

# Strategisch plan 2016-2017

**DOEN!**

Stichting Curadomi  
Aangepast 26-05-2016



**Lelie zorggroep**



## Voorwoord

Doen! De komende periode wordt er veel van ons gevraagd. De externe omgeving verandert continu in een hoog tempo en wij passen onze organisatie hierop aan. Dat vraagt moed en volharding om iedere dag te Doen! wat nodig is in het belang van onze organisatie. We weten dat we deze opdracht niet alleen kunnen uitvoeren. We doen het met elkaar en weten ons afhankelijk van Gods zegen. We vertrouwen erop dat God onze levens leidt en dat onze organisatie alleen onder Zijn zegen toekomstbestendig blijft.

We werken momenteel hard aan de inrichting van onze nieuwe fundament van de bedrijfsvoering. Nieuwe systemen worden ingevoerd, nieuwe werkwijzen worden geïmplementeerd en op diverse plekken zijn nieuwe regiefunctionarissen aangesteld. Deze veranderingen zijn noodzakelijk maar niet het allerbelangrijkste. Het meest wezenlijke in onze organisatie zijn de mensen. Zoals Augustinus reeds sprak ruim 1700 jaar geleden: “ Zoals wij zijn, zo zijn de tijden”. Wij kunnen het verschil maken. Ik zou het mooi vinden als wij groeien naar een open en veilige aanspreekcultuur.

Met een open aanspreekcultuur bedoel ik een cultuur waarin iedereen zich houdt aan de gemaakte afspraken. Dat we in het belang van de zorg voor mevrouw Jansen elkaar durven te bevragen en elkaar aanspreken op gedragingen. Doe! jij mee?

Bij de uitvoering van dit strategisch plan wens ik iedereen veel wijsheid, volharding en energie toe. Met elkaar vormen we een prachtige organisatie die geworteld is binnen een lange historie. In die historie zijn hoogte- en dieptepunten aanwezig. Als we met elkaar onze organisatie blijven vernieuwen, en Doen! Wat we in dit strategisch plan met elkaar afspreken, zie ik met vertrouwen de toekomst tegemoet.

Raad van Bestuur

## Inhoudsopgave

Voorwoord.....	3
Inhoudsopgave .....	4
Inleiding.....	6
UITGANGSPUNTEN .....	6
DOELSTELLINGEN DOCUMENT .....	7
BEOOGDE RESULTATEN .....	7
OPBOUW VAN HET DOCUMENT.....	7
1    Werkzaamheden, grondslag, missie, visie en identiteitsbewijs .....	8
2    Strategische keuzes .....	13
2.1 STRATEGISCHE KEUZES LELIE ZORGGROEP ALGEMEEN.....	13
IDENTITEIT .....	13
KERNGEBIEDEN.....	13
INNOVATIE.....	13
STURING EN BEDRIJFSVOERING .....	14
FONDSENWERVING EN BEHEER INKOMSTEN .....	14
2.2 STRATEGISCHE KEUZES INTRAMURALE ZORG.....	16
2.3 STRATEGISCHE KEUZES EXTRAMURALE VERPLEGING EN VERZORGING .....	18
2.4 STRATEGISCHE KEUZES HULP BIJ HUISHOUDING .....	20
2.5 STRATEGISCHE KEUZES INTENSIEF AMBULANTE HULPVERLENING .....	21
2.6 STRATEGISCHE KEUZES GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG .....	22
2.7 STRATEGISCHE KEUZES ZORGPARTNERS EN ONDERAANNEMERS.....	23
3    Kritische voorwaarden interne organisatie.....	24
4    Programma van te ondernemen activiteiten .....	27
5    Afkortingen .....	30
Bijlage SWOT analyses.....	31

## Samenvatting

De missie van Lelie zorggroep is het borgen van de continuïteit van christelijke (keten)zorg voor cliënten en het borgen van de bedrijfscontinuïteit voor medewerkers. Lelie zorggroep biedt een totaalscala van zorgdisciplines in Nederland en bouwt er vol overtuiging aan verder. Binnen de grenzen van verantwoorde bedrijfsvoering streeft Lelie zorggroep naar de hoogst daarin bereikbare kwaliteit van haar diensten. De kernwaarden van Lelie zorggroep geven vanuit onze identiteit zowel een bezielende als praktische invulling aan de manier waarop we werken.

Om de missie van Lelie zorggroep te waarborgen, maken we voortkomend uit de SWOT-analyses en bijbehorende confrontatiematrices, de volgende strategische keuzes. We onderscheiden ons op identiteit, we groeien in kerngebieden waar we actief en zichtbaar zijn en we innoveren op relevante thema's. Om dit te kunnen doen, is resultaatsturing nodig.

Naast deze strategische keuzes voor Lelie zorggroep, zijn ook strategische keuzes uitgewerkt per product (IMZ, EMZ, IAH, HbH, GGZ, informele zorg, zorgpartners en onderaannemers). Eveneens zijn consequenties benoemd die met deze keuzes samenhangen.

Om de strategie uit te voeren, is het van belang dat de interne organisatie daarop voldoende is afgestemd. Bij een succesvolle organisatie wijzen zeven sleutelfactoren als kompassen in dezelfde richting. Deze zeven sleutelfactoren zijn: de significante waarden, strategie, structuur, systemen, staf, stijl en sleutelvaardigheden.

## Inleiding

Verder bouwen aan het vormgeven van de missie van Lelie zorggroep, namelijk het bieden van continuïteit van christelijke (keten)zorg. Daar wil dit strategisch plan richting aan geven in sterk veranderende tijden. Veel van de wijzigingen in het zorgstelsel zijn de afgelopen periode doorgevoerd. Lang is er voorbereid en begin 2015 was het dan zover. Vooralsnog zien we dat alle actoren in het veld, burgers, zorgaanbieders, financiers en overheden hun handen vol hebben aan de transities. Daarmee zijn de wijzigingen in het stelsel nog niet afgerond. Lelie zorggroep focust zich op dit moment op het verder inrichten en stroomlijnen van de interne organisatie. Er liggen nog legio mogelijkheden om naar de intenties van de hervormingen in de langdurige zorg de zorg beter en effectiever te maken. Dat is de reden dat Lelie zorggroep zich naast de interne organisatie ook wil en moet richten op de strategie voor de komende jaren. Het strategisch plan kent een betrekkelijk korte looptijd, slechts twee jaar. Het plan kent weinig verrassingen. De uitkomsten van de analyses waren herkenbaar voor de diverse kennisdragers in de organisatie. De werktitel van het strategisch plan is 'DOEN'. Het gaat om de uitvoering van onze plannen.

Een eerste aanzet tot een herijking van beleid is beschreven in de beleidsnotitie 'Operatie Focus'. Het gaat hierbij om het sturen op bedrijfsmatig rendabele product-marktcombinaties. In algemene zin is meer sturing op de bedrijfsvoering de komende periode noodzakelijk om de continuïteit van de productlijnen te kunnen borgen. In die zin is er een verschuiving van 'ondernemerschap' naar beheersing noodzakelijk op korte termijn zodat we op middellange termijn weer kunnen groeien.

## Uitgangspunten

In mei 2015 heeft de Raad van Bestuur twee leidende principes voor de interne organisatie vastgesteld. Bij iedere keuze die we maken, stellen we twee vragen:

1. Helpt het ons morgen de kwaliteit en veiligheid van zorg te verbeteren?
2. Helpt het ons morgen de bedrijfsvoering te verbeteren?

De kaders 'kwaliteit en veiligheid' en 'gezonde bedrijfsvoering' zijn daarmee uitgangspunt bij het stellen en het voltooien van strategische doelen. Een business case is daarom in principe onderdeel van de uitwerking van de genoemde strategische doelen. Daarnaast zijn de strategische uitgangspunten van het vorige strategisch plan 'Samen voor een goede dag' onverminderd actueel:

- Centraal staat voor ons allen: de continuïteit van de christelijke zorg (Lelie zorggroep).
- De zorgrelatie tussen cliënt en medewerker vormt de basis van de besturing.

### **Doelstellingen document**

Bij de ontwikkeling van dit beleidsplan zijn de volgende doelstellingen geformuleerd:

- De (interne) sterkten en zwakten van Lelie zorggroep en de (externe) kansen en bedreigingen worden geanalyseerd middels de SWOT methodiek.
- Genomen strategische keuzes, voortvloeiend uit confrontatiematrices op basis van de SWOT tabellen, worden beschreven, geprioriteerd en verwerkt in een planning voor 2016 en 2017.
- De kritische voorwaarden voor de interne organisatie worden in kaart gebracht door middel van het 7S model, zodat de organisatie optimaal kan worden afgestemd op de genomen strategische keuzes.

### **Beoogde resultaten**

Door implementatie van dit plan beoogt Lelie zorggroep allereerst continuïteit van christelijke ketenzorg in Nederland en de bedrijfscontinuïteit voor haar medewerkers. Daarnaast wil de organisatie haar kwaliteit van zorg in kerngebieden verbeteren door een wijkgerichte, integrale aanpak en innovatie. Tenslotte streeft Lelie zorggroep naar optimale afstemming van de interne organisatie op de (externe) ontwikkelingen in de zorg.

