

# Bestuursverslag/ kwaliteitsjaarverslag 2017



# Bestuursverslag/kwaliteitsjaarverslag 2017

## De Zellingen

---

### Inhoud

1. Voorwoord .....	6
2. Uitgangspunten verslaglegging.....	8
3. De Zellingen .....	8
3.1. Structuur.....	8
3.2. Werkgebieden.....	10
Kwaliteit en Veiligheid .....	11
4. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning.....	11
4.1. Verzorgende in Transitie (ViT).....	11
4.2. Samenwerkingsrelaties/Mantelzorg.....	12
4.3. Onbegrepen gedrag .....	12
4.4. Seksualiteit & intimiteit (S&I) .....	13
4.5. Parkinson .....	14
4.6. Palliatieve zorg.....	14
4.7. Hospice.....	15
4.8. Passiviteit Dagelijks Leven (PDL) .....	15
4.9. Artsen.....	16
4.10. Paramedische dienst.....	16
4.11. Gastvrijheid.....	17
4.12. Waardigheid en Trots.....	17
4.13. Zinnvolle registraties en zorghandelingen.....	18
4.14. Revalidatie (GRZ).....	19
4.15. Dagactiviteiten en Afasiecentrum .....	20
4.16. Samenwerking sociaal domein (S1 Wijkverpleging) .....	21
4.17. HARTpad.....	21
5. Wonen en welzijn .....	22
5.1. Recreatie en Welzijn (R&W) Zellingenbreed .....	22
5.2. Zinnvolle dagbesteding .....	22
5.3. Muziektherapie.....	22
5.4. Welzijn.....	23
5.5. Dagactiviteiten en Ontmoeting in de wijk .....	24

6.	Veiligheid .....	24
6.1.	Medicatieveiligheid .....	25
6.2.	Decubituspreventie .....	26
6.3.	Vrijheidsbeperking.....	26
6.4.	Risicosignalering .....	27
6.5.	Preventie acute ziekenhuis opname .....	27
6.6.	Meldingen Incidenten Cliënten (MIC) .....	28
6.7.	Meldingen Incidenten Medewerkers (MIM) .....	28
6.8.	Infectiepreventie .....	29
6.8.1.	Bijzonder Resistent Micro-Organisme (BRMO) .....	29
6.8.2.	Griepvaccinaties.....	29
6.9.	Samenwerkingsinstrument Sluitende Aanpak (SISA).....	30
7.	Leren en verbeteren van kwaliteit.....	30
7.1.	Kwaliteitsmanagementsysteem .....	30
7.2.	Jaarlijks geactualiseerd kwaliteitsplan .....	31
7.3.	Lerend netwerk .....	31
8.	Leiderschap, governance en management .....	33
8.1.	Visie op zorg.....	33
8.2.	Sturen op kernwaarden.....	33
8.3.	Organisatieontwikkeling .....	34
8.4.	Rol en positie interne organen en toezichthouders .....	34
8.4.1.	Verslag Raad van Toezicht (RvT) .....	34
8.4.2.	Ondernemingsraad (OR) .....	36
8.4.3.	Centrale Cliëntenraad (CCR) .....	38
8.5.	Governance .....	38
8.6.	Wet kwaliteit klachten geschillen zorg (Wkkgz) .....	39
8.6.1.	Informeel complimenten en klachten cliënten .....	39
8.6.2.	Cliëntvertrouwenspersoon (CVP) .....	40
8.6.3.	Klachtencommissie Rijnmond.....	41
8.6.4.	Klachtenfunctionaris .....	41
8.7.	Risicomanagement .....	41
8.7.1.	Zorginhoudelijke risico's.....	42
8.7.2.	Bedrijfsvoeringrisico's .....	42
8.7.3.	Financiële risico's .....	42
8.7.4.	Risicomanagement in de toekomst .....	42
8.8.	Professionele Adviesraad (PAR).....	43

8.9.	Verankeren van medische, verpleegkundige en psychosociale expertise .....	43
9.	Personeelssamenstelling.....	43
9.1.	Verbeteren van deskundigheid op de afdelingen .....	43
9.2.	Aanpak krappe arbeidsmarkt .....	43
9.3.	Personeelssamenstelling.....	44
9.4.	Capaciteitsplanning .....	45
9.5.	Aandacht, aanwezigheid en toezicht .....	45
9.6.	Reflectie, leren en ontwikkelen.....	46
9.7.	BIG .....	48
9.8.	KICK-protocollen .....	48
9.9.	Medewerkerstevredenheid .....	49
10.	Gebruik van hulpbronnen .....	49
10.1.	De gebouwde omgeving .....	50
10.1.1.	Technische Dienst .....	50
10.1.2.	Vastgoed Crimpenersteyn.....	50
10.1.3.	Emotioneel Programma van Eisen (EPVE) .....	50
10.1.4.	De Roo.....	51
10.2.	Technologische hulpbronnen (ICT, domotica, eHealth etc.).....	51
10.2.1.	ICT.....	51
10.2.2.	Ontwikkelingen ECD .....	52
10.2.3.	Digitalisering dossier psychologie .....	52
10.2.4.	Enquête Elektronisch Cliënten Dossier (ECD) .....	52
10.2.5.	Implementatie ECD thuiszorg.....	53
10.2.6.	Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG).....	53
10.2.7.	Automatische medicijndispenser Medido.....	54
10.2.8.	Sleutelkluisen .....	54
10.3.	Facilitaire zaken .....	54
10.4.	Financiën en administratieve organisatie .....	56
10.4.1.	Financiële ontwikkelingen wet langdurige zorg .....	56
10.4.2.	Financiële ontwikkelingen thuiszorg .....	56
10.4.3.	Financiële ontwikkelingen geriatrische revalidatiezorg .....	56
10.4.4.	Organisatorische ontwikkelingen .....	56
10.4.5.	Behaalde omzet en resultaten.....	56
10.4.6.	Toestand per balansdatum .....	57
10.4.7.	Belangrijkste risico's en onzekerheden ten aanzien van de financiële performance .....	58

10.4.8. Kasstromen en financieringsbehoefte.....	58
11. Gebruik van informatie.....	58
11.1. Cliëntervaringen meten.....	58
11.2. Net Promotor Score (NPS).....	59
11.3. PR&Communicatie.....	60
11.4. Openbaarheid en transparantie.....	61
12. Nawoord.....	62
Bijlagen.....	64
Bijlage 1: Algemene identificatiegegevens.....	64
Bijlage 2: Productiegegevens.....	64
Bijlage 3: Samenwerkingspartners en belanghebbenden.....	65
Bijlage 4: Nevenfuncties bestuurder De Zellingen.....	67
Bijlage 5: Samenstelling Raad van Toezicht en nevenfuncties.....	67
Bijlage 6: Lijst met afkortingen.....	69

# 1. Voorwoord

Terwijl ik dit schrijf ben ik mij ervan bewust dat dit mijn laatste voorwoord is. Vanwege het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd neem ik per 1 april 2018 afscheid van De Zellingen. Deze wetenschap kleurt mijn voorwoord.

In mijn vooruitblik op 2017 heb ik als bestuurder een aantal wensen beschreven, die ik voor 2017 graag in vervulling zag gaan. Nu, in dit laatste voorwoord, kijk ik graag terug op die wensen en de uitkomsten daarvan.

Mijn eerste wens betrof een bestendinging van het (gezondheidszorg)stelsel en het verlangen dat er geen ombuigingen meer zouden plaatsvinden; dit vanuit de behoefte de ingezette paradigmashift in de zorg te kunnen verankeren. De toekenning van de middelen van Waardigheid & Trots en de extra verpleeghuismiddelen (kwaliteitsimpulsgelden) maakten het mogelijk extra te investeren op de inzet en deskundigheidsbevordering van medewerkers en activiteiten te organiseren voor onze cliënten in onze locaties. Deze gelden hebben bijgedragen aan het brengen van rust in de organisatie.

Helaas is de gewenste bestendinging voor de thuiszorg in 2017 niet zo duidelijk zichtbaar. Zo wisselt de Wmo-inzet sterk per gemeente, qua inzet en prijs. In de thuiszorg wordt nog steeds de domeindiscussie gevoerd. De variatie aan inzet van zorg en de eigen bijdragen werken hierbij meer belemmerend dan helpend. Vooral cliënten thuis en mantelzorgers ervaren dit als zeer tegenstrijdig.

Het belang dat er vanuit de overheid wordt gestuurd op het zolang mogelijk thuis blijven wonen, kan ik als bestuurder alleen maar ondersteunen. Immers, iedereen blijft graag zo lang mogelijk zelfstandig, of met enige hulp, thuis. Echter, het langer thuis blijven wonen heeft ook een keerzijde. Zo worden cliënten in toenemende mate met een crisis (ELV en Wlz) opgenomen in het verpleeghuis. Dit is in mijn optiek geen wenselijke situatie, juist de transitie naar een verpleeghuis moet zorgvuldig worden begeleid.

Een tweede wens richtte zich op een verdere ontwikkeling van de ketenzorg. Zorg, waarvoor De Zellingen zich de afgelopen jaren actief heeft ingezet. Ondanks de onduidelijke financiering zijn we er als partners in de regio in geslaagd de palliatieve keten uit te breiden met een hospice 'De IJsseloever' in Capelle aan den IJssel. Daarnaast is de samenwerking met de huisartsen geïntensiveerd door het organiseren van PaTz-bijeenkomsten (palliatieve thuiszorg), waarin op cliëntniveau de zorg wordt afgestemd. Door de toekenning van de subsidie eerstelijnsbehandeling zijn in 2017 de voorbereidingen gestart om te komen tot consultatie in de eerste lijn door de Specialist Ouderengeneeskunde. Het is de verwachting dat dit in 2018 verder wordt uitgebouwd.

Ook ten aanzien van de keten dementie zijn we met elkaar op zoek gegaan naar hoe we de inzet van de casemanager over de regio heen kunnen behouden, zodat de cliënt en de mantelzorgers de juiste ondersteuning ontvangen m.b.t. welzijn en zorg. Als laatste wil ik hier noemen het afasiecentrum dat zich ontwikkelde tot kenniscentrum voor Niet Aangeboren Hersenletsel. Cliënten en hun naasten worden op praktische wijze ondersteund bij het hervinden van hun positie in de maatschappij.

Ik kan concluderen dat verdere ontwikkeling van de ketenzorg mijn wens heeft overstegen.

Al meerdere malen heb ik in het voorwoord stilgestaan bij het imago van de zorg. In 2017 is het imago door de media zowel positief als negatief gedeut. Vooral de negatieve

uitlatingen hebben hun weerslag op cliënten, zo is het verpleeghuis een schrikbeeld voor veel mensen en is werken in de ouderenzorg niet aantrekkelijk. Laten wij met elkaar uitdragen dat de zorg voor onze cliënten een taak is die het verdient om in de breedte te bezien, mede vanuit de schaarste die de komende jaren op de arbeidsmarkt wordt verwacht. Wij prijzen ons gelukkig dat we ieder jaar weer jonge mensen mogen opleiden in de zorg. Eveneens zijn we ons bewust van de maatschappelijk uitdaging die voor ons staat om nog meer mensen op te leiden en te behouden voor ons mooie vak.

Om te voldoen aan de eisen die worden gesteld door het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg en de Zorgbrede Governancecode zijn in 2017 de nodige stappen gezet. In het verslag wordt hieraan aandacht besteed.

Voor een zorgorganisatie als De Zellingen is het belangrijk te weten waar wij de komende jaren naar toe willen werken. Om dit inzicht te krijgen zijn er in 2017 intensieve gesprekken gevoerd door het bestuur met het managementteam, de ondernemingsraad, de medewerkers, de centrale cliëntenraad en de Raad van Toezicht over de meerjarenstrategie. Eind 2017 is het meerjarenkader definitief vastgesteld. In het kader is beschreven op welke doelgroepen wij ons willen richten, zijn de missie en visie geactualiseerd en zijn de doelstellingen op het gebied van zorg en welzijn, vastgoed en financiën geconcretiseerd. Het versterken van het primaire proces zal de komende jaren centraal staan binnen De Zellingen.

Ook dit jaar zetten onze vrijwilligers zich op veel plaatsen in. Zoveel bereidheid van deze groep blijft ons verwonderen. De Vriendenstichtingen maken wensen mogelijk van cliënten en bewoners. Regelmatig verrassen de Vrienden de cliënten met iets gezelligs of lekkers. Dit draagt positief bij aan het woonklimaat.

In dit voorwoord wil ik kort stilstaan bij een aantal belangrijke ontwikkelingen:

- in juli 2017 verhuisden twee afdelingen van Rijckehove naar De Roo. De verhuizing had, begrijpelijk, veel impact op cliënten en medewerkers. De locatie wordt gedeeld met Aafje, de zorginstelling waarmee ZorgBreed op 1 januari 2018 is gefuseerd;
- leren en ontwikkelen van al onze medewerkers vroeg om een transitie van de afdeling opleidingen. In 2017 is deze transitie voorbereid;
- om de organisatie toekomstbestendig te maken is uitgebreid nagedacht over de organisatiestructuur. De uitwisseling over de ideeën over de mogelijke organisatiestructuur met sleutelfiguren binnen De Zellingen hebben geleid tot een cultuur-/structuurtraject dat in 2018 zal worden uitgevoerd;
- m.b.t. het totaal financiële resultaten over 2017 kan worden gezegd dat het jaar 2017 positief wordt afgerond.

Met de Raad van Toezicht, het managementteam, de centrale cliëntenraad en de ondernemingsraad is intensief samengewerkt rondom de opvolging na mijn pensionering. Op 13 december 2017 werd Frida van der Sloot benoemd als nieuwe bestuurder per 01-04-2018. Het verheugt mij dat Frida als medewerker van De Zellingen deze stap heeft kunnen maken.

Samenvattend: met waardigheid en trots sluit ik mijn werkzame leven af. Het belang en geluk van cliënten en medewerkers hebben altijd op de eerste plaats gestaan. Ik ben ervan overtuigd dat ook de komende jaren De Zellingen naar vermogen zal bijdragen aan de levenskwaliteit van onze cliënten.

T. van Wijngaarden-van Dieren

mei 2018

## 2. Uitgangspunten verslaglegging

Dit Bestuursverslag annex Kwaliteitsjaarverslag van De Zellingen is één van de onderdelen van de Jaarverantwoording 2017. Die bestaat ook uit de Jaarrekening en de kwantitatieve gegevens in DigiMV, te vinden op [www.jaarverslagenzorg.nl](http://www.jaarverslagenzorg.nl).

Wij vinden het belangrijk om de samenleving een integraal beeld van onze organisatie te geven en om transparantie op het gebied van (zorg)prestaties te bevorderen. Door middel van het Bestuursverslag 2017 geven wij een antwoord op de verantwoordingsvragen die zijn opgesteld op basis van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi), de richtlijnen voor de Jaarverslaggeving (RJ) en de richtlijnen voor de jaarverantwoording vanuit de Zorgbrede Governancecode (ZBGC). Ook wordt met dit verslag verantwoording afgelegd in het kader van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Wij hebben gekozen voor een integraal document.

De laatste bijlage van dit Bestuursverslag bestaat uit een lijst met afkortingen.

Om de leesbaarheid te bewaken, kiezen wij ervoor om slechts een deel van de kwantitatieve gegevens op te nemen in dit Bestuursverslag. De overige kwantitatieve data staan op de eerder genoemde website.

De Raad van Bestuur heeft het Bestuursverslag 2017, inclusief de jaarrekening 2017 vastgesteld op 17 mei 2018. De Raad van Toezicht van De Zellingen heeft het Jaardocument 2017 inclusief de jaarrekening 2017 in de vergadering van 24 mei 2018 goedgekeurd, in aanwezigheid van de accountant (EY accountants N.V.). De controleverklaring is onderdeel van dit Bestuursverslag.

## 3. De Zellingen

### 3.1. Structuur

De Stichting Zorgbeheer De Zellingen (hierna De Zellingen) kent als juridische structuur (rechtsvorm) de stichting. Hierin zijn de activiteiten van onze instelling ondergebracht. De Zellingen beschikt over een toelating conform de WTZi. De Zellingen wordt bestuurd volgens het Raad van Bestuur/Raad van Toezicht-model. De eenhoofdige Raad van Bestuur is statutair en integraal eindverantwoordelijk voor de besturing van de organisatie.

De Raad van Toezicht is het toezichthoudende orgaan van de stichting en houdt conform de statuten en reglementen toezicht op de wijze waarop de Raad van Bestuur de organisatie bestuurt. De Zellingen voldoet aan de eisen van transparantie en inrichting van de bedrijfsvoering zoals is vastgelegd in het Uitvoeringsbesluit Wet Toelating Zorginstellingen en de Zorgbrede Governance Code 2017.

De Zellingen heeft een Ondernemingsraad, lokale Cliëntenraden per locatie en een Centrale Cliëntenraad. Via deze organen is de medezeggenschap van respectievelijk de medewerkers en de cliënten gewaarborgd. In bijlage 1 treft u de nadere identificatiegegevens en in bijlage 2 de kengetallen van De Zellingen aan.

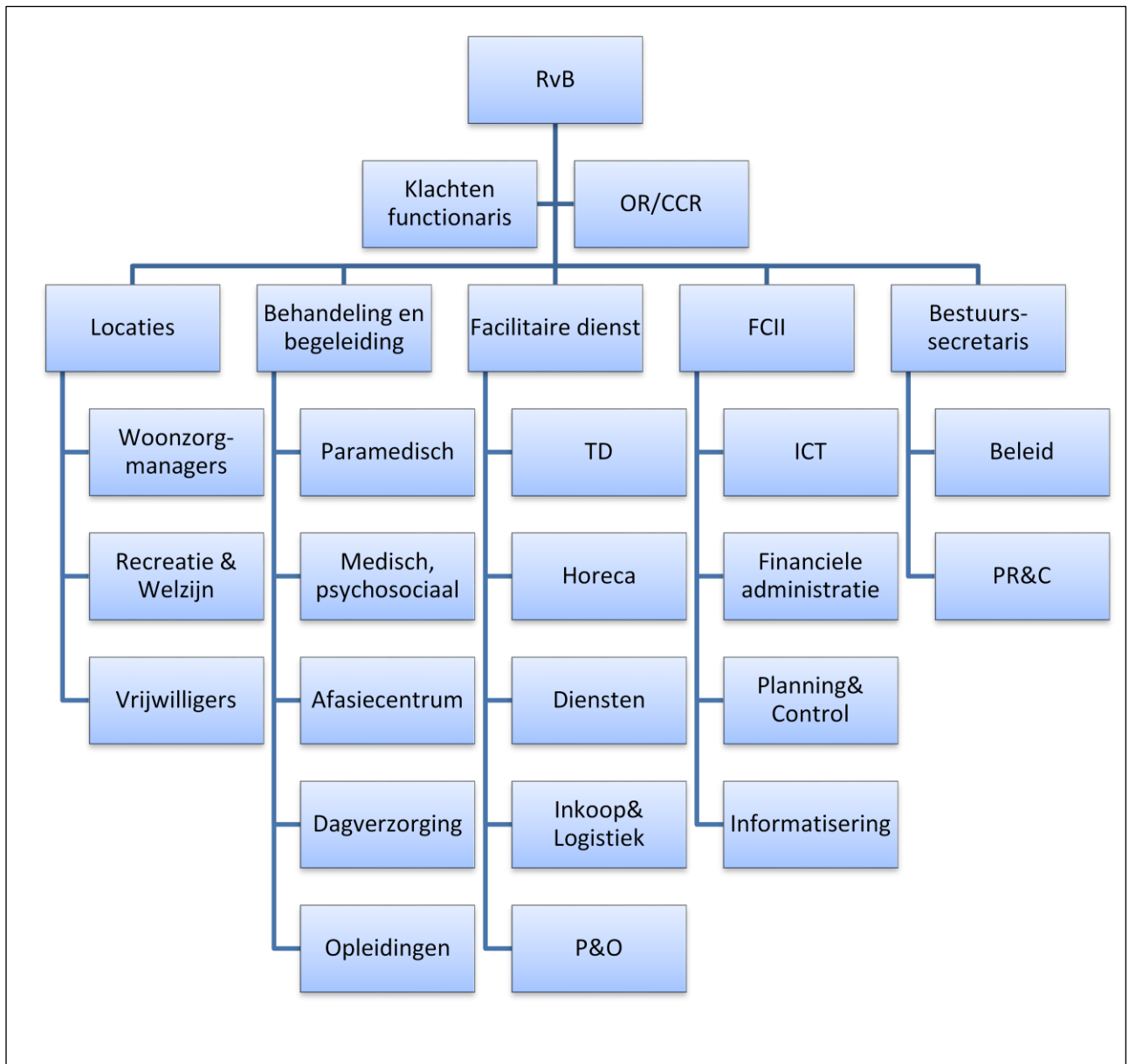


Stichting Zorgbeheer De Zellingen bestuurt:

- Rijckehove (verpleeghuis) te Capelle a/d IJssel;
- Bermensteyn (kleinschalige verpleeghuisvoorziening) te Capelle a/d IJssel;
- De Roo van Capelle (twee verpleeghuissafdelingen) te Capelle a/d IJssel;
- Crimpenersteyn (zorgcentrum, verpleging en verzorging) te Krimpen a/d IJssel;
- De Meander (zorgcentrum) in Zuidplas;
- Thuiszorg De Zellingen (thuiszorgorganisatie);
- Stichting Afasiecentrum Rotterdam e.o. te Capelle a/d IJssel;
- Stichting VTZ (Vrijwilligers Terminale Zorg).

De exploitatiegegevens van de Stichting Afasiecentrum zijn opgenomen in de jaarcijfers van De Zellingen.

De organisatiestructuur van De Zellingen ziet er als volgt uit:



### 3.2. Werkgebieden

De Zellingen richt zich met betrekking tot haar producten en diensten primair op het hieronder afgebeelde werkgebied.



Ten behoeve van de beademingszorg (chronisch) en het Afasiencentrum heeft De Zellingen een bovenregionale functie.

In de regio Rotterdam levert De Zellingen per 1 januari 2015 Wmo-zorg aan ouderen en mensen met NAH. Dit houdt in dat De Zellingen huishoudelijke ondersteuning, dagbesteding, thuisbegeleiding en mantelzorgondersteuning op basis van ondersteuningsarrangementen voor ouderen aanbiedt in Prins Alexanderpolder, Ommoord, Zevenkamp, Nesselande, Prinsenland en Kralingseveer. Voor mensen met NAH levert De Zellingen in heel Rotterdam de ondersteuningsarrangementen.

De Zellingen is werkzaam in de Wlz-zorgkantoorregio's Rotterdam (Zilveren Kruis) en Midden-Holland (VGZ).

In bijlage 3 is een overzicht opgenomen van de samenwerkingspartners en belanghebbenden van De Zellingen.

We zien ook in ons werkgebied elementen van een specifieke grote-steden-problematiek. Die vraagt extra inspanningen om te voldoen aan het landelijke kwaliteitskader in de verpleeghuiszorg. Denk aan de problematiek van zeer krappe arbeidsmarkt (veel inhuur van uitzendkrachten en minder vaste gezichten), de lagere sociaaleconomische status (hoger aantal medewerkers met loonbeslag en hoger ziekteverzuim) en ingrijpende grootstedelijke incidenten in de zorg. Daarnaast heeft ons vastgoed een hogere prijs.

Wij zijn dan ook verheugd dat NZA deze problematiek naar differentiatie in tarieven onderzoekt, om te voldoen aan dezelfde landelijke kwaliteitsstandaard.

## **Kwaliteit en Veiligheid**

In dit hoofddeel van dit Bestuursverslag doen wij verslag van onze inspanningen op het gebied van kwaliteit en veiligheid. Daarin volgen we de verantwoordingskaders en de inhoudsopgave uit het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.

## **4. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning**

### **4.1. Verzorgende in Transitie (ViT)**

De Zellingen is partner van het Van Kleef Instituut (VKI). Op verzoek van de kernpartners heeft VKI onderzocht met welke veranderingen verzorgenden te maken krijgen ten gevolge van de transities in de ouderenzorg (Wlz, Zvw, Wmo) en hoe zij daarbij kunnen ondersteunen. Veel aandacht is daarbij het afgelopen jaren uitgegaan naar de (wijk)verpleegkundigen. Dat heeft te maken met de indicatiestelling en de organisatie van zorg binnen de zorgverzekeringswet. In de directe cliëntenzorg krijgen vooral verzorgenden zowel intra- als extramuraal direct te maken met de gevolgen van de transitie. Naar aanleiding van dit onderzoek is in 2017 een ondersteuningsprogramma (ViT, Verzorgende in Transitie) gestart voor verzorgenden, waardoor ook zij de omslag in denken en handelen kunnen doormaken. Het ondersteuningsprogramma bestaat uit een startbijeenkomst, diverse werkconferenties en een teamscan. Aan ViT nemen vanuit De Zellingen 3 teams deel; afdeling kleinschalig wonen (KWS) in De Meander, thuiszorgteam VV Krimpen en afdeling IJsselsteen in Crimpenersteijn.

Team KWS is aan de slag gegaan met een aantal onderwerpen. In het kader van verantwoordelijkheid nemen en vakbekwaam zijn, is in het werkoverleg op de afdeling de visie KSW besproken. De uitwerking hiervan wordt meegenomen in de coaching on the job door de VGG en agogisch medewerkers in de dagelijkse praktijk. Ook hebben alle medewerkers een coachingsgesprek gehad met de VGG alsmede een POP-gesprek met de leidinggevende.

