

Kwaliteitsgegevens Verpleeghuiszorg, verslagjaar 2017 - antwoordenoverzicht

Uw aanlevering

Uw aanlevering

Gaat uw aanlevering over Wlz-zorg die wordt geboden in een geclusterde situatie, zonder verblijfscomponent? nee

Voor 2017 moeten de indicatoren worden aangeleverd door organisaties die Wlz-zorg bieden, óók als die geboden wordt in een geclusterde situatie zonder de verblijfscomponent. Bij de geclusterde Wlz-zorg zonder verblijf komen de indicatoren 14 t/m 20 (basisveiligheid) en 22 t/m 27 (mondzorg) te vervallen. Deze vragen vervallen automatisch als u deze vraag met JA beantwoordt.

NB:

- Als de locatie beide zorgvormen biedt, dan vult u NEE in, en vult u dus alle vragen in.
- De niet-geclusterde Wlz-zorg zonder verblijf valt NIET binnen de reikwijdte, is in overleg met ZINL en IGJ vastgesteld, dus daarvoor hoeven in deze portal géén gegevens te worden aangeleverd.

LET OP: Om de andere onderdelen van de vragenlijst te kunnen invullen moet deze eerste vraag ingevuld en afgerond zijn. Indien het antwoord op deze vraag later wordt aangepast, zullen de onderdelen "Veiligheid" en "Mondzorg" opnieuw moeten worden afgerond.

Om de administratieve lasten te beperken, is ervoor gekozen om een deel van de indicatoren al in te vullen ('prefill') op basis van de gegevens van 2016. Dit is gedaan bij indicatoren die doorgaans wat minder aan verandering onderhevig zijn, en alleen dan als het antwoord op de vraag in 2016 'JA' was. U dient deze indicatoren wel met aandacht na te lopen op hun actualiteit, het werkt nadrukkelijk NIET zoals bij de Belastingdienst!

Opmerking bij "uw aanlevering" ...

Kwaliteitsverslag

Indicator 1

Kwaliteitsverslag uitgebracht over de verslagperiode

- 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.
- Cliëntraadpleging als informatiebron voor de evaluatie van zorg is een vast onderdeel van het kwaliteitsverslag. De basis van de cliëntraadpleging is een erkend kwantitatief dan wel kwalitatief instrument naar keuze.
- Medewerkersraadpleging als informatiebron voor de evaluatie van kwaliteit van de leer- en werkomgeving kan een onderdeel van het kwaliteitsverslag zijn.
- Het concept kwaliteitsverslag moet voor vaststelling besproken worden met vertegenwoordiging van cliënten/naasten (CR), (para)medici en verpleegkundigen en verzorgenden, en met tenminste twee collega zorgorganisaties uit het lerend netwerk.
- Dit kwaliteitsverslag dient als interne verantwoording (CR, OR, RvT) en bevat tevens de elementen voor de externe verantwoording (inkoop, toezicht en keuze-informatie cliënten).
- Het kwaliteitsverslag is een openbaar document en staat op de website van de zorgorganisatie, behoudens onderdelen die de belangen van cliënten, medewerkers en/of de organisatie schaden.
- Het kwaliteitsverslag dient tevens vindbaar te zijn via een publieke website, zoals www.kiesbeter.nl. Daartoe dient het webadres van het kwaliteitsverslag, uiterlijk 1 juli volgend op het betreffende verslagjaar aangeleverd te worden aan de Openbare Database van Zorginstituut Nederland.
- Bijlage 5 van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg - samen leren en verbeteren bevat de belangrijkste elementen van de inhoudsopgave van het kwaliteitsverslag, bedoeld als handreiking bij het opstellen van dit verslag.

Heeft uw instelling een kwaliteitsverslag uitgebracht over de verslagperiode?

ja

Via welke URL is het kwaliteitsverslag te raadplegen?

[http://www.annenborch.nl/5/over-ons Kwaliteitsverslag 2017](http://www.annenborch.nl/5/over-ons/Kwaliteitsverslag%202017)

Opmerking bij indicator 1

Het betreft een overgangsjaar 2017. Dit document bevat:
- Kwaliteitsverslag
- Kwaliteitsgegevens
- Directiebeoordeling + de rapportage van de externe audit betreffende het keurmerk HKZ.

Cliëntervaringen

Indicator 2

Percentage cliënten/cliëntenvertegenwoordigers dat deze locatie aanbeveelt aan vrienden en familie

Dit kan worden gemeten in regulier onderzoek, op ZorgkaartNederland (of op andere wijze), over alle metingen gedaan in de verslagperiode. Dit percentage wordt automatisch berekend. Berekeningswijze is één van volgende methoden:

Teller methode 1: het aantal cliënten/cliëntenvertegenwoordigers dat een 8, 9 of 10 geeft op de NPS-vraag 'Zou u deze locatie aanbevelen bij uw vrienden of familie?'.

