****

**Kwaliteitsverslag 2018**

**Zeeuws Woongenot**

Middelburg, 23 mei 2019

**Inleiding**

Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg geeft een handreiking voor het opstellen van het kwaliteitsverslag. We volgen deze handreiking. Dit kwaliteitsverslag start met een verantwoording van zorgvisie en kernwaarden (Hoofdstuk 1) en doelgroep en werkwijze (Hoofdstuk 2). Daarna volgt een beschrijving van de uitkomsten van de volgende acht onderwerpen.

• 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 3)

• Gebruik van hulpbronnen(Hoofdstuk 10)

• Gebruik van informatie (Hoofdstuk 11)

Daarnaast is specifieke aandacht besteed aan drie onderdelen

1. Veiligheid (Bijlage 1)

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

* 1. Medicatieveiligheid
  2. Decubituspreventie
  3. Gemotiveerd gebruik van vrijheid beperkende maatregelen
  4. Preventie van acute ziekenhuisopnamen

1. Cliëntoordelen (Hoofdstuk 11 en Bijlage 2)
   1. Gebruikt instrument met een beschrijving van de kwantitatieve uitkomsten
   2. De NPS-score per locatie
2. Leren en werken aan kwaliteit

(Hoofdstuk 12, Slotwoord van de directie en Bijlage 3)

* 1. Beschrijving hoe voldaan wordt aan het kwaliteitsplan inclusief verbeterparagraaf (Hoofdstuk 12)
  2. Dit kwaliteitsverslag als leerervaring (Slotwoord van de directie)
  3. 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 Zeeuws Woongenot. Dit kwaliteitsverslag is openbaar en wordt gepubliceerd op onze website. Hiermee verantwoorden we ons over de voortgang van onze kwaliteitsdoelstellingen. Het is bedoeld voor alle stakeholders en geïnteresseerden.

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

**Hoofdstuk 1**

**Zorgvisie en kernwaarden;**

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

* In de gedragscode;
* In de huisregels voor bewoners;
* In de huisregels voor medewerkers;
* Op de website;
* In het kwaliteitsplan;
* In het scholingsplan;
* In Care Portal onder Documenten Organisatie;

In de verslagperiode hebben we de zorgvisie besproken met alle medewerkers. Hieruit kwam naar voren dat werken volgens de visie de reden voor hen is geweest om in de zorg te werken en dat de medewerkers graag de visie ondersteunen door hun eigen kwaliteiten in te brengen in de organisatie.

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:

De medewerkers gaan relaxed om met de bewoners en hun naasten en met elkaar. Er heerst rust in Villa Rittenborgh.

De medewerkers geven bewoners, hun naasten en elkaar de vrijheid om invulling te geven aan de dagelijkse zorg.

De medewerkers genieten ervan wanneer zij de tijd kunnen nemen voor de bewoners om hen in hun kracht te zetten en de bewoners blij kunnen maken met leuke dagbesteding afgestemd op de individuele bewoner.

De medewerkers zetten zich in om elkaar hun kennis over te dragen.

De bewoners verblijven bij Zeeuws Woongenot met minimale stress, waarbij geen sederende medicatie nodig is.

De bewoners genieten van de persoonlijke aandacht.

Familieleden en naasten ervaren steun aan de medewerkers, voelen zich ontzorgd en op hun gemak. Familieleden en naasten genieten van de gastvrijheid van Zeeuws Woongenot.

**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: Op 31-12-2018 hadden we 20 cliënten;
* Persoonlijk geleid: de Jacqueline de Winter en Ronald de Feijter waren als volgt betrokken bij de zorgverlening op de werkvloer:

Jacqueline de Winter vult zorgdiensten als verpleegkundige in volgens het rooster, gemiddeld 24 uur per week. Zij verzorgt de zorg coördinatie en contacten met familie en naasten.

Daarnaast streeft zij ernaar dat de zorg voldoet aan alle wettelijke eisen.

