

Kwaliteitsplan 2022



Inhoudsopgave

Voorwoord	4
1 Profiel Zorgorganisatie	5
1.1 Introductie	5
1.2 Formele doelstelling (statuten RSH).....	5
1.3 Zorgvisie en Kernwaarden.....	5
1.3.1 Blijven creëren, met onze zorg en ondersteuning	5
1.3.2 Wonen in een culturele omgeving	6
1.3.3 Werken onder gelijkgestemden	6
1.3.4 Podium en culturele ontmoetingsplaats	6
1.3.5 Aanpassing aan levensfase en veranderende behoeften	6
1.3.6 Kerndoelen van het Rosa Spier Huis.....	6
1.3.7 Besturingsfilosofie	7
1.4 Woon- en zorgomgeving	7
1.4.1 Doelgroepen en bezetting.....	7
1.4.2 Typen dienst- en zorgverlening	7
1.4.3 Zorgomgeving.....	7
1.4.4 Overzicht bewoners en verblijfsgrondslag	8
2 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning	9
2.1 Inzet op zorg en welzijn.....	9
2.2 Autonomie en uniciteit van de bewoner.....	9
2.3 Acties en verbeterpunten.....	10
3 Wonen en welzijn.....	12
3.1 Zinnvolle dagbesteding.....	12
3.2 Zingeving	12
3.3 Persoonlijke verzorging	13
3.4 Familieparticipatie en inzet vrijwilligers.....	13
3.5 Wooncomfort	13
3.6 Acties en verbeterpunten.....	14
4 Veiligheid	15
4.1 Medicatieveiligheid	15
4.2 Decubituspreventie	15
4.3 Gemotiveerd gebruik van vrijheid beperkende maatregelen	15
4.4 Acties en verbeterpunten.....	16
5 Leren en verbeteren van kwaliteit	17

5.1	Gebruik van informatie	17
5.1.1	Tevredenheidsonderzoek bewoners	17
5.1.2	Tevredenheidsonderzoek medewerkers	17
5.1.3	PREZO-keurmerk – kwaliteitssysteem.....	17
5.1.4	Inspectiebezoek IGJ	17
5.2	Overleg en verantwoording over kwaliteitsbeleid	17
5.3	Samenwerking collega-instellingen en lerend netwerk	18
5.4	Acties en verbeterpunten.....	18
6	Leiderschap, governance en management	19
6.1	Visie op leiderschap.....	19
6.2	Samenwerking met RvT.....	19
6.3	Samenwerking met OR.....	19
6.4	Samenwerking met Cliëntenraad	19
7	Personeelssamenstelling	20
7.1	Personeelsontwikkeling.....	20
7.2	Personeelsbeleid	21
7.3	Personeelssamenstelling peildatum 26-11-2021	21
7.4	Acties en verbeterpunten.....	22
	Tot slot.....	23

Voorwoord

Het Rosa Spier Huis maakte een grote transitie door in 2020. Groei van het aantal bewoners t.g.v. ingebruikname nieuwbouw vereiste aanpassing van werkwijzen, teams, processen en het dienstverleningsmodel. Die transitie zette zich door in 2021 maar werd daarbij wel sterk gecompliceerd door een aantal factoren, namelijk de krapte aan zorgpersoneel, een exceptioneel hoog langdurig ziekteverzuim met name in de teams verpleging en verzorging en de gevolgen van en maatregelen tegen de COVID-19 pandemie, welke gezamenlijk voor forse organisatorische problemen hebben gezorgd.

Kwaliteit heeft altijd hoog in het vaandel gestaan, wij hebben het PREZO-keurmerk en scoren redelijk goed in de tevredenheidsonderzoeken, hoewel er in 2021 wel sprake was van een lagere uitkomst bij de bewonerstevredenheidsonderzoeken. Het keurmerk is door Perspect in 2020 opnieuw verleend na een initiële audit in de nieuwbouw en in 2021 verlengd na een tussenaudit. Het continue zoeken naar verbetermogelijkheden is voor ons een natuurlijk onderdeel van onze verantwoordelijkheden. Wij hebben intensief overleg met bewoners, cliëntenraad, ondernemingsraad, contactpersonen/familieleden, mantelzorgers en vrijwilligers. Door eerdergenoemde factoren was de organisatie wel genooddaakt om veel meer dan gepland (en zeker meer dan gewenst) zorgpersoneel in te zetten dat niet in loondienst is (ZZP'ers, gedetacheerden en uitzendkrachten). Het is evident dat dergelijke medewerkers ondanks hun professionele deskundigheid minder kennis hebben van de bewoners en hun wensen. De lagere inzet van bekend personeel in loondienst heeft daarmee ook een negatieve invloed gehad op het methodisch werken in de zorg. Mede hierdoor heeft een onderzoek door de Inspectie Gezondheidszorg & Jeugd een aantal verbeterpunten naar voren gebracht waar de organisatie zich deels al goed van bewust was. Deze zijn in september door een projectgroep opgepakt en een verbetertraject met alle relevante betrokkenen zoals de cliëntenraad, de raad van toezicht en uiteraard de medewerkers is in gang gezet. Het is echter vooral de bedoeling dat de verbeterpunten uit dat onderzoek ook weer een integraal onderdeel uit gaan maken van de leer-en verbetercyclus die het Rosa Spier Huis beoogt waar te maken waardoor het geheel van activiteiten gericht op goede zorg maar vooral welzijn van de bewoners gericht is. Het jaar 2022 zal wat betreft het kwaliteitsbeleid dus ook in sterke mate gericht zijn op het herijken van een methodische werkwijze en het borgen ervan in een organisatie waarin leren en verbeteren uitgangspunten zijn.

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

1 Profiel Zorgorganisatie

1.1 Introductie

Het Rosa Spier Huis is een kleine organisatie (ca. 75 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 150 bewoners in het Rosa Spier Huis, deels particulier, deels met een indicatie vanuit de Wet Langdurige zorg (Wlz, ongeveer 70 bewoners).

1.2 Formele doelstelling (statuten RSH)

“De Stichting heeft tot doel huisvesting, 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 Rosa Spier Huis;
- o Het aanbieden van zorg op individuele basis, gebruikmakend van gesubsidieerde en particuliere gelden;
- o Alle overige wettelijke middelen.

1.3 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 de 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.

1.3.1 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.

1.3.2 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 en muziekrimte, een bibliotheek, en een expositieruimte in het galerie-café. Ons brede culturele programma omvat professioneel begeleide activiteiten voor bewoners en hun familie, openbare exposities, concerten, theatervoorstellingen, try-outs, lezingen en meer. In toenemende mate wordt samengewerkt met instellingen als de Hogeschool voor de Kunsten Utrecht (HKU) en andere opleidingsinstituten waarbij studenten stagelopen in het Rosa Spier Huis en/of gekoppeld worden aan specifieke bewoners.

1.3.3 Werken onder gelijkgestemden

Het Rosa Spier Huis vormt de werkomgeving van 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 een 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.

1.3.4 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. 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.

