

Kwaliteitsverslag 2018

Villa Hooghe Heide

Amersfoort Juni 2018

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). Kenmerken van de organisatie (Hoofdstuk 3) Daarna volgt een beschrijving van de uitkomsten van de volgende acht onderwerpen.

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

Daarnaast is specifieke aandacht besteed aan drie onderdelen

1. Veiligheid (Bijlage 1)
 - a. Opname van kwantitatieve uitkomsten op de vier veiligheidsthema's en bijbehorende uitwerkingen.
 - b. Medicatieveiligheid
 - c. Decubituspreventie
 - d. Gemotiveerd gebruik van vrijheid beperkende maatregelen
 - e. Preventie van acute ziekenhuisopnamen
2. Cliëntoordelen (Hoofdstuk 11 en Bijlage 2)
 - a. Gebruikt instrument met een beschrijving van de kwantitatieve uitkomsten
 - b. De NPS-score per locatie
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 als leerervaring (Slotwoord van de directie)
 - c. Deel uit maken van het lerend netwerk (bijlage 3 en 4)

Met dit kwaliteitsverslag voldoen we aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Jaarlijks verantwoorden we ons over de voortgang van het kwaliteitsplan in een kwaliteitsverslag. Het kwaliteitsplan over 2018 is ons eerste kwaliteitsplan, derhalve kan dit eerste kwaliteitsverslag geen verantwoording geven over de voortgang van het kwaliteitsplan in het voorgaande jaar. In dit eerste kwaliteitsverslag verantwoorden we ons over de totstandkoming van ons eerste kwaliteitsverslag en over de voortgang in de eerste vijf maanden van 2018. Vanaf 2019 zullen we een kwaliteitsverslag uitbrengen over de voortgang van het kwaliteitsplan van het voorafgaande jaar.

Dit is het eerste kwaliteitsverslag van "Villa Hooghe Heide" 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.

Hoofdstuk 1

Zorgvisie en kernwaarden;

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

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

In de verslagperiode hebben we de zorgvisie besproken met alle medewerkers. Hieruit kwam naar voren dat; medewerkers het prettig vinden dat welzijn centraal staat, dat er aandacht is voor bewoners. Er vele activiteiten zijn voor de bewoners. Niet alle daarvoor opgeleide medewerkers zijn geroutineerd in de voorbehouden handelingen, zijn wel theoretisch geschoold echter een enkele persoon mist de geroutineerde vaardigheid. Spreken uit dat zij in het team gehoord worden en dat er ruimte is voor ondersteuning tot zelfverzekerd handelen. De korte lijnen met samenwerkende partners wordt als prettig ervaren.

In de verslagperiode was de directie dagelijks actief betrokken op de werkvloer. Tijdens observaties kwam naar voren dat de zorgvisie en kernwaarden als volgt zichtbaar waren: Nieuwe bewoners zijn zichtbaar snel gewend. De bewoners voelen zich thuis. Onderling vormen zich vriendschappen. Bewoners en medewerkers voelen zich gehoord. Er wordt snel actie ondernomen op opmerkingen en vragen. Bewoners vinden de maaltijden heerlijk er is regelmatig aandacht voor iets extra's. De bewoners geven aan de medewerkers allemaal even vriendelijk en lief te vinden in de interactie. De bewoners zien de zorg medewerkers als professioneel. De bewoners kennen de directie en fam. weet de directie te vinden.

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 hadden cliënten;
- Persoonlijk geleid: de bestuurders waren als volgt betrokken bij de zorgverlening op de werkvloer: Contacten bewoners en familie, ondersteuning en aanvragen PGB. Sociale begeleiding bewoners.. Directeur zorg (HBO-V) ondersteund o.a. primair proces, gericht op overzicht, klinisch redeneren, praktijkbegeleiding, raad en daad, medisch technische handelen, aanvraag indicaties, betrokken bij de intake van bewoners.
- Passie, inzet en betrokkenheid van alle medewerkers, hebben we als leiding vastgesteld en besproken in 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 cliëntgebonden medewerkers en toegekend zorgbudget vanuit WLZ gelden. Deze ratio is bij ons boven 90 %.

2 Actief betrokken bij de brancheorganisatie Riant Verzorgd Wonen:

- We delen actief informatie met collega-voorzieningen door middel van een gezamenlijk platform;
- We hebben twee lerend netwerken in het leven geroepen, één voor directie/leidinggevenden en één voor uitvoerende medewerkers. Hiervan zijn notulen beschikbaar.

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 inspectienormen besproken en geconstateerd dat we hieraan grotendeels voldoen;
- We hebben in Jaargesprekken de PSA (PsychoSociale Arbeidsbelasting) in kaart gebracht en geconcludeerd dat we voldoende aandacht hebben voor PSA van onze medewerkers en dat we voldoende ondersteunende domotica hebben ingezet om de zwaarte van werkzaamheden te verlichten.

