

Hoofdstuk 1

Zorgvisie en kernwaarden;

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

- In de gedragscode;
- In het huishoudelijk reglement;
- Op de website: www.terwalzorg.nl;
- In het kwaliteitsplan;
- In het scholingsplan;
- In het kwaliteitshandboek;
- Zo nodig in een advertentie

In de verslagperiode hebben we de zorgvisie besproken met alle medewerkers. Hieruit kwam naar voren dat het voor de medewerkers een leerproces blijft om de bewoner zelfredzaam te houden. Een verzorgende heeft de neiging om te zorgen en om taken uit handen te nemen, ook die de bewoner nog zelf kan uitvoeren. Wij gebruiken daarom in het V&V overleg de zelfredzaamheidskring om medewerkers alert te houden.

Men vindt het ook prettig om vanuit de vier domeinen te werken, zodat alle aspecten, wensen en behoeften van iedere individuele bewoner bij de zorgverlening aandacht krijgt. Ook is dit geïmplementeerd in ons ECD Nedap/ONS

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: Dat medewerkers netjes aankloppen voor zij de appartementen betreden, dat de zelfredzaamheid van de bewoner hoog in het vaandel staat (al blijft het een punt van aandacht), dat aan alle vier de domeinen vanuit het Zorgleefplan aandacht wordt besteed, dat medewerkers met plezier werken, wat positief werkt voor onze bewoners. Medewerkers houden rekening met de persoonlijke leefstijl van de bewoners, betrekken de mantelzorger indien nodig bij de zorg. Daar wij werken met zorg coördinatoren heeft elke bewoner/mantelzorger zijn/haar eigen aanspreekpunt. Dit maakt de lijnen kort en werkt prettig voor alle partijen. Mede door de inzet van het extra budget kunnen we extra medewerkers inzetten om extra activiteiten met onze bewoners te ondernemen, zowel in groepsverband als individueel.

Hoofdstuk 2

Doelgroep en werkwijze

Tijdens de verslagperiode voldeden we ruimschoots aan de kwaliteit zoals we deze in vier thema's hebben verwoord in het kwaliteitsplan:

1 Gedreven om de best mogelijke zorg te bieden:

- Kleinschalig: we hadden 23 bewoners tot juni 2019;
- Persoonlijk geleid: de directie was als volgt betrokken bij de zorgverlening op de werkvloer: De directie is mede ingeroosterd, waardoor zij wekelijks aan het bed staan, ook de HoofdZorg staat aan het bed, waardoor zij goed op de hoogte blijven over hoe het met de bewoners gaat, hun medewerkers en de mantelzorgers. De lijnen zijn zo kort.
- 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 cliënt-gebonden medewerkers en toegekend zorgbudget vanuit WLZ gelden. Deze ratio is bij ons boven 90 %.

2 Actief betrokken bij de brancheorganisatie Riant Verzorgd Wonen:

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

3 Voldoen aan wettelijke verplichtingen en regelgeving

- We voldoen aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg, onder andere door middel van ons kwaliteitsplan en dit kwaliteitsverslag;
- We hebben in onze brancheorganisatie de IGJ inspectienormen besproken en geconstateerd dat we hieraan voldoen;
- We hebben in functioneringsgesprekken de PSA (Psycho Sociale Arbeidsbelasting) in kaart gebracht en geconcludeerd dat we voldoende aandacht hebben voor PSA van onze medewerkers (deze wordt in elk functioneringsgesprek meegenomen) en dat we voldoende ondersteunende Domotica en hulpmiddelen hebben ingezet om de zwaarte van werkzaamheden te verlichten. Wij hanteren de zwakste schakel.

4 Open(baar)heid

- Uitkomsten en analyses van tevredenheidsonderzoeken onder bewoners zijn aangeleverd via Desan voor de uitvraag Kwaliteitsindicatoren Verslagjaar 2018 en worden verwerkt in dit Kwaliteitsverslag, welke openbaar is op onze website
- Uitkomsten en analyses van tevredenheidsonderzoeken onder medewerkers worden verwerkt in dit Kwaliteitsverslag, welke openbaar is op onze website
- We hebben beleidsaspecten en belangrijke gebeurtenissen en bevindingen met de bewonersraad, MT en met het personeel besproken. En tevens met de Raad van Toezicht.

