

A stylized logo on the left side of the page. It features a vertical brown staff with a yellow and white textured body. The top of the staff is flanked by two purple, wavy, flame-like shapes. The text 'Raphaëlstichting' is positioned to the left of the staff.

Raphaëlstichting

Kwaliteitsrapport

VG en VV 2018

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting (publieksversie)	3
1. Inleiding	6
2. Leeswijzer	7
3. Algemeen	
3A Geprioriteerde verbeteringen nav kwaliteitsrapport 2017	8
3B Korte schets van zorg bij de Raphaëlstichting	8
3C Schets van aanpak kwaliteitsrapport en aanpak intern beraad visitaties	10
4. Pijlers Meerjarenvernieuwingsbeweging	
4A Luisteren (en betrekken belanghebbenden)	13
4B Antroposofie	18
4C Wonen, werken en vrije tijd	23
4D Sociaal ondernemen	28
4E Duurzaamheid (Incl. Arbeidsmarktproblematiek en acties RS)	32
5. Kwaliteit van zorg	
5A Algemeen (Gedaan en geleerd)	35
1 Kwaliteit van het zorgproces rond de individuele cliënt	37
2 Eigen regie en zeggenschap	39
3 Ervaringen van cliënten zelf	41
4 Samenspel en relatie tussen cliënt en medewerker	42
5 Borging van veiligheid	43
5B Verhaal van de cijfers (Indicatoren, Mic, klachten, GOG etc.)	46
6. Kwaliteit van werk	
6A Algemeen (Verhaal achter de cijfers)	58
6B Verhaal van de cijfers (Indicatoren, verzuim, vacatures etc.)	65
7. Conclusies en geprioriteerde verbeteringen	67
8. Bijlagen	
8A De cijfers	70
8B Cliëntversie / film	80
8C Verslagen intern beraad (CCR, COR en RvT) en externe visitatie	80
8D Kwaliteitsverslag Rudolf Steiner Zorg	91
8E Financiële gegevens + Bestuursverslag)	106
8F Gebruikte afkortingen	107

SAMENVATTING

TEVENS PUBLIEKSVERSIE VAN HET KWALITEITSRAPPORT

De publieksversie van het integraal kwaliteitsrapport 2018 is een samenvatting van het totale kwaliteitsrapport. Naast deze publieksversie is er ook een cliëntversie gemaakt, die bestaat uit een film waarin drie casussen worden belicht die te maken hebben met het thema luisteren en leren.

Dit jaar is er één document geschreven voor het kwaliteitskader en alle verantwoording: het integraal kwaliteitsrapport 2018. Het is een rapport voor de hele Raphaëlstichting waarin we inzage geven in ons vermogen om het juiste te doen voor de mensen die wij ondersteunen. Het rapport geeft een weergave van het proces dat door het jaar heen is gelopen met alle betrokkenen. Ook geeft het – in tegenstelling tot vorig jaar – een herkenbaar beeld van de verschillende locaties. Gekozen is die beschrijvingen van de locaties in dit rapport op te nemen waarin een lerend proces zichtbaar is. Dit past bij de (be)sturingsfilosofie van de Raphaëlstichting waarin luisteren als kwaliteitsopgave en in verbinding sturen op leren en ontwikkelen centraal staan.

Luisteren en leren

Hét verbindende element tussen de vijf pijlers uit het meerjarenbeleidsplan van de Raphaëlstichting is de kwaliteit van het luisteren. Het ècht luisteren... naar elkaar, naar het probleem of de situatie en wat daarin van ons gevraagd wordt. Dit vraagt om aanwezig zijn, om presentie, om tegenwoordigheid van geest. Het luisteren ... en vervolgens doen, kan gezien worden als de belangrijkste kwaliteit die de Raphaëlstichting komende jaren verder wil ontwikkelen. Zowel op de locaties als Raphaëlstichtingsbreed is er in 2018 veel geoefend met luisteren en met het betrekken van belanghebbenden, waaronder de medezeggenschapsraden, verwanten, medewerkers, maar ook cliënten. Er was binnen de geledingen bereidheid om onbevangen te oefenen in het luisteren (en te kijken). Door deze bereidheid om te luisteren, om het (nog niet) te weten, kon er soms een dialoog ontstaan waar dat eerder niet het geval was. Dialoog wil zeggen dat het perspectief van de ander bestaansrecht kreeg, zonder dat het eigen perspectief opgegeven hoefde te worden. Ook in 2019 blijft het luisteren en leren onze aandacht vragen.

Antroposofie

Op verschillende locaties is gezocht naar een meer hedendaagse vertaalslag van de antroposofische zorgvisie van de Raphaëlstichting. Dit is een proces dat nog langer aandacht zal krijgen en tot doel heeft medewerkers te inspireren en tegelijkertijd meer handvatten te bieden. Ook Raphaëlstichtingbreed heeft dit thema aandacht en komen dwarsverbindingen tussen de instellingen tot stand, zoals een introductie cursus voor nieuwe medewerkers en een verdiepingscursus voor bestaande medewerkers. Deze ontwikkelingen zetten zich door in 2019.

Wonen, werken en vrije tijd

In het kwaliteitsrapport wordt door de locaties onder dit thema veel aandacht besteed aan de huisvesting. Dit is dan ook een belangrijk thema dat raakt aan de merkbare kwaliteit van wonen, werken of de vrije tijdsbesteding. Er is hard gewerkt aan de voorbereiding van verschillende (nieuw) bouw, verbouw of renovatieprojecten. Ook zijn er locaties die (moeten) gaan verhuizen (of in 2018 al verhuisd zijn), en dat vroeg en vraagt ook de nodige zorgvuldige voorbereiding en afstemming met alle betrokkenen en belanghebbenden.

Sociaal ondernemen

Sociaal ondernemen vraagt nogal wat. Daarom was er scholing voor medewerkers voorgenomen op dit onderwerp. Dit is in 2018 niet van de grond gekomen, maar zal wel uitgewerkt worden in 2019. In 2018 heeft een speciaal daarvoor aangestelde aanjager de nodige contacten gelegd met sociale partners. Ook hiervan is de verwachting dat dit tot concrete samenwerkingen gaat leiden in 2019. Met name de Novalishoeve en lambe zijn actief op het gebied van sociaal ondernemen. De overige instellingen maken voorzichtige stapjes in deze richting.

Duurzaamheid

Op alle locaties is er prioriteit gegeven aan een duurzaam medewerkersbeleid. Gezien de krapte op de arbeidsmarkt en het hoge ziekteverzuim is dit ook van belang.

In de huisvestingsplannen is aandacht voor duurzaamheid op het gebied van bouwen, renovatie en energie. Met name de Novalishoeve is op het onderwerp duurzaamheid in 2018 zeer actief geweest. Op andere locaties zijn kleinere projecten op het gebied van duurzaamheid.

Kwaliteit van zorg

Er is op de locaties aandacht voor de kwaliteit van zorg en hier wordt dagelijks hard aan gewerkt. Hierbij wordt veel geleerd, vaak naar aanleiding van dingen die mis gingen (bijvoorbeeld incidenten, klachten), maar ook naar aanleiding van controles (bijvoorbeeld audits, beelden uit de praktijk) of georganiseerde teamreflecties. Ook is er geleerd naar aanleiding van kritische feedback van cliënten, verwanten, medewerkers of andere belanghebbenden.

Medewerkers van de Raphaëlstichting hebben echte warme aandacht voor de cliënt, zijn vaak present en sterk op de relatie. Er is veel aandacht voor de ontwikkeling van de cliënt en er wordt positief met cliënten gecommuniceerd, waarbij de benadering respectvol is. Er is behoefte onder medewerkers om zich verder te ontwikkelen in de beeldvorming rondom cliënten (er is niet altijd sprake van een gedeelde beeldvorming), de deskundigheid te vergroten (bijvoorbeeld op het gebied van autisme). Medewerkers geven aan soms onvoldoende te reflecteren inzake bejegening, begeleidingsstijl maar ook het nakomen van afspraken. Medewerkers willen structureler evalueren/reflecteren in de teams. Hier zal in 2019 middels begeleiding van teamreflecties aandacht voor komen.

Om de eigen regie van cliënten verder te versterken zijn er verschillende initiatieven ontplooid en zijn er pilots gehouden met CarenZorgt. CarenZorgt is een cliëntportaal waarmee cliënten/verwanten direct kunnen inloggen in een gedeelte van het Electronisch Cliëntendossier (ECD). In 2019 zal de implementatie van CarenZorgt verder plaatsvinden. Daarnaast vinden er initiatieven plaats voor cliënten met moeilijk verstaanbaar gedrag en ouder wordende cliënten.

Binnen de Raphaëlstichting worden incidenten achteraf gemeld in een registratiessysteem, waarna er door evaluatie en analyse van geleerd kan worden. Met name het analyseren is op verschillende locaties op de agenda gezet en aldaar in een proces van verbetering gebracht. Sinds ruim een jaar is er ook aandacht voor het apart registreren als een cliënt slachtoffer was van agressie door andere cliënten. Deze registratie verloopt helaas door omslachtigheden in het huidige ECD nog niet soepel. Ook analyse op dit punt staat nog in de kinderschoenen. Er loopt een pilot met een ander registratiesysteem dat deze problemen zou moeten oplossen.

Naast officiële klachten (waarvan er één is ingediend in 2018), zijn er ook officieuze klachten die vaak bij de instellingsleiders terechtkomen (deze officieuze klachten zijn overigens niet minder officieel, maar gaan een andere route). Deze officieuze klachten kunnen ook leerinformatie bevatten en daarom is besloten deze ook te gaan registreren in de kwartaalmonitor 2019.

Er zijn in 2018 bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd 9 meldingen gedaan van calamiteiten of incidenten. Naar al deze calamiteiten en incidenten is onderzoek gedaan naar de oorzaken en er zijn verbetermaatregelen getroffen.

Kwaliteit van werk

In 2018 is door de locaties zelf ingezet op een duurzaam medewerkersbeleid. Stichtingsbreed is er een kring gestart waarin arbeidsmarktproblematiek en werving en selectie onderwerp van gesprek

is. Deze kring is samengesteld met vertegenwoordigers van de verschillende instellingen en HRM adviseurs. Er is - en er wordt verder in 2019 - ingezet op een meer eenduidige uitstraling van de locaties bij de werving van nieuwe medewerkers en meer samenwerking tussen de locaties, een snellere doorloop van sollicitanten, aantrekken van zij-instromers. Naast een goede introductie wordt ook gewerkt aan een sterkere onboarding (vasthouden van medewerkers). Een uitgebreider scholingsaanbod (ook een MZ opleiding in-company) moet hieraan bijdragen. Voor de werving is een recruiter aangesteld.

Aan alle teams is gevraagd om naast tenminste één teamreflectie, ook een teamschouw te maken. Dit is lang niet overal gebeurd. Wel hebben de meeste instellingen een schouw gemaakt op instellingsniveau. Met een schouw wordt beoogd vanuit overzicht en enige afstand meer zicht te krijgen op het toegerust zijn van de medewerkers voor de werkzaamheden, de deskundigheid en ontwikkeling van medewerkers, maar ook op de teamsamenstelling in relatie tot de zorgvraag, de arbeidsmarkt etc.

1. INLEIDING

ÉÉN INTEGRAAL KWALITEITSRAPPORT

Eén integraal kwaliteitsdocument

Dit jaar verschijnt er één document voor alle verantwoording: ons integraal kwaliteitsrapport. Hierin geven we inzage in ons vermogen om het juiste te doen voor de mensen die wij ondersteunen. Ook het VV kwaliteitsverslag van Rudolf Steiner Zorg is dit jaar ondergebracht in dit integraal kwaliteitsrapport.

Bij de externe visitatie vorig jaar werd geconcludeerd dat het kwaliteitsrapport 2017 weliswaar een goede, maar ook enigszins gestolde weerslag gaf van de kwaliteit van zorg. De hoop en verwachting is toen uitgesproken dat het kwaliteitsrapport 2018 een weergave is van het proces dat door het jaar heen gelopen is met alle betrokkenen en dat het tegelijkertijd zichtbaar kan maken hoe het gesprek over de kwaliteit en veiligheid van de zorg in de relatie tussen cliënt en medewerker heeft plaatsgevonden. Een gezamenlijk verhaal over de kwaliteit van zorg achter de cijfers. Dat is dit jaar geprobeerd.

De CCR gaf aan de locaties onvoldoende te herkennen in het kwaliteitsrapport 2017. Ook hieraan is in dit kwaliteitsrapport aandacht besteed.

De locaties hebben veel input geleverd voor dit verslag, onder andere in kwartaalrapportages en een uitgebreide systeembeoordeling. Uit deze input is voor dit kwaliteitsrapport selectief gekozen voor die beschrijvingen die het proces waarin de locatie zit, inzichtelijk maken. Beschrijvingen van situaties waaraan men wakker is geworden, waarin men lerend is geworden.

(Be)sturingsfilosofie

De Raphaëlstichting heeft een besturingsfilosofie die lopende 2018 in de praktijk is gebracht door het bestuur en de instellingsleiders. Deze besturingsfilosofie is tweeledig:

a. Luisteren als kwaliteitsopgave

Enerzijds is in 2018 door bestuur en instellingsleiders ingezet op het betrekken van de relevante belanghebbenden bij de dialoog over de opgaven waar de Raphaëlstichting en de locaties van de Raphaëlstichting voor staan. We wilden het graag samen doen, openheid in het verzorgen van een gezamenlijk proces en het nemen van eigenaarschap is een samen gedragen verantwoordelijkheid. Dit eigenaarschap hangt samen met de rol binnen de instelling of binnen een proces. Eigenaarschap vraagt ook helderheid en transparantie in hoe besluiten tot stand komen, wie er op welke momenten bij wordt betrokken (en wie niet), wanneer er besluiten verwacht mogen worden en welke keuzes er aan ten grondslag liggen. Dit is een grote opgave voor de Raphaëlstichting omdat er zeer veel (verschillende) belanghebbenden zijn.

b. In verbinding sturen op leren en ontwikkelen

Anderzijds is de aandacht voor leren en reflecteren geïntensiveerd. Aandacht voor leren en reflecteren is een andere vorm van sturing dan controle. Dat is voor alle betrokkenen wennen. Het betekent niet dat er geen controle meer nodig is, dat resultaten niet meer tellen of dat regels en afspraken vrijblijvend zijn. Een versterking van de reflectiviteit in de organisatie betekent wel dat de Raphaëlstichting naast sturen op opvolging en resultaten (de uitkomstkant van het zorgproces), ook aandacht wil hebben voor de inputkant. In plaats van alleen zekerheid te zoeken in de controle en beoordeling achteraf, willen het bestuur en de instellingsleiders ook zekerheid halen uit het zelfcorrigerende en leervermogen van professionals en uit de kritisch-stimulerende rol van cliënten, familie/verwanten en andere belanghebbenden (bijvoorbeeld externe deskundigen).

2. | LEESWIJZER

Om de lezer enig idee te geven welke informatie waar te vinden is, volgt hier een kleine opsomming.

In **hoofdstuk 3** geven wij een korte terugblik op de verbeterpunten van het kwaliteitsrapport 2017, een korte schets van de zorg bij de Raphaëlstichting in het algemeen en tevens een beschrijving van de aanpak van het kwaliteitsrapport, de aanpak van het interne beraad met CCR, COR en RvT en de interne én externe visitatie.

In **hoofdstuk 4** wordt langs de pijlers uit de meerjarenvernieuwingsbeweging beschreven, wat er is gedaan, wie erbij betrokken waren en hoe dat proces is verlopen. Ook wordt er gekeken of het is gelukt om te (sturen op) leren en reflecteren. In principe wordt het verhaal verteld vanuit het perspectief van de Raphaëlstichting als geheel, waarbij op onderdelen beschrijvingen van de verschillende locaties dit verhaal herkenbaar moeten maken.

Hoofdstuk 5 geeft eerst een algemene beschrijving van de kwaliteit van zorg en sluit af met het verhaal van de cijfers.

Hoofdstuk 6 geeft eerst een algemene beschrijving van de kwaliteit van werk en vertelt vervolgens ook het verhaal van de cijfers.

In **hoofdstuk 7** trekt het bestuur haar conclusies en worden verbetermaatregelen geprioriteerd.

In **hoofdstuk 8** vindt u:

- a. de cijfers, behorende bij het verhaal van de cijfers over kwaliteit van zorg én kwaliteit van werk.
- b. een link naar de cliëntversie van het rapport (een korte film).
- c. Verslagen van het gehouden intern beraad met de RvT, COR en CCR-V en verslagen van een interne én externe visitatie.
- d. Kwaliteitsverslag Rudolf Steiner Zorg (VV verantwoordingsdocumenten).
- e. Financiële gegevens + bestuursverslag.
- f. Gebruikte afkortingen.

3. ALGEMEEN OVER DIT RAPPORT

3A Geprioriteerde verbeteringen naar aanleiding van het kwaliteitsrapport 2017

Naar aanleiding van het kwaliteitsrapport 2017 heeft het bestuur enkele onderwerpen geprioriteerd. Deze onderwerpen kwamen overeen/of werden toegevoegd aan het jaarplan 2018 van het bestuur. Er is ingezet op:

1. De randvoorwaarden van de kwaliteit én veiligheid van zorg blijven monitoren, analyseren en evalueren. Extra aandacht voor het vervolgens 'sturen', de check en de act in de PDCA-cyclus (Plan-Do-Check-Act).

Hier is veel aandacht voor geweest, onder andere in de kwartaalmonitors van de locaties en van de Raphaëlstichting als geheel. Tegelijkertijd is er in de loop van 2018 een kanteling gekomen naar het meer sturen op leren en ontwikkelen. (zie hoofdstuk 5A Borging en veiligheid).

2. Cliënten en verwanten actief betrekken in het gesprek over veiligheid. Wat houdt het in, verstaan wij hetzelfde, hoe versterken wij elkaar?

Zowel op de locaties als Raphaëlstichtingbreed is hierop ingezet door onder andere de kwaliteitsmonitors te delen met de medezeggenschapsraden. (zie hoofdstuk 5A Borging en veiligheid).

3. Vernieuwen van de antroposofische zorgvisie van de Raphaëlstichting. Deze zorgvisie heeft een visiekant, maar met name de voorwaardenkant kan medewerkers houvast bieden.

Eerste verkenningen zijn door de locaties ondernomen om aan de antroposofische zorgvisie een meer hedendaagse vertaalslag te geven. Dit vraagt zeker om voortzetting in 2019. (zie hoofdstuk 4B Antroposofie).

4. Kennis en expertise van medewerkers op het gebied van de antroposofie ontwikkelen en borgen. Voorbereidingen zijn getroffen voor introductie en verdiepingscursussen voor medewerkers, welke in 2019 gegeven zullen worden. (zie hoofdstuk 4B Antroposofie).

5. Belanghebbenden en medezeggenschapsraden vroegtijdig betrekken in het gesprek.

Hiertoe zijn zowel Raphaëlstichtingbreed door het bestuur, alsook op de locaties, vaak door de instellingsleiders de nodige inspanningen gepleegd. Het proces van vroegtijdig betrekken verloopt nog niet altijd vlekkeloos en ook het aanleveren van informatie kan soms op enkele locaties eerder gebeuren. Wel is er een beweging in gang gezet waarbij eenieder gestimuleerd wordt het vooral sámen te doen. Dit is ook opgenomen in het jaarplan 2019 van de Stichting.

6. De arbeidsmarktproblematiek en de ervaren werkdruk krijgen komend jaar veel aandacht.

Er is op de locaties veel aandacht gegaan naar de arbeidsmarktproblematiek (krijgen en behouden van medewerkers), alsook de werkdruk. Stichtingsbreed is een krachtring geformeerd. (zie hoofdstuk 6).

3B Korte schets van de zorg bij de Raphaëlstichting

De zorgvisie

De Raphaëlstichting wil een maatschappelijk verantwoorde, duurzame en eigentijdse zorgaanbieder zijn, die zich laat inspireren door de inzichten vanuit de antroposofie. Wij willen het voor cliënten en medewerkers mogelijk maken zich naar lichaam, ziel en geest te ontplooien door hen het vertrouwen en de ruimte te geven om initiatieven te nemen.

Met haar huidige zorgvisie wil de Raphaëlstichting alle bij de zorg betrokken mensen - medewerkers, cliënten, ouders/verwanten en vrijwilligers - een perspectief bieden in het licht waarvan zowel de

praktische handelingen als de beleidsmatige opvattingen beoordeeld kunnen worden. Deze zorgvisie heeft drie hoofdlijnen die het zorgbeleid en de zorgpraktijk richting geven.

Zorgen voor het zichtbare - verzorging van het lichaam

Mensen zijn voor elkaar zichtbaar doordat zij met hun lichaam deel uitmaken van de zintuiglijk waarneembare wereld. Door hun zintuigen kunnen zij elkaar en de wereld ervaren en leren kennen. Zintuigen moeten zoveel mogelijk geactiveerd worden en de mens moet ze actief leren gebruiken. Bij ieder mens vraagt dit om een individuele benadering. In de zorgverlening wordt binnen de Raphaëlstichting geprobeerd voor iedereen het midden te vinden tussen te veel en te weinig indrukken. De materialen, kleuren, geluiden, geuren, enzovoort waarmee wij ons omringen, dienen de gezondheid te bevorderen. Door milieuvriendelijke zorg voor een sfeervolle omgeving wordt het lichamelijke welzijn bevorderd. Gezonde voeding op basis van biologische(dynamische) producten biedt daarbij een belangrijke ondersteuning.

Zorgen voor het innerlijk leven - bemiddeling van de ziel

Onze waarnemingen beantwoorden we in ons innerlijk met gevoelens. We hebben er gedachten over en willen iets veranderen. We dragen een schat aan herinneringen, voorstellingen en oordelen in ons, een schat aan ervaring die dagelijks groter wordt. Door mooie ervaringen bloeit het innerlijk leven op. In de zorg wil men binnen de Raphaëlstichting niet primair de problemen bestrijden, maar vooral de gezonde vermogens versterken. De zorgverlening is erop gericht de ander te helpen zijn innerlijke leven te verbinden met de omringende wereld en met de mensen om hem heen en hem te helpen zijn innerlijke zelfstandigheid te vergroten. Het actieve innerlijk leven beslaat drie gebieden: het gebied van het bewustzijn (cognities), het gebied van de zieleroerselen (emoties) en het gebied van de wil (drijfveren). In de zorg gaat het erom innerlijke eenzijdigheid te voorkomen en deze drie gebieden ieder voor zich voldoende aandacht en inhoud te geven. Op ieder gebied van het innerlijk leven gaat het om een evenwichtig midden tussen te veel of te weinig dynamiek en tussen te veel of te weinig structuur. Vanuit dit evenwicht zal de zelfontplooiing het beste plaats kunnen vinden. In de zorgverlening nemen kunstzinnige activiteiten een centrale plaats in, omdat deze wezenlijk bijdragen aan het innerlijk leren balanceren en dus aan de zelfontplooiing en aan de bemiddeling met de omringende wereld. Om het innerlijk leven, dat afwisselend bewust en onbewust is, te ondersteunen, worden vaste ankerpunten in de tijd aangebracht en wordt er aangesloten bij ritmen die in de natuur en in de cultuur aanwezig zijn. Ritmisering van de tijd in de dag, de week en het jaar, onder meer door de dagopening en het vieren van jaarfeesten, laat de ziel mee-ademen met de wereld.

Zorgen voor het geestelijk streven - begeleiding van de ander

In ieder mens leeft een geestelijk streven, de wil om zichzelf te verwezenlijken en om vanuit zichzelf iets wezenlijks aan de wereld toe te voegen. Deze wilsrichting brengt de mens mee en krijgt in de levensloop gaandeweg gestalte. In de zorg van de Raphaëlstichting gaat het erom de andere mens in zijn geestelijk streven te ontmoeten. Door de diepere intentie van de ander te leren kennen, kan men als begeleider een eind weegs met de ander meegaan. De begeleider tracht de ander vanuit diens eigen toekomstperspectief te vergezellen. Tegelijk krijgt de begeleider de mogelijkheid zijn eigen toekomstperspectief te verhelderen. De zorgverlening wordt als een wederkerig proces gezien. De gemeenschapszin en het gemeenschapsleven wordt door religieuze en culturele activiteiten gevoed. Geestelijke scholing en aandacht van medewerkers is nodig om tot ontmoeting en gemeenschapsvorming te komen.

(Bron: Zorgvisie Raphaëlstichting)

3C Aanpak kwaliteitsrapport en aanpak intern beraad en interne en externe visitatie

Algemeen

In 2017 is een meerjarenvernieuwingsbeweging van de Raphaëlstichting luisterend tot stand gekomen. In een aantal gesprekken met een zo groot mogelijke vertegenwoordiging van alle belanghebbenden en betrokkenen zijn de opgaven voor de komende jaren verschenen. In vijf pijlers zijn deze thema's vervolgens geëxpliciteerd en vastgelegd in een meerjarenvernieuwingsplan. In een open dialoog met cliënten, ouders en verwanten, met medewerkers en partners willen wij de periode 2017-2020 luisterend werken aan deze pijlers. Deze vijf pijlers zijn: Antroposofie; Wonen, werken en vrije tijd; Sociaal ondernemen; Duurzaamheid en Kwaliteit van zorg.

Onderhavig integraal kwaliteitsrapport 2018 is opgebouwd langs genoemde pijlers van de meerjarenvernieuwingsbeweging: Het thema kwaliteit van werk is hier als extra thema aan toegevoegd. Deze pijlers vormen de kapstok voor het beschrijven van de gelopen processen. De bouwstenen uit het kwaliteitskader VG zijn binnen deze pijlers ondergebracht. De bouwstenen van het kwaliteitskader VV (Rudolf Steiner Zorg) zijn ook grotendeels ondergebracht in onderhavig stuk. In bijlage 8D is wel een aanvullend Kwaliteitsverslag opgenomen ten behoeve van externe verantwoording VV zorg.

De insteek van dit kwaliteitsrapport is dat subjectieve beschrijvingen samen met objectieve gegevens 'in dialoog' één verhaal vertellen. Hiertoe is bij de beschrijving van de thema's gebruik gemaakt van objectieve én subjectieve bronnen en zijn deze samengevoegd tot één verhaal.

ISO Certificering

Voor de borging van de kwaliteit van zorg willen wij komende periode nog werken met een gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem. In april 2018 is de Raphaëlstichting daarom ISO gecertificeerd. Hcertificatie door DNV vindt plaats in mei 2019.

Cliëntversie

Voor cliënten zelf (en ook voor vele anderen) is onderhavig kwaliteitsrapport moeilijk te lezen en ook is ons gebleken dat de thema's zoals ze behandeld worden in het kwaliteitsrapport voor cliënten zelf, niet écht aansluiten bij hun belevingswereld. Hiertoe is een cliëntversie gemaakt in de vorm van een korte film. De link naar deze film staat in bijlage 8B.

Toelichting van de geraadpleegde bronnen

a. Beelden uit de praktijk/Beelden van Kwaliteit

Beelden uit de praktijk is een observatieonderzoek in teams, dat al verschillende jaren binnen de Raphaëlstichting plaatsvindt. Er komt een speciaal opgeleide collega van een andere instelling in de dagelijkse zorg observeren. Niet om te beoordelen, maar om objectief te beschrijven wat er gebeurt. De focus bij deze observaties ligt vooral op de interactie, waarbij gekeken wordt naar de relatie, naar ontwikkeling en hoe er wordt ingegaan op het eigen initiatief van de cliënten. Tevens is er aandacht voor het luisteren en de veiligheid. De beelden die beschreven worden, werken als een spiegel en bieden de mogelijkheid de relatie tussen medewerker en zorgvrager/cliënt te verbeteren. Vanuit het panelgesprek worden er samen met het team ontwikkeldoelen opgesteld, waar het team de komende periode mee aan het werk kan.

In 2018 zijn er 13 trajecten geweest van Beelden uit de praktijk. Dat is een verdubbeling van het aantal trajecten dat in 2017 gedaan is (6 trajecten in 2017). Bezochte locaties in 2018 waren:

- Midgard: Appelboom (Karmijn, Odin en Jonathan), Mispa, Daniëlgroep, Elfgard, Jonas-Oost
- Rozemarijn: Jade
- Novalishoeve
- Breidablick: Janusz Korczakhuis
- Scorlewald: Parsifal, Papierwerkplaats, Metaalwerkplaats

Voor 2019 zijn er 17 verzoeken ingediend door woongroepen of werkplaatsen voor een traject.

b. De kwaliteitsmonitor

De kwaliteitsmonitor is een kwartaaloverzicht van de stand van zaken per instelling en tevens geaggregeerd op stichtingsniveau. Deze monitor bevatte in 2018 naast compliance-onderwerpen (voldoen aan wet-/regelgeving) objectieve gegevens (Incident-cijfers bijvoorbeeld) en tevens meer subjectieve en reflectieve beschrijvingen. De monitor komt tot stand in schriftelijke dialoog tussen de kwaliteitsdienst en de instellingsleiders. De kwaliteitsmonitor wordt sinds 2018 door de instellingsleiders ieder kwartaal besproken met de eigen medezeggenschapsorganen.

c. Waarderende interne audits

Interne audits worden dan weliswaar gehouden langs vastgestelde richtlijnen, zij bevatten (tussen de regels door) vaak ook subjectieve beschrijvingen door de auditoren. Binnen de Raphaëlstichting wordt er naast verbeterpunten ook expliciet gekeken naar goede praktijken.

d. Teamreflecties

Net als in 2017 hebben wij in 2018 ingezet op teamreflecties, waarbij de teams zelf veel vrijheid kregen en zelf konden kiezen op welke manier zij de reflectie vorm wilden geven.

e. Cliëntervaringsonderzoek

De uitslag van het Cliëntervaringsonderzoek (CEO) 2016 is op individueel cliëntniveau op enkele plaatsen meegenomen als input voor de zorgplanbespreking. Hoeveel en wat dit concreet betekent is op dit moment niet inzichtelijk, omdat hierop niet gestuurd en gemonitord is. In het kwaliteitsrapport 2019, als er nieuwe resultaten CEO bekend zijn, zal hier wél op gestuurd en gemonitord gaan worden. Hiertoe is ook een vraag opgenomen in het halfjaarlijkse evaluatieformulier van het zorgplan. Op Rudolf Steiner Zorg is er in 2018 in een aantal teams wel een CEO geweest.

f. Het cliëntdossier

De Raphaëlstichting werkt sinds 1 januari 2017 met het Elektronisch Cliëntdossier 'ONS' (ONS-ECD) van de firma Nedap.

g. Interne dossiercontroles door AO&JC

Voor verantwoording aan de accountant worden er periodiek gedegen administratieve interne controles uitgevoerd (AO&IC). Deze controles betreffen ook vaak steekproeven van cliëntdossiers.

h. De Schouw

De Schouw is een tool van het management om de kwaliteiten en het leren en ontwikkelen van medewerkers in kaart te brengen. De schouw bestaat dan ook uit een teamfoto waarbij de teams aangeven hoe het in hun team staat op gebied van bijvoorbeeld deskundigheid.

I. De systeembeoordelingen (ISO)

De systeembeoordeling van de locaties geven dit jaar een rijke bron van informatie voor dit kwaliteitsrapport. Tevens bevat de systeembeoordeling een jaarverslag 2018 van elke locatie langs de pijlers van de meerjarenvernieuwingsbeweging.

J. Inspectierapporten

Er zijn in 2018 geen inspectiebezoeken geweest door IGJ. Wel heeft de Raphaëlstichting incidenten en calamiteiten gemeld bij de IGJ in 2018.

Aanpak intern beraad en interne en externe visitatie

Om het oor te luisteren te leggen en in dialoog tot duiding en verdieping te komen, is dit jaar wederom besloten om naast intern beraad, weer een externe visitatie te organiseren, alsook een interne visitatie.

In april bespreekt het bestuur het Integraal Kwaliteitsrapport met de Raad van Toezicht commissie Kwaliteit&Veiligheid; de Centrale ondernemingsraad en met de Centrale Cliëntenraad Verwanten. In mei zullen de interne én externe visitaties plaatsvinden.

Luisteren



LUISTEREN HET RAPHAËLJOURNAAL

Mooi hoor, die uitgave van het meerjarenplan 'Luisteren... en doen!' van de Raphaëlstichting. Maar voor cliënten toch moeilijk toegankelijk. De bewonersbijeenkomst op een van de instellingen waar over de inhoud werd verteld, verduidelijkte wel veel. Maar ja... daar was lang niet iedereen aanwezig.

Leden van de Centrale Cliëntenraad - Cliënten vonden dat er iets moest gebeuren. En of de afdeling Communicatie daarnaar wilde luisteren. Ze kwamen meteen met een idee: zou het wat zijn om een filmpje van het meerjarenplan te maken?

Alma (lid van de samenwerkingsraad van Scorlewald) opperde het idee om een soort Jeugdjournaal te maken. Met een nieuwslezer in de studio en een verslaggever in 'het veld'.

Een TOPidee.

En toen haar gevraagd werd om zélf de nieuwslezer te zijn, wilde ze dat graag. In september werd het Raphaëljournaal verspreid op de locaties en enthousiast ontvangen.

4A. | **LUISTEREN EN BETREKKEN VAN BELANGHEBBENDEN**

Hét verbindende element tussen de vijf pijlers uit het meerjarenbeleidsplan van de Raphaëlstichting is de kwaliteit van het luisteren. Het ècht luisteren... naar elkaar, naar het probleem of de situatie en wat daarin van ons gevraagd wordt. Dit vraagt om aanwezig zijn, om presentie, om tegenwoordigheid van geest. Het luisteren ... en vervolgens leren en ook doen, kan gezien worden als de belangrijkste kwaliteit die de Raphaëlstichting komende jaren verder wil ontwikkelen. Ontwikkelen door te oefenen en door elkaar daar 'met vallen en opstaan' bij te helpen. De Raphaëlstichting neemt zichzelf voor het luisteren binnen alle opgaven die er liggen, ruimte te geven en luisteren in te zetten als kwaliteit. *(Uit het jaarplan 2018 van de Raphaëlstichting)*

Zowel op de locaties als Raphaëlstichtingbreed is er in 2018 geoefend met luisteren en met het betrekken van belanghebbenden, waaronder de medezeggenschapsraden, verwanten, medewerkers, maar ook cliënten. Er was binnen de geledingen bereidheid om onbevangen te oefenen in het luisteren (en kijken). Door deze bereidheid om te luisteren, om het (nog niet) te weten, kon er soms een dialoog ontstaan waar dat eerder niet het geval was. Dialoog wil zeggen dat het perspectief van de ander bestaansrecht kreeg, zonder dat het eigen perspectief opgegeven hoefde te worden.

Enkele voorbeelden uit de praktijk:

De **Wie-betaalt-wat?** brochure. Hebben andere zorginstellingen soms al jaren een dergelijke brochure voor verwanten en cliënten, de Raphaëlstichting nog niet. Op vraag van de cliëntenraad van Breidablick naar duidelijkheid over kosten en wie die zou moeten betalen (de locatie, de cliënt zelf of de ziektekostenverzekering), is breder gekeken. Het bleek toen dat de locaties van de Raphaëlstichting niet op hoofdlijnen, maar wel op saillante onderwerpen een verschillende beleid voerden rondom kosten voor (extra) diensten of producten.

In het voorjaar 2018 is begonnen met het opstellen van een brochure die voor de hele Raphaëlstichting duidelijkheid moet geven over wie wat betaalt. Dit vroeg eerst harmonisatie tussen de instellingen en een eerste overleg met een delegatie van de CCR-V. Vervolgens heeft de CCR-V nog aanvullende vragen en opmerkingen geplaatst, waarna de brochure is aangepast. In overleg tussen CCR-V en bestuur is in november 2018 besloten de concept brochure ook voor te leggen aan de cliëntenraden van de verschillende locaties. Op die manier wordt het draagvlak voor een gedeeld stichtingsbreed beleid en de impact die dit op de verschillende locaties kan hebben, vergroot. Op dit moment zitten wij nog midden in dit proces.

Er zijn diverse **krachtkringen** gevormd. Een krachtkring is een werkgroep die zich voor een bepaalde periode met een bepaald thema uiteenzet en probeert om daarbij verschillende belanghebbenden en externe deskundigen aan tafel te krijgen. Zo was er een krachtkring rondom de gedragscode voor medewerkers. De wens was om de reeds bestaande integriteitscode te verbreden tot een gedragscode voor de hele Raphaëlstichting. In verschillende overleggen met medewerkers, cliënten en enkele externe deskundigen is gekomen tot een concept gedragscode, welke is voorgelegd aan de COR en de CCR-V. Op dit moment worden de laatste juridische zaken uitgezocht nav opmerkingen van de COR, waarna het stuk vastgesteld kan worden.

Andere voorbeelden van krachtkringen zijn;

- Visie op vriendschap, relatie, intimiteit en seksualiteit.
- Sociale Veiligheid-Zorg. Feitelijke en ervaren veiligheid door cliënten en medewerkers. Het gevoel van (on)veiligheid bij de cliënten in het wonen en werken. Hoe gaat de organisatie om met het gegeven dat cliënten stressfactoren kunnen ervaren, bijvoorbeeld door een verstoorde nachtrust, die samenhangen (vanuit de sociaal-therapeutische visie) met de gedifferentieerde woongroepen? Welke grenzen zijn nog aanvaardbaar? Onderzoek vanuit deze krachtkring wordt ook in verband gebracht met nieuwbouw (privacy versus gemeenschappelijke ruimte, akoestische eisen etc.).

- Merkbare kwaliteit. Een zoektocht naar andere manieren om cliëntervaringen te meten.
- Scholingsmethoden voor medewerkers op het gebied van voorbehouden handelingen en medicatie.

Op **Breidablick** startte men in 2018 met een wensboom tijdens de nieuwjaarsborrel. Alle cliënten, medewerkers en vrijwilligers werden uitgenodigd om hun wensen op te schrijven en aan te leveren. Aan de hand van deze wensboom zijn verschillende acties ondernomen.

Bijna alle teams zijn gestart met het gebruik van (persoonlijke) coaches, waarmee in teams beter naar elkaar geluisterd wordt. Tijdens deze sessies wordt ook gewerkt om nog beter naar de hulpvraag van de cliënten te luisteren. Vanuit het CCE crisisteam wordt goed geluisterd naar de hulpvraag van de cliënten. Dit heeft wellicht een negatieve ingang, maar juist van zo'n moment kan veel geleerd worden. Het is een uitdaging om de vraag van de cliënt goed te horen. Als je niet oppast, ga je voorbij aan de hulpvraag die de cliënt heeft.