4 Open(baar)heid

- Uitkomsten en analyses van tevredenheidsonderzoeken onder bewoners hebben we gepubliceerd op onze website;
- Uitkomsten en analyses van tevredenheidsonderzoeken onder medewerkers hebben we nog niet afgenomen wel is er aandacht geweest met behulp van interne middelen om de tevredenheid onder de medewerkers in kaart te brengen.
- We hebben beleidsaspecten en belangrijke gebeurtenissen en bevindingen met medewerkers besproken en zowel persoonlijk (individueel) en met de nieuwsbrief aan bewoners gedeeld.

Hoofdstuk 3 Personeel

We hebben onze personeelsformatie en een toelichting hierop gepubliceerd op onze website. Hieruit is af te leiden dat we een zeer ruime personeelsbezetting hebben. Dankzij een stabiele en ruime personeelsbezetting hebben we tijdens de verslagperiode deze personeelsbezetting op vrijwel alle dagen behaald. We hebben een systeem voor vervanging bij ziekte wat goed heeft gefunctioneerd. Het verzuimpercentage in 2017 was: (Kleiner) < 5%

In 2017 waren er de volgende personeelswijzigingen:

Omschrijving	aantal	fte
Vertrokken medewerkers	7	2,2
Nieuwe medewerkers	5	1,4

Dankzij onze platte organisatie en korte lijnen kunnen in onze zorgvoorziening de zorggelden optimaal worden benut waarvoor het is bedoeld. Uit het accountantsrapport behorend bij het financieel jaarverslag blijkt dat meer dan 90 % van de zorggelden wordt besteed aan direct bewoner gebonden personele kosten.

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

- Voldoende personeel, ook bij intensieve zorgmomenten;
- Tot 20:00 uur een medewerker, vrijwilliger, familie in de gemeenschappelijke ruimte
- Permanente aanwezigheid van personeel met de juiste kennis, vaardigheden en competenties;
- Uitsluitend vaste medewerkers die de bewoners goed kennen;
- Rooster voor 24/7 BIG geregistreerde verpleegkundige binnen 30 minuten ter plaatse;
- Er is een arts bereikbaar en oproepbaar en is binnen 30 minuten ter plaatse;
- In de verslagperiode hebben we (on)geplande zorg, vragen of toenemende complexiteit en/of invoeren specialist ouderengeneeskunde en/of overleg met medisch specialist en/of gedragsdeskundige als volgt in gang gezet: Bij toenemen van zorgvragen en toenemen van complexiteit zijn extra medewerkers ingezet. Ook heeft overdag de inzet van een stagiaires naast een vaste medewerker een positieve waarde voor alle partijen. De specialist ouderenzorg en psychologische ondersteuning is ingeroepen bij een situatie waar extra inzicht nodig was. Dit wordt via de huisarts of rechtstreeks of op verzoek van het zorgteam direct afgestemd met de huisarts of SOG.

Het opleidingsplan stellen we per kalenderjaar vast. Het opleidingsplan 2018 heeft de gewenste voortgang in deze verslagperiode. Hierna staan de bevindingen van het scholingsplan over 2017.

Opleidingsplan 2018

Inleiding

Ons opleidingsplan voort uit verschillende gezichtspunten.

1. Het bestuur houdt zich permanent bezig met het handhaven en verbeteren van het hoge niveau van zorgverlening;
2. Het juist uitvoeren van voorbehouden en risicovolle handelingen door bevoegde en bekwaame medewerkers wordt beheerst en bewaakt. Om dit te bereiken worden medewerkers minimaal tweemaal opgeleid en getoetst in alle voorkomende voorbehouden en risicovolle handelingen die door hen worden uitgevoerd;

3. In functioneringsgesprekken krijgen de medewerkers de gelegenheid om aan te geven welke opleiding en scholing zij voor zichzelf wenselijk of noodzakelijk achten;
4. Om onze missie en visie continu waar te maken, worden minimaal tweejaarlijks interne scholingsactiviteiten hiervoor georganiseerd;
5. Wij zijn een erkend leerbedrijf. Jaarlijks bezien we of we minimaal twee leerlingen de mogelijkheid kunnen bieden voor een BBL traject voor een erkende opleiding. Stagiaires die studeren via het HBO en ROC zijn welkom. Per stage blok max. 2 stagiaires.

Missie en visie

Onze missie en visie staan verwoord in het kwaliteitssysteem, op de website, en in het kwaliteitsplan. Samengevat komt het neer op het volgende:

Missie en Visie

Villa Hooghe Heide biedt een woonzorg omgeving met een vast team medewerkers, ondersteund door een dagelijks bestuur met kennis van zaken.