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 2018 was: 0,86

In 2018 tot juni 2019 waren er de volgende personeelswijzigingen:

| Omschrijving | aantal | fte |
|------------------------|--------|-----|
| Vertrokken medewerkers | 3 | 1,8 |
| Nieuwe medewerkers | 4 | 2,1 |

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 85% 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 (on)geplande zorg, vragen of toenemende complexiteit en/of invoeren specialist ouderengeneeskunde en/of overleg met medisch specialist en/of GGZ als volgt in gang gezet: Ons eerste aanspreekpunt is de huisarts, hij/zij is de hoofdverantwoordelijke, hij / zij beoordeelt samen met ons welke discipline ingezet wordt in een complex geval, dit wordt gemonitord via het MDO en via telefonisch overleg. Zo nodig komt de huisarts/specialist langs. Ook de 1^e contactpersoon wordt hierbij betrokken. In het V&V overleg wordt de bewuste bewoner besproken. Via Nedap en Caren zorgt en via mail/telefoon zijn de lijnen tussen zorg en contactpersoon kort. Vrijheidsbeperkende maatregelen worden elke 2 maanden besproken met de Specialist ouderengeneeskunde en teruggekoppeld in het MDO en met de zorg. We krijgen ondersteuning van een externe deskundige, zowel de psycholoog als de GGZ. De psycholoog bespreek eens in de 6 weken bewoners met onbegrepen gedrag met het verzorgend team en de GGZ ondersteund ons met consulting van 3 sessies.

Het scholingsplan stellen we per kalenderjaar vast. Het scholingsplan 2019 heeft de gewenste voortgang in deze verslagperiode. Hierna staan de bevindingen van het scholingsplan over 2018-2019:

Aan het scholingsplan verwoordt in ons Kwaliteitsplan is volledig voldaan.

Elke medewerker is hier voor geslaagd, tevens voor de scholing t.a.v. de wet Zorg en Dwang (1-1-2020), zodat wij bijtijds verbeteringen en aanpassingen kunnen gaan toepassen om deze wet te implementeren in onze Woonzorg.

Merkbaar is dat medewerkers het ook leuk vinden om kennis te vergaren, uit zichzelf doen ze e-learningen zonder dat we daar om hoeven te vragen.

Velen hebben zich nu ook zelf geabonneerd op de nieuwsbrief van Zorg voor Beter.
Ook de deelname aan het Lerend Netwerk wordt als zeer positief ervaren.

Hoofdstuk 4 Beleid

Het jaarplan 2019 met meetbare doelstellingen wordt regelmatig gemonitord en ieder kwartaal ge-evalueerd. Het jaarplan 2018 heeft geleid tot de volgende bevindingen:

1. ECD Nedap is geïmplementeerd samen met Caren zorgt en voldoet goed. Het rooster is hieraan gekoppeld en via het medewerkersportaal kunnen we beveiligd mailen met medewerkers onderling.
2. We nemen deel aan de werkgroep vervoer van de WMO van de Brabantse Wal gemeenten. We worden via de Negometrix op de hoogte gehouden van de uitkomsten vanuit de Fysieke overleg tafel van de WMO. Tevens nemen we deel aan Participatiemarkten een mantelzorgvoorlichting.
3. Vanaf 1-3-2019 zijn wij zelfstandig inkoper bij het zorgkantoor. Wij hebben als onderaannemer afscheid genomen van de Leliezorggroep. Tevens hebben wij vanaf april ingeschreven voor het extra budget wat vrij is gekomen voor de zorg. Daar hebben wij een aanpassing voor gemaakt in ons verbeterplan in het kwaliteitsplan 2019.
4. In de bewonersraad heeft een verandering van samenstelling plaatsgevonden. Van het overleg worden notulen gemaakt, welke naar alle bewoners en 1^e contactpersonen, Raad van Toezicht en medewerkers wordt verstuurd.
5. We zijn vanaf 3-7-2018 ISO gecertificeerd en 16 mei 2019 hebben we een 2^e audit gehad en hebben dit goed doorlopen, zonder een minor of Major.
6. Kwaliteitskader verpleeghuiszorg: Wij nemen deel aan het Lerend Netwerk, (4x per jaar) ook loopt de VAR via Riant Verzorgd Wonen.
7. We beschikken nu over beveiligde mail.
8. Kwaliteitsplan, jaarplan en meerjarenbeleidsplan 2019 staan op onze website.
9. Afspraak gemaakt met Knaebel advies om bij ons 2x per jaar een interne audit af te nemen, met een externe deskundige hebben we een afspraak gemaakt om bij ons 1x per jaar een interne audit af te nemen en om ons te ondersteunen in het Kwaliteitshandboek en de daarbij horende processen voor verantwoorde zorg.
10. Subsidie aanvragen lopen: Praktijkleren, Stagefonds, Sector Plan Plus
11. Loonadministratie draait extern en Ter Wal voor de mutaties in. Er is maandelijks contact en er is elke 3 maanden overleg.
12. Onderlinge taken zijn in MT goed geregeld, zodat ieder de gelegenheid houdt aan het bed te kunnen blijven staan. Daar de administratieve lasten alleen maar groter zijn geworden, mede door het kwaliteitskader. We merken een verzwaring op als je de afgelopen 5 jaar hierop terug kijkt.
13. Verbeterpunten worden teruggekoppeld in het team overleg. En worden vastgelegd in het verbeter register.
14. De Raad van Toezicht is met 2 personen uitgebreid en bestaat deze nu uit 3 personen.
15. Medewerkers worden omgeschoold, zodat wij voldoende bekwaam personeel behouden. Van HBH naar Helpende, van Helpende naar Verzorgende en van Verzorgende IG naar Verpleegkundige.
16. Er heeft een tevredenheidsonderzoek plaatsgevonden onder onze bewoners en daar hebben wij een extern bureau voor in de hand genomen, wij hebben daar een NPS score van 43,8 behaald Het gemiddelde cijfer wat gegeven is was een 8,4.
17. Tevens heeft er een tevredenheidsonderzoek plaatsgevonden onder de medewerkers door een extern bureau.....

