

Kwaliteitsverslag 2020



Inhoud

Totaaloverzicht.....	3
1 Organisatie	4
1.1 Het profiel van Stichting Ouderenzorg Noord-Beveland.....	4
1.2 Missie en visie.....	5
1.3 Werkgebied	6
1.4 Structuur	6
1.5 Kernegegevens.....	6
1.6 Zorgprofielen	7
2. Personeelssamenstelling	9
3 Plannen en voornemens.....	9
3.1 Zorg.....	9
3.1.1 Kwaliteitsimpuls.....	9
3.1.2 Inzet kwaliteitsmiddelen.....	10
3.1.3 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning	12
3.1.4 Basisveiligheid.....	13
3.2 Wonen	17
3.2.1 Inleiding	17
3.2.2 Wooncomfort	17
3.2.3 Veiligheid	18
3.2.4 Hulpbronnen	20
3.3 Welzijn	21
3.3.1 Inleiding	21
3.3.2 Zingeving.....	21
3.3.3 Schoon & verzorgd	22
3.3.4 Participatie.....	22
3.3.5 Overige.....	22
3.4 Leren en verbeteren van kwaliteit	23
3.4.1 Inleiding	23
3.4.2 Tevredenheid	23
3.4.3 Afwijkingen	25
3.4.4 Audits	28
3.4.5 PDCA.....	28
3.4.6 Samen leren.....	29
3.4.7 Overige.....	29
3.5 Personeel	30
3.5.1 Inleiding	30
3.5.2 Formatie	31
3.5.3 Overige.....	32
3.6 Goed bestuur.....	33

Totaaloverzicht

Kwaliteit en veiligheid			
<p>Zorg</p> <p>Inleiding</p> <p>Persoonsgericht zorg en ondersteuning Autonomie Uniek zijn Zorgdoelen Multidisciplinaire benadering</p> <p>Basisveiligheid Medicatie Decubitus VBM Ziekenhuisopname Hygiëne en infectiepreventie Antibioticagebruik Incontinentie Valpreventie Gedragsproblemen Vocht en voeding</p> <p>Overige Administratie/ privacy</p>	<p>Wonen</p> <p>Inleiding</p> <p>Wooncomfort Huiskamers Hal Restaurant Tuin/Grijs Groen en Gelukkig Maaltijden</p> <p>Veiligheid Veiligheid en calamiteiten Crisismanagement/bedrijfscontinuïteit Voedselveiligheid Sociale hygiëne Leveranciers Informatiebeveiliging/beveiliging persoonsgegevens</p> <p>Hulpbronnen Materialen en hulpmiddelen Technologie Onderhoud</p> <p>Overige Informatie</p>	<p>Welzijn</p> <p>Inleiding</p> <p>Zingeving Zingeving algemeen Zinvolle daginvulling Geloof</p> <p>Schoon en verzorgd Schoon en verzorgd algemeen</p> <p>Participatie Mantelzorgers en vrijwilligers Vrijwilligers</p> <p>Overige Cliëntenraad Menucommissie</p>	<p>Leren en verbeteren</p> <p>Inleiding</p> <p>Tevredenheid Cliënttevredenheidsonderzoek Cliëntevaluatie Eindezorggesprek NPS Medewerkerstevredenheid Medewerkers evaluatie Vrijwilligerstevredenheid</p> <p>Afwijkingen Melding Incidenten Cliënten (MIC) Melding Ongevallen Medewerkers (MOP) 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 Netwerk Kwaliteitsplan/kwaliteitsverslag Samen leren Systematisch reflecteren</p> <p>Overige Participatie andere organisaties</p>

Randvoorwaarden

<p>Personeel</p> <p>Inleiding</p> <p>Functies Taakfunctieomschrijving Stagiaires Formatie De Kanteling</p> <p>Opleidingen Opleidingen algemeen</p> <p>Overige Ziekteverzuim Professioneel handelen RI&E OR</p>	<p>Resultaatgericht</p> <p>Inleiding</p> <p>Goed bestuur RvT RVB</p>
--	---

1 Organisatie

Voorwoord

Voor u ligt het Kwaliteitsverslag van Stichting Ouderenzorg Noord-Beveland (SONB) over het verslagjaar 2020.

Dit kwaliteitsverslag is gebaseerd op het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg en behoort tezamen met de jaarrekening - waar ook de verantwoording via het digitale portaal DigiMV bij hoort - en de aanlevering van het kwaliteitsverslag - gelijktijdig met de aanlevering van de kwaliteitsindicatoren verpleeghuiszorg verslagjaar 2020 aan het Zorginstituut Nederland - tot de formele verantwoording over onze activiteiten in 2020.

We kijken terug op een bewogen jaar. Vanaf begin 2020 is er sprake geweest van een wereldwijde COVID-19-19 pandemie. Al in een vroeg stadium hebben wij maatregelen getroffen en hiermee de voorpagina van de regionale pers behaald. Sindsdien is er binnen SONB dagelijks door iedereen hard gewerkt om de verspreiding van het virus te voorkomen en de gevolgen van een besmetting zoveel als mogelijk te beperken.

Ondanks de pandemie en alle gevolgen die dit voor de organisatie met zich mee heeft gebracht, hebben we ook mooie resultaten behaald. Zo heeft de IGJ in april 2020 opnieuw een inspectiebezoek aan zorgcentrum Cleijenborch gebracht en heeft daarbij geconcludeerd dat we nog wel midden in het verbeterproces zitten maar dat er flinke stappen voorwaarts zijn gemaakt en heeft daarom de ondertoezichtstelling per direct is opgeheven.

Verder is er een nieuw meerjarenbeleidsplan 2020/2025 geschreven, een nieuw ICT- systeem inclusief intranet aangeschaft en geïmplementeerd, is er op medicatiegebied gekozen voor de aanschaf van een nieuw elektronisch medicatiedistributiesysteem (de implementatie hiervan is momenteel gaande), is er een begin gemaakt om te komen tot kleinschalig georganiseerde zorg (dit vergt de nodige voorbereidingen op het gebied van zowel personeel als op het gebied van bouwtechnische aanpassingen) en is het digitaliseren van het MIC-proces met succes uit-/ingevoerd, etc.

De COVID-19-pandemie heeft gevolgen gehad voor alle plannen en ambities die SONB had gesteld voor 2020. Uiteraard is de basiszorg altijd doorgegaan maar op onderdelen zijn zaken bijgesteld of uitgesteld en doorgeschoven naar 2021. De plannen en ambities die wij voor het jaar 2021 hebben vastgelegd, zijn te vinden in ons Kwaliteitsjaarplan 2021.

1.1 Het profiel van Stichting Ouderenzorg Noord-Beveland

Wie zijn we en waar staan we voor

Stichting Ouderenzorg Noord-Beveland (SONB) is een zorgorganisatie die midden in de samenleving staat. Mensen die ondersteuning nodig hebben, kunnen een beroep op ons doen op het gebied van zorg en welzijn. Onze wortels liggen al meer dan honderd jaar in het Noord-Bevelandse gebied.

Onze positie in de samenleving

SONB is de grootste intramurale woonvoorziening op Noord-Beveland. Dit schept verplichtingen en verantwoordelijkheden.

We willen aanwezig zijn in de wijken op Noord-Beveland. We willen onze cliënten een totaalpakket aan zorg, wonen en welzijn bieden. Hierdoor zijn wij beter in staat om onze hulp of begeleiding rondom de cliënt (en zijn of haar eigen netwerk) te organiseren, waarbij alle onderdelen op elkaar zijn afgestemd. Betekenis geven aan de vraag van onze cliënten, betekent voor ons dat we in de buurt van onze cliënten aanwezig zijn. We halen de buurt ('buiten') naar binnen. Daarmee maken we meteen de eventuele overstap voor een nieuwe cliënt naar onze zorglocatie laagdrempeliger. SONB is maatschappelijk actief. We zoeken actief de verbinding op met onze omgeving. Zo bouwen we een intensieve samenwerkingsrelatie op met organisaties in de regio. We werken samen met verschillende partners zoals gemeente, woningcorporatie, ziekenhuis, huisartsen, opleidingsinstituten en collega zorgaanbieders.

Hier staan we voor

Wij zijn geïnteresseerd in de mens achter de cliënt en nemen dan ook de mens als uitgangspunt. Wat wil de cliënt echt? En wat heeft hij of zij nodig? Samen met zijn/haar omgeving ontdekken we waaraan iemand behoefte heeft. Dat doen wij niet alleen. Binnen SONB is iedereen is van even grote waarde, iedereen mag er zijn en eenieder wordt gezien.

SONB staat voor professionele en kwalitatieve zorg en zoekt de verbinding met anderen om dit mogelijk te maken.

1.2 Missie, visie en kernwaarden

Missie

Ons doel 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.

Visie

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 bij nodig. SONB wil hen als werkgever graag blijven binden, boeien en stimuleren.

Kernwaarden

Onze kernwaarden zijn: Vrijheid, Verbondenheid en Gelijkwaardigheid.

- *Vrijheid;*
Iedere cliënt heeft het recht zelf keuzes te maken. (Gast)vrijheid staat in alle zorg- en dienstverlening voorop. De cliënt voelt zich thuis en wordt op hartelijke en respectvolle wijze benaderd.
- *Verbondenheid;*
Het belang van het sociale netwerk van de cliënt voor zijn welzijn wordt onderkend.
- *Gelijkwaardigheid¹;*
Iedere cliënt wordt met respect voor zijn of haar opvattingen benaderd.

De missie, visie en kernwaarden kunnen worden samengevoegd in een aantal doelstellingen:

- Eigen regie door de cliënt staat voorop: we richten ons op de instandhouding of verbetering van het evenwicht tussen de cliënt en zijn sociale 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;
- Deskundigheid van de zorgverleners voldoet aan de eisen van deze tijd;
- We bieden kwalitatief goede zorg en keuzevrijheid in een aangename omgeving

¹ SONB heeft een diversiteitsbeleid. Dit diversiteitsbeleid (in de breedste zin van het woord) richt zich enerzijds op het thema culturele/religieuze diversiteit en migranten (zowel cliënten 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.

1.3 Werkgebied

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

1.4 Structuur

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

Stichting Ouderenzorg Noord-Beveland wordt bestuurd volgens het Raad van Toezicht-model. Dit betekent dat de Raad van Bestuur de stichting bestuurt en dat de Raad van Toezicht integraal toezicht houdt op het beleid van de Raad van Bestuur en op de algemene gang van zaken binnen de stichting conform hetgeen statutair is vastgelegd. De vereisten voortvloeiend uit 'good governance' zijn een regelmatig terugkerend punt van aandacht in het dagelijks handelen. De Raad van Bestuur is verantwoordelijk voor het beheersen van de risico's die zijn verbonden aan de activiteiten en voor de financiering van de organisatie. De hiervoor opgestelde risicoanalyse 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. Voornoemde raden worden betrokken bij het beleid van de stichting en hebben advies-, initiatief-, informatie- en/of instemmingsrecht over onderwerpen die voor hen en voor hun achterban van belang zijn. Zij communiceren binnen overlegvergaderingen met de Raad van Bestuur. Vanuit de Raad van Toezicht onderhouden de portefeuillehouders de verbinding met genoemde raden.

