



**Plan van aanpak
Waardigheid en trots op locatie**

Protestants Christelijke Stichting Ouderenzorg Haarlemmermeer

**Locatie Horizon te Hoofddorp
Locatie Westerkim te Nieuw Vennep**

***“Hier ben ik thuis, een thuishaven voor bewoners,
mantelzorgers en professionals”***



Erik Zwart, bestuurder PCSOH
Arjan Rosens, coach Waardigheid en trots op locatie

Mei 2019



Nieuw Vennep, 21 mei 2019

Beste lezer,

PCSOH heeft de afgelopen jaren in korte tijd een enorme transitie ondergaan. Van het oorspronkelijke verzorgingshuis werd de organisatie omgezet in enerzijds zelfstandige appartementen waar thuiszorg en welzijn wordt geleverd en, anderzijds, kleinschalige units voor verpleeghuiszorg zijn ingericht. De laatste jaren wordt ook duidelijk merkbaar dat ouderen steeds langer thuis blijven wonen, zodat de uitdagingen voor de thuiszorg om dit te realiseren, zijn toegenomen. Ook de bewoners van de verpleeghuisunits kenmerken zich door een sterk toegenomen zorgzwaarte. Tekenend is dat de gemiddelde opnameduur inmiddels is teruggelopen tot minder dan een jaar.

Dit alles stelt de organisatie en haar medewerkers voor grote uitdagingen. We hebben het dan ook toegejuicht dat er een kwaliteitskader voor de intramurale zorg is vastgesteld, op basis waarvan wij heel concreet onze doelstellingen voor kwalitatief goede zorg kunnen formuleren en er tegelijkertijd een toetsingskader is ontstaan.

We deden dan ook graag mee in de pilot voor Waardigheid en trots op locatie, met de hier ontwikkelde scan van het kwaliteitskader. Het resultaat van de scan is geweest dat is opgemerkt, dat de organisatie weliswaar op de goede weg is, maar dat er nog veel moet gebeuren. Dit realiseren we ons en we beseffen ook dat de verandercapaciteit van de organisatie, door haar geringe omvang, niet groot is. We hebben hier daarom hulp bij nodig.

We zijn blij met het nu voorliggende plan van aanpak. Het geeft ons de instrumenten om daadwerkelijk stappen te zetten in een overzichtelijk tijdschema. Vanuit de bespreking in de stuurgroep kwaliteit en het MT is dan ook positief en met enthousiasme gereageerd.

Ik heb er alle vertrouwen in dat we met dit plan van aanpak in onze zorg de grote uitdagingen van dit moment en de komende jaren aankunnen.

Erik Zwart,

bestuurder PCSOH



INHOUD

1. PROTESTANTS CHRISTELIJKE STICHTING OUDERENZORG HAARLEMMERMEER, DE CONTEXT	4
INLEIDING	4
ZZP MIX 2018.....	5
MISSION STATEMENT EN KERNWAARDEN	5
BESTURINGSMODEL EN GOVERNANCE.....	5
RAAD VAN TOEZICHT	6
MEDEWERKERS.....	6
KWALITEIT	6
2. PROBLEEMANALYSE	7
2.1 PERSOONSGERICHTE ZORG	7
2.2 WONEN EN WELZIJN.....	8
2.3 VEILIGHEID.....	8
2.4 LEREN EN VERBETEREN	9
2.5 LEIDERSCHAP, GOVERNANCE EN MANAGEMENT	9
2.6 PERSONEELSSAMENSTELLING	10
2.7 GEBRUIK VAN HULPBRONNEN.....	10
2.8 GEBRUIK VAN INFORMATIE	10
SAMENVATTEND.....	11
6. UITVOERING, PLANNING EN BEGROTING.....	21
BESTUURLIJK, TOEZICHTHOUDEND / ADVIESORGANEN.....	21
ORGANISATORISCH.....	21
OPERATIONEEL	22
OPDELEN IN FASEN EN INHOUDELIJKE EN RANDVOORWAARDELIJKE ONDERSTEUNING	22
7. SUCCESFACTOREN EN RISICO'S.....	23
BEHEERSMAATREGELEN.....	24
8. COMMUNICATIE IS EEN KRITISCHE SUCCESFACTOR VOOR HET GEHELE TRAJECT	25



1. PROTESTANTS CHRISTELIJKE STICHTING OUDERENZORG HAARLEMMERMEER, DE CONTEXT

INLEIDING

De Protestants Christelijke Stichting Ouderenzorg Haarlemmermeer (hierna PCSOH) is een zelfstandige en relatief kleine zorgaanbieder die - op basis van de jaaromzet van € 10 miljoen of minder - kan worden getypeerd als 'kleine intramurale ouderenzorginstelling'. De organisatie heeft twee locaties.

Locatie Horizon is gelegen in Hoofddorp. Het centrumgebied is op loopafstand, het complex zelf ligt in een rustige buurt. Het is een groot gebouw met daarin intramurale voorzieningen, appartementen en diverse gemeenschappelijke ruimtes.

Locatie Westerkim is gelegen in Nieuw Vennep. Deze locatie ligt op loopafstand van het winkelhart van het dorp. Kenmerkend voor Westerkim is de kleinschaligheid en hiermee de informele sfeer.

In 1955 werd PCSOH opgericht door leden van verschillende christelijke kerkgenootschappen. De stichting heeft haar wortels in de protestants-christelijke traditie. Dit vormt nog steeds een belangrijke basis. De Bijbel en specifiek de woorden van Jezus Christus vormen de inspiratiebron voor het doen en laten. Daarbij wordt rekening gehouden met de verschillende vormen die het christelijk geloof kent en is er aandacht en respect voor andere geloofs- en levensovertuigingen.

Als centrale waarden zijn door betrokken bewoners, vrijwilligers, mantelzorgers en medewerkers geformuleerd: naastenliefde, geborgenheid, verantwoordelijkheid en betrouwbaarheid.

De kernactiviteit van PCSOH omvat het verlenen van diensten aan ouderen met een zorgvraag op de gebieden wonen, zorg en welzijn. De dienstverlening bestaat uit:

- Kleinschalig wonen (intramurale zorg)
- Scheiden wonen en zorg (extramurale zorg)
- Seniorenappartementen (waaronder extramurale zorg)

Enkele kerngegevens 2018 Horizon

Omzet	€ 5,2 M
Aantal Fte	46,44
Aantal medewerkers	74*
Aantal vrijwilligers	160**
Aantal cliënten intramuraal	54
Aantal cliënten extramuraal	150

Enkele kerngegevens 2018 Westerkim

Omzet	€ 3,4 M
Aantal Fte	33,48
Aantal medewerkers	72*
Aantal vrijwilligers	90**
Aantal cliënten intramuraal	36
Aantal cliënten extramuraal	74

* **het betreft hier alleen de (zorg) medewerkers van KSW (kleinschalig wonen).**

****het betreft hier alle vrijwilligers die aan de locaties verbonden zijn.**



ZZP MIX 2018

	Horizon	Westerkim
ZZP 4 vv	4	5
ZZP 5 vv	32	27
ZZP 6 vv	18	4
VPT 4 vv	2	0
ELV laag	2	1
ELV hoog	0	0

MISSION STATEMENT EN KERNWAARDEN

Mission Statement

Met "Hier ben ik thuis" wil PCSOH alle genoemde kernwaarden samenvatten. De organisatie wil voor haar bewoners een thuishaven zijn, waar zij zich geborgen weten in een sfeer van naastenliefde en waar zij kunnen rekenen op professionele medewerkers.

Kernwaarden

Naastenliefde, geborgenheid, verantwoordelijkheid, betrouwbaarheid.

BESTURINGSMODEL EN GOVERNANCE

PCSOH kent traditioneel een hiërarchisch opgebouwde structuur met meerdere managementlagen. De besluitvorming verliep top-down. De toenemende druk op de zorg door de vergrijzing, de krapte op de arbeidsmarkt, het steeds mondiger worden van bewoners en mantelzorgers, stellen echter steeds hogere en andere eisen aan de besturing van de organisatie.

