

Beleidsplan

csg Epione

datum: 11 maart 2021

Inhoudsopgave

<u>BESTUURLIJKE VERANTWOORDELIJKHEID.....</u>	3
DIRECTIE.....	3
RAAD VAN TOEZICHT.....	4
<u>PERSONEELSBELEID.....</u>	5
DOELEINDEN.....	5
MIDDELEN.....	5
COMMUNICATIE.....	5
<u>KWALITEIT.....</u>	7
VMS.....	7
AUDITS.....	7
INCIDENTEN, COMPLICATIES, CALAMITEITEN.....	7
AANPALENDE DISCIPLINES.....	8
<u>MEDISCH BELEID.....</u>	9
ZWANGERSCHAPSAFBREKINGEN.....	9
CONSULTEN.....	9
PROCEDURELE SEDATIE (PSA).....	10
ANTICONCEPTIE.....	10
SEKSUEEL OVERDRAAGBARE AANDOENINGEN.....	10

Bestuurlijke verantwoordelijkheid

Directie

Stichting centrum voor seksuele gezondheid Epione wordt bestuurd door 2 bestuursleden. Deze bestuursleden zijn tevens directie van de organisatie en verantwoordelijk voor het dagelijks bestuur en beleid van de organisatie.

Tussen de afzonderlijke leden van het bestuur enerzijds en aan de kliniek verbonden medewerkers anderzijds, bestaat geen arbeidsverhouding. De bestuurders hebben geen financieel belang bij het besturen van de organisatie, conform het Besluit afbreking zwangerschap.

De bestuurlijke taken zijn verdeeld tussen de directieleden:

- 5.1.2e financiën, personeelsbeleid, algemene zaken
- 5.1.2e medisch beleid, kwaliteit en veiligheid, cliëntenzorg

De directie zorgt ervoor geschikt te zijn, en blijven, voor het uitvoeren van beleid op het gebied van de geboden zorg en personeel. De directie zorgt voor het borgen van het Veiligheids-Management Systeem (VMS) van de organisatie.

Dit uit zich onder andere in het onderhouden van het kwaliteitshandboek van organisatie. Hierin zijn richtlijnen voor de zorg van cliënten, het personeelsbeleid, de administratie (inclusief medische administratie), de verslaglegging en bescherming van de persoonlijke levenssfeer vastgelegd (dit ook conform gestelde eisen in het Bafz).

Daarnaast zorgt de directie voor een veilige werkomgeving. Dit wordt gerealiseerd door een organisatie met een platte structuur: de directie is makkelijk toegankelijk voor de medewerkers, er is een open overlegcultuur. Het team is zoveel mogelijk zelfsturend.

De medewerkers van de organisatie worden direct aangestuurd door de directie, waarbij er 1 directielid verantwoordelijk is voor de volgende disciplines:

- 5.1.2e receptie medewerkers en huishoudelijke dienst
- 5.1.2e verpleegkundigen en artsen

Jaarlijks wordt een jaarverslag opgesteld, met daarin de gang van zaken op medisch en financieel gebied. Hierbij wordt ook een jaarrekening opgesteld, welke door een accountant wordt gecontroleerd (dit ook conform Wafz, artikel 6, lid 1e).

Dit verslag wordt onder ander gebruikt door de directie om verantwoording af te leggen over het gevoerde beleid aan de raad van toezicht.

Raad van toezicht

De raad van toezicht bestaat uit 2 leden, met onderstaande rolverdeling:

- voorzitter
- algemeen lid

De directie en de raad van toezicht zijn ieder vanuit hun eigen rol verantwoordelijk voor het beleid van de organisatie. De wettelijke en statutaire taak-en bevoegdheidsverdeling staan vermeld in de statuten van de organisatie.