Verzorgenden hebben aan diverse workshops/klinische lessen deelgenomen: SOAP rapporteren, Til & Transfer, Parkinson, resoluut handelen, onbegrepen gedrag, BIG-skills lab, diabetes, werken met veilige naalden, anders omgaan met werkdruk, triage in acute situaties.

Het teamdebat 'wat is goede zorg' is met het team gestart in november 2017. De praatposters hangen in de teamposten. De medewerkers kunnen op de posters reageren door hun reacties erop te schrijven. In 2018 worden in het teamoverleg alle reacties

naast elkaar gezet en gaat het team de dialoog aan. Ook krijgt dit vervolg bij de familie-/mantelzorgbijeenkomsten in 2018.

Rond het thema inhoud, taken en organisatie van het werk/werkdruk is de workshop 'anders leren omgaan met werkdruk' gehouden. Dit heeft veel verduidelijking gegeven, maar vroeg ook om aandachtspunten zoals het inzetten van mantelzorgers en de verwachtingen van mantelzorgers. Dit is weer meegenomen op de familieavond KSW in november 2017.

Uit de teamscan van VV Krimpen kwam als grootste behoefte van de verzorgenden naar voren meer contact met de teamleden en in gesprek gaan over de inhoud van de cliëntenzorg. Een keer per maand wordt gestructureerd cliëntbespreking/-overleg gehouden. De (wijk)verpleegkundigen en verzorgende bespreken de cliënten, signalen, vragen en knelpunten. Daarnaast is het 'goedemorgenoverleg' ingevoerd; iedere ochtend tussen 7.30-7.45uur zien de medewerkers van die dag elkaar en wordt er kort overlegd zodat een ieder beter geïnformeerd is.

## **4.2. Samenwerkingsrelaties/Mantelzorg**

De Zellingen heeft de visie dat het de kwaliteit van leven van de cliënt ten goede komt als naast professionele zorg de mantelzorg geïntegreerd is in de dagelijkse zorgverlening en hierbij ondersteuning krijgt op maat. Mantelzorgers worden naast professionele zorgverleners en vrijwilligers gezien als partners in de zorg. Het als mantelzorgers doen van activiteiten vindt plaats op vrijwillige basis, de mantelzorgers moeten het willen en kunnen. De Zellingen stimuleert mantelzorgers actief een bijdrage te leveren in de zorg voor de cliënt.

Op diverse afdelingen zijn familie-/mantelzorgbijeenkomsten georganiseerd. Elke afdeling vult dit naar eigen behoefte in. Zo wordt er informatie gegeven, vindt er gesprek plaats over de onderwerpen die op die specifieke afdeling spelen en actueel zijn. Er is altijd ruim aandacht voor vragen van familie. Ook wordt vooraf aan familie gevraagd om onderwerpen aan te leveren.

Op diverse afdelingen wordt al een aantal jaar gewerkt met Familienet. Positieve informatie wordt gedeeld, zoals foto's van activiteiten. Familie zet zelf foto's van vroeger op Familienet waardoor zorg nog meer aansluit op het individu. Bij opname van elke cliënt wordt de Familienetflyer uitgedeeld en besproken of familie deel wil nemen.

Sommige afdelingen vullen de familiebijeenkomst in als koffie-ochtenden/lotgenotencontacten. Een laagdrempelig koffiemoment waarop familie/mantelzorgers ervaringen uit kunnen wisselen. Er is professionele begeleiding vanuit het team, zodat er uitleg gegeven kan worden over bepaald gedrag en er meer begrip ontstaat. De familie/mantelzorgers waardeert deze contactmomenten.

Ook is er een afdeling gestart met klinische lessen voor familie/mantelzorgers over de onderwerpen onbegrepen gedrag (wat is het en hoe ermee om te gaan) en voeding (wat is de koppeling tussen voeding en PG).

## **4.3. Onbegrepen gedrag**

In 2016 heeft De Zellingen als gevolg van de WLZ ontwikkelafspraken voor zowel Zorgkantoor VGZ als Zilveren Kruis beleid over onbegrepen gedrag vastgesteld. Gelet op

het wetenschappelijke gegeven dat ongeveer 92% van de cliënten met dementie één of meer onbegrepen gedragskenmerken heeft, kiest De Zellingen ervoor bij zijn cliënten met een diagnose dementie vroegtijdig gedragskenmerken in beeld te brengen en passende zorg en begeleiding te geven waarbij zo optimaal mogelijk per cliënt op maat gebruik gemaakt wordt van psychofarmaca. De methode die wordt toegepast is de 'stepped care', die landelijk is omarmd in de verpleeghuiszorg. Stepped care bestaat uit een viertal stappen die in volgorde worden doorlopen. Iedereen die lijdt aan een bepaalde aandoening en bij wie diagnose is gesteld, krijgt de eerste, minst intensieve, interventie aangeboden. Voor een deel van de cliënten zal dat niet voldoende zijn. Als dat het geval is, wordt de volgende stap gezet. Deze cliënten krijgen een meer intensieve interventie aangeboden. Ook dit zal voor een deel van de cliënten voldoende zijn, maar voor een aantal niet. De laatste groep krijgt de meest intensieve, daaropvolgende interventie aangeboden etc. Het aantal stappen is natuurlijk eindig en verschilt per aandoening.

De implementatie van de stepped care methode leidt er, naast een aantal andere acties zoals monitoring en het overleg met de apotheker toe, dat cliënten een voor hen passende dosering psychofarmaca ontvangen.

Behandelaren, artsen en verpleegkundigen, SPH- en GVP-medewerkers hebben hierin een belangrijke rol. In 2017 hebben al deze medewerkers de scholing 'onbegrepen gedrag' gevolgd. In 2018 zal deze methode nog aandacht krijgen, onder andere in de leerlijn Dementie, om uiteindelijk totaal ingebed in de organisatie te raken.

#### **4.4. Seksualiteit & intimiteit (S&I)**

Door de leden van de centrale cliëntenraad is de wens uitgesproken het thema seksualiteit & intimiteit op te nemen in de ontwikkelafspraken die zijn gemaakt met de beide zorgkantoren. Deze wens is in afstemming met de beide zorgkantoren gehonoreerd. In juni 2017 is een projectgroep gestart om intramuraal op de Wlz afdelingen aan de slag te gaan met het thema Seksualiteit & Intimiteit. De doelstelling was dat de cliënt ervaart dat hij/zij gehoord wordt met betrekking tot vragen en behoeften rondom seksualiteit en intimiteit door zorgmedewerkers die op een goede manier het onderwerp bespreekbaar maken en weten welke mogelijkheden er zijn om aan de vragen/ behoeften tegemoet te komen.

Om inzichtelijk te krijgen waar de wensen en behoeften van zowel de cliënten als de medewerkers liggen, is er vooraf een enquête uitgevoerd onder deze twee groepen. Uit de enquête onder medewerkers kwam naar voren dat de gesprekstechnieken verbeterd kunnen worden en het taboe nog aanwezig is. Bij de cliënten (somatiek en PG) was op te merken dat de behoefte met name ligt bij de intimiteit; een arm om je heen, hand vasthouden, een nachtknuffel etc. Over het algemeen genomen ervaren onze cliënten voldoende privacy.

Vervolgens is er een aantal bijeenkomsten georganiseerd voor zorgmedewerkers en behandelaren waarin interactief casuïstiek is besproken. Met de input die daaruit gegenereerd is, heeft een externe trainer voor scholing gezorgd voor de EVV'ers en woonzorgmanagers van de afdelingen. Deze scholingen bleken niet volledig aan te sluiten op de behoeften van de medewerkers. Daarom is er voor gekozen in 2018 een aantal scholingen te organiseren, die verzorgd worden door een trainer van De Zellingen met jarenlange ervaring op het gebied van seksualiteit en intimiteit.

De projectgroep heeft een visie en beleid ontwikkeld, waarin afspraken en verwachtingen vermeld staan, zodat elke medewerker weet wat er van hem verwacht wordt en welke ondersteuning de cliënt van de organisatie mag verwachten met betrekking tot dit thema. Afdeling PR&C heeft de projectgroep ondersteund bij het ontwikkelen van een folder, die uitgereikt wordt bij opname en er zijn posters op alle locaties opgehangen om dit thema onder de aandacht te brengen. De reacties hierop waren wisselend. Het thema is daarmee wel onderwerp van gesprek geworden onder medewerkers en cliënten.

#### **4.5. Parkinson**

In 2017 is, onder andere ingegeven door de ontwikkelafspraken gemaakt met het zorgkantoor Zilveren Kruis, gekozen voor een Zellingenbrede scholing over de ziekte van Parkinson op alle Wlz afdelingen. De toename van cliënten, de clustering en de gegeven scholing maken dat de kennis op het gebied van Parkinson is toegenomen. Dit heeft geleid tot zichtbare kwaliteitsverbeteringen. Medewerkers zijn zich meer bewust van de noodzaak om medicatie exact op het voorgeschreven tijdstip toe te dienen.

De multidisciplinaire samenhang tussen de betrokken afdelingen, behandeldienst en neurologen uit ziekenhuizen in de regio is toegenomen. Er vindt structureel en intensief overleg plaats en afspraken worden vastgelegd in het zorgdossier. Hieruit is op te maken dat er gerichte aandacht is van zorg en behandeling op de symptomen van Parkinson.

Een aantal behandelaren en verpleegkundigen van De Zellingen heeft zich aangesloten bij het ParkinsonNet. Zij werken samen met deskundigen van het EMC en IJssellandziekenhuis, waardoor kennis wordt uitgewisseld en overdracht soepel en nauwkeurig verloopt. Tevens is een bezoek gebracht aan het Punt voor Parkinson in de Maartenshof in Groningen. Met deze input worden er scholingen gegeven; het vervolg hierop is inmiddels ingepland.

Op Rijckehove is gestart met een unit voor Parkinsoncliënten met een GRZ indicatie. In 2018 zal er een besluit genomen worden om of één Zellingenbrede afdeling te openen met Parkinsoncliënten, of twee afdelingen, waarvan één in Rijckehove en één in Crimpenersteyn.

#### **4.6. Palliatieve zorg**

Binnen De Zellingen wordt er op diverse wijzen invulling gegeven aan palliatieve zorg. Met betrekking tot palliatieve zorg en de deskundigheid die wij in huis hebben, kan De Zellingen met recht zeggen dat zij binnen de regio een expert is op het gebied van palliatieve zorg. Zowel intramuraal als extramuraal kan De Zellingen zich goed verhouden tot andere zorgorganisaties, mits De Zellingen zich blijft ontwikkelen. Er is permanente reflectie nodig op wat goed gaat en waar verbetering nodig is.

Er wordt binnen De Zellingen, zowel thuis, in het hospice en intramuraal, palliatieve zorg geboden met goede intenties. De samenhang, verbinding en samenwerking tussen de diverse afdelingen of disciplines is een verbeterpunt. De Zellingen heeft als doel de processen te structureren, interne samenwerking breed te verbeteren met medewerkers die open staan voor verbetering en ontwikkeling van palliatieve zorg.

Er is binnen De Zellingen een overkoepelende werkgroep Palliatieve Zorg die de grote lijnen uitzet om tot een integrale palliatieve aanpak te komen. Deze werkgroep heeft in 2017 aangegeven behoefte te hebben aan een integrale aanpak van palliatieve zorg.

Om hiermee een start te kunnen gaan maken, heeft in december 2017 een kleine delegatie inhoudsdeskundigen, ondersteund door een beleidsmedewerker, een start gemaakt met het ontwikkelen van een geactualiseerde visie, strategische doelen en een meerjarenactieplan. Dit zal in 2018 verder uitgewerkt worden.

De wijkteams hebben een scholing palliatieve zorg gevolgd, verzorgd door Leerhuizen Palliatieve Zorg. Er werd naar aanleiding hiervan gesproken over de borging. De wijkverpleegkundigen krijgen daar een essentiële rol in. Zij zullen, indien hier behoefte aan is, een toegespitste scholing volgen.

Leerhuizen Palliatieve Zorg zal bij het verzorgen van de scholingen naadloos aansluiten de nieuwe visie, doelen en strategieën.

In 2017 heeft De Zellingen een palliatief verpleegkundige in dienst genomen. Deze verpleegkundige zal zich in eerste instantie richten op de Thuiszorg en de hospices om vanuit de nieuwe visie, strategische doelen en het meerjarenbeleid op palliatieve zorg, samen met haar collega palliatief verpleegkundige (van afdeling Vogelhof in Rijckehove) en de kaderartsen palliatieve zorg, de verbinding te gaan maken met de intramurale setting van De Zellingen en de keten. Dit plan en de uitvoering hiervan wordt meegenomen in het meerjarenactieplan palliatieve zorg dat in 2018 vorm zal krijgen.

#### **4.7. Hospice**

In Hospice IJsselThuis in Nieuwerkerk aan den IJssel levert Thuiszorg De Zellingen al enige jaren zorg aan cliënten in de terminale fase. De nachtzorg wordt geleverd door Vierstroom. De samenwerking tussen Stichting IJsselThuis, Vierstroom en De Zellingen verloopt goed. Cliënten en medewerkers zijn tevreden.

Stichting Hospice IJsselOever in Capelle aan den IJssel heeft in november 2017 haar deuren geopend. De Zellingen levert daar de dag- en avondzorg aan haar cliënten en levert tevens de nachtzorg aan alle cliënten die daar verblijven. Door afstemming en goede (inhoudelijke) werkafspraken tussen de vrijwilligers coördinator, de huisartsen en palliatief verpleegkundige en verpleegkundigen van De Zellingen en Vierstroom, kon de zorg snel en goed worden opgepakt. De Zellingen heeft hard gewerkt aan het aanstellen van goed geschoold en ervaren personeel. Om deze medewerkers breed inzetbaar te laten zijn, is ervoor gekozen dat zij onderdeel zijn van het VV team. Dit houdt in dat zij naast de nachtzorg ook diensten in de Thuiszorg werken.

Er is 24uurs zorg georganiseerd in het hospice. Dit betekent dat er in de nachturen altijd een professional aanwezig is, in de dag- en avonden de zorg op gezette tijden wordt geleverd in afstemming met de cliënt en er altijd een professional bereikbaar is. De palliatief verpleegkundige is met vaste regelmaat aanwezig in de hospices. We kunnen spreken van zorg op maat.

#### **4.8. Passiviteit Dagelijks Leven (PDL)**

PDL wordt in toenemende mate toegepast in de Nederlandse ouderenzorg. PDL is een vorm van belevingsgerichte zorg die goed aansluit bij de missie en visie van De Zellingen en bij de eisen vanuit het Kwaliteitskader. PDL is een zorgmethode vanuit de basiszorg die bij verschillende doelgroepen cliënten, zoals palliatieve zorg, chronisch zieke cliënten, psychogeriatricie ingezet kan worden. PDL wordt multidisciplinair ingezet. Medewerkers ervaren positieve resultaten op de kwaliteit van leven van de cliënt. Bovendien sluit PDL

aan bij het huidige denken over zorg en de ontwikkelingen binnen de zorg. Met PDL wordt een inhoudelijk én vraaggericht antwoord gegeven op de zorgvraag van cliënten met een hoge mate, of zelfs volledige, zorgafhankelijkheid, waarbij geen genezing of herstel mogelijk is.

Vanuit de overtuiging dat deze methode een positief effect heeft op onze cliënten en medewerkers zijn in 2017 de eerste stappen gezet naar een pilotjaar waarin alle zorgmedewerkers en behandelaars van twee afdelingen (somatiek en PG) getraind zullen worden door het Albeda College. In de eerste drie maanden van dit pilotjaar vinden de trainingen plaats en zal er een aantal (geschikte) cliënten en betrokken zorgmedewerkers gevolgd worden aan de hand van observatielijsten. Een nulmeting, met daarna een toetsing na zes weken en na drie maanden, zal laten zien welk effect de PDL methode heeft op onze cliënten en medewerkers. Cliënten en familie/naasten worden voorafgaand tijdens een bijeenkomst geïnformeerd over de PDL methode en het pilotjaar.

Om het volledige effect te kunnen meten, wordt er een kalenderjaar uitgetrokken voor de pilot. In maart 2018 is de aanvang van dit pilotjaar.

#### **4.9. Artsen**

Het jaar 2017 heeft in het teken gestaan van het nog beter positioneren van de vakgroep ouderengeneeskunde. Lange tijd had het zorgen voor een stabiele formatie met de juiste balans tussen aantal specialisten ouderengeneeskunde en basisartsen, prioriteit. In 2017 was er ruimte om na te denken over de positie van de inmiddels op orde zijnde vakgroep. Via heidagen en beleidsoverleggen heeft de vakgroep een werkplan gemaakt met hun speerpunten. Missie en visie, aansluitend op de missie en visie van De Zellingen, zijn vastgesteld. Daarnaast heeft in het najaar van 2017 een visitatie plaatsgevonden door de beroepsvereniging Verenso. Uit dit verplichte onderdeel van de herregistratie is als oordeel gekomen dat de vakgroep in ontwikkeling is en al een aantal positieve resultaten heeft behaald. Met de verbeterpunten die zijn opgesteld in het visitatierapport zal in 2018 aan de slag worden gegaan.

Een belangrijke ontwikkeling binnen de vakgroep in 2017 is het opzetten van eerstelijnszorg geweest. Een specialist ouderengeneeskunde (SOG) heeft in de tweede helft van 2017 deze nieuwe vorm van zorg voorbereid door met name de huisartsen in ons zorggebied actief te benaderen om uitleg te geven wat de SOG's kunnen betekenen in de wijk. Met de huisartsen in Capelle aan den IJssel en Krimpen aan den IJssel zijn in 2017 afspraken gemaakt, waardoor in 2018 de eerstelijnsconsulten van start zullen gaan.

#### **4.10. Paramedische dienst**

In 2016 is er een pilot geweest met een bewegingsagoog. Uitkomst was dat niet elke bewegingsagoog geschikt is voor de geriatrie. In 2017 hebben we het thema bewegingsagoog weer opgepakt. Nu in de vorm van een stagiaire.

De situatie deed zich voor dat een medewerker bij De Zellingen zes jaar actief als huiskamertoezicht de opleiding voor bewegingsagoog (niveau 4) deed. Deze kandidaat had aantoonbaar affiniteit met ouderen zorg. Besloten is deze persoon de laatste stage bij De Zellingen te laten doen onder begeleiding van de afdeling fysiotherapie. Binnen de stage waren centrale thema's: bewegingsagoog als ondersteuning van de



dagbestedingscoaches bij fysieke (beweeg)activiteiten op de Wlz-afdelingen en ondersteuning bij de GRZ (Geriatrische Revalidatie Zorg).

#### **4.11. Gastvrijheid**

Gastvrijheid betekent voor De Zellingen hartelijk en gul onze cliënten en elkaar bejegenen. De cliënt (familie, bezoeker) voelt zich welkom bij De Zellingen en ervaart een sfeer van welbehagen. De Zellingen streeft ernaar de verwachtingen van onze klanten te overtreffen. De Zellingen zorgt voor een sfeervolle omgeving waarin mensen zich thuis voelen. Onze zorg- en dienstverlening, processen, ons gedrag en handelen is altijd van toegevoegde waarde voor de cliënt. De voorkeuren, wensen, behoeftes van cliënten staan voor De Zellingen centraal. Elke medewerker ondersteunt klantgericht de cliënt om zijn/haar behoeftes en wensen te realiseren, daarbij is ruimte voor creativiteit en maatwerk.

Het gastvrijheidsconcept is in 2017 verder geïmplementeerd op Crimpenersteyn. Alle diensten, zowel zorg als facilitair, cliëntservice en de behandeldienst zijn hierbij betrokken en nemen deel aan de werkgroep Gastvrijheid, evenals een vertegenwoordiging vanuit de cliëntenraad. Per afdeling zijn 1 á 2 ambassadeurs gastvrijheid aangesteld die het thema Gastvrijheid uitdragen binnen de eigen afdeling en daarbuiten.

De ambassadeurs hebben op 24 mei 2017 gezamenlijk de Dag van de Gastvrijheid in Crimpenersteyn georganiseerd. Tevens hebben zij een viertal intervisiebijeenkomsten georganiseerd om ervaringen te delen en elkaar te inspireren.

Eind oktober werd door ambassadeurs en leidinggevenden deelgenomen aan een workshop waarbij teruggeblikt werd op de bereikte resultaten. Hieruit kwam duidelijk naar voren dat er 'gastvrijheidsstappen' zijn gezet binnen de afdelingen. Het resultaat was verschillend, afhankelijk van de inzet van de ambassadeurs, steun van collega's en steun van de betreffende leidinggevende.

Tevens zijn actiepunten die voortvloeiden uit de audit Gastvrijheid met sterren verder uitgewerkt. Daarnaast is een start gemaakt met het verankeren van het thema Gastvrijheid in het personeelsbeleid.

Vanuit de werkgroep is ook de omgangscodes in een gastvrij jasje vertaald en zal als Zellingen-DNA in 2018 binnen de organisatie opnieuw worden geïmplementeerd.

#### **4.12. Waardigheid en Trots**

Vanuit de middelen Waardigheid en Trots is in De Meander het project Familie Zorgleefplan/Warm Welkom gestart. Voor dit project is een vragenlijst ontwikkeld die betrekking heeft op het overgangsproces thuissituatie en wonen binnen De Meander. De ontvangen feedback wordt gebruikt om interventies uit te zetten waar de cliënt en/of de mantelzorger behoefte aan hebben. Deze zijn meegenomen in het Warm Welkomprogramma dat in samenspraak met de cliëntenraad De Meander is ontwikkeld. Onderdeel van dit programma zijn onder meer huisbezoeken door de EVV'ers, activiteiten tijdens de wachtlijstperiode, een welkomattentie en een kennismakingsprogramma.

Tijdens de huisbezoeken wordt als gespreksvragenlijst het ontwikkelde format van de 'Zorgleefplankoffer' gebruikt, omdat hierin alle onderwerpen aan de orde komen die een totaalbeeld van de cliënt kunnen geven. Door het huisbezoek krijgt de EVV'er een

vollediger beeld dan alleen informatie van papier en wordt een indruk van de sfeer thuis verkregen. Deze informatie kan gebruikt worden om de cliënt zich zoveel als mogelijk thuis te laten voelen en wensen te achterhalen. De verkregen informatie vóór de opname, wordt door de EVV'er in het ECD gezet.

Duidelijk is geworden dat een huisbezoek niet bij alle cliënten aan de orde is vanwege crisisopname of doorplaatsing. Daarnaast vraagt de planning van de huisbezoeken extra aandacht. De huisbezoeken zullen in 2018 verder worden geïmplementeerd op De Meander om over meer ervaringsgegevens te kunnen beschikken alvorens deze huisbezoeken op te schalen naar de andere locaties van De Zellingen.

Er zijn tevens ZP-informatiebladen ontwikkeld voor ZP 4, 5 en 6. Dit betreft informatie voor cliënten inzake in te zetten uren per ZP. Hierbij wordt tevens benadrukt dat ook inzet van familie/mantelzorger van belang is voor het zoveel als mogelijk voortzetten van hetgeen de cliënt gewend is.

Op KSW is geïnvesteerd in een verdieping van het Zorgleefplan, door dit samen met de cliënt/familie op te stellen. Hierdoor kunnen de medewerkers de zorgvraag en wensen van de cliënten beter in kaart brengen. Het doel is om eerst uitgebreid ervaring op te doen binnen KSW en vervolgens te implementeren op de afdeling Zorg van deze locatie.

Dit project maakt ook deel uit van de ontwikkelafspraken met zorgverzekeraar VGZ. De resultaten op dit onderwerp zijn positief beoordeeld zodat De Zellingen aanspraak kan maken op de afgesproken 1% tariefsopslag.

#### **4.13. Zinnige registraties en zorghandelingen**

In het Kwaliteitskader wordt aandacht besteed aan het terugdringen van de registratielast. Het Kwaliteitskader geeft aan dat de registraties die gedaan worden, betekenis moeten hebben voor de directe zorg en moeten bijdragen aan de kwaliteit van zorg en deze ondersteunen. Uiteraard zijn er vanuit de wetgeving een aantal verplichtingen waaraan wij als zorgorganisatie dienen te voldoen en ons over moeten verantwoorden.

Vilans heeft een project genaamd 'Slim Zorgen'. Vanuit dit project zijn er 15 handelingen uitgelicht die veelal onnodig en tijdrovend verricht worden en in sommige gevallen een belasting of zelfs schadelijk zijn voor de cliënt en medewerker. Daarnaast heeft V&VN ook aandacht voor onnodige handelingen in het project 'Beter Laten'. Het gaat hierbij om de frequentie van de handelingen, de manier waarop, de soort middelen en de reden waarom de handeling op een bepaalde manier wordt verricht. Hierbij is bewustwording van belang en kunnen handelingen vervangen worden door betere alternatieven. De rol van de arts is hierin van belang. De geldende landelijke richtlijnen zijn altijd het uitgangspunt.

