

# Kwaliteitsverslag 2018



Almelo, 1 juni 2018

## Inleiding

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

- Persoonsgerichte zorg en ondersteuning (Hoofdstuk 5)
- Wonen en welzijn (Hoofdstuk 6)
- Veiligheid (Hoofdstuk 7 en bijlage 1)
- Leren en werken aan kwaliteit (Hoofdstuk 8)
- Leiderschap, governance en management (Hoofdstuk 9)
- Personeelssamenstelling (Hoofdstuk 3)
- Gebruik van hulpbronnen (Hoofdstuk 10)
- Gebruik van informatie (Hoofdstuk 11)

Daarnaast is specifieke aandacht besteed aan drie onderdelen

1. Veiligheid (Bijlage 1)
  - a. Opname van kwantitatieve uitkomsten op de vier veiligheidsthema's en bijbehorende uitwerkingen.
  - b. Medicatieveiligheid
  - c. Decubituspreventie
  - d. Gemotiveerd gebruik van vrijheid beperkende maatregelen
  - e. Preventie van acute ziekenhuisopnamen
2. Cliëntoordelen (Hoofdstuk 11 en Bijlage 2)
  - a. Gebruikt instrument met een beschrijving van de kwantitatieve uitkomsten
  - b. De NPS-score per locatie
3. Leren en werken aan kwaliteit (Hoofdstuk 12, Slotwoord van de directie en Bijlage 3)
  - a. Beschrijving hoe voldaan wordt aan het kwaliteitsplan inclusief verbeterparagraaf (Hoofdstuk 12)
  - b. Dit kwaliteitsverslag als leerervaring (Slotwoord van de directie)
  - c. Deel uit maken van het lerend netwerk (bijlage 3 en 4)

Jaarlijks verantwoorden we ons over de voortgang van het kwaliteitsplan in een kwaliteitsverslag. Op deze wijze voldoen wij aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Het kwaliteitsplan over 2018 is ons eerste kwaliteitsplan, derhalve kan dit eerste kwaliteitsverslag geen verantwoording geven over de voortgang van het kwaliteitsplan in het voorgaande jaar. In dit eerste document verantwoorden we ons over de totstandkoming van ons eerste kwaliteitsverslag en over de voortgang in de eerste vijf maanden van 2018. Vanaf 2019 zullen we een soortgelijk verslag uitbrengen over de voortgang van het kwaliteitsplan van het voorafgaande jaar.

Dit is het eerste kwaliteitsverslag van Lang Leve Thuis. Het is openbaar en wordt gepubliceerd op onze website. Hiermee verantwoorden we ons over de voortgang van onze kwaliteitsdoelstellingen. Het is bedoeld voor alle stakeholders en geïnteresseerden.

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

## Hoofdstuk 1

### Zorgvisie en kernwaarden;

Onze (zorg)visie en kernwaarden zijn transparant en op meerdere plaatsen terug te vinden, zoals:

- In de gedragscode;
- In de huisregels;
- Op de website;
- In het kwaliteitsplan;
- In het opleidingsplan;
- In het kwaliteitshandboek;
- In het inwerkprogramma

In de verslagperiode hebben we de zorgvisie besproken met alle medewerkers. Hieruit kwam naar voren dat onze medewerkers zich comfortabel voelen bij deze visie en zich met veel toewijding en plezier inzetten om het gevoel van "thuis" en het behouden van eigen regie zoveel mogelijk te stimuleren.

Het management was dagelijks actief betrokken op de werkvloer. Tijdens observaties kwam naar voren dat de zorgvisie en kernwaarden als volgt zichtbaar waren:

Binnen de huizen van Lang Leve Thuis ervaren wij een groeiend besef van de aanwezigheid van onze kernwaarden binnen onze organisatie. We kennen onze bewoners, hun geschiedenis en weten wat onze bewoners belangrijk vinden en wat men niet wil. Op de werkvloer wordt er goed geluisterd naar de bewoners en zijn naasten en is er sprake van een respectvolle en evenwichtige relatie. De bewoners staan centraal.

Wij merken een sterke verbetering in de wijze hoe wij omgaan met onze onderstaande kernwaarden persoonlijk en kwaliteit. Na de samenvoeging van onze locaties in Almelo, Villa Verde, Villa de la Porte en 't Nieuwland, onder de naam Lang Leve thuis zijn wij vanaf oktober 2017 van start gegaan met het implementeren van deze waarden. Door veelvuldig aanwezig te zijn op onze locaties voor observaties hebben wij een sterke bewustwording geconstateerd van persoonsgerichte zorg en het leveren van kwaliteit tijdens de dagelijkse werkzaamheden. Het jaar 2018 staat in het teken van verbinden van de 3 locaties en het inrichten van optimale processen binnen Lang Leve Thuis.

**Persoonlijk:** we vinden een persoonlijke benadering belangrijk om het warme gevoel van thuis te ervaren. Onze kleinschalige woonhuizen bieden de mogelijkheid om gastvrij met onze bewoners om te gaan. We kennen elkaar erg goed en zijn erg betrokken bij wat er gebeurt met de bewoners en hun familieleden en kunnen daardoor goede ondersteuning bieden.

**Kwaliteit:** Kwaliteit van leven voor onze bewoners staat voorop. Door goede kwaliteit van zorg, kwalitatief goede activiteiten en een rustige woonomgeving, wordt de sfeer op een verantwoorde manier verhoogd.

Door op alle aspecten binnen de organisatie kwaliteitsverbeteringen door te voeren en vanuit het kwaliteitsplan te beredeneren merken wij ook hier een toename. Onze medewerkers worden beter gefaciliteerd om goede zorg en goede en persoonsgerichte activiteiten te leveren.

