

Motivatie deelname

Radar heeft in haar jaarprogramma 2016 de volgende drie doelen gesteld:

1. De cliënt is eigenaar van het ondersteuningsplan
2. Het team is integraal verantwoordelijk voor de ondersteuning van de cliënt
3. We hebben een intensieve samenwerking met partners die van betekenis zijn voor de ondersteuning van de cliënt

Het kwaliteitsborgingsconcept (zoals ingediend) is voor ons een belangrijk hulpmiddel om enerzijds de doelen te realiseren en anderzijds om de teams in positie te brengen om voortdurend bezig te zijn met kwaliteitsverbetering. Deze kwaliteitsverbetering moet zichtbaar zijn in het gedrag (en niet slechts afvinken) van medewerkers en in resultaten. De doelen komen overeen met bouwsteen 1 en 3 en zijn geborgd in het plan van aanpak Kwaliteitsborging en methodisch handelen. (uitwerking zie plan) Kwaliteitsverbetering moet leiden tot een verbetering van kwaliteit van bestaan van cliënten. De voorgestelde kwaliteitskaarten zijn de belangrijkste tool voor teams om te komen tot zelfanalyse en zelfreflectie in een continu herhalend proces. Daarbij gaan wij uit dat de kwaliteitskaarten geen statische gegeven zijn, maar aangepast worden indien de omgeving en/of partijen hierom vragen b.v. naar aanleiding wijzigingen in wet- en regelgeving. Dit impliceert dat belangrijke input vanuit de proeftuin verwerkt, dan aangevuld zal worden binnen de kwaliteitskaart. Belangrijk is dat de kwaliteitskaart eveneens onderhevig aan voortdurende kwaliteitverbetering. Het kwaliteitsborgingsconcept, dat wij reeds ontwikkeld hebben, past perfect in de visie van de proeftuin. Door deel te nemen willen wij dit concept perfectioneren zodat het leidt tot een duurzame kwaliteitsverbetering van de zorg. Daarnaast denken wij dat we ook veel kunnen brengen in de ontwikkeling van een kwaliteitskader.

Organisatorische eenheid proeftuin

Radar biedt zorg aan WLZ cliënten, Wmo cliënten en Jeugdhulpverlening. In totaal willen we ten behoeve van alle cliënten, zijnde 1200, aan de proeftuin deel nemen. Het aantal Wlz cliënten bedraagt ruim 600. Het betreft hier 53 teams van 10-12 personen. Derhalve willen wij voor de totale populatie van Radar uitstel van de pijlers 1 en 2a.

Gezamenlijk platform

Radar wil graag deelnemen aan gezamenlijke bijeenkomst om ervaringen te delen en expertise te halen en te brengen. Twee keer per jaar reiken wij een voortgangsrapportage aan.

Interne organisatie

Radar heeft al een actieve werkgroep, die de voorbereiding ter hand heeft genomen. Deze groep bestaat uit:

- Servé de Vries (projectleider, kwaliteitsfunctionaris en contactpersoon)
- Nicole Pieters (kwaliteitsfunctionaris)
- Peter Caelen (portefeuillehouder zorgproces)
- Jean Pierre Giesen (portefeuillehouder kwaliteitsborging namens MT)
- Wies Janssen (senior beleidsmedewerker)
- Christel Jenneskens (hoofd inhoudelijke expertise)

De werkgroep formuleert de kaders, zet lijnen uit, bewaakt het proces en zorgt voor rapportage (o.a. aan bestuurder) en evaluatie.

Klankbordgroep cliënten/centrale vertegenwoordiging van cliënten

We richten een klankbord groep cliënten in met een tweeledig doel:

- 1) Input verzamelen op basis van cliëntervaring m.b.t. kwaliteitsverbetering
- 2) Periodieke voortgang toetsen

Externe toetsing

De toetsing vindt zowel intern als extern plaats aan de hand van visitatieteams. In de interne visitatieteams zullen cliënten een prominente rol vervullen. In elk visitatieteam is deelname van cliënten en cliëntvertegenwoordiging vereist. Het plan is om cliënten hiervoor een gerichte voorbereiding aan te bieden.

Externe toetsing vindt plaats m.b.v. collega-instelling zoals in het plan omschreven is. Vervolgens wordt er sinds augustus 2015 gewerkt aan het ontwikkelen van een methodiek voor externe én interne collegiale visitatie, in samenwerking met Philadelphia, Radar, Arduin en prof. Petri Embregts. Bij intercollegiale visitatie gaat het erom dat professionals van de ene organisatie op bezoek gaan bij locaties van een andere organisatie en met betrokken medewerkers in gesprek gaan in hoeverre zij het beste uit zichzelf halen om aan de vraag en behoefte van cliënten tegemoet te komen.

De insteek hierbij is niet zozeer de 'systemische' kant van kwaliteit, bijvoorbeeld de kwaliteit van de ondersteuningsplannen, de bezetting en het opleidingsniveau (zoals geborgd in interne en externe audits), maar aspecten als bekwaamheid, verantwoordelijkheid en relatiegerichtheid en kwaliteit van bejegening, uitgedrukt in concrete gedragsaspecten.

De informatie die gegenereerd wordt dient bij te dragen aan het voeren van het 'goede gesprek' met en tussen medewerkers op de werkvloer (reflectieve werkpraktijk), zodat de kwaliteit van zorg- en dienstverlening (of overal ondersteuning) daadwerkelijk op cliëntniveau verhoogd wordt.

Clïëntervaringen

Het verbeteren van kwaliteit van bestaan meten wij op basis van de Personal Outcomes Scale (POS). Dit gebeurt in een cyclus proces van 1x per 3 jaar, dus jaarlijks een derde van de totale populatie. De intentie is om de frequentie op te voeren tot 1x per twee jaar. Dit koppelen we dan als input aan de evaluatie van het ondersteuningsplan. Hiervoor hebben wij medewerkers opgeleid.

Teamreflectie

Zoals in het plan aangegeven zijn de kwaliteitskaarten een belangrijke tool om tot teamreflectie te komen en te voldoen aan de interne doelen conform missie en visie en de externe kwaliteitseisen conform wet- en regelgeving. We gaan uit van 28 kwaliteitskaarten, die verschillen van omvang op basis van prioritering, waarbij het zorgproces de meest omvangrijke is. De kwaliteitskaarten zijn gebaseerd op de meest kritische processen in de organisatie, gebaseerd op missie en visie, VGN kwaliteitskader en overige wet- en regelgeving (zorgkantoor, IGZ). De kwaliteitskaarten worden gefaseerd ingevoerd waardoor we tot hanteerbare KPI's kunnen komen. Het gaat dan om 7 à 8 KPI's per fase totdat alle kwaliteitskaarten aan bod geweest zijn. Alle kaarten zitten dan vervolgens in een cyclisch proces van uitvoering, evaluatie en bijsturing. De toetsing gebeurt op basis van de scores rood of groen per kaart. Rood is onvoldoende en groen is voldaan. Bij rood formuleert het team verbeteracties en volgt de PDCA cyclus tot de kaart op orde is. Kaarten worden 2x per jaar geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

De voortgang wordt per team digitaal verwerkt zodat de voortgang per team inzichtelijk wordt (per stap en per kaart) en kan dienen als tool voor reflectie en de stand van zaken op organisatieniveau helder wordt t.b.v. rapportage en evaluatie.

In 2015 hebben we in twee teams ervaringen opgedaan op teamreflectie op basis van de kwaliteitskaarten een zelfanalyse uit te voeren om van daaruit tot een verbeteringstraject te komen.

Plan van aanpak proeftuin kwaliteitskader

Radar heeft een kwaliteitsborgingsconcept ontwikkeld dat naadloos aansluit bij het voorgestelde nieuwe kwaliteitskader van de VGN. In dit Plan van Aanpak beschrijven wij op welke wijze we per bouwsteen kwaliteitsverbetering gaan realiseren.

1. Zorg rond individuele cliënt

Het zorgproces hebben wij vertaald in diverse stappen, die enerzijds kwaliteit van bestaan van cliënten verbetert op basis van de acht domeinen van kwaliteit van bestaan en anderzijds voldoen aan alle eisen conform wet- en regelgeving. Bij het doorlopen van deze stappen sluiten we naadloos aan bij bouwsteen 1, namelijk: we maken helder welke wensen cliënten hebben, welke ondersteuningsbehoeften cliënten hebben en welke veiligheidsrisico's van toepassing zijn en hoe wij daaraan kunnen bijdragen. Deze informatie wordt vastgelegd in het cliëntdossier. Per team is er een aandachtfunctionaris zorgproces, die als een aanjager binnen het team op dit onderdeel werkt. Elk team voert een 0-meting uit ten aanzien van de omschreven stappen van het zorgproces. Per stap kan er groen of rood gescoord worden. Voor de onderdelen die rood scoren stelt het team verbeteracties op en neemt deze in uitvoering op basis van de PDCA-cyclus. De scores en vooruitgang worden per team inzichtelijk gemaakt. Het zorgproces is op orde als alle onderdelen groen scoren. Vier keer per jaar vindt er een zelfanalyse op het onderdeel zorgproces plaats door de teams.