Teller methode 2: het aantal cliënten/cliëntvertegenwoordigers dat 'ja' heeft geantwoord op de vraag 'Zou u deze locatie aanbevelen bij uw vrienden of familie?' op ZorgkaartNederland.

Noemer: aantal cliënten/cliëntvertegenwoordigers dat de vraag heeft beantwoord. Lever ook de N (het aantal ondervraagde cliënten/cliëntvertegenwoordigers in de verslagperiode) aan.

Geef in het veld 'bron' aan of u het percentage meet aan de hand van de NPS ("NPS") of via ZorgkaartNederland ("ZorgkaartNL"), of op een andere wijze (vrij veld).

Wanneer u meerdere methoden gebruikt, rapporteer dan op basis van de methode met de grootste N. Wanneer uw locatie dit niet meet, lever dan 'n.v.t.' aan en geef in het opmerkingenveld aan op welke wijze u de cliënttevredenheid en -loyaliteit meet.

Percentage cliënten/cliëntenvertegenwoordigers dat deze locatie aanbeveelt aan vrienden en familie	83,78 %
--	---------

Wat was het totaal aantal ondervraagde cliënten/cliëntvertegenwoordigers voor deze locatie in de verslagperiode?	111 ondervraagden
--	-------------------

Welke bron hanteert u voor deze indicator?	anders, namelijk: Annenborch meet intern 4 maal per jaar de tevredenheid bij haar bewoners en/of naasten en houdt ook evaluatie gesprekken na het beëindigen van de zorg. Over het jaar genomen zijn er gemiddeld 111 evaluatie/eindgesprekken gevoerd. 93 bewoners en/of naasten gaven een rapportcijfer voor de ervaren zorg van 8-9- of 10. Geen van de ondervraagde gaf een lager rapportcijfer dan een 7. Hiermee komt het percentage promotors op 83,78%.
--	--

Opmerking bij indicator 2	Annenborch meet intern 4 maal per jaar de tevredenheid bij haar bewoners en/of naasten en houdt ook evaluatie gesprekken na het beëindigen van de zorg. Over het jaar genomen zijn er gemiddeld 111 evaluatie/eindgesprekken gevoerd. 1 van de naasten heeft aangegeven Annenborch niet aan te bevelen bij anderen, omdat zij dat niet voor anderen wil beslissen. Zelf was zij wel zeer tevreden over de zorg die haar echtgenoot heeft ontvangen. Op deze gegevens is het percentage berekend waarmee de uitkomst is dat 98,10% Annenborch zou aanbevelen bij vrienden of familie.
---------------------------	--

Clïëntervaringen

Indicator 3

Zijn van deze locatie realtime cliëntervaringen online beschikbaar?

Realtime cliëntervaringen zijn cliëntervaringen die doorlopend worden verzameld op Zorgkaart Nederland of op een andere openbare plek. Geef in het veld 'URL' aan of ZorgkaartNederland ("ZorgkaartNL") wordt gebruikt, of (ook) een andere website (vrij veld).

Zijn van deze locatie realtime cliëntervaringen online beschikbaar? ja

Via welke URL zijn realtime cliëntervaringen te bekijken? <https://www.zorgkaartnederland.nl/zorginstelling/verpleeghuis-en-verzorgingshuis-ouderenzorg-de-annenborch-rosmalen-13482>

Geef a.u.b. een *deeplink*, d.w.z. een zo volledig mogelijke URL die direct naar de betreffende pagina verwijst. Voorbeeld:

<https://www.zorgkaartnederland.nl/zorginstelling/verpleeghuis-en-verzorgingshuis-vivent-hof-van-hintham-rosmalen-3041617> ^L

Opmerking bij indicator 3

Annenborch promoot Zorgkaart Nederland niet om via deze site de ervaringen te delen. Annenborch kiest voort het persoonlijk contact met bewoners en hun naasten. De frequente eenvoudige tevredenheidsonderzoeken maken dat (kleine) onvolkomenheden direct bespreekbaar gemaakt kunnen worden. Ook de ervaringen van naasten na beëindigen van zorg geeft ons informatie die ons helpt om (bij) te sturen om te blijven voldoen aan klantwensen.