### **Opbouw van het document**

Na deze inleiding volgt de missie en de visie en een korte terugblik op het vorige strategisch plan 2012-2015 'Samen voor een goede dag'. Daarna volgen de strategische doelen zoals ze zijn voortgekomen uit bovengenoemd proces. Langs het 7 S model zijn de voorwaarden voor de interne organisatie, die kritisch zijn voor het uitvoeren van de strategie, opgetekend. Tot slot volgt een programma met te ondernemen activiteiten en een toelichting op de gebruikte afkortingen.

## **1 Werkzaamheden, grondslag, missie, visie en identiteitsbewijs**

In dit hoofdstuk wordt aandacht besteedt aan het wezen, de persoonlijkheid van onze organisatie. De merken geven hier vanuit hun specifieke identiteit expliciete betekenis en inkleuring aan, en versterken daarnaast zowel het concern als elkaar.

### **Werkzaamheden**

Lelie zorggroep biedt een breed scala aan zorg- en hulpverleningsproducten aan. Zo wordt intramurale zorg geleverd in verpleeghuizen en verpleging en verzorging bij cliënten thuis of in een kleinschalige woonvoorziening (o.b.v. scheiden wonen en zorg). Ook biedt de organisatie Intensieve Ambulante Hulpverlening, Geestelijke Gezondheidszorg, huishoudelijke hulp en mantelzorgondersteuning.

### **Grondslag**

De grondslag van Lelie zorggroep is de Bijbel, het Woord van God.

### **Missie**

Lelie zorggroep borgt voor cliënten de continuïteit van christelijke (keten)zorg, met lokale wortels en ze borgt de bedrijfscontinuïteit voor medewerkers. Ze biedt een totaalscala van zorgdisciplines in Nederland en bouwt er vol overtuiging aan verder. Binnen de grenzen van verantwoorde bedrijfsvoering streeft ze naar de hoogst daarin bereikbare kwaliteit van haar diensten.

### **Visie**

Lelie zorggroep is er voor alle mensen binnen haar verzorgingsgebied in Nederland. Lelie zorggroep biedt zorg vanuit een christelijke levensvisie en -overtuiging. Lelie zorggroep geeft een gevoel van herkenning binnen de christelijke doelgroep en het gevoel van welkom en respect voor de niet-christelijke doelgroep. Werkmaatschappijen binnen Lelie zorggroep geven deze christelijke levensvisie en -overtuiging een eigen kleur vanuit het eigen merk/label en werken deze betekenisvol en gestructureerd uit. Lelie zorggroep wil een op elkaar afgestemd scala aan zorg, ondersteuning, behandeling, hulpverlening en diensten thuis, ambulante en intramuraal bieden met het oog op de kwaliteit van leven van een cliënt en diens naasten. Dit organiseert ze in geografisch overzichtelijke kernen, waar Lelie zorggroep lokaal bekend wordt, is en blijft, waarbinnen ze maximaal samenwerking zoekt met alle relevante partijen. Dit doet Lelie zorggroep met verschillende, wisselende bekostigingsvormen.



### **Identiteitsbewijs van Lelie zorggroep**

Om missie, visie en christelijke identiteit te verwoorden, maken we gebruik van een identiteitsbewijs. Het identiteitsbewijs vormt het inspirerende communicatiedocument voor ieder die deel uitmaakt van of samenwerkt met Lelie zorggroep. We maken gebruik van een identiteitsbewijs omdat het richting geeft aan de organisatie en aan haar medewerkers. Het is van groot belang om samen eenduidig te weten, te merken en te voelen waarom we bestaan en waaraan we werken. Organisaties met een herkenbare eigen identiteit hebben een stevige basis voor de toekomst. We willen hiermee maximaal betekenis hebben voor onze kwetsbare cliënt/patiënt/bewoner, de maatschappij en voor relevante andere stakeholders.

#### *Ideologie: hier geloven we in*

- We geloven dat de Bijbel het Woord van God is en vinden hierin de basis voor ons denken en handelen.
- We geloven dat we in ons werk navolgers van Christus moeten proberen te zijn. Hij is ons voorbeeld. Zijn liefde, Zijn blijde boodschap, Zijn bewogenheid met het kwetsbare mogen we in ons werk zichtbaar en voelbaar maken. Zowel door zorgverlener als zorgvrager, naasten, vrijwilliger, professional, over en weer.
- In Christus' liefde telt iedereen mee. In Christus is Gods liefde voor de wereld zichtbaar gemaakt. Deze liefde inspireert en bemoedigt ons om in die geest ook voor andere mensen te willen zorgen.
- In Christus' liefde telt iedereen mee. Daarom wil Lelie zorggroep zowel haar zorgverleners als haar zorgvragers tot bloei laten komen. Iedereen telt mee ongeacht je beperkingen of kwetsbaarheid. We zijn immers allemaal door God geschapen en door hem in relatie met elkaar geplaatst.

#### *Visie: wat we willen zien*

- We willen zien dat mensen leven met de mensen die dicht bij hen willen en kunnen staan, ook wanneer mensen kwetsbaarder worden. We willen zoveel mogelijk deze natuurlijke verbanden versterken en ondersteunen.
- Wanneer de kwetsbaarheid om zorg van een professional vraagt, omdat er onvoldoende naasten zijn, of omdat het cliëntstelsel te complex wordt, willen we zien dat de zorg aantrekkelijk wordt door ontmoetingen tussen mensen die leiden tot het doorgeven van de liefde van Christus. Door vrijuit te spreken over onze drijfveren, inspiraties. Door twijfels en zorgen te herkennen en bespreekbaar te maken. Door te bidden én te danken. Door goed te luisteren. Door goed ons werk te doen.
- We willen zien dat juist door deze inspiratie hoge kwaliteit van zorg voor ons vanzelfsprekend is. Natuurlijk mogen mensen bij ons het allerbeste verwachten, zo dichtbij mogelijk.
- We zien dat mensen te kampen hebben met moeiten in het leven. We willen zien dat ze juist bij ons in deze gebrokenheid de broodnodige liefde ervaren én kunnen delen.

- We willen zien dat ook organisaties deel uitmaken van een groter geheel en elkaar tot hand en voet kunnen zijn. We willen zien dat Lelie zorggroep de aantrekkelijke zorggroep is die inspiratie en onderdak biedt aan christelijke organisaties. Een aantrekkelijke beweging, die uitnodigend is, zich in allerlei netwerken beweegt en ook anderen tot eigenaar van zorg kan maken.
- Christenen, kerken, maatschappelijke organisaties en netwerken verbinden zich aan Lelie zorggroep aan haar missie en doelen. Omdat zij, met ons, het belangrijk vinden dat christelijke zorg- en hulpverlening beschikbaar is en blijft. Daarmee zijn ook (potentiële) klanten 'eigenaar' van Lelie zorggroep.

*Missie en merkeloofte: dit beloven we*

In Christus' liefde telt iedereen mee

- We beloven dat we ons maximaal inspannen voor het laten groeien en bloeien van christelijke zorg in Nederland. Samen sterk voor continuïteit van christelijke zorgverlening.
- We beloven dat we in ons handelen in alles Gods liefde in Christus zichtbaar willen maken, door te geven aan én te ontvangen van onze veelal kwetsbare zorgvragers.
- We beloven dat Lelie zorggroep zich inspant om vanuit onze waarden gemotiveerde medewerkers een zo hoog mogelijke tevredenheid te creëren bij onze stakeholders. Onze professionals worden gestimuleerd tot de hoogst haalbare kwaliteit.
- We beloven dat zowel medewerkers, zorgvragers, organisaties, vrijwilligers, en ieder die deel uitmaakt van Lelie zorggroep of met ons samenwerkt, zich thuis voelt bij ons en onze kernwaarden deelt.
- We beloven dat Lelie zorggroep een aantrekkelijke plaats biedt aan organisaties die vanuit de liefde van Christus willen werken. Dat ze elkaar daarin aanvullen en versterken.

*De kernwaarden van Lelie zorggroep: zo willen we werken*

Onze kernwaarden geven vanuit onze identiteit zowel een bezielende als praktische invulling aan de manier waarop we werken. We hebben ze nodig, zo heeft ieder handvatten voor het werken en vertonen van het gewenste gedrag. Want identiteit is geen buitenkant of sticker. Het komt van binnen en laat zich zien in de relatie tussen mensen.

De gekozen waarden zijn geïnspireerd op Bijbelse waarden (we willen Christus volgen), en vormen een samenvatting van de waarden van de diverse Lelie-onderdelen en zijn als set overgenomen van the Good Sam Society in de Verenigde Staten, een door ons bezochte organisatie met vergelijkbare principes.

Onderstaande 8 waarden zullen voor iedere medewerker, ongeacht functie of organisatieonderdeel, via competentie management worden geëffectueerd en ondersteund/ontwikkeld.