2. Ervaringen van verzameling van cliënten

De ervaringen van cliënten meten wij op basis van de Personal Outcomes Scale, de POS. De POS. is direct gelieerd aan de acht domeinen van kwaliteit van bestaan. De uitslagen van de POS. leiden o.a. tot verbeteracties op individueel cliëntniveau, door de uitslagen met de cliënt en/of wettelijk vertegenwoordiger te bespreken. De verbeterpunten worden als doelen opgenomen in het persoonlijk ondersteuningsplan. Daarnaast genereren we uit alle POS. deze verbeteracties op organisatieniveau. De POS. wordt in een cyclisch proces één keer per drie jaar afgenomen bij alle cliënten. Vier keer per jaar worden via de management rapportage de cliëntervaringen gemonitord.

3. Zelfreflectie in teams en woonvormen

Zelfreflectie in de teams vindt plaats door hard controls en soft controls. De hard controls worden getoetst op basis van de 26 kwaliteitskaarten vanuit de diverse aandachtsgebieden. De teams voeren vier keer per jaar op basis van deze kwaliteitskaarten een zelfanalyse uit. Twee van de 26 kwaliteitskaarten hebben betrekking op de softcontrols; integrale teams en besturingskader. In deze kaarten komt enerzijds het team functioneren en ontwikkeling aan bod en anderzijds het gedrag van medewerkers ten aanzien van bejegening van cliënten en elkaar. Bij deze zelfreflectie door onze teams sluiten we naadloos aan bij/op bouwsteen 3, want hierin is minimaal verankerd de reflectie door teams op het proces rondom de individuele cliënt, op de kwaliteit van de relatie tussen cliënt en medewerker en op borging van veiligheid op de belangrijkste risico's.

Op zowel de hard als soft controls worden verbeteracties geformuleerd en de voortgang gemonitord via de managementrapportages.

Kwaliteitsrapport door bestuurder

De uitkomsten van de zelfanalyses van de teams en de POS. worden vier keer per jaar organisatiebreed gerapporteerd en besproken in alle geledingen van de organisatie en leidt tot organisatiebrede verbeteracties.

Interne en externe visitatie

De kwaliteit van zorg wordt getoetst door interne en externe visitatieteams. Het interne visitatieteam bestaat uit cliënten/cliëntvertegenwoordiger, begeleiders, hoofd, divisie manager of bestuurder. Op basis van een checklist toetsen zij de kwaliteit van zorg binnen teams. De bevindingen worden vertaald in verbeteracties. De externe visitatie bestaat uit intercollegiale toetsing van de organisaties Radar, Arduin en Philadelphia. Bij intercollegiale visitatie gaat het erom dat professionals van de ene organisatie op bezoek gaan bij locaties van een andere organisatie en met betrokken medewerkers in gesprek gaan in hoeverre zij het beste uit zichzelf halen om aan de vraag en behoefte van cliënten tegemoet te komen.

De insteek hierbij is niet zozeer de 'systemische' kant van kwaliteit, bijvoorbeeld de kwaliteit van de ondersteuningsplannen, de bezetting en het opleidingsniveau (zoals geborgd in interne en externe audits), maar aspecten als bekwaamheid, verantwoordelijkheid en relatiegerichtheid, uitgedrukt in concrete gedragsaspecten.



Zó wil ik leven.

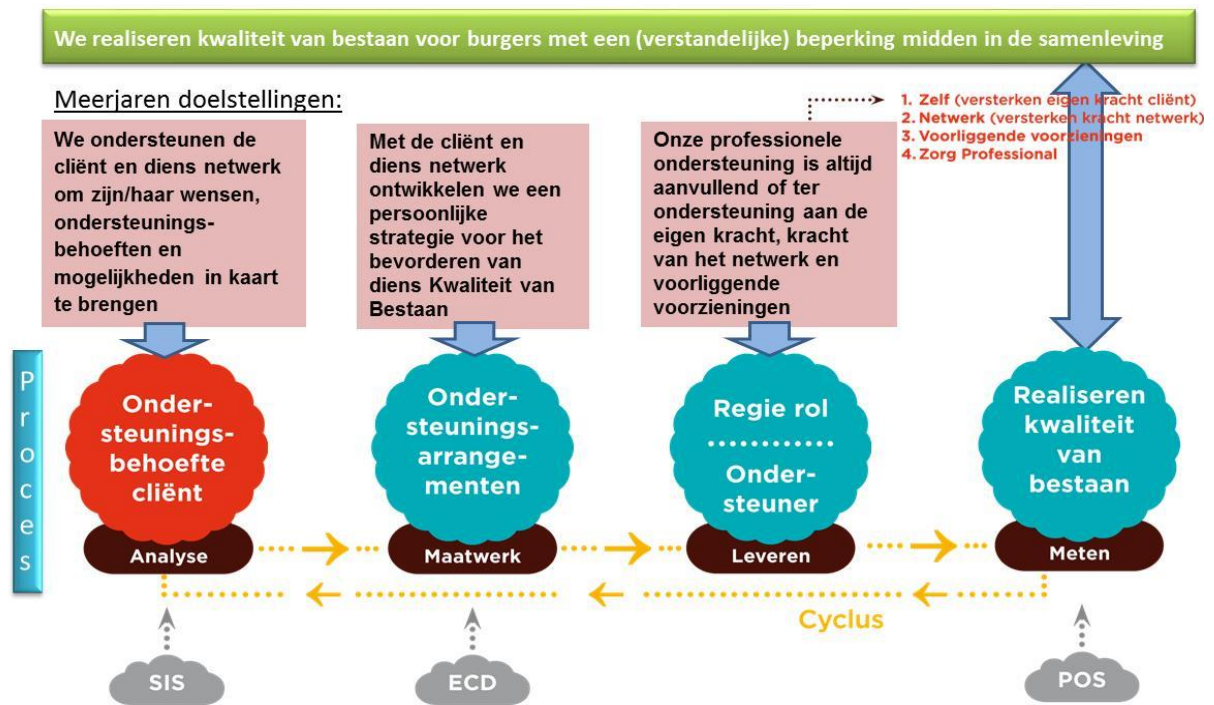
Visie en plan van aanpak kwaliteitsborging en methodisch werken

Bij de, t.b.v. zorginkoop 2016, uitgevoerde zelfanalyse aangaande kwaliteit van zorg en andere in- en externe audits (kwaliteitsaudit, IGZ) constateren we, dat Radar een actuele visie, strategische- en meerjaren doelstellingen heeft en deze visie heeft vertaald in actueel beleid, samenhangende processen en ondersteuningsmethodieken om deze doelen te bereiken.

We hebben de afgelopen twee jaar met name geïnvesteerd in het versterken van de eigen kracht van de cliënt en het versterken van de kracht van het netwerk van de cliënt. Dit hebben we o.a. gedaan door het in kaart brengen van de werkelijke en kwalitatieve ondersteuningsbehoefte (middels de SIS) op de acht domeinen van kwaliteit van bestaan, waardoor we meer kunnen aansluiten bij de ondersteuningsvraag van de cliënt en meer gericht de wensen en behoeften van de cliënt kunnen omzetten in een ondersteuningsarrangement. In dit ondersteuningsarrangement hebben we ook de rol voor de cliënt en het netwerk verankerd.

Dit alles gericht op de strategische doelstelling; 'We realiseren kwaliteit van bestaan voor burgers met een (verstandelijke) beperking midden in de samenleving'.

Dit is cyclisch als volgt te verankeren, met de bijbehorende ondersteunende methodieken:



Ontwikkelpunt

Gelijktijdig moeten we echter ook constateren dat we midden in de beweging zitten om deze doelen en ondersteuningsmethodieken goed te borgen in de organisatie. En dat we het methodisch proces (cyclisch verbeteren van zorg), waarbij het voortdurend alert zijn op verbeteracties verder moeten verbeteren. Daarbij willen we de focus leggen op het beter verankeren en borgen van kwaliteit van zorg.

Verdere kwaliteitsborging en methodisch werken is dan ook een belangrijk ontwikkelpunt voor 2016.

De sterke decentralisatie en kleinschaligheid van voorzieningen vraagt daarbij specifieke aanpak voor de borging door de gehele organisatie. De actuele rapporten van de Inspectie Gezondheidszorg noodzaken daarbij tot een tempoversnelling en strikte kaderstelling.

Doelstelling

Verder borgen van kwaliteit van zorg en methodisch werken binnen de gehele organisatie. Belangrijk daarbij is om tot een concept te komen dat een verbinding legt tussen alle processen, die ten dienste staan van enerzijds onze missie en visie en anderzijds voldoet aan de interne kaders en externe eisen conform wet- en regelgeving. Tevens dient de verbinding tussen proces en inhoud onlosmakelijk vormgegeven te worden.

Uitgangspunten

1. Kwaliteit van zorg staat ten dienste van ons hogere doel: "Het realiseren van kwaliteit van bestaan voor burgers met een (verstandelijke) beperking, midden in de samenleving. Dit doen we op basis van de acht domeinen van Kwaliteit van Bestaan
2. Radar heeft bij het realiseren van haar missie en visie ook een kwalitatieve opdracht, die gericht is op het verbeteren van processen om tot een verbetering van kwaliteit van zorg te komen. Dit willen met name vanuit een intrinsieke motivatie vanuit professioneel

vakmanschap, maar ook ten aanzien van externe verantwoording als gevolg van gebruikmaking van publieke gelden realiseren.

