



Stichting Protestantse Zorggroep

Crabbehoff

Jaarverslag 2018

Van de bestuurder

Het motto waarmee Protestantse Zorggroep Crabbehoff (PZC) het jaar 2018 afsluit is 'Zinvol leven en werken'. PZC wil het zinvolle verschil maken voor cliënten en medewerkers. Het verschil wordt gemaakt door een zinvolle relatie centraal te stellen in het denken, doen, praten en omgaan met elkaar. Een zinvolle relatie komt tot uitdrukking in het centraal stellen van de behoefte van de mens en wat zij nodig heeft om zich van waarde te voelen.

Door een zinvolle relatie centraal te stellen in het werken, zijn we erop gericht de kwaliteit van onze zorg- en dienstverlening en de beleving hiervan te continueren en voortdurend te verbeteren. Het betreft de beleving van alle kwaliteitsaspecten die wonen, welzijn, zorg en behandeling van de cliënt persoonlijk direct en indirect raken. Onze christelijke waarden worden daarbij vertaald in een sfeer waarin onze cliënten ervaren dat er ruimte en aandacht is voor vragen, gesprekken, discussie, begeleiding en ondersteuning op het gebied van levensvragen, zingeving, levensbeschouwing en spiritualiteit. De zinvolle relatie en het zingevinggericht werken zijn van groot belang voor cliënten en medewerkers.

In dit jaarverslag legt PZC verantwoording af over het jaar 2018. Centraal dit verslagjaar stond de vraag: Nu 'de basis op orde is en blijft', waar gaat de organisatie zich de komende 3 tot 5 jaar op richten en wat zijn daarin de keuzes? Hoe geven we invulling aan het motto 'Zinvol leven en werken' met een diversiteit van cliënten en medewerkers?

In dit verslag leest u hoe we de kwaliteit en veiligheid op orde houden en blijven verbeteren en welke keuzes gemaakt worden om vanuit deze stabiele basis een antwoord te bieden aan de veranderende zorgvraag in Dordrecht, de regio en bovenregionaal. Stimuleren dat de organisatie zich ontwikkelt tot een organisatie die op veilige en verantwoorde wijze de eigenheid van de cliënt weet te raken, een thuis biedt en de medewerkers verbinding en werkplezier verschaft.

Toelichting op de indeling van het verslag.

Dit verslag beschrijft de resultaten van PZC in 2018 en bestaat uit drie delen:

1 Het kwaliteitsverslag

- Primair in het verslag staat de kwaliteit die ontstaat in de relatie tussen medewerker en cliënt.
- Hiervoor moeten de processen binnen PZC op efficiënte wijze ondersteunend zijn aan het primair proces en/of te zijn ingericht om te voldoen aan wet- en regelgeving.

Om hierover verslag te doen, is een aantal kwaliteitsindicatoren uitgewerkt in resultaat, verantwoording, context en ontwikkelpunten.

2 Het bestuursverslag

Het bestuursverslag geeft de context van de organisatie, de wijze van sturen, de overwegingen en de organisatieresultaten weer.

3 Het toezichtsverslag

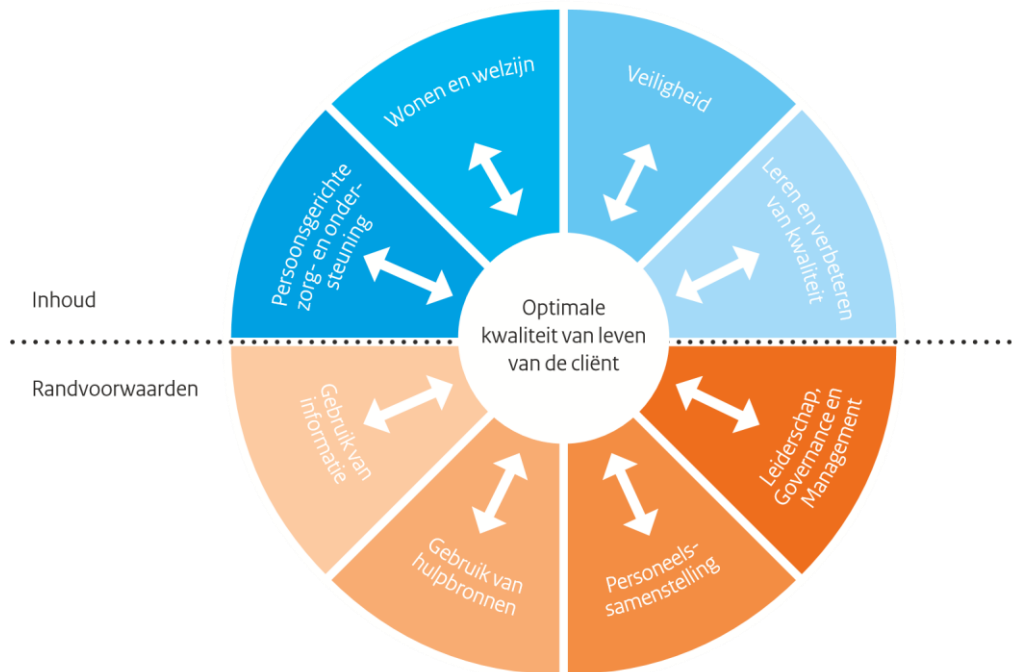
Het verslag van de Raad van Toezicht geeft aan hoe toezicht is gehouden en wat daarbij de overwegingen en resultaten zijn.

Inhoudsopgave

Van de bestuurder	1
Toelichting op de indeling van het verslag	1
Inhoudsopgave	2
1 Kwaliteitsjaarverslag 2018	3
2 Het bestuursverslag	35
2.1 Organisatie	35
2.2 Organisatiegegevens en organigram	35
2.3 Samenwerking	36
2.4 Financiële resultaten	37
2.5 Vastgoed	38
2.6 Gerealiseerde projecten	38
2.7 Risico's en onzekerheden	39
2.8 Maatschappelijke aspecten van ondernemen	40
2.9 Informatie over onderzoek en ontwikkeling	40
2.10 Overige informatie	40
2.11 Toekomstparagraaf	41
3 Het toezichtsverslag	42
Identiteitsraad	43
Organisatie	43
Mutaties	43
Toezichtsplan	44

1 Kwaliteitsjaarverslag 2018

Zorggroep Crabbehoff Kwaliteitsjaarverslag 2018



Bea Notenboom, directeur Zorg en Behandeling
27 mei 2019, versie 1.0

Inleiding

Met trots presenteer ik het kwaliteitsjaarverslag 2018. Het kwaliteitsjaarverslag is een weergave van de bereikte resultaten geordend volgens de thema's van het kwaliteitskader.

Protestantse Zorggroep Crabbehoff (PZC) heeft haar zorg en dienstverlening vanuit een doelgroepbenadering ingericht om optimaal te kunnen voldoen aan de behoeften van cliënten. Cliënten die komen voor revalidatie hebben immers andere behoeften dan mensen met dementie die bij PZC wonen.

PZC onderscheidt de volgende doelgroepen:

1. kleinschalige dementiezorg (KDZ)
2. niet-aangeboren hersenletsel (NAH)
3. wonen met zorg (WZ)
4. RevalidatieZorg Dordrecht (RZD)
5. Dubbelmonde (verzorgingshuiszorg en extramurale zorg)

In 2018 is hard gewerkt aan het borgen van kwaliteit en veiligheid. De resultaten van de interventies zijn te lezen in dit jaarverslag. Het coachingstraject vanuit Waardigheid en trots 'de basis op orde' is succesvol afgerond. Eind augustus werden de doelgroepen kleinschalige dementiezorg en wonen met zorg onaangekondigd bezocht door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Dit bezoek leverde een positief rapport op. We zijn trots op onze medewerkers die betrokken zijn bij onze cliënten en als teams leren en zich ontwikkelen.

Op de woonafdelingen is samen met de bewoners een nieuwe huiskamerinrichting uitgekozen. Deze is begin 2019 gerealiseerd. De revalidatieafdelingen op locatie Crabbehoff zijn gerenoveerd en in het hart van locatie Crabbehoff is een plaza met horecapunt gerealiseerd, waar in toenemende mate shows en optredens plaatsvinden. In locatie Dubbelmonde breidt het aantal activiteiten en ontmoetingen in het Kruispunt zich ook uit.

Om onze resultaten van 2018 concreet en makkelijk toegankelijk te maken, is het verslag geordend als een kwaliteitsvenster, gebaseerd op de thema's uit het kwaliteitskader. U treft steeds als eerste de concrete resultaten aan, vervolgens de wijze van verzamelen van de resultaatgegevens en de context. U leest tevens de resultaten op de ontwikkelpunten 2018 uit het kwaliteitsplan 2018 en als laatste de ontwikkelpunten voor 2019.

De beschrijving van onze diensten en organisatie is te lezen in het meerjarenkwaliteitsplan 2019-2021 en wordt in dit kwaliteitsvenster niet meer herhaald.

Bea Notenboom
Directeur Zorg en Behandeling

Inhoudsopgave

H1 Ervaringen met zorg

- 1.1 ZorgkaartNederland
- 1.2 Langdurige intensieve neurorevalidatie na coma (WLZ)
- 1.3 Geriatrische revalidatiezorg
- 1.4 Thuiszorg
- 1.5 Eerstelijnsbehandeling
- 1.6 Eten en drinken
- 1.7 Klachten

H2 Ervaringen met wonen en welzijn

- 2.1 Eigen regie
- 2.2 Wonen en huiskamer
- 2.3 Waardigheid en trots zinvolle dagbesteding
- 2.4 Dagbesteding (WMO)
- 2.5 Huishoudelijke ondersteuning (WMO)

H3 Veilige zorg

- 3.1 Vrijheid en veiligheid
- 3.2 Medicatieveiligheid
 - 3.2.1 Melding incidenten cliënten (MIC)
 - 3.2.2 Medicatiereviews
- 3.3 Infectiepreventie
- 3.4 Wondzorg
- 3.5 Advance care planning
- 3.6 Vallen en overige meldingen incidenten

H4 Ervaringen medewerkers en vrijwilligers

- 4.1 Medewerkerstevredenheid
- 4.2 Melding incidenten medewerkers (MIM)
- 4.3 RI&E
- 4.4 Vrijwilligerstevredenheid
- 4.5 Ziekteverzuim

H5 Voldoende en bekwame medewerkers

- 5.1 Passende personeelssamenstelling
- 5.2 Bekwame medewerkers
- 5.3 Leren van elkaar

H6 Keurmerken

- 6.1 HKZ
- 6.2 HACCP

H7 Medezeggenschap

- 7.1 Resultaten centrale cliëntenraad (CCR)
- 7.2 Resultaten ondernemingsraad (OR)
- 7.3 Professionele adviesraad (PAR)

H8 Governance

- 8.1 Doelgroepbenadering
- 8.2 Projecten
- 8.3 RvT en governancecode

H9 Samenwerkingspartners

- 9.1 Resultaten

H10 Toezichthouders

- 10.1 Zorgkantoor
- 10.2 Meldingen IGJ (v/h IGZ)
- 10.3 Omgevingsdienst

H 1 Ervaringen met zorg

1.1 ZorgkaartNederland

a. Uitkomsten organisatiebreed

Van de 232 reviews in 2018 is de gemiddelde score 7.9 en 90% zou Zorggroep Crabbehoff aanbevelen bij vrienden en familie.

type zorg	locatie	aantal waarderingen			gemiddeld totaal oordeel			% aanbevelingen		
		2018	2017	≤2016	2018	2017	≤2016	2018	2017	≤2016
totaal PZC		232	53	70	7.9	7.5	7.7	90%	91%	93%
langdurige zorg	CH	91	24	21	7.7	7.5	7.6	88%	88%	91%
revalidatiezorg	CH/ASP	35	3	3	8.2	8.2	8.7	91%	100%	100%
WZC Dubbelmonde	DM	65	24	16	7.8	7.8	7.1	91%	92%	94%
thuiszorg	divers	41	2	29	8.0	7.6	7.9	90%	100%	93%

b. Hoe verzameld?

In 2018 zijn net als in 2017 door extra inspanning reviews verzameld. Dit is door een onafhankelijk onderzoeksbureau gerealiseerd via teams op locatie en telefonisch met cliënten en eerste contactpersonen van cliënten. Er zijn 15 reviews spontaan op de website ingevoerd.

c. Context

Het was in 2018 voor het eerst mogelijk om ook bij RevalidatieZorg Dordrecht en de thuiszorg voldoende reviews te ontvangen om een betrouwbaar beeld te krijgen van deze doelgroepen (minimaal 30).

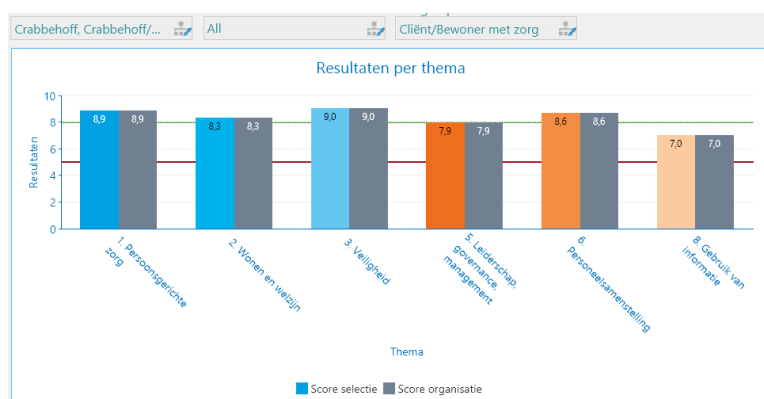
d. Ontwikkelpunten 2018

Het kort cyclisch meten van ervaringen van onze cliënten is een ontwikkelpunt (bij voorkeur op teamniveau). Daarnaast kiest PZC begin 2018 een door de sector erkend meetinstrument voor het meten van cliënttevredenheid. Bij voorkeur vindt deze meting gelijktijdig plaats met het meten van tevredenheid van medewerkers en vrijwilligers.

Op langere termijn: het meten van het effect van zingevingsgericht werken in samenwerking met het onderzoek vanuit 'Doodgewoon Den Haag' en Hogeschool Windesheim.

Resultaten

In de maand december 2018 is de nieuwe kwaliteitsmeting ingezet in de vorm van een 360 graden kwaliteitsverbetermeter. De enquête is ingevuld door 433 personen, waarvan 65 cliënten. Van de cliënten zijn ook 141 toelichtingen ontvangen. Het gemiddelde resultaat per thema door de cliënten gegeven:



De gemeten NPS in de cliëntengroep is 26.

Ontwikkelpunten 2019

- Respons van cliënten op de kwaliteitsverbetermeter verhogen door in een andere maand te meten.
- Uitslagen van de enquête gebruiken in verbeterdialoog met cliënten en mantelzorgers.
- Kortcyclisch verbeteren door uitkomst verbeterdialoog te gebruiken in een verbeterapp.

1.2 Langdurige intensieve neurorevalidatie na coma (WLZ)

a. Uitkomsten

In 2018 zijn 9 cliënten na coma opgenomen.

Ontslagrichting:

- 1 cliënt is naar langdurige zorg binnen PZC.
- 2 cliënten zijn naar huis met PGB uit de WLZ.
- 3 cliënten zijn naar een ander verpleeghuis in de eigen regio.
- 1 cliënt is overleden.

b. Hoe verzameld?

Verzameld via registratie door de Zorgwinkel. De wijze van meting van bewustzijn is gebeurd volgens de best voorhanden zijnde methodiek (PALOC) welke niet gevalideerd is voor volwassenen.

c. Context

PZC heeft 8 plaatsen binnen de doelgroep niet-aangeboren hersenletsel voor mensen met verminderd bewustzijn na coma waar zij specifieke zorg en behandeling biedt. Uitgangspunt is dat cliënten medisch stabiel zijn. PZC werkt intensief samen binnen het landelijke kennisnetwerk EENnacoma (www.eennacoma.nl).

Onze visie: onze kracht is langdurige revalidatie als mensen kleine vooruitgang laten zien. Wij gaan door als anderen het hebben opgegeven.

d. Ontwikkelpunten 2018

- Structurele kennisuitwisseling binnen EENnacoma.
- Wetenschappelijk onderzoek door een fysiotherapeut, naar meetinstrument motorische vaardigheden bij mensen met LBS.
- Casusbeschrijving van 10 casussen.
- Opstellen zorgprogramma met 2 andere zorgaanbieders uit EENnacoma op basis van het document 'passende zorg bij mensen met LBS' zodat landelijk eenduidig gewerkt kan worden.
- Opzetten van landelijke keten voor mensen met LBS in acute, subacute, langdurige fase.

Resultaten

- In 2018 vonden er 8 bijeenkomsten plaats van EENnacoma.
- Het wetenschappelijk onderzoek door een fysiotherapeut is gepland om af te ronden in 2020.
- De casusbeschrijvingen zijn ten dele opgesteld door medisch studenten. Niet alle dossiers waren beschikbaar.
- Een concept zorgprogramma langdurige intensieve neurovalidatie (LIN) is opgesteld met Nieuw Berkendaal en Kalorama en op 7 januari 2019 gepresenteerd aan diverse stakeholders zoals het Zorginstituut Nederland, de NZA, zorgverzekeraars, afvaardiging van familie en diverse zorgaanbieders.
- Er vonden diverse overleggen plaats over de bekostiging van de ketenzorg. Met inzet van ketenpartners en de Radboud Universiteit is de urgentie toegenomen om zorg en behandeling voor volwassenen met langdurige bewustzijnsstoornissen goed te organiseren.