In organisatietermen is binnen veel zorgorganisaties een overgang zichtbaar van het Anglo-Amerikaans besturingsmodel naar het Rijnlandse besturingsmodel, zo ook binnen PCSOH. Effecten hiervan zijn dat zorgorganisaties steeds meer gebruik maken van de volgende organisatieprincipes:

- Vakmanschap als basis ("wie het weet mag het zeggen")
- Primair proces staat centraal
- Mensbeeld gebaseerd op solidariteit
- De organisatie is primair een werkgemeenschap

PCSOH is in 2017 begonnen met een beweging richting het Rijnlands organiseren. De hiërarchische, top-down structuur wordt daarbij doorbroken. Men zoekt naar een besturingsmodel waarbij (zorg)teams en individuele medewerkers zich verantwoordelijk voelen voor hun werkgebied en ruimte ervaren om hierin regie te nemen. Dit besturingsmodel dient in 2019 verder te worden ontwikkeld. Hierin ligt een deel van de sleutel tot verbetering van kwaliteit en aansluiting op meer complexe zorg.



RAAD VAN TOEZICHT

De Raad van Toezicht van PCSOH is bezig met een traject om de toezichthoudende rol minder op afstand te laten plaatsvinden. Gelet op de toenemende verantwoordelijkheid van toezichthouders heeft de Raad van Toezicht in de afgelopen periode een aantal studiebijeenkomsten gehouden, waarin een nadere afweging heeft plaatsgevonden van haar rol in relatie tot de nieuwe governance-bepalingen. Dit heeft geleid tot een nieuw "visiedocument Raad van Toezicht PCSOH". Concreet zijn er met de bestuurder afspraken gemaakt om vanaf 2018 het toezicht directer te maken, onder meer door - op basis van verschillende thema's (zoals kwaliteit en identiteit) - ook met medewerkers in de organisatie het gesprek aan te gaan op basis van het betreffende thema.

MEDEWERKERS

Binnen PCSOH zijn ongeveer 146 zorgmedewerkers werkzaam binnen het kleinschalig wonen. In totaal vertegenwoordigen zij ongeveer 80 FTE (gegevens 2018). In totaal werken er ongeveer 250 medewerkers binnen PCSOH.

Relatief veel medewerkers hebben een lange werkhistorie binnen de stichting en daarmee een gemiddeld hoge leeftijd. Het opleidingsniveau van de medewerkers is relatief laag, passend bij de oude situatie van PCSOH, waarbij beide locaties een "klassiek" verzorgingshuis waren. Het deskundigheidsniveau van de medewerkers is nog niet voldoende meegegroeid met de ontwikkeling naar het verlenen van meer zware zorg (verpleeghuiszorg).

PCSOH heeft, net als veel andere zorgaanbieders, te kampen met de arbeidsmarktproblematiek en kan daardoor moeilijk aan (nieuwe) deskundige medewerkers komen. Medewerkers van PCSOH zijn veelal erg betrokken en hard werkende mensen, met name 'doeners'. Het verloop is gelukkig laag.

KWALITEIT

PCSOH is gecertificeerd op basis van de normen in HKZ Zorg en Welzijn. Procedures en protocollen zijn vastgelegd in een Kwaliteitsmanagementsysteem (KMS) op een gezamenlijke schijf en zijn daarmee toegankelijk voor alle betrokkenen.



2. PROBLEEMANALYSE

PCSOH verkeert momenteel in een relatief onrustige periode, veroorzaakt door de transitie in de zorg, de overgang van zorg aan bewoners met een lage zzp naar zorg voor bewoners met een hoge zzp (complexere zorgvragen), een “verouderde” manier van werken en toenemende druk vanuit de arbeidsmarkt. De uitdagingen waarvoor de organisatie staat zijn vertaald in verschillende kwaliteitsplannen vanuit het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Het voordeel van de kleinschaligheid zit in de korte lijnen en snelle wendbaarheid. Een nadeel is echter dat er een zeer beperkte overhead ofwel ondersteunende dienst is, waardoor de ontwikkel- en verandercapaciteit relatief gering is. Om die reden heeft PCSOH deelgenomen aan de “pilot scan kwaliteitskader verpleeghuiszorg”.

De scans van beide locaties laten een redelijk vergelijkbaar beeld zien, met enkele nuanceverschillen. Een belangrijke constatering is dat de beide locaties nog worden ervaren als eilanden, waarbij Westerkim de neiging heeft om zich de “Calimero” te voelen. Er is veel in beweging, ook de goede kant op, en op geen van de thema’s worden ernstige tekorten gesignaleerd. Echter wordt wel opgemerkt dat hulp noodzakelijk is om verbeterlagen te maken en om de voortgang voldoende te kunnen borgen.

Deze paragraaf geeft een overzicht van de feiten, bevindingen en problemen geordend naar de acht onderdelen van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg.

2.1 PERSOONSGERICHTE ZORG

Algemeen

- Het ECD is ingericht op de OMAHA systematiek, waarbij met name aandacht is voor ADL zorg. Informatie over achtergronden van de cliënt en/of over wensen rondom welzijn zijn niet of nauwelijks terug te vinden in het dossier.
- Er is geen werkbeschrijving/werkproces om te komen tot eenduidige dossiervorming in ONS. Zorg en welzijn zijn niet integraal verbonden.
- De intakeprocedure sluit niet aan bij de wensen van de organisatie en geeft onvoldoende beeld van de cliënt in relatie tot achtergronden, wensen/behoefte, welzijn en persoonsgerichte zorg.
- De behandelaars zijn onvoldoende betrokken bij het opstellen van de zorgleefplannen.
- De contactverzorgende kent de cliënt; overdracht van informatie en kennis behoeft aandacht.
- De cliënttevredenheid wordt alleen gemeten met behulp van Zorgkaart Nederland. Cliënten moeten aangespoord worden om reacties te plaatsen. Dit geeft geen actueel en objectief beeld.

Locatieverschillen ten aanzien van Persoonsgerichte zorg:

- Locatie Westerkim is meer kritisch op de OMAHA systematiek en zoekt naar andere mogelijkheden.
- Locatie Westerkim draagt een éénduidige mening uit en laat een meer gezamenlijke mening horen.
- Locatie Horizon is meer flexibel in persoonsgerichte zorg gekoppeld aan doelgroepen en is minder “star” in het vasthouden aan een specifieke doelgroep.



2.2 WONEN EN WELZIJN

Algemeen

- Er is onvoldoende aandacht voor zingeving en levensvragen (wel modellen en tools beschikbaar, maar geen eenduidige werkmethode).
- Er is geen duidelijk vrijwilligersbeleid, mantelzorgbeleid en beleid rondom familieparticipatie.
- Er is aandacht en waardering voor vrijwilligers, maar communicatie en beleid moeten versterkt worden.
- In het weekend zijn er nauwelijks activiteiten. Activiteiten moeten beter aansluiten bij (individuele) behoeften van de cliënten.
- Hygiëne en schoonmaak verdienen aandacht, zowel van materialen als van fysieke ruimtes.

Locatieverschillen ten aanzien van Wonen en Welzijn:

Ondanks het feit dat beide locaties dezelfde middelen en ruimte ter beschikking hebben, lijkt locatie Westerkim meer initiatief te nemen en creatiever te zijn. Voorbeelden hiervan zijn het bruine café en de fitnessruimte, tot stand gekomen vanuit behoefte van bewoners.

Het verschil ten opzichte van Horizon lijkt te zitten in cultuur en gedrag. Locatie Westerkim is meer “dorps” en dit is merkbaar in de wijze waarop initiatieven van de grond komen en de betrokkenheid vanuit de gemeenschap en vrijwilligers.

2.3 VEILIGHEID

Algemeen

- De veiligheid is in de basis op orde, maar kent wel risico's, met name door toenemende zorgzwaarte en achterblijvend deskundigheidsniveau in relatie tot de complexere zorg, bijvoorbeeld ten aanzien van onbegrepen gedrag.
- Er is een veilige meldcultuur, maar de melding zet onvoldoende een proces rondom leren en verbeteren in gang. Geen PDCA cyclus.
- Methodisch werken behoeft aandacht.

