



Kwaliteitsverslag 2018

Altenastaete woon/thuiszorg

30 juni 2019

Hoofdstuk 1

Inleiding

Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg geeft een handreiking voor het opstellen van het kwaliteitsverslag. Het doel van het kwaliteitskader is driedelig. Ten eerste beschrijft dit document wat cliënten en hun naasten mogen verwachten van onze (verpleeghuis)zorg. Ten tweede biedt dit document opdrachten voor zorgverleners en zorgorganisaties om samen de kwaliteit te verbeteren en het lerend vermogen te versterken. Ten derde vormt dit document het kader voor extern toezicht en voor inkoop en contracteren van zorg. Altenastaete volgt 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
 - 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
 - a. Gebruikt instrument met een beschrijving van de kwalitatieve of kwantitatieve uitkomsten op de jaarlijkse meting van cliëntoordelen.
 - b. beschrijving van de NPS-score per locatie
3. Leren en werken aan kwaliteit
 - a. Beschrijving of en hoe voldaan wordt aan de aanbevelingen van dit kader rondom samen leren en verbeteren. Specifiek met betrekking tot het kwaliteitsplan inclusief verbeterparagraaf
 - b. Dit kwaliteitsverslag is gebruikt voor het opstellen van verbeterpunten voor het meerjaren kwaliteitsplan 2019-2021
 - c. Deel uit maken van het lerend netwerk

Met dit kwaliteitsverslag voldoen we aan één van de normen van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Jaarlijks verantwoorden we ons over de voortgang van het kwaliteitsplan in een kwaliteitsverslag. Naar aanleiding van het kwaliteitsplan over het eerste half jaar van 2018 hebben ons eerste kwaliteitsverslag opgesteld. Dit tweede kwaliteitsverslag van Altenastaete woon/thuiszorg kan uitleg geven over de voortgang van het kwaliteitsplan in het voorgaande jaar. Dit kwaliteitsverslag is openbaar en wordt gepubliceerd op onze website. Hiermee monitoren we 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 cliënten(raad) en medewerkers.

Hoofdstuk 2

Zorgvisie en kernwaarden;

Missie en kernwaarden

Bij ons voelen kwetsbare ouderen en mensen met beperkingen in hun gezondheid zich liefdevol, kwalitatief en professioneel geholpen in zowel de thuissituatie als in een van onze extramurale woonvoorzieningen. Zorg, verpleging, ondersteuning en begeleiding bieden wij in alle situaties, waarin herstel nog mogelijk is. En ook wanneer dit niet (meer) aan de orde is, blijven persoonlijke aandacht, geborgenheid en eerbied voor het leven belangrijke pijlers van onze zorg. Het is zorg, die bij u past.

Visie

Zonder zorg kunnen wij niet goed verplegen. Verzorgen en verplegen gaat bij ons over het bieden van geborgenheid, comfort, veiligheid en persoonlijke aandacht aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, die dit nodig hebben.

Oud en ziek worden is vaak geen pretje en het maakt je afhankelijk van derden. Vaak zijn dit de kinderen of andere naasten, die extra aandacht besteden, maar er komt een periode dat de zorg hen te veel, te complex of te intensief wordt. Dan komen de professionals om de hoek kijken die met extra zorg/ verpleging thuis de situatie verlichten en u langer in uw eigen omgeving laten wonen. Is dit niet meer mogelijk dan bestaat er de mogelijkheid om de zorg/ verpleging te geven in een van onze woonvoorzieningen in Nieuwendijk of Werkendam. U kunt hier definitief gaan wonen, maar er bestaat ook een mogelijkheid voor tijdelijke opvang. Ook wanneer genezing niet meer mogelijk is. Met andere woorden: Wij werken patiënt volgend.

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

- ▣ In de informatiebrochure “Wonen met zorg in Altenastaete”
- ▣ Op de website;
- ▣ In het kwaliteitsplan; hoofdstuk 1 Zorgvisie en kernwaarden

Voor personeel is dit ook terug te vinden:

- ▣ In het kwaliteitshandboek;
- ✓ In de gedragscode personeel;

In de verslagperiode hebben we de zorgvisie besproken met alle medewerkers. Hieruit kwam naar voren dat medewerkers de zorgvisie en de kernwaarden onderschrijven en hieraan in het algemeen voldoen.

