

# Meerjaren Kwaliteitsplan

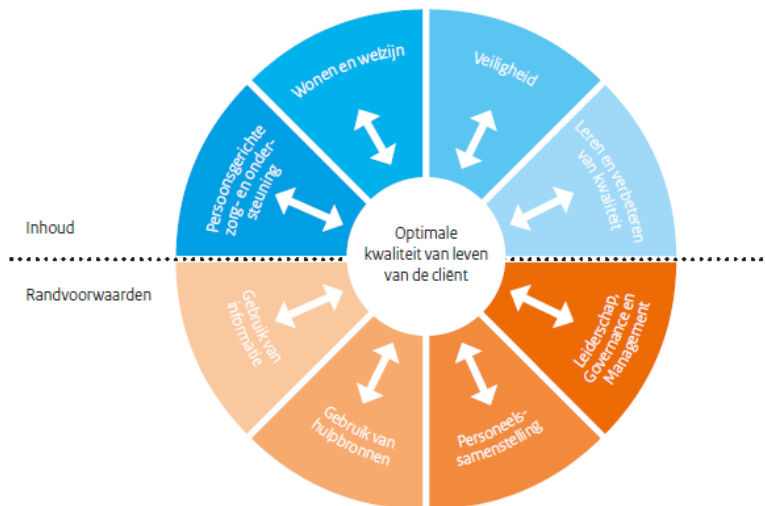
November 2018 – November 2021



Hapert, 2018

## 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 de Hapertse Kluis. 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 levensdomeinen 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, gesystematiseerde 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 risicomanagement, 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 samenleren 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**

Woonzorg Hapertse Kluis is een kleinschalige particuliere woonzorg voorziening, waar met liefde en toewijding voor de oudere mens wordt gezorgd. Hier kunnen mensen hun eigen levensstijl zoveel mogelijk continueren, in een omgeving waar de nodige zorg en verpleging voor handen is en waar de privacy en de individuele behoeften, wensen en mogelijkheden van de bewoner hoog in het vaandel staan.

#### **Visie**

Wij verlenen zorg zoals we die zelf ook zouden willen ontvangen. Ouderen die zorg nodig hebben, zoeken vaak nieuw evenwicht in hun leven, waarbij de normen en waarden een zeer belangrijke plaats innemen. We maken de overgang van de thuissituatie naar het wonen in Hapertse Kluis zo klein mogelijk.

De kracht van de Hapertse Kluis ligt in het maatwerk dat aan de bewoners wordt geboden. Ouder worden en beseffen dat het fysiek en mentaal niet meer zo lukt, is een moeilijk proces. Uitgangspunt is dat de bewoner zoveel mogelijk de regie over zijn of haar leven blijft voeren. De bewoners bepalen in hoge mate zelf wat er wel en niet in hun leven gebeurt. De verzorgenden en verpleegkundigen van Hapertse Kluis helpen en ondersteunen bewoners waar die dat willen. De benadering en zorg worden steeds weer opnieuw afgestemd, waardoor een ieder zich gehoord en begrepen voelt. Dit creëert een gevoel van veiligheid en geborgenheid.

Zorgzaamheid voor onze bewoners staat dus centraal, waardoor de bewoner met respect en met waardigheid het laatste deel van zijn of haar leven bij ons doorbrengt.

#### **Kernwaarden**

- De Hapertse Kluis is het thuis van onze bewoners, medewerkers zijn zich er van bewust dat ze zich bewegen in hun huis.
- Wij passen belevingsgerichte zorg toe, waarbij medewerkers zoveel mogelijk aan sluiten bij de beleving, gevoelens en ervaringen van de bewoners.
- We praten met bewoners, niet over of tegen bewoners.
- We werken samen met bewoners en diens naasten, waarin gelijkwaardig en respectvol met elkaar om wordt gegaan.
- Niets moet, alles is bespreekbaar.
- Wij nemen bewoners serieus.
- Wij laten bewoners van betekenis zijn.
- Echtparen wonen samen en worden niet gescheiden omwille van hun zorgbehoefte.

