2021

# Kwaliteitsverslag
# Villa Hooghe Heide

Mei 2021

k. van Staveren

Inhoudsopgave

Werkwijze

Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg geeft een handreiking voor het opstellen van het kwaliteitsverslag. We volgen deze handreiking.
Het verslag is onderverdeeld in 12 hoofdstukken


| | |
|---|---|
| Inleiding | pagina 2 |
| Hoofdstukken | |
| 1. Missie, Zorgvisie en kernwaarden | 3 |
| 2. Kenmerken van de organisatie | 4 |
| 3. Medewerkers | 7 |
| - uitkomsten van het opleidingsplan 2021 | 8 |
| 4. Uitkomsten van het jaarplan 2021 (Ink model) | 10 |
| 5. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning | 14 |
| 6. Wonen en welzijn | 17 |
| 7. Veiligheid | 19 |
| 8. Leren en werken aan kwaliteit | 22 |
| 9. Leiderschap, governance en management | 23 |
| 10.Gebruik van hulpbronnen | 24 |
| 11. Gebruik van informatie | 25 |
| 12. Verbeteren- verslag van 2021 | 26 |
| - Slotwoord directie | 29 |
| - Bijlagen 1 Inventarisatie veiligheid, 2 Rapportage NPS | 31- 42 |

## Inleiding

In dit kwaliteitsverslag wordt uiteengezet hoe in Villa Hooghe Heide de medewerkers zorgdragen voor het welbevinden, de zorg en de dienstverlening van de bewoners. Sinds 2018 brengen wij een verslag uit dat gebaseerd is op evaluatie van de doelstellingen en inhoud van het kwaliteitsplan. Met dit verslag wordt voldaan aan een eis uit het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.
Dit kwaliteitskader is als kwaliteitsstandaard opgenomen in het wettelijk Register van het Zorginstituut en vormt daarmee vanaf 1 januari 2017 de wettelijke basis voor de kwaliteit van verpleeghuiszorg. Het kwaliteitskader beschrijft wat de bewoner kan verwachten van de dagelijkse interactie met alle (zorg) medewerkers die verbonden zijn aan de organisatie gericht op de elementen van kwaliteit van leven die belangrijk zijn in het contact met de bewoner. Het kwaliteitskader beschrijft ook de randvoorwaarden die een zorgorganisatie op orde moet hebben om de zorg zo goed mogelijk te ondersteunen en vormt daarmee tevens het kader voor extern toezicht.

Met dit kwaliteitsverslag voldoen we aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg.
Dit kwaliteitsverslag is openbaar en wordt gepubliceerd op onze website. Hiermee verantwoorden we ons over de voortgang van onze kwaliteitsdoelstellingen. Het is bedoeld voor stakeholders en alle geïnteresseerden.

*Voorjaar 2021: Prachtige bloesem in onze kleine boomgaard.*

## Hoofdstuk 1
Missie, 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 opleidingsplan;
- In het kwaliteitshandboek;

**Missie**
Villa Hooghe Heide biedt een woonzorgomgeving met een vast team medewerkers, ondersteund door een dagelijks bestuur met kennis van zaken.
Alle medewerkers bieden met elkaar de bewoners met intensieve zorgvraag, een beschermde omgeving waar mensen geactiveerd worden in de persoonlijke mogelijkheden tot zelfzorg en een veilig 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.

**Zorgvisie**
De zorgvisie zoals deze wordt overgedragen aan de medewerkers is om de bewoners zelf keuzes te laten maken over de persoonlijke zorgvragen. Zelfzorg onder begeleiding van een zorgmedewerker en huiskamerbegeleider wordt als waardevol ervaren. Zingeving van de dag geven wij vorm door zo veel mogelijk in te spelen op de persoonlijke behoefte van de bewoners. Daarnaast is het belangrijk dat de bewoner zich veilig voelt in de Villa en bij de medewerkers. Essentieel is dat wij de achtergrond van de bewoners kennen. Deze informatie verkrijgen wij door bij opname een verzoek aan de bewoner/ naaste om een vragenformulier in te vullen over belangrijke gebeurtenissen in het leven. Door persoonlijk contact leert de medewerker de bewoner goed kennen.

## Hoofdstuk 2
## Kenmerken van de organisatie

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:**
Over het jaar 2021 was er een goede bezetting. Zowel individuele bewoners als 2 echtparen vonden hun weg naar de Villa en raakten thuis, wij bemerken dat bij aanname de zorgvraag van de bewoners toeneemt. Ook ligt de leeftijd gemiddeld hoger bij het inwonen dan voorgaande jaren. In het aannamebeleid is er een duidelijke keuze gemaakt in de cliënten categorie, wij houden rekening met een balans in bewoners met geriatrische zorgvragen zoals de diagnose dementie en bewoners met chronische aandoeningen en (hoog) complexe somatische handicaps.
Wij zien dat met het stijgen van de leeftijd verwardheidsproblemen voorkomen. Er is dan geen diagnose dementie maar een leeftijd gerelateerde vergeetachtigheid. De Villa biedt het volume om gelijkgestemden te ondersteunen in contacten. De diversiteit in ontmoetingsplaatsen en een gericht programma maakt dit mogelijk. Mensen met dementie, of verwardheidsproblematiek kunnen elkaar heel goed verdragen indien de juiste aansturing aanwezig is. Het prettige is dat er een sfeer ontstaat waarin men om elkaar leert geven omwille van een karakter. Er zijn vriendschappen gemaakt.
Als bestuur is het mogelijk om naast de bestuurlijke taken oog te hebben voor de bewoners, het is goed om de naasten van familie te ontmoeten om inzicht te krijgen in familiebanden. Betrokkenheid bij het primair proces maakt dat er een goed inzicht is in de persoonlijke situaties.
In de overlegvormen blijkt bij medewerkers betrokkenheid met familie in de relatie tot de naasten. Familie geeft aan betrokkenheid te herkennen. Tijdens jaargesprekken werd door medewerkers uitgesproken dat er geluisterd wordt door de leidinggevenden en dat men zich gewaardeerd voelt.

Er is een overzichtelijke personeelsbezetting; zorg niveau 2 t/m 4, directeur zorg vp niveau 5, BBL leerlingen behoren ook onder het zorgteam, keuken/ huiskamerbegeleiding- facilitaire dienst en de Koks.
De directie en teamleider geeft de medewerkers het vertrouwen en de verantwoordelijkheid voor de aan hen toevertrouwde taken maar is beschikbaar voor ondersteuning op gebied van de bedrijfsvoering, een telefoontje bij een probleem is voldoende om polshoogte te nemen en te helpen waar dit kan.
In het verslagjaar hebben medewerkers diverse stagiaires van de HBO-V en ROC kunnen begeleiden. Er is een limiet op stagiaires aangezien wij niet willen dat de medewerkers overbelast worden met begeleidingstaken. Wij hechten zeer aan de vaste groep medewerkers voor onze bewoners en medewerkers onderling en willen niet in de situatie belanden van een te grote wisseling van personen.
In het verslagjaar is er een ruime inzet van medewerkers geweest waarbij rekening gehouden werd met de momenten van extra aandacht of waar extra toezicht noodzakelijk was. Dit blijkt uit de ratio tussen direct cliëntgebonden zorg en toegekend zorgbudget vanuit WLZ gelden. Deze ratio is bij ons rond de 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 in het verslagjaar ondanks Corona aan twee lerend netwerken mee kunnen doen. De thema's dit jaar waren voor de medewerkers casuïstiek , onbegrepen gedrag. De medewerkers ervaren de contacten als bijzonder. Zij zijn meestal erg trots op hun werkplek na een dergelijke training. Het blijkt dat er in de Villa op een deskundige verantwoorde wijze gekeken wordt naar voorkomende problemen. Men houdt niet van overdreven regels. Het MT draagt de boodschap uit van:" Gebruik je verstand en persoonlijk inzicht, vertrouw op je intuïtie naast de structuur en kennis van richtlijnen". Dit jaar was er in navolging van het vorig jaar extra aandacht voor hygiëne/ infectiepreventie en het verantwoord doch menselijk omgaan met gebruik van PBM.

- De directie van zeker 6 verschillende organisaties hebben ervaringen uitgewisseld gericht op de gestelde normen vanuit het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. In het verslagjaar is er gesproken over hoe om te gaan met de voorgestelde werkwijze op het eenduidig verzamelen met de zogenaamde Kik-V tool van kwaliteitsvragen vanuit de IGJ; Het kwaliteitskader, plan en verslag wordt in groepjes besproken waardoor ruimte ontstaat voor uitwisselen van kennis en ervaring. Er is gesproken over werkgeverschap. Ook is er binnen het lerend netwerk aandacht voor onderlinge ondersteuning op praktisch gebied, zoals het afgelopen jaar coronagericht op veranderingen t.a.v. het bezoekersbeleid en waar je PBM kon inkopen.

## 3 Voldoen aan wettelijke verplichtingen en regelgeving

- We voldoen aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg, onder andere door middel van ons kwaliteitsplan en dit kwaliteitsverslag met een verbeterparagraaf;
- We hebben in onze brancheorganisatie de IGJ inspectienormen besproken en geconstateerd dat we hieraan grotendeels voldoen;
- De PSA (Psycho Sociale Arbeidsbelasting) heeft voortdurend onze aandacht, wij hebben geconcludeerd dat we voldoende aandacht hebben voor PSA van onze medewerkers.
- Wi zijn behoorlijk terughoudend met de inzet van middelen en maatregelen, onze bewoners populatie laat zien dat goed luisteren en het kennen van de bewoner inzet van dergelijke middelen veelal voorkomen kan worden. Wij maken in sommige situaties in overleg gebruik van ondersteunende domotica voor een gezamenlijk besproken veilige woon-leefomgeving. Indien onze alternatieve inzet van rust, afleiding niet werkt en de bewoner is gecontroleerd op afwezigheid van lichamelijke ongemakken dan is er soms inzet van medicatie noodzakelijk om de onrust die een bewoner op een dergelijk moment ervaart wat af te vlakken. Soms is dit een voorgeschreven z.n. medicatie. Afspraken zijn duidelijk doorgesproken met de bewoner, naasten, EVV en samenwerkende (para) medici, deze afspraken staan vermeld in het zorgplan dat volgens afspraak geëvalueerd en bijgesteld volgens de plan-do- check- act methode.

- Medewerkers en de clientenraad is geïnformeerd over de WZD. Er is gesproken over wat onvrijwillige zorg inhoudt, het gebruik van een stappenplan en hoe dit in z'n werk gaat. Beleid is onder de aandacht gebracht bij bewoners en naasten via de nieuwsbrief, men is verwezen met een link naar de website waar het beleid is opgenomen.
- In de hal hebben wij een informatiebord opgehangen waar is terug te vinden hoe de clientenraad te benaderen en hoe de vertrouwenspersoon WZD is te bereiken. Deze info is ook gedeeld in de nieuwsbrief.
- Bewoners en naasten worden regelmatig op de hoogte gehouden over algemene informatie die via wettelijke instanties tot ons komen. Dit wordt middels een mail, het familieportaal of via de nieuwsbrief gedeeld. Soms worden diverse kanalen gebruikt om zeker te zijn dat belangrijke informatie niet gemist wordt. Het kan zijn dat de bewoners een aparte print krijgen van een mededeling. Dit wordt ook gemeld aan de eerste contactpersoon zodat ook zij op de hoogte zijn.

**4 Open(baar)heid**

- Dit jaar is er opnieuw tevredenheidsonderzoek gehouden door een onafhankelijke partij. Op onze website hebben wij het NPS verslag met het gemiddelde cijfer van 8,6 gepubliceerd; (**zie ook overzicht in bijlage 3 )** Er was een respons van 75 %. Wij nemen de informatie die hier uit voort komt serieus en brengen dit in overleg onder in verbeterpunten.
- Wij hechten grote waarde aan wat bewoners en naasten van de Villa vinden, regelmatig wordt naast het tevredenheidsonderzoeken er wordt aandacht gevraagd voor plaatsing van een bericht op zorgkaart Nederland;
- De directie en/of teamleider hebben beleidsaspecten en belangrijke gebeurtenissen en bevindingen met medewerkers besproken en zowel persoonlijk ( individueel) als met de nieuwsbrief met bewoners, 1ste contactpersonen, medewerkers en vrijwilligers gedeeld.

