

Kwaliteitsjaarverslag 2017

*Leven
boven
zorg*

*Buitengewoon
gewoon en
uitgesproken
persoonlijk*

gewoon jezelf blijven

Leppenheim...
mienskipssintrum

Inhoudsopgave

Inleiding	3
Hoofdstuk 1 Profiel zorgorganisatie	4
Hoofdstuk 2 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning	7
Hoofdstuk 3 Wonen en Welzijn	9
Hoofdstuk 4 Basisveiligheid	13
Hoofdstuk 5 Leren en verbeteren van kwaliteit	17
Hoofdstuk 6 Leiderschap, governance en management	19
Hoofdstuk 7 Personeelssamenstelling	28
Hoofdstuk 8 Gebruik van hulpbronnen	32
Hoofdstuk 9 Gebruik van informatie	34

Inleiding

Dit kwaliteitsjaarverslag dient als interne verantwoording (aan de Cliëntenraad, Ondernemingsraad en de Raad van Toezicht) ten aanzien van het gevoerde beleid en de geleverde prestaties, de medezeggenschap van cliënten en medewerkers en ten aanzien van het klachtrecht en bevat tevens de elementen voor de externe verantwoording zoals beschreven in de richtlijnen voor de jaarverslaggeving, in de Governancecode 2017 en Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.

Het verslag houdt de hoofdstukindeling aan van het kwaliteitsplan dat in het kader van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg is opgesteld. In het eerste hoofdstuk wordt het profiel van Leppehiem beschreven. In hoofdstuk 2 t/m 4 wordt aangegeven welk beleid Leppehiem voert ten aanzien van persoonsgerichte zorg, wonen en welzijn en basisveiligheid. Ook wordt in deze hoofdstukken aangegeven in hoeverre de kwaliteitsdoelstellingen op deze terreinen zijn behaald.

In hoofdstuk 5 wordt beschreven op welke manier Leppehiem zichzelf ontwikkelt en de kwaliteit van zorg heeft verbeterd in 2017. In het hoofdstuk over leiderschap, governance en management wordt uiteengezet hoe het bestuur, het toezicht en de medezeggenschap in Leppehiem is geregeld. Hoofdstuk 7 beschrijft de samenstelling van het personeel en in hoofdstuk 8 en 9 wordt beschreven welke hulpbronnen en informatie zijn gebruikt ter ondersteuning van de doelstelling van de organisatie.

Het kwaliteitsjaarverslag is een openbaar document en wordt op de website van Mienskipssintrum Leppehiem gepubliceerd. Mienskipssintrum Leppehiem brengt naast dit kwaliteitsververslag tevens een jaarrekening uit over 2017 en levert alle benodigde kerngegevens aan over het functioneren van de organisatie in Digi MV.

Hoofdstuk 1 Profiel zorgorganisatie

1.1. Structuur van het concern

Juridische structuur

Mienschapssintrum Leppehiem is statutair vastgelegd als Stichting Verzorgingscentra Utingeradeel. Leppehiem heeft 1 locatie in Akkrum die geregistreerd is bij de Kamer van Koophandel onder nummer 41000048.

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.

Structuur organisatie

Het organogram van Leppehiem is opgenomen in bijlage 1.

1.2 Visie, missie en filosofie

Vanuit onze filosofie over individu en omgeving is de visie ontstaan welke uiteindelijk een missie oplevert.

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.

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.

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.

1.3 Kernwaarden

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.

1.4 Zorg en dienstverlening

Zorgsoorten

- ❖ Zorg met verblijf in het kader van de Wet Langdurige Zorg (zowel met als zonder behandeling): Leppehiem levert zorg in het kader van de Wlz (verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg). Dit betreft de zorgzwaartepakketten 4 t/m 6 zonder behandeling en de zorgzwaartepakketten 5 t/m 8 met behandeling. Daarnaast wordt tevens zorg geleverd in het kader van de Wlz op basis van het Volledig Pakket Thuis (VPT) 4 t/m 6 zonder behandeling en het Modulair Pakket Thuis (MPT).
- ❖ Wijkverpleegkundige Zorg in het kader van de Zorgverzekeringswet
- ❖ Eerstelijnsverblijf in het kader van de Zorgverzekeringswet
- ❖ Ondersteuning (huishoudelijke hulp in de aanleunwoningen, dagondersteuning, thuisondersteuning en persoonlijke verzorging) in het kader van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning

Daarnaast levert Leppehiem een aantal 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. Op het gebied van de levering van multidisciplinaire zorg werkt Leppehiem samen met Noorderbreedte. Onder andere de Specialist Ouderengeneeskunde en de psycholoog, maar ook eerstelijns specialisten als fysiotherapie of diëtiëk worden via Noorderbreedte ingehuurd. Er zijn in overeenstemming met Noorderbreedte duidelijke afspraken gemaakt betreffende procedures en verantwoordelijkheden.

1.5 Cliënten, capaciteit, productie, personeel en opbrengsten per 31-12-2017

Aantal cliënten	Wlz zorg met verblijf: 105 Modulair pakket thuis: 3 Wijkverpleegkundige zorg: 75 Eerstelijnsverblijf: 2 WMO: 40
Capaciteit	Aantal plaatsen voor Wlz zorg met verblijf: 78 Aantal plaatsen voor Wlz zorg met verblijf en behandeling: 33 Aantal plaatsen voor Eerstelijnsverblijf: 2 Aantal aanleunwoningen: 76
Productie	Aantal dagen zorg met verblijf: 39.207 Aantal dagen zorg op basis van VPT: 45
Personeel	265 medewerkers (114,07 fte)
Opbrengsten	Zorgprestaties (en maatschappelijke ondersteuning): €8.369.792 Subsidies (exclusief WMO): €270.557 Overige bedrijfsopbrengsten: €1.523.664

1.6 Werkgebied

Mienskipssintrum Leppehiem is werkzaam binnen zorgkantoorregio 18 (Fryslân). Het werkgebied strekt zich uit van het 'Lege Midden' tot en met de 'Lege Geaen'. Concreet behoren de volgende dorpen 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	
	Friens	Tersoal	
	Idaerd		
	Wirdum		
	Swichum		

1.7 Maatschappelijke betrokkenheid

Mienskipssintrum Leppehiem maakt onderdeel uit van de regio en de regio maakt onderdeel uit van Leppehiem. Leppehiem heeft als beleid om de verbinding met de regio te blijven versterken en om de mogelijkheden tot het bieden van zorg- en dienstverlening die deze rol te vergroten en versterken. 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 135 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.

Hoofdstuk 2 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Op het gebied van persoonsgerichte zorg en ondersteuning zijn vier te onderscheiden thema's richtinggevend bij kwaliteitsverbetering. Leppehiem heeft deze thema's als volgt ingevuld:

2.1 Compassie

In ons beleid streven we 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. Leppehiem is een organisatie die geworteld is in de regio. De organisatie staat bij cliënten dan ook bekend als een organisatie die dichtbij en betrouwbaar is en die sinds jaar en dag onderdeel uitmaakt van de regio.

Uitgangspunt is dat zorg slechts een middel is en het leven zelf centraal staat. 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. Als organisatie moet je proberen om de nadruk te leggen op het individuele karakter en levensritme van cliënten. Cliënten worden echt gekend bij Leppehiem. Handelen vanuit de eigen persoonlijkheid en menselijke waarden, maakt een belangrijk onderdeel uit van het professioneel handelen van medewerkers. Voor cliënten dient er oog te zijn voor wat mensen écht willen en dat men daarin niet gehinderd wordt door systemen of groepsdruk.

2.2 Uniek zijn

Jezelf zijn is één van de belangrijkste kernwaarden van de organisatie die voortkomt vanuit de visie van de organisatie. Er zijn een aantal voorwaarden die aanwezig moeten zijn om jezelf te kunnen zijn. Voorbeelden hiervan zijn: comfort, als individu benaderd worden, het ontmoeten van andere mensen en uitdaging. Als het gaat om kwaliteit van zorg dan wil Leppehiem op dit vlak bezig zijn en daarmee als organisatie eraan bijdragen dat mensen zichzelf kunnen zijn. Als je met cliënten hierover in gesprek gaat, dan gaat het niet alleen meer over zorg, maar over dat stukje meer ...

2.3 Autonomie

De eigen regie is bepalend. Cliënten worden gestimuleerd om zoveel als mogelijk hun eigen verantwoordelijkheid te behouden en zelf keuzes te maken. Beleid in Leppehiem is dat medewerkers niet per definitie alles overnemen van cliënten op het moment dat men in Leppehiem komt wonen. Laat mensen zelf de keuzes maken voor zover dit mogelijk is en er ook verantwoordelijk voor zijn. Ook bij complexer wordende zorg is juist het meedenken met cliënten 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.

2.4 Zorgdoelen

De cliënt is in alle levensdomeinen uitgangspunt bij de zorg- en dienstverlening. Voor aanvang van de zorg of ondersteuning gaat één van onze verpleegkundigen samen met de coördinerend verzorgende in gesprek met de nieuwe cliënt (en eventueel diens familie) om gezamenlijk vast te stellen wat een cliënt belangrijk vindt, wat men zelf nog goed kan en waar men zorg of ondersteuning bij nodig heeft. In het leefzorgplan worden per cliënt doelen opgesteld waaraan we samen met de cliënt aan gaan werken, waarop gerapporteerd wordt en die we regelmatig met de cliënt evalueren. Maatwerk is hierbij zeer belangrijk. Kwaliteit is net dat stukje meer bieden dan de standaard en niet enkel kijken naar zorg, maar ook naar welzijn. Niet enkel naar wat een cliënt niet meer kan, maar juist naar wat de cliënt zelf nog wel kan.

Voor iedere cliënt worden deze doelen binnen zes weken besproken en vastgelegd. Binnen 24 uur beschikt iedere cliënt in ieder geval over voorlopig leefzorgplan waarin zaken als medicatie, dieet, primaire hulpvraag, eerste contactpersoon en afspraken over handelen bij calamiteiten zijn opgenomen.

2.5 Stand van zaken kwaliteitsdoelstellingen 'persoonsgerichte zorg en ondersteuning'

Op het gebied van persoonlijke zorg en ondersteuning is gewerkt aan de volgende kwaliteitsdoelstellingen:

Onderdeel	Kwaliteitsdoelstelling
Deskundigheids-niveau aanpassen aan zorgvraag (<i>onderdeel plan Mienskippen</i>)	<p>Het efficiënter en kleinschaliger organiseren van de zorg, waarbij met behulp van functiedifferentiatie en scholing de deskundigheid op de afdeling weer compleet in overeenstemming wordt gebracht met de complexiteit van de zorgvraag, teneinde de kwaliteit van zorg te verbeteren.</p> <p><i>Stand van zaken:</i> <i>Als onderdeel van het plan Mienskippen is in 2017 eerst een stap gezet in het aanpassen van het deskundigheidniveau op de afdelingen. De functie van unitverpleegkundige is geïntroduceerd (naast de al bestaande functie van wijkverpleegkundigen en praktijkverpleegkundigen) en inmiddels zijn er 6 verpleegkundigen niveau 4 werkzaam als unitverpleegkundige. Naast verpleegkundigen zijn er ook meer helpenden ingezet op de afdelingen en wordt gezamenlijk een nieuwe verdeling van taken gemaakt. In 2017 is Leppehiem gestart met een BBL opleiding voor verpleegkundigen niveau 4 waar interne kandidaten de mogelijkheid hebben gekregen om zich verder te ontwikkelen. Volgens het scholingsplan zijn meerdere scholingen en trainingen ingezet om de deskundigheid op de afdelingen te bevorderen.</i></p>
Digitaliseren zorgdossier	<p>Onderzoek naar mogelijkheden digitaliseren zorgdossier en invoeren geautomatiseerd classificatiesysteem wijkverpleegkundige zorg.</p> <p><i>Stand van zaken:</i> <i>De keuze voor een elektronisch cliëntdossier is gemaakt. De keuze is gevallen op ONS van Nedap. Primair is ONS een ECD-omgeving. Het dossier staat centraal en alles is gekoppeld aan het dossier. Zo zal de routeplanning, de indicatiestelling voor wijkverpleegkundige zorg, de registratie van geleverde wijkverpleegkundige zorg en de declaratie ook onderdeel van ONS worden. De invoering van ONS bij Leppehiem kan nu al gezien worden als het grootste automatiseringsproject uit de geschiedenis van Leppehiem. Het zal onze organisatie efficiënter maken (denk aan verloren tijd als gevolg van overdracht en informatie-uitwisseling) en het zal onze hoge kwaliteit van zorg erg goed kunnen ondersteunen. Informatie is toegankelijk, consistent en up-to-date. In september is de implementatie van dit digitale cliëntdossier gestart op de unit extramuraal en Oars en zijn trainingen gegeven aan deze medewerkers.</i></p>

Hoofdstuk 3 Wonen en Welzijn

Op het gebied van wonen en welzijn zijn vijf te onderscheiden thema's richtinggevend bij kwaliteitsverbetering. Leppehiem heeft deze thema's als volgt ingevuld:

3.1 Zingeving

De coördinerend verzorgende besteedt tijdens de evaluatie van het leefzorgplan samen met de cliënt ook aandacht aan specifieke levensvragen zoals verlies van functies, eenzaamheid, rouw, depressie, ouderdom en eventueel de invulling van de laatste levensfase. Deze onderwerpen maken tevens onderdeel uit van de 'signalering veilig verblijf'. Dit is een instrument dat ontwikkeld is specifiek voor Leppehiem, waarbij medewerkers, zodra de situatie van een cliënt wijzigt, in beeld kunnen brengen welke risico's gesignaleerd worden. Op basis van deze risicosignalering wordt samen met de wijk-/praktijkverpleegkundigen bekeken welke acties we kunnen nemen om dit risico te verminderen of te voorkomen. Deze doelen worden vervolgens in het leefzorgplan beschreven en regelmatig geëvalueerd. Bij de uitvoer van deze doelen kan eventueel een GGZ verpleegkundige worden ingezet via de huisartsenpraktijk, ook de psycholoog kan ingezet worden en wanneer men een geloofsovertuiging aanhangt kan contact worden gezocht met een geestelijke (verzorger). Er worden individuele oplossingen gezocht voor de specifieke levensvragen van de cliënt. Ook worden oplossingen gezocht of slimme combinaties gelegd op het moment dat een cliënt aangeeft zich niet nuttig te voelen en graag iets te willen betekenen voor anderen.