Informatiebronnen - niveau cliënt

Indicator 4

Gebruik van informatiebronnen over: zorgproblemen

Zorgproblemen zijn bijvoorbeeld: vallen, het geven van rustgevendende medicijnen (psychofarmaca) of van meerdere geneesmiddelen (polifarmacie) tegelijkertijd. Maar ook of een bewoner wel eens wordt vastgebonden om onveilige situaties te voorkomen (vrijheidsbeperkende maatregelen). Andere voorbeelden zijn: doorligwonden (decubitus), ondervoeding, incontinentie, onbegrepen gedrag bij mensen met dementie en depressie. Een aanbieder die deze problemen goed opneemt in de managementinformatie en in de planning en control cyclus maakt de kans op (herhaling van) deze problemen kleiner.

Gebruikte u in 2017 deze informatiebron om systematisch gegevens te verzamelen? ja

Werden in 2017 deze gegevens opgenomen in de management-informatie? ja

Werden de gegevens in 2017 gebruikt in de planning en control cyclus? ja

Opmerking bij Indicator 4

Een risico-inventarisatie wordt gemaakt van (veel) voorkomende ongevallen, zoals vallen. Ook medicatiefouten werden meegenomen in de risico inventarisatie. Er werd gekeken naar de oorzaak van de valpartij en medicatiefouten en (verbeter)acties werden waar mogelijk genomen. Vrijheid beperkende maatregelen worden alleen ingezet waarbij de cliënt geen hinder ondervindt zoals infra-rood melding. Vastbinden wordt nooit toegepast.

In 2017 zijn niet op al de genoemde indicatoren registraties uitgevoerd. Deze worden meegenomen in 2018.

In 2017 werd een medicatie review uitgevoerd samen met apotheek, huisarts en SOG om polifarmacie te voorkomen.

In de management rapportage HKZ zijn de geïnventariseerde risico's opgenomen.

Informatiebronnen - niveau cliënt

Indicator 5

Gebruik van informatiebronnen over: cliëntervaringsonderzoek

Met een cliëntervaringsonderzoek kijkt de aanbieder of de zorg aansluit bij de verwachtingen van de cliënten. Een aanbieder die de resultaten van dit onderzoek goed opneemt in de managementinformatie en in de planning en control cyclus maakt de kans groter dat de manier waarop de zorg wordt geleverd past bij de wensen van de cliënten.

Gebruikte u in 2017 deze informatiebron om systematisch gegevens te verzamelen? ja

Werden in 2017 deze gegevens opgenomen in de management-informatie? ja

Werden de gegevens in 2017 gebruikt in de planning en control cyclus? ja

Opmerking bij Indicator 5

Annenborch gebruikt haar interne tevredenheidsmetingen onder haar cliënten (4 maal per jaar) als input voor cliëntervaringen. Ook alle klachten en verbeter suggesties worden geregistreerd en hierop wordt actie ondernomen. De ervaringen worden gebruikt in de management rapportage en directiebeoordeling HKZ.

Informatiebronnen - niveau medewerkers

Indicator 6

Gebruik van informatiebronnen over: vrijwilligers en/of mantelzorgers tevredenheidsonderzoek

Onder een vrijwilliger verstaat de inspectie iemand die uit vrije wil werkzaamheden verricht; hij heeft dus geen dienstverband. In het algemeen zijn deze werkzaamheden onbetaald of staat er een vergoeding tegenover die lager ligt dan het minimumloon bij betaald werk. Mantelzorgers zijn mensen die langdurig en onbetaald zorgen voor een chronisch zieke, gehandicapte of hulpbehoevende persoon uit hun omgeving. Dit kan een partner, ouder of kind zijn, maar ook een ander familielid, vriend of kennis. Een aanbieder die de resultaten van het onderzoek goed opneemt in de managementinformatie en in de planning en control cyclus maakt de kans groter dat de manier waarop de zorg wordt geleverd hierop wordt aangepast.

Gebruikte u in 2017 deze informatiebron om systematisch gegevens te verzamelen?	ja
---	----

Werden in 2017 deze gegevens opgenomen in de management-informatie?	ja
---	----

Werden de gegevens in 2017 gebruikt in de planning en control cyclus?	ja
---	----

Opmerking bij Indicator 6

Annenborch heeft geen tevredenheidsonderzoek uitgevoerd onder haar vrijwilligers. De vrijwilligers worden volledig betrokken bij de informatie en eventuele acties welke medewerkers betreffen. Zo ook de jaarlijkse bijeenkomst en de maandelijkse "koffiemomenten" met directie en management waar wederzijdse ervaringen en informatie worden uitgewisseld.

