

Kwaliteitsverslag

2022



Hapert, 2023

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 negen onderwerpen:

- Personeelssamenstelling (Hoofdstuk 3)
- Beleid (Hoofdstuk 4)
- 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)

Met dit kwaliteitsverslag voldoen we aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Jaarlijks verantwoorden we ons over de voortgang van het kwaliteitsplan in een kwaliteitsverslag. In dit kwaliteitsverslag verantwoorden we ons over de voortgang binnen ons kwaliteitsplan over het jaar 2022. 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 directie en medewerkers. Tevens wordt hier de cliëntenraad bij betrokken.

Hoofdstuk 1

Zorgvisie en kernwaarden;

Onze zorgvisie en kernwaarden zijn transparant en op meerder plaatsen terug te vinden, zoals;

- Website
- Bewonersgids
- Kwaliteitsplan
- Scholingsplan
- Gedragscode
- Inwerkprogramma
- Beleid Wet Zorg en Dwang

In de vorige verslagperiode was de zorgvisie verweven in meerdere overlegvormen die door het jaar heen plaats hebben gevonden. Tevens geven ze voeding voor de bewonersgids. Daarnaast is het scholingsplan 2023 gepubliceerd op de website, deze is ook onder medewerkers verspreid. Tussen 2018 en 2021 was er sprake van een meerjaren-kwaliteitsplan. Per 2022 is er sprake van een jaarlijks kwaliteitsplan, waarmee het meerjarenplan en het jaarplan ineen vormgegeven wordt. Jaarlijks worden medewerkers gevraagd om input te leveren voor het kwaliteitsplan en scholingsplan. Onze missie en visie is een onderdeel tijdens sollicitatiegesprekken ter werving van nieuwe medewerkers, en tijdens jaargesprekken met het huidige personeelsbestand. Ook het scholingsplan en kwaliteitsplan van 2023 worden gepubliceerd en onder de aandacht gebracht bij het team en de cliëntenraad.

Het management is dagelijks actief betrokken op de werkvloer, in het coachen en ondersteunen van het team. In 2022 werd er tijdens corona uitbraken anders vorm aan gegeven. Dit om de veiligheid van een ieder zoveel mogelijk te waarborgen. Er werd wel bewust voor gekozen om management met regelmaat op de werkvloer aanwezig te laten zijn om de juiste kwaliteit van zorg te kunnen behouden.

Vanaf 2020 heeft de focus gelegen op de Wet Zorg en Dwang. Hier werd in 2022 opnieuw veel aandacht aan besteed. Er zijn in 2022 meerdere trainingen/scholingen geweest voor het team (of deel van het team) op gebied van de WZD. Tevens hebben er trainingen/scholingen plaatsgevonden op de volgende gebieden: BHV en EHBO, infectiepreventie, dementie en onbegrepen gedrag, teambuilding, meldingen incidenten, lastige onderwerpen bespreekbaar maken, door de ogen van de inspecteur, zorgtechnologie en psychofarmaca.

In 2022 is er actief gewerkt aan de Wet Zorg en Dwang (WZD) en heeft hierbij de nadruk gelegen op het coachen van teamleden. Daarnaast zijn hygiëne en infectiepreventie een belangrijk thema gebleven, waarbij op facilitair veel aanpassingen zijn gedaan.

Tevens heeft er in 2021 een onafhankelijke scan plaatsgevonden vanuit Waardigheid en Trots. Deze scan was gericht op het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. De scan bestond uit het invullen van vragenlijsten door cliënten, familie, team en management. Hieruit volgde een uitgebreid kwaliteitsgesprek met de drie scanners vanuit waardigheid en trots. Hierop volgde een terugkoppelgesprek en een verslag, welke gepubliceerd wordt op de website en wordt gedeeld in het team. We zijn trots op het behaalde resultaat!

In 2022 hebben we onszelf de doelstelling gesteld om dit kwaliteitsniveau te behouden en waar mogelijk nog te verbeteren.

Hoofdstuk 2

Doelgroep en werkwijze

Tijdens de verslagperiode voldeden we 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: dat wil zeggen maximaal 13 bewoners;
- Aansturing team: management is direct betrokken bij de zorgverlening op de werkvloer;
- Passie, inzet en betrokkenheid staan hoog in het vaandel, dit blijkt onder andere uit onze zorgvisie, missie en kernwaarden;
- Het is vanzelfsprekend dat de personeelsbezetting is afgestemd op de doelgroep en in overeenstemming is met de missie en visie. Dit is inzichtelijk gemaakt door een toelichting op de personele bezetting met een onderbouwing daarin opgenomen (zie hoofdstuk 4);
- De Hapertse Kluis kan in zeldzame omstandigheden besluiten dat overplaatsing naar een andere zorgvoorziening noodzakelijk is. Dit is altijd in overleg met een deskundige en met het oog op het leveren van kwaliteit en veiligheid;
- Voor onze medewerkers is een gedragscode (beroepscode) opgesteld, waarbij wordt verwacht dat men te allen tijde een professionele werkhouding aanneemt.