18. Naar aanleiding van het Inspectiebezoek hebben wij externe deskundigheid ingeroepen (een oud inspecteur) , welke ons heeft geholpen een resultaatverslag te maken en om verbeteringen aan te brengen , zodat wij ten volle voldoen aan de normen verantwoorde zorg.
19. We hebben afspraken gemaakt met de SOG voor evaluatie ten aanzien van vrijheidsbeperkende maatregelen 1x per 2 maanden en met de Psycholoog hebben we eens in de 6 weken training over onbegrepen gedrag, gestoeld op gedrag bij bewoners.
20. Het certificaat voor Erkend Leerbedrijf is dit jaar weer verlengd.
21. Onze solvabiliteit is toegenomen.
22. We nemen 4x per jaar deel aan het Lerend Netwerk en zien dit als een kans om ons optimaal te ontwikkelen.
23. Het ziekte percentage is dit jaar tot nu toe gelijk aan de voorgaande jaren.

Hoofdstuk 5

Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Net als in eerdere jaren, hebben we in deze verslagperiode geconstateerd dat de zorg en ondersteuning voor elke bewoner op maat is. Dat wil onder andere zeggen dat iedere bewoner 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 werkvoer, contacten met cliënten, naasten en bewonersraad, MDO-besprekingen, bewonersbesprekingen, overdrachten, rapportages, werkbijeenkomsten en teamoverleg.

Compassie: nabijheid, vertrouwen, aandacht en begrip

- De zorgverleners kennen het verhaal, de behoeften en wensen, de zorgen, problemen en levensvragen van elke bewoner;
- De medewerkers spreken de bewoner aan op de manier die de bewoner prettig vindt;
- De medewerkers praten met bewoners en niet over bewoners;
- De zorgmedewerkers maken echt contact met bewoners;
- 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 bewoner, naasten en mantelzorgers, we hanteren de Gedragscode, deze is ook in het Kwaliteitshandboek verwerkt.

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 zoveel mogelijk hun eigen gang gaan, ook als zij geen behoefte hebben om iets te doen;
- Bewoners kunnen zoveel mogelijk hun eigen keuzes maken en kunnen zoveel mogelijk hun leefstijl voortzetten;
- De zorgverlener kent het levensverhaal van elke bewoner en ondersteunt waar mogelijk om dat voort te zetten;
- De zorgverleners kennen de persoonlijke wensen behoeften van en risico's bij de bewoner;
- 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 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 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 het medisch beleid. Als we de bewoners wat beter kennen en zij daar toegang voor geven bespreken we over zorg rondom het levenseinde. De bewoner heeft aan kunnen geven wat de wensen zijn: wat deze bewoner 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 bewoner op regelmatige basis geëvalueerd;
- Zorgverleners laten zich primair leiden door de eigen wensen van de bewoner. Daarbij geldt als uitgangspunt: liever zelf laten doen 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 veiligheidsrisico's af tegen de kwaliteit van leven;
- De zorgverleners bespreken bij opname de wensen van bewoners 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 bewoner worden gedeeld met de naaste(n) en op regelmatige basis opnieuw besproken met de bewoner.