3. Onder "kwaliteit van zorg" verstaan wij het continu verbeteren van ons ondersteuningsproces aan mensen met een (verstandelijke) beperking om te voorzien in hun ondersteuningsbehoeften, onze missie te realiseren en om aan de externe eisen, die worden gesteld aan de kwaliteit van ondersteuning, te voldoen.

Focus

Om kwaliteit van zorg te verbeteren richten we ons op verbetering van alle processen die direct of indirect van invloed zijn op onze doelstelling, maar ook op de processen die vanuit externe verantwoording noodzakelijk zijn om tot goede integrale kwaliteitszorg te komen. Kwaliteitsverbetering is daarbij een cyclisch proces, een methodisch proces.

We kiezen om focus aan te brengen binnen de huidige +/- 500 protocollen, procesbeschrijvingen en beleidsnotities die zijn opgenomen in het handboek **26** gekoppeld aan HKZ. E.e.a. gericht op het realiseren van onze strategische doelstelling. Focus in de vorm van (kritische) aandachtsgebieden biedt ruimte om de kritische kaders te verhelderen, te doorleven en te borgen.

Aandachtsgebieden

Bij het vaststellen van de (kritische) aandachtsgebieden is een opdeling gemaakt in aandachtsgebieden voor de teams, en voor de hoofden. Daarnaast is er nog een categorie van potentiële aandachtsgebieden, die nieuw zijn en/of nog onvoldoende concreet. Waarbij vervolgens is vastgesteld dat gefaseerde implementatie na verdere verdieping mogelijk is, omdat het risico gekoppeld aan de borging laag is.

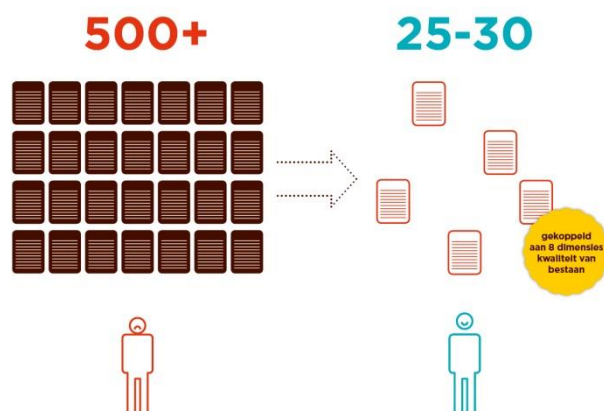
De focus in aandachtsgebieden is tot stand gekomen aan de hand van inventarisatie van kritische protocollen en processen uit o.a. de rapportage IGZ, risico-inschatting en inschatting relevantie voor realiseren doelstellingen.

Kritische protocollen en processen zijn die onderwerpen, die bij een niet naleving ervan, de kwaliteit van zorg aan cliënten in gevaar brengt of waarbij de organisatie een ernstig risico loopt. Voor iedereen binnen de organisatie is het een verplichting om aan de eisen van de kritische protocollen te voldoen en daarover verantwoording af te leggen.

Focus op kritische processen, protocollen en specialismen

De vastgestelde aandachtsgebieden zijn:

Aandachtsgebieden teams



Aandachtsgebied	Specialist
-----------------	------------

1	Zorgproces	Peter Caelen
2	Inwerken nieuwe medewerker	Sylvia Schins
3	Vrijwilligers	Jane Piets
4	Fysieke veiligheid en ARBO	Emmy Cobben
5	Incidenten en klachten	Emmy Cobben
6	Meervoudige beperking	Christan van Miert
7	Forensische problematiek	Stephanie Goosens
8	Kinderwens en opvoeden	Marjo Roumans
9	Kind en ontwikkeling	Bianca Gurian
10	Lichamelijke achteruitgang	John Soons
11	Huiselijk geweld en (kinder)mishandeling	Marjo Roumans
12	Medicatiebeheer	John Soons
13	Zorg en dwang	John Soons
14	Psychiatrische problematiek	John Soons
15	Gedragsproblematiek	Ellen Gelissen
16	Cognitieve achteruitgang	Rachel Dautzenberg
17	Genotmiddelen	Christan van Miert
18	Sexualiteit	Sandra Vroomen
19	Gezonde leefstijl (incl. mondzorg)	Paula Lemmens
20	Integraal team	Gilberte Pinckaers
21	Besturingskader	Evi Steinbusch

Aandachtsgebieden Hoofden

	Aandachtsgebied	Specialist
1	Speerpunten en jaarplan	Wies Janssen
2	Kwaliteitsborging	Nicole Pieters
3	Functionerings- en competentiegesprekken	Carolien Beurskens
4	Inspraak cliënten(raden)	Monique Lennertz
5	Deskundigheid en inzet medewerkers	Jolanda op 't Veld

Potentiële aandachtsgebieden

	Aandachtsgebied	Specialist	opmerking
1	Privacy	Monique Lennertz?	Afhankelijk van aanpak van de veranderingen m.b.t. Wet bescherming persoonsgegevens
2	Vraaggericht Roosteren / Jaaruren Systematiek	Lisette Sagis?	Afhankelijk van nieuw proces uitvoer hiervan. Wordt nu opgepakt als Lean Six Sigma (LSS) project
3	Wonen / materieel welbevinden	?	
4	Werken	?	
5	Leren	?	
6	Vrijetijd	?	
7	Nieuwe cliënt	?	Afhankelijk van nieuw proces en centrale of decentrale uitvoer hiervan. Wordt nu opgepakt als LSS project

Kwaliteitskaartensysteem

Om teams te ondersteunen in inhoud, verbetering en borging van de (kritische) aandachtsgebieden, wordt ter facilitering een kwaliteitskaartensysteem geïntroduceerd.

De kwaliteitskaarten die per aandachtsgebied worden opgesteld geven de kwaliteitsvereisten en doelen (kaders) weer, die zorgdragen voor realiseren van het gewenste kwaliteitsniveau en het voldoen aan externe vereisten. Deze zijn kaderstellend en geven geen ruimte voor eigen interpretatie of afwijking.

Met dit kwaliteitskaartensysteem wordt een handzaam en overzichtelijk kader aangereikt dat de teams helpt met verduidelijking van de minimale vereisten. Enerzijds helpt dit om het aandachtsgebied te agenderen en de kaders te borgen vanuit hun eigenaarsrol. Anderzijds is de kwaliteitskaart zo opgesteld dat het een tool is voor een snelle zelfanalyse per team t.a.v. het betreffende aandachtsgebied en daarmee een basis vormt voor het formuleren van verbeteracties.

Binnen de kaarten wordt gewerkt met stellingen die de kaders binnen het aandachtsgebied weergeven. Deze stellingen worden in teamverband beoordeeld t.a.v. mate van borging en realisatie. Kaders die niet geborgd en gerealiseerd zijn, worden inzichtelijk, waarna ze door het team nader worden verkend op te nemen acties en interventies voor borging. Deze acties en interventies worden (SMART) verwerkt op een verbeterbord, met vastgelegde afspraken, actiehouders en tijdsafspraken (deadline).

De mate waarop een team voldoet aan de kwaliteitsvereisten en doelen, wordt vanuit de zelfanalyses verwerkt in een handzaam overzicht per team en geaggregeerd op cluster en organisatieniveau. Hierdoor is het voor iedere betrokkene duidelijk welke aandachtsgebieden verbetering behoeven.

Dit kwaliteitskaartensysteem vormt dus de basis voor verbetering vanuit het team zelf en zorgt er voor dat een team hierin de dagelijkse praktijk mee aan de slag gaat. Tevens kan het systeem input zijn voor het visitatieteam (Verderop in deze notitie nader uitgewerkt).

Methodisch werken

Het voortdurend verbeteren van de kwaliteit van zorg kenmerkt zich door het cyclisch volgen van stappen, dat voor alle processen binnen de organisatie van toepassing is. Hierbij gaat het om methodisch werken, dat een voorwaarde is om tot kwaliteitsverbetering te komen, waarbij we de volgende stappen volgen:

1. Een analyse van de situatie/gebeurtenis/probleem
 2. Wat is het doel voor verandering
 3. Een plan om het beoogde doel te realiseren
 4. De uitvoering
 5. Evaluatie van de uitvoering (is het doel behaald)
 6. Verbetervoorstel op basis van analyse
 7. Borgen
- Plan
Do
Check
Act



Bewust kiezen we er voor om medewerkers geen 'trucje' aan te leren, maar om cyclisch en methodisch werken slim te integreren in de tools die gekoppeld worden aan kwaliteitsborging. O.a. door verweking van de stappen PDCA in de vorm van stellingen in de kwaliteitskaarten.

Rollen

Als we constateren dat er een goede basis voor kwaliteit van zorg ligt in de actuele en ver uitgewerkte missie en visie (wat), doorvertaalde meerjaren doelen (richting) en maatwerk ondersteuningsmethodieken, protocollen en processen (hoe), dan ligt het ontwikkelpunt in de verdere doorvoer kwaliteitsverbetering en borging.

Kwaliteitsverbetering en – borging is een onderwerp dat eenieder in de organisatie aangaat. Daarom is investeren op het ontwikkelen van eigenaarschap een belangrijk onderdeel van de integrale kwaliteitsverbetering. Omdat iedereen een rol heeft in kwaliteitsverbetering en – borging is het belangrijk dat er organisatiebreed zowel verticale als horizontale verbindingen zijn tussen betrokken functionarissen.

