



Kwaliteitsverslag 2019

versie 1.0

Kwaliteitskader verpleeghuiskliniek

VOORWOORD

Voor u ligt het kwaliteitsverslag van de LEVANTOgroep over het verslagjaar 2019.

In dit verslag blikken we terug op het jaar 2019; het tweede jaar waarvoor de LEVANTOgroep een kwaliteitsplan in het kader van de verpleeghuiskliniek geschreven heeft.

Door de ontwikkelingen in de zorg en het sociale domein gecombineerd met de vergrijzing krijgen we steeds meer vraag van cliënten die aangewezen en geïndiceerd zijn voor verpleeghuiszorg en die niet terecht kunnen in de reguliere verpleeghuishuizen, mede door hun psychische- en/of verslavingsproblematiek.

In 2019 heeft er een groei plaatsgevonden van 16 naar 24 cliënten.

Aan deze toenemende vraag hebben we in afstemming met het zorgkantoor ook in 2019 gehoor kunnen geven.

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	2
Inhoudsopgave	3
Inleiding	4
Aantal cliënten en leeftijdsverdeling	5
Persoonsgerichte zorg en ondersteuning	6
Wonen en welzijn	8
Veiligheid	10
Leren en werken aan kwaliteit	11
Leiderschap, governance en management	13
Personeelssamenstelling	14
Gebruik van hulpbronnen	18
Gebruik van informatie	19
Verantwoording extra middelen	20

INLEIDING

De LEVANTOgroep biedt ondersteuning op het gebied van Geestelijke Gezondheidszorg en Maatschappelijke Opvang in Zuid- en Midden-Limburg. Dat kan in de vorm van tijdelijke (crisis)opvang, begeleid wonen, ondersteuning thuis, cursussen en trainingen en/of begeleiding op gebied van werk en dagbesteding. De focus ligt daarbij altijd op herstel, er wordt ondersteund waar nodig en losgelaten waar mogelijk. Zodat cliënten het heft weer in eigen hand kunnen nemen en als volwaardig burger deel uit kunnen maken van de maatschappij. Zoveel mogelijk op eigen kracht.

De LEVANTOgroep werkt al jarenlang volgens een systematische (PDCA- cyclus) wijze aan de verbetering van de kwaliteit en veiligheid en kent een geïntegreerd Kwaliteit- en Veiligheid Management Systeem. Elk jaar vinden er interne- en onafhankelijke externe audits plaats. We zijn ISO gecertificeerd.

Onze organisatie ressorteert grotendeels onder de Wmo wet- en regelgeving met een kleine 'uitstap' richting forensische zorg. In deze lijn rapporteren en verantwoorden wij richting gemeenten en ministerie van V&J. Hierop zijn ook al onze rapportage- en administratie systemen aangepast.

Ook burgers met een V&V indicatie (Wlz) komen in aanmerking voor onze zorgverlening. Vanwege hun psychosociale en/of psychiatrische problematiek en daarmee vaker afwijkend gedrag kunnen zij niet terecht in de reguliere V&V sector.

De LEVANTOgroep hecht grote waarde aan het monitoren en verbeteren van de kwaliteit van dienstverlening en stelt dit kwaliteitsverslag op om aan te sluiten bij de richtlijnen vanuit het kwaliteitskader van de verpleeghuiszorg.

De indeling van het kwaliteitsverslag volgt de hoofdstukken zoals die ook in het Kwaliteitsplan 2019 benoemd zijn.

Aantal cliënten en leeftijdsverdeling

December 2018

WLZ, ZZP verdeling V&V

Leeftijdsverdeling

V/V 4	2 cliënten	< 60 jaar	5 cliënten
V/V 5	4 cliënten	60-69 jaar	6 cliënten
V/V 6	9 cliënten	70-79 jaar	5 cliënten
V/V 7	1 cliënt	80-89 jaar	0 cliënten
Totaal	16 cliënten		
		90-99 jaar	0 cliënten
		>100 jaar	0 cliënten

December 2019

Leeftijdsverdeling

V&V 3	1 client		
V&V 4	7 cliënten	< 60 jaar	5 cliënten
V&V 5	4 cliënten	60-69 jaar	10 cliënten
V&V 6	12 cliënten	70-79 jaar	9 cliënten
V&V 7		80-89 jaar	0 cliënten
Totaal	24 cliënten	90-99 jaar	0 cliënten
		>100 jaar	0 cliënten

De verwachting was dat deze groei in 2020 door zou zetten. Vanwege de COVID-19 problematiek zijn het aantal nieuwe plaatsingen echter achtergebleven. In juni 2020 zijn er 25 V&V cliënten geregistreerd.

Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Plan 2019 ↓

1.1 De vier onderscheiden thema's (compassie, uniek zijn, autonomie en zorgdoelen) zijn voor zorgverleners richtinggevend bij kwaliteitsverbetering op het terrein van persoonsgerichte zorg en ondersteuning

De vier bovengenoemde thema's zijn leidend bij onze zorgverlening zoals beschreven in onze Missie & Visie. Bovendien worden de thema's volledig ondersteunt door de integraal ingevoerde methodiek van Krachtwerk¹ en vervolgens verder vertaald in de individuele trajectplannen.