1.5 Kerngegevens

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

Risicobeheersing en controlesystemen

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

Periodiek wordt een managementrapportage opgesteld waarin de realisatie zowel op financieel gebied, geleverde zorg als ook kwaliteitsindicatoren, wordt afgezet tegen de begroting, productieafspraken en beleid. Daarnaast vindt maandelijks een 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 good governance. Hierin is risicobeheersing, naast toezicht, verantwoording en prestatiebesturing, een belangrijk onderdeel. Om deze reden besteedt Stichting Ouderenzorg Noord-Beveland aandacht aan risicomangement.

1.6 Zorgprofielen

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

De zorg die SONB biedt bestaat uit 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:

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

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

Overzicht locaties, doelgroepen en aantallen cliënten 2020

Locatie	Doelgroep	Capaciteit	(verwachte) omzet op jaarbasis (x € 1.000)
Cleijenborch	WLZ geïndiceerde cliënten ZP V&V exclusief behandeling	73	4.850 (>VV4)
	Huurders (zorg ZVW en WMO)	12	116

Capaciteit WLZ en ELV kan variëren, flexibel inzetbaar

Clïentbezetting WLZ 01-11-2020

	Aantal	Gemiddelde leeftijd
Verblijf niet geïndiceerde partner V&V	1	85,35

ZZP 4VV +DB	15	89,50
ZZP 5VV +DB	27	87,32
ZZP 6VV +DB	25	88,77
Eindtotaal	68	88.30

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

Specificatie opbrengsten 2020

Opbrengsten zorgprestaties en maatschappelijke ondersteuning 2020	
	€
Opbrengsten zorgverzekeringswet (exclusief subsidies)	345.924
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten WLZ-zorg (exclusief subsidies)	5.532.780
Opbrengsten WMO	386.770
Zorggerelateerde Coronacompensatie	446.884
Totaal	<u>6.712.358</u>
Subsidies (exclusief WMO en jeugdzorg)	
Rijkssubsidies vanwege het Ministerie van VWS	303.011
Subsidies vanwege Provincies en gemeenten (exclusief WMO en Jeugdzorg)	13.609
Overige subsidies, waaronder loonkostensubsidies en EU-subsidies	25.200
Totaal subsidies	<u>341.820</u>
Overige bedrijfsopbrengsten	
Tafeltje Dekje en gasten bewoners, opbrengsten maaltijden	9.236
Opbrengsten alarmering	2.343
Waskostenregeling	1.031
Telefonie	10.185
Verhuur	141.615
Diversen	155.986
Totaal	<u>320.398</u>

Overzicht personeelsformatie 1 november 2020 (op basis van contracturen)

Facilitair	Aantal	Totaal Fte
Chauffeur	1	0,11
Eerst verantwoordelijke facilitaire zaken	1	0,89
Huishoudelijk medewerker	9	6,04
Medewerker Groen	2	0,89
Medewerker in algemene dienst	1	0,14
Technisch medewerker	2	1,67
Totaal	15	9,74
Staf		
Bestuurssecretaris	1	1
Coördinator Huishouding/Medewerker Secretariaat	1	0,89
Directeur	1	1,11
Eerst Verantwoordelijke Welzijn	1	0,78
Gastvrouw	2	0
HEAD/controller	1	1

Manager Kwaliteit en Beleid	1	1
Manager Zorg	1	1
Medewerker Financiën	1	0,78
Personeelsplanner	1	0,89
Praktijkopleider	1	0,78
Receptionist/Telefonist	2	1,12
Senior P&O Adviseur	1	0,56
Totaal	15	10,91
Zorg		
Coördinerend Verpleegkundige	6	5,12
Eerst Verantwoordelijke Zorg	7	5,68
Helpende	10	6,01
Leerling Verpleegkundige niv. 4	1	0,78
Leerling Verzorgende niv. 3 IG	13	10,36
Praktijkverpleegkundige	1	0,78
Verpleegkundige intramuraal	6	1,23
Verzorgende	1	0
Verzorgende IG	30	14,29
Zorgassistent	19	11,21
Totaal	94	55,46
Eindtotaal	125	76,11

2. Personeelssamenstelling

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

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

In- en uitstroom Wonen & Zorg	Aantal personen	Aantal Fte
Instroom	21	13,56
Uitstroom	15	17,16

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

3 Plannen en voornemens

3.1 Zorg

3.1.1 Kwaliteitsimpuls

Op 6 augustus 2019 bracht de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) een inspectiebezoek aan SONB, Zorgcentrum Cleijenborch (Cleijenborch) in Colijnsplaat. Naar aanleiding van dit bezoek heeft de inspectie Cleijenborch op 28 oktober 2019 het definitieve inspectierapport doen toekomen waarin de IGJ oordeelde dat gezien de ernst van de bevindingen voor 6 maanden sprake is van een 'onder verscherpt toezicht' situatie.

Naar aanleiding van het inspectiebezoek en het verscherpt toezicht heeft de IGJ aan Cleijenborch verzocht vóór 28 november 2019 een plan van aanpak op te stellen over de manier waarop Cleijenborch verwacht te gaan voldoen aan de normen. Dit plan, 'Cleijenborch aan zet', is conform dit

verzoek op 28 november 2019 aangeleverd.

Verbeteringen waren op de volgende punten te behalen:

- Persoonsgerichte zorg
- Deskundige zorgverlener
- Sturen op kwaliteit en veiligheid
- Vrijheidsbeperking

Hiervoor zijn een groot aantal acties geformuleerd, uitgevoerd of in uitvoering.

De IGJ heeft in april 2020 opnieuw een inspectiebezoek aan zorgcentrum Cleijenborch gebracht en heeft daarbij geconcludeerd dat we nog wel midden in het verbeterproces zitten maar dat er flinke stappen voorwaarts zijn gemaakt en heeft daarom de onder toezichtstelling per direct opgeheven. Daarnaast is i.s.m. met Waardigheid en Trots op locatie (WOL) een plan van aanpak voor een verbetertraject gemaakt. Dit verbetertraject is medio 2020 gestart en loopt in 2021 door. Het verbetertraject bestrijkt de gebieden: wet zorg en dwang, kleinschalig organiseren en coaching en ondersteuning in de praktijk van de Coördinerend verpleegkundigen en EVV in hun nieuwe rol binnen kleinschalig werken.

3.1.2 Inzet kwaliteitsmiddelen

Op de inzet van kwaliteitsmiddelen zijn de volgende resultaten behaald:

- **Praktijk Verpleegkundige Ouderenzorg (PVO)**
Medewerker (functionerend op hbo-niveau) 28-32 uur per week; in 2019 0,89 Fte extra, in 2020 uitbreiding naar 1,56 Fte
Voor o.m. de borging van multidisciplinair werken, kwaliteit en continuïteit van de te leveren zorg, was er binnen SONB specifiek behoefte aan een persoon die een verbinding vormt tussen de arts en verzorgenden. Ook ondersteunt de PVO de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde, die gedelegeerde taken overdragen aan de PVO.
De PVO heeft daarnaast een centrale rol in de implementatie en uitvoering van de Wet Zorg en Dwang. Verder zal de PVO o.a. door coaching van medewerkers, bij de uitvoering van zorg- en werkprocessen rond de cliënt, ervoor zorgdragen dat ontwikkeling en kwaliteit m.b.t. gebruik van het zorgleefplan geborgd wordt. Teneinde de continuïteit te waarborgen en de positie van de PVO verder te verstevigen, is de formatie in 2020 uitgebreid naar 1,56 Fte.
- **GVP (Gespecialiseerd Verzorgende Psychogeriatric), extra tijd voor begeleiding collega's en participatie in het zorgleefplan**
6 dagdelen (4 uur) specifieke GVP-diensten, naast de bestaande zorginzet
Medewerkers niveau 3 IG; 0,83 Fte extra
Binnen SONB zijn GVP werkzaam. Om hun rol van GVP goed inhoud te kunnen geven, is het belangrijk dat er structureel tijd wordt ingeruimd om de taak van GVP uit te kunnen voeren. De taken bestaan o.a. uit: intake psychogeriatriche cliënten, introductieprogramma's voor cliënt en mantelzorgers, registratie in het zlp op de 4 levensdomeinen, bewaken van de actualiteit van het zlp, initiëren en organiseren van verschillende benaderingen, observeren, bijwonen van cliëntbesprekingen en zorgen voor continuïteit in aandacht, benadering en kwaliteit. Verder zijn zij vraagbaak zijn voor collega's. Uitbreiding van uren heeft inmiddels plaatsgevonden.
- **Extra inzet zorgmedewerkers in de avonduren**
Elke dag 8 uur extra, verdeeld over alle functieniveaus
Medewerkers niveau 1 t/m 3 IG; 1,95 Fte Extra

Aan het eind van de dag raken cliënten vaak extra geprikkeld. Juist op deze momenten zijn extra medewerkers waardevol, omdat extra aandacht en begeleiding rust geeft. Zo kunnen op deze momenten extra groeps- of individuele activiteiten gedaan worden. In 2019 is gebleken dat de extra inzet op deze momenten onmisbaar is en dit is in 2020 dan ook gecontinueerd.

- **Wondverpleegkundige/wondconsulent**

Ter versterking van het wondzorgbeleid zal de opgeleide wondzorgverpleegkundige (hbo-niveau en werkzaam in het team extramuraal) 8 uur per week intramuraal worden ingezet. Medewerker (functionerend op hbo-niveau) 8 uur per week; 0,22 Fte extra

De wondverpleegkundige heeft o.m. een coördinerende taak tussen de eerste- en tweedelijnszorg. Zo nodig schakelt de wondverpleegkundige de verpleegkundig specialist in of de behandelaar van de cliënt.

Verdere taken van de wondverpleegkundige m.b.t. wondzorg zijn o.m. preventie, observatie, beoordeling, verzorging en advisering en instructie aan andere zorgverleners in theoretische kennis en uitvoering van wondzorg. Ook deze inzet is in 2020 gecontinueerd.

- **Inhuur paramedici**

Adviserend Specialist Ouderen Geneeskunde (SO) personeel niet in loondienst 416 uur, is 0,22 Fte extra

SONB levert niet de behandelcomponent maar heeft wel cliënten met dezelfde complexe multidisciplinaire zorgvragen en problematiek als die van cliënten in verpleeghuissetting inclusief behandeling. Door de andere financieringsvorm is het moeilijker om de zorg rondom de cliënt te organiseren en te leveren waar ze gezien hun complexe zorgzwaarte recht op hebben.

SONB maakte reeds gebruik van de expertise van een SO op consultbasis en ook de behandelend HA kan beroep doen op expertise van een SO en/of andere (para)medici, echter in praktijk blijkt dit niet voldoende te zijn om kwaliteit van de steeds complexer wordende zorg te waarborgen.

