

**Jaarverslag 2016**  
**Mienskipssintrum Leppehiem**

*Leven  
boven  
zorg*

*Buitengewoon  
gewoon en  
uitgesproken  
persoonlijk*

*gewoon jezelf blijven*

**Leppehiem**...  
mienskipssintrum

## Inleiding

Mienschapssintrum Leppehiem doet verslag van afgelopen verslagjaar door een jaarrekening uit te brengen over 2016 en levert alle benodigde kernegevens aan over het functioneren van de organisatie in Digi MV. Daarnaast is dit jaarverslag opgesteld om onder andere verantwoording af te leggen ten aanzien van het gevoerde beleid, het huidige beleid en de geleverde prestaties, de medezeggenschap van cliënten en medewerkers en ten aanzien van het klachtrecht.

## Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Profiel van de organisatie .....</b>	<b>4</b>
1.1	Structuur van het concern	4
1.2	Zorg en dienstverlening	4
1.3	Werkgebied	5
1.4	Maatschappelijke betrokkenheid	5
<b>2</b>	<b>Bestuur, toezicht, bedrijfsvoering en medezeggenschap .....</b>	<b>7</b>
2.1	Zorgbrede Governance Code	7
2.2	Raad van bestuur	7
2.3	Toezi chthouders	7
2.4	Bedrijfsvoering	8
2.4.1	Risico's	8
2.5	Cliëntenraad	9
2.6	Ondernemingsraad	11
<b>3</b>	<b>Beleid, inspanningen en prestaties .....</b>	<b>13</b>
3.1	Meerjaren beleid	13
3.1.1	Visie	13
3.1.2	Missie	13
3.1.3	Filosofie	13
3.1.4	Beleidsplan	14
3.2	Algemeen beleid	14
3.2.1	Evaluatie jaarwerkplan 2016	14
3.2.2	Jaarwerkplan 2017	21
3.3	Kwaliteit en klachten	24
3.3.1	Kwaliteit	24
3.3.2	Klachten	24
3.4	Ontwikkelingen in 2016	26
3.4.1	Ontwikkeling beleidsplan	26
3.4.2	Ontwikkelingen in de zorg	27
3.4.3	Overige ontwikkelingen in 2016	27

## 1. Profiel van de organisatie

### 1.1 Structuur van het concern

#### Juridische structuur

Mienskipssintrum Leppehiem is statutair vastgelegd als Stichting Verzorgingscentra Utingeradeel.

#### Organisatorische structuur

Op pagina 6 is de organisatorische structuur in een organogram afgebeeld.

#### Besturingsmodel

In Mienskipssintrum Leppehiem wordt integraal management toegepast. Dat wil zeggen dat de managers in de organisatie integraal verantwoordelijk zijn voor het reilen en zeilen van het organisatieonderdeel waar hij/zij leiding aan geven. Niet alleen voor het werkproces, maar ook voor het personeel, de Arbo zorg etc. Boven deze managers staat de bestuurder. Daarnaast is er een Raad van Toezicht ingesteld.

#### Toelatingen

Leppehiem heeft een toelating (Wet Toelating Zorginstellingen) voor het leveren van Wlz functies en functies m.b.t de Zorgverzekeringswet. Tevens heeft Leppehiem een toelating voor het leveren van verpleeghuiszorg. Daarnaast heeft Leppehiem gunningen voor levering van diensten in het kader van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning.

#### Medezeggenschapstructuur

De formele medezeggenschapstructuur in Leppehiem ziet er als volgt uit: Er is een cliëntenraad ingesteld die de belangen van de cliënten in Leppehiem behartigt. Daarnaast is er sinds 1990 een ondernemingsraad ingesteld voor de behartiging van de belangen van de medewerkers.

### 1.2 Zorg en dienstverlening

Mienskipssintrum Leppehiem levert zorg in het kader van de Wlz (verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg). In het kader van de Zorgverzekeringswet levert Leppehiem wijkverpleegkundige zorg en in het kader van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning levert Leppehiem Huishoudelijke Verzorging, Dagondersteuning, Thuisondersteuning, Kortdurend Verblijf en Persoonlijke verzorging. Daarnaast levert Leppehiem een aantal diensten. In 2016 kende Mienskipssintrum Leppehiem de volgende diensten:

- Alarmering
- Maaltijdservice
- Restaurant
- Sociaal culturele activiteiten

Mienskipssintrum Leppehiem streeft (eventueel) in samenwerking met anderen naar een compleet aanbod, waardoor de leefbaarheid van dorpen en het individuele welzijn van cliënten wordt bevorderd.

### 1.3 Werkgebied

Mienskipssintrum Leppehiem is werkzaam binnen zorgkantorregio 18 (Fryslân). Het werkgebied strekt zich uit van het 'Lege Midden' tot en met de 'Lege Geaen'. Concreet behoren de volgende dorpen in 2016 tot het werkgebied van Leppehiem.

Gemeente Heerenveen	Gemeente Leeuwarden	Gemeente Súdwest Fryslân	Gemeente De Friese Meren
Akkrum	Jirnsum	Raerd	Terherne
Aldeboarn	Grou	Dearsum	
Nes	Reduzum	Poppenwier	
Nieuwebrug	Friens	Tersoal	
Haskerdijken	Idaerd	Sibrandabuorren	
	Eagum		
	Wergea		
	Warten		
	Warstiens		
	Wirdum		
	Swichum		

### 1.4 Maatschappelijke betrokkenheid

De maatschappelijke betrokkenheid van Leppehiem is terug te vinden in veel facetten van de organisatie:

#### Mienskipssintrum

In Mienskipssintrum Leppehiem zijn veel maatschappelijke organisaties gehuisvest. Dit vergroot de leefbaarheid van het wooncentrum en bevordert de maatschappelijke integratie.

#### Samenstelling Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht van Leppehiem bestaat uit leden welke maatschappelijk actief zijn in de regio van Leppehiem. Dit uitgangspunt is ook statutair vastgelegd.

#### Personeel en vrijwilligers

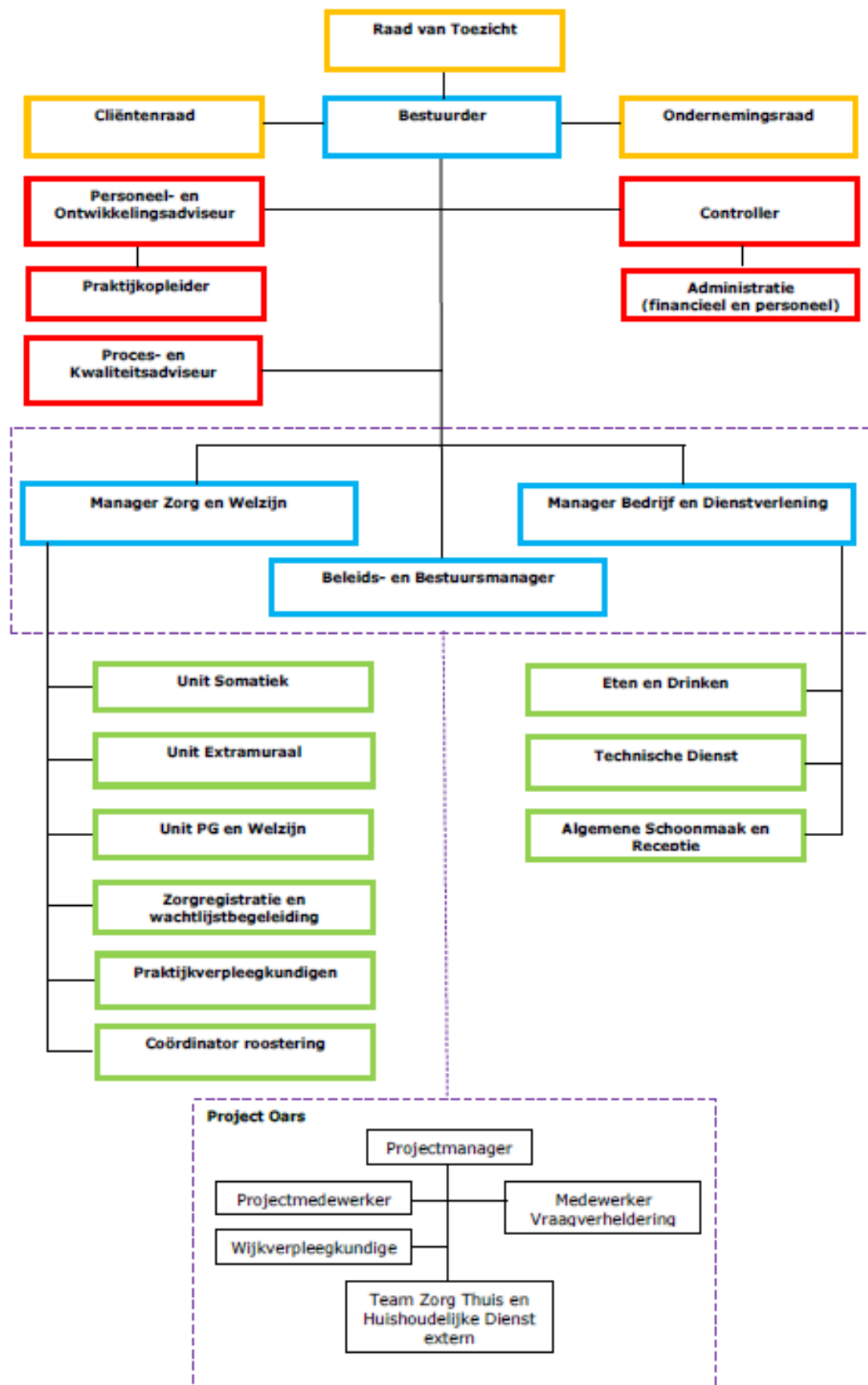
Een groot deel van de medewerkers woont in de regio waarin Leppehiem ook zorg en diensten levert. De betrokkenheid van de regio bij onze organisatie is groot. Dit blijkt ook uit het feit dat er op dit moment ongeveer 140 vrijwilligers zijn die zich inzetten voor Leppehiem.

