

Kwaliteitsverslag Verpleeghuiszorg 2017



Stichting de Wijngaerd

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	
2.	Profiel zorgorganisatie	
2.1	Algemene identificatiegegevens	5
2.2	Omschrijving missie, zorgvisie en kernwaarden	5
2.3	Omschrijving doelgroepen, aantal cliënten en leeftijdsverdeling	6
2.4	Type zorgverlening, ZZP verdeling, omzet per doelgroep	7
2.5	Aantal locaties, zorgomgeving, bestuursfilosofie	7
2.6	Landelijk / stedelijk van aard	8
3.	Profiel personeelsbestand / personeelssamenstelling	
3.1	Aantal zorgverleners en vrijwilligers per organisatie-eenheid	9
3.2	Verdeling zorgverleners over functies en niveau's	9
3.3	In-,door-, uitstroom personeel	10
3.4	Ratio personele kosten versus opbrengsten	10
4.	Kwaliteitsverslag inhoudelijke thema's	
4.1	Thema persoonsgerichte zorg en ondersteuning	11
4.2	Thema wonen en welzijn	12
4.3	Thema veiligheid	
4.3.1	Deel A : Veilige zorg	13
4.3.2	Deel B : Veiligheid wonen en werken	16
4.4	Thema leren en verbeteren van kwaliteit	
4.4.1	Kwaliteitsmanagementsysteem	20
4.4.2	Project Verbetering Kwaliteit Verpleeghuiszorg	20
4.4.3	Zelforganiserende teams en teamboekjes	23
4.4.4	Lerend Netwerk	23
5.	Kwaliteitsverslag randvoorwaardelijke thema's	
5.1	Leiderschap, governance en management	24
5.1.1	Raad van Bestuur / Directie	24
5.1.2	Raad van Toezicht	24
5.1.3	Risicoprofiel	25
5.2	Personeelssamenstelling	
5.2.1	Formatieanalyse	26
5.3	Gebruik van hulpbronnen	
5.3.1	Infrastructuur	27
5.3.2	Informatiebeveiliging	27

5.4	Gebruik van informatie	
5.4.1	Tevredenheidsonderzoek cliënten	28
5.4.2	Tevredenheidsonderzoek medewerkers	28
5.4.2	Samenwerkingsrelaties	29
6.	Verbeterparagraaf	30

1. Inleiding

Voor u ligt het Kwaliteitsverslag Verpleeghuiszorg 2017 van Stichting de Wijngaerd.

Met het Kwaliteitsverslag geeft Stichting de Wijngaerd intern (Cliëntenraad, Ondernemingsraad, Raad van toezicht) en extern (stakeholders, maatschappelijke verantwoording) inzicht in de mate waarin de normen van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg in 2017 zijn behaald.

Het verslag is gebaseerd op de evaluatie van de doelstellingen en inhoud van het Kwaliteitsplan Verpleeghuiszorg 2017, inclusief feedback op kwaliteitsdoelstellingen door de collega organisaties uit het lerend netwerk: Stichting Het Hoge Veer en Stichting Zorgplein Maaswaarden.

Het Kwaliteitsverslag Verpleeghuiszorg is één van de onderdelen van de kwaliteitsverantwoording van Stichting de Wijngaerd. Jaarlijks moet worden voldaan aan de wettelijke verplichting voor verantwoording van de middelen uit de Wet Langdurige Zorg, de Zorgverzekeringswet en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning. Deze verantwoording bestaat uit:

- Aanleveren en publiceren van een Jaarrekening en een Bestuurlijk Verslag met een controleverklaring.
- Aanleveren van kwaliteitsuitvragen van zorgverzekeraars en regionaal zorgkantoor en het Zorg Instituut Nederland.
- Kwaliteitsverslag Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg

De kwaliteitsinformatie is openbaar en toegankelijk via de website <https://www.jaarverantwoordingzorg.nl/> van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport/CIBG en via de kwaliteitspagina op de website van de Wijngaerd.

B.J. Vos MSc
Directeur-bestuurder Stichting de Wijngaerd

Hoofdstuk 2 Profiel van de organisatie

2.1 Algemene identificatiegegevens

Naam verslagleggende rechtspersoon	
Adres	Cyclaamstraat 2A
Postcode	4921JC
Plaats	Made
Telefoonnummer	0162-241200
Identificatienummer Kamer van Koophandel	41099111
E-mailadres	info@dewijngaerd.nl
Internetpagina	www.dewijngaerd.nl

Stichting de Wijngaerd levert ondersteuning en zorg voor ouderen en is primair actief in de gemeente Drimmelen. Vanuit de locatie in de dorpskern Made biedt de Wijngaerd hulp bij huishouding en dagbesteding voor WMO cliënten; wijkverpleging voor ZVW cliënten en somatische en psychogeriatrische verpleeghuiszorg voor WLZ cliënten.

Stichting de Wijngaerd is toegelaten in het kader van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) als instelling die zorg mag verlenen waarop aanspraak bestaat ingevolge de Wet Langdurige Zorg en/of de Zorgverzekeringswet.

Stichting de Wijngaerd is een gecertificeerde instelling ISO 9001-2015. De certificering is door TÜV in 2017 verlengd tot oktober 2018.

Stichting de Wijngaerd beschikt over een door de inspectie van de Gezondheidszorg verleende BOPZ-aanmerking.

Stichting de Wijngaerd is een ANBI-gecertificeerde instelling.

Medezeggenschap voor medewerkers en cliënten is voorzien middels de medezeggenschapsorganen Ondernemingsraad en Cliëntenraad.

2.2 Omschrijving missie, zorgvisie en kernwaarden

Stichting de Wijngaerd levert ondersteuning en zorg voor ouderen en is primair actief in de gemeente Drimmelen. Vanuit één locatie in Made biedt de Wijngaerd ondersteuning voor langer thuis wonen in de vorm van gemaksdiensten, hulp bij huishouding, dagbesteding en wijkverpleging tot en met 24-uurs zorg in de vorm van Volledig Pakket Thuis of Modulair Pakket Thuis. Deze voorzieningen zijn primair gericht op de bewoners van 87 aanleunwoningen en 32 koopappartementen. Indien zelfstandig thuis wonen niet meer mogelijk is, dan kan verhuizing naar een van de 62 verpleeghuisappartementen volgen. De Wijngaerd biedt hiermee vanuit het idee 'one-stop-shop' een volledig en continu ondersteuningstraject voor de ouder wordende inwoners van de gemeente.

De Wijngaerd biedt diensten en zorg in individuele arrangementen. Wij noemen onszelf vanuit onze nieuwe missie niet langer zorgcentrum, maar *Seniorenpartner*. Dit drukt beter uit dat wij een langdurige relatie willen aangaan met onze cliënten; wij willen een betrouwbare partner zijn in het aangenaam ouder worden. Op deze manier wordt uitvoering gegeven aan de missie van de Wijngaerd: *"Seniorenpartner De Wijngaerd is de betrouwbare partner die u als inwoner van de gemeente Drimmelen ondersteunt en voor u zorgt bij het ouder worden op uw eigen manier."*

Zorgvisie

Als uitgangspunt geldt ondersteuning van de wens van ouderen om langer in de eigen woning te kunnen blijven, ook als hiervoor ondersteuning in de vorm van diensten of zorg benodigd is. Dit doet Seniorenpartner De Wijngaerd door het aanbieden van diensten, hulp in de huishouding en zorgarrangementen op maat. Als dit niet meer voldoet, kan in overleg begeleiding naar beschermd wonen worden ingezet. Als de eigen woonomgeving niet meer voldoet, wordt voorzien in beschermd wonen met 24-uurs zorg in daarvoor geschikte appartementen. Wanneer de toegenomen zorgvraag dit noodzakelijk maakt, biedt Seniorenpartner De Wijngaerd aansluitend hoogwaardige verpleeghuiszorg in de vorm van kleinschalig beschermd wonen met individuele appartementen. Seniorenpartner De Wijngaerd wil in dit gehele traject continu de begeleidende partner zijn; vanaf de eerste hulpvraag tot het einde van de cliëntreis.

De focus van Seniorenpartner de Wijngaerd wordt 'van binnen naar buiten' gericht. Seniorenpartner De Wijngaerd zal in het kader van de functie van open, wijkgerichte voorziening ook vanuit de eigen locatie dagvoorziening, ondersteuning, kortdurend verblijf en diensten aanbieden die het langer thuis wonen ondersteunen.

Seniorenpartner De Wijngaerd heeft de ambitie om zich als zelfstandige, toekomstbestendige zorgonderneming te profileren door in te spelen op de veranderende wensen van ouderen en voor ondersteuning bij het ouder worden.

Seniorenpartner De Wijngaerd is dé dienstverlener in wonen, welzijn en zorg in de gemeente Drimmelen, die wil bijdragen aan een levendige gemeenschap en aan welzijn van mensen in de wijk, cliënten, huurders, mantelzorgers, medewerkers en vrijwilligers. Zij streeft ernaar het welbevinden van haar cliënten continu te verbeteren door deskundige en gastvrije dienstverlening en passende woonconcepten. Er wordt gewerkt volgens de kernwaarden *klantgerichtheid, gastvrijheid en vertrouwd*.

