

Kwaliteitsjaarverslag 2021



Versie 1.0

14 juni 2022

Voorwoord

Dit is het kwaliteitsverslag van PZC Dordrecht 2021 (hierna te nomen 'PZC'. In dit verslag blikken wij terug op het jaar 2021 met een overzicht van de bereikte resultaten op het gebied van kwaliteit. Dit doen wij aan de hand van het kwaliteitsplan jaarschijf 2021 en de acht thema's, zoals die in het kwaliteitskader verpleeghuiszorg worden genoemd.

Hiermee wordt invulling gegeven aan de kwaliteit van onze zorg en dienstverlening. Deze acht thema's vormen het vertrekpunt voor onze werkzaamheden en de zorg die onze bewoners ontvangen.

In 2021 hebben wij te maken gehad met de derde en vierde golf van het coronavirus. Dit heeft wederom impact gehad op onze organisatie, haar bewoners, vertegenwoordigers van bewoners en medewerkers.

Daarnaast is dit jaar gekenmerkt door de werving en selectie van een nieuwe bestuurder (wegens pensionering) en een directeur Zorg & Behandeling (wegens het aanvaarden van een andere functie). Door persoonlijke omstandigheden kon de geworven nieuwe directeur uiteindelijk de functie niet vervullen en is een interim directeur benoemd.

Ondanks de coronabelemmeringen en de grote uitval door besmette medewerkers in de vierde golf, zijn de kwaliteitsnormen en de bijbehorende verantwoordingen op peil gebleven.

Dit verslag vormt samen met het bestuursverslag en de jaarrekening de verantwoording over 2021. Dit verslag is (wordt) voorgelegd aan de cliëntenraad, professionele adviesraad (PAR), en collega's uit ons lerend netwerk.

Het directieteam PZC Dordrecht,
Arjen Klink
Mark Vosselman
Anitra Louwers (a.i.)
Titia Bouten
Sven de Langen

Inhoud

Hoofdstuk 1 Cliëntwaarderingen	4
1.1 ZorgkaartNederland.....	4
1.2 Klachten.....	4
1.3 Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)	5
1.4 Meldingen externe klachtencommissie	5
Hoofdstuk 2 Persoonsgerichte zorg.....	5
2.1 Ontwikkelpunten en resultaten langdurige zorg.....	5
2.2 Dagbesteding (Wmo).....	7
2.3 Wijkverpleging	7
2.4 Huishoudelijke ondersteuning (Wmo)	8
2.5 Eerstelijns therapieën en extramurale behandeling.....	8
2.6 Revalidatiezorg Dordrecht.....	9
Hoofdstuk 3 Wonen en welzijn.....	10
3.1 Een zinvolle dag	10
3.2 Waardigheid & Trots zinvolle dagbesteding.....	12
3.3 Informele zorg.....	12
Hoofdstuk 4 Veilige zorg	14
4.1 Vrijheid en veiligheid.....	14
4.2 Medicatieveiligheid	15
4.2.1 Melding incidenten cliënten (MIC)	15
4.2.2 Medicatiereviews	16
4.3 Infectiepreventie	16
4.4. Wondzorg	17
4.5 Advance care planning.....	17
4.6 Vallen en overige meldingen incidenten	17
Hoofdstuk 5 Leren en verbeteren van kwaliteit.....	19
5.1 Lerend netwerk.....	19
5.2 Kort cyclisch verbeteren (KCV)	19
5.3 Intervisie, casuïstiekbespreking, omgangsoverleg, moreel beraad.....	20
5.5 Wetenschappelijk onderzoek	21
Hoofdstuk 6 Personeel	22
6.1 Medewerkertevredenheid.....	22
6.2 Melding incidenten medewerkers (MIM)	22
6.3 Risico-inventarisatie en evaluatie (RI&E).....	24
6.4 Ziekteverzuim	25
6.5 Passende personeelssamenstelling	26
6.6 Bekwame medewerkers	27
6.7 Veilige zorgrelatie	29

Hoofdstuk 7 Hulpbronnen.....	30
Hoofdstuk 8 Gebruik van informatie.....	31
Hoofdstuk 9 Leiderschap, governance en management	31

Hoofdstuk 1 Cliëntwaarderingen

1.1 ZorgkaartNederland

Reviews zijn verkregen via interviews en belronden, via de hyperlink naar Zorgkaart op onze website en deels spontaan.

	2021	2020	2019
Aantal waarderingen	34	69	108
Gemiddeld waarderingscijfer	8,3	8,0	8,0

Het aantal waarderingen over 2021 is te laag om goede conclusies te kunnen trekken. De PREM (telefonische interviews) voor de thuiszorg is afgenomen. In verband met COVID heeft de directie besloten om voor Dubbelmonde geen PREM (interview op locatie) uit te zetten in 2021. De gemiddelde waardering voor PZC in 2021 is 8,3.

Ontwikkelpunten 2022

Intern onderzoeken hoe het aantal waarderingen omhoog kan. Met Zorgkaart in gesprek gaan over mogelijke specificering naar doelgroep.

De behandeldienst en Revalidatiezorg Dordrecht introduceren in 2022 een kaartje met QR-code waarmee de cliënt en revalidant eenvoudig een review kan plaatsen op Zorgkaart.

1.2 Klachten

De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) verplicht zorgaanbieders tot het treffen van een klachten- en geschillenregeling voor bewoners/revalidanten, hun vertegenwoordigers en/of nabestaanden. PZC heeft een onafhankelijke klachtenfunctionaris naast de onafhankelijke cliëntvertrouwenspersoon. De informatie van de cliëntvertrouwenspersoon is niet meegenomen in dit hoofdstuk.

Is een klager of aangeklaagde ontevreden over de inzet van de klachtenfunctionaris? Dan kan klager een schriftelijke klacht bij de bestuurder neerleggen. Op basis van hoor en wederhoor geeft bestuurder een oordeel over de gegrondheid van de klacht.¹

Aantal klachten/meldingen in 2021

Er meldden zich 12 klagers. Bij 3 meldingen werd geen behandeling gestart of werd de klachtafhandeling niet afgemaakt:

- Bewoner/revalidant stond niet achter de klacht van de melder. (1)
- Betrof een organisatie met een klacht. (1)
- Klager is geen bewoner/revalidant of naaste en/ het betreft niet de zorg en diensten. (1)

Uiteindelijk zijn er 9 klachten door de klachtenfunctionaris afgehandeld.

Bij deze 9 meldingen was klager:

- de bewoner/revalidant over de zorg en voorzieningen van de bewoner. (2)
- contactpersoon namens de bewoner/revalidant over de zorg en voorzieningen van de bewoner. (6)
- naaste van een bewoner (niet zijnde de contactpersoon) die een klacht heeft. (1)²

In 2021 zijn 8 klachten afgerond. Bij 1 klacht vond de afronding aan het begin van 2022 plaats.

¹ In verband met de professionalisering van de klachtenfunctie zal een klacht over de Klachtenfunctionaris in de toekomst misschien aan de beroepsgroep worden voorgelegd.

² bijv. een familielid dat op bezoek komt en zelf niet tevreden is.

Typering klachten, onderwerpen en aandachtspunten uit klachten

De aantallen klagers en klachtonderdelen zijn niet zodanig dat hier harde 'conclusies' aan te verbinden zijn. Niettemin zijn er - kijkend naar de inhoud van de ingebrachte klachten - enkele onderwerpen en aandachtspunten die aandacht verdienen.

Ontwikkelpunten 2022 op advies van de klachtenfunctionaris

- Bekendheid en bekendmaking van het doel van de laagdrempelige klachtenregeling: opvangen op de afdeling- informele klachtenbehandeling door de klachtenfunctionaris als dat niet tot een oplossing leidt.
- Extra aandacht aan bewoners en contactpersonen om zich te kunnen en mogen uiten over hun ongenoegens.
- Toerusten van medewerkers en leidinggevenden om vanuit een open, niet defensieve manier op signalen van onvrede en klachten te reageren.
- Belichting van (klacht)recht van bewoners, contactpersonen, naasten en nabestaanden tegen het licht van recht op informatie.

1.3 Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)

In 2021 hebben er geen meldingen plaatsgevonden bij de IGJ.

1.4 Meldingen externe klachtencommissie

Op het moment van schrijven van het kwaliteitsverslag is geen jaarverslag ontvangen van de externe klachtencommissie.

Hoofdstuk 2 Persoonsgerichte zorg**2.1 Ontwikkelpunten en resultaten langdurige zorg****Inleiding**

Binnen PZC onderscheiden we binnen de langdurige zorg vier doelgroepen: wonen met zorg (WZ-voorheen somatiek), kleinschalige dementiezorg (KDZ), niet-aangeboren hersenletsel (NAH, inclusief zorg en behandeling voor mensen met langdurige bewustzijnsstoornissen) en Dubbelmonde (verzorgingshuis).

Ontwikkelpunten 2021

- Competentieontwikkeling op het gebied van continentiezorg en palliatieve zorg.
- Expertiseontwikkeling langdurige bewustzijnsstoornissen (LBS).
- Voldoen aan de Wet zorg en dwang: kennisontwikkeling onbegrepen gedrag en lerend vermogen bij dementie.
- Versterken van regie en stem van de bewoner/revalidant.

Resultaten 2021***Doelgroep Kleinschalige dementiezorg (KDZ):***

- Scholing palliatieve zorg voor verzorgenden niveau 3 is afgerond. In totaal hebben hier twee medewerkers aan deelgenomen. De palliatief verpleegkundige houdt kennis en kunde op peil en deelt dit zowel binnen als buiten de doelgroep. Het 'goede gesprek' aangaan wordt middels training on-the-job geïmplementeerd.
- Het project Samen voor veilige vrijheid is met goed resultaat afgerond. Bewustwording in het denken van vrijheidsbeperking naar vrijheidsverruiming en of er sprake is van wel/geen verzet is aanzienlijk gestegen. Benchmarkgegevens (ten aanzien van gebruik psychofarmaca) zijn aanwezig en geeft een goede score aan voor PZC. Er wordt zorgvuldig gehandeld. Het stappenplan wordt incidenteel ingezet. Het openstellen van zes woongroepen met behulp van domotica is naar tevredenheid verlopen. Scholing Wet zorg en dwang (Wzd) is breed geïmplementeerd en geborgd.

- Versterken van de eigen regie: familie is geheel meegenomen in het traject omtrent vrijheidsverruiming en kennisoverdracht in het kader van de Wzd/lerend vermogen.

Doelgroep Wonen met zorg

- Een klein clubje medewerkers is casuïstiekgebonden getraind in omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag.
- Eigen regie van bewoner en persoonsgerichte zorg zijn bespreekpunten in werkoverleggen en MDO (multidisciplinair overleg met bewoner). De regie is zoveel mogelijk bij de bewoner neergelegd.
- Per afdeling wordt zo goed mogelijk gekeken naar waar de bewoner het beste tot zijn/haar recht komt.
- Intensievere samenwerking tussen de teamleiders en verschillende afdelingen.

