



Kwaliteitsverslag 2020

We kennen elkaar.
We zorgen voor elkaar.

Inhoudsopgave

| | | | |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----|----|
| 1 | Inleiding | 4 | |
| 2 | Wie zijn wij? | 5 | |
| Algemeen beschrijvend overzicht uitkomsten | | | |
| 3 | Kwaliteit en veiligheid | 6 | |
| 3.1 | Persoonsgerichte zorg en ondersteuning | 6 | |
| 3.1.1 | wat verstaan wij onder persoonsgerichte zorg en ondersteuning | 6 | |
| 3.1.2 | coronapandemie | 6 | |
| 3.1.3 | de focus in het Kwaliteitsplan | 7 | |
| 3.2 | Wonen en welzijn | 8 | |
| 3.2.1 | coronapandemie | 8 | |
| 3.2.2 | de focus in het Kwaliteitsplan | 9 | |
| 3.3 | Veiligheid | 10 | |
| 3.3.1 | coronapandemie | 10 | |
| 3.3.2 | de focus in het Kwaliteitsplan | 11 | |
| 3.4 | Leren en verbeteren van kwaliteit | 13 | |
| 3.4.1 | de focus in het Kwaliteitsplan | 13 | |
| 3.4.2 | andere ontwikkelingen | 13 | |
| 3.5 | Leiderschap, governance en management | 15 | |
| 3.5.1 | coronapandemie | 15 | |
| 3.5.2 | de focus in het Kwaliteitsplan | 15 | |
| 3.5.3 | andere ontwikkelingen | 16 | |
| 3.6 | Personeelssamenstelling (voldoende en bekwaam personeel) | 19 | |
| 3.6.1 | coronapandemie | 19 | |
| 3.6.2 | de focus in het Kwaliteitsplan | 19 | |
| 3.6.3 | andere ontwikkelingen | 20 | |
| 3.7 | Gebruik van hulpbronnen | 20 | |
| 3.7.1 | coronapandemie | 20 | |
| 3.7.2 | de focus in het Kwaliteitsplan | 21 | |
| 3.7.3 | andere ontwikkelingen | 23 | |
| 3.8 | Gebruik van informatie | 24 | |
| 3.8.1 | de focus in het Kwaliteitsplan | 24 | |
| 3.8.2 | andere ontwikkelingen | 24 | |
| Specifieke aandacht voor drie onderdelen | | | 25 |
| 4 | Veiligheid | 25 | |
| 4.1 | Medicatieveiligheid | 25 | |

| | | |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------|----|
| 4.2 | Decubituspreventie..... | 26 |
| 4.3 | Onvrijwilliger zorg..... | 26 |
| 5 | Cliëntoordelen..... | 27 |
| 5.1 | Interne tevredenheidsmeting (ZorgDNA)..... | 27 |
| 5.2 | Zorgkaart Nederland..... | 27 |
| 6 | Leren en werken aan kwaliteit..... | 28 |
| Bijlage 1 | Lijst met afkortingen..... | 29 |
| Bijlage 2 | Personeelssamenstelling..... | 30 |
| | Personeel in aantal..... | 30 |
| | Verdeling zorgverleners intra- en extramuraal naar functie en locatie..... | 30 |
| | Aantal leerlingen in zorgfuncties..... | 30 |
| | Verdeling behandelaren naar locatie..... | 31 |
| | In- en uitstroomcijfers..... | 31 |
| | Personele kosten in ratio..... | 31 |
| Bijlage 3 | Jaarverslag van de Raad van Toezicht..... | 32 |

1 Inleiding

Het jaar 2020 stond in het teken van de coronapandemie. Ook wij ondervonden dat. Cliënten en medewerkers die ziek werden. Familieleden die niet meer op bezoek mochten komen en vrijwilligers die ook niet meer mochten komen. Veel contacten verliepen langs elektronische weg, zowel bij cliënten als bij medewerkers in hun werk. Het veel grotere gebruik van beschermende materialen (PBM's) zoals mondkapjes. Het steeds weer aanpassen aan veranderingen in richtlijnen. Het vergde veel van cliënten, familie, medewerkers en vrijwilligers. Flexibiliteit en een nog grotere inzet dan in andere jaren was noodzakelijk. En die was er ook!

Bijna alle energie en aandacht ging zitten in de werkzaamheden die de coronapandemie met zich meebracht. Diverse plannen werden gedurende het jaar doorgeschoven. U leest regelmatig dat een plan of activiteit in 2021 zal plaatsvinden of al is gestart of zelfs is afgerond. Een van de belangrijke zaken die in 2020 wel doorging, was de uitvoering van de Organisatieontwikkeling. In februari hadden de medezeggenschapsorganen hier positief op gereageerd en had de Raad van Toezicht ermee ingestemd. Deze verandering bracht een vernieuwing van de organisatie van de zorg en een verbetering van de multidisciplinaire samenwerking organisatiebreed.

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

Het Kwaliteitsverslag is opgebouwd langs de lijnen die het Kwaliteitskader aangeeft en langs de punten die in het Kwaliteitsplan 2020 als "Focus" zijn benoemd.

2 Wie zijn wij?

Zonnehuisgroep Vlaardingen biedt persoonsgerichte zorg op maat als bijdrage aan de kwaliteit van leven van mensen die complexe, systematische, multidisciplinaire, geplande en ongeplande zorg nodig hebben. Dit zijn oudere en jongere bewoners, mensen die hier tijdelijk zijn – bijvoorbeeld omdat zij hier revalideren – en voor diegenen die thuis wonen en thuiszorg krijgen dan wel naar de dagbesteding gaan of poliklinische behandeling krijgen. De bewoner/cliënt bepaalt zelf zijn kwaliteit van leven en vult die allereerst zelf in samen met zijn naasten. Daar waar dit onvoldoende is, bieden wij maat zorg met medewerkers en vrijwilligers.

Wij staan voor betrokkenheid, betrouwbaarheid en samen doen, verantwoordelijkheid, doelmatigheid en persoonsgerichtheid. Onze kernkwaliteiten zijn vriendelijkheid, vakmanschap, ondernemingszin, klantgerichtheid, lokaal werken en eigenaarschap.

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

| Locaties en soorten zorg eind 2020 | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|----------------------|-------------------|------------------------------------|------------------|-------------------------------|--------|------------------|------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Naam | Soort zorg | | | | | | | | | | |
| | Verblijf lichamelijk | Verblijf dementie | Verblijf Jongeren NAH ¹ | GRZ ² | ELV hoog complex ³ | Crisis | Palliatieve zorg | Dagbesteding (Som +PG) | Wijkverpleging, MPT, VPT ⁴ en individuele begeleiding | Professionele alarmopvolging thuis | 1 ^e lijns behandeling ⁵ |
| Het Zonnehuis | X | X | | | | X | | X | | | |
| Drieën-Huysen Zuid | X | | X | | | | | X | | | |
| De Laurenburg | | | X | | | | | | | | |
| Drieën-Huysen Noord | | X | | | | | | | | | |
| Adriaan Pauw | | X | | | | | | | | | |
| De Dillenburg revalidatie | | | | X | X | X | X | | | | X |
| Zonnehuis Thuis wijkteams | | | | | | | | | X | X | |

¹ Niet Aangeboren Hersenletsel

² Geriatrische RevalidatieZorg

³ EersteLijnsVerblijf hoog complex

⁴ Modulair Pakket Thuis en Volledig Pakket Thuis

⁵ Poliklinische fysiotherapie, ergotherapie, logopedie en multidisciplinaire extramurale behandeling

Algemeen beschrijvend overzicht uitkomsten

3 Kwaliteit en veiligheid

In dit hoofdstuk schrijven wij steeds over de onderwerpen waarop de focus lag in 2020. In de kadertjes staan de onderwerpen die in het Kwaliteitsplan 2020 als focusonderwerpen zijn aangewezen. Steeds komt ook de coronapandemie om de hoek, die grote invloed had op het verblijf van cliënten en op het werken en vrijwilligerswerk van medewerkers en vrijwilligers.

In 2020 bracht de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) een toezichtbezoek in vervolg op haar bezoek in 2019. Het verbeterprogramma 'Van Basis naar Beter,' dat naar aanleiding van dat eerste bezoek was opgesteld, was net afgerond. De IGJ zag in 2020 de goede resultaten die bereikt waren. Bij de afronding van het verbeterprogramma was een borgingsplan opgesteld. De onderdelen daaruit zijn in de reguliere activiteiten voor kwaliteit opgenomen.

3.1 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

3.1.1 Wat verstaan wij onder persoonsgerichte zorg en ondersteuning?

Onze missie is het bieden van persoonsgerichte zorg op maat als bijdrage aan de kwaliteit van leven. Bij persoonsgerichte zorg staat het leven, de mens centraal en niet de ziekte. Zelfmanagement, samen beslissen (shared decision) en een stapsgewijze werkwijze zijn hierbij de pijlers. De bewoner en cliënt, zijn familie en sociale netwerk, de zorgprofessional en de vrijwilliger; samen vormen zij de zorggemeenschap.

Mensen bepalen zelf hun kwaliteit van leven. Persoonsgerichte zorg betekent dat de organisatie en de medewerkers rekening houden met de individuele kenmerken van de bewoners en cliënten, hun levensloop en hun leef- en werkwijze. Zij bepalen zelf hun doelen binnen hun mogelijkheden en die van de organisatie. Het persoonlijke zorgleefplan is hierbij een belangrijk hulpmiddel. Zorg is een deel van kwaliteit van leven. Zoveel mogelijk zelfstandig functioneren en participeren is belangrijk. Inzet en beleid van professionals is gericht op de ondersteuning hiervan. Samen met de bewoner of cliënt, familie, mantelzorgers en vrijwilligers vormen de medewerkers een zorggemeenschap. Wij bieden een veilige woonomgeving.

Persoonsgerichte zorg vraagt om een werkcultuur die ruimte biedt aan individuele werkwijzen en die medewerkers stimuleert tot eigenaarschap. Persoonsgerichte zorg stelt eisen aan vakmanschap (hoofd, hart en handen), aan werkcultuur (multidisciplinair samenwerken, veiligheid, openheid en werkoverleg) en aan de zorgcontext (schoonmaak, wonen, faciliteiten).

3.1.2 Coronapandemie

In de loop van maart 2020 kreeg de eerste cliënt coronaverschijnselen en werd positief getest. Al snel werden andere cliënten ziek en bleken positief te zijn. Medewerkers werden ziek en bleken positief te zijn. De overheid sloot alle verpleeghuizen.

De zieke cliënten waren vaak erg ziek. Zij moesten in isolatie worden verpleegd. En in de eerste golf verhuisden zij naar de twee speciaal ingerichte corona-afdelingen. Pas na heel wat weken konden zij terug naar hun eigen afdeling.

Naast bekende medewerkers kwamen er voor de cliënten noodgedwongen ook allerlei onbekende gezichten: veel uitzendkrachten en andere extra hulp. Een deel van de vaste

medewerkers viel immers uit door ziekte of omdat zij in quarantaine moesten. Familie en andere naasten kwamen niet meer omdat de verpleeghuizen gesloten waren. Om dezelfde reden zagen de cliënten ook geen vrijwilligers meer.

Kortom, het was overleven. De cliënten mochten hun afdeling ook niet meer af, omdat we compartimenten hadden gemaakt om verspreiding te voorkomen. Projecten, overleggen en trainingen waren hieraan ondergeschikt.

3.1.2.1 Corona-uitbraken bij cliënten

In de eerste golf – van half maart tot juni – en in de tweede golf - van half september tot half april 2021 – vonden de grotere uitbraken van corona steeds plaats op afdelingen met mensen met dementie en op de revalidatieafdelingen. Zij begrijpen afstand houden niet en doen dat dus ook niet, degenen met behoefte aan lopen komen overal en zijn niet tegen te houden, enzovoort. Dan heeft het virus zich al verspreid op het moment dat de eerste cliënt positief bevonden wordt.

Op de revalidatieafdelingen vond in mei een kleine uitbraak plaats en in oktober een grote uitbraak.

In de eerste golf was geen enkele cliënt op een afdeling voor lichamelijke aandoeningen positief. In de tweede golf was dit twee keer wel het geval. Hier verspreidde het zich niet of nauwelijks over de afdeling. Deze cliënten konden op hun kamer ook in isolatie verpleegd worden.

Bij cliënten met dementie lukt dat laatste veel minder. Wanneer een cliënt met dementie positief was, werd echter niet zijn hele afdeling als cohort gezien. De mede-clieënten die niet positief waren, zouden dan bloot staan aan besmetting en ongetwijfeld ook positief worden; dat vonden wij ethisch niet verantwoord. Een positieve cliënt met dementie in de eerste golf werd daarom verplaatst naar één van de twee speciaal voor corona ingerichte afdelingen. Voor hen had dit echter een hele grote impact. Een positieve cliënt met dementie verhuisde daarom in de tweede golf naar een afgeschermd deel (cohort) van zijn eigen afdeling. Zie voor meer informatie hierover paragraaf 3.3.

