

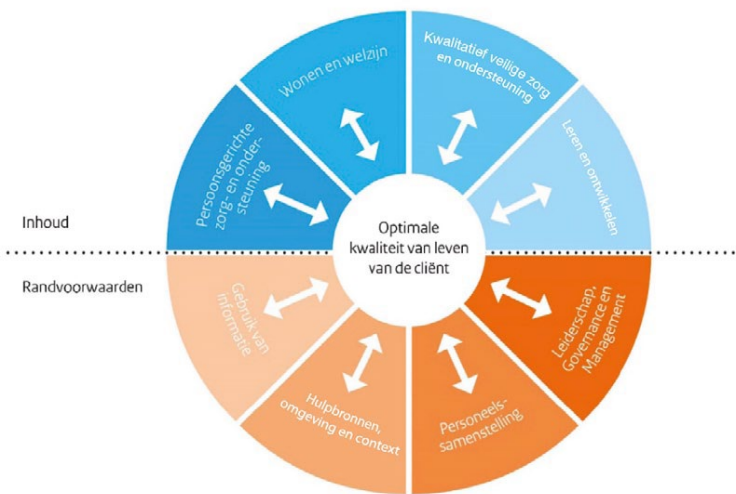
# Kwaliteitsplan 2024



Hapert, 2024

## Inleiding

Medio 2021 is het kwaliteitskader verpleeghuiszorg geactualiseerd. Dit Kwaliteitskader is de kwaliteitsstandaard voor de verpleeghuiszorg. Eén van de voorschriften uit dit kwaliteitskader is het uitbrengen van een kwaliteitsplan. De zorgsector was voornemens voor 2024 te gaan werken met het zogenaamde “kwaliteitskompas”, als voortzetting van het “kwaliteitsplan”. Aangezien het kwaliteitskompas nog niet beschikbaar is voor de verpleeghuissector hebben wij ervoor gekozen het kwaliteitsplan 2023 te actualiseren naar 2024. Het scholingsplan 2024 is wel wezenlijk aangepast, andere zaken in de marge. Zie het plan 2024 als een voortzetting op die van 2023. 2023 is tot tand gekomen in samenwerking met de cliëntenraad, de medewerkers en naaste collega’s uit ons Lerend Netwerk, waarbij het met twee collega voorzieningen is besproken. We hebben dit kwaliteitsplan gepubliceerd op onze website. 2024 gaat besproken worden met de cliëntenraad en medewerkers.



In het kwaliteitsplan wordt deze afbeelding gebruikt als schematisch model om dynamisch en ontwikkelingsgericht te werken aan de kwaliteit. 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 vinden 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 Passende, veilige zorg en ondersteuning.** 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 ontwikkelen.** Dit gaat over de wijze waarop de zorgverlener en zorgorganisatie op dynamische en lerende wijze zorgdragen 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 rand voorwaardelijke 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 Hulpbronnen omgeving en context.** 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);
- Hoeveel zorgverleners en vrijwilligers per organisatie-eenheid/doelgroep (Hoofdstuk 4: Personeelssamenstelling);
- Verdeling zorgverleners over functies en niveaus (kolom (para)medisch, psychosociaal, verpleegkundig, verzorgend in de verschillende niveaus 1-3, facilitair, administratief en management, vrijwilligers). (Hoofdstuk 4: Personeelssamenstelling);
- Per kolom inzicht in verhouding leerling/gediplomeerden (Hoofdstuk 4: Personeelssamenstelling);
- In- door- en uitstroomcijfers (Hoofdstuk 4: Personeelssamenstelling);
- Ratio personele kosten versus opbrengsten (Hoofdstuk 4: Personeelssamenstelling);
- Persoonsgerichte zorg en ondersteuning (Hoofdstuk 5);
- Wonen en welzijn (Hoofdstuk 6);
- Veiligheid (Hoofdstuk 7);
- Leren en ontwikkelen (Hoofdstuk 8);
- Leiderschap, governance en management (Hoofdstuk 9);
- Personeelssamenstelling: voldoende en vakbekwaam personeel (Hoofdstuk 4: Personeelssamenstelling);
- Hulpbronnen, omgeving en context (Hoofdstuk 10);
- Gebruik van informatie (Hoofdstuk 11)
- Beschrijving van de verbeterdoelstellingen per locatie (volgens KvK registratie). (Hoofdstuk 12 verbeterparagraaf);
- 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 terugvloeiën naar betrokkenen in de zorgorganisatie. (Hoofdstuk 12 verbeterparagraaf).

## 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. Ons doel is het bieden van een warm thuis voor al onze bewoners, met een hoge kwaliteit van zorg. Bij Woonzorg de Hapertse Kluis kunnen bewoners hun eigen levensstijl zoveel mogelijk continueren, in een omgeving waar de nodige zorg, verpleging en welzijn voor handen is. Privacy, individuele behoeften, wensen en mogelijkheden van de bewoner en aandacht voor de bewoner staan hoog in het vaandel.

#### Visie

Wij verlenen ondersteuning 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 Woonzorg de Hapertse Kluis zo klein mogelijk.

