

Conceptdatum	28-3-2018
Datum vaststelling Bestuur	24-7-2018
Datum vaststelling RvC	24-7-2018
<del>Datum bespreking CR</del>	<del>Klik of tik om een datum in te voeren.</del>
<del>Datum bespreking OR</del>	<del>Klik of tik om een datum in te voeren.</del>
<del>Datum indienen overheid</del>	<del>Klik of tik om een datum in te voeren.</del>
<del>Datum publicatie website</del>	<del>Klik of tik om een datum in te voeren.</del>

## Inhoud

Samenvatting .....	3
Inleiding .....	4
DZN algemeen .....	4
DZN in cijfers.....	5
Plannen en ontwikkelingen 2017.....	6
Resultaat 2017.....	8
Interne en externe visitatie.....	8
Bouwsteen 1 .....	9
Kwaliteit van het zorgproces rond de individuele cliënt. ....	9
Eigen regie cliënten .....	12
Bouwsteen 2 .....	13
Ervaring cliënten .....	13
Bouwsteen 3 .....	17
Betrokken en vakbekwame medewerkers.....	17
Geprioriteerde ontwikkelpunten .....	20
Bronnenlijst.....	21
Bijlage 1 Bevindingen interne samenspraak .....	22
Bijlage 2 Bevindingen interne visitatie .....	23

## Samenvatting<sup>1</sup>

Het belangrijkste punt voor DZN in 2017 was de vraag: Hoe waarborg je de kwaliteit in een jonge, groeiende organisatie? DZN werkt aan de kwaliteit door veel aandacht te besteden aan de relatie tussen de cliënt en de begeleider. Hierbij is het belangrijk dat de cliënt zijn wensen duidelijk kan maken en zoveel mogelijk zelfstandig leert doen. Zo helpt het nieuwe inventarisatieformulier bij het bepalen wat belangrijk is voor het zorgplan. Ten aanzien van de eigen regie voldoet DZN aan bijna alle eisen vanuit het kwaliteitskader gehandicaptenzorg. Alleen zijn er nog te weinig mogelijkheden voor zeggenschap van cliënten op locatieniveau. Het formele medezeggenschap wordt momenteel georganiseerd via de hoofdaannemer en geeft te weinig ruimte voor de lokale cliënten om van invloed te zijn.

Vanaf eind 2017 is DZN bezig met het opzetten van het kwaliteitssysteem. Hiervoor zijn de beleidstukken opnieuw geschreven. De kwaliteitsdoelstellingen zijn gebaseerd op het beleid en de doelen die DZN daarmee wilt bereiken. Omdat de medewerkers erg belangrijk zijn voor de organisatie worden ook zij meer betrokken en krijgen ze een grotere invloed op de organisatie. Sinds begin 2018 wordt er planmatig gewerkt aan de ontwikkeling van DZN en is de eerste beleidscontrole geweest. De resultaten laten zien dat er voor DZN nog voldoende ruimte is voor ontwikkeling. Vooral door vaker te evalueren kan sneller bijgestuurd worden.

De cliënten zijn volgens het ervaringsonderzoek positief over de begeleiding. Ook het rapportcijfer voor wonen is hoog. Dagbesteding en vrijetijdsbesteding vinden ze nog niet voldoende. Cliënten moeten beter op de hoogte gehouden worden over wat er gerapporteerd wordt. De oplossing hiervoor is naast de cliënt zitten tijdens het rapporteren en ze de mogelijkheid geven om in hun eigen dossier te kijken. Daarnaast gaan de begeleider actiever op zoek naar een combinatie van vrijetijdsbesteding en/of dagbesteding en het netwerk. Over het algemeen zijn de cliënten binnen DZN erg tevreden over de zorg die ze ontvangen.

De medewerkers zijn vooral tevreden over de openheid en veiligheid binnen het team. Ze hebben vertrouwen in elkaar en vinden hun collega's oprecht. Een verbeterpunt is het overnemen in plaats van stimuleren van cliënten. Daarnaast valt op dat de zorgmijders nog te weinig gezien worden. Een ander punt is de balans tussen het stellen van grenzen en het flexibel zijn. Het is daarbij niet altijd duidelijk wat de juiste keuze is wat voor dilemma's kan zorgen.

De medewerkers zijn zich bewust van hun valkuilen en ontwikkelpunten. Met verschillende verbeterpunten worden op teamniveau aangepakt en vervolgens periodiek geëvalueerd.

---

<sup>1</sup> Dit jaar is er geen cliëntenversie opgesteld maar is geprobeerd om de samenvatting begrijpelijk op te stellen voor alle lezers.

## Inleiding

De doelstelling van de kwaliteitsrapportage is gericht op het ontwikkelen van een geobjectiverde jaarlijkse overzichtswaard van de kwaliteit binnen de organisatie. Extern is het een middel voor transparantie en voor verantwoording. Het rapport tracht een verbinding te brengen tussen het zorgproces rond de individuele cliënt, het cliënt ervaringsonderzoek en de interne reflecties. De rapportage schetst een beeld van het verleden vanuit het referentiekader van het heden. Dat geeft de mogelijkheid om oorzaak en gevolg vanuit verschillende perspectieven aan elkaar te koppelen waar dat ten tijde van de ontwikkelingen vaak nog niet mogelijk is. Tevens is het een startpunt voor nieuwe ontwikkelplannen.

## DZN algemeen

Directe Zorg Nijmegen (DZN) is een jonge organisatie voor mensen met uiteenlopende zorg- en ondersteuningsvragen in de regio Nijmegen. Stapsgewijs werken wij samen met onze cliënten aan het benutten van hun talenten en het vergroten van de keuzemogelijkheden in een complexe samenleving. We richten ons specifiek op jongvolwassenen die om allerlei redenen niet goed 'passen' in het aanbod van 'reguliere' (grotere) zorgaanbieders. Directe Zorg werkt aan het activeren en motiveren van cliënten op de leefgebieden wonen, werken, onderwijs en (arbeidsmatige) dagbesteding. Onze focus daarbij is steeds gericht op het vergroten van inclusie, participatie en zoveel mogelijk zelfstandigheid. De doelgroep kenmerkt zich in de meeste gevallen door jongeren met een lage intelligentie, zonder (of onvoldoende) opleiding, slecht in beeld bij zorg- en/of onderwijsinstellingen en waarbij de ouders in veel gevallen een beperkende factor vormen voor de ontwikkeling.

De kleinschaligheid, flexibiliteit en laagdrempeligheid van DZN maken het accepteren van zorg en ondersteuning eenvoudiger voor de jongeren én hun ouders. Er wordt dan ook gewerkt vanuit een overtuiging dat deze groep cliënten met de juiste ondersteuning meer zelfstandigheid kan bereiken.

De **visie** van DZN is dat zorg en ondersteuning op maat toegankelijk moet zijn voor iedereen, ongeacht culturele achtergrond, leefstijl of andere kenmerken. Zelfregie en het benutten van eigen kracht zijn leidend om volwaardig te kunnen participeren in een complexe samenleving.

De **missie** van DZN is het bieden van concrete maatwerkoplossingen voor jongvolwassenen met uiteenlopende zorg- en ondersteuningsvragen in de regio Nijmegen. Stap voor stap werken wij samen met onze cliënten aan het benutten van hun eigen talenten en het vergroten van hun keuzemogelijkheden. Het uiteindelijke doel hierbij is het zo zelfstandig mogelijk wonen, leren en werken.

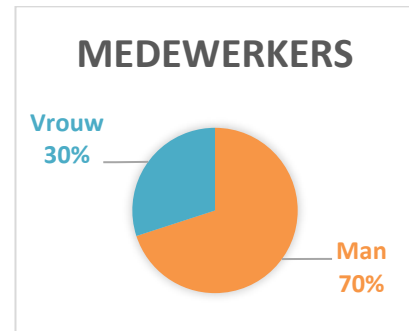
## DZN in cijfers

Directe Zorg Nijmegen B.V. / Kerkenbos 1051 1.09 / 6546 BB Nijmegen / KVK nummer 67275974

### Medewerker gegevens

(peildatum 02-01-2018)

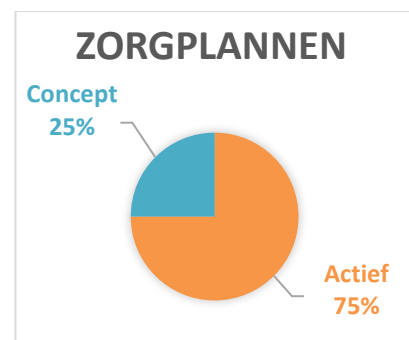
Totaal aantal medewerkers	10
Totaal aantal FTE	8,77
VOG percentage	100%
Verzuim percentage	0%
Scholings niveau	MBO 30% / HBO 70%
Gemiddelde leeftijd	30.54
Gebruikt scholingsplan budget 2017	83%



### Cliënt gegevens

(peildatum 02-01-2018)

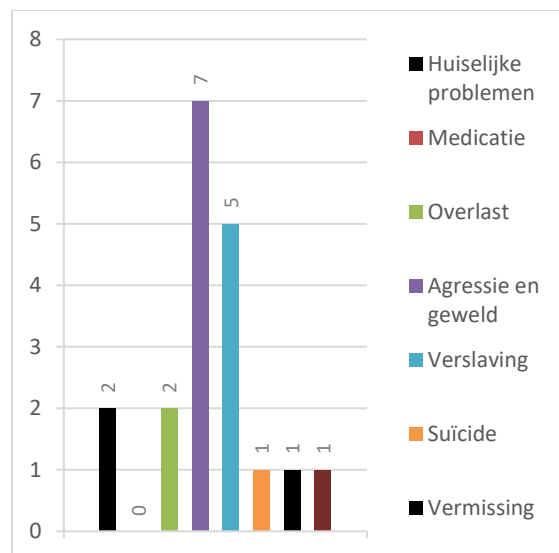
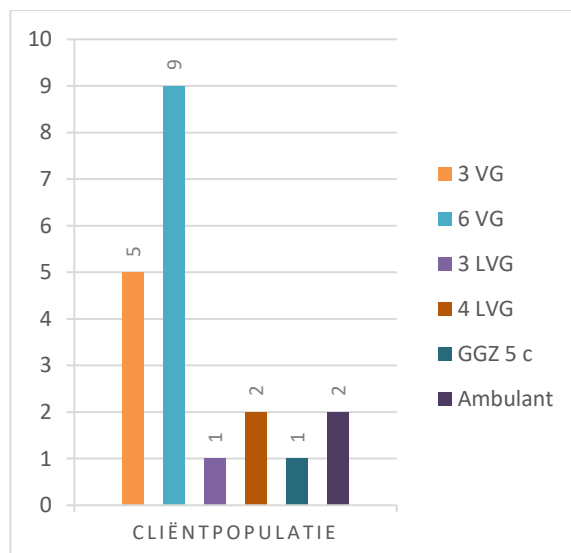
Totaal aantal cliënten	20
Ondertekende zorgplannen	79%
Risico inventarisaties (niet ouder dan 12 maanden)	95%



### Kwaliteitsgegevens

(peildatum 02-01-2018)