Doelgroep Niet-aangeboren-hersenletsel (NAH)

- Expertiseontwikkeling LBS: innovatiegelden zijn toegekend en er zijn extra verpleegkundigen aangenomen. Daarnaast is gestart met de ontwikkeling van een therapeutisch verpleegkundige die de link vormt tussen behandelaren en zorg.
- Betrokkenheid familie bij zorg/therapieën.
- Familieparticipatie binnen de afdeling Linde is naar een hoger level getild in de vorm van frequente familiegesprekken en aansluiten bij het MDO. Er is een aanbod gekomen voor familie om digitaal een programma te volgen voor verliesverwerking (W&T-gelden).
- Medewerkers binnen de NAH zijn geschoold in de Wet zorg en dwang en weten de wet toe te passen.
- Versterken van eigen regie: een deel van de medewerkers heeft in 2021 de scholing HOOI afgerond. Het andere deel start in 2022. De methodiek richt zich op het ondersteunen op alle levensdomeinen die voor de persoon met NAH van belang zijn.

Ontwikkelpunten 2022

Doelgroep Kleinschalige dementiezorg (KDZ):

- Kennisuitwisseling binnen de keten door palliatief verpleegkundige.
- Monitoren van de afspraken binnen de Wzd en op de hoogte blijven van de ontwikkelingen. Is geborgd binnen de Commissie Wzd die zes keer per jaar bijeenkomt.
- Naast het verruimen van de bewegingsvrijheid zijn er ook plannen om de omgeving (locatie) op bepaalde onderdelen aan te gaan passen. Herkenningspunten kunnen hierbij helpen.
- Scholing Wzd continueren met eventuele uitbreiding scholing zorgverantwoordelijke.
- Het lerend vermogen (bewoners) uitrollen binnen de woongroepen, eventueel met uitbreiding van domotica.
- Aandacht houden voor de participatie door familie, leveren van maatwerk en meenemen in de ontwikkelingen.

Doelgroep Wonen met zorg

- Versterken eigen regie bewoner door aandacht te houden voor wat bewoner wel kan.
- Stimuleren van een prettige leefomgeving met ruimte voor de eigen ik.
- Intervisie voor de zelfstandig werkende functies als kwaliteitsverpleegkundige, continetieverpleegkundige en wondverpleegkundige.
- Competentieontwikkeling met betrekking tot continetiezorg en palliatieve zorg.

Doelgroep Niet-aangeboren-hersenletsel

- Voorbereiding voor de visitatie ten behoeve van de ontwikkeling tot een doelgroep expertisecentrum (DEC) en regionaal expertisecentrum (REC) voor de doelgroep langdurige bewustzijnsstoornis.
- Oriëntatie naar mogelijkheden van een samenwerking met Syndion voor de doelgroep NAH en participatie nieuwbouw.
- Monitoren van de afspraken binnen de Wzd en op de hoogte blijven van de ontwikkelingen. Is geborgd binnen de Commissie Wzd die zes keer per jaar bijeenkomt.
- Scholing Wzd continueren met eventuele uitbreiding scholing zorgverantwoordelijke.

- Scholing HOOI Cypres en de implementatie hiervan op de NAH-afdelingen.
- Onderzoek naar mogelijkheden om een terdege cliënttevredenheidsonderzoek uit te voeren binnen de doelgroep NAH.

Doelgroep Dubbelmonde (woonzorgcentrum)

- Stimuleren van een prettige leefomgeving met ruimte voor de eigen ik.
- Meer functiedifferentiatie afgestemd op de doelgroep en de verschillende afdelingen.
- Coaching op kwaliteit door de kwaliteitsverpleegkundige.
- In hun kracht zetten en verstevigen regie bij de bewoner.

2.2 Dagbesteding (Wmo)

Inleiding

Er komen zowel cliënten uit de wijk Crabbehof als vanuit heel Dordrecht naar de dagbesteding op locatie Crabbehoven. Dit als gevolg van de specialisatie CVA, MS en ziekte van Parkinson. Veel cliënten bezoeken de dagbesteding in aansluiting op de intramurale revalidatieperiode. Op 31 december 2020 zijn er 50 cliënten met een Wmo-indicatie. Ten gevolge van COVID zijn mensen terughoudend om naar de dagbesteding te komen.

Ontwikkelpunten 2021

Aansluiten bij ontwikkelen van de dagbesteding voor de NAH. Delen van kennis en kunde en daar waar mogelijk de verbindingen aanbrengen.

Resultaten 2021

Er is onderzocht of de bewoners van de NAH aan kunnen aansluiten bij de huidige dagbesteding bij PZC. Het gebrek aan ruimte maakt dat er voor deze bewoners teveel prikkels op hen afkomen, waardoor dagbesteding op zo'n moment geen meerwaarde is.

Ontwikkelpunten 2022

Participatie bewoner door het oppakken van de kortcyclische verbetermethodiek, zoals deze in 2020 is gestart en het opnieuw starten van de individuele gesprekken tussen EVV en bewoner.

2.3 Wijkverpleging

Inleiding

In 2021 ontvingen gemiddeld 110 cliënten thuiszorg van PZC. De cliënten zijn veelal woonachtig in de woningen op het terrein van ons woonzorgcentrum Dubbelmonde. Voor een klein deel in Henri Polakhof en de aanleunwoningen in de Henri Polakstraat. Het betreft kwetsbare ouderen die langer thuis blijven wonen.

Ontwikkelpunten 2021

- Leerlingen en stagiaires binnen Dubbelmonde en de thuiszorg nemen deel aan de workshop 'omgaan met levensvragen' met als doel het welzijn en welbevinden bespreekbaar te (leren) maken met bewoners.
- Ontwikkeling buurtcommunity.

Resultaten 2021

Helaas is door de COVID-crisis de gespreksgroep voor bewoners van de aanleunwoningen gestopt. Er is veel eenzaamheid onder deze bewoners. Wel zijn er meer aanvragen voor gesprekken gekomen via de medewerkers van de thuiszorg waar adequaat op ingespeeld wordt door de geestelijk verzorger. Daarnaast is de geestelijk verzorger elke donderdagochtend in het Kruispunt in Dubbelmonde te vinden waardoor bewoners makkelijk en laagdrempelig de geestelijk verzorger kunnen aanspreken en ook zelf een afspraak kunnen maken.

De workshop 'omgaan met levensvragen' is een succes geweest. Het heeft bewustwording gecreëerd bij de deelnemers en is als heel waardevol ervaren.

De workshop wordt ook in 2022 tweemaal gegeven aan leerlingen en stagiaires. Daarnaast is de geestelijk verzorger regelmatig te vinden in de zusterpost van de thuiszorg zodat ook medewerkers van de thuiszorg op een laagdrempelige manier een luisterend oor kunnen vinden, even kunnen sparren of spuien.

Ontwikkelpunten 2022

Voor 2022 wordt een aantal activiteiten die (her)opgestart. Zo gaat de gespreksgroep weer van start en starten de bijeenkomsten voor nieuwe bewoners. Deze activiteiten bemoedigen het onderlinge contact. Het doel is dat bewoners elkaar wat makkelijker aanspreken en opzoeken waardoor het gevoel van eenzaamheid wellicht wat minder wordt.

2.4 Huishoudelijke ondersteuning (Wmo)

Inleiding

In 2021 ontvingen gemiddeld 103 cliënten per maand huishoudelijke ondersteuning van PZC. De coördinator huishoudelijke zorg maakt onderdeel uit van het welzijnsteam Dubbelmonde om samenhang met andere diensten zoals informele zorg, thuiszorg en servicediensten te bevorderen.

2.5 Eerstelijns therapieën en extramurale behandeling

Inleiding

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

Ontwikkelpunten 2021

- Heroriëntatie op de positionering van de eerste lijn.
- Uitbreiding en zichtbaarheid in de eerste lijn.
- Samenwerking met huisartsen Crabbehoen en Dubbelmonde intensiveren.

Resultaten 2021

- Door COVID-19 zijn er ook in 2021 perioden geweest waarbij alle eerstelijnsactiviteiten zijn afgeblazen. De positionering van de eerste lijn heeft stilgelegen. Samenwerking met diverse disciplines en netwerken in de regio is tijdelijk op een minder intensief niveau voortgezet.
- De uitbreiding en zichtbaarheid van de eerste lijn is als ontwikkelpunt is doorgeschoven naar 2022.
- Samenwerking met de huisartsen in de regio is eind 2021 opgestart. Met name door de samenwerking van de Drechtdokters met Fysiodordt op doelgroepniveau. Voor PZC gaat het dan onder andere om kwetsbare ouderen, valpreventie, CVA en parkinson.
- De samenwerking in het multidisciplinaire geriatrienetwerk Drechsteden (inclusief geriater van het ASz) is weer opgestart en zal in 2022 weer op het oude niveau functioneren.

Ontwikkelpunten 2022

- Afronden huisvestingsproject behandelcentrum.
- Optimaliseren communicatie en niet-cliëntgebonden activiteiten door het inrichten van een back- en frontoffice voor afspraken, dossierbeheer en planning.
- Heroriëntatie op de positionering van de eerste lijn.
- Samenwerking met huisartsen Crabbehoen en Dubbelmonde intensiveren.
- Samenwerking met specialisten van het ASz intensiveren (geriater, neuroloog, revalidatiearts, cardioloog).

2.6 Revalidatiezorg Dordrecht

Inleiding

2021 is wederom een enerverend jaar geweest voor de geriatrische revalidatiezorg (GRZ). Door de opkomende Deltavariant van COVID moesten ziekenhuizen hun planbare zorg afschalen om voldoende bedden beschikbaar te houden voor COVID-patiënten. Dit heeft geleid tot een opdrogende stroom revalidanten. Personeel is ingezet op de verblijfsafdelingen en een GRZ-afdeling is ingericht als COVID-afdeling.

Na de zomer trok de aanmelding van revalidanten weer aan en konden de afdelingen weer volop functioneren. Beperkende factor hierbij was wel de vele, door COVID, zieke medewerkers.

Bij het Albert Schweitzer ziekenhuis kwamen twee revalidatieafdelingen vrij door het vertrek van Rivas. Na een strategische afweging en businesscase heeft PZC besloten om twee GRZ-afdelingen vanaf locatie Crabbehoven hiernaartoe te verhuizen om zo ook voor deze twee afdelingen een passend revalidatieklimaat te creëren. Tevens is in juni gestart met een nieuwe transitieafdeling voor herstellende zorg van ELV-cliënten en enkele WLZ-cliënten.

Aan deskundigheidsbevordering is de nodige aandacht besteed. Er heeft een multidisciplinair coachingstraject plaatsgevonden voor de medewerkers GRZ. Twee verpleegkundigen hebben de GRZ-specialisatieopleiding gevolgd. Alle medewerkers van afdeling Wantij hebben een training parkinson gevolgd.

