

Kwaliteitsverslag 2018

Ter Wal Woonzorg BV



Lepelstraat , 23-5-2018

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 per locatie
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. Het kwaliteitsplan over 2018 is ons eerste kwaliteitsplan, derhalve kan dit eerste kwaliteitsverslag geen verantwoording geven over de voortgang van het kwaliteitsplan in het voorgaande jaar. In dit eerste kwaliteitsverslag verantwoorden we ons over de totstandkoming van ons eerste kwaliteitsverslag en over de voortgang in de eerste vijf maanden van 2018. Vanaf 2019 zullen we een kwaliteitsverslag uitbrengen over de voortgang van het kwaliteitsplan van het voorafgaande jaar.

Dit is het eerste kwaliteitsverslag van Ter Wal Woonzorg. Dit kwaliteitsverslag is openbaar en wordt gepubliceerd op onze website. Hiermee verantwoorden we ons over de voortgang van onze kwaliteitsdoelstellingen. Het is bedoeld voor alle stakeholders en geïnteresseerden.

Het kwaliteitsverslag is, evenals het kwaliteitsplan, tot stand gekomen in nauw overleg met de cliëntenraad en de medewerkers.

Hoofdstuk 1

Zorgvisie en kernwaarden;

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

- In de gedragscode;
- In het huishoudelijk reglement;
- Op de website: www.terwalzorg.nl;
- In het kwaliteitsplan;
- In het scholingsplan;
- In het kwaliteitshandboek;
- Zo nodig in een advertentie

In de verslagperiode hebben we de zorgvisie besproken met alle medewerkers. Hieruit kwam naar voren dat het voor de medewerkers een leerproces blijft om de bewoner zelfredzaam te houden. Een verzorgende heeft de neiging om te zorgen en om taken uit handen te nemen, ook die de bewoner nog zelf kan uitvoeren. Wij gebruiken daarom in het V&V overleg de zelfredzaamheidskring om medewerkers alert te houden.

Men vindt het ook prettig om vanuit de vier domeinen te werken, zodat alle aspecten, wensen en behoeften van iedere individuele bewoner bij de zorgverlening aandacht krijgt.

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: Dat medewerkers netjes aankloppen voor zij de appartementen betreden, dat de zelfredzaamheid van de bewoner hoog in het vaandel staat (bij de ene wel iets meer dan de ander, dus het blijft een aandachtspunt), dat aan alle vier de domeinen vanuit het Zorgleefplan aandacht wordt besteed, dat medewerkers met plezier werken, wat positief werkt voor onze bewoners. Medewerkers houden rekening met de persoonlijke leefstijl van de bewoners, betrekken de mantelzorger indien nodig bij de zorg. Daar wij werken met zorgcoördinatoren heeft elke bewoner/mantelzorger zijn/haar eigen aanspreekpunt. Dit maakt de lijnen kort en werkt prettig voor alle partijen.

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 23 bewoners in 2017 en vanaf maart 2018 24 bewoners (een echt-paar);
- Persoonlijk geleid: de directie was als volgt betrokken bij de zorgverlening op de werkvloer: De directie is mede ingeroosterd, waardoor zij wekelijks aan het bed staan, ook de HoofdZorg staat aan het bed, waardoor zij goed op de hoogte blijven over hoe het met de bewoners gaat, hun medewerkers en de mantelzorgers. De lijnen zijn zo kort.
- 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 landelijk gemiddelde, hetgeen blijkt uit de ratio tussen direct cliënt-gebonden medewerkers en toegekend zorgbudget vanuit WLZ gelden. Deze ratio is bij ons 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. Hiervan zijn notulen beschikbaar.

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 hebben in functioneringsgesprekken de PSA (Psycho Sociale Arbeidsbelasting) in kaart gebracht en geconcludeerd dat we voldoende aandacht hebben voor PSA van onze medewerkers (deze wordt in elk functioneringsgesprek meegenomen) en dat we voldoende ondersteunende Domotica en hulpmiddelen hebben ingezet om de zwaarte van werkzaamheden te verlichten.

