

Kwaliteitsverslag 2018



Inhoud

Totaaloverzicht.....	3
1. Inleiding	4
2. Organisatie	4
2.1 Missie en visie.....	4
2.3 Werkgebied	5
2.4 Structuur	5
2.5 Kerngegevens	6
2.6 Zorgprofielen	7
3. Personeelssamenstelling	8
4.1 Zorg	9
4.1.1 Inleiding.....	9
4.1.2 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning	10
4.1.3 Basisveiligheid	10
4.2 Wonen	16
4.2.1 Inleiding.....	16
4.2.2 Wooncomfort.....	16
4.2.3 Veiligheid	17
4.2.4 Hulpbronnen	18
4.2.5 Overige	19
4.3 Welzijn	19
4.3.1 Inleiding.....	19
4.3.2 Zingeving	20
4.3.3 Schoon & verzorgd	20
4.3.4 Participatie mantelzorgers & vrijwilligers.....	21
4.3.5 Overige	21
4.4 Leren en verbeteren van kwaliteit	22
4.4.1 Inleiding.....	22
4.4.2 Tevredenheid	22
4.4.3 Afwijkingen	23
4.4.4 Audits	24
4.4.5 PDCA	25
4.4.6 Samen leren	28
4.5 Personeel.....	31
4.5.1 Inleiding.....	31
4.5.2 De kanteling	32
4.5.3 Formatie	33
4.5.4 Opleidingen	33
4.5.5 Professioneel handelen.....	34
4.5.6 Overige	34
4.6 Resultaat gericht.....	35
4.6.1 Inleiding.....	35
4.6.2 Goed bestuur.....	36
4.6.3 Overige	38

Totaaloverzicht

Kwaliteit en veiligheid			
<p>Zorg</p> <p>Inleiding</p> <p>Persoonsgericht zorg en ondersteuning Autonomie Uniek zijn Zorgdoelen</p> <p>Basisveiligheid Medicatie Decubitus VBM Ziekenhuisopname Incontinentie Vocht & Voeding Onbegrepen gedrag Delier Depressieve symptomen Mondzorg Hygiëne en infectiepreventie Antibioticagebruik Incontinentie Valpreventie</p> <p>Overige Administratie/ privacy</p>	<p>Wonen</p> <p>Inleiding</p> <p>Wooncomfort Salon/Serre/Suite/Huis-kamers Hal Restaurant Tuin/Grijs Groen en Gelukkig Maaltijden</p> <p>Veiligheid Veiligheid en calamiteiten Crisismanagement/bedrijfscontinuïteit Voedselveiligheid Sociale hygiëne Legionellapreventie Leveranciers Informatiebeveiliging/bescherming Persoonsgegevens/privacy</p> <p>Hulpbronnen Materialen en hulpmiddelen Domotica Technologie Innovatie Onderhoud</p> <p>Overige Informatie</p>	<p>Welzijn</p> <p>Inleiding</p> <p>Zingeving Zingeving algemeen Zinvolle daginvulling Geloof Eurolidmaatschap</p> <p>Schoon en verzorgd Schoon en verzorgd algemeen</p> <p>Participatie Mantelzorgers Vrijwilligers</p> <p>Overige Cliëntenraad Menucommissie</p>	<p>Leren en verbeteren</p> <p>Inleiding</p> <p>Tevredenheid Cliënttevredenheidsonderzoek/NPS Cliëntevaluatie Eindezorggesprek Medewerkerstevredenheid Medewerkers evaluatie</p> <p>Afwijkingen Melding Incidenten Cliënten (MIC) Melding Ongevallen Medewerkers (MOP) Diensten, producten en corrigerende maatregelen Klachten Gedragscode informatie en communicatie Ongewenste omgangsvormen Meldcode ouderen mishandeling Leveranciersbeoordeling</p> <p>Audit Interne audits Externe audits</p> <p>PDCA Beleidscyclus Risicoanalyse Kwaliteitsmanagementsysteem</p> <p>Samen leren Kennis delen Netwerk</p> <p>Overige Kwaliteitsplan/kwaliteitsverslag Participatie andere organisaties</p>
Randvoorwaarden			
<p>Personeel</p> <p>Inleiding Personeelsbeleid en kwaliteit van werk De Kanteling Personeelsformatie</p> <p>Visie op leren en opleiden Opleidingsbeleid Verantwoording scholingsplan 2017 Professioneel handelen</p> <p>Opleidingen Opleidingen algemeen Professioneel handelen</p> <p>Overige OR</p>		<p>Resultaatgericht</p> <p>Inleiding</p> <p>Goed bestuur RvT RVB</p> <p>Overige VAR</p>	

1. Inleiding

Dit kwaliteitsverslag is tot stand gekomen door input van onder meer de jaarplannen, registraties, acties vanuit de verschillende werk-/vakgroepen en beleidsverantwoording. De vorm van het verslag is afgeleid van de gebruikte indeling van ons kwaliteitsplan en is conform de richtlijnen die het kwaliteitskader stelt aan verantwoording middels het kwaliteitsverslag opgesteld. Voor de leesbaarheid en het inzicht in de opzet en werking van ons kwaliteitssysteem, wordt eerst weergegeven hoe e.e.a. georganiseerd en geborgd is. Daarna volgen de acties en de (mits van toepassing) kwantitatieve gegevens.

Het conceptverslag is besproken met de Cliëntenraad (CR), het Managementteam (MT), Zorgkwaliteitsgroep/Verpleegkundigen Adviesraad (VAR) en de Ondernemingsraad (OR). De conclusie van deze raden is dat het verslag een goed inzicht geeft in het vele werk wat verzet is voor de continuïteit, de verbetering en de werking van het systeem en wat er in 2018 gerealiseerd is m.b.t. de kwaliteit van zorg. Het kwaliteitsverslag is ook voor feedback voorgelegd aan de organisaties uit ons lerend netwerk. Hier zijn geen op-/of aanmerkingen op gekomen.

2. Organisatie

Afgelopen jaar hebben we met velen dingen gedaan die er toe doen. We hebben samen met bevlogenheid en oprechte aandacht de verstaalslag gemaakt van onze inzet op goede zorg. We zijn trots op de mooie resultaten die we in 2018 hebben bereikt, zowel kwalitatief als financieel. Maar we zijn er nog niet, we blijven investeren in het bestendigen en door ontwikkelen van de ingezette koers.

Er zijn in 2018 een aantal initiatieven op het gebied van zingeving gestart en deze zullen verder uitgewerkt en geïmplementeerd worden. We zijn samen met IVN (Instituut voor Natuureducatie en duurzaamheid) het project 'Grijs Groen en Gelukkig' gestart. Grijs Groen en Gelukkig vergroot het welzijn van ouderen in en rond het zorgcentrum door middel van natuur. Een aantal activiteiten zijn inmiddels al opgezet of zijn in ontwikkeling. Te denken valt aan een groentetuin, een voliëre, een kleinveetuin een pluktuin en de ontwikkeling van een groenactiviteitenkalender.

Mede door de verbeterpunten vanuit het bezoek van IGJ heeft de veranderende zorg (meer kwetsbare cliënten) projectmatig extra aandacht gekregen. De nadruk ligt onder meer 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.

We zijn ervan overtuigd dat bevlogen medewerkers het niveau van zorg- en dienstverlening naar een hoger niveau kunnen tillen. Om bevlogen medewerkers te krijgen en te behouden voor onze cliënten, spannen we ons optimaal in om zorgprofessionals aan ons weten te binden en te boeien.

2.1 Missie en visie

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

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

Kernwaarden

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

- **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.

2.3 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.

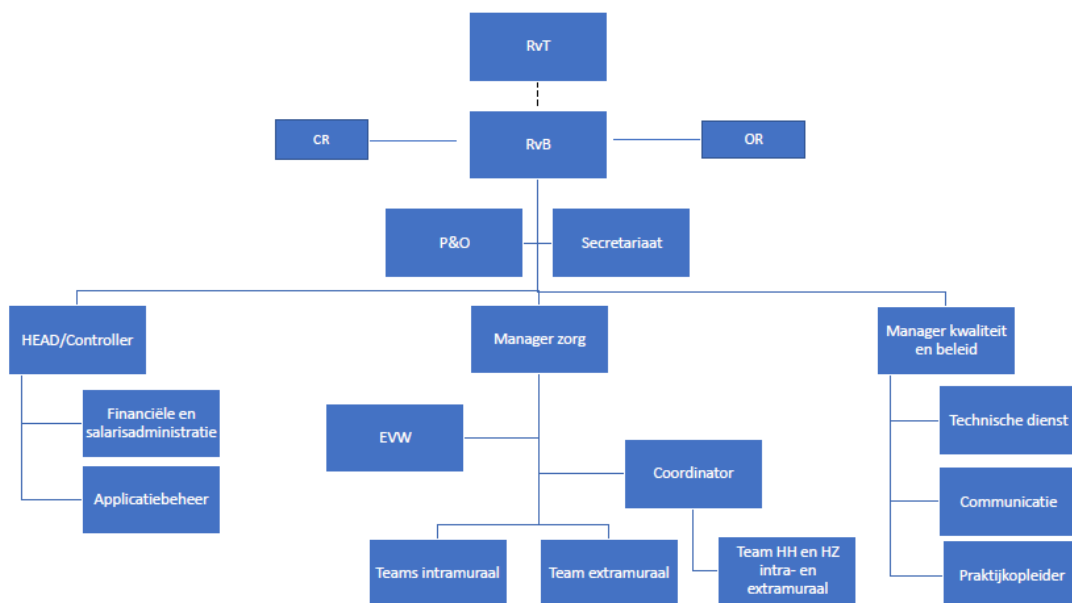
2.4 Structuur

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). Tevens een thuiszorgorganisatie 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 cliënten. Het andere medezeggenschapsorgaan wordt gevormd door de ondernemingsraad, voor de inspraak en belangenbehartiging van de medewerkers en de VAR (Verpleegkundigen Adviesraad). Beide 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 2018 kan als volgt worden weergegeven:



2.5 Kerngegevens

Stichting Ouderenzorg Noord-Beveland (Zorgcentrum Cleijenborch)	
Adres	Dr. Maasstraat 4
Postcode	4486 BW
Plaats	Colijnsplaat
Telefoonnummer	0113-240900
Identificatienummer Kamer van Koophandel	41114556
E-mailadres	info@cleijenborch.nl
Internetpagina	www.cleijenborch.nl
Rechtsvorm	Stichting
Werkgebied	Noord-Beveland
AGB-codes	Intramuraal: 42424574 Extramuraal: 75752078 Koepelcode: 41412516
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 op kwaliteitsindicatoren, wordt afgezet tegen de begroting, productieafspraken en het 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 risico denken en het beheersen van de risico's een steeds belangrijkere rol spelen. Dit hoort bij het gedachtegoed van goed

governance. Hierin is risicobeheersing, naast toezicht, verantwoording en prestatiebesturing, een belangrijk onderdeel. Om deze reden besteedt Stichting Ouderenzorg Noord-Beveland aandacht aan risicomangement.

