

Topaz

Het hele leven telt

Jaarverslag 2021

Mei 2022



Inhoudsopgave

| | |
|--|-----------|
| Inhoudsopgave..... | 2 |
| Bijlage 1 Afkortingen | 4 |
| Inleiding..... | 5 |
| De organisatie Topaz..... | 5 |
| Coronapandemie | 5 |
| Strategie en kleinschalig zorgen | 6 |
| 1.Persoonsgerichte zorg en ondersteuning | 7 |
| Het hele leven telt | 7 |
| Zorg in de laatste levensfase | 8 |
| Waakvrijwilligers | 8 |
| Interne audit | 8 |
| Week van de palliatieve zorg | 8 |
| Cliëntplan | 9 |
| 2.Wonen en welzijn | 9 |
| Zinnvolle dagbesteding en zingeving..... | 9 |
| Familieparticipatie en inzet vrijwilligers | 10 |
| Wooncomfort..... | 10 |
| 3.Veiligheid en kwaliteit | 11 |
| Indicatoren basisveiligheid..... | 11 |
| Leren | 11 |
| Resultaten | 11 |
| Kwaliteitsdashboard..... | 12 |
| Veiligheidsrapportage | 12 |
| Interne audits | 13 |
| Medicatieveiligheid..... | 13 |
| Infectiepreventie | 13 |
| Wet Zorg en Dwang | 14 |
| Bezoek IGJ..... | 14 |
| Aangeleverde gegevens over onvrijwillige zorg aan IGJ | 14 |
| 4.Leren en werken aan kwaliteit | 15 |
| Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ)..... | 15 |
| Zelforganisatie en Slim & Wendbaar | 16 |
| Lerende organisatie | 17 |
| Meldingen incidenten Cliënten (MIC)..... | 19 |
| Uitkomsten MIC WLZ | 19 |
| Geweld cliënten onderling | 19 |

| | |
|---|-----------|
| Prisma analyses..... | 20 |
| Meldingen Incidenten Medewerkers(MIM)..... | 20 |
| 5.Leiderschap, governance en management..... | 21 |
| Leiderschapsvisie | 21 |
| Overlegstructuur MT Topaz | 21 |
| Cliëntenraad..... | 22 |
| Wet- en Regelgeving | 22 |
| AVG | 22 |
| Vernieuwde meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling | 23 |
| 6.Personeelssamenstelling (voldoende vakbekwaam personeel) | 23 |
| Medewerkers..... | 23 |
| Mobiliteit | 25 |
| Roosteren en plannen | 25 |
| Vitaliteitsplatform | 25 |
| Verzuim | 25 |
| Inzet PNIL..... | 25 |
| Professioneel handelen | 26 |
| Lerend netwerk | 26 |
| Topcare | 26 |
| 7.Gebruik van hulpbronnen | 27 |
| Ontwikkelingen op het gebied van ICT | 27 |
| Digicoach..... | 27 |
| Servicedesk..... | 27 |
| Vastgoed..... | 29 |
| 8.Gebruik van informatie | 30 |
| Cliëntenraadpleging | 30 |
| Klachten | 31 |
| Tot slot | 31 |
| Bijlage 2 Rapportage indicatoren basisveiligheid 2021 Topaz | 32 |
| Bijlage 3 Checklist medicatieveiligheid | 41 |
| Bijlage 4 overzicht prisma-analyses | 45 |
| Bijlage 5 Analyse onvrijwillige zorg 2021 | 46 |

Bijlage 1 Afkortingen

| | |
|---|-------|
| Kwaliteitsmanagementsysteem | KMS |
| Harmonisatie kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector | HKZ |
| Managementteam | MT |
| Raad van toezicht | RvT |
| Centrale cliëntenraad | CCR |
| Elektronisch cliëntendossier | ECD |
| Plan do check act | PDCA |
| Ondernemingsraad | OR |
| Verpleegkundige en verzorgende adviesraad | VVAR |
| Net promotor score | NPS |
| Personeel niet in loondienst | PNIL |
| Algemene verordening gegevensbescherming | AVG |
| Functionaris gegevensbescherming | FG |
| Meldingen incidenten cliënten | MIC |
| Psychogeriatric | PG |
| Inspectie voor gezondheidszorg en jeugd | IGJ |
| Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg | Wkkgz |
| Huisartsenpost | HAP |
| Volledig pakket thuis | VPT |
| Hazard Analysis and Critical Control Point | HACCP |
| Bedrijfshulpverlening | BHV |
| Centrale MIC-commissie | C-MIC |
| Lokale MIC-commissie | L-MIC |

Inleiding

Voor u ligt het kwaliteitsverslag 2021 van Topaz dat opgesteld is op basis van de eisen uit het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Dit verslag geeft inzicht welke acties wij hebben ondernomen om de kwaliteit van leven van onze bewoners te verbeteren en te borgen. Daar gaat het om! Onze bewoners staan centraal en bij wat we doen stellen we onszelf de vraag of dit waarde toevoegt voor onze bewoners. Dat meten we uiteraard, onder meer door jaarlijks een cliëntenraadpleging uit te voeren. Onze bewoners waarderen Topaz gemiddeld met een 8 op alle onderdelen die uitgevraagd worden. Daar zijn we blij mee. Natuurlijk zijn er altijd verbeteringen mogelijk. Welke zaken wij op hebben gepakt en wat daarvan de resultaten zijn wordt inzichtelijk in dit verslag.

De organisatie Topaz

Topaz is een ambitieuze ouderenzorg organisatie in de regio Leiden en de Duin- en Bollenstreek. We bieden zorg aan kwetsbare mensen met een complexe zorgvraag. Alles draait bij ons om liefdevolle, persoonlijke en hoogwaardige zorg voor de cliënt volgens ons motto 'het hele leven telt'; zorg die aansluit bij de behoefte van de cliënt. Dat doen we voor de 1.400 cliënten van Topaz met bijna 1.650 medewerkers en ongeveer 850 vrijwilligers. Topaz bestaat uit negen locaties in Leiden, Katwijk, Voorschoten en Noordwijkerhout. Hiervan zijn er acht Wlz locaties en één revalidatiehotel. Vanuit de 8 Wlz locaties bieden we zorg en behandeling aan mensen met de ziekte van Huntington, aan mensen met een psychogeriatrische, een somatische of een gerontopsychiatrische zorgvraag en daarnaast geven we op meerder locaties ook dagbesteding. In het revalidatiehotel komen vooral mensen met een indicatie voor GRZ of ELV. Omdat het kwaliteitskader verpleeghuiszorg zich op de Wlz zorg richt, zal in dit verslag daar de meeste aandacht naar uitgaan.

Coronapandemie

Het jaar 2021 stond ook voor een groot deel in het teken van de Coronapandemie. We willen dat niet de boventoon laten voeren in dit kwaliteitsverslag. Om die reden noemen we hier de volgende zaken:

- Iedere locatie van Topaz heeft te maken gehad met besmettingen, sommige locaties meerdere keren. Het heeft gelukkig nooit geleid tot een zodanig massale uitbraak dat een locatie volledig gesloten moest worden en bezoek niet meer kon komen.
- De impact voor bewoners in het geval van besmettingen was minder groot. Dit omdat de meeste bewoners gevaccineerd waren. Bewoners werden minder ziek en daardoor ook korter ziek.
- Er zijn meerdere vaccinatie rondes geweest, zowel voor bewoners als voor medewerkers. De bereidheid van medewerkers om te ondersteunen in het vaccineren en het registreren van de vaccinaties was groot.
- De organisatie heeft de landelijke richtlijnen gevolgd, de monitoring van de geldende maatregelen werd gedaan door het centrale coronateam. Daar werden de Topaz afspraken voorbereid. Het centrale coronateam lied zich adviseren door een klankbordgroep waarin medewerkers en de centrale cliëntenraad vertegenwoordigd was.
- Iedere locatie heeft een eigen decentraal coronateam. In geval van een of meerdere besmettingen op de locatie zet het decentrale coronateam de benodigde acties en maatregelen in die voor de specifieke omstandigheden op de locatie nodig zijn. Dus de praktische vertaalslag.
- De impact op medewerkers in geval van besmettingen is groot, het werken in beschermende kleding is zwaar.
- Ook vele medewerkers hebben zelf corona gehad of hun huisgenoten of andere dierbaren. Dit had onverkort effect op de inzetbaarheid van medewerkers.
- De organisatie heeft ingezet om de medewerkers maximaal te ondersteunen, inzet van inhuurkrachten, inzet van buitenlandse verpleegkundigen/verzorgenden en inzet van medewerkers uit de ondersteunende diensten.
- Het gevoel van saamhorigheid was groot. In het bijzondere aandacht voor medewerkers vanuit de eigen locatie in geval een afdeling in quarantaine moest dat deed goed.
- Er zijn 6 PCR sneltest apparaten in bruikleen genomen. Deze zijn ingezet voor medewerkers en bewoners. Hierdoor was het binnen een half uur duidelijk of er sprake van een besmetting was.

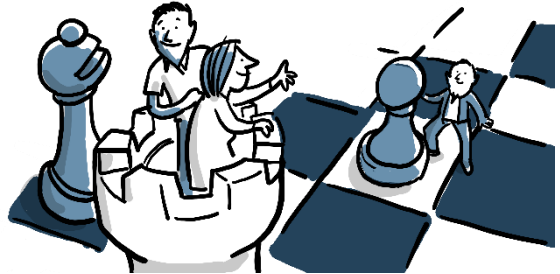


Strategie en kleinschalig zorgen

In ons motto “Het hele leven telt” komen alle aspecten van de strategie samen waaraan Topaz de afgelopen jaren heeft gewerkt. In 2021 heeft er een herijking van de strategie plaats gevonden. Daarin is besloten om verder te gaan op de ingeslagen weg.

De strategische doelstellingen zijn:

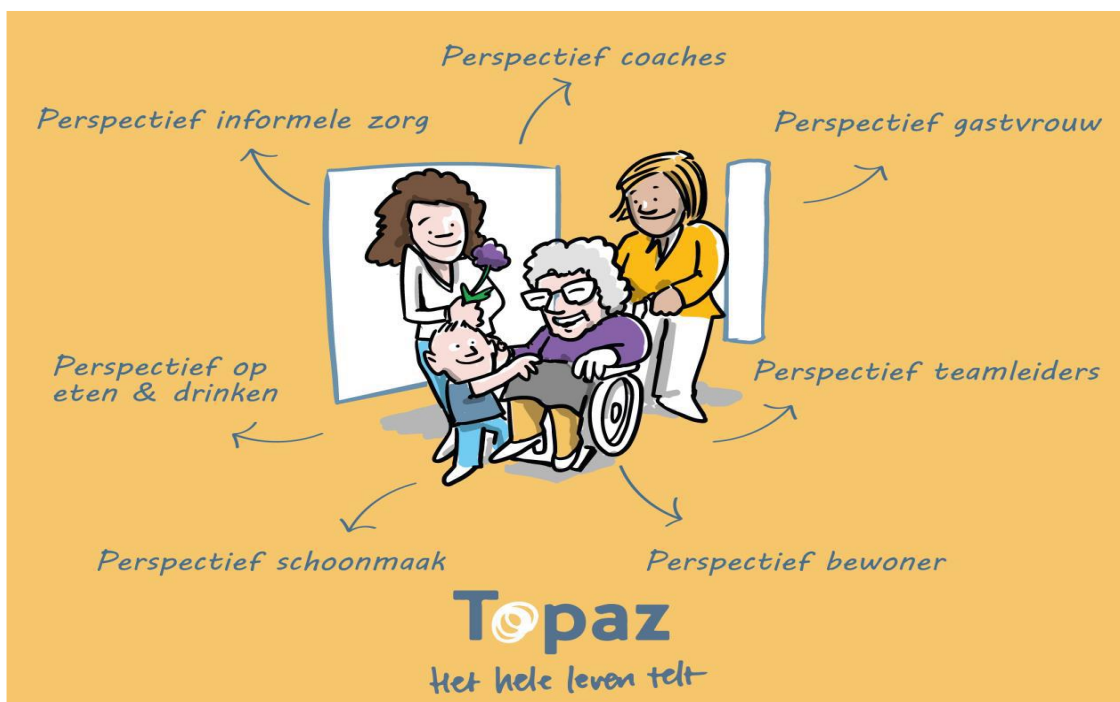
1. Topaz biedt persoonsgerichte zorg vanuit de gedachte dat ‘het hele leven telt’.
2. Topaz biedt hoogwaardige ouderenzorg aan mensen met een complexe hulpvraag.
3. Topaz zorgt als werkgever dat ‘het hele leven telt’ voor medewerkers en vrijwilligers
4. Topaz heeft een positieve zorgexploitatie
5. Wij vernieuwen en verduurzamen onze locaties
6. Wij zetten in op sociale én technologische innovatie.



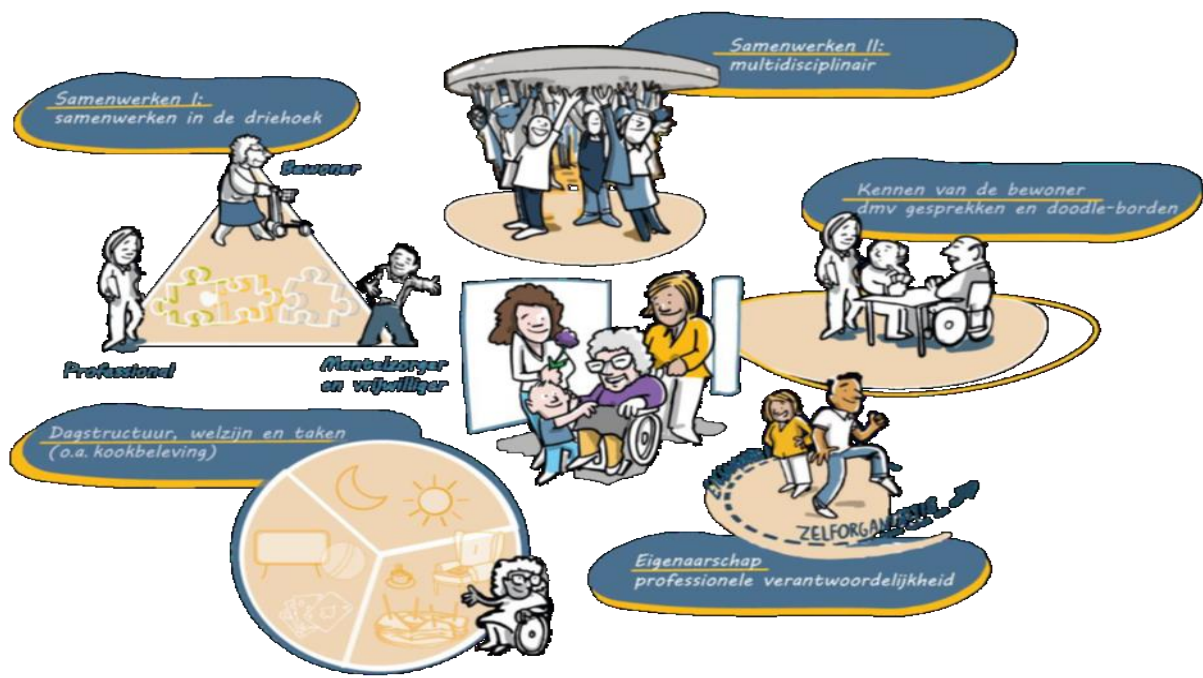
Het motto is uitgewerkt in onze visie op kleinschalig zorgen; regie van cliënten voor hun eigen leven is leidend. Hiervoor is het van belang dat medewerkers en cliënten elkaar goed kennen. Het werken in kleinere teams draagt daar aan bij. De visie op kleinschalig zorgen bevat verschillende bouwstenen te weten roosteren en plannen, opleiding, informele zorg, techniek/vastgoed, facilitair, behandeling en personele samenstelling. Een projectleider is aangesteld om de ontwikkelingen rondom kleinschalig zorgen te monitoren en de verbinding te houden. In 2020 was al gestart met een 3 tal pilots rondom kleinschalig zorgen. Deze pilots zijn afgerond in 2021. Uit de evaluatie van de pilots Kleinschalig zorgen komt naar voren dat:

- de medewerkers de bewoners beter leren kennen,
- de samenwerking met de vrijwilligers t.g.v. corona nog niet de aandacht kon krijgen die men wilde,
- met de inzet van de gastvrouwen op de huiskamers beter invulling gegeven wordt aan het welzijn van de bewoner,
- de coachende rol van de leidinggevende bij het ontwikkelen van eigenaarschap en verantwoordelijkheid binnen het team en de gelijkwaardigheid bij de samenwerking belangrijk is.

Een uitgebreide evaluatierapportage is op aanvraag beschikbaar.



1. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning



Het hele leven telt

Ons motto "het hele leven telt" is het uitgangspunt bij ons handelen. We investeren in het kennen van onze bewoners, in wie de bewoner was maar ook in wie de bewoner nu is. Op welke manier kan de bewoner nog zelf de regie blijven voeren over zijn leven, wat is de wens daarin? Dit doen we door te luisteren, aandacht te geven, begrip te tonen en van daaruit te kijken wat er nodig is om de bewoner een fijne dag te geven. De naasten van de bewoner zijn daarin heel belangrijk en betrokkenheid van de naasten juichen wij toe. We zijn ervan overtuigd dat naasten een waardevolle bijdrage leveren in het creëren van een warme, vertrouwde en veilige woonomgeving. Vanuit de visie op kleinschalig zorgen is het streven om een vaste kern medewerkers (zorg, facilitair, behandelaren, vrijwilligers) om de bewoners te plaatsen zodat bewoners en hun dierbaren de medewerkers kennen en bovenal de medewerkers de bewoners en hun dierbaren kennen om op die manier goed aan kunnen sluiten bij de behoefte van de bewoners.

Bij de cliëntenraadpleging die jaarlijks gehouden wordt, zijn een aantal thema's gekozen die voor ons een weergave zijn van ons motto het hele leven telt. Dit zijn de thema's: Kwaliteit van leven, afspraken en luisteren. Onderstaand in figuur 1 en 2 een weergave van de uitkomsten over het jaar 2021 en 2020. Het gemiddelde cijfer van 2021 is gelijk aan dat van 2020 met op de onderdelen een lichte verschuiving.

| Organisatie | Het hele leven telt | Kwaliteit van Leven | Afspraken | Luisteren |
|-----------------|---------------------|---------------------|-----------|-----------|
| Stichting Topaz | 7,9 | 7,8 | 7,8 | 8,0 |

Figuur 1: uitkomsten cliëntenraadpleging "het hele leven telt" 2021

| Organisatie | Het hele leven telt | Kwaliteit van Leven | Afspraken | Luisteren |
|-----------------|---------------------|---------------------|-----------|-----------|
| Stichting Topaz | 7,9 | 7,7 | 8,0 | 7,9 |

Figuur 2: uitkomsten cliëntenraadpleging "het hele leven telt" 2020

Natuurlijk zijn we blij met deze waardering. We zijn ons er ook van bewust dat er altijd ruimte is voor verbetering. Onze ambitie is om op dit thema gemiddeld een 8 te scoren.

Zorg in de laatste levensfase

Veel van onze bewoners brengen het laatste deel van hun leven bij ons door. Om die reden heeft Topaz een commissie palliatieve zorg die bestaat uit vertegenwoordigers vanuit de artsen, zorg, welzijn en geestelijk verzorgers. De commissie stelt zich tot doel de palliatieve zorg binnen Topaz te blijven ontwikkelen en professionaliseren zodat de bewoner/ cliënt samen met naasten, op eigen manier afscheid van het leven kan nemen. Hierbij is aandacht voor lichamelijke, psychische, sociale en spirituele vragen, wensen en behoeften die de bewoner/ cliënt en/of de naasten hebben. De Centrale cliëntenraad heeft in 2021 een eigen commissie palliatieve zorg in het leven geroepen. De commissie van Topaz en de commissie van de CCR zorgen voor een goede afstemming.

Waakvrijwilligers

Topaz gaat, in samenwerking met partners uit Transmuralis (het regionaal netwerk palliatieve zorg in de regio) een pilot uitvoeren in 1 intramurale locatie waarbij eigen waakvrijwilligers zullen worden ingezet bij bewoners die terminaal zijn en geen of een overbelast mantelzorgsysteem hebben. De voorbereidingen voor het starten met de werving, scholing en inzet van waakvrijwilligers is voltooid. Door de coronamaatregelen is de start van dit project doorgeschoven naar de 2^e helft van 2022.

Interne audit

In 2021 is een interne audit uitgevoerd om zicht te krijgen op de stand van zaken rondom de palliatieve zorg binnen Topaz. De audit is gehouden in de periode augustus tot en met september 2021 en richtte zich op advance care planning (Nederlandse term: proactieve zorgplanning) en het gebruik van het zorgpad stervensfase. Proactieve zorgplanning houdt in dat met de bewoner en zijn naasten besproken wordt welke wensen er zijn ten aanzien van behandeling bij ziekte, ziekenhuisopname, levensreddende handelingen. Hier worden afspraken over gemaakt en deze worden vastgelegd in het dossier en periodiek geëvalueerd. Deze gesprekken worden gehouden zodra iemand bij ons komt wonen en niet pas in een fase dat iemand zieker wordt. De artsen zijn hierbij geaudit, dit houdt in dat er een vraaggesprek is gevoerd op welke manier hier invulling aangegeven wordt. Het rapport is in december aangeboden aan de vakgroep artsen. Uit de gesprekken met de artsen komt unaniem naar voren dat proactieve zorgplanning nodig is om passende zorg te kunnen organiseren voor bewoners en hun naasten en daarmee wordt met name overbehandeling voorkomen. Er wordt gestreefd naar maatwerk voor de bewoner en naasten. Daarnaast komen er ook verbeterpunten naar voren onder andere behoefte aan scholing over:

- Omgang met andere culturen
- Inhoud van gesprekken proactieve zorgplanning
- Gespreksvoering rondom het levenseinde

In 2022 zal de zorg geaudit worden en zal de vastlegging van beleid en wensen in het ECD onderzocht worden.

