



## Kwaliteitsverslag 2018

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

# Inhoudsopgave

1	Inleiding.....	5
	Algemeen beschrijvend overzicht uitkomsten.....	7
3	Kwaliteit en veiligheid.....	7
3.1	Persoonsgerichte zorg en ondersteuning.....	7
3.1.1	Verbeterplan: eigenaarschap vergroten.....	7
3.1.2	Verbeterplan: persoonsgerichte zorg.....	8
3.1.3	Verbeterplan: Het Zonnehuis Somatiek, De Laurenburg, Drieën- Huysen Zuid: onbegrepen gedrag.....	9
3.1.4	Verbeterplan: meten cliënttevredenheid.....	9
3.1.5	Verbeterplan: multidisciplinaire samenwerking.....	9
3.1.6	Verbeterplan: maaltijdbeleving.....	10
3.1.7	Verbeterplan: verzuim verlagen.....	10
3.1.8	Verbeterplan: goede afstemming werk en privé.....	11
3.1.9	Verbeterplan: Waardigheid en Trots.....	11
3.2	Wonen en welzijn.....	12
3.2.1	Verbeterplan: dagbesteding.....	12
3.2.2	Verbeterplan: beweging.....	12
3.2.3	Verbeterplan: betrokkenheid naasten.....	12
3.2.4	Verbeterplan: duidelijk gestructureerd (zorg)proces chronische zorg	13
3.2.5	Verbeterplan: eenpersoons appartementen.....	13
3.2.6	Verbeterplan: Het Zonnehuis: kleinschalig wonen.....	13
3.2.7	Vrijwilligers.....	14
3.3	Veiligheid.....	14
3.3.1	Verbeterplan: gegevens veiligheidsindicatoren.....	14
3.3.2	Verbeterplan: medicatieveiligheid.....	14
3.3.3	Verbeterplan: meting verpleegproblemen.....	15
3.3.4	Verbeterplan: Wet Zorg en dwang.....	15
3.4	Leren en verbeteren van kwaliteit.....	15
3.4.1	Verbeterplan: Lean.....	15
3.4.2	Verbeterplan: lerende netwerken.....	16
3.4.3	Verbeterplan: zorg aan verpleeghuisbewoners met pijn.....	16
3.4.4	Audits en visitaties.....	16
3.4.5	Klachten en meldingen.....	17

3.5	Leiderschap, governance en management.....	17
	3.5.1 Verbeterplan: managementdevelopmenttraject.....	17
	3.5.2 Kwaliteit	18
	3.5.3 Verbeterplan: veiligheidscommissie op toezichtniveau.....	18
	3.5.4 Governance .....	18
	3.5.5 Verankering van medische, verpleegkundige en psychosociale expertise .....	19
	3.5.6 AVG	19
3.6	Personeelssamenstelling (voldoende en bekwaam personeel).....	19
	3.6.1 Verbeterplan: opleidingen .....	20
	3.6.2 Verbeterplan: voldoende medewerkers.....	20
3.7	Gebruik van hulpbronnen .....	21
	3.7.1 Verbeterplan: ECD.....	21
	3.7.2 Applicatie ONS.....	21
	3.7.3 Verbeterplan: BI-tool .....	22
	3.7.4 Verbeterplan: Inkoopproces .....	22
	3.7.5 ICT	22
	3.7.6 Samenwerkingsverbanden en kennisbronnen.....	22
3.8	Gebruik van informatie .....	24
	3.8.1 Verbeterplan: resultaat cliëntervaringen enquête 2017 .....	24
	3.8.2 Verbeterplan: verbeterplan uitvoeren .....	24
	3.8.3 Verbeterplan: ZorgkaartNederland .....	24
	3.8.4 Verbeterplan: tevredenheidsonderzoek cliënten uitvoeren .....	24
	3.8.5 Verbeterplan: kwaliteitsverslag.....	25
	3.8.6 Verbeterplan: alle locaties: Medewerkerstevredenheid .....	25
	Specifieke aandacht voor drie onderdelen.....	26
4	Veiligheid.....	26
	4.1 Medicatieveiligheid .....	26
	4.2 Decubituspreventie.....	27
	4.3 Vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) .....	27
	4.4 Preventie van acute ziekenhuisopnamen .....	28
5	Cliëntoordelen .....	29
	5.1 Interne tevredenheidsmeting (ZorgDNA) .....	29
	5.2 Zorgkaart Nederland.....	30
6	Leren en werken aan kwaliteit .....	31
Bijlage 1	Lijst met afkortingen .....	32
Bijlage 2	Personeelssamenstelling .....	34
	Personeel in aantal.....	34
	Verdeling zorgverleners intramuraal naar functie en locatie.....	34

	Verdeling behandelaars naar locatie.....	35
	Aantal leerlingen in zorgfuncties .....	35
	In- en uitstroomcijfers .....	35
	Personele kosten in ratio .....	35
Bijlage 3	Jaarverslag van de Raad van Toezicht .....	36

# 1 Inleiding

Het jaar 2018 stond in het teken van de verbouwing van het leeggekomen oude verpleeghuis Drieën-Huysen Noord tot woongroepen voor mensen met dementie. Door het voorlopig in stand houden van deze locatie raakten wij onze laatste tweepersoonskamers kwijt en hebben we alleen nog maar eenpersoonskamers en appartementen. Een hele positieve ontwikkeling. Daarnaast speelden er in 2018 natuurlijk ook andere zaken. De belangrijkste zijn de voortgang in persoonsgerichte zorg, het project Multidisciplinaire samenwerking, het project Smakelijk eten en het programma Lean.

Al deze onderwerpen komen aan de orde in het voor u liggende Kwaliteitsverslag, dat is opgesteld volgens de richtlijnen van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.

Een belangrijke omstandigheid sinds half december 2017 was de langdurige afwezigheid van de bestuurder als gevolg van ziekte. Zij werd vervangen door een interimbestuurder en tegen het eind een vervangend bestuurder, welke laatste tezamen met het managementteam de bestuurdersrol vervulde. Op deze wijze konden bijna alle ontwikkelingen doorgang vinden; slechts enkele werden in overleg met de bestuurder en Raad van Toezicht on hold gezet. Vanaf september 2018 was de bestuurder weer aanwezig.

Het Kwaliteitsverslag gaat over de zorg die onder de Wet langdurige zorg (Wlz) valt – langdurige zorg en Eerstelijns Verblijf (ELV) – omdat het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg daarop van toepassing is. Het Kwaliteitskader Wijkverpleging wordt op dit moment verder doorontwikkeld en zal eerst eind 2019 ingevoerd zijn.

Wij zeggen in het Kwaliteitsverslag echter ook iets over revalidatie, wijkverpleging en eerstelijns behandeling, die onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) vallen, en dagvoorziening en individuele begeleiding thuis, die onder de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo) vallen. Dat doen we enerzijds omdat veel ontwikkelingen organisatiebreed zijn en anderzijds omdat we enkele specifieke kwaliteitsaspecten van die zorg ook willen vermelden.

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 verbeterpunten die in het Kwaliteitsplan 2018 zijn benoemd. Deze verbeterpunten worden verantwoord in de hoofdstukken en paragrafen waar zij ook in het Kwaliteitsplan 2018 onder vermeld staan. Een deel van de onderwerpen loopt langer dan een jaar. Wanneer daar als status “afgerond” staat, betekent dit dat de acties die voor 2018 gepland waren, zijn afgerond hoewel het onderwerp als zodanig ook in 2019 doorloopt.

## 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 dagbehandeling 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 maatzorg met vrijwilligers en medewerkers.

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
Postcode en plaats	3136 EA Vlaardingen
Telefoonnummer	010 – 475 95 95
Identificatienummer Kamer van Koophandel	24330016
E-mailadres	info@zgvlaardingen.nl
Internetpagina	www.zgvlaardingen.nl

Locaties eind 2018											
Naam	Soort zorg										
	Verblijf lichamelijk	Verblijf dementie	Verblijf Jongeren NAH <sup>1</sup>	GRZ <sup>2</sup>	ELV <sup>3</sup>	Crisis	Palliatieve zorg	Dagbesteding	Wijkverpleging, Volledig Pakker Thuis, Individuele begeleiding	Personenalarmering + alarmopvolging thuis	1 <sup>e</sup> lijns behandeling
Het Zonnehuis	X	X				X	X	X			
De Dillenburg revalidatie				X	X	X					X
De Laurenburg			X								
Adriaan Pauw		X									
Drieën-Huysen Noord		X									
Drieën-Huysen Zuid	X		X					X			
Zonnehuis Thuis wijkteams									X	X	

<sup>1</sup> Niet Aangeboren Hersenletsel

<sup>2</sup> Geriatrische RevalidatieZorg

<sup>3</sup> EersteLijnsVerblijf

# Algemeen beschrijvend overzicht uitkomsten

## 3 Kwaliteit en veiligheid

### 3.1 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).

#### 3.1.1 Verbeterplan: eigenaarschap vergroten

Verbeterpunt	Hoe	Status
Eigenaarschap bij medewerkers vergroten.	Lean verder in de organisatie verankeren met aanbod scholing Lean aan medewerkers. Coachen verbeterprojecten met Green Belts.	Behaald en loopt ook door

Sinds 2017 voeren wij Lean organisatiebreed in. In 2018 leidden we 32 Orange Belts op en werd de Black Belt een Master Black Belt, nadat het jaar daarvoor al de Black Belt Lean-Six Sigma en 35 Green Belts waren opgeleid en de bestuurder en het managementteam de training Managers Leadership hadden gevolgd. Het is de bedoeling dat uiteindelijk elk team twee Orange Belts heeft. Er is veel animo voor deze cursus: medewerkers bieden zichzelf aan en er is een wachtlijst ontstaan.

Alle Orange Belts deden als afronding van hun cursus een monodisciplinair Lean-project dat dicht bij hun eigen werkzaamheden lag. In 2018 startten ook vijf multidisciplinaire Lean-projecten. Deze zijn onderdeel van het project 'zorgpaden.' De projecten worden geleid door Green Belts, die daarbij gecoacht worden door de Master Black Belt.

Eigenaarschap van medewerkers vergrootten we in 2018 ook langs andere wegen. De teamleiders (zorg) en hoofden (behandelaren en ondersteuning) zijn meewerkend en hun hoofdtaak is sturen op kwaliteit. Zij worden uitgedaagd om problemen op te lossen en om te improviseren. Maar ook om meer zaken bij het team te leggen. Daarnaast is daar de

verandering dat in beginsel alle VIG'ers contactverzorgende / -verpleegkundige zijn geworden en daardoor voor enkele cliënten meer verantwoordelijkheid hebben gekregen, in plaats van dat er enkele EVV'ers<sup>4</sup> per afdeling zijn, die ieder veel cliënten toegewezen hadden gekregen. Maar ook de veranderingen in het roosterbeleid vragen meer verantwoordelijkheid van de medewerkers en de teams (paragraaf 3.1.8), het feit dat teamleiders een budget voor activiteiten kregen, dat tegen eind 2018 360°-feedback startte waarbij de medewerker meer zelf actief moet zijn rondom zijn jaargesprek, en dat de medewerker meer zelf actief moet zijn in het kader van vitaliteitsbeleid (paragraaf 3.1.7) en bij verzuim. Er wordt niet alleen meer gevraagd van medewerkers, zij krijgen ook hulpmiddelen, passend bij de gebieden die het betreft.

Deze veranderingen hebben tijd nodig. Zij vergen aanpassingen van het management – kunnen we het loslaten? – en van het middenkader en de andere medewerkers. Het onderwerp heeft steeds aandacht en wij zien een voortgaande ontwikkeling.

### 3.1.2 Verbeterplan: persoonsgerichte zorg

Verbeterpunt	Hoe	Status
Medewerkers leveren persoonsgerichte zorg en vinden aansluiting bij de behoefte van de cliënt.	Scholing persoonsgerichte zorg. Sturing door teamleiders op het stellen van de juiste doelen en afstemming met de cliënt in het zorgleefplan.	Afgerond

Tegelijk met de invoering van het nieuwe ECD voor de zorg, het ONS, startten wij voor de intramurale zorg ook met het Mikzo. Dit is een instrument waarmee de verzorgende / verpleegkundige de zorg classificeert en de kwaliteit van de zorg meet en volgt. Daartoe worden 34 gebieden van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg en het Kwaliteitskader Wijkverpleging in beeld gebracht en gescoord. Deze scores leiden tot acties die in het zorgleefplan komen. De risicosignalering maakt in het domein 'veiligheid' standaard deel uit van het Mikzo.

