

# Kwaliteitsplan



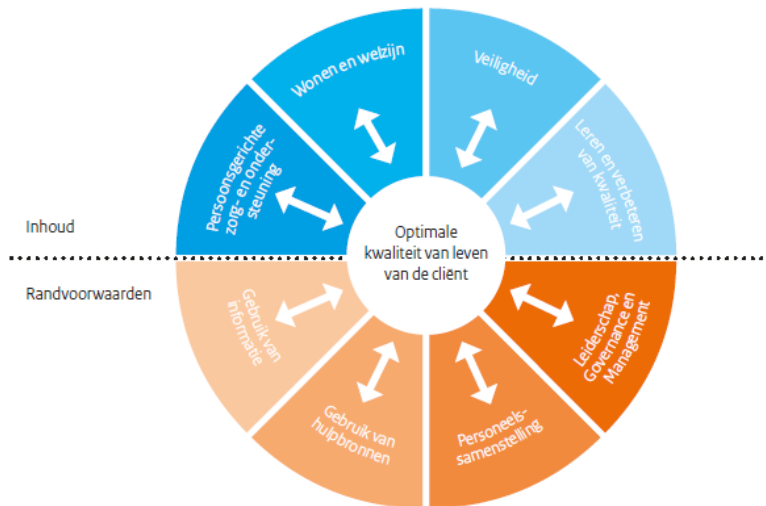
# Villa Hooghe Heide



Amersfoort 15-09-2017

## Inleiding

Op 13 januari 2017 heeft Zorginstituut Nederland het kwaliteitskader verpleeghuiszorg gepubliceerd. Dit Kwaliteitskader is de kwaliteitsstandaard voor de verpleeghuiszorg. Het is bedoeld om houvast te geven bij het streven naar de beste zorg. Eén van de voorschriften uit dit kwaliteitskader is het uitbrengen van een kwaliteitsplan. Dit is het eerste kwaliteitsplan van “Villa Hooghe Heide” Dit kwaliteitsplan is bedoeld voor alle betrokkenen, zoals (toekomstige) bewoners en hun naasten, (toekomstige) medewerkers, zorgkantoren, de inspectie en overige stakeholders en geïnteresseerden.



In het kwaliteitsplan wordt deze afbeelding gebruikt als schematisch model om dynamisch en ontwikkelingsgericht werken aan de kwaliteit weer te geven. Het betreft vier thema's voor kwaliteit en veiligheid en vier randvoorwaardelijke thema's.

De vier thema's voor kwaliteit en veiligheid zijn:

**1 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning.** Dit gaat over de wijze waarop de bewoner in alle levensdoelgebieden uitgangspunt is bij zorg- en dienstverlening. Iemand met een zorg- en ondersteuningsbehoefte is vooral een uniek persoon met een eigen geschiedenis, een eigen toekomst en eigen doelen. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning vindt plaats binnen een relatie tussen bewoner en zijn naaste(n), zorgverlener en zorgorganisatie. De kwaliteit van deze relatie bepaalt mede de kwaliteit van zorg.

**2 Wonen en welzijn.** Dit gaat over de wijze waarop de organisatie en zorgverleners in hun zorg- en dienstverlening enerzijds oog hebben voor optimale levenskwaliteit en welbevinden van bewoners en betrokken naaste(n) en anderzijds gericht zijn op het bevorderen en ondersteunen hiervan.

**3 Veiligheid.** Garanderen van basisveiligheid betekent dat een zorgorganisatie met gebruikmaking van relevante professionele standaarden en richtlijnen, vermijdbare schade bij bewoners zoveel mogelijk voorkomt en leert van veiligheidsincidenten. Het gaat om risicobewustzijn en risicoreductie.

**4 Leren en verbeteren van kwaliteit.** Dit gaat over de wijze waarop de zorgverlener en zorgorganisatie op dynamische en lerende wijze zorg dragen voor optimale zorg en verzorging voor bewoners, daarbij gebruikmakend van de best beschikbare kennisbronnen zoals wetenschappelijke literatuur, professionele richtlijnen, landelijke en lokale data, gsystematiseerde ervaringsgegevens en kwalitatieve informatie.

De vier randvoorwaardelijke thema's zijn:

**1 Leiderschap, governance en management.** Dit gaat over de aansturing en governance van de zorgorganisatie die faciliterend zijn voor kwaliteit, zoals het beleggen van verantwoordelijkheid, besluitvorming en risicomangement, en over de strategische, statutaire en financiële verplichtingen.

**2 Personeelssamenstelling.** Dit gaat over de adequate samenstelling van het personeelsbestand. Hoeveel zorgverleners met welke vaardigheden en competenties zijn nodig om te voorzien in de (fluctuaties in) wensen en behoeften van de bewoners waaraan de zorgorganisatie zorg en ondersteuning biedt?

**3 Gebruik van hulpbronnen.** Dit gaat over het effectief en efficiënt gebruiken van hulpbronnen om de best mogelijke zorgresultaten en ervaringen te behalen met de beschikbare financiën en middelen.

**4 Gebruik van informatie.** Dit gaat enerzijds over het actief gebruik maken van informatie rondom de inzet van middelen, voor het leveren, monitoren, managen en verbeteren van zorg, alsook over het op transparante wijze verstrekken van kwaliteitsinformatie aan bewoners, hun naasten en aan de samenleving.

Wij onderschrijven deze thema's en in dit kwaliteitsplan is de invulling van deze thema's herkenbaar. Voor de indeling van dit kwaliteitsplan volgen wij de handreiking van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg:

- Omschrijving zorgvisie en kernwaarden (Hoofdstuk 1: Zorgvisie en kernwaarden);
- Omschrijving doelgroepen, aantal bewoners per doelgroep, leeftijdsverdeling (Hoofdstuk 2: Doelgroep en werkwijze);
- Type zorgverlening, ZZP-verdeling, omzet per doelgroep (Hoofdstuk 2: Doelgroep en werkwijze);
- Aantal locaties (overeenkomend met KvK registratie), zorgomgeving (kleinschalig/grootschalig) en voornaamste besturingsfilosofie (Hoofdstuk 3: Kenmerken locatie);
- Landelijk/stedelijk van aard (Hoofdstuk 3: kenmerken locatie);
- Profiel personeelsbestand/personeelssamenstelling (Hoofdstuk 4: Personeel);
- Hoeveel zorgverleners en vrijwilligers per organisatie-eenheid/doelgroep (Hoofdstuk 4: Personeel);
- Verdeling zorgverleners over functies en niveaus (kolom (para)medisch, psychosociaal, verpleegkundig, verzorgend in de verschillende niveaus 1-3, facilitair, administratief en management, vrijwilligers). Per kolom inzicht in verhouding leerling/gediplomeerden (Hoofdstuk 4: Personeel);
- In- door- en uitstroomcijfers (Hoofdstuk 4: Personeel);
- Ratio personele kosten versus opbrengsten (Hoofdstuk 4: Personeel);
- Situatie, plannen en voornemens, waardering door bestuur en interne stakeholders en hoofdverantwoordelijke per hoofdstuk van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg (Hoofdstuk 5: Beleid);
- Persoonsgerichte zorg en ondersteuning (Hoofdstuk 6);
- Wonen en welzijn (Hoofdstuk 7);
- Veiligheid (Hoofdstuk 8);
- Leren en werken aan kwaliteit (Hoofdstuk 9);
- Leiderschap, governance en management (Hoofdstuk 10);
- Personeelssamenstelling: voldoende en vakbekwaam personeel (Hoofdstuk 4: Personeel);
- Gebruik van hulpbronnen (Hoofdstuk 11);
- Gebruik van informatie (Hoofdstuk 12).

