



Bestuurs- en Kwaliteitsverslag 2022

**We kennen elkaar.
We zorgen voor elkaar.**

Inhoudsopgave

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Inleiding | 5 |
| 2 | Profiel van de organisatie | 6 |
| 2.1 | Algemene identificatiegegevens | 6 |
| 2.2 | Structuur | 6 |
| 2.3 | Kerngegevens | 6 |
| 2.3.1 | Doelstelling, kernactiviteiten en nadere typering | 6 |
| 2.3.2 | Cliënten, capaciteit, productie, personeel en opbrengsten | 7 |
| 2.3.3 | Werkgebieden | 8 |
| 2.4 | Samenwerkingsrelaties en verbonden partijen | 8 |
| 3 | Bestuur, toezicht en medezeggenschap | 9 |
| 3.1 | Normen voor goed bestuur – toepassing en naleving (gedragscodes) | 9 |
| 3.2 | Samenstelling en bezoldiging raad van bestuur | 10 |
| 3.3 | Samenstelling, bezoldiging en werkwijze raad van toezicht | 10 |
| 3.4 | Principes Governancecode Zorg 2022 | 11 |
| 3.4.1 | Goede zorg | 11 |
| 3.4.2 | Waarden en normen | 11 |
| 3.4.3 | Invloed cliëntenraden | 12 |
| 3.4.4 | Invloed ondernemingsraad | 15 |
| 3.4.5 | Invloed andere belanghebbenden | 16 |
| 3.4.6 | Inrichting governance | 17 |
| 3.4.7 | Goed bestuur | 18 |
| 3.4.8 | Verantwoord toezicht | 19 |
| 3.4.9 | Continue ontwikkeling | 19 |
| 4 | Algemeen beleid | 20 |
| 4.1 | Visie, strategie en meerjarenbeleid | 20 |
| 4.2 | Algemeen beleid en belangrijke gebeurtenissen in het verslagjaar | 20 |
| 4.2.1 | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd | 20 |
| 4.2.2 | Plan van aanpak bestuurder a.i. | 21 |
| 4.2.3 | Vacatures, verzuim en cliëntenstop | 22 |
| 4.3 | Maatschappelijk verantwoord ondernemerschap, waaronder duurzaamheid | 22 |
| 4.3.1 | Medewerkers behouden en werven | 22 |
| 4.3.2 | Verzuim | 23 |
| 4.3.3 | Opleidingen | 23 |
| 4.3.4 | MTO | 23 |
| 4.3.5 | Sociaal ondernemen | 24 |
| 4.3.6 | Duurzaamheid | 24 |
| 4.4 | Naleving gedragscodes | 24 |

| | | |
|-------|---|----|
| 4.5 | Toekomst paragraaf | 24 |
| 5 | Kwaliteit en veiligheid van zorg | 25 |
| 5.1 | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd | 25 |
| 5.2 | Toetsingskader geriatrische revalidatiezorg..... | 25 |
| 5.3 | Persoonsgerichte zorg en ondersteuning | 26 |
| 5.3.1 | Ken je cliënt | 26 |
| 5.3.2 | Cliëntenstop | 26 |
| 5.3.3 | Positieve Gezondheid | 26 |
| 5.3.4 | Onvrijwillige zorg | 26 |
| 5.4 | Wonen en welzijn | 26 |
| 5.4.1 | Vrijwilligers..... | 26 |
| 5.4.2 | Brasserieën..... | 27 |
| 5.5 | Veiligheid | 27 |
| 5.5.1 | Rapporteren in het algemeen en specifiek op verpleegdoelen | 27 |
| 5.5.2 | Medicatieveiligheid | 27 |
| 5.5.3 | Decubituspreventie | 27 |
| 5.5.4 | Bedrijfshulpverlening | 28 |
| 5.5.5 | AVG | 28 |
| 5.6 | Leren en verbeteren van kwaliteit | 28 |
| 5.6.1 | Vakgroepen | 28 |
| 5.6.2 | Kwaliteitsmanagementsysteem..... | 29 |
| 5.6.3 | Jaarlijkse externe audit..... | 29 |
| 5.6.4 | Klachten cliënten | 29 |
| 5.6.5 | Meldingen bij de IGJ..... | 29 |
| 5.6.6 | Cliëntoordelen | 30 |
| 5.6.7 | Inzicht hebben en geven | 30 |
| 5.6.8 | Kennisvermeerdering | 30 |
| 5.6.9 | Lerend netwerk | 30 |
| 6 | Bedrijfsvoering | 31 |
| 6.1 | Interne wijze van organiseren en de samenwerking met externe partijen | 31 |
| 6.2 | Personeel | 31 |
| 6.2.1 | Personeelssamenstelling..... | 31 |
| 6.2.2 | Afdeling Behandeling..... | 33 |
| 6.2.3 | Facilitair en zorg..... | 34 |
| 6.2.4 | Techniek | 34 |
| 6.3 | Gebouwen | 34 |
| 6.4 | ICT en ontwikkeling digitale strategie..... | 34 |
| 6.5 | Managementinformatie over de kwaliteit van zorg, personeel en financiën | 35 |
| 6.6 | Administratieve en financiële systemen | 35 |

| | | |
|-----------|-----------------------------|----|
| 7 | Financieel beleid | 36 |
| 8 | Risicoparagraaf | 36 |
| Bijlage 1 | Lijst met afkortingen | 39 |
| Bijlage 2 | Organogram | 40 |
| Bijlage 3 | Onvrijwillige zorg | 41 |

1 Inleiding

2022 was een roerig jaar voor Zonnehuisgroep Vlaardingen. Wat mij na aanstelling in juni 2022 direct opviel was de warme sfeer, de betrokkenheid en welwillendheid van collega's. Er was behoefte aan gesprek en aan delen van wat de organisatie was overkomen. Ik heb veel medewerkers gesproken, ben meegelopen met medewerkers, heb teams gesproken, cliënten, naasten, geledingen en externe belanghebbenden.

Het werd al snel duidelijk waar de kracht van deze mooie organisatie ligt en wat er te doen was. Door een stapeling van zaken die samen kwamen was er forse druk op de organisatie ontstaan, druk die door diverse oorzaken was opgebouwd in een aantal jaren. De samenhang in beleid en uitvoering was wat zoek geraakt evenals de onderlinge verbinding. We hebben hier met elkaar bij stil gestaan en gedeeld wat er nodig was. Wat ons bindt is het gaan voor een mooie dag voor onze bewoners en cliënten en het bieden van een fijne werkplek en werkplezier voor medewerkers en vrijwilligers. Met dit doel voor ogen kregen we een positieve lijn te pakken, werd het weer rustiger in de organisatie en wisten we de negatieve spiraal om te buigen in een positieve weg omhoog. Doordat we prioriteiten hebben gesteld en er samen voor gaan hebben we al in 2022 mooi resultaten bereikt.

Het is fijn dat de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd dit ook zag bij haar bezoek eind september 2022; we zien het ook aan de terugloop van verzuim, meer medewerkers die weer graag bij ons komen werken en aan de tevredenheid van onze bewoners en cliënten. De cliëntenstop is opgeheven en medewerkers worden weer meer en meer ambassadeur van Zonnehuisgroep Vlaardingen. We zijn er nog niet, dat weten we, maar we zijn op de goede weg.

Wat een veerkracht en betrokkenheid is getoond door collega's! Wat is er hard gewerkt. Heel veel dank aan alle collega's, de OR, CCR, PAR i.o., de vrijwilligersraad, de RvT, samenwerkingspartners en andere belanghebbenden voor ieders inzet en bijdrage. Samen kunnen we veel, dat is gebleken! Daar gaan we mee door in 2023 en uiteindelijk komen we sterker uit deze periode.

Aukje van Kalsbeek
Voorzitter raad van bestuur a.i.

2 Profiel van de organisatie

2.1 Algemene identificatiegegevens

| Stichting Zonnehuisgroep Vlaardingen | |
|--|---|
| Adres | Dillenburgsingel 5, 3136 EA Vlaardingen |
| Telefoonnummer | 010 – 475 95 95 |
| Identificatienummer Kamer van Koophandel | 24330016 |
| E-mailadres | info@zgvlaardingen.nl |
| Internetpagina | www.zgvlaardingen.nl www.werkenbijzgvlaardingen.nl |

2.2 Structuur

Zonnehuisgroep Vlaardingen is een stichting. Het organogram staat in bijlage 2.

Het bestuur van Zonnehuisgroep Vlaardingen is in handen van een eenhoofdige raad van bestuur. De raad van toezicht houdt toezicht op het beleid van de raad van bestuur en op de algehele gang van zaken van Zonnehuisgroep Vlaardingen. Voor de medezeggenschap zijn er cliëntenraden, een centrale cliëntenraad, een ondernemingsraad en een vrijwilligersraad. Op afdelingsniveau zijn er ook zogeheten deelraden, waar cliënten en/of familieleden met de afdelingsleiding zaken bespreken die hun zorg en welzijn aangaan. Hierbij zijn regelmatig ook medewerkers en vrijwilligers van de afdeling aanwezig. In paragraaf 3.4.3 staat beschreven wat deze raden in 2022 deden. Voor de professionele invloed worden vakgroepen opgericht en is er een professionele adviesraad in oprichting als vervolg op de VVAR die er al een aantal jaren is. Zie verder paragraaf 3.4.3.

2.3 Kerngegevens

2.3.1 Doelstelling, kernactiviteiten en nadere typering

Zonnehuisgroep Vlaardingen draagt bij aan het welbevinden van alle mensen, die bij haar kunnen zijn wie ze zijn. Dit doet zij met aandacht, voor elkaar en met elkaar.

We kennen elkaar. We zorgen voor elkaar.

Dit geldt zowel voor cliënten als voor medewerkers en vrijwilligers. Cliënten van Zonnehuisgroep Vlaardingen hebben gezien hun zorgvraag complexe, systematische, multidisciplinaire, geplande en ongeplande zorg nodig. Het zijn oudere en jongere bewoners, mensen die hier tijdelijk zijn – bijvoorbeeld omdat zij hier revalideren – en voor diegenen die thuis wonen en thuiszorg krijgen dan wel naar de groepszorg gaan of eerstelijns behandeling krijgen. De cliënt bepaalt zelf zijn kwaliteit van leven en vult die allereerst zelf in samen met zijn naasten. Daar waar dit onvoldoende is, biedt de organisatie maatwerk met medewerkers en vrijwilligers.

De kernwaarden zijn: betrokken, samen en professioneel.

Zonnehuisgroep Vlaardingen heeft een aantal locaties. In de tabel is aangegeven welke zorg waar geboden wordt. Vergoeding komt uit de Wlz dan wel de Zvw. Alle locaties zijn aangemeld als accommodatie in de zin van de Wzd.

Daarnaast is er groepszorg, waar cliënten die thuis wonen een aantal dagdelen per week kunnen komen. Deze zorg wordt uit de Wmo of uit de Wlz vergoed.

Zonnehuis Thuis is de thuiszorgtak van Zonnehuisgroep Vlaardingen. In 2022 bood Zonnehuis Thuis wijkverpleging met verpleging & verzorging, VPT en MPT. Cliënten die zorg krijgen, kunnen daarnaast ook kiezen voor personenalarmering en alarmopvolging. Vergoeding komt uit de Zvw dan wel de Wlz en voor een klein gedeelte uit de Wmo.

| Locaties en soorten zorg eind 2022 | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|------------------------|---------------------------|------------------|-------------------------------|--------|------------------|----------------------|---|------------------------------------|---|
| Naam | Soort zorg | | | | | | | | | | |
| | Verblijf lichamelijk (somaatich) | Verblijf dementie (PG) | Verblijf NAH ¹ | GRZ ² | ELV hoog complex ³ | Crisis | Palliatieve unit | Groepszorg (Som +PG) | Wijkverpleging, MPT, VPT ⁴ , Meerzorg en Individuele begeleiding | Professionele alarmopvolging thuis | 1 ^e lijns behandeling ⁵ |
| Het Zonnehuis | X | X | | | | X | | | | | |
| Drieën-Huysen Zuid | X | | X | | | | | X | | | |
| De Laurenburg | | | X | | | | | | | | |
| Drieën-Huysen Noord | | X | | | | | | | | | |
| Adriaan Pauw | | X | | | | | | | | | |
| De Dillenburg revalidatie | X | | | X | X | X | X | | | | X |
| Zonnehuis Thuis | | | | | | | | | X | X | |

2.3.2 Cliënten, capaciteit, productie, personeel en opbrengsten

Totaal van de kerngegevens productie, medewerkers, vrijwilligers en opbrengsten 2022

| Kerngegevens | Aantal |
|---|---------------|
| Cliënten / productie Zonnehuisgroep Vlaardingen totaal | |
| Aantal intramurale cliënten op 31 december 2022 (Wlz, DBC, ELV) | 427 |
| Aantal erkende beschikbare intramurale plaatsen op 31 december 2022 | 458 |
| Aantal dagen zorg met verblijf in het jaar 2022 (Wlz, DBC, ELV, Wmo) | 148.102 |
| Aantal cliënten geriatrische revalidatiezorg in 2022 (DBC) | 220 |
| Aantal extramurale cliënten en groepszorg op 31 december 2022 (Wlz, Zvw, Wmo) | 346 |
| Aantal uren extramurale productie in het jaar 2022 (uren Zvw en maandarrangementen Wmo) | 64.806 en 202 |

¹ Niet Aangeboren Hersenletsel

² Geriatrische RevalidatieZorg

³ EersteLijnsVerblijf hoog complex

⁴ Modulair Pakket Thuis en Volledig Pakket Thuis

⁵ Poliklinische fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, diëtetiek en multidisciplinaire extramurale behandeling

| Kerngegevens | Aantal |
|--|---------------|
| Medewerkers en vrijwilligers Zonnehuisgroep Vlaardingen totaal | |
| Aantal medewerkers in loondienst op 31 december 2022 | 861 |
| Aantal fte medewerkers in loondienst op 31 december 2022 | 548,23 |
| Aantal medewerkers zorg niet in loondienst in december 2022, met uitzondering van behandelaren | 110 |
| Aantal vrijwilligers op 31 december 2022 | 491 |
| Bedrijfsopbrengsten Zonnehuisgroep Vlaardingen totaal (€ x 1.000) | |
| Totaal bedrijfsopbrengsten in het jaar 2022 | 55.918.972 |

2.3.3 Werkgebieden

Zonnehuisgroep Vlaardingen behoort tot de zorgkantorregio Nieuwe Waterweg Noord. Zij is een Vlaardingse organisatie, met een maatschappelijke rol in de gemeente en in de regio. Zonnehuisgroep Vlaardingen neemt die rol ook op zich.

2.4 Samenwerkingsrelaties en verbonden partijen

Verbonden partij

Zonnehuisgroep Vlaardingen vormde tientallen jaren lang een personele unie met Stichting Zorgcombinatie Nieuwe Maas – Wonen, die tot doel had Zonnehuisgroep Vlaardingen in al haar activiteiten te ondersteunen. Op 31 december 2022 hield deze stichting op te bestaan. Hiertoe was besloten omdat er in de stichting al jaren geen activiteiten meer plaatsvonden en er geen gelden in omgingen.

Samenwerkingsrelaties zorg: een selectie

Waar het gaat om het bieden van zorg werkt Zonnehuisgroep Vlaardingen samen met bijvoorbeeld het Zorgkantoor DSW en andere zorginstellingen zoals Argos Zorggroep, Frankelandgroep, Franciscus Gasthuis & Vlietland, GGZ Delfland en ROG plus. Verder is er goed contact met de huisartsen en het Erasmus Medisch Centrum.

Voor wonen en zorg zijn dat de Gemeente Vlaardingen, Woningstichting Samenwerking Vlaardingen en Waterweg Wonen.

Natuurlijk zijn er ook andere netwerken, onder andere op bestuurlijk niveau van de zorgorganisaties en het Zorgkantoor in de regio.

Samenwerkingsrelaties kwaliteit van zorg, welzijn en kennisvermeerdering: een selectie

Wat betreft kwaliteit van zorg is er onder meer het lidmaatschap van de Rotterdam Stroke Service (RSS), deelname in de Dementieketen, het Geriatrisch Netwerk Nieuwe Waterweg Noord, het Netwerk Palliatieve Terminale Zorg NWN en het lidmaatschap van het Universitair Netwerk voor de Care sector Zuid-Holland (UNC-ZH). Intra- en extramuraal is er contact met de GGZ.

Voor welzijnsactiviteiten werkt de organisatie samen met kinderopvang, basisscholen, de St. Jozef Mavo, sportschool de Polderpoort en dergelijke.

Samenwerkingsrelaties welzijn: een selectie

Twee (wijk)verpleegkundigen werken in de CVA-nazorg – onderdeel van de Stroke keten – voor Vlaardingen en Schiedam. Incidenteel werken de wijkverpleegkundigen samen met de sociale wijkteams.

