

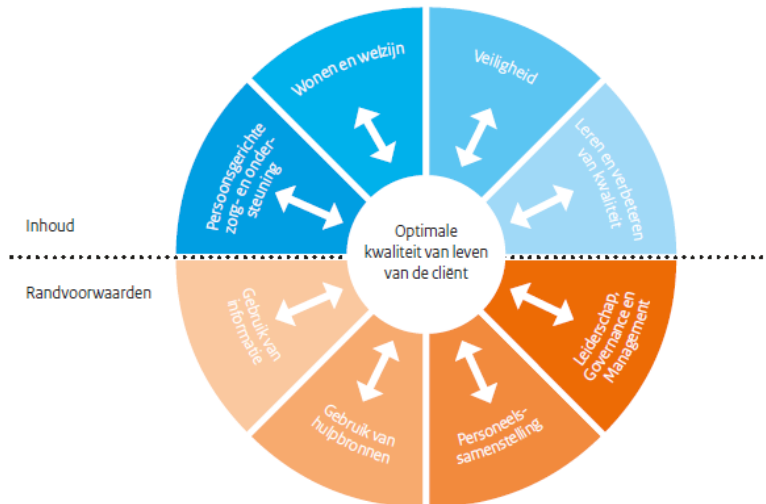
Kwaliteitsplan

Woonzorgvoorziening De Meerenburgh

Leur, Januari 2025

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 Meerenburgh”. 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 cliënt 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 cliënt 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 cliënten 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 cliënten 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 cliënten, 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 cliënten 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 cliënten, 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 cliënten 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;

Onze missie/visie/zorgvisie

Wij vinden het belangrijk om échte en liefdevolle aandacht te geven. Wij vinden het ook belangrijk dit met respect te doen en ieders eigenheid te bewaren.

Iedereen heeft het recht om eigen keuzes te maken en beslissingen te nemen en wie dit niet meer helemaal zelf kan heeft hierin ondersteuning nodig.

Wij bieden ouderen een thuis in een comfortabele en veilige omgeving. Een thuis waar de zorg zich aanpast aan hun wensen, waarden en normen. Liefdevolle persoonlijke zorg en verpleging zijn hier vanzelfsprekend. Wij zullen altijd rekening houden met ieders persoonlijkheid, leefwijze, levensbeschouwing en voorgeschiedenis.

In de Meerenburgh geven wij die zorg die we zelf zouden willen ontvangen.

Wij willen onze missie waarborgen en waar mogelijk steeds verbeteren. Tijdens de verbouw is veel aandacht besteed aan veiligheid, sfeer en warmte. Dit heeft geresulteerd in een veilige en comfortabele woonomgeving waarin gewoonten, die onze bewoners thuis hadden, zo lang mogelijk in stand gehouden kunnen worden.

De Meerenburgh is een woonzorgvoorziening voor ouderen met een zorgbehoefte door lichamelijk beperkingen en/of (lichte) dementie.

Wanneer er door bijv. ernstige dementie sprake is van weggelopen/dwalen of overlast (roepen/schreeuwen/agressie) voor de andere bewoners, kan men helaas niet in de Meerenburgh (blijven)wonen.

Ons uitgangspunt is dat bewoners tot het einde in de Meerenburgh kunnen blijven wonen en dus ook 'thuis' mogen sterven. Indien nodig verlenen wij palliatieve zorg.

Om ervoor te zorgen dat medewerkers, zich naar bewoners op een eenduidige en consistente wijze gedragen, hebben we de volgende gedragscode ontwikkeld.

Wij, medewerkers van de Meerenburgh:

- gaan respectvol met anderen om
- dragen verantwoording
- nemen initiatief
- komen afspraken na
- staan altijd klaar voor anderen
- zijn loyaal.

Hieronder is beschreven wat deze punten inhouden;

Respectvolle omgang

Ik ben beleefd, zorgvuldig en respectvol in de omgang met anderen en luister oprecht. Ik bedenk hier-bij hoe de ander behandeld wil worden. Ik heb respect voor de keuzes die anderen maken. Ik ga discreet om met vertrouwelijke informatie en schend de privacy van anderen niet.

