



Kwaliteitsverslag De Muzelaar 2019



VOORWOORD

Voor u ligt het kwaliteitsverslag van de Muzelaar over het jaar 2019. Dit verslag is gebaseerd op de uitgangspunten vanuit het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.

Ieder jaar maakt de Muzelaar een kwaliteitsverslag wat mede gebaseerd is op de doelstellingen en evaluatie van het voorafgaande kwaliteitsplan.

Dit kwaliteitsverslag is openbaar en wordt gepubliceerd op onze website (www.demuzelaar.nl). Het is bedoeld voor alle geïnteresseerden.

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	2
Inleiding.....	4
3. Aanleiding.....	5
3.1 Missie	5
3.2 Visie.....	5
3.3 Kernwaarden.....	5
4. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning.....	8
5. Wonen en welzijn	10
6. Veiligheid.....	13
6.1 Medicatieveiligheid.....	13
6.2 Decubitus	13
6.3 VBM	13
6.4 Ziekenhuisopname	14
7. Leren en werken aan kwaliteit	15
8. Leiderschap, governance en management.....	16
9. Personeelssamenstelling (voldoende en vakbekwaam personeel).....	17
10. Gebruik van hulpbronnen.	19
11. Gebruik van informatie	20
12. Verbeterparagraaf (opgenomen in het kwaliteitsplan 2019).....	21

INLEIDING

De Muzelaar is een kleinschalige woonzorgvoorziening voor ouderen met dementie en mensen met geheugenproblemen. De Muzelaar bestaat inmiddels 8 jaar.

De bewoners wonen er op basis van scheiden van wonen & zorg. Dit betekent dat zij een kamer huren met de daarbij behorende servicekosten. De benodigde zorg wordt ingekocht middels PGB vanuit de Wet Langdurige Zorg (WLZ) en Zorgverzekeringswet (Zvw).

Er wonen veertien bewoners die een zorgzwaartepakket (ZZP) 5 of (ZZP) 7 hebben.

De Muzelaar is gevestigd op de begane grond van een appartementencomplex aan de Aardster te Alphen aan den Rijn.

De Muzelaar is een van twee locaties van Carendis BV, de andere locatie is De Lindelaer te Maarn. Beide locaties zijn een aparte BV en samen ondergebracht onder Carendis BV.

De organisatie is opgericht door twee zussen met ervaring in de gezondheidszorg welke samen het bestuur vormen.

De Muzelaar

Monique Muselaers

Tertia Mulder

Alphen aan den Rijn

September 2020

3. AANLEIDING

Het kwaliteitskader verpleeghuiszorg is als kwaliteitstandaard opgenomen in het wettelijke Register van het Zorginstituut. Dit Register maakt zichtbaar wat zorgaanbieders, bewoners en zorgverzekeraars hebben afgesproken over wat goede zorg is en vormt de basis voor toezicht en verantwoording.

In 2018 heeft IGJ (Inspectie voor jeugd en Gezondheid) een bezoek gebracht aan de Muzelaar. Er werd gestart met WOL (Waardigheid & Trots op Locatie). De uitkomsten van dit gehele traject vormen de inhoud van dit verslag waarbij er een overlap is naar 2020.

3.1 MISSIE

De Muzelaar is in juni 2012 gestart door Monique Muselaers en Tertia Mulder. Na beiden jarenlang in verschillende organisatie in de zorg werkzaam te zijn geweest kregen zij de kans om in Alphen aan den Rijn hun dromen te verwezenlijken met het starten van een eigen organisatie.

3.2 VISIE

Mensen met dementie zijn mensen met een beperking. Omdat zij dement zijn, verandert hun wereld langzaam. Het liefst zouden zij, maar ook de directe naasten, de oude vertrouwde levenswijze voortzetten in de eigen woonomgeving. Voor hen is verhuizen naar een andere woonplaats en vreemde omgeving, een extra belasting waar ze niet voor kiezen. Het welzijn van de bewoners en het leveren van goede zorg staan in de Muzelaar voorop.

Het laatste jaar zien wij een toename van mensen die lijden aan dementie waarbij de zorgzwaarte per bewoner ook duidelijk is toegenomen.

Bij de Muzelaar gaan wij ervan uit dat iedereen uniek is waarbij wij wel constateren dat het voor de bewoners zelf moeilijker wordt om aan te geven welke behoefte er bestaat betreffende de te verstrekken dienstverlening en zorg.

Ondanks dat een bewoner steeds meer de regie over het eigen leven zal verliezen streven wij ernaar, door een persoonlijke verzorging en begeleiding in een vertrouwde en veilige woonomgeving, een thuisgevoel te scheppen. De diverse activiteiten en werkzaamheden binnen het wooninitiatief zijn op elkaar afgestemd zodat er een samenhang in de zorgverlening en de begeleiding ontstaat, ook bij achteruitgang.

