

-

Fidesta Skoatterhuys

Jaarverslag 2025

Jaarplan 2026

Opgesteld door: Pim Bilder

Datum: 1-1-2026

Inhoudsopgave

1. Inleiding	blz. 2
o <i>Het Generiek Kompas: Zelf en Samen</i>	
2. Profiel van het huis: Fidesta Skoatterhuys	blz. 3
3. Bewonersprofiel en zorgvraag	blz. 3
4. Personele bezetting en organisatie	blz. 3
5. Uitgangspunten van het Generiek Kompas	blz. 4
o <i>5.1 De mens en zijn kwaliteit van bestaan</i>	blz. 4
o <i>5.2 Het open gesprek</i>	blz. 5
o <i>5.3 De kracht van samen</i>	blz. 6
o <i>5.4 Ruimte voor professionele samenwerking</i>	blz. 7
6. Bouwstenen voor kwaliteit	blz. 8
o <i>6.1 Het kennen van wensen en behoeftes</i>	blz. 9
o <i>6.2 Het bouwen van netwerken (sociaal en medisch)</i>	blz. 10/11
o <i>6.3 Het werk organiseren (deskundigheidsmix en IT)</i>	blz. 12/13
o <i>6.4 Leren en ontwikkelen</i>	blz. 13
o <i>6.5 Inzicht in kwaliteit</i>	blz. 14
7. Jaarplan 2026: Doelstellingen	blz. 15
o <i>Doel 1: Implementatie 'Welzijns-gesprek' (Q1-Q2)</i>	
o <i>Doel 2: Versterken van de 'Samen-Zelf' driehoek (Jaardoel)</i>	
o <i>Doel 3: Professionaliteit & Technologie (Q3-Q4)</i>	

1. Inleiding

Dit is een jaarplan van Fidesta Skoatterhuys. Met dit jaarplan laten we zien waar we staan met ons huis en waar we specifiek aan willen werken komend jaar op het gebied van de kwaliteit van zorg en wonen. Het geeft een beeld van de kwaliteit zoals benoemd in bouwsteen 5 van het Generiek kompas.

De inhoud van dit plan is gebaseerd op het Generiek kompas dat 1 juli 2024 van kracht is geworden. Centraal in het Generiek Kompas staat 'de kwaliteit van bestaan'. Onderdelen van kwaliteit zijn waardig leven, waardig oud worden en uiteindelijk waardig sterven. Om ook in de toekomst de kwaliteit van bestaan voor iedereen optimaal te houden, geeft het Generiek kompas aan dat de woorden 'zelf' en 'samen' belangrijk zijn. Kwaliteit van bestaan geven we samen vorm. Samen met de zorgvrager, het netwerk van de zorgvrager en professionele zorgverleners.

Als zorgvragers komen wonen in ons huis, hebben ze behoefte aan matige tot lichte zorg. Welke zorg ze willen afnemen wordt geïnterviewd met behulp van het intakeformulier. In het Generiek kompas wordt duidelijk aangegeven dat het vaststellen van de zorg een gezamenlijke taak is. Samen met de zorgvrager en de naasten wordt gekeken: wat is iemand gewend, wat wil iemand zelf, op welke manier kan daarin worden voorzien en door wie. Waar we nu nog gewend zijn dat het huis meteen veel overneemt, is het toekomstbeeld dat het netwerk daar een grotere rol in speelt. Door bijvoorbeeld de mantelzorger te vragen twee keer in de week te komen helpen bij het douchen van hun vader of moeder. Of een keer te koken. Dit is een omslag in denken die tijd nodig heeft. In de toekomst wordt het meer 'samen' dan het nu is.

Daarna benoemen we in de uitgangspunten van het Generiek kompas.

We eindigen met de doelstellingen voor 2026.



2. Profiel van het huis: Fidesta Skoatterhuys

Fidesta Skoatterhuys is sinds 1 december 2020 gevestigd in de brede maatschappelijke voorziening (MFA) 'De Spil', gelegen in de groene wijk Skoatterwald te Heerenveen. De locatie grenst direct aan het natuurrijke Oranjewoud. Het huis bevindt zich op de eerste etage, boven de scholen De Burcht en Het Slingertouw, en deelt het gebouw met partners als Logopedie is Leuk, Alliade en de buitenschoolse opvang van Kinderwoud.

De dagelijkse leiding is in handen van franchisenemers Pim Bilder (HBO Hotelmanagement) en Andre Willems (Cardiologisch verpleegkundige). Het huis beschikt over 18 appartementen.

