

DE WULVERHORST

Jaarplan 2018

(tevens kwaliteitsplan 2018)



VOORWOORD



De Wulverhorst heeft in 2017 het strategisch beleidsplan 2018-2021 ontwikkeld. Dit is in december 2017 vastgesteld.

Er zijn 3 hoofdambities geformuleerd voor de komende jaren:

1. Het leveren van uitstekende professionele zorg en dienstverlening gebaseerd op de actueelste maatstaven van beroepsverenigingen
2. Het door ontwikkelen van de bedrijfsvoering
3. Het verkrijgen en behouden van een centrale positie in het sociaaldomein in Oudewater

Concretisering van het strategisch beleidsplan vindt plaats in de jaarplannen. Het jaarplan 2018 is het eerste in deze planperiode. Het jaarplan bevat doelstellingen en daaraan gebonden acties om de komende jaren de Wulverhorst vanuit een prima uitgangspositie te blijven ontwikkelen. Te ontwikkelen op een wijze, waarbij we kunnen voldoen aan de verwachtingen en eisen die aan ons gesteld worden door cliënten, medewerkers, vrijwilligers, de samenleving en stakeholders zoals zorgverzekeraars, inspectie en de lokale overheid.

Een van de eisen waaraan voldaan moet worden en waar we inhoudelijk volledig achterstaan is het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Dit kwaliteitskader beschrijft wat cliënten en hun naasten mogen verwachten van verpleeghuiszorg en dus ook van de Wulverhorst.

Het formuleren van een kwaliteitsplan is voor ons geen doel op zich en ook geen hulpmiddel bij onze zorg en dienstverlening en de ontwikkeling van onze organisatie. Dat zijn het strategisch beleidsplan, ons continue beterplan en tal van andere documenten wel. We willen geen dingen dubbel doen, dat kost tijd en geld. En dat hebben wij hard nodig om uitstekende zorg te kunnen blijven leveren aan onze bewoners.

Het continuverbeterplan, een onmisbaar instrument voor ons handelen in 2018, hebben we daarom zodanig geformuleerd dat dit ook fungeert als kwaliteitsplan zoals bedoeld in het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Gekozen is voor optimale integraliteit. De Wulverhorst heeft een kwaliteitssysteem om de implementatie van het jaarplan gaande weg uit te voeren. De opzet van het plan is dusdanig dat op veel plaatsen verwezen wordt naar documenten. In ons kwaliteitssysteem.

Joyce Jacobs
Bestuurder

december 2017



INHOUDSOPGAVE

TITEL	PAGINA
0. VOORWOORD	2
1. PROFIEL ZORGORANISATIE	4
2. KWALITEIT/VEILIGHEID EN RANDVOORWAARDEN	6
3. JAARPLAN 2018	7
4. BIJLAGEN	7
1. Overzicht beleidsdocumenten kwaliteitshandboek	8-11
2. Personeelssamenstelling, kengetallen	12
3. Jaarplan	Excel bijlage
Voorwaardelijke prestaties	
4. Voorwaarde Veiligheid	14-16
5. Voorwaarde Bedrijfsvoering	17-20
6. Pijler 1 Zorgleefplan	21-23



1. PROFIEL ZORGORGANISATIE

De Wulverhorst is een kleinschalig woonzorgcentrum in de gemeente Oudewater. De Wulverhorst biedt ruimte voor 42 somatische cliënten (zpz 4,6 en 8), 24 psychogeriatricië cliënten (BOPZ afdeling; zpz 5) en 4 appartementen voor kortdurende opnames (elv en respijtzorg). De Wulverhorst biedt zowel intramurale als extramurale zorg; thuiszorg en huishoudelijke verzorging. De extramurale zorg wordt geleverd voor ruim 170 cliënten. Ook voor activiteiten en dagbesteding kan men terecht in de Wulverhorst. De keuken van de Wulverhorst levert naast maaltijden ook maandelijks aanschuifdinners in de regio. Deze diensten zijn niet alleen belangrijk voor het totale dienstenaanbod van de Wulverhorst, maar essentieel voor het verlenen van zorg dichtbij en binnen de Oudewaterse gemeenschap. De Wulverhorst verleent haar diensten ook buiten haar complex; in de wijk en alle woongemeenschappen van de gemeente Oudewater.

De inzet wordt geleverd door 89 fte medewerkers en bijna 200 vrijwilligers. De Wulverhorst is zowel intramuraal als extramuraal in het bezit van een Gouden Keurmerk van Perspekt. Daarnaast bezit de Wulverhorst over een keurmerk gecertificeerd door HCN (HACCP). (een uitgebreid profiel vindt u op onze website)

MISSIE

Wij dragen bij aan de persoonlijke levenskwaliteit van cliënten door het leveren van professionele ondersteuning op het gebied van wonen, welzijn en zorg. Hierbij zien en benaderen wij elke cliënt als een uniek persoon die zelf richting geeft aan zijn of haar leven.

VISIE OP WELZIJN

Wij respecteren het recht van elk mens om vorm en inhoud te geven aan zijn leven en daarover de regie te hebben. Onze omgangsvormen en werkhouding sluiten hierop aan.

Wij stemmen onze ondersteuning af op de mogelijkheden en wensen van onze cliënt. Daarbij zijn ook familie en mantelzorgers gelijkwaardige partners. Een relatie op basis van wederzijds respect en vertrouwen is van essentieel belang om te zorgen dat de cliënt zich veilig en thuis voelt. We gaan uit van “zorgen dat ... in plaats van zorgen voor”.

Wij werken vanuit het concept positieve gezondheid. Hierbij zien wij gezondheid als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven.

Voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg en dienstverlening zijn wij in de eerste plaats zelf verantwoordelijk, maar ook samen verantwoordelijk. Samen verantwoordelijk met onze stakeholders: financiers, gemeente, gemeenschap en maatschappelijke partners. Wij zijn maatschappelijk betrokken en verankerd in de omgeving. De Wulverhorst is van, voor en door Oudewaterenaren. Wij staan open voor vernieuwingen als dat de dienstverlening aan onze cliënten ten goede komt en nemen daarin naar vermogen het voortouw.

Medezeggenschap voor cliënt, medewerker en professional zien we als een vanzelfsprekendheid en heeft toegevoegde waarde. Dit zelfde geldt ook voor het hanteren van de Governance code voor de zorg.

Onze dienstverlening resulteert in:

- Tevreden cliënten
- Tevreden medewerkers
- Hoogwaardige kwaliteit van zorg en dienstverlening naar de actuele professionele standaard
- Een gezonde bedrijfsvoering
- Een gewaardeerde partner in de Oudewaterse samenleving



ONZE KERNWAARDEN

Met de kernwaarden Hartelijk, Dichtbij en Deskundig benadrukken wij onze missie en visie.

▪ HARTELIJK

Wij groeten elkaar en respecteren elkaar. We hebben positieve en alerte aandacht voor de cliënt en zijn welbevinden. We zijn discreet en respecteren de privacy van de cliënt. We kloppen of bellen aan voordat we binnen komen. De vraag en wens van de cliënt is uitgangspunt. We voeren een dialoog met de cliënt, familie en mantelzorgers binnen de kaders van onze ondersteuningsmogelijkheden. Als het mogelijk is komen we tegemoet aan de wensen en behoeften van de cliënt. Afspraak is afspraak.

▪ DICHTBIJ

De cliënt houdt de eigen regie. Wij stimuleren de cliënt zoveel mogelijk zelf te doen, uitgaande van de eigen mogelijkheden. Onze ondersteuning sluit daar op aan. We ondersteunen de cliënt, zodat hij zoveel mogelijk het leven kan blijven leiden dat hij gewend is. Dicht bij de eigen gebruiken. Wij bieden een veilige en geborgen woonomgeving. Bij de zorg in de vertrouwde thussituatie van de cliënt stellen wij ons op als gast. Wij zetten ons in om zoveel als mogelijk de zorg aan onze cliënten binnen de Oudewaterse gemeenschap te organiseren

▪ DESKUNDIG

We zijn trots op ons beroep en delen onze kennis graag met anderen. Wij zijn echte vakmensen. We hebben een professionele, open en lerende houding. We nemen geen genoegen met halfslachtig werk. We willen een organisatie zijn die uitmuntende zorg biedt en zich continu verbetert om een beter resultaat te bereiken voor de cliënten.

