



Zonnehuisgroep  
Vlaardingen



## Kwaliteitsverslag 2019

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                                      | compassie .....  | 8  |
| 3.1.2                                      | uniek zijn .....   | 8  |
| 3.1.3                                      | autonomie .....  | 8  |
| 3.1.4                                      | zorgdoelen .....   | 9  |
| 3.2  | Wonen en welzijn .....   | 9  |
| 3.2.1                                      | zingeving .....  | 9  |
| 3.2.2                                      | zinnvolle tijdsbesteding .....   | 10 |
| 3.2.3                                      | schoon en verzorgd lichaam plus verzorgde kleding .....                    | 10 |
| 3.2.4                                      | Familieparticipatie en vrijwilliger .....                                  | 11 |
| 3.2.5                                      | wooncomfort .....  | 11 |
| 3.3  | Veiligheid .....   | 12 |
| 3.3.1                                      | medicatieveiligheid .....  | 13 |
| 3.3.2                                      | decubituspreventie .....   | 13 |
| 3.3.3                                      | gemotiveerd gebruik vrijheid beperkende maatregelen .....                  | 14 |
| 3.3.4                                      | preventie van acute ziekenhuisopnamen .....                                | 14 |
| 3.4  | Leren en verbeteren van kwaliteit .....                                    | 14 |
| 3.4.1                                      | kwaliteitsmanagementsysteem .....  | 14 |
| 3.4.2                                      | jaarlijks geactualiseerd kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag .....         | 15 |
| 3.4.3                                      | continu werken in de praktijk aan verbeteren door zorgverleners .....      | 15 |
| 3.4.4                                      | deel uit maken van een lerend netwerk .....                                | 16 |
| 3.5  | Leiderschap, governance en management .....                                | 16 |
| 3.5.1                                      | visie op zorg en sturen op kernwaarden .....                               | 16 |
| 3.5.2                                      | leiderschap en goed bestuur .....  | 16 |
| 3.5.3                                      | rol en positie interne organen en toezichthouder(s) .....                  | 18 |
| 3.5.4                                      | inzicht hebben en geven .....  | 19 |
| 3.5.5                                      | verankering van medische, verpleegkundige en psychosociale expertise ..... | 20 |
| 3.6  | Personeelssamenstelling (voldoende en bekwaam personeel) .....             | 20 |
| 3.6.1                                      | aandacht, aanwezigheid en toezicht .....                                   | 21 |
| 3.6.2                                      | specifieke kennis en vaardigheden .....                                    | 21 |
| 3.6.3                                      | reflectie, leren en ontwikkelen .....                                      | 22 |
| 3.7  | Gebruik van hulpbronnen .....  | 23 |

|           |  |    |
|-----------|--|----|
| 3.7.1     | de gebouwde omgeving .....   | 23 |
| 3.7.2     | technologische hulpbronnen .....   | 23 |
| 3.7.3     | facilitaire zaken en materialen en hulpmiddelen .....                                      | 23 |
| 3.7.4     | financiën en administratieve organisatie .....   | 24 |
| 3.7.5     | professionele relaties en samenwerkingsovereenkomsten met andere<br>zorginstellingen ..... | 24 |
| 3.8       | Gebruik van informatie .....   | 25 |
| 3.8.1     | verzamelen en delen informatie waaronder cliëntoordelen .....                              | 25 |
| 3.8.2     | benutten en optimaliseren bestaande administratiesystemen .....                            | 25 |
| 3.8.3     | openbaarheid en transparantie .....  | 25 |
|           | Specifieke aandacht voor drie onderdelen .....   | 26 |
| 4         | Veiligheid .....   | 26 |
| 4.1       | Medicatieveiligheid .....  | 26 |
| 4.2       | Decubituspreventie.....  | 27 |
| 4.3       | Vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) .....  | 27 |
| 5         | Cliëntoordelen.....  | 28 |
| 5.1       | Interne tevredenheidsmeting (ZorgDNA) .....  | 28 |
| 5.2       | Zorgkaart Nederland .....  | 28 |
| 6         | Leren en werken aan kwaliteit .....  | 29 |
| Bijlage 1 | Lijst met afkortingen .....  | 30 |
| Bijlage 2 | Personeelssamenstelling .....  | 31 |
|           | Personeel in aantal.....   | 31 |
|           | Verdeling zorgverleners intramuraal naar functie en locatie .....                          | 31 |
|           | Aantal leerlingen in zorgfuncties .....  | 31 |
|           | Verdeling behandelaren naar locatie.....   | 32 |
|           | In- en uitstroomcijfers .....  | 32 |
|           | Personele kosten in ratio .....  | 32 |
| Bijlage 3 | Jaarverslag van de Raad van Toezicht .....   | 33 |

# 1 Inleiding

Terwijl wij dit schrijven staan veel zaken stil, zijn vooruitgeschoven als gevolg van de coronapandemie. Voorlopig zal het nog niet zo zijn zoals we gewend waren. Bijna alle energie en aandacht gaat zitten in de werkzaamheden die het coronavirus met zich meebrengt en in het anticiperen op een gefaseerde terugkeer naar normaal. Terugkijkend naar 2019 zien we eenzelfde fenomeen van vooruitschuiven en zich concentreren op wat op dát moment het belangrijkste was. Met als wezenlijk verschil dat het vorig jaar ging om het aanbrenge van grote verbeteringen in de zorg voor de bewoners en cliënten. In dit kwaliteitsverslag ziet u daarom diverse plannen die gedurende het jaar toch doorgeschoven werden. Doorgeschoven, niet vervallen.

Een van de belangrijkste zaken in 2019 was het 'verbeterprogramma Van Basis Naar Beter,' dat in reactie op het bezoek van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) werd opgesteld en uitgevoerd. Veel onderwerpen met betrekking tot kwaliteit kwamen hier in samen. Hoofdstuk 3 begint met een algemene inleiding hierover. Een ander belangrijke zaak was het vragen van externe adviezen en het bijeenbrengen van die adviezen met interne ontwikkelingen in een Organisatieontwikkeling, die begin 2020 is ingezet om te leiden tot 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 2019 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 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 2019        |                      |                   |                                    |                  |                  |        |                  |                        |  |   |   |
|---------------------------|----------------------|-------------------|------------------------------------|------------------|------------------|--------|------------------|------------------------|--|---|---|
| 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 (Som +PG) | Wijkverpleging, Volledig Pakker Thuis, Individuele begeleiding | Personenalarmering + alarmopvolging thuis | 1 <sup>o</sup> lijns behandeling <sup>4</sup> |
| 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   |   |

<sup>1</sup> Niet Aangeboren Hersenletsel

<sup>2</sup> Geriatrische RevalidatieZorg

<sup>3</sup> EersteLijnsVerblijf hoog complex

<sup>4</sup> Poliklinische fysiotherapie, ergotherapie, logopedie en multidisciplinaire extramurale behandeling

# Algemeen beschrijvend overzicht uitkomsten

## 3 Kwaliteit en veiligheid

In april bracht de IGJ een bezoek aan de organisatie. De inspecteurs richtten zich op de volgende thema's: persoonsgerichte zorg, deskundige zorgverlener, sturen op kwaliteit en veiligheid, en medicatieveiligheid. De conclusie van de IGJ was, dat de geboden zorg grotendeels niet voldoet aan de getoetste normen. Tevens gaf zij aan vertrouwen te hebben in de wijze waarop wij sturen op de noodzakelijke verbeteringen.

Naar aanleiding van het bezoek van de IGJ, is nog voor het definitieve rapport van de IGJ verscheen, een eerste verbetertraject opgepakt, namelijk Dossier op orde. De zorgdossiers in ONS en de behandelplannen in Ysis zouden als gevolg hiervan aan de gestelde normen voldoen en de behandelplannen zouden doorgelinkt zijn naar ONS. De metingen in de loop van het jaar lieten zien dat dit met sprongen verbeterde. Na deze snelle start, stelden we het verbeterplan Van Basis Naar Beter op. Dit bevat de verbetertrajecten voor de verschillende thema's in het IGJ-rapport.

Per locatie stelden we kwaliteitsteams in. De stuurgroep kwaliteit & veiligheid kwam vaker bijeen om de voortgang te volgen. Ook in elke vergadering van de raad van toezicht en van zijn commissie kwaliteit & veiligheid kwam het uitgebreid aan de orde.

Door de structuur van het Kwaliteitsverslag, die ontleend is aan het Kwaliteitskader en daardoor overeenkomt met het Kwaliteitsplan 2019, komen het verbeterplan Van Basis Naar Beter en de manier waarop we daarmee aan de gang gingen in diverse paragrafen terug.

- Hoe we het aanpakten is vooral te vinden in de paragrafen 3.1, 3.4.3 en in hoofdstuk 6.
- 'Persoonsgerichte zorg' is vooral te vinden in de paragrafen 3.1.1, 3.1.2, 3.1.3, 3.2.2 en 3.2.5.
- 'Deskundige zorgverlener' is vooral terug te vinden in de paragrafen 3.6.2 en 3.6.3.
- 'Sturen op kwaliteit en veiligheid' is vooral terug te vinden in paragraaf 3.3.
- 'Medicatieveiligheid' is vooral terug te vinden in de paragrafen 3.3.1 en 4.1.

In dit hoofdstuk schrijven wij steeds eerst over de in het Kwaliteitsplan gestelde focusonderwerpen. Daarna vermelden we bij veel paragrafen ook andere ontwikkelingen die in de loop van het jaar belangrijk waren.

### 3.1 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

#### Focus in 2019

- uitwerken en implementeren van de vijf opdrachten zorgpad Wlz (project 'Zorgpaden')

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).

#### *Uitwerken en implementeren van project 'Zorgpaden'*

We startten in 2018 met het project 'Zorgpaden,' met als doel een nog hogere klantwaarde. Anders gezegd: persoonsgerichte zorg door vergroten van multidisciplinaire samenwerking. In dit project bevonden zich uiteenlopende deelprojecten. Deze voldeden aan de criteria persoonsgericht, eigen regie, klantperspectief, multidisciplinair, budgettair neutraal en eigenaarschap & regelruimte.

Dit waren de eerste multidisciplinaire Leanprojecten, uitgevoerd door Green Belts met als coach de Master Black Belt. De projecten liepen in 2019 door.

Deelproject 1: plaatsing nieuwe bewoners. Het project moest zorgen dat een indicatie goed werd aangevraagd en dat er bij de plaatsing van nieuwe bewoners voldoende kennis was over de verschillende differentiatiegroepen op de somatische afdelingen. Het eerste doel werd behaald. Het tweede probleem bracht een discussie op gang, die ertoe leidde dat het werken met deze differentiatiegroepen werd losgelaten.

Deelproject 2: welkom aan nieuwe bewoners. Het project richtte zich op de doorplaatsing van cliënten van een revalidatieafdeling naar een langverblijfsafdeling. Het proces vanaf het MDO waarin dit wordt afgesproken, tot twee weken na de verhuizing is uitgewerkt en ingevoerd.

