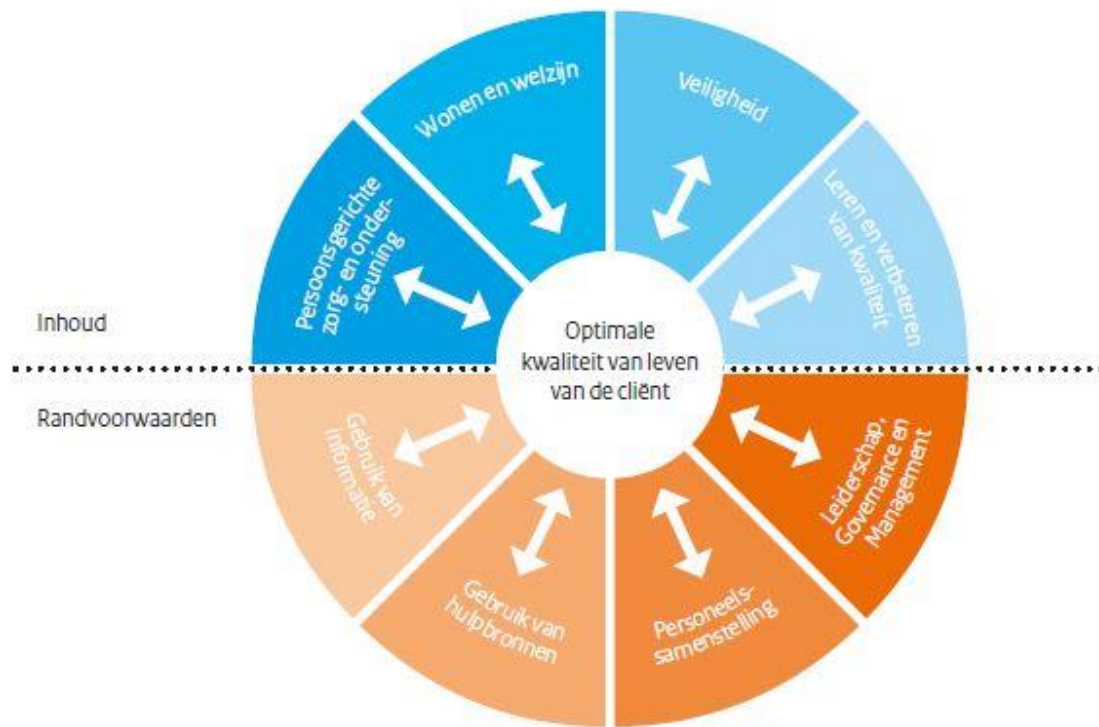
2.3 Deskundigheid medewerkers:

- 16 verzorgenden zijn opgeleid naar niveau 3 IG.
- de taakvolwassenheid van de ZVT is gegroeid zoals zichtbaar is in de uitkomsten van de teambarometer en de uitbreiding van de teamtaken
- de aanwezigheid op iedere PG-afdeling van één of enkele medewerkers met een GVP-opleiding.

Hoofdstuk 3. Kwaliteitskader verpleeghuiszorg

Voor het opstellen van dit kwaliteitsplan neemt Zorgplein Maaswaarden het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg 2017 als uitgangspunt, naast onze eigen visie op zorg en welzijn, genormaliseerd wonen.

De thema 's vanuit het Kwaliteitskader zijn zichtbaar in onderstaand model



Figuur 1: Integraal model voor dynamisch en ontwikkelingsgericht werken aan kwaliteit verpleeghuiszorg

Bron: Kwaliteitskader verpleeghuiszorg 2017

De vier kwaliteit en veiligheid thema's zijn:

1. Persoonsgerichte zorg- en ondersteuning
2. Wonen en welzijn
3. Veiligheid
4. Leren en verbeteren van kwaliteit

De vier randvoorwaardelijke thema's zijn:

5. Leiderschap, governance en management
6. Personeelssamenstelling
7. Gebruik van hulpbronnen
8. Gebruik van informatie

Dit model geeft concrete invulling aan het kader waarmee de zorgorganisatie kwaliteit van zorg kan vormgeven. Medewerkers en teams hebben het meest invloed op de thema's 1 tot en met 4, het managementteam op de thema's 5 tot en met 8. Alle thema's worden nader toegelicht in de hoofdstukken 4 (Kwaliteit en veiligheid) en 5 (Randvoorwaardelijke thema's).

Hoofdstuk 4. Kwaliteit en veiligheid

Het algemene aandachts- en leerpunt binnen Zorgplein Maaswaarden is voor alle afdelingen het leren en verbeteren. Het doel is om elkaar Feedback te geven, elkaar aan te spreken op de kwaliteit en met elkaar ook het werkplezier te vergroten. Dit blijkt voor ons een lastig punt. Om dit leerpunt te ondersteunen op groeps- en individueel niveau maken we gebruik van de Kwaliteitsverbetercyclus; kortweg KVC genoemd. Met behulp van de Verbetercyclus (zie figuur 2) worden medewerkers geholpen om in het dagelijkse werk de kwaliteit te verbeteren. De onderwerpen hebben betrekking op de veiligheid of de kwaliteit van zorg voor cliënten, en ook over de sfeer op de werkvloer of de contacten met verwanten. Via een digitale vragenlijst krijgen teams inzicht in hoe alle betrokkenen de kwaliteit op de afdeling ervaren. Teams bespreken deze inzichten – al dan niet met de betrokkenen - om te komen tot concrete verbeteracties voor de korte termijn. Vervolgens wordt gemonitord of hun verbeteracties ook leiden tot een meer positieve ervaring van de kwaliteit. Deze werkwijze stimuleert eigenaarschap bij teams op hun eigen verbeterproces. Het raakt de intrinsieke motivatie van medewerkers en draagt bij aan een blijvende gedragsverandering. De dialoog over verbeterpunten beperkt zich niet tot de teams. Ook met bewoners en familie/vertegenwoordigers, vrijwilligers, behandelaren en het Managementteam worden de uitkomsten gedeeld en vindt er een dialoog plaats.

In paragraaf 4.1 wordt ingegaan op de speerpunten op het gebied van kwaliteit en veiligheid. Aansluitend wordt in paragraaf 4.2 ingegaan op het leren en verbeteren van de kwaliteit.

Figuur 2

Stap 2: Verbeterdialoog in de teams

Stap 3: Werken met de verbeterapp



Stap 1: Vragenlijst ingevuld door:

- Medewerkers
- Bewoners
- Mantelzorgers/Vertegenwoordiger/Familie
- Vrijwilligers
- Behandelaren
- Management

Bron: Vilans; informatie kwaliteitsverbetercyclus

4.1 Speerpunten kwaliteit en veiligheid

In dit hoofdstuk worden de speerpunten die met kwaliteit en veiligheid te maken hebben toegelicht. Per thema wordt aangegeven wat het beleid is van Zorgplein Maaswaarden en hoe dit samenhangt met het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Het beleid wordt tevens vormgegeven in beleidsmatige ontwikkelpunten voor Zorgplein Maaswaarden. Uiteindelijk resulteert dit in een schema met daarin opgenomen de volgende onderwerpen; Beleidspunt, Aanleiding, Doel 2018, Acties en meetpunt.

