

KWALITEITSRAPPORTAGE 2018



Een betere toekomst voor onze jongeren

Kwaliteitsrapportage 2018

Conceptdatum	7-1-2019
Datum vaststelling Bestuur	1-4-2019
Datum vaststelling RvC	16-4-2019
Datum bespreking OR/PVT/PV	29-5-2019
Datum bespreking CR	Klik of tik om een datum in te voeren.

Inhoud

Samenvatting.....	3
1. Inleiding	5
2. Algemeen.....	6
3. Kwaliteit van zorg.....	8
4. Eigen regie van cliënten	13
5. De ervaringen van cliënten	17
6. Samenspel in zorg en ondersteuning.....	20
7. Borging van veiligheid	22
8. Betrokken en vakbekwame medewerkers.....	24
9. Integrale conclusie.....	27
Bronnenlijst.....	32
Bijlage 1 Bevindingen interne samenspraak	33
Bijlage 2 Bevindingen interne visitatie	34

Samenvatting

Hieronder vind je een makkelijk leesbaar overzicht op taalniveau B1 van alle sterke en verbeterpunten uit de kwaliteitsrapportage.

Thema	Sterke punten	Verbeterpunten
<i>Algemeen</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Het hele jaar is er data over de kwaliteit verzameld. • Veel informatie om de zorg mee te verbeteren. • Alle appartementen zijn bewoond. • Alle systemen zijn gedigitaliseerd. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gericht vergaderen over de kwaliteit. • Meer opmerkingen over de zorg aan de bewoners vragen. • Gebeurtenissen gebruiken om de diensten te verbeteren.
<i>Kwaliteit</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Veel ingrepen gedaan om de kwaliteit te verbeteren. • Aandacht voor cultuur in de zorg. • Duidelijke processen en beleid die de kwaliteit van het werk verbeteren. • Een goed beeld van de risico's voor de gezondheid. • Bij de bewoners thuis rapporteren. • Veel aandacht voor de kwaliteit van leven van de bewoners. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nog beter aansluiten op de wensen van de cliënt. • Onderzoek doen naar cultuur in de organisatie om meer rekening te houden met de verschillen. • Voorkomen dat er tijdelijk geen begeleiding op de locatie aanwezig is. • De bewoners met alle begeleiders laten samenwerken.
<i>Eigen regie</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Bewoners zijn erg tevreden over hun invloed. • Goede scholingen voor begeleiders. • De bewoners hebben veel invloed op hun dagelijks leven. 	<ul style="list-style-type: none"> • Data over de kwaliteit gebruiken in het overleg met de bewoners. • Vaker met bewoner bespreken waar ze tevreden of juist niet tevreden over zijn. • De cliëntenraad en klachten procedure vaker bespreken met de bewoners.
<i>Ervaring cliënt</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Bewoners zijn erg tevreden over hun leven. • Aandacht voor alle belangrijke dingen in het leven van de bewoners. • Bewoners hebben als ze dat willen toegang tot hun dossier. 	<ul style="list-style-type: none"> • Een invulling van de dag zoals werk of school die goed aansluit op de wensen van de bewoners.

<i>Samenspel</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Goed bereikbare gedragsdeskundige. • Goede scheiding van verantwoordelijkheden. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bewoners helpen met het verbeteren van het netwerken. • Duidelijk afspraken maken met de begeleiders over gedrag van bewoners dat niet wordt begrepen.
<i>Veiligheid</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Digitaal systeem voor het verbeteren van de kwaliteit. • Scholing voor het verbeteren van de veiligheid. • Risico verlagende maatregelen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proces voor het verbeteren van de kwaliteit korter maken. • Cliënten leren hoe om te gaan met brand.
<i>Medewerkers</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Open cultuur. • Vertrouwen. • Goed geschoolde begeleiders. 	<ul style="list-style-type: none"> • De afstand nabijheid tussen de begeleider en de bewoner ondersteunen. • Begeleiders helpen aan te geven waar het beter kan. • Delen van informatie tussen de begeleiders. • Scholing voor het omgaan met gedrag dat niet begrepen wordt.

Het bestuur van DZN beschouwt 2018 als een zeer positief jaar. Er is veel gedaan om in gesprek met bewoners en medewerkers de kwaliteit te verbeteren. 2018 wordt dan ook gezien als het jaar waarin de basis is gelegd voor de komende jaren. Wel mogen er meer opmerkingen over de zorg vanuit de bewoners komen. Ook mag de invloed van de bewoners verbeterd worden en kan er nog meer aandacht voor kwaliteit komen vanuit de begeleiders. Voor de doelen van 2019 wordt er gekeken naar hoe de zorg nog beter kan. De lijst met verbeterpunten wordt gebruikt om te bepalen wat er in 2019 moet veranderen.

1. Inleiding

Ontwikkelingen in de bedrijfsstructuur, bij de stakeholders en in de omgeving hebben binnen DZN voor veel beweging gezorgd. In het kader van de medewerkers is het jaar begon met een automatiseringsslag op het gebied van HR, planning en salarissen. Ook is de tevredenheid van de medewerkers dit jaar gemeten. Aansluitend is de bedrijfsstructuur aangepast met als doel om risico's te verlagen. In lijn met die structuurverandering is de Governancecode Zorg statutair geborgd en is er een Raad van Commissarissen aangesteld. Externe invloeden op de bedrijfsvoering waren onder andere de nieuwe privacy wetgeving in de vorm van de AVG en de nieuwe visie van het zorgkantoor op onderaannemers. Met name deze laatste ontwikkeling heeft er toe geleid dat DZN nu ook is toegelaten als formele zorginstelling (WTZI), een eigen AGB code heeft en kan communiceren via VECOZO. Wat betreft de processen zijn er wijzigingen doorgevoerd ten aanzien van de eigen regie, de klachtenprocedure, de inzageprocedure en de vimprocedure. Om dit allemaal op een "DZN" manier wereldkundig te kunnen maken is ook de website aangepakt en in lijn met de geldende regelgeving ingevuld. Kortom, 2018 gaat de boeken in als een jaar waarin het fundament voor de komende jaren is gelegd.

Leeswijzer

Het kwaliteitsrapport 2018 van DZN is opgebouwd volgens de eisen van het landelijk kader. Om de leesbaarheid van het document te vergroten wordt er voor ieder thema dezelfde structuur gehanteerd. De cijfers geven daar waar mogelijk de cijfermatige ontwikkeling weer. Met sterke- en verbeterpunten geeft de rapportage een beeld van hoe de organisatie ervoor staat en waar de organisatie nog aan wil werken in het kader van continue ontwikkeling.

Het hoofdstuk algemeen geeft een korte weergave van de organisatie en de manier waarop de rapportage is samengesteld. Het thema kwaliteit gaat in op de zorgprocessen rond de individuele cliënt. Hierbij wordt er gekeken naar opmerkelijke resultaten, de sterke punten en de verbeterpunten van DZN. Het thema eigen regie gaat over de invulling die DZN geeft aan dit thema, hoe de organisatie zich heeft ontwikkeld op dit gebied en waar de ruimte voor ontwikkeling ligt. De ervaringen van de cliënten zijn op verschillende manieren gemeten. Met name de ontwikkelingen en nieuwe meetresultaten worden hierbij beschouwd. Het samenspel in de zorg en ondersteuning, laat de relatie tussen de cliënt, de medewerkers en netwerk zien. Het thema borging van veiligheid in zorg en ondersteuning, gaat in op aanmerkelijke gezondheidsrisico's en het veilig gebruik van medicatie en medische hulpmiddelen. Betrokken en vakbekwame medewerkers is een thema dat in gaat op het perspectief van de medewerkers. Over alle voorgaande stukken wordt in de conclusie het beeld vanuit het bestuur geschetst. De rapportage wordt afgesloten met een geprioriteerde lijst van specifieke keuzes gericht op de doelstellingen voor 2019.

2. Algemeen

Korte schets van zorg en belangrijke dynamieken waarmee de organisatie te maken heeft en die relevant zijn voor kwaliteit.

DZN is een organisatie die zich inzet voor mensen met uiteenlopende zorg- en ondersteuningsvragen in de regio Nijmegen en om allerlei redenen niet goed ‘passen’ in het aanbod van ‘reguliere’ (grotere) zorgaanbieders. Het streven van DZN is om te allen tijde met hart en ziel invulling te geven aan de missie en visie. Dat is volgens ons de manier om uniek en onderscheidend te blijven en aan te sluiten bij de behoeften van onze cliënten, vandaag, morgen én overmorgen. Hierbij zetten wij onze capaciteiten en middelen zo optimaal mogelijk in voor onze cliënten. Volgens Roscigno (2013) kan onbegrip op basis van culturele verschillen leiden tot negatieve interacties in de gezondheidszorg. Cultuursensitief werken vormt hierom een belangrijk aspect binnen de dienstverlening. DZN werkt vanuit het principe dat niet de zender, maar de ontvanger bepaalt of een stimulus aversief is. De voornaamste uitdaging voor het langdurig intercultureel ondersteunen is het creëren van een thuisgevoel (Herwaarden et.al., 2017). Meegaand, gedeeltelijk meegaand of niet meegaand, om de cliënt zo goed mogelijk te helpen, is hierbij van belang. De kwaliteit van de afweging bepaalt de mate van cultuursensitiviteit (Papadopoulos, 2016). Deze beginselen hebben geleid tot de hieronder vormgegeven missie en visie.

Van belang hierbij is wat er onder cultuur wordt verstaan. Zo kan de focus liggen op etnische culturen. Tegelijkertijd geeft Kuipers et al. (2010) aan dat een dergelijke focus voor sociologische blindheid kan zorgen omdat subculturen een grote rol bekleden bij de vorming van menselijk gedrag. Volgens Kuipers et al. (2010) is er een sterke samenhang tussen de jongvolwassenen en hun omgeving. Hierbij geeft ze aan dat deze groep heel expliciet en actief vormgever is van hun eigen cultuur onder invloeden van de politiek, de economie en de media. De jongvolwassenen creëren zo hun eigen manier van leven en boetsen en bricoleren met wat hen aangereikt wordt. Dat alles gebruiken de jongvolwassenen om binnen hun eigen groep een identiteit en cultuur te creëren wat getypeerd kan worden als straatcultuur. De straatcultuur is dan ook een samengesteld cultuur gevormd uit verschillende culturele elementen uit verschillende contexten, en niet gekoppeld aan één bepaalde etnische achtergrond.

Missie

“Eerlijke en toegankelijke vraag gestuurde zorg op maat.”

Visie

“Het bieden van concrete maatwerkoplossingen door oprecht contact te maken met een cultuur sensitieve benadering.”

Kwaliteit kan geformuleerd worden als het vermogen van de dienst om te voldoen aan de verwachte waarde. Hiermee is kwaliteit niet voor iedereen hetzelfde. 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 dus in de relatie tussen cliënt en medewerker, en de bijdrage die de medewerker levert aan het geluk van de cliënt. Onderlinge communicatie is hierbij een noodzakelijke randvoorwaarde. De overlegstructuur binnen DZN kenmerkt zich door de samenkomst van verschillende disciplines en overlappende structuren. 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.

*Kwaliteit is dynamisch, pluriform en moreel geladen.
Het ontstaat pas als we dat zien en het met elkaar erover hebben
(Kremer, 2018).*

De doelstelling van de kwaliteitsrapportage is gericht op het ontwikkelen van een geobjectiverde jaarlijkse overzichtswaard van de kwaliteit binnen de organisatie. Richting externe dient het als 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. Daarmee schetst de rapportage 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.

Binnen DZN worden verschillende instrumenten ingezet om van invloed te zijn op de kwaliteit. Het afgelopen jaar heeft DZN haar eerste volledige kwaliteitscyclus afgerond. De relevante kwaliteitsgegevens die uit die instrumenten worden gedestilleerd vormen de basis voor de kwaliteitsrapportage 2018. De verschillende PDCA instrumenten die onder andere gebruikt zijn: Meerjarenbeleidsplan, periodieke ontwikkelplannen, rapportages, incidentmeldingen, Incident trendanalyses, kwaliteitsmonitor, interne audits, CTO, MTO en notulen van diverse overleggen (RVC overleg, team overleg, VIM overleg, managementoverleg, personeelsvergadering, intervisie).

Opmerkelijk zijn ook de ontwikkelingen op digitaal gebied. Zo is er sinds begin 2018 een digitaal incidenten meldsysteem en wordt alle data in het kader van de AVG in diverse beveiligde databases bewaard.

Door de uitkomsten van de informatie uit de hierboven beschreven bronnen in relatie met elkaar te bekijken ontstaat een goed beeld van 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.

De externe visitaties volgens de richtlijnen van de kwaliteitskaders gehandicaptenzorg behoren tot 2019 voor DZN niet tot de verplichtingen. De eerste externe visitaties worden in 2019 uitgevoerd.