Deelproject 3: persoonsgerichte zorg. Dit project werd ingehaald door de verbeteracties die werden ingezet naar aanleiding van het toezichtbezoek van de IGJ op 18 april 2019: het verbeterplan Van Basis naar Beter. Oorspronkelijk ging het in 'deelproject 3 – persoonsgerichte zorg' om het feit dat de zorg per cliënt wordt vastgelegd, maar dat er onvoldoende vaardigheden, kennis en draagkracht is om dit op de juiste manier toe te passen.

De acties die de projectgroep wilde uitvoeren, kwamen bij de kwaliteitsteams te liggen die na het IGJ-bezoek werden gevormd. Het nieuwe plan van de projectgroep was daarom gericht op het borgen van persoonsgerichte zorg op de afdelingen, onder andere door het jaarlijks organiseren van een 'week van de persoonsgerichte zorg.' De eerste week zou worden gehouden in maart 2020, maar helaas bleek er toen een coronapandemie te zijn.

Deelproject 4: multidisciplinair overleg (MDO). Zie verder paragraaf 3.1.4.

Deelproject 5: volwaardige voeding. Zie verder paragraaf 3.2.5.

## **Ontwikkelingen naast de focus uit het kwaliteitsplan 2019**

### *Persoonsgerichte zorg*

Na het bezoek van de IGJ analyseerden wij de situatie en concludeerden dat, ondanks dat de basis voor persoonsgerichte zorg in de afgelopen jaren gelegd was, dit onvoldoende bij medewerkers was geïmplementeerd en geborgd. Medewerkers gaven aan te weten wat persoonsgerichte zorg inhoudt, maar het was onduidelijk of zij dit in de praktijk op de juiste wijze toepasten. Daarom richtten we kwaliteitsteams op en door middel van deze teams zorgden wij op de afdelingen voor (her)introduceren en praktisch implementeren in de dagelijkse

zorgverlening. Hierbij waren er twee deelopdrachten 'concrete uitwerking wat persoonsgerichte zorg betekent voor de dagelijkse zorg in de praktijk' en 'ken je cliënt.'

De wijze van presenteren en de sfeer rondom de maaltijden merkten we aan als specifieke deelopdracht. De verantwoording hierover staat in paragraaf 3.2.5, bij het onderdeel voeding.

### **3.1.1 Compassie**

Naar aanleiding van het bezoek van de IGJ pakten we het eerste verbetertraject – Dossier op orde – snel op. Dit traject zou later op gaan in het verbeterplan Van Basis naar Beter. Via controle en coaching on the job trainden de kwaliteitsverpleegkundigen de contactverzorgenden in het goed invullen en gebruiken van het zorg-ECD ONS. Zo ook in de mogelijkheden die ONS biedt voor het inventariseren van de belevingswereld van de bewoners: het verbetertraject Ken je cliënt. Zie ook de paragrafen 3.1.2 'uniek zijn' en 3.2.2 'zinvolle tijdsbesteding.'

Het spiegelgesprek is een instrument om de wensen en ervaringen van cliënten inzichtelijk te maken. Op basis van deze feedback kunnen verbeteringen op de afdeling tot stand worden gebracht. Het is een groepsgesprek met cliënten of familie waarbij de medewerkers toevoeder zijn. Een van de geestelijk verzorgers leidt als onafhankelijk deskundige het gesprek. In 2019 heeft één spiegelgesprek plaatsgevonden. De onderdelen van het verbeterplan Van Basis Naar Beter kregen voorrang boven dit instrument.

### **3.1.2 Uniek zijn**

In 2019 zijn vertegenwoordigers van bewoners gevraagd om het levensboek van en met hun naaste te vullen in Mijn Verhaal in CarenZorgt. Velen deden dit en de zorgmedewerkers kunnen dit nu gebruiken. Daar waar de vertegenwoordigers het levensboek niet invulden, zullen vanaf 2020 zorgmedewerkers dit gaan doen.

Een van de deelopdrachten in het verbeterplan Van Basis Naar Beter was Ken je cliënt. Naast het zojuist genoemde levensboek zijn hierbij ook Mikzo en een goed invullen van het behandelplan en het cliëntenprofiel van belang. Vervolgens moeten de medewerkers deze informatie kennen om er ook naar te kunnen handelen. Hiertoe werd de dagstart of de dagevaluatie gebruikt. Op die afdelingen waar nog geen dagstart of –evaluatie plaatsvond, werd deze geïntroduceerd.

### **3.1.3 Autonomie**

Bij alle bewoners en cliënten worden persoonlijke doelen en wensen in het ECD gezet. Bij de coaching on the job wat betreft het gebruik van het ECD namen de kwaliteitsteams ook dit aspect mee. Daarnaast is er ook de praktijk hoe de bewoners en cliënten benaderd worden. Het toezichtbezoek van de IGJ liet zien dat dit beter kan. De in reactie daarop geformeerde kwaliteitsteams gingen de afdelingen / woongroepen op. Doordat zij daar wekelijks geruime tijd aanwezig waren, zagen zij situaties waarin onvoldoende rekening gehouden werd met de autonomie van de bewoners en cliënten. Zij maakten dit bespreekbaar en droegen zo bij aan een verandering. Dit is gedrag en cultuur en zal daarom nog geruime tijd aandacht blijven vragen.



### 3.1.4 Zorgdoelen

#### Focus in 2019

- focus op methodisch werken na implementatie van ONS Nedap
- Mikzo wordt gebruikt om kwaliteit van zorg te verhogen<sup>5</sup>
- nieuwe procedure en werkwijze multidisciplinair overleg (MDO) implementeren

#### *Methodisch werken en Mikzo om kwaliteit van zorg te verhogen*

Het zorg-ECD ONS ondersteunt methodisch werken. Wij kozen ervoor om Mikzo op te nemen in ONS. Dit is een instrument waarmee de verzorgende / verpleegkundige de zorg classificeert en de kwaliteit van 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 Mikzo. In 2019 kregen zorgmedewerkers een scholing methodische werken met de methodiek Mikzo. Daarnaast besteedden de kwaliteitsteams veel tijd en energie aan het goed werken met de zorg-ECD's en gaven zij training on the job aan de contactverzorgenden hoe zij beter methodisch konden werken.

#### *Multidisciplinaire samenwerking*

Het deelproject 'zorgpad MDO' is onderdeel van het project 'Zorgpaden,' zie paragraaf 3.1. Multidisciplinair en volgens de Lean-methodiek werden het proces en de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van het MDO opnieuw in kaart gebracht, vastgelegd en ingevoerd.

## 3.2 Wonen en welzijn

### 3.2.1 Zingeving

#### Focus in 2019

- spiegelgesprekken
- kerkdiensten voor mensen met dementie in Drieën-Huysen Noord
- plan van aanpak geestelijke verzorging

#### *Spiegelgesprekken*

Hoewel dit onderwerp in het kwaliteitsplan 2019 onder 'zingeving' staat, omdat een geestelijk verzorger de gesprekken leidt, behoort het bij paragraaf 3.8.1 'verzamelen en delen informatie waaronder cliëntoordelen' en wordt er daar verslag van gedaan. Ook in paragraaf 3.1.1 'compassie' kwam het aan de orde.

#### *Kerkdiensten voor mensen met dementie in Drieën-Huysen Noord*

De geestelijke verzorgers bieden bewoners en cliënten hulp bij zingeving en levensbeschouwelijke vragen. Zij hebben daarbij aandacht voor specifieke levensvragen, zoals bij eenzaamheid, verlies van functies, rouw en depressieve gevoelens over ouderdom en invulling van de laatste levensfase. Naast individuele contacten en groepsworkshops houden zij ook vieringen. Bij dit laatste werken zij nauw samen met de kerken en kerkdiensten uit de omgeving. Nadat Drieën-Huysen Noord in 2018 was omgebouwd tot een locatie met woongroepen voor bewoners met dementie, startten er in 2019 kerkdiensten die speciaal gericht zijn op mensen met dementie. Het concept is gelijk aan de kerkdiensten voor deze doelgroep in Het Zonnehuis, waar het al vele jaren duidelijk voorziet in een behoefte aan speciale kerkdiensten voor specifieke doelgroepen.

<sup>5</sup> Stond in het Kwaliteitsplan in de paragraaf 'verpleegproblemen'

#### *Plan van aanpak geestelijke verzorging*

Een beknopt plan van aanpak geestelijke verzorging voor 2020 kwam tot stand, met als speerpunten het intensiveren, aangaan en onderhouden van individuele contacten, het geven van een impuls aan het multidisciplinaire werken en het consolideren van het groepsaanbod (gespreksgroepen, zang, kleine vieringen). We continueren dat de geestelijke verzorgers zorgmedewerkers gevoelig willen maken voor zingeving en spiritualiteit, door middel van klinische lessen en lessen in opleidingstrajecten, rond individuele bewoners en in het kader van multidisciplinair werken. We rusten vrijwilligers toe via het Vrijwilligerscafé; het bezoekersteam van de geestelijke verzorging krijgt daarnaast meermaals een specifieke toerusting.

### **3.2.2 Zinvolle tijdsbesteding**

#### **Focus in 2019**

- beweegzorg
- meer dagbestedingscoaches
- persoonsgerichte dagbesteding door welzijn in ONS

#### *Beweegzorg*

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. Zo is het al meerdere jaren mogelijk om met behulp van een beeldscherm 'door Vlaardingen' te fietsen of 'door andere steden.' Ook zijn er een beweegwand en beweeg- en tovertafels. Er is een beweegtherapeut en door het project Beweegzorg kreeg iedere bewoner een beweegprofiel, is bewegen onderdeel van de zorg geworden en worden er in het zorgleefplan afspraken over gemaakt. In 2019 is daar nog de 'beweegbox' aan toegevoegd. Hierin zitten attributen om bewoners en cliënten op een laagdrempelige manier uit te nodigen tot meer bewegen aan tafel.

#### *Meer dagbestedingscoaches*

Het kwaliteitsbudget werd in 2019 verhoogd en wordt in 2020 verder verhoogd. Wij waren van plan daarmee onder andere meer dagbestedingscoaches in te zetten. Gedurende het jaar werd echter duidelijk dat de kwaliteitsgelden in 2020 naar beneden bijgesteld zouden worden. Daarop anticiperend kozen wij bijvoorbeeld voor de inzet van de nieuwe functie medewerker Koken & Wonen (paragraaf 3.2.5) en niet voor meer dagbestedingscoaches. Ook maaltijden dragen sterk bij aan het welzijn van de bewoners en cliënten.

#### *Persoonsgerichte dagbesteding door welzijn in ONS*

In het zorg-ECD ONS zit een inventarisatielijst voor de interesses van de bewoners, vroeger en nu. Het resultaat van deze inventarisatielijst is een lijst met activiteiten die door de bewoner als zinvol worden ervaren. De dagbestedingscoaches gebruiken de lijst om persoonsgerichte dagbesteding aan te bieden. Dit onderwerp hangt samen met paragraaf 3.1.2 'uniek zijn.'