Bij cliënten die kwamen te overlijden mocht een klein aantal naasten komen, maar dan wel met de noodzakelijk beschermende materialen aan.

Ook in de thuiszorg testten cliënten positief voor corona. Dit verliep via de huisartsen. Wij registreerden hier geen aantallen. Deze cliënten werden door de thuiszorgmedewerkers volgens de richtlijnen van het RIVM verzorgd en verpleegd.

In de eerste golf – half maart tot juni – werden 49 cliënten positief getest: 43 met dementie, 0 met lichamelijke aandoeningen en 6 revalidanten. Van al deze cliënten herstelde 63% en overleed 37%. In de tweede golf – half september tot half april 2021 – werden tot en met 31 december 2020 82 cliënten positief getest: 52 met dementie, 4 met lichamelijke aandoeningen en 26 revalidanten. Van hen herstelde 77% en overleed 23%.

3.1.3 De focus in het Kwaliteitsplan

Focus in 2020

- Volgende fase project persoonsgerichte zorg
- Uitrollen project 'Ken je cliënt'
- Implementeren van de nieuwe werkwijze MDO op de afdelingen

3.1.3.1 Volgende fase project persoonsgerichte zorg

Het verder ontwikkelen van persoonsgerichte zorg, na de aandacht die het in 2019 kreeg, heeft door de coronapandemie stilgelegen. Rond het begin van de coronapandemie startte de eerste

meting van 2020, maar deze kon pas afgemaakt worden in augustus, toen we enige tijd geen coronapositieve cliënten hadden. De resultaten waren tijdens het eerste deel van de meting, in maart, goed (85%) en waren aan het eind van de zomer gedaald naar 73%. Later in het jaar werd dit weer opgepakt en in 2021 krijgt het een extra impuls.

Het uitdragen van de visie op persoonsgerichte zorg is sinds 2020 een criterium bij het inkopen van trainingen. Ook de aspirantenklas – met latere instromers en zij-instromers – krijgt les in persoonsgerichte zorg.

3.1.3.2 Uitrollen project 'Ken je cliënt'

Wanneer Mikzo, een onderdeel van het cliëntdossier, goed gebruikt wordt, is dat een belangrijk hulpmiddel bij het kennen van de cliënt. In de eerste twee maanden was hier specifieke aandacht voor. De kwaliteitsverpleegkundigen namen dit mee in hun ondersteuning van de zorg bij het invullen en gebruiken van het cliëntdossier. Na de zomer is dit weer opgepakt. Aan familie is gevraagd om persoonlijke zaken van de cliënt in te vullen in CarenZorgt, zodat de zorg die informatie kan gebruiken. Veel familie gaf hier gehoor aan. Spiegelgesprekken vonden nog niet plaats, want men kon niet en op enig moment slechts in hele kleine groepjes bij elkaar komen, terwijl hiervoor Zoom en Teams niet geschikt is.

3.1.3.3 Implementeren van de nieuwe werkwijze MDO op de afdelingen

Voor de bewoner was er tijdens de eerste golf geen halfjaarlijks multidisciplinair overleg (MDO) meer; indien nodig kon dit wel plaatsvinden. Vanaf juli kwamen de MDO's weer op gang. Het implementeren van de nieuwe werkwijze vindt vooral in 2021 plaats.

3.2 Wonen en welzijn

3.2.1 Coronapandemie

3.2.1.1 Sluiten locaties en locaties verdelen in compartimenten

Voor de cliënten veranderde hun verblijf als gevolg van de coronapandemie. Een paar maanden lang sloot de overheid alle verpleeghuizen. Familie en vrienden mochten niet meer naar hun dierbaren toe. Dit gaf veel verdriet en eenzaamheid, zowel bij de cliënten als bij de familieleden. Zij konden gebruik maken van de apparatuur waarmee zij konden beeldbellen en die wij meteen voor elke afdeling aanschafte. Toch was dat een surrogaat en cliënten met dementie begrepen lang niet altijd wie ze zagen en hoe ze zo konden communiceren, ondanks de medewerker die hen daarbij hielp. Cliënten konden ook via praatramen communiceren met hun familie die buiten stond. Toen het echter nodig werd om de gebouwen te compartimenteren, mochten de meesten daar niet meer naartoe. Ook de speciaal gemaakte kar met glas konden zij toen niet meer gebruiken.

Cliënten merkten dat de soorten activiteiten en de afleiding verminderde. Centrale activiteiten en activiteiten met meerdere mensen vielen weg. Individuele activiteiten op de afdeling bleven wel bestaan. Cliënten konden niet meer naar de brasserieën en andere ruimten voor ontspanning binnen noch naar buiten in de tuin. Vrijwilligers mochten niet meer naar binnen. De reuring op de afdeling verminderde. Wel werden de medewerkers van de centrale activiteitenbegeleiding verdeeld over de afdelingen net als de medewerkers van de brasserieën. Andere medewerkers kwamen uitsluitend als het echt nodig was. Medewerkers van de afdeling gingen niet meer weg voor overleggen of trainingen. Er kwam daardoor een soort rust op de afdelingen, er waren minder prikkels. Dit deed een deel van de cliënten goed. Ook omdat de zorg nu meer tijd voor hen had, meer een praatje kon maken of een spelletje kon doen, en dit

ook deed. Zij hadden die tijd omdat andere werkzaamheden vervielen en ook zij niet van de afdeling af mochten.

Er werd telefonisch zo goed mogelijk contact onderhouden met de familie over hun dierbare. Familieleden konden ook bellen naar een telefoonnummer waar maatschappelijk werk hen begeleidde bij hun vragen en zorgen.

3.2.1.2 De locaties gingen weer open

De cliënten mochten aan het begin van de zomer beetje bij beetje hun dierbaren weer in levende lijve zien. Er waren regels om dit zo veilig mogelijk te doen en besmetting te voorkomen. Hoe fijn dat ook was, de eerste familieleden vonden het óók spannend. Vervolgens mochten de cliënten in de zomer weer naar de brasserieën, al was het in compartimenten en in beperkte aantallen, en mochten zij weer naar buiten. Zij konden weer naar de kapper, want die mocht weer open op de locaties.

Soms zagen de cliënten weer vrijwilligers, bijvoorbeeld bij de maaltijden. In de zomer mochten die voor sommige activiteiten weer binnenkomen als zij zelf niet tot de risicogroep behoorden en als zij het zelf ook wilden.

3.2.1.3 De tweede golf

Toen half september de tweede golf bij ons startte, draaiden we allerlei vrijheden weer terug. We volgden ook de maatregelen die de overheid nam. De locaties gingen bij een uitbraak echter niet meer dicht voor de familie nadat de centrale cliëntenraad hiertegen bezwaar had gemaakt.

3.2.2 De focus in het Kwaliteitsplan

Focus in 2020

- Welzijnsplan en dagbestedingscoaches
- Verder ontwikkelen van CarenZorgt
- Vrijwilligers meegenomen in persoonsgerichte zorg
- Aandacht voor werving, selectie en onboarding van (nieuwe) vrijwilligers
- Medewerker Koken & Wonen Drieën-Huysen Zuid evalueren

3.2.2.1 Welzijnsplan en dagbestedingscoaches

Het plan om de visie op welzijn en de rol van de dagbestedingscoaches nader uit te werken, lag als gevolg van dit alles stil. In de eerste maanden van 2021 kwam een nieuw welzijnsplan gereed en werd voorgelegd aan het bestuurs- en directieoverleg en daarna aan de centrale cliëntenraad.

De aanpassingen in het cliëntdossier waarmee de dagbestedingscoaches voor iedere cliënt een welzijnsplan kunnen maken, zijn wel gerealiseerd. Deze aanpassingen helpen hen om de interesses en voorkeuren van de cliënt te laten zien en te verwerken.

3.2.2.2 Verder ontwikkelen van CarenZorgt

Met Caren – de nieuwe naam van CarenZorgt – hebben cliënten en geautoriseerde familie en/of mantelzorgers op een veilige wijze digitaal toegang tot zorggegevens. Het is een product van Nedap.

In 2020 ontwikkelde Nedap Caren verder om zo het label MedMij te verkrijgen, iets wat eind van het jaar lukte. Nedap werkt zo toe naar een Persoonlijke Gezondheidsomgeving (PGO), iets wat past binnen het beleid van het ministerie van VWS.

Een van die ontwikkelingen is standaard toegang te geven tot meer onderdelen van het cliëntdossier. Wij streven naar een mogelijkheid om ervoor te kunnen kiezen wat we wel en niet toegankelijk maken. daar wordt nu aan gewerkt.

Een andere ontwikkeling die daarbij hoort is om Caren in een nieuw jasje te steken. Er zijn in mei 2021 582 actieve Caren accounts.”

3.2.2.3 Vrijwilligers meegenomen in persoonsgerichte zorg

De coronapandemie maakte het onmogelijk om dit te realiseren. Vrijwilligers mochten al snel niet meer komen, omdat de verpleeghuizen gesloten waren. In de zomer kon een klein deel zich voor een beperkt aantal zaken weer inzetten. En ook alleen als zij dat zelf wilden. Veel van de vrijwilligers behoren door hun leeftijd zelf tot de risicogroep.

Nu de vrijwilligers niet binnen mochten komen, onderhielden wij op verschillende manieren contact met hen. Zo kregen zij bijna maandelijks de Vrijwilligersnieuwsbrief, die normaal tweemaal per jaar uitkomt. Zij konden bellen naar een telefonisch spreekuur voor vragen of een praatje. Naar oudere vrijwilligers belden wij ook zelf. Ondanks dat de vrijwilligers weinig konden doen in 2020, kregen zij gewoon hun kerstpakket en op de Nationale Vrijwilligersdag een kaart en geschenk.

3.2.2.4 Aandacht voor werving, selectie en onboarding van (nieuwe) vrijwilligers

De coronapandemie maakte ook dat dit niet behaald is. Toch reageerden in de eerste lock down ongeveer veertig mensen op al uitstaande vacatures. Dertig van hen startten in de zomer daadwerkelijk.

3.2.2.5 Medewerker Koken & Wonen Drieën-Huysen Zuid evalueren

De medewerker Koken & Wonen is verantwoordelijk voor het koken van de warme maaltijden op de woongroep en zorgt voor sfeer en toezicht op de huiskamer. We startten met deze functie in het najaar van 2019. De resultaten waren goed. Zo waren de cliënten tevreden over het eten en de sfeer. Er is daarom besloten dat de medewerker Koken & Wonen overal ingezet kan worden als onderdeel van de mix van functionarissen van het team. Locatiemanagers en teamleiders kiezen hoe de samenstelling van hun team eruitziet en of deze functionaris daar onderdeel van uit maakt.

3.3 Veiligheid

3.3.1 Coronapandemie

Sinds in maart 2020 de coronapandemie begon, stond het voorkomen van besmetting voorop. Eind februari besloten we tot het instellen van een crisisteam, wat later aangevuld met een operationeel crisisteam. Functionarissen vanuit diverse invalshoeken kwamen hier samen, onder andere enkele leden van de Hygiëne & Infectiecommissie.

We volgden steeds de richtlijnen van het RIVM, Verenso en wat ons verder aan informatie via Actiz bereikte. De voortdurende aanpassingen van die richtlijnen kostte veel tijd en energie in de verwerking daarvan in onze procedures en het informeren van de medewerkers. Daarnaast ervoeren medewerkers op de afdelingen al die aanpassingen ook als verwarrend.

3.3.1.1 Kleurenbeleid

Al snel ontstonden er twee grote uitbraken op afdelingen voor mensen met dementie in Het Zonnehuis, gevolgd door enkele etages in Drieën-Huysen Noord. Dit leidde ertoe dat we na enige tijd contact zochten met een andere zorgorganisatie, die hetzelfde had meegemaakt. We namen van hen een kleurenbeleid over en ontwikkelden dat in de loop van de tijd steeds verder, toegespitst op onze organisatie. De basis hiervan is, dat de arts aan iedere cliënt een kleur toekent. Bij elke kleur horen bepaalde beschermende materialen. De situatie van de cliënt of

zijn directe omgeving kunnen maken dat hij of zij (tijdelijk) een andere kleur krijgt. De kleurenkaart bij de kamerdeur van de cliënt bestaat niet alleen uit de kleur maar ook uit pictogrammen die de beschermende materialen aangeven. Dit blijkt heel goed te werken.