3.2 Zinvolle tijdsbesteding

Leppehiem heeft een aantal activiteitenbegeleiders in dienst die als onderdeel van de afdeling Welzijn een compleet en gevarieerd aanbod leveren van activiteiten voor zowel intern als extern wonende ouderen. Tevens spelen zij een belangrijke rol bij de sociale toeleiding in de ontmoetingsruimten. De activiteitenbegeleiders hebben regelmatig overleg met de cliëntenraad over het aanbod om ervoor te zorgen dat het aanbod aan blijft sluiten op de wens van de cliënt. Vanuit de fysiotherapie, wordt een beweegprogramma aangeboden voor cliënten uit het verzorgingshuis en de aanleunwoningen. Dit programma wordt vaak ingezet als aanvulling op een behandeling. Op de PG afdeling wordt door de fysiotherapeute een beweeg-programma uitgevoerd. Het doel van de training richt zich vooral op het fit blijven en valpreventie. Daarnaast is er door de activiteitenbegeleiders ook binnen het activiteitenprogramma ruimte voor bewegen.

Voor extern wonende cliënten heeft Leppehiem ook een aantal groepen opgezet voor dagondersteuning. Deze dagondersteuning wordt geboden aan cliënten die behoefte hebben aan sociale contacten, aan cliënten die begeleiding nodig hebben bij de daginvulling of aan cliënten waarvan de mantelzorger ontlast dient te worden. Op dit moment neemt ook een groep interne cliënten deel aan deze dagondersteuning. Het restaurant en activiteitencentrum in Leppehiem is het punt waar cliënten andere mensen ontmoeten. Ook in het leefzorgplan van cliënten wordt het onderwerp 'zinvolle tijdsbesteding' meegenomen. Vanuit de visie van onze organisatie zijn cliënten altijd eigenaar geweest van hun eigen leefzorgplan. In het leefzorgplan aandacht besteed aan welzijn en aan de dagbesteding van cliënten. Bij de anamnese (het eerste gesprek) en bij iedere evaluatie van het leefzorgplan verdiept een coördinerend verzorgende zich in wat de cliënt gewend was, wat voor hem of haar belangrijk is en hoe de cliënt zijn of haar leven in wil richten.

3.3 Schoon en verzorgd lichaam plus verzorgde kleding

In overleg met de cliënt en op basis van de indicatiestelling wordt in het leefzorgplan beschreven waar de cliënt ondersteuning bij nodig heeft. De dagelijkse persoonlijke verzorging en de afspraken die hierover worden gemaakt maken hier onderdeel van uit. De wens en behoefte van de cliënt is hierbij leidend. Wanneer de cliënt zelf niet meer wilsbekwaam is wordt in overleg met de familie vastgelegd hoe de cliënt gewend is zijn of haar leven te leiden en hoe de persoonlijke verzorging daarop kan worden aangesloten.

3.4 Familieparticipatie en inzet vrijwilligers

Familieparticipatie

In het leefzorgplan van de cliënt is een tabblad opgenomen voor de cliënt en zijn of haar sociale netwerk. Op een familieblad kan zowel de familie als de verzorgende vragen aan elkaar stellen die vervolgens weer worden beantwoord. Dit gaat om informatie bij niet complexe zaken. De verwachting is dat de communicatie met de familie eenvoudiger zal worden zodra het Elektronisch Cliëntendossier ingevoerd is en zowel Leppehiem als de familie gebruik kan maken van een communicatietool die hier onderdeel van uitmaakt.

Communicatie met de familie vindt ook plaats bij het opstellen of evalueren van het leefzorgplan. Wanneer de cliënt dit wenst kan familie of een mantelzorger hierbij aanwezig zijn. Bij psychogeriatrische problematiek worden deze zaken in ieder geval in de aanwezigheid van de wettelijk vertegenwoordiger besproken. De rol die de familie, mantelzorger, of vrijwilliger heeft wordt tevens besproken en afspraken daarover worden vastgelegd in het leefzorgplan.

Inzet vrijwilligers

Leppehiem heeft ongeveer 135 vrijwilligers die in de organisatie worden ingezet. Met behulp van deze vrijwilligers kan Leppehiem een groot aanbod van activiteiten in het kader van het welzijn van bewoners/cliënten geboden worden. Zij zorgen voor de kers op de taart. De taken variëren van het uitbrengen van maaltijden, meehelpen bij activiteiten tot het 'meedraaien' in de toekomstige Mienskippen. Specifieke afspraken worden genoteerd in een vrijwilligersovereenkomst.

3.5 Wooncomfort

Leppehiem is niet alleen een organisatie waar ouderen kunnen wonen, Leppehiem is door de jaren heen uitgegroeid tot 'Mienskipssintrum' (gemeenschapscentrum). Het is een organisatie waar een volledig aanbod kan worden geboden aan zowel bewoners als mensen uit de regio op het gebied van opvang, ontmoeting, ondersteuning en zorg in een omgeving waarin alle leeftijdscategorieën elkaar ontmoeten. Leppehiem is een open en gastvrije organisatie. Het zijn van een dergelijk centrum draagt bij aan de maatschappelijke participatie van bewoners in de samenleving. Bij de receptie van Leppehiem wordt men welkom geheten en kunnen alle vragen gesteld worden, zowel door bewoners als door bezoekers. De receptie verwijst dan vervolgens door naar de juiste persoon.

Om de gastvrijheid te benadrukken hebben we tevens een eigen keuken. Elke dag bereidt Leppehiem voor zo'n 300 mensen een warme maaltijd. Onze keuken kan elk gewenst dieet verstrekken. Er worden maaltijden bereid voor:

- Bewoners van Leppehiem die een maaltijd op hun appartement krijgen of in het restaurant een maaltijd nuttigen;
- Externe gasten die in het restaurant een maaltijd bestellen;
- Mensen uit de regio die gebruik maken van de maaltijdservice van Leppehiem (bij deze mensen bezorgen wij thuis een warme maaltijd).
- Medewerkers van Leppehiem

Uitgangspunt bij de bereiding van maaltijden is dat eten meer is dan alleen een verantwoorde brandstof voor het lichaam. Het hoort ook lekker te zijn. En gezellig, door met zijn allen te tafelen. Eten is ook een sociale activiteit. Het woord 'voeding' willen wij daarom niet horen. Een organisatie als Leppehiem wil inspelen op de beleving van eten en drinken en daarom hebben we er ook bewust voor gekozen om een eigen keuken te behouden.

Als het gaat om wooncomfort, dan gaat het niet alleen om eten en drinken en gastvrijheid, maar dan gaat het ook om een schone woonomgeving. In Leppehiem is de afdeling 'algemene schoonmaak' verantwoordelijk voor de schoonmaak van het gebouw en de appartementen. De algemene ruimten worden door medewerkers in loondienst schoongehouden en voor de schoonmaak van de appartementen wordt een schoonmaakbedrijf ingehuurd die specifieke ervaring heeft met de doelgroep. Afspraken over de dagelijkse huishoudelijke taken (zoals afwas) worden met de cliënt besproken en ondersteuning wordt gegeven daar waar dit nodig is. Leppehiem heeft ook medewerkers in dienst die huishoudelijke hulp leveren in het kader van de WMO wanneer het cliënten betreft die in een aanleunwoning wonen en geen Wlz zorg ontvangen. Om het wooncomfort te bevorderen zijn cliënten in Leppehiem vrij om hun appartement geheel naar eigen smaak in te richten. Er kunnen een aantal voorwaarden worden gesteld aan de inrichting van het appartement zodat een verantwoorde zorglevering mogelijk blijft. Dergelijke voorwaarden kunnen ook gesteld worden in het kader van de veiligheid voor de cliënt.

3.6 Stand van zaken kwaliteitsdoelstellingen 'Wonen en Welzijn'

Onderdeel	Kwaliteitsdoelstelling
Activiteitenbeleid aanpassen op zorgzwaarte	<p>Doel in de komende jaren is om te onderzoeken op welke wijze het huidige aanbod van activiteiten beter kan aansluiten op de vraag van cliënten met een complexere zorgvraag. Daarbij is met name de interdisciplinaire afstemming binnen de organisatie en de afstemming van individuele zorgvragen op het aanbod een belangrijk aandachtspunt.</p> <p><i>Stand van zaken:</i> <i>Vanuit de fysiotherapie, wordt een beweegprogramma aangeboden voor cliënten uit het verzorgingshuis en de aanleunwoningen. Dit programma wordt vaak ingezet als aanvulling op een behandeling. Op de PG afdeling wordt door de fysiotherapeute een beweegprogramma uitgevoerd. Het doel van de training richt zich vooral op het fit blijven en valpreventie. Daarnaast is er door de activiteitenbegeleiders ook binnen het activiteitenprogramma ruimte voor bewegen.</i></p> <p><i>Het algemene activiteitenaanbod zal ook in de toekomst moeten aansluiten bij de mogelijkheden van de bewoners en door de toename van de complexiteit vraagt dit ook om een heroverweging. Uit de praktijk blijkt dat sommige grote activiteiten een te grote belasting zijn voor sommige bewoners en dat deze groep bewoners vaak afziet van deelname. Een voorbeeld is de bustocht die door veel bewoners als te belastend wordt ervaren. Kleinere kortere activiteiten blijken beter aan te sluiten en daarom zal dit verder uitgewerkt moeten worden. Het is erg belangrijk om dit in dialoog met bewoners in te vullen en de cliëntenraad mee te nemen in de te maken keuzes.</i></p>

	<p><i>De BBL opleiding MZ/IG leerlingen hebben als leerdoel individuele dagbesteding/koppeling LZP meegekregen en zij worden hier op gecoacht door de werkbegeleiders. Werkbegeleiders (coördinerend verzorgenden) hebben vooraf training gehad op dit onderdeel. Vanuit het leren en ondersteunen hiervan wordt een vlekwerking op de unit bevorderd. Vanuit de individuele vraagstelling van de bewoner wordt naar de verbinding gezocht met de Mienskip. Het unithoofd PG en Welzijn zorgt voor de verbinding met de afdeling Welzijn.</i></p>
Dag-ondersteuning	<p>Leppehiem wil onderzoeken of de combinatie van de externe cliënten voor dagondersteuning met deze interne cliënten (met een complexe zorgvraag) het gewenste resultaat oplevert, namelijk het creëren van een zinvolle dagbesteding en het vergroten van het sociale netwerk voor zowel interne als externe cliënten. Daarmee verwachten wij tevens de vermaatschappelijking van de zorg te versterken.</p> <p><i>Stand van zaken</i> <i>De combinatie tussen interne en externe cliënten betekent een duidelijke meerwaarde voor cliënten. De ondersteuning die gegeven wordt blijkt goed werkbaar en werkt voor beide groepen drempelverlagend. Contacten die in een eerder stadium zijn gelegd worden niet verbroken door opname intramuraal. Binnen het groepsgebeuren blijft het vooral zoeken naar hoe de individuele vraagstelling tot z'n recht komt binnen het groepsgebeuren.</i></p>
Inrichting restaurant en activiteiten-centrum 'It Fermidden'	<p>Doel is om deze ruimte ook als zodanig te gebruiken en in te zetten, zodat ook bewoners met een complexere zorgvraag hierdoor midden in de maatschappij blijven staan, verschillende mensen ontmoeten, sociale contacten kunnen onderhouden en deel kunnen nemen aan het gevarieerde activiteitenaanbod of aan de dagbesteding om een zinvolle daginvulling voor deze cliënten ook mogelijk (te blijven) maken. Een gastheer/gastvrouw in 'It Fermidden' kan hier een bijdrage aan leveren.</p> <p><i>Stand van zaken:</i> <i>Inmiddels is de rol van de activiteitenbegeleider tevens om als gastheer/gastvrouw te fungeren in het restaurant en dit blijkt goed te werken. Bewoners kunnen zo langer zelfstandig meedoen bij algemene activiteiten, maar ook rekenen op een stuk begeleiding, aandacht en bemiddeling als het nodig is.</i></p>
Ruimte voor welzijn en daginvulling in leefzorgplan	<p>Doel is om ons niet enkel op het medische deel te richten, maar om meer aandacht te hebben voor het onderdeel welzijn en een zinvolle daginvulling voor cliënten te realiseren. Daarom is het investeren in de communicatie van medewerkers met cliënten waar de zorgvraag steeds toeneemt en hun sociale netwerk een belangrijk onderdeel van onze doelstelling (onderdeel van plan Mienskippen).</p> <p><i>Stand van zaken:</i> <i>Er zit een duidelijke groei in de aandacht voor de individuele dagbesteding, het blijkt nog steeds wel lastig om dit vanuit een individuele vraagstelling vorm te geven en wordt nog te veel gedacht in standaard oplossingen. Binnen de Mienskippen zal dit verder uitgediept moeten worden en hierop vooruitlopend hebben de BBL leerlingen MZ/IG dit onderwerp als speerpunt meegekregen binnen de stage.</i></p>

