

# **Kwaliteitsverslag 2017**

## **woonzorgvoorziening Westersyden.**

scharsterbrug, 15-06-2018

## 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 woonzorgvoorziening Westersyden. 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 overleg met de medewerkers. Het is besproken in ons lerend netwerk en de familieleden zijn op de hoogte gebracht.

## 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 brochure

In de verslagperiode hebben we de zorgvisie besproken met alle medewerkers. Hieruit kwam naar voren dat de medewerkers volledig achter de visie van Westersypen staan, en volgens deze visie werken.

De directie dagelijks actief betrokken op de werkvloer. Tijdens observaties kwam naar voren dat de zorgvisie en kernwaarden als volgt zichtbaar waren:

- medewerkers volgen tijdens de dagelijkse uitvoering van zorg en begeleiding naar visie van de woonzorgvoorziening.
- medewerkers geven het welzijn van de bewoners altijd prioriteit boven de andere werkzaamheden.
- er wordt dagelijks vers gekookt voor alle bewoners en medewerkers van Westersypen.
- medewerkers lichten de naasten van de bewoners regelmatig in over het wel en wee met betrekking tot hun naaste, en bij bezoek kan familie altijd vragen stellen aan de medewerkers.
- we werken in Westersypen met een vast team van medewerkers en er wordt niet met uitzendkrachten gewerkt.
- medewerkers worden geschoold middels het scholingsplan en krijgen tijdens de werkoverleggen theoretische toetsen, waaraan zichtbaar is dat men de basiskennis onder de knie heeft en hen vakkennis bijhoudt.
- tevens houden de medewerkers bekwaamheidskaarten bij voor het bevoegd blijven voor de verpleegtechnische handelingen.
- medewerkers benaderen de bewoners en hen naasten ten allen tijde op een respectvolle manier, en houden daarbij hen normen en waarden aan.

## 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 12 cliënten die woonden in Westersyden en 3 mensen die in dagverzorging kwamen. (van 10u tot 18.30)
- Persoonlijk geleid: de eigenaren waren als volgt betrokken bij de zorgverlening op de werkvloer: alle 3 de eigenaren staan minimaal 20uren per week op de werkvloer, volgens een ingepland rooster.
- 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 cliëntgebonden 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 (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; op onze website staan ervaringen van familieleden van de bewoners. tevens houden we jaarlijks een tevredenheidsonderzoek onder de vertegenwoordigers van familie en vragen we bewoners die daar nog iets over kunnen zelf naar hun ervarigenen . verder zijn alle vertegenwoordigers op de hoogte van de werkwijze van de KWOS (klacht, waardering, opmerking, suggestie) formuleren.
- Uitkomsten en analyses van tevredenheidsonderzoeken onder medewerkers hebben we gepubliceerd op onze website; tijdens het werkoverleg kan iedereen iets in brengen. verder hebben we minimaal 3 x per jaar een open team, waarin we in informele sfeer bij elkaar zitten. jaarlijks word er een tevredenheidsonderzoek uitgevoerd, al dan niet in combinatie met de functioneringsgesprekken. verder zijn alle medewerkers op de hoogte van de werkwijze van de KWOS (klacht, waardering, opmerking, suggestie) formuleren.
- We hebben beleidsaspecten en belangrijke gebeurtenissen en bevindingen met de het personeel besproken, tijdens de werkoverleggen.

### 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:.

In 2017 waren er de volgende personeelswijzigingen:

Omschrijving	aantal	fte
Vertrokken medewerkers	1	0.5
Nieuwe medewerkers	1	0.5

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 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;
- medewerkers werken met min-max contracten waardoor zij altijd extra uren kunnen werken. wanneer de zorg complexer wordt kunnen we op deze manier de bezetting verhogen.
- de specialist ouderengeneeskunde komt 2 x per jaar bij het mdo, en verder hebben we regelmatig telefonisch of via de mail contact met hem. zonodig komt hij uiteraard langs.
- ook wanneer men hulp nodig heeft van een medisch specialist ondersteunen de medewerkers van Westersyden in het maken van de afspraken, vragenlijsten, overdrachten, en evt. de begeleiding er naar toe.