Alle medewerkers bieden met elkaar de bewoners met intensieve zorgvragen een beschermde omgeving waar mensen een thuis ervaren waar de persoon gezien en gehoord wordt.

Kernwaarden:

Invoelend/ luisterend vermogen, professionaliteit t.a.v. medisch gerichte zaken,

Korte lijnen met (para) medici en naasten, teamwork, welzijn/activiteiten als zingeving van de dag, warme woonomgeving.

Zonder instructie aan medewerkers kan de missie en visie verwateren of in een vergeethoek raken. Als het voor medewerkers niet helder zou zijn wat de missie en visie betekenen voor de dagelijkse werkzaamheden, dan kunnen ze ook niet voldoen aan hun bijdrage om de missie en visie waar te maken. Dat betekent dat we nieuwe medewerkers hierin opleiden en bestaande medewerkers minimaal tweejaarlijks op geselecteerde aspecten bijscholen.

Evalueren en stimuleren

We willen een optimaal resultaat bereiken met de opleidingen en scholingen. Om dat te bereiken evalueren we de (tussentijdse) resultaten conform de raamagenda en zo nodig vaker. Dat doen we niet alleen in het MT, maar ook met de medewerkers zelf. Collectieve opleidingen en scholingen evalueren we tijdens de werkoverleggen. Individuele opleidingen en scholingen evalueren we in jaargesprekken en zo nodig in persoonlijke begeleidingsgesprekken. In MT bijeenkomsten besluiten we om zo nodig aanvullende acties of scholingen te organiseren.

Opleidings plan

Het concrete scholingsplan bestaat uit onderdelen. Deze zijn te onderscheiden in collectief en individueel. De collectieve onderdelen kunnen per beroepsgroep afwijken. Dit staat aangegeven bij de betreffende onderdelen.

I De volgende opleiding en scholing worden gepland in 2018 en zijn voor **alle medewerkers**

- a. Omgaan met onbegrepen gedrag bij dementie;
- b. Aspecten die van belang zijn voor alle disciplines bij een bewoner bij het levenseinde;
- c. Tiltechniek;
- d. BHV: brand;
- e. Ontruimingsinstructie;

II De volgende scholing zijn in 2018 gepland voor **alle nieuwe medewerkers**

- a. Missie en visie;
- b. Betekenis en toelichting van de gedragscode in de dagelijkse praktijk.

III De volgende opleiding en scholing zijn in 2018 gepland voor **alle zorgmedewerkers**

- a. Minimaal twee klinische lessen over ziektebeelden en benaderingstechnieken;
- b. Mondhygiëne;
- c. Medicatie;
- d. Infectiepreventie;
- e. Beroepscode.

IV De volgende opleiding en scholing is voor **aangewezen medewerkers**

- a. Opleiding VIG BBL;
- b. Opleiding helpende BBL;
- c. BIG scholing relevante voorbehouden en risicovolle handelingen conform bevoegd en bekwaam;
dit jaar door gekwalificeerde verpleegkundige en senior V-ig op de werkvloer ondersteund.
- f. Vrijheidsbeperkende maatregelen;
- d. Bijscholing werkbegeleiding ROC en HU
- e. Opleiding praktijkbegeleiding
- g. Reflectie en intervisie;
- h. Lerend Netwerk RVW;
- i. De volgende onderdelen uit het KKV
 - Compassie: nabijheid, vertrouwen, aandacht en begrip;
 - Uniek zijn: gezien worden in persoonlijke context, eigen identiteit;
 - Autonomie: behoud van eigen regie over leven en persoonlijk welbevinden ook bij zorg in de laatste levensfase;
 - Zorgdoelen: iedere bewoner heeft afspraken over en inspraak bij de doelen ten aanzien van zijn/haar zorg, behandeling en ondersteuning;
 - Aandacht aan zorgdilemma's en adequate zorg bij het levenseinde.

Bevindingen van het opleidingsplan 2017

De volgende opleiding en scholingen zijn gevolgd; door het zorgteam

3 lessen haptonomische Tiltechnieken in het voorjaar, en een herhaling in het najaar ;

1 congres wondzorg voor verpleegkundige

Klinische lessen: mondzorg, dementie

Tijdens het overlegsituaties is uitgebreid aandacht geschonken en gewerkt aan het opstellen van een zorgplan in het ONS, afnemen risicoanalyses en evaluaties.

1 medewerker is de BBL opleiding Vig gestart.

Scholingen directeur zorg | verpleegkundige :

Bijeenkomst waardigheid en trots

Verpleegkundig indiceren

Bijwonen klinische lessen

Lerend netwerk RvW

Congres wondzorg verpleegkundige

BHV: brand en ontruiming ; nieuwe zorgmedewerkers en herhaling.

