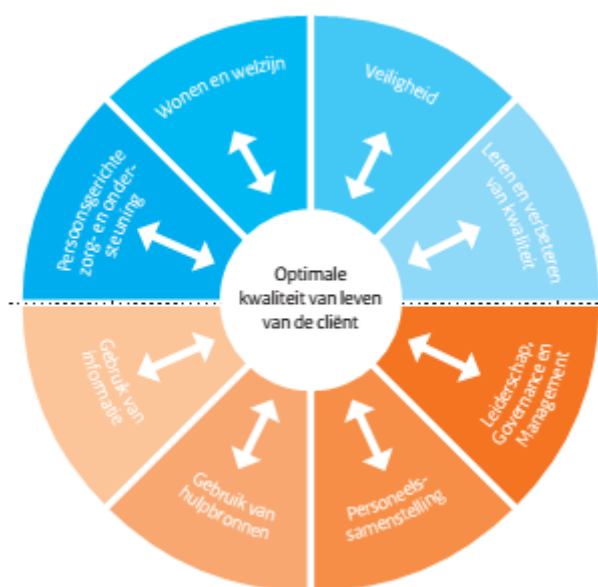


# Kwaliteitsplan La Providence 2018

*Samen leren en verbeteren*



# Inhoudsopgave kwaliteitsplan

|   |    |
|---|----|
| Inleiding.....  | 3  |
| 1. Profiel Zorgorganisatie .....                      | 4  |
| 1.1 Missie, Visie en uitgangspunten.....              | 4  |
| 1.2 Doelgroepen .....                                 | 6  |
| 1.3 Type zorgverlening .....                          | 6  |
| 2. Personeelsbestand en Personeelssamenstelling ..... | 7  |
| 3. Thema Kwaliteit en veiligheid.....                 | 9  |
| 3.1 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning.....       | 9  |
| 3.2 Wonen en welzijn.....                             | 9  |
| 3.3 Basisveiligheid.....                              | 10 |
| 3.4 Leren en verbeteren van kwaliteit .....           | 11 |
| 3.5 Leiderschap, governance en management.....        | 12 |
| 3.6 Personeels-samenstelling .....                    | 13 |
| 3.7 Gebruik van hulpbronnen.....                      | 14 |
| 3.8 Gebruik van informatie.....                       | 15 |
| 4. Samen leren en verbeteren .....                    | 16 |
| 4.1 Terugblik 2017 .....                              | 16 |
| 4.2 Kwaliteitsverbetering in 2018.....                | 17 |

## Inleiding

Wanneer we kijken naar de definitie voor “kwaliteit” in de encyclopedie zien we ruim 25 verschillende omschrijvingen. Bij La Providence is kwaliteit een vanzelfsprekend onderdeel in onze zorg- en dienstverlening. Iedere medewerker moet zich bewust zijn dat alles wat men doet gericht is op kwaliteit. We spreken over kwaliteit als de zorg en -dienstverlening past bij de behoeften en noden van de cliënt en als het op de juiste wijze (verantwoord, doelmatig en cliëntgericht) wordt aangeboden.

Vanuit de overheid is de laatste tijd veel aandacht besteed aan kwaliteit binnen de verpleeg –en verzorgingshuizen. Om deze te bevorderen is de wettelijke basis waaraan de verpleeghuiszorg in Nederland moet voldoen vastgelegd in het zogenaamde kwaliteitskader. La Providence geeft in onderliggend document aan waar zij staat ten opzichte van dit wettelijke kader en wat, per item, het ontwikkeldoel is.

Uiteraard stellen wij, net als de overheid, de cliënt centraal. Hun mening is het allerbelangrijkste. Door verschillende soorten onderzoeken meten we de tevredenheid van onze cliënten. Op basis van de uitkomsten kunnen we onze zorg- en dienstverlening verder verbeteren en leren van onze fouten. Daar waar nodig worden de ontwikkeldoelen in het kwaliteitskader van La Providence verder aangepast en aangescherpt. Het is derhalve zeker geen statisch document.

Dit kwaliteitsplan is tevens het jaarplan voor de gehele organisatie. Alles wat we doen is immers gericht op de behoeften en noden van de cliënt. Elk kwartaal wordt door MT en kernteam kwaliteit gerapporteerd over de stand van zaken tav de ontwikkeldoelen. Deze rapportage wordt gedeeld met Cliëntenraad, Ondernemingsraad en met de aandachtsvelder Kwaliteit en Veiligheid binnen de Raad van Toezicht. Deze methodiek houdt ons scherp en zorgt ervoor dat we onszelf continue verbeteren.

Carla van Zanten,  
Directeur-bestuurder La Providence

# 1. Profiel Zorgorganisatie

## 1.1 Missie, Visie en uitgangspunten

“La Providence ondersteunt mensen om zoveel mogelijk het leven te kunnen leiden zoals ze dat willen en gewend zijn en de dingen te kunnen doen die ze, gelet op hun mogelijkheden en beperkingen, zelf belangrijk en zinvol vinden”.

Belangrijke uitgangspunten binnen onze zorg- en dienstverlening zijn:

- Stimuleren vraaggerichtheid, betrouwbaarheid en professionaliteit van onze medewerkers in de omgang met cliënten, hun omgeving, ketenpartners en overige betrokken partijen.
- Het handhaven van de zelfstandigheid en zelfredzaamheid, de eigen regie, de eigen identiteit en de normen en waarden .
- Het ondersteunen en verschaffen van voorwaarden welke nodig zijn voor het beleven van een zinvolle levensperiode.

### Visie:

Kwaliteit is een vanzelfsprekend onderdeel in de zorg- en dienstverlening. Iedere medewerker moet zich bewust zijn dat alles wat men doet kwaliteit is. Er is sprake van kwaliteit als de zorg past bij de behoeften en noden van de cliënt en als het op de juiste wijze (verantwoord, doelmatig en cliëntgericht) wordt aangeboden.

Ons beleid is erop gericht om zowel bij cliënten van ons zorgcentrum, als bij inwoners van Grubbenvorst en omgeving, bekend te staan als:

“de beste plaats dicht bij (t)huis”, op het gebied van Wonen, Welzijn en Zorg, wanneer je op ondersteuning, begeleiding en of behandeling aangewezen bent.