1.3.5 Aanpassing aan levensfase en veranderende behoeften

Bij het oplopen van de leeftijd en toenemen van de zorgbehoefte is het uiteraard niet denkbeeldig dat een levensstijl activiteiten die voorheen vanzelfsprekend waren minder goed bereikbaar zijn voor de bewoners, zeker als zij in een intensievere zorgomgeving komen. Er wordt dan getracht om rekening houdend met de wensen en behoeften van de bewoners tot een aangepast palet aan aangeboden activiteiten te komen waarmee getracht wordt te komen tot een verrijkte omgeving waarin de bewoner een optimaal niveau van autonomie en welbevinden kan ervaren. Gegeven de ervaring dat er in toenemende mate sprake is van bewoners met dementiële problematiek in het zorggebouw is een steeds bredere inzet op ondersteuning bij dagstructuur en activiteiten door diverse disciplines uitgangspunt.

1.3.6 Kerndoelen van het Rosa Spier Huis

- Flexibel en transparant op behoefte van bewoner inspelen, van wens naar aanbod;
- Levensloopbestendige woonsituatie bieden;
- 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 aan 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.

1.3.7 Besturingsfilosofie

Het Rosa Spier Huis heeft een eenhoofdig bestuur (directeur/bestuurder), die nauw samenwerkt met de adjunct-directeur zorg. Door de schaalgrootte is het niet mogelijk om veel stafmedewerkers aan te stellen, sinds 2020 is er wel een kwaliteitsverpleegkundige (20 uur p/w) en er is een bewonerscoördinator (24 uur p/w).

Het RSH kiest er bewust voor 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.

Er is een vastgelegde communicatiestructuur waarin de frequentie en opzet van overleg van directie met de raad van toezicht, de cliëntenraad, de ondernemingsraad en de leidinggevenden (managementteam) en staffunctionarissen wordt weergegeven. Onderlinge communicatie tussen deze gremia, bijvoorbeeld de cliëntenraad en ondernemingsraad worden ook gestimuleerd. Sinds 2021 is er binnen de raad van toezicht een kwaliteitscommissie benoemd, bestaande uit twee leden van de RvT.

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

Dit kwaliteitsplan en de uitwerking ervan wordt periodiek besproken met cliëntenraad, ondernemingsraad, diensthoofden/teamleiders en raad van toezicht, de voortgang én nieuwe ideeën c.q. verbeterpunten worden weer meegenomen in de voortgangsrapportages. Uiteraard wordt ook het kwaliteitsverslag besproken.

1.4 Woon- en zorgomgeving

1.4.1 Doelgroepen en bezetting

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

1.4.2 Typen dienst- en zorgverlening

Het Rosa Spier Huis biedt:

- Particulier wonen, werken (ateliers/studioverhuur) en dienstverlening
- Extramuraal: wijkverpleging en langdurige zorg (VPT 4, 5 en 6)
- Intramuraal: langdurige zorg (ZZP 4, 5 en 6)

1.4.3 Zorgomgeving

Eind 2019 is de nieuwbouw betrokken. Het RSH bestaat uit vier appartementengebouwen met in totaal 92 appartementen van verschillende grootte en een Zorg- & Cultuurgebouw. Het merendeel van de bewoners in de appartementen (rond de 135) ontvangt geen zorg, gemiddeld zijn er 3 à 4 bewoners met een indicatie voor wijkverpleging en rond de 25 bewoners hebben een indicatie vanuit de Wet Langdurige zorg (leveringsvorm VPT 4, 5 of 6).

In het zorgdeel van het Zorg- & Cultuurgebouw wonen 45 bewoners met een intramurale indicatie. Op de begane grond zijn twee afdelingen met elk 10 bewoners met psycho-geriatrische problematiek zoals dementie. De bewoners beschikken over een eenkamerappartement met eigen badkamer/toilet. Elke afdeling heeft een gezamenlijke woonkamer. Deze woonkamers zijn van 08.00 tot 20.00 uur bemenst met een huiskamermedewerker voor verzorging van en ondersteuning bij de maaltijden, het mede aanbieden van dagstructuur en gezamenlijke of op de individuele bewoner afgestemde activiteiten.

Op de eerste en tweede etage zijn 25 tweekamerappartementen, elk met eigen badkamer/toilet. Deze afdelingen zijn voornamelijk bedoeld voor bewoners met een indicatie voor somatische zorg. De ervaring leert echter in toenemende mate dat ook hier bewoners met een psychogeriatrische zorgvraag komen te wonen. Daarom wordt ook op de eerste etage een algemene woonkamer gecreëerd welke in toenemende mate ook bemand zal worden met huiskamermedewerkers, e.e.a. naar mogelijkheden qua financiën en formatieaanpassing.

In het cultuurgedeelte van het Zorg- & cultuurgebouw zijn algemene voorzieningen als bibliotheek, muziekrimte en openbaar atelier welke voor alle bewoners 24 uur per dag beschikbaar zijn en waar ook met name voor bewoners met een zorgindicatie een breed palet afgestemde activiteiten wordt geboden. Daarnaast is er een theater- en concertzaal met een capaciteit van rond de 150 bezoekers, een (niet altijd opengesteld in die zin dat er horecapersoneel aanwezig is maar wel altijd toegankelijk) galeriescafé met leestafel, tevens expositieruimte en 20 ateliers en muziekstudio's voor privégebruik (verhuur).

1.4.4 Overzicht bewoners en verblijfsgrondslag

<i>Tabel: overzicht bewoners en verblijfsgrondslag peildatum 26-11-2021</i>	
Indicaties intramuraal peildatum	Aantal
VV4	5
VV5	28
VV6	14
Partnerverblijf	2
Totaal	49
Indicaties extramuraal peildatum	Aantal
VV2	1
VPT4	12
VPT5	5
VPT6	1
Particulier met wijkzorg	3
Totaal	22
Bewoners zonder zorg peildatum	Aantal
Particulier zonder zorg	84
Totaal bewoners RSH	155

2 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

2.1 Inzet op zorg en welzijn

Binnen het Rosa Spier Huis zijn persoonsgerichte zorg in een verrijkte omgeving en een streven naar een zo groot mogelijke autonomie van de bewoners de belangrijkste pijlers bij het bieden van zorg en ondersteuning. Binnen de zorg nemen de EVV'en (Eerst Verantwoordelijke Verzorgenden/Verpleegkundigen) hier een vooruitgeschoven positie in. Zij dragen zorg voor een volledig en op de bewoner toegespitst zorgleefplan, zijn het primaire aanspreekpunt voor de familie en coördineren de benodigde activiteiten ten gunste van zorg en welzijn van de bewoner. De EVV bezoekt de bewoner met regelmaat buiten de specifieke zorgmomenten om teneinde zicht te houden op diens welzijn. Een EVV is in ieder geval een verzorgende niveau 3 met een specifieke vervolgopleiding tot EVV. Elke bewoner heeft naast een EVV ook een schaduw-EVV. Conform de richtlijnen wordt binnen 24 uur een voorlopig zorgleefplan gemaakt als een bewoner in huis komt. Binnen uiterlijk zes weken wordt het zorgleefplan vastgesteld, na bespreking in een multidisciplinair overleg (MDO) waarbij naast de bewoner zelf en de EVV ook familie en de huisarts betrokken is alsmede eventuele andere relevante betrokkenen (intern of extern). Het zorgleefplan wordt tenminste twee keer per jaar geëvalueerd met de bewoner en/of diens wettig vertegenwoordiger waarvan minstens een keer middels een MDO.