Ronald de Feijter is vrijwel elke dag aanwezig en vervulde taken zoals planning, HRM werkzaamheden, BHV, coördinatie en alle niet-zorggebonden werkzaamheden.

* 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 70 %.

**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 voldoen;
* We hebben in functioneringsgesprekken 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 publiceren we met dit kwaliteitsverslag op onze website;
* Uitkomsten en analyses van tevredenheidsonderzoeken onder medewerkers publiceren we met dit kwaliteitsverslag op onze website;
* We hebben beleidsaspecten en belangrijke gebeurtenissen en bevindingen met de cliëntenraad en met alle medewerkers besproken.

**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: 2%.

In 2018 waren er de volgende personeelswijzigingen:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Omschrijving | aantal | fte |
| Vertrokken medewerkers | 5 | 3,22 |
| Nieuwe medewerkers | 10 | 7,67 |

De Teambezetting is per 1 januari 2019 als volgt:

* verpleegkundigen                                 4         =  3,44 fte
* verzorgenden IG                                    9         =  7,33 fte
* verzorgenden                                         3         =  2,22 fte
* helpenden                                               6        =   4,84 fte
* stagiaires                                                 2         =   1,69 fte
* huiskamerhulp (incl. vrijwilligers)        4         =  0,58 fte
* Kok                                                           2         =  1,22  fte
* huishoudelijke hulp                               2         =  1,28 fte
* Percentage ziekteverzuim, excl. zwangerschap     1,2 %

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 70 % 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;
* Permanent iemand van de medewerkers 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 voor een bewoner vragen gehad met betrekking tot toenemende complexiteit. Hierbij hebben we de hulp inroepen van de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde. Ook hebben we via de huisarts consulten voor een bewoner gehad met een gedragsdeskundige van Buurtzorg T.

Het scholingsplan stellen we per kalenderjaar vast. Het scholingsplan 2018 heeft de gewenste voortgang in deze verslagperiode.

Het scholingsplan over 2018 bestond uit:

Scholing Verpleegtechnische vaardigheden

Scholing in BedrijfsHulp Verlening

Scholing in Hygiene en infectiepreventie

Scholing in Medicatieveiligheid

Scholing in Voedselveiligheid en HACCP

Scholing in Privacy en AVG

Scholing in omgaan met Dementie

Scholing in Medicatie Toedienregistratiesysteem

Scholing in Opleiden van Stagiaires

Scholing in Palliatieve zorg

Opleiding Helpende Plus aangeboden aan 2 medewerkers.

Alle scholingen werden door de medewerkers als zeer leerzaam ervaren.

**Hoofdstuk 4**

**Beleid**

Het jaarplan 2018 met meetbare doelstellingen is regelmatig gemonitord en is ieder kwartaal geëvalueerd. In 2017 hadden wij nog geen kwaliteitsplan. Daardoor kunnen wij op het jaarplan 2017 nog een bevindingen geven.

De resultaten van 2018 kan ik hierbij wel opgeven.

Het kwaliteitsplan van 2018 heeft geleid tot de volgende bevindingen:

Doel 1: Zeeuws Woongenot zorgt voor voldoende en vakbekwame mede-

werkers, zodat sprake is van een adequate samenstelling van personeelsbestand .

Actie: Zeeuws Woongenot werft nog minimaal 6 zorgmedewerkers minimaal 4 Fte, zodat het totale aantal Fte’s voor zorgmedewerkers komt op 17 Fte voor 21 bewoners.

Evaluatie 31 januari 2019: Zeeuws Woongenot heeft voldoende zorgmedewerkers aangenomen. En heeft per 1-1-2019 geen vacatures meer openstaan.

Doel 2: De bewoners ervaren elke dag als een zinvolle dagbesteding, met meer ontspanning en vrijheid voor bewoners van Villa Rittenborgh.

