



**PROFILA  
ZORG**

evangelische zorg voor bijzondere mensen

## Kwaliteitsrapport

# Kwaliteitsrapport 2017

Profila Zorg

over

*Bouwsteen 1*

De cliënt

&

*Bouwsteen 2*

Cliëntervaring

&

*Bouwsteen 3*

De teams

# Kwaliteitsrapport

## **Aanleiding**

Het Vernieuwd Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg bestaat uit vijf onderdelen, namelijk de drie Bouwstenen, een Kwaliteitsrapport en Externe visitatie. Dit Kwaliteitsrapport is daarmee het vierde onderdeel in dit kader, waarin de uitkomsten uit de drie Bouwstenen worden benoemd en geduid.

Dit rapport dient op deze wijze als instrument voor interne verbetering, wanneer het wordt besproken met de ondernemingsraad, de verwantenraad en de raad van toezicht. Aanpassingen naar aanleiding van deze besprekingen zullen opgenomen worden in dit verslag.

Minimaal eenmaal in de twee jaar wordt het Kwaliteitsrapport tijdens een Externe Visitatie besproken met partners binnen en buiten de gehandicaptenzorg. We hopen dit over verslagjaar 2018 uit te voeren, de resultaten van deze bespreking zullen dan ook toegevoegd worden aan dit verslag.

Het Kwaliteitsrapport wordt openbaar gemaakt en dient daarmee als instrument voor externe verantwoording.

## ***Leeswijzer***

Dit Kwaliteitsrapport is opgebouwd uit de 3 Bouwstenen van het Kwaliteitskader. Vervolgens is nog aanvullende informatie toegevoegd om een breder beeld te geven bij de context en de specifieke vragen van de IGJ\* in het kader van de maatschappelijke verantwoordelijkheid te beantwoorden.

Voor de leesbaarheid kiezen we, hoewel bij Profila Zorg in de WLZ\* bijna 1/3 van de cliënten, bewoners en deelnemers aan de dagbesteding vrouw is en enkele cliënten gender-onduidelijkheid ervaren, voor de mannelijke variant en spreken we over hij (en bedoelen dan ook zij) en over hem (en bedoelen uiteraard ook haar).

Niet iedere lezer zal vertrouwd zijn met alle gebruikte termen in de zorg. Voor hen wordt in de bijlage een beknopte uitleg gegeven van termen die in het verslag voorzien zijn van een asterix\*.

# Kwaliteitsrapport

## Inhoudsopgave

Aanleiding .....	2
Inleiding .....	4
Bouwsteen 1 De Cliënt .....	4
Beschrijving van het proces .....	4
Beoordeling van het proces .....	6
Risico's .....	8
Vrijheidsbeperkende maatregelen .....	10
Bouwsteen 2 Cliëntervaringen .....	12
Bouwsteen 3 De Teams .....	17
TeamReflectie .....	17
Uitkomsten Teamreflectie per thema .....	17
Opvallende uitkomsten .....	25
Overige onderwerpen .....	28
Klachten & Ongenoegens .....	28
Kwaliteit van arbeid (personeel) .....	30
Incidenten .....	32
Ziekteverzuim .....	34
Medezeggenschap .....	34
Conclusies .....	35
Bouwsteen 1 .....	35
Bouwsteen 2 .....	35
Bouwsteen 3 .....	36
Overig .....	37
Oordeel van de Bestuurder .....	37
Bespreking Raad van Toezicht, Verwantenraad en Ondernemingsraad .....	38
Bijlage 1 Uitleg termen .....	40
Bijlage 2 Bronnen .....	44

# Kwaliteitsrapport

## Inleiding

Mijn primaire reactie op het kwaliteitsrapport was een gevoel van verwondering. Verwondering, omdat het inzichtelijk maakt wat er aan gegevens moet worden opgeleverd om inzicht te kunnen geven in de kwaliteit van zorg. Het rapport beslaat zo'n 40 pagina's met cijfers en toelichting op de cijfers. Allemaal gegevens die aantonen hoe je als organisatie scoort op de ladder van kwaliteit van zorg. Het opleveren van de gegevens en de verwerking ervan veroorzaken werkdruk als gevolg van de regeldruk. Natuurlijk begrijp ik dat toezichthouders iets in handen moeten hebben om er op te kunnen vertrouwen dat je het overheidsgeld goed besteedt en dat het gebruikt wordt voor het leveren van een product waardoor cliënten gelukkig zijn. Minder regeldruk zou echter de kwaliteit van zorg wel eens kunnen verhogen en in ieder geval veel medewerkers gelukkiger maken.

Mijn secundaire reactie is dat het kwaliteitsrapport ook heel veel informatie geeft over de stand van zaken binnen de organisatie. Het is een spiegel die niet liegt over hoe we er uit zien. Wat goed is, wat zwak is en wat verbeterd moet worden.

Als kwalitatief goede zorg en begeleiding je doel is, dan is het belangrijk om het minder positieve aspect van de verwondering ondergeschikt te maken aan het gegeven dat het kijken in de spiegel de organisatie verder brengt en de kwaliteit van leven van cliënten verhoogt.

Rien Brand

directeur-bestuurder

## Bouwsteen 1 De Cliënt

### Beschrijving van het proces

De zorg rond de individuele cliënt wordt bij Profila Zorg in het elektronisch cliëntdossier (ECD\*) ondersteund door het aanbieden van een persoonlijk "cliëntplan" welke in samenspraak met de cliënt, de persoonlijk begeleider en de gedragskundige en waar mogelijk verwanten van de cliënt wordt opgesteld.

Het cliëntplan wordt opgebouwd uit verschillende onderdelen. Begeleiders starten met het in kaart brengen van mogelijke "risico's" waarvoor per onderdeel een "risico-inventarisatie" wordt uitgevoerd en specifieke "cliëntkenmerken". Deze worden opgenomen in het "persoonsbeeld" en samen met (eerdere) anamneses of diagnoses verwerkt in de "begeleidingslijn".



## Kwaliteitsrapport

Het cliëntplan is onderverdeeld in levensdomeinen die voor bijna ieder mens herkenbaar zijn en waarop doelen en werkdoelen worden geformuleerd samen met de cliënt, zijn verwant, de begeleider en de gedragskundige:

- Doen,
- Familie & vrienden,
- Geloof,
- Gevoel,
- Huis,
- Hulp,
- Kiezen,
- Lijf,
- Meedoen
- Veilig voelen.

In lijn met de levensdomeinen van Dit Vind Ik Ervan! (DVIE\*, zie Bouwsteen 2)

Minimaal jaarlijks wordt, conform de planning in de "cliëntagenda", het "cliëntplan" samen met de cliënt en als het mogelijk is zijn verwant, de persoonlijk begeleider en de gedragskundige geëvalueerd en bijgesteld. Tevens wordt ieder half jaar een evaluatie aangeboden aan iedere cliënt. Wanneer de cliënt hier geen behoefte aan heeft, hoeft hij hier niet bij aanwezig te zijn.

Hierbij wordt gebruik gemaakt van Dit Vind Ik Ervan! om naast het professionele perspectief, het perspectief van de cliënt goed in beeld te brengen.

### *"Ik Vertel"*

Per cliënt wordt door middel van het instrument "Ik Vertel" verwoordt welke wensen een cliënt heeft en welke problemen er zijn bij zelfredzaamheid en welke ondersteuningsbehoefte de cliënt hierbij heeft.

Ook wordt met behulp van "risico's" in kaart gebracht welke bijzondere risico's voor deze cliënt gelden en welke aandachtspunten dit oplevert voor zijn veiligheid. Dit kunnen gezondheidsrisico's zijn, of risico's op het gebied van zelfredzaamheid of mobiliteit. Bij het onderdeel

Een cliënt die al een aantal jaren op een groep woont, wil graag trouwen. Zijn IQ en diverse beperkingen, maken een huwelijk volgens de betrokken professionals geen optie. Daarbij is er ook geen potentiële partner in het leven van de cliënt. De vraag wordt dan ook lang afgedaan met "dat kan niet". Wanneer op de dagbesteding een "trouweest" wordt georganiseerd, compleet met diverse geleende bruidsjurken, -pakken, boeketten en taart doet deze cliënt uiteraard ook mee. Maar ook na afloop van deze dag, geeft hij nog steeds aan graag te willen trouwen.

De begeleider denkt aan alle mogelijke manieren om de eigen regie van de cliënt een plekje te geven, maar ziet geen mogelijkheid.

Dan volgt de dag waarop ze aan de hand van DVIE en de methode van de onderzoekende dialoog, een gesprek heeft met de cliënt. Wat is de vraag achter de vraag, wat is zijn behoefte?

De cliënt wil graag trouwen, dat geeft hij geregeld aan. Wat is "trouwen" voor hem, wat betekent het? "Naast elkaar op de bank zitten en koffie drinken."

Dat is te regelen. Iedere week. Samen koffie drinken op de bank. Een cliënt die zich gehoord voelt.

## Kwaliteitsrapport

Cliëntperspectief, kan de cliënt aangeven welke wensen hij heeft en op welke manier de begeleiders van Profila Zorg hieraan kunnen bijdragen.

### *“Ik Zie en Vertel”*

Om ook het beeld dat de verwant heeft in kaart te brengen, kan gebruik gemaakt worden van de vragenlijst “Ik Zie en Vertel”. Dit levert regelmatig input voor gesprekken over de begeleiding, de locatie of de specifieke zorgvragen van een cliënt.

### *Controlemomenten*

Dit proces wordt door de persoonlijk begeleider, in samenwerking met de gedragskundige uitgevoerd. Diverse signaleringen in het ECD geven aan wanneer bepaalde taken nog uitgevoerd moeten worden. Op teamniveau is dit door middel van een analysefunctie te controleren. Hierbij wordt gekeken naar de datum van vaststellen (minimaal jaarlijks) en of er een handtekening van de cliënt of diens verwant of bewindvoerder aanwezig is.

Jaarlijks wordt op het algemene proces een check uitgevoerd in de interne audit en ieder kwartaal wordt de stand van zaken per team beoordeeld.

### **Beoordeling van het proces**

Geordend naar de genoemde meetpunten, volgt hier een beoordeling van de diverse onderdelen.

### *Cliëntplan bevat doelen*

Iedere cliënt ontvangt aan de start van de zorg een Clientplan waarin samen met de cliënt doelen worden benoemd. Dit proces duurt ongeveer 2 tot 6 weken.

### **Percentage cliënten in zorg waarbij cliëntdoelen zijn opgesteld: 96%**

De cliënten voor wie de cliëntdoelen nog niet zijn vastgesteld, geldt dat zij nog kort in zorg zijn en het cliëntplanproces nog in de startfase zit. Vanwege de doorstroom is dit een reëel percentage. De startfase kan gezien worden als kennismakingsfase waarbij de cliëntdoelen in het cliëntplan in beeld gebracht worden.

### *Actueel ondertekend plan*

Om te bepalen of er een actueel ondertekend plan is, wordt in het ECD per cliënt een standaard analyse uitgevoerd op de datum van het vaststellen van het cliëntplan, om te voorkomen dat dit langer dan 12 maanden niet geëvalueerd en opnieuw vastgesteld worden. Verder wordt per cliënt een standaard analyse uitgevoerd om te bepalen dat deze in samenspraak met de cliënt is opgesteld, door een check uit te voeren of de cliënt getekend heeft voor het cliëntplan. Daarbij wordt ook gecontroleerd of het perspectief

## Kwaliteitsrapport

van de cliënt is ingevuld. Op basis hiervan monitoren we de betrokkenheid en instemming van de cliënt en borgen we een actueel en ondertekend plan.

### **Percentage cliënten in zorg met een actueel ondertekend plan: 70%**

Het antwoord op deze vraag wordt gegeven vanuit het ECD, maar behoeft enige uitleg. De werkelijke score ligt vermoedelijk rond de 90%.