MIC meldingen	20
Aantal klachten	0



## Plannen en ontwikkelingen 2017

De ambitie voor 2017 was het verder ontwikkelen van DZN in zowel kwalitatieve als kwantitatieve zin. Omdat het voor DZN in 2017 nog niet nodig was om met een vooropgezet meerjarenplan te werken heeft het bestuur gekozen voor een opkomende strategie. Het iteratieve proces van concipiëren en handelen biedt ruimte voor opportunisme, flexibiliteit, ondernemerschap en continue ontwikkeling. Gezien de omvang en de mogelijkheden van deze manier van werken was dat terugblikkend een goede keuze. Op 1 juli 2017 is het project Next van start gegaan waarmee de organisatie met 18 plekken is gegroeid. Die ontwikkeling heeft ervoor gezorgd dat er meer personeel aangetrokken moest worden en dat (het richting geven aan) kwaliteit een belangrijke thema werd binnen de organisatie. De belangrijkste vraag daarbij was: Hoe waarborg je de kwaliteit in een jonge, groeiende organisatie? Vanaf Q4 2017 is om die reden meer nadruk komen te liggen op het ontwikkelen van een kwaliteitssysteem. Binnen een dergelijk systeem staat kwaliteit en de definitie daarvan centraal. DZN definieert kwaliteit als de mate waarin de dienst voldoet aan de (wettelijke) eisen en aan de (on)uitgesproken verwachtingen van belanghebbenden en de samenleving. Kwaliteit van zorg zit in de relatie tussen cliënt en medewerkers en de bijdrage die de medewerker levert aan het geluk van de cliënt. Vanuit die grondslag zijn de wettelijke kaders opnieuw in beeld gebracht en de uitgangspunten die het onderscheidend vermogen van de organisatie bepalen scherp gesteld. Naar aanleiding daarvan is het beleid herschreven en gekozen voor een nieuwe strategie waarbij verantwoordelijkheid van het personeel een belangrijk item was. Voor het ontwikkelen van verantwoordelijkheid en toewijding bij het personeel gaat DZN uit van vier principes:

- Duidelijke doelen stellen;
- delegeren van bevoegdheden en verantwoordelijkheden;
- gewenste output en uitkomsten identificeren en resultaten meten;
- verantwoordelijk maken voor de resultaten.

Om dit te bewerkstelligen is er in gezet op een planmatige manier van werken dat als voornaamste voordelen heeft: het bieden van richting, het sturen op doelcongruentie en het werken met een programma. De kwaliteitsdoelstellingen binnen DZN zijn een vertaling van het opgestelde beleid in SMART termen.

DZN streeft een hoge kwaliteit van leven voor de cliënten na met een zo regelarm mogelijke manier van organiseren. Communicatie is hierbij een noodzakelijke randvoorwaarde. De overlegstructuur binnen DZN kenmerkt zich door de samenkomst van verschillende disciplines en een overlappende structuur. De besluitvorming wordt afgestemd op de mate van invloed op de omgeving, hoe groter de impact hoe breder het besproken moet worden binnen de organisatie. Daarnaast zorgt de PDCA cyclus voor een systematische en cyclische manier van werken die op verschillende lagen binnen de organisatie terug komt waardoor de organisatie continu in ontwikkeling blijft. Hieronder een overzicht van de verschillende PDCA instrumenten gebruikt binnen DZN.

<b>Plan</b>	<i>Meerjarenbeleidsplan</i> Het meerjarenbeleidsplan vormt de strategische basis voor de daarop volgende plannen binnen de organisatie. Het plan wordt onder andere opgebouwd uit de informatie verzameld in de jaarlijkse kwaliteitsrapportages. Vanuit het bestuursoverleg worden strategische en tactische doelen opgesteld die in overleg met de raad van commissarissen en eventueel de ondernemingsraad of personeelsvertegenwoordiging wordt vastgesteld. Het eerste plan wordt in Q1 2018 opgesteld. <i>Periodieke ontwikkelplannen</i> Het meerjarenbeleidsplan dient als basis voor de ontwikkelplannen die periodiek worden opgesteld waarbij de vertaalslag van strategisch/tactisch naar operationeel beleid wordt gemaakt. De concretisering van de doelstellingen wordt periodiek besproken met de medewerkers tijdens het reflectieoverleg waarin de ontwikkelplannen voor de komende periode worden vastgesteld.
<b>Do</b>	<i>Rapportages</i> Rapportages dienen als belangrijk communicatiemiddel tussen de collega's en ondersteunen de continuïteit en kwaliteit van zorg. Daarnaast kan je door goed te rapporteren terug kijken op hoe en waarom iets op een bepaalde manier is gegaan. <i>Incidentmeldingen</i>

Om de cliëntveiligheid te verbeteren is het onder meer van belang incidenten te melden, te analyseren en zo nodig naar aanleiding daarvan verbetermaatregelen te treffen zodat herhaling voorkomen kan worden. Het *opsporen van proces- en systeemfouten* staat dus centraal.

#### *Klachten*

Uit onvrede over een bepaalde situatie kunnen klachten ontstaan. In alle gevallen hebben de cliënten de mogelijkheid deze klachten te uiten en bespreekbaar te maken. Ook deze data wordt periodiek beoordeeld en draagt bij aan de procesontwikkelingen binnen de organisatie.

#### **Check** *Incidentmelding trend analyse*

Periodiek zit een multidisciplinaire team in de vorm van een commissie bij elkaar om de afgelopen incidentmeldingen te bespreken om eventuele proces- en/of systeemfouten te achterhalen. De resultaten van de analyse en de eventuele adviezen worden periodiek tijdens het reflectie overleg besproken.

#### *Kwaliteitsmonitor*

In de kwaliteitsmonitor staan de normen zoals gesteld vanuit de WKKGZ en nagestreefd vanuit het kwaliteitskader gehandicaptenzorg. De kwaliteitsmonitor wordt gebruikt om de norm met de realiteit binnen de organisatie te vergelijken. De monitor wordt gebruikt bij interne audits en bij bestuursoverleggen.

#### *Interne en externe audits*

Om de kwaliteit te meten wordt er gebruik gemaakt van zowel interne als externe audits. In het geval van een interne audit gaat een kwaliteits- en procesmedewerker in gesprek met verschillende medewerkers uit verschillende lagen van de organisatie en toetst in hoeverre er wordt voldaan aan alle normen. Tijdens een externe audit worden de visitatie eisen vanuit het kwaliteitskader gehandicaptenzorg gehandhaafd.

#### *Cliënt ervaringsonderzoek*

Het onderzoek wordt minimaal eens in de 3 jaar uitgevoerd met een erkend onderzoeksinstrument. De resultaten geven inzicht in de beleving van cliënten en zijn leidend voor het bepalen van ontwikkelpunten binnen de organisatie.

#### *Medewerkers tevredenheidsonderzoek*

Het medewerker tevredenheidsonderzoek (MTO) wordt net als het cliënt onderzoek minimaal eens per 3 jaar uitgevoerd en geeft inzicht in de contextuele factoren en beleving die van invloed zijn op de inzet van medewerkers.

#### *Document management systeem*

Het DMS binnen DZN geeft de laatste wijzigingsdatum en het laatste besproken moment aan.

#### *Kwaliteitsrapportage*

De kwaliteitsrapportage is een jaarlijkse samenvatting van alle bevindingen ontwikkelingen gerelateerd aan de organisatie. Daaruit voortvloeiend komen de ontwikkelpunten voor het komende jaar.

#### **Act** *Reflectie overleg*

Het reflectie overleg staat in het teken van periodieke zelfreflectie aan de hand van vastgestelde thema's en leidt tot ontwikkelpunten voor kwaliteitsverbetering en het opstellen van een verbeterplan.

#### *Team- en cliëntoverleg*

Het team- en cliënt overleg valt onder de verantwoordelijkheid van de teamleider. Het overleg is gericht op operationele zaken waar de begeleiders mee te maken hebben. In het cliëntgebonden stuk worden problematieke rondom cliënten besproken met als doelstelling het inhoudelijk verbeteren van de kwaliteit van zorg.

#### *Bestuursoverleg*

Een strategisch en tactisch overleg dat voornamelijk gericht is op de ontwikkeling van de bedrijfsvoering.

#### *RVC*

De raad van commissarissen bestaat uit drie externe leden samengesteld op basis van een zo gebalanceerd mogelijk team dat een goede controlefunctie kan uitvoeren ten behoeven van de bedrijfsvoering en de strategische kennisbehoefte van de organisatie.

#### *OR/PVT*

Een bijeenkomst met het personeel of een vertegenwoordiging daarvan waarin de algemene gang van zaken van de onderneming wordt besproken.

#### *Bewonersoverleg*

Het bewonersoverleg bestaat uit alle cliënten die verbonden zijn aan DZN en in gesprek met de organisatie de cliëntbelangen mogen behartigen.

Door de uitkomsten van de informatie uit de hierboven beschreven bronnen in relatie met elkaar te bekijken ontstaat een helder, levendig zicht op de kwaliteit van dienstverlening en de kwaliteit van bestaan van mensen met een beperking in de langdurige zorg. De output geeft daarmee antwoord op de vragen: wat gaat goed, wat kan beter en wat heeft prioriteit om te verbeteren.

*Tot op heden is DZN een onderaannemer van Pluryn. Op verzoek van het zorgkantoor moeten vanaf 2018 ook de onderaannemers over een WTZI certificering beschikken waardoor het voor DZN noodzakelijk is een ontwikkelslag te maken. De gehanteerde systemen die het kwaliteitsrapport van input moeten voorzien zijn Q4 2017 opgezet en hebben gezien de beperkte periode nog niet voldoende output gegenereerd om het kwaliteitsrapport volledig te laden. Ook de visitaties volgens de richtlijnen van de kwaliteitskaders gehandicaptenzorg behoorde tot voorkort niet tot de verplichtingen. Dit verslag is dan ook niet bedoeld als communicatiemiddel maar doet dienst als basis voor de aankomende verplichting.*

## Resultaat 2017

### Interne en externe visitatie

In 2017 hebben er geen interne of externe visitaties plaatsgevonden. Omdat de interne visitatie voor het eerst in het begin van 2018 heeft plaats gevonden worden deze bevinding voor de kwaliteitsrapportage van 2017 gebruikt.

### Bevindingen

- Vanuit de interne audit is gebleken dat met name het onderwerp veiligheid nog niet scherp is bij de medewerkers. Zo is er geen parate kennis aanwezig van hoe te handelen in specifieke situaties. Dit betreft de protocollen rondom: BHV, grensoverschrijdend gedrag en huiselijk geweld.
- In het kader van de MIC meldingen is nog niet duidelijk wanneer er wat gemeld moet worden. Daardoor is het MIC systeem nog onvoldoende van waarde.
- Er is nog geen klachtenregeling, vertrouwenspersoon en/of klokkenluiderregeling beschikbaar voor het personeel. Deze procedures zijn dan ook niet bekend bij de medewerkers.
- De medicatieveiligheid is wordt nog onvoldoende gewaarborgd omdat het bij het personeel nog niet voldoende onder de aandacht is.
- Het kwaliteitssysteem is voor de medewerkers niet overzichtelijk. Wel weten de medewerkers hoe ze aan de kwaliteit werken.
- Als ontwikkelpunt is:
  - Omgaan met tijdsdruk om kwalitatief te rapporteren en over te dragen.
  - Eenduidige communicatie naar de cliënten toe en vanuit de geïnterviewde is er om die reden behoefte aan huisregels.
- De zorgprocedure is nog niet scherp en vraagt om verdere verduidelijking om een beter begrip te hebben van het totaal proces.
- Met betrekking tot het betrekken van de cliënten bij de zorg en ze de autonomie geven kunnen de medewerkers een duidelijk beeld geven van verschillende instrumenten die zij inzetten. Beleid is hierbij nog steeds niet helemaal scherp.
- De rapportages worden nog niet in lijn met de methode uitgevoerd!
- Er is een behoefte aan scholing over de doelgroep en kennis over de administratieve en maatschappelijke ondersteuning van de cliënten.
- Vrijheidsbeperking beleid is nog niet bekend bij de medewerkers.

