

Kwaliteitsverslag
2019

Stichting KVH
Zusters Onder de
Bogen

Maastricht



Inhoudsopgave

| | |
|---|----|
| 1. Algemeen beschrijvend overzicht uitkomsten | 3 |
| 1.1 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning:..... | 3 |
| 1.2 Wonen en welzijn | 4 |
| 1.3 Veiligheid | 5 |
| 1.4 Leren en werken aan kwaliteit..... | 7 |
| 1.5 Leiderschap, governance en management..... | 8 |
| 1.6 Personeelssamenstelling (voldoende en vakbekwaam personeel)..... | 9 |
| 1.7 Gebruik van hulpbronnen | 10 |
| 1.8 Gebruik van informatie | 13 |
| 2. Specifieke aandacht voor drie onderdelen | 14 |
| 2.1 Veiligheid | 14 |
| 2.1.1 Opname van kwantitatieve uitkomsten op de vier veiligheidsthema's en bijbehorende uitwerkingen..... | 14 |
| 2.1.2 Medicatieveiligheid | 14 |
| 2.1.3 Decubituspreventie..... | 14 |
| 2.1.4 Gemotiveerd gebruik van vrijheid beperkende maatregelen..... | 14 |
| 2.1.5 Preventie van acute ziekenhuisopnamen | 14 |
| 2.2 Cliëntoordelen | 15 |
| 2.3 Leren en werken aan kwaliteit | 15 |
| 2.3.1 Het kwaliteitsplan inclusief verbeterparagraaf | 15 |
| 2.3.2 Het kwaliteitsverslag..... | 16 |
| 2.3.3 Het samen leren, waaronder deel uitmaken van het lerend netwerk | 17 |

1. Algemeen beschrijvend overzicht uitkomsten

Voor het profiel van onze zorgorganisatie verwijzen naar het Kwaliteitsplan 2020-2021 zoals dat in december 2019 door ons is opgesteld. In het kloosterverzorgingshuis wonen alleen geïndiceerde, vrouwelijke religieuzen.

In hoofdstuk 1 van dat plan leest u over onze missie, onze visie, de kernwaarden, doelgroepen, het aantal geïndiceerde zusters per zzp en het aantal zorglocaties.

Als strategische pijler van het beleid van ons kloosterverzorgingshuis maken wij meerjarenbeleidsplannen. Deze worden besproken tussen de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht. In 2017 is het Strategisch Meerjarenbeleid 2017 – 2020 geformuleerd en vastgesteld.

Eind 2019 hadden vijf zusters een indicatie van pakket ZZP4 en hoger. Hun gemiddelde leeftijd was 89 jaar.

1.1 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning:

Alle geïndiceerde zusters hebben een "eigen" contactpersoon van de afdeling verzorging.

Bovendien staan aan alle zusters ook betaalde mantelzorgers ter beschikking; zogenaamde "zusterassistenten". Dit zijn ook vaste contactpersonen. Wij hechten er erg aan dat de geïndiceerde zusters steeds met dezelfde medewerkers contact hebben.

Wij hebben dit zelfs doorgevoerd tot en met de afdeling Huishouding. Wij hebben nog steeds zelf huishoudelijke medewerksters in vaste dienst, die steeds bij dezelfde zuster het appartement poetsen.

Dus vanuit de geïndiceerde zuster geredeneerd heeft zij een overzichtelijk aantal, vaste medewerkers 'tot haar beschikking'.

Deze vaste medewerkers kennen alle zusters bij naam en kennen hun achtergronden; hun levensverhalen.

Door langjarige dienstverbanden van de vaste medewerkers is er sprake van een vertrouwensband tussen de geïndiceerde zusters en de medewerkers.

Wekelijks houdt de huisarts spreekuur in ons kloosterverzorgingshuis.

Het zorgleefplan, dat iedere zuster heeft is opgedeeld in 4 domeinen:

In levensdomein 1 worden de "Woon en leefomstandigheden" beschreven

Levensdomein 2 gaat over "Participatie". In levensdomein 3 wordt het "Welbevinden" beschreven en in levensdomein 4 komt de somatische "Gezondheid" aan bod incl. medicatie en decubitus.

Per domein worden er zorgdoelen geformuleerd en acties worden hieraan gekoppeld. Tweemaal per jaar vindt er een bewonersgesprek plaats waarin de zorgdoelen worden geëvalueerd. Voor de zusters met een pg-indicatie vinden er MDO's plaats. Ook minstens 2 x per jaar maar meestal vaker.

Op het moment dat het levenseinde nadert vindt er minimaal 1x per week een gesprek plaats tussen de zuster en de huisarts (de huisarts komt wekelijks en heeft zo nodig overleg met de Specialist Ouderengeneeskunde), om zo optimale ondersteuning te kunnen bieden aan deze fase in het leven van de zuster. Ook hiervan vindt verslaglegging plaats in het zorgleefplan.