Aandachtsfunctionaris

Op het niveau van de integrale teams, waar de inhoudelijke kwaliteitsborging en uitvoering plaatsvindt, worden aandachtsfunctionarissen benoemd per aandachtsgebied. Het is van belang om aandachtsfunctionarissen naar voren te schuiven die duidelijk affiniteit hebben met het inhoudelijke aandachtsgebied.

De aandachtsfunctionaris neemt niet alle verantwoordelijkheid voor een aandachtsgebied individueel op zich, maar fungeert als key-begeleider, die binnen het team of cluster zijn collega's inhoudelijk ondersteund in de uitvoering, doorontwikkeling en borging, alsmede de verbinding vormt met de centrale specialist.

Het is aan de cluster hoe de rol van aandachtsfunctionaris het beste ingevuld kan worden. Dit kunnen gekoppeld aan een aandachtsgebied bijvoorbeeld meerdere aandachtsfunctionarissen per team zijn of slechts één per team of één per cluster. E.e.a. afhankelijk van de context waarbinnen een aandachtsgebied in meer of mindere mate speelt binnen een team. Het kader is dat de inhoudelijke kwaliteit geborgd wordt.

Eén van de belangrijkste tools die de aandachtsfunctionaris tot zijn beschikking heeft, is de kwaliteitskaart. De aandachtsfunctionaris draagt zorg voor agendering en inhoudelijke bespreking van de kwaliteitskaart, alsmede toetsing middels de zelfanalyse tool (4 maal per jaar). Hierover rapporteert de aandachtsfunctionaris naar het hoofd (t.b.v. managementrapportage 3, 7, 10 en 12). Daarnaast bewaakt de aandachtsfunctionaris dat er verbeteracties worden geformuleerd en uitgevoerd. Uiteindelijk leidend tot borging van het aandachtsgebied.

Specialist

Op centraal niveau kent ieder aandachtsgebied een specialist (eigenaar) die de taak heeft om een aandachtsgebied op organisatieniveau inhoudelijk te verdiepen, visie en beleid te ontwikkelen en te onderhouden, methodieken en tools te ontwikkelen ter ondersteuning voor de uitvoering (o.a. de kwaliteitskaart). Tevens faciliteert de specialist kennisdeling en -ontwikkeling, advisering en ondersteuning van de aandachtsfunctionarissen en faciliteert hij verbinding en intervisie tussen de diverse aandachtsfunctionarissen uit de verschillende organisatieonderdelen om het kritische proces of specialisme door te ontwikkelen en te borgen in de organisatie. Het betreft een inhoudelijke specialist die eveneens vanuit en op inhoud coacht.

Deze specialisten geven op vraag, of indien nodig ongevraagd ook rechtstreeks ondersteuning en advies aan de centrale adviseurs, die op hun beurt management en hoofden ondersteunen in hun rol binnen kwaliteitsborging en methodisch werken.

Zoals al eerder aangegeven heeft de verbinding tussen de specialisten en de aandachtfunctionarissen in de teams of clusters voornamelijk een inhoudelijk karakter.

Centrale adviseur - Hoofd

De huidige lijnverbinding qua verantwoordelijkheid voor het kwaliteitsmanagement blijft bestaan (medewerker – team – hoofd – divisie manager – bestuurder).

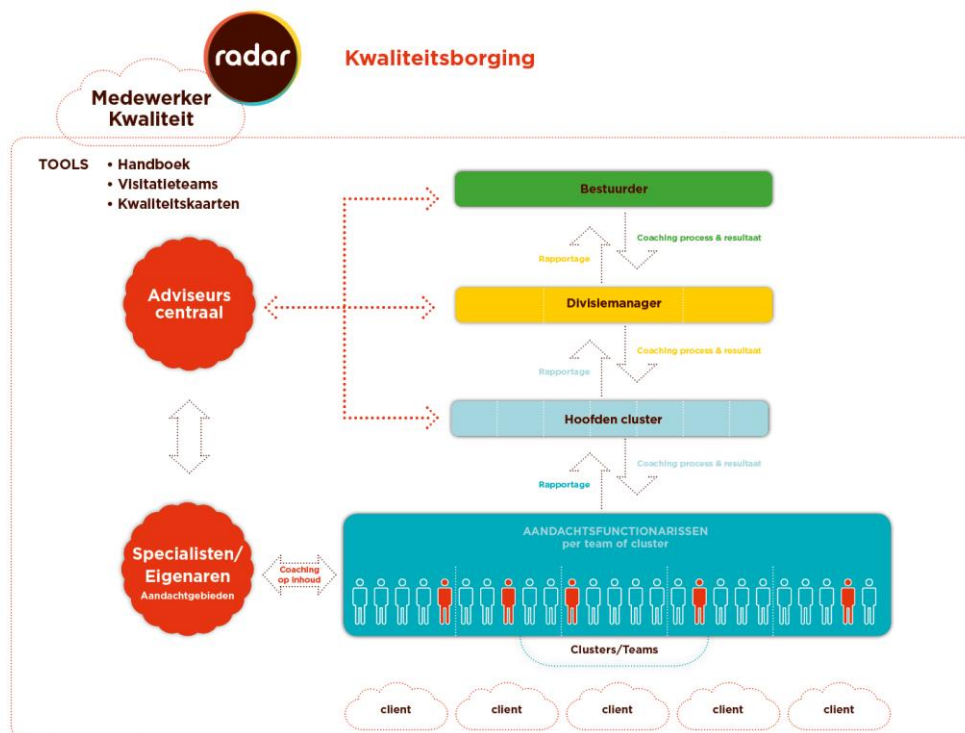
Nieuw in de uitvoering van kwaliteitsverbetering zijn de horizontale verbindingen. Centraal hierin is de dwarsverbinding tussen hoofden en de adviseurs op centraal niveau. Aan ieder afzonderlijk cluster en de ondersteunende diensten wordt een adviseur vanuit de centrale ondersteuning gekoppeld. Ook wordt er een adviseur gekoppeld aan het managementteam (bestuurder en divisie manager). Een adviseur vormt samen met de hoofden van een cluster als het ware een team met als opdracht kwaliteitsverbetering en – borging. Daarbij richt de adviseur zich met name op ondersteuning van het hoofd. Minder rechtstreeks op het team. Hierin is vooral de focus op het proces en de doelen (resultaten), minder op de inhoud. Coaching van leidinggevende (divisie manager) is hier eveneens opgericht.

Management

De bestuurder is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg, zowel op proces als op inhoud, binnen de totale organisatie. De divisie managers zijn inhoudelijk en procesmatig verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg binnen hun portefeuille-verantwoordelijke eenheid. Hetzelfde geldt voor de hoofden en de integrale teams.

Hun coaching en aandacht in de lijn is met name gericht op resultaten en proces.

Schematisch zijn de verbindingen in onderstaand overzicht weergegeven:



Pilot, team Hereweg en team Adelante/De Landgraaf

Om tot (methodische) en gedegen aanpak te komen is gekozen voor een voorbereiding en uitwerking van het kwaliteitsborgingsconcept gekoppeld aan directe praktijk toepassing. Dit bij 2 teams die betrokken zijn of mogelijk worden bij de IGZ onderzoeken (team Hereweg en team de Landgraaf/Adelante).

Hierdoor voorzien we in een gedegen uitwerking en implementatie en kunnen we op korte termijn werken aan de grootste aandachtspunten uit de IGZ rapporten. De pilot is input voor evaluatie en aanscherping van het kwaliteitsborgingsconcept, zoals dat nu voor ligt.

Focus pilot

De pilot kent een relatief korte doorlooptijd (6 oktober t/m 31 december), die overgaat in een structureel karakter (vanaf 1-1-2016).

De pilot focust op 7 aandachtsgebieden, te weten:

1. Zorgproces;
2. Medicatie;
3. Zorg en dwang;
4. Gedragsproblematiek;
5. Forensische problematiek;
6. Psychiatrische problematiek;
7. Lichamelijke en cognitieve achteruitgang;

Met deze focus beogen we enerzijds tot een haalbare pilot te komen en anderzijds de belangrijkste bevindingen uit de IGZ rapporten een plek te geven.

Deze focus maakt het tevens mogelijk om de diverse betrokken functionarissen/rollen, zoals specialisten van de aandachtsgebieden, de adviseurs vanuit de centrale rollen en de kwaliteitsfunctionaris afdoende te betrekken en in hun rol te ontwikkelen.

Resultaten tussentijdse evaluatie

Ondanks de relatieve korte doorlooptijd van de pilot, geeft de pilot bij de tussenevaluatie van 18 en 19 november een eerste beeld van de mogelijke werking van het kwaliteitsborgingsconcept als input voor bijstelling van concept en tools. Daarbij is in de evaluatie gericht op:

- volledigheid en duidelijkheid van de kaders per aandachtsgebied;
- de toegevoegde waarde van de verschillende rollen en functionarissen alsmede de verbinding hier tussen;
- de werking / toegevoegde waarde van het concept;
- de werking / toegevoegde waarde van de tools;
- de te verwachten daadwerkelijke borging van de aandachtsgebieden.

Alle betrokkenen zijn bij de evaluatie bevroegd.