ONZE AMBITIE

Voor de komende vier jaar heeft de Wulverhorst 3 hoofdambities:

1. Het leveren van uitmuntende professionele zorg en dienstverlening gebaseerd op de actueelste maatstaven van beroepsverenigingen.
2. Het doorontwikkelen van de bedrijfsvoering
3. Het verkrijgen en behouden van een centrale positie in het sociaaldomein in Oudewater

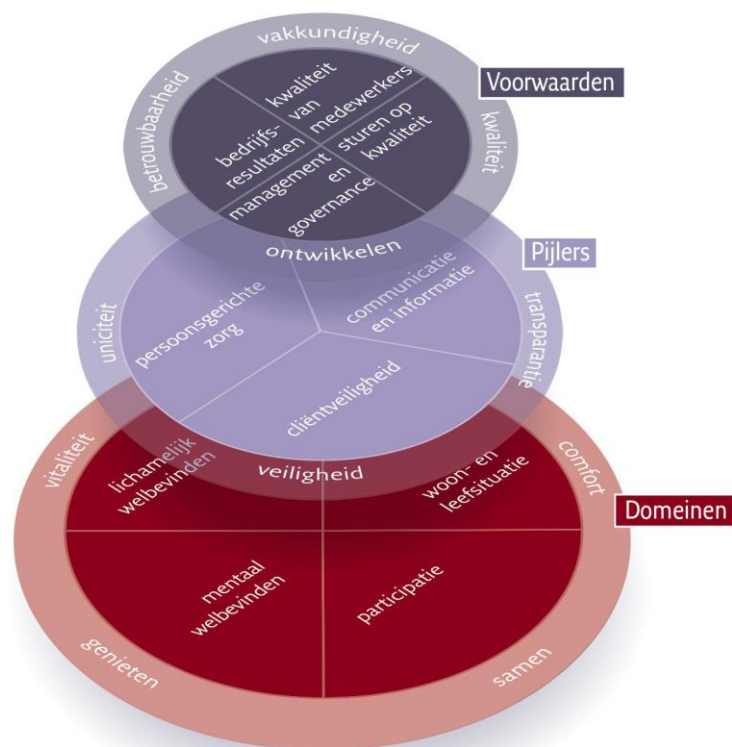
Voor de uitwerking van deze ambities verwijzen we kortheidshalve naar het strategisch beleidsplan 2018-2021.



2. KWALITEIT/VEILIGHEID EN RANDVOORWAARDEN

De thema's en randvoorwaarden uit het kwaliteitskader komen terug in de vorm van prestaties en voorwaarden in het kwaliteitshandboek van de Wulverhorst. De opbouw van het kwaliteitshandboek is gebaseerd op het PREZO keurmerk van Perspekt. Deze documenten worden cyclus gehanteerd en dit proces loopt naast ons continu verbeterplan gewoon door.

Een prestatie bestaat uit een domein, pijl of een voorwaarde. De prestaties zijn een beoordeling/wegingskader en bestaan uit de uitkomsten van persoonsgerichte zorg die vertaald zijn naar cliëntervaring, praktijk en instrumenten en reflecteren en verbeteren. Onderstaand figuur toont de indeling in Domeinen, Pijlers en Voorwaarden.



Figuur 1. Opbouw PREZO

Met de beschrijving van 15 prestaties en behoud van het gouden keurmerk van Perspekt voldoet de Wulverhorst aan het kwaliteitskader. Bijlage B toont verwijzingen van de gevraagde informatie uit het kwaliteitskader naar de bijbehorende documenten in het kwaliteitshandboek van de Wulverhorst. De verbeterprestaties zijn opgenomen in de bijlage en maken deel uit van het jaarplan op organisatie niveau. Op afdelingsniveau worden speerpunten voor het jaar 2018 geformuleerd, welke in het kwaliteitsverslag van juli 2018 zullen worden beschreven.



3. JAARPLAN 2018

De uitwerking van het strategisch beleidsplan en het Kwaliteitskader zijn verwerkt tot actiepunten in ons continue verbeterplan op organisatieniveau, ons handboek en onze website. In dit continue verbeterplan hebben we onze strategische ambities vertaald in tal van acties. Deze acties hebben we gebundeld in drie onderdelen: De “basis op orde”, “besturing” en “professionalisering”. Deze onderdelen komen in elk van onze ambities terug. In bijlage B treft u de doelstellingen voor deze punten en de daaraan verbonden benodigde acties voor het lopende en komende jaar. Ons verbeterplan is een levend document. Er verdwijnen acties omdat ze gerealiseerd zijn en er komen acties bij.

Voorwaardelijke prestaties, prestaties die de organisatie wil verbeteren van uit de methodiek van Perspekt zijn in dit plan opgenomen: V 2.7 Bedrijfsvoering, V 2.2 Veiligheid en Pijler 1 Zorgleefplan. Deze prestaties zijn toegevoegd aan de bijlage van dit document. Cyclisch wordt het jaarplan herzien en beschreven in het kwaliteitsverslag *juli 2018*.

4. BIJLAGEN

BIJLAGE A	-	OVERZICHT BELEIDSDOCUMENTEN KWALITEITSHANDBOEK
BIJLAGE B	-	JAARPLAN 2018
BIJLAGE C	-	PERSENEELSSAMENSTELLING, KENGETALLEN

VOORWAARDELIJKE PRESTATIES

BIJLAGE D	-	VOORWAARDEN VEILIGHEID
BIJLAGE E	-	VOORWAARDEN BEDRIJFSVOERING
BIJLAGE F	-	PIJLER 1 ZORGLEEFPLAN



BIJLAGE A - OVERZICHT BELEIDSDOCUMENTEN HANDBOEK

THEMA

1. PERSOONSGERICHTE ZORG EN ONDERSTEUNING

THEMA	HOOFDSTUK HANDBOEK	LOCATIE KWALITEITSHANDBOEK	TOETSING
0. Algemeen			Externe audit Perspekt
1. Compassie, 2. Uniciteit en 3. Autonomie	Zorg- en dienstverlening : zorgdossier en evaluatiezorg	1.2.1 Handleiding zorgdossier 1.2.2 Beheer en rechten digitaal zorgdossier 1.2.3 Op-en bijstellen zorgplan 1.2.4 Op- en bijstellen zorgplan extramuraal 1.2.5 Clientbespreking/ MDO intramuraal, procedure 1.2.6 Clientbespreking extramuraal procedure	
	Organisatiebeleid: algemeen	2.1.9 Vitaliteitsbeleid	
	Verbeter en borgingsplannen	5. Domein 3 - Mentaal welbevinden 5. Domein 4 - Lichamelijk welbevinden	
4. Zorgdoelen	Zorg- en dienstverlening : zorgdossier en evaluatiezorg Zorg- en dienstverlening : risicosignalering zorgproblemen Zorg- en dienstverlening : medicijnbeheer en distributie Zorg- en dienstverlening : middelen en maatregelen	1.2.1 t/m 1.2.6 1.3.1 t/m 1.3.14 1.4.1 t/m 1.4.6 1.5.1 t/m 1.5.3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maandelijks interne audit zorgleefplannen ▪ Twee keer per jaar MDO ▪ Externe audit Perspekt

2. WONEN EN WELZIJN

THEMA	HOOFDSTUK HANDBOEK	LOCATIE KWALITEITSHANDBOEK	TOETSING
0. Algemeen			Externe audit Perspekt
1. Zingeving	Zorg- en dienstverlening : zorgdossier en evaluatiezorg	1.2.1 Handleiding zorgdossier 1.2.2 Beheer en rechten digitaal zorgdossier 1.2.3 Op-en bijstellen zorgplan 1.2.4 Op- en bijstellen zorgplan extramuraal 1.2.5 Clientbespreking/ MDO intramuraal, procedure 1.2.6 Clientbespreking extramuraal procedure	
	Zorg- en dienstverlening : ethisch beleid en geestelijke zorg	1.6.1 Visie op ethische aangelegenheden 1.6.2 Reanimatiebeleid 1.6.3 Euthanasiebeleid 1.6.4 Geestelijke zorg	
	Zorg- en dienstverlening : overlijden	1.7.1 Beleid palliatieve en terminale zorg 1.7.2 Zorg rond overlijden intramuraal, procedure 1.7.3 Zorg rond overlijden extramuraal, procedure	
	Verbeter en borgingsplannen	5. Domein 1 - Woon-en leefsituatie	