#### Leveranciers

De eigen regio is belangrijk. Daarom is het van belang de inkoop te gunnen aan regionale leveranciers. Lokale leveranciers zijn over het algemeen beter in nalevering. Op lange termijn zit de waarde in het krijgen van maatwerk en een snelle levertijd. Een goede verstandhouding vertaalt zich in kwaliteit.

#### Social Return

Leppehiem is met gemeenten in gesprek over het inzetten van uitkeringsgerechtigden in het kader van de participatiewet (social return). Dat kan op meerdere manieren vorm krijgen, afhankelijk van de persoon en beschikbare werkzaamheden. Op dit moment werkt Leppehiem al met BBL, BOL en WSW trajecten en ook via de Wajong is een medewerker in dienst.



## 2. Bestuur, toezicht, bedrijfsvoering en medezeggenschap

### 2.1 Zorgbrede Governance Code

Mienskipssintrum Leppehiem volgt de Zorgbrede Governance Code. De statuten van de organisatie zijn ook conform de in de code genoemde eisen opgesteld. De belangrijkste principes uit de code maken ook onderdeel uit van het beoordelingsschema volgens het HKZ-model \*). Leppehiem is sinds eind 2007 in het bezit van het HKZ kwaliteitslabel. Daarmee worden werkprocessen, procedures en protocollen jaarlijks grondig gecontroleerd en zijn alle kwaliteitseisen getoetst. Daarnaast controleert Leppehiem intern haar productiegegevens door middel van een procedure welke voldoet aan de 'Kaderregeling Administratieve Organisatie en Interne Controle productieregistratie en facturering'. Verder worden financiële en administratieve gegevens gecontroleerd door een onafhankelijke accountant.

\*) Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector

### 2.2 Raad van Bestuur

*Samenstelling Raad van Bestuur*

Naam	Bestuursfunctie	Nevenfuncties
Evert Fokkema	Bestuurder	Bestuurder Stichting De Boarn

Bezoldiging vindt plaats aan de hand van de adviesregeling arbeidsvoorwaarden directies zorginstellingen minus 5%. Bezoldiging is opgenomen in het financieel jaarverslag en Digi MV. De afgelopen jaren heeft geen indexering plaatsgevonden.

### 2.3 Toezichthouders (Raad van Toezicht)

*Samenstelling Raad van Toezicht per 31-12-2016*

Naam	Functie	Nevenfuncties	Datum benoeming	Benoemings-termijn
Zwier Kroese	Voorzitter	Lid Raad van Toezicht Stichting De Boarn	3 oktober 2012	Max. 2 x een periode van 4 jaar
Jitske Tuimaka - Calsbeek	Lid	Lid Raad van Toezicht Stichting De Boarn	1 juni 2010	Max. 2 x een periode van 4 jaar
Grada Stoker	Lid	Lid Raad van Toezicht Stichting De Boarn	15 februari 2012	Max. 2 x een periode van 4 jaar
Freerk Wind	Lid	Lid Raad van Toezicht Stichting De Boarn	1 oktober 2013	Max. 2 x een periode van 4 jaar
Halbe van der Wal	Lid	Lid Raad van Toezicht Stichting De Boarn	11 december 2013	Max. 2 x een periode van 4 jaar
Saapke Snoek	Lid	Lid Raad van Toezicht De Boarn	23 mei 2014	Max. 2 x een periode van 4 jaar
Harry van Dooren	Lid	Lid Raad van Toezicht De Boarn	1 juni 2015	Max. 2 x een periode van 4 jaar

Verhoudingen bestuurder en Raad van Toezicht zijn statutair vastgelegd. Tevens is er een reglement bestuurder en een reglement Raad van Toezicht opgesteld waarin verhoudingen en verantwoordelijkheden nader zijn gespecificeerd. Formele kernpunten van de statuten zijn: de Raad van Toezicht van Leppehiem bestaat uit leden welke maatschappelijk actief zijn in de regio van Leppehiem en de te onderscheiden sub regio's. De leden hebben geen belang in de organisatie, hebben een onafhankelijke positie en ontvangen geen vergoeding. Er wordt minimaal vijf maal per jaar vergaderd.

Eens per jaar wordt de jaarrekening en het oordeel over de financiële huishouding door de accountant in de vergadering toegelicht. De raad stelt de jaarrekening vast en neemt de accountantsverklaring mee in haar oordeel. Tussentijds worden trends op het gebied van exploitatie en financieel beheer besproken. De raad wordt verder geïnformeerd over het jaarverslag, formatieplannen, jaarwerkplannen, ontwikkelingen, organisatiewijzigingen en beleidsstukken. Eens per vijf jaar wordt een beleidsplan vastgesteld en ter instemming aan de raad voorgelegd. De Raad van Toezicht neemt kennis van het interne kwaliteitssysteem van de organisatie door het jaarwerkplan (als perron van beleidsvoornemens, corrigerende maatregelen, verbeteracties, kwaliteitsonderzoeken en organisatiewijzigingen) te volgen. Daarnaast worden in- en externe audits formeel binnen de raad behandeld. Onderzoeken van inspecties en toezichtorganen worden, indien aan de orde, tevens bij de raad in kennis gebracht. Waar de organisatie andere doelgroepen bedient, nieuwe activiteiten ontwikkelt en ingrijpend wordt geïnvesteerd is altijd instemming van de raad vereist.

Verder is geregeld dat: de bestuurder het op prijs stelt om de Raad van Toezicht als klankbord voor de regionale en lokale omgeving te gebruiken. Eens in de twee jaar vindt een functioneringsgesprek met de bestuurder plaats door een afvaardiging van de Raad van Toezicht. Tevens vinden gesprekken plaats over het functioneren van de raad zelf, alsmede de samenwerking met de bestuurder.

## **2.4 Bedrijfsvoering**

Naast de bestuurder, als voorzitter, bestaat het managementteam uit de Manager Zorg en Welzijn, de Manager Bedrijf en Dienstverlening en de Beleids- en Bestuursmanager. Zij worden door staffunctionarissen op het gebied van kwaliteit, financiën en personeelszaken ondersteund. We streven echter naar een grote betrokkenheid van alle medewerkers bij het beleid van de organisatie. Veel van onze medewerkers zijn op een of andere wijze bij projecten of beleid betrokken.

### *2.4.1 Risico's*

#### *In handelingen*

In zorg technische zin worden risico's in Mienskipssintrum Leppehiem tot een minimum beperkt middels een individuele benadering van cliënten. De gekozen kleinschaligheid is daarbij een belangrijk gegeven. "Iedereen kent en wordt gekend". Individuele leef(zorg)plannen en protocollen monitoren het handelen. De normen van de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector vormen een belangrijke leidraad. Registratie is individueel, er is sprake van verantwoording per klant. Niemand is gelijk en iedereen verdient persoonlijke aandacht binnen de eigen specifieke omstandigheden. Risico's worden daarom per cliënt in beeld gebracht in een speciaal daarvoor ingevoerd en geautomatiseerd systeem. Vanuit dit systeem worden naast individuele situaties ook algemene trends en ontwikkelingen geanalyseerd en worden corrigerende maatregelen uitgezet. Risico's worden daarnaast in beeld gebracht in de uitvraag van risico indicatoren VVT van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.



