

Kwaliteitsplan 2023-2025



Zorg- en woonboerderij 't Boerenerf

Locaties:

't Boerenerf

't Paviljoen

Op de Keileem

Januari 2023

Inhoudsopgave	
Inleiding	3
Hoofdstuk 1 Zorgorganisatie	4
1.1 Missie en visie	4
1.2 Locaties en doelgroep	4
1.3 Raad van Bestuur	5
1.4 Organigram	5
Hoofdstuk 2 Toelichting op de verschillende thema's vanuit het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg	6
2.1 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning	6
A) De zorg- en dienstverlening heeft een multidisciplinair karakter	6
B) Goede afspraken en een goede samenwerking liggen vast in een zorgleefplan (ZLP)	7
2.2 Wonen en welzijn	7
A) Zingeving	8
B) Zinnvolle tijdsbesteding	8
C) Schoon en verzorgd lichaam, verzorgde kleding	9
D) Familieparticipatie en inzet vrijwilligers	9
E) Wooncomfort	10
2.3 Veiligheid	10
A) Medicatieveiligheid (verplichte indicator)	10
B) Advance Care Planning (verplichte indicator)	11
C) Aandacht voor eten en drinken (verplichte indicator)	12
D) Decubituspreventie (keuze-indicator)	12
E) Gemotiveerd omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen (keuze-indicator)	13
2.4 Leren en verbeteren van kwaliteit	13
A) Kwaliteitsmanagementsysteem	14
B) Jaarlijks geactualiseerd kwaliteitsplan	14
C) Jaarlijks kwaliteitsverslag	15
D) Continu werken in de praktijk aan verbeteren door zorgverleners	15
E) Deel uitmaken van een lerend netwerk	16
Hoofdstuk 3 Toelichting op de randvoorwaardelijke thema's vanuit het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg	17
3.1 Leiderschap, governance en management	17
A) Visie op zorg en sturen op kernwaarden	17
B) Leiderschap en goed bestuur	18

	C) Rol en positie interne organen en toezichthouders	18
	D) Verankeren van medische, verpleegkundige en psychosociale expertise	18
3.2	Personeelssamenstelling	19
	A) Aandacht, aanwezigheid en toezicht	19
	B) Specifieke kennis en vaardigheden	20
	C) Reflectie, leren en ontwikkelingen	20
3.3	Gebruik van hulpbronnen	20
	A) De gebouwde omgeving (o.a. vastgoed, onderhoud, buitenruimtes, woonoppervlakte, bewegingsruimte per cliënt, privacy en faciliteiten voor terminale zorg)	21
	B) Technologische hulpbronnen zoals ICT en gebruik van domotica, wearables, telemonitoring en eHealth	21
	C) Materialen en hulpmiddelen (o.a. beschikbaarheid, actualiteit, vindbaarheid en onderhoud)	22
	D) Facilitaire zaken (o.a. keuken, beveiliging, tuin, winkel, restaurant, receptie)	22
	E) Financiën en administratieve organisatie	22
	F) De professionele relaties en samenwerkingsovereenkomsten met andere zorginstellingen, zoals ziekenhuizen, specialistenmaatschappen, apotheken, GGZ instellingen en afdelingen klinische geriatrie	22
3.4	Gebruik van informatie	22
	A) Het samen leren en ontwikkelen in lokaal verband op basis van verzamelde informatie	23
	B) Transparantie en het afleggen van verantwoording intern en extern op basis van verzamelde informatie	23

Inleiding

Ieder mens heeft het recht om in vrijheid te leven en eigen keuzes te maken. Zelf beslissen hoe je je dag doorbrengt, waar je woont en naar welke muziek je luistert. Dit geldt ook voor mensen met dementie, niet aangeboren hersenletsel of een verstandelijke beperking. Ze hebben weliswaar zorg en ondersteuning nodig, maar dat is bij voorkeur de zorg waar ze zelf mee instemmen. Daar maken de cliënt en zorgverlener samen afspraken over.

Om dat mogelijk te maken heeft 't Boerenerf het kwaliteitsplan opgesteld aan de hand van de thema's zoals beschreven in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (versie augustus 2021). Het plan is bedoeld om een optimale kwaliteit van leven te kunnen bewerkstelligen voor cliënten woonachtig in de woonzorglocaties 't Boerenerf, 't Paviljoen en Op de Keileem met een Wet langdurige zorg (Wlz) indicatie.

Het document is opgesteld door de staffunctionaris beleid&kwaliteit in samenspraak met de directie. Tevens is het document voorgelegd aan de cliëntenraad en de Raad van Toezicht. Het bestuur is samen met de staffunctionaris beleid en kwaliteit verantwoordelijk voor de uitvoering van dit kwaliteitsplan in de praktijk en documenteert per kwartaal de resultaten. Zo nodig worden de plannen aan de hand daarvan bijgesteld. Tot slot zal na 2023 een kwaliteitsjaarverslag opgesteld worden waarin beschreven wordt wat er van de gemaakte plannen is gerealiseerd.

De focus ligt op 'samen leren' als basis voor kwaliteitsverbetering. De input van elke medewerker, cliëntenraad en het bestuur zijn verwerkt in het document. Kwaliteit is een dynamisch proces. 't Boerenerf wil aansluiten bij en ondersteunend zijn aan de doelgroep en de medewerkers die zich hiervoor dagelijks inspannen. Tussentijdse aanpassingen in het plan zijn mogelijk op basis van nieuwe inzichten en ontwikkelingen in de organisatie.

Hoofdstuk 1 Beschrijving zorgorganisatie

1.1 Missie en visie

De missie van 't Boerenerf is het zorgen voor mensen zodat zij kunnen leven, wonen en meedoen zoals zij dat willen. Dat kunnen jong volwassenen met een lichamelijke of verstandelijke beperking zijn, ouderen of langdurig zieken. Juist die mix maakt het levendig. 't Boerenerf vindt het belangrijk dat mensen zoveel mogelijk als thuis kunnen blijven leven en zij daarin op een goede wijze worden begeleid en ondersteund. De waarden en normen daarbij zijn onder andere respect, empathie en compassie.

Nuchter, helder en met beide benen op de grond. Dat is 't Boerenerf. Een frisse, natuurlijke zorgomgeving met een tikkeltje humor. Met een aangenaam nostalgisch alternatief. Een nieuwe professionele aanpak. 't Boerenerf vindt dat mensen buitengewoon, maar ook een zo normaal mogelijk leven moeten kunnen leiden. 't Boerenerf maakt zich sterk voor waarden als vrijheid, respect en eigenheid.

't Boerenerf biedt de geïndiceerde bewoner zorg op maat door deze waar nodig is te verbeteren of bij te stellen. De bewoner woont zoveel mogelijk zoals hij/zij dat thuis gewend was. Het uitgangspunt is dat de bewoner bij ons kan blijven wonen, ook wanneer de zorgbehoefte toeneemt. Verhuizen is dan niet meer nodig. Welzijn is zeer belangrijk. Vrij om te doen wat een ieder wil doen, inspelen op de individuele behoeften. Continueren wat de bewoner thuis deed met het behouden van het gevoel van eigenwaarde. Naast het uitvoeren van de geïndiceerde zorg staat wonen, welzijn en service voor de bewoner hoog in het vaandel. Dit alles wordt uitgevoerd door bevoegd en bekwaam personeel. Voor bewoners betekent dit dat zij de zorg blijven ontvangen van vaste vertrouwde medewerkers op de woonplek die ze hebben gekozen. Het motto luidt: 'wonen als thuis, niets moet en alles mag!'

