

Kwaliteitsverslag 2021

Woonzorg Palsma Zathe

Leeuwarden, mei 2022

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.

- Personeelssamenstelling; voldoende vakbekwaam personeel (Hoofdstuk 3)
- Beleid (Hoofdstuk 4)
- Persoonsgerichte zorg en ondersteuning (Hoofdstuk 5)
- Wonen en welzijn (Hoofdstuk 6)
- Veiligheid (Hoofdstuk 7 en bijlage 1)
- Leren en werken aan kwaliteit (Hoofdstuk 8)
- Leiderschap, governance en management (Hoofdstuk 9)
- Gebruik van hulpbronnen (Hoofdstuk 10)
- Gebruik van informatie (Hoofdstuk 11)

Daarnaast is specifieke aandacht besteed aan drie onderdelen

1. Veiligheid (Bijlage 1) Opname van uitkomsten op de vier veiligheidsthema's en bijbehorende uitwerkingen.
 - a. Kwantitatieve uitkomsten op de vier veiligheidsthema's
 - b. Medicatieveiligheid
 - c. Decubituspreventie
 - d. Gemotiveerd gebruik van vrijheid beperkende maatregelen
 - e. Preventie van acute ziekenhuisopnamen
2. Bewoner oordelen (Hoofdstuk 11 en Bijlage 2)
 - a. Gebruikt instrument met een beschrijving van de kwantitatieve uitkomsten
 - b. De NPS-score (Net Promotor Score) of score op de aanbevelingsvraag van Zorgkaart Nederland.
3. Leren en werken aan kwaliteit (Hoofdstuk 12, Slotwoord van de directie en Bijlage 3)
 - a. Beschrijving hoe voldaan wordt aan het kwaliteitsplan inclusief verbeterparagraaf (Hoofdstuk 12)
 - b. Dit kwaliteitsverslag
 - c. Samen leren, waaronder deel uit maken van het lerend netwerk (Bijlage 3)

Met dit kwaliteitsverslag voldoen we aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg (KKV). Jaarlijks verantwoorden we ons over de voortgang van het kwaliteitsplan in een kwaliteitsverslag. In dit kwaliteitsverslag verantwoorden we ons over het verslagjaar 2021.

Dit kwaliteitsverslag is openbaar en wordt gepubliceerd op onze website. Hiermee verantwoorden we ons over de voortgang van onze kwaliteitsdoelstellingen. Het is bedoeld voor alle stakeholders en geïnteresseerden.

Het kwaliteitsverslag is, evenals het kwaliteitsplan, tot stand gekomen in overleg met de cliëntenraad en de medewerkers.

Hoofdstuk 1

Zorgvisie en kernwaarden;

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

- In de 10 klantbeloften*
- In de gedragscode;
- Op de website;
- In het kwaliteitsplan

De zorgvisie is duidelijk terug te vinden in het dagelijkse leven binnen Palsma Zathe.

“In onze visie staat de kwaliteit van leven voorop. Uitgangspunt is het inspelen op de wensen en behoeften van de bewoner. Daarbij kijken we naar de mogelijkheden in plaats van naar de beperkingen van de bewoner. Aandacht voor welzijn en zorg”.

De visie is in de praktijk duidelijk zichtbaar, we spelen in op de wensen en gewoonten van de bewoner. De bewoner houdt zoveel mogelijk de regie en dat respecteren we. Wat betreft het aanbieden van activiteiten, willen wij soms meer dan de bewoner. Het valt op dat veel van onze bewoners gewend zijn regelmatig op zichzelf te zijn. Zij hoeven niet zo nodig steeds vermaakt te worden. We bieden daarom dagelijks activiteiten, maar niet altijd in een vast programma. Op deze manier kunnen we ingaan op de behoefte van de bewoner. Het welzijn is belangrijk. Soms kan een rondje nagelverzorging al heel veel gezelligheid bieden of gewoon elke morgen met z'n allen koffie drinken. Bewoners zelf de keus laten staat voorop! Bij mooi weer gaan we veel naar buiten.

De directie is dagelijks actief betrokken op de werkvloer. Op de werkvloer zijn de zorgvisie en kernwaarden als volgt zichtbaar: Er wordt veel rekening gehouden met de wensen van de bewoners. Zij geven aan wanneer ze willen opstaan, of ze voor of na de ADL (Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen) willen ontbijten, of ze in de groep koffie willen drinken of op hun appartement etc. Ook de keuze qua te dragen kleding, of wel of niet douchen, ligt bij de bewoner. We proberen her en der wel wat te stimuleren, maar uiteindelijk maakt de bewoner de keuze. De sfeer is ontspannen. Er wordt niet gehold over de gangen, er is aandacht voor de mensen en er is gezelligheid. Ook familie geeft aan dat het prettig binnenkomen is in Palsma Zathe. Er is ruimte voor een gesprek, een spelletje of een wandeling. Naast het welzijnsaspect wordt er uiteraard ook goede zorg geleverd. De zorgmedewerkers zijn alert op huidafwijkingen, defecatiepatronen, stemmingswisselingen etc. Door actief te monitoren worden beginnende letsels of infecties snel ontdekt en kunnen ze in de kiem worden gesmoord.

*Korte toelichting op de 10 klantbeloften van Kwaliteit@: Woonzorg Palsma Zathe is lid van Coöperatieve Kwaliteit@ U.A. Kwaliteit@ is een krachtige kwaliteitsmethodiek die de kwaliteit binnen woonzorghuizen op een praktische manier zichtbaar en aantoonbaar maakt. De leden van Kwaliteit@ gaan in eerste de plaats uit van het welzijn van de bewoner. Binnen Kwaliteit@ hebben we het dan ook over Welzijn en Zorg in plaats van Zorg en Welzijn. Als de bewoner goed in zijn vel zit, staat de 'zorg' als vanzelf minder op de voorgrond. Wanneer de bewoner overdag actief is, zal hij 's nachts goed slapen.

Alle disciplines binnen Woonzorg Palsma Zathe dragen bij aan het welzijn van de bewoners. Van de medewerkers van de huishouding tot de kok in de keuken. Pas wanneer alle disciplines het welzijn van de bewoners hoog in het vaandel hebben, uit zich dat in kwaliteit in het dagelijkse leven van de bewoners. De aanpak bestaat uit een visie, 10 klantbeloften en 5 bouwstenen.

Platform Kwaliteit@. Inmiddels sluiten steeds meer zorghuizen zich aan bij coöperatieve Kwaliteit@. U kunt meer lezen over Kwaliteit@ op www.welzijnde zorg.nl.