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

## Hoofdstuk 2

### Doelgroep en werkwijze

In de Hapertse Kluis hebben we 10 studio's en 1 doorstroomstudio. Ook echtparen kunnen gebruik maken van een studio. De doelgroep bestaat uit ouderen met psychogeriatrische en/of somatische stoornis(sen) en/of beperkingen. De leeftijd van de cliënten varieert. Alle cliënten zijn geïndiceerd door het CIZ (Centrum Indicatie Zorg). De zorgzwaarte varieert van ZZP 4 tot en met ZZP 10. In het geval dat er voor opname al sprake is van grensoverschrijdend gedrag, wat de veiligheid van de potentiële bewoner of andere bewoners in het gedrang brengt, kan het zijn dat er niet voor opname gekozen wordt.

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 14 cliënten;
- Aansturing team: de directie/management 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;
- 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);
- De Hapertse Kluis kan in zeldzame omstandigheden besluiten dat overplaatsing naar een andere zorgvoorziening noodzakelijk is. Dit is altijd in overleg met een deskundige en met het oog op het leveren van kwaliteit en veiligheid;
- Voor onze medewerkers is een gedragscode (beroepscode) opgesteld, waarbij wordt verwacht dat men te allen tijde een professionele werkhouding aanneemt.

#### 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.

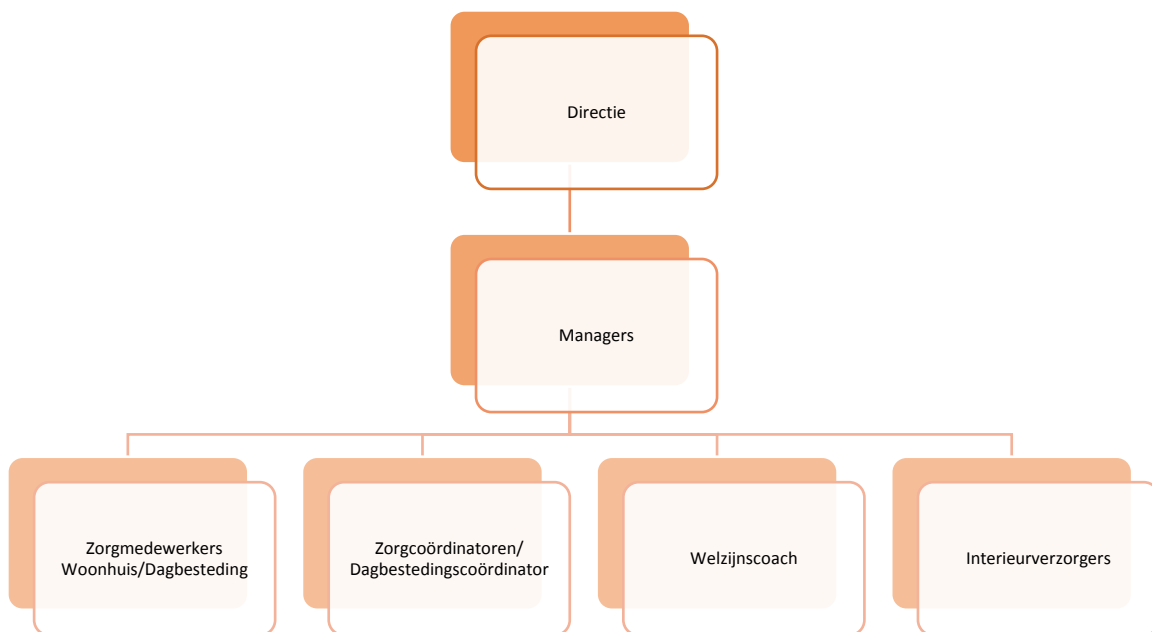
#### 4 Open(baar)heid

- Uitkomsten en analyses van tevredenheidsonderzoeken onder bewoners en/of contactpersonen stellen we ter beschikking aan belanghebbenden;
- Uitkomsten en analyses van tevredenheidsonderzoeken onder medewerkers stellen we ter beschikking aan belanghebbenden;
- We bespreken beleidsaspecten en belangrijke gebeurtenissen en bevindingen met de cliëntenraad en met het personeel of de personeelsvertegenwoordiging.

### Hoofdstuk 3 Kenmerken

Onze voorziening is ingeschreven in de Kamer van Koophandel en heeft, in overeenstemming met deze inschrijving, 1 locatie. Conform de in de vorige hoofdstukken beschreven zorgvisie, kernwaarden en werkwijze zijn we een kleinschalige woonvoorziening met een capaciteit van 10 reguliere studio's en 1 doorstroomstudio. Studio's kunnen door een echtpaar bewoond worden, waardoor het bewonersaantal hoger is dan het aantal studio's.