#### *Mensen met dementie (PG)*

Dit betreft Het Zonnehuis PG, Drieën-Huysen Noord en Adriaan Pauw.

Persoonsgerichte zorg voor deze bewoners heeft bij ons de vorm van belevingsgerichte zorg. Hierbij gaat het om de beleving van de bewoner op dit moment. Het doel van de belevingsgerichte zorg is het verbeteren van het emotionele en sociale functioneren, en uiteindelijk de kwaliteit van leven van mensen met dementie.

Voor nieuwe zorgmedewerkers, behandelaren en huishoudelijke medewerkers van de PG is er jaarlijks een training belevingsgerichte zorg. Ook vrijwilligers en stagiaires kregen een training.

#### *Mensen met lichamelijke aandoeningen en beperkingen (somatiek)*

Dit betreft Het Zonnehuis Somatiek, De Laurenburg en Drieën-Huysen Zuid.

Na de basisscholing persoonsgerichte zorg, die in 2017 gegeven werd aan alle zorgmedewerkers, behandelaren en huishoudelijke medewerkers van deze locaties, kreeg een deel van de medewerkers een verdiepende scholing. Zij vertalen het geleerde door naar hun team. Voor nieuwe medewerkers van de somatiek komt er jaarlijks een training persoonsgerichte zorg.

#### *Thuiszorg*

De wijkverpleging ging in 2018 over van een papieren zorgdossier naar het nieuwe elektronisch cliëntdossier ONS. In plaats van Mikzo is hier Omaha geïnstalleerd. Tegelijkertijd vond het project Rapporteren op doelen plaats, met goed resultaat.

<sup>4</sup> Eerst Verantwoordelijke Verpleegkundige / Verzorgende



Vanwege het solistische werken, eigen aan de thuiszorg, ontstond bij de wijkverpleegkundigen behoefte aan intervisie. Dit werd in 2018 voorbereid en startte in 2019.

### 3.1.3 Verbeterplan: Het Zonnehuis Somatiek, De Laurenburg, Drieën-Huysen Zuid: onbegrepen gedrag

Verbeterpunt	Hoe	Status
Omgaan met onbegrepen gedrag Somatiek.	Scholing psychiatrische ziektebeelden (samenwerking met GGZ)	Loopt door

In Het Zonnehuis Somatiek, De Laurenburg en Drieën-Huysen Zuid zijn steeds meer bewoners met onbegrepen gedrag. Daarom kregen de teams van De Laurenburg en Drieën-Huysen Zuid scholing in psychiatrische ziektebeelden. Het ging om kennis, casuïstiek en praktijkopdrachten. Dit blijven we doen, en dan multidisciplinair, enerzijds voor de somatische afdelingen in Het Zonnehuis, anderzijds voor nieuwe medewerkers.

Met GGZ Delfland werken we samen op het gebied van consulten door een psychiater en een sociaal psychiatrisch verpleegkundige die een dagdeel per week bij ons aanwezig is.

### 3.1.4 Verbeterplan: meten cliënttevredenheid

Verbeterpunt	Hoe	Status
Metten cliënttevredenheid aan de hand van thema's Kwaliteitskader, minimaal 2x per jaar en waar mogelijk continu.	2x per jaar een mailing naar de contactpersonen van PG-cliënten en naar jongeren. Continu via de zuilen op de locaties en voor het MDO via een digitale vragenlijst.	Loopt door

In verband met de verhuizingen die eind 2017 en in 2018 plaatsvonden, is in 2018 gekozen voor één in plaats van twee mailings naar de contactpersonen van alle PG-cliënten en naar jongeren met NAH.

In Het Zonnehuis, Drieën-Huysen Noord, Drieën-Huysen Zuid en de Dagbesteding is continu gemeten via zuilen. We merkten dat de respondenten de vragenlijst te lang vonden; het waren de vragen van de CQ-index. Daarom werd de vragenlijst verkort naar vijf vragen, een open vraag en de aanbevelingsvraag.

In de thuiszorg nemen de medewerkers periodiek de link naar de vragenlijst mee naar cliënten. In 2018 is nog niet bij het multidisciplinair overleg (MDO) de vragenlijst voorgelegd. Er waren al zo veel vragen voorgelegd en we merken dat mensen daar ook moe van raken. We kijken of in 2019 het cliëntportaal hier een rol bij kan spelen.

### 3.1.5 Verbeterplan: multidisciplinaire samenwerking

Verbeterpunt	Hoe	Status
Multidisciplinaire samenwerking versterken.	Project zorgpaden.	Loopt door

Het programma Multidisciplinaire samenwerking (MDS) loopt sinds 2017.

Een aantal teams in Het Zonnehuis Somatiek, De Laurenburg en Drieën-Huysen Zuid vervolgden de multidisciplinaire dialoogsessies uit 2017 op kleinere schaal met hun 'eigen' behandelaren. Andere somatische teams nemen dit initiatief in 2019 over.

Bij de behandelaren en revalidatie kregen de sessies uit 2017 een vervolg in aandacht voor de eigen communicatieve vaardigheden. De behandelaren optimaliseerden daarbij, onder externe begeleiding, hun consultvaardigheden.

In 2018 startte de volgende fase van het programma MDS, namelijk het opstellen van het Zorgpad Intramuraal Langdurige Zorg. Na een uitgebreide inventarisatie van de problemen in het proces dat de bewoner doorloopt, werden de eerste vijf in projectvorm opgepakt. Dit zijn de eerste multidisciplinaire Leanprojecten, uitgevoerd door Green Belts met als coach de Master Black Belt. De projecten lopen door in 2019.

In de thuiszorg stelde de manager samen met de wijkverpleegkundigen zelf een extramuraal multidisciplinair zorgpad op (wijkverpleging – casemanagement dementie – dagbesteding e.d.). Overigens leren medewerkers elkaar ook in de leanschooling en in het management development traject beter kennen, wat eveneens bijdraagt aan de samenwerking.

### 3.1.6 Verbeterplan: maaltijdbeleving

Verbeterpunt	Hoe	Status
Verhogen van de maaltijdbeleving.	Koken met de cliënten op de huiskamers. Inzetten van 'normale' voeding als verrijkte voeding en als tussendoortjes.	Loopt door

Het beleid bestaat uit het op alle woongroepen of afdelingen dagelijks zelf koken van één maaltijdcomponent en het regenereren van de andere maaltijdcomponenten. Uitzonderingen zijn De Laurenburg, omdat de bewoners daar koken voor regenereren, zodat ieder op zijn eigen tijd kan eten en zelf alle keuze heeft in maaltijdcomponenten, en revalidatiecentrum De Dillenburg, waar ook geregenereerd wordt en ieder alle keuze heeft in maaltijdcomponenten. Daarnaast is in alle gevallen het zelf koken of bakken regelmatig één van de welzijnsactiviteiten. Tot slot kunnen de woongroepen en afdelingen ook advies, ondersteuning van de kok invoeren. In Het Zonnehuis PG, Drieën-Huysen Noord en Adriaan Pauw koken drie woongroepen dagelijks een maaltijdcomponent zelf. De andere PG-woongroepen in Het Zonnehuis volgen later, na het opknappen van hun woongroepen in 2019. Ook de woongroepen in Adriaan Pauw volgen later. In Drieën-Huysen Noord zijn de keukens hiervoor niet geschikt. Omdat deze locatie maar een paar jaar zal blijven bestaan, tot de nieuwbouw gereed is, zijn de investeringen in de keukens daarop aangepast.

In Het Zonnehuis Somatiek en Drieën-Huysen Zuid wordt wel op de groepen gekookt. Daartoe werden begin 2018 in Het Zonnehuis Somatiek geschikte keukens geplaatst en gaf de kok lessen voordat daadwerkelijk werd gestart.

De diëtiste is bij deze ontwikkeling kritisch betrokken.

Het inzetten van 'normale' voeding als verrijkte voeding en als tussendoortjes vindt nauwelijks plaats.

### 3.1.7 Verbeterplan: verzuim verlagen

Verbeterpunt	Hoe	Status
Verzuim verlagen naar <4,6%.	Doorgaan volgens gemaakte afspraken. Opstellen en uitvoeren vitaliteitsbeleid.	Bijna afgerond

Het verzuim was eind 2018 4,83% (regio 6,96% en branche 7,15%). Eind 2017 was dit nog 5,6% en eind 2016 6,4%.

Het vitaliteitsbeleid (preventie) en het verzuimbeleid werpen duidelijk hun vruchten af. Het in 2018 opgestelde vitaliteitsbeleid richt zich onder meer op het vergroten van de psychische belastbaarheid en de duurzame inzetbaarheid van medewerkers. Wij verwachten van hen eigen regie en ondersteunen hen hierbij op diverse manieren.

Een positieve invloed was ook dat, als gevolg van grotere contracten, meer zorgmedewerkers achtuursdiensten konden draaien, waardoor zij meer uitrusttijd hadden. Daarnaast was er vanuit de Taskforce Werktijden meer alertheid op gezond roosteren.

### 3.1.8 Verbeterplan: goede afstemming werk en privé

Verbeterpunt	Hoe	Status
Goede afstemming werk en privé voor de medewerkers (roosters).	Samenwerking versterken tussen het Planbureau en de teams. Werven en inzetten van Flexpool medewerkers. Roosterbeleid uitvoeren. Keuze ander roostersysteem (evt. zelfroosteren).	Afgerond

De samenwerking tussen het Planbureau, dat de roosters maakt voor de zorg, en de zorgteams verbeterde, onder meer door de medewerkers van het Planbureau vast aan teams te koppelen. Zo kennen zij de individuele medewerkers en de teams beter en is een betere samenwerking met de teamleiders ontstaan.

Het Zonnehuis PG, Drieën-Huysen Noord en Adriaan Pauw kozen niet voor het instellen van een flexpool. De teams op deze locaties hebben elk eigen flexmedewerkers, die ook op andere teams werken. Dit werkt goed.

Het Zonnehuis Somatiek, De Laurenburg en Drieën-Huysen Zuid kozen wel voor een flexpool. Deze wordt aangestuurd door een van de teamleiders. Dit werkt goed. Door arbeidsmarkttekorten werd de flexpool echter regelmatig volledig ingezet, waardoor er weinig medewerkers overbleven voor flex-inzet.

Ook Zonnehuis Thuis koos voor een flexpool. Dit werkt goed.

Het roosterbeleid werd vernieuwd en uitgevoerd. De teams kregen meer verantwoordelijkheid: in het team wordt het basisrooster besproken – een cyclisch rooster voor zes maanden – evenals het voorgestelde rooster – per vier weken.

Op 1 oktober ging de hele organisatie over naar de applicatie ONS, die onder meer een roostermodule bevat. Door een goede voorbereiding en uitvoering verliep deze overgang goed en kon de salarisuitbetaling ongehinderd doorgang vinden.

### 3.1.9 Verbeterplan: Waardigheid en Trots

Verbeterpunt	Hoe	Status
Plan Waardigheid en Trots.	Vervolg scholing Waardigheid & Trots. Inzet dagbestedingscoaches. Kleinschalig wonen.	Afgerond

Al sinds het begin van Waardigheid & Trots (W&T) scholen wij zorgmedewerkers (niveaus 2, 3 en 4) op het gebied van welzijn. Welzijn is immers niet alleen van de dagbestedingscoaches maar van het hele zorgteam. Dit is een cultuuromslag.

In 2018 werd de helft van de zorgmedewerkers van Het Zonnehuis PG, Drieën-Huysen Noord en Adriaan Pauw geschoold voor welzijnsactiviteiten (W&T); de andere helft volgt in 2019

In Het Zonnehuis Somatiek, De Laurenburg en Drieën-Huysen Zuid kregen de zorgmedewerkers ook de W&T-scholing. Daarnaast zijn in Drieën-Huysen Zuid de dagbestedingscoaches van de woongroepen en van de centrale activiteitenbegeleiding veel hechter gaan samenwerken. Ook op die locatie zijn er nu activiteiten in het weekend; iets wat de bewoners zeer op prijs stellen.

Op alle locaties vond scholing voor de dagbestedingscoaches plaats.

