



Kwaliteitsplan Rosa Spier Huis

“Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg 2017”



Vs060717

1.	Inleiding	3
2.	Profiel Zorgorganisatie	3
2.1.	Zorgvisie en Kernwaarden	3
2.2.	Doelgroepen	5
2.3.	Type zorgverlening en productie.....	6
2.4.	Locaties, zorgomgeving, besturingsfilosofie	7
3.	Profiel personeel en personeel samenstelling	7
4.	Kwaliteit – en Veiligheid	9
4.1.	Meerjarenbeleidsplan 2017 -2019	9
4.2.	PREZO gouden keurmerk – kwaliteitssysteem	10
4.3.	Veiligheid	10
4.4.	Tevredenheidsonderzoeken	10
4.5.	Ontwikkelplannen zorgkantoor	11
4.6.	Waardigheid en Trots inzet extra middelen.....	11
5.	Kwaliteitskader Verpleeghuis zorg: situatie, plannen en waardering.....	11
5.1	Basisveiligheid	12
5.2.	Wonen en Welzijn	13
5.3.	Persoonsgerichte zorg en ondersteuning	13
✓	<i>Compassie:</i>	13
✓	<i>Uniek zijn:</i>	14
✓	<i>Autonomie</i>	14
✓	Zorgdoelen:	15
✓	Voorlopig Zorgplan	15
✓	Verantwoord opstellen Zorgleefplan	15
5.4.	Leren en werken aan kwaliteit	15
6.	Leiderschap, governance en management	16
6.1.	Personeelssamenstelling (voldoende en vakbekwaam personeel)	17
6.2.	Gebruik van hulpbronnen	20
6.3.	Gebruik van informatie	20
7.	Samen leren en verbeteren.....	20
7.1.	Kwaliteitsplan	20
7.2.	Algemeen.....	20
8.	Aktielijst.....	21

1. Inleiding

Het Rosa Spier Huis is een kleine organisatie (ca. 47 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 VPT, 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 éénhoofdig 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. Gezien de beperkte tijdsspanne tussen bekendmaking kader en publicatieplicht, de beperkte omvang van de organisatie én het omvangrijke nieuwbouwproject dat momenteel wordt gerealiseerd, 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

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

2.1. Zorgvisie en Kernwaarden

Toekomstvisie Rosa Spier Huis

"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 haar 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.”

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 één 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.

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 begeleidde activiteiten voor bewoners en hun familie, openbare exposities, concerten, theatervoorstellingen, try-outs, lezingen en meer.

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 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.

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.

Het RSH zal:

- 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
- BOPZ-afdeling voor zwaardere dementie inrichten (nu moet men nog verhuizen in de allerlaatste levensfase)
- Focussen op welbevinden (en niet op aanwezigheid van ziekte)
- Hotelconcept en zeker geen ziekenhuisconcept nastreven
- Bewonersparticipatie stimuleren; actieve deelname in commissies zoals tentoonstelling/Rosa Proza/ lezingen organiseren/ kunstcollectie beheren etc.

2.2. 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.

De gemiddelde leeftijd (peildatum 1 februari 2017 is 85,6 jr.

Tabel: overzicht indicatie, leeftijd en opnameduur.

Peil datum 1-2-2017				
ZZZP	Aantal	leeftijd	verblijfsduur in mnd	verblijfsduur in jr
Eerstelijnsverblijf laag complex		73	1	0,08
Eerstelijnsverblijf laag complex		73	1	0,08
Eerstelijnsverblijf laag complex		78	1	0,08
	3			
Partnerverblijf		87	6	0,50
Partnerverblijf		84	21	1,75
	2			
VPT-4 (ex BH incl DB)		97	2	0,17
VPT-4 (ex BH incl DB)		94	1	0,08
VPT-4 (ex BH incl DB)		94	12	1,00
VPT-4 (ex BH incl DB)		92	9	0,75
VPT-5 (ex BH incl DB)		82	12	1,00
VPT-5 (ex BH incl DB)		87	8	0,67
VPT-6 (ex BH incl DB)		83	2	0,17
	7			
VV-1 (ex BH incl DB)		91	85	7,08
VV-1 (ex BH incl DB)		91	60	5,00
	2			
VV-2 (ex BH incl DB)		90	35	2,92
VV-2 (ex BH incl DB)		82	86	7,17
	2			
VV-3 (ex BH incl DB)		94	51	4,25
VV-3 (ex BH incl DB)		93	51	4,25
VV-3 (ex BH incl DB)		97	74	6,17
	3			
VV-4 (ex BH incl DB)		84	35	2,92
VV-4 (ex BH incl DB)		90	26	2,17
VV-4 (ex BH incl DB)		90	1	0,08
VV-4 (ex BH incl DB)		89	33	2,75
VV-4 (ex BH incl DB)		91	30	2,50
VV-4 (ex BH incl DB)		78	22	1,83
VV-4 (ex BH incl DB)		87	77	6,42
VV-4 (ex BH incl DB)		71	18	1,50
VV-4 (ex BH incl DB)		88	9	0,75
VV-4 (ex BH incl DB)		71	18	1,50
VV-4 (ex BH incl DB)		95	29	2,42
VV-4 (ex BH incl DB)		85	6	0,50
	12			
VV-5 (ex BH incl DB)		88	38	3,17
VV-5 (ex BH incl DB)		87	10	0,83
VV-5 (ex BH incl DB)		94	46	3,83
VV-5 (ex BH incl DB)		103	75	6,25
VV-5 (ex BH incl DB)		87	81	6,75
VV-5 (ex BH incl DB)		73	38	3,17
VV-5 (ex BH incl DB)		76	61	5,08
	7			
VV-6 (ex BH incl DB)		84	31	2,58
VV-6 (ex BH incl DB)		90	10	0,83
VV-6 (ex BH incl DB)		99	20	1,67
VV-6 (ex BH incl DB)		93	58	4,83
VV-6 (ex BH incl DB)		86	8	0,67
VV-6 (ex BH incl DB)		95	50	4,17
VV-6 (ex BH incl DB)		80	18	1,50
VV-6 (ex BH incl DB)		85	23	1,92
VV-6 (ex BH incl DB)		93	18	1,50
VV-6 (ex BH incl DB)		76	6	0,50
VV-6 (ex BH incl DB)		87	18	1,50
VV-6 (ex BH incl DB)		72	1	0,08
VV-6 (ex BH incl DB)		85	27	2,25
VV-6 (ex BH incl DB)		86	52	4,33
	14			
Particulier		83	47	3,92
Particulier		89		
Particulier		78	8	0,67
Particulier		82	21	1,75
Particulier		84	22	1,83
Particulier		92	36	3,00
Particulier		79	31	2,58
Particulier		86	68	5,67
Particulier		84	104	8,67
Particulier		78	25	2,08
Particulier		70	1	0,08
Particulier		84	84	7,00
Particulier		80	14	1,17
	13			
		gemidd	gemidd	gemidd
totaal	65	85,6	30,8	2,57 jr

