

# Kwaliteitsverslag 2019



Schiedam, oktober 2020

## Inleiding

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

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

Daarnaast is specifieke aandacht besteed aan drie onderdelen

### 1-Veiligheid (Bijlage 1)

- 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 4)
- d-De resultaten uit de TVO bewoners (bijlage 2)

Met dit kwaliteitsverslag voldoen we aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Jaarlijks verantwoorden we ons over de voortgang van het kwaliteitsplan in een kwaliteitsverslag. Het kwaliteitsplan over 2018 was ons eerste kwaliteitsplan, derhalve kon dit eerste kwaliteitsverslag geen verantwoording geven over de voortgang van het kwaliteitsplan in het voorgaande jaar. In dit tweede kwaliteitsverslag verantwoorden we de voortgang van het kwaliteitsplan van het voorafgaande jaar.

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

## Hoofdstuk 1

### Zorgvisie en kernwaarden;

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

- In de gedragscode;
- In de huisregels;
- Op de website;
- In het kwaliteitsplan;
- In het scholingsplan;
- In het kwaliteitshandboek;
- Beleidsverklaring Directie

In de verslagperiode hebben we de zorgvisie besproken met alle medewerkers. Hieruit kwam naar voren dat de zorgmedewerkers zich kunnen vinden in de gestelde zorgvisie.

Het belangrijk vinden dat dit ook uitgevoerd kan worden en de Directie achter deze visie staat.

Zorgmedewerkers merken dat de directie met teamleiders zich maximaal inzetten om de zorgvisie na te streven.

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

Er is duidelijk rust en regelmaat terug te zien op de werkvloer. De bewoners hebben hier baat bij. Ook voor familie is dit erg prettig.

Er is een duidelijke dag- en avondstructuur waar te nemen. Voor bewoners is dit erg prettig. Dit schept duidelijkheid en veiligheid.

Het deelnemen aan activiteiten is voor veel bewoners nuttig. Ook is waar te nemen dat er ruimte is voor eigen inbreng. En ook voor een moment niet meedoen aan een activiteit, maar in eigen gedachten kunnen zitten en dit verwerken. Dit uiteraard niet te lang. De meeste tijd wordt gestoken in het naar buiten gaan. Dit doet elke bewoner erg goed.

Zowel bewoners als familieleden, collega's of ander bezoek worden vriendelijk aangesproken door het personeel van de ZorgHavengroep. De bejegening is vriendelijk, rustig, maar wel duidelijk.

Men voelt zich welkom en thuis op de locaties. Dit is een belangrijk punt en iets wat de directie van de ZorgHavengroep ook erg graag wil.

Op de locaties is te zien dat er bekwaam personeel loopt. Betrokken bij de bewoner en hun zorgvraag. Reageren en handelen adequaat als dit nodig is.

Medewerkers rapporteren in het zorgdossier en leggen op de juiste momenten en op de juiste wijze contact met externe disciplines.

## Hoofdstuk 2

### Doelgroep en werkwijze

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

#### 1 Gedreven om de best mogelijke zorg te bieden:

- Kleinschalig: we hebben 12 à 18 bewoners per locatie;
- Persoonlijk beleid: De Teamleider en de Directeur Zorg waren als volgt betrokken bij de zorgverlening op de werkvloer: De teamleider heeft de functie dat zij meewerkt in de zorg en daarnaast teamleiders taken volbrengt. Zeker 4 dagen per week op de werkvloer aanwezig is en bereikbaar is voor het team voor dringende vragen en/of calamiteiten. De Directeur Zorg stuurt de teamleider aan en is inhoudelijk betrokken bij bewoners en personeel. De Directeur Zorg is altijd voor iedereen te bereiken. Daar kan de verzorgende mee over leggen als er een casus is bij bewoners.
- Voor extra aandacht binnen de medische zorg en de VBM is er een samenwerkingsovereenkomst met een SO die de teamleiders ondersteunt in de extra zorg rondom de bewoner. De huisarts blijft hoofdbehandelaar. De SO is ondersteunend voor de huisarts.
- Passie, inzet en betrokkenheid van alle medewerkers, hebben we als leiding vastgesteld en besproken in functioneringsgesprekken en in teamvergaderingen;
- Onze personeelsbezetting is inzichtelijk en afgestemd op de doelgroep. Onze personeelsbezetting is ruimer dan het landelijk gemiddelde, hetgeen blijkt uit de ratio tussen direct bewoners gebonden medewerkers en toegekend zorgbudget vanuit WLZ gelden. Deze ratio is bij ons boven 90 %.