## Hoofdstuk 3
## Medewerkers

Ons personeelsbeleid is gebaseerd op diversiteit van deskundigheid op gebied van medische handelingen, inzicht, coördinatie en ondersteuning van zingeving van de dag. Helpenden plus, verzorgenden, verzorgenden-ig, en verpleegkundigen niveau 4 en huiskamer begeleiders verzorgen met elkaar alle dagelijkse zorg en welzijn gerelateerde afspraken.

Verzorging van de maaltijden en het regelmatig verstrekken van drinken wordt verzorgd door de keukendienst/ huiskamer medewerker. De maaltijden worden heel goed beoordeeld door onze bewoners. Wij hebben dit jaar extra stil gestaan bij structuur van het ontbijt, het volgen van de autonomie kan voor ondervoeding zorgen. Wij hebben afgesproken dat een bewoner na de zorg t/m 10:00 uur aan de open ontbijttafel in de keuken een ontbijt wordt aangeboden, ondersteuning is aanwezig. Indien een bewoner de dag wat later wil opstarten dan wordt in overleg met keuken en zorg het ontbijt op bed of in het eigen appartement ook voor 10:00 uur geserveerd, hulp bij het eten wordt ook hier geboden. Wij bemerken dat deze structuur gericht op voeding bewoners met geheugenproblemen goed doet.
De huishoudelijk medewerkers verzorgen de persoonlijke leefomgeving en de algemene ruimte, lichte huishoudelijke werkzaamheden gericht op de persoonlijke leefomgeving zijn dagelijks onderdeel van de taken van alle medewerkers. De verzorging van het wasgoed vindt dagelijks intern plaats. Wekelijks wordt door vaste medewerkers de persoonlijke leefruimte en algemene leefruimten huishoudelijk schoongemaakt. Dagelijks zijn er ruim voldoende medewerkers aanwezig. Het team is goed op elkaar afgestemd, communicatie m.n. in de ochtend uren bepaald de dynamiek van de dag.

Er is een stabiel vast team werkzaam in de Villa. Bij zieke van een medewerker is er een afgesproken systeem dat goed heeft gefunctioneerd. Extra meewerkende teamleider, extra inzet van een medewerker, ruilen en aanpassen van diensten of inzet van een beschikbare flex-medewerker onderbouwd deze werkwijze. Incidenteel hebben wij gebruik gemaakt van een vaste ZZP verpleegkundige.

In 2021 waren er de volgende personeelswijzigingen:

| Omschrijving | aantal | Fte |
|---|---|---|
| **Uit dienst :** zorg medewerkers<br>Zwangerschapsvervanging | 6<br>1 | 3,8<br>0,6 |
| flex zorg en hospitality | 2 | 0,6 |
| leerlingen | 1 | 0,8 |
| **In dienst:** medewerkers zorg<br>Medewerkers Hospitality | 8<br>1 | 5,1<br>0,6 |

Onze flex-medewerkers zijn oud stagiaires verpleegkunde of verzorgende IG of MZ die naast hun voltijdsopleiding een aantal uren beschikbaar zijn.

De in ons kwaliteitsplan beschreven kaders voor “aandacht, aanwezigheid en toezicht”, “specifieke kennis en vaardigheden” en “reflectie, leren en ontwikkelen”

- Extra medewerkers op drukke momenten; bij het opstarten van de dag en in de avond. Extra ogen en handen tijdens het diner in combinatie met gezelligheid van de aanwezigheid van de extra ingeroosterde medewerker in de avond bij de ondersteuning na het diner. Er zijn beslist bewoners die na het diner graag op zich zelf zijn maar ook duidelijk bewoners die het toch nog erg fijn vinden om met elkaar te babbelen, tv te kijken, een spelletje te doen, foto’s kijken. enz.. De inzet van een medewerker is noodzakelijk bij dergelijke activiteiten. Over het algemeen kleine uitzonderingen nagelaten moeten de bewoners ondersteund worden bij het aangaan van contacten. In de laatste maand van het jaar hebben we aandacht besteed aan meer saamhorigheid in de huiskamer Tegen het einde van het jaar was er gericht op de toen aanwezige bewonerspopulatie in de avond meer behoefte aan saamhorigheid in de huiskamer, een gezamenlijke filmavond in de week wordt door een aantal bewoners op prijs gesteld.
- Het is gelukt om in iedere dienst personeel met de juiste kennis, vaardigheden en competenties in te roosteren; wisselingen in het team zijn van alle tijden, de kern van het team zorgt voor stabiliteit.
- Uitsluitend vaste medewerkers die de bewoners goed kennen;
- Rooster voor 24/7 BIG geregistreerde verpleegkundige binnen 15-30 minuten ter plaatse;
- Er is een arts bereikbaar en oproepbaar en is binnen 30 minuten ter plaatse, buiten kantoor tijden maken wij gebruik van de huisartsenpost, er is een directe afstemming met de vaste huisarts gericht op palliatieve ondersteuning er zijn specifieke afspraken buiten de kantoortijden met de huisartsenpost;
- In de verslagperiode hebben we (on)geplande zorg, vragen of toenemende complexiteit van zorg als volgt in gang gezet: Wij hebben in overleg met de huisarts en gebruikmakend van de sociale kaart korte lijnen gecreëerd met de Specialist Ouderenzorg, Psycholoog, Fysiotherapeut, Ergotherapeut, Apotheker en inzet van extra medewerkers.

Het opleidingsplan stellen we per kalenderjaar vast. Wij beschrijven de voortgang in deze verslagperiode.

**Uitkomsten van Opleidingsplan 2021**

De opleidingen/ bijscholingen zijn te onderscheiden in collectief en individueel. De collectieve onderdelen kunnen per beroepsgroep afwijken. Dit staat aangegeven bij de betreffende onderdelen.

- In 2021 waren er een 4 tal bbl leerlingen actief waarvan 1 zijinstromer. Ook wisten ieder blok stagiaires van het ROC en de HU een stage succesvol af te ronden.

- Er is een e-learningsabonnement gericht op functie voor vrijwel alle medewerkers.
- Er was aandacht voor dietiek zowel zorg als keukenmedewerkers gericht op het onderwerp: Diabetes
- Bij de lerend netwerkbijeenkomsten zijn bij de twee bijeenkomsten 2 medewerkers aanwezig geweest. Onderwerpen stonden in het teken van onbegrepen gedrag. Deze bijeenkomsten werden zeer gewaardeerd. Er is besloten in het MT om een incompany training aan te bieden aan het gehele team hiervoor is een externe case manager/ coach aangetrokken
- In het 4de kwartaal zijn wij gestart met deze trainingen; gericht op onbegrepen gedrag en intervisie.
- Op de werkvloer houdt men elkaar scherp bij de beoordeling van de voorkomende medische en risicovolle handelingen. De Vilans protocollen zijn niet meer zo gemakkelijk uit te printen, deze zijn te lang en onhandig om mee te werken. Aandacht voor feedback naar Vilans op deze observatie.
- Specifieke aandacht is geschonken aan alle medewerkers voor ( hand) hygiene in Corona tijd en het gebruik van PBM. Medewerkers zijn regelmatig geinformeerd over de stand van zaken rond Corona preventie en de nieuwe richtlijnen en afspraken. Gedurende de verslagperiode 2021 hadden wij wederom te maken met het zorgvuldig omgaan met de richtlijnen voor een veilig thuis voor kwetsbare ouderen en de zorg voor medewerkers. Er is veel aandacht geschonken aan luchten en binnen de 1,5 meter een kapje op voor alle betrokkenen.
- De noodzakelijke BHV trainingen zijn door een gecertificeerd bedrijf gegeven in de tweede helft van het jaar, er zijn jaarlijks 2 groepen BHV voor geselecteerde medewerkers ( voorjaar en najaar) een groep heeft de BHV training wel doorlopen.
- Er werd daarnaast iedere maand een praktische brandoefening gehouden tijdens verschillende momenten, er vanuitgaande om zoveel mogelijk medewerkers te betrekken bij het ‘hoe om te gaan met een brandmelding’.
- Diverse handige e-learnings via de website; www.Zorgvoorbeter.nl worden onder de aandacht gebracht, regelmatig krijgen wij informatie per mail die onder de aandacht van de medewerkers wordt gebracht indien het onderwerp in het team speelt.
- Het kwaliteitsplan 2021 is met een groep medewerkers met diversiteit in functie besproken.
  Ook zijn de taken in de vIlla gericht op zorg handelingen, afspraken en het gevoel van welzijn o.a. het zingeven van de dag als zeer belangrijke taak onder de aandacht gebracht bij alle medewerkenden tijdens de overlegvormen.
- Nieuwe medewerkers worden d.m.v. een inwerkprogramma geattendeerd op aandachtspunten van belang in de organsiatie. Dit inwerkprogramma wordt tijdens het proeftijd gesprek besproken.
- Naast de Corona infectiepreventie maatregelen is er aandacht besteed aan overige onderwerpen gericht op infectiegevaar.
- Uitdrukkelijke aandacht is besteed aan infectiepreventie waar hygienisch werken een belangrijk onderdeel van uit maakt. De techniek van handhygiene is tijdens overlegvormen besproken en gepresenteerd door middel van e-learning en praktische toelichting. In alle individuele appartementen en algemene ruimtes is de mogelijkheid om handdesinfectie toe te passen, naast

het gewone handen wassen volgens een specifieke methode. De HACCP-normen ( schoonmaken en voeding) zijn onze uitgangspunten.

- In 2021 is een samenwerking georganiseerd met een praktijk die mondverzorging en behandelingen aan huis verrichten. Er is afgesproken met deze organisatie om medewerkers instructie te geven en het belang van mondhygiene op deze wijze heel duidelijk een plek te geven in de dagelijks ezorgverlening. Het is de bedoeling dat dit het komend jaar gestructureerder ontwikkeld gaat worden is samenwerking met deze organisatie.
- Medicatie en de wijze van rapporteren zijn besproken in het zorgoverleg, acties zijn hier aan verbonden;
  Leerling BBL medewerkers en Stagiaires werden in de stageperiode begeleid door vaste medewerkers.

ROC MIDDEN NEDERLAND

MBO AMERSFOORT

HOGESCHOOL UTRECHT

Aventus

eLearning MadeEasy

Praktijkgerichte betaalbare e-learningoplossingen voor de ouderenzorg en gehandicaptenzorg

HER Opleidingen & Advies
Transport & Logistiek | ARBO & Veiligheid
Veiligheidsinstituut
HER Opleidingen & Advies / Het Veiligheidsinstituut

BHV- opleiding

## Hoofdstuk 4
## Het jaarplan 2021; uitkomsten beschreven (Ink model)

Het jaarplan 2020 met meetbare doelstellingen wordt regelmatig gemonitord en ieder kwartaal geregistreerd. Het jaarplan heeft geleid tot de volgende bevindingen:

*1. Leiderschap,* doelstelling eenduidig leiderschap.
De aansturing in het team ligt voor het primaire proces bij de teamleider, het MT bestaande uit de directie en teamleider stemt wekelijks alle voorkomende zaken met elkaar af. Dit zorgt voor korte lijnen en duidelijkheid.

2. Strategie en beleid, De dagelijkse leiding is onveranderd ten opzichte van het vorig jaar – 2020, de samenwerking met de cliëntenraad gericht op beleid is dit jaar verder ontwikkeld. Bij aanname nieuwe bewoners ligt het accent op de juiste balans in de categorie psychogeriatrie en somatiek. Het kwaliteitskader is onder de aandacht gebracht bij medewerkers en cliëntenraad.
Het is een uitdaging om de juiste medewerkers aan te trekken. Medewerkers zijn aan het jobhoppen. Onduidelijkheid over uiteindelijke wensen. Men weet het zelf vaak niet. Potentiële medewerkers zijn zoekende zonder te weten waar naar! Motivatie gericht op persoonlijke ontwikkeling is niet vanzelfsprekend aanwezig, medewerkers hebben een voorkeur voor kleine contracten.