1.2 Locaties en doelgroep

't Boerenerf heeft in de Noordoostpolder een drietal locaties, te weten:

- 't Boerenerf (8 appartementen + 3 logeerkamers voor respijtzorg)
Urkerweg 10
8303 BX Emmeloord

- 't Paviljoen (8 appartementen)
Urkerweg 34
8309 PP Tollebeek

- Op de Keileem (11 appartementen)
Urkerweg 34
8309 PP Tollebeek

Inmiddels heeft 't Boerenerf in totaal 27 appartementen met 10,58 FTE in dienst (gemeten t/m 31 december 2022) die de dagbesteding, verzorging en verpleging op zich nemen, verdeeld over de drie locaties.

Voor behandeling van cliënten wordt samengewerkt met hun eigen gekozen huisarts, wat aansluit bij de missie zoveel mogelijk als thuis te kunnen blijven leven. Zo wordt ook gebruik gemaakt van het eigen multidisciplinaire team zoals de eigen fysiotherapeut, logopedist, ergotherapeut, psycholoog of medisch specialist zoals specialist ouderengeneeskunde. Ook kiezen de cliënten hun eigen kapper, pedicure en tandarts.

1.3 Raad van Bestuur

De Raad van Bestuur bestaat uit twee directieleden. De taken zijn onderverdeeld in HR, kwaliteit & algemene zaken en onderhoud & algemene zaken. De directeur HR, kwaliteit & algemene zaken stuurt samen met de directeur onderhoud & algemene zaken de staffunctionaris beleid en kwaliteit aan en samen sturen zij de zorgmedewerkers en huishoudelijke medewerkers aan. Daarnaast is het vanaf 1 januari 2022 vanuit de nieuwe WTZA verplicht om een Raad van Toezicht te hebben in het kader van beter toezicht houden op zorgaanbieders en hun kwaliteit van zorg en meer bewustwording bij de zorgaanbieder met betrekking tot de (kwaliteits)eisen waaraan de zorgaanbieder aan moet voldoen.

1.4 Organigram

't Boerenerf is een platte organisatie met korte lijnen en weinig overhead. Dit is in overeenstemming met de missie en visie van 't Boerenerf.



Organigram 2023

Hoofdstuk 2 Toelichting op de inhoudelijke thema's vanuit het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg

2.1 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

In het kwaliteitskader gaat het bij persoonsgerichte zorg en ondersteuning over de wijze waarop de cliënt in alle levensdomeinen uitgangspunt is bij zorg- en dienstverlening. In het kwaliteitskader is dit thema uitgewerkt in vier thema's: compassie, uniek zijn, autonomie en samen beslissen.

1. Compassie
De bewoner ervaart nabijheid, vertrouwen, aandacht en begrip;
2. Uniek zijn
De bewoner wordt benaderd als individu, vanuit zijn persoonlijke verhaal en identiteit;
3. Autonomie
Voor de bewoner is de mogelijkheid van eigen regie over leven en welbevinden leidend, ook bij de zorg in de laatste levensfase;
4. Samen beslissen
In overleg met de bewoner en zijn of haar naasten worden afspraken gemaakt over zorg, behandeling en ondersteuning die vastgelegd worden in het zorgleefplan.

Doel

De cliënt kan zo gezond en zelfstandig mogelijk wonen waarbij de kwaliteit van zorg zo optimaal mogelijk is door medewerkers het gedachtegoed van persoonsgerichte zorg en ondersteuning bij te brengen en dit te helpen vertalen naar de praktijk. De wens van de bewoner is leidend. De zorg wordt geleverd vanuit vier thema's: compassie, uniek zijn, autonomie en samen beslissen.

A) De zorg- en dienstverlening heeft een multidisciplinair karakter

- De bespreking van het zorgleefplan is minimaal halfjaarlijks in aanwezigheid van de EVV-er, op verzoek de huisarts, de cliënt (indien mogelijk) en familie. Indien gebruik gemaakt wordt van meerdere disciplines zoals paramedici worden deze uitgenodigd om hierbij aanwezig te zijn;
- Cliënt (of familie) ontvangt jaarlijks in mei een tevredenheidsonderzoek om de knelpunten te ontdekken en aan de hand daarvan verbeteringen in te zetten.

Doelen 2023

- ✓ De zorgdossiers zijn in Q1 t/m Q4 up to date volgens de geldende protocollen, de zorgdoelen zijn toetsbaar, de evaluaties vinden minimaal halfjaarlijks plaats en zijn methodisch van aard;
- ✓ MDO met een Specialist Ouderengeneeskunde wordt halfjaarlijks en methodisch uitgevoerd.

Kritieke Prestatie Indicatoren (KPI) 2023:

- In Q1 t/m Q4 is bij 100% van de cliënten de periodieke evaluatie binnen de wettelijke termijn van zes maanden uitgevoerd volgens het format 'methodisch werken periodieke evaluatie'. Indien dit niet is gebeurd, is hier een aanwijsbare reden voor welke gedocumenteerd staat.

B) Goede afspraken en een goede samenwerking liggen vast in een zorgleefplan

- Iedere cliënt beschikt binnen 24 uur over een zorgkaart en eerste concept zorgleefplan. Dit concept is zichtbaar in het Elektronisch Cliënten Dossier (ECD) Careportal
- In dit ZLP is in ieder geval opgenomen: medicatie, dieet, primaire hulpvraag, eerste contactpersoon, reanimatieverklaring en hoe te handelen bij calamiteiten;
- Het opstellen van het zorgleefplan is belegd bij een verzorgende van tenminste niveau 3 (IG) of een ander zorgverlener van tenminste niveau 3. Bij voorkeur is dit de eerst verantwoordelijke verzorgende of verpleegkundige (EVV);
- Het ZLP is uiterlijk 6 weken na opname definitief en ondertekend door de cliënt (of familie);
- Binnen het ECD van Careportal wordt onderscheid gemaakt tussen de wettelijk vertegenwoordiger en de eerste contactpersoon. Dit wordt bij opname vastgelegd;
- Medicatie is terug te vinden op het actuele medicatie-overzicht en de deellijst welke wordt verstrekt door Apotheek West in Emmeloord tenzij cliënt een andere apotheek wenst. De deellijst is direct bij opname op te vragen en beschikbaar.

Doelen 2023

- ✓ De zorgkaarten en zorgleefplannen zijn in afstemming met cliënt en/of familie opgesteld binnen de wettelijke termijnen door tenminste een zorgverlener niveau 3;
- ✓ Iedere nieuwe cliënt heeft binnen 24 uur twee EVV-ers toegewezen gekregen;
- ✓ De administratieve gegevens staan op de juiste plek in het ECD onder cliëntgegevens;
- ✓ De actuele medicatieoverzichten en deellijsten zijn up to date en compleet volgens de geldende wet- en regelgeving.