## **Hoofdstuk 2**

### **Doelgroep en werkwijze**

Tijdens de verslagperiode voldeden we naar onze mening 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 22 bewoners verdeeld over onze locaties voor langdurige zorg. Daarnaast bieden wij, op een totaal van 38 bedden, 7 bedden aan voor kortdurend verblijf op onze locatie 't Nieuwland. Eind december zat de bezettingsgraad op 71%.
- Persoonlijk geleid: de bestuurders waren als volgt betrokken bij de zorgverlening op de werkvloer: De bestuurders zijn wekelijks op de locaties aanwezig. Het management is dagelijks aanwezig op de locaties.
- Als leiding hebben wij passie, inzet en betrokkenheid van alle medewerkers vastgesteld en besproken in functioneringsgesprekken.
- Onze personeelsbezetting is inzichtelijk en afgestemd op de doelgroep. Onze personeelsbezetting is ruimer dan het landelijk gemiddelde, hetgeen blijkt uit de ratio tussen direct cliëntgebonden medewerkers en toegekend zorgbudget vanuit WLZ gelden. Deze ratio is bij ons boven 90 %.

#### **2 Actief betrokken bij de brancheorganisatie Riant Verzorgd Wonen en BTN:**

- We delen actief informatie met collega-voorzieningen door middel van een gezamenlijk platform;
- We hebben twee lerende 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 nog niet volledig voldoen. Vanuit de bestuurswissel in 2017, 1 juli 2017, hebben wij geconstateerd dat (werk)processen alsmede verslaglegging beter geïmplementeerd dienden te worden. Het plan van aanpak is op 1 juli 2017 in werking getreden en zal eind 2018 volledig zijn afgerond.
- We hebben in functioneringsgesprekken de PSA (Psycho Sociale Arbeidsbelasting) in kaart gebracht en geconcludeerd dat we voldoende aandacht hebben voor PSA van onze medewerkers en dat we voldoende ondersteunende domotica hebben ingezet om de zwaarte van werkzaamheden te verlichten.

#### **4 Open(baar)heid**

- Uitkomsten en analyses van tevredenheidsonderzoeken onder bewoners hebben we gepubliceerd op website van zorgkaart.nl;
- We hebben beleidsaspecten en belangrijke gebeurtenissen en bevindingen met de cliëntenraad en met het personeel besproken.

### Hoofdstuk 3 Personeel

We hebben onze personeelsformatie en een toelichting hierop gepubliceerd op onze website. Hieruit is af te leiden dat we een zeer ruime personeelsbezetting hebben. Dankzij een stabiele en ruime personeelsbezetting hebben we tijdens de verslagperiode deze personeelsbezetting op vrijwel alle dagen behaald. Het systeem voor vervanging bij ziekte heeft goed gefunctioneerd. Het verzuimpercentage in 2017 was: 2,5%.

In 2017 waren er de volgende personeelswijzigingen:

Omschrijving	aantal	fte
Vertrokken medewerkers	4	2,44
Nieuwe medewerkers	5	3,22

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 90 % van de zorggelden wordt besteed aan direct bewoner gebonden kosten.

De in ons kwaliteitsplan beschreven kaders voor "aandacht, aanwezigheid en toezicht", "specifieke kennis en vaardigheden" en "reflectie, leren en ontwikkelen" hebben we grotendeels 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 binnen 30 minuten ter plaatse;
- In de verslagperiode hebben we
  - a.(on)geplande zorg,
  - b. vragen of toenemende complexiteit
  - c. en/of inroepen specialist ouderengeneeskunde
  - d. en/of overleg met medisch specialist
  - e. en/of gedragsdeskundige
  - f. en/of tijdelijke overplaatsing cliënt
  - g. en/of inschakelen Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) als volgt in gang gezet: Lang Leve Thuis borgt middels samenwerkingsovereenkomsten met zorgorganisatie Zorg Accent de inzet van bovengenoemde.

Het scholingsplan stellen we per kalenderjaar vast. Hierna staan de bevindingen van het scholingsplan over 2017:

De scholing aan de teams van Lang Leve Thuis waren in 2017 gericht op de onderdelen medicatie veiligheid en vrijheid beperkende maatregelen. Deze thema's vloeiden voort uit de controle vanuit IGJ op locatie Villa de la Porte.

Villa de la Porte heeft gedurende 2017 in het teken gestaan van de controle door IGJ. Door de bestuurswissel op 1 juli 2017, heeft de IGJ de nieuwe bestuurders de tijd gegeven het actieplan uit te voeren en zijn veel processen aangescherpt en medewerkers bijgeschoold. De voornaamste veranderingen waren het medicatiebeleid en de vrijheid beperkende maatregelen. Beide punten zijn aangepast en in Villa de La Porte is de kwaliteit significant verbeterd.

Binnen Lang Leve Thuis krijgen alle medewerkers in 2018 een persoonlijk gesprek om naar de behoefte van de medewerker te kijken. Opleiding is een belangrijk onderdeel van het beleid van Lang Leve Thuis. Daarnaast is er in 2018 een scholingsbeleid opgesteld voor specifiek gerichte opleidingen alsmede opleidingen waarbij onderstaande thema's geschoold worden:

- Persoonsgerichte zorg
- Deskundige zorgverlener
- Kwaliteit en veiligheid

- Medicatieveiligheid
- Vrijheidsbeperking

We volgen hierbij nadrukkelijk de CAO van VVT en stimuleren de verdere professionaliteit hierin

#### **Hoofdstuk 4 Beleid**

Het jaarplan 2018 met meetbare doelstellingen wordt regelmatig gemonitord en minimaal 10 keer per jaar de voortgang van de verbeterplanning geëvalueerd. De bevindingen hierbij bespreken we in de cliëntenraad, de Raad van commissarissen en met de medewerkers in het teamoverleg. Door middel van notulen zijn de overige gremia in staat om de voortgang te volgen.