De analysevraag in het ECD "*Is er een ondertekend zorgplan geüpload dat minder dan een jaar oud is*" komt eind 2017 uit op 70%. Hierbij wordt alleen binnen het ECD gezocht, en gekeken naar de peilpunten:

- actuele datum,
- plan is geüpload,
- handtekening is aanwezig.

Echter niet voor alle cliënten zijn eind 2017 de actuele plannen geüpload in het ECD, ofwel de handtekening is niet op de juiste plaats geüpload, ofwel het akkoord van de gedragskundige staat wel op het document, maar niet apart aangevinkt in het ECD. Per team is inzichtelijk welke plannen nog niet in het ECD staan. Op een enkele na (uitzonderingen zijn bekend bij de verantwoordelijk managers) zijn de cliëntplannen wel beschikbaar en zijn ze ook geüpload in het ECD, maar kon de handtekening van de cliënt om technische redenen nog niet geüpload worden of is het akkoord van de gedragskundige nog niet verwerkt.

Het perspectief van de cliënt is in alle plannen in het ECD gevuld. De norm die we binnen Profila Zorg hanteren (90% van de cliëntplannen is op orde) is gecontroleerd door verschillende gegevens te combineren. Enerzijds de plannen die al geüpload zijn in het ECD en daarbij het Jaarschema waarin de planning wordt bijgehouden en ten derde de oude werkwijze met de digitale mappenstructuur waarin per team per cliënt het digitale dossier werd bijgehouden (dit heeft te maken met de implementatie van het ECD in 2016 /2017).

### ***Input vanuit Interne Audit Kwaliteit***

In de Interne Audit Kwaliteit zien we hoe groot de invloed is van de implementatie van het ECD in 2017. Uit de audit gesprekken blijkt dat, met uitzondering van één of twee teams, het merendeel van de teams het een uitdaging vindt om alle werkwijzen en processen die zij zich eigen hadden gemaakt in de periode voordat zij in het ECD gingen werken, ook toe te passen met ondersteuning van het ECD. Met name het proces rond cliëntplannen liep, wanneer we kijken naar de verwerkingscyclus, hierin vertraging op.

Feitelijk betekent het vooral dat het in de transitiefase lastig is om organisatiebreed digitaal te monitoren. Inhoudelijk en vanuit professioneel perspectief is de

## Kwaliteitsrapport

gedragskundige betrokken bij alle plannen die worden vastgesteld, het perspectief van de cliënt is een vast onderdeel van alle plannen en in de implementatiefase van het ECD, zijn er geen cliënten geweest voor wie er geen actueel cliëntplan was met doelen en werkdoelen.

### **Risico's**

Met behulp van "Risico's" wordt in kaart gebracht welke bijzondere gezondheidsrisico's voor deze cliënt gelden en welke aandachtspunten dit oplevert voor zijn veiligheid.

#### *Risico's voor cliënten worden benoemd*

Voor alle cliënten wordt bij de aanvang van de zorg ingevuld op welke gebieden zij een (laag, gemiddeld, hoog) risico lopen en welke cliëntdoelen hier aan gekoppeld worden om deze risico's zoveel als mogelijk te beperken en de aandachtspunten voor zijn veiligheid voldoende in beeld te hebben en actueel te houden.

Wanneer we de cijfers monitoren zien we het volgende beeld:

#### **Percentage cliënten in zorg waarbij risico's zijn benoemd: 96%**

- De cliënten voor wie de risico's nog niet zijn vastgesteld, geldt dat zij nog kort in zorg zijn en het cliëntplanproces nog in de startfase zit. Vanwege de doorstroom is dit een reëel percentage. De startfase kan gezien worden als kennismakingsfase waarbij de diverse risico's en cliëntkenmerken in beeld gebracht worden.

#### *Actuele risico's hebben een cliëntdoel*

In principe zouden alle actuele risico's een cliëntdoel moeten hebben en zou de score 100% moeten zijn. De cijfermatige analyse geeft echter aan dat niet alle actuele risico's een cliëntdoel hebben.

#### **Hebben alle actuele risico's een cliëntdoel: 77%**

Hier zijn meerdere oorzaken voor aan te wijzen. In de praktijk blijkt er een verschil te zijn in teams hoe deze vraag opgevat en beoordeeld wordt. Zo zijn er teams waar alle potentiële risico's benoemd worden hoewel deze niet specifiek voor deze cliënt gelden en is in de praktijk niet altijd een doel nodig om het risico te beperken.

#### **VOORBEELD: Is er risico op vallen?**

JA, iedere persoon kan vallen => Zo ja, dan dient er een doel toegevoegd te worden.

Maar wanneer er geen sprake is van ouderdomsklachten, medicatiegebruik, duizeligheid of andere factoren die het risico op vallen groter maken dan wat als acceptabel gezien wordt, kan dit evengoed beoordeeld worden als Laag Risico of Geen Risico.

=> Hier wordt vervolgens geen doel op gemaakt. Aangezien het risico zo beperkt is.





## Kwaliteitsrapport

Domein

Domein

Gesignaleerd vanaf  Geldig t/m

**Score**

---

**Kans**     Geen     Laag     Gemiddeld     Hoog

**Effect**     Geen     Laag     Gemiddeld     Hoog

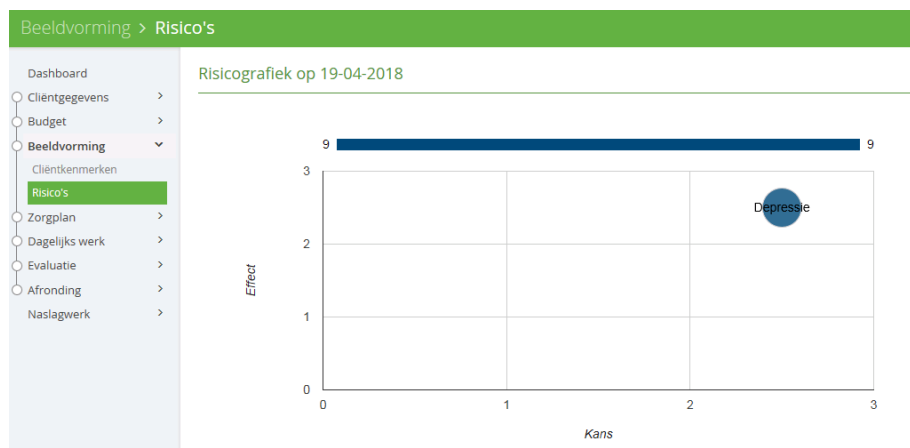
**Score**    **Hoog risico**

**Motivatie**

Om eenduidigheid in de beoordeling te creëren is daarom halverwege het jaar de wijze om te komen tot beoordeling van risico's en de noodzaak om hier doelen aan te verbinden gewijzigd.

Per risico moet de risico evaluatie ingevuld worden. Hierbij wordt de Kans beoordeeld (Geen, Laag, Gemiddeld, Hoog) en het Effect (Geen, Laag, Gemiddeld, Hoog) en op basis van Kans maal Effect wordt de score bepaald.

Voor risico's met een gemiddeld of hoge score, dient een doel ingevuld te worden.





## Kwaliteitsrapport

Wij verwachten dat, met de tussentijdse of halfjaarlijkse evaluaties, alle actuele risico's voorzien worden van een doel. Wanneer sprake is van een laag risico (kleine kans met een laag effect) zal dit niet als actueel risico blijven staan in het cliëntplan.

### *Interne audit*

Tijdens de interne audit\* zijn in alle teams steekproeven uitgevoerd op dossiers en begeleiders gevraagd naar de werkwijze die zij hanteren.

In de plannen is bij het merendeel van de dossiers een evenwicht tussen de zelfredzaamheid en de ondersteuningsbehoeften. Teams zijn er alert op dat zij de regie bij de cliënt leggen en niet automatisch iedere vermindering van de zelfredzaamheid zelf oppakken, maar eerst kijken wat de cliënt hierin zelf kan, vervolgens wordt gekeken wat nodig is om aan de ondersteuningsbehoefte te voldoen.

Gezondheidsrisico's zijn opgenomen in het dossier van de cliënt. Soms uitgebreider dan nodig, zoals ook hierboven beschreven. Begeleiders hebben oog en aandacht voor de veiligheid van de cliënten.

In het cliëntplan worden doelen geformuleerd. De praktische uitwerking hiervan wordt uitgewerkt in "rapportagepunten" voor een langere periode waarop regelmatig gerapporteerd wordt, of in "opvolgacties" voor eenmalige of incidentele afspraken. Per team is inzichtelijk hoe de afspraken worden nagekomen. Op basis van de interne audit beoordelen we dit positief.

### **Vrijheidsbeperkende maatregelen**

#### *De toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen*

Vrijheidsbeperkende maatregelen\* in het kader van de Wet BOPZ zijn in 2017 alleen toegepast op de BOPZ\* aangemerkte locaties de Oogstlaan en vanaf juni 2017 de Ark. Dit wordt geregistreerd in de kwartaalrapportages van de teams. Maatregelen worden besproken met de Gedragkundige en de BOPZ-arts.

	Q1	Q2	Q3	Q4	Totaal
<b>Fixatie</b>	2	2	0	5	9
<b>Afzonderen</b>	0	0	0	1	1
<b>Ongewild toedienen van medicatie</b>	0	0	0	0	0

#### *De maatregelen om tot afbouw van vrijheidsbeperkende maatregelen te komen;*

Het aantal betrokken cliënten voor de geregistreerde maatregelen is: 2.

## Kwaliteitsrapport

8 Van de 10 situaties hadden betrekking op één cliënt. De gedragskundige, de begeleider en de betrokken teammanager hebben in overleg met CCE (Centrum voor Consultatie en Expertise) onderzocht welke mogelijkheden hierin verder zijn.

Het aantal toepassingen van M&M Nood is in 2017 verminderd na de training Trauma Sensitief Werken die de begeleiders in 2016 samen met de gedragskundige hebben gevolgd.

## Kwaliteitsrapport

### Bouwsteen 2 Cliëntervaringen

#### Dit Vind Ik Ervan!

De DVIE methodiek bestaat uit de onderzoekende dialoog waarbij de levensdomeinen besproken worden inclusief de ervaring van de cliënt daarbij, de weergave van de kern van het gesprek per domein en een score per levensdomein.

Zoals in het hoofdstuk hiervoor al is aangegeven, wordt deze methodiek ook gebruikt voor het beschrijven van het Cliëntplan. De meting van de cliëntervaring bevat waardevolle input voor het Cliëntplan, maar ook voor het verhogen van de kwaliteit van leven en de kwaliteit van bestaan.

#### *Score*

De cliënt kan per domein aangeven wat zijn ervaring hiermee is. Hij kiest dan voor:

**Top!**

**Goed**

**Matig**

**Slecht**

Met behulp van divers ondersteunend materiaal wordt geprobeerd zo dicht mogelijk bij de beleving van de cliënt aan te sluiten. Zo zijn er kaartjes ontwikkeld met naast deze woorden plaatjes. Bijvoorbeeld van een hand in combinatie met een gezicht. Duim en wijsvinger in een O, als teken van Oké en een brede lach, staat gelijk aan Top! terwijl een duim naar beneden en een mond met de mondhoeken naar beneden staat voor Slecht.