3.3.1.2 Aparte afdelingen en cohorten

Positief geteste cliënten plaatsten we in de eerste golf over naar twee aparte afdelingen, om verspreiding naar andere bewoners van hun eigen afdeling te voorkomen. Later kwamen we hiervan terug en gingen we over tot het maken van cohorten op de eigen afdeling. Cliënten blijven dan zoveel mogelijk in de bekende omgeving en met bekende zorgmedewerkers. Dit is heel belangrijk voor mensen met dementie.

De enkele keer dat een cliënt met een lichamelijke aandoening positief was, kon deze op zijn kamer in isolatie worden verpleegd. Verspreiding naar anderen vond niet plaats.

In al deze situaties bleek het in paragraaf 3.3.1.1 beschreven kleurenbeleid zeer helpend.

3.3.1.3 Testen op corona

Van begin af aan werd iedere cliënt die klachten had, getest. Vanaf juli kon een cliënt ook inventariserend getest worden, namelijk wanneer een medewerker van zijn afdeling positief bleek te zijn. En vanaf half september, toen bij ons de tweede golf begon, gebeurde dat ook als een mede-client positief bleek te zijn. Hij kon dan snel geïsoleerd worden of een cohort kon snel gevormd worden als hij besmettelijke was, ten einde de uitbraak in te dammen.

3.3.1.4 Beschermende materialen (PBM's)

We hebben altijd genoeg PBM's gehad. Daarbij hielden we ons aan de richtlijnen van het RIVM. In de loop van de tijd veranderden die richtlijnen. En er waren in de maatschappij verschillende opvattingen over wat wel en niet noodzakelijk was. Dit uitte zich vooral in het dragen van mondkapjes en in de soort mondkapjes. Eerst speelde dat in de wijkverpleging en daarna op de locaties op afdelingen waar geen corona heerste. Op enig moment kozen wij ervoor om daar toch mondkapjes te gaan gebruiken ook al was dat niet volgens de landelijke richtlijnen. Collega-instellingen in de regio deden hetzelfde.

Medewerkers hadden niet altijd het gevoel dat we genoeg PBM's hadden. We waren er zuinig mee omdat ze moeilijk te krijgen waren. Daarom werden ze centraal verdeeld en op grond van noodzaak. Zo konden op afdelingen geen voorraden meer ontstaan en kon men er niet royaler mee omgaan dan nodig was. Soms was het ook spannend of we weer PBM's aangeleverd zouden krijgen. Maar als een afdeling of de thuiszorg het nodig had, was er uiteindelijk altijd voldoende.

We zijn heel goed geholpen door het ROAZ en later het GHOR, en door zorgverzekeraar DSW. De laatste zocht en vond meerdere keren voor de regio naar PBM's die nodig waren. In de eerste golf waren er ook diverse spontane donaties van bijvoorbeeld mondkapjes of geld door bedrijven en fondsen. Het was mooi om te ervaren dat zij zo meelevden met de cliënten en medewerkers.

3.3.2 De focus in het Kwaliteitsplan

Focus in 2020

- verbeterpunten BHV worden doorgevoerd
- medewerkers scholen op risicosignalering
- continueren verbeterprogramma medicatieveiligheid
- keuze voor elektronisch medicatiedistributiesysteem
- Mikzo wordt gebruikt om kwaliteit van zorg te verhogen
- managementinformatie vanuit Mikzo

- o alle medewerkers zijn geschoold voor de Wet zorg en dwang (Wzd)
- o ZGV levert zorg volgens de Wzd
- o dwaaldetectie wordt vervangen en geïmplementeerd

3.3.2.1 Verbeterpunten BHV worden doorgevoerd

In 2020 kwam het 'beleidsplan bedrijfshulpverlening' tot stand, een basis onder het bestaande 'bedrijfsnoodplan.' Ook voerde een externe partij een 'Risico-Inventarisatie en -Evaluatie (RI&E) Huisvesting' uit. De hieruit volgende verbeterpunten pakken we vanaf januari 2021 op, net als het up to date maken van het Bedrijfsnoodplan.

3.3.2.2 Medewerkers scholen op risicosignalering

Risicosignalering is in het huidige cliëntdossier onderdeel van Mikzo. Medewerkers kenden het oude systeem en we zouden ze in 2020 scholen op het invullen in het nieuwe systeem, zodat zij langs die weg risico's leerden inschatten en op grond daarvan preventieve maatregelen zouden kunnen nemen. Omdat scholing stil kwam te liggen, ging de zorg over tot coaching on the job, zodat het doel toch behaald werd.

3.3.2.3 Continueren verbeterprogramma medicatieveiligheid

Net als bij persoonsgerichte zorg (paragraaf 3.1) vond ook bij medicatieveiligheid de eerste meting plaats toen de coronapandemie net begon. Ook deze kon pas afgemaakt worden in augustus. De resultaten waren goed. Zie verder paragraaf 4.1. Op grond hiervan zijn verbetermaatregelen getroffen. Aan het eind van het eerste kwartaal van 2021 is weer een meting gedaan.

3.3.2.4 Keuze voor elektronisch medicatiedistributiesysteem

Er is in 2020 gezocht naar een elektronisch medicatiedistributiesysteem. Dit gebeurde samen met de apotheek van het ziekenhuis, omdat het moet passen bij het digitale systeem waarmee zij werken. In 2020 kwamen we nog niet tot een keuze omdat er in alle pakketten ontwikkelingen zijn. In 2021 wordt hier verder naar gekeken en zal een keuze worden gemaakt voor een Elektronisch Toedien Registratiesysteem (ETDR) en een Elektronisch Voorschrift Systeem (EVS).

3.3.2.5 Mikzo wordt gebruikt om kwaliteit van zorg te verhogen

Bij de aanschaf van het cliëntdossier voor de zorg, ONS, kozen wij ervoor om Mikzo daarin op te nemen. Dit is een instrument waarmee de verzorgende / verpleegkundige de zorg op de gebieden van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg en het Kwaliteitskader Wijkverpleging in beeld brengt. Dit leidt tot acties die in het zorgleefplan komen. De kwaliteitsverpleegkundigen ondersteunen de zorg in het goed gebruiken van Mikzo.

3.3.2.6 Managementinformatie vanuit Mikzo

Mikzo is ook een meetinstrument, waarmee verzorgenden en verpleegkundigen zelf de kwaliteit van zorg kunnen meten en monitoren. De invoering hiervan is doorgeschoven naar 2021.

3.3.2.7 Scholen voor en werken volgens de Wzd

Zoals hiervoor al geschreven, gingen allerlei projecten, overleggen en trainingen niet door vanwege de coronapandemie. Heel veel medewerkers hadden in 2019 al scholing gekregen, de laatste waren in 2020 aan de beurt. Maar toen brak de pandemie uit. Begin 2021 zijn zij alsnog geschoold en is bij al geschoolde medewerkers de kennis weer opgefrist.

Alle vertegenwoordigers van de cliënten met dementie kregen in januari 2020 schriftelijke informatie over de Wzd. Ook waren toen de laatste informatiebijeenkomsten.

Vervolgens startte het werken volgens de nieuwe regels wanneer er sprake was van onvrijwillige zorg. Kwaliteitsverpleegkundigen ondersteunden daarin tijdens de MDO's. Al heel snel kwamen de MDO's echter stil te liggen door de coronapandemie. Zo bouwden de medewerkers er geen ervaring mee op. Na de zomer was kennis weggezaakt en was het moeilijk om de draad weer op te pakken. Bovendien begon de tweede golf, opnieuw vooral bij cliënten met dementie. Daarom besloten we tegen het eind van het jaar om in januari 2021 een doorstart te maken. Onder leiding van een externe projectleider is dit gelukt en is dit doel eind mei 2021 behaald.

Het Zorgkantoor contracteert de cliëntvertrouwenspersoon onvrijwillige zorg. Hij kwam vanwege corona nog niet op de locaties. Hoewel de cliënten en hun vertegenwoordigers zijn contactgegevens van ons kregen, konden zij hem in 2020 nog niet ontmoeten. Niemand benaderde hem telefonisch of per e-mail.

3.3.2.8 Dwaaldetectie wordt vervangen en geïmplementeerd

Het vervangen van de dwaaldetectie hangt samen met het vervangen van de telefooncentrale en bijvoorbeeld ook met het over gaan naar een nieuwe ICT-omgeving. Daar komt bij dat de installateurs door de hele locatie en op alle afdelingen moeten werken. Dat kon niet tijdens de coronapandemie en gesloten locaties. De nieuwe ICT-omgeving is er in 2020 wel gekomen. Begin 2021 startte het project voor een nieuwe dwaaldetectie en zusteroproepsysteem. De Centrale Cliëntenraad is bij de keuze voor een systeem betrokken. Implementatie zal later in 2021 plaatsvinden.

Dwaaldetectie is nodig om de gesloten afdelingen in Het Zonnehuis voor mensen met dementie (PG-afdelingen) te kunnen openen. Vanwege de Wzd waren in Het Zonnehuis deze PG-afdelingen vanaf januari al een groot deel van de dag open, al lagen ze nog in de gesloten vleugel. De andere locaties zijn wel open, omdat daar meer dwaaldetectie is.

De coronapandemie maakte echter dat we in Het Zonnehuis, Drieën-Huysen Noord en Adriaan Pauw de PG-afdelingen / etages sloten. Omdat juist hier bij een besmetting de verspreiding nauwelijks te stoppen is door de dementie van de cliënten en doordat het een aantal dagen duurt voordat een besmettelijke cliënt ziekteverschijnselen vertoont, is het sluiten van afdelingen en etages nodig om verspreiding in te dammen. De corona-uitbraken vonden ook steeds op deze afdelingen plaats, afgezien van een enkele uitzondering op een revalidatie-afdeling of een somatische afdeling.

3.4 Leren en verbeteren van kwaliteit

3.4.1 De focus in het Kwaliteitsplan

Focus in 2020

- Commissie zorgrisicomanagement

3.4.1.1 Commissie zorgrisicomanagement

Deze nieuwe commissie kwam in 2020 vier keer bij elkaar. Raad van bestuur, directie Zorg en directeur Behandeling en leden van de onderzoekscommissie bespraken steeds één of enkele risicovolle situaties. Door deze van verschillende kanten en in deze samenstelling te belichten, kwamen een breder beeld en casusoverstijgende aspecten naar voren.

3.4.2 Andere ontwikkelingen

3.4.2.1 Kwaliteitsmanagementsysteem

In het laatste kwartaal evalueerden we ons kwaliteitsmanagementsysteem. Aanleiding waren de organisatorische veranderingen.

De basis van het systeem veranderde niet, bijvoorbeeld onze visie op kwaliteit. Wat wel veranderde waren de samenstelling en werkwijze van de stuurgroep Kwaliteit en Veiligheid. Deze beoordeelt nu op abstracter niveau de resultaten, de mogelijke samenhang, de aanpak om te verbeteren enz. Daarnaast betreffen de onderwerpen nu de gehele organisatie, daar waar voorheen vooral naar de zorg en behandeling werd gekeken. Ten slotte was het voorheen zo dat de verschillende commissies-ten-behoeve-van-kwaliteit advies uitbrachten aan de stuurgroep; voortaan verantwoordten zij aan de stuurgroep en hebben zelf contact met de (locatie)managers en teamleiders over hun bevindingen en adviezen ter verbetering, over veranderingen in wet- en regelgeving en de uitwerking daarvan in onze procedures, en zij ondersteunen nu bij de invoering van deze zaken.

Op deze manier worden de organisatieonderdelen nog beter ondersteund op het gebied van kwaliteit en veiligheid, kunnen de directie en de raad van bestuur beter beoordelen hoe het met kwaliteit en veiligheid staat, en daarop sturen, en kan de raad van bestuur zich op dit gebied nog beter verantwoorden naar de raad van toezicht.

De centrale cliëntenraad kon zich hierin vinden. Invoering vindt plaats in 2021.

3.4.2.2 Jaarlijkse externe kwaliteitsaudit

De jaarlijkse externe kwaliteitsaudit voor ISO voor Zorg en Welzijn, afgenomen door Certificatie in de Zorg, was gepland in de periode dat de coronapandemie was uitgebroken. Hoopvol verschoven we hem naar november, maar toen speelde corona ons nog steeds parten. Hij werd opnieuw verschoven, nu naar februari 2021 en is toen inderdaad doorgegaan.

3.4.2.3 Klachten

In 2020 diende 1 cliënt / familie een formele klacht in bij de Raad van Bestuur. 51 Cliënten / families dienden een informele klacht in bij de klachtenfunctionaris en de cliëntondersteuners klachten. Bij sommigen ging het om één ding, bij anderen ging het om meer. In totaal waren er 91 klachtonderdelen. Het ging daarbij in een derde van de gevallen om communicatie. Het aantal formele en informele klachten schommelt al jaren, zonder grote uitschieters.