3.3 KERNWAARDEN

Wij bieden een veilige woonomgeving waarin een bewoner met dementie zich thuis kan voelen en zelf kan en mag bepalen hoe de invulling van de dag eruit zal zien. Betrokken en professionele medewerkers zorgen voor dagelijks wisselende activiteiten waarbij de ervaring en beleving van de bewoner zal worden gerespecteerd. De dagelijkse gang van zaken zal als leidraad dienen voor de activiteiten van de dag. Wij bieden een thuis met daarin aandacht voor:

- Ruimte voor privacy
- Een persoonlijke benadering
- Een vertrouwde en veilige woonomgeving
- Aanbod van diverse voorzieningen en activiteiten
- Stimuleren van de mogelijkheden
- Respect van de belevingswereld

- Regie over eigen leven
- Participatie

Wij beogen dan ook dat bewoners vanaf de dag van verhuizing tot aan hun overlijden een vaste en zekere woonplaats geboden krijgen waarbij familie, mantelzorgers en vrijwilligers belangrijke partners zijn bij het realiseren van onze doelstellingen.

Door onze ervaring met zorg voor bewoners met somatische, maar vooral psychogeriatrische problematiek, denken wij met onze opzet een sterke verbetering in de kwaliteit van leven, zorg en veiligheid te kunnen realiseren. Wij zien het als een uitdaging om voor eenieder, op elk niveau, een individueel aanbod te doen voor wonen, welzijn en zorg. Wij kennen geen beperkingen en elke vraag zal voor ons een uitdaging zijn.

3.4 WAARDIGHEID & TROTS OP LOKATIE

In februari 2018 heeft er een onaangekondigd IGJ-bezoek plaatsgevonden waarbij er tekortkomingen geconstateerd werden. De bestuurders realiseerde zich dat zij naast het verwezenlijken van hun idealen de kwaliteit uit het oog dreigde te verliezen. De Muzelaar heeft mede naar aanleiding van dit bezoek Waardigheid en trots aangeschreven ter ondersteuning bij het optimaliseren van de kwaliteit. De resultaten van de WOL-scan (januari 2019) vormden het uitgangspunt voor de verdere ondersteuning.

Het traject kreeg de naam **“Op weg naar beter”**. Het doel was het duurzaam verbeteren van de kwaliteit en de veiligheid van zorg in met behulp van methodisch werken door deze methodiek op alle niveaus in de organisatie te implementeren en te borgen.

De WOL- begeleiding heeft plaatsgevonden vanaf maart 2019- tot juni 2020. Er is hard gewerkt aan de hand van het gehanteerde meetinstrument waarbij er eind 2019 al grote en mooie verbeterstappen gemaakt waren. In januari 2020 heeft er een IGJ-herhaal bezoek plaatsgevonden en de inspectie bleek zeer tevreden en heeft aangegeven De Muzelaar als voorbeeld te willen stellen voor andere zorgondernemers. Met trots kan vastgesteld worden dat de kwaliteit van zorg in De Muzelaar op alle fronten aantoonbaar en navolgbaar voldoet aan het kwaliteitskader.

De verbeter slag heeft bottom-up gestalte gekregen en betrof de gehele organisatie. Hieronder in het kort een overzicht van de interventies welke hebben plaatsgevonden om de kwaliteit van zorg blijvend te kunnen verbeteren;

De visie van De Muzelaar is aangescherpt en de inrichting van de organisatie heeft gestalte gekregen mede op basis van het INK-managementmodel. Verantwoordelijkheden en wijze waarop verantwoording wordt afgelegd is geïmplementeerd op aandeelhouders niveau (AVA) en bestuurlijk niveau. De organisatie is van twee hoofdig bestuur overgegaan naar een eenhoofdig bestuur. Medezeggenschapsorgaan is geïmplementeerd en clienttevredenheid en medewerkerstevredenheid meetinstrumenten zijn ontwikkeld. De benodigde beleidsstukken, werkwijze en protocollen zijn ontwikkeld en geïmplementeerd. Er heeft een structuurwijziging plaatsgevonden door de installatie van een Zorg Coördinator. Dit ordeningsprincipe heeft geleid tot evenwicht tussen de organisatieonderdelen. Afstemming en coördinatie is ingericht en geïmplementeerd. Het is helder op welke onderdelen er

afstemming noodzakelijk is en hoe dit vorm wordt gegeven. Dit is vastgelegd in bevoegdheden, bezetting en frequentie van overlegorganen. De formatie is afgestemd op het ontwikkeld doelgroepenbeleid en de vertaling komt terug in de begroting. De afstemming en coördinatie heeft gestalte gekregen in de zorgdriehoek bewoner, mantelzorger en zorg & vrijwilligers.

Er wordt systematisch verantwoording afgelegd over de bereikte resultaten. In het inrichtingsplan zijn de eisen vastgelegd waaraan de planning en control cyclus moet voldoen: waarover wordt gerapporteerd, aan wie, in welke frequentie. Methodisch werken vormt nu de basis voor al het handelen in de organisatie.