### Aanbevelingen vanuit het team

1. Een aandacht functionaris medicatie die structureel beleidspunten onder de aandacht brengt.



2. Om beleid onder de aandacht te brengen is er behoefte aan het gepland lezen en bespreken in de vorm van casuïstiek.
3. De verschillende procedures wil de begeleiding graag tastbaar en zichtbaar hebben. De KPM print ze uit hangt ze op.
4. Ten aanzien van het zorgproces zorgen alle PB'ers er voor dat ze voor het volgend overleg de 6 en 12 maanden evaluatie in de agenda hebben staan.

## Bouwsteen 1

### Kwaliteit van het zorgproces rond de individuele cliënt.

#### Werkwijze

*Ondersteuning op maat en het bieden van concrete maatwerk oplossingen* zijn onderdelen van de missie en visie van de organisatie. Deze uitgangspunten zijn bepalend voor de kwaliteit van het zorgproces rond de individuele cliënt. Om dit te bewerkstelligen legt de organisatie veel nadruk op de bejegening. De gehanteerde methodiek gaat uit van de gezonde kant van de cliënt en richt zich voornamelijk op het ontwikkelen en onderhouden van een *goede relatie op betrekkningsniveau* waardoor de cliënt de regie houdt en in principe zelf bepaalt waar de hulpverlening uit bestaat (Appelo, z.j.). De belangrijkste vragen zijn dus gericht op hoe iemand, gegeven zijn/haar kwetsbaarheid, zo goed mogelijk met het (dis)functioneren kan omgaan. De actor is niet de cliënt maar de persoon achter de symptomen, die met behulp van zijn gezonde kwaliteiten het 'cliënt zijn' moet hanteren.

#### Boks-Bant methode - boks niet, maar ontwikkel een bant

Boksen staat niet alleen voor een methode waarbij het erop aankomt wie de sterkste is, maar vormt ook een acroniem voor vier ongewenste technieken: betutteling, over bezorgdheid, kritiek en straf. 'Bant' staat voor het aangaan van een relatie, maar ook voor vier gewenste technieken: bekrachten van gezondheid, assertief communiceren, (zoveel mogelijk) negeren van psychopathologie en time-out nemen door hulpverleners (Appelo, z.j.).

Middels het bejegeningbeleid streeft DZN een ondersteuningsklimaat na dat gericht is op het scheppen van omstandigheden en (rand)voorwaarden voor een optimale situatie om te komen tot een positief gevoel van: welbevinden, groei en ontwikkeling. Kernwoorden hierbij zijn: *Gezondheid, respect, autonomie en grenzen*.

<b>Gezondheid</b>	De boks-bant methodiek heeft als doel dat de cliënt zich met zo min mogelijk professionele zorg kunnen handhaven. Vanuit het oogpunt van gezondheid wordt er onder andere gelet op taakomschrijving (gewoon doen als bekrachtiger inzetten), aandacht (belonen van positieve aandacht) en oplossingsgerichtheid (versterken en uitbreiden van het gezonde gedragsrepertoire).
<b>Respect</b>	Respectvolle bejegening is van belang voor het accepteren en herkennen van eigen kwetsbaarheden. Hierbij spelen voornamelijk het serieus nemen van de cliënt, afstemming met de cliënt en op zijn of haar belevingswereld en gelijkwaardigheid tussen de begeleider en cliënt een belangrijke rol.
<b>Autonomie</b>	Autonomie kenmerkt zich door het zeggen wat je doet en doen wat je zegt als begeleider. Hierbij is het van groot belang dat de afspraken worden nagekomen, de cliënt de ruimte krijgt voor eigen regie en de eventuele afspraken/regels in samenspraak worden opgesteld.
<b>Grenzen</b>	De grenzen staan voor aangeven van onbegrepen gedrag en het voorkomen van toekomstige escalaties en het hanteren van een modelfunctie vanuit de begeleiding ten aanzien van dergelijk gedrag.

De kernwoorden en hun achterliggende invulling dienen als vertrekpunt voor de zorgsystematiek. Daarnaast is het belangrijk dat de cliënt zijn wensen duidelijk kan maken en professionals er alles aan

doen om hierachter te komen. Aansluitend op het kwaliteitskader gehandicaptenzorg moet de geboden zorg ondersteunend zijn aan de kwaliteit van bestaan van de cliënt. Hier wordt aan gewerkt door aandacht te besteden aan alle domeinen van het leven die voor de cliënt belangrijk zijn. Daarnaast wordt er gewerkt vanuit eigen regie van de cliënt om die doelen na te streven die hij/zij voor ogen heeft. De zorg moet daarbij zo georganiseerd worden dat de cliënt een persoonlijk arrangement krijgt dat is afgestemd op zijn/haar behoeften. Het zorgplan helpt daarbij om samen te bepalen 'wat belangrijk is' omdat het inzicht geeft in de mogelijkheden en beperkingen van de persoon, het alertheid creëert ten aanzien van gezondheidsrisico's en het dienst doet als kapstok voor een dialoog over iemands kwaliteit van bestaan. Concreet wordt hier vorm aangegeven doormiddel van een inventarisatie formulier waarbij de nadruk ligt op het versterken van eigen regie bij de cliënt in dialoog met de begeleider. Het zorgplan wordt vastgesteld en bevestigd door middel van een handtekening van de cliënt of van zijn/haar vertegenwoordiger. Vervolgens wordt het plan periodiek geëvalueerd en besproken met de cliënt waarna ook weer een handtekening wordt gebruikt ter bevestiging van de bevindingen. Kenmerkend voor de geleverde zorg is dat het een cyclisch en iteratiefproces is.

## **Resultaten en bevindingen**

### *Algemene opmerkingen t.a.v. het ECD*

- Niet alle documenten in het dossier zijn direct herkenbaar.
- Het ECD wordt niet door een ieder op dezelfde manier ingevuld.
- 1 cliënt staat niet in het ECD maar ontvangt wel zorg.

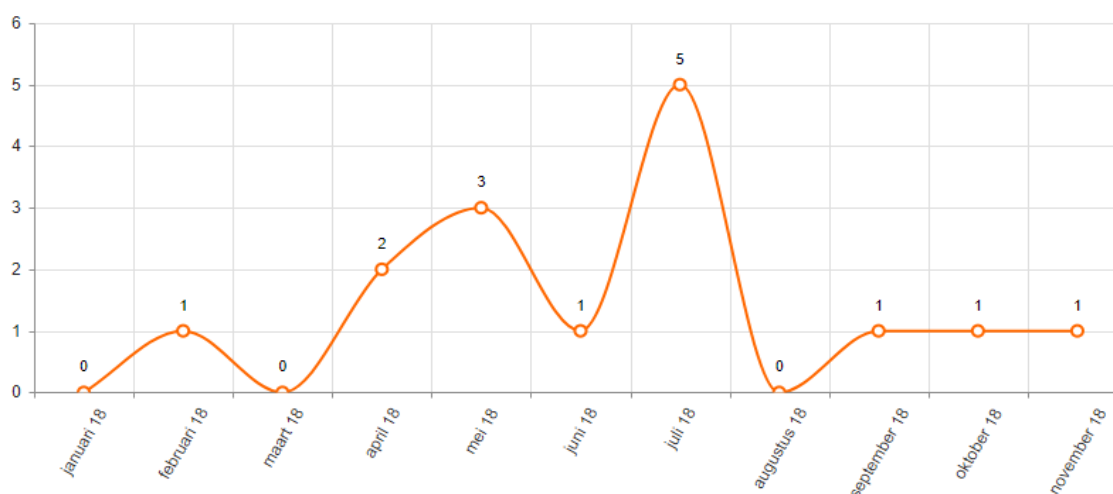
### *Kwaliteitsagenda*

Ten aanzien van de kwaliteitsagenda is DZN bezig met het creëren van een cultuur gericht op een minimale beperkingen van de vrijheid. Daarnaast fungeert Pluryn als achtervang voor complexe zorgvragen, ook is er een gedragsdeskundige in dienst die als eerstelijns-ondersteuning dient voor de begeleiding en verantwoordelijk is voor de inhoudelijk vertaling van het dossier.

Onderwerp	Resultaat	Opmerking
Totaal aantal cliënten (peildatum 02-01-2018).	20	Met de opening van project Next is de organisatie gegroeid.
Van iedere cliënt is er een vastgestelde beeld.	100%	Met de komst van een gedragsdeskundige (01-11-2017) worden de plannen deskundig (her/ge)schreven.
Zorgplannen die tijdig af waren (binnen de 6 weken termijn).	80%	Omdat deze data niet gedurende het hele is bijgehouden jaar, berust dit percentage op de resultaten uit het laatste kwartaal.
Gebruikte inventarisatie formulieren ( <i>niet ouder dan 12 maanden</i> ).	95%	Voor 1 cliënt is geen inventarisatie formulier ingevuld omdat deze cliënt alleen ondersteuning nodig heeft bij zijn administratie. Voor 4 cliënten is het nieuwe formulier gebruikt. Voor de overige is de zelfredzaamheidsmatrix opgesteld.
Aantal signaleringsplannen	0%	Tot op heden is er nog niet gewerkt met signaleringsplannen. Vanaf 2018 wordt dit een vast onderdeel bij iedere risico inventarisatie.
Personalisa gegevens compleet	35%	40% is e-mail bekend 60% staat indicatie erbij 35% heeft contactpersoon informatie Opvallend is dat het gebruik van de vakken door iedereen anders is.
Medicatie gegevens	0%	Bij vrijwel geen enkele cliënt staan de afspraken tussen de cliënt en de DZN. Bij 1 cliënt is (I.S.) is de medicatie met mg gevonden.
Aantal cliënten met een toegewezen PB'er.	100%	Alle cliënten beschikken over een toegewezen PB'er (zie hulpverleners → personalia).
Risico inventarisaties ( <i>niet ouder dan 12 maanden</i> ).	0%	Voorheen werd er gebruik gemaakt van de zelfredzaamheidsmatrix om potentiële risico's in kaart te brengen. Daarvan is nu besloten dat dit niet voldoende is, om die reden is het percentage 0. Sinds Q4 2017 is dit verwerkt in het inventarisatie formulier.
Ondertekende zorgplannen ( <i>niet ouder dan 12 maanden</i> )	79%	3 van de 4 plannen zijn de 6 weken deadline gepasseerd. 1 plan heeft nog 2 weken de tijd (08-01-2018)
Aantal klachten	0	Dit jaar zijn er geen klachten gemeld.