## 3.2 Wonen en welzijn

### 3.2.1 Verbeterplan: dagbesteding

Verbeterpunt	Hoe	Status
Voldoende dagbesteding voor de cliënten, naar behoefte en mogelijkheden.	Inzet Waardigheid en Trots uren. Goede, passende afspraken in het zorgleefplan. Kleinschalig wonen.	Afgerond

De extra uren die door Waardigheid & Trots beschikbaar zijn, zijn uitgepland, dat wil zeggen zijn specifiek geroosterd voor welzijnsactiviteiten. Ook is er voor activiteiten een specifiek budget. Hierdoor is geborgd dat deze gelden aan het welzijn van de bewoners ten goede komen. Op de woongroepen zijn de activiteiten gebaseerd op de afspraken in het zorgleefplan van de bewoner en op wat deze los daarvan aangeeft. Het nieuwe elektronisch cliëntdossier voor de zorg – ONS – ondersteunt het maken van passende afspraken over welzijn goed. Vanwege de samenhang met het zorgleefplan zijn veel dagbestedingscoaches aan de woongroepen verbonden. Dagbesteding is ook een onderdeel van de zorgverlening. Zorgmedewerkers besteden hier steeds meer tijd aan en worden hierin getraind.

### 3.2.2 Verbeterplan: beweging

Verbeterpunt	Hoe	Status
Voldoende beweging, afgestemd op de behoefte en mogelijkheden van de cliënt.	Implementatie van het project Beweegzorg.	Afgerond

Ouderen in verpleeghuizen en kleinschalige woonvormen bewegen structureel te weinig en voldoen niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen. Wij deden al veel aan beweging voor de bewoners, vooral in groepsgerichte en centrale beweegactiviteiten. Door het project Beweegzorg hebben onze cliënten de mogelijkheid om dagelijks, en in ieder geval minimaal driemaal per week, te bewegen volgens de gestelde normen voor onze sector. Iedere bewoner kreeg een beweegprofiel, bewegen is onderdeel van de zorg geworden en in het zorgleefplan worden er afspraken over gemaakt. In 2018 is een beweegtherapeut in dienst getreden en zijn er extra beweegmogelijkheden op de locaties bij gekomen.

### 3.2.3 Verbeterplan: betrokkenheid naasten

Verbeterpunt	Hoe	Status
Betrokkenheid naasten vergroten bij zorg en ondersteuning.	Cliëntportaal als onderdeel van het nieuwe ECD.	Naar 2019

Het elektronisch cliëntdossier ONS (ECD), dat wij in oktober 2018 invoerden, kan gekoppeld worden met het cliëntportaal CarenZorgt. Wanneer de cliënt of zijn vertegenwoordiger de koppeling tot stand brengt, kan hij in het cliëntportaal gegevens uit zijn ECD zien. In 2019 zal deze mogelijkheid worden ingevoerd.

Mantelzorgers zijn erg belangrijk voor de cliënten. Wij betrekken hen dan ook actief bij activiteiten en bij het koken op de groep. De contactverzorgenden nemen periodiek contact op met de vertegenwoordiger van de cliënt. Een multidisciplinaire zorgleefplanbespreking wordt

voorgesproken met de cliënt en/of diens vertegenwoordiger. Zij worden ook uitgenodigd om zelf aanwezig te zijn bij de zorgleefplanbespreking.

### 3.2.4 Verbeterplan: duidelijk gestructureerd (zorg)proces chronische zorg

Verbeterpunt	Hoe	Status
Een duidelijk gestructureerd (zorg)proces voor de chronische zorg.	Project Zorgpaden.	Loopt door

Het project Zorgpaden is een nieuwe fase in het programma Multidisciplinaire Samenwerking. Zie paragraaf 3.1.5.

### 3.2.5 Verbeterplan: eenpersoons appartementen

Verbeterpunt	Hoe	Status
Iedere cliënt wonend op een Wlz-afdeling heeft een eenpersoonsappartement.	Verbouwing Drieën-Huysen Noord. Cliënten met een PG-indicatie overplaatsen van andere locaties naar Drieën-Huysen Noord.	Afgerond

In 2017 kwam het nieuwe verpleeghuis Drieën-Huysen Zuid gereed. Wat volgde was een grote verhuizing vanuit het bestaande Drieën-Huysen Noord. We besloten laatstgenoemde locatie de komende paar jaar in stand te houden, omdat we daardoor in 2018 de laatste nog bestaande tweepersoonskamers op de verblijfsafdelingen konden omzetten in eenpersoonskamers. Voor de meeste bewoners met dementie kozen we niet voor verhuizen naar Drieën-Huysen Noord maar voor natuurlijk verloop, omdat verhuizen naar een andere omgeving deze mensen meer kwaad dan goed doet. Alleen om die reden waren er eind 2018 op de PG-woongroepen in Het Zonnehuis in de praktijk toch nog vijf tweepersoonskamers.

In 2018 maakten we Drieën-Huysen Noord geschikt voor groepswonen voor mensen met dementie. Op elke etage kwamen twee huiskamers en extra badkamers, zodat er per etage twee woongroepen ontstonden. Iedere bewoner heeft hier een eigen kamer met toilet. Er werd een huiselijke sfeer gecreëerd. De locatie zelf is gesloten, maar de woongroepen, de algemene ruimte en de tuin niet, waardoor de bewoners veel bewegingsruimte hebben.

### 3.2.6 Verbeterplan: Het Zonnehuis: kleinschalig wonen

Verbeterpunt	Hoe	Status
Kleinschalig wonen verbeteren en uitvoeren.	Scholing medewerkers. Sturen op gedrag. Verbeteren woon leef omgeving.	Loopt door

In 2018 waren er al zo veel scholingen, onder andere voor het nieuwe zorg-ECD ONS, dat de scholing voor kleinschalig wonen uitgesteld is.

In Het Zonnehuis PG en Adriaan Pauw waren al woongroepen. Nadat in november 2017 de meeste bewoners van Drieën-Huysen Noord naar het nieuwgebouwde Drieën-Huysen Zuid verhuisden, maakten we Drieën-Huysen Noord geschikt voor tien woongroepen van elk negen bewoners met dementie. Zie paragraaf 3.2.5.

Het verbeteren van de woonleefomgeving op de woongroepen in Het Zonnehuis PG is doorgeschoven naar 2019. De voorbereiding zal in nauwe samenwerking met de Cliëntenraad plaatsvinden.

Op de afdelingen in het Zonnehuis Somatiek werd in 2018 dagelijks in kleinere groepen gewerkt, zodat de bewoners met minder medewerkers te maken kregen. De twee grootste

afdelingen hebben elk twee huiskamers; de bewoners kunnen kiezen waar zij willen zijn. Het gebouw beperkt ons in de mogelijkheden voor kleinschalig wonen. Deze somatische afdelingen zijn in 2018 gerestyled en kregen een huiselijke sfeer. De bewoners kozen zelf de vloer, wandbekleding en kleur verf voor hun afdeling en de individuele bewoners deden dat ook voor hun eigen kamer. Drieën-Huysen Zuid is al gebouwd voor woongroepen van elk negen bewoners.

### 3.2.7 Vrijwilligers

Er zijn ruim 600 vrijwilligers aan onze organisatie verbonden. Zij doen mee met zeer uiteenlopende activiteiten. Van helpen bij het eten tot voorlezen tot wandelen met bewoners. Met hun inzet dragen zowel mantelzorgers als vrijwilligers bij aan het welzijn van de bewoners en cliënten. Meerdere keren per jaar organiseren wij een Vrijwilligerscafé waar thema's besproken worden die relevant zijn voor de vrijwilligers.

## 3.3 Veiligheid

### 3.3.1 Verbeterplan: gegevens veiligheidsindicatoren

Verbeterpunt	Hoe	Status
Gevraagde gegevens veiligheidsindicatoren zijn bekend en zijn gereed voor monitoring.	Gegevens bij de bron vermelden, waar mogelijk een digitaal push/pull systeem opzetten. Project opzetten om gegevens psychofarmaca / antibiotica / acute ziekenhuisopnames beter te genereren.	Loopt door

In oktober 2018 zijn we overgegaan naar het elektronische systeem ONS. De aandacht was eerst gericht op het werken met het nieuwe systeem. We zullen nog kijken of en hoe we dit soort gegevens uit dit systeem kunnen halen.

Bij de medicatiegegevens – de apotheek van het ziekenhuis is onze leverancier – en de acute ziekenhuisopnames lopen we aan tegen verschillende soorten systemen. Het is nog niet gelukt om de benodigde gegevens beter te genereren; we werken nog handmatig met diverse excelbestanden. Ook in de regio worden initiatieven ontwikkeld om tot een gezamenlijke oplossing te komen.

### 3.3.2 Verbeterplan: medicatieveiligheid

Verbeterpunt	Hoe	Status
Medicatieveiligheid is op orde.	Uitrol project medicatieveiligheid naar de nog niet 'geleande' afdelingen. Borgen van nieuwe werkwijze. Projecten rondom digitaal aftekenen medicatie krijgen voortgang om te komen tot een juist hulpmiddel.	Loopt door

In 2018 is aan dit verbeterpunt gewerkt. Zie het hoofdstuk 'Specifieke aandacht' paragraaf 4.1.

## Verbeterplan: meting verpleegproblemen

Verbeterpunt	Hoe	Status
LPZ meting verpleegproblemen.	Rapportage met verbeterplan op onderdeel. Verbeterplan inzetten. LPZ meting Q4 2018.	Afgerond

De resultaten van de LPZ-meting van eind 2017 werden in het teamleidersoverleg besproken. Zij kozen ervoor om in 2018 decubitus als item op te pakken. Zie verder het hoofdstuk 'Specifieke aandacht' paragraaf 4.2.  
In Q4 van 2018 werd de jaarlijkse LPZ-meting gedaan.

### 3.3.3 Verbeterplan: Wet Zorg en dwang

Verbeterpunt	Hoe	Status
Voorbereiden Wet Zorg en dwang.	Projectgroep opstarten. Bij verbouwing PG-afdelingen en inzet VBM's rekening houden met de nieuwe wetgeving. Medewerkers opleiden Bopz.	Loopt door

In 2018 werd locatie Drieën-Huysen Noord opgeknapt en geschikt gemaakt voor woongroepen, bestaande uit negen bewoners met dementie. Dit gebeurde zodanig dat wordt voldaan aan de Wet Bopz en geanticipeerd op de Wet Zorg en dwang. Ook bij de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM's) wordt geanticipeerd op deze nieuwe wet.

De projectgroep Zorg en dwang startte in 2018, maar later dan gepland. Hierdoor verschoof ook de bijscholing van medewerkers, die zowel over de Wet Bopz als over de nieuwe wet zou gaan, en vond niet in 2018 plaats.

## 3.4 Leren en verbeteren van kwaliteit

### 3.4.1 Verbeterplan: Lean

Verbeterpunt	Hoe	Status
(Werk)processen zijn Lean en methodisch van opzet (PDCA).	Lean verder in de organisatie brengen en borgen. Scholen van medewerkers tot Yellow Belt, coaching van teamleiders (Green Belts).	Afgerond

Wij willen continu verbeteren door gebruik maken van de Lean-filosofie. Dit verbeteren moet dicht bij de bewoners, cliënten en medewerkers plaatsvinden, dat wil zeggen daar waar de klantwaarde en het werkplezier voorop staan. Wij vragen van alle leanprojecten ook dat ze zijn gekoppeld aan de klantwaarde.

In paragraaf 3.1.1 is de scholing van medewerkers al uiteengezet. In plaats van Yellow Belts zijn Orange Belts opgeleid, omdat dat niveau hoger is, zij leren het ook uit te voeren. Daar is ook aan projecten aandacht besteed.

Leanprojecten vonden niet alleen plaats in de zorg maar ook bij bijvoorbeeld Personeel Organisatie & Opleiding ('leerlingen plaatsen intern') en Financiën & Control ('maandafsluitingsproces'). Een voorbeeld van de multidisciplinaire leanprojecten is 'informatie aan nieuwe cliënten.'

Leanprojecten worden afgerond met een presentatie. Vervolgens doet de bestuurder een Gemba Walk, dat is een doelgerichte wandeling over de werkvloer, daar waar waarde voor de cliënt wordt toegevoegd.