Informatiebronnen - niveau medewerkers

Indicator 7

Gebruik van informatiebronnen over: medewerkerstevredenheidonderzoek

Met een medewerkerstevredenheidonderzoek kijkt de aanbieder of de manier van zorg leveren aansluit bij de verwachtingen van de medewerkers. Een aanbieder die de resultaten van dit onderzoek goed opneemt in de managementinformatie en in de planning en control cyclus maakt de kans groter dat de manier waarop de zorg wordt geleverd hierop wordt aangepast. De kans is groter dat de zorg goed van kwaliteit is als de medewerkers tevreden zijn over hun werk.

Gebruikte u in 2017 deze informatiebron om systematisch gegevens te verzamelen? ja

Werden in 2017 deze gegevens opgenomen in de management-informatie? ja

Werden de gegevens in 2017 gebruikt in de planning en control cyclus? ja

Opmerking bij Indicator 7

Eind 2017 heeft een onderzoek onder medewerkers plaatsgevonden m.b.t. duurzame inzetbaarheid, georganiseerd door Transvorm in samenwerking met de Hogeschool Arnhem en Nijmegen. Wij het belangrijk dat de medewerkers hun werk nu én in de toekomst met veel plezier én op een gezonde manier kunnen (blijven) uitvoeren. Als Annenborch willen we graag weten wat we kunnen doen om daar voor een ieder aan bij te dragen. In juni 2018 volgt het tweede deel van het onderzoek.

Informatiebronnen - niveau medewerkers

Indicator 8

deze indicator is voor deze locatie niet van toepassing

Gebruik van informatiebronnen over: medezeggenschapsraad zorgverleners

Onder een medezeggenschapsraad zorgverleners (zoals bijvoorbeeld VAR) verstaat de inspectie een adviesorgaan dat bestaat uit zorgverleners. Deze raad adviseert de directie of raad van bestuur over hoe ervoor te zorgen dat de kwaliteit van zorg verbetert of goed blijft in de zorginstelling. Daarnaast helpt de medezeggenschapsraad zorgverleners ontwikkelingen in hun vak te volgen en toe te passen in hun werk. Hiermee bedoelt de inspectie niet de OR.

Als er een medezeggenschapsraad zorgverleners is, is de kans groter dat de kwaliteit van zorg voldoende is.

Gebruikte u in 2017 deze informatiebron om systematisch gegevens te verzamelen?

Werden in 2017 deze gegevens opgenomen in de management-informatie?

Werden de gegevens in 2017 gebruikt in de planning en control cyclus?

Opmerking bij Indicator 8

...

Informatiebronnen - niveau medewerkers

Indicator 9

Gebruik van informatiebronnen over: registratie van genoten scholing per medewerker

Onder scholing verstaat de inspectie alle verplichte en niet verplichte activiteiten voor de ontwikkeling van de kennis, vaardigheden en de houding die een zorgmedewerker nodig heeft om bepaalde taken goed uit te kunnen voeren. Als de scholing van de medewerkers goed is, is de kans groter dat de kwaliteit van zorg voldoende is.

Gebruikte u in 2017 deze informatiebron om systematisch gegevens te verzamelen? ja

Werden in 2017 deze gegevens opgenomen in de management-informatie? ja

Werden de gegevens in 2017 gebruikt in de planning en control cyclus? ja

Opmerking bij Indicator 9

Vanuit haar visie wil Annenborch garant staan voor kwalitatieve en persoonlijke zorg- en dienstverlening ingevuld door deskundige medewerkers met passie voor het vak, bewoner en klant . Medewerkers worden uitgedaagd om kritisch naar het eigen handelen te kijken en zo voortdurend bezig te zijn met verbeteren. Annenborch investeert in haar medewerkers en geeft hen de kans om zich te blijven ontwikkelen. Dit betekent dat medewerkers gestimuleerd dan wel verplicht worden om deel te nemen aan opleidingen, trainingen en cursussen die tot doel hebben:

- de vakbekwaamheid in stand te houden of te verbeteren;
- cliënt gericht te kunnen werken;
- medewerkers te leren omgaan met nieuwe werkwijzen, methoden en technieken.
- een bijdrage aan de ontwikkeling van de medewerkers.

Informatiebronnen - niveau locatie/concern

Indicator 10

Gebruik van informatiebronnen over: interne audits

Onder een audit verstaat de inspectie het controleren van een organisatie. Een audit kan gedaan worden in de hele organisatie. Een audit kan ook gedaan worden op een afdeling of op een bepaald systeem. Mensen in dienst van de organisatie voeren een interne audit uit.