##### **Doelstelling:**

Samenwerking met professionele relaties binnen onze sector heeft onze sterke voorkeur. Wij geloven dan ook dat de zorg in het algemeen hier baat bij heeft. Voor 2018 zullen wij onze samenwerkingsverbanden gaan zoeken met professionele partijen om te zorgen voor stabiliteit en kwalitatieve impuls aan onze primaire activiteiten.

##### **Bevindingen:**

Dit onderdeel loopt naar tevredenheid met de samenwerkende partijen, Zorg Accent. Het eerste halfjaar in 2018 hebben gesprekken gevoerd met huisartsen om onze samenwerkingsverbanden meer te formaliseren.

##### **Doelstelling:**

Voor het jaar 2018, met een uitloop naar Q2-2019, willen wij met elke bestaande en nieuwe medewerker een persoonlijk ontwikkelplan besproken en opgesteld hebben.

##### **Bevindingen:**

Deze doelstelling is behaald waardoor de organisatie momenteel voor elke bestaande medewerker een persoonlijk ontwikkelplan heeft besproken. Eind 2018 zullen er evaluatiegesprekken hierin plaatsvinden.

##### **Doelstelling:**

Om als organisatie voortdurend de kwaliteit te kunnen borgen en te verbeteren zal er een gedegen, werkbaar en gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem aanwezig moeten zijn.

##### **Bevindingen:**

Binnen de organisatie is er een kwaliteitsmanagement systeem aanwezig dat na overname in 2017 intensiever wordt ingezet voor borging en verbetering van kwaliteit. Dit resulteerde onder andere in het voorzetten van het kwaliteitskeurmerk-HKZ in 2018. Voor 2018 gaat er een verdiepingsslag plaatsvinden voor optimale borging en verbetering.

##### **Doelstelling:**

Voor het jaar 2018 zullen wij de ingeslagen weg, om de wederzijdse betrokkenheid te vergroten bij familie, kennissen en/of mantelzorgers, blijven volgen. Hierin zullen wij ons op een open en transparante wijze opstellen.

##### **Bevindingen:**

Lang Leve Thuis hanteert een open en transparante wijze van communiceren. De verschillende partijen, waaronder ook de cliëntenraad, worden frequent betrokken bij en geïnformeerd over ontwikkelingen. Elk kwartaal ontvangt men een nieuwsbrief. Voor elke locatie is er een familie bijeenkomst gehouden. Dit kan echter nog structureler plaatsvinden. Voor 2018 worden deze nog ingeroosterd.

##### **Doelstelling:**

Voor het jaar 2018 zullen wij de vrijheid beperkende maatregelen per locatie en per bewoner gaan inventariseren met als doel, daar waar nodig, deze maatregelen terug te dringen naar de 0% norm zoals aangegeven in het kwaliteitskader en met input vanuit het IGJ-rapport, voor Villa de la Porte. Voor zowel locatie Villa de la Porte, als de andere locaties zullen wij het verbeterplan IGJ zoals doorgesproken met de cliëntenraad verder doorvoeren.

##### **Bevindingen:**

Lang Leve Thuis voldoet nog niet voldoende aan de norm vanuit het kwaliteitskader en de bevindingen vanuit het IGJ-rapport.

**Doelstelling:**

Doelstelling is zorgprofessionals bij elkaar te brengen in een kennisteam (Verpleegkundige/verzorgende adviesraad) rondom de zorg van de bewoner, de veiligheid, het welzijn en alle overige dienstverlening hieromtrent. De doelstelling van dit kennisteam is bijdragen aan het borgen van het kwaliteitsproces rondom onze bewoners. De organisatie gaat onderzoeken of de eerste aanzet hiertoe gegeven kan worden in Q1 middels een VAR(intern).

**Bevindingen:**

De verpleegkundigen adviesraad (VAR) is in mei opgericht en actief binnen de organisatie met het borgen en verbeteren van de kwaliteit aan onze bewoners.

**Doelstelling:**

Voor het jaar 2018 zal in kwartaal 1 (Q1) de roostermodule binnen SDBayton worden opgenomen. Wij hebben als doelstelling dat iedere medewerker een gezond en goed rooster zou moeten hebben.

**Bevindingen:**

Lang Leve Thuis is goed op weg deze doelstelling te behalen. Het vergt aanpassingsvermogen van medewerkers en sinds juni-2018 heeft de organisatie voldoende personeel. Hierdoor ontstaat er een gezondere balans tussen privé- en werk.

**Doelstelling:**

Voor 2018 hebben wij als doelstelling dat Qlink(Kwaliteitssysteem) is ingericht met actuele en vastgestelde documenten die voor elke (zorg)medewerker toegankelijk is. Doelstelling hierbij is het creëren van meer overzicht, inzicht en ondersteuning tijdens de werkzaamheden van onze (zorg)medewerkers binnen het primaire proces. De toegankelijkheid zal met name voor de 2 locaties, 't Nieuwland en Villa Verde in januari geregeld dienen te worden.

**Bevindingen:**

De toegankelijkheid is begin 2018 geregeld voor alle medewerkers van Lang Leve Thuis. De organisatie moet nog wel een verbeteringslag maken in de actuele en vastgelegde documenten en processen. Deze zijn nog onvoldoende gecentraliseerd.

**Doelstelling:**

Het bevorderen en ondersteunen van het welbevinden van onze bewoners door aanpassingen door te voeren op onze locaties waarbij veiligheid, thuisgevoel en gemak centraal staan. Voor locatie 't Nieuwland zal met name naar de inrichting en het buitenerf bekeken worden.