In 2020 is aan SONB een SO verbonden die als overkoepelende opdracht heeft "Cliënten zonder behandeling maar met dezelfde complexe multidisciplinaire zorgvragen en problematiek als die van cliënten met behandeling krijgen de zorg waar zij recht op hebben." De SO heeft daarnaast een adviserende functie met betrekking tot de Wet Zorg en Dwang en in het multidisciplinair denken en werken. Overigens heeft SONB in 2020 verblijf met behandeling toegewezen gekregen. In 2021 wordt hier invulling aan gegeven.

- **Ondersteuning EVV**

Medewerkers EVV; 0,44 Fte extra

In de functie van de EVV zijn een aantal administratieve taken en coördinerende taken begrepen die wanneer belegd bij de individuele EVV enerzijds verhoudingsgewijs veel tijd in beslag nemen en anderzijds in uitvoering kwalitatief achter blijven. Deze taken worden centraal belegd en leggen een beslag op de formatie van 16 uur , 0,44 Fte. Er is hier sprake van extra formatie, besloten is dit niet formatieneutraal in te zetten waardoor nu per saldo ruimte in de planning ontstaat voor meer cliëntgerichte werkzaamheden.

- **Uitbreiding formatie (coördinerend) verpleegkundigen**

Coördinerend verpleegkundige ; 1 Fte extra

In 2019 is de functie coördinerend verpleegkundige in het functiehuis opgenomen en in de formatie ingevoerd. Voor 2020 is de formatie coördinerend verpleegkundigen uitgebreid met 1 Fte. De coördinerend verpleegkundige is medeverantwoordelijk voor het waarborgen van de kwaliteit van het totale multidisciplinaire zorgproces. Daarnaast geeft de coördinerend verpleegkundige in alle fasen van het zorgproces collega's advies over te kiezen interventies, analyseert complexe verpleegkundige problemen met of evaluatie van zorg en reflecteert samen met collega's op het eigen handelen in relatie tot de doelgroep. De coördinerend verpleegkundige is een belangrijke schakel tussen zorgteams en Manager Zorg.

- **Inzet extra middelen overige kwaliteitsimpulsen**

Tijdens de inspectiebezoeken van de IGJ in 2018 en 2019 zijn er enige opmerkingen geplaatst over het functioneren van de huiskamers en daarmee de groepsverzorging en de persoonsgerichte zorg. Na een voorlopige analyse onzerzijds, komen een aantal knelpunten naar voren. Deze zijn onder andere de groepsgrootte, organisatiegrootte van de afdelingen, het niet tot zijn recht komen van onze visie op persoonsgerichte zorg en de inrichting van de huidige groepsruimtes. Deze knelpunten zijn inmiddels opgenomen in het verbeterplan naar aanleiding van het verscherpt toezicht door IGJ. Naast de herinrichting van processen worden bouwkundige aanpassingen verwacht teneinde de zorg beter te laten aansluiten op onze visie op persoonsgerichte zorg. Het 15% deel van de kwaliteitsmiddelen 2020 wilden wij hiervoor aanwenden. Door de coronapandemie is dit item doorgeschoven naar 2021.

3.1.3 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Autonomie/advance care

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 waarvoor de eigen regie van deze cliënt als uitgangspunt dient.

In proactieve gesprekken bekijken de huisarts, de specialist ouderengeneeskunde en verzorgenden samen met de cliënt en naasten welke doelen van zorg en behandeling passen bij de waarden en opvattingen van de cliënt en diens gezondheidssituatie. Met dit als uitgangspunt wordt vastgesteld wat passende zorg en behandeling is voor de korte termijn en wordt richting gegeven aan passende zorg en behandeling in toekomstige scenario's.

Dit wordt vastgelegd in het zorgleefplan (ZLP) en wordt halfjaarlijks met de cliënt en multidisciplinair geëvalueerd.

Ter ondersteuning van persoonsgerichte zorg is het deel autonomie/advanced care in het zorgleefplan, de MDO's, de intakeprocedure en ONS aangepast.

Uniek zijn/diversiteit

Goede en verantwoorde zorg en goed werkgeverschap betekent ook dat er aandacht is voor diversiteit in de breedste zin van het woord. Om de verschillende doelgroepen recht te doen en zich veilig te laten voelen binnen SONB heeft SONB diversiteitsbeleid geschreven en geïmplementeerd, worden er tal van initiatieven ontplooid en is er een audit uitgevoerd t.b.v. het behalen van de Roze loper 50+ als onderdeel van het diversiteitsbeleid. De cliëntenraad was hierbij betrokken.

Diversiteit komt binnen SONB tot uiting in:

- Visie, beleid en strategie van de organisatie;
- Certificering 'Roze Loper';
- Scholing diversiteit voor medewerkers en vrijwilligers
- Diversiteit en aanverwante thema's als sociale veiligheid, discriminatie en professionele houding staan op de agenda van management, de teams, de cliëntenraad en vrijwilligers;
- Er is een ambassadeur/werkgroep diversiteit;
- Anti-pestbeleid (diversiteit is onderdeel van het anti-pestbeleid);
- Gedragscode (diversiteit is onderdeel van de gedragscode);
- Diversiteit maakt onderdeel uit van het zorgplan;
- Personeelsbeleid (diversiteit is onderdeel van het personeelsbeleid);
- Vrijwilligersbeleid (aandacht voor diversiteit);
- Mantelzorgbeleid (aandacht voor diversiteit);
- Intake cliënten (diversiteit is vast onderdeel);
- Intake personeel (diversiteit is vast onderdeel);
- Intake vrijwilligers (diversiteit is vast onderdeel);
- Scholingsbeleid (training in diversiteit, met specifieke aandacht voor diversiteit aan medewerkers en vrijwilligers);
- Communicatie (laat in communicatie zien dat de organisatie een thuis wil bieden voor iedereen (niet alleen cliënten maar ook (klein-)kinderen, medewerkers en vrijwilligers);
- Folders met informatie over diversiteit;
- Informatiebrochure met aandacht voor diversiteit;
- Personeel: informatiemap met informatie over diversiteit;

- Cliënt: informatiemap met informatie over diversiteit;
- Vertrouwenspersoon (getraind op diversiteit).

Door de beperkingen n.a.v. die de Coronapandemie met zich meebracht, hebben in 2020 een groot deel van de geplande activiteiten op diversiteitsgebied stilgelegd. Deze activiteiten worden doorgeschoven naar 2021. Het diversiteitsbeleid is in 2020 door een extern bureau geaudit op zijn functioneren. Hierbij zijn geen afwijkingen geconstateerd.

Zorgleefplan

In de tweede helft van 2019 is de gehele zorgleefplansystematiek herzien.

Het cliëntprofiel met de sociale geschiedenis en de domeinen: woon- en leefomgeving, participatie, mentaal welbevinden en autonomie en lichamelijk welbevinden en gezondheid, is opnieuw opgezet met het cliëntverhaal als uitgangspunt. De ADL-lijsten zijn vervangen door zorgkaarten. De risicoanalyselijsten zijn geactualiseerd a.d.h.v. de verkorte checklist 'Veilige Zorg' van 'Zorg Voor Beter'. En als laatste is 'Ik in een oogopslag' geïntroduceerd. 'Ik in een oogopslag' is zo ingericht dat de zorgmedewerker in één oogopslag informatie verkrijgt over wat hij/zij van de cliënt moet weten, wat zijn zorg is, wat de afspraken zijn, waar de cliënt van houdt, waar de cliënt niet van houdt, informatie over familie en sociaal leven en recente belangrijke gebeurtenissen en afspraken.

In 2020 is n.a.v. de herziene zorgleefplansystematiek in samenspraak met de CVP en EVV (met behulp van de WOL-coach) het stappenplan methodisch werken opgesteld. Alle EVV zijn hierin getraind door de WOL-coach.

De invulling van alle 4 de leefdomeinen krijgt in 2021 extra aandacht.

3.1.4 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 basisveiligheid geborgd.

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

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

- Medicatieveiligheid
- Medicatiereview
- Decubituspreventie
- Gemotiveerd gebruik van beperkende maatregelen
- Preventie ziekenhuisopname
- Incontinentie
- Onbegrepen gedrag
- Depressieve symptomen
- Valincidenten
- Delier
- Advance Care Planning
- Voeding
- Reden van ziekenhuisopname

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

Medicatieveiligheid

Het medicatieproces is gebaseerd op de veilige principes in de medicatieketen. Het proces wordt ieder jaar geaudit. Evaluatie van het proces vindt ook plaats via de medicatie afwijkingsregistratie en de MIC-meldingen. Gezien het grote aantal meldingen van afwijkingen op het gebied medicatiedistributie is besloten de medicatiecommissie opnieuw in te richten en is tijdelijk besloten de frequente van overleggen te verhogen. Eind 2020 is besloten om over te gaan tot aanschaf van een digitaal medicatiedistributiesysteem. Speerpunten voor 2021 zijn: veilige medicatieverstrekking en de implementatie van het in 2020 aangeschafte digitale medicatiedistributiesysteem.

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.

Medicatiefouten

Medicatiefouten worden geregistreerd en worden per kwartaal opgenomen in het MIC-verslag waarin analyses, correctie en aanbevelingen zijn opgenomen. Het kwartaalverslag wordt per kwartaal aan het MT aangeboden en maakt deel uit van de PDCA-cyclus.

Geregistreerde meldingen intramuraal/extramuraal 2020

Soort incident	Totaal intramuraal	Totaal extramuraal
Valincidenten	103	7
Medicatie (vergeten in te nemen)	8	5
Medicatie (fout deler)	80	1
Medicatie (weigeren)	7	1
Gevaarlijke situatie	22	0
Agressie	4	0
Totaal	224	14

In het jaar 2020 zijn er in totaal 224 meldingen geregistreerd tegenover 268 meldingen in 2020. Dit is een afname van 44 meldingen. Als organisatie zitten wij nog steeds ver boven het landelijk gemiddelde (bij 80 cliënten ongeveer 120 meldingen). Conclusie is dan ook dat de bereidheid tot melden nog steeds hoog is (zie voor acties n.a.v. medicatiefouten ook onder medicatieveiligheid).

Decubitus

Preventie

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 wordt tevens gemonitord middels risicoanalyses.

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

Wondbehandeling

De basiswondzorg wordt door de PVO geleverd. Voor advies en instructie en bij complexe wondzorg, stagnatie of achteruitgang van de wond(en) wordt de wondverpleegkundige/wondconsulent ingezet. De wondverpleegkundige/wondconsulent werkt volgens het STEPCARE-model (dit is opgesteld beleid door CZ zorgverzekeraar gerelateerd aan de wondregiefunctie van Wond Zorg Zeeland).

Het wondbehandelplan staat geregistreerd in het ECD en in Insight (extern wondzorgregistratiesysteem, uitgevoerd door de wondverpleegkundige/wondconsulent) (zie ook 'Inzet Kwaliteitsmiddelen).