*3. Management van medewerkers,* er is in de organisatie ruim aandacht voor communicatie en wensen bij het inroosteren van medewerkers. De organisatie stelt als eis dat er op iedere dienst een deskundig volledig gekwalificeerd medewerker ingeroosterd staat. In de avond en nacht is daarnaast een verpleegkundige als bereikbaarheidsdienst beschikbaar.

Ziekteverzuim in 2021 was 1,1 % Dit percentage is gericht op daadwerkelijk ziekteverzuim, afwezigheid door de quarantaine eisen tijdens de wachtperiode voor de uitslag van een test en de quarantaine periode bij een besmetting in het gezin is hierbij niet meegerekend. Dit was beperkt waardoor er geen noemenswaardige problemen zijn ontstaan.
Met inzet van medewerkers en taakverdelingen zijn in overleg met directie deze periodes op een verantwoorde wijze opgevangen.

Roosteren: Medewerkers hebben inspraak bij het roosteren, tijdens de verslag periode is geprobeerd om zoveel mogelijk tegemoet te komen aan wensen.

Begeleiding van leerlingen en stagiaires; alle medewerkers kunnen terug vallen op twee begeleiders, onze ervaring is dat dit zeer wisselend werkt. Er zijn leerlingen en stagiaires die een goede planning hanteren maar ook situaties waarbij leerlingen en stagiaires bedenken dat de werkbegeleiders de verantwoordelijkheid dragen voor het uitvoeren van de stage. Het komt regelmatig voor dat er herinnert moet worden aan afspraken.

4. Management van middelen; de PGB-financiering wordt ingewikkelder, een vaste medewerker met kennis van zaken ondersteund de gewaarborgde hulp

met de aanvraag en noodzakelijke veranderingen betreffende een indicatie, er is ondersteuning aanwezig voor de begeleiding van de aanvraag echter soms kiezen mensen er voor om zelfstandig de aanvraag uit te voeren. Indien er een kruisje verkeerd wordt aangevinkt dan laten financiële vergoedingen langer op zich wachten. M.i.v. 01-01-2022 kan er ook geen indicatie meer aangevraagd worden met terugwerkende kracht, bewoners moeten dan bij de datum van inwonen een dekkende geldige indicatie hebben voor de zorgvraag.
Het ECD - ONS is een effectief middel om de voortgang van de zorg te bewaken. Het daaraan gekoppelde familieportaal geeft meerwaarde in het afstemmen van informatie.

Management van materialen: Regelmatig worden materialen vervangen en of aangeschaft.

5. Management van processen, De teamleider is verantwoordelijk voor het primair proces, taken worden onderling verdeeld waarbij uitgegaan wordt van deskundigheid en functie. De processen worden ondersteund door adviezen van de werkvloer, analyses worden uitgevoerd tijdens overleg vormen.
De taken gericht op halfjaarlijkse evaluaties en contacten zijn duidelijk onderdeel van het primaire proces. Bewoner en naasten worden hier expliciet bij betrokken. Mic meldingen werden gedeeld met de naasten, oplossingen werden besproken in het MT met de teamleden in overlegvormen, geanalyseerd en oplossingen zijn uitgevoerd.
Welzijn is belangrijk in de Villa, er wordt gecoacht op menselijk contact en dagelijkse activiteiten om een gevoel van welzijn te ervaren. Buitenlucht wordt aangemoedigd dus indien het weer ook maar enigszins mee zit wordt er gewandeld of gebruik gemaakt van het terras.

6. Bewoners en stakeholders;
Bewoners: *een* tevredenheidsonderzoek (*NPS* via een extern bureau) is in het begin van 2022 onder de aandacht gebracht zodat de uitslag nog meegenomen kan worden in deze verslagperiode van 2021. (Er was weinig tot geen verandering in de bewoners populatie t.o.v. 2021. Het onderzoek is onder de aandacht gebracht van bewoners en 1ste contactpersonen).
In de uitkomsten wordt de ondersteuning van de medewerkers gezien en erkent. Er zijn altijd verbeterpunten en aandacht voor alertheid op individuele aspecten van de zorg voor de aan ons toevertrouwde dagelijkse zorg aan kwetsbare mensen.
Enkele reacties op aantekeningen in het onderzoek; 1.Ons familieportaal wordt door ieder persoon die dit gebruikt anders ervaren. De afspraak met de verantwoordelijke medewerker van dienst is om bij calamiteiten de eerste contactpersoon op de hoogte te brengen zodat dit niet in de rapportage gelezen hoeft te worden, ook ondersteunen wij de medewerkers in de wijze van rapporteren, dagelijks rapporteren over de zorghandelingen die standaard uitgevoerd worden is niet noodzakelijk, wel is het belangrijk om naast gedragsincidenten de familie ook te laten weten dat de bewoner leuke momenten heeft gekend. 2.Wij zijn er niet voor om alle doen en laten op te schrijven, dit is ons inziens een te grote inbreuk op iemands privacy. 3. Alle medewerkers hebben een taak in een wande-

ling door de tuin, bij weer of wind. 4. Medewerkers worden met regelmaat geïnformeerd over afspraken, er is enige discipline voor nodig van de medewerker om de interne informatie ook te lezen. Afspraken worden op papier gezet en tijdens overdracht momenten toegelicht. 5. Onze zorg gaat in eerste instantie uit naar de bewoner en daarna naar de contactpersoon, twee maal per jaar is er een evaluatie moment waar de zorg met alle berokkenen wordt doorgesproken, daarnaast wordt de 1ste contactpersoon/ mantelzorger benadert bij gebeurtenissen indien dit noodzakelijk is. In de Corona tijd hebben wij expliciet vermeld in de nieuwsbrieven dat er op het kantoortje niet spontaan gesprekken konden plaatsvinden. Indien dit gewenst was dan werd verzocht hier een afspraak voor in te plannen.

Per kwartaal wordt er tijdens een huiskamergesprek geïnformeerd hoe het leven in de Villa wordt ervaren bewoners, bewoners waarderen dit zeer. Er wordt een agenda opgesteld en notulen beschreven. Deze punten worden besproken bij het eerstvolgende overleg met de cliëntenraad.
In 2021 is er 3 maal een nieuwsbrief uitgebracht onder de bewoners. Naasten zijn per mail geïnformeerd dat de nieuwsbrief is uitgekomen. I.v.m. de AVG is het niet mogelijk om een nieuwsbrief met diverse gegevens en soms ook foto's te verspreiden.
Klachtenbeleid is bekend en transparant; Op de website is het klachtenbeleid te vinden. Bij opname krijgt de 1ste contactpersoon concrete informatie per mail toegestuurd. In de nieuwsbrief wordt er regelmatig verwezen naar de website waar relevante documentatie te vinden is.
Er zijn geen officiële klachten ingediend, bewoners, naasten en familie, teamleiders, medewerkers en directie weten elkaar onderling te vinden waardoor er een duidelijke samenwerking en open oplossingsgericht klimaat is.

*7.* Stakeholders: De samenwerking met de vaste huisarts verliep goed in 2021. Soms is er een bewoner die zich niet helemaal kan vinden in de samenwerking. De huisarts heeft aangegeven altijd in gesprek te willen. Er zijn wekelijkse afspraken voor consultatie en onderzoek. Er is een aantal maal ondersteuning gevraagd bij de samenwerkende SO door de huisarts en teamleider voor afstemming in complexe zorgsituaties. Familie en/of de bewoner werden hierbij betrokken. Ook met de overige externe partijen is de samenwerking accuraat, dietiste, fysio, ergo, psycholoog zijn met enige regelmaat betrokken.
Nieuw in 2021 is de samenwerking met tandarts aan huis.

*8.Medewerkers,* worden ingewerkt volgens een vast programma. Er is voor diverse functies een taakomschrijving beschikbaar. Coaching op functioneren blijft een aandachtspunt daarbij is controle en ondersteuning soms noodzakelijk. Met ledere medewerker is een jaargesprek gevoerd volgens een vaste structuur.
Wensen zijn geïnventariseerd en worden vervolgens indien uitvoerbaar in het nieuwe jaarplan opgenomen.

*9.Maatschappij,* stagiaires van het MBO en HBO hebben ondanks de corona tijd stage kunnen lopen. Andere jaren werkten wij ook samen met een plaatselijke school voor VMBO- de leerlingen volgen een programma van 10 weken 1 dag

in de week stage of 2 weken een achtereenvolgende stage. Helaas konden wij geen stageplaats bieden aan de voorgestelde VMBO leerlingen. Er waren met enige regelmaat uitbraken van Corona onder de leerlingen, school had er alle begrip voor dat wij hebben gekozen om een pauze in te lasten. Deze leerlingen volgen een korte stage in de ouderenzorg om te onderzoeken of zij wellicht een toekomst kunnen opbouwen in deze sector. Deze vaak nog jonge mensen kunnen normaal gesproken samen met onze huiskamer en keukenmedewerkers deze ervaring opdoen. Bewoners vinden het leuk om deze jonge mensen te ontvangen in de leefomgeving..

De organisatie kent fantastische vrijwilligers die echt deel uit maken van het team en het thuisgevoel in de  Villa. Zowel voor activiteiten als huiskameronderstеuning als technische/ facilitaire werkzaamheden.
Tijdens de verslagperiode was dit zeer beperkt mogelijk. Vrijwilligers zijn zelf ook kwetsbaar en waren dus vanaf maart 2020 niet beschikbaar.
Er zijn wel oplossingen gevonden voor de vrijwilliger die samen met de bewoners wekelijks zingt. Dit werd met een zoom verbinding tot stand gebracht, echt geweldig! Een vrijwilliger voor technische en facilitaire diensten heeft ondanks de beperkingen een geweldige inzet gehad bij diverse werkzaamheden.

*10.Bestuur en financiën,* Er is dit verslagjaar door Coronabeperkingen een aantal maal telefonisch contact geweest met de raad van commissarissen, hiervan zijn  notulen beschreven.
Financiële jaaroverzicht van 2021 is opgemaakt door de accountant.

## Hoofdstuk 5
## Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

**Compassie: nabijheid, vertrouwen, aandacht en begrip**

- De zorgverleners kennen het verhaal, de behoeften en wensen, de zorgen, problemen en levensvragen van in ieder geval de bewoner waar men EVV of Contactverzorgende van is;
- De medewerkers wordt gevraagd om binnen de normen van de Villa de bewoner aan te spreken op de manier die de bewoner prettig vindt;
- De medewerkers praten met bewoners en niet over bewoners ;
- De medewerkers maken echt contact met bewoners;
- De medewerkers hebben binnen de Corona richtlijnen aandacht besteed aan familie, naasten en mantelzorgers;
- De medewerkers hebben inlevingsvermogen en begrip en tonen empathie;
- Het team beschikt over het algemeen over voldoende communicatieve en sociale vaardigheden en zij beschikken over de juiste kennis en vaardigheden op het gebied van zorg die wordt geleverd, collegiale ondersteuning wordt geboden daar waar nodig;
- De medewerkers houden rekening met de afspraken in de Villa t.a.v. respect voor normen en waarden van de bewoner, naasten en mantelzorgers.

*Figuur 1 Kerstdiner op 25 12-2021*

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

- Er is aandacht voor wat bewoners belangrijk en zinvol vinden om te doen, ook vanuit levensbeschouwing en om contacten die bewoners willen onderhouden;
- Als een bewoner dat wil, wordt deze hierbij geholpen, met respect voor eigen regie en autonomie;
- Zorgverleners zoeken naar de betekenis van gedrag als een bewoner zich onvoldoende of niet meer kan uitdrukken;
- Medewerkers dragen er zorg voor dat de bewoners zich veilig voelen;
- Medewerkers behandelen bewoners met respect;
- Als er iets te beleven of te ontdekken is, wordt de bewoner daarbij betrokken;
- De bewoners kunnen hun eigen gang gaan, ook als zij geen behoefte hebben om iets te doen, veiligheid is hierbij altijd belangrijk, dit staat naast autonomie, specifieke afspraken worden indien noodzakelijk in het zorgplan beschreven;
- Bewoners kunnen indien mogelijk zoveel mogelijk hun eigen keuzes maken en kunnen zoveel mogelijk hun leefstijl voortzetten;
- Tenminste kent de EVV en CV het levensverhaal van de bewoner;

- De medewerkers kennen de persoonlijke wensen behoeften van en risico's bij de bewoners;
- 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 bewoner, afspraken worden met de 1ste contactpersoon gemaakt;
- 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 bewoner;
- Dilemma's worden samen besproken en hiervan wordt geleerd.