Lang Leve Thuis gaat per 1-1-2018 vanuit het lerend netwerk van Riant Verzorg Wonen, waar Lang Leve Thuis, per 1-1-2018 onderdeel van uit maakt, op zoek gaan naar collega organisaties om gerichte afspraken mee te maken voor het over en weer mee laten lopen van zorgmedewerkers.

**Bevindingen:**

Op al onze locaties hebben aanpassingen plaatsgevonden om de veiligheid, het thuisgevoel en gemak centraler te kunnen stellen. Op 't Nieuwland zijn hier vorig jaar de meeste aanpassingen doorgevoerd.

Het lerende netwerk met externe organisaties is nog niet in werking getreden. Dit zal de organisatie eind 2018 begin 2019 verder vorm gaan geven. Momenteel is er sprake van een lerend netwerk met medewerkers van de locaties van Lang Leve Thuis onderling.

**Doelstelling:**

Komend jaar, 2018, gaan wij een beleid opstellen omtrent het voedingsconcept en de bereiding van maaltijden op onze locaties. Doelstelling hierin is het optimaliseren en vergroten van de beleving rondom de maaltijden aan onze bewoners. Dit zal voor alle drie de locaties gaan gelden waarbij locatie 't Nieuwland prioriteit heeft.

**Bevindingen:**

Op alle drie de locaties wordt er zelfstandig gekookt. Dit zal na 1 juli nog meer vorm gaan krijgen middels een uitgewerkt beleid.

## **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. Wel is er sprake van een zorgplan en een welzijnsplan binnen de elektronische cliëntendossiers (ECD). Na intern overleg en op advies van IGJ voegen wij deze twee dossiers samen tot 1 zorgleefplan. 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 locaties grotendeels voldaan. De aandachtspunten vanuit het rapport van IGJ op onderstaande thema's zijn met veel energie opgepakt waardoor er een grote stap is gezet in de kwaliteitsimpuls voor de zorg en processen binnen de organisatie. We zien dat de juiste weg is ingeslagen en zullen hier eind 2018 volledig aan voldoen. Dit hebben we als bestuur waargenomen en geconstateerd op basis van functioneringsgesprekken, observaties tijdens onze aanwezigheid op de werkvloer, contacten met bewoners, naasten en cliëntenraad, MDO-besprekingen, bewonersbesprekingen, overdrachten, rapportages, werkbesprekingen en teamoverleg.

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

- De zorgverleners kennen het verhaal, de behoeften en wensen, de zorgen, problemen en levensvragen van elke cliënt;
- De medewerkers spreken de cliënt aan op de manier die de cliënt prettig vindt;
- De medewerkers praten met cliënten en niet over cliënten;
- De zorgmedewerkers maken echt contact met cliënten;
- De medewerkers hebben aandacht voor familie, naasten en mantelzorgers;
- De zorgverleners hebben inlevingsvermogen en begrip en tonen empathie;
- De zorgverleners beschikken over een breed repertoire aan communicatieve en sociale vaardigheden en beschikken over de juiste kennis en vaardigheden op het gebied van zorg die wordt geleverd;
- De zorgverleners hebben respect voor normen en waarden van de cliënt, naasten en mantelzorgers.

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

- Er is aandacht voor wat cliënten belangrijk en zinvol vinden om te doen, ook vanuit levensbeschouwing en om contacten die cliënten willen onderhouden;
- Als een cliënt dat wil, wordt deze hierbij geholpen, met respect voor eigen regie en autonomie;
- Zorgverleners zoeken naar de betekenis van gedrag als een cliënt zich onvoldoende of niet meer kan uitdrukken;
- Medewerkers dragen er zorg voor dat de cliënten zich veilig voelen;
- Medewerkers behandelen cliënten met respect;
- Als er iets te beleven of te ontdekken is, wordt de cliënt daarbij betrokken;
- De cliënten kunnen zoveel mogelijk hun eigen gang gaan, ook als zij geen behoefte hebben om iets te doen;
- Cliënten kunnen zoveel mogelijk hun eigen keuzes maken en kunnen zoveel mogelijk hun leefstijl voortzetten;
- De zorgverlener kent het levensverhaal van elke cliënt en ondersteunt waar mogelijk om dat voort te zetten; ??
- De zorgverleners kennen de persoonlijke wensen behoeften van en risico's bij de cliënt;
- De zorgverlener is in staat om veranderd gedrag te duiden of om daar adequate hulp bij te vragen;
- De zorgverleners hebben aandacht voor de naaste(n) van de cliënt als onderdeel van zijn eigen leven;
- De zorgverlener kan bij het volgen van professionele richtlijnen en standaarden een goede afweging maken in het licht van de persoonlijke situatie en wensen van de cliënt;
- Dilemma's worden samen besproken en hiervan wordt geleerd.



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

- De cliënten kunnen, zover mogelijk, hun eigen leven vorm en inhoud geven zowel in grote als in kleine onderdelen van de dag;
- Indien een cliënt de regie niet meer kan nemen, krijgen diens naasten de kans om diens ogen en oren te zijn en de wensen te verwoorden of gedrag toe te lichten en te verklaren;
- Met iedere cliënt is bij opname concreet gesproken over zorg rondom het levenseinde. De cliënt heeft aan kunnen geven wat de wensen zijn: wat deze cliënt wel wil (bijvoorbeeld comfort, geen pijn, wel vocht- en voeding) en niet wil (bijvoorbeeld geen antibiotica of bloedproducten, niet beademen, geen ziekenhuisopname);
- De afspraken over zorg rondom het levenseinde zijn ook bekend bij de naasten en worden met de cliënt op regelmatige basis geëvalueerd;
- Zorgverleners laten zich primair leiden door de eigen wensen van de cliënt. Daarbij geldt als uitgangspunt: liever zelf laten doen dan overnemen;
- Cliënten krijgen de kans om zoveel mogelijk zelf sturing over hun leven te houden;
- De zorgverleners wegen met de cliënt en zijn naaste(n) de veiligheidsrisico's af tegen de kwaliteit van leven;
- De zorgverleners bespreken bij opname de wensen van cliënten rondom zorg bij het levenseinde. Wensen worden geïnventariseerd, opgenomen in het zorgplan en actief gedeeld met het multidisciplinaire team. Richtlijnen rondom palliatieve zorg worden gevolgd;
- De wensen van en afspraken met de cliënt worden gedeeld met de naaste(n) en op regelmatige basis opnieuw besproken met de cliënt.