Actie: Zeeuws Woongenot schaft een personenbus aan om de bewoners regelmatig mee te kunnen nemen naar uitjes.

Evaluatie 31 januari 2019: Zeeuws Woongenot heeft een 9-persoonsbus aangeschaft, waarmee medewerkers bewoners mee kunnen nemen naar diverse uitjes. Hiervan wordt veel gebruik gemaakt.

Daarnaast is er vanaf 14 januari 2019 gestart met het leveren van dagbesteding in het Koetshuis voor zowel de bewoners van Villa Rittenborgh als voor externen vanuit de WMO via Porthos.

Doel 3: De directie van Zeeuws Woongenot waarborgt de continuïteit van Zeeuws Woongenot door het huidige organigram aan te passen t.b.v. risicodekking.

Actie: Zeeuws Woongenot V.O.F. wordt omgezet in Zeeuws Woongenot B.V.

Evaluatie 31 januari 2019: Zeeuws Woongenot V.O.F. is nu omgezet in een B.V. Dit heeft

nogal veel administratieve en financiële consequenties gehad, waardoor Zeeuws Woongenot geen contract heeft aan kunnen vragen bij CZ Zorgkantoor voor het leveren van ZIN per 1-1-2019.

Doel 4: De directie van Zeeuws Woongenot verhoogt de kwaliteit van Zeeuws Woongenot door het halen van een HKZ certificaat.

Actie: Zeeuws Woongenot schakelt hulp in van een gespecialiseerd bedrijf voor scholing.

Evaluatie 31 januari 2019: Zeeuws Woongenot is bezig met de voorbereidingen voor certificering.

Doel 5: Zeeuws Woongenot gaat vanaf 1-1-2019 Zorg in Natura leveren.

Actie: Zeeuws Woongenot gaat contract aan met CZ Zorgkantoor.

Evaluatie 31 januari 2019: Dit doel is niet behaald. Het omzetten van de onderneming

vorm heeft administratieve vertraging opgeleverd waardoor de datum van inschrijving niet tijdig is behaald. Deze actie blijft nog openstaan.

**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 zorgleefplan heeft, dat is gebaseerd op diens unieke persoonlijke wensen en verlangens en dat de professionele zorg voortdurend is afgestemd op de actuele noodzaak, blijkend uit observaties en rapportages. Aan onderstaande thema’s, ontleend aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg, wordt binnen onze locatie voldaan. Dit hebben we als bestuur waargenomen en geconstateerd op basis van functioneringsgesprekken, observaties tijdens onze aanwezigheid op de werkvloer, contacten met cliënten, naasten en cliëntenraad, MDO-besprekingen, bewonersbesprekingen, overdrachten, rapportages, werkbesprekingen en teamoverleg.

**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;
* 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 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 veiligheidsrisco’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 zorgleefplan en een medisch plan dat in samenspraak met de cliënt en desgewenst diens naasten is opgesteld;
* De cliënt geeft aan zich te herkennen in het zorgleefplan 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 zorg- en behandelafspraken worden nagekomen en of de zorg aan de wensen en behoeften voldoet;
* De huisarts maakt met de cliënt en diens naasten concrete afspraken over het zorgbeleid bij het levenseinde. Evt. samen met de specialist ouderengeneeskunde (SO);
* Iedere cliënt beschikt binnen uiterlijk zes weken na opname over een zorgleefplan en medisch plan, of zoveel eerder als mogelijk;
* Binnen 24 uur zijn in ieder geval zaken zoals medicatie, dieet, primaire hulpvraag, een eerste contact persoon en handelen bij calamiteiten vastgelegd in een concept zorgleefplan en medisch plan dat na maximaal zes weken definitief wordt;
* Het zorgleefplan wordt opgesteld door tenminste een niveau 3 zorgverlener, die tevens voor deze cliënt de PB-er (Persoonlijk Begeleider) is;
* Het medisch plan wordt opgesteld door de huisarts;
* De zorgverleners volgen bij het werken met zorgleefplannen de richtlijnen voor gebruik van en multidisciplinair overleg over het zorgleefplan zoals vastgelegd in: [www.zorgleefplanwijzer.nl/zlp-informatie/wet-en-regelgeving.html](http://www.zorgleefplanwijzer.nl/zlp-informatie/wet-en-regelgeving.html);
* De zorgverleners werken individueel en (multidisciplinair) samen met een actueel zorgleefplan 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, naasten en cliëntenraad, MDO-besprekingen, bewonersbesprekingen, overdrachten, rapportages, werkbesprekingen en teamoverleg.