De kracht van Woonzorg 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 eenieder 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 ervan bewust dat ze zich bewegen in het huis van onze bewoners.
- 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.
- Wij zetten bewoners in hun kracht en nemen geen zaken over die de bewoner nog zelf wenst te doen.
- Wij stimuleren de bewoners om hun eigen regie zo veel mogelijk te behouden. We leggen enkel een weloverwogen beperking op als dit anders een ernstig nadeel zou betekenen voor de veiligheid van de bewoner of zijn omgeving.
- De bewoners verwelkomen families en naasten. Medewerkers zijn in hun huis werkzaam.

Op basis van missie en visie en aan de hand van succesbepalende factoren hebben we dit kwaliteitsplan vastgesteld. Eerder was het een meerjarenplan, maar per 2022 wordt er jaarlijks een kwaliteitsplan opgesteld. Vanuit het kwaliteitsplan worden ook de jaardoelen vastgesteld. Jaarlijks wordt er een

kwaliteitsverslag opgesteld en de voortgang en bevindingen van het plan wordt gedurende het jaar besproken met de medewerkers en cliëntenraad.

## Hoofdstuk 2

### Doelgroep en werkwijze

In Woonzorg Hapertse Kluis hebben we momenteel 12 studio's. Er wordt in 2024 onderzocht of een uitbreiding naar 14 appartementen mogelijk en haalbaar is. Het is ook mogelijk om als echtpaar een appartement te huren. Er kunnen op dit moment maximaal 14 bewoners wonen. Onze doelgroep bestaat uit ouderen met psychogeriatrische en/of somatische beperkingen. De leeftijd van de bewoners varieert. De meeste bewoners hebben een leeftijd tussen 80 en 100 jaar. Er wonen zowel jongere als oudere bewoners. Alle bewoners zijn geïndiceerd door het CIZ (Centrum Indicatie Zorg). De zorgzwaarte varieert van ZZP 5 t/m ZZP 8.

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

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

- Kleinschalig: 12 appartementen in de dorpskern van Hapert;
- Persoonlijk geleid: Het 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 en de aandacht die wordt besteed aan het 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);
- De Hapertse Kluis kan in zeldzame omstandigheden besluiten dat overplaatsing naar een andere zorgvoorziening noodzakelijk is. Het aanbieden van kwaliteit en veiligheid staat hierbij voorop. Als dit niet meer gegarandeerd kan worden wordt dit voornemen, altijd in overleg met behandelaars en de contactpersoon zorg, overwogen en indien nodig besloten;
- Voor onze medewerkers is een gedragscode en beroepscode opgesteld, waarbij wordt verwacht dat men ter aller tijde een professionele werkhouding aanneemt;
- Door continue op de hoogte te blijven van ontwikkelingen via diverse kanalen en scholingen houden we de kwaliteit van zorg op peil.

#### 2 Actief betrokken bij de brancheorganisatie Riant Verzorgd Wonen en zorgaanbieders in de regio

- We delen actief informatie met collega-zorgaanbieders;
- We staan ervoor open om collega's te ontvangen om nader kennis te maken;
- We nemen deel aan gezamenlijke bijeenkomsten;
- We nemen op directie/managementniveau deel aan een lerend netwerk en bespreken hier onder andere ons kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag;
- We stellen medewerkers in staat om deel te nemen aan reflectiebijeenkomsten als onderdeel van een lerend netwerk.
- De branchevereniging ondersteunt ons bij het op de hoogte blijven van nieuwe ontwikkelingen, welke wij door kunnen voeren binnen onze organisatie.
- Begin 2024 zal met een aantal zorgaanbieders uit de regio contact opgenomen worden om te onderzoeken in hoeverre samenwerking mogelijk is. Wij als Hapertse Kluis zijn een groot voorstander van samenwerking. Samen staan we immers sterker om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

#### 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;
- We voldoen aan de kwaliteitscertificering HKZ en

- De WZD-kaders.
- We hebben een Wtza (Wet toetreding zorgaanbieders) toekenning.
- In 2024 zal onderzocht worden in hoeverre er maatregelen genomen kunnen worden voor duurzaamheid in de voorziening.