2.6 Zorgprofielen

SONB biedt een totaalpakket aan zorg, welzijn en wonen voor haar cliënten/bewoners, omschreven in zorgzwaartepakketten (ZZP's) binnen de Verpleging en Verzorging (V&V). Een ZZP beschrijft hoeveel en welke ondersteuning of zorg iemand nodig heeft, omschreven in pakket-uren, gefinancierd vanuit de WIZ.

De zorg die SONB biedt, bestaat uit de 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 WIZ, 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	WIZ geïndiceerde cliënten ZZP V&V exclusief behandeling	69,7	4.625
	Eerstelijnsverblijf kortdurend	0,7	48
	Huurders (zorg ZVW en WMO)	9	97

Capaciteit WIZ en ELV kan variëren, flexibel inzetbaar

Aantallen en leeftijdsopbouw van onze WLZ-geïndiceerde verblijfscliënten 2018 (peildatum 31 december)

Product	Aantal cliënten	Gemiddelde leeftijd
Verblijfscomponenten VV niet geïndiceerd	2	80,33
ZZP VV 2 +DB	2	87,56
ZZP VV 3 +DB	2	98,92
ZZP VV 4 +DB	18	88,82
ZZP VV 5 +DB	23	86,17
ZZP VV 6 +DB	23	87,21
Eindtotaal	70	87,43

Opbrengsten zorgprestaties en maatschappelijke ondersteuning
Jaarekening 2018

Opbrengsten zorgprestaties en maatschappelijke ondersteuning	
	€
Opbrengsten zorgverzekeringswet (exclusief subsidies)	393.987
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten WLZ-zorg (exclusief subsidies)	4.817.718
Opbrengsten WMO	167.570
Totaal	<u>5.379.274</u>
Subsidies (exclusief WMO en jeugdzorg)	
Subsidies WLZ/ZVW-zorg	0
Rijkssubsidies vanwege het Ministerie van VWS	27.237
Subsidies vanwege Provincies en gemeenten (exclusief WMO en Jeugdzorg)	14.895
Overige subsidies, waaronder loonkostensubsidies en EU-subsidies	11.365
Totaal	<u>53.498</u>
Overige bedrijfsopbrengsten	
Tafeltje Dekje en gasten bewoners, opbrengsten maaltijden	221.565
Opbrengsten alarmering	4.391
Waskostenregeling	34.923
Telefonie	8.416
Verhuur	96.511
Diversen	177.410
Totaal	<u>543.216</u>

3. Personeelssamenstelling

Overzicht personeelsformatie 2018 (op basis gewerkte uren)

Gerealiseerde formatie 2018

Functie	Niveau	Aantal	Fte
Zorg intramuraal			
Eerst Verantwoordelijk Verzorgende	3	9	7,65
Helpende	2	14	7,72
Leerling Verzorgende Niveau 3 IG	Leerling	7	2,94
Verpleegkundige	4	6	3,85
Verzorgende IG	3	26	15,33
Zorgassistent	1	26	12,52
Zorg extramuraal			
Hulp bij huishouding		14	1,16
Medewerker huishoudelijke zorg (WMO)		8	0,90
Teamleider Extramuraal		2	0,30
Verpleegkundige Extramuraal		5	1,41
Verzorgende IG		8	3,34
Wijkverpleegkundige		2	1,92
Facilitair			
Chauffeur		6	0,64
Eerst Verantwoordelijke Facilitaire zaken		1	0,90
Huishoudelijke medewerker		11	4,49

Technische medewerker		2	1,69
Staf en ondersteuning			
Applicatiebeheerder / Medewerker communicatie		1	0,78
Coördinator Huishouding / Medewerker Secretariaat		1	0,95
Directeur		1	1,12
Eerst Verantwoordelijke Welzijn		1	0,65
HEAD / Controller		1	1,00
Interim Manager Vastgoed en TD		1	-
Manager Kwaliteit en Beleid		1	1,00
Manager Zorg		1	1,01
Medewerker Financiën		1	0,68
Medewerker Secretariaat		1	0,83
Praktijkopleider		1	0,78
Senior P&O Adviseur		1	0,50
Totaal		159	76,07

Vrijwilligers		35	
---------------	--	----	--

Totale personele kosten als percentage van de totale opbrengsten zijn: 61,1%			
--	--	--	--

Kengetallen

In 2018 bestond de formatie, gemeten over het gehele jaar uit 76,07 Fte. In 2018 zijn 40 medewerkers in dienst getreden (16,89 Fte op basis contracturen) en 18 medewerkers (7,6 Fte op basis contracturen) zijn uit dienst getreden. De gemiddelde leeftijd van het totale personeelsbestand per 31 december 2018 bedraagt 46,21 jaar.

3.1 Ziekteverzuim

Het ziekteverzuim in 2018 bedraagt 4,84 % (excl. vangnet) en 5,33 % (incl. vangnet). De verzuimcijfers liggen daarmee lager dan voorgaand jaar (2017: 7,0 % exclusief vangnet en 8,1 % inclusief vangnet). De beleidsdoelstelling maximaal 5 % ziekteverzuim (excl. vangnet) over 2018 is daarmee behaald. In 2018 was maar liefst 78% van het totale verzuim terug te voeren op niet werk gerelateerd lang verzuim.

4. Verantwoording

4.1 Zorg

4.1.1 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, bepaalt mede de kwaliteit van zorg en draagt aldus bij aan de kwaliteit van leven van de cliënt. Binnen de relatie tussen cliënt, zorgverleners en zorgorganisatie komt dit optimaal tot zijn recht.

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

1. De zorg- en dienstverlening heeft een multidisciplinair karakter
2. Goede afspraken en een goede samenwerking liggen vast in een zorgleefplan. Iedere cliënt beschikt binnen 24 uur over een zorgleefplan, waarin in ieder geval is opgenomen: medicatie, dieet, primaire hulpvraag, 1^e contactpersoon en hoe te handelen bij calamiteiten. Het

opstellen van een zorgleefplan wordt in ieder geval door een EVV (minimaal niveau 3) gedaan en wordt uiterlijk zes weken na opname (of zoveel eerder als mogelijk) volledig definitief. 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.

4.1.2 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Autonomie

Een van de doelstellingen die beschreven staan 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. Deze vraag wordt vastgelegd in het zorgleefplan (ZLP) evenals afspraken over het levenseinde. Deze worden halfjaarlijks geëvalueerd.

Uniek zijn/diversiteit

Kennis van de cliënt en zijn/haar wensen worden geïnventariseerd en verwerkt in het ZLP zoals opgenomen in onze 'Visie ZorgLeefPlan methodiek'. 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. Dit diversiteitsbeleid (in de breedste zin van het woord) richt zich enerzijds op het thema culturele/religieuze diversiteit en migranten (zowel ouderen als medewerkers). Anderzijds richt dit diversiteitsbeleid zich op seksuele diversiteit en LHBT-ouderen en –medewerkers (oftewel Lesbisch, Homoseksueel, Biseksueel, Transgender) – een relatief onzichtbare groep in de zorg. Al deze groepen hebben ervaringen met sociale uitsluiting en discriminatie, iets wat SONB niet tolereert! Het diversiteitsbeleid 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. In 2018 is in het kader van diversiteit een certificeringstraject (De Roze Loper) ingezet. De certificeringsaudit zal in het eerste kwartaal 2019 plaatsvinden.

Inmiddels is er een ambassadeur aangesteld, zijn de beleidsdocumenten, procedures en werkinstructies aangepast, is er informatiemateriaal ontwikkeld en zijn er interactieve informatiebijeenkomsten georganiseerd voor medewerkers, cliënten, vrijwilligers en mantelzorgers.

Zorgdoelen

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. De regie van de opnameprocedure en het definitieve plan liggen bij de EVV niveau 3. De mantelzorgers worden bij de totstandkoming van het ZLP betrokken en participeren (waar van toepassing) hierin.

4.1.3 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.