In het tweede kwartaal diende 7 keer een familie een klacht in die rechtstreeks te maken had met de coronapandemie. Deze klachten betroffen zaken bij ons maar bijvoorbeeld ook het feit dat de overheid de verpleeghuizen gesloten had. Het stopte nadat de verpleeghuizen voorzichtig weer open mochten gaan. De sluiting had veel voeten in de aarde, niet alleen voor ons als organisatie maar ook maatschappelijk. Het aantal klachten valt nog mee gezien het aantal cliënten dat op onze locaties woont of verblijft en de forse ingrepen die gedaan zijn.

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

3.4.2.4 Geschil

Een familie die in 2019 een formele klacht bij de Raad van Bestuur had ingediend, was niet tevreden met de uitkomst van het onderzoek en maakte het in 2020 als geschil aanhangig bij de

Geschillencommissie Zorg. In de uitspraak van de Geschillencommissie werd de familie niet in het gelijk gesteld.

3.4.2.5 Meldingen bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd

In 2020 meldden wij twee mogelijke calamiteiten bij de IGJ. Beide werden onderzocht. De IGJ beoordeelde de verbetermaatregelen als voldoende en sloot de meldingen af.

Daarnaast meldden wij eenmaal aan de IGJ een situatie van geweld in de zorgrelatie. Een grotendeels externe onderzoekscommissie onderzocht het incident en presenteerde eind februari 2021 haar rapport. Dat ligt nu bij de IGJ.

Ten slotte meldden wij aan de IGJ tweemaal een ontslag wegens disfunctioneren.

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

3.5 Leiderschap, governance en management

3.5.1 Coronapandemie

Eind februari werd besloten een crisisteam corona in te stellen vanwege de ontwikkeling van de coronapandemie in de wereld en in Nederland. Later volgde het instellen van een operationeel crisisteam. Tijdens de eerste golf en later tijdens het weer open gaan van de locaties moest er veel ontwikkeld worden, steeds weer aangepast aan nieuwe richtlijnen van extern en behoeften en vragen van intern, en dit moet ook geïmplementeerd worden. Voor iedereen was het nieuw, van de medewerkers op de afdelingen, de behandelaren, het magazijn, de receptie tot het multidisciplinaire crisisteam. Er werd overal in de organisatie veel samengewerkt om de pandemie het hoofd te bieden. Daarnaast merkte het crisisteam bijvoorbeeld ook dat het lastiger was dan verwacht om medewerkers op de afdelingen te bereiken over werkwijzen, afspraken, besluiten en alle veranderingen daarin.

In de regio was er op bestuurlijk niveau veel contact tussen de VVT-instellingen, het ziekenhuis en het Zorgkantoor. Op verzoek van het Zorgkantoor maakten wij twee afdelingen geschikt voor coronapatiënten vanuit het ziekenhuis of vanuit de thuissituatie. Daar is echter geen beroep op gedaan. Wij gebruikten beide afdelingen in de eerste golf daarom voor onze eigen cliënten die corona kregen. Zie paragraaf 3.1.2.

Onze regio Nieuwe Waterweg Noord valt onder de regio Zuidwest-Nederland van het ROAZ⁶. De VVT-sector is binnen het ROAZ vertegenwoordigd door ConForte⁷. Het is historisch zo gegroeid dat vanuit onze regio alleen Argos Zorggroep lid is van ConForte. De andere VVT-instellingen in onze regio zijn niet vertegenwoordigd in ConForte of het ROAZ. Evenmin als ons Zorgkantoor (DSW). In het begin van de eerste golf zochten wij aansluiting bij ConForte. Wij konden geen lid worden, maar de bestuurder kon als gast aansluiten bij het bestuurlijk overleg.

⁶ ROAZ is het Regionaal Overleg Acute Zorgketen. Vlaardingen valt onder het ROAZ Zuidwest-Nederland.

⁷ ConForte is de brancheorganisatie van zorgondernemers op het terrein van verpleging, verzorging en thuiszorg in de regio Rotterdam.

Daarnaast kregen wij via het ROAZ persoonlijke beschermende materialen; veel later ging dit over naar het GHOR⁸.

3.5.2 De focus in het Kwaliteitsplan

Focus in 2020

- strategie herijken en meerjarenvise beschrijven
- heroverwegen en evalueren leiderschapsstijl

3.5.2.1 Strategie herijken en meerjarenvise beschrijven

Onze visie op zorg en onze kernwaarden zijn beschreven in hoofdstuk 2 en in paragraaf 3.1. Zij waren in 2016 beschreven en zouden in 2020 herijkt worden. Hiervoor zouden medewerkers uit de diverse onderdelen en lagen in de organisatie input geven en meedenken. Het in groepen bij elkaar komen heeft voor zo'n proces een belangrijke meerwaarde boven bijeenkomsten via Teams, maar dat kon niet plaatsvinden door de coronapandemie. Daarnaast hadden de meeste medewerkers hun handen vol aan die pandemie. Om die redenen verschoven we dit proces naar 2021. In mei 2021 is de strategie 2025 gereed.

3.5.2.2 Heroverwegen en evalueren leiderschapsstijl

Hoewel wij het herijken van de missie, visie en strategie naar 2021 verschoven vanwege de coronapandemie, ging de evaluatie van de visie op leiderschap wel door. De bestuurder en de directie pasten de visie enigszins aan. Het feit dat alle medewerkers leiderschap kunnen tonen en daartoe ook worden uitgenodigd, is nu veel explicieter verwoord. In gesprek gaan, communiceren en gezamenlijkheid zijn eveneens duidelijker benoemd.

De nieuwe visie op leiderschap luidt als volgt.

Leiderschap is niet gebonden aan functie of positie, iedereen draagt vanuit persoonlijk leiderschap bij aan het organisatiedoel. De organisatie maak je met z'n allen. Iedere medewerker toont hierin eigenaarschap. Zonnehuisgroep Vlaardingen nodigt iedere medewerker uit om leiderschap te ontwikkelen en te tonen.

- Doel en bedoeling. Een medewerker met leiderschap, houdt vast aan de bedoeling. Verbindt persoonlijke doelen en de organisatiedoelen aan elkaar. Stelt zich op als ambassadeur voor de organisatie en staat ook hiermee voor de organisatie.
- Mensgericht. Werkt vanuit betrokkenheid en passie. Is zichtbaar en benaderbaar. Creëert een veilige cultuur, waarin je kunt leren en fouten kan maken. Heeft empathisch vermogen, heeft geduld maar stelt grenzen en communiceert hierover.
- Vooruitzien. Staat open voor nieuwe ontwikkelingen en meningen van anderen. Durft ondernemend te zijn en stuurt hierbij op gezamenlijkheid.
- Doen. Zorgt dat het werk gedaan wordt. Bewaakt het bedoelde resultaat. Zet door, houdt vast aan de koers, ook bij veranderingen of tegenwind en gaat hierover in gesprek. Heeft het inzicht wanneer bijsturen nodig is. Is gedreven, samenwerkingsgericht, actiegericht en daadkrachtig.
- Stijl. Geeft anderen de ruimte om het beste uit zichzelf te halen en zich te ontwikkelen. En zo bij te dragen aan de doelen van de organisatie. Geeft vertrouwen en denkt in mogelijkheden. Stimuleert groei, ontwikkeling en excelleren. Neemt, geeft en krijgt verantwoordelijkheid. Is betrouwbaar en geeft vertrouwen. Is authentiek, heeft zelfkennis en zelf reflectief vermogen.

⁸ GHOR staat voor Geneeskundige Hulpverleningsorganisaties in de Regio. Elke veiligheidsregio heeft een GHOR, dat de geneeskundige hulpverlening leidt en coördineert bij rampen en crises. Vlaardingen valt onder de veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond.

3.5.3 Andere ontwikkelingen

3.5.3.1 Organisatieontwikkeling

Wij wilden een volgende stap zetten in onze ambitie om persoonsgerichte zorg te geven. Dat hield in dat wij alles dichterbij de cliënten gingen organiseren. Het doel van deze beweging was het makkelijker kunnen regelen en samenwerken, zowel in de zorg als tussen zorg en ondersteuning. De oude structuur bestond uit raad van bestuur, managementteam en teamleiders (meewerkend), de nieuwe structuur bestaat uit raad van bestuur, directie, (locatie)managers en teamleiders (meewerkend). Door deze verandering werden op strategisch, tactisch en operationeel niveau de slagkracht en innovatiekracht van de organisatie vergroot. Het plan was eind 2019 gereed en we legden het in 2020 meteen voor aan de Centrale Cliëntenraad, de Ondernemingsraad en de Raad van Toezicht. Ook informeerden we de medewerkers. Vlak voor de coronapandemie was dit rond.

Veel plannen kwamen door de coronapandemie stil te liggen, maar de uitvoering van deze verandering ging wel door.

In juli werden de managers Zorg, Behandeling en Bedrijfsvoering benoemd als directeur. Hiermee verviel het – grotere – managementteam. Al eerder, in april, waren in de zorg vier locatiemanagers en een manager Kortdurende Zorg aangesteld. Drie van de locatiemanagers waren voorheen teamleider. Dit was een nieuwe organisatorische laag tussen de directie en de teamleiders (meewerkend). De in 2019 ingevoerde functie kwaliteitsverpleegkundige werd definitief en elke locatie kreeg zo'n functionaris. Per 1 maart 2021 ging de directeur Behandeling met pensioen en werd de directeur Zorg directeur Zorg & Behandeling. Op die datum kwam er ook bij de behandelaren een manager.

Binnen Bedrijfsvoering werden in 2020 ook managers aangesteld: Facilitair, Financiën & Control, Gebouwen en ICT.

Behalve het creëren van nieuwe functies werden ook de overlegstructuur en de administratieve structuur aangepast. Locatiemanagers kregen training en andere ondersteuning om hun bevoegdheden en verantwoordelijkheden goed uit te kunnen oefenen.

Op deze wijze werd het werken op operationeel, tactisch en strategisch niveau beter gescheiden en werd de kwaliteit van zorg en van beleid beter.

Teamleiders merkten van deze veranderingen dat zij zich meer konden wijden aan hun verantwoordelijkheden voor de cliënten en medewerkers zonder dat zij zich met allerlei extra zaken bezig moesten houden. Zij merkten dat zij een leidinggevende hadden gekregen die dichterbij hen stond, die onder andere die 'extra zaken' uitvoerde en die voldoende bevoegdheden had om de nodige beslissingen te nemen. Medewerkers merkten dat hun teamleider meer tijd en aandacht voor de afdeling had. Ook de blijvende ondersteuning door de kwaliteitsverpleegkundigen droeg bij aan de kwaliteit van zorg. Dit alles werkte door naar de zorg die de cliënten ervoeren.

3.5.3.2 Rol en positie interne organen en toezichthouder

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

De bestuurder overlegde met de raden, informeerde en vroeg om advies, instemming en goedkeuring, al naar gelang hun rechten. Na de organisatieontwikkeling (paragraaf 3.5.2) kregen de locatiemanagers het mandaat van de bestuurder om namens haar met de Cliëntenraad Somatiek resp. de Cliëntenraad PG te spreken. De bestuurder en de directeur

Zorg waren de gesprekspartner van de Centrale Cliëntenraad. Zie voor de Raad van Toezicht verder bijlage 3.

De onafhankelijk voorzitter van de Centrale Cliëntenraad legde na acht jaar zijn functie neer op 31 december 2020. Per 1 januari 2021 trad een nieuwe onafhankelijk voorzitter aan.

De raden in coronatijd

Vanaf half maart kon er alleen maar via Zoom en later Teams vergaderd worden. Dat was wennen maar lukte steeds beter.

Bij de Cliëntenraad Somatiek liep dat anders. Het lukte deze leden – bewoners – niet om op deze manier te vergaderen. De onafhankelijk voorzitter loste dit op door hen één op één te spreken en dan zelf te overleggen met de vertegenwoordigers van de organisatie.

De deelraden van de somatische afdelingen losten het op door in kleine groepen, zoals per etage van negen bewoners, bij elkaar te komen.

We hielden de CCR en de OR wekelijks op de hoogte van de stand van zaken en bespraken dit met hen. We informeerden de RvT frequent. Voor de VR gold dit wanneer het vrijwilligers betrof; deze groep mocht echter lange tijd niet in huis komen.

Cliëntenraden en Wmcz 2018

Halverwege 2020 werd de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen 2018 van kracht. De wijzigingen in onze cliëntenraden in 2019 liepen hier al op vooruit. Eind 2020 werden de medezeggenschapsregelingen en de reglementen voor de Centrale Cliëntenraad, Cliëntenraad Somatiek en Cliëntenraad PG vastgesteld. Deze vervingen het bestaande instellingsbesluit, reglement en convenant Centrale Cliëntenraad.