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

- Iedere cliënt heeft een eigen actueel zorgleefplan en een medisch plan dat in samenspraak met de cliënt en desgewenst diens naasten is opgesteld;
- De cliënt geeft aan zich te herkennen in het zorgleefplan en medisch plan, zo niet dan wordt dat besproken met de cliënt en diens naasten;
- De cliënt of diens belangenbehartiger is aanwezig bij het multidisciplinair overleg (MDO), tenzij deze dat niet wil. De cliënt wordt in staat gesteld om zich op het MDO voor te bereiden. De inbreng van de cliënt doet ertoe om de zorgverlening beter af te stemmen op diens behoeften;
- Met de cliënt of diens belangenbehartiger wordt op regelmatige basis besproken of de zorgen behandelafspraken worden nagekomen en of de zorg aan de wensen en behoeften voldoet;
- De specialist ouderengeneeskunde (SOG) maakt met de cliënt en diens naasten concrete afspraken over het zorgbeleid bij het levenseinde;
- Iedere cliënt beschikt binnen uiterlijk zes weken na opname over een zorgleefplan en medisch plan, of zoveel eerder als mogelijk;
- Binnen 24 uur zijn in ieder geval zaken zoals medicatie, dieet, primaire hulpvraag, een eerste contact persoon en handelen bij calamiteiten vastgelegd in een concept zorgleefplan en medisch plan dat na maximaal zes weken definitief wordt;
- Het zorgleefplan wordt opgesteld door tenminste een niveau 3 zorgverlener, die tevens voor deze cliënt de EVV-er is;
- Het medisch plan wordt opgesteld door de SOG;
- De zorgverleners volgen bij het werken met zorgleefplannen de richtlijnen voor gebruik van en multidisciplinair overleg over het zorgleefplan zoals vastgelegd in: [www.zorgleefplanwijzer.nl/zlp-informatie/wet-en-regelgeving.html](http://www.zorgleefplanwijzer.nl/zlp-informatie/wet-en-regelgeving.html);
- De zorgverleners werken individueel en (multidisciplinair) samen met een actueel zorgleefplan dat ook werkelijk verbinding houdt met de uitvoering van zorg;
- Zorgverleners hebben inzicht in de situatie van de cliënt, inzicht in het zorg- en behandelproces rondom de cliënt en werken hierin samen als multidisciplinair team;
- Zorgverleners kunnen inzicht geven over de zorg aan de cliënt, aan diens naaste(n) en aan collega's;

## **Hoofdstuk 6**

### **Wonen en welzijn**

Ook in deze verslagperiode staan bij ons wonen en welzijn voor de cliënten hoog in het vaandel. We hebben in vijf thema's vastgesteld wat de kenmerken zijn van wonen en welzijn in onze locatie. Deze thema's zijn ontleend aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Dit hebben we als bestuur waargenomen en geconstateerd op basis van functioneringsgesprekken, observaties tijdens onze aanwezigheid op de werkvloer, contacten met cliënten, naasten en cliëntenraad, MDO-besprekingen, bewonersbesprekingen, overdrachten, rapportages, werkbesprekingen en teamoverleg.

#### **Zingeving**

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

#### **Zinvolle tijdsbesteding**

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

#### **Schoon en verzorgd lichaam plus verzorgde kleding**

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

#### **Familieparticipatie en inzet vrijwilligers**

- Zorgverleners geven naasten en andere betrokkenen uit het sociale netwerk van de cliënt de ruimte om in de zorg en ondersteuning te participeren;
- Het beleid rondom participatie familie en inzet van vrijwilligers is beschreven en bekend bij cliënten en zorgverleners;

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

- De inrichting van de woonomgeving is aangepast aan zorg- en ondersteuningsbehoeften (privéruimten, recreatieruimten, gebedsruimte, buitenruimten, verkeersruimten);
- De privé, verkeers- en gedeelde (recreatie)ruimten zijn schoon en veilig;
- Cliënten worden in de gelegenheid gesteld met eigen spullen hun kamer in te richten;
- Er wordt wekelijks een menu samengesteld in overleg met de bewoners/cliënten. Alle avonden wordt er gekookt waarbij bewoners/cliënten betrokken worden bij het voorbereiden/klaarmaken van de maaltijd.

## Hoofdstuk 7 Veiligheid

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

### Medicatieveiligheid

- Minimaal tweemaal per jaar organiseren we een medicatiereview met de apotheker en de huisarts/SOG;
- Er is een MIC commissie die ieder kwartaal de MIC meldingen analyseert. In elk teamoverleg staan de MIC meldingen op de agenda. 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 antipsychotica gebruik in samenspraak met de huisarts/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/SOG 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. Er wordt standaard 1x per jaar de Risicosignaleringslijst ingevuld binnen 6 weken nadat er een nieuwe cliënt is komen wonen. Daarnaast behoort de risicosignalering tot de dagelijkse observatie van de verzorgende/verpleegkundige.
- 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 cliënt 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 cliënt, zonder de veiligheid uit het oog te verliezen;
- De VBM die we hebben toegepast zijn besproken met de cliënt en diens naasten, met de huisarts/SOG, met de EVV'er en met het management. Bij iedere VBM hebben we een evaluatiedatum afgesproken. Voor het toepassen van elke VBM is getekend door de (zaakwaarnemer van de) cliënt en de huisarts/SOG;
- 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 **twee** ziekenhuisopnamen en geen opnames op de Spoedeisende hulp (SEH). Deze zijn geregistreerd, zowel in het persoonlijke zorgdossier als op een anonieme lijst. Hierbij hebben we de redenen van het insturen voor ziekenhuisopname bijgehouden. Deze zijn 1 keer vallen, 0 keer luchtweginfectie, 0 keer urineweginfectie, 1 keer delier, 0 keer CVA, 0 keer onbegrepen gedrag en 0 keer overig. De bevindingen van het gebruik met betrekking tot opname ziekenhuis zijn besproken met de medewerkers.