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:

- het scholingsplan is volledig ten uitvoer gebracht.
- Mondzorg, pijn, aromatherapie, ontruimingsoefening, en big scholing (intercollegiaal) hebben de revue gepasseerd.
- De meeste medewerkers waren aanwezig, en anders hebben zij de informatie nadien ontvangen.
- Alle medewerkers (indien voor hen van toepassing) waren aanwezig bij de big-toetsingen en hebben een voldoende behaald.

## **Hoofdstuk 4**

### **Beleid**

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

- Het scholingsplan 2017 is naar behoren verlopen.
- Het streven om een soort van cursus omtrent muziek te realiseren is helaas financieel niet haalbaar.
- Het systeem om een beter zich te krijgen op de wachtlijst werkt goed, al blijft het altijd een onzeker iets omdat je met mensen te maken te hebt.
- De leeftuin word zeer zeker regelmatig gebruikt. De toestellen in de tuin worden vaker in de zomer en het voorjaar gebruikt dan in andere jaargetijden.
- In juli is er een crowdfunding opgestart voor het aanschaffen van een beleef tv. in begin 2018 is deze aangeschaft.
- Ook zijn er voorbereidingen getroffen voor het gebruiken van een EZD. eind van 2017 scholingen geweest en alle gegevens op de juiste wijzen ingevoerd. in 2018 beginnen we volledig digitaal.

## 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 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 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 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 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 zorgen en behandelafspraken worden nagekomen en of de zorg aan de wensen en behoeften voldoet;
- De specialist ouderengeneeskunde (SOG) 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 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 EVV is; uiteraard kunnen vertegenwoordigers en familieleden ook met vragen bij de andere medewerkers terecht.
- Het medisch plan wordt opgesteld door de SOG;
- 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](http://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 en bekend bij cliënten en zorgverleners; Vrijwilligers kunnen altijd met vragen terecht bij een van de medewerkers of leidinggevenden. Jaarlijks worden zij ook gevraagd of alles naar tevredenheid verloopt.

#### **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;
- maaltijden worden elke dag vers bereid door de medewerkers en wanneer men wil kan de bewoner hierbij helpen. met diëten (zoals glutenarm, zoutarm etc.) wordt uiteraard rekening gehouden.  
ook houden we rekening met dingen die men niet lust en zorgen we voor zoveel mogelijk kleur op het bord wat de eetlust doet toenemen.

wanneer men moeilijker of helemaal niet meer zelfstandig kan eten, word er hulp geboden door de medewerkers in alle nodige vormen. (toedienen, aangepast bestek, aangepaste bidders, bordrand etc.)

## **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;
- 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 SOG, met de EVV'er 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) cliënt 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 geen ziekenhuisopnamen op de Spoedeisende hulp (SEH).

## **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;
- 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 cliëntenraad 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 participierend 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;
- 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.
- 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, toegevoegd aan onze voorziening:

- aan alle nieuwe verplichte wet en regelgeving voldaan
- een beleef-tv aangeschaft m.b.v. een crowdfundingactie
- een massagematras aangeschaft mede dankzij een lieve vrijwilligster.
- een elektronisch zorgdossier in gebruik genomen.
- Tevens de vakliteratuur bijgehouden en schriftelijk getoetst.

## Hoofdstuk 11

### Gebruik van informatie.

- We hebben in deze verslagperiode de cliëntervaringen gemeten met TVO.. belangrijkste bevindingen staan uitgewerkt in bijlage 2;
- We hebben in deze verslagperiode bij de berekening van de Net Promotor (Score NPS) de score 9 (negen)
- 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:

wij hebben in 2018 deelgenomen aan een van de lerende netwerken deelgenomen. dit is te zien aan de notulen daarvan.

ook de VAR hebben wij bijgewoond en kunnen we laten zien door middel van notulen.

jaarplan 2018 zit in de map en de voortgang er van word per kwartaal geëvalueerd.



