
	Proceseigenaar:	Directeur / bestuurder
	Advies/instemming:	CR d.d. 08-01-2018
	Versie:	OR d.d. 11-01-2018
	Datum laatste wijziging:	Def 2
	Evaluatiedatum:	08-03-2018
		dd-mm-jjjj

Kwaliteitsplan Westerholm/Rijkers-Lubbers

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	2
1. Profiel van de organisatie	3
1.1 Algemeen.....	3
1.2 Doel en grondslag van Westerholm	3
1.3 Karakter van Westerholm.....	4
1.4 Missie, visie en kernwaarden	4
1.5 Strategisch beleid	5
1.6 Medezeggenschap	6
1.7 Kernactiviteiten.....	7
1.8. Organisatiestructuur en Governancecode	7
1.9. Leren en continu verbeteren	8
2. Profiel personeelsbestand.....	9
2.1 Personeelssamenstelling	9
2.2 Verloop, instroom en uitstroom.....	10
2.3 Ratio personele kosten versus opbrengsten	11
3. Kwaliteitsthema's: stand van zaken en voorgenomen plannen	12
3.1 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning	12
3.2 Wonen en welzijn	14
3.3 Veiligheid	15
3.4 Leren en verbeteren	16
3.5 Leiderschap, governance en management.....	18
3.6 Personeelssamenstelling	19
3.7 Hulpbronnen.....	21
3.8 Gebruik van informatie	21
4. Verbeterparagraaf.....	22

	Proceseigenaar:	Directeur / bestuurder
	Advies/instemming:	CR d.d. 08-01-2018 OR d.d. 11-01-2018
	Versie:	Def 2
	Datum laatste wijziging:	08-03-2018
	Evaluatiedatum:	dd-mm-jjjj

Voorwoord

Per 1 oktober 2017 ben ik als directeur-bestuurder aan de slag gegaan bij Westerholm/Rikkers-Lubbers. De korte lijnen, de persoonlijke aandacht en de warme sfeer maken dat ik mij zeer welkom voel. Dat warme welkom willen we ook geven aan de mensen die bij Westerholm/Rikkers-Lubbers komen wonen in de voor velen laatste periode van hun leven. Het gevoel van veiligheid, respect en persoonlijke aandacht brengen we ook aan mensen die in een kwetsbare thuissituatie zorg en ondersteuning van Westerholm ontvangen of die tijdelijk op één van onze appartementen zorg ontvangen om daarna weer terug naar de eigen woning te kunnen gaan.


Het jaar 2017 kende veel veranderingen. De ontwikkeling naar zelforganiserende teams leidde tot het schrappen van de managementlaag. Met het vertrek van de transitie manager was er geen leidinggevende meer aanwezig ter coaching en monitoring van het primaire proces, terwijl de teams nog onvoldoende waren gevormd en de kaders waarbinnen de zelforganisatie zou moeten plaatsvinden, nog onvoldoende waren bepaald.

Deze ontwikkelingen leidden tot een meer dan gemiddeld verzuim en verloop onder het personeel en tot een meer dan gemiddelde inzet van externe ondersteuning. Met grote inzet en loyaliteit hebben medewerkers en vrijwilligers in deze omstandigheden de kwaliteit en continuïteit van zorg geboden, waarbij ook de inzet van enthousiaste mantelzorgers niet mag worden vergeten. De CR en OR zijn goed functionerende medezeggenschapsorganen, die oog hebben voor kwaliteit en continuïteit van zorg.

Dit alles maakt dat het jaar 2018 in het teken zal staan van het bouwen aan een stabiele organisatie, waarbij zelforganiserende teams worden gecoacht en gemonitord in persoonlijk eigenaarschap en vakmanschap. De ondersteunende diensten zullen ook volgens het principe van zelforganisatie worden heringericht. Dit alles om kwaliteit en continuïteit van zorg te kunnen bieden, met persoonlijke aandacht, inzet van informele zorg en waarbij wonen en welbevinden voorop staan.

De korte lijnen, de compassie van medewerkers en vrijwilligers en de verankering in de lokale samenleving, maken dat ik met veel vertrouwen het jaar 2018 tegemoet zie, waarin we overeenkomstig het kwaliteitskader verpleeghuiszorg zullen werken aan het continu verbeteren van zorg en dienstverlening.

Haren, december 2017
Dineke Katerberg, directeur-bestuurder

	Proceseigenaar: Advies/instemming:	Directeur / bestuurder CR d.d. 08-01-2018 OR d.d. 11-01-2018
	Versie: Datum laatste wijziging: Evaluatiedatum:	Def 2 08-03-2018 dd-mm-jjjj

1. Profiel van de organisatie

1.1 Algemeen

Naam rechtspersoon	Stichting Westerholm/Rikkers-Lubbers
Adres	Irenelaan 1
Postcode en Plaats	9752 LS Haren
Telefoonnummer	050 5342122
Nummer Kamer van Koophandel	41010320
Emailadres	info@westerholm.nl
Website	www.westerholm.nl
Sector	Verpleging, Verzorging, Thuiszorg (VVT)
Rechtsvorm	Stichting

In december 2017 vindt de fusie plaats tussen de Rikkers-Lubbers Stichting, eigenaar en beheerder van het vastgoed, en de Exploitatiestichting Westerholm/Rikkers-Lubbers, exploitant van het vastgoed met als doel het leveren van woonruimte, welzijn en zorg. De fusie is geëffectueerd met terugwerkende kracht per 1 januari 2017.

De gebruiksnaam van de stichting is Westerholm en zal als zodanig ook in het vervolg van dit plan worden gehanteerd.

Westerholm kent twee locaties, Rikkers-Lubbers in Groningen en Westerholm in Haren.