3.5.3.3 Inzicht hebben en geven

Interne benchmark

In 2020 deden we weer een interne benchmark van alle metingen van kwaliteit, zoals interne audits, externe audits en visitaties. Dit resulteerde in een overzicht met smileys. Op deze wijze kunnen we beter sturen. Locatiemanagers en teamleiders krijgen deze resultaten op locatie- en afdelingsniveau.

Openheid en transparantie

De Raad van Bestuur was open en transparant. Er werd periodiek verslag gedaan over relevante thema's zoals kwaliteit van zorg, bedrijfsvoering en andere en financiële rapportages. Niet alleen naar de verschillende raden maar ook naar bijvoorbeeld het middenkader en de sleutelfunctionarissen via een webinar die in plaats kwam van de gebruikelijke SAAM-dagen. Daarnaast werden resultaten van bijvoorbeeld de LPZ-meting besproken in het overleg van locatiemanagers, van teamleiders en in de teams.

3.5.3.4 Verankering van medische, verpleegkundige en psychosociale expertise

In de tweede helft van 2020, toen de organisatieontwikkeling zijn beslag kreeg, was deze verankering als volgt belegd. Per 1 maart 2021 veranderde het weer, doordat de directeur Behandeling met pensioen ging, maar dat valt buiten dit Kwaliteitsverslag, dat over 2020 handelt.

De organisatie had een eenhoofdige Raad van Bestuur. De directie bestond uit een directeur Behandeling, een directeur Zorg en een directeur Bedrijfsvoering. De eerste was een specialist ouderengeneeskunde; deze was verantwoordelijk voor de volledige medische, paramedische en psychosociale dienstverlening. De tweede had een verpleegkundige achtergrond en haar per 1 oktober 2020 benoemde opvolger had een gedragskundige achtergrond. De directeur Zorg was verantwoordelijk voor de verpleegkundige en verzorgende dienstverlening.

Er was structureel overleg met de genoemde beroepsgroepen. Voor de zorg was er een Verpleegkundige en Verzorgende Adviesraad (VAR).

3.6 Personeelssamenstelling (voldoende en bekwaam personeel)

3.6.1 Coronapandemie

Een van onze kwaliteiten is vakmanschap. Dit vraagt van iedere medewerker werken met zijn hoofd, met zijn handen en vanuit zijn hart. Wij investeren dan ook veel in de scholing van de medewerkers. Als gevolg van de coronapandemie is er in 2020 echter veel afgezegd. Bijvoorbeeld het MBO-civiele certificaat om een medewerker van zorgniveau 2 naar zorgniveau 2+ te laten gaan; zij zullen in september 2021 starten. Alleen de BHV-trainingen gingen door en – via Teams – de aspirantenklas; de laatste is voor latere instromers en zij-instromers. In september 2020 startte ook de één jaar durende opleiding kwaliteitsverpleegkundige voor onze kwaliteitsverpleegkundigen en verpleegkundigen.

3.6.2 De focus in het Kwaliteitsplan

Focus in 2020

- inzet verpleegkundig specialisten
- inzet therapie, zoals psychomotorische therapie en muziektherapie
- Planbureau bij de dienst Zorg
- zorgpad 'Onbegrepen gedrag bij cliënten verpleeghuis' wordt beschreven
- implementeren plan Reflectie in de zorg
- afspraken en bezoeken lerend netwerk: zie hiervoor hoofdstuk 5

3.6.2.1 Inzet verpleegkundig specialisten

We besloten om het inzetten van meer gespecialiseerde verpleegkundigen nog even uit te stellen. Het vergt eerst een nadere uitwerking.

Los daarvan hebben we al jarenlang gespecialiseerde verpleegkundigen: neuroverpleegkundige, wondverpleegkundige en casemanager dementie.

3.6.2.2 Inzet therapie, zoals psychomotorische therapie en muziektherapie

We zetten in 2020 vaktherapie in. Daaronder vallen zeven (beschermd) therapieën, zoals dans- en bewegingstherapie of psychomotorische therapie. Deze professionals observeren, begeleiden en behandelen cliënten individueel of in groepen. Die cliënten hebben een gevarieerde en complexe problematiek (psychisch, psychosociaal, somatisch en gedrag). In 2020 profileerden zij zich intern en extern. Intern door workshops te geven aan onder andere aspirant-leerlingen, op de Saam-dag en bij de kwartaal bijeenkomst van De Dillenburg. Extern bij het LUMC in Leiden en door coaching van zorgmedewerkers in Uitzicht.

3.6.2.3 Planbureau bij de dienst Zorg

In 2020 gingen de roosterplanners over van HR naar de Zorg. Vanwege de organisatieontwikkeling werken zij niet meer centraal, maar zijn zij gekoppeld aan de locaties, aan de locatiemanagers. Zo kennen zij de afdelingen en de medewerkers beter.

3.6.2.4 Zorgpad 'Onbegrepen gedrag bij cliënten verpleeghuis' wordt beschreven

Begin 2020 was het projectplan Zorgpad Onbegrepen gedrag gereed. Hierin komen de uitwerking van het stappenplan Probleemgedrag van Verenso in de GRIP-methode en de verdere invoering van VIO bij elkaar. Door de coronapandemie gingen de trainingen om te

komen tot GRIP-coördinatoren niet door. Ook de training van een psycholoog voor VIO kon niet doorgaan.

Wat wel door bleef gaan was het geven van omgangsadviezen door de psychologen en voor zover mogelijk de omgangsoverleggen waarin de adviezen werden besproken en na enige tijd werden geëvalueerd.

3.6.2.5 Implementeren plan Reflectie in de zorg

Om dit te kunnen implementeren is het noodzakelijks per team bijeen te komen en ene casus te bespreken en daarop te reflecteren. Zo bij elkaar komen kon niet in coronatijd en via Teams werkt dit niet. Daarom stelden we dit uit tot de teams wel weer bij elkaar kunnen komen.

3.6.3 Andere ontwikkelingen

3.6.3.1 Aanwezigheid en toezicht

We werken met een vastgestelde 'paraatheid' per team. Deze geeft per afdeling aan welke mix van deskundigheden er in een dienst aanwezig moet zijn. Dit is gebaseerd op de zorgzwaarte en zorgvraag van de cliënt. Voor het vaststellen van de paraatheid hanteren we negen uitgangspunten. Wanneer er geen andere oplossingen mogelijk waren, werden uitzendkrachten ingezet.

De personeelssamenstelling staat op onze website en is tevens als bijlage 2 aan dit Kwaliteitsverslag toegevoegd.

3.6.3.2 Opleidingen

De e-learning en praktijktoetsing risicovolle en voorbehouden handelingen is helemaal afgestemd op onze leeromgeving. Naast de skillslokalen is hierin het leren op de werkplek geborgd. Daarnaast hebben de leidinggevenden hierin nu inzicht in wie het behaald hebben en kunnen daarop sturen.

Trainingen en persoonsgerichte zorg is aan de orde geweest in paragraaf 3.1.3.1.

We kozen een training voor welzijn voor verzorgenden. Deze zal in 2021 starten.

Voor zorgmedewerkers die intern door willen stromen naar verpleegkundige niveau 4, maakten we een motivatietraject met CanMEDS⁹ rollen. Daarmee staat de mens centraler dan het sollicitietraject.

3.6.3.3 Medewerkers die ook mantelzorger zijn

Wij ondersteunen medewerkers die ook mantelzorger zijn, bij het vinden en behouden van een goede balans tussen werk en privé. Als zodanig zijn wij ook door Minters Mantelzorg¹⁰ erkend. Ten slotte voldeden wij in 2020 opnieuw ruimschoots aan de norm Social Return.

3.7 Gebruik van hulpbronnen

3.7.1 Coronapandemie

3.7.1.1 Brasserieën, Vriendenplein, Grote Beer

Zowel in de eerste als in de tweede golf gingen de brasserieën enz. dicht voor cliënten en medewerkers. In de zomer waren ze nog in compartimenten verdeeld en moest men zich natuurlijk aan de coronaregels houden. Toen bezoekers niet mochten komen en iedereen op de

⁹ De CanMEDS worden gebruikt om de verschillende rollen die zorgprofessionals vervullen te beschrijven. Er zijn zeven landelijk vastgestelde CanMEDS-competentiegebieden; zij maken onderdeel uit van het beroepsprofiel.

¹⁰ Minters Mantelzorg is een kenniscentrum voor mantelzorgers en professionals.

afdelingen moest blijven, was dat niet zo'n probleem, maar daarna was er wel behoefte aan het halen van wat drinken of een snack. Daarom werden koffiemachines geplaatst en vending machines aangeschaft.

3.7.1.2 Digitaal vergaderen

Vanwege de coronapandemie gingen we steeds meer over tot digitaal vergaderen. Eerst via Zoom, na de overgang naar een nieuwe ICT-omgeving via Teams. We konden namelijk niet alleen steeds minder in groepen en groepjes bij elkaar komen, een deel van de medewerkers werkte ook gedeeltelijk thuis. Enerzijds zijn er voordelen in efficiëntie anderzijds wordt het contact door in dezelfde ruimte te zijn steeds meer gemist.

3.7.1.3 Financiën & Control

De medewerkers van F&C konden regelmatig thuis werken. Daarnaast merkten zij indirect iets van de coronapandemie. Bijvoorbeeld dat zij veel meer mutaties moesten verwerken dan normaal, en nieuwe cliënten kwamen ook schoksgewijs. Of dat zij meer moesten doen aan de voortgang van de processen van facturen, roosters en leveringen, omdat de zorg de handen vol had aan het overleven met zieke cliënten en zieke medewerkers. Ook was er veel onzeker over wat er wel en niet vergoed werd in het kader van corona – zoals meerkosten en omzetsderving – hoe het moest met de coronabonus enz.

3.7.2 De focus in het Kwaliteitsplan

Focus in 2020

- ICT-ontwikkelingen
- nieuw officepakket Office 365 wordt geïmplementeerd
- evalueren en actualiseren AVG
- aansluiten bij plannen regionale Functionaris Gegevensbescherming (FG)
- dwaaldetectie: zie paragraaf 3.3.2.8
- medicatieveiligheid: zie paragraaf 3.3.2.4
- innovatie binnen de directe leefomgeving van cliënten
- PG nieuwbouw Vlaardingen
- Herinrichten dienst Bedrijfsvoering
- Implementeren kwaliteitsindicator Eten en Drinken

3.7.2.1 ICT-ontwikkelingen

In 2020 lieten wij onze ICT-infrastructuur door een externe partij, RAM IT, in beheer nemen, omdat wij door onze omvang en de snelle ontwikkelingen in deze sector de kennis en expertise op dit gebied zelf onvoldoende in huis hebben. De backend ICT werd verplaatst naar een extern data center. Functioneel beheer en informatiemanagement bleven bij onszelf en we werkten aan versterking daarvan. De vervanging van de nieuwe telefooncentrale was hiermee ook gereed.

Op 1 juli startte de extern aangetrokken manager ICT in deze nieuwe functie. Alle ICT-ontwikkelingen werden uitgezet in een Digitale Portfolio Roadmap. Daarnaast startte hij met het inrichten van governance op ICT-gebied, van informatiemanagement, het optimaliseren van het functioneel beheer en de ICT-rolverdeling.

3.7.2.2 Nieuw officepakket Office 365 wordt geïmplementeerd

De hele organisatie ging half juli over naar Office 365 van Microsoft. Ook nieuwe werkplekconcepten waren daarmee ingevoerd. Deze overgang was op dat moment mogelijk omdat er geen corona-uitbraken bij ons waren. Zowel voor het aanbrengen van de hardware als voor de ondersteuning van de medewerkers in het werken in de nieuwe ICT-omgeving moesten

medewerkers van de externe partij immers op alle afdelingen zijn – zowel zorg als behandeling als kantoren – en voor de uitleg naast medewerkers zitten.

De medewerkers moesten wennen aan de nieuwe ICT-omgeving. Gedeeltelijk vergt de nieuwe omgeving extra handelingen. Deze situatie is overigens tijdelijk. Omdat de overgang van de oude omgeving naar de definitieve nieuwe omgeving als erg groot was ingeschat, is deze tussenfase aangebracht. In de loop van 2021 zal de overgang naar de definitieve situatie plaatsvinden, waarmee die extra handelingen niet meer nodig zijn.