Wij creëren voor cliënten en medewerkers een prettige woon-, leef-, werk- en leeromgeving, waarbinnen voor alle belanghebbenden sprake is van optimale tevredenheid op het gebied van wonen, zorg- en dienstverlening, door middel van doeltreffend en doelmatig werken, samengevat in de steekwoorden:

- **Klantgericht** (eigen regie, vraaggericht, kwaliteit, leergericht, samen)
- **Eenvoudig** (toegankelijk, inzichtelijk, transparant, korte lijnen)
- **Respectvol** (professioneel, openheid, bespreekbaar)
- **Nakomen van afspraken** (actiegericht, betrouwbaar)

Wij organiseren onze zorg kleinschalig in zelforganiserende teams, de cliënt staat centraal. De doelen die wij ons stellen zijn:

- **Tevreden cliënten** die regie hebben en waarmee de afspraken nagekomen worden.
- **Tevreden medewerkers** met regelruimte die hun kwaliteiten zo goed mogelijk kunnen inzetten om te realiseren wat de cliënt belangrijk vindt.
- Een financieel **gezonde organisatie** waarbinnen snel en efficiënt afstemming plaats vindt binnen wensen van de cliënt en de mogelijkheden van medewerker en organisatie. Is het goed voor de organisatie?

Onze uitgangspunten hierbij zijn:

- Eigen regie en zelf- en samenredzaamheid van cliënten, familie en medewerkers wordt gestimuleerd.
- De vraag van de cliënt bepaalt wat de medewerker doet en hoe het team dit organiseert. Wanneer de vraag niet past binnen de kaders van het zorgproduct van de cliënt gaat de medewerker het gesprek aan met de cliënt.
- De zorg wordt dichtbij de cliënt georganiseerd in kleine teams, de cliënt ziet zo veel mogelijk dezelfde gezichten.
- Verantwoordelijkheden en bevoegdheden liggen zo laag mogelijk in de organisatie. De zelforganiserende teams regelen zoveel mogelijk zelf, binnen kaders en afspraken. Zo kan er snel en flexibel ingespeeld worden op de vraag van de cliënt.
- Het primaire proces is leidend. De overige diensten werken vraaggericht en ondersteunend aan het primaire proces.
- Teams werken vanuit hun professionele verantwoordelijk en zetten de kwaliteiten van de medewerkers zo goed mogelijk in.
- We werken zo lean mogelijk, dat wil zeggen dat regels en procedures die afleiden van de directe zorg worden vereenvoudigd of afgeschaft en dat we onze zorg- en dienstverlening continue verbeteren middels de Lean A3 methodiek.
- Er is een goede samenwerking binnen de teams, verantwoordelijkheden worden gedeeld, men spreekt elkaar aan en resultaten worden samen gerealiseerd. Daarnaast is er een goede communicatie en samenwerking met het cliëntsysteem (familie, mantelzorgers) en partners in de regio.
- We zijn een lerende organisatie, dat wil zeggen dat er een cultuur heerst waarin van fouten geleerd kan worden, medewerkers “de ruimte krijgen” en het management een ondersteunende rol heeft. We werken met verbeter- en ontwikkelcyclussen: zeg wat je doet, doe wat je zegt, bewijs het en verbeter.

## 1.2 Doelgroepen

La Providence is landelijk en prachtig gelegen aan de rand van Grubbenvorst en omgeven door een park en mooi aangelegde tuinen. Het centrum van Grubbenvorst is goed bereikbaar. Onze zorg- en dienstverlening richt zich op ouderen en is gebaseerd op de vier hoofdpijlers: Wonen | Thuis | Behandeling | Advies.

### 1.3 Type zorgverlening

| Type zorgverlening  |  | Zorgomgeving               | Omzet 2016  |
|---|--|----------------------------|-------------|
| <b>WLZ zorg zonder behandeling ZZZ en VPT</b>               | ZZZ 2*<br>ZZZ 3*<br>ZZZ 4<br>ZZZ 5<br>ZZZ 6<br>Totaal 55-60 plaatsen | Zelfstandig wonen met zorg | 2,9 miljoen |
| <b>WLZ zorg met behandeling Psychogeriatric en somatiek</b> | ZZZ 5<br>ZZZ 7<br>ZZZ 8<br>Totaal 34 plaatsen                        | Kleinschalig groepswonen   | 2,8 miljoen |
| <b>Geriatricche revalidatiezorg</b>                         | DBC 26 plaatsen  | Tijdelijk verblijf         | 2,2 miljoen |
| <b>Thuiszorg, dagverzorging</b>                             | PV, VP, Begeleiding, HHW   | -                          | 350.000,-   |
| <b>Eerstelijns behandelcentrum</b>                          | Fysiotherapie, Ergotherapie, Logopedie                               | -                          | 250.000,-   |

*\*opname van cliënten met een ZZZ 2 of 3 is volgens de wettelijke kaders niet langer mogelijk*

**Tabel 1 Zorgaanbod en omzet 2016**

Met ingang van 2018 wordt het aanbod Psychogeriatric en Eerstelijnsverblijf (ELV) uitgebreid en levert La Providence geen Geriatricche revalidatiezorg meer. Het eerstelijns behandelcentrum gaat in afgeslankte vorm verder.

| Type zorgverlening  |  | Zorgomgeving               | Verwachte omzet 2018 |
|---|--|----------------------------|----------------------|
| <b>WLZ zorg zonder behandeling ZZZ en VPT</b>               | ZZZ 2*<br>ZZZ 3*<br>ZZZ 4<br>ZZZ 5<br>ZZZ 6<br>Totaal 55-60 plaatsen | Zelfstandig wonen met zorg | 4,1 miljoen          |
| <b>WLZ zorg met behandeling Psychogeriatric en somatiek</b> | ZZZ 5<br>ZZZ 7<br>ZZZ 8<br>Totaal 45 plaatsen                        | Kleinschalig groepswonen   | 3,9 miljoens         |
| <b>Eerstelijnsverblijf</b>                                  | 12 plaatsen  | Tijdelijk verblijf         | Nog onbekend         |
| <b>Thuiszorg, dagverzorging</b>                             | PV, VP, Begeleiding, HHW   | -                          | 360.000,-            |
| <b>Eerstelijns behandelcentrum</b>                          | Fysiotherapie, Ergotherapie, Logopedie                               | -                          | 81.000,-             |

