 **mr L.E. Visserhuis**

**Kwaliteitsverslag 2017 (concept)**

**Inleiding**

Net als in de afgelopen jaren, blikken wij aan het einde van dit kalenderjaar weer terug op de belang­­rijkste onderdelen van ons kwaliteitsbeleid. Wat deden we in 2017 met de kwaliteit van de zorg- en dienst­verlening? Wat leverde het op? Wij hebben veel activiteiten ontplooid om de kwaliteit te borgen en - waar nodig en mogelijk - te verbeteren. De begrippen “compassie”, “uniek zijn”, “autonomie” en “werken met zorgdoelen” stonden voorop. Alle facilitaire en zorg­medewerkers hebben hun steentje bijgedragen. Het kwaliteitsbeleid was via de kwaliteits­kringloop[[1]](#footnote-1) zoveel mogelijk ingebed in de reguliere, dagelijkse werk­zaamheden van de mede­werkers. Teveel om hier allemaal opnieuw te benoemen. In het jaar­verslag is dit al beschreven. De belangrijkste activiteiten waarbij de mede­werker kwaliteit direct betrokken was, staan hieronder. De indeling van dit verslag is in grote lijnen conform de indeling (acht peilers) van het Kwaliteitskader Verpleeghuizen[[2]](#footnote-2).

