

## Kwaliteitsplan Rosa Spier Huis 2019

*“Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg”*



## Inhoudsopgave

1	Inleiding .....	4
2	Profiel Zorgorganisatie .....	5
2.1	Formele doelstelling (statuten RSH).....	5
2.2	Zorgvisie en Kernwaarden .....	5
2.2.1	Blijven creëren, met onze zorg en ondersteuning .....	5
2.2.2	Wonen in een culturele omgeving .....	5
2.2.3	Werken onder gelijkgestemden .....	6
2.2.4	Podium en culturele ontmoetingsplaats .....	6
2.2.5	Kerdoelen van het Rosa Spier Huis.....	6
2.3	Doelgroepen .....	6
2.4	Type zorgverlening en productie.....	9
2.5	Locaties, zorgomgeving, besturingsfilosofie .....	10
2.5.1	Visie / besturingsfilosofie .....	10
2.5.2	Nieuwbouw .....	10
3	Randvoorwaarden .....	10
3.1	Personeelssamenstelling .....	10
3.2	Leiderschap, governance en management .....	15
3.2.1	Visie op leiderschap.....	15
3.2.2	Samenwerking met RVT .....	16
3.2.3	Samenwerking met OR.....	16
3.2.4	Samenwerking met Cliëntenraad .....	16
3.2.5	Meerjarenbeleidsplan 2017 -2019 .....	16
3.2.6	Kwaliteitsplan 2019 .....	17
3.3	Gebruik van hulpbronnen .....	17
3.4	Gebruik van informatie .....	17
3.4.1	Tevredenheidsonderzoek bewoners.....	17
3.4.2	Tevredenheidsonderzoek medewerkers.....	17
4	Kwaliteit en Veiligheid .....	18
4.1	Persoonsgerichte zorg en ondersteuning .....	18
4.2	Wonen en welzijn .....	19
4.2.1	Wooncomfort .....	20
4.2.2	Zingeving.....	20
4.2.3	Zinvolle Tijdsbesteding .....	20
4.2.4	Schoon en verzorgd lichaam plus verzorgde kleding .....	20
4.2.5	Familie- participatie en inzet vrijwilligers.....	20

4.3	Veiligheid .....	21
4.3.1	Medicatieveiligheid .....	21
4.3.2	Decubituspreventie .....	21
4.3.3	Gemotiveerd gebruik van vrijheid beperkende maatregelen .....	21
4.3.4	Preventie acute ziekenhuisopnamen .....	21
4.3.5	Metten met indicatoren .....	22
4.3.6	Leren en verbeteren .....	22
4.4	Leren en werken aan kwaliteit .....	22
4.4.1	PREZO keurmerk – kwaliteitssysteem .....	23
5	Kwaliteitsbudget.....	25
5.1	Omschrijving inzet kwaliteitsbudget .....	25
5.2	Begroting inzet kwaliteitsbudget .....	26
6	Actielijst .....	26

## 1 Inleiding

Het Rosa Spier Huis is een kleine organisatie (ca. 55 fte) met een landelijke functie, waar bewoners kunnen wonen, werken, cultuur beleven en zorg ontvangen. De verpleeghuisfunctie is dus een onderdeel van het totale aanbod. Momenteel wonen en werken zo'n 70 bewoners in het huis, deels particulier, deels met een Wlz-indicatie.

Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg houdt onvoldoende rekening met kleinere organisaties en zeker niet met een organisatie met een veel bredere doelstelling zoals het Rosa Spier Huis. Kwaliteit heeft altijd hoog in het vaandel gestaan, wij hebben het PREZO Gouden keurmerk en scoren hoog in de tevredenheidsonderzoeken. Het continue zoeken naar verbetermogelijkheden is voor ons een natuurlijk onderdeel van onze verantwoordelijkheden. Wij hebben intensief overleg met bewoners, Cliëntenraad, Ondernemingsraad, kinderen, mantelzorgers en vrijwilligers.

Eind 2016 is het meerjarenbeleidsplan opgesteld, dit geschiedde in nauw overleg met Cliëntenraad, OR en medewerkers. De missie en visie van het Rosa Spier Huis zijn gezamenlijk uitgewerkt. Ook de visie op zorg, wonen, werken en cultuur vormen daar onderdeel van. (Zie 2)

Het Rosa Spier Huis streeft transparantie na. Alle relevante stukken zoals, meerjarenbeleidsplan, jaarverslagen, auditrapport PREZO, bewoners- en personeelstevredenheidsonderzoeken zijn online te vinden.

Het Rosa Spier Huis heeft een zeer kleine overhead, geen kwaliteitsmedewerkers en een eenhoofdig bestuur, die nauw samenwerkt met de adjunct-directeur zorg.

Het Rosa Spier Huis is van mening dat zij de kwaliteit op orde heeft en voortdurend werkt aan verbetering. Het RSH voldoet aan veel (maar niet alle) in het kwaliteitskader gestelde eisen.

Het Rosa Spier Huis heeft in juli 2017 een eerste kwaliteitsplan (2017) gepubliceerd. Dit plan en de verbeteracties zijn daarna periodiek besproken met Cliëntenraad, Ondernemingsraad, diensthoofden en Raad van Toezicht, de voortgang én nieuwe ideeën c.q. verbeterpunten werden weer meegenomen in de voortgangsrapportages welke uiteindelijk leidden tot het Kwaliteitsplan 2018. Volgens hetzelfde procedé is het voorliggende Kwaliteitsplan 2019 tot stand gekomen waarbij de samenwerking met een delegatie van de Cliëntenraad nog intensiever is geweest.

Bij het opstellen van het Kwaliteitsplan is rekening gehouden met de schaalgrootte van de organisatie en vanwege het omvangrijke nieuwbouwproject dat momenteel onderhanden is, zijn in dit plan bewuste keuzes gemaakt en prioriteiten gesteld.

Vanuit het belang van de bewoners wordt voortdurend de vraag gesteld "Draagt dit direct bij aan de behoeften en verlangens van de bewoners?", want zij staan centraal.

## 2 Profiel Zorgorganisatie

### 2.1 Formele doelstelling (statuten RSH)

“De Stichting heeft tot doel huisvesting en zorg en diensten te verschaffen aan kunstenaars en wetenschappers, bij voorkeur met een sterke verankering in de wereld van kunst en cultuur. Zowel de huisvesting als zorg en diensten worden op een zodanige wijze aangeboden dat dit het kunstenaarschap ondersteunt en de werkzaamheden van bewoners bevordert”

Dit doet zij door:

- o Exploiteren van één of meerdere woon-werk- en zorgcentra t.b.v. haar doelgroep
- o Het organiseren van culturele activiteiten in het RSH
- o Het aanbieden van zorg op individuele basis, gebruikmakend van gesubsidieerde en particuliere gelden
- o Alle overige wettelijke middelen

### 2.2 Zorgvisie en Kernwaarden

In het Rosa Spier Huis staan kunstenaars en het maken van kunst centraal. Het huis is een woon- en werkomgeving van een hechte gemeenschap van oudere kunstenaars. Zij wonen in het Rosa Spier Huis onder gelijkgestemden, met een atelier of muziekstudio en een podium aan huis. Met de zorg en ondersteuning van onze betrokken medewerkers, kunnen deze kunstenaars tot op hoge leeftijd hun vak blijven beoefenen en het leven dat zij gewend waren voortzetten.

Het Rosa Spier Huis biedt bewoners, maar ook kunstenaars van buiten, een podium om hun inspiratie te delen met het publiek. Met zijn eigen concert- en theaterzaal, expositieruimte, galerie café en een hoogwaardig culturele programmering, vormt het huis een bijzondere ontmoetingsplaats voor kunstenaars en kunstliefhebbers, jong en oud. Deze visie als genoteerd in de statuten komt nader tot uiting in de volgende punten.

#### 2.2.1 Blijven creëren, met onze zorg en ondersteuning

In onze dienstverlening staat het welbevinden en geluk van bewoners centraal. Echtparen kunnen in het Rosa Spier Huis samen blijven wonen, ook wanneer een van de partners zwaardere zorg of ondersteuning nodig heeft. Bewoners beslissen vooral zelf welke zorg en ondersteuning zij willen; een leven en levensstijl zoals zij die wensen. Het Rosa Spier Huis is er om dat mogelijk te maken. Onze medewerkers respecteren de keuzes van bewoners en assisteren hen met aandacht, maatwerk en flexibiliteit. Zo waarborgen we dat bewoners hun autonomie behouden, ook als zij ouder worden.

#### 2.2.2 Wonen in een culturele omgeving

Het Rosa Spier Huis biedt bewoners (van alle inkomensniveaus) een culturele leefomgeving, met uitgebreide voorzieningen aan huis. Naast een levensloopbestendige woning in een prachtige omgeving, zijn er privé ateliers of studio's te huur. Het huis heeft een uitgebreid palet aan culturele voorzieningen: een concert- en theaterzaal, een gezamenlijk atelier, een bibliotheek, en een expositieruimte. Ons brede culturele programma omvat professioneel begeleide activiteiten voor bewoners en hun familie, openbare exposities, concerten, theatervoorstellingen, try-outs, lezingen en meer.