Directie en de medezeggenschapsraden hebben zeer regelmatig officiële overlegmomenten gehad. Buiten de officiële afspraken is geregeld contact. Van beide kanten wordt duidelijk de samenwerking gezocht, maar de manier waarop is soms nog zoekende. Hierin kunnen alle betrokkenen nog groeien. Zo moet een goede balans gevonden worden tussen het formele en het informele gedeelte. Het is van belang dat alle partijen goed in gesprek met elkaar blijven en vertrouwen verder wordt opgebouwd. Vanuit de medezeggenschapsraden wordt aangegeven dat eerdere betrokkenheid gewenst is (tijdig aanleveren van documenten bijvoorbeeld).

De instelling heeft in meerdere projecten veel samen gewerkt met de OR en de CR. Voorbeelden hiervan zijn de ontwikkeling van het Arbeidstijdenbesluit (ATB), de reorganisatie rondom de werkplaatsen, het aanstellen van een derde werkplaatscoördinator en de evaluatie rondom jaarrondwerken (de mogelijkheid voor cliënten om altijd naar een werkplaats te kunnen). In nauw overleg met de medewerkers en oudergeleding van de locatie Ygdrasil is het besluit genomen om de zorg ter plekke af te bouwen en op de locatie Breidablick vorm en inhoud te geven.

Op **Midgard** zijn afspraken gemaakt en een van de belangrijkste is: het luisteren! Er wordt geluisterd naar medewerkers, cliënten en verwanten en het primaire proces staat centraal. Midgard heeft de eerste stappen gezet naar zelforganisatie, regie meer te leggen bij medewerkers die de zorg organiseren rondom cliënten.

Ook heeft Midgard stappen gemaakt in het meer transparant zijn met het delen van management-informatie. De medezeggenschapsorganen zijn meegenomen in financiële management-informatie, de kwaliteitsmonitor en toekomstplannen. Hier is bewust op geïnvesteerd. Belangrijke thema's van het afgelopen jaar waren: wijziging organisatiestructuur, hygiëne, scholing, communicatie en nieuwbouwplannen. Daarnaast is de verbinding tussen de bewonersraad en de cliëntenraad geïntensiveerd. De verslagen van de overleggen zijn openbaar. De cliëntenraad heeft een eigen kwartaalrapportage die met alle ouders gedeeld wordt. Op de meeste woongroepen zijn ook bewonersvergaderingen.

Rozemarijn wil een luisterende organisatie zijn en wordt ook als zodanig ervaren door medewerkers. Het logeren op het Kinderdagcentrum (KDC) is daar een mooi voorbeeld van. Het team heeft zelf besloten dit te gaan doen. Besluiten worden niet door een individu genomen maar er wordt altijd verbreed. Men oefent in de consent methode.

Het kijken naar andere, meer individuele vormen van dagbesteding, komt ook voort uit het zien, voelen en ervaren van de wensen van de cliënt. Ook het aanbieden van een andere woon- of werkplek is een besluit wat gezamenlijk genomen wordt. Het is wel zo dat medewerkers op Rozemarijn bepaalde situaties lang laten bestaan, omdat zij gericht zijn op de zorgvraag van het individu en dan in sommige gevallen minder op wat dat voor de omgeving betekent. Hier is men zich nu bewust van en lerend in.

Het is **Rudolf Steiner Zorg** gelukt om de uitstroom van medewerkers te verminderen van 39 in 2017 naar 22 in 2018, vooral doordat teamleiders beter hebben geluisterd naar de medewerkers. Ook de vertrouwenspersoon heeft hier een rol in gespeeld. Medewerkers die ergens niet tevreden over zijn, weten de vertrouwenspersoon snel te vinden.

Er is op Rudolf Steiner Zorg regelmatig overleg met de cliëntenraad (maandelijks) en de ondernemingsraad (elk kwartaal). Overleggen verlopen open en met wederzijds vertrouwen. De betrokkenheid van beide raden is groot. Met de CR en OR worden ook de jaarplannen en de kwaliteitsmonitor besproken.

Scorlewald informeert de gehele organisatie inclusief het kantoor via een weekbericht. Hierin zitten ook OR-verslagen, cliëntenraad- en samenwerkingsraadverslagen etc. Dit verloopt weliswaar in grote lijnen volgens afspraak, maar heeft niet altijd het gewenste effect; niet iedereen is daarmee op de hoogte en betrokken. Communicatie vraagt voortdurende aandacht op een levende wijze, die verder gaat dan schriftelijk informeren. Dit is een specifiek aandachtspunt in het werkoverleg met de coördinatoren en het beleidsteam.

Het luisteren als vaardigheid heeft aandacht binnen het beleidsteam, ten behoeve van het versterken van de algemene luisterkwaliteit op Scorlewald. Medewerkers en cliënten hebben vanuit 'Open de ruimte' kennis kunnen maken met meditatie. Dit heeft bij een aantal mensen de belangstelling gewekt voor deze vorm van 'diep luisteren'. Dat is na een jaar losgelaten en een nieuwe vorm heeft zich nog niet aangediend. Ook in het kader van het meerjarenbeleidsplan 'Luisteren....en doen' past meditatie ten behoeve van aanscherpen van het waarnemingsorgaan.

De cliëntenraad heeft aangegeven toenemend moeite te hebben met het verwerken van alle medezeggenschapstaken. Het instemmingsrecht rondom huisleidersbenoemingen was meerdere malen een lastig te plannen proces. Er is gezocht naar alternatieve vormen die de betrokkenheid en medezeggenschap van de cliënt ook goed tot zijn recht doet komen. Afspraak is om in 2019 de cliëntenraad op onderwerp te splitsen: met de verwanten de kwartaalrapportages en met de cliënten de onderwerpen die dichter bij de belevingswereld van de cliënten liggen.

De maandelijkse gesprekken met de ondernemingsraad verlopen constructief. Er is met regelmaat gesproken over ziekteverzuim, arbeidsmarkt en opleidingsbehoeften. Er is ook aandacht geweest voor situaties waarbij de OR onvoldoende betrokken werd in beleidsveranderingen; bijvoorbeeld het rookbeleid, telefonische bereikbaarheid van de instelling, interne verhuizingen binnen het kantoor of wijzigingen in de interne organisatie waarbij geen vacature werd geplaatst.

Iambe, Queeste en de Novalishoeve hebben geen eigen OR. Medewerkers worden vertegenwoordigd door de COR. Middels medewerkersoverleg wordt toch gezocht naar voldoende inspraak en betrokkenheid bij de verschillende thema's die daarom vragen.

Queeste en Rozemarijn hebben op dit moment geen actieve cliëntenraad. Cliënten worden vertegenwoordigd door de CCR-V en de CCR-C.



ZATERDAG

DAAR SPREKEN LOOD EN SATURNUS
DOOR DE BOMEN VAN HET DONKERE WOOD,
DOOR DENNEN, BEUKEN EN CIPRESSEN:
"O MENS,
VOEL VERANTWOORDING VOOR DE MOED DER TIJD
EN HEEL DE MENSHEID.
VAT MET ERNST EN INNIGHEID DE OPGAVE
DIE HET LEVEN U STELT".

ZEVEN BOOMSPREUKEN

JOHANNES HEMLEBEN

Antroposofie

ANTROPOSOFIE

HOE SPREUKEN KUNNEN WEKKEN

Herman woont nog niet zo lang op een woonhuis voor mensen met NAH (Niet Aangeboren Hersenletsel) op Breidablick. In zijn werkzame leven runde hij met zijn vrouw een antroposofische zorgboerderij. Op het woonhuis sluit hij zich het liefst af en zit daardoor veel op zijn kamer. Bij de maaltijden voegt hij zich wel bij de groep. Sinds groepsleider Nisvan het bomen-spreukenboek introduceerde, beleeft hij daar zicht- (en hoor)baar meer plezier aan.

Nisvan: “Ik merkte dat als Herman bezoek kreeg, dat hij als het ware een beetje ‘wakker’ werd, dat hij daardoor herinnerd werd aan het leven vóórdat hij hier kwam wonen. Ik had van zijn vrouw ‘boomspreuken’ gekregen, die zij bij de openingen op de zorgboerderij gebruikten en dacht: misschien dat die spreuken hem zouden kunnen helpen om hem wat meer te ‘wekken’. Elke dag heeft de karakteristiek van een boom. Het leek me wel belangrijk om daarbij een vast ritme te gebruiken.

De eerste keer dat ik de spreuk aan tafel las, had ik hem niets van te voren verteld. Toen hij het hoorde, zag ik hem ineens opkijken. Hij herkende het meteen! Het hanteren van die spreuken heeft veel mooie kanten. Bijvoorbeeld dat Herman de spreuken mee ging opzeggen. Maar ook: andere bewoners lezen soms de spreuk voor en als zij een foutje maken, dan verbetert hij ze. Er staan ook hele mooie dingen in die spreuken. Over bomen natuurlijk, maar ook over metalen en planeten.”

4B. ANTROPOSOFIE ... EN VERNIEUWING

De antroposofie heeft de mens en de maatschappij veel te bieden en is in het Nederlandse zorglandschap onderscheidend en uniek. Er is sprake van een verdunning van antroposofische zorgaanbieders in Nederland. De Raphaëlstichting ervaart in dezen de opdracht zich als een antroposofische beweging te profileren.

Naar aanleiding van het vorige kwaliteitsrapport was het idee ontstaan om de antroposofische zorgvisie te vernieuwen, meer hedendaags te maken. Hiertoe wordt op verschillende locaties gezocht naar een meer hedendaagse vertaalslag. Daarnaast is besloten op dit onderwerp samen op te trekken met Lievegoed en De Seizoenen. Vernieuwing van de zorgvisie betreft niet zozeer de visiekant, alswel de voorwaardenkant, die medewerkers houvast kan bieden. Dit onderwerp is ook opgenomen in de kaderbrief 2019.

De Raphaëlstichting was voornemens de antroposofische kennis en expertise te verzorgen en verbeteren door het oprichten van de Raphaëlacademie, die een aanbod doet voor een antroposofische scholingsweg voor de (individuele) medewerker, bijvoorbeeld door introductiecurssussen, verdiepingscurssussen, meditatie-scholing, werken vanuit (professionele) intuïtie, Werkplaats voor (Werk)geluk (Machteld Huber). In 2018 is hieraan gewerkt. Er zijn afspraken gemaakt met de verschillende instellingsleiders over een reservering voor opleiding vanuit de instellingen binnen de Raphaëlacademie. Daarnaast is er op de afdeling HRM een organisatieverandering ingezet, waar de realisatie van de Raphaëlacademie in meegenomen kan worden. De realisering van de Raphaëlacademie zal in 2019 plaatsvinden.

De antroposofische scholing van de vakgroep gedragsdeskundigen heeft plaatsgevonden en krijgt een vervolg in 2019. Er zijn voorbereidingen gaande om antroposofische medische zorg en antroposofische therapieën binnen alle instellingen op vraag te kunnen bieden. De verwachting is dat dit in 2019 gerealiseerd gaat worden. Deze ontwikkeling biedt de mogelijkheid om de antroposofische zorg in de dagelijkse praktijk over te dragen aan medewerkers (coaching on the job).

Samenwerking tussen de instellingen binnen de verschillende aandachtsgebieden krijgt meer vorm. Verpleegkundigen, medisch assistenten, therapeuten van de instellingen leren elkaar kennen en er vindt kwartaaloverleg plaats waarbij vakinhoudelijke en de antroposofische onderwerpen aan de orde komen. Vanuit de Raphaëlstichting wordt voor nieuwe medewerkers een introductie cursus aangeboden en voor bestaande medewerkers een verdiepingscursus Antroposofie.

De (antroposofische) vernieuwingsbeweging is in de Raphaëlstichting actief en kwam tot uiting in verschillende activiteiten zoals een luistertraining voor medewerkers, een bijeenkomst voor cliënten waar een zestigtal cliënten met elkaar in gesprek is gegaan over hun ideeën en wensen in het kader van het meerjarenbeleidsplan. Om de cliënten die niet aanwezig waren toch te betrekken bij het meerjarenbeleidsplan, was een filmpje gemaakt: 'Het Raphaëljournaal'.

Op 22 november heeft een bijeenkomst plaatsgevonden waar luisteren naar planentekeningen centraal stond. De Cultuurkring had deze bijeenkomst georganiseerd en er waren ongeveer 80 deelnemers aanwezig, waar leden van de RvT, CCR-V en COR ook deel van uitmaakten.

Breidablick is bezig met een duidelijke kwaliteitsslag. De kwaliteitsslag had een voorbereiding nodig, maar ligt klaar om te groeien. Uit de teamschouws komt onder andere, dat de teams meer aan professionalisering willen doen. De antroposofie en wat dat betekent voor wonen en werken kan versterkt worden. Dat betekent dat de antroposofie wordt vertaald naar de hedendaagse tijd. De jongere en nieuwe medewerkers worden uitgenodigd om hierin mee te groeien. De uitdaging zit hem in de vertaling van de antroposofische waarden naar deze tijd en huidige cliënten. Het kennisniveau omtrent antroposofie wil Breidablick nu gaan vergroten door scholing (van medewerkers en

teamleiders) en door de uitbreiding van antroposofische behandelingen, zoals het inzetten van een antroposofische huisarts.

Er is breed draagvlak voor de antroposofische cultuur op **Midgard**. De huidige scholing is naar volle tevredenheid en de docent wordt breder ingezet. Er wordt een nieuwe impuls gegeven voor kort cyclisch en kennisintensieve bijscholing van medewerkers, door dit in een hedendaags jasje te steken. Zo zou het leren weer leuk gemaakt worden en meer aansluiten bij de jongere doelgroep.

Steeds minder medewerkers op de **Novalishoeve** hadden kennis van het antroposofische mens- en wereldbeeld. Eind 2018 is de tweejarige scholing afgesloten, welke vanuit het samenwerkingsverband met de Vrije School, Maartenhuis en de Novalishoeve was georganiseerd. Tien medewerkers hebben dit scholingstraject positief afgesloten. Met deze scholing is er een stevige basis gelegd rondom de kennis van het antroposofische mens- en wereldbeeld. Het is gelukt om de scholing zo vorm te geven dat de inhoud direct toepasbaar was in de praktijk. Tevens is er binnen het MDO expliciet stil gestaan bij onderdelen van deze scholing in de vorm van een opmaat voor de vergadering. Terugkerende scholing over het antroposofische mens- en wereldbeeld is noodzakelijk als we ons een instelling willen blijven noemen die werkt vanuit een antroposofisch geïnspireerde zorgvisie. De gezamenlijke scholing met Maartenhuis en de Vrije School zal daarom voortgezet worden.

Uit het Medewerkerstevredenheidsonderzoek **Queeste** 2017 werd op alle afdelingen van Queeste de wens tot meer en verdiepende antroposofische scholing genoemd als actiepunt voor het Jaarplan. Dit is op alle afdelingen gerealiseerd door de inzet van teamscholing, vakgroepscholing voor gedragswetenschappers, deelname Raphaëlstichtingscholingen, etc. Hiervoor is een scholingsplan opgezet en gevolgd. Evaluatie in afdelingsoverleg en teams leert dat medewerkers zeer tevreden zijn over de scholing. Het GGZ team zou de vakgroepscholing graag teambreed voor alle professionals hebben.

De stagiaires vinden Het Molenhuis een goede basis om te groeien. Ze trekken zich op aan het antroposofische klimaat en de professionele manier van werken en ze worden gestimuleerd om door te groeien binnen en buiten de Raphaëlstichting.

Gelijkwaardigheid wordt op **Rozemarijn** uitgedragen. Men is soms 'te' zacht op de relatie en inhoud. Het wordt als een kracht gezien dat mensen zelf verbinding maken met de antroposofie. Er is geen leidraad. Er is geen dogma, geen regel. Men besmet elkaar. De cultuurgroep heeft een dragende rol. Dat wat daar gebeurt is echt van de medewerkers. Door het ontbreken van bepalende mensen zijn er op allerlei plekken medewerkers opgestaan. Hier lukt het wel om planmatig PDCA te leven! Vanuit een eigen behoefte van de medewerker.

Antroposofische scholing wordt op Rozemarijn breed gemist. De inspiratie-dagen met antroposofie als thema worden minimaal bezocht. Daarom wil Rozemarijn nieuwe medewerkers (los van de werkvloer) antroposofische inhoud aanbieden. Aansluiten bij de te ontwikkelen centrale oriëntatiecursus, nieuwe medewerkers actief uitnodigen/motiveren voor inspiratie middagen (jaarfeesten) en andere antroposofische scholing binnen/buiten de Raphaëlstichting. Tevens komt er meer nadruk op antroposofie in de sollicitatieprocedures.

Op **Rudolf Steiner Zorg** zijn cliënten en medewerkers tevreden over de antroposofische zorg. Naast een cursus antroposofie voor nieuwe medewerkers, zijn er ook mandaatgroep-houders antroposofie in de teams. Voor bestaande medewerkers is er een opfriscursus antroposofie beschikbaar. Tevens zijn er cursussen gegeven over antroposofie, biografie en het mensbeeld, verzorgd door een biografisch coach en een antroposofisch verpleegkundige.

Beeld uit de praktijk

Wat dat betreft

Het is maandagavond 18.00 uur. De bewoners zitten aan tafel voor de avondmaaltijd. Astrid (medewerker) zit haaks op Thijs. Astrid vraagt: “Zijn jullie gisteren eigenlijk nog wakker gezongen? Want het was eerste advent.” Ze snijdt ontbijtkoek voor Dave die links naast haar zit. “Nou nee eerlijk gezegd”, zegt Thijs “ik ben niet wakker gezongen, nee hoor, ik ben niet wakker gezongen.” Astrid vraagt hem naar zijn spel van de engel Gabriel. Thijs kijkt op, spert zijn ogen open, kijkt de tafel rond en zegt: “Ja hoor, ja hoor, ik vond het erg leuk om dat te doen, ja hoor, dus wat dat betreft, ja hoor, dus ja, wat dat betreft, ja hoor. Ik doe hier heel anders dan dat ik thuis deed. Ja hoor, ja, dus wat dat betreft. Ja hoor.” Astrid vraagt: “Wat deed je thuis anders dan?” Ze geeft de plak ontbijtkoek aan Dave aan de andere kant naast haar en kijkt Thijs aan. “Nou, thuis plofte ik na het eten op de bank, dus wat dat betreft..” Hij buigt zich over naar Astrid, kijkt haar aan en fluistert: “..hebben jullie wel een goede invloed op me..” Hij lacht. Astrid kijkt hem aan en glimlacht. “Net als dat koor hè, dat sla je ook nooit over.” Thijs gaat met een ruk rechtop zitten en spert zijn ogen wijdopen. “Nooit!” zegt hij op luide toon, “nog nooit overgeslagen!” Hij kijkt in het rond.

Duiding: Deze observatie is op een groep met NAH. Aanreiken van (nieuwe) antroposofische activiteiten en inbedding in de gemeenschap.

Op **Scorlewald** is de opleiding antroposofie versterkt door 10x per jaar een scholingswerkplaats van een hele dag te organiseren voor huisleiders en woonbegeleiders, onder leiding van Jacques Meulman. In 2019 start alweer een derde leerjaar van deze cursus en wordt tevens een vervolgcursus toegevoegd, gericht op inzicht in de persoonlijke biografie van de cliënt. Daarnaast zijn er thema-ochtenden over constitutiebeelden (60 deelnemers) gehouden en op 4 oktober 2018 een lezing over oudere bewoners/cliënten.

Opvallend is de lage score bij de medewerkerssschouw op antroposofische kennis en uitgangspunten. Dit komt overeen met het beeld dat is opgehaald in het voortraject van de Meerjarenvernieuwingsbeweging, dat heeft geleid tot het benoemen van de antroposofie tot een speerpunt voor de komende periode. Scorlewald geeft dit concreet handen en voeten door de voortzetting van de driejarige cursus (in 2019 start weer een nieuwe lichting studenten). Het grote aantal deelnemers per klas (ca 25) geeft aan dat deze in een behoefte voorziet.

Er is een nieuwe verpleegkundige in dienst genomen na vertrek van de vorige. Zij is antroposofisch geschoold en zal ook inwijvingen gaan geven. Hiermee zullen de inwijvingen weer structureel gegeven gaan worden en een onderdeel van de behandelingen op Scorlewald worden.



Wonen, werken
en vrije tijd

WONEN, WERKEN EN VRIJE TIJD KEES BREIDT ZIJN WERKZAAMHEDEN UIT

Kees breidt zijn werkzaamheden uit.

In de zomer nam de facilitaire dienst van Midgard het transport op het terrein van Midgard over. Met een gemotoriseerde grasmaaier en daarachter een kar gingen ze aan de slag: schone was wegbrengen en vuile was ophalen.

Op dag twee kwamen ze bewoner Kees tegen. Hij wilde graag meerijden. Dat was prima natuurlijk.

Na een paar dagen zag Kees dat ze best wat hulp konden gebruiken, dus bedacht hij dat hij zijn klus van elke dag rondlopen op het terrein, alles in de gaten houden en klachten noteren, wel kon uitbreiden.

Vanaf dat moment stond hij elke dag klaar om te helpen met het wastransport. Kratten tillen en opstapelen en natuurlijk daarna een bakkie koffie bij de medewerkers van de linnenkamer.

Kees kreeg er steeds meer plezier in en signaleerde dat de medewerkers op de linnenkamer óók wel wat hulp konden gebruiken, dus pakt hij nóg een taak op: helpen washandjes stapelen en dagelijks even binnenlopen om te kijken of alles wel goed gaat en of er nog ergens hulp nodig is.

Hoeveel eigen regie wil je hebben! De facilitaire dienst is hem tot op de dag van vandaag heel erg dankbaar.

4C. WONEN EN WERKEN ... EN VRIJE TIJD

Cliënten willen in hun dagelijks leven meer participeren in de maatschappij. Ook de maatschappelijke ontwikkelingen op dit gebied geven hiervoor een impuls (Gemeente, Wmo). Anderzijds ervaren wij een 'verzwaring' van de zorg, daar waar er geen nieuwe instroom plaatsvindt van cliënten met een lage ZZP. Daarnaast lijkt 'het toewerken naar afleveren van cliënten op de arbeidsmarkt' op sommige instellingen in contrast te staan met een vergrijzende cliëntenpopulatie die meer somatische zorg nodig heeft.

In deze huidige ontwikkeling van de 'zorgmarkt' vraagt de cliënt maatwerk op het gebied van wonen, werken en vrije tijd. De Raphaëlstichting wil meer specifiek en flexibel zorgaanbod realiseren, dat toegesneden is op de wens van de cliënt en haar verwanten en dat tegelijkertijd ook de mogelijkheid biedt om uiting te geven aan onze antroposofische waarden en onze antroposofische zorgvisie. Dit proces begint al aan de 'voorkant' en daarom heeft de Raphaëlstichting een centrale entree ingericht waarmee een begin is gemaakt met de stroomlijning van de zorgtoeleiding. Ook is er zicht op de wachtlijsten, al worden deze op dit moment nog decentraal beheerd. Er wordt nog steeds gewerkt aan het verder stroomlijnen van de processen. Verwachting is steeds beter te kunnen anticiperen (Raphaëlstichtingbreed) op de cliënten met een complexe zorgvraag.

Midgard en Breidablick hebben samen met de cliënten en verwanten in 2018 een visie op de toekomst geformuleerd. Aan de hand van deze visie is er een masterplan huisvesting tot stand gekomen. Deze zijn in een laatste conceptfase en zullen binnenkort afgerond worden. Scorlewald heeft haar visie op de toekomst in concept gereed. De vertaling naar het masterplan zal in het eerste kwartaal 2019 plaatsvinden.

In het eerste kwartaal 2019 zal ook een visie op de toekomst en een masterplan voor Rozemarijn geformuleerd worden. Zo verwachten we in het 2e kwartaal alle masterplannen gereed te hebben en toe te kunnen werken naar een meer flexibel woonzorgaanbod voor cliënten.

Op **Breidablick** waren de werkplaatsen in 2018 een groot project dat voortkwam uit het zogeheten project wonen-werken. Eind 2017 lag het project wonen-werken klaar, maar is door omstandigheden stopgezet. Het was nodig om een inventarisatie te maken rondom de situatie op de werkplaatsen. Het bleek dat de werkplaatsen waren achtergebleven in de aansturing en organisatie. Dit bleek ook uit het tevredenheidsgevoel onder de medewerkers van de werkplaatsen. Tijd en energie is gestoken in een inventarisatie van de werkplaatsen, met als resultaat dat een reorganisatie heeft plaatsgevonden. Samen met de OR is onderzocht wat er nodig was en hoe het anders zou moeten. In 2018 is een medewerker aangenomen die een vaste aanstelling heeft rondom de vitaliteit en jaarfeesten op Breidablick. Met de aanstelling van deze medewerker richt Breidablick zich op wat zeer belangrijk is voor het algemeen welbevinden en plezier voor de cliënten. Op Breidablick worden veel verschillende extra activiteiten aangeboden en is er ruimte voor cliënten om hierin regie te hebben. Begin 2018 kwamen veel vragen rondom de bedrijfsvoering, de exploitatie, de locatie en de kwaliteit van zorg op Ygdrasil. Dit resulteerde in de vraag of Ygdrasil kon blijven bestaan in zijn huidige vorm. In 2018 is gekozen om de problemen aan te pakken, wat geresulteerd heeft in het voorgenomen besluit tot sluiting van Ygdrasil. In nauwe samenwerking met de verwanten, medewerkers, de OR en RvB is uiteindelijk besloten tot sluiting van Ygdrasil. De plannen liggen er nu, om in mei 2020 nieuwbouw op Breidablick gereed te hebben waar de cliënten van Ygdrasil kunnen gaan wonen. Er is hard aan gewerkt en een goed resultaat bereikt, waarin iedereen weet waar die aan toe is en verzekerd is van goede zorg voor de cliënten.

In 2018 is het masterplan huisvesting ontwikkeld dat inzet op renovatie, verbouw en nieuwbouw voor de komende 10 jaar. Hierin wordt rekening gehouden met alle interne en externe vragen/behoefes en veranderingen. Daarbij is een inventarisatie gemaakt voor de cliënten van Ygdrasil.

Eind 2017 is er groen licht gegeven voor het woonproject van **lambe**. Ondertussen is er onderzoek gedaan naar de hoogte van de indicaties. De algemeen coördinator heeft sinds kort extra uren om het project te leiden.

Twee mooie voorbeelden van participatie en beschut werk bij lambe: Een deelnemer die graag wilde wandelen om af te vallen, werkt nu bij een hondenuitlaatservice en beweegt zo'n 6 uur per week waar hij ook nog mee verdient. Een andere deelnemer heeft een intern certificaat assistent begeleider gehaald en zet haar vrijwilligerswerk van één dag per week in de kinderopvang voort.

Voor het wonen, werken en vrije tijd op **Midgard**, moest er in 2018 binnen budget gewerkt gaan worden en was er een punt van zorg rondom de bedrijfsvoering. Over 2018 zijn het vooral de incidentele kosten die Midgard een negatief resultaat geven. Op het gebied van de zorgexploitatie kruipen we langzaam uit het dal. We hebben aandacht voor de MDO-cyclus, we versterken de 24uurs zorg en we hebben meer flexibiliteit weten te creëren tussen wonen en werken. We hebben de nieuwbouwplannen met klankbordgroepen opgestart. Meer inzetten van vrijwilligers en de uitbreiding van extra diensten, maken dat de vrijetijdsbesteding is verruimd.

Er is vraag naar een beschermde woonomgeving voor jongvolwassenen met een ZZP5 of hoger. Ook is er vraag naar andere vormen van dagbesteding, waaronder met mogelijkheid tot beslotenheid in een beschermde omgeving met accent/specialisatie VG7. Door verouderde huizen/dagbesteding vraagt de uitnodiging om te komen wonen op Midgard extra aandacht. Belanghebbenden willen graag heden ten daagse voorzieningen.

Hygiëne in de woningen, in combinatie met het niveau van de cliënten blijft een aandachtspunt. Huisvesting en onderhoud kennen de nodige aandachtspunten. Op ICT verwachten we een investering omdat uit onderzoek blijkt, dat het wifi bereik onvoldoende is en dit kan risico's met zich meebrengen, bijvoorbeeld voor het telefonisch verkeer en het uitluistersysteem.

De **Novalishoeve** heeft cliënten binnen de veiligheid van het eigen erf kennis laten maken met verschillende activiteiten zoals sport, yoga, kunstzinnige vorming etc. om daarna buiten het erf deel te nemen bij een vereniging of activiteit. Dit is voor een aantal cliënten gelukt, die zich hebben aangesloten bij een sportvereniging, muzieklus of anderszins. Ondanks deze inspanningen blijft het enorm maatwerk om cliënten vanuit de Novalishoeve te laten aansluiten bij reguliere verenigingen. In de situaties dat het is gelukt heeft de eigenaar of leerkracht uitgesproken sympathie voor onze doelgroep of een individu.

Het is noodzakelijk om het werkplaatsgebouw, winkel/lunchroom, bakkerij, zuivel, ijsmakerij en kantine te renoveren en te vergroten. De huidige werkruimtes voldoen niet meer aan de eisen en de productiecapaciteit die nodig is. Tevens zijn er momenteel onvoldoende rustige plekken waar cliënten op eigen tempo kunnen werken. De hoop en de verwachting is dat er in het eerste kwartaal van 2019 substantiële stappen gemaakt kunnen worden, zodat er in het najaar van 2019 gestart kan worden met de renovatie en uitbereiding.

Voor **Queeste** was het belangrijk om duidelijkheid te krijgen over de huisvesting. Het Molenhuis onderzoekt nieuwe huisvesting elders in combinatie met wonen. De GGZ en Ambulant blijven in het Queeste gebouw. Dit laatste is uiteindelijk onderzocht op financiële haalbaarheid en blijkt mogelijk. Vanuit de afdelingen is een groep samengesteld om de plannen rond aanpassingen in het Queeste-gebouw vorm te geven.

Op **Rozemarijn** staat de organisatievorm goede zorg soms in de weg. Het vervoer van wonen naar dagbesteding is voor sommige cliënten niet goed, maar omdat de dagbesteding op een andere locatie is, kan men dit vervoer niet voorkomen tenzij de dagbesteding aan huis georganiseerd gaat worden. Dit gedachtepad wordt sinds kort gevolgd en hier gaan de medewerkers op Rozemarijn mee aan de slag.

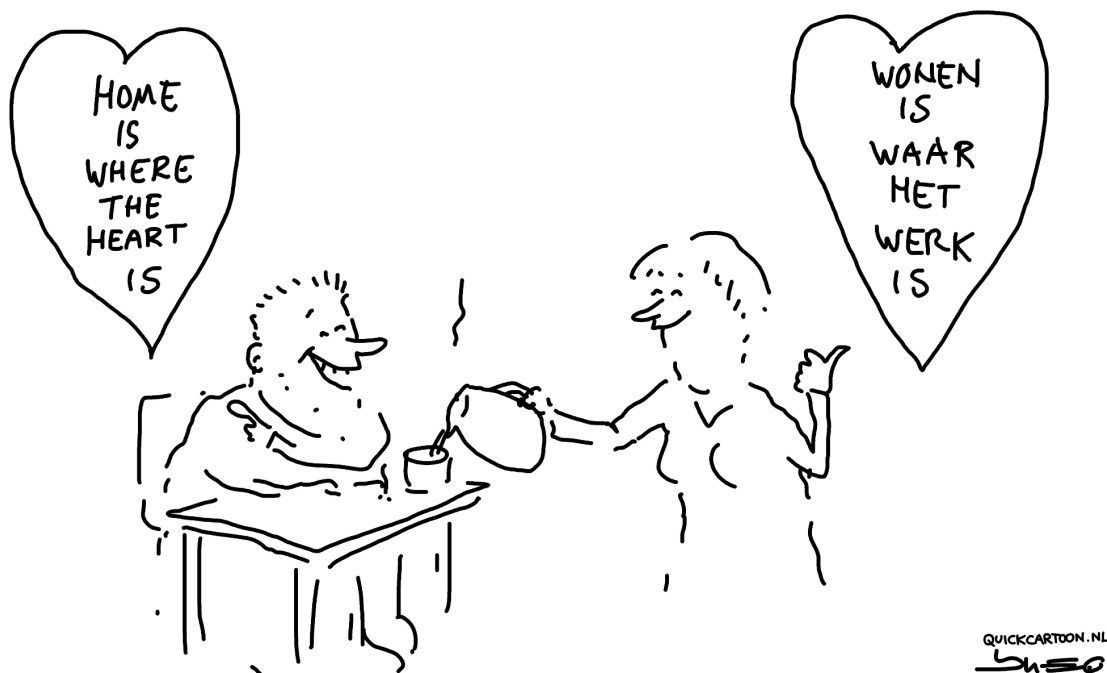
Rudolf Steiner Zorg heeft in 2018 gerealiseerd dat woongroep de Es is verhuisd naar de Rusthoekstraat. Dat zorgt voor een grote verbetering qua woonomgeving en qua zorgverlening

aan de cliënten van de Es. Nu moet de huisvesting van De Brug en het Tobiashuis verder verbeterd worden. Voor de Brug heeft men een andere huisvesting op het oog. Voor het Tobiashuis zijn er nog geen definitieve plannen.

Huisvesting blijft overigens een grote zorg, die niet aan de orde komt in de kwaliteitsmonitor. Wat betreft delen van kamers, kleine kamers, geen eigen sanitair wordt niet voldaan aan de behoeften van de cliënten.

De cliëntenraad van **Scorlewald** is in gesprek gekomen over de concept Meerjarenvisie Vastgoed en heeft wensen en behoeften uitgesproken. Deze zijn meegenomen in de visie. Aandacht vraagt het ombuigen van het co-wonen concept naar een vorm die hetzelfde doel nastreeft: woonvormen ontwikkelen die nabijheid en emancipatie naar zelfstandig(er) wonen bevordert.

Het gedifferentieerd wonen en de wachtlijstdruk kan soms op gespannen voet staan met de behoeften van de cliënten. Blijft een open plek langer open omdat we naar een betere – lees veiliger – match zoeken tussen de nieuwe cliënt en de bestaande woongroep? Scorlewald kiest voor duurzaamheid: liever een maand langer wachten voor een kandidaat die ook voor de lange termijn een veilige en prettig leefbare woonplek op het woonhuis kan vinden.





Sociaal Ondernemen

SOCIAAL ONDERNEMEN

IAMBE EN DE LOKALE BLOEMETJES SLAAN DE HANDEN INEEN

De samenwerking tussen lambe en pluktuin 'Lokale Bloemetjes' is nog maar heel pril. De eerste deelnemers zijn pas vanaf april op de - prachtig aan de rand van Amsterdam gelegen – bloemenpluktuin werkzaam.

Marika, zorgcoördinator lambe over de kennismaking met "Lokale Bloemetjes": "Het was augustus. Alles stond in volle bloei. Het voelde meteen heel fijn. Ik was geraakt door de plek en door Sarai die de tuin had opgericht en daar met zoveel passie aan het pionieren was.

Het leek me – naast de bakkerij, winkels en textielwerkplaats – een heel geschikte vierde locatie voor lambe, met name omdat het een buitenlocatie is. Daar waren we namelijk al een tijdje naar op zoek.

Het past ook goed bij ons, niet alleen omdat het een biologische pluktuin is, maar ook omdat Sarai de opleiding aan Warmonderhof (voor biologisch dynamische landbouw) heeft gedaan en dus ook bekend is met de antroposofie.

Toen de bakkers van lambe van het plan hoorden, was de reactie: een bloemenpluktuin ... we zijn toch bakkers? Maar na enige toelichting leek het hen toch wel wat, ook omdat voor sommige lambe-deelnemers het buiten werken een mooie toevoeging is op het werk dat ze al doen.

Zo werkte Mariska een dag in de winkel en een dag in de bakkerij, maar toen ze van de bloementuin hoorde, wilde ze daar graag een dag extra gaan werken.

We hebben ook een paar nieuwe deelnemers 'van buiten' aangetrokken die via de website www.jekuntmeer.nl of via andere contacten bij ons terecht zijn gekomen."

4D. SOCIAAL ONDERNEMEN EERSTE VERKENNINGEN ZIJN GEDAAN

Sociaal ondernemen binnen een zorgorganisatie is trendy, biedt kansen, er zijn nieuwe ontmoetingen, cliënten en medewerkers ontwikkelen samen; wij staan midden in de maatschappij. Daarnaast worden er producten en diensten aangeboden waar een gouden randje aan zit.

In 2018 is een 'aanjager' sociaal ondernemen ingezet die op een creatieve manier wist te prikkelen en te verbinden met organisaties buiten de Raphaëlstichting.

Dit heeft geresulteerd in concretisering van het plan *SociaalGoed* (de website is er nog niet).

Aansluiting is gerealiseerd bij een vijftal partners en er lopen nog trajecten voor aansluiting bij nog eens tien andere partners. Dit loopt allemaal door naar 2019. Het opzetten van de contacten en samenwerkingen heeft vooral plaatsgevonden in 2018.

Sociaal ondernemen vraagt van medewerkers ook nieuwe vaardigheden. Bijvoorbeeld meer trajectmatig werken, indien cliënten bijvoorbeeld naar werk in de maatschappij begeleid worden. Dit vraagt nog om een cultuuromslag en veel communicatie en wisselwerking tussen alle betrokkenen. In dit licht gezien is het niet gek om te spreken van 'De Raphaëlstichting is een beweging', wat niets uitsluit en bij veel kan aansluiten.

Een uitwerking van eventuele scholing in competenties rondom ondernemen in dit kader is in 2018 niet opgepakt en zal in 2019 volgen.

Tussen de verschillende locaties is er een verschil wat de plannen betreft voor sociaal ondernemen. Sommige locaties geven aan eerst aan andere zaken aandacht te willen/moeten geven, terwijl andere locaties actief zijn met regionaal overleg met externe partijen en actief samenwerking zoeken met ondernemers en de begeleiding van cliënten naar werk buiten de locatie. De 'verzwaring' van de zorg, daar waar er geen nieuwe instroom plaatsvindt van cliënten met een laag ZZP, maakt zorgvuldige afweging van nieuwe samenwerkingen noodzakelijk.