Evaluatie: Eind 2022 heeft er een verandering plaatsgevonden binnen het management. In verband met de overname van een dagbestedingslocatie, is het management hierop aangepast. Een manager was vanaf eind 2022 werkzaam bij de dagbesteding, bij woonzorg Hapertse Kluis is de functie secretariael administratief medewerker toegevoegd. Een manager is binnen de Hapertse Kluis meer uren gaan werken. Daarnaast is er in 2022 ingestoken op een verdere professionalisering van het team door diverse scholingen/trainingen. De team overleggen in kleine groepjes (intervisies) werden tevens in 2022 als positief ervaren, in 2023 zal hier vervolg aan gegeven worden.

2 Actief betrokken bij de brancheorganisatie Riant Verzorgd Wonen:

- We delen actief informatie met collega-voorzieningen;
- We staan ervoor open om collega's te ontvangen om nader kennis te maken;
- We nemen deel aan gezamenlijke bijeenkomsten;
- We nemen op directieniveau deel aan een lerend netwerk;
- We stellen medewerkers in staat om deel te nemen aan reflectiebijeenkomsten/trainingen als onderdeel van een lerend netwerk (VAR).

Evaluatie: In 2022 hebben meerdere teamleden deel kunnen nemen aan bijeenkomsten met onderwerpen zoals: dementie/onbegrepen gedrag, infectiepreventie en intimiteit. Vanuit het management heeft een manager deelgenomen aan alle directie/management bijeenkomsten waarin met collega voorzieningen over diverse punten uit het kwaliteitskader, kwaliteitsplan, kwaliteitsverslag en inhoudelijke beleidspunten is gesproken. Nieuwe ontwikkelingen en belangrijke zaken werden doorgevoerd binnen onze organisatie, waarin het team actief werd betrokken.

3 Voldoen aan wettelijke verplichtingen en regelgeving

- We voldoen aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg;
- We voldoen aan IGZ inspectienormen;
- We voldoen aan normen van de inspectie sociale zaken en werkgelegenheid.

Evaluatie: Ook in 2022 is er blijvend aandacht besteed aan de WZD, infectiepreventie, hygiëne, mondzorg en dementie. Op het gebied van infectiepreventie zijn n.a.v. nieuwe richtlijnen facilitaire verbeteractie ingezet. Ook het coronabeleid is steeds geëvalueerd en indien noodzakelijk aangepast. De WTZA (Wet Toetreding ZorgAanbieders) zou in 2022 ingaan, dit is uiteindelijk verzet naar begin 2023. Wel is er in de voorbereiding op deze wet voorbereidingen getroffen.

4 Open(baar)heid

- Uitkomsten en analyses van tevredenheidsonderzoeken onder bewoners en/of contactpersonen stellen we ter beschikking aan belanghebbenden;
- Uitkomsten en analyses van tevredenheidsonderzoeken onder medewerkers stellen we ter beschikking aan belanghebbenden;

Evaluatie: In 2022 is er een cliënttevredenheidsonderzoek geweest, met een mooi resultaat, het rapportcijfer 8. Het onderzoek werd uitgevoerd door een onafhankelijke partij. Daarnaast is de keuze gemaakt omtrent het medewerkerstevredenheidsonderzoek, dat deze in de toekomst afgenomen zal worden door een onafhankelijke partij. Dit onderzoek zal in 2023 weer plaatsvinden.

Hoofdstuk 3

Personeel

In 2022 is het gelukt om ten alle tijden de bezetting op orde te houden, met het team dat we hebben. We hadden als doelstelling om in 2021 geen ZZP meer te gebruiken, en deze doelstelling is in 2022 doorgezet. Vergelijkbaar met 2021 hadden we ook dit jaar een moment dat de bezetting in de nacht, door een nieuwe medewerker die toch niet in dienst kwam, een gat vertoonde. Dit hebben we opgelost met dezelfde ZZP'ers als in 2021, waardoor de kwaliteit van zorg gegarandeerd was.

Het loslaten van de corona maatregelen gaf een enorme piek in het verzuim begin 2022. Daarnaast was er sprake van een hoog langdurig verzuim, door diverse oorzaken. Ook later in het jaar was er sprake van langdurig verzuim, iets wat heel 2022 heeft aangehouden. Daar het in bijna alle gevallen oorzaken betreft waar de werkgever geen invloed op heeft, kunnen we niet meer dan de juiste begeleiding bieden waar mogelijk.

Bij verloop van medewerkers is er kundig nieuw personeel aangenomen. Hierbij vinden we het belangrijk dat iedere medewerker van de Hapertse Kluis een zorgachtergrond heeft. Om dit te bewerkstelligen worden de interieurverzorgsters geschoold in basiszorg, indien zij geen eerdere zorgopleiding gevolgd hebben. Dit om er voor te zorgen dat het gehele team veilige zorg kan bieden.