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

- Iedere bewoner heeft een eigen actueel zorgleefplan en een medisch plan dat in samenspraak met de bewoner en desgewenst diens naasten is opgesteld;
- De bewoner geeft aan zich te herkennen in het zorgleefplan en medisch plan, zo niet dan wordt dat besproken met de bewoner en diens naasten;
- De bewoner en/of diens 1^e contactpersoon kan tijdens de evaluatie punten aandragen voor het multidisciplinair overleg (MDO) of tussentijds als dit gewenst is. Dit wordt naderhand teruggekoppeld aan de bewoner en diens 1^e contactpersoon. 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 maakt met de bewoner en diens naasten concrete afspraken over het zorgbeleid bij het levenseinde;
- Iedere bewoner 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 contactpersoon 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 bewoner de Zorg coördinator 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 bewoner, inzicht in het zorg- en behandelproces rondom de bewoner en werken hierin samen als multidisciplinair team;
- Zorgverleners kunnen inzicht geven over de zorg aan de bewoner, 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 bewoners 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.

Punten uit het Kwaliteitsplan:

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;
- Het is voor iedere bewoner mogelijk om een geestelijke verzorger te spreken van de eigen levensbeschouwelijke signatuur.

Zinvolle tijdsbesteding

- De bewoner kan iedere dag deelnemen aan verschillende activiteiten, individueel of in groepsverband;
- De bewoners worden gestimuleerd om te bewegen;
- Bewoners kunnen naar buiten als zij dat willen;
- Iedere bewoner kan een leven leiden dat zo veel mogelijk persoonlijk passend is;
- Bij de uitvoering van de dagactiviteiten kan een bewoner begeleiding krijgen van een vrijwilliger of een professional;
- Er wordt bij de tijdsbesteding rekening gehouden met verschil in behoefte aan ondersteuning en zorg.

Schoon en verzorgd lichaam plus verzorgde kleding

- Iedere bewoner ontvangt naar eigen wens en behoefte en in overleg met diens naasten de dagelijkse persoonlijke verzorging van lichaam en kleding (o.a. bed, bad, toiletgang, haardracht, make-up, bril, gehoorapparaat, kledingkeuze).

Familieparticipatie en inzet vrijwilligers

- Zorgverleners geven naasten en andere betrokkenen uit het sociale netwerk van de bewoner de ruimte om in de zorg en ondersteuning te participeren;
- Familie bewoner kan deelnemen in de bewonersraad (momenteel nemen naast bewoners drie kinderen van bewoners hieraan deel);
- Het beleid rondom participatie familie en vrijwilligers is beschreven en bekend bij bewoners en zorgverleners;
- Vrijwilligers kunnen via het VIP (vrijwillig informatiepunt) trainingen volgen, dit programma sturen wij ze toe, het is vrijblijvend wat ze hier mee doen. Tevens kunnen vrijwilligers aansluiten bij de Mantelzorgavond die we om de drie maanden hier in Ter Wal organiseren.

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;
- Bewoners worden in de gelegenheid gesteld met eigen spullen hun kamer in te richten;

- De maaltijden worden in de middag en avond gezamenlijk genuttigd, de maaltijden worden door koks bereid volgens de hygiëne code voor kleinschalige woonzorgen. De toepassing van de Hygiëne code wordt besproken in het koksoverleg, verbeterpunten die hieruit naar voren komen worden teruggekoppeld naar het teamoverleg. De maaltijden worden vers bereid; de bakker, de slager, de groenteboer, de kaasboer en de Plus brengen de producten zelf aan huis.
- Tijdens de maaltijd wordt een moment van stilte gevraagd voor degene die willen bidden. Zie ook Hoofdstuk 1: missie, visie en zorgvisie.



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.

Medicatieveiligheid

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

Decubitus en mondzorg

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

Inzet vrijheidsbeperkende maatregelen

- In de verslagperiode hebben we geen onvrijwillige zorg ingezet en onvrijwillige zorg was voor geen enkele bewoner geïndiceerd;
- In de verslagperiode zijn vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) met de grootst mogelijke terughoudendheid toegepast. Hierbij hebben we steeds beoordeeld welke VBM de minste impact hebben op het welzijn van de bewoner, zonder de veiligheid uit het oog te verliezen;
- De VBM die we hebben toegepast zijn besproken met de bewoner en diens naasten, met de SOG, met de Zorg coördinatoren 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) bewoner en de SOG;
- Met de SOG worden elke 2 -3 maanden de VBM besproken en teruggekoppeld aan het 3 maandenlijks MDO. Met de Psycholoog bespreken we om de 6-8 weken met het team onbegrepen gedrag van onze bewoners. Tevens hebben wij in ons Opleidingsplan een cursus onbegrepen gedrag en Vrijheidsbeperkende maatregelen en de wet Zorg en Dwang meegenomen;
- 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 het laatste jaar geen ziekenhuisopnamen op de Spoedeisende hulp (SEH)SO