1.2 Elke verpleeghuisorganisatie dient aantoonbaar invulling te geven aan deze thema's en dit zichtbaar te maken in kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag

- Basistrainingen Krachtwerk en structurele follow-up trainingen
- Inzet coördinatoren zorg die persoonlijk begeleiders coachen in Krachtgericht werken,
- Inventariseren van krachten en hulpbronnen bij individuele cliënt
- Opleiden en inzetten ervaringsdeskundigen
- In 2018 is binnen ons vernieuwde ECD een cliëntportaal gerealiseerd

2019:

- Herijking van het Levanto-DNA (zie pag. 6)
- Leerlijn krachtgericht begeleiden (zie 6.4)
- Team 'kennis en expertise' maakt en implementeert een plan om de zorgprocessen aan te passen aan de verzorging van de doelgroep.

1.3 De voorgestelde uitwerkingen per onderscheiden thema's zijn handreikingen voor de instrumenten voor verbetering, het voeren van gesprekken en het ontwikkelen van competenties.

Persoonlijke ontwikkelingsplannen en Ja-gesprekken worden volgens de structuur en cultuur van onze kernwaarden gevoerd.

1.4 Iedere cliënt beschikt binnen 4 uur over een voorlopig zorgleefplan (met in ieder geval zaken zoals medicatie, dieet, primaire hulpvraag, een eerste contactpersoon en afspraken over handelen bij calamiteiten), dat uiterlijk zes weken na opname volledig en (tot bijstelling aan de orde is) definitief wordt.

Hier wordt aan voldaan. Intake stelt samen met de cliënt een voorlopig trajectplan op, wat binnen zes weken door de persoonlijke begeleider samen met de cliënt wordt geëvalueerd en waar nodig wordt bijgesteld en definitief gemaakt.

1.5 De verantwoordelijkheid voor het opstellen van een trajectplan is belegd bij een verzorgende van tenminste niveau 3. Bij voorkeur is dit de contactverzorgende dan wel de eerste verantwoordelijke

Hier wordt aan voldaan. Alle persoonlijke begeleiders hebben minimaal niveau 4.

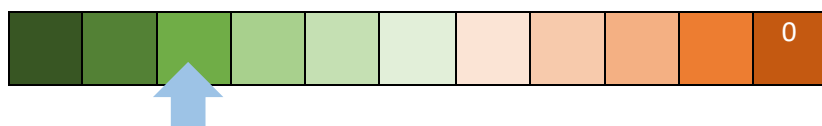
¹ © 2016 Impuls- Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg, Radboudumc Nijmegen

Verslag 2019:

- Een van onze ervaringsdeskundigen volgt de opleiding tot verzorgende.
- Het komen tot dat helder en eigen DNA is niet iets dat top-down bepaald wordt. Waarden en normen bepaal je door dialoog en dan het liefst dwars door de organisatie heen. En dat is precies wat we gedaan hebben. We hebben een externe partij Fresh Forward bereid gevonden ons tijdens dit traject te begeleiden. In 2018 is dit traject gestart en in 2019 is dit, mede door het instellen van een kernteam en een negental werkgroepen verder ontwikkeld. Voor 2020 is in het jaarplan van de LEVANTOgroep de implementatie van ons LEV DNA opgenomen, waarbij in alle teams workshops georganiseerd worden. De komende jaren gaan we in alles wat we doen, denken en werken uit van onderstaand overzicht:



- Team 'kennis en expertise' heeft Plan van Aanpak opgesteld. In Q2 is plan geïmplementeerd waarbij de opzet van nieuwe leerlijnen concreet gevolgd waren. In Q3 zijn de eerste leerlijnen van start gegaan. Een pilotgroep is gestart waarin enkele medewerkers van de locaties Koepelhof en Vroenhof hebben deel genomen. Zij hebben aangegeven dit een waardevolle training te vinden en zijn met opdrachten aan de slag gegaan in het werkveld. De uitwerking van de opdrachten en het geleerde in de training worden nu verder doorgevoerd in gesprek met de coördinator zorg en de leidinggevende.
- De jaarlijkse ontwikkelgesprekken tussen medewerkers en leidinggevenden volgen de opzet en inhoud van bovenstaand LEV-Dna.



Plan 2019 ↓

2.1 Vijf thema's (zingeving, zinvolle dagbesteding, schoon en verzorgd lichaam plus verzorgde kleding, familieparticipatie & inzet vrijwilligers en wooncomfort) zijn leidend bij kwaliteitsverbetering op het terrein van wonen en welzijn

Het trajectplan van de cliënt wordt beschreven aan de hand van de leefgebieden van de ZRM. In 2018 zijn we gestart met pilots rondom *Positieve Gezondheid*.

Een van onze speerpunten is gericht op participatie: Deelnemen aan de samenleving op basis van eigen mogelijkheden, tempo en affiniteit, met als doel een positieve bijdrage voor mens en omgeving.

- LEVANTOgroep heeft een eigen vrijwilligersbeleid.
- LEVANTOgroep kent een eigen vrijwilligersorganisatie.

