

Kwaliteitsverslag 2018

Leythenrode en Oudshoorn, verpleeghuizen van Alrijne

d.d. 6 juni 2019

Kwaliteitsverslag 2018

Verpleeghuis Leythenrode en Oudshoorn

1. Korte terugblik 2018

Als we terugkijken op 2018 zijn er een aantal belangrijke ontwikkelingen geweest die van invloed zijn geweest op hoe wij invulling hebben gegeven aan het kwaliteitsplan. Hieronder staan een aantal ontwikkelingen in het kort weergegeven.

Harmonisatie tussen de verpleeghuizen

In 2018 is er een nieuw organisatiemodel ingericht, waarin de twee verpleeghuizen zelfstandig gepositioneerd zijn binnen Alrijne Zorggroep. Verpleeghuis Leythenrode en Oudshoorn zijn daardoor intensiever met elkaar gaan samenwerken en meer van elkaar gaan leren. Er zijn een aantal nieuwe functies benoemd, zoals onder ander: directeur, teamleiders, regisserend verpleegkundige, praktijkondersteuner en eerste specialist ouderengeneeskunde. Daarnaast zijn er voorbereidingen getroffen voor de overgang naar één cliëntenraad met vertegenwoordiging vanuit beide verpleeghuizen.

Personeelstekort: start kernteam personele inzet

In heel Nederland is er sprake van een grote arbeidsmarktkrapte voor verplegend/verzorgend personeel. Hetzelfde geldt voor de verpleeghuizen Leythenrode en Oudshoorn. In de zomer van 2018 kende Leythenrode, maar ook Oudshoorn, een groot personeelstekort (30 fte).

In 2018 is veel aandacht gegaan naar het vinden, binden en behouden van (nieuwe) zorg collega's ('de handen aan het bed'), een randvoorwaarde om te allen tijde de kwaliteit van zorg en welzijn voor de bewoners te kunnen behouden. Met tot gevolg dat een aantal doelstellingen minder of geen prioriteit hebben gekregen en volgend jaar nog een vervolg krijgen.

Kwaliteit: evaluatie van het kwaliteitsmanagementsysteem

In 2018 hebben we een aantal belangrijke keuzes gemaakt op basis van de evaluatie van ons kwaliteitsmanagementsysteem. We meten onze kwaliteit van zorg onder andere met behulp van indicatoren. Deze zijn geëvalueerd en de basisindicatoren zijn hierin opgenomen. De meetinstrumenten zijn geëvalueerd en er is een keuze gemaakt voor het certificeringssysteem Prezo en het cliënttevredenheidsonderzoek van Facit (CQ index). Daarnaast heeft er een professionaliseringsslag plaatsgevonden onder de commissies, zijn we aan de slag gegaan met het optimaliseren van het zorgleefplan en is er een visie op veiligheid vs kwaliteit van leven geformuleerd.

De algemene conclusie, wanneer naar de vereiste criteria uit het kwaliteitskader wordt gekeken, is dat de basis van de kwaliteit van zorg in de verpleeghuizen Leythenrode en Oudshoorn op dit moment op orde is. Kwaliteitsinstrumenten die binnen de verpleeghuizen gangbaar zijn, zoals de jaarplancycclus, de verbeter- en borgingscycclus V&V, de prestatie-monitor en de rapportage kwaliteit en veiligheid, maken dat we voldoen aan de eisen die gesteld zijn in het kwaliteitskader.

Opbouw kwaliteitsverslag (leeswijzer)

In dit kwaliteitsverslag 2018 staat in het kort beschreven hoe de verpleeghuizen Leythenrode en Oudshoorn invulling hebben geven aan de genoemde thema's uit het kwaliteitskader. Per thema staat beschreven welke uitdaging wij vooraf hebben gezien, welke doelen aan de hand daarvan zijn gesteld en in hoeverre deze doelstellingen zijn behaald.

2. Kwaliteitskader: algemeen beschrijvend overzicht uitkomsten

Binnen de verpleeghuizen Leythenrode en Oudshoorn bieden wij bewoners comfort als ze niet meer zelfstandig kunnen wonen. We willen samen met de bewoner en hun naasten ervoor zorgen dat mensen zich thuis voelen. Kwaliteit van leven en waarde toevoegen aan de beleving van de dag is voor ons belangrijk. Ieder mens is anders. Daarom is de eigenheid (uniciteit) en eigen regie (autonomie) van mensen ons vertrekpunt.

Wij bieden liefdevolle en warme zorg en gaan uit van wat mensen zelf willen. We bespreken steeds de verschillende mogelijkheden en kiezen samen voor de best gewenste zorg en een fijne invulling van de dag. We accepteren afgewogen risico's die bijdragen aan de autonomie en keuzevrijheid van de bewoner.