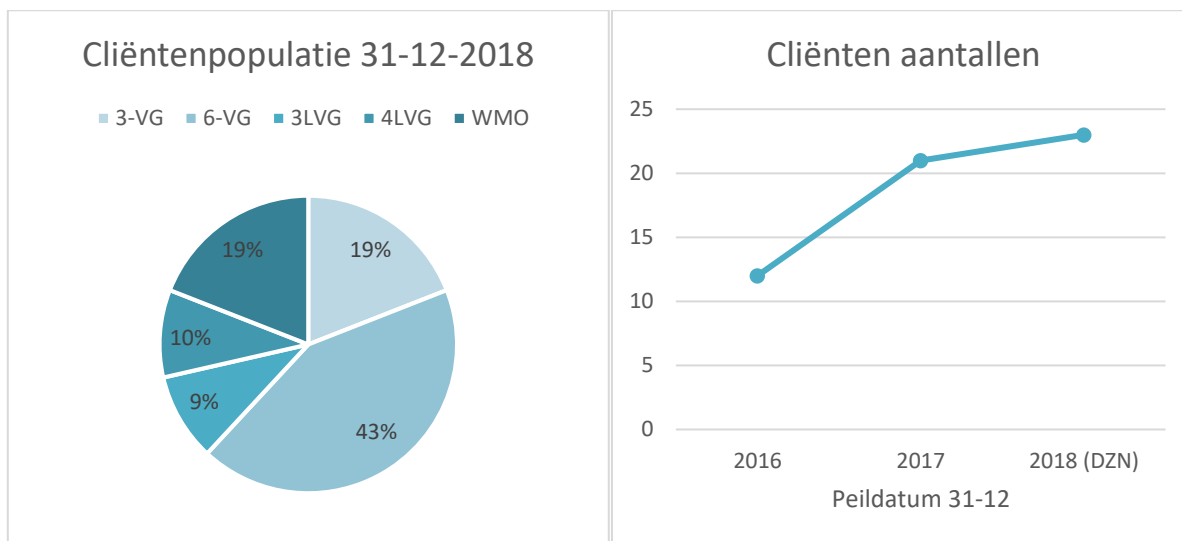
Getroffen maatregelen

- Vanaf 2019 wordt er gewerkt met een digitaal kwaliteitssysteem.
- Vanaf 2018 Digitalisering VIM systeem
- Medewerker tevredenheidsonderzoek

Te treffen maatregelen

- Het kwaliteitssysteem laten certificeren voor een kwaliteitskeurmerk.

Cijfers



Figuren 1 & 2 Cliënten populatie en aantallen. DZN(2018)

Sterke punten

- Een volledige cyclus doorlopen.
- Eerste jaar met een grote hoeveelheid kwaliteitsinformatie.
- Maximale bezetting bereikt.
- Digitalisering van verschillende systemen ten behoeven van de kwaliteit.

Verbeterpunten

- De reflectie overleggen kunnen efficiënter worden ingericht.
- Meer kwaliteitsinput vanuit cliënten genereren.
- Incidentmeldingen en trendanalyses meer richten op het interne verbeterpotentieel.

3. Kwaliteit van zorg

Binnen DZN streven we vanzelfsprekend een goede kwaliteit van zorg na. Om deze kwaliteit te waarborgen zijn de werkwijzen beschreven in beleid. Om een daadwerkelijke kwaliteitsverbetering te kunnen doorvoeren wordt er gekeken naar de relatie tussen de cliënt, de medewerkers en de bijdrage die de medewerkers leveren aan het geluk van de cliënt. Het reflectieoverleg is hierbij een toetsend instrument en een onderdeel binnen de PDCA cyclus. Per kwartaal worden er speerpunten bepaald waaraan moet worden gewerkt. Daarnaast zijn deze overleggen van invloed op het meerjarenbeleid, het kwaliteitsbeleid en de algehele koers binnen de organisatie. De doelstelling is evalueren, met elkaar kijken waar de komende tijd de aandachtspunten liggen en waar we de afgelopen periode tegenaan gelopen zijn.

Persoonsgerichte zorg

In het kader van persoonsgerichte zorg kenmerkt DZN zich door de boks-bant methodiek te hanteren in combinatie met een cultuur sensitieve benadering. Bij zowel de methode als de benadering staat het vinden van aansluiting bij de cliënt centraal. Ook in 2018 is de organisatie bezig geweest met het verder ontwikkelen van de persoonsgerichte zorg.

Naar aanleiding van het onderzoek “*De kunst van ambachtelijke afstemming*” (Weele et al., 2018) zijn er verschillende gesprekken geweest, daarbij zijn de onderstaande punten besproken.

- *Er is altijd sprake van zorgafhankelijkheid (geldt voor cliënten maar ook voor verwanten).*
- *Zorgafhankelijkheid wordt een probleem als het schuurt.*
- *Schuring uit zich als geboden ondersteuning niet goed is afgestemd:*
 - *Afwezig → onzichtbaarheid (behoefte aan hulp of zorg)*

- *Ontoereikend* → *ongelijkwaardig (voelt zich niet gelijkwaardig aan begeleiding)*
- *Misplaatst* → *onmacht (voelt geen controle te hebben over de situatie)*
- *Schuring ontstaat door disbalans noodzaak & zelfbeschikking en falende afstemming tussen begeleider en cliënt.*
 - *Balans in noodzaak en zelfbeschikking is belangrijk. Van invloed hierop zijn:*
 - *Inspraakmogelijkheden*
 - *Zinvolle dagbesteding*
 - *Afstemming wordt beïnvloed door 2 factoren:*
 - *Insteek* → *de mate waarin de begeleider ingrijpt*
 - *Luchtige insteek - Aandachtige insteek*
 - *Totstandkoming* → *in hoeverre cliënt betrokken wordt in het bepalen van de insteek*
 - *Monologisch - Dialogisch*
- *Kan ontstaan vanuit alle alledaagse situaties.*
 - *Oplossing is ambachtelijke afstemming.*
 - *Inzichten begeleider en wensen cliënt gehonoreerd.*
 - *Moeilijk in regels of protocollen te vangen.*

Bron: Reflectieoverleg (2018).

De beschikbare tijd die de medewerkers hebben om de cliënten daadwerkelijk de aandacht te geven die ze nodig hebben is van invloed op de mate van schuring die de cliënten ervaren. Om die reden is een middagdienst ingevoerd. Ook moet er altijd iemand aanwezig zijn op kantoor. Dit lukt nu volgens de medewerkers beter. Incidenteel kan het voorkomen dat dit door de drukte niet mogelijk is.

Het vergroten van de bezetting heeft een belangrijke bijdrage geleverd. Wel worden er soms nog te veel afspraken met externe instanties tegelijk gepland waardoor de bezetting alsnog in het geding kan komen. Vanuit dat kader moet er gekeken worden naar de logistieke planning en het vervoer dat daarbij hoort.

Bron: Reflectieoverleg (2018).

Getroffen maatregelen

- Erken dat er afhankelijkheid is en mag zijn tussen de cliënten en de begeleiders.
- In gesprek met de cliënten opmerkelijk zijn ten aanzien van negatieve afhankelijkheid waarbij de cliënt zich niet gezien, niet gehoord of ongelijkwaardig voelt.
- Ervoor zorgen dat een cliënt altijd in contact staat met meerdere begeleiders en het verminderen van de tijdsdruk door het verhogen van de bezetting.
- Versterken van de positie van de cliënt door het oprichten van een bewoners overleg en het prominenter in beeld brengen van de cliëntenraadgegevens.
- Periodiek reflecteren op de kwaliteit van zorg.
- Bijscholing in de vorm van intervisie, gesprekstechnieken, afstand nabijheid en cultuursensitief werken.

Cultuursensitief

Ook in het kader van cultuursensitief werken ligt de nadruk uiteindelijk op het bieden van persoonsgerichte zorg. In 2018 is er door twee studenten van de Hogeschool Arnhem-Nijmegen een onderzoek uitgevoerd naar de mate van cultuursensitief werken binnen DZN. De belangrijkste conclusie uit het onderzoek is dat de begeleiders binnen DZN cultuursensitief werken intuïtief toepassen in de begeleiding van hun cliëntengroep. De begeleiders hebben echter moeite met het definiëren van 'culturele sensitiviteit' en zijn hierin onbewust bekwaam.

Getroffen maatregelen

- Cultuursensitief werken wordt momenteel nog veel intuïtief toegepast. Dit wil DZN verbeteren door bewustwordingsprocessen en scholing op het gebied van cultuursensitief werken.
- Voor nieuwe medewerkers geldt dat ze open moeten staan voor menselijk contact, niet oordelend van karakter mogen zijn, oprechte interesse hebben in de doelgroep en enige kennis hebben van een multiculturele omgeving. Er is een specifieke sollicitatieprocedure opgesteld om hier op te toetsen.

Te treffen maatregelen

- Vanuit het cliëntenperspectief inzichtelijk krijgen in hoeverre de begeleiders aansluiten op de behoeften van de cliënt. Interpretaties van de begeleiders en de gestelde hypothese zullen hiermee worden bevestigd of ontkracht. Onderzoek naar ervaringen en meningen van de cliënten is daarbij nodig.
- Daarnaast is het recommandabel om verder onderzoek te doen naar het toepassen van cultuursensitief werken op de verschillende niveaus binnen de organisatie.

Systematische werken

Systematisch werken met het ondersteuningsplan, in dialoog met de cliënt.

Alle zorgprocessen binnen DZN zijn in de vorm van stroomdiagrammen beschreven. De processen worden systematisch beoordeeld en waar mogelijk verbeterd. Deze systematiek begint voorafgaand aan het eerste contact. Hierbij wordt er beoordeeld of de betreffende zorgvraag aansluit op het aanbod van DZN. Kenmerkend voor het vervolgproces is dat er vanaf de beoordeling samen met de cliënt gekeken wordt naar de behoeften van de cliënt en hoe DZN daarop kan aansluiten. Tijdens de reflectie overleggen wordt er vanuit het team gekeken naar deze systematiek in het werken. Hieruit zijn onder andere de volgende uitspraken naar voren gekomen.

- *De VIM-melding kost veel tijd en niet alle vragen uit de procedure zijn relevant (met name het tweede deel). Het programma is onvoldoende toegespitst op onze doelgroep.*
- *Niet in alle gevallen wordt er objectief geoordeeld over een situatie. Vraag is wel of we dit zouden willen. In veel situaties is dit namelijk ook niet mogelijk.*
- *Zo nu en dan worden er nog fouten gemaakt in de zorgcyclus zoals scanfouten en het uitstellen van afspraken waardoor de deadlines krap worden.*

Bron: Reflectieoverleg (2018).

Getroffen maatregelen

- 2018 hebben alle medewerkers een VIM scholing gevolgd.
- 2019 is de VIM procedure aangepast en zijn de vragenlijsten toegespitst op de doelgroep en de wensen van de medewerkers.
- De deadlines worden ruimer gesteld en er is een scaninstructie beschikbaar gesteld waarmee getracht wordt om dergelijke fouten in de toekomst te voorkomen.

Gezondheidsrisico's

Actueel zicht op de gezondheidsrisico's van elke cliënt (een persoonlijke afweging).

Om zicht te houden op de gezondheidsrisico's van cliënten, is het van belang met regelmaat de cliënten en hun woning te zien. Om onder andere deze reden is er afgesproken zoveel mogelijk met de cliënt in zijn of haar woning te rapporteren. Omdat deze gegevens niet helder naar voren komen vanuit het cliëntendossier wordt er sinds Q2 2018 binnen DZN gewerkt met een contactformulier. Middels het formulier wordt bijgehouden welke vormen van contact er de afgelopen periode met een cliënt is geweest.

Alles wordt nu inzichtelijker, doordat wij het contact met de cliënten noteren. Er is nu een A (appartement) bij gekomen, dit wil zeggen dat de cliënt thuis is bezocht in zijn appartement. Dit willen we minimaal 2 keer per week (red. naast de overige contact momenten).

Bron: Reflectieoverleg (2018).

Tijdens het reflectieoverleg wordt er ook stil gestaan bij de vraag of er wel voldoende zicht is op de veiligheid en gezondheidsrisico's per cliënt en of we voldoende doen wat nodig is voor de cliënt.

- *Soms doen we te veel.*
- *Afspraken worden vaak nagekomen, maar soms blijven dingen nog iets te lang liggen.*
- *Zicht op de veiligheid is lastig; we hebben wel een idee wat er gebeurt, maar we hebben niet altijd zicht op alle risico's. We trachten dit te ondervangen door afspraken over bijvoorbeeld middelengebruik. **Door het vaker zien van cliënten, worden deze risico's al kleiner en beter inzichtelijk.***

Bron: Reflectieoverleg (2018).

Daarnaast geven medewerkers te kennen goed op de hoogte te zijn van de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten. Door het structureel inlezen en rapporteren krijgen alle medewerkers voldoende zicht op de zorgplannen en aan welke doelen de cliënten op werken.

