

Kwaliteitsplan 2021



Inhoud

1 Organisatie	4
1.1 Het profiel van Stichting Ouderenzorg Noord-Beveland	4
1.2 Missie en visie.....	4
1.3 Werkgebied	5
1.4 Structuur	5
1.5 Kerngegevens.....	6
1.6 Zorgprofielen	7
2. Personeelssamenstelling.....	8
3. Plannen en voornemens.....	9
3.1 Zorg.....	9
3.1.1 Inleiding	9
3.1.2 Waardigheid en trots.....	9
3.1.3 Persoonlijke zorg en ondersteuning	9
3.1.4 Uniek zijn/diversiteit.....	10
3.1.5 Kleinschalig organiseren	10
3.1.6 Basisveiligheid	10
3.2 Wonen	13
3.2.1 Inleiding	13
3.2.2 Wooncomfort	13
3.2.3 Veiligheid	13
3.2.4 Hulpbronnen	15
3.3 Welzijn	16
3.3.1 Inleiding	16
3.3.2 Schoon & verzorgd	16
3.3.4 Overige.....	17
3.4 Leren en verbeteren van kwaliteit.....	17
3.4.1 Inleiding	17
3.4.2 Tevredenheid	18
3.4.3 Afwijkingen	18
3.4.4 Audits.....	19
3.4.5 PDCA.....	19
3.4.6 Samen leren.....	20
3.4.7 Overige.....	21
3.5. Personeel	22
3.5.1 Inleiding	22
3.5.2 Functies.....	23
3.5.3 Formatie	23

3.5.4	Opleidingen.....	24
3.5.5	Overige.....	25
3.6	Goed bestuur	25
3.6.1	Inleiding	25
3.6.2	Goed bestuur	26

1 Organisatie

Voorwoord

De wereld om ons heen verandert. De veranderingen gaan ongekend snel. Eén van die veranderingen is dat het aantal ouderen versneld zal toenemen. Daaraan gerelateerd zal het aantal cliënten met een chronische ziekte en/of multi morbiditeit (meerdere chronische ziekten tegelijkertijd bij één persoon) – en daarmee de vraag naar complexe zorg – ook flink stijgen

Ook blijven ouderen steeds langer thuis wonen. Wanneer de oudere dan uiteindelijk naar een zorglocatie verhuist, is dus ook steeds meer professionele en complexe ondersteuning nodig.

Een andere bijzondere uitdaging ligt in een krappe arbeidsmarkt. De vraag naar hoger geschoold personeel neemt toe. Er zijn steeds minder mensen beschikbaar op de arbeidsmarkt die jonger zijn dan 35 jaar en het aantal mensen boven de 54 jaar neemt juist toe. Cliënten ontvangen steeds complexere zorg. In de praktijk betekent dit dat (oudere) medewerkers hierdoor ook een zwaardere fysieke belasting ervaren.

Techniek kan een van de mogelijkheden zijn om efficiënter te kunnen werken en medewerkers fysiek te ontlasten tijdens het leveren van zware zorg op hoog niveau. Innoveren in techniek betekent inspelen op de behoeften van de toekomst.

Om onderscheidend en toekomstbestendig te zijn, aan te sluiten bij de veranderende behoeften en wensen van de cliënt en wendbaar te zijn en blijven, vergt dit een flinke professionele ontwikkeling van onze organisatie. Op deze manier spelen we in op de veranderingen in de wereld om ons heen.

1.1 Het profiel van Stichting Ouderenzorg Noord-Beveland

Stichting Ouderenzorg Noord-Beveland heeft de overgang gemaakt van een traditionele zorgorganisatie met een sterk intramurale gerichtheid op zorg, naar een moderne organisatie met een dienstverleningspakket gericht op zorg-, welzijns- en gemaksdiensten voor de cliënt, ongeacht de plek waar deze verblijft.

In een moderne organisatie werken medewerkers die zich kenmerken door het nemen van eigen verantwoordelijkheid en regie: ze stellen het cliëntbelang voorop, werken vraaggericht en zijn proactief en ondernemend. Om de vraag van de cliënt zo goed mogelijk te beantwoorden, werken medewerkers vanuit een heldere visie op wonen, zorg en welzijn met de kernwaarden als uitgangspunt. Leidinggevendens zorgen ervoor dat de medewerkers hun werk goed en met plezier kunnen doen.

Door de veranderende 'zwaardere' zorgvraag (verpleeghuiszorg), zowel intra- als extramuraal wordt er voortdurend gewerkt aan verdieping van het deskundigheidsniveau van medewerkers.

1.2 Missie en visie

Het doel van Stichting Ouderenzorg Noord-Beveland (SONB) is het faciliteren van een omgeving die zoveel mogelijk aansluit op het leefmodel van de individuele cliënten, zodat zij hun leven zoveel als mogelijk op de door hen gewenste wijze kunnen voortzetten. Wij streven naar een klantgerichte benadering en behandeling: mogelijkheden, wensen en behoeften van de cliënt vormen te allen tijde het uitgangspunt.

De vraag van de cliënt is het uitgangspunt voor ons werk. De cliënt is de opdrachtgever, die zo lang mogelijk de *regie over zijn eigen leven* voert en de verantwoordelijkheid heeft en neemt voor zijn of haar eigen leven. Vanuit deze visie wordt het belang onderkend van de cliënt en zijn sociale netwerk. Desgewenst ondersteunen wij, in samenspraak met familie en relaties, de cliënt hierbij. Daar zijn professionele medewerkers en betrokken vrijwilligers/mantelzorgers bij nodig. SONB wil hen als werkgever graag blijven binden, boeien en stimuleren.

Kernwaarden

De kernwaarden van SONB zijn: Gastvrijheid, Gelijkwaardigheid en Verbondenheid.

- **Vrijheid:** Iedere cliënt heeft het recht zelf keuzes te maken. Gastvrijheid staat in alle zorg- en dienstverlening voorop. De cliënt voelt zich thuis en wordt op hartelijke en respectvolle wijze benaderd.
- **Verbondenheid:** Het belang van het sociale netwerk van de cliënt voor zijn welzijn wordt onderkend.
- **Gelijkwaardigheid:** Iedere cliënt wordt met respect voor zijn of haar opvattingen benaderd.

Doelstellingen

Vanuit de missie, visie en kernwaarden zijn de volgende doelstellingen geformuleerd:

- Eigen regie door de cliënt staat voorop: we richten ons op de instandhouding of verbetering van het evenwicht tussen de cliënt en zijn sociaal netwerk/omgeving;
- Leveren van maatwerk op basis van de vraag van de cliënt;
- Wij helpen de cliënt op weg naar de juiste zorg;
- Cliënten ervaren de betrokkenheid van de medewerkers en de vrijwilligers/mantelzorgers;
- Deskundigheid van de zorgverleners voldoet aan de eisen van deze tijd;
- We bieden kwalitatief goede zorg en keuzevrijheid in een aangename omgeving.

Koers SONB 2020-2025

Om onze missie en visie waar te kunnen maken heeft SONB een strategische koers voor de periode 2020-2025 uitgezet. Deze bestaat uit de volgende vier pijlers:

1. Passende persoonsgerichte zorg
 - *Zinvolle daginvulling/dagbesteding*
 - *Aandacht voor welzijn, gastvrijheid en wijkfunctie*
 - *Behandelcomponent*
 - *Kleinschalig organiseren van de zorg*
 - *Cliënt gericht denken en doen*
2. Duurzaamheid
 - *Herijken strategisch vastgoedplan*
 - *Kwaliteit en veiligheid*
 - *Personeel*
 - *Samenwerking*
3. Innovatie
 - *Slim inrichten werkprocessen*
 - *Meer met minder*
 - *Slimme omzet hulpmiddelen*
4. Passende besturingsfilosofie en slimme bedrijfsvoering

1.3 Werkgebied

Het werkgebied van de stichting omvat de plattelandsgemeente Noord-Beveland in de provincie Zeeland. De gemeente Noord-Beveland bestaat uit 6 kleinere woonkernen en heeft ongeveer 7400 inwoners.

1.4 Structuur

De juridische structuur van het concern is een stichtingsvorm. Stichting Ouderenzorg Noord-Beveland bestaat uit twee locaties: zorgcentrum Cleijenborch te Colijnsplaat en het woon(zorg)complex Amaliahof te Wissenkerke (welzijnsactiviteiten). Daarnaast is als apart segment een thuiszorgorganisatie te onderkennen voor alle activiteiten extramuraal, onder de naam Cleijenborch Thuiszorg.

Stichting Ouderenzorg Noord-Beveland wordt bestuurd volgens het Raad van Toezicht-model. Dit betekent dat de Raad van Bestuur de stichting bestuurt en dat de Raad van Toezicht integraal toezicht

houdt op het beleid van de Raad van Bestuur en op de algemene gang van zaken binnen de stichting conform hetgeen statutair is vastgelegd. De vereisten voortvloeiend uit 'good governance' zijn een regelmatig terugkerend punt van aandacht in het dagelijks handelen. De Raad van Bestuur is verantwoordelijk voor het beheersen van de risico's die zijn verbonden aan de activiteiten en voor de financiering van de organisatie. De risicoanalyse die is opgesteld maakt onderdeel uit van de planning- en control processen.

De cliëntenraad is verantwoordelijk voor de medezeggenschap door en belangenbehartiging van alle klanten. Het andere medezeggenschapsorgaan wordt gevormd door de ondernemingsraad, voor de inspraak en belangenbehartiging van de medewerkers. Voornoemde raden worden betrokken bij het beleid van de stichting en hebben advies-, initiatief-, informatie- en/of instemmingsrecht over onderwerpen die voor hen en voor hun achterban van belang zijn. Zij communiceren binnen overlegvergaderingen met de Raad van Bestuur. Vanuit de Raad van Toezicht onderhouden de portefeuillehouders de verbinding met genoemde raden.

1.5 Kerngegevens

Stichting Ouderenzorg Noord-Beveland (Zorgcentrum Cleijenborch)	
Adres	Dr. Maasstraat 4
Postcode	4486 BW
Plaats	Colijnsplaat
Telefoonnummer	0113-24 09 00
Identificatienummer Kamer van Koophandel	41114556
E-mailadres	info@cleijenborch.nl
Internetpagina	www.cleijenborch.nl
Rechtsvorm	Stichting
Werkgebied	Gemeente Noord-Beveland
AGB-codes	Intramuraal: 42424574 Extramuraal: 75752078
WZA-code	695078
NZA-code	300-329

Risicobeheersing en controlesystemen

SONB hecht veel waarde aan een heldere bedrijfsvoering. Belangrijk hulpmiddel is het kwaliteitsproces wat ingericht en getoetst wordt op basis van de HKZ-normen. Sinds 2010 is SONB HKZ gecertificeerd en wordt de bedrijfsvoering procesmatig beheerd en bewaakt. De middelen welke beschikbaar zijn, worden maximaal ingezet voor het primaire proces: het zorgproces.