Bij aanbieders die interne audits doen, is de kans groter dat medewerkers voldoende aandacht hebben voor de verbetering van de kwaliteit van de zorg.

Gebruikte u in 2017 deze informatiebron om systematisch gegevens te verzamelen?	ja
---	----

Werden in 2017 deze gegevens opgenomen in de management-informatie?	ja
---	----

Werden de gegevens in 2017 gebruikt in de planning en control cyclus?	ja
---	----

Opmerking bij indicator 10

Naast de externe audit voor het HKZ certificaat uitgevoerd door KIWA vindt er 2 maal per jaar een interne audit plaats waarvan een rapportage wordt gemaakt welke verbeter acties en adviezen bevat. Tijdens de externe audit wordt getoetst of de acties zijn uitgevoerd.

Informatiebronnen - niveau locatie/concern

Indicator 11

Gebruik van informatiebronnen over: (bijna) foutmeldingen/incidentmeldingen

Bij het melden van een (bijna) foutmelding/incidentmelding staat niet de vergissing of (bijna-)fout van een zorgverlener centraal. Het gaat erom dat wordt uitgezocht of het komt door de manier waarop wordt gewerkt en de wijze waarop de zorg is georganiseerd. Uitgangspunt is om de manier waarop wordt gewerkt te verbeteren om herhaling te voorkomen. Een aanbieder die deze (bijna) fouten/incidenten meldt en onderzoekt, verkleint de kans op herhaling hiervan. Want hij werkt aan het voorkomen hiervan en verbetert zo de kwaliteit van zorg.

Gebruikte u in 2017 deze informatiebron om systematisch gegevens te verzamelen? ja

Werden in 2017 deze gegevens opgenomen in de management-informatie? ja

Werden de gegevens in 2017 gebruikt in de planning en control cyclus? ja

Opmerking bij indicator 11

De (bijna) foutmeldingen/incidentmeldingen worden MIC meldingen genoemd in Annenborch. De bereidheid tot melden is groot. Het geeft inzicht in de risico's van werkprocessen b.v. waarop verbeteracties ondernomen kunnen worden. Een voorbeeld in 2017 zijn de meldingen rondom het toedien van medicatie (vergeten af te tekenen). Het invoeren van een digitale medicatie toedienlijst heeft deze meldingen ver terug gedrongen.

Informatiebronnen - niveau locatie/concern

Indicator 12

Gebruik van informatiebronnen over: meldingen van calamiteiten

Een calamiteit is een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt of cliënt van de locatie heeft geleid. Een aanbieder die calamiteiten steeds meldt, verkleint de kans op herhaling en werkt aan het voorkomen hiervan en verbetert zo de kwaliteit van zorg.

Gebruikte u in 2017 deze informatiebron om systematisch gegevens te verzamelen? ja

Werden in 2017 deze gegevens opgenomen in de management-informatie? ja

Werden de gegevens in 2017 gebruikt in de planning en control cyclus? ja

Opmerking bij indicator 12

Er hebben zich in 2017 geen calamiteiten voorgedaan. Alle registraties en MIC meldingen worden meegenomen in de management rapportage.

Informatiebronnen - niveau locatie/concern

Indicator 13

Gebruik van informatiebronnen over: externe audits tbv certificering of keurmerk

Onder een audit verstaat de inspectie het controleren van een organisatie. Een audit kan worden gedaan in de hele organisatie. Een audit kan ook worden gedaan op een afdeling of op een bepaald systeem. Mensen die niet in dienst zijn van de organisatie voeren een externe audit uit.

Bij aanbieders die externe audits laten doen, is de kans groter dat medewerkers voldoende aandacht hebben voor de verbetering van de kwaliteit van zorg.

Gebruikte u in 2017 deze informatiebron om systematisch gegevens te verzamelen?	ja
---	----

Werden in 2017 deze gegevens opgenomen in de management-informatie?	ja
---	----

Werden de gegevens in 2017 gebruikt in de planning en control cyclus?	ja
---	----

Opmerking bij indicator 13	In 2017 behaalde Annenborch opnieuw haar HKZ keurmerk volgens de nieuwe norm (2015) zonder corrigerende maatregelen.
----------------------------	--

Veiligheid

Indicator 14

Percentage cliënten dat in de afgelopen 30 dagen continu psychofarmaca heeft gebruikt

Ouderenzorg vergt vaak veel van verzorgers en mantelzorgers; zij moeten omgaan met verward gedrag, dat ze niet goed begrijpen. Het gebeurt regelmatig dat psychofarmaca (kalmerende medicijnen) worden voorgeschreven bij probleemgedrag: Vaak krijgen bewoners met dementie (psychofarmaca voorgeschreven). Psychofarmaca kan acute symptomen bestrijden, maar lost de onderliggende oorzaak vaak niet op. De medicatie kent veel bijwerkingen en heeft bijna altijd een negatief effect op de persoonlijke levenssfeer van de cliënten. Bewust omgaan met psychofarmaca is daarom noodzakelijk. Een hoog percentage kan betekenen dat een aanbieder te weinig doet aan het oplossen van onderliggende oorzaken. Om te beoordelen of een organisatie te weinig hieraan doet, zal de inspectie op bezoek moeten gaan. Een hoog getal kan voor de inspectie een signaal zijn om op bezoek te gaan.