### 2.2.3 Werken onder gelijkgestemden

Het Rosa Spier Huis vormt de werkomgeving van een bewoners die verbonden zijn door kunst. Bewoners, medewerkers en vrijwilligers; allen zijn we erg betrokken bij elkaar. Onze kleine organisatie heeft korte lijnen en open deuren. Iedereen mag hier zichzelf zijn. Die onderlinge acceptatie, zorgt voor warme werksfeer. We zijn flexibel en daar waar nodig helpen we elkaar. Dit draagt eraan bij dat bewoners tot op hoge leeftijd als kunstenaar actief blijven en medewerkers en vrijwilligers hier lang en met plezier werken.

### 2.2.4 Podium en culturele ontmoetingsplaats

In het Rosa Spier Huis staat kunst en kunst maken centraal. Wij bieden bewoners en kunstenaars van buiten een podium, zodat zij hun inspiratie kunnen (blijven) delen. In onze concert-/ theaterzaal en in onze expositieruimte is een hoogwaardige, professionele culturele programmering te zien: kunst in de volle breedte en in vele vormen. Onze eigen (kunst- en boeken-) collectie, omvat honderden werken van (oud)bewoners en andere kunstenaars die het huis een warm hart toedragen. Dagelijks wordt er in onze ateliers en studio's kunst gecreëerd. En met bijzondere projecten brengen we onze ervaren bewoners in contact met jong talent. Het Rosa Spier Huis vormt daarmee een bijzondere ontmoetingsplek voor kunstenaars én kunstliefhebbers, jong en oud.

### 2.2.5 Kerndoelen van het Rosa Spier Huis

- Flexibel en transparant op behoefte van bewoner inspelen, van wens naar aanbod en niet van aanbod naar wens;
- Levensloopbestendig zijn;
- Rekening houden met toename zorgzwaarte, zowel in zorggebouw als in zorgappartementen;
- Focussen op het welbevinden van de bewoners en de autonomie respecteren c.q. stimuleren;
- De principes van een verrijkte woon- en leefomgeving nastreven
- Bewonersparticipatie stimuleren; actieve deelname in commissies ten behoeve van tentoonstellingen, Rosa Proza (intern magazine voor en door bewoners), lezingen organiseren, kunstcollectie beheren, etc.;
- Culturele en maatschappelijke inbedding van de bewoners stimuleren door projecten te organiseren met basisschoolleerlingen, studenten van de HKU, etc.

## 2.3 Doelgroepen

Voor het Rosa Spier Huis geldt een toelatingstoets, welke wordt uitgevoerd door de toelatingscommissie. Toekomstige bewoners dienen een aantoonbare professionele achtergrond in de kunst of aan de kunst gerelateerde wetenschappen te hebben.

Tabel: overzicht indicatie, leeftijd en opnameduur per 01-10-2018.

ZZP peildatum 1-12-1017	Aantal	Leeftijd	Verblijfsduur mnd	Verblijfsduur jaar
Eerstelijnsverblijf laag complex		90	1	0,08
Eerstelijnsverblijf laag complex		75	1	0,08
	2			
Partnerverblijf		94	8	0,67
Partnerverblijf		88	14	1,17
	2			
VPT-4 (ex BH incl DB)		95	20	1,67
VPT-4 (ex BH incl DB)		93	18	1,50
VPT-5 (ex BH incl DB)		69	10	0,83
VPT-5 (ex BH incl DB)		83	19	1,58
VPT-5 (ex BH incl DB)		88	16	1,33
	5			
VV-1 (ex BH incl DB)		92	93	7,75
	1			
VV-2 (ex BH incl DB)		83	83	6,92
VV-2 (ex BH incl DB)		75	4	0,33
VV-2 (ex BH incl DB)		92	57	4,75
	3			
VV-3 (ex BH incl DB)		91	32	2,67
VV-3 (ex BH incl DB)		89	69	5,75
VV-3 (ex BH incl DB)		94	59	4,92
	3			
VV-4 (ex BH incl DB)		85	30	2,50
VV-4 (ex BH incl DB)		95	59	4,92
VV-4 (ex BH incl DB)		85	44	3,67
VV-4 (ex BH incl DB)		80	6	0,50
VV-4 (ex BH incl DB)		91	55	4,58
VV-4 (ex BH incl DB)		94	5	0,42
VV-4 (ex BH incl DB)		92	40	3,33
VV-4 (ex BH incl DB)		85	5	0,42
VV-4 (ex BH incl DB)		79	17	1,42
VV-4 (ex BH incl DB)		79	81	6,75
VV-4 (ex BH incl DB)		87	81	6,75
VV-4 (ex BH incl DB)		93	8	0,67
VV-4 (ex BH incl DB)		72	27	2,25
VV-4 (ex BH incl DB)		86	14	1,17
VV-4 (ex BH incl DB)		96	7	0,58
	15			
VV-5 (ex BH incl DB)		87	6	0,50
VV-5 (ex BH incl DB)		85	1	0,08
VV-5 (ex BH incl DB)		83	42	3,50
VV-5 (ex BH incl DB)		94	66	5,50
VV-5 (ex BH incl DB)		82	1	0,08
VV-5 (ex BH incl DB)		82	3	0,25
VV-5 (ex BH incl DB)		73	47	3,92
VV-5 (ex BH incl DB)		76	73	6,08
VV-5 (ex BH incl DB)		96	37	3,08
VV-5 (ex BH incl DB)		80	1	0,08
	10			
VV-6 (ex BH incl DB)		85	72	6,00
VV-6 (ex BH incl DB)		91	53	4,42

VV-6 (ex BH incl DB)		72	26	2,17
VV-6 (ex BH incl DB)		81	47	3,92
VV-6 (ex BH incl DB)		85	52	4,33
VV-6 (ex BH incl DB)		77	15	1,25
VV-6 (ex BH incl DB)		88	26	2,17
VV-6 (ex BH incl DB)		86	36	3,00
VV-6 (ex BH incl DB)		87	60	5,00
	9			
Particulier		71	9	0,75
Particulier		84	55	4,58
Particulier		80	8	0,67
Particulier		83	30	2,50
Particulier		81	10	0,83
Particulier		79	3	0,25
Particulier		85	3	0,25
Particulier		85	1	0,08
Particulier		85	30	2,50
Particulier		95	2	0,17
Particulier		90	47	3,92
Particulier		87	77	6,42
Particulier		85	80	6,67
Particulier		85	47	3,92
Particulier		79	38	3,17
	15	5534		
<b>Totaal</b>	<b>65</b>	<b>85,1</b>	<b>32,11</b>	<b>2,68</b>



## 2.4 Type zorgverlening en productie

Het Rosa Spier Huis biedt:

- Particulier wonen en ondersteuning
- Extramuraal: VPT
- Intramuraal: ZZP (4 t/m 6)

Kwartaalrapportage Q1 + Q2 + Q3 2018 ROSA SPIER STICHTING (enkelvoudig )	Cumulatief		
	begroot	Reeel	%
<b>KPI's</b>			
<b>Financieel</b>			
intramuraal budget	2.347.703	2.525.313	8%
overige opbrengsten (particulieren)	336.675	256.598	-24%
maaltijden/subs/ diensten	9.600	17.522	83%
<b>Totaal bedrijfsopbrengsten</b>	<b>2.693.978</b>	<b>2.799.433</b>	<b>4%</b>
Personeel in loondienst	1.342.825	1.325.322	-1%
Ingeleend personeel	0	4.917	0%
sociale- en pensioen lasten	366.833	308.706	-16%
overig + afschrijvingen	977.645	903.439	-8%
<b>totaal bedrijfsuitgaven</b>	<b>2.687.303</b>	<b>2.542.384</b>	<b>-5%</b>
rentekosten	6.675	0	
Giften	0	2.042	
<b>Financieel resultaat in Euro's</b>	<b>0</b>	<b>259.091</b>	
<b>Productie</b>			
# dagen Q1	273	273	
# kamers	67	67	
<b># dagen beschikbaar</b>	<b>18291</b>	<b>18291</b>	
ZZP 0	548	731	34%
ZZP 1	274	273	0%
ZZP 2	548	672	23%
ZZP 3	548	693	27%
ZZP 4	4.654	4.927	6%
ZZP 5	2.738	3.548	30%
ZZP 6	2.738	2.612	-5%
VPT 4	548	485	-11%
VPT 5	821	546	-34%
VPT 6	0	61	
1e lijns verblijf basis+PGB	450	392	-13%
Mut dgn	75	95	27%
<b>Totaal dagen WLZ</b>	<b>13.939</b>	<b>15.035</b>	<b>8%</b>
bezettingsgraad	76%	82%	
<b>Particulier</b>	<b>4.095</b>	<b>3.078</b>	<b>-25%</b>
<b>Totaal dagen WLZ + Part</b>	<b>18.034</b>	<b>18.113</b>	<b>0%</b>
Totaal bezettingsgraad	99%	99%	
wachlijst aantal ultimo Q	300		

## 2.5 Locaties, zorgomgeving, besturingsfilosofie

Het Rosa Spier Huis is een kleinschalige organisatie op één locatie en heeft een landelijke functie. De (toekomstige) bewoners komen uit heel Nederland.