3. Bewonersprofiel en zorgvraag

Op de peildatum van 1 januari 2026 telt het Skoatterhuys 22 bewoners in de leeftijdscategorie van 77 tot 99 jaar. De bewoners, die veelal vanuit een thuissituatie instromen, hebben een lichte tot matige zorgvraag. De redenen voor opname variëren van dementie tot fysieke achteruitgang of een lichamelijke handicap. De zorgbehoefte wordt gefinancierd via het Persoonsgebonden Budget (PGB) en valt onder de indicaties VV04, VV05 en VV06.

De geboden zorg richt zich in de kern op:

- Het bieden van dagstructuur via vaste momenten en activiteiten.
- Persoonlijke verzorging en sociale ondersteuning.
- Facilitering van de huishouding, de maaltijden en de boodschappen.

Er is 24 uur per dag toezicht in de nabijheid. Overdag wordt dit verzorgd door een multidisciplinair team en 's nachts is er een slaapwacht in het gebouw aanwezig.

4. Personele bezetting en organisatie

Het team bestond op 1 januari 2026 uit 30 medewerkers, ondersteund door 3 leerlingen/stagiaires en 2 vrijwilligers. De vrijwilligers richten zich met name op de creatieve activiteiten en het koffiemoment. Van de vaste medewerkers zijn er 19 direct werkzaam in de zorg, bijgestaan door 6 gastvrouwen en 3 huishoudelijk medewerkers.

Kwalificatieniveaus van het zorgpersoneel:

- HBO Verpleegkundige: 1
- MBO Verpleegkundige: 1 (in opleiding)
- VIG (Verzorgende IG): 10
- Helpende Plus: 4
- Woonondersteuners: 12
- Overige functies: 4

In 2025 werd een aanzienlijk deel van het PGB besteed aan personeelskosten (het exacte percentage dient nog te worden ingevuld). Opvallend is de hoge mate van betrokkenheid van de leidinggevenden; zij werken structureel mee op de werkvloer en vangen uitval door ziekte of vakantie op. Deze uren zijn niet in de bovengenoemde personeelskosten meegerekend. Op de peildatum waren er 2 medewerkers afwezig wegens ziekte.

5.0 Uitgangspunten

Het Generiek kompas spreekt over vier uitgangspunten die de basis vormen om tot een goede kwaliteit van bestaan te komen. Wat is kwaliteit van bestaan? Dat is voor iedereen anders. Het vraagt dan ook om maatwerk om duidelijk te krijgen wat voor deze persoon in deze situatie het meest belangrijk is. Hierbij staat waardigheid van bestaan centraal.

De vier uitgangspunten van het Generiek Kompas:

5.1. De mens en zijn kwaliteit van bestaan

Voor iemands kwaliteit van bestaan is het belangrijk dat mensen zichzelf kunnen zijn, dat ze worden gewaardeerd en hun inbreng op prijs wordt gesteld. Mensen willen dat niet alleen hun zorgvraag wordt gezien, maar dat ze als heel mens worden gezien en gehoord.

Het is van belang dat wij als professionele zorgverlener van de bewoner weten wat hij belangrijk vindt en hem of haar respecteren voor wie hij is. We hebben aandacht voor diversiteit, onder andere op het gebied van cultuur, religie, gender en seksuele oriëntatie. Er is tijd, aandacht en respect nodig om te achterhalen wat iemands wensen en behoeften zijn. Als de zorgvrager dit zelf niet voldoende duidelijk kan maken, speelt de familie hierin een belangrijke rol.

Het levensverhaal als kompas

Binnen Fidesta kennen we de bewoners echt. We gebruiken het levensverhaal (vaak opgesteld samen met familie) om te begrijpen waarom iemand bepaalde gewoontes heeft.

- *Voorbeeld:* "In ons huis nemen we de tijd voor een uitgebreid intakegesprek waarbij we niet alleen kijken naar de zorgkaart, maar juist naar iemands passies, vroegere beroep en kleine rituelen die de dag waardevol maken."

Gastvrijheid en eigen regie

Respect tonen betekent ook de autonomie van de bewoner bewaken.

- *Voorbeeld:* "Wij sluiten aan bij het ritme van de bewoner in plaats van andersom. Of het nu gaat om laat opstaan, een specifieke manier van kleden of het behouden van eigen tradities; wij faciliteren de eigen regie zodat iemand zich ook echt thuis voelt."

De dialoog met naasten

Wanneer een bewoner zelf minder goed kan aangeven wat hij of zij nodig heeft, zijn de familieleden onze belangrijkste partners.

