



Kwaliteitsplan Verpleeghuiszorg 2018-2019
&
Jaarverslag 2017

Versie 3.1

Directie Dignis, 20-07-2018

Inhoudsopgave

1		Zorgorganisatie	5
	1.1	Zorgvisie en kernwaarden	5
	1.2	Doelgroepen	6
	1.2.1	Beschrijving doelgroepen	6
	1.2.2	Overzicht van de leeftijdsverdeling per categorie	7
	1.2.3	Type zorgverlening, ZZP-verdeling en omzet per doelgroep	8
	1.2.4	Aantal locaties (overeenkomend met KvK registratie, zorgomgeving)	9
	1.3	Personeelsbestand, -samenstelling en -informatie	9
		Inleiding	9
	1.3.1	Aantal zorgverleners en vrijwilligers per locatie	10
	1.3.2	Verhouding leerling / gediplomeerden	11
	1.3.3	Strategische personeelsplanning	11
	1.3.4	In -, door - en uitstroom van medewerkers	12
	1.3.5	Ratio personele kosten versus opbrengsten	12
	1.3.6	Uitdagingen Personeelsbestand en personeelssamenstelling	12
	1.3.7.	Ziekteverzuim	13
	1.3.8	Vacatures	13
	1.3.9	Medewerkerstevredenheid onderzoek	13
2		Kwaliteit en veiligheid	14
	2.1	Persoonsgerichte zorg en ondersteuning	14
		Inleiding	14
	2.1.1	De zorg – en dienstverlening heeft een multidisciplinair karakter	14
	2.1.2	Goede afspraken en een goede samenwerking liggen vast in een zorgleefplan	15
	2.1.3	Uitdagingen persoonsgerichte zorg en ondersteuning	15
	2.1.4	De zorg wordt geleverd vanuit vier thema's: compassie, uniek zijn, autonomie en zorgdoelen.	16
	2.2	Wonen en welzijn	16
		Inleiding	16
	2.2.1	Zingeving	16
	2.2.2	Zinvolle tijdsbesteding	16
	2.2.3	Schoon en verzorgd lichaam	17
	2.2.4	Familieparticipatie en inzet vrijwilligers	17
	2.2.5	Wooncomfort	18
	2.2.6	Uitdagingen Wonen en welzijn	18
	2.3	Veiligheid	18
		Inleiding	19
	2.3.1	Medicatieveiligheid	19
		1. Medicatieveiligheid: indicatoren – werkwijze – leren en verbeteren	19

		2. Antipsychoticagebruik: indicatoren – werkwijze – leren en verbeteren	21
		3. Antibioticagebruik: indicatoren – werkwijze – leren en verbeteren	23
	2.3.2	Uitdagingen Medicatieveiligheid	24
	2.3.3	Decubituspreventie	24
	2.3.4	Uitdagingen Decubituspreventie	25
	2.3.5	Preventie van acute ziekenhuisopnames	26
	2.3.6	Uitdagingen Preventie van acute ziekenhuisopnames	27
	2.3.7	Gemotiveerd gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen	28
	2.3.8	Uitdagingen Gemotiveerd gebruik van vrijheid beperkende maatregelen.	29
	2.3.9	Het inzichtelijk maken van indicatoren over de basisveiligheid en aangeleverd bij de Openbare Database van het Zorginstituut	29
	2.3.10	Elke verpleeghuisorganisatie heeft een incidentencommissie	30
2.4		Leren en werken van kwaliteit	30
	2.4.1	Vijf elementen Leren en werken van Kwaliteit binnen Dignis Verblijf	31
	2.4.2	Uitdagingen Leren en werken van kwaliteit	34
3		Randvoorwaarden	35
3.1		Leiderschap, governance en management	35
		Inleiding	35
	3.1.1	Uitwerking zes thema's Leiderschap, governance en management	35
	3.1.2	Uitwerking per verwachting Leiderschap, governance en management	37
3.2		Personeelssamenstelling	38
		Inleiding	38
	3.2.1	Aandacht, aanwezigheid en toezicht	40
	3.2.2	Specifieke kennis en vaardigheden.	40
	3.2.3	Reflectie, leren en ontwikkelen	41
	3.2.4	Uitdagingen Personeelssamenstelling	41
3.3		Gebruik van hulpbronnen	43
		Inleiding	44
	3.3.1	De gebouwde omgeving	44
	3.3.2	Technologische hulpbronnen	45
	3.3.3	Materialen en hulpmiddelen	46
	3.3.4	Facilitaire zaken	46
	3.3.5	Financiën en administratieve organisatie	46
	3.3.6	De professionele relaties en samenwerkingsovereenkomsten met andere zorginstellingen	47
	3.3.7	Uitdagingen Hulpbronnen	47
3.4		Gebruik van informatie	48
		Inleiding	48
	3.4.1	Werkwijze van Dignis Verblijf	48
	3.4.2	Uitdagingen Gebruik van informatie	49

4		Overzicht Uitdagingen per thema en Plan van aanpak	
5		Reacties en toevoegingen Raad van Bestuur en Medezeggenschap	

Hoofdstuk 1 Zorgorganisatie

Inleiding

Het nieuwe Kwaliteitskader verpleeghuiszorg is in januari 2017 vastgesteld. De focus van het Kwaliteitskader ligt op 'samen leren' als basis voor kwaliteitsverbetering. Dignis Verblijf gaat dit nieuwe kwaliteitskader implementeren.

In het Kwaliteitsplan Verpleeghuiszorg staat beschreven op welke wijze Dignis Verblijf aan deze kaders gaat voldoen.

Het kwaliteitsplan is geschreven in de vorm van een consultatiedocument. Dit betekent dat input vanuit de medezeggenschap en RvB verwerkt kan worden in het document. Aanpassingen zijn ook mogelijk op basis van nieuwe inzichten en ontwikkelingen in de organisatie.

Het verslag over het jaar 2017 is geïntegreerd in het Dignis kwaliteitsplan Verpleeghuiszorg 2018 - 2019 . In de kaders bij de verschillende onderwerpen zijn de resultaten van 2017 terug te vinden.

1.1 Zorgvisie en kernwaarden

De visie van Lentis is om met hart en hoofd recht te doen aan de mens en zijn verhaal. Kernwaarden hierbij zijn: vakkundig, volhardend, compassie, waardig, wederkerig.

De missie van Dignis is om kwetsbare ouderen met (een combinatie van) psychogeriatrische, psychiatrische en somatische problematiek te helpen om hun eigen leven te blijven leiden op de wijze die zij wensen. De vrijheid van ieder mens om zijn/haar eigenheid tot uitdrukking te brengen staat bij ons centraal. Ook wanneer deze mens in toenemende mate afhankelijk wordt van een zorgsysteem. Voor Lentis Ouderen Verblijf V&V hebben we dit, in het verlengde van de Lentis waarden, vertaald in de waarden: eigenheid, betrouwbaarheid, verbondenheid en gastvrijheid. Bij het werken aan het realiseren van onze missie laten we ons inspireren door o.a. het gedachtengoed van de positieve gezondheid, waarbij het vermogen van mensen om met fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan, centraal staat.

Wanneer het moment komt dat het verblijven op de eigen woonplek geen optie meer is, omdat er intensievere zorg en bescherming nodig is, bieden de verblijfshuizen van Lentis Ouderen een beschermde omgeving waar ouderen tot het einde van hun leven op een waardige wijze verblijven en zichzelf kunnen blijven.

In het Hoofdontwerp: Strategie Ouderen 2020- 2025 staat beschreven hoe een intensieve samenwerking van de Dignis V&V en Lentis ouderenpsychiatrie zal leiden tot een organisatie die specialist is op het gebied van kwetsbare ouderen met psychiatrische, psychogeriatrische en multiproblematiek.

De pijlers van de koers zijn:

1. Tevreden cliënten
2. Tevreden medewerkers
3. Voldoen aan Kwaliteitskader
4. Uniforme werkwijze en cultuur
5. Financieel gezonde bedrijfsvoering

De zorggroep Dignis bevindt zich momenteel in een ontwikkelingsfase. Er wordt een strategisch plan opgesteld waarbij rekening wordt gehouden met de diverse doelgroepen, waaronder verpleeghuiszorg. Om een gedragen plan te creëren, zijn er participatiegroepen ingericht. De participatiegroepen zijn per doelgroep ingericht met medewerkers van verschillende functieniveaus. Diverse onderwerpen komen aan bod ten einde de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van Dignis als werkgever in kaart te brengen en te verbeteren. Er wordt ingegaan op de drie succesfactoren van kwaliteit, namelijk bedrijfsvoering, de organisatiecultuur, de organisatiestructuur. Leiderschap is van invloed op deze drie succesfactoren en maakt dan ook een wezenlijk onderdeel uit van de planvorming. Per doelgroep, dus ook voor verpleeghuiszorg, wordt de gewenste functiemix in 2018 uitgewerkt in werkgroepen. Vervolgens wordt de informatie uit de werkgroep op maat gemaakt per locatie samen met de teams.

Werkgroepen:

- Formatiemix diverse zorgtypen
- Zelforganiserende teams
- Decentrale planning & roostering
- Service loket
- Management informatie
- Ondersteunende processen
- Staforganisatie
- Opleidingen
- Financiële besparingen
- Overleg- en Communicatiestructuur

Dignis Verblijf zal in 2018 - 2019 zorgen dat wordt voldaan aan de eisen uit het kwaliteitskader.

1.2 Doelgroepen

1.2.1 Beschrijving doelgroepen

Binnen Dignis Verblijf hebben we meerdere verpleeghuizen en woonzorgcentra. In de verpleeghuizen wordt zorg met behandeling geboden (totaal 454 plaatsen). Binnen de woonzorgcentra wordt ook zorg zonder behandeling geboden. (totaal 140 plaatsen) We zijn specialist zijn op het gebied van zorg en behandeling van cliënten met complexe problematiek op het gebied van PG, GP en multiproblematiek. Op twee verpleeghuislocaties hebben we naast PG afdelingen ook afdelingen Gerontopsychogeriatric met daarin nog onderscheid in verschillende doelgroepen als jong-dementerenden, Korsakov, NAH.

De in – en exclusiecriteria voor de diverse locaties en doelgroepen zijn beschreven in het document: ‘In- en exclusiecriteria Dignis V&V’.

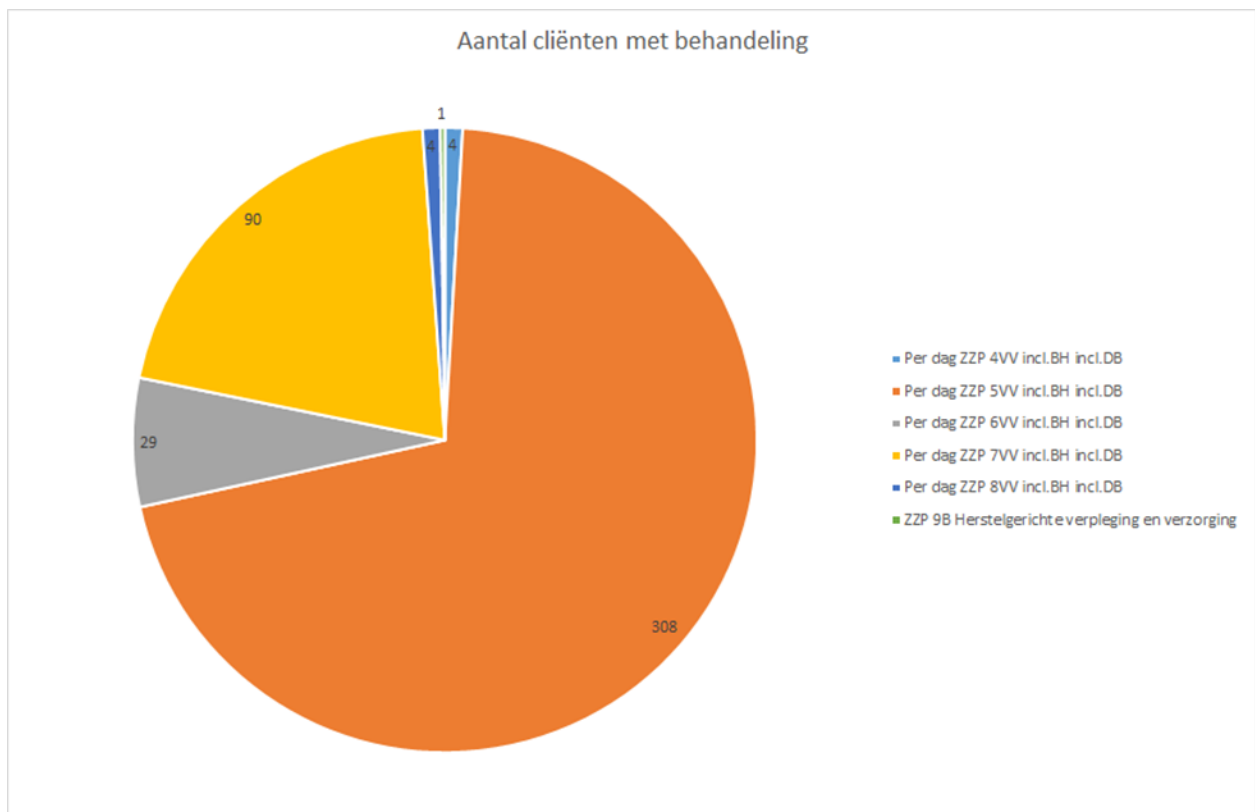
Dignis heeft 2 somatische afdelingen die sterk gelinkt zijn aan de revalidatie afdeling. Hier verblijven cliënten met Multi problematiek die niet meer in staat zijn om zelfstandig te wonen.

Om goede ketenzorg te kunnen bieden is er in de verblijfshuizen mogelijkheid tot kortdurende opvang zoals Eerstelijnsverblijf (ELV) en crisisopname. Ook bieden deze huizen de mogelijkheid voor dagopvang. Binnen de organisatie wordt er ook revalidatie en extramuraal zorg geboden. Dit kwaliteitsplan richt zich echter alleen op de chronische verblijfszorg.