Nieuwe medewerkers krijgen bij in dienst diverse bestanden waaronder de gedragscode van de organisatie, de zorgmedewerkers krijgen daarnaast de beroepscode aangereikt. Een inwerklijst wordt verstrekt waar aandacht wordt gevraagd voor o.a. privacy beleid, Hygiëne regels cq alle belangrijke aspecten binnen de organisatie. Deze lijst wordt met iedere nieuwe medewerker afgestemd / met een vaste medewerker of teamleider.

j. Ontruimingsinstructie;

Hoofdstuk 4 Beleid

Het jaarplan 2018 met meetbare doelstellingen wordt regelmatig gemonitord en ieder kwartaal geregistreerd. Het jaarplan 2017 heeft geleid tot de volgende bevindingen:

Leiderschap: Doelstelling eenduidig leiderschap.

Manager is uitgevallen waardoor directie extra energie en tijd heeft ingezet in de directe aansturing en ondersteuning

De Directie heeft besloten om in 2018 de management structuur te wijzigen. Zie organigram. Bijlage 5

Strategie en beleid:

Bekendheid van de Villa is toegenomen, er zijn vele contacten met naasten van potentiële bewoners. Bezettingsgraad is ruimvoldoende.

Samenwerking met externe partijen loopt naar wens.

Branche vereniging Riant Verzorgd Wonen is informatief en ondersteunend t.a.v. nieuwe wetgeving.

Management van medewerkers:

Ziekteverzuim in 2017 was < 5%.

Management van middelen

Er zijn in 2017 enige aanpassingen verricht op de website.

EPD wordt functioneel gebruikt. Carenzorgt is in gebruik gesteld.

Medewerkers zijn bekend met de handboeken.

Scholingen, trainingen hebben plaatsgevonden.

Branchevereniging heeft een duidelijke ondersteunend en sturende functie in het implementeren van de nieuwe wetgeving voortkomend uit nieuw normenkader, Good Governance,

Medewerkers zijn ingelicht over de veranderingen in de langdurige zorg door individueel verstrekte informatie over de nieuwe normen. Deze zijn uitgebreid besproken in de overlegvormen. Lerend netwerk is toegelicht.

Veiligheidsmanagement in is verlegvormen besproken. Gebouwenbeheer, hier wordt planmatig op geanticipeerd.

Management van processen.

Processen kunnen iets afwijken van de huidige gewenste situatie. Deze moeten bijgewerkt worden.

De Safir risico inventarisatie is op de processen uitgevoerd.

Het zorg team en huiskamermedewerkers voeren dagelijks zowel individuele als groepsgerichte activiteiten. 2 x per week zijn er extra activiteiten geleid door ZPP-ers. Maandelijks is er een extra activiteit gericht op zang, klassieke muziek, voorstellingen enz...

Haccp werkwijzen is de regelgeving in de Villa die gehanteerd wordt door alle medewerkers.

Klanten en stakeholders;

Tevredenheidsonderzoek bewoners staat gepland voor begin 2018.

Klachtenbeleid is bekend en transparant.

Er zijn duidelijke afspraken gemaakt over de halfjaarlijkse evaluaties van de zorgplannen. Bewoner en Naasten worden hier expliciet bij betrokken door de contactverzorgende.

Medewerker;

Medewerkers worden ingewerkt volgens een vast programma. Coaching en checken op goed functioneren is een aandachtspunt.

Tijdens overlegvormen is er regelmatig aandacht voor werkwijzen. Functioneren van een aantal medewerkers is een aandachtspunt.

Maatschappij;

Stagiaires zijn welkom en leveren een aanvulling op het team. Het houdt het team alert en de bewoners vinden het leuk dat jonge mensen in de directe leefomgeving verblijven om een vak te leren. Aandacht is er voor de juiste afstemming. Beleid is dat er maximaal 2 stagiaires per blok in de Villa werkzaam zijn. Naast 2 BBL leerlingen is de belasting voor medewerkers goed te spreiden. Wij hebben fantastische vrijwilligers die echt deel uit maken van het team en het thuisgevoel in de Villa. Zowel voor activiteiten als huiskamerondersteuning. De wens is om iedere dag een vrijwilliger gastvrouw of heer aan tafel welkom te heten voor sociale interactie met de bewoners en ondersteuning van het team. Korte maatschappelijke stages worden door de medewerkers en bewoners als meerwaarde ervaren.

Bestuur en financiën;

Er is een gezonde financiële situatie door een verantwoord beheer van financiën.

Hoofdstuk 5

Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Net als in eerdere jaren, hebben we in deze verslagperiode geconstateerd dat de zorg en ondersteuning voor elke cliënt op maat is. Dat wil onder andere zeggen dat iedere cliënt een zorgplan 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 bestuur waargenomen en geconstateerd op basis van functioneringsgesprekken, observaties tijdens onze aanwezigheid op de werkvloer, contacten met cliënten, naasten, tijdens de halfjaarlijkse evaluatie, specifiek geplande MDO-besprekingen, overdrachten, rapportages, zorgoverleg en werkbesprekingen.