Samenwerkingsrelaties personeel: een selectie

Zonnehuisgroep Vlaardingen is aangesloten bij de werkgeversorganisatie ZWconnect. Voor het opleiden van medewerkers is er samenwerking met middelbare scholen, MBO-opleidingen, HBO-opleidingen en universitaire opleidingen. Sinds 2021 neemt de organisatie deel in de regionale Zorginnovatie-academie (ZIA). Ten slotte heeft Zonnehuisgroep Vlaardingen De organisatie al vele jaren een toelating voor specialisten ouderengeneeskunde in opleiding. In 2022 kwam daar de toelating voor verpleegkundig specialisten in opleiding bij.

Overig

Tot slot is Zonnehuisgroep Vlaardingen lid van brancheorganisatie Actiz.

3 Bestuur, toezicht en medezeggenschap

3.1 Normen voor goed bestuur – toepassing en naleving (gedragscodes)

Zonnehuisgroep Vlaardingen houdt zich aan de Governancecode Zorg, het Kader Goed Bestuur en de WTZa. De raad van bestuur en de raad van toezicht zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de correcte toepassing hiervan. In 2022 pasten zij de statuten de nieuwste ontwikkelingen aan. Dit gold ook voor de reglementen van de raad van toezicht en van de raad van bestuur.

Naast deze reglementen is er een informatieprotocol. De auditcommissie en de commissie kwaliteit & veiligheid hebben eveneens een reglement. In 2022 kreeg ook de remuneratiecommissie een reglement.

De raad van toezicht kiest er voor om geen functieprofielen voor de raad en de individuele leden te hanteren. In de statuten en het reglement raad van toezicht staan voldoende eisen die aan de raad en de leden worden gesteld; wanneer sprake is van een vacature wordt besloten aan welke competenties en andere eisen de organisatie in die periode behoefte heeft.

Er is een visie op toezicht, een beleid 'vergoeding raad van toezicht' en een beleid 'vergoeding onkosten van de raad van bestuur en het aannemen van geschenken en uitnodigingen door de raad van bestuur.'

De andere organen van de organisatie zijn de centrale cliëntenraad, cliëntenraad somatiek, cliëntenraad psychogeriatric (PG), ondernemingsraad, verpleegkundige / verzorgende adviesraad / professionele adviesraad i.o. en de vrijwilligersraad. De cliëntenraden worden gevoed vanuit de deelraden, dat zijn de medezeggenschapsorganen op afdelingsniveau.

3.2 Samenstelling en bezoldiging raad van bestuur

Er is een eenhoofdige raad van bestuur. Tot 1 september 2022 werd deze gevormd door Elly Dekker. Vanaf 1 april was zij uitgevallen. De twee directeuren namen in overleg met de raad van toezicht waar, zoals zij dat ook deden in periodes van vakantie van de bestuurder. De arbeidsovereenkomst met Elly Dekker werd beëindigd per 1 september 2022. De raad van toezicht besloot tot het aantrekken van een interim bestuurder. De raad dankte Elly Dekker voor haar inzet en grote betrokkenheid in de afgelopen acht jaren, en wenste haar veel succes in haar verdere loopbaan. De interim bestuurder, Aukje van Kalsbeek, startte op 7 juni 2022.

Samenstelling raad van bestuur in 2022

| Naam | Nevenfuncties |
|---|---|
| Tot 1 september 2022 Mevrouw N.S. (Elly) Dekker MBA Voorzitter raad van bestuur Sinds 01-05-2014 | - ambtshalve lid RvB Stichting ZNM-wonen te Vlaardingen, tot 1 september 2022; - ambtshalve lid bestuur Stichting Vrienden van Het Zonnehuis-Vlaardingen te Vlaardingen, tot 1 september 2022; - lid bestuur ZWconnect te 's-Gravenhage, tot 1 september 2022; - lid RvT Stichting Fokus te Groningen. |
| Sinds 7 juni 2022 Mevrouw drs. A.G. (Aukje) van Kalsbeek MCM Voorzitter raad van bestuur ad interim | - ambtshalve lid RvB Stichting ZNM-wonen te Vlaardingen, sinds 7 juni 2022; - ambtshalve lid bestuur Stichting Vrienden van Het Zonnehuis-Vlaardingen te Vlaardingen, sinds 7 juni 2022; - eigenaar: Aukje van Kalsbeek Transitie en interim bestuur, directie en advies te Zwolle; - lid RvC Woningstichting Vechtdal Wonen, en voorzitter remuneratiecommissie, te Ommen; - voorzitter bestuur Stichting Hospice Zwolle te Zwolle; - lid RvT Stichting Travers te Zwolle, tot 1 juli 2022. |

De bezoldiging van de bestuurder valt binnen de normen van de WNT. De raad houdt zich aan het 'Beleid vergoeding onkosten van de RvB en het aannemen van geschenken en uitnodigingen door de RvB.' Meer informatie hierover staat in de jaarrekening. De overeenkomst met de bestuurder a.i. loopt via een daartoe gespecialiseerd bureau. De bezoldiging inclusief de in rekening gebrachte kosten van het bureau vallen binnen de normen van de WNT.

3.3 Samenstelling, bezoldiging en werkwijze raad van toezicht

De raad van toezicht telt vijf leden.

Samenstelling raad van toezicht in 2022

| Naam, functie(s) en benoemingstermijn | Nevenfuncties |
|--|---|
| De heer ir. L. (Leo) van der Kemp, voorzitter, voorzitter remuneratiecommissie, lid auditcommissie 2015 t/m 2018 2019 t/m 2022 | - ambtshalve lid RvT Stichting ZNM-wonen te Vlaardingen; - hoofdfunctie: directeur/eigenaar Van der Kemp Management & Consultancy te Oostvoorne; - lid RvA Bazaar Holding B.V. te Beverwijk; - directieadviseur Aronsohn Holding B.V. te Rotterdam; - directieadviseur Ector Hoogstad Architecten B.V. te Rotterdam; - lid RvA Technische Universiteit Eindhoven, Faculteit Gebouwde Omgeving, te Eindhoven. |

| Naam, functie(s) en benoemingstermijn | Nevenfuncties |
|---|---|
| De heer L.L. (Lucas) Petit, vicevoorzitter, lid remuneratiecommissie, voorzitter auditcommissie 2016 t/m 2019 2020 t/m 2023 | <ul style="list-style-type: none"> - ambtshalve lid RvT Stichting ZNM-wonen te Vlaardingen; - hoofdfunctie: directeur Hoscom B.V. te Vlaardingen; - lid RvA Hotel Summit te Bilthoven. |
| Mevrouw dr. L.A. (Leonie) Boven, lid, lid commissie kwaliteit & veiligheid 2020 t/m 2023 | <ul style="list-style-type: none"> - ambtshalve lid RvT Stichting ZNM-wonen te Vlaardingen; - hoofdfunctie: lid RvB Ziekenhuis St Jansdal te Harderwijk; - lid RvA Stichting TRIP te Leiden; - lid RvC Result Laboratorium te Dordrecht, sinds 1 juni 2022. |
| De heer drs. R.E.J.M. (René) Meuwissen, lid, lid auditcommissie 01-09-2021 tot 01-09-2025 | <ul style="list-style-type: none"> - ambtshalve lid RvT Stichting ZNM-wonen te Vlaardingen; - voorzitter RvC Boba groep te Dordrecht. |
| Mevrouw dr. A.A. (Angelien) Sanderman, lid, voorzitter commissie kwaliteit & veiligheid 2018 t/m 2021 2022 t/m 2025 | <ul style="list-style-type: none"> - ambtshalve lid RvT Stichting ZNM-wonen te Vlaardingen; - hoofdfunctie: voorzitter college van bestuur Hogeschool Leiden te Leiden; - lid RvC Regina Coelli te Vugt. |

Op 31 december 2022 eindigde de tweede en laatste termijn van de voorzitter, Leo van der Kemp. Hij betekende de afgelopen jaren veel voor Zonnehuisgroep Vlaardingen. De raad is hem zeer erkentelijk voor zijn bijdrage en betrokkenheid bij de organisatie. Vanwege zijn vertrek zocht en vond de raad in de tweede helft van 2022, door middel van een openbare procedure, een opvolger per 1 januari 2023. De raad benoemde mevrouw dr. C.M.J. (Ineke) Strijp-Braanker MBA.

De vergoeding van de toezichthouders is conform de WNT, met dien verstande dat de raad er in 2018 in zijn beleid voor koos om voor de berekening van zijn vergoeding iets lagere percentages te gebruiken dan door de WNT is toegestaan. Meer informatie hierover staat in de jaarrekening.

3.4 Principes Governancecode Zorg 2022

3.4.1 Goede zorg

Zonnehuisgroep Vlaardingen biedt verpleging, verzorging, behandeling, begeleiding en huisvesting aan chronisch zieken en ouderen. Het gaat om goede zorg, dat wil zeggen zorg van goede kwaliteit die voldoet aan professionele standaarden en eigentijdse kwaliteits- en veiligheidseisen en die afgestemd is op de reële behoefte, van de cliënt, binnen de gegeven financiële mogelijkheden en waar mogelijk in afstemming met samenwerkingspartners.

3.4.2 Waarden en normen

Inspraak, samspraak en tegenspraak vindt plaats in de gesprekken en advisering door de medezeggenschapsorganen. Daarnaast organiseerde de bestuurder a.i. in de tweede helft van

het jaar workshops met medewerkers uit alle geledingen, ter voorbereiding op haar advies over de topstructuur. De workshops gingen over de gewenste besturingsfilosofie en leiderschapsstijl voor de organisatie. Zij startte kwartaalbijeenkomsten met alle leidinggevend en adviseurs om hen te informeren over hetgeen er speelt in de organisatie of daarbuiten en om thema's met elkaar te verdiepen. In 2023 wordt deze wijze van werken voortgezet en volgen onder andere workshops met als thema 'team rondom de cliënt.' Met de deelnemers aan de kwartaaloverleggen is een cultuurscan voorbereid die verder wordt verdiept in 2023. Ook de door haar tweemaal gehouden conferenties met de raden en de managers zullen in 2023 een vervolg krijgen.

Klachtenregeling medewerkers en vertrouwenspersonen

Er is een klachtenregeling voor medewerkers. Zij kunnen met een klacht in eerste instantie terecht bij de persoon over wie zij klagen of bij de leidinggevende. Komt men er gezamenlijk niet uit, dan kan de medewerker naar de Merlijn Adviesgroep. Hier worden klachten behandeld en kan de medewerker tevens terecht voor de vertrouwenspersoon. In 2022 waren er geen klachten. Medewerkers wisten de weg naar de vertrouwenspersoon te vinden; 18 medewerkers maakten hier gebruik van. De bestuurder a.i. had in de tweede helft van het jaar een aantal contacten met de vertrouwenspersoon en voerde een aantal gesprekken met medewerkers over hetgeen er speelde. Zij nam de signalen mee in haar analyses en beleid.

Klachtenregelingen cliënten en vertrouwenspersonen

Er is een klachtenregeling voor cliënten. Daarnaast is er voor hen een klachtmogelijkheid wanneer het onvrijwillige zorg betreft. Zie hiervoor paragraaf 4.6.4.

Er zijn cliëntondersteuners Wlz, cliëntondersteuners Wmo en een cliëntvertrouwenspersoon Wzd. Het Zorgkantoor contracteerde hiervoor MEE resp. Adviespunt Zorgbelang resp. Zorgstem.

Klokkenluidersregeling

Er is een klokkenluidersregeling. De 'vertrouwenspersoon klokkenluidersregeling' is degene bij wie medewerkers terecht kunnen voor een interne melding. Om deze rol onafhankelijk te kunnen uitvoeren, is ook deze in dienst van Merlijn Adviesgroep. Er waren geen meldingen van een vermoeden van een onregelmatigheid en evenmin van een vermoeden van een misstand.

3.4.3 Invloed cliëntenraden

De cliënten worden vertegenwoordigd door de cliëntenraad somatiek, cliëntenraad PG en centrale cliëntenraad.

De bestuurder (a.i.) overlegde in 2022 regelmatig met de centrale cliëntenraad, informeerde de raden en vroeg om advies of instemming. De managers Langdurige Zorg hebben mandaat om namens de bestuurder (a.i.) met de cliëntenraad somatiek resp. de cliëntenraad PG te spreken. Vijfmaal vond dit plaats in een overlegvergadering CCR, vijfmaal in een overlegvergadering PG en vijfmaal in een overlegvergadering somatiek.

De cliëntenraden worden gevoed vanuit de deelraden, dat zijn de medezeggenschapsorganen op afdelingsniveau. In elke deelraad spreekt de teamleider met de cliënten / vertegenwoordigers over zaken die het wonen op hun afdeling betreffen en over zaken die in de organisatie als geheel spelen.

De leden van de centrale cliëntenraad en de ambtelijk secretaris brachten in 2022 een bezoek aan alle locaties. Daarnaast hielden zij een heidag, ondersteund door het LOC. Door de Coronapandemie hadden beide activiteiten een paar jaar niet kunnen plaatsvinden.

Samenstelling cliëntenraad somatiek (lichamelijke aandoeningen) in 2022

| Naam | Vanuit deelraad | Functie |
|--|-----------------------------|----------------|
| Mevrouw P.J. de Nooijer | Onafhankelijk | Voorzitter |
| Mevrouw J. Blanken (bewoner) tot oktober 2022 | Neptunus | Lid |
| Mevrouw T. de Blois (bewoner) | Pluto | Lid |
| De heer J.C. Bruinsel (bewoner) | Drieën-Huysen Zuid - Hoog | Lid |
| Mevrouw K. van de Geijn (bewoner) | De Laurenburg | Lid |
| Mevrouw F. Korteweg (bewoner) per november 2022 | Neptunus | Lid |
| Mevrouw T.M. Lammering (bewoner) | Mercurius | Lid |
| De heer S. Suykerbuyk (bewoner) per juni 2022 | De Laurenburg | Lid |
| Mevrouw J.D.M. Westerholt (familie) tot februari 2022 | Drieën-Huysen Zuid - Laag | Lid |
| Mevrouw M. van Witzenburg (bewoner) tot april 2022 | Drieën-Huysen Zuid - Midden | Lid |

Mevrouw S. van Roon, ambtelijk secretaris

Instemming, adviezen en informatie in 2022 voor de cliëntenraad somatiek

Er waren geen verzoeken om instemming of advies.

De gemandateerde gesprekspartners van de cliëntenraad somatiek zijn de managers. Zij informeerden de raad mondeling en spraken met de raad over wat er op de locaties speelde.

Samenstelling cliëntenraad PG (psychogeriatric / dementie) in 2022

| Naam | Vanuit deelraad | Functie |
|--|------------------------|----------------|
| De heer R. van der Tholen | Onafhankelijk | Voorzitter |
| Mevrouw C. Cassa | Castor | Lid |
| Mevrouw G. Cassa | Castor | Lid |
| Mevrouw A. ter Haar per februari 2022 | Sirius | Lid |
| De heer A. Hannewijk per november 2022 | Pollux | Lid |
| Mevrouw P. Heppener per mei 2022 | Nova | Lid |
| Mevrouw W. Polder-Herlaar | Drieën-Huysen Noord 3 | Lid |
| De heer K. van Vliet | Adriaan Pauw | Lid |
| Mevrouw I. van Zuidam tot oktober 2022 | Pollux | Lid |

Mevrouw S. van Roon, ambtelijk secretaris

Instemming, adviezen en informatie in 2022 voor de cliëntenraad PG

De raad werd om advies gevraagd over het plaatsvinden van de BIS-studie. De raad adviseerde positief, maar stelde wel als voorwaarde dat niet alleen de wilsbekwame cliënt met beginnende dementie op de groepszorg maar ook de eerste contactpersoon akkoord gaat met deelname van de cliënt aan dit wetenschappelijk onderzoek.

De raad ontving van de raad van bestuur schriftelijke informatie over de invoering pijnobservatieschaal PAIC dat in de raad werd besproken.

De gemandateerde gesprekspartners van de cliëntenraad PG zijn de managers zorg. Zij informeerden de raad mondeling en spraken met de raad over wat er op de locaties speelde.

Samenstelling centrale cliëntenraad in 2022

| Naam | Vanuit cliëntenraad | Functie |
|--|-----------------------|------------|
| De heer L.T. (Bert) van Ravenhorst | Onafhankelijk | Voorzitter |
| Mevrouw K. (Käthe) van der Geijn (bewoner); tot oktober 2022 | Cliëntenraad somatiek | Lid |
| Mevrouw P.J. (Nel) de Nooijer | Cliëntenraad somatiek | Lid |
| De heer R. (Rob) van der Tholen | Cliëntenraad PG | Lid |

Mevrouw S. van Roon, ambtelijk secretaris

Instemming, adviezen en informatie in 2022 voor de centrale cliëntenraad

De raad werd tweemaal om instemming gevraagd:

- sociaal plan verhuizen cliënten, teneinde de lege plaatsen in de organisatie als gevolg van de cliëntenstop te concentreren en daardoor de andere teams zoveel mogelijk vaste medewerkers te geven
- kwaliteitsmanagementsysteem

Het gesprek van de centrale cliëntenraad met de bestuurder over het concentreren van cliënten in relatie tot de opnamestop leidde tot nadere afspraken daarover.