Mienskippen	<p>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 (Plan Mienskippen)</p> <p><i>Stand van zaken: In 2017 lag de focus op het aanpassen van de organisatiestructuur op de units (functiedifferentiatie) en het bevorderen van het deskundigheidsniveau op de units. Vanaf 2018 zullen de units zich meer gaan richten op de ontwikkeling van de Mienskippen, de bevordering van de samenwerking onderling, het efficiënter indelen van taken en de participatie van bewoners en familieleden.</i></p>
-------------	---

Hoofdstuk 4 Basisveiligheid

In Leppehiem wordt de basisveiligheid om meerdere manieren gegarandeerd. Zo voldoet Leppehiem aan veiligheidseisen die voortvloeien vanuit wettelijke kaders op het gebied van brandveiligheid, de aanwezigheid van ontruimingsplannen, de veiligheid van hulpmiddelen, voedselveiligheid en drinkwaterveiligheid. Daarnaast houdt Leppehiem zich ook aan de wettelijke vereisten rondom klachten en inspraak. Op het gebied van zorginhoudelijke veiligheid zijn vier te onderscheiden thema's richtinggevend bij kwaliteitsverbetering. Dit betreft:

4.1 Medicatie

Medicatieveiligheid

Structureel wordt één keer per 3 maanden een controle gedaan op de juistheid van gegevens en eenmaal per jaar wordt er een review gehouden door de huisarts, specialist ouderengeneeskunde en apotheker met betrekking tot alle cliënten, dus bij 100% van de cliënten wordt een medicatiereview uitgevoerd.

F&O (MIC)

Over het algemeen zijn er op alle units minder fouten gemeld op het gebied van medicatieveiligheid. De meldbereidheid lijkt stabiel over de afgelopen drie jaren. De meeste meldingen die worden gedaan hebben betrekking op het niet (dubbel) paraferen. De frequentie van meldingen bij dubbel paraferen is laag. Daarnaast worden de meeste fouten gezien bij het niet geven van medicatie. Het aantal fouten neemt wel gestaag af. Op basis van het aantal handelingen (± 292.000) komt de foutmarge globaal neer op 0,0017%. Er is duidelijk een positieve ontwikkeling te zien, welke kritisch wordt gevolgd. In 2018 zal de F&O commissie de beschikbare gegevens fijnmaziger onderzoeken en een verdieping maken in de analyse.

Antipsychoticagebruik en antibioticagebruik

Antipsychoticagebruik (ATC code -N05A)

Op de PG/BOPZ afdelingen (totaal 20 bewoners) gebruikten in 2017 drie bewoners kortere of langere tijd antipsychotica in verband met probleemgedrag bij dementie, ofwel over het hele jaar gerekend gebruikte 15% van de bewoners van de PG afdelingen een periode antipsychotica. Deze worden gezien als middelen en maatregelen en volgens de daarbij horende procedure geregistreerd, ze werden ook maandelijks geëvalueerd in de gedragstrage van zorg, psychologie en specialist ouderengeneeskunde gezamenlijk. Bij deze bewoners hadden gedragsinterventies onvoldoende effect op het voor hen en hun omgeving ernstige probleemgedrag. Van alle intramurale bewoners met een WLZ indicatie kregen daarnaast nog enkele bewoners antipsychotica vanwege probleemgedrag bij dementie (2% op 31-12-2017), vanwege ernstige hallucinaties bij de ziekte van Parkinson (3% op 31-12-2017) en vanwege chronisch psychiatrische problemen

(psychosen) (2% op 31-12-2017). In totaal werd er door 10% van de intramurale bewoners antipsychotica gebruikt voor bovengenoemde indicaties. Al deze bewoners werden ook besproken in multidisciplinair overleg, waarbij naast de verzorging/verpleging van Leppehiem behandelend huisarts, onder andere psychologe en specialist ouderengeneeskunde van Noorderbreedte aanwezig waren. En minimaal twee maal per jaar vond een familiegesprek plaats waar ook dit medicatiegebruik werd besproken.

Antibioticagebruik

Op basis van kwartaalcijfers is het percentage intramurale bewoners van Leppehiem die systematisch antibiotica gebruikten (ATC code J01) vastgesteld. In een periode van één kwartaal werd aan 30% van de intramurale bewoners antibiotica voorgeschreven. Dit betrof 17% Nitrofurantoïne en Monuril (J01XE en XX) en 12% penicillines (J01CA). De indicaties waren met name urineweginfecties en bacteriële infecties van de longen. Bij urineweginfecties, met name bij recidieven, werd zo mogelijk pas behandeld op geleide van de uitslag van een kweek. Ook zijn er werkafspraken waarbij ook de zorgmedewerkers van Leppehiem en ondersteunend personeel van de huisartsenpraktijk betrokken zijn. Het doel is om niet onnodig/gerichter urineonderzoek te doen, zodat antibiotica voorschrijven rationeler plaatsvindt. Het aantal antibiotica-voorschriften in dit kwartaal is waarschijnlijk hoger dan gemiddeld over de kwartalen van 2017 vanwege seizoensinvloeden in januari, februari en maart met name wat betreft infecties van de luchtwegen. Het gebruik van antibiotica kwam ook aan de orde in overleggen tussen huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en apothekers en in de FTO's van huisartsen en die van de specialisten ouderengeneeskunde van Noorderbreedte.

4.2 Signalering en preventie van risico's zoals decubitus

In Leppehiem wonen kwetsbare mensen, waarbij er sprake is van een verhoogd risico op meerdere gezondheidsgebieden. Het is daarom belangrijk dat er structureel op cliëntniveau wordt gekeken naar deze mogelijke risico's en tijdig preventieve maatregelen kunnen worden genomen. Daarnaast wordt er op organisatie niveau ook gekeken welke maatregelen in algemene zin genomen kunnen worden om deze risico's te beperken. In Leppehiem wordt hiervoor de Signalering Veilig Verblijf (SVV) methode gebruikt. Op basis van de score wordt een onderscheid gemaakt in hoog risico, verhoogd risico en gering risico. We benoemen alleen de gezondheidsgebieden met een hoog risico. Bij Leppehiem betreft dit het risico op vallen en huidletsel.

Acties die zijn doorgevoerd in 2017:

Vallen	Voor bewoners met behandeling wordt Vit D voorgeschreven. Er worden beweegprogramma's aangeboden door de fysiotherapeut. Valincidenten worden geregistreerd in het F&O systeem en er wordt op cliëntniveau gekeken hoe we dit eventueel kunnen voorkomen. Huisarts en Specialist Ouderengeneeskunde worden over valincidenten geïnformeerd en zij bekijken of er sprake is van een medische oorzaak.
Huidletsel	Bewoners met behandeling hebben een goed matras. Preventief wordt bij een verhoogd risico een reposematras ingezet. Huisarts en SO worden in vroeg stadium betrokken bij huidproblemen en wordt zo nodig verwezen naar ergotherapeut en fysiotherapeut of diëtiste. Binnen ONS is wondbehandeling opgenomen.

Resultaten:

Vallen	<p>Beweegprogramma's worden goed bezocht en voorzien duidelijk in een behoefte, bewoners krijgen tips hoe ze zelf de risico's kunnen verkleinen.</p> <p>De beweegprogramma's op de PG afdelingen bieden naast de gezondheidswinst ook het nodige spelplezier.</p> <p>De cijfers m.b.t het vallen geven binnen het structureel hoge risico wat wordt gezien een wisselend beeld van uitschieters naar boven en naar beneden, dit heeft vaak te maken met bewoners die in een kwetsbare situatie verkeren en het gevaar niet direct oplosbaar is.</p>
Huidletsel	<p>Ondanks het hoge risico is aantal decubitusgevallen zeer gering.</p>

4.3 Vrijheidsbeperkende maatregelen

Wanneer zich gezondheidsrisico's voordoen voor een cliënt, kan een afweging aan de orde komen tussen veiligheid en vrijheid. Leppehiem heeft in haar BOPZ beleid beschreven dat uitgangspunt is om zo min mogelijk vrijheidsbeperkingen toe te passen. Er worden twee aparte registraties bijgehouden op verschillende formulieren voor middelen en maatregelen en domotica. Bij één bewoonster zijn bedhekken gebruikt, die heeft ze al jaren en oorspronkelijk op eigen verzoek toen ze daarin nog wilsbekwaam was. Ze bleef dat zelf ook belangrijk vinden. Volgens de regels is dit wel als middelen maatregel geregistreerd. Alle middelen en maatregelen en de inzet van domotica worden minimaal 2 x per jaar geëvalueerd in MDO gesprekken en met de familie. Op 31 december 2017 werd bij bijna alle bewoners van de BOPZ afdelingen domotica ingezet; met name akoestische signalering, die conform het beleid van Leppehiem als eerste keus gebruikt wordt voor het kunnen alarmeren 's nachts bij bewoners die niet meer goed met een 'gewone' halsalarmering om kunnen gaan. Verder betreft het de domotica om te signaleren dat de bewoner uit bed komt of het signaleren dat de bewoner zijn kamer verlaat met name 's nachts. Het doel van de sta-op signalering bij het bed is vooral om tijdig hulp te kunnen bieden vooral bij valgevaar. Van de verlaat de kamer- signalering is het doel het kunnen bieden van begeleiding van de bewoners die 's nachts zichzelf buiten hun kamer onvoldoende veilig zelfstandig kunnen redden. Eén bewoner maakt hiervan geen gebruik.

4.4 Ziekenhuisopnames

In 2017 hebben 35 ziekenhuisopnames plaatsgevonden van cliënten. Door middel van de Signalering Veilig Verblijf (SVV) worden mogelijke risico's in kaart gebracht en worden preventieve maatregelen doorgevoerd om bijvoorbeeld vallen of huidletsel te voorkomen, waardoor ook preventieve maatregelen zijn genomen om acute ziekenhuisopname te voorkomen. Een arts (huisarts / specialist ouderengeneeskunde / dokterswacht) bepaalt wanneer iemand naar het ziekenhuis wordt doorverwezen. Een zorgmedewerker volgt het triageprotocol en weet in welke situaties de arts moet worden ingeschakeld en wanneer men advies in moet winnen.

4.5 Advanced care planning

Wanneer er sprake is van de terminale fase verdient dit in de visie van Leppehiem bijzondere aandacht. De zorg richt zich vooral op de wensen van de bewoner, het comfortabel houden van de situatie en voorkomen van complicaties. De familie moet kunnen rekenen op een goede opvang en faciliteiten. De zorg wordt in overleg met de bewoner, familie en huisarts en/of specialist ouderengeneeskunde gegeven. Naast deze betrokkenen kan ook de hulp van het multidisciplinaire team worden ingezet. Gemaakte afspraken worden vastgelegd in het leef(zorg)plan en geëvalueerd.

Als afsluiting wordt met de familie een eindgesprek gepland en wordt terug gekeken op het hele verblijf en in het bijzonder de laatste fase van het verblijf. Indien van toepassing worden de uitkomsten van het eindgesprek ingebracht in het afsluitend MDO.

Zodra er door een arts is vastgesteld dat een cliënt terminale zorg behoeft, dan wordt het zorgpad stervensfase in werking gesteld en wordt met behulp van de daarvoor bestemde formulieren een zorgplan opgesteld. Het bestaande zorgplan wordt gearhiveerd. Het Zorgpad Stervensfase is een instrument voor het leveren van goede terminale zorg. Het is een zorgdossier, een checklist en een evaluatie-instrument in één. Het is een hulpmiddel om de kwaliteit van zorg, de communicatie met de patiënt en diens naasten en de samenwerking tussen zorgverleners te waarborgen. Leppehiem is tevens lid van het netwerk Palliatieve Zorg.

4.6 Stand van zaken kwaliteitsdoelstellingen 'basisveiligheid'

De basisveiligheid in Leppehiem voldoet aan de relevante wet en regelgeving. Wel is er voor 2017 een verbeterpunt vastgesteld op het gebied van de analyse van Fouten en Ongelukken. Meldingen die gedaan worden op het gebied van Fouten en Ongelukken worden op cliëntniveau, unitniveau en op organisatieniveau geanalyseerd. De analyse op organisatieniveau, waarbij het gaat om het signaleren van trends, evalueren van maatregelen en acties, maar ook de verdieping in de oorzaak van bepaalde meldingen en het maken van aanbevelingen kan nog meer uitgewerkt worden.