Locatie	Rikkers-Lubbers
Adres	Heresingel 32-36
Postcode en Plaats	9711 EV Groningen
Telefoonnummer	050 3123268
Website	www.westerholm.nl
Emailadres	info@westerholm.nl

Locatie	Westerholm
Adres	Irenelaan 1
Postcode en Plaats	9752 LS Haren
Telefoonnummer	050 5342122
Website	www.westerholm.nl
Emailadres	info@westerholm.nl

1.2 Doel en grondslag van Westerholm

Het doel van Westerholm is in de statuten als volgt beschreven:

"De Stichting heeft als hoofddoel het leveren van woonruimte, welzijn en zorg, in het bijzonder het als maatschappelijke onderneming leveren van cliëntgerichte, veilige en betaalbare zorg van goede kwaliteit in de breedste

	Proceseigenaar:	Directeur / bestuurder
	Advies/instemming:	CR d.d. 08-01-2018 OR d.d. 11-01-2018
	Versie:	Def 2
	Datum laatste wijziging:	08-03-2018
	Evaluatiedatum:	dd-mm-jjjj

zin van het woord De Stichting werkt aan het verwezenlijken van haar doel door het centraal stellen van de cliënten en van hun gerechtvaardigde wensen en behoeften bij de zorgverlening onder andere door het scheppen van een gunstig behandelings-, verzorgings-, leef- en begeleidingsklimaat het wat de zorgverlening betreft voldoen aan eigentijdse kwaliteitseisen...het bevorderen van geestelijke en levensbeschouwelijke begeleiding ten behoeve van alle cliënten die daarvan gebruik willen maken”

1.3 Karakter van Westerholm

Westerholm/Rikkers-Lubbers is een begrip in Haren en Groningen als het gaat om het bieden van zorg en ondersteuning aan ouderen. Niet in de laatste plaats omdat de organisatie al sinds 1928 actief is voortgekomen uit particuliere initiatieven en al die jaren de verbinding met maatschappelijke organisaties en individuen met een grote maatschappelijke betrokkenheid in stand is gebleven.

Westerholm ligt in een villawijk, met royale lanen en groen, en toch direct in de nabijheid van het centrum van Haren met voorzieningen zoals winkels, horecagelegenheden, bank en kerk. Deze geografische ligging in combinatie met de historische verankering in de lokale samenleving maakt dat Westerholm onderscheidend is ten opzichte van en complementair aan de overige zorgaanbieders in Haren. Het kleinschalige karakter van Westerholm, de korte lijnen en het elkaar kennen en gekend worden dragen bij aan het onderscheidende karakter.

Rikkers-Lubbers grenst direct aan stadscentrum van Groningen. De appartementen zijn royaal en een aantal heeft een mooi uitzicht op het stadsleven. Voor stadsmensen is het een prachtige plek met prachtige appartementen, mits zij nog redelijk mobiel zijn.


1.4 Missie, visie en kernwaarden

Missie

Zorg verlenen is meer dan alleen een vriendelijke bejegening en zorg op maat. We zoeken in dialoog met de cliënt steeds naar mogelijkheden en oplossingen en werken er aan om de kwaliteit van wonen, zorg en welzijn voor onze cliënten te bevorderen. Daarmee bieden we meer dan zorg alleen en leggen we het accent op Zorg met een plus. Dat is onze missie.

Visie

De cliënt staat centraal, de mens die zelf richting geeft aan zijn leven. De dialoog en directe relatie tussen cliënt en medewerker is voor ons een vanzelfsprekendheid. Professionele zorg wordt gegeven waar nodig, aansluitend op de informele zorg en passend bij de persoonlijke wensen, behoeften en

	Proceseigenaar: Advies/instemming:	Directeur / bestuurder CR d.d. 08-01-2018 OR d.d. 11-01-2018
	Versie: Datum laatste wijziging: Evaluatiedatum:	Def 2 08-03-2018 dd-mm-jjjj

ervaringen van de cliënt (keuzevrijheid en privacy). Kwaliteit van leven voor de cliënt is daarbij de centrale doelstelling, waarbij:

- De nadruk ligt op de mogelijkheden en de belangen van de cliënt.
- De eigen regie en de zelf- en samenredzaamheid worden versterkt.
- De zorg en ondersteuning dichtbij is.

Kernwaarden

Westerholm kent de volgende kernwaarden:

Eigen regie

Voor ieder mens is het belangrijk om invloed te hebben op zijn leefomgeving. Regie voeren over het eigen leven is keuzes maken die het beste passen bij het leven dat de cliënt wil leiden. Hiermee heeft hij zeggenschap over zijn eigen leven en staat zijn vraag centraal. Wij geven mensen de ruimte om eigen regie te voeren en ondersteunen hen daarbij waar nodig.

Partnerschap

Ondersteunen zien wij als samenwerken in partnerschap op basis van wederkerigheid. Het partnerschap geven wij vorm in samenwerking met de cliënt en diens sociale en professionele netwerk.


Respectvolle bejegening

De basis van alles wat wij doen is respect, begrip en aansluiting op de belevingswereld van de cliënt. Wij beslissen niet voor maar met de cliënt en bieden een luisterend oor vanuit vertrouwen en betrokkenheid.

1.5 Strategisch beleid

Locaties

De maatschappelijke ontwikkelingen en het overheidsbeleid leiden ertoe dat ouderen steeds langer thuis wonen. Overheidsgeld wordt gericht ingezet voor zorg en ondersteuning in de thuissituatie, terwijl mensen zelf verantwoordelijk blijven voor de kosten van het wonen. Uitsluitend ouderen met een grote ondersteuningsbehoefte kunnen verblijven in een intramurale setting. Kwaliteit en continuïteit van zorg in het licht van deze ontwikkelingen, vragen om persoonlijke zorg, aandacht voor het wonen en het welbevinden en om aansluiting op de informele zorg. Om hieraan te kunnen blijven voldoen, ook in de toekomst, is gekozen om de organisatie en het voorzieningenniveau te verstevigen en de organisatie te centreren op 1 locatie in Haren. Daartoe wordt het complex in Haren omgevormd tot een plaats waar mensen zelfstandig kunnen wonen met een lichte zorgvraag tot en met een vraag om zware complexe intramurale zorg. Westerholm wil het zelfstandig wonen voor kwetsbare ouderen vergemakkelijken in een omgeving die naadloos aansluit bij de omgeving zoals men dat eerder gewend is geweest zodat men in alle fasen van het ouder worden zelfstandig richting kan blijven geven aan het wonen, het welbevinden en de zorg.

	Proceseigenaar: Advies/instemming:	Directeur / bestuurder CR d.d. 08-01-2018 OR d.d. 11-01-2018
	Versie: Datum laatste wijziging: Evaluatiedatum:	Def 2 08-03-2018 dd-mm-jjjj

De intentie is om tenminste 60 Wlz-plaatsen te handhaven in Haren en daarnaast 40-60 appartementen te realiseren voor zelfstandig wonen met zorg, met mogelijkheid tot VPT en MPT. Exacte aantallen nog nader te bepalen, afhankelijk van de mogelijkheden die de lokale situatie biedt.