De assistente van de zuster kan op ieder moment het zorgleefplan van de zuster inzien (uiteraard nadat betreffende zuster daar toestemming voor heeft verleend).

1.2 Wonen en welzijn

Met betrekking tot het thema zingeving is onderstaande in ons kloosterverzorgingshuis georganiseerd:

- Iedere dag vindt er in de kapel een ochtendgebedsdienst plaats, om 09;30 uur een eucharistieviering en 's avonds opnieuw een gebedsdienst;
- Dagelijks wordt de rozenkrans gebeden;
- Maandelijks is er de mogelijkheid tot aanbidding in de kapel;
- In het klooster zijn medezusters maar enkele geestelijken beschikbaar om te voorzien in de behoefte van de zuster op pastoraal, geestelijk en levensbeschouwelijk vlak; Vanwege de hoge leeftijden zijn steeds minder geestelijken beschikbaar;
- Op verzoek wordt de H. Communie uitgereikt op de kamer, bijvoorbeeld bij bedlegerige zusters;
- Er vinden verdiepingsbijeenkomsten en retraites plaats rondom thema's o.a. ter voorbereiding op de zgn. kapittels. Dit zijn zes jaarlijkse vergaderingen;
- Ook worden de opdrachten die voortvloeien uit het kapittel met elkaar besproken;

Er wordt zoveel mogelijk rekening gehouden met de klooster dagorde.

Onderwerpen als eenzaamheid, depressie, het verlies van functies en hoe hier mee om te gaan, zijn vast onderwerp van gesprek zowel met medezusters als met de verzorging. Met de "eigen" zorgmedewerker minimaal 2 x per jaar;

In het klooster is er een activiteitenbegeleider in dienst en vrijwilligers die het zorgteam ondersteunen bij de kloosterlijke dagorde van de zuster.

Het activiteiten aanbod is volledig aangepast op de behoefte van de individuele zuster. Maatwerk dus. Ook de zusterassistenten doen mee aan activiteiten en ontplooiën ook zelf initiatieven.

De zusterassistenten verzorgen ook de communicatie met de familie.

Vrijwilligers worden ingezet om de zusters voor te lezen, om te wandelen, om de zusters met de auto ergens heen te brengen of om samen gezellig koffie te drinken. Eenmaal per jaar worden de vrijwilligers als dank extra in het zonnetje gezet wanneer voor hen het jaarlijkse uitstapje wordt georganiseerd.

De diverse activiteiten, buiten de dagorde van het klooster om zijn; iedere week gym, schilderen, bakactiviteiten, bloemschikken, wandelingen in de tuin, themamiddagen, kleien,

bezoekjes naar de kapel van Onze Lieve Vrouw Sterre der Zee, het park, naar de kerstmarkt, naar de kermis, het bezoeken van familie, concerten, het theater en het centrum.

De zusters worden dagelijks geholpen met de ADL. Dit verschilt sterk per zuster, enerzijds door de lichamelijke beperkingen en hoe de zuster daar mee omgaat, anderzijds door gewoontes van de zuster zoals het gewenste tijdstip van verzorgen. Individueel wordt hierop ingespeeld bij de uitvoering van de ADL. Bijzonderheden omtrent de ADL worden genoteerd op een kaartjesplanbord en in het individuele zorgleefplan.

De kamers zijn ingericht naar de wensen en behoeften van betreffende zuster. Alle appartementen hebben eigen sanitair. De meeste zusters hebben uitzicht op de tuin.

In het weekend worden de eucharistievieringen vanuit de eigen kapel uitgezonden op het interne televisiekanaal. Zo kunnen de zusters die slecht ter been zijn toch de eucharistieviering volgen.

Sinds een aantal jaren gebruiken alle zusters gezamenlijk, de maaltijden in 'de Refter'. Zusters hebben qua maaltijden een beperkt keuzemenu, passend bij hetgeen in het klooster gebruikelijk is.

1.3 Veiligheid

- Twee keer per jaar is er een medicatieoverleg met huisarts, apotheker en zorgmedewerker.
- Er is een MIC-commissie waaruit soms acties of verbetermogelijkheden voortvloeien.
- Voor o.a. de volgende onderwerpen: voeding, incontinentie, antipsychotica, valpreventie, decubitus en onbegrepen gedrag zijn protocollen en registratielijsten voorhanden.
- "Medicatie" en "Hygiëne" komen ook terug in het lerend netwerk. Zie hoofdstuk 2.3.3.