Er zijn geen specifieke verschillen waarneembaar tussen de locaties.



2.4 LEREN EN VERBETEREN

Algemeen

- Het ontbreekt aan een structurele leercyclus, er is geen methode die een PDCA in gang zet en borgt. Er wordt niet gewerkt met verbeterborden of verbeterregisters in de teams.
- Tijdsdruk door personeelskrapte en ziekte maakt dat er geen tijd wordt genomen voor leren en verbeteren.
- Deskundigheid en bekwaamheden van medewerkers moeten doorontwikkeld worden.
- Elkaar aanspreken en feedback geven wordt als moeilijk ervaren.
- Het zelforganiserend vermogen van de teams dient versterkt te worden. Men moet professionele regelruimte ervaren en innemen.
- Aandachtvelders hebben behoefte aan kaders.
- Leren van andere organisaties (in lerend netwerk) heeft nog onvoldoende aandacht, bovendien is er beperkt aandacht voor leren van elkaar tussen de locaties Horizon en Westerkim.

Locatieverschillen ten aanzien van Leren en Verbeteren:

Het is opvallend dat Westerkim als locatie meer ruimte pakt om zaken zelf te organiseren. Dit heeft mogelijk te maken met het feit dat bestuur en ondersteunende diensten op afstand zitten. Enerzijds wordt het pakken van regelruimte positief ervaren, echter het wordt ook soms gedaan vanuit de gedachte “wij regelen het zelf wel, er is minder aandacht voor ons”.

2.5 LEIDERSCHAP, GOVERNANCE EN MANAGEMENT

Algemeen

- Medewerkers in het primaire proces hebben behoefte aan een eenduidige (zorg)visie, koers en kaders.
- De ondersteunende diensten worden als onvoldoende ondersteunend aan het primaire proces ervaren.
- De overleg- en communicatiestructuur sluiten niet aan bij het besturingsmodel.
- De zichtbaarheid van directie en management moet vergroot worden.
- Betrokkenheid bij beleidsvorming wordt onvoldoende ervaren.
- Onduidelijke processen rondom inzet TD.

Locatieverschillen ten aanzien van Leiderschap, Governance en Management:

Locatie Westerkim oogt zelfstandiger, maar ook “eigenwijzer”.

De veranderbereidheid op locatie Horizon is groter.

Binnen locatie Westerkim heerst er meer een cultuur van saamhorigheid dan binnen locatie Horizon.



2.6 PERSONEELSSAMENSTELLING

Algemeen

- De personeelsformatie is zowel kwantitatief als kwalitatief niet volledig op orde.
- Er is geen duidelijke PCSOH norm (formatiemix versus zzp mix, vertaald naar rooster).
- Uitdaging om (in de toekomst) deskundig personeel te vinden, onvoldoende niveau 3 en 4.
- Er is geen Strategisch Personeel Plan.
- Bezetting en toezicht op piekmomenten zijn niet altijd gewaarborgd.
- Ziekteverzuim behoeft aandacht.
- Er dient meer aandacht te zijn voor duurzame inzetbaarheid medewerkers, zeker gezien de gemiddeld hoge leeftijd van medewerkers.

Locatieverschillen ten aanzien van Personeelssamenstelling:

- Locatie Westerkim kent minder verloop van medewerkers en wordt door nieuwkomers meer ervaren als een warm bad.
- Locatie Westerkim heeft veel zeer betrokken vrijwilligers die de medewerkers erg ondersteunen en ontlasten.
- De personeelssamenstelling, met name de deskundigheid van medewerkers, behoeft op locatie Horizon meer aandacht. In locatie Westerkim is dit meer in balans (waarschijnlijk omdat hier al eerder een verpleegafdeling was).
- Binnen locatie Westerkim vormen de teams meer een eenheid, hierdoor krijgen ze de roosters beter passend en zijn er weinig inhuurkrachten nodig.

2.7 GEBRUIK VAN HULPBRONNEN

Algemeen

- De facilitaire dienst wordt als een eiland ervaren en sluit niet aan bij de behoefte vanuit het primair proces, er zijn onduidelijkheden rondom dienstverlening en verwachtingen.
- Ondersteunende diensten hebben teveel afstand tot het primaire proces.
- Besluitvorming is traag
- ICT, ECD, WIFI en telefonie zijn nog niet voldoende op orde en ondersteunend aan primair proces.
- Storingen in zorgoproepsysteem.

2.8 GEBRUIK VAN INFORMATIE

Algemeen

- Er is geen (kwaliteits)dashboard waar teams gebruik van kunnen maken.
- De kwaliteitsmonitor in ONS wordt niet gebruikt.
- Informatie over ervaringen en tevredenheid van cliënten is niet of nauwelijks voorhanden, er is behoefte aan meer en actuelere informatie.
- Onvoldoende structurele stuurinformatie.
- Werkprocessen zijn niet altijd efficiënt en zorgen voor administratieve dubbelingen.



SAMENVATTEND

Binnen PCSOH lijkt er nog sprake van een “klassieke” manier van zorg verlenen: ‘zorgen voor’ in plaats van ‘zorgen dat’. Medewerkers werken hard en willen alles doen voor de cliënt. Alles draait om de zorg voor de cliënt. De cliënt staat in dat perspectief wel centraal, echter is vaak niet zelf in regie. Er lijkt meer aandacht te zijn voor de daadwerkelijke zorg dan voor het algehele welzijn van de cliënt.

Het huidige intakeproces sluit onvoldoende aan bij de wensen van de organisatie en de invoering van persoonsgerichte zorg. Daarbij wordt familieparticipatie niet of nauwelijks aangemoedigd of georganiseerd. Uitzonderingen worden gevormd door sommige familieleden die uit zichzelf zeer betrokken zijn bij de zorg voor hun naaste.

Medewerkers lijken nog niet actief familieleden of andere informele zorg te betrekken bij de zorg voor cliënten. Men vindt het lastig om familie aan te spreken en heeft veelal geen beeld bij wat er van familie verwacht mag of kan worden. Van intensieve afstemming met cliënt en familie/informele zorg is geen sprake. Het ontbreekt hierin ook aan beleid.

PCSOH vindt het belangrijk om deel te nemen aan Zorgkaart Nederland. Locatie Horizon wordt beoordeeld met een 7,9 op basis van 38 waarderingen. Locatie Westerkim krijgt gemiddeld een 8,2 op basis van 25 waarderingen. Verhoudingsgewijs zijn dit weinig reviews ondanks de jaarlijkse oproep van PCSOH om reviews te plaatsen.

Uit de gesprekken met de verschillende betrokkenen komt naar voren dat onder leiding van de nieuwe bestuurder duidelijk merkbaar is dat er een andere koers gevaren gaat worden. In vele opzichten zijn er reeds veranderingen merkbaar. Bij eenieder is duidelijk dat de cliënt meer centraal dient te staan en dat persoonsgerichte zorg meer aandacht verdient. Met name de bestuurder, managementleden en ondersteunende diensten kunnen aangeven welke kant PCSOH op gaat. De visie is echter deels nog in wording en staat nog niet goed op papier. Er is duidelijk behoefte aan een concrete uitwerking van de visie op de samenwerking tussen cliënt, informele zorg en zorgverlener, en aan duidelijke kaders, rollen, taken en bevoegdheden.

Er is geen actueel geïmplementeerd vrijwilligersbeleid. Per afdeling zijn verschillen merkbaar ten aanzien van de inzet van vrijwilligers. Op de ene afdeling maakt de vrijwilliger op de gewenste manier onderdeel uit van het team en zijn de taken en verantwoordelijkheden helder. Op andere afdelingen heeft de vrijwilliger een onduidelijke positie.

De ondersteuning vanuit Waardigheid en trots op locatie is erop gericht om de kwaliteit van zorg structureel naar een hoger kwaliteitsniveau te tillen, het kwaliteitsbesef bij medewerkers te vergroten en een kwaliteitssysteem in te richten waarmee continu op kwaliteit en veiligheid kan worden gestuurd.