### *In transparantie*

Zorgproductie wordt over vier schijven gecontroleerd. In het geautomatiseerde registratiesysteem is een controle opgenomen, zodat er niet meer dan de geïndiceerde zorguren gedeclareerd kunnen worden. Daarnaast is er een procedure afgesproken voor interne controle (AOIC). Ook de externe accountant bevestigt de transparante wijze van registreren.

### *In materiële zin*

Periodieke financiële rapportages, een formatieplan en begrotingen, waarborgen een goed financieel beleid. Directe aansturing door management en bestuurder maken bijsturing van de organisatie aan veranderende omstandigheden gemakkelijker. Reservering voor onderhoud, innovatie, bijzondere gebeurtenissen en een verantwoorde reserve zorgen voor beheersing van financiële risico's. Inmiddels wordt de huidige risicobeheersing aangepast aan de complexere wijzen van financiering, meer onzekerheid in geldstromen en toenemende vraag naar verantwoording op meerdere deelgebieden. Daarmee wordt ook voor de komende termijn managementinformatie voor het beheersen van risico's gewaarborgd.

### *ISO 9001*

De HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector) is gebaseerd op de ISO 9001-norm. Alle risico's in de bedrijfsvoering van de organisatie zijn volgens de kwaliteitsnorm van de ISO-9001 beheerst.

### *Overige risico's*

De organisatie beperkt overige risico's middels een RI&E, de Commissie Bedrijfsveiligheid, de Bedrijfshulpverlening structuur en er wordt in de jaarwerkplannen met doelstellingen gewerkt die vanuit het kwaliteitssysteem rekening houden met risico's en het omgaan met risico's. In 2016 is door het keurmerkinstituut een quick scan informatiebeveiliging uitgevoerd om de risico's op dit gebied in kaart te brengen en de verbeterpunten zijn doorgevoerd, waardoor dit certificaat is behaald.

## **2.5 Cliëntenraad**

Mienskipssintrum Leppehiem beschikt over een cliëntenraad welke de gemeenschappelijke belangen van de bewoners behartigt. De raad streeft er naar om het belang van alle bewoners in alle zorggroepen te laten vertegenwoordigen door gekozen bewoners die ook zelf in het Mienskipssintrum woonachtig zijn of op andere wijze daadwerkelijk gebruik maken van zorgverlening van Leppehiem.

### *Samenstelling per 31-12-2016*

<b>Naam</b>	<b>Kiesgroep</b>	<b>Functie</b>
Mevrouw G. Pebesma - Speerstra	Zorgappartementen	Voorzitter
Mevrouw R. de Jong - van Huizen	Zorgappartementen	lid
Mevrouw W. Bosma - Riemersma	Woningen	lid
Mevrouw C.M. Jorna - van Balen	Woningen	lid
De heer D. Althuis	Woningen	lid

### *Faciliteiten*

De kosten gemaakt door cliëntenraad worden onverkort vergoed. Men beschikt over onbeperkte vergaderfaciliteiten. De raad ontvangt ondersteuning door een assistent-clieñtenraad van 4 uren gemiddeld per maand. De raad vergadert meestal tweemaandelijks zonder bestuurder en overlegt aansluitend op het eigen overleg ook met de bestuurder. In 2016 is 8 maal vergaderd.

## *Adviezen en overleg*

Het ontwikkelplan voor aanbesteding Wet langdurige zorg is besproken en afgestemd met de cliëntenraad voor de aanbestedingen 2016 en 2017. De stand van zaken is besproken in een separate vergadering.

### *Ontwikkeldoel 1:*

De basis versterken: de cliënt ervaart veilige en vertrouwde zorg:

- cliënten en hun netwerk herkennen de doelstellingen en uitgangspunten van de zorg in het proces van de zorgverlening en geven bij onderzoek aan dat men de omgeving als veilig en vertrouwd ervaart (CQ-index)
  - o Visie CR: van alle details waar de zorg en de leefzorgplannen aan moeten voldoen kan de cliëntenraad niet op de hoogte zijn. Wel is de raad op de hoogte gehouden over wat er gedaan is om aan de eisen van de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) te voldoen. De cliëntenraad heeft vertrouwen in de medewerkers en merken dat zaken accurater worden bijgehouden.

### *Ontwikkeldoel 2:*

Ervaren kwaliteit van leven door de cliënt. Kwaliteitsthema: versterken van eigen regie:

- Cliënten ervaren dat de eigen regie en zelfredzaamheid en zien dat als hun eigen leefwereld, mede door de participatie van familie en mantelzorgers (sociaal netwerk) wordt deze eigen regie en zelfredzaamheid vergroot. (Mienskippen binnen het Mienskippsintrum)
  - o Visie CR: In de maandelijkse besprekingen met de bestuurder wordt dit vaak besproken. De cliëntenraad vindt het belangrijk dat ervaringen van bewoners besproken worden en dat er wat mee gedaan wordt. De cliëntenraad is van mening dat bewoners in Leppehiem zelf een grote invloed hebben op hun eigen leven en zelf zo actief mogelijk blijven. De betrokkenheid van familie wordt ook ervaren.

### *Ontwikkeldoel 3:*

Samenhangende zorg: goede samenwerking rondom en met de cliënt op alle aspecten van het aanbod. De cliënt ervaart de zorg als dichtbij, op alle aspecten van het dagelijks leven en in een vertrouwd persoonlijk netwerk:

- De cliënt merkt dat problemen slechts op een plek hoeven te worden neergelegd en voelt zich vertrouwd binnen het netwerk.
- Coördinatie van zorg versterken in relatie tot totaalregie, verantwoordelijkheid in verantwoording, waardoor de dienstverlening aan de cliënten dichterbij wordt gebracht en wordt verbeterd.
  - o Visie CR: De meeste bewoners weten waar ze terecht kunnen met vragen over de zorg. De cliëntenraad is op de hoogte van de ontwikkelingen omtrent het vormen van de Mienskippen. Het plan om met Mienskippen te gaan werken en dus in kleinere groepen werken geeft volgens de cliëntenraad vele voordelen.

Overige zaken die in 2016 besproken zijn met de cliëntenraad:

- Aanbestedingen Zorgkantoor/Zorgverzekeraars/Gemeenten (advies)
- Veranderingen in de zorg (advies)
- Voortgang maatregelen inspectierapport (advies)
- Voorkomende verbeterpunten/klachten bewoners
- Uitvoer klanttevredenheidsonderzoek 2016
- Plan extra middelen Waardigheid en Trots Leppehiem

- Jaarwerkplan (doelstellingen van de organisatie) (advies)
- Jaarrekening 2015 (advies)
- Jaarverslag 2015
- HKZ audit, opnieuw certificaat voor 3 jaar vastgesteld
- Beeld van het inkoopbeleid Zorgkantoor
- Vacature Controller
- Klachtenregeling en uitbesteding van de verplichte klachtenfunctionaris in het kader van de Wkkgz (verzwaard advies)
- Akte van statutenwijziging (verzwaard advies)
- 40 jarig jubileum Leppehiem
- Prijslijst (verzwaard advies)
- Evaluatie ontwikkelplan Wlz zorg 2016 -2017

Zaken vanuit de cliëntenraad zelf:

- Privacy op appartement
- Snoei- en tuinonderhoud
- Bestrating
- Facturering
- Verzekering rondom elektrische rolstoel
- Omgang met elkaar tijdens koffie en eetmomenten in It Fermidden
- Onderhoud balkons
- Weten wat er op het menu staat die dag d.m.v. menukaarten of het menubord
- Onderzoek optie warme maaltijd op de avond
- Parkeerplaatsen
- Assortiment winkel

In alle gevallen heeft overleg geleid tot overeenstemming.

#### *Commissie vertrouwenslieden*

Mienskipssintrum Leppehiem heeft een commissie van vertrouwenslieden welke bij het niet bereiken van overeenstemming bij klachten kan worden ingeschakeld. In 2016 is daar geen beroep op gedaan.

