Cleijenborch
Stichting Ouderenzorg Noord-Beveland

Kwaliteitsplan 2019



Inhoud

Totaaloverzicht....4
1 Organisatie....5
1.1 Het profiel van Stichting Ouderenzorg Noord-Beveland....5
1.2 Missie en visie....5
1.3 Werkgebied....6
1.4 Structuur....6
1.5 Kerngegevens....7
1.6 Zorgprofielen....8
2. Personeelssamenstelling....9
3 Plannen en voornemens....11
3.1 Zorg....11
3.1.1 Inleiding....11
3.1.2 Kwaliteitsimpuls....11
3.1.3 Inzet kwaliteitsmiddelen m.b.t. kwaliteitsimpuls....13
3.1.4 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning....15
3.1.5 Basisveiligheid....17
3.1.6 Overig....23
3.2 Wonen....23
3.2.1 Inleiding....23
3.2.2 Wooncomfort....23
3.2.3 Veiligheid....24
3.2.4 Hulpbronnen....26
3.3 Welzijn....27
3.3.1 Inleiding....27
3.3.2 Zingeving....28
3.3.3 Schoon & verzorgd....29
3.3.4 Participatie mantelzorgers & vrijwilligers....29
3.3.5 Overige....30
3.4 Leren en verbeteren van kwaliteit....30
3.4.1 Inleiding....30
3.4.2 Tevredenheid....31
3.4.3 Afwijkingen....32
3.4.4 Audits....34
3.4.5 PDCA....34
3.4.6 Samen leren....35
3.4.7 Overige....36
3.5 Personeel....38

3.5.1 Inleiding 38
3.5.2 Functies 39
3.5.3 De kanteling 40
3.5.4 Formatie 40
3.5.5 Opleidingen 40
3.5.6 Overige 41
3.6 Goed bestuur 43
3.6.1 Inleiding 43
3.6.2 Goed bestuur 43
3.6.2 Overige 44
Bijlage 1 45

Totaaloverzicht

Kwaliteit en veiligheid

Zorg

Inleiding

Persoonsgericht zorg en ondersteuning
- Autonomie
- Uniek zijn
- Zorgdoelen
- Multidisciplinaire benadering

Basisveiligheid
- Medicatie
- Decubitus
- VBM
- Ziekenhuisopname
- Hygiëne en infectiepreventie
- Antibioticagebruik
- Incontinentie
- Valpreventie
- Gedragsproblemen
- Vocht en voeding

Overige
- Administratie/ privacy

Wonen

Inleiding

Wooncomfort
- Huiskamers
- Hal
- Restaurant
- Tuin/Grijs Groen en Gelukkig
- Maaltijden

Veiligheid
- Veiligheid en calamiteiten
- Crisismanagement/ bedrijfscontinuïteit
- Voedselveiligheid
- Sociale hygiëne
- Leveranciers
- Informatiebeveiliging/bescherming persoonsgegevens

Hulpbronnen
- Materialen en hulpmiddelen
- Domotica
- Technologie
- Onderhoud

Overige
- Informatie

Welzijn

Inleiding

Zingeving
- Zingeving algemeen
- Zinvolle daginvulling
- Geloof
- Eurolidmaatschap

Schoon en verzorgd
- Schoon en verzorgd algemeen

Participatie
- Mantelzorgers en vrijwilligers
- Vrijwilligers

Overige
- Cliëntenraad
- Menucommissie

Leren en verbeteren

Inleiding

Tevredenheid
- Cliënttevredenheidsonderzoek
- Cliëntevaluatie
- Eindezorggesprek
- NPS
- Medewerkerstevredenheid
- Medewerkers evaluatie
- Vrijwilligerstevredenheid

Afwijkingen
- Melding Incidenten Cliënten (MIC)
- Melding Ongevallen Medewerkers (MOP)
- Klachten
- Gedragscode informatie en communicatie
- Ongewenste omgangsvormen
- Meldcode ouderenmishandeling
- Leveranciersbeoordeling

Audit
- Interne audits
- Externe audits

PDCA
- Beleidscyclus
- Risicoanalyse
- Kwaliteitsmanagement-systeem

Samen leren
- Netwerk
- Kwaliteitsplan/kwaliteits-verslag
- Samen leren
- Systematisch reflecteren

Overige
- Participatie andere organisaties

Randvoorwaarden

Personeel

Inleiding

Functies
- Taakfunctieomschrijving
- Stagiaires
- Formatie
- De Kanteling

Opleidingen
- Opleidingen algemeen

Overige
- Ziekteverzuim
- Professioneel handelen
- RI&E
- OR

Resultaatgericht

Inleiding

Goed bestuur
- RvT
- RVB

Overige
- VAR

1 Organisatie

Voorwoord

Hoe vitaal en bij-de-tijd ze misschien nog zijn: ouderen zitten in de herfst van hun leven. En die herfst komt vaak met geleidelijk verlies van vaardigheden, mobiliteit en zelfstandig maar ook van vrienden, familie en partners. En zeker op een grijze morgen kan dat leiden tot de vraag: 'wat maakt deze dag de moeite waard' of zelfs 'wat maakt mijn leven de moeite waard'?

Zingeving is hét woord voor 2019 binnen Stichting Ouderenzorg Noord-Beveland. Er zijn een groot aantal initiatieven op het gebied van zingeving gestart en deze zullen in 2019 verder uitgewerkt en geïmplementeerd worden. Een greep uit deze initiatieven zijn een workshop Blue Zones voor medewerkers en vrijwilligers. Met de ervaringen uit deze workshops, vooral op het gebied van zingeving, kunnen zij zelf hun voordeel doen maar ook gebruiken bij het opstellen van het Zorgleefplan (ZLP) van de cliënt. SONB voert samen met het IVN (Instituut voor Natuureducatie en duurzaamheid) het project "Grijs Groen en Gelukkig" uit. Grijs Groen en Gelukkig vergroot het welzijn van ouderen in en rond het zorgcentrum door middel van natuur. Hiervoor is ondertussen een samenwerkingsovereenkomst getekend. Een aantal activiteiten zijn inmiddels al opgezet of zijn in ontwikkeling. Te denken valt aan een groentetuin, een volière, een kleinveetuin een pluktuin en de ontwikkeling van een groenactiviteitenkalender.

Mede door de verbeterpunten vanuit het bezoek van de IGJ zal in 2019 projectmatig de veranderende zorg (meer kwetsbare cliënten) extra aandacht krijgen. De nadruk zal o.m. liggen op de gebieden multidisciplinair werken, methodisch werken (reflectie op geboden zorg, de geboden zorg en evaluatie van ingezette acties), vrijheidsbeperkende-/bevorderende maatregelen en het zorgdossier.

2019 zal ook het jaar worden van de versterking van de wijkfunctie. Zo zal er een gezondheidscentrum binnen Zorgcentrum Cleijenborch worden gerealiseerd en zal de restaurantfunctie als onderdeel van het groenplan (binnen buiten/buiten binnen) worden versterkt.

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. Leidinggevenden 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 zolang 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.

- **GastVrijheid**: 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.
- **Gelijkwaardigheid**: Iedere cliënt wordt met respect voor zijn of haar opvattingen benaderd.
- **Verbondenheid**: Het belang van het sociale netwerk van de cliënt voor zijn welzijn wordt onderkend.

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

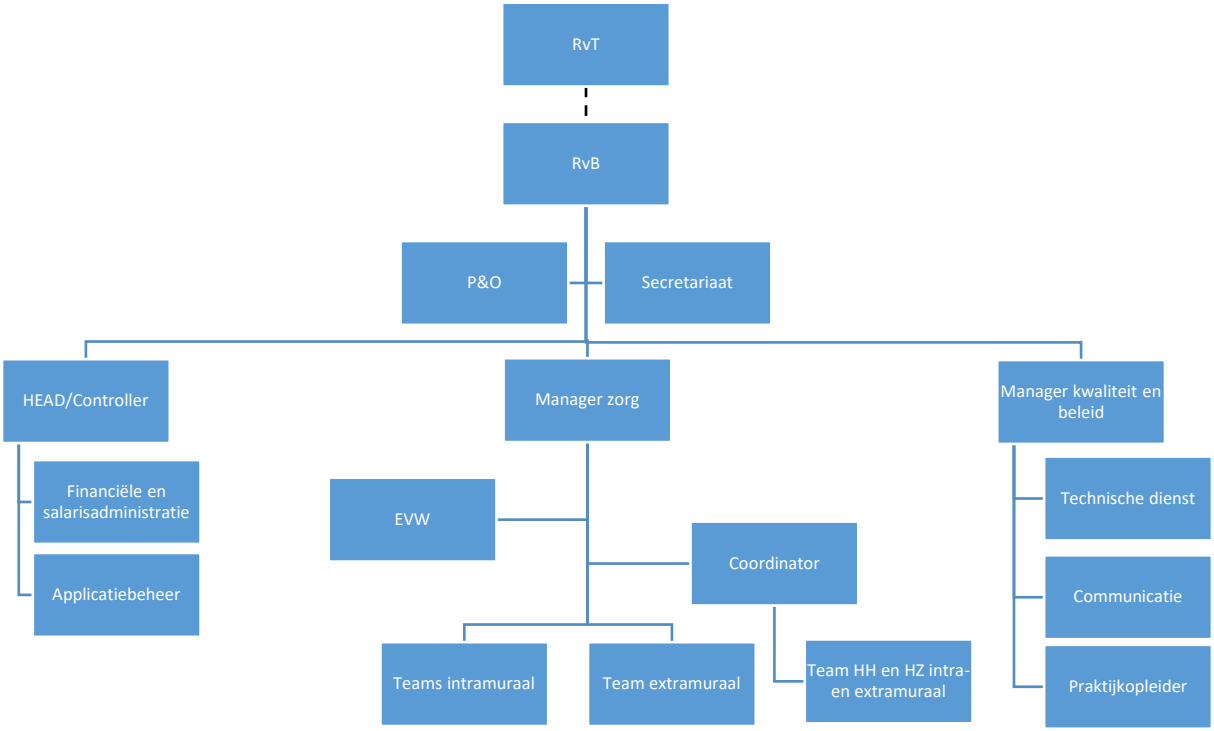
- Eigen regie door de cliënt staat voorop: we richten ons op de instandhouding of verbetering van het evenwicht tussen de cliënt en zijn sociaal netwerk/omgeving;
- Leveren van maatwerk op basis van de vraag van de cliënt;
- Wij helpen de cliënt op weg naar de juiste zorg;
- Cliënten ervaren de betrokkenheid 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.

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 en de VAR (Verpleegkundigen Advies Raad). 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.

De organisatorische structuur gedurende het planjaar kan als volgt worden weergegeven:



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:
- ZZP VV2: Wonen met begeleiding en verzorging
- ZZP VV3: Wonen met begeleiding en intensieve verzorging
- ZZP VV4: Wonen met intensieve begeleiding en verzorging
- ZZP VV5: Wonen met intensieve dementiezorg
- ZZP VV6: Wonen met intensieve verzorging en verpleging
- ZZP VV7: Wonen met zeer intensieve zorg en nadruk op begeleiding
- ZZP 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 2018

Locatie	**Doelgroep**	**Capaciteit**	**(verwachte) omzet op jaarbasis (x € 1.000**
Cleijenborch	WLZ geïndiceerde cliënten ZZP V&V exclusief behandeling	70	4.600
	Eerstelijnsverblijf kortdurend	3	93
	Huurders (zorg ZVW en WMO)	12	60

Capaciteit WLZ en ELV kan variëren, flexibel inzetbaar

Aantallen en leeftijdsopbouw van onze WLZ-geïndiceerde verblijfscliënten 2018 (peildatum 1 november)

	Aantal cliënten	**Gemiddelde leeftijd**
ZZP VV2	2	87,45
ZZP VV3	2	98,83
ZZP VV4	18	89,01
ZZP VV5	23	86.07
ZZP VV6	21	87,42
ZZP VV7	1	91,32
Partnerindicatie	2	80,22
Totaal	69	87,56

Opbrengsten zorgprestaties en maatschappelijke ondersteuning
Jaarekening 2017

Opbrengsten zorgprestaties en maatschappelijke ondersteuning	
	€
Opbrengsten zorgverzekeringswet (exclusief subsidies)	579.676
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten WLZ-zorg (exclusief subsidies)	4.148.468
Opbrengsten WMO	101.618
Totaal opbrengsten zorgprestaties en maatschappelijke ondersteuning	4.829.762
Subsidies (exclusief WMO en jeugdzorg)	
Subsidies WLZ/ZVW-zorg	20.665
Rijkssubsidies vanwege het Ministerie van VWS	39.855
Subsidies vanwege Provincies en gemeenten (exclusief WMO en Jeugdzorg)	12.750
Overige subsidies, waaronder loonkostensubsidies en EU-subsidies	1.260
Totaal subsidies (exculsief WMO en Jeugdzorg)	74.530
Overige bedrijfsopbrengsten	
Tafeltje Dekje en gasten bewoners, opbrengsten maaltijden	288.639
Opbrengesten alarmering	5.181
Waskostenregeling	32.271
Telefonie	10.281
Verhuur	68.399
Diversen	112.177
Totaal overige opbrengsten	516.948
Totaal opbrengsten	**5.421.240**