Periodiek wordt een managementrapportage opgesteld waarin de realisatie, zowel op financieel, geleverde zorg als ook kwaliteitsindicatoren, wordt afgezet tegen de begroting, productieafspraken en beleid. Daarnaast vindt maandelijks analyse plaats van de personeelsbezetting en het ziekteverzuim, één en ander in relatie tot de geleverde zorg. De managementrapportage levert informatie op basis waarvan kan worden bijgestuurd.

Risico's en onzekerheden

Bij het besturen en in control zijn van een (zorg)organisatie gaan het risicodenken en het beheersen van de risico's een steeds belangrijkere rol spelen. Dit hoort bij het gedachtegoed van good governance. Hierin is risicobeheersing, naast toezicht, verantwoording en prestatiebesturing, een

belangrijk onderdeel. Om deze reden besteedt Stichting Ouderenzorg Noord-Beveland aandacht aan risicomanagement.

1.6 Zorgprofielen

SONB biedt een totaalpakket aan zorg, welzijn en wonen voor haar cliënten/bewoners, omschreven in zorgprofielen binnen de Verpleging en Verzorging (V&V). Een zorgprofiel beschrijft hoeveel en welke ondersteuning of zorg iemand nodig heeft, gefinancierd vanuit de WLZ.

De zorg die SONB biedt bestaat uit volgende zorgprofielen:

SONB biedt zorg en begeleiding aan cliënten met een somatische aandoening/beperking, en/of een psychogeriatrische aandoening/beperking en tijdelijk verblijf. Het betreft zorg met verblijf voor cliënten met één van de volgende zorgprofielen:

- ZP VV4: Wonen met intensieve begeleiding en verzorging
- ZP VV5: Wonen met intensieve dementiezorg
- ZP VV6: Wonen met intensieve verzorging en verpleging
- ZP VV7: Wonen met zeer intensieve zorg en nadruk op begeleiding
- ZP VV8: Wonen met zeer intensieve zorg en de nadruk op verzorging/verpleging

Daarnaast biedt SONB extramurale zorg (zorg thuis en dagbesteding) vanuit de zorgverzekeringswet en WLZ, verhuur van appartementen in Cleijenborch, huishoudelijke hulp en zorg vanuit de WMO, sociale alarmering, Tafeltje Dekje, Open Tafel en welzijnsactiviteiten in zowel Cleijenborch als Amaliahof. Tevens biedt SONB de mogelijkheid tot tijdelijk verblijf/kortdurende opname.

Overzicht locaties, doelgroepen en aantallen cliënten 2020

Locatie	Doelgroep	Capaciteit	(verwachte) omzet op jaarbasis (x € 1.000)
Cleijenborch	WLZ geïndiceerde cliënten ZP V&V exclusief behandeling	73	5.400
	Huurders (zorg ZVW en WMO)	12	115

Capaciteit WLZ en ELV kan variëren, flexibel inzetbaar

Cliëntbezetting WLZ 01-11-2020

	Aantal	Gemiddelde leeftijd
Verblijf niet geïndiceerde partner V&V	1	85,35
ZP 4VV +DB	15	89,50
ZP 5VV +DB	27	87,32
ZP 6VV +DB	25	88,77
Eindtotaal	68	88.30

Aantallen en leeftijdsopbouw van onze WLZ-geïndiceerde verblijfscliënten 2020 (peildatum 1 november)

2. Personeelssamenstelling

Overzicht personeelsformatie 1 november 2020 (op basis van contracturen)

Facilitair	Aantal Fte	Totaal Fte
Chauffeur	1	0,11
Eerst verantwoordelijke facilitaire zaken	1	0,89
Huishoudelijk medewerker	9	6,04
Medewerker Groen	2	0,89
Medewerker in algemene dienst	1	0,14
Technisch medewerker	2	1,67
Totaal	15	9,74
Staf		
Bestuurssecretaris	1	1
Coördinator Huishouding/Medewerker Secretariaat	1	0,89
Directeur	1	1,11
Eerst Verantwoordelijke Welzijn	1	0,78
Gastvrouw	2	0
HEAD/controller	1	1
Manager Kwaliteit en Beleid	1	1
Manager Zorg	1	1
Medewerker Financiën	1	0,78
Personeelsplanner	1	0,89
Praktijkopleider	1	0,78
Receptionist/Telefonist	2	1,12
Senior P&O Adviseur	1	0,56
Totaal	15	10,91
Zorg		
Coördinerend Verpleegkundige	6	5,12
Eerst Verantwoordelijke Zorg	7	5,68
Helpende	10	6,01
Leerling Verpleegkundige niv. 4	1	0,78
Leerling Verzorgende niv. 3 IG	13	10,36
Praktijkverpleegkundige	1	0,78
Verpleegkundige intramuraal	6	1,23
Verzorgende	1	0
Verzorgende IG	30	14,29
Zorgassistent	19	11,21
Totaal	94	55,46
Eindtotaal	125	76,11

Totale personele kosten als percentage van de totale opbrengsten zijn: 74,3% (jaarrekening 2019 totale stichting)

Overzicht in- en uitstroom directe zorgverleners in dienst 2020 (periode 1 januari – 31 oktober)

In- en uitstroom Wonen & Zorg	Aantal personen	Aantal Fte
Instroom	21	13,56
Uitstroom	26	17,16

	In personen	In FTE
Verloopperscentage	20,8%	22,4%

3. Plannen en voornemens

3.1 Zorg

3.1.1 Inleiding

Persoonsgerichte zorg en ondersteuning gaat over de wijze waarop de cliënt in alle levensdomeinen uitgangspunt is bij zorg- en dienstverlening met als doel om uiteindelijk de bijdrage aan de kwaliteit van leven van een cliënt zo optimaal mogelijk te laten zijn. 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 naasten, zorgverleners en zorgorganisatie. De kwaliteit van deze relaties, en met deskundigheid en competenties van de zorgverleners (multidisciplinair vormgegeven met als hoofdbehandelaar de huisarts waarmee een overeenkomst is gesloten), bepaalt mede de kwaliteit van zorg en draagt aldus bij aan de kwaliteit van leven van de cliënt. Binnen de relatie tussen cliënt, zorgverleners en zorgorganisatie komt dit optimaal tot zijn recht.

In het kwaliteitskader is dit thema uitgewerkt in verwachtingen die de zorgorganisatie uitvoert, namelijk:

1. De zorg- en dienstverlening heeft een multidisciplinair karakter
2. Goede afspraken en een goede samenwerking liggen vast in een zorgleefplan. Iedere cliënt beschikt binnen 24 uur over een zorgleefplan, waarin in ieder geval is opgenomen: medicatie, dieet, primaire hulpvraag, 1^e contactpersoon en hoe te handelen bij calamiteiten. Het opstellen van een zorgleefplan gebeurt in ieder geval door en onder regie van de EVV (minimaal niveau 3). Het zorgleefplan dient uiterlijk zes weken na opname (of zoveel eerder als mogelijk) volledig en definitief te zijn.

Verder onderscheidt het kwaliteitskader vier thema's als het gaat om kwaliteit van persoonsgerichte zorg en ondersteuning, te weten:

1. Compassie: de cliënt ervaart nabijheid, vertrouwen, aandacht en begrip
2. Uniek zijn: de cliënt wordt gezien als mens met een persoonlijke context die ertoe doet en met een eigen identiteit die tot zijn recht komt
3. Autonomie: voor de cliënt is de mogelijkheid van eigen regie over leven en welbevinden leidend, ook bij de zorg in de laatste levensfase
4. Zorgdoelen: iedere cliënt heeft vastgelegde afspraken over (en inspraak in) de doelen ten aanzien van zijn/haar zorg, behandeling en ondersteuning.

3.1.2 Waardigheid en trots

In februari 2020 is er door Waardigheid en Trots op locatie (WOL) een scan uitgevoerd op een achttal thema's. Vier thema's scoorden groen en vier thema's oranje (aandachtspunt). Na evaluatie o.a. door input van uitkomsten van de scan nl. de oranje thema's: persoonsgerichte zorg, leiderschap en governance en management, leren en verbeteren en veiligheid, is i.s.m. WOL, een plan van aanpak voor een verbetertraject gemaakt. Dit verbetertraject start in november 2020. Het verbetertraject bestrijkt de gebieden wet zorg en dwang, kleinschalig organiseren en coaching en ondersteuning in de praktijk van de Coördinerend verpleegkundigen en EVV in hun nieuwe rol binnen kleinschalig werken.

3.1.3 Persoonlijke zorg en ondersteuning

Autonomie/advance care

Een van de doelstellingen die beschreven staat in het beleidsplan van SONB is dat onze cliënten zelf bepalen welke zorg zij willen ontvangen en hoe zij hun leven willen indelen, wij leveren maatwerk op basis van de vraag van de cliënt waarvoor de eigen regie van deze cliënt als uitgangspunt dient. In proactieve gesprekken bekijken de huisarts, de specialist ouderengeneeskunde en verzorgenden samen met de patiënt en naasten welke doelen van zorg en behandeling passen bij de waarden en opvattingen van de patiënt en de gezondheidssituatie. Met dit als uitgangspunt wordt vastgesteld wat passende zorg en behandeling is voor de korte termijn en wordt richting gegeven aan passende zorg en behandeling in toekomstige scenario's.

Dit wordt vastgelegd in het zorgleefplan (ZLP) en wordt halfjaarlijks met de cliënt en multidisciplinair geëvalueerd. Autonomie /advance care zijn als onderdeel van het zorgleefplan, de MDO's, de intakeprocedure en ONS ondersteunend aan de persoonsgerichte zorg.

3.1.4 Uniek zijn/diversiteit

Kennis van de cliënt en zijn/haar wensen worden geïnventariseerd en verwerkt in het ZLP zoals opgenomen in een procedure. Dit item is dan ook onderdeel van de cliëntevaluatie en het tweejaarlijks tevredenheidsonderzoek. In het kader van het uniek zijn voert SONB een actief diversiteitsbeleid in de breedste zin van het woord. De visie hierachter is dat door bewustwording van verschillen tussen mensen, het ingaan van een verandertraject in de organisatiecultuur en het borgen in beleid en activiteiten, de juiste aandacht en zorg kan geven aan Lesbische vrouwen, Homomannen, Biseksuelen, Transgenders (LHBT) en andere minderheden en doelgroepen. Dit beleid is gebaseerd op de volgende 5 thema's.