De uitdagingen binnen PCSOH zijn divers en spelen zich af binnen alle onderdelen van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg, zowel op inhoud als randvoorwaardelijk. PCSOH bevindt zich in een periode waarin vele grote veranderingen plaatsvinden op alle niveaus van de organisatie.



De uitdagingen welke voorliggen kunnen beknopt als volgt worden weergegeven, met tussen haakjes de desbetreffende pijler uit het kwaliteitskader verpleeghuiszorg:

- De visie op persoonsgerichte zorg en op familieparticipatie in de praktijk verder invulling geven (persoonsgerichte zorg)
- Inrichten en vormgeven van passend intakeproces (persoonsgerichte zorg)
- Naar aanleiding van meldingen en klachten leren en verbeteren (leren en verbeteren)
- Monitoren, meten, verbeteren en borgen van kwaliteit en veiligheid moet worden opgepakt (leren en verbeteren)
- Het borgen van de PDCA cyclus (veiligheid)
- Risicosignalering naar bedoelde wijze vormgeven, implementeren en borgen waarbij een doorlopende evaluatiecyclus onlosmakelijk verbonden wordt (veiligheid)
- Versterken methodisch werken (veiligheid)
- Inrichten, monitoren en (bij)sturen op deskundigheid van medewerkers (personeelssamenstelling)
- Teams in omvang en samenstelling optimaliseren, concretiseren en uitdragen waarbij teams ook daadwerkelijk ruimte kunnen pakken voor eigen professionaliteit, (mede) kunnen monitoren op samenstelling en omvang en (mede) kunnen sturen (personeelssamenstelling)
- Een gedegen, onderbouwde en stabiele medewerkersmix, afgezet tegen de ZZP-mix waarbij deskundigheid geborgd is (personeelssamenstelling)
- Het ontwikkelen van meer zelforganiserende teams en professionele regelruimte, in samenhang met het veranderende besturingsmodel en de organisatiestructuur (leiderschap, governance, management)
- Uitwerken en concretiseren van de visie en ambitie van PCSOH in meerjarenbeleid (leiderschap)
- Beleidsmatig onderbouwen van het veranderende besturingsmodel en de daarmee gepaard gaande aanpassing in de organisatiestructuur met daarbij het vertalen naar duidelijke taken, rollen, verantwoordelijkheden en bevoegdheden (leiderschap)
- Het implementeren van duidelijke, heldere communicatielijnen waarbij sprake is van een passende overlegstructuur (leiderschap)
- Beleid ontwikkelen gericht op zingeving en levensvragen (wonen en welzijn)
- Invoering passend model voor het meten van cliënttevredenheid (gebruik informatie)

Het is duidelijk merkbaar dat er op directieniveau goed nagedacht is over de veranderingen binnen de domeinen zorg en welzijn welke door maatschappelijke ontwikkelingen, doorontwikkeling van kwaliteitskaders en transitie zijn ingegeven en de invloed daarvan op de organisatie PCSOH. Echter, door de grote diversiteit aan vraagstukken lijken medewerkers uit alle lagen van de organisatie hun flexibiliteit verloren te zijn. Enerzijds betreft dit flexibiliteit in fysieke aanwezigheid, anderzijds raakt dit de flexibiliteit in het meedenken en genereren van (creatieve) oplossingen voor vraagstukken. Bij dit laatste moet opgemerkt worden dat er duidelijke verschillen zijn tussen de twee locaties.

Cruciaal is dan ook het doseren van veranderingen en zoveel mogelijk integraliteit in aanpak, nut en noodzaak tijdig onder de aandacht te brengen en medewerkers ruimte bieden om hetgeen gesteld wordt, in zich op te nemen. Het afbreukrisico in deze is groot. Stevig leiderschap, openheid en transparantie zijn noodzakelijke randvoorwaarden.



Persoonsgerichte zorg

Regievoerder: Coördinator intramurale zorg (Ron).

Doel: Met iedere bewoner vindt tweemaal per jaar een zorgleefplangesprek/MDO plaats, waarbij cliënttevredenheid, persoonsgerichte zorg en welzijn worden besproken en vertaald naar (verbeter)acties, specifiek op de thema's zorg en ondersteuning, inspelen op wensen, samenwerking met cliënt en mantelzorgers, zinvolle dagbesteding. Op basis van een nulmeting wordt een doelstelling bepaald.

Mijlpalen	Wat/Hoe
<p>Bestuur en MT hebben een heldere, gedeelde en doorleefde visie op het bieden van een thuishaven en persoonsgerichte zorg. De teams hebben de visie vertaald en eigen gemaakt. De visie is vertaald, en ingebed in het dagelijks werk.</p>	<p>Visie op zorg en ondersteuning</p> <ul style="list-style-type: none"> - Visie op zorg is in Q3 2019 omschreven en vertaald naar houding en gedrag in (zelforganiserende) teams en processen. - Teams gaan afspraken/beloftes op teamniveau vastleggen in een teamboekje. - Afspraken maken de visie actief te gebruiken in het werk, in het teamoverleg en in overleg met overige stakeholders (bijvoorbeeld mantelzorgers en vrijwilligers heeft plaatsgevonden in Q4 2019).
<p>Cliënten zijn aantoonbaar tevreden over wonen/welzijn/zorg.</p> <p>Er zijn continue en kleine metingen naar de beleving van cliënt en netwerk, ingebed in de zorgleefplancyclus en weergegeven in het overzichten, als basis voor verbeteren.</p>	<p>Verbeteren cliëntzorg op basis van meten (dashboard)</p> <p>De teams voeren zorgleefplangesprekken/MDO's uit volgens planning en opzet. De teams leren continue en kleine metingen naar de beleving van cliënt en netwerk te doen;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementatie kortcyclisch meten (eventueel systeem) om inzicht in cliëntervaring te krijgen; Start met een nulmeting. Cliënttevredenheid wordt aan het einde van het traject gewaardeerd met een 8,5. - De teams leren de informatie te gebruiken, als basis voor verbeteren van de cliëntzorg, met als toetsingskader de visie en passen dit uiterlijk Q2 2020 toe; - Teams helpen verbeteracties simpel, compact en realistisch te houden; - Organiseren van bijeenkomsten met cliënten, mantelzorgers en medewerkers, minimaal 2x per jaar, los van de MDO's. Daarnaast wordt er een avond voor vrijwilligers georganiseerd om betrokkenheid te vergroten en informatie te delen.
<p>Vanaf de oriëntatie van de cliënt is er aandacht voor de achtergronden, wensen en behoeften van de cliënt, zodat vanaf de dag van inhuizing de cliënt gekend wordt.</p>	<p>Team kent cliënt vanaf start zorg door aangepaste intakeprocedure</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intake procedure opnieuw beschrijven en implementeren, laten aansluiten bij doelstellingen uit het project "warme overdracht, zachte landing". - Ontwikkeling of implementatie instrument m.b.t. achtergronden, wensen/behoeften cliënt - Coaching EVV'ers - Scholing door Stoc.



	ZLP in ONS op uniforme wijze, verbinding zorg en welzijn.	Er is een uniform werkproces voor het opstellen van een ZLP in ONS <ul style="list-style-type: none"> - Er is zowel aandacht voor zorg als welzijnsaspecten - Behandelaren worden betrokken bij het opstellen van een ZLP en wijzigingen in het plan.
Meetinstrument en meten		Tools: Nulmeting Handvatten kwaliteitskader Inzicht in het % gerealiseerde MDO's. Meetinstrument KTO (nog in te voeren). "leefwijzer" (nog in te voeren).