Ontwikkelpunten 2019

- Start promotieonderzoek door specialist ouderengeneeskunde naar uitkomsten van het LIN-programma.
- Aansluiting bij universitair kennisnetwerk.
- Deelname aan 2-jarig project onder leiding van Radboud UMC om tot een landelijke keten te komen met onder andere centraal ingerichte diagnostiek, mobiel team, centrale aanmelding en registratie, kennisverspreiding, beschrijving rol familie en ondersteuning van familie en wetenschappelijk onderzoek.
- Volledige implementatie LIN-programma, inclusief familieondersteuning met passende bekostiging.
- Oriëntatie op huisvesting voor deze doelgroep.

1.3 Geriatrische RevalidatieZorg Dordrecht (RZD)

a. Uitkomsten

Net promotor score (NPS)

kwartaal 1 2018	kwartaal 2 2018	kwartaal 3 2018	kwartaal 4 2018
49	54,5	39,1	44,8

b. Hoe verzameld?

Uit telefonische interviews ongeveer 3 weken na ontslag bij alle revalidanten. De net promotor score wordt als volgt berekend: het totaal aantal promotors in procenten (van het totaal aantal respondenten) minus het totaal aantal criticasters in procenten (van het totaal aantal respondenten). De NPS laat zien in welke mate de cliënt RZD aanbeveelt aan anderen. Het is een score tussen de -100 en +100. Bijvoorbeeld: 30% promotors minus 20% criticasters = NPS van 10.

c. Context

Als norm hanteren we een NPS van 35.

d. Ontwikkelpunten 2018

De tips en tops die ook genoemd worden in de telefonische interviews dienen nog meer terug te komen op de ontwikkelagenda van de doelgroep in 2019.

Resultaten

Vanuit de evaluatie wordt met name bejegening, gevoel van veiligheid en deskundigheid als positief ervaren. Maaltijden worden niet altijd als positief ervaren maar leidt niet tot negatieve beoordeling. De overgang naar huis wordt als een grote overgang ervaren.

Verbetering van de voorbereiding op de overgang naar huis is opgenomen in het jaarplan van RZD.

Ontwikkelpunten 2019

- Voor 2019 ligt de focus op het naar huis gaan makkelijker te laten verlopen door implementatie van een nieuwe MDO-structuur.
- Het versterken van de rol van de naasten binnen het revalidatieproces.
- Ontwikkelen functie dagbestedingscoach op de revalidatie.
- Verbetering van toegankelijke managementinformatie.
- Eerste stap naar Topcare zetten door aspirant deelnemer Topcare.

1.4 Thuiszorg

a. Uitkomsten

Het aantal cliënten blijft stabiel op ongeveer 138. We bieden naast thuiszorg, maaltijden, servicediensten en in samenwerking met MEE Drechtsteden mantelzorgondersteuning.

In 2018 hebben 5 medewerkers de opleiding eerst verantwoordelijk verzorgende (EVV) met succes afgerond. 2 verzorgenden zijn in 2018 gestart met de opleiding gespecialiseerd verzorgende psychogeriatric (GVP).

De gemiddelde ingezette uren wijkverpleging per cliënt per week lag iets boven het gemiddelde uit de benchmark van VGZ.

b. Hoe verzameld?

Aantal cliënten komt uit het elektronisch cliëntdossier (ECD).

Bij de zorginkoop is PZC middels een benchmark van VGZ getoetst.

c. Context

De cliënten zijn veelal woonachtig in de woningen op het terrein van ons woonzorgcentrum Dubbelmonde, in Henri Polakhof, het tot wooncomplex getransformeerde voormalige verzorgingshuis en de aanleunwoningen in de Henri Polakstraat bij locatie Crabbehoff. Het betreft kwetsbare ouderen die langer thuis blijven wonen.

d. Ontwikkelpunten 2018

- Het aantal medewerkers dat bij een cliënt betrokken is, terugbrengen naar maximaal 10. Door scholing van medewerkers zijn meer medewerkers bevoegd om de diverse handelingen te verrichten.
- Toename digitalisering. Op de smartphone inzicht in route, zorgplan en rapportage.
- Digitaal aftekenen medicatie per medio 2018 (zie H 3.2.1).

Resultaten

- Het aantal medewerkers per cliënt is teruggebracht naar 13,6 per cliënt.
- Op de smartphone is inzicht in route, zorgplan en rapportage.
- Digitaal aftekenen medicatie is in juli 2018 gerealiseerd.

Ontwikkelpunten 2019

Terugbrengen van het aantal medewerkers naar max. 10 per cliënt.

1.5 Eerstelijnsbehandeling**a. Uitkomsten**

In 2018 waren er gemiddeld 188 cliënten per maand in zorg via de eerste lijn. Cliënten krijgen poliklinisch therapie op locatie Crabbehoff, Albert Schweitzerplaats, Dubbelmonde of, op indicatie, in de thuissituatie.

Naast eerstelijns therapieën zetten paramedici en bewegingsagogen zich in voor diverse wijkgerichte activiteiten in het samenwerkingsverband WIJ Crabbehoff. Via Drechtmax voor fitheid en valpreventieprogramma's voor senioren en met Stichting Werkshop zijn ze betrokken bij leefstijlprogramma's voor mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt.

Bij 5 huisartsenpraktijken zijn specialisten ouderengeneeskunde (SO) betrokken bij het multidisciplinair overleg (MDO) kwetsbare ouderen. Hierbij waren ook fysiotherapeuten, ergotherapeuten en diëtisten van PZC aanwezig. Op aanvraag van huisartsen hebben SO's geregeld consulten gegeven.

b. Hoe verzameld?

Uit het ECD.

c. Context

Paramedische behandeling vindt onder andere plaats na de revalidatieperiode bij RevalidatieZorg Dordrecht, via verwijzing van de huisarts, specialist (onder andere geriatriefysiotherapie via de geriater) of via directe toegang.

Het cliënttevredenheidsonderzoek is vereist door zorgverzekeraars VGZ, CZ en het Zilveren Kruis.

d. Ontwikkelpunten 2018

- Cliënten stimuleren de CQ vragenlijsten in te vullen.
- Privacy cliënten. Voorstel andere plaatsing van stoelen in de wachtruimte.
- Jaarlijks preventieve keuring van apparatuur.
- Samenwerking GZ-psycholoog en specialisten ouderengeneeskunde bij consultaanvragen verbeteren.

Resultaten

- De koppeling tussen Qualiview en Ysis is eind 2018 verbeterd. Voor 2018 waren te weinig vragenlijsten ingevuld om cijfers te genereren.
- Door intensiever gebruik van de oefenzaal en cabines is de privacy bij fysiotherapie een knelpunt.
- Apparatuur wordt jaarlijks preventief gekeurd, resultaten daarvan worden verwerkt in de meerjareninvesteringsbegroting. Afspraken en afhandeling van klachten is verbeterd door het inzetten van een verbetertraject op dit punt in 2018.
- De samenwerking tussen GZ-psycholoog en SO heeft nog aandacht nodig.

Ontwikkelpunten 2019

- Bekendheid van competenties in bestaande ketens vergroten.
- Nieuwe contacten inbedden.
- Specialisaties en doelgroepen op belangrijke sites vermelden.

- Koppeling Ysis en Qualiview verbeteren zodat er meer gebruik kan worden gemaakt van de terugkoppeling van cliënten om de dienstverlening te optimaliseren.
- Aanstellen GZ-psycholoog die de extramurale behandeling samen met de manager van Dubbelmonde en de medische dienst vorm gaat geven (per 1 juni 2019 aangesteld).
- Oplossing voor knelpunt voor privacy bij fysiotherapie.

1.6 Eten en drinken

a. Uitkomsten

Het eten en drinken inclusief de ambiance rondom eten en drinken is in 2018 als 7.4 beoordeeld op de afdelingen langdurige zorg.

b. Hoe verzameld?

Via de 360 graden kwaliteitsmeter waarin een waarderingsvraag over maaltijden is opgenomen.

c. Context

De cliënten uiten hun tevredenheid over de maaltijden door dit onderwerp te waarderen met een 7.4. Cliënten geven ook aan dat zij het onderwerp als aandachtspunt willen blijven zien en zetten het op de 5e plaats in de top 5 van voor hen belangrijke onderwerpen. De waarderingsvraag over maaltijden betreft de tevredenheid over maaltijden, de smaak en kwaliteit, de keuze, het tijdstip en de sfeer.

d. Ontwikkelpunten 2018

Eind 2017 is een organisatiebreed project gestart gericht op eten en drinken, waarbij specifieke deskundigheid is aangetrokken om de ervaringen rondom eten en drinken te verbeteren. PZC ziet eten en drinken als primair proces. Binnen het project zijn cliënten, professionals en de cliëntenraad actief. Er wordt een nulmeting uitgevoerd en een meting na implementatie.

Resultaten

Het project eten en drinken is in kwartaal 1 van 2019 afgerond.

Nulmeting heeft niet plaatsgevonden.

Eindmeting middels 360 graden kwaliteitsmeter.

Visie en beleid

- Visie en beleid voor eten en drinken is beschreven en vastgesteld.
- Maaltijdconcepten zijn beschreven en vastgesteld.

Afgeronde opleidingen 2018

De voedingsassistenten zijn opgeleid in:

- gastgericht werken in theorie;
- gastgericht werken in de praktijk;
- zelfstandig maaltijden bestellen bij de voedingsleverancier(s);
- werken met de budgettool van de leverancier.

Aanpassingen afdelingskeukens

Fysieke aanpassingen van de keukens om zelf te kunnen koken voor de bewoners in de huiskamers zijn gerealiseerd op 8 afdelingen.

HACCP-proces

- Implementatie digitale HACCP-registratie en borging afgerond.
- Van hygiëncode zorginstellingen en defensie naar hygiëncode voor de voedingsverzorging in woonvormen.

Ontwikkelpunten 2019

Afronden opleidingen

HACCP-controle en registratie in digitale omgeving van Vers en Veilig.

- teamleiders
- voedingsassistenten
- interne HACCP-auditoren trainingen
- gecombineerde gastgerichtheidstrainingen en zingeving

- Afronden aanpassingen van keukens :
- op 5 woonafdelingen
 - afzuiginstallaties aanpassen op 3 afdelingen KDZ

1.7 Klachten

a. Uitkomsten

Er zijn 30 klachten geregistreerd (2%) door de cliëntvertrouwenspersoon, waarvan er 4 op 1 januari 2019 nog niet naar tevredenheid zijn afgehandeld. Inmiddels is daarvan 1 klacht in januari 2019 afgehandeld.

Het totaal aantal cliënten waar PZC in 2018 zorg en diensten aan heeft verleend, bedraagt ongeveer 1500.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
aantal klachten totaal	39	40	31	35	45	32	30

Er zijn geen klachten ingediend bij de externe BOPZ-klachtencommissie.

Er zijn 10 formele klachten ingediend bij de bestuurder. Van deze klachten zijn er 7 afgehandeld.

b. Hoe verzameld?

De klachten zijn geregistreerd door de cliëntvertrouwenspersoon. De cliëntvertrouwenspersoon is onafhankelijk en niet in dienst van PZC.

c. Context

Onderwerpen klachten 2018: (1 klacht is niet meegenomen omdat deze niet te herleiden was naar een doelgroep.)

soort klacht	woonzorg	KDZ (PG)	DM/EMZ	GRZ	NAH	huurders	totaal
ADL	1	1					2
beleid	2	1					3
medicatie			1				1
(med.) behandeling		1		1	1		3
bejegening		1			1		2
zorgovereenkomst	1						1
activiteiten			1				1
eten & drinken	2		1				3
gebouw/omgeving	2		4				6
communicatie			1		1		2
financiën						1	1
overig	3		1				4
totaal	11	4	9	1	3	1	29

d. Ontwikkelpunten 2018

- Evalueren bereikbaarheid van de cliëntvertrouwenspersoon.
- Registratie van klachten binnen de kwartaalrapportage van de doelgroepen.
- Leren en ontwikkelen op basis van een samenhang in klachtenregistratie, -analyse en -afhandeling op de werkvloer door de cliëntvertrouwenspersoon en de bestuurder.

Resultaten

- Leden van de cliëntenraad participeren in de familieraden en bespreken daar hoe de cliëntvertrouwenspersoon te bereiken is.
- De registratie volgens doelgroepen is gerealiseerd. Hierbij is meer aandacht gekomen voor klachtenafhandeling direct in het primair proces. Managers rapporteren in de kwartaalrapportage over klachten en afhandeling aan de directeur Zorg en Behandeling. Het betreft hier de informele klachten. Formele klachten worden door de bestuurder in behandeling genomen. De cliëntvertrouwenspersoon bewaakt de afhandelingstermijnen.

- De samenhang in de klachtafhandeling is gerealiseerd. Zie ook bovenstaand punt. Ieder kwartaal bespreekt de cliëntvertrouwenspersoon haar rapportage met de bestuurder.

Ontwikkelpunten 2019

- Aansluiten bij een intervisiegroep klachtenfunctionarissen in de regio.
- Scheiden van rollen van vertrouwenspersoon en klachtenfunctionaris.

2 Ervaringen met wonen en welzijn

2.1 Eigen regie

a. Uitkomsten

Uit de 360 graden kwaliteitsmeting komt naar voren dat cliënten het thema 'Persoonsgerichte zorg' en 'Aandacht voor cliënten' waaronder 'eigen regie' waarderen met een 8,9 respectievelijk 8,0.

b. Hoe verzameld?

Uit de 360 graden kwaliteitsmeting.

c. Context

De vragen hadden onder andere betrekking op de eigen regie. Cliënten geven aan dat het onderwerp 'Aandacht voor de cliënten' in de top 5 van belangrijkheid thuishoort.

d. Ontwikkelpunten 2018

- Verbetering informatie bij inhuizing inclusief AVG- wetgeving.
- Afstemming facilitaire processen en behandelprocessen op zorgprocessen.
- Reflectie op regie van cliënt/cliëntstelsel door zorg en behandelaars.
- Dialog met contactpersoon/familie over informele zorg door professionals.

Resultaten

- Een nieuw ingericht inhuizingproces is pilot geweest op de kleinschalige dementiezorg. De pilot is begin 2019 naar tevredenheid afgerond met minder informatie op papier en afgestemd op de doelgroep. Algemene informatie is op de website aangepast.
- Verbetering afstemming facilitaire en behandelprocessen op zorgprocessen is niet geheel afgerond. Door directie is advies gevraagd aan een extern adviesbureau ten aanzien van positionering van behandelaars vanuit de doelgroepenbenadering.
- Huiskameroverleggen en familiecontactbijeenkomsten zijn verbeterd door meer structuur en verbetering van vastleggen van actie- en besluitenlijsten.
- Overleg met vrijwilligers per doelgroep.

Ontwikkelpunten 2019

- Verbetering informatie bij inhuizing op de doelgroepen wonen met zorg en NAH.
- Informele zorg verder versterken. Onder andere meer inzicht in talenten van vrijwilligers om een match met vragen van cliënten te verbeteren. Een 3-jarig project is hierop ingericht (en goedgekeurd vanuit de kwaliteitsgelden).

2.2 Wonen en huiskamer

a. Uitkomsten

Uit de 360 graden kwaliteitsmeting komt naar voren dat cliënten het thema 'Wonen en welzijn' waarderen met een 8,3,

b. Hoe verzameld?

Uit de 360 graden kwaliteitsmeting.

c. Context

Cliënten geven geen extra toelichting met betrekking tot 'Wonen en huiskamer'.

d. Ontwikkelpunten 2018

- Met bewoners een plan opstellen voor de herinrichting van de betreffende huiskamers binnen de financiële kaders.

- Activiteitsaanbod op huiskamers (ander andere in samenhang met eten en drinken, zie H 1.6).
- Behandelaren meer zichtbaar op de afdelingen, betere afstemming op zorgproces en uitbreiding van beweegprogramma's en muziekactiviteiten.

Resultaten

- Moodboards en plannen voor de huiskamers op de afdelingen wonen met zorg en NAH zijn opgesteld met bewoners en medewerkers. Inrichting is begin 2019 gerealiseerd.
- Maaltijdconcepten zijn geïmplementeerd (zie 1.6).
- Muziekactiviteiten zijn uitgebreid middels ander andere muziektherapie en centrale activiteiten in de Plaza.

Ontwikkelpunten 2019

- Aanstellen gastvrouwen/-heren ter ondersteuning van het wonen.
- Meer activiteiten begin van de avond.

2.3 Waardigheid en trots zinvolle dagbesteding

a. Uitkomsten

Uit de cliëntreviews in 2018 kwam met regelmaat naar voren dat er veel georganiseerd is en dat zowel op de afdeling als centraal veel activiteiten zijn.

b. Hoe verzameld?

