

Kwaliteitsverslag 2018

Jaargang 2



het Naoberhuis

Eerste Exloërmond, 1 mei 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
- Wonen en welzijn
- Veiligheid
- Leren en werken aan kwaliteit
- Leiderschap, governance en management
- Personeelssamenstelling
- Gebruik van hulpbronnen
- Gebruik van informatie

Daarnaast is specifieke aandacht besteed aan drie onderdelen

1. Veiligheid
 - a. Medicatieveiligheid
 - b. Decubituspreventie
 - c. Gemotiveerd gebruik van vrijheid beperkende maatregelen (indien nodig)
 - d. Preventie van acute ziekenhuisopnamen
2. Cliëntoordelen
 - a. Gebruikt instrument (SURVIO) met een beschrijving van de kwantitatieve uitkomsten
 - b. De NPS-score
3. Leren en werken aan kwaliteit, slotwoord van de directie
 - a. Beschrijving hoe voldaan wordt aan het kwaliteitsplan inclusief verbeterparagraaf
 - b. Dit kwaliteitsverslag als leerervaring (Slotwoord van de directie)
 - c. Deel uit maken van het lerend netwerk

Met dit kwaliteitsverslag voldoen we aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Jaarlijks verantwoorden we ons over de voortgang van het kwaliteitsplan in een kwaliteitsverslag. Het kwaliteitsplan over 2018 is de tweede kwaliteitsplan.

Hoofdstuk 1

Historie

Het Naoberhuis is opgericht in 2014 met de doelstelling zorgverlening en zorgkwaliteit. De zorgverlening is begonnen in 1989. Toenmaals als Z-verpleegkundige in een gehandicapten instelling. Na in verschillende functies gewerkt te hebben is besloten om een eigen onderneming te starten. Motivatie en drijfveer waren de gewijzigde zorgomstandigheden in zorgsector. Vergaande bezuinigen hebben geleid tot een uitkleding van de persoonlijke zorg. Aanvang 2012 is gestart met het Naobezorgloket, een counseling praktijk. Vanuit onze professie voor rouw en verlies kwam in sommige gevallen, de ontbrekende personele begeleiding in zorginstellingen naar voren. In 2014 hebben we besloten om de zorgkwaliteit voor onze bewoners centraal te stellen in een beperkte en kleinschalige omgeving. Een omgeving waar kenmerken als thuisgevoel en 24 - uurs begeleiding de norm is. Het Naoberhuis is een in-house instelling. Dat betekent dat onze bewoners zijn medehuisgenoten zijn, onderdeel van de dagelijkse momenten van het gezin. Het Naoberhuis heeft een accommodatie van drie (3) woonunits en (3) kamers.

In 2018 is een uitbreiding in de jeugdzorg gedaan. In juni 2018 is een tweede locatie aangekocht. Voor beschermd wonen en crisisopvang. Voor het grote deel van de zorgaanbieding zijn wij onderaannemer van SHEereenloo. En maken we gebruik van hun expertise centrum. In 2018 zijn we gekwalificeerd als zorgaanbieders voor de RIGG (Groningen).

Missie

Onze missie is om ouderen en jongeren een A kwaliteit zorg te verlenen in een thuis (gevoel) omgeving. Zorgkwaliteit in combinatie met een kleinschaligheid formule. Zorg is gericht op inwoning, dagdeel opvang en persoonlijk directe begeleiding door gekwalificeerd personeel. Doelgroepen zijn uitsluitend uit de populatie van de Gemeenten Borg-Odoorn, AA en Hunze en gemeenten in de provincie Groningen.

Visie

Wij zijn overtuigd dat zorg een onderdeel is van het welzijn van onze bewoners. Zorg beperkt zich niet tot het geven van verpleging en verzorging. Het draagt bij aan de zingeving van onze bewoners. Wij verlenen zorg op basis van persoonlijk begeleiding en inzicht. Zorg dat past en is afgestemd op de bewoner. Wij noemen onze zorg: *"beyond care"*. Zorgverlening in een vertrouwde woonomgeving en de mogelijkheid bieden om oud te worden in een niet zorg - beperkte instelling met een kamer nummer alleen. Alle medische handelingen worden uitsluitend verricht (en ingekocht) door gecertificeerde instelling. Wij bieden onze bewoners zorg tot en met begeleiding in de laatste fase van hun leven. Wij vinden transparante, duidelijke communicatie en betrokkenheid met naaste familieleden onderdeel van de zorgverlening.

