

Kwaliteitsverslag 2018

Inhoud

Voorwoord	2
Persoonsgerichte zorg en ondersteuning	4
Wonen en welzijn	5
Veiligheid	7
Leren en verbeteren van kwaliteit	9
Randvoorwaardelijke thema's	11

Voorwoord

Voor u ligt het kwaliteitsjaarverslag van Fleurâge Residences. Dit verslag maakt inzichtelijk op welke wijze de organisatie aan kwaliteit werkt. De onderwerpen in dit kwaliteitsverslag zijn geconformeerd aan de eisen van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.

Fleurâge Residences beoogt met haar kwaliteitsbeleid naast optimale klanttevredenheid, een betrouwbare samenwerkingspartner te zijn in het werkveld van de ouderenzorg en een werksituatie te bieden waarin medewerkers optimaal kunnen functioneren en zich daarbij prettig voelen.

Een belangrijk aspect in het mensgericht denken en belevingsgericht werken is het multidisciplinaire samenwerkingsverband. De combinatie van professionele behandeling, begeleiding én goede basiszorg **kan** het leven van mensen met dementie en hun familie draaglijk en leefbaar maken waarbij een gevoel van controle, keuzevrijheid, veiligheid en levensgeluk wordt ervaren door de cliënt, de bewoner. Veel aandacht wordt hierbij genomen voor bewegings-, belevingsgerichte en betekenisvolle zorg, reminisceren en participatie van de cliënt op cliënt- en organisatieniveau.

We hebben in 2018 in teamverband wederom veel aandacht en tijd geschonken aan het digitale ECD, het ZLP, welzijn, positieve gezondheid naast gezondheidsrisico's. Organisatie breed is stap voor stap afscheid genomen van het 'papier dossier tijdperk'. Dit heeft na de nodige (mentale) hobbels, geresulteerd in een kwaliteitsverbetering in het methodisch, efficiënt en klantgericht samenwerken. We zijn op de goede weg!

Fleurâge Residences telt 21 appartementen, zorghotelstudio en algemene ruimten, o.a. voor dagactiviteiten. De organisatie wil zich blijven presenteren als een mensgerichte, professionele, kleinschalige en klantvriendelijke organisatie die **werkelijke** zorggarantie biedt.

Van proces-meten naar welbevinden

De inbreng en medezeggenschap van onze bewoners zijn van groot belang. Jaarlijks toetsen wij de mate van tevredenheid en evalueren we de kwaliteit van de door ons geboden zorg en dienstverlening. Kwaliteitssystemen zoals HKZ, vroeg signalering, CQ-index, HACCP, RI&E zijn voornamelijk gericht op processen. Onze focus ligt op het meten van het welbevinden op individueel niveau en tevredenheid. Door middel van een dialoog, een persoonlijk gesprek! Om een goede balans te vinden tussen het vermijden van risico's en kwaliteit van leven gaat de zorgverlener vanuit zijn professionaliteit de dialoog aan met de bewoner.

De factoren van welbevinden en de kernwaarden zijn door de eerstverantwoordelijk verzorgende (EVV) onderzocht tijdens persoonlijke (evaluatie-)gesprekken met bewoners en hun naasten/contactpersoon. Door middel van het "kwalitatief kwaliteit meten" wordt de kwaliteit van bestaan op persoonlijk individueel niveau gemeten! Het blijkt een zinvol proces waarbij meer bewust (dan voorheen) aan de orde komt wat je als zorgverlener kunt toevoegen aan de kwaliteit van het leven van de bewoner in deze fase van zijn of haar leven.

Kernwaarden

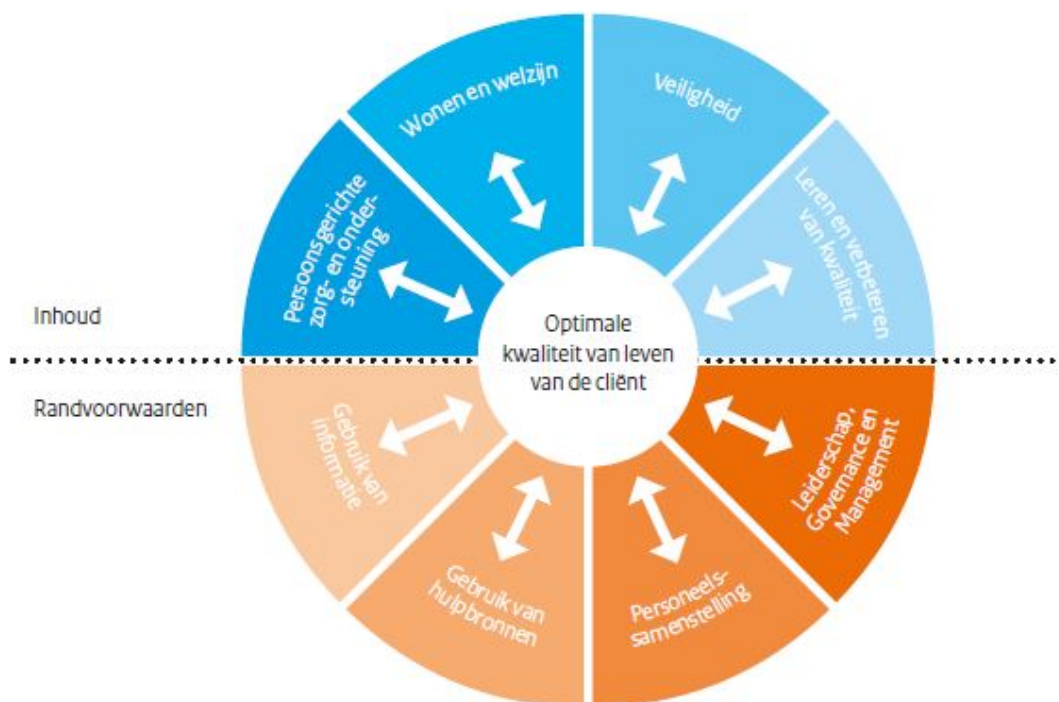
Zeggenschap (de regie over het eigen leven), voorzorg (voorkomen van fouten), samenhang (sociale -, de onderlinge betrokkenheid) en kwaliteit en doelmatigheid (tevredenheid)