Onderdeel	Kwaliteitsdoelstelling
Analyse Fouten en Ongelukken	<p>Verbeteren en uitdiepen analyse fouten en ongelukken op organisatieniveau naar oorzaak, evaluatie maatregelen, trends en aanbevelingen.</p> <p><i>De 'centrale' commissie heeft een nieuwe samenstelling waarbij er meer deskundigheid in de commissie is ingezet door toevoeging van de praktijkverpleegkundige, unitverpleegkundige en de kwaliteit- en procesadviseur naast de unithoofden. De commissie heeft als doel meer verdieping in de analyses te maken waarbij er een gedegen preventief voorstel richting de organisatie kan worden gegeven. Uiteraard blijft op afdelingsniveau de registratie en analyse op microniveau ook onder de aandacht en kan de commissie hierbij assisteren. Er staat voor 2018 een training gepland bij Triaspect; de PrismaLight training van 1,5 dag.</i></p>

Hoofdstuk 5 Leren en verbeteren van kwaliteit

5.1 Kwaliteitsmanagementsysteem

Het kwaliteitsmanagementsysteem (KMS) bestaat uit een aantal onderdelen. Er wordt gewerkt met een beleidsplan voor 5 jaar. Vanuit het beleidsplan, ongeplande beleidsontwikkelingen, kwaliteitsmetingen, de managementreview en nu ook het kwaliteitsplan 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 voortgang van gestelde doelstellingen, waaronder ook kwaliteitsdoelstellingen, wordt daarmee in kaart gebracht. De eindevaluatie van het totale jaarwerkplan van 2017 is opgenomen in de bijlage 2 van dit kwaliteitsjaarverslag.

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. In een jaar vinden meerdere metingen van de kwaliteit plaats door het uitvoeren van diverse onderzoeken. In de managementreview wordt een analyse gemaakt van het gehele kwaliteitsmanagementsysteem en worden eventueel nieuwe doelstellingen geformuleerd voor het nieuwe jaarwerkplan. De doelstellingen worden geformuleerd volgens het principe 'SMART'. Het KMS is gebaseerd op de normen van de HKZ welke compatibel zijn aan de ISO 9001- 2015. Verder worden de normen van de NEN 3140 binnen de facilitaire afdeling gevolgd en is een verklaring informatiebeveiliging (op basis van de NEN 7510) in 2017 afgegeven.

Jaarwerkplan

Het jaarwerkplan 2017 is niet door het MT vastgesteld vanwege het feit dat de financiële situatie aan het begin van 2017 omgebogen moest worden naar een gezonde situatie. De maatregelen namen nogal wat tijd in beslag om dat op een correcte en gedegen manier in gang te zetten. Ondanks dat dit prioriteit had, zijn een aantal zaken van het concept jaarwerkplan opgepakt en uitgevoerd. Daarom is deze aan het eind van 2017 toch geëvalueerd. Van de 45 doelstellingen zijn 27 opnieuw opgenomen in het jaarwerkplan 2018.

Interne audit

Najaar 2017 zijn de interne audits gehouden. In het auditrapport zijn de resultaten te lezen. Er zijn 16 gesprekken gehouden binnen de afdelingen Zorg en Welzijn en Bedrijf en Dienstverlening. In feite zijn er geen opvallende zaken te benoemen. Positief is om te merken dat iedereen goed weet waar de organisatie mee bezig is en wat de ontwikkelingen in de organisatie zijn. Punt van aandacht is de communicatie over die ontwikkelingen. Conclusie is dat we een positieve audit hebben gehad in 2017 zonder risicovolle afwijkingen.

Externe audit

Score 2017: 3 niet kritische feiten. Alle feiten zijn afgehandeld. In mei 2018 gaan we over op het nieuwe normenschema HKZ 2015. De organisatie heeft de externe audit als een prettig ervaren. De samenwerking met de certificerende instelling is conform verwachtingen.

VeiligVoedsel.nl

VeiligVoedsel keurt op 4 onderdelen van voedselbereiding en uitgifte binnen de organisatie. Bereidingsruimte algemeen (keuken), de kookstudio, het restaurant en de winkel. Alle onderdelen hebben een goed resultaat geboekt. VeiligVoedsel keurt op de wettelijke normen vanuit de hygiënecode voor voedingsverzorging in Zorginstellingen en Defensie 2014. De audit vond plaats op 27 november 2017. Gemiddeld genomen hebben 3 onderdelen ruim voldoende gescoord, 1 onderdeel scoorde beneden de gestelde 7,5 (7,0). Dit betreft de kookstudio. Hier zal een analyse op worden uitgevoerd.

Het resultaat van de managementreview

Wij menen dat de organisatie kwalitatief, wat betreft kwaliteitskader en qua overige kwaliteitseisen, goed in de steigers staat. Het kwaliteitsmanagement systeem is een goed werkend systeem waarop de organisatie kan sturen en waardoor de organisatie in balans blijft en zich tevens verder kan ontwikkelen. De organisatie is toekomst bestendig. Afgezien van de mogelijkheid van belangrijke koerswijzigingen in het overheidsbeleid heeft de organisatie de gewenste doelen en risico's in beeld en planmatig geagendeerd. De organisatie is niet gekenmerkt door afwijkende gebeurtenissen ten opzichte van reguliere vervangende investeringen, doelstellingen, beleidsvoornemens of toename van risico's. Haar kwaliteitssysteem voldoet en doelstellingen en risico's zijn in beeld en worden in de normale bedrijfsprocessen meegenomen. De organisatie heeft ook het afgelopen jaar bewezen te kunnen sturen en bijsturen op financiële risico's zonder risico's voor een goede kwaliteit van zorg zoals bedoeld in de Governance Code.

5.2 Jaarlijks geactualiseerd kwaliteitsplan

Leppehiem heeft voor 2018 een kwaliteitsplan opgesteld. In het kwaliteitsplan wordt hand van de thema's 'persoonsgerichte zorg en ondersteuning', 'wonen en welzijn', 'veiligheid' en 'leren en verbeteren van kwaliteit' wordt beschreven wat het kwaliteitsbeleid is van onze organisatie en welke kwaliteitsdoelstellingen we het komende jaar willen realiseren op dat gebied. Deze doelstellingen zijn onder andere gebaseerd op de bevindingen die in het kwaliteitsverslag zijn beschreven. In dit plan wordt tevens het beleid van Leppehiem beschreven ten aanzien de vier randvoorwaarden 'Leiderschap, governance en management', 'personeelssamenstelling', 'gebruik van hulpbronnen' en 'gebruik van informatie'. Deze randvoorwaarden zijn essentieel om de kwaliteit van zorg die wij als organisatie willen leveren te kunnen realiseren en behouden. Het kwaliteitsplan wordt jaarlijks geactualiseerd en wordt voorafgaand aan de vaststelling voor feedback voorgelegd aan tenminste twee collega-organisaties vanuit het lerend netwerk.

5.3 Jaarlijks kwaliteitsverslag

Jaarlijks brengt Mienskipssintrum Leppehiem een kwaliteitsverslag uit. Deze rapportage is gebaseerd op de evaluatie van de doelstellingen en inhoud van het kwaliteitsplan, inclusief feedback op kwaliteitsplan door de collega organisaties uit het lerend netwerk. Daarom wordt het kwaliteitsverslag gepubliceerd op de website van Leppehiem. Het concept kwaliteitsverslag wordt voor vaststelling besproken met vertegenwoordiging van cliënten/naasten middels de cliëntenraad, (para)medici, verpleegkundigen en verzorgenden en met tenminste twee collega zorgorganisaties uit het lerend netwerk.

5.4 Continu werken in de praktijk aan verbeteren door zorgverleners

Continu werken aan het verbeteren van de kwaliteit komt overal in onze organisatie naar voren, dit is een cyclisch proces. Op de werkvloer wordt dagelijks gesproken over de kwaliteit van de zorgverlening in teamoverleggen, tijdens de overdracht, Multi Disciplinair Overleg, bij evaluatie van leezorgplannen, analyse van meldingen van Fouten en Ongelukken, maar ook bij de Signalering van Veilig Verblijf (risicosignalering).

5.4.1 Deel uitmaken van een lerend netwerk

Mienskipssintrum Leppehiem heeft samen met Zorgcentrum Het Bildt en met de Interzorg Groep een lerend netwerk samengesteld. Alle partijen werken reeds samen op het gebied van scholingen, stages of BBL-trajecten. Er is contact op managementniveau en ook op HRM en kwaliteitsgebied over het kwaliteitsplan, kwaliteitsverslag en de relatie met het managementreview. Daarnaast is er overleg over de BBL trajecten en wordt er gezamenlijk gekeken naar een documentbeheerssysteem en vindt er onderling uitwisseling plaats van kennis op zorginhoudelijk en facilitair terrein. De bestuurders zullen op bestuurlijk niveau het kwaliteitsplan en ook kwaliteitsverslag aan elkaar voorgeleggen met elkaar bespreken. Het lerende netwerk zal in 2018 nog verder ontwikkeld worden.

Hoofdstuk 6 Leiderschap, governance en management

Binnen Leppehiem zijn onderstaande normen vanuit het kwaliteitskader met betrekking tot leiderschap, governance en het management als volgt ingevuld:

6.1 Visie op zorg

In samenspraak met belanghebbenden heeft Leppehiem een heldere visie geformuleerd waarin naar voren komt waar de organisatie voor staat. Deze visie is bepaald op basis van de filosofie die de organisatie heeft met betrekking tot levering van zorg, ondersteuning en behandeling, maar zeker ook met betrekking tot de kwaliteit van leven van de individuele cliënt. Speerpunt daarbij is dat mensen zichzelf kunnen zijn bij Leppehiem. Vanuit de visie is volgens een missie vastgesteld. De visie van Leppehiem is te allen tijde uitgangspunt voor beleid, projecten, plannen en besluitvorming. Zowel de visie als de filosofie en de missie zijn beschreven in hoofdstuk 1 van dit kwaliteitsverslag.

6.2 Sturen op kernwaarden

In samenspraak met belanghebbenden heeft Leppehiem tevens vastgesteld welke kernwaarden de organisatie heeft. De vier kernwaarden van Leppehiem zijn: 'Jezelf zijn', 'Intrinsieke waarde', 'Verantwoordelijkheid' en 'Maatwerk'. In hoofdstuk 1 van dit kwaliteitsplan worden deze kernwaarden beschreven. De kernwaarden van de organisatie vormen, net als de visie, het uitgangspunt bij de zorg- en dienstverlening die door de organisatie wordt geleverd. De kernwaarden zijn zowel voor cliënten als medewerkers uitgangspunt. In evaluaties, teamfunctioneringsgesprekken, tevredenheidsonderzoeken en persoonlijke gesprekken komen deze kernwaarden met regelmaat aan bod. Ook in beleidsstukken, zoals het beleidsplan, scholingsplan en het personeelsbeleid, wordt altijd gerefereerd aan de kernwaarden van de organisatie. Naast de aandacht voor de uitgangspunten voor zorgverlening wordt er tevens voor gezorgd dat de randvoorwaarden voor zorgverlening goed zijn. Daarmee bedoelen we dat er blijvend aandacht wordt besteedt aan deskundigheid en deskundigheidsbevordering van medewerkers, dat de juiste hulpmiddelen beschikbaar zijn, dat medewerkers op Arbo technisch gebied veilig zorg kunnen verlenen en dat de cultuur in de organisatie zodanig is dat men elkaar stimuleert en motiveert.

6.3 Leiderschap en goed bestuur

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. De bestuurder is de direct leidinggevende van managementteam, stafteam en projectmanager. Hij wordt door managers geïnformeerd over de dagelijkse gang van zaken in de organisatie, knelpunten en is coachend op de uitvoer van de werkzaamheden van de managers.

Daarbij staat een goed managementinformatiesysteem ten dienste. De bestuurder heeft goed zicht op het kwaliteitsmanagementsysteem en de uitkomsten van toetsingen, mede door het gebruik van automatisering en stuurt daarop het management. Daarnaast wordt bij directe bedreigingen door de bestuurder een leidende rol ingenomen. De rol en het leiderschap van de bestuurder met betrekking tot de implementatie en borging van het kwaliteitskader is actief, ondersteunend en stimulerend.

De bestuurder stelt zich ondersteunend, faciliterend en transparant op naar medewerkers en cliënten/naasten binnen de organisatie. Doordat de bestuurder kantoor houdt op de zorgafdeling is hij bereikbaar en zichtbaar in de organisatie. Hij is het gezicht van de organisatie bij kennismakingen met cliënten en medewerkers, personeelsbijeenkomsten en daarnaast schuift hij regelmatig aan bij bijeenkomsten van cliënten. Ook richt hij zich regelmatig via intranet tot de medewerkers. Hij is aanspreekbaar voor alle betrokkenen in de organisatie. Hij is eindverantwoordelijk voor de externe communicatie van de organisatie, is lid van de regionale ondernemersvereniging, bezoekt regelmatig netwerkbijeenkomsten en heeft een goede verstandhouding met de pers.

De bestuurder zorgt voor een goed formatieplan, loongebouw en is met het managementteam voortdurend op zoek naar een goede opbouw van deskundigheid, zodat deze meebeweegt met de steeds veranderende doelgroepen. Daarbij wordt steeds gewerkt vanuit de uitgangspunten van de Zorgbrede Governancecode. Deze uitgangspunten vinden hun weerslag in de statuten, het reglement voor de raad van Toezicht, het reglement voor de Bestuurder, de toezichtsvisie en het belanghebbendenbeleid.

