

Kwaliteitsverslag 2023

Juni 2024



laurens

Inhoudsopgave

1. Kwaliteitsverslag 2023.....	2
1.1 Inleiding.....	2
1.2 Samenhang jaarverslag en kwaliteitsverslag.....	3
2. Ontwikkelingen kwaliteit.....	4
2.1 Kwaliteitsbeleid.....	4
2.2 Kwaliteitsindicatoren.....	4
2.3 Uitkomsten audits, zelfevaluaties, inspectiebezoeken.....	5
2.3.1 HKZ Certificeringscyclus 2022-2024.....	5
2.3.2 Thuiszorg.....	6
2.3.3 Wonen met zorg.....	7
2.3.4 Kortdurende Zorg.....	7
2.4 Resultaten cliënttevredenheidsmetingen.....	8
2.4.1 Gemiddelde totaalscore op Zorgkaart NL.....	8
2.4.2 CTO 2023 Wonen met Zorg.....	9
2.4.3 PREM wijkverpleging 2023.....	10
2.4.4 Cliënttevredenheid Kortdurende Zorg 2023.....	11
2.5 Calamiteiten en meldingen.....	12
2.5.1 Uitkomsten analyse calamiteiten en meldingen.....	12
2.5.2 Pilot Safety II.....	13
2.6 Klachten, claims.....	14
3 Analyse onvrijwillige zorg.....	14
3.1 Analyse onvrijwillige zorg.....	15
3.2 Reactie Centrale cliëntenraad op de analyse onvrijwillige zorg.....	19
4. Wat doen we in 2024.....	20
4.1 kwaliteitsplan 2024.....	20
4.2 Kwaliteitskeurmerken.....	20
4.3 Overgang naar het Generiek Kompas.....	21
Bijlage Kengetallen cliënten.....	23
Aantal cliënten per organisatie-eenheid Wonen met Zorg, naar Zorgzwaartepakket (ZZP).....	23
Aantal cliënten per organisatie-eenheid Wonen met zorg naar ZZP, gegroepeerd.....	24
Bijlage Kengetallen medewerkers.....	25
FTE per domein: Kortdurende zorg.....	25
FTE per domein: Thuiszorg.....	25
FTE per domein: behandelaren.....	25
FTE per domein: Wonen met Zorg.....	26
Medewerkers: verzuim.....	27

1. Kwaliteitsverslag 2023

1.1 Inleiding

Voor u ligt het kwaliteitsverslag van Laurens over 2023. Naast de terugblik op 2023 staan we ook stil bij zaken die op het moment van schrijven van belang zijn; we schetsen een beeld vanuit waar we nu staan. Het jaar 2024 is een overgangsjaar voor wat betreft de organisatie en verantwoording over kwaliteit. De verschillende kwaliteitskaders die van toepassing zijn op de zorg en dienstverlening van Laurens gaan per 1 juli 2024 vallen onder het Generiek Kompas ‘Samen werken aan de kwaliteit van bestaan’¹.

Het kwaliteitsverslag sluit aan bij het algemene jaarplan en -verslag van Laurens. Het leveren van kwaliteit kan niet los worden gezien van de wijze waarop Laurens invulling geeft aan de strategie “Van zorgen voor naar samen leven”².

In de figuur hiernaast zijn de pijlers weergegeven. De vijf pijlers van de strategie zijn onderling verbonden en versterken elkaar.

Zelf & samen: Ons uitgangspunt is zelf- en samenredzaamheid. Informele zorg zien we als basis, inzet van technologie en e-health is vanzelfsprekend. Samen met de cliënt bepalen we wat waardevol is in leven en sterven. Zo komen we samen tot passende zorg.

Thuis, tenzij: We ontwikkelen nieuwe vormen van zorg en diensten en passen onze huidige aanbod aan om zoveel mogelijk cliënten thuis te kunnen helpen.

Drempelloze zorg: Onze zorg en diensten sluiten naadloos aan, ongeacht waar de cliënt woont of verblijft. We werken interdisciplinair samen en over domein- en organisatiegrenzen heen.

Werkplezier: We gunnen jou dat je bevlogen bent en blijft. Je hebt het vertrouwen en neemt de ruimte om je vak uit te oefenen. We stimuleren onderlinge verbinding en werken samen vanuit gelijkwaardige relaties. Je wordt optimaal ontzorgd in je werk.

Dé opleider: We stimuleren jou het beste uit jezelf te halen. We profileren ons steeds meer als dé opleider, ook om in de (krappe) arbeidsmarkt het verschil te kunnen maken: werken, ontwikkelen en groeien bij Laurens.



¹

<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2023/11/29/generiek-kompas-samen-werken-aan-kwaliteit-van-bestaan>

² <https://laurens.nl/over-ons/dit-zijn-wij>

1.2 Samenhang jaarverslag en kwaliteitsverslag

Kwaliteit kan niet los worden gezien van de wijze waarop wij invulling geven aan onze strategie. Onze strategische pijlers 'Zelf & Samen', 'Thuis, tenzij' en 'Drempelloze zorg' dragen bij aan het toegankelijk houden van de ouderenzorg. Dit sluit aan bij de persoonsgerichte zorg uit het vigerende kwaliteitskader. Met de pijlers 'werkplezier' en 'de opleider' zetten we onze medewerkers op 1 wat aansluit bij de inzet van deskundig personeel.

In dit kwaliteitsverslag geven we inzicht in de kwaliteitsinformatie. In hoofdstuk 2 staan we stil bij de ontwikkelingen ten aanzien van het kwaliteitsbeleid, de uitkomsten van de kwaliteitsindicatoren³, uitkomsten van audits, cliënt tevredenheidsonderzoeken en informatie over calamiteiten en klachten. In hoofdstuk 3 is de analyse onvrijwillige zorg opgenomen. In hoofdstuk 4 is een korte samenvatting opgenomen van het kwaliteitsplan 2024 en staan we stil bij de ontwikkeling van het nieuwe kwaliteitskompas.

Laurens levert thuiszorg, dagbesteding, revalidatie, verpleeghuiszorg en palliatieve zorg. In de bijlage zijn de belangrijkste ken- en stuurgetallen, voor [cliënten](#) en [medewerkers](#) opgenomen

Kijk voor meer informatie naast deze ken- en stuurgetallen ook naar de [website van Laurens](#), voor het laatste nieuws en bijvoorbeeld meer informatie over [de locaties](#). De [waarderingen van Laurens](#) zijn te vinden op Zorgkaart Nederland.

³ Zie ook: <https://www.zorginzicht.nl/openbare-data/open-data-verpleeghuiszorg>

2. Ontwikkelingen kwaliteit

2.1 Kwaliteitsbeleid

Begin 2023 heeft het bestuur van Laurens aangegeven meer samenhang te willen organiseren tussen de verschillende onderdelen die zich binnen Laurens met kwaliteit bezighouden. Een versterking van de samenhang leidt tot het beter signaleren en zo nodig bijsturen van de kwaliteit van zorg, behandeling en maatregelen die zijn gericht op het welzijn & welbevinden van onze cliënten en ook van onze medewerkers. Dit alles is relevant in het licht van onze strategie en de beweging naar samen leven. De uitdaging die begin 2023 werd geformuleerd was:

Moderniseer en vereenvoudig de kwaliteitsorganisatie om te komen tot een slagvaardige organisatie van kwaliteit.

De belangrijkste onderdelen van het voorstel tot herziening zijn:

- Ontwikkeling van een eenduidig intern referentiekader voor kwaliteit, passend bij de ontwikkeling van het Generiek Kompas;
- Verbetering van de afstemming tussen de centrale sturing op kwaliteit met de verbinding naar de organisatie;
- Bijeenbrengen van beschikbare kwaliteitsinformatie;
- Periodieke kwaliteitsrapportages die aansluiten bij de Planning & Controlcyclus;
- Bundeling van kwaliteitsdeskundigheid in één afdeling;
- Maken van verbinding tussen het algemene jaarplan en -verslag en het kwaliteitsjaarplan en -verslag.

Eind 2023 werd het voorstel voor vernieuwing van de kwaliteitsorganisatie opgeleverd, per 1 februari 2024 is de nieuwe kwaliteitsorganisatie gestart als afdeling kwaliteit onder de stafafdeling Strategie, Kwaliteit en Communicatie. Het voorstel voor de herstructurering is omgezet naar een jaarplan kwaliteit 2024 (zie [hoofdstuk 4](#)).

2.2 Kwaliteitsindicatoren

In 2023 zijn, in afstemming met de centrale cliëntenraad van Laurens, dezelfde kwaliteitsindicatoren als in 2022 gebruikt voor de interne sturing en de landelijke aanlevering⁴. Dat maakt onderlinge vergelijking mogelijk. Voor 2024 zijn we in afwachting van de afspraken die worden gemaakt in het nieuwe kwaliteitskader (Generiek Kompas Samen werken aan kwaliteit van bestaan). Een drietal verplichte en een drietal keuze-indicatoren werd gebruikt:

Het betreft onderstaande indicatoren:

1. Advance Care Planning (ACP)
2. Bespreken medicatiefouten in het team
3. Aandacht voor voeding
4. Medicatiereview
5. Continentie
6. Decubitus

⁴ zie ook het kwaliteitsverslag van Laurens over 2022

De uitkomsten van 2022 en 2023 zijn vergeleken en er is ook gekeken of de uitkomsten ten opzichte van andere organisaties opvallende verschillen vertonen. De uitkomsten van de indicatoren zijn ook inzichtelijk gemaakt in het dashboard van het informatiesysteem in Looker. Daarin kunnen leidinggevende van teams en organisatieonderdelen volgen hoe de kwaliteitsindicatoren zich ontwikkelen.

De indicatoren ACP en continuentie vertonen een stabiel patroon rond de 100% beheersing. Dat betekent dat de afspraken die op dat punt zijn gemaakt in het dossier kunnen worden teruggevonden.