2.1 Persoonsgerichte zorg

De uitdaging voor 2018: persoonsgerichte zorg

Hoe wij persoonsgerichte zorg toepassen komt sterk in onze organisatiefilosofie SamenAlrijne naar voren. We zullen nog 'handen en voeten' moeten geven aan de implementatie van onze organisatiefilosofie, zodat het in de genen van onze medewerkers gaat zitten. Zij moeten door hun benadering bewoners een fijne dag kunnen bieden en de focus nog meer gaan leggen op het welbevinden van de bewoner. Waarbij extra aandacht is voor het uniciteit en autonomie van bewoners. Om afspraken per bewoner goed vast te kunnen leggen willen we het gebruik van het zorgleefplan optimaliseren.

Concrete doelen 2018	Status	Verantwoording
Start implementatie van organisatiefilosofie SamenAlrijne		We geloven in onze organisatiefilosofie SamenAlrijne, waar excellente zorg een onderdeel van uit maakt. Het is echter nog niet zo dat dit al volledig in 'de haarvaten' van onze medewerkers zit, waardoor dit nog nader uitgewerkt moet worden. Het moet nog veel meer geconcretiseerd worden en handvaten krijgen, zodat het ook daadwerkelijk de basis van ons handelen wordt.
Optimaliseren van gebruik van het zorgleefplan		We zijn hard aan de slag gegaan met het optimaliseren van het gebruik van het zorgleefplan en we zijn trots op de stappen die we hebben gezet. Bij alle bewoners is de levensloop vastgelegd en is de benaderingskaart verder ingevoerd. Verder staan er verplichte doelen in het elektronisch cliëntendossier (ECD) die meer richting geven bij het gebruik van het zorgleefplan. Bovendien is de zorgleefplanevaluatie verbeterd, zodat alles op één plek in het ECD staat. Daarnaast hebben we het rapporteren via de SOAP-methode geïntroduceerd.

2.2 Wonen en Welzijn

De uitdaging voor 2018: wonen en welzijn

Een schoon en verzorgd lichaam is voor onze bewoners en medewerkers vanzelfsprekend. Net als het wooncomfort. We willen dat bewoners en naasten zich thuis voelen. Wij vinden een zinvolle dagbesteding van groot belang voor de zingeving. Daarom maakt de focus op welzijnsactiviteiten een belangrijk onderdeel uit van onze organisatiefilosofie. Het vraagt wel om continue toetsing van in hoeverre het aanbod nog aansluit bij de vraag en wensen van bewoners. Het is daarom van belang dat we de geboden dagbesteding continue optimaliseren. Bovendien is familieparticipatie van groot belang voor de uniciteit en het leren kennen van bewoners. Familie van

<i>bewoners wordt al betrokken, maar wij vinden dat zowel familie als vrijwilligers een actievere rol in het leven van bewoners moeten kunnen spelen.</i>		
Concrete doelen 2018	Status	Verantwoording
Optimalisatie familieparticipatie m.b.v. het project 'Verzorgenden en familie werken samen'.		Familieparticipatie is een onderwerp dat over meerdere jaren wordt ontwikkeld en over de twee huizen wordt geharmoniseerd. De optimalisatie familieparticipatie blijft een aandachtspunt, dit zal in 2019 vervolg krijgen.
Optimalisatie dagbestedingsaanbod in zorgleefplanbespreking opnemen		De optimalisatie van het dagbestedingsaanbod wordt bij Oudshoorn in de zorgleefplanbespreking meegenomen. Voor Leythenrode is dit nog in ontwikkeling. Centraal wordt veel aan dagbestedingsactiviteiten gedaan, het welbevinden van de bewoners staat centraal. Alleen de kleine momenten van extra dagbesteding op de woningen/ afdelingen kan nog worden geïntensiveerd. Daarom is in 2018, naast de inzet van vrijwilligers, een start gemaakt met de inzet van woonzorgmedewerkers die extra aandacht geven aan het welzijnscomponent op de woningen/ afdelingen.
Behalen 'Goed geregeld' keurmerk voor vrijwilligersbeleid		Naast onze medewerkers en familieleden van bewoners dragen ook onze vrijwilligers zorg voor het wonen en welzijn van onze bewoners. Het keurmerk 'Goed geregeld' voor vrijwilligersbeleid is in juni 2018 voor beide huizen behaald. De eindbeoordelaar oordeelde dat de gehele organisatie erg professioneel omgaat met het vrijwilligersmanagement. De vrijwilligers-coördinatoren zijn professioneel en het blijkt dat er veel persoonlijke aandacht is voor de vrijwilliger (Eindbeoordeling Goed Geregeld).
2.3 Veiligheid		
<i>De uitdaging voor 2018: veiligheid</i> <i>We voldoen aan de indicatoren van basisveiligheid, deze worden overigens in 2018 nog vanuit het kader aangescherpt. Verschillende metingen ter toetsing van de kwaliteit en veiligheid worden uitgevoerd, gemonitord en er worden waar nodig verbeteracties uitgezet. Regelmatig evaluatie van de verschillende metingen is van belang en niet alle indicatoren zijn te ontsluiten vanuit het ECD. We missen naast de vaste commissies nog een goed functionerende overkoepelende kwaliteitscommissie voor de verpleeghuizen. En er zijn verbeterpunten aangegeven vanuit de commissies waar we mee aan de slag willen. Wat tenslotte nog ontbreekt is onze visie op wat de veiligheidseisen betekenen voor de kwaliteit van leven van de bewoner.</i>		
Concrete doelen 2018	Status	Verantwoording
We voldoen aan de nieuwe indicatoren basisveiligheid 2018 van het kwaliteitskader		We voldoen voor het merendeel aan de nieuwe indicatoren basisveiligheid. De nieuwe indicatoren worden door de verschillende commissies en het medisch team gemonitord en zijn opgenomen in de rapportage K&V en in het portaal.
Alle nieuwe indicatoren basisveiligheid zijn te ontsluiten uit ons ECD		Dit is vooraf met de leverancier besproken en getest. De nieuwe indicatoren zijn, met uitzondering nog van de indicator Medicatiereview, uit het ECD te ontsluiten. Deze wordt momenteel nog handmatig geregistreerd.