4 Open(baar)heid

- Uitkomsten en analyses van tevredenheidsonderzoeken onder bewoners zijn aangeleverd via Desan voor de uitvraag Kwaliteitsindicatoren Verslagjaar 2017 en worden verwerkt in dit Kwaliteitsverslag, welke openbaar is op onze website
- Uitkomsten en analyses van tevredenheidsonderzoeken onder medewerkers worden verwerkt in dit Kwaliteitsverslag, welke openbaar is op onze website
- We hebben beleidsaspecten en belangrijke gebeurtenissen en bevindingen met de bewonersraad, MT 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. Het verzuimpercentage in 2017 was: 0,86

In 2017 waren er de volgende personeelswijzigingen:

| Omschrijving | aantal | fte |
|------------------------|--------|-----|
| Vertrokken medewerkers | 3 | 0,5 |
| Nieuwe medewerkers | 2 | 1 |

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 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/of invoeren specialist ouderengeneeskunde en/of overleg met medisch specialist en/of GGZ als volgt in gang gezet: Ons eerste aanspreekpunt is de huisarts, hij/zij is de hoofdverantwoordelijke, hij / zij beoordeelt samen met ons welke discipline ingezet wordt in een complex geval, dit wordt gemonitord via het MDO en via telefonisch overleg. Zo nodig komt de huisarts/specialist langs. Ook de 1^e contactpersoon wordt hierbij betrokken. In het V&V overleg wordt de bewuste bewoner besproken. Via Nedap en Caren zorgt en via mail/telefoon zijn de lijnen tussen zorg en contactpersoon kort.

Het scholingsplan stellen we per kalenderjaar vast. Het scholingsplan 2018 heeft de gewenste voortgang in deze verslagperiode. Hierna staan de bevindingen van het scholingsplan over 2017:

Aan het scholingsplan verwoordt in ons Kwaliteitsplan is volledig aan voldaan.
Elke medewerker is hier voor geslaagd.

Merkbaar is dat medewerkers het ook leuk vinden om kennis te vergaren, uit zichzelf doen ze e-learningen zonder dat we daar om hoeven te vragen.

Velen hebben zich nu ook zelf geabonneerd op de nieuwsbrief van Zorg voor Beter.

Ook de deelname aan het Lerend Netwerk wordt als zeer positief ervaren.

Hoofdstuk 4 Beleid

Het jaarplan 2018 met meetbare doelstellingen wordt regelmatig gemonitord en ieder kwartaal ge-evalueerd. Het jaarplan 2017 heeft geleid tot de volgende bevindingen:

1. Zorgplannen moeten breder ingezet worden, zodat je beter op een doel kan rapporteren. Twee personen van het MT volgen bij Nedap/Ons hiervoor een workshop, zodat zij dit kunnen verwoorden terug naar het team. Dit heeft in mei 2018 plaatsgevonden. Nedap/Ons is vanaf 4^e kwartaal 2017 geïntroduceerd in Ter Wal en vanaf januari 2018 zijn we hiermee aan het werken. Ook Caren zorgt is nu operationeel voor de contactpersonen.
2. We nemen deel aan de fysieke overlegtafel van de WMO in 2017, vanaf 2018 is er een nieuwe groep aangesteld, maar nemen we nog wel deel in de groep Vervoer en aan de kennismarkt.
3. Er wordt samen met de LZG toegewerkt aan een afscheid als onderaannemer. In mei hebben we ons ingeschreven voor Zorginkoop 2018 en zullen dit voor 1 augustus doen voor zorginkoop 2019.
4. In de bewonersraad heeft een verandering van samenstelling plaatsgevonden. Van het overleg worden notulen gemaakt, welke naar alle bewoners en 1^e contactpersonen en medewerkers wordt verstuurd.
5. Voor het KHB/KMS hebben we Knaebel advies gevraagd dit voor ons te gaan realiseren. 25-26 juni 2018 zullen wij geaudit worden voor de ISO certificering.
6. Kwaliteitskader verpleeghuiszorg: Wij nemen deel aan het Lerend Netwerk, (in 2018 al 2 keer tot en met juni), de VAR via Riant Verzorgd Wonen.
7. We zijn bezig met aanvragen van Zorgmail, maar het traject duurt lang, daar er momenteel veel aanvragen liggen. Mede door de nieuwe wet AVG. Dit gaat via Samenwerken .IT
8. Kwaliteitsplan, jaarplan en meerjarenbeleidsplan staan inmiddels vanaf begin januari 2018 op onze website.
9. We gaan een nieuw beleid introduceren: beleid met betrekking tot Alcohol, Drugs en Medicijnen. Dit wordt 21-6-2018 in het team overleg besproken.
10. Samen met Knaebel advies een stakeholders analyse, Contextanalyse en Risico en Kans register geproduceerd.
11. Postoel zakken zijn geregeld voor gebruik. Dit is een verplichting geworden voor de hygiëne.
12. Subsidie aanvragen lopen: Praktijkleren, Stagefonds, Sector Plan Plus
13. Loonadministratie draait extern en Ter Wal voor de mutaties in. Er is maandelijks contact en er is elke 3 maanden overleg.
14. Onderlinge taken zijn in MT goed geregeld, zodat ieder de gelegenheid houdt aan het bed te kunnen blijven staan. Daar de administratieve lasten alleen maar groter zijn geworden, mede door het kwaliteitskader. We merken een verzwaring op als je de afgelopen 5 jaar hierop terug kijkt.
15. Verbeterpunten worden teruggekoppeld in het team overleg.
16. Er heeft een coaching plaatsgevonden met een extern bureau voor het MT team.
17. De Raad van Toezicht wordt met 2 personen uitgebreid, dan bestaat deze uit 3 personen.
18. Autorisatie van de helpende moet aangepast worden, zodat ook zij MIC meldingen kunnen invullen. MT heeft dit inmiddels ook bij de activiteiten begeleiders aangepast.
19. 2017 was een heftig jaar wat betreft overlijden van bewoners (6) en daaraan gekoppelde nieuwe in huizingen van bewoners, ernstige ziekte bij medewerker en het goed leren omgaan met bepaald gedrag. Maar we zijn hier sterker uit naar voren gekomen.

Hoofdstuk 5

Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Net als in eerdere jaren, hebben we in deze verslagperiode geconstateerd dat de zorg en ondersteuning voor elke bewoner op maat is. Dat wil onder andere zeggen dat iedere bewoner 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 bewonersraad, 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 bewoner;
- De medewerkers spreken de bewoner aan op de manier die de bewoner prettig vindt;
- De medewerkers praten met bewoners en niet over bewoners;
- De zorgmedewerkers maken echt contact met bewoners;
- 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 bewoner, naasten en mantelzorgers, we hanteren de Gedragscode, deze is ook in het Kwaliteitshandboek verwerkt.