### **3.2.3 Schoon en verzorgd lichaam plus verzorgde kleding**

Bewoners en cliënten bepalen zelf hun leefwijze en zij bepalen zelf hun doelen binnen hun mogelijkheden en die van de organisatie. In het zorgleefplan wordt de manier aangegeven waarop de bewoner of cliënt wordt ondersteund bij diens lichaamsverzorging en kleding. Wat hij of zij zelf doet en welke ondersteuning de mantelzorger of zorgmedewerker hierbij geeft.

### 3.2.4 Familieparticipatie en inzet vrijwilligers

#### Focus in 2019

- implementeren cliëntportaal

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. Daarnaast kan er ook over en weer gecommuniceerd worden. In 2019 kwam deze mogelijkheid beschikbaar. Van de cliënten / vertegenwoordigers maakt 58% hiervan gebruik.

#### Ontwikkelingen naast de focus uit het kwaliteitsplan 2019

##### *Mantelzorg*

Mantelzorgers zijn erg belangrijk voor de bewoners en 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. Een multidisciplinaire zorgleefplanbespreking wordt voorbesproken met de bewoner of cliënt en/of diens vertegenwoordiger. Zij worden ook uitgenodigd om zelf aanwezig te zijn bij de zorgleefplanbespreking.

##### *Vrijwilligers*

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

### 3.2.5 Wooncomfort

#### Focus in 2019

- zorgpadproject 'volwaardige voeding'
- opknappen zorgafdelingen voor mensen met dementie in Het Zonnehuis

##### *Zorgpad 'volwaardige voeding'*

In onze visie wordt op de meeste woongroepen of afdelingen een deel van de warme maaltijd zelf bereid en worden de overige componenten daar geregenereerd. De projectgroep onderzocht hoe de praktijk eruit zag, waar men tegenaan liep en aan welke randvoorwaarden moet zijn voldaan om volgens onze visie te werken. Ook werden oplossingen voorgesteld en uitgevoerd, waaronder de volgende.

Eén van de randvoorwaarden is een medewerker die verstand van koken heeft en daarin ervaren is, die gemotiveerd is en die het koken niet hoeft te combineren met zorg verlenen. Daarop stelden wij de functie medewerker Koken & Wonen in. In Drieën-Huysen Zuid is er nu dagelijks op elke woongroep een medewerker Koken & Wonen. Vóór de start van is er een nulmeting naar de cliëntervaring gedaan, om in 2020 te kunnen meten wat de resultaten van de inzet van deze nieuwe functionaris zijn. Vanwege de verlaging van de kwaliteitsgelden in 2019, kon daaruit niet op alle afdelingen en woongroepen een medewerker Koken & Wonen worden aangesteld. De afdelingen en woongroepen kunnen wel bepalen of zij hun mix aan medewerkers anders gaan invullen, om op die manier toch met een dergelijke functionaris te gaan werken.

#### *Persoonsgerichte zorg op het gebied van voeding*

Een van de deelopdrachten in het verbeterplan Van Basis Naar Beter was een concrete uitwerking van persoonsgerichte zorg. Behalve dat voeding volwaardig moet zijn, moeten ook de maaltijden ook zodanig gepresenteerd worden en moet de sfeer zodanig zijn dat de bewoners en cliënten rustig en goed kunnen eten en zelf kunnen kiezen wat zij willen eten. Er werden criteria opgesteld, deze werden met de teams gedeeld, de kwaliteitsteams observeerden en gaven feedback. De vervolgmetingen lieten een goed resultaat zien, namelijk van 46% op orde in juni naar 84% op orde in december.

#### *Opknappen zorgafdelingen voor mensen met dementie in Het Zonnehuis*

De drie al jaren bestaande zorgafdelingen voor mensen met dementie in Het Zonnehuis werden in 2019 en begin 2020 opgeknapt. Deze afdelingen bestaan elk uit een aantal woongroepen van zeven tot tien bewoners per groep. Gedurende een deel van de dag kunnen de bewoners zelfstandig naar al deze afdelingen gaan en naar de recreatieruimten van deze vleugel<sup>6</sup>. De kamers, huiskamers en gangen werden opgeknapt. Helaas moest voor één van de afdelingen een gedeelte van het werk on hold worden gezet in afwachting van mogelijke ontwikkelingen in het vastgoed. Uitgangspunt waren uiteraard de principes van belevingsgerichte zorg, de invulling van persoonsgerichte zorg voor mensen met dementie. De Cliëntenraad PG ging akkoord met hoe het zou worden en met de wijze waarop het georganiseerd werd en hoe er voor de veiligheid van de bewoners werd gezorgd.

### **Ontwikkelingen naast de focus uit het kwaliteitsplan 2019**

#### *Woonwensenonderzoek en leefwensenonderzoek*

Ten behoeve van de update van het Strategisch Vastgoedplan is in 2019 een woonwensenonderzoek gehouden in de vorm van een anonieme elektronische enquête. De resultaten zullen wij meenemen in de verdere uitwerking van het SVP. Wij streven naar een nieuw te bouwen verpleeghuislocatie. In dat kader hielden wij in 2019 een leefwensenonderzoek in de vorm van een inspiratiebijeenkomst. De resultaten hiervan zullen worden meegenomen in de verdere plannen.

## **3.3 Veiligheid**

### **Focus in 2019**

- verbeterplan BHV wordt geïmplementeerd
- Risico-Inventarisatie en –Evaluatie (RI&E) wordt vóór 1 mei uitgevoerd

#### *Verbeterplan BHV*

In 2019 breidden we de capaciteit van BHV'ers uit, zodat er gedurende alle etmalen voldoende BHV'ers aanwezig zijn. In het nieuwe systeem ONS, waarin ook de roosters zitten, kunnen we namelijk niet zien wie tijdens een dienst BHV'er zijn. Daarnaast werden extra communicatiemiddelen aangeschaft. In 2020 zullen we het Bedrijfsnoodplan evalueren en een beleidsplan en projectplan BHV opstellen.

#### *RI&E*

We deden een RI&E van verschillende afdelingen in Het Zonnehuis en van Drieën-Huysen Zuid. In vervolg daarop maakten we een Plan van Aanpak. Zie ook paragraaf 3.5.3 over de Ondernemingsraad.

<sup>6</sup> In 2020 werd dit uitgebreid vanwege de Wet zorg en dwang.

## Ontwikkelingen naast de focus uit het kwaliteitsplan 2019

### *Zorginhoudelijke commissies*

De vaste zorginhoudelijke commissies zijn onder andere de VIM-commissie, Geneesmiddelencommissie, Hygiëne & Infectiecommissie en de Decubituscommissie. Deze functioneerden ook in 2019. Zij droegen onder meer bij aan acties in het verbeterplan Van Basis naar Beter.

### *Zorgrisicomanagement*

Eind 2019 startte de commissie Zorgrisicomanagement. Doel is de risico's in de zorgverlening beter te beheersen, de kans van het optreden van het risico vast te stellen, de gevolgen ervan te bepalen en de benodigde maatregelen in kaart te brengen, om de gevolgen te beperken. Aan de hand van casussen leren we van elkaar en komen zo tot kwaliteitsverbetering.

### 3.3.1 Medicatieveiligheid

#### Focus in 2019

- o verbeterprogramma medicatieveiligheid

Het verbeterprogramma Medicatieveiligheid had in 2018 veel aandacht gekregen en liep in 2019 door. Na het toezichtbezoek van de IGJ werd het opgenomen in het verbeterplan Van Basis Naar Beter. De kwaliteitsteams zorgden voor observatie, uitleg en controle. Ook deden zij metingen om te zien hoe het stond met verbeteren. Die metingen toonden aan dat er door deze training on the job een sterk stijgende lijn was. Wel heeft het blijvende aandacht nodig, want het zakt gemakkelijk weer in. We zagen vorig jaar al dat de aanwezigheid van een aandachtsvelder medicatieveiligheid op een afdeling hielp en daarom rolden we dit in 2019 uit naar de overige afdelingen.

Het dubbel aftekenen van onder andere opiaten was niet mogelijk in het nieuwe systeem van de apotheek van het ziekenhuis, die onze apotheek is. Daarom waren er suboptimale oplossingen ontstaan, die de IGJ echter onvoldoende vond. Uiteindelijk heeft er toch een aanpassing in het systeem van de apotheek van het ziekenhuis kunnen plaatsvinden, waardoor en nu dubbel afgetekend kan worden.

Los daarvan wilden wij al langer digitaal medicatie bestellen en aftekenen en wij zochten daarom naar mogelijkheden. Deze moeten echter ook passen bij het digitale systeem waarmee de apotheek van het ziekenhuis werkt en dat is ingewikkeld, want ze sluiten niet aan. In 2020 zal een keuze gemaakt worden.

### 3.3.2 Decubituspreventie

#### Focus in 2019

- o verbeterplan decubitus wordt geïmplementeerd op de afdelingen

Na de LPZ-meting van november 2018 kregen de aandachtsvelders decubitus – elke afdeling heeft en één – workshops over het optimaal inzetten van de aanwezige materialen, waarna zij deze kennis op hun afdelingen deelden. Daarnaast zocht en vond de decubituscommissie begin 2019 opnieuw een andere leverancier van basismatrasen. Bij de matrassen van de in 2018 gekozen leverancier bleek het namelijk nodig te zijn om al heel snel antidecubitusmatrasen in te zetten. Bovendien liepen de meningen en de mate van tevredenheid sterk uiteen.

Bij de LPZ-meting van november 2019 werden voor de eerste keer decubitusglaasjes gebruikt. Deze methode werkt goed en wordt ook in de literatuur beschreven.

### 3.3.3 Gemotiveerd gebruik van vrijheid beperkende maatregelen

#### Focus in 2019

- aandacht voor Wet Bopz
- voorbereiding op de Wet zorg en dwang (Wzd)

#### *Aandacht voor de Wet Bopz*

Locatie Drieën-Huysen Noord en afdeling Sirius in locatie Het Zonnehuis werden tegen eind 2018 aangemerkt als een Bopz-voorziening. Beide voldeden in 2019 aan de eisen daarvoor.

#### *Wet zorg en dwang*

In 2019 bereidden wij ons voor op de invoering van de Wzd op 1 januari 2020. In de loop van het jaar werd in de sector steeds meer duidelijk hoe diverse aspecten uitgewerkt moesten worden. Veel medewerkers volgden een cursus over hoe zij straks onder de nieuwe wet zouden moeten handelen. We stelden beleid en procedures op. In 2020 zal verder beleid worden uitgewerkt over toepassing van verantwoord psychofarmacagebruik in overeenstemming met de nieuwe wet.

