



Kwaliteitsrapport 2019



Gewoon waar mogelijk,

♀♂
zorggroep **kans**

Speciaal waar nodig.



Voorwoord

Hierbij presenteren wij u het kwaliteitsrapport van Zorggroep Kans over 2019. Dit is voor Zorggroep Kans het tweede jaar dat een kwaliteitsrapport wordt uitgebracht sinds de focusverschuiving naar begeleiding van met name cliënten vanuit de Wet Langdurige Zorg (WLZ). Het is al met al een uitgebreid rapport geworden, grotendeels gevolg van de hieronder beschreven gebeurtenissen en het feit dat Zorggroep Kans een relatief jonge onderneming is, met een progressieve leercurve in de WLZ.

Vanuit 2018 is er onverminderd ingezet op een aantal kwaliteitsaspecten en is er in maart 2019 door middel van een materiele controle van het zorgkantoor Menzis kritisch gekeken naar hoe de zorg geleverd wordt en hoe dit zich verhoudt tot de eisen welke aan ons gesteld worden. De verbeterpunten welke hieruit voortkwamen vormden samen met de lopende verbeterlagen de basis voor de ontwikkelingen in de rest van het jaar.

In september is Zorggroep Kans overgenomen door een ambitieuze zorggroep waaronder een netwerk van zorgbedrijven in o.a. België. Hierbij werd ook het bestuur gewijzigd. De toetreding tot deze groep zal met name in de toekomst gaan zorgen voor optimalisering van onze zorgverlening door o.a. kennisdeling.

Eind september zijn er in de media publicaties verschenen die in hoofdzaak een negatief beeld schetsten over de geleverde zorg in de voorgaande jaren. Dit heeft aanleiding gegeven voor het nieuwe bestuur om versneld zaken inzichtelijk te krijgen om de toenmalige stand van de organisatie tot in detail goed in beeld te hebben. In het rapport wordt verder ingegaan hoe dit zijn beloop heeft gekregen. Echter dat een dergelijke gebeurtenis een enorme aanslag op die periode heeft gelegd mag duidelijk zijn, ondanks het feit dat het geschetste beeld op geen enkele wijze de realiteit weerspiegelde.

Uiteindelijk is het voor Zorggroep Kans hoofdzaak om optimale zorg te leveren aan onze cliënten in een dynamische omgeving en in een open setting met veel aandacht voor de persoonlijke keuzes en wensen van cliënten en daarbij te streven naar continue verbeteringen met een duurzaam karakter.

We hopen u als lezer mee te kunnen nemen en inzicht te verschaffen in hoe we dit in 2019 hebben vormgegeven met als opmaat verdere ontwikkeling in 2020.



Inhoud

Voorwoord.....	2
Samenvatting kwaliteitsrapport 2019	4
Bouwsteen 1: Het zorgproces rondom de individuele cliënt	5
Bouwsteen 2: Onderzoek naar ervaringen van cliënten	8
Bouwsteen 3: Zelfreflectie binnen teams.....	9
Bouwsteen 4: Kwaliteitsrapport en visitatie	11
Kwaliteitsrapport 2019.....	12
De organisatie	13
Bouwsteen 1: Het zorgproces rondom de individuele cliënt	16
Hier zijn we trots op!.....	16
Dit kan nog beter.....	19
Bouwsteen 2: Onderzoek naar de ervaringen van cliënten	21
Hier zijn we trots op!.....	21
Dit kan nog beter.....	22
Bouwsteen 3: Zelfreflectie binnen teams	24
Hier zijn we trots op!.....	24
Dit kan nog beter.....	27
Bouwsteen 4: Kwaliteitsrapport en visitatie	28
Reflectie van de bestuurder.....	28
Externe Visitatie.....	29
Samenvatting Externe visitatie	31
Reflectie van Cliëntenraad.....	32
Reflectie van de Personeelsvertegenwoordiging (PVT)	33
Reflectie Raad van Commissarissen	34
Bronnen.....	35
Verwijzingen	35

Samenvatting kwaliteitsrapport 2019

Het kwaliteitsrapport is een onderdeel van het Kwaliteitskader gehandicaptenzorg. Het kader is ontstaan uit een visie die alle zorgaanbieders delen. Namelijk dat we persoonsgerichte zorg willen leveren die bijdraagt aan de kwaliteit van leven van cliënten. En die helpt om hun eigen regie te vergroten. In het kader ligt de nadruk op leren en verbeteren van de hele sector gehandicaptenzorg.

Het kwaliteitskader gaat over welke delen van de zorg we allemaal belangrijk vinden om elk jaar beter te maken. Bijvoorbeeld inspraak die cliënten hebben en cliënttevredenheid. Deze delen van de zorg worden bouwstenen genoemd. Er zijn 3 bouwstenen waaraan wordt gewerkt. Over die 3 bouwstenen schijft een zorgaanbieder een kwaliteitsrapport. Het kwaliteitsrapport is de 4^e bouwsteen. Elk jaar maken zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg zo'n rapport.



(VGN, 2017)

Dit rapport wordt geschreven om openheid te geven aan iedereen die wat met de zorgaanbieder te maken heeft. Cliënten zijn het belangrijkste voor de zorgaanbieder. Daarom moet het kwaliteitsrapport ook leesbaar zijn voor de cliënt. **Van dit rapport is daarom ook een aparte versie voor de cliënt gemaakt.** Deze is te downloaden van onze website www.zorggroepkans.nl/kwaliteit.

In de volgende hoofdstukken gaan we dieper in op de kwaliteit van zorg. Dit document is ingedeeld naar de bouwstenen van het kwaliteitskader. Hieronder volgt een samenvatting van alle belangrijke zaken in het rapport.



De organisatie

We kunnen stellen dat 2019 een bewogen jaar was voor Zorggroep Kans. Waarom dat zo was staat hieronder verder beschreven. Dit heeft de nodige uitdagingen gebracht voor onze cliënten en medewerkers. Maar als we terugkijken op 2019 heeft het wel enorm bijgedragen aan de verdere verbetering van de kwaliteit van zorg en de manier waarop we dat gedaan hebben daar zijn we best trots op!

De samenwerking met Zorgkantoor Menzis is geïntensiveerd en er is door het Zorgkantoor inhoudelijk gekeken hoe we de zorg leveren en wat nog beter kan. Er zijn een aantal zaken opgepakt ter verbetering met name gericht op de werkwijze rondom dossiervorming en hier is een verbeterplan voor opgesteld. Dit plan is in 2019 grotendeels uitgevoerd en staat verder beschreven onder 'Bouwsteen 1'.

In september is Zorggroep Kans overgenomen door een andere eigenaar waarbij ook een nieuwe directeur is aangetreden, Marco Jungschlager. Met zijn aantreden zijn we onverwijd en in versneld tempo, verdergegaan met verbeteringen in ons dagelijks functioneren met als doelstelling de verdere verbetering van zorg voor onze cliënten. We hebben hiervoor veel positieve feedback gekregen, zowel van cliënten, medewerkers als externe belanghebbenden.

Bouwsteen 1: Het zorgproces rondom de individuele cliënt

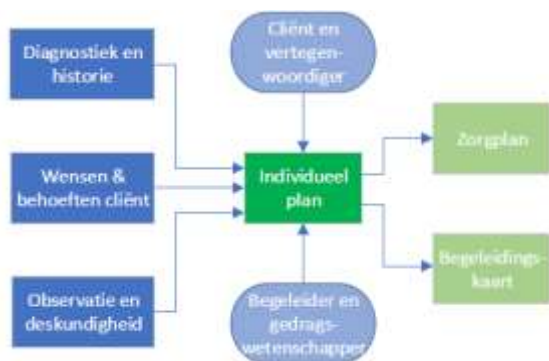
Hier zijn we trots op!

Het verbeterplan

Voor elke cliënt bij Zorggroep Kans houden we een dossier bij, waarin belangrijke zaken voor de zorgverlening aan de cliënt worden bijgehouden. Een goed voorbeeld hiervan zijn persoonlijke doelstellingen, wat hij of zij nodig heeft om een zo fijn mogelijk leven te hebben, met oog op de korte, middellange en lange termijn. Cliënten worden hierin begeleid door een team van ervaren begeleiders ondersteunt door onze intaker, onze gedragsdeskundige en zorgmanagement. In februari heeft het Zorgkantoor deze dossiers gecontroleerd, waaruit onder meer bleek dat er weliswaar voldoende zorg geleverd werd, maar ook dat er nog verbeteringen mogelijk zijn om het administratieve dossier van elke cliënt beter te organiseren. Hier hebben we een

verbeterplan voor geschreven en afgestemd met het Zorgkantoor.

Een van de voornaamste aanpassingen hierbij bestaat uit het opstellen van een Individueel Plan voor elke cliënt. Dit is nu de basis van onze zorgverlening. Het individueel plan werd grotendeels geïmplementeerd tijdens de tweede helft van 2019. Het schema op de volgende pagina geeft weer hoe dit plan de verbinding maakt tussen belangrijke informatie voor de zorgverlening aan de cliënt.



Hierin staat bijvoorbeeld wat voor begeleiding de cliënt wil, welke doelen diegene wil bereiken en wat begeleiders denken dat er nodig is. In het individueel plan worden hierover afspraken met elkaar gemaakt en eventueel, als die er is, met de wettelijk vertegenwoordiger. Uit het individueel plan wordt de link gelegd met het zorgplan en de begeleidingskaart. Het zorgplan is natuurlijk niet nieuw, wel is er nu nog meer aandacht hoe de cliënt zelf kan bijdragen om zijn of haar doelstellingen te bereiken. Ook staat erin hoeveel tijd we daarvoor nemen en hoe de begeleiding hierbij kan ondersteunen. In de begeleidingskaart staat vervolgens wat het beste werkt voor een specifieke cliënt en praktische weetjes. Bijvoorbeeld dat diegene zelf de kamer kan stofzuigen, maar dat er hulp nodig is bij dweilen. Of wat men kan doen als iemand boos of verdrietig is.

Woonlocaties

Er is het afgelopen jaar veel geïnvesteerd om de huidige locaties van Zorggroep Kans aan te passen zodat het beter aansluit bij de behoeften en wensen van onze cliënten.

De 4e verdieping van het Bruishuis is in september verhuisd naar de Utrechtsestraat, een statig herenhuis in het centrum van Arnhem, op wandelafstand van het station. Bij de 7e verdieping van het Bruishuis hebben we aandacht besteed aan de

(her)inrichting van de gemeenschappelijke ruimtes.

Het woonhuis aan de Kastanjelaan hebben we tijdelijk gesloten voor verbouwingen, zodat we deze locatie toekomstbestendig kunnen maken en uitbreiden met extra comfort op het gebied van materiaalkeuze, sanitair en gemeenschappelijke ruimtes. Heropening staat gepland voor Q1 2021.