Breidablick heeft nu ook een intensievere samenwerking met de aanjager sociaal ondernemen. In samenwerking met de Raphaelstichting en met verschillende partijen en partners worden kansen en mogelijkheden onderzocht.

Op **Midgard** is een voornemen verder uitgewerkt om logeerplekken te creëren voor mensen die tijdelijk behoefte hebben aan een begeleide logeer-/woonplek.

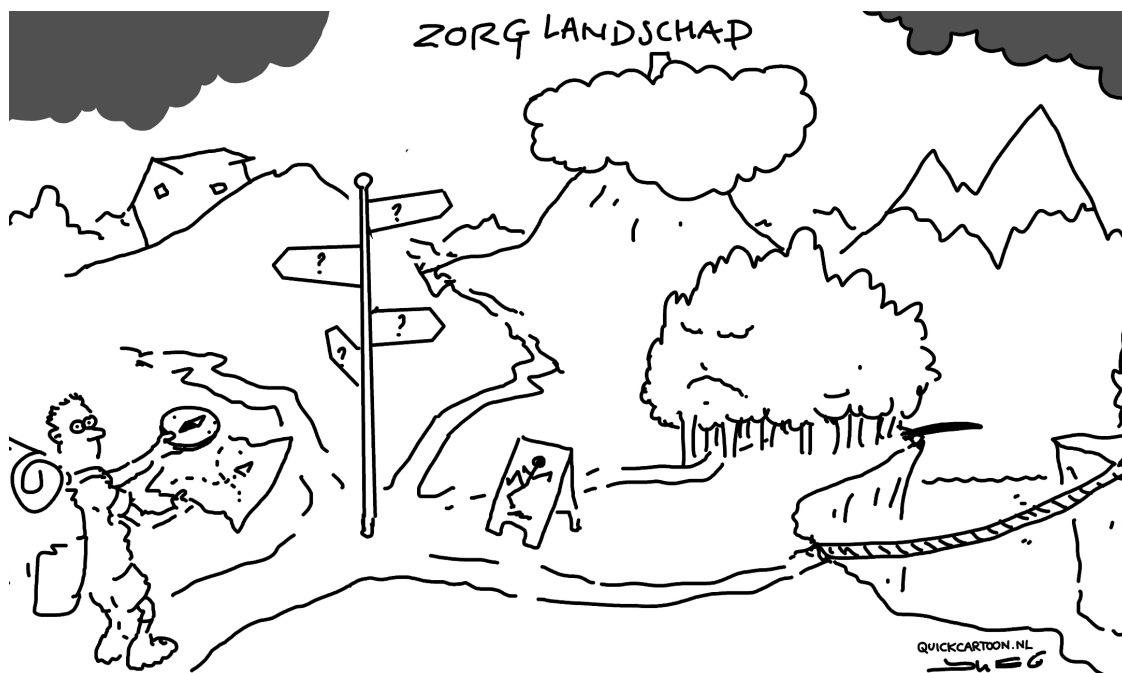
Op **lambe** is de samenwerking met de bloemenpluktuin 'Lokale Bloemetjes' goed gelukt! Ook is de Wmo weer voor een jaar verlengd. Dit is wel heel bijzonder omdat lambe maar 5 deelnemers heeft. Omdat lambe een voorbeeld is van een sociale onderneming wordt lambe toch een Wmo-status gegund.

Novalishoeve was voornemens te starten met een camping met yurts. De gemeente Texel gaat echter wijzigingen aanbrengen rondom de voorwaarden van het kamperen bij de boer. Door deze wijzigingen is het wellicht niet mogelijk om het kamperen met ingerichte tenten te exploiteren op deze plekken. Na overleg met de wethouder en een aantal beleidsmedewerkers van de gemeente is er een principe verzoek ingediend. Ondanks toezeggingen van de gemeente is er in 2018 nog geen antwoord gekomen op dit verzoek. Inmiddels is er wel een subsidieaanvraag toegekend voor het bouwen van een duurzame sanitaire voorziening voor deze camping.

Naast de zorg is de Novalishoeve als bedrijf ook actief aanwezig met haar producten op Texel. Over het hele eiland heen kun je bij uiteenlopende horeca gelegenheden genieten van brood, gebak, zuivel, ijs enz. van de Novalishoeve. Afnemers staan achter de sociale bedrijfsvoering en prijzen de kwaliteit van de producten. Ook in 2018 hebben weer meer bedrijven, Texelaars en toeristen de Novalishoeve ontdekt.

Rozemarijn doet onderzoek naar een nieuw concept/locatie voor Santé/de bakkerij, die aansluit bij de vraag van de omgeving.

Op **Scorlewald** is een begin gemaakt met het uitbreiden van externe partners in het kader van sociaal ondernemen, verbreden keuzemogelijkheid en doorstromingsmogelijkheden voor bewoners en dagbesteders, uitwisselen van expertise. Ook is er contact gelegd voor samenwerking Scorlewald met Jansje Haarlem/Alkmaar (cadeauwinkel, lunchroom en webshop).





Duurzaamheid

DUURZAAMHEID GESLOTEN KRINGLOOP MET 'SWILL'

Scorlewald heeft een composteermachine aangeschaft. Niet alleen vanwege het 'groene' aspect, maar ook omdat het een mooie werkstroom oplevert.

Werkplaatsleider Jeroen: "Zowel het afval van de keuken ('swill' genoemd), maar ook het eten dat terugkomt van de huizen, wordt verzameld in een klikobak en elke dag gelegeerd in de composteermachine.

De machine woelt en verwarmt het materiaal. Normaal gesproken zijn deze verwarmde etensresten niet op de composthoop te zetten, omdat er ongedierte op af zou komen. Maar met de machine wordt dit materiaal in 24 uur omgezet tot nuttige compost voor de tuin.

Twaalf klikobakken leveren drie kruiwagens compost op. Het is een mooi voorbeeld van een gesloten kringloop. Groenten worden hier geteeld en gegeten. De resten worden gecomposteerd en die compost wordt weer in de tuin gebruikt voor het kweken van nieuwe groenten. Bovendien hou je je afval op je eigen terrein; het hoeft niet meer te worden afgevoerd (wat weer kostenbesparend is).

Toen Blooming Hotel van de machine hoorde, wilden ze graag hun 'swill' aan ons kwijt. Wij werken al een paar jaar met ze samen (de Hofuin levert groenten en bloemen aan het conferentiecentrum) en nu krijgen we dus ook hún keukenafval. Elke dag rijdt een elektrische bakfiets – die Blooming daar speciaal voor heeft aangeschaft – met een Klikobak naar Scorlewald. Mooi he?"

4E. DUURZAAMHEID DUURZAME BOUW EN ENERGIE

Duurzaamheid is niet alleen duurzame bouw en energie maar ook een duurzaam medewerkersbeleid en duurzame relaties. Het onderwerp duurzaam medewerkersbeleid is ondergebracht in hoofdstuk 6.

In het algemeen kan gezegd worden dat op **Breidablick** meer aan duurzaamheid gedaan kan worden. Zo kan er meer ingezet worden op energiebesparing, afvalscheiding en voedselverspilling. In 2019 zal rondom deze punten een inventarisatie worden gemaakt en onderzocht worden hoe verduurzaming op Breidablick kan groeien.

Op **Iambe** loopt het proces van het verduurzamen van de bakkerij nog steeds.

De **Novalishoeve** wil als Biologisch-Dynamisch bedrijf vooroplopen en streeft ernaar om energie neutraal te zijn in 2019. Texel is een eiland met grote plannen om voor 2020 zelfvoorzienend te zijn op het gebied van energie.

Het energie neutraal worden heeft voor de Novalishoeve nogal wat voeten in de aarde. Doordat de plannen rondom het energie neutraal worden te maken hebben met veel verschillende projecten; uitbereiding en nieuwbouw werkplaatsgebouw, asbestsanering stallen en werkplaatsgebouw, opzetten van de camping enz. verloopt dit gehele proces zeer moeizaam en traag. De personele wijzigingen op het centraal bureau rondom de vastgoedportefeuille hebben hierin tevens niet geholpen. Er is besloten om een nieuw plan te maken rondom het vastgoed van de Novalishoeve voor de komende 30 jaar. Hierin zal dan tevens de duurzaamheidsambitie geformuleerd worden. Dit gehele proces heeft ook vertraging opgelopen, waardoor het plan eind 2018 nog niet geformuleerd was.

Er is op **Scorlewald** een begin gemaakt met het verduurzamen van het vervoer. Ook is er een begin gemaakt met verduurzamen van het afval binnen Scorlewald, wat in de toekomst verder ontwikkeld zal worden.



Kwaliteit van Zorg



KWALITEIT VAN ZORG

'DE OBJECTIEVE SPIEGEL MAAKT JE ALS EEN TEAM BETER'

Els is begeleider op een woongroep op Rozemarijn in Haarlem, waar jongeren met een ernstig meervoudige beperking wonen. Het team deed mee aan 'Beelden uit de Praktijk', een onderzoeksmethode waarbij een observator zo objectief mogelijk de interactie tussen medewerker en zorgvrager beschrijft. Aan het einde van het traject worden de beschreven beelden aan het team gegeven.

Els: "Het team zag het meedoen als een goede gelegenheid om een kwaliteitsslag te maken. Voor onszelf en voor de jongeren natuurlijk.

Het onderzoek kwam voor ons ook wel op een goed moment. We ervoeren het werk als behoorlijk pittig; er was wat onderbezetting en ziekte.

Het was heel fijn om in het eindverslag te lezen, dat we toch blijven doen wat we willen neerzetten.

Zo lazen we dat er gericht aandacht uitgaat naar de individuele jongere en ook hoe er met hen gecommuniceerd wordt. Zelf hadden we het idee dat die aandacht er door de drukte teveel bij inschoot.

In grote lijnen was de boodschap: jullie zijn op de goede weg, versterk waar je mee bezig bent. Dat is natuurlijk wel leuk om te horen! Een van de aanbevelingen was om het huis nog meer het huis van de jongeren te maken. Dat zit 'm in kleine dingetjes. Voorheen konden mensen via een tussendeur bij ons binnenlopen. We hebben nu de oorspronkelijke buitendeur weer in ere hersteld. Je kan nu aanbellen als je binnen wilt komen. Zoals bij een 'gewoon' huis. Wij willen ook de badkamer (de plek waar deze jongeren het meest van genieten) gezelliger maken. Zodat er ook wat te voelen en te ruiken is. Het licht is sfeervoller, er zijn lekker grote handoeken. Meer 'wellness', minder functioneel.

Er is al veel gedaan. We moeten het alleen nog in het verbeterplan zetten... dat waren we even vergeten. Na een halfjaar wordt dit namelijk geëvalueerd."

5A. KWALITEIT VAN ZORG ALGEMEEN: GEDAAN EN GELEERD

1. Kwaliteit van het zorgproces rond de individuele cliënt

Alle cliënten worden gezien in hun persoonlijke context. Een ieder heeft een eigen identiteit en geeft zelf de input voor de dagelijkse gang van zaken. Hierin kunnen de cliënten ondersteund worden door hun familie en de medewerkers. De specifieke wensen en behoeften worden vastgelegd in het zorgplan en zijn basis voor de dagelijkse zorgverlening. Deze afspraken kunnen te allen tijden veranderd worden wanneer hier de behoefte en wens naar is. Cliënten zijn altijd betrokken bij het opstellen en het evalueren van het zorgplan, indien dat mogelijk is. Hij/Zij is ofwel zelf aanwezig bij de besprekingen of het wordt door de persoonlijk begeleider met hem/haar voorbesproken. Indien de cliënt niet in staat is, wordt de (wettelijk-)vertegenwoordiger betrokken.

Voor de meeste cliënten is de directe toegevoegde waarde van een ingevuld en regelmatig geëvalueerd zorgplan beperkt merkbaar. Prettige dagelijkse contacten en een fijne daginvulling is wat voor hen telt. Dááaraan moet het zorgplan bijdragen. In het ONS-ECD is expliciete ruimte gemarkeerd om de betrokkenheid bij het tot stand komen van de zorg- en ondersteuningsafspraken vast te leggen.

Beelden uit de praktijk is een belangrijk instrument om de merkbare kwaliteit zichtbaar te maken. Er zijn drie belangrijke pijlers binnen de Beelden uit de praktijk: de relatie tussen medewerker en cliënt; het werken aan ontwikkeling; het ingaan op eigen initiatief (regie). Hieraan zijn luisteren en veiligheid toegevoegd. Vanuit deze pijlers is in 2018 gekeken naar de trajecten op de verschillende groepen en werkplaatsen en zien we de volgende gemeenschappelijke punten naar voren komen:

Sterke punten:

- Medewerkers zijn present en sterk op de relatie.
- Er is veel aandacht voor de cliënt en er wordt positief naar cliënten gecommuniceerd.
- De benadering is respectvol.

Ontwikkelpunten:

- Visie: Het ontwikkelen van een visie of het kunnen vertalen van de visie naar een werkwijze in de praktijk. Soms is er wel impliciet een visie op de zorg aanwezig, maar wordt deze niet met elkaar gedeeld of geëxpliciteerd. Bij andere groepen is er wel een geschreven visie, maar kan men deze niet goed vertalen naar het eigen handelen of de eigen werkplek.
- Beeldvorming: Er is niet altijd een gedeelde beeldvorming rondom cliënten (medewerkers hebben verschillende beelden van cliënten en delen deze niet met elkaar), waardoor ook het handelen (de bejegening bijvoorbeeld) kan verschillen in de begeleiding.
- Deskundigheid: Medewerkers reflecteren soms onvoldoende inzake bejegening en begeleidingsstijl en ook afspraken worden onvoldoende geëvalueerd. (Een voorbeeld hiervan is het bewust handelen op het bevorderen van eigen regie of de ontwikkeling van cliënten).
- Communicatie: Communiceren over cliënten en evalueren/reflecteren in de teams kan regelmatig structureler. Dit kan de samenwerking en het werken langs een gezamenlijke rode lijn bevorderen.

Hoe leren teams naar aanleiding van de beelden?

In hoeverre teams leren van de beelden, is verbonden met het proces waarin een team zelf zit. Voorzichtig kunnen we stellen dat teams die al veel reflecteren, makkelijker kunnen leren van de beelden.

Sommige medewerkers zijn meteen reflectief op hun eigen handelen naar aanleiding van de beelden. Dit blijkt dan bij het panelgesprek waarin zij benoemen dat zij bijvoorbeeld al iets hebben veranderd naar aanleiding van de beelden of zich hebben voorgenomen opnieuw te onderzoeken hoe ze het beste met een cliënt om kunnen gaan. Het komt ook voor dat een medewerker een uitspraak of

bejegening niet zo fraai vond van zichzelf en dit ook kan en durft te benoemen in het panelgesprek. Aan de andere kant zijn er teams die zelf niet veel uit het verslag halen en dan afwachten wat er uit het panel komt. Dit kan twee redenen hebben, te weten: onzekerheid of weerstand. In het geval van onzekerheid lukt het vaak om alsnog gezamenlijk tot reflectie te komen. Als er echte weerstand is of medewerkers écht niet willen, lukt het ook niet in het panelgesprek om te komen tot de gewenste reflectie. Dit komt gelukkig zelden voor.

Naar aanleiding van de verslagen wordt er op drie gebieden geleerd:

- Op teamniveau: het teamfunctioneren, communiceren wij voldoende, denken wij hetzelfde over onze cliënten, hebben wij een eenduidige visie over begeleiden? Hier willen veel teams naar aanleiding van de beelden mee aan de slag. Afspraken maken, reflecteren en evalueren. Met de inzet van een ontwikkelplan, wordt er vervolgens concreet gewerkt aan verbeterdoelen.
- Op individueel cliëntniveau: de directe zorg aan individuele cliënten, wat kan er nog ingezet worden, kan het anders, wat heeft die cliënt nodig?
- Op medewerkersniveau: wat we terughoren is dat medewerkers zich door deelname aan een Beelden uit de praktijk traject, gezien voelen in hun werk en zichzelf (weer) meer van een afstand gaan bekijken en daarmee dus reflecteren op hun eigen handelen.

Naast het verbeteren van het teamfunctioneren en/of over specifieke zorg aan cliënten is er soms ook bijvangst. Bijvoorbeeld: 'We willen een dichte deur met een bel, want iedereen loopt hier zomaar de groep op en dat is zo onrustig'. Of: 'We verzorgen de omgeving niet goed genoeg (helende omgeving), dat willen we veranderen'.

Beeld uit de praktijk

Vaatwasser inruimen

Het is 19.00 uur, Reno ruimt de vaatwasser in. Marjet (medewerker) helpt hem. Reno staat voor de vaatwasser. "Wat doe je het eerst?" vraagt Marjet, met een rustige en zachte stem. Reno kijkt naar het aanrecht en is stil. "De bekers", zegt Reno dan. "Ja" reageert Marjet. "kijk, je kijkt eerst of er nog wat in zit", zegt Marjet. Ze pakt een beker, kijkt er in en giet hem leeg in de wasbak en ze zet hem in de vaatwasser. Reno doet hetzelfde met de volgende beker en zet zo alle bekers in de vaatwasser. "Goed zo", zegt Marjet bemoedigend. "Wat zou je als tweede doen?", vraagt Marjet. Reno is stil, denkt na en zegt: "Bestek." "Ja bestek", antwoordt Marjet. Ze pakt een lepel en laat zien waar die moet. Reno legt één voor één de lepels in de besteklade. "Goed zo, nu de vorken", zegt Marjet. Reno gaat verder met de vorken. Marjet loopt de keuken uit. Reno kijkt om zich heen. Hij pakt een mes, spoelt het af en legt het in de vaatwasser. Hij legt alle messen naast elkaar in de lade.

Duiding: Een voorbeeld van aansluiten bij wat de cliënt kan, hem zelf laten nadenken, voor doen en dan het hem zelf laten doen. Een leerproces verzorgen.

De ontmoeting, het zichtbaar worden van de wilsrichting in de biografie, het ontdekken van talenten; dat is waar de **Novalishoeve** voor wil staan. Dit vraagt van alle medewerkers een scherpe observatie, een goed inlevingsvermogen en het terughouden van je eigen oordeel. Afgelopen jaar zijn er wederom twee beeldvormende besprekingen gehouden waarin met een hele grote groep medewerkers, 25 tot 30, één cliënt heel goed is waargenomen. Na de observaties werden de beelden weggepoetst en was er een moment van stilte. Het beeld dat na deze stilte bij de medewerkers opkwam, werd met elkaar gedeeld en werden in het landschap geplaatst. Hierna werd het landschap bevraagd door te kijken naar de vier elementen; aarde, water, lucht en vuur en werd gekeken welke beweging, dynamiek, gevoelens dit landschap opriep. Hierna werd gekeken wat de aanwezigen zouden willen veranderen of willen toevoegen. Vanuit welke houding willen medewerkers met de cliënt werken, welke bejegening? Tevens werd er gekeken naar de concrete mogelijkheden, zoals welk werkgebied is passend, welke therapie zou helpend kunnen zijn?

In 2018 is voor het eerst een cliënt zelf bij het eerste stuk van de bespreking betrokken. Ondanks dat het best overweldigend is, dat een groep van 25 tot 30 mensen aandachtig naar je luistert en je heel goed observeert, gaven beide cliënten aan, de bespreking als heel speciaal en waardevol te hebben ervaren. Ze voelden zich als persoon echt gezien.

Hoewel de Novalishoeve dit maar bij twee cliënten per jaar heeft gedaan, is het vooral een enorme scholing en oefening voor de medewerkers gebleken om heel goed te kijken en te luisteren naar de ander.

Rozemarijn: Doordat medewerkers langdurig aan Rozemarijn verbonden zijn, is er veel kennis over de individuele zorgvraag van een cliënt. Wel wordt gezien dat sommige situaties lang blijven bestaan omdat deze situaties nou eenmaal zo zijn. Men denkt snel aan zorgplicht en heeft het idee dat Rozemarijn in principe alles moet kunnen. Ook zetten medewerkers veel in op de relatie en gaan daarmee soms te lang door. In 2018 is gebleken dat Rozemarijn de zorg voor allen heeft kunnen verbeteren door in bepaalde situaties door te pakken en grenzen aan te geven. Het blijft een spanningsveld als een team of een individuele medewerker aangeeft dat iets niet meer kan. Wie is in die momenten de bepalende factor? Rozemarijn kiest ervoor door te pakken als er breed draagvlak is. Een derde mee te laten kijken om de medewerkers te wekken (o.a. het CCE) heeft ook geholpen.

2. Eigen regie en zeggenschap

Binnen de Raphaëlstichting wordt gestimuleerd dat de cliënt zo veel mogelijk opkomt voor zijn/haar eigen belangen en zelf keuzes mag maken. Als het nodig is, geven medewerkers daarbij ondersteuning. De cliënten zijn, waar mogelijk, nauw betrokken bij de bespreking en evaluatie van hun zorgplan. Hun inbreng en die van de ouders/verwanten maakt een onlosmakelijk deel uit van de zorgplancyclus.

Al in 2017 is begonnen met pilots voor CarenZorgt. CarenZorgt is een cliëntportaal waarmee cliënten/verwanten direct kunnen inloggen in een gedeelte van het ONS-ECD. Dit wordt gezien als een belangrijke stap richting meer regie over het eigen bestaan van cliënten. Een respectvolle bejegening waarin de privacy van de cliënten én de medewerkers wordt gerespecteerd in de dagrapportage wordt gezien als een belangrijke voorwaarde voor daadwerkelijke implementatie in 2019.

Op **Breidablick en Scorlewald** hebben de cliëntvertrouwenspersonen in 2018 woonhuizen en werkplaatsen bezocht. De vertrouwenspersoon is hierdoor makkelijker te vinden en laagdrempeliger te bereiken. Herkennen en melden van ongewenst gedrag van cliënten of medewerkers is een thema dat de vertrouwenspersoon meeneemt in deze bezoeken.

Op de agenda van het multi-disciplinair overleg/Zorgplanbespreking op **Midgard** wordt besproken in welke mate de cliënt eigen regie kan hebben en hoe dit vorm wordt gegeven. De cliënt en verwant worden uitgenodigd voor actieve inbreng in de bespreking op alle gebieden. Het gaat in kleine stapjes, maar de inbreng van ouders en verwanten brengt meer inzicht in de cliënt en heeft effect op het zorgplan op Midgard.

Zowel op Novalishoeve als op Rudolf Steiner Zorg wordt gewerkt met Positieve Gezondheid. Positieve Gezondheid (ontwikkeld door Machteld Huber / Institute for positive health) is de uitwerking in 6 dimensies van de bredere kijk op gezondheid. Met die bredere benadering draag je bij aan het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven om te gaan. Én om zo veel mogelijk eigen regie te voeren.

Bij de **Novalishoeve** begint elke drie maanden het evaluatiegesprek met het spinnenweb van de Positieve Gezondheid. De cliënt heeft het spinnenweb vooraf ingevuld via een digitale vragenlijst of rechtstreeks op het spinnenweb. Gezamenlijk wordt er gekeken naar het gezondheidsoppervlak en wordt aan de cliënt gevraagd welk domein hij/zij de komende drie maanden extra aandacht wil geven. De cliënt heeft hierin volledig de regie. Hij of zij bepaalt waar de extra aandacht de komende periode naartoe gaat.

Alle cliënten hebben een signaleringsplan. Dit zou je ook een eigen regieplan kunnen noemen. Cliënten maken dit signaleringsplan samen met hun persoonlijk begeleider, werkleider en soms wordt het netwerk van de cliënt er ook nog bij betrokken.

In 2018 is CarenZorgt volledig geïmplementeerd op de Novalishoeve. Cliënten en wettelijk vertegenwoordigers die dat willen kunnen de rapportages lezen. Medewerkers worden gestimuleerd

Beeld uit de praktijk

Grapje

Het is 19.10 uur, Paulien ligt buiten in de hangmat. “Paulien?”, zegt Marjet (medewerker) als ze naar de tuin loopt. Marjet loopt naar Paulien toe en kietelt haar in haar zij. Paulien lacht hard. Marjet stopt met kietelen, ze kijkt haar glimlachend aan en zegt: “Jij moet toch een doekje over de tafel halen en veegen?”. “Nee,” zegt Paulien vanuit de hangmat, “dat doe ik niet meer. Dat doet Kleis”. Marjet kijkt naar Paulien en fronst haar wenkbrauwen. “Nee,” zegt ze, “dat doe jij. Loop maar even mee dan kijken we samen”. Paulien lacht hard vanuit de hangmat. “Oh!” zegt Marjet luid, “je zit me in de maling te nemen!”. Paulien lacht hard, de hangmat gaat heen en weer. “Lig je zo lekker?”, vraagt Marjet zacht. “Ja”, antwoordt Paulien. “Nou, je mag nog wel even blijven liggen hoor. Als je het straks maar doet”, zegt Marjet. “Oké”, antwoordt Paulien. Haar stem klinkt hoog van toon. Het 19.20 uur, Paulien staat op uit de hangmat en loopt naar binnen. Ze veegt de tafel schoon met een doekje. Ze veegt de etensresten op de grond en pakt daarna een bezem. Paulien veegt de vloer schoon.

Duiding: In dit voorbeeld durft de begeleider de regie bij de cliënt te laten. Een grapje, wijzen op verantwoordelijkheid en dan bij de cliënt laten. En het lukt, ze doet haar taak.

om samen met de cliënt de rapportage te schrijven. De afgesproken leerdoelen blijven op deze manier levend en cliënten leren te reflecteren op hun eigen handelen. Dit zal uiteindelijk de eigen regie vergroten.

Op Texel wordt in Den Burg Oost het buurschap De Tuunen gerealiseerd. De Novalishoeve participeert daarin samen met de gemeente, woningcoöperatie Woontij, zorgorganisatie Tante Jans, Texels welzijn en Louis Bolkinstituut, in een project waarin positieve gezondheid en leefomgeving centraal staan.

Bij **Rudolf Steiner Zorg** is in 2018 ook gewerkt met positieve gezondheid. Positieve gezondheid wordt geborgd bij de twee teams waar de implementatie in 2017 heeft plaatsgevonden. Binnen de overige teams wordt positieve gezondheid geïmplementeerd. Werken volgens deze visie (verfijnd met de visie en identiteit van Rudolf Steiner Zorg) wordt opgenomen in het primair proces, het scholingsprogramma en de PDCA-cyclus. Vrijwilligers worden meegenomen in deze training.

Op **Queeste** wordt in de extramurale zorg altijd uitgegaan en toegewerkt naar zoveel mogelijk eigen regie. Tevens wordt er toegewerkt naar het zo zelfstandig mogelijk verder kunnen na de ingezette zorg (met name vanuit de GGZ behandeling). Bij langdurige extramurale zorg zal ook steeds gestreefd worden naar zoveel mogelijk eigen regie en zelfstandigheid. Hoe langduriger een traject, hoe meer alertheid dit vraagt in het behouden van de eigen regie voor de cliënt. Zorgplannen, behandelplannen worden samen met cliënten vormgegeven en uitgevoerd. Binnen de ambulante begeleiding worden doelen zorgvuldig opgesteld samen met de cliënt, de vraag van de cliënt is hierin leidend. De vraag en het tempo van de cliënt zijn soms in strijd met de resultaatfinanciering van de gemeente. Het is aan de casemanager hierin te bemiddelen en op te komen voor de cliënt en het te lopen proces.

Bij **Rozemarijn** werken de medewerkers sterk vanuit inlevend waarnemen. Dit is een basishouding. Bijzonder is dat Rozemarijn wakker is geworden aan het feit dat de organisatievorm in bepaalde gevallen leidend is. Dit vindt men niet kloppen. Er wordt in die gevallen niet out of de box gedacht, maar gekeken naar de middelen die op dat moment voorhanden zijn. Dit betekent dat er in veel gevallen door inlevend waarnemen wel geweten wordt wat het beste zou zijn, maar men zich neerlegt bij de beperkingen van de dagelijkse mogelijkheden. Er zijn een aantal mooie processen waarbij men meer is gaan kijken naar individuele begeleiding en waarbij er beter is aangesloten bij de wens van de cliënt. Dit zou een leerpunt kunnen zijn voor de hele Raphaëlstichting.

3. Ervaringen van cliënten zelf

De officiële Cliëntenraadpleging (CEO) is in 2016 gedaan en is in het kwaliteitsrapport 2017 gerapporteerd. De resultaten van de Meting van kwaliteit van bestaan bij de evaluatie van de zorgplannen, is beschreven in het hoofdstuk 5B: Verhaal van de cijfers.

In 2019 wordt een nieuw cliëntervaringsonderzoek gehouden. In 2018 is deze raadpleging (en de vragen die daarbij horen) in nauwe samenwerking met de belanghebbenden tot stand gekomen. Er is vooral aandacht gevraagd voor de veilige omgeving waarin het gesprek plaatsvindt.

De Raphaëlstichting wil door het jaar heen, zowel cliënten als medewerkers, vaker gaan bevragen op hun ervaringen. Hiertoe loopt voor de medewerkersraadpleging op **Rozemarijn** een pilot in 2019. Een krachtkring is inmiddels actief (de krachtkring 'Merkbare kwaliteit') om te kijken hoe het ervaren van de merkbare kwaliteit door cliënten/verwanten ingericht kan worden. Dit betreft raadpleging naast de officiële raadpleging met het cliëntervaringsonderzoek uit de waaier van de VGN. Verwachting is dat in 2019 ook een pilot voor deze alternatieve raadpleging kan plaatsvinden.

Op **Rudolf Steiner Zorg** is in 2018 gestart met de Kwaliteitsverbetercyclus (KVC) in samenwerking met Vilans en een softwareleverancier. Bij de KVC worden cliënten, verwanten, medewerkers, behandelaren, management en vrijwilligers bevestigd op onderwerpen die te maken hebben met de kwaliteit van zorg zoals de verzorging, de maaltijden, de bejegening door medewerkers etc. Doordat vanuit de verschillende invalshoeken wordt gekeken ontstaat een compleet beeld. De verbeterpunten die hieruit voortkomen worden opgepakt.

4. Samenspel en relatie tussen cliënt en medewerker

Kwaliteit van zorg zit in eerste instantie in de kwaliteit van de zorgrelatie. Door present te zijn, te oefenen in het ècht luisteren, door teamreflecties, door moedige gesprekken aan te gaan en door het werken vanuit de driehoek cliënt, verwant en medewerker, is er aan deze kwaliteit van zorg gewerkt.

De cliënt ervaart nabijheid, vertrouwen, aandacht en begrip. Dit wordt betekenis gegeven in de dagelijkse zorg. Hiertoe wordt er zoveel mogelijk met vaste medewerkers gewerkt op de afdelingen waardoor het mogelijk is vorm te geven aan een nauwe relatie tussen cliënt en medewerker. Deze relatie is de basis van persoonsgerichte ondersteuning. Door het echt kennen van de cliënten met hun diverse behoeften, wensen, normen en waarden is het mogelijk om liefdevolle zorg te bieden. Vanuit de dialoog in de driehoek (cliënt, verwant, medewerker) zijn afgelopen jaar afspraken en doelen vastgelegd in de individuele zorgplannen van de cliënten.

Het is een kracht van **Breidablick** dat medewerkers de mens echt zien en open staan voor ontmoeting. Er is veel aandacht voor de individuele behoeftes en er wordt met veel respect naar elkaar gehandeld.

Medewerkers kunnen nog wel groeien in de communicatie en dan met name in de juiste wijze van bejegening naar elkaar en naar cliënten. Dit geldt voornamelijk in de richting van de communicatie met cliënten die autisme hebben.

Het samenspel en communicatie tussen de cliënten, medewerkers en vrijwilligers gaat over het algemeen goed, maar mag verder professionaliseren. Dit wordt bereikt door te kijken van wie geleerd kan worden, zodat op Breidablick niet het wiel opnieuw uitgevonden hoeft te worden.

Op de **Novalishoeve** wordt al jaren gestreefd naar een inclusieve samenleving. Door alle inzet van de afgelopen jaren zijn hierin stappen gezet maar kun je nog niet spreken van inclusie. Je zou kunnen zeggen dat er stappen naar integratie zijn gezet, fysiek in de maatschappij, zonder echt onderdeel te zijn. Op Novalis komen medewerkers dagelijks de wens van cliënten tegen om werkelijk onderdeel van de maatschappij te worden. De kracht van de Novalishoeve is dat medewerkers dit zien als essentieel bij de vraag naar het samenspel van de cliënt, medewerker, informeel netwerk en vrijwilligers. Als we elkaar benaderen als mens, met zijn beperkingen en talenten, ontstaat er gelijkwaardigheid. In 2018 is de Novalishoeve gestart met een korte rubriek in de Hoorder, het dorpsblad van Den Hoorn. Elke maand heeft een cliënt, medewerker, vrijwilliger zich voorgesteld in dit blad. Tevens gaf dit de mogelijkheid voor een oproep, bijvoorbeeld als je op zoek was naar een hardlooptmaatje. De eerste positieve resultaten hiervan worden nu zichtbaar. Dorpsbewoners spreken cliënten aan die een stukje hadden geschreven. Hierdoor ontstaan er ontmoetingen tussen mensen. De omgang met elkaar, de bejegening onderling, is ook een terugkerend thema. Tijdens de evaluaties, groepsgesprekken, bewonersraad en n.a.v. incidenten wordt er gekeken naar waar we elkaar niet meer hebben verstaan of begrepen.

Bij **Queeste** is het betrekken van het netwerk in de behandeling en begeleiding van volwassenen belangrijk, wel altijd in samenspraak met cliënt (eigen regie, handelingsbekwaam, privacy). Er is een

systeemgerichte visie in zowel behandeling en begeleiding. Bij de Jeugd GGZ is het vanzelfsprekend dat ouders/verzorgers en/of netwerk betrokken worden bij intake en behandeling. Kinderen hebben een wettelijk vertegenwoordiger, ouder of verzorger. In die zin is dit inherent aan de extramurale jeugdzorg. Wel wordt de privacy en rechten van het kind hierbij in acht genomen. Ook juridisch en ethische aspecten bepalen op welke manier het netwerk betrokken dient te worden.

Kinderen wonen bij hun ouder(s)/verzorgers, maken gebruik van kort verblijf in Het Molenhuis. Vanaf de intake worden ouders betrokken bij de inzet van begeleiding op Het Molenhuis. Er wordt continu afgestemd met ouders om de zorg in Het Molenhuis en thuis zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen. Het geeft ouders vertrouwen als de communicatie en afstemming goed loopt. Vooral is het een zorgvisie binnen Queeste/Het Molenhuis, dat het gezamenlijk afstemmen op wat het kind nodig heeft, de basis is van goede zorg.

De zorgrelatie wordt op **Rozemarijn** in tijden dat het moeilijk is, zoals bij een overlijden, zichtbaar in alle lagen van de organisatie. Er is werkelijke aandacht voor elkaar. Een medewerker noemt: "Het is net alsof het mijn werk niet is maar onderdeel van mijn familie". Aansluiten bij wat iemand nodig heeft en luisteren naar de vraag. Op Rozemarijn ervaart men geen verschil of dat voor de cliënt of medewerker is. Het netwerk van de cliënten is over het algemeen klein en beperkt, het zijn ouders en naaste familie die in die kring staan.

Op **Scorlewald** worden huidige cliënten toenemend ouder (2018: 50% ouder dan 50, 11 % ouder dan 63). Dit heeft direct invloed op de afnemende mogelijkheden tot betrekken en/of inzet van de ouders, broers en zussen van de cliënten.

Er is speciale aandacht voor de relatie binnen de driehoek cliënt-verwant-begeleider. Gebleken is dat er behoefte is aan meer vaardigheid en inzicht in het verzorgen van deze relatie, waarbij positiebepaling en inleving in de invalshoek van de verwant verbeterd kan worden. Met name is dit het geval in situaties waarbij verwanten dicht bij de zorg van de cliënt betrokken zijn. Hiertoe wordt een programma Driehoekskunde ingericht.

5. Borging van veiligheid

De afgelopen jaren heeft de Raphaëlstichting veel aandacht gehad voor veiligheid in de zorg en ondersteuning. Er is sterk gemonitord en gestuurd op compliance (wet en regelgeving) op het gebied van veiligheid. Hierbij valt te denken aan mondzorg, hygiëne, medicatieveiligheid, vrijheidsbeperking etc. In 2018 is hier verder op ingezet en is de kwaliteit en veiligheid verder versterkt door het verder doorontwikkelen van een ISO-gebaseerd kwaliteitssysteem en het bewustzijn op veiligheid van cliënten en medewerkers actief 'aan te zetten'. Denken in kansen en bedreigingen. Verbinden en in samenhang sturen op kwaliteit.

Naar aanleiding van (ernstige) incidenten en zeker bij incidenten waarvan ook melding wordt gedaan bij IGJ, is ingezet op vergroten veiligheidsbewustzijn en een lerende houding bij medewerkers en cliënten. Ook werden ernstige incidenten besproken in het MT. De afgesproken acties werden opgenomen in de kwaliteitsmonitor en waar dit stichtingsbrede kansen tot verbetering betrof, is dit in alle kwaliteitsmonitors van de locaties opgenomen.

Aparte vermelding verdient hier een onderzoek, dat wordt uitgevoerd door Optimale samenwerking. Deze stichting analyseert voor de Raphaëlstichting 8 casussen van grensoverschrijdend gedrag met het doel patronen binnen en tussen casuïstiek in kaart te brengen. Vervolgens beschrijven zij inzichten zowel in een schriftelijke rapportage als in een presentatie. Deze rapportage wordt verrijkt op basis van het interactieproces met professionals tijdens 8 dialoogsessies. Resultaten worden in de loop van 2019 bekend.

De randvoorwaarden van de kwaliteit én veiligheid worden ieder kwartaal in de kwaliteitsmonitor gemonitord, geanalyseerd en geëvalueerd. De kwaliteitsmonitor wordt besproken met de lokale cliëntenraden en ook de CCR-V. Hiertoe is lopende 2018 in gesprek tussen CCR-V en bestuur besloten. Het betrekken van de cliëntenraden in het leerproces en het kwaliteitsdenken binnen de Raphaëlstichting maakt dat er een gedeelde verantwoordelijkheid ontstaat (ieder vanuit zijn/haar eigen rol natuurlijk).