Meetfactoren van welbevinden

Genieten van eten en drinken, goed slapen en rusten, plezierige relaties en contacten, actief zijn en jezelf kunnen redden, jezelf kunnen zijn, je gezond voelen van lichaam en geest en plezierig wonen.

Vormgeven aan kwaliteit van zorg

Onderstaand model beschrijft het kader waar binnen Fleurâge Residences vormgeeft aan de kwaliteit van zorg. De acht thema's in het model zijn gerelateerd aan de thema's van het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Beschreven wordt in dit verslag op welke wijze Fleurâge Residences in 2018 invulling heeft gegeven aan deze thema's.



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

“Het komt er niet op aan hoe oud wij zijn, maar hoe wij oud zijn”.

Karien Sanders

Directeur

Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Beoogd resultaat kwaliteitskader

- Bewoners ervaren nabijheid, vertrouwen, aandacht en begrip van de medewerkers.
- De cliënt wordt gezien als mens met een persoonlijke context die ertoe doet en met een eigen identiteit die tot zijn recht komt.
- Voor de cliënt is de mogelijkheid van eigen regie over leven en welbevinden leidend, ook bij de zorg in de laatste levensfase.
- Iedere cliënt heeft afspraken over en inspraak bij de doelen ten aanzien van zijn/haar zorg, behandeling en ondersteuning.

Resultaten 2018

De bewoners ervaren keuzevrijheid, medewerkers kennen de cliënt en diens naasten. Benadering is respectvol en de bewoners ervaren dat er naar hen wordt geluisterd met oprechte aandacht.

De medewerkers spreken de bewoner aan op de manier die de bewoner prettig vindt;

De medewerkers hebben aandacht voor familie, naasten en mantelzorgers;

De bewoner wordt tijdens de intake en gewenningsfase begeleid door respectievelijk de zorg coördinator en de EVV. Nieuwe bewoners en de familie wordt gevraagd een levensgeschiedenis in te vullen zodat de achtergrond van de cliënt bekend is. De levensgeschiedenis wordt opgenomen in het ECD. (Blijft ook nog aandachtspunt voor 2019 om deze informatieverzameling meer doelgericht te maken en om bepaald onbegrepen gedrag beter te kunnen duiden)

Voor alle nieuwe bewoners is binnen 24 uur na inhuizen een concept Zorgleefplan opgesteld.

Voor alle nieuwe bewoners is het definitieve Zorgleefplan opgesteld binnen zes weken na inhuizen en in samenspraak met bewoner/vertegenwoordiger

Evaluatiegesprekken met bewoners vinden tweemaal per jaar plaats waarbij een keer per jaar de cliënt tevredenheid a.d.h.v. de meetfactoren van welbevinden en de kernwaarden wordt gemeten.

Alle bewoners met een indicering ZZP 4 of hoger zijn minimaal tweemaal besproken in het MDO. Bij het MDO is een specialist ouderengeneeskunde en/of een psycholoog aanwezig.

De structurele inzet van de psycholoog en de verbeterde samenwerking met SO werpen vruchten af. De zorgmedewerkers ervaren deze praktische training on the job en advies van de gedragsdeskundige a.d.h.v. door medewerkers ingebrachte casuïstiek als ondersteunende feedback en effectief t.b.v. hun dagelijkse omgang met bewoners met onbegrepen, moeilijk hanteerbaar gedrag.

Het bewonersoverleg dat tweemaal per jaar in de vorm van een cliëntenraad plaatsvindt is begin 2019 verbeterd a.g.v. een hoge opkomst van zowel bewoners als verwanten.

'Ken uw bewoner'

Het optimaliseren van de samenwerking met naasten/ vertegenwoordiger van de bewoner en het vergroten van de levenskwaliteit zijn hierbij leidend geweest. De digitale omgeving (Caren – ECD) t.b.v. een continue transparante informatie-uitwisseling met cliënt/ vertegenwoordiger is geëvalueerd zowel tijdens individuele Zorgleefplan-gesprekken als groepsgewijs tijdens cliëntenraad vergadering. Naasten vinden het prettig en

waardevol om op deze manier op de hoogte te zijn van de beleving en het welzijn van hun familielid. Zo nodig vindt adequate bijsturing of interventie plaats in overleg en afstemming met de betrokkenen.

Waarderingsonderzoeken

De cliëntenraad met het management, de zorgevaluatiegesprekken met de EVV, het MDO en de eindevaluatiegesprekken na vertrek of overlijden van een bewoner blijken effectieve middelen om de tevredenheid van de klant te meten.

De eindevaluatiegesprekken geven aan dat de contactpersonen van de bewoners tevreden tot zeer tevreden waren over de zorg- en dienstverlening van Fleurâge Residences. De sfeer en de persoonlijke Aandacht, de bejegening, activiteiten, uitstapjes, maaltijden en de zorg scores hoog.

