

Kwaliteitsrapportage Dichterbij

over de periode juli 2015 tot en met juni 2016.

“Dit is prachtig materiaal,
uitgangspunt voor het
jaarplan 2017!
Bottom-up is de weg!”
Bron: kwaliteitsrapportage RVE

Geschreven door: Werkgroep Kwaliteitsrapportage Dichterbij (onderdeel Projectgroep Proeftuin)
Versie: Definitief
Datum: 15-03-2017

Inhoudsopgave

INHOUDSOPGAVE	1
INLEIDING	3
MANAGEMENT SAMENVATTING	5
1. REFLECTIE OP ZORGVISIE/ KERNWAARDEN	11
2. REFLECTIE OP KWALITEIT VAN ZORG	14
2.1 ZORGVULDIG PROCES ROND CLIËNTEN	16
2.2 ZICHT OP VEILIGE ZORG	21
2.3 KWALITEIT VAN BESTAAN (BEN IK TEVREDEN)	26
2.4 KWALITEIT VAN DE RELATIE TUSSEN CLIËNT EN PROFESSIONALS	30
2.5 SUCCESVOL WERKPROCES BINNEN DE TEAMS	34
2.6 ONVRIJWILLIGE ZORG	38
2.7 OPTIONELE ONDERWERPEN TEAMREFLECTIE	41
2.8 SPIEGELGESPREKKEN RVE'S	41
3. REFLECTIE OP ZELFORGANISATIE	42
4. REFLECTIE OP SAMENWERKING MET KETENPARTNERS	43
5. REFLECTIE OP INTERNE SAMENWERKING	44
6. REFLECTIE OP KWALITEITSBELEID	45
7. VERVOLGAFSPRAKEN	47
8. SAMENVATTING TERUGKOPPELING STAKEHOLDERS	49
BIJLAGE A: OVERZICHT VAN DE TABELLEN	51
TABEL 'TEAMREFLECTIES'	51
TABELLEN 'ZORGVULDIG PROCES ROND CLIËNTEN'	52
TABELLEN 'ZICHT OP VEILIGE ZORG'	55
TABELLEN 'KWALITEIT VAN BESTAAN' (BIT)	58
TABELLEN 'KWALITEIT VAN DE RELATIE TUSSEN CLIËNT EN PROFESSIONALS'	60
TABEL 'SUCCESVOL WERKPROCES BINNEN DE TEAMS'	65

TABELLEN 'ONVRIJWILLIGE ZORG'	68
<u>BIJLAGE B: OVERZICHT GEBRUIKTE TERMEN/ AFKORTINGEN</u>	<u>70</u>
<u>BIJLAGE C: AANVULLENDE INFORMATIE T.B.V. EXTERNE STAKEHOLDERS</u>	<u>72</u>
A DE BESTURINGSFILOSOFIE VAN DICHTERBIJ	72
B DE KENGETALLEN VAN DICHTERBIJ	73
DIENTVERLENING EN WERKGEBIED	73
AANTAL CLIËNTEN	73
TOELATINGEN	74
AANTAL MEDEWERKERS	75
C NUMMER KAMER VAN KOOPHANDEL	75
<u>BIJLAGE C: UITGEBREIDE TERUGKOPPELING STAKEHOLDERS</u>	<u>76</u>

Inleiding

Dichterbij participeert in 2016 in het landelijke project 'Proeftuin' waarin geëxperimenteerd wordt met het vernieuwde kwaliteitskader¹. Eén onderdeel hiervan is het opstellen van een kwaliteitsrapportage op zowel het niveau van de RVE² als organisatie breed.

De kwaliteitsrapportages ondersteunen Dichterbij op de volgende manieren:

1. Het inzichtelijk maken van de kwaliteit en de daaraan gekoppelde interne verbeteracties;
2. Als middel voor interne verantwoording; naar o.a. de inspraakorganen en adviescommissies
3. Als middel voor de externe verantwoording naar diverse stakeholders, zoals IGZ en Wlz-uitvoerders.

De kwaliteitsrapportage, in deze vorm, wordt voor de eerste keer opgesteld. Voorheen werd de kwaliteitsinformatie verkokerd geanalyseerd. Dus aparte rapportages voor bijvoorbeeld MIC, klachten, audits, projecten en de KPI's vanuit het jaarplan. In deze rapportage is de informatie gebundeld. We realiseren ons dat we een leertraject zijn ingestapt. De komende jaren zal deze kwaliteitsrapportage zich verder ontwikkelen. Daarnaast zal de rapportage geborgd worden in de bestaande methodieken/ cycli die Dichterbij kent en de andere ontwikkelingen binnen de organisatie (zoals de transitie naar zelforganisatie en de hieraan gekoppelde doorontwikkeling van het kwaliteitsmanagementsysteem).

Ook bijzonder is de herkomst van de kwaliteitsinformatie. Tot nu toe werd alleen gebruik gemaakt van informatie uit onder andere de BI-omgeving en centrale- en projectrapportages. Dit jaar is ook de informatie uit de teamreflecties, die hebben plaatsgevonden bij de Wlz-woonteam, meegenomen in deze rapportage. Deze informatie heeft eerst een plek in de RVE-kwaliteitsrapportages gekregen. En nu, op meer geaggregeerd niveau, in de kwaliteitsrapportage van Dichterbij. Daarnaast zijn quotes toegevoegd vanuit de teamreflecties, kwaliteitsrapportages RVE of andere bronnen.

Deze kwaliteitsrapportage bevat een reflectie op verschillende onderwerpen, namelijk:

- Zorgvisie/ kernwaarden;
- Kwaliteit van zorg;
 - o Zorgvuldig proces rond cliënten;
 - o Zicht op veilige zorg;
 - o Kwaliteit van bestaan (BIT);
 - o Kwaliteit van de relatie tussen cliënt en professionals;
 - o Succesvol werkproces binnen de teams;
 - o Onvrijwillige zorg.
- Zelforganisatie;
- Samenwerking met ketenpartners;
- Interne samenwerking en
- Kwaliteitsbeleid.

¹ Meer informatie over het vernieuwde kwaliteitskader/ proeftuin is te vinden op de website van VGN en het intranet van Dichterbij.

² Het betreft de RVE's: Noord-Midden, Oost, West, Zuid en STEVIG.

Deze zijn beschreven in de hoofdstukken 1 tot en met 6. In hoofdstuk 7 zijn de vervolgafspraken, die het MT heeft besloten, opgenomen.

In de bijlagen is het onderstaande opgenomen:

- Lijst met alle tabellen (tel-informatie die de vertel-informatie in de hoofdstukken 1-6 ondersteunt);
- Lijst met termen en afkortingen en
- Lijst met aanvullende informatie voor externe stakeholders, zoals een beschrijving van de besturingsfilosofie, de belangrijkste kengetallen en het nummer van de Kamer van Koophandel.

De tijdsperiode waarover deze rapportage gaat, is juli 2015 tot en met juni 2016. De definitieve versie van de rapportage kan hierdoor meegenomen worden in de beleidscyclus van zowel de RVE als Dichterbij (informatiebron om te komen tot een nieuw jaarplan).

In het volgende hoofdstuk staat een managementsamenvatting. Daarna volgen de resultaten per onderwerp.

Management samenvatting

 = Dichterbij is tevreden. Het onderwerp is geborgd, maar er kunnen wel wensen voor doorontwikkeling zijn (ontwikkelkansen).

 = Dichterbij is deels tevreden en deels minder tevreden. Er zijn ontwikkelkansen nodig op specifieke onderdelen.

 = Dichterbij is niet tevreden. Er zijn ontwikkelkansen nodig voor het hele onderwerp.

A = Dit onderwerp hoefde door de RVE's in 2016 nog niet te worden beoordeeld (mocht wel). Daarom is deze beoordeling bij sommige RVE's wel en sommige RVE's niet ingevuld.

Onderwerp:	Beoordeling eind juni 2016 ³ :						Conclusie en ontwikkelkansen:
	Dichterbij	Noord-Midden	Oost	Zuid	West	STEVIG	
Zorgvisie/kernwaarden		A	A	A		A	Kernwaarden en visie van Dichterbij hebben sinds 2013 veel aandacht gehad in de vorm van scholing, communicatie, projecten en beleid. Uit de rapportages blijkt dat de kernwaarden en zorgbeleid in de praktijk herkenbaar en richtinggevend zijn. Begin 2016 is de stand van zaken rondom zorgvisie en -beleid (uit 2012) opgemaakt en geëvalueerd; de zorgvierhoek adviseert in de tweede helft van 2016 over de herziening/aanscherping van zorgvisie en -zorgbeleid. Dit wordt in 2017 geïmplementeerd.
Reflectie op kwaliteit van zorg							
- Zorgvuldig proces rond cliënten							Vier van de vijf RVE's beoordelen dit thema met een groene duim, een RVE met een oranje duim. Het vernieuwde OP, uitgaande van wensen en behoeften van cliënten, wordt gezien als een belangrijk hulpmiddel om de afspraken in vast te leggen en met regelmaat te evalueren. De cyclus rondom het OP verloopt goed, net als de samenwerking in de driehoek tussen

³ De beoordeling van de RVE's zijn overgenomen uit hun kwaliteitsrapportages.

Onderwerp:	Beoordeling eind juni 2016 ³ :						Conclusie en ontwikkelkansen:
	Dichterbij	Noord-Midden	Oost	Zuid	West	STEVI	
							medewerkers, cliënten en verwanten. Ontwikkelkansen voor de teams zijn verbetering van de samenwerking tussen dagbesteding, nachtzorg en de teams rondom het OP en het methodisch werken met het OP (formuleren doelen en resultaten, rapporteren op doelen). Ook actualiteit van het OP is een aandachtspunt, de verdere implementatie van het ECD in 2016 zal voor het actualiseren van het OP een inhaalslag opleveren. Ontwikkelkansen voor Dichterbij op dit punt zijn het implementeren en door ontwikkelen van Quli en van het ECD (o.a. opnemen inzet eHealth in OP) en de doorontwikkeling van stuurinformatie in de BI rondom het OP (actualiteit OP). Dit is opgenomen in het jaarplan 2016 en deels al in gang gezet.
- Zicht op veilige zorg							Drie van de vijf RVE's beoordelen in hun kwaliteitsrapportage dit onderwerp met een 'groene duim'. De overige twee beoordelen met een 'oranje duim'. Positieve ontwikkelingen die genoemd worden, betreffen de verbeteringen op gebied van brand- en medicatieveiligheid. En ook het beter registreren en bespreken van MIC-meldingen in teamverband. En de verdeling van de rollen binnen de teams/ RVE (BHV'er, preventiemedewerker e.d.). Deze conclusie wordt herkend op organisatieniveau. Er gaan nog enkele projecten starten op het gebied van medicatieveiligheid (elektronische medicijn dispenser en digitaal aftekenen). Ook is een werkgroep gestart met het beter filteren van de MIC-meldingen richting managers (op basis van de ernst). Het project over de actualisatie van de brandveiligheidsbeleid loopt al. En het Meldpunt Misbruik werkt aan haar communicatie en vindbaarheid. Er zijn enkele kansen waarmee nog verder door ontwikkeld kan worden op dit

Onderwerp:	Beoordeling eind juni 2016 ³ :						Conclusie en ontwikkelkansen:
	Dichterbij	Noord-Midden	Oost	Zuid	West	STEVIG	
							thema (hierover zijn nog geen afspraken gemaakt). Het betreft het ontsluiten van de MIC-informatie in de BI-omgeving op een manier die aansluit bij de wensen van de betrokkenen. Ditzelfde geldt voor de diverse rapportages vanuit de K&V-audits. Deze zouden nog beter kunnen aansluiten bij de wensen van de betrokkenen. Tot slot de aandacht voor MIM-registratie (geen dubbele registratie bij een incident, zowel MIC als MIM).
- Kwaliteit van bestaan (Ben Ik Tevreden)							Alle RVE's beoordelen dit thema met een 'groene duim'. Er is binnen de teams veel aandacht voor de kwaliteit van bestaan zoals die door cliënten wordt beleefd. En cliënten van Dichterbij zijn gemiddeld gezien tevreden over de Kwaliteit van Bestaan. AJHNV en BIT vullen elkaar aan. De samenwerking tussen verwanten, cliënten en medewerkers en de concrete acties die daardoor kunnen worden ingezet, leveren een vergroting van kwaliteit van bestaan bij cliënten. Voor Dichterbij is een ontwikkelkans de samenhang tussen verschillende instrumenten inzichtelijk te maken en de manier waarop ze elkaar kunnen versterken. En hierbij aan te sluiten bij de behoefte van het Team (terugdringen administratieve en 'overleg' ballast). Op individueel niveau verdient het aandacht om samen met de cliënt en diens verwant te zoeken naar mogelijkheden om deelname aan de samenleving te bevorderen. Voor Dichterbij ligt een ontwikkelkans in huisvestingsvraagstukken en het aansluiten bij woonwensen van cliënten. Doorontwikkeling van BIT en verdieping van de wijze waarop het instrument binnen Dichterbij wordt gebruikt staat gepland voor de tweede helft van 2016. Een ontwikkelkans voor Dichterbij voor het bepalen van beleid, scholing etc. is de informatie die in het nieuwe ECD wordt vastgelegd te vertalen in relevante stuurinformatie in de BI omgeving (informatie over de domeinen waarop met cliënten resultaten en acties worden geformuleerd in het OP, informatie uit

Onderwerp:	Beoordeling eind juni 2016 ³ :						Conclusie en ontwikkelkansen:
	Dichterbij	Noord-Midden	Oost	Zuid	West	STEVI	
							het evaluatieformulier in het ECD over tevredenheid over realiseren van deze doelen en de wijze waarop dit is gebeurd). (Hierover zijn nog geen afspraken gemaakt).
- Kwaliteit van de relatie tussen cliënt en professional							Alle RVE's scoren een 'groene duim'. Uit BIT cliënt en BIT Verwant, uit signalen van verwanten en de teamreflecties blijkt dat de tevreden over de kwaliteit van de relatie cliënt (en diens verwant) en de professional hoog is. De open en betrokken samenwerking met cliënt en verwant, het werken met maatjes zijn hierin belangrijke goede factoren. Voor teams zijn het goed communiceren over het ondersteuningsplan en het waarmaken van de afspraken zijn punten voor verdere verbetering. Uit de tevredenheidsscores blijkt verder dat aandacht nodig is voor tevredenheid van cliënten over het mee kunnen opstellen van afspraken in huis/werk/dagbesteding. Een rode draad is het belang van continuïteit in het team. Dit signaal wordt uit diverse bronnen gehoord, zoals overleggen met de Cliëntenraad en cliëntenplatforms, AJHNV en de teamreflecties. Ontwikkelkansen voor Dichterbij zijn verder scholingsmogelijkheden, die aansluiten bij de veranderende zorgvraag van de cliënten (dementie, ouder wordende cliënt, gedragsproblematiek) en scholing gericht op het inzetten van methoden zoals Vlaskamp en Triple C.
- Succesvol werkproces binnen team							Gezien de reacties vanuit de RVE's lijkt het meer zelforganiserend werken meer werkplezier op te leveren. Medewerkers zijn trots op wat er bereikt is, erkennen ook dat er nog veel te doen is. Nog meer gebruik maken van elkaars kwaliteiten. De verreweg meest genoemde ontwikkelkans ligt op het gebied van communicatie, en dan vooral het feedback geven aan elkaar. Dit blijkt voor veel teams een heikel punt. Ook meer verdieping in het specifieke van de doelgroep waar men mee werkt wordt vaker genoemd (ouderenzorg, autisme etc.). Het zal nog aandacht vragen om teams zelf keuzes te laten

Onderwerp:	Beoordeling eind juni 2016 ³ :						Conclusie en ontwikkelkansen:
	Dichterbij	Noord-Midden	Oost	Zuid	West	STEVI	
							maken in hun scholingsprogramma. Vele projecten zijn al gestart die dit thema ondersteunen, zoals AJHNV, zelforganisatie en klinisch redeneren. Uit alle informatie komen nog twee specifieke ontwikkelkansen: Het betreft de mogelijkheid voor teams om scholing gericht op de doelgroep/ aandoening te volgen. Daarnaast het leren van elkaar. Dit wordt aangegeven in zowel de teamreflecties als in de analyse van de andere instrumenten.
- Onvrijwillige zorg							Vanuit de RVE's worden eigenlijk geen andere ontwikkelkansen genoemd, dan al genoemd (bewuster kijken naar minder voor de hand liggende VBM en de registratie). Op het niveau van Dichterbij constateren we één belangrijk ontwikkelpunt, namelijk het ontsluiten van de informatie in het ECD in de BI-omgeving voor de betrokkenen.
Zelforganisatie		A		A			De invoering van de nieuwe besturingsfilosofie en hiermee instrumenten als zelforganisatie en AJHNV zullen de komende jaren nog geborgd moeten worden. In zowel het jaarplan 2016 als het plan voor 2017 zijn specifieke projecten opgenomen om deze ontwikkeling te ondersteunen.
Externe samenwerking ketenpartners		A	A	A	A		Hoewel Dichterbij veel aandacht besteedt aan de interne organisatie (zelforganisatie, reorganisatie) kunnen we niet anders dan lokaal aan te sluiten bij participerende projecten. De cliënten worden ouder en hebben een grote zorgvraag waardoor samenwerking met specialisten/ andere zorgorganisaties nodig is om de goede kwaliteit te kunnen blijven bieden. In het jaarverslag 2015 wordt dit onderschreven.
Interne samenwerking ondersteunende		A	A	A	A		In aanvulling op de ontwikkeling van zelforganisatie en de lerende organisatie zal dit thema de komende jaren nog veel aandacht nodig hebben.

Onderwerp:	Beoordeling eind juni 2016 ³ :						Conclusie en ontwikkelkansen:
	Dichterbij	Noord-Midden	Oost	Zuid	West	STEVI	
diensten/ staf							
Kwaliteitsvisie		De RVE's hoeven in 2016 geen beoordeling te geven op dit onderwerp. Dit staat ingepland voor 2017.					De ontwikkeling naar zelforganisatie maakt dat het huidige kwaliteitsmanagementsysteem niet meer optimaal is voor Dichterbij. Zowel in 2016 als in 2017 zijn en zullen projecten opgestart worden om de reeds vastgestelde kwaliteitsvisie verder uit te werken.

In hoofdstuk 7 zijn de vervolgspraken van het MT opgenomen.

1. Reflectie op zorgvisie/ kernwaarden

Missie

De missie van Dichterbij is uitgewerkt in de Ode. Wij ondersteunen mensen met een verstandelijke beperking en hun netwerk. Dat doen we met kennis en kunde en in samenwerking met andere partijen. Doel daarbij is dat kwetsbare burgers zoveel als mogelijk de regie over hun eigen leven voeren en zelfredzaam zijn. Of samenredzaam, met de hulp van familie, buurtbewoners en vrijwilligers. In onze manier van werken zijn de kernwaarden uit onze Ode herkenbaar: professioneel, samen, open en betrokken.

Dichterbij werkt vanuit de vier kernwaarden samen, betrokken, open en professioneel. De Ode benoemt deze kernwaarden en geeft er invulling aan. De Ode vormt het uitgangspunt voor het zorgbeleid van Dichterbij.

Ode

Een mens wil zich ontwikkelen.
Je wilt dingen doen die je leven prettiger maken, aangenamer.
De een wordt blij van leren of werk, de ander koestert aandacht.
Sommigen verlangen naar een eigen huis,
anderen vinden hun geluk in warm zonlicht.
Ieder mens heeft zo zijn eigen gevoelens en ambities.
Je hebt recht op een volwaardige plek in de samenleving.
Wie om ondersteuning van Dichterbij vraagt,
is dikwijls kwetsbaar en soms zelfs heel erg kwetsbaar.
Dan heb je vertrouwen nodig om wensen te uiten
en je dromen te realiseren.
Je moet ervan op aan kunnen dat jouw levensgeluk centraal staat.
Elke dag opnieuw. Zelfstandigheid is het vertrekpunt.
Samen zoeken we naar jouw specifieke mogelijkheden,
met betrokkenheid, warmte en professionaliteit
als werkwoorden.
In alle openheid en eerlijkheid.
Want zeg nou zelf,
wie of wat geeft jouw leven betekenis?
Wat heb jij nodig om jezelf te zijn?

Dichterbij daagt ieder mens uit

Visie

Dichterbij streeft naar een ongedeelde samenleving. Een samenleving waar mensen met een verstandelijke beperking een volwaardige plaats hebben. Waar ze in de wijken wonen, leven en werken of een zinvolle dagbesteding hebben. Waar ze zich ontwikkelen, hun talenten ontplooiën en eigen keuzes maken. Want dat geeft zelfvertrouwen. Van daaruit kunnen zij een bijdrage leveren aan de maatschappij. Aan de andere kant stimuleren we de samenleving om de mogelijkheden en talenten van mensen met een verstandelijke beperking te ontdekken en te benutten. Onze visie is uitgewerkt in ons "gewoon leven concept".

Zorgbeleid

Om zelf zoveel mogelijk de regie te kunnen voeren is het nodig dat de cliënt zijn zorg- en dienstverleners kan vertrouwen, zich veilig voelt bij hen, door hen gelijkwaardig en respectvol wordt bejegend en door hen wordt gestimuleerd zoveel mogelijk zelfstandige keuzes te maken. De centrale gedachte is, dat onze ondersteuning en behandeling altijd gericht moeten zijn op het herstellen of organiseren van het 'gewone' leven. We richten ons niet op een probleem, maar op datgene wat voor onze cliënten het leven de moeite waard maakt. We onderzoeken wat hun wensen en behoeften zijn. Dit uitgangspunt vinden we terug in de keuze van Dichterbij voor relatiegericht werken en meer specifiek bijvoorbeeld in ons behandelmodel Triple-C, waar we in 2015 mee zijn gestart.

In 2015 en 2016 zijn diverse thema's uit het zorgbeleid verder uitgewerkt en in de organisatie toegepast. Naast Triple C bijvoorbeeld het project Leven in Vrijheid, gericht op preventief werken, aandacht voor alternatieven voor vrijheidsbeperkingen, bewustwording en signalering. In hoofdstuk 2 Reflectie op Kwaliteit van Zorg worden per thema relevante ontwikkelingen in ons zorgbeleid benoemd.

