

Kwaliteitsverslag 2022



“Persoonlijke en betrokken zorg”



Schiedam, mei 2023

Inhoud

Inleiding	3
Hoofdstuk 1	4
Zorgvisie en kernwaarden	4
Hoofdstuk 2	5
Doelgroep en werkwijze	5
Hoofdstuk 3	7
Personeel	7
Scholing	10
Hoofdstuk 4	11
Beleid	11
Hoofdstuk 5	12
Persoonsgerichte zorg en ondersteuning	12
Hoofdstuk 6	14
Wonen en welzijn	14
Hoofdstuk 7	16
Veiligheid	16
Hoofdstuk 8	18
Leren en werken aan kwaliteit	18
Hoofdstuk 9	19
Leiderschap, governance en management	19
Hoofdstuk 10	20
Gebruik van hulpbronnen	20
Hoofdstuk 11	21
Gebruik van informatie	21
Hoofdstuk 12	22
Verbeterparagraaf	22
Slotwoord van de directie	24

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 overige onderwerpen, zie inhoudsopgave.

Daarnaast is specifieke aandacht besteed aan drie onderdelen

1-Veiligheid

- o.a.: Medicatieveiligheid
- Decubituspreventie
- Gemotiveerd gebruik van vrijheid beperkende maatregelen
- Preventie van acute ziekenhuisopnamen

2-Cliëntoordelen

- Gebruikt instrument met een beschrijving van de kwantitatieve uitkomsten
- De NPS-score per locatie

3-Leren en werken aan kwaliteit

- a-Beschrijving hoe voldaan wordt aan het kwaliteitsplan inclusief verbeterparagraaf, scholing.
- b-Dit kwaliteitsverslag als leerervaring
- c-Deel uitmaken van het lerend netwerk
- d-De resultaten uit de TVO-bewoners

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.

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.

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.

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.

Na de zomer van 2022 gingen de COVID-maatregelen geleidelijk eraf. De ZorgHaven heeft altijd de richtlijnen van het RIVM hierin gevolgd. Het werken met een mond-neusmasker tijdens de intensieve zorg heeft de ZorgHaven de rest van het jaar wel gehandhaafd.

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: Dat wil zeggen 12 à 19 bewoners per locatie;
- Persoonlijk beleid: De Teamleider en de Directeur Zorg zijn betrokken bij de zorgverlening op de werkvloer: De teamleider is volledig uitgeplant van zorg. Echter ondersteunt zij het team dagelijks bij zorgtaken of inhoudelijke processen. Zeker als er met een bewoner een dringende casus is of een tekort binnen het zorgteam. Daarnaast zorgt de Teamleider voor de continuïteit van zorg. Is hij/zij verantwoordelijk voor de dienstroosters, vakantie planning, formatie, aansturen van zorgteam en facilitair team, voert vele gesprekken en is aanspreekpunt voor eenieder betrokken bij die locatie. Denk aan medewerkers, bewoners en familieleden. De Directeur Zorg stuurt de teamleider aan en is inhoudelijk betrokken bij bewoners en personeel. De Directeur Zorg is altijd voor iedereen te bereiken. Met de Directrice Zorg en/of de Verpleegkundige Specialist kan de verzorgende mee over leggen als er een casus is bij bewoners.
- De Directeur Zorg wordt ondersteunt door de beleidsmedewerker die ook een belangrijke rol voor de Teamleiders vervuld. Samen zijn zij een aanspreekpunt voor de Teamleiders en ondersteunen zij hen.
- 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;
- Door Covid zijn er minder huiskamergesprekken geweest. In het laatste deel van 2022 hebben we dit weer kunnen oppakken. Op een groot aantal locaties heeft deze dan ook plaats gevonden. Nog steeds zet de directie van ZorgHaven zich in om een Cliëntenraad geformeerd te krijgen. Dit blijkt lastig en de animo is niet groot. ZorgHaven blijft zoeken en kijken naar mogelijkheden om dit te laten slagen. In de Covid periode zijn er wel huiskamergesprekken met de bewoners gevoerd, welke leuke punten en gesprekken opleverden. Dit is uitgewerkt in een verslag. Het verslag wat is geschreven is 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 2022 was:

In 2022 waren er de volgende personeelswijzigingen binnen de zorgteams:

Omschrijving locaties	Aantal medewerkers
<i>Kantoor</i>	
Vertrokken medewerkers	2
Nieuwe medewerkers	2
<i>Oude Haven</i>	
Vertrokken medewerkers	4
Nieuwe medewerkers	5
<i>Nieuwe Haven</i>	
Vertrokken medewerkers	4
Nieuwe medewerkers	7
<i>Berghse haven</i>	
Vertrokken medewerkers	8
Nieuwe medewerkers	10
<i>Buyten Haven</i>	
Vertrokken medewerkers	19
Nieuwe medewerkers	18
<i>Parck Haven</i>	
Vertrokken medewerkers	8
Nieuwe medewerkers	12
<i>Haven du Pont</i>	
Vertrokken medewerkers	14
Nieuwe medewerkers	24
<i>Zuyder Haven</i>	
Vertrokken medewerkers	9
Nieuwe medewerkers	13
<i>Wilgenhoeve</i>	
Vertrokken medewerkers	7
Nieuwe medewerkers	14
<i>IJssel Haven</i>	
Vertrokken medewerkers	18

Nieuwe medewerkers	22
Maes Haven	
Vertrokken medewerkers	4
Nieuwe medewerkers	17

Voor het ziekteverzuim kijken we naar het totaal aantal ziekmeldingen op een locatie. Dit aantal zijn dan ook de werkelijke getallen. Verder kijken we naar het langdurend en kortdurend ziekteverzuim op een locatie, dat doen we met percentages dus deze aantallen zullen in percentages zijn.

Ziekteverzuim per locatie:

Omschrijving locaties	Aantal
Kantoor	
Ziekmeldingen	9
Lang ziekteverzuim	29%
Kort ziekteverzuim	11%
Oude Haven	
Ziekmeldingen	44
Lang ziekteverzuim	35%
Kort ziekteverzuim	27%
Nieuwe Haven	
Ziekmeldingen	36
Lang ziekteverzuim	58%
Kort ziekteverzuim	25%
Berghse haven	
Ziekmeldingen	77
Lang ziekteverzuim	56%
Kort ziekteverzuim	11%
Buyten Haven	
Ziekmeldingen	71
Lang ziekteverzuim	71%
Kort ziekteverzuim	12%
Parck Haven	
Ziekmeldingen	64
Lang ziekteverzuim	46%
Kort ziekteverzuim	26%
Haven du Pont	
Ziekmeldingen	102
Lang ziekteverzuim	56%
Kort ziekteverzuim	11%
Zuyder Haven	

Ziekmeldingen	37
Lang ziekteverzuim	57%
Kort ziekteverzuim	5%
Wilgenhoeve	
Ziekmeldingen	63
Lang ziekteverzuim	63%
Kort ziekteverzuim	9%
IJssel Haven	
Ziekmeldingen	78
Lang ziekteverzuim	69%
Kort ziekteverzuim	13%
Maes Haven	
Ziekmeldingen	31
Lang ziekteverzuim	20%
Kort ziekteverzuim	37%