2.3.Type zorgverlening en productie

Het Rosa Spier Huis biedt:

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

2016 (bron KPI-kwartaalrapportage)		
KPI's	Reëel	
Financieel		
Intramuraal budget	2.962.622	
Overige opbrengsten (particulieren)	527.008	
Overige opbrengsten	-3.750	
Totaal bedrijfsopbrengsten	3.485.880	
Personeel in loondienst	-1.609.406	
Sociale lasten	-369.505	
Overig	-1.223.464	
Totaal bedrijfsuitgaven	-3.202.375	
Financieel resultaat in Euro's	283.505	
Productie in dagen		% van totaal dagen
# dagen beschikbaar	25.620	
ZZP 0	627	2,77%
ZZP 1	1.381	6,10%
ZZP 2	1.068	4,72%
ZZP 3	1.347	5,95%
ZZP 4	4.366	19,29%
ZZP 5	3.469	15,33%
ZZP 6	4.912	21,70%
VPT 4	630	2,78%
VPT 5	455	2,01%
VPT 6	82	0,36%
1e lijns verblijf ZZP 3	164	0,72%
2e lijns verblijf ZZP 6	0	0,00%
Particulier	3.930	17,36%
Mut. dgn	204	0,90%
Totaal dagen	22.635	100,00%
Bezettingsgraad	88,35%	
Wachlijst aantal ultimo Q	295	

2.4. Locaties, zorgomgeving, besturingsfilosofie

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

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 heeft een platte organisatiestructuur, met korte lijnen en open deuren.

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

- Adjunct-directeur wordt actief betrokken (en geïnformeerd) bij bestuurszaken, en is ook aanwezig bij overleg met RvT, CR en OR. Bestuurder en Adjunct-directeur vormen samen het MT.
- Manager Cultuur: concentratie van werkzaamheden. Manager Cultuur neemt coördinatie Cultuur over van directeur, en uitvoering over van de medewerkster cultuur.
- Decentralisatie waarbij coaching, evt. bijscholing en ondersteuning essentieel is.