Week van de palliatieve zorg

In de week van de palliatieve zorg die de werkgroep rondom de dag van de internationale palliatieve zorg (jaarlijks op de tweede zaterdag in oktober) organiseert is een waakfolder gepresenteerd aan bewoners, naasten en medewerkers van Topaz. In deze waakfolder is informatie opgenomen voor bewoner en of naasten met informatie over mogelijkheden binnen locatie/ Topaz in de terminale fase en rondom het overlijden van hun naaste. Daarnaast zijn op de locaties verschillende activiteiten georganiseerd zoals het spelen van het spel Oog in oog, mini-klinische lessen "Wat is palliatieve zorg?" "Wat zit er in de waakmand" en het demonstreren van een koppelbed (dit is een bed waardoor je van een eenpersoonsbed een tweepersoonsbed maakt).



Sterven betekent het leven loslaten. Alles achterlaten wat je lief is. Of soms uitzien naar dat loslaten. Als naaste wilt u uw dierbare bijstaan. Dat is geen gemakkelijke taak. Wanneer uw dierbare stervende is, is dat ook voor u een ingrijpende gebeurtenis.

U heeft misschien vragen over het stervensproces en op welke wijze u uw naaste nabij kunt zijn, bijvoorbeeld door te waken. In dit boekje geven wij uitleg over de lichamelijke en geestelijke veranderingen die wijzen op het naderend sterven.

Ook bieden wij u handvatten om uw dierbare in deze fase nabij te kunnen zijn, bijvoorbeeld met behulp van de waakmand.



Cliëntplan

Afspraken over de zorgverlening, begeleiding en behandeling worden vastgelegd in het cliëntplan. Dit wordt 2 x per jaar besproken met de cliënt en de clientvertegenwoordiger. In de voorgaande jaren is een project uitgevoerd om het Elektronisch cliëntendossier(ECD) zodanig in te richten dat het aansluit bij ons motto "het hele leven telt". Uitgangspunt daarbij is dat de medewerker snel een beeld krijgen van wie de bewoner is, welke zorg er nodig is en welke wensen er zijn voor de toekomst. De invulling van het dossier gebeurt vanuit de ik-vorm, dus vanuit het perspectief van de bewoner. Het uitrollen van dit aangepaste dossier is een hele klus geweest maar inmiddels hebben alle locaties het aangepaste dossier.

De ervaringen van de medewerkers zijn positief. Er wordt niet meer gewerkt vanuit doelen maar vanuit gewoonten en wensen van de bewoners. Om de medewerkers te ondersteunen in het hanteren van het ECD en ook te voldoen aan vereisten vanuit wet en regelgeving m.b.t. het ECD is er een procedure zorg opgesteld die aansluit bij de inrichting van het ECD en bij de werkprocessen op de afdelingen. Deze procedure zorg is een uitgebreid document geworden wat als handleiding gebruikt kan worden door medewerkers, ook zijn er werkinstructies toegevoegd zodat het voor medewerkers duidelijk is wat waar vastgelegd kan worden. De procedure zorg zal in 2022 verder geïmplementeerd worden.



2.Wonen en welzijn

Zinvolle dagbesteding en zingeving

Een zinvolle dagbesteding daar streven we naar voor iedere bewoner. Dit doen we op verschillende manieren. Groepsactiviteiten, individuele activiteiten, grote dingen en kleine dingen. Onze activiteitenbegeleiders, gastvrouwen en heren en vrijwilligers hebben hierin een belangrijke rol. Op onze intranetpagina zijn wekelijks impressiefoto's te zien van wat er allemaal gedaan wordt. Een belangrijk deel van de Extra Verpleeghuis Middelen is gegaan naar het aantrekken van meer gastvrouwen en -heren op de huiskamers zodat op die manier altijd iemand aanwezig is. Vanuit de pilot kleinschalig zorgen hebben we ervaren wat de toegevoegde waarde hiervan is.



Eind 2020 was de formatie geestelijk verzorgers op het gewenste niveau. Iedere locatie heeft zijn eigen geestelijk verzorger. In 2021 hebben zij hun plek op de locatie meer en meer gevonden. Naast zorg en aandacht voor de bewoner denken de geestelijk verzorgers ook mee in het vormgeven van zinvolle dagbesteding en zingeving. De verbinding met de coördinatoren informele zorg is op thema's gelegd. Op die manier staan we met elkaar om onze bewoners heen.

Familieparticipatie en inzet vrijwilligers

Topaz vindt het heel belangrijk dat zoveel mogelijk vrijwilligers en mantelzorgers een rol binnen Topaz en/of het zorgteam krijgen waar ze het best tot hun recht komen en ze zichzelf goed bij voelen. We zijn trots op de ongeveer 850 vrijwilligers die zich inzetten op de locaties. De coördinatoren informele zorg hebben ieder een aantal locaties onder hun hoede hebben. Zij werken met elkaar aan de jaardoelen die zij opgesteld hebben op de onderwerpen vrijwilligersmanagement, vrijwilligers werving, mantelzorg en welbevinden. In een jaarverslag hebben zij hun resultaten inzichtelijk gemaakt. In dit verslag nemen we op dat in 2021 de tevredenheid van vrijwilligers gemeten is. Hieruit komen 3 verbeterpunten waar vrijwilligers behoefte aan hebben:

- wat te doen bij nood en calamiteiten
- informatie over bewoners (bijv. levensverhaal en bij veranderingen zoals ziekte/overlijden)
- aanleren van vaardigheden

Deze punten zijn opgenomen in het jaarplan 2022. Ook goed om te vermelden is dat vrijwilligers waardering

ervaren vanuit Topaz, er goed contact is met zowel collega's als de vrijwilligerscoördinator.



Wooncomfort

Op het facilitaire gebied is hard gewerkt aan de voorbereidingen m.b.t. gastvrij ontvangst, eten en drinken en schoonmaak en beleving, allen bouwstenen uit het project kleinschalig zorgen. In 2021 is op MT-niveau de manager Gastvrij benoemd die dit traject begeleidt. Op het thema gastvrije ontvangst zijn onder meer voorbereidingen getroffen op de locatie Zuydtwijck om de entree aan te passen zodat de visie op gastvrije ontvangst ook door de inrichting van het gebouw ondersteund wordt. De receptie zal verdwijnen en er zullen gastvrouwen rondlopen om bezoekers te ontvangen en een aangename omgeving voor de bewoners te creëren. Op het thema eten en drinken kan gemeld worden dat de bouw van de keukens in de huiskamers op veel locaties grotendeels is afgerond en er culinaire coaches zijn aangesteld. Zij zullen de gastvrouwen en heren ondersteunen bij het koken op de huiskamers voor de bewoners. De geur van een maaltijd die klaargemaakt wordt draagt er aan bij dat dit voor onze bewoners aangenaam is en de eetlust meestal verhoogt. Op het thema schoonmaak en beleving is de aandacht vooral uitgegaan naar het trainen van de medewerkers en zijn er nieuwe materialen aangeschaft.

Een fijne woonomgeving heeft heel veel invloed op het geluksgevoel van de bewoner. Uit de cliëntenraadpleging 2021 blijkt dat de bewoners over de accommodatie het minst tevreden zijn in relatie tot de andere hoofdonderwerpen. Dit is ook herkenbaar vanuit het jaar 2020. De woonomgeving van alle Topaz locaties wordt gewaardeerd met een 7,5 gemiddeld. Waarbij ons nieuwste gebouw een 8,2 krijgt en de oudere gebouwen een 7 of net daarboven krijgen.

In het vastgoedplan dat we hebben is voor de komende jaren uiteengezet op welke manier we in de komende tijd invulling geven aan het verbeteren van de woonomgeving. In 2021 is eindelijk gestart met de voorbereidingen op de locatie Overduin om voor de Huntington bewoners nieuwbouw te realiseren. Dit is een groot project waarbij een bewonersgroep gedurende 2 jaar tijdelijk zal gaan wonen op locatie Zuydtwijck. Dit staat gepland voor mei 2022. Op die manier wordt er ruimte gecreëerd om naast het slopen van de oudbouw ook nieuwbouw te realiseren. De overige bewoners zullen gedurende de bouw intern verhuizen.

De bewoners van de locatie Foreschate zijn in 2021 verhuisd naar de locatie Groenhoven. De locatie Foreschate,

eigendom van Woonzorg Nederland, is inmiddels gesloopt zodat er nieuwbouw gerealiseerd kan worden. Zodra de nieuwbouw klaar is, verhuizen de bewoners van Groenhoven weer terug naar Foreschate. Rondom de verhuizing zijn er door de locatie Foreschate allerlei activiteiten gedaan om de verhuizing zo aangenaam mogelijk te laten verlopen voor de bewoners.



3. Veiligheid en kwaliteit

Indicatoren basisveiligheid

Jaarlijks levert Topaz kwaliteitsindicatoren aan. Een aantal indicatoren zijn verplicht en daarnaast moet de organisatie minimaal 2 keuze indicatoren meten. Deze keuze is bepaald in overleg met de teamleiders en de CCR. De verplichte indicatoren zijn: Advance Care Planning, bespreken medicatiefouten in het team en aandacht voor eten en drinken. Als keuze indicator is gekozen voor decubitus prevalentie en continëntie.

Onderbouwing

- Decubitusprevalentie, hiervoor is gekozen zodat er informatie van 4 opeenvolgende jaren is en het mogelijk is om meer trendmatig naar de ontwikkelingen te kijken. Besloten is om ook de prevalentie van decubitus graad 1 mee te nemen.
- Continëntie, is door de CCR al 2 x aangegeven als gewenste indicator. Het gaat bij deze indicator om vastgelegde afspraken rondom toiletgang.

Leren

Het meten van deze indicatoren heeft tot doel om met elkaar te leren en verder te ontwikkelen uiteraard met als doel de zorgverlening aan onze bewoners te verbeteren. Om die reden zijn de uitkomsten van de metingen op afdelingsniveau teruggekoppeld naar de leidinggevenden met het verzoek de uitkomsten multidisciplinair te bespreken in het eigen team. Daarnaast is er een Topaz rapportage opgesteld op locatieniveau. Deze uitkomsten zijn, zoals gebruikelijk, in het MT van Topaz besproken, evenals met de CCR en de Raad van Toezicht.



Resultaten

De prevalentie (het voor komen) van decubitus op de verschillende locaties wisselt sterk ten opzichte van 2020. Hier zien we geen verbinding met de kwaliteit van de zorgverlening maar is de gedachte dat de prevalentie van decubitus vooral samenhangt met de conditie van de individuele client. In vergelijking met 2020 worden er ongeveer evenveel cliënten opgenomen die decubitus hebben, zowel

met graad 1 als graad 2 of hoger. Op vrijwel alle locaties is de prevalentie van decubitus onder het landelijk gemiddelde (7,1) waarbij opgemerkt moet worden dat de laatst bekende landelijke cijfers van 2015 zijn. Het gemiddelde cijfer voor Topaz is 4,9. Als we kijken naar de prevalentie van decubitus graad 2 of hoger is het landelijk gemiddelde 3,3 voor Topaz is dat 1,9. In de behandeling van decubitus blijft het belangrijk om het risico goed in te schatten, tijdig preventieve maatregelen in te zetten en als er decubitus geconstateerd is dit multidisciplinair behandelen en casuïstiek besprekingen inzetten. Uiteraard allemaal gericht om de impact van decubitus op het welbevinden van de bewoner zo klein mogelijk te houden. Ten aanzien van advanced care planning kan geconstateerd worden dat dit binnen de organisatie goed gedaan wordt. Alle locaties scoren boven de 94%. Vanuit de audit palliatieve zorg hebben we gezien dat het bespreken van dit onderwerp soms als complex ervaren wordt. Vooral onervaren dokters leren hierin graag van ervaren collega's. Het bespreken van medicatiefouten in het team is ook goed geborgd op de locaties hier zijn geen specifieke actiepunten nodig. Bij het thema vastleggen van afspraken rondom eten en drinken is er op bijna alle locaties een toename ten opzichte van 2020. Over het algemeen ligt het percentage boven de 80%. Dit jaar zijn de gegevens gegenereerd uit het ECD waardoor alleen zichtbaar is dat er afspraken vastgelegd zijn, en niet welke afspraken vastgelegd zijn. Omdat voor de detailinformatie individueel dossier onderzoek gedaan moet worden en dit werkdruk verhogend is, is ervoor gekozen dit in deze periode van personeelskrapte niet te doen. Ook bij het thema vastleggen van afspraken rondom de toiletgang is gekozen om dit niet in detail uit te vragen maar ook hier te kijken of de gewoonte afspraken rondom de toiletgang gevuld is. Dit onderwerp is dit jaar voor het eerst in kaart gebracht en te zien is dat op de meeste locaties bij zeker 60% van de bewoners afspraken gemaakt zijn. Op 1 locatie is bij alle bewoners een afspraak vastgelegd. Voor de gedetailleerde gegevens wordt verwezen naar de Topaz rapportage indicatoren basisveiligheid welke opgenomen is in bijlage 1.

Kwaliteitsdashboard

Naast de indicatoren basisveiligheid die jaarlijks in kaart worden gebracht zijn er nog meerdere onderwerpen waaraan we binnen Topaz de stand van zaken rondom kwaliteit en veiligheid aflezen. Denk hierbij aan cliëntenwaardering, ondertekening van clientplan, risicosignalering op individueel clientniveau, interne audits, analyse van incidenten bij cliënten, beschikbaarheid van een verklaring omtrent gedrag en gevoerde functioneringsgesprekken. Veel van deze onderwerpen zijn ingericht in het kwaliteitsdashboard dat opgenomen is in de managementinformatie. Op die manier heeft iedere leidinggevende periodiek inzicht in de actuele informatie. Een aantal onderwerpen lichten we in dit verslag extra toe.



Veiligheidsrapportage

Ieder kwartaal wordt door de coördinator veiligheid een veiligheidsrapportage opgesteld waarin de volgende onderwerpen opgenomen zijn: HACCP, legionella en brandveiligheid. Het MT van Topaz hecht een groot belang aan deze rapportage omdat dit inzicht geeft of de veiligheid van cliënten en medewerkers gewaarborgd wordt.

Over het algemeen is te concluderen dat de resultaten in 2021 voor vrijwel alle locaties beter waren dan in 2020. Vooral bij het thema voedselveiligheid is het op de locaties aanzienlijk beter gegaan in 2021. In 2020 was 31% van de HACCP audits onvoldoende. In 2021 was dat 15%. Desondanks blijft voor dit thema ook in 2022 structureel aandacht nodig op de locaties. Eigenaarschap is hierin erg belangrijk.

Op het onderwerp BHV hebben we ten gevolge van de coronacrisis achterstand opgelopen doordat BHV scholingen niet allemaal door konden gaan en doordat BHV oefeningen ook niet gedaan konden worden. Het is belangrijk voor de dagelijkse veiligheid om ons hiervan bewust te zijn en als locatie MT hier proactief mee om te gaan. Hier wordt als volgt op geanticipeert:

- Bespreek brandveiligheid, de procedures en mogelijke zorgen hieromtrent actief in zowel MT- als teamvergaderingen/ de dagstart.
- Controleer het gebruik van de BHV piepers minimaal eens per maand.
- Ga na hoeveel opgeleide BHV'ers je locatie nu heeft en of er een negatieve discrepantie is vergeleken met 2019/2020.

Voor 2022 staan er per locatie weer 3 BHV oefeningen ingepland en in het plannen van de BHV scholingen is rekening gehouden dat er nog een lichte achterstand ingehaald moet worden.

Interne audits

Medicatieveiligheid

Medicatieveiligheid is een belangrijk thema in de organisatie. De meeste bewoners zijn afhankelijk van ons als het gaat om de medicatieverstrekking. Om die reden hechten we er waarde aan om te meten of dit ook gebeurt op een veilige manier volgens de afspraken die we daarover hebben gemaakt. Jaarlijks wordt een audit gedaan op dit onderwerp. Medewerkers van de ene locatie doen een interne audit op een andere locatie aan de hand van een vastgesteld format (zie bijlage 2). Op die manier waarborgen we de objectiviteit en kunnen medewerkers daarnaast zien hoe dit op een andere locatie vorm gegeven wordt. Hierdoor wordt het leren van elkaar gestimuleerd. Vanuit de resultaten van de interne audit is geconstateerd dat op alle locaties verbetering is gerealiseerd op het gebied van medicatie veiligheid. In 2019 gemiddeld 2,2 bevinding per locatie, in 2020 gemiddeld 2 bevindingen per locatie en in 2021 gemiddeld 1,8 bevindingen per locatie. Daarnaast is geconstateerd dat de medicatieveiligheid op de ontmoetingscentra extra aandacht nodig heeft. Om die reden wordt een aparte procedure opgesteld voor de ontmoetingscentra, de constatering tijdens de interne audit zijn hierin richtinggevend. De uitkomsten van de interne audit worden teruggekoppeld aan de locaties en het MT van Topaz. Daarnaast worden de uitkomsten in de commissie medicatieveiligheid besproken en worden de uitkomsten gebruikt in het evalueren en bijstellen van documentatie die betrekking heeft op medicatieveiligheid.

Infectiepreventie

In het kader van het hele leven telt is infectiepreventie en antibioticaresistentie een belangrijk thema voor de cliëntveiligheid en kwaliteit van zorg. De activiteiten van de Infectie Preventie Commissie (IPC) zijn erop gericht om infectiepreventie te bevorderen en richtlijnen en instructies t.a.v. antibiotica resistentie uit te voeren. De coronapandemie laat zien hoe belangrijk deze onderwerpen zijn. Richting medewerkers is het doel van de IPC om informatie te verstrekken aan medewerkers zodat:

- de bewustwording van infectiepreventie vergroot wordt,
- verspreiding van infecties zoveel als mogelijk voorkomen worden,
- zij kunnen handelen bij een vermoede/geconstateerde infectieziekte uitbraak.



Hygiëne telt voor iedereen

Er zijn in 2021 op 6 locaties externe hygiëne audits uitgevoerd door het bureau Tensen & Nolte. De hygiënerichtlijn voor verpleeghuizen is daarbij leidend, getoetst is of deze voor minimaal 75% uitgevoerd wordt. Op 3 locaties is de kwaliteit van de uitvoering ten opzichte van 2019 toegenomen en voldoet het niveau van infectiepreventie nu aan de norm. Op 3 locaties is de het niveau van kennis en uitvoering van infectiepreventie net als in 2019 onder de norm. Deze locaties stellen een verbeterplan op. Er wordt een nieuwe audit uitgevoerd om de effecten daarvan te meten. Deze heraudit vindt binnen 1 jaar plaats. Overigens wordt iedere locatie 1 x per 2 jaar geaudit. Als men wil kan er ook tussendoor nog een extra audit gedaan worden.

Er is in november voor het eerst meegedaan aan de Landelijke infectiepreventie week. Aan alle afdelingen is een pakket uitgereikt waarmee zij dagelijks een leuke kleine actie uit konden voeren om op die manier extra aandacht te besteden aan infectiepreventie. Zo is bij de actie handhygiëne aan alle aanwezigen een tube handcrème verstrekt. Voor het eerst is ook de behandeldienst uitgenodigd hieraan mee te doen. De deelname van de verschillende afdelingen in de verschillende locaties was wisselend. Hierin zien we ook dat het uitmaakt of er op de locatie medewerkers zijn die het onderwerp uitdragen, de zogenaamde aandachtsvelders. Op sommige locaties zijn minder aandachtsvelders ten gevolge van de personele krapte. Dit zien we bij meerdere onderwerpen terug. In 2022 willen we opnieuw meedoen aan de Landelijke infectiepreventie week.

Wet Zorg en Dwang

Binnen Topaz willen we bewoners zo veel mogelijk woonplezier bieden en daarbij hoort de zienswijze dat we zo min mogelijk onvrijwillige zorg inzetten. Om dat te bewerkstelligen gaan medewerkers opzoek naar alternatieven voor de onvrijwillige zorg, denk aan: het luisteren naar wensen, Video Interactie Ouderen voor andere benaderingswijzen of de aanschaf van specifieke producten. Om zicht te krijgen op welke manier de locaties invulling geven aan de wet zorg en dwang is er in 2020 gestart met interne audits en in 2021 zijn de resterende locaties geaudit. De bevinding is dat locaties actief opzoek gaan naar alternatieven en vanuit de geest van de wet handelen. Wel kan nog systematischer gedacht worden. Ook het stappenplan blijkt zeer ingewikkeld om goed toe te passen, zeker omdat het stappenplan zeer rigide is en daarmee niet altijd passend.

We blijven zoeken naar manieren om onvrijwillige zorg te voorkomen, enkel als het niet anders kan zetten we het in. In 2021 heeft op een locatie een pilot plaatsgevonden met betrekking tot het opheffen van de gesloten deuren. De conclusie was dat medewerkers gedurende het traject positiever werden, voor bijna de helft van de bewoners heeft dit geleid dat ze de afdeling verlaten, voor de andere helft heeft dit niet tot ander gedrag geleid, er zijn niet navenant meer MIC-meldingen geweest en de geluksbeleving van de bewoners was in eerste instantie toegenomen en daarna weer wat afgenomen. Het aantal bewoners was niet zo groot. Dit traject zal in 2022 op de andere locaties uitgerold worden en dan kunnen de effecten nog beter in kaart gebracht worden. Op welke manier we in de extramurale setting invulling willen geven aan de Wzd is nog onvoldoende duidelijk. Dit wordt in 2022 verder uitgewerkt.