## Slotwoord van de directie

het maken van dit kwaliteitsverslag was weer een tijdrovende klus maar geeft ook altijd weer een goed inzicht in het reilen en zeilen binnen je onderneming.

gelukkig hebben wij kunnen constateren dat alles naar behoren verloopt.

omdat wij al HKZ gecertificeerd zijn maakten we altijd een jaarplan, jaarverslag en directiebeoordeling. vele onderwerpen uit dit kwaliteitsverslag kwamen ook daarin aan bod.

het is fijn om te kunnen merken dat je aan alle eisen voldoet en tegelijkertijd ook zoveel tijd aan de bewoners kunt besteden.

uiteraard hopen we dat dit in de toekomst zo blijft en er dus niet meer gekke regels worden bedacht.

verder 2017 is een mooi en warm jaar geweest. Het jaar van jubilea!

10 jaar bestaan van Westersypen, en ook het 40 jaar werkzaam zijn in de zorg en bouw van de grondleggers van Westersypen.

Tevens ook nog het jaar dat mede eigenaar Bouke de 60-jarige leeftijd mocht bereiken in goede gezondheid.

Het samenwerken met de “nieuwe” huisarts is prima gegaan in 2017!

De vaste gezichten van riant verzorgd wonen zijn met pensioen gegaan en ook hiervoor is een vervanger gevonden. wij gaan de samenwerking met vertrouwen tegemoet.

Ook voor meerdere medewerkers veranderingen, zwangerschappen, geboortes, trouwerijen, maar ook ziektes en aandoeningen/beperkingen.

Wij als directie van Westersypen zijn trots op onze medewerkers dat zij ondanks alle veranderingen het hebben gepresteerd om continu kwalitatief goede en warme zorg te blijven te bieden aan onze bewoners.

Westersypen kijkt met een dankbare blik terug op 2017

## Bijlage 1 Veiligheid

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

a. De scores op medicatieveiligheid waren in deze verslagperiode

### 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 voorgeschreven 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.

b. De scores op Decubituspreventie waren in deze verslagperiode

### 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 cremes, wisselgigging, aangepaste matrassen, eiwitrijke voeding.
- Tip vanuit het Lerend Netwerk; Proshield is een goed werkzame creme ter voorkoming van decubitus.

- c. De scores op Gemotiveerd gebruik van vrijheid beperkende maatregelen waren in deze verslagperiode:
  - PG-bewoners wordt de bewegingssensor regelmatig ingezet vanwege valgevaar of dwaalgedrag. Dit noemen we geen vrijheidsbeperkende maatregel, maar een veiligheidsbevorderende maatregel.
  
- d. De scores op Preventie van acute ziekenhuisopnamen waren in deze verslagperiode -
  - 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

- Tevredenheidsonderzoek bewoners en hun naasten. (zelf ontwikkeld formulier)

De kwantitatieve uitkomsten van dit TVO waren:

9 van de 12 formulieren zijn ingevuld.

Men is tevreden over de gang van zaken rondom zorg. Soms is het lastig door het ziektebeeld de goede zorg te bieden, maar hier vinden we meestal een goede weg in.

Ook de leefomgeving van de bewoners is prima in orde.

Het welzijn en wonen staat voorop volgens onze visie en dat kan familie ook zeer zeker merken geven ze aan.

De medewerkers worden vriendelijk, deskundig en bekwaam gevonden.

Ook vragen die men heeft aan medewerkers en/of leidinggevende worden snel opgepakt.

De NPS-score was **9**

## **Bijlage 3 Leren en werken aan kwaliteit**

Sinds oktober 2017 zijn we aangesloten bij Lerend Netwerk RVW.

### **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 verplichtingen vanuit het KKV en met de behoeften vanuit de sector en de deelnemende voorzieningen.