De voorziening is gelegen in het dorpscentrum, waardoor ook genoten kan worden van de verschillende faciliteiten die het dorp zelf biedt.



#### Toelichting op het organigram

De directie bestaat uit twee personen, te weten de directrice facilitaire zaken en directeur algemene zaken en zorg. De directeur algemene zaken en zorg stuurt de twee managers aan. De managers sturen het volledige team aan, bestaand uit zorgmedewerkers, zorgcoördinatoren, dagbestedingscoördinator, welzijnscoach en interieurverzorgers.

Het organigram laat zien dat er sprake is van een platte organisatie met korte lijnen en dat er weinig overhead is. Dit is in overeenstemming met missie en visie.

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 cliënten 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.

<b>Personeelsbestand</b>		
<i>Discipline</i>	<i>loondienst</i>	<i>fte</i>
Directeur Algemene zaken en Zorg	Ja	0.5
Directrice facilitaire zaken	Ja	0.5
Managers	Ja	1.33
Zorgmedewerkers woonhuis en dagbesteding	Ja	12.47
<i>Verpleegkundige (niveau 4)</i>	<i>ja</i>	<i>3.87</i>
<i>Verzorgende IG (niveau 3)</i>	<i>Ja</i>	<i>1.38</i>
<i>Verzorgende (niveau 3)</i>	<i>Ja</i>	<i>1.18</i>
<i>Helpende plus/ Helpende (niveau 2)</i>	<i>Ja</i>	<i>2.26</i>
<i>Helpende (niveau 2)</i>	<i>Ja</i>	<i>1.66</i>
<i>Zorghulp (niveau 1)</i>	<i>Ja</i>	<i>0.99</i>
<i>Activiteitenbegeleiding</i>	<i>Ja</i>	<i>1.13</i>
Zorgcoördinatoren/ Dagbestedingscoördinator	Ja	0.36
Welzijnscoach	ja	0.22
Interieurverzorgers	Ja	0.79
Stagiaires (boventallig)	<i>nee</i>	
Vrijwilligers (boventallig)	<i>nee</i>	

### **Personele bezetting per dag**

Dagelijks zetten we de volgende diensten in. Voor zorgwerkzaamheden werken we uitsluitend met bevoegd en bekwame medewerkers.

#### **Dagdienst**

- één dienst van 7.00 tot 15.30 uur
- één dienst van 7.00 tot 10.00 uur
- één dienst van 7.00 tot 12.00 uur

#### **Huiskamerdienst/activiteitenbegeleiding/Dagbesteding**

- één dienst van 7.30-10.00 uur
- één dienst van 10.00-18.30 uur
- één dienst van 18.30-22.30 uur
- Maandag/woensdag/vrijdag dagbesteding door middel van 2 diensten van 9.00 – 17.00

#### **Interieurverzorging**

- één dienst van 10.00 tot 13.45 uur

#### **Avonddienst**

- één dienst van 15.00 tot 23.00 uur
- één dienst van 15.30 tot 22.00 uur (zorghulp)

### Nachtdienst

- één nachtdienst van 22.30-7.00 uur

### Calamiteitendienst

- Door de weeks: Manager 24/7 bereikbaar
- Weekenden, feestdagen: Zorgcoördinator 24/7 bereikbaar

Op werkdagen is er overdag altijd tenminste één manager aanwezig of bereikbaar.

De personele bezetting wordt afgestemd op zowel de gezamenlijke als de individuele zorgbehoefte van de bewoners. De personele bezetting wordt zo nodig uitgebreid, indien de zorgzwaarte hier om vraagt. Deze personele bezetting is openbaar en door ons gepubliceerd op onze website.

In 2018 (tot november) waren er de volgende personeelswijzigingen:

Omschrijving	aantal	fte
Vertrokken medewerkers	4	2.6
Nieuwe medewerkers	6	3.6

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 90 % van de zorggelden wordt besteed aan direct bewoner gebonden personele kosten.



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 en naar bed gaan) zijn er minimaal drie zorgmedewerkers beschikbaar om deze taken te verrichten;
- Tijdens de dag en avond is er permanent iemand in de huiskamer of gemeenschappelijke ruimte om de aanwezige 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 zorgmedewerkers die in direct contact zijn met de bewoners, kennen de bewoner, 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;
- Er is 24/7 een calamiteitendienst bereikbaar;
- Er is een arts bereikbaar en oproepbaar, huisarts of huisartsenpost;
- Er zijn aanvullende voorzieningen beschikbaar voor (on)geplande zorg, vragen of toenemende complexiteit zoals: opschalen van personeel, invoeren specialist ouderengeneeskunde, overleg medisch specialist of gedragsdeskundige/psycholoog, inschakelen Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE), in gang zetten 'meer-zorg' en dergelijke.