- Acceptatie
- Bewogenheid
- Eerlijkheid
- Liefde

- Moed
- Nederigheid
- Volharding
- Vreugde

## **Terugblik strategisch plan 2012-2015 'Samen voor een goede dag'**

De afgelopen vier jaar heeft Lelie zorggroep het strategisch plan 2012-2015 'Samen voor een goede dag' uitgevoerd. Dit was het eerste strategische plan van de fusieorganisatie Lelie zorggroep. De belangrijkste resultaten van het vorige strategisch plan zijn:

- Een vernieuwde organisatiestructuur (in regio's) die de werkmaatschappijen in bepaalde gebieden onder een aansturing plaatst. Dit maakt synergie tussen de verschillende werkmaatschappijen in hetzelfde gebied mogelijk.
- Door zelforganisatie geven we medewerkers ruimte voor hun professionaliteit in de cliënt-medewerker relatie.
- Kerngebieden zijn vastgesteld.

Dat betekent niet dat de einddoelen al behaald zijn. Zelforganisatie vergt verdere doordinking en de groei in de kerngebieden, zowel kwalitatief als kwantitatief, is nog niet voldoende gerealiseerd. Verdere implementatie van zelforganisatie en groei in kerngebieden en het creëren van steeds meer synergie door het eerstgenoemde resultaat vergen de aandacht in de komende twee jaar. Daarnaast is er een nieuwe strategische koers vormgegeven door intern eerst de focus te leggen op het huis op orde te krijgen. Hierbij kan gedacht worden aan rust en stabiliteit in de werkprocessen bewerkstelligen en meer synergetische elementen in de uitvoering aanbrengen.

## 2 Strategische keuzes

In dit hoofdstuk worden strategische keuzes beschreven voor het geheel van Lelie zorggroep en voor elk product afzonderlijk, zoals beschreven in de doelstellingen van dit plan (zie Inleiding). Vervolgens worden consequenties benoemd die met deze keuzes samenhangen. De keuzes komen voort uit de SWOT-analyses en bijbehorende confrontatiematrices.

### 2.1 Strategische keuzes Lelie zorggroep algemeen

Om de missie van Lelie zorggroep, namelijk de continuering van christelijke zorg, te waarborgen, is het van belang ons te onderscheiden op identiteit, te sturen op resultaten, actief en zichtbaar te zijn, te groeien in kerngebieden en te innoveren op relevante thema's.

#### Strategische keuzes

##### *Identiteit*

Onderscheiden op identiteit in de praktijk door:

- a. kernwaarden uit te werken conform keuzes NIELS1;
- b. de verbinding te leggen tussen het lectoraat en uitvoering in de organisatie;
- c. het keurmerk christelijke zorg te behalen.

##### *Kerngebieden*

1. Uitvoeren plan kerngebieden: opbouw in kerngebieden en kansgebieden, afbouw daarbuiten.
2. In de kerngebieden een eigen zorg-, welzijn- en behandelketen opbouwen, waarbij het model wijkgericht werken 'Leliekern' als hulpmiddel gebruikt wordt.

##### *Innovatie*

1. Bevorderen van innovatie, gericht op welbevinden van de cliënt, door:
  - a. inzetten van e-health en domotica. Bij e-health gaat het om het implementeren van effectieve interventies op basis van pilots die al lopen of afgerond zijn binnen Lelie zorggroep;
  - b. implementeren van bestaande toepassingen voor betere zorg (evidence-based practices en practice-based evidence), in elk geval zelfmanagement en samenwerking met informele zorg;

- c. verankeren van innovatie in de organisatie.
2. Keuzes maken voor het leveren van zorg aan specifieke cliëntgroepen, waardoor meer ruimte ontstaat voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg.
  3. Zorg voor en met mantelzorgers verder uitwerken en implementeren in al onze vormen van zorgverlening, om:
    - a. efficiëntie in zorg te vergroten;
    - b. kwaliteit van zorg te waarborgen.Hierbij wordt een geschikt, bewezen effectief model gebruikt, zoals bijvoorbeeld het concept Familiezorg.

#### *Sturing en Bedrijfsvoering*

1. Sturen op bedrijfsmatig rendabele product-marktcombinaties. De komende jaren dient Lelie zorggroep financiële winsten te boeken om aan de sectoreisen van onder andere 25% solvabiliteit te voldoen.
2. Verhogen van de kwaliteit, met als doel bovengemiddeld te scoren, door:
  - d. te sturen op het resultaat van onze zorgverlening en van zorgketens (op operationeel, tactisch en strategisch niveau), met daarin ruimte voor lokale/regionale verschillen;
  - e. te sturen op de individuele inzet van de medewerker zowel op resultaat, kennis, vaardigheden en inzicht;
  - f. samen te werken met strategische partners om kennis en expertise te delen en daarmee te vermeerderen.

#### *Fondsenwerving en beheer inkomsten*

Lelie zorggroep streeft naar een adequaat fondsenwervingsbeleid. Fondsen worden in steeds grotere mate belangrijk omdat de overheid zich terug trekt uit het private domein. Met fondsen kunnen we de kers op de taart voor onze cliënten organiseren. Onze doelgroepen steunen ons van oudsher in de vorm van giften en donaties om de eigenheid van de stichting te behouden.

Fondsen werven, ten einde:

- a) elementen mogelijk te maken die niet gefinancierd worden met publieke middelen;
- b) elementen mogelijk te maken op het gebied van het investeren en doorontwikkelen van de identiteit van de instelling om de kleur ook op termijn te behouden.

Fondsen zullen geworven worden door middel van actief beleid van werving. Hierbij kan gedacht worden aan campagnes en advertenties in de bladen die gelezen worden binnen onze doelgroepen. Tevens zal een vriendennetwerk opgericht worden.

Het beheer van verkregen inkomsten zal als volgt vormgegeven worden door een separate functionaris hiermee te belasten en hier ook periodiek verantwoording over te laten afleggen in de vorm van verslaglegging.

In bijlage 2 is de begroting van Lelie zorggroep voor 2016 opgenomen.

### **Consequenties strategische keuzes**

Bovengenoemde strategische keuzes vergen een vertaling van de visie op zorg naar resultaten en indicatoren en dit vereist een goed functionerende besturingscyclus. De strategische keuzes vergen informatiesystemen die veilig zijn (NEN 7510) en die de juiste informatie op elk gewenst moment kunnen opleveren. Daarnaast vragen deze keuzes om investeringen in de opleiding en ontwikkeling van medewerkers. Het implementeren van het model Leliekern en het vermarkten van goede resultaten vereisen inzet op marketing van onze producten, met een actieve houding, pit en creativiteit.

Het sturen op rendabele PMS's vraagt om ieder jaar minimaal 2% winst van de omzet te doteren aan de eigenvermogenspositie. Deze strategie zal consequenties hebben voor onze productlijnen.

Zowel in de WLZ, Zvw als in de WMO en Jeugdwet, wordt een steeds groter beroep gedaan op het informele netwerk van de cliënt. Lelie zorggroep loopt hierin nu voorop, maar moet zich blijven ontwikkelen om deze positie te behouden. Daarom maakt Lelie zorggroep dit een standaard onderdeel van de zorgverlening. De implementatie van een concept voor informele zorg als onderdeel van de zorgverlening, vergt een langdurige inzet van medewerkers binnen het primaire proces.

## 2.2 Strategische keuzes Intramurale Zorg

Voor een toekomstbestendige IMZ is het van belang om in te spelen op de maatschappelijke trend van 'zo lang mogelijk thuis blijven wonen' en onze locaties en (facilitaire) diensten als aanvulling op onze extramurale zorg, beschikbaar te maken voor cliënten in de wijk. Wanneer mensen niet meer volledig zelfstandig kunnen wonen kan semimurale zorg de voorkeur krijgen, in de vorm van scheiden van wonen en zorg. Pas in de laatste fase van het ziekteproces, wanneer het echt niet anders kan, kan intramurale zorg geboden worden. Daarbij staat continu verbeteren van de kwaliteit van zorg en het welbevinden van de cliënt voorop. Binnen een jaar wordt een nieuw plan ontwikkeld over de beddenreductie en hoe deze zich verhoudt tot onze (vastgoed)capaciteit en doelgroepen.

### Strategische keuzes

1. Verankering in de wijk en samenwerking met lokale partijen om de cliënt te ondersteunen zo lang mogelijk thuis te kunnen blijven wonen, door:
  - a. realiseren van laagdrempelige ontmoetingscentra en dagbesteding;
  - b. uitbreiden van zorg in de wijk in de vorm van ondersteunende producten/ services zoals maaltijdservice, gebruik van domotica om cliënten te ondersteunen, etc.;
  - c. realiseren van of samenwerken met semimurale voorzieningen: scheiden van wonen en zorg in kleinschalige woonvormen voor de cliënt die niet meer thuis kan wonen.

en/ of:

Zorg bieden aan, en ketens vormen voor specifieke doelgroepen/specialismen:

- a. DBC units (beademing, DDD, psychiatrie);
- b. palliatieve zorg;
- c. syndroom van Korsakov.

D.m.v. investeren in Topcare in Slingsdael en onderzoek naar vergelijkbare predicaten voor PG of andere doelgroepen.

2. Verhogen van kwaliteit van zorg (het resultaat van de zorg) in de intramurale locaties zodat de intramurale zorg aantrekkelijk is en blijft voor de cliënten die echt niet meer thuis kunnen wonen.