Intake

Door de komst van een ervaren intaker zorg in 2019 is er meer aandacht gekomen om te bepalen of een cliënt goed bij ons past. De intaker is de voornaamste contactpersoon voor potentiële cliënten die zich aanmelden en zal samen met de cliënt de zorgvraag vastleggen: wat heeft de cliënt nodig? Indien Zorggroep Kans kan helpen bij deze zorgvraag zal men samen een geschikte woonlocatie bepalen. Omdat de intaker een nieuwe functie is kijken we nog naar verdere invulling. Het is aannemelijk dat de intaker in de toekomst nog meer voor de cliënt gaat betekenen tijdens het verblijf bij Zorggroep Kans.

Zeggenschap

Zeggenschap voor onze cliënten is altijd één van onze kernwaarden geweest bij Zorggroep Kans, waarbij er aandacht is voor de mening en wensen van de cliënt vanuit eigen regie. Die mening kan men bij Zorggroep Kans laten horen tijdens maandelijks huiskamer-overleggen, die worden georganiseerd op alle locaties. Ook is er elke 3 maanden een overleg tussen de cliëntenraad en de zorgmanager.

Er kan dus ook met de cliëntenraad gesproken worden als men van mening is dat er zaken anders geregeld kunnen worden of als er bijvoorbeeld goede ideeën zijn.



Dit kan nog beter

Er zijn ook dingen die nog beter kunnen in 2019 en waarvoor we specifiek aandacht voor hebben in 2020.

Verbeterplan

Door de start van het verbeterplan zijn helaas niet alle zorgplannen op tijd vernieuwd. Dit komt omdat iedereen nog aan de nieuwe manier van werken moest wennen. Ook was het programma op de computer nog niet helemaal zoals het hoorde. Dit is later in het jaar steeds beter gegaan.

Daarnaast willen we graag weten wat cliënten vinden van hun verblijf bij Zorggroep Kans. Dit noemen we "kwaliteit van leven". Alhoewel wij dit moeten meten zijn we in 2019 nog op zoek geweest naar een goede manier om dit objectief vast te leggen. Dit is een van de doelstellingen voor 2020, waarover meer in "Bouwsteen 2".

Medicatieveiligheid

De correcte registratie van de medicatie-uitgifte kan beter. Een minderheid aan cliënten neemt medicatie, maar het is van groot belang dat dit vlekkeloos verloopt. Om hier een goede controle op uit te voeren is het van belang dat we dit steeds correct registreren. Verder willen we de aanlevering van de medicatie vanuit de apotheek eenvoudiger maken, zodat ook dit het registratieproces kan ondersteunen.

Vrijwillige zorg

Bij Zorggroep Kans is iedereen vrijwillig in zorg, wat betekent dat cliënten zelf over een hoge mate van eigen regie beschikken. Tegelijkertijd zijn er huisregels en afspraken zodat men ook aangenaam samen kan wonen en leven. Eigen regie, regels en afspraken zijn soms lastig te combineren. In sommige gevallen kan er gekozen worden om (dwangmaat)regelen in te zetten. Hier wordt niet voor gekozen binnen Zorggroep Kans. Wij bieden enkel zorg op vrijwillige basis. Elk jaar wordt de afstemming tussen regie en regels verder verbeterd en dat is nooit af

Bouwsteen 2: Onderzoek naar ervaringen van cliënten

Hier zijn we trots op!

CTO

Er is een cliënttevredenheidsonderzoek (CTO) uitgevoerd. In een CTO wordt aan de cliënt gevraagd of die tevreden is bij Zorggroep Kans. Krijgt een cliënt de begeleiding die hij/zij nodig heeft? Vindt hij of zij de woonplek fijn?

De cliënten die bij ons wonen geven ons in het CTO gemiddeld een 7,9. En onze persoonlijk begeleiders krijgen gemiddeld een 8,4. Hier zijn we heel blij mee. Toch willen we ons continu blijven verbeteren waarbij de resultaten van het CTO een mooi hulpmiddel zijn. Het laatste CTO heeft in 2016 plaatsgevonden. Dat is alweer even geleden en daarmee lastig te vergelijken. De volgende metingen zullen ons helpen om in te schatten of er een verbetering is of niet, zodat we daar passend op kunnen reageren. We hebben daarom besloten om ook in 2020 opnieuw een CTO te doen.

Een van de bevindingen in het CTO was dat sommige cliënten graag meer begeleiding

wilden. Hier is naar geluisterd door op bepaalde momenten extra begeleidingsuren in te zetten.

Klachten

Als je als cliënt het ergens echt niet mee eens bent, en het gevoel hebt dat je stem niet voldoende gehoord wordt, kan je een klacht indienen bij een externe organisatie. Bij ons is dat de ECKG. In 2019 hebben we één klacht ontvangen. Door omstandigheden bij de ECKG is de klacht nog niet afgehandeld. Dit zal verder vervolgd worden in 2020.

Dit kan nog beter.

Iets meer dan de helft van de cliënten heeft meegedaan aan het CTO, wat spijtig genoeg slechts een gedeeltelijk beeld geeft. Hoe meer cliënten zich vrijwillig inzetten voor dit onderzoek, hoe beter we weten wat men vindt van de "kwaliteit van leven" en hoe beter we kunnen inschatten wat we volgens onze cliënten anders kunnen doen. Om dit te verbeteren, zullen we het CTO volgend jaar organiseren samen met een extern bedrijf. Dit bedrijf heet Ipso Facto en zij zijn gespecialiseerd in het meten van tevredenheid en kwaliteit van leven. Dit kan de "drempelvrees" bij sommige cliënten wegnemen zodat ze hun mening durven geven over de organisatie.





Bouwsteen 3: Zelfreflectie binnen teams

Zelfreflectie is 'het naar zichzelf kijken en daarbij het eigen handelen overdenken'. Je houdt jezelf als het ware een spiegel voor. Door met elkaar kritisch naar het eigen handelen te kijken kan je hiervan veel leren en verbeteren.

Hier zijn we trots op!

Teamreflecties

Dit jaar zijn er voor het eerst teamreflecties afgenomen, alle medewerkers van een locatie hebben samen gekeken waar ze goed in zijn en wat beter kan. Zo kunnen we onze zorg blijven verbeteren.

De SOAR-methode helpt de medewerkers om de juiste kritische vragen te stellen aan elkaar. Samen hebben de medewerkers veel ideeën verzameld over wat goed gaat en wat beter kan. Deze teamreflectie hielp hen om te kijken naar wat ze als team nog willen leren, maar ook de aandacht voor eigen positieve ontwikkelingen en mogelijkheden.



Externe audit - ISO

Het kwaliteitsmanagementsysteem van Zorggroep Kans is als organisatie gecertificeerd voor de ISO 9001-2015. Dat wil zeggen dat Zorggroep Kans aan een aantal eisen voldoet die over de hele wereld hetzelfde zijn, voornamelijk met aandacht voor de bestaande (zorg)processen. In een audit over het jaar 2019 heeft de externe organisatie DNV-GL

opnieuw kunnen vaststellen dat deze processen goed staan beschreven en worden nageleefd in de organisatie.

MTO

Tenslotte hebben alle medewerkers deelgenomen aan een tevredenheidsonderzoek (MTO). In een MTO vertellen medewerkers hoe ze het vinden om bij Zorggroep Kans te werken. Dit jaar geven de medewerkers Zorggroep Kans een 7,9.

Uit dit onderzoek kwamen ook een aantal verbeterpunten naar voren. Net als de bevinding van de cliënten (zie "Bouwsteen 2") gaven ook sommige medewerkers aan dat er extra begeleiding nodig was voor bepaalde cliënten. In overleg hebben we gekeken hoe dit georganiseerd kon worden.

Verder geven de medewerkers aan meer betrokken te willen worden bij beslissingen van de organisatie. Hiervoor is de Personeelsvertegenwoordiging (PVT) opgezet. De PVT wordt door de medewerkers zelf gekozen. Uiteindelijk zullen zij 3 medewerkers selecteren die straks voor alle medewerkers in gesprek gaan met management en de directie.

Dit kan nog beter

Teamreflecties

Een organisatie is altijd in beweging en de wereld om ons heen verandert voortdurend. Dit betekent ook dat wij ons hieraan aanpassen waarbij het belang van de cliënt voorop staat.

Verbeterpunten voor de medewerkers uit de teamreflecties:

- Beter weten wat hoort bij het werk van de medewerker en dit dan ook doen (individuele verantwoordelijkheden);
- Betere materialen om mee te werken in de locaties zoals goed ingerichte computers;
- Efficiënter met de tijd omgaan zodat er meer tijd is voor de cliënt (veel tijd verloren aan administratie);
- Meer ondersteuning voor medewerkers in de teamreflectie zelf;
- Uitvoering van de missie en visie: welke specifieke acties kunnen medewerkers hiermee ondernemen. Een missie is het belangrijkste doel voor een organisatie. Bijvoorbeeld de beste zorg geven. Een visie is een manier van kijken naar iets, een mening waar iedereen het mee eens is. Bijvoorbeeld dat een cliënt alleen hulp hoeft bij wat hij of zij niet kan.

Externe audit - ISO

De externe audit voor de ISO heeft door omstandigheden bij DNV-GL begin 2020 plaatsgevonden. De volgende aandachtspunten komen daaruit voort en zullen in 2020 worden opgepakt.

- Uitvoeren van controle op kwaliteit van de zorg bij externe organisaties waarmee Zorggroep Kans samenwerkt (bijvoorbeeld voor dagbesteding);
- Systematische analyse van meldingen over met name de cliëntenzorg van medewerkers;
- Bewaring en retour van ongebruikte medicatie;
- Herkenbaarheid van de BHV-medewerkers tijdens de ontruimingsoefening en kennis van de vluchtroutes;





Bouwsteen 4: Kwaliteitsrapport en visitatie

Dit schrijft de directeur

Zorgen voor iemand is niet eenvoudig. Niets en niemand is perfect, toch proberen we zo goed mogelijk voor iedereen te zorgen. Als je dit weet moet je steeds goed naar jezelf kijken en bescheiden blijven. Zo kijk ik naar wat we gedaan hebben in 2019.

In dit rapport vertellen we wat we goed doen en wat beter kan. Zo weet iedereen hoe wij aan kwaliteit werken. Daarom staat er ook veel beschreven in het rapport. Als directeur van Zorggroep Kans vind ik het belangrijk dat de zorg voor onze cliënten altijd doorgaat en voorgaat, binnen de weg die wij volgen. Wij vragen ons steeds af: wat levert het op voor de cliënten, hun dierbaren en onze medewerkers?

