



Kwaliteitsverslag 2019

Zeeuws Woongenot

Middelburg, 23 maart 2020

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.
 - a. Medicatieveiligheid
 - b. Decubituspreventie
 - c. Gemotiveerd gebruik van vrijheid beperkende maatregelen
 - d. Preventie van acute ziekenhuisopnamen
2. Cliëntoordelen (Hoofdstuk 11 en Bijlage 2)
 - a. Gebruikt instrument met een beschrijving van de kwantitatieve uitkomsten
 - b. De NPS-score per locatie
3. Leren en werken aan kwaliteit (Hoofdstuk 12, Slotwoord van de directie en Bijlage 3)
 - a. Beschrijving hoe voldaan wordt aan het kwaliteitsplan inclusief verbeterparagraaf (Hoofdstuk 12)
 - b. Dit kwaliteitsverslag als leerervaring (Slotwoord van de directie)
 - c. Deel uit maken van het lerend netwerk (bijlage 3 en 4)

Met dit kwaliteitsverslag voldoen we aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Jaarlijks verantwoorden we ons over de voortgang van het kwaliteitsplan in een kwaliteitsverslag. In dit kwaliteitsverslag verantwoorden we ons over de voortgang van het kwaliteitsplan van het voorafgaande jaar, 2019.

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 Raad van Commissarissen, 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 scholingsbeleid;
- 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 benaderen de bewoners, hun naasten en elkaar met begrip en compassie. Er heerst een positief stimulerende leeromgeving 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 zien dat de bewoners in hun kracht worden gezet en hen 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 weinig 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 31-12-2019 hadden we 19 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 en coacht de medewerkers, samen voor gemiddeld 40 uur per week. Zij verzorgt de zorgcoördinatie, zit in het VAR-team, en zoekt naar verbeterpunten en zet deze om in actie, om de kwaliteit van zorg en de samenwerking naar een hoger niveau te tillen. Daarnaast streeft zij ernaar dat de zorg voldoet aan alle wettelijke eisen.
Ronald de Feijter, vrijwel elke dag aanwezig en vervulde taken zoals planning, HRM werkzaamheden, BHV, coördinatie en alle niet-zorggebonden werkzaamheden.
- Passie, inzet, betrokkenheid en eigen ideeën 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 83 %.

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 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.
- We hebben in onze brancheorganisatie de IGJ inspectienormen besproken en geconstateerd dat we hieraan voldoen;
- In december 2019 hebben wij een bezoek gehad van de Inspectiedienst IGJ. Uit het rapport kwam naar voren dat zij tevreden zijn over de wijze waarop Zeeuws Woongenot zorg levert. Er waren ook verbeterpunten. Wij hebben hier een verbeterplan op gemaakt. Dit verbeterplan hebben wij in het kwaliteitsplan van 2020 verwerkt.

4 Open(baar)heid

- In bijlage 2 ziet u de uitkomsten van tevredenheidsonderzoeken onder bewoners;
- 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, maar de medewerkers wel heeft belast, door een aantal situaties met langdurig ziekteverzuim. Het systeem voor vervanging bij ziekte kan wel verbeterd worden. Het verzuimpercentage in 2019 was: 5,9%.

In 2019 waren er de volgende personeelswijzigingen:

Omschrijving	aantal	fte
Vertrokken medewerkers	6	4,6
Nieuwe medewerkers	11	9,4

De Teambezetting is per 1 januari 2020 als volgt:

- Directie 2 = 2 fte
- verpleegkundigen 3 = 2,7 fte
- verzorgenden IG 12 = 8,6 fte
- verzorgenden 2 = 1,5 fte
- helpenden 8 = 5,8 fte
- stagiaires 2 = 1,2 fte
- huiskamerhulp (incl. vrijwilligers) 5 = 0,6 fte
- Kok 2 = 1,1 fte
- huishoudelijke hulp 2 = 1,3 fte
- Percentage ziekteverzuim, excl. zwangerschap 5,9 %

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 2019 heeft de gewenste voortgang gehad in deze verslagperiode.