Teller: aantal cliënten dat de afgelopen 30 dagen continu psychofarmaca heeft gebruikt	11 cliënten
--	-------------

Noemer: gemiddeld aantal cliënten van de vestiging in de afgelopen 30 dagen	102 cliënten
---	--------------

Percentage cliënten dat in de afgelopen 30 dagen continu psychofarmaca heeft gebruikt	10,784 %
---	----------

Opmerking bij indicator 14

Van de 11 cliënten die psychofarmaca gebruiken, zijn er 6 cliënten die een antidepressiva gebruiken welke vallen onder psychofarmaca, dus niet als kalmerend medicijn.

Veiligheid

Indicator 15

Wordt het gebruik van "zo nodig" psychofarmaca structureel geëvalueerd?

Ouderenzorg vergt vaak veel van verzorgers en mantelzorgers; zij moeten omgaan met verward gedrag dat ze niet goed begrijpen. Het gebeurt regelmatig dat psychofarmaca (kalmerende medicijnen) worden voorgeschreven bij probleemgedrag: Vaak krijgen bewoners met dementie (psychofarmaca voorgeschreven). Psychofarmaca kan acute symptomen bestrijden, maar lost de onderliggende oorzaak vaak niet op. De medicatie kent veel bijwerkingen en heeft bijna altijd een negatief effect op de persoonlijke levenssfeer van de cliënten. Bewust omgaan met psychofarmaca is daarom noodzakelijk.

Als een aanbieder 'zo nodig' psychofarmaca geeft aan cliënten, kan het betekenen dat een aanbieder te weinig doet aan het voorkomen van verward gedrag. Het evalueren van geven van psychofarmaca kan bijdragen aan het eerder op andere manieren oplossen van onderliggende oorzaken. Om de oorzaken en gevolgen van het niet structureel evalueren te beoordelen, zal de inspectie op bezoek moeten gaan. Als een aanbieder 'nee' invult kan het voor de inspectie een signaal zijn om op bezoek te gaan.

Wordt het gebruik van "zo nodig" psychofarmaca structureel geëvalueerd?	soms
---	------

Opmerking bij indicator 15

Regel is om alle te geven medicatie voor te schrijven die moet worden gegeven door medewerkers Annenborch. De uitzondering hierop de eerste 6 weken nam opname. Dit wordt wekelijks geëvalueerd met de SO.

Zo nodig medicatie wordt verder alleen voorgeschreven aan cliënten die medicatie zelf in beheer hebben en beslissen wanneer zij dit innemen.

Veiligheid

Indicator 16

Percentage cliënten bij wie in de afgelopen 30 dagen een vrijheidsbeperkende maatregel (M&M) is toegepast

Vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen zijn middelen en maatregelen die met of zonder toestemming de bewegingsvrijheid en het gedrag van een cliënt beperken. Bijvoorbeeld: een bewoner slaapt met beddekken om onveilige situaties te voorkomen.

Belangrijk is dat de genoemde middelen en maatregelen pas vrijheidsbeperkend zijn als de cliënt de maatregel of het middel niet zelfstandig kan wegnemen.

Voorbeelden:

- een tafelblad dat de cliënt met dementie zelf kan wegschuiven. Dit is geen vrijheidsbeperkende maatregel;
- een tafelblad dat de cliënt met dementie niet zelf kan wegschuiven en dus niet uit de stoel kan opstaan. Dit is wel een vrijheidsbeperkende maatregel.

Voor de inspectie is ook het gebruik van domotica (bewegingsensor of camera) of het gebruik van psychofarmaca (kalmerende middelen) een vrijheidsbeperkende maatregel. Hierdoor is het te verwachten dat de percentages vrij hoog zijn. Per afdeling van een vestiging kan het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen verschillen, het cijfer voor de hele vestiging is dan niet hetzelfde als van een afdeling.

