

Kwaliteitsrapport De Twentse Zorgcentra 2017



KWALITEITSRAPPORT DE TWENTSE ZORGCENTRA 2017



*"Ik wil de dingen doen waar ik blij van word.
Net als ieder ander mens heb ik het recht om
te bepalen hoe ik 'Mijn Leven' wil inrichten."*

Zorgvisie De Twentse Zorgcentra

Samengevat voor de snelle lezers

In 2017 is het kwaliteitskader 2017-2020 van de VGN ingevoerd. Dit kader stelt onder meer de eis dat we jaarlijks een kwaliteitsrapport schrijven. Dit kwaliteitsrapport willen we gebruiken om in dialoog te gaan met onze cliënten, hun verwanten, medewerkers en externe stakeholders. Voor 2018 gebruiken we dit kwaliteitsrapport als basis om te groeien in onze kwaliteit van zorg en ondersteuning. De opbouw van het kwaliteitsrapport is als volgt: Mijn Leven, Mijn Leven in zorgprocessen, leven in een veilige omgeving, leven in vrijheid, deskundig en verantwoordelijk.

Mijn Leven

Binnen De Twentse Zorgcentra geeft de zorgvisie richting aan ons handelen: "Net als ieder ander mens heb ik het recht om te bepalen hoe ik 'Mijn Leven' wil inrichten. Ik wil graag dat mensen echt naar me luisteren en mij respecteren om wie ik ben. Ik zou zoveel mogelijk dingen willen doen waar ik blij van word." Om de zorgvisie te kunnen realiseren hebben de zelforganiserende teams de opdracht gekregen om vorm te geven aan: een goed leven voor de cliënt, mooi werk voor de medewerkers binnen gezonde financiële kaders.

De zorgvisie is verder vertaald in een visie op kwaliteit van bestaan, binnen De Twentse Zorgcentra noemen we dit 'Mijn Leven'. In 2015 zijn we gestart met de ontwikkeling van een nieuwe ondersteuningsplansystematiek, 'Mijn Leven', gebaseerd op deze visie. In 2017 is dit ondersteuningsplan 'Mijn Leven' in een Elektronisch Cliëntendossier ingebouwd. In 'Mijn Leven' staat de dialoog met de cliënt en samenwerking in de driehoek (cliënt, verwant en medewerker) centraal.

Mijn Leven in zorgprocessen

Het individuele zorgproces van de cliënt is in 2017 gedigitaliseerd met de invoering van een elektronisch cliëntendossier (ECD). Met de implementatie van het ECD is niet alleen de administratieve registratie ingevoerd, maar

zijn we ook terug gegaan naar 'de bedoeling'. Met terug naar de bedoeling willen we bereiken dat regie en zeggenschap zoveel mogelijk terug wordt gelegd bij de cliënt. Dit proces noemen wij binnen De Twentse zorgcentra 'Mijn Leven'. Mijn Leven is ook de basis van onze zorg en het hart van ons kwaliteitsbeleid.

Het proces van Mijn Leven start met het voeren van het 'Goede Gesprek'. De resultaten van het 'Goede Gesprek' worden vastgelegd in het integrale ondersteuningsplan van de cliënt, Mijn Leven. Alle disciplines die betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning van de cliënt hebben inzage in Mijn Leven van de cliënt. Op deze wijze is het ondersteuningsplan van de cliënt transparant en kunnen medewerkers handelen op basis van gemaakte afspraken, doelen, beschreven acties en (gezondheids)risico's.

Veilige omgeving

Iedereen heeft recht op een veilige omgeving. Ook onze cliënten. Cliënten moeten erop kunnen vertrouwen dat de zorg, ondersteuning en behandeling binnen De Twentse Zorgcentra veilig is. Individuele gezondheidsrisico's moeten beschreven worden in het ondersteuningsplan van de cliënt. Ook is er aandacht voor veilig gebruik van medicatie en medische hulpmiddelen. In 2017 zijn er twee grote projecten uitgerold binnen De Twentse Zorgcentra. Overgang naar apotheek de Thij en implementatie van het Elektronisch Voorschrijfsysteem, Medimo. In ons beleid voor Voorbehouden en Risicovolle handelingen stellen we voorwaarden aan medewerkers voor het toedienen van medicatie. Medewerkers moeten bevoegd en bekwaam zijn om medicatie veilig en verantwoord te mogen toedienen.

De Twentse Zorgcentra is een lerende organisatie. Door het melden, registreren en analyseren van incidenten kunnen we verbetermaatregelen voor de toekomst treffen. Daarmee bevorderen we de kwaliteit en veiligheid van onze zorg en onze werk- en leefomgeving. Ook verminderen we daarmee het risico op incidenten. Bij ernstige incidenten en calamiteiten zetten wij een Prisma-onderzoek uit.

Leven in vrijheid

Vrijheid betekent zelf regie kunnen voeren over je eigen bestaan. Met de invoering van Mijn Leven willen we de cliënt meer regie en zeggenschap geven over zijn bestaan. Vrijheid betekent zelf keuzes kunnen maken over (onderdelen van) zorg en ondersteuning. Door het voeren van het 'Goede Gesprek' in de driehoek kan de cliënt aangeven welke zorg en ondersteuning hij nodig heeft. En worden afspraken gemaakt hoe medewerkers de cliënt daarbij kunnen ondersteunen. Vrijheid betekent geïnformeerd worden op je eigen niveau. Medewerkers houden rekening met het niveau van de cliënt en kijken wat past als communicatiemiddel bij de cliënt. Prentenboekjes 'hertaling beleid' zijn hier een goed voorbeeld van. Vrijheid betekent zeggenschap kunnen uitoefenen. De cliënt kan dit binnen De Twentse Zorgcentra doen door deel te nemen aan bewonersraden, team cliëntcommunicatie en door ervaringsdeskundige te zijn. Vrijheid betekent geen beperking. We passen binnen De Twentse Zorgcentra geen vrijheidsbeperkende maatregelen toe, tenzij het echt niet anders kan. Dat betekent dat we eerst andere minder ingrijpende mogelijkheden onderzoeken of uitproberen. Als een vrijheidsbeperkende maatregel echt nodig is, dan kiezen we voor de minst ingrijpende maatregel. Deze mag ook niet langer duren dan noodzakelijk. En we zoeken altijd naar manieren om vrijheidsbeperking af te bouwen.

Deskundig en verantwoordelijk

Cliënten ervaren steeds meer eigen regie over hun leven. Een belangrijke reden hiervoor is de invoering van het werken in de driehoek. In deze driehoek staat de cliënt bovenaan, en wordt de basis gevormd door verwanten aan de ene kant en medewerkers aan de andere kant.

In 2017 is er een Medewerker-tevredenheidonderzoek (MTO) uitgevoerd. Uit dit onderzoek is naar voren gekomen dat medewerkers weinig vertrouwen hebben in de leiding van de organisatie. Ziekteverzuim is hoog en er heerst onduidelijkheid over rollen, taken en verantwoordelijkheden.

Ook is er in 2017 aandacht besteed aan het teamplan en teamreflectie. Onder begeleiding van een coach kunnen begeleiders met elkaar delen wat goed gaat, wat beter kan

en waar ze met elkaar aan moeten werken. De weerslag van de teamreflectie wordt verwerkt in een teamplan. In het teamplan wordt de 'stip op de horizon' voor het komende jaar vastgelegd, samen met de daarbij behorende SMART doelen en acties. Deskundigheid is gebaseerd op methodisch en professioneel handelen. Onderdeel van dit handelen is evalueren op gestelde doelen en acties.

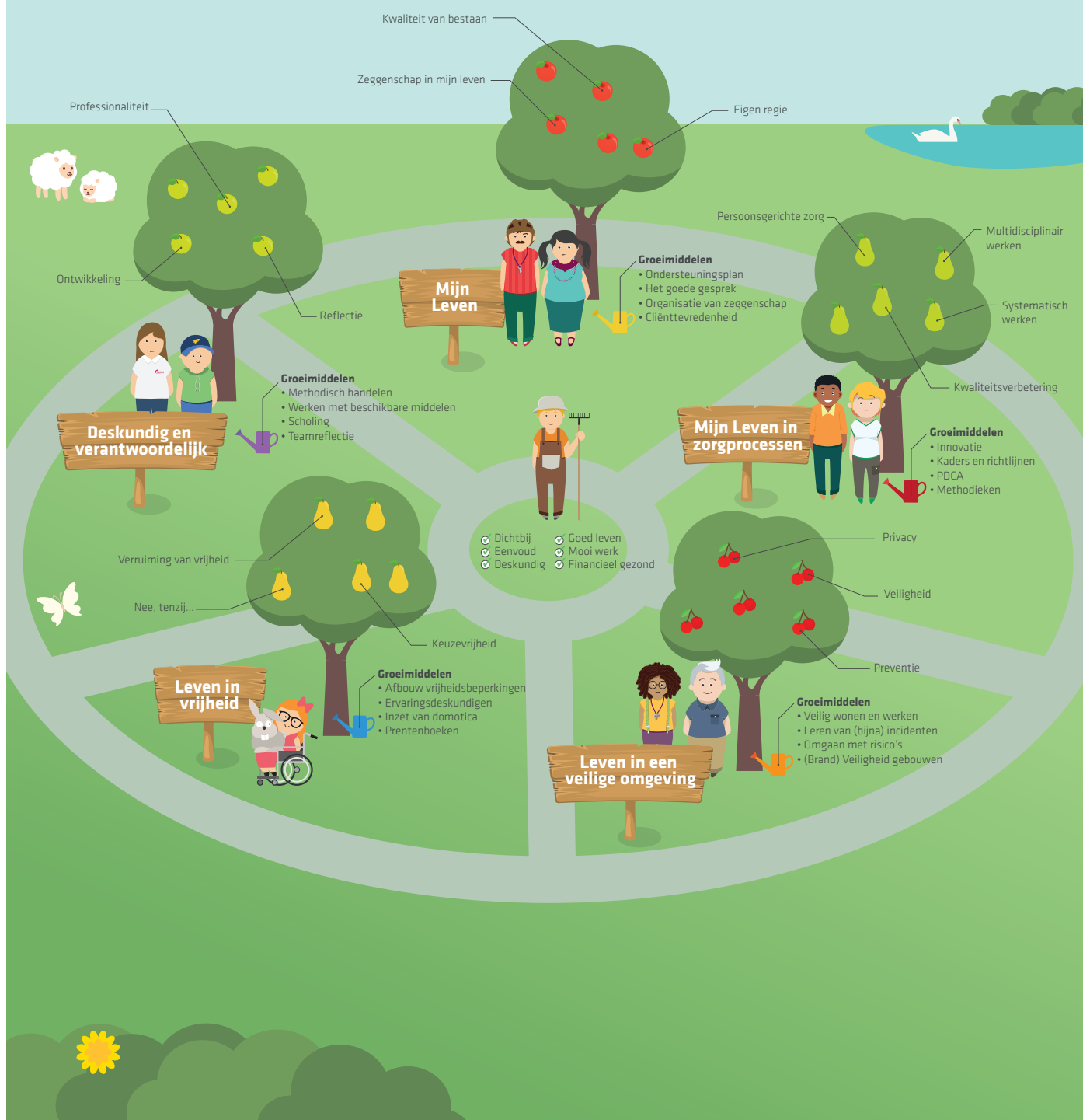
Wat gaat goed? 🍌

- + Door terug te gaan naar 'de bedoeling' hebben cliënten meer zeggenschap en regie gekregen.
- + Uit het cliënttevredenheidsonderzoek blijkt dat cliënten en hun vertegenwoordigers tevreden zijn over de kwaliteit van de ondersteuning. Ook zijn ze tevreden over hun begeleiders.
- + Het lerend vermogen van De Twentse Zorgcentra staat voorop.
- + Medewerkers ervaren een positieve werk-privé balans.
- + Medewerkers worden gestimuleerd om te werken met behulp van de Plan Do Check Act cyclus.

Waar gaan we in 2018 aan werken? 🍷

- Niet alle cliënten hebben een actueel ondersteuningsplan, Mijn Leven.
- Kwaliteit van de ondersteuningsplannen is nog onder de maat.
- In de teams is er onduidelijkheid over taken, rollen en verantwoordelijkheden.
- Herintroduceren en aanscherpen van kaders en (kritische) werkprocessen.
- De komende tijd wordt aandacht gegeven aan verzuimpreventie.
- De eerste stappen voor zelfreflectie, teamreflectie zijn gezet.

Landschap van Mijn Leven





Inhoudsopgave

Samengevat voor de snelle lezers	3
Inhoudsopgave	6
1. Inleiding	7
2. 'Mijn Leven'	11
3. 'Mijn Leven' in zorgprocessen	15
4. Veilige omgeving	21
5. Leven in vrijheid	27
6. Deskundig en verantwoordelijk	33
7. Conclusies	40
Bijlage I: Reflectie ondernemingsraad (OR) en centrale cliëntenraad (CCR)	44
Bijlage II: Bronnenlijst	46



- ✓ Dichtbij
- ✓ Eenvoud
- ✓ Deskundig
- ✓ Goed leven
- ✓ Mooi werk
- ✓ Financieel gezond

#1

INLEIDING

Binnen De Twentse Zorgcentra vinden we reflectie een belangrijk onderwerp. Aan het begin van het jaar stellen de MT-leden, commissies, Bureau Zeggenschap en Stafbureau Kwaliteit en Veiligheid jaarplannen vast, die we gedurende het jaar evalueren. We doen dit elke vier maanden en rapporteren dit in voortgangsrapportages. In het begin van het nieuwe jaar reflecteren we daarnaast ook op het afgelopen jaar. De uitkomsten daarvan leggen we vast in ons jaarverslag. Deze cyclus is recent opgestart om hiermee reflectie op overstijgend niveau vorm te geven.

In 2017 is het kwaliteitskader 2017-2020 van de VGN ingevoerd. Dit kader stelt onder meer de eis dat we jaarlijks een kwaliteitsrapport schrijven.

1.1 De Twentse Zorgcentra

De Twentse Zorgcentra is de grootste aanbieder van zorg- en dienstverlening aan mensen met een verstandelijke beperking in Twente. Er maken 2.434 cliënten gebruik van uiteenlopende vormen van zorg- en dienstverlening, die direct of indirect geboden wordt door 2.366 medewerkers en meer dan 600 vrijwilligers.

Wij werken vraaggericht en bieden begeleiding, ondersteuning en behandeling aan jong en oud, van moeilijk verstaanbaar gedrag tot meervoudig gehandicapt, van licht verstandelijk beperkt tot ernstig verstandelijk beperkt. Altijd vanuit onze kernwaarden: dichtbij, eenvoud en deskundig.

We blijven dichtbij de mensen die onze zorg nodig hebben, zonder dat we daarbij de regie overnemen. Bij ons werken cliënten, cliëntvertegenwoordigers én medewerkers samen in een driehoek. STERK noemen we dat: Samen Toewerken naar Eigen Regie en Kracht.

Onze cliënten wonen onder andere op de beschermde en mooie terreinen van De LosserHof en 't Bouwhuis. Zij leven, wonen, werken en recreëren hier in een omgeving die nadrukkelijk rekening houdt met hun mogelijkheden en beperkingen. Daarnaast bieden we ook meer kleinschaligere woon- en werkvoorzieningen in onder andere Almelo, Tubbergen en Nijverdal.

1.1.1 Wet langdurige zorg

De meeste van onze cliënten (1.412 cliënten) hebben voortdurend (intensieve) zorg en ondersteuning nodig in de nabije omgeving, veelal 24 uur per dag. Deze zorg wordt gefinancierd vanuit de Wlz. Het grootste deel van deze cliënten ontvangt zorg vanuit het zorgprofiel VG07 (ZZP-VG07), gevolgd door de profielen VG05 en VG08. Hieruit blijkt de dominantie van De Twentse Zorgcentra op het gebied van de intensieve VG zorg, en de veel geringere rol in de minder intensieve zorgprofielen. In de regio Twente vertegenwoordigen wij 85% van de cliënten met een zorgprofiel VG07. Voor VG08 is dit 74%, voor VG05 37%, voor VG04 13% en voor VG06 12%.

1.1.2 Doelgroep

De Twentse Zorgcentra richt zich op grofweg drie doelgroepen; mensen met een intensieve ondersteuningsvraag als gevolg van een verstandelijke beperking; ouderen met een verstandelijke beperking; en kinderen met (een vermoeden van) een verstandelijke beperking en hun gezin.

Intensieve ondersteuningsvraag als gevolg van een verstandelijke beperking

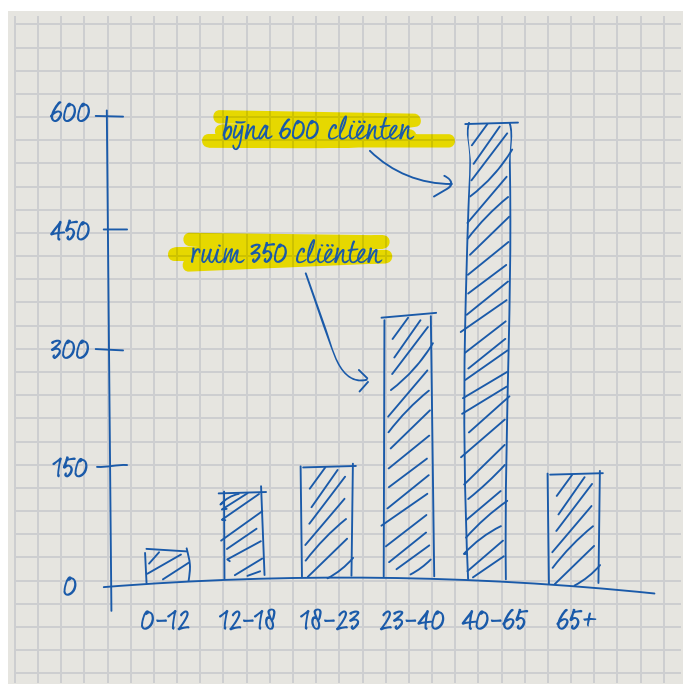
Van oudsher bieden we zorg en ondersteuning aan mensen met een intensieve ondersteuningsvraag als gevolg van een verstandelijke beperking. Veelal gaat het dan om een matige tot ernstige verstandelijke beperking, waarbij ook sprake kan zijn van meervoudige beperkingen of gedragsproblemen.

Ouderen

In de komende jaren neemt het aantal ouderen met een verstandelijke beperking toe. Ook de cliënten die al bij ons wonen worden ouder. Onze vooral groepsgerichte huisvestingsmogelijkheden passen bij de zorgvraag van deze cliënten.

Kinderen en hun gezin

Onze ondersteuning aan kinderen en hun gezin zorgt voor vroegtijdige (h)erkenning van een verstandelijke beperking. Door vroegtijdig begeleiding aan te bieden, kan op het moment dat daaraan behoefte is, de ondersteuning worden geïntensiveerd, waarbij gebruik gemaakt kan worden van al onze mogelijkheden voor wonen, ambulante ondersteuning en dagbesteding.