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 begonnen 2021 met 16 bewoners, allen zorgvragers. Vanwege de opname van de schoonvader van de eigenaar, zaten we een paar maanden met 1 bewoner meer dan eigenlijk kan wat betreft het aantal appartementen. Deze bewoner heeft twee maanden in het kantoor geslapen en was overdag in de huiskamer. Het was mooi dat het zo kon, maar fijn dat het na twee maanden anders geregeld kon worden. In 2021 zijn er twee bewoners overleden. Door het dragen van mondkapjes door medewerkers en bezoek, zijn bewoners waarschijnlijk minder vaak ziek geworden. We hebben gedurende het hele jaar geen bewoners met corona gehad. Wel zijn personeelsleden ziek geweest door COVID-19, maar we hebben besmetting van bewoners kunnen voorkomen. Uiteraard mede dankzij de vaccinaties en streng gehanteerde isolatieregels.
Voor de eerste vaccinatie zijn wij in groepjes van maximaal drie bewoners zelf naar de priklocatie gereden, om de bewoners te laten vaccineren. Soms stond familie klaar bij de priklocatie, zo niet, dan zorgden we zelf voor voldoende begeleiding (een op een). Op deze manier konden de bewoners veel sneller worden gevaccineerd dan wanneer we hadden gewacht tot de GGD bij ons op locatie kwam. De bewoners onder de 80 (3 bewoners), moesten wel wachten tot het prikteam van de GGD naar Palsma Zathe kwam.
- Persoonlijk geleid: de directeur/eigenaar was als volgt betrokken bij de zorgverlening op de werkvloer: Zij is bijna dagelijks aanwezig, staat ook regelmatig ingepland in de zorg en weet daardoor wat er speelt en leeft. Medewerkers kunnen haar benaderen met vragen en/of opmerkingen, maar ook bewoners zelf en familieleden.
- Passie, inzet en betrokkenheid van alle medewerkers, dit hebben we vastgesteld en besproken in de jaarlijkse functioneringsgesprekken;
- 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 (Wet Langdurige Zorg) gelden. Deze ratio is bij ons 93% in 2021.

2 Actief betrokken bij de netwerkorganisatie Riant Verzorgd Wonen:

- We delen actief informatie met collega-voorzieningen door middel van een gezamenlijk platform; per mail en via de app weten we elkaar prima te vinden, de drie bijeenkomsten waren in 2021 deels digitaal ivm corona.
- We hebben twee lerend netwerken, één voor directie/leidinggevenden en één voor uitvoerende medewerkers, deze laatste lerend netwerken worden vaak georganiseerd rondom een thema zoals infectiepreventie of onbegrepen gedrag. Er gaan altijd 1 of 2 medewerkers mee naar deze bijeenkomsten samen met de directie.

3 Voldoen aan wettelijke verplichtingen en regelgeving

- We voldoen aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg, onder andere door middel van ons kwaliteitsplan en dit kwaliteitsverslag;
- We hebben in onze brancheorganisatie de IGJ (Inspectie Gezondheid en Jeugd) inspectienormen besproken en geconstateerd dat we hieraan voldoen.
- We hebben de functioneringsgesprekken dit jaar deels gebaseerd op de 10 klantbeloften, naar het kwaliteitssysteem waar we mee werken. Zo ook het klanttevredenheidsonderzoek. De scores waren prima. Klanttevredenheidsonderzoek: een score van 9,8.

4 Open(baar)heid

- Uitkomsten en analyses van tevredenheidsonderzoeken onder bewoners hebben we gepubliceerd op onze website.
- We hebben dit kwaliteitsrapport met de cliëntenraad en met het personeel besproken.

Hoofdstuk 3 Personeel

We hebben onze personeelsformatie en een toelichting hierop gepubliceerd op onze website. Dankzij een stabiele en ruime personeelsbezetting van flexibele medewerkers, gemiddeld 1 medewerker op drie bewoners, kunnen we de werkdruk tot een minimum beperken. We hebben een systeem voor vervanging bij ziekte, namelijk de “sterdiensten” (je bent van 6 tot 9.30 uur bereikbaar, in geval van ziekte werk je, ben je niet gebeld dan heb je een vrije dag), wat goed heeft gefunctioneerd. Het verzuimpercentage in 2021 was 4 %. Dit is exclusief ziekte t.g.v. zwangerschap en zwangerschapsverlof.

In 2021 waren er de volgende personeelswijzigingen:
Peildatum 31-12-2021 t.o.v 31-12-2020.

Omschrijving	aantal	fte
Vertrokken medewerkers	5	1,4
Nieuwe medewerkers	5	0,75
Totaal medewerkers op 31-12-2021	27	13,9
Verdeeld over de volgende kwaliteitsniveaus:		
• Niveau 5	1	ZZP 0,5
• Niveau 4	3	2
• Niveau 3	14	8,2
• Niveau 2	2	1,1
• Overig	9	2,6

Dankzij onze platte organisatie en korte lijnen kunnen in onze woonzorgvoorziening de zorggelden optimaal worden benut. De gelden worden uitgegeven waarvoor ze zijn bedoeld. Uit onze financiële administratie blijkt dat >92% van de zorggelden wordt besteed aan direct bewoner gebonden personele en zorgkosten.

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;
- Overdag permanent iemand van de medewerkers aanwezig 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 aanwezig of 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 of toenemende complexiteit als volgt in gang gezet: we laten dagdiensten eerder beginnen als we merken dat bewoners eerder wakker zijn doordat het langer licht is of juist later laten beginnen als bewoners later wakker zijn als het langer donker blijft (winter). Bij toenemende zorgvraag worden diensten verlengd op de momenten die daarom vragen of worden extra diensten ingezet. Door de flexibiliteit van het team is er veel mogelijk. De specialist ouderenzorg wordt ingezet na consult van de huisarts, als er sprake is van gedragsproblematiek. Indien het nodig is dat een bewoner gezien wordt door een specialist in het ziekenhuis, wordt deze door familie begeleid. Lukt dat niet, dan gaat de eigenaar met de bewoner naar het ziekenhuis, na overleg met de familie.

Scholingen in 2021:

- Scholing 2021:

Periode	Onderwerp	Behaald	Opmerking
Januari/februari	Klinische les over ziekte van Parkinson	nee	Wordt een elearning in 2022
februari	Scholing PAIC 15 (observatiemethode voor pijn voor mensen met dementie)	ja	e-learning
maart	Ondervoeding bij ouderen	ja	e-learning
mei	Omgaan met gedragsproblematiek. Andere gekozen onderwerpen: werken met glijzeil, tillift, agressie, decubitus etc.	Naar eigen keus via free learning	Wordt een e-learning in 2022
mei	e-learning slikken en verstikken	ja	
juni	E-learning medicatieveiligheid	nee	Wordt elearning en live scholing in 2022
september	Pijn bij kwetsbare ouderen; elearning	ja	PAIC 15
maart, juni, oktober	Lerend netwerk Riant Verzorgd Wonen	ja	Onbegrepen gedrag is door medewerker gevolgd evenals infectiepreventie
December	Elearning infectiepreventie Noordhoff*	ja	Zie hieronder

*In december 2021 zijn we gestart met het werken met een scholingsprogramma van Noordhoff. Daarin kunnen medewerkers op hun eigen niveau digitale scholingen volgen. Er is een grote diversiteit aan onderwerpen. We hebben gezamenlijk afgesproken dat er per jaar op 5 onderwerpen geschoold wordt. Medewerkers mogen 2 onderwerpen naar eigen keuze volgen, 3 onderwerpen zijn door het MT als verplicht aangemerkt. Voor 2021 was er 1 verplicht onderwerp omdat we pas in december zijn begonnen. Enkele collega's zijn zo enthousiast dat ze al veel meer scholingen hebben gevolgd dan afgesproken. Een prachtig middel om het scholen van medewerkers te stimuleren.

