



Kwaliteitsverslag Laurens 2017

“Wat kunnen we voor u betekenen?”





Dit is het “Kwaliteitsverslag Laurens 2017”. Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg geeft een handreiking voor het opstellen van het kwaliteitsverslag. We volgen deze handreiking. Dit kwaliteitsverslag is openbaar en wordt gepubliceerd op onze website. Het is bedoeld voor alle stakeholders en geïnteresseerden. Het Kwaliteitsverslag is opgesteld onder verantwoordelijkheid van het bestuur en directie team van Laurens. Diverse partijen zijn geraadpleegd, zoals de CCR, de OR, de commissie Kwaliteit en Veiligheid van de Raad van Toezicht, vertegenwoordigers van vakgroepen en de coaches Waardigheid en Trots. Hun opmerkingen en adviezen zijn in onderhavige versie verwerkt.

In dit verslag leggen wij verantwoording af over het in 2016 gestarte programma “*Kwaliteit, dat ben jij!*”. Laurens heeft er voor gekozen om een kwaliteitsprogramma op te stellen waarin de ontwikkelopdracht is beschreven voor de drie domeinen van Laurens: domein Wonen met Zorg, domein Kortdurende Zorg en domein Thuiszorg. Wij zijn van mening dat de (visie op de) ontwikkeling van kwaliteit een organisatiebrede verantwoordelijkheid is. Daarnaast vinden wij het van belang dat de uitgangspunten, invulling en werkprocessen op elkaar zijn afgestemd én dat het leren van elkaar grote meerwaarde heeft. Dit betekent niet dat het “Kwaliteitskader voor verpleeg- en verzorgingshuizen” is losgelaten. Kanttekening hierbij is dat Laurens in 2016 onder verscherpt toezicht kwam en er inmiddels grote stappen zijn gemaakt om de basiskwaliteit van zorg en welzijn op orde te brengen. Dit resulteerde in het opheffen van het verscherpt toezicht in 2017, maar betekent niet dat wij op alle onderdelen op orde zijn. Iedere dag nog wordt hard gewerkt aan het verbeteren van de zorg- en dienstverlening, maar met name ook aan de enorme uitdaging die de personeelskrapte in ons werkgebied met zich meebrengt.

1. Voorwoord van de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht	3
1.1 Voorwoord Raad van Bestuur	3
1.2 Voorwoord Raad van Toezicht	4
2. Algemeen beschrijvend overzicht uitkomsten	5
2.1 Zorgvisie, kernwaarden en doelgroepen	5
2.2 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning	5
2.2.1 Resultaten 2017	6
2.2.2 Vereisten en indicatoren	6
2.3 Wonen en welzijn	7
2.3.1 Resultaten 2017	7
2.3.2 Vereisten en indicatoren	9
2.4 Veiligheid	9
2.4.1 Resultaten 2017	9
2.4.2 Vereisten en indicatoren	10
2.5 Leren en werken aan kwaliteit	10
2.5.1 Resultaten 2017	10
2.6 Leiderschap, governance en management	12
2.7 Personeelssamenstelling (voldoende en vakbekwaam personeel)	13
2.8 Gebruik van hulpbronnen	14
2.9 Gebruik van informatie	16
3. Specifieke aandacht voor drie onderdelen	17
3.1 Leren en werken aan kwaliteit	17
3.1.1 Domein Wonen met Zorg en domein Kortdurende Zorg	17
3.1.2 Domein Thuiszorg	18
3.2 Veiligheid	19
3.2.1 Medicatieveiligheid	19
3.2.2 Gemotiveerd gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen	19
3.2.3 Nog te ontwikkelen	20
3.3 Klantoordelen	20
Bijlage 1 Afkortingen en definities	24
Bijlage 2 Laurens, onze kengetallen	25

1. Voorwoord van de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht

1.1 Voorwoord Raad van Bestuur

Binnen het kwaliteitsprogramma worden mooie vorderingen gemaakt, gestaag, maar nog niet altijd binnen het beoogde tijdpad. Wij zien dat de ontwikkelijn wordt vastgehouden. Het sturen en bijsturen op de beoogde resultaten is een belangrijk onderdeel van het programma. Een belangrijk aandachtspunt hierbij is het verbeterpotentieel van de teams in een gebied of op een locatie. De ontwikkelopdracht op het gebied van kwaliteit en veiligheid is nog steeds omvangrijk en vraagt veel van de medewerkers op de werkvloer, teamleiders en managers. Tegelijkertijd blijkt het ook een grote uitdaging om de personele bezetting op orde te krijgen en te houden. Dat heeft zijn weerslag op de dagelijkse praktijk van het primaire proces en het verbeterpotentieel.

We komen van ver. Het door de IGJ onder verscherpt toezicht stellen van Laurens in 2016 was de directe aanleiding voor de start van het programma "Kwaliteit, dat ben jij". Grondslag van dit programma was in de eerste plaats de basis kwaliteit en veiligheid zo snel als mogelijk te verbeteren. Daarnaast speelt een veel ingewikkelder uitdaging: het borgen van kwaliteit en veiligheid binnen Laurens. Dit vroeg om een fundamentele herijking van het professioneel denken en handelen binnen de organisatie. Sinds medio 2016 werken we aan het structureel verbeteren van de kwaliteit van zorg, naast en in samenhang met het op orde brengen van de bedrijfsvoering. In de eerste periode door middel van het op korte termijn verbeteren van de kwaliteit van zorg voor een aantal locaties waar we zorgen om hadden en inhoudelijke aandachtsgebieden. Daarna zijn de eerste stappen gezet in het creëren van de randvoorwaarden voor het structureel inbedden en verankeren van kwaliteit binnen de organisatie. Hieronder volgen de belangrijkste resultaten:

- In overleg met een afvaardiging van de vakgroepen is een visie op zorg ontwikkeld met de kernwaarden "persoonlijke aandacht, samenwerken, professioneel handelen en naasten betrekken". De visie is vervolgens vertaald naar een nieuwe inrichting van het klantproces met duidelijke afspraken over de wijze waarop zorgcoördinatie, richtingbespreking en methodisch werken moeten worden uitgeoefend.
- Om beter te leren van fouten zijn de procedures rond calamiteiten en MIC-meldingen herzien. De implementatie van de nieuwe werkwijze startte, net als de training van medewerkers om "het leren te leren".
- Er is een grote stap gemaakt in het op orde brengen van de dossiers. Dit werd enerzijds ondersteund door een vereenvoudiging van de klantkaart in mijnCaress. Alle dossiers moesten worden overgezet naar de nieuwe indeling en zijn ook inhoudelijk herzien. De dossiers van de thuiszorgklanten zijn overgezet naar Nedap/ONS. Ook deze overzetting ging gepaard met een kwaliteitsverbetering.

Sinds het voorjaar van 2017 is Laurens bezig om het kwaliteitsdenken en -handelen structureel in te bedden in de organisatie en in het dagelijks denken en handelen van de medewerkers. Hieronder volgen de belangrijkste resultaten:

- Er is een Laurensbrede verbetercyclus geïmplementeerd. De basis hiervoor vormen de tien geselecteerde zorginhoudelijke aandachtsgebieden. De aandachtsgebieden Hygiëne en Infectiepreventie, Medicatieveiligheid, V&V/MOG, Mondzorg en Zorgdossier zijn geïmplementeerd. Met de thema's Vallen, Decubitus/wondzorg, Voeding en Incontinentie zijn wij begin 2018 gestart. Deze 10 thema's zijn belegd bij locatie- c.q. behandelmanagers. Dit is gedaan om deze managers over de domeinen heen verantwoordelijkheid te geven om de voor het grootste deel universele kwaliteitsgebieden op eenduidige wijze te implementeren. Om extra kennis over de tien kwaliteitsthema's dicht bij de zorg en behandeling te

organiseren, werken we met aandachtsvelders. Dit zijn veelal zorgmedewerkers, aangezien zij in de dagelijkse zorgverlening werken en dicht bij collega-zorgmedewerkers staan. Voor de tien kwaliteitsthema's zijn inmiddels 1448 intramurale aandachtsvelders en 24 extramurale verpleegkundig aandachtsvelders aangesteld. Deze zijn al of worden nog geschoold voor hun specifieke aandachtsveld. Een belangrijk resultaat is het uitvoeren van de zelfevaluatie en interne audits, die zijn gebruikt bij het opstellen van de onderliggende rapportage.

- Professionals zijn geschoold en getraind in methodisch werken. Het nieuwe beleid, de afspraken en werkwijze van methodisch werken, is geïmplementeerd. Concreet betekent dit dat er 1700 zorgcoördinatoren zijn benoemd. Om hen goed toe te rusten hun rol uit te oefenen, zijn twee trainingen ontwikkeld. De eerste is de "Dialogsessie", waarin zorgcoördinatoren in gesprek gaan over hun nieuwe rol. Deze training is inmiddels door 1225 zorgcoördinatoren gevolgd. De tweede training is "Goed in Gesprek", waar 268 zorgcoördinatoren aan mee hebben gedaan en hierdoor met meer vertrouwen een gesprek aangaan met klanten en naasten.

In dit Kwaliteitsverslag wordt uitgebreid ingegaan op de behaalde resultaten.

Vanuit het programma Waardigheid en Trots zijn sinds 2016 gemiddeld 7 coaches actief op 14 van onze intramurale locaties. Zij begeleiden teamleiders en medewerkers bij het implementeren van de kwaliteitsthema's. Begin dit jaar hebben zij voor ons een evaluatie opgesteld van de gemaakte vorderingen. Uit deze evaluatie blijkt ook de significante verbetering die is geboekt in het kwaliteitsdenken in de praktijk. Alle locaties laten een opwaartse ontwikkeling zien. Bij enkele locaties bestaat het risico op terugval. Deze hebben specifieke aandacht in de komende periode. In 2018 wordt de begeleiding door de coaches voortgezet. Naast de verdere ondersteuning van de locaties leveren zij een bijdrage aan het verbeteren van de samenwerking tussen het primair proces en de ondersteunende diensten.

In 2017 heeft Laurens bij de zorgkantoren (Zilveren Kruis, DSW en CZ) een aanvraag ingediend voor extra middelen uit de zogenaamde € 100 mln van Van Rijn. De zorgkantoren hebben gezamenlijk € 7,8 miljoen aan Laurens toegekend. In 2017 is € 1.534.050 van de Van Rijngelden aangewend. De toegekende middelen zijn ingezet ten behoeve van de doelstellingen uit het Laurensbrede Kwaliteitsprogramma en dan met name voor de scholing van medewerkers en locatiemanagers. Ongeveer de helft van de middelen zijn besteed aan coaching on the job van de zorgcoördinatoren, overige bestedingen betreffen de module Samenspel, deskundigheidsbevordering van aandachtsvelders en het leiderschapsprogramma. Een belangrijk onderdeel van de scholingskosten zijn de vervangingskosten van de medewerkers (de zogenoemde verletkosten). Het restant zal in 2018 aangewend worden.

We zien dat we op een groot deel van onze doelstellingen de vereiste progressie hebben geboekt, echter we zijn er nog niet. Stap voor stap wordt gewerkt aan het op orde brengen van de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening van Laurens. Voor de komende jaren ligt er nog een grote uitdaging. Maar we constateren dat we op de goede weg zijn, we raken steeds beter in control en kijken met vertrouwen naar de toekomst.