In 2021 zijn 370 revalidanten met een DBC opgenomen. Bestemming na ontslag:

Terug naar huis	Naar ziekenhuis	Naar zorginstelling	Overleden	N/A	Anders
74%	5%	4%	6%	5%	6%

Ontwikkelpunten 2021

- Het revitaliseringsproces en het daaruit voortvloeiende plan van aanpak is erop gericht om het hele revalidatieproces kwalitatief goed en efficiënt te laten verlopen zodat de intramurale verblijfsduur wordt teruggebracht en er meer nadruk komt op ambulante nabehandeling of het inzetten van eerstelijnsstrategieën.
- Implementeren vernieuwd bedrijfsproces ondersteund door multidisciplinaire coaching.
- Aantrekken tweede teamleider.
- Het formuleren en rapporteren op doelen.

Resultaten 2021

- Het revitaliseringsproces heeft vertraging opgelopen door de wisselingen in management. Een nieuwe interim-manager heeft dit opgepakt om tot een verbeterplan te komen dat in 2022 wordt uitgevoerd. De ligduur is in 2021 gemiddeld 38,9 dagen. Hiermee is de ligduur bij Revalidatiezorg Dordrecht lager dan het landelijke gemiddelde.
- De zorgpaden zijn tegen het licht gehouden en waar nodig aangepast.
- Begin 2021 is een tweede teamleider gestart voor de zorgteams.
- Het formuleren en rapporteren op doelen was een aandachtspunt vanuit de HKZ-audit en is in 2021 sterk verbeterd en door de HKZ goedgekeurd.

Ontwikkelpunten 2022

- De personele inzet passend maken aan de instroom van revalidanten omdat de aanmelding van revalidanten heel wisselend is (onder andere door COVID en versoepelingen in de maatschappij).
- Implementeren van de visie op revalidatie door een basistraining voor alle disciplines (onderdeel revitaliseringsproces).
- Verbetering van het primaire proces van revalidatie: instroom, doorstroom en uitstroom.
- Coaching op cultuur en samenwerken tussen de verschillende disciplines in de GRZ (onderdeel revitaliseringsproces).
- Pilot parkinson-unit (in 2021 voorbereid in samenwerking met het Albert Schweitzer ziekenhuis).

Hoofdstuk 3 Wonen en welzijn

3.1 Een zinvolle dag

Inleiding

Het jaar 2021 stond nog steeds in het teken van COVID maar we wisten er beter mee om te gaan, en ook al was het op kleine schaal, we konden het welzijn een steviger accent geven. Dit komt terug in de huiskamergesprekken, de betrokkenheid van de cliëntenraad hierbij maar ook door de inzet van de activiteitenbegeleiding om toch voor wat kleine lichtpuntjes voor onze bewoners te zorgen. Er heeft een intensivering plaatsgevonden met de kwaliteitsverpleegkundigen, praktijkopleider en de geestelijk verzorgers om zo ook onze professionele kwaliteit te verbeteren.

Ontwikkelpunten 2021

- Keuze zorgtechnologie: oproepsysteem en implementatie.
- Buurtcommunity Dubbelmonde.
- Dagstructuur bij NAH (net als thuis) versterken.
- Verder borgen van de huiskamer- en familiebijeenkomsten afgestemd op de behoeften per doelgroep.
- Uitrol concept lerend vermogen op Kleinschalige dementiezorg en Dubbelmonde.
- Uitbreiden informele zorg en aantal vrijwilligers.
- Ontwikkeling buurtcommunity in Dubbeldam.

Resultaten 2021

- De keuze zorgtechnologie en implementatie heeft in 2021 niet plaatsgevonden. Dit wordt in 2022 verder opgepakt.
- Scholing lerend vermogen van medewerkers/mantelzorgers heeft plaatsgevonden. Koppeling naar de praktijk vraagt aandacht, met name het omzetten in gedrag en benadering.

Doelgroep Kleinschalige dementiezorg (KDZ)

- In het vierde kwartaal 2021 is Momo Bedsense ingezet. Dit is een pilot die naast het huidige zorgoproepsysteem loopt. Systeem is ter bevordering van een goede nachtrust en geeft overzicht en inzicht voor de zorg.
- Het borgen van huiskamer-/familiebijeenkomsten heeft vanwege COVID niet kunnen plaatsvinden.

Doelgroep Wonen met zorg

- Op steeds meer afdelingen wordt gekeken hoe vers koken kan worden aangeboden en de eetlust van de bewoners kan worden versterkt.
- De cliëntenraad wordt betrokken bij de verbeterpunten.
- In overleg met de bewoners zijn de woonruimten op de afdelingen Reiger en Aalscholver aangepast zodat het huiselijker is.
- Familie wordt steeds meer betrokken bij het wonen.
- Scholing op zingeving en communicatie onder de medewerkers heeft plaatsgevonden teneinde de regie bij de medewerker te verstevigen.

Doelgroep Niet-aangeboren-hersenletsel (NAH)

- Huiskamergesprekken binnen de NAH-afdelingen hebben plaatsgevonden. De familiebijeenkomsten hebben door de COVID niet plaats kunnen vinden.
- Op de NAH-afdeling Waterhoen zijn verschillende vrijwilligers gestart om te begeleiden bij activiteiten zowel binnen als in de tuin.

Doelgroep Dubbelmonde

Het concept buurtcommunity (digitale community) kent een historie van enkele jaren, waarbij de praktische uitvoering in 2021 nog niet goed van de grond is gekomen. De vrijwilligersoplossing is wel geïmplementeerd. Er is een samenwerking met Stichting Helpende Handen Nederland (SHHN) in Dubbelmonde, waarbij invulling wordt gegeven aan informele zorg door de inzet van Helpende Handen. SHHN is gevestigd in Dubbelmonde, waar zij met de inzet van stagiaires, participatiedeelnemers hulp en ondersteuning bieden. Vraag en aanbod wordt ondersteund door software van RegiCare.

Ontwikkelpunten 2022*Doelgroep Kleinschalige dementiezorg (KDZ)*

- Bedsence; evaluatie pilot april 2022. Keuze zal afhankelijk zijn van de bevindingen en keuze nieuw oproepsysteem.
- Borgen huiskamer-/familiebijeenkomsten: nieuwsbrief continueren (3 à 4 per jaar) in combinatie met een themabijeenkomst voor familieleden.
- Uitrol lerend vermogen: het aanleren van praktische vaardigheden en herkennen van (on)begrepen gedrag) middels training Tineke van Sleen (zorg- en behandelmedewerkers).

Doelgroep Wonen met zorg

- Verder verstevigen regie bij de zorgprofessional.
- Meer functiedifferentiatie afgestemd op de doelgroep en de verschillende afdelingen.
- Uitrol workshops seksueel grensoverschrijdend gedrag onder alle medewerkers.
- Coaching op kwaliteit door de kwaliteitsverpleegkundigen.
- In hun kracht zetten en verstevigen van de regie bij de bewoners.
- Verder intensiveren inzet vrijwilligers met betrekking tot welzijn.

Doelgroep Niet-aangeboren-hersenletsel (NAH)

- Opzetten projectstructuur met als doel implementatie agogisch werk- en leefklimaat.
- Verder borgen van de huiskamer- en familiebijeenkomsten afgestemd op de behoeften per doelgroep
- Uitbreiden informele zorg en aantal vrijwilligers en het geven van een training NAH.
- Dagstructuur bij NAH (net als thuis) versterken; er is een start gemaakt met dagbesteding zowel individueel als op groepsniveau

Doelgroep Dubbelmonde

- Verstevigen regie bij zorgprofessional.
- Verder intensiveren inzet vrijwilligers met betrekking tot welzijn.
- Goede mix bewoners passend bij de verzorgingshuiszorg.
- Doorontwikkeling buurtcommunity.

Uitgangspunten buurtcommunity Dubbeldam Ontmoet***Persoonlijk, zingend, creatief***

vormen een prima uitgangspunt om aan te sluiten bij de belevingswereld van mensen; mensen die zorg nodig hebben, afhankelijk zijn van begeleiding/behandeling, mensen die werken bij PZC, mensen die mantelzorger zijn, et cetera. Hierbij integreren wij de uitgangspunten van de presentiebenadering (Stichting Presentie) en de positieve gezondheid (Institute for Positive health).

3.2 Waardigheid & Trots zinvolle dagbesteding

Een aantal jaren geleden is landelijk gestart met het project Waardigheid & Trots. Dit richtte zich vooral op verbetering van de kwaliteit van zorg, onder andere door de nadruk op zinvolle dagbesteding. Het landelijk project is inmiddels ten einde, maar de CCR heeft zich binnen PZC sterk gemaakt voor continuering van de aandacht voor die zinvolle dagbesteding.

PZC kent nu zijn eigen Waardigheid & Trots gelden.

In samenspraak tussen organisatie en CCR worden deze Waardigheid & Trots gelden aan een zinvolle dagbesteding. De CCR heeft met de bestuurder de afspraak gemaakt dat het overgebleven budget in 2022 besteed kan worden aan de bewoners.

3.3 Informele zorg

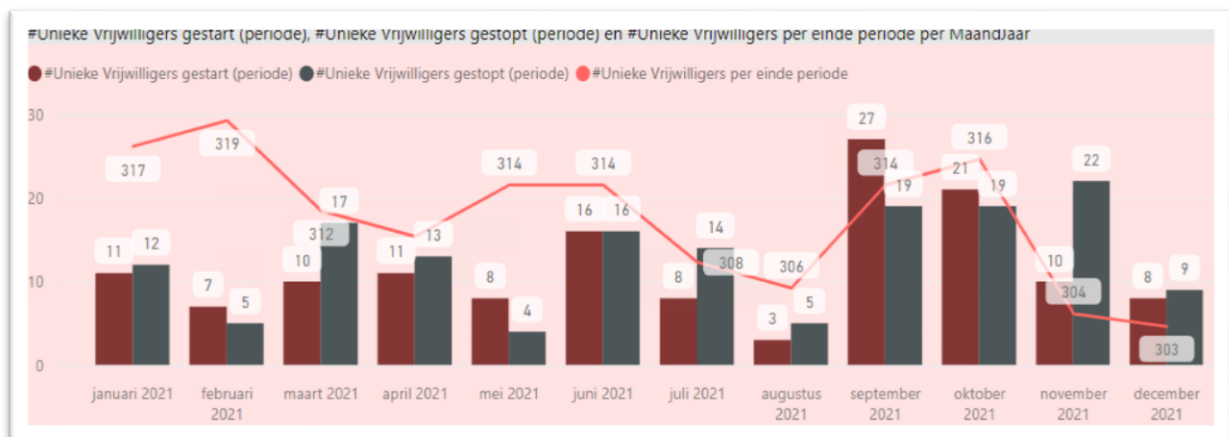
Inleiding

Door het gebruik van Regicare is het mogelijk om meer inzicht te hebben in onder andere het aantal vrijwilligers, het aantal contactmomenten en het aantal matches.

Op 1 januari 2021 waren er 318 vrijwilligers werkzaam bij PZC. We sluiten het jaar af met 305 vrijwilligers. Dit laat een daling zien van 15 vrijwilligers.