Medicatiereview was een indicator die in 2020 nog rond de 33% scoorde, inmiddels is de gerapporteerde beheersing van dit thema rond de 89%. Bij het bespreken van de registratie blijkt dat het niet in alle gevallen lukte om uitgevoerde medicatiereview goed te registreren. In 2024 wordt nader onderzocht hoe dit proces nog verder kan worden verbeterd.

In 2020 en 2021 was het door Laurens gerapporteerde percentage decubitus hoog. De uitkomsten waren gebaseerd op een systeemregistratie en aan de uitkomsten werd getwijfeld. In 2022 en 2023 is de uitvraag gedaan op basis van een inventarisatie op de afdelingen. De uitkomsten worden nu beter herkend, de waarde is gedaald van rond de 11% in 2020 naar 6,7% over 2023.

De indicator voor Eten & Drinken beperkt zich tot de vraag of er voorkeuren ten aanzien van eten en drinken in het dossier zijn vastgelegd. De indicator vertoont een dalende trend. In afstemming met het facilitair bedrijf, en op basis van de waardering van dit thema in het cliënttevredenheidsonderzoek, wordt de invulling van de sturing op dit thema verder besproken. Naast de belevingsaspecten kan ook worden gedacht aan de voedselveiligheid en een veilige manier van aanbieden om verslikking en verstikking te voorkomen.

Met de introductie van het nieuwe generiek kwaliteitskompas worden de kwaliteitsindicatoren heroverwogen. In de nu voorliggende versie van het kwaliteitskompas en concept implementatieplan worden indicatoren benoemd voor valpreventie, medicatieveiligheid en advance care planning (ACP). Deze zullen nog nader worden uitgewerkt na introductie van het Kompas.

2.3 Uitkomsten audits, zelfevaluaties, inspectiebezoeken

2.3.1 HKZ⁵ Certificeringscyclus 2022-2024

Laurens laat zich door bureau DNV certificeren op het kwaliteitssysteem HKZ, in een driejarige cyclus, bestaande uit een (her)certificeringsaudit en twee periodieke opvolgingsaudits. In 2022 is Laurens gecertificeerd, in april 2023 is het kwaliteitssysteem van Laurens door DNV beoordeeld en de volgende audit heeft inmiddels plaatsgevonden in april-mei 2024.

Tijdens de audit in 2023 zijn 3 aandachtsgebieden geaudit; Eigenaarschap (Laurensbreed), Revalidatieklimaat (Kortdurende Zorg) en Leren en verbeteren (Wonen met Zorg). Op alle drie de aandachtsgebieden werd een 4 (uit 5) gescoord.

⁵ HKZ: Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector. Met HKZ certificering toont een organisatie aan dat u alle zaken intern goed op orde zijn en constant wordt gewerkt aan verbetering van de dienstverlening.

Naast sterke punten werden 8 nonconformities, categorie 2, geconstateerd. Daarnaast werden er 8 observaties gedaan. De nonconformities zijn opgenomen in het Laurensbrede verbeterplan, de observaties zijn direct opgepakt of als leerervaring gedeeld.

2.3.2 Thuiszorg

De verbeterpunten uit de audits en het kwaliteitsbeeld hebben gemaakt dat begin 2023 gekozen is voor een intensivering op de sturing op kwaliteit. Er is een kwaliteitsteam geformeerd en er is een aantal acties ingezet op de sturing op kwaliteit, het systematisch bewaken, het beter inzicht hebben in de kwaliteit voor de domeinen, het borgen van de PDCA⁶-cyclus en het doelmatig rapporteren door middel van de SOEP-methodiek⁷.

In maart 2023 is een teamscan gemaakt door de afdeling Kwaliteitsbeheer en Ondersteuning (KBO) en halverwege het jaar is een zelfevaluatie gemaakt voor de kwaliteit in de thuiszorg. Het referentiekader dat daarbij werd gebruikt was het toetsingskader dat de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) hanteert. Thuiszorg breed kwamen uit de zelfevaluatie als belangrijkste punten waarop verbetering mogelijk was naar voren: de cliënt krijgt zorg van een vast en overzichtelijk team, de afstemming met de andere zorgverleners rondom de cliënt, de leidraad veilige zorgrelatie, het zorgen voor voldoende deskundige zorgverleners en de incidentmeldingen (MIC).

In juli heeft de IGJ een bezoek gebracht aan team Emmahuis/Blijdorp en team Hoogvliet Centrum. De inspectie constateert dat de geboden zorg binnen Laurens (grotendeels) voldoet aan de getoetste normen. Zeventien van de achttien getoetste normen voldoen (grotendeels). Laurens kan meer aandacht besteden aan het naleven van afspraken over het rapporteren door zorgverleners. Laurens kan zich verbeteren door medicatiebeleid en protocollen thuiszorg specifiek te maken en ervoor te zorgen dat deze (en alle andere protocollen en beleidsdocumenten van Laurens) te vinden zijn door alle zorgverleners. Ook kan Laurens de kennis van zorgverleners over het beleid gebaseerd op de 'Leidraad Veilige zorgrelatie' verbeteren. Belangrijkste verbeterpunt dat door de IGJ werd benoemd is het vergroten van de kennis over (het herkennen van) onvrijwillige zorg en het WZD-beleid bij de zorgverleners.

De afdeling KBO constateerde bij herhaling van de teamfoto in Q3 2023 dat het overgrote deel van de generalistische wijkteams een groei heeft doorgemaakt. Dit was met name te zien op de volgende onderdelen:

- Duaal leiderschap
- Aanwezigheid MIC aandachtsvelder
- Betrokkenheid van het team
- Bevoegd en bekwaamheden
- Formulier resultaatgesprek cluster en driehoek

Naast de inspanningen op teamniveau is het van belang op domeinniveau te zorgen dat de randvoorwaarden op orde zijn; sturing op kwaliteit kan niet zonder dat de rollen (ten aanzien van kwaliteit) duidelijk zijn.

⁶ PDCA: Plan-do-check-act cyclus, een manier om continu te verbeteren aan de hand van een vaste structuur.

⁷ De SOEP-structuur is een hulpmiddel voor het maken van een duidelijk verslag van een (deel)contact in het dossier. Het acroniem staat voor Subjectief, Objectief, Evaluatie en Plan.

2.3.3 Wonen met zorg

IGJ bezoek Stadzicht en Aesopus

De Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) heeft op 28 februari 2023 een bezoek gebracht aan een tweetal locaties. De inspectie constateerde dat de geboden zorg binnen Stadzicht (grotendeels) voldoet aan de getoetste normen. Alle twaalf getoetste normen voldoen (grotendeels). Belangrijkste aandachtspunten zijn de kennis over (het herkennen van) onvrijwillige zorg vergroten bij de zorgverleners en het verbeteren van het methodisch werken door het zorgproces inzichtelijker vast te leggen in het cliëntdossier, met name op het gebied van onvrijwillige zorg en rapportages over gedrag. Ook kan Stadzicht nog beter samenwerken binnen en over de afdelingen heen.

De inspectie constateert dat ook de geboden zorg binnen Aesopus (grotendeels) voldoet aan de getoetste normen. Alle veertien getoetste normen voldoen (grotendeels). Aesopus kan de kennis over (het herkennen van) onvrijwillige zorg vergroten bij de zorgverleners. Aesopus kan het methodisch werken verbeteren door het zorgproces inzichtelijker vast te leggen in het cliëntdossier. Met name op het gebied van onvrijwillige zorg en rapportage over gedrag ziet de inspectie hiaten. Ook dient Aesopus aandacht te hebben voor het wegnemen van de risico's bij het inzetten van zzp'ers bij deze complexe doelgroep.

Kwaliteitssysteem en verbeterregisters

De basis van het kwaliteitssysteem van Wonen met Zorg bestaat uit een PDCA-verbetercyclus op de verschillende niveaus binnen Wonen met Zorg. Deze cycli zijn verbonden aan overleggen. Daarnaast zijn ze ook onderling verbonden waardoor verbeterpunten kunnen worden opgeschaald of juist vanuit domein- of kringniveau naar de locaties worden uitgezet. In 2023 werd gestart met de implementatie van een uniform format voor de verbeterregisters. Na de volledige uitrol binnen Wonen met Zorg wordt het makkelijker om de lokale verbeterregisters op domeinniveau te verbinden en op de grote lijnen in de thematiek per kring en op domeinniveau te sturen. Eind 2023 is door de afdeling Kwaliteit Beheer & ondersteuning (KBO) een nulmeting uitgevoerd op de werkzaamheid van het kwaliteitssysteem op alle locaties van Wonen met Zorg om van daaruit dit kwaliteitssysteem verder te ontwikkelen (Werkdocument Basiskwaliteit, verbeterregister, PDCA op client/team en Domeinniveau). Daarin werd geconstateerd dat er op de drie thema's (zicht op kwaliteit, gesprek over kwaliteit en grip en zicht op incidenten) nog verbetermogelijkheden zijn ten aanzien van het zicht hebben op kwaliteit, het gesprek over kwaliteit en de analyse en inzet van verbeteracties naar aanleiding van meldingen. De verbeterpunten zijn door de locaties opgenomen in het verbeterregister en de plannen voor 2024.

2.3.4 Kortdurende Zorg

Binnen domein Kortdurende zorg wordt gewerkt met zelfevaluaties per thema. Zelfevaluaties worden uitgevoerd op de thema's Continëntie, Hygiëne, Mondzorg, Wondzorg, Medicatie, Moeilijk en Onbegrepen Gedrag en Zorgdossiers. De uitkomsten worden verzameld in het dashboard zelfevaluatie. Via dit dashboard zijn de scores op de thema's per locatie in beeld.

Domeinoverstijgend is het beeld positief, op afdelingsniveau zijn er enkele afdelingen verbeterpunten op het gebied van positionering van de aandachtsvelders. De zelfevaluatielijsten per thema worden geactualiseerd en op de uitkomsten wordt vanuit de managers gestuurd via de PDCA-cyclus.

