



Kwaliteitsverslag 2022

KLEIN HOUTDIJK

Oosterhout 19 april 2023

Titel: Kwaliteitsverslag 2022
Auteur: C.Geerts
Versie: 1.1

Inleiding

Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg geeft een handreiking voor het opstellen van het kwaliteitsverslag. We volgen deze handreiking. Dit kwaliteitsverslag start met een verantwoording van zorgvisie en kernwaarden (Hoofdstuk 1) en doelgroep en werkwijze (Hoofdstuk 2). Daarna volgt een beschrijving van de uitkomsten van de volgende acht onderwerpen.

Het spreekt voor zich dat de pandemie Covid-19 ook in het verslagjaar 2022 een flinke inpakt impact heeft gehad voor bewoners, naasten en medewerkers.

- Persoonsgerichte zorg en ondersteuning (Hoofdstuk 5)
- Wonen en welzijn (Hoofdstuk 6)
- Veiligheid (Hoofdstuk 7 en bijlage 1)
- Leren en werken aan kwaliteit (Hoofdstuk 8)
- Leiderschap, governance en management (Hoofdstuk 9)
- Personeelssamenstelling (Hoofdstuk 3)
- Gebruik van hulpbronnen (Hoofdstuk 10)
- Gebruik van informatie (Hoofdstuk 11)

Daarnaast is specifieke aandacht besteed aan vier onderdelen

Covid-19:

Op alle gebieden heeft Covid-19 ook in 2022 een grote rol gespeeld bij alle onderdelen in de zorg aan onze bewoners en de medewerkers.

In een goede samenwerking met de huisartsen waar Klein Houtdijk mee samen werkt en ons eigen team is het verlenen van de booster vaccinatie van de bewoners goed gegaan.

In september 2022 zijn ondanks de toegediende vaccinatie nagenoeg alle bewoners besmet geraakt met Corona. Gelukkig waren de klachten licht en knapten de bewoners vrij snel op.

Meer dan in 2021 zijn een aantal medewerkers besmet geraakt, met hen is veelvuldig overleg geweest, zeker als het verzuim langer duurde. Het team heeft in onderlinge samenwerking de gaten in het rooster opgevuld en is de zorg gewoon verleend kunnen worden zoals we gewend zijn.

Er is door familie veel begrip getoond, wat niet altijd even gemakkelijk voor hen was. De beperkingen zijn begin 2022 geleidelijk versoepeld.

Ik ben altijd intensief contact blijven houden met de GGD, RIVM-Utrecht, behandelaars en veel collega's.

Terugkijkend ben ik blij en heel trots op onze medewerkers dat wij deze periode goed zijn doorgekomen.

CIIO:

CIIO is een kwaliteitsinstrument voor de zorg waarbij vanuit het cliëntperspectief wordt gekeken naar de organisatie van de zorg. Klein Houtdijk stelt de cliënt centraal. Het is dan ook logisch dat ons kwaliteitssysteem wordt getoetst aan de hand van deze visie. CIIO sluit hier goed op aan.

Begin 2021 is er een proefaudit uitgevoerd van 2 dagen die we goed zijn doorgekomen. Echter door Corona is de definitieve audit niet uitgevoerd. In het verslagjaar 2022 zijn voor dit onderwerp geen extra activiteiten uitgevoerd.

We oriënteren ons op dit thema in 2023.

WZD:

De Wet Zorg en Dwang (WZD) is alweer een aantal jaren van kracht. In 2019 hebben wij voorbereidende werkzaamheden gedaan. Denk hierbij aan beleid ontwikkelen, scholing geven aan de medewerkers en informatie aan familie. Deze activiteiten hebben we in 2022 voortgezet. We zijn ons steeds meer bewust van dit thema. Vrijheid en Veiligheid staan bij ons hoog in het vaandel.

De cliëntvertrouwenspersoon WZD heeft Klein Houtdijk een drietal keren bezocht. Op de website van Klein Houtdijk vindt u meer informatie over de cliëntvertrouwenspersoon WZD. In 2022 is een WZD-functionaris aangesteld die Klein Houtdijk ondersteunt in het onderwerp “onvrijwillige zorg”.