Westerholm in Haren heeft na de ver- en nieuwbouw appartementen voor zelfstandig wonen met zorg, intramurale appartementen en gezamenlijke verblijfsruimtes voor mensen met gevorderde en minder ver gevorderde dementie. Het welbevinden staat centraal, de omgeving maakt het mogelijk anderen te ontmoeten en betekenis te geven aan het eigen leven en aan dat van anderen. Met aandacht voor wat mensen nog wel kunnen waardoor verdere achteruitgang van de gezondheid zo mogelijk kan worden voorkomen of vertraagd.

Voor tijdelijk verblijf na ziekenhuisopname, realiseert Westerholm 2-4 ELV-plaatsen.

Blik naar buiten

Zoals gezegd, Westerholm is een begrip in de lokale samenleving, vanuit een historisch en geografisch perspectief. Westerholm neemt daarbij een onderscheidende en complementaire positie in ten opzichte van de overige zorgaanbieders in Haren. Dit complementaire karakter willen wij handhaven in de zorg in de thuissituatie, in de samenwerking met externe stakeholders als gemeente, welzijnsorganisatie, ondernemers en overige maatschappelijke organisaties. Daarbij zoeken we naar vernieuwende arrangementen, gericht op het tijdig voorkomen van achteruitgang in een nauwe afstemming met welzijnsactiviteiten en in goede samenwerking met de collega zorgaanbieders. Het is onze visie dat wij op een integrale manier bijdragen aan het voorkomen van verdere achteruitgang en het bevorderen van het welbevinden van kwetsbare ouderen in Haren.


Cultuuromslag

De toenemende mondigheid en het overheidsbeleid vragen om zelfstandig werkende professionals, die in staat zijn om de cliënt en zijn sociale omgeving voorop te stellen, die hun vak verstaan, goed kunnen samenwerken en het werk afstemmen op dat wat cliënten en het sociale netwerk nodig hebben. Cliënten, hun sociale omgeving, vrijwilligers en medewerkers geven gezamenlijk inkleuring aan zorg met een plus.

Wij ondersteunen medewerkers in de groei naar professionaliteit en zelfstandigheid.

1.6 Medezeggenschap

Westerholm kent een actieve Cliëntenraad en Ondernemingsraad. Zij zijn onmisbaar voor een goed functionerende organisatie en participeren actief in alle plannen gericht op kwaliteit en continuïteit van zorg en welbevinden en voor het toekomstbestendig houden van de organisatie.

	Proceseigenaar: Advies/instemming:	Directeur / bestuurder CR d.d. 08-01-2018 OR d.d. 11-01-2018
	Versie: Datum laatste wijziging: Evaluatiedatum:	Def 2 08-03-2018 dd-mm-jjjj

1.7 Kernactiviteiten

Westerholm levert wonen, ondersteuning en zorg aan ouderen, variërend van lichte tot zware ondersteuning afhankelijk van de zorgvraag, zo mogelijk in de thuissituatie en als het niet anders kan in een intramurale setting. Het kan gaan om een somatische, psychogeriatrische of samengestelde ondersteuningsvraag. De functie behandeling leveren wij middels samenwerking met collega-zorgaanbieder ZINN.

De ondersteuning wordt geleverd in natura op basis van een ZZP, persoonsgebonden budget, volledig pakket thuis, modulair pakket thuis of extramurale indicatie.

Westerholm levert de volgende prestaties:


Wet langdurige zorg (Wlz)	Verpleging, verzorging, begeleiding, behandeling, verblijf
Zorgverzekeringswet (Zvw)	Verpleging, verzorging, eerstelijnsverblijf
Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)	Persoonlijke verzorging, dagverzorging, begeleiding, beschermd wonen, respijtzorg, kortdurend verblijf

De prestaties kennen de volgende omvang (per 15 december 2017):

Omschrijving categorie	Aantal
Intramurale cliënten	53
Cliënten VPT	0
Cliënten MPT	0
Extramurale cliënten	48
Beschikbare plaatsen WLZ	
Zelfstandig wonende ouderen die huren van Westerholm	17

1.8 Organisatiestructuur en Governancecode

Westerholm is een stichting en kent een eenhoofdige raad van bestuur, in de functie van directeur-bestuurder. De Raad van Toezicht houdt toezicht op het beleid van de directeur-bestuurder, geeft advies en functioneert als klankbord. Westerholm werkt volgens de Governancecode Zorg en hanteert daarmee de principes van goed bestuur. Kenmerkend voor Westerholm zijn de korte lijnen waarbij Raad van Toezicht en Raad van Bestuur continu hun professionaliteit en deskundigheid ontwikkelen en ruimte geven aan invloed van belanghebbenden.

	Proceseigenaar: Advies/instemming:	Directeur / bestuurder CR d.d. 08-01-2018 OR d.d. 11-01-2018
	Versie: Datum laatste wijziging: Evaluatiedatum:	Def 2 08-03-2018 dd-mm-jjjj

In 2017 is gekozen voor de invoering van zelforganiserende teams. Dit leidt tot de noodzaak van herziening van het bestaande organogram in 2018.

1.9 Leren en continu verbeteren


Westerholm neemt deel aan een lerend netwerk van kleinschalige zorgorganisaties in de regio. Aan het lerend netwerk nemen deel, naast Westerholm:

Het Hooge Heem in Grootegast, Vredewold in Leek, Residentie Buitenzorg in Groningen en de Buurtzuster in Zuidlaren. Een samenwerkingsovereenkomst is ondertekend; op bestuurlijk niveau vindt kennisuitwisseling plaats. In 2018 gaan we samenwerken op het gebied van de AVG (Algemene verordening gegevensbescherming) en gaan we het samen leren verder ontwikkelen.

Westerholm neemt deel aan Waardigheid & Trots en zet voor het jaar 2018 in op verbetering van de dagbesteding.

Westerholm voldoet aan de eisen van het HKZ-kwaliteitskeurmerk, waarvan onderdeel is dat het kwaliteitsmanagementsysteem gericht is op continu verbeteren. Speerpunten voor het jaar 2018 zijn:

1. Basis op orde: veilige en persoonsgerichte zorg en ondersteuning.
2. Realisatie en optimalisatie van het zelfstandig en professioneel werken in kleine integraal samengestelde teams, die verantwoordelijk zijn voor een kleine groep cliënten.
3. Bevoegd- en bekwaamheidseisen van medewerkers zijn ieder moment per team inzichtelijk en beschikbaar, er zijn toetsers die daartoe zijn geschoold, en er is een gestructureerd overzicht van toetsmomenten het gehele jaar door.
4. Deskundigheidsbevordering op het gebied van kennis van en inzicht in de leefwereld van mensen met dementie.
5. De cliënt en diens sociale netwerk en het welbevinden centraal stellen in alles wat wij doen.
6. Actualisatie van de visie van Westerholm.
7. Uitwerken van de nieuw- en verbouwplannen.
8. Ontwikkelen van nieuwe woonzorgconcepten en herpositionering van de ondersteuning in de thuissituatie met aandacht voor maaltijdbezorging, begeleiding individueel en in de groep, wijkverpleging en ELV.