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

- Er is aandacht voor wat bewoners belangrijk en zinvol vinden om te doen, ook vanuit levensbeschouwing en om contacten die bewoners willen onderhouden;
- Als een bewoner dat wil, wordt deze hierbij geholpen, met respect voor eigen regie en autonomie;
- Zorgverleners zoeken naar de betekenis van gedrag als een bewoner zich onvoldoende of niet meer kan uitdrukken;
- Medewerkers dragen er zorg voor dat de bewoners zich veilig voelen;
- Medewerkers behandelen bewoners met respect;
- Als er iets te beleven of te ontdekken is, wordt de bewoner daarbij betrokken;
- De bewoners kunnen zoveel mogelijk hun eigen gang gaan, ook als zij geen behoefte hebben om iets te doen;
- Bewoners kunnen zoveel mogelijk hun eigen keuzes maken en kunnen zoveel mogelijk hun leefstijl voortzetten;
- De zorgverlener kent het levensverhaal van elke bewoner en ondersteunt waar mogelijk om dat voort te zetten;
- De zorgverleners kennen de persoonlijke wensen behoeften van en risico's bij de bewoner;
- 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 bewoner 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 bewoner;
- 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 bewoners kunnen, zover mogelijk, hun eigen leven vorm en inhoud geven zowel in grote als in kleine onderdelen van de dag;
- Indien een bewoner 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 bewoner is bij opname concreet gesproken over zorg rondom het levenseinde. De bewoner heeft aan kunnen geven wat de wensen zijn: wat deze bewoner 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 bewoner op regelmatige basis geëvalueerd;
- Zorgverleners laten zich primair leiden door de eigen wensen van de bewoner. Daarbij geldt als uitgangspunt: liever zelf laten doen dan overnemen;
- Bewoners krijgen de kans om zoveel mogelijk zelf sturing over hun leven te houden;
- De zorgverleners wegen met de bewoner en zijn naaste(n) de veiligheidsrisico's af tegen de kwaliteit van leven;
- De zorgverleners bespreken bij opname de wensen van bewoners 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 bewoner worden gedeeld met de naaste(n) en op regelmatige basis opnieuw besproken met de bewoner.

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

- Iedere bewoner heeft een eigen actueel zorgleefplan en een medisch plan dat in samenspraak met de bewoner en desgewenst diens naasten is opgesteld;
- De bewoner geeft aan zich te herkennen in het zorgleefplan en medisch plan, zo niet dan wordt dat besproken met de bewoner en diens naasten;
- De bewoner 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 bewoner doet ertoe om de zorgverlening beter af te stemmen op diens behoeften;
- Met de bewoner 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 bewoner en diens naasten concrete afspraken over het zorgbeleid bij het levenseinde;
- Iedere bewoner 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 bewoner de Zorg coördinator is;
- Het medisch plan wordt opgesteld door de huisarts;
- 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 bewoner, inzicht in het zorg- en behandelproces rondom de bewoner en werken hierin samen als multidisciplinair team;
- Zorgverleners kunnen inzicht geven over de zorg aan de bewoner, 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 bewoners 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.

Punten uit het Kwaliteitsplan:

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 bewoner iets kan en wil betekenen voor een ander ondersteunen we dat;
- Het is voor iedere bewoner mogelijk om een geestelijke verzorger te spreken van de eigen levensbeschouwelijke signatuur.

Zinvolle tijdsbesteding

- De bewoner kan iedere dag deelnemen aan verschillende activiteiten, individueel of in groepsverband;
- De bewoners worden gestimuleerd om te bewegen;
- Bewoners kunnen naar buiten als zij dat willen;
- Iedere bewoner kan een leven leiden dat zo veel mogelijk persoonlijk passend is;
- Bij de uitvoering van de dagactiviteiten kan een bewoner 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 bewoner 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 bewoner de ruimte om in de zorg en ondersteuning te participeren;
- Het beleid rondom participatie familie en vrijwilligers is beschreven en bekend bij bewoners en zorgverleners;
- Vrijwilligers kunnen via het VIP (vrijwillig informatiepunt) trainingen volgen, dit programma sturen wij ze toe, het is vrijblijvend wat ze hier mee doen. Tevens kunnen vrijwilligers aansluiten bij de Mantelzorgavond die we om de drie maanden hier in Ter Wal organiseren.

Wooncomfort: gastvrijheid, maaltijden, schoonmaak en inrichting

- De inrichting van de woonomgeving is aangepast aan zorg- en ondersteuningsbehoeften (privéruimten, recreatieruimten, gebedsruimte, buitenruimten, verkeersruimten);
- De privé, verkeers- en gedeelde (recreatie)ruimten zijn schoon en veilig;
- Bewoners worden in de gelegenheid gesteld met eigen spullen hun kamer in te richten;
- De maaltijden worden in de middag en avond gezamenlijk genuttigd, de maaltijden worden door koks bereid volgens de hygiëne code voor kleinschalige woonzorgen. De toepassing van de Hygiëne code wordt besproken in het koksoverleg, verbeterpunten die hieruit naar voren

komen worden teruggekoppeld naar het teamoverleg. De maaltijden worden vers bereid; de bakker, de slager, de groenteboer, de kaasboer en de Plus brengende producten zelf.