Vervolg:

Met dit kwaliteitsverslag voldoen we aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Jaarlijks verantwoorden we ons over de voortgang van het kwaliteitsplan in een kwaliteitsverslag. In 2018 was er voor het eerst sprake van een kwaliteitsplan. In dit kwaliteitsverslag over 2022 leggen wij verantwoording af volgens de thema’s vanuit het kwaliteitskader.

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 familie, medewerkers, stakeholders en geïnteresseerden.

Hoofdstuk 1

Zorgvisie en kernwaarden;

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

- In de gedragscode;
- In de huisregels;
- Op de website;
- In het kwaliteitsplan;
- In het scholingsplan.

In de verslagperiode was de directie actief betrokken op de werkvloer.

De directie heeft afwisselend vanuit thuis gewerkt en toen het weer mogelijk was op de locatie.

Contact met familie was de eerste maanden online toen het weer mogelijk was zijn er weer bijeenkomsten geweest waar we elkaar fysiek gesproken hebben.

In de contacten kwam naar voren dat de zorgvisie en kernwaarden als volgt zichtbaar waren:

- Respectvol omgaan met bewoners en familie
- Aandacht voor de woon- leefomgeving
- Aandacht voor de smaakvolle en gevarieerde maaltijden
- Het aanbieden van een grote verscheidenheid aan activiteiten, passend bij de bewoners, ondanks het feit dat externe activiteiten niet meer uitgevoerd konden worden.

De zorgvisie en kernwaarden zijn in 2022 verder geborgd en wederom uitgebouwd en zoveel als mogelijk in stand gehouden.

Dit is gerealiseerd door middel van contacten met elkaar, in het begin van 2022 om de 14 dagen een nieuwsbulletin en andere hulpbronnen om contact te hebben zoals Zoom overleg.

Geleidelijk is er weer sprake geweest van een normaal overleg.

De familieavond die normaal 4 maal per jaar plaats vindt, is medio 2022 weer opgestart. Er zijn 2 bijeenkomsten geweest en de laatste met het bestuur van de Stichting.

Ook de contacten met de stakeholders liepen gewoon door op een andere wijze dan met fysiek contact.

De resultaten zijn getoetst door middel van cliënttevredenheidsonderzoek dat eind 2022 is uitgevoerd en de scores op Zorgkaart Nederland.

Hoofdstuk 2

Doelgroep en werkwijze

Tijdens de verslagperiode voldeden we ruimschoots aan de kwaliteit zoals we deze in vier thema's hebben verwoord in het kwaliteitsplan:

1 Gedreven om de best mogelijke zorg te bieden:

- Kleinschalig: we hebben 14 appartementen.
- Persoonlijk geleid: de directie en coördinerend verpleegkundige. Zij waren als volgt betrokken bij de zorgverlening op de werkvloer: coördinerend en direct uitvoerend. Maar daarnaast ook faciliterend naar de medewerkers.
- Passie, inzet en betrokkenheid van alle medewerkers, hebben we als leiding vastgesteld en uitgedragen via persoonlijke gesprekken en het nieuwsbulletin. De individuele voortgangsgesprekken zijn deels uitgevoerd;
- Onze personeelsbezetting is inzichtelijk en afgestemd op de doelgroep. Onze personeelsbezetting is ruimer dan het landelijk gemiddelde, hetgeen blijkt uit de ratio tussen direct bewoner gebonden medewerkers en toegekend zorgbudget vanuit WLZ gelden. Deze ratio is bij ons ongeveer 95%.
- Over het gehele jaar zijn we in staat geweest alle zorguren in te zetten zoals afgesproken, ondanks in 2022 een hoger verzuim, veroorzaakt door Corona.
- De bezetting van de appartementen over 2022 was nagenoeg gelijk aan die van 2021. Het jaar 2022 is financieel met een heel klein negatief resultaat afgesloten.