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

- * in de contacten met cliënten, mantelzorgers/familie
- * in de zorgleefplannen
- * in de evaluaties van de zorg

Doelgroep en werkwijze

We constateren dat de basiskwaliteit in Altenastaete zoals we deze in vier thema's hebben verwoord in het kwaliteitsplan, tijdens de verslagperiode op orde is. Er is altijd ruimte voor nog betere zorg, maar we voldoen aan het kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Met de verbeterpunten zijn we aan de slag gegaan waardoor de kwaliteit in onze organisatie maximaal wordt gewaarborgd.

1. Gedreven om de best mogelijke zorg te bieden:

- ✓ Kleinschalig: hadden we in 2018 gemiddeld 37 cliënten, verdeeld over twee kleinschalige woonvormen;
- ✓ Persoonlijk geleid: de directie was als volgt betrokken bij de zorgverlening op de werkvloer: de directieleden hebben de eerste contacten met de bewoners en zijn/haar familie/ mantelzorgers. Tevens zijn ze direct en indirect betrokken bij de zorgverlening op de werkvloer; Dagelijks zijn er contactmomenten met cliënten en/of mantelzorgers hetzij telefonisch of persoonlijk;
- ✓ Passie, inzet en betrokkenheid van alle medewerkers, hebben we als leiding vastgesteld en besproken in functioneringsgesprekken; De betrokkenheid van de medewerkers komt naar voren doordat zij bijvoorbeeld de verjaardagen meevieren met cliënten. Tevens zijn alle medewerkers bereid om ervoor te zorgen dat diensten bij o.a. ziekte worden opgelost.
- ✓ 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. De zorggelden worden ingezet bij Altenastaete, in handen aan het bed met zo weinig mogelijk overhead.

2. Actief betrokken bij de brancheorganisatie Riant Verzorgd Wonen:

- ✓ We delen actief informatie met collega-voorzieningen door middel van een gezamenlijk digitaal platform en bijeenkomsten; De bijeenkomsten hebben als doel om van elkaar te leren door middel van het inbrengen van verschillende casuïstieken.
- ✓ We hebben twee lerend netwerken in het leven geroepen, één voor directie/leidinggevenden en één voor uitvoerende medewerkers. Deze netwerken komen gemiddeld 4x per jaar samen. Deze bijeenkomsten worden vooraf aangekondigd door middel van een agenda en tevens wordt hiervan verslaglegging gedaan..

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; 12 januari 2015 heeft de IGJ Altenastaete voor het laatst bezocht. Conclusie van de IGJ was: de organisatie heeft de genoemde randvoorwaarden voor veilige en verantwoorde zorg beschreven en geïmplementeerd.
- ✓ In januari 2018 heeft Altenastaete woon/thuiszorg zijn ISO9001:2015 certificaat behaald. Gedurende het jaar 2018 is er volop gewerkt aan verder verbeteren van de kwaliteit van zorg. In januari 2019 staat de hercertificering ISO weer gepland.
- ✓ We hebben in functioneringsgesprekken onder andere de arbeidsbelasting in kaart gebracht en geconcludeerd dat we voldoende aandacht hebben voor de arbeidsbelasting van onze medewerkers en dat we voldoende ondersteunende hulpmiddelen/domotica hebben ingezet om de zwaarte van werkzaamheden te verlichten. Wat betreft domotica is in 2018 voornamelijk gebruikt gemaakt van sensoren. Ondersteunende hulpmiddelen worden per client ingezet indien nodig om de arbeidsbelasting van de medewerkers te verlagen.

4. Open(baar)heid

- ✓ In najaar 2018 is er een medewerkerstevredenheidsonderzoek uitgevoerd. Gemiddelde rapportcijfer: 7,7. In 2019 zal er wederom een medewerkerstevredenheidsonderzoek plaatsvinden met als doel om het rapportcijfer naar minimaal een 8 te krijgen.
- ✓ In december 2018 is er een cliënttevredenheidsonderzoek uitgevoerd. Score: 6,9 (Nieuwendijk) 7,0 (Werkendam). Plan van aanpak is voor beide locaties opgesteld.

We hebben beleidsaspecten en belangrijke gebeurtenissen en bevindingen met cliëntenraad en met het personeel via het teamoverleg, besproken.