#### *Belangrijk of verandering gewenst?*

De cliënt kan aangeven:

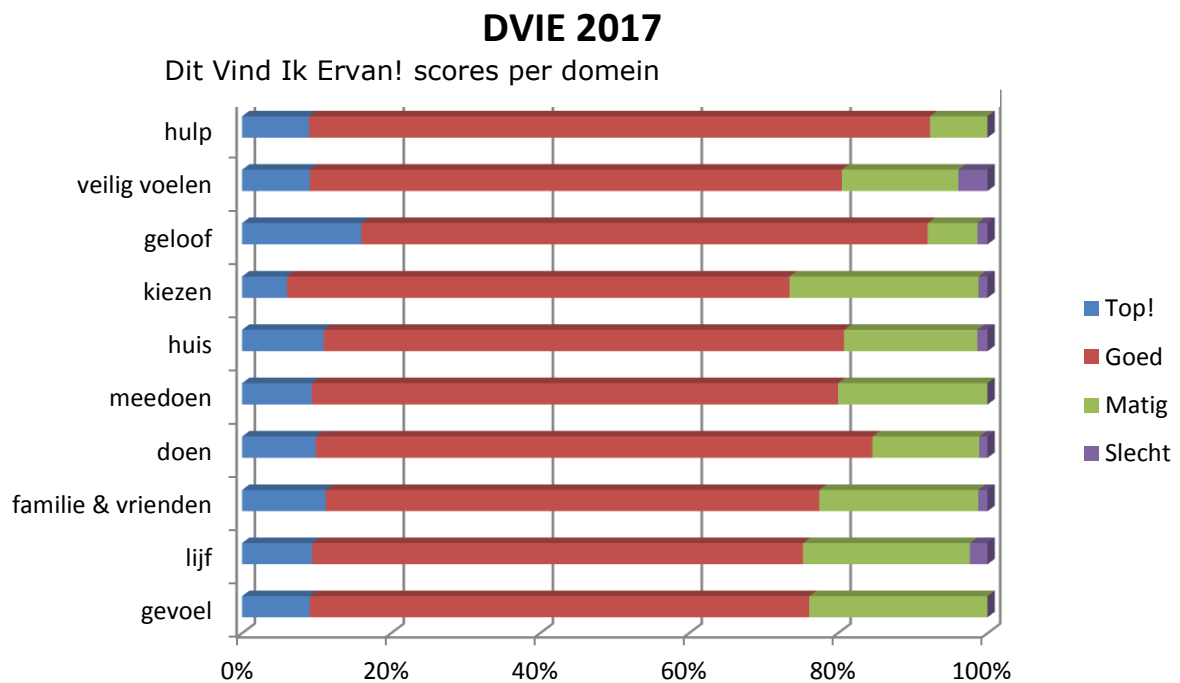
- welk domein voor hem het belangrijkste is
  - dit wordt een aandachtsgebied in de begeleiding
- of er verandering gewenst is ten opzichte van de huidige situatie
  - dit vormt input voor een begeleidingsdoel.



## Kwaliteitsrapport



Wanneer we de scores op de domeinen van alle cliënten optellen, ontstaat het volgende beeld:





## Kwaliteitsrapport

We zien dat "Geloof" en "Hulp" beide hoog scoren ofwel positief beleefd worden. 90% van de respondenten scoort hier Top! en Goed.

"Gevoel" (77%) gevolgd door "Lijf" (75%) en "Kiezen" (73%), scoren gemiddeld wat lager.

Mijn zus is nog niet zo heel lang bij jullie, maar wat ik belangrijk vind en wat mij opvalt is dat jullie betrokken zijn bij de mensen, dat ik goed met jullie kan communiceren en dat als ik een vraag heb en ik deze per email stel, ik vrij snel antwoord krijg. Ook vind ik het fijn dat jullie, nu mijn zus in het ziekenhuis ligt, toch de moeite hebben genomen om bij haar op bezoek te gaan.

### *Verandering gewenst*

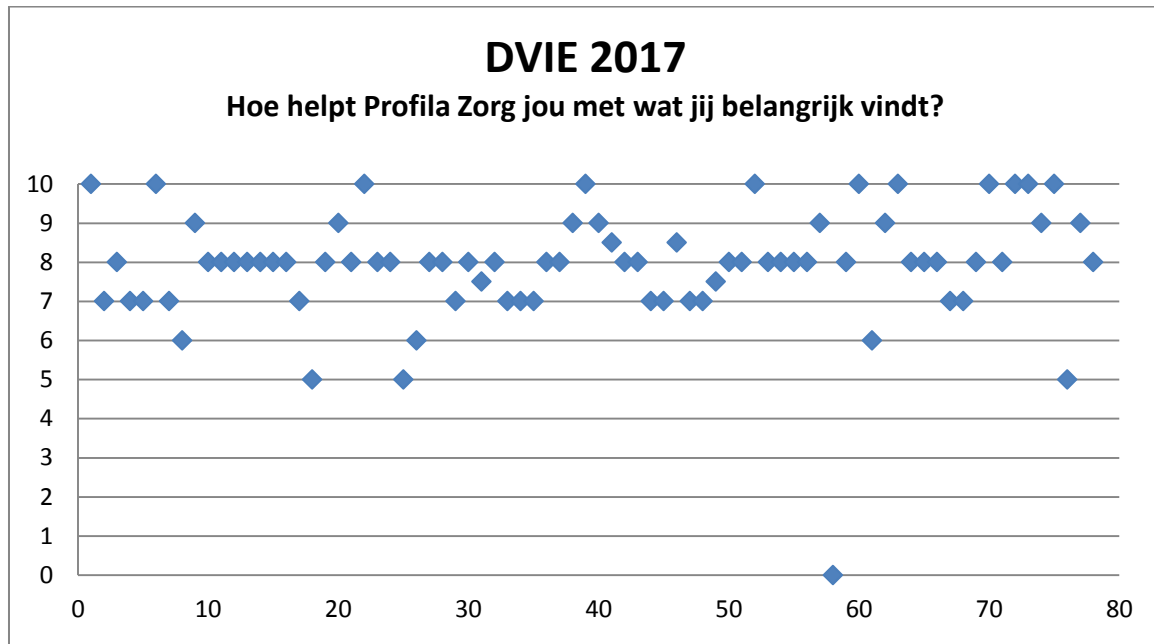
De vraag "Is er verandering gewenst" is door begeleiders bij het afnemen van de DVIE wel gesteld, echter de registratie hiervan op de oude wijze levert geen bruikbare informatie op om op organisatieniveau uitspraken over te doen, laat staan zinvolle conclusies te trekken.

De registratie in het ECD, zoals deze voor 2018 gepland is, moet hier een positieve verandering in brengen.



## Kwaliteitsrapport

Hoewel dit niet onderdeel uitmaakt van de methodiek worden ook twee vragen gesteld die zich richten op de tevredenheid van de cliënt over de zorg die hij ontvangt.



“Helpt Profila Zorg jou met wat jij belangrijk vindt” geven cliënten gemiddeld een **8,2**

“Welk cijfer geef je Profila Zorg” scoort de organisatie gemiddeld een **8,2**

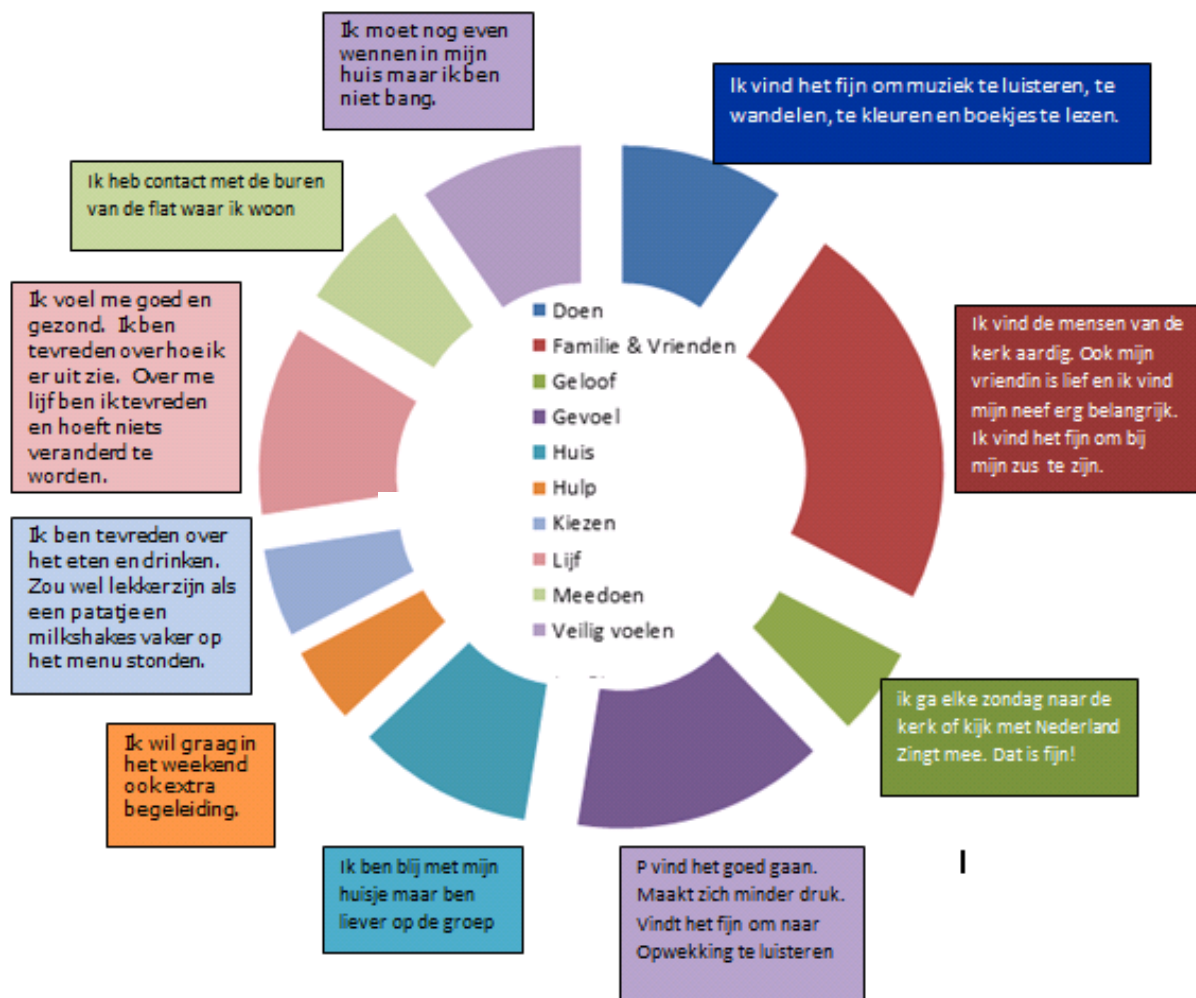
Hierbij merken we op dat deze vraag door ongeveer 1/3 van de cliënten begrepen en/of ingevuld wordt.



## Kwaliteitsrapport

### *Belangrijkst voor jou*

Wanneer we kijken naar het antwoord op de vraag: "Wat is het belangrijkste voor jou?" zien we welke thema's voor cliënten van Profila Zorg in 2017 het belangrijkste zijn:





## Kwaliteitsrapport

### Bouwsteen 3 De Teams

#### TeamReflectie

De begeleiders van alle WLZ / Wonen teams zijn in de maanden oktober en november van 2017 binnen het team in gesprek gegaan met elkaar. De teams konden voor deze TeamReflectie de teammanager en/of de gedragskundige uitnodigen om aan te schuiven. Verder heeft ieder team de beschikking gekregen over een coach die het gesprek kon begeleiden, deelnemers kon uitdagen of de beruchte "olifant-in-de-kamer" aanwijzen en bespreekbaar maken. Sommige teams hebben dit dagdeel gekoppeld aan een team-uitje of een andere activiteit.

Bij de TeamReflectie stonden voor iedere Bouwsteen de volgende drie vragen centraal:



In ieder team is iemand bereid gevonden om de kernpunten uit de reflectie zo goed mogelijk te notuleren, zodat we hier als organisatie op meerdere niveaus van kunnen leren en verbeterpunten uit kunnen filteren.