2 Actief betrokken bij de brancheorganisatie Riant Verzorgd Wonen en het kenniscentrum KenniZ:

- We delen actief informatie met collega-voorzieningen door middel van een gezamenlijk platform, in deze periode bijna wekelijks contact met elkaar;
- We zijn onderdeel van twee lerend netwerken, één voor directie/leidinggevenden en één voor uitvoerende medewerkers. Hiervan zijn notulen beschikbaar. In 2022 zijn er 2 bijeenkomsten geweest.
- Daarnaast hebben wij veel informatie, zoals protocollen enz. ontvangen van het KenniZ platform;

3 Voldoen aan wettelijke verplichtingen en regelgeving

- We voldoen aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg, onder andere door middel van ons kwaliteitsplan en dit kwaliteitsverslag;
- We voldoen aan de IGJ-inspectienormen;
- In 2019 zijn we gestart om CIO gecertificeerd te worden. Door 2 jaar Corona is er een vertraging ontstaan op dit voornemen. In 2021 is er wel een proef audit uitgevoerd, echter door Corona niet doorgezet. Reden was dat de audit niet op locatie uitgevoerd kon worden en de prioriteit bij de zorg rond Corona lag. In 2023 kijken we of we hiermee doorgaan of kiezen voor een andere certificering.

4 Open(baar)heid

- Uitkomsten en analyses van tevredenheidsonderzoeken onder bewoners hebben we gepubliceerd op onze website;
- We hebben beleidsaspecten en belangrijke gebeurtenissen en bevindingen met familie en medewerkers gedeeld; persoonlijk, via Zoom en via het nieuwsbulletin.
- Er is in 2022 6 maal overleg geweest met het bestuur (toezichthouder) van Klein Houtdijk.

Hoofdstuk 3 Personeel

We hebben onze personeelsformatie en een toelichting hierop gepubliceerd op onze website. Hieruit is af te leiden dat we een ruime personeelsbezetting hebben. Dankzij een stabiele en ruime personeelsbezetting hebben we tijdens de verslagperiode deze personeelsbezetting ruimschoots behaald. We hebben een systeem voor vervanging bij ziekte wat goed heeft gefunctioneerd. Het verzuimpercentage in 2022 was: 9,4 %. Dit lag aanmerkelijk hoger dan voorgaande jaren.

Het grootste gedeelte van dit verzuim werd veroorzaakt door Corona, waaronder langdurig verzuim. Het team heeft alle verzuimdagen zonder enig probleem zelf opgelost.

Het vertrek van medewerkers en nieuwe medewerkers lag in 2022 erg hoog.

Vertrek heeft te maken dat medewerkers die vanuit hun stage op Klein Houtdijk bleven werken. Door het volgen van een andere stage en na diplomering een baan elders hebben gekregen is het zo hoog geweest.

De aanname heeft te maken met een hoger verzuim waardoor Klein Houtdijk meer medewerkers nodig had en de vacatures van de studenten en vaste medewerkers opgevuld zijn geworden.

In 2021 waren er de volgende personeelswijzigingen:

Omschrijving	Aantal
Vertrokken medewerkers	11
Nieuwe medewerkers	12

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 ongeveer 95% van de zorggelden wordt besteed aan direct bewoner gebonden personele kosten.

De in ons kwaliteitsplan beschreven kaders voor “aandacht, aanwezigheid en toezicht”, “specifieke kennis en vaardigheden” en “reflectie, leren en ontwikkelen” hebben we behaald, onder andere door middel van:

- Voldoende personeel, ook bij intensieve zorgmomenten;
- Permanent iemand van de medewerkers in de gemeenschappelijke ruimte
- Permanente aanwezigheid van personeel met de juiste kennis, vaardigheden en competenties;
- Uitsluitend vaste medewerkers die de bewoners goed kennen;
- 24/7 BIG geregistreerde verpleegkundige binnen 30 minuten ter plaatse;
- Er is een arts bereikbaar en oproepbaar en is binnen 30 minuten ter plaatse;
- In de verslagperiode hebben we (on)geplande zorg, vragen of toenemende complexiteit en/of invoeren specialist ouderengeneeskunde en/of overleg met medisch specialist en/of gedragsdeskundige als volgt in gang gezet: via de huisarts een consult aanvragen tenzij het een acute situatie is, dan wordt 112 gebeld.