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

- De bewoners kunnen, zover mogelijk, hun eigen leven vorm en inhoud geven zowel in grote als in kleine onderdelen van de dag;
- Indien een bewoner de regie niet meer kan nemen, krijgen diens naasten de kans om diens ogen en oren te zijn en de wensen te verwoorden of gedrag toe te lichten en te verklaren;
- Met iedere bewoner is bij opname concreet gesproken over zorg rondom het levenseinde. De bewoner heeft aan kunnen geven wat de wensen zijn, wat iemand wel wil - bijvoorbeeld comfort, geen pijn, wel vocht- en voeding) en niet wil (bijvoorbeeld geen antibiotica of bloedproducten, niet beademen, geen ziekenhuisopname) Dit wordt Advance care planning genoemd;
- De afspraken over zorg rondom het levenseinde zijn ook bekend bij de naasten en worden met de bewoner en 1ste contactpersoon bij een evaluatie opnieuw besproken;
- Zorgverleners laten zich primair leiden door de eigen wensen van de bewoner, daarbij geldt als uitgangspunt: liever zelf laten doen ( zelfzorg voor zover dit lukt) dan overnemen;
- Bewoners krijgen de kans om zoveel mogelijk zelf sturing over hun leven te houden;
- De zorgverleners wegen met de bewoner en zijn naaste(n) de veiligheidsrisco's af tegen de kwaliteit van leven;
- Richtlijnen rondom palliatieve zorg worden door de verantwoordelijk zorgverlener samen met de bewoner, naaste en de verantwoordelijk arts besproken en gevolgd. De zorgverlener kent de wensen van de bewoner rondom zorg bij het levenseinde. Wensen worden geïnventariseerd, opgenomen in het zorgplan en actief gedeeld met samenwerkende artsen, indien de laatste fase van het leven daar is dan is er altijd aandacht om de afspraken nog eens onder de aandacht te brengen om te onderzoeken of men nog achter de gemaakte afspraken staat. Men is echt vrij om deze afspraken bij te stellen.

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

- Iedere bewoner heeft een eigen actueel zorgplan en een medisch plan (huisarts) dat in samenspraak met de bewoner en desgewenst diens naasten is opgesteld;

- De bewoner geeft aan zich te herkennen in het zorgplan en medisch plan, zo niet dan wordt dat besproken met de bewoner en diens eerste contactpersoon;
- Bij complexe zorg kan de huisarts en organisatie advies en consult aanvragen bij een specialist ouderengeneeskunde SO;
- Een MDO wordt afgesproken indien er een reden voor is, deze reden kan aangegeven worden door de bewoner, diens 1ste contactpersoon, de huisarts of de verantwoordelijk zorgverlener.
- De bewoner of diens belangenbehartiger is aanwezig bij het multidisciplinair overleg (MDO), tenzij deze dat niet wil of dat er andere afspraken zijn gemaakt om de individuele situatie te bespreken. De inbreng van de bewoner doet ertoe om de zorgverlening beter af te stemmen op diens behoeften;
- Met de bewoner of diens belangenbehartiger wordt op regelmatige basis besproken of de zorg- en behandelafspraken worden nagekomen en of de zorg aan de wensen en behoeften voldoet;
- De huisarts of specialist ouderengeneeskunde (SO) maakt met de cliënt en diens naasten concrete afspraken over het zorgbeleid bij het levenseind.
- Iedere bewoner beschikt binnen uiterlijk zes weken na opname over een zorgplan en medisch plan ( huisarts) , of zoveel eerder als mogelijk;
- Het medisch plan is de verantwoordelijkheid van de huisarts.

- Voor opname of bij binnenkomst van de bewoner zijn in ieder geval zaken zoals medicatie, dieet, primaire hulpvraag, een eerste contact persoon, reanimatie beleid en handelen bij calamiteiten vastgelegd in het ECD, binnen 24 uur is er een concept zorgplan en medisch plan dat na maximaal zes weken definitief wordt;
- Het zorgplan wordt opgesteld door een verpleegkundige/ senior Vig samen met de bewoner en/of naaste;
- Een afgesproken contactverzorgende is het eerste aanspreekpunt van de bewoner / naaste;
- 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);
- 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 bewoner inzicht in het zorg- en behandelproces rondom de bewoner en werken hierin samen als multidisciplinair team;
- Eerstverantwoordelijke zorgverleners kunnen inzicht geven over de zorg aan de bewoner, aan diens naaste(n) en aan collega's;

## Hoofdstuk 6
## 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.

Er is door de jaren heen een verandering te bemerken bij wonen en welzijnsactiviteiten, sommige bewoners kiezen duidelijk voor de eigen ruimte en verkiezen het om in het eigen appartement te verblijven. Soms met ondersteunend gesprek, of een spelletje. De muziekkeuze verandert, de spelletjes veranderen, nog maar zelden wordt er gebruik gemaakt van b.v. het Ganzenbord. Actuele spellen zijn; Rummikub, Mens erg je niet, Triominos, Sjoelen, Puzzelen, kegelen, bewegen op muziek en wij hebben dit jaar zelfs voor het eerst een Bingospel aangeschaft.

**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**

- Iedere dag zijn er geplande en ongeplande activiteiten, individueel of in groepsverband, bewoners worden gestimuleerd om te bewegen;
- Bewoners kunnen naar buiten als zij dat willen; indien de bewoner dit niet zelf kan dan maakt de zorgverlener dit mogelijk;
- In een kring worden voor de liefhebber regelmatig gezamenlijke bewegingsoefeningen uitgevoerd. Sommige bewoners geven echter aan dit echt niet te willen, ook hier moet begrip voorzijn.

- Er wordt bij de tijdsbesteding rekening gehouden met verschil in behoefte aan ondersteuning en zorg;

**Familieparticipatie en inzet vrijwilligers**

- Inbreng van familie is belangrijk voor onze bewoners. Het is erg fijn voor een bewoner om met een familielid een uitje te hebben of gezellig samen iets in de Villa te ondernemen of gewoon heerlijk in het zonnetje met elkaar op het terras zitten. Helaas hebben wij het afgelopen jaar beperkingen moeten leggen op de hoeveelheid bezoekers die tegelijkertijd aanwezig konden zijn. Max. twee personen per bewoner met het advies om het raam open te zetten op het eigen appartement. Mondkapjes werden aangereikt als iemand op bezoek ging en soms zelfs handschoenen aan.
  Er waren enkele bewoners in de Villa in het vierde kwartaal met een Corona besmetting, zij werden gevraagd een aantal dagen in het eigen appartement in quarantaine te blijven. Wel werd er met hen even een blokje om gelopen in de buitenlucht of men was tijdens het algemene rustmoment even in de tuin. Bij afwezigheid van klachten kon men weer gezamenlijk aan de maaltijden deelnemen. Ook is er een  aantal maal een verdenking van een besmetting geweest die dan toch negatief bleek te zijn. Wij hebben geluk gehad! Dit komt mede door dat iedere betrokkene zich hier zo goed aan de afspraken heeft gehouden, en 90 % van de bewoners en medewerkers is gevaccineerd.
  Vrijwilligers waren in 2021 zeer beperkt inzetbaar, over het algemeen behoren zij tot de groep van kwetsbare personen en hebben zij aangegeven er voor te kiezen om niet aanwezig te zijn. Wij hebben ze gemist aangezien onze vrijwilligers trouw zijn in de afspraken en bijna allemaal al verschillende jaren in de Villa ondersteunen.

**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;
- Bewoners hebben invloed op de maaltijden, er wordt bij opname geïnventariseerd wat een bewoner (liever) niet eet of lust. Hier wordt in het dagelijks menu rekening mee gehouden.  De  kok en keukendiensten hebben dagelijks individuele contacten met de bewoner om maaltijdwensen up tot date te houden. Er is aandacht voor een verjaardags-menu.

## Hoofdstuk 7
## Veiligheid

Ook in deze verslagperiode is bij ons de veiligheid van bewoners van groot belang. We hebben in vier thema's vastgesteld wat de kenmerken zijn van veiligheid in onze locatie. Deze thema's zijn ontleend aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg **(bijlage 1)**

### Medicatieveiligheid

- Het afgelopen jaar is er telefonisch een medicatie review geweest met de apotheker en huisarts;
- We analyseren de MIC meldingen minimaal 2 maal per jaar en we besteden aandacht aan de oorzaken van eventuele medicatiefouten. Dit jaar is de analyse via interne kanalen veilig onder de medewerkers onder de aandacht gebracht;
- Antipsychoticagebruik wordt zorgvuldig in samenspraak met de huisarts, bewoner en naasten besproken 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 regelmatig monitoring plaats van huid(letsel), voedingstoestand, mondzorg en incontinentieletsel bij alle bewoners;

### Onvrijwillige zorg

- De wet zorg en dwang ingegaan op 1-01-2020. Hier moeten wij ons aan conformeren indien er sprake is van onveilige situaties bij bewoners met een indicatie WLZ-VV 5. De medewerkers zijn ingelicht over onvrijwillige zorg in het kader van de WZD en hebben een e-learning gekregen gericht op de uitvoering van deze wet.
- Wij hebben de ervaring met bewoners in onveilige situaties en/of onrust er heel goed met hen gesproken kan worden over noodzakelijke ondersteuning. De bewoners moeten zich veilig voelen
- De organisatie is in het locatie register van WZD ingeschreven voor het melden van onvrijwillige zorg, wij hanteren het stappenplan en beleid van de WZD .
- In de verslagperiode zijn vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) met de grootst mogelijke terughoudendheid toegepast. Meestal vraagt de bewoner om een maatregel zoals een bedhek omhoog voor een gevoel van veiligheid, soms is er vraag naar de mobile inzetbaarheid van een bewegingsmelder om tijdig op veiligheid gericht op mobiliteit van een bewoner te kunnen anticiperen. Medewerkers zijn zich er van bewust dat ook deze inzet als vrijheid beperkend beschouwd wordt.
- Er wordt bij inzet van een (beschermende) veiligheidsbeperkende maatregel altijd uitgegaan van vrijwilligheid, de situatie wordt duidelijk uitgelegd aan de bewoner/ naaste en in overleg met de huisarts ingezet en geëvalueerd. Het toepassen van dergelijke afspraak is getekend door indien mogelijk de client zelf de (vertegenwoordiger van de) cliënt en de huisarts. De afspraak wordt opgenomen in het zorgplan.

- Er is samenwerking met een functionaris WZD, ter controle van de afgesproken maatregelen volgens het stappenplan.
- Sommige cliënten hebben een in een levenstestament vastgelegd dat onder bepaalde omstandigheden een vertegenwoordiger mag beslissen over medische en financiële zaken;

- Er wordt altijd afgewogen om de minst belastende vorm van ondersteuning van veiligheid voor te stellen;
- We houden een overzicht bij van alle VBM;
- De bevindingen van het gebruik van VBM zijn besproken met de medewerkers en met voorzieningen uit het lerend netwerk.

**Ziekenhuisopnamen**

Wij registreren ziekenhuisopnamen met de omschrijving van mogelijke oorzaak en de voortgang. Een lijst van deze registraties is direct opvraagbaar. Mic meldingen zijn inzichtelijk en worden voor analyse tijdens overlegvormen besproken oplossingen worden ingezet en geëvalueerd.