1. **Persoonsgerichte zorg en ondersteuning**
   1. De zorg- en ondersteuning die wij bieden was - vanuit onze **belevingsgerichte visie en werkwijze** en met behulp van het digitale cliëntendossier PlanCare – net als in voorgaande jaren optimaal persoonsgericht. M.b.v. regelmatige evaluaties, teambesprekingen en (opfris) trainingen hebben wij geborgd dat dit een leidend beginsel bleef in onze dienstverlening.
   2. **Cliëntenonderzoek**: Het landelijke CQ-systeem voor cliëntenraadpleging is in 2015 afgeschaft. Dit systeem was teveel een momentopname. We werken nu alweer twee jaar met een nieuw landelijk systeem voor de zorgsector: Zorgkaart-NL. Daarbij wordt continu een beroep gedaan op bewoners/familie om positieve en negatieve waarderingen op internet te delen en cijfers te geven voor de zorg- en dienstverlening. De respons in 2017 was ruim 30 personen. Hun waardering, in een schoolcijfer uitgedrukt, was gemiddeld 8,8. Daar zijn we trots op. Ongeveer een derde van de respondenten kreeg hulp van de NPCF (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie). Die club heeft, op vertrouwelijke basis, familie­leden geïnterviewd. Die extra ondersteuning door de NPCF was nuttig. Want het is nog niet voor iedereen gemakkelijk en vanzelfsprekend om op internet een waardering uit te spreken of een verbeterpunt te benoemen. Daarom gaan we de ondersteuning van de NPCF in 2018 opnieuw aanvragen. In een toelichting gaven respondenten op ZorgkaartNL, al dan niet geholpen door de NPCF, af en toe aan wat er in hun beleving kon worden verbeterd. Zij noemden o.a.: bewonerskamer meer naar eigen smaak kunnen inrichten, betere communicatie tussen mede­werkers, meer aandacht voor bewoners in het weekend, meer kleinschalige activiteiten in de woongroepen (in plaats van grootschalige activiteiten beneden) en de afspraken met familie beter nakomen. Daarmee is het management aan de slag gegaan. We hebben nog geen gebruik gemaakt van de mogelijk­heid om op vrijwillige basis, via de redactie van de website van ZorgkaartNL, contact op te nemen met (anonieme) respondenten. Als we dat gaan doen, kunnen we nog concreter ingaan op hun verbeterpunten. Dat gebeurt vanaf volgend jaar. Ook gaan we dan onverminderd door met het actief promoten van ZorgkaartNL in al onze (digitale) publicaties.
2. **Wonen en welzijn**
   1. Wij hebben veel energie gestoken in de kwaliteit van het **woon- en leefklimaat** van de bewoners van de woongroepen en de flat. Mede dankzij de extra middelen voor Waardigheid & trots konden wij het activiteitenprogramma (op de begane grond en in de woongroepen) en het vrijwilligerswerk verder versterken.
   2. In 2017 hebben we besloten om met de **Stichting** **Innovatie Dementiezorg** (IDé) in zee te gaan. Deze club is vooral bekend geworden door de “ban de band” acties in de ouderenzorg. Momenteel geeft IDé “fixatievrije waarborgzegels” aan alle psycho­geriatrische zorgcentra die aantoonbaar terughoudend en zorgvuldig met vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) omgaan, incl. gedragsbeïnvloedende medicatie. We hebben deelgenomen aan een introductie van IDé in Utrecht en stelden toen vast dat we in het Visserhuis al erg terughoudend en zorgvuldig omgaan met VBM (zo laat mogelijk, zo zacht mogelijk, zo kort mogelijk). We zullen vooral aandacht moeten schenken aan de bouwkundige beperkingen en mogelijk­heden (domotica) om de bewegingsvrijheid van onze bewoners te vergroten (leefcirkels). Dat gaan we in 2018 doen.
3. **Veiligheid**
   1. We hebben in 2017 ons **digitale handboek Mazzel­Topics** verder verbeterd (lees­baarheid, volledigheid, vindbaarheid). Alle nieuwe medewerkers zijn geschoold in het gebruik (slim zoeken). De verpleegtechnische protocollen van Vilans (Kick) zijn nu m.b.v. een webshare applicatie geïntegreerd in het systeem. De bouw- en introductiefase van MazzelTopics konden we afsluiten. We zitten nu in de beheer- en onderhoudsfase. Het zal ongetwijfeld nog een tijd duren voordat we in ons zorgcentrum geheel digitaal werken. Maar met Mazzel­Topics is een belangrijke stap in die richting gezet. Ook op speelse wijze is hieraan gewerkt (quiz). De medewerkers zijn er steeds meer aan gewend geraakt dat betrouwbare informatie over hun werk vrijwel uitsluitend in dit systeem is te vinden (altijd actueel, minder misverstanden, minder langs elkaar heen werken). De rest van de informatie die zij voor hun dagelijkse werkzaamheden nodig hebben is in het elektronische zorg­dossier (PlanCare) opgeslagen en in het digitale systeem (Medimo) voor beheer, distributie en toedienen van geneesmiddelen. We gaan in 2018 onderzoeken of het mogelijk en wenselijk is om deze systemen onderling te koppelen en transparant te maken en, waar nodig, verder te beveiligen tegen ongeoorloofd gebruik (AVG).
