



Kwaliteitsverslag 2021

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

Inhoudsopgave

1	Inleiding	5
2	Wie zijn wij?	6
Algemeen beschrijvend overzicht uitkomsten		
3	Kwaliteit en veiligheid	7
3.1	Persoonsgerichte zorg en ondersteuning	8
3.1.1	Welbevinden als invulling van persoonsgerichte zorg en ondersteuning	8
3.1.2	ken je cliënt	9
3.1.3	MDO nieuw en multidisciplinaire teamcoaching	10
3.1.4	coronapandemie	11
3.1.5	onvrijwillige zorg	11
3.2	Wonen en welzijn	13
3.2.1	visie op welzijn	13
3.2.2	opknappen kamers op de revalidatieafdelingen	14
3.2.3	coronapandemie	14
3.3	Veiligheid	14
3.3.1	rapporteren in het algemeen en specifiek op verpleegdoelen	14
3.3.2	zorgtechnologie	15
3.3.3	bedrijfshulpverlening	16
3.3.4	coronapandemie	17
3.4	Leren en verbeteren van kwaliteit	17
3.4.1	specialisten ouderengeneeskunde en andere behandelaren.....	17
3.4.2	opzetten en ontwikkelen vakgroep kwaliteitsverpleegkundigen	18
3.4.3	Jaarlijkse externe kwaliteitsaudit	18
3.4.4	klachten cliënten	19
3.4.5	Meldingen bij de IGJ	19
3.5	Leiderschap, governance en management.....	20
3.5.1	strategische koers 2021-2025	20
3.5.2	facilitair	20
3.5.3	afdeling Behandeling... ..	21
3.5.4	advisering en beïnvloeding door professionals	22
3.5.5	rol en positie interne organen en toezichthouder	22
3.5.6	inzicht hebben en geven	22
3.6	Personeelssamenstelling (voldoende en bekwaam personeel).....	23
3.6.1	voldoende medewerkers	23
3.6.2	verpleegkundig specialisten	24
3.6.3	verzuim	24

3.6.4	opleidingen	24
3.6.1	medewerkers die ook mantelzorg zijn	24
3.7	Gebruik van hulpbronnen	25
3.7.1	privacy	25
3.7.2	nieuwbouw	25
3.7.3	nieuwe bedden en matrassen	25
3.7.4	samenwerking met andere organisaties	25
3.8	Gebruik van informatie	26
3.8.1	gegevens over de kwaliteit van zorg, personeel, financiën	26
3.8.2	administratieve en financiële systemen	26
Specifieke aandacht voor drie onderdelen		
4	Veiligheid	27
4.1	Medicatieveiligheid	27
4.2	Decubituspreventie.....	27
4.3	Onvrijwillige zorg	28
5	Cliëntoordelen	29
5.1	Interne tevredenheidsmeting (ZorgDNA)	29
5.2	Zorgkaart Nederland	29
6	Leren en werken aan kwaliteit.....	30
Bijlage 1	Lijst met afkortingen	31
Bijlage 2	Personeelssamenstelling	32
Bijlage 3	Onvrijwillige zorg	34
Bijlage 4	Jaarverslag van de Raad van Toezicht	40

1 Inleiding

Een jaar van werken aan kwaliteit, van werken aan het behouden en vinden van medewerkers, van vooruitkijken met de strategie en, daar tussendoor, van nog steeds Corona. Dat was 2021.

De Coronapandemie vergde nog steeds veel van cliënten, medewerkers en vrijwilligers. Flexibiliteit en een grote inzet bleven noodzakelijk. Dat was niet altijd eenvoudig, want medewerkers raakten moe; veel energie en aandacht ging zitten in de werkzaamheden die de coronapandemie met zich meebracht. Zij vonden steeds een weg om om te gaan met de omstandigheden, met oog voor wat cliënten nodig hadden. We zijn trots op alle medewerkers en vrijwilligers!

We kregen in de loop van het jaar steeds meer signalen dat de kwaliteit van zorg onder druk stond. We spanden ons in om daar vat op te krijgen en we startten verbeteringen. In oktober gaf ook de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd aan wat er moest veranderen. Dit leidde tot het verbeterprogramma Op Koers. Hierdoor raakten we in een stroomversnelling. Aan het eind van het eerste kwartaal van 2022 zien we al duidelijke resultaten.

Helaas kon ook dit jaar niet alles doorgaan van wat we bedacht hadden. Een van de belangrijke zaken die in 2021 wel doorging, was het opstellen van de strategie 2021-2025. Een grote groep medewerkers uit alle onderdelen en lagen van de organisatie deed daaraan mee.

Het Kwaliteitskader stelt dat verantwoording vooral ook per locatie plaats dient te vinden. Wanneer er verschillen zijn tussen de locaties vermelden we dat, wanneer die er niet zijn, vertellen we één verhaal dat voor de hele organisatie geldt.

Het Kwaliteitsverslag is opgebouwd langs de lijnen die het Kwaliteitskader aangeeft.

2 Wie zijn wij?

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 zijn de mensen die complexe, systematische, multidisciplinaire, geplande en ongeplande zorg nodig hebben. 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 dagbesteding gaan of poliklinische 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, bieden wij maatzorg met medewerkers en vrijwilligers.

Onze kernwaarden zijn: betrokken, samen en professioneel.

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

Locaties en soorten zorg eind 2020											
Naam	Soort zorg										
	Verblijf lichamelijk	Verblijf dementie	Verblijf Jongeren NAH ¹	GRZ ²	ELV hoog complex ³	Crisis	Palliatieve zorg	Dagbesteding (Som +PG)	Wijkverpleging, MPT, VPT ⁴ 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
Zonnehuis Thuis									X	X	

¹ Niet Aangeboren Hersenletsel

² Geriatrische RevalidatieZorg

³ EersteLijnsVerblijf hoog complex

⁴ Modulair Pakket Thuis en Volledig Pakket Thuis

⁵ Poliklinische fysiotherapie, ergotherapie, logopedie en multidisciplinaire extramurale behandeling

Algemeen beschrijvend overzicht uitkomsten

3 Kwaliteit en veiligheid

In het Kwaliteitsplan 2021 staan per onderdeel een of meer focuspunten benoemd. In de loop van het jaar liep het soms toch anders. Bijvoorbeeld door de coronapandemie, waar wij ook in 2021 last van hadden. Maar ook omdat bestuur en directie in de loop van het jaar steeds meer signalen kregen dat de kwaliteit van zorg meer inspanning nodig had. In de metingen van de interne benchmark werd zichtbaar, dat verbeteringen uit 2019 en begin 2020 waren teruggelopen, veelal door de impact van de coronapandemie. Daarom werd in de zomer een extra strategisch beleidsadviseur aangesteld, om een stevig vervolg te kunnen geven aan het verbeterprogramma 'Van Basis naar Beter' uit 2019 en begin 2020, en werd aan het eind van de zomer, door een extern bureau, een audit gedaan naar de mate waarin Zonnehuisgroep Vlaardingen voldeed aan het Toetsingskader langdurige zorg (Wlz) van de IGJ. Ook onderzoeken naar klachten en incidenten lieten verbetermogelijkheden zien.

Eind oktober bracht de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) weer een toezichtbezoek aan Het Zonnehuis. Dit was een vervolg op haar bezoek in 2019. In 2020 kwam de IGJ ook, maar vanwege corona kon dat toen alleen op een andere locatie, namelijk Adriaan Pauw. Zij zag daar goede resultaten die bereikt waren. In oktober 2021 zag de IGJ in Het Zonnehuis echter minder verbeteringen ten opzichte van 2019. Zij gaf aan de organisatie een aantal verbeteringen op die half maart 2022 behaald moesten zijn en meer verbeteringen die half augustus 2022 behaald moeten zijn. We zetten daarvoor het Programma Op Koers op. De verbeterprojecten die in het najaar gestart waren, gingen in dit grotere programma op.

Voor half maart 2022 moesten wij verbetering laten zien op de volgende gebieden:

- de personele bezetting en deskundigheid passen aantoonbaar bij de zorgvraag van de cliënten;
- de besluitvorming en dossiervoering over mogelijk onvrijwillige zorg is navolgbaar en op individueel cliëntniveau zijn afwegingen gemaakt over inzet en noodzaak hiervan;
- zorgverleners geven aantoonbaar gevolg aan afspraken met behandeldisciplines;
- de bestuurder monitort het verbeterproces, stuurt zo nodig bij en betreft cliëntenraad en ondernemingsraad hierbij.

Bij haar vervolfbezoek in maart 2022 zag de IGJ dat ons dit voor een belangrijk deel gelukt was.

Half augustus 2022 moeten wij grotendeels voldoen aan de normen waaraan we eind oktober 2021 niet of grotendeels niet voldeden. Het gaat hier om de domeinen:

- persoonsgerichte zorg, en daarbinnen de normen over het kennen van de cliënt, de eigen regie van de cliënt en het ervaren van de cliënt van onder andere nabijheid en respect;
- deskundige zorgverlening, en daarbinnen de normen over methodisch werken en verslaglegging daarvan, multidisciplinair samenwerken, het maken van professionele afwegingen en voldoende deskundige zorgverleners;
- sturen op kwaliteit en veiligheid, en daarbinnen de normen over het centraal stellen van persoonsgerichte zorg en ondersteuning en het borgen van de veiligheid van de cliënten, het scheppen van voorwaarden voor een lerende cultuur en het systematisch bewaken, beheersen en verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van zorg.

3.1 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

3.1.1 Welbevinden als invulling van persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Missie

Onze missie is: 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.

We stellen welbevinden centraal

We dragen allemaal bij aan welbevinden. Hierbij is ieders welbevinden even belangrijk. Natuurlijk leveren we zorg, behandeling, wonen en dagbesteding. Het is niet voor niets dat cliënten bij ons komen. Dat is omdat het thuis niet meer of niet meer alleen lukt. Maar zorg, behandeling, wonen en dagbesteding is niet wat onze activiteiten bepaalt. Het welbevinden van de mensen die bij ons kunnen zijn *wie ze zijn*, is wat onze activiteiten bepaalt. Met welbevinden bedoelen we dat wat – in het oordeel van de cliënt – het leven de moeite waard maakt, ondanks de functiebeperkingen en gezondheidsklachten die de cliënt ervaart. Dit welbevinden is mentaal en fysiek. Bijvoorbeeld fijn wonen, een prettige tijdbesteding, gezondheid, passende verzorging krijgen, aangenaam eten en contact met familie en vrienden hebben.

Onze bijdrage aan de kwaliteit van welbevinden wordt bepaald vanuit het perspectief van de cliënt. Met andere woorden, we nemen onze eigen professionaliteit mee in het leven en welbevinden van de cliënt.

Vanuit onze eigen professionaliteit zijn we experts. De belangrijkste expert op het gebied van de cliënt is de cliënt zelf en de naasten die om de cliënt heen staan. We geven de cliënt in onze manier van werken dan ook die positie, zoals we zelf ook onze positie nemen als expert op ons eigen gebied.

Wat nodig is voor het welbevinden van de cliënt wordt bepaald door de cliënt. Deze behoefte kan in de loop van de tijd veranderen. Daar spelen we op in. Doordat we elkaar kennen, ook als behoeften veranderen.

Het welbevinden van de cliënt wordt ook bepaald door de mensen rondom de cliënt. Dit zijn de naasten, medewerkers en vrijwilligers. We werken met hen samen en houden elkaar op de hoogte. Ook medewerkers en vrijwilligers leveren een belangrijke bijdrage aan het welbevinden van de cliënt. Als hun eigen welbevinden goed is, dan dragen ze nog meer bij aan het welbevinden van de cliënt.

Mensen zijn wie ze willen zijn

Allereerst gaat het om mensen. Dat zijn cliënten, dat zijn naasten én dat zijn collega's. We zijn mensen die 'als mens' gezien en gehoord willen worden. Want je bent niet alleen maar 'cliënt' of 'bewoner,' 'behandelaar,' 'verzorgende' of 'receptionist.' Je bent ook ouder, kind, broer of zus, voetbalfan of muzikant. En iemand met een unieke persoonlijkheid.

Met aandacht

Elkaar zien als mens vraagt aandacht. Aandacht voor elkaar. Met een vriendelijk woord in het voorbijgaan. De tijd nemen en naar elkaar luisteren. Een compliment geven. Met respect voor

ieders' menszijn. Elkaar echt kennen. En het gaat om aandacht voor onze omgeving. Een schoon en opgemaakt bed. Het rondslingerende papiertje oprapen. De kapotte lamp melden bij je collega's. En met aandacht voor onze eigen bijdrage aan een duurzame wereld.

Voor elkaar en met elkaar

We doen het voor elkaar. We dragen allemaal ons steentje bij aan het welbevinden van de ander. Ieder op onze eigen manier en vanuit onze eigen rol. Als medewerker aan de cliënt én als cliënt aan de medewerker. Dat doen we met elkaar. Als collega's onderling. En als cliënten onderling.

Kernwaarden

Leidend voor ons gedrag en onze 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.

3.1.2 Ken je cliënt

Persoonsgerichte zorg geven kan niet zonder de cliënt goed te kennen. Daar hebben we in 2021 dan ook in de hele organisatie aan verbetering gewerkt. En met succes. De IGJ constateerde in maart 2022 dat de medewerkers de cliënten inderdaad kenden op de locatie waar de IGJ langs kwam. Maar het kan nog beter. We blijven er ook in 2022 aan werken. Eén van de kwaliteitsverpleegkundigen vertelt over wat we in 2021 deden.

INTERVIEW

Roos Paardekam, kwaliteitsverpleegkundige: "Om een waardevolle bijdrage aan de individuele zorg van cliënten te kunnen leveren, is het belangrijk dat we onze cliënten goed kennen. In 2021 zijn we daarom aan de slag gegaan met project "Ken je cliënt." Dit project is onderdeel van een breder kwaliteitsverbeterplan en werd in 2021 vertaald naar verschillende afdelingen."

Zorg op maat

"Mikzo -onderdeel van het cliëntendossier- is daarbij een belangrijk hulpmiddel. In Mikzo staat uitgebreide informatie over de cliënt. Als je eerste pagina helemaal invult, heb je een goed beeld van wie jouw cliënt is. Via Mikzo kun je bepalen wat in zorgplan komt. Daarin zitten ook omgangsadviezen. We willen graag weten wat voor cliënten belangrijk is in de omgang. Daar willen we van leren en onze zorg op aanpassen."