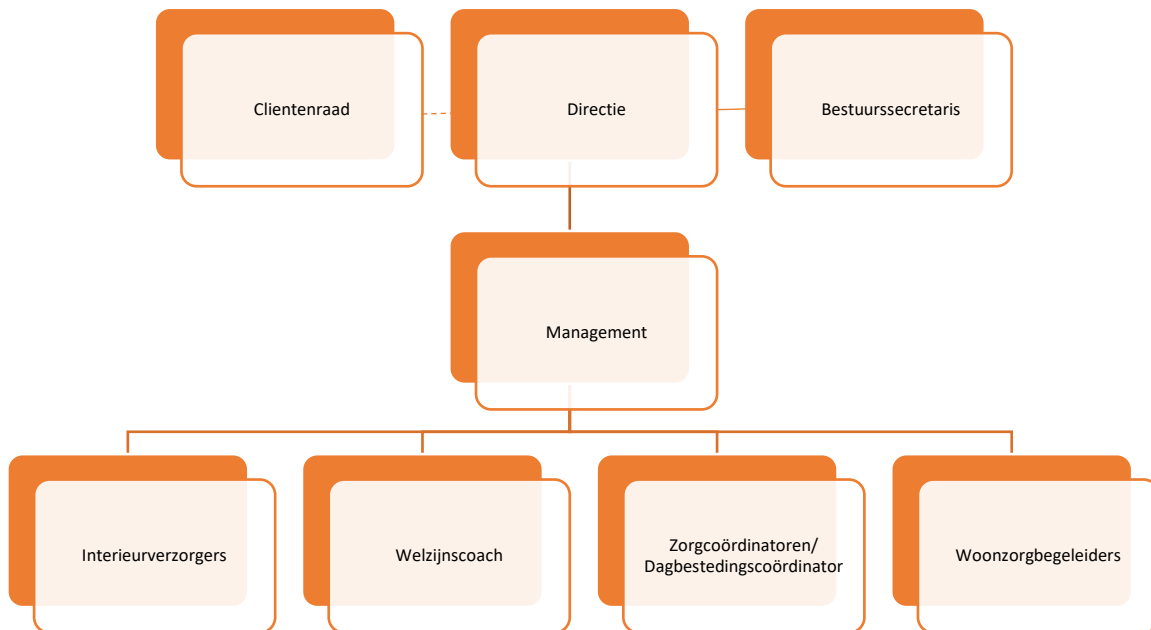
#### **4 Open(baar)heid**

- Uitkomsten en analyses van tevredenheidsonderzoeken onder bewoners stellen we ter beschikking aan belanghebbenden. Deze wordt jaarlijks uitgevoerd en de uitkomsten gepubliceerd op de website;
- Uitkomsten, analyses en verbeterpunten van tevredenheidsonderzoeken onder medewerkers stellen we ter beschikking aan belanghebbenden. Deze is in 2023 uitgevoerd en staat weer gepland voor 2025;
- We bespreken beleidsaspecten en belangrijke gebeurtenissen en bevindingen met de cliëntenraad en met de medewerkers.

### Hoofdstuk 3 Kenmerken

Onze voorziening is ingeschreven in de Kamer van Koophandel. Conform de in de vorige hoofdstukken beschreven zorgvisie, kernwaarden en werkwijze zijn we een kleinschalige voorziening met een capaciteit van op dit moment 12 reguliere studio's. Doordat er ook plek is voor echtparen is het maximale aantal bewoners wisselend. Het aantal bewoners kan variëren van 12 tot en met 14 bewoners.

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 drie personen, zij hebben onderling de directie taken verdeelt. De directie stuurt het management aan.

In 2023 is een Raad van Commissarissen ingesteld die toezicht houdt op het werk van de directie.

Voor 2024 is er een bestuurssecretaris aangesteld die de directie ondersteunt in beleidsmatige zaken, zowel op de zorginhoud als bedrijfsvoering.

De cliëntenraad heeft een adviserende en/of instemmende rol naar de directie toe als het clientzaken betreft (Wet medezeggenschap cliëntenraden zorginstellingen, Wmcz).

Er is voor het goed laten lopen van de administratieve processen een parttime administratief medewerker aangesteld en het management bestaat voor 2024 uit 2 medewerkers (1,5 Fte). Op uitvoerend niveau zijn 2 zorg coördinatoren werkzaam die verantwoordelijk zijn voor de aan hen toegewezen bewoners. De beide managers sturen het volledige team aan, bestaande uit zorgmedewerkers, zorgcoördinatoren, dagbestedingscoördinator, welzijnscoach en interieurverzorgers.

Het organigram laat zien dat er sprake is van een platte organisatie met korte lijnen. Dit in overeenstemming met de 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 bewoners en het voldoen aan wettelijke eisen van groot belang zijn.



## Hoofdstuk 4

### Personeelssamenstelling

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 organisatieonderdeel aangegeven tot welke personele bezetting dit leidt.

<b>Personeelsbestand 2024</b>		
<i>Discipline</i>	<i>loon-dienst</i>	<i>fte</i>
Directie	Nee	
Managers	Ja	1.50
Administratief/ secretariael medewerker	Ja	0.33
Verzorgenden en verzorgenden (IG)	Ja	4,69
Verpleegkundige (niveau 4)	ja	2.56
Helpenden	Ja	4.97
Welzijnscoach	ja	0.39
Interieurverzorgers	Ja	1.31
BBL-leerling verzorgende	ja	0,22
Vrijwilligers (boventallig)	nee	3
Bestuurssecretaris	ja	0,33
Specialist ouderengeneeskunde	nee	Op af-roep
(GZ) Psycholoog	nee	Op af-roep

### 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 – verantwoordelijke dienst
- één dienst van 7.00 tot 14.00 uur – zorg en huiskamerdienst
- één dienst van 7.00 tot 11.45 uur – korte zorgdienst
- één dienst van 7.00 tot 13.45 of 15.30 uur – zorg/ontbijtdienst en interieurverzorging

#### Dagbesteding

- Maandag en woensdag van 9.45 – 17.00

#### Avonddienst

- één dienst van 14.30 tot 23.00 uur – verantwoordelijke dienst
- één dienst van 14.00 tot 22.00 uur – huiskamerdienst
- één dienst van 15.00 tot 21.30 uur – zorghulpdienst

#### Nachtdienst

- één nachtdienst van 23.00 - 7.00 uur

#### Calamiteitendienst

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

## **Overig**

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

De personele bezetting wordt afgestemd op de zorgbehoefte van de gezamenlijke bewoners. De personele bezetting wordt zo nodig uitgebreid.