   2. **Zorginhoudelijke indicatoren**: We hebben weer tweemaal, net als in voorgaande jaren, via incidentie- en prevalentiemetingen 11 veel voorkomende zorg­problemen en indicatoren voor veiligheid in kaart gebracht. Er werd o.a. na­gegaan hoeveel en hoe vaak sprake was van decubitus, val- en medicatie-incidenten, incontinentie, ondervoeding, polifarmacie, vrijheidsbeperking, psycho­farmaca en depressie. Dat zijn indicatoren waarvan ook de inspectie (IGZ) wil dat wij ze monitoren. Op die manier konden we leren en verbeteren m.b.v. objectieve gegevens. Echter, omdat landelijke normen (absolute waarden) voor deze indicatoren niet mogelijk zijn (heeft wetenschappelijk onderzoek uitgewezen) hielden we aanvankelijk onze eigen normen aan, die we zelf hadden bedacht. Daar zijn we grotendeels van terug­gekomen, met name omdat de bewonerspopulatie steeds aan verandering onder­hevig is (qua aantal en zorgvraag). Wat op het ene moment en in de ene situatie misschien acceptabel is, is op het andere moment volstrekt onaanvaardbaar. Dat is onze ervaring. Daarom hebben we besloten om vooral trends te volgen. Welke problemen nemen toe? Welke nemen af? Waarom? Waar? Wanneer? In 2017 was dit bijvoorbeeld aanleiding om extra te focussen op de hoeveelheid psycho­farmaca en op het aantal gevallen van onbegrepen gedrag en agressie. Daar gingen we indringend over in gesprek met onze specialist ouderengeneeskunde, de apothekers en de psycholoog. Verbeter­maatregelen die daaruit zijn voortgekomen (zoals scholing en benader­plannen) zullen in 2018 worden geëvalueerd. Ook gaan we volgend jaar, conform het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, vermijdbare zieken­huis­opnames monitoren en evalueren. Dan werken we met 12 indicatoren.
4. **Leren en verbeteren van kwaliteit** 
   1. **Interne audits**: In 2017 hebben we weer goede ervaring opgedaan met onderlinge, collegiale toetsing op de werkvloer. Het uitvoeren van interne audits (organiseren, interviews afnemen, verslagen maken) is voor veel medewerkers echter behoorlijk belastend, naast hun reguliere werkzaamheden. Daarom hebben we sinds 2016 een selecte poule (speciaal opgeleide) interne auditors en enkele in- en externe deskundigen (kwaliteitsmedewerker, HCN, BOPZ-arts, hygiënist, collega’s van Pharmbition en Saffier). Dit systeem bevalt prima. Het doel van de interne audits was steeds om verbeter­punten op te sporen en effecten van eerdere verbeter­acties te beoordelen, uiteraard met een schuine blik op de onderwerpen die in het Visserhuis in het verslagjaar speerpunt van beleid waren. Onze interne auditors gingen op pad met (gestandaardiseerde) vragenlijsten en stuurden hun bevindingen aan het managementteam. Dat was o.a. aanleiding om het systeem van interne mededelingen te verbeteren, extra klinische lessen te verzorgen over infectie­preventie, introductie van de SOEP-methode bij het rapporteren (subjectief, objectief, evaluatie, plan), een medicatieverantwoordelijke in de flat aan te wijzen en extra energie te steken in het correct naleven van joodse tradities en hoogtij­dagen. We hebben naar aanleiding van interne audits ook besloten om de inrichting (functionaliteiten) van de nieuwe versie van PlanCare (digitaal zorg­dossier) in overleg met Saffier[[3]](#footnote-3) te vereenvoudigen (minder bewerkelijk). In het algemeen kunnen we stellen dat onze ervaringen met interne audits positief zijn. De medewerkers zijn eraan gewend dat hun werkzaamheden af en toe tegen het licht worden gehouden, niet om hun persoonlijk functioneren te beoordelen (dat doen we tijdens functioneringsgesprekken) maar om zwakke punten in de bedrijfsprocessen op te sporen. Het geeft het management houvast bij het monitoren van ingezette verbeteracties en het in kaart brengen van blinde vlekken.
   2. Ons **kwaliteitscertificaat** (ISO 15224) is weer voor een jaar verlengd. We zijn in het najaar bezocht (surveillance) door een auditteam van Lloyds. De auditors concludeerden dat wij nog steeds in grote lijnen voldoen aan de normen voor het certificaat en dat wij over een goed functionerend kwaliteits­systeem beschikken. Echter, volgens Lloyds waren er drie minor nonconformities die wij sinds hun vorige bezoek in 2016 nog onvoldoende hadden opgelost. De medicatieveiligheid in de aanleunflat en de wijk was nog onvoldoende geborgd (dubbel aftekenen). Er werd volgens Lloyds in ons zorgdossier nog te weinig op doel gerapporteerd. En de databeveiliging van externe partijen die onze cliënt­gegevens bewerken was op papier niet gegarandeerd (bewerkers­overeenkomsten). Boven­dien kwam er een nieuwe nonconformity bij: de externe auditors meenden dat we niet goed hadden geborgd m.b.v. een overzicht (actuele autorisaties) welke medewerkers bevoegd en bekwaam waren. Afgesproken is dat Lloyds in het voorjaar van 2018 ter plaatse komt controleren (special surveillance) of wij deze tekortkomingen afdoende hebben opgelost. Op 16 mei 2018 heeft Lloyds de special surveillance uitgevoerd en geconstateerd dat wij de tekorten grotendeels hebben opgelost.
   3. Eind 2017 zijn we conform het Kwaliteitskader enthousiast begonnen met het opzetten en gebruiken van **lerende netwerken**. Dit doen we op uitvoerend niveau en op managementniveau met collega-organisaties uit Den Haag en elders. De ervaringen en resultaten van deze netwerken zullen in het kwaliteitsverslag 2017 uitvoerig aan de orde komen.
5. **Leiderschap, governance en management**
   1. Het Visserhuis kende in 2017 enkele vaste **adviescommissies**. Deze adviseerden het management (MT) op basis van een protocol over welomschreven beleids­terreinen. Het betreft de volgende commissies: 1ste kwaliteit en BOPZ, 2de hygiëne en infectiepreventie (CIP), 3de incidenten cliënten­zorg (MIC), 4de genees­middelen­commissie. De onderwerpen “interne audits”, “klachten”, “arbeids­omstandigheden (ARBO), veiligheid en milieu (VAM)” en “bedrijfsongevallen (MIM)” werden vanwege de geringe omvang niet in commissie­verband besproken, maar in direct overleg tussen de bestuurder en de medewerker kwaliteit. De vier genoemde commissies zijn in 2017 volgens planning drie- of viermaal bijeengekomen. Hun verslagen staan op intranet en zijn voor iedereen toegankelijk. De commissies bespraken nieuwe wet- en regelgeving en beoordeelden interne bedrijfs­processen en kansen voor verbetering. Zo nodig gaven zij beleidsadviezen aan het MT. Die werden door de directie en de hoofden doorgaans overgenomen en omgezet in corrigerende en preventieve maatregelen, bijv. ondersteuning van medewerkers bij de omgang met agressie, extra aandacht voor het probleem van “vergeten” in het werk­proces, medicatiereviews en betere hygiënische opslag van hulpmiddelen. Dit kwam de kwaliteit en veiligheid van onze zorg- en dienstverlening aantoon­baar ten goede.