### 3.4.2 Verbeterplan: lerende netwerken

Verbeterpunt	Hoe	Status
Lerend netwerk.	Leren van elkaar, kwaliteitsplan bespreken, inspireren.	Afgerond

Zonnehuisgroep Vlaardingen is aangesloten bij twee lerende netwerken. Het ene is het Universitair Netwerk voor de Caresector – Zuid-Holland LUMC, waar wij als universitaire verpleeghuis al jarenlang bij zijn aangesloten. Het andere is het regionale Lerend Netwerk FAZ, bestaande uit de Frankelandgroep, Argos Zorggroep en Zonnehuisgroep Vlaardingen. In beide lerende netwerken deelden wij ons Kwaliteitsverslag 2017, Kwaliteitsplan 2019 en gaven wij feedback op de kwaliteitsverslagen en -plannen van de collega-instellingen. In het kader van leren van elkaar kreeg een aantal medewerkers van de Frankelandgroep bij ons een presentatie over Lean en deden zij een Gemba Walk. Wij bezochten de Frankelandgroep voor hun zorg voor cliënten met Parkinson. Tevens bezochten wij de beide dagbestedingslocaties in Vlaardingen van Argos Zorggroep.

### 3.4.3 Verbeterplan: zorg aan verpleeghuisbewoners met pijn

Verbeterpunt	Hoe	Status
Optimaliseren van de zorg aan verpleeghuisbewoners met pijn.	Project pijn (ZonMW): onderzoek en implementatie-traject in samenwerking met het LUMC.	Loopt door

In 2018 startte het door ZonMW gefinancierde wetenschappelijk onderzoek 'Optimalisatie van de zorg voor verpleeghuisbewoners met pijn.' Hierin worden het effect van de multidisciplinaire Richtlijn Pijn voor verpleeghuiscliënten en het proces van implementeren van die richtlijn onderzocht. Een organisatie van buiten onze regio neemt eveneens deel aan het onderzoek. Er werd een nulmeting op het ECD en op medicatie gedaan, cliënten werden geïnterviewd, er werd een enquête onder zorg- en behandelmedewerkers gedaan, een e-learningmodule voor zorg en behandelaren kwam beschikbaar, er werd een multidisciplinair pijnteam opgezet en er was veel aandacht voor complementaire zorg. De pilot startte in september. Extern startte samenwerking met de eerstelijns. Tevens werden in het kader van het project, en naast het bestaande FarmacoTherapeutisch Overleg (FTO), FTO's van apotheek, specialist ouderengeneeskunde en RIVM gehouden; deze leidden tot verbeteringen in het voorschrijfgedrag.

### 3.4.4 Audits en visitaties

In 2018 werd na de jaarlijkse externe kwaliteitsaudit opnieuw het keurmerk ISO voor Zorg en Welzijn verlengd. Het auditteam gaf twee laagrisico afwijkingen aan. Kwaliteit draait bij dit keurmerk niet om de norm of om 'het kwaliteitssysteem', maar om de waardecreatie voor de klant (klantwaarde) die hier uit voortkomt. Het keurmerk richt zich daartoe op die aspecten van de zorg die kritisch zijn voor het voldoen aan wensen en behoeften van de cliënten, het denken in processen en resultaten, en het leren en verbeteren op alle niveaus van de organisatie.

Het interne auditsysteem bestaat uit twee onderdelen, namelijk de intercollegiale toetsing ('Goeie Buren') en de interne audit op processen. Goeie Buren van 2018 is verschoven naar



begin 2019; er werd toen gekeken naar de verbandkarren. In 2018 werd de uitslag van de interne audit van december 2017 bekend, namelijk naar insulinebeheer, en er werden twee interne audits gedaan, namelijk naar de bedrijfshulpverlening en naar infectiepreventie en handhygiëne. De uitkomsten leidden tot verbetermaatregelen.

Andere externe bezoeken waren de visitatie door het Kennisnetwerk CVA Nederland, de controle door het Zorgkantoor en de controles door de accountant. Al deze bezoeken mondden uit in goede tot zeer goede beoordelingen. Desalniettemin waren er ook steeds enkele bevindingen die tot verbeteracties leidden.

De Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) bracht een bezoek aan het verbouwde Drieën-Huysen Noord in het kader van de aanvraag voor de uitbreiding van de Bopz-aanmerking van die locatie en van Het Zonnehuis. De IGJ was positief; het ministerie van VWS willigde ons verzoek in.

### 3.4.5 Klachten en meldingen

In 2018 werden twee formele klachten ingediend. Bij de klachtenfunctionaris en de cliëntondersteuners klachten dienden 47 personen een informele klacht in; die betroffen in totaal 87 klachten. De aard van de klachten betrof in de meeste gevallen (14) woon- en leefomstandigheden, gevolgd door (12) communicatie / informatie. Het aantal informele klachten daalde sterk na het eerste kwartaal. De verhuizing van bewoners naar en inhuizing in het nieuwe Drieën-Huysen Zuid begin november 2017 leidde eind 2017 en begin 2018 tot een sterke stijging van het aantal klachten.

In 2018 meldden wij één mogelijke calamiteit bij de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Na onderzoek bleek het geen calamiteit te zijn, iets wat de IGJ onderschreef. Zij beoordeelde de verbetermaatregel als voldoende en sloot de melding af.

Wij meldden aan de IGJ tevens twee maal een ontslag wegens disfunctioneren, namelijk stelen van medicatie en stelen van geld van cliënten.

Klachten en meldingen worden meteen met teamleiders besproken, zodat ze worden opgelost en ervan wordt geleerd. Per kwartaal wordt de trend besproken in de stuurgroep Kwaliteit & Veiligheid waarin de managers zitting hebben.

## 3.5 Leiderschap, governance en management

### 3.5.1 Verbeterplan: managementdevelopmenttraject

Verbeterpunt	Hoe	Status
Teamleiders zijn goed toegerust voor het uitvoeren van de functie.	MD-traject voor teamleiders en managers.	Loopt door

Wij vragen verbindend en inspirerend leiderschap van de leidinggevendenden op elk niveau, teneinde huidige en toekomstige ontwikkelingen goed te kunnen leiden.

Eind 2017 had het organisatiebrede praktijkgerichte management development (MD-) programma van start zullen gaan, te beginnen met het herijken van onze visie op leiderschap. In 2018 startte het MD-programma, te beginnen met de herijking van de leiderschapsvisie. In november startte het middenkader met Leertraject 1. Eind 2019 zal het project afgerond zijn.

### 3.5.2 Kwaliteit

Wij willen continu verbeteren en dit moet dicht bij de bewoners, cliënten en medewerkers plaatsvinden, dat wil zeggen daar waar de klantwaarde en het werkplezier voorop staan. Daarom kozen we voor de lean-filosofie, voor eigenaarschap en regelruimte voor medewerkers en middenkader, en bijvoorbeeld ook voor interne auditoren die het auditen naast hun andere werkzaamheden doen.

De kwaliteitscyclus bestaat uit het jaarlijkse Kwaliteitsplan, het Actieplan (per kwartaal de stand van zaken van de verbeterpunten) en het Kwaliteitsverslag.

In het kader van kwaliteit zijn er de Stuurgroep Kwaliteit & Veiligheid (K&V), de VIM<sup>5</sup>-commissie, enkele werkgroepen op thema's – zoals 'hygiëne en infectiepreventie' – en sinds begin 2018 de Commissie K&V van de Raad van Toezicht. Sinds begin 2018 komt de stuurgroep K&V een maal per kwartaal bijeen in plaats van een maal per maand. De VIM-commissie is niet meer geïntegreerd in de stuurgroep maar is weer een aparte commissie. Het nieuwe samenhangende proces van VIM-commissie, stuurgroep K&V en kwartaalgegevens voldoet goed.

De vele kwaliteitsgegevens uit 2018, afkomstig van een grote hoeveelheid van bronnen, worden in 2019 voor de eerste keer tot een interne benchmark verwerkt. Hoewel het veel handmatig werk is, zal het de stuurgroep veel inzicht opleveren. Voor de teamleiders wordt in 2019 een kort en overzichtelijke vorm ontwikkeld waarin de resultaten van hun eigen teams staan.

### 3.5.3 Verbeterplan: veiligheidscommissie op toezichtniveau

Verbeterpunt	Hoe	Status
Er is een veiligheidscommissie op toezichtniveau.	Opzetten commissie met leden van de Raad van Toezicht rondom kwaliteit en veiligheid.	Afgerond

Begin 2018 stelde de Raad van Toezicht een Commissie Kwaliteit & Veiligheid in. De commissie spreekt tweemaal per jaar met de bestuurder, een van de managers Zorg, de manager Behandeling, de manager Facilitair & Vastgoed (indien nodig), de bestuurssecretaris, de beleidsadviseur met het onderwerp kwaliteit in het pakket en eventuele andere genodigden. Onderwerpen zijn in elk geval het kwaliteitsplan, de voortgang van de uitvoering daarvan en het kwaliteitsverslag. De commissie adviseert de Raad van Toezicht ten aanzien van onderwerpen op het gebied van kwaliteit van zorg. De Commissie kwam in 2018 drie maal bijeen.

### 3.5.4 Governance

Wij houden ons aan de Governancecode Zorg. De Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de correcte toepassing van de Code.

#### Raad van Bestuur

In de periode medio december 2017 tot juli 2018 is de bestuurder wegens ziekte afwezig geweest. De Raad van Toezicht vond de heer drs.ir. R.H.G. van Neerbos, van 2002 tot 2010 toezichthouder van Zonnehuisgroep Vlaardingen, bereid om tot eind mei 2018 voor twee dagen per week op te treden als bestuurder a.i.; in nauwe samenwerking met, en met steun van, het managementteam werden de reguliere taken van de bestuurder verdeeld. In overleg met de bestuurder is een aantal niet-kwetsbare trajecten tijdelijk 'on hold' gezet.

Vanaf eind mei was de heer Van Neerbos niet meer beschikbaar. Omdat de re-integratie van de bestuurder op korte termijn werd verwacht, heeft de Raad van Toezicht het managementteam gevraagd in gezamenlijkheid de bestuurstaak over te nemen, en de heer A. van den Eijkel, manager financiën & control, als formeel waarnemend bestuurder aangesteld, tot 1 september

<sup>5</sup> Veilig Incidenten Melden

2018. De Centrale Cliëntenraad en de Ondernemingsraad adviseerden hier positief over. In die periode rapporteerde de bestuurder a.i. wekelijks aan de voorzitter van de Raad van Toezicht. Op 1 juli 2018 startte de re-integratie van de bestuurder; op 1 september was zij weer volledig inzetbaar. Naast de reguliere taken heeft zij ook alle geplande trajecten weer opgepakt. De Raad van Toezicht hecht eraan om haar waardering en dank uit te spreken voor de betrokken en professionele wijze waarop het managementteam de interim en waarnemend bestuurder heeft ondersteund en de periode tot volledige terugkeer van de bestuurder heeft overbrugd.

#### Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht bestond in 2018 uit vijf leden, te weten twee vrouwen en drie mannen. In 2018 ging een uit twee leden bestaande Commissie Kwaliteit & Veiligheid van start, die de Raad adviseert over onderwerpen op het gebied van veiligheid en kwaliteit van zorg. Daarnaast blijft het onderwerp op iedere agenda van de Raad van Toezicht staan. Het jaarverslag van de Raad van Toezicht is opgenomen als bijlage 3.

### **3.5.5 Verankering van medische, verpleegkundige en psychosociale expertise**

De organisatie heeft een eenhoofdige Raad van Bestuur. Binnen het Managementteam is een specialist ouderengeneeskunde als lid opgenomen; deze is als manager Medische en Paramedische Dienst verantwoordelijk voor de volledige medische, paramedische en psychosociale dienstverlening. Er is structureel overleg met genoemde beroepsgroepen. Naast voornoemde manager zijn er twee managers Zorg lid van het Managementteam. Zij hebben onder meer een verpleegkundige resp. (ortho)pedagogische achtergrond. Zij zijn verantwoordelijk voor de verpleegkundige en verzorgende dienstverlening. Er is structureel overleg met de genoemde beroepsgroepen. Onder andere via de Verpleegkundige en Verzorgende Adviesraad (VVAR).

De VVAR gaf advies over dan wel goedkeuring aan het Plan van Aanpak Waardigheid & Trots, Kwaliteitsverslag 2017 en Kwaliteitsplan 2019, leerklimaat en palliatieve zorg.