Wonen en welzijn		
Regievoerders: Coördinator Welzijn (Marco) & Coördinator Intramurale zorg (Ron)		
Doel: PCSOH en al haar medewerkers ontwikkelen meer oog voor kwaliteit van leven en welzijn van de bewoners en diens naasten. De medewerkers worden geholpen in het ontwikkelen van vaardigheden waardoor zij naast het leveren van goede zorg het welzijn van de bewoners bevorderen en ondersteunen. Er is aandacht voor lichaam en geest, woon- en leefomgeving.		
Mijlpalen		Wat/Hoe
	Mantelzorgers zijn aantoonbaar tevreden over de zorg en dienstverlening. Mantelzorgers dragen maximaal bij op het gebied van welzijn. Er zijn meer mantelzorgers betrokken, mantelzorgers zijn meer aanwezig.	Mantelzorgers betrokken <ul style="list-style-type: none"> - Mantelzorgers worden in een vroeg stadium (intakefase) verleid om de activiteiten van thuis ook hier uit te voeren; - Tijdens intake procedure wordt aandacht besteed aan de rol van de mantelzorgers en worden afspraken gemaakt; - Mantelzorgers worden actief betrokken bij zorgleefplan besprekingen/MDO's; - Nulmeting, tussentijdse meting en eindmeting ten aanzien van inzet/betrokkenheid mantelzorgers. Eerste meting september 2019.
	Medewerkers zijn gegroeid in 'andere' vaardigheden zoals dialoog voeren, ruimte voor eigen regie, aandacht aan welzijn en zinvolle dagbesteding voor de cliënt en diens familie/mantelzorger.	Groeien in vaardigheden cliëntcontact <ul style="list-style-type: none"> - Coaching en begeleiding door teamcoach en primair proces coach - Introductie meetinstrument KTO. - medewerkers kunnen omgaan met de afweging tussen 'veilige zorg' versus 'leefplezier/welzijn'.
	Activiteiten zijn passend bij de behoeften van de bewoners en momenten waarop zij dat wensen.	<ul style="list-style-type: none"> - Meer ruimte en aandacht voor individuele activiteiten. - Meer activiteiten in het weekend.



	Vergroten aandeel vrijwilligers.	<ul style="list-style-type: none"> - Toename aantal vrijwilligers - Verbetering "kwaliteit" vrijwilligers.
Meetinstrument en meten		Tools: Nulmeting Handvatten kwaliteitskader De lijsten zinvolle daginvulling, cliëntevaluatieformulier en informele zorg.

Veiligheid Regievoerders: Kwaliteitsfunctionaris (Marian) & Preventiemedewerker (Ingrid)		
Doel: De kwaliteit en veiligheid van de zorg is geborgd binnen de teams. De basiszorg is structureel op orde. Behoud van een veilige meldcultuur, verbeterde processen en meldingen leiden tot leren en verbeteren.		
Mijlpalen	Wat	
<p>Zorginhoudelijke veiligheid (thema's IGZ) is structureel op orde en geborgd.</p> <p>Medewerkers nemen verantwoordelijkheid voor de kwaliteit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medewerkers zijn alert op gezondheidsrisico's. - Incidenten, fouten of afwijkingen, klachten worden gemeld, herkend, verbeterd en geborgd. - Risico-inventarisaties, cliëntdossier-checks en cliëntevaluaties worden uitgevoerd en besproken. - Eigen deskundigheid wordt door medewerkers zelf op peil houden. 	Verbeteren en borgen kwaliteit <ul style="list-style-type: none"> - Uitvoeren van audits en metingen resp. realiseren van verbeteringen in zorgdossiers en processen n.a.v. bevindingen audits. - Aandacht voor wat goed gaat; quick wins en successen vieren; - Ondersteunen teamcoaches en teams bij het leren werken met het uitkomsten van metingen; o.a. MIC- en klachtenrapportages, audituitkomsten e.d. vertalen naar verbeteracties - Continu en dagelijks door alle teamleden sturen op kwaliteit met een verbeterbord (signaleren, monitoren, verbeteren en borgen); - (Meer) inzetten aandachtsvelders bij het continu verbeteren; kwaliteitsmedewerker/adviseur is meer op locatie voor ondersteuning; - Monitoren of teamrolhouders, team en individuele teamleden verantwoordelijkheid nemen, escaleren als dit niet gebeurt. 	
<p>Er is een werkend systeem op organisatieniveau voor het monitoren van de kwaliteit van personeel.</p>	Medewerker managementsysteem en registratie op orde <ul style="list-style-type: none"> - Basiskwalificaties zijn op orde en geregistreerd; BIG registratie, bevoegd en bekwaam; - Verbeteren vorm en proces van registratie van opleidingen. - Behoeftes peilen op continue basis; minder standaard, meer op maat scholen/opleiden; 	



<p>Basiskwalificaties en leermanagementsysteem is op orde en geborgd.</p> <p>Er is een strategisch meerjaren opleidingsplan</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aanbod van scholing/opleiding is gericht op missie/visie en strategische doelen; - Aanbod scholing/opleiding is gericht op binden en boeien van medewerkers.
Medicatieveiligheid	
Meetinstrument en meten	<ul style="list-style-type: none"> - dossierchecks op IGZ normen; - MIC, medicatie-incidenten, % medewerkers-gerelateerd; - Klachten; - Auditpunten; - Rapportages kwaliteitsmedewerker; - Volledigheid registraties (bevoegd/bekwaam e.d.).

Samen Leren en verbeteren

Regievoerders: Opleidingsfunctionaris (Tannie), HRM adviseur (Judith) & Teamcoaches (Noël en Muriël).

Doel: De gehele organisatie neemt gezamenlijk verantwoordelijkheid voor een klimaat van continu samen leren en verbeteren. Medewerkers nemen verantwoordelijkheid voor hun eigen (kwaliteit van) werk en ervaren regelruimte en steun.

Mijlpalen	Wat/Hoe
<p>Teams begrijpen en ondersteunen de visie, de kaders en teamrollen.</p> <p>Alle teamleden nemen hun rol, taken en verantwoordelijkheden.</p> <p>Bestuur, MT en teamcoaches geven ruimte én ondersteuning aan de teams bij het leren.</p>	<p>Implementatie professionele regelruimte is gerealiseerd</p> <p>Teams begeleiden in de weg naar meer zelforganisatie en regelruimte.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uitvoeren startbijeenkomsten, inwerkprogramma + materiaal (teamboekje) - Monitoring rollen en resultaten van de aandachtsvelden (inzet, kwaliteit, tijdsbesteding, duidelijkheid kaders en rol, draagvlak, tevredenheid e.d.) - Aandachtvelders leren om vragen te stellen <p>Inrichten ondersteuningsstructuur:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Omslag van sturen naar coachen, ruimte geven aan de medewerkers om invulling te geven aan de taken - Aandacht voor regelruimte binnen driehoek cliënt, mantelzorg, medewerker.
<p>Teams ervaren een open teamcultuur en zijn gericht op leren en verbeteren.</p>	<p>Groeien als team</p> <ul style="list-style-type: none"> - Een gezamenlijke koers, doelen weten te realiseren, rekening houdend met ieders sterke en zwakke kanten, interesses, waarden, overtuigingen en ambities. - Werken aan een open teamcultuur; leren van elkaar, creëren van een gespreksklimaat - Begeleiding van aandachtsvelders en teams bij het oppakken van hun taken en deze te verwerken in het teamboekje.



		<ul style="list-style-type: none"> - Begeleiding van de teams om het signaleren en gezamenlijk oppakken van knelpunten, fouten, verbeterpunten, ideeën uit te voeren - Begeleiding van de teams om samen teamafspraken uit te voeren en te borgen. - Teams vragen wat ze nodig hebben om dit te doen en voorbeelden te geven hoe het kan.
	Teams leveren een inhoudelijke bijdrage aan het opstellen van kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag	- Teams worden betrokken bij en leveren input voor het kwaliteitsplan en het kwaliteitsverslag.
	PCSOH maakt actief deel uit van een (extern) lerend netwerk	- PCSOH heeft een actieve rol in het lerend netwerk en biedt de gelegenheid aan medewerkers om te leren en ontwikkelen (themagericht) door ervaring op te doen op een andere locatie of bij een andere organisatie. -
	Meetinstrument en meten	<ul style="list-style-type: none"> - Rapportages van coaches en teamrolhouders over bereikte resultaten en verbeterpunten. - Medewerkers ervaringsonderzoek in Q? 2019 en Q? 2020 - Evaluatie per team; half jaar na startbijeenkomst - Terugkoppeling medewerkers over ervaringen op andere locatie of binnen andere organisatie. -

Leiderschap, Governance en Management.