De eindevaluatie (eind december) geeft aanvullende input voor het verdere traject 2016 organisatie breed en zal geëvalueerd worden op dezelfde punten.

Op hoofdlijnen zijn de resultaten van de tussenevaluatie als volgt te benoemen:

- Door alle betrokkenen wordt de potentie van het kwaliteitsborgingsconcept ervaren als iets positiefs;
- Met name de duidelijkheid over kaders / minimale vereisten is men zeer blij mee;
- Er is vertrouwen in de werking van dit concept en de verschillende rollen die gezamenlijk moeten leiden tot het resultaat;
- De eerste zelfevaluaties tonen aan dat er erg veel moet gebeuren om te komen tot het gewenste resultaat en borging van alle kaders;
- De uitgangspositie en het absorptievermogen van de teams zal veel verschillen;
- Implementatie van het concept heeft grote impact en kan alleen slagen als er een gefaseerde implementatie komt, die met aandacht en tijd gefaciliteerd wordt.

Aandachtspunten uit de evaluatie zijn:

- Besteed voldoende aandacht aan de aftrap met alle betrokkenen. Geef goede uitleg en maak ruimte voor vragen, twijfels etc. Ondersteun en begeleidt dit proces zorgvuldig;
- De gehanteerde kwaliteitskaarten dienen nog eens kritisch beoordeeld te worden.

Aandachtspunten hierbij zijn:

- Ter voorkoming van overlap kaarten afstemmen tussen specialisten;
 - De kaarten zijn te uitgebreid, comprimeer waar mogelijk;
 - Werk met stellingen (werkt beter dan vragen);
 - Formuleer SMART;
 - Zorg voor eenduidigheid in terminologie;
 - Check op volledigheid (o.a. met rapport IGZ);
 - Gebruik geen afkortingen.
- Besteed voldoende aandacht aan de uitleg van de kaarten. Door de teams wordt e.e.a. als volkomen nieuw ervaren;
 - De cyclisch van het hele proces is voor de teams niet echt helder. Hoe werkt het voortdurend verbeterproces. Aandacht geven aan het PDCA denken;
 - Zorg dat er ruimte is om de diverse rollen tijdens het proces uit te kristalliseren om te kijken wat het beste werkt. Zorg er voor dat verwachtingen naar elkaar duidelijk zijn en dat afspraken worden nagekomen. Dit lijkt niet onze cultuur te zijn, maar is wel een belangrijk succesfactor voor borging. Borg een goed afstemmingsoverleg tussen partijen;
 - Zorg er voor dat kwaliteitsborging iets van ons allen is en niet alleen de werkvloer;
 - Er is ontevredenheid over het ECD en de opgezette training. Aanbeveling is om aan te sluiten bij de beleving van het team. Laat het team erachter komen welke ondersteuning noodzakelijk is om aan de eisen te voldoen. Maak hun eigenaar van het Zorgproces;
 - Het team heeft ondersteuning nodig bij het beoordelen van de kaarten. Het is absoluut noodzakelijk dat er mensen zijn, die kritisch kunnen doorvragen om te checken of de eisen ook aantoonbaar gerealiseerd worden, mogelijk een rol voor het hoofd;
 - Het is voor het team moeilijk om concrete verbetervoorstellen te formuleren. Ook hierbij is ondersteuning nodig. O.a. in SMART formuleren;
 - Stel een digitale versie van het verbeterbord ter beschikking.

Conclusie en interventie n.a.v. evaluatie

Vast staat dat enerzijds de toegevoegde waarde wordt ervaren van het kwaliteitsborgingsconcept en men blij is met deze opzet en insteek, anderzijds blijkt dat de implementatie een mega klus is in hoeveelheid en impact.

Met name de startpositie per team (hoe ver is men met borgen en voldoen aan kaders) alsmede het absorptievermogen (hoeveel kan een team tegelijk nog aan) vragen om een zorgvuldige en gefaseerde implementatie.

De projectgroep stelt derhalve voor om:

Te werken in 3 blokken. Daarin als eerste te starten met implementatie van de 7 meest kritische aandachtsgebieden voor de teams en 2 voor de hoofden. Voor **blok 1** zijn dit:

Op teamniveau:

1. Zorgproces
2. Medicatiebeheer
3. Zorg en dwang
4. Gedragsproblematiek
5. Psychiatrische problematiek
6. Fysieke veiligheid en ARBO
7. Integraal team

En op hoofdenniveau:

1. Kwaliteitsborging
2. Deskundigheid en inzet medewerkers

Waarbij deze geïmplementeerd worden vóór 31 juli 2016. Beginnend bij het Zorgproces. Geïmplementeerd wil daarbij zeggen dat aandachtfunctionarissen samen met de teams de zelfanalyse hebben gedaan en eventuele verbeteracties hebben geformuleerd en cyclisch in gang gezet. Met andere woorden men werkt aan een continu proces van kwaliteitsverbetering. Waarbij in de verantwoording van MARAP7 een verbetering zichtbaar moet zijn t.o.v. de gegevens in de 0-meting zoals opgenomen in MARAP3.

Voor de overige 17 aandachtsgebieden geldt dat er 2 vergelijkbare blokken volgen:

Blok 2: 1 augustus 2016 – 31 december 2016 voor de aandachtsgebieden:

Op teamniveau:

1. Incidenten en klachten
2. Kind en ontwikkeling
3. Huiselijk geweld en (kinder)mishandeling
4. Sexualiteit
5. Kinderwens en opvoeden
6. Inwerken nieuwe medewerker
7. Besturingskader

En op hoofdenniveau:

1. Speerpunten en jaarplan
2. Inspraak cliënten(raden)

Blok 3: 1 januari 2016 – 30 juni 2017 voor de aandachtsgebieden:

Op teamniveau:

1. Genotmiddelen
2. Vrijwilligers
3. Meervoudige beperking
4. Forensische problematiek
5. Lichamelijke achteruitgang
6. Cognitieve achteruitgang
7. Gezonde leefstijl (incl. mondzorg)

En op hoofdenniveau:

1. Functionerings- en competentiegesprekken

Binnen ieder blok worden, gericht op de aandachtsgebieden die deel uitmaken van betreffende blok, de volgende stappen doorlopen:

1. Benoemen aandachtfunctionarissen team of cluster per aandachtsgebied;
2. Aandachtfunctionarissen met specialist per aandachtsgebied bij elkaar brengen en aandachtsgebied laten uitdiepen gericht op focus, toe te passen werkvorm voor borging, inhoudelijke verdieping, instructie tools en facilitering;
3. Op teamniveau 0-meting (zelfevaluatie) per aandachtsgebied, door gehele team, onder begeleiding van aandachtfunctionaris;
4. Op basis van 0-meting formuleren eventuele verbetervoorstellen/acties voor kwaliteitsverbetering en borging per aandachtsgebied. Gericht op het voldoen aan de kaders;
5. Teams bepalen gezamenlijk met de betreffende specialist(en), het hoofd en de adviseur welke ondersteuning gewenst/nodig is;
6. Continu proces van verdere kwaliteitsborging en methodisch werken op basis van de verbetervoorstellen/acties;
7. Evaluatie, monitoring en rapportage van kwaliteitsborging in de Marap 3,7, 10 en 12, waarbij de zelfevaluatietool het uitgangspunt vormt.

Middels bovenstaande aanpak kan de gevraagde fasering worden gerealiseerd aan de hand van de inzichten en mogelijkheden van de teams, terwijl de grootste organisatierisico's worden geborgd in het eerste deel van 2016.

De overige aanbevelingen uit de pilot worden meegenomen in de verdere projectvoorbereiding gedurende de maand december en de implementatie in 2016 en eerste halfjaar 2017.

Stappen

De verdere kwaliteitsborging en methodisch werken voor de gehele organisatie wordt gerealiseerd aan de hand van de volgende stappen:

	Stap	Resultaat	Door	Tijdpad	<input checked="" type="checkbox"/>
1	Visie en aanpak kwaliteitsborging en methodisch werken breed introduceren en delen met alle betrokkenen, waaronder hoofden, medezeggenschap en medewerkers pilotteams	Gedragen visie en bereidheid om eigenaarschap te nemen	Werggroep kwaliteitsborging	4e kwartaal 2015	<input type="checkbox"/>
2	Pilot kwaliteitsborging bij teams Hereweg en Adelante	Al vanaf oktober aan de slag met punten vanuit IGZ-rapportage en verkrijgen input voor definitief PvA kwaliteitsborging en methodisch werken	Werggroep PILOT kwaliteitsborging	6 okt. t/m 31 december	<input checked="" type="checkbox"/>
3	Bepalen van kritische processen, protocollen en specialismen (aandachtsgebieden) gericht op focus binnen kwaliteitsmanagement;	Shortlist met kritische processen, protocollen en specialismen (aandachtsgebieden voor kwaliteitsborging), waardoor focus ontstaat	Werggroep kwaliteitsborging	Vóór 23 oktober 2015	<input checked="" type="checkbox"/>
4	Specialisten (centrale eigenaren) koppelen aan de kritische processen, protocollen en specialismen (aandachtsgebieden);	Benoemde centrale eigenaar per aandachtsgebied (shortlist aangevuld met namen eigenaren)	Jean-Pierre en Christel i.o.m. hoofden services en expertise	Vóór 30 oktober 2015	<input checked="" type="checkbox"/>
5	Ontwikkelen en uitwerken ondersteunend kwaliteitskaartensysteem	Kwaliteitskaarten per aandachtsgebied zijn in concept gereed en kaders zijn benoemd	Nicole i.s.w.m. specialisten	Vóór 13 november 2015	<input checked="" type="checkbox"/>
6	Centrale adviseurs koppelen aan clusters	Centrale adviseurs zijn in positie gebracht om hoofden van clusters, ondersteunende diensten en MT te ondersteunen bij implementatie kwaliteitsborging en methodisch werken.	Jean-Pierre en Wies	Vóór 13 november	<input checked="" type="checkbox"/>
7	Tussentijdse evaluatie en monitoring pilot	Met betrokken functionarissen is tussentijds de pilot geëvalueerd gericht op input voor definitief plan van aanpak	Gilberte en Wies	18 en 19 nov. 2015	<input checked="" type="checkbox"/>
8	Besluitvorming definitief plan van aanpak kwaliteitsborging en methodisch werken	Vastgestelde aanpak als basis voor implementatie Radarbreed 2016 op basis van pilot die loopt van 6 oktober t/m 31-12-2015, waarna deze overgaat in reguliere proces	Bestuurder	24 november 2016	<input checked="" type="checkbox"/>
9	Bijstellen / aanscherpen tools, waaronder kwaliteitskaarten aan de a.d.h.v. pilot bevindingen	Definitieve kwaliteitskaarten per aandachtsgebied voor blok1 zijn gereed en	Nicole	Vóór 31 december 2015	<input type="checkbox"/>