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 voldoen aan alle normen van ons HKZ/ISO gecertificeerde kwaliteitsmanagementsysteem; Wij zijn vanaf 3-7-2018 ISO gecertificeerd. 16-5-2019 zijn wij weer geaudit en hebben hierbij geen major of minor gekregen.
- In dit kwaliteitssysteem zijn de verantwoordelijkheden en bevoegdheden vastgelegd;

2 Jaarlijks geactualiseerd kwaliteitsplan

- Kwaliteitsplan 2019 staat op onze website;

3 Jaarlijks kwaliteitsverslag

- Dit is ons tweede kwaliteitsverslag;
- Dit kwaliteitsverslag is besproken met de bewonersraad en de medewerkers en via onze website ter beschikking gesteld aan naasten, huisarts, SOG, zorgmedewerkers en andere geïnteresseerden;
- We hebben een kwaliteitsverslag gemaakt over de volledige periode van het kwaliteitsplan 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/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 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 bewoners, 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, bewoners, 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 bewonersraad en waar nodig of gewenst hebben we de bewonersraad ondersteund, onder andere door een vergaderruimte beschikbaar te stellen en beleids- en verantwoordingsstukken aan te leveren.
- 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 SOG die ons ondersteunt bij MDO's en vrijheidsbeperking. Deze SOG kunnen we tevens consulteren als de actualiteit daartoe aanleiding geeft.

Hoofdstuk 10

Gebruik van hulpbronnen

Hulpbronnen die wij benutten zijn beschreven in ons kwaliteitsplan. We zijn tevreden over het gebruik hiervan. We houden ons op de hoogte van nieuwe ontwikkelingen en we overwegen of interessante nieuwe ontwikkelingen voor ons toepasbaar zijn.

In deze verslagperiode hebben scholing gevolgd via het Kellebeek college en hebben deelgenomen aan een Participatie- en mantelzorgmarkt georganiseerd vanuit de WMO, waarbij bestaande contacten zijn versterkt en nieuwe contacten zijn ontstaan.

We hebben consulting gevolgd vanuit de GGZ en krijgen nu om de 6-8 weken ondersteuning van een Psycholoog t.a.v. onbegrepen gedrag.

We hebben een resultaatverslag gemaakt en een verbetercyclus ingesteld.

We hebben hierin externe deskundigheid ingezet, welke ons zal blijven ondersteunen door middel van Interne audits.

Door deelname aan het Lerend Netwerk worden we gestimuleerd weer op een andere manier met de zorg bezig te zijn, welke kunnen resulteren in veranderingen.

Hoofdstuk 11

Gebruik van informatie.

- We hebben in deze verslagperiode de bewonerservaringen gemeten met een tevredenheids-onderzoek. Belangrijkste bevindingen staan uitgewerkt in bijlage 2;
- We hebben in deze verslagperiode bij de berekening van de Net Promotor (Score NPS) de score 48,3% behaald. Hiermee zijn we tevreden (zie bijlage 2);
- We hebben in deze verslagperiode de AVG, Europese wetgeving, geïmplementeerd, we beschikken nu ook over een beveiligde mail;
- De medicatieveiligheid is bij ons geregeld conform landelijke standaard. Na controle door de IGJ bleken op dit punt verbeterpunten noodzakelijk. Hier is hard aan gewerkt en hebben wij samen met externe deskundigheid van een oud Inspecteur een resultaatverslag met een verbetertraject in gezet. Uit de ISO certificering van 16 mei 2019 blijken wij het goed te doen (geen major of minor), ook uit de Improvementscan van dec 2018 blijkt dat we voldoen aan de normen verantwoorde zorg. Ook uit MIC meldingen, interne audit en externe audit is naar voren gekomen dat we de medicatieveiligheid nu goed in acht nemen. Van de JGJ moeten wij nog een respons krijgen op ons resultaatverslag welke wij 27-5-2019 hebben ingeleverd;
- Dit kwaliteitsverslag is openbaar toegankelijk via onze website.