**Tabel 2 Zorgaanbod m.i.v. 2018**

## 2. Personeelsbestand en Personeelssamenstelling

| 2.1 Personeels-bestand                | 2016                                | Mutaties |    |
|---------------------------------------|-------------------------------------|----------|----|
|                                       | Aantal medewerkers per 31 dec. 2016 | 231      | In |
| FTE's totaal ingezet gemid. per jaar  | 135,1                               | uit      | 40 |
| Aantal vrijwilligers per 31 dec. 2016 | 99                                  |          |    |

Op het moment van publicatie waren de cijfers van 2017 nog niet beschikbaar.

| 2.2 Huidige Personeelssamenstelling | Niveau* | aantal vaste fte |
|-------------------------------------|---------|------------------|
| Zorgappartementen                   | 4       | 2,08             |
|                                     | 3       | 21,45            |
|                                     | 2       | 1,28             |
| De Driesprong (Psychogeriatric)     | 4       | 2,22             |
|                                     | 3       | 8,78             |
|                                     | 2       | 3,89             |
|                                     | SM      | 3,61             |
| De Morgenster (Psychogeriatric)     | 5       | 0,78             |
|                                     | 3       | 5,67             |
|                                     | 2       | 1,22             |
|                                     | SM      | 1,39             |
| De Passage                          | 5       | 0,78             |
|                                     | 4       | 5,17             |
|                                     | 3       | 3,33             |
| Zorg Thuis                          | 5       | 0,67             |
|                                     | 3       | 3,33             |
|                                     | HHW     | 2,22             |
| Flex                                | 2       | 0,4              |
|                                     | 3       | 1,17             |
|                                     | 4       | 0,67             |
| Team Welzijn                        |         | 4,58             |
| Paramedisch/psychosociaal           |         | 6,06             |
| Facilitair                          |         | 16,33            |
| Administratief/ management          |         | 11,08            |

Personeelssamenstelling m.i.v. februari 2018

\* BBL-ers zijn meegenomen op niveau van opleiding

NB. Totaal aantal Fte is in 2018 door reorganisatie binnen het behandelcentrum teruggelopen.

## Inzet per 24 uur op deskundigheidsniveau zorgafdelingen (gediplomeerden) (m.i.v. februari 2018)

|                              | Niveau 2 |   | Niveau 3 |   | niveau 4&5 |   | Sfeer, toezicht en voeding |   |       |   |    |   |    |   |    |   |      |   |
|------------------------------|----------|---|----------|---|------------|---|----------------------------|---|-------|---|----|---|----|---|----|---|------|---|
|                              | 7-8      |   | 8-12     |   | 12-13      |   | 14-16                      |   | 17-19 |   | 20 |   | 21 |   | 22 |   | 23-7 |   |
| Zorgappartementen            | 2        | 7 | 2        | 7 | 2          | 7 | 4                          | 1 | 3     | 1 | 3  | 1 | 3  | 1 | 3  | 1 | 3    | 1 |
| Driesprong , psychogeriatric | 1        | 4 | 3        | 1 | 4          | 3 | 3                          | 3 | 3     | 3 | 3  | 2 | 3  | 3 | 3  | 3 | 3    | 1 |
| Morgenster, psychogeriatric  | 2        | 2 | 1        | 2 | 1          | 2 | 1                          | 2 | 1     | 2 | 1  | 2 | 2  | 2 | 2  | 2 | 2    | 1 |
| Passage, tijdelijk verblijf  | 1        | 1 | 1        | 1 | 1          | 1 | 1                          | 1 | 1     | 1 | 1  | 1 | 1  | 1 | 1  | 1 | 1    | 1 |

## Verzuimpercentage

|                | La Providence | landelijk |
|----------------|---------------|-----------|
| verzuim-% 2016 | 5,79          | 6,34      |
| Verzuim-% 2017 | 4,9           | n.t.b.    |

## Ratio personele kosten versus opbrengsten

Onderstaand overzicht geeft weer hoeveel procent van de totale opbrengsten (incl. extra opbrengsten) worden besteed wordt aan personeelskosten (excl. kosten opleiding, reiskosten & personeel niet in loondienst)

|  |     |
|--|-----|
| Personeelskosten medewerkers Zorg, Welzijn en Facilitair | 53% |
| Ondersteunend personeel                                  | 3%  |
| Management & Directie                                    | 4%  |



### 3. Thema Kwaliteit en veiligheid

#### 3.1 **La Providence werkt vanuit het cliëntperspectief. Cliënt, mantelzorgers en professional/vrijwilliger werken samen aan goede zorg.** *Persoonsgerichte zorg en ondersteuning*

|   |  |
|---|--|
| <i>compassie, uniek zijn, autonomie</i> | Elke cliënt is uniek. Dit betekent dat er accentverschillen zijn. Binnen de WLZ staan welbevinden en wonen voorop. De zorgcoördinator ondersteunt de cliënt om steeds meer eigenaar te worden van het eigen zorgleefplan. De invoering van de module Caren Zorgt, per 1 januari 2017 ingevoerd in de thuiszorg, ondersteunt deze ontwikkeling. De communicatie tussen cliënten, mantelzorgers en professionals is nog makkelijker geworden.  |
|   | <p><b>Ontwikkeldoel:</b><br/>           Samenspel met informele zorg dient nog verder ontwikkeld te worden, ons doel is dat mantelzorgers een nog grotere rol van betekenis krijgen in het leven van de cliënt en dat er met hen wordt samengewerkt in plaats van voor hen wordt gewerkt.<br/>           In 2018 rollen we Caren Zorgt ook binnen de intramurale zorg uit.</p>   |
| <i>Zorgdoelen</i>                       | <p>De zorgcoördinator (minimaal niveau 3) stelt binnen 24 uur na opname van een cliënt een voorlopig zorgleefplan op (met in ieder geval zaken zoals medicatie, dieet, primaire hulpvraag, een eerste contactpersoon en afspraken over handelen bij calamiteiten). Uiterlijk zes weken na opname wordt het plan definitief. Het zorgplan wordt 2 keer per jaar met de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger geëvalueerd.</p> <p><b>Ontwikkeldoel:</b><br/>           Inrichten van nieuw zorgleefplan waarbij aandacht is voor de thema's persoonsgerichte zorg en ondersteuning. Tevens wordt het zorgleefplan intramuraal gedigitaliseerd in 2018 (elektronisch cliënt dossier). Voor de extramuraal zorg is dit begin 2017 al gerealiseerd.</p> |