Jaarlijks voor 1 juli zullen door ons de indicatoren voor de personeelssamenstelling en de basisveiligheid worden aangeleverd aan Zorginstituut Nederland, via de portal van Desan.

In 2020 de administratieve afwikkeling vertraagd omdat de meeste energie van onze organisatie vooral is gericht op het voorkomen van coronabesmetting.

Het Zorginstituut Nederland heeft de termijn voor de wettelijk verplichte aanlevering van de kwaliteitsgegevens uitgesteld van 1 juni 2020 naar 1 november 2020.

Dit betreft de zogenaamde "Aanlevering kwaliteitsgegevens Verpleeghuiszorg, verslagjaar 2019".

Naast zorginhoudelijke veiligheid hebben wij tevens aandacht voor de veiligheid van hulpmiddelen, er is een gecertificeerde brandmeld- en ontruimingsinstallatie, maandelijks houden wij brandoefeningen met de BHV-ers, alle medewerkers van de afdeling verzorging zijn opgeleide BHV-ers, de voedselveiligheid wordt steekproefsgewijs door externe inspecteurs getoetst door middel van bacteriologische metingen in onze keuken.

Immers alle maaltijden worden nog dagelijks bereid in onze eigen keuken. HACCP-normen worden gehanteerd en de richtlijnen voor voedselhygiëne (RIVM - LHCV) worden toegepast.

Wij hebben een legionella beheersplan met periodieke monsternames van leidingwater door bevoegde en deskundige, externe partijen. Zo nodig wordt de installatie van het leidingwater aangepast om bacterievorming zo veel mogelijk te voorkomen.

1.4 Leren en werken aan kwaliteit

Het Kloosterverzorgingshuis beschikt over een volledig gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem volgens het HKZ-model. De certificering richt zich in eerste instantie op het primaire proces (de verzorging), maar het kwaliteitssysteem is indirect toegepast op de hele organisatie.

De medewerkers blijven, ook in een kleiner wordende organisatie werken aan een goede kwaliteit van de dienstverlening.

In het voorjaar van 2020 zijn wij geaudit volgens de nieuwe NEN-norm 2015. De externe audit is zeer goed verlopen.

De auditor van TÜV-Nederland heeft geen afwijkingen geconstateerd.

Op 14 maart 2019 heeft er een inspectiebezoek plaatsgevonden door de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd.

De vier aandachtsgebieden die zijn onderzocht zijn:

Persoonsgerichte zorg

Deskundige zorgverlener

Sturen op kwaliteit en veiligheid

Medicatieveiligheid

Op alle vier de aandachtsgebieden heeft Stichting Kloosterverzorgingshuis Zusters Onder de Bogen de hoogste score behaald.

Dit hebben wij vooral te danken aan onze bekwame en betrokken medewerkers.

Onderstaand volgt een citaat uit het Inspectierapport.

“Conclusie bezoek De inspectie constateert dat de geboden zorg binnen Zusters Onder de Bogen voldoet aan alle getoetste normen.

De zusters kunnen rekenen op persoonsgerichte zorg van deskundige en enthousiaste zorgverleners en zuster assistenten.

De zorgverleners en zuster assistenten kennen de zusters en zijn de op hoogte van hun wensen en behoeften. De zorgverleners en zuster assistenten benaderen de zusters deskundig, warm en met respect.

Zusters Onder de Bogen bevordert de deskundigheid van zorgverleners en schept een klimaat waarin het continue leren wordt nagestreefd.

Dit alles maakt dat de inspectie op dit moment voldoende vertrouwen heeft in de wijze waarop Zusters Onder de Bogen stuurt op de kwaliteit en veiligheid van zorg.

De inspectie concludeert dat er geen vervolgtoezicht nodig is.

Op basis van de bevindingen en bovenstaande conclusie ziet de inspectie op dit moment geen aanleiding Zusters Onder de Bogen opnieuw te bezoeken. De inspectie verwacht dat u goede zorg continueert. De inspectie sluit het bezoek af.”

Voor het volledige Inspectierapport wordt verwezen naar de website www.zusteronderdebogen.nl met volgende link:

<https://www.cbsisters.net/nl/wp-content/uploads/2019/05/Rapport-inspectiebezoek-Inspectie-Gezondheidszorg-en-Jeugd-Kloosterverzorgingshuis-Zusters-Onder-de-Bogen-14-maart-2019.pdf>

Alle verzorgenden en verzorgingsassistenten volgen elke twee jaar de verplichte opleidingen zodat zij bevoegd en bekwaam blijven voor het uitvoeren van verpleegtechnische handelingen. Daarnaast worden er met enige regelmaat cursussen aangeboden met als doel de zorg aan de bewoners te verbeteren. Tevens volgen medewerkers opleidingen in het kader van hun persoonlijke ontwikkeling.