2. Zinnige dagbesteding	Zorg- en dienstverlening : zorgdossier en evaluatiezorg	1.2.1 Handleiding zorgdossier 1.2.2 Beheer en rechten digitaal zorgdossier 1.2.3 Op- en bijstellen zorgplan 1.2.4 Op- en bijstellen zorgplan extramuraal 1.2.5 Clientbespreking/ MDO intramuraal, procedure 1.2.6 Clientbespreking extramuraal procedure	▪ GGD WMO toezicht ▪ Waardigheid & Trots
	Verbeter en borgingsplannen	5. Domein 1 - Woon- en leefsituatie	
3. Schoon en verzorgd lichaam/kleding	Verbeter en borgingsplannen	5. Domein 4 - Lichamelijk welbevinden	
	Zorghandelingen, protocollen	Protocollen Vilans	
4. Familieparticipatie en inzet vrijwilligers	Organisatiebeleid: algemeen	2.1.8 Mantelzorgbeleid 2.1.12 Beleid vrijwilligers	Eens per twee jaar : vrijwilligers- enquête
5. Wooncomfort	Zorg- en dienstverlening: Oriëntatie, aanmelding (her) indicatie	1.1.1 Intake cliënten intramuraal 1.1.2 Intake cliënten extramuraal 1.1.3 Inhuizing en start zorgverlening intramuraal, procedure 1.1.4 Intake, uitvoering en afronding hulpverlening WMO, procedure 1.1.5 Opname - in en terugplaatsing vanuit het ziekenhuis 1.1.6 Opname overplaatsing criteria 1.1.7 ZZP arrangementen 1.1.8 Opname gesprek Kleinschalig wonen	Zorgkaart Nederland: accommodatie

3. VEILIGHEID

THEMA	HOOFDSTUK KWALITEITSHANDBOEK	LOCATIE KWALITEITSHANDBOEK	TOETSING
0. Algemeen			Externe audit Perspekt
1. Medicatieveiligheid	Zorg- en dienstverlening : medicijnbeheer en distributie	1.4.1 Beoordeling eigen beheer medicatie 1.4.2 Medicijn en distributie extramuraal, procedure 1.4.3 Medicijn en distributie intramuraal, procedure 1.4.4 Geneesmiddelen distributie extramuraal beleid 1.4.5 Geneesmiddelen distributie intramuraal beleid 1.4.6 Richtlijn hygiëne bij toedienen medicatie	▪ Interne en externe audit Perspekt ▪ Risico analyse
	Zorg- en dienstverlening : risicosignalering zorgproblemen	1.3.8 Melding incidenten cliënten, procedure	
2. Decubituspreventie	Zorg- en dienstverlening : risicosignalering zorgproblemen	1.3.2 Decubitus preventie procedure	
3. Gemotiveerd gebruik van vrijheid beperkende maatregelen	Zorg- en dienstverlening : middelen en maatregelen	1.5.1 BOPZ notitie 1.5.2 Vrijheidsbeperkende maatregelen intramuraal beleid 1.5.3 Vrijheidsbeperkende maatregelen extramuraal beleid	▪ Audit BOPZ ▪ Verslagen BOPZ

4. LEREN EN VERBETEREN VAN KWALITEIT

THEMA	HOOFDSTUK KWALITEITSHANDBOEK	LOCATIE KWALITEITSHANDBOEK	TOETSING
0. Algemeen			Externe audit Perspekt
1. Kwaliteitsmanagement systeem	Organisatiebeleid: kwaliteitsbeleid	2.3.1 Kwaliteitsbeleid	
2. Jaarlijks geactualiseerd kwaliteitsplan		2.3.2 Beheer van het kwaliteitshandboek, procedure	
3. Jaarlijks geactualiseerd kwaliteitsverslag		2.3.5 Werking schema kwaliteitsbewaking	
4. Continu werken in de praktijk aan verbeteren van zorgverleners	Personeelsbeleid: opleidingsbeleid	3.2.1 Strategisch beleid opleidingen 2016-2019 3.2.2 Beleid BIG 3.2.3 Bevoegd en bekwaam 3.2.4 Scholing voorbehouden handelingen 3.2.5 Beleid scholing leerlingen en stagiaires	
5. Deel uitmaken van een lerend netwerk			Website

VOORWAARDEN

5. LEIDERSCHAP, GOVERNANCE EN MANAGEMENT

VOORWAARDE	HOOFDSTUK HANDBOEK	LOCATIE KWALITEITSHANDBOEK	TOETSING
0. Algemeen			Externe audit Perspekt
0. Klokkenluidersregeling	Organisatiebeleid: algemeen	2.1.7 Klokkenluidersregeling	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reglementen RVB/RVT/CR/OR/VVAR ▪ Jaar - en vergaderverslagen RVB/RVT/CR/OR/VVAR ▪ Website
1. Visie op zorg	Organisatiebeleid: algemeen	2.1.2 Strategisch beleid	
	Verbeter en borgingsplannen	5.6 - V2.7 - Bedrijfsvoering	
2. Sturen op kernwaarden	Organisatiebeleid: algemeen	2.1.2 Strategisch beleid	
		2.1.5 Gedragscode	
3. Leiderschap en goed bestuur	Organisatiebeleid	2.1.2 Strategisch beleid	
4. Rol en positie interne organen en toezichthouders	Verbeter en borgingsplannen	5.6 - V2.3 - Strategie en beleid	
5. Inzicht hebben en geven	Organisatiebeleid: algemeen	2.1.4 Governance	
6. Verankeren medische, verpleegkundige en psychosociale expertise		Website	



6. PERSONEELS-SAMENSTELLING

VOORWAARDE	HOOFDSTUK KWALITEITSHANDBOEK	LOCATIE KWALITEITSHANDBOEK	TOETSING
0. Algemeen			Externe audit Perspekt
1. Aandacht, aanwezigheid en toezicht 2. Specifieke kennis en vaardigheden 3. Reflectie, leren en ontwikkelen	Zorg- en dienstverlening : verpleegtechnisch handelen, protocollen	1.8 Vilans protocollen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registratie V&VN ▪ Elearning ▪ Medewerkers-tevredenheidsonderzoek ▪ Waardigheid en trots
	Zorg- en dienstverlening : zorghandelingen, protocollen	1.9 Vilans protocollen	
	Personeelsbeleid: algemeen	3.1.7 Capaciteitsbeleid	
	Personeelsbeleid: opleidingsbeleid	3.2.1 Strategisch personeels-en opleidingsbeleid 3.2.2 Beleid BIG 3.2.3 Bevoegd en bekwaam 3.2.4 Scholing voorbehouden handelingen 3.2.5 Beleid scholing leerlingen en stagiaires	

7. GEBRUIK VAN HULPBRONNEN

VOORWAARDE	HOOFDSTUK KWALITEITSHANDBOEK	LOCATIE KWALITEITSHANDBOEK	TOETSING
0. Algemeen			Externe audit Perspekt
1. De gebouwde omgeving	Personeelsbeleid: Arbobeleid/bedrijfsongevallen	3.3.1 Arbobeleid	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Website ▪ Intern overzicht hulpmiddelen ▪ Diverse rapporten
2. Technologische hulpbronnen			
3. Materialen en hulpmiddelen			
4. Facilitaire zaken			
5. Financiën administratieve organisatie			
6. De professionele relaties en samenwerkingsvormen	Verbeter en borgingsplannen	5.6 - V2.7 - Bedrijfsvoering	
	Organisatiebeleid: algemeen	2.1 Communicatiestructuur	

8. GEBRUIK VAN INFORMATIE

VOORWAARDE	HOOFDSTUK KWALITEITSHANDBOEK	LOCATIE KWALITEITSHANDBOEK	TOETSING
0. Algemeen			Externe audit Perspekt
1. Verzamelen van data en delen van informatie (tevredenheidsmetingen) 2. Benutten en optimaliseren van bestaande administratieve systemen 3. Openbaarheid en transparantie (o.a. kwaliteitsverslag)		<ul style="list-style-type: none"> ▪ AO/IC handboek ▪ Kwaliteitsplan ▪ Kwaliteitsverslag - juli 2018 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Instrument: verbetermeter ▪ Zorgkaart Nederland ▪ Website