#### 2 Actief betrokken bij de brancheorganisatie Riant Verzorgd Wonen:

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

#### 3 Voldoen aan wettelijke verplichtingen en regelgeving

- We voldoen aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg, onder andere door middel van ons kwaliteitsplan en dit kwaliteitsverslag;
- We hebben in onze brancheorganisatie de IGJ-inspectienormen besproken en geconstateerd dat we hieraan voldoen;
- We hebben in functioneringsgesprekken de PSA (PsychoSociale Arbeidsbelasting) in kaart gebracht en geconcludeerd dat we voldoende aandacht hebben voor PSA van onze medewerkers en dat we voldoende ondersteunende domotica hebben ingezet om de zwaarte van werkzaamheden te verlichten.

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

- Uitkomst van het bezoek van de IGJ hebben we gepubliceerd op onze website;
- Het ISO-certificaat hebben we gepubliceerd op onze website;
- We hebben beleidsaspecten en belangrijke gebeurtenissen en bevindingen van de medezeggenschapsavonden met vertegenwoordigers van bewoners en met het personeel besproken. In 2019 zijn er geen medezeggenschapsavonden meer, maar vervangen door huiskamergesprekken per locaties. 2 x per jaar vindt deze op locatie plaats. Bewoners en hun vertegenwoordigers worden hiervoor uitgenodigd middels een brief. Zij kunnen agendapunten doorgeven. Het huiskamergesprek wordt geleid door de Teamleider van de locatie. Er is altijd een directie lid bij aanwezig en er worden notulen van geschreven, welke verstuurd worden aan de bewoners en de vertegenwoordiger.

### Hoofdstuk 3 Personeel

We hebben onze personeelsformatie en een toelichting hierop gepubliceerd op onze website. Hieruit is af te leiden dat we een zeer ruime personeelsbezetting hebben. Dankzij een stabiele en ruime personeelsbezetting hebben we tijdens de verslagperiode deze personeelsbezetting op vrijwel alle dagen behaald. We hebben een systeem voor vervanging bij ziekte wat goed heeft gefunctioneerd. Het verzuimpercentage in 2019 was: 2,6 %.

In 2019 waren er de volgende personeelswijzigingen:

Omschrijving Oude Haven	Aantal	Fte
Vertrokken medewerkers	1	0.89
Nieuwe medewerkers	1	0.89
Omschrijving Nieuwe Haven	Aantal	Fte
Vertrokken medewerkers	3	2.6
Nieuwe medewerkers	4	2.6
Omschrijving Berghse Haven	Aantal	Fte
Vertrokken medewerkers	2	1.6
Nieuwe medewerkers	5	2.6
Omschrijving Haven du Pont	Aantal	Fte
Vertrokken medewerkers	2	1.6
Nieuwe medewerkers	3	2.6
Omschrijving Buyten Haven	Aantal	Fte
Vertrokken medewerkers	0	0
Nieuwe medewerkers	4	1
Omschrijving Zuyder Haven	Aantal	Fte
Vertrokken medewerkers	0	0
Nieuwe medewerkers	0	0
Omschrijving Parck Haven	Aantal	Fte
Vertrokken medewerkers	5	3.35
Nieuwe medewerkers	7	4.35

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 91 % van de zorggelden wordt besteed aan direct bewoner gebonden personele kosten.

De in ons kwaliteitsplan beschreven kaders voor “aandacht, aanwezigheid en toezicht”, “specifieke kennis en vaardigheden” en “reflectie, leren en ontwikkelen” hebben we behaald, onder andere door middel van:

- Voldoende personeel, ook bij intensieve zorgmomenten;
- Permanent iemand van de medewerkers in de gemeenschappelijke ruimte
- Permanente aanwezigheid van personeel met de juiste kennis, vaardigheden en competenties; Niveau 2, 3 en 5.
- Uitsluitend vaste medewerkers die de bewoners goed kennen;
- Rooster voor 24/7 BIG geregistreerde verpleegkundige binnen 30 minuten ter plaatse;
- Er is een arts bereikbaar en oproepbaar en is binnen 30 minuten ter plaatse;
- Er is een arts ouderengeneeskunde in op zzp basis in dienst.
- In de verslagperiode hebben we (on)geplande zorg, vragen of toenemende complexiteit en/of invoeren specialist ouderengeneeskunde en/of overleg met medisch specialist en/of gedragsdeskundige en/of tijdelijke overplaatsing cliënt en/of inschakelen Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) als volgt in gang gezet: >> Onze medische zorg verloopt via een reguliere huisarts, waar afspraken mee gemaakt zijn. Elke week is er een artsenvisite op de locatie. Dit is voorbereid door de VIG. De visite wordt met een VIG en de arts gelopen op de locatie. De bevindingen van de arts worden in het zorgdossier verwerkt op het artsblad en een verwijzing in de dagrapportage zorgt ervoor dat iedereen van de zorg het artsblad ook zal lezen. Als de huisarts aangeeft dat die het niet zelf goed weet, zal er contact gezocht worden met een geriater of andere specialist in het ziekenhuis. Er is ook een SO aanwezig op ZZP basis. Deze doet de VBM-besprekingen met de teamleiders, ondersteunt de verzorgende en adviseert de huisarts.
- Als er een bewoner van de ZorgHavengroep naar de SEH moet voor onderzoek moet, wordt dit vanuit de ZorgHavengroep geregeld. Dat betekent dat de verzorgende overdag meegaat, in de avond- en nachtdienst wordt de eerste contactpersoon gevraagd om mee te gaan of om naar het ziekenhuis te komen als de bewoner met een ambulance daarnaartoe wordt gebracht.
- Extra aanwezig zijn de gastvrouwen in de huiskamer. Deze zijn er voor extra toezicht en activiteiten met de bewoners.

## **Scholing.**

Het scholingsplan is vastgesteld op 2017- 2021.

Het scholingsplan 2019 heeft de gewenste voortgang in deze verslagperiode.

Binnen de ZorgHavengroep is er 2019 het volgende geschoold:

- Extra scholing voor digitaal rapportagesysteem.
- Wondzorg scholing ZorgHaven breed. Oude Haven, Nieuwe Haven, Berghse Haven, Haven du Pont.
- Voor alle medewerkers BHV-training.
- Deel 1: Scholing Dementie: BTSG Beweging in Ouderenzorg voor alle medewerkers in e-learning theorie.
- Deel 2: scholing dementie in praktijk door Specialist Ouderen Geneeskunde, vervolg op theorie.
- Management naar lezing Dr. Scherder gekoppeld aan intervisie en Lerend Netwerk.
- Zorg en Dwang
- WCS-congres. Wondzorg 26 en 27 november 2019.
- Per locatie 2 klinische lessen. Door teamleider en directeur zorg vast te stellen.



## Hoofdstuk 4 Beleid

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

1. Overgang van PGB naar VPT heeft in 2018 plaats gevonden en is goed geïmplementeerd. In 2019 is dit goed verlopen.
2. Vanuit de medezeggenschapsavonden zijn we overgestapt op Cliëntenraad per locatie. Deze cliëntenraad zorgde voor de communicatie met overige bewoners en familieleden van de locatie. De cliëntenraad kwam maar op 2 locaties van de grond. Daarop is besloten om huiskamergesprekken te gaan implementeren. Elke bewoner en zijn of haar 1e contactpersoon nemen deel aan het huiskamergesprek. Dit is 2 x per jaar op eigen locatie om 10.00u in de huiskamer. Hier wordt een agenda voor opgesteld en een notulen van gemaakt. Deze ontvangen de bewoners en de 1e contactpersonen.
3. Met Kwaliteitsgeld vanuit PGB en geld binnen het tarief van VPT hebben we 3 uur in de avond extra in kunnen zetten met een gastvrouw.
4. Met kwaliteitsgeld hebben we de teamleider boven formatie kunnen plaatsen, zodat er nog meer aandacht is voor bewoners, medewerkers en familieleden en overige taken. Daarnaast is er meer tijd om het zorgteam te coachen.
5. Kwaliteitskader Verpleeghuis Zorg: Wij nemen deel aan het Lerend Netwerk en de VAR via Riant Verzorgd Wonen.
6. RvC is met 1 persoon uitgebreid en bestaat dus vanaf 1 februari 2019 uit 2 personen. Met de RvC is 4 x per jaar een overleg.
7. ISO continueren en waar zo mogelijk verbeteren. Certificaat behouden.
8. Overgang van papieren bewonersdossier naar Nedap, digitaal bewoners dossier, is goed verlopen. Personeel blijven scholen en systeem onderhouden.
9. Uitbreiding binnen de ZorgHavengroep met een locatie in Oss. Locatie; Zuyder Haven. Deze is 1 april 2019 opengegaan.
10. ZorgHavengroep heeft gekozen voor een samenwerking met een SO welke de VBM en MIB zal evalueren elk kwartaal en daarnaast de huisarts en de zorgteams van de locaties van de ZorgHavengroep zal ondersteunen bij hulpvragen over onbegrepen gedrag, coachen bij complexe hulpvraag en kan adviseren bij complexe Multi morbiditeit/ dementie.
11. Scholingsplan is nageleefd. Alle teams zijn geschoold zoals vooraf bedacht.
12. Op kantoor is een financieel medewerker aangesteld voor alle financiën en daarnaast de bewoners administratie.
13. Digitaliseren van Easysalary (werknemers loket) voor medewerkers is uitgebreid. Voorbereiding op digitale vakantiekaarten voor medewerkers is opgestart.