Om onze medewerkers te ondersteunen bij de registratielast en het 'Slim Zorgen' zijn twee beleidsmedewerkers in de tweede helft van 2017 met zorgmedewerkers en woonzorgmanagers van een aantal afdelingen in gesprek gegaan. Hierbij werd inzichtelijk welke registraties en handelingen niet bewust en/of efficiënt uitgevoerd worden, welke afgeschaft/gestopt kunnen worden en welke zinvol en/of verplicht zijn. Hieruit zijn veel signalen en input gekomen en zijn concrete acties afgesproken. Een greep uit de input:

- Het digitale Tilprotocol optimaliseren en makkelijker in te vullen in het ECD;

- Verzoek om het Formulier Middelen & Maatregelen te digitaliseren in het ECD. Dit vraagt minder handelingen en tijd;
- Verzoek om een digitaal invulblad voor tracheacanule;
- Digitalisering van diverse facilitaire formulieren, zoals pasjes, sleutels en schadeafhandeling;
- Wekelijks tellen van platgoed zorgt voor misgrijpen, onnodige voorraden, hamsteren etc. Tellen kost echter veel tijd wat ten koste gaat van de cliëntenzorg. Dit wordt opgepakt door de werkgroep Platgoed;
- Nut en noodzaak van dagelijkse controle medicatiekoelkasten. Kan dit naar een lagere frequentie? Dit wordt opgepakt door de voorzitter geneesmiddelencommissie;
- Medicatiescan gebruiken als handvat om de borging te bewaken;
- Onduidelijkheid tijdregistratie GRZ. Hierop is instructie geweest en zijn afspraken gemaakt;
- Eindevaluatie GRZ kost tijd van medewerkers. Vanaf januari start een vrijwilliger met het invullen van de eindevaluatie met de GRZ-cliënten die met ontslag gaan;
- Diverse vragen en input over HACCP. Dit wordt opgepakt door manager Horeca met de voedingsassistenten;
- Een aantal verpleegtechnische handelingen is onder de loep genomen. Worden deze nog efficiënt en vakbekwaam uitgevoerd?
- Aanvragen herindicatie verloopt moeizaam doordat de benodigde brieven niet op tijd worden aangeleverd. Verantwoordelijkheden en bewaking onduidelijk. Het beleid wordt met betrokkenen herzien en opnieuw geïmplementeerd.

Deze uitkomsten van de gehouden gesprekken in het kader van zinvolle zorghandelingen en het verminderen van de registratielast zullen in 2018 verder worden opgepakt, acties worden uitgezet, zodat verbeterresultaten behaald kunnen worden.

#### **4.14. Revalidatie (GRZ)**

Er zijn in 2017 besprekingen gestart met IJsselland Ziekenhuis, afdeling vaatproblematiek, om intensiever amputatiecliënten voor revalidatie op te gaan nemen op de GRZ-afdelingen van De Zellingen. Op dit moment zijn dat 11 cliënten per jaar. Naar verwachting loopt dit op naar 25 tot 30 cliënten per jaar. De Zellingen zal in 2018 een Zorgpad Amputatie ontwikkelen in samenwerking met het IJsselland Ziekenhuis en er wordt gestart met de opnames van meer amputatiecliënten.

In het algemeen worden de cliënten wat betreft zorgzwaarte zwaarder. Dit is wel in lijn met de definitie van GRZ. Ondanks de stijging van de zorgzwaarte is het gelukt om de gemiddelde ligduur van GRZ-cliënten rond de 50 dagen te houden. Ook voor 2018 blijft dit een aandachtspunt.

Alle voorbereidingen om de GRZ op één afdeling van Rijckehove te huisvesten zijn in 2017 getroffen. Hiermee gaat de GRZ groeien naar 74 bedden. De productieafspraken 2018 bieden ruimte voor uitbreiding. In de verre toekomst komt er mogelijk een apart revalidatiegebouw. Onderzocht wordt of de huidige derde verdieping GRZ op Rijckehove een proeftuin kan worden om het product GRZ volgens de laatste inzichten aan te bieden.

De inrichting van ons cliëntendossier Caress is aangepast op de GRZ-gegevens die De Zellingen elk kwartaal dient aan te leveren aan de zorgverzekeraars. Dat vereenvoudigt het aanleverproces en vermindert de administratieve lastendruk.

#### 4.15. Dagactiviteiten en Afasiecentrum

Op de dagactiviteiten en het Afasiecentrum zijn in 2017 op het gebied van persoonsgerichte zorg diverse ontwikkelingen geweest.

Tot vorig jaar werd op de dagactiviteiten Rijkeshove onderscheid gemaakt in grondslag van indicatie (somaïsch of PG). Met de komst van de Wmo is in Capelle aan den IJssel de grondslag vervallen. Er wordt voor dagbehandeling en dagactiviteiten maatwerk verwacht ongeacht de grondslag.

Om de behandelgroep nog beter in de praktijk te kunnen brengen, werd het team uitgebreid met een behandelaar. Het onderscheid Vlinderhof en Bijenhof is vervallen. Alle cliënten starten in een ruimte en splitsen daarna in de drie ruimtes voor een activiteit op maat.

Dagactiviteiten Vlindertuin in de gemeente Zuidplas is in 2017 weer op dinsdag open gegaan door toename van het aantal cliënten.

Het accent van de activiteiten en doelgroepen op de Beemsterhoek verschilt op de diverse dagen. Er werd specifiek ingezet op diversiteit in activiteiten, het bevorderen van de deskundigheid van de vrijwilligers en het aanbieden van de cursus activiteit: Op Verhaal Komen.

Vrijwilligers met NAH (ook uit de flat) assisteren op diverse dagdelen en mensen zonder NAH nemen deel aan het klaverjassen op maandagochtend. Afasie en schilderen onder leiding van een kunstenaar bleef op maandag en vrijdag en de creamiddag op woensdag kreeg ook belangstelling van mensen zonder NAH. Cliënten en bezoekers krijgen meer begrip voor elkaar en de verschillen in aandoening. Op de maandagen is er een gemengde groep aanwezig. Op woensdag en vrijdag zijn er meer mensen met NAH. Op dinsdag en donderdag zijn er overwegend mensen zonder indicatie en is de groep mensen met een indicatie in de minderheid. De doelgroep is op deze dagen gemengd: mensen met licht dementieel beeld, een psychiatrische achtergrond, eenzame senioren en mensen met NAH.

In 2017 kwamen op woensdag en vrijdag twee groepen NAH-clïënten, met chronische dagbesteding van de Reigerlaan naar de Bazuin.

In Bermensteyn ontvangen 11 cliënten van De Zellingen VPT. Ze kunnen bij de dagactiviteiten zowel 's middags als 's avonds in de groep de warme maaltijd gebruiken of deelnemen aan activiteiten. Toename van cliënten met op vier dagen per week één of meer specifieke groepen voor mensen met NAH. Ook mensen met dementie of een somatische aandoening behoren tot de doelgroep en kunnen er terecht voor activiteiten op maat.

Het **Draaiboek Activiteitenplannen** wordt op alle locaties in meer of mindere mate gebruikt. Het bestaat uit vier hoofdstukken (delen): Deel 1. Functieniveau: behandelplannen met SMART GAS-score; (Reigerlaan en Rijkeshove) Deel 2 Activiteitsniveau: SMART plannen die meer functies combineren, (alle locaties) Deel 3 Sociaal Netwerk en Participatie: SMART plannen aangevuld met themaplannen, (alle) Deel 4 Respijtzorg en Ontmoeting (welzijn). (Krimpen, Bazuin, Beemsterhoek) In dit deel staat thematisch werken centraal. De plannen beschrijven groepsgewijze activiteiten rondom feestdagen of bijzondere gebeurtenissen. Ze zijn een bron van inspiratie voor collega's zodat cliënten, deelnemers of bezoekers op een aangename en ontspannende

wijze aan hun doelstellingen kunnen werken of een aangename dagbesteding hebben. Eén activiteit kan op deze wijze meer doelen dienen.

In 2017 is 'Op Verhaal Komen' als onderdeel van 'Sociaal Netwerk' uitgewerkt in activiteiten- en bijbehorende themaplannen. De mappen werden professioneel vormgegeven en gedrukt. Op diverse locaties werkten groepen ermee: in Krimpen aan den IJssel de locatie Zandrak en locatie de Tuyter, in Capelle aan den IJssel in de Beemsterhoek, Rijckehove en Bazuin en in Zuidplas in de Vlindertuin. Ook de naasten werden uitgenodigd om mee te doen en samen met hun familielid hun eigen map 'Op Verhaal Komen' samen te stellen. De partnercursus in Krimpen aan den IJssel en de NAH-groep werkten met een aangepast programma.

Tot 2017 werd het vervoer per locatie geregeld. Het afgelopen jaar gebeurde dit voor alle Capelse locaties vanuit een centraal mailadres. Hierdoor konden met twee rolstoelbussen en personenauto's cliënten met vrijwilligers en eigen personeel opgehaald worden. Ook taxi St-Job wordt nog ingeschakeld; cliënten uit Drechtsteden reizen met Stroomlijn. De kosten voor het vervoer zijn aanzienlijk gedaald en de cliënttevredenheid over het vervoer is gelijk gebleven of gestegen.

#### **4.16. Samenwerking sociaal domein (S1 Wijkverpleging)**

De gemeenten Capelle aan den IJssel, Krimpen aan den IJssel en Zuidplas hebben in 2017 samengewerkt vanuit het plan 'wijkgericht werken'. De Zellingen heeft hierbij nauw samengewerkt met Lelie Zorggroep en Welzijn Capelle. Op verschillende niveaus hebben overleggen plaatsgevonden over bestaande problematiek, ondernomen activiteiten en het samenwerken. Er is een uitvoeringsplan opgesteld met concrete activiteiten die bijdragen aan de integrale werkwijze waarbij de inwoner centraal staat.

De wijkverpleegkundigen hebben hierin een signalerende en preventieve taak gehad. De wijkverpleegkundige en het sociaal wijkteam hebben (op verzoek) huisbezoeken gedaan en risico-inventarisaties uitgevoerd. Door middel van casusbesprekingen zijn daarop acties uitgezet.

Het sociaal domein heeft zich vooral beziggehouden met het bouwen aan netwerken om bruggen te bouwen met huisartsen en apothekers, de inzet van casemanagers en de schakel te vormen tussen ziekenhuisopnames en de thuissituatie. Dit heeft geresulteerd in het project 'kwetsbare ouderen' dat in 2018 gaat starten met structurele overlegvormen om kwetsbare ouderen in de wijk te bespreken.

Ook werd er met de huisartsen gewerkt aan een verbeterslag in de communicatie- en informatievoorziening en werd er deelgenomen aan de PATZ-besprekingen.

In 2017 zijn er door het sociaal domein activiteiten georganiseerd met betrekking tot eenzaamheid en valpreventie. Zo zijn er bewegingsprogramma's op locatie en in de wijk georganiseerd gericht op inwoners van 70 jaar en ouder. Voor 2018 staat er een programma klaar om de eenzaamheid aan te pakken. Hierbij staat het opbouwen van vertrouwen en een zogeheten 'warme overdracht' centraal.

#### **4.17. HARTpad**

Steeds meer ouderen hebben hartziekten waarbij geen interventie meer plaatsvindt doordat de cliënt hier zelf voor kiest of vanwege comorbiditeit. Dit betekent dat zij hun leven moeten aanpassen. Om deze cliënten hierbij te ondersteunen is in 2017 in

samenwerking met het IJssellandziekenhuis en partners in de VVT-sector het HARTpad ontwikkeld. Hierbij staat advanced care planning centraal. De cliënt beslist in gesprek met zorgprofessionals en hun naasten over zijn/haar toekomstige gezondheidszorg. De cliënt wordt geïnformeerd en behoudt zelf de regie.

Bij opname in het ziekenhuis wordt het HARTpad opgestart. Na aanmelding vindt er een mondelinge, schriftelijke en digitale (POINT) overdracht plaats tussen de huisarts, wijkverpleegkundige en de afdelingsverpleegkundige. De wijkverpleegkundige gaat volgens afspraak op huisbezoek waarbij onder andere de controles worden gedaan, het zorgbehandelplan wordt geëvalueerd en nieuwe problemen worden geïnventariseerd. De hartfalenverpleegkundige is via POINT altijd op de hoogte van de situatie van de cliënt. Zij ondersteunt daarbij de cliënt en de wijkverpleegkundige.

Het HARTpad wordt in 2017 en 2018 met regelmaat geëvalueerd en indien nodig bijgesteld. Uitkomsten zullen worden gebruikt om de indicatoren voor jaarlijkse evaluatie vast te stellen.

## **5. Wonen en welzijn**

### **5.1. Recreatie en Welzijn (R&W) Zellingenbreed**

R&W heeft verschillende activiteiten georganiseerd op de locaties Rijckehove en Crimpenersteyn. Zoals optredens, markten en daarnaast een aantal clubs die aansluiten op de wensen en behoeften van de cliënten op de locatie.

Zoals elk jaar hebben we met een thema gewerkt. In 2017 was dat 'HOLLAND'. Zo is er gewerkt met creatieve schilderprojecten. Elke afdeling werkte met dit thema en we sloten, indien de mogelijkheid hiervoor was, af met een expositie.

Om het 'wonen' meer zichtbaar te maken en de huiselijke sfeer een boost te geven, is er op de afdelingen getracht een aantal activiteiten in de huiskamers plaats te laten vinden. Zo is de hondenvisite verplaatst van de recreatieruimtes naar de huiskamers. Dit is inmiddels op meer afdelingen gebeurd.

### **5.2. Zinvolle dagbesteding**

Vanuit het programma Waardigheid en Trots zijn door het ministerie van VWS tot en met 2020 extra middelen voor een zinvolle dagbesteding beschikbaar gesteld.

In samenspraak met de centrale cliëntenraad is besloten om voor 2017 de middelen voor de zinvolle dagbesteding voornamelijk te besteden aan begeleiding van activiteiten, onder andere door extra inzet van dagbestedingscoaches, op tijden waarop deze voorheen niet werden ingezet (na 16.00 uur en in het weekend) en aan verschillende muziekactiviteiten waaronder de inzet van een muziektherapeut (zie onderstaande paragraaf). Omdat dit W&T-programma pas begin 2016 bekend werd gemaakt, kon slechts een deel in 2016 worden gerealiseerd. De resterende middelen van 2016 zijn aan het budget voor 2017 toegevoegd en in overleg met de centrale cliëntenraad besteed.

### **5.3. Muziektherapie**

Begin 2017 is er een muziektherapeut in dienst genomen vanuit de Waardigheid en Trots gelden. Het doel van muziektherapie is het door middel van muziek verlichten van

somatische en psychosociale klachten van cliënten en hen ondersteunen om een zo menswaardig en zelfstandig mogelijk leven te leiden. De muziektherapeut is bezig geweest om het gebruik van muziek binnen De Zellingen in al haar geledingen zoveel mogelijk geïntegreerd te krijgen om zo de muziektherapie als volwaardige behandelvorm binnen De Zellingen vorm te geven. Hierbij samenwerkend met zoveel mogelijk disciplines binnen de organisatie, dus ook verzorgenden, verpleegkundigen en vrijwilligers muziek te laten gebruiken om het alledaagse leven van cliënten te veraangename. Een breed gedragen muziektherapie heeft het beste slagingspercentage. Cliënten en/of hun mantelzorgers hebben daar ook hun eigen stem in, eigen inbreng van cliënten/familie en mantelzorgers is een essentieel onderdeel van de werkwijze.

#### **5.4. Welzijn**

Door de extra middelen die beschikbaar zijn gekomen, zijn op vrijwel alle afdelingen woonbegeleiders en huiskamerassistenten aangenomen. Dit heeft de aandacht voor welzijn en het welzijn van de cliënten een impuls gegeven. De agogische teams zetten de draagstructuur neer en geven vorm en inhoud aan de zorgprogramma's. Er wordt op individueel niveau met cliënten in gesprek gegaan over hun wensen en behoeften ten aanzien van welzijn en activiteiten. Dit wordt vastgelegd in het zorgleefplan en krijgt vorm in de dagelijkse zorg en welzijnsprogramma op de afdelingen.

Naar aanleiding van de wensen van cliënten is bijvoorbeeld de weeksluiting op de PG-afdelingen Kraalsteen en Edelsteen naar de eigen afdeling verplaatst (voorheen was dit in de grote zaal). Op de eigen afdeling is het intiemer en zijn er minder prikkels waardoor er minder onrust is onder cliënten.

Vervolgens zijn er bestickeringen aangebracht op de centrale deuren van de PG afdelingen. (deuren vallen daardoor weg) met als resultaat minder onrust. Cliënten zien geen deur dus willen ook niet door de deur.

Op de PG-afdeling hebben de medewerkers voelborden en snoezelspulletjes gemaakt. Op de lange afdelingsgangen zijn voelborden met ritsjes, knisperzakjes, borstels etc. zodat de gang niet oneindig is, maar er onderweg prikkels worden aangeboden. Ook zijn er via de Waardigheid en Trotselden PG-poezen aangeschaft en is een snoezelkar beschikbaar.

Er is aandacht besteed aan hoe we kunnen bevorderen dat cliënten meer 'gezien' worden op de afdelingen. Dit heeft op locatie Rijckehove geresulteerd in het project 'kent u mij' met daaraan verbonden het levensboek 'in een notendop' waarin cliënten en familie/mantelzorgers het levensverhaal van de cliënt kunnen beschrijven. Voor de zorgmedewerkers en behandelaren betekenen levensverhalen een beter contact met de cliënt. Zorg en ondersteuning kunnen beter op de cliënt afgestemd worden. We hopen dit project in 2018 op alle locaties uit te rollen.

Eind 2017 is er in Rijckehove overeenstemming gekomen dat de dagbestedingscoaches inhoudelijk onder R&W vallen. Met name de aansturing op welzijn en persoonsgerichte zorg wordt hiermee bevordert en zo kan er vervolgens een goede verslaglegging gedaan worden in het ECD. Dit loopt door in 2018.

## 5.5. Dagactiviteiten en Ontmoeting in de wijk

Op de dagactiviteiten en ontmoeting staat welzijn centraal. Ook in 2017 is op dit gebied weer veel bereikt en ontwikkeld samen met diverse samenwerkingspartners en gemeenten.

Met subsidie van de gemeente Capelle aan den IJssel worden vijf dagen per week welzijnsactiviteiten in de activiteitenruimtes en binnentuin van de Beemsterhoek aangeboden. Maximaal vijf mensen zonder indicatie kunnen dagelijks aansluiten voor ontmoeting.

Vijf dagen per week nemen tussen de 3 en 15 wijkbewoners deel aan 'Samen Koken Samen Lunchen'. In samenwerking met Sportief Capelle, de vrijwilligers en het Praatatelier werden druk bezochte beweegactiviteiten georganiseerd.

De ontmoetingsactiviteiten hebben een signalerende en preventieve functie waardoor formele zorg verminderd of uitgesteld wordt.

Met subsidie van de gemeente Capelle aan den IJssel is op de dagactiviteiten locatie Bazuin zeven dagen per week welzijnsactiviteiten in de activiteitenruimtes en moes- en beweegtuin aangeboden. Maximaal vijf mensen zonder indicatie kunnen dagelijks aansluiten voor ontmoeting.

Zeven dagen per week nemen tussen de 10 en 20 wijkbewoners deel aan 'Samen Koken Samen Eten'.

Van mei tot december 2017 werd gekookt met groenten uit eigen tuin. De ontmoetingsactiviteiten hebben een signalerende en preventieve functie waardoor formele zorg verminderd of uitgesteld wordt.

Op de feestdagen, zoals Pasen, Koningsdag en de Kerst werden zelfs aantallen van 25 deelnemers gehaald.

Vanaf 1 januari geeft dagactiviteiten Krimpen aan den IJssel op dinsdag en vrijdag vorm aan het Ontmoetingscentrum (OC) dementie in de Tuyter. Een toename van 20 tot ruim 60 dagdelen zorg met bijzondere indicatie H812 met doorstroomtijd van ongeveer zes tot negen maanden naar andere vorm van indicatie.

In samenwerking met de afdeling fysiotherapie kunnen mensen uit de wijk op donderdagochtend deelnemen aan beweegactiviteiten.

## 6. Veiligheid

Bij De Zellingen staat de veiligheid van onze cliënten centraal. Medicatieveiligheid, decubitus en vrijheidsbeperkende maatregelen zijn onderwerpen die al bij De Zellingen centraal stonden, waar aandacht voor is en behoren tot de basis voor onze zorg- en dienstverlening. Het accent bij de zorg- en dienstverlening heeft altijd al gelegen bij deskundigheid en veiligheid van de zorgverlening. De onderwerpen medicatieveiligheid, decubituspreventie, preventie acute ziekenhuisopname en vrijheidsbeperking hebben continu aandacht.



## 6.1. Medicatieveiligheid

Medicatie wordt door de artsen digitaal voorgeschreven in Medimo. De geneesmiddelen worden zoveel mogelijk door de externe apotheker verstrekt in Baxterrollen. Medicatie wordt bij uitreiken gecontroleerd en digitaal afgetekend in Medimo. De veilige principes in de medicatieketen worden nageleefd.

De geneesmiddelencommissie van De Zellingen is in 2017 een zestal keer bijeen geweest. Centraal hebben gestaan onder andere het bespreken van de MIC cijfers op medicatie, antipsychotica, werkwijze bij zelfzorgmedicatie, dure geneesmiddelen, dubbele controle, optimalisatie van het proces met de externe apotheek en het komen tot een contract met IVM voor de afname van e-learning. Deze zal begin 2018 uitgerold worden zodat de vakbekwaamheid van medewerkers op het gebied van medicatie een impuls krijgt.

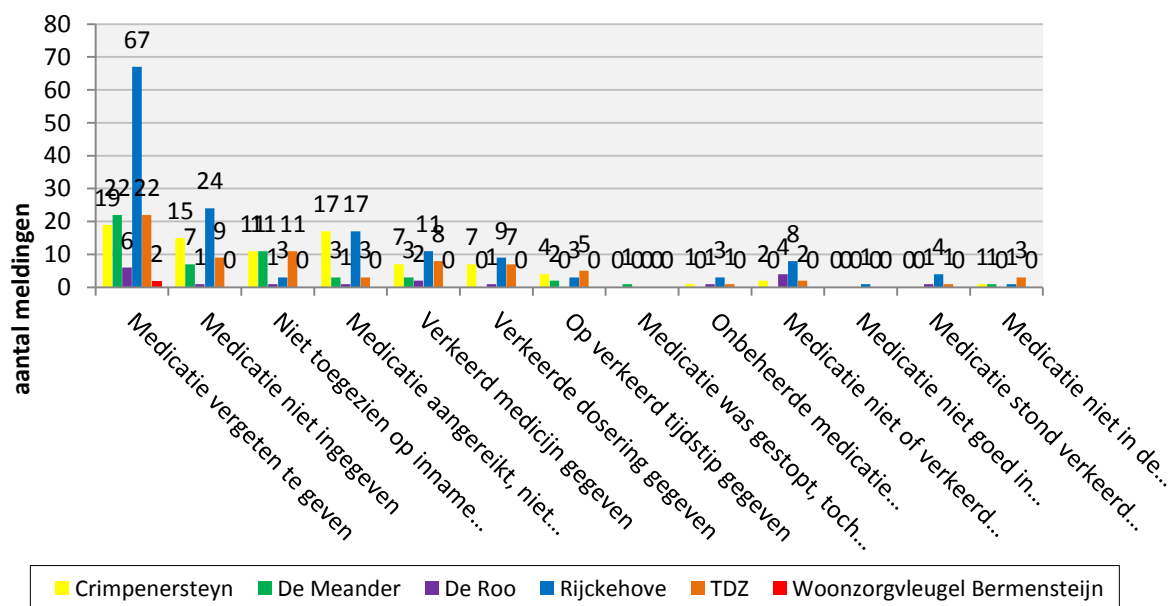
Er is een nauwe samenwerking met de externe apotheek. Steekproefsgewijs vinden er audits plaats door de apotheker. De medicatie wordt twee keer per jaar door de arts en apotheker geëvalueerd in een medicatiereview. Daarnaast is medicatie een jaarlijks terugkerend thema in de interne compliance audit. De indruk vanuit deze audit is dat het medicatieproces over algemeen goed op orde is. De uitvoering van het medicatie proces is zeker verbeterd ten opzichte van voorgaande audits. Medimo speelt daarin een belangrijke rol. Medewerkers zijn enthousiast over het gebruik van Medimo. Daarnaast zijn er geen grote voorraden medicatie, medicatiekarren zijn op orde, afvaltonnen worden geleegd, medewerkers werken vakbekwaam en zijn bewust bezig met het tegengaan van verspilling van medicatie. Aandachtpunten zijn dubbel paraferen in de avond, tijdig bestellen en BEM.

Op de locatie Rijckehove en Crimpenersteyn is in 2017 twee keer een centraal overleg geweest met alle aandachtsvelders van de locatie Rijckehove respectievelijk Crimpenersteyn en de Instellingsapotheek. Deze overleggen stonden in het teken van verbetering van het medicatieproces en de samenwerking. Praktische aandachtspunten over en weer werden uitgewisseld, uitleg gegeven en afspraken gemaakt over concrete punten uit het medicatieproces in de dagelijkse praktijk.

De VV teams in de Thuiszorg hebben een themabijeenkomst medicatieveiligheid bijgewoond. Hierbij stond het adequaat aftekenen van medicatie en strikt handelen centraal.