**3 Reflectie, leren en ontwikkelen**

- Er is voor iedere medewerker voldoende tijd en ruimte om te leren en zich te ontwikkelen via feedback, intervisie, reflectie en scholing. Op grond van de opleidingsbehoefte van het zorgpersoneel, alsmede de doelstellingen van de organisatie en de ontwikkelingen in de zorg, worden scholingen georganiseerd ten behoeve van de (individuele) vak-ontwikkeling. Deze zijn opgenomen in het scholingsplan;
- We zijn aangesloten bij het Lerend Netwerk en participeren in bijeenkomsten en scholingen, waarbij ook teamleden aansluiten;
- Er is voldoende tijd beschikbaar om als zorgcoördinator deel te nemen aan multidisciplinair overleg;
- In de functioneringsgesprekken komen competentie- en loopbaanontwikkeling aan de orde;

## Hoofdstuk 5

### 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 verlangens 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 bejegening de medewerkers hierop toepassen. Onderstaande thema's zijn ontleend aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg en afhankelijk van bevindingen, opgenomen in het opleidingsplan.

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

- Medewerkers kennen het verhaal, de behoeften en wensen, de zorgen, problemen en levensvragen van elke bewoner;
- Medewerkers spreken de bewoner aan op een respectvolle manier die de bewoner prettig vindt;
- Medewerkers praten met bewoners en niet over bewoners;
- Medewerkers maken echt contact met bewoners;
- Medewerkers hebben aandacht voor familie, naasten en mantelzorgers;
- Medewerkers hebben inlevingsvermogen, begrip en tonen empathie;
- Medewerkers 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;
- Medewerkers hebben respect voor normen en waarden van de bewoners, 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. Er is aandacht voor levensbeschouwing en het onderhouden van contacten;
- Als een bewoner dat wil, wordt deze geholpen, met respect voor eigen regie en autonomie;
- Medewerkers 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;
- Bewoners worden zo veel als mogelijk bij activiteiten en belevenissen betrokken, mits zij hier behoefte aan hebben. Zij maken hier altijd zelf de keuze in;
- Bewoners kunnen zoveel mogelijk hun eigen keuzes maken en kunnen zoveel mogelijk hun leefstijl voortzetten;
- Medewerkers kunnen risico's en risicovol gedrag inschatten en hier adequaat naar handelen;
- Medewerkers zijn in staat om veranderd gedrag te duiden, en roepen waar nodig hulp in van een externe professional;
- Medewerkers hebben aandacht voor de naaste(n) van de bewoner als onderdeel van zijn eigen leven;
- Medewerkers kunnen 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.

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

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

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

- Iedere bewoner heeft een eigen actueel zorgleefplan en zorgdossier dat in samenspraak met de bewoner en/of diens contactpersoon is opgesteld;
- De bewoner en/of diens contactpersoon geeft aan zich te herkennen in het zorgleefplan en het zorgdossier, zo niet dan wordt dat besproken;
- De bewoner en/of diens contactpersoon is aanwezig bij het multidisciplinair overleg (MDO), tenzij deze dat niet wil. De bewoner en/of diens contactpersoon wordt in staat gesteld om zich op het MDO voor te bereiden. De inbreng van de bewoner en/of diens contactpersoon doet ertoe om de zorgverlening beter af te stemmen op behoeften;
- Met de bewoner en/of diens contactpersoon wordt op regelmatige basis besproken of de zorg- en behandelafspraken worden nagekomen en of de zorg aan de wensen en behoeften voldoet;
- Iedere bewoner beschikt binnen uiterlijk zes weken na opname over een zorgleefplan en zorgdossier;
- Binnen 24 uur zijn in ieder geval zaken zoals medicatie, dieet, primaire hulpvraag, een eerste contactpersoon en handelen bij calamiteiten vastgelegd in het zorgdossier;
- Het zorgleefplan wordt opgesteld door tenminste een niveau 3 zorgverlener, die tevens voor deze bewoner de zorgcoördinator is;
- Medewerkers werken individueel en multidisciplinair samen met een actueel zorgleefplan dat ook werkelijk verbinding houdt met de uitvoering van zorg;
- Medewerkers hebben inzicht in de situatie van de bewoner, inzicht in het zorg- en behandelproces rondom de bewoner en werken hierin samen als multidisciplinair team;
- Medewerkers kunnen inzicht geven over de zorg aan de bewoner, aan diens naasten en aan collega's.

