



# Kwaliteitsrapport 's Heeren Loo 2017

*Samen werken  
aan kwaliteit  
Continu leren  
en verbeteren*

# Inhoud

Voorwoord	4
<b>HOOFDSTUK 1 Inleiding</b>	<b>6</b>
Visie op het kwaliteitsrapport	6
Reikwijdte	7
Leeswijzer	7
<b>HOOFDSTUK 2 Sturen op kwaliteit</b>	<b>8</b>
Zo willen we werken	8
Wat zien we	10
Wat staat ons te doen	11
<b>HOOFDSTUK 3 Uitkomsten kwaliteitsthema's</b>	<b>12</b>
Clëntervaring en -tevredenheid	12
Plan en zorgafspraken	14
Clëntveiligheid	16
Betrokken en vakbekwame medewerkers en teams	20
<b>HOOFDSTUK 4 Reflecties in- en externe stakeholders</b>	<b>22</b>
Reflectie medezeggenschap	23
Reflectie Raad van Toezicht	24
Externe reflectie	26
<b>HOOFDSTUK 5 Conclusies en vervolgstappen</b>	<b>28</b>
<b>HOOFDSTUK 6 Samenvatting</b>	<b>30</b>
Bronnen	32
Bijlagen	33
Colofon	47

## Kwaliteitsrapport 's Heeren Loo 2017

## Voorwoord

**Met veel genoegen presenteer ik u het Kwaliteitsrapport over 2017 van 's Heeren Loo. Het rapport, de totstandkoming en vooral de inhoud markeren voor onze organisatie een belangrijke overgangsfase, waarin 's Heeren Loo de beweging maakt naar écht werken conform de uitgangspunten van de driehoek cliënt - verwant - zorgprofessional.**

### Zo willen we zijn

Deze beweging en de overige plannen van 's Heeren Loo voor de komende jaren zijn vastgelegd in de Koers 2018 - 2021: goed leven, mooi werk en een duurzaam gezonde organisatie. Deze koers is samen met medewerkers, cliënten, verwanten, directeuren, de Raad van Bestuur en andere belanghebbenden tot stand gekomen. Het is een koers waarvan we samen hebben gezegd: zo willen we zijn, zo willen we zorg en ondersteuning bieden, zo willen we met elkaar samenwerken en van elkaar leren.

Een belangrijk onderdeel van de koers is onze besturingsfilosofie. Deze beschrijft hoe wij ons als zorgaanbieder en werkgever gedragen, en hoe wij onze organisatie besturen. De besturingsfilosofie geeft richting aan ons denken en doen om de relatie tussen de cliënt, hun familie en medewerkers centraal te stellen – met de driehoek als basis. Als grootste zorgaanbieder in de gehandicaptenzorg staan wij midden in de samenleving. Wij nemen hierin onze verantwoordelijkheid. Passend bij de cliënt en zijn familie, de medewerkers, de omgeving en onze maatschappelijke rol hierbinnen. Juist vanuit het belang van continuïteit van zorg voor onze veelal kwetsbare cliënten, hebben wij de plicht de best mogelijke zorg en ondersteuning te bieden. Hun dromen, wensen en behoeften aan ondersteuning bepalen daarom in hoge mate hoe wij onze organisatie inrichten, hoe wij geld besteden én hoe we met kwaliteit van zorg omgaan.

### Samen werken aan kwaliteit

Vanzelfsprekend is kwaliteit expliciet onderdeel van onze besturingsfilosofie. Want zonder kwalitatief goede zorgverlening heeft 's Heeren Loo geen bestaansrecht. Het continu verbeteren van de kwaliteit van zorg doen wij door onderzoek, opleiding, kennisdeling en innovatie in behandel- en begeleidingsmethodieken. We gaan uit van de inhoudelijke deskundigheid én eigenaarschap van onze 14.000 medewerkers. We sturen daarbij op vertrouwen, bindende afspraken en kaders. Verantwoordelijkheden en bevoegdheden organiseren we zo dichtbij en licht als mogelijk of zo zwaar als nodig rondom de zorgvraag van de cliënt. En we streven naar een lerende, ontwikkelende organisatie waar medewerkers met plezier en passie werken en er aantoonbare toegevoegde waarde voor cliënten geleverd wordt.

De besturingsfilosofie maakt duidelijk dat 's Heeren Loo op een kantelpunt staat. We ontwikkelen ons van een redelijk hiërarchische en centraal aangestuurde organisatie naar sturen binnen heldere kaders door de teams die met cliënten en verwanten regie voeren in verbeteren van kwaliteit van zorg en dienstverlening.

### Focus op leren en verbeteren

We doen goede en mooie dingen voor bijna 10.000 cliënten overal in het land. Daar zijn wij als Raad van Bestuur trots op. Maar we zien ook dat we meer verbinding met elkaar kunnen en moeten leggen. Er is zoveel knowhow, betrokkenheid en inspiratie bij onze medewerkers, dat willen we veel meer naar boven halen en ter beschikking stellen aan alle collega's. Goed samenwerken, kennisdelen en leren van elkaar over regiogrenzen heen, zijn daarom prioriteiten voor de komende jaren. En daarin spelen leiderschap en teamreflectie een hele belangrijke rol. We zetten een nieuwe manier van werken in gang zodat de driehoek optimaal wordt versterkt.

Dit rapport heeft als primair doel om hieraan bij te dragen en het kwaliteitsbewustzijn in alle lagen van de organisatie te verhogen. We zijn blij dat ook de gehele sector stappen maakt om met het Kwaliteitskader Gezondheidszorg het essentiële thema kwaliteit van zorg stevig te verankeren binnen zorgorganisaties. Door in

2016 met drie regio's deel te nemen aan de proeftuinen, heeft 's Heeren Loo een stevige bijdrage geleverd aan de totstandkoming van dit Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg. Wij onderschrijven dan ook van harte de focus van het kader op leren en verbeteren, in plaats van verantwoordten op basis van afvinklijstjes.

Ik vertrouw erop dat dit eerste kwaliteitsrapport de beweging bij 's Heeren Loo versterkt die met de nieuwe besturingsfilosofie is ingezet. Het rapport gebruiken we vooral intern om samen met regio's en zorgteams het continue proces van leren en verbeteren met elkaar vorm te geven. Een belangrijk onderdeel daarvan is hoe we onze cliënten en verwanten vanzelfsprekender betrekken bij dit proces. Er is nog voldoende te doen!

Raad van Bestuur

*v.l.n.r.: Kees Erends, Jan Fidder, Pieter Vergoesen*



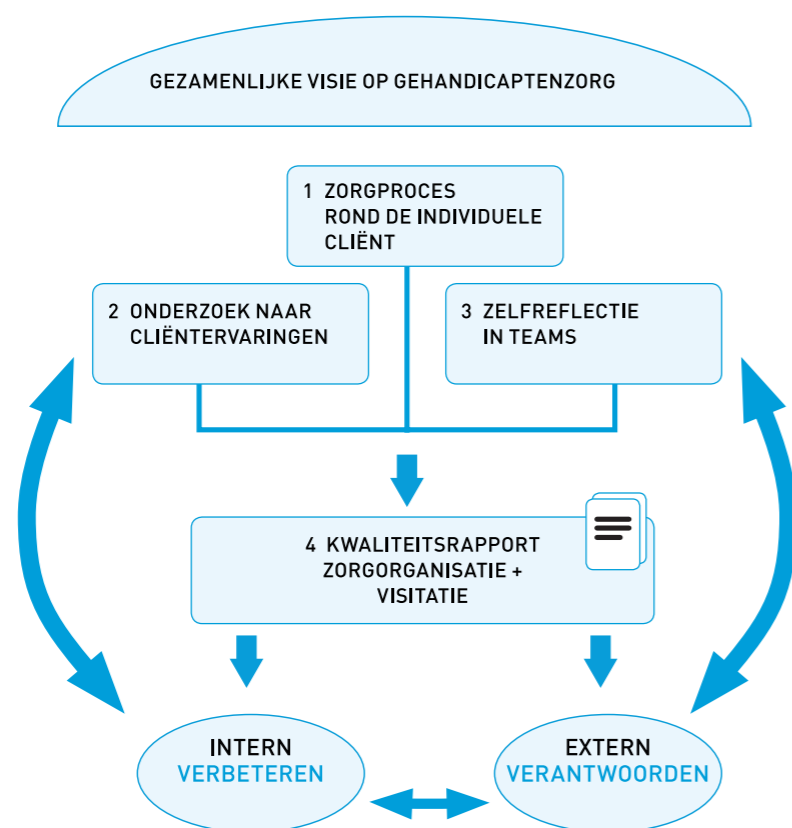
# 1. Inleiding

## 1.1 Visie op het Kwaliteitsrapport

Met ingang van 2017 is het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg van kracht. Dit is de nieuwe, algemeen geldende norm voor de gehele sector. Het nieuwe kader biedt organisaties meer ruimte voor maatwerk en legt het accent op leren en verbeteren. Het vraagt uitleg van ons hoe wij het zorgproces voor onze cliënten organiseren en hoe wij cliëntervaringen benutten om de zorg steeds verder te verbeteren.

Een nieuw element in het kader is teamreflectie. De kern daarvan is dat teams zelf reflecteren op de vraag: doen we de goede dingen goed? Teams leggen hun bevindingen en ontwikkelpunten vast. De verkregen inzichten worden jaarlijks gebundeld in een kwaliteitsrapport op organisatieniveau. Zo biedt het kader zorgorganisaties inzicht in hun kwaliteit van zorg en ondersteuning. Samengevat ziet het nieuwe Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg er als volgt uit:

SCHEMA: vernieuwd kwaliteitskader gehandicaptenzorg



Bij het samenstellen van ons kwaliteitsrapport zijn twee vragen leidend geweest:

- Wat draagt dit rapport bij aan het lerend vermogen binnen teams en de organisatie?
- Wat worden cliënten, hun familie en hun begeleiders er beter van?

Voor 's Heeren Loo markeert dit kwaliteitsrapport een beginpunt. Het gaat om een wezenlijke verandering in het kwaliteitsdenken. Niet langer ligt de focus op het oordelen of normeren van kwaliteit (wat is goed of fout), maar op:

- Reflecteren, leren en blijvend ontwikkelen als nieuwe, niet-vrijblijvende opgave
- Stimuleren van reflectie door het stellen van onderzoekende vragen
- Waarderen en benoemen waar we van elkaar kunnen leren.

Het gaat om samenwerken, kennisdelen en van elkaar leren, ook over de regiogrenzen van 's Heeren Loo heen. Zo ontstaat er kwaliteitsbewustzijn binnen de gehele organisatie. Een voorwaarde voor een permanente leer- en verbetercultuur, waarin teams eigenaar worden van (sturen op) kwaliteit. Dit vraagt van ons allemaal een nieuwe manier van werken. Zie ook bijlage 1 – Werkwijze en gemeenschappelijke uitgangspunten Samen werken aan kwaliteit.

### Doelstelling Kwaliteitsrapport 's Heeren Loo 2017

- Geeft een herkenbaar beeld van kwaliteit binnen de organisatie: het is waarderend en zelfkritisch
- Inspireert en stimuleert tot reflecteren, leren en verbeteren
- Beschrijft gekozen verbeteracties
- Biedt transparantie: laat extern zien hoe we intern kwaliteit borgen en verbeteren
- Biedt een beschouwing van het bestuur: waar staat de organisatie in haar ontwikkeling, wat gaat goed en wat kan beter.

## 1.2 Reikwijdte

De reikwijdte van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg heeft formeel betrekking op gehandicaptenzorg die valt onder de Wet langdurige zorg (Wlz). Wij maken in dit kwaliteitsrapport echter geen onderscheid tussen de verschillende wettelijke kaders, omdat bovenstaande doelstellingen zowel van toepassing zijn op cliënten die zorg ontvangen in het kader van de Wlz als van de Jeugdwet en Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

## 1.3 Leeswijzer

Het Kwaliteitsrapport 's Heeren Loo 2017 schetst een beeld per thema, aan de hand van de volgende punten:

### Zo willen we werken

Een beschrijving van onze visie en 'de bedoeling': waarom vinden we het belangrijk om zo te werken.

### Wat zien we

Een weergave van het beeld uit de teamreflecties per regio, aangevuld met inzichten uit andere kwaliteitsbronnen en rapportages.

### Wat staat ons te doen

Welke (ontwikkel)opgaven heeft onze organisatie en welke ondersteuning is daarvoor nodig?

Allereerst beschrijven we in hoofdstuk 2 onze visie op sturen op kwaliteit. Hoofdstuk 3 is een verslag van de uitkomsten per kwaliteitsthema. Hoofdstuk 4 geeft de reflecties weer met de interne stakeholders (Cliëntendeelraad Centrale Cliëntenraad (CD CCR), Vertegenwoordigersdeelraad Centrale Cliëntenraad (VD CCR), Centrale Ondernemingsraad (COR), Auditcommissie Care van de Raad van Toezicht) en de externe visitatie die is uitgevoerd met Cordaan en Certificatie in de Zorg. In hoofdstuk 5 geeft de Raad van Bestuur haar conclusies en vervolgstappen weer.

## 2. Sturen op kwaliteit

### 2.1 Zo willen we werken

We vinden het belangrijk om het verbeteren van de organisatie integraal aan te pakken en het sturen op kwaliteit uit te voeren met op elkaar aansluitende niveaus. We sluiten hierbij vanzelfsprekend aan op het belang van de cliënt, die goede kwaliteit van zorg mag verwachten. We kunnen door gebruik te maken van drie niveaus ervoor zorgen dat het goed gaat en verbeteringen ook daadwerkelijk worden doorgevoerd. De teams en de driehoek vormen de basis. Daar vindt de daadwerkelijke kwaliteitsverbetering plaats. Dit is de eerste lijn. De tweede en derde lijn zorgen voor aanvullende zekerheid dat uitkomsten worden gebruikt en een oordeel wordt verkregen over de optimale werking van het kwaliteitssysteem. Verdere versterking ontstaat door gebruik te maken van een externe visitatie.

#### De eerste lijn: zelfreflectie in teams, de basis

Wij vragen van onze medewerkers persoonlijk leiderschap. Dit is zichtbaar als medewerkers hun toegevoegde waarde kennen en laten zien. Medewerkers kennen zichzelf, reflecteren regelmatig en vragen anderen om feedback te geven op hun handelen en hen te betrekken in de verbetering van de dienstverlening. Vanuit deze basis versterken medewerkers de driehoek.

Om als team goed te kunnen functioneren is het daarom nodig dat teams de ruimte en regie (kunnen) nemen om samen met cliënten en verwanten te reflecteren op de vraag 'doen we de goede dingen goed?' Teams maken telkens zelf de afweging, samen met cliënten en verwanten: wat draagt bij aan kwaliteit? Hierbij werken cliënten, verwanten en teams samen, elk vanuit hun rol en positie in de driehoek. Dit om de zorg zo te organiseren dat die past bij wat cliënten en hun ouders vragen.

Teams reflecteren regelmatig, zo vaak als nodig. Belangrijk is dat teams vooraf goed bespreken hoe zij cliënten, verwanten en medewerkers van disciplines betrekken. Deelnemers aan de teamreflectie zijn in ieder geval (persoonlijk) begeleiders, de manager zorg, de gedragswetenschapper en/of AVG. Indien nodig worden ook medewerkers van andere disciplines uitgenodigd.

Ter ondersteuning van de teamreflectie is een gespreksleidraad ontwikkeld (bijlage 2 – Gespreksleidraad teamreflectie) aan de hand van vier thema's:

- Cliëntervaring en -tevredenheid
- Het plan en zorgafspraken
- Cliëntveiligheid en -vrijheid
- Betrokken en vakbekwame medewerkers en teams.