- Tijdens de maaltijd wordt een moment van stilte gevraagd voor degene die willen bidden. Zie ook Hoofdstuk 1: missie, visie en zorgvisie.



Hoofdstuk 7

Veiligheid

Ook in deze verslagperiode is bij ons de veiligheid van bewoners 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 bewoner 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 bewoner, zonder de veiligheid uit het oog te verliezen;
- De VBM die we hebben toegepast zijn besproken met de bewoner en diens naasten, met de SOG, met de Zorg coördinatoren en met de directie. Bij iedere VBM hebben we een evaluatiedatum afgesproken. Voor het toepassen van elke VBM is getekend door de (zaakwaarnemer van de) bewoner en de SOG;
- 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.

Ziekenhuisopnamen

- Wij hadden 3 ziekenhuisopnamen op de Spoedeisende hulp (SEH), deze zijn geregistreerd in het persoonlijke zorgdossier. Hierbij hebben we de redenen van het insturen voor SEH bijgehouden. Deze zijn 1 keer vallen, 1 keer heupfractuur, 0 keer luchtweginfectie, 2keer urineweginfectie, 0keer delier, 0 keer CVA, 0keer onbegrepen gedrag en 0 keer overig. De bevindingen van het gebruik met betrekking tot SEH zijn besproken met de medewerkers en met voorzieningen uit het lerend netwerk.

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; Wij zullen 25 en 26 juni geaudit worden voor de Iso certificering
- In dit kwaliteitssysteem zijn de verantwoordelijkheden en bevoegdheden vastgelegd;

2 Jaarlijks geactualiseerd kwaliteitsplan

- Kwaliteitsplan 2018 was ons eerste kwaliteitsplan, voor 2019 maken we een nieuw plan;

3 Jaarlijks kwaliteitsverslag

- Dit is ons eerste kwaliteitsverslag;
- Dit kwaliteitsverslag is besproken met de bewonersraad en de medewerkers en via onze website ter beschikking gesteld aan naasten, huisarts, SOG, zorgmedewerkers en andere geïnteresseerden;
- In dit kwaliteitsverslag verantwoorden we ons over de voortgang gedurende de eerste vijf maanden van het kwaliteitsplan 2018;
- In 2019 maken we een kwaliteitsverslag over de volledige periode 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 lerend 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 participerend leiderschap is dat de directie regelmatig actief is op de werkvloer. Er is direct contact met bewoners, 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, bewoners, 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;
- We hebben een goede verstandhouding met de bewonersraad en waar nodig of gewenst hebben we de bewonersraad 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.
- 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 SOG die ons ondersteunt bij MDO's en vrijheidsbeperking. Deze SOG 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.

In deze verslagperiode hebben we een coaching traject bewandeld voor het MT en hebben deelgenomen aan een Participatiemarkt georganiseerd vanuit de WMO, waarbij bestaande contacten zijn versterkt en nieuwe contacten zijn ontstaan.

Door deelname aan het Lerend Netwerk worden we gestimuleerd weer op een andere manier met de zorg bezig te zijn, welke kunnen resulteren in veranderingen.

Hoofdstuk 11

Gebruik van informatie.

- We hebben in deze verslagperiode de bewonerservaringen gemeten met een tevredenheids-onderzoek. belangrijkste bevindingen staan uitgewerkt in bijlage 2;
- We hebben in deze verslagperiode bij de berekening van de Net Promotor (Score NPS) de score 60% behaald. 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: We stellen alles in het werk om de doelstellingen die in dit kwaliteitsplan zijn beschreven waar te maken. Periodiek evalueren we de voortgang en indien nodig stellen we ons beleid bij om de doelstellingen te behalen.