- Beleid en organisatie
- Personeelsbeleid
- Opleidingen
- Bewustwording, diversiteit en sociaal- emotionele veiligheid
- Signalering, begeleiding en klachten

Dit project is gericht op zowel cliënten, medewerkers en vrijwilligers, alsook familie en mantelzorgers .

3.1.5 Kleinschalig organiseren

De populatie verandert. Cliënten hebben veelal een zwaardere en complexere zorgvraag waardoor een meer specialistischer, intensiever en veelal multidisciplinair het zorgaanbod geboden moeten worden. SONB heeft hierdoor de keuze gemaakt voor het kleinschalig organiseren van de zorg rondom de cliënt. Voordelen zijn onder meer: beter contact met en kennis van de cliënt, rust, dezelfde gezichten, een evenwichtiger groepssamenstelling waardoor de cliënt meer tot zijn recht komt maar waardoor de medewerker zich ook meer kan specialiseren, een multidisciplinaire benadering etc. e.e.a. vraagt de nodige inspanningen en aanpassingen op zowel personeels- als materieel gebied.

Plannen 2021

- Teams en zorgafdelingen opnieuw indelen
- Kleinschalig organiseren maakt deel uit van de interventie door WOL
- Personeelssamenstelling afstemmen op de kleinschalig georganiseerde zorg
- Coaching en ondersteuning in de praktijk van de Coördinerend Verpleegkundigen en EVV in hun nieuwe rol binnen kleinschalig werken.
- De groepsgerichte verblijfsruimtes aanpassen

3.1.6 Basisveiligheid

Inleiding

SONB streeft naar optimale basisveiligheid voor haar cliënten en medewerkers en is daarmee een belangrijke basisvoorwaarde voor goede zorg. Medewerkers van Zorgcentrum Cleijenborch volgen daarin de landelijke en professionele richtlijnen. We hebben zicht op individuele risico's bij de cliënt en gaan daarover in gesprek met de cliënt want die veiligheid moet in balans zijn met de persoonlijke vrijheid en welzijn van cliënten. De organisatie is gericht op het creëren van een optimale basisveiligheid voor een aantal kritische processen waaronder medicatieveiligheid, hygiëne en infectiepreventie en (on)vrijwillige zorg. Daarnaast leren we ook naar aanleiding van incidenten rondom veiligheid.

Medicatie

Medicatieveiligheid SONB werkt volgens de 'Veilige principes in de medicatieketen'. Het medicatiebeleid en het daaruit voortvloeiende beheerssysteem, waaronder procedures, werkinstructies, protocollen, die opgenomen zijn in het documentenbeheerssysteem, zijn hiervan afgeleid. Daarnaast speelt de medicatiecommissie een belangrijke rol. Per kwartaal vergadert deze commissie met de apotheekhoudende huisarts. Input voor dit overleg zijn o.a. afwijkingenregistraties, MIC-meldingen en de rapportage zorgindicatoren, zij rapporteren naar KMT, MT en geven gevraagd

en ongevraagd advies. De medicatie wordt minimaal twee keer per jaar geëvalueerd tijdens de zorgplanbespreking. Daarnaast wordt de voorgeschreven medicatie 1x per jaar door de apothekhoudende huisarts geëvalueerd.

Medicatiefouten worden elk kwartaal geanalyseerd en geëvalueerd met de zorgteams en de medicatiecommissie en maakt daardoor deel uit van de PDCA-cyclus.

Deskundigheid

In het kader van deskundigheidsbevordering worden alle zorgmedewerkers jaarlijks getoetst op hun deskundigheid wat betreft de medicatie en indien nodig bijgeschoold, zodat men bevoegd en bekwaam blijft. Nieuwe zorgmedewerkers moeten bij aanvang van hun dienstverband een E-learning Basiskennis Medicatie van het Instituut Verantwoord Medicijngebruik (IVM) maken.

Antibioticagebruik

SONB heeft beleid dat gericht is op antibioticagebruik. De Hygiëne en Infectiepreventiecommissie is hier verantwoordelijk voor en rapporteert het MT halfjaarlijks als onderdeel van de beleidscyclus. De huisarts betracht terughoudendheid bij het voorschrijven van antibiotica. Preventie neemt een prominente plaats in bij de dagelijkse zorg. De "MRSA verpleeghuis" WIP-richtlijnen (Werkgroep Infectie Preventie) van de RIVM en de BRMO (Bijzonder Resistente Micro-Organismen) richtlijnen van de werkgroep infectiepreventie van de RIVM maken integraal deel uit van het beleid.

Plannen 2021

- Projectopdracht herziening van het gehele medicatieproces
- Aanschaf Ncare systeem
- Koppeling medicatiesysteem aan de bestanden van de apothekhoudende huisartsen

Decubitus

Door de focus te leggen op preventie door onder meer: risicosignalering, signalering, observatie, aandacht voor vocht en voeding, incontinentie, voorlichting en behandeling wordt door SONB in eerste instantie ingezet op voorkoming of verergering van huidproblemen. Daarnaast zal bij daadwerkelijk huidletsel of wondvorming volop ingezet worden op doelgerichte en adequate professionele behandeling die gericht is op genezing of vermindering van klachten.

Alle cliënten worden bij aanvang zorg gemonitord op huid(letsel) middels risicoanalyses. Daarnaast wordt aandacht besteed aan de voedingstoestand, mondzorg en incontinentieletsel.

Deskundigheid

Het voorkomen, diagnosticeren, behandelen en monitoren van wonden en wond gerelateerde problemen vereist specialistische kennis en vaardigheden. SONB bevordert de deskundigheid van alle zorgmedewerkers die betrokken zijn bij wondzorg zodat zij volgens de meest actuele standaarden en professionele inzichten zorg verlenen. De (wijk)verpleegkundigen (aandachtvelders) zijn geschoold in de specialisatie wondverzorging en zullen hierin regelmatig bijgeschoold worden middels klinische lessen door wondverpleegkundige/verpleegkundig specialist wondzorg.

Bewaking van het proces

Het wondbehandelplan staat geregistreerd in het ECD en in Insight (extern wondzorgregistratiesysteem, uitvoering door wondverpleegkundige/wondconsulent). Om continuïteit in het wondbehandelingsproces te garanderen is schriftelijke rapportage belangrijk om de genezing van de wond zo objectief mogelijk te beoordelen/evalueren.

Vrijheid beperkende /bevorderende maatregelen in een notedop

De Wet Zorg en Dwang (WZD)

Vanaf 1 januari 2020 heeft de WZD de wet BOPZ vervangen. Besloten is om 2020 als overgangsjaar te duiden. De WZD sluit beter aan bij de zorg van nu en van de toekomst en beschermt de rechtspositie van de cliënt op een betere manier. De wet is cliëntvolgend en geldt dus niet alleen voor in instellingen, maar ook thuis of op de dagbesteding.

Voor wie is de wet van toepassing?

De WZD is van toepassing op:

- Mensen van wie op grond van een WLZ-indicatie blijkt dat zij een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking hebben of bij wie een ter zake kundig arts een diagnose voor PG of VG heeft gesteld.
- Mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH), Korsakov of Huntington die dezelfde gedragsproblemen en hetzelfde regieverlies ervaren als mensen met dementie of een verstandelijke beperking en die vergelijkbare zorg ontvangen in een instelling.

De nieuwe wet regelt ook de opname in een zorginstelling als mensen dit zelf weigeren terwijl een opname wel noodzakelijk is of als ze er niet zelf meer over kunnen beslissen.

Uitgangspunten zijn:

- Zoveel mogelijk vrijwillig
- Laatste redmiddel
- Werken volgen bij wet vastgesteld stappenplan
- Een multidisciplinair team onder aansturing van de Specialist Ouderengeneeskunde (SOG) wordt bij het probleemstelling en instellen van de maatregel betrokken

Vertrouwenspersoon

Iemand die onder de reikwijdte van de WZD valt, mag altijd een beroep doen op een cliëntenvertrouwenspersoon. Deze persoon geeft kosteloos advies en bijstand over alles wat samenhangt met onvrijwillige zorg, met opname en verblijf in een accommodatie en met het doorlopen van een klachtenprocedure. De cliëntenvertrouwenspersoon behartigt de belangen van de cliënt en/of zijn familieleden/vertegenwoordiger.

Registratie en evaluatie

Er vindt centrale registratie plaats van de genomen middelen en maatregelen. Periodieke rapportage t.b.v. planning en control vindt driemaandelijks plaats, deze wordt besproken in het managementteam als onderdeel van de beleidscyclus.

SONB heeft op basis van de wet een WZD-beleid geschreven en een WZD-team samengesteld.

Plannen 2021

- WZD maakt deel uit van de interventie door WOL
- Aanstellen externe WZD functionaris
- Deskundigheidsbevordering m.b.t. onvrijwillige zorg, het inzetten van alternatieven en van de wet- en regelgeving rondom de Wet Zorg en Dwang.
- Klachtenfunctionaris positioneren

Ziekenhuisopname

Bij aanvang zorg en minimaal tweemaal per jaar wordt bij alle cliënten een risicoanalyse gedaan op de volgende punten: ondervoeding, huidletsel, incontinentie, medicatie, vallen, mondproblemen, delier, depressie, oogproblemen, oorproblemen, pijn en eenzaamheid. Bij verhoogd risico worden in het ZLP zorgdoelen geformuleerd. Daarnaast worden ook na elke MIC-melding een risicoanalyse uitgevoerd op dezelfde items. Verder worden per kwartaal naast de items uit de risicoanalyses (kwaliteitsindicatoren), de redenen van ziekenhuisopnames (vallen, heupfractuur, luchtweginfectie, urineweginfectie, delier, CVA, onbegrepen gedrag) geregistreerd en worden geëvalueerd.

Hygiëne & Infectiepreventie

SONB heeft een Hygiëne en Infectiepreventie beleid en commissie. Daarnaast is er aan elke zorgafdeling een geschoolde hygiëne en infectiepreventiemedewerker verbonden. SONB heeft ervoor gekozen om de meest recente en officieel landelijk geldende richtlijnen en protocollen van het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieu als standaard te nemen. Het hygiëne en infectiepreventiebeleid maakt integraal deel uit van de beleidscyclus. Er wordt gewerkt volgens de PDCA-cyclus. Elk jaar wordt er door de commissie een jaarplan ingediend wat vervolgens per half jaar wordt geëvalueerd middels een verslaglegging aan het MT. De uitvoering van het beleid wordt ieder jaar getoetst tijdens de interne audit.

Plannen 2021

- Handhaving coronaregels
- Beheer Persoonlijke Beschermingsmiddelen (PBM)
- Door het grillige verloop van de coronapandemie en de drukte die dat met zich meebrengt, zal er flexibel met de geplande scholingen en trainingen omgegaan moeten worden.