2.3 Omschrijving doelgroepen, aantal cliënten en leeftijdsverdeling

Kerngegevens	Aantal/bedrag
Cliënten	Aantal
Cliënten per einde verslagjaar	159
Aantal WLZ cliënten in instelling op basis van ZZP	59
Aantal cliënten met verblijf op basis van volledig pakket thuis (VPT)	4
Aantal extramurale cliënten (inclusief cliënten met begeleiding of dagbesteding (op basis van de functies BGI en/of BGG) voor zover niet opgenomen in een stelling).	96
Capaciteit	
Aantal beschikbare verpleeghuisbedden/plaatsen met verblijfszorg per einde verslagjaar	59
Productie gedurende het verslagjaar	Aantal
Aantal dagen zorg met verblijf	20897
Aantal dagen zorg op basis van volledig pakket thuis (VPT)	1808
Aantal dagdelen dagbesteding (op basis van de functie Begeleiding in groepsverband (BGG)	3039
Aantal uren extramurale productie (exclusief dagbesteding op basis van de functie Begeleiding in groepsverband (BGG) en Wmo-zorg)	3645
Personeel	Aantal
Aantal personeelsleden in loondienst per einde verslagjaar	101
Aantal FTE personeelsleden in loondienst per einde verslagjaar	172

2.4 Type zorgverlening, ZZZ verdeling, omzet per doelgroep

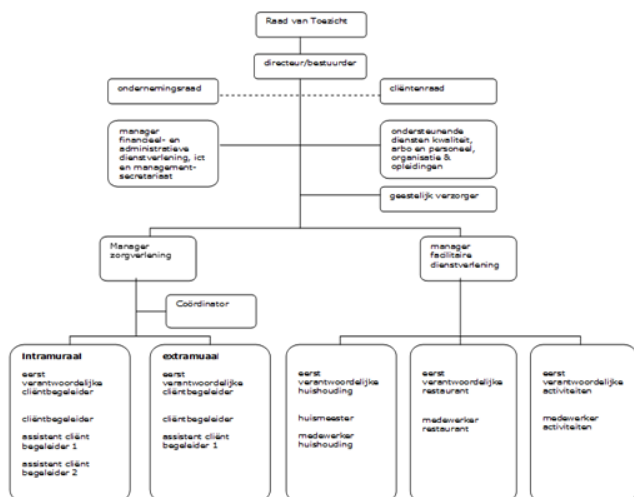
*ZZZ Mix per 31-12-2017

ZZZ	Met Behandeling	Zonder Behandeling
ZZZ 2	0	0
ZZZ 3	0	0
ZZZ 4	3	11
ZZZ 5	33	0
ZZZ 6	6	1
ZZZ 7	5	0
Totaal	47	12

2.5 Aantal locaties, zorgomgeving, bestuursfilosofie

De Wijngaerd is een stichting die geleid wordt door een éénhoofdige Raad van Bestuur en is ingericht volgens het bestuursmodel Raad van Toezicht / Raad van Bestuur. De Wijngaerd biedt zorg en diensten aan vanuit één centrale locatie in Made, gemeente Drimmelen.

De Wijngaerd bevindt zich in een transitie van een traditionele lijn-staforganisatie naar een horizontale (“platte”) organisatiestructuur die gebaseerd is op het functioneren van zelforganiserende teams en een ondersteuning op maat. Uitgangspunt is het verzorgen van individuele zorg- en dienstenarrangementen per cliënt, die gedurende lange tijd meegaan met de cliënt en naar behoefte worden aangepast (*partnerschap*). Deze transitie zal in 2019 worden afgerond.



Besturingsfilosofie

De bestuurder bestuurt de stichting onder integraal toezicht van de Raad van Toezicht bestaande uit 3 leden. Het normatieve kader voor het handelen en het gedrag van de bestuurder is de vigerende Governance Code Zorg 2017 en de Gedragscode voor goed bestuur van de NVZD.

Seniorenpartner De Wijngaerd maakt een belangrijke verandering door in de besturing en inrichting van de organisatie in de vorm van de overgang naar zelforganiserende teams, waarbij er sprake is van een kanteling van de gehele organisatie van een verticale lijnstructuur naar een horizontale overlegstructuur. De bestuurder laat zich ondersteunen door een beleidsteam. De zelforganiserende teams worden ondersteund door een operationeel team.

2.6 Landelijk / stedelijk van aard

De Wijngaerd van oudsher een begrip als primaire aanbieder van zorg voor ouderen en al ruim 50 jaar in diverse vormen voor ouderenzorg diep geworteld in de samenleving van de gemeente Drimmelen. De Wijngaerd ziet kansen om deze positie toekomstbestendig te maken en verder te versterken en heeft de ambitie om zich als moderne, zelfstandige, toekomstbestendige zorgonderneming te profileren door in te spelen op de veranderende wensen en behoeften van ouderen voor ondersteuning en zorg bij het ouder worden op hun eigen manier door het aanbieden van volledige zorg- en dienstenarrangementen.

Hoofdstuk 3 Profiel Personeelsbestand/personeelssamenstelling

Vanaf 2016 is de Wijngaerd bezig met het verhogen van de kwalitatieve en kwantitatieve functiemix van het zorgpersoneel in het kader van de transitie van verzorgingshuis naar verpleeghuis. Dit is zichtbaar door het geleidelijk vervangen van niveau 2 zorgpersoneel naar niveau 3, 4 en 5.

3.1 Aantal zorgverleners en vrijwilligers per organisatie-eenheid

Aantal zorgmedewerkers intramurale woningen in dienst op 31-12-17
(vanaf gem. 8 uur per week excl. oproeppool/studentenpool)

functie	totaal	FTE	opmerkingen
regieverpleegkundige (HBO-V)	1	0,89	
verpleegkundige niveau 4	7	6,7	
verzorgende niveau 3	40	28,9	Waaronder 4 leerlingen VP-4 (3,2 FTE)
helpende niveau 2	8	4,6	
zorghulp	0	0	
leerling VP-5	1		Is werkz. als VP-4 (0,67 FTE)
leerling VP-4	4		Worden meegeteld als verzorgenden niveau 3
leerling VZ-3	12	7,9	Een aantal leerlingen worden een deel van het jaar ingezet in wijkteams
Totaal	69	48,99	

3.2 Verdeling zorgverleners over functies en niveau's

De Wijngaerd zet vanaf 2016 in op kwaliteitsverhoging door het aantrekken en opleiden van verpleegkundigen niveau 4 en minder inzet van niveau 2. In 2017 hebben we vooral ingezet op het opleiden van verpleegkundigen niveau 4. Ook is in 2017 de functie regieverpleegkundige ingevoerd. De regieverpleegkundige heeft een voortrekkersrol in het kwaliteitsdenken en -leren, geeft input aan het kwaliteitsbeleid en adviseert en coacht de teams en individuele medewerkers op het gebied van kennis, vaardigheden en gedrag.

3.3 In-,door-, uitstroom personeel

uit dienst		in dienst	
BBL Leerling Verzorgende	3	BBL-leerling verzorgende 1e jaars	4
cliëntbegeleider	2	Verzorgende niveau 3	13
coördinator zorg	1	Helpende niveau 2	8
verzorgende niveau 3	6	Verpleegkundige niveau 4	5
Helpende niveau 2	4	Verpleegkundige niveau 5	1
Verpleegkundige niveau 4	1	in dienst	
Verpleegkundige niveau 5	1	BBL-leerling verzorgende 1e jaars	4

3.4 Ratio personele kosten versus opbrengsten

Tabel geeft uitsluitend personeelsgerelateerde kosten van zorgpersoneel weer

ZP-bruto marge				2017			
OPBRENGSTEN:							
ZP	exd NHC-NIC		3,594,043				
	incl opslag W&T		61,956				
					3,655,999		
UITGAVEN:							
Personeelskosten							
	1410 tm 1414		576,803				
	1420 tm 1424		515,326				
	1430 tm 1435		608,007				
			1,700,136				
	kostprijsofslag	40%	680,054				
					2,380,190		
Inkoop personeel:							
	Inhuur ZP-ers en oproep in 2017		100,000				
	Thebe behandelaren 2017		126,503				
	Fysio Terheijden 2017		96,339				
					322,842	%	
Totaal personeelskosten					2,703,032	73.93	PK tov ZP

Hoofdstuk 4 Kwaliteitsverslag inhoudelijke thema's

4.1 Thema persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Persoonsgerichte zorg en ondersteuning gaat over de wijze waarop de cliënt in alle levensdomeinen uitgangspunt is bij zorg- en dienstverlening. Iemand met een zorg- en ondersteuningsbehoefte is vooral een uniek persoon met een eigen geschiedenis, een eigen toekomst en eigen doelen. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning vindt plaats binnen een relatie tussen cliënt en zijn naaste(n), zorgverlener en zorgorganisatie. De kwaliteit van deze relatie bepaalt mede de kwaliteit van zorg. De vier onderscheiden thema's (compassie, uniek zijn, autonomie en zorgdoelen) zijn voor zorgverleners richtinggevend bij kwaliteitsverbetering op het terrein van persoonsgerichte zorg en ondersteuning.

Persoonsgerichte zorg en ondersteuning gaat over de wijze waarop de cliënt in alle levensdomeinen uitgangspunt is bij zorg- en dienstverlening. Iemand met een zorg- en ondersteuningsbehoefte is vooral een uniek persoon met een eigen geschiedenis, met een eigen toekomst en eigen doelen. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning vindt plaats binnen een relatie tussen cliënt en zijn naaste(n), zorgverlener en zorgorganisatie. De kwaliteit van deze relatie bepaalt mede de kwaliteit van zorg. De vier onderscheiden thema's (compassie, uniek zijn, autonomie en zorgdoelen) zijn voor zorgverleners richtinggevend bij kwaliteitsverbetering op terrein van persoonsgerichte zorg en ondersteuning.

Beleidspunt	Doel 2017	Acties 2017	Meetpunt	Resultaat
Compassie	Alle medewerkers zijn bekwaam en gecertificeerd op ethisch bewustzijn; bejegening en onbegrepen gedrag.	- Communicatie scholing. - Teamniveau gedragsbespreking.	- 100% heeft deelgenomen aan de scholing.	
Uniek zijn	De cliënt echt te leren kennen.	- Ontwikkelen proces "van oriëntatie tot inhuizing" met als doelstelling leren kennen van cliënt voorafgaande aan inhuizing. - Ontwikkeling van de leefwijzer.	- Eind 2017 is het proces van oriëntatie tot inhuizing beschreven. - Eind 2017 is de leefwijzer ontwikkeld en terug te vinden in het ECD.	- Het proces is beschreven. Het voornemen is om in het eerste kwartaal van 2018 te werken met het proces van oriëntatie tot inhuizing. - De leefwijzer is ontwikkeld. De leefwijzer zal vanaf 2018 geïmplementeerd worden voor alle nieuwe cliënten en er zal een inhaalslag plaatsvinden voor bestaande cliënten.
Autonomie	De cliënt heeft eigen regie over het zorgplan.	-Alle eerste contactpersonen van de cliënten hebben op elk moment van de dag inzage in het ECD doormiddel van Carenzorgt. - We meten bij de teams of MDO's plaatsvinden met zowel cliënt /vertegenwoordiger. - Er wordt een proces geschreven hoe de familie avonden worden ingevuld, en hoe vaak deze plaatsvinden.	- Eind 2017 heeft elke contactpersoon toegang tot Carenzorgt. - Bij 100% van de cliënten vinden er MDO's plaats. - Uiterlijk in het 4 ^e kwartaal is dit proces beschreven.	- Elke contactpersoon heeft toegang tot Carenzorgt. Dit is 100% gerealiseerd - Bij 96,5% van de cliënten heeft er een MDO plaatsgevonden. - In het 4e kwartaal is het proces beschreven en besloten dat er minimaal 2 familieavonden per jaar plaatsvinden.