Het scholingsplan stellen we per kalenderjaar vast. Het scholingsplan heeft de gewenste voortgang in deze verslagperiode. Hierna staan de bevindingen van het scholingsplan over 2022:

- Verpleegkundigen en verzorgenden hebben de BHV vervolgcursus gevolgd en de medicatie veiligheid. Er is een workshop gehouden over het onderwerp “stervensbegeleiding”.
- Het nieuwe zorgleefplan is aangepast en medewerkers hebben hierover een scholing ontvangen van eigen medewerkers.
- In 2022 hebben 5 jongeren een maatschappelijke stage gevolgd.
- In 2022 zijn 4 BOL-leerlingen geweest (Beroeps Opleidende Leerweg)

Hoofdstuk 4

Beleid

Het kwaliteitsplan 2022 met meetbare doelstellingen wordt regelmatig gemonitord en ieder kwartaal geëvalueerd. Het Kwaliteitsplan 2022 heeft geleid tot de volgende bevindingen:

Woonomgeving

De samenwerking met de nieuwe burens van Klein Houtdijk, "Heerlijk Houtdijk" heeft in de uitvoer van verschillende activiteiten meer vorm gekregen.

De start voor het verkrijgen van de vergunning voor de nieuwbouw loopt en zal waarschijnlijk in mei 2023 verkregen kunnen worden.

We werken ernaar dat de start van de bouw na de zomer van 2023 kan beginnen en de realisatie eind 2024 afgerond kan worden.

Duurzaamheid

Geen nieuwe activiteiten uitgevoerd.

Eerder werden zonnepanelen geïnstalleerd.

Bij de nieuwbouw krijgt het onderwerp duurzaamheid alle aandacht, ook voor de oude locatie.

Welzijn

Ondanks Corona zijn het merendeel van de activiteiten gewoon uitgevoerd. Er zijn veel foto's geplaatst op familienet zodat familie kon mee genieten van de activiteiten. Dit heeft geleid tot een aangepast welzijnsaanbod.

Partners

Met verschillende partners van Klein Houtdijk zijn evaluatiegesprekken gehouden. Deze gesprekken hebben ervoor gezorgd dat het zorgproces verder is geoptimaliseerd.

De uitvoer is anders geweest dan we gewend waren. Telefonisch of via Zoom. Denk hierbij aan:

- Met directie van samenwerkingspartner, de Rijnhoven (voor Specialist Ouderengeneeskunde, GZ-psycholoog, fysiotherapie en ergotherapie) is een evaluatiegesprek geweest. Uitkomst is dat de samenwerking gecontinueerd wordt, er is sprake van wederzijdse tevredenheid.
- In dit verslagjaar heeft de Rijnhoven ons weer op allerlei gebied geholpen en bijgestaan, zoals het verkrijgen van beschermde middelen zoals kleding en advies.
- De huisartsen waar Klein Houtdijk hebben ons veelvuldig bij gestaan.

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 zorgleefplan heeft dat is gebaseerd op diens unieke persoonlijke wensen en verlangens en dat de professionele zorg voortdurend is afgestemd op de actuele noodzaak, blijkend uit observaties en rapportages.

De contactpersoon zorg kan meelezen in "Caren zorg".

Aan onderstaande thema's, ontleend aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg, wordt binnen onze organisatie voldaan.

Dat de uitvoer anders is gelopen dan we gewend zijn doet niets af aan de kwaliteit.

Het Multidisciplinair overleg (MDO) is dit verslagjaar weer op een normale manier uitgevoerd.

Compassie: nabijheid, vertrouwen, aandacht en begrip

- De medewerkers kennen zoveel mogelijk het verhaal, de behoeften en wensen, de zorgen, problemen en levensvragen van elke bewoner;
- De medewerkers spreken de bewoner aan op de manier die de bewoner prettig vindt;
- De medewerkers praten met bewoners en niet over bewoners;
- De zorgmedewerkers maken echt contact met bewoners;
- De medewerkers hebben aandacht voor familie, naasten en mantelzorgers;
- De medewerkers hebben inlevingsvermogen en begrip en tonen empathie;
- De 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;
- De zorgverleners hebben respect voor normen en waarden van de bewoner, 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, ook vanuit levensbeschouwing en om contacten die bewoners willen onderhouden;
- Als een bewoner dat wil, wordt deze hierbij geholpen, met respect voor eigen regie en autonomie;
- Zorgverleners 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 benaderen bewoners met respect;
- Als er iets te beleven of te ontdekken is, wordt de bewoner daarbij betrokken;
- De bewoners kunnen zoveel mogelijk hun eigen gang gaan, ook als zij geen behoefte hebben om iets te doen;
- Bewoners kunnen zoveel mogelijk hun eigen keuzes maken en kunnen zoveel mogelijk hun leefstijl voortzetten;
- De medewerker kent het levensverhaal van elke bewoner en ondersteunt waar mogelijk om dat voort te zetten;
- De medewerkers kennen de persoonlijke wensen behoeften van en risico's bij de bewoner;
- De medewerker is in staat om veranderd gedrag te duiden of om daar adequate hulp bij te vragen;
- De medewerkers hebben aandacht voor de naaste(n) van de bewoner als onderdeel van zijn eigen leven;
- De medewerker kan 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 en hiervan wordt geleerd.