BIJLAGE B – PERSONEELSSAMENSTELLING, KENGETALLEN

KWARTAALRAPPORTAGE HRM

Totalen	KWARTAAL 3					
	FTE/aantal		Bepaalde tijd FTE/aantal		Onbepaalde tijd FTE/aantal	
	Peildatum 30-9-2017					
TOTAAL IN DIENST	77,46	204	11,78	75	65,69	130
Fulltime	8	8	1	1	7	7
Parttime	68,57	115	10,78	18	57,8	97
Oproep	0	39		22		17
Vakantiekrachten	0	32		24		8
Stagiaires	0	9				
Totaal Zorgfuncties (incl. HH, excl. Stagiaires & vak.krachten)	62,57	138	11,61	39	50,96	99
Totaal overig (excl. Stagiaires & vak. Krachten)	14,89	25	0,17	2	14,72	23
In-, uit- en doorstroom	FTE/aantal		Bepaalde tijd FTE/aantal		Onbepaalde tijd FTE/aantal	
INSTROOM TOTAAL	3,11	23	3,11	23	0	0
Fulltime	0	0	0	0	0	0
Parttime	3,11	5	3,11	5	0	0
Oproep	0	4		4		0
Vakantiekrachten	0	8		8		0
Stagiaires	0	6				
UITSTROOM TOTAAL	2	27	2	21	0	6
Fulltime	1,11	1	1,11	1	0	0
Parttime	0,89	1	0,89	1	0	0
Oproep	0	5		3		2
Vakantiekrachten	0	16		12		4
Stagiaires	0	4				
DOORSTROOM TOTAAL	0,66	2	0,66	2	0	0

Toelichting

1. Verz.ass.: KSW naar Verz. Intra.

2. Verz.ass.: Verz. Intra. naar Verz. Oproep



Kwalificatieniveau Zorgfuncties
Niveau 1
Niveau 2
Niveau 3
Niveau 4
Niveau 6
Niveau 7
Ziekteverzuim (%)
Totaal
Zorgpersoneel
Overig personeel
Ratio personele kosten en opbrengsten
Extramuraal
Intramuraal

FTE/aantal		In opleiding tot FTE/aantal	
8,55	43		
3,22	6		
23,4	48	4,78	10
14,98	23	4	7
		0,89	4
		0,89	1
Excl. Zwangerschap		Incl. Zwangerschap	
2,69		4,33	
2,19		3,83	
0,50		0,5	
Opbrengsten		Personele kosten	Ratio
€ 319.762,00		€ 268.650,00	0,84
€ 1.005.833,00		€ 734.260,00	0,73



BIJLAGE D – VOORWAARDE VEILIGHEID

"Prestatie: V 2.2- Veiligheid verbeteren"		
PLAN	PRESTATIE	De organisatie biedt veilige zorg en ondersteuning in een veilige omgeving, door vakbekwame medewerkers en gericht op het ondersteunen van het algehele welbevinden van de cliënt.
DO	Activiteiten organisatie	<p>De organisatie</p> <p>Cliëntveiligheid</p> <p><u>Risicosignalering</u> is digitaal en wordt 2 x per jaar uitgevoerd tijdens de voorbereiding van een cliëntenbespreking en/of MDO. Risicosignalering bestaat uit de onderwerpen: incontinentie, depressie, ondervoeding, overgewicht, huidletsel, vallen en medicijngebruik. Bij een verhoogd risico worden er acties ondernomen en een doel geformuleerd. 2 x per jaar worden de verhoogde risico's besproken en vastgelegd in de mic commissie.</p> <p><u>MDO/ cliëntenbespreking</u>: Elke cliënt heeft recht op 2 x per jaar een MDO en/of cliëntenbespreking. Als organisatie wordt hierop toegezien door onder andere maandelijks interne audits uit te voeren op het zorgleefplan (4 zorgleefplannen per maand; 2 intra/ 2 extra) . De bevindingen van deze audits worden besproken met de desbetreffende EVV-er. De EVV-er past het zorgleefplan aan.</p> <p>Uiteindelijk verantwoordelijke voor de zorgleefplannen zijn de teamleiders.</p> <p><u>Vilans protocollen</u> extern bureau: In het digitale handboek zijn de vilans protocollen opgenomen. Medewerkers kunnen de actuele protocollen voor handelingen opzoeken. Daarnaast kan men theoretische gegevens van het menselijk lichaam lezen.</p> <p><u>Passende preventieve maatregelen</u>; halsbel en alarmering. Extra opties zijn: vloermat, stoelmat, bewegingsmelder. Uiteraard worden deze extra middelen en maatregelen zorgvuldig en in overleg met deskundige(n) gekozen en vervolgens vastgelegd en geëvalueerd in het zorgleefplan.</p> <p>Draagt zorg voor veilige en gezonde werkomstandigheden voor medewerkers:</p> <p>Hoog-laagbedden, passieve en actieve lift- onderhoudscontracten: Invacare en ArjoHuntlich.</p> <p>Invacare geeft medewerkers instructies over de werking van de hoog-laagbedden; jaarlijks worden de bedden gecontroleerd. Daarnaast hebben teamleiders regelmatig contact met de desbetreffende leveranciers.</p> <p>Thermometers, tensiometers worden 1 x per 2/3 jaar vervangen. De bloedsuikerapparaten worden jaarlijks geijkt via zorgservice. De Wulverhorst heeft een actueel onderhoudsschema voor apparatuur zoals: Saturatiemeters, bloeddrukmeters etc.</p> <p>De organisatie beschikt over een Arbo- beleid. Wordt cyclisch herzien.</p> <p>Arbo beleid heeft de volgende documenten die linken aan beleid: Checklist, Beleid gevaarlijke stoffen, beeldschermwerk, beleid alcohol en drugs, beleid zwangere</p> <p>De RI&E zal plaatsvinden in het voorjaar van 2018, de aandachtspunten worden opgepakt door de preventiemedewerker.</p> <p>Verzuimbeheersing:</p> <p>Zodra een medewerker zich ziekmeldt treedt de procedure ziekteverzuim in werking. Hieronder de inleiding van de procedure: Werkgever en werknemer zijn volgens de Wet Verbetering Poortwachter (WVP) samen verantwoordelijk voor een zo spoedig mogelijke werkherleving in geval van arbeidsongeschiktheid door ziekte.</p> <p>Een deel van de verzuimbegeleiding is uitbesteed aan de Arbo Unie. De OR heeft in 2017 overleg gehad met de arbo-arts.</p> <p>Dit protocol is van toepassing op alle medewerkers in dienst van De Wulverhorst.</p> <p>Calamiteitenplan</p> <p>Het calamiteitenplan is door de brandweer regio Utrecht gecontroleerd. Zij hebben aangegeven dat ons plan aan de NEN normen voldoet. Het Calamiteitenplan zal in 2018 opnieuw worden herzien. 3 medewerkers in De Wulverhorst hebben de verantwoording voor de O.P. taken, brandbedieningspaneel. Uiteraard zijn onze medewerkers hierin geschoold.</p>