Regievoerder: Bestuurder (Erik)

Doel: De continuïteit in het MT en de gehele organisatie is geborgd, bevorderen van meer zelforganisatie en professionele regelruimte in samenhang met veranderende besturingsmodel en daarmee gepaard gaande aanpassingen in besturingsmodel met daarbij het vertalen naar duidelijke taken, rollen en bevoegdheden. PDCA-cyclus is werkend in de context van de zorgvisie en er is inzicht in de strategische personeelsplanning en -maatregelen.

Mijlpalen	Wat
Bestuur en MT vormen één team, met een gezamenlijke heldere koers en draagt deze uit. Ze kennen hun taken en verantwoordelijkheden. Er is sprake van onderling vertrouwen, openheid en samenwerking.	<p>Samenwerken</p> <p>Eens per maand heeft het MT een overlegvergadering waarin alle lopende projecten worden besproken. Doel: informeren, afstemming, monitoring, leren en vertrouwen.</p> <p>Eens per kwartaal heeft het MT een kwartaaloverleg m.b.t financiële resultaten, evaluatie jaarplannen en indicatoren.</p> <p>Daarnaast starten we met eens per drie maanden een intervisiebijeenkomst waarin "casuïstiek" wordt besproken. Dit kan gaan over afstemming en samenwerking binnen het MT, maar ook over de samenwerking met de uitvoerende teams.</p>



	<p>Er is een gedeeld beeld over de strategische koers en gevolgen voor de ZZP / indicatie-ontwikkeling als basis voor de strategische personeelsplanning. Een strategische personeelsplan is gereed. Er is een doorvertaling van de strategische personeelsplanning naar de kortere termijn.</p>	<p>Strategisch personeelsplan is gereed en uitgevoerd De verwachte organisatieomvang (per cliëntprofiel/ZZP niveau) voor de komende jaren moet worden geformuleerd.</p> <p>Strategische personeelsplanning is vertaald naar sturing en monitoring op het gebied van:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Werving en selectie - Personeelsomvang en -samenstelling - Contractomvang - Verzuim - Verlofspreiding en -opbouw - Scholing en competentieontwikkeling.
	<p>De nieuwe besturingsfilosofie wordt gedragen en leidt tot een samenhangend beleid en sturing.</p>	<p>De PDCA cyclus in de context van organisatievisie op persoonsgerichte zorg</p> <ul style="list-style-type: none"> - beleidsontwikkeling, processen en systemen zijn waar nodig aangepast op de veranderde besturingsfilosofie en organisatiestructuur. <p>Ofwel: (waar en hoe) verandert de input/invloed van cliënt en medewerkers op de PDCA cyclus van het MT; <i>Plan:</i> omgevingsfactoren, beleid, SMART doelen <i>Do:</i> uitvoering, communicatie, opleiding, bewustwording <i>Check:</i> meten, auditeren en monitoren <i>Act:</i> evalueren, managementreviews, nemen van corrigerende en preventieve maatregelen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Veiligheidsmanagementsysteem wordt gekenmerkt door een proactieve, systematische werkwijze, gericht op veiligheid en een veiligheidscultuur - Herinrichting van processen wordt gedaan vanuit een praktisch oogpunt en zo lean/praktisch mogelijk.
	<p>Bestuurder en MT zijn in positie en nemen een coachende/ondersteunde rol aan. Bestuurder informeert, faciliteert en begeleidt het MT en de teams.</p>	<p>Ondersteunende diensten</p> <p>Invulling geven aan de rollen (houding en gedrag) van de ondersteunende diensten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coachen van medewerkers ondersteunende diensten om van voorschrijvend naar faciliterend en vraaggericht gedrag te gaan. - Beleidsdag/Heidag organiseren. Strategisch beleid, missie/visie en organisatiestructuur vertalen naar taken, rollen en bevoegdheden.
<p>Meetinstrument en meten</p>		<p>Managementreviews, managementinformatie Driewekelijkse bespreking in bestuur en beleidsteam met vaste agendapunten Maandelijks intervisie bijeenkomst Workshops Heidagen</p>



Personeelssamenstelling	
Regievoerders: Controller (Johan) en Coördinator intramurale zorg (Ron).	
Doel: De teamsamenstelling en deskundigheidsmix is toereikend, in aansluiting op de cliëntengroep en zorgwaarte. Productiviteitsnormen en begrote formatie worden behaald conform de norm. De personele bezetting is op orde.	
Mijlpalen	Wat (acties)
<p>Eenduidige en gedragen methodiek van capaciteitsplanning wordt gebruikt en leidt tot inzicht in:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ingezette deskundigheidsniveau + mate van afstemming op aanwezige cliënt-indicaties (ZZP's) – financiële resultaten <p>Er is een helder, afgesproken en toegepast proces van capaciteitsplanning.</p> <p>ZZP mix/indicaties resp. de begroting zijn leidend.</p>	<p>Capaciteitsmethodiek is op orde</p> <p>De juiste mensen op het juiste moment op de juiste plek. Doorontwikkelen systematiek om inzet versus zzp/indicatie te hanteren.</p> <p><i>Acties</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – vaststellen normen, methodiek, beschikbare tools; <ul style="list-style-type: none"> - zo nodig aanschaffen tools; - vaststellen proces, taken en rollen; - Een systeem/dashboard ontwikkelen waarin de betrokkenen overzichtelijk hun inzet kunnen monitoren; – Productiviteitsnormen vaststellen, delen met het team en daarop sturen; – Betrekken teamcoach en teams bij monitoren formatie – Overzichten ZZP mix en bezettingsgraad worden actief gevolgd door MT, bijgestuurd en verantwoording over afgelegd; – MT begeleidt teamcoaches en teams bij inzicht in cijfers, methodiek en resultaten en motivatie om hierop te sturen.
<p>Er is een systeem voor doorvertaling naar roostering (van indicatie naar dienstenpatroon).</p>	<p>Roosteren is geoptimaliseerd</p> <ul style="list-style-type: none"> – Vraaggestuurd en gezond roosteren; – Realisatie van de doelstelling met betrekking tot 'kanteling van de werktijden' – Teams ondersteunen met heldere kaders en spelregels over roosteren; – Monitoren of het roosterbeleid en -proces wordt opgevolgd. – "Succes" van Westerkim ontrafelen en proberen over te brengen naar Locatie Horizon. –
Meetinstrument en meten	Managementinformatie; productie (zzp mix), formatie, deskundigheidsmix, verzuim en verlof.



Gebruik van hulpbronnen en informatie

Regievoerder: Coördinator Facilitair (Ronnie de Rooij)

Doel: De beschikbare en benodigde hulpbronnen zijn optimaal ondersteunend aan het primaire proces. Benutten en verder optimaliseren van informatie(systemen).

Mijlpalen		Wat/Hoe
	Hulpbronnen en ondersteunende diensten zijn optimaal ingericht met als doelstelling het primair proces te ondersteunen. Voor uitvoerende teams, bewoners en familieleden is helder wat er verwacht kan worden van facilitaire diensten.	Efficiënte (administratieve) processen ten dienste van het primaire proces <ul style="list-style-type: none"> - Helderheid verschaffen in hetgeen mag worden verwacht van TD, Keuken en overige facilitaire diensten - Administratieve processen worden geoptimaliseerd om dubbelingen en foutgevoeligheid te voorkomen.
	Technologische middelen zoals telefonie, ICT en oproepsystemen werken optimaal.	<ul style="list-style-type: none"> - Optimalisatie van inzet technologische middelen aan zowel de techniek kant als aan de gebruikerskant.
	Invoering en gebruik van (kwaliteits) dashboards.	<ul style="list-style-type: none"> - Onderzoek naar en keuze voor juiste dashboard of informatievoorziening om te beschikken over actuele informatie m.b.t bedrijfsvoering en kwaliteit. -
	Invoering kort cyclische cliëntraadpleging	<ul style="list-style-type: none"> - Themagericht en frequenter naar mening en beleving van cliënten en familie vragen in het kader van continu leren en verbeteren. -
	Periodieke nieuwsbrief om medewerkers en stakeholders te informeren	Verbindende heldere communicatie Maandelijks nieuwsbrief waarin alle ontwikkelingen binnen projecten gekoppeld worden aan de hoofddoelstellingen uit de vernieuwde missie en visie. Tevens bedoeld om te leren van elkaar, successen te benoemen en vieren, de voortgang te monitoren en medewerkers aangehaakt houden en te enthousiasmeren.
Meetinstrument en meten		Tools: Managementreviews, managementinformatie Tweewekelijkse bespreking in bestuur en beleidsteam met vaste agendapunten Maandelijks intervisie bijeenkomst Workshops



De belangrijkste ontwikkeling binnen PCSOH in het kader van leren en ontwikkelen is de verdere invoering van zelforganisatie in de teams en regelruimte in de driehoek professional, cliënt en familie. Hiermee worden de teams en individuele medewerkers zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg. Alles bevindt zich nog in de startfase, hiermee het leren en ontwikkelen ook.