Kritieke Prestatie Indicatoren (KPI) 2023:

- In Q1 t/m Q4 heeft 100% van de nieuwe cliënten binnen 24 uur een ingevulde zorgkaart en concept zorgleefplan met tenminste de onderwerpen *medicatie, dieet, primaire hulpvraag, eerste contactpersoon, reanimatieverklaring en hoe te handelen bij calamiteiten;*
- In Q1 t/m Q4 is bij 100% van de cliënten het zorgleefplan uiterlijk 6 weken na opname definitief en ondertekend door de cliënt (of familie). Indien dit niet is gebeurd, is hier een aanwijsbare reden voor welke gedocumenteerd staat;
- In Q1 t/m Q4 heeft 100% van de cliënten (of familie) ingestemd met het zorgleefplan, te meten aan de ondertekening in het ECD;

2.2 Wonen en welzijn

In het kwaliteitskader gaat het bij wonen en welzijn over vijf thema's die leidend zijn:

1. Zingeving;
2. Zinnvolle tijdsbesteding;
3. Schoon en verzorgd lichaam, verzorgde kleding;
4. Familieparticipatie en inzet vrijwilligers;
5. Wooncomfort.

Doel

Het bieden van zorg- en dienstverlening met als doel optimale levenskwaliteit en welzijn van cliënten en hun naasten.

A) Zingeving

Bij 't Boerenerf worden multidisciplinaire disciplines ingezet bij specifieke levensvragen. De EVV heeft aandacht voor de cliënten en hun specifieke vragen en bespreekt met de huisarts tijdens het maandelijkse MDO, wie moet worden ingeschakeld om de cliënt behulpzaam te zijn bij het bespreken van zingevingsvragen. Indien nodig wordt een Moreel Beraad gehouden om ethische kwesties multidisciplinair onder leiding van de huisarts of specialist ouderengeneeskunde besproken. Ideeën worden door het multidisciplinaire team gedeeld met cliënt en familie zodat samen besproken kan worden welke ideeën uitgevoerd kunnen worden.

Doelen 2023

- ✓ Cliënten kunnen te allen tijden hun eigen gewenste contactpersoon inschakelen voor vragen rondom zingeving of krijgen hier hulp bij van de zorgverleners van 't Boerenerf;
- ✓ Er is bij zorgverleners aandacht voor specifieke levensvragen en cliënten voelen zich serieus genomen.

Kritieke Prestatie Indicatoren (KPI) 2023:

- In Q2 heeft 87% van de cliënten (of familie) de vraag 'vindt u dat de medewerkers de juiste aanpak voor uw problemen of klachten hanteerden?' met meestal of altijd beantwoord (groene beoordeling);
- In Q2 heeft 87% van de cliënten (of familie) de vragen 'namen de medewerkers van het zorgteam u serieus?', 'bestedden de medewerkers van het zorgteam voldoende tijd aan u' en 'luisterden de medewerkers van het zorgteam aandacht naar u?' met meestal of altijd beantwoord (groene beoordeling).

B) Zinnvolle tijdsbesteding

Per cliënt en per dag wordt onder leiding van een activiteitenbegeleider gekeken naar de vorm van dagbesteding die dag. Een persoonlijke, zinnvolle dag invulling van cliënten is het doel waarbij de wens van de cliënt centraal staat. Familieparticipatie en inzet van vrijwilligers is hierbij belangrijk.

Doelen 2023

- ✓ Cliënten ontvangen dagbesteding passend bij hun behoeften en wensen
- ✓ De wens van de cliënt staat centraal, niets moet en alles mag.

Kritieke Prestatie Indicatoren (KPI) 2023:

- In Q2 heeft 87% van de cliënten (of familie) de vraag 'boden de medewerkers u voldoende mogelijkheden tot dagbesteding en activiteiten?' met meestal of altijd beantwoord (groene beoordeling);

- In Q2 heeft 87% van de cliënten (of familie) de vraag 'boden de medewerkers u voldoende mogelijkheden om naar buiten te kunnen? (Wandelen, activiteiten buiten, buiten zitten, etc.)' met meestal of altijd beantwoord (groene beoordeling);
- In Q2 heeft 87% van de cliënten (of familie) de vraag 'hielden de medewerkers rekening met uw behoeften als het ging om dagbesteding en activiteiten?' met meestal of altijd beantwoord (groene beoordeling).

C) Schoon en verzorgd lichaam, verzorgde kleding

Bij 't Boerenerf kan de cliënt zelf aangeven wat de wensen, behoeften en voorkeuren zijn ten aanzien van de ADL zorg. Dit is vastgelegd in het zorgleefplan. Per dag wordt in overleg met de cliënt bekeken of er behoefte is om af te wijken van de basisafspraken. Per kwartaal wordt op alle locaties een interne audit uitgevoerd ten aanzien van hygiëne en infectiepreventie waarin hygiëne van bewoners een vast onderdeel is.

Doelen 2023

- ✓ Iedere cliënt geeft zelf aan wat de wensen, behoeften en voorkeuren zijn ten aanzien van de ADL zorg;
- ✓ Wensen, behoeften en voorkeuren ten aanzien van ADL zorg zijn vastgelegd in het zorgleefplan.

Kritieke Prestatie Indicatoren (KPI) 2023:

- In Q2 heeft 87% van de cliënten (of familie) de vraag 'vond de lichamelijke verzorging (douchen, wassen, aankleden, toiletgang) plaats op de momenten dat u dit wilde?' met meestal of altijd beantwoord (groene beoordeling);
- In Q2 heeft 87% van de cliënten (of familie) de vraag 'verliep de lichamelijke verzorging (douchen, wassen, aankleden, toiletgang) plaats op de manier zoals u dit wilde?' met meestal of altijd beantwoord (groene beoordeling);
- In Q2 heeft 87% van de cliënten (of familie) de vraag 'zag u er schoon en verzorgd uit?' met meestal of altijd beantwoord (groene beoordeling).

D) Familieparticipatie en inzet vrijwilligers

De familie wordt vanaf het begin van verblijf betrokken bij de afspraken rond wonen en welzijn en hen wordt gevraagd welke bijdrage zij kunnen en willen leveren aan de directe zorg en welzijn. De familie wordt ondersteund bij het opstellen van het levensverhaal indien dit gewenst is. De familie wordt uitgenodigd om deel te nemen aan activiteiten op de locatie. Voor overstijgende zaken is een cliëntenraad beschikbaar.

Doelen 2023

- ✓ De werkgroep familieparticipatie komt iedere twee maanden bijeen;
- ✓ Familie wordt ieder kwartaal en tijdens feestdagen uitgenodigd om deel te nemen aan groepsactiviteiten op locatie;
- ✓ Familie ontvangt ieder kwartaal een nieuwsbrief;
- ✓ De cliëntenraad komt ieder kwartaal bijeen.

Kritieke Prestatie Indicatoren (KPI) 2023:

- In Q1 t/m Q4 vindt ieder kwartaal en/of bij feestdagen een activiteitenmiddag met familie plaats;
- In Q1 t/m Q4 wordt ieder kwartaal een nieuwsbrief verzonden naar (familie van) cliënten;
- In Q1 t/m Q4 komt ieder kwartaal de cliëntenraad bijeen.

E) Wooncomfort

Bij 't Boerenerf beschikken alle cliënten over een eigen kamer die zij kunnen inrichten met eigen spullen. In de afgelopen jaren is veel aandacht besteed aan de leefomgeving, zowel binnen als buiten de locaties. Alle locaties hebben een open karakter waarbij de cliënten zich vrij kunnen bewegen, zowel binnen als buiten. 't Boerenerf heeft veel aandacht besteed aan de gebouwen en de inrichting binnen de normen vanuit de IGJ zo passend mogelijk bij de belevingswereld van de doelgroep.

Doelen 2023

- ✓ Cliënten en hun naasten voelen zich thuis bij 't Boerenerf.