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. Dit is ingevuld met de gastvrouw/-heer functie. Zowel in de ochtend als in de avond.
- Permanente aanwezigheid van personeel met de juiste kennis, vaardigheden en competenties; Niveau 2, 3, 4.
- Uitsluitend vaste medewerkers die de bewoners goed kennen;
- Er is een arts bereikbaar en oproepbaar en is binnen 30 minuten ter plaatse; (Via de HAP)
- 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 Verpleegkundige Specialist 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 ZorgHaven. 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 ZorgHaven naar de SEH moet voor onderzoek moet, wordt dit vanuit de ZorgHaven 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 2022 heeft bijna helemaal de gewenste voortgang in deze verslagperiode behaald. Enkel de dementiescholing is door 2 locaties niet volbracht en de BIG is meer verspreid, zodat er in kleine groepjes steeds meer medewerkers konden aansluiten. Door de Covid-19 pandemie zijn de scholingen in bepaalde delen van het jaar stil komen te liggen. Er is zoveel mogelijk geschoold. Wat nu uiteindelijk toch echt niet door kon gaan, staat gepland in het voorjaar van 2023. Deze afspraken zijn al gemaakt.

In 2022 waren deze scholingen gepland:

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

Er is veel geschoold binnen de ZorgHaven.

Op allerlei manieren hebben we dit voor elkaar kunnen krijgen.

Denk aan hele grote ruimten waarin kleinere groepen geschoold konden worden met genoeg afstand.

Ook zijn er online trainingen aangeboden. Of op eigen locatie waar de cursusleider dan naartoe kwam om daar te scholen.

Hoofdstuk 4

Beleid

Het jaarplan 2022 met meetbare doelstellingen wordt regelmatig gemonitord en ieder kwartaal ge-evalueerd. Het jaarplan 2022 heeft geleid tot de volgende bevindingen:

1. In 2022 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.
2. In 2022 is er geprobeerd een Cliëntenraad op te richten, maar er waren te weinig aanmeldingen waardoor dit niet te realiseren viel. Het is een doel geworden om een cliëntenraad in 2023 onder de aandacht te brengen.
3. Kwaliteitskader Verpleeghuis Zorg: Wij nemen deel aan het Lerend Netwerk en de VAR via Riant Verzorgd Wonen.
4. RvC bestaat uit 3 personen. Er is 4 x per jaar overleg met de RvC. Er is in 2022 een 3e RvC lid aangesteld.
5. ISO continueren en waar zo mogelijk verbeteren. Nieuwe locatie is toegevoegd, zoals Maes Haven. Het Certificaat is behouden op alle locaties.
6. De Verpleegkundige specialisten hebben de VBM's die er binnen de ZHG zijn overgenomen van de arts ouderengeneeskunde. De Verpleegkundig Specialisten hebben zelf een schema waarin bijgehouden wordt wanneer er een evaluatie plaats moet vinden.
7. De scholingen die gepland stonden in 2021 en niet konden doorgaan vanwege Corona zijn in 2022 allemaal ingehaald.
8. ZorgHaven heeft dit jaar alle bijeenkomsten van Riant Verzorgd Wonen bijgewoond. Dit m.b.t. het lerend netwerk. De ZorgHaven heeft de aantal deelnemers uitgebreid die aanwezig zijn op het Lerend Netwerk, zodat er verschillende functies aanwezig zijn.
9. Er is een zorgbemiddelaar aangenomen per 1-1-2022. Zij zal zich bezighouden met de rondleidingen en aanmeldingen van nieuwe bewoners.
10. Er zijn 2 HRM- medewerkers met ontslag gegaan en 2 nieuwe HRM- medewerkers aangenomen met meer contracturen en meer kennis in huis.
11. ONS Nedap implementatie is afgerond. De ontwikkeling blijft.
12. In 2022 is er afgesproken om ZZP4 niet meer op te nemen, alleen nog ZZP5 en ZZP6. Er blijven altijd uitzonderingen. Maar door de hoge kosten (Energie, boodschappen etc.) zijn wij genoodzaakt dit te moeten doen.