Compassie: nabijheid, vertrouwen, aandacht en begrip

- De zorgverleners kennen het verhaal, de behoeften en wensen, de zorgen, problemen en levensvragen van elke cliënt;
- De medewerkers spreken de cliënt aan op de manier die de cliënt prettig vindt;
- De medewerkers praten met cliënten en niet over cliënten;
- De zorgmedewerkers maken echt contact met cliënten;
- De medewerkers hebben aandacht voor familie, naasten en mantelzorgers;
- De zorgverleners hebben inlevingsvermogen en begrip en tonen empathie;
- De zorgverleners beschikken over een breed repertoire aan communicatieve en sociale vaardigheden en beschikken over de juiste kennis en vaardigheden op het gebied van zorg die wordt geleverd;
- De zorgverleners hebben respect voor normen en waarden van de cliënt, naasten en mantelzorgers.

Uniek zijn: gezien worden in persoonlijke context, eigen identiteit.

- Er is aandacht voor wat cliënten belangrijk en zinvol vinden om te doen, ook vanuit levensbeschouwing en om contacten die cliënten willen onderhouden; De organisatie zorgt 2 x per jaar een paasdienst en kerstdienst voor bewoners en familie.
- Als een cliënt dat wil, wordt deze hierbij geholpen, met respect voor eigen regie en autonomie;
- Zorgverleners zoeken naar de betekenis van gedrag als een cliënt zich onvoldoende of niet meer kan uitdrukken;
- Medewerkers dragen er zorg voor dat de cliënten zich veilig voelen;
- Medewerkers behandelen cliënten met respect;
- Als er iets te beleven of te ontdekken is, wordt de cliënt daarbij betrokken;
- De cliënten kunnen zoveel mogelijk hun eigen gang gaan, ook als zij geen behoefte hebben om iets te doen;
- Cliënten kunnen indien mogelijk zoveel mogelijk hun eigen keuzes maken en kunnen zoveel mogelijk hun leefstijl voortzetten;
- De zorgverlener kent het levensverhaal van elke cliënt en ondersteunt waar mogelijk om dat voort te zetten;
- De zorgverleners kennen de persoonlijke wensen behoeften van en risico's bij de cliënt;
- De zorgverlener is in staat om veranderd gedrag te duiden of om daar adequate hulp bij te vragen;
- De zorgverleners hebben aandacht voor de naaste(n) van de cliënt als onderdeel van zijn eigen leven;
- De zorgverlener kan bij het volgen van professionele richtlijnen en standaarden een goede afweging maken in het licht van de persoonlijke situatie en wensen van de cliënt;
- 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 cliënten kunnen, zover mogelijk, hun eigen leven vorm en inhoud geven zowel in grote als in kleine onderdelen van de dag;
- Indien een cliënt 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 cliënt is bij opname concreet gesproken over zorg rondom het levenseinde. De cliënt heeft aan kunnen geven wat de wensen zijn: wat deze cliënt 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 cliënt op regelmatige basis geëvalueerd;
- Zorgverleners laten zich primair leiden door de eigen wensen van de cliënt. Daarbij geldt als uitgangspunt: liever zelf laten doen dan overnemen;
- Cliënten krijgen de kans om zoveel mogelijk zelf sturing over hun leven te houden;
- De zorgverleners wegen met de cliënt en zijn naaste(n) de veiligheidsrisico's af tegen de kwaliteit van leven;
- De zorgverleners bespreken bij opname de wensen van cliënten rondom zorg bij het levenseinde. Wensen worden geïnventariseerd, opgenomen in het zorgplan en actief gedeeld met het multidisciplinaire team. Richtlijnen rondom palliatieve zorg worden gevolgd;
- De wensen van en afspraken met de cliënt worden gedeeld met de naaste(n) en op regelmatige basis opnieuw besproken met de cliënt.

