

Kwaliteitsverslag 2018

De Wilgenhoeve

Hei en Boecop, 10 juni 2019

Inleiding

Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg geeft een handreiking voor het opstellen van het kwaliteitsverslag. We volgen deze handreiking. Dit kwaliteitsverslag start met een verantwoording van zorgvisie en kernwaarden (Hoofdstuk 1) en doelgroep en werkwijze (Hoofdstuk 2). Daarna volgt een beschrijving van de uitkomsten van de volgende acht onderwerpen.

- Persoonsgerichte zorg en ondersteuning (Hoofdstuk 5)
- Wonen en welzijn (Hoofdstuk 6)
- Veiligheid (Hoofdstuk 7 en bijlage 1)
- Leren en werken aan kwaliteit (Hoofdstuk 8)
- Leiderschap, governance en management (Hoofdstuk 9)
- Personeelssamenstelling (Hoofdstuk 3)
- Gebruik van hulpbronnen (Hoofdstuk 10)
- Gebruik van informatie (Hoofdstuk 11)

Daarnaast is specifieke aandacht besteed aan drie onderdelen

1. Veiligheid (Bijlage 1)
 - a. Opname van kwantitatieve uitkomsten op de vier veiligheidsthema's en bijbehorende uitwerkingen.
 - b. Medicatieveiligheid
 - c. Decubituspreventie
 - d. Gemotiveerd gebruik van vrijheid beperkende maatregelen
 - e. Preventie van acute ziekenhuisopnamen
2. Cliëntoordelen (Hoofdstuk 11 en Bijlage 2)
 - a. Gebruikt instrument met een beschrijving van de kwantitatieve uitkomsten
 - b. De NPS-score
3. Leren en werken aan kwaliteit (Hoofdstuk 12, Slotwoord van de directie en Bijlage 3)
 - a. Beschrijving hoe voldaan wordt aan het kwaliteitsplan inclusief verbeterparagraaf (Hoofdstuk 12)
 - b. Dit kwaliteitsverslag als leerervaring (Slotwoord van de directie)
 - c. Deel uit maken van het lerend netwerk (bijlage 3 en 4)

Met dit kwaliteitsverslag voldoen we aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Jaarlijks verantwoorden we ons over de voortgang van het kwaliteitsplan in een kwaliteitsverslag. In dit kwaliteitsverslag verantwoorden we ons over de voortgang van het kwaliteitsplan in 2018. Dit kwaliteitsverslag is openbaar en wordt gepubliceerd op onze website. Hiermee verantwoorden we ons over de voortgang van onze kwaliteitsdoelstellingen. Het is bedoeld voor bewoners, familie, medewerkers en alle andere stakeholders en geïnteresseerden. Het kwaliteitsverslag is, evenals het kwaliteitsplan, tot stand gekomen in nauw overleg met de cliëntenraad, de medewerkers en het Lerend Netwerk.

Hoofdstuk 1

Zorgvisie en kernwaarden;

Onze zorgvisie en kernwaarden zijn transparant en op meerdere plaatsen terug te vinden, zoals:

- In de gedragscode;
- In de huisregels;
- Op de website;
- In het kwaliteitsplan;
- In het scholingsplan;
- In het kwaliteitshandboek;
- In de folder.

In de verslagperiode hebben we de zorgvisie besproken met alle medewerkers. Hieruit kwam naar voren dat iedereen de zorgvisie en kernwaarden onderschrijft en dat er volgens zorgvisie en kernwaarden wordt gewerkt.

In de verslagperiode was de directie dagelijks actief betrokken op de werkvloer. Tijdens observaties kwam naar voren dat de zorgvisie en kernwaarden als volgt zichtbaar waren: liefdevolle verzorging; met hart en ziel; grote mate van betrokkenheid; intense contacten met familie; geen drempel; goede zorg, met respect.

Hoofdstuk 2

Doelgroep en werkwijze

Tijdens de verslagperiode voldeden we ruimschoots aan de kwaliteit zoals we deze in vier thema's hebben verwoord in het kwaliteitsplan:

1 Gedreven om de best mogelijke zorg te bieden:

- Kleinschalig: we hadden 18 cliënten;
- Persoonlijk geleid: de eigenaren waren als volgt betrokken bij de zorgverlening op de werkvloer: meewerkend en actief betrokken;
- Passie, inzet en betrokkenheid van alle medewerkers, hetgeen we als leiding hebben vastgesteld en besproken in functioneringsgesprekken;
- Onze personeelsbezetting is inzichtelijk en afgestemd op de doelgroep. Onze personeelsbezetting is ruimer dan het landelijk gemiddelde, hetgeen blijkt uit de ratio tussen direct cliëntgebonden medewerkers en toegekend zorgbudget vanuit WLZ gelden. Deze ratio is bij ons ruim boven 90 %.

2 Actief betrokken bij de brancheorganisatie Riant Verzorgd Wonen:

- We delen actief informatie met collega-voorzieningen door middel van een gezamenlijk platform;
- We hebben twee lerend netwerken in het leven geroepen, één voor directie/leidinggevenden en één voor uitvoerende medewerkers. Beide Lerende Netwerken kwamen drie keer in 2018 bij elkaar. Hiervan zijn notulen beschikbaar.