6.4 Beleidsplan

In 2016 is een beleidsplan geschreven voor de periode 2017 – 2021. Dit plan is in 2016 goedgekeurd door de Raad van Toezicht en het managementteam. De komende jaren zal gewerkt worden aan de uitgangspunten die beschreven zijn in het beleidsplan 2017 – 2021.

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

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

Het beleidsplan kwam tot stand op basis van: externe factoren; signalen van onze bewoners en klanten; tevredenheidsonderzoeken onder medewerkers, klanten en bewoners; gesprekken met managementteam en stafteam; onderwerpen die spelen op afdelingen en (met name) de gespreksdagen tussen kader, middenkader en vakspecialisten. Op onderdelen komt het tegemoet aan de eisen uit voorgeschreven kwaliteitssystemen en kaders van anderen.

Het beleidsplan heeft als uitgangspunt dat Mienskipssintrum Leppehiem een bijzondere en onderscheidende rol heeft in de lokale en regionale omgeving. Die rol opeisen kan alleen met voorrang voor de inhoud, waarbij sommige systemen ondersteunen en andere systemen bezworen moeten worden. 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.

We realiseren ons dat er een belangrijke fase aanbreekt voor Mienskipssintrum Leppehiem. We weten ook dat er een breed kennisniveau aanwezig is om de juiste verhouding tussen systeem en inhoud tot stand te brengen. Dat kan alleen als verbindingen ontstaan tussen zaakkundigen en leidinggevendenden waarbij de uitdagingen voor de toekomst gezamenlijke uitdagingen worden. Het is goed om op korte termijn, naast het middenkader, een verbinding te maken in de organisatie tussen medewerkers die verantwoordelijk zijn voor de instrumenten op het gebied van systemen. Daarbij is het de uitdaging om in gezamenlijkheid oplossingen te vinden in het verwerken van pieken en het vinden van een betere afsteming. Dat kan met name door meer medewerkers te betrekken bij de voorbereiding van voorstellen voor besluitvorming. Bij de uitvoer van dit beleidsplan spelen alle lagen in de organisatie een belangrijke rol. Toenemende complexiteit vraagt om vertrouwen in de rol die elke positie in de hiërarchie en op deskundigheidsniveau speelt. Daarbij zal vertrouwen niet alleen gevraagd moeten worden, maar zal vertrouwen ook gewonnen moeten worden.

6.5 Hoofdpijnen risicobeleid

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.

6.6 Rol en positie interne organen en toezichthouder(s)

In Leppehiem is medezeggenschap op meerdere manieren geborgd in de organisatie.

Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht hecht belang aan Good Governance en het naleven van de Zorgbrede Governancecode. Het uitgangspunt is enerzijds het geheel van taken en bevoegdheden van de Raad van Toezicht zoals neergelegd in de statuten en het reglement-Raad van Toezicht en anderzijds de invulling daarvan door de Raad van Toezicht.

De Raad van Toezicht houdt toezicht op de realisatie van het beleid door de bestuurder, risico's van de organisatie, de kernwaarden van de organisatie en de algemene gang van zaken. De Raad van Toezicht staat de bestuurder met advies terzijde en treedt op als sparringpartner en kan op eigen initiatief advies uitbrengen aan de bestuurder indien men dit uit hoofde van hun taak gewenst acht. De Raad van Toezicht houdt toezicht op het functioneren van de Raad van Bestuur en vervult haar rol van werkgever ten opzichte van de bestuurder.

Bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de Raad van zijn statutair vastgelegd. De aandachtsgebieden van de Raad van Toezicht zijn verder het zorgdragen voor een goed functionerend intern toezicht op onder andere:

- de realisatie van de statutaire en maatschappelijke doelstellingen;
- de kwaliteit en veiligheid van de zorg;
- de strategische beslissingen, risico's, risicobeheersing en interne controle;
- de financiële verslaglegging;
- naleving van wet- en regelgeving;
- werking van het kwaliteitssysteem.

Bij haar taakvervulling als toezichthouder op de bestuurder ziet de Raad van Toezicht er met name op toe dat de uitvoering van de bestuurdersbeleid strookt met de vastgestelde en door de Raad van Toezicht goedgekeurde beleidsplannen en beleidsuitgangspunten. De Raad van Toezicht ziet er voorts op toe dat de bestuurder tijdig en regelmatig rapporteert over aangelegenheden die voor de toezichthoudende taak van de Raad van Toezicht van belang zijn. In ieder geval ziet de Raad van Toezicht er op toe dat de bestuurder regelmatig rapporteert over de strategie ten aanzien van de hoofddoelen van de stichting en ten aanzien van de kwaliteit van de zorg en de omgang met ethische vraagstukken, alsmede de opzet en werking van de interne risicobeheersings- en controlesystemen, de financiële verslaglegging, de naleving van wet- en regelgeving, het vaststellen van belanghebbenden voor informatieverschaffing en dialoog, en het als zorgorganisatie op passende wijze uitvoering geven aan het zijn van een zorgonderneming met een bijzondere maatschappelijke verantwoordelijkheid.

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. Scholingswensen van de Raad van Toezicht worden opgenomen in het scholingsplan en meegenomen in de begroting voor het volgende jaar.

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.

Samenstelling Raad van Toezicht per 31-12-2017

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

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.

Ondernemingsraad

Op basis van de wettelijke kaders beschikt Leppehiem ook over een Ondernemingsraad (OR). Deze raad 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. De bestuurder faciliteert op verzoek van de Raad van Toezicht het contact van de Raad van Toezicht met bovengenoemde medezeggenschapsorganen uit de organisatie. Bestuurder heeft een uitnodigende en welwillende houding ten opzichte van de belangen van de medewerkers via de Ondernemingsraad. 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 31-12-2017

Naam	Namens	Functie
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
Dina Andela	Overige Diensten	lid
Vacature		lid
Vacature		lid

Adviezen, gevraagde instemmingen en aangevraagde toelichtingen ondernemingsraad in 2017:

- Aanbestedingen Zorgkantoor/Zorgverzekeraars/Gemeenten
- Stand van zaken plan Waardigheid en Trots
- Kwaliteitskader en kwaliteitsplan
- Jaarrekening 2016 en jaardocument 2016 (incl. jaarwerkplan)
- Scholingsplan 2017
- Vacature Controller
- Digitaliseren salarisstroken
- Personeel- en sanctiebeleid
- Evaluatie project Oars
- Kanteling werktijden
- Gesprek met RvT
- Formatie nachtdienst
- VOG verklaringen
- Wet Was
- Werkkostenregeling
- Vakantie uren tijdens ziekte
- Scholingswensen OR
- Klachtencommissie wijziging
- Salarisschaal verzorgenden

Cliëntenraad

Mienskipssintrum Leppehiem beschikt over een cliëntenraad welke de gemeenschappelijke belangen van de bewoners behartigd. 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 31-12-2017

Naam	Kiesgroep	Functie
Mevrouw G. Pebesma - Speerstra	Zorgappartementen	Voorzitter
Mevrouw R. de Jong - van Huizen	Zorgappartementen	lid
Mevrouw H. Bakker - Vis	Zorgappartementen	lid
Mevrouw W. Bosma - Riemersma	Woningen	lid
Mevrouw M. Pijpstra – van Doornik	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 2017 is 8 maal vergaderd.

Adviezen en overleg

Plan Waardigheid en Trots

In 2016 heeft Leppehiem in samenwerking met de Cliëntenraad en Ondernemingsraad een plan ingeleverd in het kader van Waardigheid en Trots. In 2017 is de stand van zaken ten aanzien van de voortgang van dit plan waardigheid en trots geëvalueerd en besproken met zowel de Ondernemingsraad als de Cliëntenraad. Het meerjaren plan (2016 – 2020) Waardigheid en Trots is opgesteld met als doel om een zinvolle dagbesteding te kunnen realiseren en verbeteren voor een categorie cliënten die een complexere zorgvraag heeft. Doel 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 de situatie ontstaat waarbij de deskundigheid van medewerkers meegroeit met de complexiteit van de zorgvragen.

Ontwikkelplan aanbesteding Wet langdurige zorg

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 met de cliëntenraad.

Overige zaken die in 2017 besproken zijn met de cliëntenraad:

- Aanbestedingen Zorgkantoor/Zorgverzekeraars/Gemeenten (advies)
- Veranderingen in de wijkverpleegkundigezorg (advies)
- Kwaliteitskader en kwaliteitsplan
- Deskundigheidsniveau van medewerkers in de nachtdienst opgehoogd
- Stand van zaken financiën en doorvoer maatregelen
- Verdere doorvoer Mienskippen
- Voorkomende verbeterpunten/klachten bewoners

- Stand van zaken plan Waardigheid en Trots
- Jaarwerkplan (doelstellingen van de organisatie) (advies)
- Jaarrekening 2016 (advies)
- Jaarverslag 2016
- Prijslijst (verzwaard advies)
- Evaluatie ontwikkelplan Wlz zorg 2016 -2017
- Reguliere gesprekskosten telefonie worden niet langer in rekening gebracht
- Busreis

Zaken vanuit de cliëntenraad zelf:

- Maaltijdfacturatie bevat soms fouten
- Samenstelling maaltijden en diëten
- Prijzen in winkeltje
- Samenstelling cliëntenraad
- Aanpassing reglement cliëntenraad
- Kabelkrant
- Tuininrichting en het hebben van een eigen stukje tuin waar mogelijk
- Verkeersveiligheid

Klachtencommissie

Leppehiem werkt volgens de wettelijke kaders van de Wet Kwaliteit Klachten en Geschillen in de zorg (WKKGZ). Er is een klachtenprocedure opgesteld voor cliënten waarin is beschreven waar en hoe een klacht kan worden ingediend. Leppehiem heeft voor de behandeling van klachten (zodra ze intern niet kunnen worden opgelost) een overeenkomst afgesloten met Quasir. Zij faciliteren een onafhankelijke externe klachtencommissie, een klachtenfunctionaris. Verder is de organisatie aangesloten bij de stichting Geschillencommissies Consumentenzaken; geschillencommissie VVT via Actiz.

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.

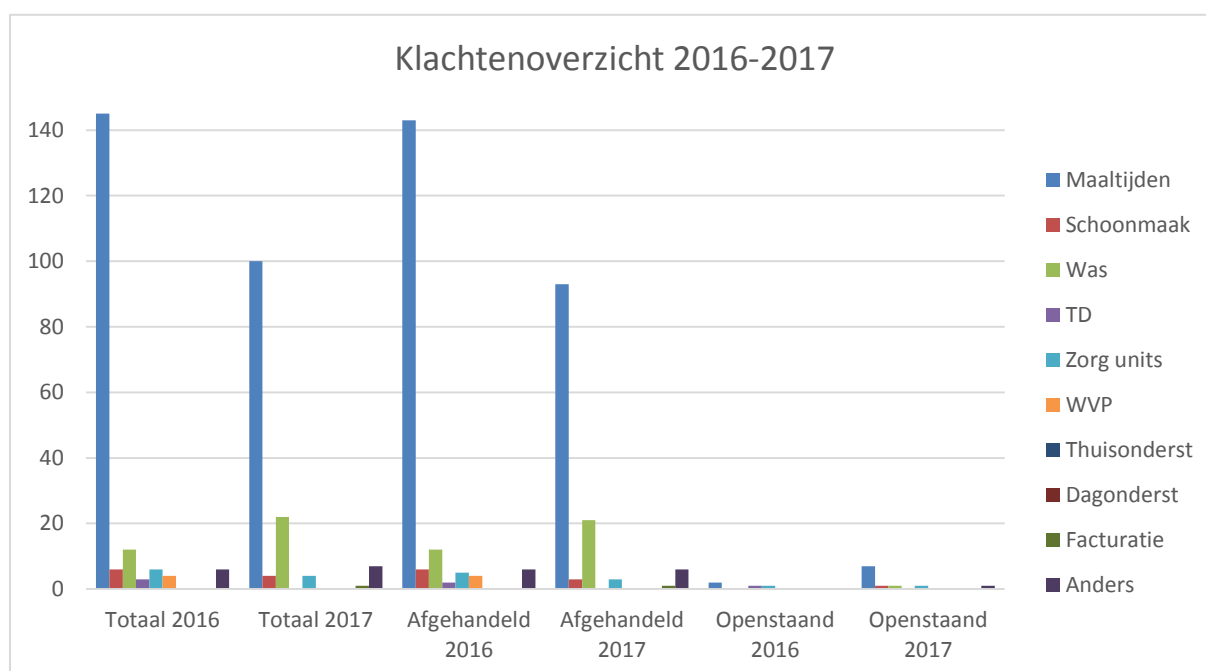
Gaat het om een ernstige klacht, bijvoorbeeld klachten die te maken hebben met onverantwoorde zorg of herhaaldelijke tekortkomingen, dan kan een bewoner de onafhankelijke klachtencommissie schriftelijk of mondeling op de hoogte stellen. Bewoners en klanten worden over deze klachtenregeling geïnformeerd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

Ingediende klachten en signalen van onvrede

Op de vertrouwenspersoon voor medewerkers is in 2017 geen beroep gedaan. In het verslagjaar zijn geen klachten binnengekomen bij de externe commissie voor verzorging, verpleging en gehandicapten Friesland. Er zijn in 2017 ook geen officiële klachten binnen gekomen van klanten die ondersteuning van Leppehiem ontvangen in het kader van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning binnen de Gemeente Heerenveen, Leeuwarden, Súdwest Fryslân en De Fryske Marren.