Verantwoording dragen

Ik ben verantwoordelijk voor wat ik doe en kan aan anderen uitleggen waarom ik iets doe. Als iemand mij om toelichting vraagt, geef ik die. Ik verschuil me niet achter anderen en ben bereid om mijn werk te verbeteren.

Initiatief nemen

Ik zoek naar oplossingen voor knelpunten die ik in mijn werk tegenkom.
Daarin zet ik zo nodig de eerste stap en wacht niet af tot anderen iets gaan ondernemen.
In overlegsituaties denk ik actief mee met collega's en samen werken wij aan verbetering.

Afspraken nakomen

Samen met bewoners en collega's maak ik heldere afspraken en ik kom deze na. Als ik mijn afspraken niet nakom, dan mag de ander mij daarop aanspreken. Omgekeerd spreek ik ook anderen hierop aan.

Voor anderen klaarstaan

Ik sta voor mijn bewoners en collega's klaar en geef hulp en advies. Zij kunnen ook op mij rekenen.
Ik sta er niet alleen voor want mijn collega's ondersteunen mij ook.

Loyaal zijn

Ik ben trouw aan de bewoners, mijn collega's en de organisatie. Ik val hen niet af. Ik ben mij ervan bewust dat ik tijdens mijn werk de organisatie vertegenwoordig. Als ik tegen dingen aanloop dan bespreek ik deze en probeer gezamenlijk tot een oplossing te komen.

Deze gedragscode is goedgekeurd in de bewonersraad op 13-09-2014.

Hoofdstuk 2

Doelgroep en werkwijze

In “de Meerenburgh” hebben we een capaciteit voor 8 cliënten. De doelgroep bestaat uit ouderen met lichamelijk beperkingen en/of (lichte) dementie.

De leeftijd van de cliënten varieert. De meeste cliënten hebben een leeftijd tussen 80 en 90 jaar, maar er wonen zowel jongere als oudere cliënten. Alle cliënten zijn geïndiceerd door het CIZ (Centrum Indicatie Zorg). De zorgzwaarte varieert meestal van ZZP4 t/m ZZP6. ZZP7 t/m ZZP 9 indicaties komen binnen de Meerenburgh nauwelijks voor. In de terminale fase is er soms een ZZP10 indicatie.

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 8 cliënten;
- Persoonlijk geleid: de directie/eigenaar is direct betrokken bij de zorgverlening op de werkvloer;
- Passie, inzet en betrokkenheid staan hoog in het vaandel. Dit blijkt onder andere uit onze missie-visie-zorgvisie 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 IGJ inspectienormen;
- We voldoen aan normen van de inspectie sociale zaken en werkgelegenheid.

4 Open(baar)heid

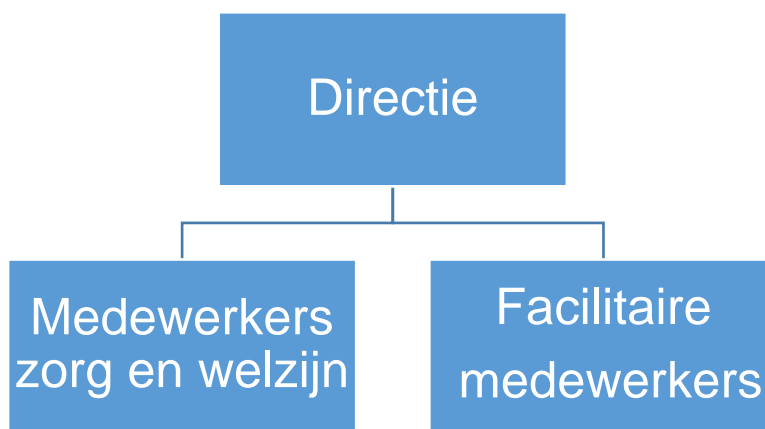
- Uitkomsten en analyses van tevredenheidsonderzoeken onder bewoners stellen we ter beschikking aan belanghebbenden;
- Uitkomsten en analyses van tevredenheidsonderzoeken onder medewerkers stellen we ter beschikking aan belanghebbenden;
- We bespreken beleidsaspecten en belangrijke gebeurtenissen en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

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 voorziening met een capaciteit van 8 plaatsen.