Hoofdstuk 4 Doelen 2021

In het jaarverslag 2020 hebben we de volgende doelstellingen voor 2021 benoemd:

Doelen 2021	Datum	Behaald
1. Scholing gedragsproblematiek	Najaar 2021	Deels
2. Opzetten van het stappenplan WZD (Wet Zorg en Dwang); met de juiste invulling van de diverse disciplines	April 2021	Ja
3. Audit door lid van coöperatie Kwaliteit@	sept2021	Ja
4. Kennismaken en opstarten werkzaamheden met nieuwe SOG, nieuwe psycholoog en wzd functionaris.	Maart 2021	Ja
5. Scholing woonzorg ondersteuners (symposium; was eerst gepland in 2020)	nov 2021	Ja
6. Interne audit infectie preventie	sept 2021	Ja
7. Familie avond organiseren in het najaar	Okt/nov 2021	Nee
8. Boottocht in september, indien haalbaar ivm corona	Sept 2021	Nee
9. Evaluatie met huisarts	Mei 2021	Ja
10. Nieuwe afspraken maken met huisarts en SOG	Maart 2021	Ja
11. Evaluatie met apotheek	Najaar 2021	Ja
12. Audit door apotheek	April 2021	Ja
13. Optimaliseren RlenE (eigen versie geoptimaliseerd)	Januari 2021	ja

Toelichting:

1. Dit punt komt aan de orde in een e-learning van Noordhoff in 2022. Wel zijn enkele collega's mee geweest naar het lerend netwerk van Riant Verzorgd Wonen, waar een scholing over dit onderwerp werd verzorgd, waarna tips en trucs tijdens een teamvergadering zijn gedeeld.
2. Er ligt een beleid en de rollen zijn ingevuld, maar de uitwerking komt niet van de grond. We krijgen het niet voor elkaar. De samenwerking met Noorderbreedte, wat betreft de SO is beperkt tot 2 x per jaar een MDO en consulten via de huisarts. Extra evaluaties, wat verplicht is binnen de WZD zitten er wegens een tekort aan SOG's niet in.

3. Deze audit heeft plaats gevonden in september. We waren binnen kwaliteit@ de eerste woonzorgvoorziening die een auditbezoek kreeg van een ander huis binnen de coöperatie. De audit verliep erg prettig en de score was prima. Twee punten van aandacht kwamen naar voren; collega's meer trainen in geven en ontvangen van feedback, dit is een onderwerp wat met regelmaat terug zou moeten komen en kwetsbaarheid van de organisatie doordat Lidy de spin in het web is en veel regelt. De medewerkers kunnen daarvoor "lui" worden. Hoe als Lidy weg zou vallen? Wie pakt haar taak op? Overwegen personeel meer verantwoordelijkheid te geven?
4. De nieuwe SO hebben we nog niet gezien, wel is er telefonisch contact geweest. Eind van het jaar is zij met zwangerschapsverlof gegaan. De psycholoog is wel al bij ons geweest en is betrokken bij een bewoner, de WZD-fuctionaris is op afstand beschikbaar om documenten te beoordelen wat betreft de juiste inzet van het stappenplan van de WZD. Dit is lastig. Zij moet toegang krijgen tot enkele delen van het zorgdossier. We kennen haar niet, maar krijgen wel keurig een terugkoppeling per mail.
5. De woonzorgondersteuners hebben een leerzame en mooie studiedag gehad. Vooral op muzikaal gebied hebben ze allerlei plannen ontwikkeld.
6. Op basis van de auditlijst van een deskundige infectiepreventie, hebben we een eigen lijst gemaakt die is gebruikt voor de interne audit. De audit verliep naar wens, een paar kleine puntjes van aandacht worden opgepakt.
7. Vanwege corona kon deze avond niet doorgaan. We hopen in 2022 weer iets te kunnen organiseren.
8. Ook de boottocht kon niet doorgaan, helaas. Daarvoor in de plaats hebben we wel een prachtige feestdag georganiseerd met 's morgens een concert, 's middags een roofvogelshow en aansluitend een maaltijd verzorgd door een cateringbedrijf. Een prachtige dag!
9. We hebben een goede evaluatie gehad. Er waren wat irritatiepunten, maar deze zijn besproken en spelen niet meer. Belangrijks uitkomst: de huisarts zal niet elke medicatie verandering bij ons in het dossier zetten. Nieuwe medicatie via de apotheek moeten we zien als opdracht. Huisarts of verpleegkundig specialist heeft het recept geschreven en gaat dat niet nog een keer doen in Care Portal. Kost teveel tijd.
10. SOG wordt door huisarts zo nodig in consult gevraagd. Huisarts is de eerste behandelaar, tenzij, gedurende een korte periode, de SO dit overneemt als er sprake is van instellen op gedrag regulerende medicatie.
11. Ook met de apotheek is geëvalueerd. Fijn om samen weer even de punten op de i te zetten. Conclusie: we hebben een prettige samenwerking.
12. De apotheker heeft een audit gedaan bij Palsma Zathe. Dit was alweer 4 jaar geleden. Er zijn een paar aandachtspunten uit naar voren gekomen, maar we voldoen ruimschoots aan de eisen van de veilige medicatieketen. De actiepunten zijn regels rondom retourneren van opiaten. Daar heeft de apotheek geen duidelijk beleid op, waar we wel behoefte aan hebben. Ander punt is het zichtbaar maken van intoleranties in NCare. Beide punten worden door de apotheek opgepakt, echter tot op heden is er geen terugkoppeling geweest. Er is inmiddels een mail naar de apotheek gestuurd (mei 2022).
13. De RI&E is bijgewerkt, maar we willen aan de slag met een officiële RI&E. Dit komt op ons doelenlijstje voor 2022. Deze RI&E volstaat niet meer.

COVID 19 en de gevolgen voor Palsma Zathe

- *Bewoners*; Videobellen en schermbezoeken zijn in de loop van 2021 steeds minder in gebruik geweest. Bezoek was gelukkig gedurende het hele jaar welkom, maar wel met beperkingen. Niet meer dan 2 bezoekers per bewoner per dag, voor binnenkomst handen desinfecteren, mondkapje op en naam noteren, bij klachten niet komen en bezoek alleen op het eigen appartement, niet in de huiskamer bij de andere bewoners gaan zitten. Het bleek lastig voor de familie om het mondkapje op het appartement op te houden. Vooral als de bewoner doof is, is het geen doen te communiceren met een kapje op. Ook is dan het afstand houden erg lastig. We hebben besloten niet op de appartementen het bezoek te gaan controleren. De regels waren bekend, dus meer wilden we niet. Soms voelde familie zich schuldig als zorgmedewerkers plotseling op het appartement kwamen en zij het mondkapje af hadden gedaan. Omdat de periode van beperkingen erg lang duurde werd het steeds lastiger voor de familie om zich aan de regels te houden.
- *Personeel*; ook in 2021 zijn een aantal medewerkers besmet geraakt met COVID-19, maar gelukkig is geen enkele bewoner besmet geraakt. Een groot deel van dit jaar hebben we met mondkapjes op gewerkt. Dat werd als zwaar beschouwd. Het is vermoeiend en benauwd om bewoners te verzorgen met een mondkapje op. Toch hebben we volgehouden, om de kans op besmetting van de bewoners zo klein mogelijk te maken. Bij klachten en een negatieve test werkten de medewerkers met een FFP2 masker. Want krijgen de bewoners klachten, dan moeten we getest worden, wat een hele belasting voor hen is. Op deze manier probeerden we dat te voorkomen.
- *Cliëntenraad*; gelukkig konden we ook in 2021 gebruik maken van de input van de cliëntenraad. Vooral wanneer de beperkingen konden worden afgebouwd, zo rond de zomer, zaten de leden niet altijd op 1 lijn. De een wilde sneller afbouwen dan de ander. Steeds weer namen we de motivaties mee in het MT en kwamen we er goed uit.
- *MT*: Zo hectisch als het in 2020 was, was het dit jaar gelukkig niet. Toch bleven we regelmatig bij elkaar komen, beleid afstemmen, wensen inventariseren en besluiten nemen. Wat zijn we blij dat geen enkele bewoner in 2021 besmet is geraakt. Een unicum wat door de familie van de bewoners erg wordt gewaardeerd.