3 Voldoen aan wettelijke verplichtingen en regelgeving

- We voldoen aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg, onder andere door middel van ons meerjarenkwaliteitsplan en dit kwaliteitsverslag;
- We hebben in onze brancheorganisatie wet- en regelgeving besproken en geconstateerd dat we hieraan voldoen;
- We hebben in functioneringsgesprekken de PSA (PsychoSociale Arbeidsbelasting) in kaart gebracht en geconcludeerd dat we voldoende aandacht hebben voor PSA van onze medewerkers en dat we voldoende ondersteunende domotica hebben ingezet om de zwaarte van werkzaamheden te verlichten.

4 Open(baar)heid

- Uitkomsten en analyses van tevredenheidsonderzoeken onder bewoners hebben we gepubliceerd op onze website;
- Uitkomsten en analyses van tevredenheidsonderzoeken onder medewerkers hebben we gepubliceerd op onze website;
- We hebben beleidsaspecten en belangrijke gebeurtenissen en bevindingen met de cliëntenraad en met het personeel besproken.

Hoofdstuk 3 Personeel

We hebben onze personeelsformatie en een toelichting hierop gepubliceerd op onze website. Hieruit is af te leiden dat we een zeer ruime personeelsbezetting hebben. Dankzij een stabiele en ruime personeelsbezetting hebben we tijdens de verslagperiode deze personeelsbezetting op vrijwel alle dagen behaald. We hebben een systeem voor vervanging bij ziekte wat goed heeft gefunctioneerd. Bij tijdelijke extra werkdruk, hebben we de mogelijkheid om op te schalen. Dit is in 2018 enkele keren voorgekomen. Het verzuimpercentage in 2018 was: 1,7 %.

In 2018 waren er de volgende personeelswijzigingen:

Omschrijving	aantal	fte
Vertrokken medewerkers	3	2,4
Nieuwe medewerkers	4	2,5

Dankzij onze platte organisatie en korte lijnen kunnen in onze zorgvoorziening de zorggelden optimaal worden benut waarvoor het is bedoeld. Uit het accountantsrapport behorend bij het financieel jaarverslag blijkt dat ruim meer dan 90 % van de zorggelden wordt besteed aan direct bewoner gebonden personele kosten.

De in ons kwaliteitsplan beschreven kaders voor “aandacht, aanwezigheid en toezicht”, “specifieke kennis en vaardigheden” en “reflectie, leren en ontwikkelen” hebben we behaald, onder andere door middel van:

- Voldoende personeel, ook bij intensieve zorgmomenten;
- Permanent iemand van de medewerkers in de gemeenschappelijke ruimte
- Permanente aanwezigheid van personeel met de juiste kennis, vaardigheden en competenties;
- Uitsluitend vaste medewerkers die de bewoners goed kennen;
- Rooster voor 24/7 BIG geregistreerde verpleegkundige binnen 30 minuten ter plaatse;
- Er is een arts bereikbaar en oproepbaar en is binnen 30 minuten ter plaatse;
- In de verslagperiode hebben we (on)geplande zorg, vragen of toenemende complexiteit en inroepen ouderenpsychiater en overleg met medisch specialist als volgt in gang gezet: minimaal maandelijks overleg met ouderenpsychiater; overleg medisch specialist over behandeling van bewoner.

Het scholingsplan stellen we per kalenderjaar vast. Het scholingsplan 2018 heeft de gewenste voortgang gehad. De bevindingen van het scholingsplan over 2018 staan in een separate notitie. Hieruit blijkt dat we intensieve scholing en opleiding hebben georganiseerd en gefaciliteerd voor medewerkers en stagiaires.

Hoofdstuk 4

Beleid

Het jaarplan 2018 met meetbare doelstellingen wordt regelmatig gemonitord en ieder kwartaal geëvalueerd. De meetbare doelstelling uit het jaarplan 2018 zijn vrijwel geheel gerealiseerd. Een verslag hiervan is separaat beschikbaar in de vorm van kwartaalrapportages.

Hoofdstuk 5

Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Net als in eerdere jaren, hebben we in deze verslagperiode geconstateerd dat de zorg en ondersteuning voor elke cliënt op maat is. Dat wil onder andere zeggen dat iedere cliënt een zorgleefplan heeft, dat is gebaseerd op diens unieke persoonlijke wensen en verlangens en dat de professionele zorg voortdurend is afgestemd op de actuele noodzaak, blijkend uit observaties en rapportages. Aan onderstaande thema's, ontleend aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg, wordt binnen onze locatie voldaan. Dit hebben we als bestuur waargenomen en geconstateerd op basis van functioneringsgesprekken, observaties tijdens onze aanwezigheid op de werkvloer, contacten met cliënten, naasten en cliëntenraad, MDO-besprekingen, bewonersbesprekingen, overdrachten, rapportages, werkbesprekingen en teamoverleg.

