

Kwaliteitsverslag 2023



“Persoonlijke en betrokken zorg”



Schiedam, mei 2024

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	19
Leren en werken aan kwaliteit	19
Hoofdstuk 9	20
Leiderschap, governante en management	20
Hoofdstuk 10	21
Gebruik van hulpbronnen	21
Hoofdstuk 11	22
Gebruik van informatie	22
Hoofdstuk 12	23
Verbeterparagraaf	23
Slotwoord van de directie	25
Bijlages	26

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 Tevredenheidsonderzoek 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.

ZorgHaven is een platte organisatie waarin men het belangrijk vindt dat de directie nauw betrokken is bij de Teamleiders en hun locaties, maar ook een korte lijn met alle kantoormedewerkers in allerlei functies.

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 uitgepland van zorg. Echter ondersteunt zij het team dagelijks bij zorgtaken of inhoudelijke processen. Zeker als er met een bewoner een dringen de 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 2022 en begin 2023. Inmiddels is het opgestart en hebben een aantal locaties in het 3^e en 4^e kwartaal een huiskamergesprek kunnen plannen. Directie van ZorgHaven heeft zich ingezet voor het formeren van de Cliëntenraad. Dit is gelukt en de cliëntenraad van ZorgHaven bestaat uit 4 leden.
- ZorgHaven verzorgt elk kwartaal een nieuwsbrief. Hierin staan informatieve zaken en mededelingen. De locaties zullen zelf met een nieuwsbrief aan de slag gaan om daar allerlei weetjes van onze bewoners en locatie in te vermelden. Dit wordt op enkele locaties nu gedaan. In 2024 is het de bedoeling dat elke locatie dit doet.

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 2023 was:

In 2023 waren er de volgende personeelswijzigingen binnen de zorgteams:

Omschrijving locaties	Aantal medewerkers
Kantoor	
Vertrokken medewerkers	2
Nieuwe medewerkers	2
Oude Haven	
Vertrokken medewerkers	0
Nieuwe medewerkers	4
Nieuwe Haven	
Vertrokken medewerkers	2
Nieuwe medewerkers	4
Berghse haven	
Vertrokken medewerkers	16
Nieuwe medewerkers	14
Buyten Haven	
Vertrokken medewerkers	2
Nieuwe medewerkers	8
Parck Haven	
Vertrokken medewerkers	9
Nieuwe medewerkers	5
Haven du Pont	
Vertrokken medewerkers	13
Nieuwe medewerkers	16
Zuyder Haven	
Vertrokken medewerkers	7
Nieuwe medewerkers	3
Wilgenhoeve	
Vertrokken medewerkers	8
Nieuwe medewerkers	2

<i>IJssel Haven</i>	
Vertrokken medewerkers	11
Nieuwe medewerkers	5
<i>Maes Haven</i>	
Vertrokken medewerkers	2
Nieuwe medewerkers	2

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
<i>Kantoor</i>	
Ziekmeldingen	13
Lang ziekteverzuim	53%
Kort ziekteverzuim	15%
<i>Oude Haven</i>	
Ziekmeldingen	26
Lang ziekteverzuim	82%
Kort ziekteverzuim	4%
<i>Nieuwe Haven</i>	
Ziekmeldingen	31
Lang ziekteverzuim	72,5%
Kort ziekteverzuim	12,5%
<i>Berghse haven</i>	
Ziekmeldingen	54
Lang ziekteverzuim	68%
Kort ziekteverzuim	4%
<i>Buyten Haven</i>	
Ziekmeldingen	41
Lang ziekteverzuim	74%
Kort ziekteverzuim	4%
<i>Parck Haven</i>	
Ziekmeldingen	41
Lang ziekteverzuim	64,5%
Kort ziekteverzuim	7,5%
<i>Haven du Pont</i>	
Ziekmeldingen	74
Lang ziekteverzuim	62%
Kort ziekteverzuim	8,5%

Zuyder Haven	
Ziekmeldingen	28
Lang ziekteverzuim	46%
Kort ziekteverzuim	16%
Wilgenhoeve	
Ziekmeldingen	43
Lang ziekteverzuim	57%
Kort ziekteverzuim	7%
IJssel Haven	
Ziekmeldingen	51
Lang ziekteverzuim	67%
Kort ziekteverzuim	10%
Maes Haven	
Ziekmeldingen	27
Lang ziekteverzuim	65%
Kort ziekteverzuim	7%

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)
- 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 1^e lijns een specialist ouderengeneeskunde beschikbaar voor overleg en beoordeling.