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. Aan onderstaande thema's, ontleend aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg, wordt binnen onze locatie voldaan. Dit hebben we als MT (Management Team) waargenomen en geconstateerd op basis van functioneringsgesprekken, observaties tijdens onze aanwezigheid op de werkvloer, contacten met bewoners, naasten en cliëntenraad, MDO (multi disciplinair overleg), bewonersbesprekingen, overdrachten, rapportages, en teamoverleg.

Compassie: nabijheid, vertrouwen, aandacht en begrip

- De zorgmedewerkers kennen het levensverhaal in grote lijnen, 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 medewerkers maken echt contact met bewoners;
- De zorgmedewerkers hebben aandacht voor familie, naasten en mantelzorgers;
- De zorgmedewerkers hebben inlevingsvermogen en begrip en tonen empathie;
- De zorgmedewerkers 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 zorgmedewerkers 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;
- Zorgmedewerkers zoeken naar de betekenis van gedrag als een bewoner zich onvoldoende of niet meer kan uitdrukken;
- Medewerkers dragen er zorg voor dat de bewoners zich veilig voelen;
- Medewerkers behandelen bewoners met respect;
- Als er iets te beleven of te ontdekken is, wordt de bewoner daarbij betrokken;
- De bewoners kunnen zoveel mogelijk hun eigen gang gaan, zij zijn niet verplicht aan een activiteit deel te nemen.
- Bewoners kunnen zoveel mogelijk hun eigen keuzes maken en kunnen zoveel mogelijk hun leefstijl voortzetten;
- De zorgmedewerkers kennen de persoonlijke wensen, behoeften en risico's bij de bewoner;
- De zorgmedewerker is in staat om veranderd gedrag te duiden of om daar adequate hulp bij te vragen;
- De zorgmedewerkers hebben aandacht voor de naaste(n) van de bewoner als onderdeel van zijn eigen leven;
- De zorgmedewerker 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, voor zover mogelijk, hun eigen leven vorm en inhoud geven zowel in grote als in kleine onderdelen van de dag;
- Indien een bewoner de regie niet meer kan nemen, krijgen diens naasten de kans om diens ogen en oren te zijn en de wensen te verwoorden of gedrag toe te lichten en te verklaren;
- Met iedere bewoner of diens belangenbehartiger 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;
- Zorgverleners 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 zorgverleners wegen met de bewoner en zijn naaste(n) de veiligheidsrisico's af tegen de kwaliteit van leven;
- De zorgverleners bespreken bij opname de wensen van bewoner rondom zorg bij het levenseinde. Wensen worden geïnventariseerd en opgenomen in het zorgplan. 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/vertegenwoordiger heeft afspraken over en inspraak bij de doelen ten aanzien van zijn/haar zorg, behandeling en ondersteuning

- Iedere bewoner heeft een eigen actueel zorgleefplan dat in samenspraak met de bewoner en desgewenst diens naasten is opgesteld door de verpleegkundige en de EVV-er;
- De bewoner geeft aan zich te herkennen in het zorgleefplan, zo niet dan wordt dat besproken met de bewoner en diens naasten;
- De bewoner en/of diens belangenbehartiger is aanwezig bij het halfjaarlijkse evaluatiegesprek. De bewoner/vertegenwoordiger wordt in staat gesteld om zich op dit gesprek voor te bereiden. De inbreng van de bewoner/vertegenwoordiger doet ertoe om de zorgverlening beter af te stemmen op diens behoeften;
- Met de bewoner of diens belangenbehartiger wordt op regelmatige basis besproken of de zorg- en behandelafspraken worden nagekomen en of de zorg aan de wensen en behoeften voldoet;
- De huisarts 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 contact persoon en handelen bij calamiteiten vastgelegd in een concept zorgleefplan en medisch plan dat na maximaal zes weken definitief wordt;
- De zorgverleners werken individueel en samen met een actueel zorgleefplan dat ook werkelijk verbinding houdt met de uitvoering van zorg;
- Zorgverleners hebben inzicht in de situatie van de bewoner, inzicht in het zorg- en behandelproces rondom de bewoner en werken hierin samen als team;
- Zorgverleners 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 bij onze locatie. Deze thema's zijn ontleend aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Dit hebben we als MT waargenomen en geconstateerd op basis van functioneringsgesprekken, observaties tijdens onze aanwezigheid op de werkvloer, contacten met bewoners, naasten en cliëntenraad, bewonersbesprekingen, overdrachten, rapportages en teamoverleg.

Zingeving

- Er is bij zorgverleners aandacht voor specifieke levensvragen zoals omgaan met verlies van functies, eenzaamheid, rouw, depressie, ouderdom en invulling van de laatste levensfase;
- Indien een bewoner iets kan en wil betekenen voor een ander, ondersteunen we dat;
- Het is voor iedere bewoner mogelijk om een 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

- Zorgverleners geven naasten en andere betrokkenen uit het sociale netwerk van de bewoner de ruimte om in de zorg en/of ondersteuning te participeren;
- Het beleid rondom participatie vrijwilligers is beschreven en bekend bij bewoners en zorgverleners;
- Twee keer per jaar wordt er een bijeenkomst voor vrijwilligers georganiseerd met als doel het uitwisselen van ervaringen en geven van adviezen. In 2021 is deze bijeenkomst niet georganiseerd vanwege 2 redenen. Corona en het stoppen van een aantal vrijwilligers vanwege corona. Ze zijn te lang niet geweest en durven een nieuwe start niet aan, vanwege de angst om een bewoner te besmetten of omdat ze het gevoel hebben de betrokkenheid te missen door hun lange afwezigheid. Er waren in 2021 nog 2 vrijwilligers over. Zij hebben aangegeven geen behoefte te hebben aan een bijeenkomst voor 2 personen. We hopen in 2022 met meer vrijwilligers de bijeenkomsten weer op te starten.

Wooncomfort: gastvrijheid, maaltijden, schoonmaak en inrichting

- De inrichting van de woonomgeving is gezellig, met schilderijen aan de muur, planten in de ruimten en een warme kleur bekleding op meubels en voor ramen. Zo nodig is het meubilair aangepast aan zorg- en ondersteuningsbehoeften (privéruimten, recreatieruimten, buitenruimten, verkeersruimten);
- De privé- en gedeelde (recreatie)ruimten zijn schoon en veilig;

- Bewoners worden in de gelegenheid gesteld met eigen spullen hun kamer in te richten;
- Twee keer in de week wordt er door een kok gekookt. De kok stelt het weekmenu samen en neemt daarbij suggesties van bewoners mee. De bewoners kunnen participeren in de voorbereiding van de maaltijd en het klaarmaken. Uiteraard wordt er rekening gehouden met voorkeuren, diëten en/of voedingsregels rondom een bepaald geloof. Bewoners eten gezamenlijk in de serre, maar kunnen desgewenst ook op de eigen kamer eten. Familie wordt uitgenodigd mee te eten mocht dit zo uitkomen, om een huiselijke sfeer te bevorderen. Dit past binnen visie op de gastvrijheid binnen Palsma Zathe. Het streven is om 1 x per week vegetarisch te koken.