Bezoek IGJ

Daarnaast heeft de IGJ een bezoek gebracht aan een locatie om de naleving van de wet zorg en dwang te toetsen. De conclusie van dit bezoek was dat er een goede start gemaakt is met de implementatie van de Wzd. Er is duidelijk en concreet beleid voor de uitvoering van de Wzd aanwezig en inzet van interne audits leiden tot de nodige verbeteracties. Zorgverleners krijgen scholing en coaching en er zijn randvoorwaarden gecreëerd om de rechtspositie van de client te verbeteren. Wel moeten er verbeteringen aangebracht worden in het beleid en de uitvoering van de gesloten deuren op de afdelingen. Hiervoor is een plan van aanpak opgesteld wat door de IGJ geaccordeerd is. Het bezoek van de IGJ heeft opgeleverd dat we de dialoog hebben kunnen voeren over de administratieve last die deze wet ook met zich mee brengt. Uiteindelijk is er overeenstemming bereikt over de manier van registreren waarbij het uitgangspunt is dat we voldoen aan het wettelijk kader maar het ook efficiënt gedaan wordt. Een mooi resultaat. In 2022 zal het plan van aanpak uitgevoerd worden.

Aangeleverde gegevens over onvrijwillige zorg aan IGJ

In 2021 (meetperiode januari tot december) hadden we in totaal 207 formele onvrijwillige zorg-acties^[1]. We zien verschillen in de getallen door verschil in criteria. Verschillende (uitsluiting) criteria kunnen zijn verzet, tijdstip van inzet, onderliggende wet Wzd vs. BOPZ etc. Als we in grote lijnen kijken en niet te veel uitsluitingscriteria meenemen, zien we dat het aantal onvrijwillige zorg acties ongeveer gelijk gebleven is ten opzichte van vorig jaar. Het gaat om onvrijwillige zorg in de vorm van bedekken, inzet van een sensor, geven van verborgen medicatie, voorschrijven van rustgevende medicatie (psychofarmaca) buiten de richtlijn om.

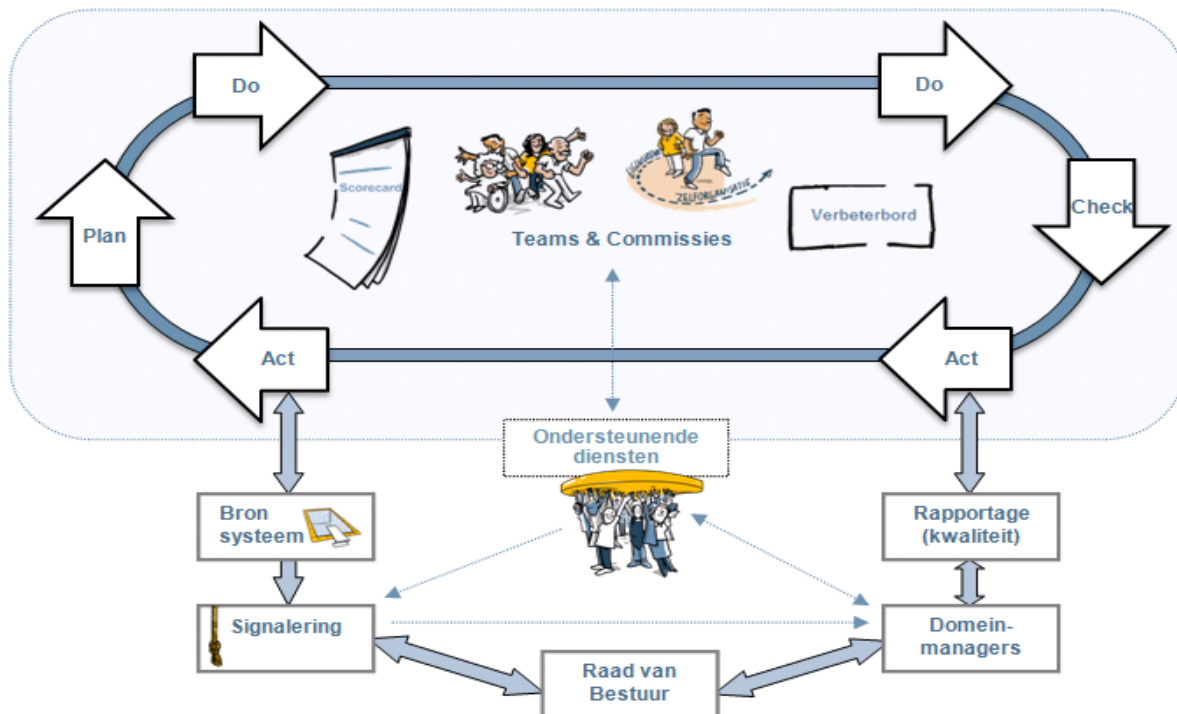
Gezien de variatie in cijfers en het belang van goede registratie is het lastig om een goede analyse te doen op de cijfers. In elk geval blijkt er een bepaalde vorm van stabiliteit uit de huidige cijfers. De verschillen tussen locatie zijn wel groot. De cijfers zijn conform afspraak aangeleverd bij de IGJ. In bijlage 5 is de uitgebreide analyse opgenomen die ook inzicht geeft op locatieniveau.

^[1] Hierbij de opnamestatus en insluiting zonder verzet niet meegenomen.

4.Leren en werken aan kwaliteit

Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ)

Topaz heeft het HKZ VVT keurmerk. In september 2021 is er een controle audit gedaan, de laatste uit de reeks van 3 jaar. Tijdens deze audit is 1 niet kritisch feit geconstateerd op het onderwerp SMART formulieren van doelen in het clientplan. Hiervoor is uiteraard een verbeterplan opgesteld. Voor ons is de uitkomst van de externe audit een prachtig resultaat, in 15 jaar is dit niet eerder voorgekomen. De auditoren waren vol lof over hetgeen ze gezien en gehoord hebben tijdens de gesprekken met de medewerkers. Medewerkers zijn betrokken, enthousiast en hebben passie voor hun werk. Dit ondanks de zware omstandigheden waaronder zij hun werk doen. Dit laatste mede vanwege corona en de daarmee samenhangende maatregelen. De Plan Do Check Act cirkel wordt duidelijk teruggezien. Het kwaliteitsdashboard is ondersteunend in de monitoring. Voor ons een mooi resultaat en bevestiging dat de uitgezette koers zoals we dat vast hebben gelegd in het kwaliteitsbeleid zijn vruchten afwerpt. We zetten in op eigenaarschap en zelforganisatie. Het monitoren en bespreken van resultaten gebeurt op verschillende niveaus.



Ondanks dit prachtige resultaat is in de organisatie de vraag gerezen of het HKZ-keurmerk goed past bij de organisatie. Om die reden is een oriëntatie uitgevoerd op een ander keurmerk. In december 2021 is besloten om de overstap te maken naar het Prezo keurmerk. Dit keurmerk is gebaseerd op het kwaliteitskader verpleeghuiszorg, gaat meer op zoek naar het waarom en kijkt nog meer naar wat ingezette acties voor de cliënten betekent. Daarmee zijn we van mening dat dit keurmerk beter past bij de organisatie

Zelforganisatie en Slim & Wendbaar

Om de toegevoegde waarde te bewerkstelligen heeft Topaz ervoor gekozen te werken volgens de principes van Lean. We willen onze zorg graag slim en wendbaar (lean) organiseren zodat we snel in kunnen springen op veranderingen maar ook dat medewerkers ervaren knelpunten zelf oppakken. Meer bezig zijn met wat ertoe doet en stoppen met de dingen die er niet toe doen, waardoor meer tijd beschikbaar is voor de zorg en het welzijn van bewoners. Dit draagt bij aan zelforganisatie en eigenaarschap. Twee medewerkers van Topaz zijn tot gecertificeerd leancoach opgeleid.



Het programma loopt sinds 2018. Een belangrijk onderdeel van dit programma, naast het coachen van individuele medewerkers en teams, is het opleiden van medewerkers. Het opleiden is in 2021 doorgegaan, soms digitaal vanwege corona. De yellow belt, green belt en de Lean leiderschap trainingen worden aangeboden. Door deze scholingen zijn medewerkers in staat om onder andere ervaren knelpunten op de afdeling aan te pakken volgens methodes die zij geleerd hebben. Denk bijvoorbeeld aan het inrichten van een opslagruimte waarbij alles zijn vaste plek heeft. Hierdoor weet iedereen materialen te vinden en hoeft er niet gezocht te worden. Verder leren zij te werken met een verbeterbord en een dagstart. Hierbij is het duidelijk wie wat doet op welk moment en wie er verantwoordelijk is. Deze scholingen hebben ertoe geleid dat vanaf oktober 2018 tot en met december 2021 het totaal aantal gediplomeerde medewerkers opgelopen is tot 248. Hiermee spreidt het zich als een olievlek uit over Topaz. Onderstaand inzicht in de verdeling van de gediplomeerde medewerkers over de organisatie.

| Afdeling | Yellow belt | Green belt | Lean leiderschap |
|-------------------------|-------------|------------|------------------|
| Domein 1 | 28 | 18 | 13 |
| Domein 2 | 37 | 40 | 14 |
| Domein 3 | 17 | 26 | 8 |
| Ondersteunende diensten | 13 | 16 | 18 |
| Totaal | 95 | 100 | 53 |

Om te groeien naar zelforganisatie en eigenaarschap, wordt onder andere gewerkt aan de inrichting van de organisatie, van een staf gestuurde naar een lijn gestuurde organisatie. Idee hierbij is dat het primaire proces (de lijn) in de "lead" moet zijn en de staven hieraan ondersteunend hun werk doen. Ook krijgen plannen en ideeën meer en meer bottom-up vorm. Medewerkers van alle niveaus krijgen de ruimte om vragen te stellen, fouten te maken en hiervan te leren. Deze struikelruimte, zoals we die noemen, vraagt om leiderschap. Medewerkers hebben daarom meegedacht over een nieuwe visie op leiderschap. Hiermee willen we bereiken dat iedere medewerker de kaders kent en tegelijkertijd de ruimte krijgt zelf de afweging te maken over wat ertoe doet en wat het beste is voor elke individuele cliënt.



Lerende organisatie

Om hoogwaardige zorg te kunnen geven is het belangrijk dat medewerkers en vrijwilligers de gelegenheid krijgen om te leren op een manier die past bij de ontwikkelfase van de medewerker. Binnen Topaz zijn volop scholingsmogelijkheden. Medewerkers kunnen zich daar zelf voor aanmelden mits toestemming van de leidinggevende. De groei- en ontwikkelmogelijkheden worden in het medewerker onderzoek met een 7,1 gewaardeerd.

Ten gevolge van Corona en het feit dat men fysiek niet bij elkaar mocht komen, hebben er veel minder scholingen plaatsgevonden. Alleen noodzakelijke en verplichte scholingen zijn deels doorgegaan. Er is hard gezocht naar digitale oplossingen in de vorm van e-learningen en kennisplatforms. Daarbij kwam dat Topaz in 2021 het besluit heeft genomen over te gaan naar het platform REIN waarlangs de e-learning kon plaatsvinden. Doordat de realisatie van het nieuwe platform meer tijd heeft gevraagd dan vooraf voorzien, heeft de digitale scholing ook een tijdje stilgelegen. Het digitaal leren is niet voor alle medewerkers een geschikte manier van leren. De oriëntatie op het meest passende in diverse leersysteem wordt in 2022 voortgezet.

Onderzoek

Bij Topaz vindt er veel onderzoek plaats, van kleine praktijk onderzoeken door leerlingen, studenten, medewerkers tot wetenschappelijk onderzoek. Er vinden ook scholingen plaats om medewerkers kleinschalige laagdrempelige onderzoeken te laten doen. Hierdoor zorgen medewerkers voor verbeteringen in kwaliteit van leven en behandeling voor bewoners, naasten en verbeteren zij hun eigen praktijk. Daarnaast leren zij van het onderzoek doen en is het een van de door ontwikkel mogelijkheden binnen Topaz. Op dit moment doet er een medewerker een grootschalig praktijkonderzoek en zijn er vier medewerkers die een promotie onderzoek doen. Het onderzoek wordt voor het grootste deel mogelijk gemaakt door het verkrijgen van subsidies. Alle onderzoeken worden eerst getoetst in de Wetenschappelijke Onderzoeks Commissie. In deze commissie is ook de Centrale Cliëntenraad



vertegenwoordigd.

Onderzoek is altijd dienend aan de visie en strategie van Topaz en vinden voor het grootste gedeelte plaats bij de doelgroepen dementie, GRZ en Huntington. Hiermee wordt er ook bijgedragen om een Topcare predicaat te kunnen behouden of verkrijgen.

Onderwerpen waar naar we onderzoek doen is persoonsgerichte zorg, palliatieve zorg, samenwerking met naasten, pijn waarneming bij bewoners met afasie en ambulante behandeling met EHealth. Op dit moment zijn er meer dan twintig medewerkers die affiniteit en ervaring met onderzoek of innovatie hebben en samen vormen zij de afdeling Onderzoek & Innovatie. Samen zorgen zij voor beleid en verbeteren ze het onderzoeks- en innovatieklimaat. Door implementatie van de onderzoeken in de praktijk verbeteren we de zorg intern en extern. Naast dat er veel onderzoek plaats vindt door medewerkers van Topaz, vindt er ook door externe partijen

onderzoek plaats bij Topaz meestal doordat we deelnemer zijn van het universitair netwerk UNC-ZH.

Topaz: Leren & Ontwikkelen | Infographic over 2021

Topaz faciliteert en organiseert leren en ontwikkelen binnen Topaz. Vanzelfsprekend ontwikkel en leer jij dagelijks in je werk bij Topaz; aan ons de taak om jou, jouw team of afdeling hierbij te ondersteunen. Zo organiseren we trainingen, ontwikkelen we e-learnings en begeleiden we stagiaires en leerlingen tijdens leerwerktrajecten. Ook houden we toezicht op verplichte onderdelen voor jouw functie en/of afdeling en nog veel meer. Om ons leeraanbod te verrijken en actueel te houden, maken wij gebruik van de online leeromgeving: REIN.



weet jij dat je vanaf oktober gebruik kunt maken van de online trainingen via REIN

Nieuwe initiatieven

- Gestart met REIN
- Training effectief vergaderen via MS Teams opgezet
- Online introductiedag opgezet
- Vormgeven trainingen kleinschalig zorgen
- In kaart brengen nieuwe leerlijnen
- Voorbereiden aanschaf Leermanagementsysteem

Online leren | E-learnings

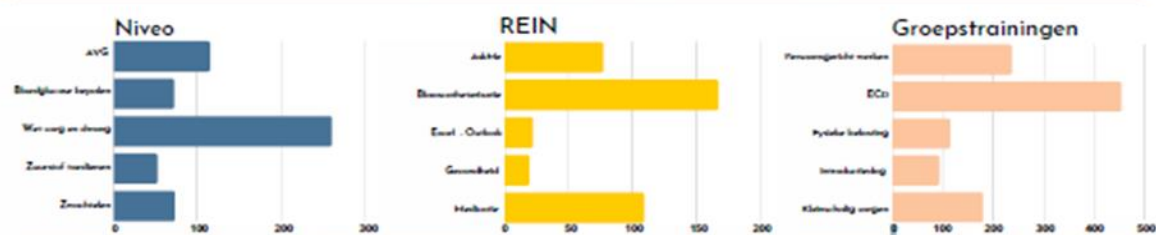
Een greep uit het grote assortiment aan trainingen

- 246 trainingen zorgonderwerpen
- 91 trainingen persoonlijke vaardigheden
- 73 vragen AskMe in REIN (digitale assistent)
- Ontdek je talent met de Talentscan
- Teamontwikkeling: "ik en mijn team"

Wat gebeurde er in 2021: een aantal interessante cijfers



Meest opvallend gevolgde trainingen

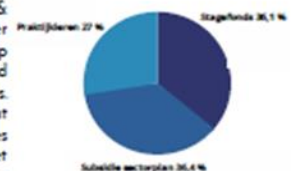


Het Hele Leven Telt

- Topaz heeft afgelopen jaar 24 oriëntatiebanen een kans geboden om te ontdekken of de zorg iets voor hen is. 20 kandidaten zijn bij Topaz gebleven.
- Het programma Slim en Wendbaar draait nog steeds op volle toeren. Op alle afdelingen zijn inmiddels collega's aan het werk met het in praktijk brengen van hun kennis uit de LEAN cursussen.
- Ondine de Hullu heeft ruim 30 maal informatie gedeeld over fysieke belasting; dat liep uiteen van korte workshops tot individuele (thuiswerk) tips.
- Om probleem gedrag bij bewoners te analyseren is in HW, LH, VW, ZW en OvD diverse contact momenten opgenomen op camera (VIO). Met het team werd besproken waar bepaald gedrag door ontstaat en hoe hier grip op te krijgen.
- De eerste online Leiderschapsdag is gevolgd door ruim 80 deelnemers.
- Het project Radicale Vernieuwing Waardevol onderwijs (RVWO) heeft een doorstart gemaakt onder de naam Waardevol Vernieuwend Onderwijs (WVO).

Subsidies

Subsidies spelen een belangrijke rol in het faciliteren van Leren & Ontwikkelen bij Topaz. Ieder jaar weer doen wij een beroep op gelden van de overheid en/of andere instanties. Hiermaast zie je een overzicht aan binnengehaalde subsidies over het afgelopen jaar. Het totale bedrag van deze subsidies is € 823.516,00.



Meldingen incidenten Cliënten (MIC)

We hechten belang aan het melden van incidenten en bijna incidenten bij cliënten om hiervan te kunnen leren en te beoordelen of aanpassingen in werkprocessen mogelijk zijn om incidenten in de toekomst te voorkomen. Medewerkers melden (bijna) incidenten in het Elektronisch Cliënten Dossier (ECD). Op afdelingsniveau, locatieniveau en doelgroep niveau kunnen de gegevens geaggregeerd geanalyseerd worden. In de centrale MIC-commissie wordt een eerste analyse opgesteld waarbij opvallende punten worden vastgesteld. In een kwartaalrapportage formuleert deze commissie vragen voor de lokale MIC-commissies. Daarnaast ontvangen de lokale commissies door middel van deze rapportage feedback op de uitgevoerde analyse van het voorgaande kwartaal. De lokale MIC-commissie beantwoordt de vragen die gesteld worden, voert een oorzakenanalyse uit en stelt zo nodig verbetermaatregelen op. Locaties zijn zelf verantwoordelijk voor de monitoring van deze verbetermaatregelen. In 2021 is nieuw beleid ontwikkeld gericht op het van het elkaar leren m.b.t. incidenten. Dit hebben we gedurende 2021 geïmplementeerd. Door het samenbrengen van de lokale MIC cies in een afvaardigingsoverleg in 2021, hebben we met elkaar van elkaar kunnen leren en ervaringen kunnen uitwisselen. Niet alleen de lokale MIC cies onderling maar ook naar de C-MIC cie toe. Er is daardoor een veel betere samenhang en samenwerking op het gebied van beleid en leren van incidenten. We zitten niet meer allemaal op een eigen eiland maar weten elkaar te vinden.

Het afgelopen jaar is veel werk verzet bij de evaluatie van de MIC-formulieren en de evaluatie van het overzicht met grafieken en tabellen in MI die de basis vormt voor de analyses van de MIC cies. Een voorstel voor de aanpassing van de MIC-formulieren is geaccordeerd door het afvaardigingsoverleg. Inmiddels ligt ook een voorstel klaar voor de grafieken en tabellen in de Management Informatie. Dit willen we in 2022 gaan inrichten en implementeren.

Gedurende 2021 zijn wel een aantal andere wijzigingen doorgevoerd in de MIC-rapportage in MI en daardoor het proces van analyseren van incidenten. In Q1 zijn de incident meldingen bij de ontmoetingscentra (OC's) van Topaz toegevoegd aan de grafieken. Hierdoor hebben de OC's nu ook een MIC cie. In Q2 zijn de cijfers t.a.v. geweld tussen bewoners/cliënten onderling en geweld van bewoners/cliënten naar medewerkers apart uitgelicht in extra grafieken. Hierdoor kunnen de MIC cies hier in de analyses apart aandacht voor hebben, naast de gehele verzameling van meldingen van geweld incidenten.

Uitkomsten MIC WLZ

Het totaal aantal meldingen is in ieder kwartaal van 2021 hoger geweest t.o.v. 2020. Het gemiddelde van 2021 lag ook hoger dan het gemiddeld aantal meldingen in 2020. Dit hoger aantal incidenten is vooral terug te zien in medicatie incidenten en geweld incidenten. T.a.v. medicatie incidenten willen we hier in 2022 aandacht voor hebben en onderzoeken hoe we het bewustzijn kunnen vergroten voor de risico's die bewoners lopen m.b.t. medicatie incidenten. Voor valincidenten is het gemiddelde over 2021 ongeveer gelijk aan het gemiddeld aantal meldingen in 2020. Overigens willen we opmerken dat een hoger aantal incidenten niet wil zeggen dat er meer incidenten zijn. Het kan ook zijn dat de meldingsbereidheid gegroeid is. Dat op zich is een goede ontwikkeling, er is veiligheid om incidenten te melden. Dat is een voorwaarde om ook met elkaar het onderzoek te kunnen doen op zoek naar oorzaken en oplossingsrichtingen.

De C-MIC cie heeft vanuit verschillende L-MIC cies teruggezien dat zij het bespreken, analyseren en oppakken van incidenten geborgd hebben via de dagstart vanuit LEAN. Ook zijn verschillende LEAN A3's gestart n.a.v. incidenten of de implementatie van het MIC-beleid. Mooi om deze incorporatie van LEAN-tools en de MIC te zien ten behoeve van onze bewoners.