3. Profiel personeel en personeel samenstelling

Verdeling zorgverleners over functies en niveaus

Overzicht personeel	d.d. 28-2-2017	aantal	parttime		Leerling of gediplomeerd
			%		
00001100: Directie	Directeur	1	1,00	nvt	
00001200: Rec adm secr	adm medewerker	1	0,67	nvt	
00001200: Rec adm secr	Administrateur	1	0,56	nvt	
00001200: Rec adm secr	Coord.Rec./Adm.	1	0,83	nvt	
00001200: Rec adm secr	Cult.Adm.Medew.	1	0,42	nvt	
00001200: Rec adm secr	Directiesecretaresse	1	0,89	nvt	
00001200: Rec adm secr	Receptioniste	3	0,24	nvt	
00002200: Keuken	Hoofd keuken	1	1,00	nvt	
00002200: Keuken	Keukenassistent	8	2,51	nvt	
00002200: Keuken	Kok	1	0,67	nvt	
00002200: Keuken	Sous chef	1	0,89	nvt	
00002400: Huishouding	Hfd huishouding	1	1,00	nvt	
00002400: Huishouding	Huish. Medew	11	3,76	nvt	
00002400: Huishouding	Teamleider HH	1	1,00	nvt	
00003000: Verzorging	Activiteitenbegel.	2	1,11	nvt	
00003000: Verzorging	Activiteitenbegel.	1	0,56	gedipl. vpk niv. 5	
00003000: Verzorging	Adjunct directeur	1	1,00	nvt	
00003000: Verzorging	Creatief therap	1	0,17	nvt	
00003000: Verzorging	Helpende	1	0,05	nvt	
00003000: Verzorging	Helpende	1	0,05	gedipl. niv. 2, per 1-4-2017 niv. 2	
00003000: Verzorging	Helpende plus	3	1,17	gedipl. niv 2+	
00003000: Verzorging	Helpende plus	1	0,44	gedipl. niv 2+, volgt opl. Niv. 3	
00003000: Verzorging	helpende/voedingsassistent	5	0,36	nvt	
00003000: Verzorging	Muziektherapeut	1	0,72	nvt	
00003000: Verzorging	stagiair	1	0,65	leerling niv. 2	
00003000: Verzorging	stagiair	1	1,00	stagiaire vpk niv 5	
00003000: Verzorging	stagiair	1		stagiaire niv. 3	
00003000: Verzorging	Verpleegkundige	2	1,23	gedipl. vpk niv. 4	
00003000: Verzorging	Verpleegkundige	1	0,67	gedipl. vpk niv. 5	
00003000: Verzorging	Verpleegkundige	1	0,22	aangenomen voor niv. 3, maar is gedipl. Vpk niv. 5	
00003000: Verzorging	Verpleegkundige	1	0,05	gedipl. vpk, uit dienst per 1-3-2017	
00003000: Verzorging	Verzorgende	19	12,27	gedipl. niv. 3	
00003000: Verzorging	Verzorgende	1	0,05	gedipl. niv. 2	
00003000: Verzorging	Zorgcoördinator/verpleegk	1	0,67	gedipl. vpk niv. 5	
00005000: Technische Dier	Ass. Techn. Onderh.	2	1,03	nvt	
00005000: Technische Dier	Hoofd TD	1	1,00	nvt	
overig Vrijwilligers	vrijwilliger	46		per 1/3/17	

Per 28 februari 2017:

- 1 leerling en twee stagiaires op 26 verzorgenden en verpleegkundigen (15,15 fte)
- 2 verzorgenden in opleiding voor hoger niveau

In – en uitstroomcijfers

feb-17				
Datum in dienst	Datum uit dienst	Functie omschrijving	Parttime factor	reden
08-02-2016	08-02-2016	stagiair	0,89	stage
01-02-2009	29-02-2016	Huish. Medew	0,33	
01-02-2011	29-02-2016	Ziekenverzorgende	0,11	pensioen
08-02-2016	17-04-2016	stagiair	0,89	stage
01-11-1970	28-04-2016	Keukenassistent	0,33	pensioen
01-01-2016	30-04-2016	lid RvT	0,10	nieuw regime
01-01-2016	30-04-2016	lid RvT	0,10	nieuw regime
01-01-2016	30-04-2016	lid RvT	0,10	nieuw regime
01-01-2016	30-04-2016	lid RvT	0,10	nieuw regime
01-05-2005	03-05-2016	Directeur	1,00	pensioen
23-11-2015	27-06-2016	stagiair	0,67	stage
01-07-2015	30-06-2016	Helpende plus	0,05	
18-07-2016	19-08-2016	Huishoudelijke Hulp	0,42	
25-07-2016	23-08-2016	Keukenassistent	0,56	
01-05-2016	01-09-2016	Verzorgende	0,05	
14-04-1997	30-09-2016	Hoofd keuken	1,00	
17-03-2014	30-09-2016	Keukenassistent	0,06	
05-09-2016	14-11-2016	stagiair	1,00	stage
01-11-2016	30-11-2016	Huish. Medew.	0,02	
01-12-2015	01-12-2016	Huish. Medew	0,33	
09-10-2016	09-12-2016	Verzorgende	0,03	
01-12-2016	15-12-2016	Verzorgende	0,05	
14-11-2016		Huish. Medew.	0,02	
14-11-2016		stagiair	0,89	stage
01-10-2016		Keukenassistent	0,04	
15-03-2016		Verpleegkundige	0,05	
01-09-2016		helpende/voedingsassistent	0,06	
01-05-2016		Verzorgende	0,05	
01-11-2016		Keukenassistent	0,04	
01-12-2016		Huish. Medew.	0,02	
01-07-2016		Sous chef	0,89	
01-07-2016		helpende/voedingsassistent	0,02	
01-07-2016		helpende/voedingsassistent	0,08	
01-07-2016		Ass. Techn. Onderh.	0,03	
01-08-2016		helpende/voedingsassistent	0,04	
01-08-2016		Verzorgende	0,89	
05-09-2016		adm medewerker	0,67	
01-02-2016		Huish. Medew	0,33	
01-01-2016		stagiair	0,65	stage
01-02-2016		Directeur	1,00	
01-05-2016		Keukenassistent	0,67	
01-08-2016		helpende/voedingsassistent	0,17	
	personen	FTE	toelichting	
in dienst		31	9,11	
van totaal in dienst		4	0,4 leden RvT	i.v.m. wetgeving
van totaal in dienst		3	2,54 stageair	
uit dienst		22		
van totaal uit dienst		4	0,4 leden RvT	i.v.m. wetgeving
van totaal uit dienst		3	2,56 stageair	
pensionering		3	1,44	