**Geregistreerde MIC meldingen 2021**

| | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 |
|---|---|---|---|---|
| Vallen | 14 | 66 | 39 | 28 |
| Medicatie | 3 | 10 | 10 | 10 |
| Agressie | 1 | | 2 | 2 |
| Hulpmiddelen | | | | |
| Overig | - | | - | 2 |

Tijdens de analyses in het MT en tijdens zorgoverleg is besproken:

Vallen; bewoners gebruiken de hulpmiddelen niet juist, of niet. Er is zorgvuldig beoordeeld of de juiste hulpmiddelen worden gebruikt, dit wordt bij een ongeschikt hulpmiddel besproken met de fysiotherapeut of de ergotherapeut. Meestal vergeet de bewoner het hulpmiddel te gebruiken, even iets pakken zonder de rollator is een tamelijk veel voorkomende situatie. Plotseling dalende bloeddruk of plotselinge verschijnselen t.g.v. een ziekte. Vele valincidenten zijn ontstaan door een bewoner die absoluut de vrijheid wil behouden, wil geen kuipstoel of trippelstoel. Ook is zorgvuldig afwegend gekozen voor het plaatsen van een blaaskatheter.
1maal heeft er een valincident plaatsgevonden waarbij een fractuur / niet medisch handelen tot gevolg heeft gehad dat de bewoner is overleden. Hier is rapport van opgemaakt en is met de IGJ gedeeld. De IGJ heeft aangegeven dat er geen relatie lijkt te zijn met de kwaliteit van zorg.
Medicatie; De meeste medicatie incidenten ontstaan door het niet volgen van de procedure. Deze situatie is duidelijk met de geautoriseerde zorgmedewerkers besproken. Een aantal bewoners zijn opnieuw beoordeeld op BEM n.a.v. niet in te nemen voorgeschreven medicatie.
Agressie; Ontstaan wegens onrust en onbegrip, frustratie van een bewoner. Andere interactie had hier wellicht een positieve inpakt kunnen hebben. Vanaf

december is gericht scholing en intervisie op voorkomende casuïstiek bij probleem gedrag.
Hulpmiddel; wondje op het been i.v.m. vergeten gebruik hulpmiddel. leeggelopen ad matras.
Overig: Ondersteuning bij opstaan van een bewoner aan medebewoner veroorzaakte een val, geholpen bewoner had geen sta-functie meer. Kerstbal werd aangezien voor chocolade.

Analyses zijn gebruikt om inzicht te verkrijgen en weloverwogen oplossingen in te zetten, aandacht voor bijstellen van zorgplannen bij valrisico's . De analyses zijn tijdens zorgoverleg besproken, oplossingen zijn met elkaar bedacht. Aandachtspunten in zorgplannen zijn hierdoor bijgesteld. De zorgmedewerkers zijn zich er heel goed van bewust dat de MIC meldingen helpen om de kwaliteit van zorg te verbeteren door inzicht in handelen en soms de wijze van ondersteuning aan te passen. Bij een aantal bewoners is er een geaccepteerd risico op vallen, dit is met de bewoner en naasten besproken. De teamspirit gericht op medicatiebeleid is zeer afhankelijk van kennis van zaken omtrent medicatie. Het is belangrijk dat medewerkers beseffen hoe belangrijk deze afspraken zijn. In een zorgsetting wordt je snel benadert door bewoners, bezoek, collegae, een plotselinge gebeurtenis; het vergeten van een medicatie kan daar al snel een gevolg van zijn.

De medicatie incidenten hebben geleid tot andere afspraken gericht op het delen van medicatie, nachtmedicatie wordt niet meer door de avondzorg uitgereikt, dit is een taak van de nachtdienst geworden. Z.N. medicatie is als aandachtspunt besproken in het zorgteam er is een zekere schroom om dit te geven, medicatievoorschrift is zorgvuldig besproken en wordt regelmatig beoordeeld. Het zo lang mogelijk uitstellen heeft geen meerwaarde, waardoor er onnodige onrustige of agressieve situaties ontstaan. Coaching van medewerkers op medicatiedeskundigheid en zorgvuldigheid eist voortdurende ondersteuning.

## 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;
- Dit KMS is specifiek opgesteld voor kleinschalige zorg met directe stroomdiagrammen om overzichtelijk te werken binnen de kwaliteitskaders. Het KMS heeft na 10 jaar in 2022 zeker bijstelling nodig.

**2 Jaarlijks geactualiseerd jaarplan en verbeterplan**

- In 2020 is een meerjarenplan beschreven en is het te beleid voor 2021 in het volgens het INK model beschreven op 10 aandachtspunten.
- Dit kwaliteitsverslag is besproken in het MT en met medewerkers in de overleg vormen besproken. Ook is het kwaliteitsverslag en het kwaliteitsplan van 2022 dit jaar voorgelegd aan de clientenraad. Naasten worden op de hoogte gebracht van het kwaliteitsverslag met een verwijzing en link naar de website in de nieuwsbrief.
- Het kwaliteitsverslag is onder de aandacht gebracht en besproken in het lerend netwerk van directies en leidinggevende met 6 organisaties aangesloten bij de Branche vereniging Riant verzorgd Wonen

**4 Continu werken in de praktijk aan verbeteren door zorgverleners**

- Zorgverleners werken in 2021 op cyclische en ontwikkelingsgerichte wijze mee aan verbetering;
- Kort-cyclische feedback, continue reflectie en dialoog worden gestimuleerd en vinden in een open klimaat plaats.

**5 Lerend netwerk**

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

## Hoofdstuk 9
## Leiderschap, governance en management;

Wij hanteren de Governance Code Zorg 2017 en daarnaast, zoals uit dit kwaliteitsverslag blijkt, worden alle onderwerpen van ons kwaliteitsplan in praktijk gebracht. Kenmerkend voor ons participerend leiderschap is dat de directie dagelijks betrokken is op de werkvloer er wekelijks zo niet dagelijks overleg is met de teamleider over lopende zaken. Er is direct contact met cliënten, familie, medewerkers en drie van onze vrijwilligers ( corona gerelateerd)
Verpleegkundige input en bewaken van het verpleegkundig kader ( directeur zorg- VP ) is een vast onderdeel van het besturen van de organisatie. Het lerend netwerk geeft gelegenheid om verpleegkundige zaken met elkaar af te stemmen. Verpleegkundig richten wij op het individu en de best practice.

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; 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 is transparant en beschikbaar voor overleg;
- 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 de notulen van het MT en overige overlegvormen en de persoonlijke rapportages van de bewoners.
- 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 indien gewenst 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;
- We werken nauw samen met een huisartsenpraktijk en hebben korte lijnen met een samenwerkende SO die de huisarts ondersteund bij overstijgende hulpvragen. Deze SO kunnen we tevens consulteren als de actualiteit daartoe aanleiding geeft.
- De aan ons toegewezen vertrouwens persoon WZD is voorgesteld aan de bewoners en in de nieuwsbrief aan naasten. Contactgegevens zijn beschreven op het info bord in de hal. Er zijn afspraken gemaakt met de vertrouwenspersoon voor bezoeken aan de Villa.

## 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.

**Huidige gebruik van hulpbronnen**

Om de kwaliteit zo optimaal mogelijk te houden, maakte Villa Hooghe Heide – naast het vakmanschap van haar medewerkers in 2021 gebruik van de volgende hulpbronnen:

- Het elektronisch cliëntendossier ONS van Nedap met daarin o.a. alle rapportages voortgang en mogelijkheden voor het verantwoorden van de zorg, roosteren, veilige wijze van communiceren van en door de medewerkers.
- De mogelijkheid voor bewoners en/of naaste om gebruik te maken van het opgenomen familie portaal Carenzorgt.
- Digitaal medicatie aftekensysteem in een driehoeksamenwerking met huisarts-apotheek organisatie Ncare. De medicatieveiligheid is bij ons geregeld conform landelijke standaard.
- Een oproepsysteem, middels een vast punt in de persoonlijke leefomgeving daarnaast maken bewoners gebruik van een halsketting of armband.
- Diverse communicatie middelen;
- Domotica toepassingen;
- Beveiligd digitaal mailnetwerk Zivver;
- Samenwerkingsovereenkomsten;
- Verwerkers overeenkomsten;
- Een server omgeving met relevante informatie voor medewerkers t.b.v. procedures en werkinstructies;
- lidmaatschap via Riant Verzorgd Wonen met Vilans voor het direct inzien van protocollen,
- E-learning en scholing zoals training voor BHV.
- Lerend netwerk van onze branchevereniging voor kleinschalig particuliere woonzorgorganisaties: Riant Verzorgd Wonen;
- Vakinhoudelijke informatie VWS, verpleegkunde, externe scholing
- Berichtgeving van Zorg voor Beter zien wij als meerwaarde
- Wij hebben het gehele jaar contacten onderhouden met de GGD/ GHOR – Utrecht. Er is een zeer goede samenwerking gericht op Corona. Zij geven sinds begin van het verslag jaar een Nieuwsbrief uit met handige verwijzingen.
- Het afgelopen jaar heeft de directie meegedaan aan een pilot gericht op een tool (Kik-v) voor eenduidige gegevens uitwisseling voor zorginhoudelijke rapportages. Deze tool is gebruikt voor het inventariseren van de verplichte aanlevering van verpleeghuisgegevens van 2021 via Desan- voor Zorgkaart Nederland.

In deze verslagperiode hebben wij aangeschaft: diverse kantoormaterialen, verpleegkundige materialen, arbo materialen, sport en spelmaterialen, (keuken) inrichting en tuinmaterialen. Sfeerbepalende materialen enz..
Appartementen werden na bewoning opgeknapt, vloerdelen werden opgeknapt / vernieuwd, divers onderhoud werd uitgevoerd.

## 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 8,6 **Tabel in bijlage 2** Ons streven is een waardering van boven de 8.
- De AVG- Europese wetgeving, is een vast onderdeel in de organisatie. Onze medewerkers zijn geïnstrueerd op het gebruik van een beveiligd netwerk voor communicatie per mail en de communicatie onderling;
- Wij hebben met behulp van het lerend netwerk informatie gedeeld en toegepast in ons beleid.

- Dit kwaliteitsverslag is openbaar toegankelijk via onze website.

- Diverse stukken zijn beschikbaar via de website: Contact – veel gestelde vragen. https://villahoogheheide.nl/contact/

## Hoofdstuk 12
## Verbeteren, verslag van 2021

In ons meerjarenkwaliteitsplan van 2020 -2024 zijn de volgende de volgende aandachts- en verbeterpunten beschreven, achtereenvolgens is in dit verslag van 2021 de stand van zaken beschreven waarin gedurende het verslagjaar aan is gewerkt. ;

- Up to date houden van Corona beleid bezoek
  Er is een actief beleid gevoerd gericht op een veilig, humaan klimaat om te kunnen leven en te werken. Het beleid is tot stand gekomen in samenspraak met de clientenraad. Afgesproken bezoekersaantallen hebben wij gehanteerd in de persoonlijke appartementen van de bewoners., gevraagd werd aan bezoek om niet in de huiskamers te verblijven. De bezoekregeling en medewerkers informatie is regelmatig gecommuniceerd met al de betrokkenen. Aan besmet geraakte bewoners is gevraagd om gedurende klachten van Corona op het app. te blijven. Er was dan sprake van verzorging van deze bewoner door medewerkers in PBM. Kapjes zijn gedurende het jaar gedragen indien de 1,5 meter niet gewaarborgd kon worden. Activiteiten zijn zo veel mogelijk uitgevoerd door de medewerkers zelf. De drie vaste ZZP ers zijn gedurende de perioden van beperktheden gevraagd om hun diensten te blijven verlenen met de voorgeschreven richtlijnen van de overheid. In de zomermaanden van 2021 hebben mooie buitenactiviteiten plaats kunnen vinden. Bewoners zijn gevaccineerd en geboostert door de huisarts en GGD of hebben een lichte vorm van Covid ondergaan. Er zijn zelftesten uitgevoerd en bij positieve zelftesten is de GGD ingeseind om al de bewoners te testen.
- Kennis en inzicht van Corona beleid bij alle medewerkers
  Vaste medewerkers hebben een scholing aangereikt gekregen d.m.v. e-learning om goed op de hoogte te zijn van kennis gericht op hygiëne en voorzorgsmaatregelen betreffende Infectiepreventie. Regelmatig is er aandacht geweest voor het praktisch bijstellen en informeren van medewerkers via het besloten medewerkerskanaal, op papier en aan de vrijwilligers via de mail.
- Benchmarkonderzoek bewoners, naasten; delen van uitkomsten.
  Begin 2022 zijn de 1ste contactpersonen van de bewoners en enkele bewoners die dit zelfstandig kunnen uitvoeren benaderd voor een tevredenheidsonderzoek door een extern bedrijf. Het betreft bewoners die ook gedurende het jaar 2021 in de Villa zorg hebben ontvangen. De uitslag van deze enquête is toegevoegd als bijlage aan dit verslag.
- Benaderen van naasten van de bewoners voor het samenstellen van een bewoners commissie c.q. clientenraad.
  Er is een actief beleid gevoerd op het organiseren van een bewoners commissie met een agenda en notulen. Bewoners brengen waardevolle info in. Er was regelmatig overleg met de clientenraad.