Hoofdstuk 12

Verbeterparagraaf

In ons kwaliteitsplan staan de volgende verbeterdoelen beschreven om de doelstellingen te behalen: We stellen alles in het werk om de doelstellingen die in dit kwaliteitsplan zijn beschreven waar te maken. Periodiek evalueren we de voortgang en indien nodig stellen we ons beleid bij om de doelstellingen te behalen.

Bij het maken van dit kwaliteitsplan voorzien we de volgende verbeterdoelen om de doelstellingen te behalen:

- ISO certificering behaald per 3-7-2018, jaarlijks worden we geaudit.
- Aanpassing Privacyreglement i.v.m. nieuwe wet AVG
- Nieuw Alcoholprotocol geïmplementeerd
- Protocol nieuwe meldcode aangepast, i.v.m. nieuwe code vanaf 1-1-2019
- We hebben mede op verzoek van het Zorgkantoor een elektronisch cliënten dossier (ECD) aangeschaft. Onze medewerkers zijn geschoold in het gebruik van het ECD. De gegevens en Zorgleefplannen van de bewoners zijn verwerkt in het ECD. Alleen de medicatielijsten blijven vooralsnog in een separate map beschikbaar. Maar ook daarvoor zijn we ons aan het oriënteren op een digitale versie. Wij hebben daar al stappen in ondernomen.
- Samen met collega kleinschalige particuliere woonzorgvoorzieningen hebben wij een Lerend Netwerk opgericht RVW, om de kwaliteit van de zorg permanent te monitoren en waar mogelijk te verbeteren. Er zullen zowel voor de medewerkers en de leidinggevenden bijeenkomsten worden georganiseerd en zullen de thema's vanuit het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg aan de orde komen.
- Verbeterteam samengesteld i.v.m. brandbeveiliging.
- Verbeterteam samengesteld om protocol inwerking nieuwe medewerkers te verbeteren.
- We gaan zelfstandig zorg inkopen vanaf 1-3- 2019.
- Nieuw opleidingsplan is samengesteld, om de deskundigheid van de medewerkers te waarborgen
- We komen landelijk veel personeel te kort in de zorg. Wij vinden het onze taak om personeel te scholen, door stageplaatsen aan te bieden en om medewerkers door te laten leren.
- Tevens zullen wij 2 extra fte aannemen(niveau 2,3 en 4) om de zorgintentie te kunnen verhogen door extra zorguren voor verzorging , verpleging en begeleiding in te zetten, wat ook de kwaliteit van zorg ten goede komt voor onze bewoners. De bewoner zal daardoor nog meer tijd en aandacht van onze zorgmedewerkers krijgen. Doordat we dan meer tijd hebben om activiteiten met de bewoners te doen , 1 op 1 of in groepsverband We gaan dan elke dag tussen 14.00-18.00 uur een extra medewerker inzetten, mede omdat rond 15.30 uur de onrust bij de bewoners toeneemt door het wisselen van de diensten en weggaan van medewerkers en deze tijd is sowieso een tijd dat bewoners het gevoel krijgen weer voor het huishouden te moeten zorgen. Dan kunnen we met hen een eind gaan wandelen of fietsen op de duofiets met mooi weer, of een spelletje spelen. We nemen een kwaliteitsmedewerker aan die de kwaliteit en voortgang van ons kwaliteitssysteem kan waarborgen, waardoor zorgmedewerkers hun handen weer meer vrij krijgen voor zorgtaken.
- Kwaliteitshandboek wordt jaarlijks bijgewerkt.
- Medicatieveiligheid blijft altijd een aandachtspunt.
- We zijn al vanaf maart 2018 bezig met de implementatie van Zorgmail, maar er blijken vele wachtenden voor ons te zijn, we hebben nu besloten om de beveiligde mail van Office 365 te gaan gebruiken. Deze zal in maart 2019 beschikbaar zijn.
- We hebben informatie aangevraagd over de Qwiek.up, om deze aan te schaffen voor bewoners welke last hebben van onrustgevoelens.

Minimaal viermaal per jaar evalueren we in het MT de voortgang van de verbeterplannen. De bevindingen bespreken we in de bewonersraad , de Raad van Toezicht en met de medewerkers in het teamoverleg. Door middel van notulen zijn de overige gremia in staat om de voortgang te volgen. Daarnaast worden de resultaten van verbeterplannen in het kwaliteitsverslag opgenomen.

In deze verslagperiode is als volgt gewerkt aan deze doelen:

Punt 1: 16-5-2019 heeft er een externe audit plaatsgevonden , waarbij wij geen major of minor hebben gekregen.