Een hoog percentage kan betekenen dat een aanbieder te weinig doet aan het oplossen van onderliggende oorzaken. Om te beoordelen of een organisatie te weinig hieraan doet, zal de inspectie op bezoek moeten gaan. Een hoog percentage kan voor de inspectie een signaal zijn om op bezoek te gaan.

Teller: aantal cliënten bij wie in de afgelopen 30 dagen een vrijheidsbeperkende maatregel (M&M) is toegepast	13 cliënten
---	-------------

Noemer: gemiddeld aantal cliënten van de vestiging in de afgelopen 30 dagen	102 cliënten
---	--------------

Percentage cliënten bij wie in de afgelopen 30 dagen een vrijheidsbeperkende maatregel (M&M) is toegepast	12,745 %
---	----------

Opmerking bij indicator 16

Bij 12 cliënten is sprake van infra-rood bewegingsmelder, 1 bewoner draagt een hansop 's-nachts. Allen zijn woonachtig binnen de PG afdeling. Er wordt gekozen voor een maatregel waarmee de bewoner de zo min mogelijk wordt beperkt en geen lichamelijk letsel wordt toegebracht door de maatregel. Bedrekken worden alleen geplaatst op eigen verzoek aan 1 zijde van het bed, (niet zijnde de kant waar het bed verlaten wordt) waardoor de cliënt zich makkelijker kan omdraaien, of een veilig gevoel geeft

Veiligheid

Indicator 17

Is bij alle cliënten bij wie in de afgelopen 30 dagen een middel of maatregel is getroffen, deze maatregel geëvalueerd?

Vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen zijn middelen en maatregelen die met of zonder toestemming de bewegingsvrijheid en het gedrag van een cliënt beperken. Bijvoorbeeld: een bewoner slaapt met beddekken om onveilige situaties te voorkomen.

Belangrijk is dat de genoemde middelen en maatregelen pas vrijheidsbeperkend zijn als de cliënt de maatregel of het middel niet zelfstandig kan wegnemen.

Als vrijheidsbeperkende maatregelen worden gebruikt, moeten zorgverleners dit regelmatig evalueren. Is dit nog nodig? Zijn er andere oplossingen mogelijk?

Het doel van deze gesprekken is om de kwaliteit van de zorg voor deze cliënt te verbeteren.

Is bij alle cliënten bij wie in de afgelopen 30 dagen ja
een middel of maatregel is getroffen, deze
maatregel geëvalueerd?

Opmerking bij indicator 17

De maatregelen worden volgens afspraak 4 maal per jaar geëvalueerd.

Veiligheid

Indicator 18

Vindt een twee jaarlijkse audit infectiepreventie en hygiëne beleid plaats?

Onder een audit verstaat de inspectie het controleren van een organisatie. Een audit kan worden gedaan in de hele organisatie. Een audit kan ook worden gedaan op een afdeling of op een bepaald systeem. In dit geval richt de audit zich op infectiepreventie en hygiëne. Bij aanbieders die dit doen is de kans groter dat er weinig problemen zijn met infectiepreventie en hygiëne.

Vindt een twee jaarlijkse audit infectiepreventie en hygiëne beleid plaats? ja

Opmerking bij indicator 18

In 2018 is een onderzoek uitgevoerd door de GGD

Veiligheid

Indicator 19

deze indicator is voor deze locatie niet van toepassing

Indien er een aanpassing is geweest in doelgroep, gebouw of organisatiestructuur: is er dan een aanpassing van de RI&E geweest?

Op verzoek van de cliëntenverenigingen vraagt de inspectie(IGZ) ook naar brandveiligheid. Onderzoek toont aan dat veel zorgaanbieders onvoldoende rekening houden met de risico's bij brand. Andere groepen patiënten, aanpassingen aan gebouwen of andere inzet van personeel (organisatiestructuur aanpassingen zoals bijvoorbeeld overgang naar zelfsturende teams) leiden vaak niet tot verandering van de Risico- Inventarisatie en -Evaluatie (RI&E), terwijl deze veranderingen wel belangrijk zijn bij de beheersing van risico's bij brand. Dit is de reden dat de IGZ om de brandveiligheid in de ouderenzorg te verhogen vraagt naar de RI&E, hoewel het toezicht daarop valt onder de inspectie SZW.

Indien er een aanpassing is geweest in doelgroep, gebouw of organisatiestructuur: is er dan een aanpassing van de RI&E geweest?

Opmerking bij indicator 19

...

Mondzorg

Indicator 21

Worden mondzorgproblemen in het zorgleefplan gesignaleerd?