Bij het maken van dit kwaliteitsplan voorzien we de volgende verbeterdoelen om de doelstellingen te behalen:

- We zijn bezig om ons eigen kwaliteitssysteem te implementeren. We hebben hiervoor een bureau in de hand genomen om ons hierbij te ondersteunen.
- We hebben mede op verzoek van het Zorgkantoor een elektronisch cliënten dossier (ECD) aangeschaft. Onze medewerkers zijn geschoold in het gebruik van het ECD. De gegevens en Zorgleefplannen van de bewoners zijn verwerkt in het ECD. Alleen de medicatielijsten blijven vooralsnog in een separate map beschikbaar. Maar ook daarvoor zijn we ons aan het oriënteren op een digitale versie
- Samen met collega kleinschalige particuliere woonzorgvoorzieningen hebben wij een Lerend Netwerk opgericht RVW, om de kwaliteit van de zorg permanent te monitoren en waar mogelijk te verbeteren. Er zullen zowel voor de medewerkers en de leidinggevenden bijeenkomsten worden georganiseerd en zullen de thema's vanuit het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg aan de orde komen.

Minimaal viermaal per jaar evalueren we in het MT de voortgang van de verbeterplannen. De bevindingen bespreken we in de cliëntenraad, de Raad van Toezicht en met de medewerkers in het teamoverleg. Door middel van notulen zijn de overige gremia in staat om de voortgang te volgen. Daarnaast worden de resultaten van verbeterplannen in het kwaliteitsverslag opgenomen.

In deze verslagperiode is als volgt gewerkt aan deze doelen:

Punt 1: Er zal naar aanleiding van het implementeren van een eigen Iso Certificering 25 en 26 juni een externe audit plaatsvinden.

Punt 2: Medewerkers werken vanaf januari met het nieuwe ECD, dit gaat al naar behoren. Om de puntjes op de I te krijgen, heeft het MT een extra scholing gevolgd om Nedap nog breder inzetbaar te maken. Dit is terug gekoppeld aan het team. Wij hebben nu ook de Risicosignalering gekoppeld aan het Zorgleefplan. Tevens hebben we voor de Mantelzorger Caren Zorgt geïmplementeerd, wat van beide zijden positief wordt ontvangen. De lijnen zijn daardoor nog korter en overzichtelijker geworden.

Punt 3: Er hebben inmiddels al 2 bijeenkomsten plaats gevonden, wat door de medewerkers als leerzaam werd ervaren. Tevens hebben de leidinggevende de indicatoren uit het Kwaliteitskader besproken in groepen van 5 huizen (woonzorgvoorzieningen), hier is ook verslaglegging van gemaakt. (zie bijlage 1)

Slotwoord van de directie

Wij staan nog steeds achter wat wij in het Kwaliteitsplan al hebben aangegeven:

Het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg heeft heel wat in beweging gebracht, er zal een hele verbetercyclus plaats gaan vinden in ons zorgland. Een kwaliteitsplan is echter alleen effectief als het door iedere medewerker van Ter Wal wordt onderschreven en wordt uitgevoerd. Het is dus een gezamenlijk plan van allen, dat wil zeggen van de directie, de leiding en de medewerkers. Wij als kleinschalige particuliere voorziening merken dat dit ook veel werk met zich meebrengt, waarbij we goed moeten blijven opletten dat dit niet ten koste gaat aan de handen aan het bed.

Dat is waar wij voor staan. We kiezen er bewust voor dat wij als leidinggevend ook mee blijven werken in de zorg om zo goed te kunnen blijven observeren hoe onze bewoners en medewerkers de zorg ervaren.

Wij willen feeling met hun blijven houden.

Dat maakt Ter Wal wat het is: een huis zoals thuis.

In de bijna 5 jaar dat wij nu bezig zijn, kunnen wij wel concluderen dat de administratieve lasten alleen maar hoger worden, terwijl er toch continu gepraat wordt over wat we kunnen doen om deze te verminderen.

Maar ook het implementeren van dit kwaliteitskader betekent wel degelijk dat dit weer meer administratieve lasten met zich mee brengt. Terwijl we allen toch graag zien dat de zorg aan het bed vergroot wordt. Dit geldt zeker voor de cliënt en de zorgverleners.