#### Uitkomsten Teamreflectie per thema

*Het proces rond de individuele cliënt: kennen we de cliënten; is er een actueel plan, worden afspraken nagekomen, is er zicht op veiligheid en gezondheidsrisico's per cliënt etc.*

#### Actueel plan

In de uitkomsten van de reflectie valt het op dat er 3 of 4 "sterke" teams zijn. Hier zijn alle Cliëntplannen op orde (actueel, ondertekend), verloopt de zorgcyclus zoals afgesproken, worden afspraken eenduidig vastgelegd en nagekomen en worden cliënten en verwanten betrokken bij het opstellen en evalueren van de plannen. Deze teams liepen iets voor op de implementatie van het ECD en plukken hier de vruchten van.

Andere teams geven aan dat implementatie van het ECD en vervolgens de wijzigingen voor extra werkdruk en verwarring zorgt. Daardoor is het administratieve proces wel een



## Kwaliteitsrapport

duidelijk aandachtspunt. De inhoudelijke (zorg)afspraken zijn wel voldoende beschreven, doch niet op de juiste plaats in het dossier gearhiveerd. De onderlinge onzekerheid neemt toe als men er niet zeker van is dat alles onder controle is. De teams voelen hierin duidelijk de verantwoordelijkheid.

De oude systematiek van de Jaarplanning (waarin de administratieve cyclus wordt gepland) wordt als ondersteunend ervaren en teams willen dit graag vast houden. Over de inrichting van het ECD en de vindbaarheid, zeker voor persoonlijk begeleiders die weinig in het ECD werken, zijn veel opmerkingen. Over het algemeen heeft men wel vertrouwen dat dit proces beter zal gaan naarmate men het meer onder de knie heeft.

De interne keuze om uit de kopgroep (hogere betrokkenheid bij nieuwe ontwikkelingen in het ECD) te gaan zal hier in de beleving van teams positief in bijdragen (minder wijzigingen, meer betrouwbaarheid).

### Eigen regie

*"Cliënten beslissen wij bewegen (begeleiden) met hen mee."* Deze uitspraak is typerend voor meerdere teams. Alle teams zijn actief bezig met regie geven aan / leggen bij de cliënt. Twee componenten die hier sterk aan bijdragen zijn:

- de methodiek Dit Vind Ik Ervan! en
- de inrichting van de Nieuwe Zorg Teams.
- De methodiek Dit Vind Ik Ervan! helpt te zoeken naar wat de cliënt zelf (zonder allerlei aangeleerde gewoontes vanuit hospitalisatie) graag zou willen en helpt de begeleider te ontdekken wat de vraag of behoefte achter de vraag is.

### Vacature

Toen wij eenmaal begonnen bewoners te betrekken bij het proces rond vacatures en sollicitatiegesprekken, merkten we dat we nog een stapje verder konden gaan.

Wat voor soort begeleider zouden jullie eigenlijk willen?

"Iemand die wat vaker tijd heeft voor een kop koffie en een praatje."

Daarom hebben we er twee vacatures van gemaakt, één voor persoonlijk begeleider en één voor gastvrouw.

### Boodschappen

Voor het maken van het menu en de boodschappenlijst, ga ik tegenwoordig op de groep zitten. Ik vraag aan cliënten die in de huiskamer zijn wat ze willen eten. Zo zien ze dat ik iets doe met wat ze graag willen. Het wordt wat zichtbaarder.



## Kwaliteitsrapport

- Het principe van De Nieuwe Zorg Teams (NZT) geeft deze zelfde boodschap aan de medewerkers. Zij krijgen meer ruimte en eigen regie. De verwachting is dat zij op deze manier ook open kunnen staan voor veranderingen / nieuwe inzichten vanuit de cliëntbehoefte.

Twee elementen die bij de mate van eigen regie bij cliënten een nadrukkelijk effect hebben:

- **de geïndiceerde zorgzwaarte** in combinatie met gedragsproblematiek (VG-7 & SGLVG). Hier zien we medewerkers meer zoeken in de keuze tussen de vraag "wat wil je" versus "wat is goed voor je". Een cliënt die de hele dag en liefst de hele week op bed wil liggen, kan vanuit professioneel perspectief de boodschap krijgen dat actief zijn gezonder is (wat is goed voor je) dan op bed blijven liggen terwijl je niet ziek bent (wat wil je).
- **de rol van de verwanten**, wanneer deze sterk betrokken zijn, heeft dit soms een negatief effect op de mate van eigen regie die een (volwassen) cliënt ervaart. De begeleiders geven ruimte aan de bewoner, de ouders proberen juist zelf veel te bepalen. De zorgrelatie die er vanuit de natuurlijke familieband is, heeft soms een beperkend effect op de eigen regie van de cliënt.

### Sollicitatiegesprek

Bij ons beslissen in het sollicitatieproces cliënten mee of een sollicitant wel of niet wordt aangenomen.

De sollicitant wordt uitgenodigd om samen koffie te drinken en de bewoners mogen hun vragen stellen.

De indruk die cliënten hebben van de sollicitant is van groot belang.

We hebben de laatste keer iemand die wij geschikt achtten afgewezen omdat de bewoners deze persoon niet echt zagen zitten.



## Kwaliteitsrapport

### Wat kunnen de teams leren van uitkomsten DVIE en de evaluaties van de zorg

Voor sommige teams liggen de lessen meer op cliëntniveau, voor andere zijn ze zichtbaar op locatie / woongroep / team niveau. Ook de thema's die op locaties duidelijker naar voren komen, zijn zeer divers.

Wel geeft ieder team aan lessen te leren vanuit de cliëntevaluaties, welke input geven voor:

- de gesprekken met cliënten of
- de begeleidingslijn van cliënten of
- de activiteiten die op de locatie plaatsvinden.

Zo gaat een team meer aandacht geven aan het domein Lijf. Een ander team kijkt naar de activiteiten die op een groep gedaan kunnen worden, vanuit aandacht voor domein Doen en kiest voor "we gaan samen sporten" en werkt daarmee tevens aan domein Lijf "gezond leven en bewegen".

Meerdere teams geven aan dat ze de "oogst" van de gesprekken of de cliëntevaluaties of de teambesprekingen naar aanleiding van DVIE meer met bewoners willen delen. Ze willen bewoners laten merken dat de dingen die genoemd zijn serieus genomen worden. Begeleiders willen aan bewoners laten merken dat er iets gedaan wordt met wat zij zeggen, vinden en willen. Ook al woont iemand al jaren op dezelfde locatie en kennen de begeleiders hem goed, toch zijn er nog iedere keer nieuwe dingen te ontdekken.

#### Sport óf samen iets leuks doen?

Eén cliënt wilde graag vaker sporten, een ander heeft overgewicht, een derde wil samen leuke dingen doen.

We gaan nu regelmatig sporten in het stadspark. Lekker bewegen, erg gezond en natuurlijk samen.

### De kwaliteit van de relatie tussen cliënt en medewerker bovendien het samenspel met de nabije familieleden.

**Verwanten (betrokkenheid):** Op de meeste locaties zijn diverse verwanten betrokken. De mate waarin deze betrokkenheid als steunend wordt ervaren is afhankelijk van het type relatie van de verwant en de mate waarin de ideeën over zorg en begeleiding in lijn liggen met die van de begeleiders. Over het algemeen ervaren de begeleiders deze relaties als goed en waardevol en waar ze dit nog niet zijn, wordt hier actief op ingezet. Hiervoor worden onder andere gespreksavonden rond Dit Vind Ik Ervan! en de Zorgdriehoek aangeboden.

## Kwaliteitsrapport

Ook individueel contact en waar nodig begeleiding wordt hierbij ingezet. Hiervoor zijn ambassadeurs beschikbaar die getraind zijn in het versterken van de zorgdriehoek. In meerdere teams zien begeleiders hierin nog meer kansen. Wanneer verwanten slechts beperkt betrokken zijn, wordt hier door begeleiders aandacht aan gegeven.

**Verwanten (beschikbaarheid):** Vanuit de visie van Profila Zorg en concreet door de teams wordt actief gezocht naar verbondenheid met verwanten, ook wanneer de relaties met de verwant / bewoner lastig liggen (dit zien we met name bij de SGLVG doelgroep) of zeer beperkt zijn (zoals bij de Ouderen doelgroep).

Wanneer er geen verwanten beschikbaar zijn, wordt gezocht naar de mogelijkheid om een netwerk te creëren. Dit betreft betrokken vrijwilligers of mentoren. Op deze manier kan de Zorgdriehoek vorm krijgen en kunnen vrijwilligers ingezet worden voor ondersteunende activiteiten, zoals begeleiding naar het ziekenhuis.

**Vrijwilligers:** de mate waarin vrijwilligers betrokken zijn is onder andere afhankelijk van de doelgroep. Bij cliënten die regelmatig agressie vertonen wordt een ander type vrijwilliger gezocht dan wanneer sprake is van een eenvoudig wandelingetje naar de buurtsuper. Sommige vrijwilligers zijn bijzonder actief, leiden de bewonersvergadering, fungeren als vertrouwenspersoon of zijn het onmisbare technische manusje-van-alles op de locatie. Andere vrijwilligers zijn betrokken bij koffiemomenten of begeleiden bewoners naar kerkdiensten of praise avonden.

Teams beoordelen de samenwerking met vrijwilligers als zeer goed en zoeken naar passende manieren om deze gewaardeerde groep mensen te bedanken voor hun inzet. Bijna ieder team heeft een teamrolhouder "Vrijwilligers" die verantwoordelijk is voor de coördinatie van vrijwilligers en het organiseren van een jaarlijks etentje of andere activiteit. Voor een aantal teams zou het wenselijk zijn als hier meer vrijwilligers bij betrokken zijn. Een centrale vrijwilligerscoördinator ondersteunt teams met tools en adviezen om dit te realiseren.



## Kwaliteitsrapport

**Zorgdriehoek:** De zorgdriehoek zegt iets over de samenwerking tussen drie partijen; cliënt, begeleider en verwant. Daarbij kent de driehoek tegelijk drie afzonderlijke zijden die ieder als aparte relatie geduid en beoordeeld kan worden: de zijde cliënt-begeleider, de zijde cliënt-verwant en de zijde begeleider-verwant.

### CLIËNT

**De zijde cliënt – begeleider** wordt positief beoordeeld. Gemiddeld krijgen de begeleiders een 8,2 van cliënten in het cliëntervaringsonderzoek. Ook het domein Hulp scoort hoog in de DVIE meting. De betrokkenheid van medewerkers op cliënten toont hetzelfde beeld.

**De zijde cliënt – verwant** is voor een belangrijk deel van de doelgroep een waardevolle en positief ervaren onderdeel van de driehoek. Op twee locaties zien we dat het gegeven dat verwanten ver weg wonen een lagere beleving op het domein Vrienden & Familie scoort. Ook op locaties waar weinig verwanten betrokken zijn zien we een vergelijkbare beweging. De rol die de verwant speelt in de eigen regie van de cliënt en de ruimte die hij krijgt om zich te ontwikkelen is voor teams een belangrijk balanceerpunt.

### BEGELEIDER

**De zijde begeleider – verwant** is in veel cliëntsituaties positief maar kent ook veel uitdagingen. Ieder team kan een aantal relaties met verwanten aanwijzen die minder vanzelf gaan en waar meer contact en gesprek nodig is, om het evenwicht in de driehoek te versterken. Wanneer de verwant en de begeleider niet op één lijn zitten, heeft dit effect op de (loyaliteit van de) cliënt. Begeleiders zijn zich hiervan bewust.

### VERWANT



## Kwaliteitsrapport

### De borging van veiligheid.

Het thema Veiligheid wordt in de teams in de breedste zin van het woord besproken en geëvalueerd. Van ijs op het balkon / binnentuin in de winter, tot loszittende stoeptegels en HACCP normen tot veiligheidsrondjes door de teamrolhouder Veiligheid en de ervaring van bewoners wanneer er op de groep een gespannen sfeer of bepaalde dynamiek voelbaar is. Alle aspecten komen in de diverse teams langs en zijn onderwerp van gesprek. Uit de rapportages blijkt ook duidelijk dat voor iedere "categorie" in ieder team ook helder is wie daarvoor aanspreekpunt of verantwoordelijke is.