Als onderdeel van het kwaliteitskader vragen we ook deskundigen van buitenaf naar onze ontwikkelingen en het kwaliteitsrapport te kijken. Dit noemt men een externe visitatie. Dit jaar hebben we stichting Pluryn bereid gevonden deze visitatie te doen. 2019 heeft grotendeels in het teken gestaan van het verbeterplan zoals beschreven bij Bouwsteen 1.

Daarom hebben we hen gevraagd met name hiernaar te kijken. Uit de visitatie blijkt in essentie dat we bezig zijn met de goede dingen en de juiste stappen maken, maar ook dat we nog niet klaar zijn. Voor een samenvatting van de bevindingen van de externe visitatie zie het gelijknamige hoofdstuk.

Alles in beschouwing nemend vind ik het belangrijk dat we aan de volgende zaken gaan werken in 2020:

- Het afronden van het verbeterplan van de dossiervorming en de aanpassingen die daaruit voortkomen in onze zorg- en dienstverlening verder doorvoeren;
- We willen nog beter weten wat de cliënten vinden. Daarom gaan we een uitgebreidere CTO afnemen, alsook samenwerken met Ipso Facto;
- Teamreflecties gaan we vaker doen, en met de uitkomsten aan de slag gaan. Enkel zo kunnen we de zorg voor onze cliënten steeds blijven aanpassen en verbeteren.
- We gaan zorgen voor passende locaties voor al onze cliënten. Die locaties willen we zo inrichten dat het past bij onze cliënten en zij hier nog vele jaren plezier van kunnen hebben. Hier is niet heel veel over gezegd. Dit komt omdat hier vooral veel plannen voor zijn gemaakt. In 2020 worden deze uitgevoerd.

Ik vind dat we in 2019 goed op weg zijn naar wat wij goede zorg vinden. Dit gaat uiteraard niet vanzelf. Hier moeten we met iedereen samen goed over nadenken vooral met cliënten maar ook met hun vertegenwoordigers, het zorgkantoor en onze medewerkers. In 2020 gaan we iedereen nog meer betrekken bij onze keuzes en beslissingen. We leggen nu de basis waarmee we in 2020 verder gaan. Dit doen we door goed naar onszelf te kijken en bescheiden te blijven.

Kwaliteitsrapport 2019

Aanbieders van zorg, die valt onder de Wet langdurige zorg (Wlz), werken vanaf 2017 met het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022 (VGN, 2020). Het kwaliteitskader is gebaseerd op een gedeelde visie op goede zorg: persoonsgerichte zorg die bijdraagt aan de kwaliteit van leven van cliënten. En die helpt om hun eigen regie te vergroten. In het kader ligt er meer nadruk op leren en verbeteren van en voor de hele sector.

Het kader heeft 4 doelen. Allereerst geeft het cliënten helderheid over wat ze mogen verwachten van de zorg. Verder helpt het medewerkers om de zorg voortdurend te verbeteren. Ten derde is het richtinggevend, zodat het leidinggevenden helpt te sturen op kwaliteit. En ten slotte maakt het duidelijk hoe zorgaanbieders het zicht op kwaliteit kunnen gebruiken voor externe verantwoording. Meer dan voorheen ligt de nadruk op continu leren en verbeteren. Uiteindelijk draait het immers om steeds betere zorg.



(VGN, 2017)



De 4 doelen zijn vertaald naar 4 bouwstenen aan de hand waarvan dit rapport verder is opgebouwd:

Bouwsteen 1: Het zorgproces rond de individuele cliënt

- In dit hoofdstuk zal het verbeterplan naar aanleiding van de materiële controle aan bod komen. Het aanpassen van de dossiervorming heeft ook verbeteringen gebracht in de manier waarop er zorg wordt verleend waardoor dit de uitgelezen plek is.

Bouwsteen 2: Onderzoek naar de ervaringen van cliënten

- Dit hoofdstuk staat in het teken van het cliënt-tevredenheidsonderzoek wat is afgenomen in april 2019.

Bouwsteen 3: Zelfreflectie in zorgteams

- Hierbij gaan we verder in op de eerste teamreflectie die op basis van de SOAR-analyse is afgenomen.

Bouwsteen 4: Kwaliteitsrapport en externe visitatie

- Hierin volgt een reflectie van de nieuwe bestuurder ten aanzien van bovenstaande bouwstenen, alsook de verslaglegging omtrent de externe visitatie. Gewoonlijk focust de externe visitatie zich op aspecten van de belangrijkste bevindingen van het kwaliteitsrapport. Dit jaar hebben we samen besloten om de externe visitatie te richten op het verbeterplan, wat een van de grootste aandachtspunten was tijdens 2019, wat betreft kwaliteit van de zorg.

De organisatie

Zorggroep Kans biedt begeleiding en huisvesting aan (jong)volwassenen met een verstandelijke beperking, meestal in combinatie met psychiatrische stoornissen en daarmee samenhangende gedragsproblematiek. In 2019 zijn er gemiddeld 30 cliënten in zorg die vanuit de WLZ gefinancierd worden. Deze cliënten hebben een zogenaamde 3, 4 of 6VG indicatie, exclusief behandeling en indien van toepassing inclusief dagbesteding. De cliënten wonen verspreid over 4 locaties die allemaal in Arnhem liggen. In het kort betekent dit dat deze cliënten bij ons wonen, daarbij ondersteuning krijgen en dat er 24 uur per dag begeleiding beschikbaar is. Er wordt op onze locaties geen behandeling geboden. Tevens zorgt

Zorggroep Kans voor dagbesteding, zowel voor eigen cliënten als externe cliënten. Deze dagbesteding wordt voornamelijk ingevuld bij het activiteitscentrum "Het College", op de locatie in de Weverstraat. Binnen de dagbesteding wordt een veelheid aan activiteiten aangeboden met als doel vaardigheden van de cliënt versterken. Het dagbestedingstraject wordt op maat gemaakt en zoveel als mogelijk aangepast aan de wensen van de cliënt. Activiteiten die aangeboden worden, focussen zich voornamelijk op culinaire en communicatieve vaardigheden (lunchroom), alsook creatieve vaardigheden en tuinonderhoud.

2019 heeft voor Zorggroep Kans heel wat uitdagingen met zich meegebracht. Hierdoor is er met veel aandacht door

verschillende belanghebbenden gekeken naar vooruitgang en verbetering van de aangeboden zorg. De belangrijkste gebeurtenissen die deze uitdagingen hebben gevormd worden hieronder kort beschreven.



Materiële controle

Het ministerie van VWS, brancheverenigingen van zorgaanbieders en zorgkantoren wilden in 2019 meer aandacht voor continue verbetering van de kwaliteit van geleverde zorg en ondersteuning aan cliënten die gebruikmaken van de Wlz. Menzis Zorgkantoor heeft om die reden, in lijn met de verwachtingen van Cliëntenorganisaties, het ministerie van VWS en zorgaanbieders, nadrukkelijker ingezet op kwaliteit en cliëntgerichtheid. Dit betekende voor 2019 een focus en versterking op materiële controles. In het algemeen wordt een Materiële controle gedefinieerd als "een onderzoek waarbij het zorgkantoor nagaat of de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie is geleverd en die geleverde prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde". Het eerstgenoemde doel van het onderzoek (is de gedeclareerde prestatie geleverd) is derhalve gericht op rechtmatigheid, het tweede doel (was de geleverde prestatie

gezien de gezondheidstoestand aangewezen) betreft de doelmatigheid.

In februari 2019 organiseerde Menzis Zorgkantoor een materiële controle bij Zorggroep Kans. Hun bevindingen en aanbevelingen zijn omschreven in een controlememorandum. De essentie van het memorandum luidde dat er zichtbaar voldoende zorg wordt geleverd aan de cliënten maar dat dit op basis van de cliëntdossiers onvoldoende goed is vast te stellen. Ten aanzien van de cliëntdossiers als geheel dient door Zorggroep Kans een kwaliteitsslag te worden gemaakt.

Zorggroep Kans heeft hierop een verbeterplan geschreven met een looptijd van een jaar waarna bepaald zal worden of het verbeterplan is geïmplementeerd en wat de eventuele vervolgstappen zijn. Dit verbeterplan is in april 2019 van start gegaan, en loopt dus tot einde maart 2020. 2019 heeft daarmee voor een groot deel in het teken gestaan van dit verbeterplan, wat mooie resultaten heeft opgeleverd.

Nieuwe bestuurder

Zorggroep Kans kende in september een wisseling van eigenaar, waarbij ook de bestuurder werd vervangen. Hoewel Zorggroep Kans een op zichzelf staande organisatie zal blijven, met haar eigenheid en haar eigen verhaal, kan de organisatie daarnaast putten uit de kennis en ervaringen van andere zorgorganisaties in binnen en buitenland. Dit zal Zorggroep Kans in de gelegenheid stellen de kwaliteit van de zorgverlening nog verder te doen evolueren.



Media-aandacht

Kort na de start met de nieuwe bestuurder volgden er een aantal mediapublicaties die een negatief beeld schetsten over met name de voorafgaande jaren van de organisatie en haar voormalig directeur/eigenaar. Hoewel het beeld wat geschetst werd in de media niet herkenbaar was voor de organisatie en haar stakeholders, heeft dit er wel voor gezorgd

dat het proces van de kwaliteit van de zorg nog sterker onder de aandacht is gekomen, zowel intern als extern. Heel wat geplande verbeteringen zijn hierdoor versneld ingevoerd. Dit heeft van het laatste kwartaal een zeer dynamische periode gemaakt, waarin alle medewerkers er de schouders onder hebben gezet en er een bepaalde bevlogenheid ontstond die de organisatie een nieuw elan gaf.

Bouwsteen 1: Het zorgproces rondom de individuele cliënt

Hier zijn we trots op!

Het verbeterplan

Zoals beschreven in de inleiding zijn we met de adviezen en aanbevelingen van het Zorgkantoor aan de slag gegaan en is de dossiervorming tegen het licht gehouden. Wat is begonnen als puur een verbetering aan de administratieve kant van de zorg, heeft dit uiteindelijk geleid tot het herinrichten van het hele proces van intake tot uitstroom rondom de cliënt.

De kern van onze zorgverlening is nu het Individueel Plan. In het Individueel Plan komen alle onderdelen van de zorg rondom de cliënt samen. De belangrijkste onderdelen zijn o.a.: wensen en behoeften van de cliënt, levensloop, diagnostiek, begeleidingshistorie, vaardigheden en beperkingen. Vervolgens wordt dit besproken met de cliënt en eventueel wettelijk vertegenwoordiger, waarna bepaald wordt wat de lange termijn doelen (perspectiefdoelen) worden en hoe de cliënt daarbij het beste begeleid kan worden. Om deze informatie allemaal goed in kaart te brengen en daarna ook te hanteren, zijn er een viertal instrumenten (her)ontwikkeld. De 'Risico-inventarisatie', 'Lijst Adaptieve Vaardigheden', 'Begeleidingskaart' en het 'Zorgplan'.