Cliënten leren kennen

"Digitaal werken is prettig, maar we wilden ook graag snel toegang hebben tot informatie over onze cliënten waarbij we niet telkens in het dossier hoefden te kijken. Daarom zijn we gestart met het gebruik van mappen met losse "Ken je Client" formulieren. Op deze formulieren staat iets

over hun achtergrond, hobby's en wensen. Dat is vooral handig voor stagiaires. Zij krijgen daarmee snel informatie over cliënten die zij nog niet kennen. Als ze daarna meer willen weten, kunnen ze informatie opzoeken in Mikzo.”

De persoon achter de cliënt

“We vinden het belangrijk om de persoon achter onze cliënten te leren kennen. Daarom hebben we “de week van de cliënt” geïntroduceerd. Elke week staat in het teken van een andere cliënt. Tijdens zo'n week vertellen contactverzorgenden over hun cliënt. We merken dat we daar mooie dingen mee bereiken, mensen écht beter leren kennen. Hun behoeften leren kennen, hun normen en waarden, en weten wie iemand is buiten het ziektebeeld om. Ook werken we sinds 2021 met een kwaliteitsmedewerker welzijn. Zij heeft een opleiding sensorische informatieverwerking gedaan en is heel goed in het lezen van het gedrag van cliënten. Die competentie zet zij in om contactverzorgenden en andere medewerkers te coachen en ondersteunen in onbegrepen gedrag van cliënten. We zijn ons ervan bewust dat we nooit alles over een cliënt te weten komen, maar het is goed er om bewust om te gaan.”

Informatie draagt bij aan goede zorg

“2021 heeft ons geleerd dat we van alles over onze cliënten kunnen opschrijven, maar dat we het ook tastbaar moeten maken. Mikzo is een mooi instrument, maar uiteindelijk gaat het erom hoe we die informatie gebruiken. Die slag hebben we in 2021 gemaakt, daar gaan we de aankomende jaren mee door. Het is belangrijk dat iedereen de kans krijgt om laagdrempelig zijn of haar cliënt te leren kennen. Dat draagt bij aan goede zorg. Ik hoop dan ook dat we ons project organisatie breed kunnen uitrollen en ontwikkelen. We hebben al zoveel bereikt, het is nu tijd om de diepte in te gaan. Zo willen we ons in 2022 bijvoorbeeld richten op de kwaliteit van het gesprek en medewerkers leren hoe je het gesprek aangaat, ook als het soms moeilijk is.”

3.1.3 MDO nieuw en multidisciplinaire teamcoaching

Zoals gepland evalueerden we in 2021 de werkwijze van het multidisciplinaire overleg (MDO). Daarna pasten we de werkwijze aan. Om de multidisciplinaire samenwerking en het MDO echt en blijvend te verbeteren, kozen we daarnaast ook voor multidisciplinaire teamcoaching. In 2021 startte één afdeling voor mensen met lichamelijke aandoeningen (somatiek) als proefafdeling. In 2022 gaan de andere afdelingen ook op deze manier werken en krijgen zij die coaching.

Een locatiemanager en teamleider vertellen over hun ervaringen in 2021.

INTERVIEW

Marjo van 't Hoog, locatiemanager Het Zonnehuis Somatiek: “In 2021 werd een nieuwe werkwijze op het gebied van multidisciplinair overleg (MDO) geïmplementeerd op afdeling Pluto. Met deze werkwijze werd een intensievere multidisciplinaire samenwerking opgezocht, waarbij de frequentie van het overleg werd verhoogd van tweemaal per jaar naar zesmaal per jaar. Die zes overleggen bestaan uit twee overleggen in oude MDO-stijl, twee behandeloverleggen en twee familiegesprekken per jaar.”

Idris Donkers, teamleider somatische afdeling Pluto: “Er is dus vaker overleg tussen contactverzorgenden, behandelteams, bewoners en hun familie. Daardoor zijn we meer op de hoogte van ontwikkelingen en bijbehorende acties en kunnen we sneller bijsturen als dat nodig blijkt. De bewoner staat nóg meer centraal, het behandelplan is met deze frequentie van overleg een levend document geworden. Zowel het team als de bewoners zijn daar enthousiast over. De bewoners zijn met name enthousiast omdat er meer tijd voor hen genomen wordt.”

Marjo: “Naast het uitgebreide MDO is er in 2021 ook een coaching traject voor het team opgezet. Tijdens dit traject wordt aandacht besteed aan samenwerking, het loslaten van het verleden en kijken we wat we hebben geleerd en welke lessen we daaruit kunnen trekken. Helaas is dit coaching traject niet zonder reden in het leven geroepen; het is voortgekomen uit een aanbeveling naar aanleiding van een incident dat op afdeling Pluto heeft plaatsgevonden en dat behoorlijk veel impact heeft gehad op het team. We merken dat we veel aan de sessies hebben. Daarom zijn we aan het beraden of we extra sessies kunnen organiseren in de nabije toekomst. “

Idris: “We hebben inderdaad veel uit de coaching sessies gehaald. Zo begrijpen we elkaar bijvoorbeeld beter. Dat is nodig voor een goede samenwerking. In het team is er een behoorlijk verloop geweest, zowel in het behandelteam als in de leiding. Sommige collega’s gingen met pensioen, maar er zijn bijvoorbeeld ook collega’s weggegaan als gevolg van het incident. Later kwamen zij weer terug, waardoor de samenstelling van medewerkers telkens veranderde. Het was daardoor erg onrustig op de afdeling. 2021 hebben we daarom ook gebruikt om die rust weer terug te brengen en in gesprek te komen met elkaar. De coaching sessies helpen ons om weer een solide team te worden. ”

3.1.4 Coronapandemie

In 2021 werden vrijwel alle cliënten gevaccineerd, uiteraard met hun toestemming of die van hun vertegenwoordiger. Toch zijn er op verschillende locaties uitbraken geweest onder cliënten. In 2021 werden 169 cliënten positief getest. Ongeveer 83% herstelde en 17% overleed. In 2020 – het eerste coronajaar – testten relatief net zoveel cliënten positief als in 2021, maar toen overleden wel meer van hen, zeker in de eerste golf (37% eerste half jaar en 23% tweede half jaar van 2020). Dit past bij de ervaring van de medewerkers dat gevaccineerde cliënten in 2021 weliswaar positief konden testen, maar minder ziek waren.

3.1.5 Onvrijwillige zorg

In 2020 werd de Wet zorg en dwang (Wzd) van kracht. Door de coronapandemie konden we de trainingen aan de laatste groepen niet afmaken. Doordat er juist op de afdelingen voor mensen met dementie grote corona-uitbraken waren, beklijfde de kennis niet en werd de beginnende ervaring in de kiem gesmoord. Daarom maakten we in de eerste paar maanden van 2021 een doorstart onder leiding van een externe projectleider. Helaas bleek uit de externe audit aan het eind van de zomer, die in de inleiding van dit hoofdstuk wordt genoemd, dat we toch nog niet aan deze wet voldeden. De IGJ zag dat ook toen zij eind oktober Het Zonnehuis bezocht. Inmiddels werden in het najaar het beleid en de procedures verder aangescherpt. De verbeteringen in praktijk volgden aan eind van het jaar en in het eerste kwartaal van 2022.

Onder meer met de hulp van een externe adviseur. Deze volgde vanaf 1 maart 2022 onze Wzd-functionaris op.

Het Zorgkantoor contracteert de cliëntvertrouwenspersoon onvrijwillige zorg. Hij kon vanwege corona sinds het voorjaar van 2021 op de locaties komen. Hoewel de cliënten en hun vertegenwoordigers schriftelijke informatie en zijn contactgegevens van ons kregen, gaf hij in zijn jaarverslag aan dat zij toch onbekend zijn met de Wzd en zijn rol. Twee cliënten/vertegenwoordigers hadden een beroep op hem gedaan.

Wij zijn aangesloten bij de Klachtencommissie Onvrijwillige Zorg (KCOZ). Er zijn in 2021 geen klachten over ons bij deze commissie gemeld.

In hoofdstuk 4 gaan we nader in op onvrijwillige zorg.

INTERVIEW

Daphne Visser, kwaliteitsverpleegkundige: ‘Begin 2021 hebben onder leiding van een externe projectleider opnieuw een start gemaakt met het werken volgens de regels van de Wet zorg en dwang (Wzd). Daarmee stond 2021 écht in het teken van een inhaalslag. In 2020 waren we al bezig met de Wzd, maar toen brak de pandemie uit. Daardoor kon een deel van de medewerkers niet worden geschoold. Dat is in 2021 alsnog gebeurd. Werken volgens de nieuwe regels betekende dat we aanpassingen moesten maken in dossiers, meer evaluatiemomenten moesten inplannen en andere stappenplannen moesten doorlopen bij cliënten met een maatregel.’

Vraag om een verbeterslag

“Werken volgens de Wzd was niet altijd makkelijk, vooral de aanpassingen in de dossiers bleken een uitdaging te zijn. Eind oktober 2021 kwam de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) bij ons langs en bleek dat onze werkwijze nog niet op orde was. Zo waren er dossiers waarin de wilsbekwaamheid niet was vastgelegd. Die documenten worden normaal ingevoerd door artsen, maar daar hadden we op dat moment een tekort aan. Zolang de documenten niet in Ysis zijn ingevoerd, mogen verpleegkundigen het stappenplan van de cliënt niet actief inzetten en kunnen we niet verder.”

Een goed beleid en goede procedures

“Na het bezoek van de IGJ zijn we met een project gestart om onze werkwijze te verbeteren. Dat heeft veel inzet van de zorgmedewerkers, kwaliteitsverpleegkundigen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, psychologen en artsen gevraagd. Alle contactverzorgenden, teamleiders, behandelaren en kwaliteitsverpleegkundigen hebben bijvoorbeeld een uitgebreide training gehad van de Wzd-functionaris die in 2021 werd aangesteld. Ook moesten we een e-learning maken in ons elektronische dossier. Uiteindelijk hebben we het toch voor elkaar gekregen en werken we nu met goed beleid en goede procedures.”

Bewuster werken levert veel op voor de cliënt

“Het werken volgens de regels van de Wet zorg en dwang heeft wat hobbels gekend. Het is een ingewikkelde wet waar veel administratie bij komt kijken. Bovendien evalueren we nu niet alleen tijdens een halfjaarlijks multidisciplinair overleg, maar om de drie maanden. Dat was lastig in het begin, maar we merken dat zorgmedewerkers er steeds beter in worden. Het belangrijkste is dat de Wzd veel heeft opgeleverd voor de cliënt. Zo kijken we nu bijvoorbeeld veel meer naar alternatieve maatregelen, hoe we maatregelen kunnen afbouwen en wat daar voor nodig is. We grijpen minder snel naar maatregelen uit het verleden, maar onderzoeken nieuwe mogelijkheden waar de cliënt bij gebaat is.”

We zijn een eind op de goede weg

“Vooruitkijkend naar 2022 heb ik vertrouwen in deze werkwijze. We hebben nog steeds een tekort aan artsen, waardoor de wilsbekwaamheid nog niet overal is vastgelegd. Maar sinds kort mogen verpleegkundig specialisten ook wilsbekwaamheid toetsen, zij werken hier nu hard aan. Daarnaast hebben we een goed systeem voor evaluaties. Ook weten psychologen nu bijna allemaal hoe ze een stappenplan moeten invullen. We proberen onze werkwijze voor iedereen zo duidelijk mogelijk te maken. Zo werken we met posters en stroomdiagrammen. We zijn er nog niet, maar we zijn een heel eind op de goede weg.”

3.2 Wonen en welzijn

3.2.1 Visie op welzijn

In 2020 beschreven we onze visie op welzijn. Daarin gaat het om de dagbesteding op de afdelingen en op locatieniveau, en als geïntegreerd onderdeel van de processen van zorg en behandeling. In 2021 lukte het vanwege de Coronapandemie helaas niet om het zo in praktijk te brengen als we eigenlijk wilden. Er is toen gekeken hoe het wél kon en dat is uitgevoerd. In 2022 streven we ernaar om onze visie toch zoveel mogelijk uit te voeren zoals we bedoelen. De teamleider centrale activiteitenbegeleiding & coördinator vrijwilligers vertelt hierover.

INTERVIEW

Helen Steenhoek, teamleider centrale activiteitenbegeleiding en coördinator vrijwilligers:

“In 2020 is er vanuit de visie van Zonnehuisgroep Vlaardingen op persoonsgerichte zorg een visie op welzijn beschreven. In het zorgdossier van de bewoner staat een wenseninventarisatie. Op basis van die wensen en behoeften worden zowel op individueel niveau als in groepsverband activiteiten aangeboden. Vóór 2021 deden we dit ook al, maar was er minder samenhang tussen de activiteiten. Bovendien kwamen de activiteiten niet voort uit de vraag van de bewoners. Met een vraaggericht plan willen we een beter aanbod voor de bewoners creëren. Dit doen we per afdeling, maar ook over afdelingen heen. Zo komen bewoners van verschillende afdelingen samen voor leuke activiteiten.”

Zorg met aandacht en welbevinden

“Sinds april 2021 ben ik teamleider van de centrale activiteitenbegeleiding van de Zonnehuisgroep. Ook coördineer ik samen met mijn collega Joke onze 550 vrijwilligers. Ik ben daarmee verantwoordelijk voor een deel van het welzijn van onze bewoners. We willen goede zorg aanbieden die wordt aangevuld met aandacht en welbevinden. Daarom inventariseren we de wensen en behoeften van bewoners, leggen we die vast en organiseren we activiteiten op basis van hun vraag. In 2021 konden we het welzijnsplan niet uitvoeren zoals we dat oorspronkelijk voor ogen hadden. Alle centrale activiteiten kwamen door de pandemie namelijk opnieuw stil te liggen. Gelukkig hadden we veel toegewijde dagbestedingscoaches. Zij zijn op afdelingen gaan werken en hebben hele persoonsgerichte individuele aandacht aan bewoners gegeven.”