## **2.6 Ondernemingsraad**

De Ondernemingsraad (OR) heeft de volgende rechten (conform de Wet op de Ondernemingsraden): *Adviesrecht, Beroepsrecht en Instemmingsrecht*. Dit betekent onder andere dat de OR advies mag uitbrengen over voorgenomen besluiten van de organisatie over belangrijke gebeurtenissen en dat de OR tegen genomen beslissingen, die niet overeenkomen met het advies van de OR, beroep kan instellen. Ook heeft de organisatie bij veel belangrijke beslissingen de instemming nodig van de OR. Naast deze rechten heeft de OR ook speciale taken zoals het controleren van de naleving van geldende voorschriften binnen de organisatie. De ondernemingsraad vergadert één keer per maand en één keer per twee maanden is er een vergadering met de bestuurder.

In de ondernemingsraad zitten vier leden namens de afdeling zorg en welzijn en drie leden voor de overige diensten.

*Samenstelling per 31-12-2016*

<b>Naam</b>	<b>Namens</b>	<b>Functie</b>
Jildert Vellinga	Zorg en Welzijn	Voorzitter
Joke van Eenenaam	Overige Diensten	Secretaris
Margriet Dijk	Zorg en Welzijn	lid
Jaike de Vries	Zorg en Welzijn	lid
Jan Westerhof	Zorg en Welzijn	lid
Dina Andela	Overige Diensten	lid
Petra Adema	Overige Diensten	lid

Adviezen, gevraagde instemmingen en aangevraagde toelichtingen ondernemingsraad in 2016:

- Aanbestedingen Zorgkantoor/Zorgverzekeraars/Gemeenten
- Veranderingen in de zorg
- Voortgang maatregelen inspectierapport
- Plan extra middelen Waardigheid en Trots Leppehiem
- Jaarwerkplan (doelstellingen van de organisatie)
- Jaardocument 2015
- Scholingsplan 2016
- Vacature Controller
- Klachtenregeling en uitbesteding van de verplichte klachtenfunctionaris in het kader van de Wkkgz
- Meerkeuzesysteem arbeidsvoorwaarden
- Werkkostenregeling
- Kanteling werktijden
- Personeelsbeleid
- Sanctiebeleid
- Salarisschaal verzorgenden
- VOG verklaringen
- Wet Was
- Statutenwijziging Leppehiem

### **3.      Beleid, inspanningen en prestaties**

#### **3.1     Meerjarenbeleid**

Vanuit onze filosofie over individu en omgeving is de visie ontstaan welke uiteindelijk een missie oplevert. Heel praktisch betekent zulks dat we in ons beleid streven naar een mentaliteit die uitstraalt dat we ons verplicht voelen om altijd een oplossing te zoeken. De oplossing heeft bij voorkeur een relatie met de eigen regio. Daarnaast is zorg slechts een middel, het leven zelf staat centraal. Leefbaarheid in de eigen regio is daarom onlosmakelijk verbonden met onze organisatie en de doelstellingen die we formuleren. Sinds jaar en dag streven we daarbij naar een individuele benadering vanuit de gedachte dat elk individu uniek is en derhalve ook een unieke oplossing nodig heeft. Standaardisatie is taboe. Bij de realisatie van de doelstellingen leidt dat tot een werkwijze waarbij eerst op kleine schaal wordt aangeboden en naar aanleiding van het succes van dit aanbod wordt overgegaan tot verbreding en implementatie.

##### *3.1.1   Visie*

We maken met elkaar de wereld, ons land, ons dorp en onze omgeving. Iedereen draagt daar een steentje aan bij. Dat lukt het best als je gewoon jezelf kunt zijn, of dat nu thuis is, op het werk of ergens anders. Als iedereen respect heeft voor dit uitgangspunt en elkaar helpt dit (jezelf kunnen zijn) voor elkaar te krijgen, geeft dat uitzicht op geluk en een plezierige leefomgeving.

##### *3.1.2   Missie*

Wij willen alle mogelijkheden en onmogelijkheden binnen zorg en welzijn gebruiken om iedereen die daarop bij ons een beroep doet te helpen zichzelf te zijn in een plezierige woonomgeving.

##### *3.1.3   Filosofie*

Mensen geven richting aan hun eigen leven. Dit is slechts mogelijk als er een evenwicht is tussen het individu en haar omgeving. Er zijn veel omstandigheden die dit evenwicht kunnen verstoren. Leppehiem beschikt over de mogelijkheden om soms mensen te helpen bij het hervinden van het evenwicht, soms bij het aanpassen van de omgeving. Het is dan ook onze overtuiging dat onze organisatie onderdeel dient te zijn van de eigen lokale omgeving en dat deze lokale omgeving levendig, gevarieerd en leefbaar dient te zijn.

### 3.1.4 Beleidsplan

In 2016 is een nieuwe beleidsplan opgesteld dat vanaf 2017 van kracht zal zijn. In 2016 werd gewerkt aan de uitgangspunten die beschreven waren in het beleidsplan 2012 – 2016 (bron: beleidsplan 2012 -2017)

Belangrijkste uitgangspunten voor het beleid zijn de kernwaarden van onze organisatie.

- Jezelf zijn met persoonlijke ruimte
- Intrinsieke waarde
- Verantwoordelijkheid
- Maatwerk

Van 2012 – 2016 werd gewerkt aan:

- Het kleinschaliger organiseren van zorg
- Het ontkoppelen van intra- en extramurale zorg
- Meer individuele begeleiding van medewerkers
- Meer verantwoordelijkheid voor medewerkers
- Het meer naar buiten treden om ons concept te presenteren
- Meer aandacht voor communicatie, representatie, klantvriendelijkheid, verantwoordelijkheid en een dienstverlenende houding naar alle gebruikers.
- Onderzoek administratieve processen in combinatie met ambities op het gebied van automatisering om zorg te dragen voor een blijvend goede beheersing van processen en meer efficiency.

## 3.2 Algemeen beleid

Eens in de vijf jaar wordt er door de bestuurder, na input vanuit de organisatie, een beleidsplan opgesteld voor de volgende vijf jaar. Hierin wordt het beleid van Mienskipssintrum Leppehiem in hoofdlijnen beschreven. Het beleidsplan gaat als voorstel naar het Managementteam (MT), wordt besproken met het stafteam en middenkader en wordt uiteindelijk vastgesteld door de Raad van Toezicht. Op jaarbasis wordt dit beleid vertaald naar het jaarwerkplan, de jaarplanner en de stappenplannen.

### 3.2.1 Evaluatie Jaarwerkplan 2016

Hieronder worden de doelstellingen beschreven en de gerealiseerde prestaties met betrekking tot het beleid over verslagjaar 2016.

#### Algemeen (bestuurder / beleids- en bestuursmanager)

Onderdeel	Doelstelling	% gereed doelstelling	Toelichting
Beleidsplan	Komen tot een nieuw beleidsplan gebaseerd op de uitkomsten boostingdagen en het creëren van draagkracht voor behoud zelfstandigheid	100	
Jubileum	Het organiseren van het 40-jarige bestaan van Leppehiem in mei 2017.	15	Uitgesteld naar januari 2017

Mogelijke leegstand	Op basis van casuïstiek ervaring opdoen met mogelijkheden voor herbestemming van tijdelijke leegstand.	100	Na experiment 1 blijkt leegstand niet actueel en zijn de mogelijkheden voor onverhoopte veranderingen vastgesteld
Fans	Bekijken van de mogelijkheden om de maatschappelijke steun en het draagvlak voor onze organisatie te vergroten.	30	Doelstelling vervalt vanwege andere dringende vraagstukken
Tijdelijke opvang	Onderzoek naar vergroten capaciteit voor tijdelijke opvang in meerdere vormen.	20	Regelgeving en inkoopbeleid geeft niet meer mogelijkheid tot uitbreiding. Doelstelling vervallen
Werkplan uitdagingen en verplichtingen	Organisatie breed werkplan opstellen voor geformuleerde 'te verwachten regelgeving en ontwikkelingen'	70	Uitwerkingen meegenomen in beleidsplan. Daarmee vervalt doelstelling.
Integrale oplossingen	Inspelen op de ontwikkelingen met als doel om een logische verbinding tussen de huisartsen, Oars en Leppehiem en een gezamenlijke verantwoordelijkheid te creëren voor het bieden van integrale oplossingen op het snijvlak van professionele voorzieningen, diensten en informele zorg in concrete casuïstiek.	nvt	Plannen zorgverzekeraar zijn dermate gewijzigd dat samenwerkingspartners wijzigen door inkoopbeleid van de verzekeraars. Wel is inmiddels een regulier overleg ontstaan tussen partijen waarbij binnen de mogelijkheden van het inkoopbeleid en met voorzieningen van Leppehiem praktisch gezocht kan worden naar integrale oplossingen. Doelstelling vervalt.
Oars	Het bestendigen van onze werkwijze binnen Oars voor zelfstandig wonende ouderen, met als uitgangspunt een toekomstbestendig bedrijfs onderdeel te creëren.	50	Op schema, doorlopend in 2017
Automatisering	Geautomatiseerde bedrijfsrapportages toevoegen aan intranet teneinde managementinformatie sneller en specifieker beschikbaar te hebben.	80	Herformulering doelstelling in 2017 in jaarwerkplan financiële administratie.