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 2023 heeft bijna helemaal de gewenste voortgang in deze verslagperiode behaald. De externe scholing Dementie, welke door Corona duidelijk vertraging op liep, is volledig afgerond.

In 2023 waren deze scholingen gepland:

- a) Externe dementiescholing. Per locatie wordt dit gegeven op casus van de betreffende locatie.
- b) Interne scholing dementie voor niet zorg personeel.
- c) Interne scholing SBARR, SOEP.
- d) BIG scholing en aftoetsen vaardigheden in praktijk voor nieuwe medewerkers binnen ZorgHaven.
- e) BHV scholing voor alle locaties
- f) Klinische lessen, 2 per locatie
- g) Scholing ONS Nedap
- h) Scholing Kookmedewerkers en Huishoudelijk medewerkers

Er is veel geschoold binnen de ZorgHaven op allerlei gebieden.

- a) Externe dementiescholing is afgerond. Alle locaties zijn verspreid over 2 jaar aan bod gekomen voor de scholing.
- b) Het niet zorgpersoneel is geschoold op Dementie. Voor het verkrijgen van heel nuttige informatie over een ziektebeeld welke veel voorkomt op de locaties van ZorgHaven. Zo weten ze er net meer van en is er meer begrip naar de bewoner m.b.t. hun gedrag of uitlatingen.
- c) Het doel hiervan is gericht en adequater rapporteren.
- d) Op locatie is de BIG afgenomen bij nieuwe medewerkers waar de bekwaam-/ bevoegdheid afliep.
- e) Alle locaties zijn geschoold op hun eigen locatie. Dit was een succes. Er werd veel duidelijk uitgelegd met theorie. Daarnaast werd er op locatie alles aan de hand van voorbeelden op die locatie uitgelegd. Zo is het blussen van een brand geoefend en hoe we zelf op de locatie een brand lokaliseren. Dit wordt jaarlijks herhaald.
- f) Locaties kunnen zelf een keuze maken in de klinische lessen die men wenst op de locatie. De teamleider kijkt met zijn/haar team naar de wensen. Veelal is er gekozen voor de volgende klinische lessen. Ziekte van Parkinson, Palliatieve zorg, SBARR/SOEP, Wet Zorg en Dwang.
- g) Iedereen heeft intern de scholing Nedap doorlopen. Hierin is er aandacht voor de nieuwe layout van Nedap, rapporteren, omgaan met afspraken in het zorgplan, opslaan van documenten en registraties.
- h) De huishoudelijk medewerkers zijn geschoold op de werksystemen van ZorgHaven en de schoonmaakproducten die binnen ZorgHaven gebruikt worden. De kennis rondom deze producten is vergroot. Zo is er ook uitleg gegeven over de schoonmaakkar van de medewerkers en wat er noodzakelijk op de kar aanwezig moet zijn.

Hoofdstuk 4

Beleid

Het jaarplan 2023 met meetbare doelstellingen wordt regelmatig gemonitord en ieder kwartaal ge-evalueerd. Het jaarplan 2023 heeft geleid tot de volgende bevindingen:

1. In 2023 is er nog gewerkt met Huiskamergesprekken per locatie. Daarnaast is de cliëntenraad opgestart met inmiddels 4 leden. De cliëntenraad is nog zoekende naar een gepaste werkwijze. Er wordt nagedacht over de bereikbaarheid daarvan en de implementatie in ZorgHaven. De huiskamergesprekken hebben in het 3e en 4^e kwartaal plaatsgevonden op locaties.
2. Kwaliteitskader Verpleeghuis Zorg: Wij nemen deel aan het Lerend Netwerk en de VAR via Riant Verzorgd Wonen.
3. RvC bestaat uit 3 personen. Er is 4 x per jaar overleg met de RvC. Er is in 2022 een 3e RvC lid aangesteld. Inmiddels is er in dit verslagjaar een wisseling geweest van een RvC lid.
4. ISO continueren en waar zo mogelijk verbeteren. Het Certificaat is behouden op alle locaties.
5. 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.
6. De scholingen die gepland stonden in 2022 en niet konden doorgaan vanwege Corona zijn in 2023 allemaal ingehaald en/of afgerond.
7. 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.
8. Er is een praktijkopleider/ opleidingen aangenomen. Zij zal zich bezighouden de opleidingen van de medewerkers van ZorgHaven. Zij zal scholingen voor de helpende en helpende plus ontwikkelen, zodat ZorgHaven dit zelf kan onderhouden. De BIG scholing zal door ZorgHaven zelf gedaan gaan worden, niet meer door een externe partij. De medewerker praktijkopleider/ scholingen is nu 16 u werkzaam op kantoor voor deze taken en nog 16 uur werkzaam op een locatie in de nachtdienst als VIG. Per 1 februari 2024 zal de medewerker volledig overgaan naar de nieuwe functie praktijkopleider/ scholingen.
9. Er zijn 2 HRM- medewerkers. 1 HR medewerker zal de functie van Arbo en verzuim onder zich nemen en gaan ontwikkelen. En als zodanig de Teamleiders gaan coachen m.b.t. omgaan met verzuim.
10. Er is een Gespecialiseerd Verzorgende Psychogeriatric (GVP) aangenomen voor 24 uur ter ondersteuning van de zorgteams op de locaties van ZorgHaven en als aanvulling op het medisch team.
11. ONS Nedap implementatie is afgerond. De ontwikkeling blijft. Zeker gezien de wijzigingen in zorgplannen, eisen etc. Nedap wordt adequaat gecontroleerd en op orde gehouden.
12. In ONS Nedap is het roosteren van zorg- en facilitair medewerkers opgestart. Elke teamleider maakt de roosters in Nedap. Daar zal ook de uren telling en ORT in gaan plaatsvinden. Dit wordt nu nog handmatig door de TL en door medewerker van Kantoor gedaan. Streven is om op 1 januari 2024 dit volledig in Nedap te kunnen doen.
13. ZorgHaven is per 1 april 2023 overgegaan naar een andere salarisadministratiekantoor, van Easysalary naar Salaris Compleet. Dit werkt erg prettig.

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 verzamelt 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.

Zo zijn ook de griepvaccinaties weer verstrekt aan onze bewoners. De huisarts zorgt ervoor dat deze besteld worden en op de locaties komen. Het verzorgend personeel van de locatie dient de vaccinatie toe.

Ook voor medewerkers van ZorgHaven was er de mogelijkheid om een griepvaccin te krijgen. Hier kon men zich in het voorjaar voor opgeven. Via onze Arbodienst krijgen wij deze binnen en worden dan door de verpleegkundig specialisten toegediend en afgetekend.

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 worden ook besproken in de teamvergaderingen van de zorgteams en binnen het Lerend Netwerk. Daarnaast wordt deze monitoring m.b.t. decubitus ook nog vermeld in Desan. Desan is een portaal waarin de jaarverantwoording Zorg plaats vindt, gevraagd vanuit VWS.

Inzet vrijheidsbeperkende maatregelen

Binnen de ZorgHaven is het streven om zo min mogelijk onvrijwillige zorg toe te passen. Er is in dit verslagjaar veel aandacht besteedt aan de WZD (Wet Zorg en Dwang) Alle maatregelen worden via het stappenplan WZD vastgelegd en geëvalueerd. Er is een klinische les WZD gegeven in elk zorgteam.

Ook is er vanuit de zorgkantoren ons een clientvertrouwens persoon toegekend. Deze kijken met ons mee naar de regelgeving van de WZD. Zij beoordelen of er geen misstanden ontstaan. Zij zijn er juist voor onze bewoners en hun vertegenwoordigers. Zij kunnen zich tot de cliëntvertrouwens persoon

wenden als daar behoefte aan is. Elke cliëntvertrouwenspersoon bezoekt 3 a 4 x per jaar de aan hem/haar toegekende locatie van ZorgHaven. Hier wordt ook jaarlijks een jaarverslag over geschreven welke wordt gedeeld met de directie van ZorgHaven.

Het past 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

We streven er naar om conform richtlijnen gedrag regulerende medicatie voor te schrijven. We vragen bij gebruik van psychofarmaca aan de voorschrijver of er conform geldende richtlijnen wordt voorgeschreven. Periodiek wordt alle psychofarmacagebruik geëvalueerd binnen het medisch team.

Toegepast binnen ZorgHaven in verslagjaar 2023

Bij één bewoner werd een slaapmiddel voorgeschreven vanwege nachtelijk dwalen met hierbij ernstige onrust voor de bewoner zelf en voor medebewoners. Aangezien dit voor gedrag werd voorgeschreven is het buiten de richtlijn, maar wel effectief, waarbij er geen aanwijzingen zijn voor ernstige bijeffecten voor de bewoner zelf.