	Proceseigenaar: Advies/instemming:	Directeur / bestuurder CR d.d. 08-01-2018 OR d.d. 11-01-2018
	Versie: Datum laatste wijziging: Evaluatiedatum:	Def 2 08-03-2018 dd-mm-jjjj

2. Profiel personeelsbestand

In 2017 is de in 2016 ingezette ontwikkeling naar zelforganiserende teams doorgezet. Dit proces heeft enige vertraging opgelopen. De aangestelde transitie-manager is voortijdig vertrokken, de volledige managementlaag is geschrapt, er is een externe teamcoach aangesteld en er heeft per 1 oktober een wisseling van directeur-bestuurder plaats gevonden.

Deze ontwikkelingen hebben geleid tot enige onrust met als resultaat een onevenredig hoog verloop onder het personeel, een hoog ziekteverzuim en een grote inzet van uitzendkrachten.

2.1 Personeelssamenstelling

Uitgangspunt is dat we werken in kleine multidisciplinair samengestelde teams die verantwoordelijk zijn voor een kleine groep cliënten. Kennen en gekend worden is het leidend principe. De volgende disciplines participeren in de teams: facilitair medewerker, zorgassistent, helpende, verzorgende-IG, verpleegkundige, welzijnsmedewerker. De exacte samenstelling is afhankelijk van de cliëntpopulatie waar het team verantwoordelijk voor is. In het extramurale team werkt bovendien een wijkverpleegkundige.

Eerst verantwoordelijk verzorgenden/verpleegkundigen (EVV'ers) zijn eerste contactpersoon en verantwoordelijk voor de onderlinge afstemming van de ondersteuning. EVV'ers en verpleegkundigen hebben een rol in de kwaliteitsborging. Dagelijks wordt één EVV'er/verpleegkundige na de ADL vrijgepland voor deze taak. Middels het tweewekelijks kwaliteitsoverleg worden overstijgende kwaliteitsthema's besproken.


Er is 24 uur per dag een verpleegkundige beschikbaar en er is sprake van een continue BHV-bezetting.

Met collega-zorgaanbieder ZINN bestaat een overeenkomst inzake de levering van de functie behandeling middels inzet van de specialist ouderengeneeskunde en overige behandelaren, waaronder de psycholoog.

Voor scholing nemen we diensten af van ZINN, waaronder de toetsing op bekwaamheidseisen en maken we gebruik van het skillslab van ZINN.

Westerholm Haren intramuraal

Funcienaam:	Aantal:	Fte:
Facilitair (niveau 1)	11	3,77
Zorgassistent (niveau 1)	4	1,70
Helpende (niveau 2)	12	3,19
Verzorgende (niveau 3)	20	10,61
Activiteitenbegeleider (niveau 3/4)	7	4,746
Verpleegkundige MBO (niveau 4)	6	1,88

 WESTERHOLM	Proceseigenaar: Advies/instemming:	Directeur / bestuurder CR d.d. 08-01-2018 OR d.d. 11-01-2018
	Versie: Datum laatste wijziging: Evaluatiedatum:	Def 2 08-03-2018 dd-mm-jjjj

Verpleegkundige HBO (niveau 5)	0	0
Leerlingen	8	5,49

Westerholm Haren extramuraal		
Funcienaam:	Aantal:	Fte:
Helpende (niveau 2)	0	0
Verzorgende (niveau 3)	9	4,18
Verpleegkundige MBO (niveau 4)	1	0,66
Verpleegkundige HBO (niveau 5)	2	1,11
Leerlingen	1	0,66

Rijkers-Lubbers Groningen intramuraal		
Funcienaam:	Aantal:	Fte:
Facilitair (niveau 1)	1	0,44
Zorgassistent (niveau 1)	0	0
Helpende (niveau 2)	1	0,44
Verzorgende (niveau 3)	7	5,77
Activiteitenbegeleider (niveau 3/4)	1	0,58
Verpleegkundige MBO (niveau 4)	0	0
Verpleegkundige HBO (niveau 5)	0	0
Leerlingen	1	0,83

Naast de professionals en leerlingen zijn er * vrijwilligers werkzaam binnen onze organisatie en zijn er 9 stageplaatsen voor stagiaires in de zorg en 0 stageplaatsen/werkleerplaatsen voor overige functies.


*Vrijwilligers met overeenkomst met Westerholm: 35
 Maaltijdbezorgers Torion: 15
 'Opschudders' (nog geen overeenkomst, komt nog): 10
 Cliëntenraad is niet meegeteld!

2.2 Verloop, instroom en uitstroom

Onderstaand de cijfers over 2017 per 1 december 2017:

Verloop (=percentage uitstroom van de totale bezetting)

Facilitair (niveau 1)	2,65%
Zorgassistent (niveau 1)	0 %
Helpende (niveau 2)	9,73%
Verzorgende (niveau 3)	6,19%
Activiteitenbegeleider (niveau 3/4)	0 %
Verpleegkundige MBO (niveau 4)	5,31%
Verpleegkundige HBO (niveau 5)	3,54%

	Proceseigenaar:	Directeur / bestuurder
	Advies/instemming:	CR d.d. 08-01-2018 OR d.d. 11-01-2018
	Versie:	Def 2
	Datum laatste wijziging:	08-03-2018
	Evaluatiedatum:	dd-mm-jjjj

Leerlingen	0	%
------------	---	---

Instroom


Facilitair (niveau 1)	5
Zorgassistent (niveau 1)	1
Helpende (niveau 2)	9
Verzorgende (niveau 3)	10
Activiteitenbegeleider (niveau 3/4)	1
Verpleegkundige MBO (niveau 4)	6
Verpleegkundige HBO (niveau 5)	3
Leerlingen	0

Uitstroom

Facilitair (niveau 1)	3
Zorgassistent (niveau 1)	0
Helpende (niveau 2)	11
Verzorgende (niveau 3)	7
Activiteitenbegeleider (niveau 3/4)	0
Verpleegkundige MBO (niveau 4)	6
Verpleegkundige HBO (niveau 5)	4
Leerlingen	0

2.3 Ratio personele kosten versus opbrengsten

Dit betreft de personele kosten gedeeld door de som van de bedrijfsopbrengsten. Op basis van de gepubliceerde jaarrekening 2016 is deze ratio 0,7.