Geweld cliënten onderling

Een aparte categorie in incidenten is geweld cliënten onderling. Op grond van de Leidraad Veilige zorgrelatie stellen we jaarlijks een rapportage op die inzicht geeft in het aantal incidenten tussen cliënten. Het plaatsvinden van geweld tussen bewoners/cliënten onderling kan een indicatie zijn van een verhoogd risico voor de veiligheid van bewoners/cliënten.



Het aantal meldingen geweld tussen cliënten onderling volgt meestal ongeveer de trend van de meldingen geweld in totaal; van het totaal aantal geweld incidenten is rond de 10-15% geweld tussen bewoners/cliënten onderling. In 2021 was in 37% van de incidenten geweld tussen bewoners/cliënten onderling sprake van recidive (herhaling, binnen 30 dagen, van een geweld incident van een bewoner/cliënt waarbij enig andere bewoner/cliënt betrokken is).

Belangrijkste bevindingen t.a.v. incidenten geweld tussen bewoners/cliënten onderling:

- Geweld tussen bewoners/cliënten onderling vindt vooral plaats op pg-afdelingen, in mindere mate ook op HD en GP-afdelingen en zeer minimaal/sporadisch op somatische afdelingen of binnen de OC.
- In lijn met de stijging van de geweld incidenten in 2021 t.o.v. 2020, is ook een stijging te zien van het aantal incidenten geweld tussen bewoners onderling op de pg-afdelingen.
- Nagenoeg alle recidive vindt plaats op de pg-afdelingen. Hier is gemiddeld genomen bij 40% van de incidenten sprake van recidive. Het zijn dus vaak dezelfde bewoners die geweld uiten naar medebewoners.
- Analyse heeft laten zien dat vaak gedrag dat medebewoners laten zien vanuit hun dementie een reactie van anderen uitlokt vanuit hun dementie. Ook heeft analyse laten zien dat voldoende toezicht (ook tussen 20 en 21 uur) op de huiskamer nodig is om het aantal incidenten te verminderen.
- De trend over de kwartalen is heel wisselend per locatie; soms helemaal niets en soms ineens heel veel. Ditzelfde kwam ook terug uit de analyses op de locaties voor geweld in het algemeen (niet specifiek alleen geweld tussen bewoners onderling). Als er dan sprake is van een piek in het aantal meldingen bij een bewoner, wordt tijdens een gedragsvisite of artsenvisite nagegaan wat er aan de hand is en hier actie op ondernomen. MIC-meldingen gelden hierbij ook als katalysator om dit proces in gang te zetten.

Prisma analyses

Binnen Topaz vinden we het belangrijk om te leren van (bijna)incidenten en calamiteiten. Om die reden worden er binnen Topaz incidenten onderzocht. Als de mogelijkheid aanwezig is dat het incident een calamiteit is volgens de Wkkgz en gemeld moet worden aan de IGJ dan wordt de analyse aan de hand van de Prisma methode gedaan. In 2021 zijn 7 incidenten onderzocht waarvan er 3 gemeld zijn bij de IGJ. In de bijlage is een kort overzicht van de onderzochte incidenten opgenomen.

Het is altijd schrikken als er incidenten zijn waarvoor een prisma-analyse noodzakelijk is gezien de ernst van deze incidenten. Gelukkig hebben de bewoners geen grote blijvende schade van deze incidenten opgelopen. De verbeterpunten die uit de analyses naar voren kwamen zijn geïmplementeerd.

Binnen Topaz zijn meerdere medewerkers opgeleid om Prisma onderzoek te kunnen doen. Op die manier kunnen we snel een team samenstellen dat onafhankelijk onderzoek kan doen. De ervaring leert dat na een incident medewerkers snel spreken het vullen van de tijdlijn in het onderzoek vergemakkelijkt. Aanvullende verdiepende vragen op bijvoorbeeld werkafspraken of procedures kunnen dan in een latere fase. Het streven is om een onderzoek binnen 6 tot maximaal 8 weken af te ronden. Het vraagt van de onderzoekers dat zij snel tijd vrijmaken in hun agenda om het onderzoek te doen.

Meldingen Incidenten Medewerkers(MIM)

Het verbetertraject MIM heeft ten gevolge van Corona niet de aandacht gekregen die gepland was. Dit zal in 2022 een vervolg krijgen. Om die reden kunnen in dit verslag geen cijfers getoond worden. Een deel van de MIC meldingen daarbij zijn medewerkers betrokken waardoor dit ook een MIM melding is. Uit het ECD kunnen deze gegevens onvoldoende gehaald worden enerzijds, anderzijds hoort een MIM melding niet in het ECD van de cliënt thuis. Onderzocht wordt op welke wijze MIM meldingen op een LEAN manier gedaan kunnen worden.

5. Leiderschap, governance en management

Leiderschapsvisie

Hoe leidinggevend en zich opstellen heeft grote invloed op hoe medewerkers hun werk doen. Net zoals hoe medewerkers hun werk doen van invloed is op hoe bewoners en familie dit beleven. We zijn elkaars omgeving. Dus we beïnvloeden elkaar. Laten we dat dan op een goede manier proberen te doen. We zijn ervan overtuigd dat de manier van leidinggeven bijdraagt aan het realiseren van eigenaarschap en zelforganisatie en beogen daarmee ook een aantrekkelijke werkgever te zijn waar medewerkers graag willen en blijven werken. Er 8 punten geformuleerd die we belangrijk vinden bij een leidinggevende te weten:

- is nieuwsgierig en stelt vragen zonder oordeel;
- bewaakt de harmonie en brengt zo nodig mensen bij elkaar om samen vraagstukken op te pakken;
- moedigt goede initiatieven aan;
- maakt tijd om te helpen als dat nodig is;
- laat anderen de ruimte om iets zelf te ontdekken, te leren;
- blijft uitnodigen tot reflectie (waarom doen we dit zo?);
- werkt binnen de kaders of stelt deze ter discussie als ze de bedoeling in de weg staan;
- is eigenaar van waar hij/zij ja tegen zegt.



De leiderschapsvisie is eind 2019 opgesteld echter er was geen vastomlijnd plan om deze visie te implementeren.

In 2021 zijn verder stappen ondernomen over hoe dit traject het beste ondersteund en gerealiseerd zou kunnen worden. De MT leden wilden hierover graag met de leidinggevend en in gesprek. Helaas moest de bijeenkomst t.g.v. corona verzet worden en in tweede instantie bleek een fysieke bijeenkomst niet mogelijk. Tijdens een mooie digitale bijeenkomst met Gabriel Antonio, bijzonder hoogleraar Sociologie van leiderschap, organisaties en duurzaamheid, is gesproken over waarde gedreven leiderschap en geïnventariseerd wat we graag willen behouden, wat aanpassen en wat weggooien. Uiteindelijk heeft het minder aandacht gekregen dan gewenst en zal dit traject in 2022 een projectmatig vervolg krijgen.

In het MTO komt naar voren dat de medewerkers de ondersteuning door hun leidinggevend en waarderen met een 6,7. De vraag werd voor het eerst gesteld en kon niet met vorig jaar of de benchmark vergeleken worden. Topaz vindt dit een heel belangrijk aspect van het leiding geven en werkt er hard aan om na een gedegen analyse en verbetermaatregelen volgens jaar een hogere waardering van de medewerkers te krijgen.

Ten aanzien van de zelfstandigheid m.b.t. het uitvoeren van de werkzaamheden geven de medewerkers een 7,5. Dit is licht toegenomen in vergelijking met de score van vorig jaar. De ondersteunende diensten geven evenals vorig jaar een hogere waardering aan het zelfstandig werken dan de medewerkers van de domeinen en facilitaire diensten hetgeen mogelijk versterkt zal zijn door het thuiswerken.

Het werkplezier wordt beoordeeld met een 7,9. Dit is hoger dan vorig jaar en lager dan de benchmark (8,1). 24,5% van de respondenten zou Topaz als werkgever aanbevelen en 53% staat hier neutraal in.

Overlegstructuur MT Topaz

Het MT heeft in haar overlegstructuur een wijziging aangebracht. Uitgangspunten zijn onder andere:

- borgen van de Governance,
- vertrouwen,
- collegiaal werken,
- elkaar goed informeren,
- reflecteren,

- vooruitkijken.

In het kader van Slim en Wendbaar is de Obeya het wekelijkse ontmoetingsmoment. Obeya is Japans voor grote ruimte en wordt in de Lean methodiek gehanteerd. Het heeft tot doel om focus aan te brengen op resultaten, het brengt versnelling en ondersteunt het continue verbeteren. Voor het MT staat de weekstart, prestatie- en verbetermanagement centraal en wordt de start up/stand van zaken van projecten besproken. De overige zaken worden door de proceseigenaren opgepakt. Met de start hiervan is gestopt met de MT vergaderingen die vaak overvol en tijdrovend waren. In de praktijk betekent het dat het nog zoeken is waar alles besproken wordt en hoe je dat doet en op welke manier de terugkoppeling naar de teamleiders op locatie plaats vindt. In 2022 zal dit traject zich verder ontwikkelen.

Cliëntenraad

Iedere locatie heeft een eigen cliëntenraad, daarnaast is er een centrale cliëntenraad waarin leden van de lokale raden samen organisatie brede onderwerpen bespreken. Op locatieniveau spreken teamleiders periodiek met de cliëntenraad. In 2021 hebben de cliëntenraden en Topaz de medezeggenschapsregeling en de huishoudelijk reglementen ondertekend. Hierin is geregeld op welke dossiers de cliëntenraad adviesrecht en instemmingsrecht heeft. En waarin meer zeggenschap bij de lokale cliëntenraden is gelegd. Dit houdt verband met de nieuwe wetgeving medezeggenschap cliënten in zorginstellingen. Het geheel sluit mooi aan bij de ontwikkeling binnen Topaz. In de praktijk blijkt dat het nog wat zoeken is wanneer advies van de lokale cliëntenraad gewenst is en wanneer van de CCR. Daar is nog regelmatig aandacht voor.



Tijdens vergaderingen van de CCR in 2021 is naast jaarplan, kwaliteitsplan en jaarverslaglegging onder meer geadviseerd en gesproken over: de locaties en corona, bezoek, procedure zorg, evaluatie KSZ, camerabeleid, overgang kwaliteitskeurmerk, gastvrij ontvangst en de herijking van de strategie.

De cliëntenraden hebben zich vorig jaar verder geprofessionaliseerd en zij hebben een eigen ambtelijk secretaris aangesteld die de CCR en de verbinding met de lokale cliëntenraden ondersteunt. De samenwerking van de cliëntenraden (zowel centraal als lokaal) was al goed maar is nog verder groeiende

Wet- en Regelgeving

Uiteraard hebben we met verschillende wet en regelgeving te maken. In dit hoofdstuk lichten we er 2 uit waar we in het kader van de kwaliteit van zorg specifiek mee aan de slag zijn gegaan. Overigens is in hoofdstuk 3 ook stilgestaan bij de Wet zorg en dwang.

AVG

Afgelopen jaar is het securityteam nader tot elkaar gekomen, maar door corona ook weer verwijderd geraakt van zaken. De structuur staat, de basis van de privacy is op orde en de functies van privacy-officer en security-officer zijn vervuld. We hebben de vereiste stukken, melden datalekken en checken nieuwe verwerkingen. De volgende stap is het verstrekken van het bewustzijn en de kennis, niet alleen binnen ons securityteam verhogen, maar binnen de gehele organisatie.

Met zo'n 2000 medewerker en een hoog verloop is dat een lastige opgave. Afgelopen jaar hebben we bijna 500 mensen bereikt met een e-learning. De voorkeur gaat echter toch uit naar acties die de intrinsieke motivatie vergroten. Waarbij aan meer persoonlijke acties gedacht moet worden. Niet alleen voor de zorg maar ook voor de ondersteunende diensten.. 2022 wordt daarom het jaar waarin we werken aan de bewustwording. Die bewustwording leidt er hopelijk toe dat we bij projecten en

problemen vroegtijdig betrokken worden. Om zo weer een veiliger klimaat te creëren voor alle persoonsgegevens die Topaz in haar bezit heeft van zowel medewerkers als cliënten.



Voorbeelden uit de bewustwordingscampagne

Vernieuwde meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling

Topaz geeft uitvoering aan deze wet. Het Adviesteam ouderenmishandeling heeft hierin een belangrijke rol. Dit adviesteam bestaat uit afgevaardigden van zorgmedewerkers uit alle locaties en VPT-teams, de vakgroepen maatschappelijk werk, psychologen en artsen en wordt ondersteund door een beleidsadviseur. Doel van het Adviesteam ouderenmishandeling is alertheid van alle medewerkers voor (vermoedens van) signalen van mishandeling en het stoppen van (ouderen)mishandeling bij bewoners en cliënten van Topaz. De advisering en begeleiding van medewerkers en of teams die een adviesvraag stelden naar aanleiding van vermoedens van ouderenmishandeling is zonder beperkingen doorgegaan. Er zijn 2 leden van het adviesteam opgeleid tot aandacht functionaris door het deelnemen aan de leergang ouderenmishandeling van het LVAK, de landelijke vakgroep van aandacht functionarissen. De maatschappelijk werker en tevens voorzitter van het adviesteam is inhoudelijk aandachtsfunctionaris, de beleidsadviseur indirect aandachtsfunctionaris.

Er zijn in 2021 6 advies/begeleidingsvragen gesteld aan het adviesteam:

- 1 vanuit de VPT: dit vermoeden is niet bevestigd, stappenplan is afgesloten, 1 vanuit de behandelpraktijk: deze casus valt onder de leidraad veilige zorgrelatie en betreft een externe zorgaanbieder. Er is melding gedaan bij Veilig Thuis en de IGJ.
- In 3 situaties, 2 vanuit intramurale zorg, 1 vanuit Eerstelijns Verblijf is door hulp van Topaz en met medewerking van de betrokken bewoner en persoonlijke relaties de veiligheid hersteld. Veilig Thuis vond melding niet nodig.
- 1 Casus, vanuit het ontmoetingscentrum, leek opgelost door opname van de client. Dit bleek niet het geval en een intensief begeleidingstraject is ingezet, in overleg met Veilig Thuis. Deze casus loopt nog.

De (vermoedens van) mishandeling betrof fysieke en geestelijke mishandeling of verwaarlozing (3x) en financieel misbruik (3x).

6. Personeelssamenstelling (voldoende vakbekwaam personeel)

Medewerkers

In 2021 werd de krapte op de arbeidsmarkt nog duidelijker zichtbaar. Vooral het vinden en behouden van gediplomeerde krachten is moeilijker geworden. In onze arbeidsmarktcampagne hebben de social mediakanalen een belangrijke rol. Een LinkedIn account is aangeschaft om op die manier een grote groep mensen te kunnen bereiken. Social media is op meerdere manieren ingezet, zo laten medewerkers zich live volgen via Instagram story's. Daarnaast is onze communicatie aansprekend zodat potentiële medewerkers nieuwsgierig worden en is het niet nodig om een uitgebreide brief met CV te sturen. We vinden het belangrijk dat er contact gelegd wordt om vervolgens samen te kijken welke mogelijkheden er zijn binnen Topaz. De oriëntatiebanen zijn hiervan een mooi voorbeeld,

medewerkers kunnen meelopen en kennis maken met de organisatie. Na een periode van 3 maanden wordt besproken waar hun voorkeur naar uitgaat. Vele medewerkers vinden vervolgens een passende werkplek binnen de organisatie en gaan een opleiding volgen. Daarnaast zijn in 2021 buitenlandse verpleegkundigen ingezet op een locatie via organisatie European Multi Talent Group (EMTG). EMTG is gevestigd in Naarden en heeft een locatie in Javea in Spanje en leidt daar gediplomeerde buitenlandse verpleegkundigen en verzorgenden op om in Nederland te gaan werken. Hier komen niet alleen Spaanse medewerkers op af maar ook medewerkers uit andere Europese landen. Bij de inzet van deze medewerkers heeft de CCR de vraag naar voren gebracht met betrekking tot het ethische aspect. Met andere woorden zijn deze medewerkers niet in het eigen land nodig? Op dit moment is het zo dat deze medewerkers er heel bewust voor kiezen om in het buitenland te wonen en te werken en veelal in eigen land geen baan hebben. De medewerkers wonen 3 maanden intern en krijgen in die 3 maanden Nederlandse les van een Nederlandse docent. In het gebouw is alles Nederlands, en gebruiksvoorwerpen daar staat de Nederlandse benaming bij. Bijvoorbeeld: deur, stoel, tafel, pan etc.... Ook krijgen zij uitleg over de Nederlandse cultuur bijvoorbeeld Sinterklaas, om 10 uur koffie, gewoonten in de zorg. Het doel is dat de medewerkers in 3 maanden tijd opgeleid worden in de Nederlandse taal zodat ze dat op B1 niveau beheersen hetgeen nodig is om op een MBO te kunnen functioneren. Na het behalen van dit B1 niveau komen de medewerkers naar Nederland om te gaan werken in de zorg. Vanuit EMTG worden zij ondersteund tijdens de verhuizing en in de praktische zaken zoals bijvoorbeeld het aanvragen van een BSN nummer, regelen van een ziektekosten verzekering en het omzetten van hun BIG registratie. Daarnaast worden zij digitaal ondersteund in het verder bekwamen in de Nederlandse taal. Zij hebben een coach die contact onderhoud in hoe het met hen gaat. Ook is er contact tussen deze EMTG coach en de werkgever om te monitoren hoe het gaat. Overigens nadat de medewerkers 2080 uur gewerkt hebben voor Topaz komen zij in dienst van Topaz. De EMTG verpleegkundigen wonen op de locatie Groenhoven waar we Bed&Baan gerealiseerd hebben. Er zijn mooie resultaten in behaald en inmiddels zal ook een volgende locatie hier mee gaan starten.



Figuur 3 Nederlandse docent geeft les



Figuur 4 Het leslokaal in Jave

Ons personeelsbestand is gegroeid, met name door het aannemen van veel gastvrouwen en -heren. In 2021 hadden we 1649 unieke personeelsleden in dienst samen goed voor 758 FTE. In 2020 was dit 1662 unieke personeelsleden samen goed voor 741 FTE. De conclusie die hieruit getrokken kan worden is dat de medewerkers gemiddeld een wat groter contract hebben. Daarnaast hadden we 64 stagiaires en 854 vrijwilligers. In 2020 waren dat 51 stagiaires en 887 vrijwilligers. Ten gevolge van corona is een aantal vrijwilligers gestopt. De coördinatoren informele zorg en de vrijwilliger coördinatoren op de locaties zullen zich richten op het aantrekken van nieuwe vrijwilligers. Vrijwilligers zijn enorm belangrijk in de zorgverlening aan onze bewoners.

Nieuwe medewerkers nemen deel aan een gedigitaliseerde introductiedag waarmee ze de organisatie leren kennen. Appical (de onbaordingapp) zorgt er ook voor dat medewerkers goed voorbereid op hun eerste werkdag verschijnen en sneller productief zijn. Deze app is in 2021 verder ontwikkeld. Er is een

update gedaan van de strategische personeelsplanning. Dit heeft vooral inzicht gegeven en geeft daarmee handvatten om keuzes te maken in de aanpak van de arbeidsmarktproblematiek. Voor 2022 zal daar dan ook een grote uitdaging liggen om voldoende (gediplomeerde) medewerkers te hebben om de kwaliteit van zorg te waarborgen.

Mobiliteit

Door de herinrichting van de keukens zijn de koks van de centrale keukens in Q 2 boventallig geworden. Ook zijn de administratief medewerkers door de herinrichting van de secretariële en administratieve functies boventallig geworden. Vrijwel alle medewerkers zijn herplaatst, zowel intern als extern. Het mobiliteitsbureau heeft het aanbod voor medewerkers verder geprofessionaliseerd en uitgebreid met o.a. sollicitatietrainingen en digitale testen. Het platform Rein biedt ook mooie instrumenten. Er is een toename van medewerkers die zich op eigen initiatief melden bij het mobiliteitsbureau.



Roosteren en plannen

Het project roosteren en plannen is uitgevoerd. Een nieuw eigentijds roostersysteem is gekozen met app voor medewerkers. Het roosterprogramma zal vanaf januari 2022 volledig in gebruik genomen gaan worden. Medewerkers hebben met dit nieuwe systeem meer regie over hun eigen dienstrooster. Daarnaast worden op deze manier processen gedigitaliseerd waardoor ze makkelijker toegankelijk zijn en in 1 systeem eenvoudig de zaken geregeld kunnen worden. Voor leidinggevenden geeft het systeem meer overzicht en inzicht.

Vitaliteitsplatform

In 2021 is het vitaliteitsplatform gelanceerd. Op dit platform kunnen medewerkers op 3 thema's informatie en interventies vinden om aan de slag te gaan. De thema's zijn mentale gezondheid, fysieke gezondheid en leefstijl. Als werkgever vinden we het belangrijk dat we vitale medewerkers hebben en willen daarin ook ondersteunen zodat medewerkers met plezier en gezond naar het werk komen. Topaz vindt het belangrijk dat wij vitale medewerkers hebben en willen hen hierin ondersteunen. Vitaliteit betekent voor ons dat jij energiek en gemotiveerd bent waardoor je met plezier en gezond je werk kan doen.



