

Kwaliteitsverslag 2021



Schiedam, mei 2022

Inhoudsopgave.

Inleiding	3
Hoofdstuk 1; Zorgvisie en Kernwaarden.....	4
Hoofdstuk 2; Doelgroep en werkwijze.....	5
Hoofdstuk 3; Personeel.....	7-8-9
Hoofdstuk 4; Beleid.....	10
Hoofdstuk 5; Persoonsgerichte zorg en ondersteuning.....	11-12-13
Hoofdstuk 6; Wonen en Welzijn.....	14-15
Hoofdstuk 7; Veiligheid.....	16
Hoofdstuk 8; Leren en werken aan kwaliteit.....	17
Hoofdstuk 9; Leiderschap, Governance en management.....	18
Hoofdstuk 10; Gebruik van hulpbronnen.....	19
Hoofdstuk 11; Gebruik van informatie	20
Hoofdstuk 12; Verbeterparagraaf.....	21
Slotwoord van Directie.....	22
Bijlage 1; Veiligheid.....	23
Bijlage 2; Clientoordelen.....	24
Bijlage 3; Leren en werken aan kwaliteit.....	25

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 uitmaken 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 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 kwaliteitsverslag 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 kwaliteitsverslag uitbrengen over de voortgang van het kwaliteitsplan van het voorafgaande jaar.

Dit is het eerste 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, maar kon niet dagelijks op de werkvloer komen vanwege de beperkingen die waren opgelegd voor Covid-19. Er was veel telefonisch contact, mail contact. Het langsgaan op de locatie werd gepland. Tijdens observaties en gesprekken met de teamleider en familie 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. Tijdens de sluiting van de locatie in de 1e lockdown, heeft men minder kunnen wandelen. Wel werd er gebruik gemaakt van de tuin en de terrassen. Ook activiteiten zijn aangepast en meer individueel gedaan, daar we met de bewoners ook meer uit elkaar moesten zitten. De 1.5 afstandsregel geldt ook voor bewoners en medewerkers.

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 Zorg Haven ook erg graag wil. Na de 1e lockdown werd bezoek weer toegelaten en ondanks alle maatregelen, zoals handhygiëne – geen sleutel gebruik – inschrijven en mondkapje, voelt men zich toch heel erg welkom!

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 19 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.
- Sinds januari 2020 is er twee verpleegkundig specialisten en een Arts Ouderengeneeskunde in dienst bij de ZorgHavengroep. Zij zijn betrokken bij de medische zorg van de bewoners die binnen de ZHG verblijven.
- Passie, inzet en betrokkenheid van alle medewerkers, hebben we als leiding vastgesteld en besproken in functioneringsgesprekken en in teamvergaderingen. Dit wordt ook dagelijks besproken in dag-evaluaties;
- 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 certificaat van het managementsysteem, welke we hebben geïmplementeerd en onderhouden in overeenstemming met de eisen van ISO 9001:2015 op basis van het toepassingsgebied: SO-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 huiskamer gesprekken 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 vertegenwoordigers. In dit verslagjaar is er door de Covid-19 geen huiskamergesprek geweest op de locaties. In dit jaar was het nog niet mogelijk om bij elkaar te komen. Dit was nog niet toegestaan. Er is ook dit jaar gekozen voor een huiskamergesprek enkel met de bewoners. Wat ook een heel leuk gesprek werd en waarin de bewoners goed konden vertellen wat ze vonden, misten of uitleg over wilden. Hier is een verslag van geschreven en naar de eerste contactpersonen gestuurd, zodat men kon zien dat we zeker aandacht hebben gehad voor de inbreng van onze bewoners.

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 2021 was:

In 2021 waren er de volgende personeelswijzigingen:

Omschrijving locaties	Aantal	Fte
Vertrokken medewerkers Oude Haven	1	05
Nieuwe medewerkers OH	4	1.5
Vertrokken medewerkers Nieuwe Haven	9	4
Nieuwe medewerkers NH	10	4
Vertrokken medewerkers Berghse Haven	8	4
Nieuwe medewerkers BH	10	5
Vertrokken medewerkers Haven du Pont	14	10
Nieuwe medewerkers HdP	34	20
Vertrokken medewerkers Buyten Haven	11	5
Nieuwe medewerkers BuH	11	5
Vertrokken medewerkers Zuyder Haven	9	5
Nieuwe medewerkers ZH	7	4
Vertrokken medewerkers Parck Haven	7	4
Nieuwe medewerkers PH	6	4
Vertrokken medewerkers Wilgenhoeve	13	8
Nieuwe medewerkers WH	15	9
Vertrokken medewerkers IJssel Haven	5	11
Nieuwe medewerkers IJH	18	11
Vertrokken medewerkers Maes Haven	21	3
Nieuwe medewerkers MH	22	12

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, 4 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 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 artsensite op de locatie. Dit is voorbereid door de PA en een VIG van de locatie. De site 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. Daarnaast is er een arts ouderengeneeskunde in dienst van de ZorgHavengroep. Deze kan door de huisarts worden ingeschakeld, maar ook door de Directeur Zorg en de teamleider. De arts ouderengeneeskunde komt op de locatie langs.