De *Risico-inventarisatie* somt op wat de naam al zegt; welke fysieke en psychische risico's heeft de cliënt, waar de cliënt en zorgverleners rekening mee moeten houden. Denk bijvoorbeeld aan suikerziekte en gevoeligheid voor depressie. Deze inventarisatie wordt verwerkt in het individueel plan;

De *Lijst Adaptieve Vaardigheden* is een observatielijst voor zorgverleners om te bepalen wat de cliënt zelf kan en waar mogelijk ondersteuning bij nodig is. Met de informatie uit deze lijst kan veel gerichter worden bepaald bij welke levensgebieden ondersteuning wenselijk is;

De *Begeleidingskaart* is de praktische uitwerking van het Individueel Plan. Hierin worden afspraken vastgelegd over hoe de zorgverleners met de cliënt omgaan en andere praktische zaken die van belang zijn voor de dagelijkse begeleiding;

Het *Zorgplan* is niets nieuws. Hierin worden de doelen vastgesteld waaraan de cliënt de komende 6 maanden wil werken. Een belangrijke toevoeging naast de bekende SMART formulering van doelen is de expliciete scheiding tussen acties voor cliënt, begeleider en derden die is toegevoegd. Zo hebben alle betrokkenen helder wat er van hen verwacht wordt.



Al deze instrumenten en informatie wordt opgesteld in samenspraak met de cliënt. In



het Individueel Plan wordt een duidelijke scheiding gemaakt tussen de ondersteuningsbehoefte van de cliënt en wat wij als zorgverleners denken dat goed zou werken voor de cliënt op grond van zichtbaar gedrag en historische informatie. Tevens kan de cliënt een persoonlijk plan aanleveren die dan wordt geïntegreerd in het Individueel Plan. Ook de uitwerking van het Individueel Plan in het Zorgplan en de Begeleidingskaart gaat in samenspraak om zo commitment van beide kanten te maximaliseren.

Het ontwerp en gebruik van bovenstaande instrumenten heeft nog een voordeel wat met name de borging van veiligheid en ondersteuning ten goede komt. Informatie over de cliënt is nu makkelijker terug te vinden in het dossier. Als een cliënt bijvoorbeeld bepaalde gezondheidsrisico's heeft weet zijn vaste begeleider dat vaak wel. Het is voor de andere begeleiders nu ook duidelijk dat deze informatie direct in de begeleidingskaart terug te vinden is.

Verder is er een kwaliteitsslag gemaakt met de rapportages die zorgdragen voor de overdracht tussen medewerkers en bijdragen aan het methodisch begeleiden. Hiermee zijn in 2019 stappen gemaakt om de rapportages verder te linken aan het zorgplan.

We zijn nu zover, met uitzonderingen daargelaten, dat alle rapportages gekoppeld zijn aan een doel. Hierdoor is er beter inzicht in hoever een doel is behaald en hoe het proces verloopt. Verder is er ook een start gemaakt om de inhoudelijke kwaliteit van rapportages te verbeteren en door te gaan werken met de methode Subjectief Objectief Analyse Plan (SOAP). Hierdoor wordt er steeds meer gestructureerd gerapporteerd waardoor ervaringen beter vergeleken kunnen

worden en er, samen met het rapporteren op doelen, steeds doelmatiger wordt begeleid. Deze implementatie is nog niet af en zal in 2020 verder zijn vervolg krijgen.

Woonlocaties

Een belangrijke ontwikkeling binnen de facilitering van het zorgproces zijn de investeringen die gedaan zijn na het aantrekken van Zorggroep Kans door de nieuwe aandeelhouder. Eén van de twee etages van de locatie Bruishuis in de wijk Malburgen is eind augustus verhuisd naar een volledig gerenoveerd herenhuis in het centrum van Arnhem. Dit pand heeft minder studio's dan het Bruishuis maar is met dezelfde formatie aan medewerkers blijven werken waardoor er meer tijd en aandacht is voor het zorgproces.

De verhuizing is ook in lijn met de hernieuwde visie die zorggroep Kans heeft voor de toekomst. Relatief kleine locaties en kleine teams zorgen voor kortere lijnen. Hierdoor kan er sneller geschakeld worden en is er vervolgens meer aandacht en persoonlijke betrokkenheid voor de cliënt. In lijn met deze gedachtegang is ook de locatie Kastanjelaan gesloten om deze beter in te richten voor de zorg die Zorggroep Kans wil leveren. Om de visie en missie verder uit te werken is er hulp ingeschakeld van een extern bureau. Samen zijn we ook gaan kijken naar het therapeutisch milieu op de locaties. Er is een inschatting gemaakt van welke doelgroep, soort van zorg en begeleiding er het beste past op elk van de locaties. In 2020 zal dit samen met de cliënten en medewerkers verder uitgewerkt worden.

Intake

In het kwaliteitsrapport van 2018 is o.a. beschreven dat in 2019 het intakeproces en met name de overdracht naar het team, verder verbeterd zou worden. Het voornemen was om een begeleider deel te laten nemen aan de intakegesprekken. Dit is inmiddels ingevoerd. In 2019 zijn we nog een stap verder gegaan. Voorheen had de gedragswetenschapper een dubbelrol. Zowel het intakeproces als inhoudelijk advies behoorde tot het takenpakket. In het tweede kwartaal van 2019 is er een aparte functie van intaker gecreëerd, die zich volledig kan richten op de intakeprocedure en de overdracht hiervan naar de teams. Dit heeft twee kwaliteitsverbeteringen opgeleverd. Enerzijds heeft de gedragswetenschapper meer tijd om zich te richten op inhoudelijke ondersteuning aan de teams en de cliënten, aangezien het aantal beschikbare uren voor de functie hetzelfde is gebleven. Anderzijds kan de intaker meer nadruk leggen op het matchen van de zorgvraag van de cliënt en de organisatie en met name de vraag beantwoorden: "kunnen wij als zorgverlener leveren wat de cliënt vraagt en nodig heeft?" Het voordeel van de nieuwe functie van intaker is dat deze in de loop van het jaar meer body heeft gekregen. Zodra nieuwe cliënten in zorg zijn gekomen kan de intaker alle informatie en afspraken uit de intakeprocedure overdragen aan de teams. In de praktijk bleef de intaker toch meer betrokken bij de cliënt m.b.t. zijn of haar traject binnen Zorggroep Kans. Zij monitort dat wederzijdse afspraken worden nagekomen en bood in deze hoedanigheid ondersteuning aan de cliënten en medewerkers. Daarnaast zocht ze mee naar mogelijke dagbestedingstrajecten, zowel intern als extern. Net zoals passende uitstroomplekken als de zorgvraag en het aanbod niet meer matchen aan elkaar.

Door deze organische ontwikkeling bleek er een behoefte binnen de organisatie te zijn die nog niet formeel erkend was. In 2020 zal de functie van intaker herzien worden om al deze facetten beter te omvatten en te formaliseren.



Zeggenschap

Wat onverminderd goed blijft gaan is de zeggenschap van de cliënten op locatie en binnen de organisatie. In het controlememorandum werd opgemerkt dat we in de zorgplannen voornamelijk uitgaan van de wensen en doelen van de cliënt en dat structuur en (bij)sturing beter moet terugkomen. De zeggenschap is in deze lijn gelijk gebleven op de locaties. Maandelijks is er een huiskameroverleg, waar de agenda grotendeels wordt bepaald door de cliënten. De onderwerpen die niet direct opgelost kunnen worden nemen de medewerkers mee naar de werkbespreking of teamvergaderingen, waarna terugkoppeling volgt. Ook zijn er met regelmaat vertegenwoordigers van de cliëntenraad bij, die eventuele terugkerende zaken ook kunnen inbrengen in de vergaderingen met het managementteam (MT). De cliëntenraad heeft inmiddels zijn eerste volledige jaar achter de rug. Eén van de drie leden heeft afscheid genomen omdat zij ging verhuizen



naar een andere woonplek. De cliëntenraad komt maandelijks bij elkaar en elk kwartaal sluit een afgevaardigde van het MT aan. Buiten deze vergaderingen geeft de cliëntenraad regelmatig gevraagd en ongevraagd advies, wat maakt dat de wederzijdse betrokkenheid dit jaar steeds verder is toegenomen.



Dit kan nog beter...

...ten aanzien van het verbeterplan

Zoals met alle verbeteringen kan niet alles in één keer goed gaan. Het implementeren van het Individueel Plan en het nieuwe zorgplan heeft veel tijd gekost. Cliënten en medewerkers moesten aan het nieuwe format en de nieuwe manier van werken wennen. En wat er nou van iedereen verwacht werd was ook niet altijd direct duidelijk. Dit heeft ervoor gezorgd dat het tijdig evalueren en hernieuwen van de zorgplannen vertraging heeft opgelopen.

Gaandeweg het jaar is deze achterstand steeds verder weggewerkt, maar de cyclus loopt niet volledig zoals het zou moeten. Dit zit grotendeels in het tijdig signaleren van het aflopen van het zorgplan en het plannen van de evaluaties. Dit ligt een deel bij de medewerkers, een deel bij de systemen waar we mee werken en ook bij de betrokkenheid van cliënten en netwerk bij hun traject.

Voor 2020 zijn er een aantal stappen ondernomen om die verbetering te maken. Zo zijn er al gesprekken gevoerd met een externe ondersteuner van het elektronisch cliëntendossier (ECD) om beter gebruik te gaan maken van de signaleringsmogelijkheden van het ECD zelf. Daarnaast zijn er plannen om de planning van de evaluaties te gaan centraliseren

zodat deze niet meer persoonsafhankelijk zijn. Daarnaast verwachten we ook dat alle verbeteringen die wij op personeelsgebied hebben doorgevoerd hier eveneens een positief effect op gaan hebben (zie 'hier zijn we trots op' in bouwsteen 2).

De verwachting is verder dat de betrokkenheid van de cliënt en het netwerk bij het traject ook verder zal toenemen als wij hier verdere stappen in maken. Bij cliënten en netwerk met een hoge persoonlijke betrokkenheid is er meer samenwerking waardoor er ook eerder gesignaleerd en uitgevoerd wordt. Bij cliënten met een lagere betrokkenheid en/of bij een gebrek aan netwerk is het soms lastig om de evaluaties (goed) te doen, omdat de cliënt daaraan niet wil meewerken. Evalueren en vernieuwen van het zorgplan kan in essentie niet zonder de cliënt. Dit terwijl het wel wettelijk verplicht (en wenselijk) is de evaluatie met de cliënt (of vertegenwoordiger) te doen. Hoewel dit spanningsveld niet nieuw is heeft het door het herzien van onze dossiervorming extra aandacht gekregen. Dit zal ook een punt van aandacht blijven in 2020.

