

Kwaliteitsverslag 2020



Mienskipssintrum Leppehiem Akkrum

Leppehiem...
mienskipssintrum

Inhoudsopgave

| | |
|--|----|
| Inleiding | 3 |
| Hoofdstuk 1 Ontwikkelingen Leppehiem | 3 |
| Hoofdstuk 2 Kwaliteitsbeleid 2020 | 3 |
| 2.1 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning | 4 |
| 2.2. Wonen en welzijn..... | 5 |
| 2.3 Veiligheid..... | 7 |
| 2.4 Leren en verbeteren | 9 |
| 2.5 Leiderschap | 11 |
| 2.6 Personeelssamenstelling | 12 |
| 2.7 Gebruik van hulpbronnen..... | 13 |
| 2.8 Gebruik van informatie | 14 |
| Hoofdstuk 3 Verbetercyclus | 15 |

Inleiding

Voor u ligt het kwaliteitsverslag van Mienskipssintrum Leppehiem, daarna benoemd als Leppehiem. De status van de kwaliteitsdoelstellingen vanuit het kwaliteitsplan 2020 worden hierin beschreven.

Het kwaliteitsjaarverslag is een openbaar document en wordt op de website van Leppehiem gepubliceerd. Leppehiem brengt naast dit kwaliteitsverslag tevens een jaarrekening uit over 2020 en levert alle benodigde kerngegevens aan over het functioneren van de organisatie in Digi MV.

Hoofdstuk 1 Ontwikkelingen Leppehiem

In 2018 heeft Leppehiem besloten mee te draaien in de pilot Waardigheid en Trots op Locatie. In december 2018 is hiermee gestart door het doen van een organisatie scan, gebaseerd op de 8 thema's uit het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. De uitkomsten van deze scan zijn besproken en op basis van hiervan is er binnen Leppehiem een kwaliteitstraject gestart in april 2019. Dit traject is in grote lijnen vooral gericht op het tot bloei brengen van persoonsgerichte zorg, meer aandacht voor welzijn van bewoners, het op orde brengen en houden van de veiligheid thema's, het samen leren en verbeteren en voldoen aan de juiste personeelssamenstelling.

Inmiddels is er een herhaal scan uitgevoerd in augustus 2020 en zijn de uitkomsten hiervan gepresenteerd in september tijdens een bijeenkomst met een brede afvaardiging van medewerkers van Leppehiem. Er was een behoorlijke vooruitgang zichtbaar op bijna alle 8 thema's. Scoorden we in december 2018 nog op meerdere onderdelen niet goed, nu waren die scores aanzienlijk verbeterd. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning scoort het hoogst, wat recht doet aan de warme en hartelijke zorg waar Leppehiem bekend om staat. Een goede prestatie zeker gezien het feit dat we in de afgelopen coronaperiode alle zeilen bij hebben moeten zetten met elkaar.

Hoofdstuk 2 Kwaliteitsbeleid

Uitgangspunt: Kwaliteitsontwikkeling vindt vooral plaats in de samenwerking tussen bewoners/familie en zorgteams

Bij Mienskipssintrum Leppehiem staat persoonsgerichte zorg centraal: wat heeft de bewoner en hun geliefden nodig om zich comfortabel te voelen? En deze persoonsgerichte zorg willen we van goede kwaliteit laten zijn.

Onze visie op kwaliteit is dat wij net iets meer doen dan men verwacht. Dat doen we in een omgeving die veilig is. We vinden het gewoon om elkaar feedback te geven en we mogen al struikelend leren. Door met elkaar te leren, uit te voeren, te evalueren en bij te stellen, willen wij onze zorgverlening doorlopend verbeteren.

Daar bij de bewoner wordt kwaliteit in de ultieme vorm ervaren. De zorgverleners die de zorg voor deze bewoner uitvoeren doen dit op een kwalitatieve goede en veilige manier. Mienskipssintrum Leppehiem ondersteunt en faciliteert de zorgverleners hierbij. We sluiten aan bij de praktijk situatie en vandaar uit ontwikkelen we altijd samen met zorgverleners beleid, getoetst aan de wettelijke kaders. We zijn terughoudend in het maken van beleidsstukken: wanneer we beleid ontwikkelen doen we dat alleen wanneer het ten dienste staat van concrete resultaten in de praktijk.