2. Personeelssamenstelling

Overzicht personeelsformatie 1 november 2018 (op basis van contracturen)

Afdeling	Functie	Fte	Aantal medewerkers	Niveau
Zorg	Zorgassistent	11,76	19	1
Zorg	Helpende	7,35	11	2
Zorg	Leerling Verzorgende Niveau 3 IG	6,24	8	2
Zorg	Eerst Verantwoordelijk Verzorgende	8,13	10	3
Zorg	Verzorgende (IG)	14,87	20	3
Zorg	Verpleegkundige Intramuraal	3,45	4	4
Zorg	Manager Zorg	1,00	1	5
Totaal zorg		52,80	73	
Facilitair	Chauffeur	0,42	4	
Facilitair	Eerst verantwoordelijke facilitaire zaken	0,89	1	
Facilitair	Huishoudelijk medewerker	6,07	11	
Facilitair	Technisch medewerker	1,23	2	
Staf	Applicatiebeheerder/Medewerker communicatie	0,72	1	
Staf	Coördinator Huishouding	0,89	1	
Staf	Directeur	1,11	1	
Staf	Eerst Verantwoordelijke Welzijn	0,78	1	
Staf	HEAD/controller	1,00	1	
Staf	Manager Kwaliteit en Beleid	1,00	1	
Staf	Medewerker Financiën	0,67	1	
Staf	Medewerker secretariaat	0,78	1	
Staf	Praktijkopleider	0,78	1	
Staf	Senior P&O Adviseur	0,44	1	
	Vrijwilligers		35,00	

Totale personele kosten als percentage van de totale opbrengsten zijn: 65,3% (jaarrekening 2017 totale stichting)

Overzicht in- en uitstroom directe zorgverleners in dienst 2018 (periode 1 januari – 31 oktober)

In- en uitstroom Wonen & Zorg	Aantal personen	Aantal Fte
Instroom	15	9.78
Uitstroom	8	3,89

	In personen	In FTE
Verlooppercentage	11%	7,9 %

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, 1e 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 er toe 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 Kwaliteitsimpuls

In kwartaal twee van 2018 heeft de Zorgkwaliteitsgroep/VAR onderzocht of de organisatie en uitvoering van de zorg, zoals beschreven in het project 'Cleijenborch 2.0' uitgevoerd wordt en evolueert, zoals bedoeld wordt in het projectplan. Hieruit zijn verschillende verbeterpunten voort gekomen, waarop acties zijn uitgezet, onder meer op het gebied van zorgdoelformulering en Middelen & Maatregelen. Met het inspectiebezoek van 19 juli. jl., is het werken aan deze verbeterpunten in een stroomversnelling geraakt.
Punten waar verbetering op te behalen zijn:

- Multidisciplinair (samen)werken
- Onderlinge samenwerking (rollen binnen het zorgteam)
- Kennis en deskundigheid op het gebied van methodisch en cyclisch werken
- Middelen & Maatregelen
- Bewust omgaan met formulering van zorgdoelen
- Advanced Care
- Reflectie
- Cultuur

Voor ontwikkeling, ondersteuning, training en coaching van een verbetertraject is een extern bureau benaderd.
Het verbetertraject wordt als volgt vormgegeven:
Om alle medewerkers van Cleijenborch actief bij de missie, visie, beleid, doelstellingen en bijhorende werkwijzen te betrekken en hen hierbij adequaat te ondersteunen, is een programma uitgerold

waarbij trainingen, proces- en praktijkbegeleiding, team- en individuele coaching centraal staan met een 'mix' van werkvormen, gericht op het proces, op kennis en inhoud, waarbij tevens aandacht is voor de individuele medewerkers en hun binnen het team.

Het is een integraal programma, waarin eerder beschreven verbeterpunten terug zullen komen. Het zal aansluiten bij de verschillende leerstijlen van de medewerkers en het geeft ruimte om het geleerde toe te passen, uit te wisselen, erop te reflecteren en vervolgens te borgen in de praktijk.
Zoveel mogelijk zullen medewerkers (o.a. manager kwaliteit en beleid, manager zorg, systeembeheerder), collega's uit de medische-en paramedische disciplines, en - waar mogelijk- ook cliënten, familieleden/mantelzorgers betrokken en uitgenodigd worden om een bijdrage te leveren aan het programma.

Het is een langer lopend programma, wat per fase opgebouwd en ingevuld zal worden. Concreet en stap voor stap bekijken we welke interventies nodig zijn. Na elk kwartaal volgt een evaluatie. We kijken daarbij naar de vragen die op dat moment spelen, de onderwerpen die daarbij horen en de werkvormen die passend zullen zijn.

Verdere belangrijke punten

- Aanpassing van het huidige digitale zorgdossier. Omdat persoonsgerichte zorg meer en meer tot uitdrukking moet komen in de zorgleefplannen van cliënten, zullen standaard doelen uit het huidige dossier verdwijnen en plaats maken voor individueel opgestelde doelen.
  Dat betekent dat naast het veranderen van de denk- en werkwijze van de zorgverleners, het gebruik van het Elektronisch Cliëntendossier digitale systeem (ONS Nedap) moet worden aangepast.

- Versterking positie van de VAR (Verpleegkundige Advies Raad). Het is belangrijk om de rol en de positie van de verpleegkundigen binnen de organisatie te versterken. Hierdoor kunnen zij hun specifieke kennis en expertise makkelijker uit- en overdragen naar hun collegae zorgverleners.

Versterking individuele medewerker:

- 'Coaching on the job' en praktijkbegeleiding van de verpleegkundige.

Versterking team EVV:
Het programma voor hen bestaat uit:

- Trainingen waarin o.a. de volgende onderwerpen aan bod komen:
  . persoonsgerichte + vraaggerichte zorg
  . werken met het Zorgleefplan
  . methodisch werken aan kwaliteit van zorg volgens PDCA
  . multidisciplinair werken en daarbij cliënten, familie en mantelzorgers betrekken
  . een goed gesprek voeren (communicatie en gespreksvaardigheden)
  . zorgen met persoonlijk en effectief leiderschap

- Teambuilding / teamcoaching: thema- en visiegesprekken, o.a. verstevigen van de visie op (kwaliteit van) zorg binnen Cleijenborch, verdieping van inhoudelijke onderwerpen

- Praktijkbegeleiding op de werkvloer: bijv. begeleiding/ ondersteuning van de verpleegkundige, eventueel opleiden/ begeleiden zorgleefplandeskundige(n), training zorgleefplannen invullen, doelen formuleren, e.d.

- Intervisie: uitwisseling praktijkervaringen gericht op reflectie en uitbouwen van een professionele houding en daarbij horend gedrag.

Versterking team Zorgassistenten
Parallel aan de trainingen voor de EVV zullen ook de zorgassistenten trainingen volgen die relevant zijn voor de uitvoering van hun werkzaamheden. Dankzij deze training wordt de samenwerking, met

name tussen EVV en zorgassistenten verbeterd, waardoor hun positie in het multidisciplinaire team voor alle leden duidelijk is.

3.1.3 Inzet kwaliteitsmiddelen m.b.t. kwaliteitsimpuls

Groene tekst en blauw gearceerd extra personele inzet ten opzichte van 2018

Aantrekken van een medewerker

Het 85% deel van de kwaliteitsmiddelen gebruiken we voor inzet van extra (gespecialiseerde) medewerkers op de volgende speerpunten.

- Multidisciplinair organiseren en (samen)werken
- Onderlinge samenwerking (rollen binnen het zorgteam)
- Kennis en deskundigheid op het gebied van methodisch en cyclisch (PDCA)werken
- Middelen & Maatregelen
- Bewust omgaan met formulering van zorgdoelen
- Advanced Care
- Reflectie
- Cultuur
- Herpositioneren VAR

Onderstaand geven we aan welke disciplines in de breedte van de organisatie worden toegevoegd om de benoemde activiteiten te kunnen (her)ontwikkelen, uitvoeren, coachen en borgen.

Praktijk Verpleegkundige Ouderenzorg (PVO)

Medewerker (functionerend HBO niveau) 28-32 uur per week ; 0,89 Fte extra

Voor de borging van multidisciplinair werken, kwaliteit en continuïteit van de te leveren zorg, is er binnen SONB specifiek behoefte aan een persoon die een verbinding vormt tussen de arts en verzorgenden. Hiervoor wil de organisatie een PVO aanstellen.
De PVO ondersteunt de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde die gedelegeerde taken overdragen aan de PVO. Verder coacht de PVO in samenwerking, gericht op een methodische en vraaggerichte zorgverlening met daarnaast taken als kwaliteitsverbetering en deskundigheidsbevordering.
Ook zal de PVO o.a. door coaching, medewerkers bij uitvoering van zorg- en werkprocessen rond de cliënt, ervoor zorgdragen dat ontwikkeling en kwaliteit m.b.t. gebruik van het zorgleefplan geborgd wordt.

Middelen en Maatregelen /wet Zorg en dwang

Op een aantal punten zal het beleid en de inzet van vrijheidsbeperkende/vrijheidbevorderende maatregelen worden herzien. Hieraan ten grondslag ligt de complexiteit van de materie vooral op de punten medicatie, omgaan met vrijheidsbeperkende/vrijheidsbevorderende maatregelen en wils(on)bekwaamheid. Ook lopen de zorgmedewerkers er tegen aan dat zij maatregelen die niet bedoeld zijn als vrijheidsbeperking of maatregelen die bedoeld zijn als vrijheidsbevorderend toch moeten registreren als vrijheidsbeperkend. Daarnaast begint de nieuwe wet zorg en dwang (die in 2020 in werking gesteld wordt) vorm te krijgen. Hierop wordt alvast geanticipeerd.
Het is de bedoeling dat de PVO dit traject vorm gaat geven en begeleiden

GVP (Gespecialiseerd Verzorgende Psychogeriatrie), extra tijd voor begeleiding collega's en participatie in het zorgleefplan

6 dagdelen (4 uur) specifieke GVP-diensten, naast de bestaande zorginzet

Medewerkers niveau 3 IG ; 0,83 Fte extra

Binnen SONB zijn 6 GVP werkzaam. Om hun rol van GVP goed inhoud te kunnen geven, is het belangrijk dat er structureel tijd wordt ingeruimd om de taak van GVP uit te kunnen voeren. De taken bestaan o.a. uit: intake psychogeriatrische cliënten, introductieprogramma's voor cliënt en mantelzorgers, registratie in het zlp op de 4 levensdomeinen, bewaken van de actualiteit van het zlp, initiëren en organiseren van verschillende benaderingen, observeren, bijwonen van cliëntbesprekingen en zorgen voor continuïteit in aandacht, benadering en kwaliteit. Vraagbaak zijn voor collega's.

Extra inzet zorgmedewerkers in de avonduren
Elke dag 8 uur extra, verdeeld over alle functieniveaus
Medewerkers niveau 1 tm 3 IG ; 1,95 Extra
In de avonduren extra medewerkers inzetten. Aan het eind van de dag raken cliënten vaak extra geprikkeld. Juist op deze momenten zijn extra medewerkers waardevol, omdat extra aandacht en begeleiding rust geeft. Zo kunnen op deze momenten extra groeps- of individuele activiteiten gedaan worden.

Wondverpleegkundige/wondconsulent
Ter versterking van het wondzorgbeleid zal de opgeleide wondzorgverpleegkundige (HBO niveau en werkzaam in het team extramuraal) 8 uur per week intramuraal worden ingezet.
Medewerker (functionerend HBO niveau) 8uur per week ; 0,22 Fte extra
De wondverpleegkundige heeft o.m. een coördinerende taak tussen de 1e en 2e lijns zorg. Zo nodig schakelt de wondverpleegkundige de verpleegkundig specialist in of de behandelaar van de cliënt. Verdere taken van de wondverpleegkundige m.b.t. wondzorg zijn o.m. preventie, observatie, beoordeling, verzorging en advisering en instructie aan andere zorgverleners in theoretische kennis en uitvoering van wondzorg.

Inhuur paramedici
Specialist Ouderen Geneeskunde (SOG)
Inzet 1 dag per maand
Als onderdeel van het multidisciplinair team geeft de huisarts met inhoudelijke ondersteuning van de SOG (verpleeghuisarts) leiding aan het multidisciplinaire team (met onder andere psychologen, paramedici en verzorgenden). Gezamenlijk wordt begeleiding, behandeling en verzorging geboden aan onze cliënten. De specialist ouderengeneeskunde is actief op een breed werkterrein van geriatrische revalidatie, psychogeriatrie, palliatieve zorg en chronische somatiek, met als doel het functioneren van de patiënten te behouden of herstellen. Daarnaast is de SOG ook adviseur/medebehandelaar naast huisarts.