Compassie: nabijheid, vertrouwen, aandacht en begrip

- De zorgverleners kennen het verhaal, de behoeften en wensen, de zorgen, problemen en levensvragen van elke cliënt;
- De medewerkers spreken de cliënt aan op de manier die de cliënt prettig vindt;
- De medewerkers praten met cliënten en niet over cliënten;
- De zorgmedewerkers maken echt contact met cliënten;
- De medewerkers hebben aandacht voor familie, naasten en mantelzorgers;
- De zorgverleners hebben inlevingsvermogen en begrip en tonen empathie;
- De zorgverleners beschikken over een breed repertoire aan communicatieve en sociale vaardigheden en beschikken over de juiste kennis en vaardigheden op het gebied van zorg die wordt geleverd;
- De zorgverleners hebben respect voor normen en waarden van de cliënt, naasten en mantelzorgers.

Uniek zijn: gezien worden in persoonlijke context, eigen identiteit.

- Er is aandacht voor wat cliënten belangrijk en zinvol vinden om te doen, ook vanuit levensbeschouwing en om contacten die cliënten willen onderhouden;
- Als een cliënt dat wil, wordt deze hierbij geholpen, met respect voor eigen regie en autonomie;
- Zorgverleners zoeken naar de betekenis van gedrag als een cliënt zich onvoldoende of niet meer kan uitdrukken;
- Medewerkers dragen er zorg voor dat de cliënten zich veilig voelen;
- Medewerkers behandelen cliënten met respect;
- De cliënten kunnen zoveel mogelijk hun eigen gang gaan, ook als zij geen behoefte hebben om iets te doen;
- Cliënten kunnen zoveel mogelijk hun eigen keuzes maken en kunnen zoveel mogelijk hun leefstijl voortzetten;
- De zorgverlener kent het levensverhaal van elke cliënt en ondersteunt waar mogelijk om dat voort te zetten;
- De zorgverleners kennen de persoonlijke wensen behoeften van en risico's bij de cliënt;
- De zorgverlener is in staat om veranderd gedrag te duiden of om daar adequate hulp bij te vragen;
- De zorgverleners hebben aandacht voor de naaste(n) van de cliënt als onderdeel van diens eigen leven;
- De zorgverlener kan bij het volgen van professionele richtlijnen en standaarden een goede afweging maken in het licht van de persoonlijke situatie en wensen van de cliënt;
- Dilemma's worden samen besproken en hiervan wordt geleerd.

Autonomie: behoud van eigen regie over leven en persoonlijk welbevinden ook bij zorg in de laatste levensfase

- De cliënten kunnen, zover mogelijk, hun eigen leven vorm en inhoud geven zowel in grote als in kleine onderdelen van de dag;
- Indien een cliënt de regie niet meer kan nemen, krijgen diens naasten de kans om diens ogen en oren te zijn en de wensen te verwoorden of gedrag toe te lichten en te verklaren;
- Met iedere cliënt is bij opname concreet gesproken over zorg rondom het levenseinde. De cliënt heeft aan kunnen geven wat de wensen zijn: wat deze cliënt wel wil (bijvoorbeeld comfort, geen pijn, wel vocht- en voeding) en niet wil (bijvoorbeeld geen antibiotica of bloedproducten, niet beademen, geen ziekenhuisopname);
- De afspraken over zorg rondom het levenseinde zijn ook bekend bij de naasten en worden met de cliënt op regelmatige basis geëvalueerd;
- Zorgverleners laten zich primair leiden door de eigen wensen van de cliënt. Daarbij geldt als uitgangspunt: liever zelf laten doen dan overnemen;
- Cliënten krijgen de kans om zoveel mogelijk zelf sturing over hun leven te houden;
- De zorgverleners wegen met de cliënt en zijn naaste(n) de veiligheidsrisico's af tegen de kwaliteit van leven;
- De zorgverleners bespreken bij opname de wensen van cliënten rondom zorg bij het levenseinde. Wensen worden geïnterpreteerd, opgenomen in het zorgplan en actief gedeeld met het multidisciplinaire team. Richtlijnen rondom palliatieve zorg worden gevolgd;
- De wensen van en afspraken met de cliënt worden gedeeld met de naaste(n) en op regelmatige basis opnieuw besproken met de cliënt.

Zorgdoelen: iedere cliënt heeft afspraken over en inspraak bij de doelen ten aanzien van zijn/haar zorg, behandeling en ondersteuning