Op de volgende 4 manieren wordt de basisveiligheid geborgd:

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

Binnen SONB wordt op de volgende relevante indicatoren rondom basisveiligheid gemeten:

- Medicatieveiligheid
- Medicatiereview
- Decubituspreventie
- Gemotiveerd gebruik van beperkende maatregelen
- Preventie ziekenhuisopname
- Incontinentie
- Vocht en voeding
- Onbegrepen gedrag
- Depressieve symptomen
- Valincidenten
- Delier
- Advanced Care Planning

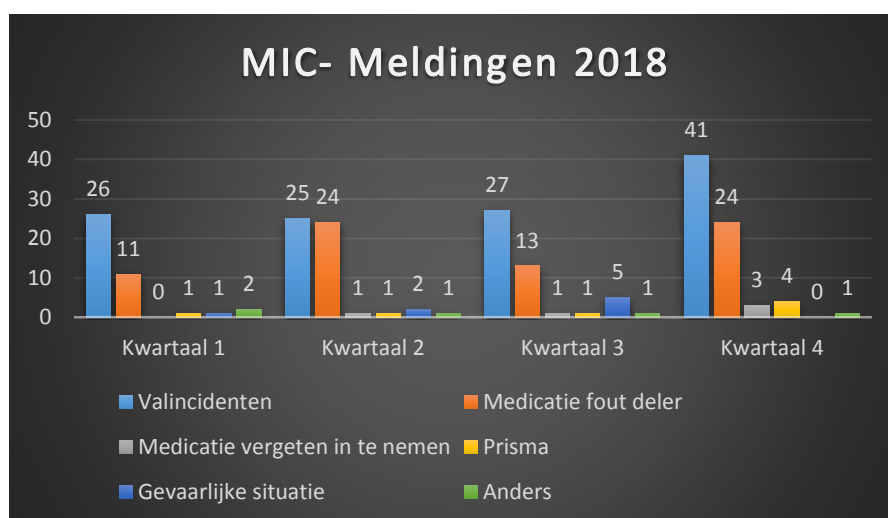
Binnen SONB maken de zorgindicatoren deel uit van de beleidscyclus. Per kwartaal worden de gegevens verzameld en verwerkt in een rapportage. Deze rapportage wordt besproken in de zorgkwaliteitsgroep/VAR, het kwaliteitsmanagementteamoverleg en het managementteamoverleg (onder voorzitterschap van de bestuurder).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

Medicatie

Medicatieveiligheid SONB werkt volgens de 'Veilige principes in de medicatieketen'. Het medicatiebeleid en het daaruit voortvloeiende beheerssysteem, waaronder procedures, werkinstructies, protocollen, die opgenomen zijn in het documentenbeheerssysteem, zijn hiervan afgeleid. Daarnaast speelt de medicatiecommissie een belangrijke rol. Per kwartaal vergadert deze commissie met de apothekhoudende 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 cliëntgebonden medicatie wordt minimaal twee keer per jaar geëvalueerd tijdens de zorgplanbespreking. Daarnaast wordt de voorgeschreven medicatie 1x per jaar door de apothekhoudende huisarts geëvalueerd.

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.



In 2018 zijn er in totaal 261 MIC-meldingen gedaan waarvan 77 medicatie incidenten. De medicatie incidenten betroffen 5 meldingen "vergeten in te nemen" en 72 "meldingen fout deler". Na de MIC-"melding fout deler" zijn in alle gevallen ook een formulier fout deler ingevuld ter analysering van de incidenten. De uitkomsten zijn met desbetreffende medewerkers geëvalueerd en zo nodig ook in de reguliere teamoverleggen, medicatiecommissie en de Zorgkwaliteitsgroep/VAR. De kwartaalcijfers met eventuele acties zijn ook aangeleverd aan het MT als onderdeel van het beleidscyclus. Bij alle meldingen is een risicoanalyse uitgevoerd. Dit heeft in 1 voorval geleid tot overname van medicatieverstrekking door de verzorgenden. Aangetekend moet worden dat gelukkig geconstateerd kan worden dat de bereidheid tot melden van incidenten binnen SONB groot is en het systeem goed werkt.

Decubitus

In Zeeland ontbrak het aan een keten in de wondzorg. Alle disciplines werkten vanuit hun eigen "eiland". Samenwerking ontbrak op vele punten. Deze gegevens waren de aanleiding om als SONB samen met nog drie samenwerkende kleinere zorgaanbieders het nieuwe 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
- Praktijkverpleegkundige

De huisarts is de verantwoordelijk hoofdbehandelaar.

De (wijk)verpleegkundigen (aandachtsvelders) vormen de werkgroep wondzorg. Op elke afdeling is een aandachtsvelder wondzorg aanwezig.

Middels het opzetten van een behandelplan in het Elektronisch Cliënten Dossier (ECD), het toepassen van standaard diagnostiek en het hanteren van een wondclassificatiesysteem is er uniformiteit in registratie en behandeling. De (wijk)verpleegkundigen (aandachtsvelders) vormen de verbindende schakel tussen alle zorgverleners die betrokken zijn bij de wondbehandeling. Dit bevordert de kwaliteit van zorg en een eenduidige behandeling.

Indien er meer expertise gewenst is, zal de huisarts de externe verpleegkundig specialist wondzorg inschakelen voor consultatie.

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.

Voor het up to date houden van actuele kennis worden overige zorgmedewerkers, mits bevoegd, jaarlijks (bij)geschoold en getoetst volgens de actuele landelijke richtlijnen. Daarnaast vindt er voorlichting en deskundigheidbevordering plaats met betrekking tot cliënt/ en of mantelzorger, met als doel preventie, het behoud en bevorderen van de regiefunctie over het eigen (wond)zorgproces en

zelfzorg.

Bewaking van het proces

Het wondbehandelplan staat geregistreerd in het ECD en in de Wondmonitor. 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 het 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 een blijvend lage huidletsel-/decubitusprevalentie. Naast de kwartaalmetingen op huidletsel/decubitus wordt er per kwartaal ook gemeten op incontinentie en daarnaast ook als gevolg daarvan, vochtletsel/smetplekken, omdat uitkomsten deel uitmaken van de preventie. In 2018 waren er gemiddeld 2 cliënten met decubitus waarvan er 1 geval van decubitus buiten de instelling is ontstaan.

Vrijheidsbeperkende maatregelen

Gemotiveerd gebruik van vrijheidsbeperkende 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 voor gekozen middel of maatregel/interventie
5. Evaluatie

Doel van het middelen- en maatregelenbeleid

Verantwoorde bescherming van cliënten bij wie 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 en de Zorgkwaliteitsgroep/VAR als onderdeel van de beleidscyclus. In 2018 is er begonnen met het ontwikkelen van nieuw beleid t.a.v. middelen en maatregelen. Dit vooruitlopend op de nieuwe wet zorg en dwang 2020.

Ziekenhuisopname

Bij aanvang zorg en minimaal 2 maal per jaar wordt bij alle cliënten een risicoanalyse uitgevoerd op de volgende punten: ondervoeding, huidletsel, incontinentie, medicatie, vallen, mondproblemen, delier, depressie, oogproblemen, oorproblemen, pijn en eenzaamheid. Bij verhoogd risico worden er in het ZLP zorgdoelen geformuleerd. Daarnaast wordt 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. In 2018 zijn 6 acute ziekenhuisopname geregistreerd. Redenen 4x vallen (2x heupfractuur, 1x aangezichtsletsel en 1x armfractuur), 1x pneumonie, 1x blaasretentie.

Incontinentie

Incontinentie is een van de indicatoren waarop driemaandelijks wordt gemeten als onderdeel van de rapportage zorginhoudelijke indicatoren die op zich weer input verzorgen voor de beleidscyclus. Zie ook onder item decubitus.

Vocht en voeding

Vocht en voeding zijn een van de indicatoren waarop driemaandelijks wordt gemeten als onderdeel van de rapportage zorginhoudelijke indicatoren die op zich weer input verzorgen voor de beleidscyclus.

In 2018 zijn bij gemiddeld 8 cliënten die kans hebben op onder- of overgewicht zorgdoelen vastgelegd in het zorgleefplan. Bij de kwartaalmetingen kwam naar voren dat er in alle gevallen adequate opvolging heeft plaatsgevonden.

Onbegrepen gedrag

Onbegrepen gedrag is een van de indicatoren waarop driemaandelijks wordt gemeten als onderdeel van de rapportage zorginhoudelijke indicatoren die op zich weer input verzorgt voor de beleidscyclus. Onderdelen waarop gemeten wordt zijn:

- Hallucineren, wanen, achterdocht

- Wegloopgedrag
- Verbaal probleemgedrag
- Fysiek probleemgedrag
- Sociaal onacceptabel of storend gedrag
- Weigeren van zorg

In 2018 bleek dat er gemiddeld 24 cliënten waren met een of andere vorm van onbegrepen gedrag. Uit de kwartaalmetingen blijkt dat er volgens het zorgleefplan adequate opvolging heeft plaatsgevonden.

Delier

Delier is een van de indicatoren waarop driemaandelijks wordt gemeten als onderdeel van de rapportage zorginhoudelijke indicatoren die op zich weer input verzorgt voor de beleidscyclus. In 2018 is er gemiddeld 1 cliënt geweest met een delier.

Depressieve symptomen

Depressieve symptomen is een van de indicatoren waarop driemaandelijks wordt gemeten als onderdeel van de rapportage zorginhoudelijke indicatoren die op zich weer input verzorgt voor de beleidscyclus.

In 2018 bleken er gemiddeld 6 personen te zijn met depressieve symptomen. Uit de driemaandelijkse rapportage blijkt dat er volgens het zorgleefplan adequate opvolging heeft plaatsgevonden.

Mondzorg

SONB heeft een mondzorgbeleid geschreven en geïmplementeerd dat gebaseerd is op de Richtlijn Mondzorg bij zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen. Binnen SONB functioneert een vakgroep mondzorg. Deze ondersteunt 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/inhuizing de mondzorgbehoefte en mondgezondheid van de cliënt en voert deze gegevens in het cliëntendossier aan de hand van een risico inventarisatielijst, welke 2x per jaar wordt geëvalueerd. Uiterlijk binnen 6 weken 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.

Hygiëne & Infectiepreventie

SONB heeft een Hygiëne en Infectiepreventie beleid en commissie. Daarnaast is er aan elke zorgafdeling een geschoolde hygiëne en infectiepreventiemedewerker verbonden.

SONB heeft 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.

Alle leden van de Hygiëne en infectiepreventiecommissie zijn op het gebied van hygiëne en infectiepreventie geschoold door de GGD.

Een greep uit de acties die de Hygiëne en infectie commissie zijn uitgevoerd:

- Een aantal werkinstructies en protocollen herzien en aangepast
- Communicatie tips en werkinstructies
- Afwijkingen/aandachtspunten die voort kwamen uit de interne audit afgerond
- Items m.b.t. hygiëne en infectiepreventie onder de aandacht gebracht bij medewerkers (o.a. door een klinische les en info in het medewerkers infoblad)
- Vragenlijsten m.b.t. MRSA bij intake, herzien en op ONS geplaatst
- Instructie schoonmaak waskarren
- Hygiëne en infectiepreventie op de agenda van de teamoverleggen

Antibioticagebruik

SONB heeft beleid dat gericht is op antibioticagebruik. De Hygiëne en Infectiecommissie 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 sinds 2017 integraal deel uit van het beleid. Op materieel gebied zijn er speciaal m.b.t. cytostatica en BRMO, voor alle afdelingen koffers samengesteld met materialen t.b.v. incidenten en preventieve maatregelen.