Een aantal zaken is moeizaam en moet gedurende het overgangsjaar 2020 worden opgelost. Zo leidde en leidt de schaarste aan specialisten ouderengeneeskunde (SO) tot het niet kunnen vinden van een Wzd-functionaris; we hebben dit nu tijdelijk opgelost. Het is ook een probleem bij het vinden van een externe deskundige. De opstelling van de GGZ-instelling in onze regio leidde tot het wegvallen van hun functionarissen in de crisisdienst ten behoeve van dwangopname. Begin 2020 kwam dit daarom noodgedwongen bij de SO's van de VVT-instellingen in de regio. Per 1 januari 2020 waren we wel aangesloten bij de Klachtencommissie Onvrijwilliger Zorg. De cliëntvertrouwenspersoon daarentegen kon op die datum nog niet door de door het Zorgkantoor gecontracteerde partij worden geleverd; onze – externe – klachtenfunctionaris was bereid zo lang als vervanger beschikbaar te zijn.

Ten slotte de thuiszorg. Het overgangsjaar 2019 zal gebruikt moeten worden om ook in dat onderdeel van de VVT de Wzd in te voeren.

### 3.3.4 Preventie van acute ziekenhuisopnamen

#### Focus in 2019

- bij de analyse van de data zal de focus liggen op de vermijdbaarheid van de acute opname

De artsen bespraken de geregistreerde cijfers over acute ziekenhuisopnames in het artsenuitvoeringsoverleg. Daarbij keken zij welke acute ziekenhuisopnames medisch vermijdbaar waren geweest. Bij geen bleek dat het geval te zijn geweest. Op individueel niveau maken wij met de bewoner / cliënt of diens vertegenwoordiger afspraken over hoe er omgegaan wordt met een acute situatie in de gezondheidstoestand dan de bewoner of cliënt. De arts legt dit vast in het behandeldossier.

## 3.4 Leren en verbeteren van kwaliteit

### 3.4.1 Kwaliteitsmanagementsysteem

#### Focus in 2019

- externe audit: Certificatie in de Zorg

In maart 2019 vond de jaarlijkse externe kwaliteitsaudit plaats. Certificatie in de Zorg richt zich op de waardecreatie voor de klant (klantwaarde) die de organisatie voortbrengt. Zij sprak met

bewoners en cliënten, met medewerkers, CCR, OR, bestuurder en management, en bestudeerde van tevoren diverse documenten. Zij stelde geen afwijkingen van de ISO-norm vast en sloot tevens de twee openstaande laag risico afwijkingen, uit eerdere auditjaren, af. Wij mochten het keurmerk ISO voor Zorg en Welzijn blijven voeren.

### 3.4.2 Jaarlijks geactualiseerd kwaliteitsplan en jaarlijks kwaliteitsverslag

In 2019 stelden wij het kwaliteitsplan 2020 op; begin 2020 werd het vastgesteld. Voorts verantwoordden wij ons in het kwaliteitsverslag 2018.

### 3.4.3 Continu werken in de praktijk aan verbeteren door zorgverleners

#### Focus in 2019

- o twee groepen van twaalf medewerkers worden opgeleid tot Orange Belt en één groep wordt opgeleid tot Green Belt
- o één van de onderwerpen uit de LPZ 2018 wordt opgenomen in een verbetertraject, voor zowel de extramurale als intramurale zorg
- o inzetten Zorgpad stervensfase voor alle cliënten

#### *Lean*

Deze focus is in het kwaliteitsplan ook genoemd onder punt 3.6.3. De rapportage over 2019 vindt daar plaats.

#### *LPZ 2018*

De resultaten van de LPZ-meting van eind 2018 werden in het teamleidersoverleg besproken. Vanwege het verbeterplan Van Basis Naar Beter, in vervolg op het toezichtbezoek van de IGJ, kozen we geen onderwerpen uit de LPZ 2018 om aan te werken. In Q4 van 2019 werd de jaarlijkse LPZ-meting gedaan.

#### *Zorgpad 'stervensfase'*

Het Zorgpad 'stervensfase' is aanwezig. In het zorg-ECD ONS is het zorgpad verwerkt, maar de invoering van die verwerking is vanwege het verbeterplan Van Basis Naar Beter vooruitgeschoven.

## Ontwikkelingen naast de focus uit het kwaliteitsplan 2019

#### *Kwaliteitsteams*

Meteen na het toezichtbezoek van de IGJ startten we met de functie kwaliteitsverpleegkundige. De meesten waren eigen verpleegkundigen die voor deze nieuwe functie kozen. Zij voerden als eerste actie een audit uit op de zorg-ECD's en de behandel-ECD's en gaven training on the job – project Dossier op orde. Dit werd vervolgens opgenomen in het verbeterplan Van Basis Naar Beter. Per locatie vormde een kwaliteitsverpleegkundige toen samen met een beleidsadviseur en een teamleider van die locatie een kwaliteitsteam. Deze teams observeerden, maakten bespreekbaar en gaven training on the job. De voortgangsmetingen lieten positieve resultaten zien. Zo waren bijvoorbeeld in december 89% van de zorgdossiers op orde en 80% van de behandeldossiers.

Wat eveneens goed werkte was dat alle onderdelen van het verbeterplan in tekeningen uitgewerkt werden. In de verschillende locaties waren alle onderdelen bij elkaar op groot formaat te zien. In kleinere vorm waren ze op de afdelingen aanwezig. Onze zorgmedewerkers zijn geen lezers en met deze visualisering konden wij ze wel goed bereiken.

### 3.4.4 Deel uitmaken van een lerend netwerk

#### Focus in 2019

- visie kleinschalig wonen verder uitwerken
- in het Lerend Netwerk leren zorgmedewerkers van elkaar

#### *Visie kleinschalig wonen*

Eind 2019 was de visie op kleinschalig wonen voor bewoners met lichamelijke aandoeningen en beperkingen (somatische bewoners) gereed. De visie persoonsgerichte zorg staat hierin centraal en is uitgewerkt in woonomgeving, groeps grootte, soorten functionarissen die op de groep aanwezig zijn en de naasten en vrijwilligers.

#### *Lerend netwerk*

Wij zijn aangesloten bij twee lerende netwerken. Het ene is het Universitair Netwerk voor de Caresector – Zuid-Holland LUMC, waar wij als universitair verpleeghuis al jarenlang bij zijn aangesloten. Het andere is het regionale Lerend Netwerk FAZ, bestaande uit de Frankelandgroep, Argos Zorggroep en Zonnehuisgroep Vlaardingen. Zie verder hoofdstuk 5.

## 3.5 Leiderschap, governance en management

### 3.5.1 Visie op zorg en sturen op kernwaarden

Onze visie op zorg en onze kernwaarden zijn beschreven in hoofdstuk 2 en in paragraaf 3.1. Deze zijn in 2019 niet veranderd. Zij vormden de basis van ons beleid en sturing.

### 3.5.2 Leiderschap en goed bestuur

#### Focus in 2019

- teamleiders volgen management developmenttraject (MD-traject)
- visie op leiderschap binnen Zonnehuisgroep Vlaardingen wordt verder ontwikkeld

#### *MD-traject*

Het MD-traject van de teamleiders startte in 2018 en eindigde in december 2019. Door tussentijdse evaluaties met CSS Breda werden enkele modules in het programma in de loop van het jaar verder aangepast aan de groep teamleiders, hun diverse deskundigheid en ervaring, en aan de wensen van de organisatie. Hierdoor verbeterden de resultaten en de tevredenheid.

#### *Visie op leiderschap*

In onze visie is leiderschap niet gebonden aan functie of positie, iedereen draagt vanuit persoonlijk leiderschap bij aan het organisatiedoel. De organisatie draag je met z'n allen. Dit hebben wij als volgt uitgewerkt.

Een leider staat voor de organisatie en dienst de organisatiedoelen. Houdt vast aan de bedoeling. Verbindt persoonlijke doelen en organisatiedoelen aan elkaar. Een leider heeft geduld. Is zichtbaar en benaderbaar. Stimuleert een veilige cultuur, waarin je kunt proberen. Werkt vanuit betrokkenheid en passie. Heeft empathisch vermogen. Stelt grenzen en kent mededogen. Een leider staat open voor nieuwe ontwikkelingen. Heeft oog voor kansen en uitdagingen. Durft risico's te nemen. Een leider zorgt dat het werk gedaan wordt. Bewaakt het resultaat. Een leider zet door, houdt vast aan de koers, ook bij veranderingen of tegenwind. Heeft het inzicht wanneer bijsturen nodig is. Is gedreven, actiegericht en daadkrachtig. Een leider geeft anderen de ruimte om het beste uit zichzelf te halen en zo bij te dragen aan de



doelen van de organisatie. Verbindt en overbrugt tegenstellingen. Is inspirerend, door voorbeeldgedrag en door ruimte te geven voor creativiteit. Is aanspreekbaar, luistert objectief en benut de kracht, kennis, kunde en creativiteit van anderen. Stimuleert groei, ontwikkeling en excelleren. Krijgt, neemt en geeft verantwoordelijkheid. Is betrouwbaar en geeft vertrouwen. Is authentiek, heeft zelfkennis en zelf-reflectief vermogen.

## **Ontwikkelingen naast de focus uit het kwaliteitsplan 2019**

### *Organisatieontwikkeling*

In de loop van 2019 kwamen verschillende ontwikkelingen en externe adviezen bij elkaar. Deze leidden in december tot voorgenomen besluiten voor aanpassingen in de organisatie. Al deze plannen zijn aan de CCR en de OR voorgelegd en vervolgens goedgekeurd. Zij zullen in 2020 worden uitgevoerd.

Voor de zomer ontstond het plan om de diensten Facilitair & Vastgoed en Financiën & Control samen te voegen tot de dienst Bedrijfsvoering. Uitwerking op afdelings-/teamniveau zal in de loop van 2020 plaatsvinden.

Het Planbureau doet de roosterplanning voor de zorgafdelingen. In het najaar werd een advies uitgebracht over de optimalisatie van het planningsproces. Onderdeel hiervan is, dat de planners worden gekoppeld aan locaties.

Zonnehuis Thuis heeft te maken met de landelijke trend van een stijgende vraag naar zorg en een krappe arbeidsmarkt. Om daar goed op in te spelen en ook de productiviteit en de financiële positie te verbeteren, is in het tweede half jaar een organisatiescan van de thuiszorg gemaakt, die leidde tot een verbeterplan.

In december was op grond van een advies een plan gereed waarmee we een volgende stap zetten in onze ambitie om persoonsgerichte zorg te geven. Vanuit die ambitie voelen wij de behoefte om alles dichterbij de bewoners en cliënten te organiseren. Teneinde dat te kunnen realiseren, leggen wij de verantwoordelijkheden en bevoegdheden dicht bij de bewoners en cliënten. Eigenaarschap en regelruimte, waar wij al een paar jaar aan werken, gaan daarmee een volgende fase in. Het doel van deze beweging is het makkelijker kunnen regelen en samenwerken, zowel in de zorg als tussen zorg en ondersteuning. Op strategisch, tactisch en operationeel niveau worden de slagkracht en innovatiekracht van de organisatie hierdoor vergroot.