## **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, Dit certificaat is in april 2018 verlengd na een externe audit vanuit KIWA;
- In dit kwaliteitssysteem zijn de verantwoordelijkheden en bevoegdheden vastgelegd;

#### **2 Jaarlijks geactualiseerd kwaliteitsplan**

- Kwaliteitsplan 2018 was ons eerste kwaliteitsplan, dat wij jaarlijks opstellen Dit is ons eerste kwaliteitsverslag;
- Dit kwaliteitsverslag is besproken met de cliëntenraad en de medewerkers en via onze website ter beschikking gesteld aan naasten, huisarts, SOG, zorgmedewerkers en andere geïnteresseerden;
- In dit kwaliteitsverslag verantwoorden we ons over de voortgang gedurende de eerste vijf maanden van het kwaliteitsplan 2018;
- In 2019 maken we een kwaliteitsverslag over de volledige periode van het kwaliteitsplan 2018.

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

- Zorgverleners zijn in de praktijk nauw betrokken bij het maken van het kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag en werken zo op cyclische en ontwikkelingsgerichte wijze mee aan verbetering;
- Kort-cyclische feedback, continue reflectie en dialoog worden gestimuleerd en vinden in een open klimaat plaats.

#### **5 Lerend netwerk**

- Wij maken deel uit van twee lerend netwerken, te weten Lerend Netwerk RVW directies/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 ingevoerd in onze deelname aan de netwerken en aantoonbaar in verslaggeving hiervan.

## Hoofdstuk 9

### Leiderschap, governance en management;

Wij hanteren de Governance Code Zorg 2017 en daarnaast, zoals uit dit kwaliteitsverslag blijkt, worden alle onderwerpen van ons kwaliteitsplan in praktijk gebracht. Kenmerkend voor ons participerend leiderschap is dat het bestuur met enige regelmaat aanwezig is op de werkvloer. Het management is op dagelijkse basis aanwezig op de werkvloer. Er is direct contact met cliënten, familie, medewerkers en vrijwilligers.

We hebben besloten om de verpleegkundige adviesraad onderdeel te laten zijn van het lerend netwerk. Hiervoor wordt tijdens bijeenkomsten van het lerend netwerken tijd ingeruimd.

- We hebben in het kwaliteitsplan zes thema's onderscheiden, die kenmerkend zijn voor ons leiderschap, te weten
  1. Visie op zorg;
  2. Sturen op kernwaarden;
  3. Leiderschap en goed bestuur;
  4. Rol en positie interne organen en toezichthouder(s);
  5. Inzicht hebben en geven en
  6. 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:

- Het bestuur stelt zich ondersteunend, faciliterend en transparant op naar alle zorgverleners, cliënten, naasten, medewerkers en vrijwilligers.
- In deze verslagperiode heeft het bestuur direct na overname en bestuurswisseling in 2017 ingegrepen om de veiligheid en kwaliteit van de zorg te borgen. De inhoud en reikwijdte hiervan zijn vastgelegd in ons verbeterregister.;
- We hebben een goede verstandhouding met de cliëntenraad en waar nodig of gewenst hebben we de cliëntenraad ondersteund, onder andere door een vergaderruimte beschikbaar te stellen en beleids- en verantwoordingsstukken aan te leveren.
- Conform de Wet 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 we een aantal nieuwe hulpbronnen toegevoegd aan onze voorziening.

#### **Gebouwde omgeving**

- Op locatie 't Nieuwland hebben wij, het gebouwde volgens ons kwaliteitsplan, ingericht met een familiekamer waardoor er ruimte is voor familie om zich terug te trekken.
- Op Villa de la Porte zijn de codesloten verwijderd waardoor er meer bewegingsruimte ontstaat.

#### **Materialen en hulpmiddelen**

- Voor locatie 't Nieuwland hebben wij het zorg/oproep systeem vervangen en vernieuwd.
- Tijdens gesprekken met de Apotheker is er voor gekozen om passende retourboxen-medicatie aan te schaffen voor de drie locaties.

#### **Technologische hulpmiddelen**

- Op al onze locaties hebben wij de vaste computers vervangen voor laptops waardoor verslaglegging ter plekke plaatsvindt en er meer tijd en ruimte ontstaat voor onze bewoners.

#### **Professionele relaties**

- Er zijn in 2018 gesprekken gevoerd met huisartsen om de samenwerking te formaliseren.

## **Hoofdstuk 11**

### **Gebruik van informatie.**

- We hebben in deze verslagperiode de cliëntervaringen gemeten met: [www.zorgkaart.nl](http://www.zorgkaart.nl)
- We hebben in deze verslagperiode de AVG, Europese wetgeving, geïmplementeerd;
- De medicatieveiligheid is bij ons geregeld conform landelijke standaard. Uit MIC meldingen, interne audit en externe audit is naar voren gekomen dat we de medicatieveiligheid correct in acht nemen. Echter zal Lang Leve Thuis haar beleid wel moeten aanscherpen op verslaglegging en opvolging van werkprocessen hierin ;
- Dit kwaliteitsverslag is openbaar toegankelijk via onze website.