Het Rosa Spier Huis verhuist naar verwachting eind 2019 naar een nieuwe locatie in Laren

### 2.5.1 Visie / besturingsfilosofie

Het RSH kiest ervoor om een zo klein mogelijke overhead (staf) te hebben zodat de financiële middelen zoveel mogelijk worden aangewend voor directe zorg en dienstverlening aan de bewoners. Het Rosa Spier Huis is een platte organisatie, met korte lijnen en open deuren. Om de communicatie verder te bevorderen nemen tijdens een deel van het periodieke overleg tussen directie en Raad van Toezicht ook de leden van de Cliëntenraad deel aan het overleg. De bespreking van jaarverslag van de organisatie en van het jaarplan en de begroting vindt plaats in een gezamenlijk overleg met RvT, Directie, Cliëntenraad en Ondernemingsraad. Nadere onderlinge afstemming tussen CR en OR wordt ook gestimuleerd en vindt inmiddels plaats.

### 2.5.2 Nieuwbouw

Anticiperend op de verwachte groei na verhuizing naar nieuwe locatie én i.v.m. kwetsbaarheid zijn de volgende acties ondernomen:

- Adjunct-directeur wordt actief geïnformeerd over en betrokken bij bestuurszaken en is aanwezig bij overleg met RvT, CR en OR. Directeur-bestuurder en adjunct-directeur zorg vormen samen de directie.
- Manager Cultuur heeft de coördinatie over de culturele activiteiten zoals concerten, exposities, etc.
- Aanstelling van een Hoofd administratie t.b.v. een verdere stroomlijning van administratieve processen.
- Meerdere andere vormen van decentralisatie waarbij coaching, evt. bijscholing en ondersteuning essentieel is.
- In 2019 zal een herbeoordeling plaatsvinden van de functiebeschrijvingen van de huidige hoofden van dienst en coördinatoren op basis van de FWG VVT.
- De staf wordt versterkt met een Bewonerscoördinator die als kerntaak heeft om huidige en toekomstige bewoners de maximale ondersteuning te kunnen geven bij alle praktische en administratieve vraagstukken rond verhuizing en inhuizing en na inhuizing de vinger aan de pols te houden bij de nieuwe bewoner om te zien of de dienstverlening naar wens verloopt.
- Voor de ondersteuning van de staf, medewerkers en bewoners wordt een gespecialiseerd bedrijf ingeschakeld dat ondersteunt en faciliteert bij praktische en organisatorische vraagstukken rond de verhuizing naar de nieuwbouw.

## 3 Randvoorwaarden

De randvoorwaarden worden afgemeten aan de normen die vermeld staan in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg van Zorginstituut Nederland.

### 3.1 Personeelssamenstelling

- *Elke verpleeghuisorganisatie moet voor zijn personeelssamenstelling gebruik maken tijdelijke norm bezettingsnormen die beschreven zijn in paragraaf 6 totdat de sector landelijke contextgebonden normen heeft ontwikkeld voor voldoende en vakbekwaam personeel.*
  - Tijdelijke norm: Art. 6.3.1: Aandacht aanwezigheid en toezicht:

- *Tijdens zorg en ondersteuning bij intensieve zorgmomenten (opstaan/naar bed/ intake en rond sterven) zijn er minimaal twee zorgverleners beschikbaar om deze taken te verrichten.*

Het RSH voldoet vanaf januari 2018 aan deze eis. De aanvullende financiële middelen (ophoging tarieven) die beschikbaar zijn gesteld worden uitgegeven aan het uitbreiden van de nachtbezetting. De dag- en avondbezetting is groter dan twee.

- *Tijdens de dag en avond is er permanent iemand in de huiskamer of gemeenschappelijke ruimte om de aanwezige bewoners aandacht te geven/toezicht te houden. Wanneer bewoner ruimte moet verlaten is er iemand aanwezig om dit op te vangen. Daarbij kan ook gedacht worden aan familie/vrijwilliger. Dit kwaliteitskader vraagt wel nadrukkelijke aandacht voor afbakening tussen professionele verantwoordelijkheid en inzet van familie/vrijwilligers.*

In de avond zijn tot 19.00 u twee medewerkers aanwezig in de huiskamer. Er zijn bewoners die het prettig vinden om langer te blijven. De autonomie van de bewoner staat voorop, wij sturen deze dus niet naar zijn/haar kamer, een bewoner zit in zijn eigen huiskamer ook alleen.

- *In iedere dagdienst (ook in het weekend) is er per groep iemand aanwezig die de juiste kennis/competenties heeft om separaat van zorgtaken aandacht te besteden aan zingeving/ zinnvolle dag-invulling van cliënten:*

Er is door de week 76 uren activiteitenbegeleiding beschikbaar. Deze medewerkers worden ingezet voor groepsactiviteiten en individuele activiteiten, waaronder ontbijtproject, bewegen voor ouderen en muziek voor dementerenden. In het weekend zijn er regelmatig voorstellingen of openingen. Voor 2019 wordt een deel van de extra gelden in het kader van het kwaliteitsbeleid een uitbreiding gerealiseerd van de activiteitenbegeleiding waarbij de nadruk zal komen te liggen op een verruiming van het aanbod van activiteiten en structuur voor bewoners met cognitieve problematiek en/of ernstig belemmerende somatische problemen. Verdere (uitbreiding van) activiteiten wordt beschreven in de plannen onder de noemer Waardigheid & Trots, deze behelzen o.a.

\* uitbreiding activiteitenprogramma /structuur voor bewoners met psycho-organische stoornissen,

\* uitbreiding van activiteiten met (basis)schoolkinderen waarmee in 2018 al een start is gemaakt,

\* versteviging van de banden met de Hogeschool voor de Kunsten Utrecht (HKU) waarbij studenten voor coaching en projecten aan bewoners gekoppeld worden,

\* Inventarisatie van samenwerkingsmogelijkheden op dit vlak met andere kunst- en cultuuropleidingen (bijv. Nimeto, Breitner Academie).

De twee belangrijkste uitgangspunten bij al deze activiteiten zijn dat er een meer dan huidige vermenging gaat ontstaan ook van bewoners met weinig tot geen lichamelijke en geestelijke problemen en bewoners met een grotere zorgvraag. Tweede uitgangspunt is de 'verrijkte omgeving' zoals beschreven door prof. Scherder.

- *Zorgverleners die in direct contact zijn met bewoners kennen hun naam en zijn op de hoogte van persoonlijke wensen/achtergrond.*

Het RSH voldoet aan deze eisen. Volgens de geldende richtlijnen in het RSH worden alle bewoners bij achternaam aangesproken. Meerdere bewoners geven expliciet aan bij hun voornaam genoemd te willen worden. Huidige aanwijzingen voor het personeel zijn dat dit toegestaan is binnen de eigen vertrekken van de bewoners, in de algemene gedeelten wordt men

met de achternaam aangesproken. Een nadere heroverweging op dit punt vindt plaats in overleg met de Cliëntenraad.

- *Art. 6.3.2: Kennis en vaardigheden*
  - *Er is altijd iemand aanwezig die met zijn/haar kennis aansluit bij zorg vragen en zorgbehoefte en bevoegd en bekwaam is voor die taken.*

Het RSH voldoet hieraan. Er wordt naar gestreefd middels het aanbieden van scholing het aantal verzorgenden IG en verpleegkundigen niveau 4 te vergroten.
  - *Op iedere locatie (KVK) voor cliënten met indicatie verblijf/verpleging 24/7 binnen 30 minuten een BIG-geregistreerd verpleegkundige ter plaatse.*

Het RSH voldoet hieraan.
  - *Er is 24/7 aanvullende voorzieningen beschikbaar voor (on) geplande zorg, vragen of toenemende complexiteit zoals: opschalen van personeel (mobiel team), invoeren specialist, SOG, overleg medisch specialist, gedragskundige, tijdelijke overplaatsing naar andere afdeling, inschakelen centrum voor consultatie en expertise, ingang zetten' meer zorg'.*

RSH voldoet hieraan. Er zijn afspraken met het naastgelegen verpleeghuis. Met het verpleeghuis naast de locatie van de nieuwbouw wordt contact gelegd voor een inventarisatie op de mogelijkheden tot samenwerking. Het RSH committeert zich ook aan de samenwerkingsafspraken van de verpleeghuizen in regio 't Gooi in het kader van o.a. de knelpunten rond de beschikbaarheid van de Specialist Ouderengeneeskunde.
  