Deze informatie komt uit de interviews gepubliceerd op ZorgkaartNederland.

c. Context

Vanuit het programma "Waardigheid en Trots, liefdevolle zorg voor onze ouderen" (W&T) is een impuls gekomen tot een kwaliteitsverbetering van de verpleeghuizen. Hiertoe komen vanaf 2016 (voorlopig tot en met 2020) structureel middelen beschikbaar. Deze middelen worden ingezet voor een zinvolle dagbesteding voor cliënten en het versterken van de deskundigheid van het personeel.

d. Ontwikkelpunten 2018

- Activiteitsaanbod op huiskamers (ander andere in samenhang met eten en drinken, zie H 1.6).
- Uitbouw Plaza-activiteiten (centraal) door inzet teamleider Horeca en Welzijn.
- Welzijnsteam Dubbelmonde.
- Uitbouw Crabbehoff-pas met budget Waardigheid en trots (W&T) naar meer eigen bijdrage aan extra activiteiten.
- Het succes van uitjes in een kleine groep (3 tot 4 cliënten) met de Crabbehoff-bus kan een extra druk geven op de beschikbare chauffeurs en reservering van de bus.

Resultaten

- Extra ondersteuning door welzijnsassistenten op de afdeling KDZ, wonen met zorg en in Dubbelmonde vanuit het budget W&T.
- Plaza is gerealiseerd en uitbreiding centrale activiteiten zoals roofvogelshow, optreden koren, filmavonden in een bioscoopbeleving.
- Door alle afdelingen zijn van de gelden extra activiteiten gepland in de vorm van uitjes met de Crabbehoff-bus maar ook diners in Van der Valk of op de afdelingen. Er is steeds aandacht geweest voor cliënten die niet met de groep mee wilden om iets passend persoonlijks te vinden wat voor hen zinvol is. De cliëntenraad heeft een grote rol gespeeld bij de inzet van de gelden ten behoeve van het welzijn van de bewoners.
- Welzijnsteam in Dubbelmonde is gerealiseerd, knippen worden met elkaar dicht op het primair proces opgelost.

Ontwikkelpunten 2019

- Continueren budget per afdeling voor extra inspanningen om aanbod van activiteiten en uitjes te bieden op basis van cliëntpersoonlijke voorkeuren.
- Budget wordt decentraal beheerd door een afdeling en een betrokken lid van de cliëntenraad.

2.4 Dagbesteding WMO

a. Resultaten

Op 1 januari 2019 zijn er:

- 17 cliënten met intensief arrangement (WMO)
- 45 cliënten met basisarrangement (WMO)
- 5 cliënten met intensieve dagbesteding via de WLZ
- 4 cliënten via PGB

b. Hoe verzameld?

Verslag teamleider dagbesteding en ECD.

c. Context

Er komen zowel cliënten uit de wijk Crabbehoff als vanuit heel Dordrecht. Dit is onder andere als gevolg van de specialisatie CVA, MS en Parkinson door PZC. Veel cliënten bezoeken de dagbesteding in aansluiting op de intramurale revalidatieperiode. Continuïteit is een voorwaarde om de overgang naar huis optimaal te laten verlopen.

d. Ontwikkelpunten 2018

- Realisatie terras.
- Meting tevredenheid.
- Inrichting in nieuwe ruimte.
- Realiseren dat cliënten met een WLZ-indicatie ook mee kunnen reizen met Stroomlijn.

Resultaten

- Terras is gerealiseerd.
- Tevredenheid is gemeten via 360 graden kwaliteitsmeter.
- De nieuwe ruimte is ingericht. Een aantal aan te schaffen meubilair volgt in 2019.
- Cliënten met een WLZ-indicatie kunnen ook reizen met Stroomlijn.

Ontwikkelpunten 2019

- Binnentuin opknappen.
- Realisatie meerdere kleinere ruimtes voor activiteiten waar andere cliënten geen last van hebben.

2.5 Huishoudelijke ondersteuning (WMO)

a. Resultaten

Op 31 december 2018 ontvingen 112 cliënten huishoudelijke ondersteuning van PZC.

b. Hoe verzameld?

Via het ECD.

c. Context

Coördinator huishoudelijke zorg maakt onderdeel uit van het welzijnsteam Dubbelmonde om samenwerking met andere diensten zoals thuiszorg en servicediensten te bevorderen en om een integraal dienstenpakket te realiseren en door te ontwikkelen.

d. Ontwikkelpunten 2018

Participatie bij Sociale Dienst Drechtsteden in verband met de ontwikkeling van een nieuw product huishoudelijke ondersteuning (HO) inclusief begeleiding.

Resultaten

Het nieuwe product HO inclusief begeleiding is er nog niet. De coördinator huishoudelijke zorg participeert bij de Sociale Dienst Drechtsteden.

Ontwikkelpunten 2019

Ontwikkeling nieuw product HO inclusief begeleiding

H3 Veilige zorg

3.1 Vrijheid en veiligheid

a. Uitkomsten

Overzicht vrijheidsbeperkende maatregelen peildatum 01 januari 2019. Percentage is afgezet tegen het aantal bewoners (62).

	medicatie*	bedhek	tafelblad	opt. sensor	beweg. melder	romper/hansop	kantelstoel	GPS	extra laag bed	overig**
totaal	17	2	0	1		2				
percentage	27,4%	3,2%		1,6%		3,2%				

* dit betreft de gedrag beïnvloedende medicatie, gespecificeerd:

peildatum	hypnotica	sedativa	anti- psychotica	anti- depressiva	dementie- middelen	zo nodig medicatie
01-03-2018	3,33%	5%	21,67%	30%	10%	13,33%
01-12-2018	1,61%	3,23%	25,81%	24,19%	8,06%	19,35%

b. Hoe verzameld?

Uit het ECD en kwartaalrapportages Commissie Onvrijwillige Zorg.
Rapportage BOPZ-arts uit Medimo.

c. Context

De KDZ bestaat uit 6 woongroepen van 7 cliënten met BOPZ erkenning en 2 woongroepen van 10 zonder BOPZ. Deze laatste woongroepen zijn open. Van de getroffen vrijheidsbeperkende maatregelen zijn 2 dwangmaatregelen. Deze dwangmaatregelen betreffen medicatie. De overige vrijheidsbeperkende maatregelen zijn maatregelen akkoord.

d. Ontwikkelpunten 2018

- In 2018 wordt een begin gemaakt met registratie conform de nieuwe Wet zorg en dwang, waarbij 'verzet' het uitgangspunt is..
- Onderzoek naar en implementatie van technologische oplossingen, in samenhang met voorbereiding Wet zorg en dwang.
- Structurele aandacht voor deskundigheid 'Onbegrepen gedrag'.
- Aanstelling kwaliteitsverpleegkundige met aandachtsgebied vrijheidsbevordering (Wet zorg en dwang).

Resultaten

- Het aantal vrijheidsbeperkende maatregelen is in 2018 gedaald (van 79 naar 22 in totaal), mede door de registratie volgens de Wet zorg en dwang.
- De voorbereidingen op de wet Zorg en dwang zijn gestart door de projectgroep Wet zorg en dwang onder leiding van een extern projectleider De regionale BOPZ-commissie, waarin de BOPZ-artsen vanuit de regio deelnemen, is bijeen geweest om over de veranderingen ten aanzien van de nieuwe wet met elkaar te praten. Vervolgafspraken voor 2019 zijn gemaakt.
- Structurele aandacht voor deskundigheid 'onbegrepen gedrag' door de aanstelling van 2 aandachtsvelders onbegrepen gedrag, namelijk de kwaliteitsverpleegkundige onbegrepen gedrag en kwaliteitsverpleegkundige vrijheidsbevordering.
- De kwaliteitsverpleegkundige met aandachtsgebied vrijheidsbevordering is in 2018 aangesteld.

Ontwikkelpunten 2019

- Scholing van zorgmedewerkers en behandelaars op alle afdelingen met als doel: cultuurverandering door het hele huis en verbinding met alle doelgroepen. Praktische uitvoering; hoe kom je tot een maatregel; kennis en kunde; casuïstiek; zorgleefplan. Scholing wordt gegeven door een BOPZ-arts en een kwaliteitsverpleegkundige. Scholing heeft een verplicht karakter; interactie theorie/praktijk (casuïstiek). Iedere nieuwe medewerker moet deze scholing binnen 8 maanden gevolgd hebben. Cyclus is 1 keer per 3 jaar.
- Voldoen aan de vereisten van de Wet zorg en dwang eind 2019.
- Training on the job door de kwaliteitsverpleegkundigen.

3.2 Medicatieveiligheid

3.2.1 Melding incidenten cliënten (MIC)

a. Uitkomsten

medicatie-incidenten	Q1 2018	Q2 2018	Q3 2018	Q4 2018
aantal	378	350	312	285

Medicatie-incidenten betreft 54% van het totaal aantal MIC-meldingen.

De belangrijkste oorzaken bij medicatie-incidenten zijn medicatie vergeten te geven en vergeten af te tekenen.

b. Hoe verzameld?

Uit het ECD en kwartaalrapportages van de doelgroepmanagers.

c. Context

Het betreft alle incidenten op de 3 locaties. Sinds 2017 vinden de analyses van incidenten plaats op doelgroepniveau. Per team zijn er MIC-verantwoordelijken aangesteld. Deze MIC-verantwoordelijken zien erop toe dat meldingen volledig zijn ingevuld en dat maatregelen worden genomen op cliëntniveau. Bij trendherkenning doen zij aanbevelingen op afdelingsniveau bij de teamleider/manager.

De MIC-verantwoordelijken analyseren de meldingen en bespreken de resultaten hiervan met de teams. Zij worden hierbij ondersteund door een kwaliteitsverpleegkundige en/of teamleider. De doelgroepmanager rapporteert per kwartaal het aantal en de aard van de MIC met de directeur Zorg en Behandeling en de adviseur Kwaliteit, Veiligheid en Innovatie.

d. Ontwikkelpunten 2018

- Elimineren van menselijke missers door implementatie digitaal aftekenen. Beoogd resultaat is een reductie van medicatie-incidenten ten gevolge van 'vergeten' van 50%.
- Op locatie Dubbelmonde intensiever samenwerken met minder apothekers in overleg met cliënt en apotheken.
- In de samenwerkingsovereenkomsten kwaliteitsindicatoren medicatieveiligheid opnemen met evaluatieafspraken.
- Vermindering aantal medicatiemutaties op locatie Crabbehoff.

Resultaten 2018

- In juli 2018 is het digitaal aftekenen gerealiseerd, zowel intramuraal als extramuraal. Reductie verschil per locatie/afdeling. In totaal is een reductie gerealiseerd van ongeveer 25%.
- Het aantal apothekers waarmee gewerkt werd in Dubbelmonde en de thuiszorg is teruggebracht van 13 naar 3. Met deze apothekers is een gesloten digitale medicatieketen gerealiseerd waardoor het digitaal aftekenen mogelijk werd.
- De samenwerkingsovereenkomst met de 3 apothekers is opgesteld conform de veilige principes van de medicatieketen.
- Het aantal medicatiemutaties op locatie Crabbehoff is niet gerealiseerd.
- Opvallend is dat er medicatiemeldingen zijn over situaties die niet onder een MIC-melding vallen.

Ontwikkelpunten 2019

- Verminderen aantal medicatiemutaties.
- Onderzoek naar minder deelmomenten per dag.
- Integreren dosering trombosedienst in het elektronisch voorschrijfsysteem.
- Verduidelijken wat wel en niet gemeld moet worden.
- Aanpassen van MIC-meldingsformulier om betere kwalitatieve managementinformatie te genereren.

3.2.2 Medicatiereviews

a. Uitkomsten

Voor 85% van de cliënten met een WLZ-indicatie op locatie Crabbehoff heeft 1 of 2 keer een medicatiereview plaatsgevonden tussen apotheker, specialist ouderengeneeskunde/verpleegkundig specialist en verzorgende. Voor 37% van de cliënten heeft dit 2 keer plaatsgevonden.

b. Hoe verzameld?

Via de registratie doktersassistenten (verpleeghuis) en medicatiecommissie Dubbelmonde en thuiszorg.

c. Context

Bij opname vindt medicatieverificatie plaats. De medicatiereviews worden gepland door de doktersassistenten. Zij zorgen voor registratie in Ysis (ECD) op cliëntniveau wanneer de medicatiereview heeft plaatsgevonden.

d. Ontwikkelpunten 2018

- Medicatiereview 2 keer per jaar op iedere WLZ-afdeling
- Planning en ondersteuning van reviews door doktersassistente (aangesteld per januari 2018).
- Onderzoek naar registratie van reviews bij de bron (in ECD).
- Opnemen afspraken over reviews in overeenkomst met apotheken voor locatie Dubbelmonde.

Resultaten

- Medicatiereview 2 keer per jaar per afdeling is deels gerealiseerd.
- Doktersassistenten hebben de planning en registratie overgenomen.
- Afspraken over reviews met apothekers voor de locatie Dubbelmonde zijn gemaakt en vastgelegd in de samenwerkingsovereenkomst.

Ontwikkelpunten 2019

- Onderzoek naar opnemen medicatiereviews in Medimo,
- Onderzoek naar mogelijkheid om medicatiereview op afstand te kunnen doen.
- Medicatiereview 1 keer per jaar op iedere woonafdeling.

3.3 Infectiepreventie**a. Uitkomsten**

Check op handhygiëne heeft plaatsgevonden medio mei 2018. Ten opzichte van de check in november 2017 wisten meer medewerkers de vragen goed te beantwoorden en was het dragen van sieraden, nagellak et cetera verminderd. De controle was gericht op die dag aanwezige medewerkers van de zorg, huishouding, voeding en behandelaars.

	november 2017	mei 2018
locatie Crabbehoff en ASP	51,61% voldeed aan alle eisen	72,9% voldeed aan alle eisen
Dubbelmonde	67,74% voldeed aan alle eisen	62,5% voldeed aan alle eisen
behandelaars Crabbehoff	33,33% voldeed aan alle eisen	76,9 voldeed aan alle eisen

In oktober 2018 heeft PZC deelgenomen aan het puntprevalentieonderzoek dat is gehouden in opdracht van het RIVM. De uitslag is gecommuniceerd met de specialist ouderengeneeskunde.

b. Hoe verzameld?

Via het jaarverslag van de infectiepreventiecommissie.

c. Context

In 2018 heeft 2 keer een wisseling plaatsgevonden van de extern adviseur deskundige infectiepreventie (via het RLM) die de commissie adviseert op het gebied van hygiëne- en isolatiemaatregelen. De commissie komt 4 keer per jaar bijeen.

d. Ontwikkelpunten 2018

- Regionale evaluatie van het MUIZ (digitaal Meldpunt Uitbraken Infectieziekten & BRMO) in het najaar van 2018.
- Het opstellen van een regionaal antibioticabeleid.
- Managers rapporteren in hun kwartaalrapportage over de resultaten en verbetermaatregelen op de handhygiënechecks.

Resultaten

- Evaluatie van het MUIZ heeft plaatsgevonden. Het eindrapport is in november 2018 verstuurd. De 12-maandsrapportage van MUIZ over heel 2018 is ontvangen.

In de regio Rotterdam-Rijnmond en ZHZ samen zijn inmiddels 387 organisaties aangesloten (in 1 jaar tijd verviervoudigd). In de regio ZHZ hebben de VVT-koepels in totaal 14 uitbraken gemeld. Binnen PZC hebben in 2018 geen uitbraken plaatsgevonden.

- Het regionaal antibioticabeleid is er nog niet. In de regio ZHZ zijn in 2018 geen BRMO-uitbraken gemeld.
- Managers rapporteren in hun kwartaalrapportages over resultaten en verbetermaatregelen infectiepreventie.

Ontwikkelpunten 2019

- Infectiepreventie wordt onderdeel van de teamchecks door de zorgteams zelf en interne audits, waardoor dit meer in de lijn wordt gelegd. Managers rapporteren aan de hand van de teamchecks op de resultaten.
- Scholing door middel van themaweken op iedere locatie voor met name de medewerkers die niet kunnen deelnemen aan de e-learning en de behandelaars.
- Aanpassen inzet infectiepreventiecommissie aan de ontwikkelingen in de organisatie, zodat effectiever gewerkt wordt met een betere borging.

3.4. Wondzorg

a. Uitkomsten

Geregistreerde decubitusgraad 2 en hoger ontstaan binnen PZC:

- Totaal revalidatie : 0
- Totaal verpleeghuiszorg locatie Crabbehoff: 3
- Totaal verzorgingshuiszorg: 0

b. Hoe verzameld?

Peilmoment: week 52 in 2018.

Gegevens uit het ECD.

Kwartaalrapportages commissie wondzorg.

c. Context

Cliënten op de revalidatie komen vanuit het ziekenhuis. Op het peilmoment verbleven 2 cliënten met decubitus op de revalidatie. Cliënten zijn met decubitus uit het ziekenhuis op de afdeling gekomen. Op de verblijfsafdelingen zijn 2 cliënten met decubitus in huis gekomen.

Percentage cliënten decubitus ontstaan binnen Crabbehoff op peilmoment: 1,2%. Betreft 3 cliënten met WLZ-indicatie op locatie verpleeghuis Crabbehoff.

Percentage cliënten decubitus ontstaan buiten Crabbehoff op peilmoment: 2,2%. Betreft 2 cliënten met WLZ-indicatie op locatie verpleeghuis Crabbehoff en 2 cliënten bij RevalidatieZorg Dordrecht.

d. Ontwikkelpunten 2018

Streven is 0% decubitus.

Resultaat

Resultaat is niet behaald.