De locatie van onze voorziening is landelijk en bosrijk. Deze ligging betekent onder andere dat cliënten kunnen genieten van de rust en natuur. Er is een grote tuin met wandelpaden, moestuin en fruitboomgaard.

Organigram + toelichting



Bij de Meerenburgh is de functie van directie gekoppeld aan die van eigenaar. Hierdoor is er geen verantwoording verschuldigd aan een bestuurlijk orgaan. De organisatievorm is een CV. De directie (bestaande uit een echtpaar) vervult tevens de functies van zorgmanager, financiële administratie en een coördinerende taak naar de diensten medewerkers zorg en welzijn en facilitaire medewerkers. Bij afwezigheid van de directie coördineren de medewerkers zorg en welzijn de facilitaire dienst. Maaltijden worden verzorgd door een van de directieleden en of de facilitaire medewerkers. 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 dat er weinig overhead is. Een en ander in overeenstemming met het meerjarenbeleid en de missie en visie. De Meerenburgh kent vanwege het beperkte aantal medewerkers geen ondernemingsraad.

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 cliënten, 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.

Personeelsbestand			
<i>Discipline</i>	<i>loon-dienst</i>	<i>fte</i>	<i>Bijz.</i>
<i>Verzorgende (IG) niveau 3</i>	<i>Ja/nee</i>	3	
<i>Verpleegkundige niveau 4</i>	<i>Ja/nee</i>		<i>Zie Directielid</i>
<i>Verpleegkundige niveau 5</i>	<i>Ja/nee</i>		<i>Op Afroep bij afw. eigen VPK</i>
<i>Helpende niveau 2+</i>	<i>Ja/nee</i>	0,2	
<i>Helpende niveau 2</i>	<i>Ja/nee</i>		
<i>Zorghulp</i>	<i>Ja/nee</i>	0,1	
<i>Huishoudelijk medewerker</i>	<i>Ja/nee</i>	0,8	
<i>Kok</i>	<i>Ja/nee</i>	0,25	
<i>Huiskamerassistente</i>	<i>Ja/nee</i>	0,1	
<i>SOG</i>	<i>Ja/nee</i>		<i>Samenwerkingsovereenkomst</i>
<i>Vrijwilliger</i>	<i>Ja/nee</i>	0,1	
<i>Stagiaire BOL helpende zorg en welzijn</i>	<i>Ja/nee</i>	0,2	
<i>Directielid: VPK niveau 4, zorgcoördinator.</i>	<i>Ja/nee</i>	1	<i>Niet op loonlijst</i>
<i>Directielid: Kok, huismeester, boekhouding</i>	<i>Ja/nee</i>	1	<i>Niet op loonlijst</i>

Personele bezetting per dag

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

Maandag t/m vrijdag	kwalificatieniveau
7.00-15.00	Verzorgende 3 IG
15.00-22.00	3 IG
22.00-07.15	3 IG slaapwacht
8.30-15.30	Huishoudelijke dienst
8.30-17.00	Verpleegkundige niveau 4 BIG geregistreerd
8.30-15.00	Huismeester
15.00-18.00	Kok
17.30-8.30	VPK achterwacht oproepbaar
Zaterdag	
7.00-15.00	Verzorgende 3 IG
15.00-22.00	3 IG
22.00-07.15	3 IG slaapwacht
8.00-13.30	Huishoudelijke dienst / zorghulp

09.00-18.00	Huismeester oproepbaar
00.00-24.00	VPK achterwacht oproepbaar
Zondag	
7.00-15.00	Verzorgende 3 IG
15.00-22.00	3 IG
22.00-07.15	3 IG slaapwacht
8.30-13.30	Huishoudelijke dienst / zorghulp
15.00-18.00	Kok
09.00-18.00	Huismeester oproepbaar
0.00-24.00	VPK achterwacht oproepbaar

Waarom een slaapwacht?