Getroffen maatregelen

- Om het zicht op de gezondheidsrisico's te vergroten, wordt er gewerkt met risicotaxaties en signaleringsplannen.
- Door inzichtelijk te maken hoe vaak een cliënt wordt gezien is het mogelijk om een beter beeld te krijgen van eventuele zorgmijders en de daarmee gepaarde risico's.

Kwaliteit van bestaan

Zicht op de kwaliteit van bestaan van elke cliënt (tevens wat de zorg eraan kan doen).

Op de vraag "Is er zicht op de kwaliteit van leven van elke cliënt (tevens wat de zorg eraan kan doen)" is getracht antwoord te geven tijdens het reflectieoverleg.

- *Die is er. We vragen hier goed op door in gesprekken. Daarmee proberen we een stuk veiligheid te bieden en te compenseren voor een afwezig of weinig betrokken sociaal netwerk.*
- *De kwaliteit van leven wordt bepaald door een aantal domeinen, opgelegd door veldnormen. Dit zijn ook de domeinen waar vanuit wij de doelen opstellen. De doelen dragen dus bij aan deze kwaliteit van leven.*
- *Het team geeft aan niet volledig op de hoogte te zijn van hoe ver iedere cliënt is met zijn/haar doelen. Hier hebben we bij onze eigen cliënten wel een duidelijk beeld van.*

Bron: Reflectieoverleg (2018).

De vervolgvraag hierop is of ons beeld op de kwaliteit van leven mogelijk afwijkt van dat van de cliënt. Hierin erkent het team dat er een discrepantie is tussen wat wij denken dat goed is voor de cliënt en wat de cliënt zelf denkt dat goed is voor hem/haar, een voorbeeld hiervan is het onderwerp dagbesteding.

Dilemma is hoe we daarmee omgaan zonder cliënten te dwingen, bijvoorbeeld met het oog op het vinden van dagbesteding. En is dat wat wij zouden willen? Wat is daarin onze taak? De benadering is in principe wel altijd vanuit de cliënt.

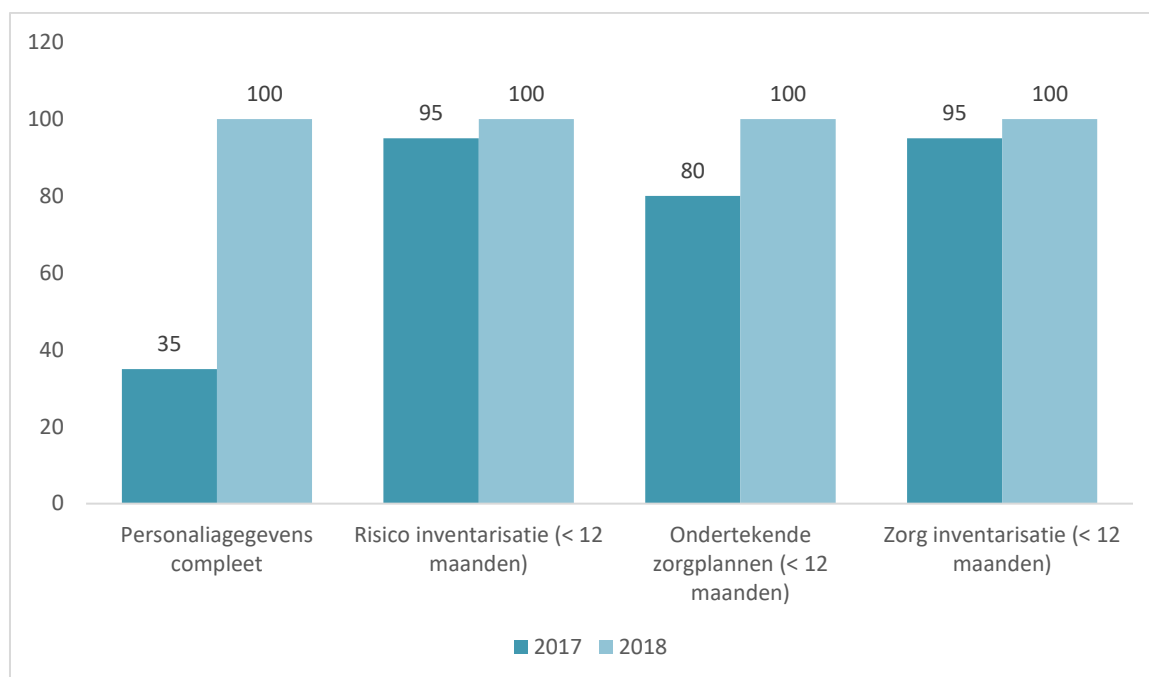
Getroffen maatregelen

- Beleid en procedures rondom de zorgsystematiek zijn in 2018 verder aangescherpt.
- Het inventarisatie formulier gaat beter in op de behoefte van de cliënt.
- Dagbesteding is een vast punt in het zorgplan geworden.

Te treffen maatregelen

- Ervoor zorgen dat de cliënten beter bij alle begeleiders in beeld zijn.

Cijfers



Figuur 3 Kwaliteitsindicatoren 2017-2018 peildatum 11-03-2018. DZN(2018)

Sterke punten

- Korte PDCA cyclus met regelmatig kwalitatieve aanpassingen.
- Bijzondere aandacht voor persoonsgerichte zorg en een cultuur sensitieve benadering
- Duidelijke vormgegeven processen en beleid die de systematiek in het werken ondersteunen.
- Het in beeld brengen van mogelijke gezondheidsrisico's en zorgmijders.
- Met de cliënten thuis rapporteren.
- Speerpunten voor kwaliteit van bestaan zijn verwerkt in de zorgprocedures.

Verbeterpunten

- Vanuit het cliëntenperspectief beter inzicht krijgen in de aansluiting tussen de behoeften van de cliënt en de begeleiding.
- Verder onderzoek doen naar het toepassen van cultuursensitief beleid op de verschillende niveaus binnen de organisatie.
- Betere logistieke planning om onderbezetting op locatie te voorkomen.
- Ervoor zorgen dat de cliënten beter bij alle begeleiders in beeld zijn.

4. Eigen regie van cliënten

Eigen regie is binnen de zorgcyclus van DZN een belangrijk speerpunt. Zo is er veel aandacht voor invloed op kleine en grote keuzemogelijkheden. Daarbij hanteert de begeleiding een vraaggericht en responsieve houding waarbij betrokkenheid, respect en vertrouwen als basis dienen. De gemaakte afspraken worden vastgelegd in het zorgplan. Het zorgplan wordt periodiek geëvalueerd hierbij heeft

de cliënt te allen tijde invloed op de invulling. Daarnaast zijn er op organisatieniveau twee cliëntenraden waar de cliënten en/of derden zich bij kunnen aansluiten.

Eigen regie cliënten

Regie over de invulling van het eigen bestaan en hoe de organisatie dit versterkt.

Ieder moment waarbij er keuzes ten aanzien van de zorg gemaakt moeten worden trachten wij dit procesmatig in te bedden. Het inventarisatieformulier is hier een voorbeeld van. De cliënt kan op dit formulier aangeven welke hulp nodig en/of gewenst is. De begeleiders worden ondersteund en geschoold in het bewaken van een gezonde afstand en nabijheid.

In 2017 is voor het laatst een cliënttevredenheidsonderzoek afgenomen onder de cliënten. Figuur 4 schetst het beeld van de beleving van de cliënten ten tijde van het onderzoek. Hierin komt duidelijk naar voren dat er een hoge mate van tevredenheid is over de begeleiding. Aan cliënten is ook gevraagd aan te geven wat anders of beter zou kunnen als het gaat om de ondersteuning door de begeleiders. Vijf cliënten hebben hierop een antwoord gegeven. De antwoorden hebben betrekking op het stimuleren van de zelfstandigheid van cliënten, aandacht voor de cliënten en het ondernemen van activiteiten. Hieronder worden de opmerkingen weergegeven.

- *Cliënt wil meer gestimuleerd worden om geld te sparen .*
- *Dat ze me meer stimuleren om dingen zelf te doen.*
- *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.*
- *Meer aandacht voor mij - beter luisteren - sneller reageren op mij als ik iets wil doen.*
- *Meer leuke activiteiten ondernemen met de cliënten.*

Bron: Ipsos-facto (2017).

Getroffen maatregelen

- De medewerkers hebben 2018 een Agressie regulatietraining (ART) gevolgd waardoor ze beter in staat zijn om te gaan met cliënten die agressie vertonen.
- Cliënten die hulp nodig hebben op het gebied van financiën ondersteunen wij in het vinden van een bewindvoerder.
- De bezetting is verhoogd waardoor er sneller gereageerd kan worden op verzoeken van de cliënten en er meer ruimte is voor het ondernemen van activiteiten met cliënten.

Te treffen maatregelen

- Activiteiten organiseren voor cliënten.
- Scholing afstand/nabijheid.

Vrijheidsbeperking

Hoe gaat de organisatie om met vrijheidsbeperkende maatregelen in relatie tot eigen regie?

Vrijheidsbeperking kan een bijdrage leveren aan zelfontplooiing. Wanneer men een cliënt ervan weerhoudt teveel hooi op de vork te nemen, kan dit betrokkene helpen. Vrijheidsbeperking is dus niet bij voorbaat negatief. Dat wil daarentegen niet zeggen dat elke vorm van vrijheidsbeperking zonder meer gerechtvaardigd is. Steeds moet immers de vraag gesteld worden of het ingrijpen daadwerkelijk bijdraagt aan het vergroten van de autonomie van de cliënt en gezien de situatie passend is. Voorts geldt dat vrijheidsbeperkingen, vanuit de ethiek bezien, altijd dienen voort te komen vanuit zorg voor de ander. Als het nodig is om vrijheidsbeperkende interventies toe te passen, dan is dit alleen gerechtvaardigd binnen het algemene kader van het proces van zorg. De visie van DZN op vrijheidsbeperking is in lijn met de methode, die in de basis uitgaat van een relatie met de cliënt. DZN heeft daarop aansluitend preventief beleid opgesteld waarmee zoveel mogelijk onbegrepen gedrag

ondervangen kan worden. Daarnaast hanteert DZN een gedragscode waarin basale omgangsregels zijn vastgelegd. Figuur 5 schetst een beeld van de beleving van cliënten over hun zeggenschap.

Invloed cliënten op woonlocatie/organisatie

Zeggenschap van cliënten op locatieniveau. Hoe hebben cliënten invloed? Bijvoorbeeld op zaken binnen de eigen woonlocatie. Denk hierbij aan formele medezeggenschap maar ook als huiskamer overleggen en andere vormen van (mede)-zeggenschap.

Volgens Artikel 8 van de WMCZ is de zorgaanbieder verantwoordelijk om jaarlijks een schriftelijkverslag op te stellen over de wijze waarop ten aanzien van de instelling deze wet is toegepast. Via deze kwaliteitsrapportage tracht DZN te voldoen aan deze verplichting.

In 2018 zijn er 3 bewoners overleggen verspreid door het jaar georganiseerd. De aankondiging van deze overleggen is gegaan via individuele berichten richting de cliënten en oproepborden in de gang. In totaal zijn daar 12 cliënten bij aanwezig geweest. Hierbij zijn verschillende onderwerpen besproken waaronder: Communicatie over het rooster, veranderingen in beleid, privacywetgeving, aanpassingen aan de woningen en afspraken ten aanzien van huishoudelijke ondersteuning.

Figuur 6 laat zien dat de bekendheid van de cliëntenraad onder de bewoners laag is. Ondanks dat dit wel wordt gecommuniceerd is er een grote afstand tussen de cliënten en de cliëntenraad. Ditzelfde geldt ook voor de klachtenregeling, zie figuur 7. Dertien cliënten hebben bij dit thema een of meer opmerkingen gemaakt. Voor sommige cliënten is het onderwerp mogelijk te abstract of ingewikkeld, maar er zijn ook een aantal cliënten dat aangeeft hier meer over te willen weten.