Individuele activiteiten tijdens de pandemie

“Het was dus helemaal niet zo slecht dat de centrale activiteiten stil kwamen te liggen. Er was namelijk echt veel meer ruimte voor individuele activiteiten. Die kunnen we normaal moeilijk organiseren, maar tijdens corona hadden we geen keuze. Dat was heel fijn voor de bewoners. Sommige bewoners waren erg ziek en zagen geen mensen meer, dan is individuele aandacht juist heel belangrijk. Sinds een week of drie zijn we weer open en kan alles weer doorgaan. We moeten allemaal onze draai weer vinden, maar hebben het volste vertrouwen dat we mooie activiteiten vanuit de wensen van de bewoners neer kunnen zetten.”

3.2.2 Opknappen kamers op de revalidatieafdelingen

Omdat in Revalidatiecentrum De Dillenburg nog niet alle kamers en gangen waren opgeknapt, was dit opgenomen in het plan voor 2021. Eind van het jaar maakten we een start met de uitvoering daarvan. Een prettige omgeving draagt bij aan het herstelproces.

3.2.3 Coronapandemie

Tijdens de uitbraken in 2021 werden besmette cliënten in isolatie of in cohort verzorgd. We verplaatsten hen echter niet meer naar een speciale corona-afdeling maar lieten hen op hun vertrouwde afdeling. Afdelingen en locaties werden niet meer gesloten. Wel maakten we gebruik van compartimentering voor cliënten, medewerkers en vrijwilligers. Zo perkten we bij uitbraken de verspreiding van het virus in en was het leven van de cliënten minder ingeperkt dan in 2020.

3.3 Veiligheid

3.3.1 Rapporteren in het algemeen en specifiek op verpleegdoelen

Goed rapporteren is belangrijk voor de kwaliteit van zorg. Maar dat is niet altijd eenvoudig. Daarom besteedden we daar in 2021 bij alle zorgmedewerkers en behandelaren veel aandacht aan. We checken regelmatig de resultaten en we zien duidelijk vooruitgang. We gaan hier in 2022 mee door.

Een strategisch beleidsadviseur vertelt over wat we gedaan hebben in 2021.

INTERVIEW

Annemarie Bernard, strategisch beleidsadviseur: “Rapporteren is een belangrijk onderdeel van dossiervoering. Het is een belangrijk communicatiemiddel tussen zorg, behandeling en cliënt. Met behulp van rapportages kan bijvoorbeeld ook de voortgang van de zorgverlening gevolgd worden. Vanwege het belang van rapporteren, hebben we in 2021 het rapporteren in behandeldossier Ysis en zorgdossier ONS weer in de spotlight gezet. We hebben duidelijke afspraken gemaakt over wanneer en wat we rapporteren. Tegelijkertijd proberen we te benadrukken dat juist en tijdig rapporteren onderdeel is van professioneel handelen. We willen graag dat de medewerker zelf de verantwoordelijkheid hiervoor neemt en niet rapporteert ‘omdat het moet van de organisatie.’

Afspraken over rapportages

“In 2021 hebben we per discipline een aantal afspraken op papier gezet. Daarmee sturen we op kort en bondig rapporteren, waarin we onze rapportages in begrijpelijk Nederlands schrijven en afkortingen zoals cath, def en RR zoveel mogelijk vermijden. We rapporteren bovendien feitelijk en waardevrij, op doelen in het zorg-of behandelplan, op bijzonderheden en op welbevinden. Belangrijk is dat iedereen het mag lezen. We maken daarin uitzonderingen voor artsen of psychologen die sommige informatie beroepsmatig willen afschermen voor collega's.”

Kwalitatieve rapportage audits

“We realiseren ons dat randvoorwaarden om goede rapportages te schrijven niet altijd aanwezig zijn. Het ontbreekt bijvoorbeeld soms aan tijd om te rapporteren. Daarnaast verwacht een familielid soms iets heel anders van een rapportage dan een collega. Ook kan het best lastig zijn om zowel kort en bondig als objectief en begrijpelijk te rapporteren. We doen dan ook kwalitatieve audits op rapportages. Binnen individuele zorgdossiers kijken we wat er inhoudelijk eigenlijk staat en of dat voldoet aan de afspraken die zijn gemaakt. Ook beoordelen we of de voortgang van de zorgverlening duidelijk omschreven staat. Door het terugkoppelen van de resultaten van deze audits kunnen we een interne verbetering maken.”

3.3.2 Zorgtechnologie

In 2021 zochten en kozen we – zoals gepland – een nieuw systeem voor dwaaldetectie en zorgproepsysteem. Dit is een ingewikkeld en langdurig proces geweest. Het resultaat ervan is belangrijk voor cliënten – een grotere bewegingsvrijheid – en voor zorgverleners. In 2022 zal het nieuwe systeem worden aangelegd in Het Zonnehuis. Later kan het ook in andere locaties geïnstalleerd worden.

De manager ICT vertelt over dit project.

INTERVIEW

Peter Kuipers, manager ICT: “In 2021 hebben de we eerste fase van het project “dwaaldetectie en zorgproepsysteem” afgerond. Dit project hangt onder andere samen met het werken volgens de Wet zorg en dwang. Dwaaldetectie is nodig om de gesloten afdelingen in Het Zonnehuis voor mensen op de PG-afdelingen waar mogelijk te kunnen openen. Met dwaaldetectie kan individueel per cliënt worden bepaald welke ruimtes een cliënt kan betreden. Uitgangspunt is dat de client overal mag komen, tenzij het na goede en individuele afweging niet verantwoord blijkt. Vanaf het begin van het traject in 2021 waren zorg- en behandeling medewerkers deel van het projectteam. Dit naast vertegenwoordigers van de afdelingen Gebouwen en ICT, het team Inkoop, de CCR en de directie. Onder begeleiding van een externe zeer ervaren adviseur hebben we de wensen en mogelijkheden van dwaaldetectie en zorggroep in kaart gebracht. Samen hebben we de eisen die we aan de systemen stellen geformuleerd en vervolgens op basis daarvan mogelijke leveranciers geselecteerd. We zijn op referentiebezoeken geweest en hebben uiteindelijk gezamenlijk gekozen voor de definitieve aanbieder.”

Kwalitatieve moderne systemen

“De eerste (oriëntatie- en selectie)fase heeft veel tijd gekost. Die tijd hebben we bewust genomen. We wilden niet kiezen voor een snelle oplossing, maar voor een goede leverancier van kwalitatief goede systemen en met veel ervaring, waar ZGV op een bepaald moment op alle locaties naar over kan. Voor dit project hebben we de 174 nieuwbouwkamers als referentie gekozen, maar het is de bedoeling dat uiteindelijk alle locaties worden voorzien van de nieuwe systemen. Dit project gaat niet alleen over dwaaldetectie, maar ook over zorgoproep, wifi, telefonie en sluitsystemen voor deuren. Die installeren we niet alleen omdat het vanuit de Wet zorg en dwang vereist is, maar juist voor zorgverleners en cliënten. Naast dat de nieuwe systemen een goede uitvoering van de Weg zorg en dwang mogelijk maakt en leiden tot meer vrijheid van beweging voor cliënten, zal bijvoorbeeld de nieuwe wifi ook helpen met digitaal werken. “

Een project van ons allemaal

“We hebben dit project met z’n allen opgepakt. Er zijn veel zorgmedewerkers bij de selectie betrokken geweest. Later dit jaar zullen we de invoer ook gezamenlijk doen. Ook de cliëntenraad was vorig jaar actief betrokken in de oriëntatie- en selectiefase en zal dit ook blijven tijdens de invoer. Anja van Rossum - directeur Zorg en Behandeling – en Bram van den Eijkel - directeur Bedrijfsvoering - hebben een belangrijke rol in dit project gespeeld. Zij hebben ervoor gezorgd dat het een gezamenlijk project werd en iedereen betrokken bleef. Het heeft tijd gekost, maar nu hebben we een project dat breed wordt gedragen. Dat zie je ook terug in de keuze voor de uiteindelijke leverancier. Deze leverancier kwam het minste over als ICT-partij, maar legde juist de nadruk op de noodzaak van het betrekken van de zorgmedewerkers bij de invoer en het gebruik van de systemen. “

3.3.3 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. Daarom besteedden we hier ook in 2021 weer veel aandacht aan, voor alle locaties. De manager Gebouwen vertelt wat er op dit gebied allemaal gerealiseerd is in 2021.

INTERVIEW

Erik Lam, manager Gebouwen: “In 2021 hebben we het nieuwe BHV-plan doorgelicht. We hadden al een bedrijfsnoodplan, dat was een samenvoeging van een ontruimingsplan en een BHV-plan. In 2021 hebben we dat plan opgesplitst in drie delen: een beleidsdeel, een BHV-plan en een ontruimingsplan. Nu is het document beter, inzichtelijker en duidelijker vormgegeven. Het is niet slechts een papieren plan, we zijn in 2021 ook aan de slag gegaan met een aantal belangrijke onderdelen van de bedrijfshulpverlening. Zo zijn bijvoorbeeld nu alle verzorgenden en verpleegkundigen opgeleid tot BHV’er, waarmee we een verdubbeling hebben van het aantal BHV’ers per huis.”

Nieuwe en verbeterde trainingen en oefeningen

“Naast het opleiden van verzorgenden en verpleegkundigen, hebben we in 2021 aandacht besteed aan ontruimingstrainingen en oefeningen. Gemiddeld hebben we nu 22 tot 30

trainingen per jaar over vier huizen. Sommige van die trainingen deden we al, maar hebben we nieuw leven ingeblazen, verbeterd en specifiek voor locaties gemaakt. Los van deze ontruimingstrainingen houden we uiteraard ook BHV-trainingen, die worden door Kompas gegeven. Eenmaal per jaar doen we herhalingsoefeningen. Ik merk dat de trainingen erg goed zijn voor medewerkers. Ze worden alerter en actiever in elkaar aanspreken op mogelijke gevaren. Die communicatie is erg belangrijk. Overigens hebben we andere communicatietrainingen ook verbeterd, zoals communicatie over de portofoon. Daarnaast hebben we sinds 2021 een communicatietraining voor receptiemedewerkers. Dat is belangrijk; op het moment dat een gebouw in brand staat is de receptie toch het voorportaal voor hulpdiensten.”

Risico's inschatten en maatregelen afwegen

“We hebben echt een volle dagtaak aan het optimaliseren van het BHV-plan. Zo houden we bijvoorbeeld jaarlijks 240-270 controlerondes over vier huizen. De staat van de nooduitgangen wordt wekelijks gecontroleerd en geregistreerd. We toetsen de staat van gebouwen continu aan bouwbesluiten en nemen daarin ook onze doelgroep mee. We hebben binnen de Zonnehuisgroep verschillende soorten afdelingen. Het ontruimingsplan verschilt dan ook per afdeling. Wat ons ondersteunt in het maken van goede ontruimingsplannen, is het toetsen van de cliëntenomvang aan de hand van bezetting en de staat van een cliënt. Is een cliënt bijvoorbeeld bedlegerig of zelfredzaam? Dit doen we met Brandwijzer, een online applicatie waarmee we risico's bij brand kunnen inschatten en de impact van maatregelen kunnen afwegen. Met die applicatie toetsen we elke maand een afdeling. We meten dan de veiligheid van de afdeling, maar zien bijvoorbeeld ook wanneer we meer BHV'ers moeten inzetten op een afdeling, bijvoorbeeld omdat er in die betreffende week meer bedlegerige mensen aanwezig zijn die bij een eventuele brand niet zelfredzaam zijn.”

“We kijken tevreden terug naar 2021. We hebben een aantal mooie verbeterlagen gemaakt op het gebied van bedrijfshulpverlening en ontruiming en zullen hier in 2022 verder aan werken.“

3.3.4 Coronapandemie

Het crisisteam hield gedurende 2021 vinger aan de pols. Beleid en procedures inzake corona waren in 2020 al uitgekristalliseerd en werden zo nodig nog wat aangepast. In 2021 stelden we scenario's op voor situaties waarin er veel uitval is van medewerkers door corona.

De Hygiëne-, Infectie- & decubituscommissie was in het crisisteam vertegenwoordigd.

We volgden steeds de richtlijnen van het RIVM, Verenso en wat ons verder aan informatie via Actiz bereikte.

3.4 Leren en verbeteren van kwaliteit

3.4.1 Specialisten ouderengeneeskunde

In 2021 waren er gesprekken voor het opzetten van een vakgroep specialisten ouderengeneeskunde. Die werden in 2022 afgerond. Intussen gingen de al jaren bestaande overleggen van de artsen gewoon door. Daarin bespreken zij onder andere nieuwe ontwikkelingen op hun vakgebied en maken zij ook afspraken over hoe zij werken.

3.4.2 Opzetten en ontwikkelen vakgroep kwaliteitsverpleegkundigen

In 2019 startten de eerste kwaliteitsverpleegkundigen en inmiddels heeft elke locatie zo'n functionaris. Zij zijn belangrijk voor het realiseren en behouden van kwaliteit van zorg. In 2021 verstevigden we hun positie door een vakgroep Kwaliteitsverpleegkundigen op te richten. Eén van de kwaliteitsverpleegkundigen vertelt hierover en over wat dit voor hen betekent.

INTERVIEW

Nicole Oosterlee, kwaliteitsverpleegkundige: "In 2019 is de Zonnehuisgroep gestart met de inzet van kwaliteitsverpleegkundigen. In 2021 hebben we als kwaliteitsverpleegkundigen een vakgroep voor kwaliteit opgericht. Voor ons was dat nieuw, we wisten niet goed hoe we dat moesten doen. We kregen hulp van een interne beleidsmedewerker. Nu de vakgroep staat, komen we één keer per maand als vakgroep bij elkaar. Dan bespreken we met welke projecten we bezig zijn, kijken we of we die projecten met elkaar kunnen delen en geven we elkaar advies. Ook zijn we veel bezig met e-learning, trainingen en opleidingen. We toetsen medewerkers en hebben samen met teamleiders een coachende rol om iedereen bevoegd en bekwaam te houden. We gaan op onderzoek uit, kijken protocollen na en vragen ons doorlopend af wat we kunnen verbeteren."