Ten slotte is er de verbeterparagraaf (Hoofdstuk 13) met hierin tevens een beschrijving van samen leren en verbeteren:

- Beschrijving van de verbeterparagraaf per locatie (volgens KvK registratie);
- Beschrijving van op welke wijze en met welke interne en externe partijen plannen per relevante organisatie-eenheid tijdens en na het jaar wordt geëvalueerd en hoe resultaten terugvloeien naar betrokkenen in de zorgorganisatie.

## **Hoofdstuk 1**

### **Zorgvisie en kernwaarden;**

#### **Missie en Visie**

Villa Hooghe Heide biedt een woonzorg omgeving met een vast team medewerkers ondersteund door een dagelijks bestuur met kennis van zaken.

De medewerkers bieden gezamenlijk de bewoners, vaak met intensieve zorgvragen, vanuit de eigen deskundigheid een beschermde omgeving waar mensen een thuis ervaren waar de persoon gezien en gehoord wordt.

#### **Kernwaarden:**

Invoelend/ luisterend vermogen, professionaliteit t.a.v. medisch gerichte zaken,  
Korte lijnen met (para) medici en naasten, teamwork, welzijn/activiteiten als zingeving van de dag, warme woonomgeving.

Villa Hooghe Heide is een open huis. Ernstig dwaalgedrag of lichamelijk agressief gedrag zijn uitsluitingscriteria.

## Hoofdstuk 2

### Doelgroep en werkwijze

In : Villa Hooghe Heide hebben we een capaciteit voor 23 bewoners. De doelgroep bestaat uit ouderen met psychogeriatrische en/of somatische stoornissen en/of beperkingen. De leeftijd van de bewoners varieert. De meeste bewoners hebben een leeftijd tussen 80 en 90 jaar. Alle bewoners zijn geïndiceerd door het CIZ (Centrum Indicatie Zorg). *De zorgzwaarte van de afgegeven WLZ indicaties varieert van VV 4 t/m VV 10.*

Er zijn mogelijkheden voor kortdurend verblijf vanuit ZVW of WLZ.

De kenmerken van onze zorgverlening hebben we onderverdeeld in vier thema's:

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

- Kleinschalig: dat wil zeggen maximaal 23 bewoners;
- Persoonlijk geleid: de *directie* is direct betrokken bij de zorgverlening op de werkvloer;
- Passie, inzet en betrokkenheid staan hoog in het vaandel. Dit blijkt onder andere uit de zorgvisie en kernwaarden en de aandacht die wordt besteed aan behalen van de doelstellingen die hieruit voortvloeien;
- Het is vanzelfsprekend dat de personeelsbezetting is afgestemd op de doelgroep en in overeenstemming is met de missie en visie. Dit is inzichtelijk gemaakt door een toelichting op de personele bezetting met een onderbouwing daarin opgenomen (zie hoofdstuk 4).

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

- We delen actief informatie met collega-voorzieningen;
- We staan ervoor open om collega's te ontvangen om nader kennis te maken;
- We nemen deel aan gezamenlijke bijeenkomsten;
- We nemen op directieniveau deel aan een lerend netwerk;
- We stellen medewerkers in staat om deel te nemen aan reflectiebijeenkomsten als onderdeel van een lerend netwerk.

#### 3 Voldoen aan wettelijke verplichtingen en regelgeving

- We voldoen aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg;
- We voldoen aan IGZ inspectienormen;
- We voldoen aan normen van de inspectie sociale zaken en werkgelegenheid.

#### 4 Open(baar)heid

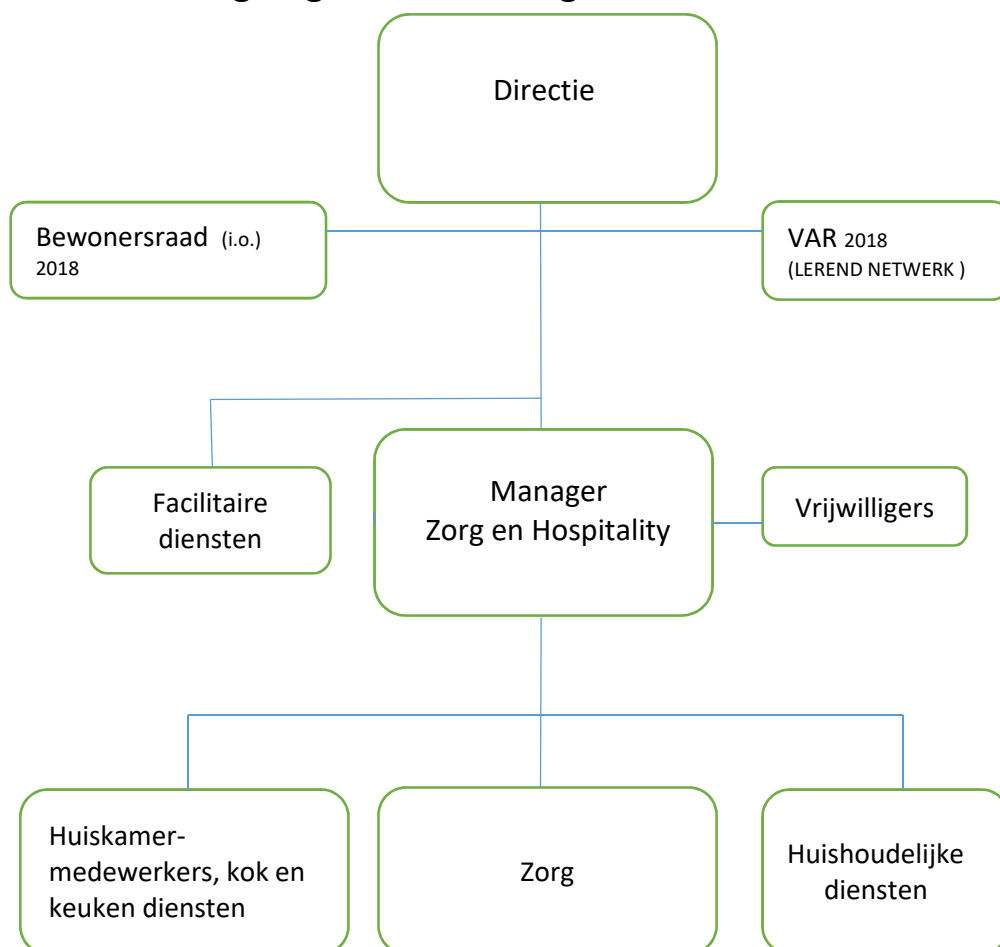
- Uitkomsten en analyses van tevredenheidsonderzoeken onder bewoners stellen we ter beschikking aan belanghebbenden;
- Uitkomsten en analyses van tevredenheidsonderzoeken onder medewerkers stellen we ter beschikking aan belanghebbenden;
- Het MT bespreekt beleidsaspecten, belangrijke gebeurtenissen en bevindingen met de bewonersraad en met de medewerkers of de medewerkersvertegenwoordiging; in korte lijnen met de bewoner c.q. naaste. Naasten zijn uitgenodigd voor het deelnemen aan een bewonersraad.

### Hoofdstuk 3 Kenmerken

Onze voorziening is ingeschreven in de Kamer van Koophandel en heeft in overeenstemming met deze inschrijving één locatie. Conform de in de vorige hoofdstukken beschreven zorgvisie, kernwaarden en werkwijze zijn we een kleinschalige voorziening met een capaciteit van 23 plaatsen.