Twee keer per jaar vindt een evaluatie plaats van de indicatoren in de rapportage K&V	●	Tweemaal per jaar monitoren de commissies en het team medisch de basisindicatoren behorende bij hun expertise in een halfjaarrapportage. Deze halfjaarrapportages, aangevuld met organisatiebepaalde indicatoren t.a.v. onder ander het ECD en de HACCP, vormen de input voor de halfjaarlijkse rapportage kwaliteit en veiligheid. Hierin worden ook trends uitgelicht en verbetervoorstellen gedaan. Die worden in de commissie kwaliteit besproken.
De commissie kwaliteit analyseert en komt met verbetervoorstellen op het gebied van kwaliteit en veiligheid	●	De commissie kwaliteit is in 2018 5x keer bij elkaar gekomen. In 2018 hebben zij over de volgende onderwerpen o.a. een verbetervoorstel ingediend: herijking commissies (incl. taken MIC-commissie); basisindicatoren en de halfjaarrapportages inregelen via de PDCA; halfjaarlijkse rapportage kwaliteit en veiligheid inclusief verbetervoorstellen.
Implementatie van het nieuwe BOPZ handboek	●	De BOPZ commissie heeft zorggedragen voor de implementatie van het nieuwe BOPZ handboek. In dit handboek komt aan bod: de richtlijnen uit de wet BOPZ, de procedure BOPZ, wilsbekwaamheid en de WGBO. Maar ook beschrijft dit handboek onze visie, het beleid en de procedures op het gebied van vrijheid beperkende maatregelen. Het accent ligt hierbij op preventie en het terugdringen van vrijheid beperkende maatregelen.
De inzet van vrijheid beperkende maatregelen terugdringen en de inzet van alternatieven optimaliseren	●	De BOPZ commissie heeft in 2018 de uitvoering van de huidige wet BOPZ geoptimaliseerd waarbij de belangrijkste aandachtspunten het goed registreren en terugdringen van vrijheid beperkende maatregelen en psychofarmaca zijn geweest. In de indicatoren is dit helaas nog niet terug te zien. Dit blijft een aandachtspunt. De visie op een fixatievrijhuis is zowel intern als naar familie uitgedragen. Voor reeds toegepaste fixerende maatregelen zijn afbouwplannen gemaakt in overleg met de vertegenwoordigers. Daarnaast is aandacht geweest voor de inzet van alternatieven zoals knuffelkat, ballendeken of laag-laag bed.
Visie veiligheid in relatie tot kwaliteit van leven van de bewoner vormgeven, vanuit onze organisatiefilosofie SamenAlrijne	●	De visie op kwaliteit van leven vs. veiligheid is vastgesteld. Deze is vormgegeven vanuit onze organisatiefilosofie waarin de eigenheid en eigen regie van mensen centraal staan. Voor onze bewoners zijn onze verpleeghuizen hun thuis. Net als thuis kan kwaliteit van leven niet altijd zonder risico's. Wij willen daarom niet bij voorbaat alle risico's weghouden van de bewoners, opdat met de keuzevrijheid en een gevoel van welzijn blijft ervaren. Tevens blijven we ons dagelijks inzetten voor een optimale veiligheid voor de bewoners.