Medezeggenschap, inspraak en advies vinden wij erg belangrijk. Daarom staan diverse vertrouwenspersonen, raden en ondersteuners klaar om te luisteren, mee te denken, advies te geven en aan verbeteringen te werken.

- cliëntenraad
- cliëntvertrouwenspersoon
- familievertrouwenspersoon
- geestelijk verzorgers

2019:

- Extra aandacht rondom zingeving, levensvragen en spiritualiteit. Het doel daarvan is om medewerkers sensitief te maken voor vragen hieromtrent en de handelingsverlegenheid hierin te verminderen.

2.2 Elke organisatie dient aantoonbaar invulling te geven aan deze thema's en zichtbaar te maken in kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag.

Zie 2.1.

2.3 Het aanpassen van de woonomgeving aan de wensen en mogelijkheden van de verschillende doelgroepen van verpleeghuiszorg verdient specifieke aandacht.

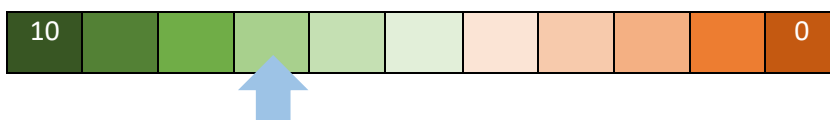
Naast het individuele trajectplan, waar specifiek gekeken wordt naar de woonwensen kent de organisatie ook een Strategisch huisvestingsplan "van woonvormen naar vormen van wonen".

2019:

- Het huisvestingsbeleid is aangepast naar de ingezette lijn "van woonvormen naar vormen van wonen" -> Het fasedocument vastgoedkaders wordt over heel Levanto uitgerold
- De projectgroep "Scheiden wonen en zorg" levert advies op met de condities en impact waaronder Levanto kan optreden als verhuurder van zelfstandige wooneenheden aan cliënten

Verslag 2019:

- Met name om structureel bezetting te hebben in de gezamenlijke ruimtes is in 2019 gestart met het aannemen en inwerken van gastvrouwen (niveau 2). Dit zorgt voor meer rust en stabiliteit plus een stimulans op het gebied van zinvolle dagbesteding.
- Met betrekking tot participatie heeft in 2018 een nulmeting plaatsgevonden onder de cliënten. Wat zijn hun wensen en (on)mogelijkheden? Uitkomst (2019) is dat er binnen de locaties meer dagbesteding aangeboden gaat worden. Wat betreft participatie is er wekelijks dagbesteding op locatie ingezet, dus i.p.v. uit huis dagbesteding aanbod op locatie waarbij bewoners zelf kunnen aangeven wat ze graag zouden willen doen. Dit hebben we ook gedaan vanuit de subsidie waardigheid en trots.
- Door de aanschaf van professionele medicatiekarren kan de medicatieverstrekking ook (veilig) in eigen appartement van client plaatsvinden
- Met betrekking tot de woonomgeving blijkt het vinden van geschikte huisvesting voor de langere termijn niet evident. De mix van onze doelgroep met de doelgroep van de reguliere verpleegklinieken in eenzelfde gebouw roept bij cliënten, familie, naasten en medewerkers vraagtekens en bij tijd en wijle onbegrip op. Met betrekking tot Vroenhof en Koepelhof wordt gekoerst op separate huisvesting met inbegrip van samenwerking met de expertises van de reguliere verpleegklinieken. Er vinden gesprekken plaats met Meander en Envida.
- Met betrekking tot zingeving is er binnen Levanto een programma opgesteld, geïnitieerd door de geestelijk verzorgers die in dienst zijn. De cursus "Op zoek naar zin" is ingezet voor cliënten; in 2019 zijn hier 5 cursussen in gegeven.



Veiligheid

Plan 2019

3.1 Vier thema's van basisveiligheid (medicatieveiligheid, decubituspreventie, gemotiveerd gebruik van vrijheid beperkende maatregelen en preventie advance care planning) zijn vanaf 2019 een belangrijk onderdeel van het leren en verbeteren in zorgorganisaties, onder andere door indicatoren op basis van deze vier thema's op te nemen in het kwaliteitsverslag

Onze organisatie kent:

- Medicatiebeleid
- Melden incidenten
- Veiligheidsrondgang
- Interne en externe audits

Medische handelingen geschreven in het trajectplan worden altijd met behandelend (huis)arts vastgesteld en volgens protocollen (Vilans) uitgevoerd.

3.2 Indicatoren over de basisveiligheid worden uiterlijk 1 juli volgend op het betreffende verslagjaar aangeleverd bij de Openbare Database van het Zorginstituut door een daartoe ingerichte organisatie die voldoet aan de aanleverspecificaties van het Zorginstituut.

Over verslagjaar 2017 aangeleverd en ook over verslagjaar 2018 geagendeerd.

3.3 Elke verpleeghuisorganisatie heeft een incidentencommissie of maakt gebruik van een lokale of regionale incidentencommissie.