Verborgen toedienen van medicatie

Medicatie wordt in de regel niet verborgen toegediend. Bij weigering van medicatiegebruik wordt dit geaccepteerd. Bij twijfel over nadelige effecten van weigering van medicatiegebruik wordt dit met de verpleegkundig specialist of huisarts overlegd.

Toegepast binnen ZorgHaven in verslagjaar 2023

Bij 2 bewoners werd wel verborgen medicatie toegediend op basis van een WZD maatregel. Dit betrof dan medicatie vanwege onrustig gedrag met lijdensdruk voor bewoner zelf en de omgeving

Beperken van de bewegingsvrijheid

Inperken van de bewegingsvrijheid wordt zoveel mogelijk voorkomen. Bewoners mogen naar buiten, ze krijgen allemaal een sleutel waarmee de buitendeur kan worden geopend. Daar waar het minder veilig is bieden we bewoners aan om op een geschikt moment samen naar buiten te gaan als ze dat willen. Voor bewoners die niet perse zelfstandig naar buiten willen maar waar dat niet veilig zou zijn maken we geen maatregel zolang ze af te leiden zijn en dit niet tot gevaarlijke situaties leidt.

Soms worden bedhekken gebruikt om vallen te voorkomen al dan niet in combinatie met een extra laag bed. Dit betreft meestal bewoners die niet zelfstandig meer kunnen staan of lopen maar dat niet meer beseffen. Vaak is dat in de laatste levensfase en op verzoek van de bewoner zelf of de familie. Doel is dan om vallen te voorkomen. Indien de betrokken bewoner niet zelf uit bed kan stappen en / of kan lopen zien we dat niet als inperking van de bewegingsvrijheid. Het komt ook voor dat bedhekken omhoog worden gezet op verzoek van de betrokkene zelf. Het betreft dan bewoners die wilsbekwaam ter zake zijn en dit verzoeken omdat ze zich er veiliger bij voelen.

Toegepast binnen ZorgHaven in verslagjaar 2023

Bij 2 bewoners werd een maatregel ingesteld om te voorkomen dat ze zelfstandig naar buiten gingen vanwege aangetoonde verkeersonveiligheid.

Bij 2 bewoners werd een maatregel ingesteld voor gebruik van bedhekken, vrijwillig volgens het stappenplan.

Bij 1 bewoner werd een maatregel ingesteld voor een extra laag bed om gevolgen van vallen te beperken, vrijwillig volgens stappenplan

Houden van toezicht

Regelmatig worden op vrijwillige basis hulpmiddelen ingezet om toezicht te houden. Dit betreft meestal deur – of bewegingssensoren, waarbij het doel is om tijdig zorg te kunnen bieden bij bijvoorbeeld nachtelijk dwaalgedrag. Hierbij is er altijd sprake van instemming van de bewoner en/of diens vertegenwoordiger. Hier is in de praktijk vrijwel nooit sprake van verzet.

Toegepast binnen ZorgHaven in verslagjaar 2023
--

Bij 1 bewoner werd een sensor ingezet waarbij er bezwaar kwam van partner die samen met de bewoner verblijft. Daar is het gebruik beëindigd en is een andere oplossing gezocht.

Goederen in beheer van zorg

Het komt bij ZorgHaven voor dat er een bewoner nog wenst te roken. Daarbij kan het voorkomen dat roken niet meer alleen buiten kan, maar ook op het appartement gebeurt. Dat geeft niet altijd veilige situaties. ZorgHaven is wel verantwoordelijk voor de veiligheid, dus met elkaar moet er dan gekeken worden hoe dit te waarborgen. Dit zijn afspraken op maat, overeengekomen met de bewoner en 1^e contactpersoon en vastgelegd in het zorgplan van de bewoner. Dit is terug te vinden in het zorgdossier.

Toegepast binnen ZorgHaven in verslagjaar 2023
--

Bij 1 bewoner die rookte werd de aansteker in beheer van de zorg gehouden omdat deze bewoner hier niet veilig mee om kon gaan en er een risico bestond op brandgevaar. Hier werd een tijdelijke maatregel voor ingesteld. In de regel proberen we over het gebruik van een aansteker vrijwillige afspraken te maken. Dat is uiteindelijk bij deze persoon ook gebeurd.
--

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

- Elk jaar wordt het kwaliteitsplan up to date gehouden en geactualiseerd. In het 3e kwartaal van 2022 is er een nieuw kwaliteitsplan opgemaakt in een nieuw format. Dit is een kwaliteitsplan voor 1 jaar met een duidelijke verbeterparagraaf.