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 Zorgplan 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 medewerkers van de ZorgHaven maken echt contact met de bewoners. Hierdoor kennen zij de bewoners en weten welke behoefte en wensen, zorgen, problemen en levensvragen er zijn van elke bewoner. De medewerkers hebben respect, tonen begrip en empathie en hebben een inlevingsvermogen voor de bewoners, familie, naasten en mantelzorgers. Dit alles doen de medewerkers op basis van de juiste kennis en vaardigheden op het gebied van zorg en tevens beschikken de medewerkers over een breed repertoire aan communicatieve en sociale vaardigheden.

Uniek zijn: gezien worden in persoonlijke context, eigen identiteit

Elke bewoner is uniek. De ZorgHaven vindt het belangrijk om elke bewoner zijn eigen identiteit te laten behouden. Voor de bewoner speelt zich veilig voelen en met respect behandeld te worden een grote rol hierin. Er is aandacht voor wat de bewoner belangrijk en zinvol vindt om te doen, ook vanuit levensbeschouwing en om contacten met andere bewoners te onderhouden. De bewoner wordt hierbij geholpen, met respect voor eigen regie en autonomie. Alle bewoners worden betrokken bij de belevenissen binnen de locatie. De bewoner kan hierin zoveel mogelijk hun eigen gang gaan, ook als zij geen behoefte hebben om iets te doen.

De medewerkers kennen de risico's en persoonlijke wensen van de bewoner en zijn in staat om verandering in gedrag te duiden of om adequate hulp bij te vragen.

“Aandacht, respect en op zoek naar de betekenis van gedrag zijn de waarden wat ons uniek maakt”

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

Bij een opname van een bewoner wordt met de bewoner en naasten de wensen besproken rondom zorg levenseinde en het verdere medische beleid. De wensen worden geïnventariseerd, opgenomen in het zorgplan en actief gedeeld met het multidisciplinair team. Zorg rondom palliatieve zorg worden gevolgd. De wensen van en afspraken met de bewoner worden op regelmatige basis opnieuw besproken met de bewoner en naasten.

Bewoners houden, zoveel mogelijk, de regie over hun eigen leven, zowel in grote als in kleine onderdelen van de dag. Als een bewoner het niet meer lukt deze regie zelf te nemen, dan krijgen diens naasten de mogelijkheid deze wensen te verwoorden.

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

Bij opname krijgt elke bewoner een actueel zorgplan en een medisch plan dat in samenspraak met de bewoner en desgewenst diens naasten is opgemaakt. Uiterlijk 6 weken na opname is het zorgplan en medisch plan compleet. Het zorgplan en medisch plan wordt daarna op regelmatig basis tijdens een MDO geëvalueerd. Tijdens het MDO is de bewoner zelf aanwezig en/of dienst naasten, tenzij deze dat niet wil. De bewoner geeft inbreng van eigen wensen en behoefte, dit helpt de zorgmedewerker beter af te stemmen op de zorgvragen. De huisarts (HA) maakt concrete afspraken over het medisch plan en over het zorgbeleid rondom het laatste levenseinde van de bewoner. Het zorgplan wordt opgesteld door tenminste een niveau 3, die tevens ook de E.V.V.-er is van deze bewoner.

De E.V.V.-er volgt bij het maken van het zorgplan de richtlijnen die vast gesteld staan in:

<https://www.zorgplanleefplanwijzer.nl>

De zorgmedewerkers zijn op de hoogte en hebben inzicht in de situatie van de bewoner, het zorgplan en kunnen inzicht geven over de zorg aan de bewoner, naasten en diens 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.

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 waar een tillift overheen gereden kan worden. Dit in verband met ARBO-wet en regelgeving voor medewerkers. Tevens is het gebruik van losse kleden op de grond niet toegestaan.
- Maaltijden worden op locatie versbereid.

- Kamers en sanitair van bewoners worden dagelijks schoongehouden door de huishoudelijk medewerkers. 1x per week worden in de kamers van de bewoners een grote schoonmaak gehouden 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

Het is gelukt om binnen de ZorgHaven de medicatie review te laten plaatsvinden. Dit heeft de verpleegkundig specialist op zich genomen. Zij plannen samen met de huisarts een review met de apotheker. Dit wordt minimaal 1 x per jaar gedaan. Minimaal eenmaal per jaar organiseren we een medicatiereview met de apotheker en de huisarts.