Kritieke Prestatie Indicatoren (KPI) 2023:

- In Q2 heeft 87% van de cliënten (of familie) de vraag 'waren de gemeenschappelijke ruimtes van 't Boerenerf zoals de huiskamers en gangen aangenaam om in te verblijven? (Comfortabel en prettige sfeer).' met meestal of altijd beantwoord (groene beoordeling);
- In Q2 heeft 87% van de cliënten (of familie) de vraag 'voelt u zich veilig bij 't Boerenerf?' met meestal of altijd beoordeeld (groene beoordeling).

2.3 Veiligheid

In het kwaliteitskader gaat het bij veiligheid over het meten en inzichtelijk maken van indicatoren, die handvatten geven om te leren en te verbeteren. Het leren en verbeteren op basis van verplichte en vrije keuze indicatoren is als volgt ingedeeld:

1. Medicatieveiligheid
 - Medicatieveiligheid
 - Antipsychoticagebruik
 - Antibioticagebruik
2. Advance Care Planning
3. Aandacht voor eten en drinken
4. Decubituspreventie
5. Preventie acute ziekenhuisopname

Doel

't Boerenerf biedt veilige zorg en ondersteuning in een veilige omgeving door vakbekwame medewerkers en gericht op het bevorderen van het algemeen welbevinden van de cliënten.

A) Medicatieveiligheid (verplichte indicator)

Indicatoren:

- Het percentage cliënten bij wie elk jaar een formele medicatiereview plaatsvindt door de huisarts dan wel specialist ouderengeneeskunde tijdens het MDO;
- Aantal geregistreerde medicatiefouten door middel van een MIC, trend volgen en verbeteracties opzetten. Fouten worden geregistreerd en zo nodig geanalyseerd met een PRISMA-analyse en gebruikt als input voor verbetermaatregelen en teruggekoppeld aan het bestuur.

Het doel is zo min mogelijk gebruik van antipsychotica en dwangmedicatie door het inzetten van gedragsinterventies in overleg met de huisarts/specialist ouderengeneeskunde en het aansluiten bij de belevingswereld van de cliënt. Tevens is het doel zo min mogelijk gebruik van antibiotica, passend bij het beleid dat de huisarts hanteert.

Doelen 2023

- ✓ In 2023 vindt tenminste 1x per jaar een medicatiereview plaats met behulp van de apotheker en huisarts;
- ✓ Cliënten met antipsychotica-gebruik worden minimaal halfjaarlijks beoordeeld door een Specialist Ouderengeneeskunde of geriater;
- ✓ De huisarts is verantwoordelijk voor het medisch beleid m.b.t. de inzet van antibiotica;
- ✓ MIC-meldingen worden ieder kwartaal geanalyseerd en verbetermaatregelen worden volgens de PDCA-cyclus ingezet.

Kritieke Prestatie Indicatoren (KPI) 2023:

- In Q1 t/m Q4 heeft de medicatiereview voor iedere cliënt tenminste 1x plaatsgevonden in samenwerking met de huisarts en apotheker, te meten in de audit medicatieveiligheid;
- In Q1 en Q2 is het percentage medicatiefouten met als oorzaak 'wel toegediend, niet afgetekend' teruggedrongen naar maximaal 20% van de totale meldingen. In Q3 en Q4 naar maximaal 10% van de totale meldingen;
- In Q1 t/m Q4 is bij 100% van de cliënten die antipsychotica gebruiken een Specialist Ouderengeneeskunde of geriater betrokken;
- In Q2 is 90% van de zorgverleners geschoold en bekwaam bevonden op het onderwerp medicatieveiligheid door Zorgcollege.

B) Advance Care Planning (verplichte indicator)

In het ECD wordt zoveel mogelijk vastgelegd wat de wensen zijn rondom levenseinde en (ongeplande) ziekenhuisopnames. Dit voorkomt in een acute situatie miscommunicatie wat mogelijk leidt tot vermindering van kwaliteit van leven bij de cliënt. De cliënt en/of familie heeft echter ten allen tijde het recht om, ondanks de gemaakte afspraken, anders te willen handelen.

Doelen 2023

- Iedere zorgverlener is op de hoogte van de wensen van de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger en handelt hiernaar.

Kritieke Prestatie Indicatoren (KPI) 2023:

- In Q1 t/m Q4 is bij 100% van de cliënten de wens rondom levenseinde en behandelingen vastgelegd in het cliëntdossier.

C) Aandacht voor eten en drinken (verplichte indicator)

't Boerenerf hecht waarde aan de autonomie van de cliënt. Bij deze verplichte indicator gaat het niet alleen om voorkoming van ondervoeding of ontwikkeling van overgewicht, maar ook om genieten van eten en drinken en de ambiance tijdens de maaltijden. Hierover worden afspraken gemaakt welke zijn vastgelegd in het zorgleefplan en zorgverleners houden de Snaq-score bij om de voedingstoestand en eventuele risico's tijdig in kaart te brengen zodat externe deskundigheid opgestart wordt.

Doelen 2023

- ✓ Zorgverleners vullen structureel de risico-inventarisatie met betrekking tot voeding in (Snaq-score);
- ✓ De wensen rondom eten en drinken zijn vastgelegd in het zorgleefplan.

Kritieke Prestatie Indicatoren (KPI) 2023:

- In Q1 t/m Q4 is de risico-inventarisatie bij 87% van de cliënten halfjaarlijks ingevuld en zijn de risico's doorgevoerd in het zorgleefplan;
- In Q1 t/m Q4 zijn de wensen rondom eten en drinken bij 100% van de cliënten vastgelegd in het zorgleefplan.

D) Decubituspreventie (keuze indicator)

Decubitus is een vrije keuze indicator, maar voor 't Boerenerf een belangrijke indicator. Het geeft inzicht waar mogelijke knelpunten liggen en waar een eventuele verbetering te halen valt.

Indicatoren:

- Halfjaarlijks wordt de risico-inventarisatie ten aanzien van decubituspreventie (BRADEN schaal) ingevuld tijdens de evaluatie van het ZLP;
- Aanwezigheid van decubitus: prevalentie decubitus categorie 1 t/m 4.

Bij complexe wondzorg wordt een wondverpleegkundige ingeschakeld door de huisarts.

Doelen 2023

- ✓ Zorgverleners vullen structureel de risico-inventarisatie decubitus (Bradenschaal) in;
- ✓ Preventie van decubitus door de inzet van hulpmiddelen;
- ✓ Bij complexe wondzorg wordt expertise van een wondverpleegkundige via de huisarts aangevraagd.

Kritieke Prestatie Indicatoren (KPI) 2023:

- In Q1 t/m Q4 is de risico-inventarisatie bij 87% van de cliënten halfjaarlijks ingevuld en zijn de risico's doorgevoerd in het zorgleefplan;

- In Q1 t/m Q4 wordt bij maximaal 12% van de cliënten (per locatie) decubitus vastgesteld.

E) Gemotiveerd omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen (keuze indicator)

Indicatoren:

- Ieder kwartaal wordt geregistreerd wat het percentage cliënten per locatie is waarbij farmacologisch middelen en maatregelen zijn toegepast;
- Ieder kwartaal wordt de ingezette maatregel geëvalueerd met een Specialist Ouderengeneeskunde.
- Bij aanvang van Q3 is een beleidsplan opgesteld met betrekking tot de Wet Zorg en Dwang welke gericht is op het voorkomen van vrijheidsbeperkende maatregelen.