Ontwikkelpunten 2019

Streven is 0% decubitus in PZC ontwikkeld.

3.5 Advance care planning

a. Uitkomsten

Wensen rondom het levenseinde (wel/geen reanimatie en wensen met betrekking tot behandeling) zijn vastgelegd in het ECD. Peildatum: 31 december 2018

doelgroep	aantal cliënten	percentage reanimatiewens vastgelegd	percentage beleid vastgelegd
NAH	32	100%	97%
wonen en zorg	96	100%	93%
kleinschalige dementiezorg	62	100%	100%

revalidatie + eerstelijnsverblijf (ELV) complex	± 65	94%	94%
Dubbelmonde + eerstelijnsverblijf basis	103	97%	97%

b. Hoe verzameld?

Via Ysis-inzicht en kwartaalrapportages doelgroepmanagers.

c. Context

Ook bij de revalidatie en ELV complex wordt het gesprek over wensen rondom het levenseinde gevoerd. Beleid is om binnen 2 weken na opname de wens vastgelegd te hebben. PZC heeft een 'jantenzijbeleid'. Dit betekent dat als er geen duidelijk vastgelegde wens is, er gestart wordt met reanimeren.

Cliënten zijn hierover bij opname geïnformeerd.

In woonzorgcentrum Dubbelmonde zijn de huisartsen de hoofdbehandelaar van de bewoners. Zij dienen zorg te dragen voor het vastleggen van de wensen. Deze verklaringen worden door de zorgmedewerkers in het ECD opgenomen.

d. Ontwikkelpunten 2018

- Afspraken binnen medische dienst over advance care planning.
- Registratie op eenduidige wijze.
- Onderzoek naar managementinformatie uit ECD (Ysis) zodat makkelijk overzicht is te genereren.

Resultaten

- Afspraken binnen de medische dienst zijn gemaakt.
- Er wordt op eenduidige wijze geregistreerd middels format in Ysis (verpleeghuis en revalidatiezorg).
- Managementinformatie ten aanzien van advance care planning is beschikbaar voor managers en artsen in het verpleeghuis en bij revalidatiezorg.

Ontwikkelpunten 2019

100% vastleggen wensen bij cliënten met een WLZ-indicatie.

3.6 Vallen en overige meldingen incidenten

a. Resultaten

	Q1 2018	Q2 2018	Q3 2018	Q4 2018
valincidenten	238	281	237	228
overige incidenten	53	38	21	27

De belangrijkste oorzaken bij vallen bestaan uit vallen door lopen met of zonder hulpmiddel en vallen door obstakels. Bij meer dan een derde van de valpartijen is de oorzaak bij aantreffen nog onbekend. Op basis van de analyse worden verbeteringsmaatregelen getroffen. Overige incidenten bestaan voor meer dan de helft uit agressief gedrag en diverse andere zaken.

b. Hoe verzameld?

Uit het ECD en kwartaalrapporten.

c. Context

Het betreft incidenten op de 3 locaties. Sinds 2017 vinden de analyses van incidenten plaats op doelgroepniveau. Per team zijn er MIC-verantwoordelijken aangesteld. Deze MIC-verantwoordelijken zien erop toe dat meldingen volledig zijn ingevuld en dat maatregelen worden genomen. De MIC-verantwoordelijken analyseren de meldingen en bespreken de resultaten hiervan met de teams. Zij worden hierbij ondersteund door kwaliteitsverpleegkundige en/of teamleider. De doelgroepmanager rapporteert per kwartaal het aantal en de aard van de MIC met de directeur Zorg en Behandeling en de adviseur Kwaliteit, Veiligheid en Innovatie.

d. Ontwikkelpunten 2018

- Eenduidige werkwijze borgen met betrekking tot het analyseren van meldingen. Om trends beter te signaleren en aanbevelingen te bespreken met de doelgropleiding, samen met de coach W&T.
- De verbetermaatregelen op de trends en de resultaten daarvan monitoren in de kwartaalrapportage van de doelgroep.
- Vergroten van de weerbaarheid bij medewerkers naar aanleiding van MIC-meldingen agressie.

Resultaten

- Eenduidige werkwijze is gerealiseerd.
- Er vindt nog onvoldoende een kwalitatieve analyse plaats.
- MIC-meldingen worden in de kwartaalrapportages van de doelgroepmanagers gerapporteerd en besproken met de directeur Zorg en Behandeling en adviseur Kwaliteit, Veiligheid en Innovatie.
- In 2018 hebben weerbaarheidstrainingen plaatsgevonden door de praktijkopleiders van PZC en door een extern bureau. Het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) is betrokken geweest bij een complexe cliënt en heeft handvatten gegeven voor hoe daarmee om te gaan. Hierbij vond ook coaching op de werkvloer plaats. Dit heeft tot significante voortuitgang geleid met betrekking tot het omgaan met cliënten met agressief gedrag.

Ontwikkelpunten 2019

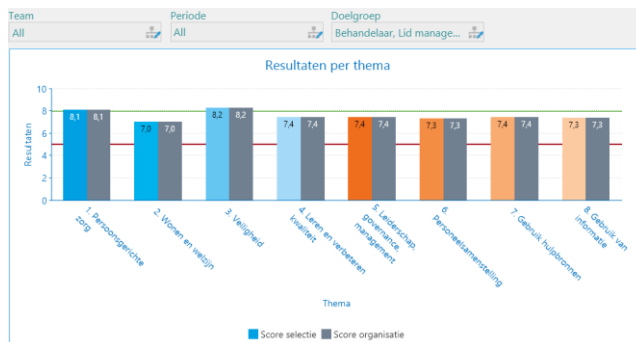
- In gebruik nemen van een verbeterd digitaal MIC-formulier.
- Implementeren van het realtime rapporteren over MIC-meldingen per afdeling.
- Het introduceren en implementeren van een nieuw analyseformulier als hulpmiddel bij de vervolgstap op de MIC-melding.

4 Ervaringen met medewerkers en vrijwilligers

4.1 Medewerkertevredenheid

a. Uitkomsten

Medewerkers die mee hebben gedaan aan de 360 graden kwaliteitsmeting geven de organisatie de volgende waardering voor de 6 onderzochte thema's:



b. Hoe verzameld?

Via het medewerkertevredenheidsonderzoek binnen de 360 graden kwaliteitsmeting eind 2018. Hieraan hebben 285 medewerkers mee gedaan.

c. Context

Er heeft een gecombineerd cliënt- en medewerkertevredenheidsonderzoek plaatsgevonden, waar tevens mantelzorgers en vrijwilligers aan hebben deelgenomen, de zogenaamde 360 graden meting. De 360 graden meting, waarvan de vragen vastliggen, bleek niet volledig geschikt voor een medewerkertevredenheidsonderzoek. De vragen zijn vooral zorggericht. In 2019 wordt een derde fase ingericht door voor medewerkers aanvullende en meer specifieke vragen uit te zetten via de verbeterapp.

d. Ontwikkelpunten 2018

In 2018 vindt een medewerkertevredenheidsonderzoek plaats bij voorkeur gelijktijdig met de cliënttevredenheidsmeting en het vrijwilligertevredenheidsonderzoek.

Resultaten

Eind 2018 heeft het gecombineerd tevredenheidsonderzoek plaatsgevonden, de 360 graden meting.

Ontwikkelpunten 2019

- Het uitvoeren van een meer specifiek medewerkertevredenheidsonderzoek via de verbeterapp, de derde fase van de kwaliteitsverbetercyclus.
- Evaluatie van het meetinstrument.

4.2 Melding incidenten medewerkers (MIM)**a. Uitkomsten**

Oorzaak melding	2018	2017	2016	2015	2014
ongewenst gedrag van bewoner met fysiek geweld	51	73	55	50	63
ongewenst gedrag van familie/bezoeker met fysiek geweld	1	0	2	0	0
ongewenst gedrag van bewoner met verbaal geweld	4	3	2	4	3
ongewenst gedrag van familie/bezoeker met verbaal geweld	1	6	6	0	0
ongewenste gedrag/ongewenste intimiteit van bewoner	6	10	10	4	8
naald-/prik-/snij- of bijtincident	6*	4	3	3	5
ongeluk in verband met werkplek of ondeugdelijk of verkeerd gebruik materiaal	1	4	11	13	6
uitglijden op natte (vieze) vloer	4	3	3	1	2
overige oorzaak	9**	8	0	1	2
totaal aantal gemelde incidenten	84	111	92	76	89
meldingen met uitval/verzuim tot gevolg	0	5	5	4	0
meldingen zonder uitval/verzuim tot gevolg		100	86	72	87
meldingen bijna-incidenten		6	1	0	2
aantal verzuimdagen		121	296	44	0

* Veroorzaakt door onvoldoende geconcentreerd werken. Vaccinatiegraad was bij allen op orde.

** Incidenten hebben plaatsgevonden tijdens een zorgmoment waarbij onverwachts veel fysieke belasting plaatsvond na een verkeerde inschatting c.q. ongeval van cliënt.

b. Hoe verzameld?

Via het arbomeldpunt.

c. Context

Het uitgangspunt van de MIM is: altijd melden, altijd bespreken, altijd handelen.

d. Ontwikkelpunten 2018

- Niet alle afdelingen/locaties melden en van sommige afdelingen komen aanmerkelijk minder meldingen binnen. MIM-meldingen stimuleren.
- Voortgang opnemen in kwartaalrapportage.
- Norm uitdragen dat ongewenst gedrag er niet bijhoort en niet acceptabel is.
- Deskundigheid bevorderen over onbegrepen gedrag, aangepast aan de doelgroep.
- Aandacht voor nazorg van medewerker.

Resultaten

- De meldingsbereidheid is wat afgenomen. In 2018 zijn 84 incidenten gemeld door 63% van de afdelingen. In 2017 waren dit 112 incidenten door 85% van de afdelingen.
- In de kwartaalrapportages is meer aandacht besteed aan de MIM en met name ook aan het vervolg op de incidenten.
- Het besef groeit bij de medewerker dat het ongewenste gedrag niet bij het werk hoort en dat er in veel gevallen preventieve maatregelen genomen kunnen worden om escalatie te voorkomen.
- De aanwezige kennis is vergroot door scholing op dit gebied. Het scholingsaanbod is ook uitgebreid met weerbaarheidstraining.
- Aan nazorg wordt meer aandacht besteed.

Ontwikkelpunten 2019

- Verbetering aantoonbare analyse van MIM via een te ontwikkelen analyseformulier.
- Het melden goed benoemen bij het inwerkprogramma.

- Duidelijkheid over bij wie een incident gemeld moet worden, ook bij afwezigheid van leidinggevende.
- Duidelijkheid over wie de casemanager is en wat de vervolgstappen zijn.
- Voortzetting deskundigheidsbevordering ten aanzien van onbegrepen gedrag.

4.3 Risico-inventarisatie en evaluatie (RI&E)

a. Uitkomsten

Op 18 afdelingen is de checklist van de RI&E tijdig ingevuld of staat gepland. Op 2 afdelingen is de checklist gepland maar is de datum overschreden.

b. Hoe verzameld?

Via gesprekken met managers en na het maken van een rondgang.

c. Context

Iedere 2 jaar dient de checklist van de ZorgRie opnieuw te worden ingevuld door de verschillende disciplines van PZC. Vertragingen zijn opgetreden met name door wisseling bij de doelgroepmanagers en verhuizingen.

d. Ontwikkelpunten 2018

- Rol van BHV'ers en ergo-coaches op de afdeling versterken.
- Binnenklimaat.
- Vloeren en drempels.
- Ongewenst gedrag.
- Achterstallig onderhoud gebouw.
- Schoonmaak en hygiëne.
- Structurele borging van de RI&E in de jaarplansystematiek.

Resultaten

- Onderdeel van het actualiseren van de RI&E is nu ook een veiligheidsrondgang waarbij ploegleider BHV en Arbo- en preventiespecialist de desbetreffende afdeling checken op algemene veiligheid.
- Vloeren en drempels zijn ergonomisch aangepast.
- MIM-meldingen worden structureel ook in de kwartaalrapportage meegenomen en indien nodig besproken.
- Over schoonmaak en hygiëne is structureel overleg tussen huishouding en manager.
- ZorgRie is uitgevoerd op 4 locaties die nieuw of verbouwd zijn.

Ontwikkelpunten 2019

- Nieuwe ergocoaches worden geschoold.
- Regel(on)mogelijkheden binnenklimaat worden per locatie in beeld gebracht.
- Hitteprotocol actualiseren.
- BHV-ers en ergocoaches meer betrekken bij handhaving veiligheid en RI&E.
- Aandacht voor vitaliteit van het personeel waarbij gestart wordt met een pilot van een half jaar waarbij stoelmassage in een cyclisch patroon op 3 locaties wordt aangeboden.
- Registratie MIM verder automatiseren en kwaliteitscyclus borgen.

4.4 Vrijwilligerstevredenheid

a. Uitkomsten

Op 1 januari 2018 waren er 338 vrijwilligers werkzaam bij zorggroep Crabbehoff. Het aantal vrijwilligers op 31 december 2018 was 328.

b. Hoe verzameld?

Uit het jaarverslag vrijwilligers 2018.

c. Context

Het verloop in aantal vrijwilligers is in 2018 minder geweest dan het jaar ervoor. In totaal kwamen er 43 bij en zijn er 53 gestopt, wat neerkomt op een daling van 10 vrijwilligers. Van deze 53 gestopte vrijwilligers waren er 15 die al langere tijd geen vrijwilligerswerk meer deden.

d. Ontwikkelpunten 2018

- Gegevens van vrijwilligers opnemen in het digitaal personeelsregistratiesysteem.
- Introductiebijeenkomsten samen met personeel voor nieuwe vrijwilligers per januari 2018.
- Scholing voor vrijwilligers verder uitbouwen.
- In 2018 vrijwilligers meenemen in het medewerkertevredenheidsonderzoek.
- Visie op vrijwilligers herdefiniëren.

Resultaten

- Gegevens van vrijwilligers zijn begin 2019 opgenomen in het digitaal personeelsregistratiesysteem.
- Er zijn introductiebijeenkomsten georganiseerd samen met nieuw personeel. Dit bleek echter een te grote drempel te zijn. De opkomst van vrijwilligers was nihil.
- Naast de reeds bestaande scholingen zijn er bijeenkomsten georganiseerd over brandveiligheid.
- In oktober 2018 is gestart met de Kwaliteits Verbeter Cyclus voor alle medewerkers en vrijwilligers. Deze enquête is ingevuld door 40 vrijwilligers.
- Het strategisch plan vrijwilligers 2018-2020 is geschreven. Dit is tot stand gekomen door meerdere gesprekken met managers en teamleiders van de verschillende doelgroepen. Het strategisch plan vrijwilligers vormde mede input voor het meerjarenkwaliteitsplan 2019-2021.
- In 2018 heeft de revalidatie een dagbestedingscoach aangetrokken die de inzet van vrijwilligers op een positieve manier gestimuleerd heeft.
- Op 12 november besloot het Ministerie van Justitie en Veiligheid dat de VOG voor vrijwilligers die werken met mensen in een afhankelijkheidspositie gratis is. Dit betekent dat PZC vanaf dat moment geen kosten meer maakt voor de aanvraag van een VOG voor haar vrijwilligers.

Ontwikkelpunten 2019

- Versterken informele zorg en zeggenschap (3-jarig project).
- Het boeien, binden en verbeteren van samenwerking met vrijwilligers staat de komende jaren op de agenda.
- Ontwikkeling van een introductiebijeenkomst gericht op vrijwilligers.
- Evalueren van het registratiesysteem voor vrijwilligers.

4.5 Ziekteverzuim**a. Uitkomsten**

Ziekteverzuimpercentage 2018: 5,26% (in 2017: 4,34%). Landelijk gemiddelde VVT 2017 6,67% en 2018 7,12%).

Meldingsfrequentie 2018 is 0,71 (in 2017: 0,70). Landelijk gemiddelde VVT 2017: 0,91 en 2018: 1.01.

In 2018 is de meldingsfrequentie voorzien van een norm en opgenomen in de kwartaalrapportage. De norm op verzuim organisatiebreed voor 2018 is 4,1% met een frequentie van 0.7. Uitgaande van deze norm is in 2018 het verzuimpercentage hoger en de meldingsfrequentie stabiel gebleven. Ten opzicht van de landelijke cijfers wijkt PZC positief af.

b. Hoe verzameld?

Via het digitaal personeelsregistratiesysteem.

Meting gemiddeld over 2018.

Branchemonitor Actiz/Vernet.

c. Context

Per eind 2015 zet PZC in op een gedragsmatige aanpak van verzuim. Dit werpt zijn vruchten af maar vraagt om vervolgacties. Het gedrag is steeds vaker onderwerp van gesprek in plaats van de ziekte. In 2018 is het verzuimpercentage toegenomen en de meldingsfrequentie stabiel gebleven. Er is vast te stellen dat er sprake is van een toename van het langdurig verzuim.