Herziening van de zorgvisie Dichterbij

De zorgvierhoek (directeuren Expertise, STEVIG, Kennis@t en medisch directeur) adviseert de Raad van Bestuur over het zorgbeleid. Begin 2016 is de stand van zaken rondom zorgvisie en -beleid (uit 2012) opgemaakt en geëvalueerd. De zorgvierhoek heeft vervolgens gewerkt aan een update van het beleid, die in de tweede helft van 2016 zal worden vastgesteld en geïmplementeerd. De vier kernwaarden blijven hierin de basis; het is de bedoeling nog explicieter aan te geven op welke visie op gezondheid en op mensen met een verstandelijke beperking het beleid is gebaseerd en hoe we dit in onze aanpak terugzien.

Reflectie op kernwaarden in de regio's en teams

Kernwaarden en visie hebben sinds 2013 veel aandacht gehad in de vorm van scholing, communicatie, projecten en beleid.

"Bij ons was er na het bespreken van twee items een rode draad zichtbaar die voor alle onderwerpen steeds weer terugkwam: in gesprek zijn met elkaar, transparantie, openheid met verwanten."
Bron: teamreflectieverslag

Op diverse plaatsen in de kwaliteitsrapporten van de RVE's wordt benoemd dat de ontwikkelkansen die teams en RVE's signaleren gestoeld zijn op het verder invulling geven aan de kernwaarden, zoals professioneel handelen (bijvoorbeeld bij de thema's Zorgvuldig proces rondom cliënt en Onvrijwillige zorg), het verder versterken van de driehoek cliënt-verwant-team ('samen') en de reflectie op de kwaliteit van de relatie tussen cliënt, verwant en team ('betrokken' en 'open').

In onderstaande afbeelding is in de vorm van een woordwolk een impressie te zien van veel terugkerende woorden in de teamreflectieverslagen. Hoe vaker het woord voorkomt in de verslagen, des te groter het woord is in de afbeelding. De driehoek team-client-verwant is onder andere goed zichtbaar. De kernwaarden 'samen' en 'open' komen geregeld terug in de verslaglegging van de teamreflectiebijeenkomsten.



Afbeelding 1 Woordwolk gebaseerd op alle teksten van de teamreflectieverslagen

Adviescommissie Kwaliteit & Veiligheid

De adviescommissie kwaliteit en veiligheid is een multidisciplinaire commissie, voorgezeten door een externe voorzitter, die de raad van bestuur en het management gevraagd en ongevraagd adviseert over kwaliteit en veiligheid. De commissie overlegt periodiek met de raad van bestuur en met de kwaliteitscommissie van de raad van toezicht. In deze overleggen geeft de commissie vanuit eigen perspectief haar mening over de stand van zaken met betrekking tot kwaliteit en veiligheid binnen Dichterbij. De commissie stelde in het jaaroverzicht van 2015 vast dat er een duidelijk opgaande lijn zit in kwaliteit en veiligheid binnen Dichterbij.

Aandachtspunten die de commissie signaleerde in 2015 en 2016 zijn in het volgende hoofdstuk opgenomen, gekoppeld aan het thema Veilige zorg.

Conclusie

Kernwaarden en visie van Dichterbij hebben sinds 2013 veel aandacht gehad in de vorm van scholing, communicatie, projecten en beleid. Uit de rapportages blijkt dat de kernwaarden en zorgbeleid in de praktijk herkenbaar en richtinggevend zijn.

Begin 2016 is de stand van zaken rondom zorgvisie en -beleid (uit 2012) opgemaakt en geëvalueerd; de zorgvierhoek adviseert in de tweede helft van 2016 over de herziening/aanscherping van zorgvisie en -zorgbeleid. Dit wordt in 2017 geïmplementeerd.

2. Reflectie op kwaliteit van zorg

In 2016 hebben vrijwel alle Wlz-woonteam een teamreflectie uitgevoerd⁴. De teamreflectie heeft tot doel om de dialoog op te starten over de kwaliteit van zorg. Natuurlijk wordt deze dialoog continue gevoerd tijdens overleg, intervisie en andere bijeenkomsten. Het verschil bij deze teamreflectie is dat alle zorginhoudelijke thema's aan bod komen op één moment. Ook hebben alle teams hiervan een verslag gemaakt. Deze informatie is meegenomen in de kwaliteitsrapportages binnen de RVE's en vervolgens in deze rapportage.

Het uitvoeren van een teamreflectie past binnen de ontwikkeling van zelforganisatie en de kernwaarden van de organisatie (samen, open, betrokken en professioneel). Teamreflecties zijn niet nieuw, maar wel een nieuw onderwerp vanuit het vernieuwde kwaliteitskader.

De onderwerpen die tijdens een teamreflectie aan de orde konden komen⁵, zijn:

- Zorgvuldig proces rond cliënten;
- Zicht op veilige zorg;
- Kwaliteit van bestaan (BIT);
- Kwaliteit van de relatie tussen de cliënt en de professionals;
- Een succesvol werkproces binnen het team;
- Onvrijwillige zorg en
- Optionele onderwerpen, zoals zelforganisatie, participatie en AJHMHV.

Aan de teams is gevraagd om zoveel mogelijk met het Team (met cliënt/ verwant) deze teamreflectie uit te voeren. In iets meer dan de helft zijn cliënt en verwant erbij betrokken geweest.

De teams hebben aangegeven dat zij het waardevolle gesprekken vonden, maar soms lastig te organiseren:

- Kort dag (korte voorbereidingstijd, laat geïnformeerd over het hoe en wat);
- Net na bijeenkomsten van AJHMHV / zelforganisatie;
- Van boven af opgelegd (centraal bepaald).

“Het lijkt momenteel allemaal erg veel op elkaar, we hebben BIT gesprekken, MDO's, OP-evaluaties, Als Je Het Mij Vraagt en nu de Proeftuin. Veel lijkt zich te herhalen en dit motiveert een groot aantal teamleden en verwanten niet om deel te nemen aan dit soort gesprekken“.

⁴ De meeste teamreflecties hebben in de periode half mei – half juli plaatsgevonden. Daarnaast is een enkel team dat de reflectie in september heeft uitgevoerd. De resultaten in deze kwaliteitsrapportage betreffen alleen de eerste groep. Er is gekozen om geen aanvullende rapportage te maken na september op RVE niveau. De resultaten van alle teamreflecties die tot 12 september zijn uitgevoerd, zijn meegenomen in de organisatie brede kwaliteitsrapportage.

⁵ De teams hadden de mogelijkheid om thema's te kiezen die voor hen op dit moment relevant zijn. Hierdoor hebben de teams niet altijd alle thema's besproken in de teamreflectie.

Ook ervaren ze 'dubbelingen' met andere gesprekken bijvoorbeeld AJHNV en de audits. Ook verwanten hebben dat ervaren, maar vinden het wel heel positief dat de medewerkers zich zo open opstellen en dat zij mee kunnen praten.

In 2017 zullen opnieuw teamreflecties uitgevoerd worden vanuit het Vernieuwde Kwaliteitskader. Op het moment van schrijven wordt het evaluatie- en borgingsverslag over dit onderwerp geschreven. Naar aanleiding hiervan zullen afspraken gemaakt worden over het verder door ontwikkelen en borgen van de teamreflecties.

In de volgende paragrafen worden de onderwerpen van de teamreflectie verder toegelicht.

"Aanvankelijk was het team wat sceptisch over de teamreflectie, maar achteraf vonden ze het zonder uitzondering waardevol".

2.1 Zorgvuldig proces rond cliënten

Basis voor een zorgvuldig proces is de ondersteuningsplancyclus, vastgelegd in het ECD. De dromen, wensen en behoeften van cliënten vormen de basis voor de invulling van het ondersteuningsplan en de evaluatie en bijstelling hiervan.

Implementatie OP/ECD

Eind november 2015 is het nieuwe ondersteuningsplan (OP) en het nieuwe ECD gelanceerd. Bestaande ondersteuningsplannen worden aangepast op het moment dat dit (volgens de evaluatiecyclus) met de cliënt is besproken. Daarmee duurt het maximaal een jaar voordat alle cliënten een nieuw ondersteuningsplan hebben. In het jaarplan 2016 is opgenomen dat op 1 december 2016 voor alle cliënten het nieuwe OP in gebruik moet zijn genomen.

Om het ondersteuningsplan goed te laten aansluiten bij de praktijk en bij de wet- en regelgeving zijn er regelmatig aanpassingen nodig. Er is een gebruikerspanel samengesteld, om voorstellen voor aanpassing of uitbreiding te bespreken en beoordelen. Zij waken over de primaire doelstellingen van het nieuwe ondersteuningsplan:



Afbeelding 2 Uitgangspunten ECD

De nieuwe werkwijze is gemeten op peildatum 13 juni 2016 voor 1165 cliënten opgestart. Daarmee had 52% van de cliënten op die datum minimaal een beeldvormingsformulier in het ECD. Het aantal nieuwe ondersteuningsplannen is aanzienlijk lager, in juni 2016 was dit bij 20% van de cliënten aangemaakt (zie tabel 2 in de bijlage).

Door de nieuwe opzet en structuur in het ECD wordt ieder ondersteuningsplan opnieuw gemaakt. In de RVE's wordt benoemd dat dit met name voor de DVC'ers en gedragsdeskundigen tijdsintensief is.

Eind juni 2016 is een tweede versie van het ECD uitgebracht, waarin onder andere op basis van voorstellen van medewerkers verbeteringen en nieuwe toepassingen zijn doorgevoerd. In de RVE's wordt aangegeven dat teams voor cliënten met ZZP 6 en 7 en meerzorg vanaf het moment dat versie 1.2 is gelanceerd zijn gestart met de overgang naar het nieuwe ECD. Dit omdat deze versie beter aansluit bij deze doelgroep.

De overgang naar het nieuwe ECD kwam aarzelend op gang en vraagt nog aandacht om de doelstelling te behalen per december 2016.

In alle RVE's wordt benoemd dat de overgang naar het nieuwe ECD voor de medewerkers erg wennen is. De samenhang tussen onderdelen en de vindplaats in de nieuwe structuur is niet altijd duidelijk voor de medewerkers. Vier van de vijf RVE's benoemen dat de implementatie en communicatie over het ECD verbeterd kan worden. Er is behoefte aan meer uitleg over de context en de achtergronden van de opbouw van het ECD.

““Veel medewerkers zijn enthousiast, maar er zijn ook kritische collega's. Sommigen snappen bijvoorbeeld niet dat de levensgeschiedenis uit de beeldvorming gehaald is. Dat was een nadrukkelijke wens van cliënten en verwanten, zij willen niet steeds geconfronteerd worden met hun verleden, maar hun werkdoelen zien. Daar hebben we naar geluisterd.”
(Bron: nieuwsbericht op intranet).

Ben ik tevreden (BIT) wordt als een goede basis voor het OP/ECD gezien vanwege het uitgaan van de individuele tevredenheid van cliënten. Het wordt ervaren als een belangrijk hulpmiddel om de afspraken in vast te leggen en met regelmaat te evalueren.

“Met Ben Ik Tevreden praten we nu over wensen in plaats van doelen. Dit is aangenaam voor de cliënten. De ondersteuningsbehoeften worden ook benoemd. Het is goed om dit te scheiden en toch samen te voegen in het plan.”
(Bron: teamreflectieverslag).

Ervaringen van cliënten en verwanten met het nieuwe ECD zijn positief. Het plan is duidelijker en korter, de afspraken staan er beter in of zijn beter te vinden. Dit wordt versterkt door de koppeling van het ECD aan Quli.



Quli

Dichterbij heeft in het jaarplan 2016 opgenomen dat eind 2016 minstens 440 cliënten op Quli zijn aangesloten (20% van alle cliënten). In de zomer van 2016 stond de teller op 100 cliënten. Met de aanstelling van de e-healthcoördinatoren in iedere regio verwachten we dat het de tweede helft van 2016 een stuk sneller gaat en dat deze doelstelling haalbaar is. Ook het feit dat Quli sinds mei 2016 is gekoppeld aan het ECD zal een positieve invloed hebben op het aantal gebruikers. RVE's rapporteren dat verwanten het als een meerwaarde beschouwen dat men in Quli mee kan kijken.

In het jaarplan 2016 is opgenomen dat de inzet van e-health toepassingen een vast aandachtspunt moet zijn bij het opstellen van het ondersteunings-/behandelplan. Er zijn in het OP nog geen gerichte vragen opgenomen rondom inzet van e-Health. Dit is een ontwikkelpunt om mee te nemen in een volgende release van het OP/ECD.



Actueel OP

Een van de KPI's gekoppeld aan het jaarplan 2016 is: "95% van de cliënten heeft een actueel ondersteuningsplan, gemeten in het aantal ondersteuningsplannen dat niet ouder is van 1 jaar".

Op dit moment loopt een verbetertraject om deze informatie beter uit de BI-omgeving te kunnen halen. De huidige indicator meet op dit moment de aanwezigheid van een ondersteuningsplan/behandelplan en niet de actualiteit ervan. In het tweede kwartaal 2016 was de uitkomst op deze indicator voor heel Dichterbij 90%.

Informatie over *de actualiteit* van de OP's kunnen we met behulp van een andere bron indirect in beeld brengen. De audits Kwaliteit & Veiligheid (K&V) omvatten een steekproefsgewijze controle van cliëntendossiers, waarbij onder andere op de aanwezigheid van een OP niet ouder dan één jaar wordt getoetst. Ook wordt bij de audits gecheckt of er een jaarevaluatie van het OP plaatsvindt.

Uit de rapportages van de K&V audits blijkt dat actualiteit en jaarevaluatie van OP's een aandachtspunt is (zie tabel 4 en 5). Ook verwanten signaleren dit tijdens de K&V audits (bron: Q2 rapportage 2016 audits K&V).

Het blijkt dat het aantal audits, waarbij deze punten niet in orde zijn, toeneemt vanaf het vierde kwartaal 2015. Dit zou kunnen samenhangen met de overgang naar het nieuwe ECD. Op het moment dat het ECD volledig is geïmplementeerd, zouden de actualiteit en regelmatige evaluaties van het OP weer op peil moeten zijn. Dit kan binnenkort worden gemonitord met de verbeterde KPI 'actueel OP' die momenteel wordt ontwikkeld in de BI.

Teamreflecties

Uit de teamreflectieverslagen komt naar voren dat de teams over het algemeen tevreden zijn over dit thema (75%, zie tabel 3). Men is met name tevreden over samenwerking met cliënten en verwanten en over het verloop van de cyclus rondom het ondersteuningsplan.

Contacten rondom de individuele zorg met cliënten en verwanten verlopen goed.

Positief zijn de teams over hoe in samenspraak met cliënt en diens netwerk een plan opgesteld wordt om de zorg en ondersteuning te leveren en over hoe volgens dat plan wordt gewerkt.

In de teamreflectieverslagen lezen we vaak dat er sprake is van een goed vertrouwen en een grote openheid. AJHMHV wordt regelmatig genoemd als middel om in gesprek te zijn met elkaar in aanvulling op de individuele cyclus. Diverse keren wordt het belang van goede communicatie benoemd en het versterken van "de Driehoek".

Sommige teams vinden dat zij cliënten en/of verwanten nog meer kunnen betrekken bij overleg, communicatie en besluitvorming. Hier zijn afspraken over gemaakt.

De samenwerking met dagbesteding bij het opstellen van een ondersteuningsplan kan beter. Dagbesteding is soms maar beperkt meegenomen in het ondersteuningsplan. Ook de samenwerking met de nachtzorg wordt in een RVE genoemd als ontwikkelpunt. Uit de teamreflectieverslagen blijkt verder dat de implementatie van het nieuwe OP/ECD nog aandacht vraagt.

Ook het op orde hebben en houden van het informatiesysteem (BI omgeving) wordt benoemd, zodat teams over de juiste informatie kunnen beschikken om hun werk met cijfers te onderbouwen. Bijvoorbeeld informatie over het aantal actuele OP's en de koppeling met Mextra.

De actualiteit van de OP's komt nauwelijks terug in de teamreflectieverslagen, al zijn er wel enkele opmerkingen over gemaakt dat een inhaalslag nodig is.

"Er moet een nieuwe IOP planning komen waarin weer de cyclus leidraad is. Er is momenteel een inhaalslag te maken."
(Bron: teamreflectieverslag).

Rondom het OP signaleren teams dat ontwikkeling nodig is ten aanzien van het formuleren van en rapporteren op doelen en het elkaar aanspreken op het nakomen van afspraken. Hierin is verbetering aangebracht het afgelopen jaar, maar kan nog worden verbeterd. De wens is het OP in te zetten als werkdocument.

"De doelen niet altijd op lange termijn formuleren, maar ook kleine stapjes in doelen meenemen. Dan kan er makkelijker op gerapporteerd."
(Bron: teamreflectieverslag).

Dit komt overeen met de kwartaalrapportages van de audits K&V, waar het rapporteren op doelen terugkomt in de top 10 van verbeterpunten.

In lijn met deze signalen biedt het leercentrum sinds april vernieuwde trainingen 'Professioneel rapporteren' en 'Resultaten formuleren' aan.

Conclusie en ontwikkelkansen:

Vier van de vijf RVE's beoordelen dit thema met een groene duim, een RVE met een oranje duim.

Het vernieuwde OP, uitgaande van wensen en behoeften van cliënten, wordt gezien als een belangrijk hulpmiddel om de afspraken in vast te leggen en met regelmaat te evalueren. De cyclus rondom het OP verloopt goed, net als de samenwerking in de driehoek tussen medewerkers, cliënten en verwanten. Ontwikkelkansen voor de teams zijn verbetering van de samenwerking tussen dagbesteding, nachtzorg en de teams rondom het OP en het methodisch werken met het OP (formuleren doelen en resultaten, rapporteren op doelen). Ook actualiteit van het OP is een aandachtspunt, de verdere implementatie van het ECD in 2016 zal voor het actualiseren van het OP een inhaalslag opleveren.

Ontwikkelkansen voor Dichterbij op dit punt zijn het implementeren en door ontwikkelen van Quli en van het ECD (o.a. opnemen inzet e-health in OP) en de doorontwikkeling van stuurinformatie in de BI rondom het OP (actualiteit OP).

Dit is opgenomen in het jaarplan 2016 en deels al in gang gezet.



2.2 Zicht op veilige zorg

Veilig zorg is een breed begrip. Het betreft zowel de emotionele als fysieke veiligheid op cliënt- en groepsniveau. Uit verschillende bronnen haalt Dichterbij informatie over dit onderwerp. Voorbeelden hiervan zijn de K&V-audits (risico-items op gebied van onder andere brandveiligheid, medicatie, vrijheidsbeperkende maatregelen en ondersteuningsplan), MIC, MIM, Meldcode Huiselijk Geweld en de teamreflecties.

In het jaarplan 2016 zijn ook KPI's/ doelstellingen opgenomen over dit thema, zoals een daling van 10% op de risico-items bij de K&V-audits. Maar ook projecten in het kader van medicatie- en brandveiligheid.



K&V-audits

Eén van de conclusies uit de periodieke (overkoepelende) rapportages van de K&V-audits is het regelmatig terugkomen van dezelfde risico-items. Zonder enige nuancering lijkt het dat er beperkt verbeterd wordt op deze specifieke items. De nuanceringen zitten in verschillende aspecten:

- Een K&V-audit vindt 1x per 2 jaar plaats op een locatie. Dit jaar is Dichterbij gestart met het derde jaar. Dus vanaf dit jaar worden de locaties bezocht voor een tweede keer. De opvolging van geconstateerde risico-items vanuit het eerste jaar worden pas dit jaar getoetst. Hierbij rijst de vraag of deze termijn van opvolging wellicht niet lang is, omdat het risico-items betreft. En mogelijk ook wie hierin een rol heeft: alleen de K&V-auditoren bij een volgende audit, of ook het zelforganiserende team en de coachende manager.
- De beoordeling van risico-items is streng. Een risico-item veelal bestaat uit meerdere controlevragen die of wel of niet op orde zijn. Wanneer een vraag niet op orde is, scoort het hele risico-item 'rood'. Deze systematiek maakt dat er snel 'rood' gescoord wordt.
- Het lijkt erop dat er nog onvoldoende geleerd wordt van elkaar, van teams. De risico-items die met regelmatig als 'niet op orde' beoordeeld worden, komen bij verschillende teams terug. Als er meer van elkaar geleerd zou worden, dan zouden teams die later geaudit worden niet meer dezelfde rode risico-items hoeven hebben.

De adviescommissie K&V komt in haar analyse (medio 2016) ook tot een aantal adviezen, zoals:

- Gebruik de auditrapporten als input voor de teamreflectie;
- Onderzoek de vraag van de RVE om meer stuurinformatie en pas de rapportages hierop aan;
- Maak meer gebruik van de beschikbare gegevens (ook kwalitatief) bijvoorbeeld in de vorm van themagerichte rapportages en
- Zorg voor betere ICT-ondersteuning waardoor de gegevens beter bereikbaar zijn (ontsloten worden) voor de diverse betrokkenen.

De kwaliteitsrapportages van de RVE beschreven dat er verbeteracties zijn doorgevoerd/ ingepland, zoals:

- Een preventiemedewerker op elke unit en/ of diens betrokkenheid bij de voorbereiding van de K&V-audits;

- Extra aandacht vanuit de regionale adviescommissie K&V (en Preventie) op deze onderwerpen bij bijvoorbeeld teambezoeken, overleg met de medisch directeur;
- Het verbeteren van de periodieke K&V-rapportages;
- Pilot elektronische medicijndispenser (moet nog starten);
- Extra scholingsmomenten voor periodieke scholing brandveiligheid;
- Nieuwsbrieven met informatie over risico-items.

Uit de rapportage van de K&V blijkt dat de top 3 risico-items is:

- 1.5 brandveiligheid; waarbij een sterke daling na het eerste kwartaal van 2016 zichtbaar is.
- 1.1.2 medicatie-aftekenlijsten; die redelijk stabiel blijft over deze kwartalen.
- 4.9 bekwaamheid; die ook stabiel blijft over deze perioden.

De trend van het gemiddeld aantal risico-items per audit laat per RVE over de periode 2015 en de eerste 2 kwartalen van 2016 een wisselend beeld zien (zie tabellen 6 en 7 in de bijlage).

In het jaarplan is een gewenste daling van 10% op het aantal risico-items opgenomen. Drie RVE's behalen deze doelstelling en 2 RVE's nog niet. In de kwaliteitsrapportage van beide RVE's is dit geconcludeerd, waarbij de verbetermaatregelen zijn beschreven.