Binnen deze thema's zijn de landelijk verplichte gespreksonderwerpen van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg ondergebracht.

Alle thema's uit de gespreksleidraad passeren eens per jaar de revue. De gespreksleidraad heeft het karakter van een menukaart. Teams bepalen zelf in samenspraak met cliënten en verwanten welke thema's, en daarbinnen welke onderwerpen en aandachtspunten, relevant zijn en prioriteit hebben.

Teams maken per kwaliteitsthema een analyse. Hoe staan we ervoor, wat kan beter, wat mag zo blijven en wat is nodig? Elk team kan daarbij gebruikmaken van een procesbegeleider. De procesbegeleider helpt het team om elkaar (bijna letterlijk) een spiegel voor te houden zonder te (ver)oordelen. We delen, we luisteren en we leren. Wat gaat er goed in ons functioneren en handelen, wat kan beter? En hoe kunnen we leren van elkaar?

Dit levert ons vertelgegevens (niet uit te drukken in een getal). Daarnaast willen we dat teams ook leren van

telinformatie met behulp van het dashboard Kwaliteit<sup>1</sup> (bijlage 3 – Dashboard Kwaliteit). Als we bijvoorbeeld een toename zien van cliënttevredenheid, waarover zijn cliënten dan tevreden en wat kunnen we doen om dat zo te houden of juist te verbeteren? Welk verhaal zit achter het cijfer? Hier geldt het motto: het tellen ondersteunt het vertellen, en niet andersom. We rekenen niet af op cijfers, maar verwachten wel dat teams ervan leren.

De teamreflectie stimuleert zo een activerende en verbetergerichte aanpak. Het invullen van een lijstje of getal volstaat niet (meer), het gaat erom wat het team ervan leert en ermee doet.

#### Tweede lijn: benutten van uitkomsten binnen de jaarcyclus, naar een permanente leer en verbetercultuur

Teams vatten de uitkomsten van hun reflecties minimaal eens per jaar samen in een beknopt gestandaardiseerd kwaliteitsrapport. Een procesbegeleider helpt hen daarbij. Het team geeft aan wat het vooral wil vasthouden, waar het team mogelijkheden tot verbetering ziet en wat daarvoor nodig is. Teams maken afspraken over hoe zij dit plan gaan uitvoeren en monitoren: wat levert het op voor cliënten, verwanten en medewerkers?

We bundelen de uitkomsten van de teamreflecties en verrijkt met inzichten op regionaal niveau leiden die tot één kwaliteitsrapport voor 's Heeren Loo. De teamreflecties worden zo geïntegreerd in onze jaarcyclus. Uitkomsten van de teamreflectie zijn input voor het (team)jaarplan, in- en externe verantwoording, ontwikkelplannen en zelfevaluaties van de zorgkantoren en de ISO certificering. Geen aparte trajecten en verslaglegging meer, maar één integrale benadering.

Teams leggen hun uitkomsten vast volgens een format. Zo kunnen inzichten op teamniveau makkelijker worden gebundeld en toegepast op regio- en concernniveau. Dit is belangrijk omdat we daarmee vanuit alle (organisatie-) niveaus teams beter kunnen faciliteren. Net als binnen de teams vindt ook reflectie plaats op de uitkomsten van de teamreflecties in de 'opeenvolgende leercirkels' op regio- en concernniveau. Aanvullende bronnen hierbij zijn rapportages op kwaliteitsthema's, zoals PRISMA-onderzoeken, klachten, audits en managementrapportages. Zodoende ontstaat er een integrale Plan-Do-Check (of Reflect)-Act cyclus.

We willen dat teams en regio's niet alleen met elkaar reflecteren, maar ook over de grenzen van hun eigen team en regio heen kijken. Dit vraagt dat we intern inzicht hebben in elkaars rapporten. Uiteindelijk moeten teams zichzelf intern kunnen vergelijken met andere teams. Belangrijk daarbij is dat teams en regio's gemotiveerd zijn om van elkaar te leren. Ben je ergens goed in? Leer het aan een ander. Kun je nog verbeteren? Leer het van een ander! 's Heeren Loo wil voortbouwen op goede voorbeelden, zoals de cliëntenaudits en inzet van ervaringsdeskundigen.

#### Derde lijn: werkt het systeem?

Tot slot willen we weten of we reflecties binnen teams goed in de praktijk brengen. En of we daar intern voldoende op sturen, zodat verbeteringen ook daadwerkelijk worden gerealiseerd. Volgens de principes van waarderend auditen, benoemen we wat goed gaat en proberen we te achterhalen wat dit goede voorbeeld tot een succes maakt. We kijken in dit kader of het systeem inderdaad leidt tot steeds betere kwaliteit.

#### Externe visitatie: over de eigen grenzen kijken

Bij het sturen op kwaliteit maken we ook gebruik van het objectieve oordeel van externe partijen. Het landelijke Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg vraagt van instellingen dat ze over hun eigen grenzen kijken, door eens in de twee jaar een externe visitatie te organiseren. De visitatie geeft een antwoord op de vraag hoe de organisatie kwaliteit van zorg en kwaliteit van bestaan en bijbehorende verbeteracties duidt en onderbouwt in het kwaliteitsrapport. Daarbij geeft ze geen oordeel over de verschillende facetten van de kwaliteit van de dienstverlening zelf. Ook aspecten van volledigheid en objectiviteit komen aan de orde.

's Heeren Loo wil externe visitaties benutten om ons eigen beeld van kwaliteit aan te scherpen. We vinden het belangrijk dat de wijze van visiteren goed aansluit bij de manier waarop we intern van elkaar leren. Daarnaast gebruiken wij vanzelfsprekend rapportages van de verschillende inspecties om de zorg verder te verbeteren en hebben we een ISO-certificaat.

<sup>1</sup> Het dashboard Kwaliteit geeft onder meer inzicht in het aantal cliënten dat een actueel plan heeft en waarvoor een risico inventarisatie is uitgevoerd, hoeveel medicatie en agressie incidenten zich hebben voorgedaan en hoe tevreden cliënten zijn.

## 2.2 Wat zien we?

In 2017 hebben we de teamrapportages gebundeld in regiorapporten en nog niet separaat in beeld gebracht. De regiorapportages geven vooral inzicht in de wijze waarop het in de eerste lijn, de teams, gaat. 's Heeren Loo heeft er bewust voor gekozen om teams de ruimte te geven om zelf aan de slag te gaan met teamreflectie. Sommige regio's hebben teamreflecties georganiseerd aan de hand van de gespreksleidraad, andere regio's gebruikten uitkomsten van teambijeenkomsten met een vergelijkbaar doel (maar zonder gebruik van de gespreksleidraad). In 2017 hebben naar schatting 150 a 200 van dergelijke teambijeenkomsten plaatsgevonden.

Ook de bespreking op regionaal niveau om de uitkomsten te duiden van de teamreflecties en aanvullende kwaliteitsbronnen, is wisselend uitgevoerd. Idealiter vindt in de regio een integrale reflectie op kwaliteit plaats binnen het zorgbrede overleg<sup>2</sup>.

Op concernniveau is een interdisciplinaire kerngroep gevormd waarin enkele vertegenwoordigers uit de stuurgroep 'Samen werken aan Kwaliteit' deelnemen, aangevuld met op thema's relevante deskundigen. Deze kerngroep heeft het Kwaliteitsrapport 's Heeren Loo 2017 voorbereid.

Het gezamenlijke beeld dat uit dit proces is verkregen, is in maart besproken met Raad van Toezicht, Centrale Ondernemingsraad (COR), de cliënten- en verwantenraad, de Raad van Bestuur, de regiodirecteuren en de managers Advisium. Hiermee is een start gemaakt met een gezamenlijk leerproces dat veel enthousiasme heeft losgemaakt. Zo reflecteerden regio's samen met het bestuur op de regionale kwaliteitsrapporten en hebben zij hun rapporten onderling uitgewisseld. Dit is de basis voor het Kwaliteitsrapport 's Heeren Loo 2017.

In de regionale kwaliteitsrapporten zien we veel energie op het proces: teams en regio's zijn enthousiast. De rapporten geven een reëel beeld van trots en (zelf)kritiek. De uitgevoerde reflecties dragen bij aan het werken vanuit de bedoeling, het versterken van (regie in) teams en het versterken van de driehoek. Vooral teamontwikkeling heeft een impuls gekregen. Teamreflecties gaan over samenwerken en communicatie, dit lijkt een logische start voor de meeste teams. Vanaf 2018 willen we de uitkomsten van teamreflecties meer gebruiken als rechtstreekse bron voor de totstandkoming van het kwaliteitsrapport.

De mate van betrokkenheid van cliënten en verwanten bij team- en regioreflecties is zeer divers. In acht van de veertien regio's zijn cliënten(raden) erbij betrokken. Toch blijkt uit de regionale kwaliteitsrapporten dat het lastig is om cliënten en verwanten te betrekken bij reflecties.

De kwaliteit van teamreflecties verdient aandacht. Dit geldt zowel voor de kwaliteit van de reflectie zelf (het instrument teamreflectie wordt soms ervaren als 'iets extra's' in plaats van helpend), als voor de kwaliteit van de verslaglegging. Ook zijn teamreflecties nog onvoldoende gericht op borgen en ontwikkelen van kwaliteit van de zorg.

Tot slot zijn de teamreflecties vaak nog niet integraal. De samenwerking tussen expertisecentrum Advisium en regio kan beter, evenals het benutten van de beschikbare kwaliteitsbronnen, zoals het dashboard Kwaliteit. Ditzelfde beeld geven de regio- en concernreflecties.

## 2.3 Wat staat ons te doen

### Betrekken van cliënten en verwanten

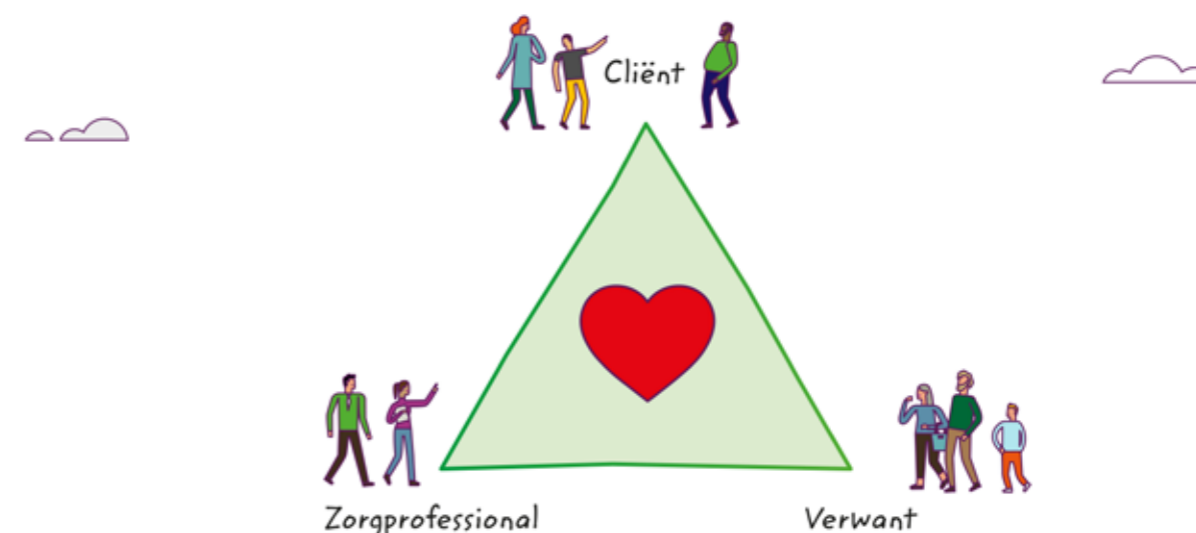
- We inventariseren wat teams nodig hebben om cliënten en verwanten bij de teamreflectie te betrekken. Daarbij willen we ook met cliënten en verwanten in gesprek over de vraag welke vormen van participatie zij zelf graag zien. We inventariseren en delen goede voorbeelden.

### Teamreflectie

- We investeren in teamontwikkeling en goede werkwijzen en ondersteuningsvormen voor teamreflectie. Dit doen we door vanuit de praktijk op te halen wat werkt. Deze goede werkwijzen ontwikkelen we door en stellen we breed binnen onze organisatie beschikbaar. Naast het beter betrekken van cliënten en verwanten gaat het hierbij ook om het definiëren van goede procesbegeleiding en hoe procesbegeleiders worden toegerust en (anderen laten) leren van elkaar.
- We zorgen dat teams voldoende tijd hebben om regelmatig met elkaar te reflecteren. Periodieke reflectie is vanzelfsprekend (en niet ingegeven door een extern te publiceren kwaliteitsrapport).
- We verbeteren het format voor verslaglegging en ondersteunen teams hierbij. Zo krijgen we een beter beeld van de uitkomsten van teamreflecties en kunnen we de uitkomsten beter gebruiken voor bijstelling van (organisatie-) beleid.

### Kwaliteit van zorg

- We ontwikkelen de gespreksleidraad verder. De leidraad moet teams helpen om kwaliteit van zorg vanzelfsprekend onderwerp van reflectie te maken. Kennis uit bijvoorbeeld zorgprogramma's of wetenschappelijk onderzoek willen we, zodra deze beschikbaar is, gebruiken in de leidraad. Zo wordt deze kennis ook toepasbaar voor en benut binnen de teamreflectie. Ook teamreflecties zelf leveren een bijdrage aan de (door)ontwikkeling van de gespreksleidraad.
- We ondersteunen teams in het gebruik van het dashboard Kwaliteit.
- We blijven investeren in verbeterde samenwerking tussen expertisecentrum Advisium en de regio en in de samenwerking tussen de domeinen wonen, dagbesteding en onderwijs. We inventariseren goede voorbeelden en delen deze.



<sup>2</sup> Dit is een periodiek overleg in de regio onder verantwoordelijkheid van de regiodirecteur. Deelnemers zijn: managers Zorg, manager Advisium, alle eerstverantwoordelijke behandelaren, afgevaardigde cliëntcontact.

## 3. Uitkomsten kwaliteitsthema's

### 3.1 Cliëntervaring en -tevredenheid

#### 3.1.1 Dit vind ik ervan!

De vraag wat cliënten vinden van hun kwaliteit van bestaan en hoe onze zorg daarop aansluit vinden we het belangrijkste. Daarom werken wij met 'Dit vind ik ervan!', een instrument voor cliëntervaringsonderzoek dat we hebben geïntegreerd in de methodische cyclus van het plan. De uitkomsten van Dit vind ik ervan! benutten we voor het steeds verder verbeteren van passende zorg- en dienstverlening.

Dit vind ik ervan! is ontwikkeld vanuit de overtuiging dat kwaliteit primair ontstaat in de relatie tussen cliënt en begeleider. Kern van de aanpak is de onderzoekende dialoog. De begeleider ondersteunt de cliënt in zijn zoektocht naar wat hij belangrijk vindt als het gaat om kwaliteit van zijn of haar bestaan, en in hoeverre de zorg- en dienstverlening hierop aansluit. Dit doet de begeleider aan de hand van de tien Dit vind ik ervan!-thema's, afgeleid van de Schalockdomeinen. Een belangrijke voorwaarde is de vertrouwensrelatie tussen cliënt en begeleider. Alleen dan ervaart de cliënt (werkelijk) de ruimte om zijn wensen, dromen en verlangens te verwoorden. De medewerker kiest de communicatievorm die het beste bij de cliënt past.