Verbeterpunt

- Het prettig leesbaar houden voor (de familie van) bewoners door zo min mogelijk gebruik te maken van afkortingen in de rapportages en de meest voorkomende afkortingen (MDO, ha, zh, SO etc.) toe te lichten.
- Gebruik van agenda voor (groeps-)activiteiten en dagbesteding en individuele afspraken bewoners intensiveren, vaker gebruiken door beide partijen t.b.v. goede afstemming, voorkoming van dubbele afspraken.
- Meer doelgericht verzamelen van achtergrondinformatie over de mens achter de zorgvraag. Met name om bepaald gedrag van een individu in een bepaalde setting beter te kunnen begrijpen zodat de begeleiding van deze bewoner is afgestemd op de mogelijkheden, voorkeuren, wensen, ritme, levensstijl en persoonlijkheid van het individu.

Wonen en welzijn

Beoogd resultaat kwaliteitskader

Zingeving:

- Zorgverleners besteden aandacht en tijd aan specifieke levensvragen zoals gevoelens van eenzaamheid, verlies van functies, rouw, depressie, ouderdom en invulling laatste levensfase.
- Geestelijke verzorging is bereikbaar voor bewoners, hun naasten en medewerkers, passend bij hun levensbeschouwing.

Zinvolle dagbesteding:

- Er is een gedifferentieerd activiteiten aanbod (groepsgewijs en individueel).
- Er is aandacht voor bewegen.
- Vrijwilliger is aanwezig om de activiteit te begeleiden.
- Er wordt rekening gehouden met de verschillen in bewoners wat betreft hun wensen, behoeften aan ondersteuning en zorg.

Schoon en verzorgd lichaam en verzorgde kleding:

- De zorgverlener geeft de bewoner naar eigen wens en behoefte en in overleg met de naasten de dagelijkse persoonlijke verzorging van lichaam en kleding.

Familieparticipatie en inzet vrijwilligers:

- Zorgverleners geven naasten en betrokkenen uit het sociale netwerk van de bewoner de ruimte om in de zorg en ondersteuning te participeren.
- Vrijwilligers zijn aanwezig en werken samen met de zorgverleners.
- Vrijwilligers hebben scholing gekregen voor de groep waarmee ze werken.
- Het beleid rondom participatie familie en inzet is beschreven en bekend bij de zorgverleners.
- De taken en verantwoordelijkheden van familie en vrijwilligers zijn helder voor alle betrokken partijen.

Wooncomfort:

- De appartementen en overige (recreatie) ruimten, parkeerplaats en wandelpaden in de tuin zijn schoon en veilig.

Resultaten 2018

Zingeving:

Om specifieke levensvragen bespreekbaar te maken is samenwerking gezocht met een ouderenspsycholoog naast een geestelijk verzorger. Al naar behoefte kan één op één in gesprek worden gegaan. Dit gebeurt regelmatig, zowel door de bewoner als soms ook samen met naasten, kinderen.

Het vastleggen van afspraken over zorg rondom het levenseinde wordt opgenomen in alle Zorgleefplannen.

Fleurâge Residences is een neutraal huis, zonder kerkelijke achtergrond. Rondom de christelijke feestdagen worden jaarlijks vieringen georganiseerd op neutrale grondslag. Bewoners die een kerkdienst bij willen wonen worden hiertoe in de gelegenheid gesteld.

Zinvolle dagbesteding:

In 2018 zijn er vrijwel dagelijks activiteiten georganiseerd en eenmaal per 3 maanden was er een thema week.

Er zijn vrijwilligers beschikbaar om met de cliënt te gaan wandelen, fietsen op de duo fiets of te zwemmen

Er wordt bij de activiteiten rekening gehouden met verschil in behoefte aan ondersteuning en zorg.

Regelmatig vinden twee verschillende activiteiten tegelijkertijd plaats afgestemd op de wensen en niveau.

In de Salon des Amis vinden dagelijks activiteiten plaats, afgestemd op de wensen en mogelijkheden van de bewoners. De activiteiten en bezigheden worden hoog gewaardeerd.

Schoon en verzorgd lichaam:

In het Zorgleefplan zijn de wensen van de cliënt ten aanzien van dagelijkse verzorging (kleding, wassen, douchen, toiletgang) vastgelegd.

Familieparticipatie en inzet vrijwilligers:

De contactpersonen van bewoners worden uitgenodigd voor Caren.

Familie/vertegenwoordiger wordt minimaal eenmaal per jaar uitgenodigd om aanwezig te zijn bij het evaluatiegesprek ZLP. Hierbij kan de SO aanwezig zijn.

Via de digitale Nieuwsflits wordt familie op de hoogte gebracht van nieuwe ontwikkelingen en activiteiten.

Familie van bewoners wordt uitgenodigd om mee te gaan met uitjes en deel te nemen aan bepaalde activiteiten of aanwezig te zijn bij lezingen, concerten e.d. Er is een aangeklede muzikale kerstborrel georganiseerd voor bewoners, familie, vrijwilligers en medewerkers

Er vindt tweemaal per jaar een vrijwilligersoverleg plaats.

Wooncomfort:

In het streven naar een zo veilig mogelijke omgeving voor de bewoners en medewerkers is er binnen de organisatie permanent aandacht voor brandveiligheid, veiligheid van hulpmiddelen, valpreventie, veiligheid in de appartementen en algemene ruimtes, hygiëne, voedselveiligheid (HACCP). Er is een calamiteitenplan en continuïteitsplan aanwezig.