Meldcode huiselijk geweld:

In 2015 is er bij de externe HKZ-audit geconstateerd dat de Meldcode Huiselijk Geweld onvoldoende bekend was bij medewerkers in het primair proces. Dit was een kritische tekortkoming. De hieraan gekoppelde processen zijn inmiddels op elkaar afgestemd. En tijdens de audits K&V wordt de bekendheid van de Meldcode getoetst. Er wordt gekeken of medewerkers geïnstrueerd zijn en of zij de Meldcode ook daadwerkelijk kunnen hanteren.

Er is een duidelijke positieve trend zichtbaar (zie tabel 8). Uit de K&V-audits blijkt dat steeds meer medewerkers geïnstrueerd zijn m.b.t. de Meldcode. Het niet kunnen toepassen van de Meldcode door medewerkers laat geen daling zien (zie tabel 9). Hierbij rijst de vraag of de instructie voldoende en duidelijk is. Uit de rapportages van de RVE's wordt als oplossing genoemd het bespreken van dit signaal door de managers met de teams.

De interne commissie 'Meldpunt Misbruik' heeft een jaarverslag 2015 geschreven waarin een aantal adviezen is opgenomen. Deze adviezen zijn opgevolgd. Op dit moment is er nog aandacht voor de communicatie van/ naar en de vindbaarheid van het Meldpunt (deze verbetering is reeds door het Meldpunt ingezet).



MIC/ MIM

De teamreflectie heeft dit proces nog een boost gegeven door heel gericht hier naar te vragen. Uit de teamreflectie komt naar voren dat teams tevreden zijn over het melden en de opvolging van de MIC-melding. Een enkel team heeft het als ontwikkelpunt genoemd.

Op RVE niveau worden de gegevens over de MIC's ook geanalyseerd, maar daar wordt signaleerd dat de BI-tool wel informatie geeft, maar onvoldoende om een diepgaande analyse uit te voeren. Door de overgang naar het ECD en het stoppen met Re-akt is het, over deze periode, ook lastig om de juiste informatie uit de verschillende systemen te halen.

Het project 'leven in vrijheid' richt zich met name op het verminderen van VBM (een nieuwe maatschappelijke visie op VBM). Echter een mogelijke keerzijde van vrijheid is een verhoogd risico op vallen. De MIC-meldingen vallen zijn licht toegenomen (7%) wanneer de tweede helft 2015 vergeleken wordt met de eerste helft van 2016 (tabel 10). Daarbij dient ook in acht te worden genomen dat de groep cliënten steeds ouder wordt. En ouder worden gaat gepaard met een verhoogd risico op vallen.

Wat opvalt, is de grote groep MIC-meldingen agressie. Ongeveer 2/3 van de meldingen betreft agressie. Agressie wordt door teams soms gebagatelliseerd: 'Het hoort nu eenmaal bij de doelgroep. De bewoners kunnen er niets aan doen.' Het is maar de vraag of dit een juiste constatering is. De MIM-meldingen zijn fors lager t.o.v. het aantal agressiemeldingen. Het kan zijn dat medewerkers agressie niet als MIM zien. Maar zeker geldt ook het dubbel registreren als extra belasting. Zowel de MIC- als de MIM-melding. De adviescommissie K&V heeft dit ook signaleerd.

Er zijn de-escalatie scholingen te volgen en vanuit 'leven in vrijheid' zijn er handvatten geboden. Het is niet duidelijk of in teams waar relatief meer sprake is van agressie, ook meer verzuim is. Of juist veel wisseling van personeel (hetgeen bewoners onrustig kan maken). Wel duidelijk is dat de cliënten met ZZP 1 en 2 (met minder gedragsproblemen) niet meer bij Dichterbij komen wonen in het kader van de transitie.

In de registratie van de groep MIC-meldingen medicatie is te zien dat deze over het afgelopen jaar met 12% zijn afgenomen. Bij de K&V-audits blijft het aftekenen van medicatie een aandachtspunt (rood risico-item) dat stabiel blijft (en niet afneemt). Wanneer we een diepere analyse kunnen uitvoeren op de MIC-meldingen medicatie zouden we kunnen nagaan of de MIC 'vergeten af te tekenen' stabiel blijft. Dan is dit in lijn met de resultaten van de K&V-audits.

Op het gebied van medicatie zijn verschillende verbeteringen doorgevoerd. De belangrijkste verbeteringen zijn de overgang naar één apotheek met het Baxter-systeem en de invoering van Elektronisch Voorschrift Systeem. Op Ontwikkelplein is voor de team allerlei informatie te vinden over medicatieveiligheid. En in Docutheek zijn de procedures e.d. geactualiseerd. De komende periode zal moeten blijken of deze verbeteringen ook daadwerkelijk effectief zijn. In de MIC-tabel in de bijlage is een daling van de medicatie-meldingen zichtbaar (tabel 10).



Brandveiligheidsbeleid

In het jaarplan is het brandveiligheidsbeleid als speerpunt opgenomen. Er wordt toegewerkt naar een risico gestuurd beleid. Dus geen eenheid voor alle locaties, maar kijkend naar de mogelijkheden en risico's die passen bij de doelgroep die op de betreffende locatie woont. Hiervoor is nauw overleg met de veiligheidsregio. Het project loopt nog.

Teamreflectie

Uit de teamreflectie blijft dat 71% van de teams tevreden is over 'zicht op veilige zorg' (zie tabel 11).

Veiligheid heeft veel aandacht binnen teams en organisatie breed. Uit de teamreflectie komt duidelijk naar boven dat MIC veel aandacht heeft van teams. Op individueel en teamniveau is bekend welke MIC-meldingen er zijn geweest over een bepaalde periode. Op RVE en Dichterbij niveau zijn deze gegevens uit de BI-omgeving te halen. Maar de BI-omgeving geeft nog onvoldoende mogelijkheden om dieper te analyseren.

Ook wordt een enkele keer het onderwerp nachtzorg als aandachtspunt genoemd. Of de samenwerking met de dagbesteding en de verwanten. Veilige zorg gaat verder dan het huis en het directe zorgteam. Onderlinge afstemming met anderen is hierbij van belang.

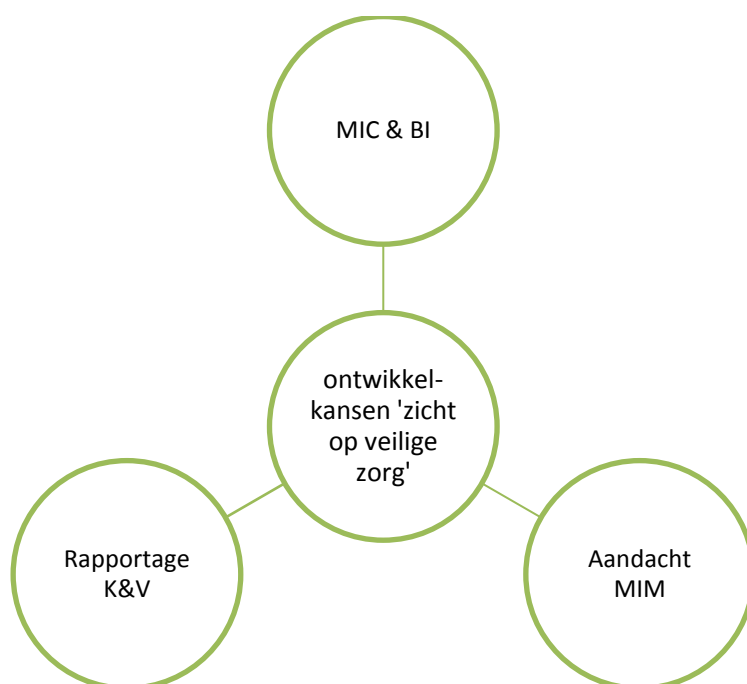
"De ouders zijn zo vaak op de groep aanwezig dat we hen ook gaan betrekken bij ontruimingsoefening."

Conclusie en ontwikkelkansen

Drie van de vijf RVE's beoordelen in hun kwaliteitsrapportage dit onderwerp met een 'groene duim'. De overige twee beoordelen met een 'oranje duim'. Positieve ontwikkelingen die genoemd worden, betreffen de verbeteringen op gebied van brand- en medicatieveiligheid. En ook het beter registreren en bespreken van MIC-meldingen in teamverband. En de verdeling van de rollen binnen de teams/ RVE (BHV'er, preventiemedewerker e.d.).

Deze conclusie wordt herkend op organisatieniveau. Er gaan nog enkele projecten starten op het gebied van medicatieveiligheid (elektronische medicijn dispenser en digitaal aftekenen). Ook is een werkgroep gestart met het beter filteren van de MIC-meldingen richting managers (op basis van de ernst). Het project over de actualisatie van de brandveiligheidsbeleid loopt al. En het Meldpunt Misbruik werkt aan haar communicatie en vindbaarheid. Er zijn enkele kansen waarmee nog verder door ontwikkeld kan worden op dit thema.

Het betreft het ontsluiten van de MIC-informatie in de BI-omgeving op een manier die aansluit bij de wensen van de betrokkenen. Ditzelfde geldt voor de diverse rapportages vanuit de K&V-audits. Deze zouden nog beter kunnen aansluiten bij de wensen van de betrokkenen. Tot slot de aandacht voor MIM-registratie (geen dubbele registratie bij een incident, zowel MIC als MIM).



2.3 Kwaliteit van bestaan (Ben Ik Tevreden)

De start van de zorg- en dienstverlening van Dichterbij ligt bij het in beeld brengen van de tevredenheid van de cliënt met zijn bestaan en het inventariseren van wensen en behoeften. De resultaten van deze dialoog zijn input voor het ondersteuningsplan: welke zaken wil de cliënt veranderen, verbeteren, wat zijn zijn/haar ondersteuningswensen?

Op acht domeinen van Kwaliteit van Bestaan van Schalock brengen we dit samen met de cliënt en eventueel verwant in beeld: Lichamelijk welbevinden, Psychisch welbevinden, Interpersoonlijke relaties, Deelname aan de samenleving, Persoonlijke ontwikkeling, Materieel welzijn, Zelfbepaling en Belangen.



In het jaarplan 2016 is de doelstelling opgenomen dat cliënten hun kwaliteit van bestaan met minimaal een score 4 beoordelen (op een schaal van 0-5).

Deze doelstelling wordt behaald en is stabiel over een langere periode (zie tabel 13).

Wanneer we inzoomen op de afzonderlijke acht domeinen van Schalock zien we dat niet op alle domeinen de tevredenheid van cliënten minimaal een vier scoort. Hun Lichamelijk en Psychisch welbevinden beoordelen cliënten van Dichterbij gemiddeld net onder een 4, op het gebied Deelname aan de samenleving is de score gemiddeld 3,5.

Er zijn allerlei initiatieven om de deelname in de samenleving te bevorderen. Dat gebeurt op het gebied van dagbesteding, vrije tijd en in de buurt. Aandacht blijft nodig voor het ondersteunen van cliënten in hun wensen en behoeften op dit gebied.

Cliënten van STEVIG beoordelen hun kwaliteit van leven gemiddeld met een 3,6. Dit is te verklaren door de cliëntendoelgroep, waar complexe problematiek veel invloed heeft op de ervaren kwaliteit van leven door de cliënten.

Niet alleen de scores, maar ook de dialoog met cliënt en/of verwant over de betekenis ervan én het omzetten in ondersteuningsvragen en acties geven inzicht in de kwaliteit van bestaan. Met de komst van het ECD is het mogelijk informatie te verzamelen over de domeinen waarop met cliënten resultaten en acties worden geformuleerd in het OP.

Met het nieuwe evaluatieformulier in het ECD is het daarnaast voortaan ook mogelijk de tevredenheid van cliënten en/of verwanten te meten over de mate waarin de doelen zijn gerealiseerd en de wijze waarop dit is gebeurd.

Om het zorgbeleid goed vorm te kunnen geven, is deze informatie essentieel. Te weten welke vragen cliënten stellen en op welke domeinen van Schalock die betrekking hebben, geeft kansen beleid en scholing daarop af te stemmen. Dit wordt wel geregistreerd in het ECD, maar hierover is nu nog geen informatie beschikbaar in de BI omgeving.

In meerdere RVE's wordt benoemd dat de informatie uit BIT vooral op individueel niveau wordt gebruikt, gekoppeld aan het OP. De scores en trends op locatie en/of regioniveau zijn wel in beeld maar worden nog onvoldoende benut. Deze en andere signalen over mogelijkheden het gebruik van informatie uit het BIT binnen Dichterbij te verbeteren zijn meegenomen in een advies over de verdieping van de toepassing van Ben ik tevreden binnen Dichterbij (juni 2016). In de tweede helft van 2016 en verder zullen deze aanbevelingen verder worden uitgewerkt en opgepakt.

AJH MV

In aanvulling op Ben ik tevreden zijn we in 2015 begonnen met AJH MV. In het jaarplan 2016 is de doelstelling opgenomen dat de Teams, bestaande uit klanten, verwanten en medewerkers, groepswensen en behoeften van de klanten formuleren, en vertalen in een opdracht aan zichzelf en Dichterbij, waarbij bij de uitvoering gebruik wordt gemaakt van ieders talent en netwerk.

Uit het evaluatieverslag AJH MV van medio 2016 blijkt dat AJH MV *'een begrip is dat (bijna) iedereen kent binnen Dichterbij. Teams zijn vooral positief over het gehoor geven aan de wens van de klant, in samenwerking met verwant en begeleider. "Dat is waar het uiteindelijk om draait." Zaak is wel dat de organisatie Dichterbij ook juist aansluit op wat die Teams wensen, met hulp en ondersteuning. Daar ligt een uitdaging voor komend jaar.'*

'Terugkijkend kunnen we stellen dat er veel is behaald én gehaald in dit afgelopen jaar. De uitkomsten van Als je het mij vraagt zijn steeds meer zichtbaar. Of het nu gaat om een klein idee of een groots plan, de meeste Teams zijn actief bezig om eigen wensen te verwezenlijken.'

In de teamreflectieverslagen wordt dit beeld bevestigd.

"Maak ook gewoon lol met elkaar:
cliënten, verwanten en medewerkers"
(Bron: kwaliteitsrapportage RVE)

In enkele RVE rapportages wordt als aandachtspunt benoemd AJH MV vooral te zien als een normale dagelijkse werkwijze in plaats van iets extra's. Het gaat om het gesprek en niet om de vorm. Aangegeven wordt dat het voor medewerkers en verwanten soms zoeken is naar de balans tussen tijd voor cliënten en administratieve en 'overlegballast'. Zaken worden soms beleefd als 'opgelegd' en 'verplicht' (bijvoorbeeld AJH MV).

Aandacht is nodig voor de samenhang tussen verschillende instrumenten, de manier waarop ze elkaar kunnen versterken. En hierbij aan te sluiten bij de behoefte van het Team.

Ervaringsdeskundigen

Er is binnen de teams veel aandacht voor de kwaliteit van bestaan zoals die door cliënten wordt beleefd. Serieus genomen worden, eigen regie en deelnemen zijn belangrijk voor cliënten. Een regio benoemt hierin expliciet de belangrijke rol van ervaringsdeskundigen die cliënten actief ondersteunen op het thema 'eigen regie' en dit ook bij medewerkers en leerlingen onder de aandacht brengen.

Triple C

Deze methodiek/benaderingswijze is erop gericht dat ook mensen met een verstandelijke beperking met gedragsproblemen het gewone leven ervaren. Triple-C geeft medewerkers handvatten om in de soms weerbarstige praktijk van alle dag de juiste dingen op een goede manier te doen.

In 2015 is een aantal teams gestart met de basisscholing en coaching- on-the-job. In het jaarplan 2016 is opgenomen dat 5 pilots worden gestart met als doel dat werken volgens de uitgangspunten van Triple-C integraal onderdeel uit gaat maken van onze manier van kijken en werken bij cliënten met ZZP 7 en meerzorg. De ervaringen zijn positief.

“Door onze denkwijze van Triple C hebben wij veel VBM afgebouwd. De kinderen krijgen keuzemomenten i.p.v. dat er voor hun bepaald wordt wat er gedaan wordt. We zijn bezig met ‘waarom’ en ‘hoe vaak’. We kijken goed naar alternatieven, we bouwen evaluatiemomenten in.”
(Bron: teamreflectieverslag)

Teamreflecties

Teams zijn in ruime meerderheid (74%) tevreden over het thema Kwaliteit van bestaan (zie tabel 12).

Vooraf de samenwerking tussen verwanten, cliënten en medewerkers en de concrete acties die daardoor kunnen worden ingezet, leveren volgens hen een vergroting van kwaliteit van bestaan opleveren bij cliënten. AJHNV was hierin volgens verschillende teams een katalysator en heeft bijgedragen aan meer afstemming en openheid van team met verwanten.

Op meerdere plekken wordt gesignaleerd dat de thema's 'aansluiten bij woonwensen' 'deelname aan de samenleving' aandacht vragen. Dit blijkt ook uit de scores van BIT.

BIT wordt soms benoemd als omslachtig en administratief belastend; het beter benutten van BIT als dialoog instrument, geïntegreerd in de dagelijkse omgang met cliënten wordt als ontwikkelkans genoemd. Dit is een van de punten die worden meegenomen in de uitwerking van de aanbevelingen over verdieping van gebruik van BIT binnen Dichterbij.

Conclusie en ontwikkelkansen

Alle RVE's beoordelen dit thema met een 'groene duim'. Er is binnen de teams veel aandacht voor de kwaliteit van bestaan zoals die door cliënten wordt beleefd. En cliënten van Dichterbij zijn gemiddeld gezien tevreden over de Kwaliteit van Bestaan. AJHNV en BIT vullen elkaar aan. De samenwerking tussen verwanten, cliënten en medewerkers en de concrete acties die daardoor kunnen worden ingezet, leveren een vergroting van kwaliteit van bestaan op bij cliënten. Voor Dichterbij is een ontwikkelkans de samenhang tussen verschillende instrumenten inzichtelijk te maken en de manier waarop ze elkaar kunnen versterken. En hierbij aan te sluiten bij de behoefte van het Team (terugdringen administratieve en 'overleg'-ballast).

Op individueel niveau verdient het aandacht om samen met de cliënt en diens verwant te zoeken naar mogelijkheden om deelname aan de samenleving te bevorderen.

Voor Dichterbij ligt een ontwikkelkans in huisvestingsvraagstukken en het aansluiten bij woonwensen van cliënten.

Doorontwikkeling van BIT en verdieping van de wijze waarop het instrument binnen Dichterbij wordt gebruikt staat gepland voor de tweede helft van 2016. Een ontwikkelkans voor Dichterbij voor het bepalen van beleid, scholing etc. is de informatie die in het nieuwe ECD wordt vastgelegd te vertalen in relevante stuurinformatie in de BI omgeving (informatie over de domeinen waarop met cliënten resultaten en acties worden geformuleerd in het OP, informatie uit het evaluatieformulier in het ECD over tevredenheid over realiseren van deze doelen en de wijze waarop dit is gebeurd.) Hierover zijn nog geen afspraken gemaakt.



2.4 Kwaliteit van de relatie tussen cliënt en professionals

Dichterbij ziet de persoonlijke relatie tussen medewerker en cliënt als de basis van de professionele zorg en ondersteuning. Kenwaarden van een goede relatie zijn openheid, betrokkenheid, samenwerking en professionaliteit.

Op allerlei manieren komt het thema aan bod binnen Dichterbij, in de manier waarop we in de omgang met de cliënt aansluiten bij diens specifieke behoefte en ondersteuningsvragen, maar ook in AJHMV, of bij de invulling van medezeggenschap van cliënten en verwanten.

Signalen over hoe goed we erin slagen relatiegericht te werken en deze kernwaarden tot leven te wekken halen we bijvoorbeeld op uit het BIT, BIT-Verwant, overleg met cliëntenplatforms en de centrale cliëntenraad en uit de audits K&V, waar altijd met een cliënt en/of verwant wordt gesproken, uit signalen van de cliëntenvertrouwenspersonen en de klachtencommissie.

“Bij het afnemen van het BIT wordt het hele team betrokken. Als je het mij vraagt is succesvol verlopen. Dit heeft bewerkstelligd dat de relatie tussen professionals/klant/verwant is verSTEVIGd en meer vertrouwen en begrip gegeven.”
Bron: teamreflectieverslag



Ten aanzien van de scores BIT en BIT Verwant heeft Dichterbij als doel in 2016 om (op een schaal van 0-5) minimaal een tevredenheidsscore van 4 te behalen.

Enkele items die onderdeel uitmaken van BIT (cliënten) geven afzonderlijk zicht op de vraag hoe cliënten de kwaliteit van de relatie met de professionals beoordelen:

- Ik heb genoeg mensen om me heen waar ik bij terecht kan als ik hulp/advies nodig heb
- Ik heb genoeg mensen om me heen waar ik me bij thuis voel
- Ik heb invloed op de dingen die ik graag doe
- Ik maak eigen keuzes
- De signalen die ik geef worden opgepakt door mensen in mijn omgeving
- Er wordt geluisterd naar wat ik wil/mijn wensen
- Er wordt goed (met respect) met mij omgegaan
- Ik heb een plek voor mijzelf waar niet iedereen zo maar binnenkomt
- Ik stel de afspraken mee vast voor in huis/op het werk/op de dagbesteding

Uit de metingen blijkt dat cliënten en verwanten beiden zeer tevreden zijn over de kwaliteit van de relatie tussen de cliënt en de professionals. (zie tabellen 14 en 15). Cliënten beoordelen items als privacy, mogelijkheden voor hulp/advies en respectvolle omgang gemiddeld ruim boven de normscore 4.

Aandacht is nodig voor het mee kunnen opstellen van de afspraken in huis/op het werk/op de dagbesteding. De gemiddelde score is onder de vier en dalend over de periode van verslaglegging tot 3.6.

Verwanten zijn ook erg tevreden over de zorg en dienstverlening, gemiddeld een score van 4,3 (tabel 15). Vooral de mogelijkheid om zaken rondom zorg en ondersteuning aan de cliënt bespreekbaar te maken, en het contact met de begeleiders wordt sterk gewaardeerd.