't Boerenerf richt zich in 2023 op het opstellen van een beleidsplan met betrekking tot de Wet Zorg en Dwang waarbij het uitgangspunt de alternatievenbundel is om vrijheidsbeperkende interventies te voorkomen. Wanneer dit beleidsplan opgesteld is wordt 't Boerenerf ingeschreven in het openbare locatieregister.

Doelen 2023

- ✓ De type indicaties van de bewoners zijn vastgelegd in het ECD;
- ✓ Bij de inzet van vrijheidsbeperkende farmacologische middelen en maatregelen door de huisarts is binnen 14 dagen een Specialist Ouderengeneeskunde betrokken;
- ✓ Iedere zorgverlener is op de hoogte van de stappen van de Wet Zorg en Dwang.

Kritieke Prestatie Indicatoren (KPI) 2023:

- In Q1 t/m Q4 is bij 100% van de cliënten aantoonbaar de alternatievenbundel ingezet voordat er farmacol
- In Q1 t/m Q4 is bij maximaal 5% van de cliënten sprake van farmacologische middelen en maatregelen;
- In Q1 t/m Q4 is bij 100% van de cliënten met farmacologische middelen en maatregelen een Specialist Ouderengeneeskunde betrokken;
- In Q1 t/m Q4 vindt bij 100% van de cliënten ieder kwartaal een evaluatie van de farmacologische middelen en maatregelen plaats en wordt dit zodra het kan afgebouwd of gestopt.

2.4 Leren en verbeteren van kwaliteit

Leren en ontwikkelen is een belangrijke voorwaarde om cliënten goede zorg- en dienstverlening te kunnen geven. Kennis en ervaring van buiten halen, kennis delen en verspreiden en kennis toepassen zijn noodzakelijke voorwaarden hiervoor. Het kwaliteitskader stelt dat continu werken aan verbetering van kwaliteit de norm is voor een goede organisatie waarbij openheid over bereikte resultaten hoort. Het kwaliteitskader kijkt naar de volgende thema's:

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

Doel

't Boerenerf heeft het streven de kwaliteit van de zorgverlening continu te verbeteren en alle ingezette verbetermaatregelen te borgen.

A) Kwaliteitsmanagementsysteem

't Boerenerf werkt volgens de PDCA-cyclus waarbij gebruik gemaakt wordt van informatie over de cliënttevredenheid, de MIC, klachten, interne en externe audits en uitkomsten van de PRISMA-analyses. De voortgang wordt halfjaarlijks besproken met het team van alle locaties waarna verbetermaatregelen ingezet worden. De MIC wordt elk kwartaal in een teamoverleg besproken. Een andere informatiebron voor kwaliteitsverbetering zijn de resultaten van cliëntwaarderingen via Zorgkaart Nederland. 't Boerenerf heeft afgelopen jaren gemerkt dat er grote verschillen zitten in de resultaten en de reacties. Sinds 2021 wordt een eigen cliënttevredenheidsonderzoek uitgevoerd waarbij 't Boerenerf zeker is van eerlijke resultaten omdat deze alleen verspreid wordt onder cliënten en familie van cliënten.

Doelen 2023

- ✓ 't Boerenerf werkt volgens een PDCA-cyclus;
- ✓ 't Boerenerf werkt methodisch;
- ✓ Cliënten (en familie) geven een waardering aan 't Boerenerf in het cliënttevredenheidsonderzoek.

Kritieke Prestatie Indicatoren (KPI) 2023:

- In Q1 t/m Q4 worden kwaliteitsuitkomsten vastgelegd in kwartaalverslagen en besproken met de cliëntenraad en het team;
- In Q1 t/m Q4 ontwikkelen zorgmedewerkers met behulp van de staffunctionaris beleid en kwaliteit de methodieken verder door met betrekking tot methodisch werken op de onderwerpen MIC, zorgdossiers, goed in gesprek, hygiëne en infectiepreventie en medicatieveiligheid.
- In Q2 en Q4 is een minimale respons van 87% op het cliënttevredenheidsonderzoek.

B) Jaarlijks geactualiseerd kwaliteitsplan

't Boerenerf actualiseert jaarlijks het kwaliteitsplan aan de hand van de resultaten uit het voorgaande jaar met verbetermaatregelen. De Raad van Toezicht, de cliëntenraad en medewerkers van 't Boerenerf zijn hierbij bij betrokken.

Doelen 2023

- ✓ Het kwaliteitsplan wordt jaarlijks geactualiseerd met duidelijke normen en is meetbaar;
- ✓ Ieder kwartaal volgt een voortgangsverslag waarmee de directie stuurt op kwaliteit;
- ✓ Het kwaliteitsplan wordt gedeeld met de cliëntenraad en is zichtbaar in Careportal voor de zorgmedewerkers.

Kritieke Prestatie Indicatoren (KPI) 2023:

- Het opgestelde kwaliteitsplan van bevat duidelijke normen en is meetbaar;
- In 2023 volgt binnen 30 dagen na Q1, Q2, Q3 en Q4 een voortgangsverslag welke gedeeld wordt met de directie, zorgmedewerkers en de cliëntenraad;
- Uiterlijk 31 januari 2024 is het kwaliteitsplan voor 2024 gerealiseerd op basis van resultaten uit 2023 (t/m Q4).

C) Jaarlijks kwaliteitsverslag

't Boerenerf stelt jaarlijks het kwaliteitsverslag op en daarbij het vernieuwde kwaliteitsplan. In de rapportage staat beschreven welke doelen zijn behaald en welke niet zijn behaald. Deze worden besproken tijdens periodieke vergaderingen met de Raad van Toezicht, de cliëntenraad en medewerkers van 't Boerenerf.

Doelen 2023

- ✓ Staffunctionaris beleid en kwaliteit brengt ieder kwartaal verslag uit van de resultaten per kwartaal en verwerkt dit in het jaarverslag.

Kritieke Prestatie Indicatoren (KPI) 2023:

- In Q1 t/m Q4 wordt per kwartaal een kwartaalverslag uitgebracht waarin de PDCA-cyclus zichtbaar is;
- In Q1 t/m Q4 worden de uitkomsten besproken met de Raad van Toezicht, de cliëntenraad en de medewerkers van 't Boerenerf.

D) Continu werken in de praktijk aan verbeteren door zorgverleners

Aan de hand van interne en externe audits wordt aan de hand van de PDCA-cyclus een verbeterplan opgesteld welke besproken wordt in het teamoverleg. Naar aanleiding van de verbetermaatregelen wordt een nieuwe audit uitgevoerd. Incidenten worden geanalyseerd en besproken in het team waardoor zorgverleners kunnen leren van (bijna) incidenten, (bijna) fouten en klachten en gebruiken deze voor verbetering van de zorgverlening.

Doelen 2023

- ✓ Staffunctionaris beleid en kwaliteit voert ieder kwartaal een interne audit 'kwaliteitskader verpleeghuis' uit;
- ✓ Superusers van de werkgroepen medicatieveiligheid, hygiëne en infectiepreventie, zorgdossiers en de MIC-commissie voeren ieder kwartaal een interne audit uit;
- ✓ Bevindingen worden ieder kwartaal gedeeld met het team door middel van een kort verslag en/of factsheet en besproken in het teamoverleg.