In 2022 waren er de volgende personeelswijzigingen:

Omschrijving	aantal	fte
Vertrokken medewerkers	5	2,47FTE
Nieuwe medewerkers	4	1.19FTE

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.

Het aantal FTE is zoals verwacht wat afgenomen. Dit heeft te maken met het uitstromen van personeel naar aanleiding van het overlijden van een bewoner met meerzorg. Daarnaast is het vertrek van enkele collega's mede te wijten aan wijziging woonplaats, fysieke beperkingen of toch een andere ambitie.

De in ons kwaliteitsplan beschreven kaders hebben we grotendeels behaald, hieronder evalueren we op deze kaders;

Wij hanteren de volgende kaders voor voldoende en bekwaam personeel, ingedeeld in drie thema's:

1 Aandacht, aanwezigheid en toezicht

- Tijdens de zorg en ondersteuning bij intensieve zorgmomenten (zoals opstaan en naar bed gaan) zijn er minimaal drie zorgmedewerkers beschikbaar om deze taken te verrichten;
- Tijdens de dag en avond is er iemand in de huiskamer of gemeenschappelijke ruimte om de aanwezige bewoners de benodigde aandacht en nabijheid te bieden en toezicht te houden;
- Iedere dag, ook in het weekend, is er iemand aanwezig die de juiste kennis en competenties heeft om separaat van de zorgtaken aandacht te besteden aan zingeving/zinvolle dag-invulling van bewoners;
- De zorgmedewerkers die in direct contact zijn met de bewoners, kennen de bewoner, zijn op de hoogte van hun achtergrond, levensverhaal en persoonlijke wensen.

Evaluatie:

In 2022 is de inzet van maandelijkse activiteitendagen gehandhaafd daar er enthousiast op gereageerd werd door bewoners en personeel.

De externe dagbesteding werd in 2021 gestopt. In deze 2021 is deze vorm van dagbesteding intern voortgezet. In 2022 is ervoor gekozen deze extra dagbesteding, ondanks geen externe cliënten meer toch te behouden op twee dagen in de week (maandag-woensdag) vanwege de positieve meerwaarde die werd gezien voor onze bewoners.

Voor de bewoners waarbij deze vorm van dagbesteding niet passend was (in een grotere groep) worden activiteiten één op één vormgegeven in het woonhuis. Hierbij staat de behoefte van de bewoner voorop. Dit alles naast de reguliere activiteiten zoals georganiseerd voor alle bewoners door de dag heen.

2 Specifieke kennis, vaardigheden

- Er is altijd iemand aanwezig die met zijn of haar kennis en vaardigheden aansluit bij de (zorg)vragen en (zorg)behoeften van de bewoners;
- Er is 24/7 een calamiteitendienst bereikbaar;
- Er is een arts bereikbaar en oproepbaar, huisarts of huisartsenpost (SO-Arts ter ondersteuning oproepbaar door de huisarts, georganiseerd vanuit de Hapertse Kluis);
- Er zijn aanvullende voorzieningen beschikbaar voor (on)geplande zorg, vragen of toenemende complexiteit zoals: opschalen van personeel, inroepen specialist ouderengeneeskunde, overleg medisch specialist of gedragsdeskundige/psycholoog, inzet WZD functionaris, inschakelen Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE).

Evaluatie: Alle bovenstaande punten zijn in 2022 behaald. In 2022 liep de samenwerking met overige disciplines naar wens. In 2023 zal er opnieuw geschoold worden op medicatie en verpleegtechnische handelingen, wat blijvend 2-jaarlijks terugkeert.

3 Reflectie, leren en ontwikkelen

- Er is voor iedere medewerker voldoende tijd en ruimte om te leren en zich te ontwikkelen via feedback, intervisie, reflectie en scholing. Op grond van de opleidingsbehoefte van het zorgpersoneel, alsmede de doelstellingen van de organisatie en de ontwikkelingen in de zorg, worden scholingen georganiseerd ten behoeve van de (individuele) vak-ontwikkeling. Deze zijn opgenomen in het scholingsplan;
- We zijn aangesloten bij het Lerend Netwerk en participeren in bijeenkomsten en scholingen, waarbij ook teamleden aansluiten;
- Er is voldoende tijd beschikbaar om als zorgcoördinator deel te nemen aan multidisciplinair overleg;
- In de functioneringsgesprekken komen competentie- en loopbaanontwikkeling aan de orde.

Evaluatie: Er is aan alle bovenstaande punten voldaan.

In 2022 is er meer ruimte gecreëerd voor het aansluiten bij multidisciplinair overleg voor zorgcoördinatoren, naast de zorgverantwoordelijke. In 2023 zal hier nog meer ruimte voor gecreëerd worden.