De groep bewoners is erg klein en werkzaamheden in de nacht bestaan enkel uit het reageren op oproepen van cliënten. De slaapwacht kan bij incidenten / calamiteiten direct een beroep doen op de in pandig wonende directie. Wanneer directie niet aanwezig is kan de slaapwacht een beroep doen op een externe verpleegkundige achterwacht.

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, naar bed gaan, intake en rond het sterven) zijn er minimaal twee zorgverleners beschikbaar om deze taken te verrichten;
- Tijdens de dag en avond is er zoveel mogelijk iemand in de huiskamer of gemeenschappelijke ruimte om de aanwezige bewoners de benodigde aandacht en nabijheid te bieden en toezicht te houden. Hierbij nemen we de afbakening tussen professionele verantwoordelijkheid en de inzet van familie en vrijwilligers in ogenschouw;
- 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/zinnvolle dag-invulling van cliënten;
- De zorgverleners die in direct contact zijn met de cliënten, 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 cliënten 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. Dit is de eigen huisarts of de huisartsenpost;
- Er zijn 24/7 aanvullende voorzieningen beschikbaar voor (on)geplande zorg, vragen of toeneemende complexiteit zoals: opschalen van personeel, in gang zetten 'meer-zorg' en dergelijke.

3 Reflectie, leren en ontwikkelen

- Er is voor iedere zorgverlener voldoende tijd en ruimte om te leren en te ontwikkelen via feedback, intervisie, reflectie en scholing;
- Er is voldoende tijd beschikbaar om als EVV-er of contactverzorgende deel te nemen aan multidisciplinair overleg;
- 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, zoals opgenomen in hoofdstuk 1, worden meetbare doelstellingen opgesteld. Deze worden jaarlijks bepaald in de directiebeoordeling, waarna ze verder worden geconcretiseerd in de kwartaalrapportage. Hierin vindt elk kwartaal een evaluatie plaats van de voortgang van de ingezette acties en de effectiviteit van de genomen maatregelen.

Voor 2025 zijn als doelstellingen opgenomen:

- Nieuwe scholing verpleegtechnische vaardigheden
- Aantrekken van (tijdelijk) verzorgend personeel ivm langdurige ziekte onder huidig personeel
- Nieuwe training BHV
- Bewonerstevredenheidsonderzoek

Hoofdstuk 6

Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Wij hechten eraan om de zorg en ondersteuning voor elke cliënt op maat te maken. Dat wil zeggen dat iedere cliënt 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 cliënt 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 2025.

Compassie: nabijheid, vertrouwen, aandacht en begrip

- De zorgverleners kennen het verhaal, de behoeften en wensen, de zorgen, problemen en levensvragen van elke cliënt;
- De medewerkers spreken de cliënt aan op de manier die de cliënt prettig vindt;
- De medewerkers praten met cliënten en niet over cliënten;
- De zorgmedewerkers maken echt contact met cliënten;
- De medewerkers hebben 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 cliënt, naasten en mantelzorgers.

Uniek zijn: gezien worden in persoonlijke context, eigen identiteit.

- Er is aandacht voor wat cliënten belangrijk en zinvol vinden om te doen, ook vanuit levensbeschouwing en om contacten die cliënten willen onderhouden;
- Als een cliënt dat wil, wordt deze hierbij geholpen, met respect voor eigen regie en autonomie;
- Zorgverleners zoeken naar de betekenis van gedrag als een cliënt zich onvoldoende of niet meer kan uitdrukken;
- Medewerkers dragen er zorg voor dat de cliënten zich veilig voelen;
- Medewerkers behandelen cliënten met respect;
- Als er iets te beleven of te ontdekken is, wordt de cliënt daarbij betrokken;
- De cliënten kunnen zoveel mogelijk hun eigen gang gaan, ook als zij geen behoefte hebben om iets te doen;
- Cliënten kunnen zoveel mogelijk hun eigen keuzes maken en kunnen zoveel mogelijk hun leefstijl voortzetten;
- De zorgverlener kent het levensverhaal van elke cliënt en ondersteunt waar mogelijk om dat voort te zetten;
- De zorgverleners kennen de persoonlijke wensen behoeften van en risico's bij de cliënt;
- 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 cliënt 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 cliënt;
- Dilemma's worden samen besproken en hiervan wordt geleerd.