Overzicht aantal unieke cliënten per leeftijdscategorie in 2017

1.1.3 Dynamiek

Het afgelopen jaar heeft veel beweging plaatsgevonden, die van invloed is geweest op de kwaliteit van zorg voor cliënten:

- In 2017 is de zeggenschap van cliënten vergroot door de implementatie van het ondersteuningsplan; 'Mijn Leven' (zie H3).
- Halverwege 2017 heeft de Raad van Toezicht de arbeidsrelatie met de bestuurder beëindigd vanwege verschil van inzicht. Eind juni is er een interim bestuurder aangesteld om de leiding van de organisatie over te nemen.

- Mede door de afbouw van middelen en maatregelen, nam het aantal agressie incidenten op een aantal LVB-woongroepen steeds meer toe. De LVB doelgroep was relatief nieuw voor De Twentse Zorgcentra en medewerkers bleken niet voldoende toegerust om deze groep te begeleiden. Als alternatief is er gekozen om uitzendbureaus in te zetten die gespecialiseerd waren in de begeleiding van deze groepen. In de tweede helft van het jaar is meer gestuurd op het terugdringen van de inzet van uitzendkrachten.
- Na het invoeren van zelforganisatie in de twee jaren voorafgaand aan 2017, is onduidelijkheid over rollen en verantwoordelijkheden ontstaan in verschillende lagen van de organisatie. Dit heeft onder meer geleid tot een hoog ziekteverzuim.

1.2 Over kwaliteit gesproken

1.2.1 Kwaliteitskader 2017-2020 en het belang voor De Twentse Zorgcentra

Met de vernieuwde opzet van het kwaliteitskader 2017-2020 komen we tot een jaarlijks overzicht van kwaliteit. Dit leggen we vast in een kwaliteitsrapport. Dit rapport heeft betrekking op de zorg die onder de Wet langdurige zorg valt en bevat een geobjectiveerde weergave van de kwaliteit die wij bereiken voor cliënten. Daarnaast bevat het een weergave van belangrijke voorwaarden zoals betrokken en vakbekwame medewerkers. Het kwaliteitsrapport verbindt de ervaringen van de drie bouwstenen waar het kwaliteitskader op berust:

- Een verzorgd proces rond de individuele cliënt borgen: daartoe in professioneel dialoog vaststellen welke ondersteuning nodig is, alert zijn op gezondheidsrisico's en op kwaliteit van bestaan;
- Leren van onderzoek naar cliëntervaringen: overzicht maken van inzicht uit dat onderzoek en in afstemming met de cliëntenraad de belangrijke verbeteracties bepalen;
- Kritische zelfreflectie door teams borgen: teams die de praktijk spiegelen aan de visie van de organisatie en stilstaan bij hoe het gaat en wat er verbeterd kan worden in het zorgproces rond cliënten.



Door de uitkomsten van de bouwstenen, met informatie uit andere bronnen, in samenhang met elkaar te bekijken ontstaat een helder, levendig zicht op de kwaliteit van dienstverlening en de kwaliteit van bestaan van mensen met een beperking in de langdurige zorg en ondersteuning. Het rapport geeft antwoord op de vragen: wat gaat goed, wat kan beter en wat zijn de prioriteiten om te verbeteren. En laat zien hoe deze antwoorden tot stand zijn gekomen.

Het kwaliteitsrapport heeft een interne en een externe functie. Intern is het een geobjectiverde weergave van kwaliteit die de organisatie levert aan mensen met een beperking. Extern is het een middel voor transparantie en voor verantwoording. Een eis van het kwaliteitskader is het doen van een tweejaarlijkse externe visitatie. We hebben ervoor gekozen om de externe visitatie over het jaar 2018 te laten plaatsvinden.

1.2.2 Kwaliteitssysteem

Met de kanteling van de organisatie naar zelforganiserende teams, is ook het kwaliteitssysteem aangepast. De organisatie heeft gekozen voor de ISO-norm (ISO9001;2015). Elk jaar wordt de organisatie bezocht door een extern auditteam die onderzoekt of de organisatie in staat is de kwaliteit van zorg zichtbaar te maken, en deze systematisch te bewaken, te beheersen en continu te verbeteren met behulp van de Plan Do Check Act cyclus. Met andere woorden: is de zorg afgestemd op de behoefte van de cliënt en doeltreffend en doelmatig georganiseerd?

1.2.3 Kwaliteitsrapport 2017

Het kwaliteitsrapport is opgesteld door de medewerkers van het Stafbureau Kwaliteit en Veiligheid, in nauwe samenwerking met betrokkenen. Voor de vulling van het kwaliteitsrapport hebben we gebruik gemaakt van diverse bronnen (zie ook de bijlage), waaronder de

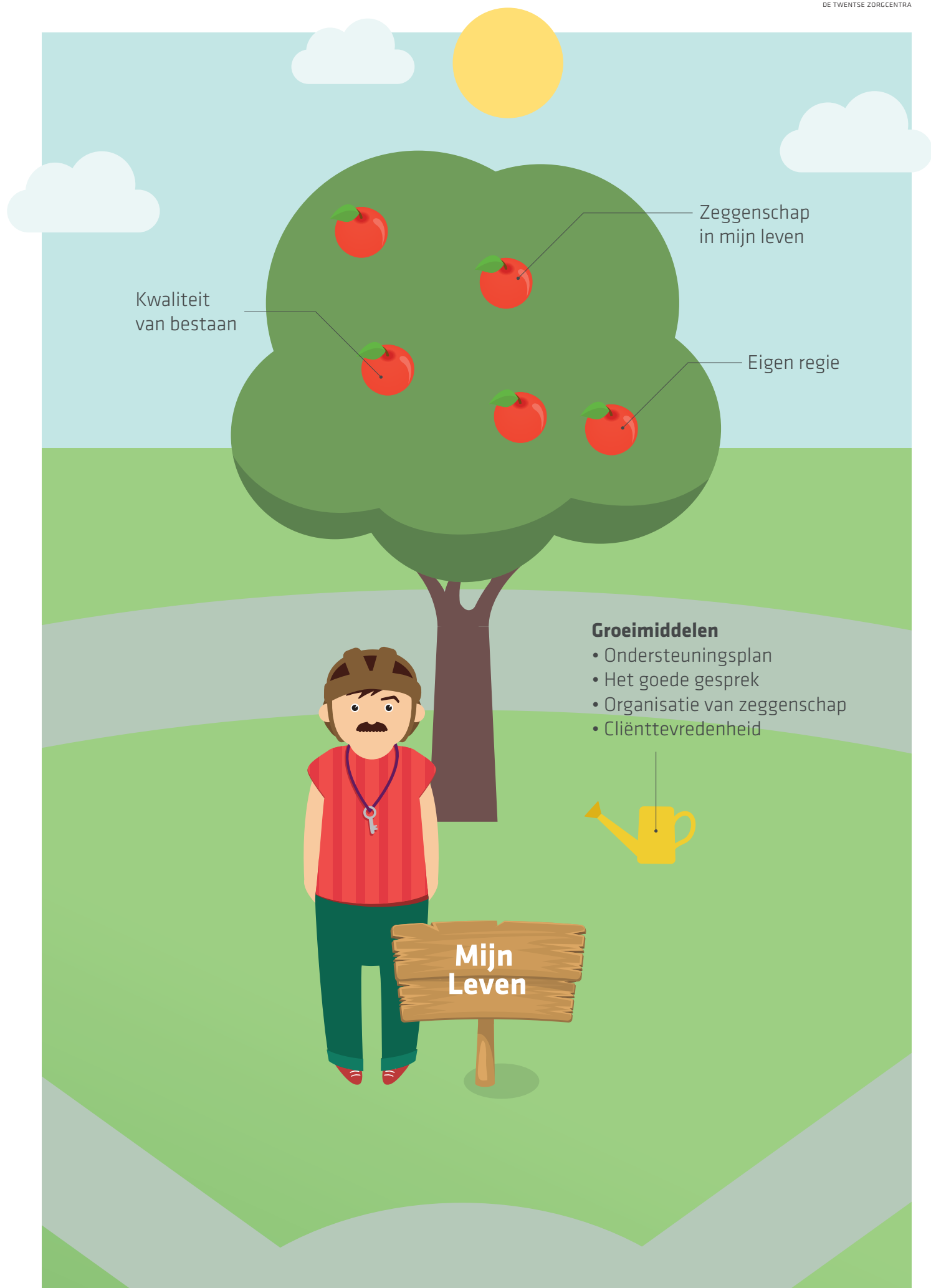
voortgangs- en jaarverslagen, cliënt- en medewerkers tevredenheidsonderzoeken, sturingsinformatie (cijfers), rapportages van commissies, meldingen, klachten en verbeterregister.

De indeling van het kwaliteitsrapport

- 'Mijn Leven' (hoofdstuk 2)
- 'Mijn Leven' in zorgprocessen (hoofdstuk 3)
- Leven in een veilige omgeving (hoofdstuk 4)
- Leven in vrijheid (hoofdstuk 5)
- Deskundig en verantwoordelijk (hoofdstuk 6)

We eindigen het kwaliteitsrapport met een conclusie (hoofdstuk 7) en een beschouwing van de (formele) medezeggenschapsraden in de bijlage.





#2

‘MIJN LEVEN’

Het leven van de cliënt, ‘Goede Gesprek’ in de driehoek (cliënt, verwanten en medewerkers) en het vormgeven hiervan, dat vormt onze basis. Wij noemen dit: ‘Mijn Leven’. ‘Mijn Leven’ is meer dan alleen een zorg- of ontwikkelingsplan van de cliënt of een administratief registratiesysteem. Het is het hart van ons kwaliteitsbeleid. Cliënten praten mee, op hun niveau, over zaken die er voor hen toe doen. Zij bepalen de inhoud van het gesprek, samen met verwanten en medewerkers. Zodat zij oprecht kunnen zeggen, dit is ‘Mijn Leven’!

2.1 Terug naar de bedoeling

Binnen De Twentse Zorgcentra geeft de zorgvisie richting aan ons handelen. In 2012 hebben cliëntvertegenwoordigers nagedacht over wat ze verstaan onder kwalitatief goede zorg. Hieruit is de zorgvisie ontstaan: “Net als ieder ander mens heb ik het recht om te bepalen hoe ik ‘Mijn Leven’ wil inrichten. Ik wil graag dat mensen echt naar me luisteren en mij respecteren om wie ik ben. Ik zou zoveel mogelijk dingen willen doen waar ik blij van word.”

De zorgvisie is verder vertaald in een visie op kwaliteit van bestaan, binnen De Twentse Zorgcentra noemen we dit ‘Mijn Leven’. In 2015 zijn we gestart met de ontwikkeling van een nieuw ondersteuningsplansystematiek, ‘Mijn Leven’, gebaseerd op deze visie. In 2017 is dit ondersteuningsplan ‘Mijn Leven’ in een Elektronisch Cliëntendossier ingebouwd. In ‘Mijn Leven’ staat de dialoog met de cliënt en samenwerking in de driehoek (cliënt, verwant en begeleider) centraal: “Meedoen in de samenleving, jezelf ontwikkelen, je gezond voelen en lekker in je vel zitten horen allemaal bij jouw leven. We noemen dit kwaliteit van bestaan en daar heb jij recht op. Jij bent de baas over jouw eigen leven en daarom bepaal jij zelf wat het beste bij jou past. Ook mag je zelf bepalen hoe je dat wilt doen. Daarom noemen we het ondersteuningsplan ‘Mijn Leven’.”

Om de zorgvisie te realiseren hebben alle teams in 2014 bij het introduceren van zelforganisatie de opdracht gekregen om vorm te geven aan: ‘een goed leven voor de cliënt, mooi werk voor de medewerkers binnen gezonde financiële kaders.’

Om de zelforganiserende teams handvatten te geven bij het vormgeven van zorg zijn er kaders en richtlijnen beschreven in 2017. Een van de richtlijnen beschrijft bijvoorbeeld hoe het dienstenpatroon eruit ziet: “Het leefritme van de cliënten bepaalt wanneer we werken en hoe het dienstenpatroon er voor de medewerkers uit ziet. Medewerkers regelen zelf hoe ze de diensten verdelen. We hanteren daarbij het handboek roosteren.”

2.1.2 Waar staan we nu

De opdracht die is meegegeven bij zelforganisatie is breed in de organisatie geland. Elk team is aan de slag gegaan om invulling te geven aan ‘Goed Leven’ van cliënten. Er zit verschil in de wijze en tempo waarop teams dit aanpakken en wanneer cliënten niet (goed) in staat zijn te verwoorden wat hun behoefte is, kunnen teams gebruik maken van (creatieve) werkvormen die beschikbaar zijn gesteld bij de introductie van het ondersteuningsplan ‘Mijn Leven’.

Uit de praktijk blijkt dat de invulling aan ‘Goed Leven’ verschilt en dat er nog ruimte voor kwalitatieve verbetering mogelijk is. Het verschil is mogelijk te verklaren door de ontwikkelingen binnen de organisatie vanuit het invoeren van zelforganisatie. Het heeft teams en ondersteunende diensten tijd gekost om hier een weg in te vinden. Een van de gevolgen is dat de steunstructuur van persoonlijk begeleider, gedragskundige en coach in 2017 onvoldoende tot zijn recht is gekomen. Daarnaast is het bespreken van functioneren en aanspreken op verantwoordelijkheid rondom kwaliteit door alle ontwikkelingen op de achtergrond geraakt.

De opdracht 'Goed Leven' is bekend en heeft veel aandacht gehad, maar het blijkt dat de zorgvisie, visie op kwaliteit van bestaan en kaders nog niet voldoende bekend zijn bij teams. De opdracht 'goed leven, mooi werk, financieel gezond' alleen geeft onvoldoende richting. Het herintroduceren en waar nodig aanscherpen van de zorgvisie en kaders zal bijdragen aan het maken van de kwaliteitsslag.

2.1.3 Waar willen we naar toe

Om een kwaliteitsslag te maken willen we:

- een heldere eenduidige zorgvisie als basis voor attitude
- ondersteuning aan teams verstevigen
- continu professionele dialoog stimuleren

Een heldere eenduidige zorgvisie als basis voor attitude

De afgelopen jaren zijn er initiatieven geweest die een bijdrage hebben geleverd aan de kwaliteit van zorg. Een paar voorbeelden hiervan zijn:

- Methodiek Triple-C
- Methodiek LACCS
- Handicap Experience

Voor Triple-C zijn er in 2017 pilots gestart op verschillende locaties die werken volgens deze behandelmethodiek. Triple-C is een orthopedagogisch behandelmodel, bestaande uit een visie en een methodiek voor de begeleiding en behandeling van mensen met een (verstandelijke) beperking, die daarnaast gedragsproblemen of psychische problemen hebben. De drie C's staan voor cliënt, coach (begeleider) en competentie. Het gaat erom dat cliënten het gewone leven ervaren. De begeleiders ondersteunen ze daarbij door op basis van een onvoorwaardelijke ondersteuningsrelatie samen competenties op te bouwen. Triple-C kan daarbij worden gezien als verbijzondering van onze zorgvisie.

Naast Triple-C zijn er ook een aantal teams getraind in de methodiek LACCS. LACCS is vooral gericht op mensen met een ernstig meervoudige beperking. Mensen die niet of nauwelijks in staat zijn zelf iets te zeggen over de kwaliteit van hun leven. Beide methodieken staan voor een 'Goed Leven' en zijn hiermee een verbijzondering van de zorgvisie van De Twentse Zorgcentra.

Vanuit het project Handicap Experience is het begrip 'meervoudig kijken' geïntroduceerd. Kijken door de ogen van een ander, met een open blik en zonder vooroordelen. Hier is onderzoek naar gedaan en uit dit onderzoek is het waardigheidsparadigma (Reerink, The en Roelofsen, 2017) ontstaan. Waarbij de cliënt niet gezien wordt als mens met beperkingen, maar als medemens met menselijke behoeften (fysiek, emotioneel, mentaal en zingevend) en ervaringen.

De zorgvisie willen we graag verder aanscherpen vanuit het gedachtegoed van initiatieven zoals Triple-C, LACCS en het waardigheidsparadigma. Wat deze initiatieven gemeen hebben is dat de focus ligt op menswaardigheid en dat ze richting geven aan gedrag en attitude, waarbij anders kijken en anders denken leidt tot anders doen.

Ondersteuning aan teams verstevigen

In het samenspel tussen regiomanagers en coaches ontstaat er langzaam aan helderheid over taken en rollen. Er worden afspraken gemaakt over de verantwoordelijkheid van coaches en er wordt gewerkt met een jaarplancycclus. In deze cyclus hebben regiomanagers twee keer per jaar contact met elk team en in dit contact wordt kwaliteit van zorg een belangrijke thema. In 2018 wordt bekeken wat er in de organisatiestructuur moet worden aangevuld, zodat elk team passende ondersteuning krijgt. Hierbij is het belangrijk dat de gedragskundige, coach en de persoonlijk begeleider nauw samenwerken en dat ze teams ondersteunen vanuit de gezamenlijke visie met de nabijheid die de teams nodig hebben.

Continu professionele dialoog

Om elkaar scherp te houden is er een continue dialoog nodig, waarin het mogelijk is om elkaar functioneel aan te spreken op gedrag. Niet alleen tussen coaches en teams, maar ook teams onderling, gedragskundigen onderling etc. Om bewust te worden van gedrag is het nodig om elkaar te spiegelen. Anders is er geen prikkel voor gedragsverandering.

2.2 Zeggenschap van cliënten

De afgelopen jaren is er op verschillende niveaus een start gemaakt om de zeggenschap en regie van cliënten te vergroten. Om deze beweging te stimuleren is Bureau Zeggenschap opgericht voor en door cliënten. Zij bieden ondersteuning en coaching aan cliënten, verwanten en medewerkers om regie van cliënten te vergroten en vorm en inhoud te geven aan zeggenschap. Op dit moment ziet zeggenschap binnen de organisatie er als volgt uit:

2.2.1 Individuele zeggenschap

In 'Mijn Leven' staan de beleving van de cliënt en zijn behoeften voorop. Cliënt, verwant en medewerker gaan vanuit gelijkwaardigheid in gesprek om 'Mijn Leven' vorm te geven. Het Elektronisch Cliëntendossier is hierbij ondersteunend en geeft vorm aan de invulling van de dagelijkse zorg en ondersteuning. In hoofdstuk 3 gaan we verder in op de visie en methodiek van 'Mijn Leven' binnen De Twentse Zorgcentra.

2.2.2 Zeggenschap op groepsniveau

Zeggenschap op groepsniveau gaat over de gezamenlijke belangen van cliënten binnen een locatie en krijgt vorm in huiskamer-overleggen of in een bewoners- of deelnemersraad. Op dit moment zijn er verschillende huiskamer-overleggen en deelnemersraden actief binnen de organisatie.