#### Cliëntbeoordelingen: Cliënttevredenheid, de Net Promotor Score en ZorgkaartNederland

Naast Dit vind ik ervan! is een gesprek over de tevredenheid van onze cliënten standaard onderdeel van de periodieke evaluatie van het plan. We vragen onze cliënten om hun tevredenheid over de zorg te beoordelen met een cijfer. Dit cijfer is een middel om in gesprek te gaan over wat maakt dat een cliënt (of diens verwant) tevreden is of niet, en waarover. Een derde maat die we aan onze cliënten vragen is in hoeverre zij geneigd zijn, op een schaal van 0-10, om 's Heeren Loo aan te bevelen aan anderen. Dit heet de Net Promotor Score. Tot slot stimuleren we cliënten regelmatig om 's Heeren Loo onafhankelijk te beoordelen via ZorgkaartNederland.

#### Luisteren en onderzoeken

Verwanten beschikken over veel ervaring. Zij hebben veel expertise is huis en daar voegen wij onze professionele expertise aan toe. Regelmatig gaan wij met elkaar in gesprek om kennis en ervaring te delen zodat wij onze zorg en dienstverlening kunnen verbeteren. Dat doen wij bijvoorbeeld via onderzoek en luisterpanels. Ook met overige relaties (zoals medewerkers, verwijzers en financiers) spreken wij over onze organisatie. Zo krijgen wij een goed beeld over wat diverse doelgroepen belangrijk vinden en wat zij van 's Heeren Loo weten en vinden.

#### 3.1.2 Wat zien we?

##### Dit vind ik ervan!

Cliëntervaring en -tevredenheid zijn veel besproken thema's in teamreflecties. Uit de terugkoppeling van de regio's blijkt een toename van het gebruik van Dit vind ik ervan! Het blijkt echter vaak nog te gaan om het invullen van 'het lijstje', maar de inhoudelijke toepassing (de onderzoekende dialoog en het benutten van uitkomsten ervan voor het plan) kan beter. Dit beeld wordt bevestigd door de interne leerbegeleiders die zijn getraind in de aanpak, en de praktijkonderzoeker die onderzoek doet naar de toepassing van Dit vind ik ervan! door persoonlijk begeleiders.

#### Cliëntbeoordelingen: Cliënttevredenheid, de Net Promotor Score en ZorgkaartNederland

De gemiddelde cliënttevredenheid is licht gestegen van 7,9 naar 8,0. De verschillen per regio variëren van 7,1 tot 8,3. Dit cijfer is op zichzelf redelijk hoog. Maar de context is moeilijk te beschrijven omdat medewerkers geen duiding kunnen geven aan dit cijfer. Ook varieert de respons per regio van 49% tot 91%. Dit grote verschil is te verklaren doordat sommige regio's niet jaarlijks de cliënttevredenheid uitvragen in (voorbereiding op) de planbespreking. Medewerkers geven aan het moeilijk te vinden een cijfer te vragen of dat cliënten en verwanten het moeilijk vinden een cijfer te geven.

De Net Promotor Score steeg van 8% in januari 2017 naar 24% in december 2017. Dat betekent dat per saldo 24% van onze cliënten 's Heeren Loo een 9 of 10 geeft en actief aanbeveelt aan anderen. De cliëntbeoordelingen op ZorgkaartNederland is gemiddeld een 7,8.

#### Luisteren en onderzoeken

In 2017 heeft 's Heeren Loo een grootscheeps imago-onderzoek laten uitvoeren door onderzoeksbureau Kantar. Daarbij werden medewerkers, verwanten, verwijzers en financiers betrokken. Verwanten zien 's Heeren Loo als een grote, betrokken en betrouwbare organisatie. Die respectvol, klantvriendelijk en gastvrij met cliënten en verwanten omgaat. Er werken deskundige medewerkers en er is genoeg ruimte voor inspraak. In de keuze voor 's Heeren Loo blijkt het persoonlijk contact met de zorgconsulent essentieel te zijn. Bejegening, kwaliteit van zorg en reputatie zijn doorslaggevende factoren. Punten van aandacht zijn de informatievoorziening en de ontwikkeling van nieuwe zorgvormen en ondersteuning in het gezin.

#### 3.1.3 Wat staat ons te doen?

##### Dit vind ik ervan!

- De inhoudelijke toepassing van Dit vind ik ervan! willen we beter borgen in onze organisatie met leeractiviteiten over de onderzoekende dialoog. Daarnaast vergroten we de vaardigheden van medewerkers om de kern van die dialoog goed vast te leggen in het ECD, en om de uitkomsten van het gesprek met de cliënt goed te benutten in de plancyclus.
- Teams krijgen ondersteuning om uitkomsten van Dit vind ik ervan! te benutten voor steeds beter passende zorg en dienstverlening op locatie.
- We informeren cliënten en verwanten actiever over Dit vind ik ervan! en betrekken hen bij het benutten en duiden van de uitkomsten van deze aanpak.

#### Cliëntbeoordelingen: Cliënttevredenheid, de Net Promotor Score en ZorgkaartNederland

- We rusten medewerkers beter toe voor het uitvragen van cliënttevredenheid via scholing en instructie in het ECD, zodat zij kunnen aangeven waarom en waarover cliënten tevreden zijn en wat beter kan.
- We ondersteunen teams om uitkomsten beter te benutten binnen de teamreflecties.

#### Luisteren en onderzoeken

- We onderzoeken hoe we informatievoorziening naar en online mogelijkheden voor verwanten kunnen verbeteren.
- We werken aan een uitbreiding van ons productportfolio.

#### Een goed voorbeeld

##### Het goede gesprek

Bij Het goede gesprek leren medewerkers hoe zij op een open, niet sturende manier in gesprek kunnen gaan met cliënten, ouders en verwanten. Daarbij worden zij zich bewust van de invloed van hun eigen houding, waarden en normen op het gesprek. En de invloed van valkuilen als 'hulp bieden' en 'redden'. Ook leren zij hoe zij de uitkomsten van het gesprek kunnen omzetten in een passende hulpvraag. De onderzoekende dialoog is daarbij een essentieel onderdeel.

## 3.2 Plan en zorgafspraken

### 3.2.1 Zo willen we werken

#### Eigen regie en zeggenschap

Om te kunnen groeien en ontwikkelen, is het belangrijk om invloed te ervaren. Daarom is het voor ons de uitdaging om cliënten te ondersteunen bij het maken van eigen keuzes en om voorwaarden te creëren waardoor zij zich kunnen ontwikkelen. We sluiten daarvoor aan bij de mogelijkheden van de cliënt: eigen regie gaat over de keuze voor broodbeleg, maar ook over het soort werk dat je doet of kunnen stemmen bij de verkiezingen voor de Tweede Kamer. Wij maken dan ook afspraken met de cliënt, in plaats van over de cliënt.

#### Samenspel in zorg en ondersteuning

Niemand staat op zichzelf, ouders en kinderen zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Zeker bij mensen met een verstandelijke beperking is deze relatie essentieel. De ouders en broers en/of zussen kennen de cliënt het beste en zijn een constante factor in zijn leven. Als zorgverlener vervullen wij een rol in de ondersteuning van de cliënt, aanvullend op die van de verwanten.

Elke cliënt heeft een begeleidingsteam dat bestaat uit begeleiders die worden ondersteund door de manager zorg en de gedragswetenschapper. De samenstelling van het begeleidingsteam is afhankelijk van het type ondersteuning dat de cliënt krijgt. Het team kan worden aangevuld met andere disciplines zoals (AVG-)arts, logopedist en fysiotherapeut. Het begeleidingsteam werkt nauw samen met de cliënt, verwanten of andere belangrijke personen in de omgeving van de cliënt.

#### Ondersteuningsplan

Afspraken over de zorg worden in samenspraak met de cliënt en zijn verwanten vastgelegd in het plan van de cliënt. Het plan wordt aan de hand van individuele wensen en mogelijkheden van de cliënt opgesteld. Het sluit aan op zijn ondersteuningsvragen en bevat concreet geformuleerde doelen. De persoonlijk begeleider is verantwoordelijk voor het samen met de cliënt opstellen, bijhouden, evalueren en zo nodig bijstellen van het plan. Wij leggen vast wat wij doen in het elektronisch cliënt dossier (ECD): Caress. Op basis van de vastgelegde informatie in het ECD kunnen wij bijhouden hoe het gaat met de cliënt. De cliënt en door de cliënt aangewezen verwanten hebben zelf ook toegang tot deze informatie via Mijn Caress.

### 3.2.2 Wat zien we?

#### Eigen regie en zeggenschap

Alle regio's hebben uitgebreid gereflecteerd en gerapporteerd over de thema's zeggenschap en eigen regie. Bijvoorbeeld over initiatieven om cliënten mee te laten praten over kwaliteit van zorg en wat daarin verbeterd kan worden. Er is toenemende betrokkenheid van cliënten en verwanten bij regionaal beleid. Maar regio's geven tegelijk aan dat het nog zoeken is naar passende vormen om deze betrokkenheid goed vorm te geven. Ook op cliëntniveau wordt veel aandacht besteed aan eigen regie. Werkwijzen als Samen In Regie (SIR), samenwerken in de driehoek en dialoogtrainingen helpen daarbij.

Een grote stap om cliënten meer regie te geven over hun eigen zorg en behandeling is gezet met de introductie van MijnCaress voor Cliënten. Het gebruik per regio varieert, maar neemt nog steeds toe.

#### Samenspel in zorg en ondersteuning

In de regio's is flink geïnvesteerd in samenwerken in de driehoek, onder meer door het aanbieden van trainingen. De regio's beoordelen zichzelf op dit thema als goed. Tegelijkertijd geven zij aan dat hierin nog altijd verbetering mogelijk is. Er liggen bijvoorbeeld kansen bij het beter betrekken van het informele netwerk van cliënten (breder dan verwanten).

Overall wordt geïnvesteerd in de samenwerking tussen de disciplines in de zorg en in de samenwerking tussen de regio's en expertisecentrum Advisium. De samenwerking tussen de persoonlijk begeleiders, gedragswetenschapper en andere behandelaars gaat op veel plaatsen goed, maar nog lang niet overal. Op het gebied van multidisciplinair werken is nog winst te behalen. Ook de samenwerking tussen de verschillende domeinen van de zorg, zoals wonen, nachtzorg, dagbesteding, werk, behandeling en onderwijs, kan beter. Cliënten zijn gebaat bij een integrale benadering van de zorg.

#### Ondersteuningsplan

Het werken met het ondersteuningsplan is steeds vanzelfsprekender. Dit blijkt uit de regiorapportages, ondersteund door cijfers uit het dashboard Kwaliteit.

Het percentage actuele plannen varieert van 84% tot 99%. Het merendeel van de cliënten heeft dus een actueel ondersteuningsplan. Het is overigens de vraag in hoeverre een score van 100% reëel is. Met name voor cliënten in het sociaal domein waarbij de regie op de zorg bij een andere partij ligt, wordt niet altijd een plan gemaakt. Ook de rapportage op de doelen in het ondersteuningsplan is toegenomen, maar onduidelijk is of deze doelen altijd met cliënten worden geëvalueerd. Het percentage ondertekende plannen blijft achter, variërend van 19% tot 88% per regio (50% concernbreed). Uit de regiorapportages blijkt niet waardoor dat komt. Ook wordt uit de regiorapportages niet duidelijk in hoeverre de zorg die we bieden ook daadwerkelijk persoonsgericht is. Een goede stap in de richting is de introductie van MijnCaress voor Cliënten. Het gebruik ervan lijkt te leiden tot een grotere betrokkenheid en regie van cliënten over hun eigen zorg en behandeling, maar de samenhang met andere instrumenten - zoals Dit vind ik ervan!, Mijn Plan in Beeld en Ik ben in Beeld - ontbreekt veelal nog.

### 3.2.3 Wat staat ons te doen?

#### Eigen regie en zeggenschap

- We stimuleren dat cliënten actiever worden betrokken bij (de doelen en evaluatie van) hun eigen plan. Dit doen we door meer samenhang aan te brengen tussen instrumenten als Mijn Caress voor Cliënten, Dit vind ik ervan!, Mijn Plan in Beeld en Ik ben in Beeld. Zo willen we de eigen regie van cliënten verder bevorderen.
- We onderzoeken samen met cliënten en verwanten hoe zeggenschap op locatie kan verbeteren (naast de formele zeggenschap in cliënten- en verwantenraden).

#### Samenspel in zorg en ondersteuning

- We onderzoeken wat teams nodig hebben om het informeel netwerk beter te benutten bij de zorg en dienstverlening aan onze cliënten.
- We blijven investeren in samenwerken in de driehoek.
- We blijven investeren in verbeterde samenwerking tussen expertisecentrum Advisium en regio en samenwerking tussen de domeinen wonen, dagbesteding en onderwijs. We inventariseren goede voorbeelden en delen deze.

#### Een goed voorbeeld

Moeder Lia:

"Ik vond de avonden over driehoekskunde heel goed. Het benadrukte dat je echt samen moet werken voor je kind. Door deelname aan de SIR-raad weet ik beter wat er speelt. Ik wil betrokken zijn bij de plek waar mijn kind woont. Het geeft mij het gevoel nog iets voor mijn kind te kunnen betekenen. Want ik houd niet van het woord 'loslaten'. Liever heb ik het over 'anders vasthouden'. Mijn zoon is op zijn plek op het 8terdek, maar hij blijft toch een zorg. Het is prettig dat ik mijn zorgen kan bespreken met de begeleiding en er is altijd een vangnet. Ook als wij er niet voor hem zijn. Dat stelt gerust."



### Ondersteuningsplan

- We onderzoeken waarom het percentage ondertekende plannen achterblijft en in hoeverre cliënten daadwerkelijk regie en invloed op hun plan ervaren.
- We sturen op een toename in gebruik van Mijn Caress voor Cliënten.

#### Een goed voorbeeld

Vader L:

“Ik kijk met mijn zoon mee in MijnCaress. Dat is echt een stap vooruit. Voorheen had ik geen idee wat er dagelijks gebeurde. Nu weet ik het van de hele week. Ook de ondersteuning van mijn zoon is veel persoonlijker geworden. De begeleiders zijn nu meer de coach van mijn zoon. Dit zie ik terug in het plan. Zo hebben we een afspraak dat hij vaker zijn bril ophoudt omdat hij heel slecht ziet. Zo wordt zijn leefwereld letterlijk groter. Hij speelt nu ook meer op de grond en loopt meer rond in het gebouw. Hij lijkt ook tevreden. Zo wordt in kleine stappen zijn leven beter.”

## 3.3 Cliëntveiligheid

### 3.3.1 Zo willen we werken

We vinden het belangrijk dat cliënten zich veilig en beschermd voelen en veilig kunnen leven, wonen en werken. We stimuleren dat cliënten zoveel mogelijk vrijheid in hun leven ervaren en regie over hun leven kunnen voeren. Wij zoeken continu naar de juiste balans tussen vrijheid en bescherming, zijn ons voortdurend bewust van veiligheidsrisico's, werken goed samen in de driehoek, leren van incidenten en bieden goede ondersteuning en faciliteiten aan medewerkers.