Zorgdoelen	Medewerkers werken binnen het ECD met het kwalificatiesysteem Omaha	- Scholing geven rondom ONS en Omaha.	- Per team 1 á 2 medewerkers scholen uiterlijk in het 3 ^e kwartaal.	- Deze medewerkers zijn geschoold. Om deze kwaliteit te waarborgen zullen er in 2018/2019 metingen gaan plaats vinden.
------------	---	---------------------------------------	--	--

4.2 Thema wonen en welzijn

Welbevinden krijgt steeds meer aandacht in de ouderenzorg. In de Wijngaerd maken we de beweging van zorgen voor welzijn op organisatie en teamniveau naar individueel welzijn met daaraan gekoppelde activiteiten met de cliënt in de regie voor zijn daginvulling. Dat sluit weer goed aan op de missie en visie van de Wijngaerd om alle cliënten zo veel mogelijk *Aangename!* momenten te bezorgen. Zorg voor welbevinden, goed in je vel zitten, is voor iedereen belangrijk en heeft een positieve invloed op de lichamelijke gezondheid.

Zowel in het kwaliteitskader Verpleeghuiszorg als in de visie en missie van de Wijngaerd zien we terug dat de aandacht voor welzijn een belangrijke positie in neemt. De Wijngaerd heeft de keuze gemaakt om Welzijn en Zinnvolle Dagbesteding in 2018 tot één van de speerpunten te maken.

Doelen 2018	
Ontwikkelen van welzijnsbeleid	April 2018
verdiepingsbijeenkomsten met vertegenwoordigers van de teams met aandachtsgebied Welzijn	Q1 2018
Beschrijving van rol Welzijn in teamboekje	Q1 2018
Cursus Zinnvolle Dagbesteding vanuit breincollectief	Q2 2018
Clienttevredenheidsonderzoek naar zinnvolle dagbesteding	Q2 2018
Interactief theater familiefabels over welzijn en familieparticipatie	Q2 2018
informatiebijeenkomsten met vrijwilligers over voeding, zelf koken met de bewoners	Q2 2018
Ontwikkeling beleid dagbesteding	Q2 2018
Activiteit georganiseerd op organisatieniveau	wekelijks
Ontwikkeling van zelf koken op de woning	Vanaf januari 2018
Start invoer werken met de leefwijzer	Q1 2018
Start ontwikkeling individuele dagprogramma's	Q2 2018
Informatiebijeenkomst vrijwilligers	Q3 2018 en Q2 2019
Invoeren leefwijzer	Q2 2018
Afnemen leefwijzer en maken van een dagprogramma voor iedere nieuwe bewoner	Q2 Q3 Q4 2018

Familieparticipatie

Om de samenwerking met mantelzorgers en naasten te bevorderen, wil Senioren- partner De Wijngaerd binnen het traject Waardigheid en Trots dit beleid door ontwikkelen voor participatie familie /vrijwilligers in het 'huishouden'. Het doel hiervan is dat medewerkers, mantelzorgers en vrijwilligers gezamenlijk nadenken en besluiten nemen ter verbetering van de zorg op de woning. De zorgteams in de Wijngaerd gaan uit van 2 familieavonden op jaarbasis welke naar eigen inzicht ingevuld worden. In november 2017 is de nul-meting familieparticipatie uitgevoerd. Verbeteracties worden in 2018 doorgevoerd. Vanaf april 2017 wordt de tevredenheid van familie gemeten in het CTO.

Doel voor 2018:

- familie heeft d.m.v. Carenzorgt inzicht in het digitaal zorgdossier (Q1)
- er worden 3 thema bijeenkomsten voor en met mantelzorgers georganiseerd
- er wordt een procesbeschrijving familieavond ingevoerd
- familieavonden worden opgenomen in de kwaliteitskalender van het team

4.3 Thema veiligheid

Deel A : VEILIGHEID ZORGVERLENING

1. Medicatieveiligheid

In december 2016 is er een audit geweest, hierin zijn punten vanuit het medicatieproces aan het licht gekomen die verbetering vragen, namelijk:

- Medicatielijsten waren vrij toegankelijk.
- Aan de medicatiekar hing een afvalzakje, dit bevatte medicatie. Dit mag niet.
- Er was geen dubbele controle op risicovolle medicatie.
- Opiaten lagen op een plek die door middel van een loper toegankelijk was, hierdoor kon iedereen erbij, ook onbevoegden.

In 2017 is er aan de volgende punten gewerkt om veiliger met medicatie om te gaan:

- Alle medicatie staat achter slot, inclusief de medicatiemap met deellijsten.
- Opiaten zijn extra beveiligd door middel van een kluis in de verpleegkast.
- Er wordt dubbele controle uitgevoerd en er vindt dubbele aftekening plaats bij risicovolle medicatie.
- Medicatie verdwijnt niet in een afvalzakje maar in daarvoor bestemde afvoerbakken.

Doelen voor 2018:

- De samenwerking met apotheek rondom levering en distributie wordt verbeterd in 2018. De levering geschiedt wel volgens voorschrift, maar de ontvangst is niet altijd in orde. Leverancier vertrekt zonder handtekening bij opiaten en laat medicatie in huiskamer staan zonder toezicht.
- Het aantal MIC- meldingen vergeten te geven/ af te tekenen medicatie is in 2017 135. In 2018 willen we dit terugbrengen tot 50 meldingen.
- Aftekenen lijsten zijn nog wel toegankelijk tijdens delen van medicatie. Deze ligt dan los op de kar of in de huiskamer. Niet altijd onder toezicht. Dit vraagt aandacht in 2018.

2. Decubituspreventie

Aandachtsgebied decubitus

Bevingen uit de LPZ meting van november 2017 geven ten opzichten van 2016 de volgende cijfers weer.

	2016	2017
Decubitus cat 1.	2,6%	7%
Decubitus cat 2.	0,9%	3,5%
Decubitus cat 2. bij	5,3%	4,%

Dit laat een significante verhoging zien. Verklaring hiervoor kan zijn dat er een zwaardere populatie cliënten opgenomen wordt in het verpleeghuis.

Om meer aandacht voor decubitus in het verpleeghuis te krijgen is er het voornemen dat in 2018 twee verpleegkundige een cursus wondzorg gaan volgen.

3. Gemotiveerd gebruik van vrijheid beperkende maatregelen

Aandachtsgebied vrijheid beperkende maatregelen

Bevindingen LPZ meting november 2017 ten opzichten van 2016

	2016	2017
Vrijheid beperkende maatregel	13,8%	75,4%

Uit de eigen registratie (ONS) blijkt dit 16,3% te zijn. Gezien de grote verschillen tussen de LPZ en onze eigen registratie lijkt het aannemelijk dat de vraag bij de LPZ meting door de medewerkers niet goed geïnterpreteerd is.

Omdat de LPZ meting in november 2017 heeft plaats gevonden worden de acties meegenomen naar 2018. Een van deze acties is de analyse van de juistheid van de registraties van middelen en maatregelen. Tevens zal er aandacht moeten komen voor het gebruik van het inzetten van bewegingsmelders.

4. Preventie van acute ziekenhuisopnamen

Deze gegevens zijn nog niet uit het systeem ONS te halen. Vanaf 14-2-2017 is men (na de verhuizing) bezig geweest om het systeem te gaan implementeren bij de medewerkers. Eind 2017 is besloten dat de teams deze gegevens aan afwezigheid zelf gaan registreren in de agenda ONS.

Deze gegevens zijn daarna terug te vinden in de rapportage kamerbezetting.

Voor het verslagjaar 2018 is er de mogelijkheid om deze gegevens in kaart te brengen.

5. MIC Jaarverslag

Het totaal aantal meldingen in 2017 bedroeg : 667 Meldingen. Ter vergelijking in 2016 waren dit 583 meldingen. In 2017 waren er 56 plaatsen en zijn er in totaal 91 bewoners verzorgd.

Uit de registratie is gebleken dat de groei van het aantal meldingen voor een belangrijk deel te verklaren is door het feit dat agressiemeldingen naar medewerkers nu ook ingevuld worden op het MIC formulier op naam van de cliënt in ONS en niet meer op een MIM formulier (melding incidenten medewerkers). Dit betreft een relatief groot aantal meldingen in herhaalde frequentie. (Er zijn b.v. meer dan 20 meldingen over 1 cliënt).

De meldingen van 2017 zijn als volgt onderverdeeld :

Medicatie meldingen 172 (waarvan 135 maal medicatie vergeten door medewerker. 8 meldingen, weigeren door bewoner en 3 maal uit gespuugd). Deze 11 meldingen zijn geen incidenten). Op teamniveau is men gestart met een verbeterplan om medicatie fouten terug te dringen.

Valincidenten: 356 Meldingen(deze meldingen bevatten ook meldingen van valincidenten met een geaccepteerd val risico). Bij drie meldingen was er een ziekenhuisopnamen ten gevolge van de val.

Overige meldingen: 139 Meldingen, waarvan 61 meldingen in verband met gedrag van de bewoner.

Prisma analyse

Er zijn in 2017 2 prisma analyses uitgevoerd door de kwaliteitsmedewerker. De Prisma-analyse is een multidisciplinaire werkwijze waarbij een incident met elkaar ontrafeld wordt om er verbeter- en leerpunten uit te halen.

In 2016 waren er 10 prisma analyses uitgevoerd. Dit kan te maken hebben met de tijdelijke huisvesting in Oosterhout. Cliënten hadden daar meer niet-gecontroleerde vrije bewegingsruimte met meer valincidenten als gevolg. Ook is in 2016 een project Risicosignalering/ Valpreventie uitgevoerd met een neerwaarts effect op het aantal valincidenten door verhoogd bewustzijn en afspraken over geaccepteerd risico.

De verbeterpunten uit de prisma analyse zijn besproken met de teams en daar waar nodig ingevoerd.

Acties gestart in 2017 ten aanzien van melding incidenten:

Er is een nieuwe procedure MIC ontwikkeld en opgestart ten aanzien van melding incidenten cliënten. Maandelijks analyseren de teams meldingen van hun eigen team. Binnen het teamoverleg worden de meldingen besproken en daar waar nodig wordt er een verbeterplan opgesteld.

