

# Kwaliteitsverslag 2017 WZW



## Inhoudsopgave

Inhoudsopgave .....	2
1 Inleiding .....	3
2 Profiel zorgorganisatie .....	3
2.1 VISIE, MISSIE EN KERNWAARDEN LELIE ZORGGROEP WONEN, ZORG EN WELZIJN (JAARVERSLAG 2017)...	3
2.2 IDENTITEIT LELIE ZORGGROEP (JAARVERSLAG 2017) .....	3
3 Kwaliteit en veiligheid .....	4
3.1 PERSOONSGERICHTE ZORG EN ONDERSTEUNING .....	4
3.2 WONEN EN WELZIJN .....	6
3.3 VEILIGHEID .....	7
3.4 LEREN EN WERKEN AAN KWALITEIT .....	9
3.5 LEIDERSCHAP, GOVERNANCE EN MANAGEMENT .....	10
3.6 PERSONEELSSAMENSTELLING .....	15
3.7 GEBRUIK VAN HULPBRONNEN .....	16
3.8 GEBRUIK VAN INFORMATIE .....	16

## 1 Inleiding

Het 'Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg' is per januari 2017 opgenomen in het register van het Zorginstituut en vormt daarmee het wettelijk kader voor verpleeghuizen. Het doel van het kwaliteitskader is driedelig:

- 1 Het beschrijft wat cliënten en hun naasten mogen verwachten van verpleeghuiszorg;
- 2 Opdracht voor zorgverleners en zorgorganisaties om samen de kwaliteit te verbeteren en het lerend vermogen te versterken;
- 3 Het vormt het kader voor inkoop en contractering van zorg en extern toezicht<sup>1</sup>.

In 2017 is een start gemaakt met de implementatie van het kwaliteitskader in Lelie zorggroep en in 2018 wordt hieraan een vervolg gegeven. Eén van de punten van het kwaliteitskader is het schrijven van een kwaliteitsverslag over 2017, waarin alle elementen vanuit het kwaliteitskader terugkomen in een proces van samen leren en verbeteren. In het jaarverslag 2017 van Lelie zorggroep zijn al veel punten opgenomen die ook in het kwaliteitsverslag dienen te worden beschreven. Daarom is gekozen om die punten die al beschreven zijn in het jaarverslag over te nemen in dit kwaliteitsverslag en het aan te vullen met de punten die nog ontbraken voor het kwaliteitsverslag.

## 2 Profiel zorgorganisatie

### *2.1 Visie, missie en kernwaarden Lelie zorggroep Wonen, Zorg en Welzijn (Jaarverslag 2017)*

Lelie zorggroep heeft een periode van financiële verliezen en ondertoezichtstelling van de IGJ achter de rug. Dit heeft tot gevolg gehad een wisseling van de raad van bestuur, diepgaande ingrepen in de samenstelling van het management, het uitvoeren van herstelwerkzaamheden en het opnieuw 'in control' brengen van de organisatie. In de zomer van 2017 is intern geconcludeerd dat de periode van crisismanagement kon worden afgerond. De periode van medio 2017 tot medio 2018 heeft de organisatie uitgetrokken om hernieuwd koers te bepalen voor de organisatie. Herijking van de missie, visie, strategie en kernwaarden en daarop gestoeld risicomangement zijn daar onderdeel van. Om deze te kunnen bepalen is er op een aantal belangrijke deelgebieden inzicht nodig in de verschillende ontwikkelingen. De uitgekristalliseerde visie op deze (onderstaande) deelgebieden bieden na de zomer in 2018 de mogelijkheid om missie, visie, strategie en kernwaarden te herdefiniëren voor de organisatie.

In 2017 is gestart met een traject om de visie van Lelie zorggroep op zorg te definiëren. Hiertoe hebben diverse bijeenkomsten plaatsgevonden met een afvaardiging van de organisatie. Met circa 50 medewerkers uit de breedte van de organisatie hebben we gesproken over de visie op wonen, zorg en welzijn. Wij willen 'het beste na thuis' bieden. Dat vraagt een organisatie die welkom is voor zorgvragers en hun netwerk. Dat vraagt een leefklimaat dat bij hen past. Dit traject krijgt in 2018 zijn vervolg.

### *2.2 Identiteit Lelie zorggroep (jaarverslag 2017)*

Lelie zorggroep bestaat uit drie divisies (Agathos, Curadomi en Lelie zorggroep wonen zorg en welzijn) die in identiteit van elkaar verschillen. Dit heeft zijn oorsprong in de ontstaansgeschiedenis

---

<sup>1</sup> Bron: Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Samen leren en verbeteren. 2017.

per divisie, maar ook in de doelgroep. Binnen Lelie zorggroep respecteren wij de identiteitsverschillen. Sterker nog Lelie zorggroep bestaat om de verschillende merken te faciliteren en te voeden. De merken versterken elkaar onderling. Lelie zorggroep ziet de christelijke identiteit als levensader en de bron en motivatie van haar bestaan. In 2017 is op basis van gesprekken met medewerkers het boekje 'Omdat zorg verbindt' verschenen. Hierin wordt beschreven dat Lelie zorggroep als moederorganisatie de drie divisies ondersteunt, faciliteert en toerust. Binnen die divisies krijgt de identiteit vorm in de praktijk van onze zorg- en hulpverlening, zo dicht mogelijk bij de cliënt. Lelie zorggroep fungeert als steel die voeding geeft aan de bloemen die ieder bloeien in hun eigen kleur. De kern van de verandering in visie: Lelie zorggroep is géén grootschalige eenheid waarin uiteindelijk alle divisies en alle teams dezelfde 'kleur' krijgen. We willen een organisatie zijn die eenheid combineert met eigenheid. Anders gezegd: we kunnen verschillend zijn en denken en toch samen Lelie zorggroep zijn.

In de zomer van 2017 is voor elke divisie een divisieraad geïnstalleerd. Deze divisieraden bestaan uit medewerkers van de verschillende divisies. De divisieraden is allereerst gevraagd advies uit te brengen over 'Omdat zorg verbindt' en krijgen daarbij de opdracht hierover met de achterban het gesprek te voeren en te verwoorden wat de kleur van hun divisie bepaalt. In 2018 zal dit proces worden afgerond en vertaald naar communicatiemiddelen die het zowel medewerkers als cliënten duidelijkheid verschaffen over onze missie, visie en kernwaarden.

### **3 Kwaliteit en veiligheid**

#### *3.1 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning*

Persoonsgerichte zorg en ondersteuning gaat over de wijze waarop de cliënt in alle levensdomeinen uitgangspunt is bij zorg- en dienstverlening met als doel om uiteindelijk de bijdrage aan de kwaliteit van leven van een cliënt zo optimaal mogelijk te laten zijn. Iemand met een zorg- en ondersteuningsbehoefte is vooral een uniek persoon met een eigen geschiedenis, een eigen toekomst en eigen doelen.