Klachten/signalen van onvrede: 143 (39 minder t.o.v. 2016) (0 gemeld bij de externe klachtencommissie)

Soort klacht	Openstaand	Afgehandeld
Maaltijden	7	93
Anders	1	6
Schoonmaak	1	3
Was	1	21
TD	0	0
Zorg units	1	3
Wijkverpleegkundige zorg	0	0
Thuisondersteuning	0	0
Dagondersteuning	0	0
Facturatie	0	1



Er zijn 39 klachten minder gemeld dan vorig jaar. Bijna alle klachten zijn afgehandeld, 11 van de 143 staan nog open (cijfers van 29-01-2018). Wasklachten waren hoger dan in 2016 (22 in 2017 en 12 in 2016). Er zijn 39 klachten minder gemeld dan vorig jaar. Het klachten systeem werkt over het algemeen naar behoren, vanuit intranet zijn er trends zichtbaar en de gegevens zijn voldoende om een analyse op uit te voeren. Wel ligt er nog een verzoek om ook te rapporteren op klachtonderwerp, dit wordt gezien als optimalisatie in het proces. Op het totaal van meer dan 100.000 maaltijden is het aantal van 100 klachten in procenten relatief laag, toch blijft het focus behouden om de analyse scherp te houden en genomen acties te monitoren of dit leidt tot verbetering. De verwachting is dat buiten het efficiënter maken van het proces dit ook zal bijdragen aan klachtenreductie. In 2018 worden hier concrete stappen in verwacht.

Hoofdstuk 7 Personeelssamenstelling

Normen kwaliteitskader

De personeelssamenstelling in Leppehiem is onder andere gebaseerd op de normen die in het landelijke kwaliteitskader worden genoemd:

1. Aandacht, aanwezigheid en toezicht

Tijdens de zorg en ondersteuning bij intensieve zorgmomenten (zoals opstaan, naar bed gaan, intake en rond het sterven) zijn er minimaal twee zorgverleners beschikbaar om deze taken te verrichten. Tijdens de dag en avond is er permanent iemand in de huiskamer of gemeenschappelijke ruimte om de aanwezige bewoners de benodigde aandacht en nabijheid te bieden en toezicht te houden. Wanneer een bewoner de ruimte moet verlaten is er iemand aanwezig om dit op te vangen. Hierbij kan ook gedacht worden aan de inzet van een vrijwilliger of familielid. In iedere dagdienst (ook in het weekend) is er per groep iemand aanwezig die de juiste kennis en competenties heeft om separaat van de zorgtaken aandacht te besteden aan zingeving/zinnvolle dag-invulling van cliënten. De zorgverleners die in direct contact zijn met de cliënten, kennen hun naam, zijn op de hoogte van hun achtergrond en persoonlijke wensen.

2. Specifieke kennis, vaardigheden

Er is altijd iemand aanwezig die met zijn of haar kennis en vaardigheden aansluit bij de (zorg)vragen en (zorg)behoeften van de cliënten en bevoegd en bekwaam is voor de vereiste zorgtaken. Er is in iedere locatie (volgens KvK registratie) voor cliënten met een indicatie verblijf met verpleging of behandeling, 24/7 een BIG geregistreerde verpleegkundige binnen 30 minuten ter plaatse. Er is in iedere locatie (volgens KvK registratie) voor cliënten met een indicatie verblijf met verpleging of behandeling 24/7 een arts bereikbaar en oproepbaar. Deze arts reageert direct en is uiterlijk binnen 30 minuten ter plaatse. Er zijn 24/7 aanvullende voorzieningen beschikbaar voor (on)geplande zorg, vragen of toenemende complexiteit zoals: opschalen van personeel, inroepen specialist ouderengeneeskunde, overleg medisch specialist of gedragsdeskundige, tijdelijke overplaatsing cliënt naar andere afdeling in dezelfde zorgorganisatie, inschakelen Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE), ingang zetten 'meer-zorg'.

3. Reflectie, leren en ontwikkelen

Er is voor iedere zorgverlener voldoende tijd en ruimte om te leren en te ontwikkelen via feedback, intervisie, reflectie en scholing. CAO afspraken en eisen van de beroepsvereniging hierover worden nageleefd en de beoogde CAO gelden worden hiervoor ingezet. Er is voldoende tijd beschikbaar om als EVV-er of contactverzorgende deel te nemen aan multidisciplinair overleg. Methodisch werken en multidisciplinair werken vormen de basis van verpleeghuiszorg. Een deel van de deskundigheidsbevordering besteedt aan deze aspecten (multidisciplinaire) aandacht. Er is een scholingsbeleid van zittende en aankomende zorgverleners dat hun vakbekwaamheid aantoonbaar versterkt (op basis van de diverse onderdelen van dit kwaliteitskader en nadrukkelijke aandacht voor omgaan met zorgdilemma's en adequate zorg bij het levenseinde). Er zijn periodieke gesprekken waarin competentie- en loopbaanontwikkeling aan de orde komen.

Zorgsoorten

- ❖ Zorg met verblijf in het kader van de Wet Langdurige Zorg (zowel met als zonder behandeling)
- ❖ Wijkverpleegkundige Zorg in het kader van de Zorgverzekeringswet
- ❖ Eerstelijnsverblijf in het kader van de Zorgverzekeringswet
- ❖ Ondersteuning (huishoudelijke hulp, dagondersteuning en thuisondersteuning) in het kader van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning

Scholingsbeleid en scholingsplan

Mienskipssintrum Leppehiem is een lerende organisatie. Zij biedt scholingen aan haar personeel om deskundigheid te bevorderen en om professionele inzet te kunnen blijven garanderen. Deels omdat dit gevraagd wordt door de overheid, maar meer om de kwaliteit van zorg te kunnen verbeteren en behouden. Er zijn verplichte scholingen die door alle medewerkers in de zorg moeten worden gevolgd en er worden scholingen aangeboden waar men vrijwillig aan kan deelnemen. Een gedeelte van de medewerkers (met name in de wijkverpleegkundige zorg, maar ook verpleegkundigen) zijn geregistreerd in het kwaliteitsregister V&V. Ieder jaar wordt er samen met de leidinggevendenden en managers input gegeven voor het scholingsplan, deze wordt door de praktijkopleider opgesteld. Ook kan het zijn dat medewerkers een bepaalde opleiding wensen. Dit wordt onder andere besproken in een functioneringsgesprek. Dit gaat in overleg met de organisatie. Het scholingsplan is door alle medewerkers benaderbaar via het intranet. Er worden op dit moment twee verschillende BBL trajecten aangeboden, zowel voor maatschappelijk verzorgenden IG als voor verpleegkundigen niveau 4. Deze trajecten zijn in samenwerking met een aantal andere zorgorganisaties opgezet. Medewerkers zullen tijdens hun opleiding bij meerdere van deze zorgorganisaties meelopen om zo nog meer te kunnen leren en door te ontwikkelen.

Personeelssamenstelling Leppehiem

De personeelssamenstelling bij Leppehiem wordt vormgegeven per unit. Uitgangspunt hierbij is de zorgvraag van cliënten. De taken op de units zijn in beeld gebracht en op basis daarvan wordt bekeken hoeveel medewerkers ingezet zouden moeten worden om deze taken uit te kunnen voeren. Jaarlijks wordt een formatieplan vastgesteld waarin de maximaal in te zetten formatie per week is opgenomen. Unithoofden/projectmanager kunnen hierop sturen en op een druk moment meer medewerkers inzetten om vervolgens op iets rustigere momenten minder medewerkers in te zetten. Per unit kan de samenstelling van personeel verschillend zijn. De organisatiestructuur is grotendeels gelijk op de units, maar de deskundigheidsniveaus van medewerkers wordt afgestemd op de zorgvraag van cliënten. Tevens werken er toezichthouders op de afdeling psychogeriatric om ervoor zorg te dragen dat de aanwezige cliënten in de huiskamer de benodigde aandacht en nabijheid wordt geboden wanneer een verzorgende de ruimte tijdelijk even moet verlaten.

Gegevens personeelssamenstelling

In- en uitstroom personeel

Instroom personeel in loondienst (geheel 2017)	61 personen	12,00 fte
Uitstroom personeel in loondienst (geheel 2017)	80 personen	18,61 fte

Vacatures

Totaal aantal vacatures 2017	21 vacatures
- waarvan personeel met cliëntgebonden functies	16 vacatures

Ziekteverzuim

Verzuim totaal personeel in loondienst 2017	6,0%
---	------

Ratio personeelskosten ten opzichte van opbrengsten

Ratio 2017	73,7%
------------	-------

Samenstelling personeel

Aantal Wlz cliëntgebonden medewerkers per 31-12-2017	123 personen	51,30 fte
Aantal Zvw cliëntgebonden medewerkers per 31-12-2017	42 personen	19,58 fte
Aantal overige cliëntgebonden medewerkers per 31-12-2017	29 personen	7,63 fte
Aantal niet (direct) cliëntgebonden medewerkers per 31-12-2017	72 personen	35,10 fte
<i>Totaal aantal medewerkers per 31-12-2017</i>	<i>265 personen</i>	<i>114,07 fte</i>
Leerling verzorgenden MZ-IG (geheel 2017) (BBL traject)	8 personen	5,33 fte
Stagiaires (geheel 2017)	14 personen	
Vrijwilligers (per 31-12-2017)	132 personen	

Opbouw personeelsbestand zorg naar niveau (per dec. 2017)

	<i>Aantal personen</i>	<i>Aantal fte</i>
<i>Organisatie en administratie</i>		
Bestuurder	1	1,00
Managementteam	3	3,00
Stafteam	3	1,97
Financiële- en personeelsadministratie	3	2,14
Zorgregistratie	3	1,34
Praktijkopleider	1	0,56
Coördinator roostering	1	0,67
Projectmedewerker	1	0,72
<i>Zorg</i>		
Praktijk/wijkverpleegkundige	4	
Middenkader zorg	2	
Coördinerende +	1	
Coördinerend Verzorgende +	5	
Coördinerend Verzorgende	27	
Persoonlijk begeleider	3	
Verzorgende	76	
Helpende	23	
Leerling verzorgende (BBL)	4	
Medewerker dagondersteuning	2	
Medewerker groepsverzorging	2	
Welzijnsfuncties	3	
Toeziethouder	8	
Medewerkers huishoudelijke dienst extern en extramuraal	33	
Unitassistent	11	
Stagiaire	14	
<i>Bedrijf en dienstverlening</i>		
Middenkader bedrijf en dienstverlening	3	
Medewerker eten en drinken	16	
Souschef	1	
Kok	4	
Leerling Kok	1	
Keukenassistent	3	
Medewerker afwaskeuken	5	
Medewerker technische dienst	2	
Medewerker receptie	7	
Medewerker algemene schoonmaak	9	

Behandelaars (inzet en afspraken met Noorderbreedte)

- Specialist ouderengeneeskunde
- Psycholoog
- Fysiotherapeut
- Ergotherapeut
- Logopedist
- Diëtist

Samenwerking

(inzet en afspraken met Thuiszorg Het Friese Land)

- Gespecialiseerde verpleging
- Casemanagement dementie
- Ongeplande nachtzorg thuiszorg extern

7.1 Stand van zaken personele samenstelling en personeelsbeleid

Visie op de huidige personeelssamenstelling

Leppehiem voldoet aan de in het kwaliteitskader gestelde normen voor de samenstelling van haar personeel. Wel blijft de organisatie voortdurend kijken of de samenstelling van het personeel aansluit op de veranderende doelgroep. Door toenemende complexiteit van zorg is de vraag naar meer deskundigheid op de units steeds meer zichtbaar. Daarnaast vraagt het steeds meer van de units om de werkprocessen goed aan te laten sluiten bij zorgvraag van bewoners. Er wordt steeds meer een beroep gedaan op de professionaliteit van de teams, het kunnen maken van goede analyses, doelmatige planning en goed kunnen reflecteren. Op dit moment vervullen de praktijkverpleegkundigen deze rol richting de units, zij coachen medewerkers in de uitvoer van verpleegkundige handelingen en dragen zorg voor goede analyses en stellen samen met coördinerend verzorgenden doelstellingen op, maar het toevoegen van verpleegkundigen aan de units zelf zal in de toekomst wel noodzakelijk zijn. Dit maakt onderdeel uit van het beleid van Leppehiem.

Visie op personeelsbeleid 2017

In zijn algemeenheid kan gezegd worden dat er in 2017 is gebleken dat er een krapte op de arbeidsmarkt ontstaat als het gaat om verzorgenden en verpleegkundigen. We merken dat er meer wisseling is ontstaan in personeel en dat andere zorgorganisaties ook steeds meer bieden om goede krachten binnen te halen. Hier moet Leppehiem ook op moeten anticiperen, daarom is in 2017 een start gemaakt met het doorvoeren van een grotere functiedifferentiatie. Er zijn meer helpenden aangenomen op de afdelingen die de verzorgenden kunnen ontzorgen en daarnaast is het deskundigheidsniveau op de afdeling ook omhoog gebracht door unitverpleegkundigen toe te voegen aan de afdelingen. Deze MBO-verpleegkundigen kunnen coachen op de uitvoer van handelingen en kunnen bepaalde complexe zorgsituaties analyseren, waardoor de kwaliteit van zorg wordt verhoogd. Daarnaast zal in 2018 meer vorm worden gegeven aan de flexibilisering van medewerkers en het behoud van medewerkers.

