

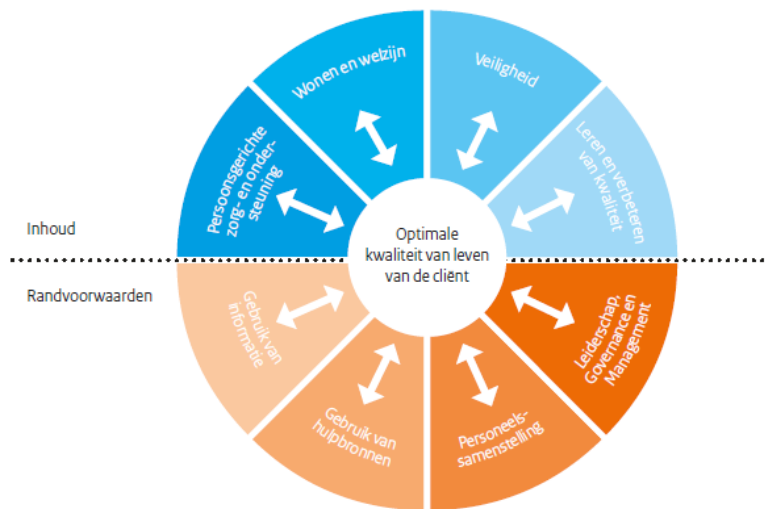
# **Kwaliteitsplan 2019-2024**

## **woonzorgvoorziening Westersypen .**

Scharsterbrug, Mei 2019

## Inleiding

Op 13 januari 2017 heeft Zorginstituut Nederland het kwaliteitskader verpleeghuiszorg gepubliceerd. Dit Kwaliteitskader is de kwaliteitsstandaard voor de verpleeghuiszorg. Het is bedoeld om houvast te geven bij het streven naar de beste zorg. Eén van de voorschriften uit dit kwaliteitskader is het uitbrengen van een kwaliteitsplan. Dit is het eerste kwaliteitsplan van woonzorgvoorziening Westersyden. Dit kwaliteitsplan is bedoeld voor alle betrokkenen, zoals (toekomstige) bewoners en hun naasten, (toekomstige) medewerkers, zorgkantoren, de inspectie en overige stakeholders en geïnteresseerden.



In het kwaliteitsplan wordt deze afbeelding gebruikt als schematisch model om dynamisch en ontwikkelingsgericht werken aan de kwaliteit weer te geven. Het betreft vier thema's voor kwaliteit en veiligheid en vier randvoorwaardelijke thema's.

De vier thema's voor kwaliteit en veiligheid zijn:

**1 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning.** Dit gaat over de wijze waarop de cliënt in alle levensdomeinen uitgangspunt is bij zorg- en dienstverlening. Iemand met een zorg- en ondersteuningsbehoefte is vooral een uniek persoon met een eigen geschiedenis, een eigen toekomst en eigen doelen. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning vindt plaats binnen een relatie tussen cliënt en zijn naaste(n), zorgverlener en zorgorganisatie. De kwaliteit van deze relatie bepaalt mede de kwaliteit van zorg.

**2 Wonen en welzijn.** Dit gaat over de wijze waarop de organisatie en zorgverleners in hun zorg- en dienstverlening enerzijds oog hebben voor optimale levenskwaliteit en welbevinden van cliënten en betrokken naaste(n) en anderzijds gericht zijn op het bevorderen en ondersteunen hiervan.

**3 Veiligheid.** Garanderen van basisveiligheid betekent dat een zorgorganisatie met gebruikmaking van relevante professionele standaarden en richtlijnen, vermijdbare schade bij cliënten zoveel mogelijk voorkomt en leert van veiligheidsincidenten. Het gaat om risicobewustzijn en risicoreductie.

**4 Leren en verbeteren van kwaliteit.** Dit gaat over de wijze waarop de zorgverlener en zorgorganisatie op dynamische en lerende wijze zorg dragen voor optimale zorg en verzorging voor cliënten, daarbij gebruikmakend van de best beschikbare kennisbronnen zoals wetenschappelijke literatuur, professionele richtlijnen, landelijke en lokale data, gsystematiseerde ervaringsgegevens en kwalitatieve informatie.

De vier randvoorwaardelijke thema's zijn:

**1 Leiderschap, governance en management.** Dit gaat over de aansturing en governance van de zorgorganisatie die faciliterend zijn voor kwaliteit, zoals het beleggen van verantwoordelijkheid, besluitvorming en risicomangement, en over de strategische, statutaire en financiële verplichtingen.

**2 Personeelssamenstelling.** Dit gaat over de adequate samenstelling van het personeelsbestand. Hoeveel zorgverleners met welke vaardigheden en competenties zijn nodig om te voorzien in de

(fluctuaties in) wensen en behoeften van de cliënten waaraan de zorgorganisatie zorg en ondersteuning biedt?

**3 Gebruik van hulpbronnen.** Dit gaat over het effectief en efficiënt gebruiken van hulpbronnen om de best mogelijke zorgresultaten en ervaringen te behalen met de beschikbare financiën en middelen.

**4 Gebruik van informatie.** Dit gaat enerzijds over het actief gebruik maken van informatie rondom de inzet van middelen, voor het leveren, monitoren, managen en verbeteren van zorg, alsook over het op transparante wijze verstrekken van kwaliteitsinformatie aan cliënten, hun naasten en aan de samenleving.

Wij onderschrijven deze thema's en in dit kwaliteitsplan is de invulling van deze thema's herkenbaar. Voor de indeling van dit kwaliteitsplan volgen wij de handreiking van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg:

- Omschrijving zorgvisie en kernwaarden (Hoofdstuk 1: Zorgvisie en kernwaarden);
- Omschrijving doelgroepen, aantal cliënten per doelgroep, leeftijdsverdeling (Hoofdstuk 2: Doelgroep en werkwijze);
- Type zorgverlening, ZZP-verdeling, omzet per doelgroep (Hoofdstuk 2: Doelgroep en werkwijze);
- Aantal locaties (overeenkomend met KvK registratie), zorgomgeving (kleinschalig/grootschalig) en voornaamste besturingsfilosofie (Hoofdstuk 3: Kenmerken locatie);
- Landelijk/stedelijk van aard (Hoofdstuk 3: kenmerken locatie);
- Profiel personeelsbestand/personeelssamenstelling (Hoofdstuk 4: Personeel);
- Hoeveel zorgverleners en vrijwilligers per organisatie-eenheid/doelgroep (Hoofdstuk 4: Personeel);
- Verdeling zorgverleners over functies en niveaus (kolom (para)medisch, psychosociaal, verpleegkundig, verzorgend in de verschillende niveaus 1-3, facilitair, administratief en management, vrijwilligers). Per kolom inzicht in verhouding leerling/gediplomeerden (Hoofdstuk 4: Personeel);
- In- door- en uitstroomcijfers (Hoofdstuk 4: Personeel);
- Ratio personele kosten versus opbrengsten (Hoofdstuk 4: Personeel);
- Situatie, plannen en voornemens, waardering door bestuur en interne stakeholders en hoofdverantwoordelijke per hoofdstuk van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg (Hoofdstuk 5: Beleid);
- Persoonsgerichte zorg en ondersteuning (Hoofdstuk 6);
- Wonen en welzijn (Hoofdstuk 7);
- Veiligheid (Hoofdstuk 8);
- Leren en werken aan kwaliteit (Hoofdstuk 9);
- Leiderschap, governance en management (Hoofdstuk 10);
- Personeelssamenstelling: voldoende en vakbekwaam personeel (Hoofdstuk 4: Personeel);
- Gebruik van hulpbronnen (Hoofdstuk 11);
- Gebruik van informatie (Hoofdstuk 12).