1.2 Voorwoord Raad van Toezicht

"Als je doet wat je altijd deed, krijg je wat je altijd kreeg"

In 2016 werd Laurens met de neus op het feit gedrukt dat "doen wat je altijd deed" niet genoeg is om eigentijdse, goede kwaliteit van zorg te leveren. In 2017 constateerden wij dat op alle niveaus in de organisatie het bewustzijn aanwezig was dat kwaliteit en veiligheid van zorg permanente aandacht en

ontwikkeling vragen. Uit de ons in 2017 beschikbaar gestelde plannen en rapportages over de 10 thema's die in dit Kwaliteitsverslag aan de orde komen, spreekt ambitie en focus om de kwaliteit van zorg te verbeteren. In gesprekken met de bestuurders, tijdens werkbezoeken en ontmoetingen met professionals en leden van de medezeggenschapsorganen van Laurens, trof ons de alom aanwezige dynamiek. Wij ontmoetten een open houding ten aanzien van leren en drive om de kwaliteit van zorg voortdurend te verbeteren. Voorliggend Kwaliteitsverslag 2017 getuigt hiervan. Wij beschouwen 2017 in deze als een overgangsjaar: er is veel werk onderhanden en met duurzame versterking van de professionele structuur van Laurens is een begin gemaakt. Zaadjes zijn geplant in een vruchtbaar gemaakte bodem, maar het werk is niet gedaan. De in 2017 aangetrokken nieuwe bestuurders van Laurens tonen visie en ambitie om groei en bloei te bevorderen en een steeds betere oogst voor de klanten van Laurens binnen te halen.

2. Algemeen beschrijvend overzicht uitkomsten

2.1 Zorgvisie, kernwaarden en doelgroepen

Vanuit onze missie, visie en kernwaarden streven wij ernaar om mensen zo zelfstandig en betekenisvol als mogelijk te laten leven als zij ouder worden. Iedereen verdient respect en aandacht. Dit staat uitgebreid beschreven op de website van Laurens <https://laurens.nl/onze-missie>. Laurens heeft zorglocaties in Rotterdam en aanpalende gemeenten en ondervindt forse grootstedelijke problematiek. Laurens heeft ongeveer 30 intramurale locaties verdeeld over de domeinen Wonen met Zorg en Kortdurende Zorg. Op onze website staat een nadere typering van de locaties van Laurens, doelgroepen en de zorg- en dienstverlening ter plaatse <https://laurens.nl/locaties/overzicht>. Laurens werkt vanuit het principe lijnsturing: bestuur, directeuren, managers en teamleiders sturen op de driehoek 'tevreden klant - tevreden medewerker - gezond rendement'. De kwaliteit van onze zorg en dienstverlening vormt hierin de basis. Leidinggevendenden zijn resultaatverantwoordelijk: dat is de kern van onze besturingsfilosofie. Leidinggevendenden sturen vanuit de kernwaarden "persoonlijke aandacht, naasten betrekken, samenwerken en professioneel handelen". Zij worden in hun werk ondersteund door een centrale staf. De staf heeft een dienstverlenende rol, maar ook een onafhankelijke control functie.

2.2 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Persoonsgerichte zorg en ondersteuning zien wij als dé basis voor tevreden klanten én een goede kwaliteit van zorg. Onder kwalitatief goede zorg verstaan wij allereerst dat wij voldoen aan de basale kwaliteitseisen. Aanvullend hierop hebben we een breder perspectief op persoonsgerichte zorg. Dit is dat wij werken vanuit onze visie op zorg en onze kernwaarden "persoonlijke aandacht" en "naasten betrekken". In de praktijk betekent dit dat wij oprecht geïnteresseerd zijn in onze klanten en dat we ingaan op hun persoonlijke wensen. We kennen onze klanten, weten wat hen drijft en wat ze belangrijk vinden. Daarnaast staan we in verbinding met de naaste(n) van onze klanten, zodat zij zich gehoord en ondersteund voelen, gaan we in gesprek over de ondersteuning die naaste(n) bieden en maken we afspraken over hun betrokkenheid bij de zorg en ondersteuning. Methodisch werken en multidisciplinair samenwerken ondersteunt onze persoonsgerichte zorg en levert een positieve bijdrage aan de kwaliteit van leven van onze klanten.

Methodisch werken betekent dat we werken volgens een plan, dat we rapporteren op de doelen die gesteld zijn, dat we continu signaleren en evalueren of de doelen worden behaald en dat we waar nodig aanpassen, bijstellen en weer vastleggen. In de intramurale zorg doen we dat multidisciplinair,

in de extramurale zorg meer monodisciplinair en waar nodig multidisciplinair. Gezien het verschil in de doelgroepen binnen de domeinen Wonen met Zorg, Kortdurende Zorg en Thuiszorg, hebben we gekozen voor het praktisch uitwerken van vier "cirkels van methodisch werken": voor Wonen met Zorg,

voor Thuiszorg, voor Palliatieve Zorg en voor Revalidatie. De stappen die wij zetten in het proces van methodisch werken zijn hieronder weergegeven:



2.2.1 Resultaten 2017

In overleg met een afvaardiging van de vakgroepen is een Laurensbrede visie op zorg ontwikkeld met de kernwaarden “persoonlijke aandacht, samenwerken, professioneel handelen en naasten betrekken”. De visie is vervolgens vertaald naar een nieuwe inrichting van het klantproces met duidelijke afspraken over de wijze waarop zorgcoördinatie, de richtingbespreking en het methodisch werken moeten worden uitgeoefend. Deze vertaling is gemaakt voor de verschillende domeinen. Wat betekent dat er waar nodig domeinspecifieke werkwijzen en afspraken gelden. Hieronder volgt een aantal voorbeelden:

- Zo is er voor gekozen om in de intramurale domeinen de teamleiders de rol van voorzitter van de richtingbespreking te geven. Hierdoor kunnen zij het proces van het multidisciplinair samenwerken bewaken en waar nodig bijsturen.
- In het extramurale domein is gestuurd op het stevig positioneren van de teamleider, wijkverpleegkundige en planner rondom het team en het bewerkstelligen van een goede samenwerking en afstemming tussen hen onderling.
- De rol van zorgcoördinator is geïntroduceerd in de intramurale domeinen, deze was in het extramurale domein reeds ingericht. Maar ook in het extramurale domein zijn de zorgcoördinatoren (opnieuw) getraind om hen goed uit te rusten voor hun taak.
- Het aanbieden van een scholingstraject (post HBO wijkverpleging) en intervisiebijeenkomsten voor wijkverpleegkundigen.

Dit traject startte al in 2016 en werd in het voorjaar van 2017 afgerond. In de rest van het jaar 2017 heeft de implementatie plaatsgevonden. Onze medewerkers worden bij het eigen maken van hun nieuwe rollen ondersteund door de coaches van Waardigheid en Trots, door scholingstrajecten vanuit de Laurens Academie (met daarin aandacht voor zowel kennis als kunde) en door het volgen van ons leiderschapsprogramma voor leidinggevenden, workshops en intervisiebijeenkomsten.

Daarnaast heeft, binnen het domein Wonen met Zorg, vanuit een ontwikkelplan met de Zorgkantoren DSW, Zilveren Kruis en CZ, een pilot plaatsgevonden rondom “het Levensverhaal”. Gezien de positieve resultaten wordt dit in 2018 verder uitgerold binnen het domein Wonen met Zorg en domein Kortdurende Zorg (Wlz afdelingen). Een tweede ontwikkelplan met de Zorgkantoren was “Klantervaring meten”. In samenwerking met de Centrale Cliëntenraad en mantelzorgers is hiervoor een vragenset ontwikkeld. Op basis hiervan is een formulier “klanttevredenheid” ontwikkeld dat is opgenomen in het zorgdossier en op de pilot locaties gebruikt is voor nieuwe klanten. De zorgcoördinatoren verwerken de resultaten in de Klantkaart van het zorgdossier. Ook is hiervan een vertaling in het Zorgplan van de klant opgenomen.

2.2.2 Vereisten en indicatoren

Laurens heeft de vereisten uit het kwaliteitskader verpleeghuiszorg¹ vertaald in beleid en werkwijzen en een start gemaakt met de implementatie in 2017. In 2018 zal een verdere borging hiervan plaatsvinden.

De indicatoren zoals beschreven in bijlage 1 (“Handreiking persoonsgerichte zorg en ondersteuning”)² van het Kwaliteitskader komen terug in de vragen m.b.t. klant- en medewerkerbeleving in de Kwaliteitsmeter³. De resultaten hiervan zijn in het derde kwartaal van 2018 bekend en zullen (onder meer) gebruikt worden als input voor het kwaliteitsplan 2019, waarin wij streven naar een ontwikkelopdracht op locatie- cq gebiedsniveau.

2.3 Wonen en welzijn

Prettig wonen en welzijn is van wezenlijk belang voor onze klanten. Welbevinden, aandacht en welzijn dragen bij aan kwaliteit van leven. Dit komt terug in onze visie op dagbesteding & welzijn en onze visie op vrijwilligers. De essentie van onze visie is dat wij welzijn niet beperken tot het ‘inzetten van activiteiten’, maar dat welzijn een integraal onderdeel is van de zorg aan onze klanten. Het meer en meer bewerkstelligen dat de medewerker zich hiervan bewust is, doen wij onder andere door welzijn onderdeel te maken van het methodisch werken. Het gaat erom hoe belangrijke momenten gedurende de dag (denk aan eten, wassen en aankleden, koffie drinken etc.) zo ingericht worden dat de klanten zich nog prettiger voelen. Want dagelijkse bezigheden als koffie drinken, ontmoetingen en een gezellige maaltijd zijn net zo belangrijk voor het welzijn van klanten als het aanbieden van activiteiten. Naast de aandacht voor welzijn en welbevinden in de dagelijkse zorg, worden ook activiteiten aangeboden. Dit betreft zowel groepsactiviteiten op locatie als activiteiten in een kleinere setting. Dit laatste komt steeds vaker voor, aangezien onze klanten vanwege steeds hogere leeftijd en slechtere gezondheidssituatie niet meer deel willen of kunnen nemen aan grootschalige activiteiten. Zowel bij het vormgeven van welzijn binnen de dagstructuur als bij het aanbieden van activiteiten wordt nauw aangesloten bij de wensen, behoeften en mogelijkheden van de klant. Wij gaan uit van de eigen kracht van onze klanten: het vermogen van onze klanten om zelf sturing te geven aan hun eigen leven in de context van hun sociale omgeving, ook al is deze sturing soms beperkt. Dit doen we samen met naasten. Het welzijn van onze klanten is iets van het hele multidisciplinaire team, en niet alleen van de activiteiten- en welzijnsbegeleider of de geestelijk verzorger. We integreren dit in onze zorg en behandeling en binnen ons facilitaire concept, waarbij nauw wordt samengewerkt met naasten van onze klanten.

Ook onze vrijwilligers hebben een grote rol als het gaat om aandacht voor en welzijn van onze klanten. Vrijwilligers zien wij dan ook als een belangrijke onmisbare groep, die van grote meerwaarde is voor onze klanten. Onze vrijwilligers verdienen dan ook een plek in de organisatie die gelijkwaardig is aan die van medewerkers. We vinden het belangrijk dat de vrijwilliger daadwerkelijk onderdeel uitmaakt van het team.

2.3.1 Resultaten 2017

Meer aandacht voor vrijwilligers

In 2017 zijn wij gestart met de projecten “Meer aandacht voor vrijwilligers” en “Betere aansluiting vraag en aanbod dagbesteding & welzijn”. De vrijwilligers zijn nu onderdeel van de (zorg) teams en hebben een teamleider als direct “leidinggevende”. De klant en naasten ervaren hierdoor dat onze

¹ Pagina 10 en 12 uit Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg

² Pagina 33 en 34 uit Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg

³ De Kwaliteitsmeter is een nieuw instrument om de stand van zaken op het gebied van kwaliteit en veiligheid te monitoren op team, locatie en gebiedsniveau. Het instrument wordt tevens gebruikt om zo nodig verbetermaatregelen te treffen.

vrijwilligers en medewerkers als een team samenwerken. Daarnaast zijn een aantal randvoorwaarden voor de vrijwilligers cq het werken met vrijwilligers verbeterd. De afdeling recruitment van HR faciliteert nu ook de werving, selectie en het matchen van vrijwilligers, het wervings- en aanname proces is verbeterd, er zijn nieuwe formulieren ontwikkeld op basis waarvan bijvoorbeeld de teams inzicht kunnen geven in de behoefte aan vrijwillige inzet en voor de registratie van vrijwilligers. Het gehele administratieve proces rond vrijwilligers zal in de loop van 2018 zelfs technisch worden ondersteund.