Waarom bovenstaand rooster?

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

- tijd nemen voor bewoners bij opstaan en toch niet te laat aan tafel.
- ruime bezetting waardoor er mogelijkheden zijn voor extra aandacht aan bewoners en bezoek.
- ruime bezetting waardoor het niet nodig is om te haasten en in alle rust met de bewoners te werken conform zorgleefplan.

Dankzij onze platte organisatie en korte lijnen worden in onze zorgvoorziening de zorggelden optimaal worden benut waarvoor het is bedoeld.

In vergelijking met andere zorgaanbieders worden er bij de Hapertse Kluis meer medewerkers voor de zorg ingezet dan in andere gelijksoortige organisaties.

Wij hanteren de volgende kaders voor voldoende en bekwaam personeel, ingedeeld in drie thema's. Hierbij hanteren we het huidige bewonersaantal van maximaal 14 bewoners

### **Thema 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 drie zorgverleners beschikbaar om deze taken te verrichten;
- Tijdens de dag en avond is er doorgaans altijd iemand in de huiskamer of gemeenschappelijke ruimte om de aanwezige bewoners de benodigde aandacht en nabijheid te bieden en toezicht te houden. Wanneer een bewoner de ruimte moet verlaten is er iemand aanwezig om dit op te vangen;
- 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 bewoners;
- De zorgverleners die in direct contact zijn met de bewoners, kennen de bewoner, zijn op de hoogte van hun achtergrond en persoonlijke wensen.

### **Thema 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, probleemherkenning en triage;
- Er is 24/7 een calamiteitendienst bereikbaar;
- Er is 24/7 een BIG geregistreerde verpleegkundige te consulteren;
- Er is een arts bereikbaar en oproepbaar (zowel huisarts als SO-arts). Deze arts reageert direct en is uiterlijk binnen 30 minuten ter plaatse;
- Er zijn aanvullende voorzieningen beschikbaar voor (on)geplande zorg, vragen of toenemende complexiteit zoals: opschalen van personeel, invoeren specialisten zoals ergo- of fysiotherapeut, overleg medisch specialist of gedragsdeskundige/psycholoog, inschakelen Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE), et cetera;

### **Thema 3: Reflectie, leren en ontwikkelen**

- Multidisciplinair teamoverleg en teamleren hebben wij als volgt georganiseerd: Minimaal iedere maand is er multidisciplinair overleg tussen de zorgverantwoordelijke, psycholoog en de SO-arts, eventueel aangevuld met andere disciplines. Indien gewenst kunnen zorgcoördinatoren of contactpersonen hierbij aansluiten of hun inbreng doen. Iedere zes weken is er zorgoverleg met alle verantwoordelijke diensten.
- 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;
- Er is voor zorgverleners tijd en ruimte om op thema gerelateerde bijeenkomsten te sparren bij een collega organisatie uit het lerend netwerk.
- Er is voldoende tijd beschikbaar om als zorgcoördinator 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

### 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 eigenschappen de medewerkers hebben. Onderstaande thema's zijn ontleend aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg en afhankelijk van bevindingen, opgenomen in het zorgplan.

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

- De zorgverleners kennen het verhaal, de behoeften en wensen, de zorgen, problemen en levensvragen van elke bewoner;
- De zorgverleners spreken de bewoner aan op een respectvolle manier die de bewoner prettig vindt;
- De zorgverleners praten met bewoners en niet over bewoners;
- De zorgverleners maken echt contact met bewoners;
- De zorgverleners hebben aandacht voor bewoners, 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 het onderhouden van contacten;
- 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, of onbegrepen gedrag vertoont;
- Zorgverleners dragen er zorg voor dat de bewoners zich veilig voelen;
- Zorgverleners 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;
- De bewoners kunnen zoveel mogelijk hun eigen gang gaan, ook als zij geen behoefte hebben om iets te doen;
- Bewoners kunnen zoveel mogelijk hun eigen keuzes maken en kunnen zoveel mogelijk hun leefstijl voortzetten;
- De zorgverlener kent het levensverhaal van elke bewoner en ondersteunt waar mogelijk om dat voort te zetten;
- De zorgverleners kunnen risico's en risicovol gedrag inschatten en hier adequaat naar handelen, met oog voor de wet Zorg en Dwang;
- 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**