#### 3.2 **Wonen en welzijn** **Optimale levenskwaliteit en welzijn zijn ons doel. Het accent ligt op zorg die wordt gecombineerd met wonen en leven. We maken hierbij gebruik van leanmanagement, waarbij we continu willen verbeteren en verspillingen willen tegen gaan, zodanig dat alleen die activiteiten worden uitgevoerd die waarde toevoegen voor de cliënt.**

|  |  |
|--|--|
| <i>Zingeving</i>                                   | <p>Zingeving is onderdeel van het zorgleefplan. Er is een zingevingsvrijwilliger in huis die aandacht kan geven op dit thema.</p> <p><b>Ontwikkeldoel:</b></p>   |
| <i>zinnvolle tijdsbesteding</i>                    | <p>Ons team welzijn zorgt voor een zinnvolle tijdsbesteding passend bij de wensen van onze cliënten. Er wordt samengewerkt met de klankbordgroep van cliënten om dit te realiseren.</p> <p><b>Ontwikkeldoel:</b><br/>           Team welzijn is zichtbaar. De samenwerking tussen team welzijn en de overige teams wordt bevorderd. In 2018 gaan we verder met het aanpassen van het activiteitenaanbod aan de behoefte van de cliënt, onder andere op basis van input vanuit de klankbordgroep.</p> |
| <i>schoon en verzorgd lichaam plus kleding</i>     | <p>Binnen het zorgleefplan zijn afspraken gemaakt over aandacht en ondersteuning bij de persoonlijke verzorging. De zorgcoördinator evalueert deze afspraken 2x per jaar. Mondzorg maakt onderdeel uit van het zorgleefplan.</p> <p><b>Ontwikkeldoel:</b></p>  |
| <i>familie participatie en inzet vrijwilligers</i> | <p>Vrijwilligers leveren een waardevolle bijdrage aan het welzijn van onze cliënten. Binnen ons vrijwilligersbeleid wordt hier vorm en inhoud aan gegeven.</p>   |

|                    |  |
|--------------------|--|
| <i>Wooncomfort</i> | <p><b>Ontwikkeldoel:</b><br/>Samenspel met informele zorg (familie participatie) dient nog verder ontwikkeld te worden, ons doel is dat mantelzorgers een grotere rol van betekenis krijgen in het leven van de cliënt en dat er met hen wordt samengewerkt in plaats van voor hen wordt gewerkt. We gaan mantelzorgers betrekken bij activiteiten en voor hand en span diensten van persoonsgebonden zaken. Verder gaan we in 2018 vrijwilligers inzetten voor intern verplaatsen van cliënten.</p>   |
|                    | <p>We investeren in onze gebouwen zodat cliënten privacy en een goede woon- een leefruimte ervaren. We bieden, afhankelijk van de zorgvraag, kleine woongroepen en individuele zorgappartementen. In de horeca wordt gewerkt volgens het ontwikkelde gastvrijheidsprincipe.</p>  |
|                    | <p><b>Ontwikkeldoel:</b><br/>In 2018 starten we met een nieuwe afdeling PG (De Morgenster). Op deze afdeling wordt een open karakter gerealiseerd, door het inzetten van slimme sensoren.<br/>Voor De Driesprong (op dit moment een gesloten PG afdeling) wordt in 2018 onderzocht hoe we met slimme sensoren de bewoners die dit aankunnen, de mogelijkheid gegeven de afdeling zelfstandig in- en uit te gaan.<br/>In 2018 worden de nieuwe afdelingen ingericht, de bewegwijzering aangepast en een frontoffice ontwikkelt om bewoners beter van dienst te kunnen zijn.</p> |

### 3.3 De basisveiligheid gaat over zorginhoudelijke veiligheid. De zorgvrager moet er van uit kunnen gaan dat de zorg veilig en vertrouwd is.

#### *Basisveiligheid*

|  |  |
|--|--|
| <i>Medicatie Veiligheid, antipsychoticagebruik, antibioticagebruik, Decubitus preventie, VBM inzet en evaluatie, Ziekenhuisopnamen</i> | <p>Monitoring van de thema's van basisveiligheid vindt plaats binnen het zorgleefplan. Er zijn protocollen en werkafspraken vastgesteld rondom deze thema's.<br/>Op het gebied van medicatie en hygiëne- en infectiepreventie vinden audits plaats in samenwerking met ziekenhuis VieCuri.</p>   |
|  | <p><b>Ontwikkeldoel:</b><br/>Het systematisch monitoren van de basisveiligheidsthema's binnen de kwaliteitsmonitor van het ECD en het genereren van managementrapportages. Het ontwikkelen van beleid met betrekking tot antipsychoticagebruik en antibioticagebruik.<br/>Vernieuwen van het infectiepreventieplan voor de periode 2018-2020. Interventie probleemgedrag, zoals gebruikt binnen De Driesprong, in 2018 uitzetten binnen meerdere afdelingen.</p>   |
|  | <p><i>Met en verbeteren Incidentencommissie</i></p> <p>Er is een incidentencommissie die door het signaleren van trends en het analyseren van (bijna) incidenten, risico's in kaart brengt en deze probeert te beheersen of vermijden, zodanig dat de zorg en veiligheid verbetert.</p> <p><b>Ontwikkeldoel:</b><br/>De samenstelling van de incidentencommissie sluit aan bij de huidige kwaliteitsstructuur.<br/>In 2018 gaan we verder met het ontwikkelen, monitoren van verbeterpunten en borgen van de nieuwe werkwijze rondom MIC meldingen waarmee we in september 2017 zijn gestart. Hierbij is leren van incidenten een continu proces (risico van elk incident vaststellen, wekelijks bespreken van incidenten en monitoren).<br/>In 2018 starten we ook voor de MIM meldingen met de nieuwe werkwijze.</p> |