De genoemde thema's zijn terug te vinden in de 10 klantbeloften uit de kwaliteitsmethodiek van kwaliteit@.

- Hier voel ik mij thuis
 - Ik voel mij veilig en geborgen
 - Ik vind het hier schoon en gezellig
 - Ik vind de sfeer fijn
- Mijn naasten voelen zich hier welkom en thuis
 - Mijn naasten worden gastvrij ontvangen
 - Mijn naasten worden gezien en gehoord
 - Mijn naasten krijgen persoonlijke aandacht
- Ik hoor erbij en heb zinvolle bezigheden
 - Mijn mening telt en ik kan mijn eigen gang gaan
 - Ik word actief betrokken bij het dagelijks leven
 - Ik word gezien en respectvol aangesproken
- Ik krijg passende zorg en ondersteuning
 - Mijn gezondheid wordt in de gaten gehouden
 - Ik word op een prettige manier ondersteund
 - Mijn behoeften en wensen zijn bekend
- Ik eet en drink naar wens
 - Mijn eten is smakelijk en verzorgd
 - Wij eten gezellig samen, bezoek is ook welkom
 - Mijn voedsel is veilig gekocht, bewaard en bereid
- Hier doe ik ertoe en mag ik mezelf zijn
 - Mijn welzijn staat voorop
 - Mijn wensen staan centraal
 - Ik krijg oprechte aandacht
- Ik maak persoonlijke afspraken over mijn welzijn
 - Ik word persoonlijk benaderd
 - Mijn wensen en voorkeuren zijn leidend
 - Mijn afspraken worden nagekomen
- Ik heb medewerkers om mij heen die ik ken en vertrouw
 - Ik en mijn naasten krijgen tijd en aandacht
 - Ik zie dagelijks vertrouwde gezichten
 - Ik krijg structuur, rust en regelmaat
- De medewerkers nemen verantwoordelijkheid voor mij
 - Ik en mijn naasten maken zich geen zorgen en zijn gerust
 - De medewerkers zijn alert op mijn gezondheidsrisico's
 - Alle medewerkers werken goed samen, voor mijn welzijn, zorg en veiligheid
- De medewerkers zijn professioneel en werken met plezier
 - Ik ervaar dat de medewerkers deskundig zijn op hun vakgebied
 - Ik ervaar dat medewerkers van elkaar leren
 - Ik ervaar dat medewerkers het iedere dag weer beter willen doen

Hoofdstuk 7

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 op onze locatie. Deze thema's zijn ontleend aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg.

Medicatieveiligheid

- Vier keer per jaar organiseren we voor alle bewoners een medicatiereview met de apotheker en de huisarts. Steeds wordt de helft van de bewoners besproken, dus per bewoner is er 2 x per jaar een medicatiereview.
- We analyseren de MIC (Melding Incident Client) tijdens de maandelijkse MT. We besteden aandacht aan de oorzaken van eventuele medicatiefouten en andere incidenten. Hierbij betrekken we de medewerkers, door in elke teamvergadering, (een keer per 2 maanden) aandacht aan de MIC's te besteden. Bij ernstige incidenten maken we gebruik van de PRISMA methode op advies van de IGJ.
- We beperken het antipsychoticagebruik in samenspraak met de huisarts of SOG (Specialist Ouderen Geneeskunde) zoveel mogelijk en we bespreken het gebruik van antipsychotica met voorzieningen uit het lerend netwerk;
- We beperken het antibioticagebruik in samenspraak met de huisarts en bespreken het gebruik van antibiotica met voorzieningen uit het lerend netwerk.
- NCare; we werken sinds april 2020 met NCare. Door de digitale medicatie-toedienlijsten, kunnen we in 1 oogopslag zien wat er wel en niet gegeven is. Ook de overzichtslijsten zijn paraat evenals het farmaceutisch compas. Ook het bestellen van medicatie gaat eenvoudig. Doordat we over zijn gegaan op NCare besparen we per jaar honderden vellen papier; goed voor de duurzaamheid!

Decubitus en mondzorg

- Er vindt regelmatige monitoring plaats van huid(letsel), voedingstoestand, mondzorg en incontinentieletsel bij alle bewoners; wij hebben een bewoner met decubitus gehad, hooguit graad 2, maar is inmiddels genezen. Bewoners worden maandelijks gewogen, zodat eventuele afname in gewicht in de gaten kan worden gehouden en zo nodig actie kan worden ondernomen. De mobiele tandarts en de mondhygiëniste komen regelmatig om controles uit te voeren en zo nodig behandelingen te geven. Ook is er contact met een mobiele protheticus voor eventuele aanpassingen aan gebitsprothesen.
- We hebben onze bevindingen ten aanzien van deze monitoring besproken in het lerend netwerk.

Inzet vrijheidsbeperkende maatregelen

- In de verslagperiode hebben we geen onvrijwillige zorg ingezet en 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;
- De VBM die we hebben toegepast zijn besproken met de bewoner en diens naasten, met de huisarts of SOG, met de EVV'er en met de directie. Bij iedere VBM hebben we een evaluatiedatum afgesproken. Voor het toepassen van elke VBM (behalve als het gaat om medicatie) is getekend door de (belangenbehartiger van de) bewoner en de huisarts;
- De bevindingen van het gebruik van VBM zijn besproken met de medewerkers en met voorzieningen uit het lerend netwerk.
- Voorkomen vrijheidsbeperkende maatregelen: Bij een onrustige bewoner is gebruik gemaakt van een verzwaringsdeken. Dubbele gordijnen zorgen bij een bewoonster voor meer duisternis op de kamer, wat zeker in voorjaar en zomer voor haar erg prettig is. Huiskamermedewerkers zijn ingezet voor meer activiteiten overdag, met als gevolg dat sommige bewoners aan het einde van de dag meer vermoeid zijn. Ook het spellenpakket op de BeleefTV is uitgebreid voor

meer mogelijkheden. Daarnaast is de inzet van een dansdocent een mooie aanvulling op de activiteiten en zinvolle tijdsbesteding.

Preventie van acute ziekenhuisopnamen

- Wij hebben in 2021 1 bewoner gehad die 2 keer opgenomen is geweest in het ziekenhuis. Gelukkig mocht zij steeds na 2 of 3 dagen weer naar Palsma Zathe. Uiteraard proberen we valincidenten zoveel mogelijk te voorkomen door te zorgen voor een veilige omgeving; geen losse snoeren, stevig schoeisel, geen losse kleden op de vloer. Toch kunnen we niet voorkomen dat er af en toe iemand valt. Gelukkig loopt dat meestal goed af.