- *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 weten wat de klachtenregeling is.*
- *In het begin duidelijker maken waar je een klacht kunt indienen (ik heb geen klachten).*
- *Niet bekend wat inspraak en klachtenregeling inhoudt.*

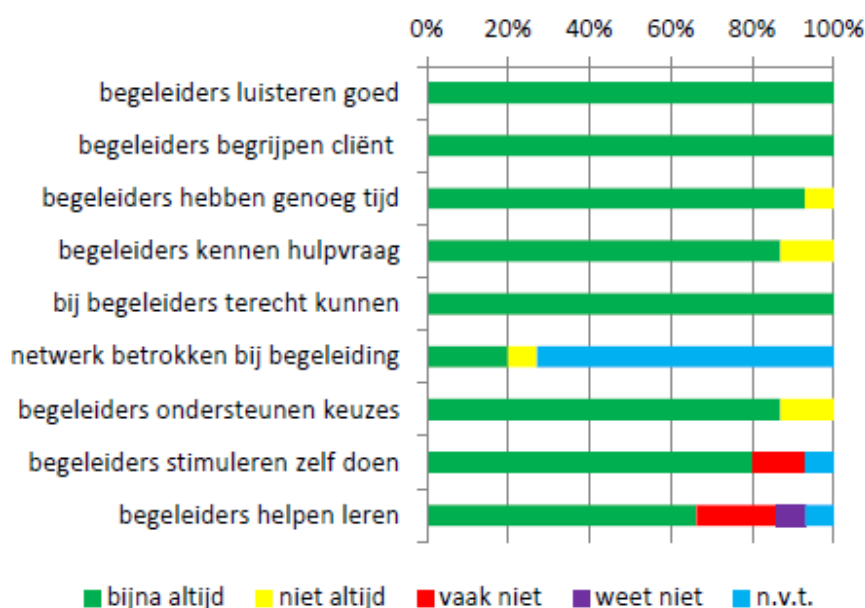
Bron: Ipso-facto (2017).

Getroffen maatregelen

- Klachtenregeling beter zichtbaar op de website.
- Informatie over de cliëntenraad beter zichtbaar op de website.
- Nieuwe interne klachtenprocedure.

Te treffen maatregelen

- 2019 zal er een nieuwe cliëntenraad opgericht worden voor alleen DZN die laagdrempeliger te benaderen is voor cliënten en derden en de ontwikkelingen beter zal gaan communiceren.



Figuur 4 Oordeel over begeleiding in procenten. Ipsso-facto (2017)

Vind je dat:	😊	😐	😞	
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	-	-	-

Figuur 5 Oordeel cliënten over hulp in huis (n=12). Ipsso-facto (2017)

	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

Figuur 6 Bekendheid van cliëntenraad (n=15). Ipsso-facto (2017)

	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

Figuur 7 Bekendheid van en ervaring met klachtenregeling (n=15). Ipsso-facto (2017)

Sterke punten

- Hoge mate van cliënttevredenheid.
- Scholing ten behoeven van preventief beleid op vrijheidsbeperking.
- Hoge mate van invloed cliënten op de woonlocatie.

Verbeterpunten

- De thema's van de kwaliteitsrapportage gebruiken voor het opstellen van de agenda van het bewonersoverleg.
- Meer vaste evaluatie momenten met de cliënten over de zorg die ze hebben ontvangen en hun tevredenheid.
- Lage bekendheid cliëntenraad en klachten procedure.

5. De ervaringen van cliënten

DZN gebruikt diverse instrumenten en methoden om de kwaliteit van zorg te bewaken en de tevredenheid van de cliënten te monitoren. Om een onafhankelijk beeld te krijgen van de cliëntervaringen is door Ipso Facto een cliëntervaringsonderzoek uitgevoerd. Hiervoor is er gebruik gemaakt van de vragenlijst 'Cliënten aan het woord', die ook bij andere onderzoeken van Ipso Facto naar cliënttevredenheid (of cliëntervaringen) in de gehandicaptensector wordt gebruikt. Deze vragenlijst is positief beoordeeld door de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) en opgenomen in de waaier van cliëntervaringsinstrumenten (bouwsteen 2). Dit zijn instrumenten die voldoen aan het kwaliteitskader van de VGN, en aan de (kwaliteits)eisen die sinds 2014 gesteld worden aan cliëntervaringsonderzoek in de VG-sector. Naast Ipso Facto maakt DZN sinds 2018 ook gebruik van zorgkaart Nederland waar cliënten recente ervaringen met de zorg kunnen delen.

Ervaring van kwaliteit van bestaan

Wat vinden cliënten van hun kwaliteit van bestaan.

Naar aanleiding van de laatste ervaringsonderzoekresultaten op het gebied van kwaliteit van bestaan (zie figuur 8) kan geconcludeerd worden dat de cliënten relatief het meest tevreden zijn 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').

Getroffen maatregelen

- Aandacht voor alle domeinen van leven verankerd in de zorgsystematiek.
- De cliënten altijd bevragen of ze het netwerk willen betrekken bij de zorg.
- De cliënten nog beter betrekken bij de zorg door samen met de cliënt te rapporteren.

Te treffen maatregelen

- Dagbestedingsaanbod dat beter aansluit op de doelgroep.

Ervaring van kwaliteit van de geboden zorg

Wat vinden cliënten van de kwaliteit van de geboden zorg.

Figuren 9, 10 en 11 schetsen een beeld van hoe de cliënten de kwaliteit van zorg binnen DZN de afgelopen periode hebben ervaren. Noemenswaardig is het gemiddelde van 8,1 in 2017 en een gemiddelde van 9,3 waarmee DZN in 2018 is beoordeeld. Deze positieve waarderingen zijn een groot compliment voor de inzet van het hele team.

Positieve feedback:

- *Aardige mensen waar ik altijd terecht kan. Bieden ondersteuning aan op bijna alle gebieden.*
- *De begeleiding voelt als mijn familie omdat ik verder niemand heb hier.*
- *Ik ben heel blij met mijn huisje bij DZN.*
- *Ik kan het goed vinden met mijn pb'er.*

Verbeterpunten/ wensen voor toekomst:

- *Als ik iets vraag, duurt het soms lang voordat de begeleiding iets regelt. - Ik moet begeleiding vaak hetzelfde verhaal vertellen; ze moeten beter samen praten.*
- *Cliënt heeft veel overgewicht en wil hier iets mee doen.*
- *Cliënt is heel blij dat hij niet meer op straat zwerft. Hij mist zijn familie wel en wil graag dingen naar ze opsturen, maar heeft geen geld. Hij staat onder bewind. De begeleiding is zijn familie.*
- *Ik wil graag werken of naar school.*

Bron: Ipsso-facto (2017).

Uit de geschreven feedback van het ervaringsonderzoek onder de cliënten komt naar voren dat er ook verbeterpunten zijn. Zo geeft één cliënt aan dat de doorlooptijd van verschillende verzoeken te hoog is en dat daarbij ook de onderlinge communicatie moet worden verbeterd. Figuur 11 laat daarnaast ook zien dat er ruimte voor verbetering is op het gebied van inzage in het dossier, vrijetijdsbesteding, betrokken netwerk en het leren van nieuwe dingen.






Getroffen maatregelen

- Met elke cliënt wordt tenminste dagelijks contact gelegd.
- Periodiek multidisciplinair cliëntenoverleg.
- Samen met de cliënt rapporteren.
- Actief opzoek naar passende dagbesteding.

Te treffen maatregelen

- Logistieke problemen oplossen en de tijdsdruk en de kans op afwezige zorg verlagen.

Cijfers

Hoe tevreden ben je over...					
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	-	-

Figuur 8 Oordeel cliënten over kwaliteit van leven (n=15). Ipsso-facto (2017)

<p>27 november 2018 - Goedgekeurd door de redactie sinds ik hier woon gaat het stukken beter met mij. Kan weer verder kijken en niet naar het verleden. De mensen die mij hier helpen doen dat met alles wat ze hebben en dat is te merken in alles.</p>	<p>9.3 Lees meer</p>
<p>14 november 2018 - Goedgekeurd door de redactie Ik vind het goed waar ik woon. Begeleiders zijn ook goed. Ik zou willen dat ik ooit zelfstandig word zonder begeleiding. Ik zou graag een huurhuis willen met zorg en alles kunnen betalen.</p>	<p>10 Lees meer</p>
<p>14 november 2018 - Goedgekeurd door de redactie Ik vind het fijn hoe ik hier begeleid wordt, ze kunnen mij helpen met mijn problemen. Ik kan goed omgaan met mijn beperking daardoor. Ik vind het fijn dat begeleiders tijd maken voor mij om iets...</p>	<p>8.9 Lees meer</p>
<p>14 november 2018 - Goedgekeurd door de redactie ze luisteren goed naar je. en ze helpen je bij alles wat nodig is</p>	<p>9.9 Lees meer</p>
<p>14 november 2018 - Goedgekeurd door de redactie Ik vind het fijn om hier te wonen. Ik krijg de juiste begeleiding. De mensen om mij heen zijn ook fijn.</p>	<p>8.5 Lees meer</p>

Figuur 9 Waardering DZN. Zorgkaart Nederland (2018).

	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

Figuur 10 Verdeling rapportcijfer per onderdeel. Ipso-facto (2017).

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%

Figuur 11 Mogelijke verbeterpunten. Ipso-facto (2017).

Sterke punten

- Hoge mate van tevredenheid over de kwaliteit van leven.
- Aandacht voor alle domeinen van leven.
- Samen met de cliënt rapporteren.
- Periodiek de inzage behoefte controleren.

Verbeterpunten

- Een dagbestedingsaanbod dat aansluit op de wensen van de doelgroep.
- Kans op afwezige zorg verlagen door het oplossen van logistieke problemen.

6. Samenspel in zorg en ondersteuning

De ondersteuningsvragen binnen de WLZ hebben gemeen dat ze levenslang en levensbreed zijn. Volgens de VGN (n.d.) zijn de beperkingen vaak ook meervoudig, er zijn dan meerdere problemen die op elkaar inwerken. Mede daarom richten behandeling en begeleiding zich op de kwaliteit van bestaan. Het uitgangspunt daarbij is wat de cliënt belangrijk vindt in zijn of haar leven. Om de cliënt hier optimaal bij te ondersteunen werkt DZN aan de hand van een duidelijke verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Hierbij wordt erkend dat het netwerk een belangrijke factor kan spelen in het leven van de cliënt. Tegelijkertijd beschikt de doelgroep vaak over een beperkt inzicht in de intenties van “*foute vrienden*” of de nadelen van een negatief netwerk.

Relatie cliënt, medewerker en familie

De relatie tussen cliënt, medewerker en familie (bejegening, communicatie).

Vanuit DZN proberen we waar mogelijk altijd het netwerk te betrekken bij de zorg. Zo wordt er bij de inventarisatie altijd gevraagd of er betrokkenen uit het netwerk van de cliënt zijn, die een rol mogen hebben bij de uitvoering van het zorgplan. Indien het gewenst is ondersteunen de begeleiders ook in de communicatie richting het netwerk. In het kader van bejegening gaat DZN uit van de Boks-bant methodiek.

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: **b**etutteling, **o**ver bezorgdheid, **k**ritiek en **s**traf. ‘Bant’ staat voor het aangaan van een relatie, maar ook voor vier gewenste technieken: **b**ekrachten van gezondheid, **a**ssertief communiceren, (zoveel mogelijk) **n**egeren van psychopathologie en **t**ime-out nemen door hulpverleners (Appelo, 1999).

Bron: Bejegeringsbeleid (2018)

De methodiek gaat uit van de gezonde kant van de cliënt en richt zich voornamelijk op het ontwikkelen en onderhouden van een *goede relatie op betrekkingniveau* waardoor de cliënt de regie houdt en in principe zelf bepaalt waar de hulpverlening uit bestaat (Appelo, 1999). 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. *Autonomie, controle en eigen regie*, vormen hiermee de kern van de begeleiding. Een *gelijkwaardige en respectvolle* attitude van de begeleiding wordt daarbij als belangrijker gezien dan de feitelijke inhoud van de begeleiding. Maar de inhoud moet wel aansluiten en rekening houden met dat wat de cliënt wil en kan. Gebeurt dat niet, dan is de zorg misschien wel goedbedoeld, maar toch ziekmakend. Omdat de afhankelijkheid een inducerende werking heeft (Appelo, 1999). Hieronder een aantal uitspraken in relatie tot het onderwerp uit het reflectieoverleg.

- *Slecht nieuws gesprekken zijn ook belangrijk voor een goede band met cliënten. Hier hebben we nog weleens moeite mee. Bijvoorbeeld in het aangeven van grenzen of het aanspreken op onbegrepen gedrag.*
- *Het is belangrijk dat er duidelijke afspraken naar cliënten en naar ouder/verzorgers worden gemaakt, dat geeft meer rust in de relatie.*

Bron: Reflectieoverleg (2018)

Getroffen maatregelen

- Begeleiders bekrachten in hun positie voor het nemen van een beslissing ten aanzien van conflictsituaties en/of onbegrepen gedragingen van cliënten door ze het mandaat te geven om in overleg schriftelijke waarschuwingen te geven.

Te treffen maatregelen

- Duidelijke afspraken maken ten aanzien van onbegrepen gedrag en de eventuele sancties die hiermee gepaard gaan.

Versterking informeel netwerk

De aanpak tot versterking van het informeel netwerk van de cliënt.

Om het informele netwerk van de cliënt inzichtelijk te maken worden er bij de inventarisatie specifieke vragen gesteld over het netwerk. Daarbij hebben de begeleiders de mogelijkheid om het netwerk visueel te maken middels een netwerkcirkel. Daarnaast is dagbesteding of het toewerken naar dagbesteding een vast onderdeel in het zorgplan wat ook een bijdrage kan leveren aan het versterken van het informele netwerk. Hieronder een reactie van het team tijdens een reflectieoverleg.