**Zingeving**

* Er is bij zorgverleners aandacht voor specifieke levensvragen zoals omgaan met verlies van functies, eenzaamheid, rouw, depressie, ouderdom en invulling van de laatste levensfase;
* Indien een cliënt iets kan en wil betekenen voor een ander ondersteunen we dat;
* Het is voor iedere cliënt mogelijk om een geestelijke verzorger te spreken van de eigen levensbeschouwelijke signatuur.

**Zinvolle tijdsbesteding**

* De cliënt kan iedere dag deelnemen aan verschillende activiteiten, individueel of in groepsverband;
* De cliënten worden gestimuleerd om te bewegen;
* Cliënten kunnen naar buiten als zij dat willen;
* Iedere cliënt kan een leven leiden dat zo veel mogelijk persoonlijk passend is;
* Bij de uitvoering van de dagactiviteiten kan een cliënt 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 cliënt 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 cliënt de ruimte om in de zorg en ondersteuning te participeren;
* Het beleid rondom participatie familie en inzet vrijwilligers is beschreven en bekend bij cliënten en zorgverleners;
* Alle vrijwilligers hebben scholing gekregen voor de doelgroepen waar zij mee werken.

**Wooncomfort: gastvrijheid, maaltijden, schoonmaak en inrichting**

* De inrichting van de woonomgeving is aangepast aan zorg- en ondersteuningsbehoeften (privéruimten, recreatieruimten, gebedsruimte, buitenruimten, verkeersruimten);
* De privé, verkeers- en gedeelde (recreatie)ruimten zijn schoon en veilig;
* Cliënten worden in de gelegenheid gesteld met eigen spullen hun kamer in te richten;
* De maaltijden worden verzorgd door twee professionele koks. De maaltijden zijn gezond, gevarieerd en er wordt rekening gehouden met voorkeur, dieet en keuze m.b.t. o.a. geloofsovertuigingen. Cliënten kunnen altijd meehelpen in de keuken.

**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, de SO en de Huisarts in een MDO. De verslagen van deze MDO’s worden opgeslagen in het elektronisch dossier van Care Portal. De huisarts komt elke week langs en doet dan ook een medicatie review.
* We analyseren de MIC meldingen minimaal tweemaal per jaar en we besteden aandacht aan de oorzaken van eventuele medicatiefouten. De meeste MIC meldingen betroffen incidenten met medicatie. Hierdoor hebben wij besloten alle medicatie dubbel te checken. Dit heeft geleid tot een enorme daling van de incidenten.

Om dit nog verder te optimaliseren zijn we gaan werken met een medicatie-toedienregistratie-systeem.

Er blijven wel incidenten als gevolg van miscommunicatie tussen huisarts/SO – apotheek – zorgmedewerkers. Er wordt nog verder onderzocht naar oplossingen voor dit probleem.

* We beperken het antipsychoticagebruik in samenspraak met de huisarts en SO zoveel mogelijk en we hebben de prevalentie van het gebruik van antipsychotica geregistreerd om te kunnen vergelijken met voorzieningen uit het lerend netwerk;

De prevalentie is hierbij vergelijkbaar met collega-voorzieningen van Riant Verzorgd Wonen. De aard is meestal onbegrepen gedrag. Evenals Zeeuws Woongenot zetten de collega-voorzieningen meer in op benadering van de bewoners.

