



Kwaliteitsverslag L Zorg en  
woonzorgcentrum RaYan

## Inhoud

Voorwoord.....	3
1. Aanleiding.....	4
1.1 Missie.....	4
1.2 Visie en kernwaarden.....	4
1.3 Leeswijzer.....	5
2. Kwaliteit en Veiligheid.....	5
2.1 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning.....	5
2.2 Wonen en welzijn.....	6
2.3 Veiligheid.....	8
2.4 Leren en verbeteren van kwaliteit.....	10
3. Randvoorwaarden.....	12
3.1 Leiderschap, governance en management.....	12
3.2 Personeelssamenstelling.....	12
3.3 Gebruik van hulpbronnen.....	14
3.4 Gebruik van informatie.....	16

### *Voorwoord*

Voor u ligt het kwaliteitsverslag van L Zorg en woonzorgcentrum RaYan. L Zorg is een kleinschalige zorgaanbieder die verpleging en verzorging aanbiedt in de thuissituatie van cliënten. Vanaf 1 januari 2017 levert L Zorg WLZ geïndiceerde zorg in de thuissituatie. Naast thuiszorg heeft L Zorg sinds november 2017 een kleinschalig woonproject genaamd woonzorgcentrum RaYan. Met dit woonzorgcentrum speelt L Zorg in op de toenemende vraag van intensieve specialistische zorg voor cliënten uit de islamitische gemeenschap.

Dit kwaliteitsverslag biedt inzicht in hoe L Zorg dagelijks invulling geeft aan het verbeteren van de kwaliteit van haar geleverde zorg. Het kwaliteitsverslag wordt jaarlijks voor 1 juli gepubliceerd en is gebaseerd op de evaluatie van de gestelde doelstellingen van het jaarlijks opgestelde kwaliteitsplan.

## 1. Aanleiding

Het kwaliteitsverslag van L Zorg is geschreven conform de standaard, zoals geformuleerd in het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Het kwaliteitskader verpleeghuiszorg is met name gericht op de intramurale zorgsetting. Dit betekent echter niet dat de werkwijzen, uitkomsten en leerpunten niet toepasbaar zijn bij het verlenen van extramurale zorg. L Zorg past de werkwijzen zoals gesteld in dit kwaliteitsverslag toe op haar totale zorgaanbod, waaronder het volledig en modulair pakket thuis (MPT & VPT).

Het kwaliteitskader verpleeghuiszorg is als kwaliteitsstandaard opgenomen in het wettelijk register van het Zorginstituut. Het register van het Zorginstituut geeft inzicht in de afspraken tussen zorgaanbieders, cliënten en zorgverzekeraars over goede zorg en is de basis voor het toezicht en verantwoording.

In het jaarlijkse kwaliteitsverslag van L Zorg wordt gereflecteerd op de wijze waarop de zorgverleners dagelijks invulling geven aan het bieden van de juiste zorg en het verbeteren hiervan dichtbij de cliënt. Belangrijke voorwaarde van het kwaliteitskader is transparantie. Dit kwaliteitsverslag is in alle openheid beschikbaar voor de betrokken zorgverleners. Daarnaast wordt het kwaliteitsverslag gepubliceerd op de eigen website en de openbare database van het Zorginstituut.

### 1.1 Missie

L Zorg wil de meest cliëntgerichte en betrouwbare zorgaanbieder zijn. De vraag van de cliënt is het uitgangspunt voor het professioneel handelen en is de leidraad bij het verlenen van de zorg. De kleinschalige en zeer professionele organisatie zorgt voor hoog gemotiveerde medewerkers, die bijdragen aan het welzijn en klanttevredenheid van cliënten.

### 1.2 Visie en kernwaarden

Nederland vergrijsst in hoog tempo, wat betekent dat de zorgvraag steeds verder stijgt. De overheid stimuleert zorgaanbieders om zorgverlening zo lang mogelijk bij de cliënt thuis aan te bieden, waarbij maximaal wordt ingespeeld op de persoonlijke behoefte van de cliënt. L Zorg is een kleinschalige organisatie die de volgende zorgproducten biedt:

- Thuiszorg (verpleging, verzorging, begeleiding en thuishulp);
- Volledig of modulair pakket thuis;
- begeleiding bij psychogeriatrische/psychiatrische aandoening of beperking;
- begeleiding bij een verstandelijke, lichamelijke of zintuigelijke handicap;
- 24 uren palliatieve zorg.

De zorgverlening is erop gericht cliënten zolang mogelijk thuis te laten wonen. Hierbij wordt, indien mogelijk, samengewerkt met mantelzorgers en staan de persoonlijke voorkeuren van de cliënt centraal. Naast de thuiszorg, biedt L Zorg 24 uren chronische verpleeghuis- en verzorgingshuiszorg aan op een kleinschalig wooncentrum. Binnen het woonzorgcentrum RaYan is capaciteit voor 16 cliënten met WLZ. De zorg wordt verstrekt in natura.

L Zorg speelt in op de vergeten doelgroep uit de islamitische gemeenschap. Steeds vaker staan islamitische ouderen voor de keuze thuis te blijven en kwaliteit van leven verliezen, of overgeplaatst worden naar reguliere verpleegtehuizen, waar geen rekening wordt gehouden met hun religieuze en culturele achtergrond. L Zorg stelt dat iedereen de kans verdient om aan het maatschappelijk en sociale leven deel te kunnen nemen. Begrip voor normen, waarden, culturele- en religieuze achtergrond is voor L Zorg een vanzelfsprekendheid. L Zorg heeft zich gespecialiseerd in het verlenen van islamitische multiculturele zorgverlening. De zorgcoördinatoren spreken de taal en kennen de culturele en religieuze achtergrond. Waar nodig worden medewerkers die niet bekend zijn met de cultuur en gebruiken bijgeschoold.

Op basis van de behoeften en wensen van haar bewoners biedt L Zorg zorgverlening en activiteiten gericht op het bevorderen van de gezondheid, zelfredzaamheid en het welzijn van haar cliënten. L Zorg streeft ernaar de thuissituatie zoveel mogelijk in ere te houden en zo maximaal comfort voor haar cliënt te bieden. Hierbij is specifiek aandacht voor gebruiken voortkomend uit de islamitische gemeenschap. L Zorg stelt de regie over het eigen leven van de cliënt centraal en geeft de cliënt keuzevrijheid in de geleverde zorgverlening. L Zorg ontwikkelt voor iedere cliënt een zorgaanbod op maat, aansluitend bij zijn of haar beleving. Kernwaarden die L

Zorg hierbij hanteert zijn persoonlijke betrokkenheid, integriteit, cliënt centraal, maatschappelijke betrokkenheid en laagdrempeligheid.

### 1.3 Leeswijzer

Dit kwaliteitsverslag is opgesteld aan de hand van de acht thema's zoals vastgesteld in het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. De acht thema's zijn onderverdeeld in twee hoofdstukken: Kwaliteit & Veiligheid en de randvoorwaarden. Per paragraaf wordt ingegaan op één thema van het kwaliteitskader. Hierbij wordt per thema onderscheid gemaakt in:

- de verwachtingen vanuit het kwaliteitskader;
- de werkwijze: de wijze waarop L Zorg hier invulling aan geeft;
- de reflectie op de verbeterpunten vanuit het kwaliteitsplan.