Meer dan voorgaande jaren heeft een aantal vrijwilligers projectmatig gewerkt. Dit zijn bijvoorbeeld jongeren die hun maatschappelijke diensttijd gedaan hebben via Netwerk Dordtse Helden en klussen via de Workshop.

In onderstaande tabel is zichtbaar hoeveel vrijwilligers er elke maand gestart en gestopt zijn.



In 2021 zijn er 182 matches gerealiseerd. Dit is een indicatie, omdat er matches zijn gemaakt met vrijwilligers die al bij ons werkten, maar nog niet gematcht waren. Er zijn 21 vacatures aangemaakt.

Er is ingezet op het persoonlijk contact houden met vrijwilligers. Dit is terug te zien in het aantal contactmomenten (telefoon, mail) dat geregistreerd wordt in Regicare. Totaal zijn er 1225 contactmomenten geweest, gemiddeld per maand dus zo'n 100.

Ontwikkelpunten 2021

- Opstarten van de introductiebijeenkomsten.
- Inzet van vrijwilligers op meer projectmatige wijze.
- Inzet van vrijwilligers met als uitgangspunt 'wensen van bewoners'.
- Samenwerking vergroten met de buurt/wijk.

Resultaten 2021

- Zo'n 220 vrijwilligers hebben een eigen account op Regicare aangemaakt. Wanneer nieuwe berichten voor vrijwilligers op Regicare gezet worden, wordt een mail gestuurd om vrijwilligers hierop te attenderen.
- Opvallend is het aantal vrijwilligers dat op projectmatige wijze in 2021 bij ons heeft gewerkt. Vrijwilligers voor deze projecten werden geworven via Netwerk Dordtse Helen, Inzet078, Drechtmatcht en R-Newt.
- Voor 2021 waren twee introductiebijeenkomsten gepland. Een daarvan is niet doorgegaan.
- Er is veel aandacht geweest voor het in contact blijven met vrijwilligers.

Ontwikkelpunten 2022

- Persoonlijk contact met vrijwilligers en ontmoetingsmomenten tussen vrijwilligers bevorderen door themabijeenkomsten, maaltijden en dergelijke.
- Voortzetten inzet vrijwilligers met als uitgangspunt: de wensen van bewoners op het gebied van welzijn.
- Alle medewerkers, die met vrijwilligers werken, maken gebruik van Regicare.
- Oriënteren op vormgeven van inzet informele zorg.
- Voortzetten inzet van vrijwilligers op projectmatige wijze.
- Het aantal vrijwilligers en aantal matches groeit.

Hoofdstuk 4 Veilige zorg

4.1 Vrijheid en veiligheid

Inleiding

De Kleinschalige dementiezorg (KDZ) bestaat uit zes woongroepen van zeven bewoners en twee woongroepen van tien die zijn aangemerkt als Wzd-accommodatie (in totaal 62 bewoners). De afdelingen Niet-aangeboren hersenletsel (NAH) vallen tevens onder de Wzd, maar zijn aangemerkt als Wzd-locatie, net als alle overige afdelingen van PZC.

Overzicht onvrijwillige zorg peildatum 01 januari 2022

	Psychofarmaca	Bedhekken	Optische sensor	Hansop
Totaal	0	0	0	0

Gebruik psychofarmaca afgezet tegen aantal bewoners (62 PG en 24 NAH)

Peildatum	Hypnotica	Sedativa	Anti- psychotica	Anti- depressiva	Dementie- middelen	Zo nodig medicatie
01-12-2020	3,53%	5,88%	7,06%	18,82%	1,18%	4,71%
01-12-2021	2,35%	3,53%	7,06%	17,65%	0,00%	4,71%

Ontwikkelpunten 2021

- Bewustwording vergroten bij de overige doelgroepen. Het zogenaamde 'grijze' gebied van wel/geen sprake van onvrijwillige zorg (OVZ) wordt in kaart gebracht door middel van nulmetinglijsten.
- Continueren van het aanbieden van scholing op maat voor de professional.
- Openstellen van de voordeur op de afdeling kleinschalig wonen (KSW), met behulp van uitbreiding van domotica en implementatie van leefcirkels/veiligheidsgraden.
- Implementeren van (tijdelijke) mobiele dienst.
- Ontwikkelen van een addendum op de zorgovereenkomst voor de risico-inventarisatie veiligheidsgraden.
- Multidisciplinair (on)vrijwillig zorgoverleg optimaliseren door onder andere het stellen van kritische vragen, zoals oorzaken gedrag, impact voor bewoner, risico op ernstig nadeel, et cetera.
- Creëren van een dementievriendelijke locatie (Crabbehoven).
- Dementiebril verder implementeren (nu voor medewerkers; uitbreiden voor mantelzorgers).
- Opstellen digitaal handboek ten behoeve van informatie Wzd organisatiebreed.
- Deelname aan regionale projecten: deskundigheid ernstig onbegrepen gedrag en regionaal Wzd.
- Criteria voor bewoners met langdurige bewustzijnsstoornissen (wel of niet onder Wzd). Informatie vanuit landelijk netwerk.

Resultaten 2021

- Vrijheidsverruiming KDZ: 75% open deuren met behulp van domotica en leefcirkels.
- Scholing is geborgd via Youforce en wordt verzorgd door kwaliteitsverpleegkundige en/of door Wzd-functionaris.
- Handboek WZD als naslagwerk ten behoeve van hele organisatie is gerealiseerd en opgenomen in het kwaliteitsdocumentensysteem.
- Zeer beperkte inzet OVZ.
- Project Samen voor veilige vrijheid (SVVV) is succesvol afgerond. Voortgang wordt in 2022 geborgd door Commissie Wet zorg en dwang (Wzd).

Ontwikkelpunten 2022

- 100% open deuren
- Met behulp van principes lerend vermogen vrijheidsverruiming verder toepassen in de praktijk.

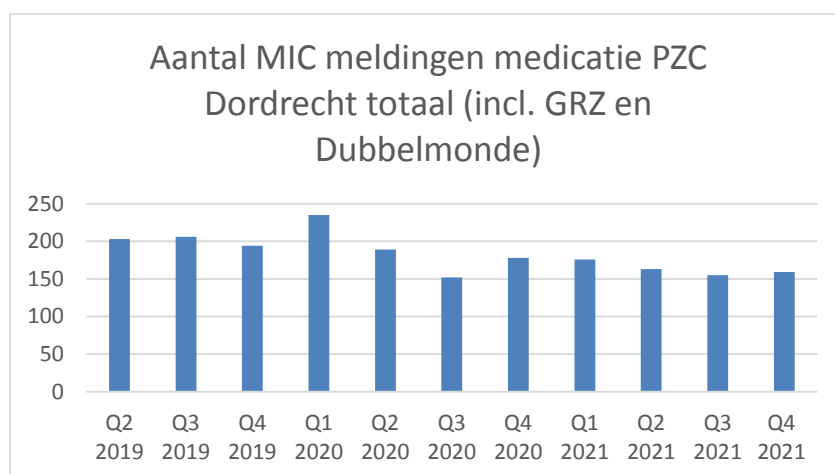
- Positionering zorgverantwoordelijke middels erkende scholing 'Zorgverantwoordelijke' van Medilex.
- Binnen alle doelgroepen juiste naleving van de Wzd monitoren.
- Focus op bewustwording binnen de revalidatiezorg en toepassing Wzd op juiste wijze.
- Concretiseren binnen doelgroep langdurige bewustzijnsstoornissen na coma wie onder de Wzd valt.
- Dementievriendelijke omgeving.
- Positioneren mobiele dienst.

4.2 Medicatieveiligheid

4.2.1 Melding incidenten cliënten (MIC)

Inleiding

Het betreft de incidenten op alle locaties van PZC. In totaal ongeveer 350 bewoners/revalidanten. De MIC-aandachtvelders 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/kwaliteitsverpleegkundige. De MIC-meldingen maken onderdeel uit van de kwartaalrapportages.



Oorzaken MIC meldingen medicatie %

	2019	2020	2021
Bewoner heeft medicijn niet ingenomen	36	26	25
Medicijn niet gegeven	41	47	48
Medicijn op verkeerd tijdstip gegeven	5	5	5
Vergeten af te tekenen door medewerker	6	9	8
Verkeerde dosering gegeven	7	6	5
Verkeerd medicijn gegeven	0	3	4
Stond niet op de medicatielijst	0	0	3
Anders	6	4	0

Ontwikkelpunten 2021

- Verminderen medicatiemutaties loopt door in 2021.
- Voortzetten onderzoek naar minder deelmomenten per dag om het aantal medicatiefouten te verminderen.

Resultaten 2021

- Het verminderen van de medicatiemutaties blijft een continu proces. Er is aandacht voor het wijzigen van medicatie per nieuwe baxterrol, zodat er minder losse doosjes geleverd worden.
- Met ingang van 1 december 2021 wordt bij opname een spoed baxterrol geleverd door de instellingsapothek, waardoor het aantal losse doosjes sterk verminderd is.
- Onderzoek naar minder deelmomenten per dag (van 4 naar 3) heeft plaatsgevonden met als resultaat dat dit vooralsnog niet wordt doorgevoerd binnen PZC. We blijven monitoren bij de organisatie waar dit wel is doorgevoerd en waar ook het onderzoek heeft plaatsgevonden.
- Op 17 augustus 2021 heeft PZC onverwacht bezoek gehad van de IGJ. De IGJ heeft getoetst op medicatieveiligheid. Conclusie IGJ: *“De inspectie concludeert dat Crabbehooven (grotendeels) voldoet aan alle getoetste normen. Van de acht getoetste normen voldoen vijf normen geheel, drie normen voldoen grotendeels. De inspectie heeft op dit moment voldoende vertrouwen in de wijze waarop PZC stuurt op medicatieveiligheid. De inspectie concludeert daarom dat er geen vervolgtoezicht nodig is.”*

Ontwikkelpunten 2022

1. MIC-meldingen blijven monitoren. Deze worden vier keer per jaar in de medicatiecommissie geanalyseerd. Medewerkers worden gestimuleerd om medicatiefouten te melden. In de teamoverleggen staan de MIC-meldingen standaard op de agenda.
2. Onderzoeken of dubbele controle mogelijk is via de app. Voordeel hiervan is dat een collega makkelijker kan meekijken bij het delen van medicatie waarbij dubbele controle verplicht is.

4.2.2 Medicatiereviews

De medicatiereviews vinden plaats tussen de apotheker, afdelingsarts en verzorgende van de afdeling. De arts brengt zo nodig wijzigingen aan. In Ysis wordt gerapporteerd dat de medicatiereview heeft plaatsgevonden. In 2021 heeft er minimaal één keer een medicatiereview plaatsgevonden bij alle bewoners.

4.3 Infectiepreventie**Inleiding**

De infectiepreventiecommissie vergadert minimaal vier keer per jaar. De deskundige infectiepreventie van het RLM neemt deel aan de vergaderingen binnen PZC en is tevens als deskundige aangesteld voor de verpleeghuizen in de regio.