Monitoring (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 en MT als onderdeel van de beleidscyclus. Wanneer de prevalentie opvallende trends laat zien, maakt het kernteam op basis van de analyse een plan van aanpak. Dit heeft binnen SONB geresulteerd in een blijvend lage huidletsel-/decubitusprevalentie.

Vrijheid beperkende / bevorderende maatregelen (VBM)

Wet Zorg en Dwang (WZD)

Vrijheidsbeperkende Maatregelen (VBM)

Op een aantal punten is het beleid en de inzet van vrijheidsbeperkende/vrijheidbevorderende maatregelen herzien. Hieraan ten grondslag ligt de complexiteit van de materie vooral op de punten: medicatie, omgaan met vrijheidsbeperkende/vrijheidbevorderende maatregelen en wils(on)bekwaamheid.

Daarnaast heeft het beleid n.a.v. de nieuwe wet zorg en dwang, die in 2020 (overgangsjaar) in werking gesteld is, praktische uitwerking gekregen. De specialist ouderengeneeskunde en de PVO zijn hier nauw bij betrokken geweest, daarnaast is de huisarts hierbij betrokken. Momenteel wordt met een andere zorgorganisatie bekeken hoe de openstaande functie van onafhankelijke WZD-functionaris ingevuld kan gaan worden. In 2020 is de cliëntvertrouwenspersoon WZD van de LSR (Landelijk Steunpunt Medezeggenschap) aan onze organisatie verbonden.

Alle betrokken medewerkers hebben in 2020 een scholing WZD (georganiseerd door VILANS) gevolgd.

Wekelijks worden de VBM geïnventariseerd en gerapporteerd aan het MT en driemaandelijks worden de VBM geïnventariseerd door de PVO. Hiervan wordt verslag gedaan middels de driemaandelijke rapportage zorgindicatoren, die deel uitmaakt van de planning- en controlcyclus. Aanlevering (2x per jaar) van gegevens aan de IGJ maakt hiervan deel uit.

Ziekenhuisopname

Bij aanvang zorg en minimaal tweemaal per jaar, wordt bij alle cliënten een risicoanalyse gedaan op de volgende punten: ondervoeding, huidletsel, incontinentie, medicatie, vallen, mondproblemen, delier, depressie, oogproblemen, oorproblemen, pijn en eenzaamheid. Bij verhoogd risico worden in het ZLP zorgdoelen geformuleerd. Verder worden per kwartaal naast de items uit de risicoanalyses (kwaliteitsindicatoren) de redenen van ziekenhuisopnames geregistreerd en geëvalueerd in het KMT en het managementteam, als onderdeel van de beleidscyclus.

In 2020 zijn er 7 ongeplande ziekenhuisopnames geregistreerd. Reden van opname waren: 1x luchtweginfectie, 4x fractuur, 1x urineweginfectie en 1x embolie.

Mondzorg

SONB heeft een mondzorgbeleid dat gebaseerd is op de Richtlijn Mondzorg bij zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen. Binnen SONB functioneert een vakgroep mondzorg. Zij ondersteunen de tandarts/mondhygiënist bij het bewaken van de kwaliteit van de mondzorg. Elke zorgmedewerker volgt jaarlijks scholing op het gebied van mondzorg. De EVV controleert bij opname de mondzorgbehoefte en de 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 3 maanden na opname bezoekt de tandarts/mondhygiënist de cliënt, indien deze dat wenst. De tandarts/mondhygiënist komt aan huis. SONB heeft hiervoor voorzieningen getroffen zoals een mobiele behandelstoel. Het jaarlijkse overleg tussen de vakgroep mondzorg en de tandarts/mondhygiënist heeft ook in 2020 plaatsgevonden. Ook is er een e-learning mondzorg uitgevoerd.

Hygiëne & Infectiepreventie

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

SONB heeft ervoor gekozen om de meest recente en officieel landelijk geldende richtlijnen en protocollen van het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieu als standaard te nemen.

Het hygiëne en infectiepreventiebeleid maakt integraal deel uit van de beleidscyclus. Er wordt gewerkt volgens de PDCA-cyclus. Per half jaar worden de acties geëvalueerd middels een verslaglegging aan het MT.

In het jaar 2020 draaide het vooral om het nieuwe coronavirus, COVID-19.

De hygiëne- en infectiepreventiecommissie is hier al vroeg mee aan de slag gegaan, nog voordat er landelijke maatregelen werden genomen. Daarna is er voor de rest van het jaar een groot beroep gedaan op de hygiëne en infectiepreventie commissie, ook is er een lid van de commissie permanent toegevoegd aan het crisismanagementteam.

Voor het 1^e halfjaar stond er een scholing gepland voor alle zorgmedewerkers. Het betreft scholing van de verschillende isolatievormen en de nieuwe werkinstructie die hierbij hoort. Helaas heeft deze scholing door COVID-19 nog niet plaats gevonden. Deze scholing wordt verplaatst naar 2021, tevens wordt er onderzocht of de leden van de Hygiëne en infectiepreventiegroep uitgebreid dient te worden,

Ieder jaar wordt de uitvoering van het beleid tijdens de interne audit getoetst, zo ook in 2020. De daaruit voortvloeiende afwijkingen zijn alle gecorrigeerd.

Antibioticagebruik

SONB heeft beleid dat gericht is op antibioticagebruik. De hygiëne en infectiepreventiecommissie is hier verantwoordelijk voor en rapporteert halfjaarlijks aan het MT 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 (Wergroep Infectie Preventie) van de RIVM en de BRMO (Bijzonder Resistente Micro-Organismen) richtlijnen van de werkgroep infectiepreventie van de RIVM maken integraal deel uit van het beleid.

Incontinentie

Incontinentie is een van de indicatoren waarop driemaandelijks wordt gemeten als onderdeel rapportage zorginhoudelijke indicatoren, die op zich weer input verzorgen voor de beleidscyclus.

Valpreventie

SONB heeft een valpreventiebeleid en -commissie. De commissie is op verschillende manieren met valpreventie bezig. Zo wordt bij opname een risicoanalyse uitgevoerd op o.m. valgevaar. Verder maken een kamercheck en een loop-/ hulpmiddelencheck deel uit van de opnameprocedure en wordt jaarlijks integraal uitgevoerd en vinden er 3x per week gymnastiekactiviteiten plaats o.l.v. een fysiotherapeut geriatric. Rapportage geschiedt halfjaarlijks en maakt deel uit van de beleidscyclus.

Hulpmiddelen voor de uitvoering van het valpreventiebeleid binnen Cleijenborch zijn o.m.:

MIC- meldingen	Loopmiddelencheck
Kamercheck bewoners	Cliëntevaluaties
Voorlichting voor veilige inrichting appartement	Ouderengymnastiek
Gebouwencheck	Bewegingsbeleid
Risicoinventarisatie vallen/medicatie/vocht en voeding	Bewegingsafspraken in het zorgleefplan
Valanamnese	Bewegingsafspraken in het zorgleefplan
Valpreventiecommissie	Advies geriatric fysiotherapeut
Middelen en maatregelen	

Acties in 2020

Bij alle cliënten is 2x een kamercheck uitgevoerd (onderdeel van cliëntevaluatie).	N.a.v. MIC-meldingen zijn verschillende acties op cliëntniveau uitgezet
--	---

Alle nieuwe cliënten krijgen bij inhuizing advies op valgevaar.	De geriatrie fysiotherapeut heeft in december 2020 de jaarlijkse hulpmiddelencheck uitgevoerd. De technische dienst heeft ter plekke de afwijkingen verholpen. Daarnaast zijn er adviezen gegeven over o.a. gebruik van de middelen, goede schoenen, de beweeggroep
Bij alle nieuwe cliënten wordt een kamercheck uitgevoerd.	Bij iedere cliënt wordt een risicoinventarisatie 'vallen' uitgevoerd bij aanvang zorg/evaluatie zorg (2x per jaar)
De preventiemedewerker heeft de jaarlijkse gebouwencheck uitgevoerd	3x per week wordt er gymnastiek verzorgd door een geregistreerd fysiotherapeut geriatrie (aandacht en training op valgevaar)
Beweegafspraken zijn opgenomen in de opnameprocedure	Tijdens de jaarlijkse controle op elektrische apparatuur op de appartementen wordt er ook gekeken op valgevaar door losliggende materialen/snoeren
In elk zorgleefplan zijn minimaal 3 beweegafspraken gemaakt	

Gedragsproblemen

Gedragsproblemen zijn een van de indicatoren waarop driemaandijks wordt gemeten als onderdeel van de rapportage zorginhoudelijke indicatoren, die op zich weer input verzorgen voor de beleidscyclus.

Vocht en voeding

Verder zijn vocht en voeding één van de indicatoren waarop op cliëntniveau driemaandijks wordt gemeten, als onderdeel van de rapportage zorginhoudelijke indicatoren die op zich weer input vormen voor de beleidscyclus.

3.2 Wonen

3.2.1 Inleiding

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

3.2.2 Wooncomfort

Salon/Serre/Suite (huiskamers)

Door de zorg en welzijnsactiviteiten voor de cliënt meer op de afdelingen te concentreren, ontstaat er steeds meer behoefte aan grotere gemeenschappelijke ruimtes die voor zowel dagopvang als inloop dienen. Op elke afdeling zijn inmiddels huiskamers gerealiseerd of aangepast aan de populatie. Tijdens de inspectiebezoeken van de IGJ in 2018 en 2019 zijn er enige opmerkingen geplaatst over het functioneren van de huiskamers en daarmee de groepsverzorging en de persoonsgerichte zorg. Na een voorlopige analyse onzerzijds, komen een aantal knelpunten naar voren. Deze zijn onder andere de groepsgrootte, organisatiegrootte van de afdelingen, het niet tot zijn recht komen van onze visie op persoonsgerichte zorg en de inrichting van de huidige groepsruimtes. Met deze knelpunten is in 2020 aan de slag gegaan. Naast het voorgenomen kleinschaliger organiseren en de herinrichting van processen, worden bouwkundige aanpassingen verwacht, zoals herinrichten huiskamers en creatie van extra huiskamers ten einde de zorg beter te laten aansluiten op onze visie op persoonsgerichte zorg (zie ook 'Inzet kwaliteitsmiddelen').

Hal

De hal is de centrale ontvangstruimte waar alle vleugels op uitkomen. Deze hal stond op voor herinrichting. Dit loopt samen met de realisatie van het gezondheidscentrum. In 2020 heeft de realisatie stilgelegen i.v.m. de COVID-19-pandemie. De functie van de hal zal door de komst van het gezondheidscentrum veranderen in een wijkfunctie en zodoende een ontmoetingsplaats vormen voor bewoners en wijk-/dorpsbewoners. De hal zal met deze nieuwe gegevens heringericht gaan worden.