Laatste vastgestelde zorgplan evaluatie is minder dan 12 maanden oud

Plannen met einddatum per maand



## Eigen regie cliënten

### Werkwijze

Het uitgangspunt eigen regie is een belangrijke pijler binnen het zorgplan. Met eigen regie streeft DZN na dat:

- de cliënten **invloed** hebben op wat er wel of niet in hun leven gebeurt, binnen de grenzen van de maatschappelijke aanvaardbaarheid.
- er is aandacht voor is **'kleine' keuzemogelijkheden** in het dagelijks leven, zoals welke muziek iemand mooi vindt of welke kleren iemand wil dragen.
- de cliënten **invloed hebben op belangrijke beslissingen**, bijvoorbeeld over waar ze wonen of wat voor werk of dagactiviteit ze doen.

In de begeleiding wordt hier vorm aangegeven doormiddel van een specifieke bejegeningsmethodiek zoals hierboven beschreven. Ondersteunend hieraan is het zorgplan dat de cliënten houvast moet bieden. Ondersteunend aan het dialoog dat tussen de begeleider en de cliënt gevoerd wordt is het inventarisatieformulier. De onderstaande uitgangspunten zijn impliciet terug te vinden in dat formulier:

- De begeleider toont vertrouwen en vraagt naar de kracht van de cliënt.
- De begeleider ondersteunt bij het in kaart brengen en versterken van de contacten.
- De begeleider helpt de cliënt zijn motivatie te vinden.
- De cliënt is leidend de begeleider volgt.

Het inventarisatieformulier dient als basis voor het zorgplan en heeft als doel aandacht te bieden aan alle domeinen vanuit de eigen regie van de cliënt. Vervolgens wordt het plan periodiek geëvalueerd en besproken met de cliënt waarna ook weer een handtekening wordt gebruikt ter bevestiging van de bevindingen. Kenmerkend voor de geleverde zorg vanuit DZN is dat het een cyclisch en iteratiefproces is tussen de begeleider en de cliënt.

Ook de visie van DZN op vrijheidsbeperking is in lijn met de hierboven beschreven methode die in de basis uitgaat van het aangaan van een relatie (bant) met de cliënt. Hierbij is het **b**ekrachten van gezondheid, **a**ssertief communiceren, (zoveel mogelijk) **n**egeren van psychopathologie en een **t**ime-out nemen door hulpverleners van belang. Zo wordt er ingezet op een preventief beleid ten aanzien van vrijheidsbeperkingen doormiddel van een scholingsplan, risico taxaties en signaleringsplannen, groepssamenstelling, de analyse van incidenten, het werken met deskundig personeel en het structureel reflecteren op de geleverde zorgkwaliteit.

### Bevindingen en resultaten

Ten aanzien van eigen regie voldoet DZN aan bijna alle eisen vanuit het kwaliteitskader gehandicaptenzorg. Alleen zijn er nog te weinig mogelijkheden voor zeggenschap van cliënten op locatieniveau. Het formele medezeggenschap wordt momenteel georganiseerd via de hoofdaannemer. Gezien de omvang van de cliënten populatie is het volgens het LSR ook nog niet verplicht om een formele cliëntenraad op te richten. Maar de afstand ten aanzien van de cliënten is nog vrij groot en daarmee is de directe invloed op de organisatie te klein.

Slechts één cliënt weet momenteel dat er een cliëntenraad is en wat de activiteiten zijn. Op de vraag of inspraak goed geregeld is, is bijna altijd met 'weet niet' beantwoord. Eén cliënt heeft 'nee' geantwoord. Daarnaast geven de meeste cliënten aan niet te weten waar ze terecht kunnen als ze een klacht hebben. Er is ook geen cliënt die zegt wel eens een klacht te hebben ingediend.

### Conclusie

Naar aanleiding van de bevindingen en resultaten concluderen wij dat er binnen DZN nog voldoende ruimte is voor (noodzakelijke) ontwikkeling. De organisatie voldoet nog niet aan alle eisen ten aanzien van de kwaliteitskaders gehandicaptenzorg. Zo zijn de 6 weken voor het realiseren een harde eis en moeten er risico inventarisaties en signaleringsplannen opgesteld worden om zoveel mogelijk risico's te voorkomen. Ook is het belangrijk dat er afspraken gemaakt wordt hoe we willen dat er gewerkt

wordt. Netheid en ordelijkheid zijn daarbij belangrijke kernwaarden. Vanuit het elektronisch cliënten dossier is er data op te vragen om meer zicht te krijgen op de kwaliteit van bestaan van de cliënt. Met de komst van het CTO creëert de organisatie meer zicht op de kwaliteit vanuit de beleving van de cliënt. Door het gebruik van een inventarisatieformulier krijgt de begeleiding meer zicht in de wensen en risico's bij de cliënt.

Kortom, DZN voldoet nog niet aan alle gestelde eisen maar kan ontwikkelstappen maken met name op het gebied van business intelligence waardoor er meer inzicht ontstaat op de status van de ontwikkeling en kwaliteitsverbeteringen en er sneller bijgestuurd kan worden.

Ook in het kader van eigen regie moet DZN zich ontwikkelen. Met name met betrekking tot de medezeggenschap van cliënten zullen er ontwikkelstappen genomen moeten worden. Een uitgangspunt van DZN ten aanzien van de cliënten is om te faciliteren in een zo normaal mogelijk leven. Met het oprichten van een gezamenlijk bewonersoverleg wordt de positie van de cliënten benadrukt wat volgens het bestuur niet alleen positieve effecten heeft. Zo wordt ook verwacht dat de onderlinge bemoeienis zal groeien en zal het gevoel van een "normaal leven" afnemen. Desalniettemin weegt de invloed van de cliënt zwaarder en zal er gezocht worden naar een passende oplossing voor het vormgeven van de medezeggenschap.

## Bouwsteen 2

### Ervaring cliënten

#### Werkwijze

Het uitgangspunt voor het cliëntervaringsonderzoek is de vragenlijst 'Cliënten aan het woord'. Deze is bedoeld voor de inventarisatie van cliëntervaringen in de gehandicaptenzorg. Voor toepassing bij cliënten van DZN is de meest recente basisversie van de vragenlijst gebruikt. In overleg met Ipsos zijn een paar kleine aanpassingen gedaan. Zo is de formulering van de vragen bij het onderwerp 'hulp in huis' aangepast om aan te sluiten bij de vorm van dienstverlening die DZN biedt (meer gericht op ondersteuning van de cliënt bij diens zelfstandigheid, zodat niet gevraagd wordt of 'het eten lekker is', maar of de cliënt voldoende ondersteund wordt bij het boodschappen doen en het eten koken). De vragenlijst is mondeling afgenomen door een interviewer (medewerker van DZN die normaliter niet direct in contact staat met de cliënt). Deze medewerker heeft vooraf een mondelinge en schriftelijke interviewinstructie ontvangen van Ipsos Facto. In totaal zijn 15 van de 19 cliënten van DZN geïnterviewd. Het betreft 13 cliënten die wonen bij DZN en twee ambulante cliënten.

De interviewer heeft middels het evaluatieformulier aangegeven dat 13 interviews (87%) goed bruikbaar zijn. In twee gevallen wordt het interview als 'redelijk bruikbaar' beoordeeld. Daarbij heeft de interviewer de volgende toelichting gegeven:

- *Sommige vragen snapte hij niet (onderdeel inspraak en klachten). Praat gebrekkig Nederlands, maar ik snapte hem wel.*
- *Sommige onderdelen begreep hij niet, omdat hij het niet 'kent'. Hij was moe, vroeg begonnen met werken.*

Het bestand met daarin alle ingevoerde gegevens is geanalyseerd met het statistische programma SPSS. In de analyses zijn eerst van alle individuele vragen de verdeling van de antwoorden uitgedraaid. Daarbij is onderzocht welk deel van de cliënten 'tevreden' is, en waar eventuele verbeterpunten zitten (op basis van aandeel antwoorden 'niet altijd' en 'vaak niet'). Vervolgens zijn de antwoorden bij de open vragen geanalyseerd om inzicht te krijgen in de verbeterpunten die de cliënten zelf naar voren brengen.

## Resultaten en bevindingen

Bij de interpretatie is het raadzaam om rekening te houden met het relatief kleine aantal respondenten. Als gevolg daarvan bepaalt een enkele respondent ongeveer 7% van de antwoordverdeling.