Ontwikkelpunten 2021

- Klinische lessen basisinfectiepreventie organiseren voor de medewerkers uit alle divisies (zorg, huishouding, voeding, bedrijfsondersteuning) die geen toegang hebben tot e-learning.
- Inzicht krijgen in infectierisico's, de mate waarin de infectiepreventiemaatregelen zijn ingevoerd en in zaken die nog verder kunnen worden geoptimaliseerd op het gebied van infectiepreventie; nulmeting op alle locaties (audits).
- Project aandachtsvelders door de PAR: onderzoek naar de rol van aandachtsvelders (waaronder die van infectiepreventie) op de afdelingen met daaraan gekoppeld een advies naar de raad van bestuur.

Resultaten 2021

- Klinische lessen zijn gegeven voor helpenden, medewerkers huishouding en gastvrouwen door de deskundige infectiepreventie van het RLM en kwaliteitsverpleegkundige infectiepreventie.
- Er heeft een extra scholing plaatsgevonden van huishoudelijk medewerkers over het scheiden van schoon en vuil.
- Audits onder leiding van de deskundige infectiepreventie hebben plaatsgevonden op zes afdelingen. Audits zijn samen met de aandachtsvelders van betreffende afdelingen uitgevoerd. Resultaten zijn besproken in het managersoverleg.

- Deelname aan de week van de infectiepreventie die is georganiseerd door het IP & ABR zorgnetwerk Zuidwest Nederland in de week van 1 t/m 5 november.

Ontwikkelpunten 2022

- Organiseren klinische lessen voor helpenden, medewerkers huishouding en gastvrouwen (zijn gepland).
- Audits op zes afdelingen als vervolg op de audits in 2021.
- Deelname aan de CIP-bijeenkomst (uitgestelde bijeenkomst van november 2021).
- Organiseren bijeenkomst aandachtsvelders infectiepreventie ten aanzien van de rol op de afdeling. In vervolg daarop scholing organiseren.
- Organiseren van een table-top uitbraakoefening voor MRSA.

4.4. Wondzorg

Inleiding

Binnen PZC werken twee wondverpleegkundigen die nauw samenwerken met de medische dienst en de ergotherapeuten. De decubitusgraad binnen PZC is laag.

De norm is onder de 3% decubitus (ontwikkeld binnen PZC). Op 31 december 2021 waren er drie bewoners waarbij decubitus is ontstaan binnen PZC organisatiebreed. Het percentage is 0,85% decubitus. De norm is daarmee ruimschoots behaald.

4.5 Advance care planning

Inleiding

Wensen rondom het levenseinde (wel/geen reanimatie en wensen met betrekking tot behandeling) zijn vastgelegd in het elektronisch cliëntendossier (ECD). Ook bij de revalidatie en ELV-complex wordt het gesprek over wensen rondom het levenseinde gevoerd door de arts met revalidant.

Beleid is om binnen twee weken na opname op de langdurige zorg binnen het verpleeghuis de wens vastgelegd te hebben. PZC heeft een 'ja-tenzij beleid'. Dit betekent dat als er geen duidelijk vastgelegde wens is, er gestart wordt met reanimeren. Bewoners worden hierover geïnformeerd bij opname.

Resultaten 2021

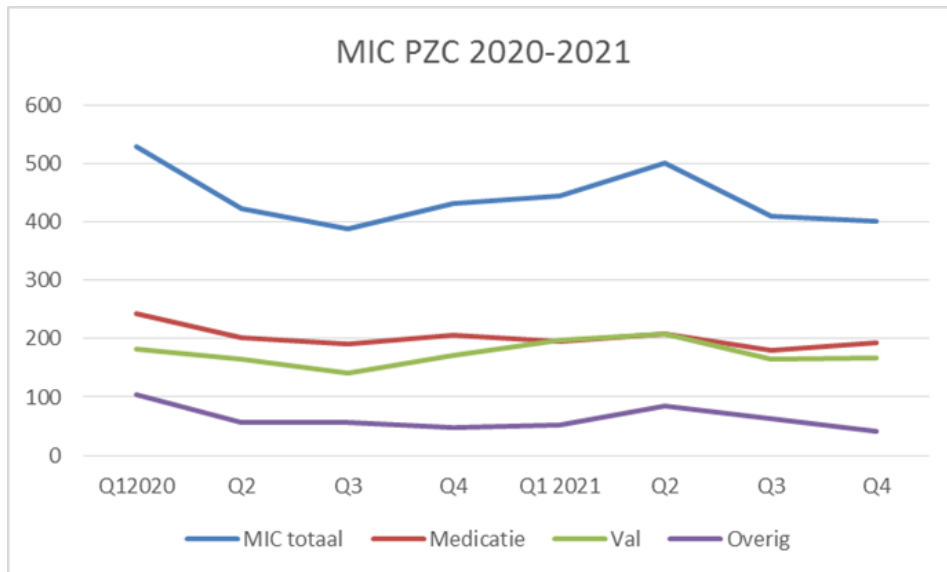
Bij alle bewoners die onder de Wlz vallen, is de reanimatiewens en wensen met betrekking tot de behandeling vastgelegd.

In woonzorgcentrum Dubbelmonde is de huisarts de hoofdbehandelaar van de bewoners. Met hen is besproken dat zij zorgdragen voor het vastleggen van de wensen. Deze verklaringen worden door de zorgmedewerkers in het ECD opgenomen.

4.6 Vallen en overige meldingen incidenten

Inleiding

Het betreft incidenten op de drie locaties. De MIC aandachtsvelders hanteren bij hun analyse van de melding een risicomatrix. Elke melding krijgt een risicokleurcode. De kleurcode bepaalt of op de MIC-melding de 4O-systematiek wordt toegepast. Met deze systematiek wordt de oorzaak-omvang-oplossing en operationaliteitscheck van een melding of bevinding vastgelegd. Managers rapporteren in de kwartaalrapportage over de analyse en verbetermaatregelen van MIC-meldingen met risicoscore oranje of rood. De opvolging van het plan van aanpak wordt gevolgd via het Register ter Verbetering.



Ontwikkelpunten 2021

- MIC-commissie is opgericht, komt bij elkaar en stelt een jaarplan 2022 op.
- Aandachtscvelden MIC weten elkaar beter te vinden en dragen aantoonbaar bij aan het doel van de MIC-commissie namelijk:
 1. Leren van elkaar door ontmoeting en uitwisseling MIC-ervaring.
 2. Bespreken organisatiebrede MIC-problematiek en ontdekken van trends.
 3. Komen tot brede uniforme werkwijze met helder eigenaarschap.
 4. Komen tot verdere optimalisering cliënt veiligheid.

Resultaten 2021

- De MIC-commissie is opgericht en heeft in 2021 eenmaal vergaderd. Voor 2022 zijn vier bijeenkomsten gepland. Een jaarplan is opgesteld.
- De vier doelen van de MIC-commissie worden na de eerste bijeenkomst als haalbaar ervaren. Het elkaar met regelmaat ontmoeten en spreken over het gedeelde aandachtsgedebied is een belangrijke en positieve ontwikkeling. Een demonstratie van het systeem Ysis Inzicht leerde ons nog meer optimaal gebruik te maken van de mogelijkheden ervan.

Ontwikkelpunten 2022

In 2022 richt de commissie zich op de doelen van het jaarplan:

- De MIC-procedure kritisch doornemen. Hierbij is de wens dat er ruimte is in de uitvoering van processtappen mits het te behalen doel hetzelfde is. De procedure moet een heldere leidraad zijn voor nieuwe medewerkers.
- De rapportage naar aanleiding van het IGJ-bezoek op 17 augustus 2021 wordt doorgenomen en de MIC-commissie stelt aanbevelingen op ten aanzien van de drie 'grotendeels in orde'-normen uit het rapport. We zien dit als een vorm van prospectieve risicoanalyse.
- Casuïstiekbespreking met aantoonbare kwaliteitsontwikkeling tot gevolg.

Hoofdstuk 5 Leren en verbeteren van kwaliteit

5.1 Lerend netwerk

Inleiding

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
- Met tanteLouise in Bergen op Zoom wisselen we ervaringen uit op het gebied van vrijheidsbevordering bij dementie en zingeving.

Ontwikkelpunten 2021

Heroriëntatie op de ambities van het lerend netwerk afgezet tegen de VVT alliantie

Resultaten 2021

- In 2021 is het netwerk Care4Q stil komen te liggen door de opleving van COVID-besmettingen, bestuurswisselingen bij drie van de vier Care4Q-ketenpartners en uitval en wisseling van kwaliteitsmedewerkers bij twee van de vier partners. Waar nodig en mogelijk vonden de kwaliteitsmedewerkers elkaar via mail. Fysieke bijeenkomsten zijn er niet geweest. Het bestuurlijk initiatief vanuit Care4Q ten aanzien van het formaliseren van de collegiale bestuurlijke consultatie bij calamiteiten is gestopt.
- Contact is geweest met tanteLouise over de Wet zorg en dwang en structuur interne audits.

Ontwikkelpunten 2022

- Met de komst van onze nieuwe bestuurder per 01 januari 2022 wordt gekeken naar de wensen ten aanzien van de verschillende ketennetwerken.
- Kwaliteitscollega's vanuit Care4Q staan in 2022 ook via de regionale kwaliteitsbijeenkomsten in contact met elkaar.
- Continueren contact met tanteLouise over diverse processen en via uitwisseling van kwaliteitsplannen en kwaliteitsverslagen.
- De rol van de VVT alliantie als regionaal netwerk verder exploreren.
- Heroriëntatie op de ambities van het lerend netwerk afgezet tegen de VVT alliantie.

5.2 Kort cyclisch verbeteren (KCV)

Inleiding

Het kort cyclisch verbeteren spreidt zich als een olievlek uit binnen onze organisatie. We leren het proces beter te registreren en zo in kaart te brengen. Daarmee krijgen we zicht op onze inspanning en tijdsinvestering en wat het oplevert. Dit kan dan terugkomen in het gesprek met elkaar en, indien van toepassing, gedeeld worden met andere afdelingen.

Ontwikkelpunten 2021

- Uitbreiden van het aantal verbeterborden binnen de verschillende doelgroepen zodat alle teams die dit wensen een verbeterbord hebben.
- De draad van de KCV-systematiek weer oppakken; dit wordt onder andere zichtbaar met het gebruik van de verbeterborden.
- Continueren van de dialoogsessie op de dagbesteding.

Resultaten 2021

- Er is via werkoverleggen ingezet op bewustwording van het kort cyclisch verbeteren. Hoe vaak wordt dit al gedaan zonder dat het zichtbaar wordt gemaakt via notulen.
- Het kort cyclisch verbeteren wordt steeds meer teruggezien in de notulen van werkoverleggen en huiskamergesprekken; hiermee zijn verbeteracties en resultaten terug te lezen, aantoonbaar bij toetsing op kwaliteit maar vooral worden we bewuster van wat tijd en inspanning hebben opgeleverd.