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

- In maart 2019 hebben we de toets “Basis op orde” van Kwaliteit@ in een keer met glans behaald! Hiermee hebben we aangetoond aan alle items van het kwaliteitskader te voldoen. Deze toets wordt jaarlijks herhaald door onszelf. Dit houdt ons scherp. Na het behalen van deze toets zijn we verder gegaan met de implementatie van de 10 klantbeloften. Meer aandacht voor welzijn was een belangrijk verbeterpunt. Omdat de implementatie van de 10 klantbeloften samen viel met het toekennen van de kwaliteitsgelden, hebben we door het inzetten van huiskamermedewerkers een mooie slag kunnen maken. Huiskamermedewerkers doen huishoudelijke klusjes met bewoners zoals aardappel schillen, ze doen spelletjes, beweging op muziek, creatieve activiteiten en gaan met bewoners naar buiten. Daarnaast ondersteunen ze her en der de keukendiensten. Er is meer structuur gekomen in het aanbod van activiteiten en we zien en ervaren dagelijks de meerwaarde van de woonzorgondersteuners.
- In 2021 hebben we ook extra activiteiten gepland als vast onderdeel van de week, om het welzijn nog meer te verhogen. Op maandag wordt er ge(stoel)danst op muziek, op dinsdag is er gymnastiek, op donderdagmiddag is er een muzikaal uurtje met zang en muziek.

2 Jaarlijks geactualiseerd kwaliteitsplan

- Voor 2021 hebben we een Kwaliteitsplan gemaakt, welke we in 2022 zullen evalueren. In 2022 maken we een nieuw plan voor 2023;

3 Jaarlijks kwaliteitsverslag

- Dit kwaliteitsverslag is besproken met de bewonersraad, het MT en de medewerkers en via onze website ter beschikking gesteld aan naasten, huisarts, SOG, zorgmedewerkers en andere geïnteresseerden;
- In dit kwaliteitsverslag verantwoorden we ons over de voortgang van 2021;

4 Continu werken in de praktijk aan verbeteren door zorgverleners

- Zorgverleners zijn 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.

5 Lerend netwerk

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

Hoofdstuk 9

Leiderschap, governance en management;

Wij hanteren de Governance Code Zorg 2017 en daarnaast, zoals uit dit kwaliteitsverslag blijkt, worden alle onderwerpen van ons kwaliteitsplan in praktijk gebracht. Kenmerkend voor ons participierend 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.

- 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. 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.
- In deze verslagperiode heeft de directie tijdig ingegrepen om de veiligheid en kwaliteit van de zorg te borgen. Dit blijkt uit de MIC's die maandelijks in het MT en tweemaandelijks in het team worden besproken.
- We hebben een goede verstandhouding met de cliëntenraad.
- Conform de Wet Kwaliteit klachten en geschillen in de zorg (WKKGZ) hebben we een vertrouwenspersoon, klachtenfunctionaris, klachtenreglement met onafhankelijke klachtencommissie en zijn we aangesloten bij een erkende Geschilleninstantie.
- Wij hebben onze stakeholders in kaart gebracht en we bespreken en evalueren de samenwerking met stakeholders.
- Een SOG kan ons, zo nodig, ondersteunen bij MDO's en vrijheidsbeperking. Deze SOG kunnen we tevens consulteren als de actualiteit daartoe aanleiding geeft.

Hoofdstuk 10

Gebruik van hulpbronnen

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

Hoofdstuk 11

Gebruik van informatie.

- We hebben in november 2021 een tevredenheidsonderzoek onder de bewoners uitgevoerd op basis van de 10 klantbeloften, de kwaliteitsmethodiek waar we mee werken. De uitkomsten waren prachtig! We hebben een score van 9,8 bij de bewoners cq contactpersonen. Medicatieveiligheid is bij ons geregeld conform landelijke standaard. Uit MIC meldingen en het bezoek van de inspectie (december 2019) is naar voren gekomen dat we de medicatieveiligheid correct in acht nemen en verbeterpunten actief oppakken; In 2021 hebben we na 4 jaar weer een audit van onze apotheker gehad. Deze is prima verlopen.
- Dit kwaliteitsverslag is openbaar en toegankelijk via onze website.

Hoofdstuk 12

Verbeterparagraaf

Op basis van o.a het kwaliteitsverslag 2021 hebben wij ons voor 2021 de volgende doelen gesteld, welke voortkomen uit wettelijke verplichtingen, scholingsbehoeften en technische aanpassingen. Scholingen voor 2022 staan vermeld in het kwaliteitsplan.

Doelen 2022
1. We gaan starten met een Raad van Toezicht. Dit in verband met de nieuwe wet WTZA (Wet toetreding Zorgaanbieders).
2. Twee medewerkers gaan de cursus belevingsgerichte zorg doen. We zeggen wel dat we belevingsgericht werken, maar wat houdt dat precies in en wat kunnen we verbeteren?
3. Bij de keuken is er teveel onrust. Collega's die er blijven staan voor een praatje, medewerkers die bij de medicatiekast overleggen, keukenmedewerker die haar werk moet doen, maar omringd wordt door veel te veel mensen. We gaan hier komend jaar aan werken! Dit moet anders
4. Wilsverklaringen minimaal 1 x per half jaar checken. Als mensen komen inhuizen, zijn ze over het algemeen nog in redelijke conditie en kennen wij de bewoner nog niet goed. Tijdens het eerste gesprek met de huisarts wordt de wilsverklaring ingevuld, waarop aangegeven staat wat er in bepaalde situaties moet gebeuren. Familie en bewoner geven wel vaak aan dat er niet meer gereanimeerd moet worden, maar vaak staan zij nog open voor een ziekenhuisopname. Omdat de bewoner in de loop van de tijd toch achteruit gaat, moet de wilsverklaring aangepast worden, zodat deze up to date blijft. Dit moet structureler vorm krijgen. Mogelijk kan dit punt 2 x per jaar meegenomen worden in het evaluatiegesprek.
5. Herstarten bijeenkomsten vrijwilligers. Door de coronaperiode zijn er zowel in 2020 als in 2021 geen bijeenkomsten voor vrijwilligers geweest. Dit gaan we weer oppakken. Ervaringen en tips uitwisselen heeft een grote meerwaarde. Zeker voor de beginnende vrijwilliger.
6. Hoe verder met de WZD? We voldoen niet aan de verplichtingen. De SOG waar we mee werken is alleen 2 x per jaar voor het MDO beschikbaar, niet voor tussentijdse evaluaties. We hebben al gekeken naar samenwerking met een andere SOG, maar die zijn niet te vinden. Er is een tekort en juist een kleine zorgaanbieder kan dan niet aan de verplichtingen voldoen. Door de WZD zijn we ons nog bewuster van het zoeken naar alternatieven en het kortdurend inzetten van onrustmedicatie, maar soms bouwen we af zonder tussentijds overleg met de SOG
7. De huiskamer is regelmatig rommelig. Oude kranten, uitgebloeide bloemen, veel prullaria, we moeten met z'n allen er een prettige ruimte van maken en deze ook zo houden.
8. Familie-avond. Door corona is deze al 2 x niet doorgegaan. We hopen deze avond in het najaar van 2022 wel weer te kunnen organiseren.
9. We willen in 2022 aandacht geven aan het geven en ontvangen van feedback. Hoe doe je dat op een prettige en constructieve manier?
10. Woonzorg Palsma Zathe heeft 1 eigenaar die samen met haar echtgenoot alle touwtjes in handen heeft. Dat maakt het bedrijf kwetsbaar. Hoe verder als er met 1 of beiden iets gebeurt? Wie zorgt dat Woonzorg Palsma Zathe door draait? Wie is het aanspreekpunt voor de zorg en wie doet de boekhouding?
11. De doelen die in dit verslag genoemd worden, moeten beter gemonitord worden. Nu komen we deze doelen weer tegen als er een nieuw verslag geschreven wordt, maar dat is te laat. Bij de vaststelling van het verslag en in het najaar moeten deze doelen in het MT besproken worden, zodat de voortgang in de gaten gehouden kan worden en er op tijd acties kunnen worden ondernomen.