Er is in 2017 een medewerkers tevredenheidsonderzoek (MTO) gehouden. De uitslag van het MTO van 2017 is dat Leppehiem een 7.04, afgerond 7, als rapportcijfer krijgt. Er was een respons van 33%. Het rapport met onderbouwing volgt in 2018. Op basis van het rapport zal in 2018 een plan van aanpak volgen.

Hoofdstuk 8 Gebruik van hulpbronnen

8.1 De gebouwde omgeving

Het hoofdgebouw is eigendom van Stichting Verzorgingscentra Utingeradeel. De aanleunwoningen zijn eigendom van Elkien en de benedenverdieping en kantoren in de nieuwbouw zijn eigendom van Stichting De Boarn (een aan Leppehiem gelieerde stichting welke gebouwen en gebouwdelen beheert die niet vallen onder de Wlz en de doelstellingen van Leppehiem ondersteunt en versterkt). Voor het onderhoud van de gebouwen is een meerjaren onderhoudsplan opgesteld. Cliënten beschikken over een tweekamer appartement waarin verzorgingshuiszorg en somatische verpleeghuiszorg wordt geboden. Cliënten die psychogeriatrische zorg ontvangen hebben beschikking over een eenkamer appartement, met daarbij behorend een gezamenlijke huiskamer. Mienskipssintrum Leppehiem is een open organisatie. Bewoners kunnen in en uit lopen, ook vanuit de PG afdeling kunnen bewoners eventueel rondlopen door het gebouw en desnoods naar buiten. Bij Begeleid Wonen is er een codeslot op de deur aanwezig. De deur is van 09.00 uur tot 16.00 uur geopend en na 16.00 is de deur wel afgesloten. Deze werkwijze zorgt voor vrije bewegingsruimte overdag en voor rust en veiligheid 's avonds en 's nachts.

8.2 Technologische hulpbronnen

Een aantal technologische hulpbronnen wordt ingezet om goede zorg te kunnen verlenen. In Leppehiem wordt gebruik gemaakt van tele-alarmering en bepaalde domotica. Er zijn twee verschillende soorten domotica binnen Leppehiem namelijk ondersteunende domotica en toezichthoudende domotica. Bij ondersteunende domotica kan gedacht worden aan gebruik van lichtsensoren (zoals bijvoorbeeld een sensor waarbij het licht aan gaat bij het binnen treden van een ruimte). Toezichthoudende domotica in de zorg voor mensen met psychogeriatrische problematiek hebben vaak als doel het tijdig hulp bieden aan cliënten.

Om bedrijfsprocessen en interne communicatie goed te laten verlopen maakt Leppehiem gebruik van intranet. Intranet is een registratie- en informatiesysteem dat door de hele organisatie wordt gebruikt. In 2017 is daarnaast gestart met de implementatie van een Elektronisch Cliënt Dossier (ONS). Zorgplannen worden hierin gedigitaliseerd en daarnaast is er in het systeem ruimte voor registraties en meldingen. De implementatie wordt verder doorgevoerd in 2018.

8.3 Materialen en hulpmiddelen

Alle hulpmiddelen worden geregistreerd op intranet. Daarbij worden aantallen weergegeven, wanneer er onderhoud is gepleegd aan de hulpmiddelen (alleen bij die hulpmiddelen waar het betrekking op heeft) en waar de hulpmiddelen te vinden zijn (soms ook op het appartement van een cliënt). Voor onderhoud zijn er onderhoudscontracten afgesloten met leveranciers van deze hulpmiddelen. Hulpmiddelen worden daardoor tijdig gecontroleerd door een externe partij.

8.4 Facilitaire zaken

Leppehiem heeft een eigen keuken waar de maaltijden voor bewoners en bezoekers worden bereid. Tevens worden er 300 maaltijden bereid voor de regio, de zogenaamde maaltijdservice. De keuken van Leppehiem valt onder de hygiënecode voor voedingsverzorging in zorginstellingen en Defensie. De HACCP wordt binnen VeiligVoedsel.nl genormeerd en jaarlijks getoetst. Medewerkers worden jaarlijks op de VeiligVoedselagenda getraind. In Leppehiem is tevens een restaurant beschikbaar voor bewoners, gasten en personeel. Een andere voorziening is dat er een winkel aanwezig is, waar men de alle dagse benodigdheden kan kopen. De winkel wordt door vrijwilligers bemand. Zowel de winkel als het restaurant vallen onder VeiligVoedsel.nl. Onze receptie is het eerste aanspreekpunt van Leppehiem voor bezoekers en contact via telefoon. De receptie is door de week bemand van 8.00 tot 20.00 en in het weekend van 9.30 tot 13.30 uur.

Om de veiligheid in het gebouw te kunnen vergroten werkt Leppehiem bij de ingangen van het gebouw met cameratoezicht. Beveiliging van digitale informatie is tevens van groot belang. In het privacyreglement van Leppehiem wordt het beleid beschreven ten aanzien van digitale beveiliging van gegevens. Zo is er een clear screen beleid in Leppehiem opgesteld. In het kader van de privacy worden computerschermen na 15 minuten inactiviteit automatisch vergrendeld. Middels het intoetsten van het wachtwoord wordt het scherm weer actief. De wachtwoorden van PC's worden minimaal één keer per half jaar gewijzigd. Dit betreft een systeeminstelling. Per mail worden geen privacygevoelige gegevens ongecodeerd en onbeveiligd verzonden naar externe partijen. Persoonlijke gegevens op intranet worden op een dusdanige manier beveiligd, waardoor deze gegevens buiten de organisatie niet kunnen worden benaderd. Daarnaast worden autorisaties per functie ingesteld op intranet. Ook de server van Leppehiem, waarop alle documenten van de organisatie staan en de online back-up voorziening zijn beveiligd.

8.5 Financiën en administratieve organisatie

Begin 2017 zijn medewerkers geïnformeerd over dat er een aantal maatregelen genomen moesten worden om een financieel tekort te kunnen voorkomen. Wegens een lage vergoeding van de gemeentelijke overheid tegen een te geringe omzet hebben we het besluit moeten nemen om te stoppen met het leveren van huishoudelijk diensten aan zelfstandig wonende burgers. Het ontstane risico is het verlies van een belangrijke onderdeel in het leveren van integrale pakketten voor inwoners in de regio. Medewerkers zijn van werk naar werk geleid.

Ondanks de ombuigingen zijn er in 2017 ook veel projecten gewoon doorgegaan en nieuwe projecten opgestart. We realiseren ons dat dit voor veel betrokkenen hard werken was en veel inspanning heeft gevraagd. Het dreigende financiële tekort hebben we weten om te draaien en we realiseren ons dat veel effecten van maatregelen ook in 2018 door zullen werken.

8.6 Professionele relaties en samenwerkingsovereenkomsten met andere zorginstellingen

In 2017 hadden we een samenwerkingsovereenkomsten met de volgende partijen:

- Huisartsenpraktijk Akkrum
- Apotheek Mienskip
- Noorderbreedte
- Happy Nurse
- Thuiszorg Het Friese Land

Deze partijen zorgen er voor dat Leppehiem 24 uur per dag de benodigde zorg kan leveren en kan garanderen die binnen de Wlz valt. Zorg die aan de kwaliteitseisen van het kwaliteitskader Verpleeghuiszorg voldoet.

Er worden bij Leppehiem jaarlijks leveranciersbeoordelingen gehouden m.b.t. kritische leveranciers. Met samenwerkende partijen als bijvoorbeeld de huisartsenpraktijk, de apotheek, Noorderbreedte, Nivo Noord wordt jaarlijks de samenwerking geëvalueerd in een bijeenkomst. Op die manier kunnen de samenwerkende partijen ook verbeterpunten in de samenwerking bespreken en input leveren om de kwaliteit van zorg en dienstverlening te verbeteren. In 2017 zijn geen kritische punten naar voren gekomen uit de leveranciersbeoordelingen en de samenwerking zal in 2018 voort worden gezet.

8.7 Stand van zaken kwaliteitsdoelstellingen 'gebruik van hulpbronnen'

Onderdeel	Kwaliteitsdoelstelling
Invoer ECD	<p>Het invoeren van het Elektronisch Cliënten Dossier in de totale organisatie, waardoor de kwaliteit van zorg beter ondersteund kan worden en de zorg efficiënter georganiseerd kan worden.</p> <p><i>Stand van zaken: Implementatie van het cliëntdossier op de extramurale afdelingen is gereed. In 2018 volgt de implementatie van het cliëntdossier bij de overige units, de start van het zorgregistratie en declaratiesysteem in ONS en de invoer van het cliënt/familieportaal Carenzorgt.</i></p>

Hoofdstuk 9 Gebruik van informatie

Cliëntoordelen

Cliëntraadpleging als informatiebron voor de evaluatie van zorg is een vast onderdeel van het kwaliteitsverslag. De basis van de cliëntraadpleging is voor het jaar 2017 Zorgkaart Nederland. De NPS score is 7,8 op 45 waarderingen (per 23-11-2017). De organisatie scoort ongeveer dezelfde cijfers als het landelijke gemiddelde. In 2016 is een CQI tevredenheidsonderzoek door Bureau De Bok gehouden.

Bestaande administratiesystemen

Elk half jaar wordt het Leefzorgplan door de coördinerend verzorgende geëvalueerd met de cliënt. De daaruit voortkomende verbeteracties worden verzameld en besproken met de manager Zorg en Welzijn. Bij gesprekken omtrent einde van de zorg worden ook zo nodig gegevens verzameld die voor verbeteracties kunnen zorgen.

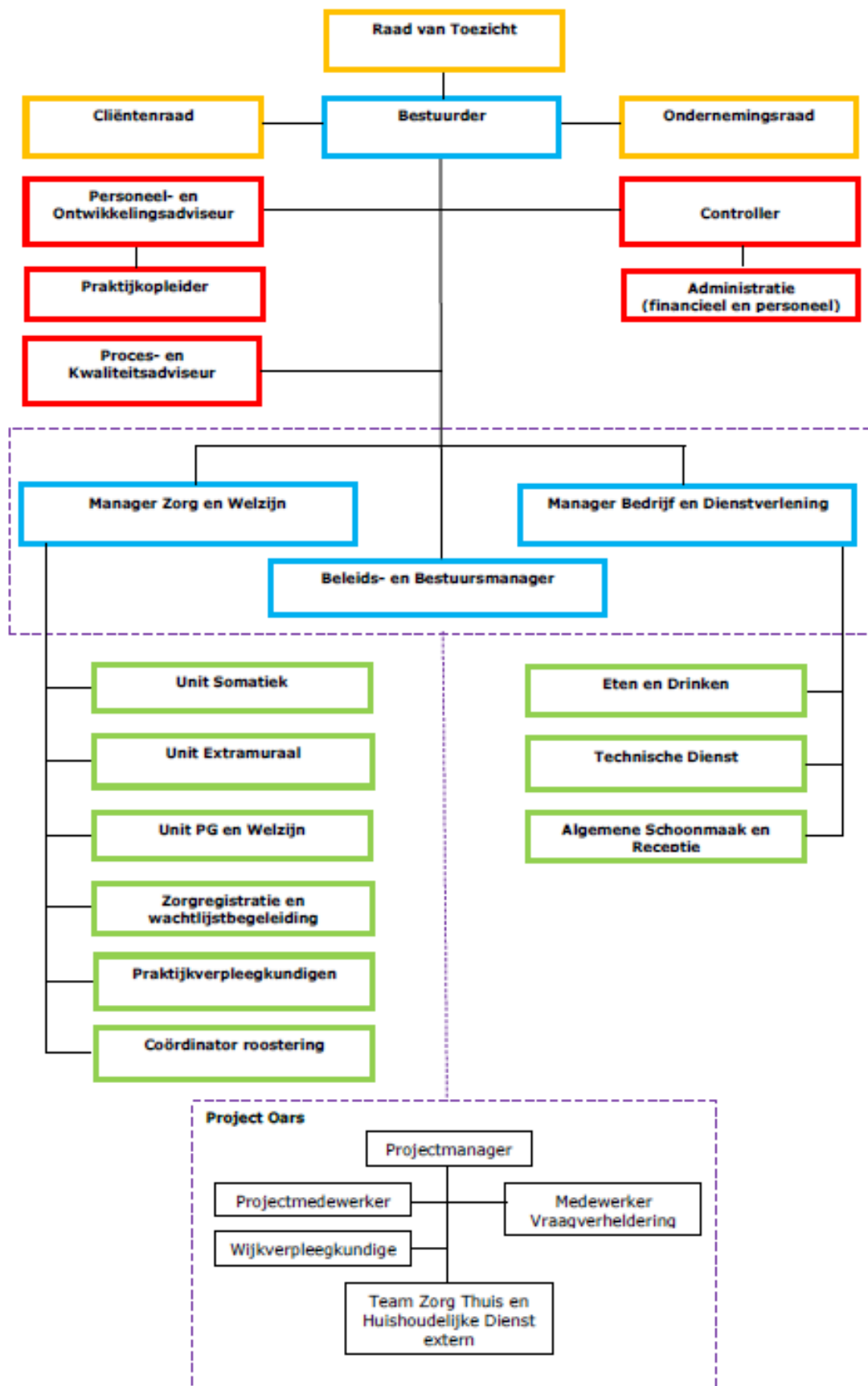
Uit de kwartaalrapportages van de units is gebleken dat bewoners over het algemeen heel tevreden zijn. De kwaliteit van de zorgverlening en de bejegening wordt als goed beoordeeld. Wel ervaren bewoners druk bij medewerkers, waardoor er weinig tijd is voor een extra praatje of iets dergelijks. De tijd die er zit tussen ontbijt, koffietijd en de warme maaltijd wordt erg kort gevonden. De kwaliteit van de schoonmaak wordt wisselend beoordeeld en is sterk afhankelijk van gewoonten en de situatie van de bewoner. Uit de eindgesprekken bleek dat het merendeel erg waardeert dat er een eindgesprek wordt georganiseerd. De zorg en verblijf werden over het algemeen als goed beoordeeld.