Medicatie incidenten worden geregistreerd en geanalyseerd op afdelings- en organisatieniveau. De analyse van de incidenten wordt ieder kwartaal besproken in het bestuursoverleg, MT en AO's en gebruikt als input om tot verbetermaatregelen te komen.

## MIC medicatie 2017



### 6.2. Decubituspreventie

De Zellingen heeft een decubitusstuurgroep en commissie. Beiden houden zich bezig met decubituspreventie. Vier keer per jaar wordt er samen met deskundigen in een overleg gekeken naar verbeterpunten op het gebied van preventie. Een verbeterpunt was de huidige matrassen. Nadat een aantal afdelingen verschillende matrassen hadden getest, zijn er in 2017 voor de nieuwe locatie De Roo voor alle nieuwe bedden ook nieuwe matrassen aangeschaft (Vitacomfort), welke een (tot graad 2) preventieve en curatieve werking hebben. Voor de toekomst geldt dat zodra er oude matrassen vervangen moeten worden, deze matrassen met preventieve werking aangeschaft worden. Dit houdt in dat bij gebruik van deze matrassen er pas een AD matras aangeschaft hoeft te worden vanaf decubituswonden graad 3 of hoger. Om de periode waarin niet alle bedden zijn voorzien van een Vitacomfort matras te overbruggen, wordt er in een vroeger stadium (tijdelijk) preventief een AD matras ingezet. Naast de preventieve functie van de nieuwe matrassen, kunnen we spreken van een forse kostenbesparing.

De praktijkverpleegkundige heeft in 2017 een actievere rol aangenomen omtrent decubituspreventie. Dit heeft ervoor gezorgd dat er meer en eerder preventieve zorg ingezet kan worden, de kennis en kunde van de zorgmedewerkers is bevorderd en daardoor de kwaliteit van zorg is verbeterd.

### 6.3. Vrijheidsbeperking

In 2016 is een start gemaakt met het herzien en herschrijven van het handboek en protocollen wat in 2017 is afgerond. De inzet van vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen worden volgens protocol ingezet en geëvalueerd. De BOPZ-arts is hier nauw bij betrokken.

De vertegenwoordiging vanuit de locaties in de BOPZ-commissie was in 2017 niet optimaal vanwege verschuivingen in de bezetting. Hierdoor werden er gesprekspartners

gemist. I.o.m. de bestuurder en manager B&B werd hier een verbetermaatregel op toegepast waardoor er in 2018 een nieuwe start gemaakt kon worden in de BOPZ-commissie. Alle woonzorgmanagers van BOPZ-afdelingen zijn inmiddels lid van deze commissie.

1x per 2 jaar wordt elke medewerker opnieuw geschoold. Er is een scholingsoverzicht gemaakt. Hierdoor is inzichtelijk welke locaties wanneer geschoold is.

Binnen het ECD is er functionaliteit beschikbaar voor het vastleggen van vrijheid beperkende maatregelen (Binnen de BOPZ). In 2017 zijn, op verzoek van de BOPZ-commissie, hier diverse aanpassingen in gedaan om het nauwkeuriger te laten aansluiten op onze visie en om inzicht, overzicht en evaluaties te kunnen genereren. De implementatie en testfase is in 2018 van start gegaan.

## 6.4. Risicosignalering

Voor alle cliënten wordt minimaal 2 keer per jaar (voorafgaand aan de zorgleefplan evaluatie) het risico op het ontwikkelen van de volgende gezondheidsproblemen geïventariseerd: huidletsel, ondervoeding, vallen, depressie, incontinentie, problemen met medicatiegebruik. De volgende items zijn optioneel, maatwerk per cliënt: mondzorg, delier, eenzaamheid, pijn, oogproblemen, oorproblemen. Op basis van het gescoorde risico worden op cliëntniveau preventieve maatregelen getroffen. Deze maatregelen worden vastgelegd in het zorgleefplan.

## 6.5. Preventie acute ziekenhuis opname

Bij opname, evaluaties en als er acute aanleiding toe is, bespreekt de specialist ouderengeneeskunde met de cliënt wat hij/zij nog wenst betreffende behandeling, ziekenhuisopname, etc. De wensen van de cliënt worden vastgelegd in het zorgdossier zodat deze in acute situaties inzichtelijk zijn voor medewerkers en er deskundig naar gehandeld kan worden.

Sinds september 2017 wordt er bij elke ziekenhuisopname geregistreerd of er sprake is van een geplande of acute ziekenhuisopname ten gevolge van vallen/ fracturen, luchtweginfecties, delier, onbegrepen, gedrag, CVA. Deze gegevens worden ieder kwartaal besproken in het bestuursoverleg, MT en AO's en gebruikt als input om tot verbetermaatregelen te komen.

Acute ziekenhuisopname	4 <sup>e</sup> kwartaal 2017
Vallen	8
Luchtweginfectie/urine­weginfectie	5
Delier	1
CVA	/
Onbegrepen gedrag	/
Algehele achteruitgang	10
Overig	44
Totaal	68

## 6.6. Meldingen Incidenten Cliënten (MIC)

Het totaal aantal intramurale meldingen is net als de afgelopen jaren gedaald en ligt inmiddels op het niveau van 2012. Het aantal extramurale meldingen stabiliseert.

Vallen, medicatie en ongewenst gedrag zijn, net als in de voorgaande vier jaar, intramuraal de meest gemelde incidenten. Alhoewel de 'rangorde' tussen de incidenten grotendeels gelijk is gebleven, neemt het aantal meldingen over de hele linie in meer of mindere mate af. Medicatie en valincidenten zijn in 2017 gedaald. Meldingen ongewenst gedrag, overdracht en zijn nagenoeg gelijk gebleven.

*Aantal MIC-meldingen per locatie naar soort incident*

Soort incident MIC	CS	DM	De Roo	RH	TDZ	BS	Afasie-centrum	Dag-activiteiten	CSDZ	B&B	Totaal
Bejegening	4	0	0	17	3	1	0	0	0	0	25
Besmettingsincident	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2
Branden, stoten, knellen	1	1	0	12	1	0	0	0	0	0	15
Gevaarlijke stof	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
Medicatie	84	50	18	151	72	2	0	1	1	7	386
Ongewenst gedrag	18	7	0	81	6	2	0	2	0	0	116
Overdracht	6	2	0	23	18	0	2	0	0	28	79
Planning	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	4
Suicide	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Tilliften	1	0	0	2	1	0	0	0	0	0	4
Vaccinatie	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2
Vallen	336	80	20	288	37	19	4	8	5	4	801
Vermissing	7	3	0	8	0	0	0	4	0	0	22
Voeding	0	0	0	13	0	0	0	1	0	0	14
Totaal	458	144	38	599	143	24	6	16	6	39	1474

## 6.7. Meldingen Incidenten Medewerkers (MIM)

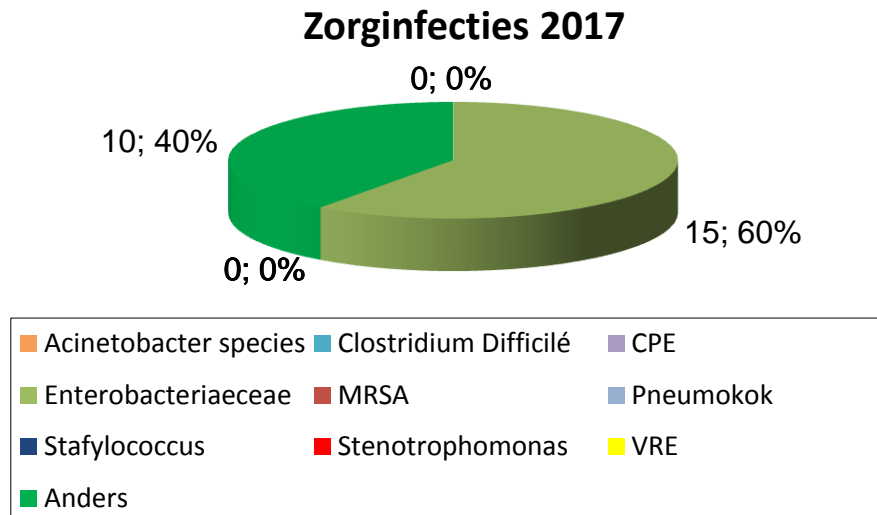
In 2017 werd 160 maal een incident met een medewerker gemeld (204 in 2016, 278 in 2015, 237 in 2014). Agressie/ongewenst gedrag is ook in 2017 de grootste groep meldingen.

*Aantal MIM-meldingen per locatie naar soort incident*

Soort incident MIM	CS	DM	De Roo	RH	TDZ	BS	Dag-activiteiten	R&W	CSDZ	B&B	PFD	Totaal
Agressie / Ongewenst gedrag	39	6	3	60	8	0	0	1	0	1	0	118
Besmettingsincident	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	3
Vallen	3	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	7
Verbranden	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	5
Psychisch letsel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gevaarlijke stof	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Ander incident	1	3	0	14	6	2	0	0	0	0	0	26
Totaal	44	10	4	80	16	2	1	1	0	1	1	160

## 6.8. Infectiepreventie

De infectiepreventiecommissie heeft zich in 2017 beziggehouden met de evaluatie van het hygiënebeleid, BRMO's en initiëren en organiseren van de grieprikken voor medewerkers. In het najaar is er een wissel van voorzitter geweest. Een nieuwe enthousiaste arts stimuleert de commissie zich te ontwikkelen tot een professionele commissie met betrokken deelnemers. Eind 2017 is de nut en noodzaak van een deskundige infectiepreventie onderzocht met het advies aan bestuurder om deze aan te trekken. December 2017 is daarvoor de werving gestart.



### 6.8.1. Bijzonder Resistent Micro-Organisme (BRMO)

Een PG-afdeling op locatie Rijckehove is geconfronteerd met een BRMO-uitbraak. Doordat het een PG afdeling betreft en er een cliënt met een fors lekkende stoma op deze afdeling verblijft en zich over de hele locatie verplaatst, is de uitbraak moeizaam onder controle te houden. In samenwerking met GGD Rotterdam Rijnmond en microbiologen zijn wij tot een plan van aanpak gekomen welke een verbetering op de hygiëne heeft opgeleverd. De Arbo-medewerker van De Zellingen gaat met regelmaat langs op de afdeling om de zorgmedewerkers te coachen bij hun werkzaamheden en het hygiënebeleid. Alle cliënten die verblijven op deze afdeling worden driemaandelijks gekweekt om de BRMO te kunnen blijven volgen. De SOG is hier ook nauw bij betrokken.

### 6.8.2. Griepvaccinaties

In 2017 hebben de Arbo-medewerker, een arts en afdeling PR&C meer ruchtbaarheid gegeven aan het belang van het halen van de griepvaccinatie. Zo zijn onze medewerkers mondeling, per mail, via intranet en posters hierop attent gemaakt. Dit resulteerde in een aanzienlijke toename van het aantal griepvaccinaties die gehaald zijn door onze medewerkers. In 2016 waren dit 124 vaccinaties, in 2017 waren dit er 188. Daarnaast hebben meer medewerkers de griepvaccinaties bij de huisarts gehaald. Het totaal komt daarmee op 211 vaccinaties. Doordat mede vanuit de infectiepreventiecommissie actief aandacht wordt besteed aan dit onderwerp en het halen van de grieprik wordt gestimuleerd, is dit stijgende resultaat behaald.

## **6.9. Samenwerkingsinstrument Sluitende Aanpak (SISA)**

Vanuit de aanbesteding Rotterdam is De Zellingen de verplichting gesteld om aan te sluiten bij de verwijsindex SISA (Samenwerkingsinstrument Sluitende Aanpak). Dit wil zeggen dat wij een toetredingsverklaring bezitten en kunnen aantonen dat SISA binnen onze organisatie is geïmplementeerd. Na implementatie weet elke medewerker die betrokken is bij de zorg voor onze cliënten waar hij/zij terecht kan en wat te doen bij een (vermoeden van) huiselijk geweld/ouderenmishandeling.

Een zorgteammanager en een beleidsmedewerker zijn naar een training geweest waarbij zij alle kennis en informatie, die nodig is omtrent SISA, hebben gekregen en direct aan de slag kunnen zodra er (vermoeden van) huiselijk geweld/ouderenmishandeling is. De twee aandachtsfunctionarissen Meldcode en SISA zorgen in 2018 voor een training en informatievoorzieningen voor de betrokken medewerkers.

## **7. Leren en verbeteren van kwaliteit**

De missie, visie en kernwaarden van De Zellingen vormen de basis van ons kwaliteitsbeleid. Het fundament van het kwaliteitsbeleid is ondersteunend aan het gedrag van onze medewerkers en draagt op die wijze bij aan de kwaliteit van zorg. Door op vastgestelde thema's structureel metingen te (laten) verrichten, de uitkomsten te analyseren en desgewenst onze processen en beleid aan te passen borgen we de kwaliteit van onze zorg- en dienstverlening.

Voorbeelden van metingen zijn naast de zorginhoudelijke veiligheidsonderwerpen onder andere continue tevredenheidsmetingen onder cliënten en medewerkers, cliëntevaluaties, audits, incidenten, klachten en complimenten. Deze kwaliteitsregistraties worden op vastgestelde tijden door het management en de direct uitvoerende medewerkers besproken. Indien nodig worden naar aanleiding van de metingen verbeteracties ondernomen en/of verbeterplannen opgesteld en uitgevoerd. Daarmee is er een continue cyclus van leren en verbeteren.

De Zellingen is zich ervan bewust dat vakbekwaam en professioneel werken gericht is op een continu proces van verbeteren en leren. Het vraag- en persoonsgerichte werken en het kwaliteitsbeleid stelt de organisatie in staat om vanuit onze missie en visie zorg en diensten te kunnen leveren.

### **7.1. Kwaliteitsmanagementsysteem**

De Zellingen werkt met het model dat is gebaseerd op de HKZ-systematiek. De organisatie is sinds 2008 in het bezit van het kwaliteitscertificaat dat jaarlijks wordt getoetst door een extern certificeringsbureau. In 2016 heeft De Zellingen HKZ behaald gebaseerd op de ISO 9001:2015. Bij de periodieke audit in 2017 heeft De Zellingen een major tekortkoming op het onderwerp inwerken van nieuwe medewerkers. Begin 2018 moeten we aantonen dat alle nieuwe medewerkers zorgvuldig worden ingewerkt. Daarnaast zijn er 7 categorie 2 bevindingen en 6 observaties. Voor deze punten wordt begin 2018 een verbeterplan opgesteld dat in 2018 wordt uitgevoerd. Ook heeft De Zellingen veel complimenten gekregen van de externe auditor. Een kleine greep hieruit:

- Intramurale inzet van de muziektherapeut;
- De aandacht voor en acties op het thema seksualiteit & intimiteit;
- Betrokkenheid en samenwerking met de cliëntenraad;
- Mooie ketensamenwerking in onder andere het HARTpad en transmurale zorgbrug;
- Prioriteit op onderwerpen wet BIG, leermanagementsysteem en KICK-protocollen;
- Een continu proces van leren en ontwikkelen bij de implementatie van het ECD extramuraal;
- Complimenten voor de betrokkenheid en het harde werken van de medewerkers HO en de afdelingen Kleinschalig wonen en Beukenhof.

Het kwaliteitssysteem wordt intern beoordeeld aan de hand van interne audits en de directiebeoordeling. In 2017 hebben er audits plaatsgevonden over de thema's eigen regie, BIG, DPP (depressie, pijn en psychofarmaca) en Compliance op de onderwerpen hygiëne, zorgdossier en medicatie.

Naast de externe HKZ audit en interne audits vinden ook regelmatig externe audits plaats, onder andere bezoek van IGZ en andere inspecties, accountantscontrole en audits van het zorgkantoor (bijvoorbeeld materiële controle). De resultaten van audits worden gebruikt als input voor verbetering.

Via het documentbeheersysteem 'Klavertje Vier' zijn alle beleidsdocumenten, kritische processen, procedures en richtlijnen voor al onze medewerkers digitaal beschikbaar. Voor het beheer van de documenten wordt een evaluatiestructuur gehanteerd.

## **7.2. Jaarlijks geactualiseerd kwaliteitsplan**

De Zellingen beschikt jaarlijks over een actueel kwaliteitsplan welke is opgesteld aan de hand van het in 2017 vastgestelde Strategische beleidsplan van De Zellingen. Het kwaliteitsplan wordt gezien als levend document wat door het jaar heen gewijzigd kan worden naar aanleiding van de situatie op dat moment. Het plan wordt opgesteld/bijgesteld in samenwerking met diverse betrokken zoals; de cliëntenraad, medici, verpleegkundigen en verzorgenden, management, Raad van Toezicht en OR. Het kwaliteitsplan is besproken in het lerend netwerk voor feedback.

## **7.3. Lerend netwerk**

De Zellingen is na diverse verkennende gesprekken in 2017 een samenwerking overeengekomen met Leliezorggroep en Sonneburgh om een lerend netwerk te vormen om zo gezamenlijk vorm te kunnen geven aan diverse doelstelling binnen het kwaliteitskader V&V. Het doelbewust kennis en ervaringen delen is van groot belang om zo onze cliënten de best mogelijke zorg te kunnen bieden.

Jaarlijks komen de organisaties 4 maal bij elkaar. Aanwezigen hierbij zijn de bestuurders, een afgevaardigde op het gebied van kwaliteit en afhankelijk van het onderwerp een introduc e. Het vergaderrooster wordt aan het begin van het jaar vastgesteld. Centraal bij elk overleg staan de activiteiten opgenomen in het kwaliteitsplan. Naast de vaste overleggen zal er een opzet gemaakt worden om de uitwisseling onder medewerkers verder vorm te geven.

Eind 2017 is het lerend netwerk bij elkaar gekomen om inhoudelijk de kwaliteitsplannen 2018 te bespreken.

Voor 2018 zijn in goed overleg de volgende hoofdthema's vastgesteld:

- Oppakken van de ontwikkelpunten uit de samenwerkingsovereenkomst;
- Verbinding met scholen en wetenschappelijk onderzoek;
- Kwaliteitsverslag;
- Uitwisseling op het gebied van P&O: op welke thema's / onderwerpen zouden zij aan de slag willen met uitwisselen van kennis en ervaring en breed bespreken van het thema uitwisselen van kennis);
- Uitwisseling op het onderwerp MIC (wat gaat goed /wat kan beter/knelpunten);
- Conferentie Lerend netwerk terugkoppeling van de samenwerking en behaalde resultaten eind 2018;
- Evaluatie lerend netwerk;
- Kwaliteitsplan 2019.

Daarnaast neemt De Zellingen deel aan de volgende netwerken (zie ook bijlage 4):

- Capels WMO-platform: Zorg en welzijnsaanbieders vanuit Capelle aan den IJssel delen ervaringen en trekken samen op om binnen de WMO initiatieven te ontwikkelen voor burgers in Capelle. Voorbeelden zijn hierin regeling logeerbedden, de mantelzorgpas, de Wmo huishoudelijke zorg, welzijnsbeleid etc.;
- Keten dementie Capelle/Krimpen: Zorg en welzijnsaanbieders, beide gemeenten, huisartsen, ziekenhuizen en de Alzheimervereniging Nederland maken deel uit van deze keten. Deskundigheidsbevordering en samenwerking staan centraal;
- Tandem Ketenzorg en behandeling cliënten met dementie woonachtig in Nieuwerkerk aan den IJssel;
- Netwerk Palliatieve zorg: In samenwerking met tal van zorgpartijen nemen wij actief deel aan de keten palliatieve zorg waarin naast zorgaanbieders ook de ziekenhuizen en huisartsen een belangrijke inbreng hebben;
- PaTz: staat voor palliatieve thuiszorg en heeft het doel de samenwerking tussen huisartsen en (wijk)verpleegkundigen te bevorderen en hun deskundigheid te verhogen;
- Stichting Leerhuizen Palliatieve zorg: Een regionaal samenwerkingsverband tussen verschillende zorgorganisaties (partnerorganisaties) waarbinnen kennis, kunde en kust wordt ontwikkeld en uitgedragen op het gebied van palliatieve zorg;
- Parknet: Multidisciplinaire eerstelijns keten behandeling Parkinsoncliënten;
- De Zellingen heeft een meerjarige samenwerkingsovereenkomst met De Vijverhof voor het leveren van diverse behandeldiensten;
- De Zellingen is lid van ActiZ, de brancheorganisatie voor zorgaanbieders in de VVT-sector;
- Met het IJssellandziekenhuis bestaat een nauwe samenwerking op tal van gebied zoals keten Collum Care, heup/knie, CVA, Hartpad, Transmurale Zorgbrug en palliatieve zorg;
- Rotterdamse Stroke Service: Ketenzorg en behandeling van CVA-cliënten;
- Transmurale keten IJsselland Ziekenhuis: Samenwerking gericht op juist overdracht en doorstroming binnen de keten;
- Stichting Welzijn Capelle In het kader van Welzijn Nieuwe Stijl diverse samenwerkingsvormen waaronder Wijkverpleging S1 en buurtmoeders;
- Erasmus Medisch Centrum Beademingsafdeling (Vogelhof) wordt begeleid door beademingsverpleegkundige vanuit Erasmus MC;
- Samenwerking Maasstad Ziekenhuis gericht op microbiologie;
- Van Kleef Instituut: kennis- en inspiratienetwerk van en voor zorgprofessional.



## **8. Leiderschap, governance en management**

### **8.1. Visie op zorg**

De visie van De Zellingen staat centraal binnen de organisatie, wordt breed uitgedragen en vormt het uitgangspunt voor ons handelen en onze zorg- en dienstverlening. De visie is in 2017 aangescherpt bij het herijken van het strategisch beleid van De Zellingen.

Onder andere ook het kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, het toetsingskader wijkverpleging en de regelgeving op het gebied van de Wmo vormen het kader voor het herijken van het strategisch beleid van De Zellingen.

In 2016 is een begin gemaakt met het opstellen en herijken van het strategisch beleid van De Zellingen. Eind 2016 is een SWOT uitgevoerd en zijn de demografische ontwikkelingen, onze concurrenten en marktpositie geanalyseerd. In 2017 zijn sessies gehouden met interne sleutelfiguren, de centrale cliëntenraad, OR en Raad van Toezicht. De SWOT-analyse vormde de basis voor deze gesprekken. De inbreng van alle belanghebbenden hebben geleid tot een scherper inzicht in de (mogelijke) toekomst, de ervaren ontwikkelingen en de wijze waarop De Zellingen hierop zou kunnen reageren.

Dit heeft geleid tot een uitwerking van uitgangspunten en doelstellingen in het strategisch beleid op zorg, medewerkers, organisatie, vastgoed en financiën. Na diverse verdiepende sessies met Bestuur en MT en aanscherping van het strategisch beleid is eind 2017 tot vaststelling overgegaan. Dit beleid vormt het kader van uitgangspunten en doelstellingen voor de komende vier jaar.

### **8.2. Sturen op kernwaarden**

De kernwaarden zijn de beginselen die bij de missie en visie horen en waarin, als het goed is, de medewerkers geloven. Onze kernwaarden: ABC-R, echte Aandacht, Betrouwbaar, Creatief en Resultaatgericht, geven richting aan het gedrag van alle medewerkers. De missie, visie en kernwaarden van De Zellingen zijn in 2017 in de werkgroep Gastvrijheid vertaald in een vernieuwde omgangscodes: het 'Zellingen-DNA', die richtinggevend is voor alle medewerkers van De Zellingen.

Sturing en coaching vanuit het management is cruciaal om het Zellingen-DNA te gaan laten leven. Het Zellingen-DNA is een instrument voor een cultuur die bijdraagt aan optimale toegevoegde waarde voor cliënten en cliënt- en medewerkerstevredenheid. Eind 2017 is planmatig gestart met de implementatie van het Zellingen-DNA, waarbij de Bestuurder intensief betrokken is.

Het bespreken van het vernieuwde Zellingen-DNA in een werkoverleg en PR-uitingen zijn onvoldoende om de medewerkers zich het Zellingen-DNA eigen te laten maken. We willen bereiken dat:

- er een Zellingen gevoel en cultuur ontstaat waarvan het Zellingen-DNA de kern is;
- de professional in zijn kracht wordt gezet en wordt aangesproken op zijn/haar vakmanschap en verantwoordelijkheden (binnen de functie-eisen);
- de medewerker centraal staat, aandacht voor De Zellingen medewerker (het Zellingen kapitaal);
- we medewerkers binden en boeien;
- medewerkers ambassadeurs zijn van De Zellingen;

- medewerkers het Zellingen-DNA toepassen in de dagelijkse praktijk zodat dit de kwaliteit van zorg bevordert;
- dit het imago van De Zellingen ten goede komt.

Een combinatie van acties, op diverse niveaus en voor de lange termijn is daarbij de strategie. Alle managers/leidinggevenden hebben hierin een belangrijke rol. Het Zellingen-DNA dient geïntegreerd te worden in het personeelsbeleid en personeelsinstrumenten, in opleidingsactiviteiten en communicatiemiddelen. Alleen door op al deze gebieden activiteiten te ondernemen kan er resultaat geboekt worden om daadwerkelijk het Zellingen-DNA onderdeel te laten worden van de dagelijkse praktijk en het in de vezels van al onze medewerkers gaat zitten. Eind 2017 zijn daarvoor de eerste stappen gezet, die in 2018 verder vervolgd zullen gaan worden. Begin januari vindt er een grootschalige bijeenkomst plaats met management, stafafdelingen, behandeldienst, EVV'ers en wijkverpleegkundigen waarin het Zellingen-DNA centraal zal staan en die de start vormt van de implementatie.