- Onderzoeken samenwerking tandarts / mondhygiëniste aan huis.
  De mondhygiëniste is afgelopen jaar een aantal maal in huis geweest , diverse bewoners hebben zich hierop ingeschreven, de tandarts heeft deze bewoners in kaart gebracht en indien nodig zijn er behandelingen uitgevoerd. Er zin wat opstart problemen geweest het afgelopen jaar. Komend jaar zullen wij de bezoeken monitoren.
- Twee jaarlijks uitvoering tevredenheidsonderzoek medewerkers
  Dit is niet gerealiseerd, wel zijn wensen en aandachtspunten duidelijk besproken in de jaargesprekken. Jaargesprekken zijn met alle medewerkers gevoerd.
- Kwaliteit cyclisch borgen diep in de organisatie, protocollen verbeteren
  Doorlopend proces en punt van aandacht.
- Jaarplan 2022, kwaliteitsverslag 2021, verbeterpunten 2021 en scholingsplan 2022 bespreken met belanghebbenden.
  Jaarplan incl. scholing, verbeterplan met medewerkers en clientenraad besproken in de herfst van 2021.
- Kwaliteitsverslag bespreken in de clientenraad in gepland overleg op 1 juni en op uitnodiging met de medewerkers in juni a.s.
- Praktijkscholing toetsen, deskundigheidsbevordering;
  Medewerkers konden dit jaar terug vallen op afspraak met een ZZP praktijkmedewerker. Deze VP heeft echter half 2021 aangegeven dit niet meer structureel te doen.
- Kennis van medewerkers op specifieke ouderdomsproblematiek;
  E- Learning, lerend netwerk en inzet vanaf december 2021 van een case manager
- Samenwerking met huisarts t.a.v. huidige ontwikkelingen in de huisartsenzorg/ ouderenzorg en SOG gericht op expertise ouderenzorg en de wet zorg en dwang.
- Blijft een ingewikkelde situatie er is in november 2021 een aanpassing in de wet aangebracht waarmee de oude wet is komen te vervallen. Dit is voor de organisatie een verbetering. Bij het vaststellen van onvrijwillige zorg wordt er nu uitgegaan van de expertise van de eigen zorg professionals. De term externe deskundige is vervangen door onafhankelijke deskundige
  Duidelijke info is te vinden op:
  https://www.vgn.nl/nieuws/handreiking-reparatiewet-wzd-en-update-wet-tekst-wzd
- Deskundige medewerkers behouden aantrekken, scholingswens gericht op doelmatigheid in de organisatie ondersteunen;
- Een aantal medewerkers zijn een gewenste opleiding aangegaan, zijn hier echter van terug gekomen.
- Gericht op onze werkwijzen is er een duidelijke ondersteuning in de werkprocessen
  - Er is aandacht voor specifieke roosterwensen.
  - Medewerkers worden gestimuleerd om extra taken op zich te nemen.
  - Gesprekken zijn gevoerd op niet gemotiveerde medewerkers, afscheid wordt genomen bij blijvend negatief resultaat.
- Juiste medewerker op de juiste plaats;
  Er is duidelijkheid op taken, enkele diensten zijn uitgeschreven, coaching en controle ondersteunend aan de medewerkers.

- Inzicht en uitvoeren van een gevarieerd Welzijnsprogramma door medewerkers
  Het is gebleken dat er een medewerker specifiek gericht op activiteiten in de organisatie een plek moet krijgen.
- BBL aanbod uitbreiden op zorgmedewerkers/ vig.
  Het aanbod voor BBL leerlingen in de Villa is uitgebreid. Er blijft een maximum van BBL-ers actueel om de begeleiding op een goede wijze vorm te kunnen geven.
- Informatie stromen intern en extern
  Communicatie hier staat of valt goede bedrijfsvoering mee. Beleid voor het opstarten van de dag, de overdrachten en de controle hierop blijft een aandachtspunt. Dit staat naast een goede verslaglegging.
  Er werd gebruik gemaakt voor overbrengen van info d.m.v.: De bureau-agenda, postvak, info op relevante plaatsen, fysiek overlegvormen en het prikbord.
  De medewerkers zijn op de hoogte van de privacy die in acht genomen moet worden zowel in gespreksvorm, rapporteren en beveiligde berichtgeving.
  Er is aandacht besteed aan datalekken en hoe hier mee om te gaan.
- Onderzoek financiering overgang van WLZ PGB naar VPT
  De ondersteuning van PGB bij bewoners wordt succesvol begeleid door een medewerker. Door de ingewikkelde procesvoering en de privacy kan de medewerker niet anders dan informeren en begeleiden bij het aanvraag proces. Eind 2021 zijn er stappen gezet om een aanvraag in te dienen bij het zorgkantoor voor financiering via VPT. Dit proces heet zijn voorgang in het voorjaar van 2022.
- Aanpassingen in diensten;
  De slaapdiensten zijn eind 2020 verandert naar werknachten. De zorgvragen werden uitgebreider ook in de nacht. Specifieke taken zijn begin 2021 toegevoegd aan deze dienst. Diensten op de dag zijn aangepast naar begeleidende huiskamerdiensten.
  In de avond is een extra ondersteunende dienst standaard geworden. Dit komt overeen met het beleid extra handen en ogen daar waar nodig. Bereikbaarheidsdiensten zijn door de verpleegkundigen volgens rooster ingevuld.
- Leidinggevenden; Er is eind van 2021 besloten om een vacature uit te zetten voor een locatie manager.

Bovenstaande onderwerpen zijn belangrijk en soms terugkerende punten in het beleid. Jaarlijks maken wij balans op en onderzoeken welke verbeterpunten continu aandacht nodig hebben en welke onderwerpen er onder de aandacht dienen te komen. Minimaal viermaal per jaar evalueren we in het MT de voortgang van de verbeterplanning. De geconsolideerde bevindingen hierbij bespreken we tijdens de bewoners/bewonersbespreking en met de medewerkers in het zorgoverleg / hospitality overleg. Door middel van notulen/ intern medewerkersportaal zijn alle medewerkers / belanghebbenden in staat om de voortgang te volgen. Daarnaast worden de resultaten van verbeterplannen in het kwaliteitsverslag opgenomen. Dit verslag is openbaar en voor een ieder inzichtelijk op de website van Villa Hooghe Heide.

## Slotwoord van de directie

Het jaar 2021 had gericht op Corona toch nog een duidelijke impact. In de zomer leek het goed te gaan maar toch was er in de herfst weer extra aandacht nodig voor bijstellen van het bezoekers beleid en het dragen van PBM. Er zijn gedurende het jaar aanpassingen geweest in het bezoekersaantal per bewoner en wij gebruikten bezoekerslijsten. Wat was het fijn om samen met de cliëntenraad om over dit moeilijke onderwerpen goede afspraken te maken. Gelukkig was er altijd ruimte voor specifieke afspraken.
De GGD heeft ons naar vermogen kunnen ondersteunen, beleid was niet altijd duidelijk, afspraken van VWS waren regelmatig al wel bekend gemaakt via de persconferenties, maar nog niet als beleid bij de GGD in beeld. Verontrustend dat organisaties zonder eigen medische dienst een beetje achterin de wachtrij stonden t.a.v. vaccinaties.
Van medewerkers werd flexibiliteit gevraagd en duidelijke aandacht voor symptomen van Covid. Het team heeft regelmatig extra schoonmaakwerkzaamheden verricht. Extra aandacht werd gevraagd aan iedereen voor het regelmatig luchten van alle ruimten.
Respect voor alle medewerkers die op een positieve wijze toch weer dagelijks hun taken uitvoerden met mondkapjes en overige noodzakelijke PBM, dit was niet altijd makkelijk. Bewoners hebben op een gegeven moment aangegeven dat zij die mondkapjes echt niet meer wilde op ieder moment van de dag. De bewoners verdienen alle eer voor het aanpassingsvermogen.

In 2021 zijn er een aantal medewerkers in dienst geweest die kort daarna toch weer onze organisatie hebben/ moesten verlaten. In gesprek wisten de medewerkers zelf ook niet altijd waarom. Gemis van een oud team, toch niet geschikt voor de zorg als zij-instromer. Het blijft puzzelen om een team gevarieerd van samenstelling gericht op professionele medische aspecten van zorg, welzijn, voeding en diensten op een goede wijze te bouwen en stabiel te houden.
Coaching van het team is erg belangrijk. Eind 2021 zijn wij gestart met de eerste groep medewerkers voor training en intervisie gericht op onbegrepen gedrag. Dit wordt het komende jaar maandelijks aangeboden. In een kleine groep wordt er aandacht geschonken aan hoe bepaald gedrag kan ontstaan, en er is aandacht voor de beleving van de medewerker, wat doet bepaald gedrag met je en hoe maak je interactie mogelijk.
Verantwoordelijkheid, kennis, en echte interesse in de oudere medemens is noodzakelijk om kwaliteit van zorg te leveren. Daarnaast is het creëren van een veilige omgeving met een vast team waarden die wij in de Villa kennen.
Wij weten dat onze bewoners een leven achter zich hebben met ervaring, kennis en opgedane oplossingen voor problemen. Accepteer de daaruit voortkomende autonomie en ondersteun de lichaamsverzorging waar men dat zelf niet meer zo goed kan en daarnaast is er individueel behoefte om zingeving van de dag te ervaren, echter er is geen persoon op leeftijd die gedurende de hele dag continu vermaakt behoeft te worden. Iedereen heeft de behoefte om even op zich zelf te zijn om niet de prikkels van een groep mensen voortdurend te ervaren. Er is een relaxte huiselijke sfeer in de Villa, dit is een kwaliteit van het gehele team.

Naar de toekomst is het voor de directie vanaf half volgend jaar spannend om de dagelijkse leiding grotendeels los te laten en over te dragen aan de nieuwe locatie manager. Onze visie en uitgangspunten zullen blijven bestaan, wij blijven zeker nauw betrokken bij de organisatie. Komend jaar eind april is het 10 jaar geleden dat wij van start gingen. Passie en een duidelijke visie op ouderenzorg heeft ons samen met de medewerkers gemaakt tot de organisatie waar wij allemaal trots op mogen zijn.

*De directie*

**Bijlage 1 Veiligheid geïnventariseerd.**

Opname van kwantitatieve uitkomsten op 6 veiligheidsthema's en bijbehorende uitwerkingen.
Inventarisatie van advance care planning over de periode 01-01-2021 t/m 28-02-2022

a. De scores op medicatieveiligheid waren in deze verslagperiode;
b. De scores op decubituspreventie waren in deze verslagperiode;
c. De scores op gewichtscontroles waren in deze verslagperiode;
d. De scores op problemen bij mondzorg
e. De scores op onvrijwillige zorg en gemotiveerd gebruik van vrijheid beperkende maatregelen met instemming waren in deze verslagperiode;
f. De scores op Preventie van acute ziekenhuisopnamen