### Consequenties strategische keuzes

Bovengenoemde strategische keuzes vergen een flexibel inzetbare groep behandelaren, en investeringen in opleiding en formatie. Samenwerking met afd. huisvesting en facilitair is enerzijds nodig om de uitstraling van gebouwen waar nodig te optimaliseren of aan te passen aan specifieke doelgroepen en anderzijds om een



aantrekkelijk dienstenaanbod voor mensen die thuis wonen te realiseren. Tevens zal het bedrijfsmatige perspectief continu meegenomen moeten worden in iedere keuze voor toekomstbestendigheid.

### **2.3 Strategische keuzes Extramurale verpleging en verzorging**

Omdat cliënten steeds langer thuis blijven wonen, is het noodzakelijk dat de extramurale zorg wijkgericht georganiseerd wordt, in goede samenwerking met de huisarts, andere zorgaanbieders, het informele netwerk van de cliënt en partners uit het sociale domein. De kern- en kansgemeenten dienen met kracht geïmplementeerd te worden. Het afstoten van onrendabele gebieden is de enige mogelijkheid om rendabele gebieden te continueren.

#### **Strategische keuzes**

1. Uitblinken door specialiseren in palliatieve zorg en zorg voor dementerenden. Onderzoek doen naar de mogelijkheden om 24-uurs zorg uit te breiden.
2. Kwantitatieve en kwalitatieve groei in kerngebieden door wijkgericht te werken, met bijzondere aandacht voor identiteitsgebonden organisaties, kerken, huisartsen, het informele netwerk en partners uit het sociale domein, om de zorg dichtbij de cliënt te organiseren en afstemming tussen verschillende actoren te verbeteren.
3. Opzetten van een alternatief, identiteitsgebonden zorgaanbod in niet-kerngebieden, door onder andere inzet van particuliere zorg, zorgdomotica en ZZP-ers.
4. Uitbreiden en verbeteren van ziekenhuisverplaatste zorg door middel van nauw contact met ziekenhuizen, een goede bereikbaarheid en deelname aan zorgpaden en de transmurale zorgbrug.
5. Sturen op deskundigheidsbevordering en innovatie om kwaliteit en efficiëntie te bevorderen. Hierbij wordt:
  - a. e-health en domotica ingezet;
  - b. practice-based evidence en evidence-based practice geïmplementeerd;
  - c. de informele zorg onderdeel van de zorg;
  - d. zelfmanagement ingezet.
6. Koppelen van populatie- en cliëntgebonden wijkverpleging per 2017.
7. Sturen op resultaat van zorg door optimaal benutten van de functies van Omaha.

#### **Consequenties strategische keuzes**

Per product en doelgroep moet in kaart worden gebracht welke resultaten van zorg gewenst zijn. Vervolgens worden Omaha en ONS (Nedap) doorontwikkeld om deze resultaten beter inzichtelijk te maken, zodat hierop gestuurd kan worden. Verhoging van kwaliteit, efficiëntie en specialisatie in de zorg en groei in kerngebieden vergen deskundige en flexibel inzetbare medewerkers. Dit betekent dat persoonlijke ontwikkeling bevorderd dient te worden door middel van scholing en training. Het doorontwikkelen in de

kerngebieden vraagt inzet van middelen. Hier zal jaarlijks in de begroting innovatieruimte voor beschikbaar moeten komen.

## **2.4 Strategische keuzes Hulp bij huishouding**

In veel gemeenten is HbH geen maatwerkvoorziening meer en/of worden de WMO-budgetten verlaagd. Om de HbH van Lelie zorggroep toekomstbestendig te maken, is het van belang de samenhang te vergroten tussen HbH en andere producten. In gemeenten waar sprake is van resultaatfinanciering zijn er mogelijkheden om (eventueel samen met IAH) nieuwe producten te ontwikkelen. Tevens zal het concept particuliere zorg verder ontwikkeld worden.

### **Strategische keuzes**

1. In de HbH zal per jaar besloten worden of deze activiteit binnen het totale palet van producten gecontinueerd kan worden.
2. Ontwikkeling van particuliere zorg en aanvullende financiering.
3. Samenhang vergroten tussen HbH en andere producten in kerngemeenten, conform het model 'Leliekern' met als resultaat:
  - a. gezamenlijke producten tussen IAH en HbH waar de gemeenten dit toestaan;
  - b. HbH leidt tot een toename van cliënten in de extramurale verpleging en verzorging.

### **Consequenties strategische keuzes**

De opzet van particuliere zorg vraagt om specifieke expertise, ook in de ondersteunende diensten en inrichting van de informatiesystemen.

## **2.5 Strategische keuzes Intensief Ambulante Hulpverlening**

In de IAH zijn verschillende ontwikkelingen waarop ingespeeld wordt. Zo ligt de nadruk steeds meer op integraal werken en wordt preventie steeds belangrijker, terwijl tegelijkertijd de financiering onder druk komt te staan. Door te innoveren, samen te werken en slimme arrangementen aan te bieden, behoudt Lelie zorggroep een aantrekkelijk product.

### **Strategische keuzes**

1. Ontwikkelen en implementeren van nieuwe, effectieve producten:
  - a. nieuwe vormen van zorgverlening met inzet van goed opgeleide professionals;
  - b. inzet van e-health;
  - c. inzet van sociale netwerk strategieën en benutten van het sociale domein;
  - d. werken met arrangementen van verschillende producten: Jeugd GGZ, V&V en HbH om het brede palet aan zorgvormen te kunnen blijven bieden (van GGZ, IAH tot lichte ondersteuning in samenwerking met HbH).
  
2. Samenwerken om te kunnen blijven groeien en de cliënt de zorg te kunnen bieden die hij of zij nodig heeft:
  - a. samenwerken met lokale partners om wijkgericht te kunnen werken en zodoende de cliënt te bereiken;
  - b. vertegenwoordigd zijn in sociale wijkteams en jeugdteams om in te kunnen zetten op preventie en om cliënten te bereiken.

### **Consequenties strategische keuzes**

Bovengenoemde strategische keuzes vergen investeringen op het gebied van het ontwikkelen en opleiden van medewerkers. Daarnaast is inzet van en nauwe samenwerking met de afdelingen opleiding en communicatie nodig om interne scholing geschikt te maken om te verkopen en PR in te zetten. Het ontwikkelen en implementeren van e-health modules vergt eveneens een investering van de afdeling ICT.

## **2.6 Strategische keuzes Geestelijke gezondheidszorg**

De GGZ sector heeft te maken met externe (politieke) ontwikkelingen waarop geanticipeerd moet worden. Zo is er de trend van extramuralisering die (ook) de GGZ treft. Lelie zorggroep zoekt naar kansen om een aantrekkelijke GGZ zorgaanbieder te blijven met innovatieve producten. Daarbij wordt samengewerkt (intern en extern) om de cliënt zorg te bieden, ook in de thuissituatie bijvoorbeeld met e-health. Deze keuzes zijn overgenomen van de Business Case GGZ. Er zijn geen nieuwe analyses uitgevoerd.

In de GGZ is noodzakelijk om tot een duurzame exploitatie te komen. Een autonome groei van de productie zal hiertoe onvoldoende aan bijdragen.

### **Strategische keuzes**

1. Zorg voor schaalvergroting. Volume is de hefboom voor zowel kwalitatieve innovatie als financiële duurzaamheid.
  
2. Ketenzorg bieden, samenwerken en netwerken vormen om te kunnen groeien en de cliënt de zorg te kunnen bieden die nodig is:
  - a. opzetten van, en deelname aan, externe keten(s);
  - b. opzetten van, en deelname aan, interne keten(s) binnen Lelie zorggroep;
  - c. netwerk van de cliënt (informele zorg) verbinden met formele zorg;
  - d. samenwerken en netwerken vormen met christelijke collega-instellingen en kerken, en met formele en informele verwijzers.
  
3. Inzet van e-health bij specifieke behandelingen waarbij de cliënt thuis behandeld kan worden. Hierbij wordt samengewerkt met de IAH van Lelie zorggroep

### **Consequenties strategische keuzes**

Om bovenstaande strategische keuzes te realiseren, zijn investeringen nodig op het gebied van scholing en/of werving van specialistische disciplines. Daarnaast is beleidsondersteuning nodig bij het beschrijven van zorgpaden om bedrijfsvoering dichterbij behandeling te brengen. Voor het ontwikkelen of aanschaffen van e-health modules en scholing van medewerkers om online behandeling te kunnen aanbieden dient ook rekening te worden gehouden met de benodigde investeringen die dit vergt.

## **2.7 Strategische keuzes zorgpartners en onderaannemers**

Lelie zorggroep wil optimaal gebruik maken van de lokale inbedding, kennis en expertise van partners, maar daarbij wel vermijdbare risico's van het onderaannemerschap uit de weg gaan.

### **Strategische keuzes**

1. Zorgpartnerschap beperken tot organisaties die kunnen aantonen dat:
  - a. de zorg, het personeel en de interne organisatie van goede kwaliteit is en voldaan wordt aan relevante wet- en regelgeving;
  - b. er voldoende volume is voor bijdrage aan dekking van de overhead;
  - c. er een sterke lokale inbedding is;
  - d. het zorgaanbod aanvullend is op lokaal aanbod van Lelie zorggroep en dus niet concurrerend;
  - e. de organisatie past bij de identiteit van Lelie zorggroep.
  