Valpreventie

SONB heeft een valpreventiebeleid 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. De kamercheck en loop-/ hulpmiddelencheck wordt ook jaarlijks integraal uitgevoerd en daarnaast vinden er 3x per week gymnastiekactiviteiten plaats o.l.v. een geriatrie fysiotherapeut. Rapportage gebeurt halfjaarlijks en maakt deel uit van de beleidscyclus.

Als onderdeel van o.m. valpreventie heeft SONB ook het beweegbeleid verder vorm gegeven. Er is bewust voor gekozen om naast de gymnastiekuurtjes verzorgd door een geriatrie fysiotherapeut, bewegen in het dagelijkse leven van de cliënt te integreren en niet om een beweegtuin o.i.d. aan te leggen. Enkele voorbeelden zijn:

- Iedere cliënt heeft een koffiezetapparaat op de kamer gekregen zodat zij weer zelf koffie zetten, mits zij dit nog kunnen.
- Iedere cliënt kan zelf zijn broodmaaltijd gaan halen en samenstellen i.p.v. dat dit op het appartement wordt aangeboden. Hiervoor zijn op elke afdeling 2x per dag broodbuffetten geïntroduceerd.
- Bewoners die niet permanent in een rolstoel zitten, lopend onder begeleiding naar activiteit etc. begeleiden.

Met betrekking tot bewegen zijn in samenspraak met de cliënt beweegafspraken vastgelegd in het zorgleefplan.

4.2 Wonen

4.2.1 Inleiding

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

4.2.2 Wooncomfort

Salon/Serre/Suite (huiskamers)

Door de zorg en welzijnsactiviteiten voor de cliënt meer op de afdelingen te concentreren, ontstaat er steeds meer behoefte aan een grotere gemeenschappelijke ruimte. In 2016 is de huiskamer op de 1^e verdieping uitgebreid en aangepast met de laatste snuffjes op zorggebied. In 2018 is een uitbreiding en aanpassing van de huiskamer (die door het succes te klein was geworden) op de 2^e verdieping uitgevoerd.

Hal/restaurant

De hal is de centrale ontvangstruimte waar alle vleugels op uitkomen. Aangrenzend is er ook een restaurant en worden er grotere activiteiten georganiseerd. Met de komst van een gezondheidscentrum (o.a. een apotheekhoudende huisartsenpraktijk en een praktijk voor fysiotherapie) binnen de muren van het Zorgcentrum en de ontwikkeling van een dierenweide, zal deze hal een nóg centralere rol krijgen. Hiermee wordt de wens voor het ontstaan van een wijkfunctie en daarmee het bevorderen van uitwisseling met mensen uit de wijk met onze cliënten tot gerealiseerd. Door voornoemde activiteiten zal ook de restaurantfunctie worden herzien. Hiervoor wordt momenteel een gastvrijheidsconcept ontwikkeld.

Tuin / grijs, groen en gelukkig

SONB is in samenwerking met het IVN (Instituut Voor Natuureducatie en duurzaamheid) het project "Grijs, Groen en Gelukkig" opgestart. 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 te maken met de burens, 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 Advies Raad (VAR) en er is een convenant ondertekend tussen SONB en IVN. Ondertussen is er een natuuractiviteitenkalender ontwikkeld, is er een groenten- en bloemenpluktuin aangelegd, een volière gebouwd en is er een begin gemaakt met de aanleg van een dierenweide.

Maaltijden

In 2017 is de centrale keuken van Cleijenborch gesloten. De maaltijden worden sindsdien betrokken uit de keuken van een van onze samenwerkingspartners. Cliënten kunnen een keuze maken uit 3 menu's. Daarnaast is er de mogelijkheid om de menu's aan te passen aan geloofs- of levensovertuiging. De menucommissie (in 2018 opgericht) bestaande uit zowel cliënten als medewerkers, overlegt per kwartaal met het hoofd van de keuken. Input zijn o.m. de afwijkingenregistraties. Ook zijn er in 2018 de verjaardagdinners ingevoerd. Deze worden elk kwartaal georganiseerd, cliënten en mantelzorgers kunnen hieraan deelnemen.

4.2.3 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, calamiteitenplan, crisisplan, BHV, voedselveiligheid, drinkwaterveiligheid, ergonomie, hygiëne en infectiepreventie, klachten en inspraak, valveiligheid, bedrijfscontinuïteit, ARBO- veiligheid, etc.

Veiligheid & calamiteiten

SONB beschikt over een Bedrijf Hulp Verlening (BHV) aangestuurd door een hoofd BHV. Regelmatig worden hiervoor trainingen en cursussen georganiseerd. Een keer per 2 jaar wordt er een ontruimingsoefening gehouden en geëvalueerd en wordt er door de brandweer gecontroleerd op brandveiligheid. In 2018 is er o.a. 4x deelgenomen aan platvormbijeenkomsten van de Veiligheidsregio, werden er maandelijks veiligheidscontroles uitgevoerd, is er de jaarlijkse brandveiligheidsinspectie uitgevoerd door een extern bedrijf, is i.v.m. de gebruikersvergunning de jaarlijkse controle van de gemeente en brandweer uitgevoerd, is er een onaangekondigde ontruimingsoefening uitgevoerd. De aandachtspunten die hier uit voortvloeiden zijn gecorrigeerd en geborgd.

Crisismanagement/bedrijfs-continuïteit

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. Het crisisteam heeft in 2018 met 2 andere zorginstellingen deelgenomen aan een door de Veiligheidsregio georganiseerde crisisoefening. De trainingen lopen in 2019 door.

Voedselveiligheid

Voor elke locatie is een HACCP-plan aanwezig. Om dit te borgen is een organisatie ingeschakeld die helpt het HACCP-plan actueel te houden en zodoende laat voldoen aan alle laatst geldende wet- en regelgeving. Alle zorgassistenten hebben in een HACCP-training gevolgd.

Sociale hygiëne

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

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

Medewerkers en vrijwilligers hebben hiervoor in 2018 de cursus Sociale Hygiëne gevolgd.

Legionella preventie

Om risico's op legionellabesmettingen zo laag mogelijk te houden, voert SONB een legionellabeleid. Wekelijks worden de watercontactpunten gemeten en doorgespoeld en worden de meetgegevens geregistreerd. In 2018 gaven de meetgegevens geen aanleiding tot acties.

Leveranciers

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

Informatiebeveiliging / Bescherming persoonsgegevens/privacy

SONB heeft een informatiebeveiligingsbeleid en bescherming persoonsgegevensbeleid dat gebaseerd is op NEN 7510, 7512, 7513 informatiebeveiligingsnorm en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) die 25 mei 2018 in werking is getreden. Er zijn 2 Data Protection officers (DPO) aangesteld.

4.2.4 Hulpbronnen

Materialen en hulpmiddelen

Er wordt gebruik gemaakt van vele materialen en hulpmiddelen. De Ergocoaches zijn verantwoordelijk voor het onderhoud van bijvoorbeeld de tilbanden en meetapparatuur, maar ook op het gebied van fysieke belasting, haptonomie, coaching etc.. Aan iedere afdeling is een Ergocoach verbonden. In 2018 zijn 3 extra Ergocoaches aangesteld met als doel de inzetbaarheid te verbreden. De scholing is in 2018 ook breder aangepakt. Hierbij zijn het grootste deel van de medewerkers betrokken geweest. Veel materialen en hulpmiddelen zijn aangeschaft en 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. De Ergocoaches rapporteren per kwartaal. 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.

Domotica

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

Technologie

Algemeen

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

ICT- partner

Beheert ons ICT- systeem middels monitoring van het ICT systeem op correct functioneren, proactieve bescherming tegen virussen en malware, automatische installatie van beveiliging updates en het uitfilteren van E-mails die spam of virussen bevatten. De ICT projectgroep heeft onderzoek uitgevoerd naar de voor- en nadelen van overstappen naar een andere ICT beheerder, echter, besloten is voorlopig bij de huidige aanbieder te blijven.

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 voldoet.

ECD

SONB maakt gebruik van ONS NEDAP als Elektronisch Cliëntendossier. Het gebruik kan op punten nog geoptimaliseerd worden. In 2018 is het Mantelzorgportaal CAREN Zorgt in werking gesteld.

Innovatie

SONB heeft een innovatiebeleid dat deel uit gaat maken van strategie en beleid. Onderdelen die in op de rol staan zijn:

- Vaststelling innovatiestrategie
- Innovatieportfolio samenstellen
- Modellen voor innovatieprojecten vaststellen

Onderhoud

Er is een meerjaren onderhoudsplan aanwezig. Onderdelen worden in de begroting opgenomen. Het meerjaren onderhoudsplan maar deel uit van de jaarplannen.

4.2.5 Overige

Informatie

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

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.

4.3 Welzijn

4.3.1 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. 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 in het verleden 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 als een geïntegreerd geheel (zowel individueel als groepsgebonden) op de afdeling georganiseerd. Daarnaast worden iedere dag centrale activiteiten aangeboden in het restaurant en de hal.

4.3.2 Zingeving

Zingeving algemeen

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 naar wie of wat er zin geeft aan zijn/haar leven, in deze situatie waarin zorg nodig is.

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

Zinvolle daginvulling

De zorg voor cliënten binnen de afdeling wordt kleinschalig georganiseerd en integraal aangeboden. Welzijn op de afdeling valt onder de regie van de EVV en wordt mede ondersteund door de Eerst Verantwoordelijke Welzijn (die in 2018 is aangesteld), zorgassistenten en vrijwilligers. Met iedere cliënt worden individuele afspraken gemaakt. Ook worden er één op één activiteiten als een bezoek aan een terrasje, de haven, het strand, vriend(in), tuin-/dieractiviteiten, houtbewerken, fietsen, etc. 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.

Daarnaast heeft een opleidingsinstituut in company alle EVV geschoold in 'Welzijnsaspecten in de zorg'.