Hoofdstuk 3

Personeel

We hebben onze personeelsformatie en een toelichting hierop gepubliceerd op onze website. Dit is terug te lezen in het kwaliteitsplan. Hieruit is af te leiden dat we een zeer ruime personeelsbezetting hebben. Dankzij een ruime personeelsbezetting hebben we tijdens de verslagperiode deze personeelsbezetting op vrijwel alle dagen behaald. Op de dagen dat we dit niet hebben behaald was er nog steeds voldoende personeelsbezetting om goede zorg aan onze cliënten te geven. Op deze dagen was de zorgzwaarte doorslaggevend voor het wel of niet aanvullen van de personeelsbezetting.

Vervanging bij ziekte vult het team zelf in waardoor onze cliënten steeds dezelfde zorgverleners zien, die precies weten welke zorg zij behoeven. Het ziekteverzuimpercentage in 2018 was: 2,7%. Dit is ruim onder het landelijk gemiddelde van 6,5% in de zorg.

In 2018 waren er de volgende personeelswijzigingen:

Omschrijving	aantal	fte
Vertrokken medewerkers (incl. leerlingen)	19	10,45
Nieuwe medewerkers (incl. leerlingen)	12	7,58

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 75% 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 (bv palliatief terminale zorg)
- ✓ Permanente bezetting in de gemeenschappelijke ruimte
- ✓ Permanente aanwezigheid van personeel met de benodigde kennis, vaardigheden en competenties;
- ✓ Uitsluitend inzetten vaste medewerkers die de bewoners goed kennen waardoor er een veilig woonklimaat geborgd wordt;
- ✓ 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 met name ingezet door medewerkers vanuit een van de kleinschalige woonvoorzieningen. Vragen omtrent de zorg en/of toenemende complexiteit en/of inroepen specialist ouderengeneeskunde gebeurt via de huisarts van de cliënt. In de kleinschalige woonvormen komt de huisarts wekelijks visite lopen en doet zo nodig de specialist ouderengeneeskundige ingeschakeld middels een consult. Overleg met andere (medisch) specialisten vindt plaats via de huisarts.

Het scholingsplan stellen we per kalenderjaar vast. In het voorjaar 2018 hebben scholingen plaatsgevonden m.b.t. BIG-handelingen en klinische lessen verzorgd door medewerkers zelf en door apotheek over medicatieveiligheid bij ouderen. Tevens heeft er scholing plaats gevonden over hypertensie, wondzorg, fysiotherapie/ergotherapie en palliatieve zorg.

In het najaar 2018 heeft de (bij)scholing voor EHBO en BHV plaats gevonden voor vaste medewerkers.

Hoofdstuk 4

Beleid

Het kwaliteitsplan 2019 met meetbare doelstellingen wordt regelmatig gemonitord en ieder kwartaal geëvalueerd. Het kwaliteitsplan 2018 heeft geleid tot de volgende bevindingen:

In 2018 zijn onze activiteiten gericht geweest op:

- Voorbereiden op her-certificering ISO in januari 2019.
- Het zelfstandig zorginkopen ZvW en WLZ, waarbij inrichten van een systeem voor declaratie ook noodzakelijk was (Nedap).
- Tevens aandacht voor personeel en personele ontwikkelingen in de markt. Dit is een jaarlijks terugkerende activiteit.
- Van bewonersoverleg per locatie zijn we naar een centrale clientraad overgegaan en dit overleg heeft in 2018 3 x per jaar plaats gevonden.
- In het voorjaar 2018 is er veel tijd besteed aan het inrichten van de organisatie dat Altenastaete AVG-proof is. Dit betekent dat er voor iedere medewerker een persoonlijk werk mailadres is aangemaakt. Tevens is er veilig berichtenverkeer (Siilo-app) ingericht om datalekken te voorkomen.
- Er is een plan opgesteld ten behoeve van Waardigheid en Trots. Dit plan en het kwaliteitsplan is in samenspraak met de cliëntenraad is opgesteld.
- De eerste stap ten aanzien van het digitaal dossier zijn in 2018 gezet. Dit wordt verder voortgezet in 2019 en wordt overgegaan tot implementeren eind 2019.
- In de directie is in het najaar van 2018 door één van de leden aangegeven dat zij haar bestuurdersfunctie miv 2019 wil neerleggen. Hierin zijn diverse stappen gezet, samen met accountant, bank, RvC en notaris ter voorbereiding van de uittreding van de bestuurder. Tevens is het besluit genomen om een Manager Zorg aan te stellen welke bestuurder zal gaan ondersteunen. Manager Zorg zal per 1 februari 2019 starten.