### 3.4 Leren en verbeteren van kwaliteit

**We zijn een lerende organisatie, dat wil zeggen dat er een cultuur heerst waarin van fouten geleerd kan worden, medewerkers “de ruimte krijgen” en het management een ondersteunende rol heeft. We werken met verbeter- en ontwikkelcyclussen: Zeg wat je doet, doe wat je zegt, bewijs het en verbeter.**

|  |  |
|--|--|
| <i>kwaliteitsplan</i>                    | <p>Het kwaliteitsplan blijft in ontwikkeling en is de leidraad voor de ontwikkeling van onze kwaliteit. Cliëntenraad en ondernemersraad worden systematisch en breed geïnformeerd en zijn betrokken bij de ontwikkelingen.</p>   |
|  | <p><b>Ontwikkeldoel:</b><br/>         Cliëntervaringen, klachten, audits en ervaringen medewerkers gebruiken als basis voor de ontwikkeling van kwaliteit. De kwaliteitsgroepen krijgen een belangrijkere rol in de ontwikkeling van het kwaliteitsplan zodat ze cyclisch kunnen mee werken aan verbetering.</p>   |
| <i>Interne en externe verantwoording</i> | <p>La Providence is transparant in de behaalde resultaten. Het jaarverslag en de jaarrekening zijn openbaar.<br/>         Intern zijn openheid en transparantie voorwaarden om te kunnen leren en verbeteren. Er wordt een sfeer gestimuleerd van openheid, veiligheid en vertrouwen. Om fraude tegen te gaan is er een door de accountant getoetst fraudebeheersplan.</p>   |
|  | <p><b>Ontwikkeldoel:</b><br/>         De rapportages worden in 2018 aangepast aan de nieuwe afdelingen. Teams krijgen meer inzicht middels z.g. teamdashboards (zie thema een goede werkomgeving, paragraaf hulpbronnen).<br/>         In 2018 wordt het teamdashboard uitgebreid met gegevens rondom MIC en MIM.<br/>         Om gegevens toegankelijker te maken en eenvoudiger rapportages te kunnen maken wordt in 2018 een nieuw software programma geïmplementeerd.</p>  |
| <i>Lerend netwerk</i>                    | <p>Er wordt samengewerkt met drie kleine zorgaanbieders in de regio. Met hen is een lerend netwerk opgericht. In eerste instantie richt het netwerk zich op bestuurders en management.</p>   |
|  | <p><b>Ontwikkeldoel:</b><br/>         Het lerend netwerk ontwikkelt zich in 2018 verder zodat ook medewerkers op overige niveaus kunnen leren van elkaars kwaliteiten. De methodieken die hiervoor gebruikt zullen worden zijn audits en meeloopsessies bij elkaar in de organisaties.</p>   |
| <i>Kwaliteitsmanagement systeem</i>      | <p>Het kwaliteitsmanagementsysteem is vastgelegd in het kwaliteitshandboek. In 2016 is de kwaliteitsstructuur gewijzigd door de vorming van een kernteam kwaliteit en kwaliteitsgroepen (begin 2017) voor verschillende aandachtsgebieden. Doel is continu te blijven verbeteren en borging van aandachtsgebied op werkvloer. Kernteam bewaakt of het geheel past binnen beleid en borging organisatieniveau. (I.c.m. Lean methode). De bestuurder is eindverantwoordelijk en voorzitter van het kernteam kwaliteit. Door middel van scholing en training wordt het kwaliteitsbewustzijn van medewerkers vergroot. Borging van het kwaliteitssysteem vindt plaats door middel van (externe) audits.</p> <p><b>Ontwikkeldoel:</b><br/>         Doel is continu te blijven verbeteren en borging van aandachtsgebied op werkvloer.<br/>         In 2018 worden teamaudits ontwikkelt voor het zorgplan en hygiëne, in samenwerking met het lerend netwerk.</p> |

## Thema een goede werkomgeving

### 3.5 Leiderschap, governance en management

**Goed bestuur en leiderschap zijn essentieel voor het realiseren van goede zorg. Zorg komt tot stand in de relatie tussen zorgvrager en professional daarom zijn bestuur en leiderschap gericht op het bieden van ruimte voor een goede relatie.**

*Visie op zorg  
Sturen op kernwaarden*

La Providence heeft haar strategie gekozen met een missie, visie en kernwaarden. Op basis daarvan werken wij eraan om zowel bij cliënten van ons zorgcentrum, als bij inwoners van Grubbenvorst en omgeving, bekend te staan als: “de beste plaats dicht bij (t)huis”, op het gebied van Wonen, Welzijn en Zorg, wanneer je op ondersteuning, begeleiding en of behandeling aangewezen bent.

**Ontwikkeldoel:**

*Leiderschap en goed bestuur  
Inzicht hebben en geven*

Het is voortdurend zoeken om de leefwereld van de cliënt in balans te brengen met de systeemwereld vol regels en protocollen. La Providence kiest bewust voor een vereenvoudiging van de systeemwereld, uitgangspunt is dat we wettelijke kaders handhaven maar medewerkers daarnaast zo min mogelijk belasten met overbodige zelfopgelegde regels. We hebben ervoor gekozen om te werken met kleinschalige zelforganiserende teams. Het middenkader is kleiner geworden zodat er ruimte is voor professionaliteit, eigenaarschap en het nemen van verantwoordelijkheid door medewerkers. Dit vraagt, binnen de gekozen kwaliteitsstructuur, een voortdurende dialoog over kwaliteit, goede zorg en goede bedrijfsvoering. Deze structuur borgt tevens de professionele inbreng in het aansturen van de organisatie. Het werken volgens de LEAN principes zorgt er voor dat we blijven leren en ontwikkelen. Bovenstaande draagt bij aan het werken volgens de 7 principes van de Governancecode Zorg 2017 welke bij La Providence hoog in het vaandel staan.

**Ontwikkeldoel:**

Om laagdrempeligheid te bevorderen en inzicht te krijgen in de dagelijkse gang van zaken loopt de bestuurder sinds 2016 elk jaar een aantal dagen mee in het primaire proces.

*Rol en positie interne organen en toezichthouders*

De cliëntenraad en de ondernemingsraad worden breed geïnformeerd en betrokken bij ontwikkelingen op basis van co-creatie (OR en CR werken vanaf het begin mee aan ontwikkelingen i.p.v. het achteraf geven van advies e/o instemming). Er vindt structureel overleg plaats met de bestuurder. Binnen de Raad van Toezicht is een van de leden verantwoordelijk voor het toezicht op kwaliteit.