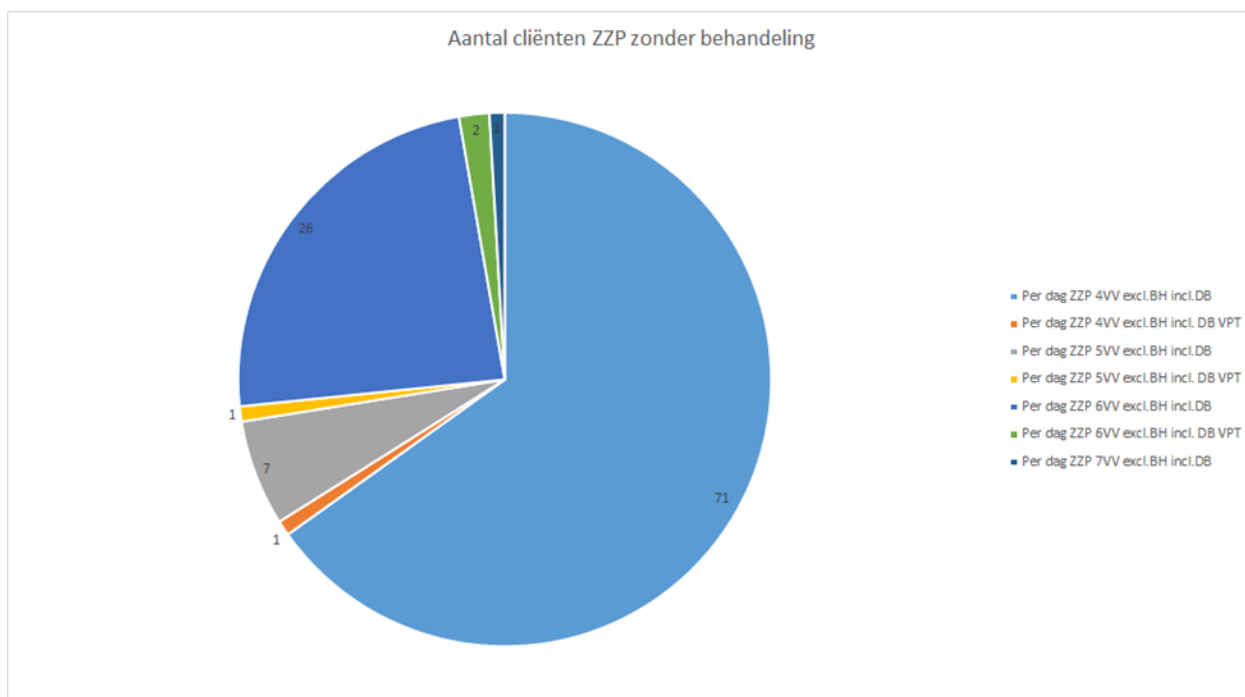
1.2.2 Overzicht van de leeftijdsverdeling per categorie

Leeftijdscategorie	Aantal cliënten
45 t/m 54 jaar	5
55 t/m 64 jaar	19
65 t/m 74 jaar	78
75 t/m 79 jaar	63
80 jaar en ouder	380
Eindtotaal	545

1.2.3 Type zorgverlening, ZZZP-verdeling en omzet per doelgroep



Overzicht aantal cliënten met behandeling per 31-12-2017



Overzicht aantal cliënten zonder behandeling per 31-12-2017

ZPZ categorie	Aantal unieke cliënten	Opbrengst
Per dag ZPZ 4VV incl.BH incl.DB	10	€ 32.629
Per dag ZPZ 4VV excl.BH incl.DB	117	€ 3.771.062
Per dag ZPZ 4VV excl.BH incl. DB VPT	1	€ 28.430
Per dag ZPZ 5VV incl.BH incl.DB	503	€ 24.267.887
Per dag ZPZ 5VV excl.BH incl.DB	28	€ 548.756
Per dag ZPZ 5VV excl.BH incl. DB VPT	1	€ 55.469
Per dag ZPZ 6VV incl.BH incl.DB	57	€ 1.917.375
Per dag ZPZ 6VV excl.BH incl.DB	54	€ 1.911.787
Per dag ZPZ 6VV excl.BH incl. DB VPT	2	€ 104.694
Per dag ZPZ 7VV incl.BH incl.DB	123	€ 7.606.360
Per dag ZPZ 7VV excl.BH incl.DB	2	€ 79.284
Per dag ZPZ 8VV incl.BH incl.DB	7	€ 323.022
ZPZ 9B Herstelgerichte verpleging en verzorging	4	€ 54.621
Totaal	909	€ 40.701.376

Overzicht type zorgverlening, ZPZ – verdeling en de omzet (geëxtrapoleerd op jaarbasis) per Zorgzwaartepakket.

1.2.4 Aantal locaties (overeenkomend met KvK registratie en zorgomgeving)

Dignis Verblijf bestaat uit de volgende locaties (conform inschrijving KvK):

Naam locatie	Groot/kleinschalig	Landelijk/stedelijk	doelgroepen	Capaciteit
Verpleeghuis Blauwbörgje	Grootschalig	stedelijk	PG, GP Incl. BH	107
Woonzorgcentrum Veldspaat	Grootschalig	stedelijk	PG incl. BH PG, SOM excl. BH	72 37
Woonzorgcentrum Bernlef	Grootschalig	stedelijk	PG, SOM excl. BH	38
Kleinschalig wonen Gabriel	Kleinschalig	stedelijk	PG incl. BH	14
Verpleeghuis Enk	Grootschalig	landelijk	PG, GP Incl. BH	118
Woonzorgcentrum 't Holthuys	Grootschalig	landelijk	PG, SOM excl. BH	32
Woonzorgcentrum Wiekslag	Kleinschalig	landelijk	PG incl. BH PG, SOM excl. BH	30
Verpleeghuis Duinstee	Kleinschalig	landelijk	PG incl. BH	24
Verpleeghuis Heymanscentrum	Grootschalig	stedelijk	PG, SOM incl. BH	95
Verpleeghuis de Omloop	Kleinschalig	Landelijk	PG incl. BH	25
			TOTAAL	592

1.3 Personeelsbestand, -samenstelling en –informatie

Inleiding

Uitgangspunt voor de personele samenstelling is de indicatie van de cliënt.

Vanuit het Kwaliteitskader worden landelijke eisen gesteld aan de personeelssamenstelling en de bezetting.

In de Koers Dignis wordt een nieuwe formatie-mix ontworpen en een bijbehorend normrooster per doelgroep om aan deze kwaliteitseisen te voldoen.

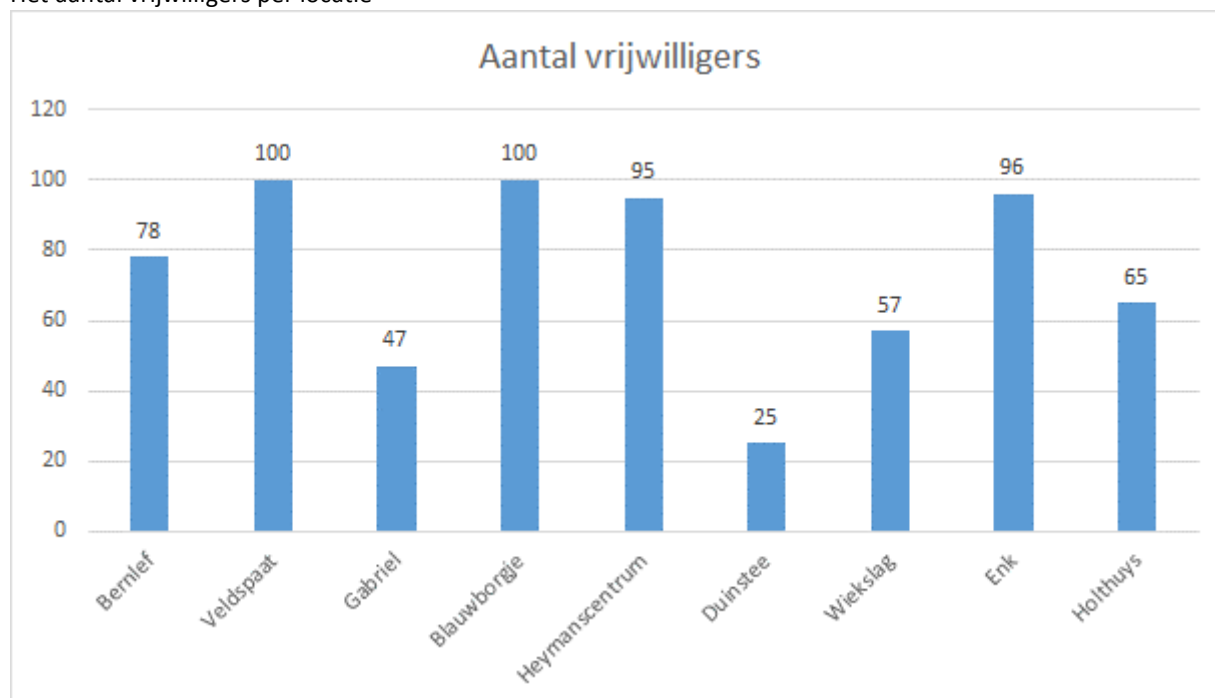
1.3.1. Aantal zorgverleners en vrijwilligers per locatie

In totaal is er 664,36 fte personeel in loondienst. Het merendeel van het personeel is op verzorgend niveau, namelijk 481,07 fte. Op verpleegkundig niveau betreft het 36,17 fte. Binnen de zorggroep Dignis zijn in december 2017 vier kwaliteitsverpleegkundigen (HBO-V afgestudeerden) gestart op een aantal verpleeghuislocaties. Dit aantal is in 2018 uitgebreid. In totaal zijn vanaf mei 2018 8 kwaliteitsverpleegkundigen werkzaam binnen de Verpleeghuiszorg van Dignis. De inzet van kwaliteitsverpleegkundigen op diverse afdelingen heeft ertoe geleid dat er meer focus is op kwaliteitsverbeteringen in de teams door middel van o.a. coaching on the job. Tevens hebben de kwaliteitsverpleegkundigen regelmatig intervisiemomenten om kennis te delen en van elkaar te leren.

Personele situatie per 31-12-2017

	2017 Medisch	Verpleegkundig N5	Verpleegkundig N4	Verzorgend EVV 3+	Verzorgend N3	Verzorgend N2	Facilitair	Ondersteunend	MT	
Centraal Dignis	0,25	0,27	0,09	0,14	0,92	0,01	-	49,75	1,57	53,01
Flexpool	-	-	0,01	-	3,40	0,36	0,87	-	-	4,64
Centraal Behandel dienst	28,38	0,25	-	-	0,27	0,16	0,07	2,06	-	31,19
Bernlef	-	-	0,24	5,82	15,59	3,01	2,89	0,67	-	28,22
Veldspaat	0,06	0,28	0,72	15,93	47,21	9,28	9,92	1,13	-	84,53
Gabriel	-	-	-	1,70	10,39	1,37	-	-	-	13,46
Blauwborgje	-	5,76	1,77	15,46	58,02	10,73	12,67	1,90	-	106,31
Heymanscentrum	-	7,43	5,74	20,64	69,71	22,05	15,78	2,21	-	143,56
Duinste	-	0,04	-	4,34	14,81	1,80	0,84	0,11	-	21,95
Wiekslag - Bonkelaar	-	-	0,53	1,45	11,91	0,90	4,18	0,01	-	18,98
Wiekslag - Omloop	-	0,04	1,06	3,73	15,43	1,68	0,75	-	-	22,69
Enk	0,14	7,82	2,37	23,55	56,82	10,45	5,14	2,72	-	109,01
Holthuys	-	-	1,73	6,36	14,35	1,30	2,87	0,21	-	26,82
Totaal Intramuraal	28,83	21,90	14,27	99,12	318,85	63,09	55,95	60,77	1,57	664,36

Het aantal vrijwilligers per locatie



In totaal hebben 663 vrijwilligers zich in 2017 ingezet voor de organisatie.

1.3.2 Verhouding leerling/gediplomeerden

Bij Dignis bieden we medewerkers aan om, middels een BBL traject, de opleiding tot verzorgende IG en verpleegkundige te volgen.

Resultaat 2017
In het verslagjaar 2017 zijn:
<ul style="list-style-type: none">• 11 leerlingen volgen in het eerste leerjaar de BBL3 opleiding Verzorgende IG• 12 leerlingen volgen in het tweede leerjaar de BBL3 opleiding• 5 leerlingen volgen de verkorte BBL4 opleiding tot verpleegkundige.

Met individuele medewerkers wordt krijgt ontwikkeling vorm door competentie- en loopbaanontwikkeling in de jaarlijkse voortgangsgesprekken.

1.3.3 Strategische Personeelsplanning (SPP)

In 2016 is een start gemaakt met Strategische Personeelsplanning. Er is onder andere inzichtelijk gemaakt hoe de organisatieopbouw en functieopbouw eruit ziet. Verder is een vlootshouw uitgevoerd waarbij gekeken is naar het huidige prestatievermogen en het ontwikkelingsvermogen. De analyses vormen input voor de verdere ontwikkelingen van de organisatie.

Door middel van Strategische Personeelsplanning wil de organisatie kunnen anticiperen op de toekomst. De zorg wordt steeds complexer en dit is van invloed op de gevraagde inhoudelijke deskundigheid van de medewerkers. Investeren in opleidingen is van cruciaal belang. In het kwaliteitsverslag over het jaar 2018 zal gerapporteerd worden wat de “kwantitatieve en kwalitatieve gap” is en wat de acties en interventies daarop zijn.

1. Er is een analyse gemaakt op basis van de vergelijking op twee peilmomenten: 1-12-2015 en 1-4-2017 met als belangrijkste uitkomsten:
 - De meeste afdelingen zijn stabiel qua omvang met uitzondering van Dignis Flexpool
 - Met uitzondering van de functie van verzorgende is er geen sprake van forse groei of krimp bij functies.
 - Gemiddelde leeftijd is 46,2 jaar. Dat is gelijk aan de gemiddelde leeftijd van totaal Lentis.
 - De leeftijdsopbouw laat een concentratie bij de leeftijdsgroep 50-60 jaar zien.
 - De schaal – en functiemix mix is nauwelijks gewijzigd.
 - Er heeft meer uitstroom plaatsgevonden dan instroom.
 - Van de uitgestroomde medewerkers was meer dan de helft minder dan 3 jaar in dienst bij Lentis.
 - Bijna alle ingestroomde medewerkers hebben een tijdelijk contract.
 - Vanaf 2022 forse uitstroom a.g.v. pensioen.
 - De in- en uitstroom verschilt per functie.
 - Vrij hoge uitstroom (>15%) bij de functies: verzorgende, woonzorg assistent, medewerker civiele dienst, verpleegkundige, teamleider, basisverzorgende en specialist ouderengeneeskunde.
 - Doorstroom van en naar functies komt vrijwel niet voor.

2. Analyse van de vlootshouw laat de volgende resultaten zien:

- 61% van de medewerkers presteert bovengemiddeld of uitstekend.
- 11% van de medewerkers presteert bovengemiddeld of uitstekend en kan momenteel of op termijn een 'zwaardere' functie aan.
- 60% van de verzorgenden, 73% van de EVV'ers en 93% van de verpleegkundigen presteert bovengemiddeld of uitstekend.
- 12% van de verzorgenden, 18% van de EVV'ers en 20% van de verpleegkundigen heeft potentieel om door te groeien.