Hoofdstuk 5

Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Ook in deze verslagperiode constateren we dat de we over voldoende en bekwaam personeel beschikken om de personeelssamenstelling af te stemmen op de zorgvraag van de cliënten waardoor de geleverde zorg en ondersteuning voor elke cliënt van Altenastaete op maat is. Dat wil onder andere zeggen dat iedere cliënt een EVV'er heeft die samen met de cliënt een zorgleefplan opstelt. Het zorgleefplan is gebaseerd op diens unieke persoonlijke wensen en verlangens en dat de professionele zorg voortdurend is afgestemd op de actuele noodzaak, blijkend uit gesprekken, observaties en rapportages. Aan onderstaande thema's, ontleend aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg, heeft binnen onze organisatie continue onze aandacht. Dit hebben we als directie 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, werkoverleg en teamoverleg.

Compassie: nabijheid, vertrouwen, aandacht en begrip

- ✓ De zorgverleners kennen de verhalen, de specifieke behoeften en wensen, de zorgen, de problemen en de levensvragen van elke cliënt; om zo de kwaliteit van leven van een client zo optimaal mogelijk te laten zijn.
- ✓ De medewerkers spreken de cliënt aan op de manier die de cliënt prettig vindt;
- ✓ De medewerkers praten met cliënten en niet over cliënten door het persoonlijke contact dat zij met client hebben tijdens het zorgmoment;
- ✓ De zorgmedewerkers hebben dagelijks contact d.m.v. persoonlijke verzorging en gesprekken met cliënten;
- ✓ De medewerkers hebben aandacht voor familie, naasten en mantelzorgers op de momenten als onze cliënten bezoek van hen krijgen, tijdens zorgplanbesprekingen en bij bijzondere situaties wordt direct de familie betrokken;
- ✓ De zorgverleners hebben inlevingsvermogen en begrip en tonen empathie; zorgverleners validerende benadering van dementerende cliënten.
- ✓ De zorgverleners beschikken over de benodigde communicatieve en sociale vaardigheden en beschikken over de voldoende inhoudelijke kennis en vaardigheden op het gebied van zorg die wordt geleverd;
- ✓ De zorgverleners respecteren de 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, bijvoorbeeld vanuit levensbeschouwing of voor contacten die cliënten willen onderhouden;
- ✓ Een cliënt wordt, als deze hier prijs op stelt, hierbij geholpen. Dit gebeurt met, met respect voor eigen regie en autonomie;
- ✓ Zorgverleners observeren het gedrag van de client, indien deze zich onvoldoende of niet meer kan uitdrukken; Bij verandering van het gedrag wordt er gezocht naar een mogelijke oorzaak en wordt zo nodig behandelplan aangepast in overleg met huisarts en/of SOG.
- ✓ 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; door de client te betrekken wat er in het nieuws is, bv als er feestdagen gaan komen hoe gaan we e.e.a. versieren en vieren in het huis bv met Pasen etc.

- ✓ 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; Cliënten bepalen zelf of zij deelnemen aan activiteiten, geven aan wanneer zij willen gaan wandelen bv.
Uitsluitingscriteria zijn:
 - ernstig overlast bezorgen aan overige cliënten
 - seksuele intimidatie
 - agressie
- ✓ De zorgverlener kent het levensverhaal van elke cliënt en ondersteunt waar mogelijk om dat voort te zetten; familie wordt gevraagd om een levensboek aan te leggen.
- ✓ 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 naaste(n) worden betrokken in de directie zorgverlening.
- ✓ 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; Dit kunnen richtlijnen zijn die opgenomen zijn in het kwaliteitshandboek of protocollen van Vilans of kennis opgedaan bij klinische lessen en externe scholingen/workshops
- ✓ Casuïstieken uit de praktijk worden samen besproken en hiervan wordt geleerd. Dit kan leiden tot nieuwe afspraken in beleid.