Ten slotte is er de verbeterparagraaf (Hoofdstuk 13) met hierin tevens een beschrijving van samen leren en verbeteren:

- Beschrijving van de verbeterparagraaf per locatie (volgens KvK registratie);
- Beschrijving van op welke wijze en met welke interne en externe partijen plannen per relevante organisatie-eenheid tijdens en na het jaar wordt geëvalueerd en hoe resultaten terugvloeiën naar betrokkenen in de zorgorganisatie.

## **Hoofdstuk 1**

### **Zorgvisie en kernwaarden;**

#### **Missie**

Bij alle diensten en producten die wij in Westersypen leveren staat de missie centraal. Het zorgen voor mensen.

Wij vinden het belangrijk dat mensen met een dementieel syndroom zoveel mogelijk als thuis kunnen blijven leven, en zij daarin op een goede wijze worden begeleid en ondersteund.

Onze waarden en normen daarbij zijn onder andere respect, empathie en compassie.

#### **Visie:**

Westersypen biedt de geïndiceerde bewoner zorg op maat. We laten de bewoner zoveel mogelijk wonen zoals hij/zij dat thuis gewend was. Naast het uitvoeren van de geïndiceerde zorg staat bij ons wonen, welzijn en service voor de bewoner hoog in het vaandel. Ook om deze door bevoegd en bekwaam personeel te laten uitvoeren. Samenwerken in het team van Woonzorgvoorziening Westersypen is hierbij van groot belang. Voor bewoners betekent dit namelijk dat ze de zorg blijven ontvangen van vaste vertrouwde medewerkers op de woonplek die ze hebben gekozen. Ze zijn ervan verzekerd dat ze de zorg ontvangen overeenkomstig de indicatie en wet- en regelgeving. Het motto van Westersypen luidt dan ook: "wonen als thuis!"

Alle medewerkers werken met plezier, inzet en betrokkenheid.

Het levensboek is een belangrijke hulpbron.

#### **Zorgvisie**

De kerndienst formuleren wij als volgt:

Westersypen geeft op een betrouwbare en deskundige manier uitvoering aan WLZ en/of WMO gefinancierde zorg op maat. Dit doet zij in samenwerking met het team die in dienst zijn van Woonzorgvoorziening Westersypen. Westersypen regisseert de geïndiceerde zorgverlening en in de uitvoering van de zorg maken we geen verschil tussen bewoners die zorg in natura of PGB ontvangen. Het dienstenaanbod op het gebied van service, welzijn en wonen, kan men bij ons ontvangen tot en met de laatste levensfase.

Daarbij houden wij zoveel mogelijk rekening met de individuele wensen en behoeften van de bewoners. Zo gelden er geen bezoektijden in Westersypen, koken we elke dag vers, de was blijft binnenshuis, en proberen we zoveel mogelijk de familie dan wel contactpersoon bij het welzijn van de bewoner te betrekken.

Hiermee wordt continuïteit en kwaliteit van zorg, wonen en welzijn geboden

## **Gedragcode voor bewoners, (zorg)medewerkers, bezoekers en alle derden van Westersyphen.**

Westersyphen wil dat haar bewoners in zo groot mogelijke vrijheid en zelfstandigheid leven. Zorgmedewerkers hebben dit doel voor ogen. Daarnaast is er ook een belangrijke verantwoordelijkheid van de bewoners, en hun familie om aan dit doel bij te dragen.

In deze gedragscode wordt verstaan onder:

☒ **Gedragscode:** de in deze 'Gedragscode Westersyphen' vastgelegde bepalingen

☒ **Bewoner:** de persoon of personen voor wie met Westersyphen een overeenkomst is gesloten op grond waarvan deze gerechtigd is een appartement in Westersyphen te bewonen

☒ **Zorgmedewerkers:** iedere zorgverlener of behandelaar die diensten verleent aan een of meer Bewoners van Zorginstelling

☒ **Bezoeker:** iedere persoon die, al dan niet op uitnodiging, de woning van een Bewoner of andere gedeelten van Westersyphen bezoekt.

Uiteraard gaat men altijd uit van het ziektebeeld van de bewoner. Niet alle punten die beschreven zijn kan de bewoner bewust voorkomen.

### **Doel en uitgangspunten**

Westersyphen neemt het op zich in het dagelijks handelen en bij het ontwikkelen van beleid ongewenst gedrag te voorkomen en te bestrijden. De Gedragscode maakt deel uit van het algemeen beleid van Westersyphen en van de professionele houding van de medewerkers van Westersyphen.

Deze Gedragscode is van toepassing op elke Bewoner, zorgmedewerker en/of bezoeker van Westersyphen alsmede op de aan Westersyphen verbonden personen.

Westersyphen draagt zorg voor de bekendmaking van de Gedragscode.

### **Informatie en geheimhouding**

De Bewoner, de Bezoeker, de Zorgmedewerkers en Westersyphen zijn verplicht zorgvuldig om te gaan met alle informatie die hen bekend is of wordt met betrekking tot elkaars persoonlijke levenssfeer.

Zij zijn in het bijzonder met betrekking tot de medische gegevens en de behandeling van Bewoners, verplicht geheimhouding te betrachten tegenover een ieder, behoudens voor zover dit binnen het kader van hun normale beroepsuitoefening en de behandeling noodzakelijk of wenselijk is.

Persoonlijke en medische gegevens van onze bewoners worden opgeslagen in het care portal. Dit is een beveiligd systeem en alleen toegankelijk voor medewerkers.

Alle medewerkers hebben een privacyverklaring getekend waarin zij aangeven dat alles wat hen ter ore komt zij voor zich zullen houden. Ook met overige disciplines geldt een beveiligd netwerk omtrent digitale communicatie.

### **Dagelijkse omgang**

☒ Alle Bewoners, Zorgmedewerkers en Zorginstelling respecteren elkaars privacy en zelfstandigheid. Zij gaan respectvol met elkaar om en onthouden zich van elke vorm van agressie (inclusief pesten en mishandeling), (seksuele) intimidatie en discriminatie.

☒ Seksuele intimidatie, agressie en discriminatie op grond van ras, leeftijd, levensovertuiging, godsdienst, politieke gezindheid, geslacht, nationaliteit, hetero-homoseksuele gerichtheid, burgerlijke staat en handicap worden door Westersyphen als vormen van ongewenst gedrag afgewezen.

o Onder seksuele intimidatie wordt verstaan: elke ongewenste seksuele toenadering, verzoeken om seksuele gunsten of ander verbaal, non

verbaal, of fysiek gedrag, dat als zodanig kan worden gekwalificeerd.

o Onder agressie wordt verstaan elk voorval waarbij een persoon psychisch of fysiek wordt lastiggevallen, bedreigd of aangevallen. Hieronder valt ook pesten.

o Onder discriminatie wordt verstaan; elke vorm van onderscheid, elke uitsluiting, beperking of voorkeur, die ten doel heeft, of ten gevolge kan hebben dat de erkenning, het genot of de uitoefening op voet van gelijkheid van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden op politiek, economisch, sociaal of cultureel terrein of op andere terreinen van het maatschappelijk leven wordt teniet gedaan of aangetast.