		kaders zijn benoemd			
10	Ontwikkelen ondersteunend handboek en opzetten visitatieproces en teams	Faciliterende en ondersteunende tools zijn beschikbaar	Nicole en Servé	Vóór 27 januari 2016	
11	Herhaling visie en aanpak kwaliteitsborging en methodisch werken breed communiceren en delen met alle betrokkenen, waaronder Cliëntenraden en medewerkers / teams	Gedragen visie en bereidheid om eigenaarschap te nemen	Hoofden en werkgroep kwaliteitsborging	Vóór 27 januari 2016 (hiervoor worden de team overleggen van januari gebruikt)	
12	Aandachtfunctionarissen per team of cluster benoemen, gekoppeld aan de 9 aandachtsgebieden uit blok 1;	Benoemde aandachtfunctionarissen per aandachtsgebied (shortlist aangevuld met namen aandachtfunctionarissen)	Teams en hoofden Clusters	Vóór 29 januari 2016	
13	Aandachtfunctionarissen met specialist per aandachtsgebied (uit blok 1) bij elkaar brengen en aandachtsgebied laten uitdiepen gericht op focus, toe te passen werkvorm voor borging, inhoudelijke verdieping, benodigde tools en facilitering.;	Aanpak/werkvorm per aandachtsgebied (hoe geven we samen vorm aan dit aandachtsgebied en borgen we de kwaliteit)	specialisten aandachtsgebieden	Vóór 26 februari 2016	
14	0-meting (zelfevaluatie) per team m.b.t. de 9 aandachtsgebieden uit blok 1	Score per aandachtsgebied op basis van 0-meting, als input voor verbetervoorstellen/acties + input voor Marap3	Teams en hoofden Clusters	Vóór 31 maart 2016	
15	Implementeren aanpak/werkvorm gericht op kwaliteitsborging en methodisch werken door formuleren eventuele verbetervoorstellen/acties voor kwaliteitsverbetering en borging per aandachtsgebied. Gericht op het voldoen aan de kaders	Kwaliteitsverbetering 9 aandachtsgebieden blok1 cyclisch geborgd aan de hand van zelfanalyse, formuleren eventuele verbeteracties en borging door meten en continu verbeteren	Teams en hoofden Clusters	Start blok 1 uiterlijk 1 april 2016 Implementatie vóór 31 juli 2016	
16	Implementeren 9 aandachtsgebieden blok 2	Kwaliteitsverbetering 9 aandachtsgebieden blok 2 cyclisch geborgd aan de hand van zelfanalyse, formuleren eventuele verbeteracties en borging door meten en continu verbeteren	Teams en hoofden Clusters	1 augustus 2016 – 31 december 2016	
17	Implementeren 8 aandachtsgebieden blok 3	Kwaliteitsverbetering 8 aandachtsgebieden blok 3 cyclisch geborgd aan de hand van zelfanalyse, formuleren eventuele verbeteracties en borging door meten en continu verbeteren	Teams en hoofden Clusters	1 januari 2016 – 30 juni 2017	
18	Continu proces van verdere kwaliteitsborging en methodisch werken	Teams, vrijwilligers en andere betrokkenen werken aan continue kwaliteitsverbetering en werken methodisch	Alle betrokkenen!	Geheel 2016 en verder	

19	Coaching vanuit horizontale (inhoud) en verticale (proces en doel) verbinding	Teams, vrijwilligers en andere betrokkenen voelen zich ondersteund, kwaliteitsborging wordt gerealiseerd en doelen worden behaald	Adviseurs centraal, specialisten aandachtgebieden, management en hoofden (ieder vanuit hun eigen rol en verantwoordelijkheid)	Geheel 2016 en verder	
20	Evaluatie, monitoring en rapportage op basis van zelfevaluatie per aandachtsgebied per team (reguliere verankering).	Tussentijdse evaluatie in Managementrapportage (Marap) periode 3 en 7. Eindevaluatie projectfase vóór 1 september 2016 t.b.v. prijsopslag Zorgkantoor en Marap10 en 12	Regie kwaliteitsfunctionaris. Eigenaarschap en uitvoering hoofden en management met gebruikmaking van visitatieteams	Interne evaluatie Marap periode 3, 7, 10 en 12. Externe evaluatie naar zorgkantoor vóór 1 september	
21	Verbetering / bijstelling op basis van evaluatie, monitoring en inzet visitatieteams	Verbetervoorstellen die verankerd worden in de P&C-Cyclus	Teams onder coaching van Hoofden en Management	Geheel 2016 en verder	
22	Definitief borgen werkwijze	Na afronding projectfase is werkwijze voor kwaliteitsborging en methodisch werken definitief geborgd binnen de teams en organisatie als geheel. Daarmee zijn de 26 aandacht-gebieden aantoonbaar geïmplementeerd!	Allen, onder verantwoordelijkheid van Hoofden en Management	1 juli 2017	

De detailplanning voor blokken 2 en 3 wordt nader uitgewerkt.

Facilitering en investering

Tijd

Het is noodzakelijk om de extra tijd die in het begin stadium nodig is om tot een werkvorm/aanpak per aandachtsgebied te komen, samen met de verschillende aandachtfunctionarissen gekoppeld aan hetzelfde aandachtsgebied en de specialist, te faciliteren. Project vraagt extra investering om te komen tot de noodzakelijke kwaliteitsborging en methodisch werken. Exacte extra tijdsinvestering is enerzijds afhankelijk van het aantal aandachtsgebieden en anderzijds van de aanpak/werkvorm die een aandachtsgebied vraagt. Dit wordt gedurende het project bepaald.

Daarnaast dienen de uren van de werkgroep kwaliteitsborging gefaciliteerd te worden. Een grove inschatting is dat hier over een totaalbedrag van € 500.000,- gaat. Te begroten via de reguliere formatiebegrotingen.

Visitatieteams en monitoring

Monitoring vindt in eerste instantie plaats via de lijnverantwoordelijkheid middels Managementrapportages in de perioden 3, 7, 10 en 12. Dit gebeurt op basis van zelfevaluaties die per aandachtsgebied, per team uitgevoerd en gerapporteerd worden in Decision (dashboard). Daarnaast zal de kwaliteit van zorg periodiek gemonitord worden door visitatieteams. Dit gebeurt door onderlinge visitatie van de clusters.

De visitaties hebben naast, monitoring of de zorg voldoet aan de gestelde eisen, ook sterk het karakter van halen en brengen, waardoor de teams van elkaar kunnen leren en verbetervoorstellen kunnen uitwisselen. De medewerker kwaliteit bereidt de visitaties voor en begeleidt de visitatieteams. Er komen dus 6 visitatieteams bestaande uit een nader te bepalen samenstelling. In ieder geval zal de medezeggenschap een plek krijgen in deze teams. Hiermee is naar verwachting jaarlijks een bedrag gemoeid van +/- € 25.000,- Aanpak visitatie wordt nader uitgewerkt. (voor 27 januari 2016).

Handboek kwaliteit

Om teams op een overzichtelijk manier te ondersteunen is het nieuw opzetten en inrichten van een digitaal handboek met een goede en gebruiksvriendelijke zoekfunctie noodzakelijk. De investeringen hiervoor worden geraamd op +/- € 25.000,-

KPI's

De KPI's zijn direct gelieerd aan het kwaliteitskaartensysteem. T.a.v. de (kritische) aandachtsgebieden kan in een dashboard (Decision) per team gemonitord worden. De rapportages per team worden geaggregeerd naar organisatieniveau.

De scores komen tot stand door middel van zelfanalyse die het team a.d.h.v. de kwaliteitskaart maakt per aandachtsgebied. Dit gebeurt 4 maal per jaar, ter voorbereiding van Marap 3, 7, 10 en 12.