Elke twee jaar wordt er met de medewerkers een jaargesprek gehouden. Tijdens het gesprek wordt ook het onderwerp "bekwaamheid" besproken. Medewerkers kunnen aangeven of zij zich nog steeds bekwaam voelen om verpleegtechnische handelingen te verrichten.

Tijdens het jaargesprek komt ook altijd het onderwerp "scholing" aan bod. Ieder jaar wordt aan de medewerkers gevraagd of er nog scholingswensen zijn. De meeste scholingswensen (zinnelijke opleidingen of opleidingen in het kader van de persoonlijke ontwikkeling) worden gehonoreerd. Elk jaar is er voldoende budget beschikbaar om het scholingsplan te kunnen uitvoeren.

Voor de zusters is het prettig als de vaste, bekende medewerkers de directe zorg leveren. Deze hebben namelijk (als gevolg van hun lange dienstverbanden) de benodigde kennis van hun leefwijze, hun tradities en hun wensen en behoeften.

Daar er per bewoner meer verzorgingspersoneel wordt ingezet dan het landelijk gemiddelde, kan er aan de individuele bewoner ook meer aandacht worden gegeven. Dit komt uiteraard de kwaliteit van de zorgverlening ten goede. Het klooster stelt hiervoor extra financiële middelen ter beschikking.

1.5 Leiderschap, governance en management

Voor onze visie op zorg verwijzen wij naar hoofdstuk 1 van het Kwaliteitsplan.

Als bestuursmodel geldt al jaren het Raad van Bestuur – Raad van Toezicht-model.

Onze stichting volgt de principes van de Zorgbrede Governance Code op en leeft deze na.

De Raad van Bestuur bestaat uit vier leden en de Raad van Toezicht uit drie leden. In beide organen zijn bewust zowel zusters als externe deskundigen geselecteerd, als bestuurders.

Een van de leden van de Raad van Bestuur is een gepensioneerd, specialist ouderengeneeskunde.

De voorzitter van de Raad van Bestuur heeft periodiek een-op-een overleg met de teamleider verzorging. Bovendien ontvangt hij alle notulen van het teamoverleg en neemt ook hij initiatieven om verbetervoorstellen te doen.

Wij zijn van mening dat de bestuurders en toezichthouders beschikken over de in onze situatie gevestigde deskundigheid.

Noch de leden van de Raad van Bestuur, noch de leden van de Raad van Toezicht ontvangen uit hoofde van hun lidmaatschap een bezoldiging.

Jaarlijks wordt het functioneren van de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht geëvalueerd.

Er is een Cliëntenraad actief binnen het Kloosterverzorgingshuis. Minimaal viermaal per jaar wordt overleg gevoerd met de leden van de Cliëntenraad, de voorzitter van het Directieteam en de teamleider Verzorging.

De Cliëntenraad wordt actief betrokken bij dan wel geïnformeerd over o.a. het nieuwe Kwali-teitskader Verpleeghuiszorg, het kwaliteitsplan, het kwaliteitsverslag, de HKZ-audits, jaarversla-gen, begrotingen, jaarverslagen MIC en over contacten met de Inspectie voor Gezondheids-zorg en Jeugd.

De klachtenbehandeling is ingericht conform de Wkkgz.

Binnen het Moederhuis is er, conform de WOR, sprake van een (Gemeenschappelijke) Onder-nemingsraad (GOR) die de medewerkers vertegenwoordigt van de congregatie (Neder-landse Regio) en de Stichting.

De samenwerking tussen het Bestuur en beide medezeggenschapsorganen verloopt goed.

Leidinggevenden krijgen veel ruimte en genieten het vertrouwen om vanuit hun eigen vaar-digheden en professionaliteit, de van de organisatiedoelen afgeleide afdelingsdoelen, samen met 'hun' medewerkers, te realiseren.

Vanwege het afnemend aantal zusters worden van hen suggesties en bijdragen verwacht om de formatie verantwoord af te bouwen, zonder dat deze afbouw ten koste gaat van de te le-veren kwaliteit.

1.6 Personeelssamenstelling (voldoende en vakbekwaam personeel)

De kwaliteit van zorgverlening staat voorop en dit is tevens het uitgangspunt voor de planning bij de zorg. Er is een 24-uurs basisrooster samengesteld. De dienstenplanning is een streefrooster waarbij de inzet van de medewerkers afhankelijk is van het aantal zusters aan wie zorg wordt verleend in relatie tot de zorgzwaarte op dat moment.