1.3.4 In -, door - en uitstroom van medewerkers met zorg gerelateerde functies

In 2017 zijn in totaal 159 medewerkers ingestroomd in zorg gerelateerde functies. De uitstroom van personeel in zorg gerelateerde functies was in 2017 echter hoger dan de instroom, namelijk 172. Bovendien zijn 51 medewerkers doorgestroomd binnen de organisatie. Als organisatie willen we de ongewenste uitstroom van personeel beperken. Vanuit goed werkgeverschap biedt de organisatie sinds eind 2017 vaste dienstverbanden aan nieuwe medewerkers mits zij voldoen aan de functie-eisen en competenties voor de functie en op het moment dat het een structurele functie betreft. Tevens is vanuit HR beleid geformuleerd met betrekking tot het voeren van exitgesprekken en de registratie hiervan. Op deze manier krijgt de organisatie meer grip op uitstroom en kunnen er in de toekomst gerichte acties ondernomen worden om de ongewenste uitstroom te beperken.

1.3.5 Ratio personele kosten versus opbrengsten

De personeelskosten bedragen 72% van de opbrengsten in 2018.

Resultaat 2017
Ratio personele kosten versus opbrengsten: 67,7%

1.3.6 Uitdagingen Personeelsbestand en personeelssamenstelling

- Implementatie van nieuwe Koers Dignis Verblijf met daarin het voorstel tot een nieuwe organisatiestructuur en functiemix.
Op basis van de 5 pijlers vanuit het plan:
 - Tevreden cliënten
 - Tevreden medewerkers
 - Voldoen aan Kwaliteitskader
 - Uniforme werkwijze en cultuur
 - Financieel gezonde bedrijfsvoering
- Voor het werven van medewerkers wordt in 2018 een recruiter aangesteld.
- In 2018 Toename van het aantal vrijwilligers realiseren en mogelijkheden andere doelgroepen onderzoeken die deze bijdrage kunnen leveren (bijv. Philadelphia, waar in het facilitair bedrijf al mee wordt samengewerkt)

- In 2018 doorgroeimogelijkheden en potentieel benutten van medewerkers binnen de nieuwe Koers bv door een bredere functiemix.
- Nadere analyse van de SPP in relatie tot het definitieve plan Koers Dignis (2^e helft 2018)

1.3.7 Ziekteverzuim 2017

Het ziekteverzuim in 2017 was gemiddeld 8,2%. Dit wordt met name veroorzaakt door langdurig verzuim. Het terugdringen van het (langdurig) verzuim en het investeren in preventie van verzuim heeft grote aandacht. Een randvoorwaarde om het verzuim te verlagen is voldoende personeelsformatie, waardoor teams minder kwetsbaar zijn. Door krapte op de arbeidsmarkt, zie tevens bij “vacatures”, is het zorgen voor tijdige vervanging door het aanstellen van een nieuwe medewerker een belangrijk knelpunt geweest in 2017. Het ontwikkelen van strategisch beleid op het gebied van duurzame inzetbaarheid van medewerkers staat hoog op de agenda. Gezonde medewerkers die met plezier naar het werk gaan, dat is hetgeen de organisatie ambieert ten einde kwalitatief goede zorg te kunnen leveren aan de cliënten.

1.3.8 Vacatures 2017

Zoals vermeld, zijn er met succes zorggroep breed kwaliteitsverpleegkundigen geworven ter bevordering van de kwaliteit en innovatie binnen Dignis. Bovendien is in het jaar 2017 gestart met de werving van woonzorgassistenten (helpenden). Verder zijn er regelmatig vacatures voor verzorgenden IG. Door krapte op de arbeidsmarkt lukt het niet altijd om alle openstaande vacatures te vervullen. Arbeidsmarktbeïnvloeding en –communicatie is een van de HR speerpunten. Door hier meer aandacht voor te hebben, hoopt de organisatie in de toekomst meer succes te ervaren met het werven van nieuwe deskundige medewerkers. In het verlengde hiervan is de organisatie ook actief bezig met imago, 'wie willen we zijn en hoe stralen we dat uit?'. Zijn we die aantrekkelijke werkgever waar mensen graag werken?' Dit betekent ook concreet aandacht hebben voor het vaste personeel om ze voor de organisatie te behouden. Met andere woorden in gesprek blijven met de medewerker over wat bindt en zo nodig faciliteren in wensen.

1.3.9 Medewerkerstevredenheid

In 2017 is geen medewerkers tevredenheidsonderzoek uitgevoerd. Het onderzoek wordt in 2018 organisatiebreed uitgevoerd. De input vanuit dit onderzoek wordt met alle teams besproken en er wordt gezamenlijk met de teams een actieplan gemaakt om verbeterpunten te bewerkstelligen. De score van het medewerkers tevredenheidsonderzoek van 2018 zal worden vermeld in het kwaliteitsverslag van 2018.

Hoofdstuk 2 Kwaliteit en veiligheid

2.1 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Inleiding

In het kwaliteitskader gaat het bij persoonsgerichte zorg en ondersteuning over de wijze waarop de cliënt in alle levensdomeinen uitgangspunt is bij zorg – en dienstverlening.

Het doel is om de kwaliteit van leven van de cliënt zo optimaal mogelijk te laten zijn. Binnen de relatie tussen cliënt, zorgverleners en zorgorganisatie komt dit optimaal tot zijn recht.

In het kwaliteitskader is dit thema uitgewerkt in verwachtingen die een zorgorganisatie uitvoert, namelijk:

1. De zorg – en dienstverlening heeft een multidisciplinair karakter
2. Goede afspraken en een goede samenwerking liggen vast in een zorgleefplan (ZLP):
 - Iedere cliënt beschikt binnen 24 uur over een ZLP.
 - Waarin in ieder geval opgenomen: medicatie, dieet, primaire hulpvraag, 1^e contactpersoon en afspraken hoe te handelen bij calamiteiten.
 - Het opstellen van het ZLP is belegd bij een verzorgende van tenminste niveau 3 (IG), of bij een andere zorgverlener van tenminste niveau 3. Bij voorkeur is dit de contactverzorgende dan wel de eerste verantwoordelijk verzorgende of verpleegkundige (EVV).
 - Het ZLP is uiterlijk 6 weken na opname definitief
3. De zorg wordt geleverd vanuit vier thema's: compassie, uniek zijn, autonomie en zorgdoelen.

2.1.1 De zorg – en dienstverlening heeft een multidisciplinair karakter

- ZLP bespreking in aanwezigheid van meerdere disciplines
- Basisteam: arts, psycholoog en zorg aangevuld met paramedici op uitnodiging
- Familie is aanwezig bij de halfjaarlijkse ZLP bespreking

Resultaat 2017

Aan deze norm is voldaan

2.1.2 Goede afspraken en een goede samenwerking liggen vast in een zorgleefplan

- Iedere cliënt beschikt binnen 24 uur over een eerste concept ZLP en is zichtbaar in het ECD. Hierin zijn in ieder geval terug te vinden: het dieet en primaire hulpvraag.
- Het ZLP is uiterlijk na 6 weken definitief en ondertekend door de familie.

- Binnen het Elektronisch Cliëntendossier (ECD) van Dignis wordt onderscheid gemaakt tussen de wettelijk vertegenwoordiger en de eerste contactpersoon. Dit wordt bij opname vastgelegd.
- Bij alle cliënten wordt op de dag van opname besproken welke beleid passend is in het geval van calamiteiten (beleidsafspraken) en wordt op de eerst dag vastgelegd in ECD.
- Medicatie is terug te vinden in Klinikom en de deellijst is direct bij opname beschikbaar.
- Het opstellen van het ZLP is bij Dignis belegd bij de EVV die tenminste Niveau 3 IG heeft.

Resultaat 2017:

In de 48 dossiersaudits 2017 die binnen de locaties van Dignis Verpleeghuiszorg zijn uitgevoerd was dit 47 keer in orde. Eenmaal was er sprake van een ZLP dat ouder was dan 6 maanden.

2.1.3 Uitdagingen 2018-2019 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

- Verminderen van de administratieve last: Lentisbreed wordt onderzoek gedaan naar een nieuw EPD.
- Onderzoek of IZIS gebruikt kan gaan worden voor de Medische dienst Lentis, waarbij koppeling met huidige ECD moet worden gerealiseerd.
- Continueren roadshows ECD om kwaliteit van het ZLP en zorgrapportages te blijven verbeteren en te borgen.
 - Specifiek:
 - Rapportages sluiten beter aan bij de doelen uit het ZLP
 - Clienttypering volledig ingevuld
 - Profielen Positieve gezondheid toevoegen
- Klassikale cursus ECD voor nieuwe medewerkers wordt vervangen door een E-learning module.
- Koppeling Klinikom aan ECD
- Cliëntenportaal beschikbaar voor alle cliënten in 2018, zodat cliënten en eerste contactpersonen digitaal ZLP, zorgafspraken en zorgrapportages kunnen inzien.

2.1.4 De zorg wordt geleverd vanuit vier thema's: compassie, uniek zijn, autonomie en zorgdoelen

Cliënten en hun naasten staan centraal bij de zorg- en dienstverlening die wordt geboden. Belevingsgerichte zorg is het uitgangspunt. De training belevingsgerichte zorg bestaat uit 2 dagdelen basistraining en daarna per jaar een vervolg van 1 dagdeel. De training wordt volledig klassikaal verzorgd.

Resultaat 2017

In 2017 is gestart met 'meekijken op de werkvloer'. Het doel is concretiseren, leren en verbeteren van belevingsgerichte zorg

Uitdagingen:

Gezien de zwaardere (multi)problematiek van cliënten, verwachte verkorting van de verblijfsduur en veranderende cliëntvraag zet Dignis een nieuwe strategische koers in. Voor Dignis Verblijf wordt de persoons- en belevingsgerichte zorg gecombineerd met het gedachtengoed van de Positieve Gezondheid. De aanvullende waarde van het gedachtengoed van de positieve gezondheid is voor ons de brede kijk op de individuele ervaring van de kwaliteit van het eigen leven.

Resultaat 2017

In 2017 is een keus gemaakt voor implementatie van het gedachtengoed van de Positieve Gezondheid

In de nieuwe Koers Dignis wordt het gedachtengoed rond Positieve gezondheid meegenomen en verder uitgewerkt.

2.2 Wonen en welzijn

Inleiding

In het kwaliteitskader gaat het bij het wonen en welzijn over vijf thema's die leidend zijn:

1. Zingeving
2. Zinnvolle tijdsbesteding
3. Schoon en verzorgd lichaam plus verzorgde kleding
4. Familieparticipatie en inzet vrijwilligers
5. Wooncomfort

2.2.1 Zingeving

Binnen Dignis Verblijf worden multidisciplinair disciplines ingezet bij specifieke levensvragen. De EVV heeft aandacht voor de cliënten en hun specifieke vragen en bespreekt met de arts / psycholoog wie moet worden ingeschakeld om de cliënt behulpzaam te zijn bij het bespreken van zingevingvragen.

Tijdens het Moreel beraad worden ethische kwesties, multidisciplinair, onder leiding van de geestelijk verzorger besproken.

Uitkomsten van deze bespreking worden door het multidisciplinaire team gedeeld met cliënt en familie.

Resultaat 2017

Uitgevoerd op alle locaties van Dignis Verpleeghuiszorg

2.2.2 Zinnvolle tijdsbesteding

Met de extra middelen voor verpleegzorg in kader van Waardigheid en Trots is binnen Dignis het project 'Een mooie dag' gestart in 2016. Een persoonlijke, zinnvolle daginvulling van cliënten en de deskundigheidsontwikkeling van medewerkers op het terrein van welzijn is het doel van dit project (projectplan 'Een mooie dag bij Dignis; 2016-2020', april

2016). Aandacht voor familieparticipatie, Bewegen en Omgaan met probleemgedrag is vertaald in 3 ontwikkelprojecten 2016-2017 die zijn overeengekomen met de zorgkantoren (projectplan 'Het verpleeghuis als thuis', projectplan 'Leefstijl & kwaliteit van leven', projectplan 'Als gedrag een probleem wordt'; 2016).

Resultaat 2017:

- Project 'Een mooie dag': in uitvoering op alle locaties van Dignis Verpleeghuiszorg
- 3 ontwikkelprojecten met succes en instemming van zorgkantoren afgesloten in december 2017

2.2.3 Schoon en verzorgd lichaam

De cliënt kan zelf aangeven wat de wensen, behoeften en voorkeuren zijn ten aanzien van wassen, kleden, douchen etc.

In grote lijnen is dit vastgelegd in het ZLP; de details komen terug in de zorgafspraken van het ECD.

Per dag wordt in overleg met de cliënt bekeken of er behoefte is om af te wijken van de basisafspraken.

Resultaat 2017

Uitgevoerd op alle locaties/afdelingen van Dignis Verblijf

2.2.4 Familieparticipatie en inzet vrijwilligers

De familie wordt vanaf het begin van verblijf betrokken bij de afspraken rond wonen en welzijn en hen wordt gevraagd welke bijdrage zij kunnen en willen leveren aan de directe zorg en welzijn.

De familie wordt betrokken bij het opstellen van het levensverhaal.

De familie wordt uitgenodigd deel te nemen aan activiteiten op de afdelingen.

Er worden jaarlijks familiebijeenkomsten georganiseerd.

Voor overstijgende zaken is er op elke locatie een cliëntenraad.

Binnen Dignis Verblijf zijn zo'n 600 vrijwilligers actief.

Ook zij worden betrokken activiteiten, zowel individueel, op het team als centraal binnen de locatie. Twee keer per jaar worden vrijwilligersbijeenkomsten gehouden in bijzijn van de directie, waarin de vrijwilligers aan kunnen geven wat hen bezighoudt.

Top 3 aandachtspunten vrijwilligers:

1. De wens om te delen in informatie over levensverloop, interesses van bewoner
2. Afstemming met afdeling over aan/ afwezigheid vrijwilliger
3. De wens om te delen in informatie over wat er in de organisatie speelt

Top 3 aandachtspunten verwanten:

1. Meer toezicht in huiskamer
2. Meer activiteiten en meer bewegen in huiskamer en buiten
3. Personele inzet, meer vaste gezichten

2.2.5 Wooncomfort

Bij Dignis Verblijf beschikken alle cliënten over een eigen kamer, die zij kunnen inrichten met eigen spullen.