De jaarlijkse inspectie door de brandweer heeft plaatsgevonden, er zijn geen afwijkingen geconstateerd.

Er vindt jaarlijks controle plaats op legionella, er is een actueel legionellabeheersplan aanwezig. Geen afwijkingen geconstateerd. Er is een plan van aanpak opgesteld voor de RI&E. Er is een onderhoudsplanning die wordt gevolgd en er zijn leveranciersbeoordelingen uitgevoerd bij kritische leveranciers.

Fleurâge Residences heeft een eigen huishoudelijke dienst voor het schoonhouden van appartementen en openbare ruimten

Verbeterpunt:

Er worden meer externe begeleiders aangetrokken voor muziek- en danstherapie, schilderles en bridge. De diensten voor dagbesteding/activiteiten op het gebied van cultuur en kunst worden verder uitgebreid met 2x3 uur per week. Dit verbeterpunt is opgenomen in het kwaliteitsplan 2019.

De EVV geeft aan behoefte te hebben aan ondersteuning/handvatten bij de onderwerpen die vallen onder advanced care planning. In de evaluatiegesprekken die twee keer per jaar plaatsvinden komen deze onderwerpen (o.a. ziekenhuisopname, levenseinde) aan de orde. Dit verbeterpunt is opgenomen in het bijscholingsplan 2019.

De Eindevaluatie verzorgd wonen gesprekken voert de EVV met de familie/contactpersoon van de overleden bewoners. In 2018 zijn 5 eindevaluatiegesprekken gevoerd. De aandacht – en /of verbeterpunten zijn meegenomen door het management en teruggekoppeld naar betreffende medewerkers.

Veiligheid

Beoogd resultaat kwaliteitskader

Vier thema's van basisveiligheid (medicatieveiligheid, decubituspreventie, gemotiveerd gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen en preventie van acute ziekenhuisopnamen) zijn belangrijke onderdelen van het leren en verbeteren in zorgorganisaties, onder andere door indicatoren op basis van deze vier thema's op te nemen in het kwaliteitsverslag.

Resultaten 2018

Algemeen

Tweemaal per jaar worden risicosignaleringen uitgevoerd, in ieder geval voorafgaand aan het MDO, zo nodig tussentijds. Bij alle bewoners wordt een veiligheidsscan en/of Arbo check van het appartement uitgevoerd.

In december 2018 zijn de kwaliteitsindicatoren verpleeghuiszorg gemeten onder de 17 WLZ-bewoners.

Medicatieveiligheid

De samenwerkende apotheker van Fleurâge Residences voert sinds 2018 jaarlijks een audit uit op medicatieveiligheid. Verbeterpunten zijn door de zorg coördinator besproken in het team en opgepakt.

Meldingen van medicatiefouten worden geregistreerd door de teamcoach. Zo nodig vindt een terugkoppeling plaats naar de betrokken medewerker. Analyse en trends worden eenmaal per kwartaal besproken binnen de MIC-commissie en binnen het zorgteam. In 2018 zijn 36 medicatiefouten geregistreerd.

Binnen het MDO wordt het gebruik van psychofarmaca geëvalueerd.

Decubitus

Bij de meting kwaliteitsindicatoren verpleeghuiszorg van december 2018 waren er 0 bewoners met een decubitus graad 2 of hoger.

Intensieve wondverzorging vindt plaats in overleg met de huisarts van de cliënt en de gespecialiseerd wondverpleegkundige van het technische thuiszorgteam. Om de wondzorg verder te professionaliseren wordt in 2019 gestart met bijscholing van 2 verpleegkundigen tot wondspecialist. Dit worden twee aandachtsvelders Wondzorg.

Gemotiveerd gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen

Ons beleid is er op gericht de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen tot een minimum te beperken (nee, tenzij), conform de toekomstige wet Zorg en Dwang.

Inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen vindt plaats na goedkeuring door cliënt/vertegenwoordiger en huisarts of SO. Inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen wordt vastgelegd in het ECD en geëvalueerd volgens afspraak en altijd tijdens het MDO.

In 2018 is geen onvrijwillige zorg toegepast.

Toegepaste maatregelen:

Mechanisch = bedhekken	4 bewoners
Farmacologisch	0 bewoners
Elektronisch = bewegingssensor	3 bewoners
Andere maatregel=GPS-spotter	1 bewoner

Preventie van acute ziekenhuisopname

In 2018 is zijn 2 bewoners ingestuurd voor een ziekenhuisopname. De opnamen zijn gerapporteerd in het ECD. De reden voor opname wordt apart bijgehouden op registratielijst en eenmaal per kwartaal opgenomen in de kwartaalrapportage.

Vermeld dient te worden dat -gelet op de hoge gemiddelde leeftijd van onze bewoners- ziekenhuisopnamen niet structureel zijn te voorkomen.

Hygiëne en infectiepreventie

Er is een jaarplan hygiëne- en infectiepreventie opgesteld.

De medewerkers huishouding zijn geschoold op een nieuwe werkmethode voor huishoudelijk schoonmaken.

Handhygiëne is opgenomen in het inwerkplan voor alle nieuwe medewerkers en vrijwilligers.

Protocollen hygiëne- en infectiepreventie zijn geactualiseerd.

Veilig melden

Medewerkers voelen zich vrij om (bijna)incidenten te melden.

De teamcoach registreert de meldingen, koppelt zo nodig terug naar de betrokken medewerker.