Wordt aan voldaan. LEVANTOgroep kent een procedure (melden) incidenten (VIM-systematiek). Er is een VIM-commissie die periodiek analyseert en aanbevelingen doet. Hierbij ook verwijzing naar verplichte meldingen richting IGJ. Als er vanuit de IGJ gevraagd wordt om als zorgaanbieder zelf onderzoek te doen wordt er volgens de geldende richtlijnen een onafhankelijke incidentencommissie samengesteld met een externe voorzitter

2019:

- Verbeteracties die voortkomen uit meldingen of onderzoeken worden opgenomen in een centraal verbeterregister en gebruikt om, waar nodig, beleid en procedures aan te passen

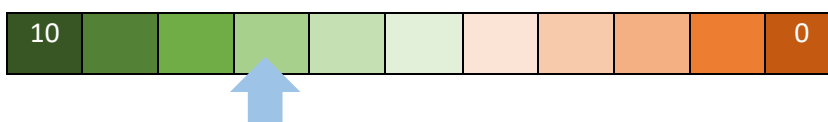
Verslag 2019:

- In 2019 hebben er geen calamiteitenonderzoeken in het kader van de IGJ plaats gevonden
- Het Centraal verbeterregister is geoperationaliseerd
- Eind 2019 is binnen Vroenhof en Koepelhof gestart met de implementatie van NCare (digitale toedienregistratiesysteem) teneinde medicatieveiligheid te maximaliseren

- Koepelhof en Vroenhof hebben geïnvesteerd in professionele medicatiekarren. De medicatieverstrekking kan hierdoor veiliger plaats vinden.
- Met betrekking tot de Incidentmeldingen binnen Vroenhof en Koepelhof :

Agressie / grensoverschrijdend gedrag	43
Brand	5
Medicatie incident	73
Somatisch incident	10
Suïcide (of -poging, of – uiting)	6
Valincident	68
Vermissing	4
Totaal	219

- In 2019 is specifiek voor de Levantogroep de richtlijn “Suïcide-preventie” geschreven en gepubliceerd in het document centrum.



Leren en verbeteren van kwaliteit

Plan 2019 ↓

4.1 Elke verpleeghuisorganisatie heeft een kwaliteitsplan voor 2019 opgesteld volgens die in dit hoofdstuk geschetste werkwijze

Voldaan.

4.2 Elke organisatie verzorgt de interne en externe verantwoording via één kwaliteitsverslag. Dit document verschijnt jaarlijst voor 1 juli volgend op het rapportagejaar en wordt gepubliceerd op de website van de organisatie.

Zoals eerder geschetst kent de LEVANTOgroep meerdere doelgroepen en stakeholders die allen een eigen kwaliteitskader hanteren. Met betrekking tot de V&V cliënten binnen de LEVANTOgroep zal er in bovenstaande cyclus gerapporteerd en gepubliceerd worden.

4.3 Elke verpleeghuisorganisatie dient tevens het webadres van het kwaliteitsverslag, uiterlijk 1 juli volgend op het verslagjaar, aan te leveren aan de Openbare Database van Zorginstituut Nederland.

Is geagendeerd voor 2019

4.4 Elke organisatie past jaarlijks het kwaliteitsplan aan op basis van het kwaliteitsverslag. Het aangepaste kwaliteitsplan verschijnt uiterlijk 31 december.

Is geagendeerd voor 2018.

4.5 Elke verpleeghuisorganisatie maakt uiterlijk deel uit van een lerend netwerk met tenminste twee andere collega zorgorganisaties.

Er is samenwerking met de organisaties (verpleegklinieken) waar onze locaties zijn gehuisvest.
Het verder vormgeven naar een lerend netwerk wordt geagendeerd voor 2019

4.6 In elke verpleeghuisorganisatie vindt een vijfjaarlijkse (multidisciplinaire) kwaliteitsvisite plaats door de relevante beroepsorganisatie.

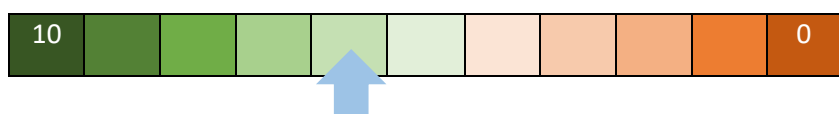
Zie 4.5.

4.7 Elke verpleeghuisorganisatie beschikt voor 1-1-2018 over een kwaliteitsmanagementsysteem.

Ons huidige KMS is in 2018 vervangen door een KMS gebaseerd op de ISO 9001:2015 norm. In augustus 2018 is Levanto volgens de nieuwe norm gecertificeerd.

Verslag 2019:

- De Levantogroep is in 2019 wederom gecertificeerd volgens de ISO 9001:2015 norm
- Levanto is aangeschoven bij de bijeenkomsten van de AWO (Academische Werkplaats Ouderenzorg) partners in zuid Limburg
- Eind 2019 is Levanto aangeschoven bij de pilot "gezamenlijke inzet SOG bij ZZP/VPT/PGB-aanbieders exclusief behandeling"
- LEVANTOgroep is een van de samenwerkingspartners binnen het project leerklimaat VVT van het "Convenant Verpleeghuizen Zorgkantoorregio Zuid-Limburg".
- In het kader van de ambities van een 'Meerzorg-afdeling' in de westelijke mijnstreek zijn er in 2019 verschillende gesprekken geweest met zorgaanbieder Vivantes. Wij zoeken hier naar een verdergaande samenwerking waarbij de kwaliteiten van Vivantes (somatiek en psycho-geriatrie) en de kwaliteiten van Levanto (Ggz) optimaal samengevoegd gaan worden.