Valpreventie

SONB heeft een valpreventiebeleid en -commissie. Zo wordt bij opname een risicoanalyse uitgevoerd op o.m. valgevaar. Verder maakt een kamercheck, een loop-/ hulpmiddelencheck deel uit van de opnameprocedure en wordt deze jaarlijks integraal uitgevoerd en vinden er 3x per week gymnastiekactiviteiten plaats o.l.v. een geriatrie fysiotherapeut. Rapportage vindt halfjaarlijks plaats en maakt deel uit van de beleidscyclus.

3.2 Wonen

3.2.1 Inleiding

De inrichting van de woonomgeving binnen SONB is aangepast aan de doelgroep (privéruimten die men zelf kan inrichten naar eigen inzicht en met eigen spullen, recreatieruimten, buitenruimten). Een facilitair team zorgt voor de dagelijkse schoonmaakwerkzaamheden. De schoonmaak van de privéruimten wordt in overleg met de cliënt vormgegeven.

3.2.2 Wooncomfort

Restaurant

Om meer bezoekers naar het restaurant te trekken zodat er o.a. meer uitwisseling ontstaat van mensen uit de wijk en onze cliënten, zal de restaurantfunctie versterkt worden. Dit gegeven past uitstekend binnen het concept kleinveetuin en het gezondheidscentrum (wijkfunctie).

Plannen 2021

- Gastvrijheidsconcept uitrollen (extern bureau)
- Locatie Cleijenborch up-to-date houden conform de meerjarige onderhoudsplanning
- Groepsgerichte verblijfsruimtes creëren
- Bestaande groepsgerichte verblijfsruimtes aanpassen

Maaltijden

De maaltijden worden betrokken uit de keukens van een van onze samenwerkingspartners. Cliënten kunnen dagelijks een keuze maken uit 3 menu's waarbij de cliënt zelf de keuze kan maken wanneer en waar hij of zij de warme maaltijd wil nuttigen. Daarnaast is er de mogelijkheid om de menu's aan te passen aan geloofs- of levensovertuiging.

Gezond eten en drinken is belangrijk voor het lichaam én voor de geest, maar geeft ook energie en speelt daarnaast een belangrijke rol bij revalidatie en herstel. Een smakvolle maaltijd gericht op voedingswaarde en welbevinden is wat wij realiseren voor onze cliënten. Mede door de menucommissie wordt dit gemonitord.

Plannen 2021

- Ontwikkeling gelegenheid om zelf te koken
- Maaltijdkeuzemogelijkheden op de dag
- Kleinschalig georganiseerde zorg geeft kansen de maaltijden anders te organiseren, bijvoorbeeld (tuin)productverwerking

3.2.3 Veiligheid

Veiligheid houdt niet alleen zorginhoudelijke veiligheid in. Uit wettelijke kaders vloeien andere veiligheidseisen voort. Binnen SONB zijn veiligheidseisen o.a. op de volgende gebieden geborgd:

veiligheid van hulpmiddelen, veiligheid van gebouwen, brandveiligheid, calamiteiten, crisis, BHV, voedselveiligheid, drinkwaterveiligheid, ergonomie, hygiëne en infectie, klachten en inspraak, valveiligheid, bedrijfscontinuïteit.

Veiligheid & calamiteiten

SONB beschikt over een Bedrijf Hulp Verlening (BHV) aangestuurd door een hoofd BHV. Regelmatig worden hiervoor trainingen en cursussen georganiseerd. Een keer per 2 jaar wordt er een ontruimingsoefening gehouden en geëvalueerd en wordt er door de brandweer gecontroleerd op brandveiligheid. Elk kwartaal wordt er deelgenomen aan de platformbijeenkomsten van de Veiligheidsregio.

Brandveiligheid maakt onderdeel uit van de halfjaarlijkse cliëntevaluatie en is vast onderwerp op de agenda van de cliëntenraad.

Crisismanagement/bedrijfs-continuïteit

SONB heeft een geschoold crisisteam dat bestaat uit de Bestuurder, Manager Kwaliteit en Beleid, Hoofd BHV, Medewerker Communicatie, Teamleider Zorg, HEAD en een medewerker facilitair. Het team kan, naar behoefte, aangevuld met andere proceseigenaren.

Beheersing vindt plaats door het: crisisplan, communicatieplan, zorgcontinuïteitsplan, bedrijfscontinuïteitsplan, ontruimingsplan en het bedrijfsnoodplan.

Voedselveiligheid

Voor elke locatie is een HACCP-plan aanwezig. Om dit te borgen is een organisatie ingeschakeld die helpt het HACCP-plan actueel te houden en zodoende laat voldoen aan alle laatste geldende wet- en regelgeving. Periodiek worden er door een extern bedrijf microanalyses uitgevoerd.

Sociale hygiëne

SONB beschikt over een restaurant en een ontmoetingsruimte waar onder andere alcoholische dranken worden geschonken. Hiervoor dienen medewerkers en vrijwilligers kennis te hebben van de volgende aspecten:

- De invloed van alcoholgebruik en het gebruik van soft- en harddrugs op het menselijk lichaam en de menselijke geest
- De invloed van het gebruik van alcohol in combinatie met drugs en medicijnen
- Alcoholmisbruik, alcoholafhankelijkheid en de sociale gevolgen hiervan;
- Het gebruik van speelautomaten als bedoeld in de Wet op de Kansspelen en de daaraan verbonden risico's van gokverslaving
- De Drank- en Horecawet en andere regelgeving die verband houdt met alcohol
- Binnen de branche geldende codes voor alcoholhoudende drank
- De technische, bouwkundige en ruimtelijke voorzieningen van de inrichting
- De verschillende bedrijfsformules en gedragskenmerken van de verschillende doelgroepen

Medewerkers en vrijwilligers hebben hiervoor de cursussen Sociale Hygiëne gevolgd.

Legionella preventie

Om risico's op legionellabesmettingen zo laag mogelijk te houden, voert SONB een legionellabeleid. Wekelijks worden de watercontactpunten gemeten en worden de meetgegevens geregistreerd.

Leveranciers

SONB maakt gebruik van verschillende leveranciers voor het leveren van materialen, hulpmiddelen, voedingsmiddelen en diensten. Een aantal van deze leveranciers wordt als kritisch aangeduid. Daarnaast zijn er met een aantal leveranciers afspraken gemaakt i.v.m. de bedrijfscontinuïteit. Deze kritische leveranciers worden jaarlijks geëvalueerd. Input hiervoor is o.a. de afwijkingenregistratie die driemaandelijks wordt geëvalueerd en onderdeel uitmaakt van de beleidscyclus.

Informatiebeveiliging / Bescherming persoonsgegevens

SONB is momenteel bezig informatiebeveiligingsbeleid en bescherming persoonsgegevensbeleid te schrijven en neemt hierbij de NEN 7510, 7512, 7513 informatiebeveiligingsnorm en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) die 25 mei 2018 in werking treedt, als uitgangspunt.

3.2.4 Hulpbronnen

Materialen en hulpmiddelen

Er wordt gebruik gemaakt van vele materialen en hulpmiddelen. De groep Ergocoaches, verdeeld over alle organisatieonderdelen, zijn verantwoordelijk voor het onderhoud van bijvoorbeeld de tilbanden en meetapparatuur, maar ook op het gebied van fysieke belasting, haptonomie, coaching etc. Veel materialen en hulpmiddelen worden onderworpen aan een jaarlijkse controle en onderhoud. Ook wordt er jaarlijks een keuring uitgevoerd op elektrische apparaten volgens de NEN 3140 richtlijnen en gereedschappen volgens de NEN 2484 richtlijnen.

Domotica

Momenteel wordt er binnen SONB wel met domotica gewerkt maar hiervoor is nog geen vastgesteld beleid.

Technologie

Algemeen

SONB maakt gebruik van moderne techniek. Uitgangspunt is dat techniek altijd ondersteunend werkt aan de gebruiker en kwaliteit verhogend moet zijn. Binnen SONB is een ICT-projectgroep aanwezig.

ICT-partner

Beheert ons ICT-systeem middels monitoring van het ICT-systeem op correct functioneren, proactieve bescherming tegen virussen en malware, automatische installatie van beveiliging updates en het uitfilteren van e-mails die spam of virussen bevatten.

Kwaliteitsmap

De Kwaliteitsmap is een document beheersysteem ten behoeve van het kwaliteitsbeheersysteem. In 2020 is een nieuw ICT-systeem inclusief intranet ingevoerd. De kwaliteitsmap maakt hier integraal deel van uit.

ECD

SONB maakt gebruik van ONS NEDAP als Elektronisch Cliëntendossier

Smart Glass

Met de Smart Glass kunnen de zorgmedewerkers door middel van een camera direct contact leggen met een verpleegkundige of arts. De verpleegkundige of arts kan meteen door de ogen van de medewerker meekijken en ondersteuning bieden. Deskundigheid zonder afstand dus. Door de inzet van Smart Glasses en een real time verbinding de afstand tussen (schaarser) hoogopgeleid personeel en (informele) zorgverleners overbruggen.

Plannen 2021

- Aanschaf van google SMART glass
- Training medewerker m.b.t. gebruik van SMART glass

Onderhoud

Er is een meerjaren onderhoudsplan aanwezig. Onderdelen worden in de begroting opgenomen.

Informatie

Binnen SONB wordt op verschillende manieren gebruik gemaakt van informatie. Een van deze middelen is de kwaliteitsmap. Hierin staan alle procedures, protocollen, werkinstructies en andere kwaliteitsdocumenten. Daarnaast worden medewerkers via de mail, de nieuwsbrief en tijdens teamoverleggen geïnformeerd. Het Intranet is hier ondersteunend in.

Cliënten worden op verschillende manieren geïnformeerd. Tijdens het eerste contact krijgen zij een informatiemap met de meest uiteenlopende items als informatiebrochure, brochure klachten en geschillen (klachtencommissie, opname procedure, gedragscode, eigen bijdrage, prijslijst, wegwijzer

WIZ, algemene voorwaarden, brochure cliëntondersteuner, etc. de website, jaarverslag en brochure Cliëntenraad.

Ook worden de cliënten via briefing en "De Cleijenborchse Courant" geïnformeerd.

3.3 Welzijn

3.3.1 Inleiding

Aandacht voor welzijn

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg gaf een paar jaar geleden al aan dat er een verschuiving zou moeten plaatsvinden, van aandacht voor zorg en ziekte naar gedrag en gezondheid. Daar hoort nadrukkelijk aandacht voor welzijn bij. Door meer nadruk te leggen op gedrag en gezondheid krijgt de cliënt meer regie en dat is belangrijk voor het welbevinden van mensen. Ook de Landelijke Organisatie van Cliëntenraden (LOC) heeft eerder al aangegeven dat zij het belangrijk vindt dat er waardevolle zorg verleend wordt: zorg die juist aandacht heeft voor gezondheid van mensen en daarmee voor hun welzijn.