Psycholoog
Inzet 1 dag per maand
Een psycholoog is onmisbaar binnen SONB. De complexiteit van de (onbegrepen) gedragsproblematiek is de laatste jaren flink toegenomen. Dit maakt de zorg door de teams vaak complexer.
De kracht van de psycholoog is dat deze aan zorgteams een gevoel van zekerheid en competentie kan geven, bijvoorbeeld bij gedragsanalyse en signaleringsplannen.
Een van de competenties van de psycholoog is het invoegen en verbinden binnen cliëntsystemen, zorgteams en multidisciplinaire teams. De psycholoog is expert in het begrijpelijk maken van gedrag van een cliënt en het aanreiken van instrumenten voor omgaan met gedragsveranderingen. En wel op zo'n manier dat iedereen op één lijn komt.
Belangrijkste taakgebieden:

- Psychologisch onderzoek en diagnostiek
- Behandeling
- Begeleiding en advisering cliënt, familie en verzorgenden
- Deelname MDO's
- Teambegeleiding/begeleiding GVP
- Scholing en deskundigheidsbevordering
- Preventie
- Beperken gebruik M&M
- Creëren van vrijheidsbevorderende maatregelen
- Beperken gebruik van psychofarmaca

De SOG en Psycholoog zullen extern worden ingehuurd ; Personeel niet in Loondienst 192 uur, is 0,1 Fte extra
De volgende thema's zijn gerelateerd aan de 15% kwaliteitsmiddelen. Deze 15% is bestemd voor investering in de verbetering van kwaliteit, in de lijn met het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg Intranet inclusief kwaliteitsdocumentensysteem wordt aangeschaft om het zorgproces te ondersteunen. Medewerkers kunnen hierdoor op de tablet op locatie (dus bij de cliënt in het

appartement) gebruik maken van o.a. onze kwaliteitsdocumenten. Verder helpt het intranet bij het op een veilige manier onderling communiceren. Hierdoor wordt de communicatie bevorderd en kan informatie op een makkelijke manier worden gedeeld.

Overige kwaliteitsimpulsen (uit eigen middelen)
Inhuren trainer/coach voor:
Versterking individuele medewerker
Versterking team EVV
Versterking team Zorgassistenten
Methodisch werk volgens PDCA
Opzetten van feedbackgesprekken (structurele reflectie)
(zie ook Kwaliteitsimpuls)

Herinrichten van de Verpleegkundige Advies Raad (VAR)
De VAR is een adviesraad van verpleegkundigen en/of verzorgenden voor de Raad van Bestuur (RvB). De belangrijkste taak is het schijven van gerichte adviezen aan RvB en management. De adviezen die een VAR uitbrengt, houden altijd verband met de zorg voor patiënten of cliënten, het werk van verpleegkundigen en verzorgenden, kortom met kwaliteit van zorg en beroepsuitoefening. Een VAR brengt gevraagd en ongevraagd advies uit.
De VAR signaleert politieke en beleidsmatige ontwikkelingen met betrekking tot de zorgverlening en vertaalt deze naar de praktijk van de verpleegkundige beroepsuitoefening door het verspreiden van informatie via contactpersonen, directeuren en Raad van Bestuur. Daarnaast levert de VAR een bijdrage aan de professionele groei van verpleegkundigen door het organiseren van informatieve bijeenkomsten, journaalclubs en publicaties in interne media. De VAR draagt tevens bij aan de profilering van het vak door het organiseren van symposia en het deelnemen in landelijke netwerken. De VAR zal volgens bovenstaande opnieuw worden ingericht en gaan werken.

3.1.4 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Onderwerp	Persoonsgerichte zorg & ondersteuning	**Item**	Autonomie/advanced care
Invulling	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.		
Plannen	Advanced care krijgt meer aandacht. Ten behoeve van advanced care zullen de intakeprocedure, het ZLP en de MDO' s worden aangepast.		

Onderwerp	Persoonsgerichte zorg & ondersteuning	**Item**	Uniek zijn/diversiteit
Invulling	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 heeft SONB in 2018 het "diversiteitsbeleid" geschreven. 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 maakt deel uit van extra middelen Waardigheid en Trots deskundigheidbevordering en is gericht op zowel cliënten, medewerkers en vrijwilligers, alsook familie en mantelzorgers .
Plannen	Aanstelling van een ambassadeur. Aanpassing van beleidsdocumenten, procedures, werkinstructies, info materiaal, etc. Uitvoering van voorlichting en trainingen voor medewerkers, cliënten, vrijwilligers, mantelzorgers. • Scholing diversiteit voor medewerkers en vrijwilligers, door Eveline van de Putte, auteur van "Stormachtig Stil", 27 bijzondere levensverhalen over oudere homoseksuele mannen, lesbische vrouwen, transgenders en biseksuelen van Nederlandse en niet-Nederlandse afkomst. • Voorlichting cliënten en mantelzorgers door Eveline van de Putte. • Certificeringstraject "De Roze loper". • Het diversiteitsbeleid is verankerd in de organisatie. • De ambassadeur en werkgroep "Diversiteit" zijn verankerd in de organisatie.

Onderwerp	Persoonsgerichte zorg & ondersteuning	**Item**	Zorgleefplan/zorgcontinuïteit
Invulling	Zorgdoelen ontstaan in samenspraak met de cliënt/vertegenwoordiger volgens de methodiek van de 4 levensdomeinen en worden vastgelegd in het ZLP. Binnen 24 uur ligt er een voorlopig ZLP, hierin zijn minimaal zaken als medicatie, voeding/dieet, primaire hulpvragen, gewoonten, dagritme, eerste contactpersoon en handelen bij calamiteiten vastgelegd. Binnen 6 weken na inhuizing is er een definitief ZLP inclusief risicoanalyses. Het opstellen van het ZLP wordt, evenals de te leveren zorg, multidisciplinair vormgegeven. De regie en van de opnameprocedure en het definitieve plan ligt bij de EVV (minimaal) niveau 3. Het multidisciplinaire team bestaat uit: • EVV • Huisarts • Specialist Ouderengeneeskunde • Psycholoog • Verpleegkundig Specialist • Ergotherapeut • Fysiotherapeut geriatrie • Diëtist • Logopedist • Gespecialiseerd verpleegkundige • GVP • Verpleegkundigen niveau 4 • Praktijk (kwaliteits)verpleegkundige • Wondverpleegkundige • Andere paramedici op afroep De mantelzorgers worden bij de totstandkoming van het ZLP betrokken en participeren (waar van toepassing) hier in.		

Plannen	• Voor het borgen van de ZLP systematiek, expertise, inzet vrijheidsbeperkende/vrijheidsbevorderende maatregelen en de multidisciplinaire benadering en werken en voor ondersteuning van de EVV, wordt er een Praktijk Verpleegkundige Ouderenzorg aangesteld. • Herziening invulling multidisciplinair team, rekening houdend met het advies van het Zorginstituut (2017) om behandeling voor de meest cliënten altijd integraal onderdeel te laten zijn van WIZ-zorg • Herziening van de intake, ZLP en de zorgleefplansystematiek • Training en coaching project zorgleefplansystematiek. Hiervoor is een extern bureau aangetrokken. • Een van de middelen die in 2019 geïntroduceerd gaat worden om tot invulling van het ZLP te komen is gebruikmaking van de systematiek van het levensverhaal. Dit betekent ook een herziening van de intake, ZLP en de ZLP-systematiek. • Advanced care maakt deel uit van de intakeprocedure/zorgleefplan. Advanced care is een proces waarbij de patiënt met zijn behandelend arts en verzorgenden zijn wensen, doelen en voorkeuren voor zorg bespreekt en eventueel vastlegt.

Onderwerp	Persoonsgerichte zorg en ondersteuning	**Item**	Multidisciplinaire benadering om te komen tot zorgdoelen
Invulling	Bij het opstellen van de zorgleefplannen past dan ook een multidisciplinaire benadering. Hiervoor is een multidisciplinair team operationeel dat bestaat uit: • EVV • Huisarts • Specialist Ouderengeneeskunde • Psycholoog • Verpleegkundig Specialist • Ergotherapeut • Fysiotherapeut geriatrie • Diëtist • Logopedist • Gespecialiseerd verpleegkundige • GVP • Verpleegkundigen niveau 4 • Praktijk Verpleegkundige Ouderenzorg • Wondverpleegkundige • Andere paramedici op afroep		
Plannen	• Inhuren psycholoog • Inhuren Specialist Ouderengeneeskunde (SOG)		

3.1.5 Basisveiligheid

Inleiding

Onderdeel van de veiligheid is basisveiligheid. SONB streeft naar optimale veiligheid voor haar cliënten en medewerkers. Die veiligheid moet in balans zijn met de persoonlijke vrijheid en het welzijn van cliënten.

Er zijn 4 manieren om de basisveiligheid te kunnen borgen.

1. Documentatie
2. Meten van indicatoren
3. Verbeteren
4. Leren van verbeteren

In het kwaliteitskader verpleeghuiszorg worden de volgende vijf relevante thema's rondom basisveiligheid benoemd:

- Medicatieveiligheid

- Decubituspreventie
- Gemotiveerd gebruik van beperkende maatregelen
- Preventie ziekenhuisopname
- Advanced Care Planning

Binnen SONB wordt op voornoemde indicatoren gemeten maar daarnaast ook op de volgende indicatoren:

- Incontinentie
- Vocht en voeding
- Onbegrepen gedrag
- Depressieve symptomen
- Valincidenten

Binnen SONB maken de zorgindicatoren deel uit van de beleidscyclus (sturen op kwaliteit en veiligheid). Per kwartaal worden de gegevens verzameld en verwerkt in een rapportage. Deze rapportage wordt besproken in de zorgkwaliteitsgroep/VAR, het kwaliteitsmanagementteamoverleg en het managementteamoverleg (onder voorzitterschap van de bestuurder). N.a.v. de rapportage en overleggen worden correctieve maatregelen/nieuw beleid geformuleerd en ter implementatie voorgelegd aan de verschillende overleggen.

Onderwerp	Basisveiligheid	**Item**	Medicatie
Invulling	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 zorgkwaliteitsgroep/VAR en geven gevraagd en ongevraagd advies. Twee leden van de medicatiecommissie zijn tevens lid van de zorgkwaliteitsgroep/VAR en communiceren en rapporteren aan deze commissie. De medicatie wordt minimaal twee keer per jaar geëvalueerd tijdens de zorgplanbespreking. Daarnaast wordt de voorgeschreven medicatie 1x per jaar door de apotheekhoudende huisarts geëvalueerd. Medicatiefouten worden elk kwartaal geëvalueerd met de zorgteams. 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.		
Plannen			

Onderwerp	Basisveiligheid	**Item**	Decubitus
Invulling	In Zeeland ontbrak het aan een keten in de wondzorg. Alle disciplines werkten vanuit hun eigen "eiland". Samenwering ontbrak op vele punten. Deze gegevens waren de aanleiding om als SONB samen met nog drie samenwerkende kleinere zorgaanbieders een nieuw samenwerkingsverband "Zorg Zeker Zeeland" te starten. Samen hebben zij het initiatief genomen om Wondzorg Zeeland op te zetten. Doelstelling: • Excellente verzorging van complexe wonden • Verbetering van kwaliteit van leven voor onze cliënten • Een optimale service en bereikbaarheid voor cliënten en zorgverleners. 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. Bij de zorgplanevaluaties en MIC-meldingen wordt tevens gemonitord middels risicoanalyses. Daarnaast wordt aandacht besteed aan de voedingstoestand, mondzorg en incontinentieletsel. Verantwoordelijkheden: • Huisarts • (wijk) verpleegkundige • Verpleegkundig specialist wondzorg • Eerst Verantwoordelijk Verzorgende • Alle zorgmedewerkers mits bevoegd De huisarts is de verantwoordelijk hoofdbehandelaar. De (wijk)verpleegkundigen fungeren als aandachtsvelders. Als de wondverpleegkundige niet aanwezig is dan is de VP op afdeling, betreft wonden, eerste aanspreekpunt. De VP observeert/ verzorgd de wond en schakelt de wondverpleegkundige in voor verdere observatie/behandelplan 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 (aandachtsvelders) 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. Meting (Zorgindicator Huidletsel/decubitus) Per kwartaal wordt, als onderdeel van de meting op zorgindicatoren, de huidletsel-/decubitusprevalentie gemeten. Deze meting dient als input voor de zorgkwaliteitsgroep/VAR en MT als onderdeel van de beleidscyclus. Wanneer de prevalentie opvallende trends laat zien, maakt het kernteam op basis van de analyse een plan van aanpak. Dit heeft binnen SONB geresulteerd in blijvend lage huidletsel-/decubitusprevalentie. De wondverpleegkundige/Wondconsulent werkt volgens het STEPCARE model (dit is opgesteld beleid door CZ zorgverzekeraar gerelateerd aan de wondregiefunctie van WZZ.
Plannen	De opgeleide wondverpleegkundige/wondconsulent (werkzaam binnen team extramuraal) zal 8 uur per week intramuraal worden ingezet inzake wondzorg, advisering en instructie (zie ook Kwaliteitsimpuls).