Restaurant

Om meer bezoekers naar het restaurant te trekken zodat er o.a. meer uitwisseling ontstaat van mensen uit de wijk en onze cliënten, zal de restaurantfunctie versterkt worden. Dit gegeven past uitstekend binnen de realisering van een kleinveetuin (wijkfunctie) en de plannen voor een gezondheidscentrum. Een extern bureau is benaderd om dit te realiseren. Het gaat o.a. om:

- Weekendopenstelling
- Extra openstelling door de week
- Assortiment aanpassingen
- Bouwkundige aanpassingen
- Upgrade meubilair
- Gastvrijheidsconcept

De plannen hebben i.v.m. COVID-19 stilgelegen. In kwartaal 2 2021 zal een herstart worden gemaakt.

Maaltijden

De maaltijden worden betrokken uit de keuken van een van onze samenwerkingspartners. Cliënten kunnen dagelijks een keuze maken uit 3 menu's. Daarnaast is er de mogelijkheid om de menu's aan te passen aan geloofs- of levensovertuiging.

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

afwijkingenregistratie, periodiek microbiologisch onderzoek en de menucommissie wordt dit gemonitord en geborgd.

Gelijktijdig aan het traject kleinschalig organiseren zal er ook een nieuw voedings- plan/beleid worden geschreven. Hierbij wordt een externe deskundige betrokken, die gepromoveerd is met het onderzoek 'Optimizing the ambiance during mealtimes in Dutch nursing homes'. Voeding maakt ook onderdeel uit van het traject gastvrijheid.

3.2.3 Veiligheid

Veiligheid houdt niet alleen zorginhoudelijke veiligheid in. Uit wettelijke kaders vloeien andere veiligheidseisen voort. Binnen SONB zijn veiligheidseisen o.a. op de volgende gebieden geborgd: veiligheid van hulpmiddelen, veiligheid van gebouwen, brandveiligheid, calamiteiten, crisis, BHV, voedselveiligheid, drinkwaterveiligheid, ergonomie, hygiëne en infectie, klachten en inspraak, valveiligheid, bedrijfscontinuïteit en ARBO.

Veiligheid & calamiteiten

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

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

Verdere acties in 2020 uitgevoerd:

- Training Hoofd BHV
- Training BHV/AED voor alle BHV'ers
- Periodieke training omgaan portofoons
- Ontruimingsoefening
- Gebruikerscontrole door de brandweer

(zie ook 'Crisismanagement/bedrijfscontinuïteit')

Crisismanagement/bedrijfs-continuïteit

SONB heeft een geschoold crisisteam dat bestaat uit de Bestuurder, Manager Kwaliteit en Beleid, Applicatiebeheerder/medewerker Communicatie, Manager Zorg, , HEAD, Praktijkverpleegkundige Ouderenzorg en de Eerst Verantwoordelijke Facilitair/Hoofd BHV.

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

Activiteiten in 2020 gepland waren: trainingen (Veiligheidsregio) voor leden van het crisisteam o.m. 6 platformbijeenkomsten (veiligheidsregio). Thema's 2020 o.a.: adviseren/overtuigen, BOB-methodiek, bestuurlijke dilemma's, leidinggeven in crisissituaties, scenario denken, crisiscommunicatie, cyber- en maatschappelijke onrust. Tevens zou een lid van het crisisteam de training liaison volgen. Deze activiteiten hebben geen doorgang gevonden i.v.m. COVID-19. De activiteiten zijn verplaatst naar 2021.

Voedselveiligheid

Voor elke locatie is een HACCP-plan aanwezig. Om dit te borgen is een organisatie ingeschakeld die helpt het HACCP-plan actueel te houden en zodoende laat voldoen aan alle laatste geldende wet- en regelgeving. In 2020 zijn alle zorgassistenten HACCP geschoold en maakt de HACCP onderdeel uit van het inwerkprogramma.

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 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
- De invloed van alcoholgebruik en het gebruik van soft- en harddrugs op menselijk lichaam en geest

Medewerkers en vrijwilligers hebben hiervoor cursussen Sociale Hygiëne gevolgd.

Legionella preventie

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

Leveranciers

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

In december 2020 hebben alle inkopers (meestal de proceseigenaren) middels een evaluatieformulier een evaluatie uitgevoerd bij de vastgestelde kritische leveranciers van SONB. In totaal waren dit 56 leveranciers. Bij 55 leveranciers werd de vraag 'wilt u bij deze leverancier blijven inkopen?' met ja beantwoord. Bij 1 leverancier werd met 'misschien' beantwoord, hiervan was de kwaliteit van dienstverlening verminderd. Inmiddels loopt er een offertetraject i.v.m. vernieuwing van materialen, in dit traject worden de ervaringen/bevindingen met desbetreffende leverancier meegenomen.

Informatiebeveiliging / Bescherming persoonsgegevens

SONB heeft een informatiebeveiligingsbeleid en bescherming persoonsgegevensbeleid, uitgangspunt hiervoor is de NEN 7510, 7512, 7513 informatiebeveiligingsnorm en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG).

De functie van Data Protection Officer (DPO) is belegd binnen de organisatie. Interne audits worden periodiek uitgevoerd.

3.2.4 Hulpbronnen

Materialen en hulpmiddelen

Er wordt gebruik gemaakt van vele materialen en hulpmiddelen. De groep ergocoaches bestaande uit 5 personen verdeeld over alle organisatieonderdelen, zijn verantwoordelijk voor het onderhoud van bijvoorbeeld de tilbanden en meetapparatuur maar ook op het gebied van fysieke belasting, haptonomie, coaching, scholing en training, etc. Veel materialen en hulpmiddelen worden onderworpen aan een jaarlijkse controle en onderhoud. Ook wordt er jaarlijks een keuring uitgevoerd op elektrische apparaten volgens de NEN 3140 richtlijnen en gereedschappen volgens de NEN 2484 richtlijnen.

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

De ICT-partner beheert ons ICT-systeem middels monitoring van het ICT-systeem op correct functioneren, proactieve bescherming tegen virussen en malware, automatische installatie van beveiligings updates en het uitfilteren van e-mails die spam of virussen bevatten. In 2019 is er opdracht gegeven voor vernieuwing van het ICT-systeem inclusief de aanschaf SharePoint. Eind 2020 is dit opgeleverd en geïmplementeerd.

Kwaliteitsmap

De Kwaliteitsmap is een eigen documentbeheersysteem ten behoeve van het beheren van de kwaliteitsdocumenten. Dit maakt onderdeel uit van de ICT-vernieuwing in 2020. In 2021 zal het documentenbeheersysteem daadwerkelijk vernieuwd worden.

ECD

SONB maakt gebruik van ONS NEDAP als Elektronisch Cliëntendossier.

In ONS NEDAP is het mogelijk om middels signaalfuncties diverse 'controls' in te bouwen welke ervoor dienen te zorgen dat het systeem bijvoorbeeld signaleert dat dossiers onvolledig zijn, indicaties verlopen, werkelijk geleverde zorg vs. legitimatie een onder- of overschrijding vertonen, etc. Binnen SONB worden deze opties benut en wekelijks wordt een rapportage aan het MT aangeboden.

Onderhoud

Er is een meerjarenonderhoudsplan aanwezig. Onderdelen worden in de jaarlijkse begroting opgenomen.

Informatie

Binnen SONB wordt op verschillende manieren gebruik gemaakt van informatie. Een van deze middelen is de kwaliteitsmap. Hierin staan alle procedures, protocollen, werkinstructies en andere kwaliteitsdocumenten. Daarnaast worden medewerkers via de mail, de nieuwsbrief en tijdens teamoverleggen geïnformeerd. Met de introductie in 2020 van SharePoint vindt de berichtgeving hoofdzakelijk via intranet plaats.

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 brieven en 'De Cleijenborchse Courant' geïnformeerd.

3.3 Welzijn

3.3.1 Inleiding

Aandacht voor welzijn

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg gaf een paar jaar geleden al aan dat er een verschuiving zou moeten plaatsvinden, van aandacht voor zorg en ziekte naar gedrag en gezondheid. Daar hoort nadrukkelijk aandacht voor welzijn bij. Door meer nadruk te leggen op gedrag en gezondheid krijgt de cliënt meer regie en dat is belangrijk voor het welbevinden. 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 2019 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. Het welzijnsbeleid is er in samenspraak met de cliëntenraad geschreven. De uitgangspunten van dit welzijnsbeleid zijn uitdaging, zingeving, diversiteit en integratie. Voorts zullen de wijkfunctie, groenactiviteiten (groenkalender, dagbesteding groen en de functie van welzijnsmedewerker groen) ontwikkeld worden. Door COVID-19 maatregelen zijn veel centrale activiteiten in 2020 niet doorgegaan. Besloten is om deze periode te gebruiken (ook als onderdeel van het gastvrijheidsconcept en groenactiviteiten) voor herinrichten van het activiteitenaanbod.

3.3.2 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 samengaat met een afnemende gezondheid en een toenemende zorgvraag. De zorgmedewerkers krijgen hiermee 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 om existentiële zingeving, over de grote bestaansvragen van het leven. Het staat ook voor het helpen zoeken met een cliënt wie of wat, in deze situatie waarin zorg nodig is, zin geeft aan zijn leven.

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

Zinvolle daginvulling

De zorg voor cliënten binnen de afdeling wordt integraal aangeboden. Welzijn op de afdeling valt onder regie van de EVV en de CVP met hulp van de Eerst Verantwoordelijke Welzijn en wordt mede ondersteund door de zorgassistenten. Met iedere cliënt worden, passend bij hun visie, voorkeuren en levensbeschouwing individuele afspraken gemaakt. Ook worden er één op één activiteiten als een bezoek aan een terrasje, de haven, strand, vriend(in) ingepland. Op iedere afdeling is een welzijnsruimte ingericht, die 7 dagen per week, overdag en 's avonds, geopend is en waar welzijnsactiviteiten georganiseerd worden. Iedere dag worden in het restaurant 's ochtends en 's middags activiteiten georganiseerd.

Buitenom de quarantaineperiodes zijn activiteiten op de afdelingen wel doorgegaan.

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 bij wie 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. I.v.m. COVID-19 heeft dit in 2020 veel aanpassing nodig

gehad. Extra aandacht was er voor facilitering van digitale kerkdiensten en de dominee was op gepaste momenten aanwezig.

3.3.3 Schoon & verzorgd

Schoon & verzorgd algemeen

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

3.3.4 Participatie

Vrijwilligers

Een belangrijke groep die bijdraagt aan en bepalend is voor het welzijn van onze cliënten zijn de vrijwilligers. Tot voor de COVID-19 hadden we zo'n 15 zeer actieve vrijwilligers die bijdragen aan de zorg en het welzijn van de cliënt.

SONB heeft hiervoor een vrijwilligersbeleid. Vrijwilligers worden periodiek getraind in o.a. sociale hygiëne en omgang met cliënten met dementie en RozeZorg/diversiteit. De uitvoering van dit beleid wordt door de Eerst Verantwoordelijke Welzijn (EVW) waargenomen.

Door de COVID-19 zijn trainingen niet doorgegaan en zijn veel vrijwilligers afgehaakt, hebben zelf COVID-19 gehad of horen zelf tot de risicogroep. Het is afwachten hoe groot de groep vrijwilligers na de COVID-19- periode over blijven. Jaargesprekken zijn deels uitgevoerd.