## Zorg en Welzijn

Onderdeel	Doelstelling	% gereed Doelstelling	Toelichting
De basis versterken: de cliënt ervaart veilige en vertrouwde zorg	Coördinatie van zorg versterken in relatie tot totaalregie, verantwoordelijkheid en verantwoording waardoor de dienstverlening aan de bewoners wordt verbeterd  Versterken van de positie van bewoners en het vergroten van de betrokkenheid t.a.v. het leef(zorg)plan	95%	Brainstorm fase herinrichting Z en W gestart Evaluatie LZP gereed, stappenplan verbeterpunten gepland Evaluatie geautomatiseerde systemen is gepland in juli 2017 wordt meegenomen in het werkproces
Mienskippen	Cliënten ervaren de eigen regie en zelfredzaamheid en zien dat als hun eigen leefwereld, mede door de participatie van familie en mantelzorgers (sociaal netwerk) te vergroten (Mienskippen binnen het Mienskipssintrum)	20%	Pilot Mienskippen gestart op unit somatiek, familiebijeenkomst en gesprek medewerkers pilot afdeling is gehouden
Verbinden van HV en persoonlijke zorg	Het verbinden van huishoudelijke zorg en persoonlijke zorg teneinde een integrale benadering van zorg te realiseren ( <i>Coördinatie van zorg versterken in relatie tot totaalregie, verantwoordelijkheid en verantwoording, waardoor de dienstverlening aan de cliënten dichterbij wordt gebracht en wordt verbeterd</i> )	40 %	Evaluatie pilot is gehouden, rapportage volgt z.s.m  Is onderdeel van brainstormsessie herinrichting zorg en welzijn
Bejegening en privacy bewoners	Bewoners kunnen rekenen op een correcte bejegening en de privacy wordt te allen tijde gerespecteerd	100%	Units hebben een eigen plan gemaakt. Privacy is opgenomen in het werkproces d.m.v. de jaarplanner.
Tijdelijke opname voorzieningen en crisisopname	Onderzoek naar uitbreiding van mogelijkheden voor het realiseren van goede vormen voor tijdelijke opvang/crisisopvang	0%	Regelgeving en inkoopbeleid geeft niet meer mogelijkheid tot uitbreiding. Doelstelling vervallen.
Deskundigheid personeel zorg	Het deskundigheidsniveau in overeenstemming brengen met de toename van de complexiteit van zorg.	20%	Is onderdeel van brainstormsessie wordt meegenomen naar 2017
Dagbesteding voor bewoners somatiek met behandeling	Onderzoeken op welke wijze het huidige aanbod van activiteiten en dagbesteding beter kan aansluiten op de vraag van bewoners met een complexere zorgvraag	20%	Is onderdeel brainstormsessie, wordt meegenomen naar 2017



OMAHA zorgdossier	Het zorgdossier laten aansluiten bij regelgeving vanuit de zorgverzekeringswet	100%	Verkenningfase is gestart keuze zal gaan tussen OMAHA en de Nanda module Evaluatie wordt meegenomen in het werkproces. Herformulering doelstelling 2017
Netwerk palliatieve zorg	Onderzoeken of aansluiting bij het netwerk palliatieve zorg een meerwaarde betekent voor de kwaliteit van de zorgverlening tijdens de terminale fase	90%	Vorbereiding toelating loopt, planning toetreding netwerk vanaf 1 januari 2017 Evaluatie wordt meegenomen in het reguliere werkproces daarmee vervalt deze doelstelling

### Bedrijf en Dienstverlening

Onderdeel	Doelstelling	% gereed Doelstelling	Toelichting
Inkoop B&D	Inzicht in meerwaarde en besluit aansluiting bij IFZ en Intrakoop.	80%	Na alle punten te hebben bekeken is de samenwerking met IFZ nog steeds de meest voordelige optie. Intrakoop heeft sowieso voldoende voordelen om bij aangesloten te blijven. Doelstelling vervalt hiermee.
Kosten bewustwording	Het creëren van bewustwording van kosten en opbrengsten B&D wat leidt tot verlaging kosten (inkoop, waste, verderf,). Vloeit mede voort uit het project duurzaam E&D	40%	Het blijkt dat niet alle opbrengsten en kosten goed zijn verwerkt in de overzichten waardoor rendabiliteit moeilijk is in te schatten. Overzichten worden zoveel mogelijk naar de werkelijkheid opgezet waarna we beter inzicht genereren. Wordt meegenomen naar doelstelling 2017 Begroten/Budgetteren.

Energie	Besluitvorming over WKK en kijk op energie middellange en lange termijn	96%	Offerte wordt gegund feb 2017, 2017 staat in het kader van fine-tuning en implementatie. Tevens lijkt mede door liquide positie de optie van revisie het meest interessant op middellange termijn. Implementatie wordt door omvang meegenomen als nieuwe doelstelling naar jaarwerkplan 2017.
Beheersplannen	Vormgeven en implementeren beheersplannen en werkwijze	94%	De beheersplannen zijn opgepakt, ingericht en worden samen met Kalsbeek in het eerste kwartaal 2017 geïmplementeerd. Hierna is het onderdeel van het reguliere werkproces waardoor doelstelling voor 2017 vervalt.
VVE	Inrichten en implementeren VVE administratie	100%	februari 2017 eerste vergadering waarin alle afspraken kunnen worden bekrachtigd.
BVC	Inrichten en professionaliseren van nieuwe werkwijze BVC.	100%	Nieuwe BVC is inmiddels werkzaam.
NEN 3140	Oplevering NEN 3140 inclusief inrichten verplichtingen hieruit voortvloeiende.	40%	Inspectie wordt januari 2017 uitgevoerd. Overige punten uit de rapportage worden onderdeel werkproces TD. Doelstelling wordt daardoor niet opnieuw opgenomen in 2017.
Milieu beleid	Creëren langdurige focuspunten op duurzaamheid en milieu.	-	Door verschuiven van prioritering is gekozen dit punt 2017 op te pakken.

## Personeel en ontwikkeling

Onderdeel	Doelstelling	% gereed Doelstelling	Toelichting
Kanteling werktijden	Vormgeven van de invloed en zeggenschap van de werknemer bij het vormgeven en het vaststellen van de werktijden van de werknemer	100%	Volgt reguliere werkzaamheden.
Inzet- en contractenbeleid van flexibele arbeid	Beleid ontwikkelen zodat de inzet van medewerkers zo goed mogelijk aansluit bij de zich voordoende veranderingen en wisselingen in de zorgvraag van de cliënten: - Uitgifte van kleinere contracten (ook toepasbaarheid in het rooster); - Meer inbouwen van flexibele uren in arbeidsovereenkomsten; - Aandacht voor de flexibele schil, oftewel de verdeling tussen vast en flexibel.	100%	Volgt reguliere werkzaamheden, opgenomen in handboeken.
Arbobeleid, RIE en preventie-medewerker	Het vormgeven van een evenwichtig arbobeleid, dat wil zeggen een werkwijze waarin een andere verdeling op het gebied van het bewaken van en de verantwoordelijkheid voor de uitvoer van onderdelen van het arbobeleid (waaronder de RI&E) wordt ontwikkeld.	10%	Doelstelling vervalt, evaluatie arbobeleid volgt reguliere werkzaamheden. RIE wordt in 2017 opnieuw uitgevoerd.
Social return	Voldoen aan gestelde eisen participatiewet en mogelijkheden verkennen.	100%	
Scholingsbeleid	Het ontwikkelen van een scholingsbeleid waarbij aandacht is voor deskundigheidsbevordering en vaktechnisch handelen van medewerkers.	50%	Doelstelling wordt niet meegenomen naar 2017, wordt meegenomen in reguliere werkzaamheden.
Persoonlijke aandacht medewerkers	Het zoeken naar een passende vorm voor het volgen van en aandacht hebben voor de individuele medewerker.	10%	Doelstelling wordt geherformuleerd in 2017.