## **Hoofdstuk 6**

### **Wonen en welzijn**

Naast uitstekende 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 bewoners zoveel mogelijk worden waargemaakt. Omgaan met beperkingen van bewoners zien wij liever als een uitdaging dan als een belemmering. Onderstaand 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 door medewerkers 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 geestelijk verzorger te spreken van de eigen levensbeschouwelijke signatuur.

#### **Zinvolle tijdsbesteding**

- Bewoners kunnen iedere dag deelnemen aan verschillende activiteiten, individueel of in groepsverband;
- Bewoners worden gestimuleerd om te bewegen;
- Bewoners kunnen naar buiten als zij dat willen;
- Bij de uitvoering van de dagactiviteiten kan een bewoner begeleiding krijgen van 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.

#### **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 is bekend bij bewoners en zorgverleners;

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

- De inrichting van de woonomgeving is aangepast aan zorg- en ondersteuningsbehoeften;
- De privé, verkeers- en gedeelde (recreatie)ruimten zijn schoon en veilig;
- Bewoners worden in de gelegenheid gesteld met eigen spullen hun studio in te richten;
- Dagelijks wordt een evenwichtige maaltijd verzorgd waarbij rekening wordt gehouden met geloofs- en levensovertuiging;
- Bewoners worden zoveel mogelijk betrokken bij het samenstellen van de (week)menu's;
- Bewoners worden daar waar mogelijk en wenselijk betrokken bij het halen van boodschappen en het bereiden van de maaltijden;
- Bezoek voor bewoners is altijd welkom;
- Bezoek voor de bewoners wordt altijd koffie of thee aangeboden. Zij mogen dit ook zelf pakken.

## **Hoofdstuk 7**

### **Veiligheid**

Streven naar optimale veiligheid heeft een hoge prioriteit. Het voortdurend streven naar veiligheid zien wij niet los van andere belangrijke waarden. We maken de afweging 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 aan 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.

#### **Medicatieveiligheid**

- Minimaal tweemaal per jaar organiseren we een medicatiereview met de apotheker en de huisarts;
- We analyseren de MIC meldingen minimaal tweemaal per jaar en we besteden aandacht aan oorzaken en verbetermogelijkheden. Hierbij betrekken we de medewerkers en zo nodig voeren we een retrospectieve risicoanalyse uit;
- We beperken het antipsychoticagebruik in samenspraak met de huisarts zoveel mogelijk en we registreren de prevalentie van het gebruik van antipsychotica om te kunnen vergelijken met voorzieningen uit het lerend netwerk;
- We beperken het antibioticagebruik in samenspraak met de huisarts zoveel mogelijk en we registreren de prevalentie van het gebruik van antibiotica om te kunnen vergelijken met voorzieningen uit het lerend netwerk.

#### **Decubitus en mondzorg**

- Er vindt regelmatige monitoring plaats van huidletsel, voedingstoestand en mondzorg bij alle bewoners;
- 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 waar binnen woonzorg Hapertse Kluis geen mogelijkheden toe zijn, betekent dit dat de betreffende bewoner dient te worden overgeplaatst naar een voorziening die hiertoe gemachtigd is;
- Vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) worden met de grootst mogelijke terughoudendheid toegepast. Bij toepassing wordt altijd beoordeeld welke VBM de minste impact heeft op het welzijn van de bewoner, zonder de veiligheid uit het oog te verliezen;
- Indien VBM worden toegepast wordt dit besproken met de bewoner en diens naasten, met de huisarts, met de zorgcoördinator en met de manager. Bij besluit om VBM toe te passen wordt een evaluatiedatum afgesproken. Hierbij geldt als uitgangspunt dat de VBM worden afgebouwd. Voor het toepassen van VBM wordt getekend door de bewoner of diens vertegenwoordiger en de huisarts;
- Op elk moment is een overzicht van alle VBM voorhanden;
- De bevindingen van het gebruik van VBM worden besproken met de medewerkers en met voorzieningen uit het lerend netwerk.