4. PERSOONSGERICHTE ZORG EN ONDERSTEUNING

Persoonsgerichte zorg en ondersteuning gaat over de wijze waarop de bewoner in alle levensdomeinen uitgangspunt is bij zorg- en dienstverlening met als doel om uiteindelijk de bijdrage aan de kwaliteit van leven van een bewoner zo optimaal mogelijk te laten zijn. Dit vindt altijd plaats binnen een relatie tussen de bewoner zijn naasten, zorgverleners en de zorgorganisatie. De kwaliteit van al deze relaties bepaald mede de kwaliteit van zorg en draagt dus bij aan de kwaliteit van leven van de bewoner. Het kwaliteitskader onderscheidt hierin 4 thema's, te weten; compassie, uniek zijn, autonomie en zorgdoelen.

Zoals in de visie benoemd zijn de individuele wensen, behoeften en ondersteuningsvragen voor iedere bewoner anders. Tijdens een huisbezoek en familiegesprek hopen wij de bewoner al beter te leren kennen. We gaan dan dieper in op zaken als privacy, persoonlijke benadering, vertrouwde en veilige woonomgeving, aanbod van voorzieningen en activiteiten, regie op het eigen leven en participatie.

Op basis hiervan, kan wederzijds beoordeeld worden of de Muzelaar een geschikte woonomgeving zou kunnen zijn voor de toekomstige bewoner.

Samen met de coach van WOL is een traject gestart waarbij in eerste instantie alle dossiers volledig zijn doorgenomen op verbeterpunten.

De bevindingen die hieruit voortkwamen zijn in een 10-tal sessies met de coach, de betrokken medewerkers, de zorg coördinator en de bestuurder besproken en verder uitgediept.

Dit had verschillende positieve effecten als:

- meer structuur in de opbouw van het dossier
- meer verdieping in de bewoner door een beter, completer levensverhaal te gebruiken en indien nodig meer informatie te verkrijgen bij de familie.
- meer inzicht in de fase van dementie door toepassing van de Ik-beleving waardoor meer inzicht in waar behoeften en mogelijkheden liggen.
- betere rapportage door invoeren van methode SOAP
- verbetering PDCA door invoeren format "methodisch werken" en "methodisch werken bij probleemgedrag".

Dit heeft snel en zichtbaar resultaat gehad in nog meer zorg op maat en naar behoefte en heeft geresulteerd in meer betrokkenheid van de naasten.

Positief neveneffect is dat de betrokkenheid tussen de contactverzorgende en de contactpersoon van de familie verbeterd is door duidelijker informatieverstrekking en kortere lijnen.

2x per jaar vindt er een zorgplanbespreking plaats in het bijzijn van de contactpersoon en wanneer mogelijk de bewoner. Dit halfjaarlijkse gesprek is een terugblik op de afgelopen periode (zijn doelen behaald?) en een vooruitblik naar de toekomst met daarin zo nodig opgestelde nieuwe doelen, wensen en verwachtingen.

Buiten deze vastgestelde besprekingen zijn er tussentijds veel contactmomenten tussen de contactverzorgende en de eerste contactpersoon van de bewoner. Familie ervaart deze

korte lijn als zeer prettig. Zij weten wie zij kunnen benaderen en kunnen in zeer korte tijd antwoorden op hun vragen verwachten.

Er is een samenwerkingsovereenkomst gesloten met de Specialist Ouderengeneeskunde (SO) vanuit Stichting Wijdezorg in Ter Aar, ook kan van hieruit de psycholoog geconsulteerd worden.

De bewoner situaties worden niet structureel besproken met de SO /psycholoog erbij in bijv. een Multidisciplinair overleg. Echter op basis van verwijzing huisarts wordt hier wel gehoor aan gegeven.

Inmiddels is er een verbeterslag gaande om alle bewoners onder één huisartsenpraktijk te laten vallen. Een aantal familieleden hebben hier gehoor aan gegeven. Alle nieuwe bewoners worden nu standaard ingeschreven bij deze huisartsenpraktijk.

5. WONEN EN WELZIJN

Vanuit het kwaliteitskader dienen de zorgverleners en de zorgorganisatie oog te hebben voor optimale levenskwaliteit en welzijn van bewoners en hun naasten en de wijze waarop zij gericht zijn op het bevorderen en ondersteunen ervan. Hierbij speelt de zorg van lichaam en geest van de bewoner een rol maar is de woon-en leefomgeving, waarin de bewoner zorg ontvangt, eveneens van groot belang voor zijn/haar kwaliteit van leven. Hierbij gaat het dan om zingeving, een schoon en verzorgd lichaam en schone kleding, familieparticipatie, de inzet van vrijwilligers en wooncomfort.