Betere aansluiting vraag en aanbod dagbesteding en welzijn

Binnen het project “Betere aansluiting vraag en aanbod dagbesteding & welzijn” is een herverdeling gemaakt van de activiteiten- en welzijnsbegeleiders, om een meer evenwichtig aanbod te kunnen bieden op de diverse locaties. Daarnaast zijn voor beide functies nieuwe functiebeschrijvingen opgesteld, waarin de rol en bijdrage die wij verwachten van deze functionarissen beter is uitgewerkt. De twee functies die we nu hanteren binnen Laurens zijn die van activiteiten- en welzijnsbegeleider en welzijnscoach. In 2018 zullen we meer inzicht hebben op de effecten van deze aanpassingen in het beleid en organisatie.

Waardigheid en Trots

In het kader van het programma Waardigheid en Trots heeft het Ministerie van VWS vanaf 2016 extra middelen beschikbaar gesteld voor kwaliteitsverbetering in verpleeghuizen (domein Wonen met Zorg). Laurens is blij met deze extra middelen. De bestemming ervan sluit aan bij wat we voor onze klanten willen betekenen: de klant ondersteunen om zelf de regie te voeren en een betekenisvol leven te leiden. De bestemming sluit ook aan bij de wijze waarop we onze medewerkers zien: als deskundige en verantwoordelijke professionals die samen met werkelijke aandacht goede zorg aan onze klanten geven. De locaties hebben een eigen plan gemaakt voor het extra ondersteunen van de daginvulling door klanten en daarmee de besteding van de extra middelen. Hieronder een greep uit een omvangrijke hoeveelheid aan activiteiten:

- Laurens heeft een beweegbeleid ontwikkeld omdat het stimuleren van bewegen essentieel is. Als implementatie van het beweegbeleid op de locatie Borgsate is de beweegbox bedacht. De beweegbox wordt ingezet als instrument op de huiskamers om een beweegericht leefklimaat te stimuleren.
- In Huize Sint Petrus zijn gesprekken gevoerd met bewoners, familie en medewerkers om hun ideeën te inventariseren over wat Laurens met de extra middelen kon doen. Een van de wensen was bij mooi weer een ijsje. En dat hebben we kunnen realiseren met een leuke ijscokar die op de kamer van iedere bewoner langs kwam.
- De bewoners van Kleinschalig wonen van Borgstede én hun familie genoten van een dagje uit in diergaarde Blijdorp. Een mooi voorbeeld van de vele activiteiten die in het kader van een zinvolle daginvulling worden georganiseerd.
- Op de afdeling verzorgd wonen van De Tuinen in Bleiswijk werd een vakantie in eigen huis georganiseerd. Drie dagen werd er iedere dag een ander land aangedaan. Er is flink uitgepakt met bijbehorende kleding en aankleding van de afdeling. De bewoners hebben allemaal een paspoort gekregen met daarin het programma. Vervanging van personeel wordt bekostigd vanuit de subsidie Waardigheid en Trots.
- Met een hapje en een drankje openden de Vrienden van De Elf Ranken symbolisch een gang met bijzondere muurschilderingen. Het thema van de muurschilderingen is ‘Buiten binnen halen’. De muurschilderingen zijn mogelijk gemaakt met geld van Waardigheid en trots, aangevuld met bijdragen van sponsors zoals de Karwei Barendrecht, Sigma, vrijwilligers en familie van de bewoners.

Betekenisvol leven in de Buurt

Al in 2015 is Laurens Thuiszorg gestart met een project dat zich richt op het belang van aandacht

voor zingeving (geestelijke zorg) in de thuissituatie. Zingeving is een belangrijk aspect van kwaliteit van leven, kwaliteit van zorg en kwaliteit van de relatie. Het project is een gezamenlijk initiatief van de vakgroep geestelijke verzorging en het domein thuiszorg. Het doel van het project is om thuiszorgmedewerkers te helpen om aandacht te hebben voor zingevingaspecten die spelen bij klanten. In het project worden thuiszorgmedewerkers gecoacht door geestelijk verzorgers. Doel van het project is dat zorgmedewerkers zingevingaspecten opmerken in hun werk en daar goed mee om weten te gaan. Dit doen zij in hun dagelijkse zorg voor en, eventueel, door klanten op dit gebied in contact te brengen met of over te dragen aan andere professionals of vrijwilligers. In 2017 is een (tussen)evaluatie van het project uitgevoerd door de Hogeschool Rotterdam. Er is geconcludeerd dat ouderen zelf weinig verandering opmerken ten gevolge van het project. Het project legt wél een belangrijke basis voor zorg die aansluit bij wat ouderen belangrijk vinden. Thuiszorgmedewerkers worden zich door de coaching bewust van zingevingaspecten en ontwikkelen vaardigheden om zorg te leveren die aansluit bij de zingeving van de klant. Daarmee is de aanpak voor zorgmedewerkers succesvol en stimuleert het een handelswijze die voor de oudere vanzelfsprekend en betekenisvol is. De werkwijze wordt in 2018 verder ontwikkeld en verankerd in het beleid van Laurens.

2.3.2 Vereisten en indicatoren

Laurens heeft de vereisten uit het kwaliteitskader verpleeghuiszorg⁴ vertaald in beleid en werkwijzen en een start gemaakt met de implementatie in 2017. In 2018 zal een verdere borging hiervan plaatsvinden. De kern van deze borging bestaat enerzijds uit een “technische kant”. Met andere woorden het: vastleggen in beleid en procedures en daarnaast het scholen en trainen van medewerkers. Anderzijds betreft het hier het raken van de “intrinsieke motivatie”. Hiermee wordt bedoeld: het nemen van verantwoordelijkheid door medewerkers en het duurzaam veranderen van de wijze van handelen en werken van onze medewerkers. De indicatoren zoals beschreven in bijlage 2 (“Handreiking voor wonen en welzijn”)⁵ van het Kwaliteitskader komen terug in de vragen m.b.t. klant- en medewerkerbeleving in de Kwaliteitsmeter⁶. De resultaten hiervan zijn in het derde kwartaal van 2018 bekend en zullen (onder meer) gebruikt worden als input voor het kwaliteitsplan 2019, waarin wij streven naar een ontwikkelopdracht op locatie cq gebiedsniveau.

2.4 Veiligheid

Werken aan lerend vermogen op het gebied van veiligheid betekent dat wij het belangrijk vinden om, samen met medewerkers, op een dynamische en lerende wijze zorg te dragen voor een goede kwaliteit van zorg en veiligheid. En hierbij is “voorkomen beter dan genezen”. Maar óók dat het leren en verbeteren, waar mogelijk, op of dicht tegen de werkvloer plaatsvindt. Dit organiseren we op een wijze die continu leren en verbeteren mogelijk maakt. Dit geldt niet alleen voor het leren van calamiteiten, MIC en MIM en klachten, maar ook voor het leren van zelfevaluaties en interne audits binnen de, die we onder het thema “Leren en en werken aan kwaliteit” hebben ondergebracht in hoofdstuk 2.5 en de nadere uitwerking ervan in hoofdstuk 3.1.

2.4.1 Resultaten 2017

In de eerste helft van 2017 is een nieuwe aanpak rond het opstellen van de MIC analyses geïntroduceerd en hebben alle managers begeleiding gekregen in het opstellen ervan. In de tweede helft van 2017 hebben we er voor gekozen om externe begeleiding en deskundigheid (Vilans) aan te trekken om nog een extra stap te maken in het verbeteren van de kwaliteit van de analyses. En om de managers te ondersteunen bij het komen tot een analyse inclusief het SMART formuleren van hun

⁴ Pagina 10 en 12 uit Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg

⁵ Pagina 35 en 36 uit Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg

⁶ De Kwaliteitsmeter is een nieuw instrument om de stand van zaken op het gebied van kwaliteit en veiligheid te monitoren op team, locatie en gebiedsniveau. Het instrument wordt tevens gebruikt om zo nodig verbetermaatregelen te treffen.

verbeteracties. Op onze locaties en in onze werkgebieden van de Thuiszorg zijn de MIC commissies (incidentencommissies) opnieuw ingericht (juiste samenstelling en frequentie van bijeenkomsten) conform het Laurensbrede MIC beleid. Ten aanzien van het onderdeel calamiteiten is een bewakingsmatrix ontwikkeld en zijn de onderdelen “peer support” en “storytelling” uitgewerkt. In 2018 werken we verder aan het verbeteren, (door)ontwikkelen en borgen van het (multidisciplinair) leren van medewerkerniveau tot op organisatiebreed niveau v.w.b.:

- Calamiteiten
- MIC
- MIM
- Klachten

2.4.2 Vereisten en indicatoren

Laurens heeft de vereisten uit het kwaliteitskader verpleeghuiszorg⁷ vertaald in beleid en werkwijzen en een start gemaakt met de implementatie in 2017. In 2018 zal een verdere borging hiervan plaatsvinden. De vereiste indicatoren onder het thema Veiligheid⁸ worden inmiddels deels gemeten (onder meer op basis van) zelfevaluaties. Daarnaast heeft Laurens de indicatoren over de basisveiligheid aangeleverd bij de Openbare Database van het Zorginstituut binnen de gestelde termijn. De resultaten zullen (onder meer) gebruikt worden als input voor het kwaliteitsplan 2019, waarin wij streven naar een ontwikkelopdracht op locatie cq gebiedsniveau.

2.5 Leren en werken aan kwaliteit

Aandachtsvelders en verpleegkundigen kwaliteit

Aandacht is bewuste én gerichte focus. Een “aandachtsvelder”, die intramuraal werkt en een “verpleegkundige kwaliteit”, die extramuraal werkt, is zich bewust van zijn rol in het werkveld ten aanzien van één (of meerdere) van de kwaliteitsthema’s en focust zich ook gericht op dat kwaliteitsthema. Intramuraal werken we met “aandachtsvelders” die extra kennis dichtbij de zorg en behandeling brengen. Dit doen we binnen onze extramuraal zorg met verpleegkundig aandachtsvelders. Onze aandachtsvelders en verpleegkundig aandachtsvelders monitoren op gestructureerde wijze hoe het gaat met het specifieke kwaliteitsthema waarvoor zij verantwoordelijk zijn. Deze signalen worden, per thema, binnen de verbetercyclus gebruikt om van te leren op teamniveau, locatieniveau, domeinniveau en Laurensbreed én om te verbeteren (zie voor een nadere uitwerking hoofdstuk 3.1)

Professionele structuur

Om met elkaar zo goed mogelijk de kwaliteit van zorg- en dienstverlening op peil te houden en daarbij kennis en kunde uit te wisselen, zodat iedere professional op de hoogte is en volgens best practices kan werken, is het van belang dat de verschillende onderdelen binnen de professionele structuur nauw met elkaar samenwerken. Daarbij is het ook van belang dat een ieder weet wat zijn/haar rol inhoudt, welke verantwoordelijkheden bij die rol horen en deze ook op een juiste wijze uitoefent.

2.5.1 Resultaten 2017

Aandachtsvelders en verpleegkundigen kwaliteit

In hoofdstuk 3.1 is een nadere uitwerking gemaakt van ‘het leren van’ met behulp van de structuur met aandachtsvelders en verpleegkundigen kwaliteit.

Professionele structuur

⁷ Pagina 10 en 12 uit Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg

⁸ Pagina 37 uit Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg

De verankering binnen onze organisatie van onze professionals is in 2017 nog onvoldoende, als gevolg waarvan zij onvoldoende in positie zijn en onvoldoende in de gelegenheid worden gesteld om hun rol op het gebied van kwaliteit en veiligheid in te vullen. Daarnaast is er nog onvoldoende verbinding tussen onze professionals en de lijnorganisatie. In 2017 is een nieuwe professionele structuur ontworpen en vastgesteld. De implementatie van de nieuwe professionele structuur vindt plaats in 2018.