Een andere uitdaging waar nog winst te behalen valt is zicht op de kwaliteit van bestaan van de cliënt. Als kleine organisatie kent de cliënt de medewerkers in alle lagen van de organisatie en andersom. Daardoor



wordt er makkelijk aan de bel getrokken als het de cliënt niet zint en is er ook veel dialoog. Maar echt een structurele manier om kwaliteit van bestaan te bepalen is er nog niet. In het verbeterplan naar aanleiding van de materiële controle hebben we bepaald dat het heel wenselijk is om jaarlijks vooraf een evaluatie, d.m.v. het individueel plan (IP), te bepalen wat de cliënt vindt van zijn of haar kwaliteit van bestaan. Hierdoor kan er in de IP-bespreking samen met de cliënt gekeken worden hoe dit in de komende tijd verder verbeterd kan worden. In eerste instantie is er een aparte vragenlijst ontwikkeld om dit te gaan meten. In de uitvoering van het verbeterplan is ervoor gekozen om deze lijst niet te gaan gebruiken. Een groot deel van de vragen uit de lijst komen overeen met het cliënt tevredenheidsonderzoek (CTO) wat in 2020 afgenomen gaat worden (hierover meer in bouwsteen 2). Daarom is er besloten te wachten tot het nieuwe CTO geïmplementeerd is en deze dan voorafgaand aan de jaarlijkse evaluatie te gaan afnemen. Dit staat voor mei 2020 op de planning.

...ten aanzien van medicatieveiligheid

Een aandachtspunt over 2019 wat ook verder vervolgd zal krijgen in 2020, is het beheer en verstrekken van medicatie. Hoewel alle medewerkers bevoegd en bekwaam zijn, zijn er toch nog verschillen in de zorgvuldigheid waarmee de verstrekking van medicatie wordt uitgevoerd en verstrekt. In de analyses van de maandelijkse meldingen incidenten cliëntenzorg (MIC) komen er incidenteel onvolkomenheden voor. Hoewel er relatief weinig cliënten bij ons medicatie gebruiken valt hier nog wel een slag te slaan. Het

probleem is nu eerst bij de teams neergelegd. Zij kunnen zo zelf verbetering laten zien en hierdoor zelf tot oplossingen komen. Op dit moment ligt de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van het medicatiebeleid bij de manager. Momenteel wordt onderzocht, door de verantwoordelijk te leggen bij één begeleider (eigenaar) per team naast de manager, of dit kan bijdragen aan de verbetering.

Vrijwillige zorg

Nog relevant om te vermelden is dat Zorggroep Kans volledig vrijwillige zorg aanbiedt. Dit staat los van wat goed gaat of beter kan. Er wordt niet gewerkt met (dwang)middelen en maatregelen en dit is ook geen gebied waar Zorggroep Kans zich op wil begeven. Dit neemt natuurlijk niet weg dat wij ook gebonden zijn aan wet- en regelgeving, onze eigen (sociale) normen en de zeggenschap van wettelijk vertegenwoordigers.

Cliënten hebben bij ons een grote mate van eigen regie en relatief weinig beperkingen. Dit heeft ook een keerzijde. Er is van een cliënt een bepaalde motivatie nodig om zorg te vragen en te accepteren. Daarnaast is de zorgvraag op lange termijn soms anders dan deze op de korte termijn, wat voor de individuele cliënt soms lastig is om te overzien. Dit zorgt over het algemeen voor een bijzondere en goede dynamiek waar steeds wordt gezocht naar een balans tussen de wensen van de cliënt en de normen van de organisatie en maatschappij. Dit maakt dat we voortdurend de dialoog blijven zoeken met de cliënt en zijn wettelijk vertegenwoordiger, waardoor er sprake is van cliënt- en functiegerichte zorg en ondersteuning. Met andere woorden zorg op maat.

Bouwsteen 2: Onderzoek naar de ervaringen van cliënten

Hier zijn we trots op!

CTO

Zoals aangekondigd in het kwaliteitsrapport van 2018 is er in 2019 het Cliënt-tevredenheidsonderzoek (CTO) afgenomen. 54% van alle cliënten vanuit de WLZ hebben hieraan deelgenomen en gemiddeld waarden zij Zorggroep Kans met een 7,9.

De ervaringen van de cliënten zijn op de volgende onderwerpen uitgevraagd en gewaardeerd.

Onderwerp	Percentage tevredenheid cliënten
Algemene tevredenheid locatie en verblijf	76%
Contact met begeleiding	86%
Deskundigheid medewerkers	88%
Informatieverstrekking binnen Zorggroep Kans	90%
Doel en resultaat van begeleiding	95%
Ervaring dagbestedingslocatie	72%
Contact met de managers	93%

De cliënten zijn over het algemeen tevreden bij Zorggroep Kans. Er is geen enkel onderdeel dat ver onder de maat wordt gewaardeerd, dan ons eigen streven van 80% tevredenheid in 2019. Wat met name goed gewaardeerd wordt is de tevredenheid over de persoonlijk begeleiders welke gewaardeerd worden met een 8,4, een half punt hoger dan het

gemiddelde van Zorggroep Kans in het algemeen. Dit sluit ook aan bij de eerder besproken visie van de organisatie, namelijk dat korte lijnen en persoonlijke betrokkenheid resulteert in kwalitatief goede zorg. Het voorgaande CTO stamt uit 2016. Dit maakt het moeilijk te bepalen of hierin vooruitgang is geboekt. We hebben daarom besloten ook in 2020 wederom een CTO af te nemen.

In het CTO van 2019 zijn er helaas verder bijna geen opmerkingen gegeven bij bovenstaande onderwerpen, waardoor het moeilijk was om hier daadwerkelijk verder mee aan de slag te gaan. Wel zijn er veel algemene opmerkingen gegeven aan het einde van het onderzoek. Het CTO is besproken met de cliëntenraad, het management, de RvC en alle teams om zodoende verder verbeterpunten te kunnen formuleren.

Het CTO en deze overleggen hebben er o.a. toe geleid dat er veranderingen zijn gekomen t.a.v. de personele roosters op de verschillende locaties. Hierdoor is er op een groot deel van de dag meer begeleiding aanwezig op de locaties, wat ook de wens was. Meer over deze verbeteringen in de paragraaf "Dit kan nog beter" in dit hoofdstuk.





(Bijna) Geen klachten

Nog relevant t.o.v. van deze cijfers is dat er over 2019 één formele klacht is binnengekomen bij de externe klachtencommissie van de ECKG. Deze klacht ging over de ontvangen zorg in 2015 tot en met 2018. Door omstandigheden bij de ECKG is deze klacht nog niet afgehandeld. Dit zal vervolg krijgen in 2020.

Behandeling

Wat wij verder opmerkten is dat er bij sommige cliënten een vraag was voor een intensievere behandeling naast de begeleiding die wij bieden. In 2019 zijn wij een samenwerking aangegaan met een regionale behandelpraktijk, zodat onze cliënten deze behandeling kunnen krijgen. Inmiddels zijn er 3 cliënten onder behandeling bij deze praktijk en zijn de ervaringen positief.

Dit kan nog beter...

...ten aanzien van negatieve berichtgeving

In september 2019 is Zorggroep Kans negatief in beeld gebracht in de media over met name de voorgaande jaren. Het standpunt van Zorggroep Kans was dat men zich niet herkende in het geschetste beeld. Desondanks hebben de betrokkenen frustraties gehad en het gevoel dat hier niet voldoende mee werd gedaan om op verzoek van de media hierover uit te wijden.

In de nasleep van de publicaties is uitgebreid stilgestaan bij gebeurtenissen die hieraan ten grondslag lagen en is er gesproken met alle betrokkenen. Hoewel dit maar een klein deel van de cliënten van

Zorggroep Kans betrof, is het zeker niet wenselijk dat cliënten en betrokkenen dit op deze wijze uiten. Zorggroep Kans vindt het dan ook jammer dat er op deze manier geventileerd is. In het licht van de media-aandacht, wat nagenoeg gelijk viel met de overname, zijn alle processen binnen de organisatie tegen het licht gehouden en geplande verbeteringen versneld ingevoerd. Met name omdat de nieuwe eigenaar van Zorggroep Kans een beeldvorming naar buiten wilde brengen gericht op kwalitatieve zorg, rekening houdend met de behoefte en mogelijkheden van de individuele cliënt. Dit heeft de bewustwording met betrekking tot de gewenste zorg op maat in een versneld tempo gebracht. Waarbij eveneens een herformulering van de missie en de visie onderdeel werd van de presentatie zowel intern als extern gericht.

...ten aanzien van cliënttevredenheid

Het CTO van 2019 laat zien dat een groot deel van de cliënten positieve ervaringen hebben met hun kwaliteit van leven en de kwaliteit van zorg binnen Zorggroep Kans. Dit onderzoek was intern ontwikkeld op basis van de vragen die er bij het management speelde over de tevredenheid van cliënten. Voor 2020 hebben we een CTO geselecteerd uit de waaier van VGN (VGN, 2018)). Door dit onderzoek volgens de inhoud en richtlijnen van een gerenommeerde organisatie (Ipso Facto) te doen is de verwachting dat veel bewoners van Zorggroep Kans het onderzoek zullen invullen. Hiermee hopen we ook een goed beeld te krijgen van de kwaliteit van leven van de cliënten, daar dit in het onderzoek van 2019 niet helemaal goed naar voren is gekomen.



Uit het onderzoek van 2019 zijn naast alle positieve scores ook verbeterpunten aangegeven door de cliënten. Onderstaand zijn alle opmerkingen opgesomd. Elke opmerking is door 1 iemand gegeven, tenzij het juiste aantal vermeld staat.

- Beter afspraken nakomen (4x);
- Soms wordt een cliënt gepest, begeleiding kan hier wel beter mee omgaan;
- Beter luisteren naar cliënten;
- Sommige cliënten passen niet op de groep;
- Contact tussen management en begeleiding niet goed;
- Soms moet de begeleiding weg i.v.m. crisis ergens anders;
- Wil vaste begeleiding als slaapdienst/ geen goed contact met sommige slaapdiensten (2x);
- Vaker begeleiding op de groep (2x);
- Meer (vaste) begeleiding (2x)
- Onderhoud van het gebouw beter regelen;
- Beter wifi voor algemene ruimten;
- Ik wil zelfstandig wonen met ambulante begeleiding;
- Gaan werken met versterkt begeleiden.