2.2.3 Zeggenschap op organisatieniveau

Bij zeggenschap op organisatieniveau gaat het over gezamenlijke belangen van cliënten binnen de organisatie. Cliënten zijn via hun verwanten in de centrale cliëntenraad vertegenwoordigd. Daarnaast hebben cliënten zelf zitting in de regiogaden. Vanuit deze regiogaden worden verschillende onderwerpen met de regiomanager besproken. Daarnaast participeren cliënten steeds vaker zelf bij uitwerking van onderwerpen die voor hen belangrijk zijn. Zoals bijvoorbeeld de werkgroep verkeer en parkeren in Enschede.

2.2.4 Cliënttevredenheid

De meeste tevredenheidsonderzoeken voor cliënten zijn met name gericht op wettelijk vertegenwoordigers. In 2014 zijn we gestart met het interviewen van cliënten om een beeld te krijgen van hun tevredenheid. In 2017 hebben we dit principe uitgebreid en hebben we cliënten niet alleen geïnterviewd, maar ook betrokken bij het afnemen van interviews bij mede-clieñten. Hier werd positief op gereageerd.

De uitkomsten van het cliënttevredenheidsonderzoek van 2017 waren ook positief. Cliënten (n = 72) geven een gemiddeld rapportcijfer van 7,8 voor de kwaliteit van ondersteuning en een 7,6 voor de begeleiders. Verwanten (n = 310) geven gemiddeld een 7,2 voor de kwaliteit van ondersteuning en een 7,7 voor de begeleiders. Medewerkers (n = 466) zijn iets minder tevreden over de kwaliteit van ondersteuning, zij geven gemiddeld een 6,3. Er is veel waardering voor de keuzevrijheid voor de cliënt, het contact met medebewoners, de persoonlijke aandacht, de fijne sfeer, samenwerking en het hebben van 'hart voor de zaak'. Voor verbetering vatbaar zijn onder andere communicatie (op micro-, meso- en macroniveau), sturing tot op groepsniveau, vertrouwen en 'trots zijn op de organisatie', veiligheid en woonomgeving, duidelijkheid rondom STERK en continuïteit van zorg door medewerkers.

Momenteel voeren we tweejaarlijks een groot cliënttevredenheidsonderzoek uit. Omdat wij een grote meerwaarde inzien van de tevredenheidsmetingen van cliënten, willen we de tevredenheid vaker meten. We onderzoeken welk instrument ons hierbij kan ondersteunen.

2.2.5 Klachten

Het streven is om zoveel mogelijk onvrede op te lossen in het gesprek tussen de klager en de organisatie. In 2017 zijn er 12 klachten binnengekomen, waarvan één bij de Regionale Klachtencommissie. We streven ernaar dat klachten zoveel mogelijk worden opgelost daar waar ze ontstaan. Dit verklaart mogelijk het aantal lage klachten. De aard van de klachten was voornamelijk zorginhoudelijk (8). Eén van de klachten betrof de Bopz, de overige drie klachten waren organisatorisch of financieel van aard.

2.3 Conclusie 'Mijn Leven'

2.3.1 Wat gaat goed? 🍎

- De opdracht 'goed leven, mooi werk en financieel gezond' is breed geland in de organisatie en elk team zet zich in voor een 'goed leven' van elke cliënt.
- Er worden concrete stappen gezet om cliënten een stem te geven en hun stem wordt steeds vaker gehoord.

2.3.2 Wat kan beter? 🍷

- De zorgvisie aanscherpen en teams stimuleren om te werken vanuit de zorgvisie.
- Ondersteuning voor teams verstevigen.
- Het stimuleren van continue dialoog tussen professionals binnen de organisatie.
- Ervoor zorgen dat alle locaties invulling geven aan zeggenschap op groepsniveau en het vergroten van de bijdrage van cliënten op organisatieniveau.

2.3.3 Wat zijn de prioriteiten om te verbeteren?

- De zorgvisie moet worden aangescherpt.
- Alle groepen, en de organisatie als geheel, moeten zeggenschap in 'Mijn Leven' vergroten.
- Ondersteuning voor teams verstevigen.
- Continu dialoog stimuleren.
- Continu meten van tevredenheid bij cliënten.



#3

‘MIJN LEVEN’ IN ZORGPROCESSEN

Binnen De Twentse Zorgcentra bieden we ‘Goed Leven’ aan onze cliënten. Een goed leven is voor iedereen anders. Wel gaat het voor iedereen om twee dingen: eigen regie hebben en een goede kwaliteit van bestaan. Met eigen regie bedoelen we baas zijn over je eigen leven. Met een goede kwaliteit van bestaan bedoelen we dat je zo gezond mogelijk moet voelen en lekker in je vel moet zitten. De cliënt is baas over zijn of haar eigen leven en mag daarom bepalen wat belangrijk is voor zichzelf. Ook mag de cliënt zelf bepalen hoe hij of zij daar vorm aan wil geven. Wij doen alleen datgene wat waarde toevoegt aan het leven van de cliënt.

3.1 Persoonsgerichte zorg

De Twentse Zorgcentra heeft in 2017 geïnvesteerd in verschillende ontwikkelingen die de zorg en ondersteuning voor cliënten persoonsgericht maken. Een aantal concrete voorbeelden hiervan zijn het verder verbeteren van de multidisciplinaire inzet vanuit de dienst behandeling, werken volgens methodieken zoals Triple-C en LACCS en het project ‘Hart voor dagbesteding’.

3.1.1. Multidisciplinaire kracht

Cliënten worden ondersteund door begeleiders en verschillende disciplines van de dienst behandeling. Artsen en tandartsen behandelen en ondersteunen cliënten op medisch gebied. In het lichamelijk en psychische welbevinden worden cliënten ondersteund door doktersassistenten, praktijkverpleegkundigen, gedragkundigen, logopedie, fysiotherapie, ergotherapie, psychomotorische therapie, muziektherapie, bewegingstherapie en speltherapie. Voor de cliënt en begeleiders is de praktijkverpleegkundige voor medische vragen het eerste aanspreekpunt.

De disciplines van de dienst behandeling richten zich op het vergroten van ontwikkelingsmogelijkheden en regie over het

eigen leven van de cliënt en het voorkomen van (gezondheids-) problemen en escalaties. Dit altijd in de context van het systeem waarin de cliënt leeft. De mate van betrokkenheid bij de cliënt is afhankelijk van de zorg- en ondersteuningsvraag.

In 2017 zijn gesprekken gevoerd met onder andere cliënten(raden), verwanten en teams om te inventariseren wat er goed gaat en wat beter kan binnen de dienst behandeling. Dit heeft veel bruikbare informatie opgeleverd. Cliënten geven bijvoorbeeld aan dat ze over het algemeen zeer tevreden zijn over behandelaars, maar dat ze beter geïnformeerd willen worden over de bereikbaarheid. De feedback die is opgehaald is gebundeld en op basis daarvan is een plan voor de toekomst opgesteld met de titel ‘Aanpakken en Doorpakken’. De disciplines willen regio-overstijgend verkennen wat de cliënten nodig hebben en onderzoeken hoe ze in onderlinge samenhang en interdisciplinair hier het beste invulling aan kunnen geven. Waarbij ook gekeken zal worden naar het verhelderen van rollen, functies, verantwoordelijkheden en de regie op processen zodat de zorg voor de cliënt beter wordt.

3.1.2. Werken met methodieken

In 2017 waren de behandelmethodieken Triple-C en LACCS belangrijke hulpmiddelen om te komen tot persoonsgerichte zorg. Triple-C is een methodiek voor behandeling en begeleiding van cliënten met gedragsproblemen. Het is ontwikkeld vanuit de behoefte mensen met probleemgedrag een menswaardig bestaan terug te geven. Het streven is het ervaren van het ‘gewone leven’. In 2017 is een pilot gestart met een aantal teams die systeemtraining hebben gehad en deze teams zijn gaan werken volgens de methodiek Triple-C.

Naast Triple-C zijn er teams getraind in de LACCS-methodiek. LACCS richt zich vooral op cliënten met een ernstige meervoudige beperking. Mensen die niet of nauwelijks in staat zijn zelf iets te zeggen over de kwaliteit van hun leven.

"Het is mooi om te zien dat alle disciplines hier actief in mee werken."

Cliëntvertegenwoordiger over het ondersteuningsplan 'Mijn Leven'

Hun signalen zijn vaak moeilijk te interpreteren. De LACCS-methodiek is gebaseerd op evidence based kennis en op inzichten uit de praktijk.

Naast Triple-C en LACCS zijn er nog meer methodieken waarmee gewerkt wordt. De disciplines vanuit de dienst behandeling hebben geconstateerd dat er in de praktijk veel verschillende methodieken gebruikt worden en hebben aangegeven meer uniformiteit te willen in behandelmethodieken. Hiervoor zal in 2018 regio-overstijgend meer afstemming gezocht worden vanuit het plan 'Aanpakken en Doorpakken'.

3.1.3. Dagbesteding, welzijn en recreatie

Binnen De Twentse Zorgcentra vinden we het belangrijk onze cliënten een volwaardige dagbesteding aan te bieden. We hebben een ruim aanbod in vormen van dagbesteding, zoals belevingsgericht, arbeidsmatig, activerend en begeleid werken (onder andere in de vorm van leerwerklijnen). Om nog beter aan te sluiten bij de wensen van de cliënt, is de wens ontstaan om dagbesteding dichtbij, eenvoudig en deskundig te organiseren zodat we zinvolle activiteiten en werkzaamheden kunnen (blijven) bieden aan diegene die dat nodig heeft, nu en in de toekomst. Hierop is het project 'Hart voor dagbesteding' gestart waarin toegewerkt wordt naar duurzame (dag) activiteiten, met andere woorden: activiteiten organiseren die echt bij cliënten passen.

Het leven bestaat niet uit wonen en werken alleen, er is ook tijd voor ontspanning en recreatie. Ook voor de cliënten van De Twentse Zorgcentra is recreatie belangrijk en daar bieden wij ondersteuning bij. Op de verschillende locaties worden in de loop van het jaar allerlei evenementen georganiseerd. Denk maar eens aan het paasvuur, het carnaval, Sinterklaas, de jaarlijkse TruckRun, de kermis op de LosserHof, braderieën en jaarmarkten, enzovoorts, enzovoorts.

3.1.4 'Mijn Leven'

De wijze waarop ondersteuning voor cliënten wordt vormgegeven wordt vastgelegd in één ondersteuningsplan 'Mijn Leven'. Overleg vindt vaker plaats in kleine teams, terwijl toch het hele team op de hoogte kan blijven via 'Mijn Leven'. Hierdoor wordt de zorg per cliënt transparanter.

Het proces om te komen tot een actueel 'Mijn Leven' is gebaseerd op het voeren van het 'Goede Gesprek'. Het voeren van het 'Goede Gesprek' is de smeerolie van onze zorgverlening. Door in professionele dialoog te zijn in de driehoek én met de driehoek (medewerker, cliënt en verwant) probeer je elkaar beter te leren kennen en beter te begrijpen. Er is ruime mogelijkheid voor persoonlijk contact en aandacht. We praten zoveel mogelijk met de cliënt in plaats van over de cliënt.

Bij het opstellen van de doelen kijken we naar het perspectief en de mogelijkheden van de cliënt. Wat wil en kan de cliënt en waar moeten wij als professionals de cliënt in ondersteunen. Onze afspraken hierover met de cliënt leggen we vast in het ondersteuningsplan. Dit zorgt voor zowel tevreden cliënten en verwanten als voor tevreden medewerkers.

De resultaten van het 'Goede Gesprek' worden vastgelegd in het ondersteuningsplan 'Mijn Leven'. Aan de basis van dit ondersteuningsplan ligt een integratief beeld van de cliënt. In dit beeld wordt de cliënt (door de gedragskundige) bekeken vanuit het AAIDD-model (AAIDD staat voor American Association of Intellectual and Developmental Disabilities). Het AAIDD-model brengt het perspectief van de cliënt in kaart op de volgende dimensies:

- Verstandelijk functioneren – intelligentie
- Adaptieve vaardigheden (mogelijkheden en beperkingen in 'competenties', 'sociale redzaamheid')

"De driehoek functioneert goed, het budget is zorgvuldig bewaakt, iedereen is tevreden en STERK een succes."

Cliëntvertegenwoordiger over samenwerking in de driehoek

- Sociaal functioneren in de samenleving en participatieproblemen
- Gezondheid (lichamelijk en geestelijk) en etiologie
- Context (sociaal netwerk, belemmerende en bevorderende omgevingsfactoren, persoonlijke factoren en levensgeschiedenis)

Uit dit perspectief, en uit het 'Goede Gesprek' komen SMART doelen (met acties) en risico's naar voren. Deze afspraken, doelen, acties en risico's worden vastgelegd in het ondersteuningsplan Mijn Leven. Dit plan is opgebouwd uit domeinen (zie het kader hieronder).

Domeinen ondersteuningsplan 'Mijn Leven':

- wie ben ik?
- wat heb ik nodig om me gezond te voelen?
- wat heb ik nodig om me goed te voelen?
- met wie wil ik omgaan en hoe wil ik dat doen?
- wat wil ik overdag en in mijn vrije tijd doen?
- wat wil ik zelf bepalen en wat zijn mijn rechten en plichten?
- wat wil ik leren?
- vrijheidsverruiming

3.1.5 Actuele ondersteuningsplannen

Sinds 1 januari 2017 werken we met de nieuwe systematiek 'Mijn Leven'. Voorheen waren teams gewend te werken met een POP-systematiek op papier en digitaal in PlanCare. Teams hebben een jaar de tijd gekregen om de plannen uit PlanCare om te zetten in 'Mijn Leven' na het voeren van het 'Goede Gesprek'. We zien dat het overgaan van de oude POP-systematiek naar het werken in de nieuwe systematiek van 'Mijn Leven' veel van de teams heeft gevraagd. De gesprekken met cliënten over de inhoud van het ondersteuningsplan zijn wel gevoerd, maar de vastlegging van deze gesprekken in

het ECD is niet structureel gebeurd. Ondanks de afspraak om eind 2017 voor alle cliënten een actueel ondersteuningsplan te hebben, heeft eind december 67% een actueel plan in het ECD (het plan is niet ouder dan één jaar en heeft geen conceptstatus in het ECD).

3.2 Systematisch werken met ondersteuningsplan in dialoog

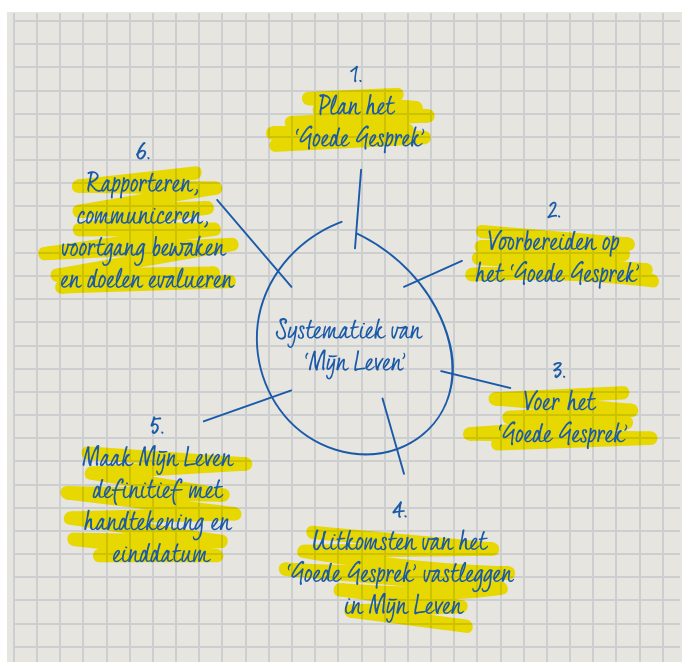
De zes stappen van de systematiek 'Mijn Leven' geven vorm en inhoud aan het ondersteuningsplan van de cliënt. De deskundigheid van medewerkers is gebaseerd op principes van methodisch en professioneel handelen. Daarbij wordt gewerkt volgens afgesproken procedures en wordt er (gemotiveerd) afgeweken als de situatie daarom vraagt. Onderdeel van dit handelen is evalueren op SMART gestelde doelen en gemaakte afspraken.

3.2.1 Systematisch werken

Alle bij de zorg betrokken professionals handelen op basis van de gemaakte afspraken, rapporteren en evalueren (minimaal jaarlijks of halfjaarlijks indien er sprake is van een Bopz-status) de voortgang van de zorg en ondersteuning aan de cliënt. Op basis van de evaluatie worden afspraken, in afstemming met de cliënt, in het ondersteuningsplan gehandhaafd of aangepast. Daarbij nemen wij als uitgangspunt dat we alleen datgene doen wat waarde toevoegt aan het leven van de cliënt. We denken in processen, we voorkomen verspillingen en kijken voortdurend hoe het beter kan. Wel merken we dat er onduidelijkheid is bij medewerkers over taken en verantwoordelijkheden rondom het 'Mijn Leven' proces. En dat sommige medewerkers het lastig vinden om methodisch te denken en te werken.

"Je kunt dingen van tevoren opschrijven in het werkboek en je kunt plaatjes gebruiken. Het is heel leuk om te doen. En zo kun je alvast nadenken over allerlei dingen die met jouw leven te maken hebben."

Clïënt over voorbereiding van het 'Goede Gesprek'



Weergave van de 6 stappen in de systematiek van 'Mijn Leven'

3.2.2 In dialoog met cliënt en verwant

Clïënten en verwanten hebben toegang tot het digitale ondersteuningsplan 'Mijn Leven', via het cliënten- en verwantenportaal Carenzorgt. Dit portaal is van dezelfde softwareleverancier als het ECD. Hierdoor is de koppeling eenvoudig te realiseren. Via het portaal wordt informatie beschikbaar gesteld over onder andere het ondersteuningsplan, rapportages, agenda en een aantal documenten en vragenlijsten. Hierdoor wordt de zorgverlening transparanter en worden processen vereenvoudigd.

Bij de start van 'Mijn Leven' hebben ruim 1.000 cliëntvertegenwoordigers een uitnodiging ontvangen om vrijblijvend gebruik te maken van Carenzorgt. Deze vertegenwoordigers representeren ongeveer 950 cliënten.

Ruim de helft van de uitnodigingen zijn bevestigd, waarvan ongeveer 300 cliëntvertegenwoordigers ook daadwerkelijk actief gebruik maken van Carenzorgt. De teams waar verwanten gebruik maken van Carenzorgt merken dat het ondersteunend kan zijn in het vormgeven van het systematisch werken in dialoog. We merken dat een aantal verwanten geen gebruik van Carenzorgt wil maken, de redenen hiervoor zijn divers. Ook sommige teams vinden het lastig om met verwanten samen te werken aan het ondersteuningsplan via Carenzorgt.

3.3 Zicht op kwaliteit van bestaan individuele cliënt

Meedoen in de samenleving, jezelf ontwikkelen, je gezond voelen en lekker in je vel zitten horen allemaal bij kwaliteit van bestaan. En daar heeft de cliënt recht op. Hij of zij bepaalt hoe daar vorm en inhoud aan gegeven wordt tijdens het 'Goede Gesprek'. De resultaten van het 'Goede Gesprek' worden vastgelegd in het ondersteuningsplan, 'Mijn Leven'.