Een bij de zorgvraag en zorgzwaarte passende indicatie, is ook voorwaarde voor goede en veilige zorg. Op de locaties wordt hier op gestuurd. De wens is uitgesproken door de CCR-V, dit ook te gaan monitoren in de kwartaalmonitor. Het gaat dan om de vraag: 'Zijn de huidige indicaties kloppend bij de zorgzwaarte en hoe wordt er gestuurd om dit passend te houden/krijgen'.

Er is een krachtkring samengesteld met de vraag om een visie op vriendschap, relatie, intimiteit en seksualiteit te realiseren. Deze krachtkring bestaat uit gedragsdeskundigen, medewerkers, cliënten, verwanten en een externe expert. Het gezamenlijke gesprek waarin luisteren en delen centraal staat zal uitmonden in een visie die in de dagelijkse zorg ondersteunend zal zijn en als basis zal dienen bij de scholing van medewerker op dit gebied. Het ligt in de verwachting dat deze visie in het tweede kwartaal 2019 afgerond wordt.

PRISMA is een onderzoeksmethode om systematisch calamiteiten, complicaties of incidenten te onderzoeken. Naar aanleiding van het bespreken van de PRISMA onderzoeken, is in 2018 afgesproken om scholing te organiseren op gebied van omgang met seksualiteit bij cliënten voor aandachtsfunctionarissen (train de trainer) en bewustzijn te vergroten van risico's op het gebied van seksualiteit.

Op **Breidablick** is in 2018 de Kwaliteitscommissie opgericht. Dit kwam voort uit het verlangen om een centraal punt in de organisatie te hebben, waar tendensen rondom incidenten en klachten

Beeld uit de praktijk

Elleboog

Het is 18.15 uur en alle cliënten zitten aan tafel en zijn begonnen met eten, alleen Joep ontbreekt nog. Het is stil. Dan komt Joep eraan en loopt achter Joris langs om bij zijn plek te komen. In het voorbijgaan drukt hij zijn rechterelleboog met een stoot in de rug van Joris. Joris schiet omhoog en kijkt met grote ogen. Hij schuift met zijn stoel wat naar voren, maar hij kan niet verder want hij zit al tegen de tafel aan. Joep snuift een beetje door zijn neus en gaat zitten. Joris houdt de linkerkant van zijn lichaam die aan de kant van Joep is wat opgetrokken. Ze eten in stilte verder.

Duiding: Bij deze cliënt is sprake van dementie. Hij is geregeld boos, zien we in de observaties. Hier heeft de medewerker niet gezien dat dit gebeurde. Cliënt die de stoot krijgt zegt niks, maar laat in houding zien dat hij zich onveilig voelt.

worden besproken, geanalyseerd en waarop mogelijk wordt gestuurd. Deze commissie trekt het breder dan alleen de MIC meldingen, maar neemt ook de MIM, BOPZ, PRISMA, GOG en officiële klachten mee. De analyses lopen nog niet als gewenst en dat heeft verschillende oorzaken. Daarnaast komt elk kwartaal vanuit het Centraal Bureau de kwaliteitsmonitor, die dient als basis voor het gesprek met medewerkers en de medezeggenschapsraden (OR en CR) van Breidablick.

Op **Iambe** is er niet veel agressie en als er agressie is (meestal verbaal) wordt onderzocht wat eraan ten grondslag ligt. Wat heeft men gemist, dat het tot agressie kon komen? Bijvoorbeeld verandering in medicatie, onrust in de thuissituatie, bejegening? Agressie incidenten worden onderzocht en met de betrokkenen en in het team besproken.

Op **Scorlewald** is het jaarboek wet-en regelgeving ook in 2018 leidend geweest bij het monitoren van de noodzakelijk acties.

Tiltraining is incidenteel ingezet en vraagt in 2019 uitrol naar alle teams. Gebleken is dat veel medewerkers, werkend met toenemend oudere cliënten, onvoldoende kennis hebben op gebied van tiltechniek. Vaardigheid in ondersteunen, tillen bij de Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) is in belang van de cliënt (als gevolg van onhandigheid, met bijvoorbeeld onbedoeld 'trekken en sjoeren' als gevolg) en gezondheidsklachten bij de medewerkers (aan rug, nek, armen) .

In de aandacht is gekomen dat MIC-analyses onvoldoende worden teruggekoppeld naar teams. Het niveau per team van de analyse verschilt.

De nachtzorg is onder de loep genomen. Dit heeft geleid tot onderzoek naar technische uitbreiding (mobiele apparatuur) van de nachtwacht, die het mogelijk maakt, wanneer een nachtwachtmedewerker de uitluisterpost moet verlaten, onderweg naar een woning op het terrein de uitluistering voort te kunnen zetten. Dit was tot nu toe niet mogelijk, onder andere vanwege een wifi-netwerk, dat hiervoor niet blijkt te zijn toegerust. Hiervoor is nieuwe mobiele uitluisterapparatuur aangeschaft en is een aantal ondersteunende DECT-stations op het terrein geplaatst om de verbinding te kunnen verzorgen.

5B. KWALITEIT VAN ZORG VERHAAL VAN DE CIJFERS

1. Melding Incident Cliënt (MIC)

Een Melding Incident Cliënt (MIC) is een gebeurtenis waarbij een cliënt psychisch of lichamelijk is gekwetst. In de bijlagen zijn de gemelde MIC-incidenten opgenomen voor grensoverschrijdend gedrag, medicatie, overige incidenten, vallen en voeding. De aantallen gemelde incidenten worden ieder kwartaal opgenomen in de kwartaalmonitor van de verschillende locaties. Vrijwel alle locaties hebben een MIC-commissie waar de meldingen worden besproken en geanalyseerd.

Door een verandering in de werkwijze in het monitoren van de MIC's op **Rozemarijn**, waarbij de teamleider/coach bij toerbeurt wekelijks alle MIC's bekijkt en reageert indien nodig, is er een veel directere en snellere terugkoppeling naar de teams. Enkele collega's hebben teruggegeven dat zij dat waarderen en vanuit de coach/leidinggevenden voelt dit nu ook beter geborgd.

Het jaar 2018 is een actief jaar geweest voor de mandaatgroep MIC bij **Rudolf Steiner Zorg**. Alle subdoelen uit het jaarplan zijn (nagenoeg) gehaald. De mandaatgroep MIC is compleet en de aandachtsvelders zijn bekwaam hun taken te doen. Analyseren van incidenten is het afgelopen jaar wel lastig geweest omdat het systeem dat nu gebruikt wordt, onvoldoende ondersteuning biedt. Men is hierdoor actief aan de slag gegaan om binnen de Raphaëlstichting op zoek te gaan naar een systeem dat betere ondersteuning biedt, zodat het uiteindelijke doel van de MIC-registratie, te weten de kwaliteit van zorg verbeteren door van fouten te leren, gerealiseerd kan worden. Inmiddels is een pilot met een nieuwe MIC-applicatie hiervoor gestart.

Grensoverschrijdend gedrag (Zie bijlage 8A.1A)

Onder grensoverschrijdend gedrag wordt verstaan: agressief/ongewenst gedrag van de cliënt, huiselijk geweld, kindermishandeling, ouderenmishandeling, seksueel misbruik/seksueel grensoverschrijdend gedrag, schending privacy cliënt, incident met verdovende middelen bij cliënt, agressief/ongewenst gedrag van medewerker of derde naar cliënt.

Totaal is het aantal gemelde incidenten grensoverschrijdend gedrag in 2018 (4504 meldingen) minder dan in 2017 (een daling van 8,1%). Op Midgard, Breidablick en Ygdrasil zijn de meeste incidenten grensoverschrijdend gedrag per cliënt gemeld, te weten gemiddeld 7 à 11 incidenten per cliënt per jaar.

Sinds 2014 is er een stijging in het aantal meldingen op **Breidablick**. Deze stijging komt met name door de veranderende doelgroep. De cliënten op Breidablick hebben een intensievere zorgvraag gekregen door de jaren heen en er zijn steeds meer cliënten met Moeilijk verstaanbaar gedrag (MVG).

Op **Midgard** is daarentegen een afname te zien van het aantal meldingen vanaf 2014. Redenen kunnen zijn dat er in 2017 overgegaan is op teamgerichte trainingen omgaan met moeilijk verstaanbaar gedrag, waarbij eigen casussen aan de orde kwamen. Een andere reden kan zijn dat er mogelijk minder incidenten worden gemeld vanwege tijdgebrek bij medewerkers.

Bij de Afdeling Ambulante begeleiding van **Queeste** is er nog te weinig gewoonte om in ONS-ECD MIC-meldingen te doen. Incidenten worden vooral in de cliëntprocessen gevolgd en opgelost. Grensoverschrijdend gedrag van cliënten wordt besproken met de casemanager en binnen de intervisie. Eventueel kunnen aanpassingen in begeleiding, doelen etc. worden gemaakt. Door het vier-ogen beleid en preventieve werkwijze van de Ambulante begeleiding lijken incidenten te worden voorkomen.

Afdeling GGZ volwassenen registreert niet in ONS-ECD en de MIC-meldingen worden bijgehouden op papier. Er worden weinig incidenten in een MIC-melding omgezet. Dit heeft te maken met de gewoonte om incidenten zoveel mogelijk in het individueel zorgproces op te lossen. Incidenten worden wel besproken in de diverse overlegorganen (MDO, intervisie, teamoverleg, etc).

De afname van het aantal meldingen van agressie/grensoverschrijdend gedrag en overige incidenten op **Novalishoeve** heeft vooral te maken met de doorstroom van een aantal zeer complexe zorgvragers. Bij decompensatie of een terugval in middelengebruik bij één of twee cliënten is direct een grote stijging van de MIC meldingen zichtbaar.

De afname van gemelde agressie incidenten op **Rozemarijn** in 2018 is mede bespoedigd door het vinden van een passend zorgaanbod elders voor één cliënt.

Op de overige locaties is het aantal gemelde incidenten gelijk gebleven met soms uitschieters naar boven of naar beneden.

Dader of slachtoffer

Vanaf het 3e kwartaal 2017 is er naar aanleiding van signalen van verwanten én in verband met een nieuwe beleidsregel van IGJ, ook aandacht gekomen voor de slachtoffers van grensoverschrijdend gedrag, door dit ook te registeren.

Van de registraties in 2018 was de cliënt in 93,7% van de gevallen de dader en in 6,3% van de gevallen het slachtoffer. Dit aantal meldingen is onderbelicht. Bij de vraag op wie de agressie/grensoverschrijdend gedrag is gericht zien we namelijk dat in 20% van de gevallen de agressie/grensoverschrijdend gedrag gericht is op andere cliënten. Dit betekent dat niet bij alle cliënten die slachtoffer zijn ook daadwerkelijk een MIC formulier voor het slachtoffer wordt ingevuld. Dit wordt alleen gedaan bij ernstige of herhaaldelijke (bijvoorbeeld pesten) agressie naar medecliënten. Over de kwartalen heen in 2018 zien we een constant beeld. Alleen in kwartaal 1 was op Midgard een verdubbeling van het aantal slachtoffers.

De cijfers dader en slachtoffer zijn nog moeilijk te duiden. Het analyseren op slachtoffer op de locaties staat nog in de kinderschoenen. Het huidige systeem van registeren is hier ook debet aan aangezien dan 2 formulieren moeten worden ingevuld. In de pilot met een ander registratiesysteem hoeft dit soort meldingen niet meer dubbel hoeven te worden geregistreerd.

In 50% van de meldingen is het agressief grensoverschrijdend gedrag van cliënten gericht op medewerker(s) in 12% van de incidenten op de cliënt zelf (automutilatie).

Medicatie-incidenten (zie bijlage 8A.1B)

Onder een medicatie-incident wordt verstaan: verkeerde aftekenlijst, medicatie geweigerd door cliënt, medicatie niet gegeven, medicatie thuis (bij ouders) niet gegeven, medicatie op verkeerde tijdstip, verkeerde medicatie, verkeerde dosering, verkeerde toedieningswijze, cliënt heeft medicijnen vergeten in te nemen.

Totaal waren er in 2018 (1026 meldingen) meer gemelde medicatie-incidenten in vergelijking met 2017 (941 meldingen). Het totaal aantal gemelde medicatie-incidenten is in 2018 toegenomen met 9% ten opzichte van 2017. Op Scorlewald vonden totaal de meeste meldingen van medicatie-incidenten plaats in vergelijking met Breidablick en Midgard. Op Rudolf Steiner Zorg VV en op Ygdrasil worden de meeste gemelde medicatiefouten per cliënt geconstateerd, te weten gemiddeld 2,3 en 2,5 incidenten per cliënt per jaar. Op Breidablick en Scorlewald is een stijgende lijn zichtbaar vanaf 2017. Op Midgard een lichte daling vanaf 2017 met een paar flinke uitschieters.

Op **Midgard** is in 2017 door de verpleging extra aandacht besteed aan de oorzaak van de meldingen. Dit heeft wel effect gehad. In 2018 is het aantal gemelde medicatie-incidenten weer licht toegenomen. In het 1e 2018 kwartaal was er nog een stijging rondom gemelde medicatie incidenten op **Novalishoeve**. Deze stijging was te verklaren door de goede meldcultuur en het grote aantal medicatie weigeringen binnen het wonen. Het weigeren van medicatie is passend bij de psychiatrische stoornissen van de cliënten.

De medicatiefouten op **Rozemarijn** vinden helaas hun oorzaak in het feit dat er een periode veel nieuwe mensen in de dagelijkse zorg gestart zijn. De toename lag ook in fouten bij ouders thuis en

bij de apotheek. Door de MIC's in te vullen wanneer een incident thuis plaatsvindt of bij de apotheek, worden deze processen bewaakt. Rozemarijn heeft hier aandacht voor en heeft contact met de apotheek en betreffende verwanten om ook deze processen te kunnen volgen en verbeteren.

Overige incidenten (Zie bijlage 8A.1C)

Onder overige incidenten wordt verstaan: (verkeers-)ongeval, vermissing, verbranding, prikaccident of suïcide-poging.

Totaal waren er in 2018 (474 meldingen) minder gemelde overige incidenten in vergelijking met 2017 (583 meldingen). Het aantal meldingen van overige incidenten is gedaald met 11,9% ten opzichte van 2017. Per cliënt had Novalishoeve de meeste gemelde incidenten, te weten 1,4 incidenten per cliënt.

Op vrijwel alle locaties is er een gelijkblijvende of dalende trend te zien met uitzondering van Rozemarijn. Bij Rozemarijn is er een toename van 10 gemelde incidenten per kwartaal in 2015 naar ruim 20 incidenten per kwartaal in 2018.

Bij de Novalishoeve was begin 2018 een tijdelijke toename in het aantal meldingen door cliënten die wegliepen.

Voedingsincidenten (zie Bijlage 8A.1D)

Onder voedingincidenten wordt verstaan: verslikken, verbranden, dieetfout of bedorven voedsel.

In het algemeen waren er in 2018 (51 meldingen) bijna evenveel gemelde voedingsincidenten in vergelijking met 2017 (48 meldingen). Met name op Rozemarijn komen gemelde voedingsincidenten voor.

Het aantal gemelde voedingsincidenten is op Breidablick in het laatste kwartaal van 2018 gedaald.

De AVG-arts heeft hier sterk op gestuurd en op haar initiatief is er een logopediste en diëtiste aangetrokken die ook gericht zijn op slikproblematiek van cliënten.

Val-incidenten (Zie bijlage 8A.1E)

Onder val-incident wordt verstaan: op de grond aangetroffen, struikelen/uitglijden, door knieën zakken of ergens af-,uit-,naast vallen.

Totaal waren er in 2018 (352 meldingen) minder gemelde val-incidenten in vergelijking met 2017 (381 meldingen). In totaal is er een afname van het aantal gemelde val-incidenten in 2018 met 7,6% ten opzichte van 2017. Op Rudolf Steiner Zorg VV komen de meest gemelde val-incidenten voor.

De gemelde valincidenten op Breidablick zijn na een daling in 2018 weer licht gestegen. Medewerkers worden geschoold in onder andere til-instructies om val-incidenten te verminderen.

2. Vrijheidsbeperkende Maatregelen (zie bijlage 8A.1F)

De vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) zijn overgenomen uit ONS (peildatum 7-1-2019). Totaal waren er in 2018 in het 4e kwartaal 987 meldingen van vrijheidsbeperkende maatregelen (BOPZ) geregistreerd. Dit is minder in vergelijking met 2017 (1064 vrijheidsbeperkende maatregelen). In totaal is het aantal geregistreerde vrijheidsbeperkende maatregelen voor de hele Raphaëlstichting in 2018 gedaald met 7,2% ten opzichte van 2017. Sinds 2016 wordt er niet meer gesepareerd en sinds 2018 wordt er niet meer afgezonderd in een aparte afzonderingsruimte.

Op alle locaties is het verder terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen en psychofarmaca in de aandacht. In de nieuwe wetgeving Zorg en dwang die 1-1-2020 van kracht wordt, worden psychofarmaca bestempeld als een vrijheidsbeperkende maatregel. Als voorbereiding op deze (toekomstige) wetwijziging worden de psychofarmaca als vrijheidsbeperkende maatregel sinds twee jaar geregistreerd bij de Raphaëlstichting. Onder medewerkers heerst tegenwoordig ook een duidelijke bewustzijn wat allemaal vrijheidsbeperkende maatregelen zijn.

Sinds 2016 is het aantal registraties van vrijheidsbeperkende maatregelen op **Breidablick** gestegen. Het relatief hoge aantal heeft enerzijds te maken met een veranderende doelgroep die een intensievere zorgvraag heeft. Anderzijds sorteert Breidablick voor op de wetwijziging van de Wet BOPZ naar de nieuwe Wet Zorg en Dwang waarbij onder andere psychofarmaca geregistreerd moeten worden. Vanuit de Kwaliteitscommissie van Breidablick wordt geanticipeerd op een vermindering van het aantal BOPZ meldingen.

Met name op de grote instellingen (Breidablick, Midgard en Scorlewald) wordt een deel van de vrijheidsbeperkende maatregelen niet altijd op tijd geëvalueerd.

Dwangmelding

Er zijn 2 dwangmaatregelen gemeld bij IGJ in het 1e kwartaal in 2018. De maatregelen zijn gemeld door Midgard (1x dwang), Breidablick (1x dwang).

3. Klachten cliënten (zie bijlage 8A.1G)

Voor klachten worden de officiële klachten die bij de klachtencommissie komen geregistreerd. Er is in 2018 één officiële klacht ingediend. Daarnaast waren er enkele officieuze klachten, dat wil zeggen klachten die bij de instellingsleider terechtkomen. Omdat ook deze klachten leerinformatie kunnen bevatten, zullen deze vanaf 2019 ook worden geregistreerd.

De gesprekken met de vertrouwenspersonen worden apart geregistreerd. Er kunnen meerdere gesprekken hebben plaatsgevonden bij de vertrouwenspersoon met dezelfde cliënt. Vanaf 2019 wordt daarom ook het aantal personen geregistreerd waarmee de vertrouwenspersoon gesprekken heeft gevoerd.

De klachtenfunctionaris van het LSR is nul keer benaderd in 2018. Ook de vertrouwenspersoon voor de Jeugdwetcliënten van het AKJ is nul keer benaderd in 2018.

Officieuze klachten bij **Rozemarijn** gaan veelal over vervoer van en naar de dagbesteding. De klachten worden snel teruggekoppeld naar het vervoersbedrijf en ouders.

4. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)

Bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) dienen calamiteiten, geweld in de zorgrelatie (waaronder seksueel misbruik) en ontslag vanwege disfunctioneren te worden gemeld.

Onder een calamiteit wordt verstaan door IGJ: Een calamiteit, is een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid.

Geweld in de zorgrelatie kan tussen cliënten onderling zijn, maar ook tussen medewerker en cliënt. In totaal zijn er 9 calamiteiten/incidenten gemeld bij IGJ in 2018. Dat is gelijk aan 2017 (9 meldingen).

Aantal meldingen bij IGJ in 2018 per locatie:

Artemis	1
Breidablick	3
Midgard	1
Rudolf Steiner zorg	1
Scorlewald	3

Totaal	9

Er zijn in 2018 in totaal vier meldingen van geweld in de zorgrelatie gedaan tussen cliënten onderling en drie meldingen van grensoverschrijdend gedrag van een medewerker richting cliënten. Er heeft een calamiteit plaatsgevonden en één keer is een melding gedaan van ontslag van een medewerker vanwege onprofessioneel gedrag (diefstal medicatie).

Voor alle meldingen is een Prisma-onderzoek gedaan. Deze onderzoeken zijn besproken in het MT. Ook de oorzaken, wat hiervan geleerd kan worden, de verbetermaatregelen en de borging daarvan werden besproken. Alle verbetermaatregelen zijn ook opgenomen in de kwartaalmonitor van de locatie.

Op gebied van meldingen IGJ en klachten is op **Scorlewald** meer aandacht gegeven aan de signalen die vanuit verwanten en cliënten worden gegeven. Er wordt meer aandacht gegeven aan het gesprek en aan het verhelderen van de klacht of de onvrede.

De betrokkenheid van de gedragsdeskundige is versterkt en deze komt eerder in beeld.

Er is meer aandacht gegeven aan de aankondiging van een nieuwe gedragscode in 2019, die houvast gaat bieden.

Er is door de intakecoördinator meer aandacht voor zorgvuldige afweging in het plaatsen van nieuwe cliënten, of het verplaatsen van bestaande cliënten, om ongewenste situaties (zoals incidenten, onveiligheid) te voorkomen.

5. Indicatoren (Zie bijlage 8A.3)

In 2018 zijn onderstaande indicatoren voor de zorg elk kwartaal opgenomen in de kwartaalmonitor. Beide indicatoren zijn gevolgd, maar er waren nog geen streefwaarden vastgesteld.

a. Instroom: aantal geplaatste cliënten t.o.v. potentiële cliënten waarmee een zorgtoeleidingstraject wordt gelopen.

Voorstel streefwaarde 2019: Voor 60% van de potentiële cliënten die bij de Raphaëlstichting aankloppen kan een passend zorgaanbod toegezegd (= wachtlijst) of gevonden worden (is daadwerkelijke plaatsing).

b. Aantal lege bedden per instelling.

Voorstel streefwaarde 2019 = 0 lege bedden.

De indicatoren geven een indicatie van de stand van zaken en zijn tevens een stuurmiddel.

Ad a. De indicator voor de instroom is nog niet operationeel. Het is vaak moeilijk vast te stellen omdat er soms cliënten decentraal in zorg komen. In 2019 zal worden bekeken of deze indicator daadwerkelijk zal worden gehanteerd of dat er een andere indicator zal worden vastgesteld.

Bij **Queeste** worden voor de GGZ-sector de Treeknormen gehanteerd. In 2018 is het op Queeste helaas niet mogelijk geweest om de wachttijden binnen de Treeknormen te houden. Dit is een landelijke trend. Er is een wachtlijst voor de intake (5 maanden) en een wachttijd voor de behandeling (3 maanden). Deze laatste wordt ook veroorzaakt door de gelimiteerde budgetten vanuit de zorgverzekeraars.

Ad b. Het aantal lege bedden wordt nauwlettend gemonitord. Een aantal locaties heeft lege bedden, te weten **Midgard, Rudolf Steiner Zorg en Breidablick**. Dit is soms te wijten aan de cliëntkamers (geen sanitair op de kamer bijvoorbeeld), of flinke twijfels door de instelling over een goede match bij het inpassen van een nieuwe cliënt in een al bestaande groep. **Novalishoeve** heeft in 2018 een overbezetting gehad van een bed doordat het crisisbed jeugd bijna het hele jaar bezet was.

Voor Het **Molenhuis** was de indicator voor vulling van de plaatsen 80%. Dit blijkt slecht haalbaar en is nu bijgesteld naar 60%.

Wachtlijstdruk kan op **Scorlewald** soms op gespannen voet staan met de behoefte van de cliënten; blijft een open plek langer open omdat er naar een betere – lees veiliger – match gezocht wordt tussen de nieuwe cliënt en de bestaande woongroep? Scorlewald kiest voor duurzaamheid: liever een maand langer wachten voor een kandidaat, die ook voor de langere termijn een veilige en

prettig leefbare woonplek op het woonhuis kan vinden. Er wordt goed geluisterd naar de visie van de medewerkers. Soms is de zorgdruk en daarmee ook vaak de werkdruk, een reden om voor een bepaalde gedragsstoornis of zorgzwaarte, of een bepaalde leeftijd (te jong tussen ouderen) of specifiek geslacht (vrouw in mannengroep) bewust niet te kiezen.

6. Ervaringen van cliënten zelf

In 2016 is een cliëntenraadpleging (CEO) uitgevoerd door het LSR. Alle VG-clieñten of hun verwanten hadden een vragenlijst ontvangen. Bij de cliënten werden de vragenlijsten afgenomen door onafhankelijke medewerkers. Op locatieniveau zijn er actieplannen opgesteld om verbeterpunten nav dit onderzoek op te pakken.

Aan de cliëntenraadpleging VG in 2016 namen 304 cliënten van de woonlocaties bij de Raphaëlstichting deel. Zij gaven hun woonlocatie gemiddeld een 8,1. Een lichte verbetering ten opzichte van de vorige cliëntenraadpleging uit 2013 (cijfer in 2013 was een 7,9).

De 111 cliënten die alleen gebruik maken van de dagbesteding/werkplaats gaven gemiddeld een 8,3. Dit is een forse verbetering ten opzichte van 2013 (cijfer in 2013 was 7,8). De 112 verwanten die deelnamen gaven de woonlocatie gemiddeld een 7,5.

Clieñten die wonen en werken binnen de Raphaëlstichting zijn hier tevreden over. Een belangrijk verbeterpunt naar aanleiding van het cliëntervaringsonderzoek (2016) die zowel voor wonen als dagbesteding naar boven komt, was dat cliënten vaak niet te weten wat de cliëntenraad voor cliënten kan doen. Tevens geven cliënten aan dat medewerkers soms onvoldoende tijd voor hen hebben. Ook weten cliënten niet altijd wat te doen als zij het ergens niet mee eens zijn. Alle instellingen hebben hiervoor verbetermaatregelen ingezet. De cliëntenraden hebben zich beter bekend gemaakt en hebben (indien nodig) een cliëntondersteuner betrokken. Ook hebben de vertrouwenspersonen van de instellingen zich beter bekend gemaakt door langs te gaan op de woongroepen en soms ook op werkplaatsen.

In 2019 zal wederom een CEO gehouden worden.

Queeste: De volwassen GGZ cliënten ontvangen een cliënttevredenheidsvragenlijst bij afsluiting van de zorg/behandeling. In 2018 hebben 40 cliënten waarvan de behandeling is afgesloten deze ingevuld. Het gemiddelde cijfer is 7,9. Uit de opmerkingen kunnen een aantal algemene indrukken worden gehaald: zeer positief over de bejegening, contact, gezien/gehoord voelen, goede behandeling, veiligheid. Iemand beschrijft het als warme, persoonlijke, intelligente zorg.

De jeugdcliënten/vertegenwoordigers ontvangen een Jeugdthermometer bij afsluiting van de zorg. Deze wordt echter niet vaak ingevuld. Het gemiddelde cijfer in 2018 is een 8.

De verwanten/wettelijk vertegenwoordigers van Het Molenhuis spreken hun tevredenheid regelmatig uit over de bejegening van hun kind door medewerkers. Tevens waarderen de ouders het warme leefklimaat in Het Molenhuis (tevredenheid 2016: 8,6). De beperkingen van de huisvesting worden door ouders opgemerkt.

Rudolf Steiner zorg heeft in 2018 de kwaliteitsverbetercyclus ingezet bij de PG-afdeling, de somatiek afdelingen en bij de dagbesteding. De resultaten waren goed. Verbeteracties zijn in gang gezet.

Meting kwaliteit van bestaan (zie bijlage 8A.4)

De kwaliteit van bestaan is een vast onderwerp in de halfjaarlijkse evaluatiegesprekken met de cliënt of diens vertegenwoordiger. In het ONS-ECD zijn hiervoor vijf vragen opgenomen. In totaal zijn er in 2018 1667 evaluatieformulieren ingevuld. Bij 814 formulieren zijn de vragen over kwaliteit van bestaan ingevuld. (In 2017 was dit 723 keer ingevuld). Aangezien de Raphaëlstichting aan

1200 cliënten zorg verleent, blijkt dat dit onderdeel niet 2 x per jaar wordt meegenomen tijdens de evaluatie.

Op enkele locaties zijn de vragen vrijwel niet ingevuld. Dit vraagt aandacht. De cliënten van Artemis en lambe geven de hoogste scores op alle vragen. Dat was vorig jaar ook zo. Net als in 2017 scoren Queeste en Rudolf Steiner Zorg lager dan de streefwaarde. Gezien de beide doelgroep is dat begrijpelijk.

Midgard meet dit in de zorgplanbespreking (per half jaar) met de wettelijke vertegenwoordiger. Het rapportcijfer is een dikke 8. Een mooi resultaat.

Queeste: Het uitvragen van de “Tevredenheid” in ONS-ECD van de cliënten in de Jeugd GGZ en gezinsondersteuning is in 2018 nog niet voldoende geïmplementeerd in het dagelijks werk. Voor de cliënten van de afdeling ambulante begeleiding volwassenen, is een nieuwe Cliëntervaringsvragenlijst opgenomen in ONS-ECD, met nieuwe, op deze zorg aangepaste, vragen. Deze vragenlijst kan bij de jaarlijkse evaluatie worden ingevuld door de cliënt. Zo wordt de kwaliteit van zorg het hele jaar door gemeten. De start hiervan is begin januari 2019 en wordt in april 2019 geëvalueerd. De algemene vragen over kwaliteit van bestaan die gekoppeld zijn aan het evaluatieformulier in ONS-ECD sluiten niet aan bij de extramurale zorg.

Rozemarijn: Rozemarijn haalt weinig uit de cijfers rondom de kwaliteit van bestaan. De cijfers zijn zeer positief maar dit betekent niet automatisch dat ook iedereen zeer positief is. Men is benieuwd naar lange termijn bewegingen in deze cijfers.

7. Teamreflecties

Ook in 2018 is ingezet op teamreflecties, waarbij de teams zelf veel vrijheid kregen en zelf konden kiezen op welke manier zij de reflectie vorm wilde geven. Wel zijn er zes thema's gedefinieerd waarlangs de teams hun reflectie konden houden. Daarnaast is er een waaier van methoden 'hoe te reflecteren' aangereikt ter inspiratie. Per instelling en per team is dit verschillend opgepakt, variërend van een korte exercitie die aansluit bij iets wat op dat moment actueel was, tot een hele teamdag. Na afloop is aan de teams gevraagd om voor het thema waarop men had gereflecteerd, een vragenlijst in te vullen met een aantal open vragen en een aantal gesloten vragen. Ook is aan de teams gevraagd of zij over het algemeen meer tevreden dan ontevreden zijn, of vice versa.

De volgende zes thema's waren vooraf gedefinieerd:

- 1 De zorg en het zorgplan
- 2 Veiligheid
- 3 Zeggenschap en vrijheidsbeperking
- 4 Relatie met de cliënt en wettelijk vertegenwoordiger
- 5 Samenwerking onderling
- 6 Eigen thema

In totaal zijn er 77 formulieren (vorig jaar 70 formulieren) voor de teamreflectie ingevuld door 42 teams. Een aantal teams hebben meerdere formulieren ingevuld voor verschillende onderwerpen. De respons is daarmee 36% voor alle teams. Hierbij zijn alle teams meegerekend dus ook facilitaire teams, behandelaars en kantoor. Scorlewald neemt 60% van deze respons voor haar rekening. Gekeken naar alleen de zorgteams en werkplaatsen is de respons 42%. Volgend jaar verdient zeker de kwaliteit van de teamreflecties verbetering. Hiertoe zal een verbeterplan worden geschreven.

Met betrekking tot de teamreflecties waren de volgende twee indicatoren vooraf vastgesteld:

- Indicator 1: 60% van de 110 teams heeft op 1 februari 2019 meegedaan aan de teamreflectie. *Deze indicator is niet gehaald want 42 teams hebben meegedaan en het percentage ligt daarmee gemiddeld rond de 36%. Dit betreft woonteams en werkplaatsteams en een enkel facilitair team. Teams van behandelaren en teams van leidinggevendenden of van kantoor hebben niet meegedaan.*
- Indicator 2: 55% van de teams heeft naar aanleiding van de reflectie een verbeteractie geformuleerd. *Deze indicator is ruimschoots gehaald, want vrijwel alle teams hebben verbeterafspraken gemaakt en deze verbeterafspraken ook nog vastgelegd in een ontwikkelplan. Dit zegt overigens niets over de kwaliteit van de ontwikkelplannen. Slechts 6 teams (16 formulieren) hadden geen ontwikkelplan gemaakt. Dat is 13%.*

Zoals uit figuur 1 blijkt, hebben de meeste teams voor de twee laatste opties gekozen, te weten: de samenwerking onderling en een eigen thema. Opvallend is dat ongeveer 80% van de formulieren over de samenwerking in het team gaat. Dit is verklaarbaar. Teamreflectie is nieuw in de organisatie in de huidige vorm. Veel teams vinden het lastig wat er mee wordt bedoeld. Het is soms ook meer een evaluatie dan een reflectie. Om te kunnen reflecteren moeten deelnemers en ook teams zich kwetsbaar kunnen en durven opstellen.

Teams die met een coach hebben gewerkt, hebben vaak ook een (inhoudelijk) betere teamreflectie,

Input voor de teamreflectie waren: jaargesprekken, jaarplangesprek, Beelden uit de praktijk, scholing of teamoverleg onder begeleiding van een coach, gehouden reflectie in teamvergadering, reflectieverslag teambuilding, studiemiddag, protocollen, meerdere teamgesprekken, ONS-ECD, Geluk spinnenweb, interne steekproeven, bevindingen van de key-users, scholing driehoekskunde en bijeenkomst CarenZorgt.

Rozemarijn is in 2018 op bezoek geweest bij collega zorginstelling Philadelphia voor een onderlinge teamvisitatie. Doordat het team van Rozemarijn in die periode helemaal vernieuwd werd, is hier geen vervolg aan gegeven (en is er geen team van Philadelphia meer op visitatie geweest bij Rozemarijn).

Figuur 1: Verdeling van het aantal formulieren per thema



Thema 1: Kwaliteit van het zorgproces rond de individuele cliënt (11 teams)

Over het algemeen zijn de teams tevreden over de kwaliteit van het zorgproces rond de individuele cliënt.

Er zijn actuele zorgplannen beschikbaar en het lukt teams over het algemeen om afspraken te maken in dialoog met de cliënten/vertegenwoordigers. Het merendeel van de teams vindt dat het lukt om de afspraken ook na te komen. Het planmatig werken met de zorgplannen verdient nog aandacht. Vier teams vinden dat dat niet lukt en vijf teams vinden dat het niet altijd lukt.

De teams zijn tevreden over de sfeer in het team, de collegialiteit, de zorg zelf, de zorg op maat, de afspraken rondom de zorg, het in dialoog zijn, de verbinding met cliënt en vertegenwoordiger, de vindingrijkheid/creativiteit in de begeleiding, de samenwerking met andere disciplines en de kwaliteit van de producten bij de werkplaatsen.

Men is niet tevreden over communicatie in het team over het zorgproces, het feit dat taken niet altijd duidelijk zijn belegd in het team, het methodisch werken, de weerbaarheid in het team en de feedback onderling. Medewerkers vinden ook dat ze vaak onder druk werken (werkdruk is hoog) en niet genoeg vanuit de verschillende invalshoeken de zaken bekijken. Ook is er een veelheid aan afspraken waardoor het lastig uitvoerbaar wordt. Er is meer kennis van het zorgplan en methodiek nodig en men wil meer rapporteren en meer contact tussen werkplaatsen en huizen. Alle teams die dit onderwerp hebben besproken zijn meer tevreden dan ontevreden.

Thema 2: Borging van veiligheid (7 teams)

Het merendeel van de teams vindt dat ze zicht hebben op de cliëntveiligheid voor wat betreft medicatieveiligheid, agressie/GOG en ongevallen. De teams leren van incidenten door ze te bespreken in het teamoverleg, door ze na te bespreken met de leidinggevende of met cliënten zelf. De veiligheid is in de aandacht bij de teams en bij incidenten wordt dit bijvoorbeeld besproken in het teamoverleg of met collega's onderling. Voor de brandveiligheid worden er meerdere ontruimingsoefeningen gehouden zowel met als zonder cliënten. Er worden ook risico-analyses gemaakt door incidenten te bespreken en te analyseren in het team en eventueel met hulp van een gedragsdeskundige een plan van aanpak te maken. Teams zijn tevreden over samenwerking, bewust werken aan fysieke en sociale veiligheid, een goede overlegcultuur en de bespreekbaarheid van zaken. Enkele teams zijn niet tevreden over de communicatie omtrent veiligheid, de lage opkomst bij oefeningen of bijvoorbeeld de kleine kleedruimtes en te weinig privacy waardoor er geen zicht is op incidenten.

Alle teams die dit onderwerp hebben besproken zijn meer tevreden dan ontevreden.

Thema 3: Eigen regie en zeggenschap en vrijheidsbeperking (8 teams)

Het merendeel van de teams vindt dat ze zicht hebben op de zeggenschap van (individuele) cliënten. Eigen regie van cliënten proberen de teams te versterken door in gesprek te gaan met cliënten, cliënten te betrekken bij het opstellen van het zorgplan, maar ook door cliënten te betrekken bij besluiten op de woning of samen met cliënten te werken aan een nieuw product op de werkplaats en door de vragen van cliënten serieus te nemen. Ook betrekken medewerkers verwanten bij de zorg rond de cliënt en werken ze vanuit de driehoek.

Vrijwel alle teams (behalve één) vinden dat ze zicht hebben op de (individuele) vrijheidsbeperkingen van cliënten. Het 'nee tenzij' principe is niet goed bekend bij de teams. Systematische evaluatie van de vrijheidsbeperkende maatregelen vindt bij twee teams elke drie maanden plaats. Bij de overige teams is dat niet het geval.

Privacy van cliënten wordt zoveel mogelijk gerespecteerd. Ook vindt men dat het huisreglement duidelijkheid biedt. Teams zijn tevreden over dat er veel regie is bij cliënten en dat er wordt uitgegaan van de mogelijkheden van cliënten. Ook vinden ze dat er sprake is van gelijkwaardigheid en dat er weinig vrijheidsbeperkingen zijn.