2. Opzetten risicobeheersing door structurele monitoring en sturing.
  
3. Optimaal gebruik maken van lokale inbedding, door:
  - a. samenwerking met relevante lokale actoren voor afstemming en kennisdeling;
  - b. deelname aan ketenzorg.

### **Consequenties strategische keuzes**

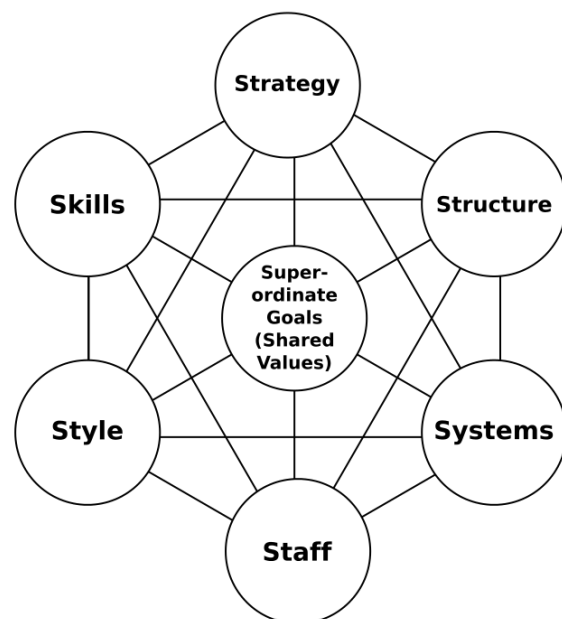
Wijziging van de eisen aan zorgpartnerschap zal leiden tot een evaluatie van de bestaande zorgpartners. Daarnaast vergt monitoring en sturing van de zorgpartners inzet van de afdeling Beleid, Kwaliteit en Audit en de afdeling Bedrijfsvoering bij de ontwikkeling en het gebruik van passende en adequate systemen.

### 3 Kritische voorwaarden interne organisatie

Om de strategie uit te voeren, is het van belang dat de interne organisatie daarop voldoende is afgestemd. Om zicht te krijgen op de kritische voorwaarden zijn de zwakten die genoemd zijn in de SWOT of vanuit gesprekken in het 7 S model geplaatst.

#### Het 7S model

Het 7S model is een hulpmiddel dat de kwaliteit van de prestaties van een organisatie meet. Bij een succesvolle organisatie wijzen de zeven sleutelfactoren als kompassen in dezelfde richting. In deze paragraaf worden de zeven sleutelfactoren (significante waarden, strategie, structuur, systemen, staf, stijl en sleutelvaardigheden) beschreven zoals zij invulling krijgen binnen Lelie zorggroep. De significante waarden van Lelie zorggroep vormen het centrum van het model; zij zorgen voor samenhang en sturing op de overige factoren.



#### Significante waarden en Strategie

De significante waarden en de strategie staan vast en zijn in de eerdere hoofdstukken benoemd. Dit hoofdstuk beschrijft hoe de andere sleutelfactoren aansluiten op de significante waarden en in het bijzonder op de in dit document opnieuw geformuleerde strategie.

#### Structuur

Na het reorganisatieplan NIELS 1, dat bedoeld is om de strategische uitgangspunten van het vorige strategisch plan te realiseren, is het vervolgprogramma NIELS 2 (zelforganisatie) getemporeerd. Aangezien de strategische uitgangspunten van het vorige strategische plan onverminderd actueel zijn, is het van belang dat wordt besloten hoe het strategische uitgangspunt 'verantwoordelijkheden zo laag mogelijk in de organisatie, relatie tussen medewerker en cliënt centraal zetten' doorontwikkeld wordt. Hierbij is van belang dat over gemaakte keuzes (zelforganisatie: wat wel en wat niet) duidelijk gecommuniceerd wordt naar teams zodat duidelijk is wat zij mogen verwachten.



## **Systemen**

In 2014 is Lelie zorggroep gereorganiseerd (NIELS 1), met als doel synergie te bereiken tussen verschillende producten en werkmaatschappijen. Deze synergie moet leiden tot versterking van christelijke (keten)zorg in de verschillende regio's. Binnen deze gevormde regio's vraagt het elkaar intern versterken de aandacht (de interne keten vormgeven). Ook de samenwerking en communicatie tussen de medewerkers in de nieuw gevormde regio's en de ondersteuning door de stafafdelingen kan verbeterd worden. Dit vraagt om elkaar beter te leren kennen en verdergaande analyse van passende verantwoordelijkheden en bevoegdheden en de communicatie daarover. Eveneens functioneren op dit moment niet alle registratie- en informatiesystemen naar behoren. Zowel in de techniek als in de implementatie (het gebruik), leiden de systemen onvoldoende tot het gewenste effect. Het effectief maken van de huidige systemen is een belangrijke voorwaarde voor resultaatsturing.

## **Staf**

In dit model wordt met de term staf op alle medewerkers gedoeld (dus niet alleen de ondersteunende stafafdelingen).

Zelforganisatie vraagt om herijking van het personeelsinstrumentarium op het terrein van personeelsevaluatie, ontwikkeling en opleiding. Het raakt onder andere de invoering van competentie management. Professionals moeten worden gefaciliteerd in hun ontwikkeling. Coaching van medewerkers in hun (nieuwe) rol binnen de zelforganiserende teams is essentieel. Medewerkers moeten blijvend begeleid worden bij het vervullen van hun taken, omdat de zorgwereld continu in beweging is.

Ook stellen zorgverzekeraars, gemeenten en zorgkantoren steeds strengere eisen wat betreft opleidingsniveau en scholing van personeel. Dat vraagt om het faciliteren van medewerkers in hun ontwikkeling door middel van scholing, begeleiding en subsidie.

## **Stijl**

De significante waarden en de strategie vragen om resultaatsturing. Kenmerkend voor resultaatsturing zijn een cultuur van heldere afspraken vooraf en duidelijke feedbackloops op alle niveaus. Het vraagt om een open aanspreekcultuur in de hele organisatie. Onze stijl moet er daarom op gericht zijn sturing te geven op het primaire proces in het belang van de kwaliteit van zorg en de continuïteit van onze organisatie. Dit vraagt van alle leidinggevenden een stijl waarbij betrokkenheid op het primaire proces noodzakelijk is, duidelijk aangegeven wordt wat we van elkaar verwachten en als laatste de veiligheid geboden wordt om met elkaar te kunnen groeien. Daarnaast vraagt de complexiteit van de omgeving en van de organisatie om innovatie. Om te kunnen innoveren is een cultuur waarin het aanwezige kritisch en innovatief denkvermogen benut wordt, essentieel.

### **Sleutelvaardigheden**

Lelie zorggroep heeft voor het grootste gedeelte de sleutelvaardigheden die passen bij de significante waarden.

Vaardigheden die versterkt zouden moeten worden, zijn:

- het innoverend vermogen (zowel in structuur als cultuur);
- het vermogen om wijkgericht te werken;
- het vermogen om goed onderling samen te werken tussen de verschillende afdelingen, producten en werkmaatschappijen.

#### 4 Programma van te ondernemen activiteiten

Jaar	Thema	Beschrijving
2015	Bedrijfsvoering	Bedrijfsvoeringssystemen komen op orde
		Ombuigingen naar gezonde exploitatie worden ingezet
		Stafreorganisatie is ingezet
		Bedrijfsonderdelen zijn geïntegreerd
		AO/IC afdeling is gevormd
	Kwaliteit	Kwaliteitsverbeterprogramma is ingezet
	Afdeling Beleid, Kwaliteit en Audit is gevormd	
2016	Bedrijfsvoering	Ombuigingen zijn afgerond
		Stafreorganisatie afgerond en werkprocessen geoptimaliseerd
		Zorgpartners verbonden en tevreden
		Alle bronregistraties zijn juist, tijdig en volledig
		ECD IMZ is gemigreerd
	Kwaliteit	De organisatie werkt conform ISO
		Kwaliteitsverbeterprogramma is afgerond
		De professionele cultuur is zichtbaar aanwezig
		Zelforganisatie heeft een duidelijke koers en draagvlak binnen de organisatie
	Strategische keuzes	<b>Kerngebieden</b>
		1. Uitvoeren plan kerngebieden: opbouw in kern- en kansgebieden, afbouw daarbuiten. 2. In kerngebieden een eigen zorg-, welzijn- en behandelketen opbouwen, met model wijkgericht werken 'Lieliekern' als hulpmiddel.
		<b>Innovatie</b>
1. Bevorderen van innovatie, gericht op welbevinden van de cliënt, door: a. inzetten van e-health en domotica b. implementeren zelfmanagement en samenwerking met informele zorg; c. verankeren van innovatie in de organisatie. 2. Keuzes maken voor het leveren van zorg aan specifieke cliëntgroepen. 3. Mantelzorgbeleid uitwerken en implementeren in alle zorgvormen.		
	<b>Intramurale zorg</b>	
	1. Verankering in de wijk en samenwerking met lokale partijen, door: a. realiseren van laagdrempelige ontmoetingscentra en dagbesteding; b. uitbreiden zorg in de wijk met ondersteunende producten; c. realiseren van of samenwerken met semimurale voorzieningen. En/ of: Zorg bieden aan, en ketens vormen voor specifieke doelgroepen: a. DBC units (beademing, DDD, psychiatrie); b. palliatieve zorg; c. syndroom van Korsakov. D.m.v. investeren in Topcare in Slingedael / vergelijkbare predicaten. 2. Verhogen van kwaliteit van zorg (het resultaat van de zorg) in de intramurale locaties.	
	<b>Extramurale verpleging en verzorging</b>	
	1. Uitblinken door specialiseren in palliatieve zorg en zorg voor	