### 8.3. Organisatieontwikkeling

In 2016 is een start gemaakt met een herbezinning op de organisatiestructuur van De Zellingen. In de loop van 2017 heeft dat tot een analyse geleid, waaruit bleek dat niet zozeer de structuur, als wel de cultuur van De Zellingen aandacht behoeft. Dat heeft er toe geleid dat in 2017 is besloten verder te gaan met een nieuw adviesbureau, met ervaring op het gebied van cultuurveranderingstrajecten. In 2018 zal dat traject daadwerkelijk in gang gezet worden, met een nadere analyse van de cultuurkenmerken van de organisatie en met een aanpak die er voor gaat zorgen dat de professionaliteit van de zorgmedewerkers weer leidend wordt in het ontwikkelen van de kwaliteit van zorg.

### 8.4. Rol en positie interne organen en toezichthouders

#### 8.4.1. Verslag Raad van Toezicht (RvT)

De RvT heeft in 2017 zevenmaal vergaderd. Daarnaast zijn op 12-04-2017 (thema zorg in verbinding met de samenleving met leden Zellingen MT en de voorzitters OR en CCR) en op 05-07-2017 (thema vastgoed) studiemiddagen belegd.

Datum	Onderwerp	Afwezig
<b>09-02-2017</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terugrapportage vanuit de auditcommissie (notulen vergadering 31-01-2017, managementletter 2016, controleplan 2016, treasury statuut, treasury jaarplan, update prognose 2016)</li> <li>- Begroting 2017 + advies CCR</li> <li>- Strategisch beleidsplan De Zellingen/ meerjarenbegroting</li> <li>- Presentatie projectplan verzuim</li> <li>- De Roo, huurberekening en vervolgstappen</li> </ul>	
<b>28-02-2017 extra ingelast</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Begroting 2017, goedkeuring</li> <li>- Voortgang De Roo</li> </ul>	

<b>30-03-2017</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ontwikkelingen HO Capelle a/d IJssel</li> <li>- Financiën, voortgang Montesquieu/meerjarenbegroting, stand van zaken jaarrekening 2016</li> <li>- Verzuim</li> <li>- Tussenrapportage VTZ/hospice</li> <li>- WNT</li> <li>- De Roo, terugkoppeling stand van zaken</li> </ul>	
<b>18-05-2017</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accountantscontrole: concept-accountantsverslag 2016 en jaarrekening 2016</li> <li>- Presentatie Montesquieu</li> <li>- Financiën, terugkoppeling auditcommissie</li> <li>- Concept-directieverslag 2016</li> <li>- Notitie remuneratiecommissie: vacatures RvT</li> <li>- Stand van zaken De Roo</li> <li>- Verzuim</li> <li>- Studiemiddag vastgoed, voortgang hospice</li> </ul>	R. de Koning
<b>26-09-2017</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terugrapportage auditcommissie (notulen vergaderingen 06-06-2017 en 12-09-2017, Q2-rapportage, memo financieringsstromen)</li> <li>- Terugrapportage commissie Kwaliteit &amp; Veiligheid (notulen vergadering 12-04-2017)</li> <li>- Evaluatie commissies, voorstel</li> <li>- Vastgoed, stand van zaken Crimpenersteyn/Zadkinerade-Meeuwensingel/De Roo</li> <li>- Boost, presentatie ophaalsessie</li> <li>- Risico-inventarisatie</li> <li>- Verzuimrapportage</li> <li>- Planning datum afscheid B. de Deugd/H. Wiegmans, vergaderschema 2018</li> <li>- Terugkoppeling uit overlegvergadering met OR 26-06-2017</li> </ul>	
<b>09-11-2017</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terugrapportage auditcommissie (notulen vergadering 01-11-2017, themavergadering vastgoed)</li> <li>- Terugrapportage commissie Kwaliteit &amp; Veiligheid (notulen vergadering 19-10-2017, samenvattingen extra middelen, werkplan, directiebeoordeling; Kwaliteitskader)</li> <li>- Verzuimrapportage</li> <li>- Rapportage medewerkerstevredenheid, presentatie</li> <li>- Strategisch beleid/organisatiestructuur, voortgang en kaderbrief 2018</li> <li>- Rooster van aftreden 2018</li> <li>- Bijscholing RvT</li> </ul>	
<b>13-12-2017</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bespreking managementletter</li> <li>- Terugrapportage auditcommissie (notulen</li> </ul>	R. Helder

	vergadering 04-12-2017, financiële rapportage september 2017, uitkomst ICT-onderzoek PwC + plan van aanpak, begroting 2018/vaststelling) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terugkoppeling remuneratiecommissie: voorgenomen benoeming bestuurder per 01-04-2018, voordracht nieuwe RvT-leden, afvaardiging commissies 2018</li> <li>- Governance Code: het nieuwe zorgbestuur, toezichtvisie, conflictregeling, informatieprotocol</li> <li>- Voortgang organisatieontwikkeling: meerjarenkader en vervolg Boost</li> <li>- Verzuimrapportage</li> </ul>	
--	---	--

Leden van de RvT waren in 2017: B.J. de Deugd, R. Helder, R. de Koning (voorzitter), F. Stark, S. Timmerman en H. Wiegmans. Per 31-12-2017 traden B.J. de Deugd en H. Wiegmans af.

Samenstelling auditcommissie: F. Stark en S. Timmerman. Deze commissie kwam in het verslagjaar zesmaal bijeen.

Samenstelling commissie Kwaliteit en Veiligheid: R. Helder en H. Wiegmans. Deze commissie kwam in het verslagjaar tweemaal bijeen.

Samenstelling remuneratiecommissie: R. de Koning en B. de Deugd. Deze commissie kwam in het verslagjaar vijfmaal bijeen.

De RvT heeft op 28 februari 2017 een zelfevaluatie gehouden en zich daarbij extern laten begeleiden. Onderwerpen van gesprek waren: de compliance aan de Zorgbrede Governancecode 2017, de gewenste samenstelling van de RvT en de aankomende bestuurswissel.

In het verslagjaar is met tweemaal overlegd met de OR en eenmaal met de CCR.

#### **8.4.2. Ondernemingsraad (OR)**

Per 31 december 2017 was de OR als volgt samengesteld:

Kiesgroep Thuiszorg (5 zetels):

- Jeannette Buitelaar
- Desiree Edwards
- Yvonne Zwarts
- Boudy Winkelman
- Josta Morelis

Kiesgroep Rijckehove (2 zetels):

- Anita Verkaik
- Raymon Los

Kiesgroep Zellingenbreed (5 zetels):

- Saskia van der Putten
- Gerda van Zijl
- Benita Rook
- Linda van den Berg

- Fijgje van Gelderen

Kiesgroep Crimpenersteyn (2 zetels):

- Käthy Hessling
- Vacature

Kiesgroep De Meander (1 zetel):

- Cathy Boom

### **Reguliere OR-verkiezing 6<sup>e</sup> zittingstermijn**

Begin september is er een verkiezingsprocedure geweest omdat in oktober de zittingstermijn eindigde. Op basis van de medewerkersaantallen zijn de zetels van de kiesgroepen herverdeeld. De kiesgroep Zellingenbreed is gegroeid ten koste van het zetelaantal van kiesgroep Rijckehove. Dit komt doordat het aantal gecentraliseerde functies de afgelopen jaren is toegenomen.

Een aantal zittende OR-leden heeft zich om uiteenlopende redenen niet herkiesbaar gesteld, bijvoorbeeld vanwege vervroegd pensioen of het beginnen aan een opleiding.

Doordat er niet meer kandidaten waren dan te vervullen zetels, was het niet nodig een verkiezing te houden. De OR heeft een aantal nieuwe leden mogen verwelkomen en met uitzondering van één vacature binnen kiesgroep Crimpenersteyn zijn alle zetels herbezet. Met ingang van 23 oktober 2017 is de 6<sup>e</sup> zittingstermijn gestart.

### **Vergaderingen**

De ondernemingsraad is 20 keer bijeengekomen voor een reguliere vergadering. Eén keer vond een extra overleg plaats. Met het bestuur van De Zellingen vonden zes reguliere overlegvergaderingen plaats. Bij twee van deze overleggen (in juni en december) was de Raad van Toezicht vertegenwoordigd.

Dit verslagjaar op de agenda van OR-vergaderingen:

- Financiën
- Vastgoedontwikkelingen
- Zorginkoop 2018
- Verzuim
- Organisatiewijziging Boost
- Scholing OR
- Waardigheid & Trots
- Werktijden Dagbestedingscoaches
- Nieuwe functies
- Kanteling werktijden
- Optimalisatie personeelsinzet
- Herinrichting afdeling Opleidingen
- Overleg Arboarts

In 2017 heeft de OR geadviseerd inzake:

- Functie Interne Controle&Compliance
- Functie Klachtenfunctionaris
- Huisvesting 40 bedden in De Roo
- Herinrichten afdeling Opleidingen

- Inzet AAG t.b.v. vervreemding vastgoed
- Benoeming F.A. van der Sloot per 1-4-2018 als bestuurder

en ingestemd met:

- Inzet Dagbestedingscoaches tijdens avond- en weekenduren
- Berekening eindejaarsuitkering 2017 conform die van 2016
- Aansluiting Waarschuwingsregister

### **8.4.3. Centrale Cliëntenraad (CCR)**

Ook dit kalenderjaar heeft er binnen de centrale cliëntenraad (CCR) geen mutatie plaatsgevonden. De raad bestond uit zeven personen omdat er vanuit De Meander ook dit jaar slechts één afgevaardigde is.

Tijdens de zes (6) reguliere vergaderingen met de bestuurder heeft de CCR ter verduidelijking van bepaalde onderwerpen de volgende gasten ontvangen: O. Borsboom, J. Boumans (Zilveren Kruis), I. Cauwels, R. Gruntjes (V.G.Z.), E. Nuninga en M. Pals.

De volgende onderwerpen zijn aan de orde geweest:

- begroting 2017
- zorginkoop
- huisvesting
- Waardigheid en Trots
- ontwikkelafspraken Zilveren Kruis en V.G.Z.
- klachtenprocedure
- Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg
- VTZ
- directieverslag en jaarrekening 2016
- prijslijst activiteiten R&W
- plan van aanpak verdeling 100 miljoen
- strategisch beleid/organisatiestructuur.

In de loop van het jaar heeft de CCR positief advies kunnen uitbrengen over de volgende onderwerpen:

- begroting 2017
- aanstelling klachtenfunctionaris voor een jaar
- uitvoering CQ door Facit
- nieuwe zorg- en dienstverleningsovereenkomst
- MIC-procedure
- prijslijsten aanvullende diensten en verzorgingsmiddelen
- jaarrekening 2016
- prijslijst activiteiten R&W
- invulling besteding middelen Waardigheid en Trots
- voorgenomen benoeming opvolgend bestuurder
- benoeming drie leden RvT

## **8.5. Governance**

Het jaar 2017 was het eerste jaar waarin de Zorgbrede Governancecode 2017 van kracht werd. Er is een begin gemaakt met het voldoen aan deze vernieuwde code. Dat proces

werd beïnvloed door twee selectieprocessen. Er zijn per 1 januari 2018 drie nieuwe leden van de Raad van Toezicht geworven en benoemd: mevrouw A.M.A.T. Beukman-Zuure, mevrouw G.C. Convent en de heer M. El Mokaddem. Daarmee is het aantal leden van de Raad van zes naar zeven gestegen. De aanstaande pensionering van de bestuurder heeft ook veel aandacht gevraagd. De uitkomst van dat proces was, dat de Raad van Toezicht, na uitvoerige consultatie van de diverse gremia in de organisatie, besloten heeft om de bestuurssecretaris, mevrouw F.A. van der Sloot, per 1 april 2018 te benoemen als bestuurder van De Zellingen.

Een deel van de opgave om aan de code te voldoen is derhalve doorgeschoven naar 2018. Er is dan een statutenwijziging nodig, de daarop gebaseerde reglementen dienen te worden herzien en de visie op toezicht dient nader ingevuld te worden. Ook wordt de aan De Zellingen verbonden Stichting Vrijwilligers Terminale Zorg overgedragen aan het bestuur van het Hospice.

## 8.6. Wet kwaliteit klachten geschillen zorg (Wkkgz)

Klachten vormen belangrijke input om van te leren en onze zorg- en dienstverlening te verbeteren. Complimenten geven ons inzicht in de zaken die we goed doen. De Zellingen heeft voor cliënten/familie en hun vertegenwoordigers geregeld dat zij hun klachten kunnen bespreken/behandelen. Er zijn drie procedures die gevolgd kunnen worden: informele klachten en complimentenregistratie, cliëntvertrouwenspersoon en formele klachtenrouting. Deze zijn ook in 2017 gebruikt om signalen af te geven. Klachten, zowel formeel als informeel, worden volgens de geldende procedures, waarin een verbetercyclus is geborgd, afgehandeld. Deze wijze van klachten afhandeling past binnen de kaders van de Wet kwaliteit klachten geschillen zorg (Wkkgz).

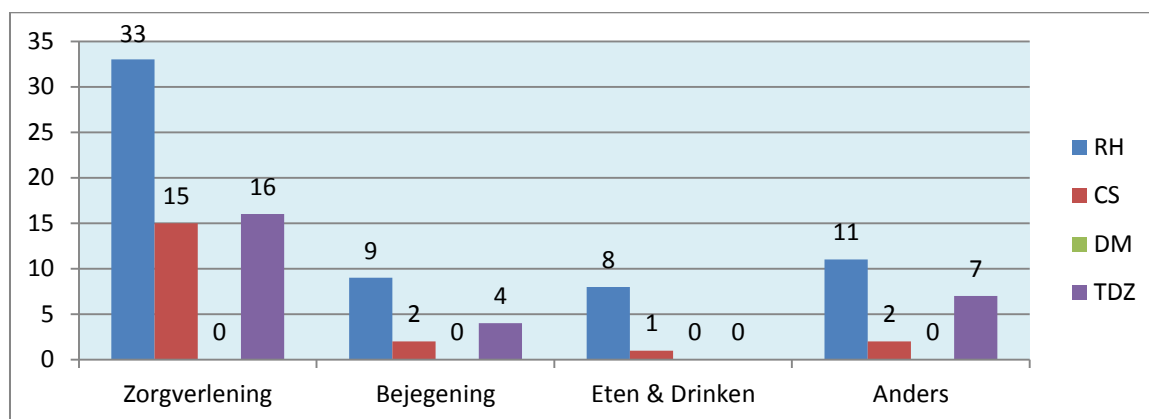
### 8.6.1. Informele complimenten en klachten cliënten

In 2017 zijn er 143 informele complimenten en 74 informele klachten geregistreerd. Het aantal complimenten en klachten daalt ten opzichte van 2016.

Locatie	Complimenten				Klachten			
	2017	2016	2015	2014		2016	2015	2014
<b>Rijckehove</b>	66	77	86	61	31	18	23	43
<b>Crimpenersteyn</b>	20	26	15	29	28	43	48	41
<b>De Meander</b>	0	5	3	7	3	7	17	12
<b>TDZ</b>	31	35	15	9	11	31	53	12
<b>Bermensteyn</b>	6	1	1		0	0	0	
<b>Afasiecentrum</b>	10	1	1		0	0	1	
<b>Dagactiviteiten</b>	10	14	3		1	1	0	
<b>Totaal</b>	<b>143</b>	<b>186</b>	<b>130</b>	<b>106</b>	<b>74</b>	<b>105</b>	<b>142</b>	<b>108</b>

In 2017 zijn er 143 informele complimenten geregistreerd. De helft van de complimenten worden geregistreerd op het onderwerp zorgverlening.

### Aantal complimenten 2017 naar onderwerp per OE



- Alle locaties laten een (lichte) daling zien in het aantal geregistreerde complimenten.
- Het aantal geregistreerde complimenten is het grootst in Rijckehove.
- In De Meander zijn in 2017 geen complimenten geregistreerd.

### 8.6.2. Cliëntvertrouwenspersoon (CVP)

De Clientvertrouwenspersoon heeft in 2017 17 klachten in behandeling genomen, twee meldingen ontvangen en zeven adviezen gegeven. Het aantal klachten, meldingen en adviezen laat daarbij al een aantal jaar een regelmatig beeld zien. Op één klacht na zijn de klachten naar tevredenheid afgehandeld. In overleg met betrokkenen heeft de CVP wat het advies en de melding betreft geen verdere actie ondernomen.

#### Aantal klachten, meldingen en adviezen naar locatie

	klachten	meldingen	advies
<b>Rijckehove</b>	8	1	4
<b>Crimpenersteyn</b>	2	-	1
<b>De Meander</b>	4	1	1
<b>TDZ</b>	1		1
<b>Bermensteyn</b>	1	-	
<b>De Roo</b>	1	-	
<b>Totaal</b>	17	2	7

De onderverdeling van de aard van de klachten is te zien in onderstaande tabel. Een klacht kan verschillende onderdelen bevatten, waardoor de totalen uit beide tabellen niet overeenkomen. De aard van de klachten laat een verschuiving zien. In 2015 was het onderwerp communicatie het meest frequente onderwerp van een klacht. In 2016 was dit zorg. In 2017 geldt dat weer voor communicatie.



### De aard van de klachten

	Bejegening	Medisch	Communicatie	Zorg	Organisatie	Bemiddeling KCR	Overig
<b>Rijckehove</b>	2	2	7	4	-	-	<b>4</b>
<b>Crimpenersteyn</b>	-	-	1	-	-	-	<b>1</b>
<b>De Meander</b>	2	3	4	3	3	1	<b>1</b>
<b>TDZ</b>	-	-	1	1	-	-	-
<b>Bermensteyn</b>	-	-	-	-	-	-	<b>1</b>
<b>De Roo</b>	-	-	<b>1</b>	-	-	-	<b>1</b>

### 8.6.3. Klachtencommissie Rijnmond

De Regionale klachtencommissie heeft in 2017 5 klachten in behandeling genomen. In totaal zijn er twee klachten meer ingediend dan in 2016. Van deze vijf ingediende klachten zijn er vier klachten met een bemiddelingsgesprek naar wederzijdse tevredenheid afgehandeld. Een klacht is met een hoorzitting afgehandeld. Deze klacht is gedeeltelijk gegrond en gedeeltelijk ongegrond verklaard.

Bij de afhandeling van de klachten door de Cliëntvertrouwenspersoon en Regionale klachtencommissie zijn de volgende trends geconcludeerd ter verbetering: inzet van personeel, zorgverlening, communicatie, bejegening, medische zorg en de organisatie.

### 8.6.4. Klachtenfunctionaris

De zorgaanbieder is sinds de nieuwe wet verplicht een onafhankelijke klachtenfunctionaris (klachtenbemiddelaar, ombudsvrouw/-man, vertrouwenspersoon of medewerker klachtenopvang) aan te stellen. Om hieraan te voldoen is half november van dit verslagjaar als pilot een klachtenfunctionaris in dienst getreden bij De Zellingen.

De bestuurder geeft er de voorkeur aan om de rol van onafhankelijke cliëntvertrouwenspersoon te laten bestaan, naast de nieuwe onafhankelijke klachtenfunctionaris. In 2018 zal worden uitgekristalliseerd hoe deze twee functies, naast elkaar, ingevuld gaan worden en zal de pilot van de functie klachtenfunctionaris geëvalueerd worden.

## 8.7. Risicomanagement

De Zellingen heeft de opdracht om de maatschappelijke ontwikkelingen zowel intern als extern goed te volgen en hierop te anticiperen en om mogelijke risico's vroegtijdig te signaleren en maatregelen te treffen om een negatief effect te voorkomen of te verminderen. Daarnaast zijn kennis van wet- en regelgeving in verband met compliance, procesbeschrijvingen en uitvoeren conform beschrijving plus een heldere en eenduidige taak- en bevoegdheidsverdeling essentieel.

Wij onderkennen en hebben aandacht voor risico's in de diverse facetten van de bedrijfsvoering:

- Zorghoudelijke risico's: risico's samenhangend met kwaliteit en veiligheid van zorg;
- Risico's in de bedrijfsvoering: het gaat dan om aandachtsgebieden zoals vastgoed en ICT;

- Financiële risico's: het gaat dan om risico's die impact hebben op het bereiken van onze financiële doelstellingen.

Beheersing van risico's vindt plaats vanuit een stelsel van beheersingsmaatregelen. In 2017 hebben wij een risico inventarisatie uitgevoerd waarbij wij organisatiebreed de belangrijkste risico's hebben beoordeeld op:

- de kans dat deze risico's zich voordoen;
- de impact die dat zou hebben;
- de beheersmaatregelen die zijn getroffen;
- de impact die de beheersmaatregelen hebben op zowel kans als impact van het risico.

### **8.7.1. Zorginhoudelijke risico's**

Verzorgenden en verpleegkundigen hebben dagelijks oog voor mogelijke gezondheidsrisico's van cliënten. Dat is onderdeel van het werk en van hun professionaliteit. Binnen De Zellingen wordt deze professionaliteit ondersteund door het beleid risicosignalering. In het beleid zijn afspraken vastgelegd over de onderwerpen waarvoor een risicosignalering plaatsvindt, hoe deze worden uitgevoerd en waar de uitkomsten worden besproken. Concreet betekent dit dat voor vallen, depressie, ondervoeding, decubitus, medicatie, mondzorg, slikken en incontinentie met vaste regelmaat en bij verandering van de gezondheidssituatie van de cliënt risicosignaleringen worden uitgevoerd. De bevindingen van de risicosignaleringen worden tijdens de zorgleefplangesprekken multidisciplinair besproken (zie ook Hoofdstuk Veiligheid).

Zoals al eerder in het verslag geschreven, is Zellingenbreed aandacht besteed aan veiligheid. Op het gebied van veiligheid, in de ruimste zin van het woord, worden de meeste maatregelen genomen om incidenten en calamiteiten te voorkomen. Een leven zonder risico's is niet mogelijk, veel risico's zijn niet of nauwelijks te beïnvloeden als organisatie. Soms vraagt het om een bewuste acceptatie van de risico's en dit met elkaar te delen.

### **8.7.2. Bedrijfsvoeringrisico's**

Risico's waar wij veel aandacht aan besteden liggen op het gebied van:

- De arbeidsmarkt in brede zin: hebben wij voldoende, gekwalificeerd personeel om zorg te leveren? Hoe behouden wij onze medewerkers? Hoe zorgen we voor adequate scholing en training? (zie paragraaf personeelssamentelling);
- ICT: door de toenemende afhankelijkheid van geautomatiseerde systemen is het essentieel om continuïteit en beveiliging van onze systemen te borgen;
- Wet- en regelgeving zoals privacy wetgeving (zie onder andere paragraaf AVG).

### **8.7.3. Financiële risico's**

Deze zijn toegelicht in de financiële paragraaf.

### **8.7.4. Risicomanagement in de toekomst**

Positief is dat we als organisatie voldoende aandacht hebben voor risico's die we lopen en deze actief managen. Een aandachtspunt is de integraliteit van ons risicomanagement. We hebben nu diverse risicoanalyses gedurende het jaar vanuit diverse disciplines die allen separaat hieromtrent rapporteren. Onze doelstelling voor komend jaar is om te werken aan meer integraal risicomanagement.

Daarnaast hebben wij afgesproken om bij elke ontwikkeling een risicoanalyse te maken, zodat risicomangement, net als kwaliteits-, personeels- en financieel management, een normaal onderdeel uitmaakt van de taak van leidinggevend. Daarop zal in 2018 zwaar moeten worden ingezet.

## **8.8. Professionele Adviesraad (PAR)**

Het Kwaliteitskader stimuleert bestuurders in het licht van kwaliteitsverbetering van verpleeghuiszorg de oprichting van een Verpleegkundige/verzorgende Adviesraad (VAR) dan wel een Professionele Adviesraad (PAR) of andere vormen. De Zellingen ziet dit als een kans om de verbinding tussen de verschillende functionarissen en locaties van De Zellingen tot stand te brengen en samenwerking te bevorderen, om zo de kwaliteit van de zorg voor onze cliënten te verbeteren. Het bestuur van De Zellingen heeft in 2017 de voorkeur voor een PAR uitgesproken omdat deze advies raad breder in de organisatie staat doordat er uit verschillende facetten binnen de organisatie betrokkenheid is.

Hoe een PAR eruit komt te zien en op welke manier deze zich verhoudt tot de bestaande werkgroepen, commissies, projecten, etc. wordt in 2018 besproken in brainstormsessies met functionarissen uit diverse gelederen van De Zellingen. Deze werkgroep bestaat uit een beleidsmedewerker, SOG, fysiotherapeut, verpleegkundige Rijckehove en een wijkverpleegkundige TDZ. In 2018 zal er een voorstel gedaan worden aan het bestuur en zal de oprichting van een PAR naar verwachting van start gaan.

## **8.9. Verankeren van medische, verpleegkundige en psychosociale expertise**

De bestuurder heeft in 2017 structureel overleg gevoerd met vertegenwoordigers van diverse beroepsgroepen zoals artsen, voorzitter van de MIC-commissie en BOPZ-commissie. Visie en strategie, signalen en ontwikkelingen zijn daarbij onderwerp van gesprek. Ook diverse verbetermaatregelen zijn besproken, afspraken over gemaakt en uitgezet.