**Jaar Registratie van Veiligheidsnormen**
**Jaar: 2021**

Villa Hooghe Heide alle bewoners Kwartaal registraties

| | **Signalering:** | Q1 | notitie | Q2 | notitie | Q3 | notitie | Q4 | notitie |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Aantal op d.d.:** | | 31-03 | | 30-06 | | 30-09 | | 31-12 | |
| **Medicatieveiligheid** | | | | | | | | | |
| a. | Antibiotica gebruik (reden) | 20 | 17 x UWI meerdere malen bij zelfde bewoner<br>2 onderhoudsdosering<br>1 x anders | 17 | 13 x UWI/<br>2 x onderhoudsdosering<br>1 x luchtweg<br>1x anders | 16 | 13 x UWI/<br>4 x onderhoudsdosis<br>2 x anders | 15 | 11x UWI,<br>1x Huid Infectie<br>3x Onderhoudsdosis |
| | Psychofarmaca gebruik | 13 | Onrust, slecht slapen, delier hallucinaties, depressie, nervositeit | 12 | Onrust, slecht slapen, hallucinaties, depressie, nervositeit | 10 | Depressie hallucinatie/onrust. delier Slecht slapen | 12 | Nervositeit, onrust niet beheersbaar. hallucinatie depressie 1 x palliatief |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Decubitus preventie** | | | | | | | | | |
| b. | Huidletsel/decubitus | 1 | Inzet hulpmiddelen | 1 | Inzet hulpmiddel | 2 | 2 drukplekken Inzet hulpmiddelen Waarvan 1 specifiek wondbeleid | 2 | 2 drukplekken Inzet hulpmiddelen Waarvan 1 specifiek wondbeleid |
| b. | Incontinentie letsel | | | | | | | | |
| **Gewicht** | | | | | | | | | |
| c. | Ondergewicht | 3 | 1 x COPD,<br>1 x aandoening<br>1x geen interventie gewenst | 2 | 1 x ondervoeding<br>1x geen interventie gewenst | 2 | 2 x ondervoeding<br>1x geen interventie gewenst | 3 | ondergewicht<br>1x geen interventie gewenst |
| c. | Overgewicht | - | | - | | - | | - | |
| **Mondzorg** | | | | | | | | | |
| d. | | 3 | 1x Verwaarloosd gebit, behandeltraject gestart | 2 | 1x Behandeling tandarts.<br>1x Gebitsprothese past niet meer | - | - | - | |
| **Vrijheidsbeperkende maatregelen-** | | | | | | | | | |
| e. | Onvrijwillige zorg | Geen | | Geen | | Geen | | | |
| **Ziekenhuisopnamen** | | | | | | | | | |
| f | Opname ZH (reden) | 3 | 2x val: 1x pols fractuur<br>1 x geen letsel<br>1x onderzoek verwijzing door medicus. | 0 | | 1 | Val, onderzoek ziekenhuis | - | .- |

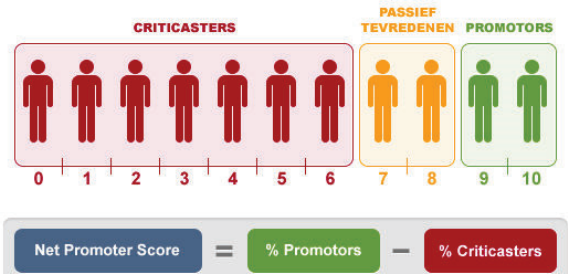
| zorgthema's | Aantal | notitie |
|---|---|---|
| Advance Care planning | 21 | Al de bewoners hebben een notitie in het zorgdossier gericht op Reanimatie en overige afspraken rond het levenseinde |
| Decubitus | 1 | Inzet wondverpleegkundige |
| Ondergewicht | 3 | Diëtiste ingeschakeld |
| Mondzorg problemen | 2 | Behandeling tandarts, gebitsprothese aangepast.<br>Algemeen: tandarts en mondhygieniste komen in huis.<br>Aandacht voor mondzorg. |

## Bijlage 2 Cliënten oordelen

Voor het  tevredenheidsonderzoek (TVO) onder cliënten gericht op  het jaar 2021 is het volgende instrument  gebruikt.
De NPS ( Net Promotor Score)

In november/december 2021 hebben we het tevredenheidsonderzoek onder uw bewoners uitgevoerd. Wij noemen dit tevredenheidsonderzoek een prestatievergelijker, omdat u het als benchmark kunt benutten. Dit is mogelijk omdat u dit onderzoek op gestandaardiseerde wijze door een onafhankelijke derde hebt laten uitvoeren en omdat u een geaggregeerd overzicht ontvangt van vergelijkbare gegevens van een groep andere huizen vanuit dezelfde branche.

Zoals u weet hebben we hiervoor de hulp gekregen van de contactpersonen. We hebben aan 20 contactpersonen gevraagd om aan het onderzoek deel te nemen. We hebben 15 ingevulde vragenlijsten ontvangen. Dat komt neer op een responspercentage van 75,0%. In deze rapportage treft u de resultaten aan van uw eigen voorziening.




De NPS (Net Promotor Score) is berekend aan de hand van de rapportcijfers (0 tot en met 10).
De NPS score voor Hooghe Heide is 53,3
(Het gemiddeld cijfer dat is gegeven is 8,6)

Op bladzijde 2 en 3 ziet u twee tabellen. Hierin staan de resultaten op de vragen weergegeven in een diagram met gekleurde balken. In de balken staan de absolute aantallen. De lengte van de kleuren in de balken corresponderen met het aandeel van de antwoorden op de vragen. Als u de diagrammen bekijkt, wijst het zich vanzelf. Een legenda staat onderaan de twee diagrammen.

Op bladzijde 4 ziet u de resultaten in twee tabellen in percentages en op bladzijde 5 in absolute aantallen. Deze gegevens kunt u desgewenst gebruiken voor uw analyses en rapportages naar aanleiding van dit tevredenheidsonderzoek.

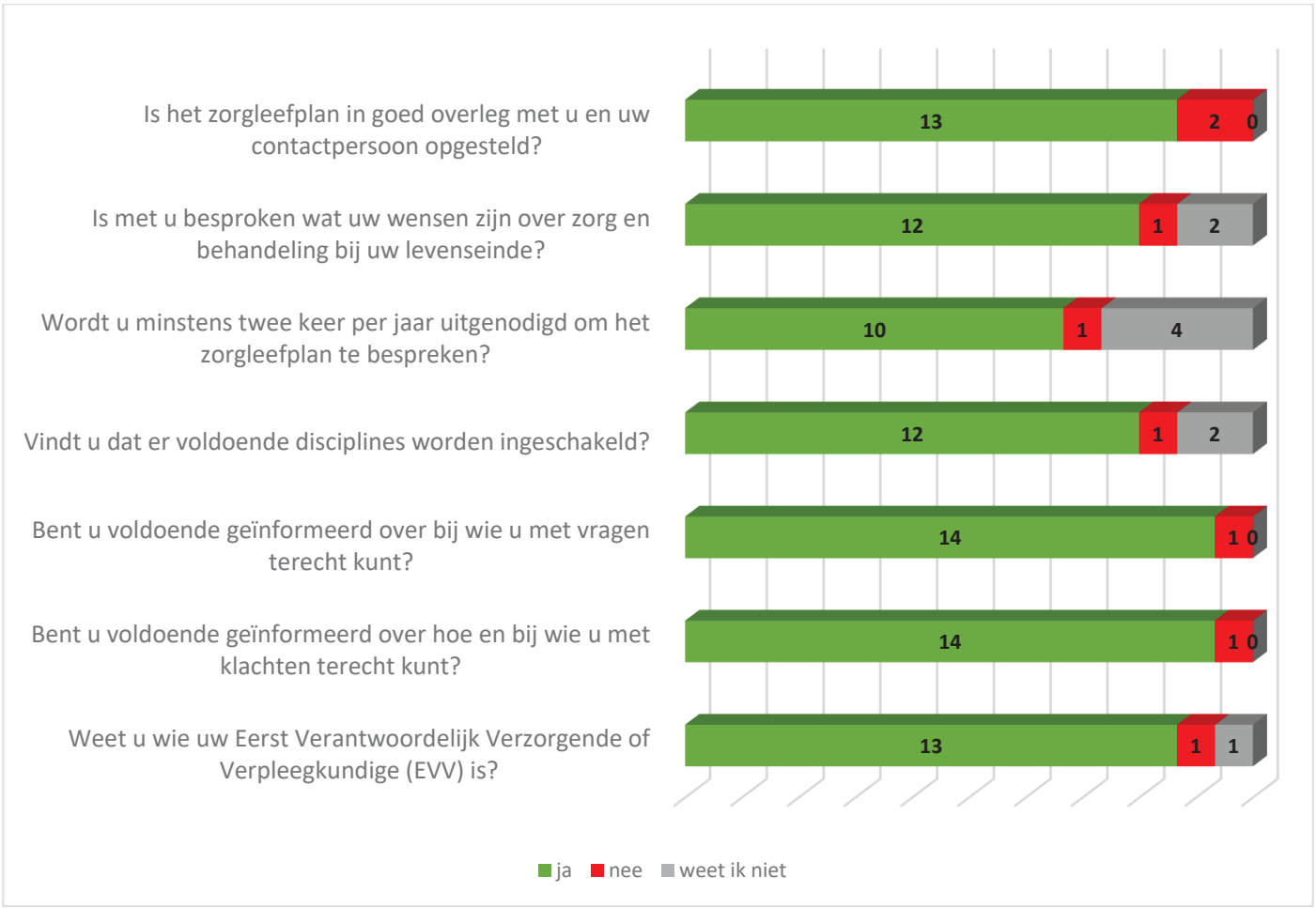
Op bladzijde 6 ziet u de resultaten van de zes vragen met rapportcijfers van ZorgkaartNederland, die verplicht zijn vanuit het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. De totaalscore op basis van deze zes vragen is 8,5. Deze score kunt u op locatieniveau opgeven bij de ODB (Openbare Database).

Ten slotte treft u vanaf bladzijde 7 een overzicht van de letterlijke antwoorden op de open vragen. Deze zijn ingedeeld in zeven categorieën. Deze antwoorden kunnen u behulpzaam zijn bij het maken van een nadere analyse van dit onderzoek.

Met het laten verrichten van deze prestatievergelijker c.q. dit tevredenheidsonderzoek voldoet u aan een aantal voorwaarden van de Wkkgz en aan een aantal normen vanuit ISO en HKZ. Dit geldt alleen als u een analyse maakt van de resultaten en deze bespreekt binnen de leiding, met de medewerkers en met de cliëntenraad. Indien één of enkele vragen negatief scoren, adviseren wij u om een retrospectieve risicoanalyse uit te voeren. Daarvoor kunt u bijvoorbeeld de PRISMA light methode gebruiken.

| | ***Overzicht scores*** | | | | | | ***Gemiddelde is 8,6*** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ***rapportcijfer*** | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| ***aantallen*** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 5 | 6 | 2 |

**Rapportage Hooghe Heide o.b.v. 15 reacties. Dit is 75% van het totaal aangeschreven personen (20)**



Hoe is de aandacht en betrokkenheid?
13 2 0
Heeft de verzorging voldoende tijd voor u?
13 0 1 1
Kent men uw persoonlijke wensen en achtergrond?
11 3 1 0
Hoe is de aandacht voor uw uiterlijke verzorging?
12 3 0
Is er voldoende gelegenheid om (begeleid) naar buiten te gaan?
10 3 2 0
Hoe ervaart u de zorg als u iets overkomt?
11 2 0 2
Hoe vindt u de zorg voor lichamelijk welbevinden in het algemeen?
14 1 0
Hoe vindt u de zorgvuldigheid ten aanzien van uw medicatie?
11 3 0 1
Hoe vindt u de zorgvuldigheid ten aanzien van verpleegkundig handelen?
12 1 1 1
Worden uw contactpersonen, zo nodig, snel op de hoogte gebracht?
10 3 0 2
Hoe is de verzorging van uw was?
13 2 0
Hoe vindt u de maaltijdverzorging?
13 1 1 0
Wat vindt u van het aanbod van activiteiten?
9 3 2 1
Vindt u dat er voldoende beweegstimulering is?
6 4 4 1
Vindt u dat er voldoende medewerkers aanwezig zijn?
9 4 1 1
Hoe beoordeelt u het contact met uw EVV' er?
11 3 0 1
Wat vindt u van de aandacht en betrokkenheid van de leiding?
13 2 0
Hoe vindt u dat uw appartement wordt schoongehouden?
13 1 1 0
Hoe vindt u dat algemene ruimten worden schoongehouden?
14 0 1
Wat vindt u van de gezelligheid van de algemene ruimten?
12 2 1 0
Hoe beoordeelt u het huis als geheel als plek om goed te kunnen wonen?
14 1 0
Goed/zeer goed
Voldoende
Onvoldoende/Slecht
n.v.t.