**Ontwikkeldoel:**

*Verankeren van medische, verpleegkundige en psychosociale expertise*

Binnen de kwaliteitsstructuur is gekozen voor het werken met verpleegkundige aandachtsvelders zorginhoudelijke kwaliteit. Deze vormen samen de kwaliteitsgroep zorginhoudelijke kwaliteit. Deze aandachtsvelders worden opgeschaald naar niveau 4 en 5. Medio 2018 dienen deze aandachtsvelders samen de Verpleegkundige Advies Raad (VAR) te vormen. De specialist ouderengeneeskunde heeft een adviserende en toetsende rol aangaande medische zaken binnen het kernteam kwaliteit.

**Ontwikkeldoel:**

Gezien de grootte van de organisatie en de raakvlakken die de kwaliteitsgroep Zorginhoudelijke Kwaliteit en de Verpleegkundige/verzorgende adviesraad hebben is dit binnen LP een en dezelfde groep verpleegkundigen. Deze groep adviseert (gevraagd en ongevraagd) op beroepsinhoudelijke basis aan het MT of Raad van Bestuur om de kwaliteit van de zorg te waarborgen en te verbeteren. Door deze adviserende rol hebben zij een stem in het korte- en langetermijnbeleid van de organisatie. Daarnaast stimuleert deze groep de beroepsinhoudelijke ontwikkelingen. De kwaliteitsgroep/VAR kan bijdragen aan:

- Verbetering van de kwaliteit van zorg voor patiënten en cliënten.
- Een beleid dat beter aansluit bij de professionele beroepsuitoefening.
- Een grotere betrokkenheid van de zorgprofessionals bij de koers van de organisatie.
- Verbreding van het draagvlak binnen de organisatie voor nieuw beleid.

In 2018 worden de taken en verantwoordelijkheden van de VAR vastgelegd en geborgd en wordt de VAR uitgebreid met 2 verpleegkundigen voor de subteams van de afdeling Zorgappartementen.

### 3.6 Personeels-samenstelling

**De veranderde visie vraagt om een nieuw type professional. Deze werkt minder taakgericht, sluit aan bij de individuele zorgvrager (doet niet zijn eigen ding) en stuurt op resultaten.**

|  |  |
|--|--|
| <p><i>Aandacht, aanwezigheid en toezicht</i></p> | <p>Er zijn minimaal 4 zorgverleners aanwezig binnen onze organisatie. Tijdens de zorg en ondersteuning op intensieve momenten zijn voldoende zorgverleners aanwezig om deze taken te verrichten. Tevens is er aandacht voor de bewoners in de huiskamers / gemeenschappelijke ruimtes. Ons team welzijn staat klaar om aandacht te besteden aan een zinvolle dag invulling voor onze bewoners. Onze zorgcoördinatoren zorgen ervoor dat de cliëntdossiers up to date zijn zodat collega's op de hoogte zijn van de achtergrond en persoonlijke wensen van onze cliënten.</p>   |
|  | <p><b>Ontwikkeldoel:</b><br/>In 2018 op de afdeling De Driesprong starten met de nieuwe functie 'sfeermaker'. Deze houdt toezicht in de huiskamer, zorgt daar voor het eten en drinken en brengt daarnaast vooral sfeer en gezelligheid, gedurende de dag en de avond.</p>   |
| <p><i>Teamsamenstelling</i></p>                  | <p>Bij de teamsamenstelling houden we rekening met een optimale leeftijdsopbouw, verhouding van leerlingen en verhouding deskundigheid.</p>  |
|  | <p><b>Ontwikkeldoel:</b><br/>Een gezonde leeftijdsopbouw binnen teams realiseren.<br/>Meer medewerkers opleiden.<br/>Verder ontwikkelen van het zelfroosteren.</p>   |
| <p><i>Specifieke kennis en vaardigheden</i></p>  | <p>Er is 24 uur per dag, 7 dagen in de week een verpleegkundig (min. niveau 4) aanwezig op de locatie.<br/>Met betrekking tot indicaties met behandeling wordt de artsenzorg in samenwerking met Proteion geboden. Hiermee is de 24 uren artsenzorg gewaarborgd.<br/>We werken belevingsgericht op onze PG afdeling. Medewerkers zijn geschoold in deze manier van werken. In complexe situaties wordt gebruik gemaakt van een gedragsdeskundige en/of wordt het centrum voor consultatie en expertise ingezet.<br/>Jaarlijks vinden BIG scholingen plaats.<br/>Diverse beroepsgroepen waaronder de behandelaren en de verpleegkundigen zijn geaccrediteerd.</p> |
|  | <p><b>Ontwikkeldoel:</b><br/>Ontwikkelen leercarrousel 4x per jaar: op basis van behoeften van medewerkers en ontwikkelingen in de zorg, jaarlijks een aantal leerthema's aanbieden.</p>   |
| <p><i>Reflectie, leren en ontwikkelen</i></p>    | <p>Ruimte voor professionaliteit en eigenaarschap zijn belangrijke uitgangspunten voor onze medewerkers. Alleen wanneer onze professionals vakbekwaam zijn en de ruimte krijgen om beslissingen te nemen en persoonlijk initiatief te tonen (en van fouten te leren) kunnen ze aansluiten bij de leefwereld van onze cliënten. Door te werken in kleine zelforganiserende teams en het verminderen van het aantal leidinggevenden is er letterlijk meer ruimte. Door middel van coaching en scholing vergroten we eigenaarschap voor het eigen leerproces.</p>   |
|  | <p><b>Ontwikkeldoel:</b></p>   |

Leren meer plaats laten nemen op werkvloer; minder vanuit protocollen meer vanuit verstandig handelen. Communicatie en reflectie onderdeel maken van de team overleggen met behulp van de Lean coach.  
 Aanpassen structuur functioneringsgesprekken passend bij zelforganiseren.  
 In 2018 heeft elk team een teambuildingsactiviteit.