Dit heeft voor SONB geresulteerd in een welzijnsbeleid waar de uitgangspunten uitdaging en zingeving zijn. De cliënt staat centraal, er is zoveel mogelijk sprake van aanbod op maat en activering is belangrijk. Welzijn en zorg zijn thans een geïntegreerd geheel (zowel individueel als groepsgebonden) op de afdeling georganiseerd. Daarnaast worden centrale activiteiten aangeboden in het restaurant de hal, de dierenweide en de tuin.

Plannen 2021

- Vernieuwing activiteiten aanbod
- Uitbreiden groenactiviteiten

Zingeving

Niemand verwacht een sluitend antwoord op levensvragen, wél dat ze gehoord en erkend worden. Levensvragen komen vaak op in crisissituaties of bij groeiende kwetsbaarheid. Zo ook wanneer ouder worden samengaat met een afnemende gezondheid en een toenemende zorgvraag. De zorgmedewerkers krijgen hier mee te maken en er wordt door cliënten en familie iets van hen verwacht op dit punt. Omgaan met levensvragen dient als begrip ruim opgevat te worden. Het gaat om alledaagse zingeving: wat maakt voor iemand de dag de moeite waard, waar "doet iemand het voor"? En het staat ook voor existentiële zingeving, over de grote bestaansvragen van het leven. Het staat ook voor het helpen zoeken met een cliënt wie of wat, in deze situatie waarin zorg nodig is, zin geeft aan zijn leven.

Tijdens de intake, ZLP-bespreking en de zorgmomenten is ruim aandacht voor zingeving. Afspraken zijn vastgelegd in het ZLP.

Geloof

Omgaan met levensvragen heeft raakvlakken met spiritualiteit, levensbeschouwing, inspiratie en waarden. Het gaat zowel om aandachtig luisteren naar en stil zijn met een cliënt, als om het helpen zoeken naar antwoorden. Binnen SONB is er een vertrouwenspersoon aanwezig waarbij cliënten met levensvragen terecht kunnen. Daarnaast worden cliënten in de gelegenheid gesteld hun geloof te belijden tijdens bijbelbesprekingen en de samenkomsten onder leiding van een dominee. De dominee is wekelijks in huis voor persoonlijke gesprekken. Cliënten worden in de gelegenheid gesteld de kerkdienst naar voorkeur te bezoeken.

3.3.2 Schoon & verzorgd

De wensen/afspraken ten aanzien van de behoefte en tijdstippen aan persoonlijke dagelijkse verzorging zijn in samenspraak met de cliënt in het ZLP vastgelegd.

3.3.3 Participatie mantelzorgers & vrijwilligers

Mantelzorgers worden actief betrokken bij de intake en de zorg rondom de cliënt, zij vormen een belangrijke continue factor in hun leven. Zij hebben een emotionele band en zorgen dikwijls al lange tijd waardoor zij ervaringsdeskundigheid hebben opgebouwd. Vaak behartigen zij ook de belangen

van hun naaste. Maar mantelzorgers kunnen (te) hoge eisen aan zichzelf stellen en moeite hebben om zorgtaken over te dragen. Er is ook een deel van de mantelzorgers dat op een of andere manier betrokken wil blijven bij de zorg en ondersteuning en daar een bijdrage aan leveren. Dit is niet voor iedere mantelzorger vanzelfsprekend en deze keuze moet worden gerespecteerd. Goede afstemming en vastlegging van afspraken en eventuele begeleiding zijn hierin belangrijk.

De tweede groep die bijdraagt aan en bepalend is voor het welzijn van onze cliënten zijn de vrijwilligers. Momenteel hebben we zo'n 35 zeer actieve vrijwilligers die bijdragen aan de zorg en het welzijn van de cliënt.

SONB heeft hiervoor een vrijwilligersbeleid. Hun bezigheden variëren van het begeleiden van groeps- of individuele activiteiten. SONB investeert in het behoud en de ontwikkeling van vrijwilligers.

Plannen 2021

- Uitvoeren enquête
- Werven nieuwe vrijwilligers

3.3.4 Overige

De cliëntenraad is een orgaan dat op organisatieniveau de belangen behartigt van de cliënten en structureel overleg heeft met de bestuurder. In 2021 is het reglement aangepast aan de laatste eisen. De cliëntenraad bestaat uit afgevaardigden van cliënten intramuraal, cliënten extramuraal, huurders en mantelzorgers.

3.4 Leren en verbeteren van kwaliteit

3.4.1 Inleiding

Het kwaliteitskader stelt dat continu werken aan verbetering van kwaliteit de norm is voor een goede organisatie. Daarbij hoort openheid over de bereikte resultaten. Vijf elementen worden benoemd:

1. Kwaliteitsmanagementsysteem
2. Jaarlijks geactualiseerd kwaliteitsplan
3. Jaarlijks kwaliteitsverslag
4. Continu werken in de praktijk aan verbeteren van de zorg/welzijn door zorgverleners
5. Deel uitmaken van een lerend netwerk

Een professionele zorgorganisatie levert verantwoorde zorg. Dit is zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig, veilig en cliëntgericht verleend wordt en die is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt. De geleverde zorg voldoet aan veld- en beroepsnormen en is gewaarborgd door een werkend kwaliteitssysteem. Binnen SONB wordt gewerkt met een HKZ gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem. Jaarlijks wordt er een kwaliteitsplan opgesteld en geëvalueerd middels het kwaliteitsverslag. Naar aanleiding van de resultaten wordt het beleid bijgesteld/geborgd.

De kwaliteitsmetingen worden met een vooraf vastgestelde frequentie geanalyseerd en besproken met het management van de organisatie. Daarmee wordt geborgd dat informatie over kwaliteit systematisch wordt geregistreerd en waar nodig wordt vertaald naar structurele kwaliteitsverbetering. Periodiek worden de zorginhoudelijke indicatoren gemeten. De informatie uit deze meting geeft sturingsinformatie voor organisatie en medewerker en biedt handvatten voor actieprogramma's gericht op verbetering van de zorg.

Leren en ontwikkelen zijn belangrijke voorwaarden om cliënten een goede zorg- en dienstverlening te bieden.

Kennis en ervaring van buiten halen, kennis delen en verspreiden en kennis toepassen zijn noodzakelijke voorwaarden hiervoor. Leren en ontwikkelen gaan beter naarmate er een cultuur van gezamenlijk verbeteren ontstaat: het geheel is meer dan de som der delen. Inzicht in resultaten (directe feedback), het beoordelen van de resultaten en samen doelen stellen voor verbetering, creëren een gezamenlijk belang en een gezamenlijk doel, waarbij commitment ontstaat voor het vervolg.

3.4.2 Tevredenheid

Cliënttevredenheidsondezoek

Kwaliteit van zorg wordt niet alleen door externe partijen gemeten zoals de CQ- meting, maar ook door onze cliënten of diens vertegenwoordiger zelf (einde zorggesprekken, evaluaties, en Zorgkaart Nederland). Jaarlijks vindt er een CQ-meting plaats. Daarnaast worden cliënten en/of familie/mantelzorgers gestimuleerd hun waardering op Zorgkaart Nederland kenbaar te maken. Uitkomsten (NPS) en plannen van aanpak worden n.a.v. de resultaten ontwikkeld en geëvalueerd binnen het MT, de cliëntenraad en de OR als onderdeel van de beleidscyclus.

Cliëntenevaluatie

Elk half jaar vindt er een cliëntevaluatie plaats. Na de evaluatie worden de cliënten en/of mantelzorgers uitgenodigd hun waardering te geven op Zorgkaart Nederland. Deze waarderingen worden periodiek gerapporteerd en geëvalueerd en vormen input voor de beleidscyclus.

Eindezorggesprekken

Na beëindiging van iedere zorgrelatie vindt er een eindezorggesprek plaats. Ook tijdens het eindezorggesprek wordt aan de mantelzorgers gevraagd hun waardering te geven op Zorgkaart Nederland. Driemaandelijks wordt op de eindezorggesprekken gerapporteerd en geëvalueerd. Deze rapportage en evaluatie maakt onderdeel uit van de beleidscyclus.

Medewerkerstevredenheid

Eénmaal per twee jaar vindt er een medewerkerstevredenheidsonderzoek plaats. Resultaten worden geëvalueerd en eventuele verbetermaatregelen vastgesteld.

Medewerkers evaluatie

Bij medewerkers worden (naast het tevredenheidsonderzoek) op diverse momenten de werkzaamheden geëvalueerd. Voorbeelden hiervan zijn de functioneringsgesprekken, teamoverleggen en exitgesprekken.

Vrijwilligerstevredenheid

Periodiek wordt een vrijwilligersenquête uitgevoerd. Met de gegevens die hieruit wordt gefilterd, zal eventueel o.m. het vrijwilligersbeleid herzien worden en gekeken worden naar individuele behoeften en wensen van de vrijwilliger, ten einde een gepast aanbod van vrijwilligersactiviteiten aan te kunnen bieden.

3.4.3 Afwijkingen

Melding (bijna) Incidenten Cliënten (MIC)

Indien er zich een incident voordoet met een cliënt (dit kan b.v. vallen zijn maar ook vergeten medicatie in te nemen/geven), wordt direct actie ondernomen. Alles omtrent een incident wordt door de MIC-commissie vastgelegd in een systeem. Per kwartaal vindt er analyse plaats door de commissie. Hiervan wordt een rapportage gemaakt die input levert voor de beleidscyclus.

Melding (bijna) Ongevallen Medewerkers (MOP)

Indien zich een incident voordoet met een medewerker, wordt volgens protocol direct actie ondernomen. Alles omtrent een incident wordt vastgelegd in een systeem. Per kwartaal vindt er analyse plaats door de MOP-commissie en hiervan wordt een rapportage gemaakt die input levert voor de beleidscyclus. Eventuele verbeterpunten worden i.s.m. de Arbocommissie uitgezet binnen de organisatie.

Diensten, producten en corrigerende maatregelen

Binnen SONB hanteren wij de procedure afwijkende diensten/producten en corrigerende maatregelen. Afwijkingen en correcties worden volgens deze procedure behandeld. Registratie afwijkingen en correcties worden gedaan middels de geëigende registratievormen. De registraties worden per kwartaal verwerkt in een verslag. Dit verslag is input voor de beleidscyclus, leveranciers evaluatie en leveranciersbeoordeling.