### 3.3.2 Wat zien we?

Meer dan de helft van alle regio's heeft gereflecteerd over veiligheid in woningen en op de terreinen, medicatieveiligheid en een veilige afbouw van vrijheidsbeperkingen. De regio's beoordelen de veiligheid in hun regio doorgaans als goed. Tegelijkertijd worden op dit thema relatief veel aandachtspunten genoemd. Zo leren we uit de rapportages dat we meer met cliënten kunnen spreken over veiligheid en meer systematisch aandacht aan veiligheidsvraagstukken kunnen geven. Dit blijkt ook uit andere kwaliteitsrapportages, zoals het jaarverslag PRISMA-onderzoeken, het jaarverslag vrijheidsbeperkingen van de Bopz-commissie, het jaaroverzicht meldingen inspecties en cliëntklachten, interne audits en cijfers uit het dashboard Kwaliteit.

### Risicomanagement

Een onderwerp dat om aandacht vraagt, is risicomanagement op cliëntniveau. Dit betreft het hele proces van signaleren, beschrijven, analyseren en hanteren van situaties die voor de cliënt en zijn omgeving een verhoogd risico met zich meebrengen. De registratie van risico's op screeningslijsten is toegenomen, maar de wijze van opvolging roept vragen op. Het lijkt erop dat risico-inventarisaties vooral worden uitgevoerd wanneer sprake is van duidelijk risicovol gedrag. Risico-inventarisaties behoren altijd opgenomen te zijn in de ondersteuningsplannen (risicomanagementplan), inclusief een vertaalslag naar een behandeladvies en afspraken. Dit is nog niet in alle plannen te vinden.

### Vrijheidsbeperkingen

Uit de regiorapportages blijkt dat er actief wordt gewerkt aan de afbouw van vrijheidsbeperkingen volgens het beleid 'Nee, tenzij'. Medewerkers zoeken naar een balans tussen eigen regie voor de cliënt en veiligheid, en

naar een balans tussen opvoeden en beschermen. De campagne 'Net zo vrij als jij', de ondersteuning vanuit de regionale Bopz-commissies en het expertiseteam vrijheidsbeperkingen werpen hun vruchten af. We kunnen trots zijn op een stabiele situatie, waarin duurzame afname van het gebruik van banden en afzonderingsruimtes zichtbaar is. Dit is een mooi resultaat, zeker in relatie tot de complexiteit van de zorgvragen en de zorgzwaarte van onze cliënten.

We zien echter ook een gevarieerd beeld. Sommige locaties passen geen of weinig vrijheidsbeperkingen toe. Er zijn ook locaties waar men nog geen passend antwoord heeft gevonden op complexe vragen en medewerkers vanuit handelingsverlegenheid nog zoeken naar een manier om vrijheidsbeperkingen verantwoord af te bouwen. Sommige regio's passen nog regelmatig fixatie toe. Ook wordt er nog gewerkt met smeer- en scheurpakken. De afbouw van deze vrijheidsbeperkingen vraagt geduld en creativiteit en is niet eenvoudig. Voorlopige resultaten van wetenschappelijk onderzoek door Baukje Schippers (verwacht in 2018) laat zien dat duurzame afbouw van vrijheidsbeperkingen mogelijk is met intensieve ondersteuning door een expertiseteam. In een aantal woningen is met ondersteuning van dit team de toepassing van vrijheidsbeperkingen significant teruggebracht.

#### Overzicht afbouw tot nu toe:

Jaar	Totaal aantal onrustbanden	Totaal aantal afzonderingsruimten	Totaal aantal cliënten dat gebruikt maakt van een afzonderingsruimte
2008	149 <sup>3</sup>	Onbekend	Onbekend
2011	54	Onbekend	Onbekend
2012	25	51	Onbekend
2013	15	20	58
2014	9	16	17
2015	5	11	13
2016	4	10	12
2017	4	10	12

### Afbouw psychofarmaca

In alle regio's wordt kritisch gekeken naar het gebruik van psychofarmaca of gedragsregulerende medicatie. De regio's Ermelo, Apeldoorn en Zuidwest-Nederland deden mee met het wetenschappelijk onderzoek van Gerda de Kuijper naar afbouw van psychofarmaca. De resultaten daarvan verschijnen in 2018.

De regio Noordwijk heeft in samenwerking met Brocef onderzoek gedaan naar afbouw. Bij bijna alle cliënten die aan dit onderzoek hebben deelgenomen, kon medicatie worden gestopt of verminderd. Via een medicatie-app kregen medewerkers meer inzicht in effecten en tijdelijke gevolgen van de medicatie-afbouw. Dit bleek erg ondersteunend in het afbouwproces.

### Veiligheid medewerker

Veiligheid voor medewerkers krijgt vooral aandacht in de regiorapportages in relatie tot de toenemende complexiteit van zorgvragen van cliënten. Intensieve zorgvragen leiden soms tot agressief gedrag van cliënten richting medewerkers. Verschillende regio's investeren in veiligheid voor de medewerkers door onder meer methodisch werken, training en persoonlijke begeleiding. Iedere regio heeft hierin zo zijn eigen werkwijze.

### Samenhangend melden en verbeteren, incidenten melden als verbeterinstrument

Het melden van incidenten en er vervolgens van leren is een belangrijk onderdeel in het veiliger maken van locaties, zowel voor cliënten als medewerkers. Tot nu toe meldden we cliëntincidenten, medewerkerincidenten, calamiteiten en arbeidsongevallen op verschillende plekken en op verschillende manieren. Met het nieuwe programma

<sup>3</sup> Dit is inclusief andere fixatiebanden dan Zweedse banden.

Samenhangend Melden & Verbeteren willen we in 2018 komen tot een eenduidige werkwijze, daarbij ondersteund door een landelijk meld- en verbeterstelsel. Het melden van incidenten is hiermee mogelijk met minimale administratieve belasting en zonder veel kennis van alle onderliggende protocollen. Bijzonder hierbij is dat het niet stopt bij het melden, maar dat er een grote nadruk ligt op leren van wat er is gebeurd en daarop verbeteren.

#### Meldcode HKS

Uit bevindingen van de werkgroep HKS en een onderzoek van Internal audit komt naar voren dat het werken volgens de meldcode huiselijk geweld, kindermishandeling en/of seksueel misbruik (HKS) verbeterd kan worden. Een werkgroep werkt aan verbetering van de signalering hiervan.

#### Omgevingsveiligheid

Veiligheid voor cliënten in woningen is voor meerdere regio's soms lastig te realiseren. Het betreft fysieke veiligheid (waaronder ook hygiëne), maar ook om door cliënten ervaren veiligheid. Wisselingen in personele bezetting en flexwerkers die cliënten niet voldoende kennen, leiden tot gevoelens van onveiligheid bij cliënten. Bovendien zijn flexwerkers niet altijd in staat om risico's goed in te schatten.

#### Meldingen incidenten en PRISMA-onderzoeken

In 2017 zijn 23 meldingen aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd behandeld. In vergelijking met voorgaande jaren is dit een gemiddeld aantal. Niet alle meldingen gingen om een calamiteit binnen onze organisatie. Zo hebben wij zelf melding gedaan over medicatiefouten die door een medicijnenleverancier werden gemaakt. Het contract met deze leverancier is inmiddels opgezegd. De inspectie heeft twee meldingen ontvangen van derden. Het bleek in beide gevallen echter niet om meldingsplichtige incidenten te gaan.

Categorie	2017	Gemiddeld 2011 t/m 2016
Overlijden	5	3
Ernstig letsel	4	5
Medicatiefout	1	1
Geweld in de zorgrelatie (VSM) <sup>4</sup>	6	11
Geweld in de zorgrelatie (niet VSM <sup>4</sup> )	4	3
Disfunctioneren medewerker	2	-
Anders	1	3
<b>Totaal</b>	<b>23</b>	<b>22</b>

Na een melding vraagt de inspectie in de meeste gevallen aan 's Heeren Loo om intern onderzoek te doen. Ook geeft de Raad van Bestuur soms opdracht een incident of klacht te onderzoeken om ervan te kunnen leren. Dat doen we door een PRISMA-onderzoek. In 2017 zijn veertien PRISMA-onderzoeken uitgevoerd. Daaruit zijn enkele verbeterthema's gekomen die ook uit de regioreflecties blijken. Bijvoorbeeld multidisciplinair werken, hanteren van een uniforme procedure voor risico-inventarisatie en werken met de interne meldcode HKS.

#### Klachten

In 2017 is een nieuwe klachten- en complimentenregeling van start gegaan. Voor die tijd werden eerst alle klachten op centraal niveau door de Centrale Klachtencommissie Cliënten (CKC) behandeld. Per 1 juli 2017 worden klachten eerst regionaal opgepakt. Daarna is het altijd nog mogelijk, indien men niet tevreden is over de afhandeling, de stap naar de CKC te zetten. Deze manier van klachtenafhandeling heeft tot doel klachten zoveel mogelijk bij de oorsprong te bespreken en op te pakken. Punten waarover het meest geklaagd wordt, zijn:

- Niet houden aan afspraken (in ondersteunings- of signaleringsplan)

- Onvoldoende anticiperen op zorgbehoefte cliënt
- Traag inzetten van wijzigingen in de behandeling
- Cliënten/vertegenwoordigers worden niet tijdig of onvolledig geïnformeerd over zaken rondom de cliënt (voorbeelden zijn verhuizing, incidenten en financiën)
- Geen goede afstemming over wensen en verwachtingen tussen ouders - cliënt - begeleiders.

#### 3.3.3 Wat staat ons te doen?

- Waar nodig gaan we zorgen voor een stabielere personele bezetting in teams, zodat cliënten zich veilig en gekend weten.
- We vergroten het veiligheidsbewustzijn van medewerkers en werken aan een verbeterde leer- en verbetercyclus. Dit doen we onder meer door het ontwikkelen van een integraal veiligheidsbeleid en door de implementatie van het nieuwe beleid met betrekking tot samenhangend melden.
- We investeren in veiligheid van onze medewerkers door het bieden van trainingen, het door ontwikkelen van een agressieprotocol en het bieden van methodische ondersteuning.
- Met het nieuwe programma Samenhangend Melden en Verbeteren willen we in 2018 komen tot een eenduidige werkwijze, ondersteund door een landelijk meld- en verbeterstelsel. Het planmatig werken met risico-inventarisaties en de meldcode HKS is onderdeel van deze werkwijze.
- We investeren blijvend in de verantwoorde afbouw van vrijheidsbeperkingen maatregelen met ondersteuning van het landelijke netwerk van Bopz-commissies en een uitbreiding van het expertiseteam vrijheidsbeperkingen.

#### Een goed voorbeeld

##### Voorbeeld 1: Afbouw scheurpakken

Meike Blommestijn is trainer Bopz verdiepingsscholing en Bopz commissielid. Zij heeft zich beziggehouden met de afbouw van scheurpakken (een nauwsluitende overal) bij oudere cliënten met een laag ontwikkelingsniveau. Een scheurpak voorkomt dat cliënten met ontlasting smeren, uitglijden over urine of in een nat en koud bed komen te liggen. Soms moet zo'n pak voorkomen dat een cliënt zich voortdurend uitkleedt. Maar een scheurpak beperkt een cliënt ook in zijn vrijheid: hij kan niet zelf naar het toilet of zichzelf aanraken op zijn blote huid.

Meike: "Door de leeftijd en het verstandelijk niveau van de cliënten, hebben zij weinig mogelijkheden om nieuw gedrag te leren. Totale afbouw van de scheurpakken was daardoor vaak niet mogelijk, omdat anders hun fysieke veiligheid in het gevaar kwam. Dus zochten we de oplossing bijvoorbeeld in de aanleiding van het gedrag, ander materiaal of begeleiding."

De familie van de cliënt betrekken bij dit proces is belangrijk voor het welslagen. Meike: "Omdat de cliënt vaak al jaren een scheurpak draagt, onderschrijft de familie de noodzaak voor veranderen niet altijd. We leggen dan uit dat het de cliënt beperkt en dat ons beleid juist voor zo min mogelijk beperkingen is. Ook bespreken we dat de cliënt misschien eerst moet wennen en dat het resultaat soms niet meteen zichtbaar is."

##### Voorbeeld 2: Samen houvast

Deelnemers leren bij Samen houvast om in spannende situaties in verbinding te blijven met zichzelf en de cliënt. Dit voorkomt fysiek ingrijpen. Zij leren hun eigen reacties kennen, hoe zij rustig kunnen blijven, ruimte kunnen creëren en meebewegen. Dit doen zij door gebruik te maken van de energie die er is. En door houvast te bieden met gerichte interventies. Het afgelopen jaar volgden 2.464 medewerkers Samen houvast.

<sup>4</sup> VSM = vermeend seksueel misbruik

### 3.4 Betrokken, vakbekwame medewerkers en teams

#### 3.4.1 Zo willen we werken

Wij beloven onze vakmensen mooi en boeiend werk, waarin zij met passie hun werk uitvoeren en hun doelen realiseren. In de nieuwe HRM-visie geven we medewerkers daarom de ruimte voor persoonlijke groei en stimuleren we nieuwe ervaringen. Samen leren, initiatief nemen en eigen keuzes maken vormen de basis, waarbij we ons voortdurend de vraag stellen in hoeverre cliënten, hun familie en onze medewerkers daar beter van worden. We faciliteren hen met training en opleiding, innovatie en onderzoek. Ook investeren wij in het versterken van de teams met teamreflecties. Want een goed functionerend, zelfreflecterend zorgteam vormt de basis voor goede zorg.

#### 3.4.2 Wat zien we?

In 2017 is een start gemaakt met het versterken van de teams en hun medewerkers. Het thema 'medewerkers en team' is het meest besproken in de teamreflecties. Het ging daarbij vooral over teamfunctioneren en teamontwikkeling, minder over vakbekwaamheid. Alle regio's beoordelen zichzelf goed op het thema en zijn over het geheel genomen zeer tevreden over de betrokkenheid, de gedrevenheid en de inzet van medewerkers.

#### Team functioneren en teamontwikkeling

Alle regio's investeren in teamontwikkeling met onder meer cultuurtrajecten, leiderschapstrajecten, dialoogtrainingen en begeleiding bij teamreflecties. Opvallend is dat de regio's daarin hun eigen weg kiezen en nog weinig met elkaar uitwisselen.

Naast de als positief ervaren teamontwikkeling zijn er ook knelpunten: de beperkte tijd voor teamreflectie en –ontwikkeling en een gebrek aan ondersteunende tools om teamreflecties goed uit te voeren. Een ander probleem is de wisselingen in personele bezetting. Dit staat een goede teamontwikkeling in de weg.

#### Kwaliteit en continuïteit van personele bezetting

Onze grootste zorg is het werven en behouden van goede medewerkers, mede gezien de toenemende complexiteit van de zorg. Alle regio's zien dit als een groot knelpunt. Bedreigingen voor kwaliteit en continuïteit van zorg zijn volgens hen werkdruk, verloop van personeel, wisselingen in personele bezetting en de krappe arbeidsmarkt. Daarnaast wordt ook genoemd dat er veel ontwikkelingen op medewerkers afkomen, bijvoorbeeld door het gelijktijdig invoeren van diverse nieuwe systemen.

#### Leren en ontwikkelen

Over leren en ontwikkelen hebben de teams minder gerapporteerd, toch is er in alle regio's aandacht voor leren en ontwikkelen. Dat is onder meer te zien in het toegenomen gebruik van Mijn Leeromgeving en het aantal gevolgde leeractiviteiten, inclusief e-learning. Zowel landelijk als regionaal wordt er flink geïnvesteerd in het ontwikkelen van zorgprogramma's en bijbehorende leerlijnen.