Resultaten	Bevindingen																																																																														
<h3>Begeleiding</h3> <p>Stacked bar chart showing survey results for 'Begeleiding' (Guidance). The x-axis represents percentages from 0% to 100%. The y-axis lists eight items. The legend indicates: green for 'bijna altijd' (almost always), yellow for 'niet altijd' (not always), red for 'vaak niet' (often not), purple for 'weet niet' (don't know), and blue for 'n.v.t.' (not applicable).</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>bijna altijd</th> <th>niet altijd</th> <th>vaak niet</th> <th>weet niet</th> <th>n.v.t.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>begeleiders luisteren goed</td> <td>100%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>begeleiders begrijpen cliënt</td> <td>100%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>begeleiders hebben genoeg tijd</td> <td>93%</td> <td>7%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>begeleiders kennen hulpvraag</td> <td>93%</td> <td>7%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>bij begeleiders terecht kunnen</td> <td>100%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>netwerk betrokken bij begeleiding</td> <td>40%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>60%</td> </tr> <tr> <td>begeleiders ondersteunen keuzes</td> <td>93%</td> <td>7%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>begeleiders stimuleren zelf doen</td> <td>87%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>13%</td> </tr> <tr> <td>begeleiders helpen leren</td> <td>87%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>13%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Stacked bar chart showing survey results for 'Begeleiding' (Guidance) - continued. The x-axis represents percentages from 0% to 100%. The y-axis lists two items. The legend indicates: green for 'bijna altijd' (almost always), yellow for 'niet altijd' (not always), red for 'vaak niet' (often not), purple for 'weet niet' (don't know), and blue for 'n.v.t.' (not applicable).</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>bijna altijd</th> <th>niet altijd</th> <th>vaak niet</th> <th>weet niet</th> <th>n.v.t.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>goede ondersteuning pb'er</td> <td>93%</td> <td>7%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>vaak genoeg contact pb'er</td> <td>93%</td> <td>7%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> </tr> </tbody> </table>	Item	bijna altijd	niet altijd	vaak niet	weet niet	n.v.t.	begeleiders luisteren goed	100%	0%	0%	0%	0%	begeleiders begrijpen cliënt	100%	0%	0%	0%	0%	begeleiders hebben genoeg tijd	93%	7%	0%	0%	0%	begeleiders kennen hulpvraag	93%	7%	0%	0%	0%	bij begeleiders terecht kunnen	100%	0%	0%	0%	0%	netwerk betrokken bij begeleiding	40%	0%	0%	0%	60%	begeleiders ondersteunen keuzes	93%	7%	0%	0%	0%	begeleiders stimuleren zelf doen	87%	0%	0%	0%	13%	begeleiders helpen leren	87%	0%	0%	0%	13%	Item	bijna altijd	niet altijd	vaak niet	weet niet	n.v.t.	goede ondersteuning pb'er	93%	7%	0%	0%	0%	vaak genoeg contact pb'er	93%	7%	0%	0%	0%	<p>De antwoorden hebben betrekking op het stimuleren van zelfstandigheid van cliënten, aandacht voor de cliënten en het ondernemen van activiteiten. Hieronder worden de opmerkingen weergegeven:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cliënt wil meer gestimuleerd worden om geld te sparen.</li> <li>• Dat ze me meer stimuleren om dingen zelf te doen.</li> <li>• Dat ze mij meer serieus nemen. - communicatie tussen begeleiding kan beter. - als ik boos ben moeten ze me even met rust laten i.p.v. gelijk willen praten.</li> <li>• Meer aandacht voor mij - beter luisteren - sneller reageren op mij als ik iets wil doen.</li> <li>• Meer leuke activiteiten ondernemen met de cliënten.</li> </ul>
Item	bijna altijd	niet altijd	vaak niet	weet niet	n.v.t.																																																																										
begeleiders luisteren goed	100%	0%	0%	0%	0%																																																																										
begeleiders begrijpen cliënt	100%	0%	0%	0%	0%																																																																										
begeleiders hebben genoeg tijd	93%	7%	0%	0%	0%																																																																										
begeleiders kennen hulpvraag	93%	7%	0%	0%	0%																																																																										
bij begeleiders terecht kunnen	100%	0%	0%	0%	0%																																																																										
netwerk betrokken bij begeleiding	40%	0%	0%	0%	60%																																																																										
begeleiders ondersteunen keuzes	93%	7%	0%	0%	0%																																																																										
begeleiders stimuleren zelf doen	87%	0%	0%	0%	13%																																																																										
begeleiders helpen leren	87%	0%	0%	0%	13%																																																																										
Item	bijna altijd	niet altijd	vaak niet	weet niet	n.v.t.																																																																										
goede ondersteuning pb'er	93%	7%	0%	0%	0%																																																																										
vaak genoeg contact pb'er	93%	7%	0%	0%	0%																																																																										
<h3>Wonen</h3> <p>Stacked bar chart showing survey results for 'Wonen' (Living). The x-axis represents percentages from 0% to 100%. The y-axis lists four items. The legend indicates: green for 'bijna altijd' (almost always), yellow for 'niet altijd' (not always), red for 'vaak niet' (often not), purple for 'weet niet' (don't know), and blue for 'n.v.t.' (not applicable).</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>bijna altijd</th> <th>niet altijd</th> <th>vaak niet</th> <th>weet niet</th> <th>n.v.t.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>fijn huis</td> <td>87%</td> <td>13%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>veilig in huis</td> <td>100%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>leuke woonplaats</td> <td>87%</td> <td>13%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>huis past bij cliënt</td> <td>87%</td> <td>13%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> </tr> </tbody> </table>	Item	bijna altijd	niet altijd	vaak niet	weet niet	n.v.t.	fijn huis	87%	13%	0%	0%	0%	veilig in huis	100%	0%	0%	0%	0%	leuke woonplaats	87%	13%	0%	0%	0%	huis past bij cliënt	87%	13%	0%	0%	0%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cliënten oordelen positief over hun huis. Het vaakst zijn ze positief over de veiligheid in huis.</li> <li>• Er zijn niet veel negatieve ('vaak niet') antwoorden gegeven, alleen bij de vraag over de woonplaats en de aanpassingen in huis is dit antwoord door één cliënt gegeven</li> <li>• Twee cliënten (17%) antwoorden 'niet altijd' op de vraag of ze een fijn huis hebben.</li> </ul>																																																
Item	bijna altijd	niet altijd	vaak niet	weet niet	n.v.t.																																																																										
fijn huis	87%	13%	0%	0%	0%																																																																										
veilig in huis	100%	0%	0%	0%	0%																																																																										
leuke woonplaats	87%	13%	0%	0%	0%																																																																										
huis past bij cliënt	87%	13%	0%	0%	0%																																																																										
<h3>Hulp in huis</h3> <p>Stacked bar chart showing survey results for 'Hulp in huis' (Help in home). The x-axis represents percentages from 0% to 100%. The y-axis lists four items. The legend indicates: green for 'bijna altijd' (almost always), yellow for 'niet altijd' (not always), red for 'vaak niet' (often not), purple for 'weet niet' (don't know), and blue for 'n.v.t.' (not applicable).</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>bijna altijd</th> <th>niet altijd</th> <th>vaak niet</th> <th>weet niet</th> <th>n.v.t.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ondersteuning boodschappen</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>ondersteuning koken</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>ondersteuning schoonmaken</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>ondersteuning onderhoud</td> <td>50%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>50%</td> </tr> </tbody> </table>	Item	bijna altijd	niet altijd	vaak niet	weet niet	n.v.t.	ondersteuning boodschappen	0%	0%	0%	0%	100%	ondersteuning koken	0%	0%	0%	0%	100%	ondersteuning schoonmaken	0%	0%	0%	0%	100%	ondersteuning onderhoud	50%	0%	0%	0%	50%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De eerste drie vragen zijn door ten minste driekwart van de respondenten met 'n.v.t.' beantwoord.</li> <li>• De vraag over het onderhoud (hulp als er iets stuk is in huis) is door driekwart van de cliënten wel beantwoord. Niet alle cliënten zijn hierover positief, twee cliënten (17%) kiezen het negatieve antwoord en een derde vindt dat dit 'beter kan'.</li> <li>• Ook bij het onderwerp schoonmaak van het huis zijn twee cliënten niet (altijd) positief.</li> </ul>																																																
Item	bijna altijd	niet altijd	vaak niet	weet niet	n.v.t.																																																																										
ondersteuning boodschappen	0%	0%	0%	0%	100%																																																																										
ondersteuning koken	0%	0%	0%	0%	100%																																																																										
ondersteuning schoonmaken	0%	0%	0%	0%	100%																																																																										
ondersteuning onderhoud	50%	0%	0%	0%	50%																																																																										
<h3>Beslissen en huisregels</h3> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Vind je dat:</th> <th>bijna altijd</th> <th>niet altijd</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>9. Je genoeg te zeggen hebt over hoe jij de dag invult (wat je gaat doen, wanneer je iets doet)?</td> <td>92</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>10. Je genoeg te zeggen hebt over wanneer je gaat slapen en wanneer je op staat?</td> <td>100</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>11. Je genoeg te zeggen hebt over hoe jij je lichaam verzorgt (bijvoorbeeld douchen, tandenpoetsen en schone kleren)?</td> <td>100</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>12. Je genoeg te zeggen hebt over waar je je geld aan uitgeeft?</td> <td>100</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>	Vind je dat:	bijna altijd	niet altijd	9. Je genoeg te zeggen hebt over hoe jij de dag invult (wat je gaat doen, wanneer je iets doet)?	92	8	10. Je genoeg te zeggen hebt over wanneer je gaat slapen en wanneer je op staat?	100	-	11. Je genoeg te zeggen hebt over hoe jij je lichaam verzorgt (bijvoorbeeld douchen, tandenpoetsen en schone kleren)?	100	-	12. Je genoeg te zeggen hebt over waar je je geld aan uitgeeft?	100	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zoals uit de tabel blijkt zijn de cliënten bijna altijd positief over zeggenschap. Alleen bij de eerste vraag (zeggenschap over invullen van de dag) heeft een cliënt 'niet altijd' geantwoord.</li> <li>• Als er iets stuk is in huis: sneller oppakken - stankoverlast in portiek, wietlucht.</li> <li>• Folie op mijn ramen (veel inking van de overkant).</li> <li>• Ik wil graag samen wonen met mijn zus in een eengezinswoning (zoals het eerst was). Het appartement vind ik te klein. Sneller hulp als er iets kapot is in huis.</li> <li>• Meer hulp bij schoonmaken, meer hulp als er iets kapot is in huis.</li> </ul>																																																															
Vind je dat:	bijna altijd	niet altijd																																																																													
9. Je genoeg te zeggen hebt over hoe jij de dag invult (wat je gaat doen, wanneer je iets doet)?	92	8																																																																													
10. Je genoeg te zeggen hebt over wanneer je gaat slapen en wanneer je op staat?	100	-																																																																													
11. Je genoeg te zeggen hebt over hoe jij je lichaam verzorgt (bijvoorbeeld douchen, tandenpoetsen en schone kleren)?	100	-																																																																													
12. Je genoeg te zeggen hebt over waar je je geld aan uitgeeft?	100	-																																																																													

- Meer ondersteuning bij het schoonmaken van mijn huis. Last van onderbuur (stank, overlast blowen), vooral in de zomer.

### Dagbesteding en werk

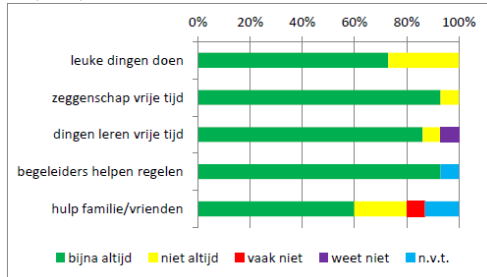
Uit de antwoorden blijkt dat acht cliënten (momenteel) geen dagbesteding of werk heeft. Drie cliënten hebben werk en drie andere gaan naar school. Een cliënt heeft dagbesteding bij de organisatie 'Bij Inge thuis'.

Omdat relatief weinig cliënten de vragen over dagbesteding/werk hebben beantwoord, en de respondenten bovendien geen van allen dagbesteding hebben bij DZN zelf (zodat het ook buiten de invloedssfeer van de organisatie valt) worden de antwoorden op deze vragen beknopt samengevat (geen tabellen en figuren).

Vijf van de zeven respondenten vinden hun dagbesteding, werk of school leuk. Een cliënt vindt het niet altijd leuk en eveneens een cliënt is ontevreden (antwoord 'vaak niet'). Deze cliënt gaat naar school. Ook bij de andere vragen over dagbesteding/werk zien we dat of vijf of zes van de zeven cliënten positief oordelen (71% of 86%). Het gaat dan om aspecten als veiligheid, afwisseling, collega's en nieuwe dingen leren. Alle cliënten vinden hun dagbesteding (of werk, school) belangrijk.

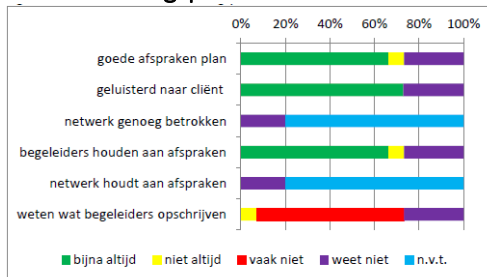
We hebben ook gevraagd naar de begeleiding bij dagbesteding of werk. Vijf van de zeven cliënten (71%) vinden dat ze goed geholpen worden bij hun dagbesteding/werk of school. Bij de vragen of begeleiders goed luisteren en genoeg tijd hebben oordelen zes cliënten (86%) positief. Een cliënt geeft bij alle drie de vragen over begeleiding het negatieve antwoord ('vaak niet'). Dit is dezelfde cliënt die eerder aangaf niet tevreden te zijn over zijn dagbesteding (in dit geval school).

### Vrije tijd



- Cliënt wil graag sporten en minder gamen.
- Ik heb vaak te weinig geld om leuke dingen te doen in mijn vrije tijd.
- Ik wil minder vrije tijd nu; ik wil werken en naar school .
- Meer activiteiten verzinnen, zoals sport.