#### **Ziekenhuisopnamen**

- Ziekenhuisopnamen op de Spoedeisende hulp (SEH) worden geregistreerd in het persoonlijke zorgdossier;

## Hoofdstuk 8

### 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 leggen we op een natuurlijke manier verantwoording af. Het is dan ook vanzelfsprekend dat dit kwaliteitsplan en het later op te stellen 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

- We werken met het HKZ kwaliteitsmanagementsysteem, waarbij het de doelstelling is te werken naar certificering;
- 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 Continu werken in de praktijk aan verbeteren door zorgverleners

- Medewerkers leveren input bij het maken van het kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag. Ook worden het definitieve verslag teambreed besproken, waardoor ze op cyclische en ontwikkelingsgerichte wijze meewerken aan verbetering;
- Kort-cyclische feedback, continue reflectie en dialoog worden gestimuleerd en vinden in een open klimaat plaats.

#### 3 Lerend netwerk

- Wij maken deel uit van een lerend netwerk, te weten met branchevereniging Riant Verzorgd Wonen, waarbij meerder organisaties aangesloten zijn. Deze collega zorgorganisaties vallen onder een andere rechtspersoon en hebben een andere Raad van Bestuur;
- 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 staat samen leren en het ondersteunen d.m.v. uitwisselen van ervaringen en informatie centraal.

## Hoofdstuk 9

### Leiderschap, governance en management;

Bij ons is er geen sprake van een Raad van Bestuur (RvB) maar van een directie/ management. Deze directie/management heeft dezelfde bevoegdheden als een gemiddelde RvB. In onze directie/ management is de professionele inbreng gegarandeerd omdat een verpleegkundige deel uitmaakt van het management. De directie/management loopt regelmatig mee in het primair proces. De directie/management ziet erop toe dat de onderwerpen van dit kwaliteitsplan in praktijk worden gebracht en neemt maatregelen als dit onverhoopt nodig wordt bevonden. Gezien de grootte van onze organisatie hebben we besloten om de verpleegkundige adviesraad onderdeel te laten zijn van het lerend netwerk. Hiervoor wordt tijdens bijeenkomsten van het lerend netwerk tijd ingeruimd. Wij hanteren de Zorgbrede Governance Code.

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 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 de vak-ontwikkeling van onze medewerkers;
- 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 medewerkers, 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 toezichhouder(s)

- De directie werkt volgens wettelijke kaders van Wet op de Ondernemingsraden (WOR) en de Wet Kwaliteit klachten en geschillen in de zorg (WKKGZ);
- De directie stimuleert inhoudelijke input op het beleid, door in gesprek te blijven met de medewerkers en deze input mee te nemen. Daarnaast is het van belang de ontwikkelingen en veranderingen in de zorgsector in de gaten te houden, zowel op vakinhoudelijk gebied als op wet- er regelgeving.

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

- De directie neemt de regie over het dynamisch kwaliteitsontwikkelp proces 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:  
Er wordt contact opgenomen met de huisarts, die een verwijzing voor de SOG verzorgd, waarna er contact kan worden opgenomen met de SOG.  
Mocht het echter zo zijn dat er onenigheid bestaat over het verwijzen naar de SOG en de huisarts geen verwijzing afgeeft, maar men het medisch wel genoodzaakt acht, dan mag er alsnog contact met SOG worden opgenomen;
- Professionele inbreng door overige disciplines als fysiotherapeut, ergotherapeut, diëtist en logopedist kan eveneens via een verwijzing van de huisarts worden gevraagd.



## **Hoofdstuk 10**

### **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**

Woonzorg de Hapertse Kluis telt 10 zorgstudio's en 1 doorstroomstudio. De zorgstudio's zijn voorzien van eigen badkamer met toilet en een kitchenette. Te midden van de studio's bevindt zich een gezamenlijke huiskamer met keuken. Verder kan er gebruik gemaakt worden van een ontspanningsruimte en bevindt er zich in pandig een ruimte voor dagbesteding met keuken en serre met daaraan gelegen een terras voor gezamenlijk gebruik.

#### **Technologische hulpbronnen**

Er wordt gebruik gemaakt van DECT telefoons om 24/7 bereikbaar te zijn en waarop de meldingen van bewoners binnen komen.

Van het kwaliteitshandboek en de protocollen van Vilans kan digitaal gebruik gemaakt worden.