De raad werd om advies gevraagd over de volgende onderwerpen:

- jaarrekening 2021
- benoeming Wzd-functionaris
- Bevindingen en plan van aanpak- Bestuurder a.i.
- begroting 2023
- jaarplan 2023
- profielschets en benoeming nieuwe voorzitter RvT.
- Kwaliteitsverslag 2021
- Kwaliteitsplan 2023

De raad stelde bij de benoeming van de Wzd-functionaris een voorwaarde ten aanzien van het regelmatig toetsen van de Wzd-uitvoering in de praktijk.

De raad ontving van de raad van bestuur elfmaal schriftelijke informatie. Daarnaast regelmatig overzichten van vooral kwaliteitsgegevens Op Koers, financiën, klachten en Corona.

De centrale cliëntenraad deed eenmaal een voorstel – het instellen van een ideeënbus – maar dit kreeg, na overleg, geen uitvoering.

Besprekingen

In 2022 besprak de centrale cliëntenraad het Kwaliteitsverslag 2021 en het Kwaliteitsplan 2023, intern en met de bestuurder (a.i.).

In het vierde kwartaal van 2021 en in de eerste maanden van 2022 uitte de centrale cliëntenraad zijn zorgen over de ontwikkelingen in de organisatie. In juni en september nam de raad deel aan de conferenties met de geledingen die de bestuurder a.i. organiseerde. Zie verder paragraaf 4.2. De CCR onderschreef de analyse en het plan van aanpak met prioriteiten die zij daar presenteerde.

3.4.4 Invloed ondernemingsraad

In 2022 vonden verkiezingen voor de ondernemingsraad plaats. Ongeveer de helft van de leden trad af en werd opgevolgd door nieuwe leden.

Samenstelling ondernemingsraad in 2022

| Naam | Organisatieonderdeel | Functie |
|---|---|----------------|
| Mevrouw R. (Rianne) Molenaar | Afdeling Behandeling (fysiotherapeut) | Voorzitter |
| Mevrouw J. (Jacquelina) Soeteman | Drieën-Huysen Zuid | Vicevoorzitter |
| De heer P. (Peter) Abramsen | Afdeling Behandeling (wondverpleegkundige) | Lid |
| Mevrouw T. (Thea) van Baarlen; per 30-06-2022 | Revalidatie | Lid |
| De heer J. (Jordy) Bal; per 30-06-2022 | Het Zonnehuis Somatiek | Lid |
| Mevrouw E. (Esmeralda) Bazen; per 30-06-2022 | Zonnehuis Thuis | Lid |
| Mevrouw M. (Marja) Booister; per 01-06-2022 | Afdeling Behandeling (fysiotherapeut) | Lid |
| Mevrouw K. (Karin) Borsboom | Zonnehuis Thuis | Lid |
| Mevrouw W. (Wendy) Dijkshoorn; per 30-06-2022 | Drieën-Huysen Noord | Lid |
| Mevrouw S. (Suzan) ten Heuw; per 30-06-2022 | Afdeling Behandeling (geestelijk verzorger) | Lid |
| Mevrouw K. (Kayleigh) Jansen; tot 01-04-2022 | Drieën-Huysen Noord | Lid |
| De heer M. (Martin) Loois; tot 01-04-2022 | Drieën-Huysen Zuid | Lid |
| Mevrouw Y. (Youssra) el Masoudi; tot 01-02-2022 | De Laurenburg | Lid |
| Mevrouw C. (Corrie) Muijselaar; tot 01-05-2022 | Drieën-Huysen Noord | Lid |
| Mevrouw J. (Jacqueline) van Os; tot 01-05-2022 | Het Zonnehuis PG | Lid |
| Mevrouw N. (Nicky) Pronk; per 15-12-2022 | Drieën-Huysen Zuid | Lid |
| Mevrouw F. (Fatima) Ramos; tot 01-05-2022 | Het Zonnehuis PG | Lid |
| De heer P. (Peter) Schut | Het Zonnehuis Somatiek | Lid |
| De heer C. (Charles) van Woerkom; tot 01-05-2022 | ICT | Lid |

Mevrouw T. (Tea) van der Kraan-Bouter, ambtelijk secretaris

De bestuurder (a.i.) overlegde regelmatig met de ondernemingsraad, informeerde de raad en vroeg om advies of instemming. Dertienmaal vond dit plaats in een overlegvergadering.

Instemming, adviezen, informatie en besprekingen in 2022

De ondernemingsraad kreeg zevenmaal een verzoek tot instemming:

- uitbreiding ambassadeursregeling;
- benoeming nieuwe Arbocoördinator;
- rookbeleid;
- WKR-gelden;
- calamiteitenregeling;
- verzuimprotocol;

- voorstel salaris aspirant leerlingen.

De ondernemingsraad kreeg elfmaal een voorstel ter advisering voorgelegd:

- vertrouwenspersoon klokkenluidersregeling;
- van contactverzorgende naar EVV'er;
- benoeming bestuurder a.i.;
- Bevindingen en plan van aanpak Bestuurder a.i.
- drie van elkaar onderscheidende functies helpende;
- aanpassing randvoorwaarden EVV en herstart traject EVV en Zio (zorginhoudelijke ondersteuners)
- profielschets en benoeming nieuwe voorzitter RvT.
- Begroting 2023
- Jaarplan 2023
- Kwaliteitsverslag 2021
- Kwaliteitsplan 2023

Informatie

De raad ontving van de raad van bestuur (a.i.) tweeënveertigmaal schriftelijke informatie. Daarnaast regelmatige overzichten van vooral verzuim, financiën en kwaliteitsgegevens van Op Koers. Ten slotte vroeg de ondernemingsraad geregeld stukken op die op de agenda van de vergaderingen van het managementteam stonden; de raad ontving deze agenda's.

Besprekingen

In 2022 besprak de ondernemingsraad het Kwaliteitsverslag 2021 en het Kwaliteitsplan 2023, intern en met de bestuurder (a.i.) evenals de uitkomsten van het MTO en het vervolg daarop. In het vierde kwartaal van 2021 en in de eerste maanden van 2022 uitte de ondernemingsraad zijn zorgen over de ontwikkelingen in de organisatie. In juni en september nam de raad deel aan de conferenties met de geleidingen die de bestuurder a.i. organiseerde. Zie verder paragraaf 4.2. De OR onderschreef de analyse en het plan van aanpak met prioriteiten die zij daar presenteerde.

3.4.5 Invloed andere belanghebbenden

Professionele adviesraad i.o.

De bestaande verpleegkundige / verzorgende adviesraad wordt omgevormd tot een professionele adviesraad. Dit proces is nog niet afgerond en gaat in 2023 voort. Bij het Kwaliteitsplan 2023 vond de afstemming al wel plaats met de professionele adviesraad i.o. In deze raad zitten naast verzorgenden en verpleegkundigen ook paramedische en psychosociale behandelaren.

Vakgroepen

In 2021 was de functie van directeur behandeling samengevoegd met die van de directeur zorg tot directeur zorg & behandeling. Dit ten gevolge van de eerdere organisatiewijziging en op dat moment de pensionering van de directeur behandeling, die specialist ouderengeneeskunde was. In 2022 werd binnen de afdeling behandeling gewerkt aan de ontwikkeling van vakgroepen.

Wat betreft de vakgroep specialisten ouderengeneeskunde veranderde er eind maart 2022 een en ander. Na het vertrek resp. de uitval van een aantal specialisten ouderengeneeskunde, kwam de nadruk te liggen op het werven van artsen en het gesprek over een bij deze tijd passende samenstelling van het medisch team. De bestuurder a.i. sprak met de leden van het

medisch team individueel en sloot af en toe aan bij hun wekelijkse overleg. Ook werden de artsen bij het opstellen van zorginhoudelijk beleid betrokken door de bestuurder a.i. en de manager behandeling. In 2023 zal met het dan aanwezige medisch team gekeken worden hoe hun advisering en beïnvloeding vorm kan krijgen en een regelmatig afstemming met de raad van bestuur verder vormgegeven wordt.

Overige belanghebbenden

Er is een vrijwilligersraad. Het contact hiermee was verminderd. In de tweede helft van 2022 werd dit contact weer opgepakt. In 2022 was er geen onderwerp waarover advies werd gevraagd. Wel werd in het jaarplan voor 2023 opgenomen dat de vrijwilligers deel gaan uitmaken van “het team rondom de cliënt.”

Met het Zorgkantoor DSW is afgelopen jaar intensief en constructief contact geweest. De gesprekken waren open, zowel over wat er bij Zonnehuisgroep Vlaardingen speelde als wat er in de regio speelde. In 2022 ondertekende de organisatie het Regionale Integraal Gezondheids Akkoord dat geïnitieerd was door DSW als antwoord op het landelijk afgesloten Integraal Zorg Akkoord.

Het contact met de gemeente Vlaardingen bewoog zich vooral op het vlak van wonen en zorg. Enerzijds was er de opdracht die de gemeente daarin heeft, anderzijds was er het ontwikkel- en bouwtraject District U.

Contact met het Franciscus Gasthuis & Vlietland was er op verschillende niveaus, waaronder deelname aan het multidisciplinair overleg aldaar. Het ziekenhuis en het verpleeghuis zijn over en weer belangrijk voor elkaar vanwege de doorstroom van patiënten die geriatrische revalidatie nodig hebben.

Er waren diverse samenwerkingsprogramma's waarin Zonnehuisgroep Vlaardingen met het Zorgkantoor, de gemeente Vlaardingen en ook vele andere organisaties te maken heeft. Deze hebben alle een afgebakend onderwerp. Het Programma Regionale aanpak ouderenzorg WSD, Wonen en zorg ouderen Vlaardingen, Regionale Samenwerking ICT, Zorg Innovatie Academie (ZIA), Netwerk Palliatieve Zorg WSD, Werkgroep Doorstroom in de Keten MVS en Wzd Praktijktuinen Extramuraal, om maar enkele te noemen.

Het opzetten van de regionale Zorginnovatie-academie (ZIA) startte in 2021 en gaat nog steeds voort. Zorg, onderwijs, innovatie en onderzoek-in-de-praktijk vallen hier samen. Dit levert vernieuwend en flexibel zorgonderwijs op. De verwachting is dat hiermee meer jongeren en zij-instromers enthousiast worden voor een baan in de ouderenzorg. En tegelijkertijd ook meer zorgmedewerkers hierdoor te behouden. In de ZIA strekt de samenwerking zich ook uit tot collega-zorginstellingen en gemeenten.

Ten slotte zijn daar ook de samenwerking in de Rotterdam Stroke Service (RSS) (ketenzorg) en in het Universitair Netwerk voor de Care sector – Zuid-Holland (UNC-ZH).

In de tweede helft van 2022 haalde Zonnehuisgroep Vlaardingen de banden weer steviger aan met de diverse belanghebbenden.

3.4.6 Inrichting governance

De inrichting van de governance is vastgelegd in de statuten en de reglementen van de raad van toezicht, de raad van bestuur, de auditcommissie, de commissie kwaliteit & veiligheid en sinds eind 2022 ook de remuneratiecommissie. Daarnaast is er een informatieprotocol. En er zijn schriftelijke afspraken ten aanzien van het handelen bij conflictsituaties. Bestuur en toezicht hielden zich aan de vastgelegde afspraken.

Aansluitend aan de zelfevaluatie van januari 2022 van de raad van toezicht vond een evaluatie plaats van de samenwerking tussen raad van toezicht en raad van bestuur.

3.4.7 Goed bestuur

Strategie en nieuwe ontwikkelingen

In 2021 kwam de strategie 2021-2025 tot stand. Het jaarplan 2022 paste in de strategie. Er waren echter ontwikkelingen in 2022 die veranderingen in de plannen of in de prioritering noodzakelijk maakten. Begin 2022 waren dat het rapport van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd met daarin de gewenste verbeteringen in de kwaliteit van zorg alsmede het hoge verzuim, het grote verloop onder medewerkers in de eerste helft van 2022 en het vertrek van enkele specialisten ouderengeneeskunde. Een en ander leidde niet alleen tot het kwaliteitsprogramma Op Koers, maar ook tot een cliëntenstop en dus tot lege plaatsen. Dit alles had eveneens impact op de organisatie en de financiële positie. Ten slotte was er ook de uitval van de bestuurder en later haar vertrek.

Op 7 juni 2022 startte de bestuurder a.i., Aukje van Kalsbeek. Zij kreeg als opdracht mee te focussen op rust en vertrouwen in de organisatie, de kwaliteit van zorg te versterken, met een plan te komen voor de ontwikkeling van het vastgoed en een plan van aanpak met prioriteiten voor de organisatie. Eveneens vroeg de raad van toezicht een advies over de topstructuur van de organisatie uit te brengen. Dit advies kwam eind van het jaar.

De bestuurder a.i. stelde vanaf haar komst in juni het doel van de organisatie, de zorg centraal op de agenda. Zij oriënteerde zich overal in de organisatie, bij alle geledingen en sprak externe stakeholders. Ze presenteerde een rode draad uit de gevoerde gesprekken, gaf haar bevindingen weer en vervolgens een plan van aanpak waarin ze prioriteiten stelde. In paragraaf 4.2 komt dit nader aan de orde.

Een paar voorbeelden van keuzes die gemaakt werden. De lege plaatsen als gevolg van de cliëntenstop werden zo snel mogelijk weer gevuld. Maar alleen als er voldoende medewerkers waren die er langere tijd werkten en de cliënten dus kenden, en de cliënten voldoende behandeling konden krijgen. Concrete doelen werden per maand gesteld en de resultaten werden gemonitord.

Een ander voorbeeld is, dat de organisatie de verlenging van de intentieovereenkomst met de ontwikkelaar voor District U niet tekende, vanwege de verplichtingen die daaruit voortvloeiden en de hoge maandelijkse kosten die dit zou meebrengen, kosten die de organisatie maatschappelijk niet verantwoord vond voor een zorgorganisatie. Daarnaast werd besloten tot een herijking van het strategisch vastgoedplan, vanwege de ontwikkelingen op de vastgoedmarkt, de inmiddels verstreken tijd waardoor de volgorde van bouwactiviteiten om herziening vroegen en de wereld die sinds de oorlog in Oekraïne sterk veranderd was.

Bestuur en management

De bestuurder (a.i.) werd terzijde gestaan door de directie, bestaande uit een directeur zorg & behandeling en een directeur bedrijfsvoering. De directeuren gaven leiding aan managers, die op hun beurt weer leiding gaven aan teamleiders. In 2020 was dit model ingevoerd.

De bestuurder a.i. concludeerde na haar gesprekken in de organisatie dat de lijnen te lang waren en er te weinig verbinding met de organisatie was. Eveneens constateerde zij een gebrek aan samenhang en verbinding in beleid. Daarom veranderde zij per 1 oktober de overlegstructuur. Er kwam een breder samengesteld managementteam. Bovendien werd de agenda daarvan veranderd: het primair proces kwam centraal te staan. Ten slotte kwamen er

kwartaalbijeenkomsten van bestuurder a.i., directie, managers, teamleiders en adviseurs, waarmee in oktober 2022 begonnen werd.

In het najaar vielen de directeuren uit; één van hen vertrok naar een andere organisatie, de ander viel langdurig uit. Als gevolg daarvan gingen managers en een aantal adviseurs direct aan de bestuurder rapporteren. Er was ook veel aandacht voor de rollen die de verschillende functionarissen en geledingen hebben. En er kwam meer en betere managementinformatie, iets wat in januari al gestart was. In de laatste maand van 2022 was merkbaar dat er steeds beter werd gestuurd en er steeds betere resultaten werden bereikt. Deze ontwikkeling gaat in 2023 door.

Eind december bracht de bestuurder a.i. het gevraagde advies over de topstructuur uit aan de raad van toezicht.

Besluiten van de bestuurder (a.i.) worden vastgelegd en adviezen worden schriftelijk uitgebracht en gearchiveerd. Hierdoor zijn zij later traceerbaar.

3.4.8 Verantwoord toezicht

Het volledige verslag van de raad van toezicht is het tweede deel van de jaarverantwoording.

Vergaderingen raad van toezicht

De raad van toezicht vergaderde in 2022 tienmaal met de bestuurder (a.i.) en daarnaast was er veelvuldig onderlinge afstemming.

In iedere vergadering stonden de voortgang van de plannen en nieuwe ontwikkelingen op de agenda. De bestuurder (a.i.) zorgde voor voortgangsverslagen, zodat de raad van toezicht ook schriftelijk goed op de hoogte werd gesteld van wat er speelde in de organisatie.

Alle onderwerpen uit de opdracht aan de bestuurder a.i. hadden de aandacht van de raad van toezicht. Zij kwamen aan de orde in een extra vergadering in augustus, in de werkconferentie in september en in de reguliere vergaderingen. Deze thema's waren ook onderdeel van de voortgangsverslagen.