De belangrijkste vernieuwingen zijn het creëren van de functie locatiemanager, het definitief maken van de functie van kwaliteitsverpleegkundige, het toevoegen van zo'n functionaris aan elke locatie en het instellen van een directieteam in plaats van het managementteam. Op deze wijze wordt het werken op operationeel, tactisch en strategisch niveau beter gescheiden en wordt de kwaliteit van zorg en van beleid beter.

In januari 2020 informeerden we het middenkader en de medewerkers over het plan, evenals de CCR en de OR. Er was een 'Praatplaat Makkelijker regelen & makkelijker samenwerken; Eigenaarschap en regelruimte 2020' ontwikkeld, die onder andere in alle bijeenkomsten gebruikt werd. Eerder in 2019 hadden we namelijk ervaren hoeveel meerwaarde plaatjes hebben ten opzichte van tekst bij het overbrengen van informatie.

### 3.5.3 Rol en positie interne organen en toezichthouder(s)

#### Focus in 2019 van de medezeggenschapsraden

- o nieuwbouw (CCR, OR)
- o RI&E (OR)
- o communicatie van en naar medewerkers (OR)
- o tevredenheid cliënten (CCR)

#### *Nieuwbouw*

De CCR is geïnformeerd over het leefwensenonderzoek dat werd gedaan ten behoeve van een toekomstige nieuwe locatie en het woonwensenonderzoek ten behoeve van het up to date maken van het Strategisch VastgoedPlan. Zij krijgen de uitkomsten, die zij bij toekomstige adviesaanvragen over de nieuw te bouwen locatie resp. het SVP kunnen gebruiken. Dit zijn echter processen die lang duren en in 2019 nog niet tot adviesaanvragen hebben geleid.

De OR werd geïnformeerd over genoemd woonwensenonderzoek.

De raden werden met een zekere regelmaat bijgepraat over de ontwikkelingen op het gebied van het zoeken naar een terrein waar wij een nieuwe locatie kunnen bouwen. Dat is een langdurig proces dat nog niet is afgerond.

#### *RI&E*

De OR ontving het rapport van de RI&E en het daarop gebaseerde Plan van Aanpak van Het Zonnehuis en Drieën-Huysen Zuid. Na overleg met de raad werd het aangepast, waarop de raad zijn instemming gaf. De OR ziet de RI&E graag als een “levend onderwerp” op de werkvloer. Het proces van de RI&E wordt aangepast.

#### *Communicatie van en naar medewerkers*

De OR bezocht in 2019 het werkoverleg op diverse afdelingen. Tijdens deze bezoeken haalden de leden informatie op bij de achterban en gaf daarnaast informatie over het werk in de OR.

Deze communicatie van en naar medewerkers had een positieve invloed op de kwaliteit van de adviezen van de OR.

#### *Tevredenheid cliënten*

Het Kwaliteitsverslag, waar onder andere de cliëntoordelen in staan, is besproken met de cliëntenraden.

### Ontwikkelingen naast de focus uit het kwaliteitsplan 2019

#### *Cliëntenraden*

In 2019 is de Cliëntenraad Drieën-Huysen opgeheven. De Cliëntenraden Somatiek en Psychogeriatricatie zijn iets aangepast en zijn nu voor alle somatische locaties resp. de locaties voor mensen met dementie. Informeel was dit al gedurende een jaar uitgeprobeerd en dat beviel de leden goed. De oplevering van een nieuwe locatie en de verandering in doelgroep van de oude locatie Drieën-Huysen leidden tot deze aangepaste inrichting van de medezeggenschap. Tegelijk met deze wijziging kregen nu ook die beide cliëntenraden een onafhankelijk voorzitter; de CCR heeft dat al jaren. De beide cliëntenraden werden gevoed vanuit de deelraden, dat zijn de medezeggenschapsorganen op afdelingsniveau.

*Ondernemingsraad, Verpleegkundige/verzorgende AdviesRaad, Vrijwilligersraad en Raad van Toezicht*

Al deze raden functioneerden naar behoren. De bestuurder overlegde met hen, informeerde en vroeg om advies, instemming en goedkeuring, al naar gelang hun rechten. Zie voor de Raad van Toezicht verder bijlage 3.

### 3.5.4 Inzicht hebben en geven

#### Focus in 2019

- o bekeken wordt hoe de managementinformatie vanuit Mikzo ingezet kan worden<sup>7</sup>

#### *Managementinformatie vanuit Mikzo*

Mikzo is onderdeel van het zorg-ECD ONS. Het is een instrument dat de verzorgende / verpleegkundige zorg classificeert en de kwaliteit van zorg meet en volgt op 34 gebieden van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg en het Kwaliteitskader Wijkverpleging. In 2019 werkten we eerst aan het beter gebruik van Mikzo en het zorg-ECD ONS, alvorens we er betrouwbare managementinformatie uit kunnen krijgen. Op een later moment zal worden bekeken hoe we de managementinformatie vanuit Mikzo kunnen inzetten.

### Ontwikkelingen naast de focus uit het kwaliteitsplan 2019

#### *Interne benchmark*

Begin 2019 deden we voor de eerste keer een interne benchmark van alle metingen van kwaliteit. Er was behoefte om al die bekende maar losse gegevens met elkaar te verbinden, om beter te kunnen zien waar het in de organisatie goed gaat en waar het beter moet, zodat er effectiever op gestuurd kan worden. Voor de teamleiders maakten we de resultaten inzichtelijk op afdelingsniveau en met smileys.

Kort daarna bracht de IGJ haar toezichtbezoek. Er moesten verschillende zaken opgepakt worden. Daar werd het verbeterplan Van Basis Naar Beter voor gemaakt. Op de verschillende onderdelen werd begonnen met een nulmeting en gedurende het verbetertraject werden die metingen herhaald, zodat te zien was hoeveel verbetering er was en welke afdelingen extra aandacht behoeften.

De gegevens in te interne benchmark kwamen onder andere uit interne audits, externe audits en visitaties. De uitkomsten leidden tot verbetermaatregelen.

#### *Klachten en meldingen*

In 2019 werden twee formele klachten ingediend (2018: 2). Bij de klachtenfunctionaris en de cliëntondersteuners klachten dienden 46 personen een informele klacht in (2018: 47); die betroffen in totaal 60 klachten (2018: 81). Het ging in de meeste gevallen (21) om communicatie / informatie. De klachten konden worden afgerond. Naast deze aantallen waren er in het vierde kwartaal 33 informele klachten van bewoners en omwonenden over de sluiting van de keuken van de Brasserie in Drieën-Huysen Zuid na 13.00 uur, waarbij het serveren van koffie, thee, gebak, sap e.d. in de middag en avond bleef bestaan. In 2020 wordt gewerkt aan een oplossing.

In 2019 meldden wij twee mogelijke calamiteiten bij de IGJ. Beide werden onderzocht. De IGJ beoordeelde de verbetermaatregelen als voldoende en sloot de meldingen af.

Wij meldden aan de IGJ tevens eenmaal een ontslag wegens disfunctioneren, namelijk stelen van geld dat voor cliënten bedoeld was.

<sup>7</sup> Stond in het Kwaliteitsplan in de paragraaf 'verpleegproblemen'

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

#### *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 op de SAAM-dagen. Daarnaast werden resultaten van bijvoorbeeld de LPZ-meting besproken in het teamleidersoverleg en in de teams.

### **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 waren er twee managers Zorg lid van het managementteam. Zij hadden onder meer een verpleegkundige resp. (ortho)pedagogische achtergrond. De managers Zorg zijn verantwoordelijk voor de verpleegkundige en verzorgende dienstverlening. Er is structureel overleg met de genoemde beroepsgroepen. Onder andere via de Verpleegkundige en Verzorgende Adviesraad (VAR).

## **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. In 2019 startten wij met de functie hoofd Opleidingen.

Daarnaast zijn wij een door Minters Mantelzorg<sup>8</sup> erkende werkgever die de mantelzorgende medewerker ondersteunt bij het vinden en behouden van een goede balans tussen werk en privé. In 2019 kwam daar een nieuwe mogelijkheid bij, namelijk een maandelijks spreekuur mantelzorgondersteuning in samenwerking met Actief Inzicht. Doel is, dat de medewerker de energie heeft en houdt om zijn of haar werk én mantelzorgtaken te blijven combineren.

Ten slotte voldeden wij ook in 2019 ruimschoots aan de norm Social Return.

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

#### **Focus in 2019**

- inzet extra gelden kwaliteitskader:
  - meerjarenplan om twee medewerkers op een woongroep van negen cliënten te realiseren
  - opleidingscapaciteit verhogen
  - groei aantal dagbestedingscoaches
  - meer gespecialiseerde verpleegkundigen werven
  - uitbreiden aantal behandelaren

Op de woongroepen staan er twee medewerkers in het basisrooster.

We verhoogden de opleidingscapaciteit in de tweede helft van 2018 sterk, daarmee vooruitlopend op 2019.

<sup>8</sup> Minters Mantelzorg is een kenniscentrum voor mantelzorgers en professionals

We breidden het aantal dagbestedingscoaches niet uit. Zie hiervoor paragraaf 3.2.2. Er vonden voorbereidingen plaats voor het inzetten van meer gespecialiseerde verpleegkundigen. In 2020 was het plan gereed om te komen tot een opleiding verpleegkundig specialist en Physician Assistant en het werven van verpleegkundig specialisten ouderenzorg. Los daarvan startten we in 2019 met de functie kwaliteitsverpleegkundige. In 2019 breidden we het aantal behandelaren uit. Alleen bij de artsen was de arbeidsmarkt dusdanig dat het niet lukte om meer uren in te zetten.

### 3.6.1 Aandacht, aanwezigheid en toezicht

De teamleiders en het Planbureau werkten met een vastgestelde zogeheten paraatheid. Deze geeft per afdeling aan welke mix van deskundigheden er in een dienst aanwezig moet zijn. Wanneer er geen andere oplossingen mogelijk waren, werden uitzendkrachten ingezet.

### 3.6.2 Specifieke kennis en vaardigheden

#### Focus in 2019

- o project 'Probleemgedrag bij cliënten verpleeghuis'

De IGJ richtte zich in haar bezoek onder andere op het thema 'deskundige zorgverlener.' In het verbeterplan Van Basis Naar Beter is een van de daarbij behorende deelprojecten Omgaan met onbegrepen gedrag. Dit was al opgenomen als focus in het Kwaliteitsplan 2019.

In 2019 stond een van de twee halfjaarlijkse SAAM-dagen, voor zorgmedewerkers, teamleiders en behandelaren, in het teken van dit onderwerp. Hier vonden lezingen en workshops plaats. Daarnaast was het invullen van omgangsadviezen door de psychologen onderdeel van het deelproject Dossier op orde. In de bestaande omgangsoverleggen werden de adviezen besproken en na enige tijd geëvalueerd.