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

- De bewoners kunnen, zover mogelijk, hun eigen leven vorm en inhoud geven zowel in grote als in kleine onderdelen van de dag;
- Als 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;
- Met iedere bewoner is bij opname concreet gesproken over zorg rondom het levenseinde. De bewoner heeft aan kunnen geven wat de wensen zijn: wat deze bewoner wel wil (bijvoorbeeld comfort, geen pijn, wel vocht- en voeding) en niet wil (bijvoorbeeld geen antibiotica of bloedproducten, niet beademen, geen ziekenhuisopname);

- De afspraken over zorg rondom het levenseinde zijn ook bekend bij de naasten en worden met de bewoner op regelmatige basis geëvalueerd;
- Medewerkers laten zich primair leiden door de eigen wensen van de bewoner. Daarbij geldt als uitgangspunt: liever zelf laten doen dan overnemen;
- Bewoners krijgen de kans om zoveel mogelijk zelf sturing over hun leven te houden;
- De medewerkers wegen met de bewoner en zijn naaste(n) de veiligheidsrisico's af tegen de kwaliteit van leven;
- De medewerkers bespreken bij opname de wensen van bewoners rondom zorg bij het levenseinde. Wensen worden geïnventariseerd, opgenomen in het zorgplan en actief gedeeld met het multidisciplinaire team. Richtlijnen rondom palliatieve zorg worden gevolgd;
- De wensen van en afspraken met de bewoner worden gedeeld met de naaste(n) en op regelmatige basis opnieuw besproken met de bewoner.

Zorgdoelen: Iedere bewoner heeft afspraken over en inspraak bij de doelen ten aanzien van zijn/haar zorg, behandeling en ondersteuning

- Iedere bewoner heeft een eigen actueel zorgleefplan en een medisch plan dat in samenspraak met de bewoner en desgewenst diens naasten is opgesteld;
- De bewoner geeft aan zich te herkennen in het zorgleefplan en medisch plan, zo niet dan wordt dat besproken met de bewoner en diens naasten;
- De bewoner of diens belangenbehartiger is weliswaar op een andere wijze dan voorheen aanwezig bij het MDO, tenzij deze dat niet wil. De bewoner wordt in staat gesteld om zich op het MDO voor te bereiden. De inbreng van de bewoner doet ertoe om de zorgverlening beter af te stemmen op diens behoeften;
- Met de bewoner of diens wettelijk vertegenwoordiger wordt minimaal 2 maal per jaar besproken of de zorg- en behandelafspraken worden nagekomen en of de zorg aan de wensen en behoeften voldoet;
- De specialist ouderengeneeskunde (SO) maakt met de bewoner en diens naasten concrete afspraken over het zorgbeleid bij het levenseinde;
- Iedere bewoner beschikt binnen uiterlijk zes weken na opname over een zorgleefplan en medisch plan, of zoveel eerder als mogelijk;
- Binnen 24 uur zijn in ieder geval zaken zoals medicatie, dieet, primaire hulpvraag, een eerste contactpersoon (wettelijk vertegenwoordiger) en handelen bij calamiteiten vastgelegd in een concept zorgleefplan en medisch plan dat na maximaal zes weken definitief wordt;
- Het zorgleefplan wordt opgesteld door tenminste een medewerker niveau 3-IG, die ook voor deze bewoner de persoonlijk begeleider is;
- Het medisch plan wordt opgesteld door de huisarts;
- De medewerkers volgen bij het werken met zorgleefplannen de richtlijnen voor gebruik van en multidisciplinair overleg over het zorgleefplan zoals vastgelegd in: www.zorgleefplanwijzer.nl/zlp-informatie/wet-en-regelgeving.html;
- De medewerkers werken individueel en (multidisciplinair) samen met een actueel zorgleefplan 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 naaste(n) en aan collega's;

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 in onze locatie. Deze thema's zijn ontleend aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Dit hebben we als bestuur waargenomen en geconstateerd op basis van jaargesprekken, observaties tijdens onze aanwezigheid op de werkvloer, contacten met bewoners, naasten en familie, MDO-besprekingen, bewonersbesprekingen, overdrachten, rapportages, werkbesprekingen en teamoverleg.