Daarnaast maken we kwaliteitsbeleid samen met vertegenwoordigers van bewoners (Cliëntenraad) en vertegenwoordigers van medewerkers (Ondernemingsraad/Verpleegkundige en Verzorgende Advies Raad). Door middel van

inspraak, samenspraak en ook tegenspraak bereiken we dat we de hoogst mogelijke kwaliteit kunnen bieden. We zijn transparant in onze manier van werken en leggen verantwoording af aan belanghebbenden.

2.1. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

| Onderdeel | Acties | Resultaat |
|--|---|---|
| Persoonsgerichte zorg is onderdeel van het dagelijks werken (van taakgericht naar persoonsgericht) | -Start programma "U woont nu hier" van Gerke de Boer - E-learning (start februari 2019) - Aanstellen en training van interne 'docenten' voor het begeleiden van intervisie groepen - Start van intervisie groepen, gericht op programma "U woon nu hier" | De organisatie is verdeeld in 3 groepen. Groep 1 en 2 hebben inmiddels het traject succesvol afgelegd. De laatste groep heeft vertraging opgelopen door de corona maatregelen en naar verwachting hebben deze medewerkers begin 2021 dit traject afgerond. |
| Levensloop | Ontwerpen documenten levensverhaal | Door een groep leerlingen is er een mooi document ontworpen waarin de bewoner samen met de familie belangrijke informatie uit het leven van de bewoner kan toevoegen. Er is een proef gedraaid met dit document op Begeleid Wonen en de Serre. |
| Verdere ontwikkeling verpleegkundigen | Coaching en scholing verpleegkundigen | In maart 2020 is het ontwikkeltraject 'verpleegkundig leiderschap' gestart. Alle verpleegkundigen nemen hieraan deel. Door de corona maatregelen heeft dit traject iets vertraging opgelopen. Het traject wordt begin 2021 afgerond. De managers Zorg en Welzijn coachen daarnaast de verpleegkundigen. |
| Leefzorgplannen op orde | Handboek en scholing ontwikkelen ten behoeve van de contactverzorgenden met daarin alle voorwaarden en handreikingen voor een optimaal dossier | Het handboek is ontwikkeld door medewerkers van Leppehiem en is een prachtig product geworden. Voor de scholing wordt naar een alternatief gekeken, gezien de coronamaatregelen is het niet mogelijk om in groepen bij elkaar te komen. |
| Aanvullingen: | | |
| <ul style="list-style-type: none"> De risicosignalering wordt in Leppehiem gedaan door middel van de methodiek SVV (Signalering Veilig Verblijf) en wordt systematisch twee keer per jaar uitgevoerd voor elke client | | |

- Het leefzorgplan wordt twee maal per jaar besproken
- Wensen en behoeften zijn gecheckt en waar nodig bijgesteld in het leefzorgplan
- Er is een Verpleegkundige aangesteld als coördinator van het thema Mondzorg, er zijn aandachtsvelders binnen de team geworven, welke een werkgroep gaan vormen en in 2021 dit thema op de kaart gaan zetten.
- Er is een oriëntatie geweest op een manier van het meten van client waardering. Daaruit is de voorkeur voor een kort-cyclische en eenvoudige manier van meten gekomen (Tante Co). Dit is opgenomen in de begroting.
- Er wordt structureel bekeken of de huidige mate van zorg voor elke client nog voldoende is. Zo nodig worden tijdig herindicaties aangevraagd.