2.4 Resultaten cliënttevredenheidsmetingen

De invulling van de cliënttevredenheidsmetingen per domein verschilt. Binnen Wonen met Zorg wordt jaarlijks een cliënttevredenheidsonderzoek uitgevoerd waarna de resultaten per locatie in dialoog met de cliënten(vertegenwoordiging) worden besproken. Kortdurende zorg heeft een eigen systematiek en bij Thuiszorg verloopt de meting via de PREM⁸-meting en doorlevering via Nedap, inzichtelijk op Zorgkaart NL als de cliënt daarvoor toestemming geeft.

2.4.1 Gemiddelde totaalscore op Zorgkaart NL

Op Zorgkaart Nederland valt op dat het aantal waarderingen ten opzichte van de omvang van Laurens, beperkt is.

Tabel resultaten Zorgkaart NL, periode 1 januari - peildatum 31 december 2023

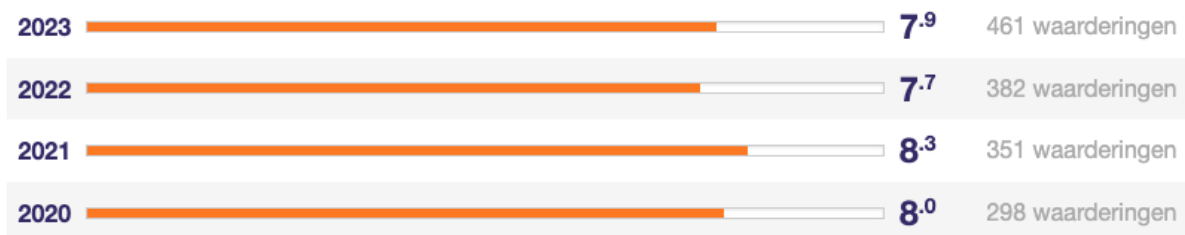
domein	Naam zorgaanbieder	aantal	gemiddelde
Kortdurende zorg	Laurens Antonius Binnenweg	10	8,5
	Laurens Cadenza Centrum	1	10,0
	Laurens palliatieve zorglocatie Cadenza Zuid	4	9,6
	Laurens revalidatielocatie Avanze	6	9,0
	Laurens revalidatielocatie Intermezzo Zuid	8	8,5
Totaal van Kortdurende zorg		29	8,8
Thuiszorg	Laurens Thuiszorg - Barendrecht	16	7,3
	Laurens Thuiszorg - Capelle aan den IJssel	7	8,7
	Laurens Thuiszorg - Hoogvliet	56	7,7
	Laurens Thuiszorg - Lansingerland	15	7,5
	Laurens Thuiszorg - Rotterdam Noordoever	200	7,8
	Laurens Thuiszorg - Rotterdam Zuidoever	95	7,9
Totaal van Thuiszorg		389	7,8
Wonen met zorg	Laurens Ravenswaerde	1	8,9
	Laurens Rubroek	1	1,7
	Laurens woonzorglocatie Blijdorp	5	9,6
	Laurens woonzorglocatie Borgsate	3	4,2
	Laurens woonzorglocatie Borgstede	2	9,5
	Laurens woonzorglocatie De Elf Ranken	10	8,2
	Laurens woonzorglocatie De Hofstee	1	1,0
	Laurens woonzorglocatie De Oudelandse Hof	1	10,0
	Laurens woonzorglocatie De Wilgenborgh	1	9,7
	Laurens woonzorglocatie Dijkveld	2	8,8
	Laurens woonzorglocatie Dorpsveld	10	9,3
	Laurens woonzorglocatie Joachim en Anna	3	8,1
	Laurens woonzorglocatie Maasveld	2	8,4
	Laurens woonzorglocatie Stadzicht	2	5,6
Totaal van Wonen met zorg		44	8,1
Eindtotaal		462	7,9

⁸ PREM: Patiënt Reported Experience Measures, een landelijk afgestemde meetmethode om cliëntervaringen te meten

Tonen van het cijfer op ZorgkaartNederland⁹

Uit onderzoek is gebleken dat bij 30 waarderingen voor zorginstellingen de waarderingen op ZorgkaartNederland een betrouwbaar beeld geven van de zorg die een zorgverlener of zorginstelling verleent. Daarom is besloten dit ook te tonen op ZorgkaartNederland. Bij minder dan 30 waarderingen heeft het cijfer op ZorgkaartNederland een vagere, lichtgrijze kleur. Ook staat onder het cijfer aangegeven dat de zorgaanbieder nog niet voldoende waarderingen heeft ontvangen. Als er minimaal 30 waarderingen zijn geplaatst binnen 4 jaar, dan wordt het cijfer donker.

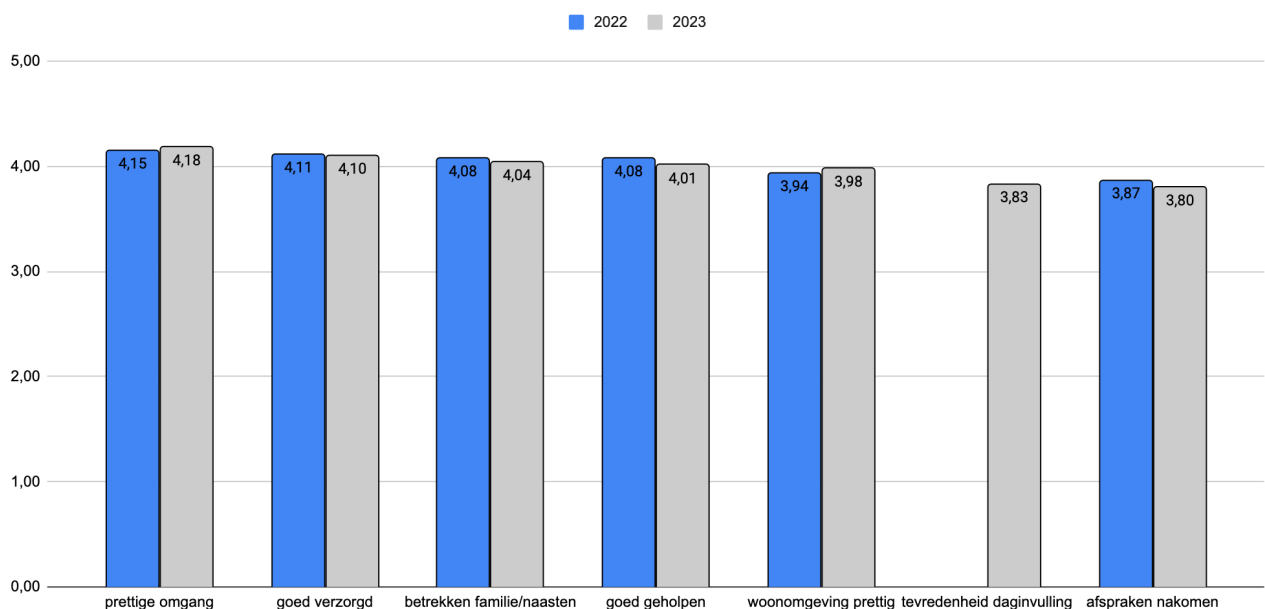
Het aantal waarderingen en de gemiddelde totaalscore voor Laurens totaal zijn iets hoger dan in 2022.



2.4.2 CTO 2023 Wonen met Zorg

Eind 2023 is het cliënttevredenheidsonderzoek uitgevoerd binnen Wonen met Zorg. Op hoofdlijnen ziet het beeld van de vergelijking 2023, in vergelijking met 2022, er als volgt uit:

Vergelijking CTO WMZ, hoofdthema's



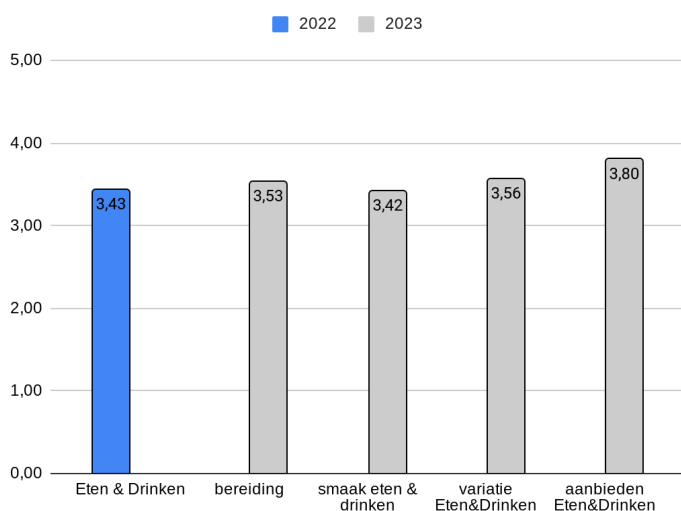
De respondenten konden met smileys antwoord geven op een vijf puntsschaal. De gemiddelde tevredenheid is vergelijkbaar tussen 2022 en 2023. De tevredenheid met de daginvulling is een

nieuwe vraag. De grootste winst is te behalen bij “het nakomen van afspraken” en de “tevredenheid daginvulling”.

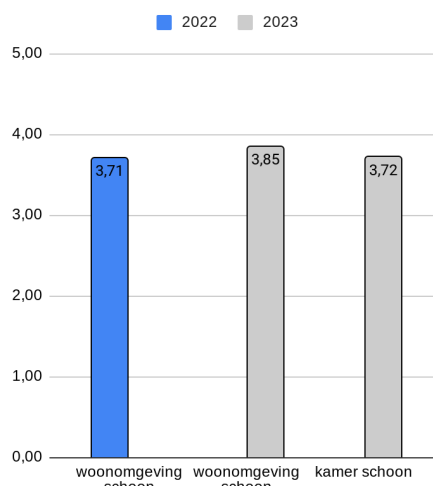
De vragen met betrekking tot de Eten & Drinken en Schoonmaak werden in 2023 verder opgesplitst:

Het gemiddelde over de 4 vragen over Eten & drinken ligt in 2023 iets hoger dan de niet uitgesplitste

Vergelijking CTO WMZ, Eten en drinken



Vergelijking CTO WMZ, Schoonmaak



vraag in 2022: (3,58 tov 3,43).