Punt 2: Er heeft een aanpassing in het Privacyreglement plaatsgevonden t.a.v. de wet AVG.

Punt 3: We hebben een nieuw alcohol- en drugs protocol geïmplementeerd

Punt 4: We zijn aan het onderzoeken of we gebruik zullen maken van Medimo een digitaal medicatie systeem.

Punt 5: 4x per jaar nemen wij samen met onze medewerkers deel aan het Lerend Netwerk.

Punt 6: Het verbeterteam Brandveiligheid heeft bijgedragen om aanpassingen in het beleid in te voeren.

Punt 7: Het verbeterteam Inwerking nieuwe medewerkers heeft bijgedragen om het protocol inwerking nieuwe medewerkers aan te passen. Wat positief werkt.

Punt 8: Vanaf 1-3-2019 heeft Ter Wal een overeenkomst met het zorgkantoor om zelfstandig zorg in te kopen en is de samenwerking als onderaannemer van de Leliezorggroep gestopt.

Punt 9: Het Opleidingsplan 2019 is klaar en al bijna afgerond.

Punt 10: We hebben een medewerker HBH omgeschoold naar Helpende, twee Helpende omgeschoold naar Verzorgende. En 2 verzorgende IG zijn nu bezig met de opleiding tot verpleegkundige. Tevens zijn we weer getoetst en zijn weer gecertificeerd als erkend Leerbedrijf.

Punt 11: We hebben extra budget gekregen van het zorgkantoor om extra medewerkers in te zetten, wij zetten nu 28 uur extra personeel in per week. Hiermee wordt een extra dienst ingezet tussen 14.00-18.00 uur, voor activiteiten individueel of groepsgewijs.

Punt 12: Het Kwaliteitshandboek is vernieuwd naar de maatstaven van de ISO certificering

Punt 13: Medicatieveiligheid is nu goed op orde na een verbetertraject, maar blijft een aandachtspunt.

Punt 14: Wij beschikken nu over beveiligde mail en dit voldoet goed.

Punt 15: Wij hebben een Qwiek up aangeschaft, om vooral tijdens de zorgmomenten te gebruiken bij bewoners welke onbegrepen gedrag vertonen. Deze zal in juni geleverd gaan worden.

Slotwoord van de directie

Wij staan nog steeds achter wat wij in het Kwaliteitsplan al hebben aangegeven:

Het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg heeft heel wat in beweging gebracht, er zal een hele verbetercyclus plaats gaan vinden in ons zorgland. Een kwaliteitsplan is echter alleen effectief als het door iedere medewerker van Ter Wal wordt onderschreven en wordt uitgevoerd. Het is dus een gezamenlijk plan van allen, dat wil zeggen van de directie, de leiding en de medewerkers. Wij als kleinschalige particuliere voorziening merken dat dit ook veel werk met zich meebrengt, waarbij we goed moeten blijven opletten dat dit niet ten koste gaat aan de handen aan het bed.

Dat is waar wij voor staan. We kiezen er bewust voor dat wij als leidinggevendenden ook mee blijven werken in de zorg om zo goed te kunnen blijven observeren hoe onze bewoners en medewerkers de zorg ervaren.

Wij willen feeling met hun blijven houden.

Dat maakt Ter Wal wat het is: een huis zoals thuis.

In de bijna 6 jaar dat wij nu bezig zijn, kunnen wij wel concluderen dat de administratieve lasten alleen maar hoger worden, terwijl er toch continu gepraat wordt over wat we kunnen doen om deze te verminderen.

Maar ook het implementeren van dit kwaliteitskader betekent wel degelijk dat dit weer meer administratieve lasten met zich mee brengt. Terwijl we allen toch graag zien dat de zorg aan het bed vergroot wordt. Dit geldt zeker voor de cliënt en de zorgverleners.

Dan is het fijn dat we met het Lerend Netwerk RVW elkaar hierin kunnen ondersteunen en waar mogelijk verbeteren. Dat is denken wij ook de kracht van het Lerend Netwerk en het kwaliteitskader.

De IGZ bracht op 16 oktober 2018 een bezoek aan Ter Wal Woonzorg B.V. te Lepelstraat.

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd sprak op die dag met de raad van bestuur en de raad van toezicht van Ter Wal Woonzorg B.V.

Aansluitend bracht de inspectie een bezoek aan locatie Ter Wal in Lepelstraat.