Een eigen dynamiek is zichtbaar bij de teams met SGLVG en de justitiabele doelgroep. Hier speelt de fysieke veiligheid van de begeleiders een nog grotere rol en is de ondersteuning van het APT team (Agressie Preventie) noodzakelijk. Het belangrijkste gedeelde signaal dat begeleiders van deze vier teams aangeven, is dat er eenduidigheid en duidelijkheid moet zijn in de bejegening en in de opvolging van signalen.

Veiligheid wordt deels gezien als een thema op het gebied Kwaliteit (medicatie, voeding) en deels als een thema op het gebied Facilitair en/of Gebouwveiligheid (bestrating, hang- en sluitwerk, hulpmiddelen, elektronica, alarmknoppen) en een ander deel betreft de methodiek en de focus op de begeleiding en het wonen in een groep. Dit laatste wordt besproken met de gedragskundige (ondersteunend op inhoud van de zorg) en de teammanager (verantwoordelijk voor goede en veilige zorg).

#### Begrijpelijk graag!

Cliënten wilden graag meebeslissen over nieuwe begeleiders.

Maar ze vonden het lastig om op basis van de brieven de sollicitanten te beoordelen.

Het is moeilijk om te bepalen of iemand hier mag komen werken, als je niet alles begrijpt wat hij of zij schrijft.

Vanaf nu staat in onze vacaturetekst dat de sollicitatiebrief zo geschreven moet zijn dat de bewoners kunnen begrijpen wat er staat.

### Voorbeeld

Een incident met een falende tillift, waarbij de leverancier onzorgvuldig de controle heeft uitgevoerd, wat tot een val van een cliënt heeft geleid (waar deze cliënt gelukkig geen blijvend letsel aan heeft overgehouden) heeft in het betreffende team het gesprek over verantwoordelijkheid en controle op gang gebracht. De hulpmiddelen dienen betrouwbaar te zijn, frequent gecontroleerd te worden en te voldoen aan de hoogste eisen. Met de

## Kwaliteitsrapport

nieuwe leverancier zijn door het team en de afdeling Facilitaire Dienst en Huisvesting duidelijke afspraken gemaakt met betrekking tot controle en evaluatie.

### **Is het team voldoende toegerust voor de zorg en ondersteuningsvragen van de cliënten; samen met de vraag 'kunnen we als team ons werk goed doen'.**

Teams bestaan, naar hun eigen oordeel uit vakbekwame, professionele en betrokken medewerkers. Dit wordt ondersteund door de registratie van diploma's, certificaten en bijscholingen.

De meeste teams benoemen dat ze zich veilig voelen bij elkaar, dat er ruimte is om fouten te maken, dit te delen en hier iets mee te doen. Begeleiders kunnen aangeven welke vaardigheden ze verder willen ontwikkelen en welke training ze willen volgen. Meerdere teams noemen de invalkrachten / uitzendkrachten die (soms structureel) ingezet worden op de groepen omdat er te weinig vast personeel is. Dit heeft direct invloed op de ervaring van betrokkenheid en in een aantal gevallen ook op de professionaliteit. Op teams waar veel agressie (fysiek en verbaal) speelt, is het prettig als invalkrachten dezelfde training hebben gevolgd en op dezelfde wijze handelen. Wanneer dit niet het geval is, ervaren medewerkers onveiligheid.

Veilig

Wel geven diverse teams aan dat er wel budget is voor trainingen, maar dat het vaak aan tijd ontbreekt om de scholing te volgen. Hoewel dit niet expliciet zo benoemd wordt, betreft dit wellicht ook de tijd die het kost om invallers te regelen om de zorg over te nemen van de medewerkers die de training volgen.

Tijd

Twee teams bespreken dat het goed is om van elkaar te weten welke "taal" men spreekt / verstaat als het gaat om waardering uitspreken. Hoe geef je complimenten en kies je er bewust voor dit uit te spreken? Hoe laten teamleden aan elkaar weten dat ze elkaar waarderen, het fijn vinden dat bepaalde klussen uitgevoerd worden of dat een manier van werken inspirerend is voor de ander. Ook geven medewerkers aan de teammanager aan wat ze daarin van hem of haar verwachten.

Complimenten

De betrokkenheid van de teammanager bij de groep wordt besproken en dit leidt in de meeste gevallen tot een plan in de vorm van een (jaar)doel voor 2018. Helder uitspreken



## Kwaliteitsrapport

van verwachtingen, zeker ook in het doorontwikkelen van de NZT's en het bepalen van de verantwoordelijkheden en de kaders voor de teams en de teammanagers is hierin van belang. Dit staat op de agenda van de organisatie voor komend jaar.

### **Oppvallende uitkomsten**

In het format waarin de uitkomsten van de TeamReflectie teruggegeven kon worden, hebben we ruimte ingevoegd voor extra onderwerpen, punten die wel besproken zijn maar niet direct bij één van de punten uit de Bouwstenen passen.

Wederom levert dit een grote diversiteit aan besproken onderwerpen op. Soms heel praktisch ("we wilden een winkeltje openen voor de producten die de dagbesteding maakt, maar dit is nog steeds niet gelukt, wat gaan we hieraan doen?") soms meer evaluerend ("hoe ervaren we als team de samenwerking en communicatie met de teammanager en welke dingen willen we daarin verbeteren?"). Bij andere teams is er zoveel besproken op de gebieden van de Bouwstenen, dat alles dat van belang is voldoende is langsgelopen.

De meeste teams hebben dit moment gebruikt om belangrijke zaken die naar boven zijn gekomen naar elkaar uit te spreken en hier afspraken over te maken. Vanwege het inhoudelijke karakter van de punten geven we hiervan geen samenvatting of opsomming; een conclusie die we echter graag delen is de openheid die we zien in de gesprekken en de diversiteit aan besproken onderwerpen. Tevens komt dit ook op inhoud sterk overeen met de beleving vanuit de ondersteunende afdeling Kwaliteit en Beleid via wandelganggesprekken en telefonisch contact.



## Kwaliteitsrapport

### Wat doen we goed

Het is bijna onmogelijk om een samenvatting te geven van de punten die de verschillende teams noemen als gevraagd wordt naar wat er goed gaat. Zeer diverse onderwerpen komen hierin naar boven.

Als we een poging doen hier een onderscheid in te maken, is het de volgende: er zijn feitelijk 4 nieuwe teams en 13 bestaande teams.

Voor de nieuwe teams is het een jaar geweest waarin hard gewerkt is, twee nieuwe locaties geopend, waarin nog veel onduidelijk was en kaders en richtlijnen die in de beleving van de teams opnieuw uitgevonden moesten worden.

Voor de bestaande teams zijn de veranderingen (invoering ECD, doorontwikkelen NZT) de belangrijkste punten van aandacht geweest.

Maar of er nu sprake is van een nieuw team of een langer bestaand team, uit iedere opmerking komen twee kernonderwerpen naar voren:

- 1) dat de medewerkers (sterk) op elkaar betrokken zijn en verbinding ervaren en
- 2) een helder gezamenlijk doel hebben, namelijk de cliënten die aan hen zijn toevertrouwd de beste zorg geven.

### Wat doen we goed

- \* cliëntplannen zijn op orde
- \* professionele betrokkenheid bij cliënten,
- \* contact met verwanten dat goed loopt,
- \* aandacht voor professionalisering,
- \* onderling transparant en eerlijk zijn en
- \* open staan voor verbeterpunten.

### Wat kan beter

De aangedragen verbeterpunten zijn zeer divers. Met enige creativiteit zijn de punten onder te verdelen in twee niveaus.

Een aantal teams kijkt eerst en vooral naar het meta-niveau, anderen benoemen op detailniveau de concrete en praktische punten.

Alle teams hebben naar aanleiding van het gesprek diverse verbeterpunten benoemd. Dit zijn zowel thematische punten die in meerdere acties uitgewerkt kunnen worden, als



## Kwaliteitsrapport

concrete verbeterpunten of doelen. Deze nemen de teams mee in het formuleren van het Jaarplan voor 2018.

Hieronder volgt een selectie van verbeterpunten van teams:

- cliëntplan cyclus efficiënter in de jaarplanning zetten, zodat niet alles tegelijk moet,
- cliëntdoelen concreter formuleren,
- eenduidigheid in de (training van) verpleegtechnische handelingen op de ouderengroepen,
- meer contact met verwanten, huisarts, BOPZ-arts.
- houden aan afspraken en duidelijkheid bieden aan cliënten van dagbesteding

### Metaniveau

- \* meer en duidelijker met elkaar communiceren,
- \* leuke dingen doen als team om elkaar goed te leren kennen.

De teammanager en de gedragskundige, die in de meeste gevallen ook bij de TeamReflectie aanwezig waren, zijn ook betrokken bij het opstellen en accorderen van het Jaarplan.

De afdeling Kwaliteit monitort na het eerste kwartaal de geformuleerde doelen en legt deze naast de uitkomsten van de TeamReflectie. Uiteraard zullen niet alle verbeterpunten als jaardoel meegenomen worden, toch verwachten we ze op thema niveau of in de acties wel terug te zien. Mochten hierin bijzonderheden zichtbaar worden, dan wordt dit teruggekoppeld aan team en teammanager.



## Kwaliteitsrapport

### Overige onderwerpen

#### Klachten & Ongenoegens

De teams registreren ongenoegens van cliënten. Deze registratie wordt zowel gebruikt voor een zichtbare PDCA- cyclus, als voor analyse op inhoud over een periode van een kwartaal. Een hoog aantal ongenoegens geeft iets aan over de transparantie, de openheid van cliënten en de wens van begeleiders om hen serieus te nemen.

In 2017 is in 9 situaties de ondersteuning van de **Klachtenfunctionaris** ingeroepen.

- 1 klacht betrof stichting EBC Zorg,
- 1 klacht was afkomstig van de verhuurder van een ruimte die niet netjes achtergelaten was.
- 7 klachten betroffen cliëntsituaties van cliënten van Profila Zorg.

	Klachten cliënten	Ongenoegens cliënten	Klachten verwanten	Ongenoegens verwanten
<b>Q1</b>	13	32	6	5
<b>Q2</b>	14	33	7	6
<b>Q3</b>	16	93	3	9
<b>Q4</b>	10	92	4	7
<b>Totaal</b>	53	250	20	27

#### Ongenoegens

Conform de klachtenprocedure wordt iedere cliënt, evenals iedere verwant uitgenodigd om, wanneer er sprake is van een ongenoegen, dit te delen met de begeleiders. Over het algemeen worden deze ongenoegens in de begeleidingslijn of door het maken van nieuwe afspraken omgebogen tot een leermoment voor de cliënt, de begeleider of het team.

Begeleiders wordt gevraagd deze ongenoegens te registreren om zo in beeld te krijgen wat op de betreffende locatie nu regelmatig genoemd wordt en zo te analyseren waar de verbetermogelijkheden te vinden zijn. Ieder kwartaal wordt aan teams gevraagd op basis van de analyse een verbetermaatregel te formuleren naar aanleiding van de gemelde ongenoegens. Wanneer de ongenoegens een grote diversiteit laten zien zijn de



## Kwaliteitsrapport

verbetermaatregelen gericht op specifieke situaties. Wanneer een patroon zichtbaar is, is het mogelijk een algemenere verbetermaatregel te benoemen.

Een hoog aantal ongenoegens zien we als een neutraal gegeven, waarna we de focus richten op het proces van intern verbeteren dat op basis hiervan heeft plaatsgevonden.

### ***Klachten***

Blijft een ongenoegen bestaan en voelt de cliënt of verwant zich niet gehoord, dan vervolgt de "route" met de keuze om een klacht te formuleren. Hierbij blijft het streven om dit signaal op het laagst mogelijke niveau op te lossen. Iedere "laag" streeft naar een oplossing die voor beide partijen werkbaar en wenselijk is. De wens om gehoord te worden ligt in de kern regelmatig aan de basis voor een uiting van ongenoegen of een klacht.