Er is in afgelopen jaar veel aandacht besteed aan de leefomgeving zowel binnen als buiten de locaties.

Veel locaties hebben al een open karakter, waarbij de cliënten zich vrij, binnen en buiten het gebouw, kunnen bewegen.

Er is veel aandacht besteed aan de aankleding van het gebouw. Enerzijds door nieuwbouw, anderzijds door verbouw en aanpassingen binnen bestaande situatie.

Resultaat 2017:

Aan bovenstaande is in 2017 door Dignis Verblijf voldaan. Het vrij buiten het gebouw kunnen begeven is op 2 locaties van Dignis Verblijf gebouw technisch onmogelijk.

2.2.6 Uitdagingen 2018 - 2019 Wonen en welzijn

- Invoering model positieve gezondheid: hierin staat de mens centraal en niet de ziekte. Positieve gezondheid bestaat uit 6 dimensies: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, spiritueel/ existentiële dimensie, kwaliteit van leven, sociaal maatschappelijk participeren, dagelijks functioneren. Werken vanuit positieve gezondheid betekent een beroep doen op de eigen kracht en eigen omgeving en zelfredzaamheid van mensen. Menselijke waarden als aandacht, tijd, vertrouwen, ruimte, diversiteit en kwaliteit staat voorop.
- Vanuit het kwaliteitskader en de vertaling hiervan in de Koers Dignis zal daginvulling, ook in het weekend, toegevoegd worden aan de zorgprogrammering
- Betrokkenheid van familie en naasten vergroten bij zorg en/of sociale ondersteuning.
- Het werven van meer vrijwilligers om de zinvolle daginvulling in de nieuwe situatie nog beter te kunnen vormgeven.
- Waar dit nog niet het geval is worden gebouwen zodanig aangepast dat cliënten zich vrijuit in en rond het gebouw kunnen bewegen.

2.3 Veiligheid

Inleiding

Dignis streeft naar optimale veiligheid voor haar cliënten.

In het Kwaliteitskader gaat het bij veiligheid over het meten en inzichtelijk maken van indicatoren, die handvatten geven om te leren en te verbeteren.

1. Het leren en verbeteren op basis van indicatoren op vier thema's van basisveiligheid zijn:
 - Medicatieveiligheid:
 - Medicatieveiligheid
 - Antipsychoticagebruik
 - Antibioticagebruik

- Decubituspreventie
 - Gemotiveerd gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen
 - Preventie acute ziekenhuisopname
2. Het inzichtelijk maken van indicatoren over de basisveiligheid en aangeleverd bij de Openbare Database van het Zorginstituut (uiterlijk 1 juli volgend op het betreffende kalenderjaar)
 3. Elke verpleeghuisorganisatie heeft een incidentencommissie of maakt gebruik van een lokale of regionale incidentencommissie.

In dit hoofdstuk worden aan de hand van de vier thema's de indicatoren (A) , werkwijze binnen Dignis Verblijf (B) en de Kwaliteitscyclus (C) beschreven en afgesloten met de uitdagingen die Dignis verblijf zich stelt om aan het Kwaliteitskader rond het thema veiligheid te voldoen.

2.3.1 Medicatieveiligheid

1. Medicatieveiligheid

1.A Indicatoren

- 1.A.1 *% cliënten bij wie met een regelmatige frequentie (bijv. elke drie maanden) een formele medicatiereview plaatsvindt door apotheker en specialist ouderengeneeskunde*
- 1.A.2 *Aantal geregistreerde medicatiefouten (MIC). Volgen van de trends in medicatiefouten binnen de organisatie-eenheden van de instelling en verantwoording over de opvolgende verbeteracties, van voorschrijven tot toediening, inclusief voorraadbeheer.*

Resultaat 2017:

Er is jaarlijks een medicatie review tussen apotheker en SOG van alle cliënten die medicatie gebruiken.

Medicatie-incidenten worden geregistreerd en geanalyseerd op afdelings- en organisatieniveau in SMILE. De analyse van de incidenten wordt gebruikt als input om tot verbetermaatregelen te komen. De medicatie-incidenten worden geaggregeerd verwerkt in de kwartaalrapportage, waarin aard, mate, trends en verbetermaatregelen per afdeling en op organisatieniveau zijn vastgelegd. De kwartaalrapportages worden besproken met de Raad van Bestuur.

Resultaat 2017

Aan deze norm is voldaan

Geregistreerde medicatiefouten in 2017: 401

Resultaat 2017

Onderstaande punten worden in de 48 audits die zijn uitgevoerd, het meest als 'niet in orde' gescoord:

- Houdbaarheid: Producten met een beperkte houdbaarheid zijn voorzien van een openingsdatum en/of tijd. Zalven, drankjes, oogdruppels etc. hebben vaak een beperkte houdbaarheid na openen: *9x niet in orde gescoord.*
- Toegang en opslag: In de koelkast is een digitale thermometer aanwezig, de temperatuur wordt dagelijks geregistreerd volgens de geldende procedure. Koelkastmedicatie moet bewaard worden tussen de 2 °C en 7 °C.: *9x niet in orde gescoord.*
- Smile Meldingen: Smile meldingen worden structureel met het team besproken: *8x niet in orde gescoord.*
- Beheer: Alle aanwezige medicatie staat op de deellijst. Er ligt geen gestopte medicatie in de (koel)kast/kar: *7x niet in orde gescoord.*
- Toedienen medicatie: Niet GDS medicatie (lijst Risicovolle middelen) wordt dubbel gecontroleerd en dubbel geparafeerd: *7x niet in orde gescoord.*
- Toegang en opslag, -Bij afwijkende temperaturen (van de koelkast) wordt aantoonbaar actie ondernomen: *7x niet in orde gescoord*
- Toegang en opslag, Afspraken over sleutelbeheer zijn aantoonbaar vastgelegd en hier wordt naar gehandeld: *7x niet in orde gescoord*

1B. Werkwijze bij Dignis verblijf

Binnen Lentis is een Commissie Farmaceutische zorg actief. Vanuit Dignis nemen hieraan deel: de directeur inhoudelijke zaken van Dignis, de kwaliteitsfunctionaris, apotheker en een ANW verpleegkundige. De commissie vergadert 6 keer per jaar. Alle onderwerpen aangaande medicatieverstrekking en medicatieveiligheid komen aan de orde.

Lentis heeft een eigen apotheek met dagelijks leveringsmogelijkheden voor verblijfslocaties van Dignis. Lentis heeft een up to date geneesmiddelendistributieprotocol.

Binnen alle teams van Dignis Verblijf zijn aandachtsfunctionarissen medicatieveiligheid aangesteld.

Scholing van medicatieveiligheid vindt plaats d.m.v. E- learning.

Daarnaast worden interactieve scholingen gegeven aan teamleiders, verpleegkundigen en aandachtsfunctionarissen georganiseerd vanuit de commissie farmaceutische zorg.

Resultaat 2017

Verbetermaatregel:

- Centrale verbeteractie Lentis: de commissie Farmaceutische Zorg Lentis inventariseert in 2018 of het haalbaar is om Lentisbreed koelkasten met een ingebouwd logsysteem aan te schaffen zodat de temperatuur niet meer apart op een lijst geschreven hoeft te worden.
- De commissie farmaceutische zorg Lentis heeft geïnventariseerd of het haalbaar is om alle medicatieruimte te voorzien van Saltosloten zodat onbevoegden niet meer in medicatieruimte kunnen komen. Het uitleveren van Saltosloten wordt gefaseerd uitgerold over heel Lentis.
- De kwaliteitsverpleegkundigen (ingezet per 1 december 2017) coachen intensief op het proces rond de medicatie veiligheid. Waar zaken Dignis breed spelen wordt dit teruggekoppeld aan de directeur inhoudelijke zaken die bevindingen bespreekt in Commissie Farmaceutische Zorg. Zo mogelijk worden oplossingen gezocht voor de problemen of worden afspraken bijgesteld. Vanuit de Commissie Farmaceutische Zorg worden in Q1 2018 afspraken gemaakt over een scholingsprogramma medicatieveiligheid.

1C. Leren en verbeteren bij Dignis verblijf

Vanuit de apotheek worden minimaal 2 keer per jaar afdelingsaudits gehouden op het gebied van medicatieveiligheid. Tevens worden er door hen trainingen on the job gegeven. De uitkomsten worden verwerkt in SMILE.

Daarnaast wordt 1 x per jaar op de afdeling zelfaudits medicatieveiligheid gedaan via SMILE. Er worden verbeterplannen gemaakt die op directieniveau worden besproken tijdens de kwartaalrapportage besprekingen en de teamleiders bespreken de uitkomsten en verbeteractie in de teamoverleggen.

De kwartaalrapportage van Dignis Verblijf worden besproken met de Raad van bestuur.

De inhoud van de dokterstas wordt zo beperkt mogelijk gehouden en jaarlijks geëvalueerd tijdens

Farmacotherapeutisch overleg (FTO)

6 keer per jaar is er FTO voorbereid door SO en apotheker.

Medicatiereview vindt jaarlijks plaats met arts en apotheker.

2. Antipsychoticagebruik

2A. Indicatoren:

Binnen organisatie-eenheden documenteren van aard (ATC-codes) en prevalentie (% bewoners) en reflecteren (in FTO, maar ook met de collega organisaties uit het lerend netwerk) op aard en omvang van het antipsychoticagebruik.

Resultaat 2017

Aan deze norm wordt voldaan (zie 2c)

Resultaat 2017

In 2017 is het in het FTO met apotheek en SO's Dignis het onderwerp antipsychotica gebruik geëvalueerd. Afdelingen waarbij het gebruik hoger was dan gemiddeld hebben een analyse gemaakt van het voorschrijfgedrag.

2B. Werkwijze binnen Dignis verblijf

Binnen locatie 't Blauwbörgje loopt het project "Beter af met minder".

Vanuit dit project wordt kritisch gekeken wordt naar het gebruik van psychofarmaca en dwangmedicatie. Hierbij komen ook alternatieve oplossingen voor psychofarmaca en voor middelen en maatregelen aan de orde.

Resultaat 2017

Project 'Beter af met minder': uitvoering

Doel:

- zorgvuldig inzetten en zo mogelijk verminderen van gebruik van Psychofarmaca bij onbegrepen en als probleem ervaren gedrag
- vormgeving en gebruik van alternatieven

Aandachtsgebieden:

- *Gebruik psychofarmaca in Blauwbörgje: zorgvuldig en juist inzetten*
- *Deskundigheidsbevordering*
- *Familieparticipatie*
- *Preventie*

Het project wordt in het voorjaar van 2018 afgesloten met een dossiermeting van het zorgvuldig en juist inzetten van psychofarmaca en een resultaat beschrijving van de andere aandachtsgebieden van Dignis Verblijf

2C. Leren en verbeteren binnen Dignis verblijf

Het aantal cliënten en prevalentiecijfer worden geaggregeerd uit het systeem Klinikom gehaald en worden besproken in het FTO.

Jaarlijks worden de voorschrijfcijfers van psychofarmaca van de afzonderlijke afdelingen besproken in het FTO.

Naar aanleiding van deze overleggen kunnen er vragen gesteld worden aan de betreffende specialisten ouderengeneeskunde en de teamleider. Zij maken waar nodig een analyse en een plan van aanpak.

Binnen het FTO wordt het huidige gebruik van psychofarmaca op de PG afdelingen geëvalueerd. Het project "Beter af met minder" is de leidraad van dit overleg. Er worden concrete afspraken gemaakt ten aanzien van het toepassen van psychofarmaca, de evaluatie van het gebruik van psychofarmaca en concrete doelstellingen ten aanzien van vermindering van het gebruik.

Resultaat 2017

Het eenduidig registreren van gebruik psychofarmaca is besproken in het overleg van de BOPZ artsen en vakgroep overleg met de artsen. In het Elektronisch Cliënten Dossier zullen in het eerste kwartaal van 2018 nieuwe formulieren in gebruik worden genomen waarin dit item wordt meegenomen.

Project 'Beter af met Minder'. Dit traject wordt begin 2018 afgesloten. Er gaat een uitrol plaatsvinden van succesvol gebleken werkwijzen en activiteiten binnen Dignis. Voorschrijfgedrag psychofarmaca wordt jaarlijks besproken in FTO.

Met collega instellingen is afstemming geweest over het wel /niet melden van verdekt geven van medicatie. In het algemeen wordt dit alleen gedaan wanneer er een medische noodzaak is en als er sprake is van actief verzet.

Vanuit het lerend netwerk wordt in 2018 een gezamenlijk FTO georganiseerd m.b.t. het voorschrijven van psychofarmaca. Hier worden ook de voorschrijfcijfers van de verschillende organisaties besproken. Daarnaast wordt er in 2018 een bijeenkomst georganiseerd vanuit het lerend netwerk waar het onderwerp terugdringen vrijheid beperkende maatregelen worden besproken.

3. Antibioticagebruik

3A Indicatoren

Binnen de organisatie-eenheden documenteren van aard (ATC-codes) en prevalentie (% bewoners) en reflecteren (bv ook in FTO, maar ook met de collega organisaties uit het lerend netwerk) op aard en omvang antibiotica gebruik, ook met het oog op de toenemende resistentie problematiek.

Resultaat 2017

Jaarlijks is er een FTO met het antibiotica beleid als onderwerp. Voor de UWI gebruiken we resistentie resultaten van het Lab van verzamelde monsters. De resistenties worden per huis bepaald.

3B Werkwijze binnen Dignis verblijf

Binnen Lentis is een Antibiotica commissie aanwezig.

Er wordt gebruik gemaakt van het antibioticaformulier opgesteld door de Antibiotica commissie.

Het formulier wordt jaarlijks aangepast aan de hand van de resistentie patronen.

Interacties, allergieën en overdoseringen worden automatisch in het Elektronisch Voorschrijfsysteem (EVS) aangegeven. Allergieën worden tevens vermeld in het ECD.

Nierfuncties worden aan de apotheek doorgegeven door de arts en verwerkt in het EVS.

3C Leren en verbeteren binnen Dignis verblijf

Aantal cliënten en prevalentiecijfer worden geaggregeerd uit het systeem Klinikom gehaald en besproken binnen de Antibiotica commissie

Resultaat 2017

De voorgeschreven medicatie wordt voor verschillende indicaties gebruikt, hierdoor is het onduidelijk waarvoor ze worden voorgeschreven. De getallen zijn niet besproken in de antibiotica-cie.

2.3.2 Uitdagingen Medicatieveiligheid

Resultaat 2017

- Eind 2017 is Niveau 5 als kwaliteitsverpleegkundige toegevoegd aan de zorgteams. Hiermee wordt een kwaliteitsslag gemaakt t.a.v. medicatieveiligheid en de kwaliteitscyclus. Tevens wordt de positie van aandachtsfunctionarissen medicatieveiligheid op de afdelingen ondersteund door de aanwezigheid van deze kwaliteitsverpleegkundigen.