## Hoofdstuk 5

### Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Net als in eerdere jaren, hebben we in deze verslagperiode geconstateerd dat de zorg en ondersteuning voor elke bewoner op maat is. Dat wil onder andere zeggen dat iedere bewoner een zorgleefplan heeft, dat is gebaseerd op diens unieke persoonlijke wensen en verlangens en dat de professionele zorg voortdurend is afgestemd op de actuele noodzaak, blijkend uit observaties en rapportages. Aan onderstaande thema's, ontleend aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg, wordt binnen onze locatie voldaan. Dit hebben we als bestuur waargenomen en geconstateerd op basis van functioneringsgesprekken, observaties tijdens onze aanwezigheid op de werkvloer, contacten met bewoners, naasten en huiskamergesprekken, MDO-besprekingen, bewonersbesprekingen, overdrachten, rapportages, werkbesprekingen en teamoverleg.

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

- De zorgmedewerkers kennen het verhaal, de behoeften en wensen, de zorgen, problemen en levensvragen van elke bewoner;
- De medewerkers spreken de bewoner aan op de manier die de bewoner prettig vindt;
- De medewerkers praten met bewoners en niet over bewoners;
- De zorgmedewerkers maken echt contact met bewoners;
- De medewerkers hebben aandacht voor familie, naasten en mantelzorgers;
- De zorgmedewerkers hebben inlevingsvermogen en begrip en tonen empathie;
- De zorgmedewerkers 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 zorgmedewerkers hebben respect voor normen en waarden van de bewoner, naasten en mantelzorgers.

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

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

- Dilemma's worden samen besproken en hiervan wordt geleerd.

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

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

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

- Iedere bewoner heeft een eigen actueel zorgleefplan en een medisch plan dat in samenspraak met de bewoner en desgewenst diens naasten is opgesteld;
- De bewoner geeft aan zich te herkennen in het zorgleefplan en medisch plan, zo niet dan wordt dat besproken met de bewoner en diens naasten;
- De bewoner of diens belangenbehartiger is aanwezig bij het multidisciplinair overleg (MDO), tenzij deze dat niet wil. De bewoner wordt in staat gesteld om zich op het MDO voor te bereiden. De inbreng van de bewoner doet ertoe om de zorgverlening beter af te stemmen op diens behoeften;
- Met de bewoner of diens belangenbehartiger wordt op regelmatige basis besproken of de zorg- en behandelafspraken worden nagekomen en of de zorg aan de wensen en behoeften voldoet;
- De huisarts (HA) maakt met de bewoner en diens naasten concrete afspraken over het zorgbeleid bij het levenseinde;
- Iedere bewoner beschikt binnen uiterlijk zes weken na opname over een zorgleefplan en medisch plan, of zoveel eerder als mogelijk;
- Binnen 24 uur zijn in ieder geval zaken zoals medicatie, dieet, primaire hulpvraag, een eerste contactpersoon en handelen bij calamiteiten vastgelegd in een concept zorgleefplan en medisch plan dat na maximaal zes weken definitief wordt;
- Het zorgleefplan wordt opgesteld door tenminste een niveau 3 zorgverlener, die tevens voor deze bewoner de E.V.V.'er is;
- Het medisch plan wordt opgesteld door de huisarts;
- De zorgmedewerkers 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 zorgmedewerkers werken individueel en (multidisciplinair) samen met een actueel zorgleefplan dat ook werkelijk verbinding houdt met de uitvoering van zorg;