We stimuleren cliënten daar wel in maar het netwerk wordt nog niet “echt” ingezet in de begeleiding van de cliënten. Het ontbreken van een familienetwerk, of het hebben van een “fout” netwerk is hierop van invloed. Het lukt vaak wel om in gesprek met cliënten het “foute” netwerk buiten te sluiten, maar daar komt vaak moeilijk een nieuw netwerk voor in de plaats. Cliënten zijn hier vaak lastig in te bewegen. Het creëren van een solide basis als uitgangspunt is hierbij volgens het team van belang.

Bron: Reflectieoverleg (2018)

Getroffen maatregelen

- Trajectcoaches inzetten die het dagbestedingsaanbod goed kennen en de cliënten kunnen helpen in het vinden van het juiste aanbod.
- De mogelijkheid om het netwerk visueel te maken en te zorgen voor bewustwording middels de Vilans netwerkcirkel.

Te treffen maatregelen

- Vinden van meer passende dagbestedingsplaatsen voor de doelgroep.
- Actiever cliënten in contact brengen met nieuwe informele netwerken.

Samenwerking begeleider en behandelaars

De samenwerking tussen begeleider en behandelaars

De samenwerking tussen de begeleiders en de behandelaars is vast gelegd in het behandelbeleid. Hierin zijn de verschillende rollen en verantwoordelijkheden beschreven. Het doel van dit schrijven is in lijn met artikel 3 van de WKKGZ waarbij de organisatie de verantwoordelijkheid draagt te zorgen voor een toedeling van verantwoordelijkheden, bevoegdheden alsmede afstemmings- en verantwoordingsplichten, dat moet leiden tot het verlenen van goede zorg. Binnen het team wordt regelmatig gekeken naar afstemming tussen de begeleiding en de behandelaars. Mede daarom zijn het afgelopen jaar de nodige veranderingen doorgevoerd.

Getroffen maatregelen

- Behandelbeleid opgesteld.
- Gedragsdeskundige heeft een open inloop spreekuur waar de begeleider terecht kunnen om casuïstiek te bespreken.
- Er is een consignatiedienst waar op teruggevallen kan worden als de reguliere gedragsdeskundige niet beschikbaar is.

Sterke punten

- Actief stappen ondernomen ter verbetering van het dagbestedingsaanbod.
- Goed bereikbare gedragsdeskundige en eventuele achter vang.
- Verdeling van verantwoordelijkheden in behandelbeleid.

Verbeterpunten

- Verder verbeteren van het dagbestedingsaanbod.
- Cliënten actief in contact brengen met nieuwe netwerken.
- Duidelijke afspraken maken ten aanzien van onbegrepen gedrag en de eventuele sancties die hiermee gepaard gaan.

7. Borging van veiligheid

Omgang aanmerkelijke gezondheidsrisico's

Accuraat omgaan met aanmerkelijke gezondheidsrisico's van de cliënt.

In het kader van de veiligheid zijn er verschillende procedures. Voor iedere cliënt stellen wij een inventarisatieformulier op. Middels het formulier worden eventuele risico's getaxeerd. Indien nodig wordt er vervolgens een signaleringsplan met de cliënt opgesteld. Hierbij wordt er vooral gekeken naar hoe de begeleiders kunnen handelen in verschillende situaties ten opzicht van de cliënt. Alle medewerkers zijn geschoold in: BHV, het gebruik van de meldcode huiselijk geweld, grensoverschrijdend gedrag en kindermishandeling en de VIM procedure. De werkwijzen zijn gewaarborgd door vaste procedures die met regelmaat gecommuniceerd en besproken worden. Om de cliëntveiligheid te verbeteren is het opsporen van proces- en systeemfouten van belang. Een belangrijke taak van de teamleider hierbij is het sturen op een no-blame cultuur. Medewerkers moeten daarbij weten wat nodig is om ervoor te zorgen dat cliënten zich veilig voelen.

Dit gaat goed; we creëren een veilige sfeer. We hebben ook een goed beeld van wat wij hierin doen (open vragen, oprechte nieuwsgierigheid). We hebben enige ervaring met cliënten die zich niet volledig veilig te lijken voelen. We gaan dan met hem/haar in gesprek en vragen door. We blijven benadrukken dat cliënten ons alles kunnen vertellen. Onze niet veroordelende houding draagt hieraan bij. Ruimte geven en onderling informatie delen is hierbij belangrijk.

Bron: Reflectieoverleg (2018)

Getroffen maatregelen

- VIM, BHV en meldcode scholing.
- Risico taxaties en signaleringsplannen voor de cliënten.

Te treffen maatregelen

- BHV beleid bespreken met cliënten, eventueel cliënten scholen.

Veilig gebruik van medicatie

Veilig gebruik van medicatie en medische hulpmiddelen

De medicatieveiligheid wordt gewaarborgd door het gebruik van de BEM lijsten. Aan de hand van die lijst wordt er getoetst of en welke ondersteuning de cliënt nodig heeft bij zijn/haar medicatie gebruik. Momenteel zijn geen cliënten binnen DZN die gebruik maken van medicatie.

- Afspraken worden gemaakt en vastgelegd via het inventarisatie formulier.
- Voor het bewaren is een aparte kast aangeschaft.
- Er wordt indien nodig contact gezocht met verschillende ketenpartners.
- Er wordt wel gelet op bijwerking maar hier is nog ruimte voor verbetering.

Bron: Interne audit (2018)

Getroffen maatregelen

- Alle medewerkers zijn geschoold in het verstrekken van medicatie en het gebruik van de verschillende procedures.

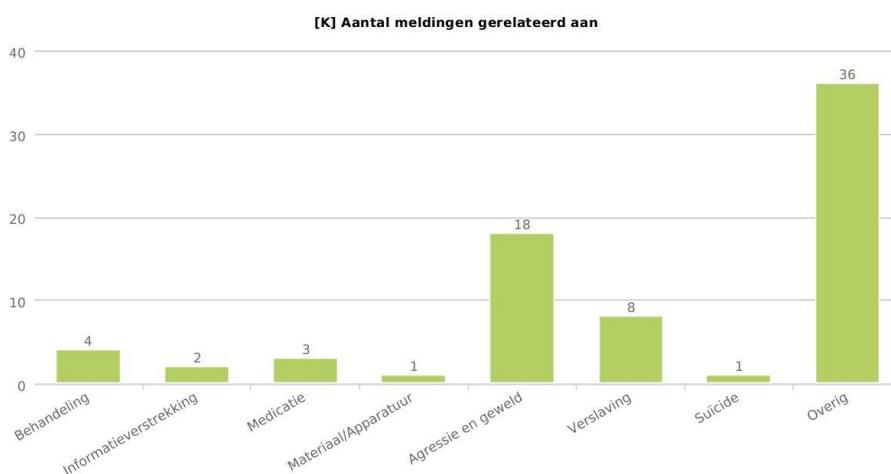
Overige risico's

Naast de gezondheidsrisico's en de medicatierisico's worden de overige risico's binnen DZN digitaal in beeld gebracht via het kwaliteitsmanagementsysteem. Daarbij worden de risico's verbonden aan doelstellingen en in verband met elkaar gebracht door een vlinderdasmodel. Dit model kenmerkt zich door het verband te leggen tussen oorzaak, incident en gevolg met daaraan gekoppeld maatregelen die zowel preventief als repressief van aard zijn.

Cijfers



Figuur 12 Aantal meldingen per maand naar risico. The patient safety company (2018).



Figuur 13 Aantal meldingen gerelateerd aan. The patient safety company (2018).

Sterke punten

- Digitaal VIM systeem
- Scholingsaanbod ten aanzien van de cliëntveiligheid.
- Het gebruik van risicotaxaties en signaleringsplannen.

Verbeterpunten

- Het Digitale VIM systeem verder toespitsen op de praktijk binnen DZN.
- Het aantal handelingen verlagen om meer en betere meldingen te krijgen.
- Cliënten instrueren over de BHV procedure, eventueel scholen.

8. Betrokken en vakbekwame medewerkers

Ervaring kwaliteit medewerkers

Hoe medewerkers de kwaliteit van het werk ervaren

Om de ervaringen van de medewerkers te toetsen wordt er gebruik gemaakt van verschillende instrumenten. Vier keer per jaar wordt er met het hele team gereflecteerd op de werkzaamheden. Hierbij krijgen de medewerkers ook de gelegenheid om hun eigen ervaring met betrekking tot de kwaliteit te delen. Twee keer per jaar wordt er een interne audit gehouden waarbij er door middel van Appreciative Inquiry een gesprek over de dienstverlening wordt gevoerd. Daarnaast is er twee keer per jaar een medewerkers tevredenheidsonderzoek waarbij de medewerkers anoniem kunnen aangeven wat ze van de organisatie en hun werk vinden. Eventueel is er ook nog een mogelijkheid voor medewerkers om anoniem een klacht in te dienen. Klachten worden beschouwt als feedback op de kwaliteit en hebben dan ook een hoge prioriteit binnen de organisatie.

- *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 zijn 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.*
- *Er zijn dilemma's; het dilemma tussen het stellen van grenzen, maar toch flexibel willen zijn komt steeds terug.*
- *Er zijn verschillende doelen bereikt door onze cliënten de afgelopen tijd. We mogen ook trots zijn op hoe we omgegaan zijn met de professionaliseringsslag. Op dit gebied zijn zeker nog aandachtspunten, maar er zijn veel zaken die succesvol zijn geïmplementeerd.*

Bron: Reflectieoverleg (2018)

In het kader van de ervaren kwaliteit geven de medewerkers aan dat die hoog is. Dit is zowel in de verschillende overleggen als in het tevredenheidsonderzoek terug te zien.

Medewerkers zijn voldoende toegerust, leren en ontwikkelen met regelmaat

Of medewerkers voldoende zijn toegerust voor hun taken

Om te waarborgen dat de medewerkers voldoende zijn toegerust wordt de zorgbehoefte zo goed mogelijk afgestemd op het aanbod. Hiervoor wordt er tijdens de sollicitatieprocedure goed gekeken naar diploma's en cultuur sensitieve vaardigheden.

- 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 ook 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.*
 - *Vertrouwen in de relatie met cliënten. Het team pakt goed door, het team is open en transparant naar elkaar toe, veilige sfeer.*
- 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 geen beltegoed...).*
 - *Overdracht naar elkaar kan beter, waardoor dingen soms te lang blijven liggen.*
 - *Sommige cliënten worden meerdere dagen na elkaar niet gezien en “nemen we te 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).*
 - *Kritisch zijn naar elkaar, slecht nieuws richting cliënten, grenzen aangeven en aanspreken op gedrag.*
 - *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.*

Bron: Reflectieoverleg (2018)

In het kader van het leren en ontwikkelen wordt er gebruik gemaakt van een scholingsplan. Op het scholingsplan staan (twee)jaarlijks vaste onderwerpen zoals onder andere: de meld code, medicatie, BHV, seksuele educatie, VIM, intervisie en doelgroep gebonden scholingen. Het gehanteerde budget is conform de CAO, daarnaast hebben de medewerkers ook de mogelijkheid om delen van dit budget in te zetten voor individuele scholingstrajecten.

Om te inventariseren welke scholingsbehoefte er is wordt er gebruik gemaakt van het reflectieoverleg en jaarlijkse functioneringsgesprekken. Tijdens deze gesprekken wordt met de medewerkers gekeken naar de onderlinge samenwerking de zorg en hoe dit waar nodig verbeterd kan worden.

Vraag is waar de behoefte van het team ligt ten opzichte van scholing:

- *Kennis methodiek (hoe en waarom kan een methode aansluiten?).*
- *Stellen van grenzen binnen de gekozen methodieken.*
- *Intervisie.*

Bron: Reflectieoverleg (2018)

Getroffen maatregelen

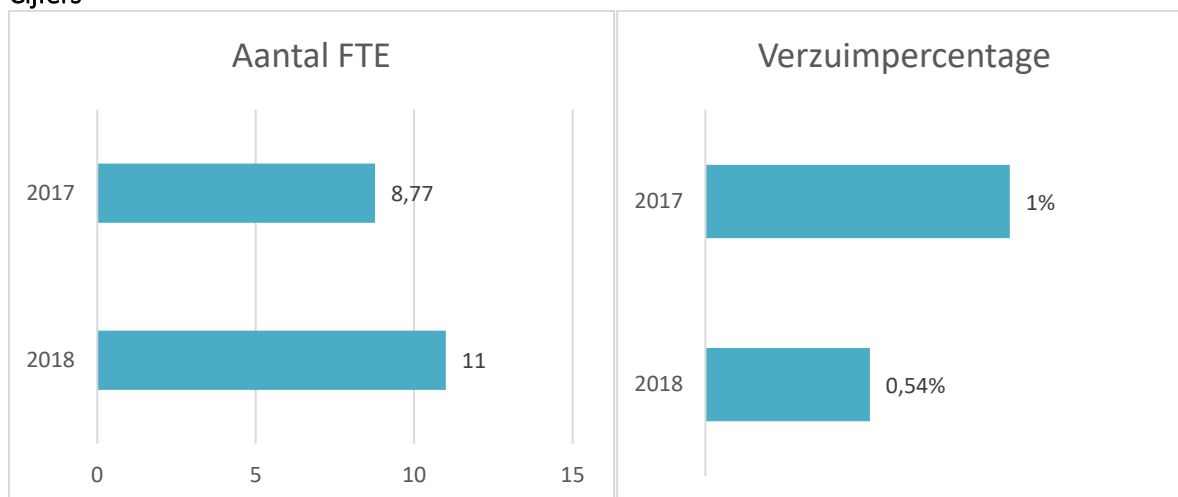
- 4x per jaar intervisie.
- Scholingsplan.
- Functioneringsgesprekken gericht op samenwerking en de ontwikkeling van medewerkers.