Acties 2018

- Besluitvorming meetperiode of puntprevalentiemeting t.a.v. indicatoren Medicatieveiligheid, Antipsychoticagebruik en Antibioticagebruik.
- Resultaten indicatoren opnemen in kwaliteitsverslag.
- In 2018 wordt met de partners van het lerend netwerk een gezamenlijk FTO georganiseerd waar alle artsen en apotheker aanwezig zijn. Onderwerpen die besproken worden zijn de "zo nodig" medicatie en het juist voorschrijven.
- Er wordt een formulier Antibiotica ontwikkeld door en voor SO's in samenwerking met de apotheek.
- De voorzitter van de antibiotica commissie sluit in 2018 aan bij de Lentis brede hygiëne en infectiepreventie commissie.

2.3.3 Decubituspreventie

1A Indicatoren

1. Preventie van decubitus

Regelmatige monitoring van huid(letsel), voedingstoestand, mondzorg, incontinentieletsel bij alle bedlegerige of immobiele cliënten.

Resultaat 2017

Aan deze norm wordt voldaan. Zie ook 1B: Regelmatige monitoring vindt plaats door regelmatige risico-inventarisatie op deze punten. In elk geval eens per half jaar en zo nodig.

2. Aanwezigheid van decubitus

Prevalentie decubitus categorie 2, 3 en 4:

Resultaat 2017

De registratie van de aanwezigheid van huidletsel vindt plaats op het niveau van de individuele cliënt; er is nog geen (punt)prevalentiemeting huidletsel voorhanden. Dit zal landelijk voor het eerst gebeuren in 2018.

1B Werkwijze binnen Dignis verblijf

Voor alle cliënten wordt (huid)letsel, voedingstoestand, mondzorg, incontinentieletsel minimaal voor elke Zorgleefplanbespreking gemonitord d.m.v. een risicosignalering en opvolging.

Binnen Dignis is een decubituscommissie aanwezig, die 4 x per jaar bijeenkomt. De doelstellingen van de commissie zijn het vaststellen van het beleid rond wondzorg, het up to date houden van het decubitusprotocol, het uitwisselen van nieuwe inzichten, het kritisch meekijken naar inzet van hulpmiddelen en het organiseren/geven van scholingen op het gebied van wondzorg.

Er zijn op alle teams aandachtsvelders wondzorg aanwezig.

2.3.4 Uitdagingen Decubituspreventie

Resultaat 2017

- Eind 2017 wordt Niveau 5 als kwaliteitsverpleegkundige toegevoegd aan de zorgteams. Hiermee wordt een kwaliteitsslag gemaakt t.a.v. wondzorg en de kwaliteitscyclus. De positie van aandachtfunctionarissen wondzorg op de afdelingen ondersteund door de aanwezigheid van deze kwaliteitsverpleegkundigen.

Acties 2018:

- Vaststellen wijze van (punt)prevalentiemeting huidletsel en wijze van evaluatie (indicator 2)
- Hervatten meetweek ten aanzien van prevalentie, preventie en behandeling van decubitus
- Resultaten indicator opnemen in het Kwaliteitsverslag
- De aandachtsvelders worden extra geschoold op wondzorg.
- Het neerzetten van een standaard assortiment van wondproducten. Het doel is om met een zestal producten 80 % van alle wonden te kunnen behandelen vanuit 1 leverancier; de huidige stroomschema's moeten hierop worden aangepast.
- Aanpassen van het decubitusprotocol op leesbaarheid en gebruiksgemak en zoveel mogelijk evidence based.

2.3.5 Preventie van acute ziekenhuisopname

1A Indicatoren:

1. Aantal ongeplande opnamen (psychiatrisch) ziekenhuis per organisatie-eenheid over een bepaalde periode
 - Incidentie opname (psychiatrisch) ziekenhuis /insturen SEH per organisatie-eenheid/ per doelgroep

Resultaat 2017

Aan deze norm wordt voldaan

Resultaat 2017

In 2017 zijn er 23 opnames naar de tweede lijn geweest vanuit de chronische verpleeghuiszorg Dignis.

- 11 X heup fractuur
- 1 X vaat problematiek
- 1 X dialyse
- 2 X urosepsis
- 1 X pneumonie
- 1 X erysipelas
- 1 X stoma plaatsing
- 2 X Cardiale problemen
- 1 X urologische problematiek

De reden van de opname wordt geregistreerd in het individuele zorgleefplan van de cliënt.

1B. Werkwijze binnen Dignis Verblijf

Op de dag van de opname wordt een medisch beleid afgesproken met de cliënt en/ of de eerste contactpersoon. Hierin wordt het niet- reanimatie beleid afgesproken, maar ook afspraken ten aanzien van het wel of niet insturen van de cliënt naar het ziekenhuis en andere invasieve/intensieve behandelingen (infusen, sondes, intramusculaire behandelen etc.) In het ECD worden deze afspraken vastgelegd op het medisch beleidsblad. Dit blad wordt door iedere betrokken arts voor een behandeling ingezien.

Op iedere afdeling is tijdens werkuren een laagdrempelig overleg met de specialist ouderengeneeskunde mogelijk bij een veranderende somatisch toestandsbeeld. Dit betekent in de praktijk dat op een zeer kort termijn ingegrepen kan worden bij een verslechtering in het somatisch toestandsbeeld, waardoor verslechtering voorkomen kan worden. Wekelijks loopt de specialist ouderengeneeskunde zijn visites op de afdeling waarbij de cliënten uitgebreid besproken worden.

Binnen Dignis werken wij met 24 uur aanwezige verpleegkundigen die ook in de avond en nacht cliënten met acute problemen triageren en overleggen met de dienstdoende specialisten ouderengeneeskunde. Voordat de dienst ingaat wordt de dienstdoende arts op de hoogte gebracht door zijn collega's zowel telefonisch als schriftelijk van cliënten die

kwetsbaar zijn. Na de dienst worden de collega's geïnformeerd over de cliënten die gezien zijn tijdens de dienst middels een beveiligde overdracht via de mail.

Binnen Dignis (en speciaal binnen het Heymanscentrum waar de revalidatie afdeling gehuisvest is) zijn er consultantbezoeken gepland van de neurologie, geriatrie, revalidatiegeneeskunde en de psychiatrie. Met deze consultants kan ook door de overige locaties overlegd worden bij acute casuïstiek. Met de vakgroep geriatrie van het Martini ziekenhuis vindt 2 x per jaar een gesprek op managementniveau plaats om de samenwerking te intensiveren en te optimaliseren.

2.3.6 Uitdagingen 2018 – 2019 Preventie van acute ziekenhuisopnames

- Totaaloverzicht reden ziekenhuisopnames
- Onderzoek naar de mogelijkheid om geaggregeerde cijfers (actueel) uit de bestaande systemen te halen.
- Resultaten indicator opnemen in het Kwaliteitsverslag
- Evaluatie uitkomsten jaarlijks agenderen op het artsenoverleg
- In 2018 niet meer dan 32 ziekenhuisopnames binnen de chronische zorgafdelingen van Dignis.
- Niveau 5 verpleegkundige is aanwezig op de zorgteams.
- Ontwikkelen infuusbeleid ook voor de chronische zorg (met name somatiek).

2.3.7 Gemotiveerd gebruik van vrijheid beperkende maatregelen

1A. Indicatoren

1.A.1 Inzet vrijheid beperkende maatregelen

Wat is % cliënten bij wie in de afgelopen 30 dagen een vrijheid beperkende maatregel als verpleegdeken en/of jumpsuit/hansop is toegepast en wat was reden van de inzet.

1.A.2 Evaluatie:

Is bij de cliënten bij wie in de afgelopen 30 dagen VBM is getroffen, deze maatregel per soort geëvalueerd met cliënt/naaste(n)? Niet alleen maatregel maar ook proces voor inzet van maatregel. Is vooraf voldoende naar alternatieven gezocht?

Resultaat 2017

Op dit moment worden gegevens handmatig per locatie maandelijks verzameld en geteld en wordt het percentage cliënten vastgesteld bij wie in de afgelopen 30 dagen een vrijheid beperkende maatregel is ingezet. Iedere 3 maanden worden de resultaten besproken en geanalyseerd door de BOPZ-artsen. Hier worden ook verbeteracties geformuleerd en in gang gezet.

1B Werkwijze Dignis Verblijf

In afwachting van de Wet Zorg en Dwang werken we volgens de wet BOPZ. Dit doen we vanuit onze visie op belevingsgerichte zorg, eigen regie, veiligheid, zorgvuldige besluitvorming en transparantie.

In de commissie Onvrijwillige zorg (voorheen de BOPZ commissie) wordt het beleid ten aanzien van vrijheid beperkende maatregelen en de overgang naar de Wet Zorg en Dwang multidisciplinair en organisatie breed besproken.

Vrijheid beperkende maatregelen mogen alleen genomen worden na overleg met de specialist ouderengeneeskunde. De specialist ouderengeneeskunde gaat na of de maatregel noodzakelijk, geschikt, doelmatig en proportioneel is, en de minst ingrijpende. Dit gebeurt in samenspraak met de verpleging en waar van toepassing multidisciplinair met psycholoog, fysiotherapeut en ergotherapeut.

Elke vrijheid beperkende maatregel wordt eerst met de eerste contactpersoon besproken voordat hij genomen wordt.

Resultaat 2017

Beleids- en werkwijze uitgevoerd.

1C Leren en verbeteren binnen Dignis verblijf

Op het algemene artsenuitvoerend komen de resultaten van de metingen ten aanzien van vrijheid beperkende maatregelen binnen Dignis 1 x per jaar aan de orde. De voorzitter van de BOPZ commissie zit de vergadering voor en geeft toelichting. De toepassing van middelen en maatregelen wordt hier kritisch geëvalueerd, er worden mogelijkheden verkend om het aantal maatregelen te verminderen.

1 x per 14 dagen is er per afdeling een omgangsoverleg, waarbij de verpleging met de psycholoog en waar nodig de specialist ouderengeneeskunde casuïstiek bespreekt met betrekking tot probleemgedrag. Er wordt een omgangsadvies geschreven als leidraad voor de verpleging hoe om te gaan met de betreffende cliënt. Ook hier is het uitgangspunt om zo min mogelijk vrijheid beperkingen te hoeven toepassen.

Elke vrijheid beperkende maatregel wordt in een Middelen en Maatregelen (M&M) - formulier opgenomen van de cliënt en wordt opgeslagen in het elektronisch cliëntendossier.

In dit formulier worden datum, aard van de vrijheid beperking, de duur, evaluatiedatum en de motivering vastgelegd.

We registreren meer dan strikte middelen en maatregelen; ook beschermende maatregelen die niet daadwerkelijk vrijheid beperkend zijn leggen we vast in het kader van bewuste omgang en transparantie en van de overgangsfase naar de Wet Zorg en Dwang.

Binnen een week wordt de maatregel geëvalueerd en bij voortzetting wordt de maatregel opgenomen in het zorgleefplan. De maatregel wordt daarna minimaal 1 x per 3 maand geëvalueerd en opgenomen in een overzicht van vrijheidsbeperkende maatregelen per afdeling welke besproken wordt met de BOPZ artsen van de regio's (BOPZ commissie). De resultaten worden besproken in de BOPZ commissie en vertaald naar beleid.

Dit overzicht is tevens onderdeel van de kwartaalrapportages naar de Raad van bestuur

Het personeel krijgt jaarlijks scholing in belevingsgerichte zorg en onderwijs over het toepassen van middelen en maatregelen. Ook is er een training in agressiepreventie.

Binnen locatie 't Blauwbörgje loopt het project "Beter af met minder", waarbij er kritisch gekeken wordt naar het gebruik van psychofarmaca en dwangmedicatie. Hierbij komen ook alternatieve oplossingen voor psychofarmaca en voor middelen en maatregelen aan de orde.

2.3.8 Uitdagingen 2018 – 2019 Gemotiveerd gebruik van vrijheid beperkende maatregelen

- Onderzoek aanpassen M&M - formulier in ECD, waardoor geaggregeerde cijfers uit ECD kunnen worden gehaald.
- Resultaten indicatoren opnemen in het Kwaliteitsverslag
- Er wordt een methodiek ontwikkeld voor interne consultatie (second opinion) bij de inzet van vrijheid beperkende maatregelen, vooruitlopend op de Wet Zorg en Dwang.
- In 2018 zal er een pilot zijn om deze methodiek te toetsen en uiteindelijk te implementeren.
- Uitrol naar overige locaties van het project " Beter af met minder".
- In 2018 wordt met de partners uit het lerend netwerk een gezamenlijke bijeenkomst georganiseerd die in het teken staat van de nieuwe wet Zorg en Dwang.
- Binnen Dignis wordt op een aantal locaties gebruik gemaakt van slimme domotica, waardoor de cliënt zonder te veel in zijn privacy gestoord te worden gecontroleerd kan worden op vallen. Dit zal in 2018 verder worden uitgerold.
- In 2018 zal het toezicht op de PG - afdelingen conform het nieuwe kwaliteitskader plaats vinden. De personele formatie op de PG - afdelingen zal hier op worden aangepast.

2.3.9 Het inzichtelijk maken van indicatoren over de basisveiligheid en aangeleverd bij de Openbare Database van het Zorginstituut (uiterlijk 1 juli volgend op het betreffende kalenderjaar)

Conform de set indicatoren basisveiligheid die Verenso en V&VN samen met de andere relevante sectorpartijen en de IGZ, op basis van de vier thema's, ontwikkelen worden de gegevens van Dignis Verblijf in het Kwaliteitsverslag aangeleverd bij de Openbare Database van het Zorginstituut.

Resultaat 2017

De Indicatoren zijn aangeleverd in 2017.

2.3.10 Elke verpleeghuisorganisatie heeft een incidentencommissie of maakt gebruik van een lokale of regionale incidentencommissie

Binnen Lentis wordt veiligheid gehanteerd volgens de principes van integraal risicomanagement. Integraal risicomanagement heeft twee belangrijke pijlers: risico's en incidenten.

Voor beide onderdelen worden Centrale Expertteams ingericht.

In navolging van de expertteams Lentis wordt ook voor Dignis een expertteam opgericht, bestaande uit een vaste kern van een aantal getrainde onderzoekers, nl. de directeur inhoudelijke zaken Dignis, het hoofd Apotheek, Kwaliteitsadviseur, HRM adviseur en concerncontroller. Dit team is getraind in de PRISMA methodiek door Q - Consult.