Persoonsgerichte zorg en ondersteuning vindt plaats binnen een relatie tussen cliënt en zijn naasten, zorgverleners en Lelie zorggroep. De kwaliteit van deze relaties en de deskundigheid en competenties van de zorgverleners bepaalt mede de kwaliteit van zorg en draagt aldus bij aan de kwaliteit van leven van de cliënt.

Binnen persoonsgerichte zorg- en ondersteuning worden vier thema's onderscheiden:

1. **Compassie:** de cliënt ervaart nabijheid, vertrouwen, aandacht en begrip;
2. **Uniek zijn:** de cliënt wordt gezien als mens met een persoonlijke context, zijn netwerk die ertoe doet en met een eigen identiteit die tot zijn recht komt;
3. **Autonomie:** voor de cliënt is de mogelijkheid van eigen regie over leven en welbevinden leidend, ook bij de zorg in de laatste levensfase;
4. **Zorgdoelen:** iedere cliënt heeft vastgelegde afspraken over (en inspraak bij) de doelen ten aanzien van zijn/haar zorg, behandeling en ondersteuning.

Deze zijn richtinggevend voor zorgverleners bij het verbeteren van kwaliteit op het terrein van persoonsgerichte zorg en ondersteuning

In het kader van het verscherpt toezicht dat door IGZ (inmiddels IGJ) in 2016 was ingesteld, was gestart met het programma Betere Zorg. In 2017 is het Programma Betere Zorg doorgezet met een focus op klant en kwaliteit. Voor de klant met het accent op persoonsgerichte zorg in aansluiting op

de zorgvraag en wensen van de cliënt. Voor de kwaliteit met het accent op het verbeteren (PDCA-cyclus) van zorg op basis van signaleringen (door medewerker en systeem).

De volgende acties zijn in 2017 uitgevoerd om persoonsgerichte zorg en ondersteuning verder te implementeren:

- Een uitgebreidere beschrijving van het levensverhaal/ persoonsbeschrijving van de cliënt, zodat de zorgverleners aansluiten bij wie de cliënt is, de uniciteit van de cliënt;
- De implementatie van het Kitwoodmodel, waarbij verlangens, behoeften en de uniciteit van de cliënt in kaart zijn en worden gebracht aan de hand van de behoeftebloem van Kitwood.  
Dit is een goed hulpmiddel gebleken in de omslag van probleemgestuurde zorg naar persoonsgerichte zorg. Vanaf juni 2018 is in ieder dossier een ingevulde levensloop en een persoonsbeschrijving volgens het Kitwoodmodel aanwezig;
- Het starten met aantrekken van woonbegeleiders met kennis en competenties van persoonsgerichte zorg en zinvolle daginvulling op de huiskamers als aanvulling op de huidige teams, zodat gerichte aandacht en nabijheid (compassie) aan de bewoner geboden kan worden;
- Het bespreken van individuele bewoners mono en/of multidisciplinair met psycholoog om beter aan te sluiten bij de cliënt door een bepaalde benaderingswijze en de cliënt beter te leren kennen;
- Het houden van bewoners- en familiebijeenkomsten, zodat bewoners en familie samen met teamcoach/ medewerkers/ behandelaren kunnen overleggen over de dagelijkse gang van zaken op de woongroep of inhoudelijke informatie verstrekt wordt over bepaalde onderwerpen zoals bijvoorbeeld dementie;
- Het plan van aanpak Waardigheid en Trots (W&T) is opgesteld. In 2017 heeft Lelie zorggroep ondersteuning gevraagd van het programma W&T om de kwaliteit en veiligheid 'basis op orde' te krijgen en te borgen in het primair proces. Drie coaches van VWS zijn vanaf februari 2017 aan de slag gegaan en hebben een plan van aanpak opgeleverd voor de locaties Pniël en De Burcht, welke ook bruikbaar zijn voor de overige locaties. Vanuit dit plan van aanpak, waarin alle verbeterpunten zijn opgenomen, worden per locatie in overleg met medewerkers een plan van aanpak per locatie opgesteld voor 2018;
- Gestart met het project methodisch werken, wat aansluit bij W&T en doorloopt in 2018. Met de stuurgroep Methodisch werken wordt een nieuwe werkwijze ontwikkeld met gerichte doelen op zorg en welzijn met daaraan gekoppeld de doelgerichte rapportage, die vervolgens wordt gebruikt bij de ingebruikname van het nieuwe ECD in 2018 in de intramurale zorg.

Uit de inspectiebezoeken in 2017 en de interne audits op de locaties blijkt dat we op de goede weg zijn, maar dat er nog steeds verbeterpunten zijn op het gebied van persoonsgerichte zorg op alle locaties, voorbeelden:

- Cliënten hebben regelmatig heel veel zorgdoelen, deze zijn niet altijd smart geformuleerd. Het rapporteren op de zorgdoelen verloopt niet altijd goed;
- Cliënten krijgen te weinig de mogelijkheid om eigen regie te voeren over hun leven en welbevinden;

- De samenwerking en de bejegening binnen de driehoek cliënt, informele zorg en medewerker verloopt niet altijd optimaal (zie plan van aanpak W&T).

Deze verbeterpunten zijn opgenomen in het kwaliteitsplan voor 2018.

### 3.2 Wonen en welzijn

Wonen en welzijn gaat over de wijze waarop de zorgverleners en Lelie zorggroep in hun zorg- en dienstverlening oog hebben voor optimale levenskwaliteit en welzijn van cliënten en hun naaste(n), en de wijze waarop zij gericht zijn op het bevorderen en ondersteunen ervan. Hierbij speelt de zorg van lichaam en geest van de cliënt een rol maar is de woon- en leefomgeving, waarin de cliënt die verpleeghuiszorg ontvangt eveneens van groot belang voor zijn kwaliteit van leven (zie ook plan van aanpak W&T pijler 1 en pijler 2 pag. 27).

Binnen wonen en welzijn worden vijf thema's onderscheiden:

1. Zingeving: aandacht en ondersteuning van levensvragen;
2. Zinnvolle tijdsbesteding: aandacht en ondersteuning van activiteiten die voor de cliënt het leven de moeite waard maken;
3. Schoon en verzorgd lichaam plus verzorgde kleding;
4. Familieparticipatie en inzet vrijwilligers: ruimte bieden aan de rol van mantelzorgers en over de afbakening van de inzet van vrijwilligers;
5. Wooncomfort: gastvrijheid, maaltijden, schoonmaak en inrichting.