Bij de start van de dag zijn er minimaal 3 professionals aanwezig. In de avond- en nachtdiensten zijn er 2 professionals aanwezig waarvan minimaal 1 in de functie van verzorgende. Bij de hoof-delijke invulling van de diensten, wordt er rekening gehouden met de noodzaak tot de aanwe-zigheid van voldoende medewerkers van deskundigheidsniveau 3 en de aanwezigheid van voldoende BHV gediplomeerde medewerkers gedurende 24 uur. Ieder lid van het zorgteam is opgeleid als Bedrijfshulpverlener.

Er is een telefonische bereikbaarheid en fysieke beschikbaarheid van verpleegkundigen, 24 uur per dag/7 dagen per week. Deze verpleegkundigen kunnen ingezet worden voor het verrichten van voorbehouden handelingen, in opdracht van een arts. Voor de verpleegkundige inzet is een contract afgesloten met een collega-zorgorganisatie.

De medewerkers van het team Verzorging worden ingezet voor de intramuraal - alsmede voor de extramuraal geïndiceerde zusters.

Met één andere zorgaanbieder is een uitwisselingsprogramma besproken. Medewerkers van onze organisatie, gaan, op vrijwillige basis, kosteloos een maand meedraaien in de andere organisatie. Doel is om 'op de werkvloer' van elkaar te leren.

In het najaar van 2018 heeft deze uitwisseling plaatsgevonden. De resultaten zijn positief.

In 2019 heeft niet opnieuw een uitwisseling plaatsgevonden wegens toegenomen werkdruk. Mogelijk zullen uitwisselingen in de toekomst wel nog een keer plaatsvinden.

1.7 Gebruik van hulpbronnen

Aan het hoofd van de kloosterorganisatie staat een Regionaal Bestuur waarvan alle leden religieuzen zijn.

Aan het hoofd van de ondersteuningsorganisatie staat een directieteam. De leiding van Stichting KVH is in handen van de Raad van Bestuur. De bestuursorganen functioneren in harmonieuze samenwerking met elkaar. Er is immers een gemeenschappelijk doel; het welzijn van de zusters.

De Stichting Kloosterverzorgingshuis Zusters Onder de Bogen maakt gebruik van de diensten van de ondersteuningsorganisatie. Deze ondersteunende diensten zijn Personeel & Organisatie, Administratie & Informatievoorziening, Voeding, Huishoudelijke dienst, Bouw & Onderhoud en ICT. Deze diensten verrichten werkzaamheden voor de gehele kloosterorganisatie en het KVH.

Een deel van de werkzaamheden is gericht op het KVH. Het KVH "koopt diensten in" van de ondersteuningsorganisatie. Om de situatie zuiver te houden in relatie tot het voor de HKZ te certificeren gebied -het kloosterverzorgingshuis- is gekozen om deze diensten/ aparte afdelingen niet op te nemen in het te certificeren kwaliteitsmanagementsysteem.

De inkoop van deze diensten door het KVH verloopt middels een vastgelegde inkoopprocedure. Een belangrijk onderdeel hiervan betreft de evaluatie van de dienstverlening.

Een evaluatie vindt plaats op basis van de schriftelijk vastgelegde afspraken en onderliggende contracten/samenwerkingsovereenkomsten tussen leverancier en stichting. Voor de verslaglegging van de evaluatie is een standaardformulier beschikbaar waarop de belangrijkste besproken punten én eventuele nieuwe afspraken genoteerd kunnen worden.

Voor de interne inkoop is daarnaast een checklist beschikbaar waarin items benoemd staan die bij een evaluatie besproken zullen worden. Hierop kan men afvinken wat besproken is, kunnen de geraadpleegde documenten genoteerd worden en kan verwezen worden naar het algemene evaluatieformulier indien afspraken bijgesteld worden. Dit formulier dient aangepast te worden, zodra de samenwerkingsovereenkomst inhoudelijk gewijzigd wordt. Het algemene evaluatieformulier wordt afhankelijk van de bestaande afspraken met de leveranciers, jaarlijks ingevuld. Acties die eventueel uit de evaluaties voortvloeien worden inhoudelijk gevolgd.

Routine-inkopen als bijvoorbeeld kantoorartikelen, vallen onder de organisatie breed gemaakte afspraken. De documenten met hierin de vastgestelde kritische diensten/ producten, criteria en methodiek van toetsing vallen binnen het kwaliteitsmanagementsysteem. Dit geldt ook voor de registraties van de besprekingen van de toetsingen en de acties die hieruit voortkomen.

Jaarlijkse evaluaties vinden bovendien plaats met de partijen waarmee wij samenwerkingsovereenkomsten zijn aangegaan zoals de apotheek, de huisartsengroep, de fysiotherapie en de zorginstelling waarmee wij als onderaannemer de Wijkverpleging verzorgen.