Werken aan continue kwaliteitsverbetering wil zeggen dat er in de scores per aandachtsgebied een stijgende lijn moet zitten, die onderwerp is van het gesprek tussen hoofd en team, hoofd en divisie manager, divisie manager en bestuurder en tenslotte divisie manager en RVT.

Alsmede in de diverse besprekingen met de medezeggenschapsraden op de verschillende niveaus in de organisatie.

De KPI's geven de scores aan per onderdeel op de kwaliteitskaart.

D.w.z. dat als een kwaliteitskaart 10 kaders bevat, er 10 scores zijn, die het totaalbeeld op een aandachtsgebied bepalen. Een kwaliteitskader wordt gescoord als;

voldoet aan (groen) of

voldoet niet aan (rood).

Bijvoorbeeld Medicatiebeheer

Score MARAP3



Score MARAP7



Score MARAP10



Score MARAP12



Er is in dit geval sprake van een continu proces van aantoonbare kwaliteitsverbetering

Door, door te klikken in Decision kan men zien aan welk kader nog niet wordt voldaan. Kaders die niet geborgd en gerealiseerd worden, worden inzichtelijk, waarna ze door het team nader worden verkend, op te nemen acties en interventies voor borging. Deze acties en interventies worden (SMART) verwerkt op een verbeterbord, met vastgelegde afspraken, actiehouders en tijdsafspraken (deadline).

Uiteindelijk zijn er 26 KPI's per team (26 aandachtsgebieden) opgebouwd uit meerdere kaders.

Er is overwogen om een norm te stellen aangaande de scores per aandachtsgebied. Het blijkt echter vrijwel niet mogelijk om een realistische norm voor de gehele organisatie te stellen gekoppeld aan een deadline. E.e.a. is afhankelijk van de uitgangspositie en de context waarbinnen de ondersteuning wordt geleverd. Per situatie zal het risico van het niet voldoen aan een kader/norm in geschat moeten worden en besproken worden.

Eerder hebben we aangegeven dat:

Onder "kwaliteit van zorg" verstaan wij het continu verbeteren van ons ondersteuningsproces aan mensen met een (verstandelijke) beperking om te voorzien in hun ondersteuningsbehoeften, onze missie te realiseren en om aan de externe eisen, die worden gesteld aan de kwaliteit van ondersteuning, te voldoen.

Het is van belang met elkaar te sturen op continue verbetering en afwentelen van risico's. Voor een deel is dit maatwerk per team.

Samenvattend

Kwaliteitsborging wordt gerealiseerd door:

- Focus aanbrengen in aandachtsgebieden;
- Gefaseerde implementatie;
- Aandachtsfunctionaris per team/cluster, per aandachtsgebied;
- Inhoudelijk specialist als eigenaar aandachtsgebied;
- Belangrijke rol voor teams (eigenaarschap kwaliteitsverbetering en borging op team en cliëntniveau);
- Inhoudelijke coaching en ondersteuning vanuit specialist;
- Coaching op proces en resultaat vanuit leidinggevende;
- Integrale facilitering vanuit centrale rollen;
- Start met projectmatige aanpak die overgaat in going concern;
- Facilitering met kennis, tools, middelen en training;
- Functionarissen in positie gebracht en onderling verbonden;
- Borging van in- en externe kaders en continue kwaliteitsverbetering.

Ontwikkelen van een methodiek van Intercollegiale Visitatie

Arduin, Radar en Philadelphia verkennen de mogelijkheid om naast het eigen cliëntervaringsonderzoek gezamenlijk onderzoek te doen naar de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening van cliënten vanuit professioneel perspectief.

Voor het vaststellen van de kwaliteit van zorg- en dienstverlening vanuit professioneel perspectief wordt gedacht aan de methode van 'intercollegiale visitatie'.

Bij intercollegiale visitatie gaat het erom dat professionals van de ene organisatie op bezoek gaan bij locaties van een andere organisatie en met betrokken medewerkers in gesprek gaan in hoeverre zij het beste uit zichzelf halen om aan de vraag en behoefte van cliënten tegemoet te komen.

De insteek hierbij is niet zozeer de 'systemische' kant van kwaliteit, bijvoorbeeld de kwaliteit van de ondersteuningsplannen, de bezetting en het opleidingsniveau (zoals geborgd in interne en externe audits), maar aspecten als bekwaamheid, verantwoordelijkheid en relatiegerichtheid en kwaliteit van bejegening, uitgedrukt in concrete gedragsaspecten.

De informatie die gegenereerd wordt dient bij te dragen aan het voeren van het 'goede gesprek' met en tussen medewerkers op de werkvloer (reflectieve werkpraktijk), zodat de kwaliteit van zorg- en dienstverlening (of overall ondersteuning) daadwerkelijk op cliëntniveau verhoogd wordt. Hiermee wordt ook pijler 3 van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg geadresseerd.

Om samen te kunnen werken bij de ontwikkeling van een vorm van 'intercollegiale visitatie' is overeenstemming nodig tussen de organisaties over het **toetsingskader**.

- Philadelphia gaat hierbij uit van het referentiekader voor vakmanschap (dat men in het interne cultuurtraject 'Regelarm' gebruikt).
- Arduin zoekt voor wat het referentiekader betreft in eerste instantie aansluiting bij de domeinen van kwaliteit van bestaan (Schalock & Verdugo, 2002).

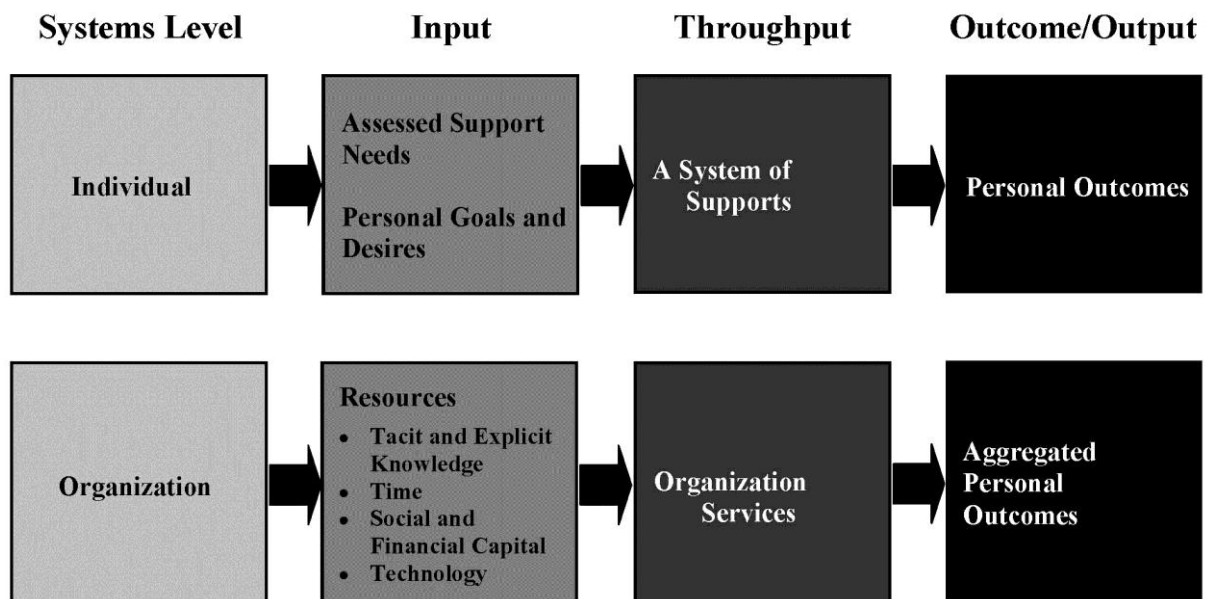


Figure 5. Individual and Organization-level Alignment

Als we kijken naar het bovenstaande input-throughput- output model en de afstemming tussen individueel- en organisatieniveau , kunnen, naar mijn idee, deze referentiekaders prima op elkaar aansluiten, als we het referentiekader Vakmanschap zien als een kader waarbij de nadruk ligt op het Proces van ondersteuning (HOE / Throughput) en het KvB model als een kader waarbij de gewenste uitkomst wordt benadrukt (WAAROP GERICHT? / Outcome / Output).

Een methodiek van intercollegiale visitatie (in functie van een onderzoek naar de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening) focust m.i. op de throughput, waarbij deze wordt belicht vanuit de gewenste outcomes. De operationalisering (topiclijst, vragenlijst gesloten vragen) kan dan op een combinatie van beide kaders worden gebaseerd.