In 2017 is het leermanagementsysteem 'Mijn Leeromgeving' in gebruik genomen. Met Mijn Leeromgeving krijgen medewerkers zelf de regie over en verantwoordelijkheid voor hun eigen ontwikkeling. Verder geeft dit systeem in de vorm van het kwaliteitspaspoort een duidelijk overzicht van bevoegd- en bekwaamheden van medewerkers en de verplichte scholingen. De medewerker is eigenaar van dit kwaliteitspaspoort en ziet zelf of het volledig is of niet. Wanneer het systeem volledig is ingevoerd en goed wordt gebruikt, is het een belangrijk instrument om het leren en de persoonlijk ontwikkeling van onze medewerkers te bevorderen.

#### 3.4.3 Wat staat ons te doen?

- De Raad van Bestuur heeft voor 2018 € 4,5 miljoen beschikbaar gesteld om teamreflectie en teamontwikkeling te stimuleren. De teams mogen aangeven wat zij nodig hebben om de teamreflecties goed uit te voeren en zich als team verder te ontwikkelen.
- We ontwikkelen de teamreflecties ook inhoudelijk, onder meer door een eenduidige rolinvulling voor procesbegeleiders. En door procesbegeleiders vaker in te zetten.
- We inventariseren bij teams wat zij nodig hebben om zich te ontwikkelen tot reflecterende en lerende teams. Ook onderzoeken we welke regelruimte zij daarvoor nodig hebben.
- We blijven investeren in talentontwikkeling, leren en ontwikkelen. Dit doen we onder andere door:
  - het doorontwikkelen van de leerlijnen in de vorm van basisprogramma's en ondersteunende programma's voor de zes doelgroepen
  - het proces om medewerkers bevoegd en bekwaam te maken beter te faciliteren
  - te investeren in e-learning en andere digitale leermiddelen.
- Mijn Leeromgeving wordt verder geoptimaliseerd en benut.



## 4. Reflectie in- en externe stakeholders

### 4.1 Reflectie medezeggenschap

#### 4.1.1 Cliëntendeelraad Centrale Cliëntenraad (CD CCR)

De hoofdlijnen van dit kwaliteitsrapport zijn in maart 2018 door het bestuur besproken met de CD CCR. Aan de hand van het 'stellingenspel' is aan cliënten gevraagd wat zij belangrijk vinden als het gaat om kwaliteit.

Een touw in de entreehal van het gebouw aan de Berkenweg te Amersfoort had aan het ene uiteinde een rode smiley, aan het andere uiteinde een groene. En in het midden een oranje. Per stelling mochten cliënten positie kiezen. En aangeven waarom ze gingen staan bij de rode, oranje of groene smiley.

Enkele stellingen:

- Een team bestaat niet alleen uit begeleiders, ook cliënten en zijn familie doen mee.
- Het ondersteuningsplan is van mij.

De CD CCR was erg enthousiast over dit spel, omdat het cliënten helpt te zeggen wat zij belangrijk vinden. Dit willen zij ook gaan doen in de regionale cliëntenraden. Er wordt afgesproken dat 's Heeren Loo de cliëntversie van dit kwaliteitsrapport samen met de smileys, stellingen en de uitleg van het spel uitdeelt aan de centrale en regionale cliëntenraden.



De belangrijkste punten die de CD CCR meegaf:

- Het is belangrijk om te werken in de driehoek, maar dit gebeurt niet altijd.
- Een team is ook een team zonder familie. Niet alle cliënten willen overleg met familie erbij.
- Cliënten vinden het belangrijk dat er naar hen wordt geluisterd, dat begeleiders (door)vragen wat zij belangrijk vinden en dingen niet invullen.
- Gebruik de huiskamerverleggen beter. Dat is een goede gelegenheid om met elkaar in gesprek te gaan over de kwaliteit van zorg.
- Nieuwsbrieven zijn een belangrijk middel om cliënten te (blijven) informeren.

Tot slot gaven de leden van de CD CCR een rapportcijfer aan de ondersteuning. De cijfers variëren tussen de 5 en 10. De leden die een 5 geven, zeggen dat ze overal om moeten vragen bij begeleiders. Bijvoorbeeld om een paracetamol. Begeleiders denken soms voor cliënten. Soms zijn de regels onduidelijk. Van de ene begeleider mag iets wel en van de ander niet. De leden die een 10 geven vertellen dat de begeleiders de cliënt goed kennen. En weten wat de cliënt nodig heeft.

#### 4.1.2 Vertegenwoordigersdeelraad Centrale Cliëntenraad (VD CCR)

In de VD CCR is vooral met de Raad van Bestuur gesproken over de andere manier van kijken naar kwaliteit en het kwaliteitsrapport. Het gaat er niet om dat we kwaliteit verantwoorden op basis van cijfers, maar dat we met elkaar binnen de teamreflectie in gesprek gaan over wat kwaliteit is en wat daarvoor nodig is. Het inzicht dat cijfermateriaal biedt, bijvoorbeeld hoe tevreden cliënten zijn of hoeveel incidenten er zijn geweest, kan ondersteunend zijn aan dat gesprek.

De VD CCR geeft met betrekking tot betrokkenheid cliënten en verwanten bij teamreflecties het volgende aan:

- Er zijn grote verschillen tussen regio's in de manier waarop de cliëntenraden zijn betrokken bij de team- en regioreflectie. In sommige regio's is er net een startmoment geweest, in andere regio's zijn er speciale bijeenkomsten georganiseerd in de avond om met cliënten en verwanten de uitkomsten van het regionale kwaliteitsrapport te bespreken.
- Naast de formele medezeggenschap zoekt de VD CCR ook naar passende vormen voor informele zeggenschap. Daar is niet één oplossing die voor alle teams werkt. Ouders van jonge kinderen willen op een andere manier betrokken zijn bij de zorg van hun kind dan verwanten van oudere cliënten die soms al dertig jaar of langer bij 's Heeren Loo wonen. Ook is de vraag gesteld hoe ambulante cliënten worden betrokken bij de teamreflectie. Niet alle cliënten en verwanten willen in dezelfde mate of vorm betrokken zijn bij de teamreflectie. Het is volgens de VD CCR belangrijk dat teamreflecties zowel mét als zonder cliënten en verwanten worden uitgevoerd. Het team van medewerkers moet ook met elkaar kunnen reflecteren op wat goed gaat en beter kan. De VD CCR vindt het wel belangrijk dat er een goede 'lancering' is van de teamreflecties.
- Een laagdrempelige manier om met cliënten en medewerkers in gesprek te gaan over de kwaliteit van zorg is aansluiten bij huiskamerverleggen.
- Zet antennepersonen in: verwanten die goed weten wat er op de locatie speelt en een rol kunnen spelen binnen de teamreflectie.
- Er zijn goede ervaringen met teamreflecties waarbij een procesbegeleider wordt ingezet. De meerwaarde van de procesbegeleider is ook gebleken in de proeftuinperiode (2016) en is opgenomen in de strategische koers.
- Informatie afgestemd op cliëntniveau is belangrijk.

#### 4.1.3 Centrale Ondernemingsraad (COR)

De hoofdlijnen van het Kwaliteitsrapport 2017 's Heeren Loo zijn besproken met de commissie Organisatie & Ontwikkeling (O&O) van de COR.

- Het kwaliteitsrapport en de achterliggende werkwijze is een prachtige ontwikkeling.
- De punten die naar voren komen uit de teamreflecties zijn herkenbaar. Wanneer je het verhaal erachter kent is het bijna onmogelijk dat medewerkers deze nieuwe manier van werken niet willen omarmen. Het 'waarom' van deze nieuwe manier van werken en wat het teams kan opleveren moet wel goed gecommuniceerd worden. Anders worden de teamreflecties ervaren als weer een nieuwe methode.
- Hoe gaan we om met kaders en regelruimte in de nieuwe manier van werken? Vrijblijvendheid werkt averechts, maar teveel kaderstelling werkt knellend.
- Het vertrouwen bij medewerkers moet nog groeien. Kwaliteit moet niet gaan over cijfers maar over hoe je het doet. Nu wordt er vaak nog instrumenteel gewerkt en worden lijstjes ingevuld. Maar deze worden niet altijd met de cliënt besproken (bijvoorbeeld risico-inventarisatie). Dit vraagt ook dat managers de teams stimuleren tot zelfreflectie.
- Laat medewerkers weten wat er gebeurt met wat zij aangeven. Zo voelen zij zich gehoord en gezien.
- Betrek dagbesteding bij de teamreflectie en betrek hen vaker bij de gesprekken met of over de cliënt. Zo is er bijvoorbeeld regelmatig contact tussen de gedragswetenschapper en de woning, maar aanzienlijk minder met dagbesteding. Dit is een belangrijk punt voor de teamreflectie.
- Binden en boeien van medewerkers wordt als belangrijk punt voor kwaliteit genoemd. Maar sommige regio's ervaren dat nog onvoldoende. Zoek naar de samenhang, tussen bijvoorbeeld de uitkomsten van de exitgesprekken en het binden en boeien van medewerkers.

#### 4.2 Reflectie Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht (RvT) houdt toezicht op de besturing van de organisatie door de Raad van Bestuur (RvB). Hij toetst of de RvB bij zijn beleidsvorming en de uitvoering van zijn bestuurstaken oog houdt voor de belangen van cliënten, de organisatie en allen die hierbij betrokkenen zijn. Dit in relatie tot de maatschappelijke functie van de 's Heeren Loo Zorggroep. De RvT vergadert zes keer per jaar en legt jaarlijks twee werkbezoeken af.

De RvT heeft drie Auditcommissies (Care, Vastgoed en Financiën). Zij bevorderen een goede informatievoorziening aan de RvT door gedetailleerde informatie op te vragen, te beoordelen en in gesprek te gaan met het bestuur. Vervolgens rapporteren deze commissies hun bevindingen en advies aan de RvT.

De Raad van Toezicht is gevraagd te reflecteren op het Kwaliteitsrapport 2017. De RvT houdt toezicht op de besturing van de organisatie door de Raad van Bestuur (RvB). Belangrijke toetssteen hiervoor is wat er gedaan wordt om de beloften van 's Heeren Loo - goed leven, mooi werk en een duurzaam gezonde organisatie - vorm en inhoud te geven. Kwaliteit van zorg is hierbij een belangrijk onderdeel en komt veel aan bod tijdens de vergaderingen van de RvT. De RvB is het eerste aanspreekpunt. Daarnaast spreekt de RvT regelmatig medewerkers door het hele land onder andere tijdens werkbezoeken.

De introductie van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg is een goede ontwikkeling. Het biedt meer ruimte voor maatwerk en de focus ligt op reflectie. Dat is een cultuuromslag in de hele sector en ook bij 's Heeren Loo. Zij wil hierin voorop lopen en heeft bijgedragen aan het opstellen van het kader. De RvT onderschrijft het belang van

goede kwaliteit van zorg. Het rapport geeft algemeen inzicht in hoe de organisatie er voor staat. Het heeft een duidelijke opbouw die steeds terugkomt bij de beschrijving van de kwaliteitsthema's.

Intern heeft het rapport de functie om van te leren en bewustwording te verhogen. Dit door het bieden van spiegelinformatie voor de regio's om cyclisch te verbeteren en om het gesprek over kwaliteit aan te gaan met elkaar. Desgewenst over regiogrenzen heen. Extern kan 's Heeren Loo met het rapport verantwoording afleggen.

Het onderdeel 'Dat vind ik ervan!' springt er voor de RvT uit. Dit toont dat teams écht systematisch reflecteren en werken op basis van de driehoek: wat willen de cliënten, hoe kunnen we daar op aansluiten en over in gesprek gaan? Mevrouw Wagner, voorzitter Auditcommissie Care: "Wat wij lezen, zien we ook in de regionale praktijk terug. Dus het zijn niet alleen maar mooie woorden op papier." De RvT waardeert de overeenkomst tussen het gepresenteerde beleid aan de bestuurstaafel en de dagelijkse praktijk in het veld.

Ontwikkel- en aandachtspunten vanuit de RvT:

- Het kwaliteitsrapport is een goede beweging, maar we staan nog wel aan het begin. Het is het eerste rapport en de eerste keer dat het kader wordt toegepast. We zullen nog moeten uitvinden wat dit precies zegt en hoe het zich verhoudt tot wat we hiervoor deden.
- Clustering en prioritering van de in het rapport genoemde punten onder de kopjes 'Wat staat ons te doen?' is nodig. De aanbevelingen moeten behapbaar zijn en geïntegreerd worden in het dagelijks werk. Voor de RvT is het belangrijk hoe hij deze vervolgstappen kan monitoren.
- Meer balans tussen cijfers en inhoud: vóór de komst van het nieuwe kwaliteitskader werd er alleen gewerkt met cijfers, procedures en indicatoren. Nu worden er vooral verhalen verteld en ligt de nadruk op reflecteren. Eén geïntegreerd document met basale cijfers, én ervaringen van cliënten en teams staat op het verlanglijstje van de RvT. Maar voor nu en volgend jaar is het de uitdaging om de kwaliteitsverbetercyclus echt op gang te brengen en teamreflectie te realiseren.
- De komende jaren zit er veel spanning op het aantrekken van goed geschoold personeel. We moeten er met elkaar voor zorgen dat de kwaliteit van zorg aan onze cliënten hierbij overeind blijft.

v.l.n.r.: Rien Meijering, Rob Adolfsen, Cordula Wagner, Simona Tiems, Jan Willen Buysen, Maria Martens. Niet op de foto: Jan Bleichrodt.



### 4.3 Externe reflectie

's Heeren Loo en Cordaan organiseerden een wederzijdse visitatie. Doel van deze visitatie was te reflecteren op de totstandkoming van het kwaliteitsrapport via teamreflectie en zelfevaluatie en op de inhoud van beide kwaliteitsrapportages. Dat gebeurde vanuit drie invalshoeken: cliënten en verwanten, medewerkers en team, directie en bestuur.

Vanuit beide instellingen namen leden van de Raad van Bestuur, directeuren, medewerkers, cliënten en verwanten deel aan de visitatie. Certificatie in de Zorg (CIDZ) nam deel als onafhankelijke partij. Deze organisatie is al betrokken bij zowel 's Heeren Loo als Cordaan in het kader van ISO certificering.

#### 4.3.1. Bevindingen: Team, cliënten en verwanten

Cordaan stuurt met zelfevaluaties al enige jaren op kwaliteit en heeft daarin ruime ervaring. 's Heeren Loo startte in 2017 teamreflecties en werkt met het programma Samen In Regie. Beide organisaties zien verschillen tussen teams in de uitvoering van zelfevaluatie en teamreflecties. Het is een uitdaging om alle teams op hetzelfde goede niveau te krijgen. Beide organisaties willen cliënten en verwanten voldoende betrekken bij teamreflecties en zelfevaluaties, maar dat lukt niet altijd. Oorzaken daarvan zijn:

- 'Koudwatervrees' bij teams en nog niet goed weten hoe zij het beste samen met cliënten en verwanten kunnen reflecteren.
- Cliënten en verwanten zien niet altijd de meerwaarde.

Ervaringsdeskundigen en verwanten die aan de visitatie deelnamen suggereerden de volgende verbeteringen:

- Vertel cliënten en verwanten in begrijpelijke taal het belang van teamreflectie en hun deelname daaraan.
- Luister goed naar cliënten en ga echt de dialoog met hen aan.
- Bevraag cliënten en verwanten meer op wat zij vinden van de zorg en neem hun mening serieuzer.
- Maak het kwaliteitsrapport niet te ingewikkeld en schrijf het in begrijpelijke taal.