Onderwerp	Basisveiligheid	**Item**	Vrijheid beperkende /bevorderende maatregelen
Invulling	Gemotiveerd gebruik van vrijheid beperkende maatregelen. Een belangrijk uitgangspunt van goede zorg is dat de persoonlijke vrijheid en het persoonlijke leven van iedere cliënt gerespecteerd worden. Iedere cliënt heeft een		

	unieke persoonlijkheid en aan die persoonlijkheid moet recht gedaan worden. Daarom is het belangrijk dat cliënten zo veel mogelijk regie houden over hun eigen leven. De definitie van vrijheidsbeperking luidt: Alle maatregelen (fysiek en verbaal) die vrijheid van cliënten beperken. Goede zorg houdt in dat de vrijheid van cliënten zo min mogelijk beperkt wordt en dwang zoveel mogelijk wordt voorkomen. Het maken van een afweging tussen respecteren van de wens van de cliënt en het voorkomen van ernstige schade voor de gezondheid is altijd gebaseerd op een zorgvuldige afweging. Om te komen tot een zorgvuldige afweging zijn de volgende stappen noodzakelijk: 1. Constatering gevaar of risico 2. Voorbereiden van een besluit 3. Toestemming vragen aan de cliënt/vertegenwoordiger 4. Toestemming van de gekozen middel of maatregel/interventie 5. Evaluatie **Doel van het middelen en maatregelen beleid** Verantwoorde bescherming van cliënten waarbij het risico aanwezig is van ernstig letsel voor de cliënt zelf en/of de omgeving. Het voorkomen of beëindigen van ernstig nadeel voor de cliënt of voor derden is rechtvaardiging voor het verzorgen van een cliënt onder dwang en voor het toepassen van middelen en maatregelen. **Uitgangspunten** In het kader van toepassen middelen en maatregelen is het beleid van SONB dat in beginsel geen vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast. SONB maakt onderscheid in vrijheidsbeperkende maatregelen (alleen noodgevallen) en beschermende maatregelen (ter voorkoming van letsel) • Indien gesignaleerd wordt dat er maatregelen nodig zijn om ernstig nadeel voor de cliënt te voorkomen, worden in dit kader allereerst alternatieve oplossingen gezocht en besproken. • Dit alles moet worden vastgelegd in het zorgplan. In het zorgplan kan pas een vrijheidsbeperkende maatregel opgenomen worden als: - *Alle alternatieven zijn overwogen en voor elk alternatief een motivatie is waarom deze niet zou werken, alleen een vrijheidsbeperkende maatregel gevaar voor de cliënt of omgeving kan voorkomen.* - *Er moet beschreven worden welk gevaar of ernstig nadeel door de bewuste vrijheidsbeperking wordt voorkomen en/of weggenomen.* Valgevaar is bijvoorbeeld geen reden meer om een cliënt te fixeren. • Indien er geen alternatieven mogelijk zijn wordt er gezocht naar de, voor de cliënt, minst ingrijpende oplossing. • Voordat er een maatregel wordt toegepast wordt schriftelijk toestemming van de cliënt en/of vertegenwoordiger en de huisarts en/of verpleeghuisarts gevraagd. • In noodsituaties dient eerst gehandeld te worden om het gevaar voor de cliënt en/of de omgeving op te heffen. Hierna wordt gehandeld conform procedure middelen en maatregelen. • Indien gesignaleerd wordt dat een cliënt een ernstig gevaar dreigt te worden/is voor zichzelf en/of medewerkers en omgeving wordt een spoedoverplaatsing aangevraagd naar een BOPZ-instelling. • Vrijheidsbeperkende en/of beschermende maatregelen kunnen qua uitvoering hetzelfde zijn (bijvoorbeeld bedhekken). De reden voor de maatregel bepaalt waaronder de maatregel valt en welke stappen ondernomen moeten worden.

	• De huisarts en/of verpleeghuisarts bepaalt of een cliënt wilsbekwaam of wilsonbekwaam is. • Bij de keuze voor de te nemen maatregel wordt het risico afgewogen in relatie tot de situatie van de cliënt (bijvoorbeeld bedhekken bij een cliënt die uit bed kan/wil klimmen is een groot risico). **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.
Plannen	Op een aantal punten zullen het beleid en de inzet van vrijheidsbeperkende/vrijheidsbevorderende maatregelen worden herzien. Hieraan ten grondslag ligt de complexiteit van de materie, vooral op de punten medicatie, omgaan met vrijheidsbeperkende/vrijheidsbevorderende maatregelen en wils(on)bekwaamheid. Ook lopen de zorgmedewerkers er tegen aan dat zij maatregelen die niet bedoeld zijn als vrijheidsbeperking of maatregelen die bedoeld zijn als vrijheidsbevorderend toch moeten registreren als vrijheidsbeperkend. Daarnaast begint de nieuwe wet zorg en dwang (die in 2020 in werking gesteld wordt) vorm te krijgen. Hierop wordt alvast geanticipeerd. De PVO gaat dit hele traject vormgeven en begeleiden, tevens is dit het onderwerp voor de eindscriptie van de opleiding PVO die zij momenteel volgt. Plannen: • Aanstellen PVO • Inventarisatie huidige situatie waarvan 3 enquêtes (een voor EVV, een voor zorgmedewerkers waaronder verzorgenden IG en een voor zorgassistenten) deel uit maken. Op deze manier wordt er inzicht vergaard m.b.t kennisniveau per functiegroep, niveau en afdeling. • Verbeterplan met speciale aandacht voor inspraak cliënt, inzet van psychofarmaca, vrijheidsbevorderende maatregelen, alternatieven en wils(on)bekwaamheid • Herziening M&M beleid • Scholing M&M • Begeleiding en controles

Onderwerp	Basisveiligheid	**Item**	Ziekenhuisopname
Invulling	Bij aanvang zorg en minimaal 2 maal 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 wordt er 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 in de kwaliteitsgroep/VAR en het managementteam als onderdeel van de beleidscyclus.		
Plannen			

Onderwerp	Basisveiligheid	**Item**	Mondzorg
Invulling	SONB en mondzorgbeleid dat gebaseerd is op de Richtlijn Mondzorg bij zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen. Binnen SONB functioneert een vakgroep mondzorg. Zij ondersteunen de tandarts/mondhygiënist bij het bewaken van de kwaliteit van de mondzorg. Elke zorgmedewerker volgt jaarlijks scholing op het gebied van mondzorg. De EVV controleert bij opname de mondzorgbehoefte en mondgezondheid van de cliënt en voert deze gegevens in het cliëntendossier aan de hand van een risicoinventarisatielijst, welke 2x per jaar wordt geëvalueerd. Uiterlijk binnen 3 maanden na opname bezoekt de tandarts/mondhygiënist de		

	cliënt indien deze dat wenst. De tandarts/mondhygiënist komt aan huis. SONB heeft hiervoor voorzieningen getroffen zoals een mobiele behandelstoel.
Plannen	1x per jaar bespreekt de vakgroep mondzorg het mondzorgbeleid met de tandarts/mondhygiënist.

Onderwerp	Basisveiligheid	**Item**	Hygiëne & Infectiepreventie
Invulling	SONB heeft een Hygiëne en Infectiepreventie beleid en commissie. Daarnaast is er aan elke zorgafdeling een geschoolde hygiëne en infectiepreventiemedewerker verbonden. SONB heeft er voor 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	Toetsing (uitvoering) beleid tijdens de interne audit		

Onderwerp	Basisveiligheid	**Item**	Antibioticagebruik
Invulling	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	Audit Hygiëne en Infectiepreventiebeleid inclusief MRSA/BRMO		

Onderwerp	Basisveiligheid	**Item**	Incontinentie
Invulling	Incontinentie is een van de indicatoren waarop driemaandelijks wordt gemeten als onderdeel rapportage zorginhoudelijke indicatoren die op zich weer input verzorgen voor het beleidscyclus.		
Plannen			

Onderwerp	Basisveiligheid	**Item**	Valpreventie
Invulling	SONB heeft een valpreventie beleid en commissie die op haar beurt weer deel uitmaakt van de zorgkwaliteitsgroep/VAR. 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 jaarlijks integraal uitgevoerd en vindt er 3x per week gymnastiekactiviteiten plaats o.l.v. een geriatrie fysiotherapeut. Rapportage halfjaarlijks en maakt deel uit van de beleidscyclus.		
Plannen	Uitvoering kamercheck, een loop-/hulpmiddelencheck		

Onderwerp	Basisveiligheid	**Item**	Gedragsproblemen
Invulling	Gedragsproblemen is een van de indicatoren waarop driemaandelijks wordt gemeten als onderdeel rapportage zorginhoudelijke indicatoren die op zich weer input verzorgen voor de beleidscyclus.		
Plannen			

Onderwerp	Basisveiligheid	**Item**	Vocht en voeding

Invulling	Verder zijn vocht en voeding één van de indicatoren waarop op cliëntniveau driemaandelijks wordt gemeten als onderdeel rapportage zorginhoudelijke indicatoren die op zich weer input verzorgen voor de beleidscyclus.
Plannen	

3.1.6 Overig

Onderwerp	Basisveiligheid overig	**Item**	Administratie/privacy
Invulling	In 2017 heeft SONB het informatiebeveiligingsbeleid geschreven en geïmplementeerd, dat gebaseerd is op de NEN 7510 norm. Onderdeel hiervan is de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). In 2018 zijn er 2 Data Protection Officers (DPO) aangesteld. Periodieke audits maken deel uit van het beleid. SONB heeft met Stichting Ouderenzorg Kapelle een uitwisselingovereenkomst m.b.t. het bij elkaar audits uitvoeren teneinde de onafhankelijkheid te garanderen.		
Plannen	• Borgen informatiebeveiligingsbeleid/AVG. • Uitvoering audit		

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, gebedsruimte, 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

Onderwerp	Wooncomfort	**Item**	Salon/Serre/Suite (huiskamers)
Invulling	Door de zorg en welzijnsactiviteiten voor de cliënt meer op de afdelingen te concentreren, ontstaat er steeds meer behoefte aan grotere gemeenschappelijke ruimtes die voor zowel dagopvang als inloop dienen. Op elke afdeling zijn inmiddels huiskamers gerealiseerd of aangepast aan de populatie.		
Plannen			

Onderwerp	Wooncomfort	**Item**	Hal
Invulling	De hal is de centrale ontvangstruimte waar alle vleugels op uitkomen. Deze hal stond in 2018 op voor herinrichting. Dit is doorgeschoven naar 2019 i.v.m. de realisatie van het gezondheidscentrum. De functie van de hal zal door de komst van het gezondheidscentrum veranderen in een wijkfunctie en zodoende een ontmoetingsplaats vormen voor bewoners en wijk-/dorpsbewoners. De hal zal met deze nieuwe gegevens heringericht gaan worden.		
Plannen	Herinrichting hal.		

Onderwerp	Wooncomfort	**Item**	Restaurant
Invulling	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 de realisering van een kleinveetuin (wijkfunctie) en de plannen voor een gezondheidscentrum. Een extern bureau is benaderd om dit te realiseren.		
Plannen	• Weekend openstelling • Extra openstelling door de week • Assortiment aanpassingen • Bouwkundige aanpassingen		

	• Upgrade meubilair • Gastvrijheidsconcept

Onderwerp	Wooncomfort	**Item**	Tuin /groen grijs en gelukkig
Invulling	SONB voert samen met het IVN (Instituut voor Natuureducatie en duurzaamheid) het project "Grijs, Groen en Gelukkig" uit. Grijs, Groen en Gelukkig vergroot het welzijn van ouderen in en rond het zorgcentrum door middel van natuur. De gedachte is ouderen te stimuleren om in de tuin te werken, stil te staan bij de schoonheid van de natuur, natuurherinneringen van vroeger ophalen, een praatje maken met de buren, contact met dieren te maken, etc. Met een gevarieerd aanbod aan natuuractiviteiten en door samen te werken met zorgprofessionals, mantelzorgers, omwonenden en de basisschool, willen we ouderen weer in contact brengen met de natuur en zo hun welzijn vergroten. De plannen zijn inmiddels goedgekeurd door de Cliëntenraad (CR), Ondernemingsraad (OR) en de Verpleegkundige/Verzorgende AdviesRaad (VAR). Een overeenkomst met de IVN is inmiddels ondertekend en een volière die van binnenuit het gebouw is te ervaren is inmiddels gerealiseerd.		
Plannen	• Aanleg van een groente-/fruit-/kruiden- en pluktuin • Aanleg van een tuin met kleinvee • Het restaurantterras renoveren en integreren in de tuin met kleinvee • Groenwanden realiseren in de hal ter bevordering van het binnenklimaat • Wijkfunctie binnen/buiten • Ontwikkeling groenactiviteiten • Verkenning voor het opzetten van een (groene) dagopvang		
Onderwerp	Wooncomfort	**Item**	Maaltijden
Invulling	In 2017 is de centrale keuken van Cleijenborch gesloten. De maaltijden worden sindsdien betrokken uit de keuken van een van onze samenwerkingspartners. Cliënten kunnen dagelijks een keuze maken uit 3 menu's. 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 smaakvolle maaltijd gericht op voedingswaarde en welbevinden is wat wij realiseren voor onze cliënten. Mede door de menucommissie wordt dit gemonitord.		
Plannen			

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.