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; Het nuttigen van maaltijden op eigen appartement, bezoek ontvangen in het eigen appartement. Eventueel kan bezoek blijven slapen. Luisteren naar kerktelefoon.
- ✓ Indien een cliënt de regie niet meer kan nemen, krijgen diens naasten de mogelijkheid 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 wel reanimeren) en niet wil (bijvoorbeeld geen antibiotica of bloedproducten, niet beademen, geen ziekenhuisopname); Dit wordt opgenomen in het zorgplan en actief gedeeld met het multidisciplinaire team, bestaande uit huisarts, SOG, fysiotherapeut en eventueel andere disciplines. Richtlijnen rondom palliatieve zorg worden gevolgd;
- ✓ De afspraken over zorg rondom het levenseinde zijn bekend bij de naasten en worden met de cliënt op regelmatige basis geëvalueerd tijdens zorgleefplan bespreking (minimaal 2x per jaar);
- ✓ Zorgverleners laten zich primair leiden door de eigen wensen van de cliënt. Daarbij geldt als uitgangspunt: de client houdt zijn eigen regie, indien mogelijk;
- ✓ Cliënten krijgen de kans om zoveel mogelijk zelfsturing over hun leven te houden;
- ✓ De zorgverleners wegen met de cliënt en zijn naaste(n) de veiligheidsrisico's af tegen de kwaliteit van leven; bij voorbeeld met betrekking tot vrijheidsbepaalde maatregelen.

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 kan aanwezig zijn bij het multidisciplinair overleg (MDO). 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; Het MDO wordt vooraf gecommuniceerd met de cliënt en diens naaste(n).
- ✓ Met de cliënt of diens belangenbehartiger wordt minimaal 2x per jaar d.m.v. zorgleefplan bespreking besproken of de zorg- en behandelafspraken worden nagekomen en of de zorg aan de wensen en behoeften voldoet; Uiteraard zijn er tussentijds meerdere contactmomenten. Indien de zorgvraag veranderd wordt het zorgleefplan, samen met de cliënt en diens naaste(n), bijgesteld.
- ✓ De huisarts maakt met de cliënt en diens naasten, 1e contactpersoon, concrete afspraken over het zorgbeleid bij het levenseinde;
- ✓ Iedere cliënt beschikt binnen uiterlijk zes weken na opname over een zorgleefplan en medisch plan, of zoveel eerder als mogelijk;
- ✓ Binnen 24 uur zijn in ieder geval zaken zoals medicatie, dieet, primaire hulpvraag, een eerste contactpersoon en handelen bij calamiteiten vastgelegd door de zorgverlener 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'er 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 cliënt, inzicht in het zorg- en behandelproces rondom de cliënt en werken hierin samen als multidisciplinair team; overdracht gebeurt nauwkeurig
- ✓ Zorgverleners kunnen inzicht geven over de zorg aan de cliënt middels inzage zorgdossier aan diens naaste(n) en aan medewerkers;

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. Als directie toetsen wij dit tijdens functioneringsgesprekken, observaties tijdens onze aanwezigheid op de werkvloer, contacten met cliënten, naasten en cliëntenraad, MDO-besprekingen, bewonersbesprekingen, overdrachten, rapportages, werkoverleg en teamoverleg.

Onderstaande punten overnemen uit kwaliteitsplan

Zingeving

- ✓ Er is bij zorgverleners aandacht en ruimte om te ondersteunen bij 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; Cliënt kan meehelpen in de keuken met maaltijdvoorbereiding of geeft hier suggesties voor of helpt mee met de verzorging van de was
- ✓ 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, zoals knutselen, de krant doornemen met elkaar, bezoeken brengen aan thuiscentra, wandelen, individueel of in groepsverband;
- ✓ De cliënten worden gestimuleerd om te bewegen tijdens activiteit "meer bewegen met ouderen";
- ✓ Cliënten kunnen naar buiten gaan wandelen als zij dat willen met zorgverlener of met familie;
- ✓ 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 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, zoals beschreven in zorgleefplan, 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; Dit gebeurt bij de ene cliënt meer dan bij de andere.
- ✓ Het beleid rondom participatie familie is bekend bij cliënten en zorgverleners
- ✓ Vrijwilligers zijn er binnen Altenastaete voor extra persoonlijke aandacht

Wooncomfort: gastvrijheid, maaltijden, schoonmaak en inrichting

- ✓ De inrichting van de woonomgeving is aangepast aan zorg- en ondersteuningsbehoeften (privéruimten, gezamenlijke ruimte voor maaltijden en activiteiten, buitenruimten;
- ✓ De prive en gedeelde (recreatie)ruimten zijn schoon en veilig evenals overige ruimten;
- ✓ Cliënten worden in de gelegenheid gesteld met eigen spullen hun kamer in te richten;
- ✓ De maaltijden worden dagelijks bereid in de eigen keuken. De medewerkers stellen samen met cliënten het menu op. Er is gelegenheid voor de bewoners om mee te werken aan zowel de voorbereiding, als de bereiding van de maaltijd.