2.2. Wonen en Welzijn

| Onderdeel | Acties | Resultaat |
|---|---|---|
| Familie participatie en vrijwilligers | Op agenda zetten van de teamoverleggen. | Er is vrijwilligersbeleid. Het onderwerp wordt regelmatig besproken in de teams. Daarnaast is er voor familie alle ruimte om deel uit te maken van het dagelijks leven van de bewoner. |
| Zinvolle tijdsbesteding en activiteiten | Voor iedere bewoner is er aandacht voor een plezierige invulling van de dag | Opleiding welzijnscoaches: er is een vierde medewerker gestart met deze opleiding. |
| | | De welzijnscoaches zijn dit jaar over de afdelingen verdeeld en kunnen zo beter aansluiten bij de wensen van cliënten. |
| | | Hier is budget voor aangevraagd en toegekend vanuit de Kwaliteitsgelden voor inzet huiskamer medewerkers. Een extra huiskamer is opgestart. Hierdoor is er meer structuur in de dag en aanbod van zinvolle dag invulling voor mensen die niet zelf hiertoe in staat zijn. |
| | | Er is een enquête gehouden onder cliënten ten aanzien van wensen van een plezierige dag invulling. Op basis hiervan wordt het activiteitenprogramma samen gesteld en wordt er invulling gegeven aan individuele wensen. |

| | | |
|--|--|--|
| | | Gedurende de corona periode worden activiteiten zodanig aangepast zodat zoveel mogelijk binnen de richtlijnen door kan gaan. Er is veel aandacht besteed aan alternatieven. |
| | | Door middel van (sponsoring van) tablets is contact met familie door middel van beeldbellen mogelijk geweest. |
| Maaltijden | Zowel de keuken als het restaurant krijgen tijdelijk ondersteuning om zowel de beleving als de kwaliteit (gezond en gevarieerd) van de maaltijden te verbeteren. | Er is meer aandacht voor sfeerbeleving en kwaliteit is verbeterd in 2020. Er wordt lokaal ingekocht en er is veel aandacht voor versheid en kwaliteit. Dit wordt verder doorontwikkeld in 2021. |
| Leefomgeving | Structurele aandacht voor een leefomgeving passend bij de doelgroep. | Er is een meerjaren plan huisvesting opgesteld. Dit is onder andere gebaseerd op de input van de bijeenkomsten Strategisch Kader. Er is een tuinplan welke in 2021 uitgevoerd wordt. Er is een centrale hal aantrekkelijker gemaakt om te verblijven door het aanbrengen van een grote muurposter. De binnentuin is ten tijde van corona in de eerste golf intensief gebruikt. Er zijn extra zonneschermen aangebracht om de temperatuur in de zomer meer beheersbaar te maken. Er is aandacht voor een meer passende inrichting voor mensen met dementie. |
| Snoezelruimte | Bevorderen van het gebruik van deze mogelijkheid om te ontspannen. | De snoezelruimte is in het begin van het jaar goed gebruikt. Vanwege corona en hygiëne voorschriften staat dit even op een laag pitje. |
| Aanvullingen: <ul style="list-style-type: none"> • Er zijn kaders voor het gebruik van de huiskamer vastgesteld (maximaal aantal deelnemers) en de formatie voor de huiskamer begeleiding is structureel opgenomen in de zzp formatie tool • De digitale clientagenda is in gebruik genomen • Wanneer er behoefte is om op het gebied van levensvragen extra ondersteuning te krijgen, kan dit door een interne, daarvoor opgeleide, medewerker ontvangen, of via het eigen netwerk • In het afgelopen jaar is vanwege de corona maatregelen in bepaalde periodes het eten en drinken op het eigen appartement aangeboden. Het overgrote deel | | |

van de bewoners heeft dit als prettig ervaren en is dit blijven doen ook nadat het Fermidden weer geopend was

- Leefruimtes passend voor de doelgroep: op de Serre wordt er bewust gebruik gemaakt van de ruimte door bewoners te verdelen over de twee delen van de totale huiskamer. Op Begeleid Wonen is de ruimte te klein om dit te kunnen doen. Op beide afdelingen is het afgelopen jaar de ruimte meer in de belevingswereld van de mens met dementie ingericht.