- Het Register ter Verbetering is meer bekend geworden binnen de organisatie en wordt standaard genoemd en gedemonstreerd bij externe audits.
- Door de COVID-opleving zijn de dialogosessies op de Dagbesteding noodgedwongen stil komen te liggen.

Ontwikkelpunten 2022

- Het herstarten van de dialogosessies op de Dagbesteding.
- Inventariseren op welke afdelingen nog geen verbeterborden zijn en waar dat wel door medewerkers gewenst wordt.

5.3 Intervisie, casuïstiekbespreking, omgangsoverleg, moreel beraad

Er zijn diverse werkwijzen ontstaan met ruimte voor reflectie. Medewerkers benoemen dit niet altijd als reflectie of intervisie. Op Dubbelmonde noemt men dit bijvoorbeeld 'koffie met een oortje'. De begeleiding van dit soort momenten is divers: praktijkopleiding, teamleider, kwaliteitsverpleegkundige, psycholoog of geestelijke verzorging.

De omgangsoverleggen onder begeleiding van de psycholoog zijn op alle locaties uitgebreid. Op de afdeling langdurige intensieve neurorevalidatie vindt met regelmaat een moreel beraad plaats. Door COVID-19 zijn de omgangsoverleggen in 2021 minder bezocht.

5.4 Auditcyclus

In 2021 zijn nagenoeg alle audits uitgevoerd die in het rooster ingepland stonden. Daar waar audits niet doorgingen, had dit een organisatorische oorzaak door vertrek/wegvallen van sleutelfiguren in de verschillende processen en de daardoor ontstane werkdruk van zorgmedewerkers in de betreffende locaties. Deze audits zijn overgeplaatst naar het rooster van 2022 om in januari 2022 alsnog uit te voeren. De teamchecklijsten zijn ingezet en actiepunten zijn afgehandeld.

Het geplande HKZ-accreditatiebezoek door DEKRA Certification B.V. in december 2021 heeft digitaal plaatsgevonden.

Ontwikkelpunten 2021

- Het proces van intern auditen heeft een doorstart gemaakt en wordt eind 2021 geëvalueerd.

Resultaten 2021

- De evaluatie heeft plaatsgevonden en verbeterpunten zijn met elkaar opgesteld.
- Vanuit management is het geluid gekomen dat managers het aantal audits als teveel ervaren. Er is kritisch naar het proces gekeken en er is een inventarisatie van alle soorten audits gemaakt. Hieruit is een voorstel gekomen ten aanzien van frequentie van audits. Het voorstel is aangenomen door de managers en directeur Zorg en Behandeling.
- Het auditrooster 2022 is opgesteld; inzet is om hierin alle soorten audits op te nemen die bij PZC worden uitgevoerd.
- Op verzoek van de gebruikers is het rapportagesjabloon interne audits aangepast.
- Het geplande digitale HKZ-controlebezoek op een af te ronden majorbevinding door DEKRA Certification B.V. is in december 2021 met goed gevolg afgerond.

Ontwikkelpunten 2022

- Interne audits die in 2021 niet doorgingen alsnog uitvoeren.
- Het tweede deel van de HKZ-cyclus laten uitvoeren door Dekra Certification B.V.
- Implementeren van alle door interne auditoren aangedragen verbeterpunten uit de evaluatie 2021.
- Aanpassen procedure audits op alle veranderingen.
- Uitvoering nieuwe procedure interne audits en flitsaudits.
- Evaluatie nieuwe procedure met alle betrokkenen eind 2022

5.5 Wetenschappelijk onderzoek

Inleiding

Op een aantal expertisegebieden zoeken we aansluiting bij de wetenschap zoals zingeving en langdurige intensieve neurorevalidatie. Wetenschappelijk onderzoek krijgt een structurele plaats in onze organisatie.

Ontwikkelpunten 2021

- Inrichten wetenschapsraad.
- Toetreding universitair netwerk.
- Digitaal symposium Nico van der Leer.

Resultaten 2021

- Het symposium naar aanleiding van de promotie van Nico van der Leer vond deels digitaal deels live plaats op 4 november 2021. De reacties waren zeer positief. Er is een voornemen uit voortgekomen om met tien zorgorganisaties een alliantie zinvolle zorg op te richten
- De voorbereidingen voor een wetenschapsraad vonden plaats door oriëntatie bij tante Louise en gesprekken en contacten met het UKON. Onderzocht is of aansluiting bij Genero (geriatriesch netwerk Rotterdam) hiermee overbodig zou worden. Dit bleek niet zo. De samenwerking met Genero is geïntensiveerd en wordt voortgezet.
- Een nieuwe opdracht ten aanzien van de wetenschapsraad en aansluiting UKON is in oktober 2021 in het directieoverleg besproken. Begin 2022 heeft de directie het tijdspad getemporiseerd. Doel is om in 2022 de wetenschapsraad opgericht te hebben en eind 2022 aan te melden bij het UKON (universitair kennisnetwerk ouderen Nijmegen).

Ontwikkelpunten 2022

- Oprichting wetenschapsraad met daarin medewerkers die aantoonbaar affiniteit hebben met wetenschappelijk onderzoek.
- Voorstel voor aanmelding bij het UKON.
- Oprichting alliantie zinvolle zorg.

Hoofdstuk 6 Personeel

6.1 Medewerkertevredenheid

Inleiding

Eind 2020 liep het contract van de manager P&O a.i. af en is de werkgroep MTO in 2021 met vier leden doorgestaan. De groep heeft zich beraden om alle medewerkertevredenheidsonderzoeken (MTO) in eigen beheer uit gaan voeren in de vorm van een flitsenquête. De enquête bestaat uit maximaal zes vragen over een realistisch en actueel thema binnen de organisatie en kan naar specifieke groepen medewerkers uitgezet worden. Het streven was om de vragen zo op te stellen dat het invullen ervan de medewerker slechts twee minuten kost. De verwerking is in eigen beheer en levert korte overzichtelijke rapportages op die handzaam zijn voor managers en andere betrokkenen. Na een pilotuitvoering in Q1 is een notitie opgesteld met voorstel deze MTO-methode aan te houden.

Ontwikkelpunten 2021

- Uitvoering in Q1 van een mini-MTO over corona, alles in eigen beheer.
- Een keuze maken tussen twee externe partijen voor het reguliere MTO.
- Na deze keuze het reguliere MTO laten uitvoeren in Q3.

Resultaten 2021

- Een eerste flitsenquête met het thema 'corona' is in eigen beheer uitgezet.
- De enquête had een respons van 51%.
- Resultaten zijn besproken en een notitie is voorgelegd aan managers, OR, PAR en directie om MTO's voortaan op deze manier uit te voeren.
- Het voorstel is positief ontvangen.
- Een procedure MTO met tijdspad is opgesteld en vastgesteld.
- Onderwerpen voor het MTO worden standaard opgehaald bij/voorgelegd aan managers, OR en PAR.
- Externe partijen worden vooralsnog niet meer ingezet voor een MTO.
- Een tweede flitsenquête met als thema 'werkplezier en werkdruk' is volgens procedure opgesteld en uitgezet in Q4 2021.
- De tweede MTO-enquête had een respons van 36%.
- In december is een eindrapportage opgesteld die in het kernteam HR en het directieoverleg besproken wordt met daarin de aandachtspunten, leerpunten, aanbevelingen, voorstel vervolgstappen, et cetera.

Ontwikkelpunten 2022

- Opstellen van acties vanuit bespreking eindrapportage december 2021.
- Continueren evaluatie van flitsenquêtes.
- Promoten van feedback op resultaten flitsenquête in lijnoverleg managers.
- PDCA-cyclus naar aanleiding flitsenquête is per doelgroep inzichtelijk.

6.2 Melding incidenten medewerkers (MIM)

Inleiding

Het uitgangspunt van de MIM is: altijd melden, altijd bespreken, altijd handelen. Er wordt meer aandacht besteed aan de MIM-meldingen. Deze zijn onderdeel geworden van de kwartaalrapportages op dezelfde wijze als de MIC-meldingen.

Ontwikkelpunten 2021

- Continu aandacht voor melden en bespreken van incidenten en meer aandacht voor hoe om te gaan met ongewenst gedrag door onder andere aanbieden van scholing.
- OR zet in de kring om de OR een vraag uit over de procedure MIM om zo meer inzicht te krijgen of medewerkers een MIM invullen en waarom wel of niet.

Resultaten 2021

Bij het lezen van de cijfers is het belangrijk om te beseffen dat met name de meldingsbereidheid belangrijk is. Hoe groter de meldingsbereidheid, hoe betrouwbaarder de cijfers.

In de volgende overzichten zijn de meldingen verwerkt die de laatste vijf jaar zijn binnengekomen bij het Arbomeldpunt.

MIM-meldingen	2021	2020	2019	2018	2017
Percentage verschillende doelgroepen waar een melding is gedaan	100	97	100	63	85
Percentage verschillende doelgroepen waar een melding ongewenst gedrag is gedaan	100	98	100	63	85
Meldingen met uitval/verzuim tot gevolg	2	2	3	0	5
Meldingen van incidenten zonder uitval/verzuim tot gevolg	135	117	128	84	101
Meldingen van bijna incidenten	1	2	1	1	6
Aantal dagen verzuim	612	62	91	0	121

Oorzaak van de meldingen	2021	2020	2019	2018	2017
Ongewenst gedrag van een bewoner met fysiek geweld	64	55	61	51	73
Ongewenst gedrag van een bewoner met verbaal geweld	32	33	26	4	4
Ongewenst gedrag van een bewoner/ongewenste intimiteit/discriminatie	11	6	17	6	10
Ongewenst gedrag van een familielid/bezoeker met fysiek geweld	0	0	0	1	0
Ongewenst gedrag van een familielid/bezoeker met verbaal geweld	4	8	7	1	6
Naald-/prik-/snij- of bijtincident	1*	4	2	6	4
Incidenten betreffende de werkplek (onderhoud) of door ondeugdelijk of verkeerd gebruik van materiaal	3	3	15	1	4
Vallen/struikelen	7	2	1	4	3
Coronagerelateerd	4	3			
Privacy-incident	3	4			
Overige oorzaken	9	3	2	9	8
Totaal aantal incidenten gemeld	138	121	132	84	112

* Bij het Arbomeldpunt is één melding binnengekomen terwijl er bij het PrikPunt vier meldingen zijn geweest.

Opvallende zaken

- In totaal zijn er 138 meldingen gedaan. (In 2020 waren dit er 121.)
- Vanuit iedere doelgroep worden meldingen gedaan.
- Dit jaar hebben twee arbeidsincidenten geleid tot 612 dagen verzuim. In 2020 waren dit 62 dagen.
- De incidenten die te maken hebben met ongewenst gedrag, veroorzaakt door een bewoner, familie of bezoeker komen ook dit jaar weer het meeste voor (77%, in 2020 was dit 84%).
- Bij dertien bewoners zijn meerdere meldingen gedaan (in totaal 76 van de 107 meldingen voor ongewenst gedrag).
- Zeven meldingen zijn veroorzaakt door een struikel-/valpartij waarbij ook ernstig letsel is opgelopen.
- Vier meldingen zijn coronagerelateerd waarbij het ging om verbaal ongewenst gedrag door bezoekers/familie vanwege het niet goed volgen van de maatregelen.
- Bij het PrikPunt zijn vier meldingen binnengekomen van een prik-, bijt-, snij-incident waarvan er maar één ook via het MIM-formulier bij het Arbomeldpunt is gedaan. Gelukkig waren alle medewerkers goed gevaccineerd en was geen vervolgactie nodig.
- Drie meldingen hebben te maken met de privacywetgeving.