   2. **Kwaliteitskader verpleeghuizen 2017 en jaarplan kwaliteit 2018**: Begin 2017 is door het Zorginstituut Nederland een nieuw Kwaliteitskader gepubliceerd. Het bevat oude en nieuwe richtlijnen en regels en heeft kracht van wet. De inspectie (IGZ) gaat erop handhaven. Samen met collega’s (kwaliteitsmedewerkers en bestuurders) van andere zorgcentra is geïnventariseerd op welke wijze wij het beste aan de nieuwe eisen kunnen voldoen. We constateerden dat het Visserhuis al in grote lijnen aan de meeste eisen voldoet. Tegelijkertijd hebben we in kaart gebracht in hoeverre we de doelstellingen uit het Ontwikkelplan CZ[[4]](#footnote-4) en het plan Waardigheid & Trots van VWS al hebben bereikt. Dat heeft geleid tot een Kwaliteitsplan 2018 in een nieuw jasje, geheel gestructureerd volgens de voor­schriften van het Kwaliteitskader. Vanaf volgend jaar geldt dat ook voor het Kwaliteitsverslag. De Raad van toezicht volgt dit nauwlettend.
   3. Een ander kwaliteitsinstrument dat in dit verslag moet worden genoemd, is de **Balanced Scorecard (BSC)**. Dit instrument bevat onze belangrijkste succes- en risicofactoren (in totaal 25) op personeel gebied, op organisatorisch en financieel gebied en op zorg­inhoudelijk gebied. Wij verzamelden in 2017 elke drie maanden (bij benadering) actuele data over deze risicofactoren. Dankzij de BSC kon het management goed zien “hoe de vlag erbij staat” en konden directie en hoofden, waar nodig, bijsturen. De normen zijn in de loop van het verslagjaar hier en daar iets aangescherpt. Maar in grote lijnen bleef het systeem ongewijzigd. We hebben besloten om volgend jaar wel enkele belangrijke wijzigingen door te voeren. We overwegen bijv. om exitgesprekken met vertrekkende mede­werkers systematisch in kaart te brengen, om te meten hoeveel medewerkers bevoegd/bekwaam zijn, om informele klachten van medewerkers te monitoren en om een realistischer norm voor ziekte­verzuim (4% is niet haalbaar) te hanteren. Behalve om bij te kunnen sturen, had de BSC nog een andere belangrijke functie. Dit instrument stelde de bestuurder in staat om aan de RvT in vogelvlucht te laten zien wat de actuele stand van zaken in het Visserhuis was (in control).
6. **Personeelssamenstelling**
   1. De **kwantitatieve en kwalitatieve samenstelling van het personeelsbestand**, met name in de zorg, was net als in voorgaande jaren een voortdurend aandachts­punt. Wij zijn erin geslaagd om 80 procent van onze formatie in de zorg- en dienstverlening in te zetten. De administratieve en managementfuncties besloegen slechts 20 procent van de totale formatie (platte organisatie). Ons streven was om via rekrutering en opleiding zoveel mogelijk gediplomeerde medewerkers (vanaf niveau 3) in te kunnen zetten. Ook daarin zijn wij voor een groot deel geslaagd, hoewel dit beleid in 2018 met dubbele energie moet worden voortgezet.
   2. Het Visserhuis heeft halverwege het verslagjaar kenbaar gemaakt dat de organisatie in aanmerking wilde komen voor de **extra middelen** die plotseling door VWS beschikbaar waren gesteld voor acute kwaliteitsproblemen in de ouderenzorg. Via een onafhankelijk extern onderzoek (Vilans) is vastgesteld dat bij ons inderdaad acute problemen dreigden te ontstaan, samen­hangend met de uitzonderlijk complexe problematiek van onze doelgroep (dementie, psychiatrie, oorlogs­trauma’s). De extra middelen zijn beschikbaar gesteld en in de tweede helft van 2017 ingezet 1ste om vrijwilligers te trainen over kleinschalig wonen en dementie, 2de om medewerkers te scholen (cyclisch) over gedrags­problemen en psychiatrie, 3de om in de avonduren extra onder­steunende diensten (1,2 fte) in te zetten voor onrustbestrijding en extra activiteiten en 4de om m.b.v. rollenspel te oefenen met de omgang met grens­overschrijdend gedrag van familie en bewoners. Deze extra kwaliteits­impulsen zullen in 2018 worden voortgezet en misschien zelfs nog iets worden uitgebreid. Daarna worden ze geëvalueerd.
   3. Kwaliteit kan niet zonder een regelmatige **raadpleging van medewerkers en vrijwilligers:** In 2016 was er een tevredenheidsonderzoek (enquête) van Facit onder deze groepen. Omdat landelijk is afgesproken dat deze onderzoeken elke twee jaar dienen plaats te vinden (jaarlijks is te belastend) is er in 2017 niet opnieuw onderzoek gedaan. Dat gaf ons de gelegenheid om de verbeterpunten uit 2016 in overleg met de Ondernemingsraad en de Verpleegkundige Adviesraad VAR verder op te pakken, o.a. verbetering van de lunch- en omkleedruimte, professionalisering van het vrijwilligersbeleid, zonneschermen en klimaat­beheersing. In 2018 gaan we met ondersteuning vanuit Facit checken of de getroffen verbetermaatregelen in de ogen van de medewerkers en vrijwilligers afdoende zijn. En wellicht komen er dan ook weer enkele nieuwe verbeterpunten aan het licht. Zo ja, dan gaan we ook daarmee weer aan de slag.
7. **Gebruik van hulpbronnen**