3-Jaarlijks kwaliteitsverslag

- Dit kwaliteitsverslag wordt besproken met de Clientenraad en met de RvC
- 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 2023;

4 Continu werken in de praktijk aan verbeteren door zorgverleners

- Zorgmedewerkers wordt gevraagd mee te denken in het kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag. Alle aangeleverde jaarverslagen worden verwerkt in dit verslag. Zo werken zij 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 2023 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 2023 is er tijdens de huiskamergesprekken als agendapunt de cliëntenraad ingebracht. Tijdens de selectie en de voorrondes om dit op te richten, waren er een aantal leden die zich ingeschreven hadden, waardoor er inmiddels een cliëntenraad is opgericht.
- 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.
- We hebben een gespecialiseerd Verzorgende Psychogeriatric die de teams ondersteunt in de benadering en ondersteuning van onze bewoners. Deze ondersteuning is er vooral in het probleemgedrag van de bewoner bij een psychisch disfunctioneren, onrust, angst, onmacht en onbegrip.

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 op orde. De ZorgHaven werkt prettig met het accountantsbureau.
- Vanuit onze ECD, ONS Nedap, halen wij de informatie voor de kwartaaloverzichten voor de MIB/MIM en de wonden.
- In Loket worden de gegevens van onze medewerkers vastgelegd, hierin kunnen wij de instroom en uitstroom van de medewerkers en ziekteverzuim inzien.
- Alle locaties hebben een vaste ergotherapeut.
- Alle locaties hebben een vaste huisarts.
- Alle locaties hebben een vaste fysiotherapeut.
- Alle locaties hebben een vaste apotheek.
- Alle locaties werken met een AMI2000 alarmsysteem. Zo kan de bewoner ten alle tijden de zorgmedewerker alarmeren.
- Per 1 juli 2023 gaat de nieuwe HACCP hygiëncode in voor de zorg. De nieuwe richtlijnen zijn meegenomen bij het maken van de nieuwe werkinstructies en Hygiëncode boek voor de locaties.
- Per april 2023 gaat het roosteren en verloop via Nedap, hierdoor zijn we nog meer digitaal gaan werken en kan er makkelijker in het rooster gekeken worden.

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 zijn 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. Enkel het insturen van bewoners voor beoordeling. 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.
- De bewonerservaringen verzamelen wij uit de Tevredenheidsonderzoeken die elk jaar worden gedaan.
- De informatie ten behoeve van de persoonsgerichte zorg en ondersteuning wordt verzameld tijdens het zorgproces.
- Bij het verzamelen, vastleggen en beheren van data en informatie wordt er volgens vastgestelde privacy- en veiligheidseisen gewerkt. Dit geldt ook voor het uitwisselen van en reflecteren op kwaliteitsinformatie tussen interne en externe partijen.

Hoofdstuk 12

Verbeterparagraaf

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

- *Het verder verduurzamen van de organisatie*
- *Het digitaliseren van de organisatie*
- *De structuur van de organisatie verbeteren door middel van een cliëntenraad*

Cliëntenraad i.p.v. huiskamergesprekken

We zijn al een aantal jaar bezig om een acceptabele cliëntenraad op te richten voor de Zorghaven. Dit is in 2023 uiteindelijk gelukt door middel van een cliëntenraad van inmiddels 4 leden. Deze leden zijn verspreid over verschillende locaties waardoor we een goed breed beeld krijgen van de Zorghaven. Iedereen komt met punten van hun eigen locatie en vanuit hun eigen invalshoek, wat voor de Zorghaven erg prettig is. Het is een fijn gegeven dat de cliëntenraad nu begonnen is en 2024 zal in het teken staan van de samenwerking tussen de cliëntenraad en Zorghaven nog meer te optimaliseren en mogelijk uitbereiding van het aantal leden van de cliëntenraad.

Verduurzaming.

In 2022 heeft Zorghaven de weg ingezet van de verduurzaming, deze weg is in 2023 flink doorgezet. Dan moet er gedacht worden aan zonnepanelen op de locaties waar ze nog niet lagen, er zijn locaties van het gas af gegaan doordat er verwarmd wordt met airco's. Maar ook wordt er meer afval gescheiden, wordt er meer gelet op hoeveel afval er geproduceerd wordt en hoeveel eten er verspild wordt. Dit alles willen we natuurlijk doorzetten in 2024, waar mogelijk worden er nog investeringen gedaan in de gebouwen. Verder zal de nadruk nog meer liggen op hoe er minder afval en eten verspild kan worden.