Teams zijn niet tevreden over de communicatie rondom eigen regie en zeggenschap. Ook vinden ze

dat er te weinig individuele aandacht is voor cliënten en dat ze cliënten niet echt kunnen ontmoeten. Ook zou men meer zeggenschap bij cliënten willen leggen over wat er bijvoorbeeld gegeten wordt. Alle acht teams zijn meer tevreden dan ontevreden.

Thema 4: Samenspel en relatie tussen cliënt/wettelijk vertegenwoordiger en medewerker (8 teams)

De meeste teams vinden dat de Driehoek (cliënt, begeleider, wettelijk vertegenwoordiger) centraal staat. Als sterke punten in de relatie tussen cliënt/vertegenwoordiger en medewerker worden genoemd de heldere communicatielijnen in het huis, het goed naar elkaar luisteren en de wensen van cliënten zoveel mogelijk volgen. Verder is er een goede verstandhouding binnen de driehoek, zijn ouders altijd welkom en is er grote bereidheid om respect- en begripvol samen te werken met familie. Als zwakke punten in de relatie tussen cliënt/vertegenwoordiger en medewerker wordt genoemd dat er te weinig contact/communicatie is met verwanten/wettelijk vertegenwoordiger en dat het soms lastig is om elkaar te verstaan of om fris tegen problemen aan te blijven kijken.

Twee teams vinden dat er een échte goede dialoog is met de cliënt en wettelijk vertegenwoordiger. De andere teams spreken van 'een meestal goede dialoog'. Alle acht teams vinden de kwaliteit van de relatie tussen de cliënt en de medewerker goed. Er is respect en vertrouwen. De medewerkers kennen de biografie van de cliënten.

Teams zijn tevreden over het feit dat er veel activiteiten worden ondernomen, dat er een goede verstandhouding is binnen de driehoek en dat men steeds probeert om de verwanten te betrekken. Teams zijn niet tevreden over het feit dat ze alle cliënten gelijkwaardig de nodige aandacht kunnen geven. Ook wil men de werkplaatsen meer betrekken bij evaluaties op huizen en zorgen voor het verbeteren van de contacten met verwanten bij cliënten waarvan de contacten met verwanten moeizaam verlopen. Ook wordt soms vergeten informatie door te geven door de hoeveelheid zorgtaken.

Alle acht teams zijn meer tevreden dan ontevreden.

Thema 5: Samenwerking onderling (22 teams)

Alle teams vinden dat ze meestal als team en individueel voldoende toegerust (professionaliteit en vakkennis) zijn voor de zorg-/begeleidingsvragen die de cliënten stellen en wat zij nodig hebben. Extra deskundigheid en scholing wenst men op het gebied van feedback geven, antroposofie, dementie, NAH, autisme, weerbaarheid, medicatie, voorbehouden handelingen, herkennen van grensoverschrijdend gedrag, zorg&dwang, hygiëne, moeilijk verstaanbaar gedrag, EHBO, constitutiebeelden, psychiatrische en verslavingsproblematiek, bejegening, schoonmaak en brandveiligheid/evacueren.

De helft van de teams vindt dat men goed inzicht heeft in de taken en werkzaamheden die er zijn en hoe dit wordt opgepakt. Door initiatief te nemen, zaken te bespreken tijdens de vergadering, het overdragen van kennis, het meer aandacht geven aan protocollen probeert men met elkaar overzicht te houden over wat er moet gebeuren.

Samenwerking in het team vraagt verbetering in een aantal teams door actief te werken aan feedback, leercultuur en gezond werkklimaat. Ook worden genoemd het elkaar meer waarderen en motiveren. Teams zijn tevreden over het feit dat medewerkers hun verantwoordelijkheid nemen, de goede communicatie in het team, de saamhorigheid en de zorgzaamheid naar elkaar en naar cliënten, de werkhouding en het elkaar steunen in moeilijke situaties.

Teams zijn niet tevreden over de hoge werkdruk, de onderlinge communicatie en vertrouwen en het rapporteren en de registraties. Ook het geven van opbouwende feedback, de onderlinge samenwerking en de structuur van het werkoverleg is vatbaar voor verbetering.

Nagenoeg alle teams zijn meer tevreden dan ontevreden.

Thema 6: naar eigen inzicht (21 teams)

De teams zijn tevreden over de waardering van collega's onderling, de taakverdeling, de samenwerking, het lage ziekteverzuim en de gelijkwaardigheid van de teamleden. Ook wordt er goed naar de individuele cliënt gekeken, is er goede begeleiding van de cliënten en is er zorg voor de woon-, werk- en leefomgeving. Ook is men tevreden over het vakmanschap op de werkplaatsen, de teamspirit en de openheid en betrokkenheid in het team.

Niet tevreden zijn de teams over de hoge werkdruk, de ongelijkwaardige communicatie met cliënten, de rommelige overdracht en het niet nakomen van afspraken in het team. Ook zijn er teams die niet tevreden zijn over de samenwerking, het vakmanschap en het gebouw (gebouw is aan renovatie toe). Alle teams zijn uiteindelijk meer tevreden dan ontevreden.

8. Interne en externe audits

8.1. Interne audits

Ook in 2018 zijn de interne audits uitgevoerd op de verschillende locaties. Er is een voorjaarsronde en een najaarsronde. De onderwerpen die geaudit zijn:

- Privacy en informatie beveiliging, versturen van zorgplannen, gebruik van app op mobiele telefoons etc.
- Medicatie: Aftekenlijsten, medicijnkasten/karren, EHBO boxen, vervoer van medicatie, Medimo.
- Veiligheid: RIE, MIC, brandveiligheid, werkplaats.
- HACCP en Hygiëne.
- ONS-ECD: rapportage op doelen, eigen regie, risicoanalyse.
- MIC-analyse en terugkoppeling.

Bij het lezen van de verslagen valt het op dat auditees zich kritisch durven te uiten maar ook kritisch durven te kijken naar verbeterpunten. De woorden bewustzijn, duidelijke kaders, openheid en autonomie komen in de verslagen voor. Er zijn altijd wel punten te vinden in onderwerpen die aandacht behoeven. Door er tijdens de audit over te praten staan auditees er meer bij stil.

Aandachtspunt bij de interne en externe audits is de opvolging van de verbeterpunten. Het is gebleken dat het opvolgen van verbetermaatregelen nav audits niet altijd goed is belegd en geborgd binnen de locaties. De kwaliteitsdienst gaat dit in 2019 in de kwartaalmonitors opnemen en de instellingsleiders adviseren om dit te beleggen bij de juiste aandachtsfunctionarissen.

Opvallende punten waren:

- Privacy en informatiebeveiliging: Er is steeds meer bewustwording hoe om te gaan met de nieuwe privacy-wetgeving. Auditees waren op de hoogte van de privacyrichtlijnen. Wat de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) inhoudt zit bij sommige medewerkers nog niet goed in het bewustzijn. Men is zich wel bewust hoe om te gaan met social media. Er wordt goed omgegaan met de privacy van zowel cliënten als onderling tussen collega's en verwanten. Versturen van foto's en afdelings-appjes zijn veelal verdwenen. Gevoelige informatie zoals het versturen van zorgplannen gebeurt nog niet bij iedereen versleuteld. Er is wel bewustzijn hiervoor. De privacy wetgeving wordt ook wel ervaren als een beperking in sociale contacten.
- Medicatie: De veiligheid van medicatie op de werkplaatsen, de woonhuizen en het logeerkamer is in orde. De slordigheidjes zitten meer in het vervoer van medicatie van huis naar de werkplaats. Medicatieveiligheid staat hoog in het vaandel van alle instellingen/huizen. Het medicatieproces is helder. Alle medewerkers die medicatie uitzetten/delen zijn geschoold. De minpunten die auditoren veelal tegenkomen zijn: geen openingsdatum bij een geopend flesje of tube, verlopen datum van tubes crème.

- Veiligheid: Op bijna alle locaties is de brandveiligheid 24 u per dag gewaarborgd. De preventiemedewerkers en verantwoordelijken op het terrein hebben allen een scholing gevolgd. Op 2 locaties was de brandveiligheid (Fermento en Rudolf Steiner Zorg) nog niet helemaal op orde.
- De richtlijnen voor de HACCP worden niet op alle werkplaatsen goed nageleefd. Op sommige locaties hebben deelnemers hierin ook een taak (Iambe, Fermento).
- Hygiëne laat op een enkele locatie te wensen over. De meeste locaties hebben ofwel externe schoonmaak in dienst of maken zelf schoon. Op Scorlewald is twee keer per jaar een “mooi maak dag”. Dan wordt iedereen (ook verwanten) die verbonden is aan het huis uitgenodigd om samen de boel grondig schoon te maken
- ONS-ECD: Medewerkers zijn steeds meer gewend met dit digitaal cliëntdossier te werken, al heeft dit nog wel de nodige aandacht. Niet iedereen weet dat men scholing kan volgen. Er zijn medewerkers die nog niet precies weten welk item ze waar moeten beschrijven. Er zijn auditees die graag weer een herhalingscursus ONS-ECD willen hebben. Er is een goede samenwerking tussen de huizen en de werkplaatsen. Risico's zijn vaak terug te vinden in ONS-ECD, in signaleringsplan of in profiel. Auditees geven ook aan dat de werkdruk soms zo hoog is, dat ze geen tijd hebben om te rapporteren of door de hectiek op de huizen er niet aan toe komen. Men is zich vaak wel bewust van de noodzaak voor het rapporteren.
- MIC: Er wordt gebruikt gemaakt van de MIC-formulieren in ONS-ECD. De MIC-meldingen worden op alle werkplaatsen/woonhuizen goed opgepakt. Bij inzage van de dossiers en verslagen is te zien dat een MIC-melding besproken wordt en snel wordt afgehandeld. Nazorg gebeurt in het team, door de huisleider of werkplaatsleider. De analyse van de MIC-meldingen in het team is op de meeste locaties nog niet goed van de grond gekomen. Een nieuw programma zou hier lopende 2019 uitkomst moeten bieden.

8.2. externe audits

In april is de certificerende instelling DNV op bijna alle locaties geweest.

Auditoren van DNV hebben 6 categorie 2 bevindingen (kleine tekortkomingen) geconstateerd en 3 observaties (tips) gedaan. De tekortkomingen zijn opgepakt middels een verbeterplan.

De tekortkomingen waren:

- Niet alle tekortkomingen van de interne audits waren opgepakt in een plan van aanpak op de locaties.
- Op sommige locaties had de directie nog niet voldoende aantoonbaar inzicht in de eisen, wensen en belangen van de verschillende belanghebbenden.
- In de systeembeoordeling van het Centraal Bureau was geen oordeel gegeven over het onderwerp afwijkingen en incidenten.
- Rollen en verantwoordelijkheden in relatie tot tijdigheid van Bopz evaluaties was niet vastgesteld.
- Het was niet duidelijk wanneer bij een incident/probleem moet worden opgeschaald naar Raphaëlstichting-niveau.



Kwaliteit van werk

6A. KWALITEIT VAN WERK ALGEMEEN - VERHAAL ACHTER DE CIJFERS

Algemeen

In 2018 is door de locaties zelf ingezet op een duurzaam medewerkersbeleid. Stichtingsbreed is er een kring gestart waar arbeidsmarktproblematiek en werving en selectie onderwerp van gesprek is. Deze kring is samengesteld met vertegenwoordigers van de verschillende instellingen en HRM adviseurs. Er is - en er wordt verder in 2019 - ingezet op een meer eenduidige uitstraling van de locaties bij de werving van nieuwe medewerkers en meer samenwerking, een snellere doorloop van sollicitanten, aantrekken van zij-instromers en naast een goede introductie ook een sterkere onboarding (vasthouden van medewerkers). Een uitgebreider scholingsaanbod (ook een MZ opleiding in-company) moet hieraan bijdragen. Voor de werving is een recruiter aangesteld.

De COR heeft in de tweede helft 2018 ingezet op het aantrekken van nieuwe leden zodat alle instellingen in de COR vertegenwoordigd zijn. Zo kan duurzaam medewerkersbeleid een thema worden, gedragen door de medezeggenschapraad in de Raphaëlstichting. De Schouw zal als onderdeel van de systeembeoordeling 2018 met de MT leden en mogelijk andere betrokkenen in het 2e kwartaal 2019 geëvalueerd worden.

In de **kwartaalmonitor** wordt elk kwartaal ook aandacht besteed aan medewerkerszaken zoals ziekteverzuim, vacatures etc. Wat uit alle onderzoeken blijkt, is de toenemende werkdruk. Enerzijds door een toenemende zorgzwaarte anderzijds door personeelstekorten. Daarnaast is er een brede roep om scholing op het gebied van antroposofie.

Medewerkerstevredenheid is in 2017 gemeten en gerapporteerd in het kwaliteitsrapport 2017.

Teamschouw (zie bijlage 8A.2C)

In 2017 hebben de locaties van de Raphaëlstichting voor het eerst een Schouw uitgevoerd welke in het MT is geëvalueerd. Met de Schouw wordt beoogd vanuit overzicht en enige afstand meer geïntegreerd zicht te krijgen op: het toegerust zijn voor de werkzaamheden van de medewerkers; de ontwikkeling van de medewerkers; maar ook zicht te krijgen op de teamsamenstelling in relatie tot de zorgvraag; de arbeidsmarkt, etc.

Voor de teamschouw 2018 konden de teams 25 vragen invullen onderverdeeld over 6 thema's. De thema's waren:

- Inzetbaarheid
- Vakmanschap en professionaliteit
- Antroposofie
- Kwaliteit van de zorgrelatie
- Samenwerking
- Medewerkerstevredenheid

Bij deze vragen kon een cijfer worden gegeven van 1 (zeer slecht) tot 10 (uitstekend). Aan de hand van deze cijfers kreeg het team een spinnenweb-grafiek, waardoor inzichtelijk werd op welk thema het team goed scoorde en op welk thema minder. Voor de teamschouw heeft 39% van alle teams meegedaan. Gekeken naar alleen de zorgteams en werkplaatsen, dan heeft 46% deelgenomen. Er zijn formulieren ingevuld op intranet door alle locaties met uitzondering van Novalishoeve en Ygdrasil.

In figuur 2 staat het resultaat van de teamschouws in een spinnenweb-diagram. Algemeen valt op dat bij de teamschouws het thema 'Antroposofie' het laagste scoort, gevolgd door 'Inzetbaarheid' en 'Vakmanschap en professionaliteit'. De verschillen zijn echter klein. 'Kwaliteit van de zorgrelatie', 'Samenwerking' en 'Medewerkerstevredenheid' scoren het hoogste.



Figuur 2: Spinnenweb Resultaat teamschouw op thema voor de Raphaëlstichting.

De instellingen

Om het verhaal achter de cijfers verder te vertellen, komen de locaties zelf aan het woord, zonder hun verhaal op te knippen in thema's. Op deze manier ontstaat er per locatie een beeld van de betrokkenheid van de medewerkers en of zij vakbekwaam zijn. Hoe medewerkers het werk ervaren en of zij toegerust zijn voor hun taken, maar ook hoe er geleerd wordt door medewerkers en hoe zij zich ontwikkelen.

Breidablick is in beweging. Je ziet in het afgelopen jaar dat overal beweging is ontstaan. Mensen willen graag mee veranderen en er is een duidelijke gedrevenheid om samen te bouwen en te groeien. Er is een volledig en goed teamleiders- en gedragsdeskundigenteam, waarbij tegelijkertijd veel (nieuwe) behandelaren zijn aangetrokken. De nieuwe medewerkers brengen hun eigen expertise mee dat terecht komt op een vruchtbare bodem. Daarmee liggen de voorwaarden om verder te groeien als organisatie.

Het belangrijkste wat de directie opmerkt is de beweging. Dat medewerkers elkaar kunnen vinden en zeer gemotiveerd zijn. Er is bijvoorbeeld een grote slag gemaakt rondom de werkplaatsen afgelopen jaar. Er is ook gekeken hoe de zeggenschap en verantwoordelijkheid meer bij de werkplaatsen gelegd kon worden in plaats van een top-down benadering. Dit vraagt om een goede samenwerking tussen de verschillende disciplines.

Er liggen nog duidelijk kansen om meer samen te werken met het Centraal Bureau en andere instellingen. Het is hierin belangrijk om allereerst te definiëren wat bij Breidablick als verantwoordelijkheid hoort en wat voor taken en verantwoordelijkheden bij het Centraal Bureau.

Waarin zal samen opgetrokken moeten worden en hoe verhoudt zich dit tot elkaar? Dit is een groeiproces, waarin Breidablick naar buiten gericht mag zijn. Personeelstekort en tekort aan goede krachten zijn een duidelijke issue voor Breidablick. Dit wordt ook onderkend door het Centraal Bureau en er is besloten tot een gezamenlijke en meer centralere aanpak. Breidablick heeft in 2018 ingezet op consequente uitvoering van de verzuimbegeleiding. Het verlagen van ziekteverzuim was een belangrijke pijler en daarom is een HRM medewerker voor twee dagen in de week aangesteld als verzuimcoördinator. Door trainingen, scholing, aandacht voor thema's zoals 'het werk niet mee naar huis nemen' en 'een gezonde levensstijl' alsook de inspanning van de verzuimcoördinator hebben het verzuimpercentage in 2018 verlaagd. Er is een planning gemaakt van alle verplichte trainingen/instructies (BHV, voorbehouden handelingen, medicatieverstrekking, weerbaarheidstrainingen, enz.). Verplichte scholing is daarom nu een vast programma dat ieder jaar wordt aangeboden. Er is onderzoek gedaan naar functiedifferentiatie en betere beloning in relatie tot de werkzaamheden van de medewerkers.

Midgard heeft een verdere professionaliseringsslag gemaakt. Meer professe in de zorg die wordt geleverd. Men deed zichzelf soms te kort en de trots op Midgard moest terugkomen. Meer regie bij medewerkers en teams. Geen belemmerende bureaucratie of processtappen die processen weerhouden. Men is begonnen met het delen van zorgen. Middels werkgroepen van alle medewerkers wordt de betrokkenheid verhoogd, gaat men voor verbetering. In kleine stapjes. Soms valt men nog wel eens terug en wil men graag iemand die het oplost.

Er zijn verbeteringen aangebracht in het roosterbeleid ten behoeve van gezond roosteren. Langere diensten blijven wel een grote uitdaging voor Midgard.

De Schouw-verslagen is in de kwaliteitsmonitor een indicator die een risico uitwijst. Het betreft hier de individuele jaargesprekken, Persoonlijk Ontwikkelplan (POP), teamfoto en de teamreflectie. Een groot gedeelte van de teams zijn aan bod gekomen. Niet alle teams hebben deze foto gemaakt. In 2019 zal er aandacht voor zijn om de regie vanuit de medewerkers op dit punt te versterken. In 2018 is gebleken dat medewerkers behoefte hebben aan een ruimer scholingsaanbod. Voor 2019 is er daarom een scholingskalender gemaakt, waarin kennis, kunde en vaardigheden zijn verwerkt. Midgard wil scholing praktisch, pragmatisch en leuk maken. E-learning staat hoog op de prioriteitenlijst.

Werkdruk en preventie van mogelijke uitval is een punt van aandacht en zorg voor de medewerkers van Midgard. De markt voor de zorg is krap waardoor er druk is op de bezetting. Hier is ingezet op speeddaten en beloning voor aanbrengen van nieuwe collega's. Processen rond aanname zijn verkort en gedigitaliseerd om sneller en adequater op de sollicitatieprocedure in te spelen.

De drie teams binnen de **Novalishoeve** hebben ieder een eigen kleur en dynamiek. In alle teams is een mooi proces gaande rondom professionalisering. Elk team heeft hierin zijn eigen speerpunten, al zijn er ook overeenkomsten. In het locatieoverleg wordt er gestuurd op kwaliteitsverbetering in de vorm van het werken aan vastgestelde thema's. Alle teams werken op hun eigen manier aan deze vooraf vastgestelde thema's. Er is voldoende verantwoordelijkheidsgevoel binnen de teams om dit consequent en accuraat te agenderen.

De gemiddelde leeftijd van de medewerkers op de Novalishoeve is 46,6 jaar. Hierin zijn wel duidelijke verschillen te zien per team. Binnen de ambulante begeleiding is ervoor gekozen om alleen medewerkers met aantoonbare ervaring in de zorg aan te nemen. Hierdoor is de gemiddelde leeftijd binnen dit team hoger dan in de overige teams. In de afgelopen jaren zien we een forse groei van ambulante cliënten. Dit heeft te maken met de transitie binnen de zorg en de zichtbaarheid van deze afdeling binnen de gemeente Texel. De verwachting is dat deze groei zich de komende jaren nog verder zal voortzetten. Het nieuwe woonproject, 10 woningen in de nieuwe woonwijk Buurtskap De Tuunen in Den Burg maakt onderdeel uit van deze groei. Hierdoor zal het nodig zijn om meer

ambulant begeleiders aan te trekken. In sommige gevallen zal het mogelijk zijn om medewerkers vanuit het team wonen over te plaatsen naar het ambulante team. Dit heeft veel voordelen omdat medewerkers zich de cultuur en achtergronden van de Novalishoeve al hebben eigen gemaakt. Gezien de schaarste binnen de arbeidsmarkt, extra moeilijk i.v.m. de geografische ligging van Texel, zal het aantrekken van ervaren medewerkers voor deze afdeling extra aandacht vragen. Hiernaast is het wenselijk om voor dit team wat jongere werknemers aan te trekken gezien de gemiddelde leeftijd van 51,8 jaar.

De doelgroep binnen het wonen vraagt om goed opgeleide zorgprofessionals. Er zal de komende jaren extra aandacht zijn voor scholing en bijscholing voor deze medewerkers. Voor de werkplaatsen blijft het belangrijk om ondernemende medewerkers aan te trekken. De verwachting is dat er binnen de dagbesteding geen echte groei meer zal zijn. Hierdoor is het noodzakelijk om naast de inkomsten uit de zorg, voldoende inkomsten te halen uit de commerciële activiteiten. Dit vraagt ondernemende medewerkers, die bewustzijn hebben voor de financiële bedrijfsvoering.

Queeste heeft zich gericht op de duurzaamheid in de organisatiestructuren binnen Queeste, groei van zorgaanbod, duurzame personeelsinzet, structuren binnen zorgaanbod en producten en duurzaamheid in financiële draagkracht.

Op Queeste is op basis van de jaargesprekken, teamreflecties en de teamschouw van de verschillende afdelingen van Queeste, door de eindverantwoordelijken, in samenspraak met afgevaardigden van de afdelingen, een Instellingsschouw gemaakt. De concept instellingsschouw is gelezen door een aantal medewerkers van de verschillende afdelingen, die hiervoor mandaat hebben gekregen vanuit de teams. Zij hebben feedback op inhoud en vormgegeven en deze zijn verwerkt tot de definitieve versie.

Alle medewerkers van Queeste geven aan tevreden tot zeer tevreden te zijn met het werken bij Queeste, binnen hun functie en afdeling. Men voelt zich gesteund door de verantwoordelijken/leidinggevend en is tevreden over de ontwikkelingen die Queeste doormaakt. Alle medewerkers ontlenen inspiratie aan het inhoudelijk werk, de functie en de visie. De taken worden als goed en positief ervaren.

Het algemene rapportcijfer wat de medewerkers in 2017 gaven aan het werken bij Queeste was: 7,38 (geen medewerkerstevredenheidsonderzoek gedaan in 2018). De medewerkers van de afdeling Ambulante Begeleiding volwassenen geven aan dit jaar tevredener te zijn dan vorig jaar. Dit komt vooral doordat zij hebben kunnen meedenken over de structuren en er duidelijkheid is over rollen en taken en het regiowerken is geïmplementeerd. De onduidelijkheid rond de huisvesting van de afdelingen (Het Molenhuis en kantoorpand Queeste), veroorzaakte onzekerheid bij medewerkers. Alle medewerkers voelen zich voldoende tot goed toegerust om hun functie te kunnen uitoefenen. Allen zijn gekwalificeerd voor het werk wat zij doen en daar waar gewenst of vereist, wordt voldaan aan de benodigde registraties in het vakgebied. Waar nodig wordt hier continu voor bijgeschoold ter accreditatie van het beroep. Per afdeling wordt er een opleidingsplan gemaakt, voor individuele scholing en als team.

Medewerkers van Queeste hebben in 2017 aangegeven antroposofisch beter geschoold te willen zijn en dit als persoon, als team en als afdelingen beter te willen integreren in het werk. In 2018 is antroposofische scholing op alle afdelingen ingezet, wat door medewerkers als positief is ervaren. Op alle afdelingen wordt de werkdruk door medewerkers als hoog ervaren, dit onder andere door de productiedruk, de complexe doelgroep, de diversiteit van de functies en de vele taken die daar bij horen. Ook stellen de medewerkers hoge eisen aan hun eigen functioneren, dat van hun collega's en van de teams, om goede kwaliteit van zorg te leveren binnen hun werkgebied. Medewerkers voelen zich zeer verantwoordelijk en betrokken. Medewerkers ervaren dat door het groter worden van teams, het complexer worden van vragen en de werkdruk bij collega's en henzelf, de tijd schaars is om alle processen en taken optimaal te doen en elkaar goed te blijven zien.

De kleinschaligheid van Queeste wordt door medewerkers ervaren als een kracht, maar ook een

Beeld uit de praktijk

Gekletter

Het is 17.00 uur. De groep zit aan tafel voor het eten. Minnie zit tussen begeleidster Monique (medewerker) en Pascal in aan tafel. Minnie zegt: “Wie is dat? Wie is dahát?” Ze trekt de saladebak naar zich toe en trekt het folie eraf. Henk die tegenover haar zit reageert vlug en zegt: “Laat de salade maar staan Minnie.” Hij loopt om de tafel heen om de bak terug te zetten. Ze heeft er met haar hand al een hap uit gepakt en stopt die in haar mond. “Dank je wel”, zegt Henk, kijkt haar aan, pakt de bak van haar en zet hem terug op tafel. “we gaan even de spreuk zeggen.. Hij gaat weer zitten. “Aarde droeg het...” Minnie veegt haar haren achter haar oor. Dan slaat ze Monique die links naast haar zit en slaat dan zichzelf op haar hoofd. Monique buigt haar hoofd naar achteren, weert met één hand de arm van Minnie af en met de andere neemt ze de arm van Minnie van het hoofd en legt die op tafel. “Ga maar eten Minnie”, zegt ze op rustige toon. Minnie gaat eten. Na een paar happen staat ze op, loopt de kamer uit naar de gang waar haar slaapkamer is. Er klinkt gekletter uit de gang. “Zo, dat waren Minnie’s bekers”, zegt Andrew tussen twee happen door.

Duiding: Medewerker heeft een rustige reactie op het slaan van Minnie. Als Minnie opstaat laten ze haar gaan en kiezen voor de rest van de groep die nog eet.

kwetsbaarheid. Medewerkers worden gevraagd om multifunctioneel te werken en doen daardoor extra taken die in een grote instelling vaak beter geborgd zijn. Queeste heeft weinig lokale administratieve ondersteuning. Financieel is Queeste als geheel, maar ook de drie afdelingen afzonderlijk, kwetsbaar. De financiële kwetsbaarheid wordt door medewerkers gevoeld. Medewerkers voelen dat ze onmisbaar zijn op bepaalde functies.

Rozemarijn wil een plek zijn waar men graag wil werken. In 2018 is onderzoek gedaan naar hoe in kaart gebracht kan worden wat medewerkers ervaren. Hiertoe zullen er in 2019 interviews worden afgenomen door een daarvoor aangestelde interviewer.

Rozemarijn deelt de zorgen over langdurig verzuim en ontbrekende draagkracht bij verschillende teams. In meerdere teams was er een overlevingsmodus in de eerste helft van 2018. Het gaat dan om de teams Jade, Topaas, Aquamarijn en Studio. Wat daarin opvalt is dat er weinig samenhang is, veel mensen met kleine contracten. Een aantal medewerkers die weggegaan zijn, konden zich niet voldoende uitzetten met het zelfondernemen en zijn om die reden weggegaan. Dit had deels ook te maken met niet voldoende functioneren. Rozemarijn heeft geen moeite gehad met het vullen van vacatures. Er is zeer veel interesse vanuit zij-instromers.

In de PDCA lukt het ons nog niet om altijd door te pakken. Dit komt op meerdere vlakken binnen Rozemarijn naar boven. Men is op onderzoek gegaan naar andere plekken binnen de Raphaelstichting om te leren. Er is met de rolhouders zorginhoud een brainstormsessie geweest. Er is een aanzet gedaan om een “wekker” of procesbegeleider aan te gaan nemen in 2019.

Bij alle teams is de professionaliteit op orde. Er is vakmanschap vanuit ervaringsdeskundigheid en opleiding. Daardoor ontbreekt het soms aan systematisch werken.

Rondom verschillende medewerkersvraagstukken krijgen mensen veel ruimte om te ontwikkelen. Disfunctioneren moet breed gevoeld worden voordat de organisatie doorpakt, dit is nooit een eenzijdig besluit. Een team kan wel echt last hebben van dat het proces lang duurt. Men vraagt zich af of, als het proces sneller zou lopen, dit had geholpen. Achteraf wordt er soms wel gedacht dat het sneller had moeten.

Vanuit de rolhouders is er een grote betrokkenheid zichtbaar. Resultaatgericht werken is daar vanzelfsprekend. Er is een sterke collegialiteit. Op sommige teams worden taken en verantwoordelijkheden als zwaar ervaren en het persoonlijk onvermogen drukt op het team. Wat meer zou kunnen, is elkaar complimenten geven, dankjewel zeggen. Een pluim geven. Medewerkers krijgen van ouders veel vertrouwen. Je mag zuinig zijn op elkaar. Medewerkers werken met hart en ziel. Blijven lang bij ons vanuit de relatie met elkaar en de cliënten. De groeimogelijkheden zijn op persoonlijk vlak en op rolhouders vlak groot. Op carrière mogelijkheden en qua inschaling is het beperkt binnen de Raphaëlstichting.

Bij **Rudolf Steiner Zorg** blijkt uit het Schouwverslag dat, de ervaring van medewerkers met betrekking tot de kwaliteit van het werk sterk afhangt van de stabiliteit in het team. Stabiliteit van het team hangt weer sterk af van verzuimpercentage en het aantal vacatures. Een goede teamleider verhoogt de stabiliteit van het team. In 2018 was de stabiliteit in twee van de teams een punt van zorg. Het team van de goed functionerende teamleider heeft in 2018 ervaren dat ze goede kwaliteit van werk leveren, dat ze (over het algemeen) goed zijn toegerust voor hun werk en dat zij zinvol en belangrijk werk doen. In 2019 wordt ook aan de stabiliteit gebouwd van de twee andere teams.

Op **Scorlewald** hebben veel teams (zeker in verhouding tot andere locaties) een teamreflectie gehouden en een Schouw gemaakt. Opvallend is de lage score op antroposofische kennis en uitgangspunten. Dit komt overeen met het beeld dat is opgehaald in het voortraject van de Meerjarenvernieuwingsbeweging, dat heeft geleid tot het benoemen van de antroposofie tot een speerpunt voor de komende periode. Scorlewald geeft dit concreet handen en voeten door de voortzetting van de cursus antroposofie en tevens deelname aan een in-company Skillz opleiding. De ontwikkelmogelijkheden worden door medewerkers ook als beperkt ervaren: na groepsleider, woonbegeleider en huisleider zijn er weinig doorgroei mogelijkheden, behoudens enkele coördinator of staf-functies. Dit is voor een deel inherent aan de organisatiestructuur behorende bij een zorginstelling. Wel kunnen aanvullende vaardigheden (soms met behulp van scholing) de bestaande functies aanvullen, zoals train-de-trainer-functies, aandachtsfunctionarissen, deelname aan werkgroepen, jaarfeestengroep, OR, Samenwerkingsraad en daarvoor aangewezen woonbegeleiders die de huisleider vervangen bij vakantie en ziekte. De algemene indruk bij de directie ten aanzien van de werkdruk onder medewerkers is teveel ad-hoc inspringen bij vakantie en ziekte, als gevolg van te laat roosteren. Bij vacatures wordt het toenemend lastiger deze in te vullen wegens krapte op de arbeidsmarkt.

6B. KWALITEIT VAN WERK VERHAAL VAN DE CIJFERS

1. Klachten medewerkers (Zie Bijlage 8A.2A)

Er zijn geen officiële klachten van medewerkers ontvangen bij de klachtencommissie in 2018. Wel zijn er gesprekken geweest met de vertrouwenspersonen op Breidablick, Midgard en met name op Rudolf Steiner Zorg. Er kunnen meerdere gesprekken hebben plaatsgevonden met dezelfde medewerker. Vanaf 2019 wordt daarom ook het aantal personen geregistreerd waarmee de vertrouwenspersoon gesprekken heeft gevoerd.

2. Incidenten medewerkers (MIM) (Zie Bijlage 8A.2B)

Onder een incident medewerkers wordt verstaan wanneer een medewerker ernstige lichamelijke, psychische of materiële schade heeft opgelopen door een incident.

In totaal waren er 23 meldingen van incidenten met medewerkers. Hiervan waren drie een ongeval en 20 agressief grensoverschrijdend gedrag van een cliënt richting medewerker waarbij de medewerker (lichamelijke of psychische) schade heeft ervaren. In 2017 waren er 15 meldingen.

Op Rudolf Steiner Zorg PG zijn de meeste meldingen gedaan in 2018.

3. Indicatoren (Zie Bijlage 8A.3)

In 2018 zijn een viertal indicatoren voor medewerkers elk kwartaal opgenomen in de kwartaalmonitor. Alleen voor het ziekteverzuim was er een streefwaarde toegekend, namelijk 6%. Voor 2019 is er ook een streefwaarde voor de instroom en de uitstroom van medewerkers vastgesteld. De gehanteerde instroom/uitstroomcijfers zijn inclusief tijdelijke contracten, maar exclusief stagiaires, 0-urencontracten en uitzendkrachten/zzp-contracten.

a. Het percentage ziekteverzuim

Streefwaarde voor 2019: maximaal 6% ziekteverzuim.

b. Instroom nieuwe medewerkers

Streefwaarde voor 2019: Het nieuwe recruitmentproces moet leiden tot vulling van 13 à 14% van de vacatures (175 à 200 vacatures).

c. Uitstroom medewerkers

Streefwaarde voor 2019: Uitstroom medewerkers is niet hoger dan 13%.

d. Aantal openstaande vacatures

Streefwaarde voor 2019: Openstaande vacatures zullen worden gevolgd in 2019, maar hiervoor wordt nog geen streefwaarde vastgesteld.

Ad a. Het ziekteverzuim is in de aandacht. Er is veel aandacht besteed op de verschillende locaties om het ziekteverzuim te verlagen door samenwerking tussen alle betrokkenen, werken aan werkplezier etc. Ook preventie van uitval en werken aan het verminderen van de werkdruk heeft de aandacht.

Ad b. Instroom nieuwe medewerkers:

Op vrijwel alle locaties is het gelukt om de instroom en de uitstroom in evenwicht te houden. Op Rudolf Steiner Zorg is het gelukt om de uitstroom in 2018 te verminderen door goed te luisteren naar medewerkers. Het invullen van vacatures is in 2018 verslechterd op Rudolf Steiner Zorg. Door de aanstelling van een recruiter hopen we hierin verbetering te brengen.

Ad c. In 2018 was er sprake van een uitstroom van 13,5%. Om de uitstroom te beperken is in 2018 begonnen met verkenningen van functiedifferentiatie, beter inwerken van medewerkers, aandacht voor vitaliteit en arbeidsvreugde, een beter arbeidstijdenbeleid (minder korte diensten, beter rooster). Dit wordt doorgezet in 2019. Er komt dan ook een (kracht)kring voor het arbeidstijdenbeleid.

Ad d. Vrijwel alle locaties hebben openstaande vacatures en moeite om deze in te vullen. Alleen lambe en Rozemarijn niet. Uitstroom van medewerkers en werkdruk zijn een punt van aandacht met name op Midgard en Rudolf Steiner Zorg.

Voor Rudolf Steiner Zorg is de inzet van personeel niet in loondienst (PNIL) een indicator die

toegevoegd moet worden. Er is in 2018 veel meer uitgegeven aan PNIL dan begroot.

Ook Queeste heeft eigen indicatoren, te weten:

- Voor GGZvolwassenen&jeugd/integrale jeugdhulp: voldoen aan het kwaliteitsstatuut op het gebied van professionaliteit.
- Voor Ambulante begeleiding: het vier-ogen beleid.

7. CONCLUSIES EN GEPRIORITEERDE VERBETERINGEN

Het bestuur van de Raphaëlstichting is in de loop van de gesprekken over dit kwaliteitsrapport (intern beraad met RvT, CCR en COR en de interne en externe visitatie) tot een beeld van kwaliteit van zorg en ondersteuning gekomen. Naar aanleiding hiervan zijn keuzes gemaakt ten aanzien van kwaliteitsverbetering.

a. Beeld van de kwaliteit van zorg en ondersteuning volgens het bestuur van de Raphaëlstichting

Er is dit jaar ingezet op inhoudelijke gesprekken met alle belanghebbenden over het concept kwaliteitsrapport 2018 (rapport en film). Met de leden van de commissie Kwaliteit en Veiligheid (RvT) is gesproken over het proces dat met de medezeggenschapsorganen wordt gelopen en de (te verwachten) uitkomsten daarvan. De commissie geeft aan dat de verbinding tussen de thema's uit het meerjarenbeleidsplan en de dagelijkse zorg en ondersteuning – de samenhang tussen abstract en wat er ècht gebeurt – nog beter zou kunnen. Met de CCR-V is een kritisch-opbouwend gesprek gevoerd dat heeft geresulteerd in aanpassingen in het rapport. In het gesprek is stilgestaan bij de wijze waarop de inhoud van het rapport verschijnt. De CCR-V merkt op dat het beter zou zijn indien het beeld van kwaliteit meer in dialoog wordt opgehaald en tot stand komt. De CCR-V ziet hier ook een rol voor zichzelf. Een belangrijk punt ter verbetering voor volgend jaar is het in beeld brengen van situaties waar juist het luisteren niet lukt of onvoldoende in de aandacht is. Er is ook een interne visitatie geweest door cliënten en één verwant. Dit was een mooi gesprek met veel diepgang, waarbij de cliënten zeer goed in staat waren te verwoorden waar nog leer- en ontwikkelpunten liggen voor de Raphaëlstichting. De externe visitatie die heeft plaatsgevonden, heeft enkele zinvolle leervragen opgeleverd voor de toekomst, onder andere hoe de merkbare kwaliteit volgend jaar in het rapport meer op de voorgrond kan komen. De COR heeft zich kritisch getoond over het concept kwaliteitsrapport 2018, waarbij zij opmerkt dat – ondanks dat dit wel gepoogd is – het rapport nog onvoldoende laat zien waar knelpunten zitten op het gebied van het medewerkersbeleid. De verslagen van de gesprekken zijn opgenomen in bijlage 8c.