### **3.5.6 AVG**

Wij voldeden op 25 mei 2018 aan de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). Per 1 januari 2018 stelden wij een Functionaris Gegevensbescherming aan. De permanente werkgroep AVG houdt zich bezig met de borging van de in 2017 en 2018 opgezette structuur, procedures en het gewenste gedrag, evenals met nieuwe ontwikkelingen op het gebied van bescherming van (persoons)gegevens.

## **3.6 Personeelssamenstelling (voldoende en bekwaam personeel)**

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.

Daarnaast zijn wij een door Minters Mantelzorg – kenniscentrum voor mantelzorgers en professionals – erkende werkgever die de mantelzorgende medewerker ondersteunt bij het vinden en behouden van een goede balans tussen werk en privé.

Ten slotte voldeden wij ook in 2018 ruimschoots aan de norm Social Return.

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

### 3.6.1 Verbeterplan: opleidingen

Verbeterpunt	Hoe	Status
Medewerkers hebben een gekwalificeerde opleiding.	Een EVC-traject voor afdelingsassistenten en assistenten Z&W conform het sociaal plan. Inzet JOB begeleider.	Loopt door

De toenemende complexiteit van zorg leidt tot de noodzaak van het stellen van hogere eisen aan onze medewerkers (in de zorg). De ambitie is, om per januari 2020 alleen zorgmedewerkers in dienst te hebben vanaf niveau 2. Het EVC-traject dat medewerkers op niveau 1 de kans te geven zich te ontwikkelen naar opleidingsniveau 2, liep in 2018 door. Alle deelnemers van de eerste groep behaalden een diploma of certificaat; de tweede groep loopt door in 2019.

De JOB-coach begeleidt medewerkers in het EVC-traject en begeleidt bovendien gestelde medewerkers naar een andere baan. Dit werkt goed.

### 3.6.2 Verbeterplan: voldoende medewerkers

Verbeterpunt	Hoe	Status
Er is en blijft voldoende (gekwalificeerd) personeel verbonden aan de organisatie.	Uitwerken verbeterplan n.a.v. het MTO. Ruime scholingsmogelijkheden. Regeling 'dit geldt(t) voor jou.' E-learningbeleid aanpassen. Verletkosten vergoeden voor de zorgafdelingen.	Afgerond

De uitkomsten van het medewerkerstevredenheidsonderzoek (MTO) werden in de teams besproken. Zie verder paragraaf 3.8.6.

Hoewel wij nog beperkt geconfronteerd worden met niet te vervullen vacatures en het ontbreken van een goed aanbod van leerlingen en stagiaires, merken wij toch dat de arbeidsmarkt is veranderd. Hoewel niet eenvoudig, lukte het om (wijk)verpleegkundigen en VIG'ers aan te trekken. Vacatures die moeilijk te vervullen zijn, zijn die voor specialist ouderengeneeskunde en GZ-psycholoog.

Lastiger is het grote verloop. Medewerkers kunnen overal terecht, tegenwoordig ook veel gemakkelijker in ziekenhuizen. Een grote uitdaging is daarom het behouden van medewerkers. Als lid van de Rotterdamse Zorg creëerden wij in 2018 extra opleidingsplaatsen voor de zorg. Daarnaast anticipeerden wij reeds in het tweede halfjaar van 2018 op de extra kwaliteitsgelden die vanaf 1 januari 2019 beschikbaar zijn, door al extra zorgmedewerkers te werven.

Wij gaven in 2018 weer veel opleidingen, trainingen en cursussen aan medewerkers. De convenantmiddelen en de middelen van Waardigheid & Trots zetten we onder meer in voor de herbezetting van medewerkers die ter kwaliteitsverbetering een vakgerichte opleiding of training volgden.

Wij zijn een erkende opleidingsinstelling voor specialisten ouderengeneeskunde en een stageadres zijn voor co-assistenten. Binnen het UNCZ-LUMC namen wij deel aan de intervisie voor kaderartsen GRZ.

In 2018 hadden wij één GRZ-kaderarts en één in opleiding in dienst en één kaderarts palliatief in opleiding.

Daarnaast was er een fysiotherapeut in dienst met de master geriatrische fysiotherapie, een andere fysiotherapeut die promotieonderzoek doet over CVA, een psycholoog die eveneens promotieonderzoek doet, een klinisch neurolinguisit en een neuroverpleegkundige.

De Regeling 'dit geldt(t) voor jou,' waarbij medewerkers die een nieuwe medewerker aanbrengen een financieel bedankje krijgen, leverde in 2018 zeven nieuwe medewerkers op. Het e-learningbeleid is vanuit eigenaarschap opgezet. Medewerkers kiezen zelf welke modules zijn doen en in welke volgorde. VIG'ers moeten natuurlijk wel steeds binnen twee jaar twaalf vaste modules doen. Nieuw is, dat de modules in werktijd kunnen worden gedaan. De verletkosten voor de zorgafdelingen werden vergoed.

## 3.7 Gebruik van hulpbronnen

### 3.7.1 Verbeterplan: ECD

Verbeterpunt	Hoe	Status
Het ECD ondersteunt het primaire zorgproces en sluit aan bij het Kwaliteitskader van de doelgroep.	Onderzoeken mogelijkheden nieuw zorgdossier. Keuze nieuw zorg-ECD. Implementeren nieuw dossier.	Afgerond

De intramurale langdurige zorg gebruikte het elektronisch cliëntdossier (ECD) ResidentWeb, de behandelaren en de zorg op de revalidatieafdelingen gebruikten het ECD Ysis en de thuiszorg gebruikte een papieren cliëntdossier. Eind 2017 vond een evaluatie van ResidentWeb plaats, dat behalve zorg-ECD ook de applicatie voor de cliëntadministratie was. Begin 2018 besloten wij op zoek te gaan naar een ECD dat de zorg voldoende ondersteunt, dat ook geschikt is voor de thuiszorg, dat goed gekoppeld kan worden met Ysis en dat een cliëntenportaal heeft. Daarnaast moest ook het onderdeel cliëntenadministratie aan onze wensen voldoen, evenals de roosterplanning. Wij kozen voor het systeem ONS van Nedap.

Tegelijk met het ECD van ONS startten wij ook met het instrument Mikzo; zie verder paragraaf 3.1.2 (persoonsgerichte zorg).

Een andere vernieuwing die wij op dat moment invoerden was het gebruik van tablets door de zorg. Zo kunnen het ECD en ook protocollen direct bij de bewoner/cliënt geraadpleegd worden en kan er meteen gerapporteerd worden.

Op 1 oktober 2018 namen wij ONS in gebruik. Een grote operatie, die belangrijke delen van de organisatie betrof. De overgang was succesvol. Alleen de module cliëntenportaal moet nog in gebruik genomen worden.

### 3.7.2 Applicatie ONS

ONS bevat behalve een elektronisch cliëntdossier (ECD), zie paragraaf 3.7.1, ook een onderdeel cliëntenadministratie. Dit ondersteunt de administratieve afhandeling van de productie van het moment van in zorg komen tot en met de facturatie. ONS vereenvoudigt en versnelt dit proces doordat het toegankelijker en inzichtelijker is en veel prettiger werkt dan het vorige systeem. Ten slotte is er een onderdeel roosterplanning. Het roosterproces is door de ingebruikname hiervan wat gewijzigd.

ONS vervangt niet alleen ResidentWeb (intramurale zorg en alle ondersteuning) maar ook Careware, de applicatie die de thuiszorg voorheen gebruikte voor registratie, planning van cliënten en roosteren. Door de invoering van ONS daalde daar de registratielast.

De ingebruikname van ONS op 1 oktober 2018 was een grote operatie, die succesvol verliep.

### 3.7.3 Verbeterplan: BI-tool

Verbeterpunt	Hoe	Status
BI-tool ondersteunt het management.	Nieuwe BI-tool in gebruik nemen en evalueren.	Afgerond

Er was in de organisatie behoefte aan verbetering van het managementinformatiesysteem, zowel wat betreft inhoud – financiën, HRM en zorg – als wat betreft de wijze waarop de managementinformatie tot stand kwam. Daarom voerden we in 2018 een BI-tool in. Het nieuwe systeem haalt de gegevens uit de bronsystemen en verwerkt ze tot managementinformatie. Voordelen hiervan zijn transparantie, geringere foutgevoeligheid, snelheid en minder werk dan bij de oude werkwijze.

In de BI-tool kunnen leidinggevenden doorklikken naar detailinformatie. De controllers kunnen er voor specifieke vragen ad hoc rapportages uit maken. Zowel de managers als het middenkader – dat nu een specifiek dashboard heeft – als de controllers zijn tevreden over deze tool. Na de implementatie van ONS, zie de paragrafen 3.7.1 en 3.7.2, werd de tool op het nieuwe systeem aangepast.

### 3.7.4 Verbeterplan: Inkoopproces

Verbeterpunt	Hoe	Status
Het inkoopproces is zo ingeregeld dat dit van bestelling tot levering Lean is en voldoet aan de eisen van de AO/IB	Projectplan bestelprocedure. Scholen nieuw beleid en instructie gebruikers. Evaluatie.	Naar 2019

Als gevolg van het stellen van prioriteiten, is dit project doorgeschoven naar 2019.

### 3.7.5 ICT

ICT speelt een onmisbare rol in het bereiken van onze ambitie persoonsgerichte zorg op maat als bijdrage aan de kwaliteit van leven. Wij maken dan ook intensief gebruik van ICT. Vanwege onze omvang hebben en de snelle ontwikkelingen in deze sector hebben wij echter de kennis en expertise op dit gebied onvoldoende zelf in huis. Daarom kozen wij een strategische partner voor ICT, waarmee wij het meerjarige strategisch ICT-plan 2018-2020 opstelden en doorlopen. In 2018 schaften wij 150 tablets aan, om met het nieuwe elektronisch cliëntdossier (ECD) voor de zorg – ONS – te kunnen werken, en 45 mobiele telefoons om dezelfde reden. Deze zijn alle in beheer bij onze partner. Daarnaast kozen en implementeerden wij de applicatie ONS (cliëntenadministratie, roosterplanning en ECD). In 2019 zullen grote stappen volgen zoals het uitbesteden van het beheer van het netwerk en van de devices.

### 3.7.6 Samenwerkingsverbanden en kennisbronnen

Wij werken op diverse gebieden samen met andere organisaties ten behoeve van de kwaliteit van onze verpleeghuiszorg.

#### Kwaliteit van zorg

Wij zijn lid van de Rotterdam Stroke Service, wij werken nauw samen met huisartsenpraktijk Copenhaege, het Franciscus Gasthuis & Vlietland, GGZ Delfland, en wij nemen deel in de regionale Dementieketen, in het Geriatisch Netwerk Nieuwe Waterweg Noord en in het

Netwerk Palliatieve Terminale Zorg Nieuwe Waterweg Noord. In dat laatste netwerk is één van onze specialisten ouderengeneeskunde regioconsulent.

Voor welzijnsactiviteiten werken wij samen met kinderopvang, basisscholen, de St. Jozef Mavo, sportschool de Polderpoort en dergelijke.

In de thuiszorg zijn twee van onze (wijk)verpleegkundigen gedetacheerd in de sociale wijkteams. Voorts werken twee van onze (wijk)verpleegkundigen in de CVA-nazorg – onderdeel van de Stroke keten – voor Vlaardingen en Schiedam. Wij maken onderdeel uit van het nieuw geopende Gezondheidscentrum Emmahof, dat in 2018 werd voorbereid. De samenwerking met huisartsen werd geïntensiveerd.

In onderaanneming bieden wij behandeling in Uitzicht. T-zorg biedt in onderaanneming huishoudelijke hulp bij onze VPT-cliënten (Volledig Pakket Thuis).

Als lid van het Universitair Netwerk voor de Caresector – Zuid-Holland LUMC 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. Zie ook de paragrafen 3.4.2 en 3.4.3.

Drie medewerkers waren in 2018 bezig met promotieonderzoek, namelijk een fysiotherapeut, een psycholoog en een geestelijk verzorger. De laatste, ds. A.J.P.W. van der Wal, promoveerde in 2018 aan de Universiteit voor Humanistiek op het onderwerp “Wat maakt het leven de moeite waard? Ouderen aan het woord die permanent van intensieve zorg afhankelijk zijn.”

Voor De Dillenburg organiseerden wij in 2018 goedbezochte refereerbijeenkomsten over behandeling en zorgverlening op de Revalidatieteams.