2.3 Veiligheid

| Onderdeel | Acties | Resultaat |
|---|--|---|
| Kwaliteit doen we samen | Het onderwerp 'Kwaliteit' meer van ons allemaal maken | Inhoudelijke vraagstukken worden aan de verpleegkundigen voorgelegd, zodat de input vanuit de zorg geborgd is. Het VVAR beleid is vastgesteld en de wervingscampagne heeft plaatsgevonden. Er zijn daarnaast aandachtsvelders vanuit de teams benoemd. |
| | Thema maanden | Er is een structuur ontworpen waarin elke maand één van de aandachtsvelden in de spotlights staat. Er wordt dan tevens een audit op dit onderwerp uitgevoerd en via de nieuwe manier van het meten van client tevredenheid ook de mening van cliënten gevraagd. Er wordt tevens een themabrief voor die maand samengesteld om bij te dragen aan de ontwikkeling van kennis op dit gebied bij medewerkers. |
| Aandachtsvelders | Werven van aandachtsvelders zodat inhoudelijke kennis gemakkelijk binnen de teams verspreid worden | Er zijn aandachtsvelders voor 9 benoemde thema's geworven. Elk aandachtsveld wordt gecoördineerd door een verpleegkundige. Vanaf 2021 wordt er met werkgroepen per aandachtsveld gewerkt. |
| Keuze Indicatoren Basisveiligheid: Medicatie review | Structureel evalueren in geval van 5 of meer medicijnen bij een persoon. | Hiertoe is een nieuw formulier ontwikkeld. Deze is getest en bijgesteld. Bij alle bewoners die meer dan 5 soorten medicatie gebruiken is een evaluatie uitgevoerd. |

| | | |
|---|--|--|
| Keuze Indicatoren Basisveiligheid: Gebruik van vrijheidsbeperkende middelen/maatregelen | Bewust omgaan met en beperken van gebruik van vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen | Bij de overgang van de BOPZ naar de Wet Zorg en Dwang zijn alle situaties waarin gebruik werd gemaakt van vrijheidsbeperkende middelen/maatregelen geëvalueerd. De invoering van de nieuwe Wet Zorg en Dwang is begeleid door de SOG, de WZD functionaris, psycholoog en verpleegkundige. Medewerkers zijn geschoold hierin en beseffen het belang van alternatieven, ter voorkoming van vrijheidsbeperking. |
| Digitale samenwerking huisartsen en apotheek | In samenwerking met de huisartsen en de apotheek willen we gaan werken met één geautomatiseerd systeem waarin het gehele proces van voorschrijven tot toediening geregistreerd kan worden. | Vanwege de steeds verder gaande mogelijkheden is er een hernieuwde oriëntatie nodig op het meest geschikte (toepassing en financieel) systeem. |

Aanvullingen:

- Er is aandacht geweest voor het actueel maken en houden van de BEM score (Beheer Eigen Medicatie)
- In het begin van het jaar zijn alle dossiers gecontroleerd op een actueel medicatie overzicht en bijpassende toedienlijst. Het is de verantwoordelijkheid van de apotheek om dit bij te houden.
- Het palliatieve beleid is opnieuw beschreven
- We zijn terughoudend in het gebruik van antibiotica
- Er zijn afspraken gemaakt over de manier van retourneren van medicatie. Tevens zijn er twee verpleegkundigen benoemd die aanspreekpunt zijn voor de apotheek
- Beleid temperaturen koelkasten is vastgesteld
- Er is een veilige afscherming van het trappenhuis geïnstalleerd voor rolstoelen en rollators
- Het beleid rondom kleding en schoenen is opnieuw onder de aandacht gebracht
- Er is veelvuldig aandacht besteed aan de juiste manier van een goede hygiëne
- HACCP is op orde
- Er is een analyse formulier voor de F&O meldingen ontworpen. Elke maand ontvangt de verpleegkundige van de afdeling een overzicht van het aantal en soort meldingen van de afdeling. De verpleegkundige bespreekt deze meldingen met het team. Elk kwartaal komt er een verbeterplan op basis van de trends.
- De Wet Zorg en Dwang is geïmplementeerd en geëvalueerd. Het systeem wordt aangepast om ook digitaal dit goed weg te kunnen zetten.
- Een van de modules van het programma "U woont nu hier" is aangepast aan de veranderende wetgeving rondom de Wet Zorg en Dwang. Daarnaast worden er casus besprekingen gehouden met de afdelingen (eerst gericht op PG).