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

- Iedere cliënt heeft een eigen actueel zorgplan en een medisch plan(huisarts) dat in samenspraak met de cliënt en desgewenst diens naasten is opgesteld;
- De cliënt geeft aan zich te herkennen in het zorgplan en medisch plan, zo niet dan wordt dat besproken met de cliënt en diens naasten;
- De cliënt of diens belangenbehartiger is aanwezig bij het multidisciplinair overleg (MDO) , tenzij deze dat niet wil. De cliënt wordt in staat gesteld om zich op het MDO voor te bereiden. De inbreng van de cliënt doet ertoe om de zorgverlening beter af te stemmen op diens behoeften;
- Met de cliënt of diens belangenbehartiger wordt op regelmatige basis besproken of de zorgen behandelaafspraken worden nagekomen en of de zorg aan de wensen en behoeften voldoet;
- De huisarts of specialist ouderengeneeskunde (SOG) maakt met de cliënt en diens naasten concrete afspraken over het zorgbeleid bij het levenseinde;
- Iedere cliënt beschikt binnen uiterlijk zes weken na opname over een zorgplan en medisch plan (huisarts) , 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 zorgplan en medisch plan dat na maximaal zes weken definitief wordt;
- Het zorgplan wordt opgesteld door tenminste een niveau 3 zorgverlener, DE contactverzorgende wordt zo spoedig mogelijk afgestemd met de client en diens naaste;
- Het medisch plan wordt opgesteld door de huisarts en indien nodig door de SOG;
- De zorgverleners volgen bij het werken met zorgplannen de richtlijnen voor gebruik van en multidisciplinair overleg over het zorgplan zoals vastgelegd in: www.zorgleefplanwijzer.nl/zlp-informatie/wet-en-regelgeving.html;
- De zorgverleners werken individueel en (multidisciplinair) samen met een actueel zorgplan dat ook werkelijk verbinding houdt met de uitvoering van zorg;
- Zorgverleners hebben inzicht in de situatie van de cliënt, inzicht in het zorg- en behandelproces rondom de cliënt en werken hierin samen als multidisciplinair team;
- Zorgverleners kunnen inzicht geven over de zorg aan de cliënt, 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 cliënten hoog in het vaandel. We hebben in vijf thema's vastgesteld wat de kenmerken zijn van wonen en welzijn in onze locatie. Deze thema's zijn ontleend aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Dit hebben we als bestuur waargenomen en geconstateerd op basis van functioneringsgesprekken, observaties tijdens onze aanwezigheid op de werkvloer, contacten met cliënten en naasten.

Wonen en welzijn

Naast persoonsgerichte zorg en ondersteuning, zoals beschreven in het vorige hoofdstuk, vinden wij wonen en welzijn belangrijk voor onze bewoners. We streven ernaar dat de wensen en verlangens van de bewoner zoveel mogelijk kunnen worden waargemaakt. Omgaan met beperkingen van bewoners zien wij liever als een uitdaging dan als een beletsel. Hierna lichten we per thema toe wat iedere bewoner mag verwachten en welke eigenschappen de medewerkers hebben. Onderstaande thema's zijn ontleend aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg.

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
- De persoonlijke levensbeschouwelijke signatuur van de bewoners wordt gerespecteerd, iedere bewoner kan een geestelijk verzorger van eigen signatuur ontvangen. Zonnodig ondersteund een medewerker de bewoner of naaste bij het vinden van een persoon.

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 en zelf kunnen; indien de bewoner begeleidt moet worden kan de bewoner in overleg naar buiten
- 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 ondersteuning te participeren
- Het beleid rondom participatie familie of vrijwilliger is beschreven en bekend bij bewoner en zorgverleners

Wooncomfort: gastvrijheid, maaltijden, schoonmaak en inrichting

- De inrichting van de woonomgeving is aangepast aan zorg- en ondersteuningsbehoeften.
- De privé, en gezamenlijke ruimten zijn schoon en veilig
- Bewoners richten de eigen leefruimte in met de eigen spullen rekening houdend met hygiëne en rekening houdend met ARBO technische voorschriften indien noodzakelijk

- Bewoners hebben invloed op de maaltijden, er wordt bij opname geïnventariseerd wat een bewoner(liever) niet eet of lust. De kok en keukendiensten hebben individuele contacten met de bewoner om maaltijdwensen up tot date te houden. Er is aan dacht voor een verjaardags-menu.

Hoofdstuk 7

Veiligheid

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

Medicatieveiligheid

- Minimaal tweemaal per jaar organiseren we een medicatiereview met de apotheker en de huisarts;
- We analyseren de MIC meldingen minimaal tweemaal per jaar en we besteden aandacht aan de oorzaken van eventuele medicatiefouten. Hierbij betrekken we de medewerkers en zo nodig voeren we een retrospectieve risicoanalyse uit;
- We beperken het antipsychoticagebruik in samenspraak met de huisarts en bewoner en naaste zoveel mogelijk en we hebben de prevalentie van het gebruik van antipsychotica geregistreerd om te kunnen vergelijken met voorzieningen uit het lerend netwerk;

Decubitus en mondzorg

- Er vindt regelmatige monitoring plaats van huid(letsel), voedingstoestand, mondzorg en incontinentieletsel bij alle cliënten;
- 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 cliënt 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 cliënt, zonder de veiligheid uit het oog te verliezen;
- De VBM die we hebben toegepast zijn besproken met de cliënt en diens naasten, met de huisarts, met de Contactverzorgende en met de directie. De wet zorg en dwang 2018 ingaande in 2020 is richting gevend. ER wordt bij inzet van vrijwillige maatregelen een evaluatiedatum afgesproken. Voor het toepassen van elke VBM is getekend door de (zaakwaarnemer van de) cliënt en de huisarts;
- We houden een overzicht bij van alle VBM, wat op elke moment voorhanden is;
- De bevindingen van het gebruik van VBM zijn besproken met de medewerkers en met voorzieningen uit het lerend netwerk.