Personeelsbeleid

Personeelsbeleid richt zich in essentie op de relatie tussen de arbeidsorganisatie en de personeelsleden, met name op de taak, de plaats, de arbeidsvoorwaarden en de rol van het personeel in die organisatie. De directie wil de manier waarop zij deze onderwerpen wil benaderen, neerleggen in een beleid waarmee ook de werknemers zich kunnen verenigen

Doeleinden

Het personeelsbeleid is gericht op de volgende doeleinden

- de aanwezigheid van voldoende personeel van de juiste kwaliteit
- het welbevinden van het personeel, zowel individueel als groepsgewijs
- ontwikkelings- en ontplooiingsmogelijkheden voor het personeel

Middelen

Onderstaand overzicht dient ter illustratie van de wijze waarop de vermelde doeleinden worden nagestreefd.

1. Formatievaststelling, gebaseerd op efficiënte bedrijfsvoering en procedures
2. Eigentijdse, rechtszekerheid biedende arbeidsvoorwaarden door middel van aansluiting bij de CAO Ziekenhuizen 2019-2021
3. Personeelsplanning en loopbaanbegeleiding, rekening houdend met de behoeften en mogelijkheden van de kliniek en van het personeel.
4. Introductieprogramma, interne en externe opleiding en training
5. Systematische beoordelingscyclus
6. Een goede, veilige werkomgeving.
7. Open overleg met de werknemers over de werkzaamheden, arbeidsvoorwaarden en arbeidsomstandigheden
8. Voorlichting over het personeelsbeleid aan alle erbij betrokkenen.

Communicatie

Om het personeelsbeleid niet slechts een document te laten zijn, maar te laten leven binnen de organisatie, is het belangrijk om duidelijk te communiceren op welke wijze er uitvoeringen gegeven wordt aan het beleid. Werknemers krijgen via het intranet direct toegang tot informatie over hun arbeidsvoorwaarden (arbeidsovereenkomst, CAO), procedures en protocollen (kwaliteitshandboek, VMS) en het Personeelsreglement.

De app LOKET biedt direct inzage in loonstroken, jaaropgave, vrije dagen, ziekmeldingen en declaraties. Er wordt gestreefd naar een werksfeer waarin werknemers zich vrij voelen om ideeën aan te dragen en knelpunten te benoemen. Het actief feedback vragen van de werknemer op de organisatie is onderdeel van de gesprekken in het performance management systeem.

Kwaliteit

Voor de organisatie spreekt het als vanzelf dat de zorg van goed kwaliteit is, deze voldoet aan professionele standaarden en actuele kwaliteits- en veiligheidseisen. Daarnaast werkt de organisatie binnen de wettelijk gestelde kaders, waaronder die gesteld in de Wafz, Bafz, wet BIG, WGBO en Wkkgz.

Binnen csg Epione wordt gewerkt met een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) gebaseerd op de NEN-norm 8009. De cliëntveiligheid staat voorop, het doel is het beheersen van risico's om vermijdbare schade aan cliënten (en medewerkers) te minimaliseren.

VMS

De directie zorgt jaarlijks voor een evaluatie van het VMS en gaat na of de beschreven doelstellingen in het beleidsplan behaald zijn. De directie kijkt naar het functioneren van het VMS en zorgt voor naleving van eventuele verbetermaatregelen m.b.t. de cliënt- en medewerkersveiligheid. Een verslag hiervan wordt meegenomen in het jaarverslag van de organisatie, welke ook aan de raad van toezicht wordt voorgelegd.

Audits

Binnen de VMS structuur vallen ook interne en externe audits. De interne audits worden jaarlijks na evaluatie van het VMS en doelstellingen van de organisatie opgetuigd.

Externe audits als hygiëne controle, medicatieveiligheid, worden met de externe betrokkenen vastgesteld in bepaalde cyclus. Een overzicht hiervan is opgenomen in het kwaliteitshandboek van de organisatie.