- *Artikel 6.3.3. 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. Omvang en aard hiervan is vastgelegd in kwaliteitsplan. CAO-afspraken hierover worden nageleefd en de beoogde CAO gelden worden hiervoor ingezet:*
    - \* Zie meerjarenopleidingsplan
    - \* Het verplicht meelopen op de werkvloer door zorgmedewerkers van andere organisaties houdt onvoldoende rekening met de autonomie en privacy van onze bewoners om er zondermeer uitvoering aan te geven. Feitelijk worden zij in hun eigen huis dan verplicht voortdurend geconfronteerd met een groot aantal vreemden. Het RSH zal uitwisseling op de werkvloer zelf dus beperken en met de partner in het lerend netwerk bezien of de uitwisseling ook op andere wijzen gerealiseerd kan worden, bijvoorbeeld door gezamenlijke studie- en/of intervisiebijeenkomsten.
  - *Er is voldoende tijd om als E.V.V'er deel te nemen aan multidisciplinair overleg.*

Het RSH voldoet hieraan en stimuleert dit ook.
  - *Methodisch werken en multidisciplinair werken vormen de basis van verpleeghuiszorg. Een deel van de deskundigheidsbevordering besteedt aandacht aan deze (multidisciplinaire) aspecten.*

Er vindt veel training on the job plaats. Verder vindt 3x per jaar overleg plaats met Fysiotherapeut, Ergotherapeut en diëtiste.
  - *Er worden regelmatig klinische lessen gegeven, dit is vastgelegd in een klinische lessenplan dat is opgenomen in het meerjaren opleidingsplan.*

Het RSH gaat naast de klinische lessen in 2019 starten met e-learning modules bij een nog nader te bepalen platform-/leverancier waarbij er een aantal modules verplicht gevolgd moeten worden. Voor sommige modules

geldt deze verplichting niet alleen voor de medewerkers van V&V maar voor alle medewerkers die op enigerlei wijze in verband staan met de zorg- en dienstverlening naar bewoners toe. Voorbeelden van deze modules zijn: ouderenmishandeling en privacyrichtlijnen.

- *Scholingsbeleid: er is een scholingsbeleid voor zittende en aankomende zorgverleners dat hun vakbekwaamheid aantoonbaar versterkt. (op basis van de diverse onderdelen van dit kwaliteitskader en nadrukkelijke aandacht voor omgaan met zorgdilemma's en adequate zorg bij levenseinde).*

Zie meerjarenopleidingsplan, daarnaast worden medewerkers gestimuleerd scholing of opleiding te volgen met gebruik van de gelden van Sectorplan plus.

- *Er zijn periodieke gesprekken waarin competentie- en loopbaanontwikkeling aan de orde komen.*

1x per 2 jaar vinden functioneringsgesprekken plaats. In aanzet in 2019 en verder in 2020 zullen er aanpassingen komen. In overleg met de OR zal de huidige systematiek geëvalueerd worden. Daarnaast zal de jaargesprekkensystematiek aangepast worden aan de aangepaste hoofdenstructuur (zie 2.5.2); waar de functioneringsgesprekken nu voornamelijk door de adjunct-directeur gevoerd worden zal dit meer op niveau van de direct leidinggevende komen te liggen met als voordeel een hoger kwalitatief niveau waar het gespreksonderwerpen op vakinhoudelijk gebied betreft en een directere communicatie tussen medewerker en de ook functioneel aansturende leidinggevende. Hiervoor zal ook bezien worden of de hoofden aanvullend geschoold moeten worden.

- *De personeelssamenstelling in haar dimensies zoals beschreven in artikel 6, zijn onderdeel van het kwaliteitsplan en worden jaarlijks geëvalueerd in het kwaliteitsverslag.*

De personeelsgegevens worden hieronder weergegeven.

#### Verdeling medewerkers over functies en niveaus per 01-10-2018

Afdeling	Functieomschrijving	Functieniveau	FTE	Aantal
Activiteiten begeleiding	Hoofd Activiteitenbeg.	HBO	1	1
	Activiteitenbegel.	MBO - niveau 4	0,6	1
	Creatief therap	MBO - niveau 4	0,17	1
<b>Totaal Activiteiten begeleiding</b>			<b>1,77</b>	<b>3</b>
Administratie	Hoofd Administratie	HBO	1	1
	Adm. Medewerker	MBO - niveau 4	0,67	1
	Cultureel Manager	MBO - niveau 4	0,89	1
<b>Totaal Administratie</b>			<b>2,56</b>	<b>3</b>
Directie	Directeur	WO	1	1
<b>Totaal Directie</b>			<b>1</b>	<b>1</b>
Huishouding	Hfd huishouding	MBO - niveau 4	1	1
	Huish. Medew	MBO - niveau 1	8,26	15
<b>Totaal Huishouding</b>			<b>9,26</b>	<b>16</b>
Keuken	Hoofd keuken	MBO - niveau 4	1	1
	Sous chef	MBO - niveau 4	1	1
	Kok	MBO - niveau 4	0,99	1
	Keukenassistent	MBO - niveau 1	5,04	9
<b>Totaal Keuken</b>			<b>8,02</b>	<b>12</b>
Receptie	Coörd.Rec./Adm.	MBO - niveau 4	0,83	1

	Receptioniste	MBO - niveau 1	1,2	4
<b>Totaal Receptie</b>			<b>2,03</b>	<b>5</b>
<b>Technische Dienst</b>	Hoofd TD	HBO	1	1
	Ass.Techn.Onderh.	MBO - niveau 4	1	1
<b>Totaal Technische Dienst</b>			<b>2</b>	<b>2</b>
<b>Verpleging &amp; Verzorging</b>	Adjunct directeur	WO	1	1
	Leerling verpl niv 4	MBO - niveau 4	0,83	1
	Zorgcoördinator	HBO	1,61	2
	Verpleegkundige niv 4	MBO - niveau 4	3,29	5
	Verzorgende niv 3	MBO - niveau 3	13,95	21
	Helpende plus niv 2	MBO - niveau 2	3,64	5
	Helpende/voedingsassistent	MBO - niveau 1	1,27	6
	Activiteitenbegel.	MBO - niveau 4	0,56	1
<b>Totaal Verpleging &amp; Verzorging</b>			<b>26,15</b>	<b>42</b>
<b>Eindtotaal</b>			<b>52,79</b>	<b>84</b>

#### Uit dienst cijfers

in dienst	uit dienst	Functie	Niveau	Aantal	Dienstjaren	FTE
2013	2018	Adjunct directeur	HBO	1	5,41	0,33
2014	2018	Huish. Medew	MBO - niveau 1	1	3,92	0,17
2015	2018	Keukenassistent	MBO - niveau 1	1	3,46	0,04
2017	2018	Helpende/voedingsassistent	MBO - niveau 1	1	1,16	0,17
2018	2018	Huish. Medew	MBO - niveau 1	1	0,11	0,42
		Huish. Medew	MBO - niveau 1	1	0,07	0,42
		Keukenassistent	MBO - niveau 1	1	0,16	0,83
		Helpende/voedingsassistent	MBO - niveau 1	1	0,5	0,08
		Huish. Medew	MBO - niveau 1	1	0,49	0,17
		Verzorgende niv 3	MBO - niveau 3	1	0	0,78
		Verzorgende niv 3	MBO - niveau 3	1	0,46	0,67
<b>Eindtotaal</b>				<b>11</b>	<b>15,75</b>	<b>4,07</b>

#### In dienst cijfers

in dienst	Functie	Niveau	Aantal	Dienstjaren	FTE
2018	Helpende/voedingsassistent	MBO - niveau 1	1	0,02	0,17
2018	Keukenassistent	MBO - niveau 1	1	0,11	0,67
2018	Huish. Medew	MBO - niveau 1	1	0,11	0,42
2018	Huish. Medew	MBO - niveau 1	1	0,07	0,42
2018	Keukenassistent	MBO - niveau 1	1	0,16	0,83
2018	Verzorgende niv 3	MBO - niveau 3	1	0,69	0,22
2018	Adjunct directeur	WO	1	0,44	1
2018	Helpende/voedingsassistent	MBO - niveau 1	1	0,14	0,17
2018	Helpende/voedingsassistent	MBO - niveau 1	1	0,5	0,08
2018	Verzorgende niv 3	MBO - niveau 3	1	0,02	0,67

2018	Huish. Medew	MBO - niveau 1	1	0,49	0,17
2018	Huish. Medew	MBO - niveau 1	1	0,16	0,42
2018	Helpende/voedingsassistent	MBO - niveau 1	1	0,36	0,17
2018	Huish. Medew	MBO - niveau 1	1	0,18	0,42
2018	Verzorgende niv 3	MBO - niveau 3	1	0	0,78
2018	Helpende/voedingsassistent	MBO - niveau 1	1	0,69	0,67
2018	Verzorgende niv 3	MBO - niveau 3	1	0,46	0,67
<b>Eindtotaal</b>			<b>17</b>	<b>4,61</b>	<b>7,92</b>

## 3.2 Leiderschap, governance en management

### 3.2.1 Visie op leiderschap

De directie /bestuur zijn voorwaardenscheppend en ondersteunend. Het primaire proces staat centraal.

- *Vereiste: Benoeming professional in RvB of structureel overleg met RvB – professionals*  
Het RSH kent een éénhoofdig Bestuur. De bestuurder heeft wekelijks overleg met de adjunct-directeur Zorg en daarnaast vindt bijna dagelijks overleg plaats. De adjunct-directeur heeft structureel overleg met zijn zorgcoördinatoren en medewerkers. Het RSH is een kleine organisatie met korte lijnen.

De adjunct-directeur is zorgprofessional (BIG Geregistreerd). De bestuurder was in het verre verleden verpleegkundige, thans niet meer BIG geregistreerd.