Op basis van landelijke cijfers blijkt dat 1 op de 4 medewerkers ook mantelzorger is. PZC vindt het belangrijk om aandacht te hebben voor medewerkers met mantelzorgtaken. PZC heeft het thema belegd in regelingen en beleid en heeft dit meer onder de aandacht gebracht bij leidinggevend en personeel.

d. Ontwikkelpunten 2018

- De dalende lijn vasthouden. Verzuim blijven bespreken, analyseren en onder de aandacht brengen op alle teams door de leidinggevenden.
- De TPC (Total Proces Control) bestaande uit bestuurder, voorzitter OR en P&O-adviseur, blijven 1 keer per kwartaal bij elkaar komen en zetten berichten uit naar aanleiding van de analyses die zij doen.
- In 2018 is de meldingsfrequentie voorzien van een norm en opgenomen in de kwartaalrapportage. De norm op verzuim organisatiebreed voor 2018 is 4,1% met een frequentie van 0.7.

Resultaten

Zie context.

Ontwikkelpunten 2019

- Verzuim blijven bespreken, analyseren en onder de aandacht brengen op alle teams door de leidinggevenden.
- De TPC blijft 1 keer per kwartaal bij elkaar komen en zet berichten uit naar aanleiding van de analyses die zij doet.
- Aanpak van het langdurig verzuim. Proactief beleid op inzetbaarheid en vitaliteit van medewerkers.

H5 Voldoende en bekwame medewerkers**5.1 Passende personeelssamenstelling****a. Uitkomsten**

Personele samenstelling in getallen per functie peildatum 1-1-2019	aantal	%HC	FTE	% FTE
verpleegkundigen	34	4,84	26	6,24
verzorgenden	187	26,64	116,87	28,04
helpenden	80	11,40	37,76	9,06
zorgondersteuning	85	12,11	32,76	7,86
BBL zorg/stagiaires	87	12,39	60,64	14,55
behandelaars & agogische hulpverlening	62	8,83	41,91	10,06
indirect personeel (overhead, facilitair, management)	167	23,79	100,79	24,18
totaal	702		416,73	

PZC heeft in 2018 een kwaliteitsslag gemaakt:

- Verhoging van het aantal en percentage verpleegkundigen binnen de totale formatie.
- Verhoging van het aantal kwaliteitsverpleegkundigen naar 5.
- Verhoging van het aantal leerlingen en stagiaires om het toenemend tekort aan verzorgenden te kunnen opvangen.
- Toename van het aantal zorgondersteuners op welzijn in de vorm van gastvrouwen. Dit aantal zal toenemen en in Q1 2019 geëffectueerd worden. Hiermee wordt ruimte gecreëerd voor de zorgmedewerkers om de vakinhoudelijke kwaliteit te kunnen verhogen.
- Teamontwikkeling binnen het verpleegkundig team om onder andere de 24x7 kwetsbaarheid te verminderen en cohesie te hebben tussen de dag, avond en nacht.

b. Hoe verzameld?

Via het personeelsinformatiesysteem, HR-plannen en de rapportages van coaches W&T.

c. Context

Toenemend ontstaan er specialisaties per doelgroep. De verzamelde gegevens betreffen alle medewerkers organisatie breed.

d. Ontwikkelpunten 2018

- Er is in 2017 gestart met het schrijven van een HR-plan per doelgroep, waarbij diverse HR-thema's uitgewerkt worden voor de visie op de specifieke doelgroep, tevens gericht op de toekomst. Een passend dienstprofiel met bijbehorende deskundigheidsmix maakt hier onderdeel van uit.
- Vanuit de diverse HR-plannen wordt een strategisch personeels- en opleidingsplan opgezet.
- Verdere toename van het aantal verpleegkundigen met een boeiend en uitdagend takenpakket.
- Groei van het aantal kwaliteitsverpleegkundigen naar 5.
- Betere afstemming van behandeling op de visie per doelgroep en het zorgproces van de specifieke doelgroep.
- Vermindering kwetsbaarheid 24x7 verpleegkundig team.

Resultaten

- In 2018 zijn de HR-plannen per doelgroep afgerond en zijn de thema's verder uitgewerkt. De implementatie vindt plaats of is al afgerond.
- Met het schrijven van het meerjaren (strategisch) personeelsplan is gewacht op de resultaten van het Alignment House onderzoek en de daaruit voortkomende strategie.
- Aantal kwaliteitsverpleegkundigen is gegroeid naar 5.

Ontwikkelpunten 2019

- Verdere toename van het aantal verpleegkundigen met een boeiend en uitdagend takenpakket. Dat is een voortzetting van het ontwikkelpunt in 2018.
- Het schrijven van het meerjaren (strategisch) personeelsplan.
- Betere afstemming van behandeling op de visie per doelgroep en het zorgproces van de specifieke doelgroep. Dat is een voortzetting van het ontwikkelpunt in 2018.

5.2 Bekwame medewerkers

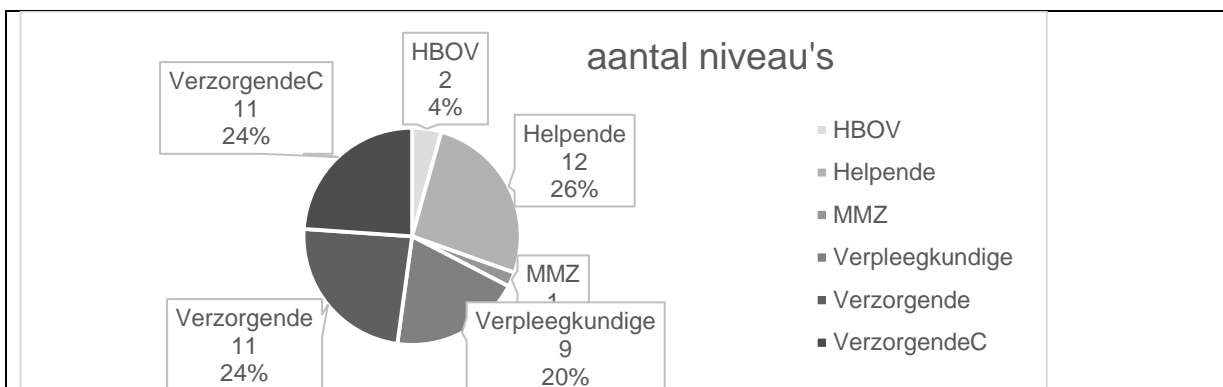
a. Uitkomsten

Alle zorgmedewerkers niveau 3 en hoger worden door PZC gefaciliteerd inzake het lidmaatschap van de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland en het kwaliteitsregister. Verplicht aantal te behalen studiepunten over 5 jaar: 184.

	januari 2018	december 2018
aantal aanmeldingen	224	244
aantal geaccrediteerde punten	3527 = 17 punten gemiddeld per deelnemer	7523 = 33 punten gemiddeld per deelnemer
totaal aantal overige deskundigheid bevorderende activiteiten	4223 = 20 punten gemiddeld per deelnemer	6879 = 30 punten gemiddeld per deelnemer

- Verzorgenden (niveau 3) en verpleegkundigen volgen verplicht de e-learning die ook wordt getoetst.
- In 2018 zijn 62 leerlingen in opleiding. Opvallend is de toename in 2018 van het aantal leerlingen dat in opleiding is. Deze toename heeft te maken met de start van 15 medewerkers in de functie van helpende die gestart zijn met een scholingstraject tot verzorgende C en een relatief grote groep van 14 helpenden die in opleiding zijn. 17 leerlingen hebben de opleiding met succes afgerond en 8 leerlingen zijn gestopt met de opleiding.

In onderstaand overzicht van Q4 2018 is het leerlingenbestand uitgesplitst naar opleidingsniveau: niveau 2 helpende, verzorgende C, niveau 3 verzorgende, niveau 4 verpleegkundige en hbo verpleegkunde.



In het schooljaar 2017-2018 volgen 35 stagiaires een zorgopleiding binnen PZC. Het relatief hoge aantal van 18 stagiaires op GRZ is met name te verklaren door de leerafdeling. Bij paramedici zijn stageplaatsen ergotherapie, fysiotherapie, bewegingsagogie, diëtetiek en logopedie. Bij psychologie zijn stageplaatsen voor psychologie.

- Behandelaars: fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten en diëtisten zijn geregistreerd in het kwaliteitsregister van de eigen discipline. Behandelaars worden gefaciliteerd in het volgen van aanvullende opleidingen. Er zijn geriatrie-fysiotherapeuten, een logopedist met de specialisatie afasie en een ergotherapeut met specialisme cognitief therapeut. Diverse therapeuten en verpleegkundigen zijn geschoold op het gebied van MS, Parkinson en CVA.
- De medische dienst bestond uit 5 specialisten ouderengeneeskunde (waarvan 2 kaderartsen GRZ, 1 kaderarts PG, 1 kaderarts palliatieve zorg), 3 verpleegkundig specialisten, 2 doktersassistenten en iedere 3 maanden een huisarts in opleiding.

b. Hoe verzameld?

Jaarverslag 2018 afdeling Opleiding en registratie specialismen.

c. Context

Naast e-learning heeft de afdeling Opleiding een scholingsjaarplan waarin trainingen (afgestemd op de vereisten per doelgroep) volgens een vaste cyclus zijn opgenomen en uitgevoerd.

d. Ontwikkelpunten 2018

- Beter overzicht van gevolgde deskundigheidsbevordering voor zorg- en behandelmedewerkers.
- Strategisch opleidingsplan.

Resultaten

- Per 3 juli 2018 is gestart met opleidingsmanagement in YouForce waardoor alle medewerkers binnen PZC zichzelf kunnen aanmelden voor een training. De opleidingsagenda is hierin opgenomen in een duidelijk overzicht en voor iedereen inzichtelijk. Medewerkers ontvangen automatisch bericht via de e-mail als de geldigheid van een certificaat verloopt.
- Strategisch opleidingsplan is gerealiseerd.

Ontwikkelpunten 2019

- In samenwerking met een andere organisatie biedt PZC per 1 september 2019 een opleidingsplaats aan voor een GZ-psycholoog.
- In Q3 2019 wordt een Beroeps Praktijk Vormingsplan (BPV) voor de beroepsopleidingen in de zorg opgesteld.
- In Q3 2019 wordt gestart met een training voor leerlingbegeleiders.

5.3 Leren van elkaar

a. Uitkomsten

De uitvoerende groep van het Lerend Netwerk Care4Q, de Focusgroep, is in 2018 11 keer bijeen geweest. Bestuurders zijn eens per kwartaal bij elkaar geweest.

b. Hoe verzameld?

- Care 4Q: uitvoerende groep komt maandelijks bij elkaar. Deze bestaat uit stafmedewerkers die namens hun organisatie acteren in het netwerk. Zij koppelen terug naar bestuurders.
- Kwartaalrapportages.

c. Context

Care4Q is een samenwerkingsverband tussen PZC, De Blijde Borgh, Zorgwaard en Waardeburgh. Vertegenwoordigers van deze organisaties werken samen met als doel:

- verbeteren van de kwaliteit van zorg
- versterken van het lerend vermogen op gebied van kwaliteit en zorg

d. Ontwikkelpunten 2018

- Reflecteren op indicatoren basisveiligheid en op personeelssamenstelling.
- Onderzoek naar betere en gedigitaliseerde MIC-systematiek.
- Vergroten van het faciliteren van 'meelopen' en kennisuitwisseling (effectief, efficiënt en op eigen initiatief van de medewerker).
- Mogelijkheden onderzoeken voor andere wijze van certificeren en uitwisselen van audits.
- De RvB's hebben een tweedaagse intervisiesessie gepland voor nadere uitwerking van de samenwerking en het realiseren van lerende organisaties.
- Uitwerken actiepunten lerend netwerk opgesteld door RvT's.
- De doelgroep GRZ zoekt uitwisseling op het thema 'behandelplannen GRZ' bij Zorgwaard en Stichting tanteLouise.
- De doelgroep kleinschalige dementiezorg zoekt uitwisseling met tante Louise over dementie en domotica.

Resultaten

- De bindende en verbindende kracht binnen Care4Q is de visie op identiteit & zingeving. Een notitie vanuit de samenkomst met bestuurders "verdieping en verbreding van het lerend netwerk" van 16 juli 2018 is door de vier Raden van Toezicht op 3 oktober 2018 omarmd.
- Bij meerdere organisaties heeft uitwisseling plaatsgevonden.
- Er zijn wederzijds bezoeken geweest bij tante Louise door medewerkers, management, directie en RvB.

Ontwikkelpunten 2019 Care 4Q en overige netwerken op bestuurdersniveau

- Ontwikkelpunten zijn door bestuurders geformuleerd: Leren, innoveren, bundelen en strategie
- De Care4Q focusgroep onderzoekt: a) het verbinden van onze opleidingen, b) een gezamenlijke benchmark voor personeelssamenstelling, c) een benchmark voor kwaliteitsindicatoren en d) welk bestaand kwaliteitssysteem het beste zou passen bij de 4 organisaties of dat we mogelijk een nieuw eigen kwaliteitssysteem kunnen ontwikkelen.
- Wederzijdse kennisdeling gericht op vrijheidsbevordering bij dementie en visievorming en uitwerking daarvan op de GRZ middels het organiseren van studiedagen samen met tante Louise.
- Verbetering palliatieve zorg met ondersteuning van coördinator palliatief netwerk.
- Opzet landelijke keten voor mensen met langdurige bewustzijnsstoornissen met EEN na coma.

6 Keurmerken**6.1 HKZ****a. Uitkomsten**

PZC is sinds 1 juli 2008 HKZ gecertificeerd. Verlenging van het HKZ-certificaat werd op 16 juli 2018 gerealiseerd. De certificatie is geldig tot 1 juni 2020.

b. Hoe verzameld?

DEKRA Certifications doet jaarlijks een certificatie-audit.

c. Context

Binnen het netwerk Care4Q, waar verschillende externe kwaliteitskeurmerken worden gevoerd, wordt onderzocht welk bestaand kwaliteitssysteem het beste past bij de 4 organisaties of dat we mogelijk een nieuw eigen kwaliteitssysteem kunnen ontwikkelen.

d. Ontwikkelpunten 2018

- Er staan geen certificatiepunten open.
- De mogelijkheid tot andere wijze van extern auditen wordt onderzocht.

Resultaten

- Tekortkomingen uit de certificatie-audit 2018 zijn afgehandeld
- Het onderzoek naar een andere wijze van extern auditen wordt binnen de Care4Q focusgroep voortgezet in 2019.

Ontwikkelpunten 2019

- Voorbereiding laten plaatsvinden voor het laatste HKZ-certificatie-onderzoek binnen de externe certificatiecyclus.
- Voortzetting onderzoek binnen Care4Q focusgroep naar een gezamenlijk certificatiekeurmerk of naar een nieuw eigen gezamenlijk kwaliteitssysteem.

6.2 HACCP

De HACCP heeft onderdeel uitgemaakt van een organisatiebreed project gericht op eten en drinken. Zie de resultaten en ontwikkelpunten voor 2019 onder hoofdstuk 1.6.

H7 Medezeggenschap**7.1 Resultaten centrale cliëntenraad (CCR)****a. Uitkomsten advies centrale cliëntenraad**

Er zijn in 2018 8 adviesaanvragen behandeld door de CCR. Er zijn 5 ongevraagde adviezen geschreven. Op deze 8 aanvragen is positief geadviseerd. Van de ongevraagde adviezen zijn er 3 opgevolgd, 1 deels opgevolgd en 1 nog niet opgevolgd. De adviesaanvragen betroffen de volgende onderwerpen:

- begroting 2018
- statuten
- interviews ZorgkaartNederland
- deelname puntprevalentieonderzoek
- traject NAH
- projectopdracht Wet zorg en dwang
- Alcohol- en drugsbeleid
- Tariefstelling horeca 2019

b. Hoe verzameld?

Registratie medezeggenschapsorganen en jaarverslag CCR.

c. Context

De CCR wordt in een vroeg stadium betrokken bij de ontwikkeling van een beleid in de organisatie. Een van de leden van de Raad van Toezicht is contactpersoon voor de CCR en woont 1 x per jaar een vergadering van de CCR bij. De CCR heeft in 2018 1 keer een vergadering van de RvT bijgewoond (voorzitter en lid).

De lokale cliëntenraden (Crabbehoff en Dubbelmonde) zijn betrokken bij de achterban van cliënten en wonen huiskamergesprekken/familiegesprekken bij en krijgen zo signalen over de kwaliteit van de zorg. Indien noodzakelijk worden zaken besproken in de CCR. De leden van de cliëntenraden zijn vertegenwoordigd in verschillende commissies.

d. Ontwikkelpunten 2018

Het tegen het licht houden van de medezeggenschapstructuur in relatie tot het werken met 5 doelgroepen is een ontwikkelpunt voor 2018.

Resultaten

De huiskamergesprekken worden uitgevoerd in alle doelgroepen.

Ontwikkelpunten 2019

- Medezeggenschapsstructuur komt tegemoet aan de wensen en mogelijkheden van cliënten en is passend bij de organisatiestructuur.
- Professionalisering van de medezeggenschap door ondersteuning en scholing.
- Samenwerking met cliëntenraden in Care4Q-verband .

7.2 Resultaten ondernemingsraad (OR)

a. Uitkomsten OR-advies en instemming

De OR heeft de volgende instemmingsaanvragen behandeld:

- Aanpassen procedure aanvragen VOG.
- Aanpassen werkwijze met betrekking tot second opinion.
- Aanmelden waarschuwingsregister.