	Proceseigenaar:	Directeur / bestuurder
	Advies/instemming:	CR d.d. 08-01-2018 OR d.d. 11-01-2018
	Versie:	Def 2
	Datum laatste wijziging:	08-03-2018
	Evaluatiedatum:	dd-mm-jjjj

3. Kwaliteitsthema's: stand van zaken en voorgenomen plannen

Als gevolg van de vertraging in de ontwikkeling naar zelforganisatie en als gevolg van de bestuurderswisseling, heeft het opstellen van dit kwaliteitsplan vertraging opgelopen. Het plan zal begin januari 2018 worden besproken in het Kwaliteitsoverleg, CR en OR. Ook zal het in januari worden besproken in het Lerend Netwerk, met als doel op overstijgende thema's van elkaar te leren.

Gezien de ontwikkelingen in het afgelopen jaar heeft het bouwen aan een stabiele organisatie absolute prioriteit. Uitgangspunt is dat waar mogelijk de organisatie wordt gevormd met "eigen" mensen, dat wil zeggen mensen in dienst van Westerholm of die als vrijwilliger of mantelzorger een bijzondere band met Westerholm hebben.

Het proces van zelforganisatie wordt onderdeel van de reguliere bedrijfsvoering. Voor het coachen en monitoren van het totale primaire proces (zorg, welzijn en facilitair) is een manager Wonen, Welzijn en Zorg aangetrokken die per 1 februari 2018 aan de slag zal gaan.

De ondersteunende diensten zullen worden heringericht, met als gewenst resultaat dat uiterlijk per 1 juli 2018 verantwoordelijkheidsverdelingen duidelijk zullen zijn. Daar waar in het onderstaande de hoofdverantwoordelijke wordt genoemd heeft in dit kader dan ook nog een voorlopig karakter.

3.1 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Hoofdverantwoordelijk: Manager Wonen, Welzijn en Zorg	
Omschrijving thema	Stand van zaken en voorgenomen plannen
<p>Compassie: Nabijheid, vertrouwen, aandacht en begrip</p> <p>Uniek zijn: Gezien worden in persoonlijke context, eigen identiteit</p> <p>Autonomie: Behoud van eigen regie over leven en persoonlijk welbevinden ook bij zorg in de laatste levensfase</p>	<p>De kleinschaligheid van Westerholm en de heersende bedrijfscultuur maken dat compassie in de kern aanwezig is. Medewerkers zullen worden ondersteund om deze aanwezige kernkwaliteit om te zetten in zelfstandig professioneel handelen met aandacht voor uniciteit en autonomie van iedere cliënt en diens sociale netwerk. De aandacht zal gericht zijn op het vormen van en samenwerken in kleine multidisciplinair samengestelde teams. Werkprocessen worden doorontwikkeld en in samenspraak met de manager Wonen, Welzijn en Zorg zal per team vastgesteld worden of en welke ondersteuning nodig is. In het beleid zal</p>

Proceseigenaar: Advies/instemming: Versie: Datum laatste wijziging: Evaluatiedatum:	Directeur / bestuurder CR d.d. 08-01-2018 OR d.d. 11-01-2018 Def 2 08-03-2018 dd-mm-jjjj
---	---

Zorgdoelen:
 Iedere cliënt heeft afspraken over en inspraak bij de doelen ten aanzien van zijn/haar zorg, behandeling en ondersteuning

bijzondere aandacht zijn voor het eerste cliëntcontact, kennis van, inzicht in en omgaan met moeilijk begrepen gedrag.

Realisatie van een voorlopig zorgplan binnen 24 uur na opname en van een definitief zorgplan binnen 6 weken, is onze norm. Evenals opstelling door een medewerker van tenminste niveau 3. Het professioneel werken met het zorgplan als middel om kwalitatief goede en veilige zorg te bieden, zal in 2018 centraal staan, met aandacht voor:

- Zorgvuldige formulering van doelen en acties, aansluitend op en in afstemming met de informele zorg
- Formulering zodanig dat het praktisch werkbaar is voor het dagelijkse werk en dat het mogelijk is om te rapporteren op de gestelde doelen en acties
- Het afstemmen van de rapportage op het medegebruik door client en diens contactpersoon
- Afspraken over de zorg rondom het levenseinde


Hoe gaan wij de plannen verwezenlijken?

Per team maken we een gestructureerd ondersteuningsprogramma dat gereed moet zijn uiterlijk per 1 juni 2018.

Hoe gaan we de resultaten meten?


We benoemen voorlopig de volgende KPI's (Kritische Prestatie Indicatoren):

- Iedere cliënt heeft een actueel zorgplan dat is opgesteld met contactpersoon en behandelaar en dat voldoet aan de gestelde eisen op het gebied van formulering van doelen en acties.
- Ieder zorgplan wordt twee keer per jaar besproken met cliënt en diens contactpersoon.
- Bij de zorgplanbespreking zijn behandelaren aanwezig.
- Ieder team heeft tenminste eens per jaar een burendag: ontmoeting met cliënten en hun familie in aanwezigheid van de teamleden.

	Proceseigenaar:	Directeur / bestuurder
	Advies/instemming:	CR d.d. 08-01-2018 OR d.d. 11-01-2018
	Versie:	Def 2
	Datum laatste wijziging:	08-03-2018
	Evaluatiedatum:	dd-mm-jjjj