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

- De cliënten kunnen, zover mogelijk, hun eigen leven vorm en inhoud geven zowel in grote als in kleine onderdelen van de dag.
- Indien een cliënt 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 cliënt is bij opname concreet gesproken over zorg rondom het levenseinde. De cliënt heeft aan kunnen geven wat de wensen zijn: wat deze cliënt wel wil (bijvoorbeeld comfort, geen pijn, wel vocht- en voeding) en niet wil (bijvoorbeeld geen antibiotica of bloedproducten, niet beademen, geen ziekenhuisopname);
- De afspraken over zorg rondom het levenseinde zijn ook bekend bij de naasten en worden met de cliënt op regelmatige basis geëvalueerd;
- Zorgverleners laten zich primair leiden door de eigen wensen van de cliënt. Daarbij geldt als uitgangspunt: liever zelf laten doen dan overnemen;
- Cliënten krijgen de kans om zoveel mogelijk zelf sturing over hun leven te houden;
- De zorgverleners wegen met de cliënt en zijn naaste(n) de veiligheidsrisico's af tegen de kwaliteit van leven;
- De zorgverleners bespreken bij opname de wensen van cliënten rondom zorg bij het levenseinde. Wensen worden geïnventariseerd, opgenomen in het zorgplan en actief gedeeld met het multidisciplinaire team. Richtlijnen rondom palliatieve zorg worden gevolgd;
- De wensen van en afspraken met de cliënt worden gedeeld met de naaste(n) en op regelmatige basis opnieuw besproken met de cliënt.

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

- Iedere cliënt heeft een eigen actueel zorgleefplan en een medisch plan dat in samenspraak met de cliënt en desgewenst diens naasten is opgesteld;
- De cliënt geeft aan zich te herkennen in het zorgleefplan, zo niet dan wordt dat besproken met de cliënt en diens naasten;
- Met de cliënt 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 cliënt vult desgewenst met diens naasten een formulier in met wensen rondom het levenseinde. De huisarts maakt met de cliënt en diens naasten concrete afspraken over het zorgbeleid bij het levenseinde;
- Iedere cliënt beschikt binnen uiterlijk zes weken na opname over een zorgleefplan en medisch plan, of zoveel eerder als mogelijk;
- Binnen 24 uur zijn in ieder geval zaken zoals medicatie, dieet, primaire hulpvraag, een eerste contact persoon 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;
- 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;
- De zorgverleners werken met een actueel zorgleefplan dat ook werkelijk verbinding houdt met de uitvoering van zorg;
- Zorgverleners hebben inzicht in de situatie van de cliënt, inzicht in het zorg- en behandelproces rondom de cliënt en werken hierin samen als multidisciplinair team;
- Zorgverleners kunnen inzicht geven over de zorg aan de cliënt, aan diens naaste(n) en aan collega's;

Hoofdstuk 7

Wonen en welzijn

Naast uitstekende zorg en ondersteuning, zoals beschreven in het vorige hoofdstuk, vinden wij wonen en welzijn belangrijk voor onze cliënten. We streven ernaar dat de wensen en verlangens van de cliënten zoveel mogelijk kunnen worden waargemaakt. Omgaan met beperkingen van cliënten zien wij liever als een uitdaging dan als een beletsel. Hierna lichten we per thema toe wat iedere cliënt 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 cliënt iets kan en wil betekenen voor een ander ondersteunen we dat;
- Het is voor iedere cliënt mogelijk om een geestelijke verzorger te spreken van de eigen levensbeschouwelijke signatuur.