Ten slotte verving de bestuurder a.i. de financiële kwartaalrapportages door maandrapportages, waarbij de raad van toezicht dezelfde informatie krijgt als het managementteam, de ondernemingsraad en de centrale cliëntenraad.

Vergaderingen commissies en contact met OR en CCR

Zowel de auditcommissie als de commissie kwaliteit & veiligheid vergaderden in 2022 vier keer met de bestuurder (a.i.). De remuneratiecommissie vergaderde eenmaal en had daarnaast veelvuldig onderlinge afstemming.

Een afvaardiging van de raad was twee keer aanwezig in de overlegvergadering van de centrale cliëntenraad. In tegenstelling tot andere jaren was er in 2022 geen afvaardiging in de overlegvergadering met de ondernemingsraad. Daarnaast waren er enkele incidentele contacten met de voorzitters van de medezeggenschapsorganen. Ten slotte ontmoetten de raad van toezicht de medezeggenschapsorganen, de managers en de directie elkaar in de conferenties die de bestuurder a.i. organiseerde in juni en september.

3.4.9 Continue ontwikkeling

Jaarlijkse evaluatie met de raad van bestuur

In maart 2022 voerde de remuneratiecommissie het jaarlijkse evaluatiegesprek met de bestuurder.

Jaarlijkse zelfevaluatie raad van toezicht

De raad van toezicht hield in 2022 tweemaal een zelfevaluatie. In het eerste deel van de jaarlijkse zelfevaluatie die op 19 januari 2022 onder leiding van een externe deskundige plaatsvond, voerde de raad van toezicht een gesprek over de samenwerking onderling en de bijdrage van zijn leden. In het tweede deel van deze bijeenkomst sloot de bestuurder aan. Op 2 november voerde de raad van toezicht opnieuw een zelfevaluatie uit. Terugkijkend op 2022 stelde de raad zichzelf een aantal vragen, onder andere vanuit zijn visie op toezicht.

Educatie en ontwikkeling

De leden bepalen zelf wat zij in dit opzicht individueel doen. In 2022 liep het uiteen van het bijhouden van vakliteratuur tot verschillende cursussen van de NVTZ.

4 Algemeen beleid

4.1 Visie, strategie en meerjarenbeleid

De strategie 2021–2025 was in 2022 de basis waarop het jaarplan 2022 was gebaseerd. In die strategie staan de missie en kernwaarden van Zonnehuisgroep Vlaardingen.

Missie

We dragen bij aan het welbevinden van alle mensen, die bij ons kunnen zijn *wie ze zijn*. Dit doen we met aandacht, voor elkaar en met elkaar. *We kennen elkaar. We zorgen voor elkaar.*

Kernwaarden

Leidend het gedrag en de cultuur zijn de kernwaarden betrokken, samen en professioneel. 'Betrokken' gaat over betrokkenheid bij de cliënt en zijn of haar welbevinden, bij het team en de collega's en bij de organisatie. 'Samen' gaat over samenwerken en samen de verantwoordelijkheid nemen voor de bijdrage aan het welbevinden van de cliënt. 'Professioneel' tenslotte heeft betrekking op het nakomen van afspraken, het werken vanuit vertrouwen, vanuit het belang van de cliënt, respectvol naar elkaar en doelmatig.

Naast de strategie zijn er de meerjarenbegroting, het strategisch vastgoedbeleid en een ICT strategie.

Belangrijke randvoorwaarden voor het realiseren van de strategie zijn verbindend en inspirerend leiderschap, eigenaarschap en betrokkenheid. Andere randvoorwaarden zijn ambitie, koers en focus. Voorts is er de meerwaarde van samenwerking, zowel intern tussen de organisatieonderdelen als extern. Ten slotte moet de structuur van de organisatie het realiseren van de strategie ondersteunen.

4.2 Algemeen beleid en belangrijke gebeurtenissen in het verslagjaar

4.2.1 Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd

Half december 2021 kwam het definitieve rapport van de Inspectie gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) over haar bezoek aan Het Zonnehuis. Zij constateerde dat een verbetertraject nodig was.

Na drie maanden moesten randvoorwaarden op orde zijn en na negen maanden de overige punten. Om dit voor elkaar te krijgen, startte in januari 2022 het programma Op Koers. Een extern bureau werd ter ondersteuning ingeschakeld. Met de grote inzet van iedereen lukte het deze doelen te behalen. De IGJ kwam in maart en september 2022 weer langs en oordeelde toen positief: op alle punten waren verbeteringen behaald. Zie verder hoofdstuk 4.

4.2.2 Plan van aanpak bestuurder a.i.

Zoals in de paragrafen 2.4.2 en 2.4.6 gemeld, organiseerde de bestuurder a.i. twee conferenties voor toezichthouders, medezeggenschap, directie en managers. Zij waren elk op hun eigen wijze betrokken geweest bij de ontwikkelingen in het eerste half jaar met het zeer kritisch rapport van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, vacatures en verzuim, vertrek en uitval van de specialisten ouderengeneeskunde, uitval van de bestuurder, vertrek van de bestuurder en de komst van de interim bestuurder. Thema's van deze conferenties waren onder andere terugkoppeling van de rode draad uit de gesprekken van de bestuurder a.i., haar bevindingen en haar plan van aanpak 'Herstel van trots en saamhorigheid, op inhoud en proces.' Dit plan bestaat uit vier programmalijnen en zes langer lopende lijnen ten aanzien van interne besturing.

Programmalijnen:

1. doorgaan met en vervolg op het kwaliteitsprogramma Op Koers;
2022: dit gebeurde en loopt door in 2023, zie verder hoofdstuk 4;
2. focus op voldoende medewerkers, waaronder bezetting van het medisch team waardoor alle plaatsen weer bezet kunnen zijn, zie verder paragraaf 5.2.2;
2022: de focus was er, eind 2022 waren er weer voldoende medewerkers, was het medisch team voldoende bezet en de bedbezetting was bijna weer op het niveau van voor de opnamestop;
3. planning- en controlcyclus op orde ; een jaarplan met dezelfde thema's op drie organisatieniveaus met een onderbouwde begroting;
2022: voor het opstellen van het jaarplan en de begroting 2023 is dit behaald, in 2023 zal het verder uitgebouwd worden met kwartaalrapportages over het jaarplan en worden de maandelijkse managementrapportages stap voor stap verder uitgewerkt ;
4. een herijking van het Strategisch Vastgoedplan, met concrete plannen voor de bestaande locaties, een second opinion op District U, een meerjarenplanning en een meerjaren(investerings)begroting.
2022: in het vierde kwartaal zijn de voorbereidingen getroffen, de uitvoering zal plaatsvinden in het eerste half jaar van 2023, zie verder paragraaf 5.3.

Langer lopende lijnen ten aanzien van interne besturing:

- a. uitwerken en verstevigen werkgeverschap;
Een plan van aanpak om gevolg aan het MTO te geven werd gemaakt. Ieder team bepaalde twee doelen waaraan men ging werken. Daarnaast werd een analyse gemaakt op organisatieniveau waarin verbeteringen aan de orde waren. Het roosteren en de eigen invloed erop bleek een thema evenals de communicatie en stijl van leidinggeven.
- b. uitwerken strategie 2021-2025; De bestuurder a.i. stelde in haar plan van aanpak een nadere invulling van de strategie voor op een aantal onderdelen, omdat er in de organisatie behoefte was aan een nadere invulling voor doelgroepen cliënten en een samenhangende kader ontbrak. In 2022 werd het gedachtengoed van Positieve Gezondheid geïntroduceerd als samenbindend kader. Verdere oriëntatie en besluitvorming zal in 2023 plaatsvinden

- c. onderzoek en advies topstructuur inclusief besturingsfilosofie en leiderschapsstijl;
2022: in het najaar waren er workshops, eind december diende de bestuurder a.i. het advies in bij de raad van toezicht;
- d. aanpassing overlegstructuur;
2022: per 1 oktober startte de nieuwe overlegstructuur, waarin de lijnen werden verkort. Gekozen werd voor een breed samengesteld managementteam waarin het primair proces in de overleggen centraal staat en het gaat om samen doen. Daarnaast startten kwartaalbijeenkomsten met alle leidinggevenden en adviseurs gezamenlijk, zie ook de paragrafen 3.4.2. en 3.4.5;
- e. uitlijnen rol en verantwoordelijkheden van het management op drie niveaus;
2022: gestuurd wordt op duidelijkheid in rollen en verantwoordelijkheden. Uit een eerste evaluatie bleek dat er meer duidelijkheid was. In 2023 zal deze ontwikkeling zich voortzetten.
- f. versterken van communicatie, transparantie, verbinding, processturing, leervermogen en resultaatgerichtheid.
2022: communicatie is versterkt door de veranderde overlegstructuur en door maandelijks filmpjes waarin de bestuurder a.i. alle medewerkers informeert over de ontwikkelingen en die op intranet geplaatst worden. In het managementoverleg komt veel informatie beschikbaar en op intranet worden ontwikkelingen gecommuniceerd en toegelicht. Op verbinding, processturing en resultaten wordt gestuurd. Hier is verbetering te zien. Al deze zaken worden voortgezet in 2023. Daarnaast is een cultuurscan gemaakt. De conclusies hiervan zijn in januari 2023 besproken en krijgen een vervolg in 2023.

4.2.3 Vacatures, verzuim en cliëntenstop

Er waren in 2022 veel vacatures, een groot verloop en een hoog verzuim. Dat grote verloop was in 2022 op alle niveaus in de organisatie aanwezig. Door de vele uitzendkrachten, die de cliënten niet kennen, en het tekort aan specialisten ouderengeneeskunde werd enige tijd een cliëntenstop ingesteld. Lege plaatsen betekenen echter geen inkomsten. Detacheerders en uitzendkrachten betekenen hogere kosten. Veel vacatures en een hoog verzuim betekenen en grote inzet van deze dure krachten. In 2022 waren werving, verzuimbegeleiding en lege plaatsen vullen als het weer kon dan ook belangrijke acties. Vacatures en verzuim komen aan de orde in de paragrafen 3.3.1 en 3.3.2, de cliëntenstop in paragraaf 4.3.2.

4.3 Maatschappelijk verantwoord ondernemerschap, waaronder duurzaamheid

4.3.1 Medewerkers behouden en werven

Voldoende, goed gekwalificeerde en deskundige medewerkers is een belangrijke voorwaarde voor het leveren van goede zorg. Er was echter een groot verloop en de arbeidsmarkt was en is moeilijk. Behalve het werven van medewerkers is dan ook het behoud van hen belangrijk. In 2022 waren veel inspanningen daarop gericht.

Het verbeteren van het ontvangen van nieuwe medewerkers voor en na hun eerste werkdag (onboarden) was in 2021 begonnen en liep in 2022 door.

Medewerkers vinden het belangrijk om gezien te worden. In 2022 veranderde de insteek van het jaargesprek, het werd een FIT-gesprek. Hierin staan werkplezier, talent en ontwikkeling centraal. Alle leidinggevenden kregen in 2022 hierover uitleg. Nog niet alle medewerkers kregen een FIT-gesprek.

Een plan voor het aantrekken van medewerkers waarmee in de tweede helft van 2022 werd gestart leverde nieuwe instroom van medewerkers op. Wat zeker nieuwe medewerkers aantrok, waren de zogeheten papa- en mamacontracten die de organisatie in de tweede helft van 2022 ging aanbieden. Hiermee wordt ingespeeld op de problemen die ouders met jonge kinderen hebben als het gaat om de diensten die in de zorg nodig zijn. In het najaar begonnen de voorbereidingen voor een arbeidsmarktcampagne ondersteund door een communicatiebureau. De campagne startte volop in 2023.

Recruitment, het proces van werving en selectie, is in 2022 verbeterd en er is een recruitmentteam aangesteld.

Voor uiteenlopende functies was het in 2022 moeilijk om medewerkers te vinden. Voor de zorg gaat het om verzorgenden en verpleegkundigen. Bij behandelaren zijn het vooral specialisten ouderengeneeskunde en GZ-psychologen. En bij bedrijfsvoering is het voor een aantal functies ook lastig om nieuwe medewerkers te vinden, bijvoorbeeld voor ICT. De oplossing bestond veelal uit de inzet van gedetacheerden / uitzendkrachten / ZZP'ers. Inmiddels is gestart met een arbeidsmarktaanpak die gedragen wordt in de organisatie. Doordat er meer rust in de organisatie is en medewerkers de veranderingen merken zien zij dat er weer gebouwd wordt. Medewerkers zijn weer meer en meer de ambassadeur van de organisatie. En dat is een belangrijke succesfactor voor het aantrekken van nieuwe medewerkers en het behoud van medewerkers.

4.3.2 Verzuim

Het verzuim was in 2022 opnieuw hoog (10,04%). Er was wel een verschil per locatie te zien. In 2022 werd een tienpuntenplan opgesteld met in te zetten maatregelen om het verzuim waar dat kan te beperken. De leidinggevenden kregen trainingen om het gedragsmodel toe te kunnen passen ter preventie en wanneer verzuim aanwezig is. Hierdoor stuurden zij beter op het voorkomen van en begeleiden van verzuim. Daarnaast startte in 2022 de monitoring op verzuimdossiers, startte een adviseur arbo en gezondheid, werden er steeds meer verzuimgesprekken gehouden en werd er steeds meer gezocht naar alternatieven. Dit alles leidde in de loop van het jaar tot een daling van het verzuim, al veroorzaakten uitbraken van het Coronavirus en het Norovirus helaas in de laatste maanden van het jaar toch weer een stijging.

4.3.3 Opleidingen

Zonnehuisgroep Vlaardingen vindt vakmanschap belangrijk. Daarom investeerde de organisatie in 2022 weer veel in de scholing van de medewerkers en zij monitorde die. De organisatie gaf 5% van de loonsom uit aan opleiden en voldeed daarmee in ruime mate aan de norm. Zo was er de eigen aspirantencursus die weer mensen voorbereidde op de opleiding tot verzorgenden die zij aansluitend gingen doen. En zo vond op De Laurenburg de OER-training (de toegepaste methodiek voor de NAH cliënten) plaats, eindigde het MD-traject van de managers en werd een start gemaakt met het MD-traject voor teamleiders.

4.3.4 MTO

In het eerste kwartaal van 2022 vond het medewerkerstevredenheidsonderzoek (MTO) plaats. De respons was 41%. Gezien alles wat er op dat moment in de organisatie speelde, was dat een redelijke opkomst.

De uitslag gaf aan dat de scores over werkgeverschap waren gedaald. Na een centrale bespreking van alle resultaten organisatie breed, gingen de leidinggevenden met hun medewerkers in gesprek over de resultaten van hun organisatieonderdeel. In elk team werden twee doelen gekozen om aan te gaan werken. Centraal wordt begin 2023 een plan van aanpak

opgesteld voor verbeteringen in het werkgeverschap, zodat het MTO een vervolg krijgt en dit merkbaar is voor medewerkers.

4.3.5 Sociaal ondernemen

Zonnehuisgroep Vlaardingen ondersteunt medewerkers die ook mantelzorgers zijn, bij het vinden en behouden van een goede balans tussen werk en privé. Minters Mantelzorg⁶ erkende de organisatie daarvoor.

Zonnehuisgroep Vlaardingen heeft het Sociaal Werkpact MVS Keurmerk 'partner in sociaal ondernemen.' Dit geeft aan dat de organisatie voldoende bijdragen aan duurzame oplossingen voor werkzoekenden met een afstand tot de arbeidsmarkt.

In 2022 voldeed de organisatie opnieuw ruimschoots aan de norm Social Return.

4.3.6 Duurzaamheid

Het invoeren van de milieuthermometer zorg is verplaatst naar 2023. Er is afgesproken dat de invoering locatie voor locatie zal plaatsvinden. In de zomer van 2022 is afgesproken dat het Strategisch Vastgoedplan (SVP) en de daarmee samenhangende meerjarenbegroting zal worden herijkt. Daarin zal verduurzaming meegenomen worden. In 2022 zijn partners gekozen die de organisatie hierbij zullen ondersteunen, in 2023 zal de herijking plaatsvinden.

Waar mogelijk gebruikt de organisatie energiezuinige apparatuur.

4.4 Naleving gedragscodes

Zonnehuisgroep Vlaardingen hanteert de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

In 2022 is het beleid huiselijk geweld geëvalueerd is er gewerkt aan beleid veilige zorgrelatie. In 2023 zal nieuwe training plaatsvinden, zodat de kennis van de medewerkers weer is opgefrist.