Doormiddel van een goed format van de kwartaaloverzichten leveren de Teamleiders de MIB-meldingen aan bij de Verpleegkundig Specialist met dit aandachtsveld.

De uitslagen worden besproken door de Teamleider in de Teamvergadering, zodat de medewerkers hiervan op de hoogte zijn. Er wordt gekeken naar de procedure en waar en op welke wijze er verbeteringen kunnen plaatsvinden.

In samenspraak met de huisarts wordt het gebruik van antipsychotica zoveel mogelijk beperkt. De Verpleegkundig Specialist met dit aandachtsveld verzameld de gegevens hieromtrent. Dit wordt deels ook aangeleverd door de Teamleider. Dit geldt ook voor het gebruik van antibiotica.

Dit verslagjaar hebben we ons ook beziggehouden met de vaccinaties rondom de Covid-19. Deze vaccinatie werd gegeven door de Verpleegkundig Specialisten en vonden plaats op de locaties. De registratie verliep in ONS Nedap.

De vaccinatieronde voor medewerkers is ook afgerond en werd verwerkt in een overheidsportaal.

Decubitus en mondzorg

Bij elke bewoner wordt een risicosignalering ingevuld. Dit vindt elke 4 weken plaats. Op deze manier willen we huid(letsel), voedingstoestand, mondzorg en incontinentieletsel toetsen bij alle cliënten. 2 x per jaar worden deze lijsten gecontroleerd of dit ook correct gedaan wordt. Terugkoppeling is vanuit de beleidsmedewerker naar de Teamleiders.

De bevindingen en monitoring wordt ook besproken in de teamvergaderingen van de zorgteams en binnen het Lerend Netwerk.

Inzet vrijheidsbeperkende maatregelen

Binnen de ZorgHaven is het streven om zo min mogelijk onvrijwillige zorg toe te passen. Door onbekendheid met de WZD (wet Zorg en Dwang) werden er veel maatregelen aangemaakt voor zorg die feitelijk vrijwillig was. Vanuit het medisch team hebben we in de eerste helft van 2022 alle maatregelen die geregistreerd waren kritisch bekeken of er sprake was van vrijwillige dan wel onvrijwillige zorg. In de meeste gevallen bleek dat er *geen* sprake was van onvrijwillige zorg. Deze maatregelen zijn derhalve gearchiveerd.

Dat past ook binnen het streven van de ZorgHaven om geen onvrijwillige zorg toe te passen.

Het betreft de volgende categorieën van maatregelen:

- Gedrag regulerende medicatie buiten de richtlijn. Aanvankelijk waren hiervoor maatregelen gestart bij 13 bewoners. Na overleg met de voorschrijver bleek dat het merendeel van deze medicatie conform

geldende richtlijn was voorgeschreven. Ook ging het in een enkel geval om slaapmedicatie bij wilsbekwame cliënten. Deze maatregelen zijn gearhiveerd op één na. Hierbij betreft het slaapmedicatie die wordt voorgeschreven om dwaalgedrag in de nacht te voorkomen. Deze maatregel is vrijwillig volgens stappenplan.

- Vrijheid beperkende maatregelen. Bedekken 5 bewoners Veiligheidsriem, 1 bewoner Niet alleen naar buiten, 1 bewoner Buitendeur en raam op slot, 1 bewoner

In het geval van de bedekken werd vastgesteld dat in geen enkele situatie er sprake was van vrijheid beperking maar waarborgen van veiligheid (voorkomen van vallen bij bewoner die niet meer zelf uit bed kan komen) of geborgenheid, waarbij het beddek op eigen verzoek omhoog werd gedaan. De veiligheidsriem betrof een bewoner die wilsbekwaam was ter zake maar wel vergat dat hij niet kon staan en waarbij er sprake was van instemming.