3.3.1 Rapportage op doelen

De systematiek van 'Mijn Leven' is gericht op rapporteren op de gemaakte doelen, afspraken en risico's. We zien dat teams nog achterlopen met rapporteren op gemaakte doelen. Uit de managementinformatie kunnen we afleiden dat we bij 48% van de cliënten rapporteren in het ECD. Bij cliënten die beschikken over een actueel ondersteuningsplan wordt in bijna 72% van de gevallen gerapporteerd op doelen. We merken dat medewerkers het lastig vinden om doelen in een ondersteuningsplan SMART te formuleren. Daarnaast vinden medewerkers het lastig om professioneel te rapporteren op de gestelde doelen. Om het rapporteren te verbeteren wordt vanuit de afdeling Leren en Ontwikkelen de training 'Rapporteren' aangeboden om handvatten te geven aan medewerkers om professioneel te kunnen rapporteren.

"Ze kan haar eigen doelen onder woorden brengen: minder boos worden, vaker van het terrein af mogen en meer gaan werken."

Begeleider over uitkomsten van het 'Goede Gesprek'

3.4 Actueel zicht op risico's individuele cliënt

In de zorgverlening aan de cliënt is het van belang dat per cliënt zicht is op actuele risico's, zowel gezondheid-gerelateerde risico's als algemene risico's. Inzicht verkrijgen in deze risico's komt aan bod in het 'Goede Gesprek' dat jaarlijks, en waar nodig vaker, wordt gevoerd met de cliënt en/of zijn verwant. De risico's worden vervolgens vastgelegd in het ondersteuningsplan 'Mijn Leven'. Onder ieder domein van het ondersteuningsplan worden de individuele risico's vastgelegd. Medewerkers rapporteren vervolgens op de risico's. De cliënt en vertegenwoordiger kunnen de rapportage volgen via Carenzorgt. In de helft van de ondersteuningsplannen in het ECD zijn individuele risico's (RIE) geregistreerd. In de praktijk is het zicht op de individuele risico's van de cliënt hoger. Gedragskundigen nemen dit onderwerp als vast onderdeel mee in het totale beeld van de cliënt.

3.5 Conclusie 'Mijn Leven' in zorgprocessen

3.5.1 Wat gaat goed? 🍌

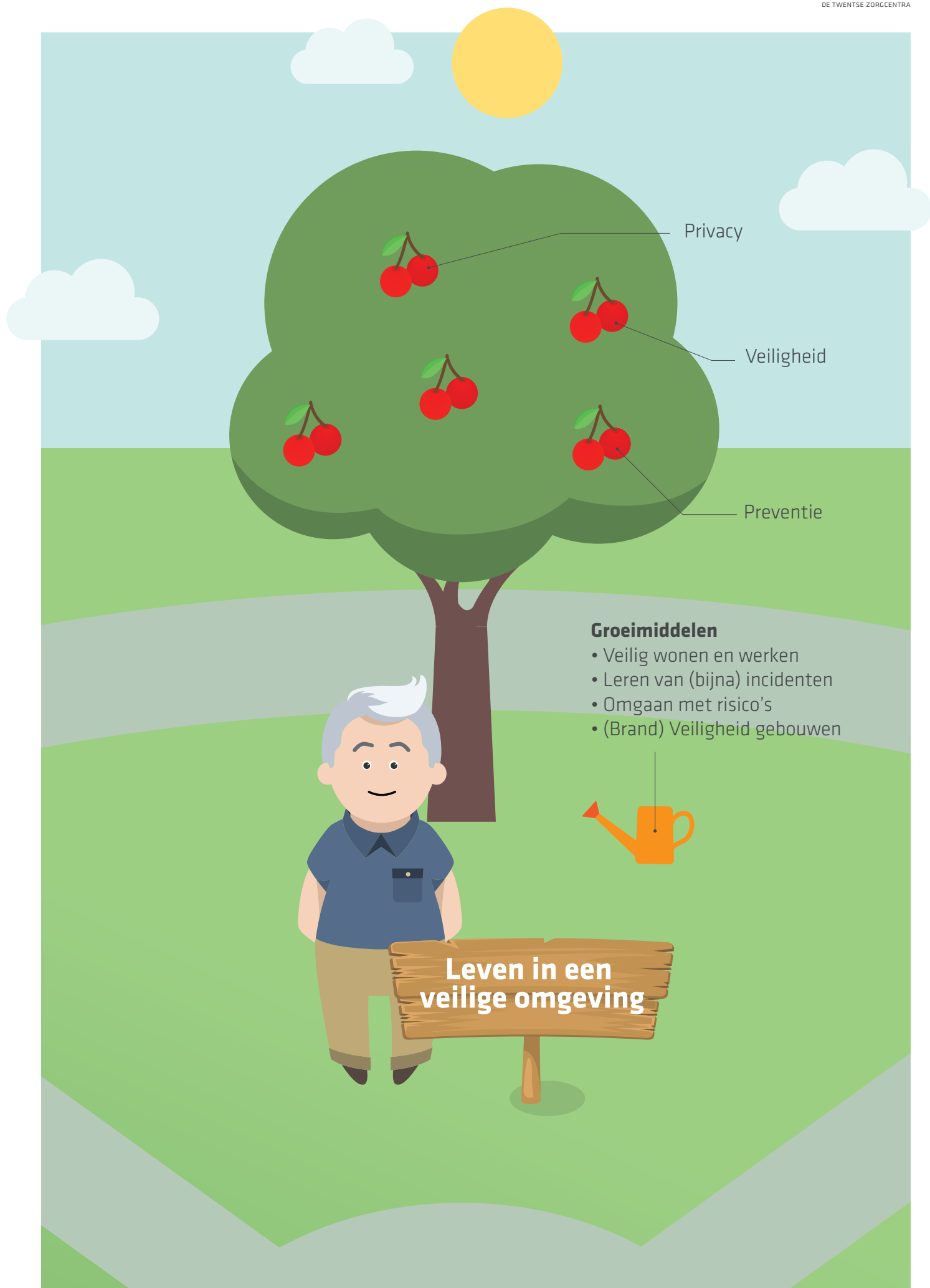
- Zorg en ondersteuning wordt persoonsgericht door het werken met methodieken zoals Triple-C en LACCS.
- Ondersteuning medewerkers in multidisciplinair overleg door invoering 'Mijn Leven'.
- Overleg vaker in kleiner gezelschap; 'Mijn Leven' zorgt dat het hele team op de hoogte blijft.
- Zorgverlening transparanter: uitkomsten van het 'Goede Gesprek' worden vastgelegd in 'Mijn Leven'.
- Zorgverlening transparanter: invoering Carenzorgt.
- Weghalen overbodige administratie: meer tijd over voor ondersteuning cliënt.
- Cliënt meer eigen regie: we praten vaker mét de cliënt in plaats van over de cliënt.
- Vereenvoudiging van processen; mede door digitalisering.
- Meer bewustwording van (gezondheids)risico's: gekoppeld aan domeinen in 'Mijn Leven'.

3.5.2 Wat kan beter? 🍷

- Aantal actuele ondersteuningsplannen: systematisch werken met methode van 'Mijn Leven'.
- Terug naar de bedoeling: systematiek 'Mijn Leven' voorop in plaats van implementatie ECD.
- In dialoog met cliënt over zijn of haar ondersteuningsplan: wordt soms als lastig ervaren.
- Taken en verantwoordelijkheden rondom het 'Mijn Leven' proces: er is nog te veel onduidelijkheid.
- Methodisch werken en professioneel rapporteren: wordt nog als lastig ervaren.
- Kwaliteit van de ondersteuningsplannen: kan beter en meer SMART geformuleerd.
- Zicht op (gezondheids)risico's: er is in te weinig ondersteuningsplannen zicht op risico's.

3.5.3 Wat zijn de prioriteiten om te verbeteren?

- Actueel ondersteuningsplan: alle cliënten voorzien van een actueel ondersteuningsplan 'Mijn Leven' en deze actueel houden.
- Kwaliteit inhoud ondersteuningsplannen: meer SMART geformuleerd en voldoende aandacht voor (gezondheids)risico's van de individuele cliënt.
- Taken en verantwoordelijkheden: meer duidelijkheid over taken en verantwoordelijkheden rondom het 'Mijn Leven' proces. Gelijktijdig bevorderen methodisch denken en werken door medewerkers.
- Zicht op kwaliteit: ontwikkelen van indicatoren (KPI's) die inzicht geven in onder andere kwaliteit van zorg en de vastlegging daarvan in de ondersteuningsplannen.



#4

VEILIGE OMGEVING

Iedereen heeft recht op een veilige omgeving. Ieder team werkt veilig en verantwoord en (her)kent onveilige situaties. Incidenten worden geregistreerd en besproken in het team. Het team bekijkt hoe de incidenten kunnen worden verminderd (of voorkomen) en kan daarbij een beroep doen op gespecialiseerde medewerkers en het management van de organisatie.

Naast veilig werken, heeft ook een veilige woonomgeving de nodige aandacht gehad. In 2016 en 2017 heeft afdeling Vastgoed extra aandacht besteed aan het op orde brengen van de (brand)veiligheid van de gebouwenportefeuille van De Twentse Zorgcentra. Naast bouwkundige aanpassingen is er door het Stafbureau Kwaliteit en Veiligheid voor cliënten een prentenboek ontwikkeld over veiligheid, waarin uitleg gegeven wordt over veiligheid, en welke bijdrage cliënten hieraan kunnen leveren. Daarnaast worden er geregeld (brand)oefeningen gehouden op terreinen en in woningen van cliënten. Tevens heeft team cliëntcommunicatie een film gemaakt over brandveiligheid. Om de verkeersveiligheid op 't Bouwhuis te bevorderen is de werkgroep 'verkeer en parkeren' gestart. Deze werkgroep heeft nieuwe verkeersregels opgesteld voor 't Bouwhuis zodat cliënten zich veiliger over het terrein kunnen bewegen.

4.1 Omgaan met (gezondheids)risico's

Cliënten moeten erop kunnen vertrouwen dat de zorg, ondersteuning en behandeling binnen De Twentse Zorgcentra veilig is. Dat betekent naast een veilige omgeving ook aandacht en zorg voor (gezondheids)risico's. In het 'Goede Gesprek' met de cliënt en persoonlijk begeleider worden individuele risico's in kaart gebracht. Risicosignalering maakt onderdeel uit van het zorgproces en daarmee van het ondersteuningsplan van de cliënt. Zoals in het vorige hoofdstuk zichtbaar werd, is het inventariseren van risico's, gekoppeld aan de domeinen, nog een aandachtspunt.

Naast diverse protocollen, richtlijnen en opleidingen, is ook een aantal werkgroepen gericht op het zoveel mogelijk terugdringen van vaak voorkomende risico's. Hieronder vallen: een valpreventieteam, een team gericht op slikken en verslikken, een team gericht op infectie en hygiëne en een meld- en adviesteam gericht op huiselijk geweld, (kinder) mishandeling en seksueel misbruik.

4.1.1 Valpreventieteam

Valpreventie is onderdeel van de risico-inventarisatie op individueel cliëntniveau. Binnen De Twentse Zorgcentra is een valpreventieteam actief. Dit team wordt ingeschakeld wanneer er een verhoogd risico bestaat op vallen. Bovendien neemt het valpreventie team contact op met teams waar cliënten twee keer gevallen zijn.

Wanneer het team is ingeschakeld, wordt een gestandaardiseerde screening uitgevoerd. De resultaten leiden tot een advies (bijvoorbeeld; schakel een ergotherapeut of fysiotherapeut in, gebruik een rolstoel op bepaalde plekken, etcetera). Dit advies wordt in het ondersteuningsplan 'Mijn Leven' van de cliënt opgenomen en er worden afspraken gemaakt die minimaal jaarlijks geëvalueerd worden.

4.1.2 Slikken en verslikken

Bij cliënten met een verstandelijke beperking komen slikstoornissen regelmatig voor. Het is voor zorgverleners lastig de signalen, die kunnen duiden op een slikprobleem, tijdig op te merken. De Twentse Zorgcentra heeft sinds 2014 het zorgproces slikken geïmplementeerd dat waarborgt dat interdisciplinair wordt samengewerkt wanneer sprake is van (vermoeden van) slikstoornissen. Voor een goede samenwerking is het behulpzaam als de verschillende zorgverleners dezelfde procesfasen hanteren en dezelfde taal gebruiken. In het zorgproces slikken wordt een interdisciplinaire benadering gehanteerd. In deze

*"t Bouwhuis lijkt soms wel een racebaan.
Er wordt volgens ons vaak te hard gereden."*

Clïënt over (verkeers-)veiligheid

benadering komen teamleden op regelmatige basis samen om in overleg tot een diagnose te komen, doelstellingen te bepalen, ondersteuningsplannen uit te werken, gegevens uit te wisselen, resultaten te bespreken, maar ook om de uitgestippelde strategieën te evalueren en bij te sturen. De werkinstructie 'slikken en verslikken' verschaft helderheid in het zorgproces om bij cliënten van De Twentse Zorgcentra slikproblemen tijdig in kaart te brengen, een behandelplan op te stellen en deze aan te laten sluiten bij de hulpvraag van de cliënt.

4.1.3 Infectie en hygiëne

Binnen De Twentse Zorgcentra is een 'preventie infectie en hygiëne team' gestart. Zij richten zich vooral op het voorkomen van infectie uitbraken, het adequaat omgaan met eventuele infectiegevaars en met informatieverschaffing naar teams en overige medewerkers in de organisatie.

4.1.4 Meldings- en adviesteam (MAT)

Mensen met een verstandelijke beperking lopen een groter risico op seksueel misbruik, (kinder-) mishandeling en huiselijk geweld dan mensen zonder een verstandelijke beperking. Dit wordt veroorzaakt door zowel de beperking zelf als door de omgeving. Mensen met een verstandelijke beperking zijn (vaak) niet in staat om geweld te voorkomen, te ontvluchten of weerstand te bieden. Daarnaast zijn zij (vaak) afhankelijk van anderen. In die situaties komt geweld frequenter voor. Ook ontwikkelen mensen in een beschermde omgeving vaak onvoldoende vaardigheden die ze weerbaar maken tegen geweld.

De Twentse Zorgcentra wil in beeld hebben hoe vaak en op welke manier haar cliënten in aanraking komen met seksueel misbruik of seksueel grensoverschrijdend gedrag, (kinder-) mishandeling of huiselijk geweld. Het Meld- en adviesteam (MAT) registreert alle meldingen van (vermoeden van) seksueel misbruik, (kinder-) mishandeling en huiselijk geweld. Meldingen worden geanonimiseerd gearchiveerd. Het Meld- en adviesteam schrijft hiertoe jaarlijks een jaarverslag. Het Meldings- en adviesteam adviseert en handelt de melding

volgens protocol af. In 2017 zijn er 43 meldingen gedaan bij het MAT. Bij deze meldingen gaat het veelal om (vermoeden van) seksueel misbruik (15), huiselijk geweld (6) en (kinder) mishandeling (6). In 10 gevallen heeft het MAT besloten niet over te gaan tot een advies, omdat dit niet nodig bleek te zijn.

4.2 Veilig gebruik van medicatie en medische hulpmiddelen

Binnen De Twentse Zorgcentra is er veel aandacht voor het veilig gebruik van medicatie en medische hulpmiddelen. Op diverse manieren geven we hier vorm en inhoud aan.

4.2.1 Veilig gebruik van medicatie

Binnen De Twentse Zorgcentra bewaakt en toetst de geneesmiddelencommissie de kwaliteit van alle activiteiten gericht op de juiste voorschrijving, aflevering en het juiste gebruik van geneesmiddelen.

In het afgelopen jaar zijn er twee grote projecten uitgerold op het gebied van medicatie. Het gaat om de invoering van het systeem Medimo en om de overstap van apotheek Mediq naar apotheek De Thij.

- Medimo is een Elektronisch Voorschrijf Systeem (EVS). Sinds de invoering van Medimo is het mogelijk om elektronisch medicatie te bestellen en af te tekenen. Er is voor gekozen om een koppeling te realiseren tussen het elektronisch cliënten dossier (ECD Mijn Leven) en dit systeem (EVS Medimo).
- Naar aanleiding van diverse, waarvan een aantal zeer ernstige, problemen in de samenwerking tussen apotheek Mediq en De Twentse Zorgcentra is er een verbetertraject gestart voor de farmaceutische zorg. Het Instituut voor Veilig Medicijngebruik (IVM) heeft een analyse uitgevoerd en is met een aantal verbetervoorstellen gekomen. Naar aanleiding hiervan is besloten over te gaan tot een nieuwe leverancier. Na een uitgebreid aanbestedingstraject is gekozen om verder te gaan met Apotheek De Thij, uit Oldenzaal.

*"Als ik behandelen spreek dan handelen
ze professioneel. Het contact en de kwaliteit is goed."*

Cliëntvertegenwoordiger over de behandelen

Op donderdag 7 december 2017 is de geneesmiddelencommissie herbenoemd met nieuwe leden. Naast een bovenregionale commissie heeft ieder team een taakhouders medicatie die binnen het team verantwoordelijk is voor het medicatiebeheer van de betreffende cliënten.

4.2.2 Gebruik psychofarmaca en gedwongen toediening medicatie

Binnen De Twentse Zorgcentra hanteren wij het uitgangspunt dat er geen gedwongen medicatie wordt toegediend. In 2017 is er driemaal een Middel of Maatregel (MofM)-melding gedaan van gedwongen toediening medicatie. In het laatste kwartaal 2017 ging het om een MofM-nood met verzet. De toepassing van deze MofM is gemeld bij de inspectie (IGJ).

Op 22 december 2017 heeft de IGJ een aangekondigd bezoek gebracht in het kader van 'onderbouwd voorschrijven psychofarmaca'. De thema's van dit bezoek waren;

- Randvoorwaarden voor onderbouwd voorschrijven psychofarmaca;
- Onderbouwd voorschrijven psychofarmaca;
- Evaluatie psychofarmaca.

Aftekenen en bewaren van medicatie was geen thema van het bezoek, maar kwam ter sprake omdat de inspectie tekortkomingen op dit gebied constateerde en dit wilde vermelden in het rapport. Op bijna alle genoemde thema's is gescoord op 'zorgaanbieder voldoet aan de norm'. Op één onderdeel is gescoord op 'zorgaanbieder voldoet grotendeels aan de norm'. Dat is het punt 'zorgverleners zijn bevoegd en deskundig voor het werken met/verstrekken van psychofarmaca bij cliënten'.

4.2.3 Beleid voorbehouden en risicovolle handelingen

Binnen De Twentse Zorgcentra werken we met een beleid voor voorbehouden en risicovolle handelingen. In dit beleid wordt

beschreven wie onder welke voorwaarden welke voorbehouden en risicovolle handelingen mag uitvoeren. Een aantal handelingen die De Twentse Zorgcentra risicovol acht zijn ook opgenomen in dit beleid, denk hierbij aan onder meer:

- Veilig gebruik van de tillift;
- Veilig eten en drinken bij een gestoorde kauw- en slikfunctie;
- Veilig toedienen van medicatie (m.u.v. hoog opgaand klysma).