Klachten

Overeenkomstig de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector, is bij SONB een klachtenregeling van toepassing. SONB heeft hiervoor het "Beleid en procedure klachten en tips". Alle cliënten, medewerkers en vrijwilligers worden van beleid en procedure op de hoogte gebracht. Daarnaast zijn er 2 klachtenfunctionarissen in functie en is SONB aangesloten bij Klachtencommissie Zeeland. Per half jaar wordt er door de klachtenfunctionarissen een verslag ingediend. Deze vormen input voor de beleidscyclus.

Ongewenste omgangsvormen

SONB heeft een klachtenreglement ongewenste omgangsvormen.

Doel is:

1. Een procedure te bieden voor de opvang, bemiddeling en behandeling van de klacht van de klager over ongewenst gedrag;
2. Op grond van ontvangen klachten over ongewenst gedrag structurele tekortkomingen in de organisatie te signaleren en deze signalen aan te wenden voor kwaliteitsverbetering. SONB heeft hiervoor een vertrouwenspersoon en een klachtencommissie.

Meldcode ouderenmishandeling

SONB heeft een Meldcode ouderenmishandeling

Het doel van de meldcode is dat zorgverleners een zorgvuldige overweging maken in hoe te handelen bij signalen en vermoedens van ouderenmishandeling. De meldcode bevat een stappenplan. Dit stappenplan leidt de zorgverlener stap voor stap door het proces vanaf het moment van signaleren tot aan het besluit over het eventueel doen van een melding. Hiervoor is aandachtsfunctionaris aangesteld.

Leveranciersbeoordeling

Ieder jaar vindt er een leveranciersbeoordeling plaats a.d.h.v. een inventarisatie van "kritische" leveranciers. De registratie afwijkingen diensten, producten en corrigerende maatregelen maakt onderdeel uit van de beoordeling.

Plannen 2021

- Het belang van registratie blijven motiveren o.a. door inzichtelijkheid middels mogelijkheden sharepoint
- Training ongewenste omgangsvormen
- Melden Incidenten Cliënten digitaliseren

3.4.4 Audits

Interne audits

Jaarlijks vindt er een interne audit plaats voor zowel de intra- als extramurale afdeling. De audit wordt volgens een 3-jaarlijkse cyclus samengesteld en uitgevoerd. Een aantal items als medicatiebeleid en hygiëne en infectiepreventie komen jaarlijks terug. De audit wordt door een intern opgeleid team uitgevoerd. Rapportage en eventuele correcties zijn input voor de beleidscyclus.

Externe audits

SONB is voor zowel Norm VV&T en Algemeen organisatiedeel volgens de HKZ-norm ISO 9001 2015 gecertificeerd. Jaarlijks vindt er een externe audit door een gecertificeerde organisatie.

3.4.5 PDCA

Beleidscyclus

Binnen SONB maakt de beleidscyclus onderdeel uit van de bedrijfsvoering. In deze cyclus komen zowel de bedrijfsprocessen, kwaliteitsgegevens, vereisten omtrent wet- en regelgeving en finance & control etc. samen. Middels periodieke rapportages, verslagen en evaluaties vindt er middels controle en bijstelling, tussentijds evaluatie van de beleidsplannen plaats.

Kwaliteitsmanagementsysteem

Visie op kwaliteit:

Kwaliteit wordt gezien als het voldoen aan de eisen en/of verwachtingen van de cliënt. Dit betekent dat SONB ernaar streeft producten en diensten te leveren zoals is afgesproken.

Leveren volgens afspraak met de cliënt houdt in:

- Verantwoorden hoe deze producten tot stand komen
- Verantwoorden hoe de kritieke en risicovolle punten in realisatieprocessen beheerst worden
- Verantwoorden hoe voldaan wordt aan eisen vanuit wet- en regelgeving
- Verantwoorden hoe getoetst wordt of daadwerkelijk geleverd wordt volgens afspraak
- Verantwoorden hoe bijgesteld/geborgd wordt op basis van de uitslagen van toetsingen
- Verantwoorden hoe deze bijstelling of borging uitgevoerd wordt

Binnen deze visie op kwaliteit is het van belang alle activiteiten die leiden tot de uiteindelijke dienst aan de klant:

- Te beheersen
- Te toetsen en te optimaliseren

Het kwaliteitsbeleid:

1. Is gericht op het inzichtelijk maken van het totale zorgproces en de ondersteunende processen. De interacties tussen de processen onderling worden hierbij beschreven:
 - Inzicht in de realisatieprocessen (besturend proces, ondersteunende processen en het primaire proces)
 - Inzicht in de interactie tussen de processen
 - Benoemen van kritieke punten en aandachtspunten in de keten van acties
 - Beheersing van kritieke punten en aandachtspunten in de keten van acties
 - Benoemen meetpunten, meetmethoden en indicatoren om de processen te optimaliseren
2. Is gericht op beheersing van de kwaliteitsdocumenten.
3. Is gericht op het betrekken van alle medewerkers bij de kwaliteitszorg.
4. Is gericht op het voldoen aan wet- en regelgeving.
5. Is gericht op een georganiseerd kwaliteitssysteem.
6. Is gericht op het continueren van het HKZ-certificaat.

Het gehele kwaliteitsproces is gericht op het continu verbeteren en behalen van in het beleid geformuleerde doelstellingen.

Volgens een vastgestelde cyclus worden alle prestaties geëvalueerd en worden hierbij verschillende medewerkers vanuit de organisatie betrokken. Daarnaast vinden er interne audits plaats. Conform het kwaliteitskader verpleeghuiszorg wordt er jaarlijks een kwaliteitsplan gemaakt en hierop wordt jaarlijks een kwaliteitsverslag geschreven. Dit wordt voor vaststelling voorgelegd aan 2 collega-instellingen uit ons lerend netwerk.

Plannen 2021

- Inrichting nieuw kwaliteitsdocumentensysteem
- Installeren en trainen van een vast auditteam

3.4.6 Samen leren

Netwerk

Deel uit maken van een lerend netwerk.

Met 4 collega zorginstellingen wordt al enige jaren op verschillende gebieden samengewerkt. Zo bestaan er lerende netwerken als:

- Kwaliteitsoverleg met 2 andere zorgorganisaties. Per kwartaal komen de kwaliteitsfunctionarissen van 3 kleinere zorgorganisaties bij elkaar op een van de locaties. Agendapunten zijn o.a. samenwerking, wet- en regelgeving, schrijven van beleids- en kwaliteitsstukken, beroepsinformatie, gezamenlijke trainingen, inhuren derden, gezamenlijke aanschaf apparatuur etc.
- Lerend netwerk opleidingscoördinatoren. Agendapunten zijn o.a. gezamenlijke training opleidingscoördinatoren, opzetten en ontwikkelen van gezamenlijke scholings- en

trainingsprogramma's (Eerst Verantwoordelijk Verzorgende en Gespecialiseerd Verzorgende Psychogeriatric), in-company trainingen aankopen etc.

- Gezamenlijk overleg Ondernemingsraden met raden van andere zorgorganisaties.
- Intervisie thuiszorg. Vier kleinere zorgorganisaties verzorgen samen opleidingen en intervisie op het gebied van thuiszorg.
- Detachering. Bij een aantal van de kleinere zorgorganisaties worden medewerkers onderling gedetacheerd. Voorbeelden hiervan is de HEAD/controller.
- Gezamenlijke scholing Raden van Toezicht.
- De veiligheidsregio organiseert periodiek platformbijeenkomsten en cursussen en trainingen aan zorgorganisaties uit de regio.
- Gezamenlijk overleg Raden van Toezicht ander zorgorganisaties.

Samen leren

Binnen SONB-beleid op meeloopstages ontwikkeld. Hiermee willen we onze zorgmedewerkers de gelegenheid geven bij een van onze consortiumpartners (maar eventueel ook daarbuiten) een dag meelopen. Ook meelopen binnen een ander team van SONB is een mogelijkheid. Hiervoor is ruimte opgenomen in de begroting. Doel is de blik verruimen en kijken naar goede voorbeelden binnen de zorg- en dienstverlening.

Systematisch reflecteren

SONB zorgt dat zorgverleners ruimte krijgen om systematisch te reflecteren op goede, veilige en persoonsgerichte zorg voor de cliënt. Van daaruit kunnen zij verbeteringen toepassen. Momenteel is er tijdens de teamoverleggen wel ruimte om met collega's te reflecteren op bijvoorbeeld een casus. Dit gebeurt echter nog te weinig structureel.

Plannen 2021

- Reflectiemomenten structureel inplannen

3.4.7 Overige

Participatie andere organisaties

- Gemeente Noord-Beveland: Afstemming met betrekking tot uitvoering WMO, het gemeentelijk ouderenbeleid, faciliteren in deelname welzijnsactiviteiten, subsidies, reiskostenvergoeding chauffeurs Tafeltje Dekje;
- Vier Huisartsenpraktijken Noord-Beveland: Bieden van huisartsenzorg en farmaceutische zorg aan de bewoners van Cleijenborch. Contacten over cliënten voor tijdelijk verblijf en thuiszorg; cliëntevaluaties
- Zorgkantoor Zeeland (CZ): In het kader van de zorgcontractering is Zorgkantoor Zeeland de aanbestedende partij en verantwoordelijk voor de uitvoering van de WLZ;
- Samenwerkingsverband Welzijnszorg Oosterschelderegio (SWVO): Het SWVO heeft de verantwoordelijkheid voor de gezamenlijke beleidsontwikkeling en uitvoering op onderdelen van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) waaronder de huishoudelijke hulp, zorg en begeleiding;
- Zeeuwse Zorgschakels: Zeeuwse Zorgschakels is een onafhankelijke organisatie die zich inzet voor een goede samenhang in ketenzorg. De stichting wordt gedragen door nagenoeg alle zorgaanbieders in Zeeland, de beide ziekenhuizen en de huisartsen;
- Binnen de stichting zijn ketenzorgprogramma's voor dementie van Walcheren, Zeeuws-Vlaanderen en de Oosterschelderegio ondergebracht. Vanuit de stichting ondersteunen en begeleiden casemanagers in nauwe samenwerking met huisartsen mensen met (een vermoeden van) een diagnose dementie. Naast de ketens dementie en het casemanagement heeft de stichting nog andere ketens en samenwerkingsprojecten in haar pakket. De netwerken palliatieve zorg en hersenletselzorg (CVA en NAH) zijn ook belangrijke onderdelen van de stichting. Doel van de ketenzorg dementie is d.m.v. vroegsignalering, diagnostiek, behandeling, begeleiding en zorg, omstandigheden te creëren waardoor betrokkene zo lang mogelijk zijn leven naar eigen wens kan blijven inrichten;
- Regionale Woning Stichting: samenwerking op het gebied van wonen en zorg op Noord-Beveland. Tevens maken wij voor de verhuur gebruik van hun huurgeschillencommissie;