# **9. Personeelssamenstelling**

## **9.1. Verbeteren van deskundigheid op de afdelingen**

De beschikbaar stelling van de 100 miljoen extra gelden door het kabinet heeft bij De Zellingen onder andere geleid tot de inzet van meer medewerkers voor de zorg in de vorm van agogisch geschoolde medewerkers, huiskamerassistenten en extra formatie muziektherapie. De werkbegeleiding en de BBL-leerlingen zijn boven de formatie gesteld waardoor er extra ruimte is ontstaan voor verbeterde begeleiding van BBL-leerlingen. Daarnaast is het aantal leerlingen fors toegenomen naar ongeveer drie leerlingen per afdeling. Ook zijn er geriatrisch verpleegkundigen aangesteld om teams te coachen naar een hoger deskundigheidsniveau en een hogere vakbekwaamheid ten aanzien van signaleren en proactief handelen. De niet benutte gelden zijn doorgeschoven naar 2018.

## **9.2. Aanpak krappe arbeidsmarkt**

Binnen De Zellingen is een aantal concrete stappen gezet om de werving en selectie van nieuwe medewerkers te verbeteren. Er is gewerkt aan een beter toegankelijke website,

de aanstelling van een adviseur werving en selectie (recruiter) en het bezoeken van banenbeurzen. Verder is in- en extern een aantal medewerkers gevraagd wat hun redenen zijn om bij De Zellingen te werken, deze uitkomsten zijn verwerkt in het voorstel werving en selectie dat in 2018 geïmplementeerd wordt. Ook hebben de uitkomsten geleid tot meer gerichte wervingsacties via internet, zoals Facebook, Skiplr en specifieke wervingssites.

De krappe arbeidsmarkt is een probleem binnen de gehele regio Rijnmond, de aanpak zal onder andere ook op dat niveau plaatsvinden. Binnen het samenwerkingsverband De Rotterdamse Zorg is de arbeidsproblematiek speerpunt en daar participeert De Zellingen in mee. Dit heeft er toe geleid dat voor de zomer de ROC's zijn benaderd. Vooral de afgestudeerde studenten Welzijn zijn gevraagd of zij een werkplek in de ouderenzorg zouden willen overwegen. Eerst als vakantiemedewerker met een korte cursus en eventueel daarna als student VIG met een verkorte opleiding.

Verder is binnen De Rotterdams Zorg, waar De Zellingen in participeert, het project Raat en Daad opgezet. Hierbij verplichten de aangesloten organisaties zich tot extra inspanningen bij het opleiden van zorgmedewerkers en het beschikbaar stellen van meer stageplaatsen. De uitvoering van Raat en Daad vindt in 2018 plaats.

### 9.3. Personeelssamenstelling

Kengetallen

	31-12-2016	31-12-2017
Medewerkers	1.285	1.271
Contracten	1.336	1.327
Fte's	674,7	704,1
Uit diensten	472	254
In diensten	380	240
Verloop	36,7%	20%
Mannen	126	131
Vrouwen	1.159	1.140
Verzuim	7,7%	5,7%

Het verloopcijfer in 2016 was hoger door de transitie in de Thuiszorg. De groep oproepcontracten en vakantiemedewerkers is in de jaren 2013 tot 2016 ongeveer 10% van het verloop geweest, in 2017 is dit nog maar 5% omdat er niet veel oproepcontracten meer zijn als gevolg van CAO bepalingen.

Landelijk is het verloopcijfer over 2017 in de zorg: 21%. Maar de grote steden Amsterdam en Rotterdam scoren veel hoger, 28% en 27%.

Het aantal medewerkers in 2017 is licht gedaald ten aanzien van 2016, maar het aantal Fte's is gestegen. Dit is te verklaren, doordat er niet meer met 0-uren contracten en beperkt met oproepcontracten gewerkt mag worden, waardoor er alleen nog arbeidsovereenkomsten met uren-afspraken zijn. Een tweede reden is dat de krappe arbeidsmarkt er toe leidt dat de parttime arbeidsovereenkomsten vaker in uren worden opgehoogd.

## 9.4. Capaciteitsplanning

Een belangrijk onderwerp van aandacht waarop in 2017 is geïnvesteerd is de bezetting op afdelingen kwalitatief en kwantitatief op orde te houden/krijgen. Hiervoor is er een onderzoek gestart naar de planning en de mogelijkheden hierin te verbeteren. De uitkomst van dit onderzoek is dat hierin veel te verbeteren valt. Er is een uitgebreid plan van aanpak gemaakt. Bij de uitvoer is externe ondersteuning ingehuurd in de vorm van een projectleiding en capaciteitsplanners. De uitvoer van het plan van aanpak zal in 2018 plaatsvinden en dan zullen de resultaten ook voelbaar worden.

Het doel is de personele bezetting zoveel als mogelijk op peil te houden. Bij een dalende bezetting stijgt de werkdruk voor de overgebleven medewerkers, ontstaat of verergert de onvrede en wordt het verzuim hoger, zodat er nog minder werkbare capaciteit overblijft. De kwaliteit gaat hier onder lijden en dit wordt merkbaar in de geleverde zorg. Dit is een negatieve spiraal, die in alle opzichten een negatieve uitwerking heeft. We investeren in nieuwe medewerkers en analyseren de redenen van vertrekkende medewerkers.

We zijn in 2017 de vertrekkende medewerkers op een andere wijze gaan benaderen om onder meer de vertrekredenen inzichtelijk te krijgen. Vanaf het najaar 2017 ontvangen vertrekkende medewerkers digitaal een exit-enquête verstuurd. Het aantal ingevulde lijsten in 2017 is nog te laag om er zorgvuldig geanalyseerde conclusies uit te trekken. De uitkomsten vormen een vast onderdeel van de periodieke kwaliteitsrapportage.

## 9.5. Aandacht, aanwezigheid en toezicht

Door het hoge verzuim begin 2017 en de krappe arbeidsmarkt stond de beschikbaarheid van medewerkers ernstig onder druk en daarmee de aandacht en goede zorg voor cliënten. Doelstelling was om het verzuim in 2017 van 7,7% naar 5,7% te brengen. Hiervoor is met ondersteuning van Falke en Verbaan een gedragsverandering ten aanzien van verzuim in gang gezet. Er heeft een Visie dag met het MT plaatsgevonden waarin een aantal bindende afspraken zijn gemaakt en waarbij de verantwoordelijkheid is afgesproken. Daarna hebben alle leidinggevenden een cursusdag gevolgd en zijn er voor de medewerkers van afdelingen met een bovengemiddeld verzuim bijeenkomsten georganiseerd waarbij leidinggevenden, ondersteund door Falke en Verbaan hun medewerkers meenamen in de visie op verzuim en hoe we hier mee om gaan. Al deze inspanningen hebben er toe geleid dat de daling van het verzuim is ingezet en de doelstellingen voor 2017 zijn gehaald. Dit ondanks het feit dat het verzuim in de branche stijgt en binnen de Rijnmond nog sterker stijgt.

Nog steeds is psychische problematiek de belangrijkste reden voor een verzuimmelding. Naast een aantal ernstiger ziektebeelden, betreft het vaak een mentale overbelasting zoals overspanning, lichte depressie, lichte angststoornis, burn-outachtige klachten. Veelal is het een combinatie van factoren zoals privé/sociaal, persoonlijkheid en werk. Binnen De Zellingen worden snel interventies aangeboden zoals bedrijfsmaatschappelijk werk, coaching, HSK en zo nodig multidisciplinaire trajecten. Hiermee wordt getracht verzuim te bekorten en herstel te bespoedigen. Maar nog belangrijker is om verzuim te voorkomen.

Dit kan door medewerkers bewuster te maken van de eigen verantwoordelijkheid inzake gezondheid en inzetbaarheid, beter te equiperen met kennis en vaardigheden, beter te

ontwikkelen, zodat ze de regie voeren over hun loopbaan. Dit betekent visie en investering op HRM-gebied.

## **9.6. Reflectie, leren en ontwikkelen**

De afdeling Opleidingen en Ontwikkeling valt in het MT onder de verantwoordelijkheid van de manager B&B. In het voorjaar van 2017 is een adviesaanvraag naar de OR gezonden over de herinrichting van de afdeling Opleidingen. Deze adviesaanvraag is opgesteld met externe ondersteuning van Triamfloat. Gezamenlijk zijn de huidige knelpunten geanalyseerd en doelstellingen en wenselijke resultaten voor de toekomstige afdeling Ontwikkelen en Leren geformuleerd.

Uit de analyse werd onder andere duidelijk dat er een breed gedeelde wens was om kwalitatief te groeien en de lat voor het te bereiken resultaat hoog te leggen. Om daar te komen zijn stappen nodig en is een ingrijpende transitie in gang gezet. Besloten is om van een smalle invulling van het scholings- en ontwikkelingsbeleid te komen tot verscherpen en te verbreden. De Zellingen zal zich moeten ontwikkelen naar een lerende organisatie, toekomstbestendig en professioneel waar leren en ontwikkelen prioriteit heeft en belangrijk deel uit maakt van het staande beleid. Met meer ruimte voor eigen regie. Bij gebrek aan interne kennis en capaciteit is onder aanvoering van een externe projectleider het veranderingstraject in gang gezet.

Er zijn inhoudelijke plannen geschreven en deze zijn vastgesteld in het MT. De bestaande functies voor praktijkbegeleider zijn veranderd in nieuwe functies van ontwikkelcoach. Met de nieuwe functies wordt in 2018 gestart. Functiebeschrijvingen zijn vastgesteld en de eisen zijn naar boven bijgesteld. Met de praktijkbegeleiders zijn individuele afspraken gemaakt op basis van de individuele wensen, voorgenomen beleid van De Zellingen en mogelijkheden van de medewerkers, binnen de organisatie. Er is gewerkt conform sociaal plan. Er zijn individuele scholingstrajecten overeengekomen en verdere afspraken gemaakt en vastgelegd.

In 2017 zijn we gestart met het vernieuwen van De Zellingenbrede visie op leren en opleiden. In deze visie staat het vakmanschap van onze medewerkers en het (multidisciplinair) leren op de werkplek centraal. Daar passen ook andere vormen van leren bij, die meer aansluiten bij persoonlijke vragen van medewerkers. We zijn overgegaan tot de aanschaf van een e-learning pakket (Noordhoff e-health) voor zorgmedewerkers en er is een start gemaakt met de ontwikkeling van leerlijnen dementie, diabetes en een leerlijn voor werkbegeleiders. Het ontwikkelen van leerlijnen doen we op een lerende manier, samen met experts op inhoud en praktijk, managers en waar mogelijk in samenhang met bestaande werkgroepen als onbegrepen gedrag en de BIG.

In een leerlijn ontwikkelen medewerkers competenties (vaardigheden, kennis en gedrag) om alle aspecten van de leerlijn te realiseren. Een leerlijn omvat een variatie aan leerinterventies: e-learning, individuele opdrachten, teamopdrachten, kennisdelen met in- en externe specialisten en collega's. Binnen een jaar volgt elk team en elke medewerker een eigen programma dat zoveel mogelijk uitgaat van de dagelijkse praktijk en dat zo mogelijk geïntegreerd op de afdeling wordt aangeboden. Afgestemd op het werken met de specifieke, individuele behoefte van patiënten en hun mantelzorgers.

Leren op de werkplek heeft ook consequenties voor het opleiden van leerlingen en stagiaires. Er is een ontwikkeling ingezet om de werkbegeleiders een grotere rol en

faciliteiten te geven in en voor het begeleiden van leerlingen en stagiaires. Vanuit de leerlijn voor werkbegeleiders worden zij ondersteund om deze begeleiding professioneel en efficiënt vorm en inhoud te geven, denk aan het begeleiden van groepen leerlingen op locatie.

Deze manier van leren en opleiden vraagt ook dat medewerkers van de afdeling opleidingen het leren op de werkplek gaan ondersteunen. Er is een omslag ingezet om de huidige praktijkopleiders om te scholen tot ontwikkelcoaches. Hun rol zal zich de komende jaren verder ontwikkelen tot faciliteren van leren en werken op locatie. Zij richten zich op het leren van medewerkers, leerlingen en stagiaires en op het ontwikkelen van nieuwe en door ontwikkelen van bestaande leerlijnen.

Naast deze ontwikkelingen zijn er ook scholingen aangeboden. Naast de vaste scholingen als BHV, Werkbegeleiding, Tilspecialisten, Reanimeren zijn er ook nieuwe leertrajecten ontwikkeld en aangeboden vanuit vraagstukken die spelen op de werkplek: zoals palliatieve zorg voor de thuiszorg, seksualiteit en intimiteit in de zorg voor medewerkers van zorg/- en verpleegafdelingen en B&B, onbegrepen gedrag voor medewerkers van het Cliëntservicebureau en medewerkers van PG afdelingen en B&B.

Vanuit het programma Waardigheid & Trots zijn door het ministerie van VWS tot en met 2020 extra middelen voor deskundigheidsbevordering beschikbaar gesteld. Het onderdeel deskundigheidsbevordering is in samenspraak met de OR vastgesteld. Leidraad hierbij was dat de middelen werden ingezet voor scholingswensen uit het scholingsjaarplan met uitzondering van de verplicht terugkerende scholingen. De scholingen zijn te koppelen aan de thema's ziektebeelden, communicatie met cliënt en familieleden en bevorderen eigen regie cliënt.

Specifiek op het gebied van facilitair is de samenwerking tussen Albeda-college en de facilitaire dienst van De Zellingen vergroot. Door middel van de Albeda Highway plus (online aanmeldingssysteem), krijgen studenten de kans krijgen om een kijkje te nemen in de outside wereld.

Medewerkers van de dagactiviteiten en dagbehandeling hebben in 2017 bij elkaar meegekeken en gewerkt. Het werken op een andere locatie bij dagactiviteiten of dagbehandeling draagt bij aan het trainen *on the job*. Tien teamleden werkten ook op een andere locatie gedurende enkele weken of werkten een aantal uur in de flex op een of twee locaties.

Daarnaast zijn voor medewerkers Afasiencentrum en dagactiviteiten diverse bijeenkomsten '*training on the job*' georganiseerd en de procedure beschrijvingen in Klavertje Vier werden met de diverse teams geëvalueerd, herschreven en op gespreksvoering en implementatie ervan geoefend.

Ook het eenduidig gebruik van het ECD, het in gebruik nemen van het medewerkersportaal en het SOAP rapporteren en op bijzonderheden en doelen rapporteren vanuit cliëntperspectief kregen aandacht.

In het kader van 'onbegrepen gedrag' volgden alle medewerkers Afasiencentrum en dagactiviteiten de interne cursus 'Communicatiemodel' en 'representatiesystemen'. Ook de onderwerpen werken vanuit waarden en interne conflicten (prioriteiten stellen vanuit je waarden) werden aangeboden. 45 medewerkers hebben inzicht in het communicatiemodel en de wijze waarop we de wereld om ons heen waarnemen en informatie verwerken. Ze kennen hun eigen representatievoorkeur en kunnen zich

aanpassen aan de voorkeur van de ander (visueel, auditief, kinesthetisch of auditief digitaal denken).

Een kleine werkgroep sociaal netwerk, inzet ervaringskennis en Draaiboek activiteitenplannen werkte het onderdeel 'op Verhaal komen' uit en stelde de evaluatievragenlijsten bij.

De vakgroep psychologie is in de loop der tijd steeds belangrijker geworden. Onderwerpen als onbegrepen gedrag, maar ook de toenemende problemen bij revalidatiecliënten doet meer en meer een beroep op de psychologen. Dat heeft er dan ook toe geleid dat deze vakgroep in formatie is uitgebreid. De belangrijkste ontwikkeling in deze vakgroep is in 2017 het opzetten van een GZ-opleidingsplaats geweest. Er is behoefte aan goed opgeleide gezondheidszorgpsychologen (de GZ-psychologen). Er is een tekort aan GZ-psychologen en met het hebben van een eigen opleidingsplaats kan De Zellingen er voor zorgen dat de vakgroep psychologie voldoende deskundigheid behoudt. Daarnaast zorgt een opleidingsplaats voor aansluiting bij de praktijkopleidingsinstellingen en profiteert De Zellingen daarmee van de kennisuitwisseling met de opleiding. Tenslotte wordt De Zellingen aantrekkelijker voor psychologen om te komen werken, vanwege de mogelijkheid de GZ-opleiding te gaan volgen. In het najaar van 2017 is na een visitatie van het opleidingsinstituut De Zellingen erkend voor een GZ-opleidingsplaats. In 2018 zal één van de psychologen starten met deze opleiding.

## **9.7. BIG**

Bij de BIG-beleidscommissie heeft in de tweede helft 2017 de aanpassing en aanscherping van het BIG-beleid op de aangeschafte e-learning en implementatie daarvan centraal gestaan. De visie van waaruit het beleid is opgesteld is de eigen verantwoordelijkheid en vakbekwaamheid van de medewerkers. De medewerker is zelf verantwoordelijk voor het bekwaam zijn en blijven in de voorbehouden en risicovolle handelingen, die regelmatig voorkomen op de afdeling/team. De papieren registratie en VHR pas zal per 1 januari 2018 vervallen, registratie gebeurt vanaf 2018 in het LMS. Voor alle handelingen gaat een geldigheid van bekwaamheid van drie jaar gelden. Alle e-learning BIG wordt opengezet voor alle niveaus. De werkwijze van bekwaamheid is ontwikkeld, taken en verantwoordelijkheden van betrokkenen, managers, BIG-toetsers, medewerkers, artsen en afdeling Opleidingen zijn beschreven. Een implementatie- en communicatieplan is ontwikkeld, training van BIG-toetsers en managers in het LMS is gepland. In het eerste kwartaal 2018 zal de uitrol plaatsvinden.

## **9.8. KICK-protocollen**

Begin 2017 is het besluit genomen over te gaan op de KICK-protocollen. In 2017 is er een start gemaakt om de KICK-protocollen van Vilans te introduceren bij onze medewerkers die voorbehouden, risicovolle en overige handelingen verrichten. De KICK-protocollen bestaan uit 500 protocollen, die uitgebreid staan beschreven en zich confirmeren aan de landelijke richtlijnen. Vier keer per jaar worden de protocollen door Vilans herzien en bijgesteld aan de hand van de ontwikkelingen en wijzigingen in de landelijke richtlijnen. Daarnaast is Vilans voortdurend in contact met enkele zorgprofessionals, die meedenken over de inhoud van de protocollen.



Het starten met de KICK-protocollen zorgt ervoor dat onze zorgprofessionals altijd met de meest recente en uitgebreide of verkorte versie hun handelingen kunnen verrichten. Een projectgroep is, samen met de BIG-toetsers en praktijkopleiders, gaan brainstormen hoe de implementatie hiervan zo goed mogelijk uitgevoerd kon worden. Draagvlak en vakbekwaamheid zijn hierbij de speerpunten geweest. Door middel van posters, berichten op intranet en mondelinge interacties is er ruchtbaarheid gegeven aan de KICK-protocollen. Er is een start gemaakt met de organisatie van een zogeheten 'KICK-OFF-week' (gepland in januari 2018), waarbij de nadruk ligt op een beroep doen op de vakbekwaamheid van onze zorgprofessionals en waarin instructiemomenten, activiteiten en spelelementen gericht op de KICK-protocollen plaats gaan vinden.

Tot die tijd werden de protocollen beheerd door een interne protocollencommissie. De introductie van de KICK-protocollen heeft de functie, samenstelling en doelstelling sterk beïnvloed. In 2018 wordt onderzocht of deze commissie nog bestaand zal blijven.

## 9.9. Medewerkerstevredenheid

De eind 2016 gehouden medewerkersraadpleging waarvan de resultaten begin 2017 bekend waren, heeft in een zestal aandachtsgebieden geresulteerd.

- Communicatie;
- Werkdruk;
- Borgen van veranderingen;
- Onvoldoende scholings- en ontwikkelmogelijkheden;
- Visie en Ambitie;
- Regelcapaciteit.

Een aantal aandachtsgebieden is meegenomen in het traject Boost. De signalen op werkdruk en regelcapaciteit zijn mee de reden om het traject met de capaciteitsplanning te starten. De onvoldoende scholings- en ontwikkelmogelijkheden zijn onderwerp bij de in 2016 gestarte transitie van de afdeling Opleidingen naar een afdeling Leren en Ontwikkeling. Doelstelling daarbij is dat leren en ontwikkeling voor iedere medewerker van De Zellingen mogelijk is en ondersteund wordt. De inzet van de extra gelden moet er toe gaan leiden dat er minder werkdruk wordt ervaren.

Het medewerkerstevredenheidsonderzoek (MTO) van 2016 heeft er verder toe geleid dat wij ons in 2017 op een andere, meer organisatie gerichte wijze van onderzoek zijn gaan oriënteren. Dat heeft ertoe geleid dat we met Effectory zijn gaan kijken naar maatwerk in MTO voor De Zellingen. In 2018 zullen wij het MTO dan ook anders gaan uitvoeren en veel meer gericht op vraagstukken die in de organisatie spelen.

## 10. Gebruik van hulpbronnen

In dit hoofdstuk wordt stilgestaan bij de gebouwde omgeving, technologische infrastructuur, facilitaire zaken en financiën. Alle ondersteunende zaken aan de zorg aan onze cliënten en bewoners.

## **10.1. De gebouwde omgeving**

### **10.1.1. Technische Dienst**

Voor de TD bestaat de kern van de werkzaamheden uit het dagelijks verhelpen van allerhande technische storingen op de locaties en panden van De Zellingen. Daarnaast heeft voor de TD de verbouwing van De Roo centraal gestaan. Ook heeft er een grote stroomonderbrekingstest plaatsgevonden op Rijckehove. Naar aanleiding daarvan is revisie gepleegd aan het hoofdverdeelstation.

Tot slot was een van de prominente werkzaamheden in 2017 voor de TD het aanbrengen van geluidsabsorberende voorzieningen op Rijckehove. Daarmee is een reductie van geluidsoverlast gerealiseerd en dit heeft het leefklimaat van onze cliënten verbeterd.

### **10.1.2. Vastgoed Crimpenersteyn**

In verband met de gewenste renovatie van Crimpenersteyn is in 2017 een haalbaarheidsstudie uitgevoerd om te komen tot een projectdefinitie en structuurontwerp voor vernieuwbouw Crimpenersteyn. Op verzoek van de Raad van Toezicht wordt een vergelijk gemaakt tussen modulair bouwen en traditioneel bouwen. Om een doorrekening te maken van de kosten, alsmede overige kwalitatieve aspecten, is er een notitie opgesteld met daarin beschreven de vraagstelling en zijn er drie partijen benaderd om op basis van deze notitie een voorstel en prijsopgave te doen. Op basis van deze voorstellen en prijsopgaven is er een keuze gemaakt. Er hebben verduidelijkende gesprekken plaatsgevonden.

De plannen voor zowel de vernieuwbouw als de tijdelijke huisvesting zijn voorgelegd aan de Gemeente Krimpen aan den IJssel. De Gemeente Krimpen aan den IJssel heeft het vernieuwbouwplan laten toetsen op het bestemmingsplan, het bouwbesluit en door een stedenbouwkundige laten beoordelen. De vragen vanuit deze partijen worden ter beantwoording uitgewerkt.

Met de gemeente Krimpen aan den IJssel zijn verkennende gesprekken gevoerd hoe de tijdelijke huisvesting binnen de gemeente te realiseren. De ruimtebehoefte is hiervoor in kaart gebracht en gedefinieerd. In december is er een ambtelijk vervolgesprek geweest om concreter in te gaan op de mogelijkheden en om de kosten van het inrichten van een locatie voor tijdelijke huisvesting in beeld te kunnen brengen.

Op basis van uitkomsten van bovenstaande wordt er in 2018 gestart met de volgende fase: uitwerking naar voorlopig ontwerp.

Aan de cliëntenraad is de laatste stand van zaken gepresenteerd en met hen is van gedachten gewisseld over beide mogelijkheden van tijdelijke huisvesting, portocabins in Krimpen aan den IJssel of tijdelijke huisvesting in de nieuw te realiseren aanbouw Rijckehove.

### **10.1.3. Emotioneel Programma van Eisen (EPVE)**

Voor de vernieuwbouw van Crimpenersteyn (bestaande verzorgingshuiskamers worden vervangen door nieuwe eenpersoonsverpleegkamers met eigen sanitair) wordt in het ontwerpteam gewerkt aan het ontwerp. Om de kennis en kunde van de medewerkers mee te nemen in het ontwerp heeft De Zellingen Procesmakers gevraagd een Emotioneel Programma van Eisen te maken.

Het Emotioneel Programma van Eisen (hierna EPvE) traject had twee doelen:

- Verzamelen van informatie over werktaken, voorkomende scenario's en eigenschappen van medewerkers die relevant zijn voor keuzes in het ontwerpproces voor de nieuwbouw van Crimpenersteyn;
- De Zellingen wil graag een actieve inbreng van haar medewerkers om daarmee het ontwerp en gebruik te optimaliseren. Door medewerkers vroegtijdig te betrekken, snappen zij het gebouw beter en voelen ze zich meer eigenaar van gemaakte keuzes.