4.2.4 Veilig gebruik medische hulpmiddelen

Binnen De Twentse Zorgcentra worden verschillende medische hulpmiddelen gebruikt. Alle medische hulpmiddelen, zoals thermometers, glucosemeters en bloeddrukmeters, worden tweejaarlijks geïjkt door de praktijkverpleegkundige. Wat betreft de overige medische hulpmiddelen zoals een bedpapaag, rolstoel en postoele wordt een team bij aanschaf en/of gebruik geïnstrueerd over veilig gebruik door de fysio- en/of ergotherapeut. Overige hulpmiddelen, zoals tillift, worden elke twee jaar getest door de leverancier.



4.3 Leren van (bijna) incidenten

Veiligheid voor de cliënt en voor medewerkers is een basaal onderdeel van de kwaliteit van onze zorg, ondersteuning en behandeling. Het bieden van zorg, ondersteuning en behandeling blijft mensenwerk, er zullen altijd fouten worden gemaakt. Belangrijk is hoe wij binnen De Twentse Zorgcentra omgaan met incidenten, ongelukken en risico's.

Met de term 'incident' bedoelen we een onbedoelde gebeurtenis tijdens het proces dat tot lichamelijk of geestelijk letsel bij de cliënt of anderen heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) zou kunnen leiden.

4.3.1 Lerende organisatie

Het doel van het melden van incidenten, is om als organisatie te leren van deze incidenten. Door het melden, registreren en analyseren van incidenten kunnen we verbetermaatregelen voor de toekomst treffen. Daarmee bevorderen we de kwaliteit en veiligheid van onze zorg en onze werk- en leefomgeving. Ook verminderen we daarmee het risico op incidenten.

De Twentse Zorgcentra wil het melden van (bijna)incidenten, calamiteiten en arbeidsongevallen stimuleren door een goede, veilige en open meldingscultuur. Het doel van het incidentenbeleid is het vergroten van de bewustwording bij alle medewerkers van De Twentse Zorgcentra op dit gebied.

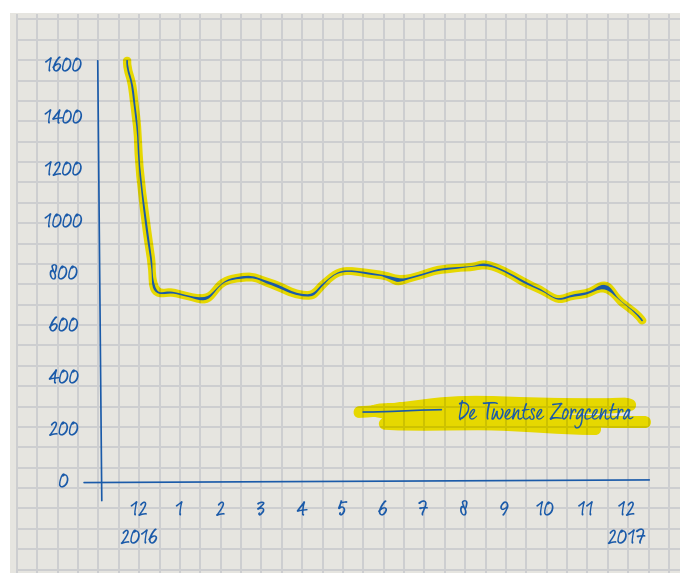
4.3.2 Commissie Onvrijwillige zorg en Incidenten

De Raad van Bestuur heeft op 15 november 2017 de nieuwe commissie Onvrijwillige zorg en Incidenten geïnstalleerd. Deze commissie draagt bij aan de kwaliteit en veiligheid van de zorg, werk- en leefomgeving en ziet toe op de naleving van de huidige wet Bopz, de toekomstige Wet Zorg en Dwang (WZD), WGBO en een onderdeel van de WKKGZ. Daarnaast voorziet de commissie het management en de Raad van Bestuur van informatie en advies dat tot stand is gekomen naar aanleiding

van monitoring in de organisatie. De commissie constateert en rapporteert trends naar aanleiding van deze monitoring. Ze leggen de bevindingen vast in een verbeterregister en nemen dit op in een cyclische voortgangsrapportage.

4.3.3 Analyse cijfers incidenten

In 2017 hebben er 9.517 incidenten plaatsgevonden binnen De Twentse Zorgcentra. Waarvan 9.401 in het primair proces (regio Almelo, regio Enschede en regio Losser). Het gaat hierbij vooral om meldingen van agressie, medicatiefouten en valincidenten. We zien dat er een flinke daling is van incidenten december 2017 ten opzichte van december 2016. Hieruit blijkt dat de overgang van PlanCare naar het nieuwe ECD, medewerkers nog moeite kost. Het systeem is nog onbekend en medewerkers geven aan dat het (nog) te veel tijd kost om uit te zoeken hoe men een melding maakt. Veel meldingen staan nog op 'concept' en worden daardoor niet meegeteld. Ook is de mogelijkheid om in 'bulk' te melden er niet (meer).



Aantal incidenten per maand in 2017

4.3.4 Prisma onderzoeken

Ernstige incidenten en calamiteiten onderzoeken we met de Prisma methodiek. In 2017 zijn zes prisma onderzoeken uitgevoerd. Afhankelijk van de aard van het incident wordt dit door interne, dan wel externe onderzoekers gedaan. We analyseren de uitkomsten van de onderzoeken, we volgen de verbeterpunten op en we borgen dat onder meer door interne audits uit te voeren. De uitkomsten van de (Prisma) onderzoeken delen we met alle betrokkenen, zodat iedereen ervan kan leren.

Het team van het Stafbureau Kwaliteit en Veiligheid is geschoold in de Prisma methodiek. Daarnaast zijn gedragskundigen, medewerker facilitair en begeleiders getraind in deze methodiek.

4.4 Conclusie

4.4.1 Wat gaat goed? 🍒

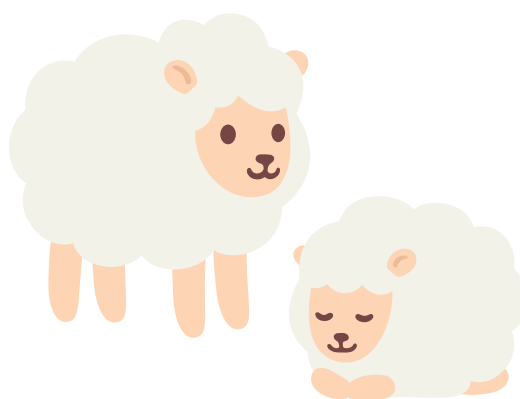
- Geneesmiddelencommissie: geïnstalleerd en opnieuw gepositioneerd.
- Beleid voorbehouden en risicovolle handelingen: geïmplementeerd.
- Vergroten veiligheid cliënten: door incidenten te melden en ervan te leren.
- Monitoren risico's en verbeteringen: door middel van audits, zowel intern als extern.

4.4.2 Wat kan beter? 🍵

- Leren van (bijna) incidenten: (meer) incidenten evalueren in het team en een afweging maken over de herhaling of ernst van het incident.
- Leren van (bijna) incidenten: breder delen van onderzoeken voor een zo groot mogelijk leereffect.
- Meldingscultuur: informatie over hoe te melden verbeteren.
- Meldingscultuur: evalueren en bijstellen van het meldingsformulier.
- Verbeterregister: invoering digitaal verbeterregister.

4.4.3 Wat zijn de prioriteiten om te verbeteren?

- Veilig gebruik medicatie: verhogen bewustwording over veilig gebruik en consequenties van medicijngebruik en medicijnbeheer.
- Meldingsproces: herijken en borgen in de organisatie.
- Verbeterregister: invoering digitaal verbeterregister in de vorm van iTask van Infoland.





#5

LEVEN IN VRIJHEID

Leven in vrijheid betekent zelf regie kunnen voeren over je eigen bestaan, zelf keuzes kunnen maken op (onderdelen van) zorg en ondersteuning, geïnformeerd worden op je eigen niveau en zeggenschap kunnen uitoefenen. Daarnaast betekent leven in vrijheid dat vrijheidsbeperkingen niet worden toegepast. Als het toch nodig is dan wordt dat goed onderbouwd. De beperking is nooit meer dan noodzakelijk, wordt besproken met de cliënt en verwanten en wordt getoetst door deskundigen binnen en buiten de organisatie.

5.1 Ruimte voor eigen regie

Regie over de invulling van het eigen bestaan is vooral afhankelijk van de houding en attitude van de mensen rondom de cliënt. Het gesprek hierover aangaan met de cliënt is (nog) niet vanzelfsprekend.

'Mijn Leven' is hiervoor ontwikkeld met de volgende uitgangspunten:

- Het plan is van de cliënt en gaat over zaken die de cliënt belangrijk vindt.
- De cyclus begint met het voeren van het 'Goede Gesprek'.
- De cliënt bepaalt wie er bij dit gesprek aanwezig is en wie er mee kan lezen in zijn of haar dossier.
- Het gesprek is met de cliënt, waarin samen gekeken wordt naar wat wensen en behoeften zijn.
- Er wordt multidisciplinair samengewerkt vanuit één plan.

Er zijn verschillende tools ontwikkeld om dit (op maat) handen en voeten te kunnen geven, zoals diverse werkboeken, spellen, informatie en methodes.

5.1.1 Zeggenschap in de praktijk

Zeggenschap van de cliënt wordt naar aanleiding van het 'Goede Gesprek' opgenomen in het ondersteuningsplan 'Mijn Leven'. De gezamenlijke belangen op locatieniveau worden besproken in een huiskamer-werkoverleg of een bewoners- of deelnemersraad. De regionale zaken worden besproken in de

drie regionaden. De raden worden ondersteund door een coach. In de raden worden verschillende onderwerpen themagericht besproken. Door middel van een werkgroep of klankbordgroep wordt de achterban betrokken. Om cliënten ook op het hoogste niveau van de organisatie zeggenschap te geven, is de oprichting van een centrale raad bestaande uit cliënten zeer gewenst. Er wordt nog te veel uitgegaan van het principe dat verwanten beter in staat zijn om op dit niveau mee te praten dan cliënten.

Door cliënten actief mee te laten denken, sluiten processen steeds beter aan bij de behoeften van de cliënt. Voorwaarde is wel dat cliënten op (hun) niveau worden geïnformeerd. Ook dat lukt steeds meer en beter.

5.1.2 Cliëntcommunicatie

Een afvaardiging van cliënten neemt gericht deel aan het team cliëntcommunicatie. Dit team houdt zich bezig met communicatie tussen de organisatie en haar cliënten. Het gaat hierbij om tweerichtingsverkeer: enerzijds vertelt de organisatie aan de cliënten over zaken die voor hun leven belangrijk zijn. Anderzijds luistert de organisatie naar de cliënten. Iedere cliënt heeft het recht om mee te praten over zijn of haar leven. Het team cliëntcommunicatie bestaat uit tien cliënten. Het team praat en denkt mee over de communicatie met cliënten. Daarnaast vervullen zij een belangrijke rol in de totstandkoming van het cliëntentijdschrift Blij. Het team cliëntcommunicatie vergadert twee keer per kwartaal met ondersteuning vanuit de afdeling Communicatie en Bureau Zeggenschap.

Naast het team cliëntcommunicatie is er binnen de organisatie ook een werkgroep cliëntcommunicatie actief. In deze werkgroep zitten medewerkers van de afdeling Communicatie (ook namens het team cliëntcommunicatie), Bureau Zeggenschap, Stafbureau Kwaliteit en Veiligheid en logopedie. Samen bekijken zij hoe informatie vanuit de organisatie op een goede manier bij de cliënt komt.



5.1.3 Ervaringsdeskundigen

Op dit moment wordt een team van ervaringsdeskundigen samengesteld uit bewoners en deelnemers van De Twentse Zorgcentra. Waar mogelijk worden zij geschoold, zodat ervaringen beter gedeeld kunnen worden. Ook kunnen ervaringsdeskundigen presentaties gaan geven en ook gericht aan diverse activiteiten deelnemen. In 2017 zijn meer dan 50 cliënten betrokken in hun rol als ervaringsdeskundige. Waarvan er komend jaar in ieder geval acht van geschoold gaan worden door de LFB. LFB is de landelijke belangenorganisatie door en voor mensen met een verstandelijke beperking.

5.1.4 Hertaling beleid

In de afgelopen jaren heeft De Twentse Zorgcentra gewerkt aan de hertaling van beleidsstukken voor cliënten. Er is een vertaalslag gemaakt voor cliënten van beleidsonderwerpen die hen direct 'raken' zoals het BOPZ-beleid, het beleid rondom Middelengebruik, het beleid rondom Seksualiteit etc. Er is voor gekozen om een prentenboekenserie uit te brengen. In elk prentenboek wordt een verhaal verteld op drie verschillende communicatieniveaus. In een apart stuk achterin het boek leggen we het beleid verder uit. Naar aanleiding van deze prentenboeken kregen we het verzoek om een vertaalslag te maken voor LVB-clianten binnen onze organisatie. Daarom is van alle prentenboeken ook een factsheet gemaakt.

Deze serie is een mooie aanwinst in de handvatten die er zijn om de cliënt te informeren over beleid. Het gaat tenslotte om zijn of haar leven. De middelen zijn bedoeld voor de cliënt, die ondersteund door zijn/haar omgeving, informatie krijgt over zijn/haar rechten en belangrijke thema's. Voor cliënten die meer visueel zijn ingesteld zijn er ook animaties gemaakt van de prentenboeken.

5.2 Nee, ... (tenzij)

De Twentse Zorgcentra vindt dat het toepassen van vrijheidsbeperkingen bij een cliënt niet past in een volwaardige relatie. Het uitgangspunt voor het toepassen van vrijheidsbeperkingen is dan ook "Nee, tenzij...". Binnen De Twentse Zorgcentra worden daarom zo min mogelijk vrijheidsbeperkingen toegepast. In sommige (uitzonderlijke) situaties is het echter wel noodzakelijk. Er moet dan wel sprake zijn van gevaar veroorzaakt door de verstandelijke beperking van de cliënt. Ook moeten alle mogelijke minder ingrijpende alternatieven worden overwogen voordat wordt overgegaan tot de toepassing van een vrijheidsbeperking. De wet BOPZ onderscheidt drie vormen van gevaar: de cliënt vormt een gevaar voor zichzelf, een gevaar voor anderen of een gevaar voor de algemene veiligheid van personen.

5.2.1 Bewustwording Nee, ... (tenzij)

Cliënten hebben het recht om net zo vrij te leven als ieder ander, vrijheidsbeperkingen worden niet toegepast. Inzicht in vrijheidsbeperking, of onvrijwillige zorg (volgens de Wet Zorg en Dwang), draagt bij aan bewustwording. Er is in de afgelopen tijd veel geïnvesteerd in het terugdringen van vrijheidsbeperkingen. Zo is het gebruik van Zweedse banden afgebouwd, hebben we veel psychofarmaca kunnen afbouwen en hebben we vaker alternatieve minder ingrijpende vrijheidsbeperkingen ingezet. Op individueel niveau kan er echter nog een kwaliteitsslag worden gemaakt. Het gaat dan vooral om bewustwording (wat zijn vrijheidsbeperkende maatregelen) en over het bewust toepassen (waarom wordt het toegepast). Er wordt nu nog te vaak op routine gewerkt: 'zo doen we dat altijd'.

"Vrijheid voor mij is dat je fouten mag maken, als je keuzes maakt, dat je het recht hebt om een keuze te maken waarvan een ander denkt 'dat is misschien niet zo goed', maar dat je het toch mag proberen."

Cliëntvertegenwoordiger over vrijheid

5.2.2 Commissie Onvrijwillige zorg en Incidenten

De Raad van Bestuur heeft op 15 november 2017 de nieuwe commissie Onvrijwillige zorg en Incidenten geïnstalleerd. Deze commissie draagt bij aan de kwaliteit en veiligheid van de zorg, werk- en leefomgeving en aan een adequate uitvoering van de huidige wet Bopz, de toekomstige Wet Zorg en Dwang (Wzd), WGBO en een onderdeel van de WKKGZ. Daarnaast voorziet de commissie het management en de Raad van Bestuur van informatie en advies dat tot stand is gekomen naar aanleiding van monitoring in de organisatie. De commissie constateert en rapporteert trends naar aanleiding van deze monitoring. Ze leggen de bevindingen vast in een verbeterregister en nemen dit op in een cyclische voortgangsrapportage.

5.2.3 Wet zorg en dwang;

De Wet Zorg en Dwang (Wzd) regelt dat aan iemand met een psychogeriatrische stoornis of een verstandelijke beperking tegen zijn wil zorg verleend kan worden als dat nodig is om te voorkomen dat diegene zichzelf of iemand anders ernstig benadeelt. Dit wordt in de Wzd onvrijwillige zorg genoemd. In voorbereiding op invoering van de Wet zorg en dwang zijn diverse activiteiten uitgezet in 2017, die doorlopen in 2018 en 2019. De Wzd treedt op 1 januari 2020 in werking.

Korte opsomming activiteiten;

- Overzichtslijst onvrijwillige zorg gecategoriseerd (negen vormen onvrijwillige zorg van Wzd).
- Onvrijwillige zorg evaluaties in beleid methodisch werken vastleggen.
- Herziening onderdeel vrijheidsbeperkende maatregelen tot 'Vrijwillige en onvrijwillige zorg'.
- Kwartaalrapportages inspectie volgens Wzd.
- Evaluatie en herziening interne audit op onderdeel onvrijwillige zorg.
- Opname wijzigingen Wzd in beleid Voorbehouden- en Risicovolle handelingen.

- Scholing Wet Zorg en Dwang voor gedragskundigen.
- Scholing Wet Zorg en Dwang voor persoonlijk begeleiders en taakhouders Onvrijwillige zorg.

5.3 Deskundig omgaan met vrijheidsbeperking

Binnen De Twentse Zorgcentra passen we alleen vrijheidsbeperkende maatregelen toe, als het écht niet anders kan. Dat betekent dat we eerst andere minder ingrijpende mogelijkheden onderzoeken of uitproberen. Als een vrijheidsbeperkende maatregel echt nodig is, dan kiezen we voor de minst ingrijpende maatregel. Deze mag ook niet langer duren dan noodzakelijk. Om dat te voorkomen, moet regelmatig een evaluatie plaatsvinden. Wij doen dit halfjaarlijks. Bovendien zoeken we actief naar manieren om de maatregel af te bouwen of te vervangen door een milder alternatief. Dit gebeurt in overleg met de cliënt, wettelijk vertegenwoordiger, persoonlijk begeleider en gedragskundige. Daarnaast vinden wij het van belang dat medewerkers deskundig zijn in het omgaan met vrijheidsbeperking. We hebben deze handeling dan ook opgenomen als een risicovolle handeling in ons Voorbehouden en Risicovolle Handelingen (VR) beleid. Dat betekent dat niet alle medewerkers een vrijheidsbeperking mogen toepassen.