Het expertteam analyseert de ernstige incidenten en calamiteiten.

Het expertteam zorgt ervoor dat de resultaten van de analyses worden opgenomen in het strategische dashboard en de kwartaalrapportages. Het management is verantwoordelijk voor de sturing op verbetermaatregelen.

Het visgraatdiagram en "5x waarom" zijn onderdelen van de PRISMA methode. Deze onderdelen zijn geschikt als analysemethodiek op teamniveau. Het gaat hier om de incidenten die niet ernstig zijn, maar wel verbeteracties behoeven.

Naast de analyses van incidenten en calamiteiten zal daarom het expertteam Dignis ook op locatieniveau, samen met de teams, middels de PRISMA methode analyses gaan uitvoeren.

Resultaat 2017

Het expertteam is opgericht en de PRISMA scholing is uitgevoerd.

2.4 Leren en werken van kwaliteit

Inleiding

Leren en ontwikkelen is een belangrijke voorwaarde om cliënten een goede zorg- en dienstverlening te geven. Kennis en ervaring van buiten halen, kennis delen en verspreiden en kennis toepassen zijn noodzakelijke voorwaarden hiervoor. Leren en ontwikkelen gaat beter naarmate er een cultuur van gezamenlijk verbeteren ontstaat: het geheel is meer dan de som der delen. Inzicht in resultaten (directe feedback), het beoordelen van de resultaten en samen doelen stellen voor verbetering creëert een gezamenlijk belang en een gezamenlijk doel, waarbij commitment ontstaat voor het vervolg.

Het Kwaliteitskader stelt dat continu werken aan verbetering van kwaliteit de norm is voor een goede organisatie. Daarbij hoort openheid over bereikte resultaten.

Vijf elementen worden genoemd:

1. Kwaliteitsmanagementsysteem
2. Jaarlijks geactualiseerd kwaliteitsplan

3. Jaarlijks kwaliteitsverslag
4. Continu werken in de praktijk aan verbeteren door zorgverleners.
5. Deel uitmaken van een lerend netwerk.

Daarnaast noemt het Kwaliteitskader twee elementen die het onderling leren onder de aandacht brengen: deel uitmaken van een lerend netwerk met tenminste twee andere instellingen en een vijfjaarlijkse (multidisciplinaire) kwaliteitsvisitatie door een relevante beroepsorganisatie.

2.4.1 Vijf elementen Leren en werken van Kwaliteit binnen Dignis Verblijf

Dignis Verblijf beschikt over een, in 2017, gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem (HKZ), waarin verantwoordelijkheden met betrekking tot kwaliteit en beleid zijn vastgelegd.

Dignis heeft voor alle locaties het HKZ certificaat. Dit keurmerk voor de zorg is gebaseerd op de ISO 9001 normering. Een van de vereisten van dat systeem is het maken van een jaarlijks kwaliteitsplan en het afleggen van verantwoording over dat kwaliteitsplan (kwaliteitsjaarverslag).

Dignis heeft een academische status d.w.z. dat wij opleiden tot specialist Ouderengeneeskunde.

Dignis maakt onderdeel uit van een Universitair Netwerk Ouderenzorg – UMCG (UNO – UMCG) Daarnaast onderhoudt Dignis intensief contact met de Hanze hogeschool en het Noorderpoortcollege. Met enige regelmaat voeren studenten eindopdrachten uit binnen Dignis verblijf.

Dignis Verblijf beschikt over een geavanceerd auditsysteem (ICT pakket Smile) en auditcyclus die de zorgteams en leidinggevende ondersteunen bij het voldoen aan de kwaliteitseisen uit het Kwaliteitskader en maakt het mogelijk om continue te verbeteren op basis van de behaalde resultaten. Interne audits worden gehouden op het gebied van:

- Dossiercontrole (4 x per jaar)
- Medicatieveiligheid (1 x per jaar)
- Algemeen toezicht IGZ (1 x per jaar)
- Agressiepreventie (1 x per jaar)
- Hygiëne en Infectiepreventie (1 x per jaar)
- Voorbehouden en risicovolle handelingen (1 x per jaar)

Een andere informatiebron voor kwaliteitsverbetering zijn de resultaten van cliëntwaarderingen tijdens het MDO en via Zorgkaart Nederland.

Resultaat 2017		
Klanttevredenheid (Zorgkaart Nederland)		
- <u>Dignis</u> (Totaal)		
Locatie	Voortschrijdend	Jaar 2017
de Enk	8,3	8,7
Heymanscentrum	7,3	7,4
De Veldspaat	7,8	8,4
Bernlef	7,7	7,8
<u>Blauwborgje</u>	7,8	8,2
Zorg thuis Groningen	7,5	7,5
De Duinstee	8,3	8,3
<u>'t Holthuys</u>	8,0	8,7
De Omloop	8,0	8,0
De Wiekslag	7,8	7,5
Zorg thuis Drenthe	7,9	7,9
<u>Gabriël</u>	7,7	-
Revalidatie <u>afdeling</u>	7,9	7,5

Resultaten klanttevredenheid 2017, Zorgkaart Nederland

<i>Zou u deze organisatie aanbevelen bij uw familie en vrienden?</i>		
locatie	percentage	
Bonkelaar	100%	NB: op Zorgkaart Nederland: Wiekslag
Duinstee	100%	
Enk	100%	
Omloop	93%	
Holthuys	100%	
Zorg Thuis Drenthe	83%	
Bernlef	94%	
Blauwbörgje	94%	
Gabriël	<i>geen waarderingen</i>	
Heymanscentrum WZC	88%	
Heymanscentrum revalidati	100%	
Veldspaat	100%	
Zorg Thuis Groningen	90%	
Dignis	93%	

Resultaten klanttevredenheid 2017, Zorgkaart Nederland

1 x per 3 jaar wordt de tevredenheid van medewerkers gemeten; in kwartaal 1 – 2018 wordt het eerstvolgende Medewerkers tevredenheidsonderzoek uitgevoerd.

Externe visitaties en audits door beroepsgroepen:

De vakgroep specialisten ouderengeneeskunde worden 1 x per 5 jaar gevisiteerd.

- Alle (Para) medici zijn BIG geregistreerd en moeten 1 x per 5 jaar opnieuw geregistreerd worden.
- De psychosociale disciplines worden 1 x per 5 jaar opnieuw geregistreerd.
- Momenteel wordt er gewerkt aan een audit systeem binnen SMILE zodat ook de paramedici en psychosociale disciplines 2 x geaudit kunnen worden 2 x per jaar; dit moet in 2018 zijn gerealiseerd.

Tenslotte is de informatie, voortkomend uit de gesprekken met netwerk- en ketenpartners, een essentiële om het huidig beleid te toetsen, van elkaar te leren en de koers zo nodig bij te stellen.

De inspraak van cliënten en medewerkers is formeel georganiseerd in de adviesorganen.

Er worden diverse methoden gebruikt om te leren in de organisatie.

Variërend van “Tips en Tops”- bijeenkomsten tot enkele afdelingen die werken met bijvoorbeeld het Verbeterbord, waarbij alledaagse verstoringen in bedrijfs(werk)processen kunnen worden aangepakt om te verbeteren.

Daarnaast ontwikkelen we steeds meer stuurinformatie. Het geven van feedback op het eigen handelen in de vorm van resultaten blijkt een effectieve manier van leren te zijn.

We voeren kwartaaloverleggen met de teamleiders.

De resultaten, verwerkt in stuurinformatie draagt bij om verantwoordelijkheid te nemen voor het eigen handelen. Voorbeelden hiervan de resultaten op de Incidentmeldingen.

Voor het laatste geldt dat de aantallen, maar vooral de analyse op de aantallen, inzicht geeft in verbeterpunten op doelgroepen, afdelings-, locatie- en organisatieniveau.

De verantwoordelijkheidsstructuur bestaat uit portefeuillehouders die verantwoording afleggen over de behaalde resultaten.

Dignis beschikt over diverse vormen van scholing: digitaal scholen, beroepsopleidingen en bedrijfsopleidingen. Steeds wordt nagedacht over nieuwe vormen van leren en welke ondersteuning daar dan bij past. Scholing is een van de mogelijkheden, maar steeds vaker kiezen we voor ‘learning on the job’, omdat het rendement hiervan hoger is dan een klassikale insteek.

Er werken derhalve diverse aandachtsfunctionarissen op het niveau van de afdeling om kennis over te dragen.

Resultaat 2017

Dignis heeft samen met Zorggroep Groningen en ZINN in 2017 een overeenkomst gesloten om samen een lerend netwerk vorm te geven.

In eerste instantie beginnen we in 2018 met lerende netwerken tussen locaties.

Hierna met lerende netwerken tussen Dignis en Lentis (ouderenzorg en psychiatrie).

Hierna tussen Dignis, Lentis en externe organisaties.

Deze netwerken zullen in de toekomst verder uitgebouwd moeten worden.

2.4.2 Uitdagingen Leren en werken van kwaliteit

- Analyse resultaten medewerkers tevredenheidsonderzoek (Q1 – 2018) en opstellen van een plan van aanpak.
- Opbouwen van een lerend netwerken met Lentis en andere instellingen waaronder ZINN en Zorggroep Groningen.
- Verwerken Kwaliteitskader in kwaliteitsplan, verslaglegging en kwaliteitsmodel.
- Organiseren van het lerend netwerk, op diverse niveaus **in** de organisatie.
- Evalueren welke interne en externe netwerken effectiever benut kunnen worden.
- Implementatie van de nieuwe organisatorische structuur en functiemix.

Hoofdstuk 3 Randvoorwaarden

3.1 Leiderschap, governance en management

Inleiding

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

In het Kwaliteitskader worden zes thema's onderscheiden als het gaat om leiderschap, governance en management:

1. Visie op zorg
2. Sturen op kernwaarden
3. Leiderschap en goed bestuur
4. Rol en positie interne organen en toezichhouders
5. Inzicht hebben en geven
6. Verankeren van medische, verpleegkundige en psychosociale expertise

In het Kwaliteitskader is dit thema uitgewerkt in verwachtingen die een zorgorganisatie uitvoert, namelijk:

1. Elke zorgorganisatie borgt professionele inbreng in het aansturen van de organisatie door opname van een specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundige of psychosociaal zorgverlener als lid van de Raad van Bestuur. Zolang dit (nog) niet is gerealiseerd dient er structureel overleg te zijn tussen de Raad van Bestuur met vertegenwoordigers van de genoemde beroepsgroepen.
2. De leden van de Raad van Bestuur lopen op gezette tijden mee binnen het primaire proces van de eigen zorgorganisatie, zodat zij gevoel houden met het primaire proces op de werkvloer.
3. Elke Raad van Bestuur van een zorgorganisatie voor verpleeghuiszorg werkt volgens de geldende versie van de Zorgbrede Governance Code.
4. 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.
5. 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 door andere vormen waaronder digitale platforms.

3.1.1 Uitwerking zes thema's Leiderschap, governance en management

1 + 2 Visie op zorg en sturen op kernwaarden

De visie van Lentis is om met hart en hoofd recht te doen aan de mens en zijn verhaal. Kernwaarden hierbij zijn: vakkundig, volhardend, compassie, waardig en wederkerig.

De missie van Dignis is om kwetsbare ouderen met (een combinatie van) psychogeriatrische, psychiatrische en somatische problematiek te helpen om hun eigen leven te blijven leiden op de wijze die zij wensen. De vrijheid van ieder mens om zijn/haar eigenheid tot uitdrukking te brengen staat bij ons centraal. Ook wanneer deze mens in toenemende mate afhankelijk wordt van een zorgsysteem. Voor Dignis verblijf hebben we dit, in het verlengde van de Lentis waarden, vertaald in de waarden: eigenheid, betrouwbaarheid, verbondenheid en gastvrijheid.

Bij het werken aan het realiseren van onze missie laten we ons o.a. inspireren door het gedachtengoed van de positieve gezondheid, waarbij het vermogen van mensen om met fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan centraal staat.

Wanneer het moment komt dat het verblijven op de eigen woonplek geen optie meer is omdat er intensievere zorg en bescherming nodig is, bieden locaties van Dignis verblijf een beschermde omgeving, waar ouderen tot het einde van hun leven op een waardige wijze verblijven en zichzelf kunnen blijven.

3. Leiderschap en goed bestuur

Dignis maakt deel uit van het Lentis concern. De Raad van Bestuur van Lentis wordt gevormd door een voorzitter (algemeen) en lid inhoudelijke zaken (psychiater) en deze besturen Dignis. De directie van Dignis Verblijf wordt gevormd door een algemeen directeur en een directeur inhoudelijke zaken (SO). In de nieuwe strategische koers gaat Dignis over op een nieuwe Teamleiders functie. Deze teamleiders zijn integraal verantwoordelijk en vormen samen met de directie het management van Dignis. In het transitiejaar 2018 zal aandacht zijn voor een Management Development (MD) - programma voor alle leidinggevenden.

4. Rol en positie interne organen en toezichthouders

Het Lentis concern heeft een Raad van Toezicht, een Raad van Bestuur en een centrale cliënten- en ondernemingsraad.

Volgens de Planning & Control cyclus wordt ieder jaar een jaarplan en begroting gemaakt en gevolgd d.m.v. maand - en kwartaalrapportages. Deze worden tussen de verschillende managementniveaus besproken. Belangrijke centrale thema's worden een aantal keer per jaar besproken op de zgn. verbindingsdagen, waar zorg, behandeling en ondersteunende diensten elkaar ontmoeten. Voor de overleggen in de nieuwe organisatiestructuur is een overlegstructuur 2018 in de maak.

Resultaat 2017

Planning & Control Cyclus 2017 uitgevoerd.

5. Verankeren van medische, verpleegkundige en psychosociale expertise

Binnen Dignis zijn er diverse vakgroepen actief.

De VAR bestaat uit een vertegenwoordiging van de verpleegkundigen/ verzorgenden binnen Dignis Verblijf. Hier is expertise op dit gebied.

Onder de Medische dienst Lentis/Dignis vallen alle medici, paramedici, verpleegkundig specialisten, doktersassistenten en de medisch secretariaten Lentis breed en ook de psychosociale disciplines Dignis breed. Deze dienst biedt medische en paramedische zorg en behandeling aan de klinisch opgenomen cliënten en aan de ambulante cliënten van Lentis en Dignis

De dienst wordt aangestuurd door een duaal management: een teamleider algemeen en een teamleider inhoudelijk.

De Vakgroep artsen wordt gevormd door alle artsen van Dignis. De medische expertise wordt verankerd binnen deze vakgroep.

De psychosociale vakgroep bestaat uit alle psychosociale medewerkers van Dignis.