Alle cliënten behoren een zorgleefplan te hebben met daarin heldere afspraken tussen de cliënt en de zorgaanbieder. Als hierin mondzorgproblemen worden gesignaleerd en worden beschreven, is de kans groter dat de aanbieder deze gaat oplossen.

Worden mondzorgproblemen in het zorgleefplan gesignaleerd? ja

Opmerking bij indicator 21

De mondzorg van cliënten van de PG afdeling wordt verzorgd door Proda Mondzorg.
de overige cliënten (zonder behandeling) worden door hun eigen tandarts verzorgd.

Mondzorg

Indicator 22

Is binnen 6 weken na opname de mondgezondheid beoordeeld door een tandarts en is dit vastgelegd in het cliëntdossier?

Als binnen 6 weken na opname de mondgezondheid wordt beoordeeld, is de kans kleiner dat er mondzorgproblemen ontstaan of al zijn, met alle gevolgen van het niet goed kunnen eten die daarbij horen.

Is binnen 6 weken na opname de mondgezondheid beoordeeld door een tandarts en is dit vastgelegd in het cliëntdossier? ja

Opmerking bij indicator 22

Nieuwe cliënten binnen de PG afdeling worden gemeld bij Proda Mondzorg.

Mondzorg

Indicator 23

Is het mondzorgbeleid schriftelijk vastgelegd?

Als is vastgelegd hoe de medewerkers om moeten gaan met de mondzorg van de cliënten, is de kans groter dat medewerkers dit uitvoeren zoals is vastgelegd.

Is het mondzorgbeleid schriftelijk vastgelegd? ja

Opmerking bij indicator 23 De geldt voor de PG afdeling.

Mondzorg

Indicator 24

Is de multidisciplinaire richtlijn Mondzorg (samengevat) beschikbaar voor alle zorgmedewerkers?

Als makkelijk is te vinden (en kort is beschreven) hoe de medewerkers om moeten gaan met de mondzorg van de cliënten, is de kans groter dat medewerkers dit uitvoeren zoals is vastgelegd.

Is de multidisciplinaire richtlijn Mondzorg (samengevat) beschikbaar voor alle zorgmedewerkers?	ja
---	----

Opmerking bij indicator 24	...
----------------------------	-----

Mondzorg

Indicator 25

Is mondzorg een terugkerend onderdeel van het scholingsplan?

Als mondzorg een vast onderdeel is van de scholing van medewerkers, is de kans groter dat medewerkers voldoende aandacht hebben voor de mondzorg van de cliënten en de mond van de cliënt goed verzorgen.

Is mondzorg een terugkerend onderdeel van het scholingsplan? ja

Opmerking bij indicator 25 Proda-Mondzorg verzorgt dit.

Mondzorg

Indicator 26

deze indicator is voor deze locatie niet van toepassing

Is er een aandachtsvelder mondzorg?

Als een medewerker op een thema, in dit geval mondzorg, een aanjaagfunctie heeft, is de kans groter dat andere zorgmedewerkers het beleid uitvoeren zoals is vastgelegd. Hierdoor wordt voor de cliënten de kans kleiner dat ze problemen krijgen op dat thema, in dit geval mondzorg.

Is er een aandachtsvelder mondzorg?

Opmerking bij indicator 26

...

Mondzorg

Indicator 27

Is de verantwoordelijkheid voor het toezien op het nakomen van professionele mondzorg interventies vastgelegd?

Als duidelijk is vastgelegd wie verantwoordelijk is voor een thema, in dit geval mondzorg, is de kans groter dat deze medewerker ook actie onderneemt als de zorg niet goed wordt uitgevoerd en dus dat de mondgezondheid beter is.

Is de verantwoordelijkheid voor het toezien op het nakomen van professionele mondzorg interventies vastgelegd? ja

Opmerking bij indicator 27

In de overeenkomst met Proda-Mondzorg

Toelichting

Toelichting door organisatie op de kwaliteitsinformatie

Een korte toelichting door organisatie (op locatieniveau) op de ingevulde indicatorset.

Onderstaande toelichting wordt met de data meegestuurd naar het Zorginstituut en wordt opgenomen in het Openbaar Databestand. Let u zelf op dat hier geen tijdsgebonden zaken of privacygevoelige informatie noteert. Dit geldt alleen voor dit veld, niet voor de toelichting die per vraag kan worden gegeven.

Toelichting door organisatie op de kwaliteitsinformatie

(Hier kunt u maximaal 500 tekens invoeren:)

Mocht u als lezer naar aanleiding van de ingevulde gegevens vragen hebben of aanvullende informatie willen, neem gerust contact op.
Janneke.pander@annenborch.nl