### 3.7 Gebruik van hulpbronnen

#### **De hulpbronnen die we gebruiken dienen het primaire proces te ondersteunen (denk aan domotica, bewegingsruimte, samenwerking apotheek e.d.).**

|  |  |
|--|--|
| <i>Gebouwde omgeving</i>   | <p>We investeren in onze gebouwen zodat cliënten privacy en een goede woon- en leefruimte ervaren en de functionaliteit en uitstraling aansluit bij onze doelgroep.</p>  |
| <i>Technologische hulpbronnen<br/>Materialen en hulpmiddelen<br/>Facilitaire zaken</i> | <p><b>Ontwikkeldoel:</b><br/>         Stimuleren van beweging: Onderzoek TU student: Hoe kunnen natuurlijke elementen tijdens de looproute een rol spelen om de gezondheid van ouderen te stimuleren? De resultaten hiervan worden in 2018 meegenomen voor de looproutes en bij de inrichting van de nieuwe afdelingen.<br/>         In 2018 worden met het oog op duurzaamheid de energiecontracten herzien.</p> <p>Onze hulpmiddelen worden jaarlijks gekeurd en onderhouden.<br/>         Er zijn afspraken gemaakt met leveranciers van materialen en hulpmiddelen.<br/>         De facilitaire dienst werkt ondersteunend aan het primaire proces.</p>  |
| <i>Financiën en financiële administratieve organisatie</i>                             | <p><b>Ontwikkeldoel:</b><br/>         Inzet technologische hulpmiddelen op PG afdeling, van gesloten naar open afdeling. In 2018 starten we met een nieuwe afdeling PG (De Morgenster). Op deze afdeling wordt een open karakter gerealiseerd, door het inzetten van slimme sensoren. Voor De Driesprong (op dit moment een gesloten PG afdeling) wordt in 2018 onderzocht hoe we met slimme sensoren de bewoners die dit aankunnen, de mogelijkheid gegeven de afdeling zelfstandig in- en uit te gaan. In 2018 wordt de bewegwijzering aangepast en een frontoffice ontwikkeld om bewoners beter van dienst te kunnen zijn.<br/>         Invoering van het elektronisch cliënt dossier in combinatie met het gebruik van Mycon zorgtelefoon voor alle afdelingen.</p> <p>La Providence kende in 2014-2015 een financieel dieptepunt. Hoewel 2016 positief afgesloten werd, heeft de organisatie weinig reserves waardoor alertheid en het efficiënt en effectief benutten van middelen zeer belangrijk is. De kwaliteitsgroep 4PO (bedrijfsvoering) wordt betrokken bij verbeterprocessen op dit vlak. Teamdashboards zijn in samenspraak ontwikkeld. Hierdoor hebben teams inzicht in verzuim en personele inzet.</p> |
| <i>samenwerking</i>  | <p><b>Ontwikkeldoel:</b><br/>         Het verder ontwikkelen van het teamdashboard waardoor teams, op grote lijnen, meer inzicht krijgen in de MIC en MIM meldingen. Zodra het digitaal dossier ingevoerd is worden in het teamdashboard ook de teamscores per kwaliteitsindicator opgenomen zodat teams inzicht hebben in hun prestaties en zo kunnen leren en verbeteren.</p> <p>Wij willen onze kennis delen en leren en samenwerken met anderen. We werken samen met diverse zorgaanbieders in de regio, met ziekenhuis VieCuri en de gemeente Horst aan de Maas. Daarnaast nemen we deel aan regionale netwerken: palliatieve zorg en dementie.</p> <p><b>Ontwikkeldoel:</b><br/>         In 2018 intensiveren we de samenwerking met het netwerk palliatieve zorg en verankeren we de wijkverpleegkundige in Grubbenvorst in samenwerking met de gemeente en huisartsen.</p>   |

### 3.8 Gebruik van informatie

We hechten belang aan openheid en transparantie en aan de ervaringen van onze cliënten. Deze zijn voorwaardelijk om te leren en te verbeteren. We verzamelen alleen gegevens die betekenis hebben voor de directe zorg.

|  |   |
|--|---|
| <i>Verzamelen en delen van informatie waaronder cliëntoordelen</i> | <p>Cliëntervaringen worden op diverse manieren verzameld. Medewerkers zien en horen de reactie van cliënten. Klachten worden door medewerkers afgehandeld of via de wijze zoals beschreven in de klachtenprocedure. Verder worden cliëntervaringen gemeten door middel van cliëntervaringsonderzoek. Klachten en resultaten van cliëntervaringsonderzoek worden verzameld en dienen als input voor verbeteringsplannen.</p> |
|  | <p><b>Ontwikkeldoel:</b><br/>Doorlopend (real time) cliëntervaringsonderzoek (Zorgkaart Nederland). Registratie van maatregelen n.a.v. cliëntoordelen (borgen binnen kwaliteitsmanagementsysteem).</p>  |
| <i>Benutten en optimaliseren bestaande administratiesystemen</i>   | <p>Het registreren van gegevens die voorwaardelijk zijn voor veilige zorg en behandeling vindt, indien mogelijk, plaats binnen de bestaande systemen.</p>   |
|  | <p><b>Ontwikkeldoel:</b><br/>Invoering elektronisch cliënt dossier; integreren van registraties en metingen binnen het dossier. Meetresultaten dienen in rapportages verwerkt te worden zodat systematisch verbeteren eenvoudiger wordt.</p>  |
| <i>Openbaarheid en transparantie</i>                               | <p>Het jaarverslag en de jaarrekening zijn openbaar.<br/>Resultaten cliëntonderzoeken zijn openbaar (website La Providence en Zorgkaart Nederland)</p>  |
|  | <p><b>Ontwikkeldoel:</b><br/>AVG wet implementeren voor 25 mei 2018 (bewustwording medewerkers, overzicht verwerkingen, bewerkersovereenkomsten herzien).</p>   |

## 4. Samen leren en verbeteren

Het gaat bij kwaliteitszorg om alle systematische en geplande activiteiten die gericht zijn op het continue beheersen, bewaken en verbeteren van de kwaliteit van zorg.

Hoe verbeter je jezelf continue terwijl we onze kosten zo goed mogelijk moeten blijven beheersen én ook blijven voldoen aan de hoge eisen die gesteld worden aan de kwaliteit en veiligheid van zorg?

Dat is de vraag die we ons gesteld hebben.

Een van de methodes die we toepassen om efficiëntie en kwaliteit van de bedrijfsvoering te verhogen is LEAN. LEAN leidt, mits het goed wordt uitgevoerd, tot een verbetering van de tevredenheid van cliënten en medewerkers en speelt een belangrijke rol bij de ontwikkeling van zelfsturende teams én bij het stimuleren van zelfredzaamheid bij cliënten.