- Zorgmedewerkers hebben inzicht in de situatie van de bewoner, inzicht in het zorg- en behandelproces rondom de bewoner en werken hierin samen als multidisciplinair team;
- Zorgmedewerkers kunnen inzicht geven over de zorg aan de bewoner, aan diens naaste(n) en aan collega's;

## **Hoofdstuk 6**

### **Wonen en welzijn**

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

#### **Zingeving**

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

#### **Zinvolle tijdsbesteding**

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

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

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

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

- Zorgmedewerkers geven naasten en andere betrokkenen uit het sociale netwerk van de bewoner de ruimte om in de zorg en ondersteuning te participeren;
- Het beleid rondom participatie familie is beschreven en bekend bij bewoners en zorgmedewerkers;

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

- De inrichting van de woonomgeving is aangepast aan zorg- en ondersteuningsbehoeften (privéruimten, recreatieruimten, gebedsruimte, buitenruimten, verkeersruimten);

- De privé, verkeers- en gedeelde (recreatie)ruimten zijn schoon en veilig;
- Bewoners worden in de gelegenheid gesteld met eigen spullen hun kamer in te richten;
- Maaltijden worden op locatie versbereid.
- Kamers en sanitair van bewoners worden dagelijks schoongehouden door de huishoudelijk medewerkers
- De kamers van de bewoners worden dagelijks door de zorgmedewerkers opgeruimd.

## Hoofdstuk 7

### Veiligheid

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

#### Medicatieveiligheid

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

#### Decubitus en mondzorg

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

#### Inzet vrijheidsbeperkende maatregelen

- In de verslagperiode hebben we geen onvrijwillige zorg ingezet en onvrijwillige zorg was voor geen enkele bewoner geïndiceerd;
- In de verslagperiode zijn vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) met de grootst mogelijke terughoudendheid toegepast. Hierbij hebben we steeds beoordeeld welke VBM de minste impact hebben op het welzijn van de bewoner, zonder de veiligheid uit het oog te verliezen;
- De VBM die we hebben toegepast zijn besproken met de bewoner en diens naasten, met de huisarts, met de EVV'er en met de directie. Bij iedere VBM hebben we een evaluatiedatum afgesproken. Voor het toepassen van elke VBM is getekend door de (zaakwaarnemer van de) bewoner en de huisarts;
- We houden een overzicht bij van alle VBM, wat op elke moment voorhanden is;
- De bevindingen van het gebruik van VBM zijn besproken met de medewerkers en met voorzieningen uit het lerend netwerk.

#### Ziekenhuisopnamen

- Op elke locatie is er sprake geweest van een ziekenhuisopname of een opname op de Spoedeisende hulp (SEH). Deze staan geregistreerd in het persoonlijk zorgdossier van de bewoner. De redenen worden vanaf het 3<sup>e</sup> kwartaal 2018 ook apart bijgehouden op registratielijsten. De bevindingen van het gebruik met betrekking tot SEH zijn besproken met de medewerkers en met voorzieningen uit het lerend netwerk.

## **Hoofdstuk 8**

### **Leren en werken aan kwaliteit**

Voortdurend werken aan het verbeteren van kwaliteit is in de verslagperiode vanuit verschillende invalshoeken gerealiseerd. In overeenstemming met het kwaliteitskader verpleeghuiszorg beschrijven we vijf elementen die het leren en werken aan kwaliteit in deze verslagperiode hebben bevorderd:

#### **1 Kwaliteitsmanagementsysteem**

- We voldoen aan alle normen van ons ISO gecertificeerde kwaliteitsmanagementsysteem;
- In dit kwaliteitssysteem zijn de verantwoordelijkheden en bevoegdheden vastgelegd;

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

- Kwaliteitsplan 2018 was ons eerste kwaliteitsplan. Er is een meer-jarenkwaliteitsplan gemaakt voor 2019 – 2022.

#### **3-Jaarlijks kwaliteitsverslag**

- Dit is ons tweede kwaliteitsverslag;
- Dit kwaliteitsverslag wordt besproken met de bewoners en 1e contactpersonen en de medewerkers en via onze website ter beschikking gesteld aan naasten, huisarts, zorgmedewerkers en andere geïnteresseerden;
- In dit kwaliteitsverslag verantwoorden we ons over de voortgang gedurende 2019;

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

- Zorgmedewerkers 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; de input komt vanuit de dag evaluaties en de teamvergaderingen per locatie.
- Kort-cyclische feedback, continue reflectie en dialoog worden gestimuleerd en vinden in een open klimaat plaats.