De locatie van onze voorziening is Randstedelijk. Deze ligging betekent onder andere dat 1. de bereikbaarheid goed is zowel per auto als openbaar vervoer. 2. Er op loopafstand gebruik gemaakt kan worden van de weekmarkt en winkel centrum voorzien van diverse restaurants. 3. Een prachtige oude binnenstad met historische kenmerken. 4. Prachtige natuur/parken op loopafstand. 5. De Villa is gelegen aan een karakteristiek laantje in de bekende architectuurwijk Kattenbroek.

### Organigram Villa Hooghe Heide 2017 / 2018



#### Toelichting op het organigram

De directie bestaat uit twee personen, te weten de directeur algemene zaken en directeur zorg. Samen met de Manager Zorg en Hospitality (MZH) vormen zij het Management Team, het gezamenlijk dagelijks bestuur. De Directeur Zorg ontwikkelt en beheert het Kwaliteits Management Systeem (KMS). De MZH stuurt de zorgmedewerkers en de medewerkers hospitality aan (huiskamerbegeleiders, keukendiensten, koks, huishoudelijk medewerkers). Gericht op de taken worden de vrijwilligers eveneens aangestuurd door de MZH. Vrijwilligers en diensten die onder de facilitaire diensten behoren worden aangestuurd dan wel verzorgd door de directie. Hoe de vervanging is geregeld bij ziekte en vakantie, staat verwoord in onze vervangingsmatrix. Het organigram laat zien dat er sprake is van een platte organisatie met

korte lijnen en weinig overhead. Een en ander in overeenstemming met het meerjarenbeleid en de missie en visie. In 2018 wordt er inhoud gegeven aan de bewonersraad en de Verpleegkundige adviesraad (VAR). De laatste wordt vormgegeven vanuit het lerend netwerk.

De directie van Villa Hooghe Heide beraad zich begin 2018 over de veranderde naamstelling en functie inhoud van de MZH naar Locatie Manager.

Het organigram met de toelichting geeft een goed beeld van onze besturingsfilosofie, die in het kort is te kenmerken als betrokken en bevlogen, waarbij het welbevinden van bewoners en het voldoen aan wettelijke eisen van groot belang zijn.



## Hoofdstuk 4

### Personeel

Om de zorg te kunnen bieden conform de zorgvisie en om te voldoen aan de wensen en verlangens van bewoners, voldoen we aan de volgende kenmerken. In de tabel staan de medewerkers, onderverdeeld naar discipline. In de tekst daarna staat per locatie aangegeven tot welke personele bezetting dit leidt.

<b>Personeelsbestand (exclusief oproepmedewerkers)</b>			
<i>Discipline</i>	<i>loon- dienst</i>	<i>fte</i>	<i>Uren per week</i>
<i>Verzorgende (IG) niveau 3 / Contactverzorgende</i>	<i>Ja</i>	<i>5</i>	<i>180</i>
<i>Verzorgende / Woonzorgbegeleider</i>	<i>Ja</i>	<i>0,8</i>	<i>29</i>
<i>Verpleegkundige niveau 4</i>	<i>Ja</i>	<i>1,6</i>	<i>58</i>
<i>Verpleegkundige niveau 5</i>	<i>Ja</i>	<i>1</i>	<i>36</i>
<i>Helpende niveau 2 Woonzorgbegeleider</i>	<i>Ja</i>	<i>0,7</i>	<i>25</i>
<i>Hospitality/ Huiskamerbegeleider</i>	<i>Ja</i>	<i>2,6</i>	<i>94</i>
<i>Huishoudelijk medewerker</i>	<i>Ja</i>	<i>1</i>	<i>36</i>
<i>Kok</i>	<i>Ja</i>	<i>1</i>	<i>37</i>
<i>BBL – Leerling Verzorgende (IG) niveau 3</i>	<i>Ja</i>	<i>0,7</i>	<i>25</i>
<i>BOL – Stagiair verzorgende (IG) niveau 3</i>	<i>Nee</i>		
<i>BOL – Stagiair verzorgende (AG) niveau 3</i>	<i>Nee</i>		
<i>BOL – Stagiair Verpleegkundige niveau 4</i>	<i>Nee</i>		
<i>BOL – Stagiair Verpleegkundige niveau 5</i>	<i>Nee</i>		
<i>BBL – Leerling Helpende niveau 2</i>	<i>Nee</i>		
<i>Overige leerlingen</i>	<i>Nee</i>		
<i>Vrijwilliger</i>	<i>Nee</i>	<i>10 x</i>	

Alle BOL – stagiaires hebben met Villa Hooghe Heide een stage-overeenkomst. De stageperiode bedraagt 10 tot 20 weken.

In samenwerking met de huisarts volgens afspraak

<i>SOG</i>
<i>Psycholoog</i>
<i>Psychiater</i>
<i>Fysiotherapie</i>
<i>Diëtiëk</i>
<i>Ergo diensten</i>

Volgens vaste afspraken diensten: pedicure, kapper, schoonheidsspecialiste, bezigheidstherapeut en bewegingstherapeut.

### **Personele bezetting per dag**

Zorgwerkzaamheden worden verricht onder leiding van een bevoegd- en bekwame medewerker. Dagelijks zetten we de volgende diensten in.

#### **Dagdiensten Zorg**

- twee diensten van 7.30 tot 16:00 uur
- een dienst van 7:30 tot 12.00 uur
- een dienst van 7:30 - 10:30 uur
- een dienst van 8:00 - 9:30: \* bijgesteld naar behoefte.
- een dienst van 12:00 - 16:00 \* ondersteuning/ naar behoefte kantoorwerkzaamheden VP

#### **Activiteitenbegeleiding/ huiskamerbegeleider combinatie keukendienst**

- een dienst van 7:30 - tot 16:00 uur, ook in het weekend
- een dienst van 7:30 - tot 14:00 uur, ook in het weekend

#### **Avonddiensten**

- een van 15.45 - 23.00 uur
- een van 15.45 - 22:00 uur
- een van 19:30 - 21:00 uur \* bijgesteld naar behoefte

#### **Nachtdiensten**

- een slaapwacht van 22.45 - 7:30 uur

#### **Achterwacht**

- 24/7 door VIG / verpleegkundige voor calamiteiten 24/7 bereikbaar binnen 15/ 30 min aanwezig.

#### **KOK 1 x dagelijks**

- dienst van 15:00 - 20:00 uur  
afwisselend 14:30 - 20:30 i.v.m. begeleiding.

#### **Huishouding**

- twee van 8:00 tot 12:00 uur op werkdagen

#### **Linnenkamer**

- dagelijks een van 13:30 - 16:00 uur was verzorging ook in het weekend

#### **ZZP'- ers op vaste dagen:**

1 x niveau 5 kunstzinnige therapie 10:00 - 11:45 uur

1 x niveau 5 Yoga 10:00 - 11:00 uur

#### **Vaste vrijwilligers op:**

1 x Maandag: 09:00 - 12:00 uur

1 x Maandag: 14:30 - 16:00 uur

1 x Maandag: 15:30 - 20:30 uur

1 x Dinsdag: 15:00 - 20:00 uur

1 x Woensdag: 09:00 - 12:30 uur

1 x Woensdag: 16:00 - 20:30 uur

1 x Donderdag: 10:30 - 17:00 uur

1 x Vrijdag: 15:00 - 20:00 uur

1 x vrijwilliger vast op de dinsdag, en op afroep ondersteuning technische werkzaamheden.  
De personele bezetting wordt afgestemd op de zorgbehoefte van de gezamenlijke bewoners. De personele bezetting wordt zo nodig uitgebreid. Deze personele bezetting is openbaar en door ons gepubliceerd op onze website.