#### **10.1.4. De Roo**

De keuze van bewoners (en familie) heeft in de zorg een steeds prominentere plaats. In toenemende mate geven bewoners en familie aan de voorkeur te hebben voor een 'eigen' kamer. Zorgkantoor Zilveren Kruis (Wlz) heeft hieraan gehoor gegeven en als eis gesteld dat verpleeg- en verzorgingshuizen alleen nog eenpersoonskamers aanbieden. Binnen De Zellingen beschikte locatie Rijckehove nog over tweepersoonskamers. Om aan de eis van het Zorgkantoor en aan de behoefte van de bewoners en familie tegemoet te komen heeft De Zellingen besloten de tweepersoonskamers om te zetten naar eenpersoonskamers.

Voor de afbouw van de tweepersoonskamers is een alternatief gevonden in De Roo van Capelle, dit is een verpleeg- en verzorgingshuis in Capelle aan den IJssel, in de wijk Oostgarde. Na intensieve voorbereiding, informeren van cliënten en familie, informeren van medewerkers, herverdeling van personeel, verbouwingen en inrichting van de appartementen en huiskamers in de Roo zijn in juli 2017 40 PG-bewoners, verdeeld over twee woonlagen, naar de Roo verhuisd.

## **10.2. Technologische hulpbronnen (ICT, domotica, eHealth etc.)**

### **10.2.1. ICT**

ICT is ook in de zorg de vierde nutsvoorziening geworden. In het laatste kwartaal van 2017 zijn we gestart met het opstellen van een ICT-Masterplan 2018-2020, waarin de strategische ICT-kaders zijn gedefinieerd; strategische kaders die nauw aansluiten bij de missie en visie van De Zellingen en waarbij de ICT ingebed wordt in de organisatie en een bijdrage kan leveren aan doelmatige zorg. De belangrijkste strategische kaders zijn:

- in deze nieuwe visie vormen medewerkers, onze cliënten, hun mantelzorger en hun familie de nieuwe gebruikersgroep;
- vanwege de diversiteit aan gebruikers, maar ook de complexiteit van ICT, is het streven om het eenvoudig in gebruik te houden;
- de ICT-infrastructuur moet te allen tijde voldoen aan de geldende normeringen en Wet- en regelgeving
- bij de keuze van ICT-middelen is duurzaamheid en efficiënt gebruik van vastgoed en middelen zijn leidend;
- de inrichting van de ICT is zo flexibel mogelijk om de organisatieontwikkelingen op de voet te kunnen volgen en ruimte te bieden voor eigen identiteit;
- geen beperkingen als het niet nodig is.

Op basis van dit ICT-Masterplan is eind 2017 een tweetal projecten gestart. Het eerste project heeft als doel om de interne ICT-beheersing op orde te krijgen. Het andere project betreft het tijdelijk stabiliseren van de huidige ICT-Infrastructuur om continuïteit,

compliance en stabiliteit te borgen. Parallel zal in dit project een nieuwe ICT-infrastructuur worden opgebouwd die een goede basis zal zijn voor toekomstige ontwikkelingen in de zorg. Met deze nieuwe omgeving zal iedere medewerker een eigen account en emailadres krijgen, is audio en geluid beschikbaar op elke werkplek en krijgt elke medewerker een workspace-omgeving. Deze workspace-omgeving biedt beveiligde eenvoudige toegang tot applicaties in de (private) cloud en is een basis om eenvoudig met elkaar te kunnen samenwerken. De doorlooptijd van dit project bedraagt acht maanden.

### **10.2.2. Ontwikkelingen ECD**

Diverse ontwikkelingen en uitbreiding van mogelijkheden in het ECD hebben het werken met het digitale zorgdossier efficiënter gemaakt en diverse papieren processen zijn gedigitaliseerd. Na aanpassingen in het zorgleefplan kan het zorgleefplan direct worden ondertekend door de cliënt. Dit neemt extra handelingen van afdrucken en bewaren in het papieren dossier weg. Zellingenbreed wordt de zorgovereenkomst digitaal ondertekend in het zorgdossier van de cliënt.

Met de compleetheidscheck heeft de EVV'er direct een overzicht van gegevens die aanwezig horen te zijn in het dossier. Het pedicureformulier is gedigitaliseerd. De EVV'er kan direct in het dossier van de cliënt de aanvraag hiervoor doen. Ook is onmiddellijk zichtbaar of de cliënt hiervoor de kosten betaalt, of dat dit via de financieringsvorm gedeclareerd kan worden. Het verslag van het zorgleefplangesprek is vernieuwd en verbeterd. Hierdoor is er gemakkelijker informatie vast te leggen. Daarnaast werd ook de cliënttevredenheid, als onderdeel van het verslag, direct vastgelegd in het dossier.

Het medisch dossier dat in 2016 is geïmplementeerd is verder doorontwikkeld. Er zijn diverse sjablonen voor brieven ontwikkeld voor de medische dienst. In deze brieven worden automatisch gegevens opgehaald die zijn vastgelegd in het medisch dossier. Denk hierbij aan begeleidende brieven voor de indicatie-aanvraag, verwijzingen naar specialisten etc. Deze stroom gegevensverwerking vindt nu volledig plaats in het ECD.

Per locatie zijn er in 2017 bijeenkomsten gehouden voor EVV'ers. Tijdens deze bijeenkomsten hebben de EVV'ers uitleg gekregen over de veranderingen en vernieuwingen in het ECD. Daarnaast was er veel ruimte voor het stellen van vragen. Deze bijeenkomsten werden door de EVV'ers als positief ervaren.

### **10.2.3. Digitalisering dossier psychologie**

De onderzoeken die gebruikt worden door de vakgroep psychologie zijn allemaal gedigitaliseerd. Hierdoor is het voor de zorgmedewerkers gemakkelijker om scorelijsten in te vullen en zijn de onderzoeken altijd direct gekoppeld aan het dossier van de cliënt. Denk hierbij aan AES, CMAI, Cornell, GIP, NORD, NPI-Q.

Daarnaast zijn er sjablonen ontwikkeld voor het vastleggen van benaderingsafspraken en gedragsobservaties. Hierdoor is het samenwerken tussen zorg en psycholoog in één dossier bevorderd.

### **10.2.4. Enquête Elektronisch Cliënten Dossier (ECD)**

Onder de gebruikers van het ECD is een enquête gehouden. Het gemiddelde cijfer dat gegeven is voor het ECD in het algemeen is een 7. Daarnaast zijn er door diverse gebruikers goede ideeën en tips gegeven voor de doorontwikkeling van het ECD. Deze

resultaten van de enquête zijn ook teruggekoppeld naar de leverancier PinkRoccade en worden meegenomen bij de verdere ontwikkeling van het ECD.

### **10.2.5. Implementatie ECD thuiszorg**

Functioneel beheer heeft samen met een wijkverpleegkundige deelgenomen aan diverse co-creatiesessies voor de ontwikkeling van het ECD, specifiek gericht op de thuiszorg. De thuiszorg maakt gebruik van het ordeningsprincipe Nanda NIC NOC en dit ordeningsprincipe is door PinkRoccade in 2017 opgenomen in de software. Door middel van de co-creatiesessies zijn de eerste concepten opgeleverd. Op basis van feedback zijn deze concepten aangepast tot een werkbare applicatie. De directe inbreng in het proces heeft onder andere ertoe geleid dat het procesdenken wordt ondersteund bij het stellen van verpleegkundige diagnoses en maken van het plan.

Nadat de applicatie geschikt was om met Nanda NIC NOC te werken is de implementatie van het elektronisch cliëntendossier in de thuiszorg in het najaar van 2017 gestart. Na voorbereiding en training door functioneel beheer en een wijkverpleegkundige op het gebruik van het elektronisch zorgdossier hebben de wijkverpleegkundigen de diagnoses en plannen in het ECD gezet. Het afsprakenblad is daarbij direct verwerkt in het zorgplan.

De VV- teams zijn gefaseerd op het ECD overgegaan. In korte tijd zijn wijkverpleegkundigen en zorgcoördinatoren getraind in het volledige ECD, diagnoses stellen, NANDA-zorgplan opstellen, rapporteren, diverse controles en vragenlijsten, risicosignalering, vastleggen van evaluatie en cliënttevredenheid. Alle teamleden zijn in kleine groepjes geschoold, waarbij vooral het lezen van het zorgplan en rapporteren centraal stond.

Nadat het papieren dossier digitaal was overgezet door de wijkverpleegkundigen en zorgcoördinatoren is het team gestart met het volledig digitaal werken met het ECD. Bij de cliënten thuis zijn de zorgdossiers vervangen door een klein dossier met NAW-gegevens, medicatielijsten en communicatieblad met huisartsen. Door deze manier van implementatie zijn de zorgafspraken van de cliënt altijd beschikbaar geweest en zijn deze afspraken nu altijd terug te vinden onder de gestelde diagnoses in het plan.

Ook zijn alle losse formulieren, rapportagebladen e.d. die benodigd zijn voor een goede dossiervoering gedigitaliseerd. Het zorgdossier van de cliënt in de thuiszorg is nu volledig digitaal. De implementatie is voorspoedig verlopen en uit de evaluatie van teams blijkt dat er mee naar tevredenheid wordt gewerkt. Het voornaamst punt, dat hierbij aangegeven wordt, is dat het cliëntendossier nu altijd overal beschikbaar is. In 2018 zal het cliëntportaal geïmplementeerd worden en zal gestart worden in de VV-teams van de thuiszorg.

### **10.2.6. Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG)**

Op 25 mei 2018 gaat de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) in. Deze vervangt de Wet bescherming persoonsgegevens. Ter voorbereiding op de AVG is in oktober 2017 een analyse gemaakt van de gevolgen van de AVG voor De Zellingen en is een plan van aanpak opgesteld. De werkgroep Informatiebeveiliging is eind 2017 gestart met de uitvoering van dit plan van aanpak. Naast de formele verplichtingen van de AVG wordt veel aandacht besteed aan het creëren van bewustzijn om zorgvuldig met persoonsgegevens om te gaan.

### **10.2.7. Automatische medicijndispenser Medido**

De Zellingen heeft als visie ervoor te zorgen dat onze cliënten in de thuissituatie hun zelfredzaamheid en eigen regievoering kunnen behouden of bevorderen. Veelal worden cliënten in het ziekenhuis opgenomen door het niet of verkeerd innemen van medicatie t.g.v. lichamelijk en/of cognitieve achteruitgang. Tevens zien we dat de reistijd van de medewerkers bij het veelvuldig aanreiken van medicatie toeneemt. Het gevolg hiervan is dat de productiviteit afneemt. Medido is een automatische dispenser die de juiste medicijnen op het juiste moment aanreikt. Medido is de medicijndispenser die is ontwikkeld door Philips.

Een wijkverpleegkundige van De Zellingen heeft een onderzoek gedaan naar de mogelijkheden van gebruik van Medido in de thuiszorg. De Zellingen is naar aanleiding van dit onderzoeksrapport van mening dat het gebruik van Medido een positief effect kan hebben op het welbevinden van de cliënt en de organisatie.

In 2017 heeft een werkgroep een start gemaakt met een projectplan met betrekking tot de inzet van Medido. De werkgroep heeft gesproken met Philips over de mogelijkheden en wat ervoor nodig is hiermee te kunnen starten. Dit heeft er in geresulteerd dat we Medido niet alleen voor de huidige cliënten willen inzetten, maar ook preventief voor cliënten die bijvoorbeeld ondersteuning ontvangen van onze casemanagers dementie.

In 2018 wordt een start gemaakt met het trainen van de medewerkers, de communicatie naar cliënten en/of familie, de implementatie en zal er een e-learning module in gebruik worden genomen in ons Leermanagementsysteem.

### **10.2.8. Sleutelkluisen**

Tot nu toe nam De Zellingen huisdeursleutels in beheer wanneer cliënten geabonneerd zijn op persoonsalarmering met professionele alarmopvolging of wanneer thuiszorg cliënten niet in staat zijn om zelf de deur te openen voor de zorgmedewerker. De Zellingen vindt de veiligheid van haar cliënten erg belangrijk en heeft daarom in overleg met de Cliëntenraad besloten om over te gaan op het gebruik van sleutelkluisjes. De gekozen sleutelkluis werkt met een digitale code via een App op de iPad of smartphone van de zorgmedewerker en voldoet aan het politiekeurmerk SKG\*\*\*. Tevens is besloten om het beheer van deze sleutelkluisen over te dragen aan een organisatie die gespecialiseerd is in apparatuur voor persoonsalarmering en veilige toegang.

Het sleutelkluisje betekent voor de cliënt dat de zorgmedewerker minder aanrijtijd heeft en sneller langs kan komen wanneer een alarmoproep wordt gemaakt. Ook is er minder kans op het verliezen of kwijt raken van de sleutel. In dit traject wordt samengewerkt met vertegenwoordigers van een aantal aanbieders van thuiszorg in de zorgregio van De Zellingen. Dit om te komen tot een keuze voor eenzelfde sleutelkluis voor de voordeur van cliënten, als ook tot eenzelfde deurswitch voor de centrale toegangsdeuren van woningbouwcomplexen waar veel van onze cliënten wonen. Regelmatig komen meer zorgorganisaties bij eenzelfde bewoner en gebruik van één en dezelfde sleutelkluis/deurswitch is dan ook te verkiezen. De implementatie van de sleutelkluisen en deurswitches zal in de loop van 2018 plaatsvinden.

## **10.3. Facilitaire zaken**

Op het gebied van horeca lichten we in dit jaarverslag een aantal highlights van 2017 uit.

- Tijdens een landelijk symposium heeft De Zellingen zich geconformeerd aan de uitgangspunten van het 'Handvest Duurzaam en Gezond aan tafel' waarin uitgangspunten over voeding in de gezondheidszorg zijn vastgelegd. Tevens heeft De Zellingen zich gepresenteerd aan een grote groep zorginstellingen met het concept 'Kok in consult'. Dit is een voedingsconcept dat bijdraagt om ondervoeding in zorginstellingen tegen te gaan;
- Door het ministerie van WVS is een filmpje gemaakt over voeding in De Zellingen, zodat dit als 'best practice' in voorlichting naar gezondheidszorginstellingen over voedingsbeleid gecommuniceerd kan worden;
- Er is een nieuw voedingsconcept gestart. Het zgn. 'brood in kom' is een voor individuele cliënten gemaakte cyclus van brood met divers beleg dat in vloeibare constitutie wordt aangeboden. Dat betekent dat herkenbare smaken als broodmaaltijd kunnen worden geserveerd i.p.v. het eentonige aanbod van pap twee maal per dag. Deze concepten worden samen met diëtetiek en logopedie ontwikkeld en binnen De Zellingen ingezet;
- Nieuwe vestiging in De Roo van Capelle is in gebruik genomen. Ook deze vestiging wordt conform het voedingsbeleid van De Zellingen ondersteund.

Op gebied van milieu en energie is naar aanleiding van de ingestuurde EED (eind 2016) door DCMR een reactie gestuurd met de vraag om aanvullende informatie aan te leveren. Alvorens het aanleveren van de gevraagde aanvullingen is De Zellingen in november 2017 het gesprek aangegaan met de heer Knippels van DCMR. De doelstelling daarvan was om zoveel mogelijk de afstemming te zoeken met DCMR inzake de benodigde aanvullingen. De EED maatregelen moesten worden verwerkt in een uitvoeringsplan. Het uitgewerkte uitvoeringsplan is januari 2018 aan DCMR toegestuurd.

Voor de energie-audit is vanuit de overheid een standaard format ontwikkeld. Binnen dit format dient gekeken te worden naar het energieverbruik van de organisatie en het onderwerp vervoer. Het aspect energieverbruik is reeds uitgewerkt, maar het onderwerp vervoer is tot op heden nog onderbelicht. DCMR heeft De Zellingen verzocht om te onderzoeken wat de mogelijkheden zijn om als organisatie de CO<sub>2</sub>-uitstoot van het onderdeel vervoer terug te dringen. Hierbij dient de focus te liggen op de volgende vervoersgebieden:

1. Woon-/werkverkeer;
2. Zakelijk verkeer;
3. Bezoekers.

Een plan van aanpak inzake bovenstaande moest aan DCMR worden aangeleverd (dit is aangeleverd in januari 2018 aan DCMR). De Zellingen is om deze reden nu op zoek naar een student of een studentenkoppel die een dergelijk onderzoek, naar de mogelijkheden van het terugdringen van de CO<sub>2</sub>-uitstoot door vervoer, kunnen uitvoeren. Met de hoofdvraag: *Welke CO<sub>2</sub>-reducerende vervoersmaatregelen, die het primaire proces niet schaden, kan De Zellingen treffen op de korte, middellange en lange termijn?* Het doel van het onderzoek is te komen tot concrete maatregelen die op de korte, middellange en lange termijn kunnen worden ingezet om de CO<sub>2</sub>-uitstoot door het vervoer terug te dringen. Hierbij dient het onderzoek zich te beperken tot het woon werkverkeer, zakelijk verkeer en bezoekers. Het uiteindelijke resultaat dient een beslisdocument te zijn op basis waarvan De Zellingen een besluit kan nemen over de mogelijk toepasbare maatregelen en het jaar van uitvoering.

Tevens is in het gesprek met DCMR de mogelijke certificering Milieuthermometer Zorg ter sprake geweest. De MTZ heeft een plus vanwege van het borgen van het milieukeurmerk. Het hebben van een milieukeurmerk is een pré. Mocht De Zellingen hiertoe besluiten dan moet De Zellingen dit melden aan DCMR.

## **10.4. Financiën en administratieve organisatie**

### **10.4.1. Financiële ontwikkelingen wet langdurige zorg**

De uitbreiding in Nieuwerkerk aan den IJssel vond plaats in 2016, zodat in 2017 sprake is van een geheel jaar additionele productie. In eerste instantie was door verkaveling substitutie tussen de klassiek intramurale producten en de producten VPT/MPT niet toegestaan, waardoor wij geconfronteerd werden met forse overschrijding op het ene kavel en onderschrijding op het andere kavel. Met de herschikking is dit echter alsnog toegestaan waardoor onder- en overproductie tussen kavels konden verrekenen.

### **10.4.2. Financiële ontwikkelingen thuiszorg**

Het blijft binnen de thuiszorg ingewikkeld om kostendekkend te werken met de tarieven die gehanteerd worden, zeker binnen de Wmo. Evenals voorgaand jaar bieden tarieven geen enkele ruimte voor innovatie of investeren in medewerkers. Dit valt te betreuren, gezien de tendens om mensen langer thuis te laten wonen en de maatschappelijke uitdaging om medewerkers aan de zorg te blijven binden.

### **10.4.3. Financiële ontwikkelingen geriatrische revalidatiezorg**

Het product GRZ is in 2017 wederom licht gegroeid. Ook naar de toekomst toe verwachten wij verdere groei.

### **10.4.4. Organisatorische ontwikkelingen**

In 2017 hebben wij veel aandacht besteed aan het verder aanscherpen van onze informatiebeveiliging. Naast het goed inbedden van onze Functionaris Gegevensverwerking hebben wij ook de nodige technische en organisatorische maatregelen getroffen. Wij zullen in 2018 veel aandacht besteden aan het creëren van bewustzijn bij onze medewerkers ten aanzien van privacy.

### **10.4.5. Behaalde omzet en resultaten**

In 2017 is sprake van integrale tarieven binnen de Wlz waardoor het resultaat niet langer gesplitst kan worden in een zorgresultaat en een resultaat op de kapitaalslasten. Het is echter evident dat – evenals voorgaand jaar – ons financiële resultaat nagenoeg volledig behaald wordt op de kapitaalslasten. Dit hangt samen met het uitstellen van investeringen in de nieuwbouw van een van onze locaties. Wij verwachten dat, zodra deze investeringen plaatsvinden, de kapitaalslasten zullen stijgen en ons netto resultaat zal dalen.

Het resultaat 2017 ligt in lijn met het resultaat over 2016, ook het saldo van incidentele baten en lasten ligt in lijn waardoor resultaten genormaliseerd eveneens overeenkomen:



Resultaat volgens jaarrekening	2017	2016	Mutatie	Genormaliseerd resultaat	2017	2016	Mutatie
Omzet	54.801	53.493	1.308	Omzet	54.019	52.093	1.926
Personele lasten	-38.811	-39.022	212	Personele lasten	-38.487	-36.970	-1.517
Materiele lasten	-9.662	-7.473	-2.189	Materiele lasten	-9.232	-8.552	-680
Resultaat voor kapitaalslasten	6.328	6.997	-669	Resultaat voor kapitaalslasten	6.299	6.570	-271
Kapitaalslasten	-4.542	-5.212	670	Kapitaalslasten	-3.682	-3.876	194
Netto resultaat	<u>1.786</u>	<u>1.785</u>	<u>1</u>	Netto resultaat	<u>2.617</u>	<u>2.694</u>	<u>-77</u>
<b>Te splitsen in:</b>							
Resultaat uit normale bedrijfsuitoefening	2.617	2.694	-77				
Incidentele resultaten	-831	-909	78				
Totaal resultaat	<u>1.786</u>	<u>1.785</u>	<u>1</u>				

Het resultaat volgens de jaarrekening bevat een aantal plussen en minnen. Omzet stijgt door indexaties en effect uitbreiding De Meander. Personele lasten stijgen beperkt omdat CAO-stijgingen gecompenseerd worden door de effectuering van de reorganisaties in de thuiszorg. Materiële kosten dalen als gevolg van aanwending van in het verleden getroffen voorzieningen. In 2017 is 0,8 mln. aan ICT-investeringen afgewaardeerd. Dit hangt samen met het verbeteren van de technische infrastructuur en hangt onder andere samen met het aanscherpen van informatiebeveiliging. In 2017 is 2,2 mln. subsidie Kwaliteitsimpuls toegekend. Hiervan is in 2017 0,4 mln. besteed. Dit is verantwoord onder subsidieopbrengsten. De kosten betreffen personele lasten en zijn opgenomen onder die noemer.

Genormaliseerd is duidelijk zichtbaar dat de omzet toeneemt door indexaties en uitbreiding van activiteiten. De gelden die hierdoor beschikbaar komen worden vrijwel nagenoeg volledig aangewend voor personele inzet. Materiële kosten stijgen onder andere door uitbreiding van onze locaties met De Roo.

#### 10.4.6. Toestand per balansdatum

Hiernavolgend is de geconsolideerde balans gecompriemd weergegeven:

Balans na resultaatbestemming	31-12-2017	31-12-2016	Mutatie
Vaste activa	24.625	27.020	-2.395
Vlottende activa	20.637	18.821	1.817
<b>Totaal activa</b>	<b><u>45.262</u></b>	<b><u>45.840</u></b>	<b><u>-578</u></b>
Eigen vermogen	12.323	10.537	1.786
Voorzieningen	1.078	1.381	-303
Lang vreemd vermogen	22.240	23.655	-1.415
Kort vreemd vermogen	9.621	10.267	-646
<b>Totaal passiva</b>	<b><u>45.262</u></b>	<b><u>45.840</u></b>	<b><u>-578</u></b>
<b>Ratio's:</b>			
Solvabiliteit	27%	23%	4,2%
Current ratio	2,1	1,8	0,3

De belangrijkste ontwikkelingen zijn als volgt:

- De waardering van onze activa heeft de aandacht. In 2016 zijn afschrijvingstermijnen in lijn gebracht met de economische levensduur. In 2017 zijn – zoals hiervoor vermeld – ICT-investeringen afgewaardeerd;

- Onze liquiditeit blijft fors waardoor we in staat zijn om toekomstige investeringen gedeeltelijk zelf te financieren;
- Onder de post voorzieningen zijn uitsluitend nog personele voorzieningen opgenomen;
- Onder kortlopende schulden is het restant van de subsidie Kwaliteitsimpuls Verpleeghuizen ad 1,8 mln. opgenomen;
- Solvabiliteit verbetert verder door het resultaat;
- De current ratio verbetert door de toename van de liquiditeit.

#### **10.4.7. Belangrijkste risico's en onzekerheden ten aanzien van de financiële performance**

Beheersing van de personele kosten blijft essentieel voor het financiële resultaat van De Zellingen. Naast beheersing van de kosten is het beschikken over voldoende medewerkers rand voorwaardelijk voor het kunnen leveren van productie en daarmee behoud c.q. groei van onze omzet. Gezien de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt is dit wellicht de grootste uitdaging voor onze organisatie.

- Doorontwikkeling van en inbedding in de bedrijfsvoering van het VPT-model is belangrijk voor het behoud en groei van het marktaandeel. Beheersing van de toekomstige kosten van nieuwbouw en renovatie;
- Momenteel worden bepaalde kosten die structureel zullen blijven gedekt door variabele opbrengsten. Dit brengt risico's met zich mee;
- Compliance aan de AVG maar ook aan andere wet- en regelgeving rondom ICT en zorgtechnologie is belangrijk. Niet naleven kan leiden tot fikse boetes.

#### **10.4.8. Kasstromen en financieringsbehoefte**

De geplande renovatie van Crimpenersteyn is uitgesteld. Het ligt in de lijn der verwachting dat niet voor 2019 gestart zal worden met de renovatie. Kasstromen zijn – abstraherend van de geplande investeringen – positief.

## **11. Gebruik van informatie**

### **11.1. Cliëntervaringen meten**

Binnen De Zellingen meten we de cliënttevredenheid op diverse wijzen:

- Een keer per 2 jaar de CQ intra- en extramuraal. De CQ is geen verplichting meer. Daarvoor in de plaats zijn de eisen uit het kwaliteitskader gekomen;
- Papieren eindevaluatieformulier bij GRZ- en ELV-clënten;
- Twee vragen cliënttevredenheid in het zorgleefplangesprek in het ECD (twee keer per jaar met elke Wlz-client);
- Vragen cliënttevredenheid in het papieren evaluatieformulier van de thuiszorg (twee keer per jaar met elke client);
- Jaarlijkse telefonische tevredenheidsmeting onder HO-clënten met behulp van een vragenlijst;
- Zorgkaart Nederland.