Binnen Lelie zorggroep zijn in 2017 op de volgende thema's acties ondernomen:

- Zingeving. Aansluiten op de levensvragen, zingevingsvragen, geloofsthema's, die belangrijk zijn in het leven van mensen door onder andere het gebruik van het model van Kitwood en het bespreken van de individuele cliënt mono en/of multidisciplinair (zie 2.1). Uit de inspectiebezoeken en interne audits van 2017 blijkt dat we op weg zijn om goed aan te gaan sluiten bij de cliënt. Eind 2018 willen we dit voor alle cliënten bereikt hebben;
- Zinnvolle dagbesteding. Vanuit Waardigheid en Trots is al uitgebreid aandacht aan dit thema besteedt in 2016 in overleg met de cliëntenraad (CR) en ondernemingsraad (OR). In 2017 is dit gecontinueerd. Per locatie is een plan van aanpak gemaakt om cliënten beter te kunnen ondersteunen in het hebben van een zinnvolle dag. Hieruit is onder andere:
  - het idee van een woonbegeleider op de huiskamer ontstaan,
  - de aanschaf van middelen om activiteiten te gaan doen, zoals snoezelbad;
- Familieparticipatie. Familienet is geïntroduceerd op de locaties zodat familie meer betrokken wordt bij de zorg en het leven van hun naaste in het verpleeghuis en de samenwerking tussen familie en medewerkers verbeterd doordat medewerkers en familie hier berichten, foto's, video's, een agenda en het levensboek van de cliënt kunnen delen. Daarnaast is gestart met het uitnodigen van cliënt en familie bij het MDO. In 2018 wordt dit verder uitgerold;
- Wooncomfort. Een aantal woongebouwen voldoet niet volledig aan de huidige maatstaven van cliënten voor huisvesting. In 2017 is gestart met het opstellen van een nieuw huisvestingsplan 2018-2040. Eind april 2018 is deze gereed en wordt gestart met de implementatie, zodat de huisvesting bijdraagt aan de kwaliteit van leven van de cliënt.

### 3.3 Veiligheid

Werken aan zorginhoudelijke kwaliteit gaat uit van professionele standaarden en richtlijnen. Voor veiligheid betekent dit dat zorgorganisaties en zorgverleners vermijdbare schade bij cliënten zoveel mogelijk voorkomen en leren van veiligheidsincidenten. Streven naar optimale veiligheid moet een hoge prioriteit hebben, maar moet wel gezien worden in balans met persoonlijke vrijheid en welzijn aan de ene kant, en persoonlijke veiligheid en risico's aan de andere kant.

Binnen Lelie zorggroep hebben de onderwerpen medicatieveiligheid, decubituspreventie (risicosignalering en opvolging), onbegrepen gedrag en gemotiveerd gebruik middelen en maatregelen naar aanleiding van de inspectiebezoeken in 2016 en 2017 veel aandacht gekregen, omdat dit nog niet op orde was. Het volgende is gedaan:

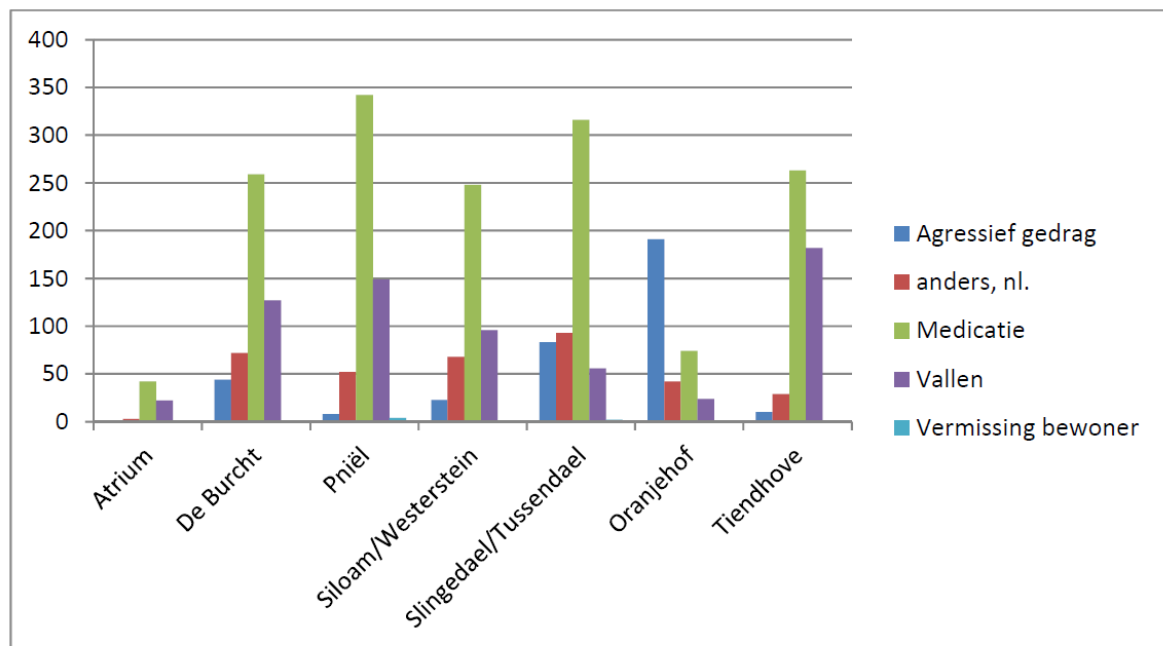
- Medewerkers hebben trainingen op het gebied van veiligheid gevolgd, zoals medicatieveiligheid, middelen en maatregelen, onbegrepen gedrag;
- Onbegrepen gedrag wordt besproken in teams, de dossiers zijn op orde gebracht;
- De Meldingen Incidenten Cliënten Commissie (MIC) centraal en op locatie zijn aangesteld en van start gegaan.
- Omgaan/signaleren met/van (mogelijke) calamiteiten is uitvoerig onder de aandacht gebracht en bij een (mogelijke) calamiteit wordt een Prisma uitgevoerd en opgevolgd.

Daarnaast wordt door middel van het plan van aanpak W&T in 2018 verder gewerkt aan de thema's medicatieveiligheid, hygiëne, onbegrepen gedrag, bejegening, risicosignalering en opvolging (zie pijler 2 pag. 19 e.v.). Door deze maatregelen zal voldaan gaan worden aan de normen en wordt met elkaar geleerd als team en als organisatie.