## Proces en kwaliteit

Onderdeel	Doelstelling	% gereed Doelstelling	Toelichting
ISO 9001:2015/ HKZ	Implementatie nieuwe norm	40	Doelstelling blijft staan voor 2017
Informatiebeveiliging	Aantoonbare zorgvuldige omgang met privacygevoelige informatie.	100	

Kwaliteitshandboek	Onderzoek naar het toegankelijker maken van het handboek op intranet.	5	Doordat andere werkzaamheden meer prio hebben, blijft dit punt nog open staan. Doelstelling blijft staan voor 2017
Automatisering van kwaliteit managementinformatie	Onderdeel afwijkingen van het automatiseringssysteem toetsen aan eisen kwaliteitssysteem	100	Het automatiseringssysteem wordt al geëvalueerd tijdens de managementreview.
Monitoren Actielijsten	Monitoren van voortgang actielijsten en verbeterpunten n.a.v. Boostingsdagen Allardsoog, tevredenheidsonderzoeken bewoners en vrijwilligers, quick scan informatiebeveiliging, interne audits, externe audits en Wkkgz	80	Nog niet alle acties zijn afgehandeld. Doelstelling blijft staan voor 2017.

## Oars

Onderdeel	Doelstelling	% gereed Doelstelling	Toelichting
Personeelsinzet zorg	Creëren van flexibele schil door (goedkopere) eigen medewerkers.	50%	Doelstelling wordt meegenomen naar 2017
Personeelsinzet HH	Het in evenwicht brengen van kosten en opbrengsten huishoudelijke hulp	100%	Kosten en opbrengsten zijn inzichtelijk. Naar aanleiding daarvan is besloten om hier voorlopig geen acties op uit te zetten.
Professionaliseren	Ontwikkelen Oars tot een volwaardig organisatie onderdeel van Leppehiem	40%	Doelstelling wordt meegenomen naar 2017
Efficiëntie	Inzichtelijk maken op welke wijze wij een inhaalslag kunnen maken wat betreft efficiëntie.	50%	Doelstelling wordt meegenomen naar 2017

### 3.2.2 Jaarwerkplan 2017

#### Algemeen (Bestuurder en Beleids- en Bestuursmanager)

Onderdeel	Doelstelling
Beleidsplan (Bron: beleidsplan 2017-2021)	Communiceren en bespreken nieuw beleidsplan in de organisatie waarmee het medewerkers en bewoners duidelijk wordt welke uitdagingen ons staan te wachten en waarom.
Wijkverpleegkundige zorg (Bron: overheidsbeleid)	Vinden van een werkwijze waarmee wijkverpleegkundige zorg haalbaar en betaalbaar blijft zonder de visie van Leppehiem geweld aan te doen
Dynamisch jaarwerkplan en jaarplanner (Bron: corrigerend/beleidsplan 2017-2021)	Het bepalen van de uitgangspunten voor een jaarwerkplan en jaarplanner welke het gehele jaar kan worden aangepast en een overzicht wordt gecreëerd in de noodzakelijke of opgelegde en toenemende en aanhoudende veranderingen bij veel onderdelen van de organisatie
Verbinding in systeemprocessen (Bron: beleidsplan 2017-2021)	Verbinden van medewerkers binnen systeemprocessen en de taken van staffunctionarissen om te komen tot een goede verdeling van de niet-primaire taken die, al dan niet vrijwillig, van ons worden gevraagd
Samenwerkingsverbanden extern (Bron: ontwikkelingen in de zorg)	Het onderzoeken van samenwerkingsmogelijkheden in de provincie om de positie en de macht van de organisatie te versterken bij overheidsbeleid dat in toenemende mate stuurt op grootschaligheid.
Communicatie van door anderen opgelegd beleid bij medewerkers en cliënten (Bron: klant- en medewerkers-tevredenheidonderzoek)	Het ontwikkelen van communicatiemiddelen waarbij cliënten en medewerkers meer worden meegenomen in bepalende invloeden van buitenaf, zodanig dat vertrouwen wordt gewonnen.
Oars (Bron: vervolgoelstelling 2016)	Het bestendigen van onze werkwijze binnen Oars voor zelfstandig wonende ouderen, met als uitgangspunt een toekomstbestendig bedrijfsonderdeel te creëren. Daarmee worden de gevolgen van de huidige ontwikkelingen binnen de wijkverpleegkundige zorg meer bepalend.
Jubileum	Het organiseren van het 40-jarige bestaan van Leppehiem in mei 2017.
Automatisering bedrijfsprocessen (Bron: beleidsplan 2017-2021)	Het vinden van slimme koppelingen en het optimaliseren van bedrijf- en administratieve processen door verdere automatisering.
Juridische constructie Leppehiem en De Boarn (Bron: wet- en regelgeving)	Het analyseren van de houdbaarheid van de huidige tweestichtingen constructie.
Website	Het komen tot een aansprekende nieuwe website voor Leppehiem.
Grenzen aan zorg, welzijn en dienstverlening (Bron: ontwikkelingen in de zorg)	Onderzoeken in hoeverre het niveau van zorg, welzijn en dienstverlening nog haalbaar is bij verdere beperking in financiële middelen en toename complexiteit zorgvraag.

## Zorg en Welzijn

Onderdeel	Doelstelling
Mienskippen (Bron: beleidsplan 2017-2021)	Cliënten ervaren de eigen regie en zelfredzaamheid en zien dat als hun eigen leefwereld, mede door de participatie van familie en mantelzorgers (sociaal netwerk) te vergroten (Mienskippen binnen het Mienskipssintrum)
Verbinden van HV en persoonlijke zorg (Bron: beleidsplan 2017-2021)	Het verbinden van huishoudelijke zorg en persoonlijke zorg teneinde een integrale benadering van zorg te realiseren (Coördinatie van zorg versterken in relatie tot totaalregie, verantwoordelijkheid en verantwoording, waardoor de dienstverlening aan de cliënten dichterbij wordt gebracht en wordt verbeterd)
Deskundigheid personeel zorg (Bron: beleidsplan 2017-2021)	Het deskundigheidsniveau in overeenstemming brengen met de toename van de complexiteit van zorg.
Dagbesteding voor bewoners somatiek met behandeling (Bron: beleidsplan 2017-2021)	Onderzoeken op welke wijze het huidige aanbod van activiteiten en dagbesteding beter kan aansluiten op de vraag van bewoners met een complexere zorgvraag
Digitaliseren zorgdossier	Onderzoek naar mogelijkheden digitaliseren zorgdossier

## Bedrijf en Dienstverlening

Onderdeel	Doelstelling
Herinrichting B&D	Het creëren van een dienst in juiste balans van uitvoer en aansturing en met juiste verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden.
Externe maaltijdvoorziening	Een gedegen besluit en visie m.b.t. externe maaltijden en mogelijke investeringen.
Energie	Implementatie n.a.v. besluitvorming over WKK/ketelhuis en kijk op energie middellange en lange termijn
Begroten en budgetteren	Pilot begroten en budgetteren B&D
Milieu beleid	Creëren langdurige focuspunten op duurzaamheid en milieu.

## Financieel beheer en administratie

Onderdeel	Doelstelling
Budgettering	Het toewijzen van de kosten op een zodanige manier dat er met ingang van 2018 een begroting op afdelingsniveau gemaakt kan worden.
Maandrapportage	Het (door) ontwikkelen van een nieuw format, zodat de maandelijkse rapportage tijdig, volledig en betrouwbaar opgeleverd wordt.
Advies- en controle functie FA (Bron: Beleidsplan 2017-2021)	De advies- en controle functie van FA meer vorm geven en uitvoeren
Herinrichten exact	Herinrichten exact aan de hand van de opgestelde criteria voor budgettering

Stroomlijnen administratieve processen	Aanleveren gegevens facturering minder tijdrovend. Inkoopfacturen ten aanzien van de crediteurenadministratie Aangepaste openingstijden kas en uitgifte kantoorartikelen
Verbinding tussen functies (Bron: Beleidsplan 2017-2021)	Een goede balans vinden tussen uitvoerende taken en beleidsmatige taken.