Ontwikkelplan zorgkantoren

Binnen het domein Wonen met Zorg is in 2017 het thema MOG vanuit een ontwikkelplan met de Zorgkantoren DSW, Zilveren Kruis en CZ vormgegeven. Dit ontwikkelplan en het project “Werken met aandachtsvelders MOG/V&V” heeft o.a. opgeleverd: een Laurensbrede multidisciplinaire handreiking MOG, een scholingsplan MOG, een implementatieplan voor het “Omgangsoverleg” op locaties en er is een start gemaakt met de implementatie hiervan. Daarnaast is een folder gemaakt over MOG die op de locaties beschikbaar is voor familie en staan familiebijeenkomsten gepland met als thema “omgaan met probleemgedrag”. In 2018 starten wij met een ambulant expertiseteam MOG. Dit team is direct bereikbaar bij acute problematiek en laagdrempelig beschikbaar voor het beantwoorden van vragen of het meedenken met casuïstiek.

2.5.2 Vereisten en indicatoren

Laurens heeft de vereisten uit het kwaliteitskader verpleeghuiszorg⁹ vertaald in beleid en werkwijzen en een start gemaakt met de implementatie in 2017. In 2018 zal een verdere borging hiervan plaatsvinden. Aan de vereisten onder het thema “Leren en verbeteren van kwaliteit”¹⁰ wordt nog niet altijd volledig voldaan. Deels logischerwijs omdat het kwaliteitsverslag op 1 juli 2018 opgeleverd en gepubliceerd dient te worden en de hieraan gerelateerde termijnen nog niet gepasseerd zijn. Toch moet geconstateerd worden dat het Kwaliteitsplan 2018 niet vóór 31 december 2017 vastgesteld kon worden. Voor het Kwaliteitsplan 2019 zullen wij eerder in gesprek treden met de diverse stakeholders om op de gestelde termijn (31 december 2018) tot een gedragen Kwaliteitsplan 2019 te komen.

Wij hebben geparticipeerd in diverse lerende, externe, netwerken. Zo werken wij onder meer samen met het Universitair Netwerk voor de Care Sector in Zuid Holland (UNC-ZH), het ZorgPact Rotterdam, het Van Kleef instituut, de Rotterdam Stroke Service, Conforte en Actiz.

De bij Conforte aangesloten organisaties hebben besloten het lerend netwerk in ieder geval in te vullen door middel van een Kwaliteitscirkel, die een aantal keer per jaar themagericht bij elkaar komt. Deze gaat in 2018 van start. Doel van deze kwaliteitscirkel is uitwisseling van kennis en verdieping van gezamenlijke onderwerpen van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. De Kwaliteitscirkel biedt de partijen de mogelijkheid om gezamenlijk te reflecteren op en te leren van elkaars Kwaliteitsplan en Kwaliteitsverslag. Laurens voldoet op basis van deelname aan deze samenwerkingsverbanden al aan de eisen/normen zoals het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg stelt, maar vanzelfsprekend is de wijze waarop wij gebruik maken van de beschikbare informatie, dit toepassen en leren en dit inbedden in de organisatie van een (nog) groter belang. Dit doen wij door het regelmatig agenderen van deze netwerken in overleggen van de directie- en managementteams, maar ook door middel van het actief ophalen en vertalen van informatie binnen relevante beleidsthema's.

In het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg is verder opgenomen dat de organisatie moet voldoen aan een (erkend) kwaliteitsmanagementsysteem. Laurens beschikt over een dergelijk KMS, is HKZ gecertificeerd en wordt binnen de gestelde termijn gevisiteerd.

In het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg is tenslotte opgenomen dat elke zorgorganisatie de professionele inbreng in het aansturen van de organisatie borgt door opname van een specialist

⁹ Pagina 10 en 12 uit Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg

¹⁰ Pagina 17 uit Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg

ouderengeneeskundige, verpleegkundige of psychosociaal zorgverlener als lid van de Raad van Bestuur. Laurens heeft dit als onderdeel geborgd binnen de uitwerking van de Professionele Structuur en kiest ervoor dit in te richten door middel van het aantrekken van een eerste Geneeskundige in 2018¹¹. Deze onderhoudt, door structureel overleg met de Raad van Bestuur en door het themagewijs bijwonen van het Directieoverleg, een nauwe relatie met onze Raad van Bestuur en de domeindirecteuren en adviseert gevraagd en ongevraagd. Aanvullend hierop heeft Laurens een VVAR, welke in 2018 zal worden omgevormd tot een PAR. Deze professionele adviesraad geeft vanuit (gecombineerde) beroepsinhoudelijke perspectieven beleidsadviezen over vraagstukken die alle professionals en hun onderlinge samenwerking aangaan en draagt daarmee bij aan de beleidsontwikkeling passend bij de strategie/jaarplan van Laurens.

2.6 *Leiderschap, governance en management*

In het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg is een aantal vereisten¹² opgenomen op het gebied van Leiderschap, governance en management. Voor de vereisten met betrekking tot de professionele inbreng in het bestuur en de VVAR/PAR wordt verwezen naar hoofdstuk 2.4. De uitwerking van de overige vereisten (de Governancecode, de wijze waarop de leiderschapsstijl ondersteunend is aan de kwaliteit en hierop wordt toegezien) wordt hieronder nader toegelicht.

Laurens kent een tweehoofdige Raad van Bestuur. De bestuursverantwoordelijkheden zijn georganiseerd volgens de zorgbrede governancecode. Onze statuten zijn hiermee in lijn. Het reglement van de Raad van Bestuur en van de Raad van Toezicht wordt in 2018 aangepast. Om “gevoel te houden bij het primair proces” worden structureel locatie- en gebieds bezoeken uitgevoerd door de leden van de Raad van Bestuur. Daarnaast lopen zij op gezette tijden mee met de medewerkers in het primair proces.

Onze Raad van Toezicht bestaat uit 6 leden en fungeert als klankbord en adviesorgaan voor onze bestuurders. Zij houden toezicht op het beleid van de Raad van Bestuur en op de algemene gang van zaken van onze organisatie waaronder ook de thema’s kwaliteit en veiligheid vallen. De commissie Kwaliteit & Veiligheid is in 2017 vanwege het verscherpt toezicht van eind juli 2016 tot maart 2017 frequenter dan gebruikelijk bijeengekomen, namelijk zeven keer. Tijdens de vergaderingen was expliciete aandacht voor de basiskwaliteit van zorg, aangezien op meerdere plekken in de organisatie deze niet op orde bleek. Net als in 2016 heeft de commissie het programma ‘kwaliteit, dat ben jij!’ nauwgezet gevolgd. De Raad van Toezicht heeft de uitkomsten van de bespreking van de commissie besproken aan de hand van de verslagen en een mondelinge toelichting door de voorzitter van de commissie.

In 2017 is intensieve aandacht uitgaan naar het sturen op kwaliteit en veiligheid. Het programma “Kwaliteit, dat ben jij!” valt onder de eindverantwoordelijkheid van onze Raad van Bestuur. De directeur Kortdurende Zorg is operationeel verantwoordelijk voor het programma en wordt hierbij ondersteund door een programmamanager Kwaliteit en de bestuurssecretaris/manager van de afdeling Strategie, Beleid en Innovatie. Om de intensieve monitoring en sturing op kwaliteit en veiligheid door de Raad van Bestuur binnen het lopende programma mogelijk te maken:

- Werken we met een Kwaliteitsplan, waarin onze ambities en uitgangspunten op het gebied van kwaliteit en veiligheid zijn beschreven. Ons Kwaliteitsplan is nauw verbonden met ons Jaarplan en wordt jaarlijks vastgesteld.

¹¹ Zolang dit nog niet is gerealiseerd is er structureel overleg tussen de Raad van Bestuur met vertegenwoordigers van de genoemde beroepsgroepen.

¹² Pagina 21 uit Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg

Het is een levend document wat door het jaar heen gewijzigd kan worden naar aanleiding van de situatie op dat moment. Het plan wordt opgesteld, bijgesteld en getoetst in samenwerking met diverse betrokkenen.

- Wordt ieder jaar een Kwaliteitsverslag opgesteld.
- Participeren we in diverse lerende, externe, netwerken. Zo werken wij o.a. samen met het Universitair Netwerk voor de Care Sector in Zuid Holland (UNC-ZH), het ZorgPact Rotterdam, Actiz en het Van Kleef instituut.

Binnen het kwaliteitsprogramma zelf:

<ul style="list-style-type: none"> - Zijn alle lopende projecten voorzien van een projectleider en wordt door de projectleiders schriftelijk gerapporteerd op de lopende projecten. - Is er 1x per 6 weken een Klankbordgroep Kwaliteit. - Is er 1x per 3 weken een Projectgroep Kwaliteit. - Is er 1x per maand een Voortgangsoverleg van het programma "Kwaliteit, dat ben jij!" t.a.v. alle lopende thema's en projecten. - Is er 1x per maand een Stuurgroep Kwaliteit. 	<ul style="list-style-type: none"> - Is er 1x per maand een thema bijeenkomst Kwaliteit met managers. - Zijn er 2-3x per jaar Kwaliteitsdagen als onderdeel van de Laurensbrede werkbijeenkomsten. - Komt het thema Kwaliteit maandelijks terug op de agenda van het Directie team. - Komt het thema Kwaliteit wekelijks-maandelijks terug bij werkoverleggen tussen Raad van Bestuur, bestuurssecretaris, Directie en programmamanager. 	<ul style="list-style-type: none"> - Staat het thema Kwaliteit x per jaar op de agenda bij de Raad van Toezicht en de commissie Kwaliteit en Veiligheid van de Raad van Toezicht. - Staat het thema Kwaliteit x per jaar op de agenda bij de CCR en OR. - Worden Zorgkantoren en banken (structureel) geïnformeerd over de voortgang van het kwaliteitsprogramma.
--	--	--

In het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg is opgenomen dat er vanaf 1 januari 2018 voor iedere zorgverlener tijd en ruimte is om op gezette tijden mee te lopen bij een collega organisatie uit het lerend netwerk. De wijze waarop wij dit inhoudelijk vormgeven wordt in 2018 verder uitgewerkt. Binnen het domein Thuiszorg is hier in de periode van 2015-2017 al ervaring mee opgedaan in het project "Twinning". In dit project werden docenten en zorgprofessionals aan elkaar gekoppeld. Zij liepen mee met elkaar en leerden in de praktijk van elkaar.

2.7 Personeelssamenstelling (voldoende en vakbekwaam personeel)

In 2017 is het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg vastgesteld. In het kader zijn op hoofdlijnen personele eisen verwoord, nog niet vertaald in een norm. Tegelijkertijd is gesteld dat de tarieven hier nog niet op aan sluiten, met andere woorden: de in het kwaliteitskader beschreven personele inzet kan niet worden betaald uit de tarieven die de organisaties ontvangen voor de ZZP's. Per januari 2018 krijgen de zorgorganisaties een eerste opslag op de ZZP-tarieven. Naar verwachting zullen de tarieven in de komende jaren verder worden verhoogd.

Hierbij hebben wij te maken met specifieke grote grote-steden-problematiek die extra inspanningen vraagt om te voldoen aan het landelijke kwaliteitskader in de verpleeghuiszorg. Dit betreft de gevolgen van zeer krappe arbeidsmarkt, een lagere sociaal economische status en ingrijpende grootstedelijke incidenten in de zorg. Daarnaast is het vastgoed in grote steden duurder, als gevolg waarvan de uitgaven aan wonen relatief hoog zijn. Wij zijn dan ook verheugd dat NZA op basis van deze ervaren problematiek onderzoek doet naar de mogelijkheid om te komen tot differentiatie in tarieven. Voorgaande ter ondersteuning van de grootstedelijke organisaties om te kunnen voldoen aan de personeelsnorm op basis van het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg.