Zoals beschreven bij waar we trots op zijn bij deze bouwsteen hebben we de punten die te relateren zijn aan personele bezetting dit jaar opgelost. Verder is alle feedback besproken in de teamvergaderingen, zodat het extra onder de aandacht is. Eind 2019 zijn we ook gestart met het herinrichten van de functie en betrokkenheid van slaapdiensten. Hier was zowel bij de cliënten als medewerkers vraag naar en dit zal in 2020 vervolg krijgen. Met name is er gekeken naar het opleidingsniveau van de betreffende medewerkers en waar nodig zijn er bij openstaande vacatures, duidelijke Taak Functieomschrijvingen (TFO) gecreëerd, waarbij het makkelijker is geworden om de medewerker d.m.v. die maatstaven te beoordelen qua geschiktheid.

Bouwsteen 3: Zelfreflectie binnen teams

Hier zijn we trots op!

In 2019 hebben, wat later dan gepland, de eerste teamreflecties plaatsgevonden binnen Zorggroep Kans. Reflecteren doen we eigenlijk continu in ons werk, maar we staan er niet altijd bij stil. Het is dus zeker niet nieuw. Het structureel inbedden van teamreflecties is voor Zorggroep Kans wel nieuw en tevens een belangrijk onderdeel van Bouwsteen 3. In het Kwaliteitsrapport van 2018 stond beschreven dat de teamreflectie halverwege 2019 zou gaan plaatsvinden omdat het grootste deel van de medewerkers dan iets meer dan een jaar in dienst zouden zijn. De teamreflecties zouden dan meer inhoud krijgen als gevolg van de langdurige samenwerking als team. De eerste opzet was om tijdens de reflectie stil te staan bij de krachten, zwakten, bedreigingen en kansen van de teams d.m.v. een zogenaamde SWOT-analyse. Het doel van teamreflectie is primair interne kwaliteitsverbetering; de inzichten uit de reflectie stimuleren onze medewerkers acties te ondernemen om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Reflectie kan op basis van de landelijke thema's, zoals het borgen van veiligheid en het samenspel met het netwerk van de cliënt, maar ook voor zelfgekozen extra onderwerpen. In het licht van deze gedachtegang hebben we besloten dat de SOAR-analyse beter past bij het gewenste resultaat dan de SWOT-analyse. De SOAR is als volgt opgezet.

Binnen Zorggroep Kans zijn de teams van alle locaties volgens dezelfde methode te werk gegaan. Bij de SOAR-analyse is het de bedoeling dat ieder teamlid individueel opschrijft wat diegene vindt van het team

op de gebieden 'Sterke punten', 'Ambities', 'Kansen' en 'Resultaten'.



De teams hebben ervoor gekozen om de teamreflecties uit te voeren met het eigen team, de manager zorg, intaker en gedragswetenschapper. Op elke locatie is men gestart met de intentie om dit éénmaal per kwartaal te organiseren.

De reflectie was nu vooral gericht op de teams zelf en wat zij van zichzelf vinden. In het vervolg zullen ook inhoudelijke thema's gekoppeld worden aan de teamreflectie.

Resultaten van de teamreflecties

De teamreflecties hebben mooie resultaten opgeleverd. Hier kan veel over geschreven worden maar het wordt toch nog het beste samengevat door de ervaringen van de medewerkers zelf met de teamreflectie:

- "Het team is door middel van de teamreflectie tot heldere inzichten



gekomen. Het is altijd fijn om kort stil te staan bij het proces van een onderwerp binnen een team"

- "Goed om samen te bespreken en stil te staan waar we staan als team en hierbij te ervaren hoe ieders denkwijze is. Teamreflectie is een goed middel om aandacht te hebben voor de medewerker."
- "We zijn vaak geneigd om alleen de negatieve dingen binnen het team te bespreken, nu kwamen ook de positieve dingen aan bod."
- "Zinvol om op deze manier ons werk te evalueren en elkaars ervaringen te beluisteren. De sfeer is ontspannen en stimulerend naar elkaar toe."
- "De teamreflectie is als heel positief ervaren, omdat er uitgegaan is om iedere individuele medewerker in zijn kracht te zetten en daarnaast tot gezamenlijke acties over te gaan."
- "Mooie methodiek om diepgang aan te brengen in wat we doen, dit vast te leggen en van hieruit ons als team verder te ontwikkelen."
- "De teamreflectie was erg prettig en kwam op het goede moment. Er werd open gecommuniceerd en vooral belangrijk: er werd naar elkaar geluisterd. We hebben afgesproken om de teamreflectie viermaal per jaar terug te laten komen binnen de teams. Dit omdat de ervaring dus erg positief was."

Hieronder staan verder samengevat de verwoordingen uit alle teamreflecties vertaald vanuit sterke punten naar ambities, kansen en resultaten.

Sterke punten

- Veiligheid, goed onderling contact en samenhangigheid;
- Goede afstemming en bereidheid om zaken uit overdracht op te pakken;

- Betrokken, oplossingsgericht en begripvol richting cliënten en elkaar;
- Eigen manier van werken/ diversiteit;
- Gedreven en enthousiaste werkers;
- Signalen herkennen van cliënten en elkaar;

Ambities

- Teamtrainingen;
- Overdragen: Efficiënter en meer gestructureerd communiceren;
- Meer werken vanuit rust als basis: werkruimte aanpassen en gestructureerd werken;
- Zicht op specifieke rolverdelingen;
- Scherp blijven op processen;
- Als team groeien in rollen en samenwerking;
- Professionaliseren op het gebied van zorg en zorgomgeving;
- Visie en missie vanuit het team.

Kansen

- Taakvolwassenheid;
- De lat niet te hoog leggen;
- Kans aangrijpen om door nieuw beleid een goed begin te maken en voort te zetten, zoals meer gestructureerd werken en werken vanuit het dossier;
- Betere randvoorwaarden op locatie (bijv. verbruiksmaterialen, laptops, telefoons, etc.), zodat je je daar niet druk om hoeft te maken;
- Allemaal hetzelfde handelen/ dezelfde kant op kijken naar cliënten toe;
- Rolverdeling binnen team structureren;
- Gebruik maken van netwerk;
- Gescheiden werklocaties, niet allemaal bij elkaar in kantoor aan tafel, maar uit elkaar als je geconcentreerd bezig moet zijn.

Resultaten

- Elkaar scherp houden;
- Feedback geven;
- Elkaar om feedback vragen;
- Aanspraakcultuur;
- In werkoverleg tijd reserveren om over kansen en ambities te spreken;
- Bijzonderheden en dingen die goed lopen signaleren door manager en gedragswetenschapper.

Externe audit

Zorggroep Kans heeft al meer dan tien jaar het ISO 9001 keurmerk. De ISO is een manier om te controleren/ toetsen of een organisatie voldoet aan bepaalde internationale standaarden (normen) van kwaliteit en structurele kwaliteitsverbetering. Elk jaar vindt er een externe onafhankelijke audit plaats om dit te toetsen. Deze wordt afgenomen door DNV-GL. Over het jaar 2019 stond de externe audit voor de norm ISO 9001:2015 in het teken van de overname door een nieuwe eigenaar, de materiele controle van het zorgkantoor en de negatieve berichtgevingen over Zorggroep Kans in de media. De auditor gaf aan dat hij, na de controle en gesprekken met medewerkers en cliënten, een totaal ander beeld heeft gekregen van Zorggroep Kans dan in de media werd belicht. Al met al was de toetsing positief en met een aantal verbeterpunten (zie volgende paragraaf) voldeden we aan de normen van de ISO 9001:2015.



MTO

In maart 2019 is er een Medewerkerstevredenheidsonderzoek afgenomen (MTO). De medewerkers hebben Zorggroep Kans beoordeeld met een 7.8. Dit is natuurlijk een prima cijfers waar we zeker trots op zijn. Wel hebben de medewerkers onder andere aangegeven dat er meer behoefte is om betrokken te kunnen zijn bij het tot stand komen van het beleid van de organisatie. Dus meer transparantie en minder 'top-down'. Tevens heeft men aangegeven dat er behoefte is voor meer personeel voor vermindering van de werkdruk en hierdoor verbetering van de kwaliteit van zorg. Zoals besproken bij Bouwsteen 2 is hier uitgebreid gehoor aan gegeven en is er nu op elke locatie meer bezetting. Dit neemt niet weg dat alleen meer bezetting niet alleen een oplossing is. Wat o.a. ook uit de teamreflecties naar voren is gekomen (zie volgende paragraaf) is dat men deze tijd ook goed moet gebruiken om de juiste dingen te doen (taakverantwoordelijkheid en efficiëntie).

De vraag om meer betrokkenheid en transparantie heeft geleid tot het instellen van de Personeelsvertegenwoordiging (PVT). Voorheen was de medezeggenschap geregeld in het Groot Overleg waar alle medewerkers bij aanwezig konden zijn. Het is lastig om dit praktisch waar te maken als er 24/7 ondersteuning geboden moet



worden waardoor dit maar 2 keer per jaar kon plaatsvinden. Een PVT bestaat uit door medewerkers gekozen afgevaardigden waardoor deze frequenter kunnen participeren in de besluitvorming binnen de organisatie.

Dit kan nog beter...

...ten aanzien van de teamreflectie

Zoals we al eerder aangaven is het doel van de teamreflectie om met elkaar de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening en het functioneren van het team scherp te krijgen.

Je kunt met elkaar vaststellen wat goed gaat, wat beter kan en welke ondersteuning er nodig is om de verbeteracties uit te werken. Uit alle reflecties zijn samen met de teams onderstaande prioriteiten voor 2020 gehaald:

- Bewustwording (en uitvoering) van taakverantwoordelijkheden door medewerkers;
- Betere randvoorwaarden op de locaties;
- Efficiënter met de tijd omgaan, zodat er een goede balans ontstaat m.b.t. cliëntgerichte zorg;
- Meer ondersteuning van de teams in de teamreflectie.
- De implementatie van de nieuwe missie en visie.

Uiteindelijk heeft de teamreflectie laat in 2019 plaatsgevonden waardoor een plan van aanpak nog niet is uitgewerkt. Wel zijn er vergaande plannen om in 2020 één begeleidingsmethodiek te starten en zal het scholingsaanbod verder uitgebreid worden.

Verder zijn er medewerkers die nog niet op andere locaties zijn geweest. Deze uitwisseling willen we gaan bevorderen om zodoende meer van elkaar te leren. Ook zal er meer aandacht komen voor onderlinge samenwerking (cliënt, wettelijk vertegenwoordigers, begeleider) bij het nemen van beslissingen en acties.

...ten aanzien van de ISO 9001:2015

De volgende verbeterpunten zijn geconstateerd door de externe auditor:

- Een eerder verbeterpunt was niet volledig geïmplementeerd. Er dient een werkwijze te komen hoe dit voorkomen kan worden;
- Er dient een meer structurele vorm van kwaliteitscontrole te komen voor onderaannemers;
- Naast het maandelijks bespreken van de MIC's (Melding Incidenten en Calamiteiten) tijdens de Management Team vergadering, tevens de MIC's over een langere periode analyseren of er ook trends te ontdekken zijn.
- De 'retourbak' voor medicatie dient aan landelijke eisen te voldoen.
- Een van de medewerkers was niet goed op de hoogte van alle vluchtwegen en of deze vluchtwegen aan alle eisen voldeden. Dit was het geval, maar dat moet ook gedocumenteerd aangetoond kunnen worden.