## 2. Kwaliteit en Veiligheid

### 2.1 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Het kwaliteitskader stelt dat een ieder met een zorg – en ondersteuningsbehoefte een uniek persoon is met een eigen geschiedenis, toekomst en doelen. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning gaat over de wijze waarop de cliënt in alle levensdomeinen uitgangspunt is bij de zorgverlening. Hierbij faciliteert de zorgaanbieder een zo optimaal mogelijke kwaliteit van leven voor de cliënt. In het kwaliteitskader is dit thema uitgewerkt aan de hand van de volgende richtlijnen:

- Heldere afspraken in een vastgesteld ZLP (ZLP). Iedere cliënt beschikt binnen 24 uur over een voorlopig ZLP (met in ieder geval zaken zoals medicatie, dieet, primaire hulpvraag, een eerste contactpersoon en afspraken over handelen bij calamiteiten), dat uiterlijk zes weken na opname (of zoveel eerder als mogelijk) volledig en (tot bijstelling aan de orde is) definitief wordt.
- De verantwoordelijkheid voor het opstellen van een ZLP is belegd bij een verzorgende van tenminste niveau 3 (IG), of bij een andere zorgverlener van tenminste niveau 3. Bij voorkeur is dit de contactverzorgende dan wel de eerste verantwoordelijk verzorgende of verpleegkundige (EVV-er).
- De zorg wordt geleverd vanuit vier domeinen: compassie, uniek zijn, autonomie en zorgdoelen.

#### 2.1.1 Werkwijze L Zorg

De vier hierboven beschreven domeinen uit het kwaliteitskader sluiten aan bij de zorgvisie en kernwaarden van L Zorg: het centraal stellen van de behoefte van de cliënt. Om cliënten persoonsgerichte zorg en ondersteuning te bieden, zet L Zorg bij de instroom van nieuwe cliënten de volgende stappen:

1. Voorgesprek met cliënt, familie en mantelzorgers door directie;
2. Vaststellen zorgvraag cliënt en of diepgaandere diagnose noodzakelijk is;
3. Intake cliënt door HBO verpleegkundige, waar de belangrijkste punten voor de zorgverlening worden afgestemd;
4. Betrekken casemanager indien sprake is van een cliënt met een PG achtergrond;
5. Opstellen voorlopig ZLP (binnen 24 uur na opname) met daarin in ieder geval:
  - De primaire zorgvraag;
  - Het medicatieoverzicht;
  - Dieet;
  - Contactgegevens ICE (in case of emergency) contactpersoon;
  - Afspraken over wat te doen bij calamiteiten
6. Opstellen medisch plan door SO (indien van toepassing);
7. Uitdiepen en vaststellen van definitief zorgplan met cliënt (of diens vertegenwoordiger), waarbij rekening is gehouden met de behandeling, ondersteuningsdoelen en individuele wensen en behoeftes van de cliënt.

Ieder half jaar wordt het ZLP per cliënt herijkt, waarbij aandacht is voor mogelijke veranderingen in zorgbehoefte, ondersteuningsdoelen en individuele behoeftes. Tijdens deze herijking worden bovenstaande stappen naar gelang behoefte opnieuw gevolgd.

### *2.1.2 Uitkomsten plannen en acties thema persoonsgerichte ondersteuning*

In het kwaliteitsplan heeft L Zorg op het thema persoonsgerichte zorg en ondersteuning het doel gesteld haar tot nu toe taakgerichte ZLP's te vertalen naar persoonsgerichte ZLP's. Hierbij is extra aandacht voor de persoonlijke behoeften van de cliënt en de in het kwaliteitskader genoemde domeinen compassie, uniek zijn, autonomie en zorgdoelen.

Aan het einde van Q2 2018 zijn alle VIG (verzorgende individuele gezondheidszorg) medewerkers opgeleid in het afnemen van een volledige intake voor nieuwe cliënten. De medewerkers zijn opgeleid om de intake volgens een checklist uit te voeren. Hierbij is naast de zorgbehoefte en ondersteuningsdoelen specifiek aandacht voor de levensgeschiedenis, gewoontes en interesses van de cliënt. Deze informatie helpt L Zorg de zorgverlening zo optimaal mogelijk te laten aansluiten bij de persoonlijke wensen van de cliënt.

Gedurende de tweede helft van 2018 wordt elk nieuw ZLP opgesteld volgens de bovengenoemde vastgestelde werkwijze. Na het vaststellen van het initiële ZLP, volgt minimaal eens per zes maanden een herijking plaats. De herijking vindt plaats in de vorm van een multidisciplinair overleg (MDO), waarbij de zorgbehoefte opnieuw in kaart wordt gebracht. Hierbij is specifiek aandacht voor gebruik van medicatie, de eventuele noodzakelijke vrijheid beperkende middelen, zorgdoelen en de persoonlijke behoeften van de cliënt. L Zorg maakt gebruik van een gestandaardiseerd cliënttevredenheidsonderzoek. L Zorg bespreekt tijdens de halfjaarlijkse herijking van het ZLP de ervaringen van de cliënten op o.a. het gebied van wonen, welzijn, persoonlijke behoefte en veiligheid. De uitkomsten hiervan vormt de basis voor het doorvoeren van verbeteringen voor de individuele cliënt en de organisatie. Indien de zorgvraag van een cliënt binnen een halfjaar sterk verandert, organiseert L Zorg een vervroegde herijking van het ZLP, zodat altijd snel ingespeeld kan worden op plotselinge veranderingen in zorgbehoefte van cliënten.

Cliënten en verwanten hebben inzicht in het vastgestelde ZLP en de bijbehorende rapportages. Bij iedere cliënt thuis (zowel intramuraal als extramuraal) zijn fysieke dossiers aanwezig. Binnen de thuiszorg is Icare geïmplementeerd. Dit systeem geeft verwanten en mantelzorgers de mogelijkheid op afstand mee te kijken met de door L Zorg geleverde zorg. De planning is om dit systeem in de loop van 2018 verder uit te rollen voor binnen het woonzorgcentrum.

Naast het persoonsgericht maken van elk ZLP (wijze van bejegenen, de normen en waarden in kaart brengen, gebruiken en wat ze vanuit huis gewend zijn om te eten) heeft L Zorg zich het doel gesteld om voor iedere cliënt met een psychogeriatrische (PG) achtergrond een benaderingsplan op te stellen. Aan het einde van Q2 2018, heeft L Zorg dit voor 50% van haar cliënten gerealiseerd. Doel is dat voor het einde van 2018 alle cliënten met een PG-achtergrond of andere gedragsproblematiek een benaderingsplan heeft.

## *2.2 Wonen en welzijn*

Binnen het thema wonen en welzijn onderscheid het kwaliteitskader vijf thema's, waar elke verpleeg- en verzorgingshuis aantoonbaar invulling aan dient te geven:

- Zingeving;
- Zinnige tijdsbesteding;
- Schoon en verzorgd lichaam plus verzorgde kleding;
- Familieparticipatie en inzet vrijwilligers;
- Wooncomfort.