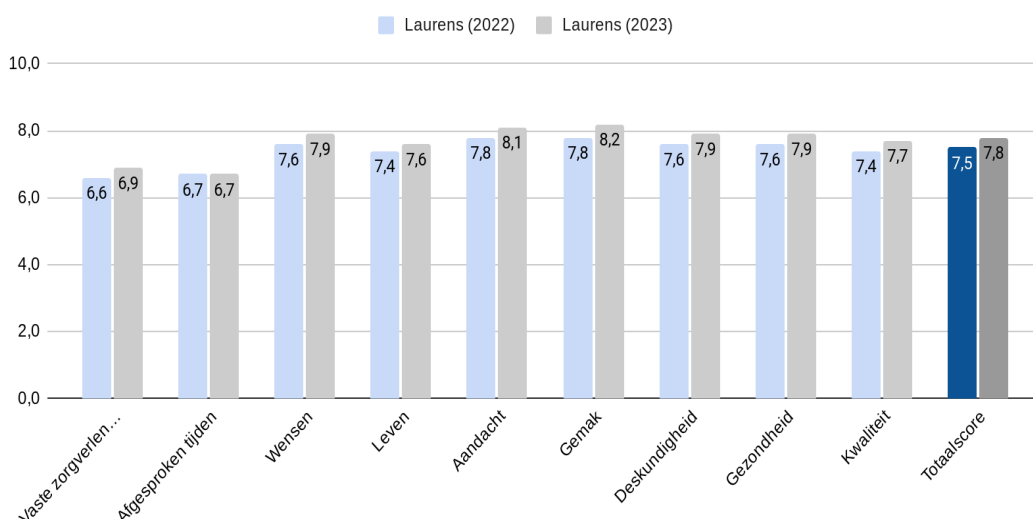
Schoonmaak is vrijwel gelijk gebleven. Bij Eten & Drinken is de grootste winst te behalen bij het onderdeel “smaak”, bij schoonmaak bij “kamer schoon”.

De uitkomsten worden op locatieniveau besproken en verbeteracties worden in het verbeterregister opgenomen.

2.4.3 PREM wijkverpleging 2023

De tevredenheid van cliënten wordt gemeten aan de hand van de Patiënt Reported Experience Measure (PREM), een landelijk afgestemde meetmethode om patiëntervaringen te meten. De uitkomsten van de PREM 2023 zijn positiever dan van het jaar 2022. Dat is te zien in de score op (vrijwel) alle onderwerpen en in de Netto promotor score (NPS).

PREM Laurens waardering per onderwerp (2022 -2023)



Het leveren van zorg door een vast team van zorgverleners en medewerkers die op afgesproken tijden komen zijn de belangrijkste aandachtspunten.

In de PREM wordt ook de Netto Promotor Score (NPS) gemeten. Het is een manier om klanttevredenheid te meten. De score kan variëren tussen de -100 en de +100. Een NPS die boven de nul uitkomt wordt als goed gezien, een score boven de 50 als excellent.

Berekening van de score

De netto promotor score kan worden berekend door de klant één vraag voor te leggen: Hoe waarschijnlijk is het dat u ons zult aanbevelen aan een vriend of collega? Om antwoord te geven, kan de respondent een score van 0 t/m 10 invullen.

De scores worden verdeeld in drie groepen:

Promoters: respondenten die een score 9 of 10 hebben gegeven.

Neutrals: respondenten die een score 7 of 8 hebben gegeven.

Critici: respondenten die een score 0 t/m 6 hebben gegeven.

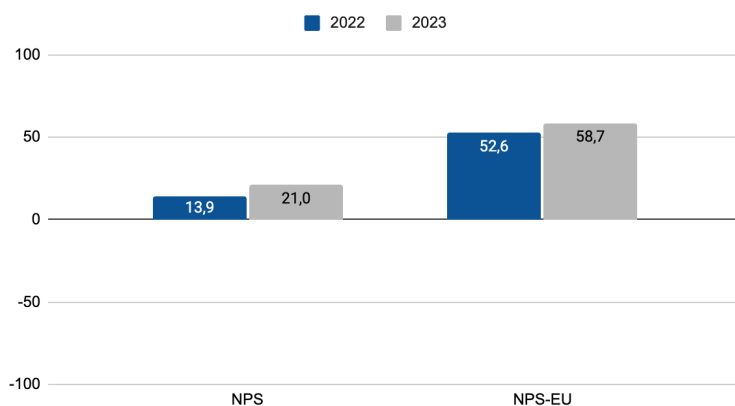
De score wordt als volgt berekend: $NPS = \% \text{ promoters} - \% \text{ critici}$

Europese NPS

In de Europese NPS worden 8, 9 en 10 gezien als Promoters en 6 en 7 als Neutrals (een 6 is gewoon een voldoende). Op deze manier past het beter bij de Europese cultuur, waarin minder extreem wordt beoordeeld (een 8 is in Europa al zeer goed, waar in Amerika iedereen voor de hoogste score gaat).

Binnen de Thuiszorg is de NPS in 2023 gestegen ten opzichte van 2022.

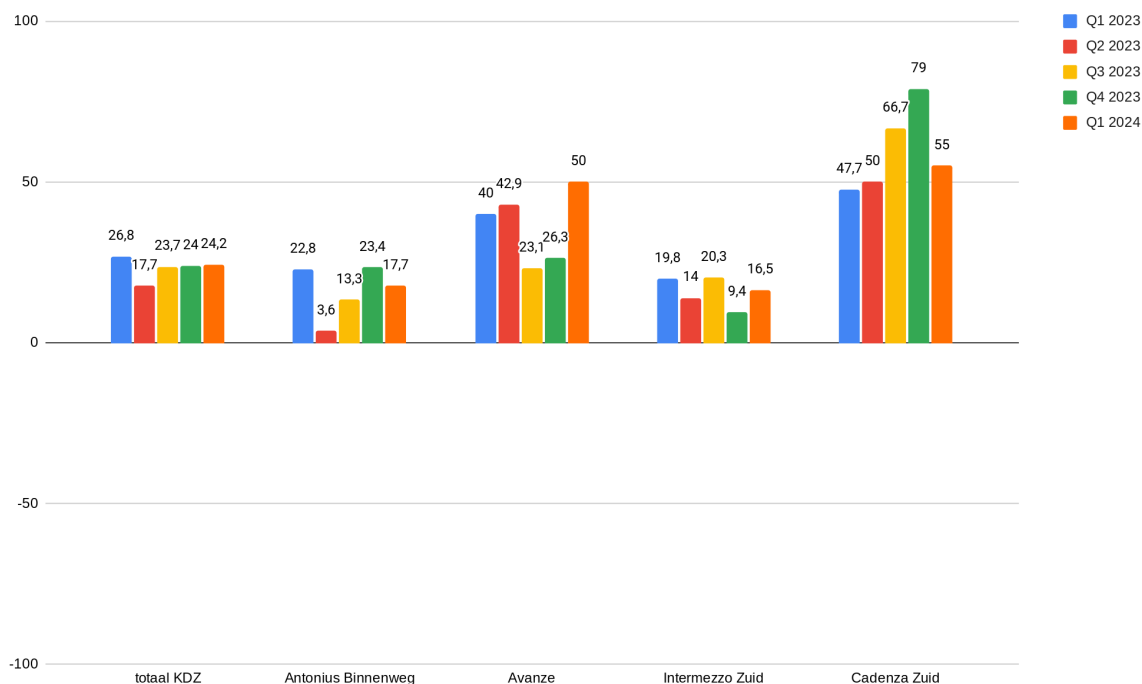
NPS en NPS-EU



2.4.4 Cliënttevredenheid Kortdurende Zorg 2023

Binnen Kortdurende Zorg worden verschillende tevredenheidsonderzoeken uitgevoerd, afgestemd op de zorg die de cliënten ontvangen. Zo zijn er vragenlijsten met betrekking tot revalidatie, kortdurende zorg, psychogeriatrische- en hospicezorg. Afhankelijk van de doelgroep worden cliënten zelf of hun naasten benaderd. In alle vragenlijsten is ook de Netto Promotor Score opgenomen. In onderstaand overzicht wordt de NPS van Kortdurende Zorg weergegeven, per kwartaal (2023 en eerste kwartaal 2024). Uit het overzicht blijkt dat er de score per locatie varieert, gemiddeld genomen komt de (reguliere) NPS voor Kortdurende zorg uit rond de 23.

NPS kortdurende zorg per kwartaal (2023 en eerste kwartaal 2024)



2.5 Calamiteiten en meldingen

2.5.1 Uitkomsten analyse calamiteiten en meldingen

De uitkomsten van calamiteitenonderzoeken en MIC-meldingen over 2023 zijn geanalyseerd. In grote lijnen komt daaruit naar voren dat:

- Het aantal meldingen stabiel blijft en dat er geen twijfels zijn over de meldingsbereidheid. Wel valt op dat op sommige locaties/teams zelden of nooit melding wordt gedaan van een (mogelijke) calamiteit en dat andere locaties/teams wel regelmatig melden. Dit is een punt om onder de aandacht te brengen in de diverse overleggen.
- “vallen”, “medicatie” en “agressie” zijn structureel de meest voorkomende soort van melding, zowel bij de MIC-meldingen als bij de calamiteiten. Deze thema’s vragen blijvend aandacht.
- In de meldingen van de afgelopen periode valt geweld in de zorgrelatie tussen bewoners onderling, in combinatie met seksueel onttremd gedrag op. Dit is een thema dat in bredere zin aandacht verdient, bijvoorbeeld in relatie tot omgaan met Moeilijk en Onbegrepen Gedrag. Uit de calamiteitenonderzoeken blijkt dat er op het gebied van beleid en preventie nog mogelijkheden voor verbetering zijn.
- Het aantal openstaande verbetermaatregelen naar aanleiding van calamiteiten is teruggebracht. In het nieuwe verbeterregister worden de opvolging van de verbetermaatregelen zowel op locatie als op domeinniveau gevolgd.