2.4 Leren en verbeteren

| Onderdeel | Acties | Resultaat |
|---------------------------------|--|--|
| Individuele ontwikkeling | Ontwikkelen van 360 graden feedback | Het instrument 360 graden feedback is ontwikkeld. Door de corona maatregelen zijn er weinig team overleggen geweest. Daardoor uitvoering van de 360 graden feedback in 2021. |
| Teamontwikkeling | Bespreken kwaliteitsonderwerpen en maken teamplan | Kwaliteit is vast punt op de agenda van het teamoverleg. Met het maken van teamplannen wordt gestart in 2021. Het ontwerp is klaar en de introductie ervan bij de teams ook. |
| Verpleegkundig overleg | Verhoging frequentie Verpleegkundig Overleg naar 1x per 4 weken | Maandelijks is er een VP overleg. Op de agenda staan veel (kwaliteits)onderwerpen. De Verpleegkundigen zijn dit afgelopen jaar meer en meer betrokken geworden bij de inhoud van kwalitatieve zorg. |
| Kwaliteitsdialoog | Dialoogvorm tussen manager Zorg en Welzijn en verpleegkundigen ontwikkelen | Dit is ontwikkeld en ingevoerd. Maandelijks voert de manager Zorg en Welzijn individuele gesprekken met verpleegkundigen, onder andere t.a.v. voortgang op gebied van kwaliteit van zorg. |
| Kwaliteit Verbeter Cyclus (KVC) | Introductie KVC in teams | Vanwege corona maatregelen hebben veel teamoverleggen geen doorgang kunnen vinden. Daarnaast is het KVC model inmiddels niet meer gratis beschikbaar voor Leppehiem. Hierdoor voor een model gekozen waarmee client tevredenheid het hele jaar door gemeten kan worden, waardoor er ook gelijk verbeterplannen gemaakt kunnen worden, ook door de teams. |
| Interne audits | Herhalen van interne audits | Door de corona maatregelen konden er geen audits op de afdelingen gehouden worden. In september heeft wel de herhaalscan Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg plaatsgevonden, wat ook een manier van auditen is. |

| | | |
|---|---|--|
| Herhaal scan Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg | Organiseren van een vervolg meting Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg | Deze herhaalscan heeft in augustus en september plaatsgevonden. De uitkomsten daarvan zijn heel positief. Op alle onderdelen van het Kwaliteitskader is voortuitgang geboekt. |
| Het verder vormgeven van het lerend netwerk | Verkennen van de mogelijkheden van samenwerking tussen de verschillende afdelingen van de drie organisaties Leppehiem, 't Bildt en Hof en Hiem. | Op bestuurlijk niveau is hier regelmatig contact over. Daarnaast is er fasegewijs begonnen met het gezamenlijk overleg op afdelingsniveau (staf afdelingen). Er is gestart met de afdeling P&O. In 2020 zijn hier ook de afdelingen ICT en Kwaliteit bij betrokken. Dit proces wordt in 2021 verder uitgezet. Daarnaast hebben 4 collega's de mogelijkheid aangegrepen om ervaring op te doen in het covid-huis in Heerenveen. |

Aanvullingen:

- De team overleggen hebben een vaste structuur
- Het team ontwikkelplan per aandachtsgebied is ontwikkeld en wordt in 2021 in werking gezet met de start van de aandachtsvelders
- Middels de afvaardiging van cliënten en medewerkers (CR en OR) kan er input geleverd worden op het kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag
- Dit jaar zijn er geen interne audits uitgevoerd vanwege de coronamaatregelen (niet onnodig op de afdelingen zijn van anderen) en vanwege het gegeven dat er een herhaalscan is uitgevoerd (dat is ook een vorm van auditen)
- Lerend netwerk: er hebben zich 4 medewerkers opgegeven om ervaring op te gaan doen in het covid-huis, tot grote tevredenheid van de betreffende medewerkers en het covid-huis. Men heeft daar veel geleerd en belangrijke ervaring opgedaan.
- De KVC is vertraagd geraakt vanwege corona maatregelen. Daarnaast is deze niet meer vrij toegankelijk voor Leppehiem en zit er een stevig kostenplaatje aan vast (het model wordt inmiddels door een andere leverancier aangeboden en de mondelinge toezegging van gratis uitproberen is niet meer geldig). We zijn bezig met een manier van kort-cyclisch meten van client tevredenheid, wat ook voor input voor de verbeterplannen van de teams kan gaan zorgen, waardoor het continue leren en verbeteren toch gefaciliteerd wordt op deze manier.
- Er is een begin gemaakt met het makkelijker vindbaar maken van documenten in het Kwaliteitshandboek