Vitaliteitsplatform

Verzuim

De overstap naar een nieuwe arbodienst in 2020 heeft ertoe geleid dat we meer grip op het verzuim hebben. Er is een terugloop van frequent verzuim te zien. Het gemiddelde verzuim over het gehele jaar was 8,26% dit is lager dan 2020 (8,43%) maar hoger dan we voor de coronapandemie gewend waren (2019 7 %).. De meldingsfrequentie is ten opzichte van 2019 gedaald van 1,08 naar 1,01 en zit daarmee boven de door onszelf gestelde norm van 0,8. In vergelijking met de branche was het verzuimpercentage iets lager maar de meldingsfrequentie hoger. In het eerste kwartaal van 2022 hebben we helaas te maken met een flinke stijging van het verzuim waarbij vooral het frequent verzuim gestegen is van 1,04 naar 2,2 %. Een groot punt van zorg omdat een hoog verzuim naast de krapte op de arbeidsmarkt tot gevolg hebben dat steeds lastiger is om de roosters van de medewerkers sluitend te krijgen. We willen onze bewoners uiteraard de zorg blijven geven die zij nodig hebben en daar blijven we ons voor inspannen op alle mogelijke manieren.

Inzet PNIL

Vanuit het oogpunt van kwaliteit en financiën wil Topaz zo min mogelijk PNIL inzetten. Het streven was er wel maar de praktijk wijst uit dat dit niet gelukt is. De arbeidsmarktproblematiek en de vele corona uitbraken heeft ertoe geleid dat inzet van PNIL noodzakelijk was om de zorg aan onze kwetsbare ouderen te kunnen geven. Er zijn voorbereidingen getroffen om in het eerste kwartaal van 2022 een eigen flexbureau op te zetten waardoor we de inzet van PNIL willen verminderen. Ook willen we door directe afspraken te maken met bemiddelingsbureaus meer grip krijgen op het proces van inhuur PNIL en de kwaliteit van PNIL.

Professioneel handelen

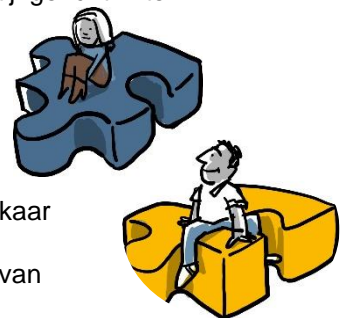
We verwachten van iedere medewerkers dat zij hun werkzaamheden op een professionele manier uitvoeren en zich inzetten om hun kennisniveau op peil te houden zodat zij hoogwaardige zorg kunnen bieden. Voor behandelaren in onze organisatie geldt dat zij aan de vereisten moeten voldoen die hun beroepsgroep stelt. Behandelaren zijn er zelf verantwoordelijk voor dat zij lid zijn van een beroepsvereniging indien van toepassing en dat zij de accreditatie punten behalen die voor hun beroepsgroep vereist zijn. Dit is de verantwoordelijkheid van de individuele medewerker en wordt door de leidinggevende gemonitord in jaargesprekken.

Voor verzorgenden en verpleegkundigen is het van belang dat zij bevoegd en bekwaam zijn voor het uitvoeren van voorbehouden en risicovolle handelingen. In 2021 is hard gewerkt aan het actualiseren van de bevoegdhedenmatrix per locatie. Deze geeft inzicht in welke handelingen er op de locatie voorkomen en waarvoor dus bekwame zorgmedewerkers beschikbaar moeten zijn. De keuze voor een nieuw systeem voor e-learning heeft voor sommige medewerkers een vertraging betekent in het kunnen toetsen van de voorbehouden en risicovolle handelingen. Dit neemt niet weg dat inmiddels 85% van de medewerkers bevoegd is voor het uitvoeren van de afgesproken voorbehouden en risicovolle handelingen. In 2020 was dit 62% dus hier is een goede groei te zien.

Lerend netwerk

We zijn ervan overtuigd dat het belangrijk is om kennis en kunde te delen met anderen en natuurlijk ook om zelf van anderen te leren. Om die reden maken we deel uit van verschillende lerende netwerken. Deze lerende netwerken zijn op verschillende niveaus. Bijvoorbeeld:

- Parkinsonnet, hier delen behandelaren in de regio hun ervaringen en inzichten met betrekking tot zorg en behandeling van cliënten met Parkinson.
- Lerend netwerk beleidsadviseurs, vanuit Actiz georganiseerd beleidsadviseurs uit verschillende organisaties uit het hele land komen periodiek bij elkaar om kennis uit te wisselen
- Beleidsgroep Transmuralis, aangesloten organisaties in de keten in de regio Zuid Holland Noord delen ontwikkelingen in hun eigen organisatie en geven met elkaar invulling aan projecten die in de keten uitgevoerd worden. Ook het landelijk programma juiste zorg op de juiste plek heeft hier een plek gevonden.
- Radicale Vernieuwing Waardevol Onderwijs. Samenwerking vanuit oorspronkelijk 3 en inmiddels 5 VVT organisaties om de opleiding van zorgprofessionals meer praktijkgericht in te steken.
- Universitair Netwerk voor de Care Zuid Holland, regionale samenwerking waarin onderzoek een centrale plek heeft.
- Netwerken geclusterd binnen Transmuralis te weten: Netwerk palliatieve zorg, dementie en CVA in Zuid Holland Noord
- Bestuurlijk Netwerk tussen de organisaties ActiVite, Topaz en Zorgpartners. Bestuurders delen ontwikkelingen met elkaar en verbinden professionals aan elkaar voor verdere ontwikkeling.
- Huntington Netwerk Nederland, landelijk netwerk voor de zorg en behandeling van Huntington Van Kleef instituut, een landelijk kennis en inspiratienetwerk van en voor zorgprofessionals. Via dit netwerk kunnen bijeenkomsten en Webinars gratis gevolgd worden. In 2022 zal een evaluatie plaatsvinden over het lidmaatschap van dit netwerk.



Topcare

Topaz heeft al jaren het Topcare predicaat voor de zorg voor mensen met Huntington. Dit jaar is er voor deze doelgroep hard gewerkt om te gaan voldoen aan de criteria die gelden voor een Doelgroep Expertise Centrum zoals dat opgenomen is in het programma Landelijk Expertise centra in de Wlz. Topaz heeft de ambitie om naast het label voor de ziekte van Huntington ook het Topcare label voor de GRZ te behalen. In 2021 zijn de voorbereidingen getroffen en is een plan van aanpak opgesteld. Om het Topcare label te krijgen moet de organisatie zich onderscheiden van andere GRZ-

aanbieders; onder andere op het gebied van wetenschappelijk onderzoek en specialisatie. Hiervoor zijn de volgende stappen gezet:

- Samenwerking opgezet in GRZ PLUS verband binnen de eigen regio
 - Samenwerking opgezet in de Rotterdamse Regio met het Leerhuis geriatrische revalidatie
 - Intentieverklaring ondertekend voor meer samenwerking op het gebied van geriatrische herstellzorg in de regio Zuid Holland Noord met vier zorginstellingen te weten Topaz, Marente, Basalt en Alrijne Zorggroep
 - Voeren van gesprekken met het LUMC om verdere specialisatie op bepaalde diagnosegroepen te verkrijgen.
 - Met het oog op het onderzoek is een tweede promovendus gestart bij Revitel
- Hopelijk wordt in de gesprekken met de verzekeraars of fondsen blijvende aanvullende financiering voor deze kwaliteitsimpuls gevonden. De Topcare audit zal plaatsvinden in juni 2022

7. Gebruik van hulpbronnen

Ontwikkelingen op het gebied van ICT

In 2021 is de manager ICT benoemd. Hierdoor kon de Information security officer meer zijn rol pakken en heeft informatieveiligheid meer aandacht gekregen. In 2022 zal verder gewerkt worden om aan de eisen van de NEN 7510 te voldoen. Met betrekking tot domotica is er een programmaplan opgesteld waarvan de realisatie in 2022 zal plaatsvinden.

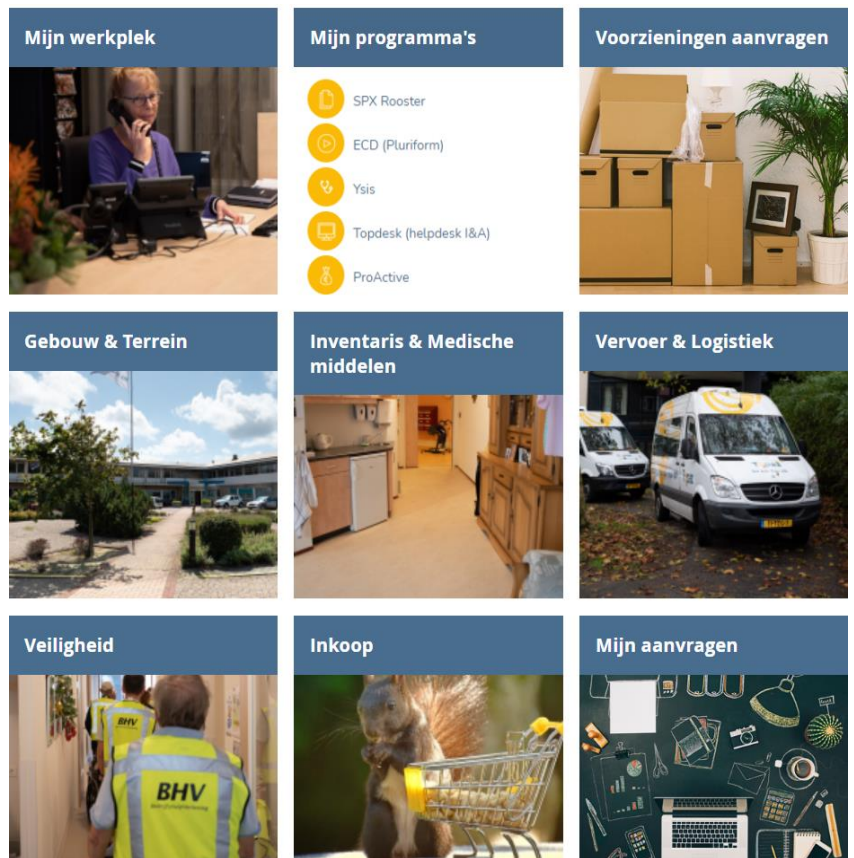
Digicoach

Digitale vaardigheden zijn niet meer weg te denken in het werken van alledag. Echter niet iedereen is zomaar digitaal vaardig. Om die reden zijn in 2021 voorbereidingen getroffen om digicoaches aan te stellen die op locatie laagdrempelig beschikbaar zijn om medewerkers te helpen. Dit project zal in 2022 geïmplementeerd gaan worden.

Service-desk

Service-desk is het servicepunt waar medewerkers met ICT vragen en facilitaire vragen terecht kunnen. Hiervoor wordt het programma Topdesk gebruikt. Via dit programma kunnen medewerkers een probleem melden of een vraag stellen. De medewerkers van de service-desk handelen de meldingen zelf af en als dat niet kan dan zorgen zij er voor dat de melding naar de juiste medewerker wordt doorgezet die het dan oppakt. Op deze manier kan er efficiënt gewerkt worden en wordt de wachttijd verminderd. Het programma is eenvoudig ingericht om op die manier het digitaal melden te vergroten.

Daarnaast is de bereikbaarheid van de service-desk aangepast. Zo wordt er gestart om 7.30 uur in plaats van 8.30 uur hierdoor kunnen zorgmedewerkers die problemen hebben met inloggen in bijvoorbeeld het ECD sneller geholpen worden.



Vastgoed

Topaz heeft een meerjaren vastgoed- en een meerjaren onderhoudsplan waar naar gehandeld wordt. De laatste jaren wordt ter verbetering van het woongenot naast het onderhoud de locaties aangepast op het kleinschalig zorgen zoals uitbreiding van het aantal woonkamers en de mogelijkheid om daar te koken. Bij wooncomfort is al wat genoemd over actuele bouwplannen. Hieronder de plannen voor de toekomst in een overzicht.

Topaz beschikt over 10 locaties in de Duin- en Bollenstreek en Leiden en omstreken.
Wat zijn de plannen voor de toekomst?

NOORDWIJKER-HOUT

KATWIJK

LEIDEN

VOORSCHOTEN

Overduin 1963
Eigendom Topaz
Gedeeltelijke sloop/ nieuwbouw en renovatie vanaf eind 2021.

Munnekeweij 2006
Eigendom Topaz
Verkenning voor realisatie extra plaatsen van 75 naar 85 in 2021.

Revitel 2013
Huur
Geen aanpassingen nodig.

Lakenhof 2019
Eigendom Topaz
Begin 2019 opgeleverd. Geen aanpassingen nodig.

Foreschate 1973
Huur van woningcorporatie Woonzorg Nederland
Sloop/nieuwbouw start in 2021. Capaciteit omhoog naar 70 plaatsen. Tijdelijke huisvesting naar Groenhoven. Oplevering nieuwbouw in 2023.

Overrhyn 2000
Eigendom
Levensduurverlengende verbouwing eind 2022.

Vlietwijk 2011
Huur van woningcorporatie Woonzorg Nederland
Geen aanpassingen nodig.

Haagwijk 1965
Eigendom Topaz
Sterk verouderd, maar blijft de komende jaren in exploitatie. Meerdere scenario's mogelijk in de toekomst.

Zuydtwijk 1968
Eigendom Topaz
Komende jaren planvorming. Meerdere scenario's mogelijk vanaf 2023.

Groenhoven 1957
Eigendom Topaz
Bewoners zijn verhuisd naar Lakenhof. Huidige functie: medewerkershuisvesting (Bed&Baan), wissellocatie voor bewoners Foreschate. Meerdere scenario's mogelijk vanaf 2023.

Topaz het hele leven telt

8. Gebruik van informatie

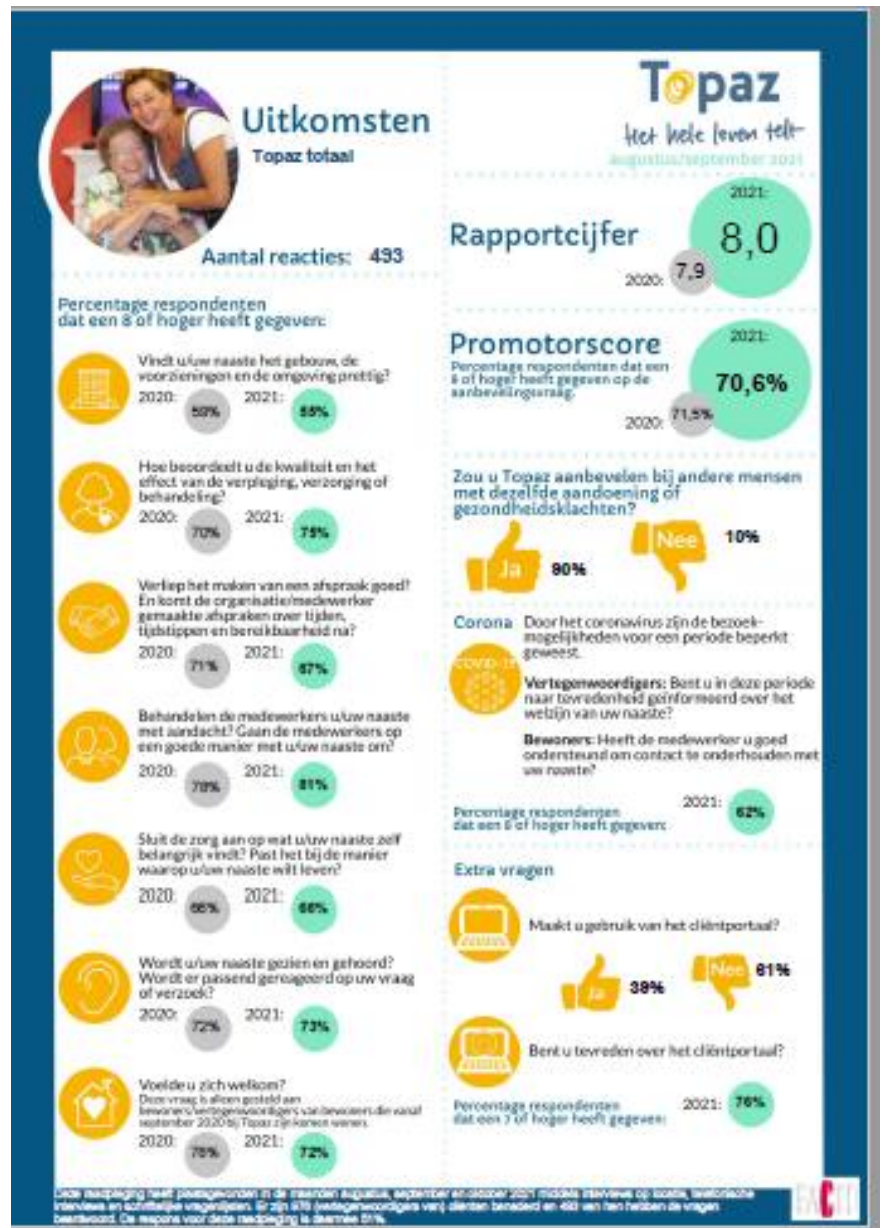
Cliëntenraadpleging

In 2021 is evenals in het jaar ervoor een ervaringsmeting gedaan door op specifieke aandachtsgebieden te vragen waar bewoners of hun vertegenwoordigers het meest en minst tevreden over zijn. Hierin zaten de vragen die ook Zorgkaart Nederland gebruikt en de vraag naar een rapportcijfer. Afdelingen konden daarnaast extra specifieke vragen opnemen.

De uitvraag is gedaan door middel van interviews. Ondanks het 2^e jaar van de Coronapandemie was dit mogelijk zonder het risico op besmetting te verhogen.

De verslaglegging is visueel gemaakt op een poster, zowel op afdelingsniveau als op locatieniveau. En heeft iedere locatie een rapport ontvangen waarin alle toelichtingen op de gegeven antwoorden zijn opgenomen. De uitkomsten van de Zorgkaart Nederland vragen zijn na toestemming ook in dat systeem vastgelegd.

We hebben ook navraag gedaan naar het gebruik van het cliëntportaal. Daarin zien we dat minder dan 40% hiervan gebruik maakt. We gaan onderzoeken waar dit door komt. Via het cliëntportaal kunnen mantelzorgers vanaf afstand inzage hebben in het dossier van de bewoner om op die manier op de hoogte te blijven van het wel en wee van de bewoner.



In 2021 zijn er 350 reviews op Zorgkaart Nederland geplaatst en hebben 493 cliënten of diens naaste meegedaan aan onze interne cliëntervaringsmeting. Dat was een respons van 51%. De hoogte respons tot nu toe. Topaz heeft van hen zowel op zorgkaart Nederland als op onze interne cliëntervaringsmeting het rapportcijfer 8 gekregen. In 2021 was dit een 7,9. Wederom een stijging ten opzichte van vorig jaar. En dat in de gecompliceerde omstandigheden t.g.v. Corona! Voor 5 locaties is de waardering gestegen, 1 locatie gelijk en voor 2 locaties is de waardering iets afgenomen (van een 8.5 naar een 8 en van 7.8 naar 7.6).

Klachten

Klachten worden in eerste instantie in de lijn opgepakt. Mocht dit niet tot tevredenheid leiden dan komt de klachtenfunctionaris in beeld. Bij de behandeling van klachten wordt uiteraard de klager gehoord en vindt er een onderzoek plaats op de afdeling waar de klacht heeft plaatsgevonden. Het principe hoor en wederhoor wordt toegepast en bij voorkeur vindt er uiteindelijk een gesprek plaats met de betrokkenen. De teamleider van de afdeling is hierbij aanwezig.

De doelstelling is vanzelfsprekend dat de klachten naar tevredenheid opgelost worden. En in 2021 is dat voor het merendeel van de klachten ook gelukt. In 2021 zijn er 63 klachten bij de klachtenfunctionaris ingediend. Bij 10 van deze klachten is de onvrede niet naar tevredenheid opgelost. De reden daarvan is divers. Het kan gaan over de bejegening na overlijden, praktische zaken, zoals een deur die niet goed gebruikt kan worden door iemand met een rolstoel (en Topaz zegt daar niets aan te kunnen doen) of dat men het niet eens is met het beleid van Topaz, bijvoorbeeld over de coronaregels.

Er is in de loop der jaren wel een stijging in het aantal klachten zichtbaar van 0,02 in 2017 naar in 2021 een aantal van 0,08 klachten per bewoner.

Tot slot

Als we terugkijken naar 2021 dan realiseren we ons dat we trots mogen zijn op deze mooie organisatie. Corona heeft ook dit jaar veel aandacht gevraagd maar we zien ook dat onze medewerkers er goed mee om gaan. Een besmetting of uitbraak daarin weet men te handelen, goed om te zien dat iedere locatie een eigen lokaal coronateam heeft en daarin besluiten neemt die passen binnen de locatie. We ervaren de betrokkenheid van de medewerkers die het beste voor hebben met onze bewoners. Ook de inzet van ondersteunende diensten tijdens de soms grote personele krapte bij een uitbraak onder medewerkers is hartverwarmend. Dan merken we echt dat we samen sterk zijn. De arbeidsmarktproblematiek is groot, we doen er van alles aan om medewerkers te interesseren voor het werken bij Topaz. Het is belangrijk om hierin ook out of the box te blijven denken en te kijken op welke wijze wij ons kunnen onderscheiden. Tegelijk realiseren we ons ook dat de inzet van PNIL nodig is om de kwaliteit van zorg aan onze bewoners te kunnen waarborgen. We zijn een organisatie die in ontwikkeling is en blijft, die leert en reflecteert. We zijn flexibeler, kunnen mee bewegen, durven stil te gaan staan om te reflecteren en focus aan te brengen, zoeken alternatieven en durven verantwoordelijkheden lager neer te leggen in de organisatie. Hierdoor groeit eigenaarschap en verantwoordelijkheid en is er minder controle. Op die manier zijn we in staat om steeds meer bottom up plannen te maken en te realiseren in plaats van top down. Een ontwikkeling die we verder door gaan zetten in 2022.