Waarom 2 dagdiensten 'Zorg' aangevuld met één ochtend en twee maal delen van de ochtend en twee avonddiensten met een ondersteuning op wisselende tijden ?

Uit ervaring weten we dat de volgende aspecten altijd haalbaar zijn bij vier dagdiensten

- In de ochtend ligt de kernvraag van de zorg bij het opstarten van de dag.
  - Meer handen aan het bed.
- Tijd nemen voor bewoners bij opstaan en toch niet te laat aan tafel.
  - Huiskamerbegeleider/keukendienst neemt de begeleiding aan de ontbijttafel over.
- Bezetting is berekend op de zorgvragen waardoor het niet nodig is om te haasten en in alle rust met de bewoners te werken conform zorgleefplan.

#### Waarom een slaapwacht?

- Bewoners worden geactiveerd gedurende de dag ter bevordering van een duidelijk dag/nacht patroon
- Door afwezigheid van werkgeluiden ontstaat er een natuurlijk nachtklimaat voor de bewoners.

De werkzaamheden in de nacht kunnen door een medewerker worden uitgevoerd. De achterwacht is binnen 30 minuten ter plaatse indien gewenst.

In 2017 waren er de volgende personeelwijzigingen:

Omschrijving	aantal
Vertrokken medewerkers zorg	2
Vertrokken flex medewerkers zorg *	4 *
Vertrokken medewerkers hosp.	1
Vertrokken flex medewerkers hosp.	-
Nieuwe medewerkers zorg	3
Nieuwe medewerkers zorg flex	5
Nieuwe medewerkers Hosp.	1
Nieuwe medewerkers Hosp. flex	2

Dankzij onze platte organisatie en korte lijnen kunnen in onze zorgvoorziening de zorggelden optimaal worden benut waarvoor deze zijn bedoeld. Uit het accountantsrapport behorend bij het financieel jaarverslag blijkt dat meer dan 51 % van de totale omzet wordt besteed aan direct bewoner gebonden personele kosten.

#### Onderbouwing van bovenstaande tabel.

Vertrokken medewerkers zorg

1 x Overeenkomst niet verlengd.

1 x HBO- v ouderenzorg vindt geen uitdaging meer

\* Flex: VP 4 x wegens BOL opleiding HBO-V i.v.m. langdurige stage elders niet meer beschikbaar voor de Villa.

Vertrokken medewerkers hospitality  
1 x Hospitality overeenkomst niet verlengd.

Nieuwe medewerkers zorg

3 Zorgmedewerkers tijdens proefperiode om persoonlijke redenen gestopt.

5 Zorgmedewerkers flex op diverse niveaus ( 1 Helpende, 1 Verzorgende, 1 Verzorgende-ig, 2 HBO-V in opleiding)

Nieuwe medewerker hospitality

2 Woonzorgbegeleiders om persoonlijke redenen flex contract.

**Wij hanteren de volgende kaders voor voldoende en bekwaam personeel, ingedeeld in drie thema's:**

### **1. Aandacht, aanwezigheid en toezicht**

- Tijdens de zorg en ondersteuning bij intensieve zorgmomenten (zoals opstaan, naar bed gaan, intake en rond het sterven) zijn er minimaal twee zorgverleners beschikbaar; en/of een deskundige medewerker als achterwacht op afroep aanwezig, om deze taken te verrichten;
- Tijdens de dag en avond is er een medewerker of vrijwilliger in de huiskamer aanwezig om bewoners de benodigde aandacht en nabijheid te bieden en toezicht te houden.
- In iedere dagdienst, ook in het weekend, is er iemand aanwezig die de juiste kennis en competenties heeft om separaat van de zorgtaken aandacht te besteden aan zingeving/zinvolle dag-invulling van bewoners;
- De zorgverleners die in direct contact zijn met de bewoners, kennen hun naam, zijn op de hoogte van hun achtergrond en persoonlijke wensen.

### **2. Specifieke kennis, vaardigheden**

- Er is altijd iemand aanwezig die met zijn of haar kennis en vaardigheden aansluit bij de (zorg)vragen en (zorg)behoeften van de bewoners en bevoegd en bekwaam is voor de vereiste zorgtaken;
- Er is 24/7 een BIG geregistreerde verpleegkundige binnen 30 minuten ter plaatse;
- Er is een arts bereikbaar en oproepbaar tijdens kantooruren via de samenwerkende huisartsen praktijk en buiten kantoor uren via de huisartsenpost. Deze arts reageert direct en is ingeval van spoed uiterlijk binnen 30 minuten ter plaatse;
- Er zijn 24/7 aanvullende voorzieningen beschikbaar voor (on)geplande zorg, vragen of toeneemende complexiteit zoals: opschalen van personeel. Via de huisartsenpost zijn crisisdiensten bereikbaar. Consulteren specialist ouderengeneeskunde, overleg medisch specialist of gedragsdeskundige, tijdelijke overplaatsing bewoner ( ziekenhuis), inschakelen Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE), in gang zetten 'meer-zorg' en dergelijke.

### **3. Reflectie, leren en ontwikkelen**

- Er is voldoende tijd en ruimte om te leren en te ontwikkelen via feedback, intervisie, reflectie en scholing. Scholing wordt afgestemd op de actuele bekwaamheden van de medewerkers, e-learning wordt aangeboden om theoretische kennis aan te leren dan wel te actualiseren. Praktijkscholing en volgen van congressen en workshops worden waar relevant aangeboden. Praktische oefeningen m.b.t. bekwaamheden worden met behulp van de Vilans protocollen onder leiding van een bevoegde collega geoefend en getoetst. Villa Hooghe Heide gaat uit van gezamenlijke verantwoordelijkheid t.a.v. externe scholing. De organisatie heeft in 2017 een collectief lidmaatschap van de V&VN voor 3 medewerkers. Zij voeren een kwaliteitsregister
- In Villa Hooghe Heide wordt regelmatig tijd en ruimte gecreëerd om binnen een zorgoverleg een Klinische les te presenteren.

- Vanaf augustus 2017 is het lerend netwerk gestart ter ondersteuning van de directie. Vanaf 1 januari 2018 is er voor zorgverleners tijd en ruimte om expertise uit te wisselen middels het lerend netwerk. Dit is als volgt georganiseerd:  
Afspraken zijn gemaakt in het lerend netwerk van particuliere woonzorgorganisaties aangesloten bij de branchevereniging Riant Verzorgd Wonen; 3 x wordt er in 2018 een bijeenkomst gehouden voor medewerkers zorg en 3 x voor leidinggevenden, hiervoor worden per keer 2 medewerkers zorg gevraagd om deze bij te wonen.  
De kennis hier verkregen wordt gedeeld tijdens een overleg en vastgelegd in de notulen.
- De contactverzorgende of verpleegkundige wordt gevraagd deel te nemen aan multidisciplinair overleg, dit wordt in principe op basis van noodzaak/ verzoek van de huisarts, fam. van de bewoner of op verzoek van een of contactverzorgende dan wel verpleegkundige: georganiseerd door de huisarts
- Een deel van de scholing en deskundigheidsbevordering besteedt aandacht aan methodisch en multidisciplinair werken
- Het scholingsbeleid voor zittende en aankomende zorgverleners versterkt hun vakbekwaamheid aantoonbaar en er wordt nadrukkelijke aandacht besteed aan omgaan met zorgdilemma's en adequate zorg bij het levenseinde
- In de functioneringsgesprekken komen competentie- en loopbaanontwikkeling aan de orde.