- Zelfstandigheid bekrachtigen door elkaar aan te spreken op het overnemen van taken en de cliënten.

Te treffen maatregelen

- Scholing in bejegening
- Scholing in methodiek
- Scholing in het stellen van grenzen

Cijfers



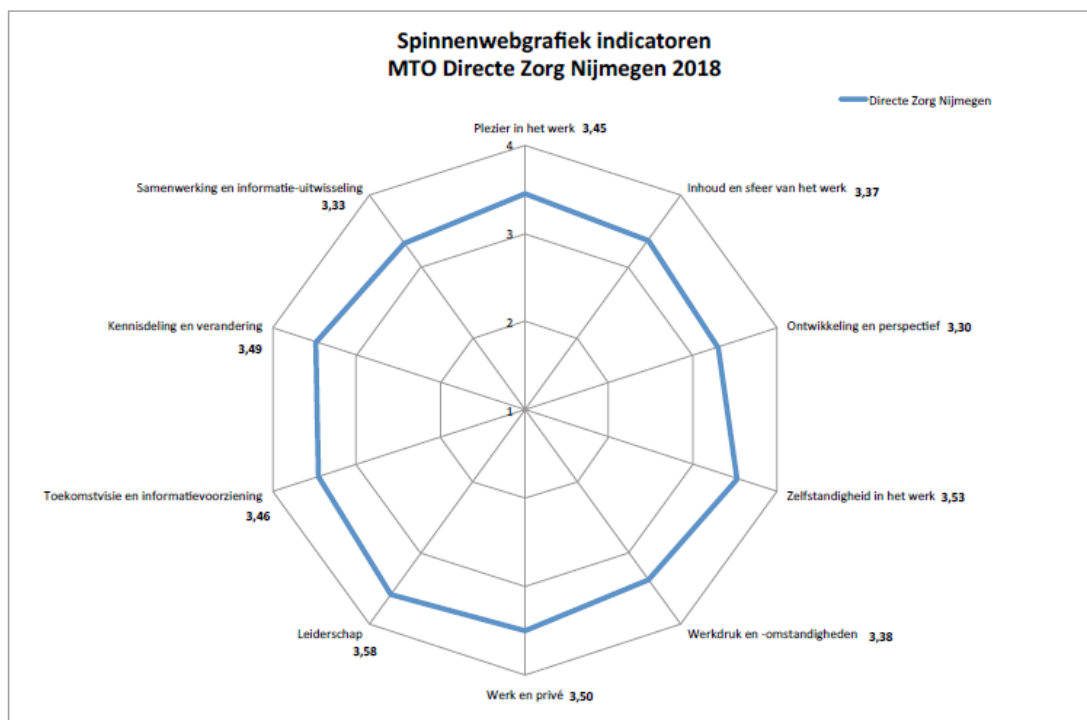
Figuur 14 & 15 Medewerker gegevens 2017-2018. DZN(2018)



Figuur 16 Algemene waardering voor Directe Zorg Nijmegen als werkgever. Bureau de Bok (2018).



Figuur 17 Aanraden eigen zorg. Bureau de Bok (2018).



Figuur 18 Spinnenwebgrafiek indicatoren MTO Directe Zorg Nijmegen. Bureau de Bok (2018).

Sterke punten

- Open cultuur.
- Onderling vertrouwen.
- Goed geschoolde medewerkers.

Verbeterpunten

- Afstand/nabijheid richting cliënten.
- Kritisch ten opzichte van elkaar zijn.
- Onderlinge overdracht van informatie.
- Specifiek scholingsaanbod.

9. Integrale conclusie

Beeld van de kwaliteit van zorg en ondersteuning volgens het bestuur van de organisatie

Wat is sterk en wat is zwak

Vanuit het bestuur wordt er zeer positief teruggekeken op 2018. Ten aanzien van de kwaliteit is er ook veel gedaan om dit, in dialoog met de cliënten en medewerkers, naar een hoger niveau te brengen. Met name de hoeveelheid kwaliteitsinformatie is aanzienlijk vergroot waardoor het mogelijk is geworden om tijdig bij te sturen. 2018 kan dan ook beschouwd worden als een jaar waarin het fundament ten aanzien van kwaliteit voor de komende jaren is gelegd. Ruimte voor verbetering is er voornamelijk op het gebied van feedback en inspraak van cliënten, de onderlinge samenwerking tussen begeleiders en het kwaliteitsbewustzijn binnen de organisatie. De doelstelling zoals ze zijn opgesteld voor 2019 zijn dan ook voornamelijk hierop gericht.

Keuzes die het bestuur maakt ten aanzien van kwaliteitsverbeteringen

Het afgelopen jaar lag de focus op de voorbereiding voor het leveren van zorg in natura via het zorgkantoor. In het kader hiervan is er kritisch gekeken naar de verschillende geldende wet- en regelgeving en de verschillende veldnormen. De keuzes die het bestuur heeft gemaakt zijn in eerste instantie allemaal gericht op het voldoen aan de gestelde externe eisen. Daarnaast is er ook veel aandacht besteed aan het cliënt- en medewerkersperspectief en om die mee te nemen in de verschillende overwegingen. Hierbij wordt er steeds gekeken naar hoe de dienstverlening verder verbeterd kan worden.

Korte uitleg over de aanpak bij prioriteiten, en vervolgens in opeenvolgende jaren informatie over de voortgang van verbetertrajecten.

In 2017 heeft DZN haar eerste kwaliteitsrapportage opgesteld. Dat jaar was het voor de organisatie nog niet verplicht maar diende het als exercitie voor de komende jaren waarin het wel verplicht zou worden. Ook in 2017 zijn er naar aanleiding van het interne onderzoek doelstellingen voor verbetering opgesteld. In het overzicht hieronder is de informatie over de voortgang van de verbetertrajecten verwerkt.

Doelstellingen 2017	Resultaten n.a.v. 2017
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.	<i>Het inventarisatieformulier is structureel ingebed in de werkwijze. Wel moet er nog gekeken worden naar hoe het formulier volledig geïntegreerd kan worden in het digitale cliëntendossier.</i>
Deskundige beroepskrachten 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.	<i>Het bejegeningbeleid en het zorgproces worden met regelmaat besproken en geëvalueerd. Daarbij wordt er met regelmaat stil gestaan bij de eigen regie van de cliënt. In 2019 zal er meer aandacht aan de scholing/ontwikkeling hiervan besteed moeten worden.</i>
Binnen een cyclus van 6 weken wordt er (indien nodig) met de cliënt geëvalueerd, opnieuw geïnventariseerd en op basis van die informatie een nieuw plan opgesteld.	<i>Dit proces is in 2018 in vrijwel alle gevallen binnen de afgesproken termijn afgerond. Van belang is dat er vooruit gepland wordt.</i>
Cliëntenportaal beschikbaar stellen voor de cliënten die daar behoefte aan hebben.	<i>2x per jaar worden de cliënten bevraagd of ze gebruik willen maken van de mogelijkheid tot inzage. Tot nog toe zijn er 6 cliënten die hier gebruik van maken.</i>
Cliëntinformatie wordt alleen nog maar in het ECD verwerkt.	<i>Zowel cliëntinformatie als personeelsinformatie worden, in het kader van de AVG, alleen nog in de daarvoor bestemde databases opgeslagen.</i>
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.	<i>De risico analyse is een vast onderdeel van het inventarisatieformulier. Het signaleringsplan wordt alleen opgesteld indien hier een aanleiding voor is.</i>
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.	<i>De vragenlijst is geïntegreerd in het inventarisatieformulier. Daarnaast is er een aandacht functionaris aangesteld die op regelmatige basis toezicht houdt op de medicatieprocessen.</i>
De cliënten moeten ingelicht worden over de werkzaamheden en de bereikbaarheid van de cliëntenraad.	<i>De werkzaamheden en contact mogelijkheden van de cliëntenraad zijn aanbod gekomen tijdens de het bewonersoverleg. Daarnaast is de</i>

contactinformatie beschikbaar via de website en via posters op de gang.

De mogelijkheid voor cliënten om van invloed te zijn op hun woon-/ leefomgeving.	<i>Een periodiek bewonersoverleg waar alle bewoners bij aanwezig mogen zijn.</i>
Structureel sturen op het bekend maken van de klachtenprocedure.	<i>De klachtenprocedure is vermeld op de website en wordt gecommuniceerd via posters op de gang.</i>
PB'ers zorgen voor ondersteuning bij het zoeken naar vrijetijdsbesteding in combinatie met het ontplooiën van het netwerk van de cliënt.	<i>Op vrijetijdsbesteding en dagbesteding wordt actief ingezet door de begeleiding. Dit is onder andere terug te zien in de zorgplannen.</i>
Samen met de cliënt rapporteren.	<i>De doelstelling is om zoveel mogelijk met de cliënt samen te rapporteren, bij voorkeur bij de cliënt thuis. Dit proces gaat steeds beter maar is nog niet volledig ingebed.</i>
Alle cliënten worden op structurele basis voldoende gezien. Daarbij worden de zorgmijders in kaart gebracht en afspraken voor gemaakt.	<i>Ten aanzien van dit proces zijn er veel stappen gemaakt. Zo worden er lijsten bijgehouden en wordt er regelmatig gecommuniceerd over hoe deze groep toch gezien kan worden.</i>
Omdat de beperkingen van het team inbeeld zijn en deze aandacht behoeven moet er periodiek intervisie georganiseerd worden om obstakels bespreekbaar te maken.	<i>In 2018 zijn 3 intervisie momenten georganiseerd. Vanaf 2019 zijn dit er 4.</i>

Geprioriteerde doelstellingen 2019

De onderwerpen die naar aanleiding van de kwaliteitsrapportage naar voren komen zijn per definitie van belang. Om daar een verdere prioritering in aan te brengen wordt er gekeken naar de urgentie. Hierdoor kan een onderscheid gemaakt worden tussen onderwerpen waar direct wat aan gedaan moet worden en onderwerpen die wat verder in de toekomst gepland kunnen worden.

Doelstelling	t	Prestatie indicator
Een scholingsaanbod dat aansluit op de behoefte van cliënten en medewerkers.	Q1	Specifieke aandacht voor: <ul style="list-style-type: none"> • Afstand/nabijheid • Bejegening/begrenzing • Activeren/motiveren
Een VIM systeem dat verder toespitst is op de praktijk en de medewerkers uitnodigt om na te denken over de kwaliteit.	Q1	<ul style="list-style-type: none"> • Meer kwalitatief bruikbare VIM meldingen dan in 2018.
Efficiënter ingerichte reflectie momenten door thema's over het jaar te verdelen.	Q1	<ul style="list-style-type: none"> • Met een continue kritische blik naar elkaar en naar de organisatie kijken. • Groeiend kwaliteitsbewustzijn onder de medewerkers.
De onderlinge samenwerking versterken met specifieke aandacht voor een goede logistieke planning en duidelijke informatie overdrachten.	Q1	<ul style="list-style-type: none"> • Betere vervoersopties • <u>Altijd</u> iemand van de begeleiders aanwezig op locatie.
Een grotere bekendheid van de cliëntenraad en de klachtenprocedure onder de cliënten.	Q2	<ul style="list-style-type: none"> • Aanstellen cliëntenraadondersteuner. • Gespreksonderwerpen die aansluiten op de thema's van de kwaliteitsrapportage en de wettelijke eisen.
Samenwerkingspartners zoeken met een dagbestedingsaanbod dat beter aansluit op de wensen van de doelgroep.	Q2	<ul style="list-style-type: none"> • Groeiend aantal cliënten dat dagbesteding, werk of vrijwilligerswerk doet.
Cliënten actief in contact brengen met nieuwe netwerken.	Q2	<ul style="list-style-type: none"> • Netwerk vergrotende acties krijgen een structurele plaats in de inventarisatie. • Scholing in activeren/motiveren.
Brandveilige locaties door cliënten structureel te instrueren over de BHV procedure en daar waar mogelijk scholen.	Q3	<ul style="list-style-type: none"> • Alle cliënten weten wat ze moeten doen in geval van brand. • Cliënten die willen mogen een BHV certificaat halen.
Duidelijkere afspraken ten aanzien van onbegrepen gedrag en de eventuele afspraken die hiermee gepaard gaan.	Q3	<ul style="list-style-type: none"> • Waarschuwingsbeleid en gedragscode cliënten • Visie op verslaving en drugsgebruik.