Ziekenhuisopnamen

- Wij hadden 1 ziekenhuisopnamen op de Spoedeisende hulp (SEH), deze is geregistreerd, zowel in het persoonlijke zorgdossier als op een anonieme lijst. Hierbij hebben we de redenen van het insturen voor SEH bijgehouden. 1 keer was er sprake van een heupfractuur. De bevindingen van het gebruik met betrekking tot SEH zijn besproken met de medewerkers en met voorzieningen uit het lerend netwerk.

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

- Op dit moment is het in 2012 HKZ opgestelde KMS het uitgangspunt van de werkwijze in de organisatie. In dit kwaliteitssysteem zijn de verantwoordelijkheden en bevoegdheden vastgelegd;
- Er zijn de afgelopen jaren werkwijzen bijgesteld n.a.v. observaties en aangepaste wetgeving. Een aandachtspunt is het up to date maken van de HKZ normen voor een zo duidelijke transparantie en leidraad voor zowel de directie, management als overige medewerkers.

2 Jaarlijks geactualiseerd kwaliteitsplan

- Kwaliteitsplan 2018 was ons eerste kwaliteitsplan, voor 2019 maken we een nieuw plan;

3 Jaarlijks kwaliteitsverslag

- Dit is ons eerste kwaliteitsverslag;
- Dit kwaliteitsverslag is besproken in het MT, met enkele medewerkers en via onze website ter beschikking gesteld aan geïnteresseerden;
- In dit kwaliteitsverslag verantwoorden we ons over de voortgang gedurende de eerste vijf maanden van het kwaliteitsplan 2018;
- In 2019 maken we een kwaliteitsverslag over de volledige periode van het kwaliteitsplan 2018.

4 Continu werken in de praktijk aan verbeteren door zorgverleners

- Enkele zorgverleners werden in 2017 in de praktijk betrokken bij het maken van het kwaliteitsplan en in 2018 van het verslag. Zorgverleners worden in 2019 in de praktijk nauw betrokken bij het maken van het kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag en werken zo op cyclische en ontwikkelingsgerichte wijze mee aan verbetering;
- Kort-cyclische feedback, continue reflectie en dialoog worden gestimuleerd en vinden in een open klimaat plaats.

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 ingevoerd 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 participerend leiderschap is dat de directie regelmatig actief is op de werkvloer. Er is direct contact met cliënten, familie, medewerkers en vrijwilligers.

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

- We hebben in het kwaliteitsplan zes thema's onderscheiden die kenmerkend zijn voor ons leiderschap, te weten Visie op zorg; Sturen op kernwaarden; Leiderschap en goed bestuur; Rol en positie interne organen moet ontwikkeld worden); Inzicht hebben en geven en Verankeren van medische, verpleegkundige en psychosociale expertise. Hoe wij in deze verslagperiode hebben voldaan aan deze kenmerken is terug te vinden in dit kwaliteitsverslag. Hier volgen nog enkele andere kenmerken van ons leiderschap:
- De directie stelt zich ondersteunend, faciliterend en transparant op naar alle zorgverleners, cliënten, naasten, medewerkers en vrijwilligers.
- In deze verslagperiode heeft de directie tijdig ingegrepen om de veiligheid en kwaliteit van de zorg te borgen. De inhoud en reikwijdte hiervan zijn vastgelegd in ons verbeterregister
- We hebben een goede verstandhouding met de bewoners en hun naasten en waar nodig of gewenst hebben we oplossingen gezocht bij voorkomende problemen.
- Conform de Wet op de Ondernemingsraden (WOR) staat onze deur altijd open voor iedere medewerker, wordt er per omgaande gehoor gegeven aan wensen voor een gesprek. En kunnen medewerkers altijd anoniem een formulier invullen om een KWOS onder de aandacht te brengen
- 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;
- We hebben nauw samen met een huisartsenpraktijk en hebben korte lijnen met een samenwerkende SOG die de huisarts ondersteunt bij overstijgend hulpvragen. 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.

In deze verslagperiode hebben we Nieuwe computers, printer, materialen voor verpleegkundige medische handelingen, Arbo materialen t.b.v. medewerker en een grasmaaier, doorsnee vervangingsmaterialen, materialen toegevoegd aan onze voorziening.

T.a.v. financiële en administratieve organisatie is de accountant ingeschakeld.