4.5 Toekomstparagraaf

In 2022 werd de negatieve spiraal doorbroken en werd de weg omhoog stapsgewijs weer gevonden. Zonnehuisgroep Vlaardingen is weer trots op wat bereikt wordt en wil graag verder bouwen aan toekomstbestendige zorg in de gemeente Vlaardingen. De organisatie wil de kwaliteit van zorg nog verder versterken en werken vanuit een gezamenlijk kader voor alle doelgroepen cliënten waaraan zorg wordt verleend. Het strategisch vastgoedplan wordt afgerond en een daarbij passende financiering wordt onderzocht. De organisatie weet dat dit in deze onzekere tijd op de vastgoedmarkt creativiteit, lef en doorzettingsvermogen zal vragen. Ook wil de organisatie een inhaalslag maken op het vlak van technologische toepassingen en de digitale strategie die medio 2023 klaar zal zijn en zal worden uitgerold. Hoewel de kerngetallen goed zijn, realiseert de organisatie zich dat zij toe moet groeien naar een gezonde zorgexploitatie vanwege de bouwopgaven die zij heeft. Zonnehuisgroep Vlaardingen werkt graag samen met partners en wil haar bijdrage leveren aan de uitvoering van de 'woon zorgvisie' van de gemeente Vlaardingen. En bovenal wil de organisatie er met haar 'team rondom de client' – waarin de informele en formele zorg zich verbinden – zijn om bij te dragen aan een mooie dag voor de bewoners/cliënten. En tegelijkertijd wil zij de medewerkers een fijne werkplek bieden waarin dezen zich gehoord en gezien voelen en werkplezier ervaren.

⁶ Minters Mantelzorg is een kenniscentrum voor mantelzorgers en professionals.

5 Kwaliteit en veiligheid van zorg

5.1 Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd

Half december 2021 kwam het definitieve rapport van de Inspectie gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) over haar bezoek aan Het Zonnehuis. Zij constateerde dat een verbetertraject nodig was. Aan één norm voldeed Het Zonnehuis grotendeels en aan de andere tien onderzochte normen voldeed zij grotendeels niet of niet. Na drie maanden moesten randvoorwaarden op orde zijn en na negen maanden de overige punten. Om dit voor elkaar te krijgen, startte in januari 2022 het Programma Op Koers. Dankzij de grote inzet van iedereen lukte het deze doelen te behalen. De IGJ kwam in maart en september 2022 weer langs en oordeelde toen positief.

Programma Op Koers

In januari 2022 werd het programma Op Koers opgezet als vervanging van het verbeterplan Van Basis naar Beter 2.0. De projecten in Op Koers raakten de opdracht van de IGJ. Deze projecten waren:

- Persoonsgerichte zorg
- Multidisciplinair samenwerken
- Leren en reflecteren
- Betrokken medewerkers
- ECD
- Wzd
- Monitoring
- Personele inzet
- MDO-nieuw
- Rapporteren
- Methodisch werken

In dit kader werden managementrapportages ontwikkeld om de voortgang hiervan te volgen, te kunnen bijsturen en erover te kunnen communiceren met de teams. Nu en in de toekomst. Voorbeelden van de gegevens zijn hoeveel medewerkers kennen de cliënt (vaste medewerkers en gedetacheerden), hoe vaak wordt er gerapporteerd op zorgdoel en hoeveel zorgplannen zijn binnen de vastgestelde tijd geëvalueerd.

Na de eerste fase van Op Koers is een borgingsprogramma gemaakt en is de fase van borging begonnen. De organisatie werkt daar nog aan en brengt op een aantal onderwerpen verdere verdieping aan.

5.2 Toetsingskader Geriatrische Revalidatiezorg

In 2022 kwam het toetsingskader GRZ van de IGJ beschikbaar. Omdat er nog geen kwaliteitskader GRZ is, werd in het vierde kwartaal een plan van aanpak gemaakt om te gaan voldoen aan dit toetsingskader. De acties worden in 2023 uitgevoerd, al startte een deel al in 2022.

5.3 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

5.3.1 Ken je cliënt

Er waren in december 2021 veel vacatures, een groot verloop en een hoog verzuim. Als gevolg hiervan waren er veel uitzendkrachten. Zij kennen de cliënten onvoldoende of niet, evenmin de organisatie, zij konden toen niet in de ECD's en zij waren ook geen onderdeel van het team. In januari 2022 startte daarom het omzetten van uitzendkrachten in detacheerders. Daarnaast kregen alle detacheerders en uitzendkrachten toegang tot de ECD's. Bovendien was er een cliëntenstop op de afdelingen waar minder dan 80% vaste medewerkers en gedetacheerden waren. Deze maatregelen kwamen de cliënten en de kwaliteit van zorg ten goede.

5.3.2 Cliëntenstop

In maart 2022 zorgde het verloop onder en de uitval van de specialisten ouderengeneeskunde voor een kritische situatie. Dit leidde tot een algehele cliëntenstop. Voor de medische behandeling van de aanwezige cliënten werden tijdelijke oplossingen gevonden in artsen die tijdelijk kwamen en niet in loondienst waren. Hierdoor kam de zorg niet in gevaar. Deze situatie gaf ook de gelegenheid om een al langer bestaand plan te realiseren, namelijk om te kiezen voor een medisch team met meer functiedifferentiatie en breder samengesteld. Zie verder paragraaf 5.2.2.

De open plekken in het medisch team werden weer redelijk snel gevuld en in de zomer konden er al beperkt weer nieuwe cliënten komen. Dat gebeurde wanneer er voldoende artsen en voldoende vaste zorgmedewerkers en detacheerders op de afdeling waren. Op het hoogtepunt waren er 90 lege plaatsen, half december waren dat er 25.

5.3.3 Positieve Gezondheid

In het vierde kwartaal ging de organisatie zich oriënteren op Positieve Gezondheid. Als vervolg op de strategie wordt gekozen voor een gezamenlijk gedachtengoed passend voor diverse doelgroepen cliënten, waaraan beleid en uitvoering wordt getoetst. Voor de verschillende doelgroepen en soorten zorg gelden diverse landelijke kaders en richtlijnen die van toepassing zijn en vervolgens worden methodieken gekozen die aansluiten bij het gedachtengoed van Positieve Gezondheid en de landelijke kaders en richtlijnen.

Het plan om een methodiek te kiezen voor de somatische afdelingen, is doorgeschoven naar 2023.

5.3.4 Onvrijwillige zorg

In 2022 werd nadrukkelijk meer invulling gegeven aan de Wet zorg en dwang. Intramuraal werd besloten om, ondanks de plannen voor nieuwbouw in de toekomst, toch dwaaldetectie op locatie Het Zonnehuis aan te leggen. Hiertoe werd met externe leveranciers een overeenkomst afgesloten. In 2023 zal dit worden afgerond. Extramuraal deed de organisatie ook in 2022 mee met de 'praktijktuin Wzd extramuraal Vlaardingen.'

Zie voor meer informatie bijlage 3.

5.4 Wonen en welzijn

5.4.1 Vrijwilligers

Tijdens de coronapandemie raakte de organisatie zo'n honderd vrijwilligers kwijt. Behalve dat zij een tijd niet konden komen vanwege corona en daarna een andere daginvulling hadden

gekregen, behoort een deel van hen tot de kwetsbare groep en kwamen zij later om die reden niet terug. In 2022 lukte het om weer nieuwe vrijwilligers aan de organisatie te binden.

5.4.2 Brasserieën

Het Zonnehuis en Drieën-Huysen Zuid hebben een brasserie. In 2022 werd een plan van aanpak gemaakt om de Brasserieën na de coronaperiode weer volop draaiend te krijgen. De catering ging samen met de centrale activiteitenbegeleiding nadrukkelijker samenwerken. In Het Zonnehuis zijn en komen meer activiteiten. Daarnaast is bijvoorbeeld het assortiment uitgebreid. De cateringmedewerkers zijn enthousiast, de omzet groeit en er zijn meer tevreden gasten.

Vanaf voorjaar 2023 zal de Brasserie in Drieën-Huysen Zuid weer zeven dagen per week open zijn. Als dit lukt, is er de ambitie om ook daar steeds meer activiteiten te laten plaatsvinden en een belangrijke rol te spelen in het welzijn van de cliënten en de omgeving. In 2023 wordt het plan van aanpak verder uitgevoerd.

5.5 Veiligheid

5.5.1 Rapporteren in het algemeen en specifiek op verpleegdoelen

In het project 'rapporteren' coachten de kwaliteitsverpleegkundigen de zorgmedewerkers op hun afdelingen in het rapporteren over zorgdoelen in het zorgdossier. In de managementrapportage was zichtbaar hoe dit op de verschillende afdelingen ging en waar bijgestuurd moest worden.

Op de revalidatieafdelingen startte het rapporteren volgens de soap-methode⁷. Hierdoor verbeterde de kwaliteit van het dossier en de opvolging.

5.5.2 Medicatieveiligheid

Medicatiereview binnen Zonnehuisgroep Vlaardingen

| Thema | 2022 (februari 2023) | 2021 |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| % bewoners/ cliënten bij wie een medicatiereview heeft plaatsgevonden | 27,8% ** (landelijk 44,6%) | 8,2% * (landelijk 37,4%) |

* Het percentage was laag, doordat er bij de medicatiereview op meeste afdelingen wel een arts en apotheker aanwezig waren maar geen zorgmedewerker, terwijl dat wel nodig is om te voldoen aan de norm.

** In de LPZ-meting van februari 2022 staat geen uitslag, maar in de LPZ-meting van februari 2023 wel; daarom wordt die hier gegeven.

5.5.3 Decubituspreventie

| Thema | 2022 | 2021 |
|---|--|--|
| Prevalentie decubitus categorie 1, 2, 3 en 4 | ≥ C1: 14,4% ** ≥ C2: 4,5% ** | ≥ C1: 15,7% * ≥ C2: 6,6% * |
| Regelmatige monitoring van huid(letsel), voedingstoestand, mondzorg, incontinentieletsel bij alle bedlegerige of immobiele cliënten | <ul style="list-style-type: none"> 1x per jaar bij LPZ-meting Invullen risicosignalering huidletsel in het ECD ONS | <ul style="list-style-type: none"> 1x per jaar bij LPZ-meting Invullen risicosignalering huidletsel in het ECD ONS |

⁷ Subject – object – analyse – plan

| Thema | 2022 | 2021 |
|---|---|--|
| Primair aantoonbaar maken dat binnen de organisatie-eenheden het vóórkomen en voorkómen van decubitus wordt gedocumenteerd en besproken | <ul style="list-style-type: none"> • Kernteamoverleg • Hygiëne Infectie en Decubituscommissie • Wondverpleegkundige • Cliëntdossier (ECD) • Wondenronde • Stuurgroep Kwaliteit & Veiligheid | <ul style="list-style-type: none"> • Kernteamoverleg • Decubituscommissie • Aandachtvelders wondzorg • Cliëntdossier (ECD) • Wondenronde • Stuurgroep Kwaliteit & Veiligheid |

* Deze cijfers zijn iets hoger dan het landelijk gemiddelde. Dat is ieder jaar zo, maar hoeveel hoger het is, wordt wel minder. Het is onbekend waar dit verschil vandaan komt.

** Deze cijfers zijn iets hoger dan het landelijk gemiddelde (9,9 resp. 3,3 resp. 5,3 resp. 10,1). Dat is ieder jaar zo, maar hoeveel hoger het is, wordt wel minder. Het is onbekend waar dit verschil vandaan komt. Bron: LPZ-meting 2022.

5.5.4 Bedrijfshulpverlening

Bedrijfshulpverlening (BHV) is belangrijk voor de veiligheid, vooral van de cliënten – die daarvoor van ons afhankelijk zijn – maar ook van de medewerkers, vrijwilligers en bezoekers. In 2022 werd de structuur van de BHV uitgebreid en geoptimaliseerd. Er kwamen maandelijkse veiligheidsrapportages / BHV-rapportages. Verdeeld over alle locaties waren er 9 ontruimings oefeningen, 18 tabletopoefeningen, 4 evacchairoefeningen, 1 matrasontruimingsoefening en 4 communicatie-oefeningen/ portofongebruik. Daarnaast deden in 2022 208 medewerkers de BHV-opleiding voor de eerste keer of als herhaling. De organisatie heeft in totaal 380 medewerkers met een BHV-opleiding.

5.5.5 AVG

Zonnehuisgroep Vlaardingen heeft een externe functionaris gegevensbescherming en een externe privacy officer. Er is een werkgroep op het gebied van privacy.

In 2022 waren er twee datalekken en tien beveiligingsincidenten. Zonnehuisgroep Vlaardingen meldde beide datalekken bij de Autoriteit Persoonsgegevens (AP). Dit betrof een phishing mail. Naar aanleiding hiervan is een extra authenticatiestap ingevoerd bij het inloggen op het netwerk. Het tweede datalek lag bij de leverancier van de software en was ook al door deze bij de AP gemeld. De cliënten die het mogelijk betrof, zijn door Zonnehuisgroep Vlaardingen geïnformeerd.

5.6 Leren en verbeteren van kwaliteit

5.6.1 Vakgroepen

Vakgroepen zijn een goed hulpmiddel voor professionals om nieuwe ontwikkelingen op hun vakgebied bij te houden en afspraken te maken over hoe zij werken om kwalitatief goede zorg te bieden.

Binnen de afdeling Behandeling werd gestart met een overleg van de manager Behandeling en de vakgroepvoorzitters. Zij maakten beleid en spraken over kwaliteitsonderwerpen. Daarnaast waren er vakgroepbijeenkomsten voor casuïstiekbespreking. Elke vakgroep had ook een intern eigen overleg en een eigen overleg met de manager Behandeling. Ten slotte was er het kwartaaloverleg waarin alle behandelaren bij elkaar kwamen, er sprekers waren en waar zij kwartaalcijfers en andere zaken bespraken. Zie verder ook paragraaf 3.4.3.

Sinds 2021 is er een vakgroep kwaliteitsverpleegkundigen. Deze kwam 12 keer bij elkaar.

5.6.2 Kwaliteitsmanagementsysteem

In 2022 werd het kwaliteitsmanagementsysteem verder aangepast. Doel was om overall de kwaliteit te kunnen beoordelen, achterliggende patronen te kunnen zien en daarop te kunnen sturen. Daartoe zullen in 2023 overall analyses gemaakt worden en zijn de functie en de samenstelling van de stuurgroep kwaliteit & veiligheid aangepast. Ook de commissie kwaliteit & veiligheid van de raad van toezicht zal de overall analyses krijgen en de commissie zal meer contact krijgen met de inhoudsdeskundigen.

De overall analyses zullen in de stuurgroep worden besproken en met aanbevelingen worden voorgelegd aan het managementteam. Zo is de PDCA-cyclus op organisatieniveau rond.

5.6.3 Jaarlijkse externe kwaliteitsaudit

In juni 2022 voerde Certificatie in de Zorg (CiZ) de jaarlijkse externe kwaliteitsaudit voor ISO voor Zorg en Welzijn uit. Op verzoek van de organisatie richtte de audit zich ook op de normen Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. In de audit constateerde het CiZ vier Laag Risico afwijkingen. De organisatie stelde verbetermaatregelen op, waarvan twee behoorden tot al lopende verbetertrajecten. Zonnehuis Groep Vlaardingen werd opnieuw gecertificeerd.

5.6.4 Klachten cliënten

In 2022 dienden 2 cliënten / familie een formele klacht in bij de Raad van Bestuur. Dit is, na een forse stijging in 2021, een terugkeer naar de aantallen in eerdere jaren (van 5 naar 2). 42 cliënten / families dienden een informele klacht in bij de klachtenfunctionaris en de cliëntondersteuners klachten. Bij sommigen ging het om één onderwerp, bij anderen ging het om meer. In totaal waren er 69 klachtonderdelen. Daarmee daalde ook het aantal informele klachten (van 54 naar 42) en klachtonderdelen (van 106 naar 69). Dit past bij de jaren vóór 2021, toen formele klachten, informele klachten en klachtonderdelen licht schommelden. De klachten en opvolging van de verbetermaatregelen werden ieder kwartaal gemonitord.

De klachtenfunctionaris zorgde voor een goede opvang en behandeling van de klachten. Bijna alle klachten zijn door de directeur Zorg en Behandeling of locatiemanagers opgelost en tot tevredenheid van de klager.

In 2022 was iemand die in 2021 een formele klacht had ingediend, niet tevreden over de uitkomst van het onderzoek en de reactie van de organisatie, en ging naar De Geschillencommissie Zorg. Begin 2023 stelde deze commissie de indiener in het gelijk. Omdat er al zoveel tijd voorbij was gegaan, waren de verbetermaatregelen op dat moment al uitgevoerd. De bestuurder a.i. had na de uitspraak een gesprek met de indiener, dat naar tevredenheid van beiden verliep.

Voor klachten over onvrijwillige zorg is Zonnehuisgroep Vlaardingen aangesloten bij de Klachtencommissie Onvrijwillige Zorg in Utrecht.

5.6.5 Meldingen bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd

In 2022 meldde Zonnehuisgroep Vlaardingen 1 incident als calamiteit bij de IGJ. Een externe onderzoeker leidde de onderzoekscommissie. Op grond van de resultaten werden verbetermaatregelen geformuleerd. De IGJ sloot de melding af.

Een andere organisatie in de keten meldde als calamiteit bij de IGJ een incident waarbij onder andere Zonnehuisgroep Vlaardingen betrokken was. Het onderzoek is nog niet afgerond op het moment van dit schrijven.