Topaz
Het hele leven telt

Bijlage 2 Rapportage indicatoren basisveiligheid 2021 Topaz

Inleiding

In de periode 3 januari tot 13 februari 2022 zijn de indicatoren basisveiligheid geïnventariseerd over het meetjaar 2021. De meting is uitgevoerd bij cliënten met een ZZP4 t/m 10 die 24 uur aangewezen zijn op Wlz zorg en ondersteuning. Ook dit jaar waren een aantal indicatoren verplicht en moest de organisatie zelf minimaal 2 indicatoren kiezen. In het MT van Topaz is met instemming van de CCR besloten om een wijziging aan te brengen ten opzichte van de voorgaande jaren wat betreft de vrije keuze indicatoren. De motivatie hiertoe is dat we meerdere jaren dezelfde keuze indicatoren geïnventariseerd hebben en deze laten een stabiel beeld zien waardoor het lerende effect voor de organisatie nihil is. De uitvraag van de indicatoren heeft ten doel om daarvan multidisciplinair te leren. Vanwege het instellen van de Topaz brede commissie huidletsel is besloten om de keuze indicator decubitusprevalentie nog een jaar te handhaven. Deze indicator is dit jaar ook opgevraagd bij de locatie Revitel en wordt ook inzichtelijk gemaakt in deze rapportage. De nieuwe keuze indicator is continëntie. Deze maakt inzichtelijk bij hoeveel cliënten er afspraken rondom toiletgang zijn gemaakt.

Overzicht indicatoren

De verplichte indicatoren:

- Advanced Care Planning
- Bespreken van medicatiefouten in het team
- Aandacht voor eten en drinken

De keuze indicatoren:

- Prevalentie decubitus graad 2-4
- Continëntie

Daarnaast is besloten om voor intern gebruik een uitvraag te doen op de volgende onderwerpen:

- Prevalentie decubitus graad 1

Werkwijze

Er is gekozen dit jaar om de indicatoren eten en drinken en continëntie uit het ECD te genereren om de werkbelasting voor de zorgmedewerkers te minimaliseren. Hierdoor zijn er minder gedetailleerde gegevens opgehaald maar is wel inzichtelijk bij hoeveel cliënten er afspraken vastgelegd zijn. Voor de indicator advance care planning worden de gegevens altijd al uit het ECD gehaald. Voor de overige indicatoren zijn de locaties gevraagd de gegevens te registreren in een Excel bestand. Iedere afdeling heeft een rapportage ontvangen van de eigen afdeling. De resultaten kunnen zij multidisciplinair in hun eigen team bespreken om op die manier te leren en te verbeteren.

Deze rapportage geeft een totaaloverzicht van de gegevens van de locaties. Per onderwerp zal een analyse en aanbeveling gedaan worden met uitzondering van de aanbevelingsscore.

Decubitus

| 1.1. Decubitus | |
|------------------|---|
| <i>Definitie</i> | Percentage cliënten op de afdeling met decubitus categorie 2 of hoger |
| <i>Vraag</i> | Heeft huidinspectie een decubitus categorie 2,3 of 4 aangetoond? <ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nee |
| <i>Teller</i> | Aantal cliënten op de afdeling met decubitus categorie 2 of hoger |
| <i>Noemer</i> | Totaal aantal cliënten op de afdeling. |

| Locatie | Totaal aantal cliënten | Aantal cliënten met decubitus graad 1 | Ontstaan voor opname | % cliënten met decubitus graad 1 in 2021 | % 2020 | % 2019 | % 2018 |
|------------|------------------------|---------------------------------------|----------------------|--|--------|--------|--------|
| Foreschate | 44 | 1 | 0 | 2,3 | 0 | 0 | ? |
| Haagwijk | 80 | 6 | 0 | 7,5 | 7,3 | 2,5 | 0 |
| Lakenhof | 72 | 1 | 0 | 1,4 | 4,3 | 1,4 | - |
| Munnekewij | 74 | 1 | 0 | 1,4 | 5,6 | 2,8 | 0 |
| Overduin | 197 | 0 | 0 | 0 | 1,6 | 0,5 | 3,6 |
| Overrhyn | 145 | 9 | 5 | 6,2 | 5,7 | 3,3 | 4,5 |
| Revitel | 52 | 0 | 0 | 0 | n.v.t | n.v.t. | n.v.t. |
| Vlietwijk | 71 | 1 | 1 | 1,4 | 1,4 | 1,4 | 12,3 |
| Zuydtwijk | 82 | 3 | 0 | 3,7 | 4,2 | 4,4 | 1,1 |

| Locatie | Totaal aantal cliënten | Aantal cliënten met decubitus graad 2 of hoger | Ontstaan voor opname | % cliënten met decubitus graad 2 of hoger in 2021 | % 2020 | % 2019 | % 2018 |
|------------|------------------------|--|----------------------|---|--------|--------|--------|
| Foreschate | 44 | 1 | 0 | 2,3 | 0 | 0 | ? |
| Haagwijk | 80 | 2 | 1 | 2,5 | 0 | 3,6 | 11,9 |
| Lakenhof | 72 | 4 | 1 | 5,6 | 1,4 | 0 | - |
| Munnekewij | 74 | 0 | 0 | 0 | 2,8 | 2,8 | 1,6 |
| Overduin | 197 | 1 | 0 | 0,5 | 0,5 | 0 | 0 |
| Overrhyn | 145 | 4 | 1 | 2,8 | 6,4 | 2,6 | 3,9 |
| Revitel | 52 | 5 | 4 | 9,6 | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. |

| | | | | | | | |
|-----------|----|---|---|-----|-----|-----|-----|
| Vlietwijk | 71 | 1 | 0 | 1,4 | 0 | 0 | 1,4 |
| Zuydtwijk | 82 | 0 | 0 | 0 | 1,4 | 3,3 | 7,8 |

Analyse:

De prevalentie van decubitus graad 1 is op alle locaties gedaald met uitzondering van de locaties Foreschate, Haagwijk en Overrhyn. Het is onduidelijk of dit komt door het vroegtijdig signaleren van het risico op decubitus en het daarmee inzetten van preventieve maatregelen. Het aantal cliënten dat voor opname al decubitus had is ten opzichte van vorig jaar toegenomen. De prevalentie van decubitus graad 2 is op de meeste locaties toegenomen met uitzondering van de locaties Munnekewij, Overrhyn en Zuydtwijk. Opvallend is de locatie Revitel waar de meeste decubitus voor opname ontstaan is. Hier zit mogelijk een verband met decubitus die tijdens opname in het ziekenhuis ontstaan is op de operatietafel.

| Locatie | % cliënten met decubitus 2021 | % cliënten met decubitus 2020 | % cliënten met decubitus 2019 | % cliënten met decubitus 2018 | % cliënten met decubitus graad 2 of hoger 2021 | % cliënten met decubitus graad 2 of hoger 2020 | % cliënten met decubitus graad 2 of hoger 2019 | % cliënten met decubitus graad 2 of hoger 2018 |
|------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--|--|--|--|
| Landelijk | 7,1 | 7,1 | 7,1 | 7,1 | 3,3 | 3,3 | 3,3 | 3,3 |
| Foreschate | 4,5 | 0 | 0 | n.b. | 2,3 | 0 | 0 | n.b. |
| Haagwijk | 10 | 7,3 | 6 | 11,9 | 2,5 | 0 | 3,6 | 11,9 |
| Lakenhof | 6,9 | 5,7 | 1,4 | 6,7 | 5,6 | 1,4 | 0 | 0 |
| Munnekewij | 1,4 | 8,3 | 5,6 | 1,6 | 0 | 2,8 | 2,8 | 1,6 |
| Overduin | 0,5 | 2,4 | 0,5 | 3,6 | 0,5 | 0,6 | 0 | 0 |
| Overrhyn | 9,0 | 12,1 | 5,9 | 8,4 | 2,8 | 6,4 | 2,6 | 3,9 |
| Revitel | 9,6 | n.b. | n.b. | n.b. | | n.b. | n.b. | n.b. |
| Vlietwijk | 2,8 | 1,4 | 1,4 | 13,7 | 1,4 | 0 | 0 | 1,4 |
| Zuydtwijk | 3,7 | 5,6 | 7,7 | 8,8 | 0 | 1,4 | 3,3 | 7,8 |

Bron landelijk % landelijke prevalentie zorgproblemen 2015

Conclusie:

- Op vrijwel alle locaties is een afname van decubitus graad 1 te zien.
- Op locatie Revitel is de decubitus graad 2 over het algemeen voor opname ontstaan.
- Er zijn een gelijk aantal cliënten opgenomen met decubitus in vergelijking met 2020 (Revitel buiten beschouwing gelaten)
- Er zijn een gelijk aantal cliënten met decubitus graad 2 in vergelijking met 2020 (Revitel buiten beschouwing gelaten)
- De prevalentie van decubitus graad 2 is op de meeste locaties onder het landelijk gemiddelde
- De prevalentie van decubitus op de verschillende locaties wisselt sterk.

Aanbevelingen:

- Blijf aandacht houden voor het inschatten van het risico op decubitus en de inzet van preventieve maatregelen.
- Als decubitus voorkomt op de afdeling houdt dan casuïstiek besprekingen om multidisciplinair af te stemmen welke acties ingezet worden om verergering te voorkomen.
- Bespreek in de Topaz brede commissie welke acties ingezet kunnen worden om de gegevens rondom de prevalentie van decubitus uit het ECD te halen.

Advance Care Planning

| 2. Gezamenlijke afspraken over behandeling rond het levenseinde | |
|---|--|
| <i>Definitie</i> | Percentage cliënten op de afdeling waarbij beleidsafspraken rondom het levenseinde zijn vastgelegd in het zorgdossier. |
| <i>Vraag</i> | Welke beleidsafspraken met de cliënt zijn vastgelegd in het zorgdossier? <ul style="list-style-type: none">• Wel of niet reanimeren?• Wel of niet starten of stoppen met levensverlengende behandelingen, zoals antibiotica, bloedproducten en preventieve medicatie.• Wel of geen ziekenhuisopname• Anders, namelijk [open tekstveld]• Er zijn geen afspraken vastgelegd in het zorgdossier |
| <i>Teller</i> | Aantal cliënten waarbij beleidsafspraken zijn vastgelegd in het zorgdossier |
| <i>Noemer</i> | Totaal aantal cliënten op de afdeling |

| Locatie | Totaal aantal cliënten | Aantal cliënten afspraken over reanimeren | Aantal cliënten met afspraken over ziekenhuis | % cliënten met afspraken over reanimeren en/of ziekenhuis | % cliënten met afspraken over reanimeren en/of ziekenhuis | % cliënten met afspraken over reanimeren en/of ziekenhuis | % cliënten met afspraken over reanimeren en/of ziekenhuis |
|---------|------------------------|---|---|---|---|---|---|
|---------|------------------------|---|---|---|---|---|---|

| | | | opname | opname 2021 | opname 2020 | opname 2019 | opname 2018 |
|------------|-----|-----|--------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Foreschate | 44 | 42 | 24 | 96 | 100 | 98 | 100 |
| Haagwijk | 80 | 77 | 68 | 96 | 100 | 98 | 98 |
| Lakenhof | 72 | 70 | 49 | 97 | 95 | 97 | 88 |
| Munnekewij | 74 | 72 | 71 | 97 | 94 | 100 | onbekend |
| Overduin | 197 | 185 | 164 | 94 | 97 | 94 | 98 |
| Overrhyn | 145 | 140 | 130 | 97 | 94 | 97 | 96 |
| Vlietwijk | 71 | 70 | 47 | 99 | 99 | 93 | 100 |
| Zuydtwijk | 82 | 80 | 79 | 98 | 99 | 98 | 99 |

Analyse:

Het vastleggen van wensen met betrekking tot reanimeren wordt op de meeste locaties goed gedaan. 1 locatie scoort net onder de 95%. Op 3 locaties worden afspraken over ziekenhuisopname minder goed vastgelegd dan afspraken over reanimeren. Dit is overigens ten opzichte van vorig jaar een verbetering. Dit jaar scoort geen enkele locatie 100%.

Conclusie:

- Het vastleggen van afspraken over reanimeren wordt goed gedaan.
- Het onderwerp reanimeren wordt vaker vastgelegd dan afspraken over ziekenhuisopname.
- Het vastleggen van afspraken rondom ziekenhuis opnames is ten opzichte van 2020 toegenomen

Aanbevelingen

Blijf aandacht houden voor het vastleggen van de wensen met betrekking tot reanimeren en ziekenhuisopname. Ook als de client na opname nog even bedenktijd wil.

Medicatieveiligheid

| 3.1 Bespreken medicatiefouten in het team | |
|---|--|
| <i>Definitie</i> | Percentage afdelingen waar medicatiefouten tenminste één keer per kwartaal multidisciplinair worden besproken met medewerkers van de afdeling op basis van meldingen die zijn gedaan |
| <i>Vraag</i> | Worden medicatiefouten ten minste eens per kwartaal multidisciplinair besproken met medewerkers van de afdeling op basis van meldingen die zijn gedaan? <ul style="list-style-type: none"> • Ja, met de volgende functionarissen: <i>[open tekstveld]</i> • Nee • Niet van toepassing |
| <i>Teller</i> | Aantal afdelingen waar medicatiefouten ten minste eens per kwartaal multidisciplinair worden besproken op basis van gedane meldingen |
| <i>Noemer</i> | Totaal aantal afdelingen in de zorgorganisatie waar meldingen van medicatiefouten zijn geweest |

Op alle locaties zijn MIC-commissies ingesteld. Ieder kwartaal wordt een rapportage opgesteld en wordt er een oorzakenanalyse gedaan. De samenstelling op alle locaties is multidisciplinair. In ieder geval zijn verpleegkundigen, artsen en leidinggevendenden betrokken. Daarnaast ook regelmatig een fysiotherapeut en psycholoog.

Analyse

Op alle locaties worden MIC-meldingen besproken in het team, dit is ten opzichte van 2020 een verbetering. Het bespreken doet men in een werkoverleg, of als voorbereiding voor het opstellen van de MIC-rapportage. Het bespreken van meldingen in het team met als doel te leren en te verbeteren draagt bij aan een veilige meldcultuur.

Conclusie:

Dit onderwerp is geborgd in de locaties

Aanbevelingen

Geen

Aandacht voor eten en drinken

| 6. Aandacht voor eten en drinken: voedselvoorkeuren cliënt | |
|--|--|
| <i>Definitie</i> | Percentage cliënten op de afdeling waarbij voedselvoorkeuren in de afgelopen zes maanden zijn besproken en vastgelegd in het zorgdossier. |
| <i>Vraag</i> | Zijn voedselvoorkeuren met de cliënt en/of familie van de cliënt in de afgelopen zes maanden besproken en vastgelegd in het zorgdossier? <ul style="list-style-type: none"> ○ Ja, het volgende is besproken en vastgelegd: <ul style="list-style-type: none"> □ voorkeuren voor bepaald eten en drinken □ voorkeuren omtrent het aanbieden van eten en drinken (hoeveelheid, frequentie, vorm) □ gewenste hulp bij eten en drinken □ voorkeuren voor tijd en plaats van eten en drinken □ anders, namelijk (geef kort eventuele andere afspraken weer die zijn opgenomen in het zorgdossier) ○ Nee ○ Onbekend |
| <i>Teller</i> | Aantal cliënten waarmee voedselvoorkeuren in de afgelopen zes maanden zijn besproken en waarbij de afspraken zijn vastgelegd in het zorgdossier. |
| <i>Noemer</i> | Totaal aantal cliënten op de afdeling |

| Locatie | Totaal aantal cliënten | Aantal cliënten met afspraken | % cliënten met een afspraak 2021 | % cliënten met een afspraak 2020 | % cliënten met een afspraak 2019 |
|------------|------------------------|-------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Foreschate | 44 | 44 | 100 | 13,8 | 6,8 |
| Haagwijk | 80 | 56 | 70 | 25,6 | 46,9 |
| Lakenhof | 72 | 60 | 83 | 38,6 | 33,3 |
| Munnekewij | 74 | 73 | 99 | 73,6 | 91,5 |
| Overduin | 197 | 169 | 86 | 89,4 | 84,9 |

| | | | | | |
|-----------|-----|-----|----|------|------|
| Overrhyn | 145 | 119 | 82 | 40 | 72,2 |
| Vlietwijk | 71 | 46 | 65 | 87,7 | 57,5 |
| Zuydtwijk | 82 | 80 | 98 | 47,2 | 18,9 |

Analyse:

Er is op de meeste locaties een forse stijging te zien in het vastleggen van gegevens met betrekking tot eten en drinken. De herinrichting van het ECD is hierbij een belangrijke factor. In het ECD is namelijk een gewoonte eten en drinken opgenomen. Bij het invullen van het dossier is dit een onderwerp wat ingevuld kan worden. Hier wordt vaak gebruik van gemaakt. De indicator omschrijving vraagt ook nog naar het soort afspraken dat vastgelegd wordt. Dit is niet inzichtelijk. Om dat te weten moet er individueel dossier onderzoek plaats vinden. Hiervoor is, in verband met de arbeidsintensiteit, niet gekozen.

Conclusie:

De herinrichting van het ECD heeft over het algemeen eraan bijgedragen dat afspraken rondom eten en drinken vastgelegd worden, alleen op locatie Vlietwijk is dit niet zichtbaar.

Aanbevelingen:

Ga na of in de procedure zorg aandacht gegeven wordt aan het invullen van de onderwerpen die genoemd staan bij gewoonten. Belangrijk is om altijd iets in te vullen bij de gewoonten omdat dit een compleet beeld geeft van de wensen en de zorg die de cliënt nodig heeft.

Continentie

| 5. Continentie | |
|------------------|--|
| <i>Definitie</i> | Percentage cliënten op de afdeling waarbij een plan voor zorg rondom de toiletgang is vastgelegd in het zorgdossier. |
| <i>Vraag</i> | Is een plan voor zorg rondom de toiletgang aanwezig in het zorgdossier? <ul style="list-style-type: none"> • Ja, er zijn afspraken vastgelegd over: <ul style="list-style-type: none"> ○ voorkeuren en gewoontes van de cliënt ten aanzien van toiletgang ○ manieren waarop cliënt ondersteund kan worden om de toiletgang zoveel mogelijk zelfstandig uit te (blijven) voeren ○ benodigde hulp bij de toiletgang ○ passend gebruik van incontinentiematerialen ○ anders, namelijk [open veld] • Nee • Onbekend |
| <i>Teller</i> | Aantal cliënten waarbij een plan voor zorg rondom de toiletgang is vastgelegd in het zorgdossier |
| <i>Noemer</i> | Totaal aantal cliënten op de afdeling |

| Locatie | Totaal aantal cliënten | Aantal cliënten met afspraken ondersteuning bij toiletgang | % cliënten met een afspraak 2021 |
|------------|------------------------|--|----------------------------------|
| Foreschate | 44 | 27 | 61 |
| Haagwijk | 80 | 48 | 60 |
| Lakenhof | 72 | 63 | 88 |

| | | | |
|------------|-----|-----|-----|
| Munnekewij | 74 | 74 | 100 |
| Overduin | 197 | 132 | 67 |
| Overrhyn | 145 | 81 | 56 |
| Vlietwijk | 71 | 46 | 65 |
| Zuydtwijck | 82 | 65 | 79 |

Analyse:

Er zijn grote verschillen zichtbaar tussen de locaties met betrekking tot het vastleggen van afspraken rondom de toiletgang. Bij de herinrichting van het ECD is ook een gewoonte opgenomen met betrekking tot de toiletgang. Vanuit deze gewoonte zijn deze gegevens gegenereerd. Het zou dus kunnen zijn dat er in het clientplan nog op een andere manier afspraken rondom de toiletgang vast zijn gelegd. Dit kan alleen achterhaald worden door het individuele cliëntdossier in te zien. Hetzelfde geldt voor welke afspraken er vast zijn gelegd. Gezien de arbeidsintensiteit is ervoor gekozen om dit niet te doen.

Conclusie:

Het invullen van de gewoonte "afspraken rondom toiletgang" is op 1 locatie bij alle bewoners gedaan.

Verschillen tussen locaties m.b.t. het invullen zijn groot.

Aanbeveling:

Ga na of in de procedure zorg aandacht gegeven wordt aan het invullen van de onderwerpen die genoemd staan bij gewoonten. Belangrijk is om altijd iets in te vullen bij de gewoonten omdat dit een compleet beeld geeft van de wensen en de zorg die de cliënt nodig heeft.

Kwaliteitsverslag

Dit wordt nog opgesteld en zal in een latere fase gepubliceerd worden.

Aanbevelingscore

| Locatie | Zorgkaart Nederland 2021 | Zorgkaart Nederland 2020 | Zorgkaart Nederland 2019 |
|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Foreschate | 7,5 | 7,9 | 8 |
| Haagwijk | 7,7 | 7,8 | 7,8 |
| Lakenhof | 7,7 | 7,5 | 7,3 |
| Munnekewij | 7,8 | 8,2 | 7,8 |
| Overduin | 8,3 | 8,4 | 7,9 |
| Overrhyn | 7,4 | 7,5 | 7,4 |
| Vlietwijk | 8,0 | 8,1 | 8,6 |
| Zuydtwijck | 8,1 | 7,6 | 7,7 |

Analyse:

Naar aanleiding van bovenstaande gegevens geen specifieke analyse. Doordat in de clientraadpleging nu ook de vragen van zorgkaart Nederland gesteld worden en ingevuld worden op zorgkaart Nederland is het aantal waardeningen gestegen. Hierdoor ontstaat er een betrouwbaarder beeld. Over het algemeen is de aanbevelingscore iets gedaald ten opzichte van 2020.