		<p>Preventieve maatregelen: Vitamine c tabletten, alcohol handreiniging gel, griepinjecties, hepatitis B vaccinaties worden verstrekt door de organisatie. Maandelijks zijn er klinische lessen die ook aansluiten op de preventie maatregelen zoals tiltechnieken/ fysiotherapeut.</p> <p>Draagt zorg voor een veilige omgeving voor cliënten en medewerkers Wij beschikken over een calamiteitenplan voor De Wulverhorst en één voor het zomerhuis. Jaarlijks worden ontruimingsoefeningen gedaan en een tabel-top oefening (plattegronden-lego). Beleid legionella, aqua serva bestaat uit: check legionella, monsters lab, watermeters etc, Zo worden bijvoorbeeld de bezoekerstoiletten bij de cliënten wekelijks door de interieurverzorgsters doorgespoeld. De organisatie heeft een stand alone zorgdossier. Het dossier is beveiligd. Medewerkers loggen in met eigen uniek wachtwoord en personeelscode. Systeembeheerder draagt zorg voor de informatiebeveiliging.</p>
DO	Activiteiten medewerker/ discipline	<p>De medewerker: Medewerkers zijn bekend met de richtlijnen, protocollen en documenten. De organisatie heeft korte lijnen waardoor men direct actie kan ondernemen wanneer de veiligheid in het geding komt. De organisatie maakt 1 x per 6 maanden een verslag MIM (Melding Incidenten Medewerkers). Medewerkers zijn bekend met het MIM formulier. De visie De Wulverhorst is bekend bij de medewerkers.</p> <p>Scholing:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De apotheker organiseert 2 x per jaar een educatief programma: toedienen medicatie (voor verpleging, verzorging en voorschrijver) april en november 2017. Verantwoordelijk: Service apotheek Oudewater. • Alle nieuwe verpleegkundigen en verzorgenden worden getoetst op hun basiskennis doormidden van E-learning. • Kwaliteitsregister van V&VN, tevens opgenomen in het jaarplan 2018: is een online registratiesysteem voor verpleegkundige en verzorgende om de deskundigheidsbevordering vast te leggen. • Medewerkers hebben de mogelijkheid om de verpleegtechnische handelingen uit te voeren op een medische pop om zo bekwaam te blijven in hun handelen.
	Activiteiten cliënt/ vertegenwoordiger van cliënt	<p>De cliënt: Cliënten geven aan zich veilig te voelen in De Wulverhorst. Veiligheidsvoorschriften worden besproken. Elke cliënt heeft bij opname informatie ontvangen, namelijk de Wulverwijzer. Hierin staat de veiligheid omschreven. De medewerker legt in de domeinen vast wat de cliënt nodig heeft om zich veilig te voelen, Eventueel wordt dit als doel vastgelegd en ondertekend door cliënt. Door het vastleggen wordt er geregeld gerapporteerd en met de cliënt gesproken over dit onderwerp. Eventuele acties worden nageleefd.</p>
CHECK	Uitkomsten Overige Bronnen/ Indicatoren	<p>CQ CQ 5.4 / Goede kwaliteit van de zorgverlener ervaren / 40 punten/ Mei 2015: ZT CQ 5.4: 40 pnt, somatiek 50 pnt, PG 50 pnt CQ 7.5 / de mate waarin cliënten veiligheid ervaren/ / 50 punten Mei 2015: ZT CQ 7.5: somatiek 50 pnt/ 50 pnt</p> <hr/> <p><u>Uitkomsten initiële audit november 2016</u> <u>V 2.2 Veiligheid</u> <i>De Wulverhorst ondervindt geen problemen met het vervullen van vacatures. De medewerkers ervaren weinig werkdruk. De sleuteluitgifte wordt netjes geregistreerd. De legionellebeheersing ligt in beleid vast. De controle is uitbesteed, de registratie is op orde. Er zijn voldoende BHV-ers. Er wordt regelmatig tabletop oefeningen gehouden en brand- en ontruimingsoefeningen. Het ECD is naar buiten toe zeer goed beveiligd. De autorisatie is op functieniveau ingericht. Zorgmedewerkers hebben toegang tot de gegevens van alle cliënten, zowel intramuraal als extramuraal. In de nieuwe release wordt de autorisatie op afdelingsniveau gericht. De procedure datalekken is nog in ontwikkeling.</i> 85 punten</p> <hr/> <p><i>Tussentijdse audit Perspekt, betreft V 2.2 Veiligheid zal plaatsvinden: oktober 2018</i></p> <hr/> <p>Aantal en aard incidentenmeldingen m.b.t de cliënten: 3^{de} kwartaal 2017 uitkomsten mic commissie: Extramuraal: minder incidenten dan het 2^{de} kwartaal zowel medicijnen als valincidenten. Het 4^{de} kwartaal wordt steekproefsgewijs gekeken of incidenten worden gemeld.</p>

		<p>Intramuraal: Overzicht van het 3^e kwartaal geeft een lichte stijging van incidenten. Het 3^{de} kwartaal zal opgepakt worden door de teamleiders van afdeling 1/ 3 en afdeling 2: Prisma analyse wordt op het 3^{de} kwartaal toegepast. Valincidenten zijn uitgebreid omschreven, medewerkers zijn hier alert op.</p> <p>Kleinschalig wonen: Zichtbaar de vermindering van agressie. Op huisje de Zwaan en huisje Grutto zijn er medicatie stijgingen zichtbaar. Teamleider gaf aan de weekdozen terug te dringen en meer met de baxters te werken. Dit voorkomt incident meldingen. Teamleider gaat dit bespreken in de werkoverleggen.</p> <p><i>Alle uitkomsten van de kwartaalverslagen Mic worden geanalyseerd door de MIC commissie en vastlegt. Volgt per kwartaal verslaglegging</i></p> <hr/> <p>Aard en aantal klachten/ incidenten medewerkers In 2017 zijn tot op heden nog geen klachten van medewerkers. Medewerkers bespreken ongenoegen met de teamleider en wordt mondeling opgelost. In het voorjaar van 2018 zal er een MTO (medewerkers Tevredenheidsonderzoek) plaatsvinden. Uiteraard wordt hier een plan van aanpak op beschreven om de tevredenheid van de medewerkers blijvend te borgen.</p> <hr/> <p>MIM (Melding Incidenten Medewerkers) Uitkomsten worden 2 x per jaar vastgelegd. Het 1^{ste} half jaar 2017 zijn er 13 meldingen binnen gekomen. Meldingen die geregistreerd worden gaan het 1^{ste} half jaar voornamelijk over verbaal en agressief geweld. 10 meldingen van kleinschalig wonen en 3 meldingen intramuraal. De teamleider inventariseert de mogelijkheden, per melding zijn de teamleiders op de hoogte. Op kleinschalig wonen zijn 2 huisjes met gedragsproblematiek. Op kleinschalig wonen is met regelmaat omgangsoverleg met de psycholoog en medewerker. Een verbeterpunt is het volledig invullen van het MIM formulier. Teamleider nemen dit mee in de werkoverleggen. Zo kan de organisatie beter sturen op de problematiek.</p> <hr/> <p>Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording; Juni 2018 wordt, net als alle andere jaren, het sociaal jaarverslag ingediend bij het ministerie van VWS conform de vereisten. De Wulverhorst gaat per 2018 over op een integraal monitoring, cyclisch van 4 weken. Zo kan de bestuurder cyclisch bijsturing indien dit noodzakelijk is. Dit document dient tevens voor de uitkomsten van het maatschappelijke jaarverantwoording.</p>
ACT	Verbeteren	<p>De Wulverhorst heeft besloten om de V2.2 Veiligheid te Verbeteren. Het afgelopen jaar heeft De Wulverhorst op het punt veiligheid een hoop bereikt, maar het kan beter. Voorwaarden Veiligheid 2.2 zal in oktober 2018 (cyclisch) worden doorgenomen door een externe auditor van Perspekt. De Wulverhorst heeft naar aanleiding van de vorige audit van het Gouden Keurmerk de aandachtspunt opgepakt wat betreft procedure datalekken. Alle medewerkers, vrijwilligers en cliënten zijn op de hoogte van het beleid Social media tevens te vinden op de website van de organisatie. Hierin staat beschreven hoe om te gaan omtrent digitale media en het waarborgen van de privacy van de cliënt. Een bewerkingsovereenkomst specifiek betreft datalekken is met onze leveranciers in ontwikkeling en zal medio 2018 ontwikkeld zijn. De MIC commissie komt per kwartaal bijeen, leden van de mic commissie hebben in 2017 een scholing gevolgd om doormiddel van de prisma methode te analyseren. In 2018 zal deze methode frequenter worden toegepast. Uiteraard worden de conclusies met de RvT en de medezeggenschap hiervan op de hoogte gesteld. Hieronder worden de actie punten beschreven, in het kolom kwaliteit verslag hier onder word in juli 2018 geanalyseerd hoe de voortgang hiervan is betreft:</p>
	Actie punten	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bewerkingsovereenkomst leveranciers, datalekken, Tijd: medio 2018 2. Medewerkers Tevredenheidsonderzoek & plan van aanpak 3. Maatschappelijk jaardocument 2018, integraal monitoring 4. RIE(Risico Inventarisatie en Evaluatie) + plan van aanpak, medio juli 2018
	Kwaliteitsverslag	<p><i>Voortgang juli 2018, kwaliteitsverslag, jaarplan De Wulverhorst</i></p>