#### **5 Lerend netwerk**

- Wij maken deel uit van twee lerend netwerken, te weten Lerend Netwerk RVW-directies/leidinggevenden en Lerend Netwerk RVW-zorgmedewerkers. De deelnemers aan deze netwerken zijn collega zorgorganisaties waarmee we geen bestuurlijke verbindingen hebben;
- De verplichtingen ten aanzien van het Lerend Netwerk, zowel naar vorm als inhoud, zijn ingeweven in onze deelname aan de netwerken en aantoonbaar in verslaglegging hiervan.



## Hoofdstuk 9

### Leiderschap, governance en management;

Wij hanteren de Governance Code Zorg 2017 en daarnaast, zoals uit dit kwaliteitsverslag blijkt, worden alle onderwerpen van ons kwaliteitsplan in praktijk gebracht. Kenmerkend voor ons participierend leiderschap is dat de directie regelmatig actief is op de werkvloer. Er is direct contact met bewoners, familie, medewerkers en vrijwilligers.

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

- We hebben in het kwaliteitsplan zes thema's onderscheiden die kenmerkend zijn voor ons leiderschap, te weten Visie op zorg; Sturen op kernwaarden; Leiderschap en goed bestuur; Rol en positie interne organen en toezichthouder(s); Inzicht hebben en geven en Verankeren van medische, verpleegkundige en psychosociale expertise. Hoe wij in deze verslagperiode hebben voldaan aan deze kenmerken is terug te vinden in dit kwaliteitsverslag. Hier volgen nog enkele andere kenmerken van ons leiderschap:
- De directie stelt zich ondersteunend, faciliterend en transparant op naar alle zorgmedewerkers, bewoners, naasten, medewerkers en vrijwilligers.
- In deze verslagperiode heeft de directie tijdig ingegrepen om de veiligheid en kwaliteit van de zorg te borgen. De inhoud en reikwijdte hiervan zijn vastgelegd in ons verbeterregister;
- We hebben een goede verstandhouding met de bewoners en 1e contactpersonen welke zich ook vertegenwoordigen in de huiskamergesprekken. Daar waar nodig of gewenst hebben we ondersteund, onder andere door de huiskamergesprekken te faciliteren en beleids- en verantwoordingsstukken aan te leveren en te bespreken in het huiskamergesprek.
- Conform de Wet Kwaliteit klachten en geschillen in de zorg (WKKGZ) hebben we een vertrouwenspersoon, klachtenfunctionaris, klachtenreglement met onafhankelijke klachtencommissie en zijn we aangesloten bij een erkende Geschilleninstantie;
- Wij hebben onze stakeholders in kaart gebracht en we bespreken en evalueren de samenwerking met stakeholders;
- We hebben een regeling met een SO die ons ondersteunt bij MDO's en vrijheidsbeperking. Deze SO kunnen we tevens consulteren als de actualiteit daartoe aanleiding geeft.

## **Hoofdstuk 10**

### **Gebruik van hulpbronnen**

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

In deze verslagperiode hebben we het digitaal rapportagesysteem toegevoegd aan onze voorziening. ONS Nedap is een digitaal rapportagesysteem, welke handig in gebruik is. Het werkt met een I-pad. Op elke locatie zijn 3 I-Pads aanwezig.

Elke zorgmedewerker heeft een rol en rechten binnen het systeem. Directeur Zorg beheert deze rollen en rechten samen met 1 vaste teamleider die Nedap in haar takenpakket heeft.

Elke zorgmedewerker kan met zijn/haar eigen inlogcode in het systeem. Men krijgt via de toegangscode app op eigen mobiel een toegangscode. Zo is de 2e factor authenticatie geborgd. Na inloggen kan men het digitaal rapportagesysteem van de bewoner van eigen locatie inzien en daarin werken. De teamleiders kunnen alle locaties inzien, zodat bij waarnemen van collega teamleider ze ook kunnen ondersteunen. Het is niet de bedoeling dat medewerkers thuis inloggen en in het dossier kijken. Dit wordt gecheckt door de teamleiders.

Ook worden in Nedap de agenda en de mail- en chatfunctie gebruikt door de zorgteams.

Dit is een veilige manier van communiceren binnen een veilig systeem. Teamleiders en Directeur Zorg kunnen met alle teams communiceren.