Slotwoord van de directie

Door het maken van dit kwaliteitsverslag hebben we op gestructureerde wijze het jaar 2021 geëvalueerd. Het geeft een goed beeld van de aandacht voor welzijn en zorg die wij de bewoners van Woonzorg Palsma Zathe bieden.

Onze visie en missie zijn de basis voor de aandacht voor welzijn en zorg.

Dankzij een vast en betrokken team medewerkers en vrijwilligers, kunnen wij welzijn en zorg bieden op een hoog niveau. Het is een uitdaging in deze tijd om medewerkers vast te houden en nieuwe medewerkers te vinden.

Het lerend netwerk is een waardevolle aanvulling wat betreft reflectie op eigen handelen en het uitwisselen van ervaringen. Leren van elkaar geeft meerwaarde.

Met trots zullen we dit jaar stilstaan bij het 10 jarig bestaan. In die 10 jaar hebben we veel geleerd, veel meegemaakt, veel gelachen, enorm genoten en soms gehuild. Samen hebben we er 10 gouden jaren van gemaakt. Op naar de volgende 10 gouden jaren!

Leeuwarden, mei 2022.

A.N. Bergsma-Algra

Bijlage 1 Veiligheid

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

- a. Medicatieveiligheid: dit wordt maandelijks besproken in het MT naar aanleiding van MIC-meldingen. Eventuele incidenten worden geanalyseerd waarna zo nodig verbeterpunten worden doorgevoerd na bespreking in teamvergadering.
- b. Decubituspreventie: er is bij 1 bewoner decubitus graad 2 geconstateerd in 2021, maar eind 2021 was er een volledig herstel te zien en was er geen sprake meer van decubitus.
- c. Gemotiveerd gebruik van vrijheid beperkende maatregelen: bijna alle bewoners hebben een bewegingssensor in de nacht bij het bed met toestemming van bewoner en familie.
- d. Preventie van acute ziekenhuisopnamen: in 2021 is 1 bewoonster 2 x opgenomen geweest. Reden van de eerste opname was een ongeluk met de duofiets, waarmee ze met haar dochter een uitstapje maakte. De tweede opname ging om een CVA.

Bijlage 2 Bewonersbeoordelingen

We hebben voor ons tevredenheidsonderzoek (TVO) 2021 onder bewoners het klanttevredenheidsonderzoek van Kwaliteit@ gebruikt. De resultaten vindt u hieronder.

<u>Aantal ingevulde evaluaties van klanten:</u>	12
Hier voel ik mij thuis	8,8
Ik voel mij veilig en geborgen	8,8
Ik vind het hier schoon en gezellig	8,7
Ik vind de sfeer fijn	9
Mijn naasten voelen zich hier welkom en thuis	9,2
Mijn naasten worden gastvrij ontvangen	9,3
Mijn naasten worden gezien en gehoord	9,1
Mijn naasten krijgen persoonlijke aandacht	9,1
Ik hoor erbij en heb zinvolle bezigheden	8,8
Mijn mening telt en ik kan mijn eigen gang gaan	8,8
Ik word actief betrokken bij het dagelijks leven	8,7
Ik word gezien en respectvol aangesproken	9
Ik krijg passende zorg en ondersteuning	9,1
Mijn gezondheid wordt in de gaten gehouden	9,2
Ik word op een prettige manier ondersteund	9
Mijn behoeften en wensen zijn bekend	9,1
Ik eet en drink naar wens	9
Mijn eten is smakelijk en verzorgd	9
Wij eten gezellig samen, bezoek is ook welkom	9
Mijn voedsel is veilig gekocht, bewaard en bereid	9
Hier doe ik ertoe en mag ik mezelf zijn	9,1
Mijn welzijn staat voorop	9,2
Mijn wensen staan centraal	8,9
Ik krijg oprechte aandacht	9,2
Ik maak persoonlijke afspraken over mijn welzijn	8,9
Ik word persoonlijk benaderd	9
Mijn wensen en voorkeuren zijn leidend	8,8
Mijn afspraken worden nagekomen	8,9
Ik heb medewerkers om mij heen die mij kennen en ik vertrouw	9,1
Ik en mijn naasten krijgen tijd en aandacht	9
Ik zie dagelijks vertrouwde gezichten	9,1
Ik krijg structuur, rust en regelmaat	9,2

De medewerkers nemen verantwoordelijkheid voor mij	9,1
Ik en mijn naasten maken ons geen zorgen en zijn gerust	9,2
De medewerkers zijn alert op mijn gezondheidsrisico's	9,1
Alle medewerkers werken goed samen, voor mijn welzijn, zorg en veiligheid	9,1
De organisatie is professioneel en medewerkers werken met plezier	9,1
Ik ervaar de organisatie als transparant en aanspreekbaar	9,1
Ik ervaar werkplezier bij de medewerkers	9,1
Ik ervaar dat de medewerkers deskundig zijn op hun vakgebied	9,1

Bijlage 3 Leren en werken aan kwaliteit

Sinds oktober 2017 zijn we aangesloten bij Lerend Netwerk RVW. De werkwijze is hieronder opgenomen.

Lerend Netwerk RVW Het lerend netwerk RVW is opgericht door en voor alle aan Riant Verzorgd Wonen verbonden kleinschalige particuliere voorzieningen in de ouderenzorg. Doel van het lerend netwerk is om de kwaliteit van de zorg permanent te monitoren en waar mogelijk te verbeteren. Dit doel wordt bereikt door de eigen bedrijfsvoering en belangrijke ontwikkelingen in de branche in openheid met elkaar te bespreken. Van elkaar leren is voor de deelnemers aan het lerend netwerk het uitgangspunt. Samenwerken is hierbij essentieel.

Het lerend netwerk RVW kent twee soorten bijeenkomsten, te weten voor medewerkers en voor leidinggevenden. De bijeenkomsten in het kader van het lerend netwerk worden als volgt georganiseerd. Driemaal per jaar is er een dag voor de leidinggevenden en één of twee medewerkers. Minimaal driemaal per jaar wordt een bijeenkomst voor medewerkers georganiseerd. Afhankelijk van de onderwerpen schrijven deelnemers hiervoor medewerkers in. Leidinggevenden kunnen desgewenst ook deelnemen aan deze dagen voor medewerkers. De thema's van de bijeenkomsten worden van tevoren vastgesteld. Hierbij wordt rekening gehouden met de verplichtingen vanuit het KKV en met de behoeften vanuit de sector en de deelnemende voorzieningen.