- Iedere cliënt heeft een eigen actueel zorgleefplan dat in samenspraak met de cliënt en desgewenst diens naasten is opgesteld;
- De cliënt geeft aan zich te herkennen in het zorgleefplan;
- De cliënt of diens belangenbehartiger is aanwezig bij het multidisciplinair overleg (MDO), tenzij deze dat niet wil. De cliënt wordt in staat gesteld om zich op het MDO voor te bereiden. De inbreng van de cliënt doet ertoe om de zorgverlening beter af te stemmen op diens behoeften;
- Met de cliënt of diens belangenbehartiger wordt op regelmatige basis besproken of de zorg- en behandelafspraken worden nagekomen en of de zorg aan de wensen en behoeften voldoet;
- De huisarts maakt met de cliënt en diens naasten concrete afspraken over het zorgbeleid bij het levenseinde;
- Iedere cliënt beschikt binnen uiterlijk zes weken na opname over een zorgleefplan en medisch plan, of zoveel eerder als mogelijk;
- Binnen 24 uur zijn in ieder geval zaken zoals medicatie, dieet, primaire hulpvraag, een eerste contactpersoon en handelen bij calamiteiten vastgelegd in een concept zorgleefplan dat na maximaal zes weken definitief wordt;
- Het zorgleefplan wordt opgesteld door een niveau 4 zorgverlener, die tevens voor deze cliënt de vaste aanspreekpersoon is;
- Zorgleefplannen worden opgesteld in overleg met huisarts, ouderenpsychiater en paramedici;
- De zorgverleners volgen bij het werken met zorgleefplannen de richtlijnen voor gebruik van en multidisciplinair overleg over het zorgleefplan zoals vastgelegd in: www.zorgleefplanwijzer.nl/zlp-informatie/wet-en-regelgeving.html;
- De zorgverleners werken individueel en (multidisciplinair) samen met een actueel zorgleefplan dat ook werkelijk verbinding houdt met de uitvoering van zorg;
- Zorgverleners hebben inzicht in de situatie van de cliënt, inzicht in het zorg- en behandelproces rondom de cliënt en werken hierin samen als multidisciplinair team;
- Zorgverleners kunnen inzicht geven over de zorg aan de cliënt, aan diens naaste(n) en aan collega's.

Hoofdstuk 6

Wonen en welzijn

Ook in deze verslagperiode staan bij ons wonen en welzijn voor de cliënten hoog in het vaandel. We hebben in vijf thema's vastgesteld wat de kenmerken zijn van wonen en welzijn in onze locatie. Deze thema's zijn ontleend aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Dit hebben we als bestuur waargenomen en geconstateerd op basis van functioneringsgesprekken, observaties tijdens onze aanwezigheid op de werkvloer, contacten met cliënten, naasten en cliëntenraad, MDO-besprekingen, bewonersbesprekingen, overdrachten, rapportages, werkbesprekingen en teamoverleg.

Zingeving

- Er is bij zorgverleners aandacht voor specifieke levensvragen zoals omgaan met verlies van functies, eenzaamheid, rouw, depressie, ouderdom en invulling van de laatste levensfase;
- Indien een cliënt iets kan en wil betekenen voor een ander ondersteunen we dat;
- Het is voor iedere cliënt mogelijk om een geestelijke verzorger te spreken van de eigen levensbeschouwelijke signatuur.

Zinvolle tijdsbesteding

- De cliënt kan iedere dag deelnemen aan verschillende activiteiten, individueel of in groepsverband;
- De cliënten worden gestimuleerd om te bewegen;
- Cliënten kunnen naar buiten als zij dat willen;
- Iedere cliënt kan een leven leiden dat zo veel mogelijk persoonlijk passend is;
- Bij de uitvoering van de dagactiviteiten kan een cliënt begeleiding krijgen van een vrijwilliger of een professional;
- Er wordt bij de tijdsbesteding rekening gehouden met verschil in behoefte aan ondersteuning en zorg.

Schoon en verzorgd lichaam plus verzorgde kleding

- Iedere cliënt ontvangt naar eigen wens en behoefte en in overleg met diens naasten de dagelijkse persoonlijke verzorging van lichaam en kleding (o.a. bed, bad, toiletgang, haardracht, make-up, bril, gehoorapparaat, kledingkeuze).

Familieparticipatie en inzet vrijwilligers

- Zorgverleners geven naasten en andere betrokkenen uit het sociale netwerk van de cliënt de ruimte om in de zorg en ondersteuning te participeren;
- Het beleid rondom participatie familie is beschreven in het zorgleefplan en bekend bij cliënten en zorgverleners;

Wooncomfort: gastvrijheid, maaltijden, schoonmaak en inrichting

- De inrichting van de woonomgeving is aangepast aan zorg- en ondersteuningsbehoeften (privéruimten, recreatieruimten, buitenruimten, verkeersruimten);
- De privé, verkeers- en gedeelde (recreatie)ruimten zijn schoon en veilig;
- Cliënten worden in de gelegenheid gesteld met eigen spullen hun kamer in te richten;
- De maaltijden zijn afgestemd op de individuele cliënt.

Hoofdstuk 7

Veiligheid

Ook in deze verslagperiode is bij ons de veiligheid van cliënten van groot belang. We hebben in vier thema's vastgesteld wat de kenmerken zijn van veiligheid in onze locatie. Deze thema's zijn ontleend aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg.

Medicatieveiligheid

- Minimaal tweemaal per jaar organiseren we een medicatiereview, twee keer met de huisarts en één keer met de apotheker en de huisarts;
- We analyseren de MIC meldingen minimaal tweemaal per jaar en we besteden aandacht aan de oorzaken van eventuele medicatiefouten. Hierbij betrekken we de medewerkers en zo nodig voeren we een retrospectieve risicoanalyse uit;
- We beperken het antipsychoticagebruik in samenspraak met de ouderenpsychiater en/of de huisarts zoveel mogelijk;
- We beperken het antibioticagebruik in samenspraak met de huisarts zoveel mogelijk.