Onderwerp	Veiligheid	**Item**	Veiligheid & calamiteiten
Invulling	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.		
Plannen	• Training Hoofd BHV • Training BHV/AED voor alle BHV'ers • Periodieke training omgaan portofoons • Ontruimingsoefening • Gebruikerscontrole door de brandweer		

	(zie ook "Crisismanagement/bedrijfs-continuïteit")

Onderwerp	Veiligheid	**Item**	Crisismanagement/bedrijfs-continuïteit
Invulling	SONB heeft een geschoold crisisteam dat bestaat uit de Bestuurder, Manager Kwaliteit en Beleid, Hoofd BHV, Medewerker Communicatie, Teamleider Zorg, senior P&O medewerker, HEAD en een medewerker facilitair. Beheersing vindt plaats door het: crisisplan, communicatieplan, zorgcontinuïteitsplan, bedrijfsnoodplan, ontruimingsplan en het bedrijfsnoodplan.		
Plannen	Trainingen (Veiligheidsregio) voor leden van het crisisteam o.m. 6 platformbijeenkomsten (veiligheidsregio). Thema's 2019 zijn o.a. adviseren/overtuigen, BOB-methodiek, bestuurlijke dilemma's, leiding geven in crisissituaties, scenario denken, crisiscommunicatie, cyber en maatschappelijke onrust. Tevens krijgt 1 lid van het crisisteam de training liaison.		

Onderwerp	Veiligheid	**Item**	Voedselveiligheid
Invulling	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 laatst geldende wet- en regelgeving.		
Plannen	In 2018 zijn alle zorgassistenten HACCP geschoold. In 2019 maakt HACCP onderdeel uit van het inwerkprogramma.		

Onderwerp	Veiligheid	**Item**	Sociale hygiëne
Invulling	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.		
Plannen	Nieuwe medewerkers krijgen een cursus in Sociale Hygiëne		

Onderwerp	Veiligheid	**Item**	Legionella preventie
Invulling	Om risico's op legionellabesmettingen zo laag mogelijk te houden, voert SONB een legionellabeleid. Wekelijks worden de watercontactpunten gemeten en worden de meetgegevens geregistreerd.		
Plannen			

Onderwerp	Veiligheid	**Item**	Leveranciers
Invulling	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.
Plannen	Uitvoering leveranciersbeoordeling.

Onderwerp	Veiligheid	**Item**	Informatiebeveiliging /Bescherming persoonsgegevens
Invulling	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.		
Plannen	De functie van Data Protection Officer (DPO) is belegd binnen de organisatie. Het informatiebeveiligings- en bescherming persoonsgegevensbeleid is geschreven en geïmplementeerd. • Uitvoering van een audit		

3.2.4 Hulpbronnen

Onderwerp	Hulpbronnen	**Item**	Materialen en hulpmiddelen
Invulling	Er wordt gebruik gemaakt van vele materialen en hulpmiddelen. De groep Ergocoaches bestaande uit 5 personen 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.		
Plannen			

Onderwerp	Hulpbronnen	**Item**	Domotica
Invulling	Momenteel wordt er binnen SONB wel met domotica gewerkt maar hiervoor is nog geen vastgesteld beleid.		
Plannen	• Onderzoek naar gebruik van domotica binnen SONB. • Beleid voor gebruik van domotica.		

Onderwerp	Hulpbronnen	**Item**	Technologie
Invulling	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 eigen document beheersysteem ten behoeve van het kwaliteitsbeheersysteem. In 2017 is er door de ICT projectgroep een onderzoek uitgevoerd naar een geautomatiseerd systeem. De uitkomst was dat het huidige eigen systeem (voorlopig) voldoet. ECD SONB maakt gebruik van ONS NEDAP als Elektronisch Cliëntendossier.		
Plannen	In ONS NEDAP is het mogelijk om middels signaalfuncties diverse "controls" in te bouwen welke ervoor dienen te zorgen dat het systeem bijvoorbeeld signaleert dat		

	dossiers onvolledig zijn, indicaties verlopen, werkelijk geleverde zorg vs. legitimatie een onder- of overschrijding vertonen, etc. Binnen SONB worden deze opties nog niet ten volle benut en in gevallen wordt zelfs data extracomptabel geadministreerd terwijl ONS hierin kan voorzien. Gezien de aanstaande andere personele invulling van spilfuncties in het primaire proces extramuraal, is het aan te bevelen om deze wijzigingen aan te grijpen om ook processen aan te passen c.q. te verbeteren. • ICT- beleid is geschreven • Intranet is aangeschaft • Migratie naar de cloud • Het kwaliteitsdocumentensysteem maakt deel uit van intranet • Werken met tablets wordt gestimuleerd

Onderwerp	Hulpbronnen	**Item**	Onderhoud
Invulling	Er is een meerjaren onderhoudsplan aanwezig. Onderdelen worden in de begroting opgenomen.		
Plannen			

Onderwerp	Hulpbronnen	**Item**	Informatie
Invulling	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. 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.		
Plannen	Aanschaffen Intranet		

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 herstructurering van de afdeling welzijn, omzetting van een aanbodgericht naar vraaggericht en integraal welzijnsaanbod. 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 iedere dag centrale activiteiten aangeboden in het restaurant en de hal. Inmiddels is er in samenspraak met de cliëntenraad een nieuw welzijnsbeleid geschreven. De uitgangspunten van dit welzijnsbeleid zijn uitdaging en zingeving. Voorts zullen de wijkfunctie, groenactiviteiten (groenkalender, dagbesteding groen en de functie van welzijnsmedewerker groen) ontwikkeld worden. Verder zal het nieuwe welzijnsbeleid voor zowel intramurale cliënten als ook voor Euroleden, een impuls geven tot vernieuwing van het activiteitenaanbod.

SONB voert samen met het IVN (Instituut voor Natuureducatie en duurzaamheid) het project "Grijs, Groen en Gelukkig" uit. Grijs, Groen en Gelukkig vergroot het welzijn van ouderen in en rond het zorgcentrum door middel van natuur. De gedachte is ouderen te stimuleren om in de tuin te werken, stil te staan bij de schoonheid van de natuur, natuurherinneringen van vroeger ophalen, een praatje maken met de buren, contact met dieren te maken, etc. Met een gevarieerd aanbod aan natuuractiviteiten en door samen te werken met zorgprofessionals, mantelzorgers, omwonenden en de basisschool, willen we ouderen weer in contact brengen met de natuur en zo hun welzijn vergroten. De plannen zijn inmiddels goedgekeurd door de Cliëntenraad (CR), Ondernemingsraad (OR) en de Verpleegkundige/Verzorgende AdviesRaad (VAR). Een overeenkomst met de IVN is inmiddels ondertekend en een volière, die van binnenuit het gebouw is te ervaren, is inmiddels gerealiseerd.

3.3.2 Zingeving

Onderwerp	Zingeving	**Item**	Zingeving algemeen
Invulling	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 samen gaat 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. De aanstelling van een Eerst Verantwoordelijke Welzijn (vooral voor coördinerende taken en uitvoering van vrijwilligers- en mantelzorgbeleid).		
Plannen	Zie ook Zinvolle daginvulling		

Onderwerp	Zingeving	**Item**	Zinvolle daginvulling
Invulling	In 2016 is er een herstructurering doorgevoerd. Een onderdeel van de herstructurering was het doorvoeren van welzijn op de afdeling. De zorg voor cliënten binnen de afdeling wordt kleinschalig georganiseerd en integraal aangeboden. Welzijn op de afdeling wordt onder regie van de EVV en wordt mede ondersteund door de zorgassistenten. Met iedere cliënt worden individuele afspraken gemaakt, ook worden er één op één activiteiten als een bezoek aan een terrasje, de haven, strand, vriend(in) ingepland. Op iedere afdeling is een welzijnsruimte ingericht die 7 dagen per week, overdag en 's avonds, geopend is en waar welzijnsactiviteiten georganiseerd worden. Iedere dag worden in het restaurant 's ochtends en 's middags activiteiten georganiseerd. De zorgmedewerkers hebben een bijscholingsprogramma (welzijn in de zorg) doorlopen.		
Plannen	• Het levensverhaal wordt de basis voor invulling van de intakeprocedure en zodoende de invulling van het ZLP. Alle medewerkers krijgen een workshop Blue Zones en kunnen de opgedane kennis toepassen in hun eigen leven maar ook bij het opstellen van ZLP. • Passende daginvulling. • Aandacht voor intimiteit en seksualiteit. • Vergroening binnen en buiten het zorgcentrum. • Ontwikkeling groene dagbesteding/groenkalender.		

Onderwerp	Zingeving	**Item**	Geloof
Invulling	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.		
Plannen			

Onderwerp	Zingeving	**Item**	Eurolidmaatschap
Invulling	Eén van de diensten die SONB aanbiedt is het Eurolidmaatschap. Alle inwoners van de gemeente boven de 55 jaar kunnen Eurolid worden. Het eurolidmaatschap biedt een breed pakket aan welzijnsactiviteiten waar onbeperkt gebruik van gemaakt kan worden. Dit bevordert ook de integratie met de omgeving (binnen/buiten en buiten binnen). De activiteiten/diensten die de Euroleden worden aangeboden, zijn jaren hetzelfde gebleven. Gekeken moet worden of deze nog aansluiten bij de doelgroep tevens zijn er zijn ideeën om het Eurolidmaatschap om te vormen tot een totaalservicepakket.		
Plannen	• Behoefteonderzoek • Herziening Eurolidmaatschap.		

3.3.3 Schoon & verzorgd

Onderwerp	**Schoon & verzorgd**	**Item**	Schoon & verzorgd algemeen
Invulling	De wensen/afspraken ten aanzien van de behoefte en tijdstippen aan persoonlijke dagelijkse verzorging zijn in samenspraak met de cliënt in het ZLP vastgelegd.		
Plannen			

3.3.4 Participatie mantelzorgers & vrijwilligers

Onderwerp	Participatie mantelzorgers en vrijwilligers	**Item**	Mantelzorgers
Invulling	De positie van mantelzorgers is binnen SONB nog niet tot volle wasdom gekomen. Wel worden de mantelzorgers betrokken bij de intake en de zorg rondom de cliënt, maar zorgmedewerkers vinden het regelmatig nog moeilijk om participatie te vragen. Zij worden hiervoor momenteel geschoold. GPV'ers (Gespecialiseerd Verzorgenden Psychogeriatrie), die op elke afdeling werken, worden ingezet voor ondersteuning en voorlichting van de mantelzorgers en houden mantelzorg bijeenkomsten. Naast deze activiteiten is er i.s.m. de Gemeente Noord-Beveland en de Rabobank gestart met een mantelzorgcafé. Deze mantelzorgcafés worden vanaf de eerste keer druk bezocht. Elke bijeenkomst wordt er gepeild wat de wensen van deze groep zijn en waar er knelpunten liggen, zodat hier het programma op kan worden afgesteld.		
Plannen	• Mantelzorgbeleid herzien. • Mantelzorgers betrekken bij de zorg op de afdeling. • Mantelzorgers meenemen in de scholing rond dementie. • Verder vormgeven aan het mantelzorgcafé		

Onderwerp	Participatie mantelzorgers en vrijwilligers	**Item**	Vrijwilligers
Invulling	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. Vrijwilligers worden periodiek getraind in o.a. sociale hygiëne en omgang met cliënten met dementie. Voor het uitvoeren van dit beleid is het wachten op de aanstelling van de Eerst Verantwoordelijke Welzijn. Eerste prioriteit voor deze EVW is om nieuwe aanwas van vrijwilligers te genereren. In 2018 is er een vrijwilligersenquête uitgevoerd. Met de gegevens die hieruit gefilterd worden, zal o.m. het vrijwilligersbeleid herzien worden en gekeken worden naar individuele behoeften en wensen van de vrijwilliger teneinde een gepast aanbod van vrijwilligersactiviteiten aan te kunnen bieden.
Plannen	• Plan van aanpak n.a.v. vrijwilligersenquête • Training diversiteit • Training ongewenste omgangsvormen/agressie • Workshop Blue Zones

3.3.5 Overige

Onderwerp	Overige	**Item**	Cliëntenraad
Invulling	De cliëntenraad is een orgaan dat op organisatieniveau de belangen behartigt van de cliënten en structureel overleg heeft met de bestuurder. In 2017 is het reglement aangepast aan de laatste eisen. De cliëntenraad bestaat uit afgevaardigden van cliënten intramuraal, cliënten extramuraal, huurders en mantelzorgers.		
Plannen	• Jaarvergadering • Voorlichting diversiteitsbeleid aan de achterban		

Onderwerp	Overige	**Item**	Menucommissie
Invulling	In 2018 is de menucommissie gestart. In de menucommissie hebben vertegenwoordigers van de cliëntenraad (intra- en extramuraal en huurders), de Eerst Verantwoordelijke Welzijn, de Coördinator Facilitair en Technische Dienst, een zorgassistent en een vertegenwoordiger van de OR zitting. De afwijkingenregistratie vormt mede input voor dit overleg.		
Plannen			

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. In april 2017 heeft er een upgrade plaatsgevonden naar de ISO 2015 norm. 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 is een belangrijke voorwaarde 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 gaat beter naarmate er een cultuur van gezamenlijk verbeteren ontstaat: het geheel is meer dan de som der deler. Inzicht in resultaten (directe feedback), het beoordelen van de resultaten en samen doelen stellen voor verbetering, creëert een gezamenlijk belang en een gezamenlijk doel, waarbij commitment ontstaat voor het vervolg.