### **Omgang tussen Zorgmedewerkers en Bewoners, bejegening**

- a. De Zorgmedewerker laat zich bij contacten met bewoners leiden door gedragsregels zoals die gelden voor de beroepsgroep en de eigen beroepscode
  - b. De Zorgmedewerker accepteert geen agressieve gedragingen van Bewoners neemt zelf geen initiatief tot agressieve gedragingen jegens hen.
  - c. De Zorgmedewerker accepteert geen seksuele gedragingen van bewoners neemt zelf geen initiatief tot seksuele gedragingen jegens hen.
  - d. De Zorgmedewerker accepteert geen discriminerend gedrag van de bewoners en werkt niet mee aan en of neemt zelf geen initiatief tot discriminerend gedrag.
- Mocht het voorkomen wordt het uiteraard besproken omdat men altijd in het achterhoofd houdt dat niet alle toespelingen bewust zijn, i.v.m. het ziektebeeld van de bewoner.

### **Werking naar Zorgmedewerkers, Bewoners, Bezoekers en derden**

- a. De Gedragscode wordt op een voor Zorgmedewerkers, Bewoners, bezoekers en derden zichtbare plaats gelegd.
- b. Van Zorgmedewerkers, Bewoners, bezoekers en derden wordt verwacht dat zij niet in strijd handelen met de in deze Gedragscode opgenomen bepalingen. In voorkomende gevallen kunnen zij op het bestaan en de inhoud van de Gedragscode gewezen worden, en evt. toegang worden ontzegd tot Westersyphen.

### **Toezicht Gedragscode**

- a. de eigenaren van Westersyphen zijn belast met het toezicht op de naleving van deze Gedragscode.

### **Klachten**

- a. Westersyphen heeft drie klachtenfunctionarissen waar klachten gemeld kunnen worden. Namelijk: Fokje Agricola-de Haan, Ypie Oosterman-Agricola, of Ellie Kramer-Agricola.
- b. De (klachten)functionarissen dragen zorg voor een behoorlijke klachtregistratie.
- c. Als een klager er met de klachtenfunctionarissen niet uitkomt is er een onafhankelijke klachtenregeling, een onafhankelijke vertrouwenspersoon en een onafhankelijke klachtenfunctionaris. Deze zijn op onze website te vinden.

### **Evaluatie**

Zo vaak als nodig maar in ieder geval een keer per jaar wordt deze gedragscode geëvalueerd. De rapportage aan de hand van deze evaluatie wordt opgenomen in het jaarverslag van Westersyphen.

Aldus vastgesteld door het Bestuur van Westersyphen.

## Hoofdstuk 2

### Doelgroep en werkwijze

In Westersyden hebben we een capaciteit voor elf cliënten. De doelgroep bestaat uit personen met psychogeriatrische aandoeningen. De leeftijd van de cliënten varieert. Alle cliënten zijn geïndiceerd door het CIZ (Centrum Indicatie Zorg). De zorgzwaarte varieert van ZP 5 of ZP 7. Om in Westersyden te wonen moet de indicatie dan ook minimaal ZP 5 zijn.

De kenmerken van onze zorgverlening hebben we onderverdeeld in vier thema's:

#### 1 Gedreven om de best mogelijke zorg te bieden:

- Kleinschalig: dat wil zeggen maximaal 12 wooncliënten;
- Persoonlijk geleid: de eigenaren zijn direct betrokken bij de zorgverlening op de werkvloer;
- Passie, inzet en betrokkenheid staan hoog in het vaandel. Dit blijkt onder andere uit de zorgvisie en de kernwaarden en de aandacht die wordt besteed aan behalen van de doelstellingen die hieruit voortvloeien;
- Het is vanzelfsprekend dat de personeelsbezetting is afgestemd op de doelgroep en in overeenstemming is met de missie en visie. Dit is inzichtelijk gemaakt door een toelichting op de personele bezetting met een onderbouwing daarin opgenomen (zie hoofdstuk 4).

#### 2 Actief betrokken bij de brancheorganisatie Riant Verzorgd Wonen:

- We delen actief informatie met collega-voorzieningen;
- We staan ervoor open om collega's te ontvangen om nader kennis te maken;
- We nemen deel aan gezamenlijke bijeenkomsten;
- We nemen op directieniveau deel aan een lerend netwerk;
- We stellen medewerkers in staat om deel te nemen aan reflectiebijeenkomsten als onderdeel van een lerend netwerk.

#### 3 Voldoen aan wettelijke verplichtingen en regelgeving

- We voldoen aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg;
- We voldoen aan IGZ inspectienormen;
- We voldoen aan normen van de inspectie sociale zaken en werkgelegenheid.

#### 4 Open(baar)heid

- Uitkomsten en analyses van tevredenheidsonderzoeken onder bewoners stellen we ter beschikking aan belanghebbenden;
- Uitkomsten en analyses van tevredenheidsonderzoeken onder medewerkers stellen we ter beschikking aan belanghebbenden;
- We bespreken beleidsaspecten en belangrijke gebeurtenissen en bevindingen met de bewonersraad en met het personeel of de personeelsvertegenwoordiging.

### Hoofdstuk 3 Kenmerken

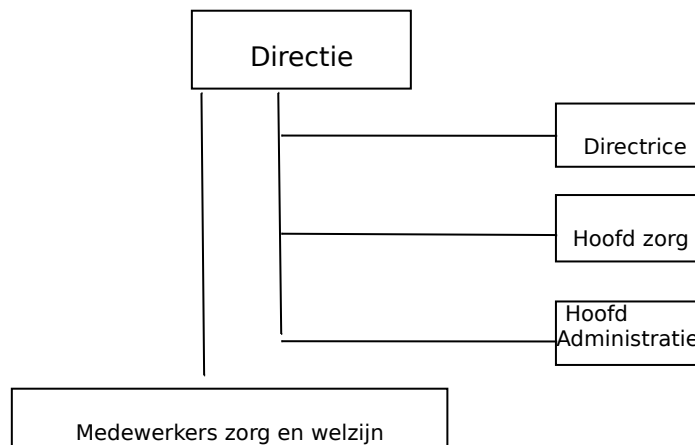
Onze voorziening is ingeschreven in de Kamer van Koophandel en heeft in overeenstemming met deze inschrijving 1 locatie. Conform de in de vorige hoofdstukken beschreven zorgvisie, kernwaarden en werkwijze zijn we een kleinschalige voorziening met een capaciteit van 11 woonplaatsen. En dagelijks plaats voor een aantal plekken dag verzorging.

De locatie van onze voorziening is landelijk en vrij. Deze ligging betekent onder andere dat bewoners elk moment van de dag naar buiten kunnen via de tuindeuren, en hier kunnen rondlopen wanneer zij dat willen.

Tevens liggen we landelijk gezien erg centraal. Binnen enkele minuten is men op de autosnelwegen wat onze voorziening makkelijk bereikbaar maakt voor mensen uit het hele land.

ook liggen we tussen kleinere dorpen in, zoals Joure, Heerenveen en Langweer, en op kleine afstand van Heerenveen, Sneek, Lemmer, etc. Dit heeft als voordeel dat de bewoners goed betrokken kunnen blijven in de maatschappij omdat we regelmatig uitstapjes kunnen organiseren in de omgeving.

organigram en toelichting



Bij woonzorgvoorziening Westersypen is de functie van directeur gekoppeld aan die van eigenaar. Hierdoor is er geen verantwoording verschuldigd aan een bestuurlijk orgaan. Onze organisatievorm is een VOF.