Samen werken aan de kwaliteit van de zorg

"Als kwaliteitsverpleegkundigen staan we dagelijks in de zorg, maar houden we ons bezig met alles wat daarachter gebeurt. Zo kunnen we onze aandacht volledig richten op de kwaliteit van de zorg. Als vakgroep bereiken we meer dan als individu en hebben we meer zeggenschap. Omdat we onze adviezen met elkaar bespreken en onze samenwerking heel goed verloopt, staan we stevig in onze schoenen op het moment dat we met een advies naar buiten treden. Binnen de vakgroep leren we van elkaar, delen we kennis en verbeteren we samen de kwaliteit van zorg. We zoeken naar de best werkende manieren en vinden niet telkens individueel het wiel zelf uit. Daar zijn onze cliënten uiteindelijk bij gebaat."

Bekendheid aan de vakgroep geven

"Hoewel de vakgroep in 2021 in het leven geroepen is, weten nog niet alle collega's van het bestaan van de vakgroep af. Als ik tien collega's vraag of ze weten dat er een vakgroep kwaliteit bestaat, dan denk ik dat zo'n zes collega's dat niet weten. Het jaar 2021 stond namelijk vooral in het teken van corona. We hadden geen fysiek overleg en communiceren was lastig. Nu dat allemaal weer door kan gaan, is de volgende stap na het opzetten van de vakgroep om daar bekendheid aan te geven. We hebben alles netjes opgezet, nu is het tijd voor de randzaken."

3.4.3 Jaarlijkse externe kwaliteitsaudit

In februari 2021 voerde Certificatie in de Zorg (CiZ) de jaarlijkse externe kwaliteitsaudit voor ISO voor Zorg en Welzijn uit. Het CiZ kijkt "of de zorg afgestemd is op de behoefte van klanten en doeltreffend en doelmatig georganiseerd is." In 2021 keek het CiZ specifiek naar de volgende onderwerpen: Advanced Care Planning, zorgpad stervensfase, samenwerking (tussen cliënt, naasten, zorg en behandelaren) en persoonsgerichte zorg in het kader van laatste levensfase en levenseinde, en Corona.

De auditoren gaven aan een organisatie te zien die net weer een beetje op adem was gekomen van Corona. Zij zagen energie, maar ook vermoeidheid. En ook verschil tussen de teams. Zij zagen dat de kwaliteitsverpleegkundigen een enorme impuls aan de kwaliteit geven.

Het certificaat werd verlengd.

Na februari kwamen er helaas nog verschillende uitbraken van Corona. Zo hadden de afdelingen waar de IGJ in oktober kwam, nog niet erg lang daarvoor een behoorlijke uitbraak gehad. Ook de IGJ gaf aan vermoeidheid te zien.

Naar aanleiding van deze externe kwaliteitsaudit en het latere toezichtbezoek van de IGJ is er een gesprek geweest met CiZ, waarin wij vroegen of zij in hun volgende audit ook een aantal items mee willen nemen waar de IGJ op toetst.

3.4.4 Klachten cliënten

In 2021 dienden 5 cliënten / familie een formele klacht in bij de Raad van Bestuur. Dit is een forse stijging ten opzichte van vorige jaren. 54 cliënten / families dienden een informele klacht in bij de klachtenfunctionaris en de cliëntondersteuners klachten. Bij sommigen ging het om één ding, bij anderen ging het om meer. In totaal waren er 106 klachtonderdelen. Daarmee steeg het aantal informele klachten en klachtonderdelen licht. In voorgaande jaren schommelden formele klachten, informele klachten en klachtonderdelen licht, zonder echte uitschieters. Vooral bij de formele klachten is daarmee nu een breuk te zien.

Terugkijkend op 2021 is te zien dat de meeste klagers en klachten in Drieën-Huysen Zuid waren (26x resp. 39x). Drie van deze klagers dienden een formele klacht in, waarbij één van die formele klachten tevens een calamiteit was. Er waren ook andere signalen dat er problemen waren in Drieën-Huysen Zuid, zoals te zien is in andere paragrafen van dit Kwaliteitsverslag. Sinds december 2021 zetten wij daar nog meer verbetermaatregelen in en sinds het eind van het eerste kwartaal van 2022 beginnen die hun vruchten af te werpen.

Overigens lieten de onderzoeken van officiële klachten en calamiteiten meerdere keren dezelfde onderliggende oorzaken zien, ongeacht de locatie. De verbeterprojecten hiervoor werden opgenomen in het programma Op Koers, dat in januari 2022 startte.

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. Wat elke keer weer goed blijkt te werken, is dat er snel contact is, bij voorkeur door een directeur Zorg en Behandeling (mensen willen toch vaak opschalen), en ook daarna bereikbaar zijn voor de klager. De ervaring leert dat het na één gesprek meestal al voldoende is, het feit dat men altijd mag bellen, werkt uitstekend.

3.4.5 Meldingen bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd

In februari 2021 presenteerde een externe onderzoekscommissie haar rapport over de bij de IGJ gemelde situatie van geweld in de zorgrelatie. Inmiddels hadden we al een verbetertraject opgestart en dit breidden we uit naar aanleiding van de aanbevelingen van de onderzoekscommissie. De opvolging daarvan monitorde bestuurder en directie gedurende het hele jaar. De IGJ accepteerde het onderzoeksrapport en de verbetermaatregelen.

In 2021 meldden wij vier incidenten als calamiteit bij de IGJ. Drie daarvan lieten we door of onder leiding van externen onderzoeken, één onderzocht een interne commissie. Op grond van de resultaten formuleerden we bij elk onderzoeksrapport verbetermaatregelen. Een deel daarvan sloot aan bij verbeteringen/projecten die net gestart waren of gingen starten.

De IGJ beoordeelde de onderzoeken en de verbetermaatregelen als voldoende en sloot de meldingen af.

Per kwartaal werd de trend van klachten en meldingen besproken in de stuurgroep Kwaliteit & Veiligheid waarin de bestuurder en de directeuren zitting hebben. De bestuurder en de directeuren volgen enkele keren per jaar de voortgang van de verbetermaatregelen die naar aanleiding van de onderzoeken worden getroffen.

3.5 Leiderschap, governance en management

3.5.1 Strategische koers 2021-2025

In 2021 konden we dan eindelijk onze visie herijken en onze strategie voor de komende paar jaar opstellen. We hadden dit al eerder willen doen, maar in 2020, het eerste coronajaar, was het niet mogelijk om bijeenkomsten met medewerkers uit alle delen van de organisatie te hebben. Daarnaast hadden de meeste medewerkers hun handen vol aan die pandemie. Het was fijn om te merken dat collega's nu bereid en in staat waren om mee te denken over de missie, visie en strategie voor de komende jaren. Gezamenlijk is een mooi resultaat neergelegd, dat de komende jaren een leidraad is.

Pijlers van kwaliteit

De pijlers van kwaliteit die we in de strategische koers noemen zijn:

- we gebruiken evidence-based methodieken
- we zijn een Academisch Verpleeghuis
- we streven naar continuïteit in kennis, ervaring en cultuur van het team, in de aansturing en in onze focus
- waar we aan beginnen maken we ook af
- we leveren verantwoorde en veilige zorg
- we geven tijd en aandacht aan de cliënten

Onze visie en kernwaarden zijn beschreven in hoofdstuk 2 en in paragraaf 3.1.1. en onze pijlers van kwaliteit in deze paragraaf.

Daarnaast keken we naar de soorten zorg die we bieden en we scherpten dat pakket wat aan. Natuurlijke kozen we ook strategische acties om de strategische koers uit te kunnen voeren. Bijvoorbeeld methodisch werken, naast multidisciplinair ook interdisciplinair samenwerken, innovatie, positioneren in de arbeidsmarkt, in gesprek zijn met elkaar en leiderschapsontwikkeling.

3.5.2 Facilitair

Twee ontwikkelingen leidden tot het opstellen van het facilitair beleid voor 2021-2025. Om te beginnen werd begin 2021 de organisatieverandering van de hele organisatie binnen de afdeling Facilitair afgerond. Daarnaast stelden we in 2021 de strategische koers 2021-2025 op, zoals beschreven in hoofdstuk 2, paragraaf 3.1.1 en paragraaf 3.5.1. Zoals afgesproken werkte Facilitair die koers uit in een beleid voor de eigen afdeling.

De manager Facilitair vertelt hierover.

INTERVIEW

Lieselotte Verschoor, manager Facilitair: “ In 2020 is de organisatiestructuur van de Zonnehuisgroep veranderd. Ik ben toen als manager Facilitair aangesteld. Begin 2021 hebben wij ook binnen de afdeling Facilitair de structuur veranderd. Eerder stuurden we per dienst aan, over locaties heen. Sinds het begin van 2021 sturen we per locatie aan. We hebben nu per locatie één aanspreekpunt. Dat is de teamleider Facilitair van de locatie. De teamleider Facilitair is eindverantwoordelijk voor de verschillende diensten per locatie. Dat zijn huishouding, brasserie, receptie en servicepunt, linnenkamer, logistiek en magazijn. Vanuit het oogpunt van de zorg is het nu beter geregeld, al vraagt het op sommige onderdelen meer intensieve samenwerking van ons als afdeling Facilitair.”

“2021 was ook het jaar waarin we het beleid van de afdeling Facilitair hebben geformuleerd. De kernpunten van dat beleid zijn een verlengde van de algemene strategie 2021-2025 van de Zonnehuisgroep. Daarin staat het welbevinden van zowel client als medewerker centraal. Dat hebben we uiteraard naar de afdeling Facilitair doorgetrokken.”

“Een belangrijk onderdeel van ons nieuwe beleid betreft de samenwerking tussen Facilitair en Zorg. We hebben in 2021 meerdere sessies georganiseerd waarin zorgpersoneel en medewerkers van de afdeling Facilitair hun input mochten geven op het beleid. Tijdens die sessies kwam naar voren dat Facilitair en Zorg naast elkaar werken zonder van elkaar te weten wat ze doen. Dit gebeurt terwijl er wél behoefte is aan samenwerking. Daar gaan we ons dus in de aankomende tijd op richten. Dat is niet alleen voor ons als medewerkers prettig, maar ook voor bewoners. Die hebben er misschien niet direct mee te maken, maar merken natuurlijk wel indirect als de communicatie of samenwerking niet optimaal verloopt.”

“Tot slot is ook duurzaamheid onderdeel van ons nieuwe afdelingsbeleid. In 2021 hebben we de ambitie uitgesproken om het bronzen certificaat van de Milieuthermometer Zorg te willen halen. Daarmee zullen we voldoen aan de basiseisen op het gebied van de wet- en regelgeving rondom duurzaamheid. Verder hebben we eind 2021 met elkaar besproken hoe we het beste processen kunnen vastleggen, verbeteren en borgen. Daar zijn we nog niet verder in gekomen. Het moet namelijk geen papieren tijger worden die ons niets oplevert. We willen daar nog goed over nadenken en richting aan geven. “

3.5.3 Afdeling Behandeling

In de eerste helft van 2020 vond de eerste fase van de organisatieontwikkeling plaats. Het doel daarvan was het makkelijker kunnen regelen en samenwerken, onder andere in en tussen de zorg en behandeling. Overigens bedoelen we met ‘zorg’ meestal het geheel van zorg en behandeling, maar in deze paragraaf splitsen we die twee even.

Met de pensionering van de directeur Behandeling op 1 maart 2021 ging de tweede fase in. Zorg en behandeling kwamen onder één directeur en de afdeling Behandeling kreeg een manager. De functies van meewerkende hoofden vervielen. Deze verandering had de rest van de organisatie in de eerste fase in 2020 doorgemaakt.

Het vierde kwartaal was voor de behandelaren een lastig kwartaal, omdat er aan plannen werd gewerkt voor verdere veranderingen op de afdeling. Redenen hiervoor waren dat wij vanaf 2022

geen behandeling meer zouden geven bij een andere organisatie in de ouderenzorg en vermindering van inkomsten. Vlak voor Kerst werd besloten met deze plannen te stoppen.

3.5.4 Advisering en beïnvloeding door professionals

De op te richten vakgroep specialisten ouderengeneeskunde (SO) draagt bij aan het leren en verbeteren van kwaliteit, zie ook paragraaf 3.4.1, en zorgt daarnaast voor advisering en beïnvloeding door SO's op bestuurlijk niveau. Omdat de directeur Behandeling, die een SO was, met pensioen ging en de vakgroep SO er in 2021 nog niet was, startten voor de zomer maandelijks gesprekken van de bestuurder en directeur Zorg en Behandeling met het team SO's. Hierbij was ook de manager Behandeling aanwezig. Het is belangrijk dat er in deze tussentijd contact met het bestuur is gebleven, totdat dat zijn definitieve vorm krijgt.

Al jaren is er een VAR voor de beroepsgroepen verzorgenden en verpleegkundigen. In 2021 werd met VAR en de behandelaren besproken om de VAR uit te breiden tot een PAR, een Professionele Adviesraad. Naast de verzorging en verpleging zijn ook de paramedische en psychosociale beroepsgroepen daarin vertegenwoordigd. En dat is een goede ontwikkeling. In 2022 wordt de PAR omgevormd tot een PAR.

3.5.5 Rol en positie interne organen en toezichthouder

De interne organen en toezichthouder zijn de Centrale Cliëntenraad, Cliëntenraad Somatiek, Cliëntenraad Psychogeriatric (PG), Ondernemingsraad, Verpleegkundige / verzorgende AdviesRaad, Vrijwilligersraad en Raad van Toezicht. De cliëntenraden worden gevoed vanuit de deelraden, dat zijn de medezeggenschapsorganen op afdelingsniveau.

De bestuurder overlegde regelmatig met de raden, informeerde en vroeg om advies, instemming en goedkeuring, al naar gelang hun rechten. De locatiemanagers hebben mandaat om namens de bestuurder met de Cliëntenraad Somatiek resp. de Cliëntenraad PG te spreken. Zie voor de Raad van Toezicht verder bijlage 4.