Enige jaren geleden heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza) vastgesteld welke personele inzet, oftewel het deskundigheidsniveau en het aantal uren, hoort bij welke ZZP. Op basis hiervan heeft Laurens de zpz tool ingericht. Met deze tool wordt op basis van het aantal klanten met bijbehorende indicatie de personele inzet bepaald. Deze berekening is een belangrijke richtlijn binnen Laurens en

daar wordt nauw op gestuurd. Als gevolg van de opslag op de ZZP tarieven heeft Laurens de ZZP tool vanaf 2018 aangepast. In de praktijk betekent dit dat er meer medewerkers ingezet kunnen worden¹³. Dit is een grote stap richting de eisen uit het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg, maar de tarieven zullen verder opgehoogd moeten worden om hier volledig aan te kunnen voldoen. Vooruitlopend op deze uitbreiding van personele inzet is Laurens in 2017 gestart met het werven van meer zorgpersoneel. Echter, de tekorten op de arbeidsmarkt hebben ertoe geleid dat er nog steeds een fors aantal vacatures open staat. Zowel binnen Laurens als Rotterdam breed wordt er veel energie en tijd in gestoken om dit tijt te keren. Vanuit kwaliteits- en kostenogpunt is ervoor gekozen om het verschil, tussen de gewenste en werkelijke samenstelling en omvang van het personeelsbestand, niet volledig af te dekken met uitzendkrachten.

Met Strategische Personeels Planning (SPP) beoogt Laurens structureel en met regelmaat zicht te krijgen op de toekomstige behoefte aan medewerkers (kwalitatief en kwantitatief) en door deze te vergelijken met de huidige bezetting te komen tot de juiste acties. Uiteindelijk doel is om de organisatie steeds te voorzien in de juiste hoeveelheid medewerkers (niet te weinig, maar ook niet te veel) met de juiste kwaliteiten op basis van de zorgvraag.

Laurens spant zich op verschillende manieren in om de instroom van personeel zo veel als mogelijk te bevorderen en de uitstroom te beperken. Enerzijds door middel van intern beleid, bijvoorbeeld door het verbeteren van arbeidsvoorwaarden, het starten van een referral programma (medewerkers betrekken bij het werven van nieuw personeel), het verbeteren van de begeleiding van leerlingen en nieuwe medewerkers, het inrichten van een flexpool en er wordt sterk ingezet op recruitment en arbeidsmarktcommunicatie. Anderzijds is in 2017 deelgenomen aan diverse Rotterdamse programma's om de situatie op de arbeidsmarkt (structureel) te verbeteren bijvoorbeeld door middel van deelname aan het programma Samen Sterk 010 en de verbinding met De Rotterdamse Zorg. Deze programma's zijn onder meer gericht op het bevorderen van zij-instroom, herintreders en om- en bijscholing.

2.8 Gebruik van hulpbronnen

Het effectief en efficiënt gebruik maken van hulpbronnen om de best mogelijke zorgresultaten en ervaringen te behalen met de beschikbare financiën en middelen is van groot belang om goede persoonsgerichte zorg en ondersteuning te bieden gebaseerd op de wensen en behoeften van cliënten. Belangrijke hulpbronnen bij het realiseren van kwaliteit van verpleeghuiszorg zijn: de gebouwde omgeving, technologische hulpbronnen, materialen en hulpmiddelen, facilitaire zaken, financiën en administratieve organisatie en samenwerkingsovereenkomsten met andere zorginstellingen.

In 2016 en 2017 richtte Laurens zich enerzijds op het verbeteren van de kwaliteit van zorg en anderzijds op het financieel herstel van de organisatie. De wijze waarop dit werd vormgegeven was uitgewerkt in het programma "Kwaliteit, dat ben jij" en in de "Crisisaanpak". Alhoewel het verscherpt toezicht is opgeheven en de organisatie in een stijgende lijn zit voor wat betreft de financiën, zullen ook de komende jaren nog in het teken staan van verbeteren en borgen van kwaliteit, financiën en bedrijfsvoering. Dit betekent dat wij in de onderstaande tekst vooral toelichten op basis van welke maatregelen wij verwachten deze onderwerpen te verbeteren.

De gebouwde omgeving (o.a. vastgoed, onderhoud, buitenruimtes, woonoppervlakte, bewegingsruimte per cliënt, privacy en faciliteiten voor terminale zorg).

¹³ De tariefsverhoging geldt niet voor de herstelgerichte zorg, GRZ, wijkverpleging en Wmo. Bij deze producten is er geen sprake van extra personele inzet

Laurens voert periodieke veiligheidsrondes uit. Tijdens deze rondes wordt er onder meer getoetst op BOPZ-eisen. Op basis van deze rondes worden tekortkomingen in kaart gebracht. Dit heeft in 2017 geleid tot een aantal aanpassingen binnen de woongebouwen.

Begin 2017 startte het project Bouwen op Kaders. De doelstelling van dit project was om uitwerking te geven aan de inhoud van het korte termijn vastgoedbeleid voor het domein Wonen met Zorg. Alle locaties zijn getoetst op basis van herijkte kaders op het gebied van kwaliteit, exploitatie, productie en vastgoed. Voor de gebouwen die niet voldeden is per locatie een oplossingsrichting bepaald. Dit gold voor de locaties Liduina, Wilgenborgh, Simeon en Anna, Borgstede, De Tuinen, Zomerhoek, De Naber, Veldstraat en Huize Sint Petrus. Mogelijke richtingen waren afbouw, voortzetting onder voorwaarden, nieuwbouw en extramuraal concept. Deze oplossingsrichtingen zijn in overleg met diverse stakeholders uitgewerkt. Het project loopt nog door in 2018, maar leidde in 2017 al tot een aantal ingrijpende besluiten. Hieronder volgt een aantal voorbeelden:

- Eind 2017 tekenden gemeente Lansingerland, zorgkantoor DSW en Laurens een bijzondere samenwerkingsovereenkomst voor de toekomst van Huize Sint Petrus. Hierdoor kan deze locatie intensieve zorg blijven bieden aan 40 ouderen met een lichamelijke aandoening. Anderzijds ontstaat hierdoor een uniek huuraanbod van 56 studio's voor kwetsbare ouderen uit Lansingerland. Daarnaast behoudt het de steunfunctie voor de wijk.
- In de zomer van 2017 werd besloten tot het sluiten van de De Naber. Een kleine locatie, waar wij verpleeghuiszorg boden in groepen van zes bewoners. Deze vorm van zorg is voor Laurens financieel helaas niet langer haalbaar.
- Laurens was genoodzaakt in locatie De Zomerhoek te stoppen met verpleeghuiszorg voor mensen met dementie. De inzet van medewerkers die nodig is om goede zorg te leveren in kleine groepen van zes bewoners, bleek financieel niet langer haalbaar. Besloten werd om in De Zomerhoek wonen met zorg te gaan bieden aan mensen met Niet Aangeboren Hersenletsel. Ook deze mensen hebben veel begeleiding en zorg nodig, maar de wijze van inzet van medewerkers en de vergoeding voor de zorg is anders. Daardoor is NAH-zorg financieel wel mogelijk in deze locatie. Laurens De Zomerhoek heet vanaf 2018 de Laurens Heuvelhoek.
- In Laurens De Hoek werd zorg geboden aan mensen met Niet Aangeboren Hersenletsel. Ten opzichte van deze locatie biedt De Zomerhoek een aantal voordelen: er is ruimte voor groepsactiviteiten en meer mogelijkheden om zorg op maat te organiseren. Daarnaast kunnen we bewoners in de gemeenschappelijke huiskamers meer dan voorheen verschillende activiteiten aanbieden. Dat leidt tot een betere kwaliteit van zorg en welzijn. Bewoners van De Hoek verhuisden daarom naar De Zomerhoek (later Heuvelhoek).

Eind 2017 zijn de eerste stappen gezet om te komen tot een strategisch, meerjaren vastgoedplan. Het plan wordt in 2018 nader worden uitgewerkt en op basis hiervan gaat Laurens in de komende jaren toewerken naar een nog beter passend woonaanbod voor haar klanten.

Technologische hulpbronnen en Facilitaire zaken

Binnen Laurens wordt gebruik gemaakt van technologische hulpbronnen, zoals domotica. Domotica kan bij alle cliënten worden ingezet wanneer dit noodzakelijk is. Bijvoorbeeld: zorgalarmering, spreekluisterverbinding, valdetectie, dwaaldetectie, dwaalpreventie, cameratoezicht en een medicatiedispenser.

De beschikbaarheid, actualiteit en het onderhoud van materialen en hulpmiddelen verdienen aandacht. Dit is ondergebracht in de herinrichting van het facilitair bedrijf. In 2017 heeft Laurens een plan opgesteld voor de herinrichting van haar facilitaire organisatie. Dienstverleningsconcepten zijn opnieuw gedefinieerd en zullen vanuit een centraal Facilitair Bedrijf worden aangeboden aan de locaties. In 2018 is de implementatie hiervan van start gegaan.

Financiën en administratieve organisatie

Laurens streeft er naar de overheadkosten zo laag mogelijk te houden. Het is een belangrijke indicator voor de bedrijfsvoering en de effectiviteit van de organisatie. Op basis van de methode 'overhead value analysis' waarbij alle medewerkers van de ondersteunende diensten zijn betrokken, is de overhead beoordeeld. In het eerste kwartaal van 2017 is een definitief besluit genomen tot reductie en herinrichting van de ondersteunende diensten. Deze reorganisatie resulteert eind 2017 uiteindelijk in een daling van het overheadpercentage.

In 2017 werden de effecten van de crisisaanpak duidelijk zichtbaar. Met name de reductie van de personele kosten en de besparing van de materiële kosten hebben een positief effect op de resultaatontwikkeling gehad. De opbrengsten over het boekjaar 2017 bedragen € 293 miljoen en het jaar 2017 is, als gevolg van de eerder beschreven crisismaatregelen, afgesloten met een positief resultaat van € 0,4 miljoen. Ultimo 2017 bedroeg de solvabiliteit (weerstandvermogen) 15,8 % en was de beschikbare kredietruimte voldoende.

De professionele relaties en samenwerkingsovereenkomsten met andere zorginstellingen, zoals ziekenhuizen, specialistenmaatschappen, apotheken, GGZ-instellingen en afdelingen klinische geriatrie.

Laurens werkt samen met diverse zorgaanbieders, zoals ziekenhuizen, huisartsen, GGZ instellingen en welzijnsorganisaties. Vanwege verscherpt toezicht en crisisaanpak was Laurens vooral intern gericht. De belangrijkste stakeholders zijn regelmatig geïnformeerd over de stand van zaken van het financieel- en kwaliteitsverbetertraject. In 2017 werd een start gemaakt met stakeholdersmanagement: de in- en externe stakeholders zijn in kaart gebracht en er is een eerste verkenning gedaan naar een passende strategie. In 2018 wordt het stakeholdersmanagement verder uitgewerkt. In 2018 werkt Laurens aan het verbeteren van haar stakeholdermanagement.

2.9 Gebruik van informatie

Actief gebruik maken van alle bronnen van informatie heeft tot doel inzet van mensen en middelen, het leveren, monitoren, managen, samen leren en verbeteren van zorg te ondersteunen, alsook het bieden van informatie aan cliënten en hun naasten opdat zij er gebruik van kunnen maken. Het verzamelen, vastleggen en beheren van informatie is daarmee van essentieel belang. Met expliciete aandacht hierbij voor het verzamelen van kwalitatieve en kwantitatieve klantervaringen en oordelen. Registreren en benchmarken is geen doel op zich, maar moet bijdragen aan kwaliteitsverbetering en ondersteunend zijn aan de directe zorgverlening. Tot slot is het van belang dat informatie openbaar is en transparant gepubliceerd wordt, voor zover die bijdraagt aan het inzicht van waar de organisatie voor staat, wat de cliënt kan verwachten en hoe en waarmee de organisatie structureel aan verbetering werkt.