Het zorgdossier is vormgegeven binnen een digitaal systeem, genaamd ONS. Vanuit een verwantenportaal genaamd Caren Zorgt, welke is gekoppeld aan ONS kunnen contactpersonen het zorgproces volgen.

Daarnaast zal er in de toekomst ook meer gebruik gemaakt gaan worden van E-learnings.

#### **Materialen en hulpmiddelen**

- Hulpmiddelen ter ondersteuning van de zorgverlening worden aangevraagd via de WMO.
- Het onderhoud wordt volgens beleid gepleegd door de desbetreffende leverancier.
- Voor materialen en middelen ter verrijking van de kwaliteit van leven en/ of zorg die niet onder de bewonersvergoedingen vallen, wordt overleg gepleegd met de directie over eventuele aanschaf.

#### **Facilitaire zaken**

- Zowel in de gezamenlijke huiskamer als in de ruimte van de dagbesteding is een keuken gesitueerd. Van beide keukens wordt gebruik gemaakt voor maaltijden;
- Op kantoor is een receptie functie aanwezig. Deze is niet 24/7 bezet, daar dit niet nodig is. Echter kan er middels een bel bij de voordeur altijd contact worden gelegd met het aanwezige personeel;
- De ligging van woonzorg de Hapertse Kluis maakt het eenvoudig om gebruik te maken van omliggende winkels en voorzieningen;
- Het gebouw is voorzien van brandbeveiliging, waarbij we voldoen aan de wettelijke norm.

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

- Voor salarisadministratie en boekhouding is er samenwerking met een erkend bureau. Waar nodig zijn gebruikersovereenkomsten opgesteld in het kader van AVG wetgeving.

#### **Professionele relaties**

- Er is zowel met huisarts als apotheek een samenwerkingsovereenkomst;
- Op verwijzing van de huisarts wordt er gebruik gemaakt van diverse disciplines vanuit andere zorgvoorzieningen;
- Er is een contract met buurtzorg, waardoor we onverwachte zorg aan kunnen bieden indien er op dat moment onvoldoende bekwaamheid onder het personeel is.

## **Hoofdstuk 11**

### **Gebruik van informatie.**

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

#### **1 Verzamelen en delen informatie waaronder cliëntoordelen**

- We verzamelen ieder jaar bewonerservaringen 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;
- 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 onder andere de website en de Openbare Database van Zorginstituut Nederland.

## **Hoofdstuk 12**

### **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:

- Versterken van samenwerking met externe disciplines zoals SOG en psycholoog;
- Frequentie medicatiereview met apotheek en huisarts verhogen;
- Frequentie bespreking MIC formulieren in team verhogen;
- Taken met betrekking tot aandachtsvelders meer verspreiden over het team;
- Brede kennis binnen het team met betrekking tot HKZ en de werkwijze hieromtrent.

Minimaal viermaal per jaar evalueren we tijdens managementoverleg de voortgang van de verbeterplanning. De bevindingen hierbij bespreken we in de cliëntenraad en met de medewerkers in het teamoverleg. Door middel van notulen zijn de overige gremia 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.

## **Slotwoord van de directie**

Het invoeren van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg heeft Woonzorg Hapertse Kluis positieve inzichten opgeleverd. Belangrijk is dat dit kwaliteitskader gedragen wordt door medewerkers, management en directie.

Voorop staat onze visie: “Wij verlenen zorg zoals we die zelf ook willen ontvangen”. Daarom zijn we bijzonder trots op de woorden van de inspecteurs tijdens het onaangekondigd inspectiebezoek van de Inspectie Gezondheidszorg en jeugd eerder dit jaar, “Hier wordt echt warme zorg gegeven, wij willen graag dat onze ouders ook deze zorg ontvangen”. Een groter compliment kun je niet krijgen! Wij danken zowel onze medewerkers als onze bewoners en familieleden voor hun bijdrage om tot dit mooie resultaat te komen.

Wij geven ons met volle overgave aan de invoering van het kwaliteitskader, maar het welzijn en de zorg voor onze bewoners blijft altijd de eerste plaats staan. Het implementeren van dit kwaliteitskader betekent ook meer administratieve lasten, terwijl we juist allen graag zien dat de zorg aan het bed vergroot wordt. Dit geldt zeker voor onze bewoners, familie van bewoners en onze medewerkers. We gaan hierin daarom gezamenlijk opzoek naar de juiste balans.

Johan en Jolanda Ettema  
Directie