## Personeel en ontwikkeling

Onderdeel	Doelstelling
Inspelen op huidige arbeidsmarkt	Hoe kunnen we goede medewerkers aan ons binden.
Levensfase bewust personeelsbeleid	Rekening houden met de specifieke omstandigheden en wensen van alle medewerkers in de verschillende fasen van hun leven en loopbaan, zodat zij op een prettige, gezonde, competente en gemotiveerde wijze hun werk kunnen blijven uitvoeren.
Interne mobiliteit medewerkers bevorderen	Het flexibiliseren en behouden van medewerkers binnen de eigen organisatie.
Verzuimbeheersing	Vanuit onderhandelaarsakkoord schrijven plan van aanpak terugdringen verzuim, in samenspraak met de OR.
Medewerkers Volgstelsel (Bron: beleidsplan 2017-2021)	Het zoeken naar een eenvoudig instrument om persoonlijke aandacht voor alle medewerkers te realiseren en het functioneren van individuele medewerkers te volgen.
Balans tussen uitvoering en taken P&O (Bron: beleidsplan 2017-2021)	Vanuit beleidsplan herbezinnen van de rol 'personeel en organisatie', waarbij coördinatie en houden van overzicht belangrijk is.

## Proces en kwaliteit

Onderdeel	Doelstelling
ISO 9001:2015/ HKZ (bron: NEN)	Implementatie nieuwe norm
Kwaliteitshandboek (bron: audits)	Onderzoek naar het toegankelijker maken van het handboek op intranet.
Monitoren Actielijsten (bron: wet- en regelgeving)	Monitoren van voortgang actielijsten en verbeterpunten n.a.v. Boostingdagen Allardsoog, tevredenheidsonderzoeken bewoners en vrijwilligers, interne audits, externe audits en Wkkgz
Jaarwerkplan en jaarplanner (bron: beleidsplan2017-2021)	Een dynamisch geautomatiseerd jaarwerkplan en jaarplanner ontwikkelen welke flexibel en gevoed wordt door de snelle veranderingen in de sector qua wet- en regelgeving/registraties. Een instrument voor coördinatie en overzicht.
Interne audits (bron: beleidsplan)	Minder uitgebreide audits. Interviews meer beperken tot de onderdelen voor het vakgebied en functie. Uitvoer en resultaten meer in overleg met managers.
Kwaliteitskader verpleeghuiszorg (bron: wet en regelgeving)	Het implementeren van het wettelijk kader zoals gesteld in het kwaliteitskader verpleeghuiszorg

## Oars

Onderdeel	Doelstelling
Personeelsinzet zorg	Creëren van flexibele schil door (goedkopere) eigen medewerkers.
Professionaliseren	Ontwikkelen Oars tot een volwaardig organisatie onderdeel van Leppehiem
Efficiëntie	Inzichtelijk maken op welke wijze wij een inhaalslag kunnen maken wat betreft efficiëntie
Wijkverpleegkundige	Het vinden van een werkwijze waardoor de wijkverpleegkundige zorg van Oars haalbaar en betaalbaar blijft en de uitgangspunten van Oars overeind blijven.

### 3.3 Kwaliteit en klachten

#### 3.3.1 Kwaliteit

Het kwaliteitsmanagementsysteem bestaat uit een aantal onderdelen. Er wordt gewerkt met een beleidsplan voor 5 jaar. Vanuit het beleidsplan, ongeplande beleidsontwikkelingen, kwaliteitsmetingen en het managementreview wordt ieder jaar een jaarwerkplan samengesteld door zowel de leden van het managementteam als het stafteam. Deze jaarwerkplannen worden uitgewerkt in stappenplannen. Tweejaarlijks worden de jaarwerkplannen geëvalueerd en deze evaluatie vormt ook weer de input voor het plan van het volgende jaar. De werkzaamheden die ieder jaar terugkomen worden opgenomen in een jaarplanner die ook ieder jaar opnieuw wordt geëvalueerd. Jaarlijks wordt het kwaliteitssysteem met alle bijbehorende procedures en protocollen getoetst door zowel een intern als een extern auditteam. De organisatie Veilig Voedsel controleert ieder jaar of wordt voldaan aan de HACCP regels die gesteld worden. Ook in 2016 is een externe audit uitgevoerd.

In een jaar vinden meerdere metingen van de kwaliteit plaats door het uitvoeren van diverse onderzoeken. In het managementreview van 2016 wordt een analyse gemaakt van het gehele kwaliteitsmanagementsysteem en worden eventueel nieuwe doelstellingen geformuleerd voor het jaarwerkplan van 2017.

#### 3.3.2 Klachten

##### Interne klachtenregeling

Bij interne klachten is het afhankelijk van de ernst van de klacht bij wie dit gemeld kan worden. Als het om klachten gaat zonder ernstige gevolgen, dan kan men dit bespreken met de direct betrokkene of met het afdelingshoofd. Mocht de klacht na deze melding niet opgelost zijn, dan kan de bewoner de manager van die afdeling benaderen en bij de receptie de klacht digitaal laten registreren. Klachten die geregistreerd worden bij de receptie worden automatisch doorgegeven (digitaal systeem) aan degene die daarvoor verantwoordelijk is vanuit het middenkader. Wanneer een afdelingshoofd of unithoofd er niet uit zou kunnen komen met een klant, dan wordt de klacht besproken in het managementteam. Ook wordt altijd geëvalueerd of een klacht naar tevredenheid is opgelost.

Gaat het om een ernstige klacht, bijvoorbeeld klachten die te maken hebben met onverantwoorde zorg of herhaaldelijke tekortkomingen, dan kan een bewoner de onafhankelijke klachtencommissie schriftelijk of mondeling op de hoogte stellen. Bewoners en klanten worden over deze klachtenregeling geïnformeerd zodra men zorg of dienstverlening van Leppehiem ontvangt.



Ook het personeel is op de hoogte van deze regeling, zodat zij bewoners en klanten hierover kunnen informeren, mochten er nog vragen zijn.

#### Externe klachtencommissie

De commissie bestond in 2016 uit 3 leden. De commissie kent slechts leden die geen arbeidsrechtelijke of bestuurlijke binding hebben met de zorgaanbieder, noch een binding hebben met de organisatie via cliënten of medewerkers. De commissie is een onpartijdige commissie. Zij staat niet in de lijn van de organisatie. De commissie heeft de volgende taken:

- a. bemiddeling bij klachten van cliënten;
- b. behandeling bij klachten van cliënten;
- c. het gevraagd en ongevraagd uitbrengen van advies aan de zorgaanbieder;
- d. het op grond van klachten signaleren van structurele tekortkomingen in de zorg- en dienstverlening en/of de organisatie van de zorg- en dienstverlening; het uitbrengen van geanonimiseerde periodieke rapportages.
- e. Het doen van uitspraken over geschillen over de toepassing van artikelen 6, 7, 8 en 9 voor de cliëntenraad en zorgaanbieder.
- f. Het bemiddelen bij geschillen tussen zorgaanbieder en cliëntenraad of het doen van uitspraken als partijen daartoe verzoeken.

De klachtencommissie stelt de zorgaanbieder in kennis van een klacht over een ernstige situatie. Indien de klacht zich richt op een structureel verschijnsel en de klachtencommissie niet is gebleken dat de zorgaanbieder ter zake maatregelen heeft getroffen, meldt de klachtencommissie deze klacht aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De commissie stelt de zorgaanbieder door middel van een rapportage in kennis van de ernstige klacht. In deze rapportage staan de bevindingen en aanbevelingen van de commissie. Tevens wordt in de rapportage aangegeven als een ernstige klacht gemeld dient te worden aan de inspectie voor de Gezondheidszorg. Indien het de klachtencommissie duidelijk wordt dat het management niet voornemens is adequaat te reageren is de klachtencommissie verplicht de klacht aan de inspectie te melden. Dit wordt dan als zodanig in de rapportage gemeld.

#### Externe klachtencommissie BOPZ

Bij klachten in het kader van de Wet BOPZ verloopt de procedure als bij interne klachten. Echter, wanneer de klacht niet naar wens is opgelost, of wanneer de klacht van dien aard is dat deze gemeld moet worden bij de externe klachtencommissie BOPZ, wordt deze klacht ingediend bij de externe klachtencommissie voor verzorging, verpleging en gehandicaptenzorg Friesland. Ook kan men er voor kiezen rechtstreeks de klacht bij deze commissie in te dienen.

Vanwege de invoering van de nieuwe wet Wkkgz (Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen Zorg) zal de klachtenprocedure in 2017 aangepast worden, zodat voldaan wordt aan de nieuwe regelgeving.