De raden in coronatijd

Het grootste deel van het jaar kon er alleen maar via Teams vergaderd worden. De Ondernemingsraad, die veel leden heeft, vond dat erg lastig. Daarom week deze raad soms uit naar een gehuurde, voldoende grote ruimte extern. Ook de cliëntenraden deden dat soms. Bij de Cliëntenraad Somatiek lukte het de leden – bewoners – niet om via Teams te vergaderen. De onafhankelijk voorzitter loste dit op door hen één op één te spreken en dan zelf te overleggen met de vertegenwoordigers van de organisatie. Wat er besproken was, koppelden de locatiemanagers dan weer terug naar de teamleiders en cliënten. De deelraden van de somatische afdelingen losten het op door in kleine groepen, zoals per etage van negen bewoners, bij elkaar te komen. We hielden de CCR en de OR wekelijks op de hoogte van de stand van zaken van Corona in de organisatie en bespraken dit met hen. We informeerden de RvT frequent.

3.5.6 Inzicht hebben en geven

Sinds 2019 doen we een interne benchmark van alle bestaande metingen van kwaliteit. Dit resulteerde in een overzicht met smileys.

In 2021 stelden we onszelf vragen bij deze interne benchmark. Hadden we nu wel alle 'knoppen waar we aan kunnen draaien' te pakken? En gaven de cijfers / de smileys nu wel aan waar het echt om draait bij de verschillende onderwerpen? En last but not least, het was allemaal

handwerk. De omslag kwam nadat de IGJ eind oktober Het Zonnehuis bezocht had. In het verbeterprogramma Op Koers kwamen we tot net wat andere keuzes, werden normen gesteld en werd het zo ingericht dat de cijfers uit de bestaande systemen getrokken kunnen worden. Soms is daarnaast nog een kwalitatief onderzoek naar een bepaald aspect nodig. De week- en trendrapportages gaan, net als de voormalige smileyrapporten, naar de locatiemanagers en teamleiders en ze worden besproken.

De Raad van Bestuur en de directie waren open en transparant. Er werd periodiek verslag gedaan over relevante thema's zoals kwaliteit van zorg, bedrijfsvoering en andere en financiële rapportages. Niet alleen naar de verschillende raden maar ook naar bijvoorbeeld managers en teamleiders.

3.6 Personeelssamenstelling (voldoende en bekwaam personeel)

3.6.1 Voldoende medewerkers

De arbeidsmarkt wordt steeds moeilijker. Ook wij merken dat. Het behouden van medewerkers wordt daarom steeds belangrijker. In het najaar startten wij dan ook een Taskforce Collega. Een multidisciplinaire groep medewerkers inventariseerde welke knelpunten er zijn in het behoud van medewerkers en in het proces van ontvangen en inwerken van nieuwe medewerkers. Waar hebben medewerkers behoefte aan? Uiteenlopende acties werden in gang gezet, van aandacht hebben voor medewerkers tot het verbeteren van de managementcijfers tot activiteiten om jonge medewerkers te binden en te boeien.

Los van de Taskforce waren we al eerder in 2021 begonnen met het verbeteren van het ontvangen van nieuwe medewerkers voor en na hun eerste werkdag (onboarden). En eind 2021 was er een arbeidsmarktcampagne.

Tegen het eind van het jaar werd het aantal medewerkers door meerdere omstandigheden zo'n nijpend punt, dat we helaas genoodzaakt waren voor een aantal afdelingen een cliëntenstop in te voeren.

Zorg

We werken met een vastgestelde 'paraatheid' per zorgteam. Deze geeft per afdeling aan welke mix van deskundigheden er in een dienst aanwezig moet zijn. Dit is gebaseerd op de zorgzwaarte en zorgvraag van de cliënt. De personeelssamenstelling staat op onze website en is tevens als bijlage 2 aan dit Kwaliteitsverslag toegevoegd.

De vacatures en het hoge verzuim leidden in 2021 tot de inzet van veel uitzendkrachten. In de zorg wordt het steeds moeilijker om verzorgende en verpleegkundigen te werven. En het verzuim was mede als gevolg van Corona hoog. Er was wel een duidelijk verschil tussen locaties. In Het Zonnehuis Somatiek en in Drieën-Huysen Zuid speelde dit het meest. We zagen de gevolgen op deze locaties ook aan andere parameters. Wel waren de achtergronden verschillend. Op verschillende manieren probeerden we verbetering aan te brengen. Om die verbetermaatregelen te ondersteunen, besloten we in het vierde kwartaal tot een voorlopige opnamestop op deze twee locaties. En om uitzendkrachten – die er maar heel even zijn en de cliënten niet kennen – te vervangen door detacheerders, die de cliënten en de afdeling wel leren kennen en ook ingewerkt kunnen worden. Daarnaast stelden we als norm dat 80% van een zorgteam moet bestaan uit vaste medewerkers en detacheerders, die de cliënten die ze verzorgen, kennen. In het eerste kwartaal van 2022 plukten we hiervan al de eerste vruchten.

Behandelaren

Hoewel SO's moeilijk te vinden zijn, gingen we in de loop van 2021 van drie naar vier SO's in vaste dienst. De toen nog bestaande vacature werd ingevuld met basisartsen en in een deel van de diensten met artsen van GeriCall.

GZ-psychologen zijn ook dun gezaaid. Een externe GZ-psycholoog begeleidt onze psychologen.

Bedrijfsvoering

Ook bij Bedrijfsvoering is het voor een aantal functies moeilijk om nieuwe medewerkers te werven en lossen we dit op door ZZP'ers.

3.6.2 Verpleegkundig specialisten

In 2021 bereidden we de inzet van verpleegkundig specialisten voor. Deze functie is een waardevolle aanvulling op de artsen en de zorg.

Net als SO's en GZ-psychologen zijn ook verpleegkundig specialisten dun gezaaid. We zijn blij dat we sinds februari 2022 een verpleegkundig specialist hebben.

3.6.3 Verzuim

Het verzuim was in 2021 hoog (10,58%), hoger dan we gewend zijn en daar kwam de Coronapandemie nog eens bovenop. In dat jaar kregen in totaal 175 medewerkers Corona.

Op twee locaties was het verzuim veel hoger dan op de andere, namelijk Het Zonnehuis Somatiek en Drieën-Huysen Zuid. De oorzaken waren echter verschillend. Bij Drieën-Huysen Zuid kwam het hoge verzuim samen met de aanwezigheid van veel vacatures. Op beide locaties werd een verzuimcoördinator ingezet.

Overigens waren er ook andere signalen dat er problemen waren in Drieën-Huysen Zuid, zoals te zien is in andere paragrafen van dit Kwaliteitsverslag. Sinds december 2021 zetten wij daar nog meer verbetermaatregelen in en sinds het eind van het eerste kwartaal van 2022 beginnen die hun vruchten af te werpen.

In 2021 fristen we bij bestuur, directie, managers en HR onze keuze voor een filosofie voor de preventie en aanpak van verzuim weer op, namelijk een gedragsbenadering. Ook namen we afscheid van onze arbodienst en kozen een arbodienst die bij onze filosofie aansluit.

In 2021 keken we ook opnieuw naar onze providerboog HR om de juiste interventie in te kunnen zetten bij de preventie van en begeleiding bij verzuim.

3.6.4 Opleidingen

Een van onze kwaliteiten is vakmanschap. Dit vraagt van iedere medewerker werken met zijn hoofd, met zijn handen en vanuit zijn hart. Wij investeren dan ook veel in de scholing van de medewerkers. E-learning is een belangrijk onderdeel daarin. Als gevolg van de coronapandemie is er ook in 2021 veel via Teams gegaan of afgezegd.

In 2021 namen we een enquête af onder de leerlingen, om te leren waar zij tegenaan lopen en waar zij behoefte aan hebben.

3.6.5 Medewerkers die ook mantelzorger zijn

Wij ondersteunen medewerkers die ook mantelzorger zijn, bij het vinden en behouden van een goede balans tussen werk en privé. Als zodanig zijn wij ook door Minters Mantelzorg⁶ erkend. Ten slotte voldeden wij in 2021 opnieuw ruimschoots aan de norm Social Return.

⁶ Minters Mantelzorg is een kenniscentrum voor mantelzorgers en professionals.

3.7 Gebruik van hulpbronnen

3.7.1 Privacy

In 2021 onderzocht de regio of de zorgorganisaties gezamenlijk een Functionaris Gegevensbescherming (FG) zou aantrekken. De organisaties bleken naast een FG vooral ook behoefte aan een Privacy Officer (PO) te hebben. Uiteindelijk besloten de organisaties dat ieder zelf voor zijn FG en PO zou zorgen. Wij hebben sinds 2019 een externe FG en PO.

3.7.2 Nieuwbouw

We werken al een aantal jaren aan plannen voor een nieuw te bouwen verpleeghuis. Dit doen we samen met de Gemeente Vlaardingen, de aannemer, de architect en twee ROC's. Het totale project, waar ons verpleeghuis onderdeel van is, heet District U.

In 2021 bereidden we de koopovereenkomst van de grond voor, het Voorlopig Ontwerp (VO) is bijna klaar, de gemeente liet een milieueffectrapportage (MER) maken, het vergunningentraject ging lopen en de bestemmingsplanprocedure ging van start. Het resultaat zal over een paar jaar zijn een modern gebouw, dat aan alle eisen van de moderne tijd voldoet en dat een verouderd gebouw zal gaan vervangen.

We pasten ons strategische vastgoedplan (SVP) aan en de daarmee samenhangende meerjarenbegroting.

3.7.3 Nieuwe bedden en matrassen

In 2021 werd een groot deel van de bedden vervangen en alle matrassen. Dit is een kwaliteitsslag voor de cliënten en ook , arbo-technisch, voor de medewerkers. Ook voerden we voor alle bedden en matrassen een beheersysteem in, inclusief jaarlijkse kwaliteitscontrole.

3.7.4 Samenwerking met andere organisaties

Wij werkten op diverse gebieden samen met andere organisaties ten behoeve van de kwaliteit van onze verpleeghuiszorg, geriatrische revalidatiezorg en thuiszorg.

Zorginnovatie-academie

Ook al is er nog geen spa de grond in gegaan, het opzetten van de Zorginnovatie-Academie (ZIA) is in 2021 daadwerkelijk gestart.

Het zojuist genoemde District U is een inspirerende plek waar zorg, onderwijs, innovatie en onderzoek-in-de-praktijk samenvallen. Dit levert vernieuwend en flexibel zorgonderwijs op, zoals zogeheten 'Doorlopende leerlijnen' en 'scenario leren.' Het vernieuwende is dat zorg en onderwijs hier intensief samenwerken. Leerlingen en stagiaires kunnen breed worden opgeleid en meer op maat worden begeleid. Onderzoek, preventie en zorgtechnologie zullen aandacht krijgen. We verwachten hiermee meer jongeren en zij-instromers enthousiast te maken voor een baan in de ouderenzorg. En tegelijkertijd ook meer zorgmedewerkers hierdoor te behouden. In 2021 is het ZIA

In de ZIA werken de volgende organisaties samen: Zonnehuisgroep Vlaardingen, Argos Zorggroep, Frankelandgroep, Careyn, Albeda, Lentiz, Gemeenten Vlaardingen, Schiedam en Maassluis, Hogeschool Rotterdam en DSW. Zij kregen voor dit project een RiF-subsidie en de MRDH-subsidie.

Kwaliteit van zorg

Wij zijn lid van de Rotterdam Stroke Service, wij werken nauw samen met huisartsenpraktijk Copenhaege (specialist ouderengeneeskunde), het Franciscus Gasthuis & Vlietland, GGZ

Delfland, en wij nemen deel in de regionale Dementieketen, in het Geriatriesch Netwerk Nieuwe Waterweg Noord en in het Netwerk Palliatieve Terminale Zorg Nieuwe Waterweg Noord. Voor welzijnsactiviteiten werken wij samen met kinderopvang, basisscholen, de St. Jozef Mavo, sportschool de Polderpoort en dergelijke.

In de thuiszorg zijn twee van onze (wijk)verpleegkundigen gedetacheerd in de sociale wijkteams. Voorts werken twee van onze (wijk)verpleegkundigen in de CVA-nazorg – onderdeel van de Stroke keten – voor Vlaardingen en Schiedam. Wij maken onderdeel uit van Gezondheidscentrum Emmahof.

In Uitzicht, de Vlaardingse locatie van Cedrah, boden wij de functie Behandeling. Na dit meerdere jaren gedaan te hebben, stopten we daarmee in 2022. Cedrah werd een volledig verpleeghuis en dat zou meer verantwoordelijkheden en inzet van onze behandelaren vragen dan wij kunnen bieden. T-zorg biedt in onderaanneming huishoudelijke hulp bij onze VPT-cliënten (Volledig Pakket Thuis) en MPT-cliënten (overige cliënten die thuis Wlz-zorg krijgen).

Kennisvermeerdering

Als lid van het Universitair Netwerk voor de Caresector – Zuid-Holland LUMC (UNC-ZH) richten wij ons op deelname aan het ontwikkelen van kennis en het toepassen van nieuwe kennis in de dagelijkse professionele praktijk.

Overig

Natuurlijk zijn er ook andere netwerken, onder andere op bestuurlijk niveau van de zorgorganisaties en het Zorgkantoor in de regio. Daarnaast werken wij samen met de Gemeente Vlaardingen en Woningstichting Samenwerking Vlaardingen.

Voor wat betreft de arbeidsmarkt en opleidingen zijn wij lid van de werkgeversverenigingen ZorgZijnWerkt en werken wij samen met onder meer het Albeda College, de Hogeschool Rotterdam en BTSG.

3.8 Gebruik van informatie

3.8.1 Gegevens over de kwaliteit van zorg, personeel en financiën

We hebben gegevens over de kwaliteit van zorg. In paragraaf 3.5.6 staat beschreven wat we daaraan hebben verbeterd in 2021. Wat betreft personeel gaat het om verzuim, verloop, aantal vacatures enzovoort. Dan zijn er de financiële cijfers en wat daar dicht in de buurt ligt, zoals bedbezetting. In 2021 kwamen er soms overzichten met gegevens bij, omdat daar behoefte aan bestond om goed te kunnen sturen.

Gegevens worden gebruikt in alle lagen van de organisatie, van teamleiders, die ze ook in hun werkoverleg kunnen gebruiken, tot en met de Raad van Toezicht. En ook de Ondernemingsraad en de cliëntenraden krijgen gegevens. De overzichten zijn wel toegesneden op de groepen die ze krijgen. Een deel wordt wekelijks verstrekt en besproken.