Plan 2019 ↓

5.1 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.

Er is structureel overleg met de manager zorg, manager participatie, (proces)managers (HR + Middelen), programmamanagers (waaronder Meezorg) en de RvB. Binnen deze overleggen wordt stelselmatig aandacht besteed aan de kwaliteit en kwantiteit van de professionele bezetting.

5.2 De leden van de Raad van Bestuur lopen op gezette tijden mee binnen het primaire proces van de eigen zorgorganisatie, zodat zij gevoel houden met het primaire proces op de werkvloer.

Op uitnodiging van de teams gaat de RvB op bezoek binnen de locatie.

5.3 Elke Raad van Bestuur van een zorgorganisatie voor verpleeghuiszorg werkt volgens de geldende versie van de Zorg brede Governance Code.

Op basis van lidmaatschap van GGZNL is de Zorgbrede Governance Code een vereiste voor onze organisatie.

5.4 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.

Is inherent aan bovenstaande Governance code.

5.5 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.

De RvB stimuleert het tot stand komen van adviesraden.
In 2018 starten we met de opzet van een interne visitatiecommissie.

2019:

- Binnen Levanto wordt de functie van zorg-controller ingezet

Verslag 2019:

- In 2019 is een programmamanager Meezorg aangesteld. Zij heeft onder andere de focus op de afdelingen Meezorg en het begeleiden van de transitie van een gedeeltelijke Wmo-naar een volledige Wlz verpleeghuisafdeling. Hierbij vormt het "Kwaliteitskader verpleeghuiszorg" de leidraad.

- In 2019 heeft de Raad van bestuur een Zorgcontroller inhoud aangesteld.

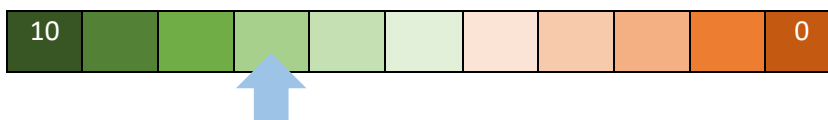
Doelstelling en opdracht:

"Het verbeteren van de kwaliteit van zorg middels coachen en ondersteunen van teams en medewerkers in het primaire proces."

Na een eerste inventarisatieronde langs en door de woon- en opvangvoorzieningen was een belangrijke conclusie dat kennis en kunde op het gebied van psychiatrie niet hoog scoorde.

Aanbeveling: ontwikkel een leerlijn, gestoeld op de uitgangspunten van Krachtwerk en Positieve gezondheid, waarbij de ontwikkeling van kennis en kunde hand in hand gaan. Dit heeft geresulteerd in de leerlijn "Positief krachtig".

Om de kwaliteit van herstelgericht werken binnen LEVANTOgroep objectief te meten heeft de zorgcontroller aan de hand van ROPI (Recovery Oriented Practices Index) een vervolgonderzoek in gang gezet middels gestandaardiseerde interviews met medewerkers en cliëntenpanels.



Personeelssamenstelling

December 2018

Functie	Aantal	Fte	BBL
Verzorgende	16	12.33	1
Verpleegkundige	7	6.19	
Gastvrouw/-heer	0		

December 2019

Functie	Aantal	Fte	BBL
Verzorgende	13	9,44	2
Woonondersteuner	13	8,96	5
Verpleegkundige	3	2,67	2
Persoonlijke begeleider	9	6.91	0
Gastvrouw/-heer	5	4	0
Coördinerende functies	3	1.66	0
Leidinggevende functies	2	2	0
Vrijwilligers	6		

Vooraf:

In de “Nadere toelichting Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg” (24/2/2017) van het Zorginstituut Nederland wordt ruimte gelaten voor de specifieke situatie waarin verpleeghuiszorg wordt geleverd.

Zoals eerder vermeld kent de LEVANTOgroep geen specifieke verpleeghuislocaties. De cliënten met een V&V indicatie worden wel geplaatst in die vormen van wonen waar geschikt personeel (o.a. verpleegkundigen en verzorgenden) voor hun wensen en behoeften, zoals beschreven in hun zorgplan, aanwezig zijn.

6.1 Elke verpleeghuisorganisatie moet voor zijn personeelssamenstelling gebruik maken van de tijdelijke normen die beschreven zijn in paragraaf 6.3, totdat de sector landelijk context-gebonden normen heeft ontwikkeld voor voldoende en vakbekwaam personeel.

De personele samenstelling is afgestemd op de persoonsgerichte zorg van de cliënt waarbij veiligheid en continuïteit van zorg gegarandeerd zijn.