MIC-meldingen zijn een vast agendapunt binnen het ZTO en worden hier maandelijks besproken en eenmaal per kwartaal geanalyseerd binnen de MIC- commissie.

Het aantal geregistreerde valincidenten bedroeg in 2018 in totaal 46, een lichte stijging ten opzichte van het voorgaande jaar.

Klachtenafhandeling

De informele contacten tussen de medewerkers en bewoners, die dankzij de kleinschaligheid mogelijk zijn, leiden tot directe actie en oplossing van het probleem tot volle tevredenheid voor beide partijen. Wel wordt e.e.a. vastgelegd en gearhiveerd en meegenomen in het betreffende intern overleg (o.a. ZTO). 'Klacht' is een vast agendapunt op het maandelijks ZTO.

De kleinschaligheid, de directe, persoonlijke contacten met bewoners en/of de familie van de bewoners zorgen ervoor dat een signaal van ontevredenheid, hoe klein ook, adequaat wordt behandeld. Op deze wijze wordt het ook door medewerkers doorgaans ervaren als kritisch opbouwend advies.

Verbeter-/actiepunten:

- Het verbeteren van de wondzorg door middel van scholing en de inzet van een wonddeskundige.
- Jaarlijks overleg hygiënecommissie met een externe hygiënedeskundige.
- Het verlagen van het aantal medicatie incidenten.
- MIC-meldingen worden vanaf 2019 geanalyseerd op basis van Prisma-light methodiek.
- Implementatie van de wet zorg en dwang – overleg met SO, herschrijven van de beleidsnotitie en medewerkers instrueren.
- Scholing advanced care – gesprekstechnieken EVV.

Bovengenoemde actiepunten zijn opgenomen in het kwaliteitsplan 2019.

Leren en verbeteren van kwaliteit

Beoogd resultaat kwaliteitskader

In het kwaliteitskader worden vijf elementen genoemd die bijdragen aan het leren en verbeteren van kwaliteit:

- Kwaliteitsmanagementsysteem
- Jaarlijks geactualiseerd kwaliteitsplan
- Jaarlijks kwaliteitsverslag
- Continu werken in de praktijk aan verbeteren door zorgverleners
- Lerend netwerk

Resultaten 2018

Kwaliteitsmanagementsysteem

Fleurâge Residences heeft 9 jaar geleden gekozen voor HKZ als kwaliteitsmanagementsysteem. Vandaag de dag anno 2019 wordt intern kritisch gekeken naar de toegevoegde waarde van het systeem voor de organisatie, alternatieven worden besproken, met name om de registratielast te verminderen.

Jaarlijks geactualiseerd kwaliteitsplan

Op basis van het verslagjaar 2018 en de input vanuit het zorgteam, cliëntenraad en RvC is een kwaliteitsplan opgesteld voor 2019, waarbij op een aantal punten aanspraak wordt gemaakt op het door de overheid beschikbaar gestelde kwaliteitsbudget.

Jaarlijks kwaliteitsverslag

Dit kwaliteitsverslag is besproken met de cliëntenraad en met medewerkers en wordt gepubliceerd op onze website; De URL is aangeleverd bij de aanlevering van kwaliteitsgegevens verpleeghuiszorg verslagjaar 2018.

Continu werken in de praktijk aan verbeteren door zorgverleners

Jaarlijks wordt een scholingsplan opgesteld met als doel de kennis en kunde van onze medewerkers op peil te houden. De scholing bestaat uit workshops, klinische lessen, BIG scholing en e-learningmodules.

Er worden volgens planning interne audits uitgevoerd. In 2018 zijn audits uitgevoerd op de volgende onderwerpen:

- Intakeprocedure
- Zorgleefplan
- Risico signalering

Verbeterpunten zijn opgenomen in het kwaliteitsplan en verbeterregister.

We nemen deel aan het project Waardigheid en Trots op locatie in 2019.

Lerend netwerk

Bij Fleurâge is de afgelopen jaren al sprake van nauwe samenwerking t.b.v. benchmark met collega Residence uit Baarn, structurele multidisciplinaire samenwerking met lokale zorgorganisaties, te weten stichting Kennemerhart t.a.v. (para-)medische zorg, specialistische ouderengeneeskunde (SO) en psychologische, gedragsdeskundige expertise in het kader van WLZ-zorg. Tevens is het afgelopen jaar structureel overleg geweest met de brancheorganisatie Spot en wisselen we informatie uit met het zorgondernemers platform 'Kenniz' op het gebied van relevante ontwikkelingen in de zorgwereld en vindt er 1x per jaar intervisie plaats. Het komende jaar zal nog meer regionale samenwerking worden gezocht met andere lerende netwerken op het gebied van dementiezorg en palliatieve zorg.

Structureel verbeteren/interne kwaliteitscontrole

Kwaliteitsverbetering begint op de werkvloer. Doordat het zorgteamoverleg frequent plaatsvindt blijkt op systematische en adequate wijze gereageerd te worden op gesignaleerde knelpunten en verbetervoorstellen o.a. naar aanleiding van interne kwaliteitscontroles, tevredenheidsonderzoeken en MIC-meldingen. De lijnen

zijn kort, (concept)voorstellen worden binnen het management beoordeeld en wel/niet of in aangepaste vorm geïmplementeerd. '2018' stond in het teken van het in kaart brengen van de gevolgen van de schaalvergroting naast de zorgadministratie Vecozo e.d. Onze (werk-) cultuur en structuur is met de ontwikkelingen mee aan het veranderen. (Van "familie, informeel naar meer vastlegging en formalisering"), o.a. zijn de werkschema's van alle disciplines, verdeling en herschikking van taken aangepast aan de actuele situatie.