* We beperken het antibioticagebruik in samenspraak met de huisarts zoveel mogelijk en we hebben de prevalentie van het gebruik van antibiotica geregistreerd om te kunnen vergelijken met voorzieningen uit het lerend netwerk.

Anti-biotica wordt door collega-voorzieningen van RVW zoveel mogelijk beperkt. De aard is meestal urineweginfectie. Bij verdenking UWI, alleen urine strippen na opdracht huisarts.

**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.
* De prevalentie van decubitus is vergelijkbaar met collega-voorzieningen van Riant Verzorgd Wonen (RVW). Bij risico op decubitus wordt al snel een AD-kussen of luchtwissel-matras ingezet.
* Bij Zeeuws Woongenot zijn er geen gevallen waargenomen van incontinentieletsels.
* De voedingstoestand is een belangrijk aspect voor de lichamelijke gezondheid. Dit heeft ook een psychisch aspect. Zeeuws Woongenot houdt rekening met de wijze waarop de bewoner wil omgaan met zijn voedingstoestand. Zeeuws Woongenot zorgt voor smakelijk en gezond eten en weegt alle bewoners regelmatig om preventief in te kunnen springen op de voedingstoestand.
* Zeeuws Woongenot heeft een raamovereenkomst met Mondzorg Plus en biedt alle bewoners mondzorg aan. Mondzorg Plus houdt periodieke monitoring van de mondzorg.

**Inzet vrijheidsbeperkende maatregelen**

* In de verslagperiode hebben we geen onvrijwillige zorg ingezet;
* 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, de SO, de PB’er (Persoonlijk Begeleider) en met de directie. Bij iedere VBM hebben we 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 9 ziekenhuisopnames op de Spoedeisende hulp (SEH), deze zijn geregistreerd, zowel in het persoonlijke zorgdossier als op een anonieme lijst. Hierbij hebben we de redenen van het insturen voor SEH bijgehouden. Deze zijn 1 keer vallen, 1 keer heupfractuur, 1 keer luchtweginfectie en 6 overige oorzaken. 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**

* We zijn momenteel bezig met het beschrijven van bedrijfsprocessen, als onderdeel om te voldoen aan alle normen van een HKZ gecertificeerde kwaliteitsmanagementsysteem;
* In dit kwaliteitssysteem zijn de verantwoordelijkheden en bevoegdheden vastgelegd;

**2 Jaarlijks geactualiseerd kwaliteitsplan**

* Kwaliteitsplan 2018 was ons eerste kwaliteitsplan, voor 2019 hebben we een nieuw plan gemaakt;

**3 Jaarlijks kwaliteitsverslag**

* Dit is ons eerste kwaliteitsverslag over een volledig jaar;
* Dit kwaliteitsverslag is besproken met de cliëntenraad en de medewerkers en via onze website ter beschikking gesteld aan naasten, huisarts, specialist ouderenzorg (SO), zorgmedewerkers en andere geïnteresseerden;
* In dit kwaliteitsverslag verantwoorden we ons over de voortgang van het kwaliteitsplan 2018, over het jaar 2018;

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

* Zorgverleners zijn 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/ledinggevenden 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 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 en toezichthouder(s); 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 cliëntenraad en waar nodig of gewenst hebben we de cliëntenraad ondersteund, onder andere door een vergaderruimte beschikbaar te stellen en beleids- en verantwoordingsstukken aan te leveren.
* Conform de Wet op de Ondernemingsraden (WOR) hebben we een personeelsvertegenwoordiging.
* 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 een regeling met een SO die ons ondersteunt bij MDO’s en vrijheidsbeperking. Deze SO 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 een Koetshuis toegevoegd aan onze voorziening. Op het perceel van de villa, is naast Villa Rittenborgh een koetshuis gebouwd. Dit koetshuis wordt gebruikt voor opslag en dagbesteding voor de bewoners van Villa Rittenborgh en voor enkele bewoners van buiten de villa.