BIJLAGE E – VOORWAARDE BEDRIJFSVOERING

Voorwaarde 2.7 Bedrijfsvoering Verbeteren		
PLAN	PRESTATIE	<p>De bedrijfsvoering van de organisatie ondersteunt het leveren van en sturen op de vooraf door de organisatie geformuleerde prestaties en is gericht op het doeltreffend en doelmatig inzetten van middelen</p>
DO	<p>Activiteiten organisatie</p>	<p>De organisatie</p> <p>Draagt zorg voor een bedrijfsvoering gericht op verantwoorde zorg, dat wil zeggen cliëntgericht, doeltreffend en naar redelijkheid afgestemd op de behoefte van de cliënt:</p> <p>De organisatie heeft een website met volledige, actuele en duidelijke publieksinformatie over het zorgaanbod. De website is in juni 2017 geactualiseerd. Website uitgebreid met de personeelssamenstelling (kwaliteitskader), bewegen+ beleid bewegen, Ondernemingsraad + jaarverslag, uitkomsten CQ, zorgovereenkomsten van Actiz.</p> <p>De zorgbehoefte van onze cliënten hebben wij inzichtelijk. De capaciteit en het benodigde kennis- en opleidingsniveau van onze medewerkers deze gepubliceerd zie website De Wulverhorst, personeelssamenstelling wordt 2 x per jaar gepubliceerd op de website en vastgelegd als bijlage in het kwaliteitsplan.</p> <p>Extramurale zorg kan vrijwel direct geleverd worden door onze organisatie. Indien intramurale opname noodzakelijk is, maar niet mogelijk, wordt een andere (tijdelijke) oplossing gezocht die voldoet aan de zorgbehoefte van de cliënt, overbrugzorg.</p> <p>Draagt zorg voor een gezonde en veilige werkomgeving en voldoende en bekwame medewerkers</p> <p>Voldoende bekwaam personeel heeft doorlopend onze aandacht. In De Wulverhorst is een opleidingscoördinator die zich volledig richt op het bekwaam houden van onze medewerkers. In 2016 zijn wij hiertoe gestart met e-learning. Zorg-medewerkers worden getoetst op hun kennis hier wordt onderscheid gemaakt aan het juiste niveau. Omdat er steeds meer eisen zijn aan de kwaliteit van onze medewerkers heeft De Wulverhorst in samenspraak met de OR (Ondernemingsraad) en *VVAR (Verzorgende Verpleegkundige Adviesraad) medewerkers geadviseerd om zich in te schrijven bij het kwaliteitsregister. Alle verzorgende en verpleegkundige zijn benaderd om hieraan deel te nemen. De Wulverhorst heeft als tegemoetkoming een grote vergoeding hier tegen over gezet. Dit omdat De Wulverhorst het belangrijk vindt dat de verzorgende en verpleegkundige zich registreren bij het kwaliteitsregister. Verbeterpunt is opgenomen in het jaarplan.</p> <p>*De Wulverhorst heeft een VVAR (Verzorgende, Verpleegkundige Adviesraad) juli 2017. Professionals hebben invloed op het uit te voeren beleid.</p> <p>De organisatie werkt van zelf sprekend volgens een CAO.</p> <p>De Wulverhorst heeft een samenwerkingsverband met bestuurdersnetwerk West Utrecht. 5 verpleeghuizen die met elkaar overeen komen in het kader van de vereisten van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg 2017 een lerend netwerk vormen gericht op het kwaliteit en opleidingen.</p> <p>De organisatie laat eenmaal in de 3 jaar, een RI&E (Risico Inventarisatie en Evaluatie) uitvoeren door de ARBO-unie. Laatste meting was mei 2015. In het voorjaar van 2018 zal er een nieuwe RI&E uitgevoerd worden. De Wulverhorst heeft een preventiemedewerker en voldoen aan de nieuwe richtlijn van juli 2017.</p> <p>Jaarlijks wordt een functioneringsgesprek met de medewerkers gehouden. Tijdens de functioneringsgesprekken worden onder andere de BIG paspoorten doorgenomen, gevraagd naar behoefte van een PMO (periodiek Medisch Onderzoek), Maar ook hoe je als medewerker je actuele kennis behoud. Hiermee wordt in kaart gebracht waarin de zorgmedewerker bekwaam is en waar bijscholing nodig is.</p>

		<p>Draagt zorg voor adequate financiële bedrijfsvoering die het leveren van en sturen op vooraf geformuleerde prestaties ondersteunt:</p> <p>Onze financiële bedrijfsvoering is conform vigerende (landelijke) richtlijnen en gebaseerd op de afspraken met zorgkantoor, gemeente en zorginstituut Nederland; cq. landelijke en lokale afspraken. Onze administratie beschikt over een gedegen bedrijfsadministratie en levert tijdig en binnen de aangegeven termijn de productiegegevens aan de financier aan. Echter levert het niet de juiste stuur gegevens aan de bestuurder op. De aandachtspunt is opgenomen in ons jaarplan.</p> <p>Wij staan ingeschreven bij kamer van koophandel en beschikken over formeel vereiste toelatingen voor door ons geleverde en gecontracteerde zorg. Op gezette momenten tonen wij aan zorgkantoor en gemeente aan dat wij voldoen aan alle voorwaarden die hiervoor nodig zijn.</p> <p>Vanzelfsprekend voldoen en houden wij ons aan alle relevante wet- en regelgeving. Jaarlijks wordt door een extern accountantsbureau gecontroleerd of wij voldoen aan een financiële bedrijfsvoering conform wet- en regelgeving.</p> <p>Heeft op basis van haar (voorgenomen) beleid en uitkomsten haar operationele processen en planning ingericht:</p> <p>De Wulverhorst heeft in het digitale handboek opgenomen: governance code, klokkenluiders- regeling. Eenmaal in de 2 jaar worden deze documenten geëvalueerd conform het kwaliteitsschema. De reglementen van de bestuurder, Raad van Toezicht, Ondernemingsraad en cliëntenraad worden cyclisch herzien en bijgesteld.</p> <p>Tevens wordt jaarlijks door een extern accountantsbureau het voldoen aan de governance code integraal gecontroleerd met het vaststellen van het maatschappelijk jaarverslag.</p> <p>Interne sturing vindt onder andere plaats op financiële gegevens die op gezette tijden aan de financiers aangeleverd moeten worden. Financiële gegevens worden besproken met de RvT (Raad van Toezicht) en het MT (Management Team).</p> <p>Interne risicobeheersing en controle is geborgd door de regelmatige oplevering aan financier, accountantscontrole en alertheid van administratie en Raad van Bestuur en Toezicht. Dit alles leidt ertoe dat, indien nodig, tijdig en doelmatig kan worden bijgestuurd. Voor de AO/IC zijn alle processen, formulieren en documenten vastgelegd. In de AO/IC is beschreven op welke wijze met inkoop, bestellingen, ontvangst goederen, ontvangst facturen en de betalingen wordt omgegaan en wie waarvoor welke bevoegdheden heeft. Ook de declaratieprocedure omtrent de geleverde zorg staat beschreven in de AO/IC die cyclisch herzien wordt. In de administratie wordt onderscheid gemaakt naar publieke en private activiteiten. Begin 2017 is er een cursus geweest; FWG; functies indelen met VVT& Functies beschrijven. Functies waren verouderd deze zijn in 2017 opgepakt en herzien.</p>
DO	Activiteiten medewerker/ discipline	<p>De medewerker</p> <p>Onze medewerkers leveren waar nodig gegevens aan en wisselen onderling en met de organisatie ervaring uit. Via interne prestatie metingen worden regelmatig metingen uitgevoerd op gebied van veiligheid, hygiëne. Hier wordt onder andere gemeten of onze cliënten cliëntgerichtheid, verantwoorde zorg en diensten wordt geboden. Afwijkingen, waaronder incidenten en meldingen worden per kwartaal gebundeld en op MT-niveau en in werk- en team overleggen besproken om herhaling te voorkomen. Procedures zijn inzichtelijk voor de medewerkers in het digitale handboek.</p> <p>Medewerkers hebben ieder een eigen inlog SDB, om zo eigen vakantie uren in te zien en salarisstrook te bekijken.</p>
	Activiteiten cliënt/ cliëntver- tegenwoor- diger	<p>De Cliënt</p> <p>Cliënten kunnen direct, al dan niet door gebruik te maken van het rode/ groene kaartensysteem, gegevens en informatie uitwisselen met de organisatie. Dit kan door een gesprek aan te gaan met een medewerker en/ of via de cliëntenraad. Ook de verschillende meetmomenten (verbetermeter, tevredenheidsonderzoek, e.d.) zijn momenten waarop informatie wordt verstrekt.</p>