3.3.5 Overige

Cliëntenparticipatie

De Cliëntenraad heeft in 2020 zeven keer vergaderd. In verband met COVID-19 heeft er geen jaarvergadering plaatsgevonden. De bestuurder van Stichting Ouderenzorg Noord-Beveland (SONB) is bij iedere vergadering aanwezig. Zo nodig zijn op verzoek van de Raad van Bestuur of de Cliëntenraad deskundigen uit de organisatie aanwezig geweest voor een inhoudelijke toelichting.

Voorafgaand aan elke vergadering vindt er tussen de bestuurder en twee afgevaardigden van de cliëntenraad vooroverleg plaats om o.a. de agenda samen te stellen. Afgevaardigden van de cliëntenraad worden ook uitgenodigd deel te nemen aan het jaarlijkse overleg met het zorgkantoor. In 2020 is de cliëntenraad, als onderdeel van het inspectiebezoek IGJ ook bevraagd. De Cliëntenraad bestaat uit 7 personen.

Er hebben extra bijeenkomsten plaatsgevonden van de RvB met het dagelijks bestuur aangaande de bezoeksregeling i.r.t. COVID-19-19. Verder heeft er een kennismakingsvergadering tussen Ondernemingsraad en Cliëntenraad plaats gevonden en heeft mev. Meulenberg vanuit haar zetel in de Raad van Toezicht een vergadering van de Cliëntenraad bijgewoond.

In de agenda- en overlegvergaderingen van de Cliëntenraad zijn in 2020 de volgende onderwerpen besproken met de bestuurder. De Cliëntenraad was hierbij in de gelegenheid om vragen te stellen en advies te geven over of in te stemmen met voorgenomen besluiten, conform de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ).

Onderwerpen 2020

WMCZ	Intensivering aanpak dementie
Kwaliteitsverslag 2019	Coronabezoekregeling
Kwaliteitsplan 2020	Kennismakingnieuwe manager zorg
Procedure Wet Zorg en Dwang	Reglement cliëntenraad
Was voorziening	Directiebeoordeling
Plan van aanpak n.a.v. inspectiebezoek	Waardigheid en trots op locatie
Gezondheidscentrum	Begroting 2021
Project IVN	ICT: Smartglas, vernieuwing online werkplek, aanschaf NCare
Aanvraag behandelcomponent	Brandveiligheid

Menucommissie

Binnen SONB fungeert een menucommissie en komt een keer per kwartaal bij elkaar. In de menucommissie hebben vertegenwoordigers van de Cliëntenraad (intra- en extramuraal en huurders), de Eerst Verantwoordelijke Welzijn, de Coördinator Facilitair en Technische Dienst, een zorgassistent en een vertegenwoordiger van de OR zitting. De afwijkingenregistratie vormt mede input voor dit overleg.

3.4 Leren en verbeteren van kwaliteit

3.4.1 Inleiding

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

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

Een professionele zorgorganisatie levert verantwoorde zorg. Dit is zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig, veilig en cliëntgericht verleend wordt en die is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt. De geleverde zorg voldoet aan veld- en beroepsnormen en is gewaarborgd door een werkend kwaliteitssysteem. Binnen SONB wordt gewerkt met een HKZ gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem. In april 2017 heeft er een upgrade plaatsgevonden naar de ISO 2015 norm. Jaarlijks wordt er een kwaliteitsplan opgesteld en geëvalueerd middels het kwaliteitsverslag. Naar aanleiding van de resultaten wordt het beleid bijgesteld/geborgd.

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

Leren en ontwikkelen is een belangrijke voorwaarde om cliënten een goede zorg- en dienstverlening te bieden.

Kennis en ervaring van buiten halen, kennis delen en verspreiden en kennis toepassen zijn noodzakelijke voorwaarden hiervoor. Leren en ontwikkelen gaat beter naarmate er een cultuur van gezamenlijk verbeteren ontstaat: het geheel is meer dan de som der 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.

3.4.2 Tevredenheid

Cliënttevredeheidsonderzoek

In 2020 is er door een extern bureau een cliënttevredeheidsonderzoek (CQ) uitgevoerd onder bewoners van Cleijenborch en hun naasten.

Over de volgende items werd een waardering gevraagd:

- Ervaringen met eten en drinken (smaak en sfeer)
- Omgaan met elkaar en de diverse aspecten van gastvrijheid
- Zinnvolle dag
- Respect voor mensen: ervaren bejegening
- Ervaren beschikbaarheid en kwaliteit personeel
- Ervaren inspraak en ervaren informatie
- Ervaren veiligheid

De resultaten van de metingen staan in het onderstaande staatje.

Het gemiddelde aanbevelingscijfer voor Cleijenborch naasten (n=22) is: **8,9**
Het gemiddelde aanbevelingscijfer voor Cleijenborch bewoners (n=16) is: **7,6**

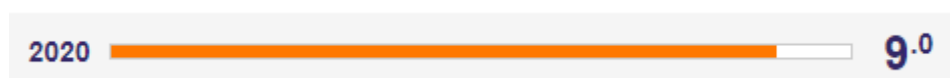
Het gemiddelde aanbevelingscijfer voor Cleijenborch totaal (n=38) is: **8,3**

Berekening Net Promotor Score

$$\begin{array}{ccc} \text{\% Promotors} & & \text{\% Criticasters} & & \text{Net Promotor} \\ \text{(Aanbeveling)} & & \text{(Geen} & & \text{Score} \\ & & \text{aanbeveling)} & & \text{(minimaal -100,} \\ \text{(cijfer 8-10)} & - & \text{(cijfer 0-6)} & = & \text{maximaal} \\ & & & & \text{+100)} \end{array}$$

De waardering in 2020 op Zorgkaart Nederland was als volgt:



NPS

De Net Promotor Score (NPS) is één van de indicatoren voor klanttevredenheid en loyaliteit. Centraal staat de vraag hoe waarschijnlijk het is dat cliënten de organisatie aanbevelen aan anderen. Deze score wordt o.m. bepaald tijdens de jaarlijkse CQ-index en het jaarlijkse cliënttevredenheidsonderzoek van de Nederlandse Patiënten Federatie. De NPS score wordt jaarlijks bij het Zorginstituut aangeleverd.

Cliëntwaardering via eindzorggesprekken Intramuraal

Naast voorgaande meetinstrumenten worden naasten van onze cliënten na beëindiging van de zorgrelatie uitgenodigd voor een eindzorggesprek. Middels de uitkomst van de driemaandelijke rapportages worden hier eventuele verbeteracties op uitgezet.

Naar aanleiding van de kwartaalverslagen eindzorggesprekken intra- en extramuraal zorg, werden verschillende acties uitgezet. De rapportages maken ook deel uit van de planning en control cyclus in het MT.

Als vervolg op de cliënttevredenheidsonderzoeken is er in samenspraak met onder andere de cliëntenraad een plan van aanpak geformuleerd. De geformuleerde acties hadden betrekking op ervaring met eten en drinken (smaak en sfeer), ervaren beschikbaarheid personeel, gastvrijheid (ervaren schoonmaak woonruimtes), activiteiten en dagbesteding bewoners, omgang met bewoners en ervaren inspraak. In 2020 zijn de geformuleerde acties op 1 na (ervaring met eten en drinken loopt door in 2021) uitgevoerd.

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 eindzorggesprek plaats. Driemaandelijks wordt hierop gerapporteerd en geëvalueerd. Deze rapportage en evaluatie maakt onderdeel uit van de beleidscyclus.

Cliëntoordeel (PREM) wijkverpleging

Naast de uitgevoerde CQ intramuraal, is er ook een cliënttevredenheidsonderzoek onder de thuiszorgcliënten uitgevoerd. Deze keer was dit in de vorm van de PREM.

Over de volgende items werd een waardering gevraagd:



- Vaste zorgverleners
- Afgesproken tijden
- Wensen
- Leven
- Aandacht
- Gemak
- Deskundigheid
- Gezondheid
- Kwaliteit

Het resultaat van de meting staat in onderstaande staatje.

Algemene waardering voor Cleijenborch

Gemiddelde aanbevelingscijfer		Net Promotor Score	
2019	2020	2019	2020
8,4	8,7	+86,4	+80,8

Berekening Net Promotor Score

	% Promotors (Aanbeveling) (cijfer 8-10) 	-	% Criticasters (Geen aanbeveling) (cijfer 0-6) 	=	Net Promotor Score (minimaal -100, maximaal +100)
Cleijenborch	88,5%	-	7,7%	=	2020 2019 +80,8 +86,4

Medewerkers evaluatie

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

3.4.3 Afwijkingen

Melding (bijna) Incidenten Cliënten (MIC)

Indien er zich een incident voordoet met een cliënt (dit kan b.v. vallen zijn maar ook vergeten medicatie in te nemen/geven), wordt direct actie ondernomen. Alles omtrent een incident wordt door de MIC-commissie vastgelegd in een systeem. Per kwartaal vindt er analyse plaats door de commissie. Hiervan wordt een rapportage gemaakt die input levert voor de beleidscyclus. Casussen en reflectie maken deel uit van de teamoverleggen. Eventuele verbeterpunten worden uitgezet binnen de organisatie/afdelingen.

Jaarverslag MIC

Geregistreerde meldingen intramuraal/extramuraal 2020

Soort incident	Totaal intramuraal	Totaal extramuraal
Valincidenten	103	7
Medicatie (vergeten in te nemen)	8	5
Medicatie (fout deler)	80	1
Medicatie (weigeren)	7	1
Gevaarlijke situatie	22	0
Agressie	4	0
Totaal	224	14

In het jaar 2020 zijn er in totaal 224 meldingen geregistreerd tegenover 268 meldingen in 2020. Dit is een afname van 44 meldingen. Als organisatie zitten wij nog steeds ver boven het landelijk gemiddelde (bij 80 cliënten ongeveer 120 meldingen). Conclusie is dan ook dat de bereidheid tot melden nog steeds hoog is.

Prisma analyse

In 2020 is er na een incident met letsel in totaal 5x een prisma analyse uitgevoerd. De uitkomsten van de prisma analyses gaven geen aanleiding tot vervolgacties.

Verder zijn er een aantal aanbevelingen gedaan en analyses en acties uitgevoerd op de gebieden van medicatie- en valincidenten.

Melding (bijna) Ongevallen Medewerkers (MOP)

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

In 2020 zijn er 3 meldingen binnengekomen.

Eén melding betrof verbale en non- verbale agressieve uitingen van een cliënt.

Twee meldingen betroffen een incident met letsel.

Actie:

N.a.v. verbale en non- verbale agressieve uitingen van een cliënt is er een gesprek geweest met de betrokken medewerker. Hierbij was geen verdere actie gewenst.

De overige 2 meldingen betroffen een melding met letsel. In het eerste geval betrof het 'slechts' enkele schaafplekken met verder geen gevolgen. Ook behoeften er geen maatregelen te worden genomen om soortgelijke incidenten in de toekomst te voorkomen.