De route kan via de begeleider, naar de teammanager, naar de directeur zorg of de bestuurder lopen. Conform de Wkkgz kan een cliënt of verwant op ieder moment in deze route een beroep doen op de Klachtenfunctionaris. Dit geldt ook voor de betrokken professionals.

Een mogelijkheid voor iedere cliënt (onafhankelijk van wettelijke financiering) is om de klacht voor te leggen aan de Klachtencommissie. Met name voor Wmo-gefinancierde zorg, voor Jeugdzorg cliënten en voor BOPZ cliënten heeft Profila Zorg deze in stand gehouden.

Blijft de klacht bestaan en lijkt deze ook met behulp van bemiddeling intern niet opgelost te kunnen worden, dan wijst de Klachtenfunctionaris de cliënt op de mogelijkheid om dit geschil voor te leggen aan De Geschillencommissie Gehandicaptenzorg waar Profila Zorg bij is aangesloten.

2017 zijn *geen* klachten ingediend bij

de Klachtencommissie

door cliënten of verwanten van Profila Zorg

In 2017 zijn *geen* klachten ingediend bij

**De Geschillencommissie** door cliënten of verwanten van Profila Zorg

Hoewel de Wkkgz geen richtlijnen geeft voor de inzet van de Klachtenfunctionaris in de Jeugdwet en de Wmo, heeft Profila Zorggroep gekozen de Klachtenfunctionaris beschikbaar te stellen voor alle cliënten, ongeacht de financieringsvorm of wetgeving waaronder zij zorg of begeleiding ontvangen

## Kwaliteitsrapport

### Kwaliteit van arbeid (personeel)

Wanneer we naar de uitkomsten van de teamreflectiegesprekken per team kijken, zien we een aantal onderwerpen terugkeren. Personeel voelt zich bekwaam en begeleiders zien in het team ook voldoende professionaliteit en betrouwbaarheid.

Verder zien we signalen over onvoldoende helderheid in communicatie in de lijn (team – zorgmanagement) en behoefte aan meer duidelijkheid over de verantwoordelijkheid van bijvoorbeeld het team, de teamrolhouders in het Nieuwe Zorg Team en de verantwoordelijkheden van de teammanager.

Deze onduidelijkheid is onderdeel van de transitie van meer hiërarchisch geleide teams naar teams met meer eigen verantwoordelijkheid en een teammanager die voornamelijk een coachende leiderschapsstijl heeft. Deze transitie ervaren binnen de teams een aantal begeleiders als een verzwaring; anderen benoemen vooral de uitbreiding van hun mogelijkheden en willen deze grotere autonomie niet meer kwijt. Hierbij is op basis van de teamreflectie geen nadere analyse gedaan of er verschil is tussen de teams van Wonen en Dagbesteding en Ambulant. De ondernemingsraad voert in 2018 een onderzoek uit waardoor dit thema mogelijk wel nader geanalyseerd kan worden.

Voor teams die hier behoefte aan hebben, bestaat de mogelijkheid om (al dan niet tijdelijk) bepaalde rollen of teamverantwoordelijkheden weer terug bij de teammanager neer te leggen. De teammanager kiest in deze fase voor een grotere betrokkenheid en biedt meer nabijheid door deze taak (gedeeltelijk of tijdelijk) over te nemen. Rond dit thema is geen specifieke vraag opgenomen waardoor uit de uitkomsten nu niet nadrukkelijk zichtbaar is in welke mate en in welke teams hier sprake van is en voor welke periode hiervan gebruik gemaakt wordt.

Een punt van zorg is wel dat door het aantrekken van de arbeidsmarkt de doorstroom hoger is en het steeds lastiger wordt om personeel te vinden als gevolg van krapte op de arbeidsmarkt. Dit heeft

Communicatie

Verantwoordelijkheid

Nabijheid

Doorstroom

## Kwaliteitsrapport

invloed op het inwerken van nieuwe medewerkers en het borgen van de kwaliteit van zorg, maar ook de rollen en specialisaties in het team. Ook het vinden van hbo-geschoolde begeleiders op de locaties waar deze nodig zijn, wordt steeds meer als uitdaging gevoeld. Het gesprek komt op gang om begeleiders niveau 3, onder de verantwoordelijkheid van niveau 4 taken te laten waarnemen. Dit vergroot echter ook de taakbelasting van Gedragskundigen en persoonlijk begeleiders. Dit is een punt van aandacht binnen het zorgmanagement en ondersteunende functies.

### **vakmanschap medewerkers**

Profila Zorg vindt het belangrijk om kwalitatief goede zorg te leveren en zet hiervoor vakbekwame professionals in. Bij binnenkomst wordt gecontroleerd of deze persoon voldoet aan de gestelde functie eisen zoals in het functieprofiel (conform FWG) benoemd.

De begeleiders, persoonlijk begeleiders en Gedragskundigen vormen de kern van de zorgprofessionals. Het opleidingsniveau is als volgt verdeeld:

	<b>Functies</b>	<b>VMBO</b>	<b>MBO</b>	<b>HBO</b>	<b>WO</b>
<b>Profila Zorg</b>	Zorggerelateerde functies	2%	56%	40%	2%
	Alle functies	1%	54%	41%	4%

Binnen de Jaargesprekken is aandacht voor passendheid in de functie, opleidingswensen of opleidingsnoodzaak. De teammanager kan hier een rol in hebben, in veel teams is het gebruikelijk dat de teamrolhouder Personeel dit oppakt.

De medewerker heeft zelf de regie als het gaat om het vormgeven van het Jaargesprek, hier zijn namelijk meerdere varianten mogelijk:

- 360 graden feedback,
- het benoemen van tips & tops,
- teamjaargesprekken,
- teamjaargesprekken in een subteam of een selectie van het team
- individueel gesprek met de teamrolhouder Personeel
- individueel gesprek met de teammanager

Voor opleiding en training, coaching en teamcoaching is een teambudget beschikbaar, verdisconteerd naar het aantal Fte's per team. Dit budget is bestemd voor training of scholing naast de verplichte trainingen, zoals onder andere Medicatie, BHV, BOPZ en Agressie Preventie Training. Wanneer er naast het teambudget extra geld nodig is, kan dit in de begrotingsbespreking onderbouwd worden aangegeven.



## Kwaliteitsrapport

Eigen regie van medewerkers en initiatief tot het versterken van de kwaliteit van zorg en het vakmanschap van medewerkers wordt hierin gestimuleerd.

### Personeelsmix

Over 2017 ziet de personeelsmix voor de zorggerelateerde functies er als volgt uit:

Functie	Aantal medew	Contracturen
<b>Begeleiders 3</b>	133	51,3 Fte
<b>Begeleiders 4 (PB'ers)</b>	107	71,1 Fte
<b>Begeleiders 5</b>	3 (EV'ers)	1,8 Fte

### Medewerkerstevredenheidsonderzoek

Twee jaarlijks wordt onderzoek gedaan naar de beleving van medewerkers over hun werk, inhoud van werkzaamheden, de organisatie en de mate van inspraak en medezeggenschap.

Tevreden: 8,3

De score van het MTO dat in 2016 werd gehouden en waarvan de resultaten begin 2017 zijn gepresenteerd maakt duidelijk dat medewerkers van Profila Zorg erg tevreden zijn (8.3).

Het algemene beeld is dat medewerkers van Profila Zorg met volledige inzet hun werk kunnen en willen verrichten. Onderwerpen met betrekking op inhoud werkzaamheden, identiteit, drijfveren en motivatie (bezieling) scoren hoog. De onderwerpen waarover medewerkers minder tevreden zijn hebben betrekking op beloning, werkdruk, beschikbare tijd om werk goed te kunnen doen, inwerkperiode en invloed op beleid.

Aan de teams is gevraagd om mee te denken over oplossingen over deze laatste onderwerpen. In het Plan van Aanpak is deze input verwerkt. In de actiepunten ligt de nadruk om zaken tijdig bespreekbaar te maken in het teamoverleg of met de teammanager en op teamniveau naar oplossingen te zoeken.

### Incidenten en calamiteiten en de genomen verbetermaatregelen

#### Incidenten

Incidenten kunnen door ieder teamlid gemeld worden. Binnen het team is de workflow en de verantwoordelijkheid zo ingeregeld, dat een begeleider niet zijn eigen incidenten kan afhandelen en dat wanneer het nodig is in de workflow een functionaris overgeslagen kan



## Kwaliteitsrapport

worden als dit voor de privacy van een betrokkene beter is. (Hier wordt in de praktijk echter zelden gebruik van gemaakt). De afhandeling van incidenten vindt in principe in het team plaats, onder verantwoordelijkheid van de teammanager en de gedragskundige.

Ieder kwartaal worden de geregistreerde incidenten geanalyseerd door de teams, waarop zij zelf de verbetermogelijkheden en maatregelen op teamniveau formuleren. Dit is de kleine pdca-cyclus.

Vervolgens worden op organisatieniveau de geregistreerde incidenten van alle teams geanalyseerd door de MI commissie en bijzonderheden worden nader onderzocht. Hierbij wordt voornamelijk gekeken of het proces voldoende zorgvuldig is gelopen. De commissie onderzoekt ook of er trends zijn waar te nemen of bijzonderheden die opvallen. De resultaten deelt de MI commissie met het managementteam.

### *Genomen verbetermaatregelen*

De MI-commissie heeft met diverse functionarissen contact opgenomen om te zien of er extra ondersteuning, uitleg of verduidelijking nodig is. Ook is gecontroleerd of potentieel gevaarlijke situaties inmiddels zijn opgelost en welke verbetermaatregel het betreffende team heeft genomen.

#### *o Vermissingen*

Op een nieuwe locatie voor besloten zorg voor justitiabelen, werd een forse toename van vermissingen gemeld. Hierbij is een aantal keer de hulp van de politie ingeschakeld. De vermissingen duurden nooit langer dan 24 uur. Vanuit de commissie is besproken met de gedragskundige of het Vermissingsprotocol voldoet (hier zijn enkele aanpassingen op doorgevoerd) en of er specifieke interventies nodig zijn. Binnen de locatie is helder gecommuniceerd met cliënten welke gevolgen weglopen en daarmee de vermissing voor de begeleidingslijn heeft. Deze interventie heeft positief resultaat gehad.

#### *o Social Media*

Naar aanleiding van een situatie waarin een cliënt met een verstandelijke beperking via social media werd afgeperst met filmpjes die van hem gemaakt waren door de afperser, besteden de Gedragskundigen extra aandacht aan het gebruik van social media, de mogelijkheden en de gevaren ervan. De cliënt-communicatiedeskundige is bij deze casus adviserend betrokken geweest.

### *Calamiteiten*

Er zijn in 2017 geen calamiteiten geweest, waarvan melding moest worden gedaan bij de IGJ of de GGD.



## Kwaliteitsrapport

### Ziekteverzuim

De norm voor ziekteverzuim is bij Profila Zorg 5%. In 2017 was de realiteit (exclusief het zwangerschap gerelateerd verzuim) 5,1%. Dit is vergelijkbaar met het landelijk gemiddelde.

Ziekteverzuim: 5,1%

Wanneer op teamniveau hierop nader wordt ingezoomd, zien we in de teams waar het verzuimcijfer hoger ligt dan het organisatiegemiddelde, dit in 80% van de gevallen niet veroorzaakt wordt door arbeid gerelateerd verzuim. De meldingsfrequentie is 1,89 (landelijk 1,0). De teammanager bespreekt op individueel niveau frequent verzuim na de derde ziekmelding binnen 1 jaar om het gedrag positief te beïnvloeden.