Wij zien dat medewerkers over het algemeen met toewijding warme persoonsgerichte zorg bieden. Het luisteren naar cliënten en belanghebbenden door medewerkers is breed in de aandacht en op verschillende plekken ook verbeterd. Er zijn ook enkele voorbeelden waar dit luisteren nog niet voldoende lukt en waar men in 2019 verder aandacht voor wil hebben. Ook zien wij dat er bij medewerkers een vraag is naar scholing op verschillende gebieden, waaronder antroposofie, Niet Aangeboren Hersenletsel, autisme en moeilijk verstaanbaar gedrag.

De ISO-werkwijze heeft de Raphaëlstichting geholpen in het prioriteren van het betrekken van belanghebbenden bij het bepalen van de ontwikkelpunten voor de organisatie. Hierdoor zijn de belanghebbenden meer in de gelegenheid gekomen hun behoeften en verwachtingen uit te spreken en heeft de Raphaëlstichting haar luisterkwaliteiten verder ontwikkeld. Ook het denken en werken vanuit kansen en bedreigingen heeft de locaties geholpen bij de structurering van keuzes die gemaakt werden. Het kwaliteitsmanagementsysteem werkt naar het oordeel van het bestuur naar behoren en integratie van de verschillende elementen uit de ISO met het kwaliteitskader heeft geresulteerd in een nieuwe kloppende jaarcyclus.

PDCA-werken (leer- en verbetercyclus) verdient hernieuwde aandacht in 2019, want in 2018 is gebleken dat dit op onderdelen kan bijdragen aan een versteviging van de compliance (werken volgens wet- en regelgeving). Hierbij zien wij dat bij bijvoorbeeld de teamreflecties teams weinig uit zichzelf terugkomen op voorgenomen acties en/of afspraken voortkomend uit een eerdere reflectie. Ook opvolging geven aan verbeterpunten uit interne audits, of opvolging geven naar aanleiding uitkomsten van MIC-analyses kan beter.

Het borgen van afspraken door evaluatiemomenten in te voegen, ontbreekt vaak.

Reflectie in de teams is niet nieuw, maar wel is het een belangrijke vernieuwing dat de Raphaëlstichting wil beschrijven hoe dit proces van reflecteren is verlopen en wat daarvan de resultaten waren. Uit het rapport blijkt dat er wel gereflecteerd wordt op de onderlinge samenwerking, maar nog relatief weinig op impact van eigen handelen op de zorg. Het is wenselijk om te kijken hoe dit proces van reflecteren verder verbeterd kan worden. Het zou mooi zijn als er meer diepgang komt in de reflectiviteit en reflectiviteit in de gehele organisatie tot stand komt, ook bij de staf, coaches, leidinggevenden, etc.

Een belangrijke vraag vanuit de externe visitatie was hoe wij de merkbare kwaliteit meer op de voorgrond krijgen in een dergelijk rapport? Gekozen zou bijvoorbeeld kunnen worden voor beschrijving van een aantal casussen.

Het rapport hoeft voor de meeste lezers geen compleet beeld te geven van de 'controle' (op compliance bijvoorbeeld of op de veelheid aan processen en mechanismen die moeten leiden tot veilige en verantwoorde zorg). Er is meer behoefte aan een kwaliteitsrapport waarin de verschillende belanghebbenden (cliënten, medewerkers, verwanten e.a.) zelf vertellen hoe het ervoor staat met de kwaliteit van zorg en welke dilemma's men tegenkomt. Het zou dan ook mooi zijn als de voor de belanghebbenden relevante thema's in een proces van doorlopende (gezamenlijke) dialoog aan het licht gebracht kunnen worden. En tenslotte: welke betekenis heeft een dergelijk rapport voor de zorg, begeleiding en ondersteuning van de cliënten? Die betekenis moet je samen geven, in gesprek in brede kring...

b. Keuzes die het bestuur maakt ten aanzien van kwaliteitsverbetering

Sociale veiligheid voor cliënten is een belangrijk thema, dat ook in het gesprek over het kwaliteitsrapport met de CCR-V en de interne visitatie aan de orde kwam. Hiervoor is inmiddels een krachtkring Sociale Veiligheid ingericht, waarbij het gesprek hierover breed binnen de Raphaëlstichting gevoerd wordt. In de loop van 2019 worden vanuit deze gesprekken het nodige inzicht en een gedeelde visie (en mogelijk beleid) geformuleerd. Het gaat hierbij dan om veilig kunnen wonen, werken en leven en zaken die dat belemmeren (het samenleven bijvoorbeeld, of pesten, agressie, etc.). De krachtkring **Meetbare vs Merkbare kwaliteit**, die onderzoekt hoe ervaringen van cliënten op een andere manier kunnen worden 'gemeten', sluit (zijdelings) ook bij dit thema aan, omdat het ervaren van sociale veiligheid direct met merkbare kwaliteit te maken heeft.

Luisteren... en doen! is een actief thema binnen de organisatie, zo blijkt uit het kwaliteitsrapport en de gesprekken daarover. Tijdens de interne visitatie gaven cliënten aan dat zij niet altijd goed geïnformeerd worden over welke keuzes er zijn in hun leven en dat ze ook niet altijd weten waar ze terecht kunnen. Dit punt kwam ook terug in het gesprek met de CCR-V. Tevens geven cliënten aan dat er regelmatig vóór hen besloten wordt, in plaats van samen mét hen. In 2019 willen wij het **luisteren daarom verder verdiepen** en (nog meer) inrichten richting cliënten en verwanten. Na Luisteren... staan puntjes (...). Deze puntjes willen wij in praktijk brengen door wat gehoord is éérst gezamenlijk te maken door het ook aan cliënten en verwanten te vragen. Op die manier is iedereen erbij betrokken en kunnen er in gezamenlijkheid gedragen besluiten worden genomen. Dit geldt voor alle geledingen binnen de Raphaëlstichting die invloed hebben op de leefwereld van de cliënten.

Uit het rapport blijkt dat er wel **gereflecteerd** wordt door medewerkers op de onderlinge samenwerking, maar nog relatief weinig **op de impact van het eigen handelen op de kwaliteit van de zorg**. Het lijkt zinvoller om ook hier niet meer vanuit de organisatie 'te zenden' middels instructies of methoden, of 'op te willen halen' van resultaten van teamreflecties bij de medewerkers. Door aan te sluiten bij de dagelijkse zorgpraktijk en de juiste vragen te stellen (of te participeren) verbetert zowel de kwaliteit/diepgang en de blik van de reflecties op de kwaliteit van zorg. Tegelijkertijd wordt een beeld hiervan verkregen ten behoeve van een beoordeling van de kwaliteit daarvan. De kwaliteit van de teamreflecties willen wij verbeteren door jaarlijks 25 teams uit te nodigen om,

onder begeleiding van een externe begeleider (bijvoorbeeld een coach), te reflecteren op de kwaliteit van zorg. In een periode van vier jaar komen zo alle teams tenminste één keer aan bod. De overige teams worden ook jaarlijks uitgenodigd om aan teamreflectie te doen, maar dat hoeft dan niet met externe begeleiding. Ook teams die niet direct in de zorg werken, worden uitgenodigd een teamreflectie te doen.

Uit het kwaliteitsrapport en het gesprek met de CCR-V bleek dat **de opvolging van verbetermaatregelen n.a.v. signaleringen** (incidentmeldingen bijvoorbeeld, of audits, etc.) beter moet. Daarom willen wij in 2019 door de kwaliteitsmonitor van de locaties hierop scherper monitoren en zo het analyseren en acteren op verbetermaatregelen structureel verbeteren. Specifiek op het gebied van incidentanalyse kan en moet een verbeteringslag gemaakt worden. De pilot met een ander registratiesysteem voor MIC-meldingen kan hierin een belangrijk verschil gaan maken.

Het volgende kwaliteitsrapport in 2019 wordt meer van iedereen en wordt dus ook gezamenlijk gemaakt. Dit willen wij doen door de volgende verbeteringen in te zetten:

Het proces van 'ophalen' van het beeld rondom kwaliteit en het voeren van de dialoog over kwaliteit gaan wij komend jaar vormgeven met de verschillende betrokkenen, waarbij ondermeer de cliëntenraad zelf actief een rol gaat krijgen in de dialoog, in aanloop naar een kwaliteitsrapportage. Deze rapportage wordt dan nadrukkelijk(er) een weerslag van de gevoerde dialoog over kwaliteit in de organisatie tussen verschillende belanghebbenden zelf. Dat geeft een meer dynamisch beeld en vooral een levendiger beeld dan statisch met elkaar naar een rapport kijken.

Wat kunnen wij leren van plekken en momenten waar luisteren nog niet lukt. Inzetten op een evenwichtiger beeld rondom de meerjarenvisie. En daarmee op een leerklimaat dat juist ook toebeweegt naar die situaties of plekken die lastig zijn en dat onderkennen. Naast overigens de plekken waar het wel lukt!

Het onderwerp kwaliteit van werk (werkdruk en prioriteiten stellen, scholing, beschikbaarheid medewerkers) verdient in het rapport 2019 meer aandacht. De kwaliteit van het werk, en wat dit voor de medewerkers betekent, maar ook welke impact dit heeft op de zorg voor cliënten. Dit laatste punt – de impact op cliënten van voldoende/onvoldoende begeleiding door vakbekwame medewerkers – is zowel door cliënten als verwanten benadrukt tijdens de interne visitatie en het gesprek met de CCR-V.

Onderwerpen als bouw, duurzaamheid en sociaal ondernemen als peilers ook van de meerjarenvisie, worden in het kwaliteitsrapport 2019 meer in beeld gebracht.

De rapportage over kwaliteit wordt volgend jaar nog meer een integraal document, waarin verschillende verantwoordingsmomenten samenkomen. Zo wil het bestuur niet meer separaat een bestuursverslag bij de jaarrekening presenteren, maar een integrale inhoudelijke verantwoording doen. Dat vraagt de nodige aandacht in proces en samenwerking binnen de organisatie.

BIJLAGE 8A DE CIJFERS

1A Grensoverschrijdend gedrag incidenten

Onder grensoverschrijdend gedrag wordt verstaan: agressief/ongewenst gedrag van de cliënt, huiselijk geweld, kindermishandeling, ouderenmishandeling, seksueel misbruik/seksueel grensoverschrijdend gedrag, schending privacy cliënt, incident met verdovende middelen bij cliënt, agressief /ongewenst gedrag van medewerker of derde naar cliënt.

Tabel 1A.1: Overzicht gemelde incidenten grensoverschrijdend gedrag door cliënten per instelling per jaar

	Aantal cliënten (peildatum 13-1-19)	Totaal 2016	Totaal 2017	Totaal 2018	Gemiddeld aantal gemelde inciden- ten per cliënt in 2018
Artemis	22	54	79	65	3
Breidablick	164	954	1000	1263	7,7
Croon en Bergh	13	20	75	54	4,2
Dijkgatshoeve	27	45	60	117	4,3
Fermento	61	3	1	3	0
Iambe	45	27	15	22	0,5
Midgard	120	2175	1996	1403	11,7
Novalishoeve	56	124	102	121	2,2
Oosterheem	23	18	71	65	2,8
Queeste	295	26	45	25	0,1
Rozemarijn	123	234	430	386	3,1
RSZ VG	64	15	106	90	1,4
RSZ VV	32	58	45	33	1
Scorlewald	249	712	780	773	3,1
Ygdrasil	12	73	98	84	7
Totaal	1306	4538	4903	4504	3,4

Dader of slachtoffer

Vanaf het 4e kwartaal 2017 wordt, in verband met een nieuwe beleidsregel van IGJ, ook bekeken hoe vaak de cliënt dader of slachtoffer is inzake geweld in de zorgrelatie. Daartoe is er in het derde kwartaal 2017 een meerkeuze vraag in ONS-ECD toegevoegd of de cliënt dader of slachtoffer is.

Tabel 1A.2: Is cliënt dader of slachtoffer? Totaal Raphaëlstichting

	Is de cliënt dader of slachtoffer?	
	aantal	percentage
Dader	4018	93,7%
Slachtoffer	269	6,3%
Totaal	4287	

Tabel 1A.3: Is cliënt dader of slachtoffer? Totaal per locatie

	Aantal cliënten (peildatum 13-1-19)	Totaal 2018	
		dader	slachtoffer
Artemis	22	53	6
Breidablick	164	158	70
Croon en Bergh	13	48	5
Dijkgatshoeve	27	98	12
Fermento	61	1	1
Iambe	45	21	0
Midgard	120	237	96
Novalishoeve	56	81	9
Oosterheem	23	62	0
Queeste	295	19	2
Rozemarijn	123	351	20
RSZ VG	64	31	3
RSZ VV	32	72	9
Scorlewald	249	708	29
Ygdrasil	12	76	7
Totaal	1306	4018	269

1B Medicatie-incidenten

Onder een medicatie-incident wordt verstaan: verkeerde aftekenlijst, medicatie geweigerd door cliënt, medicatie niet gegeven, medicatie thuis (bij ouders) niet gegeven, medicatie op verkeerde tijdstip, verkeerde medicatie, verkeerde dosering, verkeerde toedieningswijze, cliënt heeft medicijnen vergeten in te nemen.

Tabel 1B: Overzicht gemelde medicatie incidenten per instelling per jaar

	Aantal cliënten (peildatum 13-1-19)	Totaal 2016	Totaal 2017	Totaal 2018	Gemiddeld aantal gemelde inciden- ten per cliënt in 2018
Artemis	22	3	3	5	0,2
Breidablick	164	198	176	207	1,3
Croon en Bergh	13	10	20	9	0,7
Dijkgatshoeve	27	10	25	45	1,7
Fermento	61	0	0	0	0
Iambe	45	0	1	0	0
Midgard	120	190	148	157	1,3
Novalishoeve	56	64	67	88	1,6
Oosterheem	23	1	2	11	0,5
Queeste	295	1	10	8	0
Rozemarijn	123	63	86	106	0,9
RSZ VG	64	40	46	44	0,7
RSZ VV	32	49	93	72	2,3
Scorlewald	249	161	251	244	1
Ygdrasil	12	37	13	30	2,5
Totaal	1306	827	941	1026	0,8

1C Overige Incidenten

Onder overige incidenten wordt verstaan: (verkeers-)ongeval, vermissing, verbranding, prikaccident of suicide-poging.

Tabel 1C: Overzicht gemelde overige incidenten per instelling per jaar

	Aantal cliënten (peildatum 13-1-19)	Totaal 2016	Totaal 2017	Totaal 2018	Gemiddeld aantal gemelde inciden- ten per cliënt in 2018
Artemis	22	19	7	6	0,3
Breidablick	164	131	94	108	0,7
Croon en Bergh	13	1	4	2	0,2
Dijkgatshoeve	27	3	4	3	0,1
Fermento	61	3	1	1	0
Iambe	45	3	5	6	0,1
Midgard	120	318	197	83	0,7
Novalishoeve	56	23	47	78	1,4
Oosterheem	23	0	0	1	0
Queeste	295	6	10	5	0
Rozemarijn	123	102	69	91	0,7
RSZ VG	64	12	25	11	0,2
RSZ VV	32	39	21	27	0,8
Scorlewald	249	95	40	47	0,2
Ygdrasil	12	11	14	5	0,4
Totaal	1306	766	538	474	0,4

1D Voedingsincidenten

Vanaf 1 januari 2017 worden de voedingsincidenten apart geregistreerd. Onder voedingsincidenten wordt verstaan: verslikken, verbranden, diefstout of bedorven voedsel.

Tabel 1C: Overzicht gemelde voedingsincidenten per instelling per jaar

	Aantal cliënten (peildatum 13-1-19)	Totaal 2017	Totaal 2018	Gemiddeld aantal gemelde inciden- ten per cliënt in 2018
Artemis	22	0	0	0
Breidablick	164	9	5	0,03
Croon en Bergh	13	2	1	0,08
Dijkgatshoeve	27	1	3	0,11
Fermento	61	0	0	0
Iambe	45	2	0	0
Midgard	120	9	10	0,08
Novalishoeve	56	1	0	0
Oosterheem	23	0	0	0
Queeste	295	0	1	0
Rozemarijn	123	13	22	0,18
RSZ VG	64	2	0	0
RSZ VV	32	3	6	0,09
Scorlewald	249	4	3	0,01
Ygdrasil	12	2	0	0
Totaal	1306	48	51	0,04

1E Val-incidenten

Vanaf 1 januari 2017 worden de val-incidenten voor alle instellingen apart geregistreerd. Daarvoor werden ze alleen voor Rudolf Steiner Zorg VV apart geregistreerd. Onder val-incident wordt verstaan: op de grond aangetroffen, struikelen/uitglijden, door knieën zakken of ergens af-/uit-/naast vallen.

Tabel 1E: Overzicht gemelde val-incidenten per instelling per jaar

	Aantal cliënten (peildatum 13-1-19)	Totaal 2017	Totaal 2018	Gemiddeld aantal gemelde inciden- ten per cliënt in 2018
Artemis	22	4	2	0,09
Breidablick	164	60	79	0,48
Croon en Bergh	13	3	0	0
Dijkgatshoeve	27	1	2	0,07
Fermento	61	0	1	0,02
Iambe	45	1	4	0,09
Midgard	120	70	53	0,44
Novalishoeve	56	0	0	0
Oosterheem	23	2	0	0
Queeste	295	0	2	0,01
Rozemarijn	123	42	34	0,28
RSZ VG	64	3	6	0,19
RSZ VV	32	164	130	2,03
Scorlewald	249	28	27	0,11
Ygdrasil	12	3	12	1
Totaal	1306	381	352	0,27

1F BOPZ Middelen en maatregelen

Vrijheidsbeperkende maatregelen die geregistreerd staan in het zorgplan.

Tabel 1F: Vrijheidsbeperkende maatregelen in het 4e kwartaal in de verschillende jaren

Maatregel	2016 Q4	2017 Q4	2018 Q4
(Gedwongen) medicatie toediening	11	11	3
(Gedwongen) vocht/voeding	8	2	0
Aangepast bed/tentbed/box	0	5	5
Afzondering incidenteel in de afzonderingsruimte	3	1	0
Afzondering op eigen kamer in de nacht met deur op slot	47	56	52
Afzondering op eigen kamer overdag met deur op slot	30	28	30
Anders	155	76	81
Bedhekken	28	5	9
Beperken van bewegingsvrijheid binnen woonhuis/werkplaats	143	99	114
Beperken van bewegingsvrijheid buiten woonhuis/werkplaats	0	104	98
Beperkingen in sociale contacten en het gebruik van middelen en media	50	20	21
Collectieve vrijheidsbeperkende maatregelen	124	351	274
Domotica bewegingsregistratie	0	31	32
Domotica cameratoezicht	0	6	6
Domotica uitluistersysteem	0	105	112
Fixatie - diepe stoel, tafelblad	3	1	2
Fixatie - band in bed	5	2	1
Fixatie - band in rolstoel	21	6	9
Fixatie - overig	26	46	25
Fixatie - lichaams(delen) door fysiek vastpakken	22	33	38
Fixatie - lichaamsdelen met gebruik van middelen zoals banden	0	2	7
Psychopharmaca	67	74	68
Separatie	0	0	0
Totaal	743	1064	987

1G Klachten van cliënten/verwanten

Tabel 1G: Geregistreerde klachten van cliënten/verwanten

	2017 Officiële klachten	2018 Officiële klachten	2017 Gesprekken vertrouwenspersoon	2018 Gesprekken vertrouwenspersoon
Breidablick	0	0	8	6
Iambe	0	0	0	0
Midgard	0	1	2	5
Novalishoeve	0	0	1	0
Queeste	0	0	0	0
Rozemarijn	0	0	0	4
RSZ	0	0	0	0
Scorlewald	0	0	14	19
Jeugdwet AKJ	0	0	0	0
Totaal	0	1	25	34

2A Klachten van medewerkers

Tabel 2A: Geregistreerde klachten van medewerkers

	2017 Officiële klachten	2018 Officiële klachten	2017 Gesprekken vertrouwenspersoon	2018 Gesprekken vertrouwenspersoon
Breidablick	0	0	9	64
Iambe	0	0	0	0
Midgard	0	0	14	16
Novalishoeve	0	0	2	0
Queeste	0	0	10	0
Rozemarijn	0	0	1	0
RSZ	0	0	10	123
Scorlewald	0	0	2	7
Totaal	0	0	48	210

2B Melding incidenten medewerkers

Tabel 2B: MIM (Meldingen van incidenten/ongevallen medewerkers)

	Totaal 2017	Totaal 2018
Artemis	0	0
Breidablick	1	3
Croon en Bergh	0	0
Dijkgatshoeve	0	1
Fermento	0	0
Iambe	0	0
Midgard	2	1
Novalishoeve	1	0
Oosterheem	0	0
Queeste	0	4 GGZ
Rozemarijn	3	1
RSZ	7	12
Scorlewald	1	1
Ygdrasil	0	0
Totaal	15	23

2C Teamschouw

Een overzicht van ingevulde formulieren en een score

Tabel 2Ca: Aantal ingevulde teamschouwformulieren 2018 per locatie

	Aantal
Artemis	1
Breidablick	9
Croon en Bergh	1
Dijkgatshoeve	2
Fermento	1
Iambe	1
Midgard	4
Novalishoeve	0
Oosterheem	1
Queeste	3
Rozemarijn	5
RSZ	4
Scorlewald	16
Ygdrasil	0
Totaal	48

Tabel 2Cb: Gemiddelde score per vraag en per thema van de teamschouw 2018

Thema	Vraag	Score	Gemiddelde per thema
Inzetbaarheid	Teamsamenstelling	6,9	
Inzetbaarheid	Fysiek welbevinden	7,2	
Inzetbaarheid	Psychisch welbevinden	6,5	
Inzetbaarheid	Ziekteverzuim	7,3	
Inzetbaarheid	Verloop	6,9	6,9
Vakmanschap en professionaliteit	Professioneel	7,1	
Vakmanschap en professionaliteit	Specialisaties	7,1	
Vakmanschap en professionaliteit	Ondersteuning	6,6	
Vakmanschap en professionaliteit	Veiligheidsbewustzijn	7,2	
Vakmanschap en professionaliteit	Scholing	6,6	6,9
Antroposofie	Antroposofische kennis	6,2	
Antroposofie	Antroposofische uitgangspunten	6,4	6,3
Kwaliteit van de zorgrelatie	Zorgrelatie	7,0	
Kwaliteit van de zorgrelatie	Netwerk	6,7	
Kwaliteit van de zorgrelatie	Agressie	7,1	
Kwaliteit van de zorgrelatie	Gedragscode	7,2	7,0
Samenwerking	Feedbackcultuur	6,6	
Samenwerking	Afspraken	7,3	
Samenwerking	Resultaatgericht	7,1	
Samenwerking	Collegialiteit	7,8	
Samenwerking	Waardering en vertrouwen medewerkers	7,6	
Samenwerking	Waardering en vertrouwen organisatie	6,9	
Samenwerking	Waardering en vertrouwen cliëntverwanten	7,4	7,2
Medewerkerstevredenheid	Zingeving	7,8	
Medewerkerstevredenheid	Hartenziel	7,8	
Medewerkerstevredenheid	Groeimogelijkheden	6,5	7,4

3 Indicatoren Raphaëlstichting

Tabel 3A: Aantal lege bedden volgens productieafspraken met het zorgkantoor per instelling (vanaf Q2 gegevens geregistreerd in kwaliteitsmonitor)

	Q1	Q2 (16/07/18)	Q3 (12/10/18)	Q4 (15/01/19)
Artemis	x	0	0	0
Breidablick	x	2	2	1
Croon en Bergh	x	1	1	1
Dijkgatshoeve	x	1	0	1
Fermento	x	x	x	x
Iambe	x	x	x	x
Midgard	x	4	2	3
Novalishoeve	x	0	1	0
Oosterheem	x	0	0	0
Queeste	x	x	x	x
Rozemarijn	x	3	0	0
RSZ VG	x	2	3	3
RSZ VV	x	9	5	7
Scorlewald	x	1	1	2
Ygdrasil	x	2	2	3
Totaal	x	25	17	21

Tabel 3B: Medewerkers indicatoren (vanaf Q2 gegevens geregistreerd in kwaliteitsmonitor)

	Percentage ziekteverzuim (excl. zwangerschapsverlof)				Openstaande vacatures				Instroom nieuwe medewerkers (aantal)				Uitstroom medewerkers (aantal)			
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
Artemis		1,53	2,37	6,5		0	0	0		3	1	0		1	1	0
Breidablick		8,7	6,1	7,9		10	9	9		15	15	3		14	11	12
Centraal bureau		1	2,5	2,3		1	2	1		2	1	0		3	1	0
Croon en Bergh		8,9	10,1	7		0	0	0		0	1	0		4	0	0
Dijkgatshoeve		9	2,8	0,8		0	1	0		2	5	1		0	2	3
Fermento		2,8	4,7	21,7		0	0	1		2	2	3		2	2	2
Iambe		13,5	8,11	1,5		0	0	0		1	0	0		0	0	0
Midgard		6	4,6	4,6		5	1	4		9	19	7		23	9	3
Novalishoeve		8,1	7,6	10,1		3	0	0		6	2	1		1	3	2
Oosterheem		10,4	10,5	0,1		0	0	0		1	3	0		0	1	0
Queeste		5,9	2,2	5,1		1	1	3		2	1	2		3	0	1
Rozemarijn		7,9	8	7,4		6	1	2		8	8	9		6	6	8
RSZ		6	6,8	8,2		8	5	14		5	11	9		6	7	3
Scorlewald		4,4	4,5	8,9		0	6	3		10	13	12		15	9	8
Ygdrasil		4,5	8,3	10,8		0	0	0		2	0	0		1	2	2
Totaal		6,2	5,4	7		34	26	38		68	82	56		79	54	48

4 Evaluatie Kwaliteit van bestaan

Tabel 4A: Resultaten halfjaarlijkse evaluatie kwaliteit van bestaan. Totaal RS (streefwaarde = 7,5)

	Score 2017	Score 2018
Voelt u zich nu gezond? (lichamelijk)	8	8
Bent u gelukkig? (psychisch en relaties)	7,7	7,9
Bent u tevreden over huis/woning/financiën? (Materieel welbevinden)	8,6	8,6
Heeft u genoeg te zeggen over hoe u uw dagelijks leven leidt?	8,2	8,3
Voelt u zich veilig?	8,5	8,7

Tabel 4B: Resultaten halfjaarlijkse evaluatie kwaliteit van bestaan. Per locatie (streefwaarde = 7,5)

	Aantal ingevuld		Voelt u zich goed?		Bent u gelukkig?		Bent u tevreden over uw woning/financien?		Heeft u genoeg te zeggen over hoe u uw dagelijks leven leidt?		Voelt u zich veilig?		Rapportcijver (vanaf Q3 2018 beschikbaar)	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	aantal	2018
Artemis	25	11	9,8	9,1	9,5	8,6	9,6	9,1	9,6	8,8	9,6	9,1	1	9
Breidablick	52	48	8,3	8,5	7,8	8,1	8,8	8,8	7,9	7,4	8,6	8,4	12	8,6
Croon en Bergh	11	2	8,9	7,5	8	7,5	8,9	10	7,5	8,8	8,9	8,8	3	7,7
Dijkgatshoeve	28	13	8,2	9,0	7,2	7,7	9	8,8	8,7	9	8,3	8,3	6	8
Fermento	1	6	10	9,6	10	6,6	5*	6,9*	10	10	10	10	3	8
Iambe	49	22	9,5	9,0	9,8	9,4	9,6	9,9	9,6	9,8	9,9	9,9	8	9,2
Midgard	122	77	8,3	7,9	8,1	8,1	8,7	9,1	7,9	8,1	8,2	8,6	38	8,1
Novalishoeve	57	31	8	8,2	6,9	7,7	8,4	9	8,3	8,8	8,6	8,8	0	-
Oosterheem	10	1	9,5	7,5	8,6	8,1	9,5	7,5	8,5	7,5	8,8	7,5	5	8,4
Queeste	10	63	5,3	5,7	5,8	5,8	7*	6,9*	8	7,6	7,5	7,9	22	8,7
Rozemarijn	66	48	8,1	8,6	8	8,4	8,4	9	7,4	8,3	8,6	9,3	22	7,5
RSZ	51	33	6,7	6,8	6,4	6,3	7,8	8,1	7,5	6,9	8,4	8,8	10	8,9
Scorlewald	146	89	8,9	8,8	8,8	8,4	9,2	9,2	8,9	9	8,9	8,5	46	8,2
Ygdrasil	5	8	8	8,4	7,5	7,8	9,5	6,6	8	7,5	8,5	6,9	0	-

De scores zijn als volgt berekend: $(ja*10 + vaak*7,5 + soms*5 + nee*2,5) / \text{totaal aantal ingevulde formulieren}$

* cliënten wonen niet bij de betreffende locatie

BIJLAGE 8B DE CLIËNTVERSIE / FILM

De cliëntversie van dit rapport is een film. Deze vindt u op onze website:
<https://www.raphaelstichting.nl/over-de-raphaelstichting/jaarverantwoording/>

BIJLAGE 8C VERSLAGEN INTERN BERAAD EN EXTERNE VISITATIE

- Intern beraad met RvT, COR en CCR-V COR
- Interne visitatie met cliënten en verwanten
- Externe visitatie

Intern beraad met de Raad van Toezicht commissie kwaliteit & veiligheid

Vanuit de gesprekken naar aanleiding van het kwaliteitsrapport 2017, heeft het bestuur veel verbeterpunten meegenomen naar dit jaar. Zoals bijvoorbeeld de opmerking vanuit de CCR-V dat de individuele instellingen niet herkenbaar waren in het rapport. Daar is nu meer aandacht aan besteed. Het is een leerproces, het bestuur gaat nu ophalen hoe de verschillende medezeggenschapsraden het rapport ontvangen hebben en zal de geïnventariseerde verbeterpunten opnemen in hoofdstuk 7 van het rapport. De Raphaëlstichting wil graag navolgbaar zijn in het proces van leren, ontwikkelen en verbeteren.

De commissie geeft aan dat de onderwerpen duidelijk waren, aan de hand van de pijlers, de verhaaltjes en foto's maken het levendig. De commissie geeft aan dat de verbinding tussen de thema's en "de klei" (de dagelijkse zorg en ondersteuning), de samenhang tussen abstract en wat er echt gebeurt, nog beter zou kunnen. De samenvatting is een mooi begin, daarna zou je kunnen inzoomen op de verschillende locaties. Complimenten voor het rapport en de volledigheid er van. De film is de cliëntversie van dit kwaliteitsrapport en zal ook gebruikt worden als de inleiding tot het gesprek over de inhoud van het rapport. Dit rapport is de verantwoording (intern en extern) van de kwaliteit van zorg zoals binnen de Raphaëlstichting geboden. We willen transparant zijn in ons proces van leren, ontwikkelen en verbeteren. Daar ervaren we ook enige kwetsbaarheid in. De commissie is heel benieuwd naar de reacties op het rapport.

Intern beraad met de Centrale Ondernemingsraad (COR)

De COR waardeert de inspanning om een omvattend stuk over kwaliteit op te stellen voor de Raphaëlstichting. Wij begrijpen dat de Raphaëlstichting nog lerend en zoekend is om dit beter vorm te geven.

Over het algemeen vindt de COR de verslagen van een aantal locaties van de RS (Scorewald, Midgard, Bredablick) te rooskleurig. Dit is o.i. ontstaan door het feit dat een aantal systeemboordelingen weinig kritische noten laat zien. Het is goed om de eigen kwaliteiten neer te zetten, maar het is voor een lerende organisatie net zo belangrijk om te laten zien wat minder goed of niet lukt, en welke verbeterpunten daaruit voortkomen.

In vergelijking met andere instellingen kent de Raphaëlstichting een groter verloop van medewerkers.

Het is het onderzoeken waard of daar oorzaken voor zijn te vinden, dit is van belang om medewerkers verbonden te houden.

Van Rudolf Steiner Zorg in Den Haag heeft de COR geen bericht ontvangen.

Intern beraad met de Centrale Cliëntenraad Verwanten (CCR-V)

(Concept) Verslag extra vergadering RvB, Kwaliteitsdienst en CCR-V op 7 mei 2019 bij het Centraal Bureau van de Raphaëlstichting

Aanwezig: Nannie Kruissel, Henk Veerman, Duco van der Kamp, Tanja Markies, Dirk Buitendorp, Michel Overbosch, Marlies Boesten, Hester Buijs, Remco Bakker, Dorine Duwel (verslag)

Afwezig: Jan Koopman (vakantie)

Opening

Hester Buijs opent de vergadering. Het gesprek gaat vandaag over het kwaliteitsrapport, over de kwaliteit van zorg. Kwaliteit moet je vullen, kwaliteit is een leeg begrip. Binnen Breidablick bleek afgelopen week hoe op een treurig moment onze kwaliteit gevuld werd, bij het afscheid van Maarten Houthoff. Hier wordt gezamenlijk bij stil gestaan.

Route totstandkoming kwaliteitsverslag

De verhalen 'Parels' in het rapport geven een beeld van merkbare kwaliteit, hartekracht, liefdekracht en ontmoetingen. Het concept kwaliteitsrapport is/wordt besproken met de CCR, COR en de commissie kwaliteit van de Raad van Toezicht. De verslagen van al deze gesprekken zullen in het rapport opgenomen worden. De definitieve versie wordt onder meer aan de zorgkantoren verstuurd en op 25 juni met hen besproken.

Raphaëlstichting ontvangt jaarlijks een interne visitatiecommissie en een externe visitatie commissie. Dit zou maar een per twee jaar hoeven, maar de Raphaëlstichting wil dat graag ieder jaar doen omdat we de reflectie belangrijk vinden. De Raphaëlstichting heeft 'luisteren' en 'leren en ontwikkelen' tot kwaliteitsopgave gemaakt. Vragen die tijdens de visitaties aan de orde komen zijn: Hoe zijn de ervaringen daarbij? Hoe herkennen jullie je in het luisteren als thema? Heeft u ervaren dat we daarmee bezig zijn? Herkent u dat in het rapport? Zien jullie dat we een lerende houding hebben? Herkennen jullie dat in de dagelijkse praktijk? En herkennen jullie dat in het rapport? Een derde vraag die bij de visitatie aan de orde komt gaat over kwaliteit en veiligheid, randvoorwaarden in de zorg. Hoe ervaart u dat, in de dagelijkse zorg?

Een aantal cliënten, cliëntverwanten en medewerkers worden gevraagd om aan de interne visitatie deel te nemen. Deze zal over 14 dagen plaatsvinden.

De externe visitatie vindt plaats met een aantal mensen van buiten de Raphaëlstichting, zowel mensen die verstand hebben van zorg als mensen die dat niet hebben. Ook aan hen wordt de reflectie gevraagd: wat zien jullie van ons en hoe kunnen jullie ons ondersteunen in de weg die we gaan?

Bespreking kwaliteitsrapport

Afgesproken wordt om een rondje te maken, waarbij iedereen kan vertellen wat opvalt.

- *Jetsam and flotsam**

De eerste constatering is 'We moeten de rommel opruimen'. In het Engels is is Jetsam and flotsam hier een mooie uitdrukking voor. Als er geroerd wordt, komt er rommel bovendrijven. Dat is goed. We kunnen best af en toe wat rommel naar boven brengen, dan ruimen we wel op. Er is binnen de

Raphaëlstichting zoveel schoonheid, dat ‘rommel’ makkelijk gedragen kan worden. Er is aandacht, rijkdom voor cliënten. Dat blijkt ook goed uit de verhalen in het kwaliteitsrapport. Maar de vraag is waar dingen die naar zijn en niet goed zijn, die onwaarachtig of onzorgvuldig ervaren worden, waar luisteren niet lukt, waar die dan zichtbaar worden? Dat zou je ook in het rapport terug moeten zien, en daar zou je vooral ook naar moeten handelen. ‘Doe wat je zegt te doen in kwaliteit’.

De bestuurlijke werkelijkheid is dat er een aantal plekken zijn waar het moeilijk is om de gesprekken te voeren. Dit is een heel breed punt, want hoe ziet het ‘niet luisteren’ eruit? Het gaat om situaties waarin dingen niet lukken, waarin verwanten niet goed in gesprek komen. Dat is pijnlijk, maar het moet zo zijn dat we het met elkaar dragen. Laten we het licht schijnen op situaties, waar luisteren niet lukt, dan kunnen we die situaties aanpakken en doorgaan.

Vorig jaar stond er vooral informatie in het kwaliteitsrapport. Dit jaar wil het rapport meer betrokkenheid spiegelen dan vorig jaar. We laten dit jaar veel de mooie dingen zien; volgend jaar gaan we nadrukkelijk ook de andere kant meenemen.

- *Verhalen ophalen vanuit de ontspannen situaties*

Een andere constatering is dat er onvoldoende ruimte is om te rapporteren vanuit de ontspannen situatie, bijvoorbeeld in een werkplaats aan de koffietafel. Daar komen in de gesprekken n.l. dingen aan de orde waar een werkplaatsleider over zou moeten willen rapporteren. Als een bewoner iets heeft, kan die dat niet altijd vertellen als je dat gestructureerd uitvraagt. Maar in de ontspannen omgeving van de werkplaats uiten bewoners zich en daarom is het belangrijk dat we daar deze informatie ook ophalen. Dan kom je tot een helder inzicht van hoe het nu werkelijk is..

We onderscheiden ons van andere instellingen door een woon- en werkgemeenschap. Alle medewerkers die met de cliënt te maken hebben, moeten ook aandacht hebben voor hoe het gaat. Waarom wil een cliënt niet naast iemand zitten, niet met iemand samen werken?