3.7.2.3 Evalueren en actualiseren AVG

In 2020 waren de functies Privacy Officer (PO) en Functionaris Gegevensbescherming (FG) uitbesteed aan een externe partij, Privacy Management Partners. De interne privacy werkgroep PIT overlegde regelmatig. Er werd een privacybeleidskader opgesteld. Waar nodig werd een verwerkersovereenkomst opgesteld. Een aantal keren werd advies gevraagd aan de FG. De regio was van plan om een regionale FG aan te stellen. Wij zouden kijken of wij ons daarbij wilden aansluiten. In de regio bleef het echter stil.

3.7.2.4 Innovatie binnen de directe leefomgeving van cliënten

In 2020 is dit niet opgepakt. In 2021 wordt bij het opstellen van de strategie 2025 meegenomen hoe we vorm zullen geven aan het werken aan innovatie.

3.7.2.5 PG nieuwbouw Vlaardingen

Wij zijn al langer met de gemeente Vlaardingen in gesprek over een plek om een nieuwe locatie te kunnen bouwen. Het voormalige Unileverterrein – District U – wordt de komende jaren ontwikkeld tot een dynamische stadswijk met als functies onder andere wonen, werken, onderwijs en zorg. Wij zien hier een mooie mogelijkheid om een nieuwe locatie te bouwen. Daarom sloten we in 2020 een intentieovereenkomst met Lentiz, Albeda en Van Adrichem ten behoeve van de bouw van een verpleeghuis door ons en van scholen door Lentiz en Albeda. In 2021 gaan de gesprekken en onderzoeken verder.

Voor deze locatie deden wij tevens mee aan een pre-intentieverklaring voor een Zorg Innovatie Akademie (ZIA). De andere ondertekenaars zijn Frankelandgroep, Argos Zorggroep, Albeda, DSW zorgverzekeraar en de gemeente Vlaardingen.

3.7.2.6 Herinrichten dienst Bedrijfsvoering

Nadat in 2019 de dienst Financiën & Control en de dienst Facilitair & Vastgoed waren samengevoegd tot de dienst Bedrijfsvoering, zou in 2020 de inrichting van die nieuwe dienst vorm krijgen. De managers van de onderdelen – Facilitair, ICT, Gebouwen en Financiën & Control – werden verspreid over het jaar aangesteld. Begin 2021 waren Facilitair en F&C zo ver dat deze onderdelen waren heringericht en de teamleiders werden aangesteld. De beide andere managers waren later in dienst gekomen en zullen later in 2021 met hun plannen komen. Al deze plannen moesten en moeten ook passen bij de organisatieontwikkeling. En bij andere ontwikkelingen, zoals de veranderingen in de organisatie en de verantwoordelijkheid van de voeding, die van Facilitair naar de Zorg ging.

3.7.2.7 Implementeren kwaliteitsindicator Eten en Drinken

In 2020 werkte we aan meer rust en aandacht tijdens het eten. De rol van de diëtetiek kreeg meer aandacht. Dat gold ook voor het in het cliëntdossier opschrijven waar de cliënt behoefte aan heeft.

Los daarvan gingen we over naar een nieuwe voedingsleverancier, TotaalVERS, Deze levert onder andere meer streekproducten. De Centrale Cliëntenraad was betrokken bij deze keuze. Vooral cliënten met een dieet of met bijvoorbeeld gemalen eten, merken dat de keuze voor de warme maaltijd breder is dan voorheen. De medewerkers merken dat het bestellen nu veel eenvoudiger gaat.

3.7.3 Andere ontwikkelingen

3.7.3.1 Persoonsgebonden was

Wij deden de persoonsgebonden was van de cliënten zelf in onze Linnenkamer. Daar legden we veel geld op toe. Begin 2020 besteedden we die was uit aan een extern bedrijf, Clean Lease. Dit was afgestemd met de Centrale Cliëntenraad. De kosten zijn voor de cliënt hoger.

3.7.3.2 Dagelijks controlesysteem (DKS)

De Huishouding startte met het DKS om de kwaliteit van het schoonmaakproces te bewaken. Dit is een snelle en eenvoudige steekproefcontrole waarmee kan worden gezien of gedaan is wat is afgesproken en of het ook schoon is. Het resultaat wordt direct besproken met de desbetreffende medewerkers. In beginsel vindt het op elke afdeling vier keer per jaar plaats.

3.7.3.3 De professionele relaties en samenwerkingsovereenkomsten met andere zorginstellingen

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

Kwaliteit van zorg

Wij waren lid van de Rotterdam Stroke Service, wij werkten nauw samen met huisartsenpraktijk Copenhaege (specialist ouderengeneeskunde), het Franciscus Gasthuis & Vlietland, GGZ Delfland, en wij namen deel in de regionale Dementieketen, in het Geriatrisch Netwerk Nieuwe Waterweg Noord en in het Netwerk Palliatieve Terminale Zorg Nieuwe Waterweg Noord. Voor welzijnsactiviteiten werken wij samen met kinderopvang, basisscholen, de St. Jozef Mavo, sportschool de Polderpoort en dergelijke. In 2020 konden, vanwege de coronapandemie, deze kinderen en jongeren echter niet komen en konden de jonge cliënten ook niet naar de sportschool.

In de thuiszorg waren twee van onze (wijk)verpleegkundigen gedetacheerd in de sociale wijkteams. Voorts werkten twee van onze (wijk)verpleegkundigen in de CVA-nazorg – onderdeel van de Stroke keten – voor Vlaardingen en Schiedam. Wij maakten onderdeel uit van Gezondheidscentrum Emmahof. De samenwerking met huisartsen werd geïntensiveerd. In Uitzicht, de Vlaardingse locatie van Cedrah, boden wij de functie Behandeling. T-zorg bood in onderaanneming huishoudelijke hulp bij onze VPT-clieënten (Volledig Pakket Thuis) en MPT-clieënten (overige cliënten die thuis Wlz-zorg krijgen).

Kennisvermeerdering

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

Overig

Natuurlijk waren er ook andere netwerken, onder andere op bestuurlijk niveau van de zorgorganisaties en het Zorgkantoor in de regio. Daarnaast werkten wij samen met de Gemeente Vlaardingen, woningcorporatie Waterweg Wonen en Woningstichting Samenwerking Vlaardingen.

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

3.8 Gebruik van informatie

3.8.1 De focus in het Kwaliteitsplan

Focus in 2020

- ZorgkaartNederland: zie hiervoor hoofdstuk 5

3.8.2 Andere ontwikkelingen

3.8.2.1 Medewerkersraadpleging (MTO)

Toen de coronapandemie uitbrak, vond net het MTO plaats. Desalniettemin was de respons 46,7%. De belangrijkste bevindingen waren betrokken medewerkers, hoge cliëntgerichtheid en verschil in omstandigheden tussen teams. De NPS-score was -15,7. De Net Promoter Score (NPS) wordt uitgerekend door het percentage criticasters (die een 0 tot en met 6 geven) af te trekken van het percentage promotors (die een 9 of 10 geven). De uitslagen kwamen in de zomer. De werden in de teams besproken, maar dit kwam pas laat op gang, omdat het eerst zomervakantie was en aan het eind van de zomer de tweede golf van de coronapandemie begon.

Specifieke aandacht voor drie onderdelen

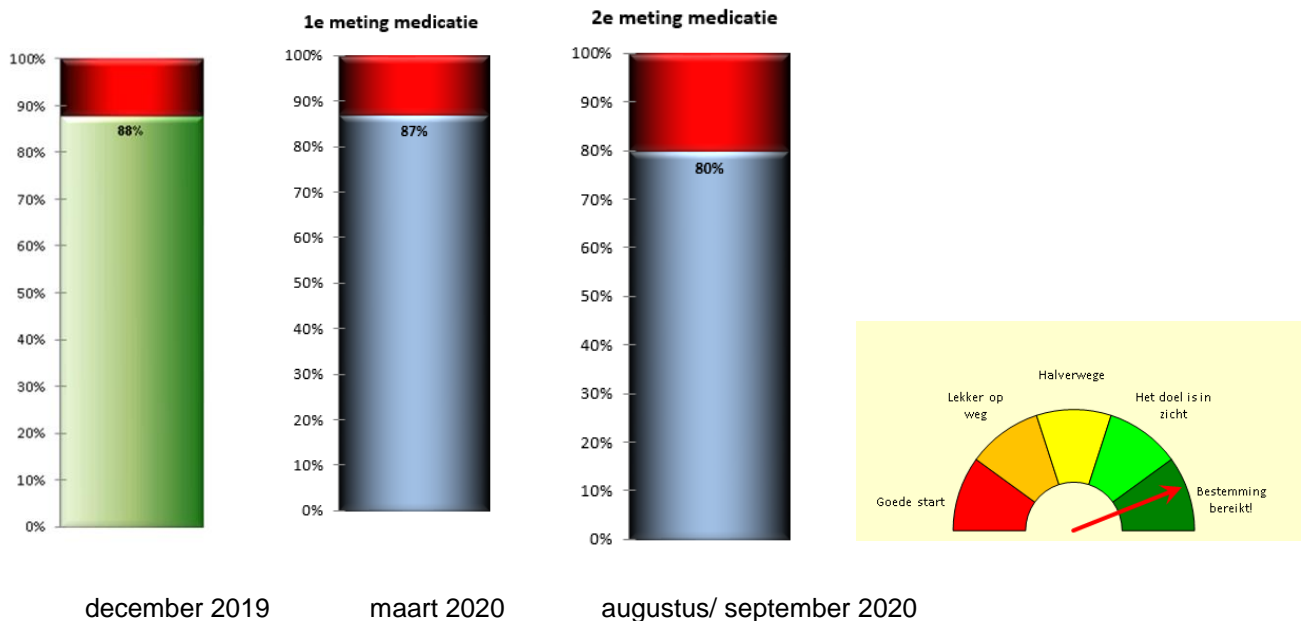
4 Veiligheid

De thema's 'medicatieveiligheid,' 'decubituspreventie' en 'onvrijwillige zorg' worden gemeten in de LPZ-meting. Dat vond normaal plaats in november. Omdat de LPZ-cijfers gebruikt worden voor het aanleveren van gegevens aan het Zorginstituut, is door de LPZ besloten om de meting van november 2020 naar februari 2021 te verzetten. In 2021 heeft de LPZ de meting verlengd van februari naar eind april, omdat de zorginstellingen in de eerste maanden druk bezig waren met het vaccineren van hun cliënten.

4.1 Medicatieveiligheid

De medicatiereview is onderdeel van de LPZ-meting en is daardoor in 2020 niet gedaan.

Wij kozen er in 2019 voor om andere onderdelen van medicatieveiligheid te verbeteren. Het resultaat is te zien in het plaatje. In 2020 zagen we dat het resultaat van 2019 behouden bleef. Door de start van de coronapandemie bij ons kon de meting in maart niet afgemaakt worden en gebeurde dat aan het eind van de zomer. Op dat moment was het resultaat wat gedaald. We wijten dit aan alle aandacht die naar corona ging en door het hoge verzuim. Op de afdelingen leidden deze cijfers tot extra aandacht. In maart 2021 is het opnieuw gemeten.



4.2 Decubituspreventie

| Thema | April 2021 | Q4 2019 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Prevalentie decubitus categorie 1, 2, 3 en 4 | Is onderdeel van de LPZ-meting en is daardoor in 2020 niet gedaan | ≥ C1: 16,4% ≥ C2: 6,3% |
| Regelmatige monitoring van huid(letsel), voedingstoestand, mondzorg, incontinentieletsel bij alle bedlegerige of immobiele cliënten | <ul style="list-style-type: none"> • 1x per jaar bij LPZ-meting • Invullen risicosignalering huidletsel in het ECD ONS | <ul style="list-style-type: none"> • 1x per jaar bij LPZ-meting • Invullen risicosignalering huidletsel in het ECD ONS |
| Primair aantoonbaar maken dat binnen de organisatie-eenheden het voorkómen en voorkómen van decubitus wordt gedocumenteerd en besproken | <ul style="list-style-type: none"> • Kernteamoverleg • Decubituscommissie • Aandachtvelders wondzorg • Cliëntdossier (ECD) • Wondenronde • Stuurgroep Kwaliteit & Veiligheid | <ul style="list-style-type: none"> • Kernteamoverleg • Decubituscommissie • Aandachtvelders wondzorg • Cliëntdossier (ECD) • Wondenronde • Stuurgroep Kwaliteit & Veiligheid |

4.3 Onvrijwillige zorg

| Thema | April 2021 | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------|--------------------|------------|
| Prevalentie onvrijwillige zorg ongeacht type | Is onderdeel van de LPZ-meting en is daardoor in 2020 niet gedaan. | | | | |
| Thema | Zonnehuis | Drieën-Huysen Noord | Adriaan Pauw | Drieën-Huysen Zuid | Laurenborg |
| Percentage cliënten dat onvrijwillige zorg kreeg in het tweede half jaar van 2020* | 12% | 20% | 29% | 0% | 0% |
| Waarvan: | 69% | 44% | 100% | n.v.t. | n.v.t. |
| - gesloten afdeling** | | | | n.v.t. | n.v.t. |
| - medicatie | 7% | 6% | 0% | n.v.t. | n.v.t. |
| - fysieke fixatie*** | 7% | 11% | 0% | n.v.t. | n.v.t. |
| - mechanische fixatie**** | 17% | 39% | 0% | n.v.t. | n.v.t. |

* cijfers uit de halfjaarlijkse rapportage aan de IGJ; een uitdraai van de gegevens over het eerste half jaar was niet mogelijk in ons ECD-systeem

** bijvoorbeeld dwaaldetectie

*** bijvoorbeeld beddekken of rolstoelblad

**** bijvoorbeeld verpleegdekken

Het Zonnehuis is een accommodatie bestaande uit cliënten met dementie (ruim 1/3), met lichamelijke aandoeningen (ruim 1/3) en voor geriatrische revalidatie (ruim 1/4). In de accommodaties Drieën-Huysen Noord en Adriaan Pauw wonen alleen cliënten met dementie, in Drieën-Huysen Zuid en De Laurenborg alleen cliënten met lichamelijke aandoeningen. Er is geen vergelijking mogelijk, omdat het dit het eerste jaar is dat de Wzd van kracht is en de gegevens zo worden geregistreerd.