Op deze manier wordt het vastgestelde beleid cyclisch uitgevoerd. Input voor dit schema zijn de speerpunten die in de kaderbrief 2018 staan geformuleerd. Voor het formuleren van de speerpunten voor 2018 is allereerst kritisch gekeken naar de mate van realisatie van de doelen van 2017.

Op een aantal punten blijft structureel inzet en actie nodig:

- de kwaliteit en veiligheid van het primaire proces;
- het concretiseren van samen leren en verbeteren;
- het scherp blijven op bedrijfsvoering en uitgavenpatroon;
- terugdringen van verzuim.

Toevoegingen op basis van de KVC:

Nagegaan is of er uit de uitkomsten van de Verbetermeting (KVC) van De Haven en het verzorgingshuis speerpunten kunnen worden gedestilleerd op basis van de antwoorden van cliënten, mantelzorgers en medewerkers. De speerpunten die daaruit voortgekomen zijn, zijn ook meegenomen in onderstaande schema onder 4.1.1

De Verbetermeting is gebaseerd op de acht thema's die zijn beschreven in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg en vraagt per thema naar de ervaringen op verschillende onderliggende sub-thema's. Zo bevat bijvoorbeeld het thema Persoonsgerichte zorg uit het Kwaliteitskader de volgende sub-thema's: Aandacht voor cliënten, zorgmedewerkers kennen de cliënt, inspelen op wensen en behoeften, heldere afspraken, cliënten hebben inspraak in de zorg, methodisch handelen, zorgleefplan opstellen, zorgleefplan als basis voor gewenste zorg, en evaluatie zorgleefplan.

De Verbetermeting 360 graden is in september 2017 uitgevoerd op de afdelingen Verzorgingshuis en De Haven.

In het Verzorgingshuis hebben in totaal 14 cliënten (36%) en 20 medewerkers (80 %) de vragenlijst volledig ingevuld.

Op afdeling De Haven hebben in totaal 7 cliënten (22%), 2 mantelzorgers (percentage onbekend) en 12 medewerkers (35%) de vragenlijst volledig ingevuld.

4.1.1 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Beleidspunt	Aanleiding	Doel	Actie en Meetpunt
Autonomie en regie van cliënten	Medewerkers kennen de cliënt vaak onvoldoenden om persoonsgerichte zorg te kunnen geven. Het levensverhaal van cliënten is niet altijd bekend. N.a.v. de uitkomsten van de KVC: Dagindeling en activiteiten ook meer gericht op de cliënt	Medewerker kent de cliënt en zijn of haar levensverhaal. Met als gevolg dat de zorg vraaggericht wordt gegeven en aansluit bij de cliënt. Dit geldt ook voor de dagindeling en de activiteiten die aangeboden worden.	Eerste gesprek voor opname om de persoon en diens achtergrond beter te kennen ZLP
Zorgleefplannen	ZLP is ondergebracht in papieren dossiers. Beter borging van ZLP als ondersteuning van het gesprek met en goede zorg aan de cliënt	Implementatie van een ECD.	Jaarplan Bedrijfsvoering (BV)
MDO-planning	MDO-planning wordt niet altijd gevolgd. Met als gevolg dat er niet altijd een actueel ZLP is.	Iedere cliënt wordt 2x ingepland voor een MDO zodat de ZLP 's actueel zijn	MDO planning voldoet ZLP
Beweegplannen	Beweegplannen zijn nog niet allemaal gerealiseerd op cliëntniveau. Het belang en de uitvoering van een beweegplan is nog niet bij elke medewerker voldoende aanwezig.	Voor iedere cliënt is een beweegplan met zijn of haar wensen dat uitgevoerd wordt.	ZLP
Richtlijn onbegrepen gedrag	Kennis van PG verhogen en motivatie van medewerkers t.a.v. deze doelgroep nagaan	Richtlijnen zijn geïmplementeerd eind augustus. In februari is een start bijeenkomst gepland En motivatie en kennis individuele medewerker is nagegaan	Medewerkers hebben voldoende kennis en werken eind augustus gemotiveerd met de richtlijnen
Palliatieve zorg	Zorgzwaarte cliënten en korte verblijfsduur vragen om deskundigheid in laatste levensfase. Richtlijnen zijn zoverre ontwikkeld dat ze in de praktijk gebracht kunnen worden.	Aanvraag ZZP 10 en eind 2018 zijn de richtlijnen geïmplementeerd	Praktijk is zodanig ingericht dat conform ZZP 10 geleverd wordt. ZLP

4.1.2 Wonen en welzijn

Wonen en welzijn gaat over de wijze waarop de organisatie en zorgverleners in hun zorg- en dienstverlening enerzijds oog hebben voor optimale levenskwaliteit en welbevinden van cliënten en betrokken naasten en anderzijds op het bevorderen en ondersteunen van de levenskwaliteit en welbevinden van cliënten.

Zingeving

Het kennen van het verhaal achter de cliënten vindt Zorgplein Maaswaarden essentieel voor goede zorg- en dienstverlening. Zorgplein Maaswaarden wil aandacht geven aan de levensvragen van de cliënt en hierbij ondersteuning geven door het levensverhaal van de cliënt te kennen. Enerzijds door goed op de hoogte te zijn van de achtergrond, religie en interesses van de cliënt en anderzijds door het 'goede gesprek' aan te gaan tijdens zijn/haar verblijf. De organisatie wil, met het introduceren van ondersteunende teams op de afdelingen meer aandacht geven aan zingeving.

Zinvolle dagbesteding

Vanuit de wensen en behoeften van de cliënt zal de dagbesteding activiteiten op maat ontwikkelen.

Familieparticipatie en inzet vrijwilligers

Vrijwilligers hebben een belangrijke rol in het streven naar optimale zorg,- en dienstverlening. Door de inzet van vrijwilligers wordt de cliënten net dat stukje extra ondersteuning en kwaliteit van leven geboden. Ook familieparticipatie wordt enorm gestimuleerd binnen de organisatie en zal met name binnen het thema Zorg en Welzijn verder worden ontwikkeld.

In het onderstaande schema worden de beleidspunten voor 2018 beschreven.