In bewonersvergadering kan het lastig zijn om iets zeggen, omdat je daarmee een ander tegen de schenen schopt. Pas als het uit de hand loopt, dan gebeurt er iets, maar dan moet er eerst gesust worden voordat we verder kunnen gaan. Dit kan voorkomen worden als er vroegtijdig aandacht is voor op te pikken signalen.

De Raad van Bestuur licht toe dat in één van de klankgroepen dit ook dit aan de orde gesteld is. Afsproken om dit ook in een pilot in de Raphaëlstichting uit te gaan vragen. Op een aantal plekken concreet in een huis settingen maken waar je dit soort verhalen kunt ophalen. Dan moet je wel de goede vragen stellen. Als groep gaan we daar nog over spreken hoe je dat doet? Vincent van Rozemarijn is daar de trekker van. Buiten het CTO om verhalen ophalen.

Meetbare en merkbare kwaliteit, daar zou de Raphaëlstichting bewuster mee om moeten gaan. Dat ophalen van goede vragen doen we en we willen daarbij voortdurend de vraag naar welzijn stellen. Hoe worden we daar ontvankelijk voor? Hoe kun je het regelen in het rapportagesysteem?

- *Pesten en sarren*

Dat bewoners ff zin om dwars te zijn komt in de praktijk veel voor, maar komt in het kwaliteitsverslag maar één keer aan de orde.

- *Sociale veiligheid*

Sociale veiligheid komt in het rapport niet expliciet aan de orde. Wat bijvoorbeeld niet voor het voetlicht komt is het feit dat er een recent initiatief is om verhalen over sociale veiligheid op te halen. Dit heeft geresulteerd in een lange lijst met verhalen van medewerkers. Dit is in 2018 al begonnen, dus we zouden er in het verslag wel iets over kunnen zeggen.

- *Systeembeoordeling*

Er is een format voor een systeembeoordeling door de instellingsleiders. Die systeembeoordeling wordt met de lokale CR besproken. Dit gesprek gaat over het verhaal van de cijfers (meetbare kwaliteit) en het verhaal achter de kwaliteit (merkbare kwaliteit). De systeembeoordelingen zijn door de instellingsleiders geschreven. De Kwaliteitsdienst heeft 'de leerdingen' eruit gehaald en in het verslag vermeld. Of deze route ideaal is en hoe de kleur van de instellingsleider de systeembeoordeling beïnvloedt is onderdeel van reflectie. Je zou wellicht een format kunnen hebben, wat je als instellingsleider schrijft, om in het kwaliteitsverslag onevenwichtigheden tussen instellingen te voorkomen.

- *Communicatie*

We hebben als cliëntenraad twee vragen:

1. Hoe gaat het met onze cliënten?
2. Hoe gaat het met onze bedrijfsvoering?

Niet op alle locaties verloopt de communicatie van de bewonersvergadering/ huisvergadering naar de samenwerkingsraad naar de lokale CR voldoende gestructureerd om goed antwoord op deze vragen te kunnen krijgen. Er wordt te weinig structureel gerapporteerd vanuit de huisvergaderingen naar de cliëntenraden. Soms is er sprake van veel rapportages, maar maar weinig coherentie en dan verliezen we ons in complexiteit als er een grote hoeveelheid informatie die door een trechter moet. Zo komen in de cliëntenraden niet (altijd) de punten aan de orde die spelen en soms zelfs ernstig zijn. Dit moet beter georganiseerd worden. Raphaëlstichtingsbreed zou er een betere structuur moeten komen, zodat we met zo min mogelijk moeite een zo goed mogelijk resultaat kunnen bereiken en dat geborgd wordt dat de dingen die echt spelen voldoende binnen komen.

De leden van Rudolf Steiner Zorg gaan bijvoorbeeld -twee aan twee- twee keer per jaar 'een rondje langs de velden' met een vaste vragenlijst. De uitkomsten worden in de vergadering van de CR besproken en verbeteringen worden daar ook opgevolgd.

Er gebeurt al heel veel maar het bewustzijn bij de cliëntenraden dat iets op de agenda staat of kan komen, kan nog groeien. Het is belangrijk dat cliënten en cliëntenraden weten dat ze punten kunnen inbrengen, dat die mogelijkheid er is. Dat doen we daar, dat verzamelen we daar. Hoe de hazen lopen. Belangrijk is dat we niet overweldigd worden door alle informatie die we krijgen.

- *Tot stand komen kwaliteitsrapport*

In januari was er een bijeenkomst van het zorgkantoor in onze regio. Daar zijn mensen op persoonlijke titel uitgenodigd om met elkaar te praten over hoe het op jouw instelling gaat. Daar hoorden we dat in sommige instellingen de cliëntenraden zelf meeschrijven aan het kwaliteitsrapport. Mensen gaan zelf de instelling in, om verhalen op te halen. Het kwaliteitsrapport is op die manier ook van cliënten en verwanten. Dat is een andere weg, een andere invalshoek. Zij beginnen immers van onderaf en verzamelen zelf informatie, waar bij de Raphaëlstichting de CCR-V zich buigt over een concept-verslag.

- *Evenwichtigheid van registraties en informatie*

Er staan veel registraties in het rapport, maar de informatie is onevenwichtig omdat de instellingen niet in dezelfde mate gezorgd hebben voor de informatie. Zo zijn 44 van de teamreflecties afkomstig van Scorlewald en de overige 33 van de rest van de organisaties. Dat komt omdat sommige locaties ervoor kiezen om de teamreflecties niet te doen.

Evenzo is er de vraag of registraties goed worden bijgehouden. Voor sommige huizen zijn er bijvoorbeeld geen MIC meldingen en geen medicatiefouten, of is sprake van een dalende lijn in de registratie van medicatiefouten. Maar zijn er minder fouten gemaakt of is er minder geregistreerd? Daar is geen analyse naar gedaan. Dat maakt dat er wel harde conclusies geformuleerd worden in het rapport, maar dat niet duidelijk is of daar iets mee wordt gedaan.

Daar waar geen rapportage of geen terugkoppeling is, zou dat een signaal kunnen zijn, dat er daar wat aan de hand is. Er is op sommige locaties bijvoorbeeld sprake van een lage deelname aan de teamschouw. Is er een correlatie met de aanwezigheid van locaties in de CCR? Sommige onderdelen van de Raphaëlstichting zijn structureel afwezig in de CCR. Is er sprake van onderdelen van de Raphaëlstichting die afhaken in de brede zin, die niet deelnemen aan wat er wel is/kan en zo achterblijven?

Met de teamreflectie is vorig jaar begonnen. Als er een incident is, reflecteert en analyseert een team daarop. Hoe dat moet gebeuren is aan de locatie. In sommige instellingen is daar meer druk op gezet dan op andere instellingen. Daar zijn dan meer reflecties maar dat heeft soms ook consequenties gehad op de kwaliteit ervan. Op een andere locatie heeft er minder reflectie plaatsgevonden, maar wel zeer gedegen, met een coach. Deze context zou je in het rapport erbij moeten schetsen.

Het analyseren van gegevens is voor de Kwaliteitsdienst moeilijk, omdat zij te ver weg zitten van de praktijk. De instellingen zelf zijn er ook mee bezig, maar voor hen is het ook nog heel moeilijk. Ze moeten ook leren het verhaal te vertellen, ernaar kijken en het te duiden. Als we dat beter ophalen, wordt het in het rapport ook beter.

- *De verwant*

De betrokkenheid van verwanten loopt terug. Mensen wonen ver weg of hebben andere dingen te doen. De verwanten zijn de leveranciers van de hele Raphaëlstichting maar ontvangen te weinig aandacht en zorg. Je kunt ontzettend veel actieve en passieve betrokkenheid genereren door mensen inclusief te maken. Verwanten moeten standaard onderdeel zijn van het kwaliteitsverhaal.

Bij Rudolf Steiner Zorg zijn er een paar keer per jaar lezingen door biografisch coach en antroposofisch verpleegkundige voor verwanten, bewoners, vrijwilligers etc. Dit wordt zowel 's middags als 's avonds gedaan. Dit kun je structureel voor de hele Raphaëlstichting doen, zodat het ijkpunten worden.

Bij Breidablick missen we een fysiek ruimte, een ontmoetingsplek waar ouders elkaar kunnen spreken maar ook mensen die niet (de hele dag) naar hun werkplaats gaan, elkaar kunnen ontmoeten. Dit soort plekken zijn ook manieren om mensen uit te nodigen om deel te nemen.

- *Diverse punten die opvallen*

Op pagina 38: de Novalishoeve heeft een beeldvormende bespreking met medewerkers gehouden. Als je daar geen cliënten of verwanten bij hebt, dan is de bijeenkomst niet compleet. Voorbeeld van beleid: in driehoeken denken, maar de werkelijkheid is anders,

Vraag over medewerkersverloop pagina 75. Is dat inclusief stagiaires of niet? Als daar een splitsing in wordt gemaakt, moet dat erbij vermeld worden. Gaat het om medewerkers die vertrekken of om stagiairs? En wat zijn de redenen dat ze weggaan? Wat kun je er aan doen om mensen wel te behouden. En om hoeveel FTE gaat het?

Wat is de discipline voor de verbeteringen die in het rapport staan? Wie handhaaft dat verbeteringen worden ingezet? Hoe is de aanspreekcultuur in de Raphaëlstichting als iemand de afspraak niet nakomt? Het is belangrijk dat ook de borging aandacht krijgt.

In hoeverre gelden de huisregels in de huizen nog? Men wil liever geen politie spelen.

Samenvatting

De procesopmerkingen komen in de bestuursbeoordeling in het kwaliteitsrapportage als afdronk van dit gesprek en kunnen benut worden voor de totstandkoming van het kwaliteitsverslag volgend jaar.

Samenvattend kunnen aan de hand van de bespreking vandaag twee dingen geconcludeerd worden:

- Hoe kan het rapport een instrument zijn om in gesprek te gaan met verwanten en cliënten over kwaliteit. Dan wordt het een rapport van ons samen.
- We moeten verwanten actiever betrekken in de beleidscyclus. Simpel aanbod, wat ouders verwanten en cliënten en vrijwilligers uitnodigt om deel te nemen.

Tot slot

Gedetailleerde opmerkingen, zijn voor de redactie van het kwaliteitsverslag ook belangrijk.

Afgesproken wordt dat alle leden van de CCR-v die nog aanvullende opmerkingen hebben, deze via Dorine aan de kwaliteitsdienst doen toekomen.

Vervolgroute

Op 1 juni wordt het rapport gedeponereerd bij VWS in DIGI-MV. Maar de Raphaëlstichting kan er voor kiezen om daarnaast andere publieksversie op de website te zetten.

Cliëntversie

Gezamenlijk wordt aan het einde van de vergadering de cliëntversie van het verslag gezien: een gefilmd verslag, gemaakt door Jan Verweij, samen met cliënten van lambe, Rozemarijn en Midgard. Merkbare kwaliteit van zorg wordt in de film mooi zichtbaar gemaakt door een medewerker die zelf wil deelnemen aan een dagbesteding 'Haar voeten brengen haar zelf'. Het is mooi dat er tegelijk met een de papieren versie een cliëntversie is.

De RvB en de Kwaliteitsdienst danken de CCR-v voor de kritisch opbouwende input. Hier kunnen we iets mee!

** **Flotsam** is defined as debris in the water that was not deliberately thrown overboard, often as a result from a shipwreck or accident. **Jetsam** describes debris that was deliberately thrown overboard by a crew of a ship in distress, most often to lighten the ship's load.*

Verslag van de Externe visitatie

Verslag Externe visitatie dd 16-5-19

Aanwezig: Hein Dekker (Certificatie in de zorg) , Georgette Kempink (Broosz), Jan den Bakker (Stichting presentie), Remco Bakker, Hester Buijs, Michel Overbosch, Marlies Boesten

Opmerking: het was een levendig en open gesprek waarin gezamenlijk enkele punten wat dieper zijn verkend. Voor de leesbaarheid is de individuele inbreng van de deelnemers door de kwaliteitsdienst met enige vrijheid ingepast in één beschrijving van het gesprek, zonder kond te doen van wie wat heeft gezegd...

1. Opening

Het bestuur opent de bijeenkomst en heet iedereen hartelijk welkom op locatie Scorlewald.

2. Opmaat: Verhaal van een cliënt

Coördinator op Scorlewald Petra Hol vertelt samen met een cliënt over de zoektocht van deze cliënt naar gewenste dagbesteding en uiteindelijk naar betaald werk buiten Scorlewald. Deze cliënt woont niet bij de Raphaëlstichting maar in een woongroep in Bergen. Ze heeft een Wajong-uitkering en deed bij Scorlewald de opleiding voor lunchroom medewerker. Dat ging heel goed en bij de cliënt ontstond de wens naar betaald werk, welke bij een commercieel restaurant in de omgeving werd gevonden. In het begin ging dit goed, maar na 3 maanden niet meer... De eigenaar van het commerciële restaurant stond er wel achter maar het team accepteerde niet dat de cliënt anders was, waarvoor wat meer geduld en begrip opgebracht moest worden. De cliënt wil nu de overstap maken naar de zorg. Als alles goed gaat kan ze in september de opleiding voor helpende (MBO1) starten bij het ROC Horizon College. Ze gaat dan op Scorlewald in de werkplaats voor ouderen (het Ouderenatelier) aan het werk en ze wordt met het schoolwerk begeleid door Scorlewald.

Naar aanleiding van dit verhaal is met elkaar verkend: Wat leren we hiervan? We luisteren kennelijk goed naar de cliënt, maar hebben we ook goed naar de ondernemer geluisterd? De ondernemer heeft ook hulp nodig... Er zijn ook voorbeelden waar het wel lukt om cliënten in een commerciële setting te laten werken, bijvoorbeeld bij Blooming of SpringerUit. De Raphaëlstichting is ook bezig met 'SociaalGoed', waarbij ondernemers worden aangezocht die vanuit een sociaal oogpunt ondernemen en die bereid zijn georganiseerd cliënten van de Raphaëlstichting werk te geven en te begeleiden naar betaald werk.

3. Intermezzo: Een korte film waarin drie cliënten van de Raphaëlstichting aan het woord komen

De met elkaar bekeken film is tevens de cliëntversie van het kwaliteitsrapport.

4. Met elkaar in gesprek

Het kwaliteitsrapport

Het kwaliteitsrapport zelf, de bekeken film en het verhaal van de cliënt van Scorlewald zijn alledrie een vorm van 'zenden' geweest naar de bezoekers. Wat vraagt dit voor reactie van de bezoekers? In de agenda waren drie vragen geformuleerd:

a. De Raphaëlstichting heeft luisteren tot een kwaliteitsopgave gemaakt. Herkent u deze in het rapport? Wat zouden wij op dit punt nog kunnen verbeteren?

De bekeken film was aanleiding voor een gesprek over Luisteren... Luisteren is door de Raphaëlstichting als kwaliteitsopgave ingezet om te leren en te ontwikkelen binnen de pijlers van het meerjarenbeleidsplan. Hoe lukt het luisteren? Leren wij (elkaar) wel om te luisteren? Als je écht luistert moet je je eigen gedrag ter discussie stellen en de spiegel van de ander is soms ongemakkelijk... Geven wij elkaar binnen de Raphaëlstichting hierop feedback? Waar lukt het wel, waar lukt het nog niet? Het kwaliteitsrapport geeft wel zicht op wat er allemaal gedaan wordt, maar

wat het voortbrengt voor de cliënt is nog onderbelicht. Welke verbinding wordt er aangegaan en wat is vervolgens de impact van deze verbinding op de cliënt? Vraag van de bezoekers is hoe congruent wij zelf zijn waar het gaat om het luisteren? Het MT, het bestuur? In het rapport is relatief weinig te lezen hoe dit proces verloopt, hoe het lukt om het samen te doen met de cliënten, medewerkers en medezeggenschapsraden. Waar het wél en waar het niet lukt om het samen te doen, vanuit gelijkwaardigheid maar wel eenieder vanuit zijn eigen rol, kan meer in beeld gebracht worden. Het wie-betaalt-wat project is een voorbeeld in het rapport van waar dit wel zichtbaar is.

b. De Raphaëlstichting wil een organisatie zijn waarin eenieder wordt uitgenodigd om te leren en te ontwikkelen. Wat is uw beeld hierover na lezing van het rapport?

Waar moet leren nu eigenlijk over gaan? Welke betekenis heeft het leren en ontwikkelen van de medewerkers voor de cliënten? Er lijkt een zoektocht gaande met de teamreflecties. Er zijn grote verschillen tussen de teams hoe ze de teamreflectie hebben gedaan. En hoe haal je dit op, zodat het in het licht komt en beschreven kan worden in een rapport? Tegelijkertijd zegt het woord 'ophalen' ook iets over de ('hiërarchische') manier waarop gekeken wordt (en geworsteld wordt) met het kwaliteitsrapport.

Hoe worden medewerkers uitgenodigd om (meer gestructureerd) in een reflectieve houding te komen ten aanzien van het zorgverlenen, van de cliënt? Uit het rapport blijkt namelijk dat er wel gereflecteerd wordt op de onderlinge samenwerking maar nog relatief weinig op de zorg. Het lijkt zinnvoller om ook hier niet meer vanuit de organisatie 'te zenden' middels instructies of methoden, of 'op te willen halen' van resultaten van teamreflecties bij de medewerkers. Door aan te sluiten bij de dagelijkse zorgpraktijk en de juiste vragen te stellen (of te participeren) zal zowel de kwaliteit/diepgang en de blik van de reflecties op de kwaliteit van zorg verbeteren. Tegelijkertijd wordt een beeld hiervan verkregen ten behoeve van een beoordeling van de kwaliteit daarvan.

c. Hoe is uw beeld van de kwaliteit én veiligheid van zorg en de randvoorwaarden binnen de Raphaëlstichting als u dit rapport gelezen heeft?

Het rapport komt wat overgeprofessionaliseerd, overcompleet, zeer zorgvuldig en gedetailleerd over. Leren en ontwikkelen lijkt te botsen met pdca. In het rapport is geprobeerd die twee werelden met elkaar te verbinden. Er is een worsteling hieromtrent zichtbaar want tegelijkertijd spreekt er iets uit het rapport dat men dit wil 'afgooien'. Een andere manier van kijken naar en stimuleren van kwaliteit schemert door, maar een vorm van 'klassiek kijken' naar kwaliteit van zorg (bijvoorbeeld cijfermatige overzichten, pdca, proces-indicatoren etc.) wijzen ook op een (nog steeds) sterk sturen op compliance. En dit kan binnen de organisatie samengaan, maar het is wél de vraag of dit allemaal in het kwaliteitsrapport hoeft te worden opgenomen. In die zin wil de Raphaëlstichting misschien ook wel teveel 'heren' bedienen met één rapport?

Leervragen om het volgend jaar beter te doen

- Wat is de betekenis geweest om te luisteren (in presentie termen: aansluiten en afstemmen)? In het voorbeeld van de Kaarsenmakerij in de film: je kijkt nu naar de uitkomst terwijl het in de periode ervoor gebeurt. Dat subtiele van het proces mag naar voren komen inclusief de betekenis voor degene die het ontvangt.
- Wat merkt de cliënt van de inspanningen die in het rapport staan?
- Een belangrijke vervolgvraag is dan ook hoe je de merkbare kwaliteit meer op de voorgrond krijgt in een dergelijk rapport? Gekozen zou bijvoorbeeld kunnen worden voor beschrijving van 10 casussen...
- Het rapport hoeft voor de meeste lezers geen compleet beeld te geven van de 'controle' (op compliance bijvoorbeeld of op de veelheid aan processen en mechanismen die moeten leiden tot veilige en verantwoorde zorg). Er lijkt meer behoefte te zijn aan een kwaliteitsrapport waarin de verschillende belanghebbenden (cliënten, medewerkers, verwanten ea) zelf vertellen hoe het ervoor staat met de kwaliteit van zorg en welke dilemma's men tegenkomt. Het zou dan ook mooi zijn als de voor de belanghebbenden relevante thema's in een proces van doorlopende (gezamenlijke) dialoog aan het licht gebracht kan worden. En tenslotte: welke betekenis heeft

een dergelijk rapport voor de zorg, begeleiding en ondersteuning van de cliënten? Die betekenis moet je samen geven, in gesprek in brede kring...

5. Einde

De visiteurs worden hartelijk bedankt door het bestuur. Dit is een gesprek wat dicht zit op wat er gewenst wordt met een externe visitatie.

Verslag van de Interne visitatie

Interne visitatie

22 mei 2019, locatie Breidablick

Aanwezig waren:

Cliënten: Wesly (MG), Rick (SW), Ron (SW), Kim (BB) en Daniël (BB)

Coaches cliënten: Geert-Jan (SW), Liesbeth (BB) en Monique (MG)

Verwanten: Margot (BB)

Bestuur: Hester en Remco

Kwaliteitsdienst: Marlies en Michel

1. Welkom

Het bestuur heet iedereen welkom en licht het programma van vandaag toe:

- Deelname aan de ochtendopening van Breidablick.
- Film bekijken van drie cliënten van de Raphaëlstichting die vertellen over de zorg.
- Met elkaar bespreken wat we in de film hebben gezien en wat onze eigen ervaringen zijn met de zorg.
- Het doel van vanochtend is om op basis van wat we met elkaar hebben meegemaakt, gezien en besproken, leer- en verbeterpunten en adviezen mee te geven aan de Raphaëlstichting.

2. Ochtendopening

Na een kort kennismakingsrondje gaan wij gezamenlijk naar de zaal om de ochtendopening op Breidablick mee te maken. Er is ook iemand jarig, dus het is een vrolijk begin van de dag.

3. De film

De gemaakte film is een vertaling in woord en beeld van de thema's 'luisteren... en doen' en 'leren en ontwikkelen' waarin 3 cliënten hierover vertellen. Op deze ochtend bekijken we telkens één fragment, waarna de film wordt gepauzeerd en we hierover met elkaar in gesprek gaan en eigen ervaringen uitwisselen.

Er is ook een kwaliteitsrapport geschreven, welke wel via de mail is aangekomen bij de coaches en verwant, maar helaas pas gisteren over de post.

4. Het gesprek

Het was een mooi gesprek waarin met name de cliënten en de verwant aan het woord waren en (soms met wat hulp van elkaar of de coaches) ervaringen wisten te delen van dingen die er écht toe doen! De film bleek een goede opmaat voor dit gesprek.

5. De oogst

Aan het einde van het gesprek hebben we gezamenlijk gekeken wat er allemaal besproken was en wat leer- en verbeterpunten zijn voor de Raphaëlstichting.

a. Hulp op maat

Een gedeelde ervaring is dat 'de trein soms stilstaat'. Dat je als cliënt moet wachten en in onzekerheid verkeert over wat er gaat gebeuren (bijvoorbeeld bij een verhuiscwens of een meningsverschil met de persoonlijk begeleider). Het advies van cliënten en verwant aan de Raphaëlstichting is hier:

- Help ons te praten over wat we zélf willen ook als we verbaal niet sterk zijn. Door bijvoorbeeld goed te observeren, ons initiatief aan te moedigen of er naderhand nog eens op terug te komen. Betrek ook ons netwerk of andere cliënten, want die kunnen ook helpen.
- Help ons bij het écht zelf beslissen (als cliënt kun je natuurlijk wel advies vragen aan een andere cliënt of een medewerker, maar we vinden het het beste als je uiteindelijk zélf kunt beslissen).
- Zorg dat we weten waar we terecht kunnen (bijvoorbeeld bij een vertrouwenspersoon).
- Vertel ons wat de keuzes zijn.
- Doe ons geen beloften die niet waargemaakt (kunnen) worden.

b. Er is voor mij/ons besloten

Een andere gedeelde ervaring is dat er soms dingen voor cliënten worden besloten (vaak met de beste bedoelingen). Zo was er op Breidablick 'besloten' deel te nemen aan de 'Nationale week zonder vlees'. Hierover is geen overleg gevoerd met cliënten of de bewonersraad en verwantenraad. Het advies van cliënten en verwant aan de Raphaëlstichting is hier:

- Breng Luisteren... en doen! in de praktijk. Na Luisteren... staan puntjes (...). Breng deze puntjes in praktijk door wat gehoord is éérs gezamenlijk te maken door het ook aan ons te vragen. Op die manier is iedereen erbij betrokken en kunnen we gezamenlijk besluiten. Ga het dan pas doen. En bouw ook een evaluatie in, zodat we gezamenlijk na een tijdje nog kunnen kijken of het voor iedereen klopt. (Een voorbeeld zijn de huisregels... hebben wij die écht samen met elkaar vastgesteld en kijken we periodiek of we dat allemaal nog steeds wel zo willen..?)
- Bij alles wat aan ons leven raakt, stel jezelf daarbij de vraag: 'Heb ik het jou ook gevraagd?' (op de melodie van Frans Bauer's liedje 'Heb je even voor mij?' is dit goed te onthouden).
- Gebruik meer ondersteunende communicatie om ons te betrekken (een goed voorbeeld is het gebruik van smileys op Rozemarijn in de film, of de ondersteunende gebaren bij de ochtendspreuk op Breidablick)

c. Samen leven met anderen

Het samen wonen en werken met anderen kan naast mooie ontmoetingen soms ook spanning of angst meebrengen. Op werkplaatsen kan het bijvoorbeeld lawaaierig zijn en niet iedereen kan daar goed tegen. Ook is er wel eens agressie en dan zijn cliënten maar ook medewerkers soms bang. Het advies van de verwant en cliënten aan de Raphaëlstichting is hier:

Kijk nog eens goed naar de werkplaatsen. Is er sprake van (geluids-)overprikkeling? Is er ook voldoende zinvol werk voor cliënten in een prikkelarme beschutte omgeving beschikbaar?

Heb de nodige aandacht voor sociale veiligheid. Dit is een belangrijk thema voor ons. Niet alle cliënten voelen zich veilig als er conflicten zijn of irritatie is of als iemand op het huis agressief reageert.

Zorg voor ontmoetingsplekken, waar zowel cliënten als medewerkers, verwanten of gasten met elkaar of met anderen kunnen afspreken. Dit is op niet alle locaties beschikbaar.

d. Wisselingen en krapte van medewerkers

Het komt vaker dan vroeger voor dat er nieuwe medewerkers komen werken en vertrouwde medewerkers weggaan. Het opnieuw vertrouwd raken met een nieuwe persoonlijk begeleider bijvoorbeeld, vraagt heel wat van cliënten. Het advies van cliënten en verwant aan de Raphaëlstichting is hier:

- Zorg ervoor dat wij zoveel mogelijk begeleid worden door vaste, vertrouwde medewerkers.
- Wij vinden het goed als medewerkers het minder druk zouden hebben, omdat de verbinding met ons dan beter is en er geen dingen blijven liggen.
- Ook vinden wij het belangrijk dat medewerkers leren hoe ze ons moeten begeleiden, door scholing, teamreflectie, elkaar aanspreken of op andere teams stage lopen en daar nieuwe inzichten opdoen.

- Help medewerkers met het leren stellen van prioriteiten als ze het druk hebben... dat is ook in ons belang.
- Laat medewerkers minder computerwerk doen, zodat ze meer tijd hebben voor ons en voor een huiselijke ontmoeting met elkaar (bijvoorbeeld als we uit ons werk komen...).

6. Afsluiting

Het bestuur dankt de aanwezigen voor hun inbreng en concludeert dat er veel heeft geklonken. Een verslag mét de aanbevelingen die gedaan zijn, zal worden toegevoegd aan het kwaliteitsrapport 2018. De opgave voor de Raphaëlstichting is om het genoemde mee te nemen in realistische plannen voor volgend jaar.

1. Inleiding

Voor u ligt het kwaliteitsverslag Rudolf Steiner Zorg 2018. Rudolf Steiner zorg is een onderdeel van de Raphaëlstichting. In het integrale verslag leggen we verantwoording af voor de hele Raphaëlstichting. Door middel van dit document leggen we apart verantwoording af over de specifieke activiteiten bij Rudolf Steiner Zorg. Samen met het kwaliteitsplan 2019 komen alle onderwerpen uit het kwaliteitskader VVT aan bod.

2. Algemeen beschrijvend overzicht kwaliteit, veiligheid en randvoorwaarden

In dit hoofdstuk wordt per onderwerp aangegeven hoe hier afgelopen jaar is gewerkt aan persoonsgerichte zorg en ondersteuning, wonen en welzijn, veiligheid, leren en werken aan kwaliteit, leiderschap/governance, personeelssamenstelling en gebruik van hulpbronnen en informatie.

2.1. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

In 2016 is werken conform de visie van positieve gezondheid op twee teams (Berk en Abeel) geïmplementeerd. Dit houdt in dat tijdens het intakegesprek, bij aanvang zorg, bij de cliënt wordt geïnventariseerd waar de wensen, noden, behoeften en voorkeuren omtrent activiteiten en daginvulling liggen bij de individuele cliënt. Op basis hiervan worden samen met de cliënt doelen en acties opgesteld.

Naast het intakegesprek wordt ook door de verzorging, tijdens de observatieperiode in afstemming met de cliënt (en indien de cliënt dat wenst, diens naasten), geïnventariseerd op welke wijze de cliënt zijn leven wil inrichten binnen het verpleeghuis en wordt het gesprek aangegaan over de zorg en ondersteuningsbehoefte. De wensen, noden, voorkeuren en behoeften bezien vanuit de levensdomeinen en de levensgeschiedenis van de cliënt, hebben daarbij in het zorgproces een continue rol om tot afspraken te komen. De afspraken die met de cliënt, zijn mantelzorgers en vrijwilliger(s) worden gemaakt, worden vastgelegd in het zorgleefplan.

In 2018 hebben de teams van Artaban en De Es kennis gemaakt met Positieve Gezondheid. In 2019 zal Positieve Gezondheid geïmplementeerd worden bij De Brug. Om de teams te helpen om consequent te werken volgens Positieve Gezondheid staan voor 2019 bijeenkomsten in de planning om Positieve Gezondheid te borgen in alle teams.

Persoonsgerichte zorg; Het perspectief van de cliënt

Het perspectief van de cliënt is een vast onderdeel in het zorgdossier. Aan iedere cliënt (of diens vertegenwoordiger) is gevraagd wat hij/zij als perspectief ziet, welke wensen hij/zij heeft. In 2018 is dit bij 20 VV cliënten waarvan het profiel was ingevuld niet beschreven. Reden kan zijn dat iemand maar heel kort in zorg is geweest, waardoor het niet is opgenomen.

Systematisch werken met het ondersteuningsplan/zorgplan, in dialoog met de cliënt

Cliënten zijn altijd betrokken bij het opstellen en het evalueren van het zorgplan indien dat mogelijk is. Hij/Zij was ofwel zelf aanwezig bij de besprekingen of het wordt door de persoonlijk begeleider met hem/haar voorbesproken. Indien de cliënt niet in staat was, werd de (wettelijk-) vertegenwoordiger betrokken.

In het ONS-ECD is expliciete ruimte gemarkeerd om de betrokkenheid bij het tot stand komen van de zorg- en ondersteuningsafspraken vast te leggen. In 2018 is dit onderdeel bij 14 VV-clieñten niet ingevuld. Reden kan zijn dat iemand maar heel kort in zorg is geweest, waardoor het niet is opgenomen.

In steeds meer zorgleefplannen is de PDCA-cyclus terug te zien. In 50% van de plannen is dit nu aantoonbaar. Probleem hierbij is dat niet iedereen het evaluatieformulier gebruikt, maar vaak wordt ook het MDO-verslag gebruikt waardoor dit percentage mogelijk aan de lage kant is.

Compassie

De cliënt ervaart nabijheid, vertrouwen, aandacht en begrip. Dit geven wij betekenis in onze waarde gedreven visie op zorg en welzijn. Daarnaast werken wij zoveel mogelijk met vaste medewerkers op de afdelingen waardoor het mogelijk is vorm te geven aan een nauwe relatie tussen cliënt en medewerker. Deze relatie is de basis van persoonsgerichte ondersteuning. Door het echt kennen van onze cliënten met hun diverse behoeften, wensen, normen en waarden is het mogelijk om liefdevolle zorg te bieden.

Uniek zijn

Alle cliënten worden gezien in hun persoonlijke context. Een ieder heeft een eigen identiteit en geeft zelf de input voor de dagelijkse gang van zaken. Hierin kunnen de cliënten ondersteund worden, door hun familie en de medewerkers. De specifieke wensen en behoeften zijn vastgelegd in het zorgleefplan en zijn basis voor de dagelijkse zorgverlening. Deze afspraken kunnen ten alle tijden veranderd worden wanneer hier de behoefte en wens naar is. Voor alle cliënten is in 2018 een persoonsbeeld ingevuld en een zorgplan.

Autonomie

Voor de cliënt is de mogelijkheid van een eigen regie over het leven en welbevinden leidend, ook bij de zorg in de laatste levensfase. Wanneer een cliënt niet meer in staat is tot eigen regie, zal een naaste worden benaderd om de ogen en oren te zijn voor onze cliënt. Afspraken, waaronder afspraken rondom het levenseinde, worden met regelmaat geëvalueerd met cliënten en diens naasten.

Vanuit de evaluaties (tabel 1) blijkt dat VV-clieënten aangeven onvoldoende eigen regie te ervaren (score 5,7). Dat wat de verzorging wil bieden en de praktijk blijken op dit gebied niet overeen te komen. Met andere woorden cliënten ervaren weinig eigen regie. Dit is een aandachtspunt voor 2019.

Zorgdoelen

Aan de hand van de zes domeinen van het zorgleefplan wordt goed gekeken wat van belang is voor deze cliënt. Er worden persoonlijke doelen opgesteld en geen standaard doelen. Op de Abeel en Berk verdient dit nog aandacht. Met name de doelen over de dagbesteding en welbevinden. Onderwerpen als zingeving en welbevinden zijn de leidende rode draad in de zorgleefplanbesprekingen.

Iedere cliënt heeft vastgestelde afspraken over (en inspraak in) de doelen ten aanzien van zijn/haar zorg, behandeling en ondersteuning. De doelen worden 2 keer per jaar geëvalueerd. Dit is in 50% van de zorgplannen ook daadwerkelijk aantoonbaar gebeurd met behulp van het evaluatieformulier (Bron: AO-IC-controle februari 2018). Bij een groot aantal evaluaties wordt het MDO-formulier gebruikt. Hierop zal in 2019 sturing moeten plaatsvinden, zodat de evaluatieformulieren gebruikt gaan worden.

Tabel 8D.1: Resultaten evaluatie kwaliteit van bestaan tijdens de halfjaarlijkse evaluaties

	Aantal ingevuld		Voelt u zich goed?		Bent u gelukkig?		Bent u tevreden over uw woning/financien?		Heeft u genoeg te zeggen over hoe u uw dagelijks leven leidt?		Voelt u zich veilig?	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
RSZ VV	44	39	5,9	6	5,5	5,3	7,5	7,1	6,9	5,7	8,2	8,1
RSZ VG	2	10	10	8,8	10	9,2	10	9,6	10	10	10	10
RSZ Dag-besteding	10	6	9,7	7,9	9,8	7,5	9,7	9,6	9,7	10	9,8	8,7

De scores zijn als volgt berekend: $(ja*10 + vaak*7,5 + soms*5 + nee*2,5) / \text{totaal aantal ingevulde formulieren}$

Hoe hoger de score hoe tevredener cliënten zijn. De cliënten van VG en dagbesteding zijn het meest tevreden. Bij de VG zijn echter pas bij 10 formulieren de evaluatievragen ingevuld. Bij de VV voelen de cliënten zich niet erg gezond en ook niet erg gelukkig. Gezien het ziektebeeld is dit ook begrijpelijk. Ook ten aanzien van de eigen regie is de score laag. Ze zijn wel tevreden over het huis en ze voelen zich veilig.

2.2. Wonen en welzijn

Zingeving

In het doen en laten wordt er door alle medewerkers stil gestaan bij en aandacht geschonken aan de specifieke levensvragen van onze cliënten. Deze levensvragen kunnen namelijk van invloed zijn op het ervaren welbevinden en de zingeving van onze cliënten. Het stil staan en ondersteunen bij deze levensvragen kan hierin van grote meerwaarde zijn.

Binnen Rudolf Steiner Zorg worden multidisciplinaire disciplines ingezet bij specifieke levensvragen. Deze geven ondersteuning en begeleiding aan de cliënt, afgestemd op de levensvragen. De Coördinerend woonbegeleider (Cwb-er) heeft aandacht voor de cliënten en hun specifieke vragen. De arts schakelt de juiste discipline in. Een keer in de drie weken worden er diensten van de Christengemeenschap gehouden bij Rudolf Steiner Zorg. Daarnaast worden er biografische gesprekken gehouden met alle cliënten na opname. Het is de bedoeling dat deze biografische gesprekken input geven voor de begeleiding/verzorging en voor zinvolle dagbesteding, maar ook voor eventuele stervensbegeleiding. De biografisch coach heeft gesprekken gevoerd met de cliënten die dat willen. De uitkomsten daarvan zijn meegenomen in de zorg- en dienstverlening en in de dagbestedingsactiviteiten.

Zinvolle tijdsbesteding

Dit is een standaard onderdeel van het zorgleefplan. Binnen Rudolf Steiner Zorg wordt er op verschillende manieren vormgegeven aan zinvolle dagbesteding. De activiteiten vinden op zowel individueel- als groepsniveau plaats.

Op De Brug is nu de afspraak gemaakt dit te gaan borgen in samenwerking met de Cwb-er en de dagbesteding. De kwaliteitsmedewerker (in opdracht van de teamleider) is bij de zorgleefplanbesprekingen om zo op de hoogte te blijven over de inhoud en om dit regelmatig te toetsen. Zij overlegt vervolgens met de teamleider als er iets moet gebeuren. Op Artaban, de Es en de somatiek is dagbesteding een vast onderdeel van de zorgleefplanbespreking. Zowel voor problemen, maar ook voor ontwikkeling, kunnen doelen worden gemaakt. Conform het kwaliteitsplan 2019 wordt bij somatiek en bij de Brug in 2019 meer dagbesteding ingezet.

Naast dagelijkse ondersteuning op de afdelingen zijn er diverse activiteiten in huis georganiseerd voor de cliënten, familieleden en mensen uit de wijk zoals schilderen, muziek, wandelen etc.