Voor de Muzelaar geldt dat kwaliteit van wonen en welzijn begint bij de aandacht en ondersteuning op basis van individuele levensvragen van de bewoner. De ondersteuning van WOL heeft dit versterkt door:

- Er bestaat doorlopend aandacht voor zingeving mede op basis van structurele risicosignalering met extra aandacht voor eenzaamheid en depressie.
- Wensen rondom het levenseinde worden digitaal vastgelegd. Nieuwe bewoners ontvangen voor hun inhuizing een Behandel Paspoort, zodat zij met hun naaste kunnen buigen over de wensen in de laatste levensfase. Het principe wordt gehanteerd dat iedere bewoner met dementie zich in een rouwproces bevindt waardoor extra alertheid op depressie betracht wordt.
- Bewonerbesprekingen met screening 'Ik-beleving bij Dementie' maken duidelijk in welke fase van dementie een bewoner zich bevindt. Op basis hiervan ontstaat een duidelijk beeld van individuele zinvolle dagbesteding waarbij men bespreekt wat mogelijkheden op basis van de wensen zijn.
- In 2019/2020 is een beeldend vak therapeut aanwezig geweest welke leermeester is voor de zorgmedewerkers. De activiteiten zijn gericht op persoonlijke voorkeuren en op de fase van dementie.
- Familie is betrokken bij de fase-ontwikkelingen van het dementieel proces van hun naaste. Familie van nieuwe bewoners vullen de ik-beleving observatielijst voor inhuizing in waardoor er ook bij hen bekendheid van het ziektebeeld en haar ontwikkelingsfases ontstaat. Medewerkers en familie zijn daadwerkelijk in dialoog over de voortschrijding van het proces. Familieleden worden actief uitgenodigd tot participatie.
- Mantelzorg - en vrijwilligersbeleid is geïmplementeerd, met extra aandacht voor inzet en competentie van vrijwilligers.

Activiteiten:

De activiteiten worden vormgegeven door middel van een weekprogramma. Daarbij valt te denken aan bewegen voor ouderen, valpreventie, muziek, creatieve activiteiten. Deze activiteiten worden uitgevoerd door vrijwilligers en beroepskrachten (bewegingstherapeut, fysiotherapeut). Ook familie en hun naasten blijven een actieve rol spelen binnen het wonen en welzijn. Dit alles conform de afspraken in het zorgleefplan. Buiten de terugkerende activiteiten is er veel aanbod van spontaan aangeboden activiteiten als wandelen, spel, fietsen, tuinieren, activiteiten in de keuken of huishoudelijke klusjes.

Er is veel aandacht voor het doen aan lichaamsbeweging; dagelijks worden er met de bewoners wandelingen buiten gemaakt, ook de duofiets is veel in gebruik.

Inzet vrijwilligers:

Bij het aanbieden van activiteiten is de rol van vrijwilligers erg belangrijk. Een vast team van 9 vrijwilligers komt op vaste momenten om ondersteuning te bieden aan de momenten van activiteit maar ook voor het bieden van een luisterend oor. Er zijn vrijwilligers voor creatieve activiteiten, verzorgen koffie/thee, wandelen, fietsen, tuinonderhoud, gym en een vrijwilliger die met haar hond wekelijks op bezoek komt.

Medewerkers en familie maken veelvuldig en enthousiast gebruik van Familienet. Op dit interactief medium wordt alles wat te maken heeft met welzijn gedeeld. Dit zorgt dat directe familie en eventuele andere naasten steeds op de hoogte gehouden worden van de leuke dingen die op de Muzelaar plaatsvinden. Familienet is een middels om de relatie tussen de bewoner en hun naasten te verbeteren.

Vanuit de gesprekken met familie en naasten (informele gesprekken en zorgleefplanbesprekingen) blijkt keer op keer dat zij het wonen voor hun familie/naasten in de Muzelaar ervaren als thuis. Terugkerende reactie zijn dat er veel persoonlijke aandacht en gastvrijheid is ook voor familie en naasten. Daarnaast ervaren zij de Muzelaar als een gezellige, schone en verzorgde woonomgeving in een ontspannen sfeer.

Maaltijden:

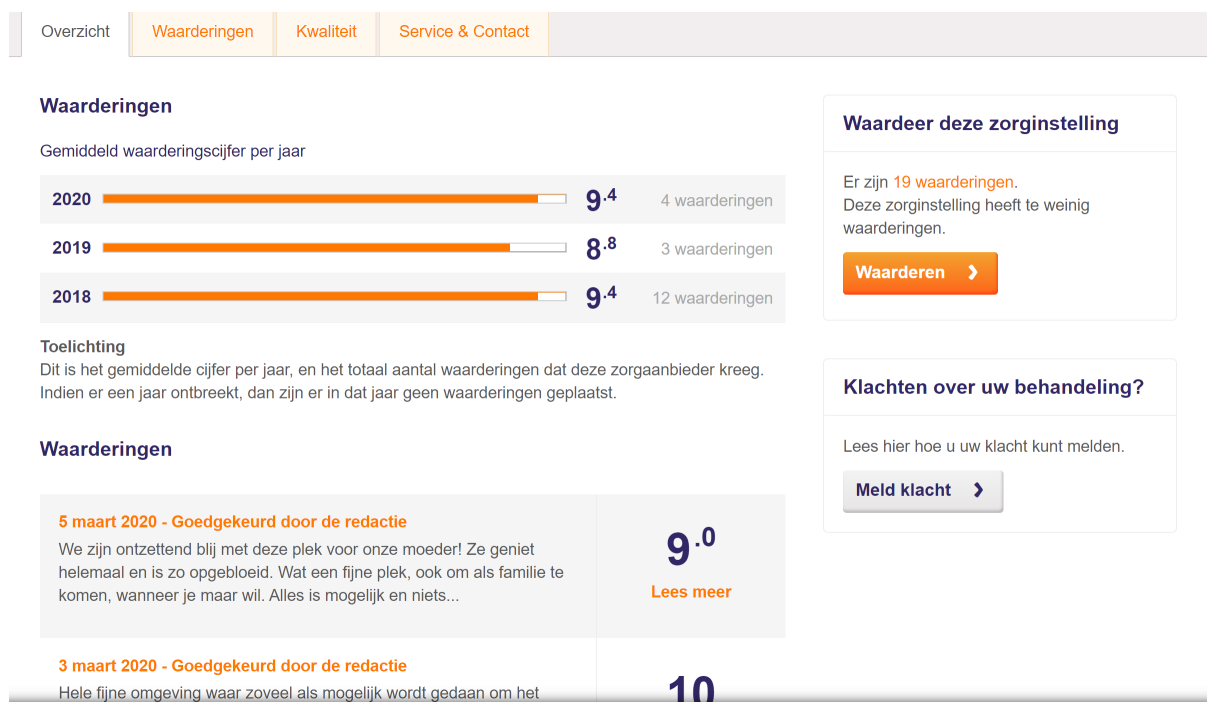
De maaltijden worden dagelijks versbereid door de medewerkers van de Muzelaar. Daarbij is er veel aandacht voor een gevarieerd aanbod en worden de bewoners betrokken bij de keuze en bereiding van de maaltijden. Dit alles levert een positieve bijdrage wanneer met elkaar de maaltijd genuttigd wordt.