3.8.2 Administratieve en financiële systemen

In 2021 kozen we een nieuw systeem als opvolger van onze bestaande financiële en administratieve systemen. De invoering van zo'n groot en belangrijk systeem vraagt veel voorbereiding en inrichting. Daarna moet iedereen in de organisatie de het gebruikt, getraind worden, inclusief de zorg. Dit alles is in 2021 gedaan. Op het moment dat het echt van start zou gaan, startte het verbeterprogramma Op Koers, dat óók veel van de zorg vroeg. Omdat dit teveel tegelijk was, met de risico's van dien, kozen we voor uitstel van het nieuwe systeem tot 1 oktober 2022.

De vervanging van het inkoopstelsel is wel doorgedaan in 2021.

Specifieke aandacht voor drie onderdelen

4 Veiligheid

De thema's 'medicatieveiligheid' en 'decubituspreventie' worden gemeten in de LPZ-meting. Dat vond in eerdere jaren plaats in november. Omdat de LPZ-cijfers gebruikt worden voor het aanleveren van gegevens aan het Zorginstituut, is door de LPZ besloten om de meting van november 2020 naar februari 2021 te verzetten.

Als verantwoording over het thema 'onvrijwillige zorg' staan in bijlage 3 de cijfers en de analyse die wij ook aan de IGJ hebben aangeleverd.

4.1 Medicatieveiligheid

Medicatiereview binnen Zonnehuisgroep Vlaardingen

Thema	Q2 2021	Q4 2019
% bewoners/ cliënten bij wie een medicatiereview heeft plaatsgevonden	8,2% (landelijk 37,4%)	3,5%

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

4.2 Decubituspreventie

Thema	April 2021	Q4 2019
Prevalentie decubitus categorie 1, 2, 3 en 4	≥ C1: 15,7% * ≥ C2: 6,6% *	≥ C1: 16,4% ≥ C2: 6,3%
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
Primair aantoonbaar maken dat binnen de organisatie-eenheden het voorkómen en voorkómen van decubitus wordt gedocumenteerd en besproken	<ul style="list-style-type: none">• Kernteamoverleg• Decubituscommissie• Aandachtvelders wondzorg• 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.

4.3 Onvrijwillige zorg

Als verantwoording over het thema 'onvrijwillige zorg' staan in bijlage 3 de cijfers en de analyse die wij ook aan de IGJ hebben aangeleverd.

Zie voor meer informatie over onvrijwillig zorg paragraaf 3.1.5.

5 Cliëntoordelen

Vanaf 2021 worden clientervaringen verpleeghuiszorg alleen nog gemeten met de totaalscore van Zorgkaart Nederland. Dit was een besluit van de landelijke Stuurgroep Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.

5.1 Interne tevredenheidsmeting QDNA (ZorgDNA)

In 2021 hield het team Beleid een interne cliëntentevredenheidsmeting onder de cliënten van de afdelingen. De respons op verschillende afdelingen was laag. Daardoor konden we helaas geen duidelijke conclusies trekken. Daarom besloten we deze meting niet te gebruiken voor verdere verbeterplannen.

5.2 Zorgkaart Nederland

In 2021 zetten meer cliënten of hun familie een cijfer op Zorgkaart Nederland over hun tevredenheid over de zorg die zij bij ons kregen. Vooral cliënten van Revalidatie De Dillenburg en van de thuiszorg doen dat. Aan hen wordt ook actief gevraagd om een cijfer op Zorgkaart Nederland te zetten. Op de afdelingen voor langdurig verblijf gebeurt dat niet en daar zijn dan ook maar weinig mensen die een cijfer geven.

We probeerden in het verleden op verschillende manieren om meer reacties te krijgen, maar dat had helaas steeds te weinig resultaat. We besloten daarom om in 2022 actief waarderingen op te gaan halen, namelijk door een extern bureau cliënten te laten interviewen.

Peildatum heel 2021

Locatie	Aantal plaatsen	2021 Cijfers (aantal waarderingen)	2020 Cijfer (aantal waarderingen)	2019 Cijfers (aantal waarderingen)
Zonnehuisgroep Vlaardingen	458	7.9 (72)	7,7 (49)	7,4 (17)
Het Zonnehuis	166	8.2 (13)	6,7 (8)	8,2 (4)
Drieën-Huysen Noord	92	- (0)	8,4 (3)	-
Adriaan Pauw	35	6.0 (1)	7,3 (2)	7,5 (1)
Drieën-Huysen Zuid	81	5.2 (3)	5,5 (2)	7,9 (3)
De Laurenburg	21	3.7 (2)	-	-
Revalidatie De Dillenburg	63	8.0 (26)	7,6 (6)	7,0 (8)
Zonnehuis Thuis (PREM)	n.v.t.	8.2 (27)	8,2 (28)	6,7 (1)

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

6 Leren en werken aan kwaliteit

De voortgang van het Kwaliteitsplan 2021 volgden wij gedurende het jaar in de stuurgroep Kwaliteit en Veiligheid, bestaande uit Raad van Bestuur, directie, bestuurssecretaris, manager HR, specialist ouderengeneeskunde en beleidsadviseurs, in de Commissie Kwaliteit & Veiligheid en in de voltallige Raad van Toezicht.

De stuurgroep K&V kwam eerst eenmaal per kwartaal bij elkaar en later elke maand.

Het Kwaliteitsverslag 2020 was opgesteld volgens de richtlijnen van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Het verslag werd met de Centrale Cliëntenraad, de Ondernemingsraad, de Verpleegkundige en Verzorgende Adviesraad en de Raad van Toezicht besproken, evenals in de beide netwerken. Het Kwaliteitsplan 2022 werd met dezelfde gremia besproken. Hun opmerkingen zijn verwerkt.

Lerende netwerken

In het lerend netwerk Universitair Netwerk Care Zuid-Holland (UNC-ZH) hebben de HBO- en WO-opgeleide medewerkers in de zorg en behandeling in 2021 niet bij elkaar gekeken om van elkaar te leren. Wel hebben medewerkers deelgenomen aan de webinar die in 2021 door het UNC-ZH werden georganiseerd. In het lerend netwerk FAZ – met de Frankelandgroep en Argos Zorggroep – werd in 2021 niet bij elkaar gekeken.

Ontwikkelen en toepassen van kennis

Als lid van het UNC-ZH richten wij ons op deelname aan het ontwikkelen van kennis en het toepassen van nieuwe kennis in de dagelijkse professionele praktijk. Onze wetenschappelijke onderzoekscommissie ondersteunt daarbij. Een van de behandelaren is als linking pin voor een dag in de week gedetacheerd bij het LUMC.

Als lid van het UNC-ZH deden en deden wij mee aan het onderzoek dat dit netwerk doet naar de effecten van het COVID-19 virus binnen de verpleeghuizen. Dit gebeurde in opdracht van het ministerie van VWS en samen met het UNO-UMCG (Groningen) en de andere vier Samenwerkende Academische Netwerken Ouderenzorg (SANO). Het initiatief werd mede ondersteund door ActiZ, V&VN en Verenso. In de loop van 2021 stopte dit onderzoek. Daarnaast deden we mee aan de studie 'COVID-19 bij verpleeghuisbewoners' van het Amsterdam UMC. Ook dit onderzoek stopte in de loop van 2021.

Bijlage 1 Lijst met afkortingen

AVG	Algemene Verordening Gegevensbescherming
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
LUMC	Leids Universitair Medisch Centrum
MD	management development
MDO	multidisciplinair overleg
MDS	multidisciplinaire samenwerking
MPT	Modulair Pakket Thuis
MTO	medewerkerstevredenheidsonderzoek
NAH	Niet Aangeboren Hersenletsel; wij gebruiken deze term alleen voor onze jonge(re) bewoners met NAH
NPS	Net Promotor Score; manier om klanttevredenheid en -loyaliteit te meten.
ONS	de naam van de applicatie met het elektronisch cliëntdossier voor de zorg, de cliëntenadministratie en de roosterplanning
PG	psychogeriatric
QDNA	de realtime meet specialist van ZorgDNA; meet cliëntervaringen
RvA	Raad van Advies
RvC	Raad van Commissarissen
RvT	Raad van Toezicht
UNCZH–LUMC	Universitair Netwerk voor de Caresector – Zuid-Holland Leids Universitair Medisch Centrum
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
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WNT II	Wet normering topinkomens 2
Ysis	het elektronisch cliëntdossier voor de behandelaren; op de revalidatie wordt dit ook door de zorg gebruikt
ZIN	Zorginstituut Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet

Bijlage 2 Personeelssamenstelling

Personeel in aantal

Peildatum 31 december 2021

	Aantal medewerkers	fte
Totaal aantal medewerkers	898	579
Aantal medewerkers zorg	713	468
Aantal medewerkers niet zorg	185	111
Aantal stagiaires zorg en niet zorg	42	n.v.t.
Aantal vrijwilligers zorg en niet zorg	543	n.v.t.

Verdeling zorgverleners intra- en extramuraal naar functie en locatie

Peildatum 31 december 2021

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	71	115	14/7	20/14	11/16	39/43	16/20	83
Het Zonnehuis somatiek, incl. De Laurenburg	78	110	6/3	23/22	11/14	43/45	17/16	104
Drieën-Huysen Zuid	71	107	6/2	28/25	13/18	35/36	18/19	81
Adriaan Pauw	29	47	9/1	35/30	11/16	28/35	17/18	35
Drieën-Huysen Noord	69	113	10/2	32/25	12/16	37/46	9/10	92
De Dillenburg revalidatie	29	48	23/3	10/11	13/18	25/30	29/38	63
A- / N- / weekendhoofd	3	7	-	-	-	-	100/100	n.v.t.
Zonnehuis Thuis	48	75	-	13/10	68/65	-	19/25	n.v.t.
Management Zorg	6	6	-	-	-	-	100/100	n.v.t.

Aantal leerlingen in zorgfuncties

Peildatum 31 december 2021

Verhouding leerlingen en gediplomeerden in de zorg	
Gediplomeerden niveau 3 en hoger	271 fte
Leerlingen niveau 2 en hoger	55 fte
Percentage leerlingen t.o.v. gediplomeerden	20,3%

Verdeling behandelaren naar locatie

Peildatum gemiddeld in 2021

Locatie	Aantal plaatsen	Arts fte	Wzd- functionaris fte	GZ-psychooloog fte	Psycholoog fte	Fysiotherapie fte	Vaktherapeut bewegen fte	Diëtist fte	Ergotherapie fte	Logopedie fte	Maatschappelijk werk fte
De afdeling Behandeling is voor de hele organisatie; de locaties hebben niet een vast aantal fte's van de behandeldisciplines.											
Totaal	485	5,23 + GeriCall	1,00	PNIL	2,06 + PNIL	15,3	2,48	2,01	6,23	3,70	3,73

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	183	84,30
In dienst zorg	140	61,08
In dienst niet zorg	43	23,22
Totaal uit dienst gegaan	223	124,77
Uit dienst zorg	173	97,50
Uit dienst niet zorg	50	27,27

Het betreft alle functies/ disciplines in 2021, exclusief stagiaires en vakantiekrachten.

Personele kosten in ratio

	Ratio
Ratio personele kosten over 2021	71,5*

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

* zonder de zorgbonus is de ratio 70,6.

Bijlage 3 Onvrijwillige zorg

Kwalitatieve Analyse van de toepassing van Onvrijwillige Zorg in 2021

1 Inleiding

Zonnehuisgroep Vlaardingen (afkorting ZGV) heeft in 2021 verschillende stappen gezet in het kader van de verdere implementatie van de Wet zorg en dwang (afkorting Wzd). De focus lag hierbij op de intramurale locaties die binnen ZGV langdurige zorg aanbieden. Onderdeel van de Wzd is de toepassing van Onvrijwillige Zorg (afkorting OVZ).

Binnen ZGV onderschrijven we de wet- en regelgeving die 'nee, tenzij' als uitgangspunt neemt ten aanzien van OVZ bij onze cliënten. Dit betekent dat OVZ in principe niet wordt ingezet. Indien OVZ onverhoopt wel wordt ingezet is het van belang om hierbij aan een aantal voorwaarden te voldoen. Het is bijvoorbeeld belangrijk vast te leggen of er alternatieven zijn overwogen om zodoende de inzet van de maatregel uit te stellen of te voorkomen. Tevens is het van belang om af te stemmen of de maatregel op termijn afgebouwd of stopgezet kan worden.

Dit document beschrijft een reflectie op de binnen ZGV uitgevoerde OVZ⁷ die is toegepast in 2021. Aan de hand van de onderwerpen zoals benoemd in de Regeling zorg en dwang (afkorting Rzd) wordt per onderdeel een toelichting gegeven. Aanvullend hierop is een opsomming van activiteiten opgenomen die in het kader van de implementatie van de Wzd binnen ZGV in 2021 zijn opgepakt en wordt een doorkijkje gegeven op de acties en voornemens in 2022.

2 De totstandkoming van deze analyse

Aangezien ZGV met twee ECD's werkt (namelijk Ysis en ONS) waren de aantallen OVZ in 2021 niet makkelijk te genereren. Aanvankelijk werd OVZ binnen Ysis vastgelegd maar halverwege 2021 is er alsnog voor gekozen om ONS hierin leidend te laten zijn. In 2021 is twee maal binnen ZGV een kwantitatief overzicht OVZ opgesteld. Een overzicht van de aantallen staat bij paragraaf B. Het document is, naast de onderwerpen benoemd in de Rzd, aangevuld met interne data, zodat de getallen OVZ beter in perspectief geplaatst konden worden (zo is bijvoorbeeld het totaal aantal cliënten per afdeling toegevoegd waardoor de verhouding tussen cliënten met OVZ versus cliënten zonder OVZ zichtbaarder is geworden). Deze analyse is in eerste instantie gedeeld met de Wzd-functionaris en vervolgens met de Wzd-commissie, het medisch team, de directeur Zorg & Behandeling, de bestuurder en uiteindelijk met de Centrale Cliëntenraad. Na de toevoeging van de reactie vanuit de Centrale Cliëntenraad wordt het document gedeeld met locatiemanagers en de manager Behandeling.

3 Analyse op basis van cijfermatige overzichten

Aan de hand van onderwerpen zoals benoemd in de Rzd wordt onderstaand met behulp van een aantal cijfermatige overzichten, verdere duiding gegeven aan de toepassing van OVZ binnen ZGV.