SONB is in 2018 overgegaan tot de aanschaf van een Tover tafel. Deze rouleert over alle afdelingen zodat alle cliënten hier gebruik van kunnen maken. Ook is er een SilverFit Mile aangeschaft, hiervan wordt iedere dag gebruik gemaakt door de cliënten.

In 2018 is een start gemaakt met vergroening zowel binnen als buiten het zorgcentrum. Er is een volière geplaatst en er is een ontwerp gemaakt voor een kleinveeweide in de voortuin Begin 2019 zullen de werkzaamheden hiervoor starten.

Geloof

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

4.3.3 Schoon & verzorgd

Schoon & verzorgd algemeen

De wensen/afspraken ten aanzien van de behoefte aan en tijdstippen voor persoonlijke dagelijkse verzorging zijn in samenspraak met de cliënt in het ZLP vastgelegd. Als bijvoorbeeld een cliënt 's avonds gedoucht wil worden i.p.v. 's ochtends, wordt dit ingepland.

4.3.4 Participatie mantelzorgers & vrijwilligers

Mantelzorgers

Mantelzorgers worden betrokken bij de intake en de zorg rondom de cliënt maar zorgmedewerkers vinden het regelmatig nog moeilijk om participatie te vragen. Zij zijn hiervoor geschoold. GVPs (Gespecialiseerd Verzorgenden Psychogeriatric), die op elke afdeling werken, worden ingezet voor ondersteuning en voorlichting van de mantelzorgers en houden mantelzorgbijeenkomsten. Naast deze bijeenkomsten heeft SONB, i.s.m. de Gemeente Noord-Beveland en De Rabobank, in 2018 het initiatief genomen om 6-wekelijks een mantelzorgcafé te organiseren. Dit mantelzorgcafé is bedoeld voor zowel aan SONB gelieerde mantelzorgers als overige mantelzorgers in de gemeente Noord-Beveland. Verder is Caren Zorgt geïntroduceerd, het mantelzorgportaal van ons Elektronisch Cliëntendossier ONS, zodat de mantelzorgers meer betrokken worden bij de zorg voor hun naasten. Ook staat voor 2019 voorlichting over dementie voor de mantelzorgers gepland.

Vrijwilligers

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 dat in 2018 is herzien. Vrijwilligers worden periodiek getraind in o.a. sociale hygiëne en omgang met cliënten met dementie, omgang met agressie en/of seksuele intimidatie.

In 2018 is een Eerst Verantwoordelijke Welzijn (EVW) aangenomen. Deze EVW zal mede het Welzijnsbeleid tot uitvoering brengen. Verder is er in 2018 een vrijwilligersenquête uitgevoerd. Aan de hand van de uitslag zijn een aantal actiepunten geformuleerd.

4.3.5 Overige

Cliëntenraad

De cliëntenraad is een orgaan dat op organisatieniveau de belangen behartigt van de cliënten en structureel overleg heeft met de bestuurder. De cliëntenraad bestaat uit afgevaardigden van cliënten intramuraal, cliënten extramuraal, huurders en mantelzorgers.

In 2018 hebben er 5 vergaderingen plaatsgevonden. De volgende onderwerpen zijn onder meer aan bod gekomen:

Adviezen:

- Verbouwing salon
- Adviesaanvraag herpositionering extramuraal
- Verkenning fusie

Instemming:

- Plan extra middelen W&T 2019
- Prijslijst facultatieve diensten 2019
- Diversiteitsbeleid

Overige agendapunten:

- AVG
- Kwaliteitsplan 2018/2019
- Vragenlijst vrijwilligerstevredenheidsonderzoek
- Antipestprotocol cliënten
- Auditrapport DEKRA
- Kwaliteitsverslag 2017
- Meldcode ouderen mishandeling
- Maatschappelijk verslag 2017
- CAREN zorgt
- Huisartsenpraktijk/gezondheidscentrum
- Project IVN
- Directiebeoordeling
- Nieuwe medezeggenschapswet
- Welzijnsbeleid 2018
- Kasverslag
- Brandveiligheid

De Cliëntenraad wordt ondersteund door een Cliëntenraadondersteuner en een notulist. De jaarvergadering, waarvoor alle cliënten en cliëntvertegenwoordigers werden uitgenodigd, werd inhoudelijk samen met de werkgroep Diversiteit georganiseerd en gepresenteerd. Thema van de bijeenkomst was 'diversiteit bij ouderen' en werd begeleid door Roze 50+.

4.4 Leren en verbeteren van kwaliteit

4.4.1 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 9001 norm 2015. 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 delen. 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.

4.4.2 Tevredenheid

Cliënttevredenheidsondezoek

Kwaliteit van zorg bij SONB wordt niet alleen door externe partijen gemeten (CQ en Zorgkaart Nederland) maar ook door onszelf middels o.a. eindezorggesprekken en evaluaties. Uitkomsten en plannen van aanpak worden i.s.m. de Cliëntenraad ontwikkeld en geëvalueerd. Verder worden de plannen en de voortgang binnen de zorgkwaliteitsgroep/VAR en het MT gerapporteerd als onderdeel van de beleidscyclus.

In 2018 is door een extern bureau onder de intramurale bewoners en de vertegenwoordigers van PG cliënten een CQ uitgevoerd. De NPS-score van deze CQ bedroeg 76.6. Naar aanleiding van deze uitslag is er in samenspraak met de cliëntenraad een plan van aanpak geschreven.

Cliëntenevaluatie

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

Eindezorggesprekken

Na beëindiging van iedere zorgrelatie vindt er een eindezorggesprek plaats. Driemaandelijks wordt hier op gerapporteerd en geëvalueerd. Deze rapportage en evaluatie maakt onderdeel uit van de beleidscyclus. Daarnaast worden tijdens het eindezorggesprek de gesprekspartners uitgenodigd hun waardering te geven op Zorgkaart Nederland.

Medewerkers evaluatie

Bij medewerkers worden (naast het tevredenheidsonderzoek) op diverse momenten de werkzaamheden geëvalueerd. Voorbeelden hiervan zijn de functioneringsgesprekken, teamoverleggen en exitgesprekken. Relevante uitkomsten vormen o.m. input voor het scholingsjaarplan.

4.4.3 Afwijkingen

Melding (bijna) Incidenten Cliënten (MIC)

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

MIC-meldingen m.b.t. vallen

In 2018 zijn er 129 MIC meldingen m.b.t. vallen geregistreerd. Hiervan waren er 49 met letsel. Acht maal is er na een incident met letsel een prisma-analyse uitgevoerd. De uitkomsten van de prisma-analyses gaven geen aanleiding tot vervolgacties. De MIC- rapportages worden per kwartaal teruggekoppeld aan de medewerkers middels het medewerkers infoblad, met de bedoeling van betrokkenheid, transparantie en daardoor de bereidheid tot registratie te motiveren. Er kan geconcludeerd worden dat het kwaliteitssysteem goed werkt en dat de bereidheid tot melden groot blijft.

Melding (bijna) Ongevallen Medewerkers (MOP)

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

In 2018 is er 1x melding gemaakt van een incident. Deze melding gaf geen aanleiding tot verdere acties en is afgerond.

Diensten, producten en corrigerende maatregelen

Binnen SONB hanteren wij de procedure afwijkende diensten/producten en corrigerende maatregelen. Afwijkingen en correcties worden volgens deze procedure behandeld.

Registratie afwijkingen en correcties wordt uitgevoerd 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.

In 2018 zijn er 123 afwijkingen geregistreerd. Op alle afwijkingen heeft er een corrigerende maatregel plaatsgevonden. De meeste afwijkingen betroffen de afdeling keuken (extern). De afwijkingen zijn o.a. besproken in/met:

- De menucommissie
- De apotheekhoudende huisarts
- 2x met externe leveranciers n.a.v. de leveranciersbeoordeling

De afwijkingsrapportages worden per kwartaal teruggekoppeld aan de medewerkers middels het medewerkers infoblad met de bedoeling van betrokkenheid, transparantie en daardoor de bereidheid tot registratie te motiveren.

Klachten

Overeenkomstig de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector, is bij SONB een klachtenregeling van toepassing. SONB heeft hiervoor het 'Beleid en procedure klachten en tips'. Alle cliënten, medewerkers en vrijwilligers worden van beleid en procedure op de hoogte gebracht. Daarnaast zijn er 2 klachtenfunctionarissen in functie en is SONB aangesloten bij Klachtencommissie Zeeland. Per half jaar wordt er door de klachtenfunctionarissen een verslag ingediend. Deze vormen input voor de beleidscyclus. In 2018 zijn er bij zowel de klachtenfunctionarissen als bij de Klachtencommissie Zeeland geen klachten ingediend.

Gedragcode, informatie en communicatie

SONB heeft een 'Gedragcode informatie en communicatie'.

De Gedragcode informatie en communicatie bevat regels voor medewerkers voor het gebruik van elektronische communicatiemiddelen/sociale media 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.

Ongewenste omgangsvormen

SONB heeft een klachtenreglement ongewenste omgangsvormen.

Doel is:

1. Een procedure te bieden voor de opvang, bemiddeling en behandeling van de klacht van de klager over ongewenst gedrag;
2. Op grond van ontvangen klachten over ongewenst gedrag structurele tekortkomingen in de organisatie te signaleren en deze signalen aan te wenden voor kwaliteitsverbetering. SONB heeft hiervoor een vertrouwenspersoon en een klachtencommissie. In 2018 is er geen beroep gedaan op deze procedure.

Meldcode ouderenmishandeling

SONB heeft een Meldcode ouderenmishandeling

Het doel van de meldcode is dat zorgverleners een zorgvuldige overweging maken in hoe te handelen bij signalen en vermoedens van ouderenmishandeling. De meldcode bevat een stappenplan. Dit stappenplan leidt de zorgverlener stap voor stap door het proces vanaf het moment van signaleren tot aan het besluit over het eventueel doen van een melding. Om een en ander te ondersteunen en te begeleiden is er een aandachtsfunctionaris. In 2018 waren er geen meldingen op het gebied van ouderenmishandeling.