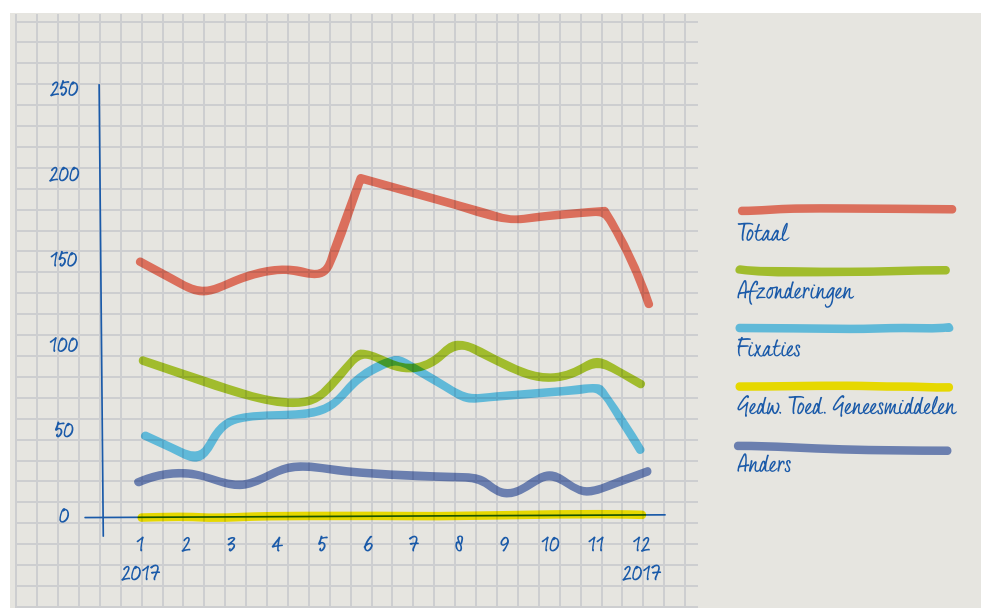
5.3.1 Analyse cijfers Middelen of Maatregelen (MofM)

In 2017 zijn veel acties ondernomen in het terugdringen van vrijheidsbeperkingen. Hierdoor is het aantal vrijheidsbeperkende maatregelen sterk gedaald. Op individueel niveau kan er echter nog een kwaliteitsslag worden gemaakt. Het gaat dan vooral om bewustwording (wat zijn vrijheidsbeperkende maatregelen) en over het bewust toepassen (waarom wordt het toegepast). Er wordt nu nog te vaak op routine gewerkt: 'zo doen we dat altijd'. We gebruiken de ontwikkelingen rondom de Wet Zorg en Dwang (WZD) als extra aanleiding om vrijheidsbeperking en vrijheidsverruiming

"Vrijheid betekent voor mij vrijheid van meningsuiting, ook dat je je eigen gang kunt gaan, maar ook dat je je eigen beslissingen mag nemen in je eigen leven."

Clïënt over vrijheid

weer onder de aandacht te brengen en kennis te delen over 'wat wel en wat niet mag'. Daarnaast worden teams gestimuleerd om te redeneren vanuit het cliëntperspectief.



Aantal Middelen of Maatregelen (MofM) per soort per maand in 2017

Op grond van het totale aantal meldingen Middelen of Maatregelen (MofM), namelijk 1.935, valt er geen gedetailleerde inhoudelijke analyse te maken. Wel valt op dat er in het begin van het jaar een afname is te zien in het aantal MofM's. In de zomerperiode nemen ze weer toe. Dat lijkt enigszins verklaarbaar vanwege discontinuïteit in personele bezetting op de woonlocaties. Niet verklaarbaar is dat ze hoog blijven na deze periode en in december weer dalen.

5.3.2 Herinrichting registratie Middelen of Maatregelen (MofM)

Om in 2018 beter te kunnen sturen op Middelen of Maatregelen, willen we de registratie hiervan herinrichten

zodat het beter aansluit op de definities in de wet BOPZ. Volgens de huidige wet BOPZ is er in vijf gevallen sprake van MofM, te weten:

- afzonderen
- separeren ('kale' kamer die moet voldoen aan bepaalde normen)
- fixeren
- ongewilde toediening van medicatie
- ongewilde toediening van voedsel en/of vocht.

Het zou wenselijk zijn om een specificatie terug te zien in de vijf soorten afzonderingen en de vier soorten fixatie. Wanneer hier

meer inzicht in is, kan er meer inhoudelijk worden gestuurd op verbeteracties. Met als doel een afname van onvrijwillige zorg/vrijheidsbeperkende maatregelen en toename van de kwaliteit van zorg. Ook wordt er opnieuw gekeken naar het MofM meldingsformulier in het ondersteuningsplan: voor melders is het een gebruiksonvriendelijk formulier en arts en/of gedragskundige krijgen geen automatische melding binnen. Tot slot is het interessant om in de toekomst onderscheid te maken tussen meldingen MofM, MofM nood en MofM dwang.

"Ik vond dit erg leuk om te doen. Ik heb op deze manier verschillende mooie gesprekken gehad met collega's."

Bureau Zeggenschap over het proces van het cliënttevredenheidsonderzoek

5.3.3 Nachtzorg

De nachtzorg is nu nog gebaseerd op het uitgangspunt:

"wij luisteren continu in, tenzij! In 2017 is begonnen met workshops om te komen tot een nieuwe visie op nachtzorg die uitgaat van de individuele vraag van de cliënt met het uitgangspunt : 'wij luisteren niet continu in, tenzij!'

Daarbij moet iedere cliënt op ieder moment van de nacht, als het nodig is, actief of passief, om hulp of ondersteuning kunnen vragen. Tijdens de nacht wordt alle zorg en begeleiding verricht zoals is beschreven in het ondersteuningsplan 'Mijn Leven' van de cliënt. Er is sprake van toezicht op basis van de actuele risico-inventarisatie nachtzorg. We zijn alert op behoeften van cliënten en op calamiteiten die zich mogelijk kunnen voordoen. Bij calamiteiten handelen we volgens actuele protocollen. Een rustige, veilige en ongestoorde nachtrust, respect voor privacy en individueel maatwerk zijn hierin uitgangspunten van de nachtzorg.

5.4 Conclusie Leven in vrijheid

5.4.1 Wat gaat goed? 🍷

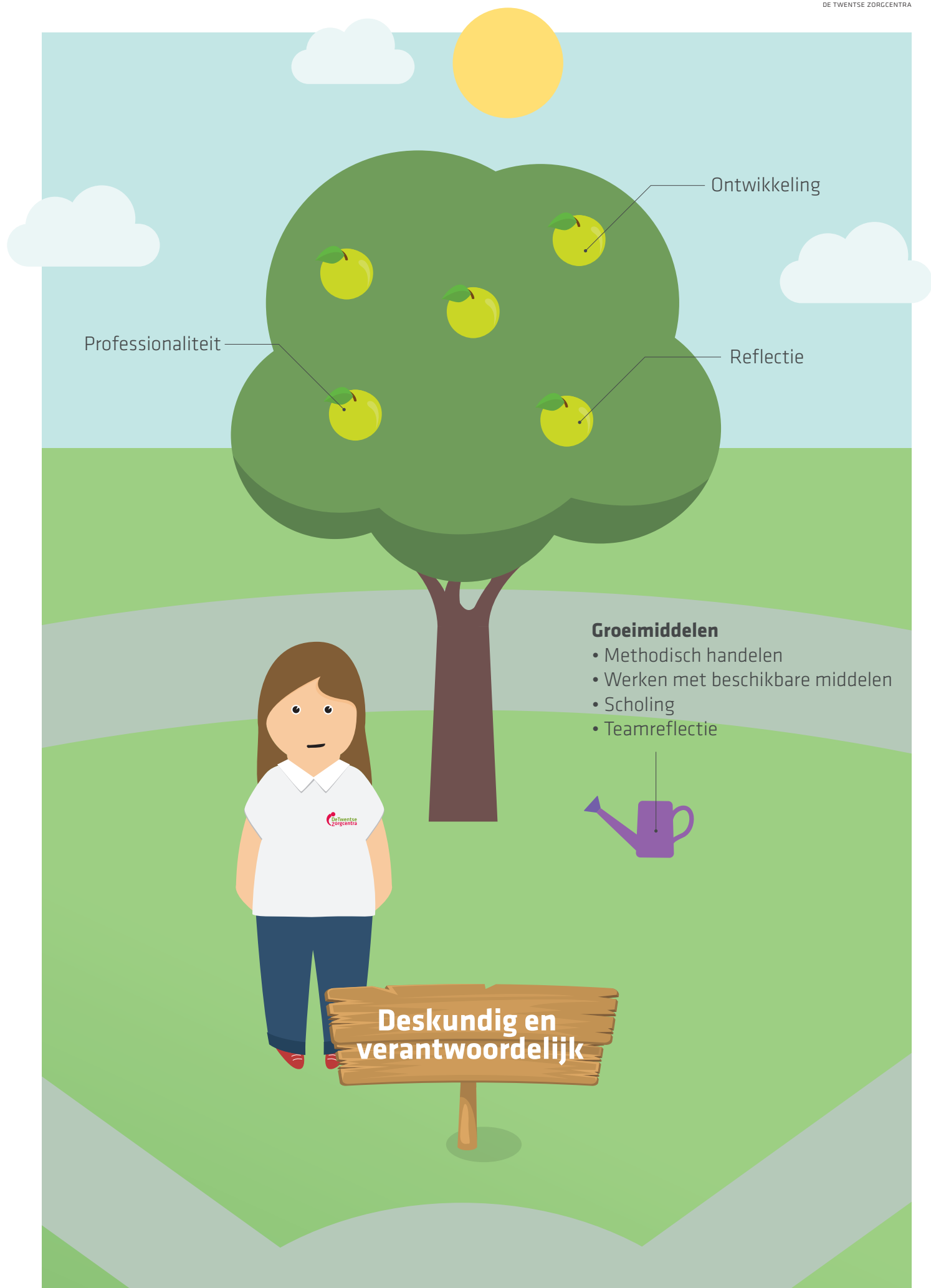
- Toenemende bewustwording: over toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen.
- Uitgangspunt 'Nee, tenzij': een helder standpunt van en voor de organisatie.
- Commissie Onvrijwillige zorg & Incidenten: geïnstalleerd en opnieuw gepositioneerd.
- Terugdringen vrijheidsbeperkende maatregelen: veel acties en een flinke daling in 2017.
- Bewustwording: vrijheidsbeperkende maatregelen ook bij nachtzorg steeds meer aandacht.

5.4.2 Wat kan beter? 🚰

- Kwaliteitsverbetering: op individueel niveau.
- Bewustwording: meer aandacht bewustwording (wat zijn vrijheidsbeperkende maatregelen) en voor het bewust toepassen (waarom wordt het toegepast).
- Visie op nachtzorg: toe aan actualisatie, mede door het (steeds frequenter) inzetten van domotica.

5.4.3 Wat zijn de prioriteiten om te verbeteren?

- Invoering Wet Zorg en Dwang: impuls aan bewustwording bij medewerkers, cliënten en verwanten.
- Herinrichten van MofM registratie: betere afstemming op wet Bopz en meer handvatten voor formuleren inhoudelijke verbeteracties.



#6

DESKUNDIG EN VERANTWOORDELIJK

Binnen De Twentse Zorgcentra werken we vanuit onze eigen deskundigheid en verantwoordelijkheid. Onze deskundigheid is gebaseerd op de principes van methodisch werken en professioneel handelen. Bij ziekte van een medewerker nemen het team en de zieke medewerker samen hun verantwoordelijkheid en werken toe naar een snelle terugkeer (we zorgen voor elkaar). Bij langdurig ziekteverzuim zijn deskundigen vanuit de organisatie beschikbaar om de zieke medewerker en het team te begeleiden. We werken met middelen die beschikbaar zijn (we hebben ons huishoudboekje op orde). We maken deel uit van één organisatie.

6.1 Samenspel in de driehoek

In januari 2017 is het Elektronisch Cliëntendossier (ECD) 'Mijn Leven' geïmplementeerd. Naast de implementatie van het ECD is ook het cliëntportaal Carenzorgt bij cliënten en cliëntvertegenwoordigers geïntroduceerd. Ook gebruiken we het systeem om de communicatie tussen de begeleiders en de het netwerk van de cliënt te vergemakkelijken.

6.1.1 Cliënten over de driehoek

Cliënten ervaren steeds meer eigen regie over hun eigen leven. Een belangrijke reden hiervoor is de invoering van het werken in de driehoek. In deze driehoek staat de cliënt bovenaan, en wordt de basis gevormd door verwanten aan de ene kant en medewerkers aan de andere kant.

Uit het cliënttevredenheidsonderzoek is gebleken dat de mate van tevredenheid over het werken in de driehoek heel divers is. De cliënten die hebben deelgenomen aan het onderzoek, zijn veelal positief over het werken in de driehoek. Ze geven aan steeds meer betrokken te zijn bij het opstellen van hun eigen ondersteuningsplan 'Mijn Leven'.

6.1.2 Cliëntvertegenwoordigers over de driehoek

Vertegenwoordigers zijn in het algemeen minder positief over het werken in de driehoek. Uit veel reacties blijkt dat het implementeren van zelforganisatie veel onrust heeft veroorzaakt. Teams waren nog niet taakvolwassen genoeg om inhoud te geven aan zelforganisatie. Vertegenwoordigers vinden dat er vanuit de organisatie te weinig ondersteuning is geboden.

Er zijn ook cliëntvertegenwoordigers die positief staan over het proces van werken in de driehoek. Door het versterken van de driehoek wordt er op allerlei vlakken steeds beter samengewerkt. Er ontstaan kortere lijnen binnen de groepen waardoor gericht gecommuniceerd kan worden en cliëntvertegenwoordigers steeds meer betrokken zijn.

6.1.3 Medewerkers over de driehoek

Medewerkers ervaren het werken in de driehoek als positief, omdat er steeds meer vanuit de cliënt wordt gekeken. Door middel van het voeren van het 'Goede Gesprek' betrekken medewerkers steeds meer de cliënten en hun cliëntvertegenwoordigers bij het opstellen van het ondersteuningsplan 'Mijn Leven'. Hierdoor wordt de eigen regie van de cliënt vergroot.

6.2 Betrokkenheid van medewerkers

In juli 2017 is een medewerkerstevredenheidsonderzoek (MTO) gehouden.

De betrokkenheid van medewerkers is onderdeel geweest van dit MTO. De betrokkenheid is in het MTO verdeeld in twee onderdelen: randvoorwaarden en motiverende factoren. Randvoorwaarden zijn onder meer integriteit, werken volgens regels en leiding. Onder motiverende factoren wordt verstaan bijvoorbeeld de tevredenheid, autonomie, waardering en ontwikkeling.

6.2.1 Randvoorwaarden (betrokkenheid medewerkers, bron: MTO)

Gezien de impact van de organisatieverandering in de afgelopen drie jaar, valt op dat alle afdelingen en diensten in het algemeen voldoende tot goed scoren op randvoorwaarden. Uit het onderzoek is een aantal punten gekomen. Eén van die punten is dat medewerkers een positieve werk-privé balans ervaren. Ze geven aan dat het werk emotioneel en lichamelijk goed aan te kunnen, met een gemiddelde score van 7,9. Daarnaast geven regio's en ondersteunende diensten aan goed te weten wat er van hen wordt verwacht en dat het werken volgens de regels (7,5) duidelijk is. Over de leiding van de organisatie zijn de medewerkers van alle afdelingen minder tevreden; gemiddeld waarderen zij de leiding van de organisatie als matig. Ruim de helft van de medewerkers heeft weinig tot geen vertrouwen in de leiding van de organisatie en slechts 6,5 % heeft voldoende tot zeer hoog vertrouwen in de leiding. Tenslotte heeft de organisatie een aantal aanvullende vragen gesteld in het MTO, waaronder de vraag hoe om te gaan met ongewenst gedrag. Medewerkers reageren hier positief op, met een score van 7,8.

6.2.2 Motiverende factoren (betrokkenheid medewerkers, bron: MTO)

De uitkomsten voor tevredenheid over het werk liggen voor alle afdelingen en diensten nagenoeg gelijk met de gemiddelde uitkomst van 7,4. Ook de ontwikkelingsmogelijkheden van medewerkers worden met een ruime voldoende beoordeeld. Gemiddeld waarderen de medewerkers de ervaren autonomie als ruim voldoende (7,3). Bijna een derde van de medewerkers geeft het onderwerp waardering een onvoldoende. Bijna 80% van de medewerkers is voldoende tot zeer tevreden over het werk. Gemiddeld wordt de ervaren waardering als voldoende beoordeeld met een 6,2. Tenslotte scoort de organisatie hoog, met een gemiddelde van 8,5, op het onderwerp functiematch. Medewerkers geven aan dat zij werk doen dat goed bij hen past en bij hun talenten.

6.2.3 Ontwikkelmogelijkheden

Binnen de organisatie heeft de medewerker meerdere mogelijkheden om zich te (blijven) ontwikkelen. Er zijn verschillende interne (inhoudelijke) trainingen, workshops en modules. Daarnaast is er een ruim aanbod aan scholing rondom de voorbehouden en risicovolle handelingen.

Als medewerker of team kun je naast het aanbod aan trainingen en scholingen ook ondersteuning krijgen bij (leer) processen. De kennis die het individu of team heeft wordt gebruikt in het dagelijkse werk. Dit wordt 'werkplek leren' genoemd. Werkplek leren gaat niet per definitie om het volgen

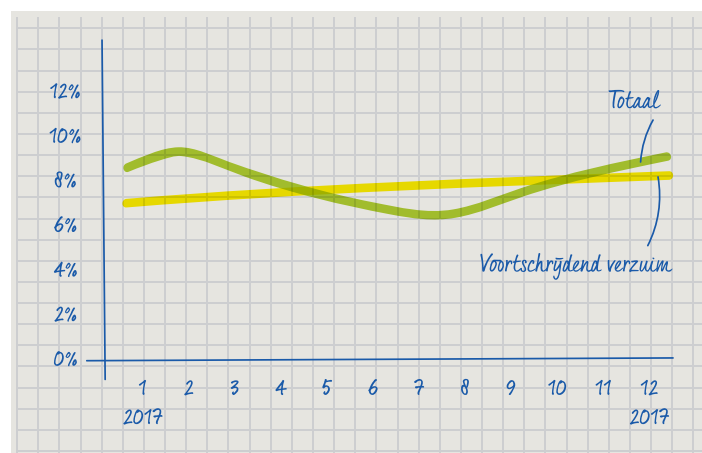
van een cursus of training. Werkplek leren gaat over het open bespreken van de dingen die je opvallen in je werk, thema's die belangrijk zijn. Het onderzoeken van de eigen rol en het samenwerken met cliënten en collega's. Feedback geven en ontvangen, leren van (en met) elkaar en het goede gesprek voeren. Kortom, samen leren om een nog betere professional te zijn met alle specifieke kennis die medewerkers en cliënten al in huis hebben.