⁷ Betreft OVZ incl. verzet dus geen aanlevering voor art. 2.2. waarbij een zorgverlener bij een ter zake wilsonbekwame cliënt ertoe overgaat om gedragsbeïnvloedende medicatie toe te passen buiten de richtlijnen, de bewegingsvrijheid te beperken of een vorm van insluiting toe te passen, en de cliënt zich hiertegen niet verzet en de vertegenwoordiger hiermee instemt.

A. Overzicht van aantallen cliënten waarbij sprake is van OVZ

Tussen 1-1-2021 en 31-12-2021 is bij 16 unieke cliënten die langdurig verbleven binnen één van de locaties van ZGV een vorm van OVZ toegepast. Bij 16 cliënten betrof het 17 unieke zorgvormen⁸. Opvallend is dat uit de toelichting in het dossier blijkt dat er in geval van 6 cliënten er geen verzet aanwezig was tegen de zorgvorm, met andere woorden: de zorgvorm is geregistreerd onder de noemer Onvrijwillige Zorg (incl. verzet) maar er bleek in de praktijk geen sprake van verzet tegen de toepassing te zijn. Feitelijk betrof het dus 10 cliënten waarbij sprake was van verzet tegen een zorgvorm. Echter gezien het feit dat er 16 cliënten opgenomen zijn in de officiële halfjaarlijkse aanlevering van de kwantitatieve overzichten vormt deze groep [16 cliënten] het uitgangspunt voor de kwalitatieve analyse.

B. De verhouding van het aantal cliënten dat OVZ heeft ontvangen ten opzichte van het aantal cliënten dat geen OVZ heeft ontvangen, uitgedrukt in aantallen en percentages

Zoals reeds eerder beschreven, is er tussen 1-1-2021 en 31-12-2021 bij 16 cliënten een vorm van OVZ toegepast. In onderstaand overzicht worden de cliënten die OVZ ontvingen afgezet tegen het totaal aantal cliënten die gedurende desbetreffende periode verbleven binnen de locaties/ afdelingen.

Percentage per locatie

Afdeling	cliënten met OVZ	totaal aantal cliënten (o.b.v. aanwezigheid in 2021 ⁹)	% cliënten met OVZ p. locatie
Zonnehuis PG ¹⁰	9	146	6,6%
Drieën-Huysen Noord	4	147	2,7%
Adriaan Pauw	3	51	5,9%

Percentage per afdeling

Afdeling	Cliënten met OVZ	totaal aantal cliënten (o.b.v. beschikbare capaciteit p. locatie)	% cliënten met OVZ p. afdeling
Zonnehuis PG Nova	2	31	6,5%
Zonnehuis PG Pollux	5	36	13,9%
Zonnehuis PG Castor	1	56	1,8%
Zonnehuis PG Sirius	1	23	4,3%

⁸ Zorgvorm kan tevens aangeduid worden als 'maatregel'

⁹ Rapport 'Kamerbezetting'- ONS

¹⁰ Om de percentages beter met elkaar te vergelijken is ervoor gekozen om het aantal cliënten van de locaties waar OVZ van toepassing was als maatstaf te gebruiken (in dit geval locaties PG). Het aantal cliënten Zonnehuis Somatiek, De Laurenburg en Drieën-Huysen Zuid zijn daarom geëxcludeerd.

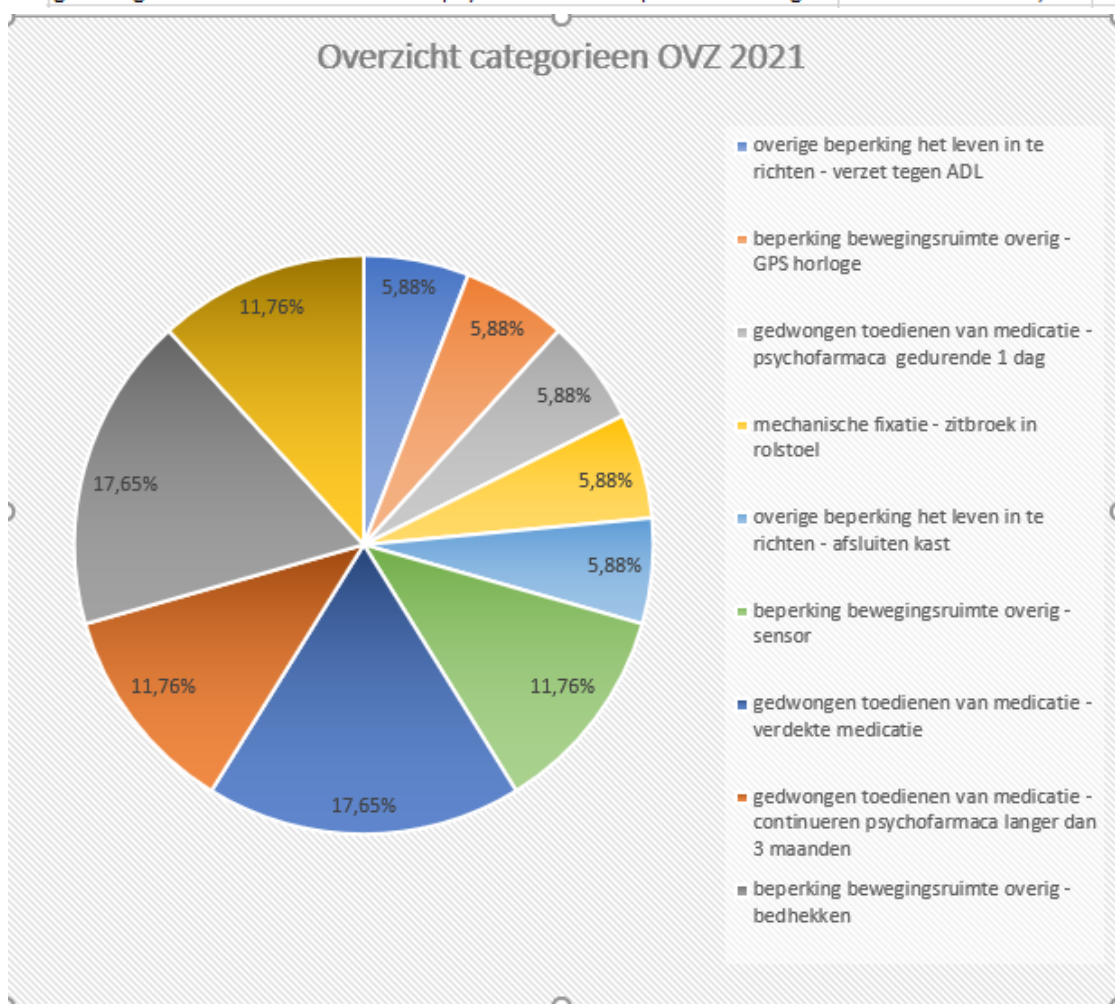
Afdeling	Cliënten met OVZ	totaal aantal cliënten (o.b.v. beschikbare capaciteit p. locatie)	% cliënten met OVZ p. afdeling
Drieën-Huysen Noord – PG -2 ^e etage	1	32	3,1%
Drieën-Huysen Noord – PG- 3 ^e etage	1	28	3,6%
Drieën-Huysen Noord – PG- 4 ^e etage	1	28	3,6%
Drieën-Huysen Noord – PG- 5 ^e etage	1	28	3,6%
Adriaan Pauw - PG	3	51	5,9%

C. De verhouding van het aantal cliënten dat die vorm van OVZ heeft ontvangen ten opzichte van het totaal aantal cliënten dat OVZ heeft ontvangen, uitgedrukt in een percentage

In 2021 was er sprake van 16 unieke cliënten waarbij 17x een onvrijwillige zorgvorm is toegepast. Na het analyse van desbetreffende dossiers bleek dat de invoer van de module Wzd /OVZ verbeterd kan worden waardoor er meer eenduidigheid ontstaat en zodoende een verbeteringslag gemaakt kan worden ten aanzien van de inhoudelijke analyse. Zo is bijvoorbeeld zeven maal de categorie 'gedwongen toedienen van medicatie' geregistreerd. In twee gevallen was er echter geen sprake van verzet van de cliënt tegen inname van de betreffende medicatie. In twee casuïstieken bleek het te gaan om het continueren van psychofarmaca afwijkend van de richtlijn. En in twee gevallen bleek er sprake van psychofarmaca voor zo nodig. In één geval had de maatregel een tijdsspanne van 1 dag wat lijkt te duiden op een administratieve fout.

Wat tevens opgemerkt kan worden is dat de OVZ weliswaar gecategoriseerd wordt maar per cliënt de aanleiding voor het verzet zeer divers kan zijn. Bij één cliënt was er bijvoorbeeld sprake van het onvrijwillig toepassen van een sensor. Er was echter geen verzet tegen de sensor maar, nadat deze afgaat, toonde de cliënt verzet tegen het terugleiden naar de kamer. Hieruit blijkt dat het schetsen van de context waarbinnen OVZ wordt toegepast (en zodoende de herleidbaarheid naar de aanleiding en het gevolg van de toepassing) van belang is. Uit onderstaand overzicht blijkt dat (1) het verdekt toedienen van medicatie en (2) het beperken van de bewegingsruimte met behulp van beddekken de meest voorkomende OVZ betreft.

Maatregel	Percentage	Aantal keer toegepast
overige beperking het leven in te richten - verzet tegen ADL	5,88%	1
beperking bewegingsruimte overig - GPS horloge	5,88%	1
gedwongen toedienen van medicatie -psychofarmaca gedurende 1 dag	5,88%	1
mechanische fixatie - zitbroek in rolstoel	5,88%	1
overige beperking het leven in te richten - afsluiten kast	5,88%	1
beperking bewegingsruimte overig - sensor	11,76%	2
gedwongen toedienen van medicatie - verdekte medicatie	17,65%	3
gedwongen toedienen van medicatie - continueren psychofarmaca langer dan 3 maanden	11,76%	2
beperking bewegingsruimte overig - beddekken	17,65%	3
gedwongen toedienen van medicatie -psychofarmaca toepassen zonodig	11,76%	2



D. Een duiding van verschillen in de toepassing van onvrijwillige zorg ten opzichte van een voorgaande analyse, alsmede of deze verschillen aanleiding geven tot aanpassing van het beleidsplan, bedoeld in artikel 19 van de wet

Alhoewel er cijfers over de OVZ bekend zijn over de 2e helft van 2020 lenen deze zich niet voor een juist vergelijk met die van 2021. Na het bestuderen van de cijfers over 2020 is namelijk het vermoeden ontstaan dat deze een optelsom zijn van OVZ (incl. verzet) plus OVZ gelijkgestelde

categorie (art. 2.2) dit verklaart namelijk de hoge percentages uit 2020 van bijvoorbeeld 20% OVZ op locatie Drieën-Huysen Noord en 29% OVZ op locatie Adriaan Pauw.

E. Indien van toepassing, een duiding van relevante verschillen in de toepassing van onvrijwillige zorg tussen verschillende locaties van de zorgaanbieder

Uit de matrix bij paragraaf B kan afgeleid worden dat de OVZ met name is toegepast binnen de verpleeghuizen (accommodaties) van ZGV waar zich de PG-afdelingen bevinden. Opvallend is dat de cliënten met OVZ met name verblijven op afdeling Pollux en de kleinschalige woonvorm Adriaan Pauw. De afdeling Pollux onderscheidt zich van andere PG afdelingen doordat er, meer dan gemiddeld, sprake is van cliënten met (complexe) gerontopsychiatrische aandoeningen. Ook worden cliënten die aanvankelijk zijn opgenomen met een rechterlijke machtiging met name doorgeplaatst naar Pollux. In 2021 was binnen Adriaan Pauw een cliënt met hoog complex probleemgedrag aanwezig waardoor met regelmaat andere cliënten overprikkeld reageerde en alternatieven voor OVZ moeilijker realiseerbaar waren.

F. Welke maatregelen zijn getroffen ter terugdringing van onvrijwillige zorg

In zijn algemeenheid kan gesteld worden dat, afgezet tegen 2020, de tweede helft van 2021 er (veel) meer aandacht is geweest voor de Wzd. Als gevolg van de interventies voortkomend uit aanwezigheid van Covid-19, was het uitvoer geven aan de Wzd vanaf medio 2020 op de achtergrond geraakt. Uit verschillende dossieranalyses in het kader van de Wzd bleek dat er met name onvoldoende aandacht is geweest voor het inzetten van andere opties of alternatieve vormen van vrijwillige zorg. Naast het gegeven dat er ook zaken goed zijn gegaan zoals het multidisciplinair afstemmen van inzet OVZ, het betrekken van vertegenwoordigers in de besluitvorming en toetsing door de Wzd-functionaris bleek tegelijkertijd dat veel zaken verbeterd moesten worden zoals:

- inzet van gedragsanalyse (betrekken van een psycholoog voorafgaand aan besluitvorming)
- multidisciplinair zoeken naar alternatieven
- dossiervoering, onder andere:
 - beschrijving van welk ernstig nadeel voorkomen moet worden
 - herleidbaarheid van het probleem dat de aanleiding vormt voor inzet van de onvrijwillige zorg
 - vastleggen van de wilsbekwaamheid ter zake voorafgaand aan inzet van de onvrijwillige zorg
 - rapporteren op inzet onvrijwillige zorg
- op juiste wijze invullen van stappenplannen in het ECD

4 Overzicht van activiteiten die in 2021 zijn opgepakt in het kader van implementatie Wzd

Tijdens de 2e helft van 2021 zijn er verschillende activiteiten opgepakt om de Wzd opnieuw onder de aandacht te brengen. Onderstaand leest u een niet-limitatieve lijst van activiteiten die zijn opgepakt in 2021 en veelal nog doorlopen in 2022. Opgemerkt moeten worden dat de implementatie een grillig verloop kende aangezien deze processen werden beïnvloed door aanpassingen als gevolg van de reparatiewet Wzd (november, 2021) en door de naweeën van de Covid 19-pandemie.