Zingeving

- Er is bij medewerkers aandacht voor specifieke levensvragen zoals omgaan met verlies van functies, eenzaamheid, rouw, depressie, ouderdom en invulling van de laatste levensfase;
- Als een bewoner iets kan en wil betekenen voor een ander ondersteunen we dat;
- Het is voor iedere bewoner mogelijk om een geestelijke verzorger te spreken van de eigen levensbeschouwelijke signatuur.

Zinvolle tijdsbesteding

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

Schoon en verzorgd lichaam plus verzorgde kleding

- Iedere bewoner ontvangt naar eigen wens en behoefte en in overleg met diens naasten de dagelijkse persoonlijke verzorging van lichaam en kleding (o.a. bed, bad, toiletgang, haardracht, make-up, bril, gehoorapparaat, kledingkeuze).

Familieparticipatie en inzet vrijwilligers

- **De inzet van vrijwilligers is door Corona minder geweest. Toch staat het onderstaande nog wel centraal. De tuinactiviteit met vrijwilligers is gewoon door gegaan.**
- Medewerkers 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 en inzet vrijwilligers is beschreven en bekend bij bewoners en medewerkers;

Wooncomfort: gastvrijheid, maaltijden, schoonmaak en inrichting

- De inrichting van de woonomgeving is aangepast aan zorg- en ondersteuningsbehoeften (privéruimten, recreatieruimten, gebedsruimte, buitenruimten, verkeersruimten);
- De privé, verkeers- en gedeelde (recreatie)ruimten zijn schoon en veilig;
- Bewoners worden in de gelegenheid gesteld met eigen spullen hun appartement in te richten;
- Keurmerk HACCP is in 2022 weer uitgevoerd Deze is wederom toegekend met een waardering van 9,8. Een aantal verbeterpunten zijn opgelost en worden verder geïmplementeerd.

Hoofdstuk 7

Titel: Kwaliteitsverslag 2022

Auteur: C.Geerts

Versie: 1.1

Veiligheid

Ook in deze verslagperiode is bij ons de veiligheid van bewoners van groot belang. We hebben in vier thema's vastgesteld wat de kenmerken zijn van veiligheid in onze locatie. Deze thema's zijn ontleend aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg.

Meldingen incidenten:

In 2020 is een ander zorgleefplan geïntroduceerd, bijsturing vindt regelmatig plaats, Medewerkers zijn gewend te werken met het nieuwe zorgleefplan van Nedap.

Er is wel een nieuwe update plaats gevonden.

De Mic meldingen zijn uitgevoerd, maar in 2022 niet per kwartaal geanalyseerd.

Er is 2 maal een analyse uitgevoerd en besproken met de medewerkers.

Reden is dat de Mic meldingen vanuit het systeem moeizaam verkregen kunnen worden.

Hier wordt in 2023 weer aan voldaan.

Decubitus en mondzorg

- Er vindt regelmatige monitoring plaats van huid(letsel), voedingstoestand, mondzorg en incontinentieletsel bij alle bewoners;

Inzet vrijheidsbeperkende maatregelen

- In de verslagperiode hebben we geen onvrijwillige zorg ingezet, onvrijwillige zorg was voor geen enkele bewoner geïndiceerd;
- In de verslagperiode zijn vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) met de grootst mogelijke terughoudendheid toegepast. Hierbij hebben we steeds beoordeeld welke VBM de minste impact hebben op het welzijn van de bewoner, zonder de veiligheid uit het oog te verliezen;
- In de rapportage naar de IGJ is vast komen te staan dat er geen onvrijwillige zorg is toegepast,
- De cliëntvertrouwenspersoon die 3 maal onaangekondigd op bezoek is geweest heeft alle keren geen onvrijwillige zorg gezien.