Het scholingsplan over 2019 bestond uit:

Scholing Verpleegtechnische vaardigheden, PEG-katheter.

Scholing in BedrijfsHulp Verlening

Scholing in Hygiëne en infectiepreventie

Scholing in Medicatieveiligheid

Scholing in Psycho-educatie

Scholing in Voedselveiligheid en HACCP

Scholing in Privacy en AVG

Scholing in omgaan met Dementie

Scholing in Opleiden van Stagiaires

Scholing in Palliatieve zorg

Scholing in Complementaire zorg, gebruik van geuren en massages in de zorg.

Opleiding Verzorgende IG aangeboden aan 2 medewerkers.

Alle scholingen werden door de medewerkers als zeer leerzaam ervaren.

Hoofdstuk 4 Beleid

Het jaarplan 2019 met meetbare doelstellingen is regelmatig gemonitord en is ieder kwartaal geëvalueerd. In 2018 hadden wij een kwaliteitsplan. Onze bevindingen hierop waren dat het wennen was om met een kwaliteitsplan te werken, maar door het te doen, leer je ervan.

De resultaten van 2019 kunnen wij hierbij opgeven.

Het kwaliteitsplan van 2019 heeft geleid tot de volgende bevindingen:

Doel 1: Zeeuws Woongenot maakt verbinding met de samenleving.

Actie: Zeeuws Woongenot breidt uit met het aanbieden van gespecialiseerde dagbesteding voor ouderen met dementie uit de omgeving vanaf 14-1-2019.

Evaluatie febr. 2020: Zeeuws Woongenot biedt nu reguliere en gespecialiseerde dagbesteding aan ouderen met dementie uit de omgeving. De financiering komt uit de WMO. Indien de cliënten een WLZ indicatie hebben, geschiedt de financiering middels een onderaanneming via WVO zorg. Zeeuws Woongenot heeft nog te weinig bekendheid m.b.t. het leveren van via de WMO gefinancierde dagbesteding en zal gaan werken aan meer naamsbekendheid, om meer mensen naar de dagbesteding te kunnen trekken.

Doel 2: Zeeuws Woongenot streeft ernaar dat de bewoners elke dag ervaren als een zinvolle dagbesteding, met ontspanning en vrijheid voor bewoners van Villa Rittenborgh.

Actie: Zeeuws Woongenot continueert de wijze van zorg-verlenen, zoals zij deze het afgelopen jaar heeft gedaan.

Evaluatie febr. 2020: Zeeuws Woongenot heeft de wijze van zorg verlenen gecontinueert. De bewoners en familieleden zijn tevreden over de geleverde zorg en de wijze waarop de zorg wordt geleverd. Medewerkers vinden echter dat het nog beter kan, d.m.v. efficiënter werken, betere samenwerking, en minder werkdruk. Deze verbeterpunten worden verder onderzocht en uitgewerkt.

Doel 3: De directie van Zeeuws Woongenot waarborgt de continuïteit van Zeeuws Woongenot door de kwaliteit van zorg en welzijn hoog te houden.

Actie: De directie van Zeeuws Woongenot streeft ernaar op de hoogte van de ontwikkelingen in de zorg en op de markt te blijven en streeft ernaar daar waar nodig en indien mogelijk op in te spelen.

Evaluatie febr. 2020: Zeeuws Woongenot is tevreden over de wijze waarop kwaliteit van zorg en welzijn steeds verder wordt verbeterd. De directie leert steeds beter om te werken met het kwaliteitsplan. In december 2019 is de inspectiedienst IGJ langs geweest. Het rapport liet zien dat de kwaliteit van zorg goed is en dat er nog wat verbeterpunten zijn om de kwaliteit nog hoger te kunnen krijgen. De verbeterpunten zijn verwerkt in het kwaliteitsplan 2020 en gestreefd

wordt deze punten voor de audit van kwaliteitscertificering in orde te krijgen.

Doel 4: De directie van Zeeuws Woongenot streeft ernaar de kwaliteit van Zeeuws Woongenot te verhogen door het nastreven van een HKZ certificaat voor Zorg en Welzijn.