3.4.2 Tevredenheid

Onderwerp	Tevredenheid	**Item**	Cliënt-Tevredenheidsondezoek
Invulling	Kwaliteit van zorg wordt niet alleen door externe partijen gemeten (CQ en de Nederlandse Patiëntenfederatie) 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 en plannen van aanpak worden ontwikkeld en geëvalueerd binnen de zorgkwaliteitsgroep/VAR, het MT, de cliëntenraad en de OR als onderdeel van de beleidscyclus.		
Plannen	• Uitvoering CQ meting. • Schrijven (in samenspraak met de CR) van een plan van aanpak CQ. • Uitvoeren plan van aanpak.		

Onderwerp	Tevredenheid	**Item**	Cliëntenevaluatie
Invulling	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.		
Plannen	Oriëntering naar een middel voor continue meting.		

Onderwerp	Tevredenheid	**Item**	Eindezorggesprekken
Invulling	Na beëindiging van iedere zorgrelatie vindt er een eindezorggesprek plaats. Driemaandelijks wordt hier op gerapporteerd en geëvalueerd. Deze rapportage en evaluatie maakt onderdeel uit van de beleidscyclus.		
Plannen			

Onderwerp	Tevredenheid	**Item**	NPS
Invulling	De Net Promotor Score (NPS) is één van de indicatoren voor klanttevredenheid en loyaliteit. Centraal staat de vraag hoe waarschijnlijk het is dat cliënten de organisatie aanbevelen aan anderen. Deze score wordt o.m. bepaald tijdens de tweejaarlijkse CQ index en het jaarlijkse cliënttevredenheidsonderzoek van de Nederlandse Patiënten Federatie. De NPS score wordt jaarlijks bij het Zorginstituut aangeleverd.		
Plannen	Promoten de waardering op Zorgkaart Nederland kenbaar te maken.		

Onderwerp	Tevredenheid	**Item**	Medewerkerstevredenheid
Invulling	Eénmaal per twee jaar vindt er een medewerkers tevredenheidsonderzoek plaats. Resultaten worden geëvalueerd en eventuele verbetermaatregelen vastgesteld.		
Plannen			

Onderwerp	Tevredenheid	**Item**	Medewerkers evaluatie
Invulling	Bij medewerkers worden (naast het tevredenheidonderzoek) op diverse momenten de werkzaamheden geëvalueerd. Voorbeelden hiervan zijn de functioneringsgesprekken, teamoverleggen en exitgesprekken.		
Plannen			

Onderwerp	Tevredenheid	**Item**	Vrijwilligerstevredenheid
Invulling	In 2018 is er een vrijwilligersenquête uitgevoerd. Met de gegevens die hieruit gefilterd worden, zal o.m. het vrijwilligersbeleid herzien worden en gekeken worden naar individuele behoeften en wensen van de vrijwilliger, teneinde een gepast aanbod van vrijwilligersactiviteiten aan te kunnen bieden.		
Plannen	• Plan van aanpak n.a.v. tevredenheidsonderzoek vrijwilligers. • Uitvoering plan van aanpak		

3.4.3 Afwijkingen

Onderwerp	Afwijkingen	**Item**	Melding (bijna) Incidenten Cliënten (MIC)
Invulling	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. Ook vormt de rapportage input voor de zorgkwaliteitsgroep/VAR (hierin zitten o.m. leden van: de medicatiecommissie, valpreventiecommissie, Ergocommissie). Eventuele verbeterpunten worden uitgezet binnen de organisatie.		
Plannen	Speerpunt voor 2019 is medicatieveiligheid		

Onderwerp	Afwijkingen	**Item**	Melding (bijna) Ongevallen Medewerkers (MOP)
Invulling	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 dat input levert voor de beleidscyclus. Ook vormt de rapportage input voor de zorgkwaliteitsgroep/VAR (hierin zitten ook leden van de ARBO-commissie en de Hygiëne- en infectiepreventiecommissie). Eventuele verbeterpunten worden uitgezet binnen de organisatie.		
Plannen			

Onderwerp	Afwijkingen	**Item**	Diensten, producten en corrigerende maatregelen
Invulling	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, kwaliteitsgroep/VAR, leveranciers evaluatie en leveranciersbeoordeling.		

Plannen	

Onderwerp	Afwijkingen	**Item**	Klachten
Invulling	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.		
Plannen			

Onderwerp	Afwijkingen	**Item**	Gedragscode en gedragscode informatie en communicatie
Invulling	SONB heeft een "Gedragscode informatie en communicatie". De Gedragscode informatie en communicatie bevat regels voor medewerkers voor het gebruik van elektronische communicatiemiddelen en het omgaan met vertrouwelijke informatie en geeft duidelijkheid over de wijze waarop controle op dit gebruik plaats vindt. De gedragscode maakt deel uit van het informatiebeveiligingsbeleid.		
Plannen			

Onderwerp	Afwijkingen	**Item**	Ongewenste omgangsvormen
Invulling	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.		
Plannen	Vanuit de RI&E kwam naar voren dat er behoefte bestaat aan trainingen ongewenste omgangsvormen/agressie voor medewerkers en vrijwilligers. Deze worden in 2019 gegeven.		

Onderwerp	Afwijkingen	**Item**	Meldcode ouderenmishandeling
Invulling	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. In 2018 is een nieuwe aandachtsfunctionaris aangesteld.		
Plannen			

Onderwerp	Afwijkingen	**Item**	Leveranciersbeoordeling
Invulling	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			

3.4.4 Audits

Onderwerp	Audits	**Item**	Interne audits
Invulling	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.		
Plannen	• Uitvoering interne audit. • Evt. plan van aanpak.		

Onderwerp	Audits	**Item**	Externe audits
Invulling	In 2017 heeft er een certificeringsaudit plaatsgevonden voor zowel Norm VV&T en Algemeen organisatiedeel volgens de nieuwe HKZ norm ISO 9001 2015. Hiervoor is het kwaliteitsmanagementsysteem aangepast. In 2018 is er weer de jaarlijkse externe audit uitgevoerd. Hierbij zijn geen afwijkingen geconstateerd. In 2019 staat er een HKZ hercertificeringsaudit van twee en een halve dag gepland.		
Plannen	• Uitvoering HKZ hercertificeringsaudit. • Evt. plan van aanpak.		

3.4.5 PDCA

Onderwerp	PDCA	**Item**	Beleidscyclus
Invulling	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.		
Plannen	Leren en verbeteren (PDCA) middels o.a. rapportages t.b.v. de beleidscyclus (managementinfo) krijgt extra aandacht binnen de MT- overleggen.		

Onderwerp		**Item**	Risicoanalyse
Invulling	Vanaf 2016 is de ISO 9001 norm gebaseerd op risicomanagement. De HKZ is gebaseerd op deze norm en heeft dus invloed op certificering en daaraan gerelateerd het kwaliteitsmanagementsysteem. Vooruitlopend op de nieuwe certificeringsnormen is in 2014 een start gemaakt met risicomanagement. Het risicobeleid is geschreven. Voor de risicoinventarisatie is een longlist met strategische bedreigingen in kaart gebracht en een systeem voor prospectieve risicoanalyses is vastgesteld. Vervolgstappen zijn gemaakt om operationele risico's, de kansen en de impact te bepalen en het risicomanagement op procesniveau te implementeren. Het risicobeleid maakt momenteel integraal deel uit van de planning en control cyclus, hiervoor dient het managementinformatiesysteem. Op basis van het managementinformatiesysteem komt de meest actuele informatie ter beschikking om eventueel tussentijds beleid en strategie bij te kunnen stellen. Tijdens de certificeringsaudit volgens HKZ norm ISO 2015 is het risicobeleid voldoende bevonden.		
Plannen			

Onderwerp		**Item**	Kwaliteitsmanagementsysteem
Invulling	<u>Visie op kwaliteit:</u> 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 <u>Het kwaliteitsbeleid:</u> 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. 7. Is gericht op het continu verbeteren en behalen van in het beleid geformuleerde doelstellingen.
Plannen	

3.4.6 Samen leren

Onderwerp		**Item**	Netwerk
Invulling	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: • Bestuursoverleg G4. Maandelijks komen de bestuurders van 4 onafhankelijke kleinere zorgorganisaties bij elkaar op een van de locaties. Agendapunten zijn o.a.: samenwerking, detachering, verdeling opdrachten beleidsstukken, wet- en regelgeving, elkaar ondersteuning bieden, etc. • Kwaliteitsoverleg G6. Per kwartaal komen de kwaliteitsfunctionarissen van 6 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 G4. Agendapunten zijn o.a. gezamenlijke training opleidingscoördinatoren, opzetten en ontwikkelen van gezamenlijke scholings- en trainingsprogramma's (Eerst		

	Verantwoordelijk Verzorgende en Gespecialiseerd Verzorgend Psychogeriatrie), in-company trainingen aankopen etc. • Gezamenlijk overleg Ondernemingsraden • Wondzorg Zeeland is gezamenlijk opgericht door 4 kleinere zorgorganisaties. In gezamenlijkheid wordt er opgeleid, getoetst, beleid ondersteund, expertise geleverd en er is gezamenlijk een wondverpleegkundige in dienst genomen. • 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 zijn de HEAD/controller, technisch personeel, facilitair personeel en administratief personeel. • Gezamenlijke scholing Raden van Toezicht
Plannen	

Onderwerp		**Item**	Samen leren
Invulling	In 2018 is de procedure meeloopstage 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.		
Plannen	• Binnen de overleggen de meeloopstages promoten		

Onderwerp		**Item**	Systematisch reflecteren
Invulling	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 ad hoc.		
Plannen	• Ruimte creëren om systematisch te reflecteren op goede, veilige en persoonsgerichte zorg voor de cliënt. van daaruit kunnen zij verbeteringen toepassen.		

3.4.7 Overige

Onderwerp		**Item**	Kwaliteitsplan/kwaliteitsverslag
Invulling	De kwaliteitsmanager schreef in overeenstemming met de HKZ-normen jaarlijks een management review (inclusief planning en verslaglegging). Door de komst van het jaarlijkse Kwaliteitsplan en Kwaliteitsverslag vindt er een grote mate van dubbeling plaats. Hierdoor is besloten de jaarlijkse (HKZ verplichte) management review af te leiden van het Kwaliteitsplan/Kwaliteitsverslag. Het is wel jammer dat dit niet echt efficiënt is. Hierin is nog een taak voor de HKZ weggelegd.		
Plannen			

Onderwerp		**Item**	Participatie andere organisaties
Invulling	• 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; • G6 (zes gelijke zorgaanbieders): Samenwerkingsverband met als doel door intensieve samenwerking de dienstverlening in stand te houden en te verbeteren, onder het motto: "zo klein als mogelijk, zo groot als nodig!"; • Consortium Zorg Zeker Zeeland: Zorg Zeker Zeeland is een nieuw samenwerkingsverband van vier zorgorganisaties in Zeeland, te weten: Stichting Ouderenzorg Kapelle, IRIZ Thuiszorg (ABT Zeeland Thuiszorg B.V.), Stichting Ouderenzorg Noord-Beveland en Stichting Eilandzorg Schouwen-Duiveland. Samen bestrijken zij een groot deel van de provincie Zeeland. De vier zorgorganisaties bundelen de krachten zodat zij in de toekomst adequaat kunnen inspelen op de wensen en behoeften van hun cliënten. De samenwerking is gericht op het delen van kennis en ervaring wat resulteert in een kwaliteitsimpuls voor de Zeeuwse zorg. Daarnaast heeft Zorg Zeker Zeeland de Wijkverpleging voor het jaar 2016 in gezamenlijkheid gecontracteerd. • 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 brandweerzorg, 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).
Plannen	In 2019 wordt er binnen Cleijenborch een gezondheidscentrum gerealiseerd. Dit gezondheidscentrum bestaat uit een apotheekhoudende huisartsenpost, een fysiotherapiepraktijk, een prikpost, en een thuiszorgorganisatie.