## **Hoofdstuk 12**

### **Verbeterparagraaf**

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

#### **Uitbreiding van professionele relaties**

##### Doelstelling:

Samenwerking met professionele relaties binnen onze sector heeft onze sterke voorkeur. Wij geloven dan ook dat de zorg in het algemeen hier baat bij heeft. Voor 2018 zullen wij onze samenwerkingsverbanden gaan zoeken met professionele partijen om te zorgen voor stabiliteit en kwalitatieve impuls aan onze primaire activiteiten.

##### **Specifiek:**

In 2018 heeft de organisatie als doel, op het netvlies komen bij de samenwerkende professionele organisaties als: Huisartsen, ziekenhuizen, thuiszorgorganisaties, apothekers, zorgnetwerken, gemeenten en overige partijen.

#### **Opstellen POP per medewerker**

##### Doelstelling:

In het jaar 2018, met een uitloop naar Q2 2019, willen wij met elke bestaande en nieuwe medewerker een persoonlijk ontwikkelplan besproken en opgesteld hebben.

##### **Specifiek:**

In het jaar 2018 willen wij elke medewerker een POP laten opstellen. We starten vanuit een minimale versie waardoor er inzage in de ambities ontstaat. Daarnaast willen wij bewustwording creëren bij medewerkers binnen onze organisatie wat er nodig is om zorg te kunnen leveren aan de bewoners anno 2018 en de ontwikkelingen volgens IGZ/NZA/Zorgkantoor.

#### **Kwaliteits management systeem**

##### Doelstelling:

Om als organisatie voortdurend de kwaliteit te kunnen borgen en te verbeteren zal er een gedegen, werkbaar en gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem aanwezig moeten zijn.

##### **Specifiek:**

Dit systeem zal organisatie breed worden ingezet en dus gaan gelden voor al onze locaties. Voor het einde van Q2 zal de organisatie een keuze hebben gemaakt in het te gebruiken kwaliteitssysteem.

#### **Vergroten van familieparticipatie**

##### Doelstelling:

In het jaar 2018 zullen wij de ingeslagen weg, om de wederzijdse betrokkenheid te vergroten bij familie, kennissen en/of mantelzorgers, blijven volgen. Hierin zullen wij ons op een open en transparante wijze opstellen.

##### **Specifiek:**

In het jaar 2018 gaan wij de familie participatie vergroten en de familie, mantelzorger of andere contactpersonen, daar waar mogelijk, betrekken in het zorgproces rondom de bewoners. Wij zullen tijdens onze familiebijeenkomsten hier de nadruk op leggen.

#### **Terugdringen vrijheid beperkende maatregelen**

##### Doelstelling:

In het jaar 2018 zullen wij dit onderwerp per locatie en per bewoner gaan inventariseren met als doel, daar waar nodig, deze vrijheid beperkende maatregelen terug te dringen naar de 0% norm zoals aangegeven in het kwaliteitskader en met input vanuit het IGZ-rapport, opgesteld op 24 oktober 2017 voor Villa de la Porte. Voor locatie Villa de la Porte zullen wij het verbeterplan IGZ zoals doorgesproken met de cliëntenraad verder doorvoeren.

##### **Specifiek:**

In het jaar 2018 gaat de organisatie op al haar locaties verder met het inventariseren en benoemen van aandachtspunten op dit onderdeel. Vanuit deze rapportage zal er gericht gewerkt gaan worden aan de verbeterpunten om de doelstelling volgens het kwaliteitskader te behalen.



## **Kennisteam**

### Doelstelling:

Doelstelling is zorgprofessionals bij elkaar te brengen in een kennisteam rondom de zorg van de bewoner, de veiligheid, het welzijn en alle overige dienstverlening hieromtrent. De doelstelling van dit kennisteam is bijdragen aan het borgen van het kwaliteitsproces rondom onze bewoners. De organisatie gaat onderzoeken of de eerste aanzet hiertoe gegeven kan worden in Q1 middels een in VAR(intern).

### **Specifiek:**

Door een periodiek overlegstructuur middels het kennisteam, ofwel VAR, in te richten willen we kennis delen, vergroten, borgen en zorginhoudelijke kwaliteitsvraagstukken met elkaar bespreken. Doel hiervan is het borgen van specifieke zorginhoudelijke kennis binnen de organisatie en het continu voldoen aan het kwaliteitskader.

## **Formatie**

### Doelstelling:

Voor het jaar 2018 zal in kwartaal 1 (Q1) de roostermodule binnen SDBayton worden opgenomen. Wij hebben als doelstelling dat iedere medewerker een gezond en goed rooster zou moeten hebben.

### **Specifiek:**

Het doel hiervan is het creëren van een goede werk-privé balans door deels meer eigen regie te kunnen behouden over de roosters.

## **BHV/RIE en Calamiteitenplan**

### Doelstelling:

Voor bovengenoemde onderdelen geldt dat er in de loop van het jaar, maar uiterlijk einde kwartaal 1 (Q1) een volledige inventarisatie is afgerond. Hierbij start voor de maand januari het inventariseren en actualiseren van de BHV-procedures en opleidingen. Doelstelling hierbij is het actualiseren van deze procedures.

### **Specifiek:**

Voor bovengenoemde twee onderdelen (BHV/Calamiteitenplan) geldt dat er in de loop van het jaar, maar uiterlijk einde kwartaal 1 (Q1) een volledige inventarisatie is afgerond. Met de RIE zal er een start gemaakt worden in Q3.