#### *Meldingen Incidenten Cliënten (MIC, zie jaarverslag 2017)*

Veiligheid vraagt om signaleren en meten en op basis hiervan je werkwijze aan te passen om tot verbetering te komen. De MIC meldingen vormen hét signalerend systeem bij veiligheids- en kwaliteitsaspecten in de zorgverlening. In 2017 is de actieve MIC opvolging met analyse ingevoerd, waarbij iedere MIC melding direct bij de teamleider binnenkomt om een eerste risicoanalyse uit te voeren. Hiermee is de leidinggevende steeds op de hoogte van de afwijkingen binnen het zorgproces en kan zo nodig gepaste maatregelen treffen. Verdere analyse leidt tot aanpassingen op klantniveau of tot structurele verbetermaatregelen. De opvolging van de MIC meldingen, die in de ECD's worden aangemaakt, wordt gefaciliteerd door de Q suite (een computerprogramma wat het Improvementmodel ondersteunt) in adressering, analyse en monitoring. Daar waar veel meldingen het dezelfde cliënt betreft wordt nu beoordeeld of hier sprake is van een gewogen risico en daarmee een geaccepteerd risico is (wordt dan in dossier vastgelegd). Op deze manier worden samen met de cliënt de keuzes scherper gemaakt, inclusief impact en mogelijke gevolgen en wordt er meer naar preventieve maatregelen gezocht. De MIC commissie die in het najaar per regio/locatie is aangesteld maakt per kwartaal een trendanalyse met aanbevelingen. Ditzelfde geldt voor de centrale MIC commissies die dit voor Wonen met Zorg en Zorg Thuis doen. Voor de MIM meldingen is dezelfde routing voorbereid die in 2018 operationeel wordt. Het bleek dat aan aantal MIC meldingen eigenlijk een Melding Incident Medewerker (MIM) bleek te zijn. Het aantal officiële MIM meldingen is uiterst beperkt en met de nieuwe werkwijze kan hier actiever op worden gestuurd.

## Overzicht MIC Wonen met Zorg



### Toelichting:

- De grootste categorie MIC-meldingen is medicatie. Dit betreft meldingen waarbij de medewerker iets verkeerd heeft gedaan, maar ook meldingen van cliënten die weigeren de medicatie in te nemen of dit vergeten zijn om te doen.
- Vallen vindt het meest plaats in de woon/slaapkamer.
- Agressief gedrag speelt vooral bij locaties met PG-afdelingen. Het verschilt van verbale agressie tot fysieke agressie, zoals het duwen, slaan of krabben van medewerkers. Dit zijn tegelijkertijd ook MIM-meldingen.
- Onder 'anders' vallen veel verschillende soorten meldingen. Ook vallen er meldingen onder die eigenlijk onder de eerder genoemde categorieën hadden moeten worden ingevuld. De meldingen lopen uiteen van sensoren die niet aanstaan, roken op de kamers en zuurstof die niet goed is aangesloten.

Met het instellen van lokale MIC-commissies op iedere locatie is er ook aandacht gekomen voor onder andere het gewogen risico. Op een aantal locaties is dit voortvarend opgepakt en wordt er gekeken of er sprake is van een acceptabel risico als een cliënt bijvoorbeeld bepaalde medicatie weigert of graag mobiel is met een bepaald valrisico. De meeste gewogen risico's zullen betrekking hebben op medicatie en vallen.

### Hygiëneaudits (zie jaarverslag 2017)

In de tweede helft 2017 zijn door de ziekenhuishygiënist audits gehouden op alle zorglocaties en er is per locatie een rapport opgeleverd met een samenvatting voor het management. De



aanbevelingen zijn lokaal opgepakt en uitgewerkt. Resultaatmonitoring vindt plaats via het verbeterregister en is onderwerp in de resultaatgesprekken.

### 3.4 Leren en werken aan kwaliteit

Binnen Lelie zorggroep werken we continu aan het verbeteren van kwaliteit van zorg. In 2017 is dit gedaan door middel van de volgende acties:

- De coaches van VWS een plan van aanpak opgeleverd hebben voor de locaties Pniël en De Burcht, welke ook bruikbaar zijn voor de overige locaties. Vanuit dit plan van aanpak is per locatie in overleg met medewerkers een plan van aanpak per locatie opgesteld (Zie plan van aanpak W&T pijler 2, 3 en 5);
- Behandelaren en zorgmedewerkers maken deel uit van expertgroepen bijvoorbeeld op het gebied van wondzorg, mondzorg, MIC e.d., waarbij ze tevens het aanspreekpunt zijn op hun locatie op het specifieke onderwerp en verbeteringen doorvoeren op het specifieke gebied in de teams.
- Oprichting van een Verpleegkundige Adviesraad (VAR) en een klankbordgroep voor verzorgenden. Zij denken mee over de onderwerpen die voor hun dagelijkse zorgpraktijk belangrijk zijn. Op deze manier wordt geborgd dat verbetermaatregelen goed aansluiten bij de dagelijkse praktijk. Daarnaast wordt gewerkt aan de verbreding en verhoging van het denk- en kennisniveau bij de medewerkers zodat beter ingespeeld kan worden op de wensen en behoeften van de bewoner.
- Het versterken van het onderlinge contact, ook multidisciplinair door kennisdeling (carrousel, thema bijeenkomsten), intervisie, coaching en scholing voor vakantie en flexkrachten en scholing persoonsgerichte zorg.
- Oprichting lerend netwerk. Lelie zorggroep heeft samen met Sonnenburgh en De Zellingen een lerend netwerk gevormd. Binnen dit netwerk is een start gemaakt met het samen leren en verbeteren door elkaar het kwaliteitsplan 2018 en kwaliteitsverslag 2017 voor te leggen. Uit het overleg over het kwaliteitsplan van Lelie zorggroep kwam het volgende naar voren:

*“Bij het plan van Lelie Zorggroep viel de mate van concretisering op. De verbeterplannen zijn concreet weergegeven inclusief een geplande einddatum. Binnen Lelie Zorggroep lopen verschillende (externe) projecten waar ook verbeterplannen aan zijn gekoppeld. Om deze plannen zoveel mogelijk te kunnen stroomlijnen is er een stuurgroep Kwaliteit opgericht, die de regie behoudt. Wel rijst de vraag bij dit plan of er bewust voor is gekozen om de thuiszorg niet op te nemen in het plan. De Zellingen heeft dit namelijk wel gedaan om in 2019 in één document de verantwoording te kunnen afleggen. Voor Lelie Zorggroep is het een bewuste keuze geweest om de thuiszorg niet op te nemen vanwege de grootte van deze tak en de op dit moment lopende reorganisatie. Het kwaliteitsjaarplan zou hierdoor veel in omvang toenemen.*

*p. 4: De kernwaarden zijn nog niet opgenomen in het plan. Dit klopt, omdat deze volgens de planning in januari/februari 2018 herzien gaan worden. De Zellingen vindt ‘het verhaal van de mens’ een mooi uitgangspunt. Het is een mooie kans om mee naar buiten te treden, als het begrip verder is uitgewerkt. Deze uitwerking volgt nog.*

*p. 12: De rapportage in de zorgdossiers staat genoemd als aandachtspunt.*

*p. 21 en verder: De doelstellingen zijn soms geformuleerd als actiepunten en zijn niet altijd SMART*

geformuleerd.”