In 2020 is de organisatie ertoe overgegaan om de twee zorgteams uit te breiden tot drie (Psychogeriatric, Somatiek en Appartementen) vanuit de juist gebleken optiek dat hiermee nog beter aangesloten kon worden bij de wensen en behoeften van de bewoners omdat de medewerkers hiervan goed op de hoogte zijn. Kleinere teams stelt de organisatie daarentegen wel weer voor een grotere uitdaging met betrekking tot het roosteren.

Naast zorgmedewerkers als verzorgenden en verpleegkundigen zijn bij de persoonsgerichte zorg ook andere afdelingen en disciplines van groot belang; de huiskamermedewerkers, de medewerkers van de huishoudelijke dienst, keuken/horeca en activiteitenbegeleiding. Medewerkers van activiteitenbegeleiding bezoeken daarom niet alleen bewoners die veel aanspraak maken op het aanbod van activiteiten maar ook de bewoners die al dan niet expliciet aangeven hier niet of slechts in geringe mate gebruik van willen maken. Omdat goede en smaakvolle maaltijden ook een belangrijk onderdeel zijn van het welzijn wordt ook getracht bij vragen of klachten van bewoners deze niet af te laten handelen middels de zorg maar deze op te laten pakken door de koks of, indien meer geïndiceerd, door een andere medewerker van de keuken.

2.2 Autonomie en uniciteit van de bewoner

Ten behoeve van de toelatingstoets voor het Rosa Spier Huis leveren alle bewoners (of diens familie) die zich aanmelden voor het Rosa Spier Huis een biografie aan. Met toestemming van de bewoner wordt dit CV ook opgenomen in het elektronisch patiëntendossier (EPD) ter informatie voor de medewerkers. Ook kan de bewoner zichzelf (laten) introduceren in de interne nieuwsbrief welke elke drie weken verspreid wordt onder bewoners, medewerkers, vrijwilligers, familie en belangstellenden.

Ook wordt de bewoner bevraagd op aspecten die van belang zijn voor het verlenen van zorg op maat en inspelen op de wensen en behoeften van de bewoner. Naast de EVV wordt dit ook gedaan door een medewerker van de keuken en van de activiteitenbegeleiding. Bij dit alles wordt uitgegaan van de autonomie van de bewoner en ook zoveel mogelijk van diens levensstijl en wensen (d.w.z. het moet geen hinder of beperkingen voor andere bewoners opleveren). De wensen van de bewoner zijn

ook bij het leveren van zorg zoveel mogelijk leidend. Zeker waar het bewoners betreft die mogelijk door cognitieve achteruitgang verminderd zicht hebben op het afnemen van adequate zelfzorg vergt dit van medewerkers een zorgvuldig gezamenlijk afwegen van de noodzaak van motiveren en stimuleren van de bewoner tot het accepteren van zorg enerzijds versus het respecteren van diens (mogelijk dus wijzigende) geringe zorgwens. Dit vraagt niet alleen afstemming tussen de medewerkers maar dus ook waar mogelijk met de bewoners zelf en zeker ook diens familie. Dit is een van de aspecten die al dan niet direct vallen onder de Wet Zorg en Dwang. Het Rosa Spier Huis kiest er bewust voor om geen gesloten afdeling te creëren maar daar waar nodig specifiek maatwerk te leveren met bijvoorbeeld behulp van detectiemiddelen. Het vraagt wel voortdurende alertheid om te bewaken dat op zich goedbedoelde en ruimhartig ingezette zorg niet toch onbedoeld een vrijheidsbeperkend karakter krijgt voor de bewoner.

2.3 Acties en verbeterpunten

In de loop van 2021 constateerde het RSH dat een aantal zaken verbetering behoeften. Vervolgens bezocht de IGJ in de zomer van 2021 het RSH.

Dit alles leidde tot het opstellen van een verbeterplan. De implementatie startte al in 2021 maar loopt nog door in 2022.

- De evaluaties met bewoners en familie en specifiek de MDO's zijn een periode onvoldoende tot stand gekomen. In 2022 wordt het organiseren hiervan met nadruk bevorderd. Vanwege het tijdrovende karakter van het organiseren ervan wordt de receptie ingezet voor de ondersteuning van de EVV bij het plannen van de afspraken hiervoor.
- De voorbereiding op het MDO en de vorm van het MDO zelf heeft de afgelopen tijd zijn structuur in zekere mate verloren wat een heroriëntatie rechtvaardigt. Richtlijnen voor de voorbereiding (o.a. een risicoanalyse door de EVV in samenwerking met een collega) en het gesprek zelf worden derhalve onder de aandacht gebracht van de medewerkers middels informeren (in werkoverleg en via instructie door teamleider) en trainen.
- Er is gebleken dat er in de intakefase door meerdere disciplines/afdelingen een kennismakings- c.q. intakegesprek gevoerd wordt met de nieuwe bewoner maar dat onvoldoende bekend was van elkaar hoe e.e.a. verloopt en wat de uitkomsten waren. Ook bleek niet dat het voldoende geborgd was in een vaste werkwijze zodat niet alle bewoners eenzelfde zorgvuldige intake konden verwachten. Dit verdient meer en betere afstemming wat o.a. gerealiseerd wordt door een hernieuwing van het intakeprotocol waarbij een aantal vaste formulieren c.q. leidraden gehanteerd worden. Ook de evaluatie door en betrokkenheid bij het MDO van bijvoorbeeld de activiteitenbegeleiding wordt hiermee beter geborgd. Activiteitenbegeleiding zal ook verslag gaan leggen in het EPD.
- Een aantal specifieke zaken zullen beter neergelegd worden in de intakeprocedure zodat daadwerkelijk een goed beeld verkregen kan worden van niet alleen de wensen van de bewoner m.b.t. zorg en voeding maar ook meer zicht op diens levensdoelstellingen.
- Nagedacht wordt hierbij ook over mogelijkheden bij/met de bewoner proactief te kijken naar zijn levenswensen (of wensen m.b.t. het levenseinde) i.p.v. reactief. Bijvoorbeeld het doornemen van de continentiemogelijkheden en kansen i.p.v. afwachten tot er incontinentieproblemen ontstaan en dan pas actie ondernemen. Verdere uitwerking van onderwerpen volgt in (intern) verbeterregister. De geestelijk verzorger i.o. is hierbij betrokken en een werkgroep wordt ingesteld om dit punt nader uit te werken.
- Ter voorbereiding op verdere interne auditvormen is er een 'auditcommissie bewonersdossiers' ingesteld die periodiek de zorgdossiers doorneemt op volledigheid en

accuraatheid (waaronder met name de aspecten van zorg die onder de WZD vallen) waarbij tevens zicht verkregen kan worden op de wenselijkheid van scholing van medewerkers op specifieke onderdelen en/of ondersteuning.