Zinvolle tijdsbesteding

- De cliënt kan iedere dag deelnemen aan verschillende activiteiten, individueel of in groepsverband;
- De cliënten worden gestimuleerd om te bewegen;
- Cliënten kunnen naar buiten als zij dat willen;
- Iedere cliënt kan een leven leiden dat zo veel mogelijk persoonlijk passend is;
- Bij de uitvoering van de dagactiviteiten kan een cliënt 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 cliënt 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 cliënt de ruimte om in de zorg en ondersteuning te participeren;
- Het beleid rondom participatie familie is beschreven en bekend bij cliënten en zorgverleners;
- Vrijwilligers worden ingezet voor extra individuele aandacht of gezamenlijke activiteiten;

Wooncomfort: gastvrijheid, maaltijden, schoonmaak en inrichting

- De inrichting van de woonomgeving is aangepast aan zorg- en ondersteuningsbehoeften;
- De ruimtes zijn schoon en veilig;
- Cliënten richten met eigen spullen hun kamer in;

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 cliënten 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

- We analyseren de MIC meldingen 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 en SOG 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 in het kader van antibioticaresistentie

Decubitus en mondzorg

- Er vindt regelmatige monitoring plaats van huid(letsel), voedingstoestand, mondzorg en incontinentieletsel bij alle cliënten;
- 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 cliënt dient te worden overgeplaatst naar een voorziening die hiertoe gemachtigd is;
- Vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) worden niet of met de grootst mogelijke terughoudendheid toegepast. Bij toepassing wordt altijd beoordeeld welke VBM de minste impact hebben op het welzijn van de cliënt, zonder de veiligheid uit het oog te verliezen;
- Indien VBM worden toegepast wordt dit besproken met de cliënt en diens naasten, met de SOG, met de EVV-er en met de directie. 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 cliënt / clientvertegenwoordiger, de SOG en de zorgcoördinator;
- 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;
- 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.

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 cliënten, naasten, medewerkers en stakeholders. Hiermee beogen we transparantie en hierdoor 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 hebben een ISO gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem;
- 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 kwaliteitsplan is gecommuniceerd met cliënten en naasten, huisarts, SOG, zorgmedewerkers en directie;
- Jaarlijks zullen we dit kwaliteitsplan actualiseren.

3 Jaarlijks kwaliteitsverslag

- Voor 1 juli wordt een kwaliteitsverslag gemaakt van het voorgaande jaar;
- 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;
- Cliëntraadpleging als informatiebron voor de evaluatie van zorg is een vast onderdeel van het kwaliteitsverslag;
- Het concept kwaliteitsverslag bespreken we vóór vaststelling met bewonersraad, medewerkers en met tenminste twee collega zorgorganisaties uit het lerend netwerk;
- Jaarlijks zullen we een actueel kwaliteitsverslag presenteren, onder andere op onze openbare website.

4 Continu werken in de praktijk aan verbeteren door zorgverleners

- Zorgverleners zijn in de praktijk nauw betrokken bij het maken van het kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag en werken zo op cyclische en ontwikkelingsgerichte wijze mee aan verbetering;
- Kort-cyclische feedback, continue reflectie en dialoog worden gestimuleerd en vinden in een open klimaat plaats.

5 Lerend netwerk

- Wij maken deel uit van een lerend netwerk van Riant Verzorgd Wonen (leidinggevenden en medewerkers) en Branchevereniging Spot (Leidinggevenden). Deze collega zorgorganisaties vallen onder een andere rechtspersoon;
- 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;

- Er is voor alle zorgverleners en directie tijd en ruimte beschikbaar om op gezette tijden mee te lopen bij een collega organisatie uit het lerend netwerk. Dit gebeurt als volgt: tijdens elke netwerkbijeenkomst organiseren we een “speeddate”. Daarna kunnen alle deelnemers aangeven waar en met welk doel men wenst mee te lopen. Dit wordt vervolgens geïnventariseerd en georganiseerd.

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 loopt dagelijks mee in het primair proces. De directie 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 cliënten 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 cliënten en hun naasten;
- Wij stellen de persoonsgerichte zorg en ondersteuning centraal en borgen de veiligheid van de cliënt 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, cliënten 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 cliënten 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 faciliteert het werk van de cliëntenraad;
- 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 overleg met de medewerkers, de cliënten en mantelzorgers het beleid te bespreken.