Tenslotte worden door de afdeling Leren en Ontwikkelen kenniscafés georganiseerd. Dit is een plek waar informeel kennis en ontwikkelingen met elkaar worden gedeeld en door worden gegeven. De thema's van de kenniscafés worden aangedragen door medewerkers, die vervolgens ook zelf hierin van betekenis zijn in het vormgeven van het kenniscafé.

6.2.4 Verzuim

Binnen De Twentse Zorgcentra hebben we de afspraak dat we zorgen voor elkaar. Daarmee bedoelen we dat bij ziekte van een medewerker, het team en de zieke medewerker samen hun verantwoordelijkheid nemen en toewerken naar een snelle terugkeer. Bij langdurig ziekteverzuim zijn deskundigen vanuit de organisatie beschikbaar om de zieke medewerker en het team te begeleiden.

Het gemiddelde verzuimpercentage over het jaar 2017 is hoger dan in 2016. De leeftijdsgroep medewerkers van 55 jaar en ouder heeft het grootste aandeel in de stijging. Ten opzichte van 2016 is te zien dat de verzuimfrequentie daalt. Een lage verzuimfrequentie duidt op een groot aantal langdurig zieken in het ziekteverzuim.



Percentage ziekteverzuim De Twentse Zorgcentra in 2017

Om het hoge ziekteverzuim terug te dringen wordt de re-integratiebegeleider meer ingezet. Ook is het hoge ziekteverzuim onder de aandacht gebracht bij de coaches. Zij kunnen teams ondersteunen bij het vormgeven van het

uitgangspunt; 'samen zorgen we voor elkaar'. Op het gebied van preventie hebben we in 2017 geen specifieke acties uitgezet. Wel hebben we meer geïnvesteerd in het tijdig inspringen bij verzuim. Op deze manier hebben we verzuim meer in de hand kunnen houden. Er ligt wel een noodzaak om ons meer te richten op verzuimpreventie bij (specifieke) medewerkers(groepen).

6.2.5 Veiligheid

Binnen De Twentse Zorgcentra is een Bedrijfsopvang team (BOT) actief. Doel van dit team is om optimale psychosociale ondersteuning te bieden voor medewerkers. Zodat stress-gerelateerde gezondheidsklachten en werkkuitval bij medewerkers zo veel mogelijk worden voorkomen. In 2017 is door het BOT op professionele wijze begeleiding geboden na een aantal incidenten (37), waarvan bij het merendeel de oorzaak lag bij agressie door een cliënt. Bij de afronding van de gesprekken hebben de medewerkers aangegeven tevreden te zijn over de begeleiding van het BOT.

Uit eigen onderzoek naar de werkwijze (uitgevoerd door leden van het BOT) is gebleken dat het BOT de medewerkers nog beter kan helpen door;

- nog meer en actievere inzet;
- de kennis over de werkzaamheden van het BOT te vergroten;
- de drempel voor het invoeren van het BOT te verlagen.

Voor nu de teams zelf de regie voeren, is het belangrijk gebleken om de aanwezigheid en inzet van het BOT onder de aandacht te brengen. Zodat men het BOT weet te vinden, ook als de teams wisselen qua samenstelling.

Daarnaast moet ook de nodige aandacht worden gegeven aan het meldingssysteem voor incidenten. Medewerkers kunnen aangeven bij de registratie van een incident of zij contact willen met het BOT. Deze meldingen worden niet automatisch doorgegeven aan het BOT. Het is wenselijk dat dit automatisch gebeurt, zodat meldingen snel op de juiste plek terecht komen. Momenteel wordt gezocht naar een oplossing hiervoor.

6.3 Leren en ontwikkelen

Binnen De Twentse Zorgcentra nemen we samen verantwoordelijkheid voor het alledaagse leven van onze cliënten, werken we met elkaar in een team en verbeteren we continu de kwaliteit van zorg. Bij teamreflectie creëert het team de gelegenheid om naar zichzelf te kijken en van elkaar te leren. Begeleiders gaan met elkaar in gesprek om te delen wat goed gaat, wat beter kan en waar met elkaar aan gewerkt gaat worden. Deze teamreflecties worden door het team zelf of onder begeleiding van een coach uitgevoerd.

6.3.1 Teamplan

De weerslag van de teamreflectie wordt verwerkt in een teamplan. In het teamplan wordt de 'stip op de horizon' voor het komende jaar vastgelegd, samen met de daarbij behorende SMART doelen en acties. Deskundigheid is gebaseerd op methodisch en professioneel handelen. Onderdeel van dit handelen is evalueren op gestelde doelen en acties. Iedere maand kijkt het team naar de gestelde SMART doelen en stelt zichzelf vragen als 'waar staan we nu?' en 'wat is het verhaal erachter?' De uitkomsten van deze maandelijkse evaluatie wordt ook vastgelegd in het teamplan. Daar waar nodig worden de acties bijgesteld. Naast evaluatie op doelen en acties, is stilstaan bij de dynamiek en ontwikkeling van een team belangrijk om professioneel te kunnen handelen. Het teamplan wordt minimaal twee keer per jaar met de (regio) manager en met cliënten en hun verwanten besproken.

6.3.2 Teamreflectie

Een belangrijk ontwikkelpunt in 2017 is het reflecteren op kwaliteit door de teams. Bij de meeste teamreflecties heeft de coach een rol als procesbegeleider gehad. De procesbegeleider heeft een 'frisse blik' en kan door middel van vragen stellen een team uitdagen om kritisch te kijken naar het eigen gedrag en handelen. Daarnaast heeft het meerwaarde doordat alle teamleden daardoor zelf actief kunnen deelnemen aan de reflectie. In 2017 heeft ook een pilot plaatsgevonden met OnsTeamportaal, een online ontwikkeltool voor zorgteams, gericht op teamreflectie.



De teamreflectie heeft plaatsgevonden in 70% van alle teams. De teamleden uit deze teams zijn met elkaar in gesprek over een of meerdere van de volgende thema's:

Goed Leven

- zorgvuldig proces rondom de cliënt; het 'Goede Gesprek' voeren met de cliënt, bijhouden actueel ondersteuningsplan, afspraken nakomen, evaluatie en samenwerking met verwanten.
- veilige zorg/onvrijwillige zorg; risico's medicatieveiligheid, agressie, seksueel grensoverschrijdend gedrag, meldcode, vallen en vrijheidsbeperking
- kwaliteit van bestaan; eigen regie van de cliënt, cliënttevredenheidsonderzoek

Mooi Werk

- deskundigheid, kwaliteit van de relatie tussen cliënt en medewerker, teamsamenwerking, multidisciplinaire samenwerking, ziekteverzuim

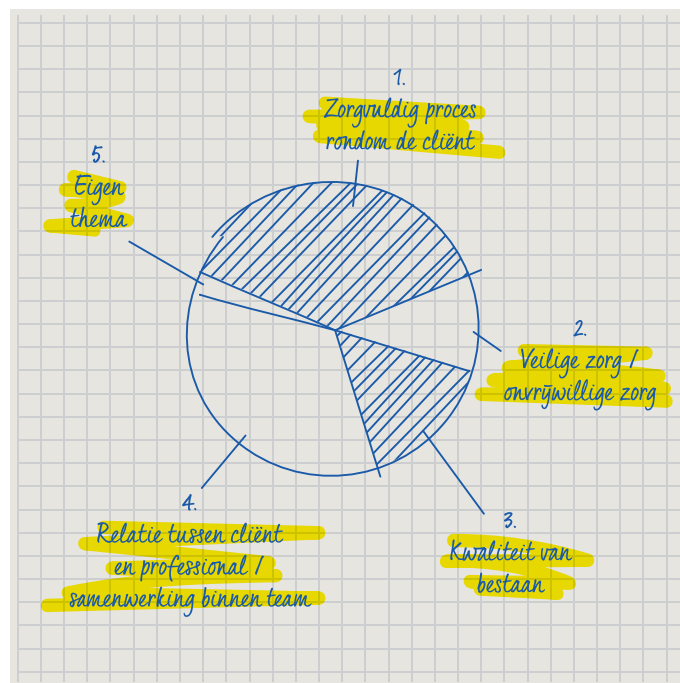
Financieel Gezond

- huishoudboekje op orde, productie, resultaat

Teams hebben voor de input van de teamreflectie verschillende instrumenten gebruikt, waaronder de ondersteuningsplannen 'Mijn Leven', incidentenmeldingen, MofM-meldingen en cliënt- en medewerkerstevredenheidsonderzoek. Daarnaast is eind 2017 een reflectierugzak geïntroduceerd. In deze rugzak zit een aantal werkvormen voor reflectie, die zijn verdeeld in drie verdiepingsniveau's. Van eenvoudige werkvormen naar werkvormen waarbij het team een verdiepingsslag kan maken.

Omdat teams in 2017 voor het eerst met de methodiek van teamplannen hebben gewerkt, is een evaluatie op het proces, de methodiek en de inhoud van de teamplannen aan te bevelen. De methodiek kan nog worden aangescherpt en beter toegespitst worden op het onderwerp teamreflectie. Daarnaast is het belangrijk dat medewerkers meer geschoold worden op methodisch en professioneel handelen, om zo beter vorm en inhoud te kunnen geven aan de kwaliteit van zorg.

Hieronder wordt een aantal thema's uit de reflecties nader besproken. De overige thema's worden globaler behandeld, omdat de inhoud daarvan erg divers is.



Verdeling thema's teamreflectie in 2017

Zorgvuldig proces rondom de cliënt

Een van de meeste voorkomende verbeterpunten uit de reflectie is het zorgproces rondom de individuele cliënt. Onderwerp dat veelvuldig aan bod komt is het 'Goede Gesprek' voeren met de cliënt. Daarnaast komt ook het formuleren van doelen en het rapporteren op deze doelen aan bod, om zo tot een actueel ondersteuningsplan 'Mijn Leven' voor elke cliënt te komen. Door veel teams wordt dit genoemd als punt dat goed gaat binnen het team. Er zijn echter ook teams die hierin nog kunnen verbeteren. Naast het gesprek in dialoog, komt verder naar voren dat het werken in de driehoek door teams als lastig wordt ervaren. Dit blijkt ook uit het cliënttevredenheidsonderzoek 2017.

Relatie tussen cliënt en professional en samenwerking binnen het team

Een ander thema dat veelvuldig wordt genoemd is de verbetering van de teamsamenwerking. Daarbij gaat het over het algemeen om de volgende onderwerpen:

- Een betere afstemming tussen de verschillende disciplines.
- Het verbeteren van communicatie tussen teamleden (onder andere geven en ontvangen van feedback, verdelen van taken en vertrouwen hebben in elkaar).
- Het verminderen van verzuim.

Veilige zorg en onvrijwillige zorg

Een aantal teams heeft het afgelopen jaar ingezet op het afbouwen van Middelen of Maatregelen (MofM). Hoewel het in een aantal gevallen een zeer complex proces is geweest, zijn er verbeterlagen gemaakt en kunnen tal van cliënten zich vrijer bewegen.

Kwaliteit van bestaan

Ook is op diverse teams gekeken naar de manier waarop de cliënt meer zeggenschap over zijn of haar eigen leven kan krijgen. Om de zeggenschap te vergroten wordt door middel van het 'Goede Gesprek' samen met de cliënt het ondersteuningsplan 'Mijn Leven' opgesteld, met daarin belangrijke zaken voor de cliënt.

Eigen thema

Ten slotte wordt door medewerkers aangegeven dat methodisch en professioneel handelen onder de aandacht moet blijven. Het handelen op basis van gemaakte afspraken en rapporteren wordt door teams uitgevoerd, maar het halfjaarlijks (Bopz) of jaarlijks evalueren van het ondersteuningsplan, en het bijstellen van het plan waar nodig, wordt nog niet als vanzelfsprekend gezien.

6.3.3 Jaarplannen 2018

Naar aanleiding van de verschillende rapporten en teamreflecties hebben diverse afdelingen en regio's een jaarplan voor 2018 opgesteld met daarin een aantal verbeterdoelstellingen voor bepaalde onderwerpen. In het jaarplan van alle regio's is specifiek opgenomen dat van elke cliënt minimaal één keer per jaar het ondersteuningsplan moet worden geëvalueerd. Belangrijke aandachtspunten in dat proces zijn: zeggenschap van de cliënt versterken, betrekken van verwanten en methodisch en multidisciplinair werken. Ten tweede wordt in de diverse jaarplannen gesproken over het beter toerusten van medewerkers, zodat deze de vraag van de cliënt beter kan beantwoorden. Er wordt hierbij expliciet gekeken naar een kwalitatief en kwantitatief formatieplan en een scholingsplan waarbij begeleiders meer bevoegd en bekwaam worden.

6.3.4 Opleidingen

Om medewerkers te ondersteunen in het samenwerkingsproces binnen het team worden diverse instrumenten aangeboden om samenwerkingsprocessen te verbeteren. Het helpt teams samen regie te nemen. Om realisatie van deze verbetering te ondersteunen is de doelstelling: 'het creëren van grotere deskundigheid bij medewerkers van specifieke doelgroepen' opgenomen in het jaarplan van P&O.

Er worden opleidingsprogramma's ontwikkeld en aan de teams aangeboden. Er is in 2017 begonnen met een keuzetraject voor een leermanagementsysteem. Hiermee wordt de toegankelijkheid van de ontwikkelactiviteiten verbeterd.

6.3.5 Samenwerking opleidingsinstituten en academische werkplaatsen

De Twentse Zorgcentra werkt samen met diverse opleidingsinstituten in de vorm van deelname aan onderzoek, begeleiden van afstudeerders en het bieden van opleidingsplaatsen. Daarnaast nemen we deel aan diverse academische werkplaatsen, zoals 'Sterker op eigen benen', 'Netwerk Samen Kunnen Kiezen' en de 'Werkplaats sociaal domein'.

Sterker op eigen benen

De academische werkplaats Sterker op eigen benen is een samenwerkingsverband tussen het Radboudumc en organisaties die zorg leveren aan mensen met een verstandelijke beperking: Siza, Pluryn, Dichterbij, 's Heerenloo, Philadelphia, Driestroom, Koraal, ORO en De Twentse Zorgcentra. Deze academische werkplaats wil de gezondheid en gezondheidszorg voor mensen met een verstandelijke beperking bevorderen: dichtbij in de leefsituatie als het kan en specialistisch waar het moet. Basis in de langdurige zorg en de eerste lijn, verbindend naar public health en gespecialiseerde derde lijn.

Netwerk Samen kunnen kiezen

Vanuit het Nationaal Programma Gehandicapten van ZonMW is een subsidie aangevraagd en toegekend om te komen tot een open en duurzaam netwerk ter onderbouwing en ondersteuning van zelfbepaling en eigen keuze van mensen met een beperking. Aan dit netwerk 'Samen kunnen kiezen' nemen de volgende partijen deel: Academische Werkplaats Leven met een verstandelijke beperking, Amarant Groep, Amerpoort, ASVZ, Dichterbij, Koraal, Lunet Zorg, Prisma, Radar, SDW, Sherpa, S&L, Trigel Zorg, Zuidwester, Tranzo (Tilburg University) en LFB, de Academische Werkplaats VU-'s Heerenloo, Cliëntenorganisaties LFB, BOSK, Per Saldo,

MBO, HBO, RINO Zuid en de Rijksuniversiteit Groningen. De volgende partijen dragen ook bij: Aveleijn, Estinea, De Twentse Zorgcentra en Saxion Hogeschool.

Werkplaats Sociaal Domein

De werkplaats Sociaal Domein Twente is een kennisnetwerk dat staat voor het versterken van een samenleving waar iedereen ertoe doet en een optimale zelfredzaamheid en kwaliteit van leven kent. Hier hoort een passende vorm en kwaliteit van (zorg)ondersteunende dienstverlening bij. De Werkplaats Sociaal Domein Twente wil de sociale- en zorgprofessional zodanig ondersteunen en toerusten dat bestaande kennis behouden blijft en nieuwe kennis wordt ontwikkeld, waarnaar deze beide worden gedeeld. We gaan ervan uit dat we in gezamenlijkheid kracht kunnen maken om oplossingen te vinden voor de sociale (transformatie) vraagstukken die op ons af komen.

6.4 Conclusie deskundig en verantwoordelijk

6.4.1 Wat gaat goed? 🍏

- Zeggenschap en regie: Cliënten ervaren meer zeggenschap en eigen regie.
- Betrokkenheid: Medewerkers zijn positief betrokken.
- Verzuim: steeds meer aandacht voor terugdringen ziekteverzuim.
- Veilige werkplek: Bedrijfsopvang team steeds beter te vinden.
- Teamreflectie: medewerkers gaan gestructureerd met elkaar in gesprek.
- Teamreflectie: ruim 70% van de teams heeft gereflecteerd op hun handelen.
- Teamreflectie: teams werken steeds vaker systematisch met de teamplannen.
- Ontwikkeling: er is veel aanbod in opleidingsprogramma's.

6.4.2 Wat kan beter? 🍷

- In 2017 was er weinig vertrouwen in de leiding van de organisatie.
- Ziekteverzuim: hoog ziekteverzuim, voornamelijk veroorzaakt door relatief veel langdurig zieken.
- Kwaliteitsslag: meldingsproces incidenten kan beter.
- Kwaliteitsslag: een inhoudelijke kwaliteitsslag voor de teamplannen is aan te bevelen.
- Methodiek teamplan: evaluatie en bijstelling methodiek van teamplan.
- Deskundigheid: medewerkers geschoold op methodisch en professioneel handelen.
- Rollen en verantwoordelijkheden: meer duidelijkheid onder meer in MDO en driehoek.

6.4.3 Wat zijn de prioriteiten om te verbeteren?

- Verzuim: aandacht voor re-integratie van (langdurig) zieke medewerkers heeft hoge prioriteit.
- Zelforganisatie: per team kijken hoe zelforganisatie en werken in de driehoek bevorderd kan worden.
- Duidelijkheid geven over rollen en verantwoordelijkheden.
- Het meldingsproces is aan actualisatie toe.
- Komend jaar moet meer geïnvesteerd worden op de kwaliteit en diepgang van de teamreflectie.
- Ook het systematisch werken met de teamplannen vergt de nodige aandacht.



#7

CONCLUSIES

7.1 Kwaliteitsverbetering in gang gezet

De invoering van het kwaliteitskader in 2017 heeft een beweging in gang gezet om binnen de sector over te gaan van kwantiteit naar kwaliteit. Het kwaliteitskader gehandicaptenzorg geeft ordening aan hoe de kwaliteit van zorg en ondersteuning wordt georganiseerd. Daarnaast geeft het inzicht in de kwaliteit van zorg en ondersteuning. De Twentse Zorgcentra heeft het jaar 2017 nadrukkelijk gebruikt om te verkennen welke informatie nodig is om te komen tot een gedegen kwaliteitsrapport. Het komende jaar gebruiken we om de systematiek van het komen tot een kwaliteitsrapport te verbeteren en borgen in al bestaande processen.