Vraag	Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Indien Voldoet, waaruit blijkt dit?	Toelichting antwoord Voldoet, Voldoet niet of N.v.t.
Zorgproces					
Stap 1: in kaart brengen ondersteuningsbehoefte					
De ondersteuningsbehoefte van de cliënt is in de afgelopen 3jaar (opnieuw) in kaart gebracht (minimaal 1 keer per 3 jaar).					
De ondersteuningsbehoefte is in kaart gebracht middels de Support Intensity Scale (SIS).					
De cliënt is persoonlijk betrokken bij het in kaart brengen van de ondersteuningsbehoefte.					
De cliënt is gevraagd of hij externe ondersteuning wenst bij het in kaart brengen van zijn ondersteuningsbehoefte.					
De in het ECD beschreven risico inventarisatie is maximaal 6 maanden oud..					
Het netwerk van de cliënt is in beeld gebracht middels de netwerkkaart in het ECD.					
Het persoonsbeeld van de cliënt in het ECD is gevuld met de informatie die noodzakelijk is om ondersteuning te kunnen bieden.					
Stap 2: opstellen ondersteuningsplan					
Tijdens het opstellen van het ondersteuningsplan is duidelijk welke wensen (dromen, ambities) en ondersteuningsbehoeften de cliënt heeft aanzien van de onderwerpen wonen, werken, leren en recreëren.					
De cliënt en wettelijk vertegenwoordiger is gevraagd welke voorstellen zij met betrekking tot de ondersteuning wilt aandragen.					
Het ondersteuningsplan is in samenspraak met de cliënt opgesteld.					
Tenzij onvrijwillige zorg volgens de Wet Zorg en Dwang van toepassing is, komt het ondersteuningsplan alleen tot stand wanneer met volledige instemming van de cliënt.					

Vraag	Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Indien Voldoet, waaruit blijkt dit?	Toelichting antwoord Voldoet, Voldoet niet of N.v.t.
Het ondersteuningsplan is gebaseerd op de ondersteuningsbehoefte zoals die middels de SIS in kaart is gebracht.					
De individuele risico's zijn vastgelegd in begeleidingsafspraken binnen het ECD.					
De gedragskundige is betrokken bij de totstandkoming van het ondersteuningsplan. Wanneer noodzakelijk zijn eveneens andere disciplines betrokken bij de totstandkoming van het ondersteuningsplan.					
Het ondersteuningsplan is ondertekend door de gedragskundige.					
De betrokkenheid van overige disciplines is vastgelegd in het ondersteuningsplan.					
Tijdens het opstellen van het ondersteuningsplan is inzet van het netwerk het uitgangspunt.					
De (kwalitatieve en kwantitatieve) inzet van het netwerk is zichtbaar in het ondersteuningsplan.					
Tijdens het opstellen van het ondersteuningsplan is door alle betrokkenen beoordeeld of voor de uitvoering ervan voorliggende voorzieningen kunnen worden ingezet.					
De (kwalitatieve en kwantitatieve) inzet van voorliggende voorzieningen is zichtbaar in het ondersteuningsplan.					
Tijdens het opstellen van het ondersteuningsplan is door alle betrokkenen beoordeeld of voor de uitvoering ervan inzet van aanvullende expertise nodig is.					
De (kwalitatieve en kwantitatieve) inzet van aanvullende expertise is zichtbaar in het ondersteuningsplan.					
Voor cliënten met een behandel indicatie staat een behandelplan beschreven in het ECD.					
In een behandelplan staat de hoofdbehandelaar met zijn verantwoordelijkheden vermeld.					
Het ondersteuningsplan niet ouder dan 6 maanden.					
De gemeentelijke kaders (t.a.v. de WMO, Jeugdwet, Participatiewet) zijn verwerkt in het ondersteuningsplan.					
Stap 3: Leveren ondersteuning					
De inhoud, omvang, tijdstip en frequentie van de te leveren ondersteuning staan omschreven in					

Vraag	Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Indien Voldoet, waaruit blijkt dit?	Toelichting antwoord Voldoet, Voldoet niet of N.v.t.
het ondersteuningsplan in het ECD.					
Tenzij- onvrijwillige zorg volgens de Wet Zorg en Dwang van toepassing is, wordt het ondersteuningsplan alleen uitgevoerd met volledige instemming van de cliënt.					
Bij het taalgebruik in het ECD is rekening gehouden met het communicatie niveau van de cliënt.					
Voor de medewerker van het team is duidelijk welke ondersteuning hij dient te leveren.					
De medewerker heeft voldoende kennis en vaardigheden om de gevraagde ondersteuning te kunnen leveren.					
Wanneer dat noodzakelijk is kan de medewerker zich wenden tot een collega met de benodigde vakinhoudelijke expertise.					
De medewerker weet wanneer hij onvrijwillige zorg (volgens de Wet Zorg en Dwang) toepast en is op de hoogte van de te volgen werkwijze in dat geval.					
De toegepaste onvrijwillige zorg (volgens de Wet Zorg en Dwang) is conform het betreffend protocol verwerkt in het ECD.					
Bij ondersteuning van de cliënt op meerdere locaties vindt afstemming tussen de deze locaties plaats.					
Rapportages worden tijdig, in voor de cliënt begrijpelijke taal en op de juiste plaats in het ECD ondergebracht.					
De cliëntbesprekingen vinden plaats volgens een met de cliënt overeengekomen cyclus.					
Tenzij zwaarwegende argumenten een andere werkwijze vragen is de cliënt betrokken bij elke (op hem betrekking hebbende) cliëntbespreking.					
Redenen om de cliënt niet te betrekken bij het bespreken van zijn ondersteuning staan omschreven in het ECD.					
De cliënt is aangeboden om zich tijdens zijn cliëntbespreking te laten ondersteunen door iemand uit zijn netwerk.					
De inhoud, vorm en omvang van de ondersteuning wordt gecommuniceerd met de (in)formele belanghebbenden.					

Vraag	Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Indien Voldoet, waaruit blijkt dit?	Toelichting antwoord Voldoet, Voldoet niet of N.v.t.
Stap 4: Evalueren / meten kwaliteit van bestaan					
De medewerker weet hoe de evaluatie van het ondersteuningsplan (inhoudelijk) voorbereid, uitgevoerd en vastgelegd dient te worden.					
De gemeentelijke kaders (WMO, Jeugdwet, Participatiewet) ten aanzien van de evaluatie van het ondersteuningsplan worden toegepast in de evaluatie.					
De cliënt is aanwezig bij de evaluatie van het ondersteuningsplan.					
Tenzij de cliënt bezwaar hiertegen heeft, vindt de evaluatie plaats in het bijzijn van en de gedragskundige.					
De gedragskundige is betrokken bij de evaluatie van het ondersteuningsplan.					
De cliënt krijgt de mogelijkheid aangeboden om naast de wettelijk vertegenwoordiger nog andere mensen uit het netwerk te betrekken bij de evaluatie.					
In het ECD is vastgelegd als de cliënt (of wettelijk vertegenwoordiger) weigert mee te doen aan de evaluatie en bijstellen van het ondersteuningsplan.					
De rapportages op het ondersteuningsplan worden meegenomen in de evaluatie.					
Het ondersteuningsplan is maximaal 6 maanden geleden geëvalueerd					
De resultaten en afspraken van de evaluatie zijn vastgelegd in het ECD.					
De aanwezigen bij de evaluatie zijn vastgelegd in het ECD.					
Bij nieuwe WLZ cliënten is het voorlopige ondersteuningsplan binnen 6 weken geëvalueerd en geactualiseerd.					
De POS is maximaal 3 jaren oud.					
De Vragenlijst Pijler 2A in het ECD is maximaal 1 jaar oud.					
Stap 5: Bijstellen					
Voor het bijstellen van het zorgproces zijn alle onderdelen uit stap 1 meegenomen.					
De uitkomsten van de evaluatie (stap 4) zijn input voor het nieuwe ondersteuningsplan.					

Vraag	Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Indien Voldoet, waaruit blijkt dit?	Toelichting antwoord Voldoet, Voldoet niet of N.v.t.
Papieren dossiers					
De papieren zorgdossiers zijn in een afgesloten ruimte opgeborgen.					
Er is een ondertekende, actuele versie van de zorgovereenkomst en het ondersteuningsplan in het papieren dossier aanwezig					
<p>Het team een plan gemaakt voor overgang naar (bijna) volledig digitaal zorgdossier</p> <p><i>Toelichting: intern advies is om alle documenten te digitaliseren m.u.v. van de ondersteuningsplannen én de zorgovereenkomst(en) van de afgelopen 3 jaar, ivm eis zorgkantoor van originele handtekening</i></p>					
Wat te doen met de standaard formuliere bij binnenkomst (WBP, ZDVO etc)					

Kwaliteitskaart kwaliteitsborging voor leidinggevenden

Versiedatum : 21-12-15

Datum invullen :

Team en/of locatie(s) :

Naam invuller(s) :

Kader	voldoet	voldoet niet	Nvt	Indien voldoet, waaruit blijkt dit?
De leidinggevende heeft er op toegezien dat de metingen t.a.v. de kwaliteitskaarten over de afgelopen meetperiode zijn uitgevoerd door de teams die onder zijn/haar verantwoordelijkheid vallen.				
De leidinggevende heeft de uitkomsten van de laatste periodieke meting van de kwaliteitskaarten besproken met zijn directe medewerkers				
De leidinggevende heeft zijn directe medewerkers gefaciliteerd t.a.v. het formuleren van verbetervoorstellen				
De leidinggevende heeft afspraken met zijn directe medewerkers gemaakt m.b.t. het realiseren van verbeterdoelen				
De leidinggevende heeft de status van de verbetervoorstellen minimaal maandelijks met zijn teams besproken (onderdeel agenda teamoverleg)				
De leidinggevende heeft de voortgang van de kwaliteitsborging geëvalueerd met zijn directe medewerkers en zijn leidinggevende op basis van de betreffende Marap 3,7,10 of 12.				
De leidinggevende heeft er op toegezien dat de bevindingen vanuit de visitaties zijn ingebed in de verbetercyclus van betreffende teams				