CarenZorgt; In deze verslagperiode is Carenzorgt opgestart.

Via Carenzorgt is het voor de 1e contactpersonen van onze bewoners mogelijk om mee te lezen in het digitaal zorgdossier. Men kan meelesen in de dag-, avond- en nachtrapportage. 1e contactpersoon kan ook reageren naar het team in Nedap. Op deze wijze is er een veilige manier om met elkaar te kunnen communiceren.

In deze verslagperiode hebben we de opgezette Cloud verder uitgewerkt. Elk lid van het management, medewerkers hoofdkantoor en teamleiders hebben hun werkomgeving in de Cloud.

Ook is de email gekoppeld aan de Cloud. Dit biedt de mogelijkheid om bestanden veilig met elkaar te delen en er ook in te werken. Je kunt met elkaar meelesen en elkaar zo ondersteunen.

Daarnaast zijn er algemene mappen aangemaakt waar iedereen informatie kan ophalen, maar ook bestanden in kan opslaan, zodat medewerkers van kantoor de aangeleverde gegevens kunnen verwerken.

In deze verslagperiode hebben we de gastvrouw kunnen inzetten vanuit het kwaliteitsbudget. Deze zijn elke avond aanwezig in de huiskamer voor toezicht en voor activiteiten. Zij zijn er voor de bewoners en zullen hen ondersteunen en begeleiden in de activiteiten.

In deze verslagperiode hebben we de mogelijkheid gekregen om de teamleiders boventallig te zetten, zodat zij overall beter de zorg kunnen aansturen en de zorgmedewerkers kunnen coachen.

Teamleiders zijn verantwoordelijk voor de bewonerszorg en aansturing van het zorgteam. Daarnaast zijn zij ook verantwoordelijk voor de kookmedewerkers en voor de huishoudelijk medewerkers.

De inkoop m.b.t. de boodschappen en het reilen en zeilen op de locatie.

In deze verslagperiode hebben we een financieel medewerker aangenomen op kantoor. Zij maakt de prognose, doet de boekhouding, is verantwoordelijk voor de bewonerscontracten en de geldstromen m.b.t. de indicaties.

## **Hoofdstuk 11**

### **Gebruik van informatie.**

- We hebben in deze verslagperiode de AVG, Europese wetgeving, geïmplementeerd;
- De medicatieveiligheid is bij ons geregeld conform landelijke standaard. Uit MIB-meldingen, interne audit en externe audit is naar voren gekomen dat we de medicatieveiligheid correct in acht nemen;
- We hebben de implementatie van de Wet Zorg en Dwang voorbereid deze verslagperiode.
- Dit kwaliteitsverslag is openbaar toegankelijk via onze website.

## **Hoofdstuk 12**

### **Verbeterparagraaf**

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

- ISO behalen en onderhouden.
- Cliëntenraad omvormen tot huiskamergesprekken. 2 x per jaar per locatie.
- Deelname lerend netwerk voor directie
- Deelname lerend netwerk voor zorgmedewerkers.
- Opstarten medezeggenschapsraad.

In deze verslagperiode is als volgt gewerkt aan deze doelen:

De eerste 2 kwartaalperiodes is de organisatie aan de slag gegaan met de verbeterdoelstellingen.

#### **ISO behalen en onderhouden;**

De ZorgHavengroep is een aantal jaar HKZ gecertificeerd geweest.

Er is in 2017 gekozen om over te stappen naar ISO 9001.

In maart 2018 is dit certificaat behaald.

Elke locatie heeft een medewerker die verantwoordelijk is voor de interne audits. Verbeterplannen, doelen, en levende documenten worden bijgehouden door de directie. Op elke teamvergadering van elke locatie staat ISO op de agenda om op deze wijze ervoor te zorgen dat het leeft onder de medewerkers en teamleiders.

#### **Cliëntenraad omvormen tot huiskamergesprekken. 2 x per jaar per locatie.**

Cliëntenraad is niet goed van de grond gekomen. In 2019 wordt er gewerkt met huiskamergesprekken. Bewoners en familieleden worden dan uitgenodigd voor deze bijeenkomst. De Zorghavengroep stelt dat elke bewoner lid is van de Cliëntenraad.

#### **Deelname lerend netwerk voor directie;**

Heel functioneel is de deelname aan het lerend netwerk. De informatie die wordt uitgewisseld is erg nuttig. Het sparren over bepaalde onderwerpen geeft een ruimere blik op de mogelijkheden die er allemaal zijn om kwalitatief goede zorg te leveren. De directie kan goed netwerken in de dagen die georganiseerd worden. Je kunt goed gedachten en ervaringen uitwisselen met elkaar.