2.4 Leren en verbeteren

De uitdaging: leren en verbeteren van kwaliteit

Het kwaliteitsmanagementsysteem moet worden geoptimaliseerd, omdat we streven naar een verbetercultuur waarbij merkbare kwaliteit in plaats van meetbare kwaliteit voorop staat. De PDCA-cyclus is organisatie breed geïmplementeerd, maar veelal nog gekoppeld aan

verbeterpunten uit audits e.d. We willen meer naar een cultuur van continue verbeteren. Bovendien heeft de uitvoering van de laatste fase van de PDCA-cyclus extra aandacht. Dit is van belang van een goede borging. Naast een algemeen lerend netwerk willen we op een aantal specifieke thema's met andere zorgaanbieders deelnemen in een lerend netwerk. Zo kunnen we meer kennis en expertise delen en continue van elkaar leren.

Concrete doelen 2018	Status	Verantwoording
Evalueren kwaliteitsmanagementsysteem (incl. kijkpuntenlijsten)	●	Het kwaliteitsmanagementsysteem en de kijkpuntenlijsten zijn geëvalueerd.
Optimalisatie van de verbeter- en borgingscyclus (PDCA)	●	Met behulp van diverse meetinstrumenten wordt informatie verzameld over de kwaliteit van zorg en de cliëntveiligheid op de locaties. We meten onze kwaliteit van zorg met behulp de basisindicatoren uit de zorg. Deze worden opgenomen in de halfjaar rapportage kwaliteit en veiligheid. De indicatoren worden 1x per jaar geëvalueerd. Onze interne verbeter- en borgingscyclus op kwaliteit van zorg sluit goed aan bij Prezo, doordat deze is ingedeeld volgens de Plan-Do-Check-Act (PDCA)-cyclus. Voor de 'check' en 'act' maken we gebruik van de interne audit instrumenten, zoals de prestatiemonitor en kijkpuntenlijsten die per woning/afdeling door de prestatiecoaches worden uitgevoerd. Daarin zijn alle levensdomeinen van de bewoner vanuit Prezo uitgewerkt. Aan de hand van de uitkomsten maken we een plan van aanpak en gaan we aan de slag met de verbeterpunten, zodat we continue met elkaar blijven verbeteren.
Start inrichting continue verbeter cultuur	●	In 2018 is het besluit genomen dat we gaan starten met <i>SamenBeter</i> , het programma voor continu verbeteren dat gebaseerd is op de principes van Lean. Het programma is vastgesteld. In 2019 starten de eerste verbeter teams.
Behoud Gouden Prezo keurmerk	●	We hebben in 2018 Prezo goud op zowel locatie Leythenrode (18 september 2018) als Oudshoorn (10 december 2018) behouden.
Inrichting lerend netwerk op specifieke, nader te bepalen, thema's	●	We zijn gestart met verschillende lerende netwerken. We hadden al een bestuurlijk overleg. Nu hebben we ook lerende netwerken opgericht op het gebied van kwaliteit, HR en medische zaken/specialisten ouderengeneeskunde.
Publicatie kwaliteitsverslag 2017 (na afstemming gremia)	●	Het kwaliteitsverslag 2017 is op 1 juli 2018 gepubliceerd.

2.5 Leiderschap, governance en management

De uitdaging: leiderschap, governance, management

We werken volgens de Zorgbrede governance code 2017 en de medezeggenschapsorganen zijn goed gepositioneerd en worden gefaciliteerd. Er moet voor de verpleeghuis overstijgende zaken nog een platform Cliëntenraden worden ingericht.

In de aansturing van de verpleeghuizen bestaat er nog geen maximale synergie tussen de twee verpleeghuislocaties. Ook de zorg en behandeling is nog apart van elkaar georganiseerd en de verankering van professionele inbreng moet worden geëvalueerd. Dit kan

binnen het herijkte besturingsmodel en/of binnen inrichting van een VAR/PAR verpleeghuizen. De raad van bestuur is in control op het gebied van kwaliteit en veiligheid. Er wordt nader bepaald op welke wijze de raad van bestuur/ directeur gaan meelopen in het primaire proces.