Hoofdstuk 4 Beleid

Omdat we nu jaarlijks een kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag opstellen, is het daarnaast opstellen van een jaarplan te komen vervallen.

Evaluatie:

- Het HKZ kwaliteitssysteem: In 2022 is de HKZ certificering behaald. Tevens zijn procedures en beleidsstukken gereviseerd waar nodig.
- De cliënttevredenheid is in 2022 gemonitord. De resultaten zijn met het team en de families van bewoners gedeeld.
- In 2022 is er verder onderzoek gedaan naar uitbreiding met enkele studio's. Dit is tot uitwerking gekomen in een tekening van een architect, waarbij teamleden ook input hebben geleverd voor de vormgeving intern. Cliëntenraad heeft bijdrage geleverd door mee te kijken naar het effect op de huidige bewoners tijdens de bouw. Dit proces loopt in 2023 door waarna gekeken zal worden of de verbouwing gestart kan worden. Wanneer er verbouwingen gaan plaatsvinden dan zal dit in pandig gebeuren.
- Jaarlijks wordt er een scholingsplan opgesteld, ideeën van teamleden en wettelijke eisen worden hierin meegenomen. De nieuwe overlegstructuur die in 2021 is gestart, blijft gehandhaafd daar dit als positief wordt ervaren binnen het team.
- In 2022 is de directie bezig geweest met de overstap naar VPT. Dit loopt momenteel nog en zal in 2023 worden afgerond.
- In 2022 heeft de voorbereiding plaatsgevonden om te starten met het CAO VTT. Welke in maart 2023 in zal gaan. In eerste instantie zijn voorbereidingen gedaan door een werkgroep bestaande uit managers en teamleden, gekozen door het gehele team. In een later stadium zijn alle teamleden hierin betrokken door middel van inloopavonden en individuele gesprekken.

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 zorgplan heeft, dat is gebaseerd op diens unieke persoonlijke wensen en verlangens en dat de professionele zorg voortdurend is afgestemd op de actuele zorgvraag, blijkt uit observaties en rapportages. Aan onderstaande thema's, ontleend aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg, wordt binnen onze locatie voldaan. Dit hebben we als management en directie waargenomen en geconstateerd op basis van functioneringsgesprekken, observaties tijdens onze aanwezigheid op de werkvloer, contacten met bewoners/ naasten, MDO-besprekingen, zorgplanbesprekingen, overdrachten, rapportages, werkbesprekingen, teamoverleg, bijeenkomsten Lerend Netwerk en de kwaliteitsscan vanuit Waardigheid en Trots.

Compassie: nabijheid, vertrouwen, aandacht en begrip

- Medewerkers kennen het verhaal, de behoeften en wensen, de zorgen, problemen en levensvragen van elke bewoner;
- Medewerkers spreken de bewoner aan op een respectvolle manier die de bewoner prettig vindt;
- Medewerkers praten met bewoners en niet over bewoners;
- Medewerkers maken echt contact met bewoners;
- Medewerkers hebben aandacht voor familie, naasten en mantelzorgers;
- Medewerkers hebben inlevingsvermogen, begrip en tonen empathie;
- Medewerkers 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;
- Medewerkers hebben respect voor normen en waarden van de bewoners, naasten en mantelzorgers.

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

- Er is aandacht voor wat bewoners belangrijk en zinvol vinden om te doen. Er is aandacht voor levensbeschouwing en het onderhouden van contacten;
- Als een bewoner dat wil, wordt deze geholpen, met respect voor eigen regie en autonomie;
- Medewerkers 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;
- Bewoners worden zo veel als mogelijk bij activiteiten en belevenissen betrokken, mits zij hier behoefte aan hebben. Zij maken hier altijd zelf de keuze in;
- Bewoners kunnen zoveel mogelijk hun eigen keuzes maken en kunnen zoveel mogelijk hun leefstijl voortzetten;
- Medewerkers kunnen risico's en risicovol gedrag inschatten en hier adequaat naar handelen;
- Medewerkers zijn in staat om veranderd gedrag te duiden, en roepen waar nodig hulp in van een externe professional;
- Medewerkers hebben aandacht voor de naaste(n) van de bewoner als onderdeel van zijn eigen leven;
- Medewerkers kunnen 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.

Evaluatie: Er is ook in 2022 actief gewerkt rondom de WZD, waarbij ook het team actief meegenomen is door hen casusgericht te blijven scholen op dit onderwerp. Ook in 2022 is er aandacht geweest voor de veiligheid i.v.m. corona. Dit blijft een continu afwegen van veiligheid versus mentaal welzijn, hierin zijn steeds wensen van bewoners en hun naasten meegenomen.