- De bewoners kunnen, zover als 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 zelf kan nemen wordt er juridisch vastgelegd wie de volmacht krijgt om besluiten te nemen voor de betreffende bewoner;
- Indien nodig wordt er in kaart gebracht op welk gebied de bewoner wilsbekwaam ter zake is en op welk gebied de bewoner niet langer wilsbekwaam ter zake is. Dit wordt gemonitord en vastgelegd. Uitgangspunt is dat alle bewoners de eigen regie houden op de gebieden waarin zij nog zelf keuzes kunnen maken;
- Met iedere bewoner is bij inhuizing concreet gesproken over zorg rondom het levenseinde. 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);
- Zorgverleners 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;
- De zorgverleners wegen met de bewoner en zijn naaste(n) de veiligheidsrisico's af tegen de kwaliteit van leven;
- De zorgverleners bespreken bij opname de wensen van bewoners rondom zorg bij het levenseinde. Wensen worden geïnventariseerd, opgenomen in het zorgdossier en actief gedeeld met het multidisciplinaire team. Richtlijnen rondom palliatieve zorg worden gevolgd;
- De wensen van en afspraken met de bewoner worden gedeeld met de naaste(n) en op regelmatige basis opnieuw besproken met de bewoner. Daar waar mogelijk kan de mantelzorg of naasten een bijdrage leveren aan de zorg en welzijn van 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 een medisch beleid dat in samenspraak met de bewoner en desgewenst diens naasten is opgesteld en gevuld;
- De bewoner of diens naaste geeft aan zich te herkennen in het zorgleefplan en medisch beleid, deze worden ook tweemaal per jaar besproken met bewoner en/of dienst naasten;
- De bewoner of diens belangenbehartiger is indien gewenst aanwezig bij het multidisciplinair overleg (MDO). De bewoner 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 zorg- en behandelafspraken worden nagekomen en of de zorg aan de wensen en behoeften voldoet;
- Tijdens de intake wordt gesproken over het levenseinde, dit wordt tweemaal per jaar herhaald en indien de situatie rondom de bewoner verslechtert. Indien gewenst worden er aanvullende afspraken gemaakt met de arts;
- Het zorgdossier van een nieuwe bewoner wordt aangemaakt voor inhuizing, waar het team zich zoveel als mogelijk kan inlezen op de nieuwe bewoner;
- Iedere bewoner beschikt binnen uiterlijk zes weken na inhuizing over een zorgleefplan en medisch beleid, of zoveel eerder als mogelijk;
- Binnen 24 uur zijn in ieder geval zaken zoals medicatie, dieet, primaire hulpvraag, een eerste contactpersoon en wilsbekwaamheid en handelen bij calamiteiten vastgelegd in het dossier;
- Het zorgleefplan wordt opgesteld door tenminste een niveau 3 zorgverlener-IG die tevens voor deze bewoner de zorgcoördinator is;

- De medische geschiedenis wordt opgesteld vanuit de intake, informatie vanuit de huisarts en de SO-arts;
- 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);
- 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 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 kunnen worden waargemaakt. Omgaan met beperkingen van bewoners zien wij liever als een uitdaging dan als een belemmering. Hierna lichten we per thema toe wat iedere bewoner mag verwachten en welke eigenschappen de zorgverleners 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, mits het gepast is voor beide;
- Het is voor iedere bewoner mogelijk om een geestelijke verzorger te spreken van de eigen levensbeschouwelijke signatuur.

#### **Zinvolle tijdsbesteding**

- Iedere dag bieden we activiteiten aan. Deze zijn zowel individueel als in groepsverband afhankelijk van het zorgleefplan. Bewoners worden gestimuleerd om deel te nemen;
- Er wordt zo veel mogelijk getracht de tijdsbesteding aan te laten sluiten bij het levensverhaal en de wensen en behoeften van bewoners;
- We hebben beweegstimulering als volgt geregeld: binnen onze dagbesteding wordt bewegen voor ouderen gegeven, en worden andere spelletjes gespeeld waarbij beweging centraal staat. Ook bieden we het gebruik van hometrainers en trappertjes aan, en hebben we een duofiets. Daarnaast wordt zo veel als mogelijk naar buiten gegaan, middels de wandelclub, maar ook in kleine groepjes of individueel;
- Bewoners kunnen naar buiten als zij dat willen, wanneer dit problemen oplevert zoeken we samen naar een alternatief;
- Wij hebben enkele vrijwilligers die ons ondersteunen bij de werkzaamheden. Uitgangspunt is dat een vrijwilliger nooit een arbeidsplek inneemt. Er zijn naast vrijwilligers altijd voldoende medewerkers aanwezig. Vrijwilligers worden met name ingezet bij de wandelclub, ondersteuning dagbesteding en als klusjesman. Mantelzorgers hebben een vrije inloop om op bezoek te komen. Wij stimuleren mantelzorgers deel te nemen aan activiteiten, zoals het gebruik maken van de duo-fiets en wandelen met diens naaste, of activiteiten te doen die passen bij de bewoner en mantelzorger.
- Er is maandelijks een activiteiten dag waarbij twee collega's, eventueel aangevuld met een stagiaire, activiteiten gaan ondernemen met twee of drie bewoners.

#### **Schoon en verzorgd lichaam plus verzorgde kleding**

- Iedere bewoner ontvangt naar eigen wens en behoefte en indien de bewoner dit niet zelf kan aangeven in overleg met de contactpersoon zorg 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, hierbij staat de wens van de bewoner voorop;
- Het beleid rondom participatie familie is beschreven en bekend bij bewoners en zorgverleners. Deze is te vinden in de bewonersgids, welke in iedere studio in de zwarte map te vinden is. In 2024 zullen we dit thema meer uitwerken en samen met bewoners, medewerkers en families/mantelzorgers invulling aan geven in het kader van “De Schijf van 5”.

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

- De inrichting van de woonomgeving is aangepast aan zorg- en ondersteuningsbehoeften (privéruimten, recreatieruimten, buitenruimten, verkeersruimten);
- 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. 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. De wet Zorg en Dwang (WZD) heeft hierin een grote rol, waarbij we het beleid zoals opgesteld binnen het stuk 'Vrijheid en Veiligheid' gevolgd wordt. Dit is te vinden in het beleidsstuk 'Wet Zorg en Dwang', welke bij inhuizing aan familie overhandigd wordt.