De externe audit van de ISO over 2019 heeft door omstandigheden begin 2020 plaatsgevonden. De acties en uitwerking van de verbeterpunten zullen derhalve ook terugkomen in het kwaliteitsrapport van 2020.



Bouwsteen 4: Kwaliteitsrapport en visitatie

Reflectie van de bestuurder

Zorggroep Kans heeft in 2019 een nieuwe eigenaar gekregen waarbij mijn rol als bestuurder vanaf september 2019 is ingegaan. Van voor die tijd heb ik enkel en alleen indrukken van de organisatie en haar ontwikkelingen gekregen door met zoveel mogelijk betrokkenen te praten. Mijn zienswijze is daarom met name gericht op hetgeen wat ikzelf heb ervaren en waar mijn focus ligt met betrekking tot kwalitatieve goede zorg. Als het gaat om het uitoefenen van de toezichtrol in de zorg moet je een aantal kernwaarden hanteren. Een algemeen uitgangspunt daarbij is dat de zorg in al haar complexiteit dient te worden begrepen. Een goede bestuurder loopt eigenlijk constant tegen zijn eigen onvolmaaktheid aan en ook tegen die van de zorg, stakeholders en samenleving. Dat inzicht roept op tot een zelfbewuste reflectie en een bescheiden houding. Met die houding kijk ik ook naar onze inspanningen in 2019.

Met het kwaliteitskader willen we structureel de kwaliteit van zorg en de invloed en betrokkenheid van cliënten en ander belanghebbenden verhogen. In het Kwaliteitsrapport brengen we dit in beeld en willen we met name voor cliënten en hun naasten duidelijk maken wat zij van ons mogen verwachten. Het kwaliteitsrapport is er natuurlijk om maatschappelijk verantwoording af te leggen. In de beschrijving van die verantwoording wordt helder gemaakt hoe complex onze zorg is. Dit verklaart voor een deel de uitgebreide omvang van dit rapport; de beschrijving is nodig om die complexiteit te begrijpen. Het kwaliteitsrapport helpt ons om de dienstverlening voortdurend te verbeteren

en zichtbaar te maken wat de kwaliteit is. In deze terugblik op 2019 beschrijven we ook hoe we dat hebben gedaan, voornamelijk met de verbeterpunten die we hebben ervaren. Wat lastig blijft, is dat we in onze gedrevenheid volledig willen zijn en dat is moeilijk als je aan alle wensen en eisen van stakeholders tegemoet wilt komen. De gesprekken met cliëntenraad, naasten en (wettelijk) vertegenwoordigers, medewerkers en Zorgkantoor hebben deze uitdaging onderstreept. Het is dus ook een kwestie van keuzes maken; welke informatie neem je op in het Kwaliteitsrapport, welke in ons Jaarverslag Maatschappelijke Verantwoording en op andere platforms zoals onze website. We zijn tevreden over de stappen die we in 2019 samen gezet hebben. Door het hele rapport lezen we waar we trots op zijn en wat we willen en gaan verbeteren.

Als algemeen directeur van Zorggroep Kans vind ik het belangrijk dat de zorg voor onze cliënten altijd doorgaat en voorgaat, binnen de koers die wij volgen. Zorgvragen zijn leidend en bepalend. Om die reden word je bij Zorggroep Kans gezien en stellen wij onszelf telkens weer de vraag: levert dit iets op voor onze cliënten, hun dierbaren en onze medewerkers?



Externe Visitatie

Het kwaliteitskader vraagt een kritische externe blik om voor het bestuur inzichtelijk te maken in hoeverre de organisatie zich ontwikkelt in lijn met het kader. De externe visitatie in 2019 is de eerste die wij in het kader van het kwaliteitsrapport hebben laten uitvoeren. De visitatie is uitgevoerd door 2 medewerkers van stichting Pluryn. Beide medewerkers zijn binnen Pluryn belast met het uitvoeren van interne audits wat maakt dat ze bijzonder geschikt zijn voor een dergelijke visitatie. In het hoofdstuk 'Samenvatting Externe visitatie' staan hun bevindingen beschreven. Hen is gevraagd met name te kijken naar de staat van de implementatie van het verbeterplan en stand van zaken rondom de dossiervorming. Deze vrij specifieke vraag is gesteld omdat wij, mede door de materiele controle, wisten dat er een uitdaging ligt om de juiste zorg aan te bieden die overeenkomstig de behoefte is vormgegeven door de indicatie. Door een externe organisatie mee te laten kijken zorg je ervoor dat je een bewust proces ingaat, die vervolgens organisatie breed geïmplementeerd moet worden. Ondanks het feit dat een externe visitatie éénmaal per twee jaar hoeft plaats te vinden, hebben we met de betreffende auditors al de afspraak gemaakt om in 2020 een vervolg te geven aan het reeds ingezette traject. We gaan er dan vanuit dat alle aandachtspunten tot het verleden behoren en de uitvoering van de zorg conform de gestelde indicaties c.q. behoeften van de cliënt zijn. In 2021 zal een externe visitatie plaatsvinden waar wij Zorggroep Kans breder in beeld willen laten brengen om nog beter inzicht te krijgen welke stappen Zorggroep Kans heeft gezet binnen het kwaliteitskader en waar verder nog winst te behalen valt.

Toekomst

In 2019 zijn er belangrijke stappen gezet om onze zorg- en dienstverlening binnen het kwaliteitskader structureel te verbeteren. Zoals door het rapport te lezen is zijn er ook punten waar het nog beter kan. Als bestuurder moet je keuzes maken welke verbetering prioriteit heeft in het belang van de cliënt, medewerker en alle andere belanghebbenden. De uitdaging daarbij is vergelijkbaar als die voor onze cliënten. Voor ons zijn dit realistische en haalbare doelen stellen die de kwaliteit van zorg-dienstverlening en uiteindelijke kwaliteit van leven verhogen. Voor ons zijn dit de belangrijkste zaken die we in 2020 willen realiseren.

Verbeterplan

Inherent aan het verbeterplan en het verbeteren van de dossiervorming heeft dit ook invloed gehad op onze kwaliteit van zorgverlening. Hoewel er zoals beschreven al behoorlijke stappen zijn gezet laat de externe visitatie ook zien dat we nog niet klaar zijn. 2020 en met name het eerste kwartaal zal daarmee verder in het teken staan van het afstemmen van zorgverlening op de cliënt en aanverwante indicatie waar een evalueren en bijstellen van de zorg op de voorgrond staat. Gezien de stappen die al zijn gemaakt twijfel ik er niet aan dat we het verbeterplan met goed gevolg zullen voltooien als we op de ingeslagen weg doorgaan en daarmee ook onze zorgverlening naar een nog hoger niveau brengen.



CTO

We nemen onze cliënten serieus en willen dan ook voortdurend weten wat men vindt van de zorg die wordt aangeboden. Om die reden hebben we voor volgend jaar gekozen voor het instrument van Ipso Facto, waardoor we op een objectieve wijze de cliënttevredenheid kunnen meten. Dit instrument maakt onderdeel uit van de waaijer van VGN. Het nog beter inzichtelijk krijgen van de behoeften en wensen van onze cliënten zal richtinggevend zijn voor het komende jaar.

Ontwikkelingen binnen teams

Ontwikkeling van de team-reflectie binnen alle teams van Zorggroep Kans. Onderwerpen en thema's worden in de loop van het komende jaar verder geoptimaliseerd. Onze medewerkers gaan dat vormgeven en daar heb ik het volste vertrouwen in. De uitkomsten van het medewerkers tevredenheid onderzoek (MTO) geven steun voor deze richting in de komende jaren. Verder zal Zorggroep Kans het komende jaar veel aandacht schenken aan opleidingen c.q. scholingen, zodat er voldoende aandacht geboden wordt aan het methodisch begeleiden van onze cliënten.

Passende en duurzame huisvesting

Om de zorgvraag te kunnen invullen, moet ook de huisvesting op orde zijn. Zo kan er een goede aansluiting tot stand komen. Hoewel dit onderwerp in dit kwaliteitsrapport niet helder aan bod komt, hebben wij in onze strategie voor de komende jaren een

belangrijke rol hiervoor weggelegd. Ik hoop dan ook dat ik volgend jaar in het kwaliteitsverslag van 2020 hier uitgebreid op terug mag komen.

Tot slot

Ik ben van mening dat wij in 2019 belangrijke stappen hebben gezet. Ik zie positieve ontwikkelingen en daar ben ik trots op. Zorggroep Kans heeft in 2019 een acceptabele balans gevonden in de kwaliteit van zorg. Dat gaat niet vanzelf en vergt telkens weer afwegingen. Dat maakt zorg ingewikkeld, maar ook mooi. We leggen met z'n allen een stabiel fundament onder Zorggroep Kans. Ook in 2020 gaan we deze ingeslagen weg vervolgen. Met de nodige zelfbewuste zelfreflectie en bescheiden houding. Het Kwaliteitsrapport 2019 geeft aan de hand van de drie bouwstenen weer hoe we gewerkt hebben. Kijkend naar het voorliggende jaar weten we al dat we een aantal zaken voor het volgende jaar anders gaan doen. Als bestuurder vind ik het belangrijk dat we structureel aan het kwaliteitskader blijven werken en vooral de cliënten en de cliëntenraad nauwer betrekken in dit proces. Hier heb ik na mijn aanstelling al de nodige stappen in gezet en zal dit in 2020 blijven voortzetten.

We vinden het van belang dat we niet alleen vertellen waarom en hoe we werken aan kwaliteit van zorg, maar dat we het nog concreter maken in het Kwaliteitsrapport: meer de praktijk van alledag laten zien, want daar gaat het per slot van rekening om.



Samenvatting Externe visitatie

Op 30 oktober 2019 vond onze eerste externe visitatie plaats. Dit in het kader dat zorgorganisaties elke twee jaar bezoek krijgen van een externe visitatiecommissie. We kijken in ieder geval terug op een geslaagde en leerzame dag. De visitatie is gedaan door twee interne auditoren van stichting Pluryn te Nijmegen.

Eerst is er een oriënterend gesprek geweest met een manager zorg en beleidsadviseur. In dit gesprek is de behoefte vastgelegd, waarin de volgende vragen centraal stonden:

1. Is de persoonsgerichte zorg zichtbaar in de cliëntdossiers?
2. Is de uitvoering van de zorg conform de indicatie zichtbaar in de cliëntdossiers?