- SVRZ: Samenwerking welzijn, Alexiaplein te Kamperland;
- Allévo: Samenwerking met betrekking tot de onplanbare zorg op Noord-Beveland en tevens samenwerking via consultatie van de verpleeghuisarts/ specialist ouderengeneeskunde van zorgverlener Allévo (verpleeghuis Cornelia te Zierikzee), opvolging professionele alarmering extramuraal;
- LOC: Het Landelijk Overlegorgaan Cliëntenraden (LOC) ondersteunt de cliëntenraad bij zijn werk;
- Biblioservicebus: informatieverstrekking over onze diensten en producten, ondersteunen van deze voorziening op Noord-Beveland;
- Wondzorg Zeeland: Wondzorg Zeeland is een initiatief van Zorg Zeker Zeeland en wil de complexe wondzorg in Zeeland op een hoger niveau brengen door: excellente verzorging van complexe wonden, verbetering van de kwaliteit van leven voor haar cliënten en een optimale service en bereikbaarheid voor cliënten en zorgverleners. Binnen Wondzorg Zeeland is een verpleegkundig specialist werkzaam op het gebied van wondzorg;
- Veiligheidsregio Zeeland: is een organisatie voor fysieke veiligheid, rampenbestrijding en crisisbeheersing in Zeeland. VRZ omvat brandweezorg, de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR), de Gemeenschappelijke Meldkamer Zeeland (GMZ), gemeentelijke bevolkingszorg, Risico- en crisisbeheersing en de afdeling Bedrijfsvoering. Hun activiteiten richten zich op het vergroten van de veiligheid van de Zeeuwse bevolking en bezoekers;
- Dit doen zij samen met de dertien Zeeuwse gemeenten en met lokale, regionale en landelijke partijen als Politie Zeeland/West-Brabant, Provincie Zeeland, Rijkswaterstaat, Waterschap Scheldestromen, Defensie en zorginstellingen. VRZ ondersteunt onze organisatie op het gebied van bedrijfscontinuïteit, opleidingen op het gebied van veiligheid (bijv. opleiding t.b.v. het crisisbeleidsteam) en houdt platformbijeenkomsten op het gebied van veiligheid;
- Klachtencommissie Zeeland: Voor een nog betere zorg- en dienstverlening is een aantal Zeeuwse zorginstellingen aangesloten bij de Klachtencommissie Zeeland. Zij hebben gezamenlijk een klachtenregeling opgesteld. Daarin staat hoe de instellingen omgaan met klachten en hoe de Klachtencommissie Zeeland werkt. Hiermee voldoet SONB aan de wettelijke eis;
- Emergis: Intervisie
- Basisschool/kinderopvang: structureel worden met de basisschool en de kinderopvang samen met onze cliënten activiteiten georganiseerd;
- Tandarts/mondhygiënist: Als onderdeel van het mondzorgbeleid zijn er samenwerkingsovereenkomsten gesloten met de tandarts en de mondhygiënist. Zij komen aan huis mondzorg verlenen en verzorgen met regelmaat klinische lessen;
- Geriatrie fysiotherapie: de geriatrie fysiotherapeut verleent verscheidene diensten binnen SONB bijvoorbeeld: fysiotherapie, 3 dagen per week gymnastiek, valpreventie, loopmiddelencheck (bij inhuizing en 1x per jaar).
- De vacaturesite ZZ.nl is dé centrale plaats met informatie over opleiden en werken in zorg en welzijn in Zeeland.
- Viazorg fungeert als verbindende factor in de Zeeuwse zorg- en welzijnssector en brengt organisaties en medewerkers uit de sector met elkaar in contact en organiseert.

3.5. Personeel

3.5.1 Inleiding

Profiel personeelsbestand en personeelssamenstelling

Het zorgplan met zijn 4 domeinen vormt het uitgangspunt voor integrale zorgverlening aan de cliënt. De zorg voor de cliënt binnen de afdeling wordt kleinschalig georganiseerd en integraal aangeboden. De Coördinerend verpleegkundige (CVP) en de Eerst Verantwoordelijk Verzorgende (EVV) coördineren de (multi)disciplinaire zorg en dragen zorg voor continuïteit van de zorg in overleg met cliënt/cliëntensysteem/cliëntensysteem (de EVV is aanspreekpunt voor cliënt/cliëntensysteem, collega's en andere disciplines). Concreet gaat het om taken betreffende het zorgplan, continuïteit van zorg,

multidisciplinaire zorg en overleg, overleg met eenieder die bij de cliënt betrokken is, bijdrage leveren aan nieuwe ontwikkelingen en daadwerkelijk uitvoeren van zorg.

Met de CVP en de EVV als centrale spil, wordt de zorg geleverd door voldoende professionals die samen werken in een evenwichtig samengesteld team. Het team is toegesneden op de groep cliënten die wordt verzorgd. Evenwichtig betekent zowel diversiteit in leeftijd, achtergrond, specialisme als diversiteit in functieniveau. De kleinschalig georganiseerde zorgteams bestaan uit professionals met opleidingsniveau 1 tot en met 5. Een deel van de niveau 3 IG geschoolde medewerkers zijn opgeleid tot EVV. Deze medewerkers functioneren als EVV voor gemiddeld 8 cliënten.

Over de kleinschalige teams heen zijn organisatie breed specialismen aanwezig die ingezet worden waar nodig en daarnaast ook de specialistische kennis delen met de andere professionals door middel van scholing/adviezen etc. Dit betreft deskundigen wondzorg, deskundigen mondzorg, deskundigen palliatieve zorg, deskundigen hygiëne en infectiepreventie, deskundige preventie, ergocoaches, gespecialiseerd verpleegkundigen ouderenzorg, gespecialiseerd verpleegkundigen GGZ en een diversiteitsdeskundige. Daarnaast is er een medewerker welzijn aanwezig die het welzijnsbeleid uitvoert en coördineert.

Om o.a. de vele activiteiten binnen de organisatie te kunnen realiseren en te kunnen ondersteunen, kunnen wij een beroep doen op een circa 35-tal vrijwilligers en vele mantelzorgers.

Een greep uit hun werkzaamheden:

- Groepsgebonden activiteiten
- Groepsvoorbereidende activiteiten
- Groepsbegeleidende activiteiten
- Individuele activiteiten
- Ondersteunende activiteiten

3.5.2 Functies

Stagiaires/Leerlingen

SONB doet veel aan scholingen en trainingen. Elk jaar wordt hiervoor een breed opleidingsplan opgesteld (voor eisen invulling zie Opleidingen algemeen). Momenteel zijn de volgende leerling-/stageplaatsen binnen SONB ingevuld:

1x BOL DIO	Niveau 2
4x BOL (vz-ig/mmz)	Niveau 3
4x BOL VP	Niveau 4
7x BBL vz-ig (1 ^e jaar)	Niveau 3
3x BBL vz-ig (2 ^e jaar)	Niveau 3
4x BBL vz-ig (3 ^e jaar)	Niveau 3
2x BBL VP	Niveau 4
1x HBO-V	Niveau 6

3.5.3 Formatie

Uitgaven

SONB werkt al geruime tijd met een personeelsnorm welke is gebaseerd op de cliëntvraag. Op basis van de aanwezige cliëntpopulatie wordt met deze norm berekend hoeveel Fte benodigd is om aan de zorgvraag te kunnen voldoen, waarbij tevens onderscheid wordt gemaakt in deskundigheidsniveau. Beoordeeld is dat deze 'eigen' personeelsnorm aansluit bij de tijdelijke personeelsnorm volgens het kwaliteitskader. In 2018 zijn daar waar nodig aanpassingen in de norm doorgevoerd, rekening houdend met het kwaliteitskader.

Plannen 2021

- Inzet onderzoek medewerkerstevredenheid om behoud van medewerkers te vergroten

3.5.4 Opleidingen

De praktijkopleider coördineert de opleidingen. Waar mogelijk worden opleidingen en trainingen in samenwerking met collega zorginstellingen georganiseerd of wordt aansluiting gezocht. De opleidingen en trainingen worden op verschillende manieren vormgegeven, zoals digitaal, beroepsopleidingen, bedrijfsopleidingen, "learning on the job".

Opleidingen algemeen

Doel voor de organisatie:

- Innovatie: aanpassen aan veranderingen in de zorg
- Vergroten inzetbaarheid medewerkers binnen de organisatie
- Kwaliteit van dienstverlening
- Loopbaanperspectief kunnen bieden aan medewerkers

Doel voor de medewerkers:

- Ontwikkelen competenties en talenten
- Meer werkplezier en uitdaging in het werk
- Loopbaanperspectief
- Waardering
- Bij blijven op het eigen vakgebied

Mogelijkheden van scholing: Er is sprake van verschillende uitgangspunten voor het volgen van scholing:

- **Opleidingsdoel voortkomend uit individueel functioneren**
(bijv. op peil houden van beroepsvaardigheden, ontwikkeling van competenties). Hierin zijn verwerkt, de jaarlijks terugkerende (verplichte) bijscholingen als BHV, ontruimingsoefeningen, oefenen bekwaamheden verpleegtechnische handelingen verzorgend personeel en opleidingen die als zeer gewenst/noodzakelijk worden gezien voor de ontwikkeling/continuïteit van de organisatie.
- **Opleidingsdoel gericht op verandering functie-/taakinhoud** Welk concreet resultaat moet die functie leveren en welke persoonlijke en functionele competenties zijn hiervoor nodig? Bijv. functieverbreding, loopbaanontwikkeling).
- **Opleidingsdoel voortkomend uit functioneren organisatie/teams**
(bijv. continuering positie organisatie, versterken teams)
- **Opleidingen voortkomend uit strategische veranderingen**
Bij de keuze van een opleiding heeft het geschikt maken van een medewerker voor zijn toekomstige functie binnen de organisatie hoge prioriteit. Deze opleidingen zijn echter altijd ondergeschikt aan de personele behoeften binnen het formatieplan van de gehele organisatie. Welke opleidingen dan wel of niet gehonoreerd gaan worden, is mede afhankelijk van:
 - Het organisatiebeleid en –jaarplan
 - De (toekomstige) ontwikkeling van (de invulling van) een functie
 - Het loopbaanbeleid
 - De vraag van (toekomstige) cliënten
 - De ontwikkelingen op de arbeidsmarkt, dan wel binnen de branche

Uit ervaring blijkt dat het volgen van scholing of opleiding een positieve impuls geeft aan de motivatie en inzet van medewerkers of een team.