Decubitus en mondzorg

- Er vindt regelmatige monitoring plaats van huid(letsel), voedingstoestand, mondzorg en incontinentieletsel bij alle cliënten;
- We hebben onze bevindingen ten aanzien van deze monitoring besproken in het lerend netwerk in 2018.

Inzet vrijheidsbeperkende maatregelen

- In de verslagperiode hebben we geen onvrijwillige zorg ingezet en onvrijwillige zorg was voor geen enkele cliënt geïndiceerd;
- In de verslagperiode zijn vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) met de grootst mogelijke terughoudendheid toegepast. Hierbij hebben we steeds beoordeeld welke VBM de minste impact hebben op het welzijn van de cliënt, zonder de veiligheid uit het oog te verliezen;
- De VBM die we hebben toegepast zijn besproken met de cliënt en diens naasten, met de ouderenpsychiater, met de huisarts en met de directeur zorg. Bij alle VBM hebben we een evaluatiedatum afgesproken. Voor het toepassen van alle VBM is, na consultatie van de ouderenpsychiater, getekend door de (zaakwaarnemer van de) cliënt en de huisarts;
- We houden een overzicht bij van alle VBM, wat op elke moment voorhanden is;
- De bevindingen van het gebruik van VBM zijn besproken met de medewerkers en met voorzieningen uit het lerend netwerk in 2018.

Ziekenhuisopnamen

- Wij hadden in 2018 voor twee bewoners ziekenhuisopnames en spoedeisende hulp (SEH) naar aanleiding van valincidenten.

Hoofdstuk 8

Leren en werken aan kwaliteit

Voortdurend werken aan het verbeteren van kwaliteit is in de verslagperiode vanuit verschillende invalshoeken gerealiseerd. In overeenstemming met het kwaliteitskader verpleeghuiszorg beschrijven we vijf elementen die het leren en werken aan kwaliteit in deze verslagperiode hebben bevorderd:

1 Kwaliteitsmanagementsysteem

- We voldoen aan alle normen van ons HKZ/ISO gecertificeerde kwaliteitsmanagementsysteem en zijn dan ook HKZ/ISO gecertificeerd;
- In dit kwaliteitssysteem zijn de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden vastgelegd.

2 Jaarlijks geactualiseerd kwaliteitsplan

- Kwaliteitsplan 2018 was ons eerste kwaliteitsplan, voor 2019 - 2021 hebben we een meerjarenkwaliteitsplan gemaakt.

3 Jaarlijks kwaliteitsverslag

- Dit is ons tweede kwaliteitsverslag;
- Dit kwaliteitsverslag wordt besproken met de cliëntenraad en is besproken met de medewerkers en via onze website ter beschikking gesteld aan naasten, huisarts, ouderenpsychiater, zorgmedewerkers en andere geïnteresseerden;
- In dit kwaliteitsverslag verantwoorden we ons over de voortgang van het kwaliteitsplan 2018;

4 Continu werken in de praktijk aan verbeteren door zorgverleners

- Zorgverleners zijn in de praktijk nauw betrokken bij het maken van het kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag en werken zo op cyclische en ontwikkelingsgerichte wijze mee aan verbetering;
- Kort-cyclische feedback, continue reflectie en dialoog worden gestimuleerd en vinden in een open klimaat plaats.

5 Lerend netwerk

- Wij maken deel uit van twee Lerende Netwerken, te weten Lerend Netwerk RVW directies/leidinggevenden en Lerend Netwerk RVW zorgmedewerkers. De deelnemers aan deze netwerken zijn collega zorgorganisaties waarmee we geen bestuurlijke verbindingen hebben;
- De verplichtingen ten aanzien van het Lerend Netwerk, zowel naar vorm als inhoud, zijn ingeweven in onze deelname aan de netwerken en aantoonbaar in verslaglegging hiervan.

Hoofdstuk 9

Leiderschap, governance en management;

Wij hanteren de Governance Code Zorg 2017 en daarnaast, zoals uit dit kwaliteitsverslag blijkt, worden alle onderwerpen van ons kwaliteitsplan in praktijk gebracht. Kenmerkend voor ons participierend leiderschap is dat de directie regelmatig actief is op de werkvloer. Er is direct contact met cliënten, familie en medewerkers.

We hebben besloten om de verpleegkundige adviesraad onderdeel te laten zijn van het lerend netwerk. Hiervoor wordt tijdens bijeenkomsten van de lerend netwerken tijd ingeruimd.