Bijlage 3 Checklist medicatieveiligheid

| Wat wil ik zien/ welke feiten/ aandachtspunten. Indien steekproef dan controle bij 5 cliënten uitvoeren | | | | | |
|---|--------------------|-------------------|---------------------|------------------------------|-----------|
| 1. Uiterlijk medicijnkar/medicijnmaler | | | | | |
| | 0 x fout = in orde | 1 x fout = toeval | 2 x fout = aandacht | 3 of meer x fout = bevinding | Opmerking |
| Is de medicijnkar schoon? | | | | | |
| Is de medicijnmaler schoon? | | | | | |
| Is de kar op slot wanneer er geen medicatie wordt gedeeld? | | | | | |
| Staat de kar in een afgesloten ruimte als er geen medicatie wordt gedeeld? | | | | | |
| 2. Medimo (alleen invullen als elektronische toedienregistratie) doe een steekproef | | | | | |
| Is de BEM code ingevuld in Medimo? | | | | | |
| Is een foto van de cliënt aanwezig? | | | | | |
| Is de gegeven medicatie afgetekend? | | | | | |
| Wordt er afgetekend met initialen? | | | | | |
| Wanneer er een bewoner medicatie weigert, is dit duidelijk zichtbaar op de aftekenlijst? | | | | | |
| Vindt er bij risicovolle medicatie een dubbele controle plaats? | | | | | |
| Is de toedieningsvorm actueel? | | | | | |
| Is bekend welke medicatie gemalen mag worden? | | | | | |
| Is er een paraaflijst aanwezig op de afdeling zodat nagezocht kan worden wie de medicatie afgetekend heeft? | | | | | |

| 3. Medicijnmap(alleen invullen als er nog op papier wordt afgetekend) doe een steekproef | | | | | |
|--|--------------------|-------------------|---------------------|------------------------------|-----------|
| | 0 x fout = in orde | 1 x fout = toeval | 2 x fout = aandacht | 3 of meer x fout = bevinding | Opmerking |
| Bevat de toedienlijst met de hand geschreven bijschrijvingen of doorhalingen? | | | | | |
| Is de BEM code op de toedienlijst zichtbaar? | | | | | |
| Is de gegeven medicatie afgetekend? | | | | | |
| Wordt er afgetekend met initialen? | | | | | |
| Wanneer er een bewoner medicatie weigert, is dit duidelijk zichtbaar op de aftekenlijst? | | | | | |
| Vindt er bij risicovolle medicatie een dubbele controle plaats? | | | | | |
| Is de toedieningsvorm actueel? | | | | | |
| Is bekend welke medicatie gemalen mag worden? | | | | | |
| Is er een paraaflijst aanwezig op de afdeling zodat nagezocht kan worden wie de medicatie afgetekend heeft? | | | | | |
| 4. Medicijnkar: doe een steekproef | | | | | |
| Is alleen medicatie op naam van een cliënt aanwezig? | | | | | |
| Zijn er losse zetpillen of pillen aanwezig? | | | | | |
| Heeft de medicatie een goede houdbaarheidsdatum? | | | | | |
| Zit de repak(rolletje met tabletten in zakje) in de omverpakking? | | | | | |
| Zit er op de verpakking van medicatie een sticker met naam, geb.dd, naam medicatie en sterkte en toedientijden | | | | | |
| Zit er een sticker met naam, geb datum, ed op tubes en flessen?(behalve oogdruppels) | | | | | |
| Worden oogdruppels in het doosje bewaard? | | | | | |

| | | | | | |
|---|--------------------|-------------------|---------------------|------------------------------|-----------|
| Is er een openingsdatum op flesjes geschreven? | | | | | |
| 5. Medicijnkoelkast (bekijk de koelkast waar de afdelingsmedicatie/werkvoorraad in bewaard wordt). | | | | | |
| | 0 x fout = in orde | 1 x fout = toeval | 2 x fout = aandacht | 3 of meer x fout = bevinding | Opmerking |
| Is er een koelkast aanwezig uitsluitend voor medicatie? | | | | | |
| Is er een werkzame digitale thermometer aanwezig? | | | | | |
| Is de temperatuur wekelijks geregistreerd? | | | | | |
| Is er duidelijk welke acties er plaats vinden bij afwijkingen? | | | | | |
| Zijn er etenswaren of andere zaken aanwezig die niet in de koelkast horen? | | | | | |
| Heeft de aanwezige medicatie een juiste houdbaarheidsdatum?(steekproef) | | | | | |
| Is er medicatie aanwezig van cliënten die niet meer opgenomen zijn?(steekproef) | | | | | |
| Behoort aanwezige medicatie niet op naam tot de werkvoorraad? | | | | | |
| 6. Retourbak | | | | | |
| Wordt er een afgesloten retourbak voor overtollige medicatie gebruikt? | | | | | |
| Wordt er een speciale retourbak voor opiaten gebruikt? | | | | | |
| Worden de opiatenretourbriefjes gebruikt? | | | | | |
| Worden de opiaten tijdig retour gestuurd naar de apotheek | | | | | |
| 7. Opiaten | | | | | |
| Heeft de afdeling een eigen opiatenkastje voor opiaten op naam? | | | | | |
| Hangt/licht de sleutel van de opiatenkast in een afgesloten kastje of kar? | | | | | |
| Wordt per cliënt uitname van opiaten uit gifkast geregistreerd op het formulier? (steekproef) | | | | | |

| | | | | | |
|---|--------------------|-------------------|---------------------|------------------------------|-----------|
| Wordt het dubbel afgetekend op het formulier?(steekproef) | | | | | |
| Worden opiaten aan andere cliënten gegeven dan op welke naam de aftekenlijst staat?(steekproef) | | | | | |
| | 0 x fout = in orde | 1 x fout = toeval | 2 x fout = aandacht | 3 of meer x fout = bevinding | Opmerking |
| Zijn er opiaten aanwezig van cliënten die niet meer opgenomen zijn? | | | | | |
| Worden opiaten die niet meer in gebruik zijn direct uit de opiatenkast gehaald en retour gestuurd naar de apotheek? | | | | | |
| Is de sleutelprocedure bekend mbt toegang opiaten? | | | | | |
| 8. Werkvoorraad | | | | | |
| Is er een registratiemap aanwezig waarin uitgifte en aanvullingen worden geregistreerd per medicament? | | | | | |
| Is er alleen medicatie aanwezig die in de werkvoorraad hoort te zitten? (steekproef) | | | | | |
| Is er medicatie op naam aanwezig in de werkvoorraad? | | | | | |
| Wordt de werkvoorraad maandelijks gecontroleerd door WAN of vpk en is dit inzichtelijk op de overzichtslijst? | | | | | |

Bijlage 4 overzicht prisma-analyses

| 2021 | Gemeld aan IGJ | Onderwerp onderzoek en toelichting |
|------|----------------|--|
| Q1 | Ja | Geweld in de zorgrelatie <i>Onderzoek naar geweld in de zorgrelatie van een medewerker (uitzendkracht) naar een bewoner van Topaz.</i> |
| Q1 | Nee | Poging tot wurging <i>Onderzoek naar een incident waarbij een bewoner een medebewoner probeerde te wurgen. Er zijn aanbevelingen zijn gedaan t.a.v. casuïstiekbespreking voor de artsen en teams (bij behandelingen waar verschillend over gedacht wordt) en het eenduidig en consequent rapporteren bij (risicovolle) wijziging van medicatie, ook door andere betrokken disciplines.</i> |
| Q2 | Ja | Letsel <i>Onderzoek naar ontstaan van een botbreuk. Precieze toedracht is ook na onderzoek niet duidelijk geworden. Wel zijn verbeterpunten naar voren gekomen m.b.t. de kwaliteit van zorg. Dit betreffen de werkwijze opschalen bij acute situaties, teamcultuur en omgang met bellen/zorgdomotica.</i> |
| Q3 | Nee | Suicide <i>Onderzoek naar een situatie waarbij een bewoner suicide heeft gepleegd. De conclusie van de onderzoekers was dat het incident niet voorkomen had kunnen worden. Signalen van de bewoner zijn door het team goed opgepakt.</i> |
| Q3 | Nee | Meerdere valincidenten waarbij opvolging niet naar wens is verlopen <i>Onderzoek naar meerdere valincidenten op een locatie in een kort tijdsbestek waarbij gekeken is of er juist gehandeld is. Conclusie was dat de kwaliteit van zorg in het algemeen in orde was. Er zijn aanbevelingen gedaan t.a.v. de richtlijn valpreventie van Topaz, het inschakelen van de triageverpleegkundigen en afspraken met waarnemend artsen en het rapporteren en multidisciplinair samenwerken na een val.</i> |
| Q3 | Nee | Vermissing cliënt <i>Onderzoek is ingesteld nadat een cliënt meerdere uren vermist is geweest en uiteindelijk door de politie in goede gezondheid terug is gebracht naar de locatie. Gebleken is dat meerdere barrières niet voldoende gewerkt hebben omdat omstandigheden op de locatie veranderd waren en werkprocessen daar niet op aangepast waren.</i> |
| Q4 | Ja | Overlijden na insulinegift <i>Onderzoek is ingesteld of het overlijden van de cliënt verband houdt met een insulinegift. Hier is geen verband aangetoond. Wel zijn er aanbevelingen gedaan ten aanzien van het rapporteren en scholing over ziektebeeld</i> |

Bijlage 5 Analyse onvrijwillige zorg 2021

Inleiding

Sinds de intrede van de Wet zorg en dwang (Wzd) is het niet meer nodig om maandelijks onvrijwillige zorg te melden bij de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Wel verwacht de IGJ dat 2 x per jaar een bestand aangeleverd wordt waarin duidelijk wordt hoeveel onvrijwillige zorg er ingezet is. Daarnaast moet er 1 x per jaar een analyse opgesteld worden op locatieniveau waarin de organisatie/locatie aangeeft op welke wijze zij reflecteren en leren om zoveel mogelijk vrijheid en veiligheid te bieden. De analyse maakt inzichtelijk welke vormen en hoeveel onvrijwillige zorg er is toegepast en welke acties de organisatie/locatie heeft ingezet om onvrijwillige zorg te verminderen.

Inzet onvrijwillige zorg

Er is sprake van onvrijwillige zorg als er aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- De cliënt heeft een aandoening die onder de Wet zorg en dwang valt
- De cliënt is wilsonbekwaam ter zake
- Er is sprake van ernstig nadeel
- Er is sprake van verzet (met uitzondering van gedrag beïnvloedende medicatie buiten de richtlijn om, beperken van de bewegingsvrijheid en insluiten)

In bijlage 1 zijn vormen van onvrijwillige zorg opgenomen welke binnen Topaz toegepast kunnen worden.

Onvrijwillige zorg wordt vastgelegd in het ECD. Onderstaand overzicht geeft de inzet van onvrijwillige zorg weer in de afgelopen jaren op organisatieniveau. Opvallend hierin is dat sinds de invoer van de Wet zorg en dwang er minder onvrijwillige zorg ingezet is in vergelijking met de vrijheidsbeperkende interventies onder de Wet Bijzondere Opname Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ). Hierin moet opgemerkt worden dat de inzet van bijvoorbeeld domotica onder de wet BOPZ gezien werd als vrijheidsbeperkende interventie. Onder de Wet zorg en dwang is dit alleen onvrijwillige zorg als er sprake is van verzet. Hierdoor is er minder domotica als onvrijwillige zorg geregistreerd. Daarnaast werd ten tijde van de BOPZ alle vrijheidsbeperkende interventies geregistreerd, ook bij cliënten die onder de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst vielen (WGBO) en waarbij interventies vaak op eigen verzoek ingezet werden. Dit geeft een vertekend beeld.

| Totaal aantal maatregelen | |
|---------------------------|-----|
| 2019 | 412 |
| 2020 | 191 |
| 2021 | 208 |

Trend inzet onvrijwillige zorg op locatieniveau

Topaz heeft 8 locaties waar cliënten wonen met een aandoening die onder de Wet zorg en dwang vallen. Bij een aantal locaties wonen ook cliënten met een somatische zorgvraag. Onderstaand schema geeft inzicht in de inzet van onvrijwillige zorg op locatieniveau. Genoteerd is het aantal cliënten dat onder de Wet zorg en dwang valt en vervolgens de inzet in de afgelopen jaren. Hier is opvallend de grote verschillen tussen de locaties onderling enerzijds en anderzijds de trend. Bij de ene locatie wordt een (grote) afname gezien. Bij de andere locatie een grote toename. Hiervoor zijn de volgende oorzaken aan te wijzen:

- 2019 betreft vrijheidsbeperkende interventies onder de wet BOPZ (zie organisatieniveau)
- In 2020 zijn alle locaties overgegaan naar een nieuw ingericht ECD. De vastlegging van onvrijwillige zorg in het ECD was in het begin onduidelijk waardoor er sprake kan zijn van onder registratie.
- Locatie Vlietwijk en Lakenhof zijn ingericht met leefcirkels(domotica) deze hoeven onder de Wet zorg en dwang niet geregistreerd te worden.

- Locatie Haagwijk is een pilot geweest om de deuren te openen, dus geen gesloten afdelingen meer.

| Locatie | Totaal aantal cliënten vallend onder de Wzd | Onvrijwillige Zorg 2019 | Onvrijwillige Zorg 2020 | Onvrijwillige zorg 2021 |
|------------|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Haagwijk | 81 | 29 | 11 | 13 |
| Lakenhof | 48 | 24 | 14 | 12 |
| Overduin | 196 | 30 | 38 | 84 |
| Vlietwijk | 64 | 50 | 4 | 4 |
| Zuydtwijck | 92 | 42 | 21 | 31 |
| Munnekewij | 42 | 41 | 14 | 4 |
| Foreschate | 25 | 0 | 0 | 1 |
| Overrhyn | 80 | 83 | 63 | 28 |

Vormen van onvrijwillige zorg

Onderstaande tabel geeft inzicht van de vormen van onvrijwillige zorg die ingezet worden binnen de organisatie. Hierbij vallen een aantal zaken op:

- De registratie van psychofarmaca (rustgevende medicatie) buiten de richtlijn is een enorme daling te zien, hier ligt een registratiefout aan ten grondslag. Psychofarmaca buiten de richtlijn is geregistreerd onder het kopje vocht en medicatie. Dit is niet juist, hierop moet een herstelactie ingezet worden. Bij vocht en medicatie wordt geregistreerd als iemand verborgen medicatie krijgt of als iemand bijvoorbeeld een placebo krijgt.
- De mechanische fixatie is fors afgenomen, het beperken van de bewegingsruimte is fors toegenomen. Ook hier ligt een registratie fout aan ten grondslag. Dit komt mede doordat onder deze categorieën verschillende maatregelen vallen.
- Een forse toename van insluiten in de locatie. Dit heeft te maken met de registratie van gesloten afdeling of hoofdingang.
- Een forse afname van de registratie van sensor. Hierbij is een slag gemaakt dat de sensor alleen als onvrijwillige zorg geregistreerd wordt als er sprake is van verzet.
- Er wordt onvrijwillige zorg ingezet die niet gekoppeld is aan een categorie. Om de analyse mogelijkheid te vergroten is het belangrijk om deze koppeling wel te maken.

| Categorie | 2020 | 2021 |
|---|------|------|
| Toedienen vocht voeding medicatie | | |
| - Vocht en medicatie | | 62 |
| - Psychofarmaca (rustgevende medicatie) | 26 | 4 |
| Beperking bewegingsvrijheid | | |
| - mechanische fixatie | 45 | 10 |
| - beperken bewegingsruimte | 13 | 35 |
| Insluiten | | |
| - in kamer | 13 | 1 |
| - in de locatie | | 54 |

| | | |
|---|----|----|
| Uitoefenen van toezicht | | |
| - chip | 1 | 2 |
| - sensor | 51 | 8 |
| Niet gekoppeld aan bovenstaande categorie | 24 | 24 |

NB van 2019 kon vanwege overgang naar ander ECD geen goede uitdraai meer gemaakt worden van de verschillende vormen

Analyse algemeen vanuit organisatie Topaz

In 2021 (meetperiode januari tot december) hadden we in totaal 207 formele onvrijwillige zorg-acties^[1]. We zien verschillen in de getallen door verschil in criteria. Verschillende (uitsluiting) criteria kunnen zijn verzet, tijdstip van inzet, onderliggende wet Wzd vs. BOPZ etc. Als we in grote lijnen kijken en niet te veel uitsluitingscriteria meenemen, zien we dat het aantal onvrijwillige zorg acties ongeveer gelijk gebleven is ten opzichte van 2020. Het gaat om onvrijwillige zorg in de vorm van bedhekken, inzet van een sensor, geven van verborgen medicatie, voorschrijven van rustgevende medicatie (psychofarmaca) buiten de richtlijn om.

Gezien de variatie in cijfers en het belang van goede registratie is het lastig om een goede analyse te doen op de cijfers voor de totale organisatie. In elk geval blijkt er een bepaalde vorm van stabiliteit uit de huidige cijfers. De cijfers zijn volgens afspraak aangeleverd bij de IGJ.

In het algemeen kan gesteld worden dat Topaz streeft naar zoveel mogelijk regie bij de cliënt. Dit betekent ook dat we leefruimte en vrijheid hoog in het vaandel hebben staan. Het bewustzijn over de trend van bewegingsvrijheid zullen we als thema aan de orde blijven stellen bij onze medewerkers, cliënten en hun naasten. Dit nemen we ook mee in onze plannen op langere termijn op het gebied van vastgoed en domotica.

Geleerde lessen

In ieder geval leren deze cijfers ons dat het belangrijk is om nogmaals te kijken naar de inrichting van ons ECD. Nodigt het ECD uit om de registratie van onvrijwillige zorg op de juiste wijze te doen, zijn de verschillende categorieën en subcategorieën goed ingericht en kan de mogelijkheid anders uitgezet worden. Daarnaast is het belangrijk om aandacht te besteden aan de kennis van de verschillende vormen van onvrijwillige zorg en tot welke categorie of subcategorie deze behoren zodat de registratie betrouwbaar en volledig is.

In 2021 is op meerdere locaties een interne audit op het toepassen van de Wet zorg en dwang uitgevoerd. De bevinding is dat locaties actief opzoek gaan naar alternatieven en vanuit de geest van de wet handelen. Wel kan nog systematischer gedacht worden. Ook het stappenplan blijkt zeer ingewikkeld om goed toe te passen, zeker omdat het stappenplan zeer rigide is en daarmee niet altijd passend.

In 2021 is de IGJ op bezoek geweest op de locatie Zuydtwijk. De uitkomsten van dit bezoek onderschrijven de resultaten van de interne audit. Dit is goed om ons te realiseren. De IGJ heeft wel geconstateerd dat de registratie van het verblijf op gesloten afdeling verbeterd moet worden. Hiervoor is een plan van aanpak opgesteld dat door de IGJ geaccordeerd is. In het kort komt het erop neer dat van de 8 locaties waar cliënten wonen de onder de wet zorg en dwang vallen er 4 locaties zijn waarvoor geen aanvullende maatregelen nodig zijn. Dit zijn de locaties Lakenhof en Vlietwijk waar met leefcirkels (domotica) gewerkt wordt en de locaties Foreschate en Haagwijk waar de afdelingen open zijn. Indien er op deze locaties beperking van vrijheid toegepast wordt dan wordt het stappenplan doorlopen. Er is 1 locatie waar onderzocht wordt of er mogelijkheden zijn om de deuren te openen van de afdeling door inzet van domotica. Dit onderzoek wordt in het derde kwartaal van 2022 afgerond. Er zijn 3 locaties waar geen mogelijkheden zijn om op korte termijn de deuren te openen. Hierbij spelen de volgende factoren een rol:

- geen domotica aanwezig in het gebouw
- de indeling van het pand waardoor bij het openen van deuren het toezicht en een veilige vrije beweging niet voldoende te realiseren is
- er wonen cliënten met een bepaald ziektebeeld (Huntington, Korsakov) voor wie structuur erg belangrijk is, open deuren geeft overprikkeling met het risico op ontregeld gedrag.
- er wonen cliënten met een RM/IBS status voor wie een gesloten deur noodzakelijk is.

Voor deze 3 locaties geldt dat de deuren gesloten blijven. Voor cliënten die op deze locaties wonen wordt in het clientplan vastgelegd of de client de afdeling wel of niet mag verlaten. Dit wordt per half jaar geëvalueerd tijdens de clientplan evaluatie. Als een client verzet vertoont tegen de gesloten deur dan wordt het stappenplan doorlopen.

[1] Hierbij de opnamestatus en insluiting zonder verzet niet meegenomen.

Analyse op locatieniveau

Iedere locatie is gevraagd zelf een analyse te maken op de geregistreerde onvrijwillige zorg. Waarbij de volgende vragen gesteld zijn:

- Welke acties zijn er uitgevoerd om onvrijwillige zorg terug te dringen en wat is het resultaat daarvan?
- Wat is er verbeterd rondom het toepassen, terugdringen en voorkomen van onvrijwillige zorg?
- Wat is geleerd rondom (het toepassen, verminderen en voorkomen van) onvrijwillige zorg?
- De verhouding van het aantal cliënten dat vormen van onvrijwillige zorg heeft ontvangen ten opzichte van het aantal cliënten dat geen onvrijwillige zorg heeft ontvangen, uitgedrukt in aantallen en percentages;
- Is er een stijging of een daling van de inzet van onvrijwillige zorg ten opzichte van eerdere jaren en wat zijn mogelijke verklaringen daarvoor?

Haagwijk

Deze locatie heeft plaats voor 81 bewoners. Op deze locatie wonen pg-cliënten en GP-cliënten en vallen daarmee allemaal onder de Wet zorg en dwang. Op deze locatie zijn ook 2 ontmoetingscentra die bezocht worden door cliënten die onder de Wzd kunnen vallen. De cliënten die wonen op de eerste en tweede etage hebben veelal een besluit tot opname en verblijf (artikel 21 Wzd).