Signalen serieus nemen

Naast de oordelen van cliënten en verwanten over waar men tevreden en minder tevreden over is, is het ook van belang deze signalen daadwerkelijk om te zetten in verbetering. Dit is een item waar tijdens de K&V audits op wordt getoetst. Over alle kwartalen zien we dat bij meer dan 95% van de audits een positief oordeel op het item 'Signalen van cliënten of ouders/verwanten en resultaten vanuit bijv. het BIT/BIT verwanten, worden gebruikt om de kwaliteit te verbeteren' (zie tabel 17).



Klachten cliënten

De klachtencommissie heeft in totaal 54 klachten behandeld in 2015 (tabel 18). Hiervan heeft een groot deel geen betrekking op het deel WLZ zorg binnen Dichterbij (32 klachten zijn afkomstig van cliënten van STEVIG waar met name de reorganisatie in 2015 in de FPA tot klachten leidde). In 2016 zijn in de eerste helft van het jaar 18 klachten ingediend. Analyse van de aard van de klachten uitgesplitst naar WLZ is niet mogelijk, de algemene top 3 van de aard van gegrond verklaarde klachten (tabel 18).

1. Het niet nakomen van afspraken
2. Bejegening en communicatie
3. Niet adequaat handelen

Iedere klacht wordt in de betreffende RVE opgepakt en indien van toepassing vertaald in maatregelen om de klacht op te lossen en te voorkomen in de toekomst.



Beroep op de cliëntenvertrouwenspersonen

In 2015 hebben 192 mensen een beroep gedaan op de cliëntenvertrouwenspersonen (CVP): 158 cliënten en 34 ouders/verwanten/vertegenwoordigers van cliënten. Hiervan was in 60% van de gevallen sprake van een cliënt/verwant van STEVIG (tabel 19).

Ook in het jaarverslag van de CVP wordt aangegeven dat de oorzaak van de stijging van het beroep dat in 2015 op de cliëntenvertrouwenspersoon werd gedaan hoofdzakelijk ligt bij de gevolgen van de reorganisatie. Bij ruim 60% van de gevallen ging het om een klacht, bij tweederde hiervan is het gelukt om samen met de cliënt of de verwant/vertegenwoordiger tot een oplossing te komen zonder dat de klacht voorgelegd hoefde te worden aan de klachtencommissie.

Analyse van de aard van de klachten uitgesplitst naar WLZ is niet mogelijk, de algemene top 3 van signalen bij de CVP over heel 2015 (geen cijfers bekend eerste helft 2016):

1. Bejegening door medewerkers
2. Vrijheidsbeperking
3. Regels

Teamreflecties

Teams zijn in grote meerderheid tevreden over de kwaliteit van de relatie cliënt (en diens verwant) en de professional (73%, tabel 16).

Dit blijkt ook uit de BIT scores van zowel cliënt als verwant en wordt ook bevestigd door een groot deel van de verwanten, die bij de teamreflecties aanwezig waren. Vooral de open communicatie en het bespreekbaar kunnen maken van onderwerpen, waar de verwant of de cliënt mee zit, zijn belangrijke positieve punten.

Ook positief is de rol van de persoonlijk begeleider/het maatje als iemand die regelmatig extra aandacht heeft voor de individuele cliënt en de communicatie met diens verwanten.

Het goed communiceren over het ondersteuningsplan en het waarmaken van de afspraken daarvan wordt op verschillende plaatsen door teams genoemd als een aandachtspunt. Dit zijn ook thema's die terugkeren in de top 3 van ingediende klachten. Dit thema kwam ook aan orde bij het onderdeel Zorgvuldig proces rondom de cliënt.

Methoden zoals Vlaskamp en Triple C worden door teams genoemd als ondersteunend om de kwaliteit in de relatie met de cliënt te waarborgen.

Ontwikkelkansen voor Dichterbij zijn scholingsmogelijkheden, die aansluiten bij de veranderende zorgvraag van de cliënten (dementie, ouder ordende cliënt, gedragsproblematiek) en scholing gericht op het inzetten van methoden zoals Vlaskamp en Triple C.

Als ontwikkelkans wordt veelvuldig het belang aangegeven van continuïteit in het team. Dit signaal komt ook terug in de feedback van verwanten in de auditrapportages van de K&V audits, en uit overleggen met de Cliëntenraad en cliëntenplatforms. Voor een goede relatie cliënt-professional is een voorwaarde dat er voldoende gelegenheid is dat deze relatie zich ontwikkelt.

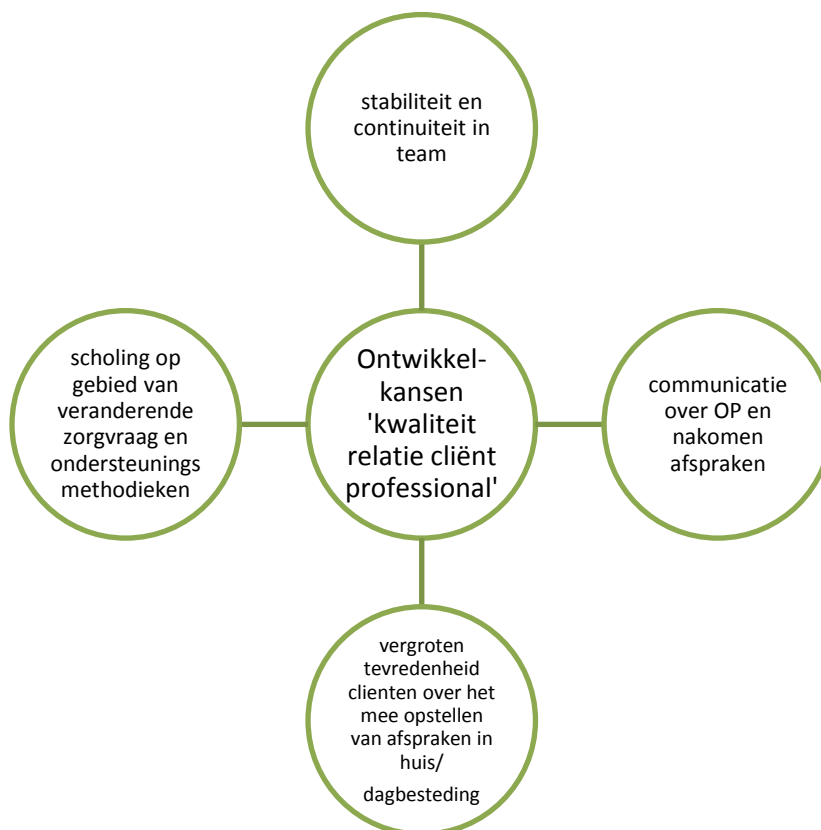
Conclusie en ontwikkelkansen

Alle RVE's scoren een 'groene duim'. Uit BIT cliënt en BIT Verwant, uit signalen van verwanten en de teamreflecties blijkt dat de tevredenheid over de kwaliteit van de relatie cliënt (en diens verwant) en de professional hoog is. De open en betrokken samenwerking met cliënt en verwant, het werken met maatjes zijn hierin belangrijke goede factoren.

Voor teams zijn het goed communiceren over het ondersteuningsplan en het waarmaken van de afspraken daarvan punten voor verdere verbetering. Uit de tevredenheidsscores blijkt verder dat aandacht nodig is voor tevredenheid van cliënten over het mee kunnen opstellen van afspraken in huis/werk/dagbesteding.

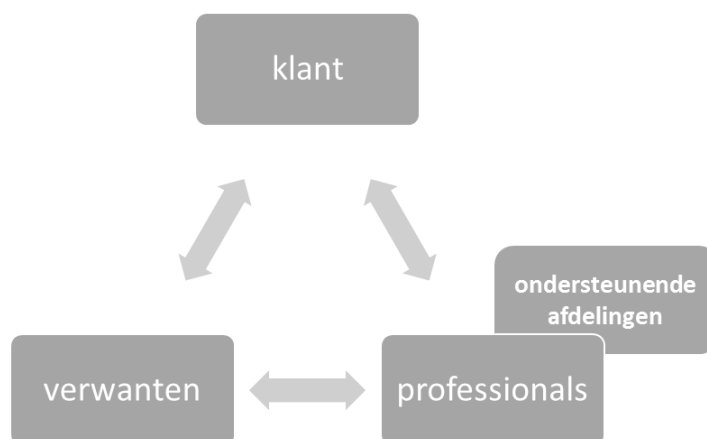
Een rode draad is het belang van continuïteit in het team. Dit signaal wordt uit diverse bronnen gehoord, zoals overleggen met de Cliëntenraad en cliëntenplatforms, AJHMV en de teamreflecties.

Ontwikkelkansen voor Dichterbij zijn verder scholingsmogelijkheden, die aansluiten bij de veranderende zorgvraag van de cliënten (dementie, ouder wordende cliënt, gedragsproblematiek) en scholing gericht op het inzetten van methoden zoals Vlaskamp en Triple C.



2.5 Succesvol werkproces binnen de teams

Binnen Dichterbij wordt momenteel zelforganisatie geïmplementeerd. De nieuwe teams zijn teams waarin zowel professionals als cliënt en verwant vertegenwoordigd zijn.



Afbeelding 3 Zorgdriehoek

De samenwerking tussen de professionals en de ondersteunende afdelingen is beschreven in hoofdstuk 6 'reflectie op interne samenwerking'.

In het jaarplan zijn verschillende projecten opgenomen die aan dit thema, zoals zelforganisatie, AJH MV, leiderschapsprogramma, klinisch redeneren en het medewerkersbetrokkenheidsonderzoek. Het laatste instrument is ook als KPI opgenomen (deze is nog niet genormeerd). Andere instrumenten zijn de klachtencommissie medewerkers en de vertrouwenspersonen, deskundigheid, verzuim/ verloop en de teamreflecties.



Zelforganisatie/ AJH MV

De implementatie van zelforganisatie wisselt per RVE, maar ook per team. Om de ontwikkeling van het team te monitoren, wordt gebruikt gemaakt van de team-o-meter.

Binnen de RVE's is het verschillend opgepakt. Bij RVE Oost is een theatervoorstelling 'Dichter bij mij' georganiseerd.



Afdeeling 4 Theatervoorstelling 'Dichter bij mij'

In RVE West is een verbindingsdag georganiseerd.

“De verbindingsdag vond plaats in het kader van zelforganisatie. “We wilden met de dag rol- en aandachthouders van de teams met elkaar verbinden en een verbinding leggen tussen zorgteams en medewerkers van de ondersteunende diensten”, zegt beleidsmedewerker Wim Remmen van de regio. “Zowel voor collega’s als voor vertegenwoordigers van klanten en verwanten. In deze fase van teamontwikkeling hebben we gekozen om ons vooral op medewerkers te richten, maar een volgende keer willen we ook nadrukkelijk klanten en verwanten betrekken.”

De methodiek van AJHNV ondersteunt de teams om met elkaar in gesprek te komen.



Deskundigheid

Er is veel aandacht voor de scholing/ coaching in het kader van de implementatie van zelforganisatie. Daarnaast is er veel aandacht voor de verplichte scholingen (BHV, BIG e.d.). Vanuit de RVE's wordt aangegeven dat er hierdoor soms te weinig ruimte is voor specifieke scholing, gericht op de doelgroep. Zoals scholing/ informatie over de ouder wordende bewoners en dementie. Ook is er behoefte aan meer kennis over bijvoorbeeld borderline, diabetes en verslaving. De achtergrond van de professionals is over het algemeen agogisch/ pedagogisch van aard.

Dit kan door kennis te vergroten bij de bestaande medewerkers, maar ook door hoger c.q. anders opgeleide medewerkers aan te trekken. En/ of de samenwerking met andere organisaties (specialisten of keten) op te zoeken.

Dichterbij wil een lerende organisatie worden. Verschillende signalen geven aan dat er op onderdelen nog onvoldoende van elkaar geleerd wordt. Dit heeft deels te maken met de

cultuur (eigen eilanden, zelf het wiel uitvinden), maar ook met de technische mogelijkheden (intranet/ Docutheek). Het project 'intranet' waarmee een sociaal intranet wordt gecreëerd, zal hier aan bijdragen. Ook de inrichting van het kwaliteitsmanagementsysteem zal gekanteld moeten worden om beter bij te kunnen dragen aan de ontwikkeling van zelforganisatie en de lerende organisatie (dit betreft niet alleen het aanpassen van de Docutheek).

Ook vanuit het leercentrum (HR-afdeling) wordt gesignaleerd dat we nog onvoldoende de leercirkels doorlopen. We blijven veelal hangen in het oppervlakkige (Hebben we de doelstelling behaald?), maar een laag dieper komen we niet altijd. Met vragen als:

- Wat vinden we van deze resultaten (ook al behalen we de doelstelling)?
- Passen deze resultaten binnen de visie?
- Wat vind ik hiervan als persoon? En wat vinden wij hiervan als team?
- Kunnen we deze resultaten koppelen aan andere informatie? Wordt deze ontwikkeling door andere informatie bekrachtigd of juist niet?
- Welke morele dilemma's herkennen we? Hoe kunnen we hier mee omgaan?

In het project Proeftuin is gestart met teamreflectie bij de meeste Wlz-woonteam. In het evaluatie- en borgingsplan worden de teamreflecties ingezet als instrument voor de leercirkels bij teams.

De directie, het management en de staf volgen een leiderschapsprogramma gekoppeld aan de nieuwe besturingsfilosofie.

Verzuim/ verloop

Ook de verzuim- en verloopcijfers zijn indicatoren voor een succesvol werkproces binnen teams.

Bij de verzuimcijfers valt het op dat de verzuimpercentages van de maanden in 2016 hoger zijn dan die van de vergelijkbare maanden in 2015 (zie tabel 21 in de bijlage). Drie RVE's vallen op vanwege hun relatief hogere verzuim. Het betreft de zorgregio Zuid en de ondersteunende afdelingen Communicatie & Marketing en HRM. Bij de laatste twee afdelingen is sprake van enkele langdurige zieken. Hierdoor worden op deze kleine afdelingen hogere % gescoord.

In 2015 hebben meerdere reorganisatierondes plaatsgevonden (centrale en decentrale overhead, management en STEVIG). Per 1 juli 2015 heeft Dichterbij de individuele begeleiding van WMO en Jeugdwet cliënten ondergebracht bij UniK. Dit betekende ook de overgang van een groot aantal medewerkers naar de nieuwe werkgever UniK.

Regio Noord-Midden scoort wat betreft het verloopcijfer in 2016 hoger dan de overige zorg RVE's. Het flexbureau met de flexmedewerkers vallen onder de ondersteunende afdeling Finance en Bedrijfsvoering: vandaar de grote aantallen. De tabel voor de verloopcijfers is terug te vinden in de bijlage.



Klachten medewerkers

Er zijn geen officiële klachten gemeld over deze periode bij de commissie klachten medewerkers.

De werkwijze van de klachtencommissie medewerkers en de vertrouwenspersonen medewerkers worden momenteel herzien.



Klinisch redeneren

De pilot projecten klinisch redeneren ondersteunen de teams in hun communicatie en afstemming. Het project heeft een start gemaakt.



Medewerkersbetrokkenheidsonderzoek

In het jaarplan is opgenomen dat dit onderzoek in 2016 uitgevoerd zal worden. Dit is reeds gebeurd. De resultaten zijn geanalyseerd en vervolgafspraken zijn gemaakt.

Teamreflectie

In de verslagen van de teamreflectie wordt bevestigd dat teams in verschillende fase zitten m.b.t. zelforganisatie. Ongeveer 2/3 van de teams is tevreden over dit thema (zie tabel 23 in de bijlage). De samenwerking in de driehoek (met cliënt/ verwant) wordt ondersteund door AJHMOV. Op steeds meer terreinen is er een bewustzijn om cliënt/ verwant erbij te betrekken, zoals bij brandoefeningen en de teamreflecties. De keerzijde hiervan is dat verwanten aangeven dat er soms een (te) groot beroep op hen wordt gedaan.

Communicatie en feedback zijn terugkerende thema's, waarbij de teams gebruik kunnen maken van methodieken zoals de Belbin-test, het kwaliteitenspel en de team-o-meter. De toegankelijkheid van informatie wordt ook regelmatig genoemd. De implementatie van het sociaal intranet zou hierin ondersteunend moeten zijn.

Conclusie en ontwikkelkansen

Gezien de reacties vanuit de RVE's lijkt het meer zelforganiserend werken meer werkplezier op te leveren. Medewerkers zijn trots op wat er bereikt is, erkennen ook dat er nog veel te doen is. Nog meer gebruik maken van elkaars kwaliteiten. De verreweg meest genoemde ontwikkelkans ligt op het gebied van communicatie, en dan vooral het feedback geven aan elkaar. Dit blijkt voor veel teams een heikel punt. Ook meer verdieping in het specifieke van de doelgroep waar men mee werkt wordt vaker genoemd (ouderenzorg, autisme etc.). Het zal nog aandacht vragen om teams zelf keuzes te laten maken in hun scholingsprogramma.

Vele projecten zijn al gestart die dit thema ondersteunen, zoals AJHMOV, zelforganisatie en klinisch redeneren. Uit alle informatie komen nog twee specifieke ontwikkelkansen:



Het betreft de mogelijkheid voor teams om scholing gericht op de doelgroep/ aandoening te volgen. Daarnaast het leren van elkaar dit wordt aangegeven in de teamreflecties als in de analyse van de andere instrumenten.

2.6 Onvrijwillige zorg

Dichterbij heeft beleid om het aantal VBM tot een minimum te beperken. Daar waar VBM nodig zijn, is het altijd het doel om af te bouwen. Hiermee sluit Dichterbij aan bij de maatschappelijke visie op VBM.

Vorig jaar is het project 'leven in vrijheid' uitgevoerd. Dit jaar is in het jaarplan ook doelstellingen rondom dit thema opgenomen. Namelijk het invoeren van de classificatie van Vilans m.b.t. VBM en vervolgens het toekennen van reductie-doelstellingen.



Leven in Vrijheid

Het project 'leven in vrijheid' heeft dit onderwerp extra in de schijnwerpers gezet afgelopen jaar. Veel teams geven aan actief bezig te zijn het afbouwen van vrijheidsbeperkende maatregelen (in zowel aantal als zwaarte van het middel). Nu is er meer aandacht voor de kleinere, vaak bijna verstopte beperkingen. Denk hierbij aan verschillende deuren op slot. Je ziet een beweging om hierin minder algemene maatregelen toe te passen, maar hierin meer genuanceerd en individueel te kijken. Bijvoorbeeld bij dwangmatig eetgedrag niet: gewoon alle kasten op slot, maar zo organiseren dat voedingsmiddelen alleen voor de betreffende cliënt onbereikbaar zijn.

Er is een groot bewustzijn ontwikkeld, waarbij hulpmiddelen vanuit bijvoorbeeld Vilans (Strokenspel, alternatievenbundel) gebruikt worden. Op het Ontwikkelplein is allerlei informatie toegankelijk gemaakt voor teams.

Ons team vindt niet dat we slecht omgaan met beperkingen. Echter, we zien soms veel meer kansen dan dat de omgeving (de wettelijke kaders) dat ziet. Dat is soms jammer en frustrerend omdat we niet dat kunnen doen, wat we zouden willen.

Een vervolgproject is het project 'vrij alert'. Deze applicatie heeft tot doel om de separatie van een cliënt zo kort mogelijk te houden. Dit wordt gerealiseerd door informatie met betrokkenen (zoals team, arts, verwant, gedragsdeskundige) in een app met elkaar te delen.



Project Vilans

In het jaarplan is het project voor de implementatie van de Vilans classificatie opgenomen. Deze classificatie is reeds uitgewerkt en kan meegenomen worden in de volgende release van het ECD.



Managementinformatie

Managementinformatie is geen instrument en ook geen project. Toch benoemen we het als apart onderwerp in deze rapportage. Het is namelijk gebleken dat er wel informatie in het ECD zit over VBM, maar dat deze niet op een transparante manier uit de BI-omgeving is te halen. De tabel in de bijlage is daarom leeg. Dit is ook gesignaleerd in het jaarverslag 2015.

Informatie die er wel is zijn de handmatige lijsten die bij de secretariaten van de RVE's maandelijks bijgehouden worden. Deze informatie is opgenomen in deze rapportage (tabel 24).

Teamreflectie

De teams bevestigen hetgeen hierboven is genoemd over het vergrote bewustzijn en ingezette vermindering/ afbouw van vrijheidsbeperkende maatregelen.

“Een cliënt wil eigenlijk later naar bed en heeft bij het naar bed gaan onze hulp nodig; maar wij zijn om half 11 afgewerkt, is dat dan ook vrijheidsbeperking?”

Er wordt aangegeven dat ze nog bewuster kunnen kijken naar de minder voor de hand liggende vrijheidsbeperkende maatregelen (zie quote hierboven). Ook wordt beschreven dat de registratie beter kan (dit is in lijn met de conclusie over managementinformatie).



Afbeelding 5 Woordwolk van teamreflectieverslagen op het thema onvrijwillige zorg

37% van de teams heeft dit onderwerp niet besproken tijdens de teamreflectie (tabel 25). Zij hadden ook de keuze om de meest relevante thema's te bespreken. Het is niet nagevraagd, maar de recente aandacht voor dit thema (vanuit het project 'leven in vrijheid') zal de reden zijn waarom het relatief veel niet besproken is.

Conclusie en ontwikkelkansen

Vanuit de RVE's worden geen andere ontwikkelkansen genoemd dan die al genoemd zijn (bewuster kijken naar minder voor de hand liggende VBM en de registratie).

Op het niveau van Dichterbij constateren we één belangrijk ontwikkelpunt, namelijk het ontsluiten van de informatie in het ECD in de BI-omgeving voor de betrokkenen.

2.7 Optionele onderwerpen teamreflectie

De Wlz-woonteam hadden tijdens de teamreflectie de ruimte om eigen onderwerpen te bespreken. Ongeveer 1/3 van de teams heeft hiervan gebruik gemaakt.

Thema's die met regelmaat besproken werden, zijn:

- Zelforganisatie;
- Samenwerking in de wijk met ketenpartners/ participatie met cliënt en verwant/vrijwilligers;
- Teambuilding/ communicatie;
- Roosteren;
- AJHNV.

2.8 Spiegelgesprekken RVE's

In twee RVE's (West en STEVIG) hebben spiegelgesprekken plaatsgevonden. Tijdens de spiegelgesprekken wordt het concept kwaliteitsrapport van de betreffende RVE door onafhankelijken 'gespiegeld'. In deze gevallen waren het de regionale adviesgroepen K&V die de verdiepende vragen hebben gesteld op het concept kwaliteitsrapport. Het doel hiervan is te komen tot een diepere leercirkel.