De IGJ heeft geconstateerd dat de geboden zorg op Ter Wal nog onvoldoende (6 van de tien getoetste normen voldoen (grotendeels) niet) voldoet aan de getoetste normen en ook heeft de inspectie op dat moment nog onvoldoende vertrouwen in de wijze waarop Ter Wal stuurt op de kwaliteit en veiligheid van zorg. Deze constatering zijn door ons erkend en serieus ter harte genomen.

Terecht constateert de IGJ eveneens dat Ter Wal de intentie heeft om te voldoen aan de normen en zich daarvoor wil inzetten maar dat het in de organisatie nog ontbreekt aan voldoende deskundigheid. De inspectie concludeert dat vervolgtoezicht nodig is.

Direct na uw bezoek in oktober 2018 hebben de raad van bestuur en de raad van toezicht van Ter Wal Woonzorg een aantal acties uitgezet om de gesignaleerde knelpunten te verbeteren.

1. De rapportage is besproken met medewerkers, de bewonersraad en de raad van toezicht.
2. De opdracht om alle direct noodzakelijke acties te ondernemen om de geconstateerde tekortkomingen zo spoedig mogelijk op te heffen.
3. Externe deskundigheid, zowel zorginhoudelijk als organisatorisch in te schakelen, te weten Knaebel Advies, M&M Consult, QMS en een kwaliteitsfunctionaris (ZZP).
4. Een projectgroep te installeren, bestaande uit:
 - W. van Seventer, directielid en verpleegkundige;
 - N. Verhoeven, verpleegkundige, en

- A. Moes, deskundige ouderenzorg en voormalig IGZ-inspecteur.

Deze projectgroep heeft de verbeteraspecten geanalyseerd, op onderdelen daarbij gebruik makend van de deskundigheid van de huisarts, de apotheek, verpleeghuisdeskundigheid (SOG, psycholoog, ergotherapie, fysiotherapie, diëtetiek), en deskundigheid op het terrein van de psychiatrie (GGZ West Noord-Brabant).

Daaropvolgend zijn verbeteracties ontwikkeld en in gang gezet.

In het bijgaand resultaatverslag is aangegeven welke verbeteracties zijn ondernomen en wat, in de tijd gezien, de actuele stand van zaken is.

Aanvullend op verbeteracties die tot stand zijn gekomen zullen ook de bevindingen uit de Improvementscan (december 2018) en de ISO-certificering (mei 2019; geen minors en geen majors) waar nodig en/of wenselijk worden vertaald in verbeteracties die in het jaarplan 2019 zullen worden verwerkt.

Daarnaast worden ook de uitkomsten van het door een extern onafhankelijk bureau uitgevoerd klanttevredenheidsonderzoek (gemiddelde waardering 8,4) evenals de uitkomsten van het recent gehouden medewerkers-tevredenheidsonderzoek (respons 70%) verwerkt in het jaarplan 2019.

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 de periode van het 1^e halfjaar 2019, hadden wij 1 MIC melding per maand op Medicatie, dit hadden wij ook als verbeterpunt ingezet voor 2018.
- b. De scores op Decubituspreventie waren in deze verslagperiode In de periode van het 1^e halfjaar van 2019 hebben wij 1 decubitus wond genoteerd staan, daar is deze nieuwe een bewoner mee uit het ziekenhuis gekomen. Wij zetten sterk in op Preventie.
- c. De scores op Gemotiveerd gebruik van vrijheid beperkende maatregelen waren in deze verslagperiode In de periode van het 1^e halfjaar van 2019 noteren wij het gebruik van 6 sensors (5 minder dan vorig jaar), vanwege voorkoming van valgevaar en waarvan 3 bewoners met sederende medicatie en 1 persoon met het bedhek omhoog(dit wil ze zelf), dit wordt elke 2 maanden besproken met de SOG en teruggekoppeld naar het MDO en naar familie en verzorging.
- d. De scores op Preventie van acute ziekenhuisopnamen waren in deze verslagperiode In de periode van het 1^e halfjaar van 201 zijn geen bewoners opgenomen in het ziekenhuis.
Zie verslag hieronder Lerend Netwerk Leidinggevenden:

Bijlage 2 Cliëntoordelen

Wij hebben ons tevredenheidsonderzoek (TVO) laten toetsen door een extern bureau.
Zie link:



20190307-Rapportage-bewoners-8TW-ter Wal.pdf

Bijlage 3 Leren en werken aan kwaliteit

Sinds oktober 2017 zijn we aangesloten bij Lerend Netwerk RVW (Riant Verzorgd Wonen)