- *Vereiste: RvB loopt mee op werkvloer*  
Het RSH is een kleine organisatie. De bestuurder ziet dagelijks bewoners en kent hen bij naam. Tijdens voorstellingen etc. helpt de bestuurder de bewoners desgewenst naar hun plaats, bij het drinken etc. Bij afwezigheid adjunct-directeur is de bestuurder direct aanspreekpunt voor zorgcoördinatoren en andere diensthoofden. De adjunct-directeur heeft in het kader van zijn inwerken in 2018 met de verschillende diensten meegelopen en zal dit in 2019 weer doen.
- *Vereiste: Werken volgens Zorgbrede Governance Code*  
Het RSH werkt volgens deze code. M.b.t. de nieuwe Code is in 2017 een project gestart en hebben RvT en Bestuurder gezamenlijk een analyse gemaakt van de stand van zaken binnen het RSH m.b.t. de eisen vanuit de nieuwe Code. Op de meeste punten bleek het RSH al te voldoen aan de eisen, wél werden verbetermogelijkheden geïdentificeerd. Er werd een actieplan opgesteld en uitgevoerd. Inmiddels is ook een toezichtsvisie gedefinieerd en heeft de RvT haar functioneren i.s.m. een externe partij laten evalueren/geëvalueerd. De voortgangsnotitie met actielijst staat op de agenda van het overleg tussen de Directie en de RvT. De actielijst is eind 2018 afgerond. De Governance Code zal elk najaar op de agenda komen van het overleg met RvT, CR en OR.
- *Vereiste: RvB eindverantwoordelijk voor toepassing Kwaliteitskader, RvT ziet hierop toe*  
De adjunct-directeur heeft een actieve rol in het (gezamenlijk met CR/OR/ bestuurder medewerkers) opstellen van het kwaliteitsplan en verslag. Het plan en verslag worden besproken met de Rvt, dit wordt genotuleerd.
- *Vereiste RvB stimuleert oprichting VAR/PAR.*  
Gezien de beperkte omvang van de organisatie zal het RSH dit punt niet opvolgen. In de OR hebben vertegenwoordigers van de disciplines zitting. Er vindt veelvuldig intensief overleg plaats.

### 3.2.2 Samenwerking met RvT

De samenwerking met RvT is, met name vanwege de nieuwbouw, intensief. Er heerst een sfeer van openheid en toegankelijkheid, er is onderling vertrouwen en acceptatie en RvT en Directie zijn volhardend in realisatie van de doelstellingen. Deze gezamenlijke normen en waarden zijn tijdens het overleg over de Governance code gezamenlijk benoemd.

### 3.2.3 Samenwerking met OR

Het Rosa Spier Huis vindt de samenwerking met OR zeer belangrijk, in dat kader én in het kader van de nieuwe Zorgbrede Governance code, heeft een gesprek plaatsgevonden over de 'samenwerking'; wat zijn de normen, waarden en omgangsvormen die belangrijk gevonden worden en hoe verloopt de samenwerking. (In OR termen een zgn "artikel 24 overleg"). Ook in 2019 wordt de samenwerking weer worden geëvalueerd.

### 3.2.4 Samenwerking met Cliëntenraad

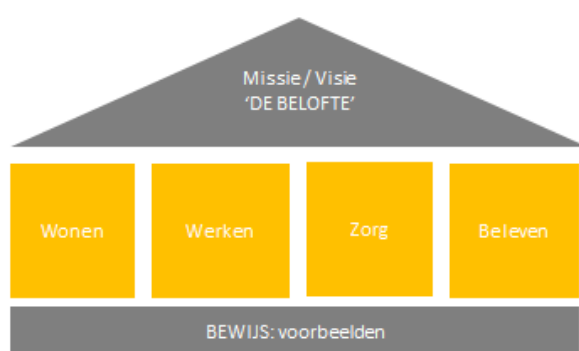
Deze samenwerking is zeer belangrijk én intensief, i.v.m. de nieuwbouw. Eind 2017 zijn er verkiezingen geweest. Drie leden zijn aangebleven en versterkt met twee nieuwe leden. In 2018 zal de nieuwe CR onderling de taken herverdelen. Het Bestuur van RSH wil begin 2019 de samenwerking ook evalueren.

### 3.2.5 Meerjarenbeleidsplan 2017-2019

Het Rosa Spier Huis heeft eind 2016 een meerjarenbeleidsplan 2017-2019 opgesteld. Bij de ontwikkeling van het beleid zijn Cliëntenraad, Ondernemingsraad, Adjunct-directeur, diensthoofden en medewerkers intensief betrokken geweest.

Gezamenlijk hebben we de visie en strategie bediscussieerd en vastgesteld in ons 'boodschappenhuis'. Het Rosa Spier Huis is niet alleen een verpleeghuis maar ook een woongroep, een cultureel ontmoetingscentrum, een concert- en theatervoorziening en een werkplek voor onze bewoners (eigen ateliers en studio's).

## Deelboodschappen



Naast het algemene interne meerjarenbeleidsplan, is een apart meerjarenbeleidsplan voor onze culturele activiteiten opgesteld (deze valt buiten de scope van Kader Kwaliteit Verpleeghuiszorg).



Ook is een externe versie van beide stukken opgesteld en online gepubliceerd. (zie <http://rosaspierhuis.nl/index.php?pagina=meerjarenbeleidsplan>)

### 3.2.6 Kwaliteitsplan 2019

- Per kwartaal voortgangsbespreking kwaliteitsplan door - Adjunct-directeur, Bestuurder OR en CR (3 besprekingen dus) en in het Directie – diensthoofdenoverleg.
- De leidinggevendenden bespreken dat weer met hun teams.
- Voortgang kwaliteitsplan vast agendapunt per kwartaal voor OR, CR, MT.
- Kwaliteitsplan en verslag staan op agenda RvT.

## 3.3 Gebruik van hulpbronnen

*Vereisten: benodigde hulpbronnen en wijze waarop deze dienend zijn aan een primair proces worden vanaf 2017 beschreven in een kwaliteitsplan en gaan mee in de cyclus van het kwaliteitsverslag, bespreken met interne en externe stakeholders en update van het kwaliteitsplan.*

- Het meerjaren beleid en plannen rond gebruik van hulpbronnen is vastgelegd in het algemene meerjarenbeleidsplan 2017-2019 dat gepubliceerd is op onze website.
- Voor intern gebruik zijn gedetailleerdere versies en actieplannen opgesteld.
- Ook zijn (meerjaren)begrotingen opgesteld.
- Voor meer details wordt verwezen naar het meerjarenbeleidsplan op onze website.
- De gebouwde omgeving en buitenruimtes worden onderhouden tot op het niveau van verantwoord en aangenaam gebruik door de bewoners. Verdere investeringen vinden hier niet plaats daar alle energie gericht is op het tot stand komen van de nieuwbouw die eind 2019 betrokken gaat worden.
- Een aantal administratieve, facilitaire en zorgondersteunende hulpbronnen worden, al dan niet in direct anticiperen op de nieuwbouw, al wel ter hand genomen; deze worden elders in dit kwaliteitsplan benoemd.

## 3.4 Gebruik van informatie

### 3.4.1 Tevredenheidsonderzoek bewoners

*Vereiste: Minimaal 1x per jaar cliëntervaringen verzamelen middels erkende instrumenten.*

FACIT-onderzoek (CQ-index) wordt jaarlijks uitgevoerd en vindt plaats in oktober 2018. Dit zal besproken worden met Cliëntenraad en Ondernemingsraad. Met hun input zal vervolgens een verbeterplan worden opgesteld. Het onderzoek is terug te vinden op onze website. Het in RSH kreeg in 2017 een 8,0. De uitkomst in 2018 is nog niet bekend.

*Vereiste: Minimaal 1x per jaar Net Promotor Score (NPS) aanleveren aan ODB (mag ook aanbevelingsvraag Zorgkaart zijn). De informatie m.b.t. NPS is onderdeel van het jaarlijkse kwaliteitsverslag en dient jaarlijks uiterlijk per 1 juli volgend op het verslagjaar aangeleverd te worden bij openbare database van het zorginstituut.*

RSH heeft dit aangeleverd.

### 3.4.2 Tevredenheidsonderzoek medewerkers

Dit vond plaats in september 2018, en wordt in principe elke 2 jaar uitgevoerd. De algemene uitkomst op tevredenheid was 7,72 (in 2017 was dit 7,94). Het rapportcijfer 'prestatie op

kernverwachtingen' was een 8,35. De bevindingen worden eind 2018 besproken met de OR en binnen de teams waarbij verbeteracties worden vastgesteld en uitgevoerd.