Binnen het Visserhuis is er domotica aanwezig om zo de zorg te assisteren.

1. **Gebruik van informatie**
   1. **Corrigerende en preventieve maatregelen (CPM)**:Alle kwaliteitsgegevens (klachten, zorg­problemen, afwijkingen, tekortkomingen, verbeterpunten, etc.) die dankzij bovengenoemde instrumenten bij directie en hoofden (MT) in beeld kwamen, werden viermaal per jaar bijeen geharkt en beoordeeld op urgentie. Probleem was dat we net als vorig jaar meer verbeter­punten verzamelden dan we redelijkerwijs aankonden. In 2016 is daarom op advies van Lloyds een methode geïntroduceerd om alle verbeterpunten te “wegen”. Alleen problemen die grote nadelige gevolgen (risico’s) hebben voor de bewoners, de medewerkers of de organisatie als geheel en problemen die dikwijls voorkomen, kregen een hoge urgentie en werden op de CPM-lijst gezet. Verder werkten we op dezelfde wijze als vorig jaar. Er werden probleemeigenaars benoemd en genoteerd, er werden SMART-afspraken gemaakt over de te nemen acties en de eigenaars werden door de bestuurder aangesproken op de voortgang.

**Tot slot**

De hierboven genoemde kwaliteitsacties waren in 2017 speerpunt van beleid in het Visserhuis. Daarnaast zijn er nog een groot aantal andere reguliere, jaarlijks terugkerende kwaliteitsacties ontplooid. Deze worden in het jaarverslag beschreven.

1. Plan- do- check - act [↑](#footnote-ref-1)
2. Het kwaliteitsbeleid is in 2017 uitgevoerd conform het kwaliteitsplan 2017. Dat plan is eind 2016 vastgesteld. Het Kwaliteitskader bestond toen nog niet. Daarom kunnen nu nog niet alle onderdelen van het Kwaliteitskader in het verslag over 2017 worden benoemd. Die hadden we toen nog niet allemaal bedacht. Dat is volgend jaar natuurlijk wel mogelijk.

   [↑](#footnote-ref-2)
3. PlanCare draait op de server van Saffier [↑](#footnote-ref-3)
4. Ons zorgkantoor [↑](#footnote-ref-4)