Beleidspunt	Aanleiding	Doel	Actie en Meetpunt
Integrale teams ontwikkelen	Medewerkers zorg –en welzijn werken in een integraal team: er is een begin gemaakt maar dient verder gestalte te krijgen.	Voldoende personeel op de afdeling. En samenwerking en taakverdeling op basis van deskundigheid. Welzijn van en aandacht voor cliënt centraal	Zie jaarwerkplan zorg.
Koken op de afdeling, ook dichtbij cliënten als welzijns-aspect	Implementatie nieuwe maaltijdvoorziening vindt gefaseerd plaats vanaf januari. En koken op de afdeling wordt uitgebreid zodat het een volwaardige welzijnsactiviteit wordt.	3 a 4 x per week zelf koken op de afdeling en de andere dagen middels aangeleverde maaltijdcomponenten.	Er wordt gekookt op de afdeling 3 a 4 keer per week.
Passend activiteiten-aanbod	Activiteitsaanbod is onvoldoende op maat voor cliënten of groepen. Uitkomst KVC: weinig activiteiten in het weekend en de avond.	Passend activiteitenpalet toegespitst op doelgroep en op de behoeften en achtergrond van de cliënt. Nagaan of in het weekend en 's avonds aanbod activiteiten kan toenemen	Activiteiten-palet en jaarkalenders zijn ontwikkeld. Idem
Gastvrijheid	Handvatten voor gastvrij gedrag zijn momenteel niet overal aanwezig.	Alle klantcontactfuncties zijn getraind in de principes van gastvrij gedrag. Gastvrijheid is een onderdeel van aandacht voor de cliënten.	Medewerkers hebben voldoende kennis en laten dit zien in het gewenste gedrag.
Samenwerking vrijwilligers en participatie van familie	Uitkomst KVC: familieparticipatie kan nog als lastig ervaren worden en samenwerking vrijwilligers vraagt nog aandacht.	Samenwerking vrijwilligers en participatie van familie optimaliseren.	Nagaan hoe en op welke afdeling hiervoor aandacht nodig is. Zie afdelingsjaarplan.

4.1.3 Veiligheid

Garanderen van basisveiligheid betekent dat een zorgorganisatie met gebruikmaking van relevante professionele standaarden en richtlijnen vermijdbare schade bij cliënten zoveel mogelijk probeert te voorkomen en leert van veiligheidsincidenten. Het gaat om risicobewustzijn en risicoreductie.

Meten basisveiligheid

De vier thema's van basisveiligheid (medicatieveiligheid, decubituspreventie, gemotiveerd gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen en preventie acute ziekenhuisopnamen) worden gemeten in interne en externe audits.

Incidentencommissie

Zorgplein Maaswaarden wil een veilige leef- en woonomgeving voor de cliënten realiseren en heeft hiervoor onder andere een Incidentencommissie ingericht. Het beoordelen van meldingen incidenten cliënten (MIC) is één van de taken van de incidentencommissie. MIC is een instrument om inzicht te krijgen in de aard en omvang van de (bijna)incidenten op organisatieniveau.

Taken en bevoegdheden van de incidentencommissie zijn:

- Inventariseren en analyseren van incidenten en gevaarlijke situaties;
- Formuleren van adviezen aan directie;
- Verslaglegging van incidenten.

Uitgangspunt is de Praktijkgids veilig incident melden die ontwikkeld is in het kader van het VMS veiligheidsprogramma(versie 2009). Veilig Incident Melden (VIM) is een methode die ontworpen is om incidenten veilig te melden, te onderzoeken en de oorzaken te categoriseren dicht bij het werkproces.

Klachten

Een goede zorg- en dienstverlening aan de cliënten staan op de eerste plaats. Helaas kunnen er soms zaken niet goed gaan. Het registreren van klachten is de bedoeling om signalen, suggesties en uitingen van ongenoegens van cliënten in een vroegtijdig stadium te herkennen en in gesprek te gaan om samen een oplossing te vinden. Dit voorkomt in veel gevallen dat een klacht wordt doorgezet. Het streven is een klacht op te lossen met degene op wie de klacht betrekking heeft. Lukt dit niet of wordt hiervoor niet gekozen dan kan de klacht met behulp van de klachtenfunctionaris opgelost worden.

In 2017 is de klachtenregeling op grond van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) bijgesteld.

Risicoanalyses

Er wordt inhoudelijk invulling gegeven aan het veiligheidsbeleid. En er wordt gewerkt aan een veiligheidscultuur zodat de veiligheid in de organisatie bevorderd wordt op zowel management-, medewerker- als op cliëntniveau. Hiertoe wordt jaarlijks een risicoanalyse op organisatieniveau plaats. En op procesniveau worden er prospectieve risicoanalyses (PRI 's) uitgevoerd. Het doel van deze PRI's is het vaststellen van risico's en het zoveel mogelijk verminderen of beheersen daarvan door het nemen van de benodigde maatregelen.

Beleidspunt	Aanleiding	Doel	Actie en Meetpunt
Indicatoren basisveiligheid invoeren met extra aandacht voor medicatie en vallen.	Bewustwording op risico's en fouten en borging van veilige principes dient versterkt te worden. Melding en opvolging MIC/MIM dient aangescherpt te worden: - incidenten vallen en medicatie extra aandacht; - protocollen en procedures: aanscherping en meer aandacht voor inhoud. Uitkomst KVC: uitkomsten MIC/MIM structureel inhoudelijk bespreken.	Bewustzijn van risico 's en fouten is toegenomen. In het team inhoud incident en oorzaken daarvan bespreken.	Continu monitoren. Zie kwartaalrapportages MIC/MIM en notulen MIC/MIM commissie. Afdelingsjaarplan.
De kwaliteit en veiligheid zijn gewaarborgd door middel van meting van de risico-indicatoren en opvolging daarvan.	IGZ houdt toezicht onder andere op grond van de uitkomst van de meting van de risico-indicatoren. In 2018 (over meetjaar 2017) worden nog de risico-indicatoren van IGZ gebruikt. In 2019 vindt de meting plaats op basis van nieuwe set indicatoren. Uitkomst KVC: Opvolging inventarisatie gezondheidsrisico's; beleid is niet duidelijk voor medewerkers.	Kwaliteit en veiligheid borgen en voldoen aan verplichting IGZ. Opvolging inventarisatie gezondheidsrisico's en beleid communiceren naar medewerkers.	Meting in juni 2018 van de risico-indicatoren van IGZ waaronder de indicatoren basisveiligheid. Zie afdelingsjaarplan.
Omgaan met agressie.	Medewerkers zijn onvoldoende toegerust om met agressie om te gaan. Cliënten met ZZP 7 vragen om een andere benadering; Medewerkers leren de-escalerend te handelen.	Trainingen worden georganiseerd en 100% gevolgd door medewerkers die (mogelijk) met agressie te maken kunnen krijgen.	Trainingen zijn gevolgd.
Veilige werkomgeving voor medewerkers.	Medewerkers zijn onvoldoende op de hoogte van hun verantwoordelijkheid en het melden van onveilige situaties. Om te komen tot veilige situaties moeten melding en opvolging goed ingeregeld zijn. Uitkomst KVC: werken in burgerkleding; te weinig gebruik van schorten.	Trainingen hygiëne, melden van onveilige situaties en opvolging RI&E. Hygiënevoorschriften worden opgevolgd. Juist gebruik van schorten en andere hygiënevoorschriften.	Trainingen zijn gevolgd. Actieplan RI&E is uitgevoerd. Zie afdelingsjaarplan.
Invoeren GDPR (AVG); General Data Protection Regulation.	Scan uitvoeren en vervolg geven aan verbeteracties. En op grond daarvan vanaf mei 2018 te voldoen aan de richtlijnen vanuit GDPR.	Organisatie is toegerust en voldoet aan de nieuwe wetgeving vanaf mei 2018.	Actiepunten vanuit scan zijn uitgevoerd. Zie jaarwerkplan.