Dit geldt tevens voor de functies Hoofd Zorg en Hoofd administratie. De eigenaren hebben een coördinerende taak naar de diensten Welzijn, Zorg en Facilitaire dienst. De taken van deze diensten worden dagelijks op elkaar afgestemd.

De medewerkers vervullen alle voorkomende taken in de zorg en welzijn. Zo nodig, in overleg ook in de facilitaire dienst. De eigenaren zijn ook zelf meewerkend.

Maaltijden worden ook door medewerkers bereid.

Woonzorgvoorziening Westersypen kent vanwege het beperkte aantal medewerkers geen ondernemingsraad. De medewerkers hebben echter wel degelijk een belangrijke vinger in de pap in het reilen en zeilen om Westersypen en hun mening word door de directie zeker meegenomen bij het nemen van beslissingen.

Het organigram laat zien dat er sprake is van een platte organisatie met korte lijnen en dat er weinig overhead is.

Het organigram met de toelichting geeft een goed beeld van onze besturingsfilosofie, die in het kort is te kenmerken als betrokken en bevlogen, waarbij het welbevinden van cliënten en het voldoen aan wettelijke eisen van groot belang zijn.



## Hoofdstuk 4 : Personeel

Om de zorg te kunnen bieden conform de zorgvisie en om te voldoen aan de wensen en verlangens van cliënten, voldoen we aan de volgende kenmerken. In de tabel staan de medewerkers, onderverdeeld naar discipline. In de tekst daarna staat per locatie aangegeven tot welke personele bezetting dit leidt.

<b>Personeelsbestand</b>		
<b>Discipline</b>	<b>loondienst</b>	<b>Uren per maand</b>
Verzorgende (IG) niveau 3	Ja	1040- 1600
Verpleegkundige niveau 4	Ja	80-zoveel nodig
Helpende niveau 2	Ja	304-560
Activiteitenbegeleider niveau 4	Ja	Combi met vz
Huishoudelijk medewerker niveau 1	Ja	80
SOG ***	nee	
Psycholoog ***	nee	
Psychiater ***	nee	

De disciplines met \*\*\* hebben geen arbeidsovereenkomst met onze voorziening. Wel is met betreffende organisaties, te weten; GGZ Friesland en Buurtzorg een raamovereenkomst opgesteld waardoor we binnen afzienbare tijd deze disciplines znodig kunnen consulteren.

### Personele bezetting per dag

Dagelijks zetten we de volgende diensten in. Voor zorgwerkzaamheden werken we uitsluitend met bevoegd en bekwame medewerkers.

#### Dagdiensten

- Twee diensten van 7.30 tot 15.30 uur
- Eén dienst van 8.00 tot 13.00 uur

#### Avonddiensten

- één van 15.30-23.00 uur
- één van 15.30- 21.30 uur
- één van 15.30-19.00 a 20.00

#### Nachtdiensten

- Eén nachtdienst van 23.00-7.30 uur
- Een achterwacht te wetende 1 van de eigenaren

#### Activiteitenbegeleiding

- De activiteiten worden begeleid door de zorgmedewerkers, soms met ondersteuning van vrijwilligers en/of stagiaires.

#### Achterwacht

- 24/7 door buurtzorg voor de vplk Niv 5. Voor calamiteiten 24/7 alle eigenaren bereikbaar.

#### Keuken

- Keukenwerkzaamheden worden uitgevoerd door de zorgmedewerkers.

#### Huishouding:

- Van ma. t/m vrij is er van 8 tot 12u huishoudelijk medewerker

De personele bezetting wordt afgestemd op de zorgbehoefte van de gezamenlijke bewoners. De personele bezetting wordt zo nodig uitgebreid. Deze personele bezetting is openbaar en door ons gepubliceerd op onze website.

Waarom 3 dagdiensten en 2,5 avonddiensten?

Uit ervaring weten we dat de volgende aspecten altijd haalbaar zijn bij dagdiensten

- Tijd nemen voor bewoners bij opstaan en toch niet te laat aan tafel.
- Ruime bezetting waardoor er mogelijkheden zijn voor extra aandacht aan bewoners en bezoek.
- Ruime bezetting waardoor het niet nodig is om te haasten en in alle rust met de bewoners te werken conform zorgleefplan.

Waarom één nachtdienst? en een achterwacht.

De werkzaamheden in de nacht kunnen door één medewerker worden uitgevoerd. Een achterwacht naast een nachtdienst is van belang voor incidenteel voorkomende werkzaamheden die door twee verzorgenden dienen te worden verricht.

Dankzij onze platte organisatie en korte lijnen kunnen in onze zorgvoorziening de zorggelden optimaal worden benut waarvoor het is bedoeld. Uit het accountantsrapport behorend bij het financieel jaarverslag blijkt dat meer dan 90 % van de zorggelden wordt besteed aan direct bewoner gebonden personele kosten.

Wij hanteren de volgende kaders voor voldoende en bekwaam personeel, ingedeeld in drie thema's:

#### 1 Aandacht, aanwezigheid en toezicht

- Tijdens de zorg en ondersteuning bij intensieve zorgmomenten (zoals opstaan, naar bed gaan, intake en rond het sterven) zijn er **minimaal** twee zorgverleners beschikbaar om deze taken te verrichten;
- Tijdens de dag en avond is er permanent iemand in de huiskamer of gemeenschappelijke ruimte om de aanwezige bewoners de benodigde aandacht en nabijheid te bieden en toezicht te houden. Wanneer een bewoner de ruimte moet verlaten is er iemand aanwezig om dit op te vangen. Hierbij nemen we de afbakening tussen professionele verantwoordelijkheid en de inzet van familie en vrijwilligers in ogenschouw;
- In iedere dagdienst, ook in het weekend, is er iemand aanwezig die de juiste kennis en competenties heeft om separaat van de zorgtaken aandacht te besteden aan zingeving/zinnvolle dag-invulling van cliënten;
- De zorgverleners die in direct contact zijn met de bewoner, kennen hun naam, zijn op de hoogte van hun achtergrond en persoonlijke wensen.

#### 2 Specifieke kennis, vaardigheden

- Er is altijd iemand aanwezig die met zijn of haar kennis en vaardigheden aansluit bij de (zorg)vragen en (zorg)behoeften van de bewoners en bevoegd en bekwaam is voor de vereiste zorgtaken;
- Er is 24/7 een BIG geregistreerde verpleegkundige binnen 30 minuten ter plaatse;
- Er is een arts bereikbaar en oproepbaar. Deze arts reageert direct en is uiterlijk binnen 30 minuten ter plaatse;
- Er zijn 24/7 aanvullende voorzieningen beschikbaar voor (on)geplande zorg, vragen of toenemende complexiteit zoals: opschalen van personeel, invoeren specialist ouderengeneeskunde, overleg medisch specialist of gedragsdeskundige, tijdelijke overplaatsing cliënt, inschakelen Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE), in gang zetten 'meer-zorg' en dergelijke.

### 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. Er wordt jaarlijks een scholingsplan opgesteld.
- In het Lerend Netwerk RVW wordt ruimte ingebouwd voor informatie-uitwisseling tussen medewerkers van Westersyden en andere vergelijkbare voorzieningen uit het Lerend Netwerk RVW”;
- Er is voldoende tijd beschikbaar om als EVV’er of contactverzorgende deel te nemen aan multidisciplinair overleg;
- Een deel van de scholing en deskundigheidsbevordering besteedt aandacht aan methodisch en multidisciplinair werken;
- Het scholingsbeleid voor zittende en aankomende zorgverleners versterkt hun vakbekwaamheid aantoonbaar en er wordt nadrukkelijke aandacht besteed aan omgaan met zorgdilemma’s en adequate zorg bij het levenseinde;
- In de functioneringsgesprekken komen competentie- en loopbaanontwikkeling aan de orde.