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.

Scholing.

Het scholingsplan is vastgesteld op 8 oktober 2019.

Het scholingsplan 2021 heeft niet helemaal de gewenste voortgang in deze verslagperiode behaald.

Door de Covid-19 pandemie zijn de scholingen in bepaalde delen van het jaar stil komen te liggen.

Er is zoveel mogelijk geschoold. Wat uiteindelijk niet door kon gaan door Covid staat gepland in het voorjaar van 2022. Deze afspraken zijn al gemaakt.

In 2021 waren deze scholingen gepland:

- > Externe dementiescholing. Per locatie wordt dit gegeven op casus van de betreffende locatie.
- > BIG scholing en aftoetsen vaardigheden in praktijk
- > BHV scholing voor nieuwe locatie
- > Klinische lessen, 2 per locatie
- > Scholing ONS Nedap

Doordat we in Nederland te maken kregen met een pandemie veroorzaakt door het Covid-19 werd het niet mogelijk om het hele jaar scholingen door te laten gaan.

Het risico vonden wij als zorgorganisatie te groot. Daarbij ook gegeven dat de naasten van onze bewoners beperkte toegang krijgen tot onze locaties. Dan is het ook niet mogelijk om wel andere 'buitenstaanders' op onze locaties toe te laten.

In het eerste deel van het jaar is er op locatie wel Nedap geschoold. Ook de dementie scholing vond weer plaats. De planning hiervoor in het tweede deel van het jaar is eruit gehaald, daar we weer in lockdown gingen. Ook de docenten/ bedrijven die kwamen scholen, gaven aan niet te willen komen scholen.

De adhoc BIG scholing is wel gegeven onder strenge maatregelen. Zo kunnen we de garantie geven dat de bewoners goede zorg krijgen, zeker m.b.t. de risicovolle handelingen.

Wij bevonden ons keer op keer met 7 van de 10 locaties binnen het hoog risicogebied, namelijk Regio Rijnmond, Zuid Holland Zuid. Mede daarom hebben we ook niet gekozen voor het opstarten van de scholingen.

Wel zijn er in dit jaar klinische lessen gegeven op de locaties door interne medewerkers. Denk aan een scholing palliatieve zorg door onze eigen verpleegkundig specialist.

Hoofdstuk 4

Beleid

Het jaarplan 2021 met meetbare doelstellingen wordt regelmatig gemonitord en ieder kwartaal ge-evalueerd. Het jaarplan 2021 heeft geleid tot de volgende bevindingen:

1. Overgang van PGB naar VPT heeft in 2021 plaats gevonden op locatie Parck Haven. 1 januari 2022 is dit afgerond.
2. In 2021 is er i.p.v. een Cliëntenraad per locatie verder gewerkt met Huiskamergesprekken per locatie. Deze zijn 2 x per jaar op eigen locatie. Bewoners en hun 1e contactpersonen worden hiervoor uitgenodigd via een brief en kunnen punten opgeven voor de agenda. Na overleg wordt er met hen ook een notulen gedeeld. Deze huiskamergesprekken zorgen voor de communicatie met overige bewoners en familieleden van de locatie. Door Covid heeft deze maar 1 x plaats gevonden op locatie. Enkele locaties hebben geen huiskamergesprek gehad door de opgelegde lockdown. Moeilijk was het om deze digitaal te organiseren, daar onze bewoners een belangrijk onderdeel zijn in de huiskamergesprekken.
3. Met Kwaliteitsbudget is er een Physician Assistent (PA) aangenomen in 2020. Zij is met ontslag gegaan in maart 2021. Daarop hebben we 2 verpleegkundig specialisten aangenomen voor 32 en 36 uur. De Arts Ouderenzorg (AO) is van 24 naar 36 uur gegaan.
4. Met het kwaliteitsbudget hebben we een Facilitair manager aangenomen, 36u per week en een activiteitenbegeleidster, 32 uur per week. Beide werken ZorgHaven breed.
5. Kwaliteitskader Verpleeghuis Zorg: Wij nemen deel aan het Lerend Netwerk en de VAR via Riant Verzorgd Wonen.
6. RvC bestaat uit 2 personen. Er is 4 x per jaar overleg met de RvC. Er wordt een 3e RvC lid gezocht.
7. ISO continueren en waar zo mogelijk verbeteren. Nieuwe locaties zijn toegevoegd, zoals Wilgenhoeve en IJssel Haven. Certificaat behouden.
8. Uitbreiding binnen de ZorgHavengroep met een locatie in Poortugaal. Locatie; Maes Haven. Deze locatie is 1 december 2021 opengegaan en had in de maand december al 12 kamers bezet en de overige 6 kamers wel al verhuurd, bewoners komen in januari 2022.
9. ZorgHavengroep heeft ervoor gekozen dat de Arts Ouderengeneeskunde de VBM en MIB zal evalueren elk kwartaal op locatie met de Teamleider 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.
10. Scholingsplan hebben we niet kunnen naleven vanwege Covid-19. De geplande scholingen zijn gepland in 2022. Ook nieuwe scholingen worden in 2022 gepland.
11. ZorgHavengroep heeft dit jaar alle bijeenkomsten van Riant Verzorgd Wonen bijgewoond. Dit m.b.t. het lerend netwerk.