Vervolgens werkten we in Drieën-Huysen Noord met videocoaching. Dit is gericht op gedrag van medewerkers en de beelden worden verwijderd na de bespreking in het team.

We bereidden de start met Video Interventie in de Ouderenzorg (VIO) voor. Dit is gericht op gedrag van de bewoner of cliënt en de interactie met de medewerkers. Een van de psychologen zal in 2020 worden opgeleid als Video Trainer. In 2020 wordt dit verder uitgerold.

Ten slotte was begin 2020 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. Er zullen getrainde GRIP-coördinatoren komen en de afdelingen zullen een aandachtsvelder onbegrepen gedrag krijgen.

### Ontwikkelingen naast de focus uit het kwaliteitsplan 2019

#### *Cursus psychiatrie*

Zorgmedewerkers van de groepen met jongere bewoners met NAH die in 2018 de basiscursus psychiatrie hadden gevolgd, kregen in 2019 een cursus voor gevorderden. Anderen kregen de basiscursus. We kijken of we dit zullen uitbreiden naar andere somatische afdelingen.

#### *'Traject Breed Opleiden'*

Om de opleiding tot verpleegkundige goed te laten aansluiten bij het werkveld startte na de zomer een pilot voor studenten van het Albeda Zorgcollege. Daarin beginnen de aankomend MBO-verpleegkundigen in hun 2e jaar met de speciaal ontwikkelde route met de naam 'Traject Breed Opleiden.' Het leertraject is zo ontwikkeld dat alle werkvelden aan bod komen en dat er veel aandacht is voor werken in de keten. We hopen hen hiermee blijvend kunnen boeien en binden voor de zorg.

Antes Parnassiagroep, Argos Zorggroep, Franciscus Gasthuis & Vlietland en Zonnehuisgroep Vlaardingen hebben zich hieraan verbonden en ondersteunen het Albeda Zorgcollege door het aanbieden van opleidingsplekken.

#### *E-learning*

Er openden een nieuw digitaal portaal voor alle e-learning. In het verbeterplan De afdeling Opleiding en de kwaliteitsverpleegkundigen deden de praktijktoetsing.

#### *Ontwikkelen en toepassen van kennis*

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. Twee medewerkers waren in 2019 bezig met promotieonderzoek, namelijk een fysiotherapeut en een psycholoog.

### **3.6.3 Reflectie, leren en ontwikkelen**

#### **Focus in 2019**

- o medewerkers worden Orange Belt of Greenbelt opgeleid
- o ondersteunende diensten gebruiken Lean om interne klanttevredenheid te vergroten

#### *Lean opgeleid*

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 2019 zijn opnieuw medewerkers opgeleid tot Orange Belt en Green Belt. Vanwege alle energie die in de tweede helft van het jaar in het verbeterplan Van Basis naar Beter werd gestoken, is één groep opgeleid tot Orange Belt, de andere twee groepen kwamen te vervallen. De opleidingen zijn opgenomen in het Opleidingsplan van de organisatie.

#### *Lean in ondersteunende diensten*

Bij Bedrijfsvoering heeft de Linnenkamer het verstrekken van platgoed op de afdelingen verbeterd met behulp van de Leanmethodiek en is het besteltraject voeding verbeterd. Bij PO&O werden twee processen verbeterd, namelijk het aantal in te vullen formulieren voor nieuwe medewerkers bij indiensttreding en het proces rondom de afwikkeling van de stageovereenkomsten voor nieuwe BOL-leerlingen Zorg & Welzijn. Al deze projecten waren succesvol. Dat van voeding wordt in 2020 gebruikt voor het opstellen van het Programma van eisen voor een nieuwe voedingsleverancier.

### **Ontwikkelingen naast de focus uit het kwaliteitsplan 2019**

#### *Reflectie en casuïstiekbespreking*

In 2019 is een plan gemaakt om het reflecterend vermogen van medewerkers te vergroten. De manier van reflectie en casuïstiekbespreking is daarin uitgewerkt. Met behulp van de kwaliteitsverpleegkundigen zal het inzetten van casuïstiekbesprekingen vanaf januari 2020 gefaseerd ingezet worden.

Een vast onderdeel van deze besprekingen zijn de eventuele VIM-meldingen en calamiteiten. Op dit moment worden deze nog in de werkoverleggen van de afdelingen besproken.

## 3.7 Gebruik van hulpbronnen

### 3.7.1 De gebouwde omgeving

#### Focus in 2019

- nieuwbouw in Vlaardingen voor mensen met dementie in onze huidige locaties
- herinrichting afdelingen voor mensen met dementie in Het Zonnehuis

#### *Nieuwbouw*

We zijn al langer met de gemeente Vlaardingen in gesprek over een plek om een nieuwe locatie te kunnen bouwen. In 2019 lukte dat nog niet. We spraken verder ook met woningcorporaties en andere mogelijke partners, om al dan niet gezamenlijk tot een plek en bouwplannen te komen. We hopen dat dit in 2020 zal leiden tot een intentieovereenkomst.

#### *Herinrichting afdelingen*

Dit betreft het opknappen van de afdelingen en dat staat ook in paragraaf 3.2.5.

### 3.7.2 Technologische hulpbronnen

#### Focus in 2019

- digitaal vergaderen
- innovatie binnen de directe leefomgeving van cliënten

#### *Digitaal vergaderen*

In 2019 startten we bij enkele vergaderingen met het werken met iBabs. Afhankelijk van de bevindingen zou het verder uitgerold worden. De meeste deelnemers waren na een klein half jaar niet tevreden, waarna het gebruik ervan stopte.

#### *Innovatie*

Na het toezichtbezoek van de IGJ in april van het jaar, ging er heel veel aandacht en energie uit naar het verbeterplan Van Basis Naar Beter. Dat kreeg prioriteit boven het werken aan innovatie binnen de directe leefomgeving van cliënten.

### Ontwikkelingen naast de focus uit het kwaliteitsplan 2019

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. Wij zouden in 2019 grote stappen zetten, zoals het uitbesteden van het beheer van het netwerk en van de devices. Omdat dit voor de zorg een omschakeling zou betekenen die tijd, aandacht en energie zou vergen die dan niet aan het verbeterprogramma Van Basis Naar Beter zou kunnen gaan, verschoven wij die omschakeling naar het voorjaar van 2020.

### 3.7.3 Facilitaire zaken en materialen en hulpmiddelen

Verschillende onderwerpen op dit gebied zijn elders al aan de orde geweest, waaronder voeding en BHV.

Een nieuw systeem van dwaaldetectie in Het Zonnehuis is verschoven naar 2020. Het systeem hangt namelijk samen met een nieuwe telefooncentrale en die hangt weer samen met de veranderingen op ICT-gebied. Aangezien we de verdere uitrol van het ICT-project verschoven

naar 2020, verschoven de nieuwe telefooncentrale en een nieuw systeem van dwaaldetectie mee.

### 3.7.4 Financiën en administratieve organisatie

#### Focus in 2019

- o fraude risicoanalyse

We stelden in 2019 een frauderisicomatrix op. Deze is in de Auditcommissie van de Raad van toezicht besproken.

### 3.7.5 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. In dat laatste netwerk was één van onze specialisten ouderengeneeskunde regioconsulent.

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

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-cliënten (Volledig Pakket Thuis) en MPT-cliënten (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, zoals 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 de Rotterdamse Zorg, en werkten wij samen met onder meer het Albeda College, de Hogeschool Rotterdam, BTSG en CSS Breda.

Wij waren deelnemer in de Stichting Zonnehuisgroep, een landelijk netwerkverband van zorginstellingen op het gebied van verzorging en verpleging. Dit netwerkverband was in 1921 opgericht als Vereniging Het Zonnehuis en in de jaren '90 gesplitst in de Vereniging en de Stichting. In 2019 besloten de deelnemers van het netwerkverband tot opheffing van de Stichting. Dit werd in 2020 geëffectueerd. Enkele jaren eerder was de Vereniging al omgevormd tot het Jo Visserfonds.



## 3.8 Gebruik van informatie

### 3.8.1 Verzamelen en delen informatie waaronder cliëntoordelen

#### Focus in 2019

- ZorgkaartNederland haalt meer waarderingen op
- cliënten zijn tevreden over de schoonmaak, de maaltijden en de aanwezigheid van medewerkers

#### *ZorgkaartNederland*

We hebben een mix van middelen om ZorgkaartNederland onder de aandacht te brengen van bewoners, cliënten en familie. Zo vroegen we tweemaal per jaar door middel van een e-mail aan cliënten en vertegenwoordigers om een waardering te plaatsen op Zorgkaart Nederland. We merkten echter dat mensen metingmoe worden. Daarom hebben we de e-mail met de vraag om een waardering teruggebracht naar eenmaal per jaar. We zagen dat het aantal waarderingen toenam, maar het werden geen grote aantallen. Bij de revalidatieafdelingen lag dat iets anders. Deze mensen zijn hier betrekkelijk kort en krijgen de vraag bij hun ontslag.

#### *Cliënten zijn tevreden over schoonmaak, maaltijden en aanwezigheid medewerkers*

Het oordeel van de bewoners en cliënten over deze onderwerpen meten wij met behulp van QDNA (ZorgDNA). ZorgDNA meet continue indien er gebruik gemaakt wordt van de zuilen (Zonnehuis BG, Drieën-Huysen Zuid en De Dillenburg). De overige afdelingen/locaties werken tweemaal per jaar met een link via een mobiele device of via de mail; bij somatische bewoners gaat iemand van buiten de zorg langs om de vragen te stellen en de antwoorden voor hen in te vullen.

In hoofdstuk 5 staan cijfers van cliëntoordelen.

### 3.8.2 Benutten en optimaliseren bestaande administratiesystemen

In 2019 waren er weinig ontwikkelingen op dit gebied. Vermeldenswaard is wel dat het voor de zorg in het vierde kwartaal makkelijker werd om VIM-meldingen te doen, omdat zij toen in ONS konden worden ingevoerd. Vanaf dat moment zagen we het aantal VIM-meldingen stijgen.

### 3.8.3 Openbaarheid en transparantie

Wij publiceerden het Kwaliteitsverslag 2018 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).