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 Eerst Verantwoordelijk Verzorgende (EVV) coördineert de (multi)disciplinaire zorg en draagt zorg voor continuïteit van de zorg in overleg met cliënt/cliëntensysteem/cliëntsysteem (is aanspreekpunt voor cliënt/cliëntsysteem, collega's en andere disciplines). Concreet gaat het om taken betreffende het zorgplan, continuïteit van zorg, multidisciplinaire zorg en overleg, overleg met een ieder die bij de cliënt betrokken is, bijdrage leveren aan nieuwe ontwikkelingen en daadwerkelijk uitvoeren van zorg.

Met 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.

Specifiek voor deze cliënten met psychogeriatrische problematiek zijn vanuit de kleinschalige teams zogenaamde kernteams gevormd. In deze kernteams is specialistische kennis aanwezig voor de doelgroep, waarbij met name de rol van Gespecialiseerd Verzorgende Psychgeriatrie (GVP) zich onderscheidt. De GVP heeft de volgende kerntaken:

- Behartigen van kwaliteit van leven van de psychogeriatrische cliënt
- Begeleiding, advisering en professionaliseren van collega's en vrijwilligers
- Ondersteunen, adviseren en begeleiden van mantelzorgers van psychogeriatrische cliënten

Over de kleinschalige teams heen zijn organisatiebreed 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.
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

Externe kennisuitwisseling.

3.5.2 Functies

<table>
<tr><th>Onderwerp</th><td>Functies</td><th>Item</th><td>Stagiaires/Leerlingen</td></tr>
<tr><td>Invulling</td><td colspan="3">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:

<table>
<tr><td>1x BOL DIO</td><td>Niveau 2</td></tr>
<tr><td>2x BOL VMO (vz-ig/mmz)</td><td>Niveau 3</td></tr>
<tr><td>4x BOL VP</td><td>Niveau 4</td></tr>
<tr><td>4x BBL vz-ig (1e jaar)</td><td>Niveau 3</td></tr>
<tr><td>4x BBL vz-ig (2e jaar)</td><td>Niveau 3</td></tr>
<tr><td>2x BBL vz-ig (3e jaar)</td><td>Niveau 3</td></tr>
<tr><td>2x BBL VP</td><td>Niveau 4</td></tr>
<tr><td>5x HBO-V</td><td>Niveau 6</td></tr>
</table>

Daarnaast conformeren we ons aan het Regionale Actieplan Aanpak Tekorten Ouderenzorg Zeeland (RAAT Ouderenzorg Zeeland).
ViaZorg heeft namens alle zorginstellingen in Zeeland een intentieverklaring opgesteld om tot een gemeenschappelijk actieplan te komen ter voorkoming van personeelstekorten in de zorg.
Met dit Actieplan spreken we de gezamenlijke ambitie uit om de opleidingsquote te verhogen naar 15%, d.w.z. dat een organisatie op elke 100 FTE aan zorginhoudelijke medewerkers 15 FTE aan opleidingsplaatsen (BOL, BBL, duaal) organiseert. Dit is noodzakelijk om een extra impuls te geven aan de huidige opleidingscapaciteit en daarmee extra instroom en volume aan nieuwe medewerkers in de zorg te realiseren.
Acties vanuit de RAAT zijn onder meer:
• Omscholing van werkenden en werklozen niveau 3/4 MMZ en SPW naar verzorgende IG via een verkorte BBL- opleiding. Hierbij wordt ook zeker gedacht aan mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt
• Doorstroming van niveau 2 naar niveau 3</td></tr>
</table>

	• Omscholingsprojecten zij-instromers uit sectoren niveau 3 en 4 van mensen met interesse in de zorg.
Plannen	• Strategisch opleidingsbeleid • Beleid op het terrein van duurzame inzetbaarheid • Ontwikkeling wervingsinstrumenten

3.5.3 De kanteling

Onderwerp	Functies	**Item**	Kanteling
Invulling	In de laatste cao VVT 2016-2018 is opgenomen dat medewerkers meer zeggenschap dienen te krijgen in het opstellen van de roostering, om zodoende een betere balans te verkrijgen tussen werk en vrijetijd. Binnen SONB zijn hier o.m. de OR, de teams, P&O en teamleiding bij betrokken geweest. Dit heeft er o.m. in geresulteerd dat de planning lager in de organisatie (medewerkersniveau) is belegd en dat er voorkeuren (evt. vaste vrije- of werktijden) ingediend kunnen worden.		
Plannen			

3.5.4 Formatie

Onderwerp	Formatie	**Item**	Uitgaven
Invulling	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	Zie 3.1.2 Kwaliteitsimpuls		

3.5.5 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".

Onderwerp	Opleiding	**Item**	Opleidingen algemeen
Invulling	**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.
Plannen	• Ieder jaar wordt er n.a.v. onder meer de jaarplannen en functioneringsgesprekken een opleidingsjaarplan ingediend. • Ieder jaar wordt er een opleidingsbegroting ingediend (minimaal 2% van het totale organisatiebudget). • Ieder half jaar vindt er evaluatie middels verslaglegging aan het MT van het jaarplan plaats als onderdeel van de beleidscyclus. • P&O schrijft het strategisch opleidingsbeleid.

3.5.6 Overige

Onderwerp	Overige	**Item**	Ziekteverzuim
Invulling	Het ziekteverzuim over de periode januari tot en met oktober 2018 bedraagt 5,6 % (excl. vangnet) en 6,1 % (incl. vangnet). De beleidsdoelstelling maximaal 5 % ziekteverzuim over 2018 wordt daarmee niet behaald. De verzuimcijfers liggen echter wel lager dan voorgaand jaar (2017: 7,0 % exclusief vangnet en 8,1 % inclusief vangnet) en ook ten opzichte van de thans bekende landelijke gemiddelden liggen de verzuimcijfers lager.		
Plannen	Ziekteverzuim binnen de 5%.		

Onderwerp	Overig	**Item**	Professioneel handelen
Invulling	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	Continueren BIG-cursussen		

Onderwerp	Overig	**Item**	RI&E
Invulling	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 Veiligheidsrondgang, 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	Training omgaan met ongewenste omgangsvormen/agressie voor medewerkers en vrijwilligers

Onderwerp	Overig	**Item**	OR
Invulling	Binnen SONB functioneert een ondernemingsraad (OR) bestaande uit 4 leden. Zij vertegenwoordigen 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** De OR heeft het recht overleg te voeren met de directie over aangelegenheden betreffende SONB. Minimaal 6 keer per jaar is er een overlegvergadering waarin de OR en de directie de algemene gang van zaken van SONB bespreken. De directie brengt belangrijke onderwerpen/besluitvorming in over organisatorische en financiële zaken en spreekt met de OR af wanneer en hoe de OR in de besluitvorming wordt betrokken. • **Adviesrecht** Voor besluiten die belangrijke financiële, economische en/of organisatorische gevolgen hebben voor SONB, moet de directie door middel van een adviesaanvraag advies inwinnen bij de OR. De directie moet advies van de OR meewegen in de besluitvorming. Wordt hier van afgeweken dan dient dit schriftelijk gemotiveerd te worden naar de OR. • **Instemmingsrecht** Voor besluiten die direct betrekking hebben op een aantal personele regelingen (zoals werktijden of arbeidsomstandigheden) moet de directie instemming hebben van de OR, voordat het besluit ten uitvoer kan worden gebracht. • **Recht op informatie** De directie heeft de plicht ongevraagd informatie te geven over: • De jaarrekening • Het sociaal jaarverslag • Beloningsstructuur • Beleidsplannen Daarnaast moet de directie alle informatie verstrekken aan de OR die deze nodig heeft om zijn taak te kunnen uitvoeren. • **Initiatiefrecht** De OR mag op eigen initiatief de directie voorstellen doen over alle sociale, organisatorische, financiële en economische aangelegenheden van de organisatie. Uit de interne audit kwam naar voren dat geen goed reglement voor de ondernemingsraad aanwezig is. Deze wordt geschreven.		
Plannen	• Nieuw reglement OR.		

	• Verkiezingen. • Basiscursus OR.

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

Onderwerp	Goed bestuur	**Item**	RvT
Invulling	**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 RvT bestaat uit 4 personen met de verdeling van de volgende functies: • Raad van Bestuur, Kwaliteit zorg en contacten met de pers • Cliënten en vrijwilligers (lid) • Financiën en juridische zaken • Personeel (lid) 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. Eén lid van de Raad van Toezicht beschikt over voor de zorgorganisatie relevante kennis van en ervaring in de zorg. **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	• Vervangen aftredende leden van de RvT • Leergang "De nieuwe Toezichthouder in Zorg & Welzijn" 2 leden • Leergang voor de Voorzitter van de Raad van Toezicht

Onderwerp	Goed bestuur	**Item**	RvB
Invulling	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	Scholing Accreditatie door RvB.		

3.6.2 Overige

Onderwerp	Overige	**Item**	VAR
Invulling	Binnen SONB functioneert de zorgkwaliteitsgroep ook als VAR. De groep bestaat uit vertegenwoordigers van de volgende disciplines, vakgroepen en/of aandachtsgebieden: Medicatie, Arbo, BHV, Ergo, preventie Hygiëne en infectiepreventie, valpreventie, MIC, MOP, afwijkingen, opleidingen, teamleiding, gespecialiseerd geriatrie verzorgende, kwaliteit, MT lid, EVV en klachten. Input voor deze groep bestaat uit registraties, kwartaal en jaarverslagen, jaarplannen wet- en regelgeving en actualiteit. Zij hebben structureel overleg en geven gevraagd en ongevraagd adviezen aan de RvT/het management op beleid, scholing en corrigerende maatregel Om te kunnen voldoen aan de daarvoor gestelde eisen, komen we een jaar na het in werking treden van de zorgkwaliteitsgroep/VAR tot de conclusie dat de VAR los van de zorgkwaliteitsgroep gaat functioneren en een eigen taak/functie zal krijgen.		
Plannen	Herinrichten VAR		

Bijlage 1

Overzicht van verbeterpunten en plannen van aanpak

In het voorgaande hoofdstuk is uitgewerkt hoe SONB werkt aan de in het Kwaliteitskader benoemde punten en heeft tevens per onderwerp (mits van toepassing) de plannen/verbeterpunten benoemd. In dit hoofdstuk is een opsomming gemaakt van de verbeterpunten en de wijze van uitwerking.

Zorg

Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Onderwerp	Persoonsgerichte zorg & ondersteuning	**Item**	Persoonsgerichte zorg en ondersteuning / multidisciplinair werken
Plannen	Zie ook plan extra middelen		

Onderwerp	Persoonsgerichte zorg & ondersteuning	**Item**	Autonomie
Plannen	Advanced care krijgt meer aandacht. Ten behoeve van advanced care zullen de intake procedure, het ZLP en de MDO' s worden aangepast.		

Onderwerp	Persoonsgerichte zorg & ondersteuning	**Item**	Uniek zijn/diversiteit
Plannen	• Scholing diversiteit voor medewerkers en vrijwilligers, door Eveline van de Putte, auteur van "Stormachtig Stil", 27 bijzondere levensverhalen over oudere homoseksuele mannen, lesbische vrouwen, transgenders en biseksuelen van Nederlandse en niet Nederlandse afkomst. • Voorlichting cliënten en mantelzorgers door Eveline van de Putte. • Certificeringstraject "De Roze loper". • Het diversiteitsbeleid is verankerd in de organisatie. • De ambassadeur en werkgroep "Diversiteit" is verankerd in de organisatie.		