Naar aanleiding van dit overleg zijn doelstellingen in het kwaliteitsplan aangepast. Wat betreft de rapportage, dit wordt al in het project methodisch werken uitgewerkt.

Wat betreft het kwaliteitsverslag kwam het volgende naar voren:

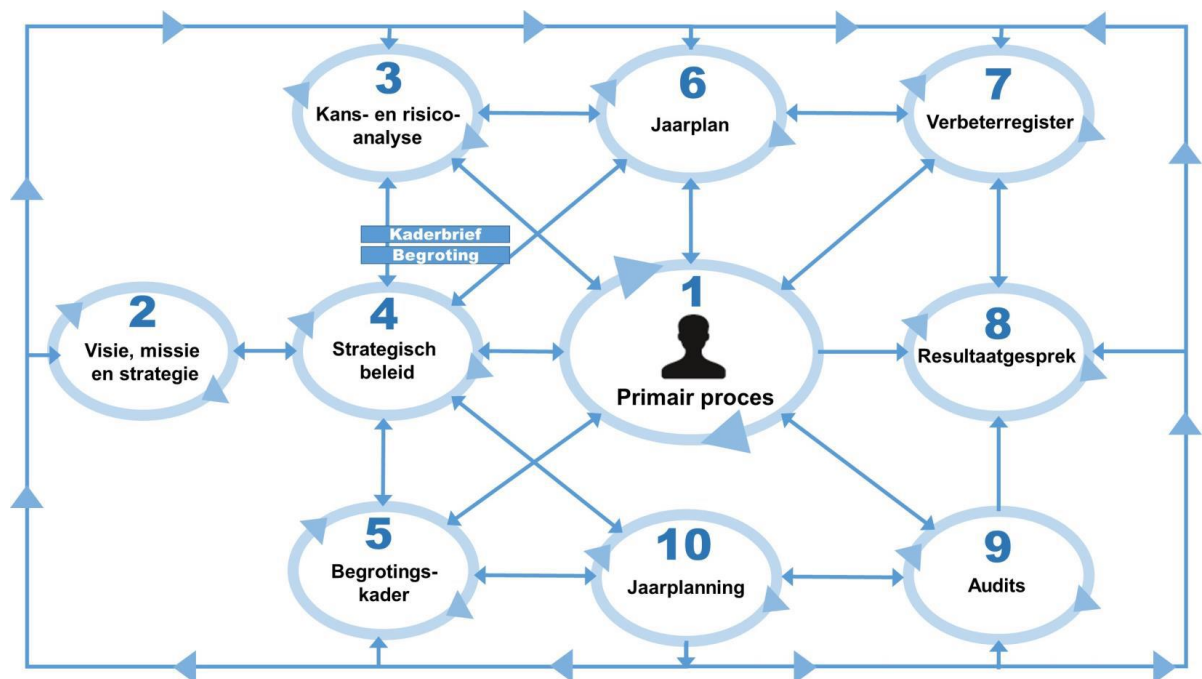
*‘Iedereen heeft de kwaliteitsverslagen van elkaar gelezen. Wel werd opgemerkt dat de verslagen door de zorginhoudelijke thema’s meer beschrijvend dan verantwoordend zijn geworden. De vorm van de verslagen verschilde, omdat alle organisaties een eigen format/werkwijze hebben gebruikt. Er wordt aangegeven dat het nog zoeken is naar de beste manier om het kwaliteitsverslag vorm te geven. Als lerend netwerk kan er inspiratie worden opgedaan uit de verschillende kwaliteitsverslagen op het gebied van het format. Doordat de organisaties verschillende thema’s aandacht hebben gegeven, is ook op dit gebied inspiratie op te doen voor de kwaliteitsjaarplannen voor 2019.’*

Naar aanleiding van bovenstaande feedback zal er volgend jaar meer op de doelen gerapporteerd worden die opgenomen zijn in het kwaliteitsjaarplan 2018. Hierdoor zal het verslag minder verhalend zijn en concreter worden.

### *3.5 Leiderschap, governance en management*

Lelie zorggroep had een raad van bestuur tot eind april 2017 met twee leden, daarna met één lid. In 2018 zullen dit twee leden worden, waarbij het lid wat toetreed een zorg-of medische achtergrond zal hebben. De raad van toezicht houdt toezicht op het beleid van de raad van bestuur en op de algemene gang van zaken binnen Lelie zorggroep. De raad van toezicht heeft een kwaliteitscommissie ingesteld en heeft regelmatig contact met de raad van bestuur en stakeholders binnen de organisatie.

Het besturingsmodel gaat uit van de cliënt.



Het primaire proces staat steeds centraal (1). Met input vanuit beleid en begroting (2,4,5,6) en op basis van een gestructureerde kans-en risicoanalyses op alle niveaus (3). Hierbij leiden de doelen in het jaarplan (6) en uitkomsten van de processen leiden verbeteracties (7), die we bespreken in de resultaatgesprekken (8). Extra verbetermogelijkheden signaleren we door audits (9). De jaarplanning (10) herinnert ons steeds aan de acties die we periodiek uitvoeren, zodat de cirkel gesloten is en blijft.

#### *Governancecode (zie jaarverslag 2017)*

Binnen Lelie zorggroep ziet zowel de raad van toezicht als de raad van bestuur de zorgbrede governancecode als kader voor goed bestuur. In 2016 is er een nieuwe governancecode opgesteld die 1 januari 2017 in werking is getreden. De statuten en reglementen van Lelie zorggroep dienden als gevolg van de juridische fusie te worden aangepast. De noodzakelijke aanpassingen als gevolg van de vernieuwde governancecode zijn toen ook doorgevoerd. In 2016 hebben de NZa en de IGZ de notitie 'Toezicht op bestuur' uitgebracht. In deze notitie worden tal van zaken benoemd die nodig zijn om 'goodgovernance' op een professionele wijze in te vullen.