Leveranciersbeoordeling

Ieder jaar vindt er een leveranciersbeoordeling plaats a.d.h.v. een inventarisatie van 'kritische' leveranciers. De registratie afwijkingen diensten, producten en corrigerende maatregelen maakt onderdeel uit van de beoordeling. In 2018 zijn er middels de 'registratie afwijkingen' 2 afwijkingen leveranciers geregistreerd. Deze registraties vormden o.m. input voor de leveranciersbeoordeling, waarna er een gesprek met desbetreffende leveranciers heeft plaatsgevonden.

4.4.4 Audits

Interne audits

Jaarlijks vindt er een interne audit plaats voor zowel de intra- als de extramurale afdeling. De audit wordt volgens een driejaarlijkse 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. Sommige van de auditoren worden bewust aan normgebieden gekoppeld, de gedachte hierachter is dat dit het eigen maken en de inzichtelijkheid van bepaalde processen bevordert. Rapportage en eventuele correcties zijn input voor de beleidscyclus. In totaal zijn waren er 7 afwijkingen geconstateerd, de afwijkingen zijn conform de procedure afgehandeld.

Het auditgebied van de interne audits van Stichting Ouderenzorg Noord-Beveland 2018 betreft:

- Veiligheid/ARBO-beleid/Ontruimingsoefening
- Zorg- en bedrijfscontinuïteit
- Afwijkingen/corrigerende- en preventieve maatregelen
- Registraties
- Verbeterproces (o.a. opvolging van meetresultaten)
- Hygiëne en infectie
- Medezeggenschap Cliënten
- Medezeggenschap Medewerkers
- Medicatievoorziening Intramuraal
- Medicatievoorziening Extramuraal
- Opleidingen
- Personeelsbeleid
- Primair proces Intramuraal

- Primair proces Extramuraal
- Cliëntendossier Intramuraal
- Cliëntenadministratie Extramuraal
- Inkoop/contractbeheer/leveranciersbeoordeling

Externe audits

In 2018 heeft er een externe audit plaatsgevonden voor zowel Norm VV&T en Algemeen organisatiedeel volgens de nieuwe HKZ norm ISO 9001 2015. Hierbij zijn geen afwijkingen/tekortkomingen geconstateerd.

4.4.5 PDCA

Beleidscyclus

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

Risicoanalyse

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 als basis. Op basis van het managementinformatiesysteem komt de meest actuele informatie ter beschikking om eventueel tussentijds beleid en strategie bij te kunnen stellen. Tijdens de nieuwe certificeringsaudit in april 2017 volgens de nieuwe HKZ ISO 9001 norm 2015 is het risicobeleid voldoende bevonden.

Kwaliteitsmanagementsysteem

Visie op kwaliteit:

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

Leveren volgens afspraak met de cliënt houdt in:

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

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

- te beheersen
- te toetsen
- en te optimaliseren

Het kwaliteitsbeleid:

1. Is gericht op het inzichtelijk maken van het totale zorgproces en de ondersteunende processen. De interacties tussen de processen onderling worden hierbij beschreven:
 - inzicht in de realisatieprocessen (besturend proces, ondersteunende processen en het primaire proces)
 - inzicht in de interactie tussen de processen
 - benoemen van kritieke punten en aandachtspunten in de keten van acties
 - beheersing van kritieke punten en aandachtspunten in de keten van acties
 - benoemen meetpunten, meetmethoden en indicatoren om de processen te optimaliseren

2. Is gericht op beheersing van de kwaliteitsdocumenten.
3. Is gericht op het betrekken van alle medewerkers bij de kwaliteitszorg.
4. Is gericht op het voldoen aan wet- en regelgeving.
5. Is gericht op een georganiseerd kwaliteitssysteem.
6. Is gericht op het continueren van het HKZ-certificaat.
7. Is gericht op het continu verbeteren en behalen van in het beleid geformuleerde doelstellingen.

Jaarlijks vindt er een vindt de organisatiebeoordeling plaats aan de hand van resultaten die voortkomen uit plannen, metingen en normen uit het kwaliteitsmanagementsysteem.

In 2018 is gewerkt aan:

- Verdere implementatie van de vastgestelde beheersmaatregelen. De basis is aanwezig in de vorm van procedures, werkinstructies enz.
- Integreeren van vastgestelde metingen, analyses, opvolging geplande acties gericht op het systematisch werken (continu verbeteren aan de hand van de resultaten van de metingen)
- Het creëren van draagvlak en het overdragen van kennis binnen de organisatie

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 voortgekomen, 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.

Naar aanleiding van het inspectiebezoek is een plan van aanpak gemaakt wat de volgende verbeterpunten bevat:

- 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
- Advance Care
- Reflectie
- Cultuur

Voor de ontwikkeling, ondersteuning, training en coaching van een verbetertraject is een extern adviesbureau benaderd. Dit adviesbureau zal zich voornamelijk toeleggen op het optimaliseren van het zorgleefplan en op het scholen van de medewerkers.

Het verbetertraject wordt als volgt vormgegeven:

Om alle medewerkers van Cleijenborch actief bij 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 rol binnen het team.

De training bestaat uit:

- Versterking van de individuele medewerker
- Versterking team EVV
- Versterking team Zorgassistenten
- Methodisch werken volgens PDCA
- Training/coaching verpleegkundigen
- Training/coaching
- Opzetten VAR
- Opzetten van feedbackgesprekken (structurele reflectie)

Daarnaast bevat het plan van aanpak de volgende punten:

- Visie Zorgleefplan ontwikkelen
- Procedure cliëntbespreking (al dan niet multidisciplinair) ontwikkelen
- 'Maat-'schappen tussen EVV en Zorgassistenten ontwikkelen (de 'echte samenwerking en uitwisseling' aan gaan)

- Extra huiskamerdiensten in de avonduren ontwikkelen
- Aanstellen Praktijkverpleegkundige ouderenzorg (PVO)
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. 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.
- Heroverweging EVV- schap
- Aansturing
Overweging om voor borging zorgkwaliteit een nieuwe functie (tussen manager zorg en de zorgmedewerkers) te introduceren.
- Monitoring Zorgindicatoren
Per kwartaal worden a.d.h.v. opgestelde criteria, de zorgindicatoren gemeten en verwerkt in een rapportage die input geeft voor de planning en controle.
De opgestelde criteria herzien en scherper neerzetten. Dit om o.m. bewustmaking van hantering inzet van middel m.b.t. zorgprocessen te bevorderen.
- Extra inzet zorgmedewerkers in de avonduren i.v.m. aandacht en rust voor de cliënt.
- Om het zorgleefplan op het levensverhaal van de cliënt te baseren wordt t.b.v. de intake in ONS de module intake a.d.h.v. het levensverhaal geactiveerd.
- Om tot een reductie te komen van het aantal zorgdoelen worden alle zorgdoelen herzien.
- Voor de dagelijkse doelen was er behoefte aan toch één of ander model van registratie. Hiervoor worden de zorgkaarten geïntroduceerd.
- Reflectiegesprekken worden structureel ingepland in de teambesprekingen. Medewerkers krijgen gelegenheid om een casus in te brengen. Ook kunnen casussen aangeleverd worden door de manager zorg.
- Bewonersbesprekingen worden geherintroduceerd. Hierin worden alle cliënten besproken.
- Medewerkers worden getraind in de nieuwe vorm van opzet en onderhoud van zorgleefplannen
- Voor de invulling van de zorgleefplannen werd, hoewel hier in het verleden veel aandacht aan besteed is, nog steeds te veel uitgegaan van het zorgmodel. Om de zorgmedewerker te sturen om hier anders mee om te gaan, zijn de domeinen nu als volgt ingedeeld:

Domein 1: Mentaal welbevinden

Domein 2: Woon en leefsituatie

Domein 3: Participatie

Domein 4: Lichamelijk welbevinden en gezondheid

- Zorgassistenten hebben meer rechten gekregen in ONS (lees en Rapporteren).
- **Aantrekken SOG + opdracht**
Aanleiding voor het aantrekken van een specialist ouderengeneeskunde (SOG)
Door de hogere zorgzwaarte van onze cliëntenpopulatie, neemt de behoefte aan specialistische kennis en zorg toe. SONB mag momenteel geen behandelcomponent leveren maar omdat de huidige zorgzwaarte dermate complex en multidisciplinair is, is de expertise hiervoor echter wel noodzakelijk. Daarom is SONB voornemens de diensten van een SOG in te huren.

Doelstelling

De SOG geeft vorm aan het multidisciplinaire team rondom de cliënt. Hoofdbehandelaar is momenteel de huisarts. De SOG vormt samen met de huisarts het medische team rondom de cliënt. De SOG adviseert de huisarts en is de specialist van de geriatrische cliënt. De SOG en de huisarts maken deel uit van het multidisciplinaire team. De SOG geeft inhoudelijk leiding aan het multidisciplinaire team (met onder andere paramedici, verpleegkundigen en verzorgenden). Gezamenlijk wordt begeleiding, behandeling en verzorging geboden aan de cliënten. De SOG is actief op een breed werkterrein van geriatrische revalidatie, psychogeriatric, palliatieve zorg en chronische somatiek, met als doel het functioneren van de cliënten te behouden of herstellen.

Opdracht

- Inrichten van het multidisciplinaire team rondom de cliënten
- Inrichten van de MDO's

- Opbouwen en onderhouden van contacten met de huisarts en andere specialismen
- Opbouwen en onderhouden van een netwerk aan paramedici
- Herinrichten van het middelen-en-maatregelenbeleid in samenwerking met de praktijkverpleegkundige ouderenzorg, vooruitlopend op de nieuwe wet Zorg en Dwang
- Onderzoeken van de mogelijkheden tot het leveren van de component 'behandeling'
- Borging van bovenstaande punten en de in de inleiding genoemde verbeterpunten.
- **Vrijheidsbeperkende/vrijheidbevorderende maatregelen en wils(on)bekwaamheid** maken ook deel uit van de opdracht aan de SOG.