Plannen zijn er voor plaatsen van airco units t.b.v. de tweede verdieping en er is ene offerte geplaatst voor verbouwing van 2 appartementen. Tevens is er ene plan om de GSM voorziening te vervangen.

Hoofdstuk 11

Gebruik van informatie.

- We hebben in deze verslagperiode de cliëntervaringen gemeten met een benchmark methode belangrijkste bevindingen staan uitgewerkt in bijlage 2;
- We hebben in deze verslagperiode met de berekening van de Net Promotor (Score NPS) de score 8,1 behaald. Hiermee zijn we tevreden (zie bijlage 2);
- We hebben in deze verslagperiode de AVG, Europese wetgeving, geïmplementeerd;
- De medicatieveiligheid is bij ons geregeld conform landelijke standaard. Uit MIC meldingen, interne audit en externe audit is naar voren gekomen dat we de medicatieveiligheid correct in acht nemen;
- Dit kwaliteitsverslag is openbaar toegankelijk via onze website.

Hoofdstuk 12

Verbeterparagraaf

In ons kwaliteitsplan staan de volgende verbeterdoelen beschreven om de doelstellingen te behalen:

- A. Benaderen van naasten van de bewoners voor het samenstellen van een bewoners commissie.
- B. Gestructureerde monitoring van huidletsel, voedingstoestand, incontinentieletsel, mondzorg bij alle bewoners.
- C. Benchmarkonderzoek bewoners
- D. Bijstelling opleidingsplan
- E. Uitvoering tevredenheidsonderzoek medewerkers
- F. Overlegstructuren beoordelen op noodzaak en functionaliteit

In deze verslagperiode is als volgt gewerkt aan deze doelen:

- A. Door plotselinge ziekte van de manager zorg en welzijn is het doel van het samenstellen van de bewoners commissie nog niet in gang gezet.
 - B. Er is vanaf augustus 2017 een gestructureerde monitoring ingezet.
 - C. DE uitslagen van het tevredenheidsonderzoek bewoners is uitgevoerd op 1-06- 2018: zie bijlage 2A
 - D. Opleidingsplan is bijgesteld in 2017 en opgesteld voor 2018
 - E. Er is een KWOS onderzoek uitgevoerd bij medewerkers
 - F. Overlegstructuren zijn onder de aandacht.
- verbeterplan voor medicatie beheer en opslag is onder de aandacht. Doelstelling voor 2^{de} helft 2018

Slotwoord van de directie

Het kwaliteitsverslag maakt dat er een gestructureerde weergave ontstaat van de organisatieprocessen. Het is een gewenningsproces en uitdaging om de zorg zoals die in onze organisatie wordt uitgevoerd te blijven monitoren en onder de aandacht te houden van de medewerkers in de organisatie, met name om de taken in de verbeterparagraaf beschreven uit te voeren. De eerste verantwoordelijkheid als directeur zorg is er een van praktisch aard, hoe is de professionaliteit van mijn medewerkers en hoe kunnen wij zoveel mogelijk voldoen aan het welzijn van de ons toevertrouwde bewoners, geven naast het vertrouwen op basis van ervaringen met directie en medewerkers. Daarnaast zeker zo belangrijk, hoe is de teamgeest in de organisatie en hoe houden wij deze positief.

Dit zijn 4 aandachtspunten, de dagelijkse verantwoordelijkheid van directie en MT.

Het kwaliteitsverslag geeft richtlijnen die gevolgd worden en waar welgemeende verbeteringen in opgetekend worden.

Bijlage 1 Veiligheid

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

- a. De scores op medicatieveiligheid waren in deze verslagperiode 5 / 2^{de} helft 2017& 20 Antibiotica (griepgolf voorjaar 2018)
- b. De scores op Decubituspreventie waren in deze verslagperiode : 10 x decubitus en 2 x incontinentie letsel
- c. De scores op Gemotiveerd gebruik van vrijheid beperkende maatregelen met instemming waren in deze verslagperiode; 20 bedekken en domotica
- d. De scores op Preventie van acute ziekenhuisopnamen waren in deze verslagperiode 2 x door val gebroken heup.

Bijlage 2 Cliëntoordelen

We hebben voor ons tevredenheidsonderzoek (TVO) onder cliënten het volgende instrument gebruikt
De NPS (Net Promotor Score)

De kwantitatieve uitkomsten van dit TVO waren: Zie bijlage 2A.

De NPS-score was 8,1

Bijlage 3 Leren en werken aan kwaliteit

Sinds oktober 2017 zijn we aangesloten bij Lerend Netwerk RVW. De werkwijze is opgenomen in de aankondiging van dit Lerend Netwerk d.d. 27-10-2017. Deze notitie is opgenomen als bijlage 4.

Organigram Villa Hooghe Heide 2018