- *Voorbeeld:* "Wij onderhouden nauw contact met de eerste contactpersonen. Door regelmatig informeel overleg zorgen we ervoor dat de zorg blijft aansluiten bij de identiteit van de bewoner, ook als de zorgvraag verandert."

5.2.Open gesprek

Een open gesprek gaat uit van interesse en inlevingsvermogen in de ander. Van echt luisteren naar elkaar en respect hebben voor elkaars inbreng. Het open gesprek gaat altijd door: voordat iemand komt wonen en tijdens het wonen. In de formele momenten, maar ook informeel op de gang.

In een open gesprek komen bewoner, de naasten en wij als zorgverleners tot afspraken over de zorg en wie deze gaat verlenen. Ook de rol van de mantelzorger wordt benoemd. Professionele zorg kan niet alles bieden. Mantelzorgers, naasten en het sociale netwerk hebben een belangrijke plek in het open gesprek. Door met elkaar te kijken naar de mogelijkheden en naar wat wij van elkaar kunnen en mogen verwachten, vinden we de juiste balans tussen draagkracht en draaglast.

Korte lijnen en laagdrempeligheid

In een kleinschalige setting als Fidesta is het informele contact vaak net zo belangrijk als de officiële gesprekken.

- *Voorbeeld:* "Wij hanteren een 'open-deur-beleid'. Naasten zijn altijd welkom voor een kop koffie, wat uitnodigt tot natuurlijke gesprekken over hoe het écht gaat. Hierdoor worden kleine signalen snel opgepikt en besproken voordat ze uitgroeien tot vragen of zorgen."

Samenwerking met mantelzorgers (Balans)

Het benoemen van wat de professionele zorg doet versus wat de familie oppakt, voorkomt overbelasting en schept duidelijkheid.

- *Voorbeeld:* "Tijdens de periodieke evaluaties (zoals het zorgplanoverleg) bespreken we expliciet de rolverdeling. We kijken samen wat familieleden zelf willen blijven doen — zoals een wandeling of hulp bij de administratie — zodat zij zich gesteund voelen en de zorg voor hun naaste volhoudbaar blijft."

Gezamenlijke besluitvorming

Het open gesprek dient om keuzes te maken die passen bij de levensstijl van de bewoner.

- *Voorbeeld:* "In ons huis maken we afspraken niet *over* de bewoner, maar *met* de bewoner en diens netwerk. We zijn transparant over wat we als professionele zorgverleners kunnen bieden en waar de kracht van het sociale netwerk ligt, zodat er een realistisch en warm zorgplan ontstaat."

5.3. De kracht van samen

Een goede samenwerking levert een goede basis voor goede zorgverlening. Wij zien deze samenwerking heel breed: met familie, vrijwilligers, naasten, it, eigen netwerk, professionals. Samenwerking kost tijd en overleg, dat wordt ingepland. Dat mag omdat dit betere zorg oplevert.

De Driehoek als Fundament

De samenwerking tussen de bewoner, de familie en de zorgverlener vormt de kern.

- *Voorbeeld:* "In ons huis zien we familieleden niet als bezoekers, maar als partners in de zorg. We organiseren regelmatig overlegmomenten waarin we gezamenlijk kijken hoe we de dag voor de bewoner zo prettig mogelijk kunnen maken. Door elkaars expertise en nabijheid te benutten, verhogen we de kwaliteit van leven."

De Rol van Vrijwilligers en het Netwerk

Vrijwilligers brengen de 'buitenwereld' naar binnen en ontlasten de professionals op het gebied van welzijn.

- *Voorbeeld:* "Wij investeren actief in ons netwerk van vrijwilligers. Zij zijn de extra handen die tijd maken voor een spelletje, een wandeling of een goed gesprek. Hierdoor kunnen wij als zorgprofessionals de medische kwaliteit waarborgen, terwijl de sociale behoefte van de bewoner gewaarborgd blijft."

Efficiëntie door Technologie (IT)

Goede samenwerking wordt ondersteund door de juiste middelen.

- *Voorbeeld:* "We maken gebruik van moderne communicatiemiddelen en IT-oplossingen om de lijnen kort te houden. Denk aan een digitaal zorgdossier waarin familie direct kan meekijken of communiceren, zodat iedereen altijd op de hoogte is van de laatste ontwikkelingen en afspraken."

5.4. Ruimte voor professionele samenwerking.

Wij zijn een huis met professionele zorgverlening. We vragen de bewoner en de familie om onze expertise te respecteren. Vanuit onze ervaring gaan we het gesprek aan om samen tot afspraken te komen over de te leveren zorg en over wat iemand helpt in het dagelijks leven.