Beide organisaties benadrukten de cruciale rol van de manager voor een goede zelfevaluatie of teamreflectie. Het moet een vanzelfsprekend onderdeel van het werk zijn en niet als iets extra's worden ervaren. Cordaan is geïnteresseerd in de aanpak van 's Heeren Loo met procesbegeleiders. Zij hebben een onafhankelijke rol, helpen het team met de voorbereiding van reflectie en kunnen het team een spiegel voorhouden. Een procesbegeleider stelt bovendien alle teamleden, inclusief de manager, in staat om volwaardig deel te nemen aan de teamreflectie. 's Heeren Loo is geïnteresseerd in de opzet van het (interne) visitatieteam van Cordaan, waar ook verwanten aan deelnemen. De visitatie vindt altijd plaats tijdens het eten, hét moment voor het visitatieteam om te zien hoe het op de locatie gaat. Bij Cordaan is de opbrengst van de zelfevaluatie input voor het jaarplan.

#### 4.3.2. Bevindingen: Directeuren en bestuurders

Cordaan vindt het interessant dat 's Heeren Loo vanaf het begin met procesbegeleiders werkt. Met de gespreksleidraad en het Dashboard Kwaliteit beschikt 's Heeren Loo over mooie ondersteunende instrumenten voor het gesprek in teams. Het kwaliteitsrapport geeft de indruk dat 's Heeren Loo op zoek is naar hoe zij de cliënt en verwant goed kunnen betrekken en hoe zij kwaliteit willen vormgeven. Opvallend is dat 's Heeren Loo zich in haar kwaliteitsrapport meer richt op het proces en Cordaan meer op het resultaat. Het rapport van 's Heeren Loo maakt nieuwsgierig naar 'Wat vinden cliënten en medewerkers er uiteindelijk van?' Het rapport van Cordaan is meer inhoudelijk georiënteerd. Dit komt onder andere doordat 's Heeren Loo nog maar net gestart is met teamreflecties.

#### 4.3.3. Conclusie

CIDZ geeft aan dat beide organisaties een duidelijke visie hebben op kwaliteitssturing en de cruciale rol van de teams, cliënten en verwanten hierin. Dit past bij de uitgangspunten van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg en wordt op alle organisatieniveaus (bestuur, directie en teams) goed begrepen en opgepakt. Doordat Cordaan al langer werkt met zelfevaluatie is zij al meer op de inhoud georiënteerd, terwijl 's Heeren Loo nu eerst nadrukkelijk het proces in gaat.

Als spin off van de externe visitatie is een 'leernetwerk' ontstaan waarin teams van Cordaan en 's Heeren Loo ervaringen gaan uitwisselen. Ook worden er uitwisselingen georganiseerd op bestuurlijk en directieniveau.

## 5. Conclusies en vervolgstappen

Onze grootste opdracht de komende jaren is te zorgen voor goede, duurzame en betaalbare zorg. Dat is een uitdaging in een omgeving waarin de vraag van cliënten met complexe zorgvragen toeneemt, zorgkosten blijven stijgen, het beroep op eigen regie van cliënten en hun omgeving steeds groter wordt en er steeds minder mensen voor kiezen om in de zorg te gaan werken. Dit alles in een zorglandschap dat nog sterk gefragmenteerd en sectoraal georganiseerd is. In dit krachtenveld moet 's Heeren Loo zijn drie beloftes van goed leven voor de cliënt, mooi werk voor medewerkers en een duurzame organisatie waar zien te maken, zodat we onze cliënten kunnen helpen hun dromen waar te maken. Dit vraagt om een balans in sturing op zorginhoud, een financieel gezonde organisatie en goed werkgeverschap. De manier waarop we dat willen doen staat beschreven in onze Koers 2018-2021. De bevindingen en ontwikkelopgaven uit dit kwaliteitsrapport bevestigen ons in de gekozen koers en helpen ons om voor 2018-2019 prioriteiten te stellen op de volgende thema's:

### 1. Werven en behouden van goede medewerkers

Onze grootste zorg is het werven en behouden van goede medewerkers, mede gezien de toenemende complexiteit van zorgvragen. Naast actieve en alternatieve wervingscampagnes en het werven van mensen op minder voor de hand liggende plekken, investeren we in talentontwikkeling en mogelijkheden voor leren en ontwikkelen ondersteund door het leermanagementsysteem. Zo versterken we niet alleen onze positie op de arbeidsmarkt, we zorgen er ook voor dat we kunnen beschikken over vakbekwame en reflecterende medewerkers. Hen hebben we hard nodig om in de toekomst kwalitatief goede zorg te kunnen blijven bieden.

### 2. Teamontwikkeling en teamreflectie

De uitkomsten van dit kwaliteitsrapport bevestigen ons in de noodzaak om blijvend te investeren in teams en teamontwikkeling. Een goed functionerend en reflecterend zorgteam is immers de basis voor goede zorg en het belangrijkste instrument voor de kwaliteitsverbetering van de zorg. Onze ambitie is dat in 2019 alle teams teamreflectie als vanzelfsprekend en cruciaal onderdeel van het werk zien, zoveel mogelijk samen met cliënten en verwanten. Om teams daarbij te ondersteunen investeren we in 2018 en komende jaren € 4,5 miljoen. We stimuleren teamontwikkeling en -reflectie door onder meer het aanstellen van procesbegeleiders. Ook willen we ondersteunende instrumenten aanbieden en doorontwikkelen, zoals de gespreksleidraad voor teamreflectie. We kijken daarnaast naar de regelruimte die teams nodig hebben om zoveel mogelijk zelfregulerend, verbeterend en lerend te zijn.

### 3. Meer focus op kwaliteit

Om een goed antwoord te geven op de complexe zorgvragen van onze cliënten is het van belang dat in de teamreflecties, meer dan nu het geval is, aandacht wordt besteed aan vraagstukken rond kwaliteit van zorg. Dat gaan we stimuleren, bijvoorbeeld door ondersteuning te bieden bij het benutten van gegevens uit het dashboard Kwaliteit. We vinden het belangrijk dat teams van elkaar gaan leren en dat dit een vanzelfsprekend onderdeel van onze werkwijze wordt. Hetzelfde geldt voor het uitvoeren van audits door cliënten. Verder is er een enorm potentieel aan kennis aanwezig binnen de regiegroepen en expertisecentra, de zorgprogramma's en wetenschappelijk onderzoek. Deze kennis wordt op veel plaatsen gedeeld en toegepast in de praktijk. Tegelijkertijd zien we dat deze kennis nog onvoldoende wordt gekoppeld aan en besproken in de teamreflectie. We willen daarom de kennis beter inzetbaar maken voor de praktijk van (team)reflectie en toepassen in de gespreksleidraad. Daarom vragen we teams gericht kwaliteitsthema's op te pakken op basis van een verbeteragenda. Tot slot zijn er zaken die domweg 'moeten', zoals brandveiligheid of hygiëne. Hiervoor is een checklist ontwikkeld. We helpen teams om deze in te vullen.

### 4. Samenwerken in de driehoek: beter betrekken van cliënten en verwanten bij de zorg.

Hierin hebben we de afgelopen jaren veel geïnvesteerd. De betrokkenheid van cliënten bij de zorg is toegenomen. Tegelijkertijd zien we nog steeds kansen voor verbetering. We besteden het komende jaar aandacht aan:

- Een goede implementatie van het recent ontwikkelde basisprogramma.
- Het zorgen voor een grotere betrokkenheid van cliënten bij begeleidingsplannen door onder meer stimuleren van het gebruik van Mijn Caress voor Cliënten.
- Een systematische evaluatie van de begeleidingsplannen met cliënten.
- Ondersteunen van de teams bij een verbeterd gebruik van Dit vind ik ervan! en de benutting van cliëntervaringsgegevens.
- Beter benutten van het informele netwerk van cliënten voor een goede balans tussen professionele- en mantelzorg.

### 5. Doorontwikkelen kwaliteit van complexe zorg

Het werken met cliënten met complexe zorgvragen vraagt veel van de deskundigheid en samenwerking van disciplines rond de cliënt. Daar zien we mogelijkheden tot verbetering. We investeren in een meer integrale benadering van de zorg door de samenwerking te verbeteren tussen domeinen zoals wonen, nachtzorg, dagbesteding, werk, behandeling en onderwijs. Specifieke aandacht vraagt de kwaliteit van de dagbesteding. Ook zetten we in op het verbeteren van multidisciplinaire samenwerking in de teams. Kennis en kennisdeling zijn daarbij belangrijke gereedschappen. Daarom blijven we investeren in wetenschappelijk onderzoek, de ontwikkeling van kennisketens voor specifieke doelgroepen en de vertaling van kennis naar de driehoek cliënt – verwant – professional in concrete producten. Een voorbeeld daarvan is de implementatie van zorgprogramma's en leerlijnen voor specifieke cliëntgroepen. Hiermee geven we inhoudelijke richtlijnen voor het werken met specifieke doelgroepen en bevorderen we het methodisch werken.

### 6. Veilige zorg

Onze grootste opdracht is het zorgdragen voor een stabiele personele bezetting in de teams, zodat cliënten zich veilig en gekend voelen. Daarnaast willen we werken aan het vergroten van het veiligheidsbewustzijn van medewerkers en het realiseren van een verbeterde leer- en verbetercyclus. Met het nieuwe programma Samenhangend Melden & Verbeteren willen we in 2018 komen tot een eenduidige werkwijze, daarbij ondersteund door een landelijk meld- en verbeterstelsel. Het planmatig werken met risico-inventarisaties en de meldcode is hiervan een onderdeel. Uitgangspunt is dat het niet stopt bij melden, maar dat de nadruk ligt op leren van wat er is gebeurd en daarop verbeteren. Verder blijven we investeren in een verantwoorde en duurzame afbouw van vrijheidsbeperkingen. We ondersteunen medewerkers hierbij door het netwerk van Bopz-commissies en het expertiseteam vrijheidsbeperkingen.

### 7. Zorginnovatie, digitalisering en technologische ontwikkeling

Eerder genoemde ontwikkelingen betekenen dat we moeten nadenken over het slimmer en anders organiseren van de zorg, zorginnovatie, digitalisering en het goed toepassen van technologie. Met ons meerjarenprogramma volgen we de ontwikkelingen binnen innovatie op de voet. Daarnaast participeren we graag in de ontwikkeling van nieuwe technieken. We kijken naar hoe we diensten verder gedigitaliseerd bij cliënten thuis kunnen aanbieden, bijvoorbeeld via computer, tablet of smartphone. Ook experimenteren we met beeldzorg en toepassingen van VR-technologie. Het adagium is: warme zorg, zo dichtbij mogelijk en ondersteund door technologie.

## 6. Samenvatting

### Visie op het kwaliteitsrapport

Dit is het eerste kwaliteitsrapport van 's Heeren Loo in overeenstemming met het vernieuwde Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg dat sinds 2017 van kracht is. Bij het samenstellen van ons kwaliteitsrapport zijn twee vragen leidend geweest:

- Wat draagt dit rapport bij aan het lerend vermogen binnen teams en de organisatie?
- Wat worden cliënten, hun familie en hun begeleiders er beter van?

Dit kwaliteitsrapport is de start van een wezenlijke verandering in ons kwaliteitsdenken. Onze focus ligt niet meer op het oordelen of normeren van kwaliteit (wat is goed of fout), maar op reflecteren, samenwerken, kennisdelen en van elkaar leren, ook over onze regiogrenzen heen. Zo ontstaat er kwaliteitsbewustzijn binnen de gehele organisatie. Een voorwaarde voor een permanente leer- en verbetercultuur, waarin teams eigenaar worden van (sturen op) kwaliteit.

### Hoe willen we werken

Een goed functionerend team neemt ruimte en regie om samen met cliënten en verwanten te reflecteren op de vraag 'doen we de goede dingen goed'? Teams reflecteren zo vaak als nodig, samen met cliënten, verwanten en alle betrokken professionals. Uitkomsten van deze teamreflecties bundelen we, verrijkt met inzichten op regionaal niveau, tot één kwaliteitsrapport voor de hele organisatie. Teamreflecties zijn zo geïntegreerd in onze jaarcyclus. Vanaf 2018 gebruiken we de uitkomsten van teamreflecties meer als rechtstreekse bron voor het Kwaliteitsrapport 's Heeren Loo.

### Wat zien we

Regionale kwaliteitsrapporten geven een reëel beeld van trots en (zelf)kritiek. Teamreflecties gaan over samenwerken en communicatie. De reflecties dragen bij aan het werken vanuit de bedoeling, het versterken van (regie in) teams en het versterken van de driehoek. Vooral teamontwikkeling heeft een impuls gekregen. Wat nog beter kan en moet zijn de betrokkenheid van cliënten en verwanten bij en kwaliteit van de teamreflecties. De reflecties kunnen we nog meer richten op het borgen en ontwikkelen van kwaliteit van de zorg. Ook willen we de integrale aanpak van de teamreflecties verbeteren. De samenwerking tussen expertisecentrum Advisium en regio kan beter, evenals het benutten van beschikbare kwaliteitsbronnen, zoals het dashboard Kwaliteit.

### Conclusies en vervolgstappen

De prioriteiten van 's Heeren Loo voor 2018-2019 komen voort uit de bevindingen en ontwikkelopgaven die zijn beschreven in het Kwaliteitsrapport 's Heeren Loo 2017. We richten ons de komende jaren op de volgende thema's:

#### 1. Werven en behouden van goede medewerkers

We zorgen dat we blijvend kunnen beschikken over vakbekwame en reflecterende medewerkers. Hen hebben we hard nodig om in de toekomst kwalitatief goede zorg te kunnen bieden.

#### 2. Teamontwikkeling en teamreflectie

In 2019 zien alle teams teamreflectie als vanzelfsprekend en cruciaal onderdeel van het werk, zoveel mogelijk samen met cliënten en verwanten. Om teams daarbij te ondersteunen investeren we in 2018 en komende jaren € 4,5 miljoen.

#### 3. Meer focus op kwaliteit

Teamreflecties besteden meer aandacht aan vraagstukken rond kwaliteit van zorg. Dat teams van elkaar leren is een vanzelfsprekend onderdeel van onze werkwijze, evenals het uitvoeren van audits door cliënten. Onze wetenschappelijke en professionele kennis maken we beter inzetbaar en toepasbaar voor de praktijk van (team-) reflectie.

#### 4. Samenwerken in de driehoek

Wij betrekken cliënten en verwanten beter bij de zorg, onder meer via inzet van Mijn Caress, Dit vind ik ervan! en het beter benutten van het informele netwerk van cliënten.

#### 5. Doorontwikkelen kwaliteit van complexe zorg

We investeren in een meer integrale benadering van de zorg door de samenwerking te verbeteren tussen wonen, nachtzorg, dagbesteding, werk, behandeling en onderwijs. We richten ons daarnaast op de kwaliteit van de dagbesteding en het verbeteren van multidisciplinaire samenwerking in teams.

#### 6. Veilige zorg

We zorgen voor een stabiele personele bezetting in teams, zodat cliënten zich veilig en gekend voelen. Daarnaast werken we aan het vergroten van het veiligheidsbewustzijn van medewerkers en het realiseren van een verbeterde leer- en verbetercyclus via het programma Samenhangend Melden & Verbeteren. We blijven investeren in een verantwoorde en duurzame afbouw van vrijheidsbeperkingen.

#### 7. Zorginnovatie, digitalisering en technologische ontwikkeling

We denken na over het slimmer en anders organiseren van de zorg, zorginnovatie, digitalisering en het goed toepassen van technologie, en volgen ontwikkelingen binnen innovatie op de voet.