In het najaar van 2018 waren wij medeorganisator van het symposium ‘Naasten in beeld’ van het Hersenletselcentrum Rotterdam Rijnmond.

Natuurlijk zijn er ook andere netwerken, zoals op bestuurlijk niveau van de zorgorganisaties en het Zorgkantoor in de regio. In dat verband creëerden wij in 2018 – tijdens en na de langdurige griepgolf – gedurende meerdere maanden tien extra plaatsen op de Revalidatie ten behoeve van het ziekenhuis en detacheerden wij zorgmedewerkers voor een tijdelijke extra afdeling in het ziekenhuis.

#### Kwaliteit van wonen

Op dit gebied werken wij samen met de Gemeente Vlaardingen, woningcorporatie Waterweg Wonen en Woningstichting Samenwerking Vlaardingen.

#### Arbeidsmarkt en opleidingen

Wij zijn lid van de werkgeversvereniging ZorgZijnWerkt en van de Rotterdamse Zorg. In dat laatste verband ondertekenden we begin 2018 Raat en Daad. Ook bezochten wij de drie door zorgverzekeraar DSW georganiseerde regionale bijeenkomsten ‘Arbeidsmarkt.’

Voor opleidingen werken wij samen met onder meer het Albeda College, de Hogeschool Rotterdam, BTSG en CSS Breda.

#### Diversen

Wij zijn lid van LIDZ – Netwerk Lean in de zorg, waarin uitwisselingen plaatsvinden over continu verbeteren.

Wij zijn deelnemer in de Zonnehuis Groep, een landelijk netwerkverband van zorginstellingen op het gebied van verzorging en verpleging.

## 3.8 Gebruik van informatie

### 3.8.1 Verbeterplan: resultaat cliëntervaringen enquête 2017

### 3.8.2 Verbeterplan: verbeterplan uitvoeren

Verbeterpunt	Hoe	Status
Gebruik maken van cliëntervaringen enquête 2017.	Rapportage maken. Verbeterplan maken. Implementeren.	Afgerond
Verbeterplan cliëntervaringen 2018 uitvoeren	Planmatige verbetering	Loopt door

De resultaten van de enquête 2017 zijn, onder andere verwerkt naar doelgroepen en locaties, teruggekoppeld naar de teams en door de teamleiders opgepakt. De informatie is onder meer gebruikt bij het opzetten van de nieuwe woongroepen in Drieën-Huysen Noord.

Resultaten van metingen en onderzoeken zijn besproken met de cliëntenraden en de centrale cliëntenraad. Ook in deelraden kwamen resultaten aan de orde. Deelraden zijn per afdeling of etage georganiseerd; de daar wonende bewoners spreken samen met de teamleider over onderwerpen op het gebied van wonen, zorg en welzijn op de eigen afdeling of etage.

### 3.8.3 Verbeterplan: ZorgkaartNederland

Verbeterpunt	Hoe	Status
Het aantal cliëntenwaarderingen op ZorgkaartNederland is hoog genoeg om er lering uit te trekken.	Acties uit de projectgroep uit 2017 inzetten.	Afgerond

In 2018 hebben we ZorgkaartNederland op verschillende manieren onder de aandacht gebracht, ook om te zien welke manier de meeste reacties opleverde. Dit leidde tot een mix van middelen, waaronder een flyer uitreiken bij elk multidisciplinair overleg, het bij het ontslag van revalidatiecliënten onder de aandacht brengen, eenmaal per jaar een e-mail, twee maal per jaar een bericht op facebook en het jaarlijks informeren van teamleiders over het belang van waarderingen op ZorgkaartNederland.

We merken dat er reactiemoeheid optreedt bij cliënten en familie. Daarom hebben we een jaarschema gemaakt van uitnodigingen voor cliëntervaringen via QDNA en via ZorgkaartNederland, en van andere verzoeken.

### 3.8.4 Verbeterplan: tevredenheidsonderzoek cliënten uitvoeren

Verbeterpunt	Hoe	Status
Minimaal 2x per jaar een tevredenheidsonderzoek onder cliënten uitvoeren.	NPS is gelijk aan Benchmark VVT.	

Hoe en wanneer het cliëntervaringsonderzoek is uitgevoerd, staat in paragraaf 3.1.4. Onze NPS<sup>6</sup> is 10. Er is geen Benchmark waarmee vergeleken kan worden; de laatste was over 2016. Zie voor meer uitkomsten het hoofdstuk 'specifieke aandacht' paragraaf 5.1.

<sup>6</sup> Net Promotor Score. Deze geeft aan in hoeverre de cliënt / familie onze organisatie aanbeveelt.



### 3.8.5 Verbeterplan: kwaliteitsverslag

Verbeterpunt	Hoe	Status
Kwaliteitsverslag opstellen openbaar maken.	Via website en bij ZIN.	Afgerond

Wij publiceerden het Kwaliteitsverslag 2017 op onze website en op de openbare database van ZIN. Ook staan er gegevens over ons op publieke websites, zoals [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl).

### 3.8.6 Verbeterplan: alle locaties: Medewerkerstevredenheid

Verbeterpunt	Hoe	Status
Medewerkerstevredenheid verhogen per (zorg)team/locatie.	Verbeterplan maken. Verbeterplan uitvoeren.	Afgerond

De uitkomsten van het medewerkerstevredenheidsonderzoek (MTO) van eind 2017 werden in 2018 in de teams besproken. Elk team bepaalde zelf wat het ging aanpakken, bijvoorbeeld feedback geven en zichtbaarheid van de teamleider. De managers zijn op de hoogte welke onderwerpen hun teams aanpakken.

Resultaten van het MTO zijn besproken met de ondernemingsraad.

# Specifieke aandacht voor drie onderdelen

## 4 Veiligheid

### 4.1 Medicatieveiligheid

**Medicatie review binnen Zonnehuisgroep Vlaardingen tussen specialist ouderengeneeskunde en apotheker**

Thema	Q4 2018	Q4 2017
% bewoners/ cliënten bij wie een medicatiereview heeft plaatsgevonden	91%	82%

Het project Medicatieveiligheid is, vanwege alle verhuizingen van bewoners en medewerkers, slechts gedeeltelijk uitgerold naar alle nog niet 'geleande' afdelingen. Begin 2019 kreeg het project een doorstart met behulp van een leancoach.

Met het ombouwen van Drieën-Huysen Noord naar woongroepen is daar het beheer van de medicijnvoorraad vernieuwd evenals alle medicijnkarren.

Wij merken dat het in teams waar een van de medewerkers aandachtsvelder medicatieveiligheid is, deze veiligheid beter geborgd is. In 2019 zullen we dit uitrollen naar de andere teams.

Wij betrekken onze medicatie van het Franciscus Gasthuis & Vlietland. Onze elektronische systemen sluiten niet aan op die van het ziekenhuis. Doordat gezocht wordt naar andere mogelijkheden is het project rondom digitaal aftekenen van medicatie vertraagd en in 2018 nog niet van start gegaan.

In de thuiszorg deed één team een pilot met Boomerweb, een medicatie-app waarmee zowel de dubbele controle als de elektronische toedieningsregistratie uitgevoerd kan worden. In 2019 zullen we besluiten we of we het in alle thuiszorgteams zullen invoeren. Daar speelt bij mee dat er op dit gebied ook regionale ontwikkelingen zijn.

#### Psychofarmacagebruik

Thema *	Q4 2018 N = 390**	Q2 2018 N = 390	Q4 2017 N = 436	Q2 2017
NO5A Antipsychotica	90 (23%)	63 (16%)	64 (14,7%)	-
NO5B+C Anxiolytica Hypnotica/Sedativa	214 (52%)	106 (27%)	197 (45%)	-
NO6A Antidepressiva	131 (34%)	19 (5%)	118 (27,1%)	-

\* Een groot deel van onze populatie bestaat uit mensen met een psychiatrisch en/of een psychogeriatrisch ziektebeeld. Hierdoor kunnen cijfers in vergelijking met een puur somatisch verpleeghuis een vertekend beeld opleveren.

\*\* Het aangeleverde bestand vanuit de apotheker is verbeterd. Nu veel meer op afdeling en naam cliënt. Hierdoor zijn de cijfers van Q4 realistischer dan die van Q2.

In 2017 bespraken de artsen de inzet van psychofarmaca bij probleemgedrag.

### Antibioticagebruik

Thema	Q4 2018 N = 390 (excl. Reva)	Q2 2018 N = 390	Q4 2017 N = 436	Q1 2017
% gebruik antibiotica	13%	19%	7,36%	18,3%

\* Ten tijde van het schrijven van het Kwaliteitsverslag heeft de apotheek van het ziekenhuis, ondanks aandringen, deze gegevens nog niet opgeleverd.

## 4.2 Decubituspreventie

Thema	Q4 2018	Q4 2017
Prevalentie decubitus categorie 1, 2, 3 en 4	≥ C1: 26,4% ≥ C2: 10,4%	≥ C1: 21,2% ≥ C2: 8,9%
Regelmatige monitoring van huid(letsel), voedingstoestand, mondzorg, incontinentieletsel bij alle bedlegerige of immobiele cliënten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1x per jaar bij LPZ-meting</li> <li>• Invullen risicosignalering huidletsel in ONS</li> </ul>	Risicosignalering in cliënt-dossier (≥ 2x per jaar)
Primair aantoonbaar maken dat binnen de organisatie-eenheden het voorkómen en voorkómen van decubitus wordt gedocumenteerd en besproken	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kernteamoverleg</li> <li>• Decubituscommissie</li> <li>• Aandachtvelden wondzorg</li> <li>• Cliëntdossier</li> <li>• Wondenronde</li> <li>• Stuurgroep Kwaliteit &amp; Veiligheid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kernteamoverleg</li> <li>• Decubituscommissie</li> <li>• Aandachtvelden wondzorg</li> <li>• Cliëntdossier</li> <li>• Wondenronde</li> <li>• Stuurgroep Kwaliteit &amp; Veiligheid</li> </ul>

Naar aanleiding van de resultaten van de LPZ-meting van eind 2017 werd er in het teamleidersoverleg gekozen om in 2018 decubitus als item op te pakken. Zie ook paragraaf 3.3.2. Er werd een verbeterplan opgesteld, dat besproken werd in de Decubituscommissie. Vervolgens was er een bijeenkomst voor alle aandachtsvelden decubitus – elke afdeling heeft en één – ten behoeve van de implementatie. De implementatie bestond vooral uit het vergroten van kennis op de afdelingen over het optimaal inzetten van de aanwezige materialen. Het resultaat zal pas in de cijfers van 2019 te zien zijn, want de implementatie startte vlak na de meting van 2018.

## 4.3 Vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM)

Thema	Q1 2018	Q4 2018
- % bewoners bij wie in de afgelopen 30 dagen een VBM als verpleegdeken en/of jumpsuit/hansop is toegepast - de reden van die inzet	0,23 %.	0,44%.
% bewoners met VBM die zijn geëvalueerd (proces en alternatief)	95%	85% (excl. Sirius)

Thema	Q1 2018	Q4 2018
Aantal bewoners met probleemgedrag (alleen op woongroepen voor mensen met dementie geregistreerd)	32 Er van uitgaande dat mensen met psychofarmacagebruik als VBM probleemgedrag of moeilijk hanteerbaar gedrag vertonen.	25 Idem.

De artsen besteedden in 2018 veel aandacht aan probleemgedrag of moeilijk hanteerbaar gedrag en psychofarmaca.

#### 4.4 Preventie van acute ziekenhuisopnamen

De geregistreerde cijfers over acute ziekenhuisopnames zijn in 2018 gebruikt om te bekijken welke acute ziekenhuisopnames medisch vermijdbaar waren geweest. Geen daarvan bleek medisch vermijdbaar te zijn geweest.

Thema	Q1	Q2	Q3	Q4
Aantal bewoners en cliënten dat acuut was opgenomen in het ziekenhuis. Om welke reden?	12 opnamen bij 11 bewoners/ cliënten.  - 3x pneum./LWI - 3x hart en vaat - 2x beoordeling - 2x diabetes - 2x overig	10 opnamen bij 9 bewoners/ cliënten.  - 4x pneumonie - 3x hart en vaat - 2x overig - 1x hypoglycamie	7 opnamen bij 7 bewoners/ cliënten.  - 3x pneumonie - 2x overig - 1x heupfractuur - 1x hart en vaat - 1x neurologie	19 opnamen bij 19 bewoners/ cliënten.  - 5x koorts/inf. - 4x UWI / LWI - 4x overig - 2x neurologie - 2x ileus - 1x dehydratie - 1x meningitis

## 5 Cliëntoordelen

Wij doen op verschillende manieren onderzoek naar de tevredenheid bij bewoners en cliënten. Er is een interne vragenlijst waar een score op NPS-niveau uit komt en er is een percentage meting van bewoners en cliënten die een 8 of hoger geeft bij de aanbevelingsvraag. Daarnaast meten we op verschillende onderwerpen over zorg, behandeling, wonen en welzijn.