Veiligheid houdt niet alleen zorginhoudelijke veiligheid in, maar ook de veiligheidsbeleving van iedere bewoner. Dit kan voor iedereen iets anders betekenen. 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. Ook de cliëntenraad heeft inspraakmogelijkheden ten aanzien van veiligheid.

#### **Medicatieveiligheid**

- Minimaal tweemaal per jaar organiseren we een medicatiereview met de apotheker, huisarts en de SO-arts;
- De MIC-commissie analyseert op wekelijkse basis de nieuwe MIC-meldingen. Ieder kwartaal wordt hier een uitgebreid verslag over gemaakt, met verbeteracties, welke in het team besproken wordt. Daarnaast worden de MIC Meldingen maandelijks inhoudelijk onder de aandacht gebracht in het team. Zo nodig voeren we een retrospectieve risicoanalyse uit;
- We beperken het antipsychotica gebruik in samenspraak met de SO-arts en huisarts zoveel mogelijk en we registreren de prevalentie van het gebruik van antipsychotica om te kunnen vergelijken met voorzieningen uit het lerend netwerk en via het ministerie van VWS (Desan) met meerder instellingen in Nederland. Wanneer er sprake is van psychofarmaca dan wordt er te allen tijde gekeken of er sprake is van onvrijwillige zorg en zal er samen met de betrokken deskundigen een stappenplan worden ingezet (WZD);
- We beperken het antibioticagebruik in samenspraak met de huisarts zoveel mogelijk en we registreren de prevalentie van het gebruik van antibiotica. Dit is tevens een actueel onderwerp binnen de infectiepreventie commissie.

#### **Advance Care Planning rondom levenseinde en medisch beleid**

- Met 100 % van de bewoners hebben we afspraken gemaakt rondom het levenseinde en deze afspraken hebben we vastgelegd in het zorgdossier.

#### **Eten en drinken**

- Met 100 % van de bewoners hebben we afspraken gemaakt over voedselvoorkeuren en deze zijn vastgelegd in het zorgdossier.

#### **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 deskundigen 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. Dit gebeurt in overleg met de bewoner/wettelijk vertegenwoordiger.

- 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. Dit als onderdeel van de WZD.
- Indien het gebruik van een vrijheidsbeperking noodzakelijk is dan wordt er gekeken of er sprake is van onvrijwillige zorg. Bij onvrijwillige zorg treedt de wet Zorg en Dwang in werking. Hierbij wordt er samen met de betrokken deskundigen rondom de wet Zorg en Dwang een stappenplan doorlopen. Deze wordt tevens inzichtelijk gemaakt binnen het zorgdossier, en daar frequent geëvalueerd. Ons uitgangspunt is om zo min mogelijk onvrijwillige zorg toe te passen. Hierbij staat de vrijheid en veiligheid van iedere bewoner centraal;
- Per januari 2020 is de wet Zorg en Dwang ingegaan. We hebben in het kader van deze wet een beleidsstuk opgesteld, welke gedeeld is met bewoners en/of naasten en medewerkers. Alle deskundigen die verbonden zijn aan deze wetgeving zijn geregeld binnen onze organisatie, zodat deze te allen tijde ingezet kunnen worden. De medewerkers zijn geschoold en er hebben interviews plaatsgevonden. De onderwerpen vrijheid en veiligheid worden stelselmatig onder de aandacht gebracht binnen het team in diverse gremia.
- In 2024 zal in overleg met “Adviespunt Zorgbelang” een onafhankelijke cliëntvertrouwenspersoon WZD aangesteld worden.

### **Infectiepreventie**

- Infectiepreventie is al lange tijd actueel en is in 2022 uitgebreid naar aanleiding van de uitbreiding die ook binnen het kwaliteitskader verpleeghuiszorg waarneembaar is;
- De infectiepreventie commissie is uitgebreid tot drie personen intern. Daarnaast is er een arts aangesloten;
- De commissie voorziet in een jaarplanning waarin beschreven staat hoe en wanneer de infectiepreventie onder de aandacht gebracht wordt in het team;
- Het beleid rondom infectiepreventie is vertaald naar de eigen organisatie;
- Interne audits blijven bestaan;
- Er is een Hygiëne en Infectie commissie te allen tijde beschikbaar om maatregelen in te zetten indien de situatie van influenza, het Noro virus en andere infecties daar opnieuw aandacht voor vraagt. Alle voorzieningen die bij een eventuele uitbraak nodig zijn, zijn voor handen en direct in te zetten. De commissie blijft ook de situatie rondom COVID monitoren, voor zo lang als dit nodig is.

## Hoofdstuk 8

### Leren en ontwikkelen

Voortdurend werken aan het verbeteren van kwaliteit is voor onze organisatie 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 dit kwaliteitsplan en het jaarlijkse kwaliteitsverslag via onze website worden gepubliceerd.

- We werken met het HKZ-kwaliteitsmanagementsysteem en zijn hiertoe in 2023 gecertificeerd. Hierbij wordt jaarlijks de her-certificering vormgegeven via het bureau TUV;
- Medewerkers en cliëntenraad 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.