		De procedures voor klachten en incidenten zijn bekend bij onze cliënten. Deze procedures zijn te vinden op de website en inzichtelijk voor een ieder.														
	Uitkomsten: overige bronnen/indicatoren	<p>Managementinformatie</p> <p>De organisatie heeft 1 x per maand Staf-overleg. In het Stafoverleg zijn aanwezig: Raad van Bestuur, hoofd voeding, ICT beheer, praktijkcoördinator, beleid-/ kwaliteitscoördinator, administratie, teamleiders i.m en teamleider e.m, secretariaat, cliëntadministratie. Management- sturingsinformatie is samengevat in de rapportages voor financiers en in de prestatie-indicatoren die volgens het kwaliteitsschema aan bod komen.</p> <p>Financiële rapportages</p> <p>Financiële rapportages worden conform de vereisten van financiers aangeleverd. Jaarlijks vindt accountantscontrole van de financiële gegevens plaats. Raad van Bestuur heeft vanaf 2018, 1 x per 4 weken een managementrapportage, bij afwijkingen kun je direct aansturen.</p> <p>Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording</p> <p>Het jaardocument maatschappelijke verantwoording is zichtbaar op de website van de organisatie. Hierin staan de kerngegevens van de organisatie. Jaarlijks wordt er een nieuw maatschappelijke jaarverantwoording opgesteld, vastgelegd en geplaatst op de website om zo de transparantie van de organisatie weert te geven.</p> <p>Administratie belasting in de langdurige zorg</p> <p>Wulverhorst 2017: Het beperken van de administratieve belasting tot een noodzakelijk minimum. Berenschot heeft onderzocht de administratieve lasten in De Wulverhorst.</p> <div data-bbox="488 965 1398 1420" data-label="Figure"> <p>Feitelijke en 'acceptabele' tijd aan administratieve taken (in procenten van gewerkte tijd) (uw organisatie)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tijdsbesteding</th> <th>Procent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Feitelijke tijdsbesteding aan adm.taken</td> <td>20%</td> </tr> <tr> <td>Acceptabele tijdsbesteding aan adm.taken</td> <td>12%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Hoe belastend vindt u administratieve taken? (uw organisatie)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Belastingniveau</th> <th>Procent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Niet belastend</td> <td>30%</td> </tr> <tr> <td>Enigszins belastend</td> <td>49%</td> </tr> <tr> <td>Zeer belastend</td> <td>22%</td> </tr> </tbody> </table> </div> <p>De Wulverhorst geeft aan feitelijke tijdsbesteding aan adm. taken: 20%</p> <p>Acceptabele tijdsbesteding aan adm. taken 12%</p> <p>22% ervaart een zeer belastend administratie taken</p> <p>49% enigszins belastend</p> <p>30% geeft aan geen belasting administratieve taken waar te nemen</p> <hr/> <p>Perspekt initiële audit 18 november 2016</p> <p><i>De financiële bedrijfsvoering is solide. Het personeelsbeheer is vrij klassiek ingericht, er is geen digitaal systeem. De functioneringsgesprekken wordt volgens planning gehouden. Leeftijdsbewust personeelsbeleid is niet echt een issue. Het vastgoedbeleid is op orde. 100 punten</i></p> <p>Tussentijdse audit Perspekt vind plaats oktober 2018</p>	Tijdsbesteding	Procent	Feitelijke tijdsbesteding aan adm.taken	20%	Acceptabele tijdsbesteding aan adm.taken	12%	Belastingniveau	Procent	Niet belastend	30%	Enigszins belastend	49%	Zeer belastend	22%
Tijdsbesteding	Procent															
Feitelijke tijdsbesteding aan adm.taken	20%															
Acceptabele tijdsbesteding aan adm.taken	12%															
Belastingniveau	Procent															
Niet belastend	30%															
Enigszins belastend	49%															
Zeer belastend	22%															

ACT	Verbeteren	<p>Wij verbeteren deze voorwaarde. De Wulverhorst heeft een nieuwe bestuurder en signaleert dat de gegevens niet tijdig genoeg worden aangeleverd waardoor een bestuurder niet direct kan bijsturen indien dit noodzakelijk is. Deze stuurinformatie zal in frequenter cyclisch worden herzien in 2018. Aandachtspunt opgenomen in het kwaliteitsplan, tevens ons jaarplan en kwaliteitsverslag, <i>juli 2018</i> .</p> <p>Een aandachtspunt voor de bedrijfsvoering is dat niet alle administratiesystemen op elkaar aansluiten op het ZDA. Dit veroorzaakt veel dubbelingen in werkzaamheden en bied geen overzicht. Tevens beschreven in het kwaliteitsplan. Dit vergt een punt van aandacht.</p> <p>In juli 2017 heeft De Wulverhorst een VVAR opgericht professionals die invloed kunnen uitoefenen op het beleid van de organisatie. Naast een VVAR heeft De Wulverhorst een samen lerend netwerk met bestuurdersnetwerk West Utrecht, het doel hiervan is van elkaar leren op het gebied van kwaliteit en scholing.</p> <p>Financiële gegevens geven aan dat de keuken niet zichzelf kan bedruipen. Hierdoor zijn veranderingen noodzakelijk. Een Extern bureau AAG gaat bekijken wat hierin de mogelijkheden kunnen zijn. Uiteraard wordt hiermee deskundig en zorgvuldig mee omgegaan. Beschreven bij de aandachtspunten, tevens bij het kwaliteitsplan/ kwaliteitsverslag. Om zo helderheid en de transparantie inzichtelijk te houden betreft de organisatie.</p>
	Aandachtspunten	<ol style="list-style-type: none"> 1. Benutten en optimaliseren van bestaande en/of nieuwe administratiesystemen sluiten aan op het ZDA. 2. Visie op eten en drinken aanpassen op de toekomst 3. De professionele relaties en samenwerkingsverbanden versterken 4. Voortgang waardigheid en Trots: Zinnvolle dagbesteding en deskundigheidsbevordering
	Kwaliteits-Verslag	<p><i>Voortgang juli 2018, kwaliteitsverslag, jaarplan De Wulverhorst</i></p>