Kritieke Prestatie Indicatoren (KPI) 2023:

- In Q1 t/m Q4 wordt per kwartaal een kwartaalverslag uitgebracht waarin de PDCA-cyclus zichtbaar is op basis van de auditrapporten van de werkgroepen;
- In Q1 t/m Q4 ontvangt het team ieder kwartaal een update over de stand van zaken per werkgroep.

E) Deel uitmaken van een lerend netwerk

't Boerenerf onderzoekt de mogelijkheden tot deel uitmaken van een lerend netwerk passend bij de organisatie. Sinds de onder toezichtstelling in 2018 hebben de partners waarbij 't Boerenerf zich aangesloten had de samenwerking opgezegd. In de praktijk blijkt het erg moeilijk weer een samenwerking aan te gaan vanwege het verleden. 't Boerenerf is aangesloten bij branchevereniging Kenniz en volgt ontwikkelingen via Zorg voor Beter, Waardigheid & Trots en Vilans. Daarnaast is regelmatig contact met twee zorgorganisaties in de regio Noordoostpolder bij vraagstukken of dilemma's en vinden werkbezoeken plaats. 't Boerenerf blijft actief op zoek naar organisaties met dezelfde woonvorm om opnieuw een samenwerking aan te gaan in het kader van een lerend netwerk.

Doelen 2023

- ✓ In 2023 neemt 't Boerenerf deel aan het Lerend Netwerk vanuit brancheorganisatie Kenniz;
- ✓ In 2023 volgen de directie, staffunctionaris beleid en kwaliteit en zorgverleners webinars vanuit Kenniz, Zorg voor Beter en Waardigheid & Trots om de nieuwste ontwikkelingen te volgen.

Kritieke Prestatie Indicatoren (KPI) 2023:

- In Q1 t/m Q4 wordt een korte samenvatting van de bijeenkomsten met het Lerend Netwerk beschreven in de kwartaalrapportage.
- In Q1 t/m Q4 worden relevante congressen, seminars en webinars toegelicht in de kwartaalrapportage.

Hoofdstuk 3 Toelichting op de randvoorwaardelijke thema's vanuit het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg

3.1 Leiderschap, governance en management

In het kwaliteitskader worden zes thema's onderscheiden die gaan over de aansturing en governance van de zorgorganisatie die faciliterend zijn voor kwaliteit, zoals het beleggen van verantwoordelijkheid, besluitvorming, risicomanagement en over de strategische, statutaire en financiële verplichtingen:

1. Visie op zorg
2. Sturen op kernwaarden
3. Leiderschap en goed bestuur
4. Rol en positie interne organen en toezichthouders
5. Inzicht hebben en geven
6. Verankeren van medische, verpleegkundige en psychosociale expertise

In het kwaliteitskader is dit thema uitgewerkt in verwachtingen die een zorgorganisatie uitvoert:

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 het 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 dit 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.

Doel

Aansluiting van het management op de medewerkers wat zorgt voor verbinding, borging van beleid en verbetering van kwaliteit.

A) Visie op zorg en sturen op kernwaarden

Nuchter, helder en met beide benen op de grond. Dat is 't Boerenerf. Een frisse, natuurlijke zorgomgeving met een tikkeltje humor. Met een aangenaam nostalgisch alternatief. Een nieuwe professionele aanpak. 't Boerenerf vindt dat mensen buitengewoon, maar ook een zo normaal mogelijk leven moeten kunnen leiden. 't Boerenerf maakt zich sterk voor waarden als vrijheid, respect en eigenheid.

De missie van 't Boerenerf is het zorgen voor mensen zodat zij kunnen leven, wonen en meedoen zoals zij dat willen. Dat kunnen jong volwassenen met een lichamelijke of verstandelijke beperking zijn, ouderen of langdurig zieken. Juist die mix maakt het levendig. 't Boerenerf vindt het belangrijk dat mensen zoveel mogelijk als thuis kunnen blijven leven en zij daarin op een goede wijze worden begeleid en ondersteund. De waarden en normen daarbij zijn onder andere respect, empathie en compassie.

't Boerenerf biedt de geïndiceerde bewoner zorg op maat door deze waar nodig is te verbeteren of bij te stellen. De bewoner woont zoveel mogelijk zoals hij/zij dat thuis gewend was. Het uitgangspunt is dat de bewoner bij ons kan blijven wonen, ook wanneer de zorgbehoefte toeneemt. Verhuizen is dan niet meer nodig, welzijn is zeer belangrijk. Vrij om te doen wat een ieder wil doen, inspelen op de individuele behoeften. Continueren wat de bewoner thuis deed met het behouden van het gevoel van eigenwaarde. Naast het uitvoeren van de geïndiceerde zorg staat wonen, welzijn en service voor de bewoner hoog in het vaandel. Dit alles wordt uitgevoerd door bevoegd en bekwaam personeel. Voor bewoners betekent dit dat zij de zorg blijven ontvangen van vaste vertrouwde medewerkers op de woonplek die ze hebben gekozen. Het motto luidt: 'wonen als thuis, niets moet en alles mag!'

B) Leiderschap en goed bestuur

De Raad van Bestuur bestaat uit twee directieleden. De taken zijn onderverdeeld in HR, kwaliteit en algemene zaken en onderhoud en algemene zaken. De directeur HR, kwaliteit en algemene zaken stuurt samen met de directeur onderhoud en algemene zaken de staffunctionaris beleid en kwaliteit aan en samen sturen zij de zorgmedewerkers en huishoudelijke medewerkers aan. De directie is betrokken bij alle locaties. Het kantoor zit op locatie Emmeloord. Indien het team van Tollebeek het nodig acht dat zij daar vaker zijn wordt dit laagdrempelig overlegd. Er heerst een cultuur van saamhorigheid en laagdrempelige communicatie. Het bestuur werkt mee op de werkvloer en weet wat er speelt.

C) Rol en positie interne organen en toezichthouders

't Boerenerf maakt gebruik van een cliëntenraad. 't Boerenerf wordt bestuurd door de directie. De locaties in Tollebeek zijn ingericht als zelfsturend team waarbij de staffunctionaris beleid en kwaliteit naast de directie één tot twee keer per week op locatie komt ter consultatie/observatie. Op de locatie in Emmeloord wordt zelfsturend leiding gegeven met de directie en staffunctionaris beleid en kwaliteit in pandig.

Sinds 1 januari 2022 is het vanuit de nieuwe WTZA verplicht om een Raad van Toezicht te hebben in het kader van beter toezicht houden op zorgaanbieders en hun kwaliteit van zorg en meer bewustwording bij de zorgaanbieder met betrekking tot de (kwaliteits)eisen waaraan de zorgaanbieder aan moet voldoen.

Ieder jaar wordt met behulp van de accountant een jaarplan en begroting gemaakt en gevolgd door middel van maand- en kwartaalrapportages. De accountant bespreekt de cijfers met de directie.

D) Verankeren van medische, verpleegkundige en psychosociale expertise

't Boerenerf maakt geen gebruik van een VAR vanwege de kleinschaligheid van de organisatie. Op dit moment is daar geen draagkracht voor onder het personeel doordat zij al inbreng leveren door hun

deelname in werkgroepen en rapportage aan de directie. Door de laagdrempelige cultuur binnen 't Boerenerf geven medewerkers ongeacht hun opleidingsniveau gevraagd en ongevraagd advies aan de directie. Overige medische, verpleegkundige en psychosociale expertise bestaat uit een zorgteam dat voor de cliënt eigen is, zoals de eigen huisarts, specialist ouderengeneeskunde, fysiotherapeut, logopedist, ergotherapeut, psycholoog, etc. Dit sluit aan bij het motto 'wonen als thuis, niets moet en alles mag!'.