We streven naar de juiste deskundigheidsmix, zoals zichtbaar bij het profiel van het personeel. Daarbij kijken we naar de juiste oplossing van de zorgvragen: wat past daar het beste bij: een zorgverlener, de familie, een IT oplossing, een vrijwilliger? Misschien hoeven niet alle vragen met zorg opgelost te worden.

Professioneel werken kent een aantal kenmerken waar wij mee bezig zijn:

- Reflectie, leren en ontwikkelen en op basis van de opgedane ervaring stappen zetten.
- Grenzen bewaken en aangeven als de opdracht niet goed kan worden ingevuld
- Onderhouden en ontwikkelen van competenties.

De Deskundigheidsmix (De juiste persoon op de juiste plek)

Professionele zorg betekent ook weten wanneer je *niet* degene bent die de handeling moet verrichten.

- *Voorbeeld:* "In ons huis kijken we kritisch naar elke zorgvraag. Is er een medische handeling nodig? Dan komt onze verpleegkundige of verzorgende in beeld. Gaat het om eenzaamheid of mobiliteit? Dan kijken we of een vrijwilliger of een slimme IT-oplossing (zoals een leefstijlmonitoring of medicijndispenser) de bewoner meer autonomie geeft."

Vertrouwen in Expertise

Samenwerking werkt alleen als er wederzijds respect is voor elkaars rol.

- *Voorbeeld:* "Wij nodigen familie uit om hun ervaring als naaste te delen, maar we vragen ook om vertrouwen in onze professionele blik. Door onze ervaring met ziektebeelden en ouderdom kunnen we vaak anticiperen op situaties die voor familie nieuw zijn. Dit leidt tot een dialoog waarin we samen de beste keuzes maken voor de kwaliteit van leven."

Reflectie en Ontwikkeling

Stilstaan bij wat we doen is de enige manier om beter te worden.

- *Voorbeeld:* "Ons team komt regelmatig bij elkaar voor klinische lessen en reflectiemomenten. We durven ons handelen kritisch te bevragen: *'Heeft deze interventie het gewenste effect gehad?'* of *'Hoe kunnen we dit de volgende keer anders aanpakken?'* Deze leercultuur zorgt ervoor dat onze zorgverlening meebeweegt met de nieuwste inzichten in de ouderenzorg."

6.0. Bouwstenen

De uitgangspunten uit het vorige hoofdstuk die als basis dienen voor het richtpunt kwaliteit van bestaan, zijn in het Generiek kompas uitgewerkt tot concrete bouwstenen. Het zijn aanknopingspunten om dagelijks te werken aan kwaliteit en daar zicht op te krijgen:

6.1. Het kennen van wensen en behoeftes

Goede ondersteuning, zorg en behandeling zetten de mens centraal en sluiten aan op zijn/haar manier van leven, mogelijkheden en wensen, zijn/haar kwaliteit van bestaan. Wat kwaliteit van bestaan is, is voor iedereen anders. Het startpunt is altijd: weten wat er voor iemand toe doet. Dat gaat niet alleen over lichamelijke gezondheid, maar ook over emoties, het sociale leven, mentale welzijn en de plek waar je leeft. Gehoord en gezien worden is voor iedereen belangrijk. Een open gesprek tussen mensen met zorgvragen, hun mantelzorgers, naasten, sociale netwerk en de professional vormt de basis. Een open gesprek is een cyclisch proces. Goed luisteren en een open, eerlijke communicatie vormen het vertrekpunt. Ook het oppikken van non-verbale signalen is daarbij belangrijk. De professional is toegerust voor dit gesprek. In een open gesprek wordt aandacht gegeven aan diversiteit, onder andere op het gebied van cultuur, religie, genderidentiteit en seksuele oriëntatie. Mantelzorgers, naasten en het sociale netwerk zijn hierbij in de basis betrokken en kunnen daarnaast, in overleg met elkaar, een belangrijke schakel vormen als het gesprek niet altijd met woorden gevoerd kan worden vanwege de gezondheid van de mens met een zorgvraag. Door de mantelzorger, naasten en het sociale netwerk te betrekken kunnen ook afspraken gemaakt worden over wat zij nodig hebben om de balans te houden tussen draagkracht en draaglast.

Het leren kennen van de bewoner begint al vóór de verhuizing.