Omschrijving	Bedrag	%
Intra/Extramuraal opbrengsten	2.917.762	81 % van totale opbrengsten
Particuliere opbrengsten en subsidies	691.532	19 % van totale opbrengsten
Som der opbrengsten	3.609.294	
Personeelskosten plus sociale lasten	-2.204.730	67% van lasten
Overige bedrijfskosten	-1.049.337	33 % van lasten
Som der bedrijfslasten	3.254.067	
Bedrijfsresultaat	355.227*1	9,8 % van opbrengsten
Financiële baten en lasten	-18.717	
Resultaat boekjaar	336.510	Waarvan 329.000 tgv vrijval lening
Genormaliseerd resultaat	11.000	

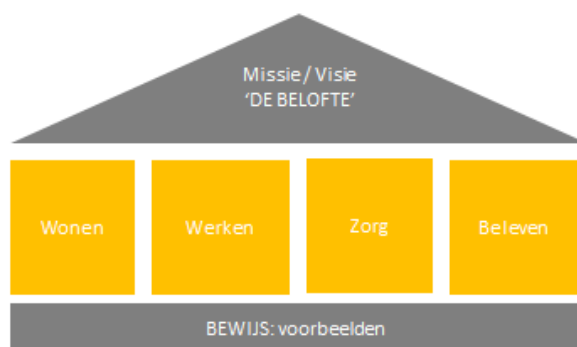
4. Kwaliteit – en Veiligheid

4.1. 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 betrokken 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 theater 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 (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>)

4.2.PREZO gouden keurmerk – kwaliteitssysteem

- Het RSH heeft in 2016 wederom het PREZO Gouden kwaliteitskeurmerk voor verantwoorde Zorg en Verantwoord ondernemerschap behaald. Het RSH scoorde positief op alle 15 prestaties. Het volledige rapport van 2016 is gepubliceerd op onze website. M.b.t de aandachtspunten t.b.v. de volgende audit zijn maatregelen genomen of gestart.
- In 2017 en 2018 volgt een kleine tussentijdse audit, in 2019 weer een volledige
- In verband met de nieuwbouw (ingebruikname begin 2019) wordt het kwaliteitshandboek de komende jaren aangepast.

4.3. Veiligheid

De Melding incidenten (MIC) en Melding incidenten medewerkers (MIM) procedures worden uitgevoerd conform de eisen. Per kwartaal is een rapportage voorzien als onderdeel van het KPI-rapport dat ook wordt gedeeld met de RvT, CR en OR.

Het kwartaalverslag en jaarverslag worden besproken met CR en RvT.

De PDCA-cyclus is van toepassing. Voortdurend wordt gezocht naar verbetermogelijkheden welke vervolgens worden doorgevoerd en geëvalueerd.

4.4.Tevredenheidsonderzoeken

- Bewoners/mantelzorgers en familie: FACIT-onderzoek (CQ-index) vond plaats eind 2016 en wordt in principe elke 2 jaar herhaald. Het onderzoek is terug te vinden op onze website. Het RSH kreeg een 8,2. N.a.v. de uitkomsten in een verbeterplan opgesteld (25 feb. 2016) en uitgevoerd.
- Medewerkerstevredenheid: vond plaats in 2017, en wordt in principe elke 2 jaar uitgevoerd. Het rapportcijfer “prestatie op kernverwachtingen” was een 8,5. De bevindingen zijn besproken met OR en binnen de teams en verbeteracties zijn vastgesteld en worden geïmplementeerd.
- Voor de zorg zijn dit:
 - Het werkoverleg is weer verplicht gesteld, om te zorgen dat het afdelingsoverleg bijdraagt aan het succes van de afdeling.
 - In het elektronisch cliëntendossier worden bepaalde signaleringsfuncties gemist. Met de leverancier zal besproken worden of dit opgelost kan worden. (*aktielijst*)
 - Er komt een betere registratie van hulpmiddelen. De hulpmiddelen zullen gelabeld gaan worden. Nu raken veel hulpmiddelen zoek, dit is niet efficiënt.
 - Vanaf 1 januari 2017 is er uitbreiding van formatie gekomen om te zorgen dat er meer tijd is om werkzaamheden uit te voeren. Een deel van deze uitbreiding betreft het inzetten van ongeschoolde medewerkers bij de broodvoorziening 's avonds.
 - Voor de overige diensten zijn geen verbeterpunten. Medewerkers zijn tevreden over hun werk in het Rosa Spier Huis.
 - Dit rapport is terug te vinden op onze website.
- Zorgkaart Nederland; in 2016 werd een onderzoek uitgevoerd. I.v.m. de beperkte omvang zijn hier slechts 24 ‘scores’ te vinden.

4.5. Ontwikkelplannen zorgkantoor

Voor 2017 zijn ontwikkelafspraken gemaakt met het Zilveren kruis, dit betreft op hoofdlijnen:

- Doelstelling: Vergroten Medicatieveiligheid: niveau 1 (basis versterken.)
- Doelstelling: Verbeteren Hygiënisch (incl. handhygiëne) werken; niveau 1 (basis versterken)
- Doelstelling: Invoering ECD, effectieve verslaglegging: (gestart in 2016); niveau 1 de basis versterken
- Doelstelling: Verbeteren Palliatieve zorg en nazorg nabestaanden: niveau 2 (persoonsgerichte – passende zorg)

4.6. Waardigheid en Trots inzet extra middelen

In augustus 2016 is, i.s.m. de cliëntenraad en ondernemingsraad een aanvraag ingediend voor extra middelen.