Laurens verzamelt informatie op basis van zelfevaluaties en interne audits. In hoofdstuk 3.1 wordt nader ingegaan op de cyclus die ten grondslag ligt aan het leren en verbeteren op basis van de verzamelde informatie. Daarnaast wordt structureel de klant- en medewerkerbeleving gemeten in het kader van kwaliteit. In 2017 is samen met PWC een intern meetinstrument "De Kwaliteitsmeter" ontwikkeld. Hierin zijn de resultaten van de voornoemde onderzoeken opgenomen. Het meten en opvolgen van de resultaten is geborgd binnen de P&C cyclus (kwartaal verantwoording).

Jaarlijks zal per 1 juli het kwaliteitsverslag openbaar toegankelijk zijn via de website van Laurens en de Openbare Database van Zorginstituut Nederland. Daarnaast zal Laurens het Kwaliteitsverslag jaarlijks actief toesturen aan diverse stakeholders.

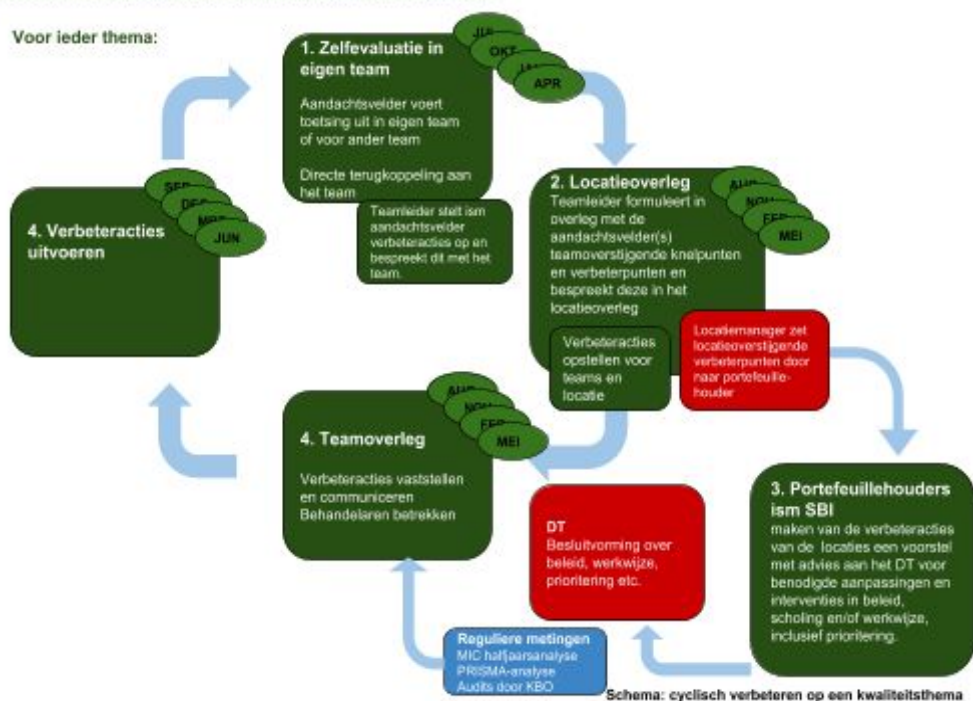
3. Specifieke aandacht voor drie onderdelen

3.1 Leren en werken aan kwaliteit

3.1.1 Domein Wonen met Zorg en domein Kortdurende Zorg

In oktober 2017 zijn wij in de domeinen Wonen met Zorg en Kortdurende Zorg gestart met de cyclus van zelfevaluaties in alle teams. Hierbij voeren de aandachtsvelders in de teams de zelfevaluaties uit voor de kwaliteitsthema's die door Laurens gedefinieerd zijn. Met het Project "Werken met aandachtsvelders Intramuraal" werkt Laurens aan kwaliteitsverbetering dichtbij de dagelijkse zorg en behandeling. Voor tien kwaliteitsthema's wordt gefaseerd gestart met het werken met aandachtsvelders. Voor de verschillende thema's is de verbetercyclus hetzelfde, met als enige verschil de betrokkenheid van verschillende commissies en platforms op een aantal thema's. Deze commissies en platforms met experts, worden in de verbetercyclus betrokken bij het formuleren van een advies aan het directieteam. Het advies dat wordt uitgebracht betreft benodigde aanpassingen en interventies in beleid, scholing en/of werkwijze. De verbetercyclus ziet er als volgt uit:

Continu verbeteren met aandachtsvelders



In september 2017 is gestart met de uitwerking van het werken met aandachtsvelders voor de eerste vijf thema's: Hygiëne en Infectiepreventie, Medicatieveiligheid, V&V/MOG, Mondzorg en Zorgdossier. Voor deze thema's zijn portefeuillehouders (managers) en medewerkers van de afdeling SBI (Strategie, Beleid & Innovatie) benoemd. Een onderdeel van de uitwerking van de thema's was het ontwikkelen van een zelfevaluatie per thema. Door het gebruik van zelfevaluaties krijgt het team inzicht in wat goed gaat en wat verbeterd kan worden. Ook draagt de zelfevaluatie bij aan het bevorderen van kennis en de onderlinge dialoog binnen de teams. De zelfevaluaties zijn ontwikkeld op basis van actuele wet- en regelgeving, richtlijnen en beleid van Laurens. Voor GRZ, ELVen PTZ geldt dat er nog geen (wettelijk) toetsingskader is opgesteld. Laurens koos er voor om de kwaliteitseisen die gelden voor de WLZ toe te passen voor deze producten. Afhankelijk van het thema

is gekozen voor verschillende werkvormen, zoals een rondgang over de afdeling, interviews met medewerkers en multidisciplinaire dialogen. De zelfevaluaties zijn na ontwikkeling getoetst door interne en externe deskundigen. Het is de bedoeling dat alle teams voldoen aan de normen die in de zelfevaluaties zijn opgenomen. Aan het eind van alle zelfevaluaties zijn vijf vragen specifiek voor de aandachtsvelder opgenomen. Op basis van de antwoorden van de aandachtsvelders kan geconcludeerd worden of de aandachtsvelders zich voldoende ondersteund en gefaciliteerd voelen om hun werkzaamheden uit te voeren. Waar dit niet het geval is wordt gekeken hoe wij dit beter kunnen faciliteren.

De “kick-off” van het werken met aandachtsvelders heeft plaatsgevonden tijdens de Laurensbrede werkbijeenkomst op 3 oktober 2017 met leidinggevenden, stafmedewerkers en vakgroepvoorzitters. Voorafgaand aan de kick-off heeft een uitgebreid voorbereidings- en implementatietraject plaatsgevonden. Onderdeel van dit traject was o.a. het selecteren van de aandachtsvelders en het voeren van startgesprekken door de locatiemanagers. Daarnaast is gestart met de ontwikkeling en uitvoering van een scholingstraject voor aandachtsvelders. Begin oktober 2017 zijn de zelfevaluaties via de locatiemanagers en teamleiders verspreid naar de aandachtsvelders. Daarbij is een animatiefilmpje over het werken als aandachtsvelder en een portretfilmpje van een aandachtsvelder per thema verstuurd. Door het bekijken van de filmpjes krijgt het team een goed beeld van waarom de thema's van belang zijn, wat van de aandachtsvelder verwacht wordt en hoe het verbeteren binnen het team in de praktijk gaat. Eind oktober hebben de aandachtsvelders, samen met de locatiemanagers en teamleiders, alle zelfevaluaties ingevuld. De resultaten van de zelfevaluaties zijn na het doorlopen van de verbetercyclus op verschillende niveaus per thema beschikbaar: op team-, locatie-, domein- en Laurensbreed niveau. De teams formuleren verbetermaatregelen op alle normen uit de zelfevaluaties waaraan ze nu nog niet voldoen.

3.1.2 Domein Thuiszorg

Binnen het verbetertraject rondom kwaliteit, dat in 2017 is ingezet, staat het nieuwe toetsingskader “Toezicht op de zorg thuis” van de Inspectie centraal. Aan de hand van de thema's uit dit toetsingskader is (op projectmatige wijze) gewerkt aan verbeteringen in de kwaliteit van zorg. Allereerst is ingezet op de teams die, op basis van de zelfevaluatie in juni 2017, onvoldoende scoorden (“zorgenteams”) op de 5 thema's uit het toetsingskader. Kwaliteitscoaches hebben korte interventies ingezet en handvatten aangereikt om de basisnormen op orde te krijgen. Tegelijkertijd werden interventies ingezet om de kwaliteit van zorg ook blijvend op orde te houden. Er wordt dus geïnvesteerd op zowel de “harde” als de “zachte” kant. Onderdelen in het traject rondom het borgen van kwaliteit zijn:

- Het stevig positioneren van de teamleider, wijkverpleegkundige en planner rondom het team en een goede samenwerking en afstemming tussen hen onderling bewerkstelligen;
- Het bespreekbaar maken van de kwaliteit van zorg in de teams d.m.v. dialoogsessies, coachingsbijeenkomsten en overige leervormen;
- Het (opnieuw) trainen van zorgcoördinatoren, om hen goed uit te rusten voor hun taak;
- Het opleiden van verpleegkundigen Kwaliteit, welke teams gaan ondersteunen in het leveren van kwaliteitszorg en een rol gaan vervullen in auditten, leren en verbeteren;
- Het ontwikkelen van leerpaden, waaronder het leerpad PPG in 2018, om verpleegkundigen en verzorgenden te ondersteunen in de zorg aan cliënten met psychiatrische en psychogeriatrische problematiek (veranderende doelgroep);
- Het aanbieden van een scholingstraject (post HBO wijkverpleging) en intervisiebijeenkomsten voor wijkverpleegkundigen;
- Het aanstellen van aandachtsvelders MIC en het inrichten van gebiedscommissies (incidentencommissies) om zo de cyclus van leren en verbeteren te borgen.

Om alle betrokkenen goed te informeren, zijn regelmatig werkbijeenkomsten georganiseerd waarbinnen teamleiders, managers en directie op de hoogte worden gebracht van ontwikkelingen en voortgang in het traject.

In aansluiting op het kwaliteitstraject wat dit jaar doorlopen wordt, is het toetsingskader "Toezicht op de zorg thuis" leidend tijdens de interne audits. Aan de hand van de thema's en normen uit het toetsingskader is een eigen toetsingsinstrument ontwikkeld wat gehanteerd wordt tijdens de auditgesprekken. Het auditformulier is bijgevoegd (Bijlage 2.a.3, Stand van zaken kwaliteit Laurens). Naast de thema's uit het toetsingskader zijn enkele "eigen" thema's toegevoegd. Een auditgesprek wordt geleid door een intern auditor (afdeling Kwaliteitsbeheer en Ondersteuning) en vindt altijd plaats op de vertreklocatie van het team, in aanwezigheid van de wijkverpleegkundige van het team en twee teamleden. Tijdens de audit worden minimaal 4 zorgdossier (papier versie en digitaal) ingezien. De verpleegkundigen Kwaliteit in opleiding fungeren als co-auditor en doen zo ervaring op om in het komend jaar zelf audits af te nemen. Het traject van de leerpaden is onderdeel van het Project "Werken met aandachtsvelders Extramuraal". Dit traject zal in 2018 voortgezet worden, enerzijds door een herhaling van "oude" leerpaden om de groep van verpleegkundigen Kwaliteit te vergroten, anderzijds door het ontwikkelen van een nieuw leerpad PPG.

3.2 Veiligheid

3.2.1 Medicatieveiligheid

De zelfevaluatie Medicatieveiligheid (domein Wonen met Zorg en domein Kortdurende Zorg) betreft een rondgang over de afdeling, waarbij de aandachtsvelder kijkt of aan de basisnormen wordt voldaan. Daarnaast observeert de aandachtsvelder ook zijn/haar collega's tijdens een medicatie deelronde.