- Er is niet voldoende zicht nog op de mogelijkheden van het EPD (Nedap ONS) en dit maakt dat de medewerkers ook hiermee niet afdoende ondersteund worden door ONS in het methodisch werken. Hier zal in het eerste kwartaal 2022 nader aandacht aan besteed worden en vastgelegd worden welke onderdelen van ONS wel of niet gebruikt gaan worden.
- In 2021 geboden scholing aangaande het doelgericht rapporteren zal in 2022 herhaald worden.
- (Para)medische disciplines maken nog onvoldoende gebruik van de rapportagemogelijkheden in ONS, hiervoor worden zij nader geïnformeerd en geïnstrueerd. Met de 'vaste' huisarts zijn er al afspraken gemaakt voor een verbeterd gebruik.
- Scholing m.b.t. de Wet Zorg & Dwang wordt in 2022 herhaald (verplichte e-learningmodule en interne scholing door kwaliteitsverpleegkundige). Binnen het lerend netwerk (samenwerking met Nusantara) zullen ervaringen uitgewisseld worden en mogelijke aspecten ter verbetering geïmplementeerd.
- Informatievoorziening aan familieleden kan verbeteren. In 2020 is een aanvang gemaakt met de implementatie van dit systeem (Caren); in 2021 zal bij de bewoners/familie dit hier nog geen gebruik van maken de mogelijkheden nogmaals onder de aandacht gebracht worden.

3 Wonen en welzijn

De zorgafdeling op de eerste en tweede etage was in opzet vooral bedoeld voor bewoners met een voornamelijk somatische indicatie (ZZP 6). In de loop van de tijd wordt echter steeds meer duidelijk dat er met name behoefte groeit voor zorgcapaciteit voor bewoners met een psychogeriatrische grondslag (ZZP 5), waarbij ook een grotere vraag naar dagstructuur en begeleiding aanwezig is. Dit maakt dat er eind 2021 een vooralsnog qua omvang beperkte woonkamer op de eerste etage is gecreëerd welke uitgebreid gaat worden tot zo'n 38 vierkante meter en voorzien zal worden van keukenblok. Ook hier zal de in 2021 reeds gestarte functie van huiskamermedewerker op basis van vraag en mogelijkheden verder uitgebreid worden en ook de activiteitenbegeleiding is voor deze bewoners in toenemende mate actief voor het bieden van gerichte en op de bewoners afgestemde activiteiten.

3.1 Zinnvolle dagbesteding

Het RSH bedient een specifieke doelgroep, nl. kunstenaars en wetenschappers en de bewoners maken een specifieke keuze om in het Rosa Spier Huis te komen wonen. Zij 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 zinnvolle tijdsbesteding is er dus een nauwe afstemming op de interesse van de bewoner. Daarnaast wordt ook individueel, op maat aandacht besteed aan zingeving en zinnvolle tijdsbesteding. Er wordt vanuit de activiteitenbegeleiding ook creatieve en bewegingsactiviteiten aangeboden die specifiek zijn afgestemd op de mogelijkheden van bijvoorbeeld de bewoners met dementie. Daarnaast wordt ook in de huiskamers op individuele en groepsbasis activiteiten aangeboden aan de bewoners die bij kunnen dragen aan een zinnvolle dag(besteding). In de loop van 2021 is het dienstenpatroon van de huiskamermedewerkers uitgebreid zodat tussen 08.00 en 20.00 uur en vrijwel sluitende aanwezigheid gegarandeerd is. Vanuit de activiteitenbegeleiding wordt een programma opgesteld wat voor zowel bewoners als familie en medewerkers inzichtelijk maakt welke activiteiten georganiseerd worden.

3.2 Zingeving

In de visie van het Rosa Spier Huis dragen betekenisvolle ontmoetingen tussen bewoners en jongeren bij aan een inspirerend en artistiek klimaat in het Rosa Spier Huis. Culturele uitwisselingen tussen jong en oud hebben daarom speciale aandacht. De nadruk ligt op samenwerkingsprojecten, workshops, concerten en voorstellingen met en/of door studenten van hogescholen voor de kunsten. Het Rosa Spier Huis hanteert hierbij een aantal doelstellingen:

- Het welzijn en de kwaliteit van leven van bewoners bevorderen door middel van kunst en cultuur en een inspirerend werk- en leefmilieu;
- De positie als een openbaar toegankelijk cultureel ontmoetingscentrum versterken met als resultaat dat de culturele en sociale participatie van bewoners, jonge en oude bezoekers wordt gestimuleerd;
- Contact tussen kunststudenten en ervaren kunstenaars op leeftijd stimuleren waardoor jongeren hun talenten verder ontwikkelen en ervaring opdoen en oudere kunstenaars betrokken blijven bij de ontwikkelingen in hun vakgebied. Ook wil het Rosa Spier Huis studenten een podium bieden.

Scholieren worden aangetrokken voor deeltijdfuncties in zowel de horeca als in de zorg (zorgassistenten).

Vanuit de zorg wordt aangesloten bij de levensvisie van de bewoner, o.a. bij het opstellen van het zorgleefplan en ook wordt, indien dit mogelijk is, met de bewoner het gesprek aangegaan m.b.t. de wensen in de laatste levensfase. Hier wordt in samengewerkt met de huisarts.

Er is sinds 2020 voor 8 uur per week een geestelijk verzorgende in opleiding (volgt een master aan de Hogeschool voor Humanistiek) aangesteld. Deze neemt zowel op eigen initiatief als op verzoek van zorgmedewerkers contact op met bewoners voor het bespreken van levens- en zingevingsvragen.

3.3 Persoonlijke verzorging

Het RSH is van mening dat de bewoners primair zelf moeten kunnen bepalen hoe zij er uit willen zien. Het begrip 'verzorgde kleding' kan bij strikte naleving een beperkend karakter krijgen en daarmee in tegenspraak blijken met de instandhouding c.q. bevorderen van de autonomie van bewoners. 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. Uiteraard dient hierbij ook gekeken te worden of het daadwerkelijke eigen keuzes betreffen van de bewoner of dat er bijvoorbeeld sprake is van een zekere mate van decorumverlies t.g.v. cognitieve achteruitgang. Juist omdat de scheidslijnen niet altijd heel duidelijk zijn er ook sprake kan zijn van veranderende opvattingen bij de bewoner is het zaak om hierover vooral in gesprek te blijven met de bewoner maar ook met diens familie.

3.4 Familieparticipatie en inzet vrijwilligers

Het RSH kent geen bezoektijden, familie is altijd welkom mits daarbij uiteraard het leefklimaat en de door de bewoners gewenste dagstructuur hiermee geen geweld aangedaan wordt. Middels het actief betrekken van familie bij de MDO's wordt getracht hun stem ook prominent naar voren te laten komen en tevens wordt de familie hierbij nadrukkelijk uitgenodigd waar mogelijk en haalbaar voor hen een bijdrage te leveren aan het welzijn van de bewoners.