Kritische hulpbronnen zijn o.a.:

- Verzorgend personeel (kwalitatief en kwantitatief, opleidingen/scholing verzorgend personeel);
- Voeding;
- Beheersing legionella;
- Brandmeldinstallatie, ontruimingsoefeningen, compartimentering middels branddeuren en blusmiddelen;
- Liften KVH, verwarmingsinstallatie KVH, onderhoud gebouwen;
- Verpleegoproepsysteem op de zusterkamers en in openbare ruimten;
- Medische apparatuur noodzakelijk in de directe zorgverlening;
- Tilliften, (hoog-laag-) baden;
- Medicatievoorzieningen (medicijnkarren, opiatenkast, koelkast);
- Schoonmaak KVH, extramurale schoonmaak, wasserij en linnenverzorging;
- Scholing Bedrijf Hulp Verlening (BHV);
- A & I;
- P & O;
- ICT.

Hoofd Bouw & Onderhoud is verantwoordelijk voor -toezicht op- controle, onderhoud en inspecties van medische apparatuur.

Als interne - en externe stakeholders hebben wij onderstaande partijen geïdentificeerd.

| Nr. | Omschrijving | Belang | Intern/ Extern | Primair/ Secundair |
|------------|--|--|---------------------------|-------------------------------|
| 1 | Geïndiceerde zusters/ Cliënten | Kwalitatief goede en veilige zorg | Intern | Primair |
| 2 | Medewerkers | Goede arbeidsvoorwaarden | Intern | Primair |
| 3 | Regionaal bestuur congregatie | Goede zorg en ondersteuning voor de zusters | Intern | Primair |
| 4 | Gemeenschappelijke Onderneming Raad | Belangenbehartiging medewerkers | Intern | Primair |
| 5 | Cliëntenraad | Belangenbehartiging geïndiceerde zusters | Intern | Primair |
| 6 | Leveranciers | Tijdige betaling facturen | Extern | Primair |
| 6 | Samenwerkingspartners in de keten | Goede zorgverlening aan zusters | Extern | Primair |
| 7 | Zorgverzekeraars | Juiste & tijdige declaraties kwalitatief goede zorgverlening | Extern | Primair |
| 8 | Lokale overheid | Stedelijk ouderenbeleid | Extern | Secundair |
| 9 | Branchevereniging Actiz | Belangenbehartiging leden | Extern | Secundair |
| 10 | Deelnemers Experiment Persoonsvolgende bekostiging | Slagen experiment en continuering afspraken | Extern | Secundair |
| 11 | Omwonenden | Geen overlast | Extern | Secundair |

| | | | | |
|-----------|------------------------------------|------------------------------|--------|-----------|
| 12 | Provinciale overheid | Provinciaal ouderenbeleid | Extern | Secundair |
| 13 | Nationale overheid | Nationaal ouderenbeleid | Extern | Secundair |
| 14 | Wetgevers | Passende wet- en regelgeving | Extern | Secundair |
| 15 | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd | Naleving wet- en regelgeving | Extern | Secundair |

1.8 Gebruik van informatie

Er is minimaal twee keer per jaar een bewonersgesprek/Multi Disciplinair Overleg (MDO) met de zuster of haar belangenbehartiger. Iedere zuster heeft een "eigen" contactverzorgende van niveau 3.

Ook heeft de zuster een vaste zusterassistente. Onderwerpen als behoeften, wensen, levensvragen kunnen in gesprekken aan bod komen. Bovendien kan de zuster een beroep doen op de zusters van het regionaal bestuur.

Om e.e.a. vast te leggen is er door de afdeling verzorging een eigen formulier ontwikkeld: "Voorbereiding en verslaglegging opname-/bewonersgesprek".

Verder zijn in dit formulier vragen opgenomen over bejegening, ondersteuning, privacy, vriendelijkheid van de medewerkers en over het al dan niet serieus genomen worden bij klachten.

Tevens ontvangen wij informatie vanuit de interne audits. Verbeteracties worden vastgelegd in een Plan van Aanpak dat wordt besproken met de Raad van Bestuur. De afhandeling van de acties wordt bewaakt.

Andere informatiebronnen zijn voor ons o.a. uitwisseling met collega zorginstellingen uit de regio Zuid-Limburg m.b.t. het lerend netwerk, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd, de Zorginkopers van CZ, Actiz, Vilans, Waardigheid en Trots van het Ministerie van VWS en diverse andere publicaties zoals Zorgvisie.

2. Specifieke aandacht voor drie onderdelen

2.1 Veiligheid

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

Uiteraard worden in onze organisatie incidenten o.a. op het gebied van medicatie, het aantal Cliënten met decubitus, de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen geregistreerd en zo nodig gemotiveerd.

Bovendien worden ook gevaarlijke situaties, stoten/ knellen/ botsen, agressie, inname van schadelijke stoffen, brand- schroei-incidenten en incidenten met voeding geregistreerd.