BIJLAGE E – PIJLER ZORGLEEFPLAN

Pijler 1 – zorgleefplan Verbeteren		
PLAN	PRESTATIE	De cliënt beschikt over een eigen zorgleefplan dat in samenspraak en met instemming tot stand is gekomen
DO	Activiteiten cliënt/cliënt-vertegenwoordiger	<p>De cliënt:</p> <p>Bij de intake van een nieuwe cliënt worden de domeinen doorgesproken met aandacht voor dat wat de cliënt belangrijk vindt. Vervolgens worden de afspraken per domein vastgelegd in het digitale zorgleefplan. De Wulverhorst werkt met 4 domeinen woon- en leefsituatie, mentaal welbevinden, participatie en lichamelijk welbevinden. De cliënt en/of vertegenwoordiger bepaalt samen met de EVV-er welke doelen er zijn. Uiteraard worden de doelen geëvalueerd. Onder het onderdeel ethische zaken wordt de wilsverklaring vastgelegd. Wil de cliënt gereanimeerd worden of niet. In het kwaliteitsplan van De Wulverhorst wordt in het jaarplan opgenomen advance care planning: vooruitlopend op het laatste levenseinde. beschreven kwaliteitsplan/jaarplan van De Wulverhorst.</p> <p>Na het opstellen van de doelen wordt dit besproken en ondertekend door cliënt en/of vertegenwoordiger. 2 x per jaar vindt er een cliëntenbespreking en/of MDO plaats. In de cliëntenbespreking en/of MDO worden de doelen opnieuw herzien, geëvalueerd en besproken. Iedere cliënt heeft recht op inzage van het zorgleefplan. Intramuraal werkt geheel digitaal. Cliënten hebben een inlogcode om hun zorgleefplan te kunnen zien.</p> <p>Bij extramuraal zijn de geparafeerde doelen verzameld in de blauwe zorg map die op het appartement van de cliënt ligt. Extramuraal werkt met een papieren versie. Digitaal is het naslagwerk.</p>
DO	Activiteiten medewerker/discipline	<p>De medewerker:</p> <p>De medewerker bekijkt aan de hand van de indicatie welke mogelijkheden er zijn m.b.t. welke zorg geleverd kan worden en bespreekt dit met de cliënt en/of vertegenwoordiger. De wensen en behoeften worden vastgelegd in het zorgleefplan door de medewerker. Twee keer per jaar vult de medewerker, eventueel samen met de cliënt en/of vertegenwoordiger, de risicosignalering in. Verhoogde risico's worden besproken en vastgelegd, ondertekend en geëvalueerd. De medewerker legt vast welke andere disciplines ondersteuning geven aan cliënt.</p> <p>Bijbehorende documenten/instrumenten:</p> <p><i>Handleiding zorgdossier, beheer en rechten digitaal zorgdossier, Op en bijstellen zorgleefplan intra en extramuraal, Procedure cliëntenbespreking/ MDO intra en extramuraal, Procedure risicosignalering en opvolging, klachtenregeling (te vinden op de website), privacyreglement, rookbeleid, zorgleveringsovereenkomst, Procedure melding incidenten cliënten.</i></p> <p><i>Actiz leveringsovereenkomst te vinden op de website van De Wulverhorst,</i></p>
	Activiteiten organisatie/omgeving	<p>De organisatie:</p> <p>De organisatie heeft verschillende instrumenten om ondersteuning te bieden aan de cliënt. De instrumenten worden cyclisch herzien, geëvalueerd en aangepast waar nodig.</p> <p>Doel: <i>Vanaf 2017 zal de Wulverhorst thuiszorg aansluiten bij een inzichtelijke classificatiesysteem. De Wulverhorst gebruikt hiervoor het Omaha systeem. Zowel de tussentijdse audit: Perspekt en het bureau AAG, signaleren dubbelingen. Er wordt onderzocht welke alternatieven er mogelijk zijn, opgenomen in het jaarplan 2018: Benutten en optimaliseren van bestaande en/of nieuwe administratiesystemen</i></p> <p>Kwaliteitssysteem: 1 x per 2 jaar komen alle documenten in het digitale handboek aan bod voor een evaluatie/ herziening/ aanpassing. Gekozen is voor een evaluatieschema op thema, zodat de interne communicatie hierop kan worden aangepast zie kwaliteitsschema 2018.</p> <p>De Wulverhorst heeft voldoende bekwame medewerkers. De Wulverhorst werkt met een BIG paspoort dat jaarlijks opnieuw wordt verstrekt. De Paspoorten worden ieder jaar Oktober besproken tijdens de functioneringsgesprekken. De praktijkcoördinator regelt ieder jaar nieuwe paspoorten en maakt een overzicht van welke klinische scholing op bepaalde onderwerpen terugkomen. Medewerkers blijven bekwam doormiddel van E-learning.</p>

		De organisatie heeft een contract met Vilans protocollen en werkt hiermee. Deze zijn te vinden in het digitale kwaliteitshandboek. De protocollen zijn online zichtbaar in het digitale handboek. Vilans actualiseert de protocollen.
	Uitkomsten: overige bronnen/ indicatoren	<p>Mei 2015 CQ 6.1 De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers goede inspraak ervaren</p> <p>Zorg thuis: 30 pnt van de 50 pnt</p> <p>Somatiek: 50 pnt van de 50 pnt</p> <p>Vertegenwoordigers van bewoners: 40 pnt van de 50 pnt</p> <hr/> <p>Rapport Perspekt Tussentijdse audit Oktober 2017</p> <p><i>Intramuraal: De zorgleefplannen zien er keurig verzorgd uit en zijn compleet ingevuld. Er wordt een goed verband gelegd tussen probleem-actie-doelstelling en ook de risico factoren zijn consequent uitgewerkt en door vertaald in acties. Ieder appartement beschikt over een ipad die aan de muur is bevestigd waarmee de verzorgende goed kan werken en cliënt en verwanten inzicht in hebben binnen een afgeschermd programma. Er is t.o.v. de vorige audit aandacht besteed aan het reduceren van dubbele acties rondom het rapporteren in de dossiers. Hier is merkbaar verbeterd resultaat mee bereikt. Het systeem koppelt een MIC-melding direct aan het zorgleefplan van de betreffende cliënt waardoor acties hieromtrent via korte lijnen in de communicatie snel kunnen worden opgepakt</i></p> <p style="text-align: center;">100 punten</p> <hr/> <p><i>Extramuraal/thuiszorg: Ook in de thuiszorg wordt er op solide basis gewerkt met het zorgleefplan. Ze zien er compleet uitgewerkt uit en de systematische opvolging van probleem-actie-doel wordt correct gehanteerd. De werkwijze is vanwege de beschikbare middelen nog steeds soms omslachtig. Men werkt zowel met een digitaal als papieren versie en dat leidt tot dubbele acties. Men gaat er echter wel pragmatisch mee om door de rapportage direct ter hand te nemen op dezelfde dag dat de zorg wordt verleend, na afloop in een kantoorruimte in de Wulverhorst. Er is een start gemaakt met Omaha als rapportagesysteem maar de ontwikkeling hiervan bevindt zich in de beginfase</i></p> <p style="text-align: center;">90 punten</p> <hr/> <p>Aantal en aard van ingediende formele klachten 2017:</p> <p>1^{ste} kwartaal 2017: 3 groene kaarten</p> <p>2^{de} kwartaal 2017: 4 groene kaarten</p> <p>3^{de} kwartaal 2017: 6 groene kaarten</p> <p>4^{de} kwartaal 2017: 2 groene kaarten</p> <p><i>De Wulverhorst heeft geen rode kaarten ontvangen in 2017. Cliënten geven aan tevreden te zijn. Er zijn geen meldingen binnen gekomen bij ons externe klachtenfunctionaris bureau:</i></p> <p><i>Quasir: expertisecentrum klachten Zorg en Welzijn</i></p> <hr/> <p>Interne prestatie metingen zorgleefplan</p> <p>Iedere maand worden 4 willekeurige zorgleefplannen gecheckt doormiddel van een interne audit. (2 intra- en 2 extramuraal). Na verslaglegging van de bevindingen pakt de EVV-er eventuele aandachtspunten op. De teamleider is verantwoordelijk voor het oppakken van de aandachtspunten. 2 x per jaar worden de aandachtspunten geëvalueerd in het managementteam. In 2018 ligt de nadruk bij de prestatie meting op advanced care planning.</p>
ACT	Verbeteren	De organisatie heeft besloten om deze prestatie te verbeteren. Het zorgleefplan is essentieel voor de cliënt hierin worden de afspraken vastgelegd in samenspraak en instemming. Uit de initiële en tussentijdse audit van Perspekt en het rapport van AAG zijn duidelijk de dubbelingen in werkzaamheden zichtbaar. Administratiesystemen en het zorgleefplan sluiten niet voldoende op elkaar aan. De verbeterpunten zullen worden opgenomen in het kwaliteitsplan tevens ook ons

		<p>jaarplan. In juli 2018 zullen de vorderingen worden vastgelegd in ons kwaliteitsverslag te vinden op onze website.</p> <p>De zorgovereenkomsten zijn begin 2017 juridisch getoetst. In de zorgovereenkomsten staan veel dubbelingen wat onoverzichtelijk voor de cliënt is. De overeenkomsten zijn aangepast en overzichtelijker gemaakt. De zorgovereenkomsten van De Wulverhorst hebben betrekking op de zorgovereenkomsten van Actiz (te vinden op de website evenals de klachtenprocedure).</p>
	Aandachts-punten	<ol style="list-style-type: none"> 1. Benutten en optimaliseren van bestaande en/of nieuwe administratiesystemen zoals Curentis en het ZDA (Zorgdossier) sluiten op elkaar aan 2. Het ZDA geeft de juiste uitkomsten zichtbaar op één dashboard aan waaronder: cliëntervaringsonderzoeken, mic incidenten en verhoogde risico's, extramuraal werkt met een elektronische zorgdossier
	Kwaliteits-Verslag	<i>Voortgang juli 2018, kwaliteitsverslag, jaarplan De Wulverhorst</i>