In de praktijk: "Tijdens het kennismakingsgesprek en de intake gebruiken we de anamnese in PUUR als leidraad. We vragen niet alleen naar medische zaken, maar juist naar het 'levensverhaal'. Wat was iemands beroep, wat zijn de hobby's en wat is het vertrouwde ochtendritueel? Deze informatie leggen we vast in het zorgleefplan, zodat elke medewerker direct een beeld heeft van de *mens* achter de bewoner."

PUUR en het Zorgleefplan

In de praktijk: "In PUUR werken we met rapportages die gekoppeld zijn aan de persoonlijke doelen en wensen van de bewoner. We kijken verder dan de dagelijkse zorg; we rapporteren ook op welzijn en signaleren we of iemand 'gezien' wordt. We gebruiken de module voor het zorgleefplan om afspraken vast te leggen die we samen met de bewoner en familie hebben gemaakt."

Evaluatieproces: De cirkel rondmaken

In de praktijk: "We werken met een cyclisch proces. Minimaal **een** keer per jaar (of vaker indien nodig) vindt er een evaluatiegesprek plaats met de bewoner en de eerste contactpersoon. We gebruiken hiervoor het evaluatieformulier in PUUR. We bespreken dan niet alleen de zorg, maar ook de balans tussen draagkracht en draaglast van de mantelzorger."

Veranderende zorgvraag en signalering

In de praktijk: "Bij een veranderende zorgvraag (bijvoorbeeld door achteruitgang) voeren we direct een open gesprek. We observeren non-verbale signalen en bespreken deze met de familie. We stemmen af of de huidige omgeving nog passend is. De middelen die we hierbij gebruiken zijn onder andere de Evaluatie-verslagen en bijstellingen in het zorgplan."

6.2. Het bouwen van netwerken

In ieder leven ontstaan zorgvragen, van een vraag naar een helpende hand tot een intensieve zorgvraag. Bij het zoeken naar antwoorden kunnen hulpmiddelen en technologie, mantelzorgers, naasten en vrijwilligers en eventueel aanvullend professionals zorg bieden. Samen vormen ze een netwerk.

Voordat een bewoner komt wonen, komt de ondersteuning tot stand door de mantelzorgers: kinderen, familie, burens, de thuiszorg, alarmering. Een groot deel van dit netwerk valt weg als iemand komt wonen. Veelal zijn de mantelzorgers erg opgelucht dat een zware periode achter hen ligt. In het Generiek Kompas bestaat de gedachte dat het netwerk rondom de zorgvrager mogelijk een grotere rol kan blijven vervullen en onderdeel kan blijven uitmaken van de deskundigheidsmix. Voor de kinderen is dit meestal wel het geval, maar kan bijvoorbeeld de buurvrouw blijven komen voor een wandeling? Of een boodschapje? Ook maakt in het Generiek Kompas IT deel uit van het netwerk rondom de zorgvrager. In welke mate kan dit een rol spelen?

Het in kaart brengen van het netwerk (Het Genogram)

Het proces begint bij ons niet bij de zorgvraag, maar bij de sociale kaart van de bewoner. In de praktijk: "Al tijdens het kennismakingsgesprek brengen we het netwerk in kaart. We kijken verder dan alleen de eerste contactpersoon. We vragen expliciet: 'Wie kwam er bij u over de vloer voor een kop koffie?' en 'Met wie ging u naar de markt?'. In PUUR leggen we dit vast, waarbij we proberen een sociaal netwerk (of genogram) te visualiseren. Dit helpt ons om te zien waar de kansen liggen voor behoud van eigen regie en sociaal contact."

De rol van familie en het 'meezorgen'

We stimuleren dat familieleden niet alleen op bezoek komen, maar onderdeel blijven van het dagelijks leven. In de praktijk: "Familie heeft bij ons een actieve rol. We spreken bij de intake af welke taken zij graag willen blijven doen. Dit kan variëren van **meegaan met uitjes** of het begeleiden van een artsbezoek. Wij zien hen als partners in de zorg; zij kennen de bewoner het beste. Uit evaluaties horen we vaak terug dat naasten het fijn vinden dat zij hun rol als 'kind' of 'partner' weer kunnen oppakken, terwijl ze toch betrokken blijven bij de kleine dagelijkse dingen."

De rol van IT en hulpmiddelen

Technologie is bij ons een 'stille kracht' in het netwerk die de veiligheid en communicatie vergroot. In de praktijk: "Wij maken gebruik van IT om de afstand tussen de bewoner en het netwerk te verkleinen. Denk aan het gebruik van **PUUR**, waardoor de familie op afstand kan meekijken in de rapportages en de agenda. Ook zetten we technologie in zoals leefstijlmonitoring of dwaaldetectie, wat de mantelzorger rust geeft omdat ze weten dat hun naaste veilig is zonder dat er 24/7 een professional naast hoeft te zitten."