#### Ingediende klachten en signalen van onvrede

Op de vertrouwenspersoon voor medewerkers is in 2016 geen beroep gedaan. In het verslagjaar zijn geen klachten binnengekomen bij de externe commissie voor verzorging, verpleging en gehandicapten Friesland en ook geen klachten bij de Externe Klachtencommissie en commissie van Vertrouwenslieden van Mienskipssintrum Leppehiem. Er zijn in 2016 ook geen officiële klachten binnen gekomen van klanten die huishoudelijke hulp van Leppehiem ontvangen ons werkgebied (Gemeente Heerenveen, Leeuwarden, Súdwest Fryslân en De Friese Meren).

Voor interne klachten en signalen van onvrede wordt inmiddels gewerkt met een digitaal registratiesysteem. Daarmee is een belangrijke kwaliteitsslag gemaakt. Het leidt tot betere managementinformatie en monitoring. Termijnen zijn kort, meldbereidheid is toegenomen en er is directer managementinformatie beschikbaar. Ook 'kleine' klachten en in het systeem ondervangen constateringen worden geregistreerd.

## 3.4 Ontwikkelingen in 2016

### 3.4.1 Ontwikkeling beleidsplan

In 2016 is een beleidsplan geschreven voor de periode 2017 – 2021. Dit beleidsplan heeft de titel 'inhoud en systeem' gekregen. In deze beleidsperiode zal een oplossing gevonden moeten worden voor het omgaan met toenemende regelgeving, extern uitgestippelde paden en systemen enerzijds, en het behoud van het bijzondere dat de organisatie kenmerkt anderzijds. Andersom redenerend moet een organisatie met een sterk inhoudelijke gerichte zorg- en dienstverlening juist beter in staat zijn systemen en regelgeving de juiste plaats te geven.

#### Inhoud ....

De kernwaarden van de organisatie blijven overeind .....

*Jezelf zijn:* Bewoners en klanten worden gekend. De eigen regie is bepalend. Ook bij complexer wordende zorg is juist het meedenken met bewoners en klanten een belangrijke professionele eigenschap welke van medewerkers wordt verlangd. Ook bij psychogeriatrische problematiek blijft de persoon zoals deze is, gevormd door zoals hij of zij was, uitgangspunt voor benadering.

*Intrinsieke waarde:* Handelen vanuit de eigen persoonlijkheid en menselijke waarden maakt een belangrijk onderdeel uit van het professioneel handelen. Ook voor bewoners en klanten dient er oog te zijn voor wat mensen écht willen en dat de bewoner of klant daarin niet gehinderd wordt door systemen of groepsdruk.

*Verantwoordelijkheid:* Als organisatie willen we verantwoordelijkheid tonen aan iedereen die onze hulp of ondersteuning vraagt in ons werkgebied. Ondanks systemen of regelgeving. Van medewerkers vragen wij oog te hebben voor onze bewoners en klanten en zich daarbij niet te beperken tot de uit te voeren handeling.

*Maatwerk:* Wij willen blijven werken aan individuele oplossingen op maat. Binnen de kaders van gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoor maar ook buiten deze kaders.

#### Systeem ....

Een organisatie ontkomt niet aan het hanteren van systemen. Een systematische manier van werken kan bijdragen aan goede managementinformatie, het verwerken van belangrijke gegevens en zorgen voor overzicht. Maar in de eerste plaats moet het ondersteunend zijn, het moet bijdragen aan de kwaliteit van het werk en aansluiten bij onze visie en bij onze manier van werken. Steeds meer worden systemen ingezet voor het richting geven van het werk waardoor de systemen en beheersinstrumenten leidend worden. Als oplossing voor de kosten in de zorg, als sturing voor problemen in de zorgsector, het op papier uitsluiten van risico's en om beleid af te dwingen. De verwachting voor de komende beleidsperiode is dat het aantal systemen en regelgeving zal toenemen en dat het tempo van wijzigingen daarbinnen (te) hoog blijft.

### 3.4.2 Ontwikkelingen in de zorg

Er zullen in 2017 een aantal zaken veranderen in de levering van wijkverpleegkundige zorg. Zo zijn er een aantal zorgverzekeraars die naast het invoeren van een omzetplafond tevens kijken naar de gemiddelde kosten die per klant en per jaar worden besteed. Daarnaast zal De Friesland Zorgverzekeraar gaan werken met regioaanbieders en basisaanbieders. Een basisaanbieder (zoals Leppehiem) zal daarbij samen moeten werken en afspraken moeten maken met een regioaanbieder als het gaat om de inzet van een specialistisch thuiszorgteam, de levering van ongeplande nachtzorg, specialisten op het gebied van casemanagement dementie en wijkgericht werken.

Een andere ontwikkeling is dat per 1 januari 2017 de subsidieregeling Eerstelijnsverblijf zal vervallen. Eerstelijnsverblijf valt dan ook officieel onder de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars en zij zullen daarvoor een apart aanbestedingstraject uitzetten.

### 3.4.3 Overige ontwikkelingen in 2016

#### Aanvraag financiële middelen Waardigheid en Trots

In 2016 is een aanvraag gedaan voor extra financiële middelen in het kader van Waardigheid en Trots. Naar aanleiding van de discussie in de Tweede Kamer zijn deze extra middelen beschikbaar gesteld voor zinvolle dagbesteding van ouderen en deskundigheidsbevordering personeel. Voor de aanvraag hebben we een meerjarenplan opgesteld met als doel om een zinvolle dagbesteding te kunnen realiseren en verbeteren voor een categorie cliënten die een complexere zorgvraag heeft. Doel van dit plan is tevens om de deskundigheid van personeel te bevorderen met betrekking tot de volgende onderwerpen: vergroten van kennis over ziektebeelden, kennis over en vaardigheden voor een betere communicatie met cliënten en familieleden, het versterken van de eigen regie van de cliënt en zijn familie en het creëren van ruimte voor (team)reflectie en coaching op de werkplek zodat de invulling van het dagelijkse leven aansluit bij de belevingswereld van de cliënt en daarmee ontstaat de situatie waarbij de deskundigheid van medewerkers meegroeit met de complexiteit van de zorgvragen. De aangevraagde middelen 'waardigheid en trots' zijn in 2016 toegekend.

#### Statutenwijziging

Om ervoor zorg te dragen dat de statuten van Leppehiem tevens voldoen aan de eisen die gesteld worden binnen de nieuwe Governance Code is in 2016 een voorstel gedaan tot wijziging van de statuten van Leppehiem. Deze statutenwijziging is besproken met zowel de Ondernemingsraad als de Cliëntenraad van Leppehiem en beide hebben een positief advies gegeven. De statuten zijn vervolgens goedgekeurd door de Raad van Toezicht van Leppehiem en getoetst door het ministerie.

#### Positief resultaat hertoetsbezoek inspectie

In 2015 is een geheel nieuw leefzorgplan voor bewoners en klanten ontwikkeld en ingevoerd in de organisatie. Dit nieuwe leefzorgplan is specifiek voor Leppehiem ontwikkeld. Daarnaast voldoet dit leefzorgplan ook aan de verplichte registraties en sluit het aan op vastgestelde wet- en regelgeving. Dit punt maakte ook deel uit van de acties en ontwikkelingen die in 2015 zijn doorgevoerd naar aanleiding van de door de Inspectie voor de Gezondheidszorg genoemde verbeterpunten. De overige punten die in het rapport van de inspectie werden genoemd zijn in 2015 ook opgepakt en geïmplementeerd in de organisatie. Trainingen zijn gehouden, medicatieveiligheid is verbeterd, het systeem van fouten en ongelukken is verder ontwikkeld, signalering veilig verblijf is ingevoerd en de BIG registratie is vervolmaakt. Kortom: er zijn bergen verzet!

Begin januari 2016 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg in een hertoets gecontroleerd of we alle verbeterpunten goed hadden opgelost en doorgevoerd. De uitkomst van deze hertoets was positief! We voldoen op dit moment zodanig aan de gestelde voorwaarden dat het dossier afgerond en gesloten wordt. Natuurlijk blijven er altijd zaken die we nog kunnen verbeteren en daar zullen we ons ook zeker op richten, maar we hebben nu bewezen dat wij als organisatie wel degelijk kwaliteit van zorg bieden volgens de inspectienormen en dat kunnen we nu ook op papier laten zien! We moeten dit niveau nu alleen volhouden en elkaar scherp houden.