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: maximaal 7 cliënten;
- Persoonlijk geleid: de eigenaren waren als volgt betrokken bij de zorgverlening op de werkvloer: en zijn zelf op meerdere momenten woon-zorgbegeleiders.
- Passie, inzet en betrokkenheid van alle medewerkers, hebben we als leiding vastgesteld en besproken in functioneringsgesprekken;
- Onze personeelsbezetting is inzichtelijk en afgestemd op de doelgroep. Onze personeelsbezetting is ruimer dan het gemiddelde, de ratio tussen direct cliënt- gebonden medewerkers en toegekend zorgbudget vanuit WLZ gelden. Deze ratio is 93 %.

2 Actief betrokken bij de collega zorg-woonvoorzieningen :

- Twee lerend netwerken. Eén voor directie/leidinggevenden en één voor uitvoerende medewerkers.

3 Voldoen aan wettelijke verplichtingen en regelgeving

- We voldoen aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg, onder andere door middel van ons kwaliteitsplan en dit kwaliteitsverslag;
- We hebben in onze brancheorganisatie de IGJ inspectienormen besproken en geconstateerd dat we hieraan voldoen;
- We laten jaarlijks en ARBO audit uitvoeren door een externe organisatie. Deze wordt uitvoerig gedeeld met het personeel en besproken (ISO 9001-2015).

4 Als onze belangrijkste partner hecht het Naoberhuis veel waarde aan de mening van onze cliënten over de zorg die zij ontvangen. Naast het formele klanttevredenheidsonderzoek garanderen wij de inspraak van onze cliënten ook via bewonersoverleg .

- Uitkomsten en analyses van tevredenheidsonderzoeken onder bewoners hebben worden gedaan via een externe provider en gepubliceerd. NPS score: 8,6
<http://www.surveio.com/survey/d/L9V4R8K8E1I3S4B6A>
- Uitkomsten en analyses van tevredenheidsonderzoeken onder medewerkers worden gedaan via een externe provider.
- Tevens zijn we opgenomen in de zorgkaart Nederland.

De resultaten van de survey worden besproken met de bewoners / familie en personeel.

Hoofdstuk 3

Personeel

In 2018 waren er de volgende personeelswijzigingen:

Omschrijving	aantal	fte
Medewerkers per 1-1-2018	17	4,5
Instroom	10	7,2
Uitstroom	1	0,2
Eindstand per 31-12-2018	26	11,5

Wij besteden ruim 76% aan personeel kosten voor directe zorg. Er is geen management structuur aanwezig.

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;
- 2 personeel leden in continu rooster
- 24/7 toezicht en zorg (in-house)
- Permanente aanwezigheid van personeel met de juiste kennis, vaardigheden en competenties;
- Uitsluitend vaste medewerkers die de bewoners goed kennen;
- 24/7 BIG geregistreerde verpleegkundige binnen 5 minuten ter plaatse;
- Eigen GZ psycholoog in dienst;
- Er is een arts bereikbaar en oproepbaar en is binnen 20 minuten ter plaatse;

Niveau:

- 1 BIG geregistreerde GZ psycholoog
- 1 BIG geregistreerde verpleegkundige
- 1 Counselor
- 5 registerplein medewerkers
- 1 Verzorgende IG niveau 2
- 6 Verzorgende IG niveau 3
- 1 Medewerker dagbesteding
- 2 Vrijwilligers
- 2 facilitaire medewerkers
- 1 huismeester
- 1 FG
- 5 stagiaires - MBO nivo (deel/kontrakt)

Het scholingsplan stellen we per kalenderjaar vast. Het scholingsplan 2018 heeft de gewenste voortgang in deze verslagperiode. Hierna staan de bevindingen van het scholingsplan:

Scholing is geboden op het gebied van medicatieveiligheid, missie en visie, het omgaan met protocollen, en het veilig melden van incidenten. Met medicatieveiligheid zijn o.a. de valkuilen onder de aandacht gebracht. De missie en visie valt en hangt samen met alle werkprocessen. De vertaling van de missie naar de werkvloer zal een uitdaging blijven waar respect bovenaan staat en betutteling moet worden vermeden.