## **Hoofdstuk 5**

### **Beleid**

Op basis van missie en visie en aan de hand van succesbepalende factoren hebben we een meerjarenplan vastgesteld (zie bijlage 1). Met behulp van dit meerjarenplan hebben we het jaarplan 2019-2024 met meetbare doelstellingen vastgesteld (zie bijlage 2). Het jaarplan wordt minimaal ieder kwartaal geëvalueerd en jaarlijks wordt over de bevindingen gerapporteerd in het kwaliteitsverslag. Deze twee beleidsplannen zijn opgesteld met behulp van de negen velden van het INK model. In deze negen velden hebben we de meetbare doelstellingen in relatie tot de hoofdstukken van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg verwerkt.

## Hoofdstuk 6

### Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Wij hechten eraan om de zorg en ondersteuning voor elke bewoner op maat te maken. Dat wil zeggen dat iedere bewoner kan rekenen op een zorgleefplan dat is gebaseerd op diens unieke persoonlijke wensen en verlangens en dat de professionele zorg voortdurend wordt afgestemd op de actuele noodzaak. Hierna lichten we per thema toe wat iedere bewoner mag verwachten en welke eigenschappen de medewerkers hebben. Onderstaande thema's zijn ontleend aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg en afhankelijk van bevindingen, opgenomen in het opleidingsplan 2018.

**Compassie: nabijheid, vertrouwen, aandacht en begrip**

- De zorgverleners kennen het verhaal, de behoeften en wensen, de zorgen, problemen en levensvragen van elke bewoner;
- De medewerkers spreken de bewoner aan op de manier die de bewoner prettig vindt;
- De medewerkers praten met bewoners en niet over bewoners;
- De zorgmedewerkers maken echt contact met bewoners;
- De medewerkers hebben aandacht voor familie, naasten en mantelzorgers;
- De zorgverleners hebben inlevingsvermogen en begrip en tonen empathie;
- De zorgverleners beschikken over een breed repertoire aan communicatieve en sociale vaardigheden en beschikken over de juiste kennis en vaardigheden op het gebied van zorg die wordt geleverd;
- De zorgverleners hebben respect voor normen en waarden van de bewoner, naasten en mantelzorgers.

**Uniek zijn: gezien worden in persoonlijke context, eigen identiteit.**

- Er is aandacht voor wat bewoners belangrijk en zinvol vinden om te doen, ook vanuit levensbeschouwing en om contacten die bewoners willen onderhouden;
- Als een bewoner dat wil, wordt deze hierbij geholpen, met respect voor eigen regie en autonomie;
- Zorgverleners zoeken naar de betekenis van gedrag als een bewoner zich onvoldoende of niet meer kan uitdrukken;
- Medewerkers dragen er zorg voor dat de bewoners zich veilig voelen;
- Medewerkers behandelen bewoners met respect;
- Als er iets te beleven of te ontdekken is, wordt de bewoner daarbij betrokken;
- De bewoners kunnen zoveel mogelijk hun eigen gang gaan, ook als zij geen behoefte hebben om iets te doen;
- bewoners kunnen zoveel mogelijk hun eigen keuzes maken en kunnen zoveel mogelijk hun leefstijl voortzetten;
- De zorgverlener kent het levensverhaal van elke bewoner en ondersteunt waar mogelijk om dat voort te zetten;
- De zorgverleners kennen de persoonlijke wensen behoeften van en risico's bij de bewoner;
- De zorgverlener is in staat om veranderd gedrag te duiden of om daar adequate hulp bij te vragen;
- De zorgverleners hebben aandacht voor de naaste(n) van de bewoner als onderdeel van zijn eigen leven;
- De zorgverlener kan bij het volgen van professionele richtlijnen en standaarden een goede afweging maken in het licht van de persoonlijke situatie en wensen van de bewoners;
- Dilemma's worden samen besproken en hiervan wordt geleerd.

**Autonomie: behoud van eigen regie over leven en persoonlijk welbevinden ook bij zorg in de laatste levensfase**

- De bewoners kunnen, zover mogelijk, hun eigen leven vorm en inhoud geven zowel in grote als in kleine onderdelen van de dag.
- Indien een bewoner de regie niet meer kan nemen, krijgen diens naasten de kans om diens ogen en oren te zijn en de wensen te verwoorden of gedrag toe te lichten en te verklaren;
- Met iedere bewoner is bij opname concreet gesproken over zorg rondom het levenseinde. De cliënt heeft aan kunnen geven wat de wensen zijn: wat deze bewoner wel wil (bijvoorbeeld comfort, geen pijn, wel vocht- en voeding) en niet wil (bijvoorbeeld geen antibiotica of bloedproducten, niet beademen, geen ziekenhuisopname);
- De afspraken over zorg rondom het levenseinde zijn ook bekend bij de naasten en worden met de bewoner op regelmatige basis geëvalueerd;
- Zorgverleners laten zich primair leiden door de eigen wensen van de bewoner. Daarbij geldt als uitgangspunt: liever zelf laten doen dan overnemen;
- bewoners krijgen de kans om zoveel mogelijk zelf sturing over hun leven te houden;
- De zorgverleners wegen met de bewoners en zijn naaste(n) de veiligheidsrisico's af tegen de kwaliteit van leven;
- De zorgverleners bespreken bij opname de wensen van bewoners rondom zorg bij het levenseinde. Wensen worden geïnventariseerd, opgenomen in het zorgplan en actief gedeeld met het multidisciplinaire team. Richtlijnen rondom palliatieve zorg worden gevolgd;
- De wensen van en afspraken met de bewoner worden gedeeld met de naaste(n) en op regelmatige basis opnieuw besproken met de bewoner of diens vertegenwoordiger.

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

- Iedere bewoner heeft een eigen actueel zorgleefplan en een medisch plan dat in samenspraak met de bewoner en desgewenst diens naasten is opgesteld;
- De bewoner geeft aan zich te herkennen in het zorgleefplan en medisch plan, zo niet dan wordt dat besproken met de bewoner en diens naasten;
- De bewoner of diens belangenbehartiger is aanwezig bij het multidisciplinair overleg (MDO), tenzij deze dat niet wil. De bewoner wordt in staat gesteld om zich op het MDO voor te bereiden. De inbreng van de bewoner doet ertoe om de zorgverlening beter af te stemmen op diens behoeften;
- Met de bewoner of diens belangenbehartiger wordt op regelmatige basis besproken of de zorg- en behandelafspraken worden nagekomen en of de zorg aan de wensen en behoeften voldoet;
- De huisarts maakt met de bewoner en diens naasten concrete afspraken over het zorgbeleid bij het levenseinde;
- Iedere bewoner beschikt binnen uiterlijk zes weken na opname over een zorgleefplan en medisch plan, of zoveel eerder als mogelijk;
- Binnen 24 uur zijn in ieder geval zaken zoals medicatie, dieet, primaire hulpvraag, een eerste contact persoon en handelen bij calamiteiten vastgelegd in een concept zorgleefplan en medisch plan dat na maximaal zes weken definitief wordt;
- Het zorgleefplan wordt opgesteld door tenminste een niveau 3 zorgverlener, die tevens voor deze bewoner de contactverzorgende is.
- Het medisch plan wordt opgesteld door de SOG;
- De zorgverleners volgen bij het werken met zorgleefplannen de richtlijnen voor gebruik van en multidisciplinair overleg over het zorgleefplan zoals vastgelegd in: [www.zorgleefplanwijzer.nl/zlp-informatie/wet-en-regelgeving.html](http://www.zorgleefplanwijzer.nl/zlp-informatie/wet-en-regelgeving.html);
- De zorgverleners werken individueel en (multidisciplinair) samen met een actueel zorgleefplan dat ook werkelijk verbinding houdt met de uitvoering van zorg;
- Zorgverleners hebben inzicht in de situatie van de bewoner, inzicht in het zorg- en behandelproces rondom de bewoner en werken hierin samen als multidisciplinair team;
- Zorgverleners kunnen inzicht geven over de zorg aan de bewoner, aan diens naaste(n) en aan collega's;