3.2 Wonen en welzijn


Hoofdverantwoordelijk: manager Wonen, Welzijn en Zorg	
Omschrijving thema's	Stand van zaken en voorgenomen plannen
<p>Zingeving: Aandacht voor specifieke levensvragen, het van betekenis zijn en de bereikbaarheid van geestelijke verzorging</p> <p>Zinvolle tijdsbesteding: Er is iedere dag voor iedere cliënt de mogelijkheid van zinvolle tijdsbesteding zo nodig onder begeleiding van professional of vrijwilliger, passend bij de individuele wens. Iedere cliënt wordt gestimuleerd te bewegen en kan naar buiten gaan als hij dat wil.</p> <p>Schoon en verzorgd lichaam plus verzorgde kleding: Dagelijkse persoonlijke verzorging van lichaam en kleding (o.a. bed, bad, toiletgang, haardracht, make-up, bril, gehoorapparaat, kledingkeuze)</p> <p>Familieparticipatie en inzet vrijwilligers: Het sociale netwerk van de cliënt is actieve partner in de zorg en ondersteuning, taken en verantwoordelijkheden zijn helder en vrijwilligers maken onderdeel uit van het team.</p>	<p>Vanuit historie is er een bijzondere band met de R.K.-parochie. De samenwerking is goed en er wordt eens per twee weken een dienst gehouden in de kapel in Westerholm. Er is een open houding ten opzichte van andere levensovertuigingen. We zullen medewerkers ondersteunen bij het professioneel omgaan met zingevingsvragen van cliënten.</p> <p>Welzijnsmedewerkers maken deel uit van de teams en welzijnsactiviteiten worden ontplooid in de teams. Ook zijn er welzijnsmedewerkers/coördinator informele zorg, die overstijgende welzijnsactiviteiten ontplooiën. Er zijn diverse notities over welzijn, informele zorg en vrijwilligers geschreven. We zullen die bij elkaar brengen en tot een samenhangende visie en beleid over informele zorg, welzijn en vrijwilligers komen.</p> <p>We zullen aan dat beleid uitvoering geven door waar nodig gerichte training en scholing te geven, bij voorkeur middels coaching on the job. Goede persoonlijke verzorging en professionele zorg volgend op informele zorg zijn daarbij uitgangspunt. Niet de werkprocessen maar het levensritme van de cliënt staat centraal.</p>

	Proceseigenaar:	Directeur / bestuurder
	Advies/instemming:	CR d.d. 08-01-2018 OR d.d. 11-01-2018
	Versie:	Def 2
	Datum laatste wijziging:	08-03-2018
	Evaluatiedatum:	dd-mm-jjjj

<p>Wooncomfort: Cliënt kan privéruimte inrichten naar eigen wens, de algemene ruimtes zijn ingericht op het gebruik, alle ruimtes zijn schoon en veilig, cliënten kunnen genieten van het eten en kunnen koken als zij dat willen en kunnen.</p>	<p>Het naar eigen wens inrichten van de privéruimtes en een schoon en veilig woon- en leefklimaat zijn onderdeel van bestaande werkwijzen.</p>
<p>Hoe gaan we de plannen verwezenlijken?</p> <p>Voor 1 mei 2018 hebben we met instemming van de CR een samenhangende visie en beleid geformuleerd over informele zorg, welzijn en vrijwilligers. Daarna geven we er uitvoering aan en maken we een gericht trainingsprogramma middels coaching on the job.</p> <p>Hoe meten we de resultaten? Cliëntervaringsonderzoek: gewenste aanbevelingscijfer tenminste een 8. Ieder zorgplan kent doelen op het gebied van familieparticipatie, mentaal welbevinden, geestelijke verzorging.</p>	

3.3 Veiligheid

Hoofdverantwoordelijk: Manager Wonen, Welzijn en Zorg en directeur-bestuurder	
Omschrijving thema's	Stand van zaken en voorgenomen plannen
<p>Basisveiligheid is een hoofdonderwerp van het kwaliteitsoverleg dat tweewekelijks plaatsvindt met EVV-ers en verpleegkundigen. Dit overleg signaleert, doet verbetervoorstellen en zorgt voor borging in de praktijk.</p>	
<p>Medicatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regelmatige medicatiereview door apotheker en SO - Trends in medicatiefouten signaleren en verbeteracties opzetten en volgen - Aard en prevalentie van antipsychoticagebruik documenteren en reflecteren erop - Documenteren van aard en omvang antibioticagebruik 	<p>Plan voor gestructureerde aanpak in kwaliteitsoverleg uitwerken.</p>
<p>Decubitus:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regelmatige monitoring van huid(letsel), voedingstoestand, mondzorg, incontinentieletsel bij alle bedlegerige of immobiele cliënten 	<p>Plan voor gestructureerde aanpak in kwaliteitsoverleg uitwerken.</p>

	Proceseigenaar: Advies/instemming:	Directeur / bestuurder CR d.d. 08-01-2018 OR d.d. 11-01-2018
	Versie: Datum laatste wijziging: Evaluatiedatum:	Def 2 08-03-2018 dd-mm-jjjj


<ul style="list-style-type: none"> - Primaries aantoonbaar maken dat het voorkómen en vóórkomen van decubitus (graad 2-4) wordt gedocumenteerd en besproken 	
Vrijheid beperkende maatregelen (VBM) <ul style="list-style-type: none"> - Registratie van VBM, de reden daarvan, en evaluatie van de VBM met cliënt en/of naaste, en vaststellen of vooraf voldoende naar alternatieven is gezocht 	VBM-commissie wordt in januari geïnstalleerd, werkwijze voor zorgvuldige registratie en evaluatie wordt in de commissie opgesteld
Ziekenhuisopnamen: <ul style="list-style-type: none"> - Registratie van ongeplande opnames in (psychiatrisch) ziekenhuis en/of het insturen SEH - Registratie van redenen van ziekenhuisopname: <ul style="list-style-type: none"> o Vallen, heupfractuur o Luchtweg- of urineweginfectie o Delier o CVA o Onbegrepen gedrag 	In Kwaliteitsoverleg wordt aanpak om te komen tot registratie, uitgewerkt
<p>Hoe gaan we de plannen verwezenlijken?</p> <p>In kwaliteitsoverleg worden plannen ontwikkeld voor gestructureerde aanpak op de onderscheiden terreinen.</p> <p>VBM-commissie ontwikkelt beleid en aanpak op gebied van registratie, analyse en evaluatie VBM's.</p> <p>Hoe meten we de resultaten?</p> <p>Kwartaalrapportage uit kwaliteitsoverleg aan directeur-bestuurder. KPI's in de loop van het jaar ontwikkelen en scoren.</p>	

3.4 Leren en verbeteren

Hoofdverantwoordelijk: Kwaliteitsmedewerker en directeur-bestuurder	
Omschrijving thema's	Stand van zaken en voorgenomen plannen
Voldoen aan een (erkend) kwaliteitsmanagementsysteem voor de zorg.	Westerholm is HKZ gecertificeerd, werkt aan het verbeteren van een aantal minors op basis van de laatst gehouden auditronde.