4.2 Leren en verbeteren van kwaliteit

Leren en verbeteren van kwaliteit gaat over de wijze waarop de zorgverlener en zorgorganisatie op dynamische en lerende wijze zorg dragen voor optimale zorg en verzorging voor cliënten. Een 'lerende houding' is hierbij essentieel en vormt de basis om kwaliteitsverbetering tot stand te brengen. Daarnaast is het belangrijk dat gebruik gemaakt wordt van de best beschikbare kennisbronnen zoals wetenschappelijke literatuur, professionele richtlijnen, landelijke en lokale data, gesystematiseerde ervaringsgegevens en kwalitatieve informatie.

Kwaliteitsmanagementsysteem

Het leveren van kwaliteit is de verantwoordelijkheid van iedereen. Iedereen draagt bij aan het leveren van verantwoorde zorg. Dit wordt ondersteund door de ontwikkeling van een kwaliteitsmanagementsysteem conform de HKZ-normen en de eisen uit het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Dit kwaliteitsmanagementsysteem bevat het geheel aan afspraken die in de vorm van procedures, werkinstructies en beleidsdocumenten zijn vastgelegd. Deze documenten zijn te vinden in de computer op de H-schijf in de map documenten HKZ. Deze documenten worden van tijd tot tijd geëvalueerd en bijgesteld. Het kwaliteitsmanagementsysteem ondersteunt op deze manier het doorlopen van de Plan-Do-Check-Act (PDCA) cyclus op alle niveau's in de organisatie. Jaarlijks wordt het kwaliteitsmanagementsysteem extern geaudit. Ook in 2017 heeft deze audit plaats gevonden met een positief resultaat.

Beleid

Het beleid van Zorgplein Maaswaarden is beschreven in de kaderbrief en vertaald in jaarwerkplannen op management- en afdelingsniveau. Vanaf 2018 wordt het beleid integraal opgenomen in het kwaliteitsplan. Het opstellen van een kwaliteitsplan is een eis voortkomend uit het kwaliteitskader verpleeghuiszorg.

De jaarwerkplannen op management- en afdelingsniveau zijn onder andere gebaseerd op gegevens voortkomend uit:

- Ontwikkelingen en inbreng vanuit de organisatie;
- Maatschappelijke ontwikkelingen;
- Wettelijke ontwikkelingen en innovatie;
- Tevredenheidsonderzoeken (kortcyclisch: Kwaliteitsverbeterapp);
- Jaarplannen van het afgelopen jaar;
- Uitkomsten van de HKZ-certificering;
- Klachten;
- De uitkomsten van het managementtevredenheidsonderzoek (MTO).

Jaarlijks wordt door het management en de bestuurder bepaald welke zaken het komende jaar worden opgenomen in het kwaliteitsplan. Verantwoording hierover wordt jaarlijks afgelegd in het jaarverslag.

Lerend netwerk

Zorgplein Maaswaarden is een kleinschalige zorgorganisatie die zelfstandig wil (voort)bestaan. Om dit op termijn te kunnen blijven realiseren, wordt de samenwerking met andere organisaties opgezocht en wordt bewust gekozen voor 'vergelijkbare' zorgorganisaties en partijen. In dat kader streeft Zorgplein Maaswaarden als netwerkorganisatie naar een nauwe samenwerking met andere organisaties en ketenzorgpartners daar waar dat een meerwaarde heeft voor cliënten, medewerkers en organisatie of een doelmatiger gebruik van zorggelden oplevert.

Vanaf 1 juli 2017 is middels een daartoe afgesloten samenwerkingsovereenkomst een lerend netwerk ingericht met de zorgorganisaties De Wijngaerd en het Hoge Veer. In het kader van het thema 'Leren en verbeteren van Kwaliteit' gaat Zorgplein Maaswaarden samen met deze organisaties invulling geven aan de inrichting van het begrip 'lerende organisaties'. De doelstellingen zijn:

- Samenwerking op het gebied van kwaliteit: het kwaliteitsplan wordt voorafgaand aan de vaststelling voor feedback voorgelegd aan de twee collega-organisaties van het lerend netwerk;
- Het in samenwerking invulling geven aan een dynamisch ontwikkelproces van samen leren en verbeteren van het lerend vermogen van de organisaties;
- Het actief onderling uitwisselen van kennis en methodes voor het verbeteren van de kwaliteit van de zorgverleners;
- Het beschikbaar stellen van tijd en ruimte voor personeel om mee te lopen bij de partnerorganisatie in het lerend netwerk;
- Het optimaliseren van opleidingsmogelijkheden en kennisborging;
- Het ontwikkelen van een methode om het lerend vermogen van de partners zichtbaar te maken.

In het onderstaande worden de beleidspunten voor 2018 weergegeven:

Beleidspunt	Aanleiding	Doel	Actie en Meetpunt
Teamtaken ZVT.	Momenteel onduidelijk wat wel/niet teamtaken zijn.	Implementatie is afgerond en de grenzen qua taken en bevoegdheden ZVT zijn vastgesteld.	Duidelijk is waar wel/geen toestemming voor nodig is. Zie afdelingsplan.
Opleidingsbudget per medewerker.	Naast verplichte scholing eigen keuze medewerker op bijscholing of passende cursus.	Opleidingsbudget per medewerker is toegekend en geïmplementeerd met daarbij wat wel/niet verplicht is.	Zie jaarwerkplan.
Beleidsdagen per ZVT.	Interactief gesprek aangaan en brainstorm op vak: meer inspraak, invloed en ideeën opdoen.	Input vanuit de afdeling wordt meegenomen in het afdelingsplan.	De dagen staan gepland voor februari en maart 2018. Zie jaarwerkplan.
Samenwerking externe (keten)partners	Samenwerking met lerend netwerk, huisartsen, ziekenhuizen heeft versterking nodig.	Samenwerking wordt geïntensiveerd.	Zie jaarwerkplan.
Kennis ophalen en delen in de regio.	Er is een opleidingsplan voor 2018 dat uitgevoerd wordt.	Toename van kennis.	Deelname aan ketenoverleg palliatieve en dementiezorg. Zie jaarwerkplan.
Sleutelrol dementie in het Land van Heusden en Altena	Wens om meer zichtbaar te zijn als zorgorganisatie in de dementieketen.	Sleutelrol is gerealiseerd.	Start is gemaakt en krijgt verder gestalte dit jaar. Zie jaarwerkplan.

Hoofdstuk 5 Randvoorwaardelijke thema's

5.1 Leiderschap, governance en management

Leiderschap, governance en management hebben betrekking op de aansturing en governance van de zorgorganisatie en zijn faciliterend voor kwaliteit, zoals het beleggen van verantwoordelijkheid, besluitvorming en risicomanagement, en de strategische, statutaire en financiële verplichtingen.