Interne/Externe klachtenprocedure:

De Muzelaar is aangesloten bij Klachtenportaal. In 2019 zijn er geen klachten aan Klachtenportaal gemeld. Daar waar er intern ontevredenheid dan wel een klacht zou zijn wordt dit direct besproken met de medewerker, zorg coördinator of bestuurder.

Clientwaardering:

Sinds maart 2018 is de Muzelaar aangesloten bij Zorgkaart Nederland waardoor waarderingen zichtbaar zijn. Aangezien de Muzelaar een kleine organisatie is zijn er ook minder waarderingen waardoor een NPS niet mogelijk is. Daarnaast vinden veel familieleden het overbodig dit jaarlijks te doen wanneer er niets veranderd in hun beleving. Daarnaast geven de vele mondelinge en schriftelijke reacties van families en naasten (kaartjes, brieven, bloemen) nog steeds een bevestiging dat men tevreden is over dat wat geboden wordt binnen de Muzelaar.



Familie-avond:

In eerdere familie-avonden is aangegeven dat de frequentie van 1x per jaar voldoende is gebleken. Deze heeft in 2019 dan ook plaatsgevonden. Terugkerende thema's op een familie-avond zijn kwaliteit, activiteiten, nieuwe ontwikkelingen. Verslaglegging hierover geeft een positief beeld over al deze onderdelen.

6. VEILIGHEID

6.1 MEDICATIEVEILIGHEID

In oktober 2019 is in samenwerking met de Apotheker het medicatieproces gedigitaliseerd (Ncare). Dit heeft tot grote verbeteringen geleid.

De veilige principes zijn verwerkt in Ncare.

Jaarlijks vindt een medicatiereview plaats met de apotheker, afspraken zijn aangescherpt en vastgelegd.

Medewerkers zijn zich, na scholing en training on the job, bewust en bekwaam t.a.v. terughoudendheid bij 'zo-nodig' medicatie en het signaleren van bijwerkingen.

Beleid melding incidenten, melding calamiteiten en Prismabeleid is geïmplementeerd. MIC-commissie draagt zorg voor trendanalyse en bespreking op alle niveaus.

Audit infectiepreventie is uitgevoerd en vervolgd met een basistraining infectiepreventie.

Hygiëne beleid is geïmplementeerd, werkgroep geïnstalleerd. Persoonlijke- en handhygiëne komt standaard terug in jaargesprek met zorg coördinator.

Hygiënecode HACCP is aangescherpt met name vuil en schoon gescheiden en gebruik van aparte snijplanken vlees en groente

Risicosignalering wordt uitgevoerd en vastgelegd in het zorgleefplan.

Medewerkers hebben aandacht voor preventie huidletsel en passen de juiste maatregelen toe en leggen dit vast in het zorgleefplan.

Er zijn structureel bewonerbesprekingen ingezet waarbij alle risico's besproken worden wat resulteert in meer verdieping in maatregelen die worden toegepast waardoor acute ziekenhuisopnames voorkomen kunnen worden.

Wensen van de bewoners zijn inzichtelijk en vastgelegd i.s.m. behandelend huisarts.

6.2 DECUBITUS

Volgens het kwaliteitskader gaat het hier om regelmatige monitoring van huid (letsel), voedingstoestand, mondzorg, incontinentieletsel bij kwetsbare, bedlegerige of immobiele bewoners.

Voor iedere zorgplanbespreking, of desgewenst eerder, vindt er een risicosignalering plaats voor o.a. op decubitus.