## **Hoofdstuk 7**

### **Wonen en welzijn**

Naast uitstekende zorg en ondersteuning, zoals beschreven in het vorige hoofdstuk, vinden wij wonen en welzijn belangrijk voor onze bewoners. We streven ernaar dat de wensen en verlangens van de bewoners zoveel mogelijk kunnen worden waargemaakt. Omgaan met beperkingen van bewoners zien wij liever als een uitdaging dan als een beletsel. Hierna lichten we per thema toe wat iedere bewoner mag verwachten en welke eigenschappen de medewerkers hebben. Onderstaande thema's zijn ontleend aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg.

#### **Zingeving**

- Er is bij zorgverleners aandacht voor specifieke levensvragen zoals omgaan met verlies van functies, eenzaamheid, rouw, depressie, ouderdom en invulling van de laatste levensfase;
- Indien een bewoner iets kan en wil betekenen voor een ander ondersteunen we dat;
- Het is voor iedere bewoner mogelijk om een geestelijke verzorger te spreken van de eigen levensbeschouwelijke signatuur.

#### **Zinvolle tijdsbesteding**

- De bewoner kan iedere dag deelnemen aan verschillende activiteiten, individueel of in groepsverband;
- De bewoners worden gestimuleerd om te bewegen;
- bewoners kunnen naar buiten als zij dat willen;
- Iedere bewoner kan een leven leiden dat zo veel mogelijk persoonlijk passend is;
- Bij de uitvoering van de dagactiviteiten kan een bewoner begeleiding krijgen van een vrijwilliger of een professional;
- Er wordt bij de tijdsbesteding rekening gehouden met verschil in behoefte aan ondersteuning en zorg.

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

- Iedere bewoner ontvangt naar eigen wens en behoefte en in overleg met diens naasten de dagelijkse persoonlijke verzorging van lichaam en kleding (o.a. bed, bad, toiletgang, haardracht, make-up, bril, gehoorapparaat, kledingkeuze).

#### **Familieparticipatie en inzet vrijwilligers**

- Zorgverleners geven naasten en andere betrokkenen uit het sociale netwerk van de bewoner de ruimte om in de zorg en ondersteuning te participeren;
- Het beleid rondom participatie familie is beschreven en bekend bij bewoners en zorgverleners;

#### **Wooncomfort: gastvrijheid, maaltijden, schoonmaak en inrichting**

- De inrichting van de woonomgeving is aangepast aan zorg- en ondersteuningsbehoeften (privéruimten, recreatieruimten, gebedsruimte, buitenruimten, verkeersruimten);
- De privé, verkeers- en gedeelde (recreatie)ruimten zijn schoon en veilig;
- bewoners worden in de gelegenheid gesteld met eigen spullen hun kamer in te richten;
- er is de mogelijkheid om op zondagochtend de kerkdienst bij te wonen, geleid door een medewerker.
- er is dagelijks gelegenheid mee te helpen met het (voor)bereiden van de maaltijden.

## Hoofdstuk 8 Veiligheid

Streven naar optimale veiligheid heeft een hoge prioriteit. Het voortdurend streven naar veiligheid zien wij niet los van andere belangrijke waarden. Bijvoorbeeld de afweging die wij maken tussen persoonlijke vrijheid en welzijn aan de ene kant, en persoonlijke veiligheid en risico's aan de andere kant.

Veiligheid houdt niet alleen zorginhoudelijke veiligheid in. Andere veiligheidseisen waaraan wij aandacht besteden zijn veiligheid van hulpmiddelen, brandveiligheid, de aanwezigheid van een ontruimingsplan, voedselveiligheid en drinkwaterveiligheid. Ook het bieden van inspraakmogelijkheden aan medewerkers en bewoners en een toegankelijke klachtenregeling zien wij als manieren om veiligheid te bevorderen.

V&VN en Verenso hebben de opdracht gekregen om indicatoren vast te stellen voor basisveiligheid. Op het moment van het opstellen van dit kwaliteitsplan zijn deze indicatoren nog niet gereed. Wij hanteren vooralsnog ten aanzien van basisveiligheid het volgende:

### Medicatieveiligheid

- Minimaal tweemaal per jaar organiseren we een medicatiereview met de apotheker en de SOG en huisarts
- We analyseren de MIC meldingen minimaal tweemaal per jaar en we besteden aandacht aan de oorzaken van eventuele medicatiefouten. Hierbij betrekken we de medewerkers en zo nodig voeren we een retrospectieve risicoanalyse uit;
- We beperken het antipsychoticagebruik in samenspraak met de SOG zoveel mogelijk.
- We beperken het antibioticagebruik in samenspraak met de huisarts zoveel mogelijk.

### Decubitus en mondzorg

- Er vindt regelmatige monitoring plaats van huid(letsel), voedingstoestand, mondzorg en incontinentieletsel bij alle bewoners;
- Bespreking van de bevindingen van deze monitoring vindt plaats met de medewerkers en met voorzieningen uit het lerend netwerk.

### Inzet vrijheidsbeperkende maatregelen

- Indien onvrijwillige zorg is geïndiceerd, betekent dit dat de betreffende bewoner dient te worden overgeplaatst naar een voorziening die hiertoe gemachtigd is;
- Vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) worden niet of met de grootst mogelijke terughoudendheid toegepast. Bij toepassing wordt altijd beoordeeld welke VBM de minste impact hebben op het welzijn van de bewoner, zonder de veiligheid uit het oog te verliezen;
- Indien VBM worden toegepast wordt dit besproken met de bewoner en diens naasten, met de huisarts (die tevens tekent voor toestemming) , met de EVV'er en met de directie. Bij besluit om VBM toe te passen wordt een evaluatiedatum afgesproken. Hierbij geldt als uitgangspunt dat de VBM worden afgebouwd. Voor het toepassen van VBM wordt getekend door de bewoner (of dienst vertegenwoordiger) en de huisarts;
- Op elke moment is een overzicht van alle VBM voorhanden;
- De bevindingen van het gebruik van VBM worden besproken met de medewerkers en met voorzieningen uit het lerend netwerk.

### Ziekenhuisopnamen

- Ziekenhuisopnamen op de Spoedeisende hulp (SEH) worden geregistreerd, zowel in het persoonlijke zorgdossier als op een anonieme lijst per locatie;
- De redenen van het insturen voor SEH worden bijgehouden in de volgende categorieën: vallen, heupfractuur, luchtweginfectie, urineweginfectie, delier, CVA, onbegrepen gedrag en overige;
- De bevindingen van het gebruik met betrekking tot SEH worden besproken met de medewerkers en met voorzieningen uit het lerend netwerk.