Zorgbrede Governance Code

De Raad van Bestuur werkt volgens de geldende versie van de Zorgbrede Governance Code. Dit blijkt uit de statuten en reglementen van Raad van Toezicht en Raad van Bestuur van Zorgplein Maaswaarden.

Gedrag en leiderschapsstijl Raad van Bestuur

De leiderschapsstijl en gedrag van de Raad van Bestuur is ondersteunend aan dit kwaliteitskader verpleeghuiszorg. De Raad van Bestuur is eindverantwoordelijk voor de toepassing ervan en de Raad van Toezicht ziet hier actief en aantoonbaar op toe.

Verpleegkundige adviesraad

In het kwaliteitskader verpleeghuiszorg staat dat de Raad van Bestuur stimuleert in het licht van kwaliteitsverbetering van verpleeghuiszorg de oprichting van een Verpleegkundige/verzorgende Adviesraad (VAR) dan wel een Professionele Adviesraad (PAR) in zijn/haar organisatie of andere vormen waaronder digitale platforms. Een beleidsmatig ontwikkelpunt is dat de projectgroep vaardigheden per 1 januari 2018 VAR gaat heten en zich hierin verder gaat ontwikkelen.

Zichtbaarheid

Om de zichtbaarheid nog groter te maken en gevoel te houden met de werkvloer zullen leden van het managementteam periodiek meelopen en meewerken.

De beleidspunten zijn in het onderstaande schema weergegeven.

Beleidspunt	Situatie	Doel	Actie en Meetpunt
Visie ontwikkelen op uitbreiding van zorg- en welzijnsaanbod; - Scheiden wonen en Zorg; -Volledig pakket Thuis; -Modulair pakket Thuis; -Onderzoek doen naar haalbaarheid en PVA maken.	Ons huidig aanbod is afgestemd op de huidige productieafspraken. Wij krijgen veel vraag naar uitgebreide, meer complexe verpleeghuiszorg thuis.	Een aanbod van zorg voor potentiële cliënten gericht op de optimalisatie van zorg in de keten van thuiszorg naar verpleeghuiszorg. Kwalitatieve aanwezigheid en hoogwaardige zorg thuis.	Jaarwerkplan extramurale teams en cliëntservice-bureau. Beoordelen onderzoek en plan van aanpak om wel of niet een go te geven.
Samenwerking met woningcoöperatie.	Alle afspraken tussen ZPMW en Meander zijn geëvalueerd en waar nodig bijgesteld.	Een duurzaam partnerschap opbouwen zodat de zorgorganisatie langdurig zorg kan blijven bieden in ons werkgebied.	Jaarwerkplan.
Overhead in relatie tot shared service center.	Onderzoek naar samenwerking is gedaan.	Overkoepelende ondersteuning voor meerdere organisaties is uitgewerkt.	Nagaan hoe ondersteuning 'slim en slank' georganiseerd kan worden. Jaarwerkplan.
Dóórontwikkelen VVAR.	Proces wordt voortgezet Uitkomst KVC: medewerkers geven aan niet te weten wat een VVAR inhoudt.	VVAR is samengesteld en inspraak van verzorgenden en verpleegkundigen is geformaliseerd. Medewerkers worden ingelicht over inhoud VVAR.	VVAR is geïnstalleerd en voorlichting hierover is gegeven.
Arbeidsverzuim verminderen.	Taak op preventie en begeleiding door teamleiders versterken; zoeken naar alternatief.	Arbeidsverzuim is conform begroting behaald. Ziekteverzuimpercentage van 4,5%.	Marap.
Uitkomsten MTO	De uitkomsten van het MTO wijzen op verbetermogelijkheden.	Hogere scores bij het volgende MTO.	In de jaarplannen worden verbeterpunten opgenomen.
Restaurant en voeding verder ontwikkelen.	Restaurant samen met SOVAK aantrekkelijk maken; voeding is gezond, wordt regionaal betrokken en naar keuze.	Restaurantconcept i.s.m. SOVAK is uitgewerkt en bij haalbaarheid is plan van aanpak afgerond.	Zie jaarwerkplan.
Voldoen aan HKZ-normen.	In 2018 wederom HKZ certificering in juni. Dan voldoen aan de nieuwe HKZ normen. In lerend netwerk mogelijkheden bekijken of er samengewerkt kan worden bijvoorbeeld t.a.v. interne audits.	Organisatie voldoet aan de nieuwe HKZ normen in juni. Contact lerend netwerk met kwaliteitsfunctionarissen.	Uitkomsten audit juni. Jaarwerkplan.
Toekomst WMO HV1 en HV2.	Het product is verlieslatend maar belangrijk voor de doorstroom van cliënten. Vervolgonderzoek moet uitwijzen in hoeverre het product nog in de propositie van ZPMW past.	Vervolgonderzoek uitvoeren. Besluitvorming over continuering van het product HV1 en HV2.	Vervolgonderzoek is gedaan en besluit is genomen. Jaarwerkplan.
Meewerken management.	Medewerkerstevredenheid: Management is niet altijd zichtbaar voor de medewerkers. Uitkomst KVC: signalen/vragen medewerkers meer oppakken.	Zichtbaarheid van het management is vergroot Signalen en vragen van medewerkers worden opgepakt.	MTO

5.2 Personeelssamenstelling

Personeelssamenstelling

Volgende en vakbekwaam personeel heeft betrekking op 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 cliënten waaraan de zorgorganisatie zorg en ondersteuning biedt? In het onderstaande wordt ingegaan op de verschillende ontwikkelingen.

Toenemende zorgcomplexiteit in relatie tot de competenties en werkwijze medewerkers

Het ontwikkelen en leren van medewerkers is noodzakelijk voor het kunnen bieden van klantgerichte, vernieuwende en kwalitatief goede zorg. De wereld om ons heen, ook de arbeidsmarkt, is constant in beweging. Er verandert veel en dat betekent ook veranderingen in functieniveaus, functiemix en functie-eisen. De functiebeschrijvingen zijn resultaatgericht beschreven en zijn generiek opgesteld. De kern van de werkzaamheden zijn hetzelfde, alleen de inhoud kan wat verschillen. Zo heeft de organisatie meer verandervermogen, en worden mensen breder inzetbaar.

Daarnaast zal er gewerkt worden met ondersteunende teams die met name de focus op welzijn hebben. De zorgteams leggen de focus op technische zorg- en verpleegkundige handelingen waarbij overige taken worden uitgevoerd door medewerkers in de ondersteuning.

Competentiemanagement

Competentiemanagement wordt in 2018 ingezet om de verbinding te leggen tussen wat de organisatie aan resultaten verwacht en hoe de medewerker daar concreet een bijdrage aan levert. In een open dialoog wordt door de medewerker samen met de teamleider of manager een persoonlijk ontwikkelingsplan (POP) ontwikkeld. De medewerker is zelf eigenaar van zijn leerproces.