### Ondersteuningsplan



Acht cliënten hebben bij dit onderwerp een opmerking gemaakt of verbeterpunt genoemd. In relatief veel gevallen heeft de opmerking betrekking op het niet bekend zijn met het ondersteuningsplan of de inhoud ervan. Daarnaast is een paar keer ingegaan op het (willen) weten wat de begeleiders opschrijven/rapporteren:

- *Cliënt wil graag lezen wat er over haar geschreven wordt*
- *Dit onderdeel begreep cliënt niet. Weet wel dat hij aan doelen werkt*
- *Ik weet niet wat het plan is*
- *Ik weet niet wat mijn zorgplan is/inhoudt*
- *Ik wil wel mijn rapportage lezen*
- *Terugkoppeling geven aan cliënt hoe het ervoor staat met een doel. Cliënt inlichten als hij ergens op moet wachten bij een instantie*
- *Weten wat mijn ondersteuningsplan is*
- *Zorgplan/rapportage lezen*

### Klachtenregeling

	JA	NEE	?
1. Weet je dat er een cliëntenraad is?	7	87	7
2. Weet je wat de cliëntenraad doet?	7	87	7
3. Vind je dat de inspraak voor cliënten goed geregeld is?	-	7	93

	JA	NEE	?
1. Weet je bij wie je terecht kunt als je een klacht hebt?	7	87	7
2. Hebt je wel eens een klacht ingediend?	-	93	7
3. Als dat zo is: vind je dat er toen genoeg is gedaan om de klacht op te lossen?	-	-	7

- Cliënt weet wat een cliëntenraad is en doet, maar ze weet niet of DZN een cliëntenraad heeft. Ze wil weten wat de klachtenregeling inhoudt. Kleine klachten meldt ze bij begeleiding, regeling op de website kent ze niet
- Ik wil wel weten wat klachtenregeling inhoudt.
- Ik wil weten wat de klachtenregeling is.
- In het begin duidelijker maken waar je een klacht kunt indienen (ik heb geen klachten).

Hoe tevreden ben je over...	heel tevreden	beetje tevreden	niet altijd tevreden	beetje ontevreden	heel ontevreden
1. Je gezondheid?	7	60	20	7	7
2. De dingen die je doet in je dagelijks leven?	7	60	33	-	-
3. De contacten die je hebt met vrienden en familie?	13	47	20	20	-
4. Het zelf kunnen beslissen en kiezen in je dagelijks leven?	13	73	13	-	-

De cliënten zijn relatief het meest tevreden over het zelf kunnen beslissen in hun dagelijks leven. Relatief het vaakst zijn ze ontevreden over hun contacten met familie en/of vrienden (een vijfde is hierover een 'beetje ontevreden' en een even grote groep 'niet altijd tevreden').

## Conclusie

Zoals uit de tabel blijkt oordelen de cliënten gemiddeld het meest positief over de begeleiding. Ook het rapportcijfer voor wonen is hoog. Het cijfer voor dagbesteding is relatief laag, maar dit wordt verklaard doordat een cliënt een 2 heeft gegeven (in combinatie met het kleine aantal cliënten dat een rapportcijfer heeft gegeven).

	gemiddeld cijfer	aantal onvoldoendes	laagste cijfer	meest gegeven cijfer
begeleiding (n = 14)	8,6	-	7	8
wonen (n = 11)	8,3	-	7	7
dagbesteding (n = 7)	7,6	1	2	7 en 10
vrije tijd (n = 14)	7,9	1	5	7

Ten minste 3 cliënten (20% bij n=15) hebben 'niet altijd' of 'vaak niet' geantwoord ( + ≥ 20%). Aan de hand van dit criterium komen we tot de volgende vragen/aspecten:

Vind je dat:	totaal 'vaak niet' 'niet altijd'	niet altijd	vaak niet
1. Je genoeg weet over wat de begeleiders over je opschrijven?	74%	7%	67%
2. Je genoeg leuke dingen kunt doen in je vrije tijd?	27%	27%	-
3. Je familie/vrienden je genoeg helpen bij het invullen van je vrije tijd?	27%	20%	7%
4. Je goed geholpen wordt als er iets stuk is in huis? (n = 12)	25%	8%	17%
5. De begeleiders je genoeg helpen om nieuwe dingen te leren?	20%	-	20%

Het aantal 'verbeterpunten' dat we op deze manier hebben gedefinieerd is beperkt. Het meest opvallend is de vraag over weten wat de begeleiders opschrijven over de cliënt; hier oordeelt de meerderheid van de cliënten met 'vaak niet'. Bij de vragen over vrije tijd is het de vraag in hoeverre het onderwerp binnen de invloedssfeer van DZN ligt. Dat is in ieder geval *niet* het geval bij de vraag over hulp van familie of vrienden bij het invullen van de vrije tijd. Niet opgenomen in dit overzicht maar wel een aandachtspunt is de kennis die cliënten hebben van de cliëntenraad en de klachtenregeling.



Naast de verbeterpunten zijn er ook veel positieve antwoorden gegeven, hier onder een overzicht van de punten waar de cliënten over het algemeen positief over zijn.

Vind je dat:	 <b>bijna altijd</b>
1. De begeleiders goed naar je luisteren?	100
2. De begeleiders je begrijpen?	100
3. Je bij de begeleiders terecht kunt als je ergens mee zit?	100
4. Je veilig bent in huis?	100
5. Je genoeg te zeggen hebt over wanneer je gaat slapen en wanneer je op staat?	100
6. Je genoeg te zeggen hebt over hoe jij je lichaam verzorgt?	100
7. Je genoeg te zeggen hebt over waar je je geld aan uitgeeft?	100
Vind je dat:	 <b>bijna altijd</b>
8. De begeleiders je genoeg helpen om iets te regelen als dat nodig is (bijv. hulp bij het regelen van familiebezoek, of als je op vakantie wilt)?	93*
9. Er goed naar je geluisterd is bij het maken van het ondersteuningsplan?	73*

### Bouwsteen 3

#### Betrokken en vakbekwame medewerkers.

##### *Samenspel in zorg en ondersteuning*

Het samenspel tussen de zorg en de ondersteuning verloopt momenteel grotendeels via de cliënt. Middels het inventarisatie formulier tracht DZN altijd aan iedere cliënt de vraag te stellen of ze hun netwerk willen betrekken bij het opstellen van het zorgplan of niet. Daarnaast wordt aan de cliënten vanuit de zelfredzaamheid matrix gevraagd naar het sociale netwerk en de maatschappelijke participatie en of ze enige hulp bij nodig hebben. Ten aanzien van de aanpak is er nog een vaststaand beleid opgesteld.

##### *Borging van veiligheid in zorg en ondersteuning*

Om de cliëntveiligheid te verbeteren is het onder meer van belang incidenten te melden, te analyseren en zo nodig naar aanleiding daarvan verbetermaatregelen te treffen zodat herhaling voorkomen kan worden. Het **opsporen van proces- en systeemfouten** staat dus centraal. Duidelijke verantwoordelijkheden, vertrouwen en veiligheid zijn hierbij van belang. Door te sturen op een *no-blame* cultuur waarbij ervan uit wordt gegaan dat medewerkers zich voor de volle 100% inzetten om hun werk goed te doen is het mogelijk om openlijk fouten en problemen te bespreken waarbij de nadruk ligt op het zoeken naar een oplossing. Voor het analyseren en bespreken van dergelijke incidenten is er de veilig incidenten melden (VIM)procedure opgesteld. De VIM-commissie analyseert deze meldingen en koppelt de eventuele trends terug in het reflectie overleg waar het team wederom betrokken wordt bij het opstellen van interventies.

Calamiteiten ondervangt DZN samen met de hoofdaannemer Pluryn. Door het gebruik van specifieke calamiteiten procedures zoals de meldcode huiselijk geweld en kindermisbruik en calamiteiten in het kader van seksueel grensoverschrijdend gedrag.

Tot Q4 2017 werd er niet periodiek getoetst of de cliënten instaat waren om medicatie zelfstandig te beheren. De meeste cliënten beheerde hun medicatie al zelf voordat ze in zorg kwamen. Met het herschrijven van het beleid is hier verandering in gekomen. Zo is het zicht houden op medicatie misbruik dan wel de negatieve bijwerkingen een vaste procedure binnen de zorg geworden en wordt er bij iedere evaluatie een vragenlijst afgewerkt waarmee beoordeeld wordt of de cliënt nog steeds instaat is om zijn/haar medicatie zelf zonder risico's te beheren

### **Hoe medewerkers de kwaliteit van het werk ervaren?**

*De kwaliteit ervaren we als goed; we overleggen goed met elkaar en met cliënten. Het maatwerk dat we leveren maakt dat de geleverde kwaliteit per persoon verschilt per cliënt; desalniettemin ontvangen alle cliënten zorg van goede kwaliteit. Ook wanneer teamleden tegen bepaalde vraagstukken aanlopen, is overleg mogelijk en waardevol. Ook de ervaren veiligheid binnen het team is groot. We veroordelen elkaar niet; fouten maken mag en is bespreekbaar. We bespreken de voor- en nadelen van het gebrek aan diversiteit in leeftijd binnen het team. Conclusie is dat we dit niet per se een groot nadeel vinden, maar dat het heel erg afhangt van de personen of dit al dan niet een positieve invloed is.*

- **Wat zijn onze sterke punten als team?**
  - *We staan open voor elkaars feedback.*
  - *We werken oplossingsgericht, wat ook past bij onze methodiek (Boks-Bant).*
  - *We hebben vertrouwen in elkaar en elkaars werkwijze, maar we kunnen elkaar er ook op aanspreken wanneer we verschillend denken over bepaalde zaken.*
  - *We kunnen goed afstemmen op de persoon zelf; we laten ons daarin niet leiden door (voor-)oordelen over personen. We vullen elkaar aan in de manier van werken.*
  - *We werken niet terughoudend, maar assertief. We zijn oprecht nieuwsgierig naar het leven van cliënten, oprecht naar elkaar toe en oprecht naar onszelf toe.*
- **Wat zijn onze zwakte punten als team?**
  - *We nemen veel zaken uit handen van cliënten. Hier liggen vaak praktische zaken aan ten grondslag (sneller, cliënt heeft geenbeltegoed...).*
  - *Overdracht naar elkaar kan beter, waardoor dingen soms te lang blijven liggen.*
  - *Sommige cliënten worden meerdere dagen na elkaar niet gezien en “nemen we snel genoeg” met alleen een appje.*
  - *We mogen daarin en in andere situaties doortastender zijn in ons contact met cliënten; we zouden duidelijker onze grenzen aan kunnen geven (concreet voorbeeld is het afzeggen van afspraken van cliënten).*
  - *Een ander zwakker punt is het meer bewust worden van de gebruikte methodiek; er gebeurt al heel veel, maar het zou mooi zijn als we dit wat explicieter maken (bewust bekwaam worden in plaats van onbewust bekwaam).*
- **Waar willen we aan werken?**
  - *Iedere cliënt vaak genoeg zien. Daarvan kan bijvoorbeeld een lijst bijgehouden worden; we appen en bellen minder en gaan vaker fysiek langs bij de cliënten.*

### **Besluitvorming op basis van feiten?**

*Niet in alle gevallen wordt er objectief geoordeeld over een situatie. Vraag is wel of we dit zouden willen. In verschillende situaties is het ook niet mogelijk.*

### **Dilemma's?**

*Er zijn veel dilemma's; het dilemma tussen het stellen van grenzen, maar toch flexibel willen zijn komt steeds terug.*

### **Trots op?**

*Er zijn verschillende doelen bereikt door onze cliënten de afgelopen tijd. We mogen ook trots zijn op hoe we omgegaan zijn met de professionaliseringslag. Op dit gebied zijn zeker nog aandachtspunten, maar er zijn veel zaken succesvol geïmplementeerd.*

### **Welke punten uit het CTO zouden we graag willen aanpakken en hoe zou je dat dan willen doen.**

- Het team heeft deze gelezen en herkent de punten die worden beschreven.
  - *Cliënten zijn niet op de hoogte van de mogelijkheid tot inzage van de rapportage.*
  - *Verder geven ze aan dat ze graag meer zouden willen leren.*
  - *Verder zijn cliënten niet volledig positief over het onderwerp dagbesteding/vrije tijd.*

- *Lastig daarbij is dat verschillende cliënten lastig te motiveren zijn voor werk (als ze er niet betaald voor krijgen).*
- *Vierde punt van aandacht kan zijn het betrekken van het eigen netwerk van de cliënten.*  
*De cliënten zijn overwegend positief.*
- Ten aanzien van het recht op inzage gaat iedere medewerker minimaal 1x per dag naast een cliënt zitten om te rapporteren.
- PB'ers gaan actief opzoek naar vrijetijdsbesteding met het netwerk.