### Medezeggenschap

De Ondernemingsraad is bijzonder betrokken op de organisatie. De leden spreken tweewekelijks met de bestuurder en nemen veel initiatief om onder medewerkers te peilen hoe zij over onderwerpen denken die hen aangaan en waar de organisatie iets mee zou kunnen. In 2017 zijn alle onderwerpen die volgens de Wet op de Ondernemingsraden door de bestuurder met de Ondernemingsraad gedeeld dienen te worden besproken, waaronder de Jaarrekening, Ziekteverzuim, uitkomsten Medewerkertevredenheidonderzoek en voorgenomen besluiten van het Managementteam. De diverse lopende projecten zijn besproken, waaronder:

- implementatie van het ECD,
- transitie naar Nieuwe Zorg Teams,
- nieuwe huisvestingsprojecten
- Wmo aanbestedingen in gebieden waar Profila Zorg werkzaam is.

### *Klachten Medewerkers*

Klachten van medewerkers worden door de teams geregistreerd en in de lijn afgehandeld. Medewerkers kunnen zich ook richten tot de vertrouwenspersoon voor medewerkers of de ondernemingsraad. Jaarlijks bespreekt de afdeling Kwaliteit en Beleid de geregistreerde klachten geanonimiseerd naar aard en aantal met de bestuurder.

	Klachten medewerkers	Ongenoegens medewerkers
<b>Q1</b>	2	1
<b>Q2</b>	2	1
<b>Q3</b>	1	4
<b>Q4</b>	0	1
<b>Totaal</b>	5	7

# Kwaliteitsrapport

## Conclusies

### Bouwsteen 1

Het Cliëntplanproces is voor het merendeel van de teams op orde. Per team is duidelijk waar de aandachtspunten liggen. Cliënten worden betrokken bij het opstellen van het plan en de plannen zijn actueel. Uit het ECD komen lagere scores dan verwacht. De oorzaken hiervan zijn bekend. Risico's op cliëntniveau worden benoemd en actuele risico's zijn voorzien van een doel. Er wordt gerapporteerd op doelen en de evaluaties vinden halfjaarlijks en jaarlijks plaats zoals afgesproken. Cliënten worden zichtbaar betrokken bij de diverse fases in het Cliëntplanproces.

Wanneer men bekwaamer raakt met het ECD zal dit als verbetering worden ervaren, het systeem is helpend in het analyseren en verbeteren van het zorgproces. Er is in 2017 duidelijk sprake van een overgangperiode. Dit vraagt tijd en geduld van zowel begeleiders als de ondersteunende organisatie. De kernvraag: 'wat heeft de cliënt hieraan' wordt op verschillende niveaus regelmatig gesteld, om te bepalen of we aandacht schenken aan de juiste zaken. De eerste stappen met betrekking tot de inrichting van DVIE in het ECD zijn hierbij helpend geweest.

Teammanagers en Gedragskundigen zoeken nog naar verdiepende training en monitoring van het proces om hierin hun verantwoordelijkheid te kunnen nemen.

De volgende punten zijn, als *lessons learned* opgenomen in het verbeterplan van de teams, de ECD commissie en de teammanagers:

#### *Verbeterplan nav Bouwsteen 1:*

- Risico's binnen het ECD dienen op een eenduidige manier benoemd en beoordeeld te worden, waarbij de Gedragskundigen betrokken worden bij de keuze wanneer er geen doel verbonden wordt aan een risico.
- Vanaf 1-1-2018 is de meting naar de ervaring van de cliënt (Methodiek: Dit Vind ik Ervan) volledig opgenomen in het ECD. Wanneer er op een gebied positief wordt geantwoord op de vraag "Is er verandering gewenst" is het mogelijk te controleren of op basis hiervan ook het hoofddoel of werkdoel is aangepast.
- Teammanagers en Gedragskundigen stellen na gezamenlijke bespreking de gewenste workflowroute in het ECD vast met betrekking tot cliëntplanproces en ontvangen de benodigde training om deze route in het ECD te kunnen monitoren.

### Bouwsteen 2

De analyse van de uitkomsten van Dit Vind Ik Ervan! is nog niet volledig langs de Richtlijn Tellen en Vertellen uitgevoerd. De analyse op cliëntniveau en teamniveau en in een aantal locaties ook overstijgend op locatieniveau is wel conform de richtlijn uitgevoerd. De analyse van de opbrengsten op organisatie niveau zijn nog beperkt

## Kwaliteitsrapport

doordat gegevens in 2017 nog niet volledig in het ECD konden worden opgenomen. Echter met behulp van handmatige analyse en controle van de gegevens kunnen de volgende conclusies wel benoemd worden:

*De domeinen Familie & Vrienden, Gevoel, Lijf en Huis worden door een meerderheid van de cliënten als belangrijkste thema's genoemd.*

Als we dit vergelijken met de ervaringsscores per domein zien we dat er geen grote verschillen zijn tussen de scores op de diverse domeinen. Wel wordt duidelijk dat de domeinen Lijf en Gevoel bij de waardering op deze gebieden gemiddeld iets minder vaak Top! en Goed scores. Familie & Vrienden en Huis horen bij de waardering tot de middengroep.

Omdat dit wel belangrijke thema's zijn, proberen begeleiders hier bewust aan te werken. Het streven is echter niet om voor deze domeinen een hogere score te normeren. Hierdoor zou de ervaring van de cliënt en de onderzoekende dialoog onder druk komen te staan. Hogere scores betekenen dan niet zozeer dat de inhoud van de zorg ook werkelijk is verbeterd, maar dat de ruimte om zo eerlijk mogelijk de cliëntervaring te onderzoeken ingeperkt wordt.

De combinatie van DVIE en de regelruimte binnen de Nieuwe Zorg Teams maakt dat hetgeen cliënten belangrijk vinden, makkelijker vertaald wordt in keuzes die gemaakt worden op een locatie.

### *Verbeterplan nav Bouwsteen 2:*

- Vanaf 1-1-2018 is de meting naar de ervaring van de cliënt opgenomen in het ECD. De richtlijn Tellen en Vertellen zal eenvoudiger uitgevoerd kunnen worden.
- Teams worden uitgenodigd verhalen naar aanleiding van de DVIE onderzoeken te blijven delen.

### **Bouwsteen 3**

Voor de nieuwe teams is het een jaar geweest waarin hard gewerkt is. Er zijn twee nieuwe locaties geopend, waarin nog veel onduidelijk was. In de beleving van de teams moesten kaders en richtlijnen opnieuw uitgevonden worden. Dit heeft voor deze teams uitdagende en soms ook stressvolle periodes opgeleverd.

Voor de bestaande teams zijn de veranderingen (invoering ECD, doorontwikkelen NZT) de belangrijkste punten van aandacht geweest.

De transitie naar zelfregulering vraagt binnen teams om nieuwe taken uit te voeren en rollen op te nemen. Dat wordt door het ene team als mooie uitdaging ervaren en bij andere teams als taakverzwaring.

## Kwaliteitsrapport

Maar of er nu sprake is van een nieuw team of een langer bestaand team, uit de conclusies van de teams komen twee kernonderwerpen naar voren:

- 1) dat de medewerkers (sterk) op elkaar betrokken zijn en verbinding ervaren en
- 2) een helder gezamenlijk doel hebben, namelijk de cliënten die aan hen zijn toevertrouwd de beste zorg geven.

### *Verbeterplan nav Bouwsteen 3:*

Voor het komende jaar is het van belang dat de rol van teammanager duidelijker wordt neergezet en het zorgmanagement de juiste competenties heeft om aan een organisatie in ontwikkeling de juiste mate van sturing te kunnen geven.

- De teammanager zorgt voor meer nabijheid,
- Meer helderheid over rollen en verantwoordelijkheden en daarmee verwachtingen.
- Communicatie binnen de teams en in de lijn richting zorgmanagement en staf verbeteren.
- Ondersteuning vanuit ServiceCentrum wordt voortdurend verbeterd.

## Overig

Vanuit het onderdeel Personeel trekken we de volgende conclusie:

- De tevredenheid onder medewerkers is hoog
- Medewerkers zijn tevreden over de mate van eigen regie in het team, hoewel dit soms wisselend is per team of taakvolwassenheid binnen het team.
- 

## Oordeel van de Bestuurder

Mijn oordeel maak ik graag ondergeschikt aan het oordeel van de medezeggenschapsorganen. Vooral de beoordeling van de vertegenwoordiging van de cliënten vind ik daarin van een hoge waarde. Zij zijn bij uitstek het orgaan dat de kwaliteit van de organisatie het beste kan beoordelen. Mijn oordeel zal altijd wat gekleurd zijn door mijn rol als bestuurder van de organisatie.

Waar ik vanuit die rol dankbaar voor ben, zijn bovenal twee constatering. De eerste betreft de verbinding die er tussen teamleden is. Ze voelen zich veilig en gesteund binnen de groep van collega's. Het tweede is dat men werkt vanuit een gemeenschappelijk doel, te weten kwalitatief goede zorg willen leveren. Zorg zoals we

## Kwaliteitsrapport

dat in officiële stukken verwoorden als 'kwalitatief goede zorg naar geest, ziel en lichaam'.

Opvallend blijft dat communicatie intern en extern eigenlijk wel ieder jaar terugkomt als een verbeterpunt. Naar mijn idee heeft dat ook met werkdruk te maken. Te weinig tijd hebben of ervaren, om met elkaar te praten over cliëntzaken en wat men persoonlijk bezig houdt.

Hopelijk wordt daarom een ander verbeterpunt, "meer leuke dingen doen als team", goed opgepakt. Dit is van belang om naast het lief, ook het leed met elkaar te delen.

Twee andere verbeterpunten waarvan ik het belangrijk vind dat ze goed worden opgepakt, zijn het contact met het netwerk van de cliënt en het nakomen van afspraken. Deze twee zijn van groot belang voor de inhoud van de zorg en het als team, samen met het netwerk, vormgeven aan de zorg en begeleiding van de individuele cliënt. Goede communicatie en het nakomen van afspraken verhoogt het gevoel van veiligheid en de verbinding binnen het team en met de cliënt en zijn of haar netwerk.

Mijn overkoepelend oordeel is dankbaarheid en respect voor al die mensen die deze kwaliteit iedere dag moeten waar maken. Er valt heus nog wel het een en ander te verbeteren, maar het totaalbeeld is mijns inziens goed en verantwoord.

## **Bespreking Verwantenraad en Ondernemingsraad, Raad van Toezicht**

### *Reactie van de Verwantenraad*

Het rapport beschrijft uitvoerig de werkwijzen die dienen tot een betere kwaliteit van de zorg van cliënten. Ik heb dar alle waardering voor. Uit het rapport blijkt dat controle en monitoring goed zijn ingebouwd in de dagelijkse gang van zaken. Er is duidelijke zelfkritiek en ruimte om fouten te maken. Dat duidt op een open werksfeer wat ten goede komt aan de algehele zorg voor de cliënten en de onderlinge betrokkenheid.

Ik zie als bewijs voor de het zelfregelende teamwork dat klachten binnen het team worden opgelost en de klachtcommissie / geschillencommissie niet bereiken.

Training van de medewerkers is een belangrijk middel om de kwaliteit te verhogen. Belemmeringen dienen opgeheven te worden.

## Kwaliteitsrapport

Het rapport geeft mij veel vertrouwen in de zorg voor de cliënten van Profilazorg en het geeft tevens een bevestiging van wat wij als verwanten (mijn broer en ik) in de dagelijkse praktijk ervaren.

Als lid van de Verwantenraad ben ik blij met vakkundige medewerkers bij Profila Zorg die zich naar beste weten en kunnen voor de cliënten inzetten.

### *Reactie van de Ondernemingsraad*

Complimenten voor het rapport. We herkennen Profila Zorg in het verslag. We hopen dat de aandachtspunten geborgd worden en een vervolg krijgen.

### *Reacties van de Raad van Toezicht*

De raad van toezicht geeft haar complimenten voor het rapport, een mooi verhaal dat een goed beeld geeft van de organisatie.