## 4 Kwaliteit en Veiligheid

### 4.1 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

*Vereisten: de 4 onderscheiden thema's (compassie/uniek zijn/ autonomie en zorgdoelen) zijn richtinggevend voor zorgverleners en zijn zichtbaar in kwaliteitsplan en verslag. De thema's worden 'vertaald' naar 'instrumenten voor verbetering, voeren van gesprekken en ontwikkelen van competenties*

*Het kwaliteitskader geeft aan: elk mens is uniek, we letten daarbij op compassie, uniek zijn, autonomie en dat de cliënt kan meedenken over zorgdoelen en behandeling.*

*Compassie: de cliënt ervaart nabijheid, vertrouwen, aandacht en begrip.*

*Uniek zijn: de cliënt wordt gezien als mens met een persoonlijke context die ertoe doet en meet een eigen identiteit die tot zijn recht komt.*

*Autonomie: voor de cliënt is de mogelijkheid van eigen regie over leven en welbevinden leidend, ook bij de zorg in de laatste levensfase.*

- Het RSH kent een toelatingsprocedure. De bewoner stelt daartoe zijn Curriculum Vitae op. In dit document wordt het werkzame leven van de bewoner beschreven. (Inclusief eventuele optredens, Tentoonstellingen, publicaties etc.). Met toestemming van de bewoner wordt een korte samenvatting hiervan opgenomen in de nieuwsbrief die verspreid wordt aan alle bewoners en medewerkers.
- In het MDO en in gesprekken met bewoners/mantelzorgers wordt altijd de vraag gesteld of men gelukkig is. De zorgcoördinatoren hebben een checklist gemaakt waarin de bespreekpunten staan voor een MDO. Hierbij worden standaardvragen gesteld aan de hand van de 4 leefdomeinen.
- Vragen of opmerkingen van familie of mantelzorgers worden direct (binnen 24 uur) opgepakt. Veelal gebeurt dit per mail of telefonische contact. De drempel om contact op te nemen is laag, omdat de verzorging de familie goed kent. Andersom neemt ook de verzorging met regelmaat contact met de familie op om zaken te bespreken.
- Elke bewoner (ook particuliere bewoners die niet in zorg zijn) hebben een EVV'er die hen regelmatig bezoekt en bespreekt hoe het gaat.
- Familie en mantelzorgers hebben veelvuldig direct contact met adjunct-directeur en zorgcoördinatoren, maar ook bijvoorbeeld met hoofd huishouding. Er is een nieuw EPD ingevoerd ultimo 2018 waarbij de mogelijkheid gecreëerd kan worden om familieleden van bewoners met hun toestemming toegang te geven tot bepaalde afgebakende domeinen van het EPD wat de informatievoorziening aan familieleden kan verbeteren. Het wordt bezien of deze voorziening past binnen het geheel van activiteiten van 2019, vermoedelijk zal implementatie hiervan in 2020 plaatsvinden.
- Het MDO vindt minimaal 2x per jaar plaats (bij ZZP 4 t/m 6).
- Tweemaal per jaar vindt een risicometing plaats (door EVV-ers) bij alle bewoners met een zorgindicatie.
- Bewonersbespreking: periodiek (6 - 7 x per jaar) bespreekt de zorg (na het werkoverleg) een 6-tal bewoners. Doelstelling is dat elke bewoner minimaal 1x per jaar aan bod komt. In het licht van een landelijk gesignaleerde en ook in het RSH waarneembare toename van bewoners met onbegrepen gedrag zal in 2019 een aantal keren een specifieke bijeenkomst

- van (zorg)medewerkers plaatsvinden ter bespreking en uitwisseling van deskundigheid, waar nodig met inschakeling van expertise van buiten.
- Zorgcoördinatoren en adjunct-directeur hebben tweemaandelijks overleg met hoofd huishouding, receptie en activiteitenbegeleiding over bewoners. Alle medewerkers hebben een signaalfunctie en geven 'afwijkingen' of vragen door aan de zorgcoördinatoren of adjunct-directeur.
  - *Vereiste: De zorgverlener heeft inlevingsvermogen/empathie begrip en heeft breed repertoire aan communicatieve en sociale vaardigheden.*  
 Het RSH is van mening dat dit niet alleen geldt voor zorgverleners maar voor AL onze medewerkers en vrijwilligers. Wij selecteren daarom al aan de poort op deze criteria. Er wordt expliciet besproken /onderzocht of toekomstige medewerkers in staat zijn om "ongestructureerd" te werken. Het is nl. zo dat de medewerker met de bewoner bespreekt, hoe laat deze hulp wil bij bijvoorbeeld aankleden of naar bed gaan. De medewerker past zijn planning hierop aan. Ook dienen medewerkers zich te committeren aan onze gedragscode. Er vindt extra coaching on the job plaats als blijkt dat een medewerker nog onvoldoende vaardigheden heeft om met onze unieke bewoners om te gaan. Voor 2019 wordt de inzet van e-learning modules geïmplementeerd voor zowel; medewerkers als vrijwilligers waarbij bepaalde modules verplicht worden gesteld, zoals bijvoorbeeld het herkennen van (signalen van) oudermishandeling.
  - *Zorgverlener heeft respect voor normen waarden van bewoners/naasten/mantelzorgers*  
 In 2017 is i.o.m. de CR en OR de gedragscode voor medewerkers en vrijwilligers aangepast. Hierin wordt specifiek ingegaan op bejegening en de positie van de bewoner. Ook vindt desgewenst individuele begeleiding plaats van medewerkers. Deze gedragscode wordt jaarlijks geëvalueerd en is onderdeel van de arbeids- c.q. vrijwilligersovereenkomst.
  - *Zorgdoelen: iedere cliënt heeft vastgestelde afspraken over (en inspraak bij) de doelen t.a.v. zijn zorg, behandeling en ondersteuning.*  
 Borging vindt plaats via MDO, zorgcoördinatoren houden controle hierop.
  - *Voorlopig Zorgplan: iedere cliënt beschikt binnen 24 u over een voorlopig zorgplan.*  
 Binnen twee weken dient er een middels MDO vastgesteld zorgplan te zijn. Controle hierop vindt plaats door de zorgcoördinatoren.
  - *Verantwoord opstellen zorgleefplan, de verantwoordelijkheid voor het opstellen van zorgleefplan is belegd bij een verzorgende van tenminste niveau 3.*  
 De aandachtsfunctionarissen EPD gaan na technische invoering van het nieuwe EPD (Nedap ONS) in 2019 een voorstel maken t.a.v. een zorgleefplan wat meer gericht is op het welzijn en welbevinden van de bewoners met behoud van aandacht voor de zorgaspecten.

## 4.2 Wonen en welzijn

*Vereisten: Voor elke bewoner is er aandacht voor wooncomfort en geestelijk en lichamelijk welzijn.*

Het RSH bedient een specifieke doelgroep, nl. kunstenaars en 'aan kunst gerelateerde wetenschappers. Bewoners kiezen daarom specifiek voor ons. Bewoners kunnen gebruik maken van ateliers, muziekstudio's, concert- en theaterzaal. Daarnaast heeft het huis een activiteitenprogramma én een openbaar programma rond kunst, wetenschap, literatuur etc.; volledig afgestemd met en op deze bewoners. M.b.t zingeving en zinvolle tijdsbesteding is er dus een nauwe afstemming op de interesse van de bewoner. Daarnaast wordt ook individueel, op maat aandacht besteed aan zingeving en zinvolle tijdsbesteding.

#### 4.2.1 Wooncomfort

Het RSH is bezig met nieuwbouw omdat het huidige gebouw niet meer voldoet aan de wet- en regelgeving. Daarnaast is de verwachting dat met de opzet en uitvoering van de nieuwe voorzieningen ook nieuw elan en dynamiek gecreëerd kan worden in de bewonerspopulatie die de uitgangspunten en visie van het RSH kunnen versterken. Naar verwachting vindt verhuizing plaats in het najaar van 2019. De Cliëntenraad is intensief betrokken bij de nieuwbouw. Er is intensieve informatievoorziening opgestart voor bewoners, kinderen en mantelzorgers. Hiervoor is deskundigheid op het vlak van communicatie ingeschakeld. Ultimo 2018 is ook een bewonerscoördinator aangesteld die huidige en toekomstige bewoners op professionele wijze kan ondersteunen bij praktische, administratieve en emotionele aspecten van verhuizing en inhuizing.

Door o.a. de toename van bewoners met een Wlz-indicatie is er sprake van een toename van personeel. Via CR en middels direct contact met bewoners is gebleken dat bewoners hierdoor meer moeite hebben om personeelsleden te onderscheiden. Er is bijvoorbeeld een behoefte aan duidelijker onderscheid tussen medewerkers van de zorg en van huishoudelijke dienst. Er wordt hierom eind 2018 een nieuw uniformbeleid opgesteld en begin 2019 geïmplementeerd.

#### 4.2.2 Zingeving

Naast algemene zingeving vanuit ons specifieke karakter wordt hier ook individueel aandacht aan besteed. De Eerst Verantwoordelijk Verzorgende/Verpleegkundige heeft intensief contact met zijn/haar bewoner. Er is een open cultuur om vragen rond zingeving, ouder worden, levenseinde te bespreken. Indien nodig wordt altijd in overleg met de bewoner een geestelijke (pastor, dominee, rabbi), humanistisch raadsvrouw of huisarts ingeschakeld.

#### 4.2.3 Zinvolle Tijdsbesteding

Activiteiten die worden georganiseerd, hebben raakvlakken met het specifieke karakter van ons huis. Dat kan zijn op het gebied van muziek, zoals optredens, uitstapjes naar het Concertgebouworkest, het beluisteren en bespreken van muziek. Voor beeldhouwers en schilders worden workshop georganiseerd voor modeltekenen en uitstapjes naar musea. De activiteitenbegeleiding wordt verder uitgebreid, ook in personele vorm, waarbij een extra focus zal komen te liggen op dagactiviteiten en structuur voor bewoners met psychogeriatrische problematiek. De activiteitencoördinator legt de plannen vast onder de noemer van Waardigheid & Trots.