## **Hoofdstuk 5**

### **Beleid**

Op basis van missie en visie en aan de hand van succesbepalende factoren is een meerjarenplan vastgesteld (zie bijlage 1). Met behulp van dit meerjarenplan hebben we het jaarplan 2018 met meetbare doelstellingen vastgesteld (zie bijlage 2). Het jaarplan wordt minimaal ieder kwartaal geëvalueerd en jaarlijks wordt over de bevindingen gerapporteerd in het kwaliteitsverslag.

Deze twee beleidsplannen zijn opgesteld met behulp van de negen velden van het INK model. In deze negen velden hebben we de meetbare doelstellingen in relatie tot de hoofdstukken van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg verwerkt.

## Hoofdstuk 6

### Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Wij hechten eraan om de zorg en ondersteuning voor elke bewoner op maat te maken. Dat wil zeggen dat iedere bewoner kan rekenen op een zorgleefplan dat is gebaseerd op diens unieke persoonlijke wensen en mogelijkheden en dat de professionele zorg voortdurend wordt afgestemd op de actuele noodzaak. Hierna lichten we per thema toe wat iedere bewoner mag verwachten en welke eigenschappen de medewerkers hebben. Onderstaande thema's zijn ontleend aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg en afhankelijk van bevindingen, opgenomen in het opleidingsplan 2018.

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

- De zorgverleners kennen het verhaal, de behoeften en wensen, de zorgen, problemen en levensvragen van elke bewoner;
- De medewerkers spreken de bewoner in de persoonlijke woonomgeving 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 binnen professionele kaders aandacht voor familie, naasten en mantelzorgers;
- De zorgverleners hebben inlevingsvermogen en begrip en tonen empathie;
- De zorgverleners beschikken over een breed repertoire aan communicatieve en sociale vaardigheden en beschikken over de juiste kennis en vaardigheden op het gebied van zorg die wordt geleverd;
- De zorgverleners hebben respect voor normen en waarden van de 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;
- Zorgverleners 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;
- De zorgverlener kent het levensverhaal van elke bewoner en ondersteunt waar mogelijk om dat voort te zetten;
- De zorgverleners kennen de persoonlijke wensen behoeften van en risico's bij de bewoner;
- De zorgverlener is in staat om veranderd gedrag te duiden of om daar adequate hulp bij te vragen;
- De zorgverleners hebben aandacht voor de naaste(n) van de bewoner als onderdeel van zijn eigen leven;
- De zorgverlener kan bij het volgen van professionele richtlijnen en standaarden een goede afweging maken in het licht van de persoonlijke situatie en wensen van de 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 (ondersteuning Huisarts)**

- De organisatie biedt een actieve ondersteunende structuur van de dag, 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 de intake (zorgopname) concreet gesproken over zorg rondom het levenseinde; de (niet) reanimatie verklaring wordt door de huisarts bij de eerste kennismaking besproken. 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 medewerker die de intake verzorgt bespreekt bij opname de wensen van bewoners rondom zorg bij het levenseinde. Wensen worden geïnventariseerd, opgenomen in het zorgplan. Richtlijnen rondom palliatieve zorg worden besproken met de huisarts en in overleg met familie/ naaste gevolgd;
- De afspraken over zorg rondom het levenseinde zijn ook bekend bij de naasten en worden met de bewoner op regelmatig 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 zelf sturing over hun leven te houden;
- De zorgverleners wegen met de bewoner en zijn naaste(n) de veiligheidsrisico's af tegen de kwaliteit van leven;
- De wensen van en afspraken met de bewoner worden gedeeld met de naaste(n) en op regelmatige basis opnieuw besproken met de bewoner en naaste.

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

- Iedere bewoner met indicatie heeft een eigen actueel zorgleefplan dat in samenspraak met de bewoner en desgewenst diens naasten is opgesteld;
- Het medisch dossier wordt besproken met de huisarts, de bewoner en zijn naaste. De contactverzorgende en/of contactverpleegkundige onderhouden contact over de te voeren acties.
- De bewoner geeft aan zich te herkennen in het zorgleefplan 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 of diens belangenbehartiger 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 zorgen behandelafspraken worden nagekomen en of de zorg aan de wensen en behoeften voldoet;
- De Huisarts maakt eventueel in overleg met de SOG 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 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 dat na maximaal zes weken definitief wordt;
- Het zorgleefplan wordt opgesteld door tenminste een niveau 3 zorgverlener, iedere bewoner heeft een contactverzorgende of een verpleegkundige en een vervangend contactpersoon bij ziekte of afwezigheid van deze medewerker.



- Het medisch plan wordt opgesteld door de huisarts;
- De zorgverleners volgen bij het werken met zorgleefplannen de richtlijnen voor gebruik van en multidisciplinair overleg over het zorgleefplan zoals vastgelegd in: [www.zorgleefplanwijzer.nl/zlp-informatie/wet-en-regelgeving.html](http://www.zorgleefplanwijzer.nl/zlp-informatie/wet-en-regelgeving.html) Als alternatief kan de Omaha methode kan ook worden ingezet; dit wordt ook door het ECD ondersteund.
- De zorgverleners werken individueel en (multidisciplinair) samen met een actueel zorgleefplan dat ook werkelijk verbinding houdt met de uitvoering van zorg
- Zorgverleners hebben inzicht in de situatie van de bewoner, inzicht in het zorg- en behandelproces rondom de bewoner en werken hierin samen als multidisciplinair team
- Zorgverleners kunnen inzicht geven over de zorg aan de bewoner, aan diens naaste(n) en aan collega's

## Hoofdstuk 7 Wonen en welzijn

Naast persoonsgerichte zorg en ondersteuning, zoals beschreven in het vorige hoofdstuk, vinden wij wonen en welzijn belangrijk voor onze bewoners. We streven ernaar dat de wensen en verlangens van de bewoner zoveel mogelijk kunnen worden waargemaakt. Omgaan met beperkingen van bewoners zien wij liever als een uitdaging dan als een beletsel. Hierna lichten we per thema toe wat iedere bewoner mag verwachten en welke eigenschappen de medewerkers hebben. Onderstaande thema's zijn ontleend aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg.

### Zingeving

- Er is bij zorgverleners 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
- De persoonlijke levensbeschouwelijke signatuur van de bewoners wordt gerespecteerd, iedere bewoner kan een geestelijk verzorger van eigen signatuur ontvangen. Zonnodig ondersteund een medewerker de bewoner of naaste bij het vinden van een persoon.

### 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 en zelf kunnen; indien de bewoner begeleidt moet worden kan de bewoner in overleg naar buiten
- 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, bad, toiletgang, haardracht, make-up, bril, gehoorapparaat, kledingkeuze).

### Familieparticipatie en inzet vrijwilligers

- Zorgverleners 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 of vrijwilliger is beschreven en bekend bij bewoner en zorgverleners

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

- De inrichting van de woonomgeving is aangepast aan zorg- en ondersteuningsbehoeften.
- De privé, en gezamenlijke ruimten zijn schoon en veilig
- Bewoners richten de eigen leefruimte in met de eigen spullen rekening houdend met hygiëne en rekening houdend met ARBO technische voorschriften indien noodzakelijk
- Bewoners hebben invloed op de maaltijden, er wordt bij opname geïnventariseerd wat een bewoner (liever) niet eet of lust.