Eén van de leden merkt op dat de verschuiving van taken naar MBO geschoolde functionarissen een aandachtspunt is, als hier een verband is met het signalen dat medewerkers soms aangeven nut en noodzaak van bepaalde regels niet te zien. Of hier een direct verband bestaat is nog niet bekend. De organisatie herkent dit als aandachtspunt en houdt dit in de gaten, door middel van een uitvraag bij de gedragskundigen die verantwoordelijk zijn voor de inhoud van de Cliëntplannen.

Verder bespreken we op welke wijze teams hun expertise vergroten bij het communiceren met verwanten in de zorgdriehoek. In deze situaties wordt ondersteuning aan teams aangeboden vanuit de ambassadeurs van Samen Sterk, bij specifieke situaties wordt expertise ingeroepen vanuit de experts van de Driehoekskunde de heren Egberts.

Het consequent gebruik van het ECD is een kritische succesfactor, waarop geïnvesteerd mag worden om de gewenste doelen te bereiken.

De raad van toezicht geeft aan tevreden te zijn over de stand van zaken en hoe Profila Zorg er voor staat en de concrete verbeterplannen die dit rapport bevat.



## Kwaliteitsrapport

### Bijlage 1 Uitleg termen

Afkorting	Betekenis	Nadere uitleg
<b>BOPZ</b>	<b>Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen</b>	<p>De locaties De Ark en Oogstlaan zijn aangemerkt als BOPZ locaties. Dat betekent dat hier cliënten opgenomen kunnen worden, waarbij de toepassing van vrijheidbeperkende maatregelen nodig zou kunnen zijn.</p> <p>Een deel van deze cliënten valt onder de doelgroep die eerder aangeduid werd met de term: Sterk Gedragsgestoord, Licht Verstandelijk Gehandicapt, ofwel SGLVG.</p>
<b>CR</b>	<b>Cliëntenraad</b>	<p>Binnen Profila Zorg zijn twee Cliëntenraden (Noord &amp; Zuid) waaraan cliënten (enkelen onder leiding van persoonlijk begeleiders) deelnemen.</p> <p>De bestuurder deelt met deze cliënten, naar aanleiding van een domein van DVIE, een agendapunt en vraagt hen naar hun mening en wat andere bewoners van een locatie van dit onderwerp vinden.</p> <p>Deze CR behandelt geen en besluit niet over bestuurlijke zaken cf de Wmcz.</p>
<b>DVIE</b>	<b>Dit Vind Ik Ervan!</b>	<p>Dit Vind Ik Ervan! is een methode om cliëntervaring te meten. Verder vormen de domeinen de basis van de cliëntplanmethodiek. De ervaring en de wensen van de cliënt worden onderzocht dmv de onderzoekende dialoog. De opbrengsten worden vertaald naar het cliëntplan (individueel) en naar team en organisatie (collectief) niveau.</p> <p>Hierbij wordt een combinatie gebruikt van "tellen" (aantal scores per domein) en "vertellen", om de ervaringsverhalen weer te geven.</p>
<b>ECD</b>	<b>Elektronisch Cliënt Dossier</b>	<p>Het ECD bevat per cliënt alle onderdelen die nodig zijn om verantwoorde zorg te leveren. Anamnese, Beeldvorming, Clientplan, Cliëntdoelen, Cliëntkenmerken, Evaluaties en Risico's zijn hierin de belangrijkste elementen. Daarnaast vindt alle rapportage op cliëntniveau plaats in het ECD en worden formele documenten hier digitaal bewaard.</p>





## Kwaliteitsrapport

<b>EV</b>	<b>Eerst Verantwoordelijke</b>	Naast de begeleiders is de eerstverantwoordelijke verpleegkundige betrokken bij de medische zorg op locatie Keyenburg, voor de verpleegafdelingen.
<b>GK</b>	<b>Gedragskundige</b>	Ortopedagoog of basis-psycholoog die samen met de persoonlijk begeleider betrokken is bij en adviseert over de inhoud van de zorg; ook verzorgen gedragskundigen inhoudelijke trainingen
<b>IGJ</b>	<b>Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd</b>	De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd controleert namens het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport of zorgorganisaties werken conform wet- en regelgeving en in de branche vastgestelde normen. Dit kan dmv aangekondigde en onaangekondigde bezoeken en door het analyseren van de meldingen die bij de IGJ gedaan worden door zorgorganisaties (bijv calamiteiten of geweld in de zorgrelatie) of door cliënten.
	<b>Interne audit</b>	Interne controle op thema's uit het normenkader HKZ, als onderdeel van de PDCA. Wordt uitgevoerd door team interne audit. Ieder team wordt éénmaal per jaar of twee jaar geaudit.
<b>MTO</b>	<b>Medewerker Tevredenheidsonderzoek</b>	Medewerkerstevredenheidsonderzoek wordt eenmaal per twee jaar uitgevoerd door HR en gepresenteerd aan MT, OR en de rest van de organisatie. De uitkomsten leveren input voor het Jaarplan van de organisatie.
<b>NZT</b>	<b>Nieuwe Zorg Teams</b>	De zorgteams hebben een traject gevolgd richting meer zelfstandigheid, meer regelruimte en meer eigen regie. Hiervoor zijn een aantal taken in de teams neergelegd, waarmee binnen kaders eigen keuzes gemaakt kunnen worden. Gaandeweg bleek voor begeleiding rond langdurig verzuim en disfunctioneren een grotere betrokkenheid van de teammanager gewenst. De teams zijn dan ook niet 'zelforganiserend' of 'zelfstandig'. We spreken over een hoge mate van zelfregelendheid in het Nieuwe Zorg Team.
<b>OR</b>	<b>Ondernemingsraad</b>	Conform de Wet op de ondernemingsraden (WOR) heeft Profila Zorg een



## Kwaliteitsrapport

		<p>Ondernemingsraad of OR, die met 7 leden een afspiegeling vormt van de diversiteit binnen de organisatie. De OR vergadert frequent met de bestuurder en brengt gevraagd en ongevraagd advies uit aan de bestuurder en het managementteam.</p>
<b>PB</b>	<b>Persoonlijk Begeleider</b>	<p>Begeleiders niveau 4 kunnen de rol Persoonlijk Begeleider krijgen. Zij zijn eerste aanspreekpunt voor cliënt en verwanten. PB'ers zijn verantwoordelijk voor het zorgproces bij de individuele cliënt en voor het opstellen, evalueren en bijstellen van het cliëntplan, het evalueren van de risico's en het contact met de verwanten of belangenbehartigers van cliënten.</p>
<b>TM</b>	<b>Teammanager</b>	<p>Hoewel een groot aantal randvoorwaardelijke taken in het primaire zorgproces bij het team belegd zijn, is de teammanager eindverantwoordelijk op de thema's Kwaliteit, Financien en Personeel. De rol van de teammanager wordt gekenmerkt door de woorden 'dienend leiderschap' en 'niet loslaten, maar anders vasthouden'.</p>
<b>VHB</b>	<b>Vrijheidsbeperkende maatregelen</b>	<p>Vormen van vrijheidsbeperking kunnen zijn:</p> <p><b>Afzonderen:</b> cliënt wordt tijdelijk in een aparte ruimte geplaatst. Dit kan de eigen kamer zijn waarvan de deur afgesloten wordt. Dit kan ook de speciaal daarvoor ingerichte afzonderingsruimte zijn. Profila Zorg heeft geen separeerruimtes.</p> <p><b>Fixatie:</b> een cliënt wordt tegen de muur gezet of op de grond gelegd en daarbij stevig vasthouden.</p> <p><b>Gedwongen toedienen van medicatie:</b> een cliënt krijgt in overleg met de behandelend arts medicatie toegediend terwijl hij dit zelf niet wil.</p> <p>Gedwongen toedienen van vocht en voeding en Separeren zijn vormen van vrijheidsbeperking die binnen Profila Zorg niet worden toegepast.</p> <p>Ook zijn er lichtere vormen van vrijheidsbeperking mogelijk, dit wordt altijd in overleg met de cliënt toegepast. Denk</p>



## Kwaliteitsrapport

		<p>bijvoorbeeld aan het afschermen van internet, het bewaren van sleutels op het kantoor.</p> <p>Wanneer een vrijheidsbeperkende maatregel is toegepast wordt dit besproken met de Gedragskundige en de BOPZ arts.VHB worden minimaal halfjaarlijks geëvalueerd.</p>
<b>VWR</b>	<b>Verwantenraad</b>	Profila Zorg heeft een Verwantenraad die in de rechten en plichten treedt van een Clientenraad cf de Wmcz.
<b>WLZ</b>	<b>Wet Langdurige Zorg</b>	De Wet Langdurige zorg is bedoeld voor mensen die voortdurend (intensieve) zorg nodig hebben in de nabije omgeving. Bij Profila Zorg betreft dit voornamelijk cliënten met een (ernstige) geestelijke beperking of aandoening. Alles wat de cliënt nodig heeft wordt vanuit de Wlz geregeld, namelijk: Verblijf in een zorginstelling (thuis wonen is ook mogelijk), Begeleiding, verpleging en verzorging, geneeskundige zorg en behandeling in verband met de beperking, hulpmiddelen en vervoer.
<b>Wkkgz</b>	<b>Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen Zorg</b>	In de Wet Kwaliteit Klachten en Geschillen Zorg is wettelijk vastgelegd wat goede zorg precies inhoudt en welke taken en verplichtingen organisaties hebben als mensen een klacht hebben over de zorg.
	<b>Zorgdriehoek</b>	De Zorgdriehoek is een principe van waaruit gekeken wordt naar de waardevolle driehoeksrelatie tussen Cliënt, Verwant en Begeleider. Binnen Profila Zorg wordt hier op meerdere niveau's aandacht aan besteed. Ambassadeurs zijn opgeleid om preventief te begeleiden in situaties waar dit nodig is of begeleiding te bieden wanneer deze relaties dreigen vast te lopen.



# Kwaliteitsrapport

## Bijlage 2 Bronnen

- Kwartaalrapportages van teams uit Kwaliteitsplan
  - Q1 2017 (dd april 2017)
  - Q2 2017 (dd juli 2017)
  - Q3 2017 (dd oktober 2017)
  - Q4 2017 (dd januari 2018)
    - Auteurs: teamrolhouders Kwaliteit van teams Profila Zorg
- Kwartaalrapportages (samenvatting van kwaliteitsindicatoren) tav MT en RvT
  - Kwartaal Q1
  - Kwartaal Q2
  - Kwartaal Q3
  - Kwartaal Q4
    - Auteur: afdeling Kwaliteit & Beleid
- Notulen TeamReflecties
  - Arcadia team De Branding
  - Arcadia team De Schelp
  - Bonaventura
  - Brasem
  - Bronkhorst
  - De Ark teams Arend / Regenboog
  - Karding
  - Keyenburg team Amethyst
  - Keyenburg team Diamant
  - Keyenburg team Robijn
  - Keyenburg team Saffier
  - Keyenburg team Smaragd
  - Lavendeloord
  - Maraboehoek
  - Oogstlaan teams Boom / Weg
  - Oogstlaan teams Bron / Rots
  - Vredenburg
  - Wanmolen team Wanmolen
  - Wanmolen team Begeleid Zelfstandig Wonen
- Uitdraai resultaten Analysevragen ECD
  - Meldingen Incidenten
  - Cliëntplannen
  - Risico's
  - Cliëntdoelen

## Kwaliteitsrapport

- Registraties uit Kwaliteitsplannen en ECD
  - Klachten
  - Ongenoegens
  - Incidenten
  - Calamiteiten
  - Vrijheidsbeperkingen
  - Meldingen
  - Actualiteit Cliëntplannen(cf oude situatie)
  - Vormen van medezeggenschap cliënten
  - Dit Vind Ik Ervan!
- Interview manager HR
  - Uitdraai gegevens Personeelsinformatie
- Interview coaches gesprekken TeamReflectie