## Hoofdstuk 9

### Leren en werken aan kwaliteit

Voortdurend werken aan het verbeteren van kwaliteit is voor ons de norm. Dit doen we op verschillende manieren en we leggen de bevindingen vast. Deze staan ter beschikking van bewoners, naasten, medewerkers en stakeholders. Hiermee beogen we transparantie en hierdoor leggen we op een natuurlijke manier verantwoording af. Het is dan ook vanzelfsprekend dat dit kwaliteitsplan en het later op te stellen kwaliteitsverslag via onze website worden gepubliceerd.

In overeenstemming met het kwaliteitskader verpleeghuiszorg onderscheiden we vijf elementen die het leren en werken aan kwaliteit bevorderen:

#### 1 Kwaliteitsmanagementsysteem

- We hebben een HKZ/ISO gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem; en worden geaudit door dekra.
- In dit kwaliteitssysteem zijn de verantwoordelijkheden en bevoegdheden vastgelegd;
- Verantwoording afleggen is ingebed in de processen met de daaraan vastgelegde taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden.

#### 2 Jaarlijks geactualiseerd kwaliteitsplan

- Dit kwaliteitsplan is opgesteld in samenwerking met bewoners en naasten, huisarts, SOG, zorgmedewerkers en directie;
- Jaarlijks zullen we dit kwaliteitsplan evalueren en zondig actualiseren.

#### 3 Jaarlijks kwaliteitsverslag

- Op basis van dit kwaliteitsplan maken we ieder jaar een kwaliteitsverslag;
- Dit kwaliteitsverslag zal gebaseerd zijn op de evaluatie van de doelstellingen en inhoud van dit kwaliteitsplan, inclusief feedback op dit kwaliteitsplan door de collega organisaties uit het lerend netwerk. Het volgt de hoofdstukken van het kwaliteitsplan;
- Tevredenheidsonderzoek uitvoeren als informatiebron voor de evaluatie van zorg is een vast onderdeel van het kwaliteitsverslag;
- Jaarlijks zullen we een actueel kwaliteitsverslag presenteren, onder andere op onze openbare website.

#### 4 Continu werken in de praktijk aan verbeteren door zorgverleners

- Zorgverleners zijn in de praktijk nauw betrokken bij het maken van het kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag en werken zo op cyclische en ontwikkelingsgerichte wijze mee aan verbetering;
- Kort-cyclische feedback, continue reflectie en dialoog worden gestimuleerd en vinden in een open klimaat plaats.

#### 5 Lerend netwerk

- Wij maken deel uit van een lerend netwerk, te weten met RVW. Deze collega zorgorganisaties vallen onder een andere rechtspersoon en hebben een andere Raad van Bestuur;
- Bij de keuze van deze netwerkpartners stond het leren en de praktische werkbaarheid centraal;
- In dit netwerk werken we in ieder geval samen rondom het kwaliteitsplan en het kwaliteitsverslag met verbeterparagraaf;
- In dit netwerk vindt actieve onderlinge uitwisseling in openheid plaats. Dit geldt voor zowel medewerkers als directies;
- Er is voor alle zorgverleners en directie tijd en ruimte beschikbaar om op gezette tijden mee te lopen bij een collega organisatie uit het lerend netwerk. Dit gebeurt als volgt: tijdens elke netwerkbijeenkomst organiseren we een "speeddate". Daarna kunnen alle deelnemers aangeven waar en met welk doel men wenst mee te lopen. Dit wordt vervolgens geïnventariseerd en georganiseerd.

## Hoofdstuk 10

### Leiderschap, governance en management;

Bij ons is er geen sprake van een Raad van Bestuur (RvB) maar van een directie. Deze directie heeft dezelfde bevoegdheden als een gemiddelde RvB. In onze directie is de professionele inbreng gegarandeerd omdat een verpleegkundige en 2 verzorgenden-IG, deel uitmaakt van de directie. De directie loopt regelmatig mee in het primair proces. De directie ziet erop toe dat de onderwerpen van dit kwaliteitsplan in praktijk worden gebracht en neemt maatregelen als dit onverhoopt nodig wordt bevonden. Gezien de grootte van onze organisatie hebben we besloten om de verpleegkundige adviesraad onderdeel te laten zijn van het lerend netwerk. Hiervoor wordt tijdens bijeenkomsten van het lerend netwerk tijd ingeruimd.

Wij hanteren de Zorgbrede Governance Code.

Onderstaande zes thema's zijn kenmerkend voor ons leiderschap:

#### 1 Visie op zorg

- De in hoofdstuk 1 beschreven zorgvisie is in samenspraak met belanghebbenden opgesteld en vormen een meerwaarde voor bewoner en hun naasten;
- Deze zorgvisie en kernwaarden zijn tevens opgenomen in het meerjarenplan en het jaarplan, die de strategische koers van de organisatie weergeven.

#### 2 Sturen op kernwaarden

- De in hoofdstuk 1 beschreven kernwaarden zijn in samenspraak met belanghebbenden opgesteld en vormen een meerwaarde voor bewoners en hun naasten;
- Wij stellen de persoonsgerichte zorg en ondersteuning centraal en borgen de veiligheid van de bewoners te allen tijde;
- Met het opleidingsplan creëren wij de randvoorwaarden voor het vakmanschap van onze zorgverleners;
- Met behulp van synergie tussen cultuur en regels, creëren we een cultuur van waaruit de juiste zaken geregeld worden en het gewenste gedrag wordt bevorderd.

#### 3 Leiderschap en goed bestuur

- De directie stelt zich ondersteunend, faciliterend en transparant op naar alle zorgverleners, bewoners en naasten;
- De directie draagt zorg voor verbinding met en tussen binnen- en buitenwereld van de organisatie;
- De directie heeft overzicht op de verantwoordelijkheden van de organisatie en specifiek ook op verantwoordelijkheden ten aanzien van kwaliteit;
- De directie grijpt tijdig in als dat voor borging van de veiligheid en kwaliteit van de zorg noodzakelijk is, alsmede voor aspecten die de kwaliteit van leven van cliënten ondersteunen;
- De directie zorgt ervoor dat opbouw en omvang van het personeelsbestand in overeenstemming is met de visie, taken en doelgroep.

#### 4 Rol en positie interne organen en toezichhouder(s)

- De directie faciliteert het werk van de cliëntenraad;
- De directie werkt volgens wettelijke kaders van onder andere de Wet Kwaliteit klachten en geschillen in de zorg (WKKGZ)
- De directie stimuleert inhoudelijke input op het beleid, middels het continu mogelijk maken van inspraak geven in de organisatie, zowel op de werkvloer, als tijdens werkoverleg, open team, KWOS formulieren, en tevredenheidsonderzoeken.

#### 5 Inzicht hebben en geven

- De directie neemt de regie over het dynamisch kwaliteitsontwikkelp proces zoals beschreven in dit kwaliteitsplan;
- De directie verantwoordt zich over dit kwaliteitsplan in een jaarlijks kwaliteitsverslag;
- De directie speelt een actieve rol bij totstandkoming en actief onderhouden van het lerend netwerk;
- Wij hebben duidelijke afspraken gemaakt over de verantwoordelijkheidsverdeling tussen zorgverleners in de keten;
- De directie is direct betrokken bij en actief in het primaire proces, waardoor er gevoel blijft met de kwaliteit van zorg en het werk op de werkvloer.