Een belangrijke uitdaging in het kader van de omslag naar meer zelforganisatie is inzet van teamcoaches in plaats van teamleiders. Er zal veel gewerkt moeten worden aan leren en ontwikkelen in het dagelijks proces, op de werkplek zelf en gericht op kwalitatief goede zorg, dienstverlening, ondersteuning en welzijn van bewoners en mantelzorgers. De teams moeten daarbij hun eigen aandachtspunten/fouten leren zien en vragen kunnen en durven stellen. Met name de teamcoaches moeten zich ondersteunend, faciliterend opstellen en goed waarnemen. Zij moeten motiveren en stimuleren om uiteindelijk het gewenste resultaat te behalen.

Vanuit een intensieve samenwerking zullen de teamcoaches en de coach Waardigheid en trots op locatie aan de slag gaan met de teams en aandacht hebben voor continu verbeteren van werkprocessen, om de zelforganisatie te laten groeien en eigenaarschap bij medewerkers tot stand te brengen. Dit alles met het doel om de kwaliteit van (persoonsgerichte) zorg voor de bewoners te verbeteren en de doelstellingen van PCSOH te behalen. Het kwaliteitskader verpleeghuiszorg zal hierbij dienen als belangrijkste leidraad.

6. UITVOERING, PLANNING EN BEGROTING

Terugkijkend op de analysefase liggen er binnen PCSOH uitdagingen op verschillende niveaus:

- Bestuurlijk
- Toezichthoudend / adviesorganen
- Organisatorisch
- Operationeel

BESTUURLIJK, TOEZICHTHOUDEND / ADVIESORGANEN

De bestuurder zal de strategische visie moeten concretiseren en uitdragen. Hierop volgend moet worden stilgestaan bij gevolgen van deze hernieuwde zienswijze op alle niveaus waarbij de wijze van besturen en (bestuurlijk) leiderschap inclusief de visie op 'in control zijn' moet worden herijkt. De rol van de Raad van Toezicht verdient daarbij aandacht evenals de positionering en betrokkenheid van de ondernemingsraad en cliëntenraad.

ORGANISATORISCH

Op het niveau van de organisatie zal de bestuurder samen met het MT de locaties en de teamcoaches in positie moeten brengen. De hernieuwde strategische visie moet ook binnen het MT en de ondersteunende diensten worden geconcretiseerd, waarbij gevolgen worden doordacht en overzien en daarnaast worden uitgedragen op een eenduidige wijze. Er moet gewerkt worden aan een toekomstbestendige organisatie waarin continu ruimte en aandacht is voor leren en verbeteren. Daarbij voorkomt een projectmatige werkwijze dat er zonder duidelijke kaders gestart wordt aan projecten die vervolgens stagneren.

Bestuur en management moeten zich tools eigen maken waarbij sturen vooraf gaat plaatsvinden en waarbij het risico op 'overkomen' wordt beperkt. Hierbij moeten ontwikkelingen mede gericht zijn op het belang van de cliënt, waarbij de professionals in hun kracht gezet worden, ruimte krijgen en hierdoor ook meer werkplezier ervaren.



OPERATIONEEL

Op operationeel niveau liggen er met name uitdagingen op het gebied van deskundigheidsbevordering, zelforganisatie en regelruimte, professionalisering van de teams en de teamsamenstelling. Daarbij is het bereiken van een kwalitatief goede basis waarin continuïteit van dienstverlening is geborgd, een belangrijke eerste stap. De cliënt moet nog meer centraal gesteld worden, niet alleen ten aanzien van zorg, maar zeker ook op het gebied van welzijn. Familie en mantelzorgers moeten bondgenoot gemaakt worden van het zorg- en welzijnsproces. Veiligheid en kwaliteit van zorg en diensten moeten verbeterd worden. Binnen al deze ontwikkelingen is ruime aandacht noodzakelijk voor de belastbaarheid en flexibiliteit van medewerkers.

OPDELEN IN FASEN EN INHOUDELIJKE EN RANDVOORWAARDELIJKE ONDERSTEUNING

De rode draad in het geheel vormt de ambitie die voelbaar is en wordt uitgesproken door de bestuurder en het management in combinatie met de vraag 'hoe houden we samenhang en voorkomen we overbelasting'. Op dit moment wordt in diverse lagen in de organisatie gestart met de ontwikkeling en implementatie van verbeteringsuggesties zonder duidelijke stip, afgebakende resultaatmomenten en go/no go beslismomenten. Daarbij ontbreekt de samenhang en regeert de waan van de dag.

PCSOH heeft goede ideeën om toekomstbestendig te kunnen worden en te blijven. Dit vraagt wel een investering in alle lagen van de organisatie. Het gelijktijdig oppakken van alle voorliggende vraagstukken is niet haalbaar, dit zal gedoseerd moeten gebeuren. Er dient focus aangebracht te worden, waarbij wordt voorgesteld het Waardigheid en trots op locatie-traject op te knippen in twee fases én met ondersteuning door twee coaches (een primair proces coach en een strategisch coach).

De strategisch coach dient als deskundige op het gebied van organisatie, (cultuur) veranderingen en leiderschap. Daarnaast als deskundige op het gebied van kwaliteit(systemen) inrichten, implementeren en/of borgen. De strategisch coach treedt op als sparringpartner en spiegel voor bestuurder en management en bewaakt de koers en doelstellingen. Tevens is de strategisch coach coördinator en aanspreekpunt voor het totale project van WOL. De primair proces coach is inhoudelijk deskundig op het gebied van implementeren en borgen van kwaliteit, veiligheid en persoonsgerichte zorg. Daarnaast is de primair proces coach deskundig op het gebied van teamontwikkeling en treedt op als sparringpartner en spiegel voor de teamcoaches teams ten aanzien van de inhoud.

1. Fase 1 (6-8 maanden)

Richten op het versterken van **Leiderschap, Governance & Management, Personeelssamenstelling, Gebruik van informatie en hulpbronnen** in combinatie met **Veiligheid (basis op orde)**.

2. Fase 2 (8-12 maanden)

Richten op het versterken van **Persoonsgerichte zorg, Wonen en Welzijn, Leren en verbeteren van Kwaliteit**.

Wanneer Fase 1 niet goed doorlopen wordt, heeft Fase 2 geen kans van slagen. Mocht blijken dat Fase 1 sneller doorlopen wordt dan verwacht (evaluatie na vier maanden), kan eerder worden gestart met Fase 2. Eventueel kan ervoor gekozen worden om bepaalde onderdelen uit Fase 2 deels gelijktijdig te laten lopen met Fase 1.

Op deze wijze wordt enerzijds recht gedaan aan de ondersteuningsvraag van de organisatie, worden medewerkers niet uit het oog verloren en zal er anderzijds draagvlak ontstaan om ook cliënten en diens naasten op een juiste manier te betrekken.