Incidenten, complicaties, calamiteiten

Controle en behoud van kwalitatief goede zorg en goed werkgeverschap, betekent dat er het veilig bespreken van dilemma's en fouten noodzakelijk is. Hiervoor is een VIM (veilig incident melden) systeem ingericht om van (bijna) fouten te leren en de zorg te blijven verbeteren. Hiermee wordt niet alleen de veiligheid van cliënten maar ook medewerkers geborgd. De directie hecht grote waarde aan het veilig kunnen melden van (bijna) incidenten en zal uitkomsten open bespreken.

Ook de procedure rondom vastleggen en bespreken van complicaties of calamiteiten in het zorgproces is onderdeel van het VMS en staat vermeld in het kwaliteitshandboek.

In het geval van complicaties en/of calamiteiten, worden deze met de disciplines waarbinnen deze heeft plaatsgevonden besproken. Het achterwacht ziekenhuis zal zo nodig geconsulteerd worden en krijgt jaarlijks terugkoppeling van relevante meldingen.

De VIM en complicaties worden op regelmatige basis binnen de daartoe aangewezen commissies besproken. De uitkomsten van deze overleggen worden binnen het team besproken.

De gehanteerde analyse methode moet nog verder uitgewerkt worden. Daarbij wordt ook gekeken welke training(en) hier eventueel nodig voor zijn.

Aanpalende disciplines

Goede zorg wordt bereikt door verder te kijken dan het eigen discipline. Ketenzorg rondom een cliënt wordt bereikt door goede afspraken te maken met aanpalende disciplines.

De organisatie streeft naar samenwerking met de beroepsvereniging van abortusartsen; het NGvA, de huisartsen; Huisartsenkring Amsterdam, het achterwachtziekenhuis; het Amsterdam UMC en haar eigen achterwacht anesthesioloog.

Er zijn op vaste overlegmomenten met in ieder geval de achterwacht anesthesioloog en het achterwacht ziekenhuis. Met overige disciplines zal dit overleg minder op vaste momenten plaats vinden.

Door deze samenwerkingsverbanden en het aanbieden van meekijk momenten aan deze disciplines, wordt niet alleen de ketenzorg rondom een cliënt verbeterd, maar draagt Epione er actief aan bij dat andere disciplines meer op de hoogte zijn van de abortushulpverlening in zijn algemeenheid en het behoud van kwaliteit binnen deze vorm van hulpverlening.

Medisch beleid

Zwangerschapsafbrekingen

Binnen Epione zijn zwangerschapsafbrekingen tot 17 weken en 6 dagen amenorroeduur mogelijk. Dit is en blijft het hoofdaanbod van de kliniek en is een van de sterke factoren van het zorgaanbod van de kliniek.

Instrumentele zwangerschapsafbrekingen moeten zoveel mogelijk onder sedatie aangeboden kunnen worden. Uiteraard indien een vrouw dit wenst en dit medisch gezien verantwoord is. Hiervoor is goede samenwerking met de achterwacht anesthesist noodzakelijk.

Het uitbreiden van het zorgaanbod tot 2B zwangerschapsafbrekingen (vanaf 18 tot 22 weken amenorroeduur) valt niet binnen de ambitie van de organisatie. Er zijn in Nederland 2 klinieken die deze behandelingen aanbieden. Gezien het jaarlijks aanbod, is dit voldoende.

De vraag naar medicamenteuze zwangerschapsafbrekingen neemt toe. Hierop dient de organisatie te anticiperen. Dit betekent dat er voldoende spreekuur ingericht moet zijn op dit type behandeling. Het streven is binnen 1 tot 2 dagen een afspraak voor deze behandeling te kunnen realiseren. Daarnaast moet er rekening gehouden worden met het feit dat in de toekomst mogelijk andere aanbieders van deze behandeling komen.

Vrouwen komen er steeds eerder achter dat ze zwanger zijn en maken zo dus ook steeds vroeger in een zwangerschap de keuze voor een zwangerschapsafbreking. Het aanbieden van de VEMA (very early medical abortion) behandeling zou dan ook tot het basis aanbod van behandelingen binnen de kliniek moeten horen. Hiervoor is continuïteit voor hCG-bepalingen in bloed belangrijk. In het oprichtingsjaar van de organisatie, zal gekeken worden of dit gerealiseerd kan worden, alvorens deze behandeling structureel aan te bieden.