Dan is het fijn dat we met het Lerend Netwerk RVW elkaar hierin kunnen ondersteunen en waar mogelijk verbeteren. Dat is denken wij ook de kracht van het Lerend Netwerk en het kwaliteitskader.

Bijlage 1 Veiligheid

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

- a. De scores op medicatieveiligheid waren in deze verslagperiode In de periode van het 1^e halfjaar 2018, hadden wij 1 MIC melding per maand op Medicatie, dit hebben wij ook als verbeterpunt ingezet voor 2018.
- b. De scores op Decubituspreventie waren in deze verslagperiode In de periode van het 1^e halfjaar van 2018 hebben wij 1 decubitus wond genoteerd staan, daar is een bewoner mee uit het ziekenhuis gekomen. Wij zetten sterk in op Preventie.
- c. De scores op Gemotiveerd gebruik van vrijheid beperkende maatregelen waren in deze verslagperiode In de periode van het 1^e halfjaar van 2018 noteren wij het gebruik van 11 sensors, vanwege voorkoming van valgevaar en waarvan 3 bewoners met sederende medicatie en 1 persoon met het bedhek omhoog, dit wordt besproken in het MDO en teruggekoppeld naar familie en verzorging.
- d. De scores op Preventie van acute ziekenhuisopnamen waren in deze verslagperiode In de periode van het 1^e halfjaar van 2018 zijn er 3 personen op genomen in het ziekenhuis. Een persoon door benauwdheid, een persoon door nierfunctiestoornis en een persoon door decompensatie. Wij zetten altijd in op een zo snel mogelijke terugkomst naar Ter Wal, om een delier te voorkomen.

Zie verslag hieronder Lerend Netwerk Leidinggevenden:

Verslag Lerend Netwerk 5 juni 2018.

In het lerend netwerk van brancheorganisatie Riant Verzorgd Wonen op dinsdag 5 juni 2018 hebben we onderstaande thema's besproken en geëvalueerd. Deze evaluatie is uitgevoerd met 5 huizen. In het kwaliteitskader verpleeghuiszorg (KKV) worden vier relevante thema's rondom basisveiligheid benoemd:

1. Medicatieveiligheid
2. Decubituspreventie
3. Gemotiveerd gebruik van vrijheid beperkende maatregelen
4. Preventie van acute ziekenhuisopnamen

1. Medicatie Uitwerking

1. Medicatieveiligheid

- *Het medicatiereview wordt in alle huizen gehouden, over alle bewoners, met een frequentie van twee tot vier keer per jaar. Bij de meeste huizen maakt het medicatiereview onderdeel uit van het MDO.*

Medicatiefouten

- *Medicatiefouten worden via een MIC melding vastgelegd.*
- *Na een MIC-melding wordt meteen actie ondernomen; alle MIC's worden besproken in het MT en werkoverleg. Dit om te bepalen of er interventies doorgevoerd moeten worden om herhalingen te voorkomen.*

Antipsychoticagebruik

- *Antipsychotica wordt in alle vijf huizen minimaal toegepast. De antipsychotica wordt voorgescreven door huisarts en/of SOG en/of psychiater. Het gebruik wordt met genoemde partijen regelmatig geëvalueerd.*

Antibioticagebruik

- Antibiotica gebruik in verband met een blaasontsteking komt in alle huizen regelmatig voor. Dit heeft te maken met de verminderde weerstand van de oudere bewoner en bepaalde gewoontes van de bewoner die niet meer te veranderen zijn. De meeste bewoners gebruiken cranberry capsules, welke het aantal blaasontstekingen heeft gereduceerd.
- Antibioticagebruik in verband met een luchtweginfectie is een minder frequent voorkomende reden.
- Terughoudend gebruik wat betreft antibiotica in de ouderenzorg is moeilijk, omdat de antibiotica onderdeel is van comfortabele zorg.