De teamanalyse en het verbeterplan van het team gaan naar de incidentencommissie. De incidentencommissie beoordeelt het verbeterplan en kijkt naar trends op organisatie niveau. De incidentencommissie verwerkt de organisatietrends en ingezette verbeteracties op organisatieniveau in de directiebeoordeling Resultaten hiervan kunnen in het eerste kwartaal van 2018 zichtbaar worden. Afgesproken is met de zorgteams dat er niet meer gemeld wordt bij een valincident met een geaccepteerd risico. Dit kan niet aangemerkt worden als incident. Wel moet dit gerapporteerd worden in ONS. Wat betreft de medicatie is afgesproken dat er niet gemeld hoeft te worden wanneer een bewoner medicatie weigert of uitspuugt. Dit zijn geen incidenten, echter moet men dit in de rapportage van ONS vermelden. Men is gestart met het ontwikkelen van een medicatieaudit die 4 x per jaar zal plaats vinden op teamniveau.

6. Klachtenregistratie

In 2017 zijn er 12 klachten geregistreerd. 4 klachten betroffen de kwaliteit van zorg (1x bejegening deze klacht kwam 2x binnen door de zelfde fam. en betrof een klacht over de lange wachttijd overgang huisarts /SOG. 1x niet functioneren zusteroproep) 1 x personele bezetting/veiligheidsgevoel, 1x veiligheid, 2x toegangsregeling, 1x service kosten, 1x eigen bijdrage, 1x niet kloppende factuur, 1x kosten dienstverlening. Op alle klachten is er actie ondernomen en daar waar nodig zijn er verbeter maatregelen genomen. Alle klachten zijn afgehandeld veelal bleek een gesprek afdoende te zijn om de klacht weg te nemen.

Deel B: VEILIGHEID WONEN EN WERKEN

Onderwerp	Acties in 2017	Resultaat gemeten 2017 n.a.v. acties	Verbeterpunten 2018 n.a.v. gemeten resultaat	Actiehouder
Basisveiligheid wonen en werken. Brandveiligheid	<p>NEN 2575 norm en NEN norm NTA 8112 deel 6 en NEN 6088 NEN 1838 zijn in de ontruimingsinstallatie en brandmeldinstallatie en de vluchtroute aanduiding van verpleeghuis op orde.</p> <p>Volledige gebruikersvergunning is actueel.</p> <p>De installatie voldoet aan de ARBO-wet artikel 15.</p>	<p>Ontruimingsplan is getoetst door de brandweer en door een veiligheidsdeskundige.</p> <p>Instructie voor de BHV-ers en medewerkers is vastgelegd in het scholingsplan BHV – ontruimen.</p> <p>Nieuwe medewerkers in de zorg ontvangen van de organisatie de basis opleiding BHV/ontruimen bij calamiteiten.</p> <p>Coördinator BHV is verantwoordelijk voor het scholingsplan BHV en preventie en het onderhouden van scholing daarvan door jaarlijks herhalen en oefenen.</p>	<p>Introductie en rondleiding gebouw voor nieuwe medewerkers wordt door de Wijngaerd structureel toegepast.</p> <p>Planners van dienstroosters moeten aandacht houden voor voldoende opgeleide medewerkers BHV bezetting per gebouwdeel.</p> <p>Overzicht status herhalen BHV taken is voor iedere BHV er gelijk opgeleid</p> <p>Gezamenlijk ontruiming/calamiteitenplan voor het gehele complex waar verpleeghuis Wijngaerd onderdeel van is, inclusief aanleunwoningen – gezondheidscentrum Vierendeel</p>	<p>Coördinator BHV / ARBO Preventieteam de Wijngaerd</p>
	<p>Compartimentering brandscheidingen zijn ingericht volgens norm bouwbesluit.</p> <p>Voordeur per woning kan alleen voor geaccrediteerde personen worden geopend met een Tag.</p> <p>Hoofdingang is van de Wijngaerd na 19.00 uur tot 06.30 uur ter bescherming van bewoners en medewerkers gesloten.</p> <p>Niet geaccrediteerde personen vragen toestemming de woning te betreden.</p> <p>BOPZ norm voor veilig wonen is getoetst door de BOPZ commissie.</p>	<p>Instructie voor het toezicht deuren beleid bij calamiteiten en ter bescherming van de woon en leefomgeving van de bewoners vastgelegd.</p> <p>De BOPZ richtlijnen worden per woning door de medewerkers gegeven aan mantelzorgers – vrijwilligers en nieuwe medewerkers of bezoekers.</p> <p>Brandweer en andere hulpverleners en preventieteam leden van de Wijngaerd zijn geïnstrueerd en geïnformeerd over de gebouwrichting door de coördinator BHV en preventie team.</p>	<p>Deuren beleid bewust bij gebruiker. Project leef cirkels</p> <p>Leef cirkels altijd voldoende alert door medewerkers.</p> <p>Toezicht op de hoofdingang is tussen 17.00 uur en 19.00 uur gegarandeerd.</p>	<p>Coördinator BHV / ARBO Preventieteam de Wijngaerd</p>
	<p>De ontruimingsprocedure is voorzien in een horizontaal en verticaal evacuatieplan.</p> <p>Verzamelaanplaatsen horizontaal zijn in compartimentering gegarandeerd.</p> <p>Verticaal zijn de vluchtrappen voldoende breed op basis van de richtlijnen van het bouwbesluit, en ook met evac-chair per gebouwdeel ingericht om niet redzame cliënten te begeleiden.</p> <p>Vluchtroutes zijn vrij van obstakels</p>	<p>In het ontruimingsplan en op de platte gronden en alarminstructiekaart per bouwlaag en gebouwdeel informatie met betrekking tot vluchten horizontaal en verticaal verstrekt.</p>		<p>Coördinator BHV / ARBO Preventieteam de Wijngaerd</p>

Deel B: VEILIGHEID WONEN EN WERKEN

Onderwerp	Acties in 2017	Resultaat gemeten 2017 n.a.v. acties	Verbeterpunten 2018 n.a.v. gemeten resultaat	Actiehouder
	<p>NEN 4000 bedrijfshulpverlening wordt toegepast op basis van de Risico Inventarisatie & Evaluatie. (RI&E) De werkgever heeft de uitvoering voor advies verbetering arbeidsomstandigheden en de bedrijfshulpverlening gedelegeerd aan de BHV coördinator/preventieteam.</p> <p>De RI&E is actueel voor de Wijngaerd, en door een veiligheidsdeskundige getoetst.</p> <p>De procedure voor het melden van incidenten of bijna incidenten (MIM) is vastgelegd.</p>	<p>BHV plan wordt jaarlijks geoefend. BHV taken zoals het blussen van een kleine brand – reanimeren met een AED apparaat en verbinden van wonden, worden in deze jaarlijkse oefening herhaald en getraind.</p> <p>Het ARBO jaarplan wordt actueel ingevuld en met een stappenplan vertaald op basis van de RI&E door het preventieteam van de Wijngaerd.</p> <p>jaarlijks oefeningen is Bedoeld om BHV-ers te instrueren op tekenen tijdens calamiteiten en of ontruimen.</p> <p>Certificering van BHV-ers wordt continu onderhouden en gedocumenteerd.</p>	<p>Jaarplan ARBO 2018 op basis van de Risico Inventarisatie RI&E in stappen vertaald naar een actieplan.</p> <p>De actiepunten zijn in de RI&E benoemd. Veiligheid structureel als onderdeel van het werkoverleg is nog niet bij alle teams ingevoerd.</p> <p>Preventie door preventieteam leden continu bij medewerkers onder de aandacht houden binnen de gehele organisatie van de Wijngaerd wordt vast onderdeel van de calamiteitenprocedure.</p> <p>MIM formulier moet worden aangepast. Actiehouder na het melden MIM van een bijna incident of een incident door een medewerker is op het verbeterbord niet duidelijk</p>	<p>Coördinator BHV / ARBO Preventieteam de Wijngaerd</p>
	<p>Door het beleidsteam is op advies van de BHV coördinator en het preventieteam een procedure voor het melden van storing 24/7 vastgelegd.</p>	<p>Storing meld procedure is vastgelegd in het kwaliteit handboek 24/7 beschikbaar.</p> <p>Interne en externe actiehouders voor het oplossen van storingen zijn hierover geïnstrueerd.</p> <p>Actie en reageertijden voor het oplossen van storingen zijn vastgelegd in de onderhoud overeenkomst(en)</p>	<p>In de onderhoud contracten moet nog nadrukkelijker worden vastgelegd welke functionarissen bevoegd zijn reparaties in opdracht te geven.</p> <p>Niet alle te onderhouden onderdelen zijn al benoemd in een onderhoudcontract.</p> <p>De beoordeling acuut of niet acuut op te lossen storing moet daarmee voor alle betrokkenen duidelijker worden.</p> <p>Noodstroomvoorziening is nog niet geregeld in de Wijngaerd.</p>	<p>Coördinator BHV / ARBO Preventieteam de Wijngaerd</p>
Meldingen Incidenten Medewerkers (MIM)	<p>De MIM meldingen. De procedure houdt in dat ARBO coördinator MIM meldingen communiceert met bestuurder en preventieteam leden.</p> <p>Actie houder n.a.v. de MIM melding is op basis van de aard van de melding divers.</p> <p>Communicatie verbeterplan wordt terug gekoppeld aan de melder. In het preventieteam overleg wordt de verbeteractie geëvalueerd en geborgd in kwaliteit handboek werkinstructie.</p>	<p>3 x MIM meldingen 2017</p>	<p>Actie MIM. Helpen van bewoners bij het opstaan is er een model fauteuil in hoogte aangepast en het zitkussen van in de zithoek woning "Boerenhoek" geplaatst.</p> <p>Actie MIM. hoogte en de zitkussens zijn nog te lang.</p> <p>Actie MIM. Beleid ontwikkelen bescherming medewerkers infectie n.a.v. bijtincident van de hond bij cliënt thuis.</p>	<p>Coördinator BHV /ARBO Preventieteam de Wijngaerd</p>