Advance careplanning

- Advance Careplanning ligt vast in het zorgleefplan en wordt bij iedere zorgleefplanbespreking opnieuw aan de orde gesteld.

Hoofdstuk 8

Leren en werken aan kwaliteit

Voortdurend werken aan het verbeteren van kwaliteit is in de verslagperiode vanuit verschillende invalshoeken gerealiseerd. In overeenstemming met het kwaliteitskader verpleeghuiszorg beschrijven we vijf elementen die het leren en werken aan kwaliteit in deze verslagperiode hebben bevorderd:

1 Kwaliteitsmanagementsysteem

- We hebben geen optimaal kwaliteitsmanagementsysteem (zie CIO).

Jaarlijks geactualiseerd kwaliteitsplan

- In 2022 is het Kwaliteitsplan 2023 opgesteld.

Jaarlijks kwaliteitsverslag

- Dit kwaliteitsverslag wordt besproken in de overleggen die na de zomervakantie 2022 gaan plaats vinden met familie en medewerkers.
- Het verslag wordt besproken met het bestuur (toezichthouder) in haar vergadering van april en als verslag geplaatst op de website.
- In dit kwaliteitsverslag verantwoorden we ons over de voortgang gedurende 2022.
- Het kwaliteitsverslag 2021 is begin 2022 op de website geplaatst.

4 Continu werken in de praktijk aan verbeteren door zorgverleners

- Medewerkers zijn in de praktijk nauw betrokken bij het maken van het kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag en werken zo op cyclische en ontwikkelingsgerichte wijze mee aan verbetering;
- Kort-cyclische feedback, continue reflectie en dialoog worden gestimuleerd en vinden in een open klimaat plaats.
Dat beide punten anders vorm heeft gekregen in 2022 heeft alles te maken met de prioriteit van Corona.
- In 2020 was de erkenning als leer-werkbedrijf van toepassing (deze is vier jaar geldig tot en met 2024).

5 Lerend netwerk

- Wij maken deel uit van twee lerend netwerken, te weten Lerend Netwerk Riant Verzorgd Vrouwen (RVW) directies/leidinggevenden en Lerend Netwerk RVW medewerkers. De deelnemers aan deze netwerken zijn collega zorgorganisaties waarmee we geen bestuurlijke verbindingen hebben;
- De verplichtingen ten aanzien van het Lerend Netwerk, zowel naar vorm als inhoud, zijn ingeweven in onze deelname aan de netwerken en aantoonbaar in verslaglegging hiervan. De uitvoer vond twee maal plaats.

Hoofdstuk 9

Leiderschap, governance en management

Wij hanteren de actuele Governance Code Zorg en daarnaast, zoals uit dit kwaliteitsverslag blijkt, worden alle onderwerpen van ons kwaliteitsplan in praktijk gebracht. Kenmerkend voor ons participerend leiderschap is dat de directie regelmatig actief is op de werkvloer. Er is direct contact met bewoners, familie, medewerkers en vrijwilligers.

We hebben besloten om de verpleegkundige adviesraad onderdeel te laten zijn van het lerend netwerk. Hiervoor wordt tijdens bijeenkomsten van de lerend netwerkentijd ingeruimd.