**Hoofdstuk 11**

**Gebruik van informatie.**

* We hebben in deze verslagperiode de cliëntervaringen gemeten met de Prestatievergelijker Ouderenzorg. De belangrijkste bevindingen zijn:
* Contactpersonen zijn tevreden over Zeeuws Woongenot.
* Er kon nog verbeterd worden op het vlak van communicatie in de zorg.
* En ook de wasverzorging verdient verbetering.
* De NPS (Net Promotor Score) kan op twee manieren worden berekend aan de hand van één van de twee vragen of de voorziening wordt aanbevolen. Aan de hand van de ja/nee vraag is de NPS 100.

En aan de hand van het rapportcijfer (0 tot en met 10) is de NPS 44,4. (Het gemiddeld cijfer dat is gegeven is 8,4). Met beide scores zijn wij zeer tevreden.

* Wij hebben in 2017 de ervaringen van medewerkers gemeten. De belangrijkste bevindingen zijn:
* 89% kijkt over het algemeen ernaar kijkt om naar zijn/haar werk te gaan.
* 89% voelt zicht over het algemeen gewaardeerd op zijn/haar werk.
* 95% vindt de sfeer onder de collega’s normaal goed.
* 89% heeft het idee dat hij/zij gesteund word door zijn/haar collega’s.
* 89% heeft over het algemeen het gevoel dat hij/zij gehoord word door zijn/haar leidinggevenden.
* 56% van de medewerkers geeft aan dat er druk ervaren wordt n.a.v. te weinig personeel.
* 31% van de medewerkers wil graag verbetering in de communicatie tussen collega’s onderling en betere structurele regels vanuit de leiding.
* Een aantal medewerkers geven aan meer tilliften op de werkvloer te willen.
* Een aantal medewerkers geven aan meer scholing over belevingsgerichte zorg te willen.
* 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 2017 staan de volgende verbeterdoelen beschreven om de doelstellingen te behalen:

Doel: De bewoners ervaren dat alle medewerkers hen zien als een uniek mens met een persoonlijke context die ertoe doet en met een eigen identiteit die tot zijn recht komt.

Evaluatie 31 januari 2019: Zeeuws Woongenot heeft alle medewerkers deel laten nemen

aan een cursus belevingsgerichte zorg.

Doel: De bewoners zinvolle dagbesteding aanbieden, met veel ontspanning en vrijheid voor bewoners van Villa Rittenborgh.

Evaluatie 31 januari 2019: Zeeuws Woongenot heeft een personenbus aangeschaft waar-

mee bewoners eenvoudig een dagje uit kan worden bezorgd. Hiervan wordt veel gebruik gemaakt. Daarnaast is vanaf januari 2019 gestart met het leveren van Dagbesteding in het Koetshuis.

Doel: Zeeuws Woongenot heeft voor 30-06-2018 actieve en passieve tilliften, en voor 31-12-2018 passieve plafondtilliftsysteem in eigen beheer.

Evaluatie 31 januari 2019: Deze liften zijn in november 2018 aangeschaft en in gebruik

genomen.

Doel: Zeeuws Woongenot minimaliseert het aantal incidenten met betrekking tot medicatie, door het hanteren een veilig medicatiebeleid.

Actie: Zeeuws Woongenot gaat over tot de aanschaf van een elektronisch medicatie-toedienregistratie-systeem.

Evaluatie 31 januari 2019: Zeeuws Woongenot maakt gebruik van een elektronisch medi-

catie-toedienregistratie-systeem, waar de apotheek ook mee werkt.

Doel: Zeeuws Woongenot minimaliseert de prevalentie van ziekenhuisopnames

door de veiligheid van de bewoners te vergroten.