#### **Continu meten van cliënttevredenheid t.b.v. kwaliteitsverbetering**

In 2017 hebben we stappen gezet om op eenduidige wijze de cliënttevredenheid continu te meten in één systeem (iCheck) en waar mogelijk zoveel mogelijk samengevoegd in

één vragenlijst per doelgroep. Vanaf begin 2017 hebben we een uitbreiding in ons documentbeheersysteem Klavertje Vier met de module iCheck. Met deze nieuwe module kunnen we digitaal vragenlijsten opstellen en uitzetten die voor diverse doeleinden te gebruiken zijn, zoals continue cliënttevredenheidsmetingen.

Voordelen:

- Cliënten/mantelzorgers/vertegenwoordigers kunnen zelf op een iPad de meting invullen;
- Huidige papieren formulieren dienen handmatig verwerkt te worden. Dit is tijdrovend en foutgevoelig. iCheck genereert realtime rapporten van alle ingevoerde gegevens. Simpel, snel, gebruiksvriendelijk en overzichtelijk, zowel in aantallen als percentages op zowel afdelings-, locatie- als Zellingenbreed niveau;
- Er kunnen eenvoudig (tijdelijk) naar wens vragen toegevoegd worden. Als er bijvoorbeeld aandachtspunten komen uit de CQ van 2017 is het mogelijk in 2018 vragen toe te voegen aan de cliënttevredenheidsmeting om de voortgang/resultaten van verbeterpunten te meten.

Eind 2017 is in de werkgroep GRZ de mogelijkheid besproken om de papieren eindevaluatie te digitaliseren en op de iPad door of met de cliënt/mantelzorger in te vullen. Er is daarbij besloten dat er een vrijwilliger wordt benaderd om de eindevaluatie samen met de cliënten die met ontslag gaan in te gaan vullen. Deze vrijwilliger start per 1 januari 2018 op één GRZ-afdeling, bij succes wordt vanaf 2<sup>e</sup> kwartaal 2018 uitgerold naar alle drie de GRZ-afdelingen.

Voor de thuiszorg is bij de overgang naar het ECD het papieren cliënttevredenheidsformulier omgezet in een digitale in iCheck. De vragen zijn geëvalueerd, daarbij zijn de visie van De Zellingen en Zellingen-DNA, vragen Zorgkaart Nederland, CQ vragen en verbeterpunten uit CQ gebruikt en is gekomen tot een set vragen. De vragen kunnen naar behoefte per half jaar/jaar aangepast worden. Verdiepende vragen zijn ook mogelijk. Tegelijk met de uitrol van het ECD eind 2017 is deze digitale cliënttevredenheidsmeting uitgerold onder alle VV teams. Tot eind 2017 zijn door zorgcoördinatoren met reeds 26 cliënten de nieuwe tevredenheidsmetingen ingevuld.

Een digitale cliënttevredenheidsmeting voor Wlz is in ontwikkeling en wordt in 2018 uitgerold. Cliënttevredenheid is op deze manier geen momentopname meer van een eenmalige CQ maar een continumeting, waardoor we gericht kunnen sturen op verbeteringen en waardoor resultaten van ingezette acties zichtbaar worden.

## **11.2. Net Promotor Score (NPS)**

Om de cliëntervaringen te meten is De Zellingen ondersteund door bureau Facit. Facit conformeert zich aan de internationale gedragscodes voor marktonderzoek van Esomar en WAPOR en is door CIIO geaccrediteerd als officieel meetbureau conform ISO 20252.

Onderstaande doelgroepen en locaties zijn ondervraagd door middel van een (online) vragenlijst. De NPS uitkomsten hiervan staan in onderstaand tabel beschreven.

	Crimpenersteyn	De Meander	Rijckehove	Zellingen totaal
<b>Somatiek</b>	-15	-4	-13	-12
<b>PG</b>	-15	6	9	-12
<b>GRZ</b>				24
<b>Thuiszorg</b>				22
<b>Dagactiviteiten</b>				24
	Beemsterhoek	Reigerlaan		
<b>Afasie</b>	53	60		58

- De doelgroepen PG en somatiek laten op alle locaties een forse daling van de totale NPS-score zien. Echter, voor PG is op locatie Rijckehove de NPS iets gestegen;
- GRZ laat echter een forse stijging zien van -13 (in 2015) naar 24;
- De Thuiszorg heeft ten aanzien van 2015 een daling van de NPS score. Desondanks kunnen we bij vier van de vijf scores spreken van een goede De Zellingenscore;
- De cliënten van de dagactiviteiten en afasie zijn in 2017 voor het eerst meegenomen in de raadpleging. Beide doelgroepen laten een positieve NPS score zien, waarbij er opgemerkt kan worden dat de cliënten van beide Afasiecentra zeer tevreden zijn;
- Nieuw in 2017 is de raadpleging bij vrijwilligers en mantelzorgers. 95% van de gevraagde vrijwilligers geeft aan plezier in het werk te ervaren. Er valt nog een kleine verbetering te halen uit de ondersteuning en begeleiding, desondanks heeft 74% van de vrijwilligers hier wel positief op geantwoord. De mantelzorgers geven aan vooral positief te zijn over de inspraak, waarmee meer aandacht gegeven kan worden aan de voldoening die mantelzorgers ervaren.

### 11.3. PR&Communicatie

De afdeling PR&C heeft in 2017 een flinke slag geslagen op het gebied van marketing en interne ondersteuning. Zo is deze afdeling meer betrokken bij thema's als werving, opleiding, medewerkerstevredenheid, gastvrijheid, welzijnsactiviteiten, infectiepreventie, informatiebeveiliging en beleid. Ook is PR&C betrokken bij (interne) verhuizingen en calamiteiten.

Er is een start gemaakt met het implementeren van de nieuwe Zellingen huisstijl op interne en externe documenten, het wagenpark, op locaties etc. Dit wordt in 2018 verder uitgerold en afgerond.

Interne communicatiemiddelen zijn geprofessionaliseerd en beter afgestemd op de behoefte en ook wordt er uitgekeken naar een nieuwe stijl intranet die voldoet aan onze vraag waarvoor in 2017 een oriëntatie heeft plaatsgevonden. Diverse brochures en folders zijn herzien en aangepast aan de ontwikkelingen. Dit blijft een continu proces.

Voor een vernieuwde website is in 2017 een testomgeving afgerond en wordt deze gevuld, waarvan naar verwachting halverwege 2018 de oplevering volgt.

Om het drukwerk flexibeler en kostenverlagend te krijgen is ervoor gekozen de drukwerkbegeleiding in eigen hand te nemen. Daarvoor beschikt de afdeling PR&C over zelf opgemaakte en gereconstrueerde open bestanden.

De dienstverlening Hoogstpersoonlijk waarin De Zellingen diensten beschikbaar stelt is in eind 2017 onder de loep genomen. Een besluit en vervolg dient in 2018 uitgewerkt te worden.

#### **11.4. Openbaarheid en transparantie**

Het jaarlijkse kwaliteitsverslag wordt niet alleen aangeleverd aan onze diverse stakeholders en de Openbare Database van Zorginstituut Nederland, maar ook gepubliceerd op de website van De Zellingen.

## 12. Nawoord

Traditiegetrouw vormt de laatste paragraaf van dit verslag de vooruitblik van de bestuurder op het komende jaar. Ook dit jaar is het "laatste woord" aan de bestuurder, echter dit nawoord is mijn eerste woord. Immers, per 1 april 2018 heb ik, met genoeg en met enthousiasme, Teuni van Wijngaarden-van Dieren opgevolgd als bestuurder van De Zellingen.

Met het verslag over 2017 hebben wij een overstap gemaakt van directieverslag naar een combinatie van bestuurs- en kwaliteitsverslag. Met elkaar zijn we een zoektocht aangegaan om de eisen uit de wet- en regelgeving en die vanuit het kwaliteitskader samen te brengen. Met elkaar komen we tot de conclusie dat we een eerste stap hebben gezet en weten we dat deze vorm van verantwoording zich de komende jaren verder zal ontwikkelen.

Ontwikkeling is voor mij ook kenmerkend voor de komende jaren voor De Zellingen. De zware jaren van bezuinigingen, die hun sporen binnen De Zellingen hebben nagelaten, liggen gelukkig achter ons. Toch is de invloed op de werkdruk en de kwaliteit van zorg nog merk- en voelbaar. Ondanks het feit dat we het onder de gegeven omstandigheden goed hebben gedaan, ontwikkelen we ons als De Zellingen verder. Want het kan natuurlijk altijd beter. Met elkaar gaan we onze zorg- en dienstverlening versterken. Dat doen we door de relatie tussen medewerkers en cliënt/mantelzorg centraal te zetten en te sturen op een verdere ontwikkeling van de professionaliteit van onze medewerkers. Immers een echt vakbekwame professionele medewerker - een ware ambassadeur van De Zellingen - biedt oprechte aandacht aan onze cliënten en bewoners. Wat uiteindelijk leidt tot de kwaliteit zorg die wij voor ogen hebben en een nog fijnere leefomgeving voor onze cliënten, zowel in onze locaties als in de thuissituatie.

Speerpunten voor het komende jaar zijn:

- het organisatiebreed implementeren van het 'Zellingen-DNA';
- in samenwerking met de medewerkers toewerken naar een nieuwe organisatiestructuur en -cultuur. Een structuur die aansluit op het strategisch meerjarenkader van De Zellingen en een cultuur waarin op basis van vertrouwen medewerkers leren, ontwikkelen en reflecteren. Waarin we elkaar feedback geven en met veel plezier naar ons werk gaan;
- de zorg versterken op een aantal doelgroepen, zoals cliënten in de palliatieve fase, cliënten die een amputatie hebben ondergaan, cliënten met dementie thuis of woonachtig in een van onze locaties;
- Multidisciplinair samenwerken: de juiste persoon met de juiste functie (taken en verantwoordelijkheden) voor de gevraagde handeling (functiedifferentiatie), die aanvullend aan elkaar werken.

Veranderen is moeilijk, maar wel nodig om de kwaliteit van onze zorg naar een nog hoger niveau te tillen. Dat gaan we samen doen. Niet top-down, maar bottom-up. Weliswaar met richtlijnen die elke medewerker hoog in het vaandel moet hebben staan, maar met input vanuit alle onderdelen van de organisatie, zodat we draagvlak creëren bij onze medewerkers. Een zorgorganisatie waarvoor cliënten en mantelzorgers kiezen en waarmee stakeholders graag een partnerschap aangaan.

Kortom, als gezonde zorgorganisatie lijkt voor De Zellingen - met nieuw elan - de weg open te liggen voor een krachtige toekomst! Ik heb er zin in!

F.A. van der Sloot,  
Bestuurder

## Bijlagen

### Bijlage 1: Algemene identificatiegegevens

Naam verslagleggende rechtspersoon	Stichting Zorgbeheer De Zellingen
Adres	Postbus 36
Postcode	2900 AA
Plaats	Capelle aan den IJssel
Telefoonnummer	010 - 2665757
Identificatienummer(s) NZa	650 - 8293; 650 - 3394; 650 - 784
Nummer Kamer van Koophandel	41136257
E-mailadres	info@zellingen.nl
Internetpagina	www.zellingen.nl

### Bijlage 2: Productiegegevens

2017	Gerealiseerd	
Totaal intramurale verzorgingsdagen	5.727	dgn
Totaal intramurale verpleegdagen	150.567	dgn
Totaal DBC ligdagen	17.808	dgn
Totaal aantal DBC's 2017		
- Start 2016, gesloten 2017	79	
- Start 2017, gesloten 2017	285	
- Start 2017, te sluiten 2018	84	
Totaal	448	
Thuiszorg huishoudelijke verzorging	90.388	uren
Thuiszorg verpleging & verzorging	133.701	uren
Dagactiviteiten	28.689	dagdelen



### Bijlage 3: Samenwerkingspartners en belanghebbenden

Categorie	Belanghebbende	Aard samenwerking
<b>Patiënten-/ cliëntenorganisaties</b>	Onafhankelijke Seniorenvereniging Capelle	Samenwerking, vervoer en hulpdienst
	Alzheimer Stichting	Samenwerking ten behoeve van Dementieketen Capelle/Krimpen
	Anders Ouder Worden	Samenwerking in organiseren activiteiten voor ouderen
<b>Ziekenhuizen</b>	Erasmus Medisch Centrum	Beademingsafdeling (Vogelhof) wordt begeleid door beademingsverpleeg-kundige vanuit Erasmus MC
	IJsselland Ziekenhuis	Samenwerking keten Collum Care, heup/knie, CVA etc. Transmurale Zorgbrug
	Maasstad Ziekenhuis	Samenwerking gericht op microbiologie
<b>Eerstelijns behandelaren</b>	huisartsen, fysiotherapeuten etc.	Afstemming zorg in de thuissituatie
<b>Zorg en Welzijnsorganisatie</b>	Pameijer	Cliënten Pameijer werken onder begeleiding in verpleeghuis (Rijckehove en Bermensteyn)
	Gemiva	Samenwerking in de dagbesteding en nachtdienst in De Meander
	Health Risk Control	Levering eerstelijnsdiëtetiek in gebouwen De Zellingen (vanaf 01-06-2009)
	Vijverhof	Behandeldienst t.b.v. cliënten met indicatie behandeling geleverd door De Zellingen
	Stichting Welzijn Capelle	In het kader van Welzijn Nieuwe Stijl diverse samenwerkingsvormen waaronder Wijkverpleging S1
	Contour de Twern Krimpen a/d IJssel	In het kader van activiteiten Recreatie & Welzijn, project ZorgSaam, respijtzorg etc.
<b>Ketens</b>	Vegro Verpleegartikelen	Inhuur van verpleegartikelen en hulpmiddelen
	Rotterdamse Stroke Service (RSS)	Ketenzorg en behandeling CVA cliënten
	"Groot" transmuraal ketenoverleg	Samenwerking gericht op juist overdracht en doorstroming binnen de keten
	Parknet	Multidisciplinaire eerstelijns keten behandeling Parkinsoncliënten
	NPZR (Netwerk Palliatieve Zorg Rotterdam E.O.)	Ketenzorg voor palliatieve cliënten
	Dementie Capelle/Krimpen	Ketenzorg en behandeling cliënten met dementie woonachtig in Capelle en Krimpen a/d IJssel
	Tandem	Ketenzorg en behandeling cliënten met dementie woonachtig in Nieuwerkerk a/d IJssel
	<b>Woningcorporaties</b>	Qua Wonen

<b>Categorie</b>	<b>Belanghebbende</b>	<b>Aard samenwerking</b>
	Havensteder	Verhuurder Bermensteyn, woningen rond Crimpenersteyn, Beemsterhoek en Afasiacentrum Reigerlaan. Ontwikkeling en afstemming zorgproducten
	Vestia	De Meander
<b>Scholen</b>	Albeda college	Leerafdeling Vogelhof
	Comenius College	Wandelvierdaagse, jaarlijkse ontruimingsoefening
	IJsselland College	Wandelvierdaagse, spelmiddag
	Hoornbeek - stagiaires	Deze school levert stagiaires voor zorgafdeling
	Hogeschool Rotterdam	Diverse stageopdrachten en leerafdeling
<b>Leveranciers</b>	ZorgBreed	Leveren huishoudelijke hulp
	Alpro BV	Incidenteel leveren van huishoudelijke hulp intramuraal
	Zorgcentrale	Meldkamer buiten kantooruren
	Laurens/Zorgbrug	Specialistische verpleging
	Vierstroom Veilig Thuis	Acuut team/alarmopvolging
<b>Sociale partners</b>	NU91, FNV, CNV	Romp Sociaal Plan
<b>Financier: overheden</b>	Gemeente Capelle-, Krimpen- en Nieuwerkerk a/d IJssel, Rotterdam	Wmo/diverse projecten/schuldhelpverlening (Krimpen), woonservice, Open Inloop Afasieproject (Rotterdam)
<b>Financier: zorgverzekeraars</b>	Zilveren Kruis, Delta Lloyd, CZ, DSW, VGZ, Multizorg, Menzis, Zorg en Zekerheid etc.	Contract levering eerstelijns ergo- en fysiotherapie, diëtetiek en logopedie, medisch-verpleegkundige zorg thuis, wijkverpleging, GRZ (geriatrische revalidatie)
<b>Financier: zorgkantoren</b>	Zorgkantoor Rotterdam (Zilveren Kruis) Zorgkantoor Midden-Holland (VGZ)	Contractering Wlz-zorg en subsidie eerstelijnsverblijf
<b>Kapitaalverschaffers</b>	BNG/ING	Hypotheken
<b>Toeziethouders</b>	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd Inspectie SZW	Meldingen calamiteiten/ zorgweigerings etc.

## Bijlage 4: Nevenfuncties bestuurder De Zellingen

Naam	Bestuursfunctie	Nevenfuncties
T. van Wijngaarden-van Dieren	lid	bestuurder Van Kleef Instituut
	lid	bestuurder Klachtencommissie Rijnmond
	voorzitter	voorzitter NPZR, Netwerk Palliatieve Zorg Rotterdam e.o.
	lid	Stichting Bevordering Maatschappelijke Dienstverlening Rotterdam

## Bijlage 5: Samenstelling Raad van Toezicht en nevenfuncties

Naam	Functie	Datum benoemd	Datum aftredend of herkiesbaar
dhr. drs. R.M. de Koning, 58 jaar, algemeen directeur Amfors Groep	Voorzitter, lid remuneratiecommissie	01-05-2014	01-05-2018 herkiesbaar
dhr. mr. B. J. de Deugd, 51 jaar, advocaat	Lid, vicevoorzitter per 22-09-2016, lid remuneratiecommissie	25-03-2010	01-01-2018 aftredend
dhr. drs. H.H.G. Wiegmans, 70 jaar, arts	Lid, lid commissie Kwaliteit & Veiligheid	26-03-2007	01-01-2018 aftredend
dhr. S.J.A. Timmerman, 53 jaar, directeur Vastgoed Dudok Wonen	Lid, lid auditcommissie	01-07-2015	01-07-2019 herkiesbaar
dhr. R.A. Helder, 62 jaar, voorzitter Raad van Bestuur Amarant Groep	Lid, lid commissie Kwaliteit & Veiligheid	01-01-2016	01-01-2020 herkiesbaar
Dhr. F. Stark, 54 jaar, directeur STICA B.V.	Lid, lid auditcommissie	01-05-2016	01-05-2020 herkiesbaar

De nevenfuncties zijn bekend bij de voorzitter en worden in het onderstaande gerecapituleerd. De voorzitter van de raad controleert jaarlijks of deze verenigbaar zijn met het lid zijn van de raad. De leden van de raad hebben geen nevenfuncties die niet verenigbaar zijn met hun functies binnen De Zellingen Voor de leden van de raad gelden specifiek in acht te nemen regels bij een mogelijke belangenverstrengeling.

### Nevenfuncties lid De Koning:

- voorzitter Raad van Commissarissen Stichting Dunavie (woningcorporatie te Katwijk)
- lid Raad van Toezicht Da Vinci College (ROC te Dordrecht)

### Nevenfuncties lid Wiegmans:

- directeur/eigenaar Thinking of Art.

#### Nevenfuncties lid De Deugd:

- juridisch adviseur van de Stichting Zuidplas Helpt
- bestuurslid (voorzitter) Stichting Samen Zuidplas (Welzijn Zuidplas)
- bestuurslid (voorzitter) Stichting Greppelpop
- lid Raad van Toezicht (vice-voorzitter) stichting Welzijn voor Oud en Jong (Woej) te Leidschendam-Voorburg
- lid kandidaatstellingscommissie voor de Gemeenteraadsverkiezingen, VVD, afdeling Zuidplas
- bestuurslid (penningmeester) van de Regio 6 van de Koninklijke Nederlandse Bond van Philatelistenverenigingen
- bestuurslid (penningmeester) van de Stichting Pro Filatelie
- bestuurslid (penningmeester) Stichting Filatelistische Evenementen
- bestuurslid (penningmeester) van de Handeldrijvende en Industriële Middenstandsvereniging te Nieuwerkerk aan den IJssel
- bestuurslid (penningmeester) van de stichting Bedrijfsgebied Oude Dorp Nieuwerkerk aan den IJssel
- lid College van Afgevaardigden van de Nederlandse Orde van Advocaten
- gastdocent Goudse Weekendschool

#### Nevenfuncties lid Timmerman:

- lid RvT Warande (specialisatie Vastgoed) te Zeist

#### Nevenfuncties lid Stark:

- lid Raad van Toezicht Savant Zorg
- programma directeur Lijn5 (augustus 2016 – juni 2017)
- concerncontroller Alliade (augustus 2017 -)
- Lid Actiz-werkgroep Bedrijfsvoering
- docent bij The Academy (PwC) facilitator controllersnetwerk en treasury netwerk
- docent bij Academie Publieke Sector (NBA)
- adviserend lid werkgroep Horizontaal Toezicht vereniging FiZi

## Bijlage 6: Lijst met afkortingen

ADL	Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen
AO	Afstemmingsoverleg
AVG	Algemene Verordening Gegevensbescherming
BA	Bedrijfsarts
B&B	Behandel- en Begeleidingsdiensten
BEM	Beoordeling eigen Beheer Medicatie
BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BM	Beleidsmedewerker
BMG	Beleidsmanagement Gezondheidszorg
BOPZ	Bijzondere Opname Psychiatrische Zorginstellingen
CAK	Centraal Administratie Kantoor Bijzondere Zorgkosten
CQindex	Consumer Quality Index
CR	Cliëntenraad
CCR	Centrale Cliëntenraad
CRM	Client Relation Management
CVP	Cliëntvertrouwenspersoon
CVZ	College voor zorgverzekeringen
DBC	Diagnose BehandelingsCombinatie: dit zijn pakketten van diensten b.v. rondom diabeteszorg i.s.m. het ziekenhuis of thuiszorg die gezamenlijk een zorg/behandelingspakket samenstellen met één financiering.
Dbc	Dagbestedingscoach
DCMR	Dienst Centraal Milieubeheer Rijnmond
DRP	Dienst Rooster Planning: een planningsmodule personele planning
ECD	Elektronisch Cliënten Dossier
EED	Europese Energie-Efficiency Richtlijn
EPD	Elektronisch Patiënten Dossier (van de huisartsen)
EPvE	Emotioneel Programma van Eisen
EVV'er	Eerst Verantwoordelijke Verzorgende
FD	Facilitaire dienst
GRZ	Geriatrische RevalidatieZorg
GVP	Gespecialiseerd verpleegkundige
HKZ	Harmonisatie Kwaliteitswet Zorg
HO	Huishoudelijke ondersteuning
HV	Huishoudelijke verzorging
HVO	Huisvestingsoverleg
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
ISO	Internationale Organisatie voor Standaardisatie
KSW	Kleinschalig Wonen
LM	Locatiemanager
LMS	LeerManagementSysteem
M&M	Middelen en Maatregelen
MDO	Multidisciplinair overleg
MIC	Melding Incidenten Cliënten
MIM	Melding Incidenten Medewerkers
MT	Managementteam
MTO	Medewerkerstevredenheidonderzoek
MTZ	Milieuthermometer Zorg
NAH	Niet Aangeboren Hersenletsel
NPS	Net Promotor Score
Nza	Nederlandse Zorgautoriteit
PAR	Professionele AdviesRaad
P/D gids	Producten/dienstengids
PDL	Passiviteiten Dagelijks leven
PG	Psychogeriatric/mensen met een psychogeriatrisch ziektebeeld/dementie
POOKO	Personeel Organisatie Ontwikkeling Kwaliteit Opleidingen
POP	Persoonlijk OntwikkelingsPlan
PR&C	Public Relations en Communicatie
PZI	Personen Zoek Installatie
RvB	Raad van Bestuur
RvT	Raad van Toezicht
ROC	Regionaal OpleidingenCentrum
S&I	Seksualiteit en Intimiteit
SIDAG	Seksuele Intimidatie Discriminatie Aggressie Geweld

SISA	SamenwerkingsInstrument Sluitende Aanpak
SMT	Sociaal Medisch Team
SOG	Specialist Ouderen Geneeskunde
SOM	somatisch
SWOT	Sterkte/zwakte analyse Strengths, Weaknesses, Opportunities, en Threats
TD	Technische Dienst
UVP	Umweltverträglichkeitsprüfung
VAR	Verpleegkundige AdviesRaad
VGG	Verpleegkundige Gerontologie Geriatrie
VRH	Voorbehouden Risicovolle Handelingen
ViT	Verpleegkundigen in Transitie
VPT	Volledig Pakket Thuis
V&V	Verpleging en verzorging
VV	in een zorgzwaarte pakket staat voor verzorging en verblijf
V&VN	Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WAN	Weekend Avond Nacht
WIM	Werkinstructie map
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
W&T	Waardigheid en Trots
WZM	Woonzorgmanager
ZB	Zellingenbreed
ZLP	Zorgleefplan
ZZP	ZorgZwaartePakket
RH, CS, DM, BS	Rijckehove, Crimpenersteyn, De Meander, Bermensteyn