2.5.2 Pilot Safety II

In het calamiteitenonderzoek heeft Laurens in de afgelopen periode een pilot uitgevoerd door de inzet van een traject dat is gebaseerd op de uitgangspunten van Safety II. Aanleiding hiervoor was de behoefte van Laurens om de opbrengst van het calamiteitenonderzoek te verbeteren, ten aanzien van:

- het stimuleren van het leren,
- het beleggen van het eigenaarschap van verbeterproces dicht bij het primair proces,
- de effectiviteit van verbetermaatregelen,
- de verhouding investering in onderzoek (inzet onderzoekers, doorlooptijd, lengte rapporten, ed.) en opbrengsten.

Eén van de belangrijkste uitgangspunten van Safety II is de focus op de gebruikelijke praktijk (work as done). De oorzaak-gevolg analyse van de casus zelf wordt losgelaten, vanuit de gedachte dat zorgorganisaties in deze tijd complex adaptieve systemen zijn waarin zodanig veel zaken onderling met elkaar verband houden, dat er geen sprake is van een directe oorzaak-gevolg relatie. Het betreft meestal een samenloop van omstandigheden in de dagelijkse realiteit, zeker gezien de toegenomen complexiteit van bewoners, hoge werkdruk, personele tekorten, administratieve druk, steeds wisselende zorgverleners, wisselende leiding etc.

Doel is dan ook om deze complexe werkelijkheid beter te begrijpen en zodanig te beïnvloeden dat de kans op een ernstig schadelijke uitkomst wordt verkleind.

Twee calamiteitenonderzoeken zijn uitgevoerd vanuit het Safety II gedachtengoed. Bij de toegepaste Safety-II benadering is in multidisciplinair verband gereflecteerd op de dagelijkse realiteit ten aanzien van de aan de calamiteit gerelateerde werkprocessen in plaats van op dit ene incident. Gezamenlijk werden oplossingen bedacht, die via micro-experimenten (kort cyclisch) werden ingezet, zodat er meteen actie kon worden ondernomen. Uiteraard is er na afloop ook gereflecteerd op de calamiteit die aanleiding vormde, en in hoeverre dit een volgende keer kan worden voorkomen.

Belangrijkste uitkomsten:

- De multidisciplinaire dialoog. Deze heeft gelegenheid gegeven om in veiligheid en vertrouwen en in een prettige open sfeer, samen te bespreken waar het in de dagelijkse praktijk om gaat en wat belangrijk is. Het feit dat de reguliere werkprocessen waar dit incident uit is ontstaan, centraal staan, maakt dat het makkelijker is om in een veilige setting met elkaar in gesprek te gaan.
- In de 'reguliere' onderzoeken naar het ontstaan van calamiteiten wordt vaak (individueel) gesproken met de medewerkers die bij de calamiteit waren betrokken. Omdat in de Safety II-aanpak de reguliere werkprocessen worden besproken, is het gesprek voor iedereen relevant, en niet alleen voor de bij het incident betrokken medewerkers. Het hele multidisciplinaire team is vanaf het begin betrokken bij het begrijpen, leren en verbeteren van de werkprocessen. Zij ervaren hierdoor meer eigenaarschap.

De eigen regie op het verbeterproces en het creëren van eigenaarschap draagt positief bij aan de leer- en verbetercultuur. De onderzoeken die op deze manier zijn gedaan werden overwegend positief ontvangen. In het eerste kwartaal 2024 werd het proces geëvalueerd met de inspectie. In 2024 gaan we verder op de ingeslagen weg.

2.6 Klachten, claims

In 2023 zijn in totaal 150 klachten binnengekomen bij de klachtenfunctionarissen in het kader van de Wkkgz¹⁰, en 51 adviezen. Klachten komen bij de klachtenfunctionarissen binnen omdat:

- het onvoldoende is gelukt om een situatie van onvrede met de medewerkers en/of het management uit het betreffende domein op te lossen;
- iemand een situatie van onvrede (eerst) wil bespreken met een klachtenfunctionaris;
- iemand een vraag of probleem heeft (niet direct een klacht) waarover men (vertrouwelijk) in gesprek wil met een klachtenfunctionaris.

De meeste klachten over het jaar 2023 hebben betrekking op onderstaande categorieën:

1. Verzorging / behandeling

2. Bejegening

3. Organisatie van zorg / Informatieverstrekking

ad 1: De meeste klachten hebben betrekking op de directe zorgverlening van verzorgenden en/of behandelaren. Voorbeelden hiervan zijn verschillen in wederzijdse verwachtingen en problemen in de communicatie (over verzorging/behandeling) tussen afdeling/familie.

ad 2: Klachten over bejegening gaan over zowel verbale- en nonverbale communicatie tussen zorgmedewerkers, cliënten en familie/naasten. Denk hierbij aan 'de houding' van medewerkers of 'de woordkeuze' in een gesprek en/of schriftelijke communicatie die soms (onbedoeld) kunnen leiden tot misverstanden of onvrede.

ad 3: Bij klachten over informatieverstrekking/organisatie van de zorg gaat het vaak over niet of onvoldoende geïnformeerd zijn van de gang van zaken van de zorgverlening. Klachten die te maken hebben met onvrijwillige zorg conform de Wet Zorg en Dwang (WZD) worden verwezen naar de (externe) cliëntvertrouwenspersoon WZD. Waar mogelijk maken de klachtenfunctionaris en de (externe) cliëntvertrouwenspersoon voor de WZD gebruik van elkaars expertise, met als doel de gewenste ondersteuning voor de cliënt/naaste zo passend mogelijk te maken.

¹⁰ WKKGZ: [Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg \(Wkkgz\)](#)

3 Analyse onvrijwillige zorg

3.1 Analyse onvrijwillige zorg

De analyse is gebaseerd op de geregistreerde data van de module onvrijwillige zorg uit de elektronische patiëntendossiers. Alleen de registratie van de negen vormen van onvrijwillige zorg maken onderdeel uit van deze analyse. De totaal aantallen cliënten betreft alle bewoners die zorg ontvangen op een van de Laurens wonen met zorg of kortdurende zorglocaties.

Om tot de analyse te komen zijn alle locaties gevraagd te reflecteren op de lokale en Laurensbrede cijfers betreffende de toepassing van onvrijwillige zorg. De locaties hebben detailoverzichten ontvangen, waarin ook per locatie vermeld staat hoe vaak welke vormen van onvrijwillige zorg toegepast zijn in 2020, 2021 en 2022.

Op basis van deze lokale reflecties op de toepassing van onvrijwillige zorg is een Laurensbrede analyse gemaakt voor het kwaliteitsverslag. Hiertoe is besloten omdat het beschrijven van alle afzonderlijke locaties een te uitgebreid en gedetailleerd verslag zou opleveren, wat niet passend is binnen het kwaliteitsverslag.

Uit de registraties blijkt dat het percentage cliënten waarbij onvrijwillige zorg wordt toegepast, niet veel verschilt ten opzichte van eerdere jaren.

Tabel 1	2020	2020	2021	2021	2022	2022	2023	2023
	Q1-Q2	Q3-Q4	Q1-Q2	Q3-Q4	Q1-Q2	Q3-Q4	Q1-Q2	Q3-Q4
Totaal aantal cliënten onvrijwillige zorg	128	124	124	140	144	133	161	140
Totaal aantal cliënten	3817	3887	3976	4048	3918	3918	4002	3946
%	3,4%	3,2%	3,1%	3,5%	3,7%	3,4%	4,0%	3,5%

Van de negen vormen van onvrijwillige zorg komen vorm 1 (toediening vocht, voeding en medicatie) en 2 (beperken van bewegingsvrijheid) het vaakst voor. De vorm "onderzoek aan kleding of lichaam" wordt niet geregistreerd (tabel 2). De toepassing van de verschillende vormen van onvrijwillige zorg komt overeen met eerdere jaren.

Tabel 2: Aantallen en % onvrijwillige zorg uitgesplitst per vorm

Vorm	omschrijving	2020		2021		2022		2023	
		Q1Q2	Q3Q4	Q1Q2	Q3Q4	Q1Q2	Q3Q4	Q1Q2	Q3Q4
1	Toedienen van vocht, voeding en medicatie, alsmede doorvoeren van medische controles.....	46	51	52	58	56	51	72	64
		28%	38%	39%	40%	39%	38%	39%	39%
2	Beperken van de bewegingsvrijheid;	61	44	55	50	59	57	73	68
		37%	33%	41%	34%	41%	42%	40%	42%
3	Insluiten;	11	6	3	16	4	6	8	4
		7%	4%	2%	11%	3%	4%	4%	2%
4	Uitoefenen van toezicht op betrokkene;	27	9	5	4	6	7	8	7
		16%	7%	4%	3%	4%	5%	4%	4%
6	Onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op gedragsbeïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen;	1	1	0	1	3	3	4	4
		1%	1%	0%	1%	2%	2%	2%	2%
7	Controleren op de aanwezigheid van gedragsbeïnvloedende middelen;	0	1	0	1	1	1	1	0
		0%	1%	0%	1%	1%	1%	1%	0%
8	Aanbrengen van beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten, ...	18	23	19	16	12	8	18	16
		11%	17%	14%	11%	8%	6%	10%	10%
9	Beperken van het recht op ontvangen bezoek	0	0	0	0	1	1	1	1
		0%	0%	0%	0%	1%	1%	1%	1%
	Totaal	165	136	135	147	143	135	185	164
		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Bij het domein kortdurende zorg (tabel 3) is het percentage geregistreerde cliënten met onvrijwillige zorg lager dan bij het domein wonen met zorg (tabel 4). Dat is te verklaren op basis van de doelgroep. Binnen kortdurende zorg verblijven minder cliënten met een psychogeriatrische aandoening. Wel is er een doelgroep met NAH opgenomen, maar deze groep komt vaak vanuit huis, via het ziekenhuis en daar is vaak nog niet helder of men onder de Wzd valt. Dat er op de locatie Antonius Binnenweg wel onvrijwillige zorg wordt geregistreerd, komt mede omdat er binnen deze locatie een aantal afdelingen zijn voor langdurige zorg van bewoners met een psychogeriatrische aandoening.