Wij maken deel uit van een lerend netwerk, te weten met de organisaties die deel uitmaken van de brancheorganisatie Riant Verzorgd Wonen. We nemen drie keer per jaar deel aan dit Lerende Netwerken. Deze worden op twee niveaus georganiseerd, te weten voor directies en managers en voor uitvoerende medewerkers. Tijdens deze Lerende netwerken is er ruimte voor intervisie, reflectie en uitwisseling. Tevens bespreken we ons kwaliteitsplan en ons kwaliteitsverslag.

We aangesloten bij KenniZ, waarbij we aan kunnen sluiten bij scholingen en sessies over diverse onderwerpen;

In 2024 zullen we contact opnemen met zorgaanbieders uit de regio om het lerend netwerk vanuit de directe omgeving een impuls te geven.

## Hoofdstuk 9

### Leiderschap, governance en management;

Binnen woonzorg de Hapertse Kluis is er sprake van een directie en management. Binnen onze directie/ management is de professionele inbreng gegarandeerd omdat een verpleegkundige deel uitmaakt van het management. Het management loopt regelmatig mee in het primair proces. Het 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 de lerend netwerktijd ingeruimd.

Wij hanteren de Zorgbrede Governance Code.

In 2023 is er een Raad van Commissarissen ingesteld, die toezicht houdt op het werk van de directie. De raad bestaat uit 3 leden en hebben minimaal 4 maal per jaar een overleg met de directie.

Onderstaande zes thema's zijn kenmerkend voor ons leiderschap:

#### **Thema 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;

#### **Thema 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.

#### **Thema 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/management zorgt ervoor dat opbouw en omvang van het personeelsbestand in overeenstemming is met de visie, taken en doelgroep.

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

- De directie/management werkt volgens wettelijke kaders van Wet op de Ondernemingsraden (WOR) en de Wet Kwaliteit klachten en geschillen in de zorg (WKKGZ);
- De Wtza (Wet toetreding zorgaanbieders) is 2 januari 2024 verkregen;
- De directie/management 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- en regelgeving.

### **Thema 5: Inzicht hebben en geven**

- De directie/management 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/management 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;
- Het management 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.

### **Thema 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 SO-arts is als volgt geregeld:  
Er is een SO-arts beschikbaar.
- Eind 2023 is door een faillissement de samenwerking met Zorg en behandeling voor Ouderenzorg (ZbvO) abrupt gestopt. Zij leverden aan de Hapertse Kluis de SO-arts, Psycholoog en WZD-functionaris.  
De samenwerking met de SO-arts is geregeld en met hem zijn we in overleg voor een Psycholoog en de WZD-functionaris. We verwachten dat dit in maart 2024 is geregeld. Op dit onderdeel doen zich op dit moment geen risico's voor.
- Professionele inbreng door overige disciplines als fysiotherapeut, ergotherapeut, diëtist en logopedist kan via een verwijzing van de huisarts worden gevraagd.

## **Hoofdstuk 10**

### **Hulpbronnen, omgeving en context**

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 12 zorgstudio's. De zorgstudio's zijn voorzien van eigen badkamer met toilet 10 appartementen daarvan met een kitchenette. Te midden van de studio's bevinden zich twee gezamenlijke huiskamers met keuken, 1 van deze huiskamers heeft een aangrenzende serre en buitenruimte. Verder kan er gebruik gemaakt worden van een ontspanningsruimte en wordt er in-pandig een ruimte gebruikt voor de dagbesteding, namelijk 1 van de huiskamers.

In het kader van de verbouwing zijn alle ruimtes opnieuw onder de loep genomen. Er is een commissie opgetuigd en bemand door afgevaardigden vanuit het team en management. Deze worden ook bij toekomstige stappen in de verbouwing meegenomen en geconsulteerd in de wijzigingen binnen het gebouw.

#### **Materialen en hulpmiddelen**

Er wordt gebruik gemaakt van DECT-telefoons om 24/7 bereikbaar te zijn en waarop de meldingen van bewoners binnen komen. Tevens wordt er gebruik gemaakt van signalering door hals- of polsalarms. Waar nodig zijn er ook bedscans voor handen. In verband met problemen in het gebruik van deze bedscans en persoonlijke alarmeringsmiddelen is eind 2023 besloten een professioneel zorgtechnologie systeem aan te schaffen en in de loop van 2024 te installeren.

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.

Scholing wordt zowel via e-learning als in groepsvorm aangeboden.

- Hulpmiddelen ter ondersteuning van de zorgverlening worden aangevraagd via de WMO. Niet alle hulpmiddelen worden echter door de WMO vergoed.
- 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. Beide keukens wordt gebruikt om maaltijden te bereiden;
- 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**

- De salarisadministratie en boekhouding zijn ondergebracht bij twee professionele administratiekantoren. 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;
- De samenwerking met een onafhankelijke cliëntvertrouwenspersoon en WZD-functionaris zal begin 2024 geformaliseerd zijn.
- Een samenwerkingsovereenkomst met de SO-arts en (GZ) Psycholoog zal begin 2024 geformaliseerd zijn.