De maatregel betreffende het niet alleen naar buiten gaan is beëindigd omdat hier sprake was van instemming door een bewoner die ter zake wilsbekwaam was. De afgesloten buitendeur en raam betrof een bewoner die een kamer had met een tuindeur en raam die een tijd afgesloten is geweest niet de binnendeur. Dit om zicht te houden op wanneer de bewoner naar buiten ging en zorg mogelijk te maken. Inmiddels is deze maatregel ook beëindigd.

- Maatregelen m.b.t. toezicht. Dit betrof het gebruik van sensoren of babyfoon met camera. De inzet van deze maatregelen was in alle gevallen vrijwillig.

- Overige maatregelen: Verborgen medicatie toedienen, 1 bewoner. Zij is inmiddels overleden. Hansop, 1 bewoner. Dit was op vrijwillige basis. Met toestemming vertegenwoordiger waarbij er geen sprake was van verzet.

Alle maatregelen worden besproken met de bewoners/ 1e contactpersonen. Daarnaast ook binnen het zorgteam. E.V.V.'er en Teamleider monitoren de voortgang. Deze worden ondersteunt door de Verpleegkundig specialist.

De Maatregelen zijn terug te vinden in ONS Nedap.

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.

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 2022, is ons vierde 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 2022;

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 2022 zijn we 3x bij elkaar geweest.

Hoofdstuk 9

Leiderschap, gouvernante en management

Wij hanteren de Gouvernante 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 2022 is er tijdens de huiskamergesprekken als agendapunt de cliëntenraad ingebracht. Tijdens de selectie en de voorrondes om dit op te richten, waren er weinig leden die zich ingeschreven hadden, waardoor er nog geen cliëntenraad opgericht kan worden. Er zult elk jaar een uitnodigingsronde zijn voor alle bewoners/verwanten om zich aan te melden. Tot dat er een cliëntenraad is opgericht, wordt er 2x per jaar een huiskamergesprek gehouden per locatie om dit te waarborgen.
- Conform de Wet op de Ondernemingsraden (WOR) hebben we elk jaar een uitnodigingsronde naar alle medewerkers om zich te kunnen opgeven voor een OR. Tot op heden is dit niet gelukt door te weinig aanmeldingen.
- 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 2 verpleegkundig specialisten die ons ondersteunen bij een MDO en de Wzd. De verpleegkundig specialist is benaderbaar voor de teams en directie. De verpleegkundig specialist geeft ondersteuning bij 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.

- De financiële en administratieve organisatie is binnen de ZorgHaven veranderd. De ZorgHaven heeft een ander accountantsbureau aangenomen.
- Bij N-Care, het medicatiesysteem, is in 2022 een tweede authenticatie geactiveerd. Alle medewerkers zijn geïnformeerd en hebben de juiste middelen gekregen om te kunnen inloggen. Daarmee is het medicatiesysteem nog beter beveiligd.
- Alle locaties hebben een vaste ergotherapeut.
- Alle locaties werken met een AMI2000 alarmsysteem. Zo kan de bewoner ten alle tijden de zorgmedewerker alarmeren.

Hoofdstuk 11

Gebruik van informatie

- 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;
- De decubituspreventie is bij ons geregeld conform landelijke standaard. Uit de kwartaalcijfers die per locatie worden bijgehouden hebben wij een lage score omtrent decubitus en is naar voren gekomen dat wij de wondverzorging correct in acht nemen.
- De Wet zorg en dwang wordt naar conform de richtlijn hoog in het vaandel gezet. Onze vrijheidsbeperkende maatregelen is in deze periode niet van toepassing. Wat inhoudt dat wij correct onze zorg leveren en de alternatieven oplossingen goed in acht nemen.
- De acute ziekenhuisopnames waren in deze periode weinig tot niet van toepassing. Daarmee is naar voren gekomen dat de ZorgHaven bekwaam en bevoegd zorgmedewerkers in dienst heeft die de zorg correct uitvoeren.
- Dit kwaliteitsverslag is openbaar toegankelijk via onze website.