Goed voor de medewerkers en goed voor de organisatie als werkgever.

Professioneel handelen

Professioneel handelen staat voor een beroepshouding waarmee je laat zien wie je bent en hoe je met cliënten en collega's om gaat. Om professioneel te handelen maken we gebruik van werkafspraken in de vorm van procedures en richtlijnen. Daarnaast zorgen we dat medewerkers bevoegd en bekwaam blijven voor de uitvoering van voorbehouden en risicovolle handelingen zoals beschreven in de wet BIG.

Plannen 2021

- Mogelijkheden e-learning uitbreiden
- De 1 op 1 begeleiding leerlingen structureel is uitgangspunt van de dagelijkse planning
- Herijken en inrichten van het leerproces SONB

3.5.5 Overige

Ziekteverzuim

Het ziekteverzuim over de periode januari tot en met oktober 2020 bedraagt 8,4 % (excl. vangnet) en 9,25 % (incl. vangnet).

RI&E

Omdat het een langere tijd geleden is, we een herstructurering achter de rug hebben en omdat er enige interne verbouwingen zijn uitgevoerd, is er besloten (in samenspraak met de OR) in maart 2018 een Risico-Inventarisatie & Evaluatie (RI&E) uit te laten voeren. Deze RI&E was inclusief Arbo- en Veiligheidsronddgang, plannen van aanpak en externe toetsing door een ARBO-adviesbureau. Inmiddels zijn de uitkomsten in MT/cliëntenraad en ondernemingsraad besproken en zijn alle aandachtspunten/aanbevelingen (verwerkt in een plan van aanpak) op 1 na (omgangsvormen en agressie) uitgevoerd.

Plannen 2021

- Training agressie en seksuele intimidatie

OR

Binnen SONB functioneert een ondernemingsraad (OR) bestaande uit 5 leden. Zij vertegenwoordigt de belangen van de medewerkers in het overleg met de directie (8x per jaar) over het ondernemingsbeleid en de personeelsbelangen.

In de Wet op de ondernemingsraden (WOR) zijn de rechten en plichten van de ondernemingsraden vastgelegd. De ondernemingsraad heeft bij bepaalde typen van beleid, voornamelijk wanneer deze direct de medewerkers en hun rechten betreffen, het recht een rol te spelen in de besluitvorming. Dit recht komt met name tot uitdrukking in vijf rechten:

- Overlegrecht
- Adviesrecht
- Instemmingsrecht
- Recht op informatie
- Initiatiefrecht

Plannen 2021

- Oriëntatie ARBO- aangelegenheden waaronder de RI&E
- Training financiële aangelegenheden

3.6 Goed bestuur

3.6.1 Inleiding

Leiderschap, governance en management

Dit onderwerp gaat over de aansturing en governance van de zorgorganisatie die faciliterend zijn voor kwaliteit, zoals het beleggen van verantwoordelijkheid, besluitvorming en risicomanagement en over de strategische, statutaire en financiële verplichtingen.

In het kwaliteitskader worden zes thema's onderscheiden als het gaat om leiderschap, governance en management:

1. Visie op zorg
2. Sturen op kernwaarden
3. Leiderschap en goed bestuur
4. Rol en positie interne organen en toezichthouders
5. Inzicht hebben en geven
6. Verankeren van medische, verpleegkundige en psychosociale expertise.

In het Kwaliteitskader is dit thema uitgewerkt in verwachtingen die een zorgorganisatie uitvoert, namelijk:

1. Elke zorgorganisatie borgt professionele inbreng in het aansturen van de organisatie door opname van een specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundige of psychosociaal zorgverlener als lid van de Raad van Bestuur.
Zolang dit (nog) niet is gerealiseerd dient er structureel overleg te zijn tussen de Raad van Bestuur met vertegenwoordigers van genoemde beroepsgroepen.
2. De leden van de Raad van Bestuur lopen op gezette tijden mee binnen het primaire proces van de eigen zorgorganisatie, zodat zij voeling houden met het primaire proces op de werkvloer.
3. Elke Raad van Bestuur van een zorgorganisatie voor verpleeghuiszorg werkt volgens de geldende versie van de Zorgbrede Governance Code.
4. De leiderschapsstijl en het gedrag van de Raad van Bestuur is ondersteunend aan dit kwaliteitskader verpleeghuiszorg. De Raad van Bestuur is eindverantwoordelijk voor de toepassing ervan en ziet hier actief en aantoonbaar op toe.
5. De Raad van Bestuur stimuleert in het licht van kwaliteitsverbetering van verpleeghuiszorg de oprichting van een Verpleegkundige/verzorgende Adviesraad (VAR) dan wel een Professioneel Adviesraad (PAR) in zijn/haar organisatie of door andere vormen waaronder digitale platforms.

3.6.2 Goed bestuur

Raad van Toezicht

Governance code

Stichting Ouderenzorg Noord-Beveland hanteert de Zorgbrede Governancecode die is opgesteld door de brancheorganisaties Zorg. De vereisten uit de Zorgbrede Governancecode zijn verankerd in de statuten van de stichting. De code is een samenbundeling van moderne en inmiddels breed gedragen algemene opvattingen in de zorg over goed bestuur, toezicht en verantwoording. De code richt zich op de kwaliteit van bestuur, de kwaliteit van het toezicht daarop, de interactie tussen de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht en op het betrekken van belanghebbenden bij het beleid van de organisatie. Stichting Ouderenzorg Noord-Beveland legt jaarlijks transparant en publiekelijk verantwoording af over de gevoerde activiteiten.

Toezichthoudend orgaan

De Raad van Toezicht staat de bestuurder terzijde, vervult een klankbordfunctie en heeft als taak het toezicht houden op het dagelijks besturen en op de algemene gang van zaken in de zorgorganisatie als maatschappelijke onderneming. Verder is de Raad van Toezicht verantwoordelijk voor benoeming, evaluatie en ontslag van de directeur/bestuurder, de accountant, en de leden van de Raad van Toezicht.

Samenstelling

De Raad van Toezicht is zodanig samengesteld dat de leden ten opzichte van elkaar onafhankelijk en kritisch kunnen opereren in de dagelijkse en algemene leiding van de organisatie. De Raad van Toezicht bestaat uit 4 personen.

Overzicht toezichthouders

De Raad van Toezicht van Stichting Ouderenzorg Noord-Beveland is lid van de Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in Zorginstellingen (NVTZ). De honorering is conform de NVTZ-regeling toegepast. Onkostenvergoedingen zijn niet aan leden van de Raad van Toezicht verstrekt. Verdere gegevens zijn conform de checklist Zorgbrede Governancecode.

Plannen 2021

- Leergang "De nieuwe Toezichthouder in de Zorg & Welzijn" 2 leden
- Leeggang voor Voorzitter van de Raad van Toezicht
- Instellen commissies binnen de Raad van Toezicht

RvB

De Raad van Bestuur heeft de dagelijkse leiding over SONB en legt verantwoording af aan de Raad van Toezicht conform hetgeen statutair is vastgelegd. De Raad van Bestuur werkt volgens het reglement Raad van Bestuur, waarin de verantwoordelijkheden, de doelen, de taken en randvoorwaarden voor de Raad van Bestuur zijn vastgelegd. Inzake het bezoldigingsbeleid wordt aangesloten bij de adviesregeling van de NVZD (Vereniging van bestuurders in de zorg). De Raad van Bestuur/directie heeft eenmaal per jaar een functioneringsgesprek met de voorzitter en een lid van de Raad van Toezicht

Plannen 2021

- Scholing Accreditatie door RvB

Samenvatting van de kwaliteitsplannen 2021

Zorg

- Kleinschalig organiseren maakt deel uit van de interventie door WOL
- Personeelssamenstelling afstemmen op de kleinschalig georganiseerde zorg
- Coaching en ondersteuning in de praktijk van de Coördinerend Verpleegkundigen en EVV in hun nieuwe rol binnen kleinschalig werken.
- Teams en zorgafdelingen opnieuw indelen
- De bestaande groepsgerichte verblijfsruimtes aanpassen

Basisveiligheid

- Projectopdracht herziening van het gehele medicatieproces
- Koppeling medicatiesysteem aan de bestanden van de apotheekhoudende huisartsen
- Aanschaf Ncare systeem ten behoeve van het medicatiedistributiesysteem
- WZD maakt deel uit van de interventie door WOL
- Aanstellen externe WZD-functionaris
- Deskundigheidsbevordering m.b.t. onvrijwillige zorg, het inzetten van alternatieven en van de wet- en regelgeving rondom de Wet Zorg en Dwang
- Klachtenfunctionaris WZD positioneren
- Handhaving coronaregels
- Beheer PBM
- Door het grillige verloop van de coronapandemie en de drukte die dat met zich meebrengt zal er flexibel met de geplande scholingen en trainingen omgegaan moeten worden.

Wonen

- Uitvoering van het Gastvrijheidsconcept
- Locatie Cleijenborch up-to-date houden conform het meerjarige onderhoudsplan
- Groepsgerichte verblijfsruimtes creëren
- De groepsgerichte verblijfsruimtes aanpassen
- Gelegenheid zelf te koken
- Maaltijdkeuze mogelijkheden op de dag
- Kleinschalig georganiseerde zorg geeft kansen de maaltijden anders te organiseren, bijvoorbeeld (tuin)productverwerking

Welzijn

- Vernieuwing activiteiten aanbod
- Uitbreiden groenactiviteiten

Participatie mantelzorger & vrijwilligers

- Uitvoeren enquête
- Werven nieuwe vrijwilligers

Afwijkingen

- Het belang van registratie blijven motiveren o.a. door inzichtelijkheid middels mogelijkheden Sharepoint (intranet)
- Training ongewenste omgangsvormen
- Melden Incidenten Cliënten digitaliseren

PDCA

- Inrichting nieuw kwaliteitsdocumentensysteem

- Installeren en trainen van een vast intern auditteam

Formatie

- Inzet onderzoek medewerkerstevredenheid om behoud van medewerkers te vergroten

Opleidingen

- Mogelijkheden e-learning uitbreiden
- De 1 op 1 begeleiding leerlingen structureel uitgangspunt van de dagelijkse planning
- Herijken en inrichten van het leerproces SONB

Personeel

- Inzet onderzoek medewerkerstevredenheid om behoud van medewerkers te vergroten
- Training agressie en seksuele intimidatie (vanuit de RI&E)

Goed Bestuur

- Leergang "De nieuwe Toezichthouder in Zorg & Welzijn" 2 leden
- Leergang voor de Voorzitter van de Raad van Toezicht
- Instellen commissies binnen de Raad van Toezicht
- Scholing Accreditatie door RvB