Actie: Zeeuws Woongenot deelt en bespreekt 2x jaar de uitkomsten van de incidenten met alle medewerkers, waarbij alle medewerkers zich bewust zijn van veiligheidsrisico’s.

Actie: Zeeuws Woongenot stelt een preventiemedewerker aan om alle vermijdbare schade bij bewoners te kunnen voorkomen.

Evaluatie 31 januari 2019: De uitkomsten van de incidenten worden besproken in de

teamoverleggen en kunnen samen met het verbeterregister worden teruggezocht in het elektronisch systeem.

Er is een preventiemedewerkster aangesteld.

**Slotwoord van de directie**

Dit maken van het kwaliteitsverslag beschouwt de directie van Zeeuws Woongenot als een positieve leerervaring. De maken van dit verslag maakt de directie en de medewerkers zich nog meer bewust van de diverse aspecten van kwaliteit van zorg en de processen die daarbij samenhangen.

Het kwaliteitsplan en verslag zorgt voor een continue verbetering van kwaliteit van zorg.

**Bijlage 1 Veiligheid**

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

* 1. De scores op medicatieveiligheid waren in deze verslagperiode:

Er hebben in 2018 geen incidenten met medicatie plaatsgevonden die nadelige gevolgen hadden voor de bewoners. Alle meldingen met incidenten zijn uitvoerig besproken met de medewerkers.

* 1. De scores op Decubituspreventie waren in deze verslagperiode:

In 2018 hebben 3 bewoners een vorm van decubitus gehad. Deze zijn goed genezen. Alle medewerkers hebben hiervan veel geleerd.

* 1. De scores op Gemotiveerd gebruik van vrijheid beperkende maatregelen waren in deze verslagperiode als volgt:

In deze periode waren er 6 bewoners die de nacht doorbrachten met het bedhek omhoog. En waren 3 bewoners die in de nacht in een hansop sliepen. Bij 20 bewoners zijn er sensoren gebruikt om het uit bed vallen te kunnen opmerken. Deze maatregelen en alle alternatieven zijn uitvoerig besproken, uitgeprobeerd en beoordeeld. Geen van de bewoners en contactpersonen vonden de maatregelen bezwaarlijk.

* 1. De scores op Preventie van acute ziekenhuisopnamen in deze verslagperiode:

Wij hadden 9 ziekenhuisopnames op de Spoedeisende hulp (SEH).

Redenen: 1 keer vallen, 1 keer heupfractuur, 1 keer luchtweginfectie en 6 overige redenen.

De ziekenhuisopnamen zijn besproken in het team, om te kijken of deze hadden kunnen worden voorkomen. Twee hiervan zouden evt. met inzet van onvrijwillige vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen worden voorkomen, maar de inzet hiervan gaat tegenin de visie van Zeeuws Woongenot.

Verder is er met de bewoners en contactpersonen van de bewoners goed overleg geweest, in hoeverre de bewoner nog naar het ziekenhuis gebracht zou willen worden. Meer ingaande op bijzonderheden m.b.t. het levenseinde van de bewoner.

**Bijlage 2 Cliëntoordelen**

We hebben voor ons tevredenheidsonderzoek (TVO) onder cliënten het volgende instrument gebruikt: De Prestatievergelijker Ouderenzorg

De kwantitatieve uitkomsten van dit TVO waren:

Er zijn 20 contactpersonen gevraagd om aan het onderzoek deel te nemen. Hiervan hebben 9 contactpersonen de vragenlijsten ingevuld. Een responspercentage van45 %

De NPS (Net Promotor Score) kan op twee manieren worden berekend aan de hand van één van de twee vragen of de voorziening wordt aanbevolen. Aan de hand van de ja/nee vraag is de NPS 100.

En aan de hand van het rapportcijfer (0 tot en met 10) is de NPS 44,4. (Het gemiddeld cijfer dat is gegeven is 8,4). Met beide scores zijn wij zeer tevreden.

**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 3.