- **Zinnvolle dag invulling:** om aan te sluiten bij de specifieke achtergrond van onze bewoners is een plan gemaakt om met specifieke activiteiten daarbij aan te sluiten. Er zijn/worden workshops georganiseerd rond beeldende kunst (modeltekeningen met professioneel model, etstechnieken door het Rembrandhuis, films en lezingen over kunst) en ook worden uitstapjes georganiseerd, ofwel eenvoudig koffiedrinken in het dorp, met begeleiding ofwel met een aantal naar een lunchconcert in het concertgebouw of een museum. Bewoners kunnen zelf hun wensen kenbaar maken bij de coördinator activiteiten
 - Per half jaar wordt een specificatie van de “W&T” activiteiten opgesteld als verantwoording. Dit omvat o.a. het aantal deelnemers, inzet medewerkers/vrijwilligers en kosten per activiteit.
- **Deskundigheidsbevordering medewerkers:** het RSH hecht veel waarde aan permanente ontwikkeling, in het belang van de bewoners én van de medewerkers zelf. Er is budget aangevraagd, en ingezet om 2 medewerkers op te leiden tot een hoger niveau én een incompany training voor de medewerkers van de keuken inzake kwaliteit en voedselveiligheid.

5. Kwaliteitskader Verpleeghuis zorg: situatie, plannen en waardering

Waardering door bestuur en interne stakeholders en hoofdverantwoordelijke per hoofdstuk van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg

In de komende 3 jaar is de prioritering als volgt (met instemming Bestuur, CR, OR)

1. Basisveiligheid; is goed op orde maar is en blijft een punt van aandacht
2. Wonen en Welzijn: RSH is bezig met nieuwbouw en uitbreiding; dit heeft absolute prioriteit.
3. Persoonsgerichte zorg; mits dit 100 % aansluit bij de visie en filosofie van ons huis. (bewoners kunnen met verf/werkkleding rondlopen)
4. Leren en werken aan kwaliteit: Lage prioriteit/beperkte inspanning (voor zover dat eerdere prioriteiten niet in gevaar brengt)

Een aantal van deze thema's overlapt de prestatiedomeinen van het PREZO Keurmerk. In het auditrapport van 13 september 2016 is onze score en toelichting hierop terug te vinden. Het Prezo VV&T wordt op moment van schrijven aangepast aan het kwaliteitskader. Perspekt komt in het najaar 2017 opnieuw een tussentijdse audit doen.

5.1 Basisveiligheid

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:
 - *Medicatieveiligheid*: ontwikkelafpraak met zorgkantoor. Dit is vastgelegd in Ontwikkelplan WLZ 2017. De voortgang wordt 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.
 - *Decubituspreventie*: decubitus komt nagenoeg niet voor. Preventief wordt 2 jaarlijks 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 decubitus protocol aanwezig, welke als handleiding gebruikt wordt.
 - *Gemotiveerd gebruik van vrijheid beperkende maatregelen*: Middelen & Maatregelen worden sporadisch toegepast. De maatregelen die wij gebruiken zijn bedekken en tafelblad. Het gebruik van bedekken en tafelbladen gebeurt altijd in nauw overleg met familie / mantelzorg. Een enkele keer geeft de bewoner het zelf aan prettig te vinden wanneer de bedekken 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 bedekken, maar het gebruik van valmatten. Maandelijks vindt er een evaluatie plaats of de M&M nog toegepast moet worden.
 - *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 dan wordt daarover contact opgenomen met de huisarts. Valincidenten zijn niet altijd te voorkomen. Het komt ook bij ons voor dat iemand een heupfractuur oploopt door een valincident. Wij houden dagelijks contact met het ziekenhuis en zodra het mogelijk is, laten we de bewoner weer snel naar het Rosa Spier Huis terug keren.
- ✓ *Metten met indicatoren*: de gegevens 'indicatoren basisveiligheid over 2016 via ZIN' zijn ingediend. Verder zijn we in afwachting van de nieuwe set van indicatoren die Verenso/V&V en IGZ later dit jaar (< 1 juli) zouden gaan opstellen waarover vanaf 1 januari 2018 gerapporteerd moet worden.
- ✓ *Leren en verbeteren*:
 - *Beschikt over een incidentencommissie*: RSH heeft MIC/MIM-commissie zie 3.3
 - Ontwikkelafspraken Zorgkantoor vastgelegd en tussentijds gerapporteerd (mei 17)
 - Incidenten en afwijkingen worden met betrokken personen individueel besproken.

5.2. 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.

- ✓ **Wooncomfort:** het RSH is bezig met nieuwbouw omdat het huidige gebouw niet meer voldoet aan de wet- en regelgeving. Naar verwachting vindt verhuizing plaats in voorjaar 2019. De Cliëntenraad is intensief betrokken bij de nieuwbouw. Er is intensieve informatievoorziening op gestart met bewoners, kinderen en mantelzorgers.
- ✓ **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, levensende te bespreken. Indien nodig wordt altijd in overleg met de bewoner een geestelijke (pastor, dominee, rabbi), humanistisch raadvrouw of huisarts ingeschakeld.
- ✓ **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.
- ✓ **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.
- ✓ **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 50 vrijwilligers uit de regio. In de Cliëntenraad zit momenteel ook een familielid. 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.)