Jaarlijks worden deze besproken in de MIC-commissie en vastgelegd in het Jaarverslag van de MIC-commissie.

Dit jaarverslag wordt zowel met de Cliëntenraad als met de Raad van Bestuur besproken.

2.1.2 Medicatieveiligheid

Medicatieprotocol en uitvoeringsprotocol Farmaceutisch beleid zijn aanwezig en worden jaarlijks besproken en geëvalueerd met zorgteam en apotheek.

Twee keer per jaar vindt er een medicatieoverleg plaats tussen apotheek, huisarts en zorgmedewerker.

Medicatie is een vast gespreksonderwerp tijdens het bewonersgesprek/MDO.

Medicatiefouten worden gemeld en besproken in de MIC-commissie. In 2019 was er een melding.

2.1.3 Decubituspreventie

Protocol is aanwezig. In 2019 was er geen cliënt met decubitus.

2.1.4 Gemotiveerd gebruik van vrijheid beperkende maatregelen

In 2019 waren er twee cliënten met een vrijheid beperkende maatregel. Op verzoek van de cliënt is aan een zijde het bedhek omhoog gezet en bij een andere geïndiceerde zuster is gebruik gemaakt van een sensorbel.

Bij inzet van vrijheid beperkende maatregel is toestemming van een arts vereist. Het ondertekende formulier is aanwezig in het Zorgleefplan.

2.1.5 Preventie van acute ziekenhuisopnamen

Acute ziekenhuisopnames zijn in de avond-, weekend- en nachtsituatie moeilijk te voorkomen.

Dit komt omdat er geen arts aanwezig is op locatie. Indien nodig is er telefonisch overleg met de huisartsenpost of SEH. Zij bepalen, in samenspraak met de geïndiceerde zuster over wel of geen opname.

2.2 Cliëntoordelen

De Cliënttevredenheid meten wij “in eigen beheer” o.a. met behulp van een formulier dat is ontwikkeld met de naam: “Vorbereiding en verslaglegging opname-/bewonersgesprek”.

Om de Net Promotor Score (NPS) te meten wordt gebruik gemaakt van de aanbevelingsvraag van Zorgkaart Nederland; “Zou u dit verpleeghuis aanbevelen bij vrienden en familie?”

Het aantal geïndiceerden van ZZP 4 en hoger bedraagt zes zusters. Met iedere cliënt wordt tweemaal per jaar een bewoners gesprek gehouden. De NPS-vraag hebben wij in de tweede helft van 2018 opgenomen in het formulier. Het aantal respondenten in 2019 bedraagt dus zes.

Van de zes respondenten is in 100% van de gevallen een 8,9 of 10 ingevuld bij de NPS-vraag of men de zorginstelling zou aanbevelen aan vrienden of familie. De gemiddelde score is in 2019 was 8,2. In 2018 een 8,7 en in 2017 was de score 8,16.

Hoewel de NPS-vraag voor kloosterlingen natuurlijk een vreemde vraag is aangezien familieleden niet opgenomen *kunnen* worden in het kloosterverzorgingshuis. Dit is immers alleen toegankelijk voor geïndiceerde *religieuzen*.

2.3 Leren en werken aan kwaliteit

2.3.1 Het kwaliteitsplan inclusief verbeterparagraaf

Eind 2019 is het Kwaliteitsplan 2020-2021 opgeleverd. Dit plan is besproken met de Cliëntenraad en met de Raad van Bestuur.

In het Kwaliteitsplan 2020-2021 zijn in hoofdstuk 4 onderdeel 1 een aantal verbeterpunten geformuleerd.

1. Het aanhouden van de personele formatie terwijl het aantal geïndiceerde zusters daalt.
2. Het bevorderen van de deskundigheid van zowel het zorgpersoneel als het personeel van ondersteunende diensten.
3. Het handhaven van de grote betrokkenheid van de medewerkers
4. Bijscholing inzake dementiezorg met een virtual reality bril

In dit Kwaliteitsjaarverslag 2019 kijken we terug en geven wij hieronder weer of de verbeterpunten zijn gerealiseerd.

Ad 1:

Tegen de verwachting in is het aantal geïndiceerde zusters nauwelijks gedaald. Er zijn gelukkig nauwelijks geïndiceerde zusters overleden.

Echter het plan om de formatie te handhaven bij een dalend aantal geïndiceerde zusters is daardoor deels gerealiseerd. De formatie is gehandhaafd bij een gelijkblijvend aantal geïndiceerde zusters.

De overige verbeteracties die onder punt 1 in het Kwaliteitsplan zijn beschreven zijn gerealiseerd zoals het zoveel mogelijk van de geïndiceerde zusters bij het behouden van hun unieke identiteit en hun optimaal te faciliteren in het sturen van hun eigen dagindeling.