3.2 Personeelssamenstelling

't Boerenerf vindt het van belang dat de medewerkers ondersteund worden door het borgen van de randvoorwaarden aandacht, kennis en professionele ontwikkeling.

Het kwaliteitskader kijkt naar de volgende thema's:

1. Aandacht, aanwezigheid en toezicht
2. Specifieke kennis en vaardigheden
3. Reflectie, leren en ontwikkelen

Doel

Op alle locaties van 't Boerenerf is voldoende bevoegd en bekwaam personeel aanwezig om verantwoorde zorg en ondersteuning te garanderen. Het doel is gericht op behoud van dit personeel.

A) Aandacht, aanwezigheid en toezicht

Tijdens intensieve zorgmomenten (opstaan, naar bed gaan, intake en rondom sterven) zijn minimaal twee zorgprofessionals aanwezig. Tijdens de dag en avond is permanent iemand in de huiskamer of gemeenschappelijke ruimte om de aanwezige bewoners de benodigde aandacht en nabijheid te bieden en toezicht te houden. In iedere dagdienst (ook in weekenden) is per locatie iemand aanwezig die de juiste kennis en competenties heeft om separaat van de zorgtaken aandacht te besteden aan zingeving/zinnvolle dag invulling van de cliënt. De zorgverleners die in direct contact zijn met de cliënten kennen hun naam en zijn op de hoogte van hun achtergrond en persoonlijke wensen.

Bij 't Boerenerf zijn de diensten als volgt ingedeeld op basis van de wensen van het personeel welke in de besluitvorming van de diensttijden zijn meegenomen:

Dagdiensten:

- Één dienst van 10:00 – 18:00 uur (Verzorgende IG/verpleegkundige)
- Één dienst van 7:30 – 10:00 uur (Helpende)
- Één dienst van 7:30 – 14:00 uur (Helpende)
- Één dienst van 10:00 – 17:00 uur (Welzijnsmedewerker)

Avond-/nachtdiensten:

- Één dienst van 14:00 – 21:00 uur (Helpende)
- Één dienst van 17:00 – 21:00 uur (Helpende)
- Één dienst van 18:00 – 10:00 uur (Verzorgende IG/verpleegkundige)

Achterwacht

- 24/7 een verpleegkundige beschikbaar, binnen 30 minuten op locatie aanwezig;
- 24/7 de directie beschikbaar, binnen 30 minuten op locatie aanwezig.

Afhankelijk van de zorgzwaarte bestaat de mogelijkheid de verpleegkundige in te schakelen of een extra dienst in te zetten wanneer dit nodig is. Denk hierbij aan complexe zorg zoals palliatieve/terminale zorg, een hoog geïndiceerde bewoner met complexe zorgverlening waar 1 op 1 begeleiding nodig is of bij een infectie-uitbraak. De verpleegkundigen werken zowel op afroep en in dienstverband en zijn voor cliënten bekende zorgverleners die zij regelmatig in de praktijk zien.

B) Specifieke kennis en vaardigheden

Er is altijd iemand aanwezig die met zijn of haar kennis aansluit bij de (zorg)vragen en (zorg)behoeften van de cliënten en bevoegd en bekwaam is voor de vereiste zorgtaken. Voor iedere locatie is een BIG geregistreerde verpleegkundige telefonisch bereikbaar en zo nodig binnen 30 minuten ter plaatse. Voor iedere locatie is tevens 24/7 een huisarts bereikbaar en oproepbaar (binnen kantoortijden de eigen huisarts, buiten kantoortijden de huisartsenpost) die zo nodig binnen 30 minuten ter plaatse is afhankelijk van de urgentie. 24/7 zijn aanvullende voorzieningen beschikbaar voor (on)geplande zorgvragen of toenemende complexiteit zoals het opschalen van personeel en inroepen huisarts. Daarnaast wordt bij een specifieke zorgvraag scholing gegeven aan medewerkers door een professional uit dat vakgebied, denk hierbij aan bijvoorbeeld ALS of complexe verpleegtechnische vaardigheden.

C) Reflectie, leren en ontwikkelingen

Voor iedere zorgverlener is voldoende tijd en ruimte om te leren en ontwikkelen. Iedere zorgverlener mag meelopen op een andere locatie indien gewenst. De EVV-er krijgt voldoende tijd om deel te nemen aan het MDO. Methodisch denken en werken en multidisciplinair werken vormen de basis van de zorg. Het scholingsbeleid versterkt de vakbekwaamheid van zittende en aankomende werknemers. Jaarlijks zijn er gesprekken met de directie waarin competentie- en loopbaanontwikkeling van de zorgverlener aan de orde komt (functioneringsgesprek en beoordelingsgesprek).

Naast werkoverleggen worden ook scholingen, klinische lessen, instructielessen, informatiebijeenkomsten, evaluatiemomenten en dergelijke georganiseerd. Deze momenten zijn de momenten, waarin gereflecteerd wordt op het eigen handelen en waarbij in een veilige setting en met eigen collega's geleerd kan worden. Zie de bijlagen voor het scholingsplan. Naast de meer traditionele vormen van opleiden is leren op de werkplek een belangrijk thema.

Medewerkers die opleidingen gevolgd hebben, worden geregistreerd in het systeem. Voor de directie is het zichtbaar of hun medewerkers de scholingen, die zij dienen te volgen, ook daadwerkelijk hebben gevolgd. Ook wordt jaarlijks gecheckt of medewerkers op de hoogte zijn van de basis protocollen.

3.3 Gebruik van hulpbronnen

Goede persoonsgerichte zorg en ondersteuning begint bij de wensen en behoeften van cliënten. Het kwaliteitskader beschrijft belangrijke hulpbronnen bij het realiseren van kwaliteit van verpleeghuiszorg die aanwezig en op orde moeten zijn:

1. De gebouwde omgeving (o.a. vastgoed, onderhoud, buitenruimtes, woonoppervlakte, bewegingsruimte per cliënt, privacy en faciliteiten voor terminale zorg)
2. Technologische hulpbronnen zoals ICT en gebruik van domotica, wearables, telemonitoring en eHealth
3. Materialen en hulpmiddelen (o.a. beschikbaarheid, actualiteit, vindbaarheid en onderhoud)
4. Facilitaire zaken (o.a. keuken, beveiliging, tuin, winkel, restaurant, receptie)
5. Financiën en administratieve organisatie
6. De professionele relaties en samenwerkingsovereenkomsten met andere zorginstellingen, zoals ziekenhuizen, specialistenmaatschappen, apotheken, GGZ instellingen en afdelingen klinische geriatrie.

Doel

't Boerenerf zet hulpbronnen effectief en efficiënt in om de best mogelijke kwaliteit van zorg te behalen.

A) De gebouwde omgeving (o.a. vastgoed, onderhoud, buitenruimtes, woonoppervlakte, bewegingsruimte per cliënt, privacy en faciliteiten voor terminale zorg)

Alle locaties van 't Boerenerf zijn in goede staat van onderhoud en vallen onder beheer van het directielid met kennis van facilitaire voorzieningen. Alle locaties beschikken over een grote buitenruimte op een 't Boerenerf met een tuin en dieren waar mogelijkheden voor beweging en het ervaren van 'buiten' aanwezig zijn. Tevens worden regelmatig (rolstoel)wandelingen en fietsritten op de duofiets aangeboden. Binnen alle locaties is vrije beweegruiimte voor cliënten gerealiseerd met gezamenlijke eetruimtes en zitplekken. Bewoners mogen op elk moment op alle locaties naar binnen en naar buiten lopen. 't Boerenerf hanteert een 'open deuren beleid'.