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

- 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;
- Medewerkers laten zich primair leiden door de eigen wensen van de bewoner. Daarbij geldt als uitgangspunt zelfzorg stimuleren;
- Bewoners krijgen de kans om zoveel mogelijk zelf sturing over hun leven te houden;
- Medewerkers wegen met de bewoners en zijn naaste(n) de veiligheidsrisico's af tegen de kwaliteit van leven;
- Wensen van en afspraken met de cliënt worden gedeeld met naasten 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 zorgplan en zorgdossier dat in samenspraak met de bewoner en/of diens contactpersoon is opgesteld;
- De bewoner en/of diens contactpersoon geeft aan zich te herkennen in het zorgplan en het zorgdossier, zo niet dan wordt dat besproken;
- Voor iedere bewoner en/of diens contactpersoon is een multidisciplinair overleg (MDO) mogelijk. De inbreng van de bewoner en/of diens contactpersoon doet ertoe om de zorgverlening beter af te stemmen op behoeften;
- Met de bewoner en/of diens contactpersoon wordt op regelmatige basis besproken of de zorg- en behandelafspraken worden nagekomen en of de zorg aan de wensen en behoeften voldoet;
- Iedere bewoner beschikt binnen uiterlijk zes weken na opname over een zorgplan en zorgdossier;
- Binnen 24 uur zijn in ieder geval zaken zoals medicatie, dieet, primaire hulpvraag, een eerste contactpersoon en handelen bij calamiteiten vastgelegd in het zorgdossier;
- Het zorgplan wordt opgesteld door tenminste een niveau 3 zorgverlener, die tevens voor deze bewoner de zorgcoördinator is;
- Medewerkers werken individueel en multidisciplinair samen met een actueel zorgplan dat ook werkelijk verbinding houdt met de uitvoering van zorg;
- Medewerkers hebben inzicht in de situatie van de bewoner, inzicht in het zorg- en behandelproces rondom de bewoner en werken hierin samen als multidisciplinair team;
- Medewerkers kunnen inzicht geven over de zorg aan de bewoner, aan diens naasten en aan collega's.

Evaluatie: In de praktijk merken we dat bewoners en diens naasten het soms moeilijk vinden beslissingen te maken of uit te spreken rondom de Advance Care Planning, waardoor we hebben besloten om dit onderwerp bij elke zorgleefplan bespreking op een respectvolle manier terug te laten komen.

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 binnen onze woonzorgvoorziening. Deze thema's zijn ontleend aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Dit hebben we als management en directie waargenomen en geconstateerd op basis van functioneringsgesprekken, observaties tijdens onze aanwezigheid op de werkvloer, contact met cliënten en naasten, MDO-besprekingen, zorgplanbesprekingen, overdrachten, rapportages, werkbesprekingen, team overleggen, Lerend Netwerk en de kwaliteitsscan van Waardigheid en Trots.

Zingeving

- Er is door medewerkers 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 geestelijk verzorger te spreken van de eigen levensbeschouwelijke signatuur.

Zinvolle tijdsbesteding

- Bewoners kunnen iedere dag deelnemen aan verschillende activiteiten, individueel of in groepsverband;
- Bewoners worden gestimuleerd om te bewegen;
- Bewoners kunnen naar buiten als zij dat willen;
- Bij de uitvoering van de dagactiviteiten kan een bewoner begeleiding krijgen van professional;
- Er wordt bij de tijdsbesteding rekening gehouden met verschil in behoefte aan ondersteuning en zorg.

Evaluatie: Gezien werd dat een aantal bewoners een achteruitgang doormaakte op dementieel gebied, wat in de prikkelverwerking meer problematiek opleverde. Hierin heeft extra scholing plaatsgevonden door een deskundige op het gebied van prikkelverwerking bij dementie. Ook is er geïnvesteerd om het team te coachen om hierin juiste benadering hierbij toe te kunnen passen. Na aanleiding van deze achteruitgang hebben we de individuele begeleiding bij een aantal bewoners extra ingezet.

Schoon en verzorgd lichaam plus verzorgde kleding

- Iedere bewoner ontvangt naar eigen wens en behoefte de dagelijkse persoonlijke verzorging van lichaam en kleding.

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 is bekend bij bewoners en zorgverleners, deze is terug te lezen in de bewonersgids;

Wooncomfort: gastvrijheid, maaltijden, schoonmaak en inrichting

- De inrichting van de woonomgeving is aangepast aan zorg- en ondersteuningsbehoeften;
- De privé, verkeers- en gedeelde (recreatie)ruimten zijn schoon en veilig;
- Bewoners worden in de gelegenheid gesteld met eigen spullen hun studio in te richten;
- Dagelijks wordt een evenwichtige maaltijd verzorgd waarbij rekening wordt gehouden met geloofs- en levensovertuiging;
- Bewoners worden zoveel mogelijk betrokken bij het samenstellen van de (week)menu's;
- Bewoners worden daar waar mogelijk en wenselijk betrokken bij het halen van boodschappen en het bereiden van de maaltijden;

- Bezoek voor bewoners is altijd welkom;
- Bezoek voor de bewoners wordt altijd koffie of thee aangeboden. Zij mogen dit ook zelf pakken.