Jaar	Thema	Beschrijving
		dementerenden. Onderzoeken mogelijkheden om 24-uurs zorg uit te breiden.
		<b>HbH</b> 1. Per jaar besluit of HbH gecontinueerd kan worden. 2. Ontwikkeling van particuliere zorg en aanvullende financiering. 3. Samenhang vergroten tussen HbH en andere producten in kerngemeenten, conform het model 'Leliekern' met als resultaat: a. gezamenlijke producten tussen IAH en HbH waar gemeente dit toestaat; b. HbH leidt tot toename van cliënten in de extramurale V&V.
		<b>IAH</b> 1. Ontwikkelen en implementeren van nieuwe, effectieve producten: a. nieuwe vormen zorgverlening, inzet van goed opgeleide professionals; b. inzet van e-health; c. inzet van sociale netwerk strategieën en benutten van het sociale domein; d. werken met arrangementen van verschillende producten. 2. Samenwerken om te kunnen blijven groeien: a. samenwerken met lokale partners om wijkgericht te kunnen werken; b. vertegenwoordigd zijn in sociale wijkteams en jeugdteams.
		<b>GGZ</b> 1. Zorg voor schaalvergroting. 2. Ketenzorg bieden, samenwerken en netwerken vormen om te groeien: a. opzetten van, en deelname aan, externe keten(s); b. opzetten van, en deelname aan, interne keten(s) binnen Lelie zorggroep; c. netwerk van de cliënt (informele zorg) verbinden met formele zorg; d. samenwerken en netwerken vormen met christelijke collega-instellingen en kerken, en met formele en informele verwijzers. 3. Inzet van e-health bij specifieke behandelingen in de thuissituatie. Hierbij wordt samengewerkt met de IAH.
		Zorgpartners. Doel 2 afronden in 2016 1. Zorgpartnerschap beperken tot organisaties die kunnen aantonen dat: a. de zorg, het personeel en de interne organisatie van goede kwaliteit is en voldaan wordt aan relevante wet- en regelgeving; b. er voldoende volume is voor bijdrage aan dekking van de overhead; c. er een sterke lokale inbedding is; d. het zorgaanbod aanvullend is op aanbod Lzg en niet concurrerend; e. de organisatie past bij de identiteit van Lelie zorggroep. 2. Opzetten risicobeheersing door structurele monitoring en sturing. 3. Optimaal gebruik maken van lokale inbedding, door: a. samenwerking met relevante lokale actoren; b. deelname aan ketenzorg.
2017	Bedrijfsvoering	De bedrijfsvoering is structureel gezond
		Ruimte voor nieuwe initiatieven wordt zichtbaar
		De organisatie is in staat om tijdig te anticiperen en te ondernemen
	Kwaliteit	Zelfregie, professionaliteit en de open cultuur worden doorontwikkeld
		Binnen de kern- en kansgemeenten heeft EMZ een eigen positie in de markt
Strategische keuzes	Binnen de IMZ hebben onze 'huizen' een duidelijke profiel	
	<b>Kerngebieden</b> , loopt door vanuit 2016	
	<b>Sturing en Bedrijfsvoering</b>	
	1. Sturen op bedrijfsmatig rendabele product-marktcombinaties	

Jaar	Thema	Beschrijving
		<p>2. Verhogen van de kwaliteit, met als doel bovengemiddeld te scoren, door:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>te sturen op het resultaat van onze zorgverlening;</li> <li>te sturen op de individuele inzet van de medewerker;</li> <li>samen te werken met strategische partners.</li> </ol> <p><b>Identiteit</b></p> <p>Onderscheiden op identiteit in de praktijk door:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>kernwaarden uit te werken conform keuzes NIELS1;</li> <li>de verbinding te leggen tussen het lectoraat en uitvoering in de organisatie;</li> <li>het keurmerk christelijke zorg te behalen.</li> </ol> <p><b>Innovatie</b> loopt door vanuit 2016: cultuuromslag vergt meerdere jaren.</p> <p><b>Extramurale verpleging en verzorging</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kwant. en kwal. groei in kerngebieden door wijkgericht werken</li> <li>Opzetten van alternatief, identiteitsgebonden zorgaanbod in niet-kerngebieden, door o.a. inzet van particuliere zorg, zorgdomotica en ZZP-ers.</li> <li>Uitbreiden en verbeteren van ziekenhuisverplaatste zorg.</li> <li>Sturen op deskundigheidsbevordering en innovatie. Hierbij wordt:       <ol style="list-style-type: none"> <li>e-health en domotica ingezet;</li> <li>practice-based evidence en evidence-based practice geïmplementeerd;</li> <li>de informele zorg onderdeel van de zorg;</li> <li>zelfmanagement ingezet.</li> </ol> </li> <li>Koppelen van populatie- en cliëntgebonden wijkverpleging per 2017.</li> <li>Sturen op resultaat van zorg door optimaal benutten functies van Omaha.</li> </ol> <p><b>HbH</b> loopt door vanuit 2016</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Per jaar besluit of HbH gecontinueerd kan worden.</li> <li>Ontwikkeling van particuliere zorg en aanvullende financiering.</li> <li>Samenhang vergroten tussen HbH en andere producten in kerngemeenten, conform het model 'Leliekern' met als resultaat:       <ol style="list-style-type: none"> <li>gezamenlijke producten tussen IAH en HbH waar gemeente dit toestaat;</li> <li>HbH leidt tot toename van cliënten in de extramurale V&amp;V.</li> </ol> </li> </ol> <p><b>IAH</b> loopt door vanuit 2016</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Ontwikkelen en implementeren van nieuwe, effectieve producten:       <ol style="list-style-type: none"> <li>nieuwe vormen zorgverlening, inzet van goed opgeleide professionals;</li> <li>inzet van e-health;</li> <li>inzet van sociale netwerk strategieën en benutten van het sociale domein;</li> <li>werken met arrangementen van verschillende producten.</li> </ol> </li> <li>Samenwerken om te kunnen blijven groeien:       <ol style="list-style-type: none"> <li>samenwerken met lokale partners om wijkgericht te kunnen werken;</li> <li>vertegenwoordigd zijn in sociale wijkteams en jeugdteams.</li> </ol> </li> </ol> <p><b>Zorgpartners</b>, doel 1 en 3 lopen door in 2017:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Zorgpartnerschap beperken tot organisaties die kunnen aantonen dat:       <ol style="list-style-type: none"> <li>zorg, personeel en organisatie van goede kwaliteit is en voldaan wordt aan relevante wet- en regelgeving;</li> <li>er voldoende volume is voor bijdrage aan dekking van de overhead;</li> <li>er een sterke lokale inbedding is;</li> <li>het zorgaanbod aanvullend is op aanbod Lzg en niet concurrerend;</li> <li>de organisatie past bij de identiteit van Lelie zorggroep.</li> </ol> </li> <li>Optimaal gebruik maken van lokale inbedding, door:       <ol style="list-style-type: none"> <li>samenwerking met relevante lokale actoren;</li> <li>deelname aan ketenzorg.</li> </ol> </li> </ol>

## 5 Afkortingen

DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DDD	dementie, depressie, delier
EMZ	extramuraal zorg
GGZ	geestelijke gezondheidszorg
GRZ	geriatrische revalidatiezorg
HbH	hulp bij huishouding
IAH	intensieve ambulante hulpverlening
IMZ	intramuraal zorg
LZG	Lelie zorggroep
PG	psychogeriatric
V&V	verpleging en verzorging
WLZ	Wet Langdurige Zorg
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZZP	Zelfstandige zonder personeel