In de kwartaalrapportages wordt steeds meer aandacht besteed aan de MIM en wordt met name ook aandacht besteed aan het vervolg op de incidenten. Door met elkaar over de incidenten te praten, wordt wellicht ook de aanwezige kennis en ervaring met elkaar gedeeld over hoe het ongewenste gedrag het beste is te voorkomen (leren en ontwikkelen).

Ook in de VGW-commissie is aandacht voor de meldingen en wordt een maatregel, indien nodig, opgenomen in het actieplan.

- Het besef groeit bij de medewerker dat het ongewenste gedrag niet bij het werk hoort maar dat er in veel gevallen preventieve maatregelen genomen kunnen worden om escalatie te voorkomen.
- Bij ten minste één melding is het BOT-team betrokken geweest.
- Van de incidenten waarbij sprake was van ondeugdelijk materiaal is het materiaal gemaakt of vervangen.

Ontwikkelpunten 2022

- MIM-meldingen blijven stimuleren.
- Het moet duidelijk zijn dat een incident gemeld moet worden bij de leidinggevende of diens waarnemer.
- Er moet duidelijk afgesproken worden wie de casemanager is en welke acties/maatregelen er genomen worden om een vervolgincident te voorkomen of anders de kans erop te verminderen
- Continu aandacht voor melden en bespreken van incidenten en meer aandacht voor hoe om te gaan met ongewenst gedrag door onder andere aanbieden van scholing.
- De procedure om MIM-meldingen te maken evalueren en laagdrempeliger maken.

6.3 Risico-inventarisatie en evaluatie (RI&E)

Inleiding

Iedere doelgroep/afdeling heeft een actuele RI&E en het plan van aanpak is bijgewerkt. Hiervoor wordt, indien bepaalde omstandigheden aanwezig zijn, de ZorgRie uitgevoerd en anders wordt eens in de drie jaar een checklist RI&E uitgevoerd.

Ontwikkelpunten 2021

- Eigenaarschap van de RI&E en voortgang van plan van aanpak van knelpunten monitoren.
- Vervolgtraining van ergocoaches borgen.
- Vitaliteit en duurzame inzetbaarheid verder vormgeven en starten met de implementatie.
- Samenwerking met ploegleiders BHV intensiveren.
- Meer aandacht voor communicatie tussen de werkvloer en management, zeker in tijden van crisis. Communicatie via intranet (PerZic) werkt nog niet optimaal. Zorgdragen voor beter gebruik van intranet.

Resultaten 2021

- Vitaliteitsbeleid is vastgesteld en een vitaliteitscoach wordt begin 2022 benoemd.
- Medewerkers kunnen via PerZic gebruikmaken van e-learningmodules van Mirro. Deze modules zijn gericht op het mentaal en fysiek welbevinden van de medewerker.
- Door COVID-19 en afwezigheid van vaste managers is op bepaalde zorggroepen de voortgang van de RI&E blijven liggen.

Ontwikkelpunten 2022

Draagvlak vergroten om Arbo-onderwerpen in het vizier te houden en op de agenda te zetten zoals:

- Goede (pc)-werkplekken voor medewerkers.
- Werkdruk blijven monitoren.
- Ergocoaches faciliteren en scholing en training borgen.
- Vitaliteitsbeleid verder uitrollen en implementeren.
- Opnieuw vormgeven van de functie van Arbo- en preventiespecialist.
- RI&E extern beleggen.

6.4 Ziekteverzuim

Inleiding

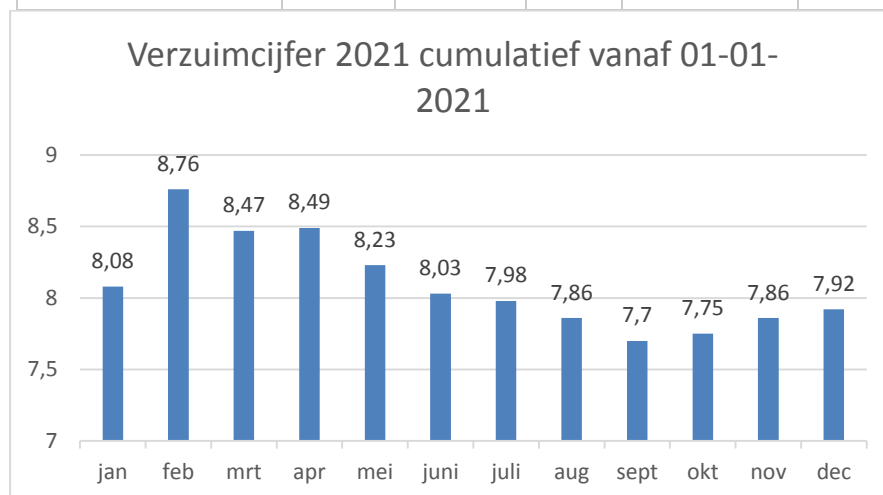
De norm op verzuim organisatiebreed voor 2021 is 6,35% met een frequentie van 0,75.

Ontwikkelpunten 2021

- Verzuim blijven bespreken, analyseren en onder de aandacht brengen op alle teams door de leidinggevenden.
- Aanpak van het langdurig verzuim:
 - inzet verzuimcoach voor coachen leidinggevenden bij verzuimbegeleiding
 - proactief beleid op inzetbaarheid en vitaliteit van medewerkers.

Resultaten 2021

2021	ZVP/arbeidsverzuim			ZMF Ziekmelding frequentie	GZVD Gemiddelde duur ZV	FTE	WN
	1e jaar	2e jaar	Totaal				
Subtotaal 'Divisie Bedrijfsondersteuning'	5,27%	1,90%	7,17%	0,48	21,0	77,45	159
Subtotaal 'Divisie Zorg en Behandeling'	7,00%	1,15%	8,14%	0,89	8,4	369,92	753
Totaal 'Raad van Bestuur'	6,65%	1,26%	7,92%	0,84	9,9	453,61	897



Ontwikkelpunten 2022

- Terugdringen en beheersen van het langdurend ziekteverzuim, actieve inzet van interventies.
- Verdere analyse kort verzuim. Is de toename te verklaren? COVID-19 met verzuim als gevolg?
- Verdere acties op het gebied van vitaliteit ontplooiën: Mirro introduceren, uitwerken ontwikkelgesprek, uitwerken en aanstellen vitaliteitscoach.

6.5 Passende personeelssamenstelling

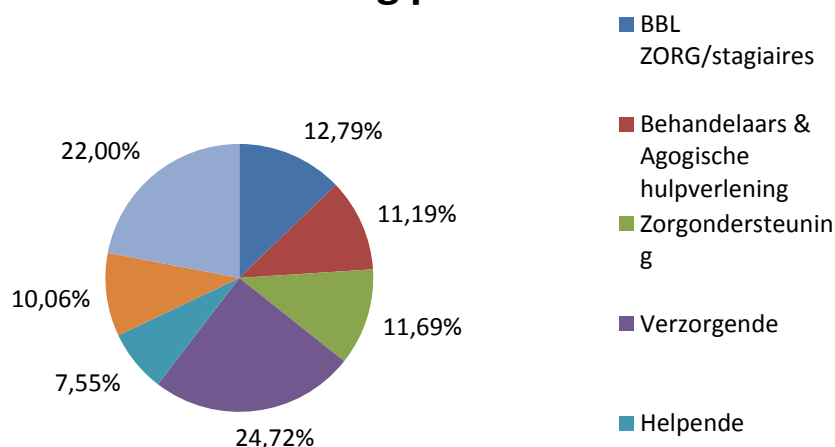
Inleiding

Toenemend ontstaan er specialisaties per doelgroep met daarbij behorende competenties. De verzamelde gegevens betreffen alle medewerkers organisatiebreed.

Personeelssamenstelling op peildatum 31 december 2021

	Aantal medewerkers		Aantal medewerkers %		FTE		% FTE	
Funciesoort	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020
BBL Zorg/stagiaires	88	55	10,97	6,87	61,32	43,75	12,79	9,24
Behandelaars & agogische hulpverlening	75	74	9,35	9,24	53,69	52,60	11,19	11,11
Zorgondersteuning	139	148	17,33	18,48	56,08	58,49	11,69	12,35
Verzorgenden	186	188	23,19	23,47	118,54	124,99	24,72	26,39
Helpenden	69	89	8,60	11,11	36,19	41,97	7,55	8,86
Verpleegkundigen	67	67	8,35	8,36	48,24	47,68	10,06	10,07
Indirect (staf, bedrijfs-ondersteuning)	178	180	22,19	22,47	105,51	104,10	22	21,98
Totalen	802	801		100,00	479,58	473,58	100,00	100,00

Personele samenstelling per 31-12-2021



Ontwikkelpunten 2021

- Uitvoering aanpak strategisch personeelsplan (SPP).
- Strategisch opleidingsplan.
- Implementatie acties voor onboarding en vitaliteit.
- Verdere uitwerking arbeidsmarktcommunicatie.

Resultaten 2021

- Aanpak strategisch personeelsplan is vastgesteld.
- In het kader van binden en boeien van medewerkers: plan voor onboarding vastgesteld, alsmede beleid en acties vitaliteit.
- Persona's in kaart gebracht ten behoeve van verdere uitwerking van arbeidsmarktcommunicatie.

Ontwikkelpunten 2022

- Uitvoering aanpak strategisch personeelsplan: uitgevoerd, vastgesteld en opgeleverd als plan van aanpak per doelgroep en organisatiebreed. Hierna jaarlijks evalueren en actualiseren.
- Strategisch opleidingsplan: op basis van SPP ontwikkeld en vastgesteld.
- Verdere implementatie acties voor onboarding en vitaliteit.
- Verdere uitwerking arbeidsmarktcommunicatie: uitgewerkt in persona's, organisatiebrede wervingscampagnes met snelle follow-up.

6.6 Bekwame medewerkers

Inleiding

Alle zorgmedewerkers niveau 3 en hoger worden door PZC gefaciliteerd inzake het lidmaatschap van de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en het kwaliteitsregister. Verplicht aantal te behalen studiepunten over 5 jaar: 184. Tijdens de COVID-periode zijn trainingen aangepast door een online versie aan te bieden of door het aantal deelnemers te verminderen. In een aantal gevallen is een training geannuleerd.