Begin 2018 is een evaluatie opgesteld van de mate van voldoen aan de Governancecode zorg 2017. In deze evaluatie is geconstateerd dat de code volledig wordt onderschreven en ook formeel is geborgd en benoemd als leidraad voor de inrichting van het toezicht op de organisatie. Wel zijn op enkele onderdelen aandachtspunten benoemd waarvoor meer aandacht en verdere formalisatie nodig is. Deze zijn verzameld op een aandachtspuntenlijst die in 2018 zal worden gevolgd. Hierbij kan gedacht worden aan het verder professionaliseren van de zelfevaluatie binnen de raad van toezicht en het scholingsplan voor de raad van toezicht.

De raad van bestuur heeft het initiatief genomen een zogenoemde 'interne stakeholderdag' te

organiseren waarin de bespreking van dit thema centraal staat. Inmiddels hebben drie bijeenkomsten plaatsgevonden. De raad van toezicht en de raad van bestuur hebben ook een assessment uitgevoerd ten aanzien van het collectieve functioneren binnen de Governance Code. Deze evaluatie geeft richting aan de doorontwikkeling van de organisatie in 2018. Toezicht staat volop in de belangstelling. Dat geldt voor zowel intern toezicht als de rol van de externe toezichthouders in de gezondheidszorg. Die verhoogde aandacht heeft te maken met praktijkvoorbeelden die helaas hebben geïllustreerd dat goed toezicht en goed bestuur helaas niet altijd vanzelfsprekend is (geweest).

Medezeggenschap van cliënten (Cliëntenraad) en hun verwanten en van medewerkers (OR en Divisieraden), en advisering en beïnvloeding door professionals (VAR, Vakgroepen en Expertgroepen) is van groot belang voor de koersbepaling van de zorgorganisatie, het bewaken van de maatschappelijke doelstelling van de organisatie en het delen van waarden en normen. Medezeggenschap ligt in het verlengde van het primair proces. De raad van bestuur is binnen Lelie zorggroep verantwoordelijk voor de inrichting van de medezeggenschap van de zorgorganisatie. Daarbij gelden vanzelfsprekend de wettelijke kaders voor cliënten- en ondernemingsraden, naast intern vastgestelde reglementen.

De dialoog en de cultuur tussen de organisatie en de medezeggenschapsorganen is goed te noemen en wordt als open ervaren. Ieder jaar is de raad van toezicht aanwezig bij de OR en de CR en wordt gesproken over de algemene gang van zaken. Tevens zijn er collectieve dialogen (OR, CR, raad van toezicht en raad van bestuur) twee keer per jaar die het gemeenschappelijk karakter benadrukken.

Cliënten van Lelie zorggroep hadden in 2017 een duidelijke stem in de ontwikkeling van het beleid. Dankzij de aanstelling van de lokale cliëntenraden, wordt zowel lokaal als centraal meegedacht over de kwaliteit van zorg. De voorzitter van de Centrale Cliëntenraad verwoordde dit als volgt in het jaarverslag 2017:

*Hoe zou u het jaar 2017 willen omschrijven?*

*“Het jaar 2017 was voor ons als cliëntenraad heel belangrijk. De nieuwe structuur van de cliënteninspraak die in 2016 was bedacht, kreeg letterlijk vorm. Ik vond het vooraf spannend of het zou lukken om per locatie een cliëntenraad te installeren, maar tot ons aller verrassing bleek er heel veel interesse voor te zijn. Dat betekent dat het in 2017 is gelukt om zowel voor de verpleeghuiszorg als voor de thuiszorg een goede medezeggenschap vanuit de cliënten te realiseren. Het is mooi om te zien met hoeveel passie en betrokkenheid deze lokale cliëntenraden werken en ons als centrale cliëntenraad ook van input voorzien.”*

*Merkt u ook het verschil voor uw functioneren als centrale cliëntenraad?*

*“Zeker. De jaren voor 2017 waren voor ons inhoudelijk zware jaren. We moesten adviezen geven rond bezuinigingen en kwaliteit van zorg. Dat was best heftig. En ik miste daarbij de inbreng van de werkelijkheid aan het bed. Dat is duidelijk verbeterd, dankzij de inbreng van de lokale cliëntenraden.*

*Wat was uw inbreng op het beleid in 2017?*

*“Je bent als cliëntenraad een radartje in het geheel van de organisatie. Iedereen levert een bijdrage aan het resultaat van het geheel. Als je naar elkaar luistert, krijg je het beste resultaat. Ik vind het daarom moeilijk aan te wijzen: dát hebben we gerealiseerd. Maar we hebben wel inhoudelijk bij kunnen dragen aan alle wezenlijke ontwikkelingen binnen de organisatie. We worden steeds vroeger betrokken en mogen vanaf het begin van beleidsvoornemens meedenken. Dat is een weldaad. Het geeft het gevoel dat we ook echt meedoen en een positie hebben binnen de organisatie.”*

*Maar over welke thema's heeft u dan vooral meegedacht?*

*"We zijn betrokken geweest bij de aanstelling van de nieuwe managementlaag in zowel de thuiszorg als de verpleeghuizen. Het is fijn dat er een nieuw verantwoordelijk management is aangesteld. De plannen uit Ruimte voor nieuw hebben wat ons betreft echt een positief effect gehad op de organisatie. Daarnaast zijn we inhoudelijk betrokken bij verbeterprogramma's op gebied van hele concrete zaken als valpreventie, gebitsreiniging of welzijn op locaties. En ook bij het programma Waardigheid en Trots zijn wij als cliëntenraad betrokken. Mooi om samen na te denken hoe je de ambitie om echt te luisteren naar de cliënt in de praktijk van de zorg vorm kunt geven."*

Ook de medewerkers hadden in 2017 een duidelijke stem in de ontwikkeling van beleid. De voorzitter van de OR verwoordde dit als volgt in het jaarverslag 2017:

*Wat was 2017 voor jaar voor de OR?*

*"Het jaar begon direct druk voor ons. We waren betrokken bij de sluiting van locatie De Koningshof. Dat maakt toch wel de meeste indruk in een jaar, omdat het heel concreet over de baan en het leven van je collega's gaat. We proberen daarin oog te hebben voor hun persoonlijk belang, maar tegelijk het belang van de organisatie als geheel uit te leggen. Daarnaast mochten we ons advies geven over de plannen Ruimte voor nieuw, waarin het ging over een verandering van de organisatie van de verpleeghuislocaties van Lelie zorggroep. Later in het jaar volgden de plannen Ruimte voor nieuw voor de thuiszorg en de serviceorganisatie. Dus vooral met Ruimte voor Nieuw zijn we wel druk geweest."*

*Hoe stonden jullie tegenover die plannen?*

*"De beweging was begrijpelijk en noodzakelijk. Op veel punten betekende Ruimte voor Nieuw ook wel weer een terugkeer naar het oude. Dat hielp ons ook om lessen te trekken uit het verleden en op basis daarvan onze adviezen uit te brengen. Zodat we ervoor kunnen zorgen dat we geen fouten uit het verleden herhalen, maar de organisatie nu in een keer goed neerzetten."*