De meldingen en opvolging van de verbetermaatregelen werden ieder kwartaal gemonitord.

5.6.6 Cliëntoordelen

De clientervaringen verpleeghuiszorg werden gemeten met de totaalscore van Zorgkaart Nederland. Voor de thuiszorg werd de PREM gebruikt.

Peildatum april en mei 2022 Zorgkaart Nederland en februari PREM

| Locatie | Aantal plaatsen | 2022 * Cijfers (aantal waarderingen) | 2021 Cijfer (aantal waarderingen) | 2020 Cijfers (aantal waarderingen) |
|----------------------------|-----------------|--|---|--|
| Zonnehuisgroep Vlaardingen | 458 | – | 7.9 (72) | 7,7 (49) |
| Het Zonnehuis somatiek | 83 | 7,5 (19) | 8.2 (13) | 6,7 (8) |
| Het Zonnehuis PG | 83 | 7,6 (20) | | |
| Drieën-Huysen Noord | 92 | 7,9 (25) | (0) | 8,4 (3) |
| Adriaan Pauw | 35 | 7,7 (16) | 6.0 (1) | 7,3 (2) |
| Drieën-Huysen Zuid | 81 | 7,2 (11) | 5.2 (3) | 5,5 (2) |
| De Laurenburg | 21 | 7,0 (5) | 3.7 (2) | – |
| Revalidatie De Dillenburg | 63 | 6,8 (8) | 8.0 (26) | 7,6 (6) |
| Zonnehuis Thuis (PREM) | n.v.t. | 9,0 (19) | 8.2 (27) | 8,2 (28) |

(-) zijn geen gegevens van of er is een te laag aantal waarderingen aanwezig.

* de cijfers voor Zorgkaart Nederland zijn in 2022 verkregen door interviews door bureau Facit.

5.6.7 Inzicht hebben en geven

Om te kunnen leren en verbeteren zijn managementgegevens over kwaliteit van belang. In 2022 werd een verbeterslag in de gegevens gemaakt en werden de gegevens breder gedeeld. Zie hiervoor paragraaf 5.5.

5.6.8 Kennisvermeerdering

Wetenschap is een belangrijk goed. Het draagt immers bij aan de kwaliteit van de zorg, niet alleen voor de cliënten maar in zijn algemeenheid voor cliënten in zorginstellingen. Daarom participeert Zonnehuisgroep Vlaardingen actief in het Universitair Netwerk voor de Care sector Zuid-Holland (UNC-ZH).

Een methode om pijn bij cliënten met dementie goed te onderkennen is langs deze weg ontwikkeld en zal in 2023 door Zonnehuisgroep Vlaardingen worden ingevoerd. Er liepen in 2022 vijf wetenschappelijke onderzoeken in de organisatie. Dit waren 'Making sense of sensor data', 'SpasticiTIJD', 'ENACT', 'BIS studie' en een onderzoek naar de structuur en het proces van fysiotherapie voor verpleeghuisbewoners met dementie. Ten slotte namen verschillende medewerkers deel aan de drie themagroepen die gecoördineerd worden vanuit het UNC-ZH. Dit waren 'palliatieve zorg bij dementie', 'geriatrische revalidatie' en 'kwaliteit van leven bij dementie.' De inzichten die zij daar opdeden, namen zij mee naar Zonnehuisgroep Vlaardingen.

5.6.9 Lerend netwerk

Zonnehuisgroep Vlaardingen is aangesloten bij twee lerende netwerken, namelijk het lerend netwerk Universitair Netwerk voor de Care sector Zuid-Holland (UNC-ZH) en het lerend netwerk FAZ – met de Frankelandgroep en Argos Zorggroep. Wat er in het eerste netwerk gebeurde, staat in paragraaf 4.5.8. In het lerend netwerk FAZ werd in 2022 niet bij elkaar gekeken.

6 Bedrijfsvoering

6.1 Interne wijze van organiseren en de samenwerking met externe partijen

De interne wijze van organiseren en de samenwerking met externe partijen zijn vastgelegd in procedures en overeenkomsten. Daarbij worden de intern uitvoerende taken en toetsings- of toezichtfuncties zoveel als mogelijk is uit elkaar gehouden. Voorts staan de zorgactiviteiten bedrijfsmatig en financieel apart van de overige activiteiten van de organisatie. Managementinformatie wordt op de afgesproken tijden maandelijks aangeleverd.

Product- en dienstencatalogus

De eerste fase naar een vernieuwde product- en dienstencatalogus vond in 2022 plaats. De processen van de afdelingen facilitair en gebouwen zijn goed in kaart gebracht en sluiten nu beter op elkaar aan. Het is de bedoeling dit ook naar de andere ondersteunende afdelingen uit te breiden, met als einddoel een totale product- en dienstencatalogus. Daarnaast werd een nieuw elektronische systeem gezocht dat bij die processen kan ondersteunen. In 2023 zal een keuze worden gemaakt. Het doel hiervan is dat er klantgerichter en efficiënter gewerkt gaat worden. Daarnaast zal dit systeem gaan ondersteunen bij het sturen op managementinformatie.

6.2 Personeel

6.2.1 Personeelssamenstelling

Personeel in aantal

Peildatum 31 december 2022

| | Aantal medewerkers | fte |
|--|--------------------|--------|
| Totaal aantal medewerkers in loondienst | 861 | 548,23 |
| Aantal medewerkers zorg in loondienst | 656 | 427,4 |
| Aantal medewerkers zorg niet in loondienst in december 2022, met uitzondering van behandelaren | 110 | n.v.t. |
| Aantal medewerkers niet zorg in loondienst | 205 | 120,83 |
| Aantal stagiaires zorg en niet zorg | 51 | n.v.t. |
| Aantal vrijwilligers zorg en niet zorg | 491 | n.v.t. |

Verdeling zorgverleners in loondienst intra- en extramuraal naar functie en locatie

Peildatum 31 december 2022

| Locatie | fte | Aantal medewerkers | Niv 1 % (A/fte) | Niv 2 % (A/fte) | LL % (A/fte) | VIG % (A/fte) | ≥ Niv 4 % (A/fte) | Aantal plaatsen |
|---|-----|--------------------|-----------------|-----------------|--------------|---------------|-------------------|-----------------|
| Het Zonnehuis PG | 63 | 99 | 10/3 | 26/24 | 15/21 | 38/41 | 10/11 | 83 |
| Het Zonnehuis somatiek, incl. De Laurenburg | 66 | 97 | 11/3 | 22/20 | 12/17 | 40/45 | 15/15 | 104 |
| Drieën-Huysen Zuid | 75 | 106 | 1/1 | 31/28 | 13/16 | 34/34 | 21/21 | 81 |
| Adriaan Pauw | 29 | 48 | 12/3 | 38/31 | 11/14 | 25/35 | 14/17 | 35 |
| Drieën-Huysen Noord | 67 | 116 | 15/1 | 32/29 | 7/10 | 37/49 | 9/11 | 92 |
| De Dillenburg revalidatie | 37 | 54 | 17/3 | 11/11 | 20/27 | 32/35 | 20/24 | 63 |
| A- / N- / weekendhoofd | 4 | 10 | - | - | - | - | 100/100 | n.v.t. |
| Zonnehuis Thuis | 37 | 59 | - | 12/8 | 5/8 | 63/60 | 20/24 | n.v.t. |
| Management Zorg | 6 | 6 | - | - | - | - | 100/100 | n.v.t. |

Aantal leerlingen in zorgfuncties

Peildatum 31 december 2022

| Verhouding leerlingen en gediplomeerden in de zorg | |
|---|--------|
| Gediplomeerden in loondienst niveau 3 en hoger | 306 |
| Leerlingen niveau 2 en hoger | 73 |
| Percentage leerlingen t.o.v. gediplomeerden in loondienst | 23,86% |

Verdeling behandelaren naar locatie

De afdeling Behandeling is voor de hele organisatie; de locaties hebben niet een vast aantal fte's van de behandeldisciplines.

Peildatum december 2022

| | Plaatsen | In loondienst (fte) | Niet in loondienst (fte) |
|---|----------|-------------------------------------|--------------------------|
| Aantal plaatsen | 458 | | |
| Arts (incl. verpleegkundig specialist) | | - 2,27 SO - 2,66 BA - 0,89 VS | - 3,72 SO - GeriCall |
| Wzd-functionaris | | 1,00 | |
| GZ-psycholoog | | | 0,67 |
| Psycholoog | | 3,67 | |
| Fysiotherapeut + bewegingsagoog | | 9,72 | |
| Vaktherapeut bewegen | | 2,33 | |
| Diëtist | | 1,79 | |
| Ergotherapeut | | 4,98 | |
| Logopedist | | 3,17 | |
| Maatschappelijk werker | | 4,87 | |

Als gevolg van vacatures kan er een verschil zijn tussen de begroting en de feitelijke inzet.

In- en uitstroomcijfers

| | Aantal medewerkers | fte |
|--------------------------|--------------------|--------|
| Totaal in dienst gekomen | 213 | 97,69 |
| In dienst zorg | 167 | 81,64 |
| In dienst niet zorg | 46 | 16,05 |
| Totaal uit dienst gegaan | 260 | 134,86 |
| Uit dienst zorg | 218 | 114,20 |
| Uit dienst niet zorg | 42 | 20,66 |

Het betreft alle functies/ disciplines in 2022, exclusief stagiaires en vakantiekrachten.

Personele kosten in ratio

| | Ratio |
|----------------------------------|--------|
| Ratio personele kosten over 2022 | 75,0%* |

De ratio personele kosten geeft aan hoe de totale personele kosten (loonkosten en overige kosten) zich verhouden tot de totale opbrengsten van Zonnehuisgroep Vlaardingen.

De arbeidsmarkt voor zorgmedewerkers is sterk veranderd doordat velen kiezen voor het ZZP-schap. Dit speelt ook Zonnehuisgroep Vlaardingen parten. De organisatie zet in op werving van vaste medewerkers om daarmee vaste gezichten te hebben voor de cliënten en om de kosten terug te dringen.

6.2.2 Afdeling behandeling

Nadat in 2021 de laatste fase van de organisatieontwikkeling bij heel Zonnehuisgroep Vlaardingen plaatsvond bij de afdeling behandeling, was 2022 een jaar om een eigen missie, visie, doelen en acties te ontwikkelen. Deze passen uiteraard binnen het welzijnsmodel waar de hele organisatie eerder voor gekozen heeft. Daarnaast waren de behandelaren met elkaar in gesprek over hoe de afdeling het beste georganiseerd kan zijn.

Het medisch team

Nadat eind maart 2022 de specialisten ouderengeneeskunde vertrokken of uitgevallen waren, was het noodzakelijk om artsen-niet-in-loondienst in te zetten. Na de eerste periode kwamen specialisten ouderengeneeskunde terug of in vaste dienst en buiten kantoor tijden waren de artsen van GeriCall beschikbaar. Nog niet alle specialisten ouderengeneeskunde zijn in vaste dienst.

Deze situatie gaf ook de gelegenheid om een al langer bestaand plan te realiseren, namelijk om in het artsenteam ook met verpleegkundig specialisten te gaan werken. Zij functioneren als regiebehandelaar en hebben een eigen behandelverantwoordelijkheid. De specialisten ouderengeneeskunde kunnen zich zo meer richten op de hoog complexe zorg. Zowel de artsen als de zorg van de afdelingen waaraan zij verbonden zijn, zijn blij met deze ontwikkeling. Hun meerwaarde is, dat zij dicht op de zorg zitten en daardoor een brug vormen tussen het medisch domein en het zorgdomein.

Aan het eind van het jaar was de samenstelling van het medisch team vernieuwd en compleet. Het bestaat uit specialisten ouderengeneeskunde – sinds december inclusief een in NAH en GGZ gespecialiseerde SO, en ook weer een opleider – basisartsen en verpleegkundig specialisten.

(GZ-)psychologen

GZ-psychologen zijn schaars, net als specialisten ouderengeneeskunde en verpleegkundig specialisten. Ook zij kunnen regiebehandelaar zijn. Sinds september 2022 is er een GZ-psycholoog.

Het team psychologen is voltallig. Voordat er een GZ-psycholoog was, werden zij begeleid door een externe GZ-psycholoog.

6.2.3 Facilitair en zorg

Medewerkers van de huishouding werken ook op de zorgafdelingen. Zij vallen echter niet onder de teamleider zorg. Hoewel in 2022 al aan verbetering van de samenwerking tussen alle medewerkers op de afdelingen is gewerkt, zal het meer aandacht krijgen in het – veel bredere – project ‘team rondom de cliënt’ dat in 2023 zal starten.

In 2022 gingen de manager facilitair en de teamleiders facilitair deelnemen aan de overleggen met de zorg. Ook dit versterkte de samenwerking.

6.2.4 Techniek

Voor de reguliere technische werkzaamheden is in 2022 weer een team met eigen technische medewerkers aanwezig en is het werk niet meer grotendeels uitbesteed. Dit is effectiever en efficiënter.

6.3 Gebouwen

Zonnehuisgroep Vlaardingen heeft voor een belangrijk deel oudere gebouwen. Vastgoed is dan ook een belangrijk onderwerp. Ook vanwege de kosten en de risico's.

In 2022 ging het opnieuw om plannen voor nieuwbouw, het in stand houden van een oud gebouw, onderhoud en leefbaar houden van de gebouwen en aanpassingen aan eisen van de brandweer.

Bij de plannen voor de nieuwbouw op District U werd de verlenging van de intentieovereenkomst met de ontwikkelaar niet ondertekend, omdat de organisatie de hoge kosten die hieraan verbonden zouden zijn, maatschappelijk niet verantwoord vond. Voor de zomer rezen er vragen over de inhoud van het plan voor een nieuw verpleeghuis en bij de volgorde in de tijd van verschillende noodzakelijke bouwprojecten. Bovendien was de situatie in de bouw en op de bouwmarkt sterk veranderd als gevolg van onder meer de oorlog in Oekraïne. Er zal dan ook eerst een herijking van het strategisch vastgoedplan plaatsvinden, inclusief de bijbehorende meerjaren(investerings)begroting. Voorbereidingen hiervoor werden in het vierde kwartaal getroffen, de uitvoering zal plaatsvinden in het eerste half jaar van 2023.

6.4 ICT en ontwikkeling digitale strategie

ICT is eveneens een belangrijk onderwerp. Niet alleen vanwege de steeds grotere afhankelijkheid van ICT en de kosten, maar ook vanwege de risico's.

In 2022 werd gestart met functioneel beheer, werd overgegaan van Citrix naar applicaties in de cloud, werd gestart met de aanleg van back up internetverbindingen naar alle locaties om te kunnen werken met die cloudoplossingen en is voor HR gekozen voor vervanging van het softwarepakket door de cloudversie daarvan. Zie ook paragraaf 8.7.

Een multidisciplinair project is het nieuwe dwaaldetectie- en zusteroproepsysteem. Zorg, ICT en Gebouwen komen hier bij elkaar. Dit project zal in 2023 afgerond worden. Een ander project

voor de zorg was de uitvoering van een haalbaarheidsonderzoek en het grootste deel van een selectietraject voor het elektronisch voorschrijf- en toediensysteem van medicatie.

Informatiebeveiliging is belangrijk in het kader van risicobeheersing. In 2022 is een begin gemaakt met dataveiligheid. Na bijeenkomsten van de bestuurder (a.i.), directie, manager ICT en een externe begeleider, volgde een risicoanalyse en een plan van aanpak. In het tweede kwartaal van 2023 zal het project verder gaan.

De digitale strategie liep eind 2022 af. Voor het opstellen van de digitale strategie 2023-2027 werd eind 2022 een organisatie gecontracteerd die daarbij ondersteunt.

6.5 Managementinformatie over de kwaliteit van zorg, personeel en financiën

Kwaliteit van zorg

In 2022 vond er een kwaliteitsslag plaats in de managementrapportages over de kwaliteit van zorg. Business control ontwikkelde een monitor voor kwaliteitsgegevens. Deze werden getrokken uit de ECD-applicaties ONS en Ysis en uit de applicatie van de e-learning. Het betreft wekrapportages en om de paar weken een trendrapportage.

Het managementteam en de raad van bestuur (a.i.) bespraken elke rapportage en de managers bespraken de rapportages met de teamleiders. De rapportages hielpen de hele lijn om te sturen op kwaliteit. Uitslagen worden ook in de teams gedeeld en met de cliëntenraden en de ondernemingsraad. Ten slotte stonden de meest recente rapportages ook in de commissie kwaliteit & veiligheid van de raad van toezicht op de agenda.

Personeel en financiën

In 2022 werden deze managementrapportages gericht gemaakt. Zo kon bijvoorbeeld het aantal medewerkers in combinatie met de bedbezetting gemonitord worden. De rapportages – toegesneden op de groepen die ze krijgen – werden in alle lagen van de organisatie en met de raden besproken. Daarnaast gaf het starten met 'Ysis inzicht' bij de DBC's in de geriatrische revalidatiezorg handvatten om te sturen.