Verbreding naar vrijwilligers en burens

Het 'opnieuw' bouwen van een netwerk binnen en buiten de muren van Fidesta. In de praktijk: "We moedigen aan dat het oude netwerk (zoals die buurvrouw of een vriend van de kaartclub) betrokken blijft. We faciliteren dit door hen uit te nodigen bij activiteiten. Daarnaast koppelen we waar mogelijk vrijwilligers aan bewoners voor specifieke wensen die buiten de professionele zorg vallen, zoals een wandeling of een bezoek aan de markt. De auditresultaten laten zien dat onze bewoners hierdoor een hogere score geven op 'deelname aan de samenleving'."

Professioneel zorg verlenen betekent veel contact met andere professionele disciplines. Het gaat om huisartsen, fysiotherapeuten, pedicures, de specialist ouderengeneeskunde, de HuisArtsenPost. Maar ook de woningbouwcoöperatie, de gemeente, vrijwilligersorganisaties. Het is belangrijk om dit hele

netwerk goed in kaart te hebben, te werken aan een goede samenwerking en duidelijke afspraken te hebben.

Het Medisch en Paramedisch Netwerk

In een kleinschalige setting is de samenwerking met behandelaars essentieel voor de kwaliteit van de zorgverlening.

- In de praktijk: "Ons medische netwerk is stevig verankerd. We werken nauw samen met de lokale huisartsenpraktijken en de HAP voor avond-, nacht- en weekendzorg. De lijnen zijn kort; we weten wie we moeten bellen. Daarnaast hebben we vaste afspraken met de Specialist Ouderengeneeskunde (SO) voor complexe casuïstiek. De paramedische zorg, zoals de fysiotherapeut, ergotherapeut en de pedicure, komt structureel over de vloer. In PUUR leggen we de behandelplannen van deze disciplines vast, zodat de zorgverleners op de hoogte zijn van de laatste adviezen." **Daarnaast nemen wij deel aan het Geriatrijsch netwerk in de regio.**

Het Maatschappelijk en Facilitair Netwerk

Zorg stopt niet bij het bed; de woonomgeving en de lokale gemeenschap zijn net zo belangrijk. In de praktijk: "We onderhouden goed contact met de **vastgoedeigenaar** voor het onderhoud en de veiligheid van het pand. Daarnaast zijn we aangesloten bij lokale vrijwilligersorganisaties en de gemeente (Wmo/sociaal team). Dit helpt ons om bewoners te laten participeren in het dorp of de wijk, bijvoorbeeld door deelname aan activiteiten in de buurt of het inzetten van lokale welzijnsinitiatieven."

De samenwerking: Hoe loopt het?

Beoordeling: "De samenwerking wordt over het algemeen als positief ervaren. De bereikbaarheid van de huisartsen is goed en de afstemming over medicatie met de lokale apotheek verloopt soepel via digitale systemen. Tijdens evaluaties en audits krijgen we vaak terug dat de 'korte lijnen' onze kracht zijn; we kennen de gezichten achter de disciplines, wat de drempel voor overleg verlaagt."

Wat ontbreekt er of kan beter?

Reflectie: "Hoewel het netwerk compleet is, zien we uitdagingen in de snelheid van de inzet van de SO bij acute, niet-medische gedragsproblematiek. Ook zouden we de banden met de lokale buurtvereniging nog verder willen aanhalen om de integratie van onze bewoners in de wijk nog natuurlijker te laten verlopen."

6.3.Het werk organiseren

Op het moment dat iemand zorg nodig heeft, is het noodzakelijk dat iemand de organisatie van de verschillende onderdelen van die zorg op zich neemt. Dit is zoveel mogelijk de persoon zelf met daarnaast de mantelzorger. Op het moment dat iemand professionele zorg ontvangt, heeft de professionele zorgverlener hierin ook een rol. Het gaat hierbij om een aantal aspecten van het organiseren:

- De deskundigheidsmix: wie neemt welk aspect van de zorg op zich. Wat bij de persoon en of de familie kan blijven: ook daar laten. Zelf laten doen wat zelf kan.

- Digitale voorzieningen: inzet van programma's voor het ECD, de medicatie, het rooster, alarmering. Kijken of er nog nieuwe mogelijkheden beschikbaar zijn.
- Onderling informatie uitwisselen: formele zorg en informele zorg. Het maken van goede afspraken onderling.