## Resultaten in percentages:

| | ja | nee | weet ik niet |
|---|---|---|---|
| Is het zorgleefplan in goed overleg met u en uw contactpersoon opgesteld? | 87% | 13% | 0% |
| Is met u besproken wat uw wensen zijn over zorg en behandeling bij uw levenseinde? | 80% | 7% | 13% |
| Wordt u minstens twee keer per jaar uitgenodigd om het zorgleefplan te bespreken? | 67% | 7% | 27% |
| Vindt u dat er voldoende disciplines worden ingeschakeld? | 80% | 7% | 13% |
| Bent u voldoende geïnformeerd over bij wie u met vragen terecht kunt? | 93% | 7% | 0% |
| Bent u voldoende geïnformeerd over hoe en bij wie u met klachten terecht kunt? | 93% | 7% | 0% |
| Weet u wie uw Eerst Verantwoordelijk Verzorgende of Verpleegkundige (EVV) is? | 87% | 7% | 7% |

| | zeer goed | goed | voldoende | onvoldoende | slecht | n.v.t. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Hoe is de aandacht en betrokkenheid? | 47% | 40% | 13% | 0% | 0% | 0% |
| Heeft de verzorging voldoende tijd voor u? | 53% | 33% | 0% | 7% | 0% | 7% |
| Kent men uw persoonlijke wensen en achtergrond? | 33% | 40% | 20% | 7% | 0% | 0% |
| Hoe is de aandacht voor uw uiterlijke verzorging? | 47% | 33% | 20% | 0% | 0% | 0% |
| Is er voldoende gelegenheid om (begeleid) naar buiten te gaan? | 47% | 20% | 20% | 13% | 0% | 0% |
| Hoe ervaart u de zorg als u iets overkomt? | 40% | 33% | 13% | 0% | 0% | 13% |
| Hoe vindt u de zorg voor lichamelijk welbevinden in het algemeen? | 53% | 40% | 7% | 0% | 0% | 0% |
| Hoe vindt u de zorgvuldigheid ten aanzien van uw medicatie? | 33% | 40% | 20% | 0% | 0% | 7% |
| Hoe vindt u de zorgvuldigheid ten aanzien van verpleegkundig handelen? | 40% | 40% | 7% | 7% | 0% | 7% |
| Worden uw contactpersonen, zo nodig, snel op de hoogte gebracht? | 53% | 13% | 20% | 0% | 0% | 13% |
| Hoe is de verzorging van uw was? | 47% | 40% | 13% | 0% | 0% | 0% |
| Hoe vindt u de maaltijdverzorging? | 47% | 40% | 7% | 7% | 0% | 0% |
| Wat vindt u van het aanbod van activiteiten? | 27% | 33% | 20% | 7% | 7% | 7% |
| Vindt u dat er voldoende beweegstimulering is? | 20% | 20% | 27% | 20% | 7% | 7% |
| Vindt u dat er voldoende medewerkers aanwezig zijn? | 40% | 20% | 27% | 7% | 0% | 7% |
| Hoe beoordeelt u het contact met uw EVV' er? | 33% | 40% | 20% | 0% | 0% | 7% |
| Hoe vindt u dat uw appartement wordt schoongehouden? | 33% | 53% | 13% | 0% | 0% | 0% |
| Hoe vindt u dat algemene ruimten worden schoongehouden? | 53% | 33% | 7% | 7% | 0% | 0% |
| Wat vindt u van de gezelligheid van de algemene ruimten? | 60% | 33% | 0% | 0% | 0% | 7% |

## Resultaten in absolute aantallen:

| | ja | nee | weet ik niet |
|---|---|---|---|
| Is het zorgleefplan in goed overleg met u en uw contactpersoon opgesteld? | 13 | 2 | 0 |
| Is met u besproken wat uw wensen zijn over zorg en behandeling bij uw levenseinde? | 12 | 1 | 2 |
| Wordt u minstens twee keer per jaar uitgenodigd om het zorgleefplan te bespreken? | 10 | 1 | 4 |
| Vindt u dat er voldoende disciplines worden ingeschakeld? | 12 | 1 | 2 |
| Bent u voldoende geïnformeerd over bij wie u met vragen terecht kunt? | 14 | 1 | 0 |
| Bent u voldoende geïnformeerd over hoe en bij wie u met klachten terecht kunt? | 14 | 1 | 0 |
| Weet u wie uw Eerst Verantwoordelijk Verzorgende of Verpleegkundige (EVV) is? | 13 | 1 | 1 |

| | zeer goed | goed | voldoende | onvoldoende | slecht | n.v.t. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Hoe is de aandacht en betrokkenheid? | 7 | 6 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Heeft de verzorging voldoende tijd voor u? | 8 | 5 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Kent men uw persoonlijke wensen en achtergrond? | 5 | 6 | 3 | 1 | 0 | 0 |
| Hoe is de aandacht voor uw uiterlijke verzorging? | 7 | 5 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| Is er voldoende gelegenheid om (begeleid) naar buiten te gaan? | 7 | 3 | 3 | 2 | 0 | 0 |
| Hoe ervaart u de zorg als u iets overkomt? | 6 | 5 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| Hoe vindt u de zorg voor lichamelijk welbevinden in het algemeen? | 8 | 6 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Hoe vindt u de zorgvuldigheid ten aanzien van uw medicatie? | 5 | 6 | 3 | 0 | 0 | 1 |
| Hoe vindt u de zorgvuldigheid ten aanzien van verpleegkundig handelen? | 6 | 6 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| Worden uw contactpersonen, zo nodig, snel op de hoogte gebracht? | 8 | 2 | 3 | 0 | 0 | 2 |
| Hoe is de verzorging van uw was? | 7 | 6 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Hoe vindt u de maaltijdverzorging? | 7 | 6 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Wat vindt u van het aanbod van activiteiten? | 4 | 5 | 3 | 1 | 1 | 1 |
| Vindt u dat er voldoende beweegstimulering is? | 3 | 3 | 4 | 3 | 1 | 1 |
| Vindt u dat er voldoende medewerkers aanwezig zijn? | 6 | 3 | 4 | 1 | 0 | 1 |
| Hoe beoordeelt u het contact met uw EVV' er? | 5 | 6 | 3 | 0 | 0 | 1 |
| Hoe vindt u dat uw appartement wordt schoongehouden? | 5 | 8 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Hoe vindt u dat algemene ruimten worden schoongehouden? | 8 | 5 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Wat vindt u van de gezelligheid van de algemene ruimten? | 9 | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Hoe beoordeelt u het huis als geheel als plek om goed te kunnen wonen? | 9 | 3 | 2 | 0 | 1 | 0 |

| respondent | Afspraken: Verloopt het maken van afspraken goed? En komt de organisatie/medewerker gemaakte afspraken over tijden, tijdstippen en bereikbaarheid na? | Verpleging: Hoe beoordeelt u de kwaliteit en het effect van de verpleging, verzorging of behandeling? | Omgang medewerkers: Behandelen de medewerkers u met aandacht? Gaan de medewerkers op een goede manier met u om? | Kwaliteit van leven: Sluit de zorg aan op wat u zelf belangrijk vindt? Past het bij de manier waarop u wilt leven? | Luisteren: Wordt u gezien en gehoord? Wordt er passend gereageerd op uw vraag of verzoek? | Accommodatie: Vindt u het gebouw, de voorzieningen en de omgeving prettig? | gemiddelde per respondent |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 5 | 6 | 7 | 8 | 8 | 8 | **7,0** |
| 2 | 6 | 8 | 9 | 8 | 8 | 10 | **8,2** |
| 3 | 7 | 7 | 7 | 6 | 6 | 10 | **7,2** |
| 4 | 8 | 9 | 9 | 9 | 8 | n.v.t. | **8,6** |
| 5 | 8 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | **8,8** |
| 6 | 8 | 9 | 9 | 8 | 8 | 8 | **8,3** |
| 7 | 8 | 8 | 8 | 7 | 8 | 8 | **7,8** |
| 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | **8,0** |
| 9 | 8 | 7 | 7 | 7 | 7 | 8 | **7,3** |
| 10 | 8 | 8 | 9 | 9 | 8 | 9 | **8,5** |
| 11 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | **9,0** |
| 12 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | **10,0** |
| 13 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | **10,0** |
| 14 | n.v.t. | 8 | 8 | 8 | 7 | 9 | **8,0** |
| 15 | n.v.t. | n.v.t. | 10 | 10 | 10 | 10 | **10,0** |

*NB: Als een respondent minder dan 3 cijfers heeft gegeven worden deze resultaten niet meegenomen in de gemiddelde scores*

**Gemiddelde cijfer is : 8,5**

## Reacties op de open vragen:

| Eventuele opmerking over aandacht en betrokkenheid: | Eventuele opmerking over zorg: | Eventuele opmerking over huishouding: | Eventuele opmerking over maaltijden: | Eventuele opmerkingen over inzet personeel | Eventuele opmerkingen over het bestuur | Eventuele opmerking over iets anders: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| zeer respectvolle omgang met bewoners. Zowel in persoonlijk contact als in de rapportage | Zorgplan is inzichtelijk voor mantelzorgers. Meer mondelinge afstemming bij het opstellen is wenselijk | | De maaltijden zijn goed verzorgd. Er zou wat meer aandacht kunnen zijn voor bijvoorbeeld tips zoals die door familie worden gegeven over wat de bewoner graag en goed eet. | zeer goed | | Vragen die ik stel via Caren wordt regelmatig niet op gereageerd. Dat zou nog wel wat beter kunnen. |
| Velen van de verzorging lijken aardig op de hoogte van persoonlijke wensen en achtergrond. Communicatie/overdracht tussen het personeel zou hier nog een verbeterslag teweeg kunnen brengen.<br><br>Heel positief is ieder jaar de aandacht voor de overlijdensdag van de partner! | Personeel is over het algemeen vriendelijk en hartelijk. Kapper en klusjesman krijgen een pluim! Verpleegkundig contactpersoon staat open voor benadering door familie.<br><br>Het inschakelen van disciplines kan beter (meer tijdig en persoonlijker in contact met de betrokkene en niet via personeel). Het is voor familie van hen die zelf niet meer in staat zijn om adequaat aan de familie te berichten hoe zaken lopen niet inzichtelijk wie er wanneer is ingeschakeld en wat het resultaat daarvan is. Dit wordt namelijk niet consequent gerapporteerd in CarenZorgt.<br><br>Zorg als bewoner iets overkomt: als een bewoner bijvoorbeeld valt duurt het voor het gevoel van de bewoner lang voordat er iemand op de oproep reageert. Hoe lang dat daadwerkelijk is valkt niet te beoordelen.<br><br>Zorgvuldigheid mbt verpleegkundig handelen: indien in CarenZorgt bijzonderheden worden gerapporteerd (bijvoorbeeld temperatuursverhoging) dan is in CarenZorgt vaak onduidelijk wat het verdere verloop daarvan is (of en hoe lang dat wordt gecontroleerd/vervolgd) omdat dat daar niet wordt genoteerd.<br><br>Beweegstimulering en onder begeleiding naar buiten gaan en daar bewegen: het is onduidelijk in hoeverre daar echt tijd voor is bij het personeel en in hoeverre het personeel dat herhaaldelijk blijft aanbieden. Is er daar voldoende personeel voor?<br><br>Afspraken.<br><br>Bij afspraken buitenshuis gaat er geregeld van alles mis ondanks uitgebreide communicatie | | | ondanks de corona tijd is er op elk mogelijk moment aandacht bij geplande en ongeplande (zorg)momenten | | Iets vaker buiten met de bewoners zou gezellig zijn. Verder is de Villa een prachtige en fijne plek om te wonen. |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | hierover vanuit de familie.<br><br>De communicatie tussen familie en personeel is geregeld een uitdaging. Mails en berichten in CarenZorgt worden herhaaldelijk niet beantwoord ondanks verzoek om een korte reactie.<br><br>De rapportage in CarenZorgt laat zeer te wensen over.<br><br>- Het is vaak niet duidelijk welke disciplines zijn ingeschakeld en wat daarmee de afspraken zijn etc.en hoe het vervolg is.<br><br>- Onveilige situatie en meldingen daarover worden genoteerd, maar de vervolgacties om dit in het vervolg te voorkomen worden niet genoteerd.<br><br>Afspraken binnenshuis/regels zijn niet altijd bij alle personeelsleden bekend waardoor er misverstanden ontstaan tussen bewoner/personeel/familie. | | | | | |
| uitstekend | | | | | | er is behoefte aan regulier (laag frequent) gesprek met bewoner en evv en mantelzorgers. In periode van bewoning is dit alleen op eigen initiatief geweest . |