De OR heeft de volgende adviesaanvragen behandeld:

- invulling vacature senior P&O-adviseur
- kwaliteitscontroleur en adviseur Kwaliteit, Veiligheid en Innovatie
- personeelsbeleid 2018
- rookbeleid medewerkers en cliënten
- strategisch HR-plan
- vacature teamleider Dubbelmonde
- actualisering VGW-beleid

De OR heeft een ongevraagd advies uitgebracht voor het oprichten van een bedrijfsopvangteam.

b. Hoe verzameld?

Via het jaarverslag 2018 OR.

c. Context

In 2018 heeft de OR veel aandacht besteed aan het verbeteren van haar zichtbaarheid in de organisatie. Terugkijkend op 2018 vindt de OR dat alle inspanningen zeker resultaat hebben gehad. De kring om de OR is uitgebreid (50 collega's die regelmatig om hun mening wordt gevraagd over een bepaald onderwerp), nieuwe OR-leden, meer informatie direct van de medewerkers en deelname aan het lerend netwerk. Onderwerpen waarop collega's werden bevroegd waren ander andere combinatie werk en mantelzorg (duurzame inzetbaarheid), coaches W&T, FiscFree en het project eten en drinken. Er hebben themacafés plaatsgevonden over de privacywet en verbinding.

d. Ontwikkelpunten 2018

- Het tegen het licht houden van de medezeggenschapsstructuur in relatie tot het werken met doelgroepen is een ontwikkelpunt voor 2018.
- De OR gaat een netwerk opzetten met medewerkers om de medezeggenschap te versterken.

Resultaten

- Er vinden regelmatig gesprekken plaats door OR-leden met de dagelijkse leiding van de doelgroepen
- De kring om de OR is uitgebreid (zie boven).

Speerpunten 2019

- Pilot gedurende een half jaar (vanaf 1 januari 2019) met het aanbieden van stoelmassages onder werktijd (onderdeel van project Vitaliteit).
- Project intranet.
- Proces behandeldiensten.

7.3 Professionele adviesraad (PAR)

Naast de medezeggenschap van de OR en de CCR is in 2017 onderzoek gedaan naar de oprichting van een professionele adviesraad (PAR). Begin 2018 is het advies naar de directie gegaan en de directie heeft positief gereageerd. In 2018 zal de oprichting van een PAR verder worden uitgewerkt.

Resultaat

In november 2018 is de oprichting van een PAR verder uitgewerkt door de adviesgroep PAR en Adviseur Kwaliteit. Gesproken is over de communicatie van het advies van de directie naar alle medewerkers, het opstellen van een interne vacature en de te volgen procedure.

Ontwikkelpunten 2019

- Opnemen van het besluit en de stand van zaken ten aanzien van de oprichting professionele adviesraad in Zorggroep Crabbehoff in het PZC journaal van de organisatie
- Het plaatsen van een vacature
- Het selecteren en aanstellen van PAR leden
- Het daadwerkelijk starten met een eerste PAR bijeenkomst.

8 Governance

8.1 Doelgroepbenadering

a. Uitkomsten

De doelgroepenstructuur is in 2018 verder geïmplementeerd. Het is duidelijk wat de zorgvisie per doelgroep is. Deze visie is vertaald in gewenste resultaten en plannen en wordt gemonitord en verantwoord. Hiermee zijn de behoeften van de specifieke cliënten vertaald en de prestaties van de doelgroep inzichtelijk voor sturing door het doelgroepmanagement en voor strategische sturing van de organisatie.

b. Hoe verzameld?

De doelgroepen verantwoordden zich middels een kwartaalrapport aan de directeur Zorg en Behandeling. Dit rapport wordt in een bilateraal kwartaaloverleg met haar besproken en vormt de basis voor het directieoverleg met het doelgroepmanagement.

De planning & controlcyclus financieel en zorg en behandeling vormen de logistieke route van de verantwoording per kwartaal en per jaar.

c. Context

De doelgroepen:

- hebben een duaal of triaal management van de manager en specialist ouderengeneeskunde/psycholoog/verpleegkundig specialist of andere inhoudsdeskundige afhankelijk van de doelgroep.
- werken naar aanleiding van een budgetbrief, met opdracht.
- hebben een visie op de doelgroep vastgesteld in samenwerking met de directie.
- werken volgens een jaarplan.
- verantwoordden zich middels een kwartaalrapport aan de directeur Zorg & Behandeling.
- Het management van de doelgroep bespreekt de resultaten van de doelgroep elk kwartaal met de directie.
- De directeur Zorg & Behandeling bespreekt de resultaten in de commissie zorgkwaliteit van de RvT.
- De RvB neemt de organisatieresultaten door bij zijn kwartaalbeschouwing met de RvT.

d. Ontwikkelpunten 2018

- In ontwikkeling zijn HR-plannen per doelgroep, inclusief dienstenprofiel en verantwoorde personeelsplanning.
- Vanuit de HR-plannen per doelgroep wordt een strategisch personeels- en opleidingsplan opgesteld (zie H 5.1).

Resultaten

- De HR-plannen van de doelgroepen hebben de basis gevormd voor het meerjarig strategisch kwaliteitsplan. Dit plan is in afstemming met de financiers de basis geworden voor de budgetten 2019 en de kwaliteitsgelden 2019.
- De uitvoering van de HR-plannen met betrekking tot de besteding kwaliteitsgelden is eind 2018 voorbereid zodat hiermee in 2019 direct kon worden aangevangen.

Ontwikkelpunten 2019

- De rapportage en verantwoording voor 2019 waarbij regulier budget en besteding kwaliteitsgelden voor het doelgroepmanagement inzichtelijk wordt gemaakt.
- 360 graden feedback beoordeling van de manager van een doelgroep
- Evaluatie van de organisatievorm van de doelgroepen en de verantwoordingscyclus.

8.2 Projecten

a. Uitkomsten

In 2018 zijn 14 projecten gepland. 2 projecten zijn door andere prioriteiten niet gestart. 6 projecten lopen door in 2019. De volgende 6 zes projecten zijn afgerond:

1. MyDMS

Overgang naar een nieuw documentmanagementsysteem MyDMS met ongeveer 1000 documenten, richtlijnen, formulieren, procedures voor zorgverlening en een personeelshandboek. Afgerond in mei 2018.

2. Medicatieveiligheid

Medicijnverstrekking digitaal aftekenen en daarmee overzicht verkrijgen en fouten voorkomen. Afgerond in november 2018.

3. Langdurige neurorevalidatie

Het 3-jarig project langdurige neurorevalidatie met onder andere de ontwikkeling van standaarden en richtlijnen voor cliënten die na coma komen intensief komen revalideren. Afgerond in november 2018.

4. Afdeling Anjer

Opstart van de afdeling Anjer. Het bouwkundig transformeren van een voormalige revalidatieafdeling en het formeren van een team dat aan 14 somatische cliënten een nieuwe woonplek geeft. Afgerond in november 2018.

5. AVG

De kennis en het gedrag van de medewerkers verhogen en hen bewust maken van het veilig omgaan met gegevens en voldoen aan de Europese eisen. Afgerond in juli 2018.

6. Kassasysteem

Invoering van nieuwe kassa's en de introductie van de Crabbehoff-passen. Deze worden per kwartaal voorzien van een bedrag uit het budget van Waardigheid en trots wat cliënten naar eigen inzicht aan horeca en welzijn kunnen besteden. Afgerond in november 2018.

Projectagenda 2019
eten en Drinken
informele Zorg
KVC
Wet zorg en dwang
managementinformatie
ICT en zorgtechnologie
technische veiligheid en zorgcontinuïteit
innovatie woonzorgcentrum Dubbelmonde
zinvolle dagbesteding
intranet
tuin
roosteren

b. Hoe verzameld?

Uit de voortgangsrapportages van de projectleiders.

c. Context

PZC heeft een projectorganisatie ingericht waarbij jaarlijks in de directie de projecten worden vastgesteld met opdracht en projectbegroting.

De directieleden zijn projecteigenaars en stellen projectleiders aan die een projectplan opstellen. Op basis van het projectplan wordt de voortgang gerapporteerd. De adviseur Kwaliteit, Veiligheid en Innovatie maakt per kwartaal een projectvoortgangsrapportage. Bij einde van het project volgt een projecteinderapport door de projectleiders inclusief de leerpunten van het project.

d. Ontwikkelpunten 2018

- Tijdige opstelling projectplannen zodat de communicatie ook volgens de projectplanning kan plaatsvinden.
- Het aantal projecten beperken.

Resultaten

- De tijdige opstelling projectplannen is verbeterd.
- Het aantal projecten voor 2019 is beperkt gebleven tot 12.

Ontwikkelpunten 2019

- Korte en bondige kwartaal projectvoortgangsrapportages voor het directie-overleg.
- Alle projectleiders staan garant voor een projectplan en tijdige kwartaalrapportage.

8.3 RvT en governancecode

a. Uitkomsten

PZC streeft in haar bestuur te voldoen aan de eisen van de Governancecode Zorg 2017.

b. Hoe verzameld?

De periodieke kwartaalreviews en de rapportages aan de commissies zorgkwaliteit en bedrijfsvoering.

c. Context

Een aantal impliciete afspraken is vastgelegd en vastgesteld in (deels verplichte) documenten. Advies en monitoring hiervan is onderdeel van de reglementen en toegankelijk in het documentensysteem MyDMS. Daarnaast vindt in de kwartaalreviews toetsing op de monitoring plaats. Hierbij wordt dan ook een inschatting uitgevoerd over de mogelijke juridische kwaliteit van zorg en/of reputatie risico's.

d. Ontwikkelpunten 2018

De statuten zijn geactualiseerd maar er is vertraging op vaststelling als gevolg van de inspraak door de kerk en bureaucratie bij de notaris.

Resultaten

De statuten zijn vastgesteld en gepasseerd op 10 december 2018.

Ontwikkelpunten 2019

- Met de implementatie van de nieuwe meerjarenstrategie en de komst van een directeur Bedrijfsondersteuning zal het directieteam een herziene visie op directievoering ontwikkelen. Dit leidt uiteindelijk tot een aanpassing van het geldende 'reglement directie'.
- Met het vertrek van de secretaris RvB/ RvT is besloten weer over te gaan tot het scheiden van de functies. De nieuwe bestuurssecretaris is per 1 januari 2019 benoemd en tegelijk wordt gestart met het werven van een secretaris RvT

9 Samenwerkingspartners

9.1 Resultaten

a. Uitkomsten

In 2018 heeft een grootschalig onderzoek plaatsgevonden door The Alignment House, een extern onderzoeksbureau, dat input heeft gegeven voor de strategie van PZC voor de komende jaren.

b. Hoe verzameld?

Interviews door medewerkers van PZC en door medewerkers van The Alignment House.

c. Context

De wereld om ons heen verandert. We zien steeds meer mensen die langer thuis wonen en steeds complexere zorg- en ondersteuningsvragen hebben. Als zorggroep willen we mee veranderen met onze omgeving en de ouderen en kwetsbare mensen in deze omgeving. Meer en meer zoeken wij andere organisaties op, binnen de zorgketens maar ook daarbuiten, om onze dienstverlening beter, zinvoller en efficiënter te organiseren. Daarom hebben wij een uitgebreid strategisch onderzoek gedaan naar onze regio, onze samenwerkingspartners en de behoeften van onze (toekomstige) cliënten.

d. Ontwikkelpunten 2018

- actualiseren stakeholdersanalyse
- stakeholdersanalyse per doelgroep
- afspraken over communicatie met stakeholders gebaseerd op de analyse per doelgroep

Resultaten

In het traject naar een meerjarenstrategie (2019-2024) met The Alignment House is voor het onderdeel feitenfundament uitvoerig met relevante stakeholders gesproken. Deze informatie is gebruikt voor het maken van keuzes in de strategieontwikkeling maar in 2018 niet voor de verdere uitwerking per doelgroep. Dit wordt een ontwikkelpunt voor 2019.

H 10 Toezichthouders**10.1 Zorgkantoor**

Het zorgkantoor heeft positief gereageerd op het meerjarenkwaliteitsplan 2019-2021. De begroting kwaliteitsgelden is door het zorgkantoor goedgekeurd. In 2018 vonden constructieve gesprekken plaats waaraan ook de CCR deelnam.

10.2 Meldingen Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)

In 2018 zijn 3 calamiteiten gemeld bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Bij 2 calamiteiten waren ook ketenpartners betrokken.

Bij de eerste calamiteit hebben beide organisaties apart gemeld, maar hebben samen onderzoek uitgevoerd onder leiding van een extern voorzitter. Naar aanleiding van de eerste inzending van de analyse hebben in 2019 ketenoverleggen plaatsgevonden. Ten tijde van het schrijven van dit verslag is deze melding definitief afgerond.

Bij de tweede calamiteit hebben de betrokken organisaties een eigen onderzoek uitgevoerd en een gezamenlijke beschouwing geschreven. Het prisma-onderzoek binnen PZC is uitgevoerd onder leiding van een intern voorzitter. Hierna is samen met een extern deskundige de beschouwing geschreven samen met de ketenpartner. Na het verzoek om aanvullende informatie is het onderzoek begin 2019 naar tevredenheid van de IGJ afgerond.

De derde calamiteit betrof een casus waarbij samen met de politie opgetrokken is. Door PZC is een eigen onderzoek en melding uitgevoerd. Deze heeft geleid tot aanscherping van procedures inzake werken met uitzendkrachten. Er zijn op verzoek van de IGJ aanvullende vragen beantwoord en deze melding is nog niet afgerond door de IGJ.

10.3 Omgevingsdienst**a. Uitkomsten**

Eind 2017 is de projectopdracht Technische Veiligheid en Zorgcontinuïteit vastgesteld. In 2018 is hier uitvoering aan gegeven door de commissie Technische Veiligheid en Continuïteit in samenwerking met een projectgroep die hiervoor is opgericht.

b. Hoe verzameld?

Projecteinderapport.

c. Context

Met bovengenoemd project is de basis gelegd voor een nieuwe opzet van facilitaire service. Tevens is de basis gelegd voor de zorgcontinuïteit.

d. Ontwikkelpunten 2018

Het eind 2017 gestarte project Technische Veiligheid, heeft onder meer inzichtelijke registraties, risico-inventarisaties en borging van verbeteringen tot doel. Er is een extern projectleider met het specialisme zorgcontinuïteit aangesteld om een analyse te maken en verbeteringen te realiseren.

Resultaten

- Er is een vaste crisisruimte beschikbaar gekomen voor het crisisbeleidsteam (CBT).
- Het is duidelijk en vastgelegd welke apparatuur er in huis is voor kritische processen en welke storingsdiensten benaderd moeten worden.
- De BHV-organisatie heeft 20 geschoolde ploegleiders, nieuwe ontruimingsplannen en vluchtplattegronden.
- Nieuwe organisatiestructuur Vastgoed & Facilitair is doorgevoerd per 1 maart 2019.

Ontwikkelpunten 2019

- Verdere uitrol van zorgcontinuïteit, ander andere door oefeningen CBT en afronden nieuw opgesteld continuïteitsplan en draaiboeken.
- Voortgang van het project in de commissie Veiligheid, Gezondheid en Wonen. Deze commissie is de opvolger van de commissie Technische Veiligheid en Zorgcontinuïteit.

2 Het bestuursverslag

2.1 Organisatie

PZC biedt in Dordrecht een kwalitatief hoogwaardig en samenhangend dienstenpakket van wonen, welzijn en zorg. Zo bieden we in onze verpleeghuizen Crabbehoff en Het Parkhoff intensieve zorg aan ouderen en jongeren die niet meer thuis kunnen wonen. Vanuit woon-zorgcentrum Dubbelmonde en Henri Polakhof bieden wij woonvoorzieningen in de vorm van verzorgingshuiswoningen, appartementen en aanleunwoningen. Op onze revalidatieafdelingen bieden wij geriatrische revalidatiezorg en op de afdeling voor niet-aangeboren hersenletsel (NAH) langdurige (woon)zorg en ondersteuning bij NAH en langdurige intensieve neurorevalidatie (LIN) na coma. Vanuit het behandelcentrum gelegen in de wijk Crabbehoff bieden we dagbesteding en extramurale 1^e lijnsbehandeling. Onze thuiszorgdiensten bestaan uit persoonlijke verzorging, verpleegkundige zorg en huishoudelijke hulp. Kijk op onze website www.zorggroepcrabbehoff.nl voor meer informatie over onze diensten.

PZC is een organisatie die aantoonbaar integer is en waarin compliance vanzelfsprekend is. Dit houdt in het naleven van wet- en regelgeving en integer gedrag. PZC conformeert zich onder andere aan de eigen gedragsregels en interne regelingen alsook aan

- Governancecode Zorg 2017, www.governancecodezorg.nl
- Gedragscode voor de goede bestuurder 2017, NVDZ www.nvzd.nl
- Beroepscode van de verschillende beroepsgroepen die uitvoering geven aan de zorg en behandeling.
- Algemene Veroderning gegevensbescherming (AVG)

Verder voldoen wij aan de wet- en regelgeving met betrekking tot onze rol als werkgever, beheerder/eigenaar van gebouwen et cetera. Er is contact met NVTZ en ActiZ en mogelijk andere (branche)organisaties voor juridische consultatie en er wordt een relevant netwerk onderhouden van collega's en juridische adviesbureaus op specifieke onderwerpen.