Het inzetten van vrijwilligers wordt gestimuleerd en dat betreft dan ook en graag het participeren in het vrijwilligerswerk door bewoners van het RSH. Inmiddels is een fiks aantal particuliere bewoners van het RSH zeer actief als vrijwilliger in het Zorggebouw. Het RSH als woongemeenschap krijgt hierdoor nog meer verdieping.

Vrijwilligers worden ingezet bij gezamenlijke activiteiten (theatervoorstellingen, koffie schenken, ondersteunen bij activiteiten etc.) en individuele activiteiten (ziekenhuisbezoek, boodschappen doen, wandelen etc.). Bij het inzetten van vrijwilligers wordt zorgvuldig gekeken naar de mogelijkheden en onmogelijkheden in het algemeen (vrijwilligers kunnen aanvullend op de zorg zijn maar niet vervangend) maar ook naar draagkracht en mogelijkheden van de individuele vrijwilligers. Jaarlijks wordt een dag van de vrijwilligers georganiseerd door het hoofd activiteitenbegeleiding & vrijwilligers. Vrijwilligers worden niet gezien als medewerkers maar wel op dezelfde wijze serieus genomen, nieuwe vrijwilligers worden dus ook uitgenodigd voor de introductiebijeenkomsten voor nieuwe medewerkers en vrijwilligers.

3.5 Wooncomfort

Ten aanzien van de maaltijden en het schoonhouden van de leefomgeving heeft het RSH hoge standaarden. De huishoudelijke dienst heeft de zorg voor het reinigen van de afdelingen en er wordt op gestuurd om hierbij ook voor continuïteit van medewerkers te zorgen zodat er voor de bewoners een bekende is die komt schoonmaken. In de huiskamers worden de regels van de HACCP aangehouden, in 2021 is gestart met intern auditeren hierop en dit zal in 2022 gecontinueerd en waar mogelijk uitgebreid worden. Na enige aanpassingen in de maaltijdverstrekking in 2021 blijft het

de bedoeling dat bewoners een keuze hebben uit twee verschillende menu's waarbij ook op korte termijn wisseling van keuze plaats kan vinden. Vanuit het oogpunt van kwaliteit en duurzaamheid alsmede om zo goed mogelijk aan te kunnen sluiten bij de wensen van bewoners wordt er door de koks zelf gekookt met verse producten. Vanuit in eerder stadium geuite wensen door de cliëntenraad maar ook vanuit de visie dat zulks een verbetering van de dagstructuur kan betekenen is in 2021 overgegaan tot het serveren van de warme maaltijd in de avond, bewoners die de maaltijd in de middag wilden blijven gebruiken zijn hierin tegemoetgekomen. Op de afdeling PG wordt de maaltijd gezamenlijk gebruikt onder de zorg en begeleiding van een huiskamermedewerker en waar nodig ondersteund door een of meerdere zorgmedewerkers. Bewoners kunnen ervoor kiezen om de maaltijd in het galeriecafé te gebruiken. Dit wordt ten behoeve van onder andere de sociale contacten juist ook gestimuleerd. In het galeriecafé is hiervoor tijdens de maaltijden ook een huiskamermedewerker aanwezig voor de ondersteuning en begeleiding, ook hier indien nodig geholpen door een zorgmedewerker. Daarnaast is er tijdens de openingstijden een gastvrouw vanuit de keuken- en horecastaf aanwezig.

3.6 Acties en verbeterpunten

- Er lijken meer mogelijkheden te liggen om de familie/mantelzorgers actief bij de activiteiten op de afdeling te betrekken. Dit zal actief gestimuleerd worden middels bijvoorbeeld middagen met activiteiten waarbij familie actief uitgenodigd wordt om deel te nemen.
- In 2022 zal een inventarisatie worden gedaan onder de eerste contactpersonen van de bewoners welke activiteiten zij graag ontwikkeld zouden zien worden met betrekking van familie.
- Extra aandacht zal uitgaan naar de medewerkers m.b.t. het gesprek aangaan met bewoners hoe zij hun laatste levensfase graag ingevuld zouden zien.
- Ten aanzien van het welzijn van bewoners is er vanuit diverse disciplines aandacht hiervoor doch er zijn mogelijkheden om hier meer over in overleg te gaan en een betere afstemming te creëren.
- Alle huiskamermedewerkers gaan in 2022 een (verplichte) meerdaagse basisscholing volgen met de thema's 'bewoners met dementie', 'jouw werkzaamheden in en rond de huiskamer' en 'communicatieve en sociale vaardigheden'. De scholing wordt door een extern scholingsinstituut verzorgd en is in samenspraak op maat gemaakt voor het RSH.

4 Veiligheid

4.1 Medicatieveiligheid

Er zijn in 2019 twee aandachtsfunctionarissen medicatie aangesteld wat een duidelijke verbetering heeft gegeven op de medicatieverstrekking wat betreft duidelijkheid aan regels en richtlijnen alsmede afstemming met apotheek. Momenteel is er nog één aandachtsfunctionaris die hiervoor wel grotendeels vrijgemaakt is (18 uur). Tevens worden medicatiemeldingen vastgelegd in MIC/MIM-rapportage, de voorzitter van de MIC/MIM-commissie bespreekt op indicatie binnen een week de meldingen met de aandachtsfunctionarissen medicatie en/of de bij een MIC-melding betrokken medewerkers, dit om vooral het karakter van leren van fouten te bevorderen. De rapportage wordt driemaandelijks besproken met de bestuurder en de Cliëntenraad. Er wordt overigens in 2022 wel gekeken naar een betere methodiek voor de MIC/MIM-meldingen waarbij er een kortere lijn is tussen de melder en diens leidinggevende.

Uitgangspunt blijft dat de medicatieverstrekking aan de bewoners in het RSH aan de kwaliteits- en veiligheidseisen blijft voldoen zoals beschreven in 'Veilige principes in de medicatieketen – voor de sectoren verpleging, verzorging en thuiszorg':

<https://www.zorgvoorbeter.nl/docs/PVZ/vindplaats/medicatieveiligheid/veilige-principes-in-de-medicatieketen.pdf>

4.2 Decubituspreventie

Decubitus komt in beperkte mate voor. Preventief wordt halfjaarlijks een risicometing gedaan. Hierbij wordt de bewoner gewogen en wordt de voedingstoestand in beeld gebracht. In die gevallen waarbij er wel sprake is van decubitus, is er een uitgebreid decubitusprotocol aanwezig, welke als handleiding gebruikt wordt. Helaas heeft het RSH geen verpleegkundige in dienst die de opleiding tot wondverpleegkundige heeft gevolgd (en vanwege de opleidingseisen is het ook niet mogelijk om een verpleegkundige deze opleiding in het RSH te laten volgen), waar nodig wordt door c.q. in overleg met de huisarts een wondverpleegkundige van een collega-instelling ingeschakeld. Bij 4.4 worden enige verbeterpunten benoemd welke zijn opgenomen in het verbeterplan.