## Bronnen

- Koers 2018 – 2012 's Heeren Loo (inclusief visie, missie, kernwaarden en besturingsfilosofie)
- Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg
- Eindrapport proeftuin 'Naar een vernieuwd kwaliteitskader Gehandicaptenzorg'
- Toetsingskaders Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
- Regionale kwaliteitsrapportages 2017 op basis van uitkomsten teamreflectie, teamevaluaties, intervisie
- Jaaroverzicht 2017 van meldingen Inspecties Gezondheidszorg en Jeugd, Onderwijs en Sociale Zaken & Werkgelegenheid en cliëntklachten
- Jaarverslag PRISMA-onderzoeken 2017
- Jaarverslag vrijheidsbeperkingen 2017
- Onderzoeken Internal Audit 's Heeren Loo Zorggroep 2015-2018
- Uitkomsten externe visitatie Cordaan
- Dashboard Kwaliteit 's Heeren Loo (actuele en ondertekende plannen, risico inventarisatie, cliëntervaringsgegevens Dit vind ik ervan!, cliënttevredenheid, Net Promotor Score, doelrealisatie, MIC meldingen, Vrijheidsbeperkende maatregelen)
- Beoordelingen ZorgkaartNederland
- Dashboard PersoneelLeer-managementsysteem LMS (opleidingsniveau, BIG/bevoegd & bekwaam)
- Medewerkerstevredenheidsonderzoek
- Brocacef onderzoek naar verantwoorde afbouw psychopharmaca

## Bijlagen

### Bijlage 1 Werkwijze en gemeenschappelijke uitgangspunten Samen werken aan kwaliteit

De werkwijze "Samen werken aan kwaliteit" wordt telkens (door)ontwikkeld op basis van praktijkervaringen. Toetsvragen daarbij zijn wat cliënten, verwanten en medewerkers er beter van worden en hoe het instrumentarium de betrokken medewerkers ondersteunt in hun werk. Tegelijkertijd is het van belang dat we inzichten uit de leefwereld van cliënten, verwanten en medewerkers goed vertalen naar de vertaal- en systeemwereld.

Binnen de proeftuin is daarom instrumentarium ontwikkeld dat een goede teamreflectie ondersteunt. Ook is een aantal gemeenschappelijke uitgangspunten geformuleerd voor het toepassen van dit instrumentarium. Concreet gaat het om:

- de teamreflectie
- de gespreksleidraad
- het kwaliteitsrapport (op team, regio en concernniveau)
- de in- en externe visitatie.

Per onderdeel staat beschreven wat de gemeenschappelijke uitgangspunten zijn, hoe het instrumentarium wordt gebruikt en (door) ontwikkeld en wie betrokken zijn.

De Stuurgroep "Samen werken aan kwaliteit" verzamelt feedback dit instrumentarium op basis van praktijkervaringen. En werkt samen met betrokkenen uit de teams en regio's voorstellen uit tot verbetering van het instrumentarium.

Voor alle instrumenten zijn de leidende principes van toepassing zoals toegelicht in het eindrapport van de proeftuin 's Heeren Loo (november 2016)

1. We sluiten aan bij de leefwereld van cliënt, verwant en medewerker. Sturing op kwaliteit staat primair ten dienste van het verbeteren van de kwaliteit van dienstverlening aan onze cliënten en diens verwanten.
2. Sturen op kwaliteit vraagt om een integrale kijk. Goed leven, mooi werk en financieel gezond.
3. "Leren en verbeteren" staat centraal en niet het sturen en beheersen van prestaties voor (in- en externe) verantwoording.
4. Methodisch en cyclisch werken is de basis van goede zorg en dienstverlening.  
Dit betekent dat we kwaliteitsinformatie vastleggen in het ECD en voor meerdere doeleinden benutten. Toetssteen is dat medewerkers geen aparte lijstjes meer invullen, naast de registratie in het ECD.

## A: Teamreflectie

### Wat (spreken we af over de teamreflectie)

- Teams voeren minimaal 1 keer per jaar een teamreflectie uit (landelijk kader), of zo vaak als nodig.
- Uitkomsten van de teamreflectie worden vastgelegd (landelijk kader).
- Uitkomsten worden vastgelegd in een vast format dat aansluit bij de gespreksleidraad. Zo kunnen inzichten op teamniveau makkelijker worden gebundeld en benut op regio- en concernniveau. Dit draagt bij aan regie op de werkvloer en cliëntgericht organiseren.
- Uitkomsten van de teamreflectie zijn input voor het (team)jaarplan, in- en externe verantwoording, ontwikkelplannen en zelfevaluaties van de zorgkantoren en de ISO certificering. Geen aparte trajecten en verslaglegging meer, maar één integrale benadering.

### Hoe (voeren we de teamreflectie uit)

- De teamreflectie wordt uitgevoerd aan de hand van een gestructureerde (interview) methode.
- De teamreflectie wordt uitgevoerd aan de hand van één gespreksleidraad (zie kopje gespreksleidraad).

### Wie (zijn betrokken)

- De teamreflectie wordt uitgevoerd met betrokkenheid van cliënten en verwanten. De vorm waarin spreekt het team vooraf met hen af.
- Teamreflectie wordt uitgevoerd door het team samen met de manager zorg en betrokken behandelaar(s)/ disciplines. Van elk teamlid wordt vanuit zijn eigen rol een actieve inbreng verwacht.
- De manager zorg draagt zorg voor uitvoering van de teamreflectie, het daartoe betrekken van de juiste disciplines, en een kwaliteitsrapport dat goed de uitkomsten van de teamreflectie vast legt.
- De behandelaar(s) zijn vanuit hun deskundigheid verantwoordelijk voor een actieve inbreng. Zij zijn mede verantwoordelijk voor de kwaliteit van het basisklimaat op de voorziening en verantwoordelijk voor de uitvoering van specifieke behandelmethoden.

## B: Gespreksleidraad

### Wat (spreken we af over de gespreksleidraad)

- De gespreksleidraad kent vier thema's waarbinnen de bouwstenen van het landelijk kwaliteitskader Gehandicaptenzorg en het nieuwe toetsingskader van de IGZ zijn uitgewerkt. Alle teams werken binnen 's Heeren Loo werken met dezelfde gespreksleidraad.
- Alle thema's uit de gespreksleidraad passeren eens per jaar de revue binnen het team.
- De gespreksleidraad heeft het karakter van een "menukaart": teams zijn zelf in regie om in samenspraak met cliënten en verwanten te bepalen welke thema's – en daarbinnen welke onderwerpen/ aandachtspunten - (het meest) relevant zijn en prioriteit hebben. Geen verplicht afvinklijstje dus.
- Het team wordt gevraagd om per kwaliteitsthema een analyse te maken "hoe staan we ervoor", wat kan beter/ mag zo blijven en wat is daarvoor nodig? Binnen dit raamwerk is alle ruimte is voor maatwerk per cliënt, locatie, regio. De gespreksleidraad kent drie "onderdelen":
  - o Analyse "wat gaat goed en wat kan beter en waaruit blijkt dat" aan de hand van zowel vertel informatie als tel informatie uit het dashboard Kwaliteit.
  - o Formuleren van verbeteracties (waar nodig), maar vooral ook: hoe je good practices deelt en breder beschikbaar maakt.
  - o Evaluatie van de teamreflectie zelf. Bijzondere aandachtspunten daarbij:
    - de wijze waarop cliënten en verwanten zijn betrokken.
    - de samenwerking tussen begeleiders, manager zorg en betrokken disciplines.

De gespreksleidraad borgt hiermee een activerende en verbetergerichte aanpak die appel doet op de eigen regie van teams: het invullen van een lijstje volstaat niet (meer), het gaat erom wat het team met de inzichten in kwaliteit doet.

### Hoe (ontwikkelen we de gespreksleidraad door)

De huidige versie van de gespreksleidraad is met zorg opgesteld op basis van praktijkervaring in 25 teams binnen de proeftuin. Een belangrijke bevinding binnen de proeftuin bleek dat de gespreksleidraad telkens moet worden bijgesteld op basis van de nieuwste inzichten vanuit de praktijk.

De stuurgroep Samen werken aan kwaliteit ziet de (door)ontwikkeling van de gespreksleidraad langs de volgende "lijnen".

1. De gespreksleidraad wordt van onder op opgebouwd.

De gespreksleidraad geeft aan:

- Wat cliënten en verwanten belangrijk vinden.
- Wat medewerkers belangrijk vinden.
- Onze visie wat wij verstaan onder "kwaliteit van zorg" (basisklimaat).
- Wetenschappelijke inzichten "wat werkt" (zorgprogramma's voor verschillende doelgroepen, protocollen, richtlijnen).

Kennis uit bijvoorbeeld de zorgprogramma's, of uit wetenschappelijk onderzoek willen we, zodra deze beschikbaar is, "vertalen" in de leidraad, zodat deze kennis ook toepasbaar wordt gemaakt voor- en kan worden benut binnen de teamreflectie. Ook de teamreflecties zelf zullen hun bijdrage gaan leveren aan de (door)ontwikkeling van de gespreksleidraad.

2. De gespreksleidraad biedt een samenhangend overzicht van alle kwaliteitsthema's binnen 's Heeren Loo.

Het duiden van samenhang tussen alle kwaliteitsthema's en aanpalende activiteiten werd door de deelnemende teams binnen de proeftuin als belangrijkste aandachtspunt aangeven. Zij willen zien hoe de gespreksleidraad andere activiteiten vervangt, vereenvoudigt of in een samenhangend kader plaatst. Anders ervaren zij de gespreksleidraad als weer iets extra's. Ook is een goede verbinding met de de (door)ontwikkeling van het ECD als belangrijk aandachtspunt genoemd.

3. De gespreksleidraad is activerend en gebruiksvriendelijk.

Met "activerend" wordt bedoeld of de onderwerpen uit de gespreksleidraad uitnodigen tot gesprek

Voorbeeld: onder kwaliteit van zorg verstaan wij onder andere dat de woning van de cliënt schoon is. In plaats van het begrip schoon te definiëren aan de hand van een "afvinklijst" stellen we enkele vragen:

- o heeft het team, in samenspraak met cliënten en verwanten, een gezamenlijk beeld van wat zij onder "schoon" verstaan?
- o hebben zij afspraken gemaakt hoe zij de woning schoon houden?
- o hebben zij afspraken gemaakt hoe zij regelmatig met elkaar bespreken of de afspraken zijn gelukt en zo niet, wat nodig is?

De gebruiksvriendelijkheid kan worden vergroot door een goede app of andere ondersteuningstool. Dit vraagt ontwikkeltijd.

#### Wie (is betrokken bij de doorontwikkeling van de gespreksleidraad)

- De stuurgroep Samen werken aan kwaliteit coördineert, ontwikkelt en beheert de gespreksleidraad.
- Deelnemers aan de teamreflectie kunnen samen met cliënten en verwanten verbeter suggesties doen.

### C: Kwaliteitsrapport

#### Wat

- Jaarlijks wordt instellingen gevraagd om één kwaliteitsrapport op concernniveau met inbegrip van de bevindingen uit de interne samenspraak ervoor (CR, OR en RVT) en de externe visitatie over de kwaliteitsrapportage die erop aansluit. De planning van het kwaliteitsrapport is gekoppeld aan de planning voor het jaardocument Zorg (1 juni). (Landelijk kader).
- Het kwaliteitsrapport op teamniveau is tegelijk het teamjaarplan. De planning van de teamreflecties vindt plaats binnen de jaarplan cyclus en uitkomsten van de teamreflecties zijn input voor het regio jaarplan; het regiojaarplan vormt input voor het concern jaarplan en het concept concern kwaliteitsrapport.
- Het definitieve kwaliteitsrapport wordt op 1 juni volgend op het verslagjaar gedeponneerd bij het Zorgregister en vervangt de inhoudelijke jaarverslaglegging.
- Het kwaliteitsrapport is een intern sturingsinstrument om het continu "leren en verbeteren" te bevorderen; (uitsluitend) het concern kwaliteitsrapport is geschikt voor externe verantwoording. Het concern kwaliteitsrapport is dus niet bedoeld als instrument van de Raad van Bestuur om teams of regio's te beoordelen en hierover extern te verantwoorden. Het is ook niet bedoeld als keuze informatie voor de cliënt en/ of diens verwant.

#### Hoe

- Uitkomsten van de teamreflectie worden vastgelegd op een vast format.
- Vanuit de visie dat we meer regie op locatie willen in samenspraak met cliënten en verwanten en willen sturen "van binnen (de cliënt en diens netwerk) naar buiten (in- en externe verantwoording)" willen we het kwaliteitsrapport "opbouwen" vanuit de (gebundelde) inzichten op team- en regioniveau.
- Het kwaliteitsrapport wordt gebruikt voor de in- en externe visitatie.

#### Wie

- Uitkomsten van de teamreflecties worden besproken met cliënten, verwanten en medewerkers, inclusief betrokken (behandel)disciplines.
- Managers Zorg zijn verantwoordelijk om de inzichten op team niveau voor hun team(s) te bundelen. Zij doen dat samen met de gedragswetenschappers.
- Regiodirecteuren zijn, met ondersteuning van een multidisciplinaire kerngroep (denk bijvoorbeeld aan het zorgbrede overleg) verantwoordelijk voor het opstellen van een regionaal jaarplan/ kwaliteitsrapport.
- Het concept regionale jaarplan/ kwaliteitsrapport wordt jaarlijks besproken met de regionale cliënten- en verwantenraad en de OR. Hun feedback wordt verwerkt in het regionale kwaliteitsrapport.
- Het bestuur is, met ondersteuning van een multidisciplinaire kerngroep verantwoordelijk voor het opstellen van het kwaliteitsrapport op concernniveau.
- Het concept kwaliteitsrapport op concernniveau wordt jaarlijks besproken met de cliënten- en verwantenraad, in de R&R, het SMO, de COR en de Raad van Toezicht; hun feedback wordt verwerkt in het definitieve kwaliteitsrapport, dat.

### D: Leren van elkaar

#### Wat

Het nieuwe kwaliteitskader vraagt instellingen om eens in de twee jaar een externe visitatie te organiseren. Zie paragraaf 7.4. van het vernieuwde kwaliteitskader Gehandicaptenzorg.

#### Hoe

's Heeren Loo wil dat de externe visitatie aansluit bij een adequate interne leerstrategie verbetercyclus. Minstens zo belangrijk is daarom dat teams worden ondersteund in de wijze waarop zij onderling kunnen leren van elkaar. Hier ligt een belangrijke verbinding met bestaande vormen van "leren van elkaar", bijvoorbeeld cliëntenaudits; maar ook met het R&R traject rondom teamontwikkeling dat in 2017 in gang is gezet.

#### Wie

De stuurgroep Samen werken aan Kwaliteit komt begin 2018 met een voorstel voor een in- en externe visitatiesystematiek. Naast het perspectief van cliënten, verwanten en medewerkers wordt ook Internal Audit hierbij betrokken.

Bijlage 2  
Gespreksleidraad teamreflectie



's Heeren Loo

versie: 01 okt 2017

## Gespreksleidraad teamreflectie

Clïentenervaring en  
clïentevredenheid

Het plan/  
zorgafspraken

Medewerkers  
en teams

Clïëntveiligheid  
en vrijheid

**Uitgangspunten:**


- Doel van teamreflectie is 'leren en verbeteren'.
- Het team bestaat uit alle teamleden, de gedragswetenschapper en de manager.
- De cliënt(vertegenwoordiging) - dus zowel als verwant - betrekken we bij de teamreflectie. De vorm waarin spreken we vooraf met hen af.
- Elk thema komt 1 x per jaar aan bod.
- Het team bepaalt zelf hoeveel aandacht aan de 4 thema's wordt geschonken.
- Teams bepalen ook zelf in welke volgorde zij de thema's bespreken.
- De gedragswetenschapper en de manager ondersteunen het team bij het opstellen van het kwaliteitsrapport.