Er wordt veel geïnvesteerd in het opleiden en coachen van medewerkers. Zo zijn er bijvoorbeeld vijf medewerkers in 2017 gestart met de opleiding voor verpleegkundigen. Kwaliteitsverpleegkundigen zullen geworven worden om de constante kwaliteit binnen de organisatie te borgen.

Door middel van e-learning wordt de theorie van de risicovolle en voorbehouden handelingen aangeboden. Daarnaast moet elke zorgmedewerker jaarlijks mee doen aan de vaardigheidstraining/skills lab en jaarlijks twee klinische lessen volgen. Naast ontwikkeling van medewerkers in hard skills zal ook geïnvesteerd worden in softskills i.c.m. competentieontwikkeling. Ook dit zal zoveel mogelijk via e-learning aangeboden worden.

Boeien en binden

Elke medewerker heeft jaarlijks een afstemmingsgesprek met zijn leidinggevende? waarin onder andere de persoonlijke ontwikkeling en de doelen en resultaten worden besproken. Daarnaast worden er voortgangsgesprekken gevoerd met elke medewerker. Naast de voortgangsgesprekken zullen door de P&O-medewerker en de teamleider belangstellingsgesprekken gevoerd worden.

De uitkomsten hiervan vormen de input voor een strategische personeelsplanning. Het gaat daarbij expliciet niet om het individu (zoals bij de functioneringsgesprekken) maar juist om de rol van de medewerker binnen de ontwikkeling van het team. Je wilt graag het maximale uit de kwaliteiten van de medewerkers halen. Niet iedere medewerker heeft dezelfde kwaliteiten en interesses en past daardoor binnen een team of op een opdracht. Het slim inzetten en ontwikkelen van medewerkers kan succes van de organisatie dan ook sterk beïnvloeden. Het biedt teamleiders de ruimte over de ontwikkeling van medewerkers en het team na te denken.

Resultaatverantwoordelijke teams

Als beleidgerelateerd ontwikkelpunt is intern onder andere door middel van teamcoaching gewerkt aan de verdere concretisering van de resultaatverantwoordelijke teams. De focus hierbij lag op attitude, communicatie en samenwerking. Aan dit proces zal de komende jaren vervolg worden gegeven.

In het onderstaande schema zijn de beleidspunten voor 2018 weergegeven.

Beleidspunt	Aanleiding	Doel	Actie en Meetpunt
Coaching on the job door inzet van kwaliteitsverpleegkundigen.	Deskundigheid ZVT te laag om professioneel om te gaan met complexiteit. Ook het meten en volgen van de uitkomsten van de risico-indicatoren dient verbeterd te worden.	Verhogen deskundigheid ZVT zodat professioneel wordt omgegaan met complexiteit. Risico-indicatoren worden gemeten en uitkomsten worden gevolgd.	Kwaliteitsverpleegkundigen zijn aangesteld. Deskundigheid ZVT neemt toe en risico-indicatoren zijn geborgd. Jaarwerkplan.
Werkwijze intramuraal conform extramuraal	Inzet verpleegkundigen in ZVT t.b.v. overzicht en coördinatie is nog niet geborgd.	Inzet verpleegkundigen in ZVT t.b.v. overzicht en coördinatie is zodanig dat de werkwijze IM overeenkomt met de EM.	Jaarwerkplan.
Centrale roostering i.c.m. kanteling werktijden.	Roosteren is een teamverantwoordelijkheid die veel tijd in beslag neemt. Centraal roosteren is gewenst.	Er is een centraal planbureau die in vervangingsbehoefte voorziet. Gebruikmakende van een preferred supplier en een flexibele schil. Regie op basisrooster bij medewerkers planning en acute hiaten door centrale planner.	Jaarwerkplan (evaluatie).
Intervisie en reflectie.	Er is nauwelijks sprake van intervisie en reflectie terwijl intervisie en reflectie medewerkers ontwikkelingsmogelijkheden biedt.	Medewerker ontwikkelt zich ook op de zachte kant van het functioneren.	MTO.
Vrijwilligers.	Vrijwilligers vormen een onderdeel in de ondersteuning van cliënten. Een vrijwilligersbeleid ontbreekt. De uitgangspunten in rechten en plichten zijn niet duidelijk.	Duidelijkheid in rechten en plichten. Deze zijn aan de vrijwilligers gecommuniceerd en ook aan de teams. Vrijwilligersbeleid is herschreven.	MTO.

5.3 Gebruik van hulpbronnen

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

Digitaal vastleggen zorgbeheerssysteem

Om de zorg- en dienstverlening vast te leggen, te plannen en te rapporteren werkt ZPMW met het digitale zorgbeheerssysteem ONS van Nedap. In 2018 zal een volgende stap gezet worden en zal het elektronisch cliëntendossier (ECD) geïmplementeerd worden.

Voor communicatie rondom de zorg- en dienstverlening tussen de contactpersoon van de cliënt, de mantelzorger en zorgverlener zal in een volgende fase Caren geïmplementeerd worden. Door het informatieportaal Caren staat de medewerker in verbinding met de contactpersoon van de cliënt en deelt informatie ten behoeve van de cliënt.

ICT-Roadmap

ZPMW voorziet dat technologische ondersteuning binnen het primaire proces absoluut noodzakelijk is. Daarom heeft de organisatie de plannen met betrekking tot inzet van deze hulpmiddelen vastgelegd in een ICT roadmap. Afhankelijk van de beschikbare middelen zullen de onderdelen in plannen worden uitgewerkt om zo klaar te zijn voor de toekomst.

Informatiebeveiliging

Zorgplein Maaswaarden streeft na veilig om te gaan met persoonsgegevens in het kader van de verscherpte Wet Bescherming Persoonsgegevens en de toekomstige Algemene Verordening Gegevensbescherming (mei 2018 van toepassing).

Hiervoor zijn diverse maatregelen genomen, die uitgewerkt zijn in een plan van aanpak 2018. Dit is in paragraaf 4.1 beschreven.

De beleidspunten in 2018 zijn in het onderstaande schema weergegeven.

Beleidspunt	Aanleiding	Doel	Actie en Meetpunt
Vorbereiding invoering ECD	Papieren cliëntdossiers worden gebruikt	ECD is geïmplementeerd en versterkt efficiënt en professioneel werken met zlp	ZLP
ICT Roadmap	Weinig tot geen technologische oplossingen binnen het primaire proces. En kunnen daardoor niet bijdragen aan een optimale ondersteuning van het primaire proces.	Optimaal wifi netwerk is operationeel. Plannen vanuit roadmap zijn vormgegeven.	Plannen voor 2018-2021 zijn vorm gegeven op geleide van jaarwerkplan

5.4 Gebruik van informatie

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

Cliëntervaringen verzamelen

In het Kwaliteitskader staat dat iedere verpleeghuisorganisatie vanaf 2017 minimaal één keer per jaar informatie over cliëntervaringen dient te verzamelen en te gebruiken door middel van erkende instrumenten. De informatie over cliëntervaringen is onderdeel van het jaarlijkse kwaliteitsplan en –verslag. De uitkomsten kunnen onder andere gebruikt worden voor verbetering en voor keuze-informatie voor (potentiële) cliënten.