4.3 Gemotiveerd gebruik van vrijheid beperkende maatregelen

Middelen & Maatregelen worden zo weinig mogelijk toegepast en dan ook in de meest beperkt mogelijke vorm, conform de richtlijnen en uitgangspunten van de Wet Zorg en dwang. Het RSH kiest er bewust voor om geen gesloten afdeling te hebben. Dit heeft wel als gevolg dat in uiterste consequentie het kan voorkomen dat een bewoner vanwege niet meer te vermijden risico's overgeplaatst zal moeten worden, hetgeen tot op heden in de nieuwbouw nog niet plaats heeft hoeven vinden. Bij inhuizing van nieuwe bewoners wordt dit punt altijd wel meegenomen in de bespreking. De afspraak is dat de huisarts in alle gevallen dat er sprake is van mogelijk vrijheidsbeperkende maatregelen betrokken en geconsulteerd wordt waarbij in geval van negatieve conclusies niet tot inzetten van de maatregel wordt overgegaan. In alle gevallen is het uitgangspunt dat er vóór het inzetten van de maatregel en ook bij de evaluatie ervan gekeken wordt naar minder ingrijpende alternatieven. Maatregelen worden altijd ook besproken met familie (eerste contactpersoon/wettig vertegenwoordiger) en vastgelegd in het zorgleefplan. Als extern deskundige heeft het RSH afspraken met een zeer ter zake deskundige

ergotherapeut/manager behandelaars van een grote instelling in de regio. Via deze extern deskundige kan het RSH ook incidenteel advies inwinnen van een specialist ouderengeneeskundige.

4.4 Acties en verbeterpunten

- Het wordt onderkend dat er op het gebied van incontinentie eigenlijk te reactief gekeken wordt, d.w.z. dat er in actie gekomen wordt om maatregelen te treffen op het moment dat er sprake is van beginnende incontinentie. Het verdient aanbeveling en derhalve gepaste actie om bij alle bewoners een continentieplan te maken. Hierbij wordt dan gekeken naar de mogelijkheden om de bewoner zo lang en goed mogelijk te kunnen ondersteunen in een zelfstandige toiletgang.
- De indicatoren verpleeghuiszorg zoals die door Zorg Instituut Nederland (ZIN) uitgevraagd worden kunnen beter onder aandacht van (zorg)medewerkers gebracht worden waarmee een verdere versterking van het methodisch werken gerealiseerd kan worden. Met de kwaliteitsverpleegkundige en teamleiders zal een plan gemaakt worden om de medewerkers actief te betrekken bij de uitvraag van de indicatoren verpleeghuiszorg.
- De ervaring leert dat bewoners na een ziekenhuisopname in sterke mate verzwakt terugkomen in het RSH. Er wordt wel een diëtiste ingeschakeld wanneer hier aanleiding voor lijkt te zijn. De gedachte is echter dat het na een ziekenhuisopname standaard zou moeten zijn en dat er in overleg met huisarts, diëtiste en keuken- en zorgmedewerkers (EVV) een duidelijk voedingsplan op maat samengesteld wordt, gericht op herstel van spierkracht en daarmee mobiliteit en vitaliteit.
- Scholing over het inzetten van vrijheidsbeperkende maatregelen blijft een punt van voortdurende aandacht, mede omdat er vanuit goedbedoelde zorg acties ingezet kunnen worden die als uiteindelijk effect hebben dat er sprake is van een beperking van vrijheden van bewoners, waar dit dan niet als zodanig onderkend wordt. Dit is daarmee ook een van de belangrijke items waarop de interne auditcommissie bewonersdossiers de zorgleefplannen beoordeelt.

5 Leren en verbeteren van kwaliteit

5.1 Gebruik van informatie

5.1.1 Tevredenheidsonderzoek bewoners

FACIT-onderzoek (CQ-index) wordt jaarlijks uitgevoerd. De uitkomsten worden besproken met Cliëntenraad en Ondernemingsraad. Met hun input wordt vervolgens een verbeterplan opgesteld. Dit is een jaarlijkse procedure. Het onderzoek is terug te vinden op onze website. Particuliere bewoners en bewoners met een somatische zorgindicatie zijn geïnterviewd in 2019 met als algemeen rapportcijfer een 8,2 en een 8,4 voor de verzorging en verpleging. Bij de bewoners met PG-problematiek is een vragenlijst voorgelegd aan de vertegenwoordigers van de bewoners (veelal een familielid), het algemene rapportcijfer hier was een 8,1 en een 8,5 voor de verzorging en verpleging.

Ook in 2021 heeft in november een bewonerstevredenheidsonderzoek plaatsgevonden. De rapportage over de uitslagen is op het moment van schrijven evenwel nog niet bekend. Wanneer het volledige rapport binnen is zal in overleg met onder andere de Cliëntenraad wederom een verbeterplan opgesteld worden.

In 2022 zal in overleg met de Cliëntenraad gezocht worden naar een andere onderzoeksmethode c.q. onderzoeksbureau. Dit omdat na een aantal jaren de methode 'sleets' raakt en de resultaten niet altijd voldoende bruikbaar zijn.

5.1.2 Tevredenheidsonderzoek medewerkers

Dit vond plaats in oktober 2020, en wordt in principe elke 2 jaar uitgevoerd. De algemene uitkomst was een 7,3 (respons 73%). De bevindingen zijn in kaart gebracht en besproken met OR en Managementteam. Eind 2022 zal een nieuw medewerkerstevredenheidsonderzoek plaatsvinden.

5.1.3 PREZO-keurmerk – kwaliteitssysteem

Het RSH heeft in 2020 wederom het PREZO kwaliteitskeurmerk voor verantwoorde zorg en verantwoord ondernemerschap behaald. Het betrof hier de initiële audit van een nieuwe cyclus. In 2021 heeft een vervolgaudit plaatsgevonden op basis waarvan het keurmerk voor een jaar is gecontinueerd. Na een aantal jaren dit keurmerk en deze methodiek gebruikt te hebben bestaat de behoefte aan een nieuwe aanpak. In overleg met de Cliëntenraad zal in 2022 een onderzoek plaatsvinden om een nieuwe systematiek te selecteren.

5.1.4 Inspectiebezoek IGJ

In juli 2021 heeft de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) een aangekondigd bezoek gebracht aan het RSH waarbij een algemeen onderzoek heeft plaatsgevonden. Op basis hiervan is een rapport tot stand gekomen waarbij het RSH is geadviseerd een aantal verbeteringen door te voeren, welke adviezen het RSH alle herkende. Hierop heeft de organisatie een verbeterplan gemaakt en acties uitgezet. In belangrijke mate zijn de verbeteracties weer geïntegreerd in het voorliggende kwaliteitsplan. Daarnaast zijn ook andere acties uitgezet om een verder borging van methodisch werken en het hanteren van een duidelijke pdca-cyclus te garanderen. In maart/april 2022 zal een vervolgbezoek van de IGJ plaatsvinden.

5.2 Overleg en verantwoording over kwaliteitsbeleid

Alle rapporten en (uitkomsten van) onderzoeken worden ter bespreking c.q. advisering of instemming voorgelegd aan de organen waarmee de directie in structureel overleg is: de raad van

toezicht, de cliëntenraad, de ondernemingsraad, het managementteam en waar mogelijk ook met de medewerker op de werkvloer.