### *2.2.1 Werkwijze L Zorg*

Onderstaand volgt per bovengenoemd thema een uitwerking van de werkwijze van L Zorg:

#### *Zingeving*

Binnen L Zorg zorgt een multidisciplinair team voor aandacht en ondersteuning bij specifieke levensvragen van haar cliënten. De arts is verantwoordelijk voor het inschakelen van de juiste discipline. Binnen L Zorg is vanwege de geloofsovertuiging een samenwerking met een geestelijke verzorger die aandacht en ondersteuning biedt bij levensvragen van somatische, psychogeriatrisch en terminale bewoners. De bewoners die daar gebruik van maken ervaren een gevoel van bezinning. Verder is er een maatschappelijk werker

beschikbaar voor cliënten die hier behoefte aan hebben. Naast de maatschappelijk werker en de geestelijk verzorger heeft de zorgcoördinator aandacht voor de cliënt en hun specifieke vragen.

#### *Zinvolle dagbesteding*

Dagelijks wordt er één activiteit georganiseerd die passend is bij de interesse en wensen van de bewoners. Die interesses en wensen van de bewoners zijn vastgelegd in het ZLP. Iedere medewerker is getraind om bewoners te ondersteunen en stimuleren voor het uitvoeren van een zinvolle dagactiviteit. De dagactiviteiten beperken zich niet tot binnen de muren van het woonzorgcentrum. Zo wordt eens per kwartaal een hamam uitje georganiseerd.

Voor bewoners met dementie wordt gewerkt vanuit een belevingsgerichte visie. Het doel van een belevingsgerichte benadering is het creëren van een veilige omgeving, waarin de cliënt zoveel mogelijk wordt ondersteund bij het aanpassen aan de gevolgen van dementie, het behouden van eigen waarde en het bieden van een veilig geborgen gevoel. Belevingsgericht werken houdt in dat, indien mogelijk, de regie zoveel mogelijk bij de cliënt ligt, zo ook bij dagbesteding. Het uitgangspunt is de beleving van de cliënt, waar rekening wordt gehouden met de behoeftes, mogelijkheden en wensen van de cliënt. Hierbij worden herinneringen van vroeger bovengehaald door bijvoorbeeld te dansen op buikdansmuziek.

#### *Schoon en verzorgd lichaam en verzorgde kleding*

In het ZLP zijn afspraken vastgelegd over de wensen en behoeften van de cliënt op het gebied van hygiëne. Alle cliënten worden dagelijks verzorgd. Daarnaast worden de bewoners gestimuleerd om 5 maal daags de gebedsdiensten te verrichten, waar de religieuze wassing aan vooraf gaat. Hygiëne staat bij deze doelgroep hoog in het vaandel. Cliënten hebben de mogelijkheid hun kleding wekelijks te laten reinigen met de wasserette service. Naast de standaard dagelijkse verzorging is een tandartspraktijk verbonden aan het zorgcentrum Rayan. Voor minder mobiele cliënten komt de tandtechnicus op locatie om mondzorg te verlenen.

#### *Familieparticipatie en inzet vrijwilligers*

Familie, naasten en/of mantelzorgers worden zoveel mogelijk betrokken bij de zorgverlening van de cliënt. Hier is tijdens de intake al specifieke aandacht voor. De families zijn nauw betrokken bij de zorgverlening voor de cliënten. Zo wordt er door familieleden gekookt en organiseren familieleden activiteiten voor de bewoners. Op dit moment is de inzet van familie, naasten en/of vrijwilligers vrijblijvend georganiseerd. Doel is om een vast rooster te hebben voor vrijwilligers.

#### *Wooncomfort*

L Zorg kent een huiselijke, warme en uitnodigende sfeer. De cliënt heeft zelf regie over de inrichting van zijn of haar kamer, rekening houdend met de hierbij beschikbare ruimte en veiligheid van de bewoners. L Zorg probeert zoveel mogelijk de thuissituatie na te bootsen om de bewoners zich thuis te laten voelen. De maaltijden en inrichting zijn herkenbaar en is naar de smaak van de bewoners. De cliënt heeft alle vrijheid en kan aangeven waar zijn/haar wensen liggen.

De cliëntervaringen op bovengenoemde thema's worden halfjaarlijks besproken tijdens het herijken van het ZLP. De uitkomsten hiervan vormt de basis voor het doorvoeren van verbeteringen op cliënt- en organisatieniveau op deze thema's.

#### *2.2.2 Uitkomsten plannen en acties thema wonen en welzijn*

In het kwaliteitsplan heeft L Zorg op het thema wonen en welzijn ten eerste het doel gesteld een gevarieerder dagbestedingsprogramma te organiseren. Medio 2018 wordt er dagelijks één dagbestedingsactiviteit georganiseerd. Om het dagbestedingsprogramma te verrijken en beter aan te laten sluiten op de behoeftes van de bewoners, staat op het moment van het schrijven van dit kwaliteitsverslag de vacature voor een begeleider dagbesteding uit.

Ten tweede heeft L Zorg het doel gesteld de inzet van vrijwilligers beter te structureren. Dit heeft geresulteerd in een rooster voor vrijwilligers, waarbij inmiddels vier dagen per week structureel zijn gevuld. De vrijwilligers dragen bij aan het organiseren van een gevarieerder dagbestedingsprogramma. Het doel is de inzet van vrijwilligers te verruimen naar zeven dagen in de week.

Bovenstaande ontwikkelingen betekent dat L Zorg halverwege 2018 naast één dagbestedingsactiviteit per dag, nog geen dagelijks variërend dagbestedingsprogramma heeft. Structurele inroostering van vrijwilligers en het invullen van bovengenoemde vacature moet zorgen voor een structureel en gevarieerd dagbestedingsprogramma. Doel hierbij is dit voor eind 2018 te realiseren.

Ten slotte heeft L Zorg het doel gesteld haar zorgverleners zo optimaal mogelijk te faciliteren in het begrijpen van de PG-doelgroep. Eind Q2 zijn alle zorgverleners van L Zorg geschoold in gesprekstechnieken en speciaal gericht op deze doelgroep, waarbij specifiek aandacht is voor een belevingsgerichte benadering. In Q3 volgt een vervolgt training, waarbij de zorgverleners hierin verder worden getraind.

### 2.3 Veiligheid

Binnen het thema veiligheid onderscheidt het kwaliteitskader een drietal voorwaarden, waar elke verpleeghuis aantoonbaar invulling aan dient te geven:

1. De vier thema's basisveiligheid (medicatieveiligheid, decubituspreventie, gemotiveerd gebruik van vrijheid beperkende maatregelen en preventie acute ziekenhuisopname) zijn vanaf 2017 een belangrijk onderdeel van het leren en verbeteren in zorgorganisaties. Dit betekent onder andere dat verpleeghuizen indicatoren dienen op te nemen in het kwaliteitsverslag o.b.v. deze thema's
2. Indicatoren over de basisveiligheid worden uiterlijk 1 juli volgend op het betreffende verslagjaar aangeleverd bij de Openbare Database van het Zorginstituut door een daartoe ingerichte organisatie die voldoet aan de aanleverspecificaties van het Zorginstituut;
3. Elke verpleeghuisorganisatie heeft een incidentencommissie of maakt gebruik van een lokale of regionale incidentencommissie (gereed per 1-7-17).