- Er zijn structureel minimaal twee medewerkers aanwezig. Het gaat hierbij om een combinatie van agogisch, verzorgend en verplegend personeel aangevuld met vrijwilligers
- Afgestemd op de ondersteuningsbehoefte en de afspraken in de individuele zorgplannen is er, indien cliënten in de gemeenschappelijke ruimten verblijven iemand permanent aanwezig in betreffende ruimte. Het kan daarbij gaan om agogisch-, verzorgend-, activiteiten begeleidend- en/of vrijwillig personeel
- Participatie en zinvolle daginvulling is een van de speerpunten van de LEVANTOgroep. Bij iedere cliënt wordt in het individuele trajectplan aandacht besteed aan dit leefgebied en worden hier afspraken over gemaakt. De personele inzet wordt hierop afgestemd
- In iedere voorziening voor cliënten met een indicatie verblijf met verpleging is 24/7 een BIG geregistreerde verpleegkundige aanwezig dan wel binnen 10 minuten ter plaatse
- 24/7 arts aanwezig binnen 30 minuten

6.2 De personeelssamenstelling in al haar dimensies is zoals beschreven in dit hoofdstuk onderdeel van het kwaliteitsplan en wordt geëvalueerd in het jaarlijkse kwaliteitsverslag. Vooruitlopend hierop publiceert elke zorgorganisatie de gegevens van op zijn website.

De personeelssamenstelling van de LEVANTOgroep is inzichtelijk gemaakt op de website: <https://www.levantogroep.nl/wie-we-zijn/levantogroep/kwaliteit>.

6.3 Er is voor iedere zorgverlener tijd en ruimte op gezette tijden mee te lopen bij een collega organisatie uit het lerend netwerk. De wijze hoe dit wordt georganiseerd wordt vastgelegd in het kwaliteitsplan en geëvalueerd in het kwaliteitsverslag.

Zie 4.5

6.4 Er is voor alle zorgverleners voldoende tijd en ruimte om te leren en te ontwikkelen via feedback, intervisie, reflectie en scholing. De omvang en de aard hiervan worden vastgelegd in het kwaliteitsplan en geëvalueerd in het kwaliteitsverslag.

- De LEVANTOgroep kent een opleidingsbeleid met als uitgangspunt een lerende organisatie te zijn. Dit geeft aan dat er veel belang wordt gehecht aan de ontwikkeling van medewerkers.

Jaarlijks wordt een budget vastgesteld voor de organisatiebrede opleidingen en individuele trajecten/teamspecifieke trainingen. De organisatiebrede opleidingen voorzien enerzijds in het voldoen aan de verplichte eisen in het kader van functieontwikkeling of vanuit wetgeving (BIG-registratie) en anderzijds aan de behoefte die binnen de organisatie leeft:

Tot en met 2018 uitging van een opleidingsmatrix met daarin verplichte cursussen voor de verschillende functies.

2019 (+ 2020):

- Levanto is een van de samenwerkingspartners binnen het projectplan leerklimaat van het “Convenant Verpleeghuizen Zorgkantorregio Zuid-Limburg”

- Levanto start met een “Leerlijn krachtgericht begeleiden” met als doelstelling dat eind 2020 alle (verplichte) scholingsactiviteiten voor medewerkers in het primair proces opgenomen zijn in een samenhangende interne leerlijn, gebaseerd op een doorlopende leercyclus van medewerkers.

- Informele zorg en ervaringsdeskundigheid groeien in omvang en activiteiten; 10 medewerkers worden geschoold tot ervaringswerker

Er starten 6 BBL-ervaringsdeskundigen

Teams kunnen aangeven bepaalde behoeftes en interesses op gebied van scholing in teamverband te hebben. De leidinggevende kan op dit basis van relevantie en budget uitvoeren.

De behoefte voor individuele opleidingen zal meestal vanuit een JA-(Jaar en afspraken) gesprek en/of POP vastgesteld worden. Aanleiding voor het volgen van een individueel traject is divers. Dit kan zowel op verzoek van de leidinggevende als van de medewerker en kan zowel functiegericht als ontwikkelingsgericht c.q. ontplooiingsgericht zijn.

Verslag 2019:

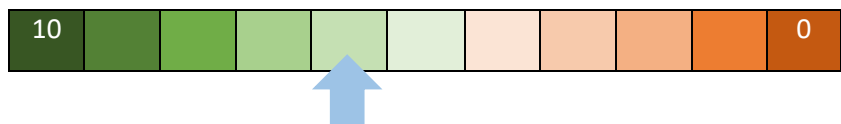
- In 2019 zijn 5 gastheer/gastvrouw functies (4 fte) ingevuld.

- In samenwerking met 4 andere zorgaanbieders (exclusief behandeling) is eind 2019 project gestart om te inventariseren en te organiseren hoe te regelen dat er eind 2021 een SOG 24 uur beschikbaar is. Uitgangspunt is dit via een stepped care systematiek op te bouwen.

- Leerklimaatscan, opleiden leercoach en team ontwikkeltraject; er zijn twee leercoaches opgeleid in 2019 en er is een scan uitgevoerd in de teams van Koepelhof en Vroenhof. Naar aanleiding van die scan zijn wensen en verbeter acties geformuleerd en is het team onder begeleiding van de leercoach en de externe organisatie aan de slag gegaan.

- Ontwikkelassessments voor medewerkers die ook een opleiding volgen; er zijn enkele stagebegeleiders opgeleid om deze assessment te interpreteren. Er zijn een aantal assessments uitgezet en daar is met stagiaires over gesproken en heeft bijgedragen aan de ontwikkeling van deze stagiaires.