De business controllers gingen in 2022 de zorgmanagers en de zorgteamleiders meer faciliteren in het begrijpen en gebruiken van deze rapportages. Voor de teamleiders maakten zij een voor hen aangepaste capaciteitssturingstool en zij startten structureel overleg met hen. Voor de managers bestond dit al. In 2023 zullen de dashboards wellicht verder uitgebreid worden.

6.6 Administratieve en financiële systemen

Financiële administratie en Inkoop

In 2021 werd Afas gekozen als nieuw systeem en opvolger van de bestaande financiële en administratieve systemen. In 2022 is het deel voor de financiële administratie ingevoerd. Dit werkt efficiënter, het is minder foutgevoelig en de organisatie kan nu meer doorontwikkelen. In tegenstelling tot het vorige systeem is dit een online applicatie.

Het deel voor de inkoop is uitgesteld tot het eerste kwartaal van 2023.

HR-systemen en Salarisadministratie

In 2022 is besloten om bij de systemen Beaufort en Youforce over te gaan naar de versie in de cloud en niet over te gaan op een ander systeem. Deze overgang is namelijk minder ingrijpend terwijl wel de bedoelde voordelen worden behaald. De invoering is afgerond.

7 Financieel beleid

Het jaar 2022 was voor Zonnehuisgroep Vlaardingen financieel een moeilijk jaar. De gevolgen van een slechte uitkomst van een kwaliteitsmeting door de IGJ eind 2021 en een tijdelijke cliëntenstop gedurende een aantal maanden in 2022 waren duidelijk zichtbaar. Gevoegd bij meer branchebrede negatieve ontwikkelingen als een hoog ziekteverzuim (boven de 10%) en een hoog aantal vacatures (circa 60 fte) heeft dit geleid tot een exploitatieresultaat over 2022 van € -1,5 miljoen.

De knelpunten met betrekking tot de IGJ en de cliëntenstop zijn inmiddels opgelost en de bedbezetting is weer op een normaal niveau. Extra inspanningen met betrekking tot werving van vast personeel en het terugdringen van het ziekteverzuim zijn in 2022 in gang gezet en zullen in 2023 naar verwachting tot betere resultaten leiden.

Door een terughoudend investeringsbeleid is de liquiditeit op peil gebleven. Het saldo liquide middelen bedroeg eind 2022 € 8 miljoen. Verbonden ratio's als DSCR (2,1 norm 1,4), solvabiliteit (46% norm 30%) en weerstandsvermogen (30% norm 20%) blijven binnen de door financiers en het WfZ gestelde normen.

In 2022 daalden de diverse ratio's incidenteel als gevolg van het negatieve resultaat. Uitgaande van een herstel van het exploitatieresultaat en het beheersen van de investeringsportefeuille in 2023 is er meer dan voldoende buffer om op korte termijn (liquiditeitsratio) als op middellange termijn (weerstandsvermogen) de financiële gevolgen van onverwachte gebeurtenissen op te kunnen vangen.

In de begroting 2023 is een duidelijke verbetering van het exploitatieresultaat zichtbaar (€ 0,7 miljoen positief) welke weliswaar ambitieus maar ook realistisch is. Uitgaande van het kunnen terugdringen van extra kosten van inhuur door ziekteverzuim en vacatures is ook uitgegaan van een realistisch percentage ziekteverzuim in de zorg van 8,5% en extra kosten voor de inhuur voor moeilijk te werven beroepsgroepen.

Voor de lange termijn is een verdere verbetering van het exploitatieresultaat noodzaak om belangrijke investeringen in vastgoed mogelijk te maken. Doelstelling is daarbij het in evenwicht brengen van de zorg- en vastgoedresultaat. Diverse projecten worden teneinde de zorg efficiënter te laten verlopen in 2023 opgestart. Slimmer organiseren zonder daarbij te bezuinigen op de kwaliteit van zorg is daarbij een belangrijk uitgangspunt. Zo wordt naast de werving van vast personeel en het terugdringen van ziekteverzuim gekeken naar planning & roostering, het leveren van zorg door het team rondom de client, het proces van (her)indicering en het slimmer inzetten van personeel niet in loondienst.

In 2023 zal ook een herijkt meerjarenhuisvestingsplan worden opgeleverd met daarbij een meerjarenbegroting. Keuzes zullen worden gemaakt vanuit het door het financieel kader geschetste realistische grenzen.

7.1 Risicoparagraaf

Risico's horen bij het ondernemen. Zonnehuisgroep Vlaardingen is zich hiervan bewust en brengt daarom de risico's in kaart, neemt beheersmaatregelen en monitort op de uitvoering van deze beheersmaatregelen en de voortgang. Zonnehuisgroep Vlaardingen wil daarbij de (kwaliteit van) zorg voor cliënten waarborgen, een goed werkgever zijn voor de werknemers, zich houden aan geldende wet- en regelgeving én de continuïteit van de organisatie waarborgen.

In 2022 zijn voor de korte – en middellange termijn de volgende risico's benoemd.

| Punt | Kwadrant | Risico | Kans K/M/G | Impact K/M/G | Is het nog een risico? | Maatregel |
|------|------------|--|------------|--------------|------------------------|---|
| 1.1 | K+V | Uitbraak pandemie. | K | G | Ja | Standaard voorbereid op crisis (algemeen). |
| 1.2 | K+V | Persoonsgerichte zorg is onvoldoende geïmplementeerd. | M | M | Ja | Op Koers. |
| 1.3 | K+V | Niet voldoen aan kwaliteitskaders. | M | M | Ja | Op Koers. |
| 1.4 | K+V | Niet voldoen aan IGJ-toetsingskaders. | M | M | Ja | Oordeel 2022 positief, blijven monitoren via Op Koers. |
| 1.5 | K+V/P | Beschikbaarheid SO's. | M | M | Ja | Blijft een aandachtspunt, externe inhuur is begroot in 2023. |
| 2.1 | Personeel | Personeelstekort op arbeidsmarkt waardoor vacatures niet kunnen worden ingevuld. | G | M | Ja | Aparte programmalijn en monitoring via MT. |
| 2.2 | Personeel | Hoog verzuim. Structureel hoog. | G | M | Ja | 10-puntenplan en monitoring via MT. |
| 2.3 | Personeel | Verlooperpercentage medewerkers is hoog. | G | M | Ja | Zie 9. |
| 2.4 | Personeel | Onevenwichtige leeftijdsopbouw medewerkers. | G | K | Ja | Zie 9, over een jaar of twee wordt dit een knelpunt. |
| 2.5 | Personeel | Sturing en samenwerking in organisatie onvoldoende ontwikkeld. | G | M | Ja | Verdere ontwikkeling MIS en training. En vervolg geven op cultuuranalyse. |
| 2.6 | Personeel | Onvoldoende kwaliteit van ondersteunende medewerkers op factisch niveau. | M | M | Ja | Oplossen door middel van inhuur indien nodig en training indien nodig. |
| 3.1 | Processen | Onvoldoende inrichten AVG-beheersmaatregelen. | M | M | Ja | Continue afstemming met de FG. |
| 3.2 | Processen | Geïntegreerd ICT-beleid onvoldoende ontwikkeld. | M | M | Nee | Nieuwe strategie in 2023 is voor verdere doorontwikkeling maar is geen acuut risico. |
| 3.3 | Processen | Pers en publiciteit. | K | M | Ja | Altijd. Crisiscommunicatie is geregeld. |
| 4.1 | Financieel | Afhankelijkheid van DSW voor een belangrijk deel van de omzet. | K | G | Ja | Accepteren, op termijn een sluitende zorgexploitatie maakt de afhankelijkheid minder. |
| 4.2 | Financieel | Risico van leegstand in relatie tot de kwaliteit van het vastgoed. | K | K | Ja | Noodzakelijke investeringen opgenomen in begroting onderhoud en investeringen. |
| 4.3 | Financieel | Relatiebeheer ziekenhuizen onvoldoende. | K | M | Nee | Geen urgentie. |
| 4.4 | Financieel | Disbalans resultaat op vastgoed en resultaat op zorg. | M | G | Ja | Ombuiging is reeds gestart maar duurt enkele jaren. |
| 4.5 | Financieel | Inkoopkader NZa geeft korting op tarieven aan. | K | M | Ja | In begroting rekening houden met de werkelijk te ontvangen tarieven. Voor lange termijn-berekeningen rekening houden met mogelijk te verwachten verdere kortingen (scenario's). |
| 4.6 | Financieel | Liquiditeitspositie onvoldoende voor uitbreiding capaciteit voor eigen rekening. | M | K | Ja | Verbeteren van het resultaat op zorgexploitatie. |
| 4.7 | Financieel | Wachlijsten zijn onvoldoende. | M | M | Ja | Op dit moment geen issue. Beter wachtlijstbeheer door middel van vorming team zorgbemiddeling. |
| 5.1 | Vastgoed | Kwaliteit vastgoed is onvoldoende in relatie tot verwachtingen van cliënten. | M | K | Ja | MJOP en nieuw SVP zijn voldoende. |
| 5.2 | Vastgoed | Onvoldoende bouwlocaties in Vlaardingen zijn passend voor het realiseren van het vastgoedplan. | M | G | Ja | Op basis van nieuw SVP bepalen wat er nodig is om plannen te realiseren en in gesprek met stakeholders onderzoeken waar dit gerealiseerd kan worden. |

| Punt | Kwadrant | Risico | Kans K/M/G | Impact K/M/G | Is het nog een risico? | Maatregel |
|------|----------|--|---------------|-----------------|---------------------------|--|
| 5.3 | Vastgoed | Bouwkundige kwaliteit van locatie DHN is onvoldoende voor periode die nodig is voor vervangende nieuwbouw / renovatie. | G | M | Ja | Bij prioritering nieuw SVP rekening mee houden. |
| 5.4 | Vastgoed | Kwaliteit onderhoud locatie Het Zonnehuis en voorbereiding energietransitie past niet bij verwachte levensduur. | M | M | Ja | Op basis van de prioritering nieuw SVP bepalen of, en zo ja welke, extra investeringen nodig zijn. |
| 5.5 | Vastgoed | Tempo van mogelijkheden vervanging sluit niet aan bij behoefte van de markt. | M | K | Ja | Prioritering in nieuw SVP, rekening houdend met financiële en personele mogelijkheden. |

Resultaten in 2022 kwaliteit

In 2022 is naar tevredenheid van de IGJ aan de slag gegaan met de door haar in 2021 geconstateerde punten. De plannen die opgesteld zijn ter verbetering en de opvolging hiervan hebben tot positieve herbeoordelingen geleid in maart en in september 2022. De monitoring van de kwaliteitspunten is inmiddels geborgd in de maandelijkse rapportagecyclus.

Resultaten in 2022 financieel

2022 is afgesloten met een resultaat van € 1.500.000 negatief. In de loop van het jaar liet het resultaat zich nog minder aanzien, maar door de eerder beschreven acties op het gebied van bedbezetting, personeel in dienst en ziekteverzuim is het negatieve resultaat beperkt gebleven. Traditioneel wordt het resultaat van Zonnehuisgroep Vlaardingen positief beïnvloed door het resultaat op de vastgoedexploitatie, terwijl het resultaat op de zorgexploitatie achter blijft. Ook in 2022 was dit het geval, maar ondanks het positieve vastgoedresultaat is het totaalresultaat toch negatief uitgekomen.

Vanaf de begroting 2023 wordt in een aantal jaren toegewerkt naar een positief resultaat op zorgexploitatie, zodat de vastgoedopbrengsten ingezet kunnen worden voor de benodigde vernieuwing van het vastgoed.

Financiële ratio's

Door een terughoudend investeringsbeleid is de liquiditeit op peil gebleven. Het saldo liquide middelen bedroeg eind 2022 € 8 mln. Verbonden ratio's als DSCR (2,1 norm 1,4), solvabiliteit (46% norm 30%) en weerstandsvermogen (30% norm 20%) blijven binnen de door financiers en het WfZ gestelde normen.

In 2022 daalden de diverse ratio's incidenteel als gevolg van het negatieve resultaat. Uitgaande van een herstel van het exploitatieresultaat en het beheersen van de investeringsportefeuille in 2023 is er meer dan voldoende buffer om op korte termijn (liquiditeitsratio) als op middellange termijn (weerstandsvermogen) de financiële gevolgen van onverwachte gebeurtenissen op te kunnen vangen.

Voor de lange termijn is een verdere verbetering van het exploitatieresultaat noodzaak om belangrijke investeringen in vastgoed mogelijk te maken. Doelstelling is daarbij het in evenwicht brengen van de zorg- en vastgoedresultaat.

Bijlage 1 Lijst met afkortingen

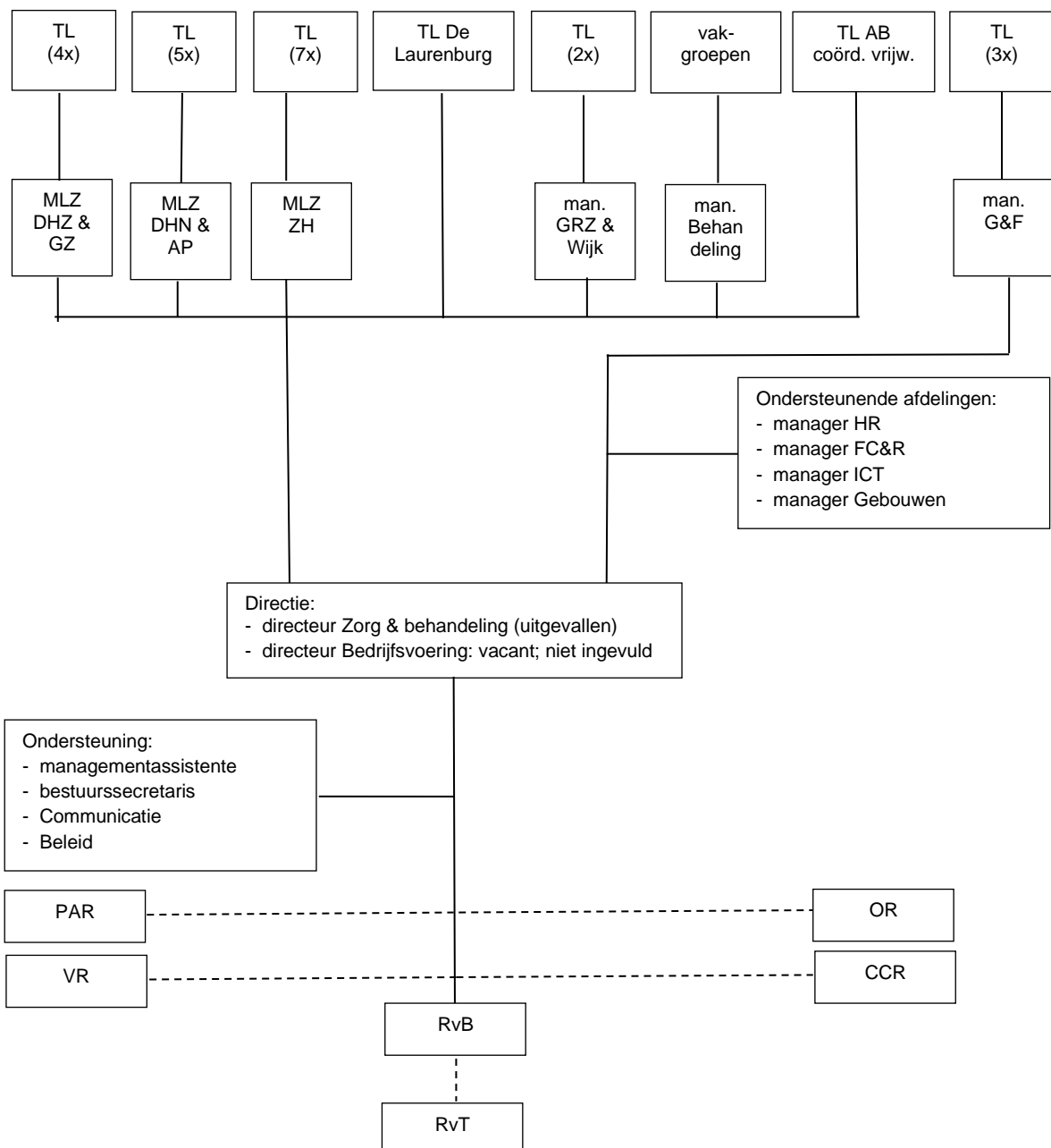
| | |
|----------|--|
| AVG | Algemene Verordening Gegevensbescherming |
| CCR | Centrale Cliëntenraad |
| DBC | Diagnose Behandelcombinatie |
| DSCR | Debt Service Coverage Ratio: heeft het bedrijf genoeg cash om aan de financiële verplichtingen ten opzichte van de schuldeisers te voldoen |
| ECD | elektronisch cliëntdossier |
| ELV | EersteLijns Verblijf |
| FAZ | lerend netwerk van Frankelandgroep, Argos Zorggroep en ons |
| fte | fulltime-equivalent; 1 fte is een volledige werkweek |
| GGZ | de sector Geestelijke GezondheidsZorg |
| GRZ | Geriatrische Revalidatiezorg |
| ICT | informatie- en communicatietechnologie |
| IGJ | Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd |
| ISO | Internationale Organisatie voor Standaardisatie |
| K&V | Kwaliteit & Veiligheid |
| LPZ | Landelijke Prevalentiemeting Zorgkwaliteit (1x per jaar) |
| MD | management development |
| MDO | multidisciplinair overleg |
| MPT | Modulair Pakket Thuis |
| MTO | medewerkerstevredenheidsonderzoek |
| NAH | Niet Aangeboren Hersenletsel; wij gebruiken deze term alleen voor onze jonge(re) bewoners met NAH |
| ONS | de naam van de applicatie met het elektronisch cliëntdossier voor de zorg, de cliëntenadministratie en de roosterplanning |
| OR | Ondernemingsraad |
| OVZ | onvrijwillige zorg |
| PAR i.o. | Professionele AdviesRaad in oprichting |
| PG | psychogeriatric |
| RvA | Raad van Advies |
| RvC | Raad van Commissarissen |
| RvT | Raad van Toezicht |
| SO | specialist ouderengeneeskunde |
| UNC-ZH | Universitair Netwerk voor de Care sector Zuid-Holland |
| VIG | Verzorgende Individuele Gezondheidszorg |
| VIM | Veilig Incidenten Melden; een intern systeem voor het melden van incidenten: onbedoelde gebeurtenissen |
| VPT | Volledig Pakket Thuis |
| VAR | Verpleegkundige Verzorgende AdviesRaad |
| VVT | de sector Verpleging Verzorging en Thuiszorg |
| WfZ | Waarborgfonds voor de Zorgsector |
| Wlz | Wet langdurige zorg |
| Wmo | Wet maatschappelijke ondersteuning |
| WNT | Wet normering topinkomens |
| Ysis | het elektronisch cliëntdossier voor de behandelaren; op de revalidatie wordt dit ook door de zorg gebruikt |
| Zvw | Zorgverzekeringswet |