## Bijlage 1. SWOT analyses

SWOT Lelie zorggroep	
Sterkten (intern)	Zwaktes (intern)
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Veel intrinsiek gemotiveerde medewerkers</li> <li>2. Goede score als werkgever</li> <li>3. Duidelijk profiel: christelijke identiteit<sup>1</sup></li> <li>4. Teams met ruimte voor inbreng van de professionals (op alle niveaus en van alle disciplines)</li> <li>5. Ondernemerschap</li> <li>6. Ervaring in verschillende regio's en door landelijk werkgebied risicospreiding.</li> <li>7. Een breed aanbod aan zorgproducten ( V&amp;V, EMZ, CGGZ) in het kader van risicospreiding.</li> <li>8. Ketenaanpak met strategische zorgpartners</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Spreiding van zorg: in veel gebieden beperkte omvang en beperkt netwerk. De scheve verhouding tussen inzet aan capaciteit om zorg te kunnen leveren t.o.v. het aantal daadwerkelijke klanten.</li> <li>2. Interne communicatie (gebrek aan informatie)</li> <li>3. (geen) aanspreekcultuur</li> <li>4. Werkmaatschappijen en producten versterken elkaar niet, opereren naast elkaar. Geen synergie van producten (nodig voor wijkgericht werken)</li> <li>5. Vertalen (practice based) evidence naar praktijk</li> <li>6. Kwaliteit van zorg niet op alle onderdelen (boven)gemiddeld</li> <li>7. Uitwerkingsniveau van plannen en verbinding lijn en staf onvoldoende.</li> </ol>
Kansen (extern)	Bedreigingen (extern)
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trend van resultaatfinanciering in Wmo en Zvw</li> <li>2. Kwaliteit steeds grotere rol in Wlz, Zvw</li> <li>3. Trend van wijkgericht werken</li> <li>4. Keten-/ doelgroep financiering in Zvw</li> <li>5. Identiteit: a. stijgende bewustwording maatschappelijke rol bij kerken, diaconaat van de samenleving, en b. reformatorische achterban versterkt de zuil</li> <li>6. Nieuwe technologie, domotica</li> <li>7. Toenemende behoefte aan maatwerk en individuele benadering ook in het zorgdomein. Groeiend aandeel van kapitaalkrachtige ouderen.</li> <li>8. Uitbouw keten met strategische zorgpartners</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Budgeten worden krapper: beperkte groeiruimte. Wlz, Wmo, Zvw, Jeugdwet.</li> <li>2. Selectieve zorginkoop, Zvw, Wmo, Jeugdwet.</li> <li>3. Mogelijkheid om identiteit als eis te stellen bij aanname wordt beperkt.</li> <li>4. Trend van wijkgericht werken: LZG te weinig daarop ingericht; 'lat' verzekeraars ligt hoog.</li> <li>5. Concurrentie andere zorgaanbieders, ook op onderscheidend vermogen.</li> <li>6. Christelijk doelgroep is sterk gefragmenteerd w.b. identiteit.</li> <li>7. Ontwikkelen van geclusterde woonvormen voor zorgvragers is risicovol gezien de vaak lange duur van huur of afschrijvingstermijnen.</li> <li>8. De nieuwe woningwet: "passend toewijzen" is ook voor woon/zorgvastgoed van toepassing.</li> <li>9. Lobby identiteitsgebonden zorgaanbieders nog niet sterk genoeg</li> </ol>

<sup>1</sup> In gebieden waar ook bij de concurrerende zorgaanbieder de medewerkers (overwegend) christelijk zijn, is identiteit geen doorslaggevend criterium voor de achterban om voor Lelie zorggroep te werken. (hier is identiteit geen specifieke sterkte)

IMZ	
Sterkte (intern)	Zwakte (intern)
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Goede scores CQ IMZ PG (uitzondering Oranjehof) en Korsakov: koploper in de sector op aanbevelingsvraag</li> <li>2. Topcare predicaat Korsakovcentrum Slingedael</li> <li>3. Goede verankering in de wijk van locatie De Burcht</li> <li>4. Goede vertegenwoordiging in ketens</li> <li>5. Specialisatie: beademing en palliatieve zorg (Pniël). Specifieke deskundigheid op het gebied van ouderenzorg.</li> <li>6. DBC units De Burcht en Pniël (incl. DDD= dementie, depressie, delier)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Scores CQ voor IMZ somatiek onder landelijk gemiddelde.</li> <li>2. We vertalen evidence nog onvoldoende naar praktijk en benutten beschikbare kennis over doelgroepen onvoldoende.</li> <li>3. Negatieve NPS op MTO met uitzondering van De Burcht, Oranjehof en Tussendael.</li> <li>4. Onvoldoende focus op doelgroep(en), we proberen 'alles' te bieden.</li> <li>5. Uitstraling sommige locaties (Pniël, Siloam).</li> <li>6. Overcapaciteit bedden R'dam/ onderproductie</li> </ol>
Kansen (extern)	Bedreigingen (extern)
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trend van kleinschalige woonvormen.</li> <li>2. Trend wijkgericht werken/ activiteiten</li> <li>3. Trend van extramuralisatie van behandeling en (verpleeghuis-) zorg</li> <li>4. Scheiden wonen zorg (VPT, MPT, EMZ)<sup>2</sup></li> <li>5. DBC units, GRZ, beademing, DDD.</li> <li>6. Trend laagdrempelige ontmoetingscentra</li> <li>7. Nieuwe samenwerking en financieringsvormen.</li> <li>8. Samenwerking met Erasmus MC en Rijndam: beademingspatiënten met dwarslaesie in Pniël.</li> <li>9. Maatschappelijke en politieke trend: sturen op verhogen welbevinden van cliënten (programma's voor deskundigheidsbevordering, waardigheid en trots etc)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Krimp IMZ: lage zorgvraag geen indicatie meer voor zorg met verblijf.</li> <li>2. Selectieve zorginkoop en concentratie m.n. op het gebied van kwaliteit (CQ-score)</li> <li>3. Kwaliteit van zorghuisvesting (uitstraling, afmetingen kamer, individueel sanitair, enz.) bepalende factor bij de zorginkoop</li> <li>4. Geen zorg, geleverd in tweebedskamers, meer ingekocht.</li> <li>5. Traditionele financiers (woning-corporaties) kunnen niet meer investeren (vastgoed).</li> <li>6. Ontmoetingscentra: gemeenten financieren geen algemene voorzieningen.</li> </ol>

EMZ	
Sterkte (intern)	Zwakte (intern)
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Goede bereikbaarheid, directe inzet zorg, geen wachttijden (ook vrijdag middag)</li> <li>2. Deskundigheid, professionaliteit &amp; kwaliteit</li> <li>3. Bejegening/ taalgebruik / kleding / uitstraling (ook herkenbaar voor andere religies)</li> <li>4. Zelforganiserende Wijk Teams (ZWT's)</li> <li>5. Koploper met landelijke trend rond omaha</li> <li>6. Goede score als werkgever in benchmark</li> <li>7. Identiteit: groot netwerk, inzet mantelzorg</li> <li>8. Team 24-uurszorg (incl combinatie met palliatieve en particuliere zorg) -&gt; zouden we veel meer landelijk moeten uitbreiden.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Onvoldoende niveau 5 verpleegkundigen, duurdere functiemix beoogd</li> <li>2. Geen gezamenlijk aanbod van S1 en S2, beh. in CadIJ. onvoldoende visie en slagkracht om wijkverpleegkundigen en specialistisch verpleegkundigen met behandeling in te zetten (→ huisarts).</li> <li>3. Beperkte omvang en netwerk (keten) in gebieden. Lokaal beperkte formele relaties met eerste lijn</li> <li>4. Veel laagcomplexere zorg: lastig 'uitblinken'</li> <li>5. ICT: beveiliging, keuze leveranciers, snelheid bij aanbod van interne ICT producten/ toegang, ICT onvoldoende benut bij overbruggen van afstanden)</li> <li>6. Spreiding Lelie zorggroep</li> </ol>
Kansen (extern)	Bedreigingen (extern)
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trend van wijkgerichte zorg</li> <li>2. Trend van ziekenhuis verplaatste zorg en extramuralisering</li> <li>3. Resultaatfinanciering</li> <li>4. Trend naar verhoging van inzet mantelzorg en vrijwilligers</li> <li>5. Toename aantal ouderen, chronisch zieken en</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lagere budgetten op macroniveau</li> <li>2. Selectieve zorginkoop door verzekeraars: hogere kwaliteitseisen (wijkgerichtheid, cliënt tevredenheid, aantal medewerkers per cliënt etc.)</li> <li>3. Zorginkoop door verzekeraars voor eigen verzekerden: leidt</li> </ol>

<sup>2</sup> Kansen verschillen per zorgkantoorregio



dementerenden 6. Samenwerking met kerken	tot selectie van cliënten aan onze poort.
---	---