- Voorbehouden handelingen; in 2019 zijn de verpleegkundigen en ziekenverzorgenden getraind in verschillende voorbehouden en risicovolle handelingen. Deze scholing en toetsing is afgenomen door een externe partij.
- Positief Krachtig; in 2019 is een pilotgroep gestart waarin enkele medewerkers van de locaties Koepelhof en Vroenhof hebben deel genomen. Zij hebben aangegeven dit een waardevolle training te vinden en zijn met opdrachten aan de slag gegaan in het werkveld. De uitwerking van de opdrachten en het geleerde in de training worden nu verder doorgevoerd in gesprek met de coördinator zorg/leidinggevende.
- Positieve Gezondheid; trainingen zijn in 2019 gestart en de afdelingen Vroenhof en Koepelhof waren ingepland om in het voorjaar van 2020 mee te doen hieraan. Deze is echter uitgesteld (COVID-19) en zal in digitale vorm worden opgepakt. Deze digitale vorm is ontwikkeld door externe partij en kan vanaf juni 2020 ingezet worden.
- Psychopathologie; zowel Koepelhof als Vroenhof hebben in 2019 minstens 1 training psychopathologie gehad. Daarnaast hebben zij ondersteuning gekregen op individuele casus van onze interne spv-ers.
- In 2019 zijn er via de Beroeps Begeleidende Leerweg 4 medewerkers gestart, waarvan 1 binnen een Meerzorg locatie.
- In 2019 zijn er 7 medewerkers gestart met een de training “Medewerkers met eigen ervaring”, waarvan 1 medewerker werkzaam in een Meerzorg locatie.



Gebruik van hulpbronnen

Plan 2019 ↓

7.1 De benodigde hulpbronnen en de wijze waarop deze dienend zijn aan het primair proces worden beschreven in het kwaliteitsplan en gaan mee in de cyclus van kwaliteitsverslag, bespreking met interne en externe stakeholders en update van het kwaliteitsplan.

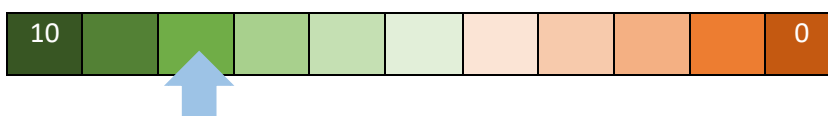
- Alle medewerkers in het primaire proces blijven structureel getraind in de krachtgerichte methodiek waarbij de eigen krachten, wensen en groeimogelijkheden van cliënten als vertrekpunt en focus dienen. Hierbij is de cliënt regisseur van zijn eigen plan.
- Ingezette hulpmiddelen worden jaarlijks door de leverancier gecontroleerd/geijkt
- De LEVANTOgroep kent binnen het bedrijfsbureau een financiële-, zorgadministratieve en facilitaire afdeling
- De LEVANTOgroep kent vele samenwerkingsverbanden. Met betrekking tot de V&V doelgroep wordt er samengewerkt met de reguliere verpleeghuisklinieken waar onze locaties gehuisvest zijn.

2019:

- IT is 100% gemigreerd naar de cloud
- Identificatie van Single Points of failures (SPF); beschrijven werkprocessen/werkinstructies waardoor processen worden gedocumenteerd

Verslag 2019:

- In 2019 heeft Levanto een start gemaakt met de zogenaamde schrapsessies. Binnen het project "Ontregel de zorg" is er met ondersteuning van externe begeleiding bekeken hoe we administratieve lasten kunnen verminderen om zo meer tijd aan ondersteuning en zorg aan de cliënten te kunnen geven. Dit traject loopt door in 2020.
- De migratie van ICT naar de cloud is in het Q2 van 2019 gerealiseerd
- De identificatie van de single points of failures (SPF) is gereed. Er is richting het MT een voorstel gedaan om te komen tot een herinrichting van de proceslijn Middelen waarin ook een aanpak is opgenomen om te komen tot risicobeperking als gevolg van de bestaande SPF's.



Gebruik van informatie

Plan 2019 ↓

8.1 Elke verpleeghuisorganisatie dient minimaal één keer per jaar informatie over cliëntervaringen te verzamelen en te gebruiken middels erkende instrumenten. De informatie over cliëntervaringen is onderdeel van het jaarlijks kwaliteitsverslag en kan onder andere gebruikt worden voor verbetering en voor keuze-informatie voor (potentiële) cliënten.

Eind 2017 is de LEVANTOgroep gestart met een nieuwe structuur in het meten van de cliënttevredenheid.

Het doel van de meting is inzicht krijgen in de ervaringen van cliënten van de LEVANTOgroep over de geboden dienstverlening. Enerzijds vanwege de bruikbare informatie om de begeleiding te verbeteren, anderzijds vanwege het belang van de externe verantwoording.

Om **continu** op de hoogte te blijven en adequaat op ontwikkelingen in te kunnen springen is er gekozen om per jaar 3x een cliëntervaringsonderzoek te doen, waarbij telkens (steekproefsgewijs) 1/3 van onze cliëntpopulatie wordt ondervraagd.