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

Het RSH is van mening dat onze bewoners primair zelf mogen bepalen hoe zij erbij willen lopen. Het begrip 'verzorgde kleding' vinden wij betuttelend en in tegenspraak met de autonomie. Er wordt nog veel aan beeldende kunst gedaan, waardoor men ook in werkkleding kan rondlopen. Zolang een ander daar geen last van heeft (hinderlijke geuren) en er geen dreiging is van ernstige hygiënische gevaren laten wij onze bewoners hierin vrij.

#### 4.2.5 Familie- participatie en inzet vrijwilligers

Aangezien wij een landelijke functie hebben, hebben wij te maken met familieleden die op grote afstand kunnen wonen. Wel hebben we zo'n 60 vrijwilligers uit de regio. In de Cliëntenraad zit momenteel ook twee familieleden. Het contact met familie/mantelzorgers vindt of telefonisch plaats of wordt gepland als familie op bezoek komt. Wij ervaren dat wij over het algemeen goed contact hebben met de familie. Wij hebben een vaste groep vrijwilligers die al vele jaren bij het Rosa Spier Huis betrokken zijn. Zij worden ingezet bij gezamenlijke activiteiten (theatervoorstellingen, koffie schenken, ondersteunen bij activiteiten etc.) en individuele

activiteiten (ziekenhuisbezoek, boodschappen doen, wandelen etc.). Gesignaleerd wordt dat het voor nieuwe vrijwilligers en nieuwe medewerkers lastiger wordt om in korte tijd in voldoende mate bekend te worden met de hele organisatie. Vanaf 2019 zullen derhalve elke vier maanden introductiedagen voor nieuwe medewerkers en vrijwilligers ingevoerd worden waarbij middels een vastgesteld programma mensen bekend zullen worden gemaakt met de organisatiestructuur en relevante medewerkers, waarbij ook kennismaking met de CR en OR onderdeel van het programma zullen zijn.

### 4.3 Veiligheid

*Vereisten: “zorgorganisaties streven naar optimale veiligheid. Dit moet in balans zijn met de persoonlijke vrijheid en het welzijn van cliënten. Organisaties gebruiken twee manieren om de basisveiligheid te borgen; meten indicatoren en leren en verbeteren.*

De 4 thema's overlappen deels met de ontwikkelafspraken die wij met het zorgkantoor gemaakt hebben. Deze thema's zijn:

#### 4.3.1 Medicatieveiligheid

Ontwikkelafpraak met zorgkantoor. Dit is vastgelegd in Ontwikkelplan WLZ 2017. De voortgang werd periodiek besproken in het werkoverleg Zorg. Tevens worden medicatiemeldingen vastgelegd in MIC/MIM-rapportage. De rapportage wordt driemaandelijks besproken met de bestuurder en de Cliëntenraad. Er is aanvullende scholing geven. Eind november is gestart met een pilot met het digitaal aftekenen van medicatie. Veranderingen die de apotheek doorvoert worden rechtstreeks gewijzigd op een tablet. De tablet wordt gebruikt voor het digitaal aftekenen van medicatie. Als medicatie vergeten is of niet afgetekend, komt hier een melding van. De verwachting is dat dit beproefd systeem de medicatieveiligheid zal vergroten.

#### 4.3.2 Decubituspreventie

Decubitus komt nagenoeg niet voor. Preventief wordt tweejaarlijks een risicometing gedaan. Hierbij wordt de bewoner gewogen en wordt de voedingstoestand in beeld gebracht. Ook wordt gekeken of iemand incontinent is. Tweemaandelijks is er een overleg met de diëtiste om mogelijke voedingsproblemen te bespreken. In die uitzonderlijke gevallen waarbij er wel sprake is van decubitus, is er een uitgebreid decubitusprotocol aanwezig, welke als handleiding gebruikt wordt.

#### 4.3.3 Gemotiveerd gebruik van vrijheid beperkende maatregelen

Middelen & Maatregelen worden sporadisch toegepast. De maatregelen die wij gebruiken zijn beddekken en tafelblad. Het gebruik van beddekken en tafelbladen gebeurt altijd in nauw overleg met familie/mantelzorger. Een enkele keer geeft de bewoner het zelf aan prettig te vinden wanneer de beddekken gebruikt worden. Ook in die gevallen wordt dit vastgelegd. Er wordt altijd gekeken of er alternatieven zijn voor het toepassen van M&M, bijvoorbeeld het niet toepassen van beddekken, maar het gebruik van valmatten. Maandelijks vindt er een evaluatie plaats binnen het team V&V of de M&M nog toegepast moet worden.

#### 4.3.4 Preventie acute ziekenhuisopnamen

Acute ziekenhuisopnamen proberen wij altijd te voorkomen, omdat onze ervaring is dat dit in de meeste gevallen een negatief effect heeft op het welzijn en welbevinden van de bewoner. Wanneer iemand ander gedrag laat zien, wordt altijd urine gestript om te kijken of iemand een blaasontsteking heeft. Is dit het geval wordt daarover contact opgenomen met de huisarts. Valincidenten zijn niet altijd te voorkomen. Dit is passend bij de doelgroep. Het

komt ook bij ons voor dat iemand een heupfractuur oploopt door een valincident. Wij houden dagelijks contact met het ziekenhuis en zodra het maar enigszins mogelijk is, laten we de bewoner weer zo snel mogelijk naar het Rosa Spier Huis terug keren.

#### 4.3.5 Meten met indicatoren

De gegevens 'indicatoren basisveiligheid over 2016 via ZIN' zijn ingediend en zullen ook in 2019 weer ingediend worden.

#### 4.3.6 Leren en verbeteren

- *Beschikt over een incidentencommissie:* RSH heeft MIC/MIM-commissie zie 3.3
- Ontwikkelafspraken Zorgkantoor vastgelegd en tussentijds gerapporteerd (mei 17), eindrapportage nov 2017
- Incidenten en afwijkingen worden met betrokken personen individueel besproken.

De Melding incidenten (MIC) en Melding incidenten medewerkers (MIM) procedures worden uitgevoerd conform de eisen. De procedure is in 2018 in aanzet verbeterd d.m.v. invoering van een gerichtere analyse en verbeteracties teneinde de PDCA-cyclus ook in het veiligheidsbeleid te waarborgen. De kwartaalrapportage is tevens onderdeel van het KPI-rapport dat ook wordt gedeeld en besproken met de RvT, CR en OR. Het jaarverslag wordt eveneens besproken met RvT, CR en OR.

Hiermee is de PDCA-cyclus van toepassing, voortdurend wordt gezocht naar verbetermogelijkheden welke vervolgens worden doorgevoerd en geëvalueerd.

### 4.4 Leren en werken aan kwaliteit

*Beschrijving van en op welke wijze met welke interne en externe partijen tijdens en na het jaar wordt geëvalueerd en hoe resultaten terugvloeiën naar betrokken in zorgorganisatie.*

*Vereisten:*

- *Jaarlijks wordt een kwaliteitsplan en een kwaliteitsverslag opgesteld*
  - Kwaliteitsplan: Rosa Spier Huis heeft in juli 2017 al een eerste plan gepubliceerd dat was afgestemd met CR en OR. Het plan voor 2018 bouwt daarop voort en wordt periodiek (minimaal elk kwartaal) besproken met CR, OR, MT, Raad van Toezicht en diensthoofden. Het meerjarenbeleidsplan 2017 – 2019 dat eind 2016 is opgesteld is volledig afgestemd met CR en OR (zie eerder). *Ook moet dit plan met minstens twee collega organisaties worden afgestemd.* Gezien beperkte omvang organisatie en andere prioriteiten is dat nog niet mogelijk geweest, heeft lagere prioriteit. In 2019 zal dit met de partner in het lerend netwerk besproken worden (Nusantara).
  - Zorgplan is feitelijk de kern van het verbeteren, het team mét de bewoners en familie/mantelzorgers moeten samen constant blijven zoeken naar verbetermogelijkheden en optimalisatie.
  - Voortgang: 1 x per kwartaal overleg met adjunct-directeur, CR, OR en diensthoofden. Het kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag komt op de agenda van de RvT.
  - *Kwaliteitsverslag:*
    - *Voor 1 juli 2019 gereed, publicatie op onze website.* Zal in nauw overleg met adjunct-directeur zorg, CR, OR en diensthoofden opgesteld worden.
    - *Het webadres van het kwaliteitsverslag, uiterlijk op 1 juli volgend op het betreffende verslagjaar aanleveren aan de openbare Database van Zorg. Inst. NI.*
  - *Verpleeghuizen vormen met twee andere zorgorganisaties een lerend netwerk. Onderling vinden werkbezoeken en intervisies plaats: (deel uitmaken van lerend netwerk)*