#### 6 Verankeren van medische, verpleegkundige en psychosociale expertise

- Professionele inbreng in het aansturen van de organisatie is geborgd door professionele inhoudelijke kennis in de leiding en aansturing van de organisatie;
- Professionele inbreng door een SOG is als volgt geregeld: met het GGZ Friesland heeft Westersyden een raamovereenkomst opgesteld waarin is beschreven hoe de samenwerking met de SOG en evt. de psychiater e.d. verloopt.

## **Hoofdstuk 11**

### **Gebruik van hulpbronnen**

Onderstaande hulpbronnen zijn in de voorgaande hoofdstukken van dit kwaliteitsplan niet expliciet beschreven. Een compacte omschrijving van een aantal belangrijke hulpbronnen staat in dit hoofdstuk. Hierbij is vastgelegd hoe deze hulpbronnen dienend zijn aan het primair proces. Ook hiervoor geldt dat we de stappen van samen leren en verbeteren hierop toepassen.

#### **Gebouwde omgeving**

Alle medewerkers denken mee met de veiligheid van het gebouw, buitenruimtes, en tuinoppervlakte. alle ruimtes waarin privacygevoelige activiteiten plaatsvinden hebben de mogelijkheid om de deur te sluiten. ook zijn alle documenten met privacygevoelige gegevens opgeborgen op een veilige plek.

#### **Technologische hulpbronnen**

Middels de programma's van CARE PORTAL hebben we alle zorgdossiers en bewonersgegevens opgeslagen. verder gaan alle contacten met de huisarts via een beveiligd mailnetwerk te weten: zorgmessenger. Of een app te weten: silo.

#### **Materialen en hulpmiddelen**

Alle hulpmiddelen en materialen worden middels de wettelijke eisen onderhouden en gecontroleerd. tevens worden ook alle documenten jaarlijks gecontroleerd op geldigheid juiste inhoud en versiedatum.

#### **Facilitaire zaken**

de distributie van voeding en dranken is geregeld via de Jumbo en Lidl en de bewoners worden zoveel mogelijk betrokken.

tevens word er gewerkt via de richtlijnen van de HACCP om hygiëne hoog in het vaandel te houden. familie van bewoners kan altijd blijven mee eten en dranken nuttigen. (tegen kleine vergoeding)

#### **Financiën en administratieve organisatie**

de financiële administratie is uitbesteed aan Proceed financiële dienstverlening en Salariszaken. Beide bedrijven hebben ook een nauwe samenwerking wat het communicatieverkeer vergemakkelijkt.

#### **Professionele relaties**

Met de ketenpartners (te weten; GGZ, Huisarts en apotheek) hebben wij een raamovereenkomst gesloten. Met de buurtzorg hebben wij een overeenkomst voor de oproepbaarheid van een gespecialiseerd verpleegkundige.

Met alle overige disciplines hebben wij goede contacten. Bewoners en hun familie zijn vrij in de keuze van wie zij inschakelen willen.

## **Hoofdstuk 12**

### **Gebruik van informatie.**

De volgende drie thema's onderscheiden we als het gaat om het gebruik van informatie:

#### **1 Verzamelen en delen informatie waaronder cliëntoordelen**

- We verzamelen ieder jaar cliëntervaringen middels een erkend instrument. Dit instrument meet de subjectief ervaren bijdrage van de organisatie aan de kwaliteit van leven van de cliënt;
- Ieder jaar publiceren we de Net Promotor Score. Deze score nemen we ook op in het jaarlijks kwaliteitsverslag;
- We leveren gegevens aan conform de aanleverspecificaties van het Zorginstituut;
- De Informatie ten behoeve van de persoonsgerichte zorg en ondersteuning wordt op efficiënte wijze verzameld tijdens het zorgproces en wordt gebruikt om te plannen en te verbeteren;
- Bij het verzamelen, vastleggen en beheren van data en informatie hanteren we (Wettelijke) vastgestelde privacy- en veiligheidseisen. Dit geldt ook voor het uitwisselen van en reflecteren op kwaliteitsinformatie tussen interne en externe stakeholders.

#### **2 Benutten en optimaliseren bestaande administratiesystemen**

- Het medicatiesysteem van de apotheker is voorwaardelijk voor een goed zorg- behandel- en ondersteuningsproces;
- Dit systeem van medicatieveiligheid en systematisch inzicht in aard en omvang geeft ondersteuning bij ongeplande ziekenhuisopnames;
- Aanvullende gegevensverzameling vindt niet plaats of is slechts bij uitzondering aan de orde.

#### **3 Openbaarheid en transparantie**

- Dit kwaliteitsverslag is openbaar toegankelijk via o.a. de website en de Openbare Database van Zorginstituut Nederland.

## Hoofdstuk 13

### Verbeterparagraaf

We stellen alles in het werk om de doelstellingen die in dit kwaliteitsplan zijn beschreven waar te maken. Periodiek evalueren we de voortgang en indien nodig stellen we ons beleid bij om de doelstellingen te behalen.

Bij het maken van dit kwaliteitsplan voorzien we de volgende verbeterdoelen om de doelstellingen te behalen:

We stellen alles in het werk om de doelstellingen die in dit kwaliteitsplan zijn beschreven waar te maken. Periodiek evalueren we de voortgang en indien nodig stellen we ons beleid bij om de doelstellingen te behalen. Bij het maken van dit kwaliteitsplan voorzien we de volgende verbeterdoelen om de doelstellingen te behalen:

- Deelname aan het Lerend Netwerk RVW door directie;
- Deelname aan het Lerend Netwerk RVW door zorgmedewerkers;
- Oprichten VAR (Verzorgende Adviesraad) in combinatie met Lerend Netwerk RVW;
- Conform onze HKZ certificering hanteren we een verbeterregister en een jaarplan met meetbare doelstellingen.

Minimaal viermaal per jaar evalueren we in ons directieoverleg de voortgang van de verbeterplanning. De bevindingen hierbij bespreken we met de medewerkers in het teamoverleg. Door middel van notulen zijn deze besprekingen vastgelegd. Daarnaast worden de resultaten van verbeterplannen in het kwaliteitsverslag opgenomen. Dit verslag is openbaar en voor eenieder inzichtelijk.

Minimaal viermaal per jaar evalueren we tijdens de jaaplanbespreking de voortgang van de verbeterplanning. De bevindingen hierbij bespreken we met de medewerkers en geven we middels een aparte mailing of de nieuwsbrief door aan de vertegenwoordigers van de bewoners. Door middel van notulen zijn de overige gremia in staat om de voortgang te volgen. Daarnaast worden de resultaten van verbeterplannen in het kwaliteitsverslag opgenomen. Dit verslag is openbaar en voor eenieder inzichtelijk.

## **Slotwoord van de directie**

Kwaliteit van leven en geluk voelen dat staat in Westersyden voorop.

Zolang mogelijk doen wat je thuis gewend was.

Je eigen regie behouden.

Respect voor elkaar en ieders normen en waarden.

Nadenken over de toekomst voor de komende mensen met dementie.

Nadenken over de toekomst met het oog op een goed werkgeverschap, om ook medewerkers voor de zorg betrokken en gemotiveerd te houden.

Wij als directie zullen er alles aan doen om bovenstaande woorden, en onze missie, visie en zorgvisie waar te maken.

Uiteraard staan wij open voor feedback om te kunnen blijven verbeteren.

Wij hopen op deze wijze, warme en kwalitatief goede zorg te kunnen leveren aan mensen en naasten van de bewoners die deze vreselijke nare ziekte "dementie" (in welke vorm dan ook) is overkomen.