Dat het percentage cliënten met onvrijwillige zorg niet toeneemt binnen Wonen met zorg is positief. De doelgroepen worden zwaarder, met complexere problematiek en de toepassing van onvrijwillige zorg neemt niet toe. Dit betekent dat onze medewerkers goed in staat zijn om alternatieven te zoeken.

Tabel 3 percentage cliënten met onvrijwillige zorg								
Kortdurende zorg	2020	2020	2021	2021	2022	2022	2023	2023
	Q1Q2	Q3Q4	Q1Q2	Q3Q4	Q1Q2	Q3Q4	Q1Q2	Q3Q4
locatie								
Avanze	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Binnenweg, A. zorg	2,58%	1,22%	2,08%	2,81%	3,60%	4,12%	6,33%	6,81%
Cadenza	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Intermezzo Zuid	0,32%	0,00%	0,00%	0,25%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
[Geen]	7,41%	9,09%						
Totaal	1,15%	0,61%	0,62%	0,99%	1,19%	1,39%	2,06%	2,04%

Tabel 4 percentage cliënten met onvrijwillige zorg								
Wonen met zorg	2020	2020	2021	2021	2022	2022	2023	2023
	Q1Q2	Q3Q4	Q1Q2	Q3Q4	Q1Q2	Q3Q4	Q1Q2	Q3Q4
Totaal	4,15%	4,15%	3,86%	4,21%	4,14%	3,66%	5,15%	4,46%

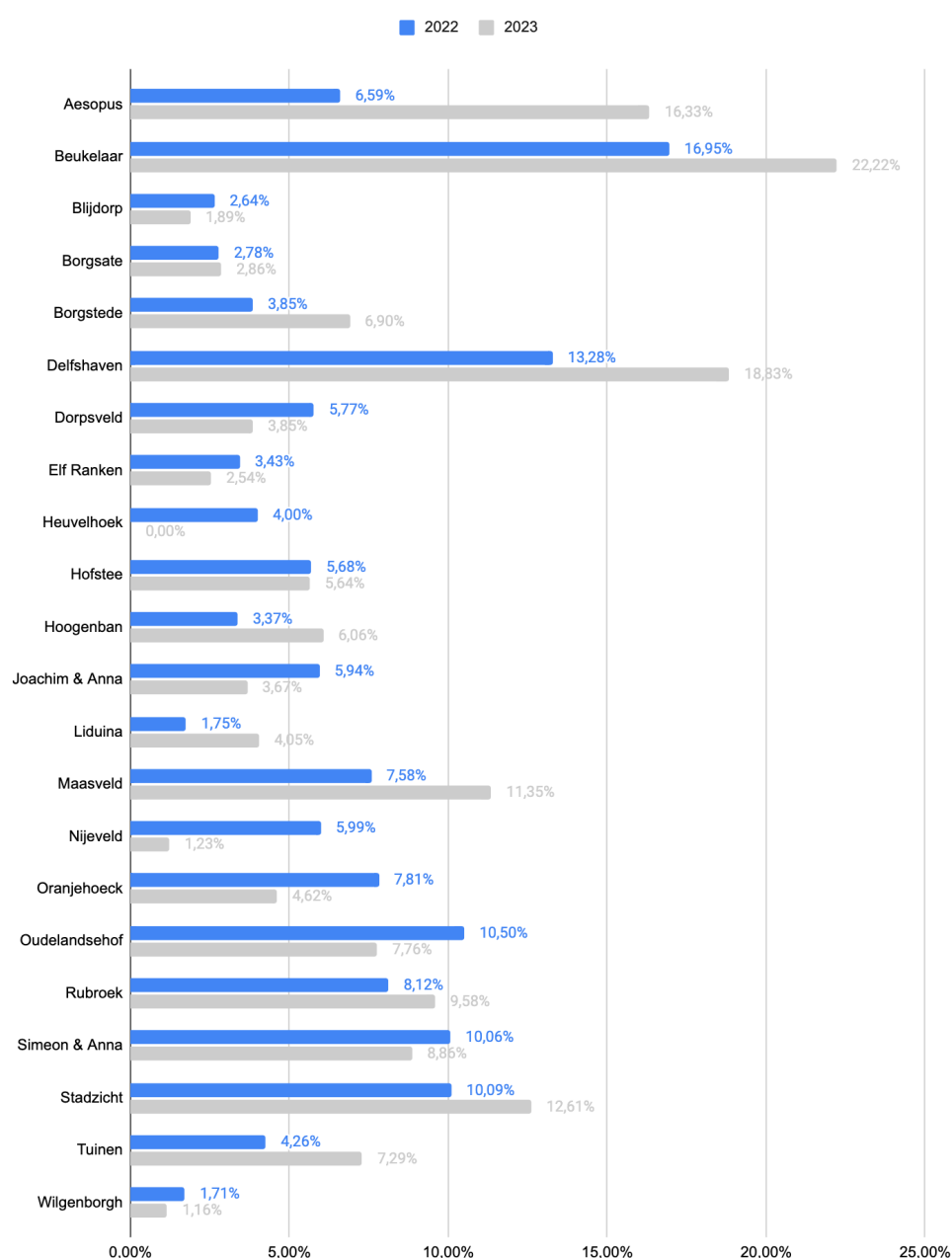
Tussen de locaties van het domein Wonen met zorg is er een groot verschil in de geregistreerde onvrijwillige zorg, variërend van 0% tot 15% (figuur 1). Deels is dit te verklaren door de doelgroep. Op locaties waar hoofdzakelijk cliënten met een somatische grondslag verblijven, komt onvrijwillige zorg minder voor. Maar er zijn ook verschillen waarneembaar tussen PG locaties. Uit de analyses van de locaties blijkt dat alle locaties bewust bezig zijn met het voorkomen, verminderen en evalueren van onvrijwillige zorg. Wel ziet men nog verbetermogelijkheden: zoals het meer open inrichten van het gebouw, het beter inwerken van nieuwe medewerkers op het thema Wzd, het verbeteren van overlegstructuren en werkprocessen. Ook kan de kennis over het (herkennen) van onvrijwillige zorg worden vergroot.

De Wzd-functionarissen constateren dat de dossiers over het algemeen goed op orde zijn en geen verborgen onvrijwillige zorg bevatten. In sommige gevallen lijkt het dossier onvrijwillige zorg te suggereren en is er geen module aangemaakt. De registratie van de module onvrijwillige zorg kan zorgvuldiger, aldus de Wzd-functionarissen. De verlof aanvragen bij RM en IBS en de toetsing van de wilsbekwaamheid zijn een aandachtspunt. Bij de locatiebezoeken zien de Wzd-functionarissen per locatie wel kleine verbeterpunten, maar geen centraal thema dat aandacht behoeft. Zij stellen dat

het openen van de deuren in locaties beïnvloed wordt door veel factoren in en rondom het gebouw. Op iedere locatie zal een passende aanpak gezocht moeten worden. In 2024 is er een vernieuwde procesbeschrijving opgesteld en is er extra aandacht besteed aan de scholing van de zorgverantwoordelijken. Zodat alle (nieuwe) zorgverantwoordelijken de benodigde scholing gevolgd hebben voor 1 juli 2024.

Vanaf 2024 is het doel om meer deuren te openen op onze locaties en dit te koppelen aan het vergroten van de kennis over de Wzd. In de ambulante setting hebben we in 2023 geen onvrijwillige zorg geregistreerd, omdat het uitgangspunt was dat we geen onvrijwillige zorg toepassen in de ambulante setting. Gezien de ontwikkeling van langer thuis blijven wonen en de toenemende complexiteit in de thuissituaties, zijn we in 2024 gestart met het inrichten van de Wzd in de ambulante setting.

percentage toegepaste onvrijwillige zorg per locatie, WMZ



3.2 Reactie Centrale cliëntenraad op de analyse onvrijwillige zorg

De analyse onvrijwillige zorg is voorgelegd aan de cliëntenraad. De CCR constateert dat het percentage cliënten waarbij onvrijwillige zorg wordt toegepast, nauwelijks is toegenomen ten opzichte van vorig jaar, terwijl er meer cliënten met complexere problematiek worden opgenomen.

Verder merkt de cliëntenraad wel op dat het rapport vrij cijfermatig is ingestoken en dat een nadere onderbouwing en toelichting op de cijfers wordt gemist. Graag ziet de CCR bij de volgende rapportage meer toelichting op de cijfers. De CCR heeft geen aanvullende opmerkingen op de analyse onvrijwillige zorg 2023.

4. Wat doen we in 2024

4.1 kwaliteitsplan 2024

We geven invulling aan het voorstel voor de herinrichting van de kwaliteitsorganisatie. Voor een aantal doelen betekent dit de start in 2024 en een doorloop in de jaren daarna. Binnen de reguliere kwaliteitscyclus geven we invulling aan de acties die horen bij het instandhouden van het huidige kwaliteitsmanagementsysteem. We realiseren aantoonbaar goede kwaliteit voor Laurens; we hebben zicht op de uitkomsten en stellen bij waar nodig.