#### 2.3.1 Werkwijze L Zorg

De werkwijze van L Zorg op het thema veiligheid wordt hieronder per thema uitgewerkt:

##### *Medicatieveiligheid*

L Zorg werkt met een vastgesteld medicatiebeleid. Dit beleid is gebaseerd op de 'Veilige principes in de medicatieketen' zoals opgesteld vastgesteld door de taskforce medicatieveiligheid care. Medicatie incidenten worden geregistreerd in het Elektronisch Cliëntdossier (ECD) door middel van een melding incident cliënt (MIC). Vanuit het ECD worden de MIC rapportages geprint op cliëntniveau. De MIC's worden eens per zes weken besproken in het teamoverleg, waarna verbetermaatregelen worden afgestemd en doorgevoerd.

Minimaal één keer per jaar vindt in samenspraak met de apotheker en specialist ouderengeneeskunde een medicatiereview plaats voor alle bewoners. Daarnaast levert de apotheek maandelijks een overzicht betreffende de aard en omvang van psychofarmaca en antibioticagebruik aan de specialist ouderengeneeskunde. Verder is er een halfjaarlijkse herijking van het ZLP waar het medicijngebruik wordt geëvalueerd met een arts. Naast het jaarlijkse medicatiereview en de herijking van het ZLP, is wekelijks een arts aanwezig die in samenspraak met de hoofdverpleegkundige het medicatiegebruik evalueert. Voor elke bewoner wordt zo minimaal eens per kwartaal het medicijngebruik geëvalueerd.

L Zorg maakt met de MIC meldingen geen onderscheid tussen thuiszorgcliënten en intramurale cliënten. In 2017 zijn organisatie breed 24 medicatiefouten geregistreerd. Deze medicatiefouten zijn allen besproken in de team overleggen. Hierbij zijn verbetermaatregelen toegepast, waaronder het organiseren van een klinische les medicatieveiligheid.

Het gebruik van antipsychotica wordt zoveel mogelijk vermeden. Waar mogelijk worden alternatieven gebruikt om psychotische verschijnselen te vermijden. Dit gebeurt door het creëren van een optimale balans tussen ontspanning en inspanning en het vroegtijdig signaleren van mogelijke infecties of andere ziekteverschijnselen. Medio 2018 is er één cliënt die dagelijks gebruik maakt van antipsychotica. Daarnaast is er één cliënt die antipsychotica krijgt toegediend bij noodsituaties.

Het afgelopen jaar is zes keer sprake geweest van het gebruik van antibiotica. Op het moment van het opstellen van dit kwaliteitsverslag is er op cliëntniveau inzicht in de prevalentie van het antibioticagebruik van het afgelopen jaar. Dit is één van de aandachtspunten zoals vastgesteld in paragraaf 2.3.2. Vanaf juni 2018



wordt de duur en reden van antibioticagebruik vastgelegd in één overzicht.

#### *Decubituspreventie*

L Zorg monitort haar cliënten en registreert m.b.t. decubituspreventie de volgende risicosignaleringen in het ECD.

- decubitusmelding m.b.v. de Bradenschaal (cliënten met risico op decubitus en niet zelfstandig van houding kunnen veranderen krijgen elke 2-3 uur wissellegging).
- ondervoeding
- huidletsel
- incontinentie en gerelateerd letsel (cliënten met incontinentie worden verzorgd conform de richtlijn urine incontinentie bij kwetsbare ouderen, waar extra aandacht is voor de preventie van huidletsel bij incontinentie cliënten).
- mondzorg (voor minder mobiele cliënten komt de tandtechnicus op locatie om mondzorg te verlenen).

Hiernaast registreert L Zorg risico's op valincidenten, medicatiefouten en depressie in het ECD. Momenteel worden voorgaande risicosignaleringen eens per half jaar ingevuld tijdens de herijking van het ZLP. Dagelijks monitort het verzorgend personeel de cliënten o.a. op huidletsel, mondzorg, incontinentieletsel en voeding intake. L Zorg heeft medio juni 2018 alleen inzicht in de prevalentie van decubitus op cliëntniveau en niet op organisatieniveau. Op het moment van het opstellen van dit kwaliteitsverslag zijn er twee cliënten met decubitus. Dit is één van de aandachtspunten zoals vastgesteld in paragraaf 2.3.2

#### *Gemotiveerd gebruik van vrijheid beperkende maatregelen (VBM)*

L Zorg heeft een beleid voor vrijheid beperkende maatregelen, waarin beschreven staat hoe wordt omgegaan met vrijheidsbeperking en de registratie hiervan. Uitgangspunt is dat eerst alternatieve maatregelen worden ingezet en alleen in uiterste gevallen een VBM. L Zorg maakt hierbij gebruik van de alternatievenbundel 80 alternatieven voor meer vrijheid in de zorg van Vilans.<sup>1</sup> Indien er in een multidisciplinair overleg (MDO) besloten wordt dat een vrijheid beperkende maatregel noodzakelijk is, zet L Zorg zich in om de cliënt hier zo min mogelijk mee te belasten. Elke VBM is geregistreerd in het ECD. Bij het toepassen van een VBM dient de behandelend arts en cliënt of zijn vertegenwoordiger (indien cliënt wilsonbekwaam is) akkoord te gaan met deze maatregel.

Het gebruik van VBM wordt waar mogelijk vermeden. Bij valgevaar wordt in overleg met de cliënt, arts en familie gebruik gemaakt van een bewegingssensor en een bedhek. Het gebruik van de VBM middelen wordt eens per kwartaal geëvalueerd. L Zorg werkt er in 2018 verder aan de frequentie van deze evaluaties VBM gebruik te verhogen (zie ook paragraaf 2.3.3). De afgelopen 30 dagen voorafgaand aan het vaststellen van dit kwaliteitsverslag is bij 29,5% van de cliënten sprake geweest van de inzet van een VBM.

#### *Preventie acute ziekenhuisopnames*

Het is inzichtelijk hoe vaak cliënten in het ziekenhuis worden opgenomen. L Zorg registreert de reden en frequentie van acute ziekenhuisopnames in het individuele cliëntendossier. Op dit moment vindt geen registratie op incidentie per woonlocatie plaats.

Tot nu toe is in 2018 vier keer sprake geweest van een acute ziekenhuisopname. Twee van deze opnames waren het gevolg van een valincident. De overige opname waren het gevolg van een urineweginfectie met delier en een luchtweginfectie.

#### *2.3.2 Uitkomsten plannen en acties thema veiligheid*

In het kwaliteitsplan heeft L Zorg op het thema veiligheid ten eerste het doel gesteld MIC-meldingen sneller te signaleren en bekend te maken. Medio 2018 zijn er digitale MIC formulieren beschikbaar, die direct op locatie worden ingevuld. Voorheen werden MIC-meldingen handmatig op papier afgehandeld. Door het gebruik van het digitale MIC formulier is de melding direct beschikbaar bij de overdrachtsmomenten. Dit faciliteert de medewerkers direct actie te ondernemen bij een incident.

---

<sup>1</sup> <https://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/alternatievenbundel-vrijheidsbeperking.pdf>

Ten tweede heeft L Zorg het doel gesteld om het risico op medicatiefouten te minimaliseren. De leverende apotheek implementeert eind 2018 de nieuwe methode 'digitaal aftekenen,' wat het risico op medicatiefouten moet minimaliseren. De planning is dat L Zorg meegaat in deze ontwikkeling. In de tussentijd heeft L Zorg, in samenspraak met de leverende apotheek, de gebruikte toedienlijst medicatie verduidelijkt. Doel hierbij is om het risico op medicatiefouten te reduceren. Daarnaast is de bestelfrequentie van medicatie verhoogd van één naar twee keer per week. Dit voorkomt onnodige voorraadvorming en het risico op misgrijpen. Deze werkwijze is medio 2018 uitgerold en de VIG-ers moeten hier nog aan wennen. L Zorg ziet erop toe dat de VIG-ers deze nieuwe werkwijze in Q3 eigen maken.