Proceseigenaar: Advies/instemming: Versie: Datum laatste wijziging: Evaluatiedatum:	Directeur / bestuurder CR d.d. 08-01-2018 OR d.d. 11-01-2018 Def 2 08-03-2018 dd-mm-jjjj
---	---

<p>Werken volgens een heldere verantwoordelijkheidsverdeling met voldoende checks en balances.</p>	<p>De ontwikkeling naar zelforganisatie wordt in 2018 voortgezet, waarbij sprake is van leiding die coacht en monitort. Organogram wordt in 2018 geactualiseerd, met daarin een duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling.</p>
<p>Kwaliteitsplan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - opgesteld in samenwerking met CR, (para)medici, verpleegkundigen en verzorgenden - voor feedback voorleggen aan tenminste twee collega-organisaties van het lerend netwerk - maakt onderdeel uit van de begrotings- en jaarplancyclus. <p>Kwaliteitsverslag:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gebaseerd op de evaluatie van het kwaliteitsplan - cliëntenraadpleging is vaste informatiebron voor de evaluatie van de zorg - medewerkersraadpleging kan dienen als informatiebron - bespreken met CR, (para)medici, verpleegkundigen en verzorgenden en met tenminste twee collega-organisaties van het lerend netwerk - dient als interne verantwoording en bevat elementen voor externe verantwoording (inkoop, toezicht en keuze-informatie cliënten) - publicatie op website 	<p>Dit concept kwaliteitsplan wordt in januari 2018 besproken met CR en OR, in het kwaliteitsoverleg, in het overleg met de SO en besproken in het lerend netwerk. Dit kwaliteitsplan is een uitwerking van een onderdeel van het jaarplan en daarmee onderdeel van de begrotingscyclus.</p> <p>In 2018 zal middels voortgangsrapportage het definitieve kwaliteitsverslag over 2018 worden voorbereid.</p>
<p>Continu werken in de praktijk aan verbeteren door zorgverleners:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zorgverleners zijn nauw betrokken bij het maken van het kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag 	<p>Het kwaliteitsplan en -verslag wordt besproken in het kwaliteitsoverleg van EVV'ers en verpleegkundigen en op hoofdlijnen in de teams.</p>
<p>Deel uitmaken van een lerend netwerk:</p> <ul style="list-style-type: none"> - actieve onderlinge uitwisseling op bestuurlijk en medewerkersniveau 	<p>Westerholm maakt deel uit van het lerend netwerk met Het Hooge Heem in Grootegast, Vredewold in Leek, Residentie</p>


	Proceseigenaar: Advies/instemming:	Directeur / bestuurder CR d.d. 08-01-2018 OR d.d. 11-01-2018
	Versie: Datum laatste wijziging: Evaluatiedatum:	Def 2 08-03-2018 dd-mm-jjjj

<ul style="list-style-type: none"> - kennis delen, verbinden met onderzoek, onderwijs en beleid 	Buitenzorg in Groningen en de Buurtzuster in Zuidlaren. Uitwisseling op bestuurlijk niveau vindt al plaats. In 2018 werken we uitwisseling op medewerkersniveau verder uit.
--	---

Hoe gaan we de plannen verwezenlijken? Door het kwaliteitsplan praktisch uit te voeren en onderdeel te laten zijn van de jaarplancycclus. Hoe meten we de resultaten? Door evaluatie van het kwaliteitsplan in het kwaliteitsverslag op de wijze zoals in dit plan beschreven.

3.5 Leiderschap, governance en management

Hoofdverantwoordelijk: Directeur-bestuurder	
Omschrijving thema's	Stand van zaken en voorgenomen plannen
Visie op zorg: <ul style="list-style-type: none"> - In samenspraak met belanghebbenden formuleren waar de organisatie voor staat en voor gaat - Visie formuleren vanuit de focus op kwaliteit van leven - Visie is onderdeel van het kwaliteitsplan en de strategische koers van de organisatie 	In 2018 actualiseren we de visie evenals het strategisch beleid van de organisatie, in samenspraak met CR, OR en Raad van Toezicht.
Sturen op kernwaarden: <ul style="list-style-type: none"> - Kernwaarden formuleren die leidend zijn voor het dagelijks werk - Cultuur stimuleren die staat voor persoonsgerichte zorg en veiligheid 	Uit de te actualiseren visie vloeien de kernwaarden voort. De gehele ontwikkeling van de organisatie is in lijn met persoonsgerichte zorg en veiligheid, persoonlijk vakmanschap en eigenaarschap; deze zijn uitgangspunt voor het verder bouwen aan de organisatie in 2018.
Directeur-bestuurder is ondersteunend, transparent en werkt volgens de afspraken van de geldende Governancecode Zorg	De directeur-bestuurder is sinds 1 oktober 2017 in functie en werkt volgens de Governancecode Zorg, faciliteert CR, OR en het kwaliteitsoverleg, werkt volgens de WOR en de WKKGZ, loopt geregeld mee in het primair proces en is actief betrokken

	Proceseigenaar: Advies/instemming:	Directeur / bestuurder CR d.d. 08-01-2018 OR d.d. 11-01-2018
	Versie: Datum laatste wijziging: Evaluatiedatum:	Def 2 08-03-2018 dd-mm-jjjj


	in de regionale keten van zorgaanbieders en bij de totstandkoming en ontwikkeling van het lerend netwerk.
Verankeren van medische, verpleegkundige en psychosociale expertise: <ul style="list-style-type: none"> - Professionele inbreng in de aansturing van de organisatie is geborg 	Er vindt gestructureerd en geregeld overleg plaats tussen directeur-bestuurder en SO, tussen directeur-bestuurder en kwaliteitsoverleg van EVV-ers en verpleegkundigen, directeur-bestuurder participeert in lerend netwerk.
Hoe gaan we de plannen verwezenlijken? In eerste half jaar van 2018 visie en kernwaarden actualiseren.	
Hoe meten wij de resultaten? Middels het inhoud geven aan de jaarcyclus en het uitvoeren van het kwaliteitsplan en het opstellen van het kwaliteitsverslag	

3.6 Personeelssamenstelling

Hoofdverantwoordelijk: HRM-adviseur	
Omschrijving thema's	Stand van zaken en voorgenomen plannen
Personele samenstelling is onderdeel van het kwaliteitsplan: <ul style="list-style-type: none"> - Uitgangspunt is interactie tussen cliënt, zijn naaste en de professionals - Jaarlijkse reflectie op juiste samenstelling - Strategische personeelsplanning binnen wet- en regelgeving veilige, verantwoorde en persoonsgerichte zorg bieden, gezond werken, zelf te reguleren werkdruk stimuleren, vakkundige en flexibele bezetting mogelijk maken en voldoende ruimte voor leren en ontwikkelen 	Een strategische personeelsplanning (SPP) wordt uitgewerkt in voorjaar 2018. Huidige personeelssamenstelling is in kaart gebracht en gepubliceerd op intranet en in hoofdstuk 2 van het Kwaliteitsplan.
Tijdelijke minimale normen, in afwachting van definitieve normen/kaders: <ol style="list-style-type: none"> 1. Tijdens intensieve zorgmomenten zijn er minimal twee zorgverleners 	In januari 2018 wordt gestart met kleine teams die verantwoordelijk zijn voor een kleine groep cliënten. In de loop van 2018 is duidelijk of aan alle gewenste normen kan worden voldaan. Op dit moment