Concrete doelen 2018	Status	Verantwoording
Lokale en centrale medezeggenschap cliënten is geïmplementeerd		Er komt vanaf 1 januari 2019 een gezamenlijke cliëntenraad met vertegenwoordigers uit Leythenrode en Oudshoorn.
Inrichten herijkte besturingsmodel, incl. professionele verankering		In 2018 hebben we het besturingsmodel verder ingericht, waarbij de eerste specialist ouderengeneeskunde en teamleider behandeldienst nu naast de teamleiders zorg vast onderdeel uit maken van het managementteam. Daarnaast is de functie voor regisserend verpleegkundige in het leven geroepen.
Voorstel over inrichting VAR/PAR verpleeghuizen		We hebben nog geen VAR verpleeghuizen opgericht, wel zijn er al meerdere gesprekken gevoerd met collega's uit het lerend netwerk om hierin afstemming te zoeken. Volgend jaar komt dit terug op de agenda. Tevens moet worden nagegaan wat geleerd kan worden van de VAR van Alrijne ziekenhuis.
Voorstel meelopen RvB /directeur in het primaire proces		De voorzitter RvB en directeur hebben beide meerdere keren op de woningen/afdelingen meegelopen om zo dichtbij het primaire proces en gericht vragen te kunnen stellen aan medewerkers. Dit werd zeer gewaardeerd.

2.6 Personeelssamenstelling

De uitdaging voor 2018: personeelssamenstelling

We voldoen aan de tijdelijke personele norm uit het kwaliteitskader, welke in 2018 vanuit het kwaliteitskader wordt geëvalueerd en aangepast. Toch zijn er altijd een aantal verbeterpunten die we willen oppakken.

We vinden het van belang dat onze medewerkers de mogelijkheid krijgen om van andere te leren, momenteel is er geen concrete mogelijkheid om mee te lopen bij andere collega-organisaties. We gaan onderzoeken hoe we dit kunnen realiseren.

Daarnaast is er landelijk sprake van arbeidsmarktkrapte, dit zien wij terug in het aantal openstaande vacatures. Naast het aantrekken van de juiste professionals zorgen we ook dat we de juiste professionals behouden. Er is een spanning ontstaan tussen het competentieniveau van de zorgverlener en de eisen die gesteld worden. Dit heeft te maken met de steeds complexer wordende doelgroep. Om hierop in te spelen moeten we het functiehuis gaan herijken en medewerkers opleiden. Bovendien willen we per doelgroep dedicated medewerkers en zoveel mogelijke vaste gezichten voor de bewoners. Ook streven we daarom naar het uitbreiden van onze flexpool en willen geen gebruik meer maken van uitzendkrachten.

Concrete doelen 2018	Status	Verantwoording
Voldoen aan de nieuwe personele norm 2018		We voldoen aan de personele norm. Dit is terug te vinden in het overzicht van onze personele samenstelling op onze website. Net als de rest van Nederland hebben wij nog wel een groot tekort aan zorgpersoneel.
De uitkomsten van het medewerkersonderzoek op thema's; feedback geven en ontvangen,		Het medewerkersonderzoek stond gepland in 2018. Uiteindelijk is besloten dat we liever gezamenlijk zorggroep breed het medewerkersonderzoek willen inzetten. Het medewerkersonderzoek staat nu gepland voor uitvoering in mei

samenwerken in het team, agressie zijn hoger [resp. lager] in 2018 dan in 2017		2019.
Plan realisatie van meelopen medewerkers bij andere collega-organisatie	●	Dit is niet gerealiseerd, hoewel we nog steeds sterk achter het idee staan. Helaas heeft de personele bezetting (het tekort) het tot dusver niet mogelijk gemaakt om mensen extra vrij te plannen voor meelopen bij collega-organisaties. Wel werken we intensief samen binnen het lerend netwerk om het personeelstekort gezamenlijk op te pakken. Zo is er onder andere gestart met de introductie van carrousel-banen en het in gezamenlijkheid opleiden van basis verzorgenden
Start maken met het herinrichten functiehuis wonen	●	Het kernteam personele inzet heeft zich bezig gehouden met functiedifferentiatie, zo is er gestart met een nieuwe opleiding tot basisverzorgende 2.5. Er zijn een aantal nieuwe functies gestart: regisserend verpleegkundige, praktijkondersteuners en praktijkbegeleiders. De herinrichting van het functiehuis is nog niet afgerond in 2018 en loopt nog door in 2019.
Scholing t.a.v. probleem gedrag/ complexere zorgvraag opnemen in opleidingsplan	●	In 2018 zijn de speerpunten van de scholingsdagen gericht geweest op het vergroten van kennis van medewerkers m.b.t. de toenemende complexiteit van de zorgvraag voor bewoners met dementie/ hersenschade en de daarbij behorende gedragsproblematiek. Specifieke onderwerpen van scholing zijn geweest "Grensoverschrijdend gedrag", "BOPZ/ inzet psychofarmaca in relatie tot vrijheidsbeperking" en "Verschillende vormen van dementie". Daarnaast is er op beide locaties de leergang ouderenpsychiatrie aangeboden aan medewerkers niveau 3/4/5.
Dedicated behandeldienst inrichten voor de verpleeghuizen	●	Per 1 april 2018 hebben de verpleeghuizen een eigen 'dedicated' behandeldienst. De behandeldienst is eind 2018 ook weer geheel op formatie.
2.7 Gebruik hulpbronnen		
<i>De uitdaging voor 2018: gebruik hulpbronnen</i> <i>Met de servicecentra vanuit Alrijne Zorggroep zijn nog geen dienstverlenings-overeenkomsten (DNO's) afgesloten. We willen met alle servicecentra en de verpleeghuizen DNO's afsluiten met hierin heldere afspraken met daarbij de doorbelasting van de kosten, die ieder half jaar worden geëvalueerd. De kwaliteit van de dienstverlening staat daarbij voorop. Met overige samenwerkingspartners hebben we al samenwerkingsovereenkomsten afgesloten met de kosten die daarbij horen.</i> <i>De servicecentra ondersteunen de implementatie van de organisatiefilosofie van SamenAlrijne. (KP 2018)</i>		
Concrete doelen 2018	Status	Verantwoording
Met alle service centra zijn DNO's afgesloten met daarin kwaliteit en transparantie over de geleverde diensten en doorbelaste kosten	●	Eind 2018 is met de meeste servicecentra een DNO afgesloten. Ten aanzien van de kwaliteit en transparantie over de geleverde diensten en doorbelaste kosten is nog wel winst te behalen. Volgend jaar moet dit opnieuw worden geagendeerd.