Cliënten, medewerkers en vrijwilligers hebben verschillende mogelijkheden om in de kwaliteitsverbetercyclus hun ervaringen te delen. Deze kort cyclische methodiek staat beschreven in hoofdstuk 4.

Daarnaast kunnen cliënten hun ervaringen en waarderingen aangeven op ZorgkaartNederland (ZKN). In 2018 en de jaren daarop volgend zal ZPMW bij cliënten en familie zoveel mogelijk stimuleren hier gebruik van te maken. De tevredenheid (extramuraal en intramuraal) van cliënten, medewerkers en vrijwilligers is gelijk aan of hoger dan het streefcijfer zoals aangegeven in het organisatorisch jaarplan. Dit is een strategisch doen in het meerjarenbeleidsplan van ZPMW en in 2018 zal hier verder aan gewerkt worden.

De beleidspunten voor 2018 zijn in het onderstaande schema weergegeven.

Beleidspunt	Aanleiding	Doel	Actie en Meetpunt
Cliëntervaring en ophalen m.b.v. KVC.	Proces Kort-cyclisch verbeteren van processen o.b.v. dialoog met cliënt en familie dient nog verbeterd te worden.	Proces Kort-cyclisch verbeteren is verbeterd. Coördinator t.b.v. de borging is aangesteld. Uitkomsten worden gecommuniceerd.	Coördinatie is geborgd. Jaarwerkplan.
Promotie Zorgkaart-Nederland.	Waarderingen via ZKN worden nog te weinig gegeven. Zorgkaart-Nederland is nog te onbekend bij de cliënten en familie.	Stimuleren van cliënten en familie om waarderingen op ZKN te plaatsen.	Kwartaalrapportages Zorgkaart. Jaarwerkplan.

Hoofdstuk 6: Verbeterparagraaf

6.1 Verbeteragenda

In dit hoofdstuk worden verbeterpunten weergegeven die voortkomen uit het kwaliteitsplan

Verbeteronderwerp	Aanleiding	Doel	Actie en Meetpunt
Autonomie en regie van cliënten	Medewerkers kennen de cliënt vaak onvoldoenden om persoonsgerichte zorg te kunnen geven. Het levensverhaal van cliënten is niet altijd bekend. N.a.v. de uitkomsten van de KVC: Dagindeling en activiteiten ook meer gericht op de cliënt	Medewerker kent de cliënt en zijn of haar levensverhaal. Met als gevolg dat de zorg vraaggericht wordt gegeven en aansluit bij de cliënt. Dit geldt ook voor de dagindeling en de activiteiten die aangeboden worden.	Eerste gesprek voor opname om de persoon en diens achtergrond beter te kennen ZLP
Zorgleefplannen	ZLP is ondergebracht in papieren dossiers. Betere borging van ZLP als ondersteuning van het gesprek met en goede zorg aan de cliënt. Zlp is actueel Beweegplan op cliëntniveau niet volledig gerealiseerd	Implementatie van een ECD. MDO planning 2x per jaar wordt gevolgd Beweegplannen zijn aanwezig	Plan van aanpak ECD volgen ZLP ZLP
Deskundigheid medewerkers vergroten	Kennis en motivatie van medewerkers PG verhogen door middel van implementatie richtlijnen onbegrepen gedrag	Richtlijnen zijn geïmplementeerd eind augustus.	Uitkomsten gesprekken medewerkers najaar '17 vergelijken met meting najaar '18 ZZP 10 kan aangevraagd

	<p>Zorgzwaarte cliënten en korte verblijfsduur vragen om deskundigheid laatste levensfase. Richtlijnen zijn zoverre ontwikkeld dat ze in de praktijk gebracht kunnen worden.</p> <p>Gastvrij gedrag is momenteel niet overal aanwezig</p> <p>Opleidingsbudget per medewerker nog niet gerealiseerd. Naast verplichte scholing eigen keuze medewerker op bijscholing of passende cursus.</p>	<p>Richtlijnen palliatieve zorg zijn geïmplementeerd</p> <p>Alle klantcontactfuncties zijn getraind in de principes van gastvrij gedrag.</p> <p>Opleidingsbudget per medewerker is toegekend en geïmplementeerd met daarbij wat wel/niet verplicht is.</p>	<p>worden eind 2018 ZLP</p> <p>Medewerkers hebben voldoende kennis en laten dit zien in het gewenste gedrag.</p>
ZVT	<p>Teamtaken momenteel onduidelijk waar wel/geen toestemming voor nodig is.</p> <p>Deskundigheid ZVT te laag om professioneel om te gaan met complexiteit. Ook het meten en volgen van de uitkomsten van de risico-indicatoren dient verbeterd te worden. Inzet kwaliteitsverpleegkundigen</p> <p>Inzet verpleegkundigen in ZVT t.b.v. overzicht en coördinatie is nog niet geborgd zodanig dat de werkwijze intramuraal overeenkomt met de extramuraal.</p>	<p>Implementatie is afgerond en de grenzen qua taken en bevoegdheden ZVT zijn vastgesteld</p> <p>Deskundigheid ZVT is verhoogd door middel van Coaching on the job door inzet van kwaliteitsverpleegkundigen zodat professioneel wordt omgegaan met complexiteit en met de meting en opvolging uitkomsten van de risico-indicatoren.</p> <p>Inzet verpleegkundigen in ZVT t.b.v. overzicht en coördinatie is zodanig dat de werkwijze intramuraal overeenkomt met de extramuraal.</p>	<p>Zie afdelingsjaarplannen.</p> <p>Kwaliteitsverpleegkundigen zijn aangesteld.</p> <p>Deskundigheid ZVT neemt toe en risico-indicatoren zijn geborgd.</p>

<p>Woonplezier en welzijn vergroten</p>	<p>Het werken in een integraal team dient verder gestalte te krijgen</p> <p>Koken op de afdeling, ook dichtbij cliënten als welzijnsaspect</p> <p>Activiteitsaanbod is onvoldoende op maat voor cliënten of groepen.</p> <p>Uitkomst KVC: weinig activiteiten in het weekend en de avond.</p> <p>Participatie van familie: Uitkomst KVC: familieparticipatie kan nog als lastig ervaren worden en samenwerking vrijwilligers vraagt nog aandacht.</p>	<p>Medewerkers zorg –en welzijn werken samen in een integraal team waarbij welzijn van en aandacht voor de cliënt centraal staat.</p> <p>3 a 4 x per week zelf koken op de afdeling en de andere dagen middels aangeleverde maaltijdcomponenten</p> <p>Passend activiteitenpalet toegespitst op doelgroep en op de behoeften en achtergrond van de cliënt.</p> <p>Nagaan of in het weekend en 's avonds aanbod activiteiten kan toenemen</p> <p>Samenwerking vrijwilligers en participatie van familie optimaliseren.</p>	<p>Zie afdelingsjaarplannen.</p> <p>Er wordt gekookt op de afdeling 3 a 4 keer per week.</p> <p>Activiteiten-palet en jaarkalenders zijn ontwikkeld</p> <p>Nagaan hoe en op welke afdeling hiervoor aandacht nodig is.</p> <p>Zie afdelingsjaarplannen.</p>
---	---	---	---