*Is er wat met jullie adviezen gedaan?*

*"Zeker. Van onze 21 adviezen voor de plannen voor de verpleeghuiszorg zijn er bijvoorbeeld negentien overgenomen. Dat ging bijvoorbeeld over de positie van welzijnswerk en dagbesteding in de plannen. Ook hebben we gezegd dat er een goed scholingsplan moet zijn om de veranderingen te borgen. En voor de thuiszorg hebben we ook inspraak gehad in alle regioplannen. Bij een van de regio's mochten we zelfs meelesen voordat het werd ingediend als adviesaanvraag. Dat zouden we graag veel vaker zien."*

*Waarom?*

*Het afgelopen jaar hebben we met de raad van bestuur gesproken over onze visie op medezeggenschap. Daarin concludeerden we dat je als ondernemingsraad veel sneller en efficiënter mee kunt denken over plannen als je bij de formulering ervan al mee mag denken. Achteraf repareren via officiële adviezen kost vaak veel meer tijd. We hopen dat we in 2018 al veel meer die proactieve rol kunnen pakken."*

*Hebben jullie verder nog ambities?*

*"De afgelopen periode zijn we een goede gesprekspartner van het bestuur geweest. Nu willen we de slag slaan om zelf meer 'ruimte voor nieuw' te krijgen. Daarmee bedoel ik dat we op eigen initiatief bepaalde punten eens goed kunnen agenderen binnen de organisatie. Denk daarbij bijvoorbeeld aan de arbeidsmarktproblematiek in de zorg. En onze positionering als werkgever. Verder willen we meer zichtbaar zijn voor de medewerkers. Zodat zij weten dat wij er als OR voor hen zijn en zij hun verhaal kunnen doen. De bezoeken aan locaties die we afgelopen jaar hebben gedaan, smaken altijd naar meer."*

*Noem eens een concreet voorbeeld van wat de OR voor de medewerkers heeft bereikt?*

*"Een heel zichtbaar voorbeeld wat voor alle medewerkers geldt, is de aandacht voor tertiaire arbeidsvoorwaarden. Die is er nu gekomen op ons initiatief. Medewerkers van Agathos konden daar tot 2016 gebruik van maken vanuit de historie van hun stichting. De andere divisies hadden niet zoiets. Wij hebben voorgesteld om vanuit aantrekkelijk werkgeverschap deze regeling weer terug te brengen, maar dan voor alle*

*medewerkers. Zodat je als medewerker van Lelie zorggroep net wat extra's krijgt. Bijvoorbeeld als je op vakantie wilt of een dagje uit."*

### *Structuur organisatie*

Vanaf 1 januari 2017 is de Lelie zorggroep één stichting met drie divisies. De divisiestructuur bestaat uit de divisies Agathos (thuiszorg), Curadomi (thuiszorg) en WZW (voornamelijk intramurale zorg). Binnen Lelie zorggroep zijn medewerkers in dienst die werkzaam zijn in de divisies. Iedere divisie heeft een adviesorgaan, namelijk de divisieraad. Deze divisieraad heeft een adviesrecht op de identitaire aspecten binnen de divisie. De aansturing van de divisies vindt op directieniveau plaats door twee directies: Wonen met Zorg (WZW) en Zorg Thuis (Agathos en Curadomi).

Voor alle intramurale locaties en zorgpartners zijn er twee directeuren, voor zorg thuis is er één directeur. Voor de intramurale locaties zijn managers Wonen, zorg en welzijn (WZW) aangesteld. Zij zijn integraal verantwoordelijk voor hun locatie. Onder de managers WZW staan teamcoaches. Zij zullen vanaf 1 januari 2018 teamleiders genoemd worden, die integraal verantwoordelijk worden voor wonen, zorg en welzijn. In 2017 waren ze nog verantwoordelijk voor de zorg en een stukje huishouding op de woongroep/ afdeling. De organisatie van Wonen met zorg zit in een verandertraject (zie strategienota Ruimte voor nieuw).

Voor de thuiszorg zijn vijf regiomanagers aangesteld, zij zijn in hun gebied verantwoordelijk voor V&V, IAH en HbH. Ook de organisatie van de thuiszorg zit in een verandertraject (zie strategienota Ruimte voor nieuw).

De organisatie wil eigen verantwoordelijkheid en eigen regie stimuleren door zelforganisatie. Zelforganisatie is binnen IMZ deels van de grond gekomen en de wijze van aansturing is de laatste tijd vooral sturend geweest doordat de kwaliteit van zorg onder druk stond. De organisatie wil verantwoordelijkheden laag neerleggen in de organisatie. Dat kan alleen als er aangesloten wordt op de situatie en vak volwassenheid binnen een team. Hiervoor is de teamsamenstelling van belang. De komende periode zal de teamsamenstelling nog onderzocht worden. Afhankelijk van de randvoorwaarden, de functiemix, de zorgzwaarte en de behoefte zal in de loop van 2018 een teamleider zoveel mogelijk bevoegdheden en daaraan gekoppelde verantwoordelijkheden teruggeven aan de zorg. De stijl van leiderschap die hierin wordt gehanteerd heeft een dienend karakter en maakt gebruik van de instrumenten van situationeel leiderschap.

De service organisatie ondersteunt het bestuur, directie en teams om de kwaliteit van zorg en dienstverlening goed vorm te kunnen geven. Dit vraagt nog verdere doordenking en afstemming, omdat de samenwerking nu niet altijd optimaal verloopt (zie plan van aanpak W&T).

Het bestuur, directie, managers en indien nodig serviceorganisatie zijn maandelijks bijeen gekomen in het MT WZW en het MT thuiszorg. Binnen WZW is op de locaties door managers WZW met de teamcoaches en serviceorganisatie overlegd binnen het LMO. Binnen teams op de locaties heeft werkoverleg plaatsgevonden met de teamcoach.

In 2017 heeft de bestuurder meegelopen in de zorg op alle locaties en in een groot aantal thuiszorgteams. Het varieerde van meelopen in de routes tot gesprekken in de huiskamer, het helpen bij het eten geven, bloemschikken, meedraaien in de dagbesteding/ werkplaats. Hierdoor weet de bestuurder zich betrokken bij het primaire proces. Ook het primaire proces is betrokken bij de inrichting van de nieuwe werkprocessen in de organisatie. In de praktijk wordt de weerbaarheid van beleid en implementatie zichtbaar. Dat geeft voeding aan de gesprekken over leiderschap en cultuur.