Actie: Zeeuws Woongenot streeft ernaar alle punten van de HKZ-norm Zorg & Welzijn door te nemen en alle aspecten uit te werken en doet veelvuldig audits.

Evaluatie febr. 2020: De directie heeft zich met een gespecialiseerde partner verder verdiept in het soort kwaliteitscertificaat. Het Prezo certificaat blijkt beter aan te sluiten met de zorg die Zeeuws Woongenot levert. Besloten is om door te gaan met het behalen van het Prezo certificaat. Zeeuws Woongenot heeft veelvuldig interne audits gedaan en is nog wel bezig met het uitwerken van alle aspecten die nodig zijn voor een positief resultaat. Zeeuws Woongenot heeft in maart 2020 een afspraak voor een externe audit voor Prezo certificering.

Doel 5: Zeeuws Woongenot streeft ernaar vanaf 1-1-2020 Zorg in Natura te gaan leveren.

Actie: Zeeuws Woongenot streeft ernaar een contract aan te gaan met CZ Zorgkantoor.

Evaluatie febr. 2020: De directie van Zeeuws Woongenot heeft in 2019 2-maal geprobeerd om in te schrijven voor een contract met CZ Zorgkantoor. Door o.a. administratieve redenen is dit helaas nog niet gelukt. Het nieuwe streven is om een contract per 1-1-2021 aan te gaan met CZ Zorgkantoor. Hiervoor zal de directie de hulp inroepen van de accountant.

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 veiligheidsrisico's af tegen de kwaliteit van leven;
- De zorgverleners bespreken bij opname de wensen van cliënten rondom zorg bij het levenseinde. Wensen worden geïnventariseerd, opgenomen in het zorgplan en actief gedeeld met het multidisciplinaire team. Richtlijnen rondom palliatieve zorg worden gevolgd;
- De wensen van en afspraken met de cliënt worden gedeeld met de naaste(n) en op regelmatige basis opnieuw besproken met de cliënt.

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

- Iedere cliënt heeft een eigen actueel 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;
- 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

- Eenmaal per jaar organiseren we een medicatiereview met de apotheker, de SO en de huisarts in een MDO. En daarnaast een keer per jaar een medicatiereview met de apotheker en de huisarts samen. 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. De inspectiedienst gaf als advies om ook een psycholoog bij de MDO's te betrekken, hetgeen wij gaan opvolgen. Daarnaast wordt elk half jaar het zorgleefplan besproken met de bewoner en diens familie.
- We analyseren de MIC meldingen minimaal 4-maal per jaar en we besteden aandacht aan de oorzaken van eventuele medicatiefouten. De meeste MIC meldingen betroffen incidenten met vallen en medicatie. Zeeuws Woongenot werkt nu met een medicatie-toedienregistratiesysteem. Dit heeft geleid tot een enorme daling van de incidenten t.o.v. 2018. In 2018 waren er 65 incidenten met medicatie en 8 bijna-incidenten. In 2019 waren er 32 incidentmeldingen met medicatie.
De incidenten als gevolg van miscommunicatie tussen huisarts/SO - apotheek - zorgmedewerkers is verminderd, nu er maar een beperkt aantal medewerkers de visites van de huisarts doen en verwerken.
We beperken het antipsychotica gebruik 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; Bij 4 bewoners is er sederende medicatie voorgeschreven. Er was bij 1 bewoner gebruikt gemaakt van anti-psychotica van de 1e generatie en er waren 3 bewoners die gebruik maakten van anti-psychotica van de tweede generatie.
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. In 2019 is er 13x een anti-biotica kuur voorgeschreven.
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.

Valpreventie

- In 2019 is er 43x gevallen. Het merendeel van de valincidenten vallen onder de geaccepteerde risico's. Dit zijn de valincidenten die ziekte gerelateerd zijn en de valincidenten waarbij de bewoners alleen in hun studio verblijven. In alle situaties waarbij er iets had kunnen worden gedaan is er een verbeteractie gedaan. De prevalentie van valincidenten is vergelijkbaar met collega-voorzieningen van Riant Verzorgd Wonen (RVW).