4.2 Kwaliteitskeurmerken

Laurens heeft het HKZ-certificaat (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector). Het voldoen aan dit keurmerk brengt tot uiting dat we onze interne zaken goed op orde hebben, de klant principieel centraal stellen, betrouwbare resultaten kunnen presenteren en voortdurend werken aan verbetering van onze zorg- en dienstverlening (meer informatie op: www.hkz.nl)

Daarnaast is Laurens keurmerkhouders voor het PREZO kwaliteitskeurmerk voor 'Dementie op jonge leeftijd' en het PREZO keurmerk 'Hospicezorg'. Het PREZO keurmerk van zorgkwaliteitsinstituut Perspekt kijkt naar de geleverde prestaties aan cliënten door zorgprofessionals en organisaties in de praktijk, en toetst of deze (voldoende) bijdragen aan de ervaringen van cliënten. Omdat kwaliteit uiteindelijk staat voor hún kwaliteit van leven.

Laurens heeft het Keurmerk Meldcode huiselijk geweld. De Vereniging voor Aandachtsfunctionarissen Huiselijk Geweld en Kindermishandeling verleent dit keurmerk aan organisaties die de meldcode op de juiste wijze hebben geïmplementeerd, en deze op een goede manier hebben geborgd.

4.3 Overgang naar het Generiek Kompas¹¹

ActiZ heeft samen met veldpartijen gewerkt aan een nieuw kwaliteitskader. De naam kompas is gekozen om aan te geven dat er omslag wordt gemaakt naar een minder voorschrijvend maar vooral richtinggevend kader. Het resultaat is het Generiek Kompas *Samen werken aan kwaliteit van bestaan*. Het kompas is bedoeld voor mensen van alle leeftijden die in hun dagelijks leven, naast informele zorg, ook professionele ondersteuning, zorg en behandeling nodig hebben. Die zorg kan zowel thuis als (tijdelijk) op een verpleeglocatie worden geboden, ongeacht de financieringsvorm. Het kompas integreert de huidige kwaliteitskaders verpleeghuiszorg, wijkverpleging en het addendum Wlz-zorg thuis.

Bij de totstandkoming van het Generiek Kompas 'Samen werken aan kwaliteit van bestaan' en het bijbehorende implementatie- en onderhoudsplan zijn de volgende partijen betrokken: ActiZ, ANBO-PCOB, BPSW, BVKZ, Koepel Gepensioneerden, LOC Waardevolle zorg, MantelzorgNL, NCZ, Nederlands Instituut van Psychologen, NOOM, Sociaal Werk Nederland, SOMNL, SPOT, V&VN, Verenso, Zorgthuisnl en Zorgverzekeraars Nederland.

Het Kompas wordt eind juni aangeboden aan het Zorginstituut voor opname in het Register per 1 juli 2024. Dat betekent dat het Kompas na goedkeuring dan in werking treedt en de bestaande kaders (kwaliteitskader verpleeghuiszorg, addendum Wlz-zorg thuis en het kwaliteitskader wijkverpleging) komen te vervallen.

De kompaspartijen hebben met de Kwaliteitsraad afspraken gemaakt over het aanleveren van kwaliteitsgegevens over verslagjaar 2024. Voor verslagjaar 2024 geldt dat de afspraken van het Kompas alvast in werking treden.

Concreet betekent dit voor Laurens:

- Aanleveren voor 31 december 2024 van een kwaliteitsbeeld en publiceren dit op de website
- Het meten van de cliëntervaringen op de manier die beschreven stond in de huidige kaders en handboeken van de verpleeghuiszorg en de wijkverpleging:
 - Cliënten in de wijkverpleging: PREM vragenlijst
 - Cliënten in het verpleeghuis: gemiddelde totaalscore op basis van 6 vragen + NPS (dezelfde vraag als in de PREM wijkverpleging)
- De verwachting is dat het handboek cliëntervaringen 2024 halverwege dit jaar wordt gepubliceerd, maar organisaties kunnen nu alvast aan de slag met de metingen gezien de inhoud van de vragenlijst niet wijzigt ten opzichte van 2023.

¹¹ Bron: tekst op de site van ActiZ

Uitgangspunten en Bouwstenen

In het kompas worden vier uitgangspunten benoemd die helpen het richtpunt 'kwaliteit van bestaan' te bereiken. Het zijn collectieve uitgangspunten, iedereen kan een uitgangspunt op een eigen manier beleven en er invulling aan geven. De vier uitgangspunten die van belang zijn bij het bevorderen van een goede kwaliteit van bestaan zijn:

- Iemand respecteren voor wie hij is
- Open gesprek
- De kracht van samen
- Ruimte voor professionele samenwerking

De uitgangspunten die als basis dienen voor het richtpunt kwaliteit van bestaan, zijn in het kompas verder uitgewerkt tot concrete bouwstenen. Het zijn aanknopingspunten om dagelijks te werken aan kwaliteit en daar zicht op te krijgen:

- Het kennen van wensen en behoeften
- Het bouwen van netwerken
- Het werk organiseren
- Leren en ontwikkelen
- Inzicht in kwaliteit

De uitgangspunten van het generiek kompas sluiten goed aan bij de 5 pijlers van de Koers van Laurens. In 2024 wordt de verdere vertaling gemaakt en worden de uitgangspunten van het generiek kompas verder geïntegreerd in het beleid.

Bijlage Kengetallen cliënten

Aantal cliënten per organisatie-eenheid Wonen met Zorg, naar Zorgzwaartepakket (ZZP)

(peildatum 31 december 2023)

ZZP groepen >	ELV	ZZP overig	ZZP3	ZZP4	ZZP5	ZZP6	ZZP7	ZZP8	Totaal
Locatie / Gebied ^	Cliënten	Cliënten	Cliënten	Cliënten	Cliënten	Cliënten	Cliënten	Cliënten	Cliënten
101 - Aesopus	Ø	41	Ø	1	Ø	4	37	Ø	82
102 - Beukelaar	Ø	2	Ø	Ø	28	2	13	Ø	45
103 - Blijdorp	Ø	8	1	16	41	23	10	Ø	89
105 - Borgsate	Ø	9	Ø	20	50	36	3	Ø	110
106 - Borgstede	Ø	9	Ø	6	22	12	7	Ø	47
107 - Delfshaven	Ø	4	Ø	Ø	50	22	19	Ø	93
108 - Dijkveld	Ø	4	Ø	7	1	40	1	4	54
109 - Dorpsveld	Ø	2	Ø	4	28	Ø	7	Ø	39
111 - Elf Ranken	8	6	Ø	1	56	55	8	2	131
114 - Hofstee	Ø	7	Ø	Ø	129	Ø	27	Ø	156
115 - Hoogenban	Ø	4	Ø	15	28	24	5	Ø	72
116 - Joachim & Anna	Ø	2	Ø	5	33	Ø	5	Ø	43
117 - Liduina	Ø	4	Ø	21	56	18	3	Ø	100
118 - Maasveld	Ø	4	Ø	6	33	24	4	1	68
120 - Nijeveld	Ø	5	Ø	9	32	19	4	Ø	64
121 - Oudelandsehof	Ø	52	Ø	2	73	19	41	Ø	182
122 - Petrus	Ø	6	Ø	10	4	23	Ø	Ø	40
123 - Schans	Ø	7	Ø	12	3	21	3	Ø	44
124 - Simeon & Anna	Ø	6	Ø	21	37	21	13	Ø	93
125 - Stadzicht	1	18	Ø	1	129	Ø	25	Ø	164
126 - Tuinen	Ø	5	Ø	12	30	21	12	Ø	78
127 - Wilgenborgh	Ø	12	Ø	16	16	36	4	Ø	73
128 - Heuvelhoek	Ø	23	Ø	Ø	Ø	2	Ø	Ø	24
130 - Oranjehoeck	Ø	Ø	Ø	Ø	48	Ø	8	Ø	56
131 - Rubroek	Ø	7	Ø	15	59	49	11	2	138
Totaal	9	247	1	200	986	471	270	9	2.085

Aantal cliënten per organisatie-eenheid Wonen met zorg naar ZZP, gegroepeerd

(peildatum 31 december 2023)

ZZP groep	>	ELV	GZ	Overig	Overig	ZZP 4 t/m 10	ZZP 4 t/m 10	Totaal
ZZP groepen	>	ELV	GZ	Overig	ZZP overig	PG (5/7)	SOM (4/6/8/9/...	
Locatie	^	Cliënten	Cliënten	Cliënten	Cliënten	Cliënten	Cliënten	Cliënten
101 - Aesopus		0	17	0	25	37	5	82
102 - Beukelaar		0	2	0	0	41	2	45
103 - Blijdorp		0	0	0	9	50	38	89
105 - Borgsate		0	0	0	9	53	56	110
106 - Borgstede		0	0	0	9	29	18	47
107 - Delfshaven		0	3	0	1	68	22	93
108 - Dijkveld		0	2	0	2	2	50	54
109 - Dorpsveld		0	0	0	2	35	4	39
111 - Elf Ranken		8	1	0	5	64	58	131
114 - Hofstee		0	0	0	7	156	0	156
115 - Hoogenban		0	0	0	4	33	39	72
116 - Joachim & Anna		0	0	0	2	38	5	43
117 - Liduina		0	1	0	3	59	39	100
118 - Maasveld		0	0	0	4	37	31	68
120 - Nijeveld		0	0	0	5	36	28	64
121 - Oudelandsehof		0	40	0	12	114	21	182
122 - Petrus		0	0	0	6	4	33	40
123 - Schans		0	4	1	2	6	33	44
124 - Simeon & Anna		0	1	0	5	50	42	93
125 - Stadzicht		1	0	8	10	154	1	164
126 - Tuinen		0	3	0	2	42	33	78
127 - Wilgenborgh		0	0	1	12	20	52	73
128 - Heuvelhoek		0	22	0	2	0	2	24
130 - Oranjehoeck		0	0	0	0	56	0	56
131 - Rubroek		0	3	0	5	69	66	138
Totalen		9	99	10	143	1.253	678	2.085