In het tweede geval betrof het een beknelling van een vinger tijdens het gebruik van een tillift. Hierop volgde een chirurgische ingreep door een plastisch chirurg/o.a. voor peesherstelling.

In week 31 zijn de kosten eigen risico van de zorgverzekering van de medewerker overgenomen.

De Ergo coaches zijn gevraagd een instructie te verzorgen m.b.t. juist gebruik van tilliften om deze situatie in het vervolg te voorkomen.

Alle meldingen zijn hiermee afgehandeld.

Diensten, producten en corrigerende maatregelen

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

Registratie afwijkingen en correcties worden gedaan middels de geëigende registratievormen.

De registraties worden per kwartaal verwerkt in een verslag. Dit verslag is input voor de beleidscyclus, kwaliteitsgroep, leveranciersevaluatie en leveranciersbeoordeling.

Afwijkingen

In het jaar 2020 zijn er in totaal 193 afwijkingen geregistreerd tegenover 108 afwijkingen in het jaar 2020. De afwijkingen zijn als volgt onderverdeeld:

Afwijkingen	2020
Apotheekhoudende huisarts	184
Keuken	5
Wasserij/Linnenkamer	1
Bedrijfsartsen 5	3
Totaal	193

Acties in 2020

Naar aanleiding van de driemaandelijks verslaglegging en analyses zijn de volgende acties uitgezet:

Huisarts/apotheek (intramuraal)

Per kwartaal vindt er overleg plaats met de doktersassistente, hierbij worden de afwijkingen behandeld. Daarnaast staan elk kwartaal de afwijkingen op de agenda van de medicatiecommissie. De bevindingen worden ook geëvalueerd in de teamoverleggen en het MT.

Afdeling keuken

De afwijkingen op voedingsgebied gingen hoofdzakelijk over afwijkende componenten, aanlevering in verkeerde kar, verkeerde maaltijden en niet gemalen componenten. Op alle afwijkingen zijn corrigerende acties uitgezet en de registraties zijn meegenomen in het overleg van de menucommissie met afgevaardigden van de keuken.

Wasserij

Afwijkingen op het gebied van bewassing kleding/linnengoed betroffen: niet schoon. De gemelde afwijking is aan de orde gekomen in een gesprek tussen Cleijenborch en de wasserij.

Klachten

Klachtenregeling en klachtenfunctionarissen

Binnen SONB kan men op verschillende manieren klachten indienen. T.a.v. klachten is er een vastgestelde regeling klachten zorg- en dienstverlening, is er een klachtenreglement ongewenste omgangsvormen en zijn er twee klachtenfunctionarissen aangesteld. Tevens is de stichting aangesloten bij de klachtencommissie Zeeland. In 2020 zijn geen klachten ingediend.

Gedragcode en gedragscode 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 en het omgaan met vertrouwelijke informatie en geeft duidelijkheid over de wijze waarop controle op dit gebruik plaatsvindt. 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 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.

Vanuit de RI&E kwam naar voren dat er behoefte bestaat aan trainingen ongewenste omgangsvormen/agressie voor medewerkers en vrijwilligers. Deze stonden op het opleidingsplan 2020 maar door COVID-19 is dit doorgeschoven naar 2021.

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.

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.

3.4.4 Audits

Interne audits

Resultaten interne audits

Jaarlijks vindt er een interne audit plaats voor zowel de intra- als extramurale afdeling. De audit wordt volgens een driejaarlijkse cyclus samengesteld en uitgevoerd, alleen medicatievoorziening en Hygiëne en infectiepreventie worden elk jaar ge-audit. Een aantal items als medicatiebeleid en hygiëne en infectiepreventie komen jaarlijks terug. De audit wordt door een intern opgeleid team uitgevoerd. Rapportage en eventuele correcties zijn input voor de beleidscyclus.

Op 13 en 20 mei 2020 en 3 en 16 november 2020 zijn er audits uitgevoerd op de volgende gebieden:

<ul style="list-style-type: none">– Medicatievoorziening– Hygiëne en infectiepreventie– Schoonmaak/Hygiëne– Onderhoud/onderhoud hulpmiddelen– Cliëntadministratie– Inkoopproces/Ingangscntrole/voorraadbeheer– Intake <> einde zorg (o.a. intake/cliëntdossier/risicoanalyses individueel/rapportages)	<ul style="list-style-type: none">– Cliëntdossier (opbouw en inhoud)– MIC- meldingen/MOP-meldingen– Afwijkingen/corrigerende en preventieve maatregelen– Verbetercyclus (opvolging meetresultaten)– Communicatie en verslaglegging– Inkoop/contractbeheer/leveranciersbeoordeling– Beleid en kwaliteitsmanagementsysteem/continue meten/risicoinventarisatie
--	--

Tijdens deze interne audits zijn op de gebieden medicatieveiligheid, hygiëne en infectiepreventie en zorgleefplansystematiek, in totaal 22 verbeterpunten geconstateerd. Op de verbeterpunten zijn inmiddels corrigerende maatregelen uitgezet en deze zijn alle afgehandeld.

Externe audits

Resultaten externe audits

Op 26 februari 2020 is er door DEKRA Certification B.V. een Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) hercertificeringsaudit uitgevoerd. Tijdens deze audit is er één tekortkoming geconstateerd. Deze tekortkoming betrof het 'niet tijdig' gereed hebben van de Directiebeoordeling. Echter, de directiebeoordeling kan pas geschreven worden als alle 'volgens onze kwaliteitscyclus' jaarverslagen aangeleverd zijn. De correctie is in mei 2020 alsnog aangeleverd en voldoende bevonden.

3.4.5 PDCA

Beleidscyclus/corrigerende maatregelen

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 door controle en bijstelling, tussentijds evaluatie van de beleidsplannen plaats.

Leren en verbeteren (PDCA) middels o.a. rapportages t.b.v. de beleidscyclus (managementinfo) heeft extra aandacht binnen de MT-overleggen.

Als ondersteuning van het proces wordt sinds 2020 van de uit de periodieke verslagleggingen voortkomende aanbevelingen/correcties, elk kwartaal een samenvatting middels het document 'Corrigerende maatregelen n.a.v. de reguliere verslagen' aan het MT aangeboden als monitoringtool.

Kwaliteitsmanagementsysteem en doelstellingen

Het Kwaliteitsmanagementsysteem van SONB is opgezet, ingevoerd, gedocumenteerd en onderhouden, waarbij de wettelijke kaders uitgangspunten zijn en in overeenstemming zijn met de HKZ-eisen waarbij de procedures, werkinstructies en formulieren een duidelijke weergave geven van de zorgvisie en de regels die binnen alle disciplines worden gehanteerd. Het kwaliteitssysteem is onderdeel van de jaarlijkse cyclus, die geïntegreerd is in de jaarplanning en de P&C cyclus. In 2020 is binnen de Raad van Toezicht een Kwaliteitscommissie geformeerd die samen met de manager kwaliteit en beleid mede toezicht houdt op het functioneren van het kwaliteitsmanagementsysteem.

3.4.6 Samen leren

Lerend netwerk

- Per kwartaal komen de kwaliteitsfunctionarissen van kleinere zorgorganisaties in de regio 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, verstrekken van informatie, etc.
- Lerend netwerk opleidingscoördinatoren van kleinere zorgorganisaties in de regio. 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 etc.
- Gezamenlijk overleg Ondernemingsraden kleinere zorgorganisaties in de regio.
- Intervisie thuiszorg. Vier kleinere zorgorganisaties verzorgen samen opleidingen en intervisie op het gebied van thuiszorg.
- Detachering. Bij een aantal van de kleinere zorgorganisaties worden medewerkers onderling gedetacheerd. Voorbeeld is de HEAD/controller.
- Gezamenlijke scholing Raden van Toezicht kleinere zorgorganisaties in de regio.

3.4.7 Overige

Participatie andere organisaties

- Gemeente Noord-Beveland: Afstemming met betrekking tot uitvoering WMO, het gemeentelijk ouderenbeleid, faciliteren in deelname welzijnsactiviteiten, subsidies, reiskostenvergoeding chauffeurs Tafeltje Dekje;
- Vier Huisartsenpraktijken Noord-Beveland: bieden van huisartsenzorg en farmaceutische zorg aan de bewoners van Cleijenborch. Contacten over cliënten intramuraal en thuiszorg.
- Zorgkantoor Zeeland (CZ): In het kader van de zorgcontractering is Zorgkantoor Zeeland de aanbestedende partij en verantwoordelijk voor de uitvoering van de WLZ;
- Samenwerkingsverband Welzijnszorg Oosterschelderegio (SWVO): Het SWVO heeft de verantwoordelijkheid voor de gezamenlijke beleidsontwikkeling en uitvoering op onderdelen van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) waaronder de huishoudelijke hulp, zorg en begeleiding;
- Zeeuwse Zorgschakels: Zeeuwse Zorgschakels is een onafhankelijke organisatie die zich inzet voor een goede samenhang in ketenzorg. De stichting wordt gedragen door nagenoeg alle zorgaanbieders in Zeeland, de beide ziekenhuizen en de huisartsen. Binnen de stichting zijn ketenzorgprogramma's voor dementie van Walcheren, Zeeuws-Vlaanderen en de Oosterschelderegio ondergebracht. Vanuit de stichting ondersteunen en begeleiden casemanagers in nauwe samenwerking met huisartsen mensen met (een vermoeden van) een diagnose dementie. Naast de ketens dementie en het casemanagement heeft de stichting nog andere ketens en samenwerkingsprojecten in haar pakket. De netwerken palliatieve zorg en 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;
- Woningcorporatie 'Beveland Wonen': samenwerking op het gebied van wonen en zorg op Noord-Beveland. Tevens maken wij voor de verhuur gebruik van hun huurgeschillencommissie;
- 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;
- Bibloservicebus: informatieverstrekking over onze diensten en producten. Ondersteunen van deze voorziening op Noord-Beveland;

- Veiligheidsregio Zeeland: VRZ/GHOR ondersteunt onze organisatie op het gebied van bedrijfscontinuïteit, opleidingen op het gebied van veiligheid (bijv. opleiding t.b.v. het crisisbeleidsteam) en houdt platformbijeenkomsten op het gebied van veiligheid;
- Klachtencommissie Zeeland: Voor een nog betere zorg- en dienstverlening is een aantal Zeeuwse zorginstellingen aangesloten bij de Klachtencommissie Zeeland. Zij hebben gezamenlijk een klachtenregeling opgesteld. Daarin staat hoe de instellingen omgaan met klachten en hoe de Klachtencommissie Zeeland werkt. Hiermee voldoet SONB aan de wettelijke eis;
- Emergis: Intervisie;
- Basisschool/kinderopvang: structureel worden met de basisschool en de kinderopvang samen met onze cliënten activiteiten georganiseerd. Daarnaast fungeert de basisschool als noodopvanglocatie voor Zorgcentrum Cleijenborch tijdens calamiteiten;
- 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 fysiotherapeut geriatrie verleent verscheidene diensten binnen SONB, bijvoorbeeld: fysiotherapie, 3 dagen per week gymnastiek, valpreventie, loopmiddelencheck (bij inhuizing en 1x per jaar).
- Binnen Cleijenborch is een gezondheidscentrum gerealiseerd. Dit gezondheidscentrum bestaat uit een apotheekhoudende huisartsenpraktijk, een fysiotherapiepraktijk, en een thuiszorgorganisatie. Op verschillende gebieden wordt hier samengewerkt.
- Thuis in het Zeeuwse verpleeghuis. Sinds 1 januari 2019 is het programma Thuis in het Zeeuwse Verpleeghuis van start gegaan. Dit programma wordt gefinancierd met de subsidiemiddelen van VWS (transitiemiddelen). Alle VVT-organisaties voeren met Viazorg de projecten uit dit programma uit.