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 cliëntenraad, 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;
- 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 cliëntenraad, 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, buitenruimten, verkeersruimten, algemene ruimten zoals huiskamer en eetkamer.);
- De privé, verkeers- en gedeelde algemene ruimten zijn schoon en veilig;
- Bewoners worden in de gelegenheid gesteld met eigen spullen hun kamer in te richten. Wel volgens de afspraken in het huisreglement waarbij de stoffering van de vloer van bijzonder belang is. Zo mag er geen stoffen stoffering op de vloer aangebracht worden, enkel met een gladde structuur.
- 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^e 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-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. Deze houden we up to date. In het 3e kwartaal van 2022 zal er een nieuw kwaliteitsplan opgemaakt worden in een nieuw format. Dit zal dan weer een kwaliteitsplan voor 1 jaar worden met een duidelijke verbeterparagraaf.

3-Jaarlijks kwaliteitsverslag

- Dit, verslagperiode 2021, is ons derde 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 2021;

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;
- 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.
- Met het Lerend Netwerk komen we een aantal keer per jaar bij elkaar. In 2021 zijn we 2x bij elkaar geweest en hebben ook digitaal kunnen overleggen. En een keer digitaal.

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 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 cliëntenraad en waar nodig of gewenst hebben we de cliëntenraad ondersteund, onder andere door een vergaderruimte beschikbaar te stellen en beleids- en verantwoordingsstukken aan te leveren.
- Conform de Wet op de Ondernemingsraden (WOR) hebben we een personeelsvertegenwoordiging.
- Conform de Wet Kwaliteit klachten en geschillen in de zorg (WKKGZ) hebben we een vertrouwenspersoon, klachtenfunctionaris, klachtenreglement met onafhankelijke klachtencommissie en zijn we aangesloten bij een erkende Geschilleninstantie;
- Wij hebben onze stakeholders in kaart gebracht en we bespreken en evalueren de samenwerking met stakeholders;
- We hebben een arts ouderengeneeskunde die ons ondersteunt bij MDO's en vrijheidsbeperking. Deze arts is benaderbaar voor de teams en directie. De arts ouderengeneeskunde doet ook veel familiegesprekken.

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.

Nedap en authenticatiecode, aanschaf mobieltjes

In deze verslagperiode is het digitaal medicatie systeem beveiligd met een 2e authenticatiecode. Bij het inloggen, krijgt de medewerker een code op hun mobiel waar ze dan mee kunnen inloggen.

N'Care is een digitaal medicatie systeem, welke handig in gebruik is. Het werkt met een I-pad. Op elke locatie zijn 3 I-Pads aanwezig en een vaste computer.

Elke zorgmedewerker heeft een rol en rechten binnen het systeem. Directeur Zorg beheert deze rollen en rechten.

Elke zorgmedewerker kan met zijn/haar eigen code in het systeem. Kan zo de medicatie toedienlijsten zien en medicatie delen. In het systeem teken je af. Het systeem houdt in de gaten of je alles hebt afgetekend.

Het waarborgt veiligheid in de dubbele controle en in het 'vergeten' te geven van medicatie.

In deze verslagperiode hebben we ons nog meer verdiept in de systemen van ONS Nedap. Zo willen we ervoor zorgen dat de zorg rondom de bewoner nog beter verloopt en gedocumenteerd wordt. Familie kan via Caren zorg meelesen in het dossier. Dit verloopt erg prettig en er wordt ook veel gebruik van gemaakt door familie.

Hoofdstuk 11

Gebruik van informatie.