*Projectgroep Kwaliteitskader  
Jochem.Stoll@sheerenloo*

's Heeren Loo

## Instructie bij gespreksleidraad

- **Teamreflectie algemeen:** Maak met het team een jaarplanning welk(e) thema('s) je wanneer bespreekt in de teamreflectie. Bereid de teamreflectie goed voor. Wie ga je betrekken: cliënten, verwanten, teamleden, manager, gedragswetenschapper, (para)medici, overige samenwerkingspartners (zoals dagbesteding en onderwijs)?
- **Onderdeel 'terugblik':** zijn verbeteracties van de vorige keer gelukt? Wat vraagt nog aandacht en hoe komt dat? Wat is er nog nodig om evt. openstaande acties af te ronden?
- **Onderdeel 'huidige situatie en vooruitblik':** bespreek de huidige situatie aan de hand van de items in de gespreksleidraad: Hoe staat het ervoor, waar zijn we trots op, wat kan beter?
- **Onderdeel 'In dialoog over de cijfers':** betrek bij de dialoog over kwaliteit ook het kwaliteitsdashboard en geef een duiding: welk beeld geven de cijfers, wat valt op, wat kan beter?
- **Onderdeel 'ervaringsscore':** als het team kijkt naar bovenstaande onderdelen, wat is dan de ervaringsscore die het team zichzelf geeft op dit thema? (Top! Goed, Matig of Slecht). Geef een onderbouwing waarom het team tot deze score komt.
- **Onderdeel 'verbeteracties':** bedenk op basis van voorgaande stappen welke verbeteracties mogelijk zijn. Wie doet wat en wanneer? Wat heeft het team nodig om deze verbeteracties uit te voeren en wat levert het op voor de cliënt, verwant en medewerker?
- Gaan er dingen juist heel goed? Wat heeft het team nodig om dit 'goede' in stand te houden? En hoe kan het team de kennis en ervaring delen en beschikbaar maken voor andere teams?
- **Onderdeel "uitkomsten":** Leg de uitkomsten van het gesprek vast in het kwaliteitsrapport per team.

's Heeren Loo 

### Kwaliteit thema: Cliëntervaring (dit vind ik ervan) en cliënttevredenheid

<p><b>Gespreksonderwerpen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Zijn de uitkomsten van dit thema besproken met de cliënt/verwanten? Wat hebben zij aangegeven?</li> <li>Hoe kan de cliënt en/of verwant aangeven wat hij vindt van de geboden zorg en ondersteuning en of hij/zij tevreden is?</li> <li>Ervaart de cliënt eigen regie en waaruit blijkt dat?</li> <li>Hoe zijn de belangrijke thema's van de leefdoelgebieden aan bod gekomen. DVIE: kiezen, hulp, veilig voelen, lijf, gevoel, doen, huis, meedoen, familie, vrienden en kennissen?</li> <li>Is er met behulp van gegevens uit het ECD zicht op kwaliteit van bestaan? Wenst de cliënt verandering op de voor hem/haar belangrijke (levens)domeinen?</li> <li>Welke betekenis hebben de uitkomsten van de Cliënttevredenheid en Net Promotor Score voor de cliënten, voor de locatie en voor de organisatie en de professional?</li> <li>Hoe omschrijven jullie de relatie (persoonlijk) begeleider met de cliënt?</li> <li>Eigen onderwerpen.....</li> </ul>	<p><b>In dialoog over kwaliteit</b></p> <p><i>Terugblik:</i> Wat waren de belangrijkste verbeteracties? Zijn deze gelukt?</p> <p><i>Huidige situatie en vooruit kijken:</i> Wat is de huidige situatie? Waar ben je trots op? Wat kan beter?</p>	<p><i>Ervaringscore:</i> Top! Goed, Matig of slecht</p>
<p><b>In dialoog over de cijfers</b></p> <p>Herken je het beeld? Wat laten de cijfers zien? Wat valt je op? Wat kan beter?</p>		

**Vetbeteracties nader uitgewerkt:**  
 Wat zijn de concrete acties? (wie, wanneer, hoe)  
 Wat levert het op? Wat is het resultaat van de verbeteractie voor de cliënt, verwant of medewerker?  
 Wat kan het team zelf, samen met cliënten en verwanten, en wat heeft het team nodig?

's Heeren Loo 

### Kwaliteit thema: Het plan / zorgafspraken

<p><b>Gespreksonderwerpen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Zijn de uitkomsten van dit thema besproken met de cliënt/verwanten? Wat hebben zij aangegeven?</li> <li>Op welke manier is er binnen het team aandacht voor "het goede gesprek" met cliënten/verwanten?</li> <li>Is het plan op methodische wijze tot stand gekomen?</li> <li>Wat is de inbreng/ betrokkenheid van de cliënt/verwant (netwerk) bij het plan?</li> <li>Voelt de cliënt zich eigenaar van zijn plan en waaruit blijkt dit?</li> <li>Kan de cliënt - in overleg - de gemaakte afspraken veranderen en tot andere doelen komen?</li> <li>Hoe draagt het team bij aan het vergroten van de eigen regie en de zelfstandigheid/zelfredzaamheid van de cliënt?</li> <li>* Kent elk teamlid alle zorgafspraken van alle cliënten (bijv. medicatie, risico-inventarisatie, doelen en afspraken)</li> <li>Eigen onderwerpen.....</li> </ul>	<p><b>In dialoog over kwaliteit</b></p> <p><i>Terugblik:</i> Wat waren de belangrijkste verbeteracties? Zijn deze gelukt?</p> <p><i>Huidige situatie en vooruit kijken:</i> Wat is de huidige situatie? Waar ben je trots op? Wat kan beter?</p>	<p><i>Ervaringscore:</i> Top! Goed, Matig of slecht</p>
<p><b>In dialoog over de cijfers</b></p> <p>Herken je het beeld? Wat laten de cijfers zien? Wat valt je op? Wat kan beter?</p>		

**Vetbeteracties nader uitgewerkt:**  
 Wat zijn de concrete acties? (wie, wanneer, hoe)  
 Wat levert het op? Wat is het resultaat van de verbeteractie voor de cliënt, verwant of medewerker?  
 Wat kan het team zelf, samen met cliënten en verwanten, en wat heeft het team nodig?

's Heeren Loo 

## Cliëntervaring en tevredenheid

**Kwaliteitsdashboard:**

- Dit vind ik ervan (DVIE) / perspecief
- Cliënttevredenheid
- Net Promotor Score (NPS)

's Heeren Loo 


## Het plan / zorgafspraken

**Kwaliteitsdashboard:**

- Actueel en ondertekend plan
- Doelrealisatie
- Risicoinventarisatie

**Overige ondersteuning:**


- ECDwaaier
- De driehoek
- Sir/lk en mijn familie

's Heeren Loo 

### Kwaliteit thema: Cliëntveiligheid en vrijheid

<b>Gespreksonderwerpen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Zijn de uitkomsten van dit thema besproken met de cliënt/verwanten? Wat hebben zij aangegeven?</li> <li>Hoe gaat het team om met het thema veiligheid en vrijheid?</li> <li>Op welke manier is er aandacht voor incidenten en gezondheidsrisico's (bijv. medicatie, agressie en vrijheidsbeperkingen)</li> <li>Is er – in multidisciplinair verband- aandacht voor de (aanvaardbare) risico's?</li> <li>Op welke manier is er aandacht voor hygiëne, schoonmaak en de leefomgeving van de cliënt? Hoe worden hier afspraken over gemaakt met cliënten/verwanten?</li> <li>Waaruit blijkt dat de omgeving van de cliënt veilig genoeg is om regie te voeren over zijn leven?</li> <li>Eigen onderwerpen.....</li> </ul>	<b>In dialoog over kwaliteit</b> <i>Terugblik:</i> Wat waren de belangrijkste verbeteracties? Zijn deze gelukt?	<i>Huidige situatie en vooruit kijken:</i> Wat is de huidige situatie? Waar ben je trots op? Wat kan beter?	Ervaringscore: Top! Goed, Matig of slecht
	<b>In dialoog over de cijfers</b> Herken je het beeld? Wat laten de cijfers zien? Wat valt je op? Wat kan beter?		

**Vetbeteracties nader uitgewerkt:**  
 Wat zijn de concrete acties? (wie, wanneer, hoe)  
 Wat levert het op? Wat is het resultaat van de verbeteractie voor de cliënt, verwant of medewerker?  
 Wat kan het team zelf, samen met cliënten en verwanten, en wat heeft het team nodig?

's Heeren Loo 

### Kwaliteit thema: Medewerkers en teams

<b>Gespreksonderwerpen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Zijn de uitkomsten van dit thema besproken met de cliënt/verwanten? Wat hebben zij aangegeven?</li> <li>Waaruit blijkt dat er –door de teamleden- wel of niet voldoende veiligheid en vertrouwen wordt ervaren om elkaar feedback te geven?</li> <li>Op welke wijze is er aandacht voor de kwaliteit van samenwerking binnen het team?</li> <li>Op welke wijze is er aandacht voor samenwerking met andere disciplines? (oa. (para)medische dienst, keten partners etc..)</li> <li>Op welke manier heeft het team aandacht voor de kennisontwikkeling en vakbekwaamheid (o.a. bevoegd en bekwaam) van de teamleden?</li> <li>Eigen onderwerpen.....</li> </ul>	<b>In dialoog over kwaliteit</b> <i>Terugblik:</i> Wat waren de belangrijkste verbeteracties? Zijn deze gelukt?	<i>Huidige situatie en vooruit kijken:</i> Wat is de huidige situatie? Waar ben je trots op? Wat kan beter?	Ervaringscore: Top! Goed, Matig of slecht
	<b>In dialoog over de cijfers</b> Herken je het beeld? Wat laten de cijfers zien? Wat valt je op? Wat kan beter?		

**Vetbeteracties nader uitgewerkt:**  
 Wat zijn de concrete acties? (wie, wanneer, hoe)  
 Wat levert het op? Wat is het resultaat van de verbeteractie voor de cliënt, verwant of medewerker?  
 Wat kan het team zelf, samen met cliënten en verwanten, en wat heeft het team nodig?

's Heeren Loo 

## Het plan / zorgafspraken

**Kwaliteitsdashboard:**

- MIC
- Risicoinventarisatie

**Overige ondersteuning:**

- HACCP/Legionella
- Risicoanalyse
- MIM
- BOPZ
- Signaleringsplan (indien van toepassing)
- RI&E
- Net zo vrij als jij (portal)

's Heeren Loo 

## Medewerkers en team

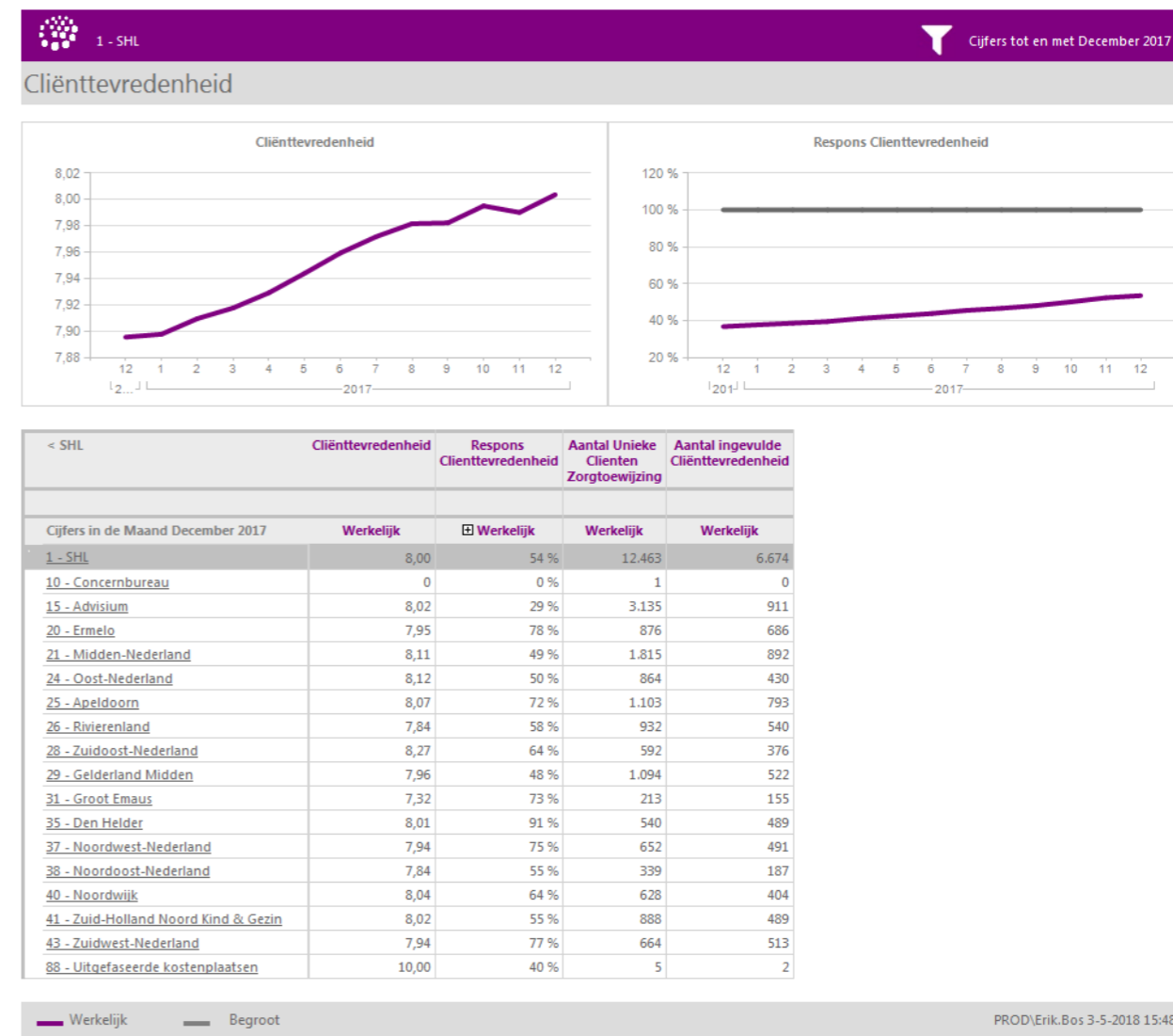
**Kwaliteitsdashboard:**

- MIC

**Overige ondersteuning:**

- Medewerkerstevredenheidsonderzoek
- Functioneringsgesprekken
- Mijn leeromgeving
- E-HRM
- MIM
- Opleidingsplan (per medewerker en locatie)
- MARAP (verzuim, financiën etc..)

Bijlage 3  
Dashboard Kwaliteit



# Colofon

## Redactie

's Heeren Loo, Concernbureau

## Coördinatie

Afdeling Zorgbeleid

## Eind(redactie)

Manon Kant, Bureau [Zo Hoort communicatie]  
Afdeling Marketing & Communicatie

## Vormgeving

|DOKS| ontwerpburo, Arnhem

## Fotografie

Geert de Jong (Cheesworks) Heuvelrugproducties, Remko Koenderman,  
Daniël van de Wetering

## Druk

EPC, Nieuwegein

## Redactieadres

Afdeling Bestuursondersteuning  
Postbus 647, 3800 AP Amersfoort  
T. 088 037 10 00

## E-mail

bestuursondersteuning@sheerenloo.nl



's Heeren Loo 

[www.sheerenloo.nl](http://www.sheerenloo.nl)