Op de voorgeschreven wijze en in de geëigende kanalen zoals het kwaliteitsportaal van ZIN levert het RSH alle benodigde en gevraagde informatie aan, zoals bijvoorbeeld ook de website van het RSH. Uitgangspunt hierbij is dat maximale transparantie nagestreefd wordt in het belang van een opendialoog over de kansen en mogelijkheden om de zorg te verbeteren.

5.3 Samenwerking collega-instellingen en lerend netwerk

Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg adviseert om met twee collega-instellingen een lerend netwerk te vormen. Tot op heden heeft het RSH echter een direct samenwerkingsverband met Nusantara, een qua omvang redelijk vergelijkbare instelling met een vestiging in Bussum en in Ugchelen. Ook Nusantara richt zich op een specifieke doelgroep, namelijk Nederlanders van Indische afkomst. Door omstandigheden in de zorg bij beide organisaties is de afgelopen twee jaar de uitwisseling minder intensief geweest dan bedoeld maar er zijn intenties om deze samenwerking en uitwisseling, juist ook vanwege gevoelde gezamenlijke en gelijklopende belangen weer te intensiveren.

Het RSH blijft ook verbonden aan het Zorg Innovatie Huis, een samenwerkingsverband gericht op ontwikkelingen in brede zin in de ouderenzorg die aangegaan is met collega-instellingen Amaris en Inovum.

5.4 Acties en verbeterpunten

- In 2022 zal nader overlegd worden door de zogenaamde 'vijf kleine organisaties' in de regio Gooi & Vechtstreek over nadere samenwerkingsmogelijkheden m.b.t. behandeling maar ook organisatorische en bedrijfsmatige aspecten. Die andere instellingen zijn Nusantara, De Oude Pastorie, de King Arthur Groep en LZorg & begeleiding.
- Met Nusantara heeft het RSH een verbinding in het kader van het lerend netwerk. In het verleden is ervoor gekozen om geen tweede organisatie hiervoor te benaderen vanuit de gedachte dat dit te belastend zou zijn voor het RSH. Gegeven de samenwerking c.q. het overleg met de andere vier kleine organisaties is er feitelijk al sprake van een uitgebreider lerend netwerk nu. Met Nusantara zijn er afspraken om in 2022 en verder nadere samenwerkings- en uitwisselingscontacten te organiseren.
- Het RSH blijft ook in 2022 participeren in een nog breder verband van zorgorganisaties, namelijk alle ouderenzorgorganisaties in de regio Gooi & Vechtstreek wat onder uitwisseling en ontwikkeling van samenwerkingsverbanden op het gebied van een regionale zorgacademie, een regionale zorgvisie en de ontwikkeling van een gemeenschappelijke behandelvisie inhoudt.

6 Leiderschap, governance en management

6.1 Visie op leiderschap

De directie /bestuur zijn voorwaardenscheppend en ondersteunend. Het primaire proces staat centraal. 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 teamleiders zorg en medewerkers. Het RSH is een kleine organisatie met korte lijnen. Gezien de beperkte omvang van de organisatie heeft het RSH geen VAR (verpleegkundige adviesraad). Wel is er in ruime mate een verpleegkundige visie en inbreng gegarandeerd:

- De adjunct-directeur is een BIG-geregistreerd verpleegkundige.
- In de OR hebben vertegenwoordigers van de verpleegkundige disciplines zitting.
- De teamleiders zorg zijn verpleegkundigen.
- Er is sinds 2020 een kwaliteitsverpleegkundige verbonden aan de instelling.

6.2 Samenwerking met RvT

De samenwerking met RvT wordt gekenmerkt door korte lijnen, naast de formele contactmomenten vindt er incidenteel overleg en informatievoorziening plaats. De RvT is daarnaast ook geheel of partiel aanwezig bij evenementen voor de bewoners. Er heerst een sfeer van openheid en toegankelijkheid, er is onderling vertrouwen en acceptatie. De gezamenlijke normen en waarden zijn tijdens het overleg over de Governance Code benoemd. In 2019 heeft een gezamenlijke oriëntatie op missie en doelstelling plaatsgevonden met Directie en RvT. In 2021 is er een ‘commissie kwaliteitsbeleid’ benoemd binnen de raad van bestuur bestaande uit twee leden, het reglement voor de commissie is vastgesteld.

6.3 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 in 2020 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 2022 zal de samenwerking weer worden geëvalueerd.

6.4 Samenwerking met Cliëntenraad

In 2021 is een nieuwe cliëntenraad tot stand gekomen nadat de ‘oude’ cliëntenraad na verlengde zitting is afgetreden. Op initiatief van bewoners is er evenwel ook een huurdersvereniging geformeerd waarbij een aantal leden van de cliëntenraad zijn teruggetreden. Inmiddels is er zowel een functionerende huurdersvereniging als een cliëntenraad. In de cliëntenraad hebben twee leden met ervaring in de (ouderen)zorg zitting alsmede een bewoner en een familielid van een bewoner.

7 Personeelssamenstelling

Met de inhuizing in de nieuwbouw is een uitbreiding van de formatie geweest. Daarbij zijn ook - voor het RSH nieuwe – functies tot stand gekomen zoals de horecamedewerkers en de huiskamermedewerkers. Op de nieuwe locatie is het all inclusive wonen losgelaten en vervangen door een modulair model. Wonen en zorg zijn gescheiden. Er is een scala aan zorgproducten en diensten waaruit gekozen kan worden hetgeen op de organisatie in het algemeen maar zeker op de medewerkers een grote impact heeft gehad. Daarnaast zijn er landelijke en regionale factoren die voor de werving en selectie en de samenstelling van het personeelsbestand van het RSH belangrijke invloeden hebben, het betreft dan met name moeilijk te vervullen vacatures en een groter dan voorheen verloop.

7.1 Personeelsontwikkeling

In 2021 is het aantal medewerkers dat een opleiding volgt flink hoger dan voorheen. Het betreft opleidingen op niveaus 2, 3 en 4. Juist vanwege de problematiek op het vlak van personeelswerving (met name gediplomeerde zorgmedewerkers) is ervoor gekozen om verder te groeien als leerbedrijf en medewerkers aan te trekken die middels scholing en/of opscholing gekwalificeerd willen worden voor het werken in de zorg. Dit heeft ook tot gevolg dat de organisatie qua personeel veranderingen moet doorvoeren teneinde een goed opleidingsklimaat te realiseren.

Het RSH heeft een relatief hoog aantal verpleegkundigen in dienst vanuit de noodzaak van het leveren van voldoende kwaliteit van zorg omdat we een instelling zijn zonder behandeling wat maakt dat er geen 24 uren behandelcapaciteit geleverd kan worden maar een beroep gedaan moet worden op de eerstelijnsvoorzieningen. Vanuit het oogpunt van een goed leerklimaat voor opleidingen is een goed geportioneerd bestand aan verpleegkundige medewerkers ook een voordeel.