Hoofdstuk 12

Verbeterparagraaf

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

- I.p.v. huiskamergesprek het inrichten van een cliëntenraad. Hier worden inspanningen voor verricht om in 2023 op te starten.
- NCare medicatiesysteem is geïmplementeerd bij de medewerkers.
- Minimaal 4x per jaar voortgang verbeterplanning evalueren bij de DO en MT.

Cliëntenraad i.p.v. huiskamergesprekken

De ZorgHaven 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. Tijdens de huiskamergesprekken wordt hier extra aan besteedt om meer leden te kunnen werven.

NCare medicatie systeem is geïmplementeerd.

Alle zorgmedewerkers zijn ingewerkt in NCare. Alle zorgmedewerkers kunnen inloggen en zijn bekend met het systeem. In 2022 is er een tweede authenticatie toegevoegd om in te loggen.

Evalueren van verbeterplanning in DO en MT

De evaluatie hiervan is terug te lezen in de notulen van de DO. De MT is in 2019 opgeheven en daarvoor in de plaats is er een TLO voor terug gekomen. Dit met reden omdat de organisatie snel gegroeid is in korte tijd.

Verbeterpunten voor bewoners en personeel 2022:

Personeel:

- Scholing dementie is afgerond in 2022.
- Scholing voor Helpende niveau 2 is afgerond. Komt wel een vervolg op doordat de ZorgHaven herhaling noodzakelijk blijft vinden om bekwaam en bevoegd te blijven.
- Scholing rapporteren voor zorgpersoneel is afgerond in 2022.
- Alle Teams zijn in 2022 op formatie gebracht.
- Teamleiders formatie is op orde. Op locatie Buyten Haven, Berghse Haven en IJssel Haven zijn er nieuwe Teamleiders aangenomen.
- Uitbreiden op kantoor met ondersteunende functies. Zorgbemiddelaar is aangenomen, HR is uitgebreid in uren en kennis en er is een kwaliteit/ beleidsmedewerker aangenomen.

Bewoners:

- Gastvrouwen in de ochtend zijn per 1-1-2022 aangenomen en op formatie op alle locaties.
- Gastvrouwen in de avond zijn per 1-1-2022 aangenomen en op formatie op alle locaties.

Locatieniveau:

- Huiskamergesprekken zijn opgepakt en er is een start gemaakt met het organiseren van een cliëntenraad.

- Wilgenhoeve;
 - Aankleding tuinkamer is afgerond in 2022. Huiskamer is gedeeltelijk gerealiseerd in 2022 en wordt in het eerste kwartaal 2023 afgerond.
 - Er is een kok aangenomen. Er wordt vers gekookt op locatie.

- Oude Haven;
 - Openslaande deuren zijn vervangen.
 - Keuken wordt in eerste kwartaal 2023 vervangen.

- Nieuwe Haven;
 - In de huiskamer zijn de muren geverfd en er zijn nieuwe eettafels in de woonkamer geplaatst.
 - Buitenkant schilderen, dit is gepland in 2023
 - Zusterpost opknappen is gerealiseerd.

- Berghse Haven;
 - Er zijn overal airco's geplaatst op locatie.

Alle locaties zijn de muren en kozijnen nagelopen op het verven ervan.

Alle locaties zijn de tuinen en terrassen nagelopen en netjes onderhouden.

Slotwoord van de directie

Het leveren van goede zorg op een verantwoorde en veilige wijze is iets waar de ZorgHaven voor staat. De bewoners van de ZorgHaven 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 ZorgHaven.

Bijlage 1 Cliëntoordelen

Eind 2021 en begin 2022 hebben wij onder onze bewoners 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