Bijlage 2

Organogram op 31 december 2022

Enkele afkortingen:

- PAR = Professionele Adviesraad
- VR = Vrijwilligersraad
- FC&R = Financiën, Control & Risk
- MLZ = manager Langdurige Zorg
- ZH = Het Zonnehuis
- DHZ & GZ = Drieën-Huysen Zuid & Groepszorg
- DHN & AP = Drieën-Huysen Noord & Adriaan Pauw
- GRZ & Wijk = Geriatrische Revalidatiezorg & Wijkverpleging
- AB = Centrale Activiteitenbegeleiding
- G&F = Gastvrijheid & Facilitair
- TL = teamleider(s)



Bijlage 3 Onvrijwillige zorg

1 Samenvatting analyse toepassing van onvrijwillige zorg

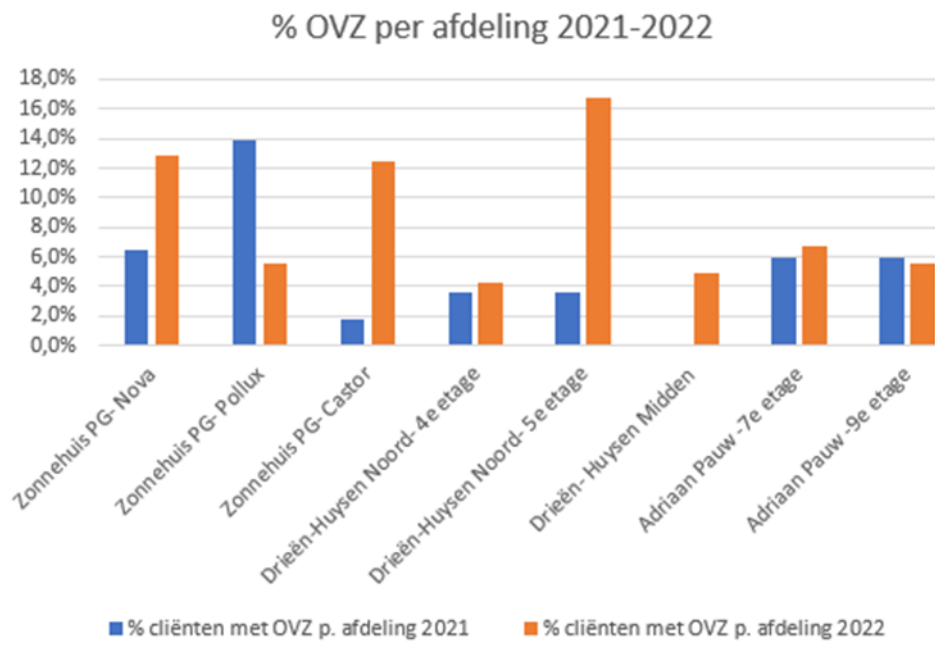
Zonnehuisgroep Vlaardingen werkte in 2022 verder aan de invoering van de Wet zorg en dwang (Wzd) voor de mensen die op de locaties verblijven en voor de mensen die thuis wonen. Voor die laatste groep doet de organisatie mee aan de zogeheten 'praktijktuin ambulante Wzd'.⁸

Onvrijwillige zorg (OVZ) is zorg waartegen de cliënt zich verzet.

In 2021 werd nog niet per cliënt de zorgvorm / maatregel 'gesloten deur' vastgelegd. In 2022 is hier een inhaalslag gemaakt. Daarnaast werd in 2022 soms (4x) ten onrechte OVZ aangekruist – de cliënt verzette zich namelijk niet – en soms (5x) bleek uit het stappenplan niet dat de cliënt zich verzette. Feitelijk was er dus minder OVZ. Toch wordt hier het aantal cliënten gebruikt bij wie OVZ was aangekruist.

In 2022 kregen 21 cliënten die op een locatie woonden een vorm van OVZ (2021: 16). 3 van hen kregen meer dan 1 soort OVZ; in totaal was er namelijk 24 keer OVZ aangekruist (2021: 17). Bij de thuiszorg was er in 2022 1 cliënt die OVZ kreeg.

In het overzicht zijn de cliënten die OVZ kregen afgezet tegen het totaal aantal cliënten dat op de desbetreffende afdeling woonde.



Op afdeling Castor zijn naar verhouding meer cliënten met (complexe) gerontopsychiatrische aandoeningen. Tegelijkertijd was op deze afdeling – en ook op afdeling Nova – sprake van het grootste deel van het onterecht aankruisen van OVZ.

⁸ Praktijktuin Wzd extramuraal Vlaardingen is geïnitieerd door Actiz en gecoördineerd door Argos Zorggroep. Naast Zonnehuisgroep Vlaardingen nemen Careyn, ZEL, Huisartsenpraktijk het Kruispunt en Alzheimer Nederland deel.

De toename op de vijfde etage van Drieën-Huysen Noord is onder andere te verklaren door verdekt toegediende medicatie en doordat er bij één cliënt geen passend alternatief voor een gordel beschikbaar was.

Tegelijkertijd blijkt uit registraties en gesprekken dat een somatische locatie zoals Drieën-Huysen Zuid zich meer bewust is van de toepassing van OVZ. Deze bewustwording vertaalt zich in de registratie van twee stappenplannen.

Per cliënt kan de aanleiding voor het verzet zeer divers kan zijn. Ook het ernstig nadeel wat hierdoor ontstaat kan per cliënt variëren. Bij twee cliënten zijn er bijvoorbeeld afspraken over roken gemaakt; bij cliënt 1 was er sprake van ongeremd roken en bij cliënt 2 was de aanwezigheid van brandgevaar reden om de aansteker weg te nemen. Het is dan ook van belang om in het dossier van de cliënt op te schrijven wat de context is waarbinnen OVZ wordt toegepast.

Hoeveelheid verzet tegen een maatregel (OVZ) in 2022

| Maatregel | % | Aantal keer |
|---|----------|--------------------|
| Gesloten deur procedure | 37,5% | 9 |
| Beperken inrichten eigen leven – afspraken over roken, eten en drinken | 20,8% | 5 |
| Gedwongen toedienen van medicatie – verdekte medicatie | 8,3% | 2 |
| Gedwongen toedienen van medicatie – continueren psychofarmaca langer dan drie maanden | 8,3% | 2 |
| Fysieke beperking - gordel | 8,2% | 2 |
| Gedwongen handeling – medische controles onder dwang | 4,2% | 1 |
| Gedwongen toedienen van medicatie | 4,2% | 1 |
| Constante supervisie – dwaaldetectie | 4,2% | 1 |
| Fysieke beperkingen – rolstoel op rem | 4,2% | 1 |

Wat betreft de ‘gesloten deur’ waren 3 van de 9 cliënten die verzet toonden, opgenomen met een Rechterlijke Machtiging. Zie voor dwaaldetectie de paragrafen 5.3.4 en 6.4.

Verzet tegen afspraken over ‘eten, roken en drinken’ betrof vooral het roken. Uiteraard is er gezocht naar alternatieven en soms bood een rookschort uitkomst, maar bij 5 cliënten was er, onder andere, vanwege brandgevaar geen andere oplossing mogelijk dan inname van aansteker en/of rookwaar.

Terugdringing van onvrijwillige zorg

In 2022 was er weer (veel) aandacht voor de Wzd. In het gesprek met wijkverpleegkundigen en casemanagers dementie en onder andere de Wzd-functionaris. Medewerkers werden zich geleidelijk aan bewust van de toepassing van OVZ. Op de locaties ervoeren bijvoorbeeld kwaliteitsverpleegkundigen meer aandacht vanuit zorgmedewerkers en behandelaren voor het voorkomen van OVZ. Het zoeken naar alternatieven, in geval van mogelijke OVZ, is in ieder geval regulier onderdeel geworden van de besluitvormingsprocedures.

Tevens verzorgde de Wzd-functionaris een scholing aan de onafhankelijk intern deskundigen. Ook de technische voorbereiding van dwaaldetectie en de scholing die over de dwaaldetectie binnen Het Zonnehuis werd gegeven is een belangrijke stap in het voorkomen van OVZ.

Tegelijkertijd blijkt uit de verschillende dossieranalyses en het gesprek met de kwaliteitsverpleegkundigen dat er nog meer aandacht mag zijn voor het inzetten van andere opties of alternatieve vormen. De multidisciplinaire afstemmingsvormen zoals gedragsvisite en omgangsoverleg zijn hierbij een hulpmiddel. Belangrijke randvoorwaarden zijn tijd en aanwezigheid van betrokken disciplines en die staan met regelmaat onder druk, waardoor het besluitvormingsproces in het gedrang komt. Ook zien we dat er, bij langdurige inzet van OVZ,

soms een blinde vlek ontstaat ten aanzien van de registratie. Er is bijvoorbeeld geen verzet meer tegen de zorgvorm maar de zorgverantwoordelijke vergeet het stappenplan aan te passen. Hierdoor wordt het kwantitatieve overzicht van OVZ vertroebeld.

2 Reflectie Wzd-functionaris

De Klinische lessen

De bijdrage van deze lessen met betrekking tot het Wzd-stappenplan hebben bij medewerkers zeker geleid tot (meer) bewustzijn betreffende de verlening van onvrijwillige zorgvormen. Ongetwijfeld relevant is de zogenoemde c.q. informele Stap nul, waarbij conform het beleid van ZGV altijd eerst vrijwillige alternatieven worden ingezet of toegepast. Dat in relatie tot de 'mate' van de ernstige nadelen en gevaarscriteria. De Zorgverantwoordelijke Arts/ Evv-er in de zin van de Wzd speelt / spelen hierbij een cruciale overstijgende rol, in samenspraak met cliënt / diens vertegenwoordiger. Uit de terugkoppelingen tijdens lessen bleek dat vertegenwoordigers vaak bepaalde beperkende zorgvormen 'eisten,' voor hun kwetsbare ouderen. Van belang is dat de Zorgverantwoordelijken professioneel inhoudelijk gedreven in gesprek met de vertegenwoordigers kunnen gaan.

Module in ONS

Indien de vrijwillige alternatieven uitgeput zijn of niet (meer) voor handen liggen, dan wordt het Stappenplan uitgevoerd. Daarin wordt multidisciplinair zorgvuldige overwegingen gemaakt en besluiten genomen, richting de inzet van onvrijwillige zorgvormen. De inrichting van de module in ONS is dusdanig en geheel gebaseerd op de inhoud van dit stappenplan. Daardoor verleent de module ook de mogelijkheid tot toetsing door een Wzd-functionaris op alle formele aspecten van het stappenplan. Daartoe horen o.a.: de aanleiding bestaande uit ernstige nadelen tot betreffende onvrijwillige zorgvorm, de overwegingen aangaande subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid; de wilsbekwaamheid ter zake, een afbouwplan, en 'last but not least', de beoordeling door de Wzd-functionaris.

Constateringen

Mede door de bewustwording bij zorgmedewerkers wordt een blijvende c.q. stabiel aanbod gezien van verzoeken tot beoordeling van de module door de Wzd-functionaris. Het gaat hierbij specifiek om twee vormen beoordelingen: die van onvrijwillige zorg en vrijwillige zorg volgens stappenplan. In het eerste geval is er sprake van verzet tegen de zorgvorm, in het tweede geval is er bij de wilsonbekwame cliënt geen verzet tegen de zorgvorm, én de vertegenwoordiging is akkoord. Met de genoemde inhaalslag in 2022, werd een aanbod gezien van rond de 100 gevallen van de gesloten afdelingsdeur, veelal als vrijwillige zorg volgens stappenplan. Vermeldenswaard is dat, ondanks de bekende hoeveelheid administratieve last, er werd vastgehouden aan de regel van drie keer drie maanden. Daarnaast een enkele keer waarbij de wilsonbekwaamheid ter zake onvoldoende wordt toegelicht. In stap 4 viel in grote lijnen het volgende te herleiden: de inbreng van de onafhankelijke interne deskundige was zichtbaar, bij gebruik van psychofarmaca niet altijd een arts had meegekeken, en het advies was vrijwel steeds 'continueren van de zorgvorm.' In het geval van de gesloten afdelingsdeur, met de toevoeging: "in afwachting op het open deur beleid in huis."

Wat gaat goed en kan beter

De stand van zaken en ervaren knelpunten worden structureel besproken in de Wzd-commissie. De commissieleden zijn vaste deelnemers, en desgevraagd kan een andere collega uitgenodigd worden, zoals een teamleider. Het afgelopen jaar 2022 werd veel gesproken over de roulatie c.q. turnover van met name de artsen en verpleegkundig specialisten. Deze hebben

als Zorgverantwoordelijke een navenante rol in de besluitvormingen rondom het gebruik van psychofarmaca buiten de richtlijnen en dwangmedicatie / handelingen. Een bestendig scholingsplan voor nieuwe collega's zou hierbij een positieve impact kunnen hebben. De bijdrage van de Onafhankelijke Interne Deskundigen (OID) in Stap 4 is wettelijk verplicht vastgesteld, maar was in de praktijk niet altijd vanzelfsprekend. De ingebruikname van een Wzd-kalender heeft daartoe wel verbetering gebracht. OID's kunnen op de kalender zien wanneer, waar, bij welke cliënten binnen de locatie(s) stap 4 plaatsvinden en zich opgeven. Met de toekomstige vermelding in de kalender van welke concrete OID nodig is, zal een verdieping met zich meebrengen. Continue aandacht voor persoons- relatiegerichte zorg en benaderingen, inzet van vrijwillige zorgvormen, tegenover de actuele en verwachte steeds meer complexe cliëntenpopulaties, maken de Wzd een organische uitdaging. Of de Wozoco en de wetsevaluaties Wzd van positieve invloed zal zijn, valt te zijner tijd te bezien.

3 Cliëntvertrouwenspersoon Wzd

De cliëntvertrouwenspersoon Wzd bracht in 2022 17 bezoeken aan locaties van Zonnehuisgroep Vlaardingen (2021: 11). Hij bood ondersteuning bij drie kwesties. Onderwerpen van de ondersteuningsvragen waren bij twee kwesties een beperking van de bewegingsvrijheid en bij één kwestie een vraag over opname.

De cliëntvertrouwenspersoon Wzd gaf in 2022 geen signaal aan de organisatie dat hij tekortkomingen zag in de structuur of de uitvoering van onvrijwillige zorg of onvrijwillige opname en verblijf, voor zover deze afbreuk doen aan de rechten van een cliënt.



Gecertificeerd voor ISO in Zorg en Welzijn

Zonnehuisgroep Vlaardingen

Dillenburgsingel 5
3136 EA Vlaardingen
(010) 475 95 95
info@zgvlaardingen.nl

zgvlaardingen.nl
werkenbijzgvlaardingen.nl

Locaties

Het Zonnehuis
De Laurenburg
Drieën-Huysen Noord
Drieën-Huysen Zuid
Adriaan Pauw
Revalidatiecentrum De Dillenburg

Zonnehuis Thuis
Groepszorg