2. Decubitus (graad 2-4) Uitwerking

2. Decubituspreventie

Regelmatige monitoring van huid(letsel), voedingstoestand, mondzorg, incontinentieletsel bij alle bedlegerige of immobiele cliënten.

- Bovengenoemde items maken deel uit van de risico-inventarisatie, die door alle huizen twee keer per jaar wordt uitgevoerd. Indien een van de items positief scoort, wordt er actie op ondernomen, welke terug te vinden is in het Zorgleefplan.
- Alle huizen wegen de bewoners regelmatig. Zo nodig wordt de voeding aangepast en een diëtiste ingeschakeld.
- Uit het lerend netwerk kwam naar voren dat een aantal huizen gebruik maken van een mobiele tandarts, een mondhygiënist en bij inhuizing een nulmeting uitvoeren.
- Incontinentieletsel komt nauwelijks voor, maar een glutenvrij dieet blijkt meer risico te geven.

Aanwezigheid van decubitus

- Decubitus komt in de betreffende huizen niet tot nauwelijks voor; soms na een ziekenhuisopname of in de terminale fase.
- Alle huizen zijn actief in het voorkomen van decubitus door middel van crèmes, wisselgigging, aangepaste matrassen, eiwitrijke voeding.
- Tip vanuit het Lerend Netwerk; Proshield is een goed werkzame crème ter voorkoming van decubitus.

3. VBM Uitwerking

3. Gemotiveerd gebruik vrijheidsbeperkende maatregelen

- Bij PG-bewoners wordt de bewegingssensor regelmatig ingezet vanwege valgevaar of dwaalgedrag. Dit noemen we geen vrijheidsbeperkende maatregel, maar een veiligheidsbevorderende maatregel.

4. Ziekenhuisopnamen Uitwerking

4. Preventie van acute ziekenhuisopnames

- Door de inzet van preventieve maatregelen en ruime inzet van personeel komen ziekenhuisopnames bijna niet voor.

Bijlage 2 Cliëntoordelen

We hebben voor ons tevredenheidsonderzoek (TVO) onder cliënten het volgende instrument gebruikt Een intern tevredenheidsonderzoek, welke we tijdens de HKZ opleiding hebben gemaakt. Dit wordt jaarlijks toegepast.

De NPS-score was 60%

De kwantitatieve uitkomsten van dit TVO waren:

| tevredenheidsonderzoek bewoners dec 2017 | weet niet | Tevreden | Ontevreden | soms |
|--|-----------|----------|------------|------|
| Deskundigheid zorgverlener | | 14 | | |
| punt 7 | | | | 1 |
| Afspraken en overleg | | 14 | | |
| punt 11 | | | | 1 |
| Communicatie en informatie | | 14 | | |
| punt 15 | 1 | | | |
| Woon- en leefomstandigheden | | 12 | | |
| punt 20 (gaan bewoners prettig met elkaar om) | | | | 3 |
| Overig | | 13 | | |
| punt 26 (sfeer aan tafel) | | | | 2 |
| Punten gegeven door bewoners: | | | | |
| 8: 6 keer | | | | |
| 9: 3 keer | | | | |
| 10: 6 keer | | | | |
| Opmerkingen: | | | | |
| * Blij met de aandacht, controle en contact | | | | |
| * Ze weten dat ze bij de zorg coördinator en andere medewerkers met vragen terecht kunnen | | | | |
| * Activiteiten graag duidelijk aangeven | | | | |
| * Degene die zegt; soms, is er genoeg personeel in huis , wil aan de andere kant niks veranderen | | | | |
| * Iemand vraagt om een winkel beneden voor boodschappen | | | | |
| NPS score= 60% | | | | |

Bijlage 3 Leren en werken aan kwaliteit

Sinds oktober 2017 zijn we aangesloten bij Lerend Netwerk RVW. De werkwijze is opgenomen in de aankondiging van dit Lerend Netwerk d.d. 27-10-2018. Deze notitie is opgenomen als 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. Daarnaast worden visitaties en meelopen bij elkaar georganiseerd eveneens voor medewerkers en 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