De aanbevelingsvraag in percentage geeft weer, hoeveel mensen een 8 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 (ZorgDNA)

Peildatum Q3 2018

Locatie	Productgroep	Cijfer algemene tevredenheid (aantal waarderungen)	% aanbeveling ( $\geq 7$ )	NPS
Zonnehuis Thuis	Thuiszorg	8,3 (77)	87,0%	+23
Het Zonnehuis	PG	7,3 (36)	77,8%	+17
	Somatiek	7,0 (37)	76,5%	+3 *
Adriaan Pauw	PG	8,0 (15)	86,7%	+19
De Laurenburg	Jongeren NAH	8,4 (14)	93,0%	+8
Drieën-Huysen Noord	PG	6,5 (35)	57,1%	-41 **
Drieën-Huysen Zuid	Somatiek	5,9 (18)	61,0%	-10 ***
De Dillenburg	Revalidatie	8,2 (41)	90,2%	+40

\* De meting vond plaats ten tijde van het opknappen van de somatische afdelingen. Daardoor verhuisden steeds groepen bewoners tijdelijk naar een andere locatie en kwamen na het opknappen weer terug.

\*\* Een groot deel van Drieën-Huysen Noord was eind 2018 leeg komen te staan. De locatie werd in 2018 opgeknapt en verbouwd tot woonhavens. De bewoners die er na de grote verhuizing waren achtergebleven, moesten intern verhuizen en als een etage opgeknapt was, kwamen er bewoners vanuit andere locaties wonen. De groepen bewoners waren (gedeeltelijk) nieuw samengesteld evenals de teams medewerkers. In het eerste kwartaal van 2019 was de aanbevelingsvraag ( $\geq 7$ ) gestegen van 57,1% naar 85% en was de NPS verbeterd van -41 naar 0.

\*\*\* De meting vond plaats driekwart jaar na de grote verhuizing naar de nieuwgebouwde locatie. Door de verhuizing waren de groepen bewoners gedeeltelijk nieuw samengesteld evenals de teams medewerkers. In het eerste kwartaal van 2019 was de aanbevelingsvraag ( $\geq 7$ ) gestegen van 61% naar 69% en was de NPS gelijk gebleven.

Voor meer informatie over cliëntervaringen zie de paragrafen 3.8.2 en 3.8.4.

## Zorgkaart Nederland

Peildatum heel 2018

Locatie	Cijfer 2018 (aantal waarderingen)	Cijfer 2017 (aantal waarderingen)	Cijfer 2016 (aantal waarderingen)	% aanbeveling 2018
Zonnehuisgroep Vlaardingen	8,1 (42)	8 (26)	6,3 (19)	91%
Het Zonnehuis	8,3 (17)	7,1 (8)	5,6 (14)	100%
Drieën-Huysen Noord	* 7,6 (3)	8 (1)	7,6 (14)	67%
Drieën-Huysen Zuid	* 6,9 (4)	Bestond nog niet	Bestond nog niet	75%
De Dillenburg	8,6 (9)	8,3 (18)	8,2 (3)	100%
Adriaan Pauw	6,6 (3)	-	8,3 (1)	33%
De Laurenburg	9,1 (3)	-	-	100%
Zonnehuis Thuis	8,0 (3)	-	-	100%

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

\* deze locaties kenden veel verhuizingen en verbouwingen. Zie verder paragraaf 5.1.

Voor meer informatie over ZorgkaartNederland zie paragraaf 3.8.3.

## 6 Leren en werken aan kwaliteit

Het Kwaliteitsverslag 2017 is in 2018 voor de eerste keer opgesteld volgens de richtlijnen van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. In het verleden waren de meeste onderwerpen opgenomen in het jaarlijkse Maatschappelijk Verslag. Het verslag is met de Centrale Cliëntenraad, de Ondernemingsraad, de Verpleegkundige en Verzorgende Adviesraad en de Raad van Toezicht besproken, evenals in de beide netwerken.

De voortgang van het Kwaliteitsplan 2018 volgden wij gedurende het jaar in de stuurgroep Kwaliteit en Veiligheid, bestaande uit Raad van Bestuur, managementteam en beleidsadviseur, en in de Commissie Kwaliteit & Veiligheid en de voltallige Raad van Toezicht. Wij deden dit aan de hand van een in 2018 ontwikkeld 'actieplan' dat de stand van zaken van de verbeterpunten toonde.

Het Kwaliteitsplan 2019 is besproken met de Centrale Cliëntenraad, de Ondernemingsraad, de Verpleegkundige en Verzorgende Adviesraad en de Raad van Toezicht. Het is eveneens gedeeld in het lerend netwerk Universitair Netwerk voor de Caresector – Zuid-Holland LUMC en het lerend netwerk FAZ. De feedback verwerkten wij in het verslag.

In het lerend netwerk UNC-ZH hebben de HBO- en WO-opgeleide medewerkers in de zorg en behandeling in 2018 nog niet bij elkaar gekeken om van elkaar te leren. Wel werden het Kwaliteitsverslag 2017 en het Kwaliteitsplan 2019 daar gepresenteerd en werd daarop gereageerd.

In het lerend netwerk FAZ was de Frankelandgroep te gast bij ons en waren wij te gast bij de Frankelandgroep. Zie verder paragraaf 3.4.2.

## Bijlage 1      Lijst met afkortingen

AO/IB	Administratieve Organisatie en Interne Beheersing; een referentiepunt voor het beheersen en controleren van processen
AVG	Algemene Verordening Gegevensbescherming
BI tool	Business Intelligence hulpmiddel
Bopz	Wet bijzondere opname psychiatrisch ziekenhuis; bij ons van toepassing op bewoners met dementie
CQ-Index	Consumer Quality Index; brengt de kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief in kaart; wordt in de VVT niet meer gebruikt
CVA	cerebrovasculair accident; een beroerte
CvB	College van Bestuur
ECD	elektronisch cliëntdossier
ELV	EersteLijns Verblijf
EVC	Erkenning van Verworven Competenties
EVV	Eerst Verantwoordelijke Verpleegkundige / Verzorgende
FAZ	Frankelandgroep, Argos Zorggroep en Zonnehuisgroep Vlaardingen; een van de twee lerende netwerken waarbij wij zijn aangesloten
FTE	fulltime-equivalent; een rekeneenheid waarmee de omvang van de personeelssterkte kan worden uitgedrukt; 1 fte is een volledige werkweek
FTO	FarmacoTherapeutisch Overleg
GGZ	de sector Geestelijke GezondheidsZorg
GRZ	Geriatrische Revalidatiezorg
GZ	gezondheidszorgpsycholoog
HBO	Hoger Beroepsonderwijs
HRM	Human Resource Management
ICT	informatie- en communicatietechnologie
IGJ	Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd
ISO	Internationale Organisatie voor Standaardisatie
JOB	Jouw Ontwikkel Begeleiding; deze heeft voornamelijk een adviserende en coachende rol voor de medewerker bij diens loopbaanontwikkeling
K&V	Kwaliteit & Veiligheid
LPZ	Landelijke Prevalentiemeting Zorgkwaliteit
LUMC	Leids Universitair Medisch Centrum
LWI	luchtweginfectie
MD	management development
MDO	multidisciplinair overleg
MDS	multidisciplinaire samenwerking
MTO	medewerkerstevredenheidsonderzoek
NAH	Niet Aangeboren Hersenletsel; wij gebruiken deze term alleen voor onze jonge(re) bewoners met NAH
NPS	Net Promotor Score; een managementtool die gebruikt kan worden om de klantloyaliteit te meten, een manier om klanttevredenheid te meten.
ONS	de naam van de applicatie met het nieuwe elektronisch cliëntdossier voor de zorg, de cliëntenadministratie en de roosterplanning
PDCA	Plan Do Check Act; een structurele, cyclische aanpak ten behoeve van verbeteren
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
UWI	urine­weginfectie
VBM	Vrijheids­beperkende maatregelen
VIG	Verzorgende Individuele Gezondheidszorg
VIM	Veilig Incidenten Melden; een intern systeem voor het melden van incidenten: onbedoelde gebeurtenissen
VPT	Volledig Pakket Thuis
VVAR	Verpleegkundige Verzorgende AdviesRaad
VVT	de sector Verpleging Verzorging en Thuiszorg
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
W&T	Waardigheid & Trots; dit vernieuwingsprogramma is een initiatief van het Ministerie van VWS en de TaskForce ‘Waardigheid en Trots’
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WNT II	Wet normering topinkomens 2
WO	wetenschappelijk onderwijs
Z&W	zorg en welzijn
ZIN	Zorginstituut Nederland
ZonMW	financiert gezondheidsonderzoek én stimuleert het gebruik van de ontwikkelde kennis – om daarmee de zorg en gezondheid te verbeteren
Zvw	Zorgverzekeringwet

## Bijlage 2 Personeelssamenstelling

### Personeel in aantal

Peildatum 31 december 2018

	Aantal medewerkers	FTE
Totaal aantal medewerkers	1029	630,55
Aantal medewerkers zorg	782	494,04
Aantal medewerkers niet zorg	248	136,52
Aantal stagiaires zorg en niet zorg	51	
Aantal vrijwilligers zorg en niet zorg	606	n.v.t.

### Verdeling zorgverleners intramuraal naar functie en locatie

Peildatum 31 december 2018

Locatie	FTE	Aantal medewerkers	Niv 1 %	Niv 2 %	LL %	VIG %	≥ Niv 4 %	Aantal cliënten
Het Zonnehuis PG	88,51	150	4	13	12	47	24	83
Het Zonnehuis somatiek, incl. De Laurenburg	84,03	133	3	12	16	48	21	102
De Dillenburg revalidatie	45,10	69	1	14	21	33	31	66
Adriaan Pauw	26,59	40	0	20	15	50	50	35
Drieën-Huysen Noord	55,74	92	4	18	15	45	18	92
Drieën-Huysen Zuid	75,45	118	3	13	18	49	17	81
Avond-, nacht-, weekendhoofd	3,26	8					100	
Management Zorg	3	3					100	

Deze verdeling is exclusief behandelaren, medewerkers facilitair & vastgoed en centrale activiteitenbegeleiding. De leidinggevenden zijn meewerkende teamleiders; zij zijn in deze tabel meegenomen bij het niveau dat van toepassing is, namelijk '≥ 4' of 'VIG.' In 2018 is het ook inclusief PG activiteitenbegeleiders.

## Verdeling behandelaren naar locatie

Peildatum 31 december 2018

Locatie	Aantal cliënten	Arts FTE	Psycho-loog FTE	Fysio-therapie FTE	Diëtist FTE	Ergo-therapie FTE	Logo-pedie FTE	Maatsch. werk FTE
Het Zonnehuis PG	83	0,9	0,4	1,77	0,04	0,8	0,6	0,9
Het Zonnehuis somatiek	81	1	0,3	2,1	0,04	0,74	0,55	0,76
De Dillenburg revalidatie	66	1,6	0,6	5,5	0,04	2,1	0,7	0,75
De Laurenburg	21	0,3	0,1	0,8	0,02	0,2	0,2	0,3
Adriaan Pauw	35	0,4	0,2	0,8	0,03	0,4	0,2	0,3
Drieën-Huysen Noord	92	1	0,44	2,1	0,03	1	0,68	0,8
Drieën-Huysen Zuid	81	0,9	0,4	2,1	0,02	0,7	0,65	0,8
<b>Totaal</b>	<b>459</b>	<b>6,1</b>	<b>2,44</b>	<b>15,17</b>	<b>0,22</b>	<b>5,94</b>	<b>3,58</b>	<b>4,61</b>

Dit is een momentopname, de cijfers fluctueren. Als gevolg van vacatures is er een verschil tussen de begroting en de feitelijke inzet.