Conclusie en ontwikkelkansen

In het evaluatie- en borgingsverslag 'kwaliteitsrapportage' worden adviezen gegeven voor de doorontwikkeling en borging van het spiegelgesprek. Dit verslag zal later dit jaar besproken worden met de betrokkenen.

3. Reflectie op zelforganisatie

De RVE's mochten in hun kwaliteitsrapportage hun reflectie opnemen over dit thema. Enkele opmerkingen die gemaakt zijn:

- Enkele teams hebben al flinke stappen gezet. Andere teams zijn pas net gestart. Volgend jaar kan op dit thema beter gereflecteerd worden.
- Het constructief samenwerken met verwanten wordt door vrijwel alle teams als nodig en meestal ook als prettig ervaren. Hierin speelt ook vaak de afdeling expertise door middel van gedragsdeskundigen en AVG-arts een rol. Er wordt regelmatig geconcludeerd dat deze verbeterde samenwerking resultaat heeft en dat het ook gewoon leuk en plezierig is.
- Zelforganisatie wordt door de meeste teams als kans gezien om meer eigen regie te pakken. Men wil vooral uitgaan van wat er vanuit de teams zelf gedaan kan worden.
- Enkele teams vinden dat de organisatie hun teveel oplegt en daarmee weg houdt bij waar men eigenlijk mee bezig zou willen zijn.
- Binnen de regio is flink geïnvesteerd in het zelforganiserend werken van teams. In de zomer van 2015 zijn er met alle teams twee bijeenkomsten van 2,5 uur gehouden om met elkaar te stoeien over de inhoud van dit begrip. Ook wat eerste verkenningen hoe het zou werken. Hiermee zijn teams en managers aan de slag gegaan en we zitten nu midden in de ontwikkeling naar meer zelforganisatie. We zien in deze fase nog grote verschillen in de fases van zelforganisatie bij de diverse teams.
- Rust en geduld behouden waarmee het proces zich in de loop van de tijd kan ontwikkelen. Belangrijk is in de loop van het proces bij te sturen en aanpassingen doen op gedrag en situaties die zich voordoen en dit door de teams zelf wordt gezien en opgepakt
- In de RVE zijn afspraken gemaakt hoe de teams op weg gaan naar zelforganisatie. Het is op dit moment te vroeg om hierover te rapporteren.
- Volgend jaar kan op dit thema beter gereflecteerd worden. Op dit moment is het bewustzijn op dit thema nog onvoldoende op het netvlies bij de teams. Komende periode zal dit extra aandacht krijgen.

In hoofdstuk 2.5 'succesvol proces binnen de teams' is ook informatie te lezen over zelforganisatie.

Conclusie en ontwikkelkansen

De invoering van de nieuwe besturingsfilosofie en hiermee instrumenten als zelforganisatie en AJHMV zullen de komende jaren nog geborgd moeten worden. In zowel het jaarplan 2016 als het plan voor 2017 zijn specifieke projecten opgenomen om deze ontwikkeling te ondersteunen.

4. Reflectie op samenwerking met ketenpartners

De meeste RVE's hebben, dit jaar, nog niet gereflecteerd op dit onderwerp. Alleen STEVIG geeft specifiek aan dat er op het gebied van dagbesteding en woonprojecten mooie voorbeelden van samenwerking met ketenpartner zijn.

Conclusie en ontwikkelkansen

Hoewel Dichterbij veel aandacht besteedt aan de interne organisatie (zelforganisatie, reorganisatie) kunnen we niet anders dan lokaal aan te sluiten bij participerende projecten. De cliënten worden ouder en hebben een grote zorgvraag waardoor samenwerking met specialisten/ andere zorgorganisaties nodig is om de goede kwaliteit te kunnen blijven bieden. In het jaarverslag 2015 wordt dit onderschreven.

5. Reflectie op interne samenwerking

De invoering van zelforganiserende teams heeft tot gevolg dat de relatie tussen de teams in het primair proces en de ondersteunende afdelingen verandert. Laatsten zijn faciliterend aan de eersten. Deze omslag gaat niet zonder slag of stoot. De ondersteunende afdelingen moeten nog meer leren om vanuit de vraag te gaan werken. En het primair proces moet leren de vraag te stellen. Hierin is ook een verbinding te maken met de 'lerende organisatie' (zie 2.5).

In het jaarplan 2016 is m.b.t. de interne samenwerking een specifieke doelstellingen opgenomen, namelijk:

- meten van de interne klanttevredenheid;
- versimpelen van de administratieve processen en
- aanleveren van managementinformatie die afgestemd is op de behoeften van de gebruikers.

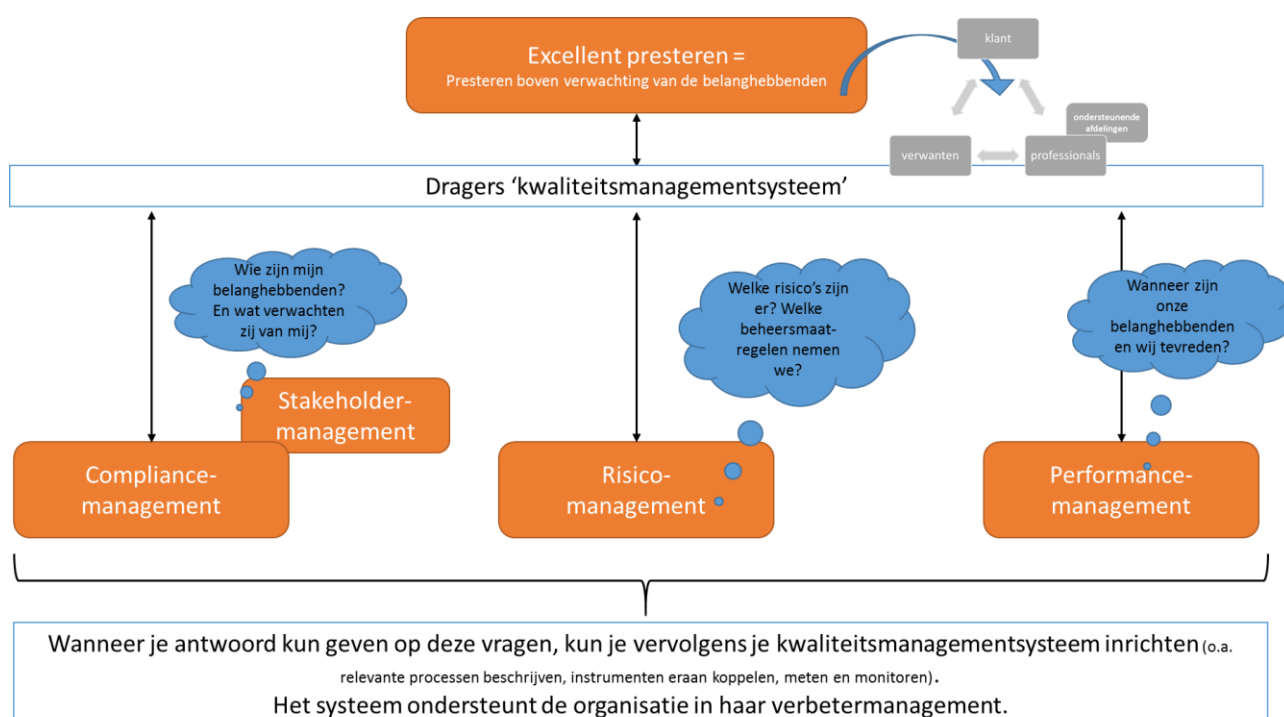
Vanuit de afdeling communicatie wordt gewerkt aan een sociaal intranet en een linking-pin netwerk om nog beter te kunnen samenwerken.

Conclusie en ontwikkelkansen

In aanvulling op de ontwikkeling van zelforganisatie en de lerende organisatie zal dit thema de komende jaren nog veel aandacht nodig hebben.

6. Reflectie op kwaliteitsbeleid

Door de nieuwe besturingsfilosofie gekoppeld aan de implementatie van zelforganiserende teams is ook geconstateerd dat het kwaliteitsmanagementsysteem niet meer past. Het huidige systeem, HKZ-gecertificeerd, wordt vooral geassocieerd met de Docutheek (documentenbeheer) en de HKZ-audits. Het afgelopen jaar is de nieuwe kwaliteitsvisie al vastgesteld:



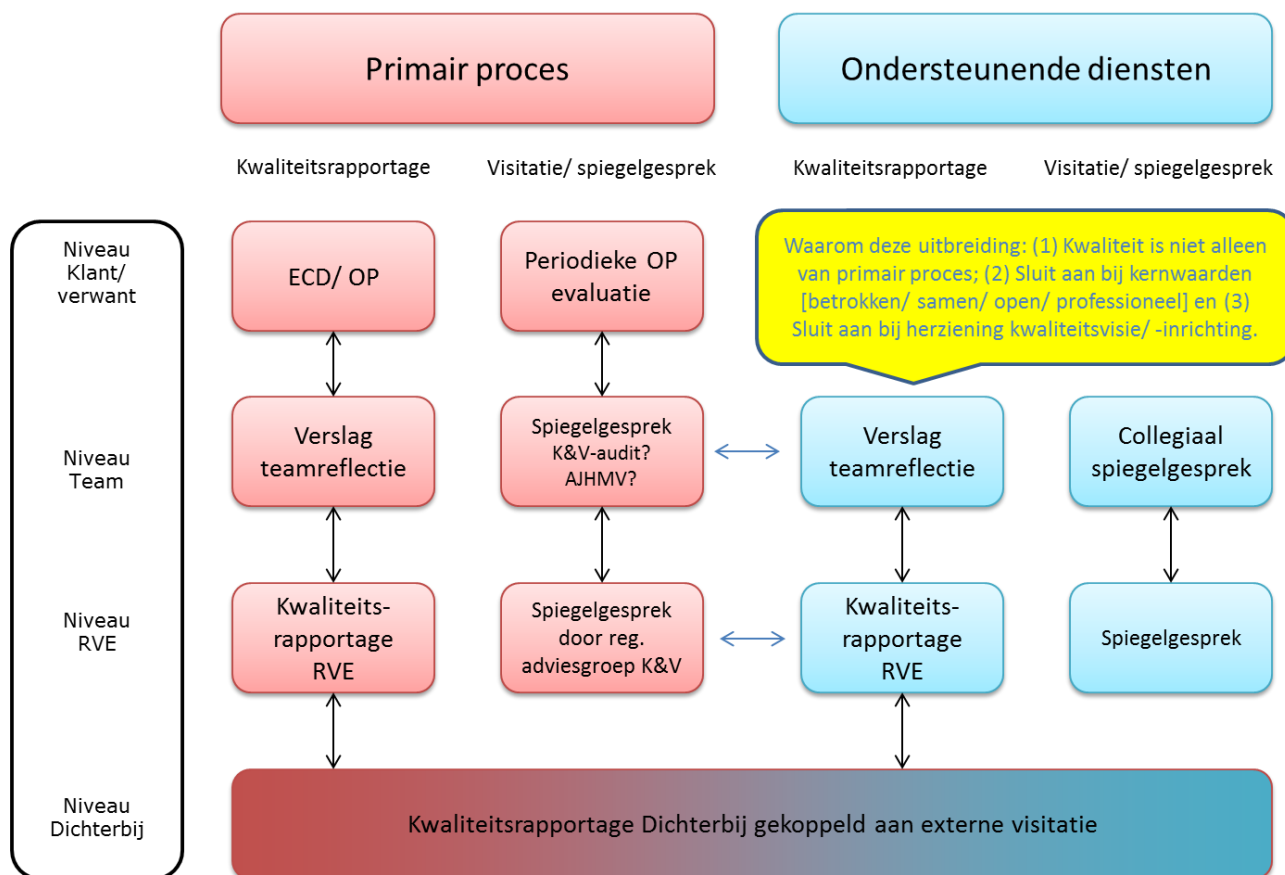
Afbeelding 6 Kwaliteitsvisie Dichterbij 2016

Het nieuwe kwaliteitsbeleid zal gebaseerd zijn op compliance-, stakeholder-, risico- en performancemanagement. Daarbij zullen de teams zoveel mogelijk werkruimte krijgen binnen de wettelijke en Dichterbij kaders. In het jaarplan 2016 zijn hiertoe al eerste voorzichtige stappen gezet die de komende jaren verder uitgewerkt zullen worden.

Ook het project 'Proeftuin' (vernieuwd kwaliteitskader) heeft een grote impuls gegevens in het actualiseren van het kwaliteitsbeleid. Twee belangrijke ontwikkelingen voor Dichterbij hierin zijn:

- Teamreflectie is ondersteunend aan de 'lerende organisatie' en
- De kwaliteitsrapportages zijn ondersteunende aan het samenvoegen en geïntegreerd analyseren van managementinformatie over de kwaliteit van zorg.

Hierbij wordt nauw samenwerking met andere projecten om de samenhang te blijven zien en houden. De gewenste door ontwikkeling van de Proeftuin is hieronder weergegeven.



Afbeelding 7 Doorontwikkeling proeftuin Kwaliteitskader

Op dit moment wordt gewerkt met verschillende kwaliteitsnormen/ -kaders, zoals HKZ, Keurmerk Gezinshuis, Kwaliteitsnetwerk De Borg, de justitiële verantwoording, FACT en het (vernieuwde) kwaliteitskader gehandicaptenzorg/ Proeftuin.

De meeste normen/ kaders worden extern getoetst. Voor alle getoetste normen/ kaders geldt dat Dichterbij positieve resultaten heeft behaald in deze periode. Tijdens elke toets zijn er signalen en soms zwaardere afwijkingen, maar deze zijn allemaal met positief resultaat afgehandeld.

Conclusie en ontwikkelkansen:

De ontwikkeling naar zelforganisatie maakt dat het huidige kwaliteitsmanagementsysteem niet meer optimaal is voor Dichterbij. Zowel in 2016 als in 2017 zijn en zullen projecten opgestart worden om de reeds vastgestelde kwaliteitsvisie verder uit te werken en borgen in bestaande methodieken/ afspraken van Dichterbij.

7. Vervolgafspraken

Het MT heeft deze rapportage besproken op 25 oktober 2016 en heeft de volgende vervolgafspraken bepaald:

Afspraak:	Verantwoordelijke:	Deadline:
Bijna alle benoemde ontwikkelkansen kunnen gekoppeld worden aan de onderwerpen in het concept jaarplan 2017 (deze koppeling is opgenomen in het document 'vragen aan MT bij bespreking concept kwaliteitsrapportage Dichterbij'). Deze voortgang wordt gemonitord middels de periodieke bespreking van de voortgang jaarplan 2017.	Directeur met aandachtsgebied kwaliteit (=directeur RVE Oost)	Gedurende 2017, evaluatie bij volgende kwaliteitsrapportage Dichterbij.
In het concept jaarplan 2017 is het volgende onderwerp opgenomen: 'teams hebben betere informatie ter beschikking die hun faciliteren in hun werkzaamheden'. In de kwaliteitsrapportages is op verschillende plekken geconstateerd dat de beschikbare managementinformatie (zoals OP, MIC, BIT, VBM en juridische status) onvoldoende aansluit op de wensen van de betrokkenen. De betreffende manager onderzoekt dit verder en neemt dit mee in het jaarplan-onderwerp.	Manager Control en Kwaliteit	Gedurende 2017
Onderzoeken waarom de MIM-meldingen niet in lijn lopen met de MIC-agressie meldingen. Werkafspraken maken die ervoor zorgen dat de doelstellingen uit beide instrumenten behaald worden.	Directeur STEVIG	Gedurende 2017
Borging van deze rapportage in de Planning & Controlcyclus (dit zal ook een onderdeel van het evaluatieverslag kwaliteitsrapportages dat momenteel opgesteld wordt).	Manager Control en Kwaliteit (in overleg met bestuurssecretaris en directeur West)	Eind Q1 2017

Naast de bespreking van de concept kwaliteitsrapportage is de proeftuin als project ook geëvalueerd⁶. De belangrijkste afspraken die hierin zijn gemaakt, zijn:

- Alle teams voeren 1x per kalenderjaar een teamreflectie uit (eerste leercirkel).
- Alle teams voeren een spiegelmoment uit op basis van de teamreflectie (tweede leercirkel).
- Alle teams rapporteren over de teamreflectie op een eenduidige manier, zodat deze gegevens geaggregeerd kunnen worden t.b.v. de kwaliteitsrapportages.
- Alle RVE's/ ondersteunende diensten maken een kwaliteitsrapportage waarin zij transparant zijn over de geboden zorg- en dienstverlening (eerste leercirkel).
- Alle RVE's/ ondersteunende diensten zorgen voor een spiegelmoment op de concept rapportage (tweede leercirkel).
- Dichterbij gaat uit van 'zero-rapportage' waardoor er alleen rapportages worden opgesteld als deze van meerwaarde zijn van de gebruiker.

In hoofdstuk 8 is een samenvatting opgenomen van de besprekingen met de stakeholders. Achter hun aandachtspunten is in een reactie van de projectorganisatie aangegeven wat ermee gedaan wordt.

De organisatie is zich ervan bewust dat de invoering van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg (proeftuin) een aantal jaren duurt. Hiermee leggen we de lat op korte termijn niet te hoog om realistische resultaten te kunnen behalen.

Deze voortgang wordt gemonitord middels de periodieke bespreking van de voortgang jaarplan 2017 en tijdens de volgende kwaliteitsrapportage (terugblik op vorige rapportage). De directeur met aandachtsgebied kwaliteit (directeur Oost) zorgt hiervoor.

⁶ Zie evaluatie- en borgingsverslagen 'proeftuin algemeen + teamreflecties' en 'kwaliteitsrapportages'.

8. Samenvatting terugkoppeling stakeholders

Conceptversie 4 van deze rapportage is besproken met de CR, de vijf Cliëntenplatforms, CR voorzittersoverleg, GOR, Adviescommissie K&V, RvT kwaliteitscommissie, Zorgkantoor en Inspectie⁷. Vanwege de leesbaarheid is gekozen om in dit hoofdstuk een samenvatting te plaatsen. De totale terugkoppelingen zijn in bijlage C opgenomen.

Alle stakeholders zijn tevreden over de eerste resultaten die de proeftuin voor Dichterbij heeft opgeleverd. De teamreflecties passen in de ontwikkeling van zelforganisatie. En de kwaliteitsrapportages laten een goede samenhang zien tussen de verschillende thema's.

Natuurlijk zijn er ook aandachtspunten benoemd door de stakeholders. Naast de kleine tips ter verbetering zijn er twee punten die meer aandacht behoeven:

- De onderdelen van de proeftuin (het Kwaliteitskader gehandicaptenzorg) in relatie brengen met de bestaande methodieken en inzichten. Met vragen zoals:
 - Hoe verhoudt de teamreflectie zich tot BIT, AJHNV, intervisie, K&V-audits, moreel beraad en andere instrumenten? → Reactie vanuit de projectorganisatie⁸: Voor het jaar 2017 staat dit als aandachtspunt op de agenda. Niet alleen is het noodzakelijk om medewerkers die onderlinge samenhang tussen instrumenten te laten zien. Maar ook de rol van de unitmanagers om teams hierin te ondersteunen en coachen vraagt meer aandacht. Inmiddels zijn er bijeenkomsten per RVE en ondersteunende afdeling geweest (ingepland) om met hen hierover in gesprek te gaan.
 - Welke rapportages komen te vervallen met de komst van de kwaliteitsrapportage? Welke positie heeft deze (inbedding in de beleidscyclus)? → Reactie van de projectorganisatie: Een van de adviezen die uit het evaluatiedocument kwaliteitsrapportages is overgenomen door het MT is de visie op 'zero-rapportage'. Vanuit verschillende ondersteunende afdelingen zal in dialoog met de teams/ betrokkenen onderzocht worden welke rapportages nodig en gewenst zijn. De komende jaren gaan we ons meer richten op alleen de nodige rapportages.
 - Wat is de positie van het HKZ-keurmerk naast het Kwaliteitskader? → Reactie van de projectorganisatie: Deze vraag zal in 2017 besproken worden met de betrokkenen.
- Het aanscherpen (door ontwikkelen) van:
 - De methode van analyse bij de kwaliteitsrapportages. Hebben we hiervoor de juiste hulpmiddelen en medewerkers (gaat richting data-analyse)? → Reactie van de projectorganisatie: In het MT overleg tijdens de bespreking van de evaluatie kwaliteitsrapportage is afgesproken onderzoek te doen naar de mogelijkheden hiervoor.
 - Het gebruiken van informatie uit andere bronnen, zoals gegevens over personeelsbeleid, verhuizingen van cliënten, onderhoud en calamiteitenrapportages e.d. → reactie van de projectorganisatie: In 2017 is dit

⁷ In maart 2017 vind nog een apart overleg met de Inspectie plaats alleen over de kwaliteitsrapportage. Hiervan komt een apart verslag.

⁸ Toelichting van de projectorganisatie eind februari 2017.

- een logische doorontwikkeling van het kwaliteitskader. De sjablonen voor de kwaliteitsrapportages zullen geëvalueerd en eventueel aangepast worden.
- Het uitbreiden naar ook de afdeling Expertise en andere ondersteunende diensten. → Reactie van de projectorganisatie: Het kwaliteitskader is inmiddels uitgebreid naar de hele organisatie. Dus ook Expertise en de ondersteunende afdelingen. Zij voeren ook teamreflecties uit en maken een kwaliteitsrapportage.
 - Het verkorten van de kwaliteitsrapportage verkorten qua omvang. → Reactie van de projectorganisatie: Dichterbij heeft verreweg het dikste kwaliteitsrapport in vergelijking met de andere 23 proeftuinorganisaties. De volgende rapportage zal beknopter geschreven worden.
 - De vervolgafspraken/ concrete acties van de kwaliteitsrapportage zijn beperkt (hoofdstuk 7). Er wordt alleen verwezen naar het jaarplan. → Reactie van de projectorganisatie: Bij een volgende rapportage zal hier meer aandacht aan geschonken worden.
 - Betrokkenheid van medewerkers en cliënten verhogen. In de proeftuinperiode is er vanwege de beperkte tijd, minder betrokkenheid van medewerkers en cliënten geweest dan verwacht. → Reactie van de projectorganisatie: Momenteel worden de regio's en de ondersteunende diensten actief benaderd om met hen in gesprek te gaan over het kwaliteitskader en welke ondersteuning zij hierbij wensen. Ook worden goede voorbeelden uitgewisseld (rol vanuit sociaal intranet).