Decubitus en mondzorg

- Er vindt regelmatige monitoring plaats van huid(letsel), mondzorg en incontinentieletsel bij alle bewoners;
- We hebben onze bevindingen ten aanzien van deze monitoring besproken in het lerend netwerk.

- In 2019 is er maar 1 geval van decubitus geweest. 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, vaak in combinatie met wisselgiggingen.
- Bij Zeeuws Woongenot zijn er geen gevallen waargenomen van incontinentieletsels.
- Zeeuws Woongenot heeft een raamovereenkomst met Mondzorg Plus en biedt alle bewoners mondzorg aan. Mondzorg Plus houdt periodieke monitoring van de mondzorg.

Aandacht voor eten en drinken

- Er vindt regelmatige monitoring plaats van voedingstoestand bij alle bewoners. 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.
- In 2019 waren er 2 bewoners met een BMI lager dan 18,5. Zij hadden deze BMI reeds bij binnenkomst in villa Rittenborgh. Verbeteracties zijn opgenomen in het zorgleefplan. Zij zijn niet verder afgevallen.

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;
- In overleg en met wederzijds goedvinden deden bij 5 mensen de beddekken omhoog tijdens het slapen, sliepen 2 mensen met een hansop en hebben wij bij 18 bewoners de Slimme Optische Sensor gebruikt.
- 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.
- In 2020 is de Wet Zorg en Dwang van toepassing en zal het stappenplan van de Wet Zorg en Dwang gevolgd worden.

Ziekenhuisopnamen

- Wij hadden 2 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, met enkelfractuur en 1 keer 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 de voorbereidingen voor het verkrijgen van het Prezo certificaat, voor een gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem;
- In dit kwaliteitssysteem zijn de verantwoordelijkheden en bevoegdheden vastgelegd;

2 Jaarlijks geactualiseerd kwaliteitsplan

- Kwaliteitsplan 2018 was ons eerste kwaliteitsplan, voor 2020 hebben we een nieuw plan gemaakt;

3 Jaarlijks kwaliteitsverslag

- Dit is ons tweede kwaliteitsverslag;
- 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 2019, over het jaar 2019;

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 participierend 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.
- We hebben een regeling met meerdere huisartsen die ons ondersteunen bij MDO's en vrijheidsbeperking. Deze huisartsen 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.

Op het perceel van de villa, naast Villa Rittenborgh, staat ons koetshuis. 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.
Als verbeteractie hebben wij meer begeleiding gegeven aan de Persoonlijk Begeleiders.
 - En ook de wasverzorging verdient verbetering.
Als verbeteractie hebben wij het wassen van de bovenkleding uitbesteed aan een extern bedrijf.
- NPS (Net Promotor Score) is berekend aan de hand van rapportcijfers (0 t/m 10). De NPS voor Zeeuws Woongenot is 66,7. Het gemiddeld cijfer dat is gegeven is 8,8. Alle respondenten geven aan dat Villa Rittenborgh een goede plek is om te wonen.
- Wij hebben in 2019 de ervaringen van medewerkers gemeten. Over het algemeen zijn de medewerkers tevreden over het werken bij Zeeuws Woongenot.
- We hebben in deze verslagperiode de AVG, Europese wetgeving, geïmplementeerd;
- De medicatieveiligheid is bij ons geregeld conform landelijke standaard. Zeeuws Woongenot neemt de medicatieveiligheid correct in acht.; Om het aantal incidenten met medicatie verder naar beneden te brengen hebben wij meerdere interne audits gedaan en een nieuwe medicijnkar aangeschaft.
- Dit kwaliteitsverslag is openbaar toegankelijk via onze website.