Het is wel van belang dat we LEAN niet alleen gebruiken voor het projectmatig verbeteren van processen, maar er ook voor zorgen dat we een LEAN organisatie worden waarin iedereen (management en medewerkers) elke dag bezig is met de vraag hoe je je werk, vanuit cliëntperspectief, slimmer, efficiënter en beter uit kunt voeren. Ofwel: een organisatie waar Continue verbeteren in de genen zit.

Binnen La Providence wordt sinds april 2016 gewerkt met kleine zelforganiserende zorgteams die gecoacht worden door de teamcoördinator. De rol en functie van deze coördinator is wezenlijk verschillend dan die van de voormalige teamleider. We zien dat teams en medewerkers groeien in hun nieuwe rol maar dat er wel behoefte is aan duidelijke verantwoordelijkheden, kaders en handvaten.

Derhalve is binnen La Providence een structuur gekozen waarbinnen verantwoordelijkheden ten aanzien van de diverse kwaliteitsonderwerpen duidelijk zijn en medewerkers betrokken worden bij kwaliteitsverbetering.

|   |         |                   |            |               |   |
|---|---------|-------------------|------------|---------------|---|
| <b>KERNTTEAM KWALITEIT</b>  |         |                   |            |               |   |
| bestaat uit bestuurder, zorgmanager, beleidsmedewerker en 2 coördinatoren<br>bewaken proces en sturen geven richting<br>oog voor organisatievisie |         |                   |            |               |   |
| <b>Kwaliteitsgroepen</b>  |         |                   |            |               |   |
| elke groep bestaat uit aandachtsvelders uit alle teams<br>systematische verbetering kwaliteit door doen van verbetervoorstellen                   |         |                   |            |               |   |
| Zorginhoudelijke kwaliteit  | Hygiëne | Arbo / vitaliteit | Veiligheid | Digitale Zorg | Planning, Productie, personeel, Opleidingen |

De aandachtsvelder zorginhoudelijke kwaliteit dient in het bezit te zijn van het diploma verpleegkundige niveau 4 (of daartoe in opleiding te zijn), deze aandachtsvelders gaan samen de Verpleegkundige Advies Raad (VAR) vormen.

Systematisch wordt in deze kwaliteitsgroepen gewerkt aan de ontwikkeldoelen in ons kwaliteitsplan teneinde onze visie en missie te realiseren:

“de beste plaats dicht bij (t)huis”, op het gebied van Wonen, Welzijn en Zorg, wanneer je op ondersteuning, begeleiding en of behandeling aangewezen bent.

### 4.1 Terugblik 2017

In juni 2017 heeft La Providence voor de eerste keer het kwaliteitsplan, zoals bedoeld in het Kwaliteitskader, openbaar gemaakt.

De ontwikkeling van het ECD is in 2017 voorbereid, maar wordt pas begin 2018 geïmplementeerd, op het moment dat de nieuwe afdelingen en teams van start gaan (zie paragraaf 4.2).



De met het ECD samenhangende ontwikkeldoelen van 2017 zijn hiermee ook verplaatst naar 2018 (module Caren Zorgt en monitoring van basisveiligheidsthema's vanuit ECD).

De ontwikkeling van de leercarroussel en een nieuwe werkwijze voor functioneringsgesprekken zijn in 2017 gestart en zullen in 2018 worden vervolgd.

In 2017 zijn we gestart met de ontwikkeling van teamdashboard, waarbij in eerste instantie inzicht is gegeven in de productie, uitgaven en het verzuim per afdeling.

In september 2017 zijn we gestart met een nieuwe aanpak voor het opvolgen van MIC meldingen. Er is een snellere aanpak en meer bewustwording, waardoor we beter in staat zijn om incidenten in de toekomst te voorkomen. Teams kunnen nu ook de ontwikkeling van MIC meldingen volgen. In 2018 wordt de aanpak verder ontwikkeld en geborgd.

## 4.2 Kwaliteitsverbetering in 2018

La Providence sluit met ingang van 1 januari 2018 het revalidatiehotel. Dit deel van het zorgcentrum wordt omgevormd tot een extra afdeling voor mensen met dementie en een afdeling voor mensen die tijdelijk niet thuis kunnen wonen. Een belangrijke reden voor deze verandering is de extreme druk op de wachtlijsten voor (tijdelijke) opname in het verpleeg- of verzorgingshuis. Hierdoor ontstaan bij mensen thuis schrijnende situaties waardoor ook de druk op ziekenhuizen enorm toeneemt. Limburg is op dit moment de provincie waar het meeste mensen wachten op opname in het verpleeg- of verzorgingshuis. In overleg met de cliëntenraad en het zorgkantoor heeft La Providence daarom besloten een extra afdeling te creëren.

De belangrijkste verbeteringen voor 2018 zijn dan ook gericht op het (her)inrichten van de afdelingen binnen La Providence, zodat de zorg nog persoonsgerichter kan plaatsvinden met behoud van eigen regie, de invoering van het digitaal klantdossier binnen de intramurale afdelingen en het creëren van randvoorwaarden om kwaliteitsverbetering mogelijk te maken binnen de teams en kwaliteitsgroepen. Voor uitgebreide beschrijving van de ontwikkeldoelen verwijzen we naar hoofdstuk 3. Hieronder een selectie van de geplande kwaliteitsverbeteringen:

- Verder ontwikkelen van informele zorg in samenwerking met familie (betrokkenheid bij activiteiten en hand en span diensten van persoonsgebonden zaken);
- Invoering digitaal klantdossier en Caren zorgt:
  - o meer persoonlijke benadering
  - o toegankelijker zorgdossier
  - o monitoring basisveiligheidsthema's
- Verder ontwikkelen van team welzijn, waarbij klantgerichtheid uitgangspunt is en samenwerking met andere teams wordt bevorderd.
- Open karakter van bestaande en nieuwe afdeling psychogeriatricie vergroten door inzet o.a. slimme sensoren.
- Teamdashboard en rapportages (verder) ontwikkelen om door o.a. teams en kwaliteitsgroepen als basis te gebruiken voor kwaliteitsverbetering. Hiervoor gebruik maken van o.a. monitoring basisveiligheidsthema's uit ECD, MIC, MIM en klanttevredenheids-onderzoeken in combinatie met het gebruik van Qlikview.