#### **Deelname lerend netwerk voor zorgmedewerkers;**

Het deelnemen aan het lerend netwerk voor zorgmedewerkers is heel prettig en wordt als heel nuttig gezien. Het is goed te horen hoe inventief andere zorginstelling omgaan met dagelijkse dingen. Ook implementatie van nieuwe onderwerpen zijn prettig om met elkaar te bespreken, zodat er nieuwe ideeën ontstaan en kijk op andere werkwijze, die nuttig kunnen zijn voor de eigen werkvloer.

#### **Opstarten medezeggenschapsraad.**

De medezeggenschapsraad wordt bij de medewerkers onder de aandacht gebracht.

Door de medewerkers van de ZorgHavengroep wordt het niet opgepakt en uitgewerkt.

Zodoende is er geen medezeggenschapsraad aanwezig.

## **Slotwoord van de directie**

Het leveren van goede zorg op een verantwoorde en veilige wijze is iets waar de ZorgHavengroep voor staat. De bewoners van de ZorgHavengroep verdienen respect, een veilig gevoel en een goede begeleiding in het vaak zo complexe ziekteproces.

Door aan het kwaliteitsplan en dit kwaliteitsverslag te werken, word je nog meer bewust hoe dit wordt vormgegeven en waar de verbeterpunten liggen.

Het is heel prettig hierbij stil te staan, overzicht in te krijgen en de balans op te maken.

De directie ziet het opstellen, controleren en evalueren van het kwaliteitsplan met daaruit voortkomend een kwaliteitsverslag als een leerervaring, waar veel aandacht voor is.

Marieke & Ronald Oostlander.

Directie ZorgHavengroep.

## **Bijlage 1 Veiligheid**

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

A.-De scores op medicatieveiligheid waren in deze verslagperiode 100%

B.-De scores op Decubituspreventie waren in deze verslagperiode 100%

C.-De scores op Gemotiveerd gebruik van vrijheid beperkende maatregelen waren in deze verslagperiode 100%

D.-De scores op Preventie van acute ziekenhuisopnamen waren in deze verslagperiode 90%

## Bijlage 2 Cliëntoordelen

In 2018 hebben wij onder onze cliënten een Tevredenheidsonderzoek gehouden. In 2020 zal dit opnieuw gedaan worden. Hier komt dan ook de Net Promotor Score uit.

Ruisendaal Management Advies B.V. te Haarlem heeft dit voor ons verzorgd. Dit onderzoek is bedoeld om inzicht te krijgen in de mate van tevredenheid op het gebied van een aantal geselecteerde onderwerpen.

In totaal hebben wij 98 personen aangeschreven, waarvan wij 68 reacties retour hebben ontvangen, het responspercentage is 69%.

Door 5 van 6 geïnterviewde wordt wonen binnen de ZorgHavengroep aanbevolen.

Resultaten per categorie:

<b>Categorie:</b>	<b>Weet niet/n.v.t.:</b>	<b>Nee-Onvoldoende/Slecht:</b>	<b>Voldoende:</b>	<b>Ja-Zeer Goed/Voldoende:</b>
Goed Wonen	1%	2%	15%	82%
Goede Zorg	7%	10%	7%	76%
Goede Service	8%	3%	15%	74%
Goed Bestuur	10%	8%	11%	72%
Aandacht/Betrokkenheid Bezieling en Communicatie	6%	6%	15%	73%
Multidisciplinair	10%	14%	19%	56%

Gedurende 2019 is er geen TVO voor bewoners en medewerkers uitgevoerd.

Tijdens de MDO wordt er ook gevraagd aan de bewoner/familie of men tevreden is en of er aandachtspunten zijn om aan te werken.

Daarnaast kan de bewoner/familie gebruik maken van het KWOS-formulier. Familie kiest er vaak voor om aandachtspunten op de mail te zetten om dit ook gelijk te kunnen afhandelen.

### **Bijlage 3: Leren en werken aan kwaliteit.**

Sinds oktober 2017 zijn we aangesloten bij Lerend Netwerk RVW. De werkwijze is opgenomen in de aankondiging van dit Lerend Netwerk d.d. 27-10-2018. Deze notitie zijn opvraagbaar.