Evaluatie: Gebleken werd dat een aantal bewoners door mentale achteruitgang moeilijker in staat waren om hun wensen aan te geven in de weekmenu's. Hierop is geanticipeerd door middel van visuele plaatjes te zoeken / verzamelen van voedingsmiddelen, zodat zij op deze manier toch uitgedaagd en betrokken kunnen worden bij het samenstellen van de weekmenu's.

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

Medicatieveiligheid

- Minimaal tweemaal per jaar organiseren we een medicatiereview met de apotheker en de huisarts;
- We analyseren de MIC meldingen wekelijks en per kwartaal wordt er een uitgebreide analyse opgesteld. Voorheen deden we dit jaarlijks. We besteden aandacht aan oorzaken en verbetermogelijkheden. Hierbij betrekken we de medewerkers en zo nodig voeren we een retrospectieve risicoanalyse uit;
- We beperken het antipsychoticagebruik in samenspraak met de huisarts en SO-Arts zoveel mogelijk en we registreren de prevalentie van het gebruik van antipsychotica om te kunnen vergelijken met voorzieningen uit het lerend netwerk;
- We beperken het antibioticagebruik in samenspraak met de huisarts zoveel mogelijk en we registreren de prevalentie van het gebruik van antibiotica om te kunnen vergelijken met voorzieningen uit het lerend netwerk.

Evaluatie: In 2022 hebben we actief geïnvesteerd in de betrokkenheid teambreed rondom de MIC meldingen. Dit zodat het team hier actiever in betrokken is, waardoor we teambreed een lerend netwerk creëren. Daarnaast heeft in 2022 een scholing psychofarmaca plaatsgevonden door de SO-arts op locatie, waarbij de focus gelegd werd op het belang van het beperken van psychofarmaca.

Decubitus en mondzorg

- Er vindt regelmatige monitoring plaats van huidletsel, voedingstoestand en mondzorg bij alle bewoners;
- Bespreking van de bevindingen van deze monitoring vindt plaats met de medewerkers en met voorzieningen uit het lerend netwerk.

Evaluatie: Er is scholing gevolgd op het gebied van mondzorg en ontwikkelingen daarvan.

Inzet vrijheidsbeperkende maatregelen

- Indien onvrijwillige zorg is geïndiceerd waar binnen woonzorg Hapertse Kluis geen mogelijkheden toe zijn, betekent dit dat de betreffende bewoner dient te worden overgeplaatst naar een voorziening die hiertoe gemachtigd is;
- Vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) worden met de grootst mogelijke terughoudendheid toegepast. Bij toepassing wordt altijd beoordeeld welke VBM de minste impact heeft op de vrijheid en het welzijn van de bewoner en of er sprake is van verzet. Indien er sprake is van verzet, maar een maatregel urgent is in verband met een ernstig nadeel, dan worden daar de juiste disciplines bij betrokken;
- Indien VBM worden toegepast wordt dit besproken met de bewoner en diens naasten, met de SO-arts, met de zorgverantwoordelijke en met de WZD functionaris indien het onvrijwillige zorg betreft. Indien er sprake is van onvrijwillige zorg treedt de WZD in en zal multidisciplinair het stappenplan ingezet worden. Evaluatie is hier onderdeel van.
- Op elk moment is een overzicht van alle VBM voorhanden;
- De bevindingen van het gebruik van VBM worden besproken met de medewerkers en met voorzieningen uit het lerend netwerk.

Evaluatie: Het team is getraind om ten alle tijden kritisch en op detailniveau te kijken of er sprake is van verzet bij een bewoner, of dat er sprake is van het opleggen van beperkingen. Dit onderwerp is

ook blijvend een aandachtspunt, om de kwaliteit hierin hoog te houden. In 2021 heeft er ook een samenwerking plaatsgevonden met een SI-therapeut, welke een positief effect heeft gehad op onbegrepen gedrag bij twee bewoners.

In 2022 is er rondom de WZD geen sprake geweest van de inzet van stappenplannen. Ondanks dit heeft er minimaal elke 6 weken een gedragsvisite plaatsgevonden met SO en psycholoog indien nodig.

Ziekenhuisopnamen

- *Ziekenhuisopnamen op de Spoedeisende hulp (SEH) worden geregistreerd in het persoonlijke zorgdossier;*

Evaluatie: Er is een protocol rondom ziekenhuisopname, welke er op gericht is om alle belangrijke documenten en informatie rondom de bewoner mee te geven. Daarnaast wordt er met zorg gedacht aan spullen die bijdrage aan het welzijn van de bewoner. Deze worden direct of zo snel mogelijk na opname naar de bewoner gebracht. Familie wordt hierin ook betrokken. Alle bijzonderheden worden verwerkt in het dossier.