Naast VEMA bestaat ook VESA: very early surgical abortion. Dit is nog geen standaard behandeling binnen de (inter)nationale abortushulpverlening. Epione zal op basis van literatuuronderzoek en recente ontwikkelingen binnen het zorglandschap nagaan of VESA binnen de behandelopties van haar zorgaanbod moet vallen. Ook voor deze behandeling geldt, dat continuïteit voor hCG-bepalingen geborgd moet zijn.

Onderzoek naar deze vorm van behandeling valt niet binnen de prioriteiten van de organisatie vóór het jaar 2022.

Consulten

Niet elke vrouw wenst naar haar huisarts te gaan voor een eerste gesprek over haar wens voor een zwangerschapsafbreking. Het moet dan ook mogelijk zijn, zoals ook in de Wafz gesteld, dat zij direct voor een eerste gesprek in een kliniek terecht kan.

De inrichting van spreekuren moet zo zijn, dat er ruimte is voor vrouwen om ofwel diezelfde dag, dan wel de dag erop een afspraak voor een eerste gesprek te kunnen krijgen.

Procedurele sedatie (PSA)

Elke vrouw zou, indien gewenst en medisch verantwoord, procedurele sedatie moeten kunnen krijgen bij een instrumentele zwangerschapsafbreking binnen de organisatie.

Epione heeft gekozen voor sedatie onder verantwoordelijkheid van een ALS-getrainde abortusarts. Dit is, indien op juiste wijze uitgevoerd, een veilige vorm van sedatie voor zwangerschapsafbrekingen. Uiteraard zal de organisatie er voor zorgdragen dat alle randvoorwaarden voor deze vorm van sedatie binnen de organisatie aanwezig zijn.

Onderdeel van deze randvoorwaarden zijn het onderhouden van ALS-scholing voor medewerkers. Daarbij is de eis dat artsen hun ALS examen behalen, voor verpleegkundigen is dit een wens, geen eis. Wel wordt van de verpleegkundigen verwacht dat zij actief deelnemen aan ALS-scholing.

Er is een samenwerkingsovereenkomst met een achterwacht anesthesist. Deze is te consulteren over vraagstellingen rond het wel of niet mogen uitvoeren van PSA bij een individuele cliënt. Daarnaast zal de anesthesist elk jaar de sedatie vaardigheid van alle artsen en verpleegkundigen binnen de organisatie toetsen. Tevens is de anesthesist lid van de lokale sedatie commissie en zal dit ook zijn voor de organisatie in de landelijk sedatie commissie.

Anticonceptie

Vóór en na de zwangerschapsafbreking wordt counseling aangeboden op anticonceptie gebied aan alle vrouwen.

Er bestaat de mogelijkheid binnen de organisatie om aansluitend aan een behandeling langdurige anticonceptie te laten plaatsen. Deze kan direct in de kliniek aanschaf worden.

Daarnaast heeft de organisatie de wens om een anticonceptie spreekuur op te zetten.

In het oprichtingsjaar van de organisatie, zal gekeken worden of dit gerealiseerd kan worden, alvorens deze zorg structureel aan te bieden.

Seksueel overdraagbare aandoeningen

Binnen het aanbod van seksuele gezondheidszorg, zou het testen op SOA een vast onderdeel moeten zijn. Mogelijkheden om dit binnen de organisatie aan te bieden, zal dan ook in de toekomst uitgezocht moeten worden. Er kan gedacht worden om een samenwerkingsverband met de GGD of SOAidsNL op te zetten of naar andere mogelijkheden. Indien deze zorg aangeboden gaat worden door de organisatie, is voldoende scholing voor medewerkers nodig. Eventueel kan aan de Sense-opleiding voor een aantal medewerkers gedacht worden.