2.8 Gebruik informatie		
De uitdaging voor 2018: gebruik van informatie <i>Er zijn een aantal verbeterpunten die we op basis van het cliënttevredenheidsonderzoek willen oppakken. De methodiek voor de meting van cliëntervaringen moet worden geëvalueerd en bijgesteld. We meten nu elke twee jaar extern de cliëntervaringen en willen dit nu ieder jaar gaan meten. Het blijft een momentopname. Daarnaast gaan we onderzoeken of een structurele meting waarbij we de cliëntervaring continue kunnen monitoren mogelijk is. De kwaliteit van leven van de bewoner staat immers centraal. Wij hopen dat het lerend netwerk bij dit onderzoek ons van dienst kan zijn.</i>		
Concrete doelen 2018	Status	Verantwoording
<i>Besluit voor een methodiek voor jaarlijkse en structurele cliënttevredenheidsmeting.</i>		Na een uitgebreide vergelijking tussen een aantal meetinstrumenten hebben wij gekozen onze cliënttevredenheidsmeting volgens de CQ index te laten meten door bureau Facit. In oktober t/m december 2018 is het jaarlijkse cliënttevredenheidsonderzoek naar de kwaliteit van onze zorg en dienstverlening aan de bewoners van verpleeghuis Leythenrode en Oudshoorn uitgevoerd. De resultaten hiervan staan kort beschreven in 4.2 en zijn opgenomen in de bijlagen. Over de wijze waarop we de structurele cliënttevredenheidsmeting gaan uitvoeren is in 2018 nog geen besluit genomen.
<i>De cliënttevredenheid op de ervaren beschikbaarheid personeel, inspraak in de zorg, schoonmaak, bejegening en informatie scores in 2018 hoger dan de uitkomsten in 2017</i>		De doelstelling is niet geheel behaald. Het onderzoek geeft aan dat voor beide huizen naasten van bewoners die bij ons op de PG- of sociale geriatrie-afdelingen verblijven tevreden zijn. Bewoners van somatische afdelingen zijn in verhouding iets minder tevreden. Voor Leythenrode zijn de belangrijkste aandachtspunten activiteiten en daginvulling, meebeslissen over zorg en behandeling en informatie over ontwikkelingen binnen woonzorg of behandelingen. Voor Oudshoorn zijn dit omgang met elkaar, activiteiten, beschikbaarheid van zorgverleners (PG) en schoonmaak, omgang met elkaar en aandacht van de zorgverleners (somatiek). De benoemde verbeterpunten zijn teruggekoppeld en besproken met bewoners/ vertegenwoordigers/ medewerkers en opgenomen in een plan van aanpak. De acties in het plan van aanpak worden ieder kwartaal geëvalueerd.

3. Specifieke onderdelen

3.1 Veiligheid

Indicatoren basisveiligheid

Ieder half jaar wordt een rapportage kwaliteit en veiligheid (K&V) opgesteld waarin alle indicatoren basisveiligheid zijn verwerkt. Basisveiligheid is een van de thema's die aandacht krijgen in het kwaliteitskader. Bij dit thema is eind 2017 een aantal indicatoren uitgewerkt door de stuurgroep verpleeghuiszorg.¹ Deze zijn in 2018 Q1/Q2 voor het eerst opgenomen in de rapportage. De nieuwe indicatoren hebben als gevolg dat cijfers niet altijd te vergelijken zijn met eerdere scores uit de rapportage.