Deel B: VEILIGHEID WONEN EN WERKEN

Onderwerp	Acties in 2017	Resultaat gemeten 2017 n.a.v. acties	Verbeterpunten 2018 n.a.v. gemeten resultaat	Actiehouder
Risico Inventarisatie & Evaluatie (RI&E)	Werkgever is verplicht een risico – inventarisatie en evaluatie te laten uitvoeren. Veilig werken is in 2017 geïnventariseerd en vastgelegd voor de gerenoveerde locatie na ingebruikname in een risico inventarisatie en evaluatie. RI&E. RI&E is getoetst door een veiligheidsdeskundige.	De RI&E van de Wijngaerd heeft resulteert in 14 actiepunten. Per actiepunt wordt een plan van aanpak voor verbetering opgepakt door het preventieteam.	Het preventieteam wordt daarvoor in stelling gebracht. Samen met de directie en de OR wordt door het preventieteam een ARBO jaarplan ontwikkeld. Prioriteitstelling van de actiepunten gezamenlijk met personeel vertegenwoordiging – directie en preventie team vast stelle	Coördinator BHV /ARBO Preventieteam de Wijngaerd directie en personeel
Voedselveiligheid	Het beleid van de hygiëncode voor de voedingsverzorging in kleine woonvormen is dan ook beschikbaar gesteld door de Wijngaerd en geïnstrueerd door de coördinator HACCP aan de aandacht functionarissen “eten & drinken” van de teams.	Op basis van het beleid van de voedingsverzorging in kleine woonvormen is een interne audit ontwikkeld ter controle van de handhaving van de hygiëne maatregelen bij de productie van de maaltijden. Het kwaliteit en preventieteam van de Wijngaerd ontvangen de resultaten van deze interne audit en stellen een actieplan op.	Actiepunten uit de audit per woning worden vastgelegd in het auditrapport en worden geëvalueerd op naleving. Communicatie voedselveiligheid ook borgen in proces participatie assistentie voedselbereiding in de huiskamer per woning	Coördinator BHV / ARBO Preventieteam de Wijngaerd/ Kwaliteit team
Legionella beheer	De facilitair coördinator heeft het beheer van het legionella handboek gedelegeerd aan de huismeester van de Wijngaerd. De instructie preventie legionella door het wekelijks extra spoelen van alle water tappunten is per gebouwdeel en per etage gedelegeerd aan de medewerker huishoudelijke dienst.	1 x per half jaar wordt een audit uitgevoerd met een analyse van de monsters van het drinkwater op diverse tappunten door een door een bedrijf met BRL 6010 certificering.	Norm overschrijdingen op basis van een monster analyse worden door de facilitair coördinator gemeld aan de inspectie leefomgeving en transport. (ILT) Beheer en gebruiksmaatregelen van watertap punten moeten op basis van een plan van aanpak worden uitgevoerd.	Coördinator BHV / ARBO Preventieteam de Wijngaerd/ Kwaliteit team
Hygiënisch werken	De werk instructie voor hygiënisch werken zijn organisatie breed benoemd. Instructie handen wassen en dragen van sierraden. Instructie dienstkleeding. Instructie veilig opslaan van levensmiddelen. Hygiënisch en professioneel schoonmaken. enz.	Werkinstructies hygiënisch werken worden door middel van audits door de leden van de preventie commissie uitgevoerd en getoetst. Resultaten worden terug gekoppeld in het preventieteam overleg en aan de kwaliteit commissie van de Wijngaerd.	Op basis van de audit worden wel/niet maatregelen genomen om het gewenste resultaat voor een hygiënische leef en woonomgeving in het verpleeghuis van de Wijngaerd te realiseren of te handhaven Aandacht voor persoonlijke hygiëne en aandacht voor naleven protocol dienstkleeding wordt met herhaling gecorrigeerd naar aanleiding van de interne audit.	Coördinator BHV / ARBO Preventieteam de Wijngaerd/ Kwaliteit team
Hygiënisch werken	Bewoner naar eigen wens een schone leefomgeving geboden. Bed en bad linnen wordt door de organisatie vakkundig en volgens de hygiëne richtlijnen frequent gereinigd.	De instructie voor de reiniging en onderhoud is vastgelegd in de taken van de huishoudelijk medewerker. De bewoner toetst de mate van tevredenheid over deze dienstverlening de woning.	Op basis van de audit worden wel/niet maatregelen genomen om het gewenste resultaat voor een schone leef en woonomgeving te realiseren of te handhaven.	Coördinator BHV / ARBO Preventieteam de Wijngaerd/ Kwaliteit team

Deel B: VEILIGHEID WONEN EN WERKEN

Onderwerp	Actie	Resultaat gemeten 2017	Verbeterpunten 2018	Actiehouder
Wifi bereik	Plan van eisen renovatieopdracht 2017 verpleeghuis	Status verslag oplevering 2017 /garantiepunten	Voor de zorgwoningen functioneert het zorgoproepsysteem VSS en het telefoneren intern en extern via het Mytel systeem <i>(beide systemen door een Wifi verbinding)</i> WiFi bereik meten en op basis van het plan van eisen in het verpleeghuis op orde houden.	Bestuurder/facilitair coördinator
Klimaat beheersing	Plan van eisen renovatieopdracht 2017 verpleeghuis	Status verslag oplevering 2017 /garantiepunten Klachten over de luchtbehandeling installatie in 2017 voor kantoor werkruimte.	Onderhoud aan de luchtbehandeling installatie medewerkers kantoren opgepakt en uitgevoerd. Huidig systeem luchtbehandeling levert daardoor geen klachten meer op in de zorg woningen. De werkruimte kantoren administratie zijn te warm. De luchtbehandeling installatie biedt daarvoor niet het gewenste resultaat.	Bestuurder/facilitair coördinator
Bewegings Vrijheid cliënten	Project Leefcirkels	Er zijn elektronische voorzieningen aangebracht voor het verlenen van maximale bewegingsvrijheid per cliënt.	In 2018 zal een project Leefcirkels worden uitgevoerd. Doelstelling is om de behoefte van de cliënten in beeld te brengen, zodat het systeem hierop kan worden ingericht.	Bestuurder/facilitair coördinator/ werkgroep Leefcirkels
Woon en werkcomfort	Plan van eisen inrichten woningen 2017 verpleeghuis	Woonomgeving ingericht op basis advies Breincollectief	Belevingsruimte per woning niet op orde en onvoldoende in gebruik	Facilitair Coördinator / Medewerkers woningen

4.4 Thema leren en verbeteren van kwaliteit

4.4.1 Kwaliteitsmanagementsysteem

In oktober 2017 is het kwaliteitsmanagementsysteem (ISO 9001:2008 TÜV Rheinland Nederland B.V.) van de Wijngaerd gecontroleerd. Het betrof een zgn. 2^e controle onderzoek voor verlenging van het certificaat voor “ *het bieden van huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, persoonlijke verpleging, dagverzorging – dagbehandeling, begeleiding en verblijf*”.

De auditrapportage is gebaseerd op steekproefsgewijze toetsing van processen en informatie. De informatie die is gebruikt is gebaseerd op waargenomen feiten. Dit is door de leadauditor tijdens de sluitingsbijeenkomst bevestigd.

Conclusie auditrapportage: De Wijngaerd heeft in de afgelopen 2-3 een transitie meegemaakt van klassiek verzorgingshuis naar een woon-zorgcentrum met kleinschalig wonen voor mensen met PG-en somatiek problematiek. De Wijngaerd beschikt over een effectief kwaliteitsmanagementsysteem gebaseerd op de ISO 9001:2008. In de komende jaren wil de organisatie het KMS gaan inrichten op de ISO 9001:2015 norm en het normenkader van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Het huidige uitgebreid gedocumenteerde KMS wordt nu kritisch onder de loep genomen, waarbij een efficiency slag gemaakt zal worden, zodat het blijft passen bij de veranderde organisatie. De PDCA-cyclus is op de verschillende niveaus van de organisatie zichtbaar ingeregeld.

Het 2^e controle onderzoek van het KMS is met een positief resultaat afgerond. De geldigheid van het certificaat is verlengd tot oktober 2018.

De Wijngaerd heeft het voornemen om in 2018 over te gaan op certificering op grond van de vernieuwde ISO norm 9001: 2015.

4.4.2 Project Verbetering Kwaliteit Verpleeghuiszorg

Leren en verbeteren van kwaliteit gaat over de wijze waarop de zorgverlener en de zorgorganisatie zich gezamenlijk ontwikkelen tot ‘lerende organisatie’, daarbij gebruik makend van de best beschikbare kennisbronnen.

In 2017 is een formele start gemaakt met het project Verbetering Kwaliteit Verpleeghuiszorg van het VWS programma Waardigheid en Trots binnen De Wijngaerd. Met behulp van een primair proces coach en een strategisch coach vanuit het programma W&T is een plan van aanpak gemaakt om te werken aan duurzame verbetering van de kwaliteit van verpleeghuiszorg binnen De Wijngaerd.

Er zijn in 2017 verschillende acties in gang gezet vanuit onderstaande vijf belangrijke pijlers vanuit het programma:

- Pijler 1 Samenwerking met cliënt, informele- en formele zorg
- Pijler 2 Veilige zorg
- Pijler 3 Meer ruimte voor professional
- Pijler 4 Bestuurlijk leiderschap
- Pijler 5 Openheid en transparantie



Hetgeen in 2017 binnen dit programma is uitgevoerd om een antwoord te geven op de uitdagingen van De Wijngaerd kan beknopt als volgt worden weergegeven;

- De in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg genoemde mijlpalen, die voor 01 juli 2017 gerealiseerd moesten zijn, zijn allen behaald. Het gaat hierbij om:
 - Vanaf 01 juli beschikt iedere nieuwe cliënt binnen 24 uur over een voorlopig zorgleefplan, dat uiterlijk zes weken na opname definitief moet zijn
 - Vanaf 01 juli is de verantwoordelijkheid voor het opstellen van een zorgleefplan belegd bij een verzorgende van tenminste niveau 3
 - Indicatoren over de basisveiligheid worden uiterlijk 01 juli volgend op het verslagjaar aangeleverd bij de open database van het Zorginstituut
 - Elke zorgorganisatie heeft een incidentencommissie
 - Elke verpleeghuisorganisatie heeft in de loop van 2017 een kwaliteitsplan opgesteld
 - Elke verpleeghuisorganisatie verzorgt jaarlijks voor 01 juli een kwaliteitsverslag
 - Elke verpleeghuisorganisatie maakt uiterlijk 01 juli deel uit van een Lerend Netwerk met tenminste twee andere collega zorgorganisaties

Daarnaast zijn parallel aan het Waardigheid en Trots programma de volgende kwaliteitsverbeteringen doorgevoerd:

- Het programma Care Rate is ingevoerd om kort cyclisch de tevredenheid van de bewoners en diens naasten te kunnen meten en monitoren. Het voordeel van dit systeem is dat er continu aandacht is voor de bewonerstevredenheid en er sneller gereageerd kan worden door de kleinschalige teams op signalen van onvrede.
- In 2017 is in het kader van het traject zelforganisatie van het werk op teamniveau gekeken naar de visie op de eigen regie van de bewoner en de participatie van familie. De visie daarop is op teamniveau besproken en vastgelegd in teamboekjes waarin beschreven staat wat bewoners van de medewerkers mogen verwachten en wat de collega's onderling van elkaar verwachten.
- Om cliënten in de toekomst nog beter en sneller van de juiste informatie en ondersteuning te kunnen voorzien wil De Wijngaerd één centrale voordeur organiseren in de vorm van een cliënt servicebureau. Er is een visie geschreven en een plan ontworpen om hier in 2018 verdere uitwerking en invulling aan te geven.
- De Wijngaerd is in 2017 wederom geaudit door KIWA en heeft haar ISO certificatie behouden. Er is het gehele jaar door gewerkt aan het verder optimaliseren van het kwaliteitsmanagementsysteem en het document beheer systeem (plancare) om het primair proces nog beter te kunnen ondersteunen. Wat hierbij van groot belang is, is dat er binnen De Wijngaerd verder gebouwd wordt aan een veilig werk- en leerklimaat waar ruimte is voor het leren en verbeteren naar aanleiding van meldingen en klachten. Er is ruimte voor het continu aanpassen van processen en plannen om de kwaliteit van zorg te blijven verbeteren. Om dit te kunnen ondersteunen is in 2017 een begin gemaakt met het anders beleggen van de kwaliteitsbewaking. De medewerkers in het primair proces krijgen meer dan voorheen een belangrijke taak in het bewaken van kwaliteit van zorg, passend bij hun eigen professie. Zij krijgen daarbij coachende ondersteuning en worden gefaciliteerd in het meten, monitoren, verbeteren en borgen van de kwaliteit van zorg en veiligheid van de bewoners. Daar waar dit eerder veelal centraal belegd was, wordt dit nu vooral in de teams zelf belegd. In 2017 is gestart met een periodiek overleg van alle kwaliteitsbewakers waarin zij ondersteunt worden in het vorm en inhoud geven aan deze nieuwe rol binnen het team.

- De Wijngaerd heeft in 2017 een belangrijke start gemaakt met de ontwikkeling van een gedegen en stabiele medewerker mix in relatie tot de zorgzwaarte en zorgbehoefte van de bewoners. Er is vergelijkend onderzoek gedaan en gekeken naar de landelijke kaders en uitgangspunten. Op basis van de verkregen informatie wordt in 2018 een “Wijngaerd norm” ontwikkeld en verder ingevuld.
- Binnen De Wijngaerd is er sprake van een kanteling in de organisatiestructuur in lijn met het principe van integrale doorvoering van zelforganisatie van het werk. In 2017 heeft dit geresulteerd in het verder uitwerken en concretiseren van de visie op de structuurwijziging. De wijziging raakt alle lagen van de organisatie. De bestuurder heeft de visie consequent uitgedragen en vertaald naar meerjarenbeleid. In 2017 is een aanzet gemaakt voor verdere vertaling van de visie naar een beschrijving van taken en rollen van de ondersteunende diensten, met het doel deze nog meer faciliterend te laten zijn aan primaire zorgproces. Passend bij de gewijzigde organisatiestructuur is er in 2017 gestart met een andere overlegstructuur, waarbij de uitvoerende teams kunnen terugvallen op het operationeel team. Het operationeel team kan voor overstijgende zaken terecht bij het beleidsteam. In dit laatste gremium wordt ontstaat in overleg met de bestuurder nieuw beleid.
- Naast alle bovenstaande zaken heeft De Wijngaerd gewerkt aan het ontwikkelen van een kwaliteitsplan, op basis waarvan er over het jaar 2017 een verslag zal volgen. Het kwaliteitskader verpleeghuiszorg is daarin leidend geweest. De Wijngaerd voldoet aan de uitgangspunten van dit kader en zal vele ingezette acties in 2018 vervolgen om de kwaliteit van zorg duurzaam te verbeteren.

4.4.3. Zelforganiserende teams en teamboekjes

Per 1 januari 2017 is de Wijngaerd gestart met het invoeren van het werken met zelforganiserende teams. De zelforganiserende teams kunnen de (cliëntgerichte) zorg- en werk-processen zelf- standig organiseren, bewaken en verbeteren. Zelforganisatie is geen doel op zich, maar moet helpen om voldoende flexibel en innovatief te kunnen zijn en snel invulling te kunnen geven aan de (veranderende) wensen van de cliënt(en).

De teams hebben ieder 6 coachingsbijeenkomsten gehad waarin zij als team hun teamboekje hebben gevuld. De teamboekjes zijn voor ieder team het uitgangspunt waarin de visie en de inspanningsverplichtingen waaraan de leden van het team zich hebben verbonden staat beschreven. De indeling van de teamboekjes ziet er als volgt uit:

- Doelgroepomschrijving
- Visie op zorg
- Vertaling van de visie in het dagelijks werk
- Taak/rolverdeling
- Ondersteuning
- Sturen, communiceren/reflecteren
- Verantwoording afleggen
- Rol beschrijvingen
- Wijngaerd kaders
- Verbeterplannen
- Teamselfie (meting naar functioneren als team)

Vanaf juli 2017 zijn de teams met de vastgelegd rollen en werkwijze onder begeleiding van de interne coach aan de slag gegaan. De nadruk lag hierbij op taakvolwassenheid, efficiënt vergaderen, cyclisch werken.

Het team van de counter is vanwege interne problemen uit deze cyclus gehaald. Daarnaast is er middels gesprekken aandacht geschonken aan de ondersteunende diensten in het kader van zelforganiserend werken.

Doel voor 2018:

- Evaluatie van het proces zelforganiseren Q1 2018
- Uitvoeren van verbeteracties n.a.v. de evaluatie Q2 Q3 2018
- Verder ontwikkelen en verbeteren van het systeem van evalueren en verbeteren.
- Teamontwikkeling van de teams van fase 2 naar 3 Volgens het fasenmodel voor teamontwikkeling van Hersey en Blanchard
- Onderzoek naar een dashboard waardoor de teams de juiste stuurinformatie krijgen.
- Verbeteren van het werken met het teamboekje.
- Ontwikkeling en groei van de medewerkers binnen de vastgelegd rollen van planner, kwaliteitsbewaker en de aandachtsfunctionaris voeding.
- Welzijn is een belangrijke pijler in het Kwaliteitskader en zal ook binnen de Wijngaerd een speerpunt voor 2018 worden. De rol van Welzijn in het team moet beschreven worden.

4.4.4 Lerend netwerk

In 2017 is er een werkgroep HRM opgericht bestaande uit de adviseurs P&O en de praktijkopleiders/opleiders van de drie organisaties van het lerend netwerk (de Wijngaerd, het Hoge Veer, Zorgplein Maaswaarde). Opdracht van de werkgroep is een uitwisselingsproject uit te zetten voor medewerkers om mee te lopen met een collega van een van de twee andere organisaties uit het lerend netwerk.

4.4.5 Opleiding en bijscholing

Naast de reguliere scholing naar verzorgende niveau 3/MMZ, verpleegkundige niveau 4 en 5 van zowel in- als externe kandidaten via de BBL-leerweg, hebben we in 2017 verzorgenden niveau 3 opgeleid richting GVP.

De werkbegeleiders zijn in 2017 geschoold en getraind ter verbetering van de kwaliteit van de werkbegeleiding met als doel leerlingen op te leiden tot professionele zorgverleners. Ook is een aantal werkbegeleiders (4) in 2017 geschoold als praktijkbeoordelaar.

Eind 2016 is het werken met Omaha ingevoerd waarmee de aandachtsgebieden en het zorgproces van de cliënt in kaart worden gebracht. De medewerkers zijn geschoold op het werken met dit systeem. In 2017 zijn twee medewerkers per team extra getraind op het gebied van klinisch redeneren via Omaha.

Alle zorgverleners binnen de Wijngaerd dienen bevoegd en bekwaam te zijn. Jaarlijks worden via e-learning en praktijktoetsen de medewerkers geschoold en getoetst op structureel voorkomende handelingen.

Hoofdstuk 5 Kwaliteitsverslag randvoorwaardelijke thema's

5.1 Leiderschap, governance en management

In 2017 is door de Raad van toezicht en de directeur-bestuurder van de Wijngaerd gewerkt aan de implementatie van de Governancecode Zorg 2017. De directeur-bestuurder heeft op 16 maart 2017 deelgenomen aan een landelijk congres over de introductie van de nieuwe governancecode. De Wijngaerd is een moderne zorgaanbieder. Als maatschappelijke onderneming willen wij transparant, klantgericht en zakelijk verantwoord werken aan onze maatschappelijke doelstellingen vanuit de wens om zo transparant mogelijk te opereren.

5.1.1 Raad van Bestuur / Directie

Stichting de Wijngaerd hanteert de Zorgbrede Governance Code 2017 en heeft deze verankerd in de statuten. Deze code bevat gedragsregels voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording. Dit dient transparant te worden gemaakt door informatie te verstrekken over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden en de wijze waarop deze zijn verankerd. Samenstelling en bezoldiging Raad van Bestuur / Directie.

Naam	Hr of Mw	Functie	Periode
B.J. Vos	Hr.	Directeur-bestuurder	01-01-2017 / 31-12-2017

5.1.2 Raad van Toezicht

Samenstelling Raad van Toezicht

Naam	Hr / Mw	Functie	Periode	Nevenfuncties
J.W.H. van den Noort	Hr.	Voorzitter	02-04-2017 / 31-12-2017	Penningmeester Vrienden van de Harmonie St Ceacilia Bestuurslid Stichting met beperking
F.F. van Meerwijk	Hr	Wvd Voorzitter Vice Voorzitter	01-01-2017 / 01-04-2017 02-04-2017 / 31-12-2017	Geen
F.v. Disseldorp	Hr	Lid	01-01-2017 / 01-07-2017	Geen
D. Wesseling	Mw	Lid	01-07-2017 / 31-12-2017	Geen
S. de Pijper	Mw	Lid	01-01-2017 / 16-06-2017	Geen

M. van Leen	Hr	Lid	05-12-2017 / 31-12-2017	Docent opleiding wond- en decubitus consulent ErasmusMC Lid stuurgroep Platform Woundcare Lid redactie CME-online
-------------	----	-----	-------------------------	--

Aangezien vrijwel alle leden en ook de voorzitter van de Raad van toezicht in (de loop van) 2017 afscheid namen, is er in 2017 drie keer een sollicitatieprocedure gehouden om nieuwe leden te werven. Per 2 april 2017 is de heer drs. J.W.H. van den Noort aangesteld als de nieuwe voorzitter van Raad van toezicht. Daarna volgden per 1 juli 2017 mw. drs. D. Wesseling als nieuw lid/secretaris en per 5 december 2017 de heer dr. M.W.F. van Leen als nieuw lid.