De Deskundigheidsmix & Zelfredzaamheid

Het uitgangspunt is 'alles wat iemand zelf kan, moet iemand zelf blijven doen' om de eigenwaarde en functies te behouden. In de praktijk: "Wij werken volgens de principes van reablement (herstelgericht werken). Bij elke handeling vragen we ons af: 'Wat kan de bewoner zelf, eventueel met een hulpmiddel?' In het zorgplan in PUUR leggen we dit specifiek vast. Bijvoorbeeld: de bewoner wast de bovenkant van het lichaam zelf, de zorgverlener helpt bij de benen. We bespreken met de familie welke taken zij blijven doen (zoals begeleiding naar het ziekenhuis of de wekelijkse boodschappen), zodat we de professionele deskundigheid inzetten waar die het hardst nodig is."

Digitale voorzieningen (De 'Digitale Gereedschapskist')

Efficiënte zorg kan niet zonder goede systemen. Dit zorgt voor rust en overzicht op de werkvloer. In de praktijk: "Onze organisatie leunt op een aantal kernprogramma's:

- PUUR (ECD): Hierin staan alle zorgplannen, rapportages en afspraken centraal. Dit is ons 'bijbel' voor de dagelijkse zorg.
- Medimo : Voor een foutloze elektronische medicatietoediening en het digitaal aftekenen van medicatie.
- NCARE Voor de personele planning en urenregistratie.
- Alarmering: We maken gebruik van slimme alarmeringssystemen (zoals halszenders of bewegingssensoren) die direct gekoppeld zijn aan de telefoons van de aanwezige zorgverleners."

Informatie-uitwisseling & Afspraken

Hoe voorkomen we dat informatie verloren gaat tussen de verschillende partijen? In de praktijk: "De overdracht vindt bij ons methodisch plaats via de rapportages in PUUR. Voor de informele zorg (familie) gebruiken we CarenZorgt, waardoor zij direct op de hoogte zijn van onze bevindingen en wij van die van hen. Afspraken over wie wat doet, worden vastgelegd in de 'afsprakenlijst' binnen het zorgdossier. Daarnaast hebben we dagelijkse korte overdrachtmomenten tussen de diensten om de continuïteit te waarborgen."

6.4.Leren en ontwikkelen

Kwaliteit steunt op vakbekwaam en professioneel werken. Op professionals die samen continu de zorg verbeteren vanuit de professionele standaard, multidisciplinair werken en ervaren uitkomsten van zorg. De zorgverleners werken of leren werken volgens professionele standaarden, zoals richtlijnen, beroepscode en protocollen. Ze kennen hun eigen grenzen en schakelen zo nodig andere beroepsprofessionals in. Ze krijgen voldoende ruimte voor scholing. Er is voldoende ruimte om te evalueren, te reflecteren en te verbeteren.

De informele zorgverleners krijgen voldoende ondersteuning om hun aandeel in de zorg goed te doen. De leidinggevendenden nemen op hun eigen niveau deel aan trainingsdagen en/of intervisie, zodat ook zij mogelijkheden blijven houden om te leren en ontwikkelen.

Scholing en Bekwaamheid (MVA)

We borgen de kwaliteit door te zorgen dat iedereen bevoegd en bekwaam blijft voor de handelingen die zij verrichten.

In de praktijk: "Binnen ons huis maken we gebruik van een leerplatform (zoals de Fidesta Academie of een extern portaal) voor e-learnings over voorbehouden handelingen, medicatieveiligheid en hygiëne. De MVA's (Meten van Bekwaamheden) worden jaarlijks ingevuld en tijdens functioneringsgesprekken, teamvergaderingen en praktijktoetsen besproken. Hierdoor is voor elke zorgverlener inzichtelijk waar de groeiwensen liggen."

Teamoverleg en Reflectie

Leren gebeurt vooral door samen te praten over wat er op de werkvloer gebeurt.

In de praktijk: "Wij houden gemiddeld 4x per jaar een teamoverleg. Vaste onderwerpen op de agenda zijn: de bewonersbespreking (multidisciplinair), incidenten (VIM-meldingen), nieuwe richtlijnen en de onderlinge samenwerking. Tijdens deze overleggen is er ruimte voor intervisie en reflectie: we bespreken casuïstiek waarbij we ons afvragen: 'Hadden we dit anders kunnen aanpakken?'"

Formatie, Bezetting en Deskundigheidsmix

Een lerende omgeving heeft rust en stabiliteit nodig in het team.