Voor inzicht in de verplichtingen volgt nu de paragraaf "achtergrond". Achtergrond In het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (KKV) is de verplichting opgenomen om deel uit te maken van een lerend netwerk. Het KKV omschrijft deel uitmaken van een lerend netwerk als volgt:

1. Elke verpleeghuisorganisatie maakt eind 2017 deel uit van een lerend netwerk met tenminste twee verschillende collega zorgorganisatie die onder een andere rechtspersoon vallen en een andere Raad van Bestuur hebben.
2. Een lerend netwerk bestaat uit organisaties die tezamen voor minimaal 120 cliënten zorg bieden en kent geen maximum. Bij de keuze van netwerkpartners staat het leren en de praktische werkbaarheid centraal.
3. Hierin wordt in ieder geval aantoonbaar samengewerkt rondom het kwaliteitsplan en het kwaliteitsverslag met verbeterparagraaf.
4. Actieve onderlinge uitwisseling vindt in openheid plaats door bijvoorbeeld bezoek, consultatie, benchmarking en intervisie. Dat geldt voor zowel medewerkers als bestuurders.
5. Er is voor alle zorgverleners en bestuurders tijd en ruimte beschikbaar om op gezette tijden mee te lopen bij een collega organisatie uit het lerend netwerk. De wijze hoe dit geregeld wordt is onderdeel van het kwaliteitsplan.
6. Uitwisseling van kennis is hier eveneens een onderdeel van. Nieuwe kennis die hierdoor beschikbaar komt, moet actief verbonden worden met onderzoek, onderwijs en beleid. Hier ligt een rol voor (universitaire) kennisnetwerken en kennisorganisaties.

Tevens staan er in het KKV bij de overige onderwerpen verwijzingen naar het lerend netwerk en wel als volgt:

- a. De gegevens van de vier veiligheidsthema's worden op geaggregeerd niveau tevens besproken in de Raad van Bestuur en in de Raad van Toezicht, en worden in het kader van het kwaliteitsbeleid jaarlijks vergeleken en besproken met de collega organisaties uit het lerend netwerk en verwerkt in de verbeterparagraaf van het kwaliteitsplan
- b. Het kwaliteitsplan wordt jaarlijks geactualiseerd en wordt voorafgaand aan de vaststelling voor feedback voorgelegd aan tenminste twee collega-organisaties van het lerend netwerk.
- c. Jaarlijks brengt de zorgorganisatie een kwaliteitsverslag uit. Deze rapportage is gebaseerd op de evaluatie van de doelstellingen en inhoud van het kwaliteitsplan, inclusief feedback op kwaliteitsplan

door de collega organisaties uit het lerend netwerk, en volgt daarmee ook de hoofdstukken van het kwaliteitsplan

d. Het concept kwaliteitsverslag moet voor vaststelling besproken worden met vertegenwoordiging van cliënten/naasten, verpleegkundigen en verzorgenden, en met tenminste twee collega zorgorganisaties uit het lerend netwerk. In verband met de corona-crisis wordt het verslag, indien mogelijk pas in oktober 2020, besproken in het lerend netwerk.

e. Verantwoording over leren en verbeteren wordt afgelegd bij het maken van het kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag met verbeterparagraaf. Dit vindt niet alleen plaats met de eigen medewerkers en cliëntenraad, maar ook met de collega's van het lerend netwerk.

f. Iedere zorgorganisatie reflecteert over de balans tussen de aard van de te verlenen zorg en de daarvoor noodzakelijke personeelssamenstelling. Reflecteren betekent in openheid inzicht geven in de knelpunten op terrein van personeelssamenstelling, de gekozen oplossingen en de geboekte resultaten.

g. Reflectie vindt plaats binnen de eigen organisatie (medewerkers, medezeggenschapsorganen), binnen het lerend netwerk, en met cliënten (en hun naasten) over waar hun zorg- en ondersteuningsbehoeften liggen. Deze opbrengsten van deze reflecties worden beschreven in het kwaliteitsverslag. Dit verslag is een openbaar document en wordt gepubliceerd op de website van de organisatie en landelijk vindbaar gemaakt op een publieke website door aanlevering van het webadres aan de Openbare Database van Zorginstituut Nederland.

h. Er vindt kennisuitwisseling over inzet en gebruik van hulpbronnen plaats met collega zorgorganisaties van het lerend netwerk. Deze inzet en gebruik worden geëvalueerd in het lerend netwerk. Het openbaar maken van de verkregen informatie vindt tenminste plaats in het jaarlijks kwaliteitsverslag.

i. Binnen voorzieningen worden aard en prevalentie (% bewoners) van antipsychotica gedocumenteerd. Hierop vindt reflectie plaats in het MDO en ook met de collega organisaties uit het lerend netwerk.

j. Binnen voorzieningen worden aard en prevalentie (% bewoners) van antibioticagebruik gedocumenteerd. Hierop vindt reflectie plaats in het MDO en ook met de collega organisaties uit het lerend netwerk. Hierbij worden aard en omvang besproken met het oog op de toenemende resistentie problematiek.

Actieve deelname aan het lerend netwerk betekent dat aan bovenstaande verplichtingen wordt voldaan. In de vorm van samenvattende verslagen wordt dit aantoonbaar gemaakt. Deze verslagen kunnen dienen als input voor het jaarlijks uit te brengen kwaliteitsverslag. Een aantal onderwerpen in het lerend netwerk RVW hebben het karakter van scholing. Deze kunnen in het opleidingsplan van de betreffende voorziening worden opgenomen.

Om een gunstig resultaat van het lerend netwerk te bevorderen is inzet en betrokkenheid van de deelnemers onontbeerlijk en de belangrijkste voorwaarde. Daarnaast is het samenstellen van een programma van belang. Hierbij wordt niet alleen naar verplichtingen vanuit het KKV gekeken, maar ook naar ontwikkelingen in de branche en naar wensen vanuit de deelnemende voorzieningen.

Bijlage 4 Afkortingenlijst

ADL	Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (wassen, kleden, eten, toiletgang etc)
KKV	Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg
RVW	Riant Verzorgd Wonen
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
PSA	Psycho Sociale Arbeidsbelasting
BIG	Beroepen Individuele Gezondheidszorg
BHV	Bedrijfshulpverlening
AVG	Algemene Verordening Gegevensbescherming (privacywetgeving)
MDO	Multi Disciplinair Overleg (Overleg met huisarts, apotheker, specialist ouderen geneeskunde, verpleegkundige)
EVV-er	Eerst Verantwoordelijk Verzorgende
MT	Management Team (hierin hebben de 3 verpleegkundigen van Palsma Zathe zitting)
MIC	Melding Incident Client
GGD	Gemeentelijke Gezondheid Dienst
WZD	Wet Zorg en Dwang
VBM	Vrijheids Beperkende Maatregelen
HKZ	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
ISO	Internationale Organisatie voor Standaardisatie (stelt op internationaal niveau normen vast)
CCE	Centrum voor Consultatie en Expertise (het CCE biedt expertise over ernstig probleemgedrag bij mensen met een stoornis of blijvende beperking)
NPS	Net Promoter Score (een managementtool die gebruikt kan worden om de klantloyaliteit te meten, een alternatieve manier om klanttevredenheid te meten)
Fte	Fulltime-equivalent. (een rekeneenheid waarmee de omvang van een functie of de personeelssterkte kan worden uitgedrukt. Eén fte is een volledige werkweek.)
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WTZA	Wet Toetreding Zorg-Aanbieders