Ten derde heeft L Zorg het doel gesteld om de frequentie van de evaluatie vrijheid beperkende maatregelen (VBM) op te voeren naar eens per twee maanden i.p.v. eens per 3 maanden. Dit doel is nog niet bereikt. Inmiddels is de frequentie wel verhoogd naar eens per kwartaal.

Ten slotte heeft L Zorg het doel gesteld om de rapportage mogelijkheden op de thema's basisveiligheid (medicatie, decubitus, VBM en acute ziekenhuisopnames) te faciliteren (planning eind 2018 gereed). Gegevens over deze indicatoren zijn op cliëntniveau beschikbaar, maar nog niet op organisatieniveau. Wel worden de uitkomsten van deze thema's regelmatig besproken tijdens het zes wekelijkse teamoverleg.

## *2.4 Leren en verbeteren van kwaliteit*

Leren en ontwikkelen is een belangrijke voorwaarde om cliënten altijd van goede zorgverlening te voorzien. Leren en verbeteren is niet vrijblijvend. Continu werken aan het verbeteren van de kwaliteit is de norm voor een goede zorgorganisatie en professionele zorgverlener. Hierbij is het belangrijk dat er intrinsieke motivatie ontstaat om continu gezamenlijk te verbeteren. Om dit mogelijk te maken dient er inzicht te zijn in resultaten, deze gezamenlijk te beoordelen en in samenspraak doelen te formuleren ter verbetering. Binnen het thema leren en verbeteren van kwaliteit, onderscheid het kwaliteitskader een zestal voorwaarden, waar elke verpleeghuis aantoonbaar invulling aan dient te geven:

1. Kwaliteitsmanagementsysteem;
2. Jaarlijks geactualiseerd kwaliteitsplan;
3. Jaarlijks kwaliteitsverslag;
4. Continu werken in de praktijk aan verbeteren door zorgverleners;
5. Deel uitmaken van een lerend netwerk (met ten minste twee andere instellingen);
6. Een vijfjaarlijkse (multidisciplinaire) kwaliteitsvisite door de relevante beroepsorganisatie.

### *2.4.1 Werkwijze L Zorg*

L Zorg ziet een continu proces van leren en verbeteren als een verplichting aan haar bewoners. Het kwaliteitsplan vormt een belangrijk instrument om de missie van L Zorg te volbrengen: het leveren van hoogwaardige zorg- en dienstverlening aan islamitische bewoners in alle fasen van hun leven. De werkwijze van L Zorg wordt hieronder per punt uitgewerkt:

#### *Kwaliteitsmanagementsysteem*

Om de cliënten dagelijks van de best passende zorg te voorzien, maakt L Zorg gebruik van een kwaliteitshandboek en een HKZ gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem. Hierin staan de eisen waaraan de zorgverlening minimaal dient te voldoen. Daarnaast hebben alle zorgverleners toegang tot de richtlijnen en protocollen van Vilans.

Hiernaast heeft L Zorg heeft een commissie waarin meldingen incident cliënt/medewerker(MIC/MIM) periodiek worden besproken en eventuele verbeteracties worden vastgesteld. De uitkomsten hiervan worden besproken in het zorgcoördinatoren overleg en het teamoverleg. Op deze manier worden alle medewerkers meegenomen in het dagelijks verbeteren van de kwaliteit van zorg.

#### *Jaarlijks geactualiseerd kwaliteitsplan*

Jaarlijks wordt het kwaliteitsplan in Q4 geëvalueerd door het management. Doel hierbij is om uiterlijk voor het einde van het jaar een nieuw kwaliteitsplan op te stellen in samenspraak met de zorgverleners. Het nieuwe kwaliteitsplan wordt vervolgens goedgekeurd door de Raad van Toezicht en vanaf 2019 de cliëntenraad.

### *Jaarlijks kwaliteitsverslag*

Jaarlijks publiceert L Zorg een kwaliteitsverslag conform het format van het kwaliteitskader (zie bijlage 5 kwaliteitskader). In dit kwaliteitsverslag is specifiek aandacht voor de uitkomsten van de indicatoren op de thema's van basisveiligheid. Het kwaliteitsverslag is gebaseerd op de evaluatie van de gestelde doelstellingen van het kwaliteitsplan. Cliëntraadpleging en medewerkersraadpleging vormen een vaste informatiebron voor het opstellen van het kwaliteitsverslag. Het vaststellen van het kwaliteitsverslag geschiedt voor het management en de Raad van Toezicht en (vanaf 2019) door de cliëntenraad en twee collega zorginstellingen uit het lerende netwerk. Het kwaliteitsverslag publiceert L Zorg uiterlijk 1 juli op haar website en de openbare database van Zorginstituut Nederland.

### *Continu werken in de praktijk aan verbeteren door zorgverleners*

L Zorg is een kleinschalige instelling met een extramurale tak en een kleinschalig woonzorgcentrum van 16 bedden, waarbij de lijnen kort zijn. L Zorg besteedt veel aandacht aan zo goed mogelijk personaliseren van haar zorgverlening. In het zorgcentrum werken gediplomeerde medewerkers van verschillende afkomsten die de Somalische, Arabische, Berbers en de Turkse taal machtig zijn. Daarnaast zijn ze bekend met specifieke culturele en religieuze aspecten. De zorgverleners proberen iedere dag de zorgverlening zo goed mogelijk aan te laten sluiten op de wensen van de cliënt. Zorgverleners die zonder etnische achtergrond heeft volgen klinische lessen om de gebruiken te leren kennen.

Elke twee weken vindt het zorgcoördinatoren overleg plaats, waarbij aandacht is voor incidenten (gemeld vanuit de MIC commissie), nieuw ontstane risico's, veranderingen in zorgvraag e.d. Tijdens deze overleggen wordt stilgestaan hoe de zorgverleners van L Zorg hieraan kunnen voldoen en wat hiervan geleerd kan worden. Naast het 2 wekelijkse overleg vindt eens per zes weken een teamoverleg plaats, waar lopende zaken en leerpunten voor medewerkers worden besproken. Tijdens deze overleggen is op ad hoc wijze ruimte voor reflectie.

Naast de periodieke overleggen zijn de zorgverleners dagelijks bezig met het monitoren en uitvoeren van de ZLP-en van de cliënten. Mocht hierbij andere of nieuwe behoeften ontstaan, wordt het ZLP aangepast. Mocht het zo zijn dat er een zorgbehoefte ontstaat, waarvoor de zorgverleners niet adequaat geschoold zijn, zorgt L Zorg voor opleiding.

### *Deel uitmaken van een lerend netwerk*

L Zorg maakt onderdeel uit van het palliatief terminaal netwerk en is onderdeel van het dementie netwerk Almere. Daarnaast heeft L Zorg geregeld contact met collega zorgaanbieders waarbij o.a. wordt gesproken over het aanbieden van de best passende zorg aan de cliënt.