5.3. 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, publicaties etc.). Met toestemming van de bewoner wordt een korte samenvatting hiervan opgenomen in de nieuwsbrief die verspreid wordt aan alle bewoners en medewerkers

Verbeterpunt: voortaan toestemming vragen aan betreffende bewoner of wij het CV in zijn geheel mogen delen met het personeel en evt. met bewoners.

➔ *Opnemen in procedure intake nieuwe bewoner.*

- In het MDO en in gesprekken met bewoners/ mantelzorgers wordt altijd de vraag gesteld of men gelukkig is.

Verbeterpunt: om zeker te weten dat ook expliciet gevraagd wordt naar de bevindingen van bewoner/familie/mantelzorger rond de thema's: compassie, de ruimte om zichzelf te zijn, ervaring van autonomie, zorgdoelen zal een 'vragen/onderwerpen checklist gemaakt worden die gebruikt kan worden ter ondersteuning bij dergelijke gesprekken. Zodat e.e.a. gestructureerd gebeurt en ook gestructureerd kan worden vastgelegd en er geen willekeur kan ontstaan doordat verschillende medewerkers andere vragen stellen. Ook zal hierin expliciet gevraagd worden of familie/ mantelzorgers ervaren dat er aandacht is voor hen en dat zij de medewerkers snel kunnen bereiken.

➔ *Aktie Adj. dir/ Zorg coördinatoren*

- Vragen of opmerkingen van familie of mantelzorgers worden direct (binnen 24 u) 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 EVVer 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.

Verbeterpunt: onderzoeken of we digitale oplossingen kunnen gaan inzetten voor de mantelzorgers t.b.v. participatie en communicatie. (er zijn digitale tools)

➔ *Aktie Directeur/Hoofd ICT lagere prioriteit*

- Het MDO vindt minimaal 1x 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 (4-5 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
- Zorgcoördinatoren hebben maandelijks 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.

- *Zorgverlener heeft respect voor normen waarden bewoners/naasten mantelzorgers*
Recent (april 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
- ✓ **Zorgdoelen:** “iedere cliënt heeft vastgestelde afspraken over (en inspraak bij) de doelen t.a.v. zijn zorg, behandeling en ondersteuning
- ✓ **Voorlopig Zorgplan:** Vanaf 1 juli beschikt iedere cliënt binnen 24 u over een voorlopig zorgplan: RSH voldoet al aan deze eis.
- ✓ **Verantwoord opstellen zorgleefplan** Vanaf 1 juli is verantwoordelijkheid opstellen van zorgleefplan belegd bij een verzorgende van tenminste niveau 3. RSH voldoet al aan deze eis

5.4. Leren en werken aan kwaliteit

Vereisten:

- *Jaarlijks wordt een kwaliteitsplan en een kwaliteitsverslag opgesteld*
 - Kwaliteitsplan: onderliggend plan gereed op 1 juli 2017 en grotendeels, maar nog niet geheel besproken/afgestemd met CR en OR. Dat zal in de loop van de zomer geschieden. Het meerjarenbeleidsplan dat eind 2016 is opgesteld is wel 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 niet mogelijk dit jaar, heeft lagere prioriteit.
 - 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 en zorgcoördinatoren. Dit wordt vastgelegd en besproken met CR en OR en t.i. aangeboden aan de RvT
 - *Kwaliteitsverslag:*
 - *Voor 1 juli 2018 gereed, publicatie op onze website.* Zal in nauw overleg met adjunct-directeur zorg, CR, OR en diensthoofden opgesteld worden < 1 juli 2018
 - *Het webadres van het kwaliteitsverslag, uiterlijk op 1 juli volgend op het betreffende verslagjaar aanleveren aan de openbare Database van Zorg. Inst. Nl. < 1 juli 2018*
 - *Verpleeghuizen vormen met twee andere zorgorganisaties een lerend netwerk. Onderling vinden werkbezoeken en intervisies plaats: (deel uitmaken van lerend netwerk)*
 - Uitwisseling met Nusantara is gepland; 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 beperkte omvang van onze organisatie en het omvangrijke nieuwbouwproject is dat het hoogst haalbare
- Er vindt een vijfjaarlijkse (multidisciplinaire) kwaliteitsvisitatie plaats door de relevante beroepsorganisatie. RSH is een kleine organisatie zonder behandeling, met het PREZO Keurmerk. Vanaf 2019 mogelijk BOPZ status, dan is het mogelijk wel meer relevant. Vooralsnog 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.

6. Leiderschap, governance en management

Visie op leiderschap: Het bestuur/de directie is 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.
- *Vereiste: Werken volgens Zorgbrede Governance Code*
Het RSH werkt volgens deze code. M.b.t. de nieuwe Code (die per 1 januari 2018 nageleefd moet worden) is een eerste notitie geschreven en gaat Bestuurder, met twee leden RvT in juni naar een congres. Impactanalyse en implementatie nieuwe Code staat gepland in najaar 2017.
- *Vereiste: RvB eindverantwoordelijk voor toepassing Kwaliteitskader, RvT ziet hierop toe*
Bestuurder heeft actieve rol in het (gezamenlijk met CR/OR/adjunct-directeur, 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.