De eerste en tweede etage waren onder de wet BOPZ gesloten afdelingen. Vanuit Radicale Vernieuwing Verpleeghuiszorg heeft de locatie meegedaan aan een pilot om de deuren van de afdeling te openen. Hiervoor is een plan van aanpak opgesteld en vanaf 1 juni 2021 zijn de deuren van de etages geopend. De voordeur van het gebouw is nog wel gesloten. Tot en met september 2021 is onderzocht op verschillende punten welk effect het openen van de deuren had. Er is gekeken naar: Personeel, Ervaren geluk van cliënten en het aantal MIC-meldingen.

De meest opvallende punten hierin waren:

- Personeel zag er in eerste instantie tegen op dat de deuren geopend werden uit angst minder toezicht te kunnen bieden. Men vond het spannend. Na het openen van de deuren was de meerderheid positief en vond men het meevallen.
- Cliënten verlaten niet altijd de afdeling, ongeveer 60% verlaat af en toe de afdeling en ongeveer 30% doet dit vaak. Sommige mensen hadden ook toen de deuren gesloten waren de mogelijkheid de afdeling te verlaten. Bij de cliënten zijn in de periode 3 metingen gedaan om het geluk niveau te meten. Bij de tweede meting was het geluk niveau hoger dan bij de eerste meting. Bij de derde meting was het geluk niveau wat lager, dit is te verklaren door medische redenen.
- Het aantal MIC-meldingen is niet veel gewijzigd sinds het openen van de deuren. Doordat cliënten zich door het gebouw konden bewegen waren er voor sommige cliënten meer prikkels en dat heeft een paar maal geleid tot een aanvaring tussen cliënten.

Als gekeken wordt naar het aantal registraties van onvrijwillige zorg dan worden de volgende vormen ingezet. Uit onderstaand overzicht wordt duidelijk dat er in 5 situaties verzet wordt getoond door de cliënten. Bij deze cliënten wordt het stappenplan actief gevolgd. Bij 13 van de 81 cliënten wordt onvrijwillige zorg ingezet dit is dus bij 16% en in 6% is er sprake van verzet.

| Categorie | Aantal | Verzet |
|-----------------------------------|--------|--------|
| Toedienen vocht voeding medicatie | | |
| - Vocht en medicatie | 7 | 3 |
| Beperking bewegingsvrijheid | | |

| | | |
|----------------------------|---|---|
| - beperken bewegingsruimte | 1 | 0 |
| Insluiten | | |
| - in kamer | 1 | 0 |
| - in de locatie | 2 | 2 |
| Uitoefenen van toezicht | | |
| - sensor | 2 | 0 |

Lakenhof

Deze locatie heeft plaats voor 72 cliënten. Op deze locatie kunnen 48 pg-clieuten wonen en 24 somatische cliënten. Op de locatie wordt gewerkt met leefcirkels, hierdoor kan er individugericht gewerkt worden. Cliënten die onder de Wzd vallen kunnen een beperking hebben in hun bewegingsvrijheid. Indien zij zich hier niet tegen verzetten wordt dit geregistreerd in het cliëntplan maar wordt dit niet als onvrijwillige zorg gezien.

Om de onvrijwillige zorg terug te dringen wordt er binnen Lakenhof regelmatig casuïstiek besprekingen gehouden tijdens de koffiepauze om op deze wijze de zorgmedewerkers meer bewust te laten worden van wat onvrijwillige zorg is, wat is de balans tussen vrijheid en veiligheid. Hierbij is geleerd dat de wet niet zomaar blijft hangen bij iedereen. Regelmatig bespreekbaar maken is belangrijk, op die manier kun je elkaar ook stimuleren om creatief te worden/zijn op die manier kun je tot alternatieven komen. Daarnaast worden de cliënten met onvrijwillige zorg 1 x per 3 maanden multidisciplinair besproken waarbij ook specifieke aandacht is voor het juiste omschrijven van de ingezette maatregel het "waarom".

Als gekeken wordt naar het aantal registraties van onvrijwillige zorg dan worden de onderstaande vormen ingezet. Uit onderstaand overzicht wordt duidelijk dat er in 4 situaties verzet wordt getoond door de cliënten. Daarnaast is er wel een maatregel ingezet bij 7 cliënten die een tag dragen zodat zij herinnerd worden dat ze niet zelfstandig naar buiten kunnen. Deze cliënten vertonen geen verzet en zien het als een herinnering. Bij 12 van de 48 cliënten wordt onvrijwillige zorg ingezet dit is dus bij 25% en in 8% is er sprake van verzet.

| Categorie | Aantal | Verzet |
|-----------------------------------|--------|--------|
| Toedienen vocht voeding medicatie | | |
| - Vocht en medicatie | 1 | 0 |
| Insluiten | | |
| - kastdeur op slot | 2 | 2 |
| - in de locatie | 9 | 2 |

Overduin

Deze locatie heeft plaats voor 192 cliënten. Op deze locatie wonen pg-clieuten op gesloten afdelingen, deze cliënten vallen onder de Wet zorg en dwang en hebben veelal een besluit tot opname en verblijf (artikel 21 Wzd). Daarnaast wonen op deze locatie cliënten met Korsakov, Gerontopsychiatrie en Huntington deze cliënten vallen ook onder de Wet zorg en dwang. Deze afdelingen kunnen gesloten zijn. Sommige cliënten hebben een besluit tot opname en verblijf (artikel 21 Wzd) en een enkeling heeft een Rechterlijke Machtiging. De locatie heeft ook een dagbehandeling en een ontmoetingscentrum. Cliënten die daarvan gebruik maken vallen ook onder de Wet zorg en dwang.

Op de locatie is vooral ingezet op het vergroten van kennis over de uitvoering van de Wet zorg en dwang. Dit ook vooral met behandelaren. Door het gesprek multidisciplinair te voeren en evaluatiemomenten te borgen zoals bijvoorbeeld artsensite, gedragsvisite en een multidisciplinair overleg worden ook alternatieven gevonden en toegepast. In het voeren van het gesprek is ook de bewustwording gegroeid dat de juiste juridische status en wilsbekwaamheid ter zake belangrijk zijn. Ook is er aandacht voor het durven nemen van acceptabele risico's waarbij het belangrijk is om de rapportage te verbeteren zodat er ook juiste afwegingen gemaakt kunnen worden. Hierbij wordt vooral ook gekeken naar het creëren en behoud van het welzijnsaspect. De registratie van onvrijwillige zorg

in het ECD is een aandachtspunt, het ECD wordt niet als ondersteunend ervaren en dit belemmert in juiste registratie en het goed doorlopen van het stappenplan.

Als gekeken wordt naar het aantal registraties van onvrijwillige zorg dan worden de onderstaande vormen ingezet. Uit onderstaand overzicht wordt duidelijk dat er in 55 situaties verzet wordt getoond door de cliënten. Bij 84 van de 196 cliënten wordt een vorm van onvrijwillige zorg ingezet. Dit is 43 % in 28 % is er sprake van verzet. Er is een toename van onvrijwillige zorg op de locatie. Dit is enerzijds te verklaren door betere registratie en anderzijds door toename van zorgzwaarte en complex gedrag waardoor er meer verzet vertoond wordt. Op deze locatie wordt ook meer toezicht uitgeoefend waartegen de cliënt verzet vertoond.

| Categorie | Aantal | Verzet |
|--|--------|--------|
| Toedienen vocht voeding medicatie | | |
| - Vocht en medicatie | 29 | 22 |
| - Psychofarmaca (rustgevendende medicatie) | 3 | 0 |
| Beperking bewegingsvrijheid | | |
| - mechanische fixatie | 3 | 0 |
| - beperken bewegingsruimte | 19 | 9 |
| Insluiten | | |
| - in de locatie | 17 | 15 |
| Uitoefenen van toezicht | | |
| - controle van woonruimte op verdovende middelen | 11 | 9 |
| | | |
| Niet gekoppeld aan bovenstaande categorie | 2 | 0 |

Vlietwijk

Deze locatie heeft plaats voor 72 cliënten. Op deze locatie wonen 64 pg-cliënten en 8 somatische cliënten. Op de locatie wordt gewerkt met leefcirkels. Cliënten die onder de Wzd vallen kunnen een beperking hebben in hun bewegingsvrijheid. Indien zij zich hier niet tegen verzetten wordt dit geregistreerd in het zorgleefplan maar wordt dit niet als onvrijwillige zorg gezien. Op de locatie is ook een ontmoetingscentrum dat bezocht wordt door cliënten die onder de Wzd kunnen vallen. Daarnaast wordt vanuit deze locatie ook VPT geleverd aan cliënten die onder de Wzd kunnen vallen.

Op de locatie is vooral ingezet op het voeren van gesprekken met elkaar om bewustwording te vergroten, kritisch te kijken naar wat we willen doen, hierbij creatief te zijn en vooral ook de familie te betrekken in de besluitvorming. Men is zich ervan bewust dat onvrijwillige zorg breed is, je moet goed kijken om het te herkennen en te erkennen. Belangrijk is om te investeren op een goede samenwerking tussen arts en Wzd functionaris. Daarnaast komt ook op deze locatie de wens naar voren op een eenvoudige en duidelijke registratie in het ECD naar voren.

Als gekeken wordt naar het aantal registraties van onvrijwillige zorg dan worden de onderstaande vormen ingezet. Uit onderstaand overzicht wordt duidelijk dat er in 1 situatie verzet wordt getoond door de cliënt. Op de locatie wordt bij 4 cliënten onvrijwillige zorg ingezet, dat is 6% in 1% is er sprake van verzet. Op de locatie wordt weinig onvrijwillige zorg ingezet. Dit komt mede doordat de locatie domotica gebruikt. Als er geen verzet is dan wordt dit niet als onvrijwillige zorg geregistreerd maar wordt het uitsluitend opgenomen in het cliëntplan.

| Categorie | Aantal | Verzet |
|-----------------------------------|--------|--------|
| Toedienen vocht voeding medicatie | | |
| - Vocht en medicatie | 1 | 1 |
| Insluiten | | |
| - in de locatie | 3 | 0 |

Zuydtwijck

Deze locatie heeft plaats voor 92 cliënten. Op deze locatie wonen pg-cliënten en GP-cliënten en vallen allen onder de Wet zorg en dwang. Een aantal afdelingen zijn gesloten. Cliënten op gesloten afdelingen hebben veelal een besluit tot opname en verblijf (artikel 21). De locatie heeft een ontmoetingscentrum dat bezocht wordt door cliënten die onder de Wet zorg en dwang kunnen vallen.

Op de locatie zijn onder andere de volgende acties uitgevoerd hebben om onvrijwillige zorg terug te dringen: de inzet van een psychiater bij zeer complex gedrag, het coachen van de teams door een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige, de inzet van de gespecialiseerd verzorgende psychogeriatric van de locatie zelf. Het resultaat wat daarbij gezien wordt is dat er vaak een kortdurende periode van onvrijwillige zorg wordt ingezet en er sneller over gegaan wordt naar de inzet van een alternatief. Familie wordt nauw betrokken bij de afweging om onvrijwillige zorg toe te passen. Hierbij is ook aandacht voor het vragen naar informatie vanuit het verleden om een beeld te krijgen waaruit het verzet ontstaat. We leren meer met alternatieven aan de slag te gaan. Signaleringsplannen ondersteunen om goed in kaart te krijgen wat er aan de hand is om te proberen te voorkomen dat er overgegaan moet worden naar onvrijwillige zorg. Er is een stijging van onvrijwillige zorg doordat er veel crisis opnames en tijdelijke opnames plaatsvinden waarbij er vanuit de thuissituatie/huisarts hoog ingezet is in medicatie en de opname binnen de locatie zo kortdurend is dat er geen ruimte is om het medicatie gebruik al te verminderen in de periode van opname. In de corona tijd zijn opnames lang uitgesteld geweest waardoor er veel opnames hebben plaatsgevonden waarbij de zorgvrager al in de thuissituatie escaleerde en er naar onvrijwillige zorg overgegaan moest worden. In het aankomende jaar willen we bereiken dat opnames beter in kaart te brengen zijn zodat er bij opname al meer in de alternatieven gedacht kan worden en eventuele afbouw van aanwezige onvrijwillige zorg snel ingezet kan worden.

Als gekeken wordt naar het aantal registraties van onvrijwillige zorg dan worden de onderstaande vormen ingezet. Uit onderstaand overzicht blijkt dat 20 cliënten verzet tonen tegen de ingezette onvrijwillige zorg. Bij 31 van de 92 cliënten wordt onvrijwillige zorg ingezet dat is 34% in 22% is er sprake van verzet. Het verzet wordt vooral gezien bij cliënten die met spoed opgenomen worden. In een aantal gevallen is dan sprake van een In Bewaring Stelling of Rechterlijke Machtiging.

| Categorie | Aantal | Verzet |
|-----------------------------------|--------|--------|
| Toedienen vocht voeding medicatie | | |
| - Vocht en medicatie | 15 | 9 |
| Beperking bewegingsvrijheid | | |
| - beperken bewegingsruimte | 4 | 0 |
| Insluiten | | |
| - in kamer | | |
| - in de locatie | 10 | 10 |
| Uitoefenen van toezicht | | |
| - sensor | 2 | 1 |

Munnekewij

Deze locatie heeft plaats voor 70 cliënten. Op deze locatie wonen ongeveer 40 pg-cliënten en 30 somatische cliënten. De verpleegunit is een gesloten afdeling, hier wonen cliënten die veelal een besluit hebben tot opname en verblijf (artikel 21 Wzd). De locatie heeft een ontmoetingscentrum dat bezocht wordt door cliënten die onder de Wzd kunnen vallen. Daarnaast wordt vanuit deze locatie ook zorg verleent aan VPT-cliënten die onder de Wzd kunnen vallen.

Op de locatie is sinds kort een Wzd-commissie ingesteld. Deze commissie heeft als eerste focus om te kijken welke onvrijwillige zorg er nu ingezet wordt en of dat nog van toepassing is. Zij ondersteunen het multidisciplinaire team hierin. Daarnaast wordt er nu beter naar situaties gekeken en onderzocht of er alternatieven mogelijk zijn. Het bewustzijn groeit om niet direct te kiezen voor onvrijwillige zorg. De juiste registratie in het ECD is een aandachtspunt. De gedachte op de locatie is namelijk dat de ingezette onvrijwillige zorg hoger is dan uit het ECD-overzicht zichtbaar is.

Als gekeken wordt naar de registraties van onvrijwillige zorg worden de onderstaande vormen ingezet. Uit onderstaand overzicht blijkt dat 1 cliënt verzet vertoont. Bij 4 van de 42 cliënten wordt onvrijwillige zorg aantoonbaar ingezet dat is 10% in 2% is er sprake van verzet.

| Categorie | Aantal | Verzet |
|-----------------------------|--------|--------|
| Beperking bewegingsvrijheid | | |
| - beperken bewegingsruimte | 3 | 0 |
| Insluiten | | |
| - in de locatie | 1 | 1 |

Foreschate

Deze locatie heeft plaats voor 48 cliënten. Op deze locatie wonen pg-clieñten en somatische cliënten. Ongeveer de helft van de cliënten valt onder de Wet zorg en dwang. Op deze locatie worden cliënten niet gedwongen opgenomen. Vanuit de locatie wordt zorg verleent aan VPT-clieñten die onder de Wzd kunnen vallen.

De locatie is van oudsher een verzorgingshuis. De cliënten vallen onder verantwoording van de huisarts. Op deze locatie is bij 1 cliënt onvrijwillige zorg ingezet. Dit is geregistreerd onder de categorie anders en daarmee onduidelijk welke onvrijwillige zorg er ingezet is. De zorgvraag van de cliënten neemt toe, dit zou ook kunnen betekenen dat de inzet van onvrijwillige zorg gaat toenemen. Het is belangrijk dat ook op deze locatie ingezet wordt op vergroten van het bewustzijn of er onvrijwillige zorg ingezet wordt.

Overrhyn

Deze locatie heeft plaats voor 162 cliënten. Op deze locatie wonen 80 pg-clieñten en 82 somatische cliënten. De pg-afdelingen op de tweede en derde etage zijn gesloten. De cliënten die hier wonen vallen onder de Wzd en hebben veelal een besluit tot opname en verblijf (artikel 21 Wzd). De locatie heeft 2 ontmoetingscentra die bezocht worden door cliënten die onder de Wzd kunnen vallen.

Op deze locatie is sinds kort een Wzd-commissie ingesteld, met een nu beperkt aantal leden. De commissie heeft zich gefocust op het onder de aandacht brengen van de Wet zorg en dwang bij het zorgteam, met als doel om medewerkers meer bewust te maken van de inzet van onvrijwillige zorg. Hierin zien we wel resultaat. Ook zal er nog extra aandacht nodig zijn voor het zoeken naar alternatieven.

De inzet van geregistreerde onvrijwillige zorg lijkt gedaald te zijn in vergelijking met afgelopen jaren. Daarbij valt op dat niet alle meldingen volledig zijn ingevuld, ook zijn er meldingen gemaakt bij somatische afdelingen. De registratie in het ECD heeft dan ook extra aandacht nodig zodat de monitoring beter gedaan kan worden en er een meer betrouwbaar beeld is.

Als gekeken wordt naar de registratie van onvrijwillige zorg worden onderstaande vormen gezien. Uit onderstaand overzicht blijkt dat er bij 5 cliënten sprake is van verzet. Bij 28 van de 80 cliënten wordt onvrijwillige zorg ingezet dit is 35% in 6 % is er sprake van verzet.

| Categorie | Aantal | Verzet |
|-----------------------------------|--------|--------|
| Toedienen vocht voeding medicatie | | |

| | | |
|-----------------------------|---|---|
| - Vocht en medicatie | 2 | 1 |
| - psychofarmaca | 1 | 0 |
| Beperking bewegingsvrijheid | | |
| - mechanische fixatie | 6 | 0 |
| - beperken bewegingsruimte | 8 | 4 |
| Insluiten | | |
| - in de locatie | 1 | 0 |
| Uitoefenen van toezicht | | |
| - sensor | 7 | 0 |
| - controle van woonruimte | 1 | 0 |
| | | |
| Anders | 4 | 0 |

Reactie van de cliëntenraad op de analyse

Deze reactie wordt nog toegevoegd als de analyse met de Centrale Cliëntenraad besproken is.

Bijlage 1 Vormen van onvrijwillige zorg

| Nr. | Omschrijving | Voorbeelden |
|-----|---|---|
| 1. | Toedienen van vocht, voeding en medicatie, alsmede doorvoeren van medische controles of andere medische handelingen en overige therapeutische maatregelen, ter behandeling van een psychogeriatrische aandoening, verstandelijke handicap, een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie hiervan, dan wel vanwege die aandoening, handicap of stoornis, ter behandeling van een somatische aandoening; | |
| 1a. | Vocht en voeding | Dwangvoeding |
| 1b. | Medicatie | Placebo Verborgene medicatie |
| 1c. | Toediening van psychofarmaca in afwijking van de richtlijn | |
| 1d. | Het verrichten van medische controles of andere medische handelingen | |
| 2. | Beperking van de bewegingsvrijheid | |
| 2a. | Fysieke fixatie | <ul style="list-style-type: none"> • Cliënt tegenhouden/ vasthouden om weg te gaan • Rolstoel op de rem |
| 2b. | Mechanische fixatie | <ul style="list-style-type: none"> • 2 beddekken evt. met beschermer • Tafelblad op rolstoel niet wegklapbaar • Laag-laag bed • Posey bed |
| 2c. | Het beperken van de bewegingsruimte anders dan door fixatie | <ul style="list-style-type: none"> • Plukpak • Zitbroek • Ballen deken |
| 3. | Insluiten | |
| 3a. | In een separeerverblijf | Niet van toepassing |
| 3b. | In een afzonderingsruimte | Uitsluitend op Huntington afdeling mogelijk voor de Huntington cliënten |
| 3c. | Op de eigen kamers/verblijfruimte | <ul style="list-style-type: none"> • Deur op slot van kamer • Deur op slot van de kast • Spionnetje |
| 3d. | Binnen de locatie | <ul style="list-style-type: none"> • Deur op slot van de afdeling • Deur op slot op de etage • Deur op slot van de hoofdingang • Voordeur op slot |
| 4. | Uitoefenen van toezicht op betrokkenen ¹ | |
| 4a. | Cameramonitoring | <ul style="list-style-type: none"> • Smart sensor |
| 4b. | Toepassing van overige domotica in privéruimte | <ul style="list-style-type: none"> • Sensor • Leefcirkels |
| 4c. | Toepassing van elektronische traceringsmiddelen | <ul style="list-style-type: none"> • Zorgriem • Wegloopchip • GPS |
| 5. | Onderzoek van kleding of lichaam | |
| 6. | Onderzoek van woon/verblijfruimte op gedrag beïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen | |

¹ De genoemde domotica zijn voorbeelden van zorgdomotica die gebruikt worden binnen Topaz. Zorgdomotica omvat een breder assortiment. Niet alle zorgdomotica is onvrijwillige zorg.

| Nr. | Omschrijving | Voorbeelden |
|-----|--|---|
| 7. | Controle op aanwezigheid van gedrag beïnvloedende middelen | |
| 8. | Aanbrengen van beperkingen in het eigen leven in te richten die tot gevolg hebben dat betrokkene iets moet doen of nalaten | |
| 8a. | Beperking in het gebruik van communicatiemiddelen | |
| 8b. | Beperken van het recht op het ontvangen bezoek | |
| 8c. | Overig | <ul style="list-style-type: none"> • Afsluiten gas • Verwijderen gevaarlijke voorwerpen • Medicatiekluis |