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 drie elementen die het leren en werken aan kwaliteit in deze verslagperiode hebben bevorderd.

1 Kwaliteitsmanagementsysteem

- We werken met het kwaliteitsmanagementsysteem, waarbij in 2022 de HKZ certificering is behaald.
- In dit kwaliteitssysteem zijn de verantwoordelijkheden en bevoegdheden vastgelegd;
- Verantwoording afleggen is ingebed in de processen met de daaraan vastgelegde taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden.

Evaluatie: Met regelmaat worden individuele processen of documenten gereviseerd of aangevuld.

2 Continu werken in de praktijk aan verbeteren door zorgverleners

- Kort-cyclische feedback, continue reflectie en dialoog worden gestimuleerd en vinden in een open klimaat plaats.

3 Lerend netwerk

- Wij maken deel uit van een lerend netwerk, te weten met brancheorganisatie Riant Verzorgd Wonen, waarbij meerdere organisaties aangesloten zijn. Deze collega zorgorganisaties vallen onder een andere rechtspersoon en hebben een andere Raad van Bestuur;
- Bij de keuze van deze netwerkpartners stond het leren en de praktische werkbaarheid centraal;
- In dit netwerk werken we in ieder geval samen rondom het kwaliteitsplan en het kwaliteitsverslag met verbeterparagraaf;
- In dit netwerk staat samen leren en het ondersteunen d.m.v. uitwisselen van ervaringen en informatie centraal.

Evaluatie: We zijn nog steeds ook aangesloten bij het Kenniz Netwerk. Dit om nog meer toegang te hebben tot scholing en kennisverbreding.

Hoofdstuk 9

Leiderschap, governance en management;

Kenmerkend voor ons participerend leiderschap is dat het management op werkdagen aanwezig is op de werkvloer. Er is direct contact met cliënten, familie, medewerkers en vrijwilligers. Ook is één manager meewerkend op de werkvloer, in aanvulling op haar managementtaken.

We hebben in het kwaliteitsplan zes thema's onderscheiden, die kenmerkend zijn voor ons leiderschap, te weten

1. Visie op zorg;
2. Sturen op kernwaarden;
3. Leiderschap en goed bestuur;
4. Rol en positie interne organen en toezichthouder(s);
5. Inzicht hebben en geven;
6. 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:

- Directie en managementteam stelt zich ondersteunend, faciliterend en transparant op naar alle zorgverleners, cliënten, naasten, medewerkers en vrijwilligers.
- Tussen de drie managers is een goed samenspel in de verdeling van aandachtsvelden en verantwoordelijkheden.
- De zorgvisie en kernwaarden zijn opgenomen in het kwaliteitsplan.
- 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;
- De gedragscode wordt bij iedere nieuwe medewerker onder de aandacht gebracht. Zij krijgen deze opgestuurd en er wordt specifiek gevraagd om deze te lezen. Daarnaast wordt er een document m.b.t. vertrouwelijke informatie ondertekent.
- Er is een samenwerking met huisarts, SO-arts, psycholoog en WZD functionaris.
- Er is een personeelsbestand in overeenstemming is met de visie, taken en doelgroep.

Hoofdstuk 10

Gebruik van hulpbronnen

Hulpbronnen die wij benutten zijn beschreven in ons kwaliteitsplan. Wij zijn tevreden over het gebruik hiervan. We houden ons op de hoogte van nieuwe ontwikkelingen en we overwegen of deze voor ons toepasbaar zijn. In deze verslagperiode hebben we een aantal nieuwe hulpbronnen toegevoegd aan onze woonvoorziening.

Technologische hulpbronnen

Er wordt gebruik gemaakt van een online medewerker- en cliëntportaal genaamd Nedap/Ons. Voor het netwerk is er een verwantenportaal beschikbaar genaamd Caren Zorg.

Daarnaast wordt er momenteel gewerkt met het kwaliteitshandboek. In 2022 is de HKZ certificering behaald.

Professionele relaties

In 2022 is de samenwerking met ZBVO voortgezet. Hierbij maken we gebruik van meerdere disciplines zoals de SO-arts, psycholoog, WZD-functionaris en een 24-uur beschikbare SO-arts en mogelijk andere onafhankelijke disciplines rondom de WZD.

Hoofdstuk 11

Gebruik van informatie.

- We hebben deze verslagperiode de cliëntervaringen gemeten met een tevredenheidsonderzoek via Net Promotor Score.
- De medicatieveiligheid is bij ons geregeld conform landelijke standaard. Er is jaarlijkse verslaglegging waarin de resultaten worden geanalyseerd en verbeteruggesties worden gedaan.
- Dit kwaliteitsverslag, alsmede ons kwaliteitsplan is openbaar toegankelijk via onze website.