De commissies en specialisten ouderengeneeskunde hebben opdracht gekregen de indicatoren behorende bij hun expertise op te nemen in hun rapportages. Deze rapportages zijn input voor de rapportage kwaliteit en veiligheid. Daarnaast is intensief contact geweest met leverancier Adapcare om het ECD en de AO/IC-vragen zo in te richten dat de scores uit het ECD gehaald kunnen worden.

Een viertal indicatoren zijn er in het bijzonder uitgehaald en staan hieronder per locatie weergegeven.

Onderwerp	Indicator	Leythenrode Q1/Q2 2018	Leythenrode Q3/Q4 2018	Oudshoorn Q1/Q2 2018	Oudshoorn Q3/Q4 2018
1. Medicatieveiligheid	Bespreken medicatiefouten in het team: Percentage afdelingen waar medicatiefouten ten minste eens per kwartaal multidisciplinair worden besproken met medewerkers van de afdeling op basis van meldingen die zijn gedaan.	Nee	100%	Ja	100%
	Medicatiereview: Percentage bewoners waarbij de afgelopen zes maanden een formele medicatiereview heeft plaatsgevonden in het bijzijn van een zorgmedewerker die de medicijnen aan de cliënt verstrekt.	0%	100%	54%	100%
2. Decubituspreventie	Uitvoering Risicosignaleringen: Percentage gescreende bewoners op verhoogd risico op alle 5 zorgproblemen (decubitus, depressiviteit, vallen, voeding, medicatiegebruik).	96%	61%	99%	79%
	Opvolging gesignaleerde verhoogde risicosignaleringen: Percentage bewoners met een verhoogd risico op 1 of meer van de 5 zorgproblemen (decubitus, depressiviteit, vallen, voeding, medicatiegebruik) waarbij de opvolging adequaat is.	100%	81%	100%	84%
	Decubitus: Percentage bewoners in de zorgorganisatie met decubitus graad 2 of hoger.	n.v.t.	5%	n.v.t.	5%
	Casuïstiekbespreking decubitus op de afdeling: Percentage afdelingen waar een casuïstiekbespreking over decubitus dit jaar heeft plaatsgevonden.	n.v.t.	100%	n.v.t.	100%
Onderwerp	Indicator	Leythenrode Q1/Q2 2018	Leythenrode Q3/Q4 2018	Oudshoorn Q1/Q2 2018	Oudshoorn Q3/Q4 2018
3. Vrijheidsbeperkende maatregelen	Middelen en maatregelen rond vrijheid: Percentage bewoners in de zorgorganisatie waarbij middelen en maatregelen rond vrijheid zijn toegepast (onderverdeling naar categorieën). Gebruikte categorieën in Woonzorg: a. mechanisch; b. farmacologisch; c. elektronisch; d. anders.	a. 15%	a. 24%	a. 73%	a. 64%
		b. 20%	b. 11%	b. 22%	b. 24%
		c. 13%	c. 14%	c. 56%	c. 57%
		d. 0%	d. 0%	d. 0%	d. 3%

4. Advanced care planning	Gezamenlijke afspraken over behandeling rond het levenseinde: Percentage bewoners in de zorgorganisatie waarbij beleidsafspraken rondom het levenseinde (wel of niet reanimeren, wel of niet stoppen met levensverlengende behandelingen zoals antibiotica, bloedproducten en preventieve medicatie, en wel of geen ziekenhuisopname) zijn vastgelegd in het dossier. Cliëntkenmerken in ECD: a. reanimeren, b. medisch beleid, c. opname ziekenhuis.	a. 99%	a. 99%	a. 99%	a. 100%
		b. 91%	b. 94%	b. 99%	b. 100%
		c. 99%	c. 99%	c. 100%	c. 100%

3.2 Cliëntoordelen

Voorheen werd één keer in de twee jaar een cliënttevredenheidsonderzoek uitgevoerd, nu is dit jaarlijks. In de zomer 2018 hebben wij opnieuw een besluit genomen voor een meetinstrument. We hebben 5 verschillende meetinstrumenten met elkaar vergeleken, op basis van een aantal criteria, zoals: validiteit, flexibiliteit, representativiteit, kwantitatief/kwalitatief, spiegelinformatie, rapportages, aansluiting met Prezo. We hebben in samenspraak met de Cliëntenraad op basis van een aantal overwegingen gekozen voor de CQ index van Facit.