In de praktijk: "We streven naar een gezonde deskundigheidsmix (helpende plus, verzorgende IG, verpleegkundige) zodat we van elkaar kunnen leren. Bij ziekte of vakantie proberen we dit zoveel mogelijk binnen het eigen team of met vaste zzp'ers op te lossen, zodat de continuïteit en de leerlijnen gewaarborgd blijven. Wanneer de bezetting onder druk staat, prioriteren we de noodzakelijke zorg, maar evalueren we achteraf hoe we de werkdruk kunnen verlagen."

Begeleiding van Vrijwilligers en Naasten

Leren is niet alleen voor de professionals.

In de praktijk: "Vrijwilligers krijgen bij ons een goede introductie en een vast aanspreekpunt binnen het team. We informeren hen over belangrijke zaken zoals omgang met dementie of privacy. Ook naasten ondersteunen we, bijvoorbeeld door uitleg te geven over ziektebeelden, zodat de balans tussen draagkracht en draaglast gezond blijft."

Persoonlijke Ontwikkeling (Jij als leidinggevende/professional)

In de praktijk: "Zelf blijf ik me ontwikkelen door deelname aan de Fidesta-brede overleggen, intervisie met andere locatiemanagers en het volgen van specifieke trainingen op het gebied van leiderschap of nieuwe wetgeving (zoals de Wzd). De inzichten die ik hier opdoe, vertaal ik direct naar verbeterpunten voor het team."

6.5. Inzicht in kwaliteit

Het Generiek Kompas geeft als vereiste het kunnen aanleveren van een kwaliteitsbeeld. Een document waarin wordt beschreven waar het huis mee bezig is op het gebied van kwaliteit, waar ontwikkelingen liggen en welke doelen worden nagestreefd. Dit verslag en plan geeft dit beeld.

De gegevens voor dat kwaliteitsbeeld komen uit verschillende bronnen:

- Dagelijkse terugkoppeling van de bewoners en/ of hun vertegenwoordigers
- De evaluaties en overleggen met de zorgvragen en/ of hun vertegenwoordigers
- De cliëntenraad
- Het cliënttevredenheidsonderzoek
- De MVA meldingen
- Teamoverleg
- Raad van Toezicht
- Audits
- Evt klachten

In dit document komt alles bij elkaar om een helder beeld te schetsen van het huis en de ontwikkelingen, wensen, doelen en resultaten op het gebied van kwaliteit.

Jaarplan 2026

Doel 1: Korte termijn (Q1-Q2 2026)

Implementatie van het 'Welzijns-gesprek'

- Wat: We vervangen het traditionele zorgplanoverleg door het 'Welzijns-gesprek'. Hierin staat niet de medische status centraal, maar de vraag: "Wat maakt jouw dag de moeite waard?"
- Generiek Kompas: Sluit aan bij de pijler *Kwaliteit van bestaan*.
- Resultaat: Voor 1 juli 2026 heeft elke bewoner een geactualiseerd plan waarin minimaal drie persoonlijke welzijnsdoelen zijn opgenomen die losstaan van medische zorg.

Doel 2: Jaardoel (Heel 2026)

Versterken van de 'Samen-Zelf' driehoek

- Wat: Het actief betrekken van het sociale netwerk bij de dagelijkse gang van zaken. We streven naar een cultuur waarin naasten niet 'op bezoek komen', maar onderdeel zijn van de leefgemeenschap (bijv. samen koken, tuinonderhoud of een activiteit begeleiden).
- Generiek Kompas: Sluit aan bij de pijler *Samenwerking (samenspel formeel/informeel)*.
- Resultaat: Eind 2026 wordt 20% van de welzijnsactiviteiten binnen het Skoatterhuys medegeorganiseerd of uitgevoerd door naasten of vrijwilligers uit de buurt.

Doel 3: Lange termijn (2026 – 2028)

Transitie naar 'Technologie als Partner'

- Wat: Een stapsgewijze integratie van sociale en ondersteunende technologie die de zelfredzaamheid vergroot en de werkdruk verlaagt (bijv. leefstijlmonitoring, medicatie-robots of sociale robots voor interactie).
- Generiek Kompas: Sluit aan bij de pijler *Toekomstbestendigheid*.
- Resultaat: * Eind 2026: Pilotfase met twee vormen van zorgtechnologie afgerond.
 - 2027: Volledige implementatie en scholing van het team.
 - 2028: Technologie is een integraal onderdeel van het zorgproces, waardoor er meer tijd vrijkomt voor menselijk contact.