In de afgelopen periode is de proeftuin geëvalueerd waarbij bovenstaande punten zijn meegenomen.

Bijlage A: Overzicht van de tabellen

In deze bijlage zijn alle tabellen opgenomen. Deze telinformatie ondersteunt het 'verhaal' in de voorgaande hoofdstukken. Het verdient de voorkeur om eerst de teksten in de hoofdstukken te lezen (vertelinformatie) en daarna eventueel de tabellen (telinformatie) te bekijken. De nuancering van de tabellen is namelijk in de tekst beschreven.

Tabel 'teamreflecties'

	Aantal Wlz-woonteam	Aantal uitgesloten Wlz-woonteam	Aantal geselecteerde teams	Aantal (%) uitgevoerd op 12 september ⁹
Dichterbij totaal	206	18	188	157 (84%)
Noord Midden	44	3	41	41 (100%)
Oost	71	2	69	53 (77%)
Zuid	34	1	33	28 (85%)
West	39	2	37	30 (81%)
STEVIG	18	10	8	5 (63%)

Tabel 1: % Wlz-woonteam dat een teamreflectie heeft uitgevoerd in 2016 (vanuit de Proeftuin)

⁹ Uitgevoerd = zowel het uitvoeren van de teamreflectie als het invullen van het verslag. Een aantal team moet het verslag nog invullen.

Tabellen 'zorgvuldig proces rond cliënten'

Aantal aangemaakte ondersteuningsplannen in het ECD			Aantal aangemaakte nieuwe dossiers in het ECD	
	1 februari 2016	13 juni 2016	1 februari 2016	13 juni 2016
Dichterbij	45	451	438 (20%)	1165 (52%)
Noord en Midden	-	145	94	298
Oost	-	61	124	273
Zuid	-	84	98	278
West	-	161	122	316
STEVI	Geen informatie gekregen uit de stuurgroep ECD			

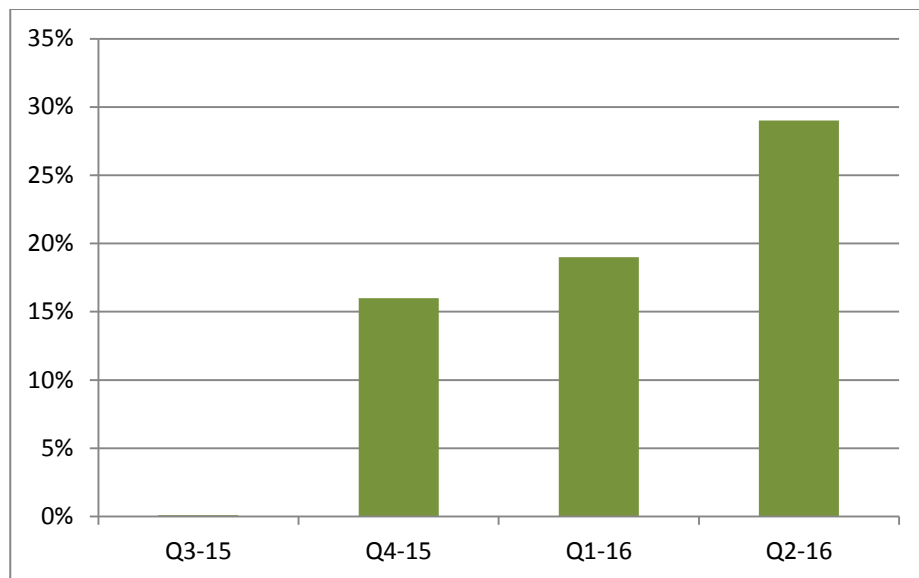
Tabel 2: Aantal aangemaakte OP's in het ECD & aantal aangemaakte nieuwe dossiers in het ECD

Zorgvuldig proces rondom Cliënten								
	Tevreden		Tevreden/ minder tevreden		Minder tevreden		Niet besproken	
Dichterbij	115	75%	12	8%	12	8%	18	11%
Noord-Midden	32	78%	3	7%	5	12%	1	3%
Oost	38	72%	2	4%	4	8%	9	17%
Zuid	19	68%	4	14%	2	7%	3	11%
West	22	73%	3	10%	1	3%	4	13%
STEVI	4		-		-		1	

Tabel 3: % tevredenheid over 'zorgvuldig proces rondom Cliënten' vanuit de teamreflecties 2016

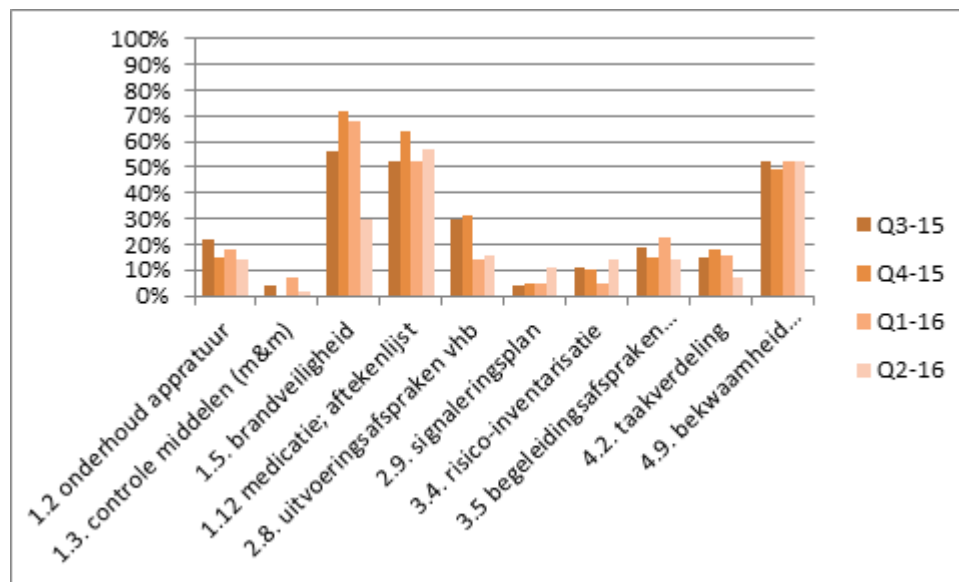
		2015-Q3	2015-Q4	2016-Q1	2016-Q2	totaal
Dichterbij	totaal aantal audits	27	37	44	44	152
	aantal audits OP niet actueel	2 (7%)	10 (27%)	13 (30%)	11 (25%)	36 (24%)
Noord-Midden	totaal aantal audits	5	6	10	13	34
	aantal audits OP niet actueel	1	3	4	2	10 (29%)
Oost	totaal aantal audits	10	8	9	11	38
	aantal audits OP niet actueel	1	3	3	3	10 (26%)
Zuid	totaal aantal audits	5	6	8	9	28
	aantal audits OP niet actueel	0	0	2	4	6 (21%)
West	totaal aantal audits	7	14	10	8	39
	aantal audits OP niet actueel	0	4	4	2	10 (26%)
STEVI	totaal aantal audits	n.b.	4	7	3	14
	aantal audits OP niet actueel	n.b.	0	0	0	0 (0%)

Tabel 4: Aantal K&V-audits waarbij geconstateerd is dat niet alle Cliënten een actueel OP hadden



Tabel 5: % K&V-audits waarbij het item 'het OP wordt jaarlijks geëvalueerd' niet in orde was

Tabellen 'zicht op veilige zorg'



Tabel 6: % onvoldoende score op risico-items in de K&V-audits

	2015	2016 (t/m Q2)	Stijging/ daling
Noord en Midden	2,48	2,30	Daling 7%
Oost	2,49	2,90	Stijging 16%
Zuid	1,46	2,24	Stijging 53%
West	2,46	1,94	Daling 21%
STEVIG	2,54	2,40	Daling 5%

Tabel 7: Gemiddeld aantal risico-items per K&V-audit

	2015-Q3	2015-Q4	2016-Q1	2016-Q2
Dichterbij	12 van de 27 (45%)	14 van de 39 (36%)	11 van de 44 (25%)	7 van de 44 (16%)
Noord-Midden	2 van de 5	2 van de 6	4 van de 10	3 van de 13
Oost	9 van de 10	4 van de 8	3 van de 9	0 van de 11
Zuid	1 van de 5	1 van de 6	0 van de 8	0 van de 9
West	0 van de 7	4 van de 14	2 van de 10	4 van de 8
STEVI	n.b.	3 van de 5	2 van de 7	0 van de 3

Tabel 8: aantal K&V-audits waarbij geconstateerd is dat niet alle medewerkers geïnstrueerd waren m.b.t. de Meldcode Huiselijk Geweld

	2015-Q3	2015-Q4	2016-Q1	2016-Q2
Dichterbij	3 van de 27 (11%)	9 van de 39 (23%)	9 van de 44 (20%)	10 van de 44 (23%)
Noord-Midden	2 van de 5	1 van de 6	3 van de 10	2 van de 13
Oost	0 van de 10	3 van de 8	2 van de 9	0 van de 11
Zuid	1 van de 5	1 van de 6	0 van de 8	2 van de 9
West	0 van de 7	3 van de 14	2 van de 10	5 van de 8
STEVI	n.b.	1 van de 5	2 van de 7	1 van de 3

Tabel 9: aantal K&V-audits waarbij geconstateerd is dat niet alle medewerkers de Meldcode Huiselijk Geweld konden hanteren

Categorie MIC ¹⁰	2 ^e helft 2015 Dichterbij	1 ^e helft 2016	Trend Noord-Midden	Trend Oost	Trend Zuid	Trend West	Trend STEVIG
Agressie – geweld (incl. MIC gedrag tot 23.11.15)	5856	5762	1408 naar 1455	2547 naar 2107	727 naar 777	822 naar 1102	352 naar 321
Diversen	549	718	126 naar 153	178 naar 183	104 naar 156	134 naar 204	7 naar 22
Inname gevaarlijke stoffen	2	2	0 van 0	0 naar 1	0 naar 0	2 naar 1	n.b.
Medicatie (incl. MIC 'medicatie fout' tot 23.11.2015)	1575	1399	363 naar 306	394 naar 364	363 naar 379	399 naar 324	56 naar 26
Onbekend	41	155	11 naar 42	11 naar 48	7 naar 28	11 naar 28	1 naar 9
Stoten - knellen - botsen	11	47	2 naar 7	3 naar 8	3 naar 19	3 naar 13	0 naar 0
Vallen	515	556	139 naar 135	160 naar 172	107 naar 117	108 naar 131	1 naar 1
Verbranden	3	14	1 naar 3	0 naar 4	2 naar 4	0 naar 2	0 naar 1
Vermissing	43	42	8 naar 25	5 naar 5	10 naar 2	17 naar 8	3 naar 2
Categorieën vervallen per nov 2015							
Beroepsmatig handelen	24						
Materiaal – middelen	111						
Seksualiteit	12						
Strafbare feiten	8						
Vervoer	5						
Totaal	8757	8695	Stijging 2%	Daling 14%	Stijging 7%	Stijging 19%	Daling 10%
Overige meldingen							
Meldingen bij IGZ	2	2	Van 0 naar 1	Van 1 naar 0	n.b. naar 0	1 naar 1	0 naar 0
Meldingen Incidenten Medewerkers	131	157	Van 67 naar 49	Van 16 naar 14	32 naar 55	15 naar 39	Van 1 naar 0

Tabel 10: Aantal en trend MIC-meldingen, MIM en IGZ-meldingen

¹⁰ Tot 23.11.2015 werden incidenten cliënten gemeld in 2 verschillende programma's nl. Cura en ReAct. Vanaf 23.11.2015 worden alle incidenten cliënten gemeld in Cura, gekoppeld aan het nieuwe ECD. Dit verklaart de verschillende categorieën in het overzicht.

	Tevreden		Tevreden/ minder tevreden		Minder tevreden		Niet besproken	
Dichterbij	101	71%	10	7%	13	9%	19	13%
Noord-Midden	29	71%	3	7%	4	10%	4	12%
Oost	29	71%	-	-	1	3%	11	27%
Zuid	19	68%	4	14%	5	18%	-	-
West	21	73%	3	10%	3	10%	2	7%
STEVIG	3	60%	-	-	-	-	2	40%

Tabel 11: % tevredenheid over 'zicht op veilige zorg' vanuit de teamreflecties 2016

Tabellen 'kwaliteit van bestaan' (BIT)

	Tevreden		Tevreden/ minder tevreden		Minder tevreden		Niet besproken	
Dichterbij	116	74%	9	6%	16	10%	16	10%
Noord-Midden	28	68%	1	3%	7	17%	5	12%
Oost	40	75%	1	2%	3	6%	9	17%
Zuid	20	72%	4	14%	4	14%	0	0%
West	26	87%	3	10%	-	-	1	3%
STEVIG	2	40%	-	0%	2	40%	1	20%

Tabel 12: % tevredenheid over 'kwaliteit van bestaan (BIT)' vanuit de teamreflecties 2016

	1 juli 2015	1 januari 2016 Dichterbij	1 juli 2016	Trend Noord- Midden	Trend Oost	Trend Zuid	Trend West	Trend STEIG
Lichamelijk welbevinden	3,9	4,0	3,9	4,0- 4,0 - 3,9	4,0 - 4,0 - 3,9	3,9- 4,0 -3,9	3,9 - 4,0 - 4,0	3,5 - 3,6 -3,6
Psychisch welbevinden	3,9	3,9	3,9	4,0 - 3,9 - 3,9	3,9 - 3,9 - 3,8	3,9 stabiel	3,9 stabiel	3,4 - 3,5 -3,4
Interpersoonlijke relaties	4,1	4,2	4,2	4,2 stabiel	4,1 - 4,2 - 4,1	4,1- 4,2- 4,2	4,1- 4,2 - 4,2	3,8 stabiel
Deelname aan de samenleving	3,5	3,5	3,5	3,4 - 3,4 - 3,6	3,4 - 3,4 -3,5	3,6 stabiel	3,6 - 3,5 -3,5	3,4 - 3,3 -3,2
Persoonlijke ontwikkeling	4,0	4,0	4,0	4,0 stabiel	3,9 - 3,9 - 3,9	4,0 stabiel	4,0 stabiel	3,5 - 3,6 -3,6
Materieel welzijn	4,1	4,2	4,2	4,2- 4,3 -4,2	4,2 - 4,3 - 4,2	4,2 stabiel	4,1 -4,2 - 4,2	3,7 stabiel
Zelfbepaling	4,0	4,1	4,1	4,1- 4,2-4,2	3,8- 4,0 -4,0	4,1 - 4,2 - 4,2	4,1 stabiel	3,5 - 3,5 -3,6
Belangen	4,1	4,1	4,1	4,1 stabiel	4,1 stabiel	4,1 stabiel	4,1 stabiel	3,9 - 3,8 -3,8
<i>Gemiddeld (RVE's peildatum juli 2016)</i>	4,0	4,0	4,0	4,0	3,9	4,0	4,0	3,6

Tabel 13: Score BIT op de domeinen van Schallock (0-5, 5 is maximaal)

Tabellen 'kwaliteit van de relatie tussen cliënt en professionals'

	1 juli 2015	1 januari 2016 Dichterbij	1 juli 2016	Trend Noord- Midden	Trend Oost	Trend Zuid	Trend West	Trend STEVIG
Ik heb genoeg mensen om me heen waar ik bij terecht kan als ik hulp/advies nodig heb	4,3	4,3	4,3	4,3- 4,5- 4,3	4,3- 4,2- 4,2	4,3 stabiel	4,2- 4,3- 4,3	3,9 - 3,8- 3,9
Ik heb genoeg mensen om me heen waar ik me bij thuis voel	4,2	4,2	4,1	4,1 - 4,3 - 4,1	4,2 - 4,2- 4,1	4,1 stabiel	4,2 stabiel	3,5 - 3,5- 3,0
Ik heb invloed op de dingen die ik graag doe	4,1	4,1	4,0	4,1 - 4,1 - 4,0	4,0 - 4,0- 3,9	4,1 - 4,2- 4,1	4,1 stabiel	4,1 - 4,9- 3,7
Ik maak eigen keuzes	4,1	4,0	4,0	4,2 - 4,2 - 4,1	4,0 - 4,1- 3,9	4,1 - 4,1- 4,0	4,1 - 4,1- 4,0	4,1 - 4,2- 4,3
De signalen die ik geef worden opgepakt door mensen in mijn omgeving	4,1	4,1	4,0	4, 1- 4,1 - 4,0	4,2 - 4,2- 4,1	4,1 - 4,1- 4,0	4,0 stabiel	4,1 - 4,1- 3,3
Er wordt geluisterd naar wat ik wil/mijn wensen	4,1	4,1	4,0	4,1- 4,1 - 4,0	4,2 - 4,2- 4,1	4,1 - 4,1- 4,0	4,2 - 4,2- 4,1	3,9 - 3,9- 3,7
Er wordt goed (met respect) met mij omgegaan	4,3	4,3	4,3	4,3 - 4,4 - 4,2	4,4 - 4,3- 4,3	4,3 stabiel	4,2 - 4,2- 4,3	3,9 - 3,9- 3,2
Ik heb een plek voor mijzelf waar niet iedereen zo maar binnenkomt	4,4	4,4	4,3	4,3 - 4,4 - 4,2	4,4 - 4,3- 4,3	4,4 - 4,5 -4,4	4,3 stabiel	3,8 - 4,1- 3,4
Ik stel de afspraken mee vast voor in huis/op het werk/op de dagbesteding	3,8	3,7	3,6	3,9 - 3,8 - 3,7	3,4 stabiel	3,8 stabiel	3,9 - 3,7- 3,7	3,5 - 3,4 -3,2

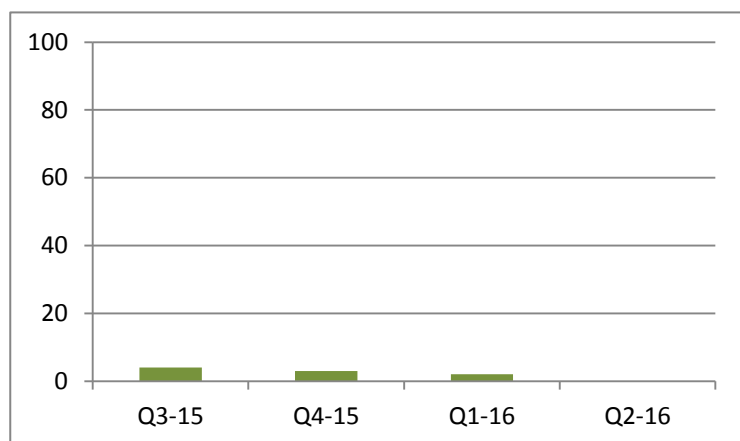
Tabel 14: Score BIT op vragen over interpersoonlijke relaties (0-5, 5 is maximaal tevreden)

	1 juli 2015	1 januari 2016 Dichterbij	1 juli 2016	Trend Noord- Midden	Trend Oost	Trend Zuid	Trend West	Trend STEVIg
Verzorgde indruk van de woon/werkomgeving	4,2	4,2	4,2	4,2 - 4,2- 4,3	4,5 - 4,4 - 4,3	4,2 stabiel	4,2 - 4,0 - 4,0	3,5 - 3,6- 3,6
Persoonlijke verzorging	4,2	4,2	4,2	4,4 - 4,3 - 4,3	4,4 - 4,4 - 4,3	4,2 stabiel	4,2 - 4,1 - 4,1	3,7 - 3,7- 3,8
Contact verwant/vertegenwoordiger met begeleiding	4,4	4,4	4,4	4,4 - 4,5- 4,4	4,6 - 4,5- 4,5	4,3 stabiel	4,4 stabiel	4,4 - 4,4 - 4,6
Voldoende informatie aan verwant/vertegenwoordiger over zorg/ondersteuning van Cliënt	4,3	4,3	4,3	4,4 - 4,4- 4,5	4,5 stabiel	4,2- 4,2 -4,3	4,3 - 4,2 - 4,2	4,4 - 4,3 - 4,5
Mogelijkheid tot bespreekbaar maken zaken rondom zorg en ondersteuning Cliënt	4,4	4,4	4,4	4,5 stabiel	4,7- 4,6 - 4,5	4,4 -4,5-4,5	4,4 stabiel	4,3 - 4,3 - 4,4
Uit werkwijze begeleiders blijkt visie op zorg en ondersteuning	4,3	4,3	4,3	4,5 stabiel	4,5 - 4,5 - 4,4	4,2 stabiel	4,4 - 4,3 - 4,3	4,1 - 4,0 - 4,1
<i>Totale tevredenheid (gemiddeld) (RVE's Peildatum 1.7.06)</i>	4,3	4,3	4,3	4,4	4,5	4,2	4,2	4,1

Tabel 15: Score BIT-verwant (0-5, 5 is maximaal tevreden)

Tevreden			Tevreden/ minder tevreden		Minder tevreden		Niet besproken	
Dichterbij	115	73%	9	6%	13	8%	20	13%
Noord-Midden	30	73%	2	5%	6	15%	3	7%
Oost	39	74%	1	2%	1	2%	12	23%
Zuid	21	75%	3	11%	3	11%	1	4%
West	22	73%	3	10%	2	7%	3	10%
STEVI	3	60%	-	0%	1	20%	1	20%

Tabel 16: % tevredenheid over 'kwaliteit van de relatie tussen cliënt en professionals' vanuit de teamreflecties 2016



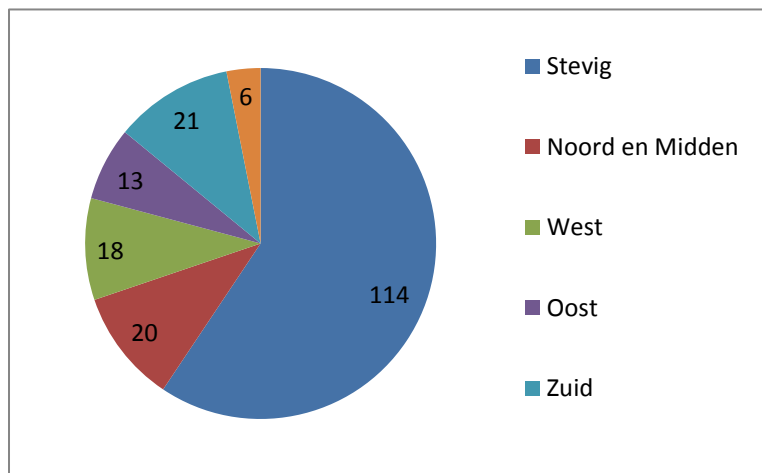
Tabel 17: % onvoldoende scores in de K&V-audits op item 4.5 'Kwaliteitsverbetering n.a.v. signalen cliënten en verwanten (BIT, BIT Verwant)'