2.5. Leiderschap, governance en management

| Onderdeel | Acties | Resultaat |
|--------------------------------------|---|---|
| Meelopen bestuurder | | Meelopen bestuurder: dit is niet aan de orde vanwege de corona maatregelen. Wel is er gedurende de zomerperiode wekelijks contact geweest met alle afdelingen door een bezoekje van een van de LT leden aan de afdeling. |
| Sturen en coachen op kwaliteit / KMS | Structureel aandacht voor kwaliteit binnen het LT (Leiderschapsteam) | De trends rondom F&O's (melding fouten) worden structureel besproken op het LT. Daarnaast is dit jaar een nieuw Kwaliteit Management Systeem ontwikkeld (KMS). In dit KMS wordt per maand beschreven wat er gemeten wordt op het gebied van kwaliteit in de breedste zin van het woord. Het KMS is een structureel agendapunt van het LT. |
| De ondersteunende diensten | Samenwerking ondersteunende diensten Hof en Hiem, Leppehiem en Zorgcentrum 't Bildt | Deze samenwerking is op gang gekomen en op praktisch gebied wordt kennis gedeeld. In 2021 krijgt dit een vervolg. |
| Strategisch plan | Ontwikkelen strategisch plan | Er is een traject opgestart met brede vertegenwoordiging uit de organisatie en stakeholders voor het maken van een strategisch kader. Vanuit hieruit wordt het doelgroepenbeleid geformuleerd. Door de coronamaatregelen loopt dit traject wat vertraging op. |
| Professionele inbreng | Organiseren professionele inbreng raad van bestuur | Professionele inbreng: er is structureel overleg tussen de SOG en de bestuurder. Vanuit het Verpleegkundig overleg worden punten besproken en gedeeld met het LT. Het VVAR beleid is opgesteld en het wervingstraject is in gang gezet. Daarnaast is er scholing voor de nieuwe VVAR leden opgezet. De verwachte start van de VVAR is 1 januari 2021. |

| | | |
|---|--|--|
| Doelgroepenbeleid | Vormgeven van een nieuw doelgroepen beleid | Dit is een uitvloeisel van het nieuw vast te stellen Strategisch Kader. Dit proces loopt met een brede interne afvaardiging en met stakeholders. Door de corona maatregelen heeft dit vertraging opgelopen en wordt dit begin 2021 vervolgd. |
| Aamvulling: <ul style="list-style-type: none"> Er zijn dit jaar 3 medewerkersbijeenkomsten georganiseerd, waarin medewerkers worden bijgepraat op de laatste ontwikkelingen en waar ruim de gelegenheid is om vragen te stellen of onderwerpen bespreekbaar te maken. | | |

2.6. Personeelssamenstelling

| Onderdeel | Acties | Resultaat |
|--|---|--|
| Formatie | Voldoende medewerkers | Helpenden/woonzorg-ondersteuners op de huiskamer. Nu ook op de derde huiskamer ingezet. Regelmatig vacatures uitgezet. Er is weer een nieuwe groep helpenden aan de slag om opgeleid te worden tot niv. 3IG |
| Verpleegkundige aanwezigheid vergroten | Behoud van huidige en wanneer mogelijk uitbreiden van verpleegkundige aanwezigheid | Verpleegkundige bezetting tussen 7.00- - 23.00 uur, 7 dagen in de week is gerealiseerd. De verdeling van aanwezige verpleegkundige door de week is beter verspreid. 's Nachts wordt de verpleegkundige bereikbaarheid verzorgd door Happy Nurse. Er is onderzocht of het mogelijk is om zelf een verpleegkundige in de nacht in te zetten. Dit is tot op heden niet haalbaar gebleken, gezien de krapte van verpleegkundigen op de arbeidsmarkt. |
| ZZP formatie tool | Werken met een zzp formatie tool zodat objectief gekeken kan worden naar de bezetting | Intramuraal is deze helemaal geïmplementeerd. In Extramuraal is nu een begin hiermee gemaakt en moeten de puntjes nog op de 'i' gezet |