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 locaties. Deze thema's zijn ontleend aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg.

Medicatieveiligheid

- ✓ Minimaal tweemaal per jaar organiseren we een medicatiereview met de huisarts. De huisarts koppelt dit weer terug aan de apotheker en andersom;
- ✓ We analyseren de MIC-meldingen minimaal tweemaal per jaar en we besteden aandacht aan de oorzaken van eventuele medicatiefouten. Deze worden in het werkoverleg op beide locaties besproken met daaraan gekoppeld de verbeterpunten. Hierbij betrekken we de medewerkers en zo nodig voeren we een retrospectieve risicoanalyse uit;
- ✓ We beperken het antipsychoticagebruik in samenspraak met de huisarts zoveel mogelijk.
- ✓ We beperken het antibioticagebruik in samenspraak met de huisarts zoveel mogelijk.

Decubitus en mondzorg

- ✓ Er vindt dagelijks tijdens het persoonlijke zorgmoment 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. Hieruit kwam naar voren dat er in de particuliere woonzorgen extra aandacht is voor voeding, huidletsel en incontinentieletsel. Wel kwam naar voren dat er extra aandacht nodig is voor mondzorg. Dit is binnen Altenastaete besproken in het teamoverleg.

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 huisarts, 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 huisarts;
- ✓ We houden een overzicht bij van alle VBM in het zorgdossier van de betreffende cliënt; deze is op elke moment voorhanden;
- ✓ De bevindingen van het gebruik van VBM zijn besproken met de medewerkers en met voorzieningen uit het lerend netwerk.

Ziekenhuisopnamen

- ✓ Wij hadden 6 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: 2x heupfractuur, 2x CVA/TIA en 1x urineweginfectie en 1x pneumonie. De bevindingen van het gebruik met betrekking tot SEH zijn besproken met de medewerkers.

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 ISO gecertificeerde kwaliteitsmanagementsysteem;
- ✓ In dit kwaliteitssysteem zijn de verantwoordelijkheden en bevoegdheden vastgelegd;

2. Jaarlijks geactualiseerd kwaliteitsplan

- ✓ Kwaliteitsplan 2018 is ons eerste kwaliteitsplan.
- ✓ Jaarlijks zullen we dit kwaliteitsplan actualiseren.

3. Jaarlijks kwaliteitsverslag

- ✓ Dit is ons tweede kwaliteitsverslag;
- ✓ Dit kwaliteitsverslag is besproken met cliënten(raad) en de medewerkers en via onze website ter beschikking gesteld aan naasten, huisarts, zorgmedewerkers en andere geïnteresseerden;
- ✓ In dit kwaliteitsverslag verantwoorden we kwaliteitsplan 2018;

4. Continu werken in de praktijk aan verbeteren door zorgverleners

- ✓ Zorgverleners zijn in de praktijk middels het teamoverleg nauw betrokken bij het maken van het kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag en werken op deze 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 Riant Verzorgd Wonen (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 ingewezen 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 op de werkvloer is. Er is direct contact met cliënten, familie, medewerkers en vrijwilligers.

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

- ✓ We hebben in het kwaliteitsplan zes thema's onderscheiden die kenmerkend zijn voor ons leiderschap, te weten Visie op zorg; Sturen op kernwaarden; Leiderschap en goed bestuur; Rol en positie interne organen en toezichthouder(s); Inzicht hebben en geven en Verankeren van medische, verpleegkundige en psychosociale expertise. Hoe wij in deze verslagperiode hebben voldaan aan deze kenmerken is terug te vinden in dit kwaliteitsverslag. Hier volgen nog enkele andere kenmerken van ons leiderschap:
- ✓ De directie stelt zich ondersteunend, faciliterend en transparant op naar alle zorgverleners, cliënten, naasten en medewerkers door dagelijks op de werkvloer aanwezig te zijn.
- ✓ In deze verslagperiode heeft de directie (verpleegkundigen) middels klinisch redeneren zo nodig ingegrepen om de veiligheid en kwaliteit van de zorg te borgen;
- ✓ We hebben een goede verstandhouding met cliënten en waar nodig of gewenst ondersteunen we de cliëntenraad, onder andere door een vergaderruimte beschikbaar te stellen en beleids- en verantwoordingsstukken, minimaal twee weken voorafgaand aan de vergadering samen met de agenda, aan te leveren.
- ✓ 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 jaarlijks de samenwerking met stakeholders;
- ✓ We hebben een regeling met een huisarts die ons ondersteunt bij MDO's en vrijheidsbeperking. Deze huisarts 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 het najaar 2018 zijn de eerst stappen gezet ter voorbereiding op implementatie van een digitaal zorgdossier. Doelstelling is om eind 2019 een digitaal zorgdossier geïmplementeerd te hebben.