E.e.a. laat onverlet dat ook het RSH, als de instellingen om ons heen, zich moet oriënteren op alternatieve functies zoals zorgassistenten die kunnen bijdragen aan het oplossen van de tekorten aan zorgpersoneel. Tevens is het in dit licht van groot belang dat het RSH met collega-instellingen blijft zoeken naar innovaties op zorggebied, zowel technisch als organisatorisch, die bij kunnen dragen aan het in stand houden van een kwalitatief goede zorg voor de bewoners.

Daarnaast blijft het van belang om het huidige personeel voldoende te scholen maar ook te betrekken bij een gezond lerend klimaat binnen de organisatie. Het betreft dan niet alleen het verzorgend personeel maar ook personeel in gedeeltelijke zorg en gedeeltelijk ondersteunende functies zoals de huishoudelijke dienst.

Punten van aandacht die hiervoor in breed beraad aan de orde moeten blijven komen zijn:

- Onboardingsprogramma's (hoe houden we personeel vast);
- Een optimale roostering;
- Terugdringen van PNIL (personeel niet in loondienst);
- Adequate (interne) scholing: e-learning, klinische lessen, verpleegtechnische handelingen, etc.;
- Functieflexibiliteit (medewerkers met meerdere functies);
- Functiedifferentiatie (inzetten van bijvoorbeeld zorgassistenten);
- Opleiden van medewerkers (bestaand en nieuw);
- Inzet van mantelzorgers en vrijwilligers;
- Inzet van zorginnovaties die werkdruk kunnen verlagen en kwaliteit van zorg vergroten;
- Hoe kan het RSH een bijdrage leveren aan de persoonlijke ontwikkeling van medewerkers wat maakt dat zij een nog betere bijdrage kunnen leveren aan de missie en doelstellingen van het RSH;
- ...

7.2 Personeelsbeleid

Het RSH heeft afgelopen jaar te kampen gehad met een hoog langdurig ziekteverzuim (oplopend tot een periode van 28%, voornamelijk langdurig verzuim), waarbij het specifiek niet beïnvloedbare factoren betrof. Dit laat onverlet dat het RSH groot belang hecht aan een gezonde werkomgeving waarin een grote mate van participatie, ontwikkeling en taakzelfstandigheid voor de medewerkers gerealiseerd kan worden.

7.3 Personeelssamenstelling peildatum 26-11-2021

Functie	Functieniveau	FTE	Aantal
Activiteitenbegeleiding			
Hoofd Activiteitenbeg. & Vrijwilligers	HBO	1,00	1
Activiteitenbegeleiding	HBO	1,22	3
Cultureel manager	MBO4	0,89	1
		3,11	5
Administratie			
Hoofd Administratie	HBO	1,00	1
Bewoners Coörd.	MBO4	0,67	1
Adm. Medewerker	MBO4	1,56	2
		4,12	5
Directie			
Directeur	WO	1,00	1
Adjunct-directeur	WO	1,00	1
		2,00	2
Huishouding			
Hfd huishouding	MBO4	1,00	1
Huish. Medew	MBO2	5,32	13
		6,07	14
Huiskamers PG & SOM			
Huiskamermedewerker	MBO1/4	6,21	14
		6,21	14
Keuken & Horeca			
Souschef	MBO4	2,00	2
Kok	MBO4	1,56	2
Keuken-/voedingsassistente	MBO1/2	3,67	6
Horecamedewerker (/keukenhulp)	MBO1/2	2,00	11
		9,23	21
Receptie			
Receptioniste	MBO1/2	1,78	4
Totaal aantal dienstverbanden: 5		1,78	4
Technische en facilitaire dienst			
Hoofd TD	HBO	1,00	1
Ass. Techn.Onderh.	MBO4	1,00	1
		2,00	2
Verpleging en verzorging			
Teamleider zorg	HBO	2,70	3
Kwaliteitsverpleegkundige	HBO	0,56	1
Verpleegkundige	HBO	1,45	2
Verpleegkundige	MBO4	7,69	10*
Leerling verpleegkundige niv 4	MBO4	3,06	4
Leerling verpleegkundige niv 5	HBO-V	0,83	1
Verzorgende niv 3	MBO3	10,01	15*

Leerling verzorgende niv 3	MBO3	5,45	7
Helpende niv 2 plus	MBO2	5,22	7
Helpende niv 2	MBO2	1,45	2
Helpende niv 1	MBO1	0,44	3
Huiskamermedewerker	MBO2/4	6,21	14
Geestelijk verzorger i.o.	HBO	0,22	1
		46,74	47

*= inclusief detacheringen

7.4 Acties en verbeterpunten

- Betreffende de verzuimbegeleiding en het motiveren en ondersteunen van personeel is het geïndiceerd om de leidinggevenden verder te ondersteunen door het bieden van ontwikkelingsmogelijkheden en vaardigheden;
- Het RSH zal verder in blijven zetten op het opleiden van (zorg)personeel wat ook betekent dat facilitering in de organisatie verder ontwikkeld moet worden, o.a. door het vrijmaken van medewerkers voor taken in de directe begeleiding en als praktijkbegeleider;
- Er volgt nadere afstemming met Nusantara over mogelijkheden tot gezamenlijke inzet van een HR-functionaris;
- Een bredere oriëntatie op alternatieven binnen de zorgverlening (nieuwe en andere functies, functiedifferentiatie, scholingsmogelijkheden) zullen aandacht blijven vragen.
- Met de nieuwe bestuurder zal in het eerste kwartaal 2022 overleg worden over de mogelijkheden tot personeelsbinding middels incentives in arbeidsvoorwaarden;
- Er wordt in 2022 een verbeterd systeem van capaciteitsplanning ingevoerd;
- Nadere berekeningen zullen worden gemaakt om de kosten van inzet van ZZP'ers en gedetacheerden beter in kaart te brengen.

Tot slot

Ideeën komen nooit louter in één week, goede plannen moet je nooit opschorten omdat ze nu eenmaal nog niet in een planning opgenomen zijn en voortschrijdend inzicht is niet tegen te houden in een organisatie die lerend en verbeterend wil zijn. Daarbij is het een goed streven om administratieve lasten te beperken tot de werkelijk belangrijke zaken omdat het tijd wegneemt van de zaken waar het met name om draait: met de bewoner in contact staan en inzetten op diens welzijn. Dit kwaliteitsplan moet dan ook niet gelezen worden als de wet van 2022. Het is wel de bedoeling hiermee de kaders aan te geven om zo ook wel houvast te hebben en ook te kunnen beoordelen of we in 2022 daadwerkelijk doen wat we ons voornemen. Het kwaliteitsplan is tot stand gekomen met inbreng van de cliëntenraad, leidinggevenden en medewerkers. Wat het verder eigenlijk vooral moet zijn is de basis voor een doorlopende dialoog over de organisatie het Rosa Spier Huis, het doel waar zij voor staat en binnen het licht van dit plan met name natuurlijk de zorg en andere activiteiten die het welzijn van de bewoners moeten verzekeren en bevorderen. Deze dialoog moet eigenlijk door iedereen mede gevoerd worden die op enigerlei wijze betrokken is bij het Rosa Spier Huis.