Beleidspunt	Aanleiding	Doel	Actie en Meetpunt
Veiligheid	<p>Bewustwording op risico's en fouten en borging van veilige principes dient versterkt te worden. Evenals de indicatoren basisveiligheid</p> <p>Melding en opvolging MIC/MIM dient aangescherpt te worden:</p> <p>Medewerkers zijn onvoldoende toegerust om met agressie van cliënten (ZZP 7) om te gaan.</p> <p>Medewerkers zijn onvoldoende op de hoogte van hun verantwoordelijkheid en het melden van onveilige situaties bijvoorbeeld ten aanzien van voorschriften hygiëne.</p> <p>Invoeren GDPR (AVG); General Data Protection Regulation</p>	<p>Bewustzijn van risico 's en fouten is toegenomen. Evenals de bedoeling van het uitvoeren van de risicosignalering.</p> <p>Trainingen worden georganiseerd en gevolgd</p> <p>Trainingen hygiëne, melden van onveilige situaties en opvolging RI&E. Hygiëne-voorschriften worden opgevolgd.</p> <p>Scan is uitgevoerd en vervolg gegeven aan verbeteracties. Mei 2018 voldoen aan de richtlijnen vanuit GDPR</p>	<p>Continu monitoren. Zie kwartaalrapportages MIC/MIM, notulen MIC/MIM commissie. verslagen teamoverleggen en ZLP</p> <p>Trainingen worden 100% gevolgd</p> <p>Trainingen hygiëne worden gevolgd Juist gebruik van schorten en andere hygiëne-voorschriften.</p> <p>Actiepunten vanuit scan zijn uitgevoerd. Zie jaarwerkplan.</p>
Samenwerking	<p>Samenwerking met lerend netwerk, huisartsen, ziekenhuizen heeft versterking nodig. Kennis ophalen en delen in de regio</p> <p>Samenwerking met woningcoöperatie Alle afspraken tussen ZPMW en Meander zijn geëvalueerd en waar nodig bijgesteld Overhead in relatie tot shared service center is onderzocht (samenwerking)</p>	<p>Samenwerking wordt geïntensiveerd. Deelname aan ketenoverleg palliatieve en dementie-zorg. Zie jaarwerkplan.</p> <p>Een duurzaam partnerschap opbouwen zodat de zorgorganisatie langdurig zorg kan blijven bieden in ons werkgebied</p> <p>Overkoepelende ondersteuning voor meerdere organisaties is uitgewerkt</p>	<p>Zie jaarwerkplannen</p>

Aanbod en producten	<p>Ons huidig aanbod is afgestemd op de huidige productieafspraken. Wij krijgen veel vraag naar uitgebreide, meer complexe verpleeghuiszorg thuis</p> <p>Restaurant samen met SOVAK aantrekkelijk maken; voeding is gezond, wordt regionaal betrokken en naar keuze</p> <p>Toekomst WMO HV1 en HV2. Het product is verlieslatend maar belangrijk voor de doorstroom van cliënten. Vervolgonderzoek moet uitwijzen in hoeverre het product nog in de propositie van ZPMW past.</p>	<p>Een aanbod van zorg voor potentiële cliënten gericht op de optimalisatie van zorg in de keten van thuiszorg naar verpleeghuiszorg. Kwalitatieve aanwezigheid en hoogwaardige zorg thuis.</p> <p>Restaurantconcept i.s.m. SOVAK is uitgewerkt en bij haalbaarheid is plan van aanpak afgerond</p> <p>Vervolgonderzoek uitvoeren.</p> <p>Besluitvorming over continuering van het product HV1 en HV2.</p>	<p>Jaarwerkplan extramurale teams en cliëntservice-bureau. Beoordelen onderzoek en plan van aanpak om wel of niet een go te geven Zie jaarwerkplan.</p> <p>Vervolgonderzoek is gedaan en besluit is genomen. Zie jaarwerkplan.</p>
Beleidspunt	Aanleiding	Doel	Actie en Meetpunt
Vrijwilligers	Vrijwilligers vormen een onderdeel in de ondersteuning van cliënten. Een vrijwilligersbeleid ontbreekt. De uitgangspunten in rechten en plichten zijn niet duidelijk.	Duidelijkheid in rechten en plichten. Deze zijn aan de vrijwilligers gecommuniceerd en ook aan de teams. Vrijwilligersbeleid is herschreven.	Jaarwerkplan MTO
Tevredenheid cliënten	<p>Cliëntervaringen ophalen m.b.v. KVC. Proces Kort-cyclisch verbeteren van processen o.b.v. dialoog met cliënt en familie dient nog verbeterd te worden</p> <p>Waarderingen via Zorgkaart Nederland worden nog te weinig gegeven. Zorgkaart-Nederland is nog te onbekend bij de cliënten en familie</p>	<p>Proces Kort-cyclisch verbeteren is verbeterd. Coördinator t.b.v. de borging is aangesteld.</p> <p>Cliënten en familie worden gestimuleerd om waarderingen op Zorgkaart Nederland te plaatsen</p>	<p>Coördinatie is geborgd. Jaarwerkplan</p> <p>Kwartaalrapportages Zorgkaart. Jaarwerkplan</p>

De uitwerking, de planning en voortgang van de kwaliteitsonderwerpen worden in de afdelingsjaarwerkplannen beschreven. De onderwerpen die met bedrijfsvoering te maken hebben, zijn uitgewerkt in het jaarwerkplan van de ondersteunende diensten. Deze jaarwerkplannen zijn ingedeeld op basis van de acht thema's uit het kwaliteitsplan, dat gebaseerd is op het Kwaliteitskader. Verder zijn de kwaliteitsplannen een onderdeel van de planning & control cyclus en worden elke drie maanden geëvalueerd. De verantwoording van het gevoerde beleid wordt weergegeven in het jaarverslag 2017.

6.2 Samen leren en verbeteren

De realisatie van de verschillende doelen wordt mede bepaald door de mate waarin we in staat zijn samen te werken aan verbetering en aan de groeiende cohesie binnen de organisatie.

Het bewaken, behouden en versterken van kwaliteit van zorg is de uitkomst van het samenspel met interne en externe partners. Zorgplein Maaswaarden heeft voor 2018 een aantal concrete, realistische en ook uitdagende doelen op haar lijstje gezet. We beseffen dat we onze ambitie alleen kunnen waarmaken als we er samen aan werken. Of we in staat zijn met elkaar het motto Samen sterk! waar te maken.