- Het (her)schrijven van procesbeschrijvingen Wzd, onder andere:
 - werkwijze vastleggen wilsbekwaamheid
 - afspraken binnen medische dienst rondom richtlijnen voorschrijven psychofarmaca

- handleiding voor zorgverantwoordelijke.
- Het invullen van de verschillende rollen binnen de Wzd (Wzd-adviseur/ SO aangesteld, nieuwe Wzd-functionaris).
- Het scholen van artsen, behandelaars (interne deskundigen), teamleiders, kwaliteitsverpleegkundigen en (deel van) contactverzorgenden door middel van een (1) e-learning, (2) klinische lessen door de Wzd-adviseur en (3) uitwerken van info. materiaal zoals een flyer Wzd waarin de belangrijkste onderdelen van de Wzd zijn samengevat.
- Het omzetten van de zorgplannen naar de regels conform de Wzd.
- Zorgvuldige omkating en registratie van onvrijwillige zorg vanuit Ysis naar de Wzd-module in ONS.
- Vastleggen 'gesloten deuren' beleid.
- Het 'opschonen van dossiers' (bijvoorbeeld verwijderen van dubbele registratie van stappenplannen ten gevolge van de koppeling ONS & Ysis en het verwijderen van foutieve registraties).
- Aanbesteding van het project 'Zorgtechnologie' waar onder andere domotica in de vorm van dwaaldetectie deel van uitmaakt.

5 'Wzd to do list' 2022

- Cyclus van verdiepende scholingen Wzd in relatie tot cliënten met moeilijk en onbegrepen gedrag.
- Vastleggen in cliëntdossiers van de toepassing van de maatregel 'gesloten deur.'
- Versneld uitrollen van project 'Zorgtechnologie' (inzet van domotica / dwaaldetectie) zodat de 'gesloten deur' niet/nauwelijks meer nodig zal zijn.
- Scholen van (deel van de) contactverzorgenden en helpenden(+).
- Aandacht voor 'coaching on the job' rondom onvrijwillige zorg (met name voorkomen van OVZ, zoeken naar alternatieven en (h)erkennen OVZ.
- Extra aandacht voor het belang van observeren en rapporteren op inzet van OVZ door zorg/behandeling.
- Verder ontwikkelen invulling verschillende rollen (o.a. deskundige andere discipline versus intern onafhankelijk deskundige).
- Intensivering regionale samenwerking met betrekking tot inzet extern deskundige.

Thuiszorg

- Voorbereiding van de toepassing van de Wzd in de thuiszorg (scholing casemanagers dementie en wijkverpleegkundigen heeft reeds plaatsgevonden).
- Deelname Praktijktuin Wzd Ambulante Zorg.
- Inrichten van de ambulante Wzd-zorg in afstemming met SO('s) en huisartsen.

Bijlage 4 Jaarverslag van de Raad van Toezicht

1 Normen voor goed bestuur

De raad van bestuur en de raad van toezicht zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de correcte toepassing van de Governancecode Zorg.

De verantwoordelijkheidsverdeling tussen de raad van toezicht en de raad van bestuur is vastgelegd in de statuten en in de reglementen van beide raden. Voorts is er een informatieprotocol, evenals een conflictenregeling.

De raad van toezicht heeft gekozen om geen functieprofiel voor de raad als geheel te hanteren en wel voor de individuele leden.

De organisatie heeft een ondernemingsraad, deelraden (cliënten), cliëntenraden, een centrale cliëntenraad, een vrijwilligersraad en een verpleegkundige en verzorgende adviesraad.

2 Verslag van de raad van toezicht

Leden en Governancecode Zorg

De raad van toezicht bestond in 2021 uit vijf leden. Op 1 oktober trad de heer R.R. Bakker terug als lid, vanwege zijn nieuwe hoofdfunctie, lid van de raad van bestuur van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), die onverenigbaar was met zijn functie als toezichthouder bij Zonnehuisgroep Vlaardingen. Per 1 oktober trad de heer drs. R.E.J.M. Meuwissen toe als lid.

De raad kent een auditcommissie, een commissie kwaliteit & veiligheid en een remuneratiecommissie. De auditcommissie vergaderde viermaal, waarvan tweemaal in aanwezigheid van de accountant ter bespreking van resp. de jaarrekening en de managementletter.

De commissie kwaliteit & veiligheid sprak tweemaal met de bestuurder, [de eerste keer] de directeur zorg en de directeur behandeling, [de tweede keer] de directeur zorg en behandeling, de bestuurssecretaris en de beleidsadviseur met het onderwerp kwaliteit in het pakket. De eerste keer was de manager HR als gast aanwezig. In 2021 besloot de commissie kwaliteit & veiligheid om in 2022 het aantal reguliere vergaderingen uit te breiden naar driemaal per jaar. De remuneratiecommissie richtte zich specifiek op het remuneratiebeleid en het functioneren van de bestuurder. De commissie heeft daarover met de bestuurder gesproken en de bevindingen teruggekoppeld naar de voltallige raad. Een beknopt verslag van het gesprek en de gemaakte afspraken is schriftelijk vastgelegd.

Samenstelling raad van toezicht in 2021

Naam	Nevenfuncties
De heer ir. L. 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; - Tot 1 mei 2021 voorzitter RvC Aronsohn Raadgevend Ingenieurs BV te Rotterdam; - Lid RvA Technische Universiteit Eindhoven, Faculteit Gebouwde Omgeving, te Eindhoven.

Naam	Nevenfuncties
De heer L.L. 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.
De heer R.R. Bakker, lid, lid auditcommissie 2020 tot 01-09-2021	<ul style="list-style-type: none"> - Ambtshalve lid RvT Stichting ZNM-wonen te Vlaardingen; - Hoofdfunctie: voorzitter RvB Raphaëlstichting te Schoorl; - Lid RvT en lid auditcomité Driestroom te Elst; - Lid kenniskring Raad voor Volkshuisvesting en samenleving; - Lid Raad van Inspiratie bij Academie Nieuwezorg te Amsterdam; - Member of the Board (antroposophical) Council for Social and Inclusive Development te Basel (Zwitserland).
Mevrouw dr. L.A. 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.
De heer drs. R.E.J.M. 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. 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: tot 1 september 2021 directeur Health Coach Program te Voorburg; - Hoofdfunctie: vanaf 1 september 2021 voorzitter College van Bestuur Hogeschool Leiden te Leiden; - Lid RvC Regina Coelli te Vugt; - Tot 1 september 2021 lid RvT ROC Mondriaan te 's-Gravenhage; - Tot 1 september lid RvT Breda University of Applied Science te Breda.

Bestaande en mogelijke nieuwe nevenfuncties van zowel de leden van de raad van toezicht alsmede die van de bestuurder worden jaarlijks geïnterpreteerd en tussentijds worden nieuwe functies tevoren gemeld en besproken, teneinde mogelijke belangenverstrengeling te voorkomen.

De raad van toezicht kiest er in gewone jaren voor om zich ten minste eenmaal per jaar gezamenlijk bij te scholen over een voor de zorg relevant en actueel onderwerp en om bij die gelegenheid ook het functioneren van de raad te evalueren. Door de coronapandemie moest dit helaas voor het tweede achtereenvolgende jaar worden overgeslagen. Teams was immers geen geschikte vervanger voor de gebruikelijke bijeenkomst. Op 2 maart 2022 kon de zelfevaluatie gelukkig wel plaatsvinden.

De raad van toezicht stelt naast de gezamenlijke bijscholing de individuele leden in staat om hun eigen deskundigheid en ontwikkeling op peil te houden en te vergroten.

Raad van bestuur

De raad van bestuur legde achtmaal aan de raad van toezicht verantwoording af over de algemene en financiële voortgang, specifieke onderwerpen en de kwaliteit & veiligheid. Eén van deze bijeenkomsten was speciaal gewijd aan vastgoed en één speciaal aan het concept-rapport van de bezoek van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) aan Het Zonnehuis op 29

oktober. Tussentijds verstrekte de raad van bestuur op ad hoc-basis informatie over belangrijke gebeurtenissen en ontwikkelingen. Daarnaast vond periodiek overleg plaats tussen de raad van bestuur en de voorzitter van de raad van toezicht.

Uitvoering

De raad van toezicht vergaderde in 2021 achtmaal, steeds in aanwezigheid van de bestuurder en bij de meeste agendapunten ook de directeur zorg en behandeling en de directeur bedrijfsvoering.

Voor het tweede achtereenvolgende jaar kreeg de coronapandemie in relatie tot de kwaliteit van zorg, goed werkgeverschap en de financiële gevolgen noodgedwongen veel aandacht. De raad ontving en besprak kwaliteitsgegevens en liet zich daarbij adviseren door de commissie Kwaliteit en Veiligheid. Daarnaast werden in 2020 onder meer het Kwaliteitsplan 2022, het Kwaliteitsverslag 2020, de voortgang van het verbeterplan Van Basis Naar Beter, de invoering van de Wet zorg en dwang en de resultaten van cliënt-ervaringsonderzoeken uitvoerig besproken. De commissie en de raad schrokken van de uitkomsten van de externe audit naar de mate waarin de organisatie voldeed aan het Toetsingskader langdurige zorg van de IGJ, dat zij tegen het einde van het jaar ontvingen. Het concept-rapport van het toezichtbezoek van de IGJ bevestigde dit beeld. Vanaf dat moment hielden zowel de commissie als de raad extra de vinger aan de pols.

De raad liet zich op de hoogte houden van de melding geweld in de zorgrelatie in september 2020 en de acties die de organisatie daarop ondernam naar cliënten en medewerkers. Deze liepen namelijk door in 2021.

De raad ontving en besprak financiële gegevens en liet zich daarbij adviseren door de auditcommissie. Daarnaast kwamen de jaarrekening 2020, de begroting 2022 en onder meer risicosignalering aan de orde.

In de zomer van 2021 was er een extra vergadering over het aangepaste strategisch vastgoedplan inclusief de daarmee samenhangende meerjarenbegroting en over de meerjarenprognose. Ook in de reguliere vergaderingen werd de voorbereiding van de ontwikkeling van een nieuwe vestiging op verschillende locaties in Vlaardingen steeds uitvoerig besproken. Dit zijn complexe en langdurige trajecten, met diverse potentiële partners en andere belanghebbenden.

Voor het contact tussen de raad van toezicht en de centrale cliëntenraad resp. de ondernemingsraad was een afvaardiging van de raad van toezicht aanwezig in overlegvergaderingen van de desbetreffende raden met de bestuurder. Dergelijk overleg wordt onder andere gebruikt om elkaar goed te informeren over de eigen werkzaamheden en betrokkenheid. Ook signalen – zowel positief als negatief – vanuit de organisatie worden hierbij gedeeld. Zo nodig vindt ook tussentijds overleg plaats tussen vertegenwoordigers van de drie gremia. De voorzitters van de centrale cliëntenraad en de raad van toezicht hebben periodiek informeel overleg.

Auditcommissie en commissie kwaliteit & veiligheid

In de auditcommissie werden onder meer de jaarrekening, begroting, managementrapportages van de raad van bestuur, risicobeheersing en de managementletter van de accountant besproken. Ook vastgoed was – gelet op de grote financiële impact – een belangrijk thema. De commissie deed in de vergaderingen van de raad van toezicht mondeling en schriftelijk verslag van haar bevindingen.

In 2021 heeft de accountant de jaarrekening 2020 in de auditcommissie toegelicht.

In de commissie kwaliteit & veiligheid kwamen, naast het kwaliteitsverslag 2020 en het kwaliteitsplan 2022 ook de interne benchmark kwaliteit (smileyrapporten), de stand van zaken van de Wet zorg en dwang, de voortgang in het verbeterplan Van Basis Naar Beter en de resultaten van de tussentijdse metingen op de verschillende items in dat verbeterplan aan de orde. In juni werd het vinden en binden van medewerkers uitgebreid besproken, in november het toezichtbezoek van de IGJ aan Het Zonnehuis, dat toen net had plaatsgevonden. Vanaf dat moment hield de commissie extra de vinger aan de pols.

De commissie deed in de vergaderingen van de raad van toezicht mondeling en schriftelijk verslag van haar bevindingen.

Besluiten

De raad van toezicht nam onder meer de volgende besluiten: vaststellen van het jaarverslag van de raad van toezicht 2020, het verlenen van decharge aan de raad van bestuur over 2020, vaststellen dat Zonnehuisgroep Vlaardingen in klasse IV van de WNT 2 valt, de verlenging van het contract met de accountant met drie jaar, de benoeming van de heer R.E.J.M. Meuwissen per 1 oktober 2021 voor een eerste termijn als lid van de raad en de benoeming van mevrouw A.A. Sanderman per 1 januari 2022 voor een tweede termijn als lid van de raad.

De raad van toezicht keurde de volgende voorstellen van de raad van bestuur goed: de jaarrekening 2020, de begroting 2022, het strategisch vastgoedplan inclusief de meerjarenbegroting, de strategie 2021-2025.

Tot slot

Zonnehuisgroep Vlaardingen is een moderne, dynamische en professionele zorgorganisatie, die volop in beweging is. Cliëntgerichte zorg en het binden en boeien van medewerkers staan in alles centraal. De financiële positie van Zonnehuisgroep Vlaardingen is robuust en stabiel; het financiële beleid is gericht op continuïteit en hoge zorgkwaliteit.

Corona heeft ook in 2021 een zware wissel getrokken op de Zonnehuisgroep Vlaardingen.

Medewerkers en vrijwilligers hebben zich onder moeilijke omstandigheden tot het uiterste ingespannen om de zorg voor cliënten op het gewenste peil te houden. Onze complimenten, dank en waardering gaan dan ook uit naar alle medewerkers en vrijwilligers, die zich in 2021 met enorme betrokkenheid, doorzettingsvermogen en groot enthousiasme hebben ingezet. We ervaren in deze tijd des te meer dat hun inzet onmisbaar is om Zonnehuisgroep Vlaardingen weer te bestempelen als een organisatie waarin we “samen voor elkaar zorgen.” Met recht “een organisatie om trots op te zijn!”

Ook spreken wij onze oprechte dank uit aan de cliënten en hun familie en/of verwanten die ons de zorg en ondersteuning in hun leven hebben toevertrouwd.

De heer ir. L. van der Kemp, voorzitter

De heer L.L. Petit, vicevoorzitter

Mevrouw dr. L.A. Boven, lid

De heer drs. R.E.J.M. Meuwissen, lid

Mevrouw dr. A.A. Sanderman, lid



Wij zijn 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