3.5 Personeel

3.5.1 Inleiding

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 de cliënt/het cliëntsysteem (is aanspreekpunt voor cliënt/cliëntsysteem, collega's en andere disciplines). Concreet gaat het om taken betreffende het zorgplan, continuïteit van zorg, multidisciplinaire zorg en overleg, overleg met eenieder die bij de cliënt betrokken is, bijdrage leveren aan nieuwe ontwikkelingen en daadwerkelijk uitvoeren van zorg.

Met de EVV als centrale spil, wordt de zorg geleverd door voldoende professionals die samen werken in een evenwichtig samengesteld team. Het team is toegesneden op de groep te verzorgen cliënten. Evenwichtig betekent zowel diversiteit in leeftijd, achtergrond, specialisme als diversiteit in functieniveau. De 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 8-10 cliënten.

Om de teams te versterken (zowel kwantitatief als kwalitatief), zijn de functies Coördinerend Verpleegkundige (CVP) en Praktijkverpleegkundige Ouderenzorg (PVO) ingevoerd. Daarnaast heeft SONB een Specialist Ouderengeneeskunde (SO) aan zich weten te binden.

Opleidingen, scholingen en trainingen, stagiaires/leerlingen

SONB doet veel aan opleiden, scholingen en trainingen. De praktijkopleider coördineert de opleidingen, scholingen en trainingen. Waar mogelijk worden scholingen, 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'. SONB reserveert jaarlijks minimaal 2% van het totale organisatiebudget voor scholingen. Ieder half jaar vindt er evaluatie plaats middels verslaglegging van het jaarplan aan het MT als onderdeel van de beleidscyclus.

Input voor ontwikkelen scholingsplan zijn:

- Doel voor de organisatie
- Doel voor de medewerkers

- Opleidingsdoel voortkomend uit individueel functioneren
- Opleidingsdoel gericht op verandering functie-/taakhoud
- Opleidingsdoel voortkomend uit functioneren organisatie/teams
- Opleidingen voortkomend uit strategische veranderingen

De opleidings-/stageplaatsen binnen SONB zijn als volgt ingevuld:

Opleidingen 2020	Aanbieder	Niveau	Aantal stagiaires/leerlingen
Zorg en Welzijn			
Beroepsopleidingen			
BBL Verzorgende-IG (1ste jaar)	Scalda/Hoornbeeck	3	6
BBL Verzorgende-IG(2de jaar)	Scalda/Hoornbeeck	3	2
BBL Verzorgende-IG (3de jaar)	Scalda/Hoornbeeck	3	4
BBL Verpleegkundige verkort(4de jaar)	Hoornbeeck	4	2
BBL Verpleegkundige verkort (3de jaar)	Scalda	4	0
BOL Verzorgende-IG	Scalda/Hoornbeeck	3	2
BOL Verpleegkundige	Scalda/Hoornbeeck	4	3
BOL Dienstverlening	Scalda	2	1
BOL Verzorgende-IG/MMZ	Scalda/Hoornb	3	
HBO-V stagiaires	HZ	6	2
HBO-V leerling deeltijd	AVANS		1
HBO-V leerling deeltijd	HZ	6	1

Naast de jaarlijkse vaste onderdelen zijn in 2020 de volgende scholingen uitgevoerd:

<ul style="list-style-type: none"> • Scholing dementie voor ZA en facilitair • Opleiding EVV • Ergo- Statische belasting • Verpleegtechnische handelingen: • Vitale functies • Tensie • Orthostatische Hypothensie • Temperatuur • Ademhaling • Pols/hartslag • Mondzorg • Methodisch werken EVV • Totale zorgcoördinatie rondom de cliënt voor EVV 	<ul style="list-style-type: none"> • Werkbegeleiding • HACCP en voedselveiligheid kleinschalige woonvorm • Probleemgedrag • Wet Zorg en Dwang • Verpleegtechnische handelingen - Injecteren - Intramusculair - Subcutaan - Vleugelnaald - Bloedglucose - Insuline
--	--

De toetsing verpleegtechnische handelingen heeft volgens een vastgesteld schema plaatsgevonden. Binnen SONB zijn verschillende werkgroepen en/of aandachtsvelders actief. Vanuit deze verschillende werkgroepen en/of aandachtsvelders worden jaarlijks initiatieven genomen om voorstellen te doen voor scholingen en trainingen.

3.5.2 Formatie

Personeelsnorm

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

houdend met het kwaliteitskader. Iedere 3 weken wordt door de manager zorg en de HEAD a.d.h.v. de formatiemonitor een analyse van het personeelsbestand gemaakt. Hierdoor kan adequaat op de actuele personeelssamenstelling geacteerd worden.

Verzuim 2020 (exclusief zwangerschap)

Het verzuimpercentage over heel 2020 lag bij SONB op 8,54%. Het ziekteverzuimpercentage in de VVT (landelijk) is over heel 2020 7,7% tegenover 6,8% in 2019.

3.5.3 Overige

Ondernemingsraad

De ondernemingsraad bestaat uit 5 personen en behartigt de belangen van de medewerkers en informeert en/of adviseert daarbij naar zaken als werkomstandigheden en veiligheid. De ondernemingsraad heeft in 2020 zesmaal formeel overleg gehad met de Raad van Bestuur. In verband met de Corona perikelen heeft er geen Artikel 24 overleg (met leden van de RvT) plaatsgevonden, deze is doorgeschoven naar 2021. Daarnaast zijn diverse onderlinge overleggen gevoerd. Van het overleg met de bestuurder worden notulen gemaakt. Onderwerpen die zijn besproken in de ondernemingsraad in 2020 zijn onder andere:

<p>Instemming gegeven voor: Regeling meeruren</p> <p>Advies uitgebracht over: Meerjaren beleidsplan 20-25</p> <p>Besproken zijn: Jaarrekening 2019 Accountantsverslag 2019 Begroting 2020 Kwaliteitsplan 2020 Maatschappelijkverslag 2019 Kwaliteitsverslag 2019 Kwaliteitsplan WMO Rapportage Thuis in het verpleeghuis Verslag directiebeoordeling Invulling functie manager zorg Vervallen functie senior P&O adviseur</p>	<p>De OR is geïnformeerd over: Het coronaprotocol Waardigheid en Trots op locatie Plan van aanpak n.a.v. inspectiebezoek Wonen en Zorg kleinschalig organiseren Project gezondheidscentrum Project grijs, groen en gelukkig Procedure Wet Zorg en Dwang Jaarverslag vertrouwenspersoon De Zorgbonus Het Gastvrijheidsconcept ICT, vernieuwing van de online werkplek Smart-Glass, start pilot NCare, medicatieveiligheid Overstap instellingsplatgoed Uitvoeren en resultaat PREM onderzoek wijkverpleging</p> <p>Uitdagingen voor 2021 Verdieping kennis financiële aangelegenheden Verdieping ARBO Verdieping gevolgen ontwikkelingen kleinschalig georganiseerde zorg</p>
--	--

Onderzoek Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) werkdruk en fysieke belasting

Juni 2019 is de inspectie SZW een onderzoek gestart naar werkdruk en fysieke belasting. SONB werd uitgenodigd om de risicoinventarisatie en evaluatie aan te leveren (inclusief plan van aanpak en bewijs van goedkeuring), deze zijn door de inspectie geanalyseerd. Verder bestond de uitvraag uit de onderdelen beleid, uitvoering en borging. In de loop van 2020 zou hiervan een terugkoppeling plaatsvinden. Helaas is dit niet gebeurd.

RI&E

In maart 2018 is een RI&E uitgevoerd door Adviesbureau Arbogezond.

Het betrof de gebieden:

<ul style="list-style-type: none"> • Arbobeleid • Beeldschermwerk/kantoorwerk • Facilitair medewerker • Gebouw Algemeen en BHV • Huishoudelijke Zorg Extramuraal 	<ul style="list-style-type: none"> • Zorg Extramuraal • Zorg Team 1 • Zorgassistenten 2 • Zorg Team 3 • Technische Dienst
---	--

N.a.v. de rapportage is er een plan van aanpak geschreven en voorgelegd aan het MT, de CR en de OR. Inmiddels is het plan van aanpak (2018/2019) geheel uitgevoerd. Eén punt (scholing agressie en seksuele intimidatie voor alle medewerkers) stond in het scholingsplan 2020 opgenomen. Door ziekte van de docent/trainer en in een later stadium door COVID-19 wordt deze scholing doorgeschoven naar het scholingsplan 2021.

3.6 Goed bestuur

Raad van Toezicht en medezeggenschap

Governance Raad van Toezicht (RvT)

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

Toezichthoudend orgaan

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

Samenstelling

De RvT bestaat uit 4 personen.

De RvT is zodanig samengesteld dat de leden ten opzichte van elkaar onafhankelijk en kritisch kunnen opereren in de dagelijkse en algemene leiding van de organisatie. In 2020 heeft er een wisseling in de bezetting van de RvT plaatsgevonden.

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.

In 2020 zijn de volgende onderwerpen aan de orde geweest:

- Analyse ziekteverzuim	- Bezoek IGJ
- Management	- Bezoldiging RvT
- Financiële rapportage	- Wisseling voorzitter
- Voordracht nieuwe leden RvT	- Wisseling vice voorzitter
- Waardigheid en Trots op locatie	- Zorgbonus
- Bestuursfilosofie	- Kwaliteitsverslag 2019
- Rooster van aftreden	- Directiebeoordeling
- Gezondheidscentrum	- Vacature RvT
- Gesprek gemeente Noord-Beveland	- Instellen nieuw Rvt leden
- Verbeterplan 'Cleijenborch aan zet'	- Begroting 2021
- Situatie COVID-19 19	- Kwaliteitsplan 2021
- Aanstellen Manager Zorg	- Bijscholing RvT- leden
- Jaarrekening	- Indeling commissies binnen RvT
- Exploitatieoverzicht	- Financieel jaaroverzicht Stichting Vrienden

Raad van Bestuur

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.

In 2019 is de Raad van Bestuur begonnen met het voortraject accreditatie voor zorgbestuurders. Deze is in 2020 voortgezet.