## Hoofdstuk 8 Veiligheid

Streven naar optimale veiligheid heeft een hoge prioriteit. Het voortdurend streven naar veiligheid zien wij niet los van andere belangrijke waarden. Bijvoorbeeld de afweging die wij maken tussen persoonlijke vrijheid en welzijn aan de ene kant, en persoonlijke veiligheid en risico's aan de andere kant.

Veiligheid houdt niet alleen zorginhoudelijke veiligheid in. Andere veiligheidseisen waaraan wij aandacht besteden zijn veiligheid van hulpmiddelen, brandveiligheid, de aanwezigheid van een ontruimingsplan, voedselveiligheid en drinkwaterveiligheid. Ook het bieden van inspraakmogelijkheden aan medewerkers en bewoners en een toegankelijke klachtenregeling zien wij als manieren om veiligheid te bevorderen.

V&VN en Verenso hebben de opdracht gekregen om indicatoren vast te stellen voor basisveiligheid. Op het moment van het opstellen van dit kwaliteitsplan zijn deze indicatoren nog niet gereed. Wij hanteren vooralsnog ten aanzien van basisveiligheid het volgende:

### Medicatieveiligheid

- Minimaal tweemaal per jaar organiseren we een medicatiereview met de apotheker en de huisarts
- Bij Incidenten meldingen ondernemen wij actie om een herhaling van eenzelfde incident bij dezelfde bewoner zoveel mogelijk te voorkomen. We analyseren de MIC 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
- We beperken het antipsychoticagebruik in samenspraak met de huisarts / behandelaar zoveel mogelijk en we registreren de prevalentie van het gebruik van antipsychotica om te kunnen vergelijken met voorzieningen uit het lerend netwerk
- Het antibioticagebruik wordt in samenspraak met de huisarts / behandelaar en bewoner / naasten en zorgverlener afgestemd. De prevalentie van antibiotica wordt geregistreerd in het ECD en kan benut worden ter vergelijking met voorzieningen uit het lerend netwerk.

### Decubitus en mondzorg

- Er vindt regelmatige monitoring plaats van huid(letsel), voedingstoestand, mondzorg en incontinentieletsel bij alle bewoners
- Een medewerker heeft Mondzorg als aandachtsveld
- Bespreking van de bevindingen van deze monitoring vindt plaats met de medewerkers en met voorzieningen uit het lerend netwerk.

### Inzet vrijheidsbeperkende maatregelen

- Indien onvrijwillige zorg is geïndiceerd, betekent dit dat de betreffende bewoner dient te worden overgeplaatst naar een voorziening die hiertoe gemachtigd is
- Indien de veiligheid van de bewoner in het geding is wordt dit besproken met de bewoner, diens naasten, de huisarts, de zorgverlener en met de directie of manager. Bij inzet van veiligheidsmaatregel geldt dat de bewoner ten alle tijden kan aangeven dit niet te wensen. Het grootste risico bij de bewonersgroep is valgevaar. De inzet van een valmatras heeft de voorkeur. Omgevingsdetectie wordt besproken met familie en bewoner. Normaliter wordt gezien de bewoners populatie per ½ jaar tijdens een evaluatie besproken hoe om te gaan met deze veiligheidsmaatregelen; dit wordt ook besproken met de huisarts. Dit wordt vastgelegd in het ECD.
- Op elke moment is er een overzicht van genomen maatregelen
- Bespreking van de bevindingen van de genomen maatregelen vindt plaats met de medewerkers en met voorzieningen uit het lerend netwerk.
- De wettelijke aankondiging van de nieuwe Wet Dwang en Drang is onder de aandacht gebracht van de medewerkers en huisarts.

### **Ziekenhuisopnamen**

- Ziekenhuisopnamen op de Spoedeisende hulp (SEH) worden geregistreerd, zowel in het persoonlijke zorgdossier als op een anonieme lijst
- De redenen van het insturen voor SEH worden bijgehouden in de volgende categorieën: vallen, heupfractuur, luchtweginfectie, urineweginfectie, delier, CVA, onbegrepen gedrag en overige
- De bevindingen van het gebruik met betrekking tot SEH worden besproken met de medewerkers en met voorzieningen uit het lerend netwerk.

### **Brandveiligheid**

- Alle medewerkers die verantwoordelijke diensten draaien zijn BHV geschoold. Jaarlijks wordt hiervoor een training gehouden en maandelijks worden brandveiligheidstesten uitgevoerd.
- Er is een centraal brandmeldsysteem in de hal van waaruit de brandweercentrale automatisch wordt gealarmeerd.
- Elke separate ruimte is voorzien van een automatische brandmelder en een brandvertragende deur (30 min). Compartimenten zijn voorzien van automatisch sluitende branddeuren. Daarnaast is op diverse locaties voorzien in handbrandmelders.
- Het pand is voorzien van brandblussers (draagbaar) en brandslangen.

## Hoofdstuk 9

### Leren en werken aan kwaliteit

Voortdurend werken aan het verbeteren van kwaliteit is voor ons de norm. Dit doen we op verschillende manieren en we leggen de bevindingen vast. Deze staan ter beschikking van bewoners, naasten, medewerkers en stakeholders. Hiermee beogen we transparantie en hierdoor leggen we op een natuurlijke manier verantwoording af. Het is dan ook vanzelfsprekend dat kwaliteit en uitkomsten uit het kwaliteitsverslag via onze website worden gepubliceerd.

In overeenstemming met het kwaliteitskader verpleeghuiszorg onderscheiden we vijf elementen die het leren en werken aan kwaliteit bevorderen:

#### 1. Kwaliteitsmanagementsysteem

- Op dit moment werken we volgens de richtlijnen en concept opzet van een HKZ/ISO kwaliteitsmanagementsysteem waarbij wij de systeem- en werkprocessen zoals beschreven in de handboeken volgen
- In dit kwaliteitssysteem zijn de verantwoordelijkheden en bevoegdheden vastgelegd
- Verantwoording afleggen is ingebed in de processen met de daaraan vastgelegde taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden.

#### 2. Jaarlijks geactualiseerd kwaliteitsplan

- Dit is ons eerste kwaliteitsplan;
- Dit kwaliteitsplan is opgesteld volgens de samenwerking van het afgelopen jaar met bewoners en naasten, huisarts, SOG, zorgmedewerkers en directie
- Jaarlijks zullen we dit kwaliteitsplan actualiseren.

#### 3. Jaarlijks kwaliteitsverslag

- Op basis van dit eerste kwaliteitsplan maken we in de eerste helft van 2018 een kwaliteitsverslag
- Dit kwaliteitsverslag zal gebaseerd zijn op de evaluatie van de doelstellingen en inhoud van dit kwaliteitsplan, inclusief feedback op dit kwaliteitsplan door de collega organisaties uit het lerend netwerk. Het volgt de hoofdstukken van het kwaliteitsplan
- Bewonersraad en een medewerker van de VAR als informatiebron voor de evaluatie van zorg is een vast onderdeel van het kwaliteitsverslag
- Het concept kwaliteitsverslag bespreken we vóór vaststelling met bewonerscommissie, medewerkers en met tenminste twee collega zorgorganisaties uit het lerend netwerk
- Jaarlijks zullen we uitkomsten uit het kwaliteitsverslag presenteren, onder andere op onze openbare website.