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 competentie van de psycholoog is 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
- Er wordt er gekeken hoe een psycholoog aan SONB te binden en o.a. onderdeel uit te laten maken van het multidisciplinaire team.
- Er wordt momenteel gewerkt aan het tot stand komen van een VAR. De voorkeur lijkt te gaan naar een VVAR (Verpleegkundige en Verzorgende Adviesraad) De huidige constructie (de zorgkwaliteitsgroep, ook fungerend als VAR) voldoet niet.
 - Van alle cliënten met een M&M, zal de M&M worden heroverwogen. De afwegingen en het zoeken naar alternatieven spelen hierbij een prominente rol.

4.4.6 Samen leren

Inleiding

Stichting Ouderenzorg Noord-Beveland (SONB) werkt met veel partijen samen. Samenwerking (maar ook samen leren) vindt o.a. plaats binnen de ketenzorg dementie, de palliatieve zorgketen, en op het gebied van arbeidsmarkt en onderwijs met Viazorg.

Daarnaast is SONB onderdeel van het consortium ZorgZekerZeeland en van Wondzorg Zeeland. De leden van het consortium zien wij als ons lerend netwerk. Het betreft een viertal kleine Zeeuwse zorgorganisaties die op een aantal punten overeenkomsten hebben, maar er zijn ook verschillen. Al jaren vindt er structureel overleg plaats op directieniveau, maar ook tussen de kwaliteitsmedewerkers en de praktijkbegeleiders, en vindt er intervisie plaats voor de verpleegkundigen van de thuiszorg. Ook andere medewerkers zoeken elkaar incidenteel op om van elkaar te leren en te overleggen. Vanuit het kwaliteitskader verpleeghuiszorg ligt de opdracht om dit lerende netwerk zoveel mogelijk te benutten.

Voor alle zorgverleners en bestuurders dient er tijd en ruimte beschikbaar te zijn om op gezette tijden mee te lopen bij een collega organisatie uit het lerend netwerk.

Kennis delen

Binnen de organisatie bestaan allerlei vormen van kennisoverdracht. Voorbeelden hiervan zijn de jaarlijkse BIG-scholingen, de deel-je-kennismarkt, diverse vakgroepen, de ABC-bespreking (observatiemethodiek), etc.

Dit zijn structurele vormen van impliciete en expliciete vormen van kennisoverdracht.

Er zijn diverse vakgroepen, o.a. dementie (GVP), wondzorg, mondzorg, palliatieve zorg, infectiepreventie en hygiëne, etc. De vakgroepen houden op hun vakgebied bij welke nieuwe ontwikkelingen, protocollen ed. er zijn. Vakgroepleden worden extra geschoold. De vakgroepen worden gevormd door medewerkers uit de verschillende teams. De leden van de vakgroepen hebben een consultatiefunctie voor hun collega's en dragen actief hun kennis en vaardigheden over aan hun collega's binnen de vakgroep en binnen het eigen team.

Het delen van kennis sluit goed aan bij de opdracht vanuit het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Wij willen onze zorgmedewerkers de gelegenheid geven bij onze consortiumpartners (maar eventueel ook daarbuiten) een dag mee te lopen. Ook meelopen binnen een ander team van SONB is een mogelijkheid. Hiervoor is ruimte opgenomen in de begroting. In 2017 is hier beleid voor vastgesteld.

Doel

De blik verruimen en kijken naar goede voorbeelden binnen de zorg- en dienstverlening. Motto: "kijk eens om je heen, leren buiten de deur".

Hoe werkt het?

- Een medewerker dient een aanvraag in bij zijn of haar direct leidinggevende. Hiervoor is er een 'formulier aanvraag meeloopstage'.
- Op het formulier beschrijft de medewerker het doel van de stage en de plaats waar men stage wil lopen.
- De direct leidinggevende besluit wel/niet akkoord.
- Indien akkoord dan kijkt de leidinggevende samen met de medewerker wanneer dit het beste ingepland kan worden in het rooster. De medewerker regelt zelf de meeloopstage.
- Het betreft 8 uur (in werktijd), 1x per 3 jaar.
- Aanvragen dienen per team over 3 jaar verdeeld te worden.
- Een terugkoppeling naar het team kan plaatsvinden in woord en/of beeld met als uitgangspunt: wat kan SONB hiervan leren?

Netwerk

Deel uit maken van een lerend netwerk.

Met 5 collega zorginstellingen wordt al enige jaren op verschillende gebieden samengewerkt. Zo bestaan er lerende netwerken als:

- Bestuursoverleg G4 (de G staat voor Gelijk, dus zorgorganisaties van gelijke grootte). 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 G4. 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 praktijkopleiders G4. Agendapunten zijn o.a. gezamenlijke training opleidingscoördinatoren, opzetten en ontwikkelen van gezamenlijke scholings- en trainingsprogramma's (Eerst Verantwoordelijk Verzorgende en Gespecialiseerd Verzorgend Psychogeriatric), in-company trainingen aankopen, kennisdeling, etc.
- Gezamenlijk overleg Ondernemingsraden.
- Gezamenlijk overleg Cliëntenraden.
- 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.
- 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
- SONB en haar zorgprofessionals zijn continu in beweging. Telkens zijn zij bezig met vernieuwingen en verbeteringen met als doel: menselijke, doeltreffende en betaalbare zorg. Een hulpmiddel daarbij is het lidmaatschap van Vilans met als doel kennis ontwikkelen en delen, praktische handleidingen, toolboxes, signaleringslijsten of zorgstandaarden.

4.4.7 Overige

Kwaliteitsplan/kwaliteitsverslag

De kwaliteitsmanager schrijft 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 te laten vervallen. Om toch te kunnen blijven voldoen aan de normen zijn de overige HKZ-normen, voor zover dit mogelijk is, in dit kwaliteitsverslag geïntegreerd.

Participatie andere organisaties

- Gemeente Noord-Beveland: Afstemming met betrekking tot uitvoering WMO, het gemeentelijk ouderenbeleid, faciliteren in deelname welzijnsactiviteiten, subsidies, reiskostenvergoeding chauffeurs Tafeltje Dekje;
- Vier Huisartsenpraktijken Noord-Beveland: Bieden van huisartsenzorg en farmaceutische zorg aan de bewoners van Cleijenborch. Contacten over cliënten voor tijdelijk verblijf en thuiszorg; cliëntevaluaties;
- Zorgkantoor Zeeland (CZ): In het kader van de zorgcontractering is Zorgkantoor Zeeland de aanbestedende partij en verantwoordelijk voor de uitvoering van de WIZ.
- 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: 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 hersenletselszorg (CVA en NAH) zijn ook belangrijke onderdelen van de stichting. Doel van de ketenzorg dementie is d.m.v. vroegsignalering, diagnostiek, behandeling, begeleiding en zorg, omstandigheden te creëren waardoor betrokkene zo lang mogelijk zijn leven naar eigen wens kan blijven inrichten;

- Regionale Woning Stichting: samenwerking op het gebied van wonen en zorg op Noord-Beveland. Tevens maken wij voor de verhuur gebruik van hun huurgeschillencommissie;
- SVRZ: Samenwerking welzijn, Alexiaplein te Kamperland;
- Allévo: Samenwerking met betrekking tot de onplanbare zorg op Noord-Beveland en tevens samenwerking via consultatie van de verpleeghuisarts/ specialist ouderengeneeskunde van zorgverlener Allévo (verpleeghuis Cornelia te Zierikzee), opvolging professionele alarmering extramuraal;
- LOC: Het Landelijk Overlegorgaan Cliëntenraden (LOC) ondersteunt de cliëntenraad bij zijn werk;
- Biblioservicebus: informatieverstrekking over onze diensten en producten, ondersteunen van deze voorziening op Noord-Beveland;
- Wondzorg Zeeland: Wondzorg Zeeland is een initiatief van Zorg Zeker Zeeland en wil de complexe wondzorg in Zeeland op een hoger niveau brengen door: excellente verzorging van complexe wonden, verbetering van de kwaliteit van leven voor haar cliënten en een optimale service en bereikbaarheid voor cliënten en zorgverleners. Binnen Wondzorg Zeeland is een verpleegkundig specialist werkzaam op het gebied van wondzorg;
- Veiligheidsregio Zeeland: is een organisatie voor fysieke veiligheid, rampenbestrijding en crisisbeheersing in Zeeland. VRZ omvat brandweezorg, de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR), de Gemeenschappelijke Meldkamer Zeeland (GMZ), gemeentelijke bevolkingszorg, Risico- en crisisbeheersing en de afdeling Bedrijfsvoering. Hun activiteiten richten zich op het vergroten van de veiligheid van de Zeeuwse bevolking en bezoekers;
Dit doen zij samen met de dertien Zeeuwse gemeenten en met lokale, regionale en landelijke partijen als Politie Zeeland/West-Brabant, Provincie Zeeland, Rijkswaterstaat, Waterschap Scheldestromen, Defensie en zorginstellingen. VRZ ondersteunt onze organisatie op het gebied van bedrijfscontinuïteit, opleidingen op het gebied van veiligheid (bijv. opleiding t.b.v. het crisisbeleidsteam) en houdt platformbijeenkomsten op het gebied van veiligheid;
- Klachtencommissie Zeeland: Voor een nog betere zorg- en dienstverlening is een aantal Zeeuwse zorginstellingen aangesloten bij de Klachtencommissie Zeeland. Zij hebben gezamenlijk een klachtenregeling opgesteld. Daarin staat hoe de instellingen omgaan met klachten en hoe de Klachtencommissie Zeeland werkt. Hiermee voldoet SONB aan de wettelijke eis;
- Emergis: Intervisie
- Zuidhoek (Sociaal werkbedrijf) wasservice;
- 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).