Onderstaand volgt een samenvatting van de bevindingen en de opmerkelijkste zaken. De uitkomsten zijn direct verwerkt in de implementatie van het verbeterplan welke zijn ontstaan uit de materiële controle.

Is de persoonsgerichte zorg zichtbaar in de cliëntdossiers?

Wat de auditoren sterk vonden is dat de meeste doelen in de eerste persoon zijn gesteld en daarmee uitgaan van de wensen van de cliënt. Ook waren er doelen gesteld gericht op de wensen van een cliënt. De auditoren adviseerde nog extra aandacht te besteden aan het doortrekken van deze lijn, zodat alle doelen vanuit de cliënt zouden zijn beschreven. Verder hebben ze geadviseerd de begeleidingskaarten en signaleringsplannen concreter te maken en voor alle cliënten die met name een hogere indicatie hebben ook een dagprogramma in te voeren.

Is de uitvoering van de zorg conform de indicatie zichtbaar in de cliëntdossiers?

Bij cliënten met een lagere indicatie is goed inzichtelijk dat de geleverde zorg in het dossier conform de indicatie is. Bij de cliënten met een hogere indicatie is dit nog onvoldoende zichtbaar. De auditoren constateerden dat we met de Lijst Adaptieve vaardigheden (LAV) een goed middel hebben om de zelfredzaamheid in kaart te brengen, maar dat deze nog niet helemaal op de juiste manier gehanteerd werd. Ook schetst het integratief beeld van de cliënt in het dossier een helder beeld van de mogelijkheden en beperkingen. Wel valt er nog wat te winnen door vastgestelde risico's voor cliënten beter door te voeren en te ondervangen in verschillende instrumenten. Verder gaven ze aan dat er frequent op doelen wordt gerapporteerd, maar dat er niet consistent op voortgang wordt gescoord. Dit maakt ook dat er nog winst te behalen valt in het evalueren van plannen en begeleidingsstijl. Perspectief doelen voor de cliënt zouden tevens wenselijk zijn.



Reflectie van Cliëntenraad

De cliëntenraad heeft samen met de cliëntondersteuner en hun persoonlijk begeleiders de cliëntversie van het kwaliteitsrapport doorgenomen. Dit is hun reactie.

In 2019 is er veel gebeurd. We zijn blij met een andere directeur bij Zorggroep Kans en alle veranderingen daarna.

Wat wij vervelend vonden is dat Zorggroep Kans zo negatief in de media is geweest. Volgens ons klopt het niet wat er is geschreven.

Over het algemeen zijn wij tevreden over de zorg. De verbeteringen en verbeterpunten die in het rapport zijn beschreven zijn heel herkenbaar.

Het is goed dat er nu meer mensen naar de zorgplannen kijken in een evaluatie.

Dit hebben we eerder gezien bij andere organisaties en nu ook bij Zorggroep Kans.

Wel denken we dat er nog meer geluisterd kan worden naar de cliënt bij het evalueren van de doelen en de vooruitgang vaker besproken kan worden.

De verhuizing van de locatie Bruishuis 4 naar de Utrechtsestraat is een goede stap geweest. De plek is rustiger en de kamers groter. Het is jammer dat je geen eigen douche hebt zoals op andere locaties.

Met de medicatie lijkt er niks meer fout te gaan.

Wij vinden het goed dat er vaker gekeken gaat worden naar hoe tevreden wij zijn.

Zo voelen wij ons serieus genomen en dat mag jaarlijks gebeuren.

We zien ook vaker begeleiding langskomen sinds dit jaar. Ook bij andere cliënten. De begeleiding helpt met het maken van een weekplanning, schoonhouden van de kamer en de administratie. Hier is nu nog meer tijd voor.

De begeleiding mag nog vaker buiten het kantoor zijn, dit is gezellig en prettig.

En de beoordeling of nieuwe cliënten binnen de groep passen kan nog beter.

Met de slaapdienst is het contact nu goed.

De slaapdienst kan in de avond niet alles oplossen, maar het is fijn dat zij er zijn.

Soms hebben we nog het gevoel dat er te weinig wordt gedaan met ongewenste situaties. Het lijkt alsof er niet altijd consequenties volgen.

Dit mag meer worden gedaan, bijvoorbeeld ook dat dagbesteding/werk verplicht wordt binnen een bepaalde tijd.

Een ander punt is dat er op de locaties maar weinig andere cliënten naar de huiskamer overleggen komen. Soms zijn wij de enige. We weten dat het vrijwillig is maar we willen toch dat meer cliënten komen en zich laten horen. Dit zijn voor ons de belangrijke punten voor 2020.

Wij zien als cliëntenraad dat de nieuwe directeur heel betrokken is en dan ook regelmatig een praatje komt maken op de locaties. We overleggen vaker en verwachten dit door te kunnen zetten. Dit vinden wij zeer prettig en dat maakt de lijntjes ook kort. Wij zien het jaar 2020 dan ook met vertrouwen tegemoet!



Reflectie van de Personeelsvertegenwoordiging (PVT)

Vanuit de personeelsvertegenwoordiging wordt er aangesloten bij de bevindingen zoals vermeld in bovenstaand kwaliteitsrapport. 2019 is een bewogen jaar geweest waarin de nieuwe directie en de negatieve publiciteit een rol hebben gespeeld. Iets wat beiden voelbaar is geweest op de werkvloer. Voornamelijk de negatieve publiciteit, welke niet werd herkend en erkend door veel medewerkers, aangezien veel zaken bleken te gaan over jaren waarin het meeste personeel nog niet werkzaam was binnen de organisatie van Zorggroep Kans. Deze twee zaken hebben er wel toe geleid dat er binnen korte tijd hard gewerkt is aan de verbetering van de kwaliteit, waar ook de medewerkers veel positieve kanten van hebben ondervonden. De medewerkers hebben hier samen met het management en de directie flink hun schouders ondergezet om samen de zorg nog beter te maken.

Dit heeft aanpassingen gevergd in de manier van dossiervorming door doelgerichter en planmatiger te werken. Belangrijke informatie is nu beter weggezet welke duidelijkheid schept voor elke begeleider binnen een team. De zorg is hiermee op weg naar meer overzicht en passender binnen de mogelijkheden en de doelen van cliënten. Met de nadruk op het aspect "op weg", want een nieuwe manier van werken vergt aanpassingen bij medewerkers en dit heeft tijd nodig. Dit is terug te zien in vertragingen van bepaalde documenten binnen dossiers en blijft onderdeel van het proces naar verbetering. Het was voor ons als medewerkers wennen om op een andere manier te rapporteren, zorgplannen te maken en zo het dossier te vormen, maar de voordelen zijn al wel zichtbaar ondanks dat hier nog groei in gemaakt kan worden. Dit is merkbaar op de werkvloer, doordat er met verbeterde dossiervorming effectiever gewerkt kan worden met en voor de cliënt. Hiernaast zijn er na de overname door de Belgische aandeelhouder die onder andere Reseau Abilis bezit in 2019 zichtbaar meer financiële middelen vrijgespeeld om het verbeterproces in gang te zetten. Er is geïnvesteerd in nieuwe locaties, betere inrichting en persoonlijker zorg. Iets wat het voor ons als begeleiders makkelijker maakt om het zorgproces te begeleiden, omdat investeringen meer mogelijkheden vrijspelen. In de eerste helft van 2019 speelden er nog zaken als onderbezetting, iets wat de werkdruk voor ons als medewerkers aanzienlijk verhoogde, maar ook effect heeft gehad op de kwaliteit van zorg die werd geleverd. Wij hebben te allen tijde vanuit de begeleiding ons best gedaan om de juiste zorg te bieden, maar na de overname is de bezetting sterk verbeterd wat het leveren van de juiste zorg heeft geoptimaliseerd en het werk voor ons eenvoudiger heeft gemaakt.

Afsluitend is er na de overname een duidelijke vooruitgang te zien in de lijnen die medewerkers met het management en de directie hebben. Medewerkers voelen zich meer gehoord en de lijnen zijn korter dan voorheen. Dit is mede terug te zien in de rol van personeelsvertegenwoordigers, die momenteel geïnstalleerd zijn, waardoor de inspraak van het personeel hiermee vergroot is.



Reflectie Raad van Commissarissen

Bekeken kan worden welke plek het kwaliteitsrapport in het kwaliteitsmanagement kan innemen. Oftewel op welke wijze kan het rapport een plek innemen in het kwaliteitshandboek of elders binnen de systematiek van kwaliteitsmanagement? Het is nu opgesteld als een aanvullend document waarin visie op kwaliteit vanuit verschillende invalshoeken wordt belicht en waarin tevens belangrijke metingen op gebied van kwaliteit worden benoemd. Deze werkwijze kan in de komende jaren duidelijker in de kwaliteitscyclus worden gepositioneerd.

De RVC vindt dat Zorggroep Kans zich in 2019 op een hele professionele wijze geprofileerd heeft en op een transparante wijze is omgegaan met alle verbeterpunten.

Met name de onderwerpen zoals verbeteringen rondom het Elektronisch Cliënten Dossier – de situatie rondom Medicijn verstrekkingen – het Cliënt Tevredenheid Onderzoek (CTO) – het Medewerker Tevredenheid Onderzoek (MTO) en de Teamreflecties, zijn aspecten die tot de verbeelding spreken.

De RVC is tevreden dat veel partijen in het rapport aan bod komen. Dit getuigt van respect en medezeggenschap. Het rapport laat een open houding zien met aandacht voor het individu.

De Raad van Commissarissen zal ook het komende jaar de ingezette koers nauwgezet blijven volgen.



Bronnen

- Kwaliteitsrapport 2018 Zorggroep Kans
- Directiebeoordeling 2019 Zorggroep Kans
- Cliënttevredenheidsonderzoek 2019
- Medewerkers tevredenheidsonderzoek 2019
- Audit Rapport van DNV-GL over het jaar 2019 m.b.t. ISO 9001:2015
- Notulen Teamreflectie per locatie
- Strategische Beleidsplan 2017-2021 Zorggroep Kans
- Voortgangsrapportage Dossier 2.0 Zorggroep Kans
- Rapportage externe visitatie stichting Pluryn

Verwijzingen

VGN. (2017). *Samenvatting Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022, een landelijke kader.*

Opgehaald van www.vgn.nl:

<https://www.vgn.nl/system/files/article/file/Kerndocument%2B2.%2BSamenvatting%2BKwaliteitskader%2B2017-2022.pdf>

VGN. (2018, december 13). *Beoordeling waaier cliëntervaringsinstrumenten 2017 - 2019.* Opgehaald van www.vgn.nl/nieuws: <https://www.vgn.nl/nieuws/beoordeling-waaier-clientervaringsinstrumenten-2017-2019>

VGN. (2020). *Thema "Goede kwaliteit".* Opgehaald van www.vgn.nl: <https://www.vgn.nl/themas/goede-kwaliteit>