2.2 Organisatiegegevens en organigram

De organisatie bestaat uit:

- Stichting Protestantse Zorggroep Crabbehoff
Groen van Prinstererweg 38, 3317 SP Dordrecht
078 652 88 88
info@zorggroepcrabbehoff.nl
KvK-nummer 41118005

- Registergoedstichting Protestantse Zorggroep Crabbehoff

De dagelijkse leiding berust bij de bestuurder. Het betreft een eenhoofdige Raad van Bestuur, onder toezicht van de Raad van Toezicht (RvT) bestaande uit vijf leden. De RvT heeft twee commissies, te weten de commissie zorgkwaliteit en de commissie bedrijfsvoering. De commissies bereiden deelonderwerpen voor. De adviezen worden besproken en besloten in de RvT-vergaderingen.

Segmentering : in de jaarrekening wordt onderscheid gemaakt tussen drie segmenten: zorg- en dienstverlening, woningcomplexen en Stichting Registergoed.

Toelatingen: de locaties van Zorggroep Crabbehoff zijn toegelaten voor verblijf met behandeling volgens de WTZi.¹

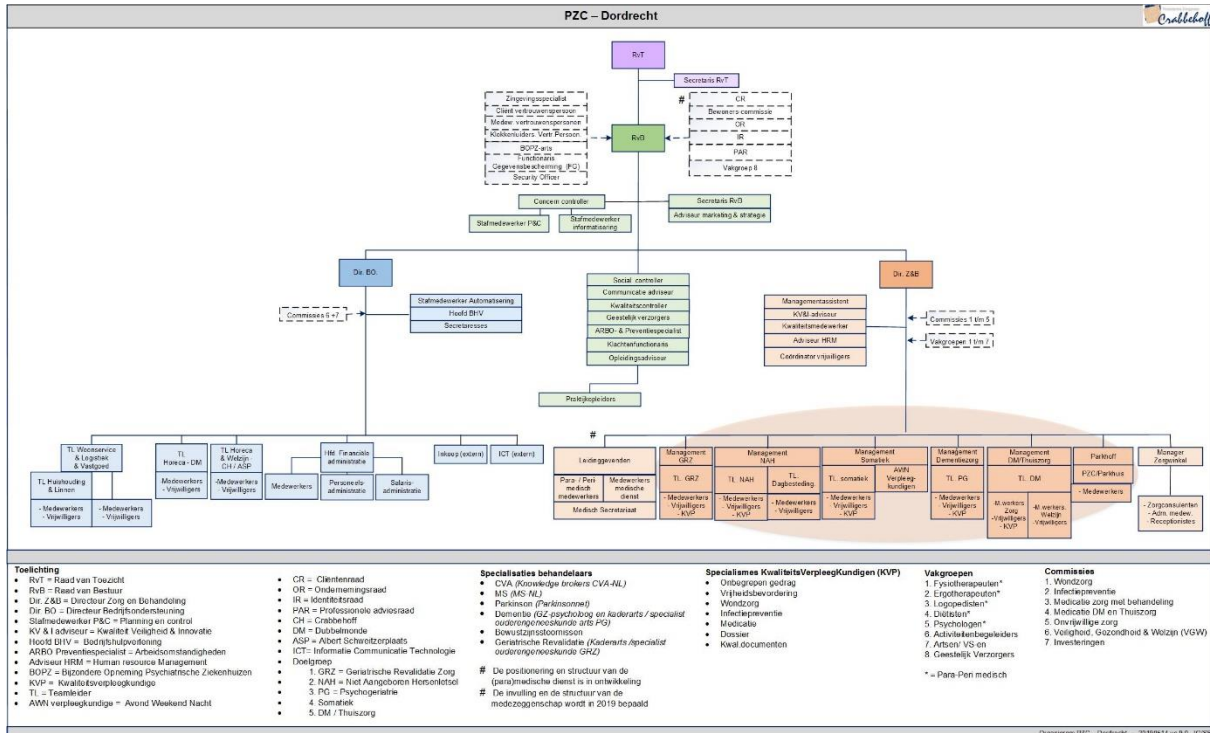
Zes van de acht afdelingen voor kleinschalige dementiezorg hebben een BOPZ-erkenning.

¹ Wet toelating zorginstellingen

- De locaties Crabbeghoff en Dubbelmonde hebben een cliëntenraad (CR).
 Locatie-overstijgende zaken worden behandeld door de centrale cliëntenraad (CCR). De directeur Zorg en Behandeling overlegt maandelijks met de voorzitter van de CCR. De bestuurder overlegt maandelijks met de voorzitters van CCR, CR-Dubbelmonde en CR-Crabbeghoff.

- PZC heeft een ondernemingsraad, waarmee de bestuurder maandelijks overlegt.

Ons werkgebied is de regio Drechtsteden. De doelgroep niet-aangeboren hersenletsel heeft geheel Nederland als werkgebied voor wat betreft de cliënten van de afdeling langdurige intensieve neurorevalidatie.



Afbeelding: organigram PZC per 31 december 2018

2.3 Samenwerking²

PZC wordt meer en meer een netwerkorganisatie. De keuze om te focussen op vijf expertises heeft geleid tot inhoudelijke samenwerkingsverbanden met organisaties op het gebied van geriatrische revalidatie, niet-aangeboren hersenletsel en psychogeriatric. Voor onze bewoners in de aanleunwoningen c.q. de woon-zorgcentra wordt binnen de wijken geparticipeerd in diverse initiatieven, samenwerkingsverbanden en gemeenschappen. Ten behoeve van cliënten die kwetsbaar zijn en langdurig bij ons wonen en zorg ontvangen, wordt geparticipeerd in samenwerkingsverbanden rond specifieke onderwerpen. Het overkoepelende verband is Drechtzorg waarin 36 ketenpartners participeren. De behoefte om van elkaar te leren, heeft geresulteerd in een lerend netwerk Care4Q met drie gelijksoortige zorginstellingen: Zorgwaard, de Blijde Borgh en Waardeburgh. Op alle niveaus zijn initiatieven tot samenwerking genomen.

Het opleiden van professionals of bijdragen aan de opleiding gebeurt voor zorg-, behandel- en medische functies. Naast eigen medewerkers worden vele stagiaires begeleid en is er een leerafdeling in samenwerking met het Da Vinci College.

Met onze leveranciers brengen we in co-creatie nieuwe samenwerkingsvormen in praktijk.

² Gedetailleerde informatie tref u aan in deel 1, het kwaliteitsverslag.

Innovaties op het gebied van LIN binnen het samenwerkingsverband EEN na coma en ook in dit jaar continueren we de samenwerkingsvormen in de wijk (project 'Wij Crabbehoff' - in samenwerking met Aafje en MEE Drechtsteden). In de wijk Dubbeldam vanuit ons woonzorgcentrum Dubbelmonde zijn op informele basis samenwerkingen gestart met onder andere Helpende Handen (wijkeerbedrijf), Fitclub Dubbeldam en Dubbeldammers voor Dubbeldammers waarbij het Kruispunt in de locatie een centrale rol speelt.

2.4. Financiële resultaten

Het financieel resultaat over het jaar 2018 is positief. De opbrengsten van de Stichting voor GRZ-zorg, WLZ-zorg, ELV-zorg en Wijkverpleging namen toe ten opzichte van 2017.

In 2018 is meer uitgegeven aan personeel dan in de voorgaande jaren. Deze stijging houdt logischerwijs verband met de toegenomen opbrengsten. In het laatste kwartaal van 2018 zijn reeds personeelsleden aangenomen die vanaf 2019 bekostigd gaan worden vanuit de Kwaliteitsgelden. De aanvraag voor deze middelen was ruim voor het einde van het jaar ingediend en door het Zorgkantoor goedgekeurd.

Er waren enkele bijzondere of eenmalige posten gedurende het jaar 2018. In de tabel hieronder staat het resultaat en het genormaliseerde resultaat weergegeven.,

Resultaat in jaarrekening 2018	€	1.336.000
Compensatie transitievergoeding	€	-121.000
Overproductie GRZ	€	66.000
Overproductie WLZ	€	259.000
Vrijval GRZ voorgaande jaren	€	-120.000
Overige vrijval	€	-69.000
Genormaliseerd resultaat 2018	€	1.351.000

Het resultaat wordt toegevoegd aan de balansreserves.

In 2018 is geïnvesteerd in gepland onderhoud van het vastgoed van de organisatie. Deze investeringen zijn met eigen middelen gefinancierd, het aantrekken van (externe) financiering was niet nodig.

Met de Bank Nederlandse Gemeenten zijn enkele ratio's overeengekomen ten aanzien van de financiering van de Stichting. In 2018 is voldaan aan de eisen hieromtrent.

	2018	2017
Solvabiliteitsratio	44,86%	40,37%
DSCR	2,79	1,89
Personeelskostenratio	62,95%	64,09%

De zorgsector is onderhevig aan steeds groter wordende risico's die vanuit maatschappelijk en politiek beleid op de zorgsector afkomen. Naast het genoemde resultaat en de huidige vermogenspositie zijn ook maatregelen genomen om financiële risico's te beheersen.

Op juridisch/aansprakelijkheidsvlak is PZC verzekerd tegen financiële gevolgen van aansprakelijkheidsclaims op bestuurlijk - en/of medewerkers niveau. Het vastgoed is verzekerd tegen uiteenlopende schades. Jaarlijks wordt een uitgebreide financiële begroting

opgesteld en maandelijks wordt op diverse niveaus gerapporteerd over de financiële ontwikkelingen in de organisatie. In iedere begroting is ruimte vrijgemaakt voor onverwachte uitgaven gedurende het boekjaar.

Investerings gedurende een jaar mogen in principe niet groter zijn dan de vrije kasstroom gedurende dat jaar. Indien investeringen tóch groter zijn, wordt eerst overlegd met de Raad van Toezicht en de Bank alvorens tot investering overgegaan wordt. In 2018 was een dergelijk gesprek niet nodig.

Uiteindelijk kan ook het weerstandvermogen (Reserve Aanvaardbare Kosten) worden aangesproken indien toekomstige ontwikkelingen niet of niet snel genoeg opgevangen kunnen worden binnen de reguliere bedrijfsvoering.

2.5 Vastgoed

De beleidswijzingen van de overheid hebben gevolgen gehad voor het strategisch vastgoedbeleid van PZC. Het vastgoedplan met een looptijd van 2014 tot 2017 is in 2018 met wat aanpassingen verlengd. Dit omdat de manager Vastgoed per februari 2018 met pensioen is gegaan en vervangen is door een interim-manager én in 2018 het meerjaren strategisch plan tot stand is gekomen. In relatie tot dit strategisch plan wordt in 2019 een nieuw meerjaren vastgoedplan opgesteld.

In de zomermaanden zijn de revalidatieafdelingen in de locatie Crabbehoff gerenoveerd. Op een vernieuwde afdeling Anjer, binnen de bestaande muren van de locatie Crabbehoff, is in oktober 2018 de capaciteit uitgebreid met 14 WLZ-plaatsen. Dit gaf een korte verlichting voor de wachtlijst voor somatische cliënten.

Alle cliënten in de langdurige zorg beschikken over eigen kamers en velen ook over een eigen badkamer. Samen met de cliënten en de cliëntenraad zijn plannen en sfeerborden gemaakt om de huiskamers van de verschillende afdelingen een nieuwe, eigen uitstraling te geven. De realisatie hiervan is in het najaar van 2018 gestart en in het eerste kwartaal van 2019 afgerond.

De jaarlijkse bedrijfswaardeberekening (impairmenttoets) van het vastgoed gaf geen aanleiding om een waardevermindering door te voeren. Hiermee is de waarde van het vastgoed in lijn met de verwachte kasstromen gedurende de door het bestuur gestelde gebruikstermijnen.

Voor het jaar 2019 is een sluitende begroting opgesteld, waarin wordt voorzien in groei in de langdurige zorg, alsmede groeiende personeelslasten (meer handen aan het bed ten opzichte van de begroting 2018). Met zorgverzekeraars wordt in 2019 nauwkeurig gemonitord worden of de overeengekomen productieplafonds en kwaliteitsmiddelen toereikend zijn om de door de zorggroep geleverde zorg te kunnen betalen.

2.6 Gerealiseerde projecten³

In 2018 zijn veertien projecten gepland. Twee projecten zijn door andere prioriteiten niet gestart. Zes projecten lopen door in 2019. De volgende zes projecten zijn afgerond:

1. Overgang naar een nieuw documentmanagementsysteem MyDMS met ongeveer 1000 documenten, richtlijnen, formulieren, procedures voor zorgverlening en een personeelshandboek. Afgerond in mei 2018.
2. Medicijnverstrekking digitaal aftekenen en daarmee overzicht verkrijgen en fouten voorkomen. Afgerond in november 2018.

³ In het kwaliteitsverslag van dit jaarverslag worden de projecten gedetailleerd toegelicht.

3. Het driejarig project langdurige neurorevalidatie met onder andere de ontwikkeling van standaarden en richtlijnen voor cliënten die na coma komen intensief komen revalideren. Afgerond in november 2018.
4. Opstart van de afdeling Anjer. Het bouwkundig transformeren van een voormalige revalidatieafdeling en het formeren van een team dat aan veertien somatische cliënten een nieuwe woonplek geeft. Afgerond in november 2018.
5. AVG; kennis van de medewerkers verhogen en hen bewustmaken van het veilig omgaan met gegevens en voldoen aan de Europese eisen. Afgerond in juli 2018.
6. Invoering van nieuwe kassa's en de introductie van de Crabbhoff-passen. Deze worden per kwartaal voorzien van een bedrag uit het budget van Waardigheid en Trots (W&T) dat cliënten naar eigen inzicht aan horeca en welzijn kunnen besteden. Afgerond in november 2018.

2.7 Risico's en onzekerheden

Strategie

Met het afronden van het traject Waardigheid en Trots en 'De Basis op orde' begin 2018 is de ontwikkeling van de organisatie gereed voor een volgende strategische periode. In 2018 is de meerjarenstrategie 2019-2024 tot stand gekomen. Vanaf april is, samen met de consultants van The Alignment House, intensief gewerkt door directie, managers, staf, ondernemingsraad en cliëntenraad aan het in kaart krijgen (feitenfundament) van de organisatie en de omgeving. Aansluitend is in gezamenlijkheid focus aangebracht en positionering gekozen. De derde fase bestond uit de planvorming om de gekozen strategie intern en extern tot uitvoering te brengen. De belofte en het bewijs in diensten, samenwerkingen, houding en gedrag van medewerkers laten de visie en keuzes in de praktijk zien. Dit wordt in 2019 verder ingevuld. De organisatie past bij de nieuwe strategie en is betrokken bij de verdere implementatie in 2019. Eind 2018 is de vacature van communicatieadviseur vervuld. Zij gaat mede een belangrijke rol spelen in de implementatie van de meerjarenstrategie.

In het samenspel tussen zorgverlening en bedrijfsvoering is het nauwlettend volgen van contractruimte per product en financieringsstroom essentieel. Daarnaast maakt goed overleg met zorgkantoor en zorgverzekeraars dat we tijdig kunnen reageren op veranderende wensen/eisen uit de zorgmarkt.

Operationele activiteiten

Het voldoen aan de gestelde eisen voor veiligheid en kwaliteit vraagt om continue investering in kennis, kunde en vaardigheden van medewerkers. Goede samenwerking, communicatie en een prettige werksfeer zijn randvoorwaarden. De relatie met stakeholders op dit gebied is geïntensiveerd en door de toenemende samenwerking is ook de aandacht toegenomen voor veiligheid en kwaliteit binnen zorgnetwerken. In 2018 is uitvoering gegeven aan het initiatief uit het programma Waardigheid en Trots 'De Basis op orde' om het continue leren, transparantie geven en elkaar aanspreken planmatig te borgen in de organisatie.

Het in 2018 opgestelde meerjarenkwaliteitsplan (2019-2021) vormt, in de afspraken met het zorgkantoor, de basis voor de financiering en de toewijzing van de kwaliteitsmiddelen voor de langdurige zorg. Dit plan is organisatiebreed opgesteld inclusief de zorgverlening en financiering voor de doelgroepen thuiszorg en revalidatie. Eind 2018 is besloten dat dit plan moet worden gezien als het bestuurlijk jaarplan.

Wet- en regelgeving

Bij het naleven van wet- en regelgeving is het belangrijk om goed geïnformeerd te blijven in verband met wijzigingen. Het risico bestaat dat implicaties van wijzigingen niet worden herkend, waardoor er niet tijdig op wordt geparticipeerd. PZC hanteert een overzicht van stakeholders, met daaraan toegewezen inhoudsdeskundige relatiebeheerders. De

bestuurder draagt zorg voor een compliant systeem, hij bewaakt het proces en signaleert opvolging en integer gedrag. Hij wordt hierin ondersteund door een staf. De medewerkersvertrouwenspersonen, de cliëntvertrouwenspersoon en de vertrouwenspersoon klokkenluidersregeling zijn actieve 'oren en ogen' in onze organisatie.