Bijlage Kengetallen medewerkers

FTE per domein: Kortdurende zorg

Functie Niveau	<	Zorg Niveau 1	Zorg Niveau 2	Zorg Niveau 3	Verpleging nivea...	Verpleging nivea...	Zorg Welzijn	Leerlingen	Stagiaire	Totaal
Locatie / Gebied Omschrijving	^	FTE	FTE	FTE	FTE	FTE	FTE	FTE	FTE	FTE
Avanze		∅	∅	∅	1,2	2,8	∅	3,0	2,3	9,3
Behandeling KDZ		∅	∅	∅	∅	8,0	∅	∅	3,7	11,7
Binnenweg, A.		14,4	3,7	30,0	40,3	7,4	2,6	12,7	32,3	143,4
Cadenza		∅	∅	1,9	8,8	3,9	∅	0,9	2,1	17,6
Intermezzo Zuid		2,1	4,6	19,9	25,0	5,2	∅	11,2	16,3	84,3
Ondersteuning KDZ		1,0	1,8	8,9	7,7	4,3	0,5	∅	1,8	26,0
Totaal		17,5	10,1	60,7	83,0	31,7	3,1	27,8	58,6	292,3

FTE per domein: Thuiszorg

Functie Niveau	<	Zorg Niveau 1	Zorg Niveau 2	Zorg Niveau 2+	Zorg Niveau 3	Verpleging nive...	Verpleging nive...	Zorg Welzijn	Leerlingen	Stagiaire	Totaal
Locatie / Gebied Omschrijving	^	FTE	FTE	FTE	FTE	FTE	FTE	FTE	FTE	FTE	FTE
Ondersteuning TZ		∅	∅	∅	2,8	∅	1,8	0,7	∅	1,0	6,2
PlanFlex TZ		∅	5,8	3,1	18,9	2,8	∅	∅	∅	∅	30,6
Sociaal Domein		41,3	2,9	0,1	31,8	0,9	∅	20,9	0,8	10,1	108,7
Specialisten		∅	∅	∅	9,6	28,3	49,6	∅	1,9	∅	89,4
Wijkteams		0,7	118,2	63,8	137,0	58,6	71,0	9,4	28,4	35,3	522,4
Totaal		42,0	127,0	67,0	200,0	90,6	122,4	30,9	31,1	46,4	757,4

FTE per domein: behandelaren

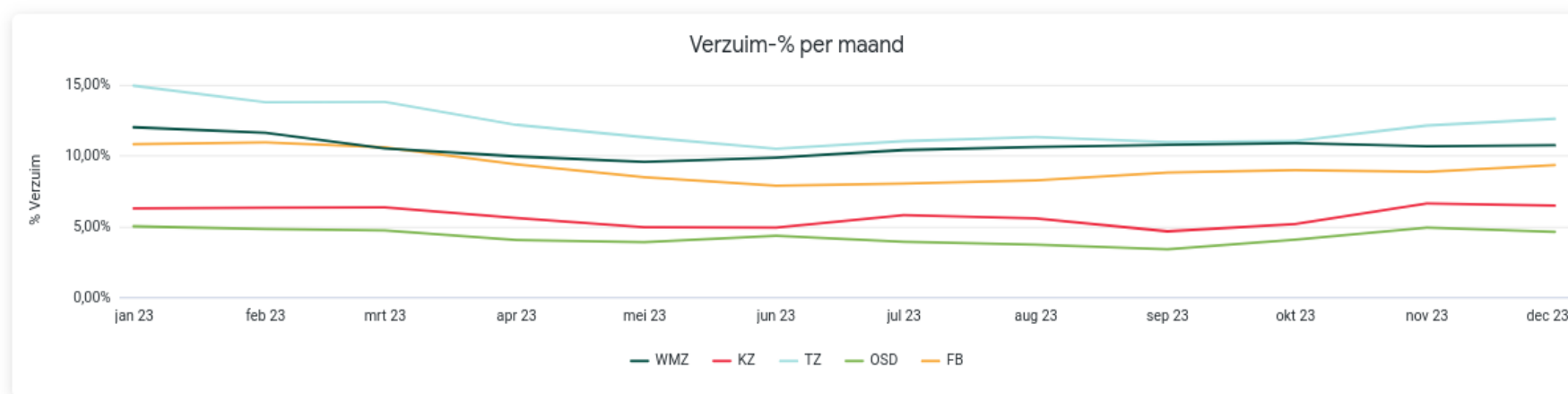
Domein	FTE
WMZ	168,8
KZ	66,1
TZ	2,0
Totaal	236,9

FTE per domein: Wonen met Zorg

WMZ										
Functie Niveau	< Zorg Niveau 1	Zorg Niveau 2	Zorg Niveau 2+	Zorg Niveau 3	Verpleging nive...	Verpleging nive...	Zorg Welzijn	Leerlingen	Stagiaire	Totaal
Locatie / Gebied Omschrijving	^ FTE	FTE	FTE	FTE	FTE	FTE	FTE	FTE	FTE	FTE
Aesopus	7,2	10,6	⊘	27,8	5,1	0,9	3,8	9,8	6,7	71,9
behandeling	⊘	⊘	⊘	⊘	⊘	4,4	⊘	⊘	11,4	15,9
Beukelaar	6,1	10,7	⊘	5,5	3,4	0,8	3,1	4,6	2,9	37,1
Blijdorp	9,6	14,1	0,9	11,1	3,6	0,8	3,6	9,8	9,3	62,7
Borgsate	14,4	19,4	0,7	21,2	2,3	0,9	5,2	7,8	8,0	79,9
Borgstede	7,9	11,1	2,1	20,2	1,3	0,8	1,1	⊘	2,7	47,1
Delfshaven	16,3	22,4	⊘	31,6	3,7	0,9	3,3	10,2	7,1	95,5
Dijkveld	9,7	8,6	⊘	16,4	1,4	⊘	1,9	9,3	5,6	52,9
Dorpsveld	5,6	6,1	0,9	11,6	1,6	⊘	2,1	6,9	2,9	37,6
Elf Ranken	24,9	21,5	1,4	42,2	10,8	0,9	4,6	6,9	7,8	120,9
Heuvelhoek	0,8	2,7	⊘	9,3	2,4	⊘	2,3	0,8	2,0	20,2
Hofstee	32,6	37,4	0,9	42,5	0,9	0,7	6,2	13,7	4,7	139,3
Hoogenban	8,9	10,4	0,8	24,6	0,4	0,9	2,8	5,6	2,8	57,2
Joachim & Anna	6,7	5,1	⊘	9,2	1,5	⊘	0,8	9,3	4,2	36,8
Liduina	9,1	16,9	0,8	21,6	0,7	⊘	1,7	13,4	0,7	64,8
Maasveld	6,1	12,9	0,4	22,1	0,4	1,8	1,0	5,4	4,7	54,9
Nijeveld	9,7	8,2	⊘	21,1	0,9	1,0	2,1	9,3	3,1	55,4
Ondersteuning WMZ	⊘	⊘	0,0	⊘	⊘	0,9	1,0	⊘	⊘	1,9
Oranjehoeck	16,4	8,9	0,8	13,6	0,9	0,7	1,6	1,7	2,2	46,6
Oudelandsehof	26,5	24,8	1,0	64,9	9,9	1,8	6,1	15,2	10,2	160,5
Petrus	3,1	5,1	1,9	11,7	0,7	0,9	2,6	0,7	0,9	27,5
PlanFlex WMZ	⊘	32,3	1,1	20,6	3,0	0,2	⊘	⊘	⊘	57,1
Ravenswaerde	⊘	3,8	⊘	7,8	⊘	⊘	⊘	1,6	0,9	14,0
Rubroek	21,3	31,7	1,6	22,5	6,7	0,9	3,8	9,6	6,7	104,7
Schans	6,9	5,4	⊘	9,9	1,0	1,0	2,1	5,3	3,4	35,1
Simeon & Anna	8,9	26,2	2,7	28,2	4,2	0,9	3,7	6,2	2,7	83,7
Stadzicht	28,3	38,8	⊘	36,1	2,3	1,0	8,5	19,8	14,1	149,0
Tuinen	10,7	17,5	⊘	20,4	0,9	⊘	2,7	6,2	2,9	61,3
Wilgenborgh	7,1	10,0	0,9	19,0	2,6	0,8	3,8	4,9	2,0	50,9
Totalen	304,5	422,5	18,7	592,5	72,8	23,7	81,4	194,0	132,4	1842,5

Medewerkers: verzuim

Maand	> January	February	March	April	May	June	July	August	September	October	November	December
Jaar	> 2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023
Domein	% Verzuim	% Verzuim	% Verzuim	% Verzuim	% Verzuim	% Verzuim	% Verzuim	% Verzuim	% Verzuim	% Verzuim	% Verzuim	% Verzuim
TZ	14,94%	13,76%	13,80%	12,17%	11,30%	10,48%	11,02%	11,30%	10,96%	11,04%	12,13%	12,60%
WMZ	12,00%	11,61%	10,51%	9,94%	9,56%	9,86%	10,40%	10,60%	10,76%	10,89%	10,67%	10,73%
FB	10,80%	10,94%	10,57%	9,37%	8,47%	7,88%	8,02%	8,25%	8,81%	8,98%	8,85%	9,32%
KZ	6,27%	6,32%	6,35%	5,58%	4,93%	4,92%	5,80%	5,56%	4,65%	5,17%	6,62%	6,46%
OSD	5,00%	4,80%	4,71%	4,04%	3,88%	4,32%	3,90%	3,70%	3,38%	4,06%	4,91%	4,61%
Ø	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Totalen	11,56%	11,09%	10,47%	9,60%	9,05%	9,01%	9,48%	9,63%	9,57%	9,74%	10,03%	10,17%



Legenda:

WMZ: Wonen met zorg
 KZ: Kortdurende zorgLaurens
 TZ: Thuiszorg
 OSD: Ondersteunende Diensten
 FB: Facilitair Bedrijf