In de periode oktober t/m december 2018 hebben wij door Facit het onderzoek (CQ index) laten uitvoeren naar de kwaliteit van onze zorg en dienstverlening aan de bewoners van verpleeghuis Leythenrode en Oudshoorn. Bewoners of hun naasten zijn gevraagd een vragenlijst in te vullen over onderwerpen als deskundigheid, communicatie, activiteiten en schoonmaak.

Resultaten

Het onderzoek geeft aan dat voor beide huizen naasten van bewoners die bij ons op de PG- of sociale geriatrie-afdelingen verblijven zeer tevreden zijn. Bewoners van somatische afdelingen zijn in verhouding iets minder tevreden. In de bijlagen treft u de samenvatting van de resultaten van het cliënttevredenheidsonderzoek 2018 aan. Respondenten is gevraagd een cijfer te geven voor het verpleeghuis, voor de verzorgenden/ verpleegkundigen en in hoeverre ze het huis aanbevelen bij anderen (promotorscore).

	Leythenrode	Oudshoorn
Cijfer voor het verpleeghuis (gem.):	7,9	8,5
Cijfer verzorgenden/ verpleegkundigen (gem.):	8,2	8,4
Promotorscore (8, 9, 10):	PG: 83%	PG: 93%
	SOM: 56%	SOM: 62%

De resultaten van het cliënttevredenheidsonderzoek zijn tijdens bijeenkomsten door Facit gepresenteerd aan bewoners en hun naasten. Tevens zijn de uitkomsten aan de cliëntenraad gepresenteerd Met zowel bewoners, naasten als cliëntenraadsleden is het gesprek gevoerd over wat hen het meest opvalt, of zij de resultaten herkennen en of zij suggesties hebben ter verbetering. Op basis van deze input en de verbeterpunten uit het onderzoek is een plan van aanpak opgesteld met een aantal acties die ieder kwartaal door het managementteam

worden gemonitord. De input van het cliënttevredenheidsonderzoek zorgt ervoor dat wij ons blijven verbeteren, doordat we direct op de ervaring van de cliënten in kunnen spelen.

3.3 Leren en werken aan kwaliteit

Het kwaliteitsplan 2018 is onderdeel van het jaarplan 2018 en wordt op die manier meegenomen in de planning & control cyclus. Alle concrete doelen zijn naar acties vertaald en worden ieder kwartaal gemonitord in het managementteam. De commissie kwaliteit speelt hierbij ook een belangrijke inhoudelijke rol. In 2018 stond organisatie breed met name het optimaliseren van de kwantitatieve en kwalitatieve personele norm als prioriteit bovenaan. Vanuit het lerend netwerk met twee andere collega's is er intensief samengewerkt voor de werving en behoud van nieuwe zorgmedewerkers. De medewerkers van kwaliteit, HRM en de specialisten ouderengeneeskunde hebben ieder een eigen lerend netwerk gestart. Bovendien werken Leythenrode en Oudshoorn als huizen veel meer met elkaar samen, waardoor we ook intern steeds meer van elkaar leren.

3.4 Personele formatie

Door de extra kwaliteitsgelden kunnen we meer zorg-medewerkers aantrekken, maar ze zijn nog steeds lastig te vinden. In de zomerperiode in 2018 is onder leiding van de HR adviseur een kernteam personele inzet ingesteld. Dit kernteam is zeer voortvarend aan de slag gaan met de werving, behoud, scholing en ontwikkeling van medewerkers.

Eind 2018 is de vacatureruimte drastisch verminderd, zorgmedewerkers niveau 3-4 blijven nog lastig te vinden, waardoor we een aantal ZZP-ers hebben in moeten zetten. Het aantal zorgmedewerkers met een lager opleidingsniveau is wel sterk toegenomen. Daarnaast zijn alle vacatures binnen de behandeldienst en specialisten ouderengeneeskunde vervuld.

Vacatures in de hogere functieniveaus, hogere kosten door inzet van ZZP'ers en instroom van lagere functieniveaus is een trend waarmee de gehele gezondheidszorg sector te maken heeft. Om hier actief op in te spelen heeft het kernteam ideeën ontwikkeld voor het aantrekken van mensen in een oriëntatiebaan, aandachtsbaan, herintreders en zij-instromers en het intern opleiden van deze nieuwe collega's. Een deel van deze plannen zijn ontwikkeld in samenwerking met ons lerend netwerk (Libertas Leiden en WIJdezorg) en worden in 2018 en 2019 gefinancierd door het zorgkantoor Zorg & Zekerheid vanuit de regionale transitie-middelen. Naast de werving is het kernteam in 2018 tevens druk bezig geweest met extra scholingsactiviteiten.