Zie voor meer informatie over onvrijwillig zorg de paragrafen 3.3.2.7 en 3.3.2.8.

5 Cliëntoordelen

De aanbevelingsvraag in percentage geeft weer, hoeveel mensen een 7 of hoger heeft gegeven. De Net Promoter Score (NPS) wordt uitgerekend door het percentage criticasters (die een 0 tot en met 6 geven) af te trekken van het percentage promotors (die een 9 of 10 geven).

5.1 Interne tevredenheidsmeting QDNA (ZorgDNA)

Normaal staan er zuilen op de locaties waarop cliënten en bezoekers hun ervaring kunnen aangeven. Wanneer wij er niet actief naar vragen, wordt er niets ingevuld. In 2020 waren de locaties een tijdlang gesloten en kon niemand iets invullen en vanwege de coronapandemie konden de beleidsadviseurs niet naar de somatische afdelingen gaan om daar de vragen met de cliënten door de te nemen en hun antwoorden in te vullen. Het plan is om voortaan twee keer per jaar een meetweek te houden. We besteden er dan gericht aandacht aan en vragen actief om reacties.

5.2 Zorgkaart Nederland

Normaal vragen we elke maand bij twee of drie afdelingen, door middel van een e-mail, aan cliënten en vertegenwoordigers om een waardering te plaatsen op Zorgkaart Nederland. Zo krijgt ieder één keer per jaar deze vraag. Bij de revalidatieafdelingen liggen de cliënten betrekkelijk kort en zij krijgen de vraag bij hun ontslag.

Vanwege corona is dit niet meer actief gevraagd. Alleen in november is het bij twee afdelingen wel gedaan. Dit leverde slechts één reactie op. Van de revalidatieafdelingen zijn wel wat reacties gekomen, al is ook daar het aantal laag vergeleken met het aantal cliënten dat van die afdelingen vertrekt.

Peildatum heel 2020

| Locatie | Cijfer 2020 (aantal waarderingen) | Cijfer 2019 (aantal waarderingen) |
|----------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------|
| Zonnehuisgroep Vlaardingen | 7,7 (49) | 7,4 (17) |
| Het Zonnehuis | 6,7 (8) | 8,2 (4) |
| Drieën-Huysen Noord | 8,4 (3) | – |
| Adriaan Pauw | 7,3 (2) | 7,5 (1) |
| Drieën-Huysen Zuid | 5,5 (2) | 7,9 (3) |
| De Laurenburg | – | – |
| De Dillenburg revalidatie | 7,6 (6) | 7,0 (8) |
| Zonnehuis Thuis (PREM) | 8,2 (28) | 6,7 (1) |

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

Het aantal reacties is erg laag en zegt daardoor maar beperkt iets over een locatie. Hetzelfde geldt voor de organisatie als geheel, want het aantal respondenten komt voor meer dan de helft uit de thuiszorg. De score van Zonnehuis Thuis geeft een beter beeld en is met een 8,2 een goed resultaat. Een vergelijking met 2019 is echter niet mogelijk, omdat het toen slechts 1 reactie betrof.

6 Leren en werken aan kwaliteit

De voortgang van het Kwaliteitsplan 2020 volgden wij gedurende het jaar in de stuurgroep Kwaliteit en Veiligheid, bestaande uit Raad van Bestuur, managementteam en beleidsadviseurs, in de Commissie Kwaliteit & Veiligheid en in de voltallige Raad van Toezicht. De stuurgroep K&V kwam eenmaal per kwartaal bij elkaar.

Het verbeterplan Van Basis Naar Beter, opgesteld naar aanleiding van het bezoek van de IGJ in het voorjaar van 2019, liep tot in maart 2020. Begin 2020 werd een borgingsplan opgesteld. Ook dit werd gevolgd in de stuurgroep K&V.

Het Kwaliteitsverslag 2019 was opgesteld volgens de richtlijnen van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Het verslag werd met de Centrale Cliëntenraad, de Ondernemingsraad, de Verpleegkundige en Verzorgende Adviesraad en de Raad van Toezicht besproken, evenals in de beide netwerken. Het Kwaliteitsplan 2021 werd met dezelfde gremia besproken.

Lerende netwerken

In het lerend netwerk Universitair Netwerk Care Zuid-Holland (UNC-ZH) hebben de HBO- en WO-opgeleide medewerkers in de zorg en behandeling in 2020 niet bij elkaar gekeken om van elkaar te leren. Wel hebben medewerkers deelgenomen aan de webinar die in 2020 door het UNC-ZH werden georganiseerd. In het lerend netwerk FAZ – met de Frankelandgroep en Argos Zorggroep – werd in 2020 niet bij elkaar gekeken.

Ontwikkelen en toepassen van kennis

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

Als lid van het UNC-ZH deden en doen wij mee aan het onderzoek dat dit netwerk doet naar de effecten van het COVID-19 virus binnen de verpleeghuizen. Dit gebeurt in opdracht van het ministerie van VWS en samen met het UNO-UMCG (Groningen) en de andere vier Samenwerkende Academische Netwerken Ouderenzorg (SANO). Het initiatief wordt mede ondersteund door ActiZ, V&VN en Verenso.

Daarnaast deden we mee aan de studie 'COVID-19 bij verpleeghuisbewoners' van het Amsterdam UMC.

Twee medewerkers waren in 2020 bezig met promotieonderzoek. Eén van hen promoveerde op 6 januari 2021 op het onderzoek 'Home & place making after stroke; Exploring the gap between rehabilitation and living environment.'

Bijlage 1 Lijst met afkortingen

| | |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AVG | Algemene Verordening Gegevensbescherming |
| ECD | elektronisch cliëntdossier |
| ELV | EersteLijns Verblijf |
| FAZ | lerend netwerk van Frankelandgroep, Argos Zorggroep en ons |
| fte | fulltime-equivalent; 1 fte is een volledige werkweek |
| GGZ | de sector Geestelijke GezondheidsZorg |
| GRZ | Geriatrische Revalidatiezorg |
| ICT | informatie- en communicatietechnologie |
| IGJ | Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd |
| ISO | Internationale Organisatie voor Standaardisatie |
| K&V | Kwaliteit & Veiligheid |
| LPZ | Landelijke Prevalentiemeting Zorgkwaliteit |
| LUMC | Leids Universitair Medisch Centrum |
| MD | management development |
| MDO | multidisciplinair overleg |
| MDS | multidisciplinaire samenwerking |
| MPT | Modulair Pakket Thuis |
| MTO | medewerkerstevredenheidsonderzoek |
| NAH | Niet Aangeboren Hersenletsel; wij gebruiken deze term alleen voor onze jonge(re) bewoners met NAH |
| NPS | Net Promotor Score; manier om klanttevredenheid en -loyaliteit te meten. |
| ONS | de naam van de applicatie met het nieuwe elektronisch cliëntdossier voor de zorg, de cliëntenadministratie en de roosterplanning |
| PG | psychogeriatric |
| QDNA | de realtime meet specialist van ZorgDNA; meet cliëntervaringen |
| RvA | Raad van Advies |
| RvC | Raad van Commissarissen |
| RvT | Raad van Toezicht |
| UNCZH–LUMC | Universitair Netwerk voor de Caresector – Zuid-Holland Leids Universitair Medisch Centrum |
| VIG | Verzorgende Individuele Gezondheidszorg |
| VIM | Veilig Incidenten Melden; een intern systeem voor het melden van incidenten: onbedoelde gebeurtenissen |
| VPT | Volledig Pakket Thuis |
| VAR | Verpleegkundige Verzorgende AdviesRaad |
| VVT | de sector Verpleging Verzorging en Thuiszorg |
| Wlz | Wet langdurige zorg |
| Wmo | Wet maatschappelijke ondersteuning |
| WNT II | Wet normering topinkomens 2 |
| ZIN | Zorginstituut Nederland |
| Zvw | Zorgverzekeringswet |

Bijlage 2 Personeelssamenstelling

Personeel in aantal

Peildatum 31 december 2020

| | Aantal medewerkers | fte |
|----------------------------------------|--------------------|--------|
| Totaal aantal medewerkers | 931 | 619,23 |
| Aantal medewerkers zorg | 743 | 511,14 |
| Aantal medewerkers niet zorg | 188 | 108,09 |
| Aantal stagiaires zorg en niet zorg | 56 | n.v.t. |
| Aantal vrijwilligers zorg en niet zorg | 616 | n.v.t. |

Verdeling zorgverleners intra- en extramuraal naar functie en locatie

Peildatum 31 december 2020

| Locatie | fte | Aantal medewerkers | Niv 1 % (A/fte) | Niv 2 % (A/fte) | LL % (A/fte) | VIG % (A/fte) | ≥ Niv 4 % (A/fte) | Aantal plaatsen |
|---------------------------------------------|-----|--------------------|-----------------|-----------------|--------------|---------------|-------------------|-----------------|
| Het Zonnehuis PG | 89 | 133 | 6/3 | 20/16 | 10/12 | 43/44 | 21/25 | 86 |
| Het Zonnehuis somatiek, incl. De Laurenburg | 94 | 141 | 12/6 | 16/15 | 14/18 | 35/39 | 23/22 | 103 |
| Drieën-Huysen Zuid | 72 | 104 | 2/1 | 24/20 | 14/17 | 42/41 | 18/21 | 81 |
| Adriaan Pauw | 28 | 42 | 7/1 | 33/28 | 10/14 | 36/43 | 14/14 | 35 |
| Drieën-Huysen Noord | 75 | 115 | 13/4 | 26/21 | 15/21 | 36/42 | 10/12 | 92 |
| De Dillenburg revalidatie | 45 | 61 | 3/1 | 23/22 | 18/22 | 31/31 | 25 | 64 |
| A- / N- / weekendhoofd | 5 | 9 | - | - | - | - | 100/100 | n.v.t. |
| Zonnehuis Thuis | 53 | 83 | 1/1 | 10/6 | - | 63/61 | 26/32 | n.v.t. |
| Management Zorg | 6 | 6 | - | - | - | - | 100/100 | n.v.t. |

Aantal leerlingen in zorgfuncties

Peildatum 31 december 2020

| Verhouding leerling en gediplomeerden in de zorg | |
|--------------------------------------------------|------------|
| Gediplomeerd niveau 3 en hoger | 283,91 fte |
| Leerlingen niveau 2 en hoger | 69,89 fte |
| Percentage leerlingen t.o.v. gediplomeerden | 24,62 % |

Verdeling behandelaren naar locatie

Peildatum gemiddeld in 2020

| Locatie | Aantal plaatsen | Arts fte | Psycho-loog fte | Fysio-therapie fte | Diëtist fte | Ergo-therapie fte | Logo-pedie fte | Maatsch. werk fte |
|---------------------------|-----------------|-------------|-----------------|--------------------|-------------|-------------------|----------------|-------------------|
| Het Zonnehuis PG | 86 | 0,90 | 0,80 | 2,86 | 0,14 | 0,95 | 0,55 | 0,78 |
| Het Zonnehuis somatiek | 82 | 0,91 | 0,67 | 2,68 | 0,14 | 0,95 | 0,60 | 0,78 |
| De Laurenburg | 21 | 0,26 | 0,27 | 0,72 | 0,11 | 0,60 | 0,16 | 0,39 |
| Drieën-Huysen Zuid | 81 | 0,90 | 0,80 | 2,86 | 0,14 | 0,95 | 0,60 | 0,87 |
| Adriaan Pauw | 35 | 0,39 | 0,48 | 1,19 | 0,20 | 0,60 | 0,27 | 0,49 |
| Drieën-Huysen Noord | 92 | 0,89 | 0,80 | 2,86 | 0,14 | 0,95 | 0,60 | 0,68 |
| De Dillenburg revalidatie | 64 | 1,03 | 0,80 | 4,29 | 0,67 | 2,13 | 1,57 | 0,97 |
| Totaal | 415 | 5,26 | 4,62 | 17,65 | 1,54 | 7,17 | 4,20 | 4,96 |

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

In- en uitstroomcijfers

| | Aantal medewerkers | fte |
|--------------------------|--------------------|--------|
| Totaal in dienst gekomen | 206 | 103,10 |
| In dienst zorg | 180 | 91,66 |
| In dienst niet zorg | 26 | 11,44 |
| Totaal uit dienst gegaan | 270 | 129,88 |
| Uit dienst zorg | 219 | 108,77 |
| Uit dienst niet zorg | 51 | 21,11 |

Het betreft alle functies/ disciplines in 2020, exclusief stagiaires, inclusief vakantiekrachten.