	Aantal algemene klachten 2015	Aantal specifieke klachten (BOPZ) 2015	Totaal heel 2015	Aantal algemene klachten Q1 Q2 2016	Aantal specifieke klachten (BOPZ) Q1 Q2 2016	Totaal Q1 Q2 2016
RVE Noord en Midden	2	0	2	3	0	3
RVE West	5	0	5	0	0	0
RVE Oost	4	0	4	3	0	3
RVE Zuid	7	0	7	4	0	4
RVE STEVIG	32	0	32	7	0	7
Algemeen	0	0	0	1	0	1
RVE Extramurale zorg (tot 1 juli 2015)	4	0	4			
<i>Totaal</i>	<i>54</i>	<i>0</i>	<i>54</i>	<i>18</i>	<i>0</i>	<i>18</i>

Tabel 18: Aantal algemene en BOPZ-klachten in kalenderjaar 2015 en de eerste helft van 2016

	Niet nakomen van afspraken	Huisvesting Woon- omgeving	Bejegening en communi- catie	Vrijheids- beperking	Niet adequaat/ zorgvuldig handelen	Omgaan met gegevens	Overig
Heel 2015	19	1	13	1	12	5	4
Q1 Q2 2016	6	3	7	0	3	0	0

Tabel 19: Aard van de gegrond verklaarde klachten in kalenderjaar 2015 en de eerste helft van 2016



Tabel 20: Aantal keer dat er een beroep op de cliëntvertrouwenspersoon is gedaan per RVE in de periode kalenderjaar 2015

Tabel 'succesvol werkproces binnen de teams'

	2015												2016 t/m juni					
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06
Expertise	4,0%	4,3%	5,5%	4,8%	3,7%	3,6%	2,2%	1,4%	3,0%	2,8%	4,8%	4,3%	5,5%	6,9%	7,1%	6,8%	7,1%	6,5%
Regio Noord-Midden	7,3%	7,9%	7,1%	5,7%	4,4%	4,3%	4,3%	4,8%	5,7%	5,6%	4,9%	5,1%	5,9%	6,2%	5,3%	5,3%	5,5%	6,0%
Regio Oost	6,8%	7,7%	7,3%	7,3%	5,5%	5,1%	4,8%	4,7%	5,2%	6,0%	5,9%	6,6%	7,3%	8,1%	8,6%	7,6%	6,1%	6,0%
Regio West	7,9%	7,5%	7,4%	6,9%	6,4%	6,2%	4,9%	4,5%	5,2%	6,3%	7,1%	6,7%	7,5%	8,3%	7,8%	6,9%	6,7%	6,6%
Regio Zuid	6,4%	7,9%	7,2%	7,0%	6,0%	6,1%	4,8%	5,7%	6,9%	8,0%	7,9%	7,2%	8,5%	9,7%	10,3%	9,1%	7,9%	7,4%
STEVI	7,7%	8,5%	9,3%	7,1%	5,9%	7,6%	5,9%	6,8%	6,2%	7,3%	6,1%	5,6%	6,9%	6,6%	6,8%	6,3%	5,1%	4,3%
Zorgcentrale	8,1%	3,6%	2,3%	2,3%	4,0%	2,2%	3,4%	4,0%	4,0%	4,7%	4,2%	5,9%	5,6%	5,1%	6,6%	6,5%	6,4%	3,7%
Extramurale Zorg	11,8%	17,9%	18,2%	14,6%	2,4%	1,1%	0,8%	4,1%	6,0%	7,8%	11,8%	5,8%	0,6%	1,4%		2,1%		
Hoofdkantoor BS	1,9%	1,6%	2,2%	2,8%	2,7%	0,2%	1,0%	3,4%	2,8%	5,9%	4,4%	4,9%	5,2%	5,6%	7,0%	5,1%	4,5%	4,5%
Hoofdkantoor CenM	3,4%	4,3%	15,7%	16,4%	18,4%	21,1%	23,8%	23,4%	23,4%	23,4%	23,4%	27,6%	27,2%	25,1%	18,8%	15,1%	14,4%	8,2%
Hoofdkantoor Control	5,7%	3,1%	0,6%			2,3%				0,6%	0,9%			2,5%	11,9%	9,5%	8,3%	7,6%
Hoofdkantoor FenB	8,5%	9,2%	8,4%	9,3%	10,3%	9,9%	7,9%	5,6%	5,9%	7,5%	6,5%	9,5%	9,2%	8,5%	9,7%	7,8%	9,0%	7,1%
Hoofdkantoor HR	17,6%	15,7%	10,3%	3,8%	3,5%	0,5%	4,3%		1,7%	4,2%	3,2%	16,7%	14,1%	27,6%	28,7%	20,8%	19,0%	17,2%
Hoofdkantoor VG	4,2%	6,7%	7,8%	3,4%	0,2%	0,8%	2,8%	1,6%	4,9%	4,6%	4,0%	2,3%	0,8%	4,0%	2,8%	2,6%	1,9%	3,9%
Eindtotaal	7,0%	7,6%	7,4%	6,7%	5,6%	5,5%	4,8%	4,9%	5,5%	6,3%	6,2%	6,3%	7,1%	7,8%	7,9%	7,1%	6,4%	6,2%

Tabel 21: verzuimcijfers in % januari 2015 tot en met juni 2016

Uit dienst 2015	2015	2016 t/m september
Onbekend	19	
Expertise	32	18
Regio Noord/Midden	290	110
Regio Oost	159	75
Regio West	278	87
Regio Zuid	235	98
STEVI	94	34
Zorgcentrale	4	2
Extramurale Zorg	8	8
Hoofdkantoor BS	19	4
Hoofdkantoor CenM	3	0
Hoofdkantoor Control	6	0
Hoofdkantoor FenB	232	141
Hoofdkantoor HR	4	2
Hoofdkantoor VG	9	4
Eindtotaal	1392	583

Tabel 22: verloopcijfers 2015 en 2016 (tot en met september)

	Tevreden		Tevreden/ minder tevreden		Minder tevreden		Niet besproken	
Dichterbij	100	64%	12	8%	20	13%	25	16%
Noord-Midden	25	61%	2	5%	9	22%	5	12%
Oost	32	60%	5	9%	5	9%	11	21%
Zuid	19	68%	2	7%	3	11%	4	14%
West	21	70%	3	10%	3	10%	3	10%
STEVIG	3	60%	0	0%	0	0%	2	40%

Tabel 23: % tevredenheid over 'succesvol werkproces binnen de teams' vanuit de teamreflecties 2016

Tabellen 'onvrijwillige zorg'

	Jaarverslag M&M commissie 2015	1 juli 2015	1 januari 2016	1 juli 2016	Trend Noord- Midden	Trend Oost	Trend Zuid	Trend West	Trend STEVIG
Onvrijwillige opgenomen		Zoals ook in het jaarverslag 2015 is opgenomen, is het niet mogelijk om de juiste stuurinformatie te genereren uit de systemen. De meeste recente informatie is het jaarverslag van de M&M commissie (linker kolom). Zij halen hun informatie uit de registraties die handmatig worden bijgehouden.							
RM/ IBS/ RM op eigen verzoek	38 (+1 met TBS proefverlof)								
RM/IBS met dwangbehandelplan	9								
Cliënten art. 60 met dwangbehandelplan	37								
Vrijheidsbeperkende maatregelen									
Totaal artikel 39	132								
Zweedse banden	4								
Overige fixaties	68								
Afzonderen	48								
Separeren	31								
Overig, zoals kamer op slot, smeerpak, safespace, Zweedse band tijdens vakantie	8								
Onder dwang toedienen van vocht/voedsel/ medicatie	2								

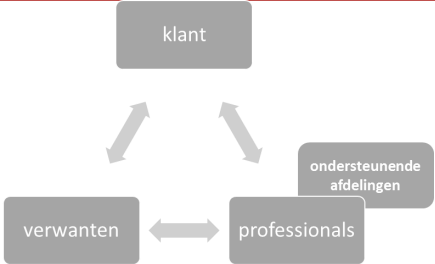
Tabel 24: Aantal en trend van de onvrijwillige opnames en soorten vrijheidsbeperkende maatregelen

	Tevreden		Tevreden/ minder tevreden		Minder tevreden		Niet besproken	
Dichterbij	89	57%	7	4%	4	3%	57	37%
Noord-Midden	21	51%	2	5%	2	5%	16	39%
Oost	27	51%	1	2%	1	2%	24	45%
Zuid	22	79%	1	4%	0	0%	5	18%
West	17	57%	3	10%	0	0%	10	33%
STEVI	2	40%	0	0%	1	20%	2	40%

Tabel 25: % tevredenheid over 'onvrijwillige zorg' vanuit de teamreflecties 2016

Bijlage B: Overzicht gebruikte termen/ afkortingen

Deze kwaliteitsrapportage is in eerste instantie bedoeld voor de interne organisatie om inzicht te hebben in hetgeen goed gaat en waar ontwikkelkansen liggen. In tweede instantie is deze rapportage bedoeld voor de externe stakeholders. In deze bijlage zijn de termen toegelicht die intern bekend zijn, maar wellicht niet voor externen.

Term:	Toelichting:
AJHMV	'Als Je Het Mij Vraagt' een methode om met cliënten/ verwanten in gesprek te komen over Cliëntwensen.
BI (omgeving/tool)	BedrijfsInformatie/ Business Intelligence/ managementinformatie
BIT	'Ben Ik Tevreden' de methodiek om de tevredenheid van cliënten en verwanten te meten.
CURA(web)	Softwareprogramma voor het ECD.
De Driehoek	
DVC	Dienstverlenend coördinator
ECD	Elektronisch Cliënt Dossier
HKZ-audit	Audit die uitgevoerd worden door HKZ-auditoren. Zij auditen vooral processen (en geen teams zoals de K&V-audits).
K&V (audit)	Audit Kwaliteit & Veiligheid: elk team wordt 1x per 2 jaar bezocht door K&V-auditoren.
KPI	Kritische Prestatie Indicatoren zijn gekoppeld aan het jaarplan.
Leven in Vrijheid (project)	Project in samenwerking met Vilans en collega-organisaties om de vrijheid van cliënten te verhogen door het verminderen van de vrijheidsbeperkende maatregelen.
MDO	Multi Disciplinair Overleg
Mextra	Elektronisch behandeldossier STEVIG
MIC	Melding Incidenten Cliënten
MIM	Melding Incidenten Medewerkers
Ontwikkelplein	Onderdeel van intranet waar hulpmiddelen voor de teams staan op verschillende thema's.
OP/ IOP/ BIOP	OndersteuningsPlan (onderdeel van het ECD)
Proeftuin (project)	Project om het Vernieuwde Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg te implementeren.
Quli	Programma waarmee cliënten/ verwanten in hun deel van het ECD kunnen. Tevens een communicatiemiddel tussen cliënt/ verwant en professionals.
Risico-item	Onderdeel van de K&V-audit waarbij sommige toetspunten als 'risico-item' worden gedefinieerd. Dit is gekoppeld aan de geldende wet- en regelgeving (m.n. op gebied van veiligheid en OP)
RVE	Resultaat Verantwoordelijke Eenheid
Schalock	Acht domeinen die tezamen 'de kwaliteit van bestaan' van cliënten

Term:	Toelichting:
(domeinen)	inzichtelijk maken.
Triple C (project)	Methodiek/ benaderingswijze die erop gericht is om mensen met een verstandelijke beperking en gedragsproblemen een gewoon leven te laten ervaren. Dichterbij is in 2015 hiermee gestart.
VBM	Vrijheidsbeperkende maatregelen
Wlz-woonteam	Teams die cliënten begeleiden vanuit de Wet langdurige zorg met een indicatie 'wonen'. Daarnaast zijn er ook indicatie voor behandeling en dagbesteding.

Bijlage C: aanvullende informatie t.b.v. externe stakeholders

Deze kwaliteitsrapportage is in eerste instantie bedoeld voor de interne organisatie om inzicht te hebben in hetgeen goed gaat en waar ontwikkelkansen liggen. In tweede instantie is deze rapportage bedoeld voor de externe stakeholders. In deze bijlage is aanvullende informatie opgenomen om deze stakeholders te voorzien van de basisinformatie, zoals besturingsfilosofie en kengetallen. Deze informatie komt uit het jaarverslag 2015.

A De besturingsfilosofie van Dichterbij

Dichterbij heeft als doel dat mensen met een verstandelijke beperking zo gewoon mogelijk leven, met een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven, op de manier zoals zij dat wensen. Alles wat we doen, iedere activiteit, iedere ondersteuning, iedere behandeling en ieder project doen we om dat te bereiken en daarmee onze Ode te realiseren. Het is onze ambitie en drijfveer tegelijk. Deze ambitie sluit aan bij het motto van de Wet langdurige zorg: met professionele zorg, zo thuis mogelijk. Onze professionele zorg en ondersteuning is aanvullend op de ondersteuning van het persoonlijk netwerk en zorg vanuit algemene voorzieningen en wordt in co-creatie met het netwerk geboden.

Zo gewoon mogelijk leven, op de manier zoals de cliënt wenst. Dat betekent dat de cliënt zelf –samen met verwanten- de regie heeft. Samen kijken we wat de cliënt zelf kan en waar zorg en ondersteuning nodig zijn. Dat doen we vanuit een professionele, slagvaardige en menslievende organisatie waarin iedereen zich kan ontwikkelen. Ondernemende en bevoegde medewerkers leggen in zelforganiserende teams de verbinding naar de maatschappij, centraal ondersteund door een effectief en efficiënt apparaat. Daardoor kan een zo groot mogelijk deel van iedere euro naar de zorg. Dát is het wenkende perspectief, daar gaan we naartoe. Met als randvoorwaarde een financieel gezonde organisatie, zodat de zorg toekomstbestendig is.

Dichterbij streeft naar meer zeggenschap voor cliënten en verwanten. Co-creatie is het uitgangspunt. Zowel op individueel niveau –in de driehoek cliënt, verwant, begeleider-, op lokaal niveau –in de zelforganiserende teams-, als op regionaal en centraal niveau met de cliëntmedezeggenschap en cliëntenpanels. Cliënten en verwanten denken ook mee bij het ontwikkelen van nieuw beleid en in projecten.

Onze Missie

De missie van Dichterbij is uitgewerkt in de Ode. Wij Ondersteunen mensen met een verstandelijke beperking en hun familie. Dat doen we met kennis en kunde en in samenwerking met andere partijen. Doel daarbij is dat kwetsbare burgers zoveel als mogelijk de regie over hun eigen leven voeren en zelfredzaam zijn. Of samenredzaam, met de hulp van familie, buurtbewoners en vrijwilligers. In onze manier van werken zijn de kernwaarden uit onze Ode herkenbaar: professioneel, samen, open en betrokken.

Onze Visie

In de Ode hebben we vastgelegd dat wij streven naar een ongedeelde samenleving. Een samenleving waar mensen met een verstandelijke beperking een volwaardige plaats hebben.

Waar ze in de wijken wonen, leven en werken of een zinvolle dagbesteding hebben. Waar ze zich ontwikkelen, hun talenten ontplooiën en eigen keuzes maken. Want dat geeft zelfvertrouwen. Van daaruit kunnen zij een bijdrage leveren aan de maatschappij. Aan de andere kant stimuleren we de samenleving om de mogelijkheden en talenten van mensen met een verstandelijke beperking te ontdekken en te benutten.

B De kengetallen van Dichterbij

Dienstverlening en werkgebied

Dichterbij ondersteunt mensen met een verstandelijke beperking in alle fasen en op alle domeinen van het leven: kinderen en jeugdigen, (jong)volwassenen en ouder wordende mensen. Dat doen we in het oostelijk deel van Noord-Brabant, het zuidelijk deel van Gelderland en het noordelijk deel van Limburg. Het gebied wordt omzoomd door de steden 's-Hertogenbosch, Eindhoven, Nijmegen, Venlo en Roermond. We werken nauw samen met de zorgkantoren Noord- en Midden-Limburg, Noordoost-Brabant en Nijmegen.

Via STEVIG bieden we onderzoek, diagnostiek en behandeling aan volwassenen met een lichte verstandelijke beperking die kampen met psychiatrische stoornissen en gedragsproblematiek. STEVIG is een van de vier erkende instellingen voor de behandeling van zogenoemde SGLVG-Cliënten. STEVIG heeft de provincies Noord-Brabant en Limburg als werkgebied. Ook heeft STEVIG een forensisch psychiatrische afdeling met 28 plaatsen, waarvoor afspraken zijn gemaakt met het ministerie van Justitie.

Aantal Cliënten

Kerngegevens Wlz: Cliënten/zorgverlening/capaciteit	2013	2014	2015
Aantal intramurale/semimurale Cliënten op 31 december	2.271*	2.212*	2.149*
Aantal werkelijke plaatsen op 31 december (capaciteit afspraak)	2.335	2.298	2.178
Aantal cliënten dagactiviteiten per einde verslagjaar (extramuraal)	1.058	976	441
Aantal verpleegdagen /bezettingsdagen in verslagjaar	850.725	818.969	786.685
Aantal uren extramurale zorg in verslagjaar	268.303	248.363	66.719
Aantal dagdelen extramurale zorg in verslagjaar	270.459	249.050	116.896
Totaal aantal uren/dagdelen extramurale productie in verslagjaar	538.762	497.413	183.615

*excl. plaatsen justitie

Kerngegevens Justitie	2013	2014	2015
<u>Intramuraal</u>	<u>Aantal dagen</u>	<u>Aantal dagen</u>	<u>Aantal dagen</u>
<i>Categorie</i>			
Verblijf op basis van ZZP indicatie	3.937	2.562	2.961
SGLVG+ behandeling	8.672	8723	8.675
<u>Extramuraal</u>	<u>Aantal uren</u>	<u>Aantal uren</u>	<u>Aantal uren</u>
<i>Categorie</i>			
Begeleiding	702	351	161
Behandeling basis SGLVG	2.478	3.757	3.651

Toelatingen

De toelatingen zien er als volgt uit:

Toelatingen in Cliëntplaatsen		Totaal toegekende plaatsen	waarvan specifiek plaatsen:		
			(J)LVG	SGLVG- verblijf	SGLVG- Behandeling
Totaal		2.525	7	348	72
*incl. 28 forensische plaatsen					
*Specificatie SGLVG (forensisch)	SGLVG behandeling				
	(forensisch)				
	28				
Totaal	28				

Aantal medewerkers

	2013	2014	2015
FTE	2.876	2.781	2.307
Dienstverband	4.948	4.827	4.004
Stagiair	638	598	484
Extern	20	29	52
Totaal dienstverbanden	5.606	5.454	4.540

	2013	2014	2015
Verzuim%	4,75%	5,11%	6,06%

Exclusief zwangerschap

Aantal dienstverbanden per provincie c.q. land

	Externen	Medewerkers	Stagiaires	Totaal
België		1		1
Duitsland		24	3	27
Drenthe	1			1
Friesland		1		1
Gelderland	9	500	79	588
Limburg	15	1638	148	1801
Noord-Holland	1	3	1	5
Noord-Brabant	13	1536	250	1799
Overijssel	3		1	4
Utrecht	6	4	2	12
Zeeland		1		1
Zuid-Holland	4	1		5
Totaal	52	3709	484	4245

C Nummer Kamer van Koophandel

Dichterbij is bij de Kamer van Koophandel geregistreerd onder nummer 16079866.

Bijlage C: Uitgebreide terugkoppeling stakeholders

In hoofdstuk 8 is een samenvatting van de terugkoppeling van de interne en externe stakeholders opgenomen. In deze bijlage is de gehele tekst/ notulen terug te vinden.

Clëntenraad voorzittersoverleg (14 november + 28 november)

Naast de bespreking van de rapportage in de Clëntenraad is gevraagd om deze ook te bespreken in het voorzittersoverleg. Hierbij is ook de familievereniging aanwezig.

De reacties vanuit het voorzittersoverleg waren de volgende:

- *Het onderwerp tevredenheid bij verhuizingen wordt gemist.*
- *Er is waardering dat zaken in samenhang worden gebracht.*
- *Er zitten veel dubbelingen in, advies is om deze er uit te halen.*
Daarnaast wordt geadviseerd deze thema's mee te nemen in bespreking van het IOP. Het moet op alle niveaus terugkomen.
Hoe wordt dit allemaal ingevuld door het team? Het BIT is bedoeld als dialooginstrument evenals de teamreflectie en als zodanig zullen er verwanten bij betrokken worden.
- *Hoe kunnen we als medezeggenschap de kwaliteit blijven monitoren gedurende de jaarlijkse beleidscyclus? Gaat er iets verschuiven? Middels deze kwaliteitsrapportage wordt er 1x per jaar achteraf verantwoording afgelegd, middels de bestaande kwartaalrapportage is deze te volgen. Daarnaast heeft Cassandra Verspeek (kwaliteitsfunctionaris) zitting in de commissie kwaliteit en veiligheid, waaraan ook Karel Rutter (verwant) en Jan Steenbergen deelnemen (verwant).*
- *MIC-meldingen: Wat doet Dichterbij met de punten, die hier uit voortkomen? Deze vraag hoort bij de Raad van Bestuur thuis.*
- *Zijn er vragen over kwaliteit dan kan het platform bij de directeur terecht en de Clëntenraad bij de Raad van Bestuur.*

De familievereniging heeft een schriftelijke reactie opgesteld die zij graag onder de aandacht brengen bij de medewerkers kwaliteit. De familievereniging kan deze reactie toesturen naar Jos van de Ven. Hij zal deze dan overdragen aan de medewerkers kwaliteit.