Hoofdstuk 4

Beleid

Wij willen een zorgorganisatie neerzetten die vanuit haar kleinschalige opzet laat zien alsnog de hoogste kwaliteit te kunnen leveren met als gevolg een hoge klanttevredenheid. Wij willen dit zodanig uitvoeren dat wij een continue verbetering mogelijk maken in het zorgtraject en dat wij verwachtingen overtreffen van zowel onze cliënten als overige belanghebbenden.

Ons motto is: *'Ieder mens mag 'zijn'!*

Om aan de eisen, wensen en verwachtingen van onze klanten en andere relevante stakeholders, waaronder de relevante wetgeving, te voldoen hebben wij ervoor gekozen om een managementsysteem te ontwikkelen volgens ISO 9001:2015. Dit systeem sluit aan bij de context en strategische richting die wij hiervoor in dit document al beschreven hebben.

Wij vinden het ontzettend belangrijk dat dit managementsysteem doeltreffend is en dat wij ons committeren aan de eisen van dit systeem. Om deze reden zullen wij de kwaliteitsmaatregelen actief communiceren en als directie ook verantwoordelijkheid nemen voor de effectiviteit ervan. Dit toetsen wij regelmatig, maar evalueren het ook uitgebreid in de jaarlijkse directiebeoordeling, waarvan wij de resultaten delen met onze medewerkers.

De kracht van onze organisatie ligt in de persoonlijke betrokkenheid van directie en medewerkers en het streven om steeds te werken vanuit de wensen van onze cliënten. Ook streven wij ernaar om het kwaliteitsdenken zoveel mogelijk te integreren in het dagelijkse werk. Denken vanuit risico's en de gevolgen daarvan voor onze processen en diensten is hierbij een vanzelfsprekendheid.

De directie heeft zich tot taak gesteld er op toe te zien dat het kwaliteitsbeleid en de kwaliteitsdoelstellingen algemeen bekend zijn in onze organisatie. Wij zullen voldoen aan compliance verplichtingen, waaronder die op het gebied van informatiebeveiliging en kwaliteit van zorgverlening. Verder is ons beleid tevens gericht op het voortdurend verbeteren van de functionaliteit van het kwaliteitssysteem, onze zorgverlening en diensten. Daartoe zijn meetbare doelstellingen geformuleerd met bijbehorende acties. De resultaten worden jaarlijks geëvalueerd en getoetst aan de geformuleerde doelstellingen in de managementreview. Dan vindt er ook een herbeoordeling van de belangen van stakeholders, de interne en externe issues en de risico's en kansen plaats.

Wij spreken de wens en verwachting uit dat dit kwaliteitsbeleid zal bijdragen aan de verdere groei van het Naoberhuis en bovenal een excellente klantwaardering.

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;
- Als er iets te beleven of te ontdekken is, wordt de cliënt daarbij betrokken;
- 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 zijn 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 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 geïnventariseerd, 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 regelmaat 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 en een medisch plan dat in samenspraak met de cliënt en desgewenst diens naasten is opgesteld;
- De cliënt geeft aan zich te herkennen in het zorgleefplan en medisch plan, zo niet dan wordt dat besproken met de cliënt en diens naasten;
- 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;
- 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 contact persoon en handelen bij calamiteiten vastgelegd in een concept zorgleefplan en medisch plan dat na maximaal zes weken definitief wordt;
- Het zorgleefplan wordt opgesteld door tenminste een niveau 3 zorgverlener, die tevens voor deze cliënt de contactverzorgende is;
- 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