Externe audit

In 2018 zijn de aandachtspunten (externe audit HKZ) m.b.t. verdieping van de ACT in de PDCA-cirkel verwerkt, samenwerkingsovereenkomsten zijn opgesteld met de psycholoog en SOG, het inwerkprogramma voor vrijwilligers wordt gebruikt. Het zorgteam inclusief activiteitenbegeleiding en huishoudelijke medewerkers zijn geschoold in infectiepreventie en werkwijze, middelen en maatregelen.

Randvoorwaardelijke thema's

Leiderschap, governance en management

Beoogd resultaat kwaliteitskader
In het kwaliteitskader worden zes thema's benoemd met betrekking tot leiderschap, governance en management: Visie op zorg, sturen op kernwaarden, leiderschap en goed bestuur, rol en positie interne organen en toezichthouders, Inzicht hebben en geven, verankeren van medische, verpleegkundige en psychosociale expertise

Resultaten 2018

Visie op zorg en kernwaarden

Onze visie op zorg wordt regelmatig besproken tijdens ZTO, *het leeft*, en is leidend voor de wijze waarop wij onze zorg verlenen. Onze kernwaarden beschrijven waar onze organisatie voor staat. Directie en medewerkers conformeren zich aan deze kernwaarden. In het jaargesprek met medewerkers zijn de kernwaarden een vast onderwerp van gesprek

Leiderschap en goed bestuur

De organisatie wordt geleid door een twee koppige directie-bestuur.

De bestuurders zijn nauw betrokken bij de dagelijkse gang van zaken en hebben dagelijks contact met de medewerkers, zij lezen in ONS mee over de zorg aan de bewoners. Zij nemen deel aan werkoverleggen op verschillende niveaus, waardoor zij doorlopend op de hoogte blijven van wat er speelt binnen de organisatie

De directie is voor alle medewerkers en vrijwilligers aanspreekbaar.

Rol en positie interne organen en toezichthouders

De Raad van Commissarissen (RvC) bestaat uit twee leden. Deze leden hebben ruime werkervaring opgedaan als organisatieadviseur, op gebied van HRM en fiscaal juridische zaken.

De taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de RvC zijn beschreven in het reglement.

De RvC en bestuur onderschrijven de zorgbrede governance code en handelen conform.

De RvC is aanwezig bij Cliëntenraad overleg en jaarlijkse personeelsvergadering.

Het effectueren van de organisatiestructuur en het in positie brengen van de teamcoach /zorgcoördinator is een speerpunt voor 2019.

Er is een klachtenprocedure conform de Wkkgz. Registratie van klachten behoeft verbetering. Door korte lijnen worden klachten veelal ad hoc opgelost, maar door gebrekkige registratie is leren en verbeteren moeilijk te realiseren.

Om medezeggenschap van alle medewerkers te stimuleren is gekozen voor een jaarlijkse personeelsvergadering, (naast ZTO voor het zorgteam) waarbij medewerkers zelf bespreekpunten aan kunnen dragen en de directeur Arbo- en beleidsonderwerpen bespreekt. De animo hiervoor blijkt minimaal.

Inzicht hebben en geven

De bestuurder neemt maandelijks deel aan ZTO, activiteitenbegeleiders overleg, huishoudelijk teamoverleg en EVV-overleg en eenmaal per kwartaal aan MIC commissie (kwaliteit en veiligheid) overleg. Overleg met koks en technische dienst vindt 1 x per 2 maanden plaats.

De bestuurder is eindverantwoordelijk voor het opstellen en uitvoeren van kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag.

Er zijn afspraken vastgelegd met samenwerkende huisartsen, apotheek, specialist ouderengeneeskunde en psycholoog. Ten aanzien van de mondzorg moet dit verder ontwikkeld worden in 2019.

De bestuurder neemt deel aan overleg binnen het kwaliteitskader V&V Midden Kennemerland.

Informatie wordt verkregen door lidmaatschap van brancheorganisaties Kenniz en SPOT en informele netwerken.

Verankeren van medische, verpleegkundige en psychosociale expertise

Er is een samenwerking met een specialist ouderengeneeskunde en een psycholoog, beiden zijn betrokken bij het MDO.

Verbeter- of actiepunten:

- Organisatiestructuur effectueren en teamcoach/zorgcoördinator en EVV in positie brengen.
- Het verbeteren van de klachtenregistratie o.a. door bewustwording van de noodzaak om een signaal van ontevredenheid (naast het oplossen) ook vast te leggen zodat het besproken kan worden in teamverband. In 2019 kenbaar maken d.m.v. de Nieuwsbrief van de mogelijkheid om een beroep te doen op een onafhankelijke cliëntvertrouwenspersoon (en informatieverstrekking over de Wet Zorg en Dwang).
- Mogelijkheden onderzoeken om inspraak van bewoners en medewerkers te vergroten.

Bovengenoemde actiepunten zijn opgenomen in het kwaliteitsplan 2019 en/of het verbeterregister.