Op hoofdlijnen zal de tijdsbesteding van de **strategisch coach** als volgt zijn, gemiddeld per week:

3 - 4 uur	ondersteunend aan bestuur en MT, overlegvormen
3 - 5 uur	bijdrage aan diverse projecten binnen PCSOH die samenhangen met jaarplannen en doelstellingen
1 - 2 uur	ontwikkeling van kwaliteitstools, instrumenten, methoden, dashboard voor de teams
1 uur	afstemming coaches

Op hoofdlijnen zal de tijdsbesteding van de **primair proces** coach als volgt zijn, gemiddeld per week:

1 - 2 uur	ondersteunend aan overlegvormen
1 - 2 uur	ondersteunend aan praktische uitwerkingen ten behoeve van opleiding-, capaciteit- en personeelsplan
2 - 3 uur	bijdrage aan diverse projecten binnen PCSOH die samenhangen met jaarplannen en doelstellingen
1 uur	voor ondersteuning teamcoaches
3 - 5 uur	voor directe teamondersteuning
1 - 2 uur	ondersteuning implementatie kwaliteitstools, instrumenten, methoden en dashboard in de teams
1 uur	afstemming coaches

Het aantal te besteden uren voor de strategisch coach is maximaal 936 uur over een periode van anderhalf jaar, uitgaande van een gemiddelde inzet van 8 - 12 uren per week.

Het aantal te besteden uren voor de primair proces coach is maximaal 1248 uur over een periode van anderhalf jaar, uitgaande van een gemiddelde inzet van 10 - 16 uren per week.

De projectmatige voortgang van de activiteiten vallend onder het programma Waardigheid en trots op locatie wordt besproken in de stuurgroep, ééns per maand. De stuurgroep bestaat uit de bestuurder, de intern projectleider en de coaches Waardigheid en trots op locatie.

7. SUCCESFACTOREN EN RISICO'S

PCSOH wordt gekenmerkt door een grote mate van zelfinzicht, met name op het niveau van bestuur en management. Risico's en aandachtspunten worden benoemd en onderkend. Er lijkt een breed draagvlak te zijn bij de bestuurder en het huidige management voor verandering en men staat open voor ondersteuning en advies. Dat vormt een belangrijke factor voor succes.

Er is urgentiebesef dat verbetering noodzakelijk is op meerdere punten en op alle niveaus binnen de organisatie. De ondersteuning vanuit Waardigheid en trots op locatie en de inhoud van dit programma sluiten aan bij datgene waar PCSOH voor wil staan en wil uitstralen.

Bovenstaande potentiële succesfactoren vormen echter ook een deel van de risicofactoren. Er moet veel gebeuren en er is reeds veel in gang gezet. Risico's zijn:

- Veel projecten en veranderingen tegelijkertijd
- Verandermoeheid bij uitvoerende medewerkers
- Arbeidsmarktproblematiek
- Gemiddeld laag deskundigheidsniveau en opleidingsniveau bij medewerkers
- Ervaren hoge werkdruk
- Kleine organisatie met kwetsbare positie



In de beginperiode van het traject zal veel nadruk gelegd worden op het investeren in elkaar als bestuur en management, als ook in het vormen van sterke teams door een hoge overlegfrequentie en heidagen.

Het is een risico als medewerkers zich niet (meer) positief willen inzetten voor verbetering, daar de tijd en energie niet voor hebben. Daarom wordt geprobeerd om het verbeteren tot een vanzelfsprekend onderdeel van het werk te maken, door het klein en eenvoudig houden, aandacht te geven aan wat het oplevert en dit op locatie te laten ondersteunen door een de primair proces coach.

BEHEERSMAATREGELEN

Risicomanagement is een continu proces. Door het inzetten van verbeteracties wordt een proces in gang gezet dat maakt dat de werkelijkheid doorlopend verandert. Om de huidige risico's in beeld te houden en eventuele nieuwe risico's tijdig te signaleren worden de risico's in het managementteam periodiek geëvalueerd en bijgesteld.

Ervaren werkdruk is een doorlopend onderdeel in het gesprek met het leidinggevende kader. Iedere periode wordt doorgenomen hoe de verlofstanden van medewerkers zijn en welke uren er boven contract worden gewerkt en betaald. Het verkrijgen van deskundige medewerkers vormt een uitdaging in de markt, echter door zicht te krijgen op urenstanden en de opbouw hiervan kan overwogen worden deeltaken anders in te vullen.

De ervaring leert dat de beweging naar meer zelforganisatie binnen teams vaak moeilijk te combineren is met een kwaliteitsslag in de basiszorg. De gedachte is dat er eerst stevig gestuurd moet worden op het volgens de basisregels en -procedures werken, alvorens teams de vrijheid geboden kan worden aan te geven welke rollen zij gaan verdelen en hoe deze rollen tot invulling komen. Vanuit de stuurgroep zal dit, met de gestelde doelen binnen het programma, doorlopend getoetst worden op risico's.

Risico's worden besproken met de medewerkers uit alle lagen van de organisatie. Door hen mede eigenaar te maken van het ontwikkelproces wordt beoogd om risicomanagement positief te stimuleren en 'normaal' te laten zijn binnen de cultuur van PCSOH. Risicomanagement zal onderdeel uit maken van de diverse (werk)besprekingen.

Door het maken van de keuze niet met één integrale coach Waardigheid en trots op locatie te werken, maar een specifieke primair proces coach toe te voegen wordt er een breder palet aan mogelijkheden geboden om, waar nodig, acuut praktisch te schakelen om de invloed van risico's te beheersen. De wisselwerking tussen de strategisch coach, primair proces coach en het managementteam is hierin van grote waarde.

Het organiseren van heidag(en) zal bijdragen aan het verder concretiseren van beleid voor bestuur, management en ondersteunende diensten. De kwaliteitsslag welke gemaakt moet gaan worden betreft een uitdaging op alle niveaus waarbij het belangrijk is te formuleren waar PCSOH nu voor staat. Met name de omslag naar meer dienend leiderschap en een faciliterende zienswijze is hierbij een uitdaging en vormt een risico. De uitkomsten van de heidag(en) zullen worden geformuleerd in beleidsnotities.



8. COMMUNICATIE IS EEN KRITISCHE SUCCESFACTOR VOOR HET GEHELE TRAJECT

In de periode waarin dit plan van aanpak is geschreven, is duidelijk geworden dat communicatie de komende tijd veel aandacht behoeft en een belangrijke succesfactor is. De veelheid van veranderingen maakt dat betrokkenen en met name de medewerkers aangeven dat ze onvoldoende weten waar ze aan toe zijn.

De communicatielijnen worden onderverdeeld in twee onderdelen: communicatie rondom het primaire zorg- en welzijnsproces en communicatie rondom strategische keuzes. Doel is dat datgene dat bepaald is (besluiten, afspraken, beleid) ook bekend is bij alle betrokken medewerkers en zo helder is verwoord dat ermee gewerkt wordt in de praktijk binnen de teams.

Daarnaast is ook de communicatie met cliënten en familie en met alle andere betrokkenen van groot belang. Het gaat hierbij om communicatie via verschillende kanalen: mondeling (teamoverleggen, bijeenkomsten), mail en internet.

Om het communicatieproces te stroomlijnen wordt vanuit de stuurgroep een communicatieplan opgesteld. Hierbij moeten ook duidelijke afspraken worden gemaakt over taken en verantwoordelijkheden, omdat een communicatiemedewerker ontbreekt binnen de organisatie.

Open, transparante en regelmatige communicatie staat voorop.

We hanteren een simpele set aan uitgangspunten voor de communicatie:

1. Bij elke stap of ontwikkeling wordt de vraag gesteld '*wat* gaan we hierover communiceren aan *wie* en *hoe*'.
2. Interne communicatie heeft prioriteit. De nadruk ligt daarbij op interactieve en persoonlijke communicatie in specifieke bijeenkomsten en via de lijn in het reguliere teamoverleg.
3. Het perspectief van cliënten/cliëntensysteem als onderdeel c.q. vertrekpunt van de communicatie.
4. Met structurele betrokkenheid van cliënten/cliëntensysteem.
5. Met aandacht voor en structurele betrokkenheid van overlegorganen (CR en OR) en waar nodig en gewenst externe stakeholders.
6. Met aandacht voor communicatie met vrijwilligers.
7. Met vooral levendige praktijkervaringen vanuit verschillende perspectieven (cliënt, medewerker, mantelzorger, vrijwilliger) die elke keer weer de kernwaarden van PCSOH benadrukken.