- We hebben in het kwaliteitsplan zes thema's onderscheiden die kenmerkend zijn voor ons leiderschap, te weten Visie op zorg; Sturen op kernwaarden; Leiderschap en goed bestuur; Rol en positie interne organen en toezichthouder(s); Inzicht hebben en geven en Verankeren van medische, verpleegkundige en psychosociale expertise. Hoe wij in deze verslagperiode hebben voldaan aan deze kenmerken is terug te vinden in dit kwaliteitsverslag. Hier volgen nog enkele andere kenmerken van ons leiderschap:
- De directie stelt zich ondersteunend, faciliterend en transparant op naar alle zorgverleners, cliënten, naasten en medewerkers.
- In deze verslagperiode heeft de directie tijdig ingegrepen om de veiligheid en kwaliteit van de zorg te borgen. De inhoud en reikwijdte hiervan zijn vastgelegd in ons verbeterregister;
- We hebben een goede verstandhouding met de cliëntenraad en waar nodig of gewenst hebben we de cliëntenraad ondersteund, onder andere door een vergaderruimte beschikbaar te stellen en beleids- en verantwoordingsstukken aan te leveren.
- Conform de Wet op de Ondernemingsraden (WOR) hebben we een personeelsvertegenwoordiging en geen ondernemingsraad.
- Conform de Wet Kwaliteit klachten en geschillen in de zorg (WKKGZ) hebben we een vertrouwenspersoon, klachtenfunctionaris, klachtenreglement met onafhankelijke klachtencommissie en zijn we aangesloten bij een erkende Geschilleninstantie;
- Wij hebben onze stakeholders in kaart gebracht en we bespreken en evalueren de samenwerking met stakeholders;
- We hebben een regeling met een ouderenpsychiater die ons ondersteunt bij MDO's en vrijheidsbeperking. Deze ouderenpsychiater kunnen we tevens consulteren als de actualiteit daartoe aanleiding geeft.

Hoofdstuk 10

Gebruik van hulpbronnen

Hulpbronnen die wij benutten zijn beschreven in ons kwaliteitsplan. We zijn tevreden over het gebruik hiervan. We houden ons op de hoogte van nieuwe ontwikkelingen en we overwegen of interessante nieuwe ontwikkelingen voor ons toepasbaar zijn.

Hoofdstuk 11

Gebruik van informatie.

- We hebben in deze verslagperiode de cliëntervaringen gemeten met “Prestatievergelijker ouderenzorg”. Het rapport staat op onze website (zie bijlage 2);
- We hebben in deze verslagperiode bij de berekening van de Net Promotor (Score NPS) de score + 50 behaald. Het gemiddelde rapportcijfer was 8,6. Hiermee zijn we tevreden (zie bijlage 2);
- We hebben in deze verslagperiode de AVG, Europese wetgeving, geïmplementeerd;
- De medicatieveiligheid is bij ons geregeld conform landelijke standaard. Uit MIC meldingen, interne audit en externe audit is naar voren gekomen dat we de medicatieveiligheid correct in acht nemen;
- Dit kwaliteitsverslag is openbaar toegankelijk via onze website.

Hoofdstuk 12

Verbeterparagraaf

In ons kwaliteitsplan staan de volgende verbeterdoelen beschreven om de doelstellingen te behalen:

- Deelname aan het Lerend Netwerk RVW door directie;
- Deelname aan het Lerend Netwerk RVW door zorgmedewerkers;
- Oprichten VAR (Verzorgende AdviesRaad) in combinatie met Lerend Netwerk RVW;
- Conform onze HKZ certificering hanteren we een verbeterregister en een jaarplan met meetbare doelstellingen.

In deze verslagperiode is als volgt gewerkt aan deze doelen:

Actieve deelname aan Lerend Netwerken via onze brancheorganisatie, waarbij we tevens gebruik maken van de VAR.

Ons verbeterregister is goedgekeurd door de certificerende instantie (Keurmerkinstituut).

Slotwoord van de directie

We constateren dat de inhoud van het kwaliteitsplan voor ons de gewone gang van zaken is. Alle aspecten hebben we al geregeld in ons kwaliteitsmanagementsysteem. We hebben een kwaliteitscoördinator om de voortgang van het Kwaliteitsmanagementsysteem te bevorderen en we zijn gecertificeerd door Keurmerkinstituut op HKZ/ISO normen.

De contacten met familie is intensief. Dit geldt niet alleen voor de zorgleefplanbesprekingen maar ook in de dagelijkse omgang is er regelmatig en intensief contact met familieleden. Enkele zelfstandige bewoners zijn zelf aanwezig bij de zorgleefplanbespreking.

Om het hoge niveau van zorg en dienstverlening in De Wilgenhoeve waar te maken worden de medewerkers intensief betrokken. Dit gebeurt niet alleen door een ambitieus scholingsplan, maar ook door regelmatige bijeenkomsten met de medewerkers. De presentie aan deze bijeenkomsten is zeer hoog. Vrijwel iedereen die niet werkzaam is, is aanwezig bij deze werkoverleggen.

In de cliëntenraad van De Wilgenhoeve zitten twee familieleden. Zij zijn zeer betrokken bij De Wilgenhoeve en met de cliëntenraad worden de strategie en het beleid besproken.

In 2018 hebben we voor het eerst een Raad van Commissarissen. Deze is in 2018 één keer bij elkaar gekomen.

Bijlage 1 Veiligheid

Opname van kwantitatieve uitkomsten op de vier veiligheidsthema's en bijbehorende uitwerkingen.