Naast de verzameling van gegevens in het leefzorgplan van de cliënt worden een aantal gegevens centraal vastgelegd via Intranet (op autorisatiebasis inzichtelijk). Zo is via intranet een tool beschikbaar om de cliëntveiligheid te kunnen evalueren en risico's in kaart te brengen (zie ook paragraaf 4.2). Op basis daarvan wordt het leefzorgplan daarna aangepast. Ook de registratie van de bevoegd en bekwaamheden ten aanzien van risicovolle- en voorbehouden handelingen (BIG) worden op intranet vastgelegd.

Openbaarheid en transparantie

Het kwaliteitsverslag is vanaf juli 2018 te vinden op de website www.leppehiem.nl, op de Openbare Database van Zorginstituut Nederland en een publieke website. De aan de Openbare Database van het Zorginstituut aangeleverde data worden ontsloten op publieke websites, zoals www.kiesbeter.nl.

Bijlage 1 Organogram Mienskipssintrum Leppehiem



Bijlage 2 Eindevaluatie Jaarwerkplan 2017

Bestuurder / Beleids- en Bestuursmanager

Onderdeel	Doelstelling	% gereed doelstelling	Toelichting
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.	80%	Doelstelling wordt aangepast en opnieuw opgenomen op jaarwerkplan 2018.
Wijkverpleegkundige zorg (Bron: overheidsbeleid)	Vinden van een werkwijze waarmee wijkverpleegkundige zorg haalbaar en betaalbaar blijft zonder de visie van Leppehiem geweld aan te doen	80%	Middels samenvoegen Oars en extramuraal wordt een nieuwe werkwijze geïmplementeerd.
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	0%	Wordt opnieuw opgenomen op jaarwerkplan 2018.
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	n.v.t.	Er wordt een nieuwe doelstelling geformuleerd op het jaarwerkplan 2018.
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.	n.v.t.	Doelstelling wordt aangepast en opnieuw opgenomen op jaarwerkplan 2018.
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.	0%	Wordt opnieuw opgenomen op jaarwerkplan 2018

Oars <i>(Bron: vervolgdoelstelling 2016)</i>	Het bestendigen van onze werkwijze binnen Oars voor zelfstandig wonende ouderen, met als uitgangspunt een toekomstbestendig bedrijfs onderdeel te creëren. Daarmee worden de gevolgen van de huidige ontwikkelingen binnen de wijkverpleegkundige zorg meer bepalend.	80%	Oars en Extramuraal zijn samengevoegd.
Jubileum	Het organiseren van het 40-jarige bestaan van Leppehiem in mei 2017.	n.v.t.	Vanwege een organisatiewijziging niet gehouden.
Automatisering bedrijfsprocessen <i>(Bron: beleidsplan 2017-2021)</i>	Het vinden van slimme koppelingen en het optimaliseren van bedrijf- en administratieve processen door verdere automatisering.	50%	Wordt opnieuw opgenomen op jaarwerkplan 2018.
Juridische constructie Leppehiem en De Boarn <i>(Bron: wet- en regelgeving)</i>	Het analyseren van de houdbaarheid van de huidige twee-stichtingen constructie.	n.v.t.	Blijven we monitoren
Website	Het komen tot een aansprekende nieuwe website voor Leppehiem.	80%	Website is bijna klaar. Lancering volgt in 2018.
Grenzen aan zorg, welzijn en dienstverlening <i>(Bron: ontwikkelingen in de zorg)</i>	Onderzoeken in hoeverre het niveau van zorg, welzijn en dienstverlening nog haalbaar is bij verdere beperking in financiële middelen en toename complexiteit zorgvraag.	30%	Wordt opnieuw opgenomen op jaarwerkplan 2018.

Zorg en Welzijn

Onderdeel	Doelstelling	% gereed doelstelling	Toelichting
Mienskappen <i>(Bron: beleidsplan)</i>	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 (Mienskappen binnen het Mienskapssintrum)	20%	Toekomstplaatje positionering verpleegkundigen op de afdeling is gereed en er is gestart met functiedifferentiatie d.m.v de inzet van helpenden en unitassistenten.

Verbinden van HV en persoonlijke zorg <i>(Bron: beleidsplan)</i>	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>	0%	
Deskundigheid personeel zorg <i>(Bron: beleidsplan)</i>	Het deskundigheidsniveau in overeenstemming brengen met de toename van de complexiteit van zorg.	100%	Unitverpleegkundige zijn aangenomen. BBL opleiding voor verpleegkundigen niveau 4 is gestart
Dagbesteding voor bewoners somatiek met behandeling <i>(Bron: beleidsplan)</i>	Onderzoeken op welke wijze het huidige aanbod van activiteiten en dagbesteding beter kan aansluiten op de vraag van bewoners met een complexere zorgvraag	30%	Welzijn wordt meegenomen binnen de opleiding BBL verzorgenden. De werkbegeleiders zijn geïnstrueerd in het begeleiden op het aspect welzijn en dagbesteding
Digitaliseren zorgdossier	Onderzoek naar mogelijkheden digitaliseren zorgdossier	100%	Keuze voor digitaal zorg dossier is gemaakt. Laatste kwartaal is de implementatie gestart op de unit extramuraal en Oars

Oars / Extramuraal

Onderdeel	Doelstelling	% gereed doelstelling	Toelichting
Personeelsinzet zorg	Creëren van flexibele schil door (goedkopere) eigen medewerkers.	100%	In augustus 2017 is OARS verhuisd naar Leppehiem. Het team is inmiddels uitgebreid met helpenden en een helpende route. Een aantal mensen hebben een klein contract maar zijn daarnaast oproepbaar. Op dit moment zijn de kosten van Happy Nurse teruggebracht naar 0. Doelstelling wordt aangepast en opnieuw opgenomen in jaarwerkplan 2018.

Personeelsinzet HH	Het in evenwicht brengen van kosten en opbrengsten huishoudelijke hulp	100%	
Professionaliseren	Ontwikkelen Oars tot een volwaardig organisatie onderdeel van Leppehiem	90%	Dit punt is meegenomen in de besluitvorming om OARS te koppelen aan de afdeling Extramuraal. OARS is verhuisd naar Leppehiem en beide afdelingen zijn samengevoegd in de vorm van een project. Het doel wordt opnieuw geformuleerd en meegenomen in het jaarwerkplan 2018.
Efficiëntie	Inzichtelijk maken op welke wijze wij een inhaalslag kunnen maken wat betreft efficiëntie.	100%	

Bedrijf en Dienstverlening

Onderdeel	Doelstelling	% gereed doelstelling	Toelichting
Herinrichting B&D	Het creëren van een dienst in juiste balans van uitvoer en aansturing en met juiste verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden.	100%	
Externe maaltijdvoorziening	Een gedegen besluit en visie m.b.t. externe maaltijden en mogelijke investeringen.	0%	Naar aanleiding van de financiële ruimte is deze doelstelling uitgesteld naar 2018, zelfde stappen en planning.
Energie	Implementatie n.a.v. besluitvorming over WKK/ketelhuis en kijk op energie middellange en lange termijn	100%	Renovatie ketelhuis en invoer gebouwbeheersysteem afgerond. TD medewerkers hebben in december uitleg gekregen over de werking van het gebouwbeheersysteem.
Begroten en budgetteren	Pilot begroten en budgetteren B&D	100%	2018 wordt als proef jaar beschouwd om de huidige en nieuwe manier van rapporteren en sturen vorm te geven en bij te sturen.

Milieu beleid	Creëren langdurige focuspunten op duurzaamheid en milieu.	0%	Naar aanleiding van de financiële situatie is besloten dit punt door te schuiven naar 2018. Voor gesprekken met leveranciers en inkoop organisatie hebben reeds plaats gevonden.
---------------	---	----	--

Financieel beheer

Onderdeel	Doelstelling	% gereed doelstelling	Toelichting
Budgettering	Het toewijzen van de kosten op een zodanige manier dat er met ingang van 2018 een begroting op afdelingsniveau gemaakt kan worden.	100%	Doelstelling wordt aangepast en opnieuw opgenomen in jaarwerkplan 2018.
Maandrapportage	Het (door) ontwikkelen van een nieuw format, zodat de maandelijkse rapportage tijdig, volledig en betrouwbaar opgeleverd wordt.	40%	Doelstelling wordt opnieuw opgenomen in jaarwerkplan 2018
Advies- en controle functie FA <i>(Bron: Beleidsplan 2017-2021)</i>	De advies- en controle functie van FA meer vorm geven en uitvoeren	n.v.t.	Doelstelling wordt afgevoerd en opgenomen in reguliere werkzaamheden.
Herinrichten exact	Herinrichten exact a.d.h.v de opgestelde criteria voor budgettering	40%	Doelstelling wordt opnieuw opgenomen in jaarwerkplan 2018
Stroomlijnen administratieve processen	Aanleveren gegevens facturering minder tijdrovend. Inkoopfacturen t.a.v de crediteurenadministratie Aangepaste openingstijden kas en uitgifte kantoorartikelen	40%	Doelstelling wordt opnieuw opgenomen in jaarwerkplan 2018
Verbinding tussen functies <i>(Bron: Beleidsplan 2017-2021)</i>	Een goede balans vinden tussen uitvoerende taken en beleidsmatige taken.	n.v.t.	Doelstelling wordt opgenomen in het jaarwerkplan 2018 van Bestuurder/ Beleids en bestuursmanager

Personeel en ondersteuning

Onderdeel	Doelstelling	% gereed doelstelling	Toelichting
Inspelen op huidige arbeidsmarkt	Hoe kunnen we goede medewerkers aan ons binden.	100%	Ingevuld door vormgeven verschillende opleidingstrajecten.
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.	0%	Wordt opnieuw opgenomen op jaarwerkplan 2018.
Interne mobiliteit medewerkers bevorderen	Het flexibiliseren en behouden van medewerkers binnen de eigen organisatie.	100%	
Verzuimbeheersing	Vanuit onderhandelaarsakkoord schrijven plan van aanpak terugdringen verzuim, in samenspraak met de OR.	20%	Wordt opnieuw opgenomen op jaarwerkplan 2018.
Medewerkers volgsysteem	Het zoeken naar een eenvoudig instrument om persoonlijke aandacht voor alle medewerkers te realiseren en het functioneren van individuele medewerkers te volgen.	n.v.t.	Doelstelling wordt aangepast en opnieuw opgenomen op jaarwerkplan 2018.
Balans tussen uitvoering en taken P&O	Vanuit beleidsplan herbezinnen van de rol 'personeel en organisatie', waarbij coördinatie en houden van overzicht belangrijk is.	n.v.t.	Doelstelling wordt opgenomen in het jaarwerkplan 2018 van Bestuurder/ Beleids en bestuursmanager

Proces en Kwaliteit

Onderdeel	Doelstelling	% gereed doelstelling	Toelichting
ISO 9001:2015/ HKZ <i>(bron: NEN)</i>	Implementatie nieuwe norm	95%	Graag in 2018 afvloeien omdat dan de overstapaudit gepland wordt en dit onderdeel afgerond is
Kwaliteitshandboek <i>(bron: audits)</i>	Onderzoek naar het toegankelijker maken van het handboek op intranet.	0%	Wordt opnieuw meegenomen naar 2018
Monitoren Actielijsten <i>(bron: wet- en regelgeving)</i>	Monitoren van voortgang actielijsten en verbeterpunten n.a.v. Boostingsdagen Allardsoog, tevredenheidsonderzoeken bewoners en vrijwilligers, quick scan informatiebeveiliging, Interne audits, externe audits en Wkkgz	100%	
Jaarwerkplan en jaarplanner <i>(bron: beleidsplan 2017-2021)</i>	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.	0%	Wordt meegenomen naar 2018
Interne audits <i>(bron: beleidsplan 2017-2021)</i>	Minder uitgebreide audits. Interviews meer beperken tot de onderdelen voor het vakgebied en functie. Uitvoer en resultaten meer in overleg met managers.	100%	
Kwaliteitskader verpleeghuiszorg <i>(bron: wet en regelgeving)</i>	Het implementeren van het wettelijk kader zoals gesteld in het kwaliteitskader verpleeghuiszorg	95%	Er staan nog punten open op het jaarschema van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg zoals het kwaliteitsverslag; het kwaliteitsplan is in concept klaar, contacten met lerend netwerk is gelegd en staat op de planning.