- We hebben in deze verslagperiode de bewonerservaringen gemeten met een tevredenheids-onderzoek. Belangrijkste bevindingen staan uitgewerkt in bijlage 2;
- De Net Promotor Score is berekend aan de hand van rapportcijfers (1 tot 10). De geaggregeerde NPS-score is 21.6. Het gemiddelde cijfer is 8.0. Zie bijlage 2.
- 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;
- 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.
- I.p.v. huiskamergesprek graag een cliëntenraad. Hier worden inspanningen voor verricht om die eind 2022 te kunnen afronden en in 2023.
- Tevredenheidsonderzoeken beter promoten zodat het door meer mensen wordt ingevuld.
- Deelname lerend netwerk voor directie
- Deelname lerend netwerk voor zorgmedewerkers.

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 i.p.v. huiskamergesprekken.

De ZorgHavengroep spant zich in om een Cliëntenraad geformeerd te krijgen. Dit is een belangrijk orgaan voor de organisatie. Het is prettig werken als er over bepaalde zaken gesproken kan worden die verbetering zullen bewerkstelligen voor de bewoners.

Promotie van tevredenheidsonderzoeken.

De tevredenheidsonderzoeken zijn een belangrijk item binnen de ZorgHavengroep. Het is prettig te weten hoe men de zorg ervaart, de aandacht, de activiteiten etc. Hierop kunnen wij beter de zorgteams en Teamleiders aansturen. We kunnen bewoners en hun naasten nog beter tegemoetkomen in de verwachtingen en verkeerde verwachtingen beter weerleggen. Verbeteren is wat hoog in het vaandel staat.

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.

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. We willen ons er nog meer van bewust maken en daarom zal er een ander format komen van het kwaliteitsplan en – verslag.

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

De directie is blij met het resultaat wat is behaald in het TVO; het cijfer is een 8!

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

Begin 2021 hebben wij onder onze cliënten een Tevredenheidsonderzoek gehouden voor bewoners. 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 168 personen aangeschreven, waarvan wij 72 reacties retour hebben ontvangen, het responspercentage is 42.9%.

Totaaloverzicht v d resultaten v d bewoners over deze periode 1-12-2021 / 31-1-2022	
Aantal locaties	9
Aantal vragenlijsten	168
Aantal response	72
Responspercentage	42.9%
NPS over totaal	22.2
Gemiddeld rapportcijfer zorgkaart Nederland	8

Overzicht scores

Gemiddelde is 8.1

Rapportcijfer	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aantallen	0	0	0	0	0	0	6	13	25	14	8

Rapportcijfers zorgkaart Nederland

Afspraken: Verloopt het maken van afspraken goed? En komt de organisatie/medewerker gemaakte afspraken over tijden, tijdstippen en bereikbaarheid na?	Verpleging: Hoe beoordeelt u de kwaliteit en het effect van de verpleging, verzorging of behandeling?	Omgang medewerkers: Behandelen de medewerkers u met aandacht? Gaan de medewerkers op een goede manier met u om?	Kwaliteit van leven: Sluit de zorg aan op wat u zelf belangrijk vindt? Past het bij de manier waarop u wilt leven?	Luisteren: Wordt u gezien en gehoord? Wordt er passend gereageerd op uw vraag of verzoek?	Accommodatie: Vindt u het gebouw, de voorzieningen en de omgeving prettig?	G E M I D D E L D E
7.8	8	8.1	7.8	7.8	8.2	8

In de periode van november 2021 tot en met januari 2022 hebben we voor kleinschalige ouderenzorg tevredenheidsonderzoeken onder bewoners uitgevoerd.

Totaaloverzicht v d resultaten v d bewoners over deze periode 1-11-2021 / 31-1-2022	
Aantal locaties	19
Aantal vragenlijsten	351
Aantal response	184
Responspercentage	52.4%
NPS over totaal	37
Gemiddeld rapportcijfer zorgkaart Nederland	8.2

Overzicht Scores**Gemiddelde is 8.3**

Rapportcijfer	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aantallen	0	0	0	0	1	1	8	27	61	58	20

Rapportcijfers Zorgkaart Nederland

Afspraken: Verloopt het maken van afspraken goed? En komt de organisatie/medewerker gemaakte afspraken over tijden, tijdstippen en bereikbaarheid na?	Verpleging: Hoe beoordeelt u de kwaliteit en het effect van de verpleging, verzorging of behandeling?	Omgang medewerkers: Behandelen de medewerkers u met aandacht? Gaan de medewerkers op een goede manier met u om?	Kwaliteit van leven: Sluit de zorg aan op wat u zelf belangrijk vindt? Past het bij de manier waarop u wilt leven?	Luisteren: Wordt u gezien en gehoord? Wordt er passend gereageerd op uw vraag of verzoek?	Accommodatie: Vindt u het gebouw, de voorzieningen en de omgeving prettig?	G E M I D D E L D E
8.1	8.1	8.4	8	8	8.4	8.2

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.