Vanuit het cliëntenperspectief beter inzicht krijgen in de aansluiting tussen de behoeften van de cliënt en de begeleiding.	Q3	<ul style="list-style-type: none"> • Doen we de juiste dingen en doen we dat goed? • Feedback momenten verwerken in het evaluatiegesprek. • Teamleider periodiek in gesprek met cliënten.
Verder onderzoek naar de toepassing van cultuursensitief werken op de verschillende niveaus: de organisatie zelf, het zorgaanbod van de organisatie, en de cliëntengroep.	Q4	<ul style="list-style-type: none"> • Samenwerkingspartners hebben die meedenken in de ontwikkeling van het cultuursensitief werken. • Verder onderzoek uitvoeren naar de mate van cultuursensitief werken en de bijdrage aan het succes. • Medewerkers zijn getraind in cultuursensitief werken.
Profilering richting het netwerk met de daarbij de centrale vragen: Wat kunnen wij voor het netwerk betekenen en wat kan het netwerk voor ons betekenen.	Q4	<ul style="list-style-type: none"> • Netwerkbijeenkomst. • inter organizationele consultatie.

Bronnenlijst

- Appelo, M.T. (1999). Van draaglast naar draagkracht. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Bureau de Bok. (2018). Medewerkerstevredenheidsonderzoek.
- DZN. (2018). Beleid: Zorg en ondersteuningsplan systematiek.
- DZN. (2018). Beleid: Beleidsstuk Governance.
- DZN. (2018). Interne audit.
- DZN. (2018). Kwaliteitsmonitor.
- Patiënt safety company. (2018). VIM overzicht.
- DZN. (2018). Notulen: Reflectie overleg.
- Ipso Facto. (2017). Cliënt ervaringsonderzoek. Den Haag.
- Interviews en groepsgesprekken medewerkers
- Interviews en groepsgesprekken bestuurder en kaderleden
- Kuipers, E. Vanobbergen, B. Veugelers, W. (2010). Wat betekend jong zijn vandaag? Pedagogiek 30e jaargang.
- Mextra. (2018). Achtergrond data.
- Pluryn. (2018). Klachtenregistratie informatie.

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. De Oprichting van een PVT wordt jaarlijks bespreekbaar gemaakt tijdens de personeelsvergadering. De medewerkers hebben tot en met 29 mei 2019 de mogelijkheid gehad voor op- of aanmerkingen ten aanzien van de kwaliteitsrapportage 2018. Tot op heden zijn geen toevoegingen vanuit het team gekomen die anders zijn dan de bevindingen zoals hiervoor beschreven.

RVC

De kwaliteitsrapportage is goed opgesteld. Zorg ervoor dat je het vierogen principe toepast als je stukken naar buiten communiceert. Er komt duidelijk uit de tekst naar voren dat het een lerende organisatie is. Er staat nog te weinig in het plan over profilering richting het netwerk, bedenk eens wat DZN voor haar omgeving kan betekenen als men weet met welke vragen ze bij de organisatie terecht kan. Cultuursensitief werken met de nadruk op straat cultuur mag nog specifiek benoemt worden in de kwaliteitsrapportage. Wellicht kan de organisatie in het kader van gezonde netwerken voor cliënten ook wat leren van de succesverhalen van andere organisaties. Probeer hier ook naar te kijken.

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 geobjectieerd 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.

Resultaten

Algemeen	
Beleid Stel dat iedereen binnen de organisatie precies conform het opgestelde beleid handelt. Wat is er dan anders?	Resultaten <ul style="list-style-type: none"> • <i>Cliënten krijgen minder ruimte om te shoppen en krijgen meer duidelijkheid.</i> • <i>Het beleid wordt vaker besproken om onbewust bekwaam te worden.</i> • <i>Er wordt beter gebruik gemaakt van de beschikbare informatie en er is een betere overdracht van informatie en afspraken.</i> • <i>Alle cliënten zijn evengoed zichtbaar omdat we meer moeite doen om dagelijks alle cliënten te bereiken.</i> • <i>Iedereen kent het beleid, met name de stukken ten aanzien van bejegening zijn voor iedereen duidelijk en leidend in de uitvoering.</i>
Organisatie Waar kon men eerder trots op zijn?	Trots op... <ul style="list-style-type: none"> + <i>het feit dat deze vorm van zorg mogelijk wordt gemaakt door ons.</i> + <i>de gemotiveerde collega's waarmee ik samenwerk.</i> + <i>het vloeiende primaire proces waar wij allen aan bijdragen.</i> + <i>de korte lijnen, snelle (re)acties en proactieve houding van iedereen.</i> + <i>de ontwikkelingen die de cliënten zichtbaar doormaken.</i> + <i>de ontwikkelingen die de organisatie de afgelopen periode heeft doorgemaakt.</i>
Primair proces Geef een voorbeeld van een situatie in je werk waar je energie van kreeg?	Voorbeelden <ul style="list-style-type: none"> + <i>Het vinden van unieke oplossingen voor specifieke gevallen.</i> + <i>Het helpen van mensen die in een schrijnende positie zitten en hulp nodig hebben.</i>
Personeel	Gedragscode personeel

<p>Stel dat iedereen precies conform de gedragscode handelt. Wat is er dan anders?</p>	<ul style="list-style-type: none"> + <i>Er zou niet veel verschil zijn met nu omdat de gedragscode nu al goed gevolgd wordt. Er moet wel voldoende ruimte voor fouten blijven.</i> + <i>Veel gaat al goed, zoals respect voor elkaar, opstaan voor elkaar. Toch zijn we altijd bezig met ontwikkeling en bewustwording.</i> + <i>Veel gaat vanuit intuïtie in plaats van dat we de afspraken kennen, gelukkig komt dit vrijwel altijd overeen met elkaar.</i>
<p>Reflectie Beschrijf een situatie waar je wat van hebt geleerd.</p>	<p>Ontwikkelmogelijkheden</p> <ul style="list-style-type: none"> + <i>...Ik zou graag willen beschikken over parate regelgeving kennis om hier beter op in te spelen. Merk dat ik niet altijd direct antwoord kan geven op specifieke vragen...</i> + <i>...Ik was nog weleens teleurgesteld door de ondankbaarheid van cliënten. Door een goed gesprek met een leidinggevende heb ik geleerd dat het goed is om dingen los te laten. Dat was ook goed voor mijn zelfvertrouwen...</i>

Kwaliteit	
<p>Wat vind je van de kwaliteit binnen de organisatie en hoe zou jij de kwaliteit binnen de organisatie willen verbeteren?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wat wordt dan anders? • Wat kan jij hier zelf aan bijdragen? <ul style="list-style-type: none"> ○ Bejegening ○ Rapportage ○ Domeinen ○ Termijnen ○ Seksualiteit ○ Dagbesteding ○ Netwerkliënt ○ Hoe bepalen we de mogelijkheden en ondersteuningsbehoefte? ○ Hoe gaan we om met wensen? ○ Perspectief cliënt/ Ruimte voor autonomie/ Eigen regie cliënt ○ Klachten ○ Eigen dossier zien? ○ Cliënt risico's 	<ul style="list-style-type: none"> + <i>De relatie tussen de begeleiding en cliënten ervaar ik als goed. Ook het reflecteren op elkaar werk gaat goed.</i> + <i>De zorgsystematiek wordt steeds duidelijker, het inventarisatie formulier is veel omvattend. De deadlines zijn goed uit te voeren en halen we eigenlijk altijd. Het perspectief van de cliënt en het bepalen van de ondersteuningsbehoefte krijgt veel aandacht binnen het proces.</i> + <i>Een mogelijke verbetering zie ik door specialisatie. Door specifieke experts op specifieke vakgebieden in te zetten en het beter kader van taken en bevoegdheden kan er meer uit de organisatie gehaald worden.</i> + <i>Cliëntrisico's worden goed aangepakt omdat meldingen gebruikt om dichterbij de cliënt komen in plaats van dingen verbieden.</i> ± <i>Rapportage kwaliteit is in veel gevallen goed. Wel moet er aandacht zijn voor de objectiviteit en de compleetheid ervan. Nog veel rapportages staan onder notities, een verbetering zou zijn om meer op doelen te rapporteren. Helaas is het niet altijd mogelijk direct na een gesprek te rapporteren wat de kwaliteit niet ten goede komt.</i> ± <i>Medewerkers hebben soms moeite met "NEE" zeggen waardoor de werkdruk onnodig hoog kan oplopen.</i> ± <i>De bejegening ervaar ik in veel gevallen als goed. Wel kan het begrenzen beter. Ik denk dat ervaring daarbij een rol speelt. Het beleid zelf is nog niet scherp. Ook mogen de collega's elkaar meer spiegelen.</i> ± <i>De domeinen werken goed en beslaan vrijwel alle belangrijke punten waar wij met de cliënten aan werken. Het zorgplan en de doelen kunnen verbeterd</i>

	<p>worden door vanuit de "Ik" vorm te werken. Daardoor wordt het <u>nog</u> meer het plan van de cliënt. Daarnaast is seksualiteit een onderwerp waar meer aandacht voor mag/moet zijn.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Als begeleiders kunnen we vaker langs gaan bij cliënten, nog meer outreachend werken. – Passende dagbesteding vinden voor cliënten is lastig. Cliënten motiveren voor dagbesteding gaat ook vaak moeizaam. Dat komt omdat cliënten zichzelf niet als beperkt zien waardoor ze ook niet werk voor een dergelijke doelgroep willen doen. Daarnaast willen ze geld verdienen als ze dan toch iets "extra's" doen. – Soms is het niet duidelijk waar de grenzen van de taken liggen. Die onduidelijkheid kan voor irritaties zorgen als er taken blijven liggen.
<ul style="list-style-type: none"> • Wat zou je idealiter nog willen leren om beter met de zorg behoefte van de cliënt om te kunnen gaan? 	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Cultuursensitief onbewust bekwaam zijn. Nu ben ik soms nog zoekende naar de juiste balans tussen grenzen stellen en meegaand zijn.</i> – <i>Hoe we beter om kunnen gaan met zorg mijdende cliënten.</i> – <i>Het activeren en motiveren van cliënten.</i>

Privacy	
<p>Wat vind je van het privacy beleid binnen de organisatie en hoe zou je de kwaliteit verbeteren?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wat is er nodig om precies conform de AVG te werken. • Alleen toegang tot noodzakelijke informatie • Toestemmingsverklaring • Datalek • Computers vergrendeld • Bewaartermijnen • Persoonsgegevens open in de ruimte • Virusscanners up-to date • Privacy informatie op telefoons • Automatisch wachtwoorden • Versturen van persoonsgegevens 	<ul style="list-style-type: none"> + <i>Data bewaren we allemaal op 1 plek wat veel voordelen biedt ten opzicht van hoe we het voorheen hadden georganiseerd.</i> + <i>Alles is gedigitaliseerd.</i> + <i>Niet meer werken op eigen laptops en telefoons wat ook een veiliger gevoel geeft.</i> – <i>Het mail gedrag kan nog beter, ik zie nog regelmatig dat er geen gebruik gemaakt wordt van de beveiligde mail optie. Dat komt deels ook omdat het niet altijd praktisch is.</i> – <i>Whatsapp wordt ook nog steeds gebruikt omdat we nog geen goed alternatief hebben. Er wordt weliswaar bewust mee omgegaan maar het blijft een potentieel risico.</i> – <i>Ik denk dat we zorgvuldiger om kunnen gaan met de privacy door:</i> <ul style="list-style-type: none"> o <i>Laptops af te sluiten;</i> o <i>papieren niet op tafel te bewaren;</i> o <i>deuren te sluiten voorafgaand aan gesprekken;</i> o <i>het ipad wachtwoord complexer maken.</i>

Veiligheid	
<p>Beschrijf een voorbeeld van het werk waarbij er op een goede manier aan de veiligheid werd gewerkt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> + <i>Alle medewerkers zijn BHV geschoold en weten wat ze moeten doen in geval van een calamiteit.</i>