Op bijna alle normen is in de teams nog verbetering mogelijk. De normen waar het slechtst op gescoord wordt is het volledig aftekenen van de toedienlijst met paraaf en het aantoonbaar controleren van de noodset/dokterstas door de apotheek. Ook uit de externe audit blijkt dat deze normen aandachtspunten zijn. M.b.t. de norm "volledig aftekenen van de toedienlijst met paraaf" lopen binnen Laurens de projecten "Elektronische toedienlijsten en dubbele controle en parafering op afstand Intramuraal en Extramuraal".

Binnen de interne audits, die in het domein thuiszorg zijn uitgevoerd, wordt ook het thema medicatieveiligheid uitgevraagd. Uit de audits blijkt dat de samenwerking met apothekers beter verloopt. Problemen rondom het verkrijgen van overzichten en aftekenlijsten door apothekers zijn er nog steeds, doch minder frequent. Veel teams hebben inmiddels goede afspraken gemaakt met apothekers. Extra trainingen onder apothekers en zorgmedewerkers (eind 2016) hebben beide partijen bewust gemaakt van do's en don'ts in de medicatieveiligheid.

De uitvoering van voorbehouden handelingen en toepassing medische technologie verloopt over het algemeen veilig. Medewerkers zijn voldoende getraind (verbetering t.a.v. BIG-trainingen is terug te zien in Edumanager) en er wordt gebruik gemaakt van een geldig uitvoeringsverzoek. Medische technologie wordt slechts in beperkte mate toegepast.

3.2.2 Gemotiveerd gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen

De zelfevaluatie Vrijheid & Veiligheid dient per locatie door de aandachtsvelder voor één team te worden ingevuld. De zelfevaluatie is ingevuld voor 27 teams. Op sommige locaties vulde de aandachtsvelder voor meerdere teams de zelfevaluatie in. Op alle normen is in de teams nog flinke verbetering mogelijk. Opvallend is dat veel teams niet bekend zijn met de beslisboom uit de BOPZ nota.

Rondom het thema Vrijheid en Veiligheid loopt binnen Laurens het Project “Implementatie Vernieuwd Vrijheid en Veiligheid (V&V) beleid”. Als onderdeel van dit project is in 2017 een nieuw beleid “Vrijheid en Veiligheid” ontwikkeld waarbij “preventie” voorop staat (“nee, tenzij...”). Tevens is in het zorgdossier mijnCaress een nieuw V&V registratiesysteem ingericht. Een uitgebreid scholingstraject heeft plaatsgevonden, wat ondersteunend is aan het werken volgens het nieuwe V&V beleid en het werken met het nieuwe registratiesysteem. Hierbij zijn naast artsen, psychologen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten en leden van de V&V clustercommissies óók de teamleiders en locatiemanagers geschoold. Gezien de resultaten van de zelfevaluaties zetten we de juiste interventies in ter verbetering van de normen die nu onvoldoende op orde zijn.

3.2.3 Nog te ontwikkelen

Ten behoeve van het onderdeel veiligheid moet opgemerkt worden dat twee thema’s nog niet zijn opgepakt binnen het Kwaliteitsprogramma in 2017. Dit zijn de thema’s decubitus en preventie ziekenhuisopnames. Dit betekent niet dat deze onderwerpen geen aandacht hebben in het reguliere zorgproces, het betekent slechts dat hierover nu geen extra informatie verzameld is en/of beleid herzien in en/of extra scholing is gerealiseerd. Hiertoe is in het voorliggend kwaliteitsverslag nog geen inhoudelijke toelichting van de bereikte resultaten opgenomen. Het thema decubitus is één van de kwaliteitsthema’s die in 2018 intensief worden herzien. Het thema preventie van ziekenhuisopnames wordt als thema meegenomen in de gesprekken die we vanaf september 2018 zullen voeren met onze stakeholders over het komen tot een gedragen Kwaliteitsplan 2019.

3.3 Klantoordelen

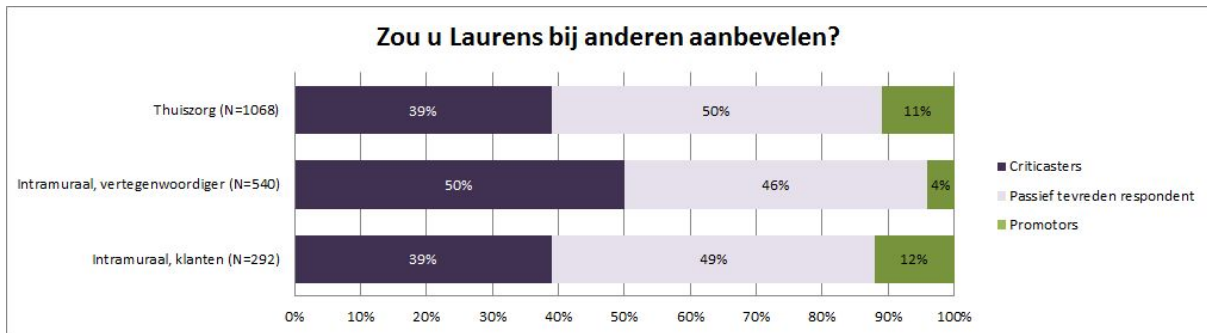
Laurens heeft in 2017 een klanttevredenheidsonderzoek uitgevoerd. Het doel van het onderzoek is inzicht krijgen in de ervaringen met zorg en dienstverlening zowel intra- als extramuraal.

Respons

De respons van het klanttevredenheidsonderzoek 2017 is als volgt:

Doelgroep	Respons
Thuiszorg	53%
Intramuraal, vertegenwoordiger	48%
Intramuraal, klant	53%

De aanbevelingsvraag is een vast onderdeel in het onderzoek. De vraag kunnen respondenten beantwoorden op een schaal van 0 tot en met 10. Bij een score van 0 tot en met 6 is de respondent een 'criticaster', bij een 7 of 8 een 'passief tevreden respondent' en bij een 9 of 10 een 'promotor'.

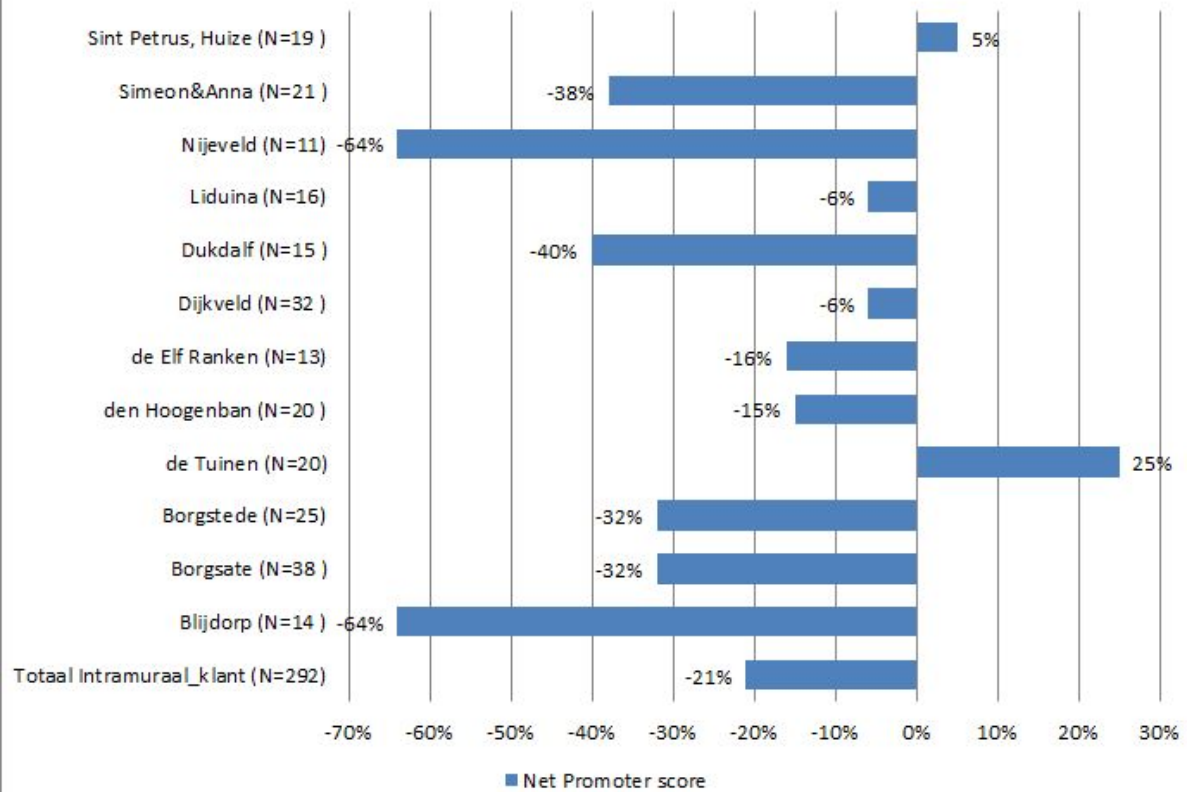


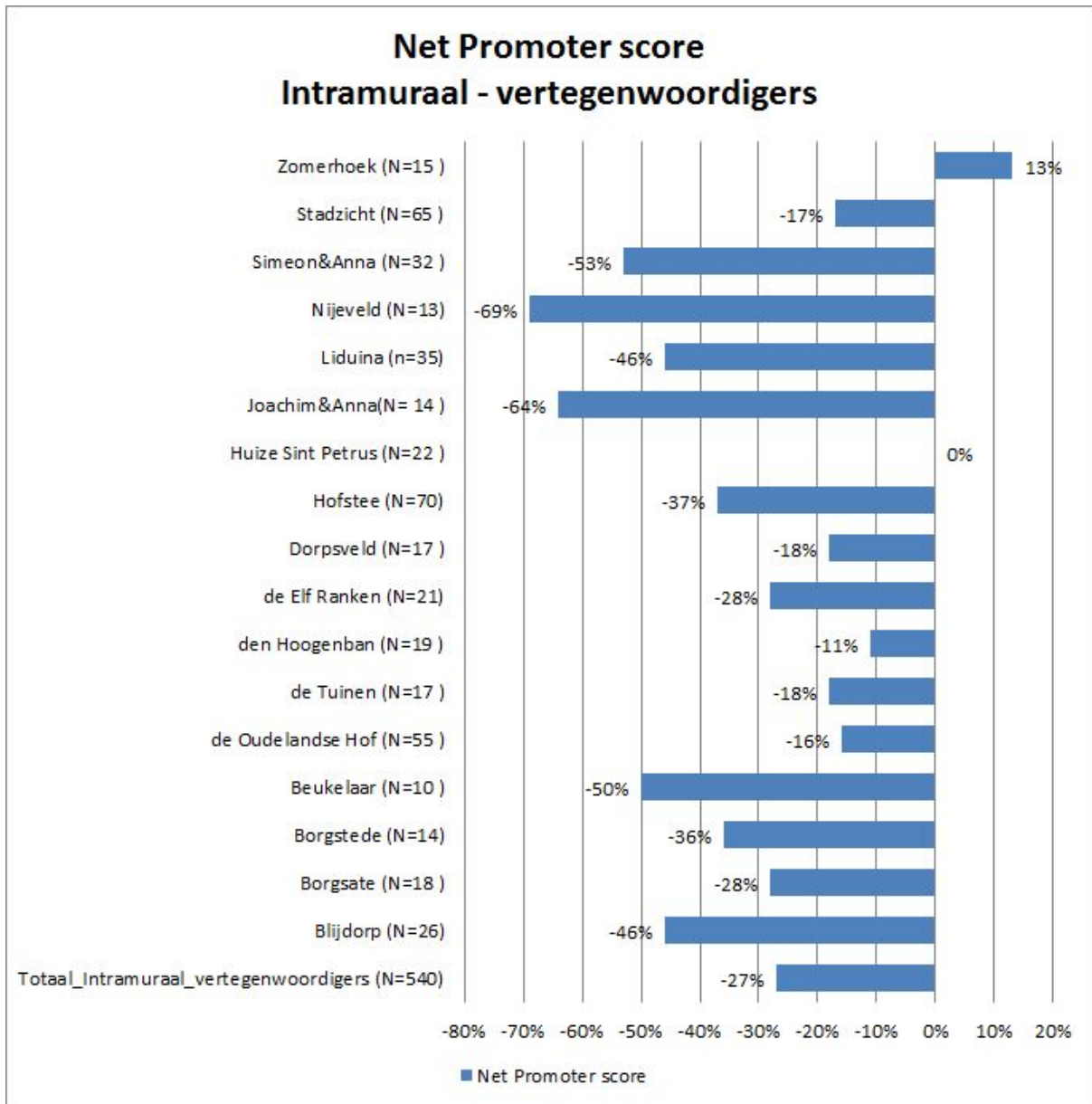
Op basis van deze indeling wordt de NPS berekend door het percentage promotors te verminderen met het percentage criticasters (NPS= % promotors - % criticasters). De uitkomst wordt als een absoluut getal weergegeven. De uitkomst kan liggen tussen -100 (elke klant is een criticaster) en +100 (elke klant is een promotor).