### *Een vijfjaarlijkse (multidisciplinaire) kwaliteitsvisitatie door de relevante beroepsorganisatie*

De kwaliteit van de geleverde zorg wordt periodiek getoetst door de Kleemans adviesgroep d.m.v. audits.

### *2.4.2 Uitkomsten plannen en acties thema leren en verbeteren van kwaliteit*

In het kwaliteitsplan heeft L Zorg op het thema kwaliteit zich ten eerste het doel gesteld actief deel te nemen aan de lerende netwerken en de opgedane kennis direct toe te passen in haar zorgverlening. De deelname aan het palliatief terminaal netwerk en het dementienetwerk biedt L Zorg de kans te leren van andere zorgaanbieders. Ten tweede heeft L Zorg haar eerste kwaliteitsverslag opgesteld, waarbij de eisen vanuit het kwaliteitskader zoveel mogelijk zijn vervuld. De verwachting is dat het kwaliteitsverslag van 2019 nog beter tegemoet kan komen aan de gestelde eisen vanuit het kwaliteitskader.

Tenslotte gaat L Zorg in haar lerend netwerk na hoe de organisatie van een vijfjaarlijkse kwaliteitsvisitatie door een relevante beroepsorganisatie precies plaats moet vinden. Hier wordt in het kwaliteitsverslag van 2019 op teruggekomen.

### 3. Randvoorwaarden

#### 3.1 Leiderschap, governance en management

Binnen het thema leiderschap, governance en management onderscheid het kwaliteitskader een zestal voorwaarden, waar elke verpleeghuis aantoonbaar invulling aan dient te geven:

1. Elke zorgorganisatie borgt professionele inbreng in het aansturen van de organisatie door opname van een specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundige of psychosociaal zorgverlener als lid van de Raad van Bestuur. Zolang dit (nog) niet is gerealiseerd dient er structureel overleg te zijn tussen de Raad van Bestuur met vertegenwoordigers van de genoemde beroepsgroepen.
2. De leden van de Raad van Bestuur lopen op gezette tijden mee binnen het primaire proces van de eigen zorgorganisatie, zodat zij gevoel houden met het primaire proces op de werkvloer.
3. Elke Raad van Bestuur van een zorgorganisatie voor verpleeghuiszorg werkt volgens de geldende versie van de Zorgbrede Governance Code.
4. De leiderschapsstijl en gedrag van de Raad van Bestuur is ondersteunend aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. De Raad van Bestuur is eindverantwoordelijk voor de toepassing ervan en de Raad van Toezicht ziet hier actief en aantoonbaar op toe.
5. De Raad van Bestuur stimuleert in het licht van kwaliteitsverbetering van verpleeghuiszorg de oprichting van een Verpleegkundige/verzorgende Adviesraad (VAR) dan wel een Professionele Adviesraad (PAR) in zijn/haar organisatie, of door andere vormen waaronder digitale platforms.

Bovenstaande voorwaarden moeten ervoor zorgen dat zorgverleners in hun kracht komen te staan, waarbij samen leren en verbeteren van kwaliteit van zorg en ondersteuning een cruciaal onderdeel is. Daarnaast dient de focus te liggen op de persoonsgerichte zorg en ondersteuning (zie ook paragraaf 2.1) en de relatie tussen cliënt, zorgverlener en zorgorganisatie.

#### 3.1.2 Werkwijze L Zorg

Het woonzorgcentrum van RaYan heeft momenteel capaciteit voor 16 bewoners. L Zorg is een kleinschalige organisatie, waarbij het management dagelijks dichtbij de zorgverlening staat. De Raad van Bestuur bestaat uit de algemeen directeur en directeur intramurale zorg die samen met de locatiemanagers het MT vormen. De Raad van Bestuur wordt inhoudelijk bijgestaan door een verpleegkundige. Het toezicht op de Raad van Bestuur geschiedt door de Raad van Toezicht bestaande uit een ex-directrice van een verpleeghuis welke ook een verpleegkundige is en een controller.

Het management staat dicht bij het primaire proces, waardoor de lijnen met de zorgverleners kort zijn. Het management is dagelijks te vinden op de locaties en ondersteunt de zorgverleners regelmatig in de zorgverlening. Zo voert het management de eerste kennismakingsgesprekken bij het instromen van een nieuwe cliënt. Vanzelfsprekend is de leiderschapsstijl en gedrag van het management volledig faciliterend aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg en wordt gewerkt vanuit de zorgbrede Governance Code.

Tijdens de tweewekelijkse overleggen van de zorgcoördinatoren worden kwaliteitsissues gesignaleerd en waar mogelijk verbeterd. Gezien de schaal van de organisatie is er (nog) geen sprake van een verpleegkundige adviesraad (VAR).

#### 3.1.2 Uitkomsten plannen en acties thema governance, leiderschap en management

L Zorg is een groeiende organisatie waarbij het management dagelijks voor de uitdaging staat de balans te vinden tussen de belangen van cliënt, medewerkers en organisatie. Dit is een continu proces, waar continu aandacht voor dient te zijn. Halverwege 2018 is nog niet bekend of het oprichten van een VAR wenselijk is. In de tweede helft van 2018 wordt onderzocht of de huidige vorm van overleg afdoende is.

### 3.2 Personeelssamenstelling

De huidige krapte op de arbeidsmarkt en een steeds veranderende zorgvraag zorgt ervoor dat een effectieve inzet van zorgverleners cruciaal is voor de zorgcontinuïteit. Zonder voldoende bevoegd en bekwaam personeel

kan er geen goede zorg geleverd worden. In het kwaliteitskader zijn binnen het thema personeelssamenstelling drie deelthema's opgenomen, waaraan een zorgaanbieder aan moet voldoen:

1. Aandacht, aanwezigheid en toezicht
  - Tijdens de intensieve zorgmomenten (opstaan, naar bed gaan, intake en rond sterven) zijn minimaal twee zorgverleners beschikbaar;
  - Gedurende de dag en avond is iemand aanwezig (mag ook op vrijwilligersbasis) in de huiskamer of gemeenschappelijke ruimte die toezicht houdt en cliënten van de benodigde aandacht voorziet;
  - In iedere dagdienst (ook in het weekend) is een deskundig persoon aanwezig die, separaat aan de zorgtaken, aandacht besteedt aan zingeving en zinvolle dag invulling van cliënten;
  - De zorgverleners kennen de naam, achtergrond en persoonlijke wensen van de cliënt.
2. Specifieke kennis en vaardigheden
  - Er is altijd iemand aanwezig die 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 arts en BIG geregistreerde verpleegkundige bereikbaar en oproepbaar, die binnen 30 minuten ter plaatse is;
  - Er zijn 24/7 aanvullende voorzieningen beschikbaar voor (on)geplande zorgvragen of toenemende complexiteit.
3. Reflectie, leren en ontwikkelen
  - Er is voor iedere zorgverlener voldoende tijd en ruimte om te leren en ontwikkelen;
  - Er is voor iedere zorgverlener tijd en ruimte om mee te lopen bij een collega instelling;
  - Er is voldoende tijd beschikbaar om als EVV-er deel te nemen aan multidisciplinair overleg;
  - Methodisch denken en werken en multidisciplinair werken vormen de basis van de zorg;
  - Er is een scholingsbeleid van zittende en aankomende zorgverleners dat hun vakbekwaamheid aantoonbaar versterkt;
  - Er zijn periodieke gesprekken waarin competentie- en loopbaanontwikkeling aan de orde komt.