Invulling naleving Governance code Zorg 2017

De Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur hebben in reglementen geborgd dat ieder overeenkomstig hun wettelijke en statutaire taken verantwoordelijk zijn voor de governance van de organisatie. Er wordt actief en in samenspraak gewerkt aan de naleving van de code. Het is onderwerp van de overlegagenda. In 2017 heeft een evaluatie plaatsgevonden van het functioneren van de bestuurder door de Raad van Toezicht.

Toezihtvisie:

De leden van Raad van toezicht van St. De Wijngaerd hechten er waarde aan om proactief en onafhankelijk toezicht te houden op de uitgangspunten van de zorgorganisatie en op de uitvoering van de hieruit volgende beleidsdoelen. Daarnaast vindt de Raad van toezicht het belangrijk dat De Wijngaerd als kleine, onafhankelijke organisatie behouden blijft voor de gemeente Drimmelen. Met proactief toezicht wordt hier bedoeld dat de Raad van toezicht vooraf aangeeft wat zij belangrijk vindt en op welke wijze zij toezicht wil houden: de Raad van toezicht vindt het belangrijk dat zij toezicht houdt op zowel het functioneren van systemen als het handelen van mensen in de zorgorganisatie. Daarbij wordt niet alleen gekeken naar de zgn. ‘harde’ factoren die concreet en meetbaar zijn maar ook naar de zgn. ‘zachte’ factoren die meet te maken hebben met hoe mensen iets ervaren. De Raad van toezicht bevordert dit proactief toezicht door zich uitgebreid te laten informeren (actief en passief) door zoveel mogelijk relevante (onafhankelijke) informatiebronnen binnen en buiten de zorgorganisatie. Met onafhankelijk toezicht wordt hier bedoeld dat de Raad van toezicht het toezicht eigenstandig voorbereidt, inricht, uitvoert en evalueert. Goede informatievoorziening en een goede samenwerking met de Raad van Bestuur (RvB) zijn hierbij essentieel. De Raad van toezicht verwacht van de RvB dat zij vroegtijdig bij (strategische) beslissingen en ontwikkelingen en bij strategievorming wordt betrokken en op tijd voorzien wordt van alle relevante informatie. De Wijngaerd is een relatief kleine organisatie die zich primair richt op de bewoners van de gemeente Drimmelen. De Raad van toezicht vindt het belangrijk dat ook in de toekomst De Wijngaerd behouden blijft als onafhankelijke zorginstelling die haar basis heeft in de lokale dorpsgemeenschap.

5.1.3 Risicoprofiel

De Wijngaerd hanteert een risicoregister, op basis waarvan in dialoog tussen de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht een inschatting en prioritering van bedrijfsrisico's plaatsvindt. De hieruit opgestelde risicomatrix geeft richting aan beheersingsmaatregelen. In

2017 zijn als voornaamste risico's aangegeven de risico's van de renovatie (aspecten tijd, kwaliteit, financiering) en het voldoen aan de nieuwe kwaliteitsnormen voor de uitvoering van WLZ / Verpleeghuiszorg. Voor de risico's van de renovatie is vooraf in 2015 een specialistische risico-analyse opgemaakt door extern bouwadviseur BBC Bouwmanagement in 2015. Geconcludeerd kan worden dat de risico's van (tijds) oplevering en kwaliteit van het opgeleverde product behaald zijn; de budgettaire randvoorwaarden zijn ruim overschreden. Dit heeft tot gevolg gehad dat in 2017 een grote bestuurlijke inspanning moest worden geleverd voor extra financiële ondersteuning voor continuïteit van de bedrijfsvoering.

Het tweede risico was het voldoen aan de gestelde eisen van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Hiervoor gelden in 2017 een aantal deadlines die voor 01 juli 2017 uitgevoerd moesten zijn. De Wijngaerd heeft gebruik gemaakt van ondersteuning vanuit het landelijk VWS-programma Waardigheid en Trots. In 2017 is aan alle kwaliteitseisen voldaan.

5.2 Personeelssamenstelling

5.2.1 Formatieanalyse personeelsnorm

Op 20 december 2016 is een Personele Positie Bepaling (hierna; PPB) uitgevoerd door Adviesbureau Dageraad in het kader van het programma Waardigheid en Trots. Met de 'Personele positiebepaling WLZ Ouderenzorg' wordt een foto geleverd van de personele situatie van de organisatie en de wijze waarop de personele factor bestuurd wordt in relatie tot de kwaliteit van zorg. Dit rapport beschrijft dus de 'IST' situatie van de personele samenstelling aan het begin van het verslagjaar 2017.

Dageraad is om advies gevraagd om een advies uit te brengen omtrent de bestaande en de gewenste contractuele fte's en de functiemix van 7 verpleeghuisteam, gebaseerd op de samenstelling van cliëntpopulatie per team (ZZP-mix).

De praktijksituatie bij de Wijngaerd is vergeleken met 10 andere, qua omvang en cliëntenpopulatie vergelijkbare instellingen ('de vergelijking').

Onderstaand een aantal aandachtspunten uit de PPB-rapportage en de aanbevolen verbeteracties.

A. Vrij veel medewerkers hebben een tijdelijk contract, ook/ voornamelijk bij cruciale en schaarse functies zoals Verzorgende IG en verpleegkundige.

- Het aannamebeleid is recent aangepast (niet meer eerst een tijdelijk contract).

B. Gemiddeld is sprake van een lagere schaalmix en lagere functiemix dan de benchmark.

> Wijngaerd heeft een andere schaalmix dan de vergelijking: meer fte in de schalen 15 – 25.

> meer fte in schaal 35.

> minder fte in de schalen 40 - 55.

> een vrij groot aandeel van de verzorgenden is niet IG (60% niet IG, 40% wel IG).

> de functiemix binnen functiecategorie 1 (Leveren van zorg en ondersteuning in het verpleeghuis) wijkt iets af van de vergelijking. Bij de Wijngaerd is voornamelijk sprake van meer helpenden en leerlingen en minder verpleegkundigen. De huidige schaalmix van de verschillende intramurale teams is divers.

C. Het afgelopen jaar is er vrij veel in-, door- en uitstroommobiteit/dynamiek geweest. Dus vrij veel wisselende gezichten en mogelijk 'onrust' in teams?

Voor de instroom is hoger dan de vergelijking. Dit is in mindere ook het geval voor de uitstroom. Vooral bij de (zorg)teams is sprake van vrij veel dynamiek, ook van doorstroom.

D. Gemiddeld is bij De Wijngaerd sprake van vrij veel fte's per cliënt maar van een 'lager' niveau in relatie tot de vergelijking.

Het aantal cliënten is met 57 op totaalniveau gelijk gebleven. De cliëntmix verandert iets. Bijvoorbeeld minder cliënten met zzp 4 zonder behandeling en meer cliënten met zzp 5 inclusief behandeling. Kortom; het aantal cliënten blijft gelijk, de zorgzwaarte neemt toe. De gemiddelde fte/ cliënt ratio van de intramurale zorg voor functiecategorie 1 (Leveren van zorg en ondersteuning in het verpleeghuis) bedraagt 0,84. Gemiddeld bedraagt dit bij de vergelijking 0,70. Kortom; bij De Wijngaerd is gemiddeld sprake van meer FTE per cliënt dan de vergelijking.

E. Naar horen zeggen is de beleving van (sommige?) teams dat sprake is van een krappe bezetting. Dit strookt niet met de uitkomst van het cliëntwaarderingsonderzoek en hetgeen in bovenstaand punt is aangegeven.

Uit het cliëntwaarderingsonderzoek. Blijkt dat 'Beschikbaarheid personeel' bij De Wijngaerd positiever wordt beantwoord dan in de landelijke spiegel. Het mogelijke gevoel van medewerkers dat sprake is van een 'krappe bezetting' komt niet overeen met deze score van de cliënten. Bovenstaande ligt in lijn met het voorgaande punt.

De eerste stap was het voor 01 juli 2017 voldoen aan de (tijdelijke) norm van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. De Wijngaerd heeft voldaan aan de gestelde eis om voor 01 juli 2017 de personele samenstelling te publiceren op de website in het document *Kwaliteit Personeelssamenstelling Verpleeghuisafdelingen van de Wijngaerd.* (<https://www.dewijngaerd.nl/pdf/Kwaliteit-Personeelssamenstelling-010717.pdf>)

In juli 2017 is met ondersteuning van het project Waardigheid en Trots de werkgroep teamsamenstelling opgericht. Opdracht: de bestuurder adviseren over de samenstelling van de teams op de woningen waarmee de noodzakelijke en gewenste zorg gewaarborgd is onder zo optimaal mogelijke werkomstandigheden. De werkgroep heeft in samenspraak met de planners in de loop van 2017 een aantal kaders ontwikkeld voor de kwantitatieve en kwalitatieve teamsamenstelling en de werkprocessen rondom planning. Uitgangspunten voor de kaders zijn o.a. de richtlijnen van het kwaliteitskader, de visie van de Wijngaerd op zorg en zelforganiserende teams.

De ambitie voor 2018 is het volgen van de ontwikkelingen van de personeelsnorm verpleeghuiszorg en hieraan vanuit de tijdelijke norm invulling te geven.

De Wijngaerd is lid van de regionale arbeidsmarktorganisatie Transvorm om vanuit regionale samenwerking in te spelen op het voorzien in voldoende goed opgeleid personeel in een krappere wordende arbeidsmarkt.

5.3 Gebruik van hulpbronnen

5.3.1. Infrastructuur

Op 13 februari 2017 is de gerenoveerde infrastructuur van het verpleeghuis opgeleverd. De Cliënten zijn op 14 en 15 vanuit de tijdelijke huisvesting in Oosterhout terugverhuisd naar hun nieuwe woning. De verhuizing is uitgevoerd zoals gepland in het draaiboek en voor de cliënten rustig en zonder incidenten verlopen. De verhuizing is gebruikt voor het formeren van nieuwe teams en cliëntsamenstelling. De teams zijn al in Oosterhout geformeerd. Door in de nieuwe

samenstelling al te werken en samen te verhuizen naar de nieuwe woon- en werkomgeving is de verhuizing door de cliënten als minder belastend ervaren.