Na het voorzittersoverleg heeft nog een bijeenkomst op 28 november plaatsgevonden met enkele leden uit het voorzittersoverleg om nog dieper op de materie in te gaan. De twee belangrijkste vragen/ adviezen zijn met methodologische aard:

- *Hoe solide is de analyse van de kwalitatieve informatie? Zijn de analisten (veelal de beleidsmedewerkers) voldoende geschoold om met 'big data' en kwalitatieve informatie om te gaan?*
- *Zouden de duimpjes nog gewogen kunnen worden? Welke thema's wegen zwaarder dan andere thema's*

Clëntenraad (19 december)

De cliëntmedezeggenschap stelt het bijzonder op prijs dat zij vanaf de start betrokken is bij de ontwikkeling en tussentijdse terugkoppeling van de vorderingen die uiteindelijk geleid hebben tot vijf regionale kwaliteitsrapportages en één kwaliteitsrapportage voor heel Dichterbij (concernniveau).

Het voldoet aan de wens van de cliëntmedezeggenschap om één helder geschreven rapportage te ontvangen, waar naast de kwantitatieve gegevens nu expliciet de zogenaamde zachte cijfers zijn opgenomen. Vanuit het perspectief van de cliënt en verwant zijn dat met name de zaken die er toe doen en herkenbaar zijn.

De cliëntmedezeggenschap erkent dat voorliggende rapportages in de nabije toekomst op onderdelen voor verbetering vatbaar zijn.

1. De cliëntmedezeggenschap ziet dan graag dat ook de tevredenheid van cliënten bij interne verhuizingen wordt opgenomen in de rapportage.
2. Cliënten en verwanten ervaren overlap door het gebruik van de verschillende meetinstrumenten in deelprocessen die Dichterbij hanteert zoals Bit, OP, AJHNV, Teamreflecties, Audits, etc.. Uitzuivering en

- stroomlijning komt het geheel ten goede en voorkomt dat respondenten vragenlijst moe worden.
3. De cliëntmedezeggenschap verwacht in de nabije toekomst dat naast registratie meer aandacht komt voor analyse, verbetering en het samen delen.
 4. De cliëntmedezeggenschap pleit om Expertise meer te betrekken bij de teamreflecties.

De nieuwe kwaliteitsrapportages voldoen aan de verwachting van de cliëntmedezeggenschap. Het vormt de basis en voldoende potentieel om het verder door te ontwikkelen.

Gemeenschappelijke Ondernemingsraad (5 december)

Dichterbij heeft zich aangemeld bij de landelijke proeftuin 'vernieuwde kwaliteitskader' omdat het past bij de ontwikkelingen waar Dichterbij in zit. Veel belangrijke landelijke stakeholders zijn betrokken en ook binnen Dichterbij zijn veel medewerkers erbij betrokken.

De GOR vraagt waarom de medezeggenschap niet bij de proeftuin is betrokken. De GOR is geïnformeerd middels een presentatie tijdens de OV van 5 september 2016. RvB weet dat niet.

RvB geeft aan dat de proeftuin geen los project is maar gezien moet worden als versterking van het bestaande beleid rondom kwaliteit en veiligheid. GOR vindt als nieuw beleid en bestaand beleid worden gekoppeld dat de medezeggenschap in een eerder stadium moet worden meegenomen.

RvB laat weten dat het de bedoeling is dat de kwaliteitsrapportages van de verschillende RVE's met de MZ-platforms besproken worden en de centrale kwaliteitsrapportage met de GOR en CCR. Verder laat de RvB weten dat vooralsnog alleen de zorg-RVE's in deze kwaliteitsrapportage zijn meegenomen. RvB verwacht dat in de maand december wordt door de VGN voorgesteld om dit kwaliteitskader bij het zorginstituut te deponeren met als uiteindelijk doel om dit kwaliteitskader landelijk in te voeren. Door deelname aan de proeftuin hoefde Dichterbij in 2016 de bestaande kwaliteitspijlers niet in te vullen. Dichterbij heeft meer input gekregen vanuit de proeftuin dan uit de huidige kwaliteitspijlers.

GOR vraagt wat de formele rol van de medezeggenschap is rondom het kwaliteitskader. RvB antwoordt dat het een beslissing van de minister zal zijn en dat de kwaliteitsrapportage geen beleidsstuk is. Bestaand beleid omtrent kwaliteit en veiligheid is niet aangepast. De GOR geeft aan dat als bouwstenen van het kwaliteitskader die ook medewerkers aangaan, worden vormgegeven/geïmplementeerd binnen Dichterbij, de medezeggenschap graag hierover wil meedenken.

Teamreflectie wordt door de RvB gezien als een nieuwe belangrijke bron/pijler in de kwaliteitsrapportage om informatie op te halen. Teams hebben gereflecteerd op kwaliteit en zorg binnen het team en deze informatie is gebruikt voor de conclusies. Nu hebben alleen de woonteam meegedaan. In de doorontwikkeling worden ook dagbestedingsteams en teams van expertise en ondersteunende diensten meegenomen.

Het doel van deze kwaliteitsrapportage is om inzicht te krijgen in welke kwaliteit Dichterbij levert en welke veranderingen in gang zijn gezet. Daarnaast is het een interne verantwoording en om onszelf een spiegel voor te houden. Het is een rapport gericht op Dichterbij en daarna pas op externen. Wat is nieuw aan dit rapport? Alle inzichten zijn gebundeld in één rapportage i.p.v. meerdere rapportages. Verder bestaat dit rapport niet alleen uit harde cijfers maar zijn ook verhalen meegenomen, dus zowel tellen als vertellen. Daarnaast is de rapportageperiode aangepast want Dichterbij wilde de resultaten meenemen in het jaarplan 2017. Tenslotte is geëxperimenteerd met het spiegelen van de rapportages door in twee RVE's het MT een spiegel voor te houden omtrent de opgehaalde informatie.

In het rapport is per onderwerp beschreven wat goed gaat en wat kan worden verbeterd. Meeste verbeterpunten zijn in algemene zin verwoord. Het is lastig om in dit rapport op individueel en op teamniveau conclusies te trekken. Deze conclusies komen in de teamreflecties terug.

GOR geeft aan positief tegenover de kwaliteitsrapportage te staan. De bundeling van al die verschillende manieren om kwaliteit te meten geeft een samenhangend beeld. Verder vindt de GOR het ophalen van informatie, bij de medewerkers in de vorm van teamreflecties, een goede zaak. De GOR wil graag meedenken over doorontwikkelingen van de kwaliteitsrapportage, bijvoorbeeld over teamreflecties. En dan vooral over de vraag hoe je medewerkers het beste meeneemt in die doorontwikkelingen.

Op dit moment wordt er gewerkt aan een evaluatie waarin verschillende aspecten zoals besproken in deze overlegvergadering terugkomen. De verantwoordelijk directeur en medisch directeur zullen in de nieuwsbrief aandacht besteden aan de kwaliteitsrapportage en zal er een link geplaatst worden waardoor de medewerkers toegang zullen hebben tot de kwaliteitsrapportage van geheel Dichterbij en die van de RVE's.

Adviescommissie Kwaliteit & Veiligheid (19 december)

Opmerkingen

- 'Verwant' geeft aan dat het begrip klant wordt gehanteerd en dit ligt bij de cliënten erg gevoelig.
- Diverse leden van de adviescommissie vinden de rapportage erg lang. Er komt nog een verkorte versie.
- Tijdens de audits K&V komt naar voren dat medewerkers nu tussen twee systemen in werkten. Het overzetten naar het nieuwe ECD kost veel tijd.
- De samenhang tussen diverse kwaliteitsinstrumenten wordt inderdaad zichtbaar
- Dezelfde punten komen naar boven als de adviescommissie constateert: er is aandacht nodig voor veiligheid en de teams, punten die ook bij de audits K&V naar voren komen
- Mooi is dat de tevredenheid van cliënten en verwanten inzichtelijk is; het is voor het eerst dat BIT gegevens weergegeven worden

Conclusie is dat de rapportage de adviescommissie ondersteunt in haar rol, dat we nog moeten wennen aan de nieuwe vormgeving en wat we eruit kunnen halen.

Raad van Toezicht/ kwaliteitscommissie (12 december)

De rapportage is besproken in de kwaliteitscommissie van de RvT op 12 december.

De agendapunten kwaliteitsvisie- en inrichting en kwaliteitsrapportage worden gelijktijdig behandeld. C. Verspeek licht een en ander toe aan de hand van een beeldpresentatie en beantwoordt vragen naar aanleiding hiervan.

De kwaliteitsrapportage is opgesteld door mw. Verspeek en mw. Quaijtaal. Zij hebben binnen de organisatie veel informatie opgehaald en daaruit een rode draad gefilterd. Om alle juiste informatie te verkrijgen is er veel overleg geweest met dhr. Van Vugt, dhr. Peters, dhr. Van Geffen, de stuurgroep en de projectgroep proeftuinen en de adviescommissie kwaliteit en veiligheid.

De uitgebreide bespreking wordt puntsgewijs weergegeven.

- Algemeen:
 - * De rapportage is eerder ingezien door dhr. Stuyt en mevrouw Hidding in het kader van het inspectiebezoek.
 - * Welke leerpunten worden geformuleerd en hoe ga je ermee aan de slag in de organisatie. En hoe worden de leerpunten opgevolgd.
- Het rapport is expres wat explicieter neergezet. Derhalve zijn de uitgebreide beschrijvingen bewust niet meegenomen in het rapport. Dit is in eerste instantie voor onszelf en vervolgens voor externe verantwoording.
- De teams zijn de basis; zij hebben de reflecties gedaan.
- Het is de bedoeling om dit rapport als doorlopend document te gebruiken.
- De rapporten van de RVE-en zijn mede input voor het Dichterbij-breed rapport. Er is informatie verzameld op basis van conclusies van de RVE-en en thema's Dichterbij-breed. Dit is ook getoetst in het MT; vervolgens gaat het om de borging van het geheel.
- Het is een breed gedragen en herkenbaar rapport geworden.
- Er wordt vanaf nu feedback georganiseerd, zowel Dichterbij-breed alsook op RVE-niveau. De RvB doet een oproep aan cliënten en verwanten om contact op te nemen met teams/dvc-en over de teamreflectie. Er moet wederzijdse herkenning ontstaan.
- De kwaliteitsrapportage is nog steeds in concept. Er volgt nog een samenvatting per hoofdstuk.
- Een aantal aandachtspunten zijn op alle niveaus besproken. Een aantal aandachtspunten waren niet verplicht, maar zijn wel meegenomen op RVE-niveau. De reden hiervoor was dat we niet alles tegelijk wilden doen in 2016.
- Onderlinge reflectie is van belang en is niet vrijblijvend.

- Zorgvisie en kernwaarden zijn herkenbaar. Deze leven overal maar zijn niet in alle teamreflecties expliciet aan de orde geweest.
- Dichterbij moet goed nadenken over hoe abstracte thema's bespreekbaar te krijgen.
- Zicht op veilige zorg; hier valt meer uit te halen dan tot nu toe gebeurt. Hierop moeten we beter inzetten en het beter laten aansluiten bij de praktijk.
- Kwaliteit van bestaan; deze manier van analyseren geeft een beter inzicht op de onderliggende informatie.
- Kwaliteit relatie cliënt – professional; deze uitslag komt uit de teamreflecties en de scores van de tevredenheidsonderzoeken. Het is al enkele jaren een topic binnen Dichterbij. Verbeterpunt hierbij is de samenhang tussen o.a. BiT en AJHNV.
- Het werkproces blijkt succesvol en toont een positieve ontwikkeling. Teams kunnen nog wel leren van elkaar. Met name leren op het gebied van zelf- organisatie.
- Onvrijwillige zorg; bewustwording van belang. Dit is ook goed zichtbaar in de teamreflecties. Hiervoor is nog te weinig aandacht. Dit onderdeel is nog onvoldoende opgenomen in de BI-omgeving.
De bedoeling is om hierin nog een schaalverdeling te maken zodat beter te zien is hoe een en ander verandert; dat geeft een beter beeld.
- Externe stakeholders zijn van belang voor de organisatie. Ga met je bevindingen naar buiten. Laat weten waar je als organisatie mee bezig bent.
- Spiegelreflectie is/wordt ook een onderdeel van de teamreflectie. Elk team houdt een teamreflectie, maar moet er ook voor zorgen dat het een externe reflectie krijgt.
- Dhr. Stuyt en mw. Hidding willen dit onderwerp graag op deze manier aan de orde hebben in een eerstvolgend overleg van de RvT in 2017. Daarvoor zullen mw. Verspeek en een directeur (mw. Booi) worden uitgenodigd.
- Bij een bijeenkomst van de VGN is gebleken dat de gehandicaptensector vóór vooruit loopt hiermee.
- Proeftuinen gaan in procedure om als landelijke veldnorm te gaan gelden per 01-04-2017.
- Mooi dat ook de kant van de cliënt in het rapport is meegenomen. Met name het onderwerp veilige zorg is een punt. Dat betekent veel werk voor de teams en is ook een blijvend aandachtspunt van de teams.
- Volgend jaar willen we niet meer spreken over het project proeftuinen, maar dit verbinden aan kwaliteit, zelforganisatie en koppelen aan het inzetten van de juiste instrumenten om te komen tot goede zorg. Waarom doen we dit en waar moet het aan bijdragen. Tevens vindt een koppeling met de audits plaats.
- Afstemming op de jaarplancycclus; in januari 2017 komt dit aan de orde in het overleg RvB-MT. De borging en het advies van de methodiek worden dan besproken.
- Het moment van rapporteren is niet van belang, maar wél dat het elk jaar moet gebeuren.
- Dit blijkt een kanteling waarin zichtbaar is geworden dat dit teams gaat helpen. Voorkomen moet worden dat men ervaart dat zaken dubbel gedaan moeten worden. Het is van belang de samenhang (AJHNV, audits, teamreflectie) goed inzichtelijk te maken..
- Kwaliteit gaat vóór snelheid.
- Thema's die gemist worden/wellicht meer aandacht behoeven:
 - calamiteitenrapportages
 - thema-audits
 - externe stakeholders
 - HKZ; Dichterbij beraadt zich of we hiermee willen doorgaan.
- Complimenten van de leden van de RvT over de voortgang, de gedane werkzaamheden en de stand van zaken.

De leden van de RvT benadrukken nogmaals dat Dichterbij hiermee naar buiten moet treden. Zorg voor goede communicatie, dat is van belang voor de organisatie.

Zorgkantoor (7 december)

Zorgkantoren VGZ beoordeelt de inhoud van de rapportage vanuit het landelijk Inkoopkader Langdurige Zorg, aangevuld met de VGZ-inkoopprocedure Langdurige Zorg.

We stellen vast dat Dichterbij in het rapport een zelfanalyse weergeeft op thema's die een beeld bieden van de geleverde kwaliteit van zorg en hoe Dichterbij de organisatie daarop heeft ingericht. De thema's sluiten grotendeels aan bij de uitgangspunten die het zorgkantoor hanteert, te weten de 3 kwaliteitsniveaus waarop de zorg en begeleiding van cliënten zich afspeelt: basiszorg, persoonsgerichte zorg en samenwerking in zorg en welzijn (ten behoeve van de cliënt). Het rapport geeft helder weer welk model Dichterbij heeft gebruikt om tot een gedegen analyse te komen. Het zorgkantoor vindt het waardevol dat de resultaten zowel organisatie breed als per RVE/Regio

worden weergegeven.

De "input" die gebruikt is bij de analyse is logisch samengesteld; enkele aspecten worden onvoldoende belicht, zoals de uitkomsten van het Medewerkersbetrokkenheidsonderzoek, teamreflectie en de samenwerking in zorg en welzijn. Daarnaast is ons onvoldoende helder in hoe en welke mate de Cliëntenraad bij de totstandkoming van het rapport is betrokken.

In hoofdstuk 7 van het rapport worden de vervolgspraken weergegeven die zijn gemaakt op basis van de conclusies en aanbevelingen uit de eerste 6 hoofdstukken. We constateren dat de conclusies en aanbevelingen gebaseerd zijn op onderzoeken die, vanwege de beperkte tijd, slechts gedeeltelijk zijn afgerond. Hiervoor dient oog te zijn in de verdere procedure. Daarnaast bieden de vervolgspraken uit hoofdstuk 7 ons onvoldoende zicht op concrete acties en monitoring van resultaten, die inzicht geven aan het primaire doel: wat leveren de verbeteracties op voor de cliënt en hoe laat je zien dat de zorg aan de cliënt is verbeterd?

Wij gaan er vanuit dat u bij de nadere vormgeving van de kwaliteitsrapportage rekening houdt met onze opmerkingen en de landelijke afspraken over het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg.

Voor eventuele vragen kunt u contact met mij opnemen.

Met vriendelijke groet,

*Ook namens Jessica Diepenhorst,
Frans Erps
Zorginkoper Wlz*

*Regio Zuidoost
Zorgkantoren Coöperatie VGZ*

Inspectie voor de Gezondheidszorg (30 november)

De rapportage van het gesprek met de Inspectie is nog niet ontvangen¹¹. We hebben in onze interne communicatie wel het volgende teruggekoppeld over het bezoek:

De Inspectie vraagt voorafgaand aan een bezoek vaak veel informatie op. Deze informatie is toegestuurd in de vorm van het concept-kwaliteitsrapport zoals dat in het kader van het landelijk project Proeftuinen is opgesteld. Hiermee heeft de Inspectie in plaats van de gebruikelijke lijstjes met cijfers een goed beeld kunnen krijgen van de waar we mee bezig zijn. Met name de rapportage van de reflectiegesprekken die in de zomer hebben plaatsgevonden geven een mooi beeld. Een goed evenwicht tussen tellen en vertellen.

Vanuit deze rapportage viel het de Inspectie op dat Dichterbij veel instrumenten en initiatieven heeft. Een constatering die veel medewerkers ook al hebben gedaan. Het zal noodzakelijk zijn om alle zaken die er nu spelen, met elkaar te verbinden en snel afscheid te nemen van systemen en registraties die ons niet meer helpen en als ballast worden ervaren.

Daarnaast is er gesproken over inhoudelijke thema's, zoals het 'toenemend gebruik van moreel beraad' wanneer het moeilijk is om een goed evenwicht te vinden tussen kwaliteit van leven en veilige zorg. Maar ook 'medicatieveiligheid', 'vrijheidsbeperking' en 'contracten met onderaannemers'. Laatst onderwerpen verdienen meer aandacht in de vorm van ontsluiting van de cijfers (vrijheidsbeperking) en het evalueren van de overeenkomsten met de onderaannemers. Ten slotte is kort stilgestaan bij de deelname van Dichterbij bij het verkennen van een nieuwe manier van toezichthouden (SOFI) en over het extern voorzitterschap bij de incidentencommissie. De Inspectie waardeert de deelname hieraan.

¹¹ In maart 2017 zal een apart overleg met de Inspectie plaatsvinden dat geheel in het teken staat van de kwaliteitsrapportage. Hiervoor wordt een apart verslag opgenomen, dan vervolgens weer meegenomen wordt in de komende kwaliteitsrapportage.

Alle gesprekken zijn in goede en constructieve sfeer verlopen en naar verwachting zal er over een jaar opnieuw een gesprek met Dichterbij plaatsvinden.

Raad van Toezicht (13-02-2017)

Welkom aan mevr. Booij en mevr. Verspeek.

Samenvatting: In de vergadering van 21 november bent u geïnformeerd over het proces inzake de proeftuin kwaliteitskader. Een van de onderdelen van de proeftuin, de kwaliteitsrapportage, is inhoudelijk besproken in de vergadering van de Kwaliteits-commissie van de raad van toezicht d.d. 12 december 2016. N.a.v. de mondelinge terugkoppeling hiervan door de kwaliteitscommissie in de raad van toezicht van 12 december 2016 zal nu de kwaliteitsrapportage aan de hand van een presentatie worden toegelicht.

- Deelname aan de proeftuin kwaliteitskader sluit aan bij de besturingsfilosofie van Dichterbij.
- De kwaliteitsrapportage is tot stand gekomen op basis van rapportages van de verschillende RVE's en dus van onderop opgebouwd. De rapportage is besproken met MT, GOR, CR, de Adviescommissie Kwaliteit & Veiligheid en de kwaliteitscommissie van de raad van toezicht. Tevens is de rapportage besproken met het zorgkantoor en de inspectie.
- 6 Landelijke thema's zijn gekozen als kapstok voor de rapportage. De rapportage is primair voor de eigen organisatie geschreven met de doelstelling te leren en verbeteren. De "duimen" zijn toegekend op basis van (interne) weging van de opgehaalde gegevens. Door het analyseren en in samenhang bezien van beschikbare gegevens, wordt betere stuurinformatie verkregen.

Overwegingen:

- De kwaliteitscommissie van de RvT geeft aan dat de rapportage een goed en genuanceerd beeld geeft van de kwaliteit van zorg binnen Dichterbij. Wel vraagt de commissie zich af of de werkvloer bekend is met de reden waarom de gegevens worden verzameld en of de administratieve lasten zullen verminderen door deze vorm van rapportage.
Aangegeven wordt dat inzicht in resultaten en vervolgstappen essentieel is voor het draagvlak. Dit vraagt om permanente toelichting en praktische vertaling van de kwaliteitsvisie. De ontwikkeling van de rapportage wordt kritisch bezien en voor de toekomst wordt gestreefd naar een compactere vorm.
- Dichterbij heeft geparticipeerd in de proeftuin om zelf regie te houden in de ontwikkeling van het kwaliteitssysteem en dit zoveel mogelijk te laten aansluiten op de behoeften van de medewerkers. Er zijn dan ook veel enthousiaste reacties van medewerkers op de huidige vorm van rapportage – dit zijn de thema's die de mensen in de teams raken.
- Op kleine schaal wordt binnen Dichterbij geëxperimenteerd met regelarme zorg – zie het project van De Baersdonck. Inmiddels heeft het voorkomen van extra administratieve werklust op de werkvloer ook de steun van het Zorgkantoor.

Van belang is de doorontwikkeling van het systeem en de vertaling van resultaten in marketing speerpunten. Dit zal een continue proces zijn. De raad van toezicht pleit ervoor het onderwerp met regelmaat te laten terugkomen op de agenda van dit overleg. Besloten wordt het onderwerp in het najaar van 2017 te laten terugkomen.

Conclusie: De raad van toezicht heeft kennisgenomen van de kwaliteitsrapportage proeftuin kwaliteitskader en de inzichten besproken die de kwaliteitsrapportage oplevert.

Met dank voor hun inbreng verlaten de dames Booij en Verspeek de vergadering.