# Specifieke aandacht voor drie onderdelen

## 4 Veiligheid

### 4.1 Medicatieveiligheid

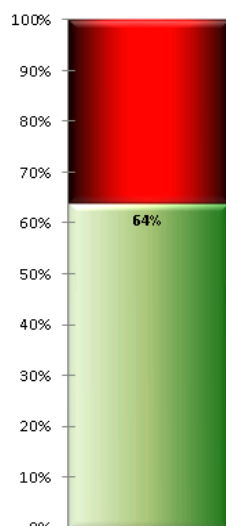
#### Medicatiereview binnen Zonnehuisgroep Vlaardingen

| Thema   | Q4 2019                  | Q4 2018                                 |
|---|--------------------------|---|
| % bewoners/ cliënten bij wie een medicatiereview heeft plaatsgevonden | <b>3,5% (LPZ-meting)</b> | 20,6 (LPZ-meting)<br>91% (eigen meting) |

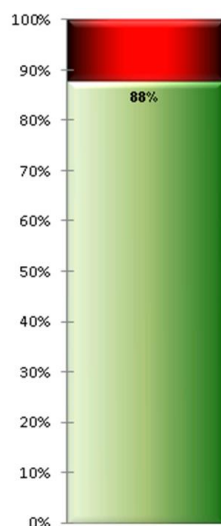
Het percentage in 2019 is sterk gedaald ten opzichte van 2018. Dit wordt waarschijnlijk veroorzaakt door de aanscherping van de definitie, waardoor het nu verplicht is dat zowel de arts als de apotheker als een zorgmedewerker bij de review aanwezig is. Bij de reviews in 2018 hoefden zij nog niet alle drie aanwezig te zijn om te voldoen aan de norm. Bij ons waren toen, en ook in 2019, alleen de arts en de apotheker aanwezig.

De jaarlijkse medicatiereview is één van de onderdelen van medicatieveiligheid. Wij kozen er in 2019 voor om andere onderdelen te verbeteren. Het resultaat daarvan is te zien in het volgende plaatje.

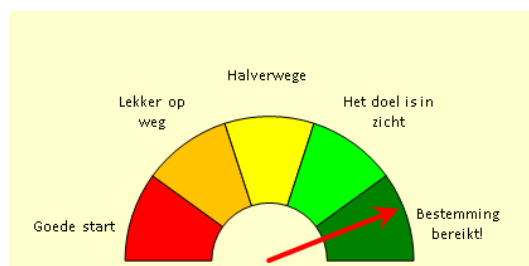
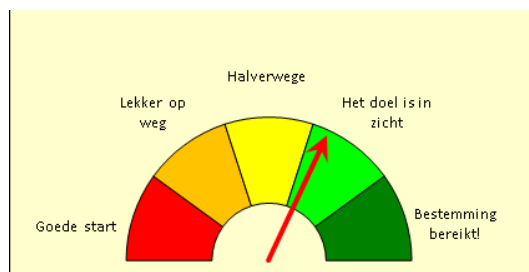
#### Meting in het verbeterplan Van Basis Naar Beter: medicatie op orde



Oktober 2019



December 2019



## 4.2 Decubituspreventie

| Thema   | Q4 2019  | Q4 2018  |
|---|--|--|
| Prevalentie decubitus categorie 1, 2, 3 en 4  | ≥ C1: 16,4%<br>≥ C2: 6,3%  | ≥ C1: 26,4%<br>≥ C2: 10,4%   |
| 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>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1x per jaar bij LPZ-meting</li> <li>• Invullen risicosignalering huidletsel in ONS</li> </ul>   |
| Primair aantoonbaar maken dat binnen de organisatie-eenheden het vóórkomen en voorkómen van decubitus wordt gedocumenteerd en besproken | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kernteamoverleg</li> <li>• Decubituscommissie</li> <li>• Aandachtvelders 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>• Aandachtvelders wondzorg</li> <li>• Cliëntdossier</li> <li>• Wondenronde</li> <li>• Stuurgroep Kwaliteit &amp; Veiligheid</li> </ul> |

## 4.3 Vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM)

| Thema   | 2019  |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- % bewoners bij wie in de afgelopen 30 dagen een VBM als verpleegdeken en/of jumpsuit/ hansop is toegepast</li> <li>- de reden van die inzet</li> </ul> | 2,3 %.<br><br>Verwijderen van incontinentiemateriaal door cliënt  |
| % bewoners met VBM die zijn geëvalueerd (proces en alternatief)   | 68%<br><br>De overige 32%:<br>- 16% geen evaluatie<br>- 16% geen evaluatie, geen einddatum                                |
| Aantal bewoners met probleemgedrag (alleen op woongroepen voor mensen met dementie geregistreerd)   | 45<br>Er van uitgaande dat mensen met psychofarmacagebruik als VBM probleemgedrag of moeilijk hanteerbaar gedrag vertonen |

De artsen besteedden in 2019 veel aandacht aan probleemgedrag of moeilijk hanteerbaar gedrag en psychofarmaca.

## 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)

Peildatum heel 2019

| Locatie             | Productgroep | Cijfer algemene tevredenheid *<br>(aantal waarderingen) | % aanbeveling<br>(≥ 7) * | NPS *     |
|---------------------|--------------|---|--------------------------|-----------|
| Zonnehuis Thuis **  | Thuiszorg    | 8,1 (183) – 8,2 (92)                                    | 95 – 96%                 | +22 – +36 |
| Het Zonnehuis       | PG           | 7,2 (38) – 8,1 (1)                                      | 60 – 100%                | +11 – +20 |
|                     | Somatiek     | 5,8 (4) – 7,6 (15)                                      | 50 – 73%                 | 0 – 0     |
| Adriaan Pauw        | PG           | 7,9 (10)  | 76 – 100%                | +30       |
| De Laurenburg       | Jongeren NAH | 7 (7)   | 71%                      | -14       |
| Drieën-Huysen Noord | PG           | 7,5 (41)  | 85%                      | 0         |
| Drieën-Huysen Zuid  | Somatiek     | 7 (20) – 7,5 (19)                                       | 75 – 78%                 | -10 – -17 |
| De Dillenburg       | Revalidatie  | 7,4 (37) – 7,6 (52)                                     | 89 – 100%                | +46 – +90 |

\* Het percentage wisselt per kwartaal

\*\* Voor Zonnehuis Thuis gebruikten we per 1 januari 2019 PREM in plaats van QDNA

### 5.2 Zorgkaart Nederland

Peildatum heel 2019

| Locatie                    | Cijfer 2019<br>(aantal waarderingen) | Cijfer 2018<br>(aantal waarderingen) | % aanbeveling<br>2019 | % aanbeveling<br>2018 |
|----------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Zonnehuisgroep Vlaardingen | <b>7,4 (17)</b>                      | 8,1 (42)                             | <b>82%</b>            | 91%                   |
| Het Zonnehuis              | <b>8,2 (4)</b>                       | 8,3 (17)                             | <b>100%</b>           | 100%                  |
| Drieën-Huysen Noord        | –                                    | * 7,6 (3)                            | –                     | 67%                   |
| Adriaan Pauw               | <b>7,5 (1)</b>                       | 6,6 (3)                              | <b>100%</b>           | 33%                   |
| Drieën-Huysen Zuid         | <b>7,9 (3)</b>                       | * 6,9 (4)                            | <b>100%</b>           | 75%                   |
| De Laurenburg              | –                                    | 9,1 (3)                              | –                     | 100%                  |
| De Dillenburg              | <b>7,0 (8)</b>                       | 8,6 (9)                              | <b>63%</b>            | 100%                  |
| Zonnehuis Thuis            | <b>6,7 (1)</b>                       | 8,0 (3)                              | <b>100%</b>           | 100%                  |

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

\* deze locaties kenden veel verhuizingen en verbouwingen.

## 6 Leren en werken aan kwaliteit

De voortgang van het Kwaliteitsplan 2019 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.

Na het opstellen van het verbeterplan Van Basis Naar Beter, in reactie op het rapport van de IGJ, verhoogden we de frequentie van de stuurgroep K&V van eenmaal per kwartaal naar eenmaal per maand.

Het bezoek van de IGJ half april 2019 leidde tot een scherper kijken naar de praktijk op de afdelingen. We zorgden voor blijvend meer coaching on the job en andere ondersteuning daar waar de zorg daadwerkelijk gegeven wordt. Regelmatige metingen hielden een spiegel voor en geven een schouderklopje aan afdelingen of lieten zien waar nog aan gewerkt moest worden, afhankelijk van de uitkomsten. Ook casusbesprekingen (reflectie, VIM, calamiteiten e.d.) droegen hieraan bij. Het verbeterplan Van Basis Naar Beter liep tot in maart 2020. Begin 2020 werd een borgingsplan opgesteld.

Het Kwaliteitsverslag 2018 is opgesteld volgens de richtlijnen van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. 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.

Het Kwaliteitsplan 2020 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 2019 nog niet bij elkaar gekeken om van elkaar te leren. Wel zijn medewerkers van ons naar de drie kenniscafés geweest die in 2019 door het UC-ZH werden georganiseerd. In het lerend netwerk FAZ waren wij te gast bij de Frankelandgroep en bij Argos Zorggroep. Het hoofd Voeding & Catering ging op bezoek bij de Frankelandgroep. Zonnehuisgroep Vlaardingen en Frankelandgroep werken vanuit een andere insteek – decentraal versus centraal – maar hebben ook veel raakvlakken. En bij beide staat de cliënt centraal. Een aantal medewerkers van de Zorgdienst, van Zonnehuis Thuis en van Personeel, Organisatie & Opleiding ging op bezoek bij Argos Zorggroep. Zij werden geïnformeerd en spraken over hoe men daar omgaat met onbegrepen gedrag.

De Dagbesteding van Argos Zorggroep en van ons hebben over en weer bij elkaar gekeken.

Wij doen al vele jaren mee aan wetenschappelijke onderzoeken. In 2019 startte onze deelname aan de DANTON Studie, die wordt ondersteund door het UNC-ZH. In dit onderzoek wordt nagegaan of het geleidelijk verhogen van de bloeddruk, door het stapsgewijs afbouwen van bloeddrukverlagende medicijnen, leidt tot minder probleemgedrag en een betere kwaliteit van leven bij verpleeghuisbewoners met dementie.

Daarnaast eindigde in de loop van 2019 ons deel van de studie Optimalisatie van de zorg voor verpleeghuisbewoners met pijn. Er wordt volgens de Multidisciplinaire Richtlijn Pijn gewerkt. Onderdeel daarvan is het zo nodig inschakelen van het multidisciplinaire pijnteam.

## Bijlage 1      Lijst met afkortingen

|            |  |
|------------|--|
| AVG        | Algemene Verordening Gegevensbescherming   |
| Bopz       | Wet bijzondere opname psychiatrisch ziekenhuis; in VVT: bij dementie   |
| 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  |
| 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  |
| 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  |
| 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 2019

|  | Aantal medewerkers | fte    |
|--|--------------------|--------|
| Totaal aantal medewerkers              | 995                | 639,49 |
| Aantal medewerkers zorg                | 764                | 509,06 |
| Aantal medewerkers niet zorg           | 231                | 130,43 |
| Aantal stagiaires zorg en niet zorg    | 49                 | n.v.t. |
| Aantal vrijwilligers zorg en niet zorg | 589                | n.v.t. |

### Verdeling zorgverleners intra- en extramuraal naar functie en locatie

Peildatum 31 december 2019

| 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                            | 88,00 | 136                | 9/3             | 17/15           | 11/15        | 48/50         | 15/17             | 84              |
| Het Zonnehuis somatiek, incl. De Laurenburg | 80    | 115                | 10/4            | 12/10           | 17/21        | 44/46         | 17/19             | 107             |
| Drieën-Huysen Zuid                          | 72    | 100                | 2/1             | 24/22           | 13/16        | 42/43         | 19/19             | 81              |
| Adriaan Pauw                                | 26    | 41                 | 10/1            | 29/27           | 10/10        | 34/42         | 17/20             | 35              |
| Drieën-Huysen Noord                         | 64    | 106                | 15/4            | 27/24           | 11/16        | 40/48         | 7/8               | 92              |
| De Dillenburg revalidatie                   | 47    | 64                 | 3/1             | 14/13           | 17/20        | 34/34         | 31/32             | 65              |
| Avond-, nacht-, weekendhoofd                | 4     | 9                  |                 |                 |              |               | 100/100           | n.v.t.          |
| Zonnehuis Thuis                             | 61    | 96                 | -               | 13/8            | 4/6          | 56/56         | 27/30             | 141             |
| Management Zorg                             | 3     | 3                  |                 |                 |              |               | 100/100           | n.v.t.          |

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 2019 is het ook inclusief PG activiteitenbegeleiders.