Wanneer er sprake was van een verhoogd risico werden de zorgafspraken bijgesteld.

In 2019 was er een bewoner met (tijdelijk) decubitus graad 2 als gevolg van immobiliteit door doorgemaakt CVA.

6.3 VBM

Medewerkers hebben scholing ontvangen over de wet zorg en dwang, het stappenplan en noodzaak tot inzet van alternatieven. Wzd beleid is geïmplementeerd en er is een Wzd arts gecontracteerd. Er heeft een werkbezoek plaatsgevonden in het kader van "open deuren beleid". Er is doorlopend aandacht voor terugdringen middelen en maatregelen. Op VBM-inzet heeft een reductie plaatsgevonden van 75 %, op gebruik psychofarmaca is een

reductie van 80 % gerealiseerd. Daar waar zich nu een situatie voordoet m.b.t. VBM wordt door de medewerker het stappenplan ter hand genomen en worden de keuzes en afwegingen goed gedocumenteerd in het zorgleefplan

6.4 ZIEKENHUISOPNAME

Hierover vraagt het kwaliteitskader het aantal opname in (psychiatrisch) ziekenhuis, dan wel insturen naar SEH.

In 2019 was er 1 ongeplande opname in een ziekenhuis. Een bewoner werd voor 2 dagen opgenomen in verband met een CVA. Revalidatie en herstel vond, onder begeleiding van de huisarts en fysiotherapeut plaats in de Muzelaar.

7. LEREN EN WERKEN AAN KWALITEIT

Hierbij gaat het volgens het kwaliteitskader over de wijze waarop de zorgverlener en zorgorganisatie op dynamische en lerende wijze zorgdragen voor optimale zorg en verzorging voor bewoners, daarbij gebruikmakend van de best beschikbare kennisbronnen zoals wetenschappelijke literatuur, professionele richtlijnen, landelijke en lokale data, gesystematiseerde ervaringsgegevens en kwalitatieve informatie.

De bestuurder en zorg coördinator hebben zich tijdens het begeleidingstraject vooral gericht op het ontwikkelen en implementeren van heldere beleid/ documentatie.

De organisatie is nauw betrokken bij de Coöperatie kwaliteit@ en als zodanig vanuit een lerend netwerk betrokken bij inmiddels 10 andere organisaties. Uitwisseling op primair proces niveau heeft al plaatsgevonden samen met de "zuster" organisatie te Maarn

Er worden geen drempels ervaren om incidenten te melden. Kort cyclisch verbeteren is ingebed in de navolgbare methodische cyclus. Incidenten(trends) worden besproken in het teamoverleg, evenals getroffen verbetermaatregelen en evaluatiemomenten.

MIC- en MIM-beleid is geïmplementeerd en MIC-commissie geïnstalleerd. Trendanalyse komt structureel terug in teambesprekingen.

Er heerst een opensfeer in de organisatie en het leertraject heeft aangetoond dat er een effectief leerklimaat aanwezig is in alle lagen van de organisatie.

Op basis van het INK-managementmodel zijn alle processen en structuren in kaart gebracht en voorzien van onderliggende beleidsdocumenten welke terugkomen in een aanpalende overlegstructuur waardoor de organisatie inrichting op alle lagen voldoet aan methodisch werken.

Er is een start gemaakt met de implementatie van de Kwaliteitsmethodiek volgens Kwaliteit@.

Beleid 'Melding incidenten, melding calamiteiten en Prismabeleid' zijn geïmplementeerd.

8. LEIDERSCHAP, GOVERNANCE EN MANAGEMENT

Dit gaat over de aansturing en governance van de zorgorganisatie die faciliterend zijn voor kwaliteit, zoals het beleggen van verantwoordelijkheid, besluitvorming en risicomanagement, en over de strategische, statutaire en financiële verplichtingen.

Het kwaliteitskader geeft een aantal lijnen aan die van cruciaal belang zijn voor kwaliteit van verpleeghuiszorg:

- De persoonsgerichte zorg- en ondersteuning van de bewoner en het belang van de relatie tussen bewoner, zorgverlener en zorgorganisatie voor de kwaliteit van zorg.
- Het faciliteren en in hun kracht zetten van de zorgverleners.
- Het niet vrijblijvende dynamische ontwikkelproces van samen leren en verbeteren van kwaliteit van zorg en ondersteuning, met verantwoording die daaraan dienend is. De rol en het leiderschap van de directie.

Er is in 2019 veel aandacht geweest rond het werken conform de PDCA-cyclus en de aandacht voor verbetermogelijkheden. Er is meer bewustzijn op kwaliteiten en structuur waarbij het besturingsmodel hierop is aangepast.

De gehele organisatie is navolgbaar methodisch ingericht.

Er heeft binnen de organisatie een wijziging plaatsgevonden binnen de structuur en verantwoordelijkheden; een eenhoofdig bestuur wordt aangestuurd door de aandeelhouders en een zorgcoördinator welke belast is met de primaire zorglevering. Er is een samenwerking met een WzD-SO. De bestuurder is praktiserend BIG geregistreerd verpleegkundige.