Personeelssamenstelling (voldoende en bekwaam personeel)

Beoogd resultaat kwaliteitskader

- 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.
- Dagelijks is er iemand aanwezig om separaat van de zorgtaken aandacht te besteden aan zingeving/zinvolle daginvulling van bewoners.
- Zorgverleners die in direct contact zijn met de bewoners kennen hun naam, zijn op de hoogte van hun achtergrond en persoonlijke wensen.
- Er is 24/7 een BIG geregistreerde verpleegkundige binnen 30 minuten ter plaatse.
- Er is 24/7 een arts bereikbaar en oproepbaar. Deze arts reageert direct en is binnen 30 minuten ter plaatse.
- Er zijn 24/7 aanvullende voorzieningen beschikbaar voor (on)geplande zorg, vragen of toenemende complexiteit.
- Er is voor iedere medewerker voldoende tijd en ruimte om te leren en te ontwikkelen via feedback, intervisie, reflectie en scholing. 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.
- Er is voldoende tijd beschikbaar om als EVV-er of contactverzorgende deel te nemen aan MDO's.
- Methodisch werken en multidisciplinair werken vormen de basis van verpleeghuiszorg.
- Er is een scholingsbeleid van zittende en aankomende zorgverleners dat hun vakbekwaamheid aantoonbaar versterkt. Er zijn periodieke gesprekken waarin competentie- en loopbaanontwikkeling aan de orde komen.

Resultaten 2018

Fleurâge Residences heeft het beleid gecontinueerd waarbij enerzijds structureel de oorzaken van een hoge belasting, zoals o.a. werktempo, werkdruk en negatieve stress zoveel mogelijk worden weggenomen en anderzijds de belastbaarheid van de medewerkers positief wordt beïnvloed door het leren van tiltechnieken, leren grenzen te stellen, goede samenwerking onderling, kennis en ervaring en positief denken. In onze organisatie werken zeer gemotiveerde, deskundige medewerkers die worden gestimuleerd hun professionaliteit op peil te houden door middel van (bij) scholing en intercollegiale toetsing, intervisie, feedback en leren van elkaar.

In de Salon des Amis is toezicht aanwezig indien nodig op basis van vastgelegde afspraken in het ZLP.

Er is minimaal één medewerker op SPW-niveau of niveau 3 dagelijks aanwezig

Het dienstrooster is zo opgesteld dat er op de intensieve zorgmomenten voldoende gekwalificeerd personeel beschikbaar is.

Er is 24/7 een verpleegkundige beschikbaar die binnen 30 minuten ter plaatse kan zijn.

Er is 24/7 een arts bereikbaar en oproepbaar. Deze arts reageert direct en is binnen 30 minuten ter plaatse.

Alle zorgmedewerkers vanaf niveau 3 worden eenmaal per 2 jaar BHV geschoold. Er is 24/7 een BHV-er aanwezig.

Fleurâge Residences beschikt over voldoende en vakbekwaam personeel. Alle voorbehouden en risicovolle handelingen worden geregistreerd en cyclisch getoetst. De teamcoach fungeert tevens als toetser, zij is hiervoor opgeleid.

Er heeft uitwisseling plaatsgevonden tussen 2 medewerkers binnen het lerend netwerk. De EVVers (en ABers) zijn aanwezig bij MDO en voeren voorafgaand aan het MDO een evaluatiegesprek met cliënt/vertegenwoordiger.

Een medewerker volgt de opleiding voor Gespecialiseerd Verzorgende Psychogeriatric.

De kwaliteitscoach heeft jaargesprekken gevoerd volgens planning. De behoefte aan scholing maakt onderdeel uit van het jaargesprek.

Het werkklimaat is gericht op het verbeteren van een open bespreek cultuur waarbinnen de medewerker zijn rol en taak kent, zelfstandig kan werken en besluiten durft te nemen op grond van professionaliteit, kennis en kunde. Het bespreken van fouten, het geven van feedback blijft een aandachtspunt in de communicatie. Dit vraagt om "onderhoud". Actiepunt Feed Forward in 2019.

Teamsamenstelling en opleidingsniveau

In de planning is rekening gehouden met het benodigde aantal in te zetten uren en met het functieniveau van de medewerkers en de uit te voeren verpleegtechnische handelingen.

De roosterplanner stelt de planning op het rooster samen conform protocol. Er wordt rekening gehouden met 24-uurs aanwezigheid van een BHV-er. De 24-uurs oproepbaarheid van een verpleegkundige is geregeld. Naast de zorgmedewerkers en de welzijnsmedewerkers zijn er vaste medewerkers in dienst voor de huishouding, de keuken, de facilitaire dienst, kwaliteitsmanagement en administratieve diensten.

Tevens worden tijdens het Zorgteamoverleg (ZTO) bevindingen van medewerkers geïnventariseerd (zoals werkdruk, dilemma's in de zorg, agressie, arbozaken, onderlinge samenwerking etc.). Verbeteracties en oplossingen voor probleemsituaties zijn, evt. na advies van de ergotherapeut, na akkoord van directie en in overleg met de bewoner uitgevoerd.

Tijdens het project 'Werk in uitvoering' hebben medewerkers aan kunnen geven aan de projectleider/de zorgcoördinator welke punten zij belangrijk vinden om goede zorg te kunnen bieden, waar hun talenten liggen ("Wat voeg ik toe aan het leven van de bewoner") en wat ze nodig hebben. Deze raadpleging is progressie gericht, de focus gaat uit naar de toekomst en op wat er nodig is om te verbeteren en te professionaliseren. Op deze manier levert deze bottom-up methode veel toegevoegde waarde.

Het maandelijks overleg met het zorgteam en tweemaandelijks overleg met EVV-kernteam heeft nadrukkelijk de functie van medewerkersraadpleging en advies'raad'. Dit werkt goed in onze kleinschalige setting. Binnen de facilitaire dienst vindt viermaal per jaar overleg plaats. Medewerkers voelen zich gehoord. Deze aanpak zal voortgang blijven vinden.