Kwaliteitssysteem

Om de kwaliteitsaspecten te monitoren en de aanpak van de professionals van de doelgroepen te volgen, is het kwaliteitsmanagementsysteem geëvalueerd en aangepast. Analyses, eigen waarneming door de RvT, RvB en directie, externe audit (HKZ) observerende audits en de uitkomst van de interne audits worden in samenhang bekeken en bij elkaar gebracht, leidend tot adviezen en interventies. Per 1 oktober 2018 is binnen het cluster Zorg en Behandeling de vacature staffunctionaris adviseur kwaliteit, veiligheid en innovatie ingevuld. Hierdoor kon direct een project starten gemaakt voor de implementatie op de uitvoerende afdelingen en teams van de Kwaliteit Verbeter Cyclus (KVC).

Risicomanagement

Risico's worden benoemd en gemonitord in het maandelijks directieoverleg. Hiertoe stelt de directie vast dat een proces kritisch is en bepaalt de te behalen norm. De eigenaar van het kritisch proces is verantwoordelijk voor de beheersing. Eventueel wordt een prospectieve risicoanalyse (PRI) uitgevoerd. De eigenaar voert de verbetermaatregelen uit en de rapportage is onderwerp van het directieoverleg en de PZC-kwartaalrapportage. De directie bewaakt een balans tussen uitvoering en toezicht.

In 2018 is als onderdeel van het project 'Technische veiligheid en zorgcontinuïteit' een draaiboek opgesteld en geïmplementeerd met (mogelijke) calamiteiten waar de organisatie mee geconfronteerd kan worden. In november is samen met collega-organisatie Het Spectrum een regionale GHOR-oefening gehouden waarbij het crisisbeleidsteam (CBT) in actie kwam. Naast een interessante en spannende ervaring leverde dit ook verbeteracties op die aansluitend uitgewerkt en ingevoerd zijn.

2.8 Maatschappelijke aspecten van ondernemen

PZC wil duurzaam ondernemen. Milieuaspecten zijn mede beslissend bij de vervanging van materialen en installaties. De energieanalyses zijn uitgevoerd en vormen de basis voor meerjaren investeringen, -begroting en afspraken met leveranciers. Bij de prioritering wordt gekozen voor investeringen die binnen vijf jaar tijd renderend zijn.

2.9 Informatie over onderzoek en ontwikkeling

PCZ investeert in de professionalisering van haar professionals. Een passend opleidingsbudget is beschikbaar en voldoende begeleidend personeel (praktijkopleiders, werkbegeleiders) worden ingezet om het toenemend aantal leerlingen en stagiaires te begeleiden. Eind 2018 zijn er voorbereidingen gestart voor een opleidingsplaats (gezondheids)GZ-psycholoog. Een recent geworven arts ouderengeneeskunde is in de voorbereiding voor een promotieonderzoek (Radboud Universiteit Nijmegen) op de afdeling LIN.

Bij PZC worden twee promotieonderzoeken uitgevoerd op het gebied van zingeving en waardengestuurd leiderschap.

2.10 Overige informatie

Met de aanstelling van de adviseur kwaliteit, veiligheid en innovatie is bij haar ook de taak van functionaris gegevensbescherming (FG) belegd. In 2018 zijn zes datalekken geconstateerd en onderzocht. De onderzoeken hebben niet geleid tot een melding bij de Autoriteit Persoonsgegevens.

De informatievoorziening aan potentiële en nieuwe cliënten is geborgd bij de Zorgwinkel.

Dit is onderdeel van het verhuisproces van cliënten van hun woning naar een woonplek bij onze organisatie. Algemene actuele informatie is beschikbaar op de website en doelgroepspecifieke informatie wordt verzorgd door de doelgroepmanagers/teamleiders/evv'er. Voor de huurders wordt dit verzorgd door de manager en teamleider Vastgoed en Facilitair en door de servicecoördinatoren.

(Potentiële) medewerkers worden van informatie voorzien door de personeelsadviseurs, als onderdeel van de standaardprocedures. Algemene actuele informatie voor medewerkers is beschikbaar in het documentbeheersysteem MyDMS en op de website. Voor specifieke informatie zijn de leidinggevendenden en personeelsadviseurs beschikbaar. Verder ontvangen medewerkers maandelijks informatie van de directie middels het PZC Journaal en informatie over relevante projecten middels projectnieuwsbrieven.

Eind 2018 is door de nieuw gestarte communicatieadviseur gestart met het project intranet dat na de zomer van 2019 live gaat. Dit wordt dé plek waar medewerkers alle relevante en actuele informatie vanuit de organisatie, protocollen, regelingen en afspraken kunnen vinden. Daarnaast wordt dit een interactief kanaal voor onderlinge communicatie en samenwerking.

2.11 Toekomstparagraaf

Vanuit een organisatie waar de 'basis op orde is', is in 2018 vooruitgekeken naar de wie en wat we willen zijn in de periode 2019-2024. De weg naar dit plan is in 2018, samen met de consultants van The Alignment House, bewandeld. In het eerste kwartaal van 2019 wordt dit vastgelegd en starten de vervolgstappen ter voorbereiding op de implementatie en uitvoering. Een belangrijk vervolg is het strategisch vastgoedplan voor de beide locaties en het strategisch personeels- en opleidingsplan.

In het traject met The Alignment House en bij het verzamelen van feiten is gebleken dat 'men' (de bewoner in Dordrecht) ons onvoldoende kent en dat er ook verwarring is tussen de namen van de organisatie Crabbehoff, de locatie Crabbehoff en de wijk Crabbehoff. In 2019 komt hier bij de verdere uitvoering van de strategie een duidelijk onderscheid in. Dit loopt parallel met een nieuwe naam- en merkstrategie en de introductie van een nieuwe huisstijl.

Er is een voortdurende druk op onze wachtlijsten. Dit geldt zowel voor indicaties met als zonder behandeling. Op dit moment gaan wachtlijstcliënten vanuit onze eigen voorliggende voorzieningen, zoals de revalidatiezorg en Dubbelmonde, voor op cliënten die nieuw in onze organisatie willen komen wonen. Er start in 2019 een project om hier zelf maar ook samen met stakeholders zoals het zorgkantoor, huisartsen en het Albert Schweitzer Ziekenhuis scenario's voor te maken.

De beschikbaarheid van de kwaliteitsmiddelen en de beschikbaarheid van arbeidskrachten is een uitdaging in de nieuwe strategische periode. Eind 2018 heeft iedere doelgroep in een HR-plan de kwaliteitsmiddelen toebedeeld. Meerdere doelgroepen zijn voornemens om een deel van de kwaliteitsmiddelen ook aan te wenden voor de uitbreiding van de gastvrouwen in de huiskamers. De inzet van gastvrouwen is om de cliënten in de middag en avond en de weekenddagen bedrijvigheid en welzijnsactiviteiten te bieden en anderzijds heeft de gastvrouw een taak om dagelijks vanuit de huiskamerkeuken, een op de cliëntengroep gewenst en smakelijk menu te serveren.

3 Het toezichtsverslag

De Raad van Toezicht ziet toe op Protestantse Zorggroep Crabbehoff en Stichting Registergoed Zorggroep Crabbehoff.

Visie op toezicht

In onze zorg- en dienstverlening zoeken wij samen met bewoners en familie naar een zinvolle dagbesteding. Dat doen wij door te verbinden, de mensen om ons heen te ondersteunen en initiatieven op elkaar af te stemmen. Mensen zorgen voor mensen.

Het toezien en besturen geschiedt door geïnspireerde mensen die het verschil willen maken voor de ander. Zien - bewogen worden – bewegen is de drietrap in ons denken en doen. Het gedrag is gericht op het 'omzien' naar de ander die hulp, ondersteuning, service en begeleiding wil. Het 'zien' van de Raad van Toezicht strekt verder dan zich laten informeren. De raad zet instrumenten in om ook met eigen ogen te zien vanuit de gedachte dat de verschillende perspectieven van het zien, leiden tot een zo hoog mogelijke kwaliteit van zorg en dienstverlening voor de cliënt.

De maatschappelijke doelstelling en legitimatie van PZC is het bieden van goede zorg aan onze cliënten. De Raad van Toezicht hanteert hierbij de waarden en normen vanuit de christelijke identiteit van de organisatie en die passen bij de maatschappelijke positie van de zorggroep. Als leidraad hanteert de Raad van Toezicht de Governancecode Zorg 2017 bij de wijze van toezichthouden uitgaande van de maatschappelijke waarden rechtmatigheid, rechtvaardigheid en rechtszekerheid.

Kwaliteit van zorg en strategie

Na alle verbeteringen die zijn doorgevoerd in de voorgaande jaren, was ook in 2018 naar het oordeel van de IGJ de kwaliteit van de zorg binnen PZC op het gewenste niveau. De commissie Zorgkwaliteit speelt een actieve rol als het gaat om effectief toezicht houden op de kwaliteit van de zorg. In 2018 is samen met een externe consultant een begin gemaakt met de herijking van de strategie van PZC. Dit resulteert in een meerjaren strategisch plan, dat vanaf 2019 wordt geïmplementeerd.

Bijeenkomsten

De Raad van Toezicht kwam zes keer in vergadering bij elkaar. Naast de vaste agenda-onderwerpen bedrijfsvoering, financiën, veiligheid en kwaliteit, is aandacht besteed aan de identiteit van onze zorgorganisatie samen met de geestelijk verzorgers. Onderwerp van gesprek was onder andere de daadwerkelijk meerwaarde van de geestelijk verzorgers als behandelaren. Voorafgaand aan een drietal vergaderingen heeft de raad doelgroepbezoeken gebracht aan de afdeling NAH, de locatie Dubbelmonde en de afdeling somatiek. Ook hebben we tijdens een raadsvergadering uitvoerig gesproken met de centrale cliëntenraad over het onderwerp zeggenschap. Een delegatie van de raad heeft op 20 juli en 11 december overleg gehad met de OR.

In 2018 zijn twee studiedagen met het managementteam gehouden. Beide dagen stonden in het teken van de strategievorming met de externe consultant. De eerste studiedag stond in het teken van de strategievorming zelf. De tweede studiedag betrof de terugkoppeling van de consultant met een advies voor het meerjarenstrategieplan ter vaststelling.

Zoals altijd heeft de raad ook dit jaar deelgenomen aan het geledingendiner, waar behalve de raad en de bestuurder vertegenwoordigers aan tafel zitten van onder andere de directie, de CCR en de OR. Dit om de onderlinge verbondenheid te bestendigen en het gesprek met elkaar gaande te houden.

In het kader van de NVTZ-leergang voor aankomend toezichthouders, heeft een stagiair enkele vergaderingen van de raad bijgewoond.

Identiteitsraad

Een lid van de raad participeert in de identiteitsraad (IR). De IR heeft in 2018 driemaal vergaderd, op 12 februari, 27 augustus en 21 november.

Commissie zorgkwaliteit

De commissie zorgkwaliteit heeft in 2017 vijfmaal vergaderd: 20 februari, 18 april, 20 juni, 3 september en 7 november. De commissie werkt met een reglement en verslaglegging vindt mondeling plaats in de vergaderingen en middels een actielijst en een advieslijst aan de raad. In 2018 is het reglement geëvalueerd en aangepast aan de toetsingsnormen van de IGJ. Verder is besloten dat de bestuurder alleen nog op uitnodiging aanwezig is, de directeur Zorg en Behandeling is altijd aanwezig.

Commissie bedrijfsvoering

De commissie bedrijfsvoering heeft in 2018 vijfmaal vergaderd: 7 februari 17 mei, 15 augustus, 31 oktober en 11 december. De commissie werkt met een reglement en verslaglegging aan de raad vindt mondeling plaats in de vergaderingen en middels een actielijst. In de decembervergadering is besloten dat de bestuurder alleen nog op uitnodiging aanwezig is, de directeur Financiën en Control is altijd aanwezig.

Organisatie

Op 22 augustus heeft de raad besloten de statuten te wijzigen. Dit na positief advies van de RvB, de OR, de CCR en de identiteitsraad en na goedkeuring door de Diaconie der Hervormde Gemeente te Dordrecht en de Protestantse gemeente Dordrecht - Dubbeldam te Dordrecht. Op 10 oktober is de akte gepasseerd bij de notaris. Dit was nodig door ontwikkelingen in de organisatie en nieuwe externe vereisten, vanwege wet- en regelgeving en de Governancecode Zorg 2017. Ook zijn de statuten compacter en de schrijfstijl is geactualiseerd. Op 14 maart is het reglement van de RvB vastgesteld. Het is aangepast aan het voorbeeldreglement NVTZ/NVDZ en toegevoegd zijn een conflictregeling en een onkostenregeling.

Mutaties

Mevrouw van Meulebrouck is voor een tweede termijn benoemd. Verder is het rooster van aftreden aangepast om te voorkomen dat in 2024 de voorzitter en de vicevoorzitter gelijktijdig aftredend zijn. De Raad van Toezicht bestaat uit vijf personen.

De raad bestaat uit de volgende leden:

Dhr. G. Veldhuijzen	- voorzitter
Dhr. J.W. Spijkman	- vicevoorzitter (lid commissie bedrijfsvoering)
Mevr. J. van Meulebrouck	- voorzitter commissie bedrijfsvoering
Mevr. F. Kramp	- contactpersoon cliëntenraad (lid commissie zorgkwaliteit)
Dhr. R. de Vlaming	- voorzitter commissie zorgkwaliteit (lid identiteitsraad)

Informatievoorziening

De Raad van Toezicht zag geen aanleiding om te veronderstellen dat de informatievoorziening van de Raad van Bestuur onvoldoende zou zijn geweest. Bij relevante agendapunten werden leden van de directie of medewerkers in de gelegenheid gesteld in de vergadering nadere informatie te verstrekken.

Financiën

De Raad van Bestuur bracht in 2018 per kwartaal verslag uit over de financiële situatie van de organisatie. De commissie bedrijfsvoering besprak de resultaten en rapporteerde hierover aan de raad. ONP Verstegen Accountants en Adviseurs heeft de jaarrekening 2018 gecontroleerd.

De raad heeft de jaarrekening en het verslag van de accountant met de Raad van Bestuur, de directeur Financiën en Control en de externe accountant besproken en goedgekeurd.

Geestelijke zorg

PZC heeft drie geestelijk verzorgers in dienst, waarvan aanstelling, schorsing en ontslag de instemming behoeven van de raad. Eén van de geestelijk verzorgers zette zich, naast zijn taak ten aanzien van het pastoraat, met kracht in voor het traject zingeving.

Toerusting

De leden van de raad maken gebruik van faciliteiten om de eigen deskundigheid te bevorderen. Toezichthouden in de zorg vereist specifieke expertise die door de snelle ontwikkelingen in de zorg regelmatig dient te worden bijgesteld. Daarom maakt de raad, naast twee studiedagen gebruik van diverse scholingsactiviteiten. De hele raad nam in oktober deel aan een studiedag met alle leden van de raden van toezicht van het lerend netwerk Care4Q, waar PZC deel van uitmaakt. De heer Veldhuijzen participeerde in een viertal bijeenkomsten van het lerend netwerk Care4Q, waarbij de bestuurders en de voorzitters van de raden van toezicht aanwezig waren. Mevrouw Kramp volgde de Nationale Dag van het Commissariaat, een activiteit van NCD. Daarnaast participeerde mevrouw Kramp in een tweetal meerdaagse cursussen van de NVTZ, namelijk de cursus 'voorzitter RvT' en de cursus 'Toezicht op financiën'. Tevens volgde mevrouw Kramp de meerdaagse opleiding 'Governance Class' van het Erasmus Centrum Zorgbestuur. De heer de Vlaming participeerde in het NVTZ- programma Strategische keuzes: 'Extern krachtenveld & scenario's'.

Toezichtsplan

Het toezichtsplan 2018 is vastgesteld op 14 maart. Er is een scholingsparagraaf toegevoegd evenals korte cv's van de leden van de raad. De evaluatie van het toezichtsplan is onderdeel van de zelfevaluatie van de raad.

Honorarium

De leden van de raad en de voorzitter ontvingen in 2018 de onderstaande vergoeding en honorarium.

- Van januari t/m september 2018 ontving een lid van de raad € 855,87 en de voorzitter € 1.283,82, per maand.

Per 1 oktober 2018 zijn de cao-lonen verhoogd met 4%. De vergoedingen voor RvT-leden zijn met hetzelfde percentage aangepast.

- Vanaf oktober t/m december 2018 ontving een lid van de raad € 890,10 en de voorzitter € 1.335,25 per maand.

Tot slot

Nadat we kunnen stellen dat het huis beter op orde is, als het gaat om kwaliteit en veiligheid van de zorg en ook de financiële gezondheid van de organisatie, had de raad, samen met de bestuurder in 2018 de blik met name naar de toekomst gericht. Veel tijd en effort is gegaan naar de strategievorming. Het is gezien de grote uitdagingen waar verpleeghuizen anno 2018 voor staan nog niet zo eenvoudig om tot een gedegen meerjarenstrategie te komen. Gezien de vergrijzing, de beperkte collectieve middelen en het probleem op de arbeidsmarkt, is het van groot belang om zo goed mogelijk op deze onzekere toekomst voorbereid te zijn.

De raad spreekt haar waardering uit voor alle medewerkers die zich dagelijks met toewijding inzetten voor de aan hun toevertrouwde medemensen. En dat is waar het om gaat in een zorggroep die het in immaterieel opzicht van christelijke naastenliefde moet hebben. Ook de Raad van Toezicht blijft zich daartoe inzetten en vertrouwt daarbij op Gods zegen.