- We hebben in het kwaliteitsplan zes thema's onderscheiden die kenmerkend zijn voor ons leiderschap, te weten Visie op zorg; Sturen op kernwaarden; Leiderschap en goed bestuur; Rol en positie interne organen en toezichthouder(s); Inzicht hebben en geven en Verankeren van medische, verpleegkundige en psychosociale expertise. Hoe wij in deze verslagperiode hebben voldaan aan deze kenmerken is terug te vinden in dit kwaliteitsverslag. Hier volgen nog enkele andere kenmerken van ons leiderschap:
- De directie stelt zich ondersteunend, faciliterend en transparant op naar alle zorgverleners, bewoners, naasten, medewerkers en vrijwilligers.
- We hebben een goede verstandhouding met de familie en waar nodig of gewenst hebben we de familie ondersteund, via persoonlijk contact en het nieuwsbulletin. Eind 2022 is er weer overleg geweest met de familie en het bestuur van Klein Houtdijk.
- Juist in deze corona tijd hebben veel familie leden begrip getoond voor de situatie. Familie en medewerkers waren erg blij dat de beperkingen die overheidswege opgelegd waren begin 2022 versoepeld zijn.
- Conform de Wet op de Ondernemingsraden (WOR) hebben we geen personeelsvertegenwoordiging. De organisatie is daarvoor te klein.
- 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;
- Er is door familie aangegeven dat er geen behoefte is voor een cliëntenraad. Er is wel een familiebijeenkomst, waarin de uitgangspunten van de wet wel worden besproken. Zo sluit het bestuur van klein Houtdijk een maal per jaar aan in dit overleg. Uitgangspunt is 4 keer per jaar een familiebijeenkomst, waarvan 1 maal zorginhoudelijk. Er wordt een agenda opgesteld en notulen gemaakt.
- Wij hebben onze stakeholders in kaart gebracht en we bespreken en evalueren de samenwerking met stakeholders;
- We hebben een regeling met een SO en GZ-Psycholoog in opleiding, die ons ondersteunt bij MDO's, vrijheidsbeperkende maatregelen en benaderplannen. Deze SO en psycholoog kunnen we ook consulteren als de actualiteit daartoe aanleiding geeft.

Hoofdstuk 10

Gebruik van hulpbronnen

Hulpbronnen die wij benutten zijn beschreven in ons kwaliteitsplan. We zijn tevreden over het gebruik hiervan. We houden ons op de hoogte van nieuwe ontwikkelingen en we overwegen of interessante nieuwe ontwikkelingen voor ons toepasbaar zijn.

In 2022 is de telefooncentrale uitgevallen en vernieuwd. Domotica is hierbij ook tegen het licht gehouden, omdat er een verbinding is met de telefonie.

We hebben met de firma die verantwoordelijk is voor domotica een onderhoudscontract en 24 uur service afgesproken om de continuïteit te waarborgen.

Hoofdstuk 11

Gebruik van informatie

- We hebben in deze verslagperiode de bewonerservaringen gecontinueerd met ZorgkaartNederland. In ieder MDO vraagt de persoonlijk begeleider in dit portaal bevindingen te delen. In 2022 is hier door familie geen actie in genomen. Familie geeft in het persoonlijk gesprek aan dat Klein Houtdijk prima zorg verleent en het een goede plek is om te wonen.
- We hebben in deze verslagperiode een cliënttevredenheidsonderzoek gedaan. Het gemiddelde cijfers was een 8,9 De Net Promoter Score (NPS) was 75%. Een NPS die boven de 50 komt wordt gezien als “excellent”. Hiermee zijn we zeer tevreden. Wij zijn er trots op dat de inspanningen van onze medewerkers op deze wijze wordt beloond;
- We hebben in deze verslagperiode volgens de AVG geacteerd;
- De medicatieveiligheid is bij ons geregeld volgens landelijke standaard.
- Dit kwaliteitsverslag is openbaar toegankelijk via onze website.

Resultaten van klachtenbehandeling.

In 2022 zijn geen klachten ontvangen. Informeel en in de wandelgangen zijn veelvuldig complimenten gegeven door bewoners en familie van bewoners.

Complimenten hebben betrekking op de activiteiten en over de inzet, betrokkenheid en vriendelijkheid van medewerkers.

Slotwoord van de directie

2022 was wederom een bewogen jaar.

De impact van Covid-19 is voor iedereen heel erg groot geweest.

Ondanks deze situatie hebben we onze uiterste best gedaan de bewoners een goede en liefdevolle zorg te geven door gemotiveerde medewerkers.

Ik wil alle betrokkenen hiervoor hartelijk bedanken.

Ook wil ik alle bewoners en hun familie bedanken voor het gestelde vertrouwen in de medewerkers en de directie van Klein Houtdijk.

Het bestuur heeft ons ook gesteund in dit bewogen jaar, waarvoor dank.

Het was een intensief maar ook een dankbaar jaar.

Eind 2022 heb ik het bestuur aangegeven dat ik begin 2023 met pensioen ga.

Het bestuur is in 2022 gestart met het opstellen van een profiel voor de nieuwe directie en is hierna gestart met de werving voor een nieuwe directeur voor Klein Houtdijk.

Carlie Geerts

Directeur Stichting Landelijk wonen Klein Houtdijk