De woonoppervlakte van het eigen appartement van de bewoner voldoet minimaal aan de norm en overschrijdt deze bij een aantal locaties. Alle cliënten beschikken over een eigen appartement. In Emmeloord en Op de Keileem beschikken de cliënten over een eigen badkamer. Op 't Paviljoen wordt de badkamer gedeeld door maximaal twee cliënten.

Faciliteiten voor terminale zorg en de zorg na overlijden zijn aanwezig en hierop is beleid gemaakt. 't Boerenerf werkt volgens de richtlijn 'palliatieve zorg'.

B) Technologische hulpbronnen zoals ICT en gebruik van domotica, wearables, telemonitoring en eHealth

De ICT-voorzieningen voldoen aan de veiligheidsnormen. 't Boerenerf maakt gebruik van Careportal, een Elektronisch Cliënten Dossier. Dit ECD biedt voldoende ondersteuning aan gebruikers. Vanwege geïntegreerde communicatie en samenwerking oplossingen waaronder een intranet, ECD, HRM module, documenten systeem voor onder andere protocollen, richtlijnen, etc. kunnen zorgverleners meer bereiken in minder tijd waardoor zij kunnen excelleren in hun werk. Dit sluit aan bij de visie en missie van 't Boerenerf.

Vanwege de COVID-19 pandemie zette 't Boerenerf digitale hulpmiddelen zoals beeld bellen in. Nu COVID-19 op zijn retour is wordt hier in de praktijk niet veel meer gebruik van gemaakt. Daarnaast maakt 't Boerenerf gebruik van de Wonderfoon, een interactieve robot kat, duo-fiets en smart tv-toepassingen. Ook zijn er interactieve puzzels aangeschaft voor blinden en slechtzienden.

De website van 't Boerenerf wordt jaarlijks ge-update en zo nodig gebruiksvriendelijker gemaakt. Hierbij wordt onder andere expertise van een marketing specialist ingeschakeld.

C) Materialen en hulpmiddelen (o.a. beschikbaarheid, actualiteit, vindbaarheid en onderhoud)

't Boerenerf checkt bij het plaatsen van bestellingen of de middelen en materialen nog voldoen aan de norm zoals gesteld bij bijvoorbeeld het CTGB. Tevens wordt gecontroleerd welke middelen zo efficiënt en kostenbesparend mogelijk ingekocht kunnen worden bij verschillende leveranciers. De directie bestelt in samenspraak met de kwaliteitsverpleegkundige. Hulpmiddelen zoals tilliften, rolstoelen, etc. zijn cliëntgebonden en worden geleverd en beheerd door het hulpmiddelencentrum waar de cliënt bij aangesloten is.

D) Facilitaire zaken (o.a. keuken, beveiliging, tuin, winkel, restaurant, receptie)

Facilitaire zaken worden beheerd door de directie van 't Boerenerf. Kwaliteit, hygiënerichtlijnen, het gebruik van de juiste hulpmiddelen en materialen en toetsing zijn daarbij belangrijke uitgangspunten.

't Boerenerf is een kleinschalige woonvorm waar een gezamenlijke keuken is in de huiskamer. Van beveiliging, winkel, restaurant en receptie is in deze woonvorm geen sprake. De tuin wordt beheerd door cliënten zelf samen met de directie en een hoveniersbedrijf.

E) Financiën en administratieve organisatie

Er wordt ieder jaar een jaarplan en begroting gemaakt door Vivan Accountants en gevolgd d.m.v. maand- en kwartaalrapportages.

F) De professionele relaties en samenwerkingsovereenkomsten met andere zorginstellingen, zoals ziekenhuizen, specialistenmaatschappen, apotheken, GGZ instellingen en afdelingen klinische geriatrie

Vanwege de eigen behandelrelaties van cliënten zoals beschreven in 1.2 heeft 't Boerenerf enkel een samenwerkingsverband met Apotheek West en ApotheekZorg vanwege eenduidige levering van medicatie en deellijsten en medische hulpmiddelen. Daarnaast is 't Boerenerf bekend bij casemanagers van thuiszorgorganisaties in de regio, steunpunten en transferbureaus van ziekenhuizen in de regio Friesland en Overijssel.

3.4 Gebruik van informatie

Het verzamelen van informatie is voor iedere organisatie de bron die leidt tot een breder inzicht in het (h)erkennen van wat goed gaat en waar verbetering noodzakelijk is. Daarnaast is de wijze van verstrekken van de juiste informatie aan o.a. cliënt en diens naasten essentieel om tussen medewerkers en cliënten de meest optimale zorg- en dienstverlening te kunnen realiseren. In het kwaliteitskader is dit thema uitgewerkt in verwachtingen die een zorgorganisatie uitvoert:

1. Het samen leren en ontwikkelen in lokaal verband op basis van verzamelde informatie

2. Transparantie en het afleggen van verantwoording intern en extern op basis van verzamelde informatie.

Doel

't Boerenerf maakt gebruik van diverse informatiebronnen om de zorg- en dienstverlening te ondersteunen en waar nodig te verbeteren.

A) Het samen leren en ontwikkelen in lokaal verband op basis van verzamelde informatie

Uitkomsten worden gedeeld met medewerkers door middel van teamoverleggen en nieuwsbrieven die naar alle zorgmedewerkers worden gestuurd om hen op de hoogte te houden van analyses en uitkomsten van de incidentencommissie, klachten, kwaliteit, prisma analyses en cliënttevredenheidsonderzoeken. Mogelijke verbetermaatregelen uit deze analyses worden opgenomen in het kwaliteitsplan.

B) Transparantie en het afleggen van verantwoording intern en extern op basis van verzamelde informatie

Om te leren en verbeteren is de mening en mate van tevredenheid van cliënten en diens naasten van het grootste belang. Via Zorgkaart Nederland wordt het klanttevredenheidsonderzoek ingezet. 't Boerenerf heeft afgelopen jaren gemerkt dat er grote verschillen zitten in de resultaten en de reacties en heeft twijfels over de betrouwbaarheid. Per 2021 wordt naast Zorgkaart Nederland een eigen cliënttevredenheidsonderzoek uitgevoerd waarbij 't Boerenerf zeker is van eerlijke resultaten omdat deze alleen verspreid wordt onder cliënten en familie van cliënten. De resultaten worden vastgelegd in een rapport.

Auditrapporten worden besproken met directie en teamleden en worden uitgevoerd zoals beschreven in 2.4.4. De kwaliteitsverpleegkundige heeft samen met de directie een belangrijke rol in de borging van dit proces.

Naasten worden vanaf het begin van verblijf betrokken bij de afspraken rond wonen en welzijn en hen wordt gevraagd welke bijdrage zij kunnen en willen leveren aan de directe zorg en welzijn. Zij zijn nauw betrokken bij het opstellen van het levensverhaal van de cliënt en worden uitgenodigd deel te nemen aan activiteiten. Voor overstijgende zaken heeft 't Boerenerf een medezeggenschapsraad.

't Boerenerf voert een actief beleid ten aanzien van het invullen van vragenlijsten tijdens evaluaties van het zorgleefplan.