Hoofdstuk 12

Verbeterparagraaf

In ons kwaliteitsplan 2020 staan de volgende verbeterdoelen beschreven om de doelstellingen te behalen:

- Doel 1: Ziekteverzuim naar beneden brengen, naar onder de 5%.
Actie: Het houden van intervisies en gerichte begeleiding van medewerkers.
- Doel 2: Zeeuws Woongenot streeft ernaar vanaf 1-1-2021 Zorg in Natura te gaan leveren.
Actie: Zeeuws Woongenot schakelt hulp in van accountant om een contract aan te gaan met CZ Zorgkantoor.
T.b.v. de overgang is een financiële reservering nodig.
Begin 2020 gaat raad van bestuur in overleg met CZ.
- Doel 3: Zeeuws Woongenot streeft naar een gezonde financiële balans .
Actie: Zeeuws Woongenot kijkt wat grote kostenposten zijn en waarop er bespaart kan worden en waar mogelijk uitbreiding in te behalen is.
- Doel 4: De directie van Zeeuws Woongenot streeft ernaar de kwaliteit van Zeeuws Woongenot te verhogen door het nastreven van een Prezo certificaat .
Actie: Zeeuws Woongenot streeft ernaar alle punten van de Prezo-norm te implementeren. Door middel van audits wordt getoetst in hoeverre de normen zijn geïmplementeerd.
- Doel 5: Voldoen aan de verbeterpunten van het IGJ inspectiebezoek van december 2019.
Actie: Zeeuws Woongenot maakt meer gebruik van multidisciplinaire samenwerking en kennisuitwisselingen om de kwaliteit van zorg te verbeteren.
Actie: De medewerkers van Zeeuws Woongenot verbeteren de continuïteit in de zorgverlening door een navolgbare verslaglegging m.b.v. de PDCA-cyclus.
Actie: Zeeuws Woongenot voldoet aan de nieuwe Wet Zorg en Dwang.

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.

- a. De scores op medicatieveiligheid waren in deze verslagperiode:
In 2019 waren er 32 incidentmeldingen met medicatie.
Deze incidenten met medicatie hebben geen nadelige gevolgen gehad voor de bewoners.
Alle meldingen met incidenten zijn uitvoerig besproken met de medewerkers.
- b. De scores op Decubituspreventie waren in deze verslagperiode:
In 2018 heeft er 1 bewoner een vorm van decubitus gehad. Deze is goed genezen. Alle medewerkers hebben hiervan geleerd.
- c. De scores op Gemotiveerd gebruik van vrijheid beperkende maatregelen waren in deze verslagperiode als volgt:
In deze periode waren er 5 bewoners die de nacht doorbrachten met het bedhek omhoog. En waren 2 bewoners die in de nacht in een hansop sliepen. Bij 18 bewoners zijn er sensoren gebruikt om het uit bed vallen te kunnen opmerken. Deze maatregelen en alle alternatieven zijn uitvoerig besproken, uitgetoetst en beoordeeld. Geen van de bewoners en contactpersonen vonden de maatregelen bezwaarlijk.
- d. De scores op Preventie van acute ziekenhuisopnamen in deze verslagperiode: Wij hadden 2 ziekenhuisopnames op de Spoedeisende hulp (SEH). Redenen: 1 keer vallen, 1 keer te lage bloedsuiker.
- e. In 2019 is er 43x gevallen. Het merendeel van de valincidenten vallen onder de geaccepteerde risico's. Dit zijn de valincidenten die ziekte gerelateerd zijn en de valincidenten waarbij de bewoners alleen in hun studio verblijven. In alle situaties waarbij er iets had kunnen worden gedaan is er een verbeteractie gedaan. De prevalentie van valincidenten is vergelijkbaar met collega-voorzieningen van Riant Verzorgd Wonen (RVW).

In 2019 was er 1 bewoner die gebruik maakte van anti-psychotica van de 1e generatie en er waren 3 bewoners die gebruik maakten van anti-psychotica van de tweede generatie. En er is in totaal 13 maal anti-biotica voorgeschreven.

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 23 contactpersonen gevraagd om aan het onderzoek deel te nemen. Hiervan hebben 9 contactpersonen de vragenlijsten ingevuld. Een responspercentage van 39 %

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 66,7. (Het gemiddeld cijfer dat is gegeven is 8,8). 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.