Het wonen en welzijn van onze bewoners hebben vastgelegd volgens een normen indicatie. In de onderstaande presentatie staan de hoofdpunten:

Kwaliteit

Wij leveren goede zorg. Daaronder wordt verstaan dat de zorg doelmatig, veilig en op onze bewoner is gericht. De zorg is afgestemd op de vraag en uitsluiten naar behoefte van onze bewoner. Samen met onze bewoner maken we afspraken hoe wij deze zorg gaan invullen met inachtneming van hun eigen wensen voorkeuren. Deze afspraken leggen we samen vast in een zorgleefplan. Een zorgleefplan is een leidraad, binnen de kaders zoeken we altijd naar verbeteringen gericht op onze bewoners. We hebben deze verdeeld in 4 gebieden. Van alle 4 gebieden is een samenvatting. Voor iedere bewoner vertaald zich dat in zorgdoelen - zorgleefplannen

1. Persoonlijke gezondheid en zingeving
2. Veilig Wonen en leven
3. Meedoen
4. Mentaal

24-6-2018



het Naoberhuis

3

1. Persoonlijke gezondheid en zingeving

Onze bewoners worden dagelijks lichamelijk verzorgd. Dat betekent wassen en douchen en controle op lichamelijke gezondheid

- Luisteren naar de wensen van de bewoner, altijd in evenwicht tussen handelen en behoefte
- Herkennen van gezondheidsproblemen en voorkomen van.
- Aanpassen van de zorg bij veranderingen
- Zorg bij eten en drinken

24-6-2018



het Naoberhuis

4



2. Veilig wonen en leven

Onze bewoners kunnen rekenen op hun eigen woonomgeving. Zelfstandig woonunits en interne kamers. Wij bieden een veilige en vertrouwde omgeving. Te allen tijde moet de privacy worden gegarandeerd.

- Altijd een vaste medewerker met de juiste kwalificaties (koppeling)
- Respect
- Creëren van eigen leefsituatie. Thuis voelen.
- Schone omgeving.
- Veilige woonomgeving. Brandalarm, bewaking en hygiëne (HACCP).

24-6-2018



het Naoberhuis

5

3. Meedoen

Onze bewoners morgen rekenen op een invulling van hun eigen interesses . Bieden van ondersteuning in dagelijks leven / contact buiten het Naoberhuis. Wij proberen dit zoveel als mogelijk te stimuleren.

- Altijd gastvrij zijn
- Buurt betrekken
- Zorgvuldige invulling van dagprogramma, in overleg met de bewoner
- Inschakelen van vrijwilligers voor buiten activiteiten
- Maandelijks organiseren van excursies, altijd naar behoefte en afweging van de bewoner

24-6-2018



het Naoberhuis

6



4. Mentaal

Onze bewoners mogen rekenen op behoud van hun eigen identiteit, Wie ben ik en wat ik nog nodig.

- Altijd eigen woonunit voor eigen privacy.
- Respecteren van eigen persoonlijke waarden van onze bewoners
- Aandacht voor zorgen en problemen
- Tevredenheid van onze bewoners.

24-6-2018



het Naoberhuis

7

Hoe meten we deze kwaliteitsnormen

Kwaliteitsnormen

Bewoners Indicatoren

1 Maaltijden	genoeg keuze	<input type="checkbox"/>	smaakvol	<input type="checkbox"/>		
2 Woonsituatie	schoon	<input type="checkbox"/>	inrichting	<input type="checkbox"/>	klimaat	<input type="checkbox"/>
3 Mentaal	privacy	<input type="checkbox"/>	bejegening	<input type="checkbox"/>	welbevinden	<input type="checkbox"/>
4 Dagprogramma						<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	goed
<input type="checkbox"/>	voldoende, aandacht en maatregelen
<input type="checkbox"/>	onvoldoende, gedocumenteerde maatregelen