Digitalisering

Het jaar 2023 stond voor Zorghaven ook in het teken van het digitaliseren. Inmiddels draaien de roosters volledig digitaal, inclusief de ORT verwerking. Ook zijn alle bewonersdossiers inmiddels volledig digitaal. Daarnaast is er ook naar de kleinere dingen gekeken zoals het digitaal tekenen van arbeidsovereenkomsten en huurovereenkomsten. Na een fase van wennen loopt dit inmiddels ook erg goed.

Verbeterpunten voor bewoners en personeel 2023:

Personeel:

- Scholing dementie is afgerond in 2023.
- Overige scholingen zijn gegeven zoals afgesproken in het kwaliteitsplan en opleidingsplan.
- 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.
- Alle Teams zijn in 2023 op een hogere formatie gebracht. Dit om eventueel verloop onder het personeel nog beter op te kunnen vangen.
- Uitbreiden op kantoor met ondersteunende functies. Zorgbemiddelaar is meer gaan werken van 24 naar 32 uur. HR is uitgebreid in uren en kennis, er is een nieuwe medewerker aangesteld die in februari 2024 zal beginnen. Er is een praktijkopleider/ scholing & opleidingen begonnen voor 16 uur per week. Dit zal 1^e kwartaal 2024 worden uitgebreid naar 32 uur per week.

Bewoners:

- Door voor alle teams de formatie te verhogen, betekent dit voor de bewoners meer tijd en aandacht.
- De niet-zorg medewerkers hebben de scholing Dementie gevolgd, waardoor dit voor de bewoners een meerwaarde heeft in de ondersteuning in het dagelijks leven.
- Er zijn meer externe activiteiten ingezet op locaties.

Locatieniveau:

- Cliëntenraad is opgericht en bestaat uit 4 leden.
- **Oude Haven;**
 - Keuken is in 2023 vervangen.
 - Er zijn airco's geplaatst in het hele pand. Op deze wijze wordt er verwarmd en gekoeld.
 - Er zijn zonnepanelen geplaatst
- **Nieuwe Haven;**
 - Buitenkant schilderen, dit is voor 2/3 gelukt. De afronding zal plaats vinden voor de zomer van 2024.
- **Berghse Haven**
 - Aantal eetkamerstoelen is vervangen.
 - Er zijn zonnepanelen geplaatst.
 - Er zijn airco's extra geplaatst.
 - De waterleidingen (warm en koud) zijn geïsoleerd onder het gebouw. Dit ook i.v.m. legionella beheer.
- **Haven du Pont**
 - Buitenkant; kozijnen zijn gerepareerd en geverfd. Daarnaast zijn de bovenlichten dichtgezet.
 - Er zijn zonnepanelen geplaatst.
 - Er is een activiteitenruimte bijgekomen.
- **Zuyder Haven**
 - Er zijn airco's geplaatst op de verdieping i.v.m. de warmte op de gang.
- **Wilgenhoeve**
 - Aankleding huiskamer en nieuwe inrichting is afgerond.
- **Tuinmeubilair**
 - Op veel locaties is het tuinmeubilair vervangen.

Alle locaties zijn de muren en kozijnen nagelopen op het verven ervan en plaatsen van strips.
 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 8.2!

De directie is ook blij met het resultaat wat te zien is op Zorgkaart Nederland; het gemiddelde cijfer is een 8.3!

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.

Bijlages

Cliëntoordelen

In maart en april van 2023 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 190 personen aangeschreven, waarvan wij 95 reacties retour hebben ontvangen, het responspercentage is 50%.

Totaaloverzicht v d resultaten v d bewoners over deze periode 1-3-2023 / 30-4-2023	
Aantal locaties	10
Aantal vragenlijsten	190
Aantal response	95
Responspercentage	50%
NPS over totaal	22.2
Gemiddeld rapportcijfer zorgkaart Nederland	8.3

Overzicht scores

Gemiddelde is 8.2

Rapportcijfer	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aantallen	0	0	0	0	1	0	6	10	37	34	7

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
8.3	8.3	8.5	8	8.2	8.5	8.3

Totaaloverzicht v d resultaten v d medewerkers over deze periode 1-3-2023 / 30-4-2023	
Aantal locaties	10
Aantal vragenlijsten	348
Aantal response	191
Responspercentage	55 %
NPS over totaal	37

	Overzicht Scores					Gemiddelde is 7.4					
Rapportcijfer	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aantallen	1	1	0	1	1	5	17	68	80	16	1