- Uitwisseling met Nusantara loopt; 2 x per jaar groep van circa 8 medewerkers vanuit RSH op werkbezoek, kennismaking, intervisie en discussie over thema m.b.t. zorg-en dienstverlening.
  - Uitwisseling vindt NIET plaats op ‘de vloer’; de privacy en autonomie van bewoners is cruciaal. RSH is van mening dat het gedwongen introduceren van vreemden aan bewoners niet strookt met de autonomie en gevoel van veiligheid. In de praktijk is gebleken dat bewoners al moeite hebben om een nieuwe stagiaire toe te laten.
  - Uitwisseling van circa 15 van de medewerkers per jaar, gedurende 1 dagdeel is het maximaal haalbare. Indien meer geld beschikbaar komt kan dat uitgebreid worden
  - Uitwisseling stagiaires met Nusantara zal nader besproken worden.
  - Uitwisseling momenteel met één organisatie, gezien kleine omvang van onze organisatie en het omvangrijke nieuwbouwproject is dat het hoogst haalbare.
- Er vindt een *vijfjaarlijkse (multidisciplinaire) kwaliteitsvisiting plaats door de relevante beroepsorganisatie*. RSH is kleine organisatie zonder behandeling, met het PREZO Keurmerk. Vanaf 2020 zal het RSH mogelijk een instelling met behandeling moeten worden, dan is het mogelijk wel meer relevant. Vooral nog wordt dit niet ingepland, heroverweging in 2020 (Na verhuizing).
  - *Elke verpleeghuisorganisatie beschikt voor 1-1-18 over een kwaliteitsmanagementsysteem*  
Randvoorwaarden: RSH heeft PREZO Gouden Keurmerk.
    - Verbeterpotentieel wordt in het onderzoek aangewezen voor het verbeteren van de communicatie en de mate waarin collega’s elkaar aanspreken (op hun verantwoordelijkheden). Los van de medewerkerstevredenheidsmeting was hier al een mogelijkheid tot verbetering gesignaleerd.
      - Bij gesignaleerde knelpunten wordt gericht gesprekken gevoerd met betreffende medewerkers met als doel de onderlinge communicatie op gang te brengen c.q. te bevorderen (gerichte coaching).
      - In 2019 wordt per zes weken een specifieke dilemmabespreking of intervisie georganiseerd voor de medewerkers in de zorg.

#### 4.4.1 PREZO keurmerk – kwaliteitssysteem

- Het RSH heeft in september 2018 wederom het PREZO Gouden kwaliteitskeurmerk voor verantwoorde zorg en verantwoord ondernemerschap behaald. Het betrof hier de eindaudit van de lopende cyclus. Het RSH scoorde positief op alle 15 prestaties. Het volledige definitieve rapport van 2018 wordt gepubliceerd op onze website. Er was bij de eindaudit één aandachtspunt aangegeven betreffende het gebruik van een koelkast in een ontbijtzaaltje. Dit verbeterpunt is terstond in samenwerking tussen keuken en zorg opgepakt en vervat in een verbeterde en heldere werkwijze.
- Voor 2019 wordt geïnventariseerd of een ander kwaliteitsmodel (PREZO Care) de basis kan zijn voor de audit, waarbij nog beter gewaarborgd kan worden dat er sprake is van een continu proces van leren in en reflecteren op de dagelijkse praktijk en een optimaal klantgerichte zorg- en dienstverlening naar de bewoners toe.
- In verband met de nieuwbouw (ingebruikname eind 2019) wordt het kwaliteitshandboek de komende jaren aangepast.





## 5 Kwaliteitsbudget

De toekenning aan het Rosa Spier Huis m.b.t. het kwaliteitsbudget 2019 bedraagt € 141.000,- Deze gelden dienen besteed te worden aan verbeteringen in de kwaliteit van de zorgverlening. Het zal in belangrijke mate de inzet van extra personeel betreffen en wel als onderstaand begroot en verantwoord.

### 5.1 Omschrijving inzet kwaliteitsbudget

- Inzet bewonerscoördinator die ten behoeve van bestaande en nieuwe bewoners ondersteuning zal bieden bij alle aspecten van inhuizing en daarna voorkomende praktische en administratieve zaken waar bewoners mee kampen. De focus van de bewonerscoördinator zal daarbij liggen op de ondersteuning en vergroten van welzijn op dusdanige wijze dat bewoners zich gesteund weten in het handhaven van een zo groot mogelijke autonomie.
- De inzet van een activiteitenbegeleider, bij voorkeur gekwalificeerd voor therapeutisch werk en bekwaam op het vlak van PG-problematiek. Primair zal deze medewerker zich gaan richten op het verbeteren van de dagstructuur en het activiteitenaanbod voor bewoners met PG-problematiek waarbij een duidelijke link zal komen te liggen met het geheel aan activiteiten dat standaard geboden wordt binnen/door RSH en met de activiteiten die in het kader van waardigheid & Trots ontwikkeld worden.
- De kwaliteitsslag die beoogd wordt met het aanstellen van aandachtsfunctionarissen op diverse terreinen van zorg en bejegening vraagt om uitbreiding van de formatie om de functionarissen vrij te kunnen stellen voor het ontwikkelen van hun activiteiten, scholen van zichzelf en in vervolg hierop van hun collega's, extra tijd t.b.v. de bewoners op hun specifieke aandachtsterrein. Naar berekening zullen deze activiteiten tezamen 2 FTE betreffen, op diverse niveaus (2, 3, 4). Het gemiddelde is berekend op niveau 3.
- Het versterken van de sociale contacten van bewoners door o.a. uitbreiding van de mogelijkheden tot gezamenlijke maaltijden en begeleiding daarbij. Neveninsteek hierbij is dat er geworven kan worden voor kleinere contracten van medewerkers op het niveau van helpende wat de mogelijkheid van instroom van zijinstromers kan vergroten die op deze wijze kennis kunnen maken met de zorg en mogelijkterwijs in tweede termijn een zorgopleiding kunnen volgen.
- Ondersteunende materiële faciliteiten t.b.v. de zorg (met name gericht op bewoners met PG-problematiek) waaronder de aanschaf van de Qwiek en middelen om zorgbehoefte mensen te helpen hun zelfredzaamheid te vergroten.
- Facilitaire middelen op het gebied van ICT die de kwaliteit van zorg kunnen helpen versterken en die RSH door haar geringe omvang moeilijk op andere wijze kan realiseren zoals toegang tot doorlopend geactualiseerde (verpleegkundige) protocollen en scholingsmethodieken als e-learning. Hierbij wordt met name ook gedacht aan scholing van andere dan direct zorgverlenende medewerkers die geschoold kunnen worden in bejegening, (het signaleren van) ouderenmishandeling, omgaan met onbegrepen gedrag, etc.

## 5.2 Begroting inzet kwaliteitsbudget

Bewonerscoördinator (0,5 FTE):	€20.800,-
Activiteitenbegeleider (0,5 FTE, niveau 4):	€20.800,-
Aandachtsfunctionarissen kwaliteit van zorg en bejegening (2 FTE, niveau 3):	€68.600,-
Medewerkers zorg t.b.v. gezamenlijke maaltijden en bezigheden (1 FTE, niveau 1):	€29.300,-
Ondersteunende materiële faciliteiten als de Qwiek e.a.:	€7.500,-
Ondersteunende faciliteiten op het vlak van ICT als abonnement op Kick-protocollen:	€2.500,-
<b>Totaal begroting kwaliteitsbudget:</b>	<b>€149.500,-</b>

## 6 Actielijst

Het RSH heeft t.b.v. Voortgangsbewaking meerjarenbeleidsplan een actielijst opgesteld welke maandelijks wordt bijgewerkt.

In deze actie lijst zijn de 'lopende' activiteiten rond kwaliteit al opgenomen (zoals tevredenheidsonderzoek, PREZO-audit etc.)

Een gedetailleerde actielijst m.b.t. het kwaliteitsplan is onderstaand uitgewerkt.

Actielijst d.d. 28/10/2018

	Actie	Omschrijving	Verantw	Deadline	Status	Opmerking
1	CQ Facit bewonerstevredenheid 2018	Verbeterplan opstellen en implementeren	MT/ ism CR	Mei 2019	Facit onderzoek loopt	Terugkerend
2	Kwaliteitsplan opstellen		MT/i.s.m CR/OR/RvT	1 jan 2019	Ingediend bij zorginkoop	
3	Medewerkerstevredenheidsonderzoek 2018	<i>Uitkomsten ultimo oktober binnen: bespreken in MT en met OR en op basis daarvan verbeterplan opstellen</i>	Adj. Dir.	1 jan 2019		
4	Kwartaalbespreking voortgang kwaliteitsplan	Op agenda OR/CR en MT	MT	Doorlopend	Bijgewerkt t/m oktober	loopt
5	Leren en werken aan kwaliteit; lerend netwerk	Uitwisseling met Nusantara	Adj.dir	Doorlopend		
6	PREZO eind audit 2018	September 2018 uitgevoerd. Enige verbeterpunt is in oktober afgerond	Adj Dir	Najaar 2018	Gereed. Bezinning op audit (methode) 2019/2020	

7	Kwaliteitsverslag opstellen		MT	Voorjaar 2019		
8	Kwaliteitsverslag bespreken	OR/ CR/RvT	MT	Voorjaar 2019		
9	Kwaliteitsverslag publiceren		Best	1-7-2019		
10	<i>RIE ARBO</i>	Laten uitvoeren	Adj. Dir	1 juli 2018		Openstaand uit plan 2017.
11	Evaluatie samenwerking OR		MT/ OR	1 jan 2019		
12	Evaluatie samenwerking CR		MT/CR	1 jan 2019		