Naoberhuis Indicatoren

1 Personeel (bekwaam)	verzorgende	<input type="checkbox"/>	verpleegkundige	<input type="checkbox"/>	GZ psycholoog	<input type="checkbox"/>
2 Zorgleefplannen	instrument	<input type="checkbox"/>	rapportage	<input type="checkbox"/>	evaluatie	<input type="checkbox"/>
2 Opleidingsplan	vaktechnisch	<input type="checkbox"/>				
3 Verberteringsplannen (PDCA)						
4 Lerende organisatie	actueel	<input type="checkbox"/>	regel/wetgeving	<input type="checkbox"/>		

<input type="checkbox"/>	op nivo
<input type="checkbox"/>	voldoende verbetering en monitoring
<input type="checkbox"/>	onvoldoende, maatregelen

24-6-2018



het Naoberhuis

8



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 met de apotheker en de SOG;
- 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 SOG zoveel mogelijk en we hebben de prevalentie van het gebruik van antipsychotica geregistreerd om te kunnen vergelijken met voorzieningen uit het lerend netwerk;
- We beperken het antibioticagebruik in samenspraak met de huisarts zoveel mogelijk en we hebben de prevalentie van het gebruik van antibiotica geregistreerd om te kunnen vergelijken met voorzieningen uit het lerend netwerk.

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.

Inzet vrijheidsbeperkende maatregelen

- In de verslagperiode hebben we geen onvrijwillige zorg ingezet en onvrijwillige zorg was voor geen enkele cliënt geïndiceerd;

Ziekenhuisopnamen

- Geen

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

- ISO 9001-2015 standaard en tweemaal per wordt er een audit gehouden.
- In dit kwaliteitssysteem zijn de verantwoordelijkheden en bevoegdheden vastgelegd;
- Introductie van E-Quse; digitaal systeem voor proces beheersing
- Verificatie verklaring; voldoen AVG wetgeving (DEKRA)

2 Jaarlijks geactualiseerd kwaliteitsplan

- Kwaliteitsplan wordt per kwartaal bijgewerkt.

3 Jaarlijks kwaliteitsverslag

- Kwaliteitsverslag nummer 2, ingaand 2017
- Dit kwaliteitsverslag is terug te vinden op website. Ieder bewoner en familie wordt betrokken bij het proces

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 lerend netwerken, te weten intercollegiaal en 'S Heerenloo. 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 inge-
weven 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 participerend leiderschap is dat de directie regelmatig actief is op de werkvloer. Er is direct contact met cliënten, familie, medewerkers en vrijwilligers.

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, medewerkers en vrijwilligers.
- 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;
- Conform de Wet Kwaliteit klachten en geschillen in de zorg (WKKGZ) hebben we een vertrouwenspersoon, klachtenfunctionaris, klachtenreglement met externe onafhankelijke klachtencommissie en zijn we aangesloten bij een erkende Geschilleninstantie;

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 AVG, Europese wetgeving, geïmplementeerd; inclusief externe audit (DEKRA)
- 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:

- Invoering digitaal medicatie systeem, koppeling met monitoring met apotheker
- Vergroten van verblijfsruimte voor bewoners
- Verdere invoering van verbeterprocessen met duidelijke taakomschrijving
- E-learning tool voor onze medewerkers

Slotwoord van de directie

Door het schrijven van het kwaliteitsverslag krijgen wij inzicht en overzicht over onze praktijkvoering. Het geeft een beeld van de werkmethoden, het soort cliënten, de personeelsformatie, en onze doelstellingen.

Het helpt ons met het opstellen van verbeteringsplannen, en ondersteunt ons bij het stellen van prioriteiten en het maken van keuzes.

Het verbetert de kwaliteit van de zorg en het laat zien waar we voor staan en waar wij naar toe gaan.

Sub: Veiligheid

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

- a. De scores op medicatieveiligheid waren in deze verslagperiode 88%
- b. De scores op Decubituspreventie waren in deze verslagperiode 94% (alleen voor 2 cliënten)

Sub: Leren en werken aan kwaliteit

Sinds oktober 2017 zijn we aangesloten bij Lerend Netwerk. Het lerend netwerk zal verder worden uitgebreid met 'S Heerenloo.

Directie, 1 mei 2019