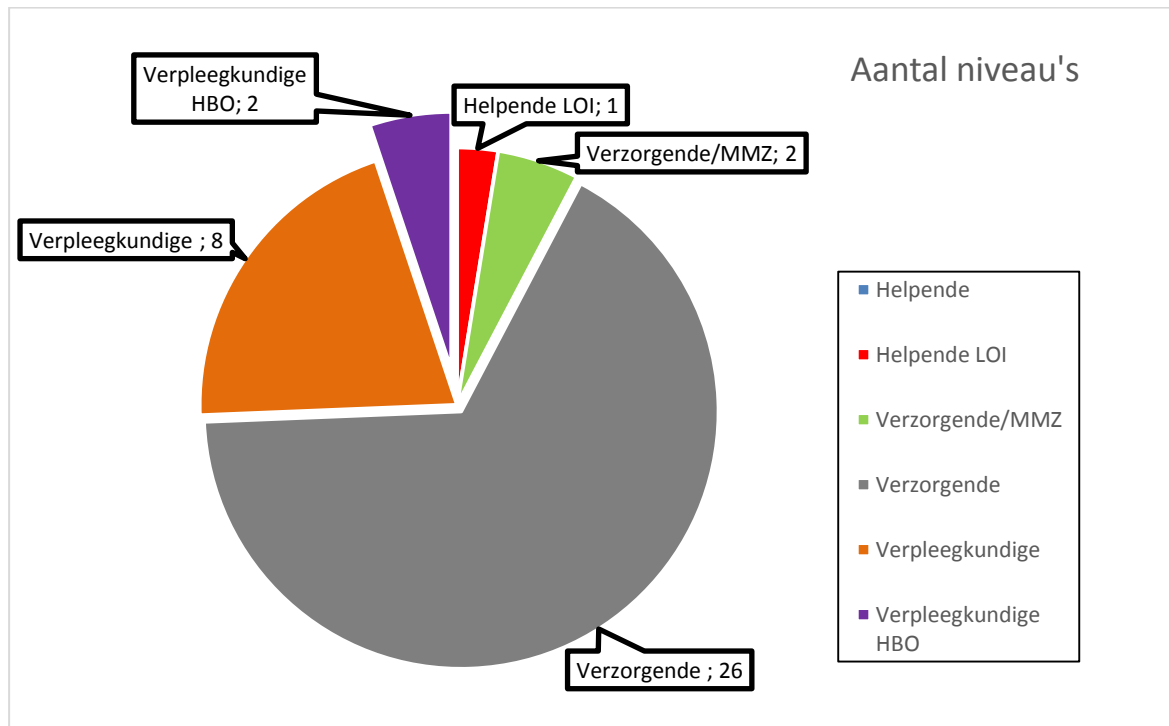
Rapportage V&VN

	december 2021	december 2020
Aantal aanmeldingen	264	256
Aantal geaccrediteerde punten	19788= 77 punten gemiddeld per deelnemer	16498 = 67 punten gemiddeld per deelnemer
Totaal aantal ODA ^[1]	11.351= 44 punten gemiddeld per deelnemer	9908 = 40 punten gemiddeld per deelnemer

In oktober 2021 heeft een gesprek plaatsgevonden met de relatiebeheerder van de V&VN om PZC te informeren over de ontwikkelingen binnen het Kwaliteitsregister. PZC heeft daarbij de complimenten ontvangen over de wijze waarop er continu aandacht is voor de voortgang van het register, het aanbod van trainingen en de voortgang van medewerkers bij de herregistraties.

^[1] overige deskundigheid bevorderende activiteiten

Leerlingenbestand beroepsbegeleidende leerweg uitgesplitst naar niveau



- In 2021 zijn er 52 leerlingen in opleiding. Dit is een afname van 9 ten opzichte van 2020. Dit is te verklaren door het annuleren van de groep eerstejaars leerlingen verzorgende die in september 2021 zou starten.
- 10 leerlingen hebben de opleiding met succes afgerond en 3 leerlingen zijn gestopt met de opleiding. Per september 2021 zijn 8 leerlingen gestart waarvan 6 als eerstejaars leerling verzorgende, 1 derdejaars en 1 tweedejaars leerling verpleegkundige.
- In schooljaar 2021-2022 volgen 45 stagiaires een zorgopleiding binnen PZC.
- De leerlingen en stagiaires zijn ondanks COVID-19 geëxamineerd in de praktijk.

Resultaten 2021

- Op grond van de uitkomsten van het strategisch personeelsplan (SPP) is in overleg met de managers een strategisch opleidingsplan (SOP) opgesteld. In het directieoverleg is het SOP definitief vastgesteld. Vervolgens is het besproken met de ondernemingsraad (OR) en de professionele adviesraad (PAR). Zij hebben instemming verleend aan het plan.
- Er is een pakket van eisen geformuleerd voor een leermanagementsysteem (LMS). In september 2021 hebben drie aanbieders van een LMS een demonstratie verzorgd. Er is een duidelijke voorkeur voor één aanbieder. Er is gekozen om eerst te starten met de implementatie van het roosterprogramma om vervolgens het LMS te introduceren.
- In november 2021 is gestart met de voorbereidingen voor de werving van 15 leerlingen verzorgende voor de september 2022 groep in samenwerking met de communicatieadviseur, P&O-adviseur en de afdeling Opleiding.

Ontwikkelpunten 2022

- Het implementeren van een gebruiksvriendelijk LMS voor alle medewerkers van PZC.
- Het uitbreiden van de opleidingscapaciteit met als doel het verminderen van het tekort aan gekwalificeerd personeel niveau 3.
- Een oriëntatie op de mogelijkheid om flexibel op te leiden door middel van mbo-certificaten met als doel het verminderen van het tekort aan gekwalificeerd personeel.
- Het creëren en behouden van een veilig leerklimaat.

6.7 Veilige zorgrelatie

De bewustwording van de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) is het afgelopen jaar volgens het aantal meldingen van privacy-incidenten verder toegenomen. In 2020 waren dat er 17, in 2021 werden 21 meldingen geregistreerd.

Het aantal vragen nam ook toe. Medewerkers weten de Functionaris Gegevensbescherming (FG) goed te vinden. Voorbeelden van onderwerpen die zoal zijn langsgekomen: gebruik bcc-knop, foto van bewoner op receptiebalie, inschrijfformulieren waarmee gevraagd wordt naar burgerservicenummer, huisarts en nationaliteit, gebruik van het account van een collega, gebruik van camera's binnen onze organisatie, AVG en reanimatiewens, bewaartermijn VOG, maken en delen foto's bewoners via privételefoon en inzage en/of schrijfrechten van een externe behandelaar in Ysis.



Ook wijzen steeds meer medewerkers elkaar op een vriendelijke wijze, soms met toepasselijk icoontje, op een vergissing in hun handelen die de privacy van anderen raakt/kan raken.

Dat is een goede ontwikkeling!

Het 'AVG-weetje van de maand' via het intranet wordt gebruikt om met elkaar te leren van kleine privacy-incidenten uit de praktijk. Veel collega's lezen de weetjes en laten middels een duimpje merken dat zij de informatie nuttig vinden.

Hoofdstuk 7 Hulpbronnen

Inleiding

De gebouwde omgeving, technologische hulpbronnen, materialen en hulpmiddelen, facilitaire zaken en administratieve ondersteuning zijn dienend aan het primair proces. Ze kunnen dan ook niet los gezien worden van dit kwaliteitsjaarverslag.

Ontwikkelpunten 2021

- Besluitvorming lager in de organisatie organiseren ten behoeve van investeringen.
- Standaardisatie van roosterprocessen en selectiepassend roosterpakket.
- Onderzoek hoe roosteren kan bijdragen aan verhoging medewerkerstevredenheid

Resultaten 2021

ICT

- Opdracht verstrekt voor aanpassingen van het glasvezelnetwerk tussen alle locaties van PZC inclusief ASP-2. De nieuwe ring is inmiddels gerealiseerd. Locatie ASP-2 maakt gebruik van de nieuwe ring voor zowel de koppeling met de systemen op de hoofdlocatie als voor toegang tot het internet.
- Het zetten van de digitale handtekening onder arbeidscontracten.
- 1 november 2021 gingen we live met Beaufort Online.
- Er is een roosterpakket gekozen dat in 2022 verder wordt geïmplementeerd.

Vastgoed & Facilitair

- Keukens van de afdelingen Bosbes en Berberis zijn vernieuwd.
- Het organiseren van het onderhoud aan onze locaties is complex. Dit vraagt snel en adequaat inspelen op bijvoorbeeld de wensen van bewoners en medewerkers en de veranderende wetgeving. Met ingang van december 2021 werkt PZC samen met Zwaluwe Bouw. Zij nemen nu ook een groot deel van de voorbereiding van het onderhoud en de verbouwingen over.
- Luchtbehandelingskasten in Dubbelmonde zijn opgeleverd waardoor het in de zomer vier graden koeler is op de locatie waar eerder sprake was van een klimaatprobleem.
- Syndion is verhuisd naar onze locatie. Daarmee hebben we een collega-instelling geholpen met een huisvestingsuitdaging.

Ontwikkelpunten 2022

ICT

- Werkplek van de toekomst (betere digitale systemen voor alle medewerkers in alle functies). Projectgroep gaat van start in Q1 2022.
- Netwerkinfrastructuur ICT wordt volledig vervangen in 2022.
- Acces points (wifi) worden vervangen.
- Implementeren roosterpakket waardoor het plannen en roosteren meer mogelijkheden biedt voor medewerkers.

Vastgoed & facilitair

- Samenwerking opzetten met het Da Vinci College Dordrecht om leerlingen een stage te bieden op gebied van logistiek en horeca/welzijn.
- Het centraal beleggen van keukeninvesteringen, storingen en onderhoud in 2022.
- Keuken realiseren op afdeling Reiger.

Eten en drinken

- Opstarten commissie gastvrijheid.
- Themadiners opzetten voor de afdelingen binnen Crabbehoven (in de Plaza).

Hoofdstuk 8 Gebruik van informatie

Inleiding

Bij gebruik van informatie gaat het om het kunnen beschikken over informatie voor leren en ontwikkelen. Administratieve systemen zijn ondersteunend hieraan. De gegevens zijn transparant en worden gebruikt voor uitwisseling met onze interne en externe stakeholders.

Ontwikkelpunten 2021

De projectgroep ten behoeve van het leermanagementsysteem is gestart en kiest na het schrijven van het programma van eisen in Q3 voor een definitief pakket. Zie hiervoor hoofdstuk 6.6.

Resultaten 2021

In 2021 is maandelijks gebruik gemaakt van informatiedashboards per zorgdoelgroep. Op deze dashboards waren de belangrijkste financiële sturingsparameters weergegeven. De dashboards zijn gebruikt om maandelijks per doelgroep te kunnen monitoren of financiële doelstellingen gehaald zijn (of niet).

Ontwikkelpunten 2022

De dashboards worden in 2022 geïntegreerd in de maandelijkse managementrapportage. Aan het einde van 2022 worden deze dashboards uitgebreid en via een BI-tool aangeboden aan belanghebbenden binnen de organisatie.

Hoofdstuk 9 Leiderschap, governance en management

Dit hoofdstuk is opgenomen in het bestuursverslag.