| | | |
|---|--|---|
| | | worden wat betreft het systeem zelf (extramuraal heeft te maken met verschillende financieringen). |
| Deskundigheid | Ontwikkeling van medewerkers volgens het scholingsplan | Het scholingsplan is uitgevoerd. Er is een extra scholing aangeboden aan contactverzorgenden ter ondersteuning van hun rol. |
| Functioneringsgesprekken | Voeren van individuele gesprekken met medewerkers. | Door omstandigheden hebben deze gesprekken niet plaatsgevonden. Met de komst van de nieuwe managers hebben er wel regelmatig individuele gesprekken plaatsgevonden. |
| Basisrooster | Instellen van een basisrooster | De Bestuurder en P&O Adviseur hebben een rondje langs de teams gemaakt waarin het roosterbeleid aan de orde is geweest en afspraken gemaakt over beschikbaarheid (principe is dat iedereen alle diensten werkt). Het basisrooster is nog niet klaar, dit wordt in 2021 verder opgepakt. |
| Aanvullingen: <ul style="list-style-type: none"> • Er wordt intensief ingestoken op verminderen van verzuim • Het verloop van medewerkers is laag (2%) | | |

2.7. Gebruik van hulpbronnen

| Onderdeel | Acties | Resultaat |
|------------------------------------|---|---|
| Geautomatiseerd roosterprogramma | Invoering van een geautomatiseerd rooster systeem | Het roostersysteem SBD is geïmplementeerd en wordt volop gebruikt. In 2021 zal er nog een verdiepingsslag plaatsvinden zodat alle mogelijkheden van het systeem benut worden. |
| Domotica | Optimale inzet van domotica | Domitica welke niet voldeed is vervangen. Problemen op dit gebied worden snel verholpen. |
| Arbeidsbesparende zorg technologie | Deelname aan provinciale pilot | In het afgelopen jaar is de heup airbag geïntroduceerd, welke al door meerdere cliënten tot tevredenheid gebruikt wordt. Er |

| | | |
|--|---|---|
| | | zijn extra exemplaren aangevraagd, zodat we het gebruik hiervan nog verder kunnen uitbreiden. |
| Werken volgens richtlijnen | Duidelijke protocollen en goed vindbaar | Een groot aantal protocollen zijn geëvalueerd, meer werkprocessen zijn beschreven en gebruiks- vriendelijker beschreven. De vindbaarheid is aangepast en verbeterd. |
| Gebruik van hulpmiddelen | Voldoende hulpmiddelen en juist gebruiken ervan | Er zijn ergo coaches aangesteld en geschoold. Er is aandacht geweest voor het juist gebruiken ervan en er zijn nieuwe hulpmiddelen aangeschaft. |
| Aanvullingen: <ul style="list-style-type: none"> • Er is een inhaalslag gemaakt ten aanzien van evaluatie protocollen • De vindbaarheid van protocollen wordt verbeterd • De hulpmiddelen zijn in kaart gebracht en er zijn diverse nieuwe hulpmiddelen aangeschaft • Hulpmiddelen worden structureel en tijdig gekeurd • Leppehiem neemt deel aan het provinciale project "Anders werken in de zorg" van waaruit de innovatie 'heupairbag' is geïmplementeerd • Alle teams hebben toegang gekregen tot het digitaal kunnen overleggen via MStems | | |

2.8. Gebruik van informatie

| Onderdeel | Acties | Resultaat |
|-------------------------------------|---|---|
| Privacy beleid | Extra aandacht voor het weggooien van persoonlijke gegevens op medicatiedoosjes en baxterzakjes | Deze worden niet meer bij het gewone afval gedaan. |
| Terugdringen administratieve lasten | Opstarten van een project Slimmer Organiseren | Het traject is gestart, de eerste resultaten zijn zichtbaar. Iedere medewerker kan ideeën aandragen om de administratieve lasten te verminderen. Dit project gaat verder in 2021. |
| Zorgkaart Nederland | Twee keer per jaar actief aandacht vragen voor het invullen van Zorgkaart Nederland | Dit wordt structureel in juli en december van het jaar gedaan. Bewoners en contactpersonen krijgen hierover een brief met een uitleg en een uitnodiging om hun bevindingen met Leppehiem en Oars op |