Profiel personeelssamenstelling

Verzorg. I.G.	9 fte
Verzorg. niveau 2	1 fte
Vpk mbo 4	2,7 fte
Vpk niveau 5	0,3 fte
Activiteitenbegeleiding	2,5 fte
Vrijwilligers	7p
(personen die gem. 2 x per week aanwezig zijn.)	
Stageplek verzorgende I.G.	1p
Stageplek AB.	1p
Leerling.	1p
Huishouding	2,5 fte
Keukenassistenten	2 fte
Koks	1,7 fte
Technische dienst	1 fte
Hovenier	0,5 fte
Admin./comm.	1,0 fte
Management/directie	1,5 fte

Gebruik van hulpbronnen

Beoogd resultaat kwaliteitskader

- De benodigde hulpbronnen en de wijze waarop deze dienend zijn aan het primair proces worden beschreven in het kwaliteitsplan en gaan mee in de cyclus van kwaliteitsverslag, bespreking met interne en externe stakeholders en update van het kwaliteitsplan.
- Effectief en efficiënt gebruik van hulpbronnen om de best mogelijke zorgresultaten en ervaringen te behalen met de beschikbare financiën en middelen

Resultaten 2018

Kennis en informatievoorziening

Intern wordt kennis en informatie gedeeld door middel van vakliteratuur, periodieke werkoverleggen, mededelingen via het medewerkersportaal, workshops, E-learning en klinische lessen. Kwaliteitsdocumenten zijn voor alle medewerkers zowel digitaal als fysiek beschikbaar. Extern wordt kennis vergaard door het bijwonen van seminars, lezingen, abonnementen op nieuwsbrieven van relevante websites (Zorg voor Beter, Vilans, IGJ, V&VN etc.) en deelname aan het lerend netwerk.

Facilitaire factoren en gebouw

De facilitaire dienst in Fleurâge Residences omvat de technische dienst, restaurant/de keuken, huishoudelijke dienst, hovenier en wasvoorziening (grotendeels extern). Werkzaamheden en onderhoud worden uitgevoerd conform wettelijk eisen.

ICT

In Fleurâge Residences wordt gewerkt met een ECD (Nedap ONS). Het systeem voldoet aan de verwachtingen, echter nog niet alle mogelijkheden die het systeem biedt worden benut. Het ICT-netwerk voldoet aan de veiligheidsnormen. Bij uitval van een provider wordt automatisch overgeschakeld op een back-up-netwerk, zodat cliëntinformatie te allen tijde beschikbaar blijft. Er is een gedragscode internet, netwerk en emailgebruik.

In 2018 is nog niet gestart met het digitaal aftekenen van medicatie. Volgens onze verwachting gaat dit eind 2019 van start.

Beheer en onderhoud van materialen

Het onderhoud van gebouw en materialen vindt plaats aan de hand van een vaste planning en conform geldende wet- en regelgeving.

Administratieve diensten

Administratieve diensten worden uitgevoerd door de stafmedewerker en de personeelsadministratie. De loonadministratie is extern ondergebracht bij een accountant. De registratie en declaratie van de geleverde productie is vanaf 2017 ondergebracht bij een externe, deskundige partij. Echter deze partij stopt ermee eind 2019. Fleurâge Residences stapt dan over naar Nedap voor het berichtenverkeer (Vecozo).

Gebruik van informatie

Beoogd resultaat kwaliteitskader

- Elke verpleeghuisorganisatie dient minimaal één keer per jaar informatie over cliëntervaringen te verzamelen en te gebruiken middels erkende instrumenten. De informatie is onderdeel van het jaarlijks kwaliteitsverslag en kan onder andere gebruikt worden voor verbetering en voor keuze-informatie voor (potentiële) bewoners.
- Elke verpleeghuisorganisatie dient in het kader van onderlinge landelijke vergelijkbaarheid vanaf verslagjaar 2016 minimaal één keer per jaar informatie over de Net Promotor Score (NPS) aan te leveren.

Resultaten 2018

Fleurâge Residences ziet zich niet als verpleeghuisorganisatie, wel als een organisatie die passende zorg en begeleiding biedt in een extramurale setting. In oktober 2018 is een cliënttevredenheidsonderzoek uitgevoerd waarbij de thema's uit het kwaliteitskader aan de orde zijn gekomen (mate van aandacht, gevoel van welzijn, zinvolle invulling van de dag, aandacht voor levensvragen enz.), evenals de NPS-score. Ook is gevraagd naar de mate waarin de door Fleurâge Residences benoemde kernwaarden zijn beleefd.

NPS-score: Bewoners/vertegenwoordigers bewoners: 8,7

Op Zorgkaart Nederland staan op 1 december 2018 in totaal 11 waarderingen met een gemiddelde score van 9,2.

Na vertrek/overlijden stuurt de kwaliteitsmedewerker een nazorg-evaluatieformulier naar de familie/vertegenwoordiger.

Vanaf 2019 zal hierbij ook de aanbevelingsvraag (NPS-score) worden uitgevraagd. Daarnaast wordt aan de familie gevraagd een vermelding op Zorgkaartnederland.nl achter te laten. In de praktijk blijkt dat hier weinig gebruik van wordt gemaakt. Door de NPS-score toe te voegen aan de nazorgevaluatie hopen wij een hogere respons te krijgen.

Medio 2019 wordt een medewerkers-tevredenheidsonderzoek uitgevoerd als onderdeel van de kwaliteitscan Waardigheid en Trots op locatie.