6.1. Personeelssamenstelling (voldoende en vakbekwaam personeel)

- Voor huidige situatie zie hoofdstuk 3.
- *Elke verpleeghuisorganisatie moet voor zijn personeelssamenstelling gebruik maken tijdelijke norm bezettingsnormen die beschreven zijn in paragraaf 6 totdat de sector landelijke tot dat de sector landelijke context-gebonden 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. Wij voldoen overdag en 's avonds aan deze eis. 's Nachts doorgaans niet, er is wel een achterwacht oproepbaar die binnen 30 minuten in huis kan zijn. (Incidenteel wordt extra nachtdienst ingezet (bijv. Noro virus). Zolang er geen extra middelen ter beschikking worden gesteld kunnen wij niet aan deze norm voldoen.*
 - *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: We hebben 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.*
 - *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.*
 - 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*
 - *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), inroepen specialist, SOG, overleg medisch specialist, gedragskundige, tijdelijke overplaatsing naar andere afdeling, inschakelen centrum voor consultatie en expertise, ingang zetten' meer zorg'. RSH voldoet hieraan.*
 - 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*
- *Vanaf 1-1-18: is er voor iedere zorgverlener tijd en ruimte om op gezette tijden mee te lopen bij een collega organisatie uit het lerende netwerk. De wijze hoe dit werkt op te nemen in kwaliteitsplan: zie 5.4*
Het verplicht meelopen op de werkvloer door 'vreemden' houdt geen enkele rekening met de autonomie van onze bewoners. Feitelijk worden zij in hun eigen huis dan verplicht voortdurend geconfronteerd met een groot aantal vreemden. Het RSH zal uitwisseling daarom op een andere wijze faciliteren. (Zie 5.4)
- *Er is voldoende tijd om als E.V.V ér deel te nemen aan multidisciplinair overleg: Het RSH voldoet hieraan*
- *Methodisch werken en multidisciplinair werken vormen de basis van verpleeghuiszorg. Een deel van de deskundigheidsbevordering besteed 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*
Verbeterpunt: er zal een klinische lessenplan worden opgesteld dat wordt opgenomen in het meerjarenopleidingsplan
- *Scholingsbeleid: er is een scholingsbeleid van 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*
- *Er zijn periodieke gesprekken waarin competentie- en loopbaanontwikkeling aan de orde komen: 1x per 2 jaar*
- *De personeelssamenstelling in haar dimensies zoals beschreven in artikel 6, zijn onderdeel van het kwaliteitsplan en worden jaarlijks geëvalueerd in het kwaliteitsverslag. Vooruitlopend hierop publiceert elke zorgorganisatie de gegevens van 2017 uiterlijk op 1-7-2017 op zijn website. Het plan zal gepubliceerd worden. < 1-7-2017*

Opleidingsplan 2017-2018-2019		Rosa Spier Huis		13-apr-17		idd		vrijwilligers		Keuken		Huishouding		Zorg		Techn. Diensten/ICT		Receptie		Administratie		Manager		Muziekth		Directie		totaal aantal deelnemers 2017		totaal aantal deelnemers 2018				
type opleiding/categorie medew		frequentie		aantal		# in opl		# in opl		# in opl		# in opl		# in opl		verzorgende		verpleegk		zorgcoörd		leerling												
Bij- en nascholing		1 x pj	indien nieuwe BHV'ers	1																														
BHV en brand compleet		1 x pj	selectie van alle medewerkers	1																														
BHV en brand herhaling		1 x pj		1																														
BHV Ploegleider herhaling		1 x pj		1																														
Brandinstructie niet BHV-ers		1 x pj	(BHV'ers)	1																														
BHV-brandweer oefening met brandweer		1 x pj		1																														
BHV table-top training en gebouwverkenning kennis		1 x pj		1																														
AED training basis		1 x pj	(alleen voor de zorg)	1																														
AED training herhaling		1 x pj	(alleen voor de zorg)	1																														
Basiscursus Palliatieve Zorg		1 malig	2017	1																														
BOPZ		1 malig	2018	1																														
Handhygiëne		1 malig	2017	1																														
Gastvrijheid in de zorg		1 malig	2018	1																														
Omggaan met dementie		1 x p	2 jaar	1																														
Veilig Voedsel HACCP		1 malig	2017	1																														
Medicatieveiligheid		1 malig	2017	1																														
Tiltechniek/ transfer		1 malig	2017	1																														
FMS facilitair management systeem training		1 malig	2017	1																														
CMS website		1 malig	2017	1																														
(Verpleegkundig) oproepsysteem en toegangstechn./kennismaking nieuw		1 malig	2018	1																														
uitwisseling Nusanara Bussum		2 x pj	selectie van alle medewerkers	2																														
Beroepsbegeleidende leerlingen		aantal		2017	2018	2019	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	
Helpende niveau 2		minimaal	x per jr	1																														
Helpende plus niveau 2		minimaal	x per jr	1																														
Verzorgende niveau 3		minimaal	x per jr	1																														
Verpleegkundige niveau 4		minimaal	x per jr	2																														
Beroepsbegeleidende leerlingen		aantal		2017	2018	2019	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl
Verzorgende niveau 3 (stagiaires)		minimaal	x per jr	1																														
Verpleegkundige niveau 4 (stagiaires)		minimaal	x per jr	2																														
Stageaires overig		aantal		2017	2018	2019	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl
muziektherapeut/ muziekdocent		minimaal	1x per jaar	1																														
stageaire SPW		indien	verzoek																															
maatschappelijke stage		indien	verzoek																															
Overige Invididuele opleidingen		toelichting		2017	2018	2019	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl	# in opl
VCA /VPNEN		Hoofd TD		1																														
Integraal management voor Voedings- en Re		Chef Keuken		1																														
Meldplicht Datalekken		ICT		1																														
Beheer brandmeldinstallaties		Hoofd TD		1																														
basis cao VVT		Teamcoörd plus medew HR		2																														