| | | |
|--|--|--|
| | | Zorgkaart Nederland te delen. Het aantal mensen wat dit inderdaad ook doet neemt toe door deze actieve benadering. |
| Opname commissie | Duidelijkheid creëren in het proces rondom nieuwe opnames door beleid vast te stellen en een opname commissie te vormen. | Het beleid is opgesteld en bijna vastgesteld, waarna de opname commissie geïnstalleerd kan worden. |
| Informatie voor cliënten | Bijwerken van de informatie voor cliënten | Dit wordt meegenomen in het opnieuw beschrijven van het opname proces. |
| Implementatie CarenZorgt | Op alle afdelingen wordt gewerkt met CarenZorgt | Aan elke client en/of contact persoon is de mogelijkheid aangeboden om toegang te krijgen tot CarenZorgt. |
| Management informatie systeem | Management informatie uitbreiden naar wens van het LT | De Controller voorziet het LT maandelijks van de gewenste stuurinformatie. |
| Aanvulling: | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Er wordt optimaal samengewerkt met SOG en huisartsen | | |

Hoofdstuk 3 Verbetercyclus

Het Kwaliteitsplan omvat alle plannen en verbeteracties voor Mienskipssintrum Leppehiem over dat jaar. Alle kwaliteit items van de diverse afdelingen en de het plan van aanpak vanuit het traject Waardigheid en Trots op locatie, komen hierin samen.

Als input hiervoor zijn gebruikt:

- Bevindingen van verpleegkundigen
- Evaluaties van teams
- Observaties Manager Zorg en Welzijn
- Meelopen coach WOL
- Scan Kwaliteitskader (december 2018) en herhaalscan (september 2020)
- Input uit de cliënt beoordelingen
- Er is intensief contact met de Cliëntenraad, waarbij signalen vanuit cliënten structureel onderwerp van de agenda is.
- De beoordeling op Zorgkaart Nederland op moment van schrijven is voor de locatie Leppehiem 8, met een aanbevelingsscore van 91%. Voor de thuiszorg van Leppehiem is dit een score van 8,1, met een aanbevelingsscore van 100%.

In 2020 is er een nieuw Kwaliteit Management Systeem (KMS) ontworpen. Hierin zijn alle zaken die gemonitord en gemeten worden binnen Leppehiem in kaart gebracht. Dit KMS staat structureel op de agenda van het Leiderschapsteam, zodat alle metingen tijdig in beeld zijn en uitgevoerd kunnen worden. Op deze manier houden we structureel zicht op kwaliteit in de breedste zin van het woord.

De zorginhoudelijke aandachtspunten worden gemonitord door middel van het doen van audits. Deze audits zijn gebaseerd op de 8 thema's uit het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. De audits bestaan uit:

- Meelopen van een dagdeel met de zorg
- Gesprekken met zorgmedewerkers
- Dossiercheck van Leefzorgplannen
- Check op de diverse veiligheidsthema's (zoals aftekenlijst medicatie, volgen van de hygiëne richtlijnen, zorgvuldig omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen)

De bevindingen worden met de teams besproken en op basis daarvan gaat men aan de slag met een teamplan. Tevens vindt er een check plaats op de trends die zichtbaar worden (team overstijgende aandachtspunten). Dit vormt weer input voor het Kwaliteitsplan en jaarplan 2020. Daarnaast wordt in 2020 weer een herhaal scan uitgevoerd (als opvolging van de scan Kwaliteitskader van december 2018) om de voortgang te monitoren en waar nodig de plannen bij te stellen.

Verder is de uitwisseling binnen het lerend netwerk met Zorgcentrum 't Bildt te St. Annaparochie en Hof en Hiem te St. Nicolaasga op gang gekomen. Vanuit de diverse stafafdelingen vindt meer en meer uitwisseling van kennis plaats. Daarnaast wordt er met deze twee organisaties een gezamenlijk traject voor opleiding van niveau 3 IG medewerkers uitgevoerd. Op bestuurlijk niveau worden gesprekken gevoerd voor het intensiveren van de samenwerking op afdelingsniveau.