### *3.2.1 Werkwijze L Zorg*

De kleinschalige en zeer professionele organisatie zorgt voor hoog gemotiveerde medewerkers, die bijdragen aan het welzijn en klanttevredenheid van cliënten. De zorgverlening die hieruit voortvloeit, is bedoeld voor iedereen, ongeacht de hulpvraag, met de nadruk op zelfredzaamheid en stimulering daartoe en het zoveel mogelijk inzetten van mantelzorgers.

#### *Aandacht en toezicht*

L Zorg heeft de dienstroosters zo georganiseerd dat op de intensieve zorgmomenten voldoende gekwalificeerd personeel beschikbaar is. Verder is er een woonondersteuner en geestelijk verzorger beschikbaar die aandacht besteedt aan zingeving en een zinvolle dag invulling. Tenslotte zijn 24/7 een verpleegkundige en arts beschikbaar die binnen 30 minuten ter plaatse zijn.

#### *Specifieke kennis en vaardigheden*

Binnen L Zorg werken gediplomeerde medewerkers van verschillende afkomsten die de Arabische, Berbers en de Turkse taal machtig zijn. Daarnaast zijn ze bekend met specifieke culturele en religieuze aspecten. Medewerkers zonder kennis over de islamitische cultuur en gebruiken volgen een klinische les om hier bekend mee te raken.

De medewerkers van L Zorg zijn van essentieel belang wanneer het gaat om de kwaliteit van zorg en welzijn, die de medewerkers bieden aan haar bewoners. L Zorg investeert in haar medewerkers als het gaat om ontwikkeling en bijscholingen. De meeste medewerkers hebben de opleiding VIG op niveau 3 genoten en afgerond. Naast de cultuurspecifieke kennis en vaardigheden leidt L Zorg haar medewerkers modulair op aan de hand van kwaliteitsthema's zoals dementie, medicatieveiligheid en eenzaamheid onder de kwetsbare ouderen en het tegengaan van ouderenmishandeling. Om zorgverleners verder te faciliteren in het verlenen van de juiste zorg, heeft iedereen toegang tot de protocollen van Vilans.

De invulling van het opleidingsaanbod wordt per kwartaal vastgesteld in samenspraak met de in 2018 op te

starten cliëntenraad en mantelzorgers. Hierbij wordt gebruikt gemaakt van klinische lessen en e-learningmodules. De persoonsgerichte zorgvraag en de zelfregie van de cliënt is hierbij leidend. Zo zorgt L Zorg ervoor dat haar zorgverleners altijd bevoegd en bekwaam zijn om aan de zorgvraag van haar cliënten te kunnen voldoen.

Tenslotte zet L Zorg aandachtsvelders in op het gebied van medicatie, voorraadbeheer en preventie infectie. Dit wordt in 2018 uitgerold.

#### *Reflectie, leren en ontwikkelen*

Elke twee weken vindt het zorgcoördinatoren overleg plaats, waarbij aandacht is voor incidenten, nieuw ontstane risico's, veranderingen in zorgvraag e.d. Tijdens deze overleggen wordt stilgestaan hoe de zorgverleners van L Zorg hieraan kunnen voldoen en wat hiervan geleerd kan worden. Verder vindt eens per zes weken een teamoverleg plaats, waarbij lopende zaken zoals bewoners met aandachtspunten, leerpunten voor medewerkers en reflectiemomenten worden besproken. Verder worden er met regelmaat klinische lessen georganiseerd toepast op de behoefte van de zorgverleners en cliënten.

De halfjaarlijkse herijking van het ZLP van cliënten, vormt een belangrijk reflectiemoment. Hierbij is aandacht voor de geleverde zorg van het afgelopen half jaar, de geleerde lessen en hoe de zorgverleners die zorgverlening in de toekomst nog beter kunnen leveren.. Mocht het zo zijn dat er een zorgbehoefte ontstaat, waarvoor de zorgverleners niet adequaat geschoold zijn, verzorgt L Zorg hiervoor opleidingscapaciteit.

Alle zorgverleners krijgen jaarlijks een functioneringsgesprek, waarin competenties, leerproces, ontwikkelperspectief en algeheel functioneren wordt besproken. Hiernaast vindt minimaal twee keer per jaar een persoonlijk ontwikkel gesprek (POP) plaats. De eerste gesprekken hiervoor zijn in Q2 gevoerd. Naast de interne ruimte voor reflectie, leren en ontwikkeling biedt L Zorg ruimte voor medewerkers om mee te lopen met collega-instellingen. Tot op heden is dit nog niet voorgekomen.

#### *3.2.2 Uitkomsten plannen en acties thema personeelssamenstelling*

In het kwaliteitsplan heeft L Zorg op het thema personeelssamenstelling ten eerste het doel gesteld een continu leerproces maximaal te faciliteren. Om dit leerproces op gang te brengen is naast de bovengenoemde werkwijze met iedere zorgverlener een persoonlijk ontwikkel plan opgesteld. Hierbij wordt per individuele zorgverlener leerdoelen geformuleerd waarbij minimaal eens per zes maanden op wordt gereflecteerd. Hiermee borgt L Zorg naast het zorgcoördinator- en teamoverleg een vast moment van reflectie en ontwikkeling voor de individuele medewerker.

Ten tweede heeft L Zorg het doel gesteld om medewerkers mee te laten lopen bij collega zorginstellingen. Tot Q2 van 2018 is hier nog geen sprake van geweest. L Zorg zal dit in de tweede helft van 2018 actief onder de aandacht van haar zorgverleners brengen.

Ten slotte heeft L Zorg het doel gesteld om een aantrekkelijk werkklimaat te organiseren voor haar zorgverleners. L Zorg kenmerkt zich door kleinschaligheid, korte lijnen en laagdrempeligheid. De passie van zowel het management als de zorgverleners voor het leveren van de beste zorg heeft een positieve uitwerking op het werkklimaat. Zo wordt door medewerkers dagelijks vers gekookt voor de bewoners, waarbij de dienstdoende medewerkers gezamenlijk met de bewoners eten. Naast de gebruikelijke christelijke feestdagen, wordt uitgebreid stil gestaan bij de islamitische feestdagen. L Zorg biedt een omgeving waarin haar medewerkers afwisselend en uitdagend werk kunnen doen, waarbij veel ruimte is voor doorgroeimogelijkheden. Zo zijn er een aantal zorgverleners in 2018 gestart als aandachtsvelder medicatie, infectiepreventie en voorraadbeheer.

#### *3.3 Gebruik van hulpbronnen*

Voorwaarden voor het goed kunnen uitvoeren van de zorgverlening is, naast voldoende kennis en informatievoorziening, de meer ondersteunende factor van gebouwen, ICT, materialen, samenwerkende organisaties en de administratieve organisatie.