Onderwerp	Persoonsgerichte zorg & Ondersteuning	**Item**	Zorgleefplan/zorgcontinuïteit Multidisciplinaire benadering om te komen tot zorgdoelen
Plannen	• Voor het borgen van de ZLP systematiek, expertise, inzet vrijheidsbeperkende/vrijheidsbevorderende maatregelen en de multidisciplinaire benadering en werken en voor ondersteuning van de EVV, wordt er een Kwaliteitsverpleegkundige/praktijkverpleegkundige aangesteld. • Herziening invulling multi disciplinair team, rekening houdend met het advies van het Zorginstituut (2017) om behandeling voor de meest cliënten altijd integraal onderdeel te laten zijn van WLZ-zorg • Herziening van de intake, ZLP en de zorgleefplansystematiek • Training en coaching project zorgleefplansystematiek. Hiervoor is een extern bureau aangetrokken. • Een van de middelen die in 2019 geïntroduceerd gaat worden om tot invulling van het ZLP te komen is gebruikmaking van de systematiek van het levensverhaal. Dit betekent ook een herziening van de intake, ZLP en de ZLP-systematiek. • Advance care (Advance care is een proces waarbij de patiënt met zijn behandelend arts zijn wensen, doelen en voorkeuren voor zorg rond het levenseinde bespreekt en eventueel vastlegt) maakt deel uit van de intakeprocedure/zorgleefplan		

Basisveiligheid

Onderwerp	Basisveiligheid	**Item**	Decubitus
Plannen	De opgeleide wondverpleegkundige/wondconsulent (werkzaam team extramuraal) zal 8 uur per week intramuraal worden ingezet inzake wondzorg, advisering en instructie.		

Onderwerp	Basisveiligheid	**Item**	Vrijheids beperkende maatregelen
Plannen	Op een aantal punten zal het beleid en de inzet van vrijheidsbeperkende/vrijheidbevorderende maatregelen worden herzien. Hieraan ten grondslag ligt de complexiteit van de materie vooral op punten medicatie, omgaan met vrijheidsbeperkende/vrijheidbevorderende maatregelen en wils(on)bekwaamheid. Ook lopen de zorgmedewerkers er tegen aan dat zij maatregelen die niet bedoeld zijn als vrijheidsbeperking of maatregelen die bedoeld zijn als vrijheidsbevorderend toch moeten registreren als vrijheidsbeperkend. Daarnaast begint de nieuwe wet zorg en dwang (die in 2020 in werking gesteld wordt) vorm te krijgen. Hierop wordt alvast geanticipeerd. De PVO gaat dit hele traject vorm geven en begeleiden, tevens is dit haar onderwerp voor de eindscriptie van de opleiding PVO die zij momenteel volgt. Plannen: • Inventarisatie huidige situatie waarvan 3 enquêtes (1 voor EVV, een voor zorgmedewerkers waaronder verzorgenden IG en een voor zorgassistenten) deel uit maakt. Op deze manier wordt er inzicht vergaard m.b.t kennisniveau per functiegroep, niveau en afdeling. • Verbeterplan met speciale aandacht voor inspraak cliënt, inzet van psychofarmaca, vrijheidsbevorderende maatregelen, alternatieven en wils(on)bekwaamheid • Herziening M&M beleid • Scholing M&M • Begeleiding en controles		

Onderwerp	Basisveiligheid	**Item**	Hygiëne & Infectiepreventie
Plannen	Toetsing (uitvoering) beleid tijdens de interne audit		

Onderwerp	Basisveiligheid	**Item**	Antibioticagebruik
Plannen	Audit Hygiëne en Infectiepreventiebeleid inclusief MRSA/BRMO		

Onderwerp	Basisveiligheid	**Item**	Valpreventie
Plannen	Uitvoering kamercheck, en een loop-/ hulpmiddelencheck		

Onderwerp	Basisveiligheid overig	**Item**	Administratie/privacy
Plannen	• Borging informatiebeveiligingsbeleid/AVG • Uitvoering AVG audit		

Wonen

Wooncomfort

Onderwerp	Wooncomfort	**Item**	Hal
Plannen	Herinrichting hal.		

Onderwerp	Wooncomfort	**Item**	Restaurant
Plannen	• Weekend openstelling • Extra openstelling door de week • Assortiment aanpassingen • Bouwkundige aanpassingen • Upgrade meubilair • Gastvrijheidsconcept		

Onderwerp	Wooncomfort	**Item**	Tuin /groen grijs en gelukkig
Plannen	• Aanleg van een groente-/fruit-/kruiden- en pluktuin • Aanleg van een tuin met kleinvee • Het restaurantterras renoveren en integreren in de tuin met kleinvee • Groenwanden realiseren in de hal ter bevordering van het binnenklimaat • Wijkfunctie binnen/buiten • Ontwikkeling groenactiviteiten • Verkenning voor het opzetten van een (groene) dagopvang		

Veiligheid

Onderwerp	Veiligheid	**Item**	Veiligheid & calamiteiten
Plannen	• Training Hoofd BHV • Training BHV/AED voor alle BHV'ers • Periodiek training omgaan portofoons • Ontruimingsoefening • Gebruikerscontrole door de brandweer (zie ook "Crisismanagement/bedrijfs-continuïteit")		

Onderwerp	Veiligheid	**Item**	Crisisteam/bedrijfscontinuïteit
Plannen	Trainingen (Veiligheidsregio) voor leden van het crisisteam o.m. 6 platformbijeenkomsten (veiligheidsregio). Thema's 2019 zijn o.a. adviseren/overtuigen, BOB-methodiek, bestuurlijke dilemma's, leiding geven in crisissituaties, scenario denken, crisiscommunicatie, cyber en maatschappelijke onrust. Tevens krijgt 1 lid van het crisisteam de training liaison.		

Onderwerp	Veiligheid	**Item**	Voedselveiligheid
Plannen	In 2018 zijn alle zorgassistenten HACCP geschoold. In 2019 maakt HACCP onderdeel uit van het inwerkprogramma.		

Onderwerp	Veiligheid	**Item**	Sociale hygiëne
Plannen	Nieuwe medewerkers (restaurant gebonden) krijgen een cursus in sociale hygiëne.		

Onderwerp	Veiligheid	**Item**	Leveranciers
Plannen	Uitvoering leveranciersbeoordeling.		

Onderwerp	Veiligheid	**Item**	Informatiebeveiliging /Bescherming persoonsgegevens
Plannen	Uitvoering interne audit.		

Hulpbronnen

Onderwerp	Hulpbronnen	**Item**	Materialen en hulpmiddelen
Plannen	Onderzoek naar gebruik van domotica binnen SONB.		

	Beleid voor gebruik van domotica.

Onderwerp	Hulpbronnen	**Item**	Technologie
Plannen	ICT- beleid is geschreven Intranet is aangeschaft Migratie naar de cloud Het kwaliteitsdocumentensysteem maakt deel uit van intranet Werken met tablets wordt gestimuleerd		

Welzijn
Zingeving

Onderwerp	Zingeving	**Item**	Zinvolle daginvulling
Plannen	• Het levensverhaal wordt de basis voor invulling van de intakeprocedure en zodoende de invulling van het ZPL. Alle medewerkers krijgen een workshop Blue Zones en kunnen de opgedane kennis toepassen in hun eigen leven maar ook bij het opstellen van ZLP • Passende dag invulling • Aandacht voor intimiteit en seksualiteit • Vergroening binnen en buiten het zorgcentrum • Ontwikkeling groene dagbesteding/groenkalender		

Onderwerp	Zingeving	**Item**	Eurolidmaatschap
Plannen	Behoefteonderzoek Herziening Eurolidmaatschap.		

Participatie mantelzorgers & vrijwilligers

Onderwerp	Participatie mantelzorgers en vrijwilligers	**Item**	Mantelzorgers
Plannen	• Het levensverhaal wordt de basis voor invulling van de intakeprocedure en zodoende de invulling van het ZPL. Alle medewerkers krijgen een workshop Blue Zones en kunnen de opgedane kennis toepassen in hun eigen leven maar ook bij het opstellen van ZLP • Passende dag invulling • Aandacht voor intimiteit en seksualiteit • Vergroening binnen en buiten het zorgcentrum • Ontwikkeling groene dagbesteding/groenkalender		

Onderwerp	Participatie mantelzorgers en vrijwilligers	**Item**	Vrijwilligers
Plannen	• Plan van aanpak n.a.v. vrijwilligersenquête • Training diversiteit • Training omgaan met ongewenste omgangsvormen		

Onderwerp	Overige	**Item**	Cliëntenraad
Plannen	• Gezamenlijk overleg met OR en RvT • Jaarvergadering • Voorlichting diversiteitsbeleid aan de achterban		

Leren en verbeteren van kwaliteit
Tevredenheid

Onderwerp	Tevredenheid	**Item**	Cliënt-Tevredenheidsondezoek
Plannen	Uitvoering CQ meting Schrijven (in samenspraak CR) van een plan van aanpak CQ Uitvoeren plan van aanpak		

Onderwerp	Tevredenheid	**Item**	Cliënten- evaluatie
Plannen	Oriëntatie naar een middel voor continue meting.		

Onderwerp	Tevredenheid	**Item**	NPS
Plannen	Promoten de waardering op Zorgkaart Nederland kenbaar te maken.		

Onderwerp	Tevredenheid	**Item**	Vrijwilligerstevredenheid
Invulling	Eén maal per twee jaar vindt er een medewerkers tevredenheidsonderzoek plaats. Resultaten worden geëvalueerd en eventuele verbetermaatregelen vastgesteld.		
Plannen	• Plan van aanpak n.a.v. tevredenheidsonderzoek vrijwilligers • Uitvoering plan van aanpak		

Onderwerp	Afwijkingen	**Item**	Melding (bijna) Incidenten Cliënten MIC
Plannen	Speerpunt voor 2019 is medicatiebeleid		

Onderwerp	Afwijkingen	**Item**	Ongewenste omgangsvormen
Plannen	Vanuit de RI&E kwam naar voren dat er behoefte bestaat aan trainingen ongewenste omgangsvormen/agressie voor medewerkers en vrijwilligers, deze worden in 2019 gegeven.		

Audits

Onderwerp	Audits	**Item**	Interne audits
Plannen	Uitvoering interne audit. Evt. plan van aanpak.		

Onderwerp	Audits	**Item**	Externe audits
Plannen	Uitvoering HKZ hercertificeringsaudit. Evt. plan van aanpak.		

PDCA			
Onderwerp	PDCA	**Item**	Beleidscyclus
Plannen	Leren en verbeteren (PDCA) middels o.a. rapportages t.b.v. de beleidscyclus (management info) krijgt extra aandacht binnen de MT overleggen.		

Samen leren

Onderwerp	Samen leren	**Item**	Meeloopstage
Plannen	Binnen de overleggen de meeloopstages promoten		

Onderwerp	Samen leren	**Item**	Systematisch reflecteren
Plannen	Ruimte creëren om systematisch te reflecteren op goede, veilige en persoonsgerichte zorg voor de cliënt. Van daaruit kunnen zij verbeteringen toepassen.		

Onderwerp		**Item**	Participatie andere organisaties
Plannen	In 2019 wordt er binnen Cleijenborch een gezondheidscentrum gerealiseerd. Dit gezondheidscentrum bestaat uit een apotheekhoudende huisartsenpost, een fysiotherapiepraktijk, een prikpost, en een thuiszorgorganisatie.		

Personeel

Functies

Onderwerp	Functies	**Item**	Stagiaires/Leerlingen
Plannen	Strategisch opleidingsbeleid Beleid op het terrein van duurzame inzetbaarheid Ontwikkeling wervingsinstrumenten		

Formatie

Onderwerp	Formatie	**Item**	Uitgaven
Plannen	Zie 3.1.2 Kwaliteitsimpuls		

Opleidingen

Onderwerp	Opleiding	**Item**	Opleidingen algemeen
Plannen	Ieder jaar wordt er n.a.v. onder meer de jaarplannen en functioneringsgesprekken een opleidingsjaarplan ingediend. Ieder jaar wordt er een opleidingsbegroting ingediend (minimaal 2% van het totale organisatiebudget). Ieder half jaar vindt er evaluatie middels verslaglegging aan het MT van het jaarplan plaats als onderdeel van de beleidscyclus. P&O en schijft het strategisch opleidingsbeleid.		

Overige

Onderwerp	Overige	**Item**	Ziekteverzuim
Plannen	Ziekteverzuim binnen de 5%.		

Onderwerp	Overig	**Item**	Professioneel handelen
Plannen	Continueren BIG-cursussen.		

Onderwerp	Overig	**Item**	RI&E
Plannen	Training ongewenste omgangsvormen		

Onderwerp	Overig	**Item**	OR
Plannen	Nieuw reglement OR. Verkiezingen. Basiscursus OR.		

Goed bestuur

Onderwerp	Goed bestuur	**Item**	RvT
Plannen	Vervangen aftredende leden van de RvT. Leergang "De nieuwe Toezichthouder in Zorg & Welzijn" 2 leden. Leergang voor de Voorzitter van de Raad van Toezicht.		

Onderwerp	Goed bestuur	**Item**	RvB
Plannen	Scholing Stolte Advanced Programme door RvB.		

Onderwerp	Goed bestuur	**Item**	VAR
Plannen	Herinrichten VAR		