Proceseigenaar: Advies/instemming: Versie: Datum laatste wijziging: Evaluatiedatum:	Directeur / bestuurder CR d.d. 08-01-2018 OR d.d. 11-01-2018 Def 2 08-03-2018 dd-mm-jjjj
---	---

<p>beschikbaar</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Overdag en 's avonds is er permanent iemand in de gezamenlijke ruimte aanwezig voor aandacht, nabijheid en toezicht (kunnen ook vrijwilligers of mantelzorgers zijn) 3. Tijdens iedere dagdienst is per groep iemand aanwezig met de juiste kennis/kunde om separaat van zorg aandacht te geven aan zinvolle dag/zingeving 4. De zorgverleners kennen de naam, de achtergrond en de persoonlijke wensen van de cliënt 5. Er is altijd iemand aanwezig die deskundig is op het gebied van de vereiste zorg 6. Bij indicatie verblijf met verpleging en/of behandeling: 24/7 BIG geregistreerde verpleegkundige binnen 30 minuten ter plaatse 7. Er zijn 24/7 aanvullende voorzieningen beschikbaar voor (on)geplande zorg of vragen/toenemende complexiteit 8. Voldoende tijd en ruimte om te leren en te ontwikkelen, mee te lopen bij collega-organisatie, om als EVV-er deel te nemen aan multidisciplinair overleg 9. Scholingsbeleid dat aantoonbaar vakbekwaamheid versterkt 10. Periodieke gesprekken waarin competentie- en loopbaanontwikkeling aan de orde komen 	<p>voldoen we in hoofdlijnen aan de gestelde normen. Echter als gevolg van het grote verloop onder het personeel is er tijdelijk onderbezetting van vaste medewerkers. Door de organisatie op orde te brengen met een heldere verantwoordelijkheids- en taakverdeling, verwachten we in 2018 een stabiele organisatie te kunnen realiseren waarbij aan de gestelde normen wordt voldaan.</p>
---	--

	Proceseigenaar:	Directeur / bestuurder
	Advies/instemming:	CR d.d. 08-01-2018 OR d.d. 11-01-2018
	Versie:	Def 2
	Datum laatste wijziging:	08-03-2018
	Evaluatiedatum:	dd-mm-jjjj

Hoe gaan we de plannen verwezenlijken?

In eerste half jaar van 2018 strategische personeelsplanning maken. Scholingsplan is als onderdeel van het jaarplan al in concept opgesteld. Met de invoering van de kleine teams hanteren we al zoveel als mogelijk de tijdelijke normen.

Hoe meten we de resultaten?


Middels een cyclus van planning, evaluatie en bijstelling

3.7 Hulpbronnen

Hoofdverantwoordelijk: Directeur-bestuurder	
Omschrijving thema's	Stand van zaken en voorgenomen plannen
Hulpbronnen moeten effectief en efficiënt worden ingezet: <ul style="list-style-type: none"> - Gebouwde omgeving - Technologische hulpmiddelen - Materialen en hulpmiddelen - Facilitaire zaken - Financiën en administratieve organisatie - Professionele samenwerkingsrelaties 	Daar waar bijzondere acties nodig zijn, zijn deze verwerkt in het jaarplan. Het jaarplan 2018 gaat in het bijzonder over nieuw- en verbouw, het herzien van het organogram, het herinrichten van de ondersteunende diensten, het herinrichten van het ICT-landschap en het actualiseren van professionele samenwerkingsrelaties.
Hoe gaan we de plannen verwezenlijken? Opnemen in jaarplancyclus.	
Hoe meten we de resultaten? Opnemen in jaarplancyclus.	

3.8 Gebruik van informatie

Hoofdverantwoordelijk: Kwaliteitsmedewerker	
Omschrijving thema's	Stand van zaken en voorgenomen plannen
Minimaal eens per jaar worden cliëntervaringen verzameld	Voor 2018 maken we gebruik van Zorgkaart Nederland
Minimaal eens per jaar wordt info over de Net Promotor Score (NPS) aangeleverd als onderdeel van het	NPS via aanbevelingsvraag Zorgkaart Nederland

	Proceseigenaar:	Directeur / bestuurder
	Advies/instemming:	CR d.d. 08-01-2018
	Versie:	OR d.d. 11-01-2018
	Datum laatste wijziging:	Def 2
	Evaluatiedatum:	08-03-2018
		dd-mm-jjjj

<p>kwaliteitsverslag</p> <p>Informatie wordt verzameld, vastgelegd en uitgewisseld met inachtneming van de wettelijke vereisten op het gebied van de privacy</p>	<p>In 2018 werken we volgens de AVG (Algemene verordening gegevensbescherming)</p>
<p>Niet meer registreren dan nodig voor goede en veilige zorg, door het benutten en optimaliseren van bestaande administratiesystemen</p>	<p>Registratiesysteem zullen we in 2018 inrichten, af te stemmen op de indicatoren die in het kader van dit kwaliteitsplan nodig zijn voor goede en veilige zorg</p>
<p>Hoe gaan we de plannen verwezenlijken?</p> <p>Clientervaringsonderzoeken via Zorgkaart Nederland continueren De risico-inventarisatie op het gebied van:</p> <ul style="list-style-type: none"> - fysieke beveiliging (bijv. sloten op deuren en kasten, brandbeveiliging, bezoekersregistratie) - beveiliging van apparatuur, systemen en gegevens - communicatie en medewerkersbewustzijn <p>alsmede het daaruit voortvloeiende plan van aanpak in samenwerking binnen het lerend netwerk uitvoeren door SDB-Ayton</p> <p>Hoe meten we de resultaten? Evaluatie en verslaglegging meenemen in jaarplancyclus</p>	

4. Verbeterparagraaf

Omdat dit de eerste keer is dat het kwaliteitsplan is opgesteld, is een verbeterparagraaf nog niet echt aan de orde. De plannen zoals genoemd in de verschillende onderdelen, zijn gebaseerd op de feitelijke stand van zaken en in die zin kunnen ze gezien worden als verbeterparagraaf.