Onderdeel	Intramuraal, klanten (N=292)	Intramuraal, vertegenwoordiger (N=540)	Thuiszorg (N=1068)
Net Promoter score	-27% (Net Promoter Score 2014: 28%)	-46% (Net Promoter Score 2014: 10%)	-28% (Net Promoter Score 2016: 10%)

Hieronder volgen twee overzichten van de Net Promoter Score per intramurale zorglocatie:

Net Promoter score Intramuraal - klanten





Onderdeel	Intramuraal, klanten (N=292)	Intramuraal, vertegenwoordiger (N=540)	Thuiszorg (N=1068)
Net Promoter score	-21% (Net Promoter Score 2014: 28%)	-27% (Net Promoter Score 2014: 10%)	13% (Net Promoter Score 2016: 10%)

Bij de intramurale doelgroepen zien we een negatieve NPS-score. In vergelijking met de vorige meting is de NPS bij deze doelgroepen fors gezakt. Oorzaak van de negatieve score komt naar alle waarschijnlijkheid voort uit het feit dat Laurens onder verscherpt toezicht heeft gestaan. Hierdoor zijn met name de intramurale zorglocaties van Laurens gedurende een lange periode negatief in het nieuws geweest.

Bij alle doelgroepen zien we een negatieve NPS-score. In vergelijking met de vorige meting is de NPS bij alle doelgroepen fors gezakt. Oorzaak van de negatieve score komt naar alle waarschijnlijkheid voort uit het feit dat Laurens onder verscherpt toezicht heeft gestaan. Hierdoor is Laurens gedurende een lange periode negatief in het nieuws geweest.

Omdat wij het belangrijk vinden dat er voor onze leidinggevenden een gebruiksvriendelijke tool is om te sturen op kwaliteit is binnen het programma “Kwaliteit, dat ben jij” opgenomen dat wij willen komen tot een “kwaliteitsdashboard”. Dit is een hulpmiddel voor leidinggevenden, zodat zij hun verantwoordelijkheden rondom de kwaliteit van zorg in kunnen vullen en kunnen sturen. Nóg belangrijker vinden wij het dat zij de Kwaliteitsmeter kunnen gebruiken om het gesprek met onze medewerkers aan te gaan over de kwaliteit van onze zorg.

In het eerste kwartaal van 2018 introduceren we de “Kwaliteitsmeter”. Voor elk domein is (naar verwachting vanaf Q3) per locatie of gebied, zichtbaar hoe het staat met onze klantervaringen (bewoners, mantelzorgers en naasten), medewerkerbetrokkenheid en kwaliteitsindicatoren. Binnen onze Kwaliteitsmeter worden de resultaten opgenomen van de vragenlijsten voor klanten (mantelzorgers, naasten) en medewerkers. De vragenlijsten zijn opgesteld om inzicht te verschaffen in onze medewerkerbetrokkenheid en klantervaring. Het gaat daarbij niet om een tevredenheidsonderzoek, maar om de perceptieverschillen tussen ‘wat medewerkers denken te doen en wat klanten ervaren’ op belangrijke kwaliteitsthema’s. Deze kwaliteitsthema’s zijn afgeleid van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. De vragen zijn zo opgesteld dat deze de voortgang van de implementatie van het Kwaliteitskader cq Kwaliteitsplan van Laurens meten.

Bijlage 1 Afkortingen en definities

Activiteiten- en welzijnsbegeleider	De activiteiten- en welzijnsbegeleider draagt continu uit dat het welzijn van de klant breder gezien moet worden dan enkel het inzetten van activiteiten, enthousiasmeert collega's om hier samen aan bij te dragen en organiseert dit zoveel mogelijk met naasten en vrijwilligers.
BLIB	Betekenisvol leven in de Buurt
BLIZ	Betekenisvol leven intramuraal
CCR	Centrale Cliëntenraad
DT	Directieteam
ELV	Eerstelijns verblijf
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GRZ	Geriatrische Revalidatiezorg
Kz	Kortdurende Zorg
Leerhuizen	Het doel van leerhuizen is het op peil houden, ontwikkelen en borgen van de kwaliteit van wonen, zorg- en dienstverlening binnen Laurens van een specifieke doelgroep.
MIC	Melding Incidenten Cliënten
MIM	Melding Incidenten Medewerkers
MOG	Moeilijk en Onbegrepen Gedrag
NZa	Nederlandse Zorg autoriteit
PAR	Professionele AdviesRaad
PTZ	Palliatief Terminale Zorg
P&C	Planning en Control
RvB	Raad van Bestuur
RvT	Raad van Toezicht
SMART	Specifiek Meetbaar Acceptabel Realistisch Tijdsgebonden
Tz	Thuiszorg
Vakgroepen	Het doel van een vakgroep is het op peil houden, ontwikkelen en borgen van de kwaliteit binnen Laurens van een specifieke beroepsgroep.
VVAR	Verpleegkundige en Verzorgende Adviesraad
V&V	Vrijheid en Veiligheid

Welzijnscoach	De welzijnscoach wordt ingezet als ambassadeur, vanuit een traject gericht op gastvrijheid.
Wlz	Wet Langdurige Zorg
W&T	Waardigheid en Trots
ZZP	Zorg Zwaarte Pakket

Bijlage 2 Laurens, onze kengetallen

Onderstaande tabel geeft inzicht in de locaties waar Wlz zorg wordt geleverd¹⁴, het aantal klanten per ZZP indicatie per 31 december 2017

	Doelgroep	ZZP1	ZZP2	ZZP3	ZZP4	ZZP5	ZZP6	ZZP7	ZZP8	ZZP9	ZZP overig
Aesopus	GP, NAH						2,0	47,0	1,0		33,0
Beukelaar	PG					29,6	1,0	15,9	1,0		
Blijdorp	PG, SOM			3,0	17,0	32,4	21,3	4,5			1,0
Borgsate	PG, SOM		3,0	12,0	40,0	51,0	11,0				2,0
Borgstede	PG, SOM			1,0	29,7	37,0	12,9	1,7			
Delfshaven	PG, dubbelzorg					50,5	22,9	21,2	1,0		0,8
Dijkveld	SOM				8,0	1,0	38,3		4,0		
Dorpsveld	PG				8,0	22,2	2,0	8,0	1,0		
Elf Ranken	PG, SOM, kortdurend SOM				1,6	59,7	46,8	10,0	0,2		0,8
Hoek ¹⁵	NAH						1,0				10,0
Hofstee	PG					140,7	0,4	20,6			
Hoogenban	PG, SOM			5,0	22,9	29,0	14,8				0,5
Joachim & Anna	PG				11,4	29,6	1,0	1,0			
Liduina	PG, SOM			1,0	42,5	49,8	10,6	1,0			1,0
Maasveld	PG, SOM				10,0	28,0	15,7	5,4			
Nijeveld	PG, SOM			2,2	14,8	27,5	18,2	1,4			
Oranjehoek	PG										33,3
Oudelandse Hof	PG, SOM, GP, VG				2,0	71,5	35,3	44,7	8,0		10,3
Petrus	SOM (PG wordt afgebouwd)			5,3	21,1	26,3	13,0	3,0			2,0

¹⁴ Op een aantal locaties binnen het domein Kortdurende zorg wordt wlz gefinancierde zorg geleverd. De informatie over deze locaties wordt tzt toegevoegd aan het overzicht.

¹⁵ Deze locatie wordt in 2018 gesloten. De bewoners verhuizen naar de Heuvelhoek. Deze locatie wordt tzt toegevoegd aan het overzicht.

Schans	PG, SOM				14,6	5,0	20,1	2,0			
Simeon & Anna	PG, SOM		1,0	3,0	46,3	81,6	27,9	6,3			1,3
Stadzicht	PG, kortdurend PG			1,0		115,8		21,2			
Tuinen	PG, SOM			1,0	20,0	29,6	17,0	8,7			1,0
Wilgenborgh	PG, SOM	2,0		3,0	19,8	34,0	25,5	1,0			1,0

Onderstaande tabel geeft inzicht in de locaties waar Wlz zorg wordt geleverd¹⁶, het aantal fte per 31 december 2017. Nb. Dit betreft een weergave van de op 31 december 2017 beschikbare gegevens. De werkelijke situatie kan hiervan afwijken. Zo kunnen medewerkers op verschillende locaties werken of kan het voorkomen dat een medewerker niet op de locatie geregistreerd staat waar diegene op dat moment wordt ingezet. Daarnaast is in de onderstaande tabel geen rekening gehouden met de inzet van uitzendkrachten en medewerkers uit de flexpool.

	Zorg Niveau 1	Zorg Niveau 2	Zorg Niveau 2+	Zorg Niveau 3	Verpleging niveau 4	Verpleging niveau 5 / >5	Welzijn	Facilitair
Aesopus	3	3	1	49	14	0	4	10
Beukelaar	0	19	0	18	2	0	0	6
Blijdorp	1	21	1	22	5	0	2	14
Borgsate	1	20	0	40	4	0	5	25
Borgstede	3	18	1	31	3	0	1	20
Delfshaven	1	33	1	41	8	0	0	6
Dijkveld	2	5	0	23	2	0	2	17
Dorpsveld	1	10	2	18	2	0	2	17
Elf Ranken	4	27	6	72	11	0	2	25
Hoek ¹⁷	1	0	0	6	4	0	0	2
Hofstee	0	33	2	78	7	0	5	26
Hoogenban	0	8	3	27	5	0	4	26
Joachim & Anna	2	7	0	16	5	0	3	12
Liduina	0	23	4	41	1	0	1	23
Maasveld	2	13	2	22	2	0	2	24
Nijeveld	0	6	0	29	0	0	2	16
Oranjehoek	1	18	1	23	1	0	1	2
Oudelandsehof	2	34	2	109	15	0	6	27
Petrus	0	10	5	31	5	0	2	27
Schans	0	4	0	15	3	0	1	6

¹⁶ Op een aantal locaties binnen het domein Kortdurende zorg wordt wlz gefinancierde zorg geleverd. De informatie over deze locaties wordt tzt toegevoegd aan het overzicht.

¹⁷ Deze locatie wordt in 2018 gesloten. De bewoners verhuizen naar de Heuvelhoek. Deze locatie wordt tzt toegevoegd aan het overzicht.

Simeon & Anna	1	34	5	63	6	0	9	51
Stadzicht	1	24	2	75	6	1	10	44
Tuinen	0	23	0	35	1	0	1	22
Wilgenborgh	1	21	2	29	3	0	5	19