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

- Medewerkers zijn betrokken bij het continue verbeteren van de kwaliteit, en maken zodoende deel uit van het maken van het kwaliteitsplan, 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 een lerend netwerk, te weten met woonzorgvoorzieningen aangesloten bij branchevereniging Riant Verzorgd Wonen. Deze collega zorgorganisaties vallen onder een andere rechtspersoon en hebben een andere Raad van Bestuur/Directie
- Bij de keuze van deze netwerkpartners stond het leren en de praktische werkbaarheid centraal;

- In dit netwerk werken we in ieder geval samen rondom het kwaliteitsplan en het kwaliteitsverslag met verbeterparagraaf
- In dit netwerk vindt actieve onderlinge uitwisseling in openheid plaats. Dit geldt voor zowel medewerkers als directies
- Gezien onze doelgroep van kwetsbare ouderen hechten wij aan een vaste structuur van medewerkers. Daarbij is het van belang wisselingen in personele bezetting beperkt te houden. Wel bieden wij stagemogelijkheden een periode vanaf 10 weken. Zie Governance Code Zorg 2017 artikel B.1.1.

## Hoofdstuk 10

### Leiderschap, governance en management;

Bij ons is er geen sprake van een Raad van Bestuur (RvB) maar van een directie. Deze directie heeft dezelfde bevoegdheden als een gemiddelde RvB. In onze directie is de professionele inbreng gegarandeerd omdat een verpleegkundige deel uitmaakt van de directie.

De directie is regelmatig aanwezig op de werkvloer. Kent de bewoners naasten, medewerkers en vrijwilligers. Onderneemt actief actie op deze contacten. De directie ziet erop toe dat de onderwerpen van dit kwaliteitsplan in praktijk worden gebracht en neemt maatregelen als dit onverhoopt nodig wordt bevonden. Wij hanteren de Zorgbrede Governance Code toegepast op kleinschalige organisaties.

Onderstaande zes thema's zijn kenmerkend voor ons leiderschap:

#### 1. Visie op zorg

- De in hoofdstuk 1 beschreven zorgvisie is in samenspraak met belanghebbenden opgesteld en vormen een meerwaarde voor bewoners en hun naasten
- Deze zorgvisie en kernwaarden zijn tevens opgenomen in het meerjarenplan en het jaarplan, die de strategische koers van de organisatie weergeven.

#### 2. Sturen op kernwaarden

- De kernwaarden zijn tot stand gekomen op basis van de zorgvraag van onze bewoners en de missie en visie; kort samengevat in deskundigheid van medewerkers, welzijn en veiligheid
- De in hoofdstuk 1 beschreven kernwaarden zijn in samenspraak met belanghebbenden opgesteld en vormen een meerwaarde voor bewoners en hun naasten
- Wij stellen de persoonsgerichte zorg en ondersteuning centraal en borgen de veiligheid van de bewoner te allen tijde
- Met het opleidingsplan creëren wij de randvoorwaarden voor het vakmanschap van onze zorgverleners
- Met behulp van synergie tussen cultuur en regels, creëren we een cultuur van waaruit de juiste zaken geregeld worden en het gewenste gedrag wordt bevorderd.

#### 3. Leiderschap en goed bestuur

- De directie stelt zich ondersteunend, faciliterend en transparant op naar alle zorgverleners, bewoners en naasten
- De directie draagt zorg voor verbinding met en tussen binnen- en buitenwereld van de organisatie
- De directie heeft overzicht op de verantwoordelijkheden van de organisatie en specifiek ook op verantwoordelijkheden ten aanzien van kwaliteit
- De directie grijpt tijdig in als dat voor borging van de veiligheid en kwaliteit van de zorg noodzakelijk is, alsmede voor aspecten die de kwaliteit van leven van bewoners ondersteunen
- De directie zorgt ervoor dat opbouw en omvang van het personeelsbestand in overeenstemming is met de visie, taken en doelgroep.

#### **4. Rol en positie interne organen en toezichthouder(s)**

- De directie betreft de adviezen van de bewonersraad bij het kwaliteitsplan
- De directie bespreekt jaarlijks het kwaliteitsverslag met de naasten van de bewoners, notuleert opmerkingen en bespreekt in het MT de mogelijkheden. De directie werkt volgens Wet Kwaliteit klachten en geschillen in de zorg (WKKGZ)
- De directie stimuleert inhoudelijke input op het beleid, door serieuze overwegingen en mogelijke implementering van t.a.v. de adviezen.

#### **5. Inzicht hebben en geven**

- De directie neemt de regie over het dynamisch kwaliteitsontwikkelproces zoals beschreven in dit kwaliteitsplan
- De directie verantwoordt zich over dit kwaliteitsplan in een jaarlijks kwaliteitsverslag
- De directie speelt een actieve rol bij totstandkoming en actief onderhouden van het lerend netwerk
- Wij hebben duidelijke afspraken gemaakt over de verantwoordelijkheidsverdeling tussen zorgverleners in de keten
- De directie is direct betrokken bij en actief in het primaire proces, waardoor er gevoel blijft met de kwaliteit van zorg en het werk op de werkvloer.

#### **6. Verankeren van medische, verpleegkundige en psychosociale expertise**

- Professionele inbreng in het aansturen van de organisatie is geborgd door professionele inhoudelijke kennis in de leiding en aansturing van de organisatie
- Professionele inbreng door een SOG is als volgt geregeld: de SOG is ondersteunend voor zowel huisarts als medewerkers. De huisarts vraagt ondersteuning aan de SOG indien er overstijgende zorgvragen zijn. De zorgmedewerker bespreekt voorkomende individuele bewoners problemen met de huisarts. De huisarts samen met de Contactverzorgende geven aan wanneer er een MDO noodzakelijk is. Indien mogelijk wordt de bewoner of naaste wordt gevraagd om te participeren.
- De input vanuit het lerend netwerk waar VAR activiteiten in zijn opgenomen



## **Hoofdstuk 11**

### **Gebruik van hulpbronnen**

Onderstaande hulpbronnen zijn in de voorgaande hoofdstukken van dit kwaliteitsplan niet expliciet beschreven. Een compacte omschrijving van een aantal belangrijke hulpbronnen staat in dit hoofdstuk. Hierbij is vastgelegd hoe deze hulpbronnen dienend zijn aan het primair proces. Ook hiervoor geldt dat we de stappen van samen leren en verbeteren hierop toepassen.

#### **Gebouwde omgeving**

Ieder appartement/studio wordt opgeleverd met een onderhoudsvriendelijke en hygiënische vloerbedekking, neutraal behang, pantry en badkamer met hulpmiddelen.

Periodiek onderhoud wordt gepleegd aan de gezamenlijke openbare ruimten, muren, lift, brandmeldinstallatie, verwarmingsinstallatie en faciliteiten m.b.t. veiligheid van gebruik van water en afvoer. Het verzorgen van de ramen aan de buitenzijde van het pand wordt door derden uitgevoerd.

#### **Technologische hulpbronnen**

Periodiek onderhoud wordt toegepast bij ICT materialen, domotica wordt als maatwerk aangeboden, een eigen gsm netwerk voor oproep en telefonie is beschikbaar voor de medewerkers. Bewoners hebben beschikking over direct aan kiesbare telefoonnummers, internet, en radio/televisie.

#### **Materialen en hulpmiddelen**

Transferhulpmiddelen zoals tilliften; passief en actief en Arbo bad-douchestoelen zijn door WMO ter beschikking gesteld en in onderhoud bij leverancier, bij calamiteiten t.a.v. immobiliteit is er per direct leen materiaal beschikbaar bij de thuiszorgwinkel. Draagbare medische instrumenten zoals (rolstoel-)weegschaal, bloeddrukmeter en diverse instrumenten voor het meten van lichaamsfuncties zijn aanwezig.