<b>GGZ</b>	
<b>Sterkte (intern)</b>	<b>Zwakte (intern)</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gezamenlijke identiteit biedt kracht</li> <li>2. Niche</li> <li>3. Loyale en betrokken medewerkers</li> <li>4. Inhoudelijk onderscheidend vermogen is groot</li> <li>5. Relatief kleine organisatie</li> <li>6. Opname voorkomende zorg</li> <li>7. Krachtige moedermaatschappij: onderdeel van een groter geheel, daardoor buffercapaciteit en eigen keten</li> <li>8. Meer mogelijkheden door samenvoeging 3 GGZ onderdelen. Beter volume.</li> <li>9. Aansluiting bij netwerk kerkelijke gemeente door gedeelde identiteit</li> <li>10. Dicht bij de klant</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Basis primair proces niet op orde</li> <li>2. Wendbaarheid (traag)</li> <li>3. Veranderbereidheid en kracht</li> <li>4. Nog geen integratie inhoud en bedrijfsvoering</li> <li>5. Beperkt ondernemerschap bij de zorgprofessionals</li> <li>6. Beperkt flexibele kostenstructuur</li> <li>7. Beperkte PR-kracht</li> <li>8. Zwakke planning en control-cyclus</li> <li>9. Procesgericht werken (denken, construeren, besturing en samenwerken)</li> <li>10. Beperkte innovatiemogelijkheden (tijdgebrek)</li> <li>11. Instroom is onvoldoende ten opzichte van door- en uitstroom</li> <li>12. AO/IC (kennis DBC-spelregels)</li> </ol>
<b>Kansen (extern)</b>	<b>Bedreigingen (extern)</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Doelgroep/markt met enkele aanbieders</li> <li>2. Netwerken worden de basis</li> <li>3. Kerken zijn netwerken</li> <li>4. Vestigen mag/moet overal</li> <li>5. Hernieuwde aandacht voor levensbeschouwing</li> <li>6. Weinig overlap met christelijke GGZ-aanbieders</li> <li>7. Restitutiemogelijkheid blijft</li> <li>8. Samenwerkingsmogelijkheden met christelijke GGZ partners (gezamenlijke dekkingsbijdrage aan christelijke GGZ in Nederland)</li> <li>9. Groeimogelijkheden door identiteit</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Betrokkenheid medewerkers</li> <li>2. Verzuim</li> <li>3. Externe sturing op instroomverkleining binnen S-GGZ</li> <li>4. Sterk en snel veranderend overheidsbeleid</li> <li>5. Transitie KJP naar de gemeenten</li> <li>6. Onevenredig grote invloed van de zorgverzekeraars met ieder eigen spelregels</li> <li>7. Grote spreiding (daardoor lastiger stuurbaar)</li> </ol>

<b>IAH</b>	
<b>Sterkte (intern)</b>	<b>Zwakte (intern)</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Deskundig personeel</li> <li>2. Kwaliteit van zorg in teams</li> <li>3. Motivatie om te innoveren en ondernemerschap</li> <li>4. Budgettair slimme arrangementen samengesteld</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Toename last in ondersteuning door decentralisatie</li> <li>2. Onvoldoende afstemming tussen: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Jeugd-GGZ en IAH</li> <li>o IAH en V&amp;V</li> <li>o IAH en HbH</li> </ul> </li> <li>3. Spreiding, weinig cliënten per gemeente (zeker bij uitsplitsen Wmo en jeugdwet)</li> <li>4. Verdeling MBO en HBO opgeleide IAH-ers/ Functiemix die aansluit op vraag cliënten en financiering</li> </ol>
<b>Kansen (extern)</b>	<b>Bedreigingen (extern)</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Innovatie: ruimte voor nieuwe manieren van zorg verlenen.</li> <li>2. Technologische ontwikkelingen/ toepassingen e-health.</li> <li>3. Trend van integraal werken.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Krimpende budgetten</li> <li>2. Selectieve zorginkoop</li> <li>3. Dalende zorgvraag (er wordt meer opgepakt binnen</li> </ol>

4. Trend van inzet preventie.	wijkteams/ jeugdteams)
-------------------------------	------------------------

<b>HbH</b>	
<b>Sterkte (intern)</b>	<b>Zwakte (intern)</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Betrokken en gemotiveerde medewerkers.</li> <li>2. Bekwame medewerkers met competenties voor zwaardere HBH/lichte ondersteuning.</li> <li>3. Integrale zorg: in de gemeenten waar V&amp;V wordt geleverd leveren wij ook HBH.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Competenties niet in kaart gebracht (eis gemeenten)</li> <li>2. Onvoldoende efficiënte samenwerking TM en planners van A/C, vb. werkwijzen</li> <li>3. Weinig verbinding met collega's V&amp;V, IAH. Belangrijk i.v.m. informeren cliënt.</li> <li>4. Hbh: weinig doorstroombmogelijkheden/ kwaliteiten medewerkers onderbenut.</li> <li>5. Regionale teams met nog onvoldoende focus op kerngebieden.</li> </ol>
<b>Kansen (extern)</b>	<b>Bedreigingen (extern)</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Systeem voor dienstencheques met bijdrage vanuit gemeente</li> <li>2. Meer vraag naar particuliere huishoudelijke hulp, mede door uitstellen opname IMZ</li> <li>3. Innovatiemogelijkheden op samenhang tussen producten, daardoor aantrekkelijk blijven voor gemeenten.</li> <li>4. Kansen in het voorliggende veld (Zeeland)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vanaf 2016 is de verwachting dat de meeste gemeenten de schoonmaakondersteuning niet meer aanbieden in de vorm van een maatwerkvoorziening maar in de vorm van Algemene Voorzieningen.</li> <li>2. Eigen bijdrage gaat omhoog.</li> <li>3. Krimpemde budgetten</li> <li>4. Plaatsbaarheid medewerkers op andere functies bij krimp zowel intern als extern</li> </ol>

<b>Particuliere zorg Hbh</b>	
<b>Sterkte (intern)</b>	<b>Zwakte (intern)</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. LZG is onderscheidend in de markt (identiteit, warme bemiddeling).</li> <li>2. Motivatie voor particuliere dienstverlening is groot in de regio's.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lzg loopt achter op andere partijen: vb. er zijn al gidsen ontwikkeld</li> <li>2. Geen ervaring met werken ZZP-contractie/ arbeidsrechtelijke situatie/ administratieve procedures. Bij team 24-uurszorg hebben we wel enige ervaring. Die expertise (+ dat team) zouden we meer moeten benutten.</li> <li>3. Geen totaal aanbod van zorg en dienstverleningsproducten door LZG (ontzorgen)</li> </ol>
<b>Kansen (extern)</b>	<b>Bedreigingen (extern)</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. WMO verschaalt of verdwijnt voor HH1; huishoudelijke hulp naar voorliggende voorzieningen; klanten vragen om (aanvullend) particulier aanbod. (Kan ook bedreiging zijn ('zwarte markt')</li> <li>2. Steeds meer gemeenten vragen particulier aanbod als voorwaarde voor deelname aan aanbesteding WMO</li> <li>3. Kerkelijke - en buurtinitiatieven en bestaande vrijwilligersorganisaties</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Veel concurrentie irt kostendekkend tarief</li> <li>2. Toekomstbestendigheid.</li> <li>3. Gevolgen voor de arbeidsmarkt. Mensen kunnen door lage tarieven onvoldoende inkomen verwerven. Risico dat dit deel van de markt door Oost Europeanen wordt gedaan, is groot. Gevolgen voor de kwaliteit en aansluiting met andere zorgvormen.</li> </ol>

<b>Zorgpartners</b>			
	Kleinschalig WZC	Maatschappelijke opvang	Thuiszorg
<b>Sterkte</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sterk lokaal ingebed</li> <li>2. Stabiele doelgroep.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sterk vanuit passie.</li> </ol>	
<b>Zwakte</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Succes te sterk afhankelijk van lokale ondernemer</li> <li>2. Moeilijk zicht op daadwerkelijke kwaliteit</li> <li>3. Voldoen niet aan wet/regelgeving. Vb. Bevoegd/ bekwaam/BOPZ/Wet verbetering poortwachter/uitvoering cao.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Interne organisatie vaak instabiel.</li> <li>2. MO-instellingen kosten veel aandacht. (verschilt per MO-inst.)</li> <li>3. Moeilijk zicht op daadwerkelijke kwaliteit. (Daarom 1x of 2x per jaar scans. idem bij MO en Thuiszorg)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Moeilijk zicht op daadwerkelijke kwaliteit</li> </ol>
<b>Kansen</b>			<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meer flexibiliteit in lokale mogelijkheden</li> </ol>
<b>Bedreigingen</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Missers risicovol voor Lelie zorggroep</li> <li>2. Creëren eigen concurrentie</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Missers risicovol voor Lelie zorggroep.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kan EMZ van Lelie zorggroep lokaal bedreigen</li> <li>2. Missers risicovol voor Lelie zorggroep</li> </ol>

<b>Mantelzorg/ informele zorg</b>	
<b>Sterkte (intern)</b>	<b>Zwakte (intern)</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Veel aandacht voor mantelzorg, er is een productmanager mantelzorg en informele zorg.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Medewerkers (zowel IMZ als EMZ) nog niet voldoende toegerust om de mogelijkheden van informele zorg te exploreren en de mantelzorg te faciliteren.</li> <li>2. Doorvertaling/bekendheid mantelzorg in eigen beleid naar eigen medewerkers</li> <li>3. Onvoldoende visie/ overtuiging bij medewerkers om mantelzorgers een rol te geven</li> </ol>
<b>Kansen (extern)</b>	<b>Bedreigingen (extern)</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Participatiesamenleving/ transitie in de zorg: toenemende inzet nodig van mantelzorgers en vrijwilligers.</li> <li>2. Wmo 2015: gemeenten zijn verantwoordelijk voor ondersteuning van mantelzorgers.</li> <li>3. Sterke cultuur van mantelzorg onder christenen.</li> <li>4. Verbinding met kerken.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tekort aan mantelzorgers en vrijwilligers dreigt, bij toenemende vraag.</li> </ol>

## **Bijlage 2. Begroting SLZ 2016**