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 is met een andere organisatie in de regio een samenwerkingsovereenkomst opgesteld over de inbreng van de SOG in het zorgproces en bij kennisontwikkeling.
- Professionele inbreng door Verpleegkundige, bij afwezigheid directie, is als volgt geregeld: er is met een andere organisatie in de regio een samenwerkingsovereenkomst opgesteld over de inbreng van de Verpleegkundige achterwacht in het zorgproces.

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

De organisatie heeft een onderhoudsplan voor haar gebouwen, daar waar nodig is dit uitbesteed en wordt dit geïnspecteerd, conform wettelijke kaders. De locatie heeft een mooie en grote onderhouden tuin, die voor alle cliënten toegankelijk is.

Alle cliënten beschikken over een eigen kamer, waarin hun privacy is geborgd en waarin zij alle noodzakelijke zorg kunnen krijgen. Daarnaast is er een grote algemene ruimte waarin activiteiten plaatsvinden en waarin eventueel gezamenlijk gegeten kan worden.

Technologische hulpbronnen

Veiligheid is geborgd door middel van een persoonlijk alarmeringssysteem en brandmeldinstallatie.

Materialen en hulpmiddelen

Indien noodzakelijk worden materialen en hulpmiddelen ingezet of wordt de cliënt ondersteund bij het aanvragen hiervan. De bewaking van voorraadbeheer is onderdeel van het werkproces. De organisatie maakt wat betreft zorginhoudelijke protocollen gebruik van Vilans, waardoor actualiteit en kwaliteit gewaarborgd zijn.

Facilitaire zaken

De organisatie werkt conform de Hygiëncode voor Woonvormen wat betreft de voedingsvoorziening. Maar wilt bovenal een kwalitatief goede en smakelijke maaltijd serveren.

Professionele relaties

De organisatie heeft samenwerkingsverbanden met verscheidene stakeholders om zo optimaal de zorg en welzijn van de cliënt te kunnen afstemmen of vanuit maatschappelijk belang nieuwe medewerkers op te leiden voor de zorg. Hiertoe zijn er samenwerkingsrelaties met onder andere:

- Apotheek;
- Huisartsen;
- Zorginstellingen;

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 cliëntoordelen

- We verzamelen ieder jaar cliëntervaringen middels een erkend instrument. Dit instrument meet de subjectief ervaren bijdrage van de organisatie aan de kwaliteit van leven van de cliënt;
- 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 kwaliteitsplan is openbaar toegankelijk via o.a. de website

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 verbeteracties om de doelstellingen te behalen:

- **Leren en verbeteren van kwaliteit:** Als doelstelling hebben we opgenomen om alle medewerkers bekwaam te houden een nieuwe training verpleegtechnische handelingen en BHV te plannen. Dit willen we bereiken door de volgende acties in te zetten:

	Actie	Wie	Gereed
1	Training / klinische les	directie	2 ^e helft 2025
2	BHV scholing	directie	2 ^e helft 2025

- **Continueren van kwaliteit:** Het team zal moeten worden uitgebreid met (tijdelijk) verzorgend personeel om langdurige ziekte op te vangen. Dit willen we bereiken door de volgende acties in te zetten.

	Actie	Wie	Gereed
1	Zoeken naar geschikte en gediplomeerde zorgmedewerkers	directie	1 ^e helft 2025

- **Verbeteren van kwaliteit:** Als doelstelling hebben we opgenomen om weer een tevredenheidsonderzoek te houden onder de bewoners. Dit willen we bereiken door de volgende acties in te zetten:

	Actie	Wie	Gereed
1	Korte termijn: opstellen vragenlijst volgens de norm voor tevredenheidsonderzoek.	directie	2 ^e kwartaal 2025
2	Uitzetten vragenlijst naar bewoners	directie	2 ^e kwartaal 2025
3	Analyseren uitkomst en delen met bewoners en personeel	directie	3 ^e kwartaal 2025
4	Evalueren en eventueel opstellen verbeterplan	directie	3 ^e kwartaal 2025

Minimaal tweemaal per jaar evalueren we in de kwartaalrapportage de voortgang van de verbeterplanning. De bevindingen hierbij bespreken we in de cliëntenraad en met de medewerkers. 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.