### 3.3.2 Werkwijze L Zorg

#### *Samenwerkingsrelaties*

L Zorg heeft een groot lokaal netwerk en bestaande samenwerkingsrelaties met professionals. De samenwerking met ziekenhuizen, huisartsen en andere zorgverleners loopt al langere tijd en getuigt van een gedegen basis voor de intensivering van samenwerkingsverbanden met alle stakeholders. Zo zijn er actieve samenwerkingsrelaties met:

- Huisartsen;
- Apotheek;
- Ter Gooi ziekenhuis;
- Tandartspraktijk;
- Tandtechnicus (voor mondzorg op locatie);
- Ergotherapeut;
- Fysiotherapeut;
- Casemanager (bij PG-problematiek)
- Wijkteam.

Indien noodzakelijk is deze samenwerking vastgelegd in contractvorm.

#### *Vastgoed & Facilitair*

De panden waar L Zorg over beschikt zijn gehuurd. Het onderhoud van deze panden geschiedt door de eigenaar van de panden. De uitvoer van de onderhoudswerkzaamheden gebeurt conform de landelijke geldende richtlijnen.

Voor alle hulpmiddelen (traplift, bewegingssensoren etc.) is L Zorg zelf verantwoordelijk. Hiervoor heeft L Zorg onderhoudscontracten afgesloten met leveranciers. De beschikbaarheid en het onderhoud van cliëntgebonden hulpmiddelen (rolstoel, rollator e.d.) valt onder de verantwoordelijkheid van de ergotherapeut. De ergotherapeut is wekelijks over de vloer en monitort tevens de veiligheid van de ingezette hulpmiddelen.

Binnen de woning is een keuken, waar door het personeel van L Zorg wordt gekookt. In de gemeenschappelijke woonruimte is een eetgedeelte waar cliënten gezamenlijk (met familie) kunnen eten.

#### *ICT en technologische hulpbronnen*

Alle ICT voorzieningen voldoen in de basis aan de wettelijke gestelde veiligheidsnormen. Het gebruik van ICT binnen de zorgverlening is beperkt. Er wordt gebruik gemaakt van een ECD en bewegingssensoren voor PG-clieënten.

#### *Financiën en administratieve organisatie*

L Zorg kent (nog) geen vaste jaarlijkse planning- en control cyclus. Het management monitort de financiële prestaties van L Zorg continu met behulp van een tool. Voor eind 2018 wordt een jaaragenda ontwikkeld om de planning- en controlcyclus te bewaken. Dit valt onder de verantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur, waarbij partijen als Info zorg ook bij worden betrokken.

### 3.3.2 Uitkomsten plannen en acties thema gebruik van hulpbronnen

In het kwaliteitsplan heeft L Zorg op het thema gebruik van hulpbronnen ten eerste het doel gesteld om een vaste beleidscyclus te organiseren. Medio 2018 heeft L Zorg een jaaragenda opgesteld, echter is deze nog sterk gericht op het operationele proces. Dit betekent dat zaken zoals het opstellen van het kwaliteitsplan en het maatschappelijk jaarverslag op ad hoc wijze wordt georganiseerd. Doel is dat voor het einde van 2018 L Zorg de beleidscyclus heeft opgenomen in haar jaaragenda.

Ten slotte heeft L Zorg het doel gesteld om de kwaliteit van de dienstverlening van ingehuurde zorgverleners (ergo-, fysiotherapeut e.d.) naast de evaluatie van in het MDO periodiek te evalueren. Medio 2018 gebeurt dit nog op ad hoc wijze. L Zorg tracht voor het einde van 2018, halfjaarlijks periodiek overleg te organiseren met haar ingehuurde zorgverleners, waarbij inhoud, inzet en kwaliteit van hun geleverde dienstverlening wordt geëvalueerd in een gesprek in plaats van een evaluatieformulier.



### 3.4 Gebruik van informatie

In het kwaliteitskader zijn binnen het thema gebruik van informatie twee voorwaarden opgenomen:

1. Elke verpleeghuisorganisatie dient vanaf 2017 minimaal één keer per jaar informatie over cliëntervaringen te verzamelen en te gebruiken middels erkende instrumenten. De informatie over cliëntervaringen is onderdeel van het jaarlijks kwaliteitsverslag en kan onder andere gebruikt worden voor verbetering en voor keuze-informatie voor (potentiële) cliënten.
2. Elke verpleeghuisorganisatie dient in het kader van onderlinge landelijke vergelijkbaarheid vanaf verslagjaar 2016 minimaal één keer per jaar informatie over de Net Promotor Score<sup>16</sup> (NPS) score per locatie (volgens KvK-registratie) van de eigen verpleeghuisorganisatie aan te leveren. Hiervoor mag ook de aanbevelingsvraag van Zorgkaart Nederland gebruikt worden. De informatie met betrekking tot NPS is onderdeel van het jaarlijks kwaliteitsjaarverslag en dient uiterlijk 1 juli volgend op het betreffende verslagjaar aangeleverd te worden bij de Openbare Database van het Zorginstituut door een daartoe ingerichte organisatie die voldoet aan de aanleverspecificaties van het Zorginstituut.

#### 3.4.1 Werkwijze L Zorg

L Zorg maakt gebruik van een gestandaardiseerd cliënttevredenheidsonderzoek. L Zorg bespreekt tijdens de halfjaarlijkse herijking van het ZLP de ervaringen van de cliënten. Daarnaast registreert L Zorg binnengekomen klachten van cliënten en rapporteert de hieruit volgende acties. Bij de klachtenregistratie wordt geen onderscheid gemaakt tussen de klachten die ontstaan zijn bij thuiszorgcliënten of cliënten in het woonzorgcentrum RaYan. De uitkomsten van de cliënttevredenheid en klachtenanalyse vormt de basis voor het doorvoeren van verbeteringen binnen de organisatie.

Op het moment van het opstellen van het kwaliteitsplan is aanbevelingsvraag van Zorgkaart Nederland nog niet ingevuld door cliënten en verwanten. Het opnemen in van deze score in het kwaliteitsverslag is daardoor nog niet mogelijk.

#### 3.4.2 Uitkomsten plannen en acties thema gebruik van informatie

In het kwaliteitsplan heeft L Zorg op het thema gebruik van informatie allereerst het doel gesteld om de cliënttevredenheid op een dusdanige manier te ordenen, zodat er snel en adequaat gereageerd kan worden op eventuele ontevredenheid. Halverwege 2018 heeft L Zorg inzicht in de cliënttevredenheid op cliëntniveau en niet op organisatieniveau. L Zorg tracht voor het einde van 2018 de cliënttevredenheid op organisatieniveau te kunnen extraheren uit het ECD. Dit vereenvoudigt het ontdekken van trends en de mogelijkheden tot bijsturing op de geleverde kwaliteit van zorg.

Tenslotte heeft L Zorg zich het doel gesteld cliënten en verwanten te stimuleren de online aanbevelingsvraag van Zorgkaart Nederland in te vullen. Medio 2018 heeft nog geen enkele cliënt dit gedaan. Wel wordt tijdens de halfjaarlijkse herijking van het ZLP cliënten gevraagd een waarderingscijfer te geven op het gebied van ervaren respect, kwaliteit ingezet personeel, eigen regie, informatievoorziening en of de cliënt de organisatie aanraadt aan anderen. De gemiddelde score die woonzorgcentrum Rayan hier behaalt heeft in 2018 is een 8.5

In de tweede helft van 2018 gaat L Zorg haar cliënten actief stimuleren om de aanbevelingsvraag in te vullen, zodat hier in het kwaliteitsverslag van 2019 over gerapporteerd kan worden.