De psychosociale expertise wordt verankerd binnen deze vakgroep.

De paramedische vakgroep bestaat uit alle paramedici van Dignis. De paramedische expertise wordt verankerd binnen deze vakgroep. De vakgroepen vergaderen meerdere keren per jaar en brengen gevraagd en ongevraagd advies uit aan de directie.

3.1.2 Uitwerking per verwachting Leiderschap, governance en management

1. Elke zorgorganisatie borgt professionele inbreng in het aansturen van de organisatie door opname van een specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundige of psychosociaal zorgverlener als lid van de Raad van Bestuur. Zolang dit (nog) niet is gerealiseerd dient er structureel overleg te zijn tussen de Raad van Bestuur met vertegenwoordigers van de genoemde beroepsgroepen.

Resultaat 2017

Een psychiater is lid van de Raad van bestuur en binnen de directie van Dignis is een specialist ouderengeneeskunde, directeur inhoudelijke zaken.

2. De leden van de Raad van Bestuur lopen op gezette tijden mee binnen het primaire proces van de eigen zorgorganisatie, zodat zij gevoel houden met het primaire proces op de werkvloer.

Resultaat 2017

De raad van bestuur heeft in 2017 meerdere rondgangen op alle locaties gemaakt en is in gesprek gegaan met medewerkers.

De directeur inhoudelijke zaken van Dignis heeft samen met de medewerker kwaliteit, in 2017 op alle locaties de audit Algemeen toezicht uitgevoerd.

Bovendien zijn beide nog deels werkzaam in hun eigen vakgebied.

3. Elke Raad van Bestuur van een zorgorganisatie voor verpleeghuiszorg werkt volgens de geldende versie van de Zorgbrede Governance Code.

Resultaat 2017

De Governance code wordt erkend en uitgevoerd door de Raad van bestuur, Raad van toezicht en directies. De wijze waarop is in het Jaarverslag Lentis uitgewerkt.

4. 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.

Resultaat 2017

Aan deze norm wordt voldaan.

Vanuit de meer jaren visie van Lentis en de Notitie Lentis leiderschap geeft de Raad van bestuur een voorzet aan tot het inrichten van een leiderschapstraject, waarin invulling en borging wordt georganiseerd voor de uitgangspunten van het concernjaarplan.

Het Lentis leiderschapstraject is gericht op de verbinding van ontwikkeling van inhoud, gedrag en aansturing.

Doelstellingen voor het leiderschapstraject

- Het management geeft samen waardevol invulling aan de collectieve ambitie(s).
- De professionals in de teams worden gestimuleerd om persoonlijk leiderschap te laten zien.
- Het traject helpt de executiekracht in de organisatie te vergroten.

5. 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 door andere vormen waaronder digitale platforms.

Dignis heeft een eigen VAR waar verpleegkundigen en verzorgende deel van uit maken. Zij geven gevraagd en ongevraagd advies aan de directie.

Resultaat 2017

Gedurende het gehele verslagjaar 2017 heeft binnen Dignis de VAR gefunctioneerd.

3.2 Personeelsamenstelling

Inleiding

Voldoende en bekwaam personeel is een absolute voorwaarde om goede zorg te leveren. Gezien de krapte op de arbeidsmarkt, een veranderde zorgvraag en de focus op complexe zorg betekent dit voor Dignis Verblijf dat effectieve planning van inzet en scholing noodzakelijk is. De belangrijkste randvoorwaarde is dat elke verpleeghuisorganisatie voor zijn personeelsamenstelling gebruik moet maken van de tijdelijke normen die beschreven zijn in Kwaliteitskader § 6.3, totdat de sector landelijke context gebonden normen heeft ontwikkeld voor voldoende en vakbekwaam personeel.

Voor Dignis Verblijf zal op basis van het plan Koers Dignis en het kwaliteitskader een implementatieplan Dignis Verblijf worden gerealiseerd.

1. Aandacht, aanwezigheid en toezicht

- Tijdens de intensieve zorgmomenten zijn minimaal 2 zorgverleners beschikbaar.
- Tijdens de dag en avond is er permanent iemand in de huiskamer of gemeenschappelijke ruimte om de aanwezige bewoners de benodigde aandacht en nabijheid te bieden en toezicht te houden.
- In iedere dagdienst (ook in het weekend) is er per groep iemand aanwezig die de juiste kennis en competenties heeft om separaat van de zorgtaken aandacht te besteden aan zingeving/zinvolle daginvulling van cliënten.
- De zorgverleners die in direct contact zijn met de cliënten, kennen hun naam, zijn op de hoogte van hun achtergrond en persoonlijke wensen.

2. Specifieke kennis en vaardigheden

- Er is altijd iemand aanwezig die met zijn of haar kennis aansluit bij de (zorg) vragen en (zorg)behoeften van de cliënten en bevoegd en bekwaam is voor de vereiste zorgtaken.
- Er is voor iedere locatie een BIG geregistreerde verpleegkundige binnen 30 minuten ter plaatse.
- Er is voor iedere locatie 24/7 een arts bereikbaar en oproepbaar
- Er zijn 24/7 aanvullende voorzieningen beschikbaar voor (ongeplande zorgvragen of toenemende complexiteit

3. Reflectie, leren en ontwikkelen

- Er is voor iedere zorgverlener voldoende tijd en ruimte om te leren en ontwikkelen.
- Er is voor iedere zorgverlener tijd en ruimte om mee te lopen bij een collega instelling
- Er is voldoende tijd beschikbaar om als EVV deel te nemen aan multidisciplinair overleg
- Methodisch denken en werken en multidisciplinair werken vormen de basis van de zorg
- 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 komt.

3.2.1 Aandacht, aanwezigheid en toezicht

1. Tijdens de intensieve zorgmomenten zijn minimaal 2 zorgverleners beschikbaar.

Resultaat 2017

Aan deze norm wordt voldaan. De planning van personeel in het dienstrooster is zo ingeregeld dat er minimaal twee zorgverleners bij intensieve zorgmomenten aanwezig zijn en beschikbaar.

2. Tijdens de dag en avond is er permanent iemand in de huiskamer of gemeenschappelijke ruimte om de aanwezige bewoners de benodigde aandacht en nabijheid te bieden en toezicht te houden.

Resultaat 2017

Aan deze norm is deels voldaan:

- Om met name aanwezigheid en toezicht te realiseren zijn vanuit de extra VMS gelden in de roosters extra (3 uur per dag per huiskamer) zorgpersoneel (Niveau 2 medewerkers) ingezet
- In iedere dagdienst (ook in het weekend) is er per groep iemand aanwezig die de juiste kennis en competenties heeft om separaat van de zorgtaken aandacht te besteden aan zingeving/zinnvolle daginvulling van cliënten

In het plan van de nieuwe Koers Dignis is het realiseren van de deze norm in 2018 een doelstelling.

Onderzocht wordt hoe dit in het gewenste normrooster structureel moet worden vormgegeven.

3. De zorgverleners die in direct contact zijn met de cliënten, kennen hun naam, zijn op de hoogte van hun achtergrond en persoonlijke wensen.

Resultaat 2017

Aan deze norm is voldaan

Er is sprake van een vaste teamsamenstelling en belevingsgerichte zorg is het richtinggevend voor al het handelen (§ 2.1.4)

3.2.2 Specifieke kennis en vaardigheden

1. Er is altijd iemand aanwezig die met zijn of haar kennis aansluit bij de (zorg) vragen en (zorg)behoeften van de cliënten en bevoegd en bekwaam is voor de vereiste zorgtaken.

Resultaat 2017

Aan deze norm is voldaan

In de huidige functiemix op het team zijn vooral Niveau 3 medewerkers aanwezig, aangevuld met Niveau 2 medewerkers en agogisch begeleiders. Gedifferentieerd verpleegkundigen (meestal niveau 4; een enkele niveau 5) die als WAN (Weekend – Avond – Nachthoofd) buiten de teams zijn over gepland, dragen zorg voor de triage en incidenteel voor kwaliteitsbevordering.

Dit betekent dat er weliswaar voldoende kennis aanwezig is, maar deze niet altijd direct zelf uit het team kan worden geput.

Medewerkers zijn aantoonbaar bevoegd en bekwaam voor de vereiste zorgtaken.

Vanuit de vijf pijlers vanuit het Hoofdontwerp wordt onderzocht hoe dit in het gewenste normrooster structureel moet worden vormgegeven. Een van de pijlers is meer deskundigheidsniveaus in de teams vanuit de bedoeling de zorginhoudelijke lijn te versterken, een kwaliteitsslag te maken zo dicht mogelijk rond de cliënt en het team, een leerklimaat te ontwikkelen en de ontwikkeling en zowel de individuele medewerker als het team verder te ontwikkelen naar zelforganisatie.

2. Er is voor iedere locatie een BIG geregistreerde verpleegkundige binnen 30 minuten ter plaatse.

Resultaat 2017

Aan deze norm is in 2017 niet voldaan.

- Er is met name weekends niet iemand per groep aanwezig om separaat van de zorgtaken aandacht te besteden aan zingeving/ zinvolle daginvulling van cliënten.
- Bovendien is het niet in alle gevallen duidelijk welke specifieke agogisch begeleider aan welke groep is verbonden.

3. Er is voor iedere locatie 24/7 een arts bereikbaar en oproepbaar

Resultaat 2017

Aan deze norm is in 2017 voldaan.

4. Er zijn 24/7 aanvullende voorzieningen beschikbaar voor (on)geplande zorgvragen of toenemende complexiteit.

Resultaat 2017

Aan deze norm is in 2017 voldaan.

3.2.3 Reflectie, leren en ontwikkelen

1. Er is voor iedere zorgverlener voldoende tijd en ruimte om te leren en ontwikkelen

Resultaat 2017

Aan deze norm is in 2017 niet voldaan

Voor iedere medewerker van Dignis Verblijf is budget gereserveerd voor het volgen van opleidingen die voor het werk relevant zijn.

Medewerkers van Dignis Verblijf zijn verantwoordelijk voor hun eigen professionele ontwikkeling.

De eigen ontwikkeling is functie gebonden en afgestemd op organisatiedoelen en persoonlijke groei.

In het opleidingsaanbod wordt naast de basismodules, ook verdiepingsmodules aangeboden. Het idee erachter is dat medewerkers door kunnen ontwikkelen; een voorbeeld hiervan is belevingsgerichte zorg en de opleiding Gespecialiseerd Verzorgende Psychogeriatric (GVP). Naast de meer traditionele vormen van opleiden is leren op de werkplek een belangrijk thema.

Naast werkoverleggen worden ook klinische lessen, instructielessen, informatiebijeenkomsten, evaluatiemomenten en dergelijke georganiseerd. Deze momenten zijn de momenten waarin gereflecteerd wordt op het eigen handelen en waarbij in een veilige setting en met eigen collega's geleerd kan worden.

Daarnaast bestaat de mogelijkheid om naar relevante symposia, congressen te gaan.

Medewerkers die opleidingen gevolgd hebben, worden geregistreerd in het systeem. Voor leidinggevenden is het zichtbaar of hun medewerkers de scholingen die zij dienen te volgen ook daadwerkelijk hebben gevolgd.

Gezien het nieuwe strategische plan voor Dignis Verblijf en de transitie die dit met zich mee brengt zal, naast de reguliere scholingsactiviteiten, voor 2018 een transitie-scholingsplan gemaakt worden voor alle medewerkers.

Vanuit de visie van het plan Koers Dignis zal er naast de verplichte scholingsactiviteiten specifieke scholing, training en coach plaatsvinden van zorgteams en management. Dit is en onderdeel van het implementatie-plan.

2. Er is voor iedere zorgverlener tijd en ruimte om mee te lopen bij een collega instelling

Resultaat 2017

Aan deze norm is in 2017 niet voldaan

Binnen Dignis Verblijf bouwen we dit in de komende jaren gefaseerd op.

Naast het verder ontwikkelen van lerende netwerken met collega – instellingen en andere organisaties beginnen we in 2018 met lerende netwerken tussen teams en locaties onderling. Een voorbeeld hiervan is het uitvoeren van de audits Dossiercontrole op andere dan de eigen locaties/ teams. Hierna met lerende netwerken tussen Dignis en Lentis (ouderenzorg en psychiatrie) en vervolgens tussen Dignis, Lentis en externe organisaties.

3. Er is voldoende tijd beschikbaar om als EVV deel te nemen aan multidisciplinair overleg.

Resultaat 2017

Aan deze norm is in 2017 voldaan.

4. Methodisch denken en werken en multidisciplinair werken vormen de basis van de zorg

Resultaat 2017
Multidisciplinair werken: aan deze norm is voldaan
Methodisch werken: aan deze norm is deels voldaan

Het methodisch denken en werken heeft voortdurend aandacht tijdens scholing, training on the job en informatiebijeenkomsten. Door de inzet van Kwaliteitsverpleegkundigen (Niveau 5) wordt hier gericht, op individueel en teamniveau, aandacht aan besteed

5. Er is een scholingsbeleid van zittende en aankomende zorgverleners dat hun vakbekwaamheid aantoonbaar versterkt.

Resultaat 2017
Aan deze norm is voldaan.

6. Er zijn periodieke gesprekken waarin competentie – en loopbaanontwikkeling aan de orde komt.

Resultaat 2017
Aan deze norm is voldaan

- Er vinden 1 x per jaar jaargesprekken plaats met alle individuele medewerkers.
- Onderwerpen als competentie- en loopbaanontwikkeling krijgen hierin een plek.
- Sturen op competenties kan hier nog verder uitgewerkt worden.

3.2.4 Uitdagingen Personeelssamenstelling

- Realiseren van de Koers Dignis en daarmee implementatie van de nieuwe organisatiestructuur en gewenste functiemix
- Implementatie en evaluatie van het Transitie-scholingsplan
- Strategische personeelsplanning
- Sturen op competenties
- Uitwisseling van kennis tussen verschillende disciplines, teams en locaties.

3.3 Gebruik van Hulpbronnen in 2017

Inleiding

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

Goede persoonsgerichte zorg en ondersteuning begint bij de wensen en behoeften van cliënten. Voorwaarden voor het goed kunnen uitvoeren van zorg en ondersteuning is, naast voldoende kennis en informatievoorziening, de meer ondersteunende factor van gebouwen, ICT, materialen, samenwerkingsovereenkomsten en de administratieve organisatie.

Vakmanschap, deskundigheidsbevordering, zeggenschap, een interne structuur van informatie, reflectie en feedback zijn als belangrijke hulpbronnen in de voorgaande hoofdstukken reeds aan de orde gekomen.