- a. De scores op medicatieveiligheid waren in deze verslagperiode:
 - Er is in De Wilgenhoeve regelmatig een medicatiereview door apotheker huisarts. Jaarlijks wordt hiervan verslag gelegd en door partijen ondertekend;
 - In 2018 hadden we 25 MIC's, daarvan hadden er vijf betrekking op medicatiefouten. Het waren geen ernstige fouten, uitsluitend administratieve onvolkomenheden;
 - We zijn terughoudend met betrekking tot antipsychoticagebruik. Indien we dit toch toepassen, zijn er consulten met een ouderenpsychiater;
 - We zijn terughoudend met betrekking tot antibioticagebruik. Bij voorkeur gebruiken we alternatieve medicatie. Bij het ontbreken van alternatieve medicatie, schrijft de huisarts enkele keren per jaar antibiotica voor;
- b. Preventie van decubitus hebben we gedaan door scholing. In 2018 was er sprake van 0 % decubitus in De Wilgenhoeve, mede dankzij tijdige preventieve maatregelen;
- c. We zijn terughoudend met betrekking tot vrijheidsbeperkende maatregelen. We beoordelen in overleg met bewoner, familie, huisarts en ouderenpsychiater of een maatregel echt nodig is en indien dat zo is, zoeken we naar de minst belastende maatregel;
- d. In 2018 is vier keer een bewoner ingestuurd voor spoedeisende hulp naar aanleiding van een valincident. In alle gevallen heeft dit geleid tot acute ziekenhuisopnames. Het betreft twee bewoners.

Bijlage 2 Cliëntoordelen

We hebben voor ons tevredenheidsonderzoek (TVO) onder cliënten het volgende instrument gebruikt “Prestatievergelijker Ouderenzorg”.

De uitkomsten van dit TVO staan op onze website: www.dewilgenhoeve.nl.

De NPS-score was + 50 bij een gemiddelde van 8,6.

Bijlage 3 Leren en werken aan kwaliteit

Sinds oktober 2017 zijn we aangesloten bij Lerend Netwerk RVW. De werkwijze is opgenomen in de afspraken over dit Lerend Netwerk d.d. 27-10-2017. Deze notitie is opgenomen als bijlage 4.

Bijlage 4

Lerend Netwerk RVW

Het lerend netwerk RVW is opgericht door en voor alle aan Riant Verzorgd Wonen verbonden kleinschalige particuliere voorzieningen in de ouderenzorg. Doel van het lerend netwerk is om de kwaliteit van de zorg permanent te monitoren en waar mogelijk te verbeteren. Dit doel wordt bereikt door de eigen bedrijfsvoering en belangrijke ontwikkelingen in de branche in openheid met elkaar te bespreken. Van elkaar leren is voor de deelnemers aan het lerend netwerk het uitgangspunt. Samenwerken is hierbij essentieel.

Het lerend netwerk RVW kent twee soorten bijeenkomsten, te weten voor medewerkers en voor leidinggevenden.

De bijeenkomsten in het kader van het lerend netwerk worden als volgt georganiseerd. Driemaal per jaar is er een dag voor de leidinggevenden en één of twee medewerkers. Minimaal viermaal per jaar wordt een bijeenkomst voor medewerkers georganiseerd. Afhankelijk van de onderwerpen schrijven deelnemers hiervoor medewerkers in. Leidinggevenden kunnen desgewenst ook deelnemen aan deze dagen voor medewerkers. De thema's van de bijeenkomsten worden van tevoren vastgesteld. Hierbij wordt rekening gehouden met de verplichtingen vanuit het KKV en met de behoeften vanuit de sector en de deelnemende voorzieningen. Voor inzicht in de verplichtingen volgt nu de paragraaf "achtergrond".

Achtergrond

In het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (KKV) is de verplichting opgenomen om deel uit te maken van een lerend netwerk. Het KKV omschrijft deel uitmaken van een lerend netwerk als volgt:

1. Elke verpleeghuisorganisatie maakt eind 2017 deel uit van een lerend netwerk met tenminste twee verschillende collega zorgorganisatie die onder een andere rechtspersoon vallen en een andere Raad van Bestuur hebben.
2. Een lerend netwerk bestaat uit organisaties die tezamen voor minimaal 120 cliënten zorg bieden en kent geen maximum. Bij de keuze van netwerkpartners staat het leren en de praktische werkbaarheid centraal.
3. Hierin wordt in ieder geval aantoonbaar samengewerkt rondom het kwaliteitsplan en het kwaliteitsverslag met verbeterparagraaf.
4. Actieve onderlinge uitwisseling vindt in openheid plaats door bijvoorbeeld bezoek, consultatie, benchmarking en interview. Dat geldt voor zowel medewerkers als bestuurders.
5. Er is voor alle zorgverleners en bestuurders tijd en ruimte beschikbaar om op gezette tijden mee te lopen bij een collega organisatie uit het lerend netwerk. De wijze hoe dit geregeld wordt is onderdeel van het kwaliteitsplan.
6. Uitwisseling van kennis is hier eveneens een onderdeel van. Nieuwe kennis die hierdoor beschikbaar komt, moet actief verbonden worden met onderzoek, onderwijs en beleid. Hier ligt een rol voor (universitaire) kennisnetwerken en kennisorganisaties.