#### **Facilitaire zaken**

In het pand zijn twee identieke volledige keukens beschikbaar. Er is een automatische voordeur. Bij afwezigheid van kantoor / zusterpost (receptie) is de deur gesloten. Om het gehele pand is een tuin aangelegd. De binnentuin is besloten. Er is voorzien in een kleine technische werkplaats. Overige ruimten zijn: fysio- en fitnessruimte voorzien van apparatuur, wellness ruimte met Arbo-bad met jacuzzi, kapsalon, voorraadkamer en linnenkamer met was- en strijkapparatuur. De Villa is rookvrij. Er is een overkapte gelegenheid voor bewoners die willen roken beschikbaar.

#### **Financiën en administratieve organisatie**

Financiële Administratie is volledig uitbesteed aan extern accountantskantoor. Samenwerking met thuiszorgorganisatie t.b.v. ZVW.

#### **Professionele relaties**

Intensieve samenwerking met huisartsenpraktijk en apotheek, SOG, Specialistisch Team. Ergo en diëtiste is beschikbaar op afroep. Er wordt samengewerkt met een fysiotherapeutische praktijk.

Buiten kantoor uren kunnen wij terug vallen op de diensten van de huisartsenpost.

Wij zijn betrokken bij het beveiligde overdrachten systeem POINT van het regionale ziekenhuis.

## Hoofdstuk 12

### Gebruik van informatie.

De volgende drie thema's onderscheiden we als het gaat om het gebruik van informatie:

#### 1. Verzamelen en delen informatie waaronder bewoneroordelen

- Wij hebben het voornemen vanaf 2018 ieder jaar bewonerervaringen te verzamelen middels een erkend instrument. Dit instrument meet de subjectief ervaren bijdrage van de organisatie aan de kwaliteit van leven van de bewoner
- Ieder jaar publiceren we de Net Promotor Score. Deze score nemen we ook op in het jaarlijks kwaliteitsverslag
- We leveren gegevens aan conform de aanleverspecificaties van het Zorginstituut
- De Informatie ten behoeve van de persoonsgerichte zorg en ondersteuning wordt op efficiënte wijze verzameld tijdens het zorgproces en wordt gebruikt om te plannen en te verbeteren. Halfjaarlijks wordt tijdens de evaluatie van het zorgplan een intern tevredenheidsonderzoek uitgevoerd specifiek gericht op de zorg.
- Bij het verzamelen, vastleggen en beheren van data en informatie hanteren we (Wettelijke) vastgestelde privacy- en veiligheidseisen. Dit geldt ook voor het uitwisselen van en reflecteren op kwaliteitsinformatie tussen interne en externe stakeholders.

#### 2. Benutten en optimaliseren bestaande administratiesystemen

- Het medicatiesysteem van de apotheker is voorwaardelijk voor een goed zorg- behandel- en ondersteuningsproces
- Dit systeem van medicatieveiligheid en systematisch inzicht in aard en omvang geeft ondersteuning bij ongeplande ziekenhuisopnames
- Aanvullende gegevensverzameling vindt niet plaats of is slechts bij uitzondering aan de orde.

#### 3. Openbaarheid en transparantie

- Dit kwaliteitsverslag is openbaar toegankelijk via o.a. de website en de Openbare Database van Zorginstituut Nederland.

### **Hoofdstuk 13**

#### **Verbeterparagraaf**

We stellen alles in het werk om de doelstellingen die in dit kwaliteitsplan zijn beschreven waar te maken. Periodiek evalueren we de voortgang en indien nodig stellen we ons beleid bij om de doelstellingen te behalen.

Bij het maken van dit kwaliteitsplan voorzien we de volgende verbeterdoelen om de doelstellingen te behalen:

- Benaderen van naasten van de bewoners voor het samenstellen van een bewoners commissie.
- Gestructureerde monitoring van huidletsel, voedingstoestand, incontinentieletsel, mondzorg bij alle bewoners.
- Benchmarkonderzoek bewoners
- Bijstelling opleidingsplan
- Uitvoering tevredenheidsonderzoek medewerkers
- Overlegstructuren beoordelen op noodzaak en functionaliteit

Minimaal viermaal per jaar evalueren we in het MT de voortgang van de verbeterplanning. De geconsolideerde bevindingen hierbij bespreken we tijdens de bewoners/bewonersbespreking en met de medewerkers in het zorgoverleg / hospitality overleg. Door middel van notulen zijn alle medewerkers / belanghebbenden in staat om de voortgang te volgen. Daarnaast worden de resultaten van verbeterplannen in het kwaliteitsverslag opgenomen. Dit verslag is openbaar en voor eenieder inzichtelijk.

- De verbeteringen worden beheerd volgens HKZ richtlijnen.

## Slotwoord van de directie

Wij staan achter de transparantie die het kwaliteitsplan met zich meebrengt, op een duidelijke manier is op deze wijze inzicht in de organisatie te vinden. Het is voor ons vanzelfsprekend dat medische zaken, de samenwerking extern, en welzijn goed zijn geregeld. De naasten van de bewoner weten dat de directie direct bereikbaar is voor vragen of voor overleg.

Er wordt wel veel gevraagd van alle medewerkers in een organisatie in deze tijd. Gemotiveerde medewerkers zijn de basis van een gezonde bedrijfsvoering mits men niet overvraagd wordt.

De wetgever heeft als taak toe te zien op goede zorg en uitvoering daarvan. De directie heeft als taak dit naar de medewerkers te vertalen. De wetgever lijkt niet altijd te begrijpen dat medewerkers willen werken in de gezondheidszorg om mensen te helpen, zij hebben niets met de sturende elementen en de schriftelijke verantwoording die zij af moeten leggen over de zorgtaken. Zorgmedewerkers zijn doeners. Regelgeving wordt als belastend ervaren. Weer een cursus, lerend netwerk, bhv, de stagiaires die iedere 3 maanden weer fris en vragend klaarstaan. De grote vraag achter deze wetgeving is hoe houden wij de medewerkers gemotiveerd in deze tijd van tekorten aan zorgmedewerkers, aangezien zij eigenlijk het liefst gezellig met de bewoner invulling geven aan de zingeving van de dag. Echter zij moeten er staan als een collega of zelfs twee zich tegelijk moeten scholen. De wetgever gaat hierbij voorbij aan de realiteit. Er zijn vakanties, ziekten, zorgverlof, griepjes, of privé zaken waar op ingespeeld moet worden.

Als particuliere organisatie weten wij als geen ander hoe belangrijk het is om deskundig te zijn, voor dit doel is er aantoonbaar intern een programma. De directie is op de werkvloer te vinden geeft raad en daad en nemen soms zorgmedewerkers aan de hand mee om professionele kennis in de praktijk over te dragen. De directie verbindt zich aan de afspraak met de familie en de bewoner dat er goed gezorgd wordt. Dat mensen veilig zijn. Medewerkers en vrijwilligers hebben de vrijheid op gebied van welzijn zichzelf uit te dagen en te zorgen voor een interactie met de bewoner waardoor men zich thuis kan voelen.

Als particuliere organisatie lijken wij op dit moment overvraagd te worden doordat disfunctionerende grote organisaties de zaken niet op orde hebben. Dat is jammer aangezien de uitvoering nu ten koste gaat van de positieve energie die zo hard nodig is voor een gezond bedrijf.

Als directie hebben wij vertrouwen in onze medewerkers, maar weten ook dat wij door de tekorten op de arbeidsmarkt zeer op onze hoede moeten zijn voor dreigende overbelasting. Hiervoor dienen wij al de aanwezige motivatie en creativiteit in te zetten. Voor een gezonde financiële bedrijfsvoering is het zoeken naar een goede balans tussen de rechten en plichten die door de wetgever zijn opgelegd.