## **Qlink:**

### Doelstelling:

Voor 2018 hebben wij als doelstelling dat Qlink is ingericht met actuele en vastgestelde documenten die voor elke (zorg)medewerker toegankelijk is. Doelstelling hierbij is het creëren van meer overzicht, inzicht en ondersteuning tijdens de werkzaamheden van onze (zorg)medewerkers binnen het primaire proces. De toegankelijkheid zal met name voor 2 locaties, 't Nieuwland en Villa Verde in januari geregeld dienen te worden.

## **Wonen en welzijn**

### Doelstelling:

Het bevorderen en ondersteunen van het welbevinden van onze bewoners door aanpassingen door te voeren op onze locaties waarbij veiligheid, thuisgevoel en gemak centraal staan. Voor locatie 't Nieuwland zal met name naar de inrichting en het buitenerf bekeken worden.

### **Specifiek:**

Aanpassingen aanbrengen binnen de woon- en leefruimtes van onze bewoners, zodat zij zich op hun gemak voelen in hun veilige en vertrouwde omgeving zoals thuis.

## **Lerend netwerk**

### Doelstelling:

Lang leve Thuis gaat per 1-1-2018 vanuit het lerend netwerk van Riant Verzorg Wonen, waar Lang Leve Thuis, per 1-1-2018 onderdeel van uit maakt, op zoek naar collega organisaties om gerichte afspraken mee te maken voor het over en weer mee laten lopen van zorgmedewerkers.

### **Specifiek:**

Door actief op zoek te gaan naar collega organisaties met soortgelijk zorgaanbod willen we de doelstelling realiseren: leren van elkaar en kwaliteit verhogen.

## **Maaltijd beleving**

### Doelstelling:

In het jaar 2018, gaan wij een beleid opstellen omtrent het voedingsconcept en de bereiding van maaltijden op onze locaties. Doelstelling hierin is het optimaliseren en vergroten van de beleving rondom het de maaltijden aan onze bewoners. Dit zal voor alle drie de locaties gaan gelden waarbij locatie 't Nieuwland prioriteit heeft.

### **Specifiek:**

Het vergroten van de kwaliteit van de te bereiden maaltijden, de beleving bij personeel alsmede het vergroten van de participatie van bewoners tijdens het proces rondom het voorbereiden van de maaltijden op onze locaties.

### **In deze verslagperiode is als volgt gewerkt aan deze doelen:**

Lang Leve Thuis werkt gestructureerd en systematisch aan de gestelde doelen. Dit middels een jaarkalender waar de doelstellingen op vermeld staan. Tijdens de tweewekelijkse management overleggen wordt de jaarkalender met daarop de onderwerpen/doelstellingen besproken. Tijdens dit overleg wordt besproken, wie verantwoordelijk is, wat de te nemen acties zijn en wordt de status ervan besproken. Dit overleg dient direct als meetmoment om feitelijk te kunnen bepalen hoe we ervoor staan. De verantwoordelijke heeft een aantal instrumenten tot zijn of haar beschikking om tot verdere borging in de organisatie op de werkvloer te komen. Deze instrumenten zijn:

- Training en opleiding (zowel intern- als extern)
- Individuele gesprekken
- Coaching op locatie
- Observaties
- E-mail
- Aanpassing documenten/processen in QLINK (kwaliteitssysteem)
- Teamoverleg per locatie
- Medewerkers overleg Lang Leve Thuis

## Slotwoord Raad van Bestuur

Het jaar 2017 is voor de organisatie een jaar van veel veranderingen geweest. Per 1 juli 2017 is Carocare Nederland BV en Carocare BV overgenomen door Degre BV en onder de naam **Lang leve Thuis** verder gegaan. Vervolgens zijn 2 huizen toegevoegd t.w. 't Nieuwland (per 1 september 2017) en Stichting Fidelta (Villa Verde, per 1 oktober 2017). Dit heeft geresulteerd in een Zorgorganisatie met 38 kamers en ruim 60 medewerkers in Almelo.

Tijdens de overname van Villa de la Porte was met name het resultaatsverslag van het IGJ rapport een punt van discussie. Wat betreft de aandachtspunten van dit rapport hebben wij als team veel energie en tijd gestoken in het doorvoeren van de gewenste verbeteringen. Het kwaliteitskader is hierbij als uitgangspunt gehanteerd om een grote stap te zetten in een kwaliteitsimpuls voor de zorg en processen binnen Lang Leve Thuis. De benodigde veranderingen wensen wij weloverwogen en zeer adequaat door te voeren. In 2017 hebben wij hierin een belangrijke stap gezet en wij zullen 2018 gebruiken om alles goed geïmplementeerd te krijgen.

Naast de invoering van het kwaliteitskader heeft er ook een professionaliseringslag plaatsgevonden. Zo is het aantal verpleegkundigen van 1,32 fte gegroeid naar 3,21 fte en is er een VAR ingericht. Systemen zijn geïmplementeerd om de organisatie digitaal te maken en overzichtelijk te krijgen om zo een professionele aansturing te realiseren. Ook is er een strategisch ondernemingsplan opgesteld voor de komende jaren en een jaarplan voor 2018 met daarin smart geformuleerde doelstellingen.

De cliëntenraad is officieel ingevoerd en de Raad van Commissarissen uitgebreid. Met de verschillende raden heeft de Raad van Bestuur een goede en constructieve dialoog gevoerd om alle informatie van de verschillende belangengroepen te horen en te gebruiken om gefundeerd de juiste keuzes te kunnen maken.

Wij danken alle bewoners, familieleden van onze bewoners voor hun waarderingen en positieve bijdragen. Het was een tijd waarin veel veranderingen hebben plaatsgevonden en goede toevoegingen zijn gedaan voor onze bewoners en medewerkers. Ook spreken wij onze bijzondere waardering uit voor alle medewerkers die dag in dag uit, klaar staan voor Lang Leve Thuis, wat in een omgeving van verandering extra druk met zich meebrengt. Daar zijn we super trots op!