Ad 2:

Het tweede verbeterpunt is gerealiseerd.

In 2019 hebben de medewerkers van de verzorging weer een bijscholingscursus “verpleegtechnische handelingen” gevolgd. Deze bijscholing vindt elke 2 jaar plaats, evenals de bijscholing “medicatie verstrekken”.

Het doel is dat medewerkers zich constant blijven verbeteren en ontwikkelen zodat zij deze kennis kunnen toepassen in de praktijk. Uiteindelijk komt dit de zorgverlening aan de zusters ten goede.

Ad 3:

De medewerkers van de afdeling Verzorging maar ook de andere medewerkers in onze organisatie zijn zeer betrokken bij het wel en wee van de zusters in het klooster Onder de Bogen. Deze betrokkenheid blijkt niet alleen telkens uit de uitkomsten van het Medewerker Tevredenheid Onderzoek, maar is in maart 2019 eveneens bevestigd tijdens het Inspectiebezoek van de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

De IGJ heeft deze betrokkenheid expliciet benoemd in haar Inspectierapport van 14 maart 2019.

Ad 4:

De gedachte was om de bijscholing inzake dementiezorg met behulp van de virtual reality bril behalve aan de zorgmedewerkers en de zustersassistenten, alsmede aan leden van de Raad van Bestuur en Raad van Toezicht aan te bieden.

Echter er bleek geen budgettaire ruimte meer te bestaan in de rubriek “Andere investeringen vanuit kwaliteitsbudget (15%)”.

Desalniettemin wordt niet uitgesloten dat wij dit initiatief in 2021 weer zullen oppakken.

2.3.2 Het kwaliteitsverslag

Vanaf 2018 zal jaarlijks voor 1 juli een Kwaliteitsverslag worden aangeleverd aan het Zorginstituut Nederland. Tevens zal het Kwaliteitsplan voor 1 juli op onze website worden gepubliceerd.

Dit Kwaliteitsverslag komt tot stand in overleg met o.a. de Cliëntenraad en wordt vastgesteld door de Raad van Bestuur.

In 2020 is de administratieve afwikkeling van Kwaliteitsverslag 2019 vertraagd omdat de meeste energie van onze organisatie (tot nu toe) vooral is gericht op het handhaven van de kwaliteit van de geleverde zorg enerzijds en het voorkomen van coronabesmetting anderzijds.

Het Zorginstituut Nederland heeft de termijn voor de wettelijk verplichte aanlevering van de kwaliteitsgegevens uitgesteld van 1 juni 2020 naar 1 november 2020.

Het portal van de gegevensmakelaar DESAN blijft bovendien veertien dagen langer open.

Van dit uitstel hebben wij dankbaar gebruik gemaakt.

In het Kwaliteitsverslag wordt verantwoording afgelegd en worden o.a. de verbeterpunten uit het Kwaliteitsplan geëvalueerd.

2.3.3 Het samen leren, waaronder deel uitmaken van het lerend netwerk

Met twee externe zorgorganisaties is enige jaren geleden een samenwerkingsverband aangegaan in het kader van het lerend netwerk.

Met een zorgorganisatie is afgesproken dat medewerkers van beide organisaties zich een aantal malen per jaar treffen om over een bepaald thema, kennis en ervaringen uit te wisselen. De thema's zijn: hygiëne en infectiepreventie, medicatie, en een onderwerp aangedragen door de zorgteams. Bijeenkomsten die tot nu toe hebben plaatsgevonden worden over en weer als nuttig ervaren.

In 2019 hebben deze bijeenkomsten niet meer plaatsgevonden, ondanks dat wij een paar keer het initiatief daartoe hebben genomen.

Met de andere zorgaanbieder is een uitwisselingsprogramma besproken. Medewerkers van onze organisatie, gaan, op vrijwillige basis, kosteloos een maand meedraaien in de andere organisatie. Doel is om 'op de werkvloer' van elkaar te leren.

In 2018 is deze uitwisseling positief verlopen. In 2019 zijn contacten verder geïntensiveerd met als doel de kwaliteit van de zorgverlening door de medewerkers te verbeteren. Tot een volgende uitwisseling is het in 2019 niet gekomen.

Jaarlijks worden onze samenwerkingen geëvalueerd. Hier leren wij ook van omdat er ook verbeterpunten worden benoemd wanneer deze aan de orde zijn.

Gedacht kan daarbij worden aan de evaluaties met o.a. de:

- Huisarts
- Fysiotherapeut
- Ergotherapeut
- Apotheek
- Psycholoog en Specialist Ouderengeneeskunde van het Multidisciplinair Overleg (MDO).