<ul style="list-style-type: none"> • Leren de cliënten over de BHV procedures • Aandacht verschillende veiligheidsprotocollen • Omgang bijna fouten • VIM procedure • Klachtenregeling voor medewerkers • Vertrouwenspersoon voor medewerkers • Inspraak cliënten beleid • Huiselijk geweld 	<ul style="list-style-type: none"> + <i>In geval van een calamiteit handelen we over het algemeen snel en adequaat. Daar waar nodig hebben we een goede relatie met de wijkpolitie.</i> - <i>De BHV procedure is nog niet gecommuniceerd naar de cliënten. Het is ook niet altijd duidelijk of mensen thuis zijn. Verder is er volgens mij geen procedure die hier verder op ingaat.</i> - <i>Een ander risico is dat cliënten rookmelders afdekken als ze zelf roken.</i> - <i>We missen nog een brandblusser op kantoor waarmee we eventuele brandjes kunnen blussen bij cliënten.</i> - <i>De VIM procedure wordt voornamelijk vanuit een verkeerd perspectief ingevuld. Daardoor is de opgehaalde informatie niet altijd even duidelijk. De focus moet hierbij meer liggen op kwaliteitsverbetering en preventie.</i> - <i>Momenteel zijn de cliënten formeel in zorg bij Pluryn. Er is nog geen cliëntenraad van DZN actief. Dat geldt ook voor de klachten procedure.</i>
---	---

Medicatie	
<p>Zijn er cliënten die medicatie gebruiken? Wat vind je van het medicatiebeleid binnen de organisatie?</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicatie veiligheid procedure • medicatie afspraken • medicatie gebruik • contact met de apotheek • medicatie wijzigingen • medicatie ontrouw • opslag • toediening • bijwerkingen • opiaten • dubbel parafeer 	<ul style="list-style-type: none"> + <i>Afspraken worden gemaakt en vastgelegd via het inventarisatie formulier.</i> + <i>Voor het bewaren is een aparte kast aangeschaft.</i> + <i>Er wordt indien nodig contact gezocht met verschillende ketenpartners.</i> ± <i>Er wordt wel gelet op bijwerking maar hier is nog ruimte voor verbetering.</i>

Vrijheidsbeperking	
<p>Wat vind je goed aan de vrijheid beperkende maatregelen binnen de organisatie en wat zou je nog willen toevoegen om de toepassing ervan te verbeteren?</p>	<ul style="list-style-type: none"> + <i>Momenteel word er alleen gebruik gemaakt van vrijwillige vrijheid beperkende maatregelen. In sommige gevallen zouden gedwongen maatregelen een toevoeging kunnen zijn om cyclisch gedrag te doorbreken.</i> + <i>Zolang de veiligheid niet in het geding is proberen wij doormiddel van gesprekken van invloed te zijn op de cliënten.</i> + <i>Een eventuele toevoeging kunnen camera's zijn. Daarmee kunnen we sneller inspelen op gedragingen van cliënten en de veiligheid beter waarborgen.</i>

	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Het begrenzen van cliënten zonder degelijke sancties is soms moeilijk. Zeker als de eigen veiligheid en/of overlast voor andere een rol gaan spelen. Toch willen we maatwerk aanbieden en vraag dat soms om alternatieve oplossingen.</i>
--	--

Conclusie

Hieronder de grootste risico's volgens de auditor op basis van de resultaten. Hierin worden alle punten benoemd, in de aanbeveling zal er een prioritering gemaakt worden op basis van korte- en lange termijn verbeteringen die getroffen moeten worden.

Algemeen

- Nog niet alle medewerkers kennen het beleid dusdanig dat ze het goed kunnen toepassen. Veel wordt gedaan vanuit intuïtie. Vanwege die lacune komt het voor dat verschillende medewerkers anders omgaan met specifieke situaties wat shop-gedrag bij cliënten in de hand werkt. Cliënten moeten juist meer duidelijkheid krijgen en minder ruimte om te shoppen. Iedereen moet bekend zijn met de gehanteerde afspraken, het beleid en beschikbare informatie.

Kwaliteit

- De medewerkers ervaren een oplopende werkdruk. Dit kan gerelateerd worden aan het niet altijd even duidelijk grenzen stellen. Dat leidt in enkele gevallen tot piekbelasting wat ook de behoefte aan kaders sterk in de hand speelt.
- De overdracht van informatie is nog onvoldoende. Dit is terug te zien in soms onduidelijke afspraken. Een reden hiervoor is de beperkte tijd om te rapporteren en het achteraf rapporteren wat foutgevoeliger is dan direct na het contact rapporteren.
- Niet alle cliënten zijn altijd evengoed zichtbaar. De sterk zorg mijdende cliënten kunnen daardoor (te) lang ongezien blijven. Een reden hiervoor is de vertaalslag van beschikbare informatie. Zo wordt er wel vastgelegd wanneer er telefonisch contact is geweest maar worden er nog onvoldoende vervolgstappen gemaakt als er langdurig alleen maar telefonische contact is geweest. Er moet dus meer moeite worden gedaan om dagelijks alle cliënten te bereiken.
- Activeren en motiveren van cliënten en het vinden van passende dagbesteding is volgens de respondenten lastig. Een deel kan te wijten zijn aan gebrek aan kennis over hoe deze doelgroep geactiveerd kan worden. Een ander deel is te wijten aan het aanbod van werk/dagbesteding in combinatie met de doelgroep.
- In enkele gevallen is het niet duidelijke wie welke taken op zich neemt waardoor het voorkomt dat er taken blijven liggen. De taakverdeling binnen de organisatie is niet altijd duidelijk voor iedereen en behoeft nadere uitleg om onduidelijkheden te voorkomen.
- De gesproken respondenten geven aan dat ze nog weleens zoekende zijn naar de juiste aanpak voor een specifieke cliënt. Cultuursensitief werken is dan ook nog geen onbewuste bekwaamheid.
- De zorgplannen kunnen verder verbeterd worden door vanuit de cliënt te schrijven. Daarnaast krijgt het onderwerp seksualiteit nog onvoldoende aandacht volgens de respondenten.
- Tot op heden is DZN een onderaannemer van Pluryn en kan het gebruik maken van de faciliteiten zoals Pluryn die georganiseerd heeft waaronder de cliëntenraad en de klachten procedure. Het (nog) niet hebben van een cliëntenraad en een eigen klachten procedure is een potentieel risico vanaf dat de organisatie een zelfstandig contract aangaat met het zorgkantoor.

Privacy

- Het privacy bewustzijn is zeker aanwezig. Wel kan het nog verbeterd worden ten aanzien van het mail gedrag door beter met beveiligde mails om te gaan. Daarnaast wordt er nog steeds gebruik gemaakt van whatsapp wat uiterst handig is in gebruik om contact te maken maar

waarbij er wel nauwlettend gewerkt moet worden ten aanzien van privacy gevoelige informatie. Andere punten die tijdens de audit benoemt werden waren: het wachtwoord van de ipad, de deuren dicht doen tijdens gesprekken en papieren met gevoelige informatie van tafel halen.

Veiligheid

- Ten aanzien van de veilig zijn er een aantal maatregelen genomen zoals het scholen van alle medewerkers en het opstellen van beleid. Daarentegen zijn de gelden BHV procedures nog niet gecommuniceerd naar de cliënten. Een ander potentieel risico is dat het (vanwege de opstelling van de woningen) niet altijd duidelijk of cliënten thuis zijn. Ook is er geen procedure die hier verder op ingaat, bijvoorbeeld wat een begeleider moet doen als een cliënt niet thuis is tijdens een brand. Een ander risico in het kader van brand is dat cliënten rookmelders afdekken en het feit dat er op kantoor van de begeleiding geen brandblusser aanwezig is.
- Het melden van incidenten heeft in veel gevallen als doelstelling om dergelijke incidenten in de toekomst te voorkomen. Toch wordt de VIM procedure wordt voornamelijk vanuit een ander perspectief ingevuld. Daardoor is de opgehaalde informatie niet altijd even duidelijk. De focus moet hierbij meer komen te liggen op kwaliteitsverbetering en preventie.

Medicatie

- Tot op heden zijn er nauwelijks cliënten die medicatie gebruiken en/of waarvan het beheer bij DZN ligt. Het risico daarvan is er minder op bepaalde facetten van het medicatiebeleid wordt gelet. Ook de rol van aandacht functionaris is nog niet heel duidelijk naar voren gekomen wat wel van toegevoegde waarde kan zijn.

Vrijheidsbeperking

- De meeste medewerkers kennen het beleid ten aanzien van vrijheidsbeperking onvoldoende. Mede daardoor is er een sterke behoefte aan meer vrijheidsbeperking en een scherpere afkadering van de zorg.

Aanbevelingen

De aanbevelingen gaan in op maatregelen die getroffen zouden kunnen worden om de situatie te verbeteren. Ze zijn geprioriteerd op basis van risico potentieel gevaar dat ze voor de cliënten en de bedrijfsvoering vormen.

1. BHV procedures moeten aangepast worden zodat bij de ontruiming ook rekening gehouden wordt met cliënten waarvan de begeleiding niet weet of ze aanwezig zijn. Dit kan door de deuren langs te gaan of via digitale communicatie in de vorm van whatsapp.
2. Hierop volgend moeten de cliënten uitleg krijgen over deze afspraken en het BHV formulier tekenen. Door te tekenen geven ze ook aan dat ze de werking van het brandmeldsysteem begrijpen en de risico's de ze nemen door het af te dekken.
3. ~~Als laatste toevoeging moet er een brandblusser komen op het kantoor van de begeleiding.~~
4. ~~De medewerkers moeten geschoold worden in het gebruik van het VIM meldsysteem.~~
5. ~~Beleid (bejegening, vrijheidsbeperking, etc.) moet met een grotere regelmaat bespreekbaar worden gemaakt. Naast de intervisie bijeenkomsten kan zorginhoudelijk ondersteuning vanuit de gedragsdeskundige een bijdrage leveren aan de kwaliteit van zorg.~~
6. ~~Om het shop gedrag van cliënten tegen te gaan moet er met elkaar gesproken worden over de hantering van het beleid. Hierbij kan het handig zijn om afspraken te maken en die vast te leggen in de vorm van gedragsregels voor zover dat deze nog niet toereikend genoeg zijn.~~
7. De medewerkers spelen zelf een grote rol in het bepalen van de werkdruk. Het stellen van grenzen hieraan is dan ook noodzakelijk om eventueel ziekteverzuim tegen te gaan. Een training voor het omgaan met werkdruk in de zorg kan van toegevoegde waarde zijn voor de medewerkers.
8. ~~Daar waar de taakverdeling niet helder is moet het kader helderheid schetsen door dit bespreekbaar te maken. Bijvoorbeeld de functieprofielen tijdens een teamvergadering bespreekbaar te maken en te vragen in hoeverre die aanpassing nodig hebben in de praktijk.~~
9. ~~Het direct te rapporteren en tijd nemen voor informatie overdrachten kan de kwaliteit hiervan verbeterd worden. Eventueel kan daarop volgend gekeken worden naar trainingen.~~
10. ~~Om sterk zorg mijdende cliënten te bereiken moet er soms nog meer outreachend gewerkt worden. Ook moet er proactief om worden gegaan met de beschikbare data zoals de lijsten waarop het laatste contact wordt bijgehouden. Eventuele ondersteuning vanuit de gedragsdeskundige kan wederom van toegevoegde waarde zijn.~~
11. ~~De omgang met privacy gevoelige informatie kan verder verbeterd worden door het gebruik van makkelijkere vormen van beveiliging.~~
12. ~~Andere punten die tijdens de audit benoemd werden waren: het wachtwoord van de ipad, de deuren dicht doen tijdens gesprekken en papieren met gevoelige informatie van tafel halen moeten besproken worden moeten collega's elkaar op gaan aanspreken wil er een verschil gemaakt worden.~~
13. De zorgplannen kunnen verder verbeterd worden door vanuit de cliënt te schrijven.
14. ~~Activeren en motiveren van cliënten en het vinden van passende dagbesteding kan verbeterd worden door enerzijds de medewerkers te trainen in het activeren van cliënten en anderzijds een beter aanbod van dagbesteding te zoeken bijvoorbeeld door een traject coach.~~
15. De aandacht functionaris uitleg laten geven over het medicatiebeleid en waar de begeleiders vooral scherp op moeten zijn.
16. Om het cultuursensitief werken tot een onbewuste bekwaamheid te maken moet het ontwikkeld worden. Training of andere vormen van competentie ontwikkeling zouden hierbij kunnen helpen.
17. ~~Cliëntenraad opzetten voor 1 januari 2019~~
18. ~~Klachten procedure instellen voor 1 januari 2019~~

N.B.

Omdat er bijzonder veel doelen zijn waar aan gewerkt moet worden is het raadzaam om deze systematisch te verbeteren. Er kan bijvoorbeeld gebruik gemaakt worden van dagelijkse doelstellingen waarin de begeleiders bespreekbaar maken wat ze die dag willen bereiken. Op die manier blijft het behapbaar en legt iedereen de focus op die zaken die voor hem/haar van toepassing zijn.