Personele kosten in ratio

| | Ratio |
|----------------------------------|-------|
| Ratio personele kosten over 2020 | 72,8* |

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

* zonder de zorgbonus is de ratio 72,0.

Bijlage 3 Jaarverslag van de Raad van Toezicht

Normen voor goed bestuur

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

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

De raad van toezicht heeft gekozen om geen functieprofielen voor de raad en de individuele leden te hanteren. In de statuten en het reglement raad van toezicht staan voldoende eisen die aan de raad en de leden worden gesteld; wanneer sprake is van een vacature wordt besloten aan welke competenties en andere eisen de organisatie in die periode behoefte heeft. Gelet op de diverse bouwactiviteiten is voor de komende periode gezorgd voor extra kennis op het terrein van vastgoed.

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

Verslag van de raad van toezicht

Leden en Governancecode Zorg

De raad van toezicht bestond in 2020 uit vijf leden. Na een zorgvuldige selectieprocedure traden mevrouw L.A. Boven en de heer R.R. Bakker per 1 januari 2020 toe als lid. Door de coronapandemie konden zij helaas niet naar de locaties gaan en deze leren kennen. De heer Petit werd per 1 februari 2020 benoemd als vicevoorzitter.

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

De commissie kwaliteit & veiligheid sprak tweemaal met de bestuurder, een van de managers zorg / de directeur zorg, de manager behandeling / directeur behandeling, de manager facilitair & vastgoed / directeur Bedrijfsvoering, de bestuurssecretaris, de beleidsadviseur met het onderwerp kwaliteit in het pakket en de strategisch beleidsadviseur.

De remuneratiecommissie richtte zich specifiek op het remuneratiebeleid en het functioneren van de bestuurder. De commissie heeft daarover met de bestuurder gesproken en de bevindingen teruggekoppeld naar de voltallige raad. Een beknopt verslag van het gesprek en de gemaakte afspraken is schriftelijk vastgelegd.

Samenstelling raad van toezicht in 2020

| Naam | Nevenfuncties |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| De heer ir. L. van der Kemp, voorzitter, voorzitter remuneratiecommissie, lid auditcommissie 2015 t/m 2018 2019 t/m 2022 | <ul style="list-style-type: none"> - Ambtshalve lid RvT Stichting ZNM-wonen te Vlaardingen; - Hoofdfunctie: directeur/eigenaar Van der Kemp Management & Consultancy te Oostvoorne; - Voorzitter RvC Aronsohn Raadgevend Ingenieurs BV te Rotterdam; - Lid RvA Technische Universiteit Eindhoven, Faculteit Gebouwde Omgeving, te Eindhoven. |
| De heer L.L. Petit, lid, lid remuneratiecommissie, voorzitter auditcommissie 2016 t/m 2019 2020 t/m 2023 | <ul style="list-style-type: none"> - Ambtshalve lid RvT Stichting ZNM-wonen te Vlaardingen; - Hoofdfunctie: directeur Hoscom B.V. te Vlaardingen; - Lid RvA Hotel Summit te Bilthoven. |
| De heer R.R. Bakker, lid, lid auditcommissie 2020 t/m 2023 | <ul style="list-style-type: none"> - Ambtshalve lid RvT Stichting ZNM-wonen te Vlaardingen; - Hoofdfunctie: voorzitter RvB Raphaëlstichting te Schoorl; - Lid RvT Driestroom te Elst; - Lid Bestuur Stichting Presentie te Utrecht; - Member of the Board Council for Social and Inclusive Development te Basel (Zwitserland). |
| Mevrouw dr. L.A. Boven, lid, lid commissie kwaliteit & veiligheid 2020 t/m 2023 | <ul style="list-style-type: none"> - Ambtshalve lid RvT Stichting ZNM-wonen te Vlaardingen; - Hoofdfunctie: lid RvB Ziekenhuis St Jansdal te Harderwijk. |
| Mevrouw dr. A.A. Sanderman, lid, voorzitter commissie kwaliteit & veiligheid 2018 t/m 2021 | <ul style="list-style-type: none"> - Ambtshalve lid RvT Stichting ZNM-wonen te Vlaardingen; - Hoofdfunctie: directeur Health Coach Program te Voorburg; - Lid RvC Regina Coelli te Vugt; - Lid RvT ROC Mondriaan te 's-Gravenhage; - Lid RvT Breda University of Applied Science te Breda. |

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

De raad van toezicht kiest er in gewone jaren voor om zich ten minste eenmaal per jaar gezamenlijk bij te scholen over een voor de zorg relevant en actueel onderwerp en om bij die gelegenheid ook het functioneren van de raad te evalueren. De coronapandemie maakte van 2020 echter een afwijkend jaar. Zoom of Teams was geen geschikte vervanger voor de gebruikelijke bijeenkomst. Die werd daarom voor een keer overgeslagen. De raad van toezicht stelt daarnaast de individuele leden in staat hun eigen deskundigheid en ontwikkeling op peil te houden en te vergroten.

Raad van bestuur

De raad van bestuur legde zevenmaal aan de raad van toezicht verantwoording af over de algemene en financiële voortgang, specifieke onderwerpen en de kwaliteit & veiligheid. Eén van deze bijeenkomsten was speciaal gewijd aan vastgoed. Tussentijds verstreekte de raad van bestuur op ad hoc-basis informatie over belangrijke gebeurtenissen en ontwikkelingen. Daarnaast vond periodiek overleg plaats tussen de raad van bestuur en de voorzitter van de raad van toezicht.

Uitvoering

De raad van toezicht vergaderde in 2020 zevenmaal, steeds in aanwezigheid van de bestuurder. Daar waar van belang werd eerst het managementteam / later de directie of een gedeelte daarvan bij een deel van de agendapunten uitgenodigd voor toelichting en/of uitleg.

De coronapandemie kreeg in relatie tot de kwaliteit van zorg, goed werkgeverschap en de financiële gevolgen noodgedwongen veel aandacht.

De raad ontving en besprak kwaliteitsgegevens en liet zich daarbij adviseren door de commissie Kwaliteit en Veiligheid. Daarnaast werden in 2020 onder meer het Kwaliteitsplan 2021, het Kwaliteitsverslag 2019, de voortgang van het verbeterplan Van Basis Naar Beter, de invoering van de Wet zorg en dwang en de resultaten van cliënt-ervaringsonderzoeken uitvoerig besproken. Bij het gesprek aan het begin van het vervolgbezoek van de IGJ was een afvaardiging van de raad van toezicht aanwezig. De raad was blij met het positieve oordeel van de IGJ na dit vervolgbezoek. De raad liet zich op de hoogte houden van de melding geweld in de zorgrelatie en de acties die de organisatie daarop ondernam naar cliënten en medewerkers.

De raad ontving en besprak financiële gegevens en liet zich daarbij adviseren door de auditcommissie. Daarnaast kwamen de jaarrekening 2019, de begroting 2021 en onder meer risicosignalering aan de orde.

Aan het eind van het jaar benaderden twee medewerkers de raad van toezicht met klachten. De raad schakelde een externe deskundige in om tot onafhankelijke beoordeling van de klachten te komen, zowel naar de aard van de klachten als de inhoud en achtergronden. De bevindingen en aanbevelingen van de deskundige zijn besproken met de bestuurder en de betrokken medewerkers, en de gesignaleerde problemen zijn geadresseerd. Naar aanleiding hiervan gaf de raad onder meer aan dat de klachtenprocedure voor medewerkers effectiever georganiseerd zou kunnen zijn. In 2021 zal de afdeling HR dit oppakken.

De voorbereiding van de ontwikkeling van een nieuwe vestiging op verschillende locaties in Vlaardingen werd steeds uitvoerig besproken. De raad van toezicht was blij met de mogelijkheid in District U en keurde de intentieovereenkomst voor die locatie goed. Dit zijn complexe en langdurige trajecten, met diverse potentiële partners en andere belanghebbenden.

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

Auditcommissie en commissie kwaliteit & veiligheid

In de auditcommissie werden onder meer de jaarrekening, begroting, managementrapportages van de raad van bestuur, risicobeheersing en de managementletter van de accountant besproken. Ook vastgoed was – gelet op de grote financiële impact – een belangrijk thema. De commissie deed in de vergaderingen van de raad van toezicht mondeling en schriftelijk verslag van haar bevindingen. In 2020 heeft de accountant de jaarrekening 2019 in de auditcommissie toegelicht.

In de commissie kwaliteit & veiligheid kwamen, naast het kwaliteitsverslag 2019 en het kwaliteitsplan 2021 ook de kwartaalrapportages kwaliteit, de stand van zaken van de ingevoerde Wet zorg en dwang, de voortgang in het verbeterplan Van Basis Naar Beter en de resultaten van de tussentijdse metingen op de verschillende items in dat verbeterplan aan de orde. De commissie deed in de vergaderingen van de raad van toezicht mondeling en schriftelijk verslag van haar bevindingen.

Besluiten

De raad van toezicht nam onder meer de volgende besluiten: vaststellen van het jaarverslag van de raad van toezicht 2019, het verlenen van decharge aan de raad van bestuur over 2019 en vaststellen dat Zonnehuisgroep Vlaardingen in klasse IV van de WNT 2 valt.

De raad van toezicht keurde de volgende voorstellen van de raad van bestuur goed: de jaarrekening 2019, de begroting 2021, de Organisatieontwikkeling, de 'Intentieovereenkomst Scholen en Zorg op het Unileverterrein' (District U).

Tot slot

Zonnehuisgroep Vlaardingen is een moderne, dynamische en professionele zorgorganisatie, die volop in beweging is. Cliëntgerichte zorg staat in alles centraal. De doorgevoerde organisatie-aanpassingen en de investeringen in nieuwe ICT-systemen en programma's leidden tot een efficiëntere bedrijfsvoering, die de kwaliteit van de zorg verder verbeterde en de arbeidssatisfactie van medewerkers en vrijwilligers nadrukkelijk verhoogde. De financiële positie van Zonnehuisgroep Vlaardingen is robuust en stabiel; het financiële beleid is gericht op continuïteit en hoge zorgkwaliteit. De positie van Zonnehuisgroep Vlaardingen is verder verstevigd, zowel lokaal als regionaal. Het opleiden en ontwikkelen, en binden en boeien van medewerkers is een blijvend punt van zorg en aandacht.

Onze complimenten, dank en waardering gaat uit naar alle medewerkers en vrijwilligers, die zich in 2020 met enorme betrokkenheid, doorzettingsvermogen en groot enthousiasme hebben ingezet. Dit ondanks de coronapandemie, die van 2020 een moeilijk jaar maakte. In 2021 is dat nog niet voorbij, al gaat het geleidelijk beter. We ervaren in deze tijd des te meer dat hun inzet onmisbaar is om Zonnehuisgroep Vlaardingen weer te bestempelen als een organisatie waarin we "samen voor elkaar zorgen." Met recht "een organisatie om trots op te zijn!" Ook spreken wij onze oprechte dank uit aan de cliënten en hun familie en/of verwanten die ons de zorg en ondersteuning in hun leven hebben toevertrouwd.

De heer ir. L. van der Kemp, voorzitter

De heer L.L. Petit, vicevoorzitter

De heer R.R. Bakker, lid

Mevrouw dr. L.A. Boven, lid

Mevrouw dr. A.A. Sanderman, lid



Wij zijn gecertificeerd voor ISO in Zorg en Welzijn

Zonnehuisgroep Vlaardingen

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

zgvlaardingen.nl
werkenbijzgvlaardingen.nl

Locaties

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

Zonnehuis Thuis