Op de locaties voor mensen met dementie – Het Zonnehuis PG, Adriaan Pauw en Drieën-Huysen Noord – is het verschil in fte te verklaren uit het feit dat in Het zonnehuis PG veel bewoners een ZZP7 hebben in plaats van een ZZP5.

### Aantal leerlingen in zorgfuncties

Peildatum 31 december 2019

| Verhouding leerling en gediplomeerden in de zorg |         |
|--|---------|
| Gediplomeerd niveau 3 en hoger                   | 295 fte |
| Leerlingen niveau 2 en hoger                     | 67 fte  |
| Percentage leerlingen t.o.v. gediplomeerden      | 22,71%  |

## Verdeling behandelaren naar locatie

Peildatum 31 december 2019

| Locatie                   | Aantal plaatsen | Arts fte    | Psycho-loog fte | Fysio-therapie fte | Diëtist fte | Ergo-therapie fte | Logopedie fte | Maatsch. werk fte |
|---------------------------|-----------------|-------------|-----------------|--------------------|-------------|-------------------|---------------|-------------------|
| Het Zonnehuis PG          | 84              | 0,70        | 0,60            | 2,00               | 0,13        | 0,80              | 0,60          | 0,80              |
| Het Zonnehuis somatiek    | 86              | 0,70        | 0,50            | 2,00               | 0,13        | 0,80              | 0,60          | 0,80              |
| De Dillenburg revalidatie | 65              | 0,80        | 0,60            | 3,00               | 0,64        | 1,80              | 1,71          | 1,00              |
| De Laurenburg             | 21              | 0,20        | 0,20            | 0,50               | 0,10        | 0,50              | 0,18          | 0,40              |
| Adriaan Pauw              | 35              | 0,30        | 0,36            | 0,83               | 0,20        | 0,50              | 0,30          | 0,50              |
| Drieën-Huysen Noord       | 92              | 0,69        | 0,60            | 2,00               | 0,13        | 0,80              | 0,60          | 0,70              |
| Drieën-Huysen Zuid        | 81              | 0,70        | 0,60            | 2,00               | 0,13        | 0,80              | 0,60          | 0,90              |
| <b>Totaal</b>             | <b>415</b>      | <b>4,09</b> | <b>3,46</b>     | <b>12,33</b>       | <b>1,46</b> | <b>6,00</b>       | <b>4,59</b>   | <b>5,10</b>       |

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

## In- en uitstroomcijfers

|                          | Aantal medewerkers | fte    |
|--------------------------|--------------------|--------|
| Totaal in dienst gekomen | 186                | 91,39  |
| In dienst zorg           | 163                | 85,30  |
| In dienst niet zorg      | 23                 | 6,09   |
| Totaal uit dienst gegaan | 215                | 103,86 |
| Uit dienst zorg          | 177                | 91,34  |
| Uit dienst niet zorg     | 38                 | 12,52  |

Het betreft alle functies/ disciplines in 2019, exclusief stagiaires, inclusief vakantiekrachten.

## Personele kosten in ratio

|                                  | Ratio |
|----------------------------------|-------|
| Ratio personele kosten over 2019 | 72,08 |

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 2019 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.

De commissie kwaliteit & veiligheid sprak driemaal 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. Behalve over het jaarlijkse kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag werd ook gesproken over het verbeterplan Van Basis Naar Beter en de resultaten van de tussentijdse metingen op de verschillende items daarin.

De remuneratiecommissie richtte zich specifiek op het remuneratiebeleid en het functioneren van de bestuurder. De commissie heeft daarover met de bestuurder gesproken. De bestuurder had een contract voor de duur van vijf jaar. Toen dit in 2019 eindigde, werd het omgezet in een contract voor onbepaalde tijd.

#### Samenstelling raad van toezicht in 2019 \*

| Naam  | Nevenfuncties  |
|---|--|
| De heer ir. L. van der Kemp (1956),<br>voorzitter, voorzitter<br>remuneratie-commissie, lid<br>auditcommissie<br>2015 t/m 2018<br>2019 t/m 2022 | - Ambtshalve lid RvT Stichting ZNM-wonen te Vlaardingen;<br>- Hoofdfunctie: directeur/eigenaar Van der Kemp Management & Consultancy te Oostvoorne;<br>- Voorzitter RvC Aronsohn Raadgevend Ingenieurs BV te Rotterdam;<br>- Lid RvA Technische Universiteit Eindhoven, Faculteit Gebouwde Omgeving, te Eindhoven. |

| Naam   | Nevenfuncties  |
|--|--|
| De heer drs. M.C.M. Bindels<br>RC MAC (1967),<br>vicevoorzitter, lid remuneratie-<br>commissie, voorzitter audit-<br>commissie<br>2012 t/m 2015<br>2016 t/m 2019 | - Ambtshalve lid RvT Stichting ZNM-wonen te Vlaardingen;<br>- Hoofdfunctie: Partner Holland Consulting Group te Amsterdam;<br>- Lid RvT Revant te Breda (voorzitter auditcommissie Financiën & Vastgoed);<br>- Lid Curatorium Zijlstra Center – Vrije Universiteit Amsterdam.  |
| De heer L.L. Petit (1962),<br>Lid, voorzitter commissie<br>kwaliteit & veiligheid, vanaf Q4<br>lid auditcommissie<br>2016 t/m 2019<br>2020 t/m 2023              | - Ambtshalve lid RvT Stichting ZNM-wonen te Vlaardingen;<br>- Hoofdfunctie: directeur Hoscom B.V. te Vlaardingen;<br>- Lid RvA Hotel Summit te Bilthoven.  |
| Mevrouw dr. A.A. Sanderman<br>(1968),<br>Lid, vanaf Q4 lid commissie<br>kwaliteit & veiligheid<br>2018 t/m 2021  | - Ambtshalve lid RvT Stichting ZNM-wonen te Vlaardingen;<br>- Hoofdfunctie: directeur Health Coach Program te Voorburg;<br>- Lid RvC Regina Coelli te Vugt;<br>- Lid RvT Comm te 's-Gravenhage tot 1 juli 2019;<br>- Lid RvT ROC Mondriaan te 's-Gravenhage;<br>- Lid RvT Breda University of Applied Science sinds 1 juli 2019. |
| Mevrouw drs. A.H. Sanderse-<br>van der Weide (1963),<br>Lid, lid commissie kwaliteit &<br>veiligheid<br>2012 t/m 2015<br>2016 t/m 2019                           | - Ambtshalve lid RvT Stichting ZNM-wonen te Vlaardingen;<br>- Hoofdfunctie: lid RvB Albert Schweitzer Ziekenhuis te Dordrecht.   |

\* 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.

Mevrouw Sanderse-Van der Weide en de heer Bindels traden af per 1 januari resp. 1 februari 2020. Na een zorgvuldige selectieprocedure traden mevrouw L.A. Boven en de heer R.R. Bakker per 1 januari 2020 toe als lid van de raad van toezicht. De heer Petit werd per 1 februari 2020 benoemd als vicevoorzitter.

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 2019 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.

## **Uitvoering**

De raad van toezicht vergaderde in 2019 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 2019 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 commissie Kwaliteit en Veiligheid. Daarnaast werden in 2019 onder meer het Kwaliteitsplan 2020, het Kwaliteitsverslag 2018, het rapport van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), de voortgang van het daaruit volgende verbeterplan Van Basis Naar Beter en de resultaten van cliënt-ervaringsonderzoeken uitvoerig besproken. Bij het gesprek aan het begin van het bezoek van de IGJ was een afvaardiging van de raad van toezicht aanwezig. Naast het vaste agendapunt 'kwaliteit' op de RvT-vergaderingen kwam er een vast agendapunt voor het volgen van de ontwikkelingen na het IGJ-bezoek.

De voorbereiding van de ontwikkeling van een nieuwe vestiging op diverse mogelijke locaties in Vlaardingen werd steeds uitvoerig besproken. 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 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.

## **Auditcommissie en commissie kwaliteit & veiligheid**

In de auditcommissie werden onder meer de jaarrekening, begroting, managementrapportages van de raad van bestuur en het opknappen van de zorgafdelingen in Het Zonnehuis, risicobeheersing, ICT-ontwikkelingen en de managementletter van de accountant besproken. Ook 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 2019 heeft de accountant de jaarrekening 2018 in de auditcommissie toegelicht.

In de commissie kwaliteit & veiligheid was er, naast het kwaliteitsverslag 2018, het kwaliteitsplan 2020, kwartaalrapportages kwaliteit en de voorbereidingen op de Wet zorg en dwang, veel aandacht voor het bezoek van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de verbetermaatregelen die direct daarop genomen werden, uitmondend in het verbeterplan Van Basis Naar Beter. De resultaten werden in de loop van de maanden gevolgd.

## **Besluiten**

De raad van toezicht nam onder meer de volgende besluiten: vaststellen van het jaarverslag van de raad van toezicht 2018, het verlenen van decharge aan de raad van bestuur over 2018, vaststellen dat Zonnehuisgroep Vlaardingen in klasse III van de WNT 2 valt, en van aanpassing van het reglement RvT.

De raad van toezicht keurde de volgende voorstellen van de raad van bestuur goed: de jaarrekening 2018, de begroting 2020, aanpassing van de statuten van Stichting Zonnehuisgroep Vlaardingen en van het reglement RvB. De raad van toezicht gaf eind 2019 aan achter de Organisatieontwikkeling te staan; begin maart 2020 volgde de formele goedkeuring door de raad.

### **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: Zonnehuisgroep Vlaardingen mocht zich in 2019 weliswaar per saldo verheugen in een 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 2019 met enorme betrokkenheid en groot enthousiasme hebben ingezet. Op het moment dat dit jaarverslag geschreven wordt, zitten we al enkele maanden midden in de coronapandemie. We ervaren in deze moeilijke tijd des te meer dat hun inzet onmisbaar is om Zonnehuisgroep Vlaardingen 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 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