Andere belangrijke hulpbronnen bij het realiseren van kwaliteit van verpleeghuiszorg die aanwezig én op orde moeten zijn:

1. De gebouwde omgeving (o.a. vastgoed, onderhoud, buitenruimtes, woonoppervlakte, bewegingsruimte per cliënt, privacy en faciliteiten voor terminale zorg).
2. Technologische hulpbronnen zoals ICT en gebruik van domotica, wearables, telemonitoring en eHealth.
3. Materialen en hulpmiddelen (o.a. beschikbaarheid, actualiteit, vindbaarheid en onderhoud)
4. Facilitaire zaken (o.a. keuken, beveiliging, tuin, winkel, restaurant, receptie)
5. Financiën en administratieve organisatie
6. De professionele relaties en samenwerkingsovereenkomsten met andere zorginstellingen, zoals ziekenhuizen, specialistenmaatschappen, apotheken, GGZ-instellingen en afdelingen klinische geriatrie.

3.3.1 De gebouwde omgeving (o.a. vastgoed, onderhoud, buitenruimtes, woonoppervlakte, bewegingsruimte per cliënt, privacy en faciliteiten voor terminale zorg)

Onze gebouwen zijn in goede staat van onderhoud en vallen onder beheer van de afdeling Vastgoed van Lentis. Er is een meerjarig onderhouds – en renovatieplan en een strategisch huisvestingsplan. Tevens is er een meerjarig onderhoudsplan en beleidsplan van de afdeling ICT van Lentis. Het samen beleid ontwikkelen, afstemmen, leren, verbeteren en uitvoeren wordt gecoördineerd vanuit de stuurgroep Infrastructuur (zorg, vastgoed ICT) die maandelijks bij elkaar komt.

Het grootste deel van de locaties (6 van de 7) heeft een beleefgerichte tuin waar mogelijkheden voor beweging en het ervaren van ‘buiten’ aanwezig zijn. De locatie waar geen mogelijkheden tot een tuin aanwezig is ondervangt dit door iedere week mogelijkheden voor (rolstoel)wandelen en fietsen aan te bieden. In de belevingsgerichte tuin van één van de locaties wordt o.a. gebruik gemaakt van sensortechnologie om de

beleving van natuur middels geluiden te versterken. Het doel is dit in de tuinen van ook de andere locaties in te zetten.

In de locatie is optimale beweegruimte voor cliënten gerealiseerd. Het streven is loopcircuits in de locaties te creëren. Vaststaande gebouwindeling beperkt dit in 2 locaties.

De woonoppervlakte van het eigen appartement van de bewoner voldoet minimaal aan de norm en overschrijdt deze bij een aantal locaties. Alle cliënten beschikken over een eigen appartement waarvan ze in een aantal gevallen de natte cel delen. (max 2 personen).

In de grote locaties (4 van de 7) is een winkeltje aanwezig. Tevens komt regelmatig de bakker, kaasboer en kledingzaak langs. Twee grote locaties en een kleine locatie beschikken over een keuken en een restaurant met tevens een wijkfunctie.

Faciliteiten voor terminale zorg en de zorg na overlijden zijn aanwezig en hierop is beleid gemaakt. Er wordt gewerkt volgens de richtlijn Palliatieve zorg.

3.3.2 Technologische hulpbronnen zoals ICT en gebruik van domotica, wearables, telemonitoring en eHealth

De ICT voorzieningen voldoen aan de veiligheidsnormen.

Dignis Verblijf maakt gebruik van een ECD. Dit ECD biedt voldoende ondersteuning aan gebruikers.

In ontwikkeling zijn:

- Onderzoek of IZIS gebruikt kan gaan worden voor de Medische dienst Lentis, waarbij koppeling met huidige ECD moet worden gerealiseerd.
- Koppeling Clinicom aan ECD
- In 2018 is voor alle cliënten een Cliëntenportaal beschikbaar, zodat cliënten en eerste contactpersonen het digitaal zorgleefplan, zorgafspraken en zorgrapportages kunnen inzien.

Medewerkers van Dignis Verblijf maken gebruik van Lentisnet, waar naast algemene informatie over de organisatie ook het Kwaliteitshandboek V&V te vinden is met daarin de benodigde beleidsafspraken, protocollen en richtlijnen.

Alle cliëntenkamers zijn voorzien van domotica. Het beleid is gericht op het werken met de Slimme Optische Sensor domotica. Dit is in 2 grote locaties gerealiseerd. In 1 grote locatie deels. Het beleid is om bij renovatie, dan wel bouw alle cliëntkamers met deze moderne domotica in te richten.

Bij de daginvulling in de locaties wordt volop gebruik gemaakt van eHealth toepassingen zoals de Tovertafel, de Belevenistafel, de Difiets, Braintrainer, SmartTV toepassingen en Paro de zeehond.

Beleidsontwikkeling, afstemming, leren, verbeteren en uitvoeren wordt gecoördineerd vanuit de stuurgroep eHealth (iLentis, Lentis Ouderenpsychiatrie en Dignis V&V) die eens per kwartaal bij elkaar komt.

3.3.3 Materialen en hulpmiddelen (o.a. beschikbaarheid, actualiteit, vindbaarheid en onderhoud)

De afdeling Inkoop is een onderdeel van de dienst Lentis Service & Advies.

Alle contracten worden door Inkoop centraal geregistreerd, waardoor inzicht is met welke leveranciers Lentis contracten heeft, waar leveranciersevaluatie plaats vindt en afspraken zijn gemaakt, variërend van levertijden en assortiment, tot kortingsafspraken.

Hulpmiddelen zijn onder beheer van het Zorgloket Lentis en qua service en onderhoud ondergebracht bij leverancier Harting-Bank.

Onderhoud van gebouwen en installaties ligt bij Vastgoed en het onderhoud van telefonie en oproepsystemen bij Automatisering.

Technische servicemedewerkers van Dignis verhelpen kleine ongemakken op locatie.

Er is een centraal meldpunt voor storingen, reserveringen e.d. en dat is het Facilitair Service Punt.

Deze dienst valt onder het Facilitair bedrijf, maar verwerkt de storingen ook voor Vastgoed.

Automatisering heeft zijn eigen meldpunt.

Storingen, reserveringen e.d. kunnen door medewerkers digitaal weggezet worden in de Self Service Desk en Lentisnet Zelf regelen.

3.3.4 Facilitaire zaken (o.a. keuken, beveiliging, tuin, winkel, restaurant, receptie)

Facilitaire zaken binnen Dignis Verblijf zijn belegd bij de Facilitaire dienst van Lentis.

De diverse onderdelen voeren hun werkzaamheden uit volgens de wettelijke eisen en richtlijnen. Afstemming, beleidsontwikkeling en innovatie vindt plaats in periodiek overleg tussen Dignis en het facilitair bedrijf van Lentis.

Kwaliteit, hygiënerichtlijnen, het gebruik van de juiste hulpmiddelen en materialen en toetsing zijn daarbij belangrijke uitgangspunten.

3.3.5 Financiën en administratieve organisatie

Dignis Verblijf werkt met een jaarlijkse beleidscyclus (planning – en controlcyclus) die gekaderd is door de Raad van bestuur op basis van een meer jaren strategisch beleidsplan, het kwaliteitsbeleid, een lange termijn huisvestingsplan en het financieel beleidsplan.

Voor Dignis Verblijf staat in het Hoofdontwerp Strategie Ouderen 2020 - 2025 beschreven hoe een intensieve samenwerking van de Dignis V&V en Lentis ouderenpsychiatrie zal leiden tot een organisatie die specialist is op het gebied van kwetsbare ouderen met psychiatrische, psychogeriatrische en multiproblematiek.

Bij de realisatie van de nieuwe strategische Koers van Dignis zal een verdere detailuitwerking worden beschreven op welke wijze dit vorm krijgt.

Er wordt ieder jaar een jaarplan en begroting gemaakt en gevolgd d.m.v. maand - en kwartaalrapportages. Deze worden tussen de verschillende managementniveaus besproken.

Belangrijke centrale thema's worden een aantal keer per jaar besproken op de zgn. Verbindingsdagen, waar zorg, behandeling en ondersteunende diensten elkaar ontmoeten.

De kaderregeling AO/IC verplicht Dignis Verblijf zorg te dragen voor een adequate administratieve organisatie en interne controle gericht op een juiste, volledige tijdige registratie van geleverde productie en daaruit voortvloeiende declaraties.

AO/ IC controle vindt jaarlijks steekproefsgewijs plaats. De resultaten worden besproken met de directie.

Inhoudelijk vindt ieder kwartaal een dossiercontrole plaats d.m.v. de interne auditcyclus in SMILE.

3.3.6 De professionele relaties en samenwerkingsovereenkomsten met andere zorginstellingen, zoals ziekenhuizen, specialistenmaatschappen, apotheken, GGZ-instellingen en afdelingen klinische geriatrie

Dignis verblijf heeft in de regio diverse samenwerkingsrelaties die gericht zijn op het optimaliseren van de zorg, Enkele voorbeelden zijn:

- Universitair Netwerk Ouderenzorg – UMCG (UNO – UMCG)
- Zorg na zorg
- Lerend netwerk met ZINN en ZGG
- Hersenletselcentrum Noord Nederland
- Vakgroep geriatrie Martini Ziekenhuis
- Netwerk Dementie
- Interne samenwerking met GGZ

Transparantie over de stand van zaken in de organisatie naar (toekomstige) cliënten, stakeholders zoals onze financiers en ketenpartners en de Inspectie voor de Gezondheidszorg is voor Dignis inmiddels een gebruikelijke werkwijze. De directie van Dignis heeft met regelmaat gesprekken over de koers van Dignis afgestemd met de relevante ketenpartners, cliënten en medewerkers.

3.3.7 Uitdagingen Hulpbronnen

- Installeren SOS domotica op de Enk.
- ICT ontwikkelingen realiseren:
 - Onderzoek of IZIS gebruikt kan gaan worden voor de Medische dienst Lentis, waarbij koppeling met huidige ECD moet worden gerealiseerd.
 - Koppeling Clinicom aan ECD
 - In 2018 is voor alle cliënten een Cliëntenportaal beschikbaar, zodat cliënten en eerste contactpersonen het digitaal zorgleefplan, zorgafspraken en zorgrapportages kunnen inzien.

3.4 Gebruik van informatie

Inleiding

Het verzamelen van informatie is voor iedere organisatie de bron die leidt tot een breder inzicht in het (h)erkennen van wat goed gaat en waar verbetering noodzakelijk is.

Daarnaast is de wijze van verstrekken van de juiste informatie aan o.a. cliënt en diens naasten essentieel om tussen medewerkers en cliënten de meest optimale zorg – en dienstverlening te kunnen realiseren.

In het Kwaliteitskader is dit thema uitgewerkt in verwachtingen de een zorgorganisatie uitvoert, namelijk:

1. Elke verpleeghuisorganisatie dient minimaal één keer per jaar informatie over cliëntervaringen te verzamelen en te gebruiken middels erkende instrumenten. De informatie over cliëntervaringen is onderdeel van het jaarlijks kwaliteitsverslag en kan onder andere gebruikt worden voor verbetering en voor keuze-informatie voor (potentiële) cliënten.
2. 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) score per locatie (volgens KvK-registratie) van de eigen verpleeghuisorganisatie aan te leveren. Hiervoor mag ook de aanbevelingsvraag van Zorgkaart Nederland gebruikt worden. De informatie met betrekking tot NPS is onderdeel van het jaarlijks kwaliteitsjaarverslag en dient uiterlijk 1 juli volgend op het betreffende verslagjaar aangeleverd te worden bij de Openbare Database van het Zorginstituut door een daartoe ingerichte organisatie die voldoet aan de aanleverspecificaties van het Zorginstituut.

3.4.1 Werkwijze van Dignis verblijf

Om te leren en verbeteren is de mening en mate van tevredenheid van cliënten en diens naasten van het grootste belang.

Binnen de visie van Dignis Verblijf zijn cliënten en hun naasten uitgangspunt bij de zorg- en dienstverlening die wordt geboden. De afgelopen jaren is heeft de persoonsgerichte zorg en – ondersteuning binnen Dignis vorm gekregen door de keuze voor belevingsgerichte zorg.

In de dagdagelijkse zorg – en dienstverlening is de mate van welbevinden en tevredenheid door de belevingsgerichte zorg verankerd.

Naasten worden vanaf het begin van verblijf betrokken bij de afspraken rond wonen en welzijn en hen wordt gevraagd welke bijdrage zij kunnen en willen leveren aan de directe zorg en welzijn. Zij zijn nauw betrokken bij het opstellen van het levensverhaal van de cliënt en worden uitgenodigd om deel te nemen aan activiteiten op de zorgteams, familiebijeenkomsten en huiskamergesprekken. Voor overstijgende zaken is er op elke locatie een cliëntenraad.

Naast deze dagdagelijkse feedback is Dignis verblijf actief in het ophalen van resultaten en waarderingen op Zorgkaart Nederland (ZKN)

Enerzijds door een actief beleid te voeren ten aanzien van het invullen van de vragenlijsten tijdens iedere zorgleefplanbespreking, anderzijds door interviews af te laten nemen door de Patiëntenfederatie.

Het binnenhalen van het aantal waarderingen op ZKN verschilt per locatie.

Als reden voor het niet invullen van ZKN wordt aangegeven dat de “digitale drempel” voor zowel cliënten als naasten als te hoog wordt ervaren.

Binnen Dignis verblijf willen we dit faciliteren door naasten de gelegenheid te geven om na iedere zorgleefplanbespreking ZKN ter plekke in te vullen.

Een experiment bij Zorg Thuis, waarbij de cliënten de keus hadden tussen het digitaal invullen van de vragenlijst of op papier was succesvol.

Voor de Net Promotorscore (NPS) wordt de aanbevelingsvraag gebruikt vanuit ZKN. In de ZKN rapportage is het aantal waarderingen, het totaal oordeel en het percentage aanbevelingen inzichtelijk.

De resultaten van ZKN zijn inzichtelijk op de website van de locaties.

Positieve punten en verbeterpunten zijn inzichtelijk per locatie en worden benut om aan interne verbetering te werken.

Een overzicht van de resultaten per locatie zijn onderdeel van de kwartaalrapportages.

Resultaat 2017
Zie paragraaf 2.4.1

3.4.2 Uitdagingen Gebruik van informatie

- Het aantal meldingen per locatie en de Net Promotorscore als indicator meenemen uit de totaaloverzichten van ZKN in de kwartaalrapportages.
- Analyse van de succesfactoren bij locaties met een hoge respons.
- Mogelijkheid schriftelijk invullen van ZKN onderzoeken.
- Interviews Patiëntenfederatie continueren