Rol, bevoegdheden, evaluatie en positionering aandeelhouders, controller en bestuur/directie is vastgelegd en geborgd

De Muzelaar is aangesloten bij Klachtenportaal.

De Muzelaar heeft hun stakeholders voldoende in beeld waarmee regelmatig evaluatie zijn.

Leverancier en samenwerkingspartijen	Taak/product
Woonforte Alphen aan de Rijn	Onderhoud gebouw en Legionellebeheer
ABD bedrijfsdiensten	Onderhoud brandcentrale en alarmering
Jumbo Supermarkt	Dagelijkse boodschappen
Yuki	Personeels- en salarisadministratie
Sanders Techniek Veenendaal	Domotica
Electronisch Zorgdossier	LableCare
Familie netwerk	Familienet
Apotheek Allart Alphen aan den Rijn	Farmaceutische zorg
Huisartsen Alphen aan den Rijn	Medische zorg
Eerstelijns Fysiotherapie/Ergotherapie	Paramedische zorg
Activite	Inhuur specialistisch verpleegkundige
Medipoint	Medische hulpmiddelen
Klachtportaal	Klachtenregeling

9. PERSONEELSSAMENSTELLING (VOLDOENDE EN VAKBEKWAAM PERSONEEL)

Dit gaat over de adequate samenstelling van het personeelsbestand. Hoeveel zorgverleners met welke vaardigheden en competenties er nodig zijn om te voorzien in de wensen en behoeften van de bewoners waaraan de zorgorganisatie zorg en ondersteuning biedt?

De formatie is op orde, medewerkers ervaren zelf relatief ruime bezetting.

Strategisch personeelsplan inclusief functiemix en stamrooster is ontwikkeld op basis van doelgroep-beleid.

Er is voldoende personeel qua toezicht en tijdens intensieve zorgmomenten. Dit is meer dan gemiddelde inzet vergeleken met reguliere verpleeghuiszorg. Er zijn 2 medewerkers gestart met opleiding VP-niveau 4. Er is altijd een verpleegkundige 24/7 binnen 30 minuten beschikbaar. Artsen zijn 24/7 bereikbaar en oproepbaar binnen de vereiste aanrijtijd.

Medewerkers ervaren meer kennis en vaardigheden opgedaan te hebben wat de multidisciplinaire samenwerking ten goede komt. Het beleid (tevens werkboek en stappenplan) onbegrepen gedrag is geïmplementeerd op basis waarvan bewonerbesprekingen methodisch doorlopen worden. Er is een SO/Wzd-arts structureel betrokken bij de MDO's

Er wordt gewerkt volgens protocollen o.a. Vilans. Alle protocollen zijn geactualiseerd.

Werkwijze en procedures zijn recent ontwikkeld.

Er is een strategisch scholingsplan en een jaarplan ontwikkeld. Medewerkers kennen de aanvraag en toewijzingsprocedure. Er zijn aandachtsvelders benoemd op gebied van mondzorg, wondzorg, incontinentie, medicatie en decubitus. Scholingen passend aan het jaarplan worden gevolgd, opgedane kennis wordt met elkaar gedeeld. Er vindt uitwisseling plaats via de zusterorganisatie en Kwaliteit@

Resultaten op tijdelijke normen personeelssamenstelling met betrekking tot 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. **24/7 zijn er minimaal 4 zorgverleners aanwezig.**
- Tijdens de dag en avond is er permanent iemand in de huiskamer 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. Dit kwaliteitskader vraagt wel nadrukkelijke aandacht voor de afbakening tussen professionele verantwoordelijkheid en de inzet van familie en vrijwilligers. **Er is altijd iemand in de huiskamer, onderling vindt overleg plaats wanneer een zorgverlener met een bewoner uit de huiskamer moet.**
- 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 bewoners. **Er is 24/7 iemand aanwezig.**
- De zorgverleners die in direct contact zijn met de bewoners, kennen hun naam, zijn op de hoogte van hun achtergrond en persoonlijke wensen. **Alle zorgverleners kennen alle bewoners van de huiskamers. Er zijn vaste teams en dezelfde gezichten. Iedere zorgverlener is op de hoogte van de achtergrond en de wensen van de bewoners.**

Resultaten op tijdelijke normen personeelssamenstelling met betrekking tot specifieke kennis en vaardigheden

- Er is altijd iemand aanwezig die met zijn of haar kennis en vaardigheden aansluit bij de (zorg)vragen en (zorg)behoeften van de bewoners en bevoegd en bekwaam is voor de vereiste zorgtaken. **24/7 is er minimaal een verzorgende niveau 3 aanwezig die bevoegd en bekwaam is te handelen.**
- Er is voor bewoners met een indicatie verblijf met verpleging of behandeling, 24/7 een BIG geregistreerde verpleegkundige binnen 30 minuten ter plaatse. **Er is 24/7 een verpleegkundige bereikbaar.**
- Er is voor bewoners 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. **Overdag is de huisarts altijd bereikbaar. Na 17.00 uur neemt de huisartsenpost dit over.**
- Er zijn 24/7 aanvullende voorzieningen beschikbaar voor (on)geplande zorg, vragen of toenemende complexiteit zoals: opschalen van personeel (inzetten mobiel team), inroepen specialist ouderengeneeskunde, overleg medisch specialist of gedragsdeskundige, tijdelijke overplaatsing bewoner naar andere afdeling in dezelfde zorgorganisatie, inschakelen Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE), ingang zetten 'meer-zorg'. **Er is 24/7 een bereikbaarheidsdienst (management) die in geval van calamiteiten het personeel kan opschalen of specialist kan inschakelen.**