Context van De Twentse Zorgcentra

Om dit kwaliteitsrapport over het jaar 2017 beter te kunnen duiden, is een toelichting van de context van belang. In 2014 is een programma gelanceerd, met als doelstelling om alle nadruk te leggen op het realiseren van 'goed leven' voor cliënten, 'mooi werk' voor medewerkers en 'financieel gezond', door zelforganiserende teams van cliënten, hun verwanten en medewerkers samen de regie te laten voeren op hun eigen woon- of dagbestedingslocaties.

In een korte tijdsbestek zijn veel veranderingen doorgevoerd, die achteraf gezien ook tot onzekerheid en onduidelijkheid hebben geleid. Het resultaat is dat een aantal teams goed gedijt bij zelforganisatie en een aantal van de teams zijn draai niet heeft gevonden. Halverwege het jaar is een interim-bestuurder aangetrokken met onder andere als opdracht zich over de organisatiefilosofie en organisatieinrichting te buigen evenals over de strategische koers van De Twentse Zorgcentra. Enerzijds wordt ingezet op 'intern de basis op orde en groeien in kwaliteit' en anderzijds op de verbinding met buiten (vraaggerichtheid en samenwerking). Met name onze inzet op 'groeien in kwaliteit' is terug te lezen in dit kwaliteitsrapport.

Dit kwaliteitsrapport willen we nadrukkelijk gebruiken om in dialoog te gaan met onze cliënten en hun vertegenwoordigers, met onze medewerkers en onze externe stakeholders. Komend jaar gebruiken we dit kwaliteitsrapport over 2017 dan ook als basis om te groeien in onze kwaliteit van zorg en ondersteuning. In de volgende paragrafen gaan we in op de bouwstenen van het kwaliteitskader: het individuele zorgproces, de tevredenheid van cliënten en de mate van zelfreflectie binnen de organisatie.

Het individuele zorgproces

Het zorgproces van de individuele cliënt is in 2017 gedigitaliseerd met de invoering van een elektronisch cliëntendossier (ECD). De bedoeling achter de invoering van het ECD, namelijk de regie en zeggenschap zoveel mogelijk terugleggen bij de cliënt (ook wel 'terug naar de bedoeling' genoemd), is een goed voorbeeld van kwaliteitsverbetering op individueel cliëntniveau. De inhoudelijke gesprekken over de invulling van het ondersteuningsplan 'Mijn Leven' zijn met de meeste cliënten gevoerd. Het vastleggen van deze gesprekken in het nieuwe ECD heeft echter veel gevraagd van medewerkers. Daarom is een tijdelijke terugval te zien in het aantal actuele ondersteuningsplannen. Medewerkers raken steeds meer gewend te werken met het ECD, waardoor ondersteuningsplannen steeds beter en meer worden vastgelegd in het ECD. Komend jaar is dan ook de verwachting dat er een stijging zichtbaar wordt in het aantal actuele ondersteuningsplannen.

Cliënttevredenheid

De tevredenheid van cliënten is een belangrijke graadmeter voor de ervaring van de kwaliteit van onze zorg en ondersteuning. Uit het cliënttevredenheidsonderzoek blijkt dat cliënten en hun vertegenwoordigers tevreden zijn over de kwaliteit van de ondersteuning (cliënten geven een 7,8 en cliëntvertegenwoordigers een 7,2). Ook zijn ze

tevreden over hun begeleiders (7,6 door cliënten en 7,7 door cliëntvertegenwoordigers).

Reflectie

Het lerend vermogen van De Twentse Zorgcentra staat voorop. We hebben in 2017 een eerste stap gezet naar de invoering van reflectie. Teams hebben diverse hulpmiddelen aangereikt gekregen om stil te staan bij de vragen: “Doen we de goede dingen? Doen we de dingen goed?” Een hulpmiddel als Ons Teamplan helpt teams om concrete doelen te stellen op de gebieden ‘goed leven’, ‘mooi werk’ en ‘financieel gezond’.

7.2 Aanbevelingen

In 2017 hebben ontwikkelingen plaatsgevonden die van invloed zijn geweest op de kwaliteit van zorg voor cliënten: de implementatie van een ECD, het starten van een interim bestuurder en de effecten van de eerdere invoering van zelforganisatie (onder meer onduidelijkheid over rollen en verantwoordelijkheden). In deze paragraaf doen we op basis van de conclusies aanbevelingen ter verbetering van de kwaliteit.

Ondersteuningsplannen in het ECD

De afgelopen jaren is er op verschillende niveaus een start gemaakt om de zeggenschap en regie van cliënten te vergroten. Zo maken zij bijvoorbeeld deel uit van de driehoek rondom het ondersteuningsplan ‘Mijn Leven’, en hebben zij zitting in diverse zeggenschapsraden. Ook de invoering van het Elektronisch Cliënten Dossier en de achterliggende gedachte van ‘Mijn Leven’ hebben een positieve bijdrage geleverd aan de zeggenschap van cliënten.

Cliënten, verwanten en medewerkers hebben in de driehoek gesprekken gevoerd over de inhoud van het individuele zorgproces. Wel merken we dat medewerkers het lastig vinden om de uitkomsten van deze dialoog vast te leggen in het ECD. De invoering van het ECD heeft daardoor gezorgd voor een tijdelijke terugval in de vastlegging van het aantal actuele ondersteuningsplannen. Het opstellen van actuele ondersteuningsplannen moet extra aandacht krijgen. Daarnaast blijft ondersteuning belangrijk voor medewerkers in het werken met het ECD en het voeren van het gesprek in de driehoek.

Vraaggericht en systematisch werken

Steeds vaker en steeds meer is er aandacht voor de vraag van de individuele cliënt. Teams sluiten daar zo veel mogelijk op aan. Binnen de organisatie hebben we een paar stappen gemaakt die het makkelijker maken om steeds beter aan te sluiten bij de vraag van cliënten. Medewerkers vinden het nog

wel een uitdaging om te denken in perspectief en in (SMART geformuleerde) doelen. Medewerkers worden gestimuleerd om te werken met behulp van de Plan Do Check Act cyclus.

Duidelijke taken en rollen

De opdracht die is meegegeven bij zelforganisatie, ‘goed leven’, ‘mooi werk’, ‘financieel gezond’, is breed in de organisatie geland. Maar de onduidelijkheid in rollen die hierdoor is ontstaan (wie doet wat, wat mag je van elkaar verwachten) heeft bijgedragen aan een vergroot risico op overbelasting (meetbaar in een stijgend ziekteverzuim).

Naast onduidelijkheid over taken en rollen, is er ook onduidelijkheid wie bij welke activiteiten moeten worden betrokken. Welke (kritische) werkprocessen zijn er binnen de organisatie, en hoe zien deze werkprocessen er uit? Komend jaar brengen we kritische werkprocessen in kaart en werken we deze uit volgens het VERI model. Het VERI model draagt bij aan duidelijkheid over: wie is verantwoordelijk voor de uitvoering, wie is eindverantwoordelijk voor het resultaat, wie moet worden geraadpleegd en wie moeten worden geïnformeerd?

Herintroduceren en aanscherpen kaders en werkprocessen

Elk team is aan de slag gegaan om invulling te geven aan het ‘goede leven’ van cliënten. Uit de praktijk blijkt wel dat de invulling aan ‘goed leven’ verschilt en dat er nog ruimte voor kwalitatieve verbetering mogelijk is. De opdracht ‘goed leven’, ‘mooi werk’, ‘financieel gezond’ alleen geeft onvoldoende richting voor teams. Heldere kaders (Wat mag wel en wat mag niet? Wanneer doet een team het goed, en wanneer is het resultaat van een team goed?) zijn nodig. Het herintroduceren en waar nodig aanscherpen van de zorgvisie en kaders zal helpen in het maken van de kwaliteitsslag. We gaan komend jaar werken aan klare taal en heldere kaders in samenhang.

Verzuim

Gezien de impact van de organisatieverandering in de afgelopen drie jaar, valt op dat medewerkers een positieve werk-privé balans ervaren. Ze geven aan dat ze het werk emotioneel en lichamelijk goed aankunnen, met een gemiddelde score van 7,9. De verzuimcijfers laten echter een ander beeld zien. Om het hoge ziekteverzuim terug te dringen wordt de re-integratiebegeleider meer ingezet en er wordt een verbeterslag gemaakt in de samenwerking tussen coach, re-integratiebegeleider en bedrijfsarts. Er ligt wel een noodzaak voor de komende periode om ons (meer) te richten op verzuimpreventie bij (specifieke) medewerkers(groepen).



Zelfreflectie

Teamreflectie en reflectie op organisatie

Door de invoering van het kwaliteitskader heeft de term teamreflectie een impuls gekregen. In 2017 is dit dan ook een belangrijk ontwikkelpunt geweest in de organisatie. De eerste stappen om te komen tot een goede methode voor teamreflectie zijn gezet. Reflectie is niet alleen een opdracht voor een team; ieder individu heeft de opdracht om te reflecteren op zichzelf en zijn of haar eigen handelen (zelfreflectie). Dit is onderdeel van professioneel werken.

Zelfreflectie en teamreflectie wordt gestimuleerd alsook de organisatie als geheel reflecteert op haar handelen. Het lerend vermogen van De Twentse Zorgcentra staat de komende periode voorop: medewerkers worden gestimuleerd om systematisch te werken aan (team)reflectie.

7.3 Prioriteiten

In 2018 gaan we concreet werken aan de volgende punten:

Actuele ondersteuningsplannen

2017: *Tijdelijke terugval in aantal door invoering ECD*

in 2018: 90 tot 100% actueel op peildatum 31 december 2018

Kwaliteit ondersteuningsplannen

2017: *Eerste kennismaking methodiek en 'goed gesprek'*

in 2018: Cliënten en medewerkers werken systematisch aan de kwaliteit van ondersteuningsplannen

Kritische werkprocessen herzien

2017: *Onvoldoende duidelijkheid over de kritische werkprocessen*

in 2018: Duidelijk beschreven kritische werkprocessen

Duidelijke taken en rollen

2017: *Onduidelijkheid over taken, rollen en verantwoordelijkheden*

in 2018: VERI uitgewerkte taken, rollen en verantwoordelijkheden

Heldere kaders (klare taal)

2017: *Onduidelijke kaders zonder samenhang*

in 2018: Klare taal, heldere kaders in samenhang

Verzuim

2017: *Reactief handelen op verzuim*

in 2018: Meer preventief handelen om (risico op) verzuim te beperken

Reflectie

2017: *Eerste kennismaking met methodiek reflectie*

in 2018: Medewerkers werken systematisch aan (team) reflectie

BIJLAGE I

REFLECTIE CENTRALE CLIËNTENRAAD (CCR) EN ONDERNEMINGSRAAD (OR)

Reflectieverslag CCR d.d. 20 en 21 april 2018

De CCR is verheugd met het feit dat er door het stafbureau een kwaliteitsrapport is gemaakt dat aansluit bij de eisen die het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg daaraan stelt. Het kwaliteitsrapport draagt bij aan het inzicht van kwaliteit van zorg en ondersteuning van onze Wlz-cliënten. Het is een omvangrijk document, maar de inhoud komt overeen met dat wat het kwaliteitskader vraagt. Het document kan als basis dienen voor de toekomst.

De CCR wil graag de volgende onderwerpen eruit lichten:

- Het kwaliteitsrapport zoomt in op de kwaliteit van zorg rondom de cliënt. Echter, om goede zorg te kunnen leveren zal ook de medewerker ondersteund moeten worden. In het rapport lezen we niet terug over hoe de medewerker in het primair proces ondersteund wordt met name door ondersteunende diensten.
- Aansluitend daarop wil de CCR aangeven dat de ruimte voor eigen regie in 'Mijn Leven' zich niet alleen afspeelt in de kleine kring rondom de cliënt maar dient te worden doorleefd in de hele organisatie.
- Medewerkers, maar ook cliënten en verwanten hebben behoefte aan heldere kaders en richtlijnen. Er is behoefte aan duidelijkheid rondom zelforganisatie, wat kan en mag het team zelf doen, en wanneer kunnen en mogen zij opschalen naar coach, dan wel manager.
- Er komt onvoldoende naar voren dat cliënten zich onveilig voelen op twee gebieden: ze ervaren de terreinen als onveilig vanwege verkeersbeleid; en ze voelen zich onveilig door het gedrag van andere cliënten. De CCR onderschrijft het uitgangspunt voor het toepassen van vrijheidsbeperkingen, "nee, tenzij....", maar wil ook meegeven dat de vrijheid van de een niet ten koste mag gaan van de veiligheid en daarmee vrijheid van de ander.

- Naar aanleiding van de bespreking van het kwaliteitsrapport kwam ook de vraag naar boven; Waar is de saamhorigheid, solidariteit en collectiviteit in de zorg voor onze cliënten? Is er een identiteit van De Twentse Zorgcentra (zo doen wij dit)? Moet die er zijn? Of moeten we toewerken naar drie verschillende identiteiten?

Naast deze overwegingen heeft de CCR ook een aantal praktische aanvullingen. Zo zou zij graag een aantal gegevens in perspectief willen plaatsen, door er benchmarkgegevens naast te zetten. Bijvoorbeeld de cijfers uit een eerder jaar, of van collega instellingen. Ook zou de CCR graag zien dat het kwaliteitsrapport SMART geformuleerd wordt.

Tot slot heeft de CCR nog een aantal aanbevelingen die in het gesprek genoemd zijn:

- De digitale betrokkenheid van de cliëntvertegenwoordigers in Mijn Leven vergroten.
- Het aantal cliënten zonder actueel ondersteuningsplan omlaag brengen.
- De klachtenprocedure nog eens tegen het licht houden en een klacht gaan zien als kans; een mogelijkheid om zaken te verbeteren.
- Alle cliënten dienen een geschikt aanbod te krijgen voor zinvolle dagbesteding.
- De procedure van de MAT meldingen tegen het licht houden om te bezien of de problematiek rondom seksueel misbruik voldoende in beeld is.

Reflectieverslag OR d.d. 24 april 2018

- De OR heeft waardering voor de wijze waarop het stafbureau erin is geslaagd om voor de eerste keer een kwaliteitsrapport op te leveren dat aansluit bij de eisen die het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg daaraan stelt. Vooral de conclusies aan het eind van de hoofdstukken in de termen “Wat gaat goed?”, “Wat kan beter?” en “Wat zijn de prioriteiten om te verbeteren?” bieden een goed overzicht van wat nog te doen is om de kwaliteit van zorg verder te verbeteren.
- Naar aanleiding van de voortgangsrapportage t/m december 2017 heeft de OR als reactie gegeven dat de terugblik op Q4 enigszins vermengd leek met de voornemens voor 2018 waardoor die rapportage volgens de OR een vrij rooskleurig beeld van de werkelijkheid bood. Daarbij ging het o.a. over de vraag in hoeverre de zorgvisie, het stiepelteken en de kernwaarden daadwerkelijk zijn geland en over de wijze waarop invulling is gegeven aan teamreflectie. Een zelfde reactie zou ook gegeven kunnen worden t.a.v. de verhalende delen uit het Kwaliteitsrapport. Zo herkent de OR zich niet in de conclusie dat in 70% van de teams sprake is geweest van teamreflectie: Het gesprek over de 3 pijlers leidt namelijk niet automatisch tot teamreflectie en de teamplannen zijn niet per definitie het product van teamreflectie. Omdat in het Kwaliteitsrapport echter nadrukkelijk ook aanknopingspunten voor verbetering worden genoemd, die bovendien voor de OR herkenbaar zijn, vindt de OR dat deze rapportage een redelijk evenwichtig beeld geeft van de werkelijkheid in 2017.
- Kwaliteit van zorg komt tot stand in de relatie tussen cliënt en medewerker. Dat element ziet de OR niet echt terug in de rapportage. De inleiding van Hoofdstuk 6 meldt kort iets over professioneel handelen en methodisch werken, maar daarna gaat het al snel over verzuim en ‘het huishoudboekje op orde’. Dat is in de ogen van de OR wat mager. In dit hoofdstuk zou ook iets gezegd moeten worden over wat de organisatie doet en nog moet doen om de kwaliteit van zorg ook in de toekomst te kunnen garanderen o.a. door het binnenhalen en binnenhouden van goed gekwalificeerde medewerkers.

- T.a.v. de samenvatting van de uitkomsten van het MTO hecht de OR eraan om te wijzen op de nuancering die de OR naar aanleiding van het onderzoek heeft aangebracht. Een positieve werk-privé balans en het werk lichamelijk en emotioneel goed aankunnen verhouden zich volgens de OR slecht tot het hoge verzuimpercentage waar de organisatie het hele jaar mee te maken heeft gehad.
- In het concept Kwaliteitsrapport d.d. 7 april dat de OR heeft besproken tijdens de overlegvergadering van 24 april, was Hoofdstuk 7 (Conclusies en aanbevelingen) niet uitgewerkt. Tijdens het overleg werden de volgende aanbevelingen genoemd:
 - Hoger percentage actuele zorgplannen in Mijn Leven
 - Vraaggericht werken vanuit het perspectief van de cliënt + het SMART formuleren van de doelen.
 - Herinrichten en aanscherpen werkprocessen
 - Verzuim
 - Werken aan reflectie op alle niveaus (individuele medewerker, het team en als organisatie)

Voor de OR zijn dit herkenbare aanbevelingen en de OR verwacht dat het management het voortouw neemt om daar in 2018 mee aan de slag te gaan.



BIJLAGE II

BRONNENLIJST

Bronnenlijst

Voor het opstellen van dit kwaliteitsrapport hebben we onder meer gebruik gemaakt van de input van de volgende commissies, afdelingen en werkgroepen:

- Commissie Onvrijwillige Zorg en Incidenten
- Geneesmiddelencommissie
- Meld- en Advies Team
- Bureau Zeggenschap (cliënten)
- Stafbureau Kwaliteit en Veiligheid
- Leren en Ontwikkelen
- Recreatie
- Ondernemingsraad
- Centrale Cliëntenraad
- Managementteam
- Raad van Toezicht
- Afdeling Communicatie

Daarnaast hebben we onder meer de volgende bronnen geraadpleegd:

- Voortgangsrapportages
- Jaarverslagen
- Managementinformatie (over cliënten en medewerkers)
- Cliënttevredenheidsonderzoek 2017
- Medewerkerstevredenheidsonderzoek 2017
- Rapportages van commissies
- Meldingen, klachten en verbeterregister
- Uitkomsten (interne) audit
- Uitkomsten teamreflectie (teamplannen)
- Strategie 2018-2020
- Beschrijving werkwijze 'Mijn Leven'
- Interne communicatie (intranet, digitaal journaal)
- Externe communicatie (internet, dichtbij, Blij!)
- Verslagen van bijeenkomsten
- Kwaliteitskader VGN
- Handreiking VGN
- Vertellen telt! IGJ

KWALITEITSRAPPORT
DE TWENTSE ZORGCENTRA 2017