### **Conclusie**

Op basis van de bevindingen uit het reflectieoverleg met de medewerkers. Kan gesteld worden dat de medewerkers zich bewust zijn hun valkuilen en ontwikkelpunten. Deze bewustwording is van essentieel belang om de vervolgstappen te laten belevend en daarmee de veranderingen te borgen. Middels speerpunten zal er op teamniveau gewerkt worden aan de ontwikkelingen die vervolgens periodiek geëvalueerd worden.

## Geprioriteerde ontwikkelpunten

Hieronder de keuzes ten aanzien van kwaliteitsverbetering op organisatie niveau. Naast deze ontwikkelpunten werkt het team ook op teamniveau aan de ontwikkeling. Deze punten zijn terug te vinden in de notulen van het reflectie overleg.

Omschrijving	Effect cliënt	Prestatie indicator
Om o.a. de eigen regie van de cliënt te vergroten en risico's uit te sluiten wordt er bij alle 12 maanden zorgplanevaluatie gebruik gemaakt van een inventarisatie formulier.	Cliënt wordt betrokken bij zijn/haar eigen zorgproces en krijgt de ruimte voor keuze mogelijkheden. Daarnaast draagt de zorg hierdoor bij aan de kwaliteit van bestaan.	100% van de cliënten heeft een ingevuld inventarisatie formulier niet ouder dan 12 maanden.
Deskundige beroepskracht die allemaal vanuit dezelfde visie/methodiek de cliënten benaderen. Waarbij de kwaliteit van zorg tot stand komt in de dialoog tussen de cliënt, het netwerk en de begeleiding.	De begeleiders hanteren allen dezelfde methode waarbij de nadruk ligt op een vraaggericht responsieve houding en het ondersteunen bij de ontwikkeling van een kwalitatief bestaan.	100% van de persoonlijk begeleiders is geschoold in bejegeningmethodiek.
Binnen een cyclus van 6 weken wordt er (indien nodig) met de cliënt geëvalueerd, geïnventariseerd en op basis van die informatie een nieuw plan vastgelegd.	Cliënten zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen van het zorgplan en worden binnen een afzienbare tijd geholpen. Waardoor het voor de cliënt overzichtelijk blijft.	100% van alle zorgplannen wordt binnen de 6 weken termijn afgerond.
Cliëntenportaal beschikbaar stellen voor de cliënten die daar behoefte aan hebben.	Hiermee voldoen we aan het inzage-recht omdat de cliënten de mogelijkheid krijgen om 24/7 hun dossier te bekijken. Daarnaast is het in lijn met de gebruikte methode om cliënten een groter aandeel te geven in de totstandkoming van hun rapportages.	100% van de cliënten moet bij zijn/haar dossier kunnen. Bij een lager percentage dan 100% moet bij iedere evaluatie de cliënt bevraagd worden ze inzicht in hun dossier willen.
Alle informatie wordt alleen nog maar in het ECD verwerkt.	n.v.t.	0% structuur fouten in het cliëntdossier.
Ter preventie van mogelijke vrijheid beperkende maatregelen wordt er gebruik gemaakt van risico analyses en signaleringsplannen. Iedere cliënt moet bevraagd worden in het kader van een risico inventarisatie.	De cliënt heeft er baat bij dat de begeleiding tijdig specifiek gedrag kan herkennen en daarmee een potentiële escalatie kan voorkomen.	100% van de cliënten heeft een risico inventarisatie. Vanaf een gemiddeld risico wordt er door de gedragsdeskundige een signaleringsplan opgesteld.
Om eventuele medicatiefouten dan wel misbruik te voorkomen is het van belang inzichtelijk te hebben welke cliënten gebruik maken van medicatie en daar eventueel hulp bij nodig hebben. Hiervoor komt een medicatie aandacht functionaris en een vragenlijst.	Eventuele ondersteuning bij het gebruik van medicatie. Beperken van eventuele medicatie gebonden risico's.	100% heeft een ingevuld medicatie onderdeel op het inventarisatie formulier.
De cliënten moeten ingelicht worden over de werkzaamheden en de bereikbaarheid van de cliëntenraad.	Cliënten kunnen bij de cliëntenraad terecht met vragen.	100% van de cliënten wat de cliëntenraad doet en hoe ze de cliëntenraad kunnen bereiken.
De mogelijkheid voor cliënten om van invloed te zijn op hun woon-/ leefomgeving.	Cliënten kunnen hiermee direct van invloed zijn op het beleid dat op hun van invloed is.	Cliëntenmedezeggenschap op locatie niveau georganiseerd.
Structureel sturen op het bekend maken van de klachten procedure informatie.	Cliënten weten wat een klachten functionaris voor ze doet en hoe ze die kunnen bereiken.	100% van de cliënten weet hoe ze in geval van een klacht contact op kunnen nemen met een klachtenfunctionaris.

PB'ers actiever opzoek naar vrijetijdsbesteding in combinatie met het netwerk van de cliënt		
Samen met de cliënt rapporteren.	Meer inzage in de rapportages	Alle doelgerichte rapportages worden (mits de cliënt daar behoefte aan heeft) samen met de cliënt gerapporteerd.
Alle cliënten worden op structurele basis voldoende gezien. Daarbij worden de zorgmijders in kaart gebracht en afspraken voor gemaakt.	Kortere risicovolle periodes.	Iedere 24 uur minimaal 1 rapportage per cliënt.
Omdat de beperkingen van het team in beeld zijn en deze aandacht behoeven moet er periodiek intervisie georganiseerd worden om obstakels bespreekbaar te maken.	Direct zal de cliënt geen verschil merken. Indirect moet het effect hebben op de kwaliteit van zorg.	Periodieke intervisie bijeenkomst onder leiding van een neutrale begeleider.

## Bronnenlijst

- Ipso Facto. (2018). Cliënt ervaringsonderzoek. Den Haag.
- Mextra. (2017). Achtergrond data.
- Interviews en groepsgesprekken medewerkers
- Interviews en groepsgesprekken bestuurder en kaderleden
- DZN. (2017). Kwaliteitsmonitor.
- Pluryn. (2017). Klachtenregistratie informatie.
- DZN. (2017). MIC meldingen overzicht.
- DZN. (2017). Beleid: Zorg en ondersteuningsplan systematiek.
- DZN. (2017). Beleid: Beleidsstuk Governance.
- DZN. (2017). Notulen: Reflectie overleg.

## Bijlage 1 Bevindingen interne samenspraak

*Het bestuur van de zorgorganisatie bevordert dat intern een gerichte samenspraak ontstaat over het concept kwaliteitsrapport. Het advies is om in het kader van draagvlak de relevante partijen van professionals erbij te betrekken en met hen in gesprek te gaan of zij de inzichten delen en welke verbeteringen zij voorstellen. Vervolgens wordt ook met de cliëntenraad, personeelsvertegenwoordiging, (OR), verwantenraad, gesproken over hun inzichten op het kwaliteitsrapport. De reflecties vanuit het interne beraad worden toegevoegd aan het kwaliteitsrapport. Gezien het feit dat het rapport uiterlijk 1 juni bij het Zorginstituut ingediend moet zijn, is het van belang om het concept rapport medio maart gereed te hebben. Dan heeft het bestuur voldoende tijd om de interne dialoog en samenspraak te organiseren. Uiteraard zal het bestuur – aan de hand van het conceptrapport – een kritische reflectie vragen van de Raad van Toezicht. Ook deze dialoog kan bijdragen tot een aanscherping van verbetertrajecten. Het verslag van die dialoog is geen onderdeel van het definitieve kwaliteitsrapport.*

*NB.*

*Indien er geen CR/OR is dan zoekt de organisatie naar een passende manier voor het betrekken van cliënten, verwanten en medewerkers*

### **Personeelsleden**

In verband met de omvang van het team is er nog geen sprake van een ondernemersraad of personeelsvertegenwoordiging. Om die reden is er gekozen voor het delen en bespreekbaar maken met het team waarbij er ruimte is voor op of aanmerkingen. Naast de invloed op de rapportage zijn de medewerkers ook van grote invloed op de interne audit en het reflectie overleg wat in grote mate bepalend is voor het resultaat. Tot op heden zijn geen toevoegingen vanuit het team gekomen die anders zijn dan de bevindingen zoals hiervoor omschreven.

### **RVC**

Leden RVC vinden het een goed stuk en is te spreken over het rapport. RVC hebben kennis genomen van het stuk.

## Bijlage 2 Bevindingen interne visitatie

### Externe en interne bevindingen

Het landelijk kader regelt dat één keer per twee jaar een externe visitatie plaatsvindt. Doel ervan is een externe reflectie op enerzijds een gedegen aanpak onder die rapportage (bouwstenen benutten), anderzijds op het informatiegehalte van de kwaliteitsrapportage (een geobjectiveerd beeld vanuit de relevante informatiebronnen, volledigheid op de vastgelegde thema's, en de logica van gekozen verbetertrajecten). Het bestuur van de zorgorganisatie draagt zorg voor een ordelijk visitatieproces.

Het visitatieteam bevat minimaal twee externe deskundigen. Het bestuur van de organisatie onderbouwt de keuze voor de invulling van de externe visitatie en laat ook zien hoe het cliëntperspectief is meegenomen. Verschillende vormen van visitaties zijn denkbaar: bijvoorbeeld een team met uitsluitend externe deskundigen of een team dat is gekoppeld aan een leernetwerk van meerdere organisaties (met deskundigen uit die organisaties, bijvoorbeeld in de vorm van een onafhankelijk voorzitter) of een koppeling met een proces van certificatie (bijvoorbeeld ISO). De meest gekozen varianten in de Proeftuinen zijn gebundeld en gepubliceerd op de website van de VGN.