In deze verslagperiode hebben we personenalarmering bij cliënten thuis toegevoegd aan onze voorziening.

Hoofdstuk 11

Gebruik van informatie.

- ✓ We hebben in deze verslagperiode de cliëntervaringen gemeten met een eigen meetinstrument-ment (beoordeling van cliënten van de zorg n.a.v. zorgleefplan bespreking). We hebben in deze verslagperiode de gemiddelde score 8,6 behaald. Hiermee zijn we tevreden.
- ✓ Altenastaete is AVG-proof. Dit betekent dat er voor iedere medewerker een persoonlijk werk mailadres is aangemaakt. Tevens is er veilig berichtenverkeer (SILO-app) ingericht om datalekken te voorkomen.
- ✓ 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; MIC-meldingen worden besproken in teamoverleg en hieruit worden verbeterpunten gedestilleerd en mogelijk beleid aangepast.
- ✓ Vanuit de cliëntenraad worden gevraagd en ongevraagd adviezen gegeven ten aanzien van verbetering van de zorg. Deze adviezen worden besproken in het teamoverleg en worden verbetermaatregelen afgesproken.
- ✓ Dit kwaliteitsverslag is openbaar toegankelijk via onze website.

Hoofdstuk 12

Verbeterparagraaf

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

- samenwerking huisartsen en apotheek verder vormgeven
- digitalisering zorgdossiers
- digitaliseren roosters medewerkers
- uitbreiden ICT i.v.m. digitalisering zorgdossiers
- uitbreiden van domotica
- personele bezetting uitbreiden met gastvrouwfunctie en ondersteunend personeel voor niet cliëntgebonden activiteiten
- i.v.m. verwachte toename van zorgzwaarte meer verzorgenden/verpleegkundigen aantrekken (min. Niveau 3-IG)
- zorgmedewerkers stimuleren een vervolgopleiding te volgen i.v.m. toename zorgzwaarte
- inzet ondersteunende medewerkers voor niet cliëntgebonden activiteiten
- in verband met arbeidsmarktkrapte extra opleiden van Verzorgenden 3-IG/Verpleegkundigen
- werven van extra vrijwilligers t.b.v. individuele activiteiten cliënten
- kwaliteitsbevordering medewerkers o.a. middels e-learning i.c.m. BIG-scholing en teambuilding
- medewerkerstevredenheid blijven monitoren en hierop acteren
- cliënt tevredenheid blijven monitoren en hierop acteren
- aantrekken HBO-V/wijkverpleegkundigen

Minimaal viermaal per jaar evalueren we in het managementoverleg de voortgang van de verbeterplanning. De bevindingen hierbij bespreken we in de cliëntenraad en met de medewerkers in de diverse teamoverleggen. 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. Dit verslag is openbaar en voor eenieder inzichtelijk.

In deze verslagperiode is als volgt gewerkt aan deze doelen:

- De samenvoeging van de bewoners overleggen van beide huizen tot cliëntenraad is in juni 2018 gerealiseerd.
- Digitaliseren van het zorgdossiers, de eerste items zijn ingericht.
- Het medewerkerstevredenheidsonderzoek is gehouden in de juni 2018. De uitkomsten hiervan zal in het begin van het 3^e kwartaal bekend zijn.
- ISO-certificering en daarbij behorende activiteiten is een doorlopend proces van aandacht en inzet van arbeidscapaciteit.

Slotwoord van de directie

Het inbedden van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg in de organisatie heeft veel positieve inzichten opgeleverd. Het maken van het kwaliteitsverslag doet ons weer beseffen dat bezig zijn met kwaliteit een positieve uitwerking heeft op de organisatie.

Door onze aansluiting bij het Lerend Netwerk van Riant Verzorgd Wonen blijf je alert op de vele items die van belang zijn in het leveren van kwaliteit. Hierbij wordt de inbreng van anderen in het Lerend Netwerk als heel positief en motiverend beschouwd. Samen weet je meer en kun je beter werken aan kwaliteit.