Evaluatie: Met ons tevredenheidsonderzoek onder cliënten hebben we gemiddeld een 8 behaald. Dit resultaat hebben we ook bekeken in het licht van een benchmark met vergelijkbare instellingen. Het gemiddelde rapportcijfer binnen de benchmark was een 8,2.

In 2023 komt er weer een nieuw kwaliteitsplan, gezien het huidige kwaliteitsplan tot november 2022 loopt. Het kwaliteitsplan is vanaf 2023 geen meerjarenplan meer, maar een jaarlijks plan. Het oude jaarplan wordt hier ook in opgenomen.

Voor de kwaliteitsscan van Waardigheid en Trots zijn meerdere bewoners en hun families, en ook medewerkers benaderd om aan dit onderzoek deel te nemen. Voor de resultaten van deze scan verwijzen we door naar het verslag van dit onderzoek, welke op de website en binnen het portaal van Waardigheid en Trots te vinden is.

Hoofdstuk 12

Verbeterparagraaf

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

- Verdere uitbreiding van de infectiepreventie;
- De wet Zorg en Dwang onder de aandacht blijven brengen van het team;
- Behouden van dezelfde kwaliteit van zorg, ook bij verruiming van studio's;
- Nieuwe balans in het team bij uitbreiding;
- Verloop binnen team zo veel als mogelijk inperken door in te steken op medewerkerstevredenheid;
- Wensen van bewoners en teamleden actief betrekken in de verbouwing door het aanstellen van een verbouw commissie, hierbij ook te kijken naar een optimale personeelsbezetting in de nieuwe situatie;
- Blijven streven naar een warm thuis voor onze bewoners en een warme werkplek voor het team;

De resultaten van verbeterplannen worden in het kwaliteitsverslag opgenomen. Dit verslag is openbaar en voor een ieder inzichtelijk.

In deze verslagperiode is als volgt gewerkt aan de volgende doelen:

- In 2022 zijn interne audits uitgevoerd zowel op middelen als materialen als de uitvoering van het werk. Na aanleiding hiervan zijn materialen verbeterd en of aangeschaft.
- De wet Zorg en Dwang is in 2022 continu onder de aandacht geweest in de vorm van: interviews, audits en tijdens de uitvoering van het werk. Ook in het lerend netwerk is dit onderwerp aan de orde gebleven.
- In 2022 heeft nog geen verruiming van studio's plaatsgevonden. Dit zal in 2023 gerealiseerd gaan worden. Waarbij dezelfde doelstelling blijft staan om de kwaliteit van zorg te behouden.
- In 2022 hebben functioneringsgesprekken en individuele gesprekken plaatsgevonden gericht op medewerkerstevredenheid. In 2023 zal opnieuw een onafhankelijk medewerkers tevredenheidsonderzoek plaatsvinden.
- Ondanks dat de plannen voor verbouwing opgeschoven zijn naar 2023 is hier actief over gesproken in de cliëntenraad en directie management overleg.
- We blijven streven naar een warm thuis voor onze bewoners, hun netwerk en het team.

Slotwoord van de directie

Met voldoening sluiten we middels dit kwaliteitsverslag het jaar 2022 af. Zoals elk jaar stond ook dit jaar weer in het teken van kwaliteit en het verbeteren van het welzijn van onze bewoners.

Een mooie en belangrijke mijlpaal op gebied van kwaliteit in 2022 was het behalen van het HKZ-certificaat. Zoals de NEN, Stichting Koninklijk Nederlands Normalisatie Instituut, het beschrijft *“Een organisatie met het HKZ-keurmerk heeft intern de zaken goed op orde, stelt de klant centraal en werkt voortdurend aan het verbeteren van de zorg- en dienstverlening”*. Met de behaalde certificering laten we vanuit onze organisatie duidelijk zien aan onze bewoners, families, samenwerkingsverbanden en andere stakeholders dat kwaliteit van zorg, en de continue verbetering hiervan, centraal staat binnen Woonzorg Hapertse Kluis.

De stappen die we op gebied van kwaliteit hebben gezet, zouden niet mogelijk zijn geweest zonder de inzet en toewijding van ons team. We zijn trots op hun professionaliteit, empathie en betrokkenheid bij het leveren van hoogwaardige zorg. Hun passie en toewijding zijn de drijvende kracht achter Woonzorg Hapertse Kluis.

We zijn dankbaar voor het vertrouwen dat onze bewoners en hun families in ons hebben gesteld en we zullen blijven streven naar het leveren van de best mogelijke zorg voor onze bewoners. Laten we samen vooruitkijken naar een nieuw jaar, waarin we onze inzet voor kwaliteit voortzetten en blijven bouwen aan een warme en liefdevolle omgeving voor onze bewoners.

Directie Woonzorg Hapertse Kluis,
Bert Heerbaart
Tom Heerbaart
Teddy Heerbaart