### 3.6 Personeelssamenstelling

De huidige personeelssamenstelling van Lelie zorggroep voldoet nog niet volledig aan de norm neergelegd in het kwaliteitskader, bijvoorbeeld toezicht op de huiskamers. Waarbij de aantekening moet worden gemaakt dat het ook nog niet mogelijk is om volledig te voldoen aan de normen, doordat de financiering nog niet toereikend is.

In 2017 is wel een start gemaakt met het op orde brengen van de personeelssamenstelling:

- Impulsmiddelen zijn ingezet (zie jaarverslag 2017), 2,3 miljoen voor onder andere vergroting van de personele bezetting, woonkamertoezicht;
- Een plan van aanpak is opgesteld, waarbij per locatie aan de hand van een nieuwe ZZP tool berekend zal worden wat de nieuwe functiemix zou moeten worden en in hoeverre de locatie hier al aan kan voldoen. Hiermee is in 2017 een start gemaakt, het streven is dat de locaties eind 2018 aan de nieuwe norm voldoen.
- Verdere afslanking van de serviceorganisatie zoals beschreven in de strategienota 'Ruimte voor Nieuw'.
- Als organisatie proberen wij onze medewerkers te binden en te boeien door helder te maken waar wij voor staan en te zorgen voor een omgeving waar in medewerkers zich thuis voelen en ook perspectief hebben naar de toekomst.
- In 2017 is helder geworden dat wij een transitie zullen moeten maken van reactieve personeelswerving naar proactieve recruitment, willen wij voldoende instroom van nieuwe medewerkers krijgen. Inmiddels zijn daar de eerste acties voor ingezet. Dit begint met het helder hebben hoe wij ons als werkgever willen positioneren en hoe dit vervolgens te vertalen in onze profilering. Het spreekt voor zich dat dit ook herkenbaar moet zijn voor onze huidige medewerkers. Zij zijn immers onze belangrijkste ambassadeurs.
- Aanpak hoog verzuim in 2017 door een start te maken met een cultuur van:
  - Het voorkomen van verzuim collegiaal bespreekbaar maken waarbij ieder een eigen verantwoordelijkheid heeft;
  - Leidinggevenden pikken vroegtijdig verzuimsignalen op en zetten interventies in om verzuim te voorkomen;
  - Samenwerking en aansluiting in de verzuimketen verbeteren want een onvoldoende effectieve samenwerking werkt verzuim verlengend. Daarbij zijn snelheid en helderheid noodzakelijk om een dalende beweging te krijgen in het verzuim. In 2017 hebben we met een externe partner ingezet op het bespreekbaar maken de reductie van verzuim. In 2018 zetten wij deze inspanningen door.

Binnen Rotterdam is er een groot en structureel tekort aan voldoende gekwalificeerde medewerkers. Daarom is met Aafje, Humanitas, Laurens, Lelie zorggroep, Zilveren Kruis Zorgkantoor, de gemeente Rotterdam en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een samenwerkingsovereenkomst aangegaan.

Laurens, Lelie, Aafje, Humanitas, en Conforte zeggen hierover:

*"We zien een specifieke grote stedenproblematiek die extra inspanningen vraagt om te voldoen aan het landelijk kwaliteitskader in de verpleeghuiszorg. De problematiek van zeer krappe arbeidsmarkt (waardoor veel inhuur van uitzendkrachten en minder vaste gezichten), de lagere sociaal, economische status (waardoor onder andere hoger aantal medewerkers met loonbeslag en hoger ziekteverzuim) en ingrijpende grootstedelijke incidenten in de zorg. Daarnaast is het vastgoed in grote steden van een andere prijs.*

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

### *3.7 Gebruik van hulpbronnen*

#### *Facilitaire dienst*

De facilitaire dienst is in 2016/2017 gereorganiseerd. Dit heeft geleid tot bijvoorbeeld kortere openingstijden van de servicebalies op de locaties, beperktere openingstijden winkeltje, verminderde technische ondersteuning, waardoor dienstverlening aan de cliënt soms in het gedrang komt. In 2018 zal beoordeeld worden hoe dit opgelost kan worden.

#### *ICT*

Het leer management systeem (LMS) is operationeel, maar levert nog niet altijd de gewenste output op. Daarmee worden de bevoegd- en bekwaamheden inzichtelijk gemaakt en kan er gericht scholing aan onze professionals worden gegeven om te kunnen blijven voldoen aan de eisen van deskundigheid. Het streven is dat in de loop van 2018 wel de juiste output geleverd wordt.

### *3.8 Gebruik van informatie*

Binnen Lelie zorggroep wordt gebruik gemaakt van Zorgkaart Nederland. In 2017 zijn te weinig waarderingen gegeven over de locaties om daar conclusies uit te kunnen trekken. Daarom is het doel voor 2018 dat het aantal waarderingen groeit, door cliënten en familie actiever te benaderen door middel van folders uitdelen, zorgkaart benoemen bij binnenkomst, bij vertrek.

Daarnaast is een eigen cliënttevredenheidsmeting gehouden in juni 2017. Bij de IMZ-enquête hebben er 82 cliënten/vertegenwoordigers gereageerd, waarvan 9 respondenten een negen of hoger invulde op de vraag of zij de organisatie zouden aanbevelen bij familie en vrienden. Er hebben 19 respondenten een zes of lager gegeven. Dit leidt tot een NPS-score van -12,19%.

Het gemiddelde cijfer voor de zorgverlening komt uit op 7,7 (Op een 10 punts schaal). Voor de IMZ-locaties geldt een gemiddelde van een 7,6, voor de VPT-locaties geldt een 7,9.

Opvallende punten die naar voren kwamen uit de vragenlijsten waren:

- Medewerkers doen wat ze kunnen;
- Personeelstekort;
- Persoonsgerichte zorg kan beter.

Bovenstaande punten zijn opgepakt in 2017 en worden meegenomen in het kwaliteitsplan 2018. Naast cliënttevredenheid is ook de medewerkerstevredenheid (MTO) gemeten in 2017. De respons op het MTO was te laag om wat te kunnen zeggen over de medewerkerstevredenheid. In 2018 zal gekeken worden op welke wijze in de toekomst gevraagd zal worden naar de medewerkerstevredenheid en hoe de respons verhoogd kan worden.

Binnen Lelie zorggroep worden regelmatig interne audits en externe audits gehouden en zijn er over 2016 en 2017 inspectiebezoeken en rapportages (zie jaarverslag 2017). Al deze uitkomsten worden gebruikt om te reflecteren op wat goed gaat en wat nog verbeterd kan worden. De punten die verbetering behoeven worden opgenomen in de verbeterregisters.