Als het gaat om de samenstelling van betrokken medewerkers die bevraagd worden door de externe visitators kunt u denken aan: (een afvaardiging van) de kerngroep voor coördinatie van het kwaliteitsrapport, vertegenwoordigers van de cliëntenraad, enige zorgmanagers uit de organisatie, een vertegenwoordiging van de behandelaars en het bestuur van de zorgorganisatie. De bevindingen van de externe visitatie worden vastgelegd in een verslag. De belangrijkste bevindingen worden opgenomen in het kwaliteitsrapport. Het volledig visitatieverslag komt niet in de openbare database (zorginstituut), maar is wel beschikbaar voor IGZ en zorgkantoor.

<b>Datum</b>	28-2-2018	<b>Auditor 1</b>	Rachid
<b>Locatie</b>	Next	<b>Auditor 2</b>	Camille

Kwartaal cijfers en informatie teamleider	
Totaal aantal medewerkers	6
Totaal aantal FTE	Klik of tik om tekst in te voeren.
Verdeling man/vrouw	50%
VOG percentage	100%
Verzuim percentage	1%
Gemiddelde leeftijd	Klik of tik om tekst in te voeren.
Gebruikt scholingsplan budget	Klik of tik om tekst in te voeren.
Medewerker tevredenheid (met datum uitvoering)	Klik of tik om tekst in te voeren.
Totaal aantal cliënten	20
Ingevulde inventarisatie formulieren (niet ouder dan 12 maanden)	Klik of tik om tekst in te voeren.
Percentage cliënten met een vastgesteld beeld	100%
Percentage zorgplannen af binnen 6 weken	Klik of tik om tekst in te voeren.
Percentage cliënten personalia gegevens compleet	100%
Medicatie afspraken in het dossier	Klik of tik om tekst in te voeren.
Ondertekende zorgplannen (niet ouder dan 12 maanden)	100%
Risico inventarisaties (niet ouder dan 12 maanden)	aanwezig
Signaleringsplannen (niet ouder dan 12 maanden)	aanwezig
Half jaar evaluatie (niet ouder dan 6 maanden)	aanwezig
Jaar evaluatie (niet ouder dan 6 maanden)	aanwezig
Aantal MIC meldingen	8
Aantal klachten	0
Aantal contacten vertrouwenspersoon	0
Aantal contacten klachten functionaris	0
Aantal contacten geschillen commissie	0
Aantal meldingen bij Inspectie	0
Cliënt tevredenheid (met datum uitvoering)	16-01-2018
Datum laatst uitgevoerde RI&E	6-9-2017
Datum laatst opgestelde plan van aanpak risico inventarisatie	6-9-2017

Veiligheid	
Hoe leren de cliënten over de BHV procedures?	Verzamelplek zou voor iedereen duidelijk moeten zijn. Verzamelplek bij de Jumbo. Dit punt is nog niet bekend volgens medewerker wordt dit nog niet gecommuniceerd naar de cliënten.
Hoe wordt er aandacht besteed aan de verschillende veiligheidsprotocollen binnen de organisatie?	Bij de begeleiders is een blusdeken. Iedereen heeft een BHV. Altijd een BHV'er aanwezig. De protocollen die bekend zijn, zijn geleerd met de BHV cursus. Cliënten moeten doorgeven als er iemand blijft slapen.
Hoe ga je om met een bijna fout?	Incidenten formulier invullen en bespreken in het cliënt overleg (afwijkend van normale gang van zaken). Procedure is nog niet helemaal helder.
Is er beleid dat deze procedure ondersteunt en voldoet dat beleid?	Ja nog niet helder
Wat gebeurt er daarna met de MIC meldingen?	Niet duidelijk
Is er een klachtenregeling voor medewerkers?	Niet duidelijk, bespreekbaar maken.
Is er een vertrouwenspersoon voor de medewerkers?	Nog niet duidelijk
Is er voor cliënten ruimte voor inspraak het beleid?	Niet bekend
Hoe ga je om met huiselijk geweld?	Niet scherp
Medicatieveiligheid	
Is er een procedure ten aanzien van de medicatie veiligheid?	Medicatie scholing,
Hoe worden de afspraken ten aanzien van medicatie met de cliënt vastgelegd?	In geval van ontrouw
Hoe wordt informatie over eventueel medicatie gebruik bewaard?	Klik of tik om tekst in te voeren.
In hoeverre is er contact met de apotheek over het medicatie gebruik van de cliënt?	Geen
Hoe ga je om met medicatie wijzigingen?	nvt
Hoe ga je om met medicatie ontrouw door cliënten?	Afspraken met cliënt.
Hoe ga je om met medicatie opslag?	nvt
Hoe ga je om met medicatie toediening?	nvt
Hoe ga je om met eventuele bijwerkingen van medicatie bij cliënten?	Digitale bijsluiters opzoeken en doorvragen.
Hoe ga je om met opiaten?	nvt
Hoe ga je om met dubbel parafeer medicatie?	Klik of tik om tekst in te voeren.
Kwaliteit van zorg	
Vertel wat jullie als team doen ten aanzien van de kwaliteit binnen de organisatie?	Zorgplan, manier van rapporteren, delen van informatie, overleggen, incidenten melden, evaluaties, team vergaderingen, MDO, scholing
Wat zijn volgens jou de ontwikkelpunten van het team?	Tijdsdruk om kwalitatief te rapporteren en over te dragen. Eenduidige communicatie naar de cliënten toe.



Hoe komt het zorgplan van de cliënt tot stand?	Intake, PB'er toewijzen, kennismaken, inventarisatieformulier, zorgplan op hoofdlijnen, werkdoelen door PB'er. 6 tot 12 maanden.
Welke domeinen zijn daarbij van belang?	Financieel, dagbesteding, mentale gesteldheid, ADL, verslavingen, justitie, netwerk, lichamelijke gezondheid, seksualiteit.
Welke termijnen gelden ten aanzien van dit proces?	Niet bekend,
Hoe waarborg je het perspectief van de cliënt in het zorgplan?	Samen de doelen opstellen, inzage recht, samen rapporteren.
Besteed je aandacht aan intimiteit, vriendschap en seksualiteit? Hoe? Voorbeelden?	Nog niet bij iedereen een doel in het zorgplan.
Hoe bepaal je de ondersteuningsbehoefte en de kwetsbaarheden van de cliënt?	Klik of tik om tekst in te voeren.
Wat zou je typeren als relevante cliënt gebonden risico's?	Klik of tik om tekst in te voeren.
Welke rol heeft dagbesteding binnen het aanbod van zorg?	Vast onderwerp in het zorgplan, afhankelijk van inventarisatie op zoek naar plekken.
Hoe rapporteer je?	Nog niet naast de cliënt, wel geprobeerd maar niet prettig bevonden. Medewerkers stelt regelmatig voor dat cliënten hun rapportages mogen inzien.
Hoe geef jij ruimte aan de cliënt voor autonomie en eigen regie?	Zorgplan invloed, de vragen moeten vooral uit de cliënten komen.
Wat doe je om de eigen regie van de cliënt te versterken?	Kleine keuze mogelijkheden aan de cliënt voorleggen.
Waar let je op ten aanzien van het bejegenen van de cliënt?	Methode niet bekend,
Hoe betrek je het netwerk van de cliënt bij de ontwikkeling van de cliënt?	Proberen in kaart te brengen, vragen of ze contactpersonen hebben. Als de cliënt daar toestemming voor geeft wordt het netwerk betrokken.
Hoe ga je om met cliënten die klagen?	Serius nemen, in het team bespreken, informatie staat op de website.
Wat zijn mogelijkheden en beperkingen van deze cliënt?	Klik of tik om tekst in te voeren.
Wat vindt deze cliënt in het bijzonder belangrijk?	Klik of tik om tekst in te voeren.
Hebben cliënten de mogelijkheid om hun eigen dossier en rapportages in te zien?	Inzage recht
Op welke wijze ondersteun jij de cliënten in het uiten van behoefte en wensen?	Klik of tik om tekst in te voeren.
Vindt je dat je voldoende bent toegerust om met de zorg behoefte van de cliënt om te gaan?	Scholing over de doelgroep is belangrijk en krijgen we nog niet. Kennis over uitkeringen en subsidies is nog niet toereikend.
Weet je de verschillende beleidstukken te vinden?	Noma desk verder wordt het nog niet veel gebruikt.
Wanneer zijn die beleidstukken het laatste met jou besproken?	Inwerk procedure, presentaties tijdens teamoverleg.

Hoe ervaar je de samenwerking tussen jou en de gedragsdeskundige?

Prettig beschikbaar wanneer we haar nodig hebben.

### Vrijheidsbeperking

Wat is de visie van de organisatie op vrijheidsbeperking?

Niet bekend.

Welke maatregelen treft de organisatie ten aanzien van vrijheidsbeperkingen?

Niet meer dan met 2 personen in je woning zitten. Altijd laten weten wie er is. Geen huisdieren. Alcohol beperkingen.

### Bevindingen

- Vanuit de interne audit is gebleken dat met name het onderwerp veiligheid nog niet scherp is bij de medewerkers. Zo is er geen parate kennis aanwezig van hoe te handelen in specifieke situaties. Dit betreft de protocollen rondom: BHV, grensoverschrijdend gedrag en huiselijk geweld.
- In het kader van de MIC meldingen is nog niet duidelijk wanneer er wat gemeld moet worden. Daardoor is het MIC systeem nog onvoldoende van waarde.
- Er is nog geen klachtenregeling, vertrouwenspersoon en/of klokkenluiderregeling beschikbaar voor het personeel. Deze procedures zijn dan ook niet bekend bij de medewerkers.
- De medicatieveiligheid is wordt nog onvoldoende gewaarborgd omdat het bij het personeel nog niet voldoende onder de aandacht is.
- Het kwaliteitssysteem is voor de medewerkers niet overzichtelijk. Wel weten de medewerkers hoe ze aan de kwaliteit werken.
- Als ontwikkelpunt is:
  - Omgaan met tijdsdruk om kwalitatief te rapporteren en over te dragen.
  - Eenduidige communicatie naar de cliënten toe en vanuit de geïnterviewde is er om die reden behoefte aan huisregels.
- De zorgprocedure is nog niet scherp en vraag om verdere verduidelijking om een beter begrip te hebben van het totaal proces.
- Met betrekking tot het betrekken van de cliënten bij de zorg en ze de autonomie geven kunnen de medewerkers een duidelijk beeld geven van verschillende instrumenten die zijn inzetten. Beleid is hierbij nog steeds niet helemaal scherp.
- De rapportages worden nog niet in lijn met de methode uitgevoerd!
- Er is een behoefte aan scholing over de doelgroep en kennis over de administratieve en maatschappelijke ondersteuning van de cliënten.
- Vrijheidsbeperking beleid is nog niet bekend bij de medewerkers.

### Aanbevelingen vanuit het team

1. Een aandacht functionaris medicatie die structureel beleidspunten onder de aandacht brengt.
2. Om beleid onder de aandacht te brengen is er behoefte aan het gepland lezen en bespreken in de vorm van casuïstiek.
3. De verschillende procedures wil de begeleiding graag tastbaar en zichtbaar hebben. De KPM print ze uit hangt ze op.
4. Ten aanzien van het zorgproces zorgen alle PB'ers er voor dat ze voor het volgend overleg de 6 en 12 maanden evaluatie in de agenda hebben staan.