De inrichting van de nieuwe woonomgeving is door personeel, cliëntenraad en bewoners zelf bepaald in samenwerking met Stichting Het Breincollectief.

5.3.2. Informatiebeveiliging

De Wijngaerd is in 2016 gestart met de verbetering van de beveiliging van persoonsgegevens en dataprivacy. Als deelnemer van het Regionaal Electronisch Netwerk West Brabant is aangesloten bij het Convenant Regionaal Platform Verwerking Persoonsgegevens West-Brabant. Vanaf augustus is een Functionaris Gegevensbescherming gecontracteerd.

5.4 Gebruik van informatie

5.4.1 Tevredenheidsonderzoek cliënten

In mei 2017 is de Wijngaerd gestart met het meten van de cliënttevredenheid met behulp van het digitale instrument Care-Rate.

Het doel hiervan is realtime, continue meten van cliënttevredenheid met de mogelijkheid om in te zoomen op relevante onderwerpen. Deze onderwerpen worden bepaald door de cliëntenraad, de speerpunten van de Wijngaerd en de aandachtspunten uit het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. De aandachtspunten die uit de metingen voorkomen worden omgezet in verbeterplannen op individueel, team of organisatieniveau.

De resultaten in 2017

Meting	0 meting Mei 2017	1: bejegening sept 2017- Nov 2017	2: Veiligheid en Betrouwbaarheid Nov 2017 April 2018
Aantal feedback	161	187 +26	149 -38
NPS Algemeen	+ 17	+ 21	+ 24
Criticasters	9%	7%	8%
Passief tevreden	67%	63%	65%
Promotors	26%	28%	27%

In april 2018 wordt onderzocht of een koppeling gemaakt kan worden tussen de software van Care Rate en de KVC van Waardigheid en Trots waardoor de vragenlijst van KVC afgenomen kan worden via de reeds bekende software. Bovendien kunnen de medewerkers dan gaan werken met één digitaal verbeterbord.

Doelen voor 2018:

- Evaluatie en mogelijk aanpassen van frequentie van meten.
- Onderzoek naar koppeling van KVC Waardigheid en Trots en Care Rate
- Groei van NPS score naar +28
- Verbetering van het omzetten van gemeten resultaten in verbeteracties op de verschillende niveaus

5.4.2 Tevredenheidsonderzoek medewerkers

In oktober 2015 is de laatste medewerkerstevredenheidsmeting uitgevoerd volgens de CQI-systematiek door KIWA. In Q3 en Q4 van 2017 heeft de ontwikkeling en voorbereiding plaatsgevonden van een nieuwe methodiek voor medewerkerstevredenheidsmeting. In april 2018 is de Wijngaerd gestart met het meten van de medewerkerstevredenheid met behulp van het digitale instrument Care-Rate.

Doelen voor 2018:

- Uitvoeren van een nul-meting in Q2
- Uitvoeren van 3 metingen op jaarbasis (onderwerpen komen voort uit de Nul-meting)
- Onderzoek naar koppeling van KVC Waardigheid en Trots en care rate
- Nav de metingen verbeteracties uitvoeren met als doel verhogen van de medewerkerstevredenheid

5.4.3 Samenwerkingsrelaties

• **Wonen en zorg**

De Wijngaerd werkt langdurig samen met woningstichting Woonvizier in het aanbieden van woon-zorg combinaties. Naast het bestaande aanbod van voor zorg ingerichte seniorenwoningen is de ontwikkeling gestart voor nieuwe combinaties voor kortdurend verblijf en 24-uurs zorg thuis. In 2017 is gestart met de ontvlechting van wonen en zorg; dit zal naar verwachting in 2018 worden afgerond.

• **Zorg**

In het kader van WLZ zorgcontractering valt de Wijngaerd binnen het werkgebied van Zorgkantoor CZ. Voor contractering van prestaties volgens de Zorgverzekeringswet wordt samengewerkt met alle zorgverzekeraars. Voor de specialistische (intramurale) zorg wordt samengewerkt met Thebe. In de eerste lijn vindt samenwerking plaats met lokale huisartsenpraktijken van Gezondheidscentrum Het Vierendeel en Fysiotherapiepraktijk Terheijden. In de wijk werken wijkverpleegkundigen samen met multidisciplinaire wijkteams van de gemeente Drimmelen, waarin ook wordt samengewerkt met wijkverpleegkundigen van Thebe en Surplus.

• **Welzijn**

De Wijngaerd is gecontracteerde aanbieder van dagbesteding van het WMO-inkoopcollectief van 5 regionale gemeenten. Lokaal is een samenwerkingsovereenkomst met de Stichting Welzijn Ouderen Drimmelen en wordt deelgenomen aan het WMO-platform van de gemeente Drimmelen en de Werkgroep Dementie. Er worden diverse evenementen en activiteiten georganiseerd voor zowel mensen die wonen in een van onze locaties, als voor mensen uit de wijk. De Wijngaerd wordt ondersteund door ruim 150 vrijwilligers en voert een actief vrijwilligersbeleid. Er worden vele evenementen georganiseerd in samenwerking met vrijwilligers- en welzijnsorganisaties waaronder KBO, het Rode Kruis en Stichting de Zonnebloem.

- **Netwerken**

De Wijngaerd neemt deel aan diverse lokale en regionale netwerken. In samenwerking met Alzheimer Nederland wordt het Alzheimer Café georganiseerd. Regionaal is aangesloten bij het zorgnetwerk Zorgondernemers West Brabant, het Dementienetwerk Breda e.o., de Werkgroep Dementie van de gemeente Drimmelen, het Netwerk Palliatieve Zorg Stadsgewest Breda, het Regionaal Electronisch Netwerk West Brabant, en TRANSVORM. In 2017 is samen met Stichting Het hoge Veer en Stichting Zorgplein Maaswaarden het Lerend Netwerk opgericht vanuit het Kwaliteitskader Wijkverpleging.

Hoofdstuk 6 Verbeterparagraaf

Verbeterpunten per thema	Onderwerp	Verbeterdoel 2018	Acties	Meetpunt
Personele formatie	Personeelsnorm kwaliteitskader	Formatie verpleeghuis ingericht vlgs tijdelijke norm	Migratieplan personele formatie	Personele formatie op definitieve norm gebracht Q4 2019
Persoonsgerichte zorg	Familieparticipatie: Verbetering familieparticipatie en inzet vrijwilligers gewenst	Aanvullende inzet familie en vrijwilligers gekoppeld aan teams	Project familie participatie	Teaminzet verbeterd Q4 2018
Welzijn	Leefwijzer moet worden vertaald in verhoging individueel welzijn Zinvolle dagbesteding	Iedere nieuwe cliënt heeft actuele leefwijzer vertaald in welzijnsdoelen Vergroting bewustzijn personeel voor zinvolle dagbesteding	Kwaliteitsteam Uitvoering Cursus Zinvolle Dagbesteding Opleiding Care Clown	Leefwijzer ingericht en actueel Q2 2018 100% rolhouders welzijn geslaagd 2 personeelsleden opgeleid
Veilige zorgverlening	Medicatieveiligheid Decubituspreventie	Aantal MIC melding mbt vergeten/ niet afgetekende medicatie is verminderd tot 50 Decubituspreventie en wondzorg krijgt aandacht en wordt uitgevoerd volgens geldende normen	Verbeteracties op de teams in kader van voorkomen van medicatiefouten 2 verpleegkundigen volgen scholing wondzorg Wondzorgprotocol wordt aangepast in ONS Er wordt een klinische les over wondzorg georganiseerd	MIC analyses 2 verpleegkundigen opgeleid ONS dossier Cyclus klinische lessen

	Vrijheid beperkende maatregelen	Vrijheidsbeperkende maatregelen worden met 50% verminderd en worden volgens de nieuwe wet Zorg en Dwang uitgevoerd	Bewustwording van inzet sensoren	LPZ meting
	Preventie van acute ziekenhuisopnamen	Gegevens zijn uit het systeem ONS op te halen	Registratie van gegevens	ONS dossier
Veiligheid wonen en werken	Brandveiligheid	Trainen BHV en calamiteiten procedure	BHV cursus	100% van het personeel opgeleid
	Woon -en werkomgeving	Veilig wonen en werken in nieuwe locatie	Uitvoeringplan RI&E	Zie prioriteiten uitvoeringsplan
	Melding Incidenten Medewerkers	Behandeling in preventieteam		
	Voedselveiligheid	Invoeren hygienecode voor voedselverzorging in kleine woonvormen	Interne audit voedsel veiligheid	
Verbeteren van kwaliteit	Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg	Programma Waardigheid en Trots	Projectteam Plan van Aanpak Kwaliteitsteam	Afgerond Q4 2018
	Kwaliteitsplan Verpleeghuiszorg 2018	Indienen voor 010718		Gerealiseerd
	Kwaliteits management	Herinrichting KMS en PDCA cyclus op basis van zelforganisatie	Kwaliteitsteam	Kwaliteits handboek PlanCare Q3 2019 gereed
		Ontwikkelen kwaliteits instrumenten	CareRate KVC Dashboard	Gereed Q4 2018
	Intakeproces cliënten Zorgvraag voor opname omgezet in individueel arrangement	Proces van Oriëntatie tot aanmelding en bewoning ontwikkelen	Werkgroep Waardigheid en Trots	Geïmplementeerd Q2 2018 Evaluatie Q2 2019
Lerend Netwerk	Overeenkomst 01072017	Werkgroepen <ul style="list-style-type: none"> ➤ Deskundigheid bevordering personeel ➤ Kwaliteit 	Werkgroep voorstellen ter beoordeling aan bestuurders	Implementatie vanaf Q3 2018

Verbeterpunten per thema	Onderwerp	Verbeterdoel 2018	Acties	Meetpunt
Informatiebeveiliging en dataprivacy	Voldoen aan AVG per 26052018	Plan van Aanpak Informatie beveiliging	FG	Zie fasering PvA
Tevredenheid cliënten	Monitoring CareRate	Groei van NPS score naar +28	Verbeteren van het omzetten van gemeten acties naar verbeterplan	continu
Tevredenheid medewerkers	MTO nulmeting Q2 2018	Verhogen medewerkers tevredenheid	Verbeteren van het omzetten van gemeten acties naar verbeterplan	Waardering 7,5