6.2. 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

6.3. Gebruik van informatie

Vereiste: Minimaal 1x per jaar cliëntervaringen verzamelen middels erkende instrumenten, (instrumentkeuze in 2017 vrij)

Uitvoering najaar 2017 stond gepland. Het RSH voerde dit tot nog toe tweejaarlijks uit. Intensivering zal worden opgestart indien hier door de overheid middelen voor ter beschikking worden gesteld.

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.

7. Samen leren en verbeteren

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

7.1. Kwaliteitsplan

- Per kwartaal voortgangsbespreking kwaliteitsplan Bestuurder - Adjunct-Directeur, Zorgcoördinatoren, OR en CR (3 besprekingen dus)
- De leidinggevenden bespreken dat weer met hun teams.
- Voortgang kwaliteitsplan vast agendapunt per kwartaal voor OR, CR
- Kwaliteitsplan en verslag op agenda RvT.

7.2. Algemeen

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

8. Aktielijst

d.d. 13-6-17

	Actie	Omschrijving	Verantw	Deadline	Status	Opmerking
1	CQ Facit bewonerstevredenheid 2016	Verbeterplan opgesteld (feb 2016) en geïmplementeerd	MT/Jan		Afgerond	Terugkerend Opnieuw verbeterplan opstellen n.a.v. CQ 2017
2	Kwaliteitsplan opstellen		MT/i.s.m CR/OR/ RvT	1 juli 2017	gereed	
3	CQ Facit bewonerstevredenheid 2017 uitvoering		MT	Najaar 2017	gepland	
4	Verbeterplan CQ bewonerstevredenheid onderzoek 2017		MT/CR	Voorjaar 2018		
5	Medewerkerstevredenheidsonderzoek 2017	Verbeterplan opgesteld	MT/OR	1-1-2018	gereed	Zie 4.4.
		Bespreken in werkoverleg	Adj. Dir	Mei/juni 17	gereed	
		Vastlegging afspraken in notulen	Adj. Dir	Mei juni Mei juni 1-1-2018	gereed	
		Implementeren	Adj. Dir.	1 okt	loopt	
		<i>Pag 10/ verbeterpunten: Ontbreken signalerings functie EPD bespreken met leverancier</i>	Adj.Dir	1 okt		
		<i>Verbetering registratie hulpmiddelen</i>	Adj Dir	1 okt		
6	Kwartaalbespreking voortgang kwaliteitsplan	Op agenda OR/CR en MT	Best	1 okt	vanaf Q 3 17	
7	Nieuwe set indicatoren Verenso/V&V/IGZ Verplichte rapportage Per 1/1/18	Bewaken wanneer beschikbaar	Best	1-1-18		
8	Persoonsgerichte zorg en ondersteuning (5.3) Verbeterpunten	<i>CV (na toestemming bewoner) opnemen in nieuwsbrief)</i>	Adj.Dir	1-9-17		

		Opnemen in procedure intake nieuwe bewoner <i>Checklist ter ondersteuning MDO</i> <i>Inventarisatie dig. Oplossingen m.b.t communicatie mantelzorgers</i>	Best. Adj.Dir	1-9-17 1-10-2017 Pm/lage prio		
9	Leren en werken aan kwaliteit; lerend netwerk	Uitwisseling met Nusantara	Adj.dir	loopt		
10	Leiderschap en Governance (6)	Implementatie nieuwe zorgbrede governance code	Best/RvT	Loopt	1-1-18	
11	Personeel samenstelling (6.1)	Verbeterpunt: opstellen klinische lessenplan / opnemen in meerjarenbeleids plan	Adjdir/ ZC Best		1-10-2017	
12	PREZO-audit 2016 verbeterpunten opvolgen		Adj. Dir	Loopt	Voor audit sept 17	
13	Ontwikkelafspraken zorgkantoor	Zie 4.5	MT	Loopt	Sept 17	
14	PREZO tussen audit		Adj. Dir	Najaar 2017	Gepland	
15	Kwaliteitsverslag opstellen		MT	Voorjaar 2017		
16	Kwaliteitsverslag bespreken	OR/ CR/RvT	MT	Voorjaar 2017	loopt	
17	Nieuwe set kwaliteitsindicatoren rapportage	Verenso/IGZ/V&V zouden met nieuwe set komen/ publicatieplicht	MT	1-1-2018		Bewaken
18	Kwaliteitsverslag publiceren		Best	1-7- 2018		
19	Kwaliteitsplan 2018		MT/i.s.m CR/RvT	1-1-2018		