Elke keer wordt een 15-tal basisvragen, die in nauwe afstemming met cliënten, de cliëntenraad en andere vertegenwoordigers/betrokkenen van cliënten opgesteld zijn, uitgevraagd. Dit om te vergelijken met voorafgaande periodes en daarmee ontwikkelingen in beeld te krijgen.

Daarnaast kunnen we elke (volgende) keer vragen over actuele thema 's toevoegen of verdieping zoeken in de bestaande vragen. De uitkomst van elke 'batch' kan ook aanleiding zijn om in te zoomen op een specifieke regio/voorziening.

Het onderzoek wordt uitgevoerd door Triqs. Dit is een onafhankelijk onderzoeksbureau.

2019:

- De nieuwe manier van meten wordt geëvalueerd.

8.2 Elke verpleeghuisorganisatie dient in het kader van onderlinge landelijke vergelijkbaarheid vanaf verslagjaar 2016 minimaal één keer per jaar informatie over de Net Promotor Score 16 (NPS) per locatie (volgens KvK-registratie) van de eigen verpleeghuisorganisatie aan te leveren. Hiervoor mag ook de aanbevelingsvraag van Zorgkaart Nederland gebruikt worden. De informatie met betrekking tot NPS is onderdeel van het jaarlijks kwaliteitsverslag en dien uiterlijk 1 juli volgend op het betreffende verslagjaar aangeleverd te worden bij de Openbare Database van het Zorginstituut door een daartoe ingerichte organisatie die voldoet aan de aanleverspecificaties van het Zorginstituut.

De Net Promotor Score is een vast onderdeel van de cliënttevredenheidsmeting.

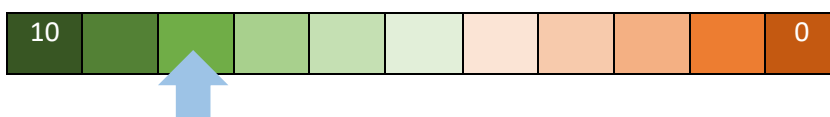
Verslag 2019:

- De evaluatie van de manier waarop we de clienttevredenheid meten is doorgeschoven naar 2020. In 2019 is nog volgens de 'oude' werkwijze gewerkt.
- De Net Promoter Score is een vast onderdeel van de clienttevredenheidsmeting. De laatste meting, oktober 2019:

11 Beveelt u de dienstverlening van LEVANTOgroep ook aan anderen aan?



Gemiddeld: 7,2



VERANTWOORDING EXTRA MIDDELEN KWALITEITSPLAN 2019

Dit is versie 3.0 van het Kwaliteitsplan 2019. Logischerwijs zijn er dus twee voorgaande versies.

De wijziging zit beide keren in deze paragraaf met betrekking tot de inzet en verantwoording van de extra middelen.

Versie 2.0 was vooral een aanpassing van de berekeningen binnen de meerjarenbegroting; de inzet van de extra middelen bleef gericht op de inzet van extra personeel op niveau 3. Begin maart 2019 heeft het dialooggesprek met het zorgkantoor plaats gevonden waarbij management, medewerkers en cliënten betrokken waren. Vanuit dit dialoogmoment is besloten de extra middelen anders te gaan inzetten -> Versie 3.0 werd geboren.

Met name het tekort aan personele bezetting en nog meer specifiek de zichtbaarheid en de aanwezigheid van een continue aanspreekpunt wordt als gemis ervaren. Hiermee samenhangend ook de vraag naar meer huiselijkheid, welzijn, (persoonlijke) aandacht en participatie.

'Onze' doelgroep kenmerkt zich door een comorbide problematiek. Naast de somatische zorgvraag is er tevens sprake van psychische problemen waarbij regelmatig verslaving een rol speelt.

Het huidige zorgpersoneel bestaat voornamelijk uit medewerkers van niveau 3 en 4. Zij verdelen alle werkzaamheden, waarbij minder nadrukkelijk naar functiedifferentiatie en taakafbakening gekeken kan worden en meer naar de taken die er gedaan moeten worden. Het gegeven dat het overgrote merendeel van onze doelgroep geen eigen (sociaal) netwerk heeft en dat onze doelgroep niet direct grote groepen vrijwilligers aantrekt draagt nog eens bij aan de taakbelasting en de werkdruk van het personeel.

Op beide locaties zijn de cliënten gehuisvest over twee verschillende verdiepingen. Door een continue bezetting (8.00 – 17.00 uur) in de gemeenschappelijke ruimten op elke verdieping door medewerkers van niveau 2 (gastvrouwen/heren) kunnen we voor een groot gedeelte een antwoord geven op de geconstateerde knelpunten. Aangevuld door een structurele dialoog met en

tussen cliënten, medewerkers en leidinggevenden met als uitgangspunten:

- Persoonsgerichte zorg en ondersteuning -> regisseurschap en autonomie van cliënt
- Zingeving, zinvolle dagbesteding en wooncomfort
- Veiligheid.

Gezien de complexe doelgroep willen we ook de mogelijkheden binnen de Regeling Groepsmeezorg (gestart per 1-1-2019) onderzoeken.

Verslag 2019:

- In 2019 is er een tillift aangeschaft voor locatie Koepelhof.
- In 2019 zijn er 5 (4fte) gastheer/gastvrouw medewerkers gestart.