Bezetting per 24 uur

Tijd	Bezetting
07.30 – 15.00 uur	1 medewerker niveau 3
07.30 – 15.00 uur	1 medewerker niveau 2 of 3
07.30 – 11.30 uur	1 medewerker niveau 2 of 3
07.30 – 15.00 uur	1 leerling
08.30 – 13.30 uur	1 medewerker niveau 1
15.00 – 23.00 uur	1 medewerker niveau 3
15.00 – 23.00 uur	1 medewerker niveau 2 of 3
16.30 – 20.30 uur	1 medewerker niveau 2 of 3
23.00 – 07.30 uur	1 medewerker niveau 3
	Dagelijks is er ondersteuning van vrijwilligers gericht op individuele- of groepsactiviteiten

10. GEBRUIK VAN HULPBRONNEN.

Dit thema gaat over het effectief en efficiënt gebruiken van hulpbronnen om de best mogelijke zorgresultaten en ervaringen te behalen met de beschikbare financiën en middelen.

Er is meer aandacht voor veiligheid binnen de locatie. Ook de samenwerking met de woningbouwcoöperatie heeft ertoe geleid dat er een nieuwe Brandmeldcentrale gaat komen. Bewonersdocumenten zijn gescand en vindbaar opgeborgen in LableCare. Samenwerkingsovereenkomsten zijn afgesloten, verantwoordelijkheden vastgelegd en evaluatiemomenten zijn geborgd in overlegstructuur. Onderhoud materialen is geïmplementeerd.

Op dit moment wordt gewerkt met sensoren welke voor nu passend zijn. Het opendeurenbeleid maakt innovatie mogelijk waardoor er aanpassingen zullen komen. Verantwoordelijkheden zijn beiderzijds contractueel vastgelegd, geborgd in het INK-A3 jaarplan zodat er cyclisch evaluaties gaan plaatsvinden.

11. GEBRUIK VAN INFORMATIE

Elke organisatie dient vanaf 2017 minimaal één keer per jaar informatie over bewoner ervaringen te verzamelen en te gebruiken middels erkende instrumenten. Elke organisatie dient in het kader van onderlinge landelijke vergelijkbaarheid vanaf verslagjaar 2016 minimaal één keer per jaar informatie over de Net Promotor Score16 (NPS) aan te leveren. Hiervoor mag ook de aanbevelingsvraag van Zorgkaart Nederland gebruikt worden.

Er is een instrument ontwikkeld, dit wordt op korte termijn uitgezet. Verbetercyclus is ingebed. Ervaringen van Zorgkaart Nederland en reacties van mantelzorgers zijn vooralsnog leidend. Medezeggenschaporgaan is geïmplementeerd.

Er is veel aandacht besteed aan de beschikbaarheid van (stuur) informatie t.b.v. Directie (AVA en bestuurder), zorgcoördinatoren en team. De personele inzet is inzichtelijk. Medewerkers voeren alle beschikbare informatie in Lable Care in waardoor nu adequate managementinformatie beschikbaar komt. Alle informatie op naam van bewoner is digitaal opgeslagen. Daarnaast vormt een INK-managementmodel de basis voor de jaarplanning. AVG-beleid is in ontwikkeling.

Nog niet alles is AVG- proof. Het grootste gedeelte van de administratie is gedigitaliseerd volgens AVG. In 2020 zal dit geëffectueerd worden.

Kwaliteitsinformatie wordt gemonitord d.m.v. KK-kwartaalscan en vormt de basis voor actieplan op team- en organisatieniveau. Scans worden gedeeld met behandelaren en medezeggenschap. De scan vormt tevens de basis voor het kwaliteitsplan.

Resultaten diverse scans WOL periode maart 2019 – juni 2020



12. VERBETERPARAGRAAF (OPGENOMEN IN HET KWALITEITSPLAN 2020)

Wat zijn de uitdagingen

De focus voor 2020 zal vooral liggen op het borgen van al het goede wat, mede door ondersteuning van WOL, ontwikkeld en geïmplementeerd is.

Alle randvoorwaarden zijn aanwezig om als organisatie verder te groeien. De discipline op alle niveaus is er op gericht om de gebaande wegen te blijven volgen en garant te staan voor slagen.

De invoering 'opendeuren beleid' is ten gevolge van de Corona crisis voorlopig on-hold gezet. Zodra er mogelijkheden toe zijn, zal dit verder zelfstandig opgepakt worden.

De samenwerking met de huisartsen blijft een hekel punt totdat alle bewoners aangesloten zijn bij een en hetzelfde gezondheidscentrum.