## **Hoofdstuk 11**

### **Gebruik van informatie.**

De belangrijkste informatiebronnen ontleen we aan onderzoeken naar cliëntervaringen en medewerkers ervaringen. De keuze voor de te gebruiken instrumenten is gevallen op onafhankelijk onderzoek door “prestatievergelijker “ouderenzorg”. De redenen voor deze keuze zijn dat deze instrumenten op maat zijn ontwikkeld voor kleinschalige ouderenzorg en dat de er op basis van uitkomsten een benchmark met vergelijkbare voorzieningen kan worden uitgevoerd. Bovendien meet dit instrument de totaalscore over de zes vragen van Zorgkaart Nederland. In 2024 zal er meer ingestoken worden op het gebruik van ZorgkaartNederland.

Tevens wordt er informatie ingewonnen tijdens bijeenkomsten van de cliëntenraad, daar zij eigen inbreng hebben ten aanzien van de zorg.

Op deze wijze kunnen we op drie manieren vaststellen in hoeverre onze kwaliteit zich verhoudt tot de kwaliteit van de kleinschalige verpleeghuiszorg: totaalscore op basis van zes vragen; benchmark tevredenheidsonderzoek bewoners en benchmark tevredenheidsonderzoek medewerkers.



## 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 doelstellingen voor 2024:

#### Opleidingsplan

De zorgvraag van onze bewoners wordt continu gevolgd. Medewerkers krijgen die opleiding/training die ervoor zorgt dat de kennis en het deskundigheidsniveau aansluit bij wat de bewoners nodig hebben. Deze scholingen worden naast de verplichte bij- en nascholingen gegeven.

Voor 2023 ligt de prioriteit in het verbeteren van de werking van het nieuwe zorgleefplan, de wet zorg en dwang en het onderwerp geven van feedback op een coachende en zorginhoudelijke wijze.

De volgende scholingen worden in 2024 aangeboden en uitgevoerd:

- BHV; doel, medewerkers zijn op de hoogte van de laatste ontwikkeling en bekwaam in BHV handelingen. Doelgroep medewerkers die verantwoordelijke diensten werken.
- Hygiëne via e-learning; doel, medewerkers zijn op de hoogte van de laatste bevindingen op dit onderwerp en handelen in hun werk daarnaar. Doelgroep alle medewerkers.
- HACCP via e-learning. Doelgroep alle medewerkers die te maken hebben met het eten en drinken.
- BIG scholing voor alle zorgmedewerkers; Voor die onderwerpen welke voorkomen in de Hapers Kluis worden bij medewerkers de bekwaamheden verder ontwikkeld. Het gaat om voorbehouden en risicovolle handelingen.
- Verdieping dementie en terminale zorg, fysieke scholing, Doelgroep alle zorgmedewerkers.
- Wet Zorg en Dwang via fysieke scholing, Doel: dit onderwerp. Doelgroep alle medewerkers.
- Medicatie fysieke scholing. Doel medewerkers zijn bekwaam in het toedienen van de medicatie. Zij kennen de Veilige principes in de Medicatieketen en het medicatiebeleid. Doelgroep alle zorgmedewerkers.
- Zorgleefplan: Werken in het zorgleefplan vraagt constante ontwikkeling van de medewerkers. Stellen van doelen, liefst zo SMART mogelijk en rapportage vragen veel aandacht. In 2024 zal onderzocht worden hoe de medewerkers deze zaken goed kunnen hanteren en begonnen worden met verdere kwaliteitsontwikkeling op dit onderwerp. Doelgroep is afhankelijk van de bevoegdheid van de medewerker om in het plan te werken.

Minimaal tweemaal per jaar evalueren we in het 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

In 2024 zullen we ons bezighouden met een aantal belangrijke stappen in het zorgverleningsproces breed.

- Het proces van omschakeling van PGB gefinancierde zorg naar direct gecontracteerde zorg met het zorgkantoor via VPT-financiering (volledig pakket thuis).  
VPT is een meer passende financieringsvorm voor de zorg die wij vanuit de Hapertse Kluis leveren.
- Er zal een plan van aanpak opgesteld worden voor het verder ontwikkelen voor de schijf van 5.  
Belangrijkste onderdeel van de schijf van 5 is de participatie van de mantelzorg en netwerk van de bewoners in de organisatie.  
Zie voor meer informatie de link:
- Er zal een samenwerking worden gezocht met andere zorgaanbieders in de regio.  
Doel is het versterken van het lerend netwerk.
- Er zal onderzocht worden of de uitbreiding van 2 appartementen binnen de Hapertse Kluis mogelijk en haalbaar is.
- De aanschaf van de zorgtechnologie zal de veiligheid en vrijheid van bewoners verbeteren.

Zoals afgelopen jaar al het geval was blijft de Wet Zorg en Dwang en deskundigheidsontwikkeling op het thema dementie ook komende jaren een belangrijk aandachtsgebied waar we als team ons op zullen blijven richten.

Binnen de Hapertse Kluis waarborgen we kwaliteit middels een gemotiveerd en bekwaam team. Daarom blijven we ons richten op medewerkerstevredenheid, scholing en een goede balans in het team ook in het geval van de voorgenomen uitbreiding van een tweetal appartementen.

Wij kijken met veel vertrouwen uit naar de komende jaren waarin we samen met het team onze zorg met dezelfde passie aan willen blijven bieden aan onze huidige en toekomstige bewoners!

Met vriendelijke groet,  
Bert, Tom en Teddy Heerbaart