Tevens staan er in het KKV bij de overige onderwerpen verwijzingen naar het lerend netwerk en wel als volgt:

- a. De gegevens van de vier veiligheidsthema's worden op geaggregeerd niveau tevens besproken in de Raad van Bestuur en in de Raad van Toezicht, en worden in het kader van het kwaliteitsbeleid jaarlijks vergeleken en besproken met de collega organisaties uit het lerend netwerk en verwerkt in de verbeterparagraaf van het kwaliteitsplan
- b. Het kwaliteitsplan wordt jaarlijks geactualiseerd en wordt voorafgaand aan de vaststelling voor feedback voorgelegd aan tenminste twee collega-organisaties van het lerend netwerk.
- c. Jaarlijks brengt de zorgorganisatie een kwaliteitsverslag uit. Deze rapportage is gebaseerd op de evaluatie van de doelstellingen en inhoud van het kwaliteitsplan, inclusief feedback op kwaliteitsplan door de collega organisaties uit het lerend netwerk, en volgt daarmee ook de hoofdstukken van het kwaliteitsplan
- d. Het concept kwaliteitsverslag moet voor vaststelling besproken worden met vertegenwoordiging van cliënten/naasten (CR), (para)medici en verpleegkundigen en verzorgenden, en met tenminste twee collega zorgorganisaties uit het lerend netwerk.
- e. Verantwoording over leren en verbeteren wordt afgelegd bij het maken van het kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag met verbeterparagraaf. Dit vindt niet alleen plaats met de eigen medewerkers en cliëntenraad, maar ook met de collega's van het lerend netwerk.

- f. Vanaf 1-1-18 is er voor iedere zorgverlener tijd en ruimte om 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.
- g. Iedere zorgorganisatie reflecteert over de balans tussen de aard van de te verlenen zorg en de daarvoor noodzakelijke personeelssamenstelling. Reflecteren betekent in openheid inzicht geven in de knelpunten op terrein van personeelssamenstelling, de gekozen oplossingen en de geboekte resultaten.
- h. Reflectie vindt plaats binnen de eigen organisatie (medewerkers, medezeggenschapsorganen), binnen het lerend netwerk, en met cliënten (en hun naasten) over waar hun zorg- en ondersteuningsbehoeften liggen. Deze opbrengsten van deze reflecties worden beschreven in het kwaliteitsverslag. Dit verslag is een openbaar document en wordt gepubliceerd op de website van de organisatie en landelijk vindbaar gemaakt op een publieke website door aanlevering van het webadres aan de Openbare Database van Zorginstituut Nederland.
- i. Er vindt kennisuitwisseling over inzet en gebruik van hulpbronnen plaats met collega zorgorganisaties van het lerend netwerk. Deze inzet en gebruik worden geëvalueerd in het lerend netwerk. Het openbaar maken van de verkregen informatie vindt tenminste plaats in het jaarlijks kwaliteitsverslag.
- j. Binnen voorzieningen worden aard (ATC-codes) en prevalentie (% bewoners) van antipsychotica gedocumenteerd. Hierop vindt reflectie plaats in het farmacotherapeutisch overleg (FTO) en ook met de collega organisaties uit het lerend netwerk.
- k. Binnen voorzieningen worden aard (ATC-codes) en prevalentie (% bewoners) van antibioticagebruik gedocumenteerd. Hierop vindt reflectie plaats in het FTO en ook met de collega organisaties uit het lerend netwerk. Hierbij worden aard en omvang besproken met het oog op de toenemende resistentie problematiek.

Actieve deelname aan het lerend netwerk betekent dat aan bovenstaande verplichtingen wordt voldaan. In de vorm van samenvattende verslagen wordt dit aantoonbaar gemaakt. Deze verslagen kunnen dienen als input voor het jaarlijks uit te brengen kwaliteitsverslag. Een aantal onderwerpen in het lerend netwerk RVW hebben het karakter van scholing. Deze kunnen in het opleidingsplan van de betreffende voorziening worden opgenomen.

Investering

Om een gunstig resultaat van het lerend netwerk te bevorderen is inzet en betrokkenheid van de deelnemers onontbeerlijk en de belangrijkste voorwaarde. Daarnaast is het samenstellen van een programma van belang. Hierbij wordt niet alleen naar verplichtingen vanuit het KKV gekeken, maar ook naar ontwikkelingen in de branche en naar wensen vanuit de deelnemende voorzieningen.

Planning

Besluitvorming tot oprichting van dit lerend netwerk RVW vond plaats tijdens de bijeenkomst op 13 juni 2017. De eerste formele bijeenkomst van het lerend netwerk RVW heeft plaats gehad op 3 oktober 2017. In 2018 worden minimaal zeven bijeenkomsten gepland, drie voor leidinggevenden en vier voor medewerkers.

Riant Verzorgd Wonen
Haarlem, 27 oktober 2017