4.5 Personeel

4.5.1 Inleiding

Personeelsbeleid, personeelssamenstelling en kwaliteit van werk

SONB streeft naar ontwikkeling en duurzame inzetbaarheid van haar medewerkers en gaat hierbij uit van de volgende kernwaarden; vrijheid, gelijkwaardigheid en verbondenheid. SONB staat voor een open aanspreekcultuur, resultaatverantwoordelijkheid en een gezond evenwicht tussen de belangen en mogelijkheden van medewerkers en de organisatie; iedere medewerker heeft potentieel en kan een waardevolle bijdrage leveren. Ons werk is bovenal mensenwerk. Onze klanten beleven c.q. ervaren onze zorg- en dienstverlening in eerste instantie in het contact met onze medewerkers. De termen 'eigen regie' en 'uitgaan van mogelijkheden' zijn hierin leidend en niet alleen van toepassing in de relatie zorgverlener/cliënt, maar evenzeer van toepassing in de relatie werkgever/werknemer. Vanuit dit perspectief zullen leidinggevenden en medewerkers zich daarom voor het behalen van

resultaten richten op professionaliteit, zelfstandigheid en verantwoordelijkheid, gerelateerd aan duurzame inzetbaarheid. SONB beseft, dat uiteindelijk niet 'de organisatie' beslissend is maar de houding, het gedrag en competenties van de mensen die er werken.

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/cliëntensysteem (is aanspreekpunt voor cliënt/cliëntensysteem, collega's en andere disciplines). Concreet gaat het om taken betreffende het zorgplan, continuïteit van zorg, multidisciplinaire zorg en overleg, overleg met 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 samenwerken 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

Daarnaast conformeren we ons aan het Actieplan Regionale Aanpak ArbeidsmarktTekorten 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. Eind 2017 heeft SONB een intentieverklaring getekend voor deelname aan het RAAT.

4.5.2 De kanteling

Kanteling

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 vrije tijd. Binnen SONB zijn hier o.m. de OR, de teams, P&O en teamleiding bij betrokken geweest. Dit

heeft in 2017 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.

4.5.3 Formatie

Uitgaven

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

Visie op leren en opleiden

Wij willen als organisatie een zich steeds door ontwikkelende organisatie zijn. Dat betekent voor ons dat we scholing en het leven lang leren van onze medewerkers bevorderen om ons als organisatie voortdurend aan te kunnen passen aan onze veranderende omgeving. Als organisatie streven we naar flexibiliteit, constante vernieuwing en verbetering. Management en leidinggevendenden hebben daarbij een sturende en ondersteunende taak. Nieuwe ideeën en initiatieven worden aangemoedigd en afgemeten aan de organisatiedoelstellingen.

Het vergaren van kennis, het delen van kennis en het gebruiken van kennis is hierbij een belangrijk middel. Elke medewerker heeft hierin een rol en een bijdrage. De structuur van de organisatie ondersteunt dit door o.a. te werken met vakgroepen.

We onderscheiden impliciete kennis en expliciete kennis. Impliciete kennis (ervaringen, vaardigheden, attitude) wordt overgedragen door demonstratie (voordoen) en wordt verkregen door kopiëren en imiteren. Expliciete kennis wordt overgedragen door onderwijs en studie (theorieën, formules, procedures etc.). Binnen de organisatie vinden we beide vormen van leren van belang. Van medewerkers wordt verwacht dat zij hun vaardigheden en attitude overdragen aan hun collega's. Een voorbeeld hiervan is dat de EVV aan het eind van de opleiding een eindopdracht moet maken. Wij als organisatie stellen hier hogere eisen aan. Wij vinden dat de EVV minimaal een keer een stukje beleid voor een bepaald gebied geschreven moeten hebben. Dit is om o.a. inzicht te krijgen in: waar beleid vandaan komt, hoe beleid ontstaat, wat komt daar bij kijken, hoe implementeer je iets en hoe borg je het. Zij krijgen hier intensieve begeleiding in. En zeg nou zelf, hoe leuk is het niet als er een stukje beleid van jouw hand in de organisatie geïmplementeerd is? In de meeste gevallen blijven de EVV de ambassadeur voor dat stukje beleid. Zo is o.a. beleid m.b.t. mondzorg, bewegen en diversiteit geschreven en geïmplementeerd.

4.5.4 Opleidingen

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

Opleidingen algemeen

Doel voor de organisatie:

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

Doel voor de medewerkers:

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

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

- **Opleidingsdoel voortkomend uit individueel functioneren**
(bijv. op peil houden van beroepsvaardigheden, ontwikkeling van competenties). Hierin zijn verwerkt, de jaarlijks terugkerende (verplichte) bijscholingen als BHV, ontruimingsoefeningen, oefenen bekwaamheden verpleegtechnische handelingen verzorgend personeel en opleidingen die als zeer gewenst/noodzakelijk worden gezien voor de ontwikkeling/continuïteit van de organisatie.
- **Opleidingsdoel gericht op verandering functie-/taakhoud** Welk concreet resultaat moet die functie leveren en welke persoonlijke en functionele competenties zijn hiervoor nodig? Bijv. functieverbreiding, 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.

SONB doet veel aan scholingen en trainingen. Elk jaar wordt hiervoor een breed opleidingsplan opgesteld (zie kader onderstaand kader voor de in 2018 uitgevoerde scholingen).

Scholingsplan 2018

<ul style="list-style-type: none"> • BBL Verzorgende-IG • BBL Verpleegkundige • Opleiding GVP • Scholing GVP • Scholing Ergocoaches • Scholing Communicatie/Caren zorgt • Scholing Mantelzorg • Toetsing verpleegkundige handelingen (BIG) • Werkplekklaren Emergis • Scholing Infectiepreventie • Scholing wondzorg • Scholing palliatieve Zorg 	<ul style="list-style-type: none"> • Opleiding wondverpleegkundige • Opleiding Praktijkverpleegkundige • E-learning mondzorg • Training Vrijwilligers (PG) • Sociale hygiëne scholing schoonmaak • Scholing HACCP • Scholing Hoofd BHV • Training Crisisteam • Roze Zorg (trainingen medewerkers) • Roze Zorg trainingen Mantelzorgers en Vrijwilligers • Grijs Groen en Gelukkig
--	--

4.5.5 Professioneel handelen

Professioneel handelen staat voor een beroepshouding waarmee je laat zien wie je bent en hoe je met cliënten en collega's omgaat. 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.

4.5.6 Overige

OR

Binnen SONB functioneert een ondernemingsraad (OR) bestaande uit 5 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:

1. Overlegrecht
2. Adviesrecht
3. Instemmingsrecht
4. Recht op informatie
5. Initiatiefrecht

De ondernemingsraad heeft in 2018 7 keer formeel overleg gehad met de Raad van Bestuur en 7 onderlinge overleggen gevoerd. Voorafgaand aan de formele overleggen komen een delegatie van de OR en de bestuurder bijeen voor agenda bepaling.

In 2018 zijn in de Ondernemingsraad de volgende punten aan de orde geweest:

<ul style="list-style-type: none"> • Opleidingsplan • Informatiebrochure OR • Evaluatie feestweek • Vaststellingsovereenkomst ORT • Wondzorgsymposium • Scholingen vanuit G7 • Vilans protocollen • Doelgroepregistratie • Afhandeling melding incidenten (GGD) • Kwaliteitskader verpleeghuiszorg • Klachtenregeling • Vloer atrium • Inentingen • Voedingsenquête • Terugblik 2017 • Governance code • Toezichthoudend orgaan • Financiële rapportage • Deskundigheidsbevordering ondernemingsraden • Herstructurering CulinR/Facilitair • Verlenging sociaal plan • Kaderbrief 2019 • Alphahulpconstructie 	<ul style="list-style-type: none"> • Jaarverslag • Kanteling werktijden • Nieuwsbrief OR • Schikkingsvoorstel ORT • Strategisch beleidsplan • Detachering • Woon-/zorgzone rondom Cleijenborch • Wijkverpleegkundige • Scheiding intramuraal/extramuraal • Vakantieplanning • SDB zelfservicemodule • Adviesgroep Eerst Verantwoordelijke Welzijn • Prikaccidenten contract met ADRZ • Notitie nacht- en avonddiensten • Adviesaanvraag herstructurering • Financieel beleid • Risico's • Begroting 2019 • Toetsingskader ouderenzorg • Overleg Raad van Bestuur • Benchmark • Waardigheid en Trots • Vertrek voorzitter Ondernemingsraad • OR-reglement
--	--

4.6 Resultaat gericht

4.6.1 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 Advies Raad (VAR) dan wel een Professionele Advies Raad (PAR) in zijn/haar organisatie of door andere vormen waaronder digitale platforms.

4.6.2 Goed bestuur

RvT

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.

Toeziethoudend 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.

WNT (Wet Normering Topinkomens)

In 2013 in specifiek voor de zorgsector de Wet Normering Topinkomens van kracht. Deze is in 2016 opgevolgd door WNT-2. Voor wat de vaststelling van de bezoldiging van de Raad van Bestuur betreft wordt verwezen naar de jaarrekening.

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
- Financiën en juridische zaken
- Personeel

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.

Vergaderingen

De Raad heeft in 2018 vijf reguliere vergaderingen gehouden. Onderwerp van gesprek met de bestuurder waren – in willekeurige volgorde – onder meer:

<ul style="list-style-type: none"> • Accountantsverklaring • Jaarrekening • Maatschappelijk verslag 2017 • Ziekteverzuim • Waardigheid & Trots • Langlopende leningen en liquiditeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Governance • AVG • Kwaliteitsplan • Kwaliteitsverslag • WNT • Verkenning fusie
--	---

<ul style="list-style-type: none"> • Managementrapportage • Begroting 2019 	<ul style="list-style-type: none"> • Ontwikkelingen Gezondheidscentrum en Kleinveetuin • Directiebeoordeling
--	--

Uiteraard zijn interne zaken met de Raad van Toezicht besproken. Een raadslid heeft een vergadering van de cliëntenraad bijgewoond. Tevens heeft er een 'artikel 24-overleg' plaatsgevonden tussen de Raad van Toezicht en de Ondernemingsraad.

RvB

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

4.6.3 Overige

Zorgkwaliteitsgroep/VAR

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, OR, veiligheid, EVV en klachten. Input voor deze groep bestaat uit registraties, kwartaal- en jaarverslagen, jaarplannen wet- en regelgeving, actualiteit en beleid. Zij hebben structureel overleg en geven gevraagd en ongevraagd adviezen aan de bestuurder/het management op beleid, scholing en corrigerende maatregelen.