## Aantal leerlingen in zorgfuncties

Peildatum 31 december 2018

Verhouding leerling en gediplomeerden in de zorg	
Gediplomeerd niveau 3 en hoger	299,5 FTE
Leerlingen niveau 2 en hoger	62,3 FTE
Percentage leerlingen t.o.v. gediplomeerden	20,8%

## In- en uitstroomcijfers

	Aantal medewerkers	FTE
Totaal in dienst gekomen	335	144,85
In dienst zorg	270	125,12
In dienst niet zorg	65	19,73
Totaal uit dienst gegaan	237	109,16
Uit dienst zorg	183	89,82
Uit dienst niet zorg	54	19,34

Het betreft alle functies/ disciplines in 2018, exclusief stagiaires, inclusief vakantiekrachten.

## Personele kosten in ratio

	Ratio
Ratio personele kosten over 2017	72,63%

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

## 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.

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 2018 uit vijf leden.

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

In 2018 stelde de raad een commissie kwaliteit & veiligheid in. De commissie spreekt tweemaal per jaar met de bestuurder, een van de managers zorg, de manager behandeling, de manager facilitair & vastgoed (indien nodig), de bestuurssecretaris, de beleidsadviseur met het onderwerp kwaliteit in het pakket en eventuele andere genodigden. Onderwerpen zijn in elk geval het jaarlijkse kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag. De commissie adviseert de raad ten aanzien van onderwerpen op het gebied van kwaliteit van zorg.

De remuneratiecommissie richt zich specifiek op het remuneratiebeleid en het functioneren van de bestuurder. De commissie heeft daarover in de tweede helft van 2018 met de bestuurder gesproken.

#### Samenstelling raad van toezicht in 2018 \*

Naam	Nevenfuncties
De heer ir. L. van der Kemp (1956), voorzitter, lid remuneratiecommissie, lid auditcommissie 2015 t/m 2018	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ambtshalve lid RvT Stichting ZNM-wonen te Vlaardingen;</li><li>- Hoofd functie: directeur/eigenaar Van der Kemp Management &amp; Consultancy te Oostvoorne;</li><li>- Voorzitter RvC Aronsohn Raadgevend Ingenieurs BV te Rotterdam;</li><li>- Lid RvA Technische Universiteit Eindhoven, Faculteit Gebouwde Omgeving, te Eindhoven.</li></ul>

Naam	Nevenfuncties
De heer drs. M.C.M. Bindels RC MAC (1967), vicevoorzitter, lid remuneratie- commissie, lid auditcommissie 2012 t/m 2015 2016 t/m 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambtshalve lid RvT Stichting ZNM-wonen te Vlaardingen;</li> <li>- Hoofdfunctie: lid RvB Amarant Groep te Tilburg;</li> <li>- Lid RvT Revant te Breda;</li> <li>- Lid bestuursraad Coöperatieve Quli UA te Renkum;</li> <li>- Voorzitter Academische Werkplaats Leven met een Verstandelijke Beperking, Tranzo, Tilburg University te Tilburg;</li> <li>- Voorzitter Consortium Ervaringsdeskundigheid te Tilburg;</li> <li>- Lid Bestuur Academische Werkplaats GOUD, Erasmus Universiteit Rotterdam te Rotterdam;</li> <li>- Lid Algemeen &amp; Dagelijks Bestuur Zorgacademie Midden Brabant te Tilburg.</li> </ul>
De heer L.L. Petit (1962), lid 2016 t/m 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambtshalve lid RvT Stichting ZNM-wonen te Vlaardingen;</li> <li>- Hoofdfunctie: directeur Hoscom B.V. te Vlaardingen;</li> <li>- Lid RvA Hoteltech te Bilthoven.</li> </ul>
Mevrouw dr. A.A. Sanderman (1968), lid 2018 t/m 2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambtshalve lid RvT Stichting ZNM-wonen te Vlaardingen;</li> <li>- Hoofdfunctie tot 15 september 2018: lid CvB Hogeschool Rotterdam te Rotterdam;</li> <li>- Hoofdfunctie per 15 september 2018: directeur Health Coach Program; te Voorburg;</li> <li>- Lid RvC Regina Coelli te Vugt;</li> <li>- Lid RvT Comm te 's-Gravenhage.</li> </ul>
Mevrouw drs. A.H. Sanderse- van der Weide (1963), lid 2012 t/m 2015 2016 t/m 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambtshalve lid RvT Stichting ZNM-wonen te Vlaardingen;</li> <li>- Hoofdfunctie: lid RvB Albert Schweitzer Ziekenhuis te Dordrecht.</li> </ul>

\* De raad van toezicht kiest ervoor om geen aandachtsgebieden per lid te hebben. In de raad als geheel dient er, naast financiële en zorginhoudelijke kennis, en kennis op het gebied van kwaliteit, vooral ook bestuurlijke kennis en ervaring aanwezig te zijn. Gelet op de diverse bouwactiviteiten is de komende periode ook gezorgd voor extra kennis op het terrein van vastgoed.

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 belangenverstrengeling te voorkomen.

De raad van toezicht stelt de individuele leden in staat hun eigen deskundigheid en ontwikkeling op peil te houden en te vergroten. De opgedane kennis wordt in de raad gedeeld. Dit heeft ook in 2018 plaatsgevonden.

### Raad van bestuur

De raad van bestuur legt ten minste zesmaal per jaar aan de raad van toezicht verantwoording af over de algemene en financiële voortgang, specifieke onderwerpen en het dashboard kwaliteit & veiligheid. Tussentijds geeft de raad van bestuur informatie over belangrijke gebeurtenissen en ontwikkelingen. Daarnaast vindt periodiek overleg plaats tussen de raad van bestuur en de voorzitter van de raad van toezicht.

In de periode medio december 2017 tot juli 2018 is de bestuurder wegens ziekte afwezig geweest. De raad van toezicht vond de heer drs.ir. R.H.G. van Neerbos, van 2002 tot 2010 toezichthouder van Zonnehuisgroep Vlaardingen, bereid om tot eind mei 2018 voor twee dagen per week op te

treden als bestuurder a.i.; in nauwe samenwerking met, en met steun van, het managementteam werden de reguliere taken van de bestuurder verdeeld. In overleg met de bestuurder is een aantal niet-kwetsbare trajecten tijdelijk 'on hold' gezet.

Vanaf eind mei was de heer Van Neerbos niet meer beschikbaar. Omdat de re-integratie van de bestuurder op korte termijn werd verwacht, heeft de raad van toezicht het managementteam gevraagd in gezamenlijkheid de bestuurstaak over te nemen, en de heer A. van den Eijkel, manager financiën & control, als formeel waarnemend bestuurder aangesteld, tot 1 september 2018. De centrale cliëntenraad en de ondernemingsraad adviseerden hier positief over. In die periode rapporteerde de bestuurder a.i. wekelijks aan de voorzitter van de raad van toezicht. Op 1 juli 2018 startte de re-integratie van de bestuurder; op 1 september was zij weer volledig inzetbaar. Naast de reguliere taken heeft zij ook alle geplande trajecten weer opgepakt. De raad van toezicht hecht eraan om haar waardering en dank uit te spreken voor de betrokken en professionele wijze waarop het managementteam de interim en waarnemend bestuurder heeft ondersteund en de periode tot volledige terugkeer van de bestuurder heeft overbrugd.

## **Uitvoering**

De raad van toezicht vergaderde in 2018 vijfmaal, steeds in aanwezigheid van de bestuurder. Daar waar van belang werd het managementteam of een gedeelte daarvan bij een deel van de agendapunten uitgenodigd voor toelichting en/of uitleg. De raad van toezicht heeft er voor gekozen om zich ten minste eenmaal per jaar gezamenlijk bij te scholen over een voor de zorg relevant en actueel onderwerp, onder leiding van een externe deskundige. Bij die gelegenheid wordt ook het functioneren van de raad geëvalueerd.

Kwaliteit van zorg kreeg in 2018 extra aandacht en is een vast agendapunt van de RvT-vergaderingen. De raad ontvangt en bespreekt het dashboard kwaliteit & veiligheid en laat zich adviseren door de in 2018 ingestelde commissie Kwaliteit en Veiligheid. Daarnaast werden in 2018 onder meer het Kwaliteitsplan 2018, het Kwaliteitsverslag 2017 en de resultaten van cliënt-ervaringsonderzoeken uitvoerig besproken.

De tijdelijke instandhouding van de locatie Drieën-Huysen Noord keerde met regelmaat terug op de agenda, evenals de voorbereiding van de ontwikkeling van een nieuwe locatie op het Fortunaterrein. 2018 stond ook in het teken van de implementatie van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), de invoering van nieuwe ICT-systemen, en de overgang naar het systeem ONS (registratiesysteem, zorg-ECD, roostersysteem en cliëntportaal). Alle operaties werden volgens planning succesvol afgerond.

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 een overlegvergadering van de desbetreffende raad met de bestuurder. Dergelijk overleg wordt onder andere gebruikt om elkaar goed te informeren over de eigen werkzaamheden en betrokkenheid. Ook signalen – zowel positief als negatief – vanuit de organisatie worden hierbij gedeeld. Zo nodig vindt ook tussentijds overleg plaats tussen vertegenwoordigers van de drie gremia.

Een vertegenwoordiging van de raad was aanwezig bij representatieve bijeenkomsten, waaronder de officiële opening van de nieuwgebouwde locatie Drieën-Huysen Zuid.

## **Besluiten en andere besproken onderwerpen**

In de auditcommissie werden onder meer de jaarrekening, begroting, managementrapportages van de raad van bestuur, de financiering van Drieën-Huysen Noord en het opknappen van de zorgafdelingen in Het Zonnehuis, risicobeheersing, ICT-ontwikkelingen, voorbereiding op de AVG

en de managementletter van de accountant besproken. Vastgoed blijft voor de komende periode een belangrijk thema. De commissie deed in de vergaderingen van de raad van toezicht mondeling en schriftelijk verslag van haar bevindingen.

In 2018 heeft de accountant de jaarrekening 2017 in de auditcommissie toegelicht.

De raad van toezicht nam onder meer de volgende besluiten: vaststellen van het jaarverslag van de raad van toezicht 2017, het verlenen van decharge aan de raad van bestuur (a.i.) over 2017, vaststellen dat Zonnehuisgroep Vlaardingen in klasse III van de WNT 2 valt, verlenging van het contract met de heer R.H.G. van Neerbos als bestuurder a.i. tot 1 juni 2018, dat met ingang van 24 mei 2018 het managementteam in gezamenlijkheid de bestuurstaak zal overnemen met de heer A. van den Eijkel als formeel waarnemend bestuurder tot 1 september 2018, vaststellen van het reglement commissie kwaliteit & veiligheid, het adviesrecht van de ondernemingsraad bij herbenoeming van een RvT-lid te laten vervallen en in die zin het reglement RvT aan te passen, vaststellen dat Zonnehuisgroep Vlaardingen in 2019 in klasse IV van de WNT 2 valt en per 1 januari 2019 aanpassing van de honorering van de leden van de raad van toezicht.

De raad van toezicht keurde de volgende voorstellen van de raad van bestuur (a.i.) goed: het treasury-statuuat versie 3, de jaarrekening 2017, de begroting 2019 en de concept overeenkomst Haalbaarheidsonderzoek Marathonweg (heet thans 'Fortuna'). Ten slotte bekrachtigde de raad van toezicht het voorstel van de bestuurder voor de contractvorm voor de volgende nieuwbouwfase 'Fortuna.'

### **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 binden en boeien van medewerkers is een blijvend punt van zorg en aandacht: Zonnehuisgroep Vlaardingen mocht zich in 2018 weliswaar verheugen in een bovengemiddelde aanwas van nieuwe medewerkers, maar helaas besloot ook een aanzienlijk aantal medewerkers hun loopbaan elders voort te zetten.

Onze complimenten, dank en waardering gaat uit naar alle medewerkers en vrijwilligers, die zich in 2018 met enorme betrokkenheid en groot enthousiasme hebben ingezet. Hun inzet is in het komende jaar weer onmisbaar om Zonnehuisgroep Vlaardingen ook in 2019 weer te bestempelen als "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 drs. M.C.M. Bindels RC MAC, vicevoorzitter

De heer L.L. Petit, lid

Mevrouw dr. A.A. Sanderman, lid

Mevrouw drs. A.H. Sanderse-van der Weide, 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