Schoon en verzorgd lichaam plus verzorgde kleding

De cliënt kan zelf aangeven wat de wensen, behoeften, voorkeuren en noden zijn t.a.v. wassen, douchen, toiletgang (eigen regie). Dit wordt vastgelegd in de domeinen in het zorgdossier. Ook wanneer de cliënt niet (meer) in staat is, de zelfzorg (deels) uit te voeren, wordt dit vastgelegd in het zorgdossier. Op basis van de wensen, behoeften, voorkeuren en noden worden afspraken gemaakt over wat overgenomen wordt door de zorg. De afspraken, passend binnen de indicatie, zijn besproken tijdens de zorgleefplanbespreking en vastgelegd in het zorgleefplan.

Rudolf Steiner Zorg heeft cliënten de mogelijkheid geboden om de kleding door Rudolf Steiner Zorg te laten wassen.

Familieparticipatie en inzet vrijwilligers

Familie, naasten en/of mantelzorgers worden betrokken bij de zorg en het welzijn van de cliënt. In samenspraak met de cliënt en de zorgverlener wordt er afgesproken wat de familie, naasten en/of mantelzorg kan betekenen voor de cliënt. De afspraken hierover worden vastgelegd in het zorgleefplan van de cliënt en geëvalueerd.

Ook vrijwilligers zijn bij dit proces betrokken en kunnen hierin ondersteunen.

Het werven van Vrijwilligers gaat via verschillende kanalen:

- Via Vrijwilligerspunt Vluchtelingenwerk Den Haag hebben we 2 personen die in de wandelclub op dinsdag meedraaien en daarmee tevens de Nederlandse taal leren.
- Via de website van de Rudolf Steiner hebben zich enkele vrijwilligers aangemeld die een op een met een cliënt spelletjes spelen of een wandeling maken.
- Via personeelsleden zijn er aanmeldingen voor vrijwilligers binnengekomen zoals een persoon die als zorgvrijwilliger op de PG-afdeling ervaring wil opdoen en iemand die bij de dagbesteding assisteert.
- PeP is een organisatie in Den Haag waar we een advertentie voor vrijwilligers kunnen plaatsen.
- Nieuw is een imker (via de directie) die voorjaar 2018 is gestart met een bijenvolk.

Wooncomfort

De cliënt krijgt, naar gelang de ruimte die er beschikbaar is op een afdeling, de gelegenheid de kamer in te richten met eigen spullen. Er wordt dagelijks schoongemaakt binnen alle ruimten op een afdeling door deskundige medewerkers. Er wordt gezorgd voor een veilige omgeving voor de cliënt en indien nodig wordt er actie ondernomen om dit te waarborgen.

De cliënt kan aangeven welk eten hij/zij lekker vindt en heeft keuze in wat hij/zij wil eten. Indien er dieet of, vanwege geloof, specifieke wensen zijn wordt hier gehoor aan gegeven. De cliënt kan tevens kiezen wat hij/zij wenst te drinken gedurende de dag. Hiervoor zijn deskundige medewerkers werkzaam zoals bijvoorbeeld de diëtiste, die een passend advies t.a.v. slikken kan geven.

2.3. Veiligheid

MIC

Het jaar 2018 is een actief jaar geweest voor de mandaatgroep MIC bij RSZ. De mandaatgroep MIC is compleet en de aandachtsvelders zijn in staat hun taken te doen.

De mandaatgroep MIC heeft als doel om binnen RSZ het klimaat te ondersteunen waarin we op een goed werkbare wijze incidenten melden, analyseren, verbeteracties inzetten en leren van gemaakte fouten om de kwaliteit van de door ons geleverde zorg continu te verbeteren.

Analyseren van incidenten is het afgelopen jaar nog lastig geweest omdat het systeem dat we gebruiken onvoldoende ondersteuning biedt. Gelukkig zijn we actief aan de slag gegaan op zoek naar een systeem dat ons beter gaat ondersteunen, zodat we het algehele doel van de MIC beter kunnen realiseren. Inmiddels is de pilot hiervoor gestart.

De meeste incidenten zijn besproken in de teamoverleggen en ook de teamleider was op de hoogte. Bij een van de cliënten met veel incidenten is de gedragsdeskundige al langer betrokken, bij de ander is dit van recenter datum. Wel is duidelijk dat incidenten bij deze cliënten voortkomen uit de beperking en zij vaak niet anders op situaties kunnen reageren dan ze doen. Hoewel natuurlijk altijd gezocht moet worden naar een veilige omgeving voor alle cliënten.

Bij ernstige incidenten werd steeds contact gezocht met de contactpersoon (vaak een familielid) om hen op de hoogte te stellen.

Er waren op de afdelingen van de cliënten met veel incidenten, veel wisselingen van personeel, invallers en uitzendkrachten. Verder is het opvallend dat bij negen situaties aangegeven is dat er voldoende collega's aanwezig waren, bij één situatie dat dit niet het geval was. Bij de overige 18 situaties is hier niets over gemeld. Daarnaast is onduidelijk hoe de kwaliteit van de collega's was. Dit is wel belangrijke informatie die helaas mist. Hiermee wordt het belang van volledigheid van informatie en de mogelijkheden om de gegevens te analyseren onderstreept. Hiervoor zal extra aandacht zijn in 2019.

Brandveiligheid:

De plannen rondom de brandveiligheid zijn actueel en voldoen aan de NEN-norm. De plannen zijn met name gericht op de Nieuwe Parklaan. De cliënten van de Es zijn verhuisd naar de woning naast Artaban en daarom moet daar ook nog een eenduidig en duidelijke uitleg over de BHV komen.

Artaban en de Brug vallen voor de BHV onder Saffier. Er zijn ook weer ontruimingsoefeningen geweest om beter voorbereid te zijn.

Er zijn nu de volgende plannen:

Brandveiligheidsbeleid:

Dit beleid beschrijft kort de aandachtsgebieden omtrent brandveiligheidsbeleid. Dit zijn bouw, techniek, gemeente (brandweer) en personeel/organisatie (arbo). Dit beleid is voor de hele Raphaëlstichting hetzelfde.

BHV-plan:

Het doel van het bedrijfshulpverleningsplan (BHV-plan) is om een BHV-organisatie in te richten die in geval van een noodsituatie of dreigende noodsituatie tijdig en snel kan worden geactiveerd en doelmatig kan optreden om de gevolgen ervan zoveel mogelijk te beperken. Daarnaast heeft het BHV-plan een informatieve functie in die zin, dat het de betrokkenen bewust maakt van de mogelijke risico's.

Het bedrijfshulpverleningsplan bevat alle gegevens die nodig zijn om in geval van een incident doelmatig te kunnen optreden om letsel en schade te beperken.

De bedrijfshulpverlening beperkt zich voornamelijk tot de hulpverlening in het belang van de arbeidsveiligheid van medewerkers, cliënten en andere personen.

Calamiteitenplan:

Hierin worden een aantal mogelijke calamiteiten beschreven en de maatregelen die genomen moeten worden. De beschreven calamiteiten zijn: brand, blikseminslag, sirene alarm en explosiegevaar.

Het doel van dit calamiteitenplan is de omvang en de gevolgen van een calamiteit zo mogelijk te beperken. In het calamiteitenplan zijn voor een aantal verschillende incidenten de te nemen maatregelen opgenomen. Hierdoor kan bij een optredende calamiteit doeltreffender worden gereageerd.

Ontruimingplan:

Dit voldoet aan de NEN-norm. Hierin staat uitgewerkt hoe het gebouw in elkaar zit en waar alle aansluitingen zitten. Verder staan er stroomschema's in over hoe gehandeld moet worden bij een calamiteit door BHV'ers, receptie en overige personen. Het doel is om de veiligheid te waarborgen en duidelijk te hebben wat er bij een calamiteit moet gebeuren.

2.4. Leren en werken aan kwaliteit

Rudolf Steiner Zorg doet het niet alleen, maar is ervan overtuigd dat deel uitmaken van netwerken en samenwerkingsverbanden een voorwaarde is om op de juiste manier te kunnen acteren. Voor haar cliënten en burgers in de omgeving maken wij onderdeel uit van de volgende ketens c.q. netwerken:

A. Lerend Netwerk/Community Practice met Saffier, Welthuis en Cardia.

Samen met de organisaties Saffier, Welthuis en Cardia vormen wij een lerend netwerk onder begeleiding van een secretaris van ACCESS Health International. Wij werken onder andere samen op het gebied van het kwaliteitskader door elkaar te informeren, feedback te geven etc. Daarnaast wordt opgedane kennis gedeeld en besproken binnen dit netwerk. Medewerkers van de organisaties kunnen op gezette tijden bij een andere organisatie meelopen. Dit wordt besproken met de leidinggevende en deze regelt de verdere randvoorwaarden om dit mogelijk te maken. In dit lerend netwerk worden doelbewust kennis en ervaringen uitgewisseld over een bepaald kennisgebied. Het netwerk geeft de mogelijkheid om kennis te delen en te leren van elkaar. Om tot deze kruisbestuiving te komen houden we werkbezoeken bij de deelnemende organisaties. Zo krijgen deelnemers de kans om:

- Elkaars werkplek leren kennen.
- Samen na te denken.
- Thema's inhoudelijk te verdiepen.

- Inspiratie op te doen.
- Ervaringen uit te wisselen.
- Te leren van elkaar.

In september 2018 is een bijeenkomst gehouden waarbij de kwaliteitsplannen zijn besproken van de verschillende organisaties.

De Community of Practice heeft eind 2018 een voorstel ingediend bij het Zorgkantoor en gehonoreerd gekregen voor innovatie. Er zal een seminar zorginnovatie worden georganiseerd voor medewerkers, leidinggevend en bestuurders van zorgorganisaties binnen en buiten de community, in de eerste helft van 2019 over direct toepasbare innovatie in de intramurale zorg en selecteren van concrete toepassing om met elkaar te implementeren. Tevens zullen er werkbezoeken aan de locaties van Cardia worden georganiseerd voor medewerkers.

Meelopen bij collega-zorginstelling

Binnen Rudolf Steiner Zorg kunnen alle medewerkers, op alle niveaus en binnen alle disciplines aangeven of ze willen leren van een collega-organisatie van de community of practice. Zij krijgen tijd en ruimte om maximaal 1 à 2 werkdagen per jaar mee te lopen dan wel maximaal 1 à 2 thema-bijeenkomsten per jaar bij te wonen. De randvoorwaarden voor de uitwisseling van medewerkers is op 26 januari 2018 besproken tijdens de bijeenkomst van de community of practice.

Ook biedt de community of practice de mogelijkheid voor medewerkers om op individuele basis expertise op te halen bij de deelnemende instellingen. Zo heeft naar aanleiding van een werkbezoek het hoofd Voeding van Rudolf Steiner Zorg een afspraak gemaakt met een collega van Welthuis om kennis uit te wisselen en te sparren over knelpunten die hij binnen Rudolf Steiner Zorg ervaart.

B. Zorgscala

Daarnaast maakt Rudolf Steiner Zorg deel uit van Zorgscala, de brancheorganisatie van zorgondernemers in de regio Haaglanden.

C. Intervisie

De arts (SOG), de psycholoog en de gedragsdeskundige nemen deel aan intervisiegroepen met collega's van andere instellingen.

De gedragsdeskundige heeft deelgenomen aan de vakgroep gedragsdeskundigen van de Raphaëlstichting.

De arts (SOG) heeft deelgenomen aan de vakgroep artsen van de Raphaëlstichting. De arts (SOG) zit daarnaast in een intervisiegroep met 8 collega's, die 10 x per jaar bij elkaar komen voor intervisie onder begeleiding van een professionele begeleider.

De psycholoog die werkzaam was tot eind september 2018 was bij meerdere intervisie-netwerken aangesloten. De nieuwe psycholoog is in december gestart.

2.5. Leiderschap, governance en management

De voorzitter van de Raad van Bestuur heeft maandelijks overleg gehad met de directeur. Het kwaliteitskader en de stand van zaken stonden in dit overleg steeds op de agenda.

De directeur heeft in de primaire zorg meegelopen op afdeling De Brug. Het meelopen in de primaire zorg heeft haar kennis van en waardering voor de zorgmedewerkers vergroot. Tevens gaf haar dat meer feeling met de problematiek van de cliënten. De warme persoonsgerichte zorg viel daarbij op. Tevens is ook duidelijk geworden dat de huisvesting van De Brug nog onder de maat is.

Het jaarplan 2018 was ambitieus. Met betrekking tot kwaliteitsverbetering, kernwaarden en visie, en personeel zijn er grote stappen gezet. Op een aantal onderwerpen hebben we ons doel nog niet bereikt, maar we zijn op de goede weg. De grote stappen hebben ook een keerzijde: er wordt een grotere mate van onveiligheid ervaren door medewerkers. Medewerkers weten wel dat er verbeteringen nodig zijn en ze worden hier in meegenomen, maar er gebeurt veel tegelijkertijd waar de medewerkers het liefst hebben dat alle bij het oude blijft. De verandering die gaande is bij het scholingsteam, het overgaan naar centrale roosteraars, het terughoudende beleid met betrekking tot inzet van extern personeel creëert grote onrust en een gevoel van onveiligheid bij medewerkers.

Rudolf Steiner Zorg heeft het kwaliteitskader Verpleeghuiszorg verwerkt in de jaarplansystematiek. De uitgangspunten die verwoord zijn in het kwaliteitskader zijn in het Kwaliteitsplan als leidraad genomen om vast te leggen waar Rudolf Steiner Zorg nu staat en welke ambities we hebben voor het komend jaar. Dit kwaliteitsplan is een levend document waar gedurende ons leerproces door het jaar heen aanpassingen in zullen plaatsvinden.

In 2018 is Rudolf Steiner Zorg gestart met een kwaliteitstraject van Waardigheid en Trots. Rudolf Steiner Zorg beoogt met dit kwaliteitstraject, dat van medewerkers en cliënten de naam OmW&Nteling heeft gekregen, te realiseren dat:

- cliënten tevreden zijn met antroposofische, veilige en kwalitatief goede zorg;
- medewerkers tevreden zijn met hun werk in een antroposofische, lerende en een open organisatie;
- verwanten en vrijwilligers zich gezien, gewaardeerd en betrokken voelen.

Een coach is vanaf maart 2018 tot september 2019 twee dagen per week op locatie om medewerkers in alle lagen van de organisatie te coachen in dit traject. Om de voortgang van de OmW&Nteling te monitoren en bij te sturen, gebruikt Rudolf Steiner Zorg de Verbetermeting 360 Kwaliteitsverbetercyclus van Vilans (KVC). Deze digitale vragenlijst wordt voorgelegd aan verschillende doelgroepen (medewerkers, vrijwilligers, cliënten en familie). Aan de hand van de resultaten bespreken de teams hoe ze willen werken aan een verbetering van de kwaliteit van zorg. De thema's waar we in 2018 mee zijn begonnen en die in 2019 gecontinueerd worden zijn:

- Kwaliteit van leven.
- Veilige zorg.
- Medewerkers en teams.
- Bestuur en leiderschap.
- Organisatie en bedrijfsvoering.

In het Kwaliteitsplan Rudolf Steiner Zorg 2019 wordt eerst het profiel van de zorgorganisatie (Hoofdstuk 2), het profiel van de cliëntpopulatie (Hoofdstuk 3) en de personeelssamenstelling (Hoofdstuk 4) besproken. Hoofdstuk 5 omvat het jaarplan van heel Rudolf Steiner Zorg voor 2019, waarin beschreven staat wat we in het kader van de OmW&Nteling in willen realiseren. In Hoofdstuk 6 zijn de jaarplannen van de afzonderlijke teams van Rudolf Steiner Zorg opgenomen. Voorafgaand aan deze jaarplannen hebben de teams een locatie-analyse uitgevoerd (swot) waarbij ook gekeken is naar de behoeften, eisen en verwachtingen van belanghebbenden.

2.6. Personeelssamenstelling (voldoende en vakbekwaam personeel)

In 2018 is bij Rudolf Steiner Zorg een instellingsschouw uitgevoerd om vanuit overzicht en enige afstand meer geïntegreerd zicht te krijgen op: het toegerust zijn voor de werkzaamheden van de medewerkers; de ontwikkeling van de medewerkers; maar ook zicht te krijgen van de teamsamenstelling in relatie tot de zorgvraag; de arbeidsmarkt, etc.

Leidinggevend in teams

De essentie van het Schouwverslag van Rudolf Steiner Zorg is dat de ervaring van medewerkers met betrekking tot de kwaliteit van het werk sterk afhangt van de stabiliteit in het team. Stabiliteit van het team hangt weer sterk af van verzuimpercentage en aantal vacatures. Een goede teamleider verhoogt de stabiliteit van het team. In 2018 was 1 van de 3 teamleiders langdurig ziek en 1 zat in een disfunctioneringstraject. De stabiliteit van de teams van deze twee teamleiders is daardoor afgenomen. Het team van de goed functionerende teamleider heeft in 2018 ervaren dat ze goede kwaliteit van werk leveren, dat ze (over het algemeen) goed zijn toegerust voor hun werk en dat zij zinvol en belangrijk werk doen. Door het aantrekken van een nieuwe teamleider en het beëindigen van de functie van de disfunctionerende teamleider, kunnen we in 2019 bouwen aan de overige teams.

Inzetbaarheid

Rudolf Steiner Zorg lijdt onder veel vacatures en een hoog ziekteverzuim. Deze zijn het hoogst bij Artaban en de Linde. Er wordt vervolgens veel extern personeel ingezet om de gaten te vullen, die hierdoor ontstaan. Dit leidt tot minder goede kwaliteit van zorg, hogere werkdruk van het vaste personeel en een algehele ontevredenheid over feedback, professionaliteit, etc. Waar weinig vacatures zijn en een laag ziekteverzuim zie je (grote) tevredenheid van het team wat betreft inzetbaarheid. Bijvoorbeeld bij de therapeuten en Amarant.

De kwaliteit van de zorgrelatie en de samenwerking hangen sterk samen met de inzetbaarheid: veel vacatures en grote mate van verzuim leiden tot minder goede kwaliteit van zorg, lagere kwaliteit van de zorgrelatie en slechter ervaren samenwerking.

Bij heel Rudolf Steiner Zorg wordt in 2019 sterk ingezet op het invullen van vacatures (o.a. via de zijinstroom) en het terugdringen van verzuim.

Leren en ontwikkelen van medewerkers

Medewerkers hebben minimaal eenmaal per jaar een POP-gesprek (Persoonlijk Ontwikkel Plan) gehad. Tevens is er eenmaal per jaar in elk team een TOP-gesprek gevoerd (Team Ontwikkel Plan). De leerpunten die gedefinieerd zijn naar aanleiding van het TOP-gesprek vormen een terugkerend agendapunt op de teamvergadering om op deze manier verbeteringen binnen het team te borgen.

2.7. Gebruik van hulpbronnen

Gebouwen

Huisvesting: is onvoldoende voor de Brug en het Tobiashuis. De huisvesting van De Brug is tijdelijk. Er is nu wel een andere locatie op het oog. Voor het Tobiashuis zijn er nog geen definitieve plannen. Rudolf Steiner Zorg is op zoek naar een locatie waar alle afdelingen bij elkaar zitten om het gemeenschapsgevoel van Rudolf Steiner Zorg te versterken en de reisafstand tussen de afdelingen te verminderen. De verplaatsingen van medewerkers naar de verschillende locaties kost veel tijd die beter aan de cliënten besteed kan worden.

In december 2018 is de Es verhuisd naar de Rusthoekstraat. Dat zorgt voor een grote verbetering qua woonomgeving en qua zorgverlening aan de cliënten van de Es.

Financieel

Continue druk op de financiën door te veel PNIL (Personeel niet in loondienst) en te weinig cliënten door onvoldoende huisvesting zorgt voor onrust en psychische belasting bij medewerkers. Discontinuïteit van leidinggevenden heeft ook druk gelegd op de financiën, doordat er minder goed gestuurd kon worden op de bedbezetting en het roosteren. Kortom, hier willen we in 2019 verdere verbeteringen in realiseren.

ICT

Wij realiseren ons dat ICT hulpbronnen van cruciaal belang zijn ter ondersteuning van de teams en overige medewerkers in het bieden van goede zorg. Om te kunnen voorzien in vraagstukken op dit gebied is er een contract afgesloten met een externe partij. Onder ander een contract met I-Care solutions die 24/7 ondersteuning biedt bij ICT vraagstukken.

In 2018 heeft Rudolf Steiner Zorg veel problemen gehad met de mailserver waardoor de communicatie niet altijd goed verliep. Door de migratie van de mailserver begin 2019, zijn deze problemen nu opgelost.

Om ook andere serverproblemen op te lossen staat voor Rudolf Steiner Zorg in 2019 de volledige migratie van de server naar de cloud gepland.

Materialen en hulpmiddelen

Het is van groot belang om die materialen en hulpmiddelen in te zetten zodat cliënten optimaal gebruik kunnen maken van diverse hulpmiddelen voor bijvoorbeeld hun ADL-zorg. Dit geldt ook voor medewerkers en vrijwilligers. Hulpmiddelen zijn in onderhoud bij de verschillende organisaties (bijvoorbeeld de tilliften en po-stoelen bij Arjo, de rolstoelen bij Hartingbank) welke jaarlijks een

controle uitvoert. De teamleiders zijn aanspreekpunt voor vragen rondom alle hulpmiddelen. Daarnaast zijn zij in overleg met de ergotherapeut verantwoordelijk voor het vaststellen van de behoeften en het faciliteren van deze materialen en hulpmiddelen.

Domotica

Bij Rudolf Steiner Zorg wordt daar waar nodig gewerkt met domotica. Op De Brug (gesloten PG-afdeling) is een centrale deurvergrendeling. Daarnaast is er een aantal cliënten met deurverklikkers, een Tag en/of mobiele alarmbellen.

Er wordt niet uitgeluisterd en er hangen geen camera's.

2.8. Gebruik van informatie

Rudolf Steiner zorg gebruikt de informatie uit de kwaliteitsmonitor elk kwartaal. Ook is gebruik gemaakt van de informatie uit de kwaliteitsverbetercyclus (KVC). Middels dialoogbijeenkomsten met verwanten en medewerkers zijn de verbeterpunten tijdens de dialoogbijeenkomsten vastgesteld en deze zijn/worden opgepakt met verbeteracties.

3. Specifieke aandacht voor veiligheid

Onderstaand worden een aantal cliëntveiligheidsthema's nader toegelicht.

3.1. Medicatieveiligheid

Medicatieveiligheid

De mandaatgroep medicatie heeft de medicatieveiligheid bewaakt.

De medicatie wordt door de SOG voorgeschreven in het elektronisch voorschrijfsysteem (EVS) van Medimo en ook de aftekenlijsten verschijnen in Medimo. De medewerkers zijn tevreden over het werken met dit systeem. De medicatie wordt vervolgens geleverd door de apotheek en verstrekt door de zorg-medewerkers. Het evalueren van het medicijngebruik is besproken tijdens de zorgleefplanbespreking of zoveel eerder tijdens de artsvisite, indien noodzakelijk in overleg met de behandelend arts. Indien gewenst worden de medicijnen aangepast via het EVS. Voor alle cliënten welke onder behandeling zijn van de specialist ouderengeneeskunde (SOG) is er minimaal 1 x per jaar een medicatiereview met de apotheker geweest. Er is een handleiding geneesmiddelenverstrekking waarin de procedures nauwkeurig staan beschreven.

De VG-clieñten hebben een eigen huisarts. Deze is verantwoordelijk voor het voorschrijven van de medicatie.

Medicatie-incidenten

Onder een medicatie-incident wordt verstaan: verkeerde aftekenlijst, medicatie geweigerd door cliënt, medicatie niet gegeven, medicatie thuis niet gegeven, medicatie op verkeerde tijdstip, verkeerde medicatie, verkeerde dosering, verkeerde toedieningswijze, cliënt heeft medicijnen vergeten in te nemen.

Het aantal medicatie-incidenten staat vermeld in tabel 8D.2. Het aantal medicatie-incidenten is in 2018 weer gedaald op de VV-afdelingen van 93 in 2017 naar 72 in 2018. Bij de VG was een lichte daling van 46 in 2017 naar 44 in 2018.

Antipsychoticagebruik

Het gebruik van antipsychotica monitort de SOG zelf. De SOG streeft naar minimaal gebruik en voornamelijk volgens de richtlijnen. Dat is mogelijk mede door alternatieven op antroposofisch vlak. De SOG heeft het gebruik besproken met relevante partners, zoals Parnassia, psycholoog, apotheker en collega's in het farmacotherapeutisch overleg (FTO). Vanuit het EVS (Medimo) kunnen deze gegevens gegenereerd worden. NB: Antipsychotica vormen een deel van alle psychofarmaca (anxiolytica, antidepressiva, antipsychotica, lithium, psychostimulantia, sedativa en hypnotica). Uiteraard worden ook die andere middelen geëvalueerd en gemonitord (zie IGZ-indicator 14).

Cijfers Antipsychotica in 2018:

- op de pg-afdeling gemiddeld 1 cliënt (van de gemiddeld 22 cliënten);
- op de somatische afdeling gemiddeld 4 cliënten (van de gemiddeld 37 cliënten);
- op de VG (Artaban en Es) gemiddeld 3 cliënten (van de 20 cliënten).

Dit is gelijk aan 2017.

Antibioticagebruik

De SOG probeert zo weinig mogelijk antibiotica voor te schrijven (ter beperking van resistentievorming), wat mede door alternatieven op antroposofisch vlak mogelijk is. Vanuit het EVS (Medimo) kunnen gegevens gegenereerd worden over antibioticagebruik. Dit wordt minimaal 1 x per jaar besproken tijdens het farmacotherapeutisch overleg (FTO) met collega's SOG en apothekers.

Tabel 8D.2: Aantal medicatie-incidenten

	Totaal 2016	Totaal 2017	Totaal 2018
Grondslag VG	40	46	44
Grondslag VV	49	93	72
Totaal	89	139	116

Cijfers Antibioticagebruik:

- totaal 49 voorschriften in 2018 (46 in 2017), waarvan 15 (26 in 2017) door andere artsen (bijvoorbeeld tijdens waarneemdiensten) en 34 (20 in 2017) door de arts van Rudolf Steiner Zorg voorgeschreven;
- somatiek cliënten: 16 voorschriften (in 2017 waren dat 26 voorschriften);
- pg-clieënten: 24 voorschriften (in 2017 waren dat 17 voorschriften);
- vg-clieënten: 9 voorschriften (geldt alleen voor afdeling de Linde) (in 2017 waren dat 3 voorschriften).

3.2. Decubituspreventie

Decubituspreventie heeft al gedurende jaren alle aandacht in Rudolf Steiner Zorg. Periodiek wordt de risicosignalering ingevuld door de verzorgden. De resultaten worden besproken met de betrokken disciplines. De afgelopen jaren zijn er positieve resultaten qua voorkomen en op tijd signaleren van decubitus. Decubitus is niet altijd te voorkomen en kan onderdeel zijn van de laatste levensfase in het verpleeghuis. Het kan bijvoorbeeld ontstaan door het niet meer tot zich kunnen nemen van voeding, door bedlegerigheid en incontinentie. In deze gevallen wordt hier een zorgdoel over gemaakt in het zorgleefplan met de multidisciplinair gemaakte afspraken en acties. Er is een mandaatgroep decubitus opgestart in 2017 om inzet van acties en afspraken omtrent dit onderwerp te borgen.

Er is een procedure voor decubitus. Die wordt door de kwaliteitsmedewerkster bijgehouden en getoetst. De procedure is in het kwaliteitshandboek goed te vinden via kristal.

Deze procedure is uitgewerkt in 6 bijlages.

1. Houding lig/zit.
2. Handleiding risico score decubitus.
3. Risico decubitus hoe herkennen wij dit?
4. Handleiding verzorging van huid en wondbehandeling.
5. Algemene hygiëne maatregelen bij wondbehandeling.
6. Registratieformulier voor het meten van dreiging op decubitus. Aandachtsvelder houdt de metingen in de gaten 1x maand.

Het beheer van het decubitus materiaal wordt door de aandachtsvelder decubitus gedaan. Het Registratieformulier decubitus in ONS-ECD werkt maar is in 2017 nog weinig gebruikt. Dit is begin 2018 direct opgepakt. Van alle cliënten op Abeel en De Berk is een decubitusformulier ingevuld.

Er is sinds 15-12-17 een digitaal registratiesysteem in gebruik van Arjo voor het lenen van decubitusmatrassen. Via Arjo is er overzicht wie wat gebruikt en wat de voorraad is.

Er is een procedure gemaakt voor de stappen die gevolgd moeten worden bij de constatering van decubitus. Deze wordt begin 2018 geïmplementeerd.

Eind 2017 gebruikten ongeveer 10 cliënten een AD matras op de afdelingen somatiek. Maandelijks wordt dit door de aandachtfunctionaris gemonitord.

In overleg met de arts wordt wekelijks tijdens de artsen visite bekeken wat er nodig is voor de behandeling van decubitus bij cliënten. Indien nodig wordt de diëtiste ingeschakeld.

3.3. Gemotiveerd gebruik van vrijheid beperkende maatregelen (VBM)

Voor het monitoren en terugdringen van de vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) zijn de mandaatgroepen BOPZ/GOG VG en BOPZ/GOG PG ingericht in 2017.

Er zijn 2 vormen van vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) te onderscheiden bij Rudolf Steiner Zorg bij VV-clieënten:

1. VBM bij cliënten met een somatische handicap: VBM op vrijwillige basis in overeenstemming met de cliënt en huisarts of SOG. Dit is op basis van preventieve maatregelen ter voorkoming van incidenten en in nauw overleg met betrokken cliënt/familie. Dit wordt vastgelegd in het zorgplan.

2. VBM bij PG cliënten. Toepassing hiervan vindt plaats in nauw overleg met Specialist ouderengeneeskunde (tevens BOPZ-arts) en psycholoog, teamleiding/CWB-er en zo mogelijk vertegenwoordiging van cliënt (bijvoorbeeld een familielid).

Tijdens de wekelijkse visite Onbegrepen Gedrag met de specialist ouderengeneeskunde (SOG), CWB-er en psycholoog worden de ingezette VBM structureel geëvalueerd en indien mogelijk vervangen door (lichtere) alternatieven of afgebouwd. Iedere evaluatie wordt gedocumenteerd in ONS-ECD.

Daarnaast vindt iedere drie maanden een periodieke evaluatie plaats die volgens gestandaardiseerde vragen wordt gedocumenteerd in ONS-ECD. De etage voor psychogeriatric van Rudolf Steiner Zorg maakt onderdeel uit van een BOPZ instelling, derhalve is de wet BOPZ van toepassing op dit deel van Rudolf Steiner Zorg. Rudolf Steiner Zorg streeft er naar vrijheidsbeperkende maatregelen alleen toe te passen onder strikte afspraken. Er wordt altijd eerste onderzocht of er geen anderen mogelijkheden of opties zijn voordat er overwogen wordt om vrijheidsbeperkende maatregelen in te zetten.

In tabel 8D.3 staan de toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen bij Rudolf Steiner Zorg.

In het team en met de cliënt (vertegenwoordiger) wordt na het uitproberen en testen van minder ingrijpende opties/mogelijkheden besproken of er toch een VBM noodzakelijk is. Eén van de teamleden neemt contact op met de SOG of psycholoog om de VBM te bespreken en vult vervolgens digitaal in ONS-ECD Dossier het VBM formulier in.

Het (elektronische) formulier wordt door de psycholoog of SOG van concept naar actueel gezet en maakt deel uit van het zorgplan.

De vrijheidsbeperkende maatregelen bij VG-clieënten worden besproken met de gedragsdeskundige. Het aantal VBM is vrijwel stabiel. Het betreft met name het beperken van de bewegingsvrijheid buiten het woonhuis voor de PG cliënten.

Voor de VV cliënten is er een lichte afname in 2018 tov 2017. Voor de VG een lichte toename.

Tabel 8D.3: Toegepaste geregistreerde vrijheidsbeperkende maatregelen

Maatregel	VV 2017 Q4	VV 2018 Q4	VG 2017 Q4	VG 2018 Q4
(Gedwongen) medicatie toediening	6	1	1	1
(Gedwongen) vocht/voeding	0	0	0	0
Aangepast bed/tentbed/box	1	2	0	0
Afzondering incidenteel in de afzonderingsruimte	0	0	0	0
Afzondering op eigen kamer in de nacht met deur op slot	0	0	0	0
Afzondering op eigen kamer overdag met deur op slot	0	0	0	0
Anders	1	2	1	1
Bedhekken	1	0	0	1
Beperken van bewegingsvrijheid binnen woonhuis/werkplaats	0	0	0	0
Beperken van bewegingsvrijheid buiten woonhuis/werkplaats	15	13	0	0
Beperkingen in sociale contacten en het gebruik van middelen en media	4	1	3	3
Collectieve vrijheidsbeperkende maatregelen	0	1	0	0
Domotica bewegingsregistratie	6	7	0	0
Domotica cameratoezicht	0	0	0	0
Domotica uitluistersysteem	0	0	0	1
Fixatie - diepe stoel, tafelblad	0	0	0	0
Fixatie - band in bed	0	0	0	1
Fixatie - band in rolstoel	2	3	1	1
Fixatie - overig	0	0	0	0
Fixatie - lichaams(delen) door fystiek vastpakken	2	2	0	0
Fixatie - lichaamsdelen met gebruik van middelen zoals banden	0	0	0	1
Psychopharmaca	2	0	1	1
Separatie	0	0	0	0
Totaal	40	32	7	11

3.4. Grensoverschrijdend gedrag en overige incidenten

Onder grensoverschrijdend gedrag wordt verstaan: agressief/ongewenst gedrag van de cliënt, huiselijk geweld, kindermishandeling, ouderenmishandeling, seksueel misbruik/seksueel grensoverschrijdend gedrag, schending privacy cliënt, incident met verdovende middelen bij cliënt, agressief /ongewenst gedrag van medewerker of derde naar cliënt. In tabel 8D.4 staat het aantal incidenten grensoverschrijdend gedrag. Bij de VV-clieñten is het aantal licht afgenomen van 45 naar 33 incidenten. Bij de VG was er ook een lichte afname van 106 in 2017 naar 90 in 2018.

Er zijn in totaal 37 GOG meldingen gedaan over situaties tussen 2 of meer cliënten onderling. Er zijn 3 echte meldingen gedaan bij slachtoffers. Dit is erg weinig. Hierin zal meer bewustzijn moeten komen bij de teams.

GOG-scholing heeft bij het team van Artaban geleid tot het serieus nemen van een niet-pluis gevoel. Acties die daar op zijn ondernomen hebben geleid tot aangifte bij de politie van mogelijk seksueel misbruik door een uitzendkracht en een melding bij de IGJ. Medewerkers en familie van cliënten zijn tevreden over de ingezette acties.

Tabel 8D.4: Aantal gemelde incidenten grensoverschrijdend gedrag

	Totaal 2016	Totaal 2017	Totaal 2018
Grondslag VG	15	106	90
Grondslag VV	58	45	33
Totaal	73	151	123

Tabel 8D.5: Aantal gemelde overige incidenten (weglopen, ongeval etc.)

	Totaal 2016	Totaal 2017	Totaal 2018
Grondslag VG	12	25	11
Grondslag VV	39	21	27
Totaal	51	46	38

3.5. Overige incidenten

Onder overige incidenten wordt verstaan: (verkeers-)ongeval, vermissing, verbranding, prikaccident of suïcidepoging.

Het aantal overige incidenten is bij de VV licht toegenomen van 21 in 2017 naar 27 in 2018. Bij de VG is het aantal overige incidenten weer gehalveerd van 25 in 2017 naar 11 in 2018.

De reden van de toename van de overige incidenten voor de VG in 2017 was met name te wijten aan een van de cliënten met 7 meldingen van automutilatie in het 4e kwartaal.

3.6. Preventie van acute ziekenhuisopnamen

Preventie van acute ziekenhuisopnamen

Preventie acute ziekenhuisopnamen en presentaties op de 'spoedeisende hulp' (SEH): deze ongeplande opnames/presentaties gebeuren weinig.

Ter preventie van acute ziekenhuisopnames streeft Rudolf Steiner Zorg naar een zo optimaal mogelijke bijdrage aan het lichamelijke welbevinden en gezondheid van de cliënt. Hiertoe mag de cliënt rekenen op adequate gezondheidsbescherming en –bevordering, een schoon en verzorgd lichaam en smakelijke maaltijden, hapjes en drankjes. Rudolf Steiner Zorg draagt zorg voor een individuele invulling en vakbekwame uitvoering op elk van deze items. Daarbij worden de persoonlijke informatie en afspraken in het zorg(behandel)-/leefplan van de cliënt opgenomen. Bij elke cliënt worden de risicofactoren in kaart gebracht en minimaal 2 x per jaar tijdens de zorgplanbespreking geëvalueerd.

Na opname heeft de SOG gesprekken met de cliënten met betrekking tot hun wensen omtrent medisch handelen. Hierin wordt onder andere het beleid besproken en vastgelegd. Dit geldt ook voor mogelijk behandeling of opname in het ziekenhuis. Deze afspraken worden half jaarlijks tijdens de zorgleefplanbespreking geëvalueerd.

Cijfers ziekenhuisopnames in 2018:

In 2018 waren 6 ongeplande ziekenhuisopnames (waarvan 3 x wegens een fractuur, 1 x na een val, 1 x vanwege ileus en 1 x op verzoek van familie). (In 2017 waren 6 ongeplande ziekenhuisopnames (waarvan 2 x wegens een fractuur, 2x na een val op hoofd, 2 x wegens verslechterende gezondheidssituatie)).

(NB: in 2016 volgens de administratie van de SOG 3 ongeplande ziekenhuisopnames).

Er vond 1 geplande ziekenhuisopname plaats in 2018.

De broze gezondheidssituatie speelt in de meeste gevallen een rol bij de ongeplande ziekenhuisopnames. De redenen van de ongeplande opnames in het ziekenhuis ligt grotendeels in de toestand van de cliënt zelf en lijkt onafhankelijk te zijn van verkeerde of onvoldoende zorg en/of behandeling.

3.7. Valpreventie

Onder val-incident wordt verstaan: op de grond aangetroffen, struikelen/uitglijden, door knieën zakken of ergens af-/uit-/naast vallen. Het aantal valincidenten is afgenomen bij de VV cliënten van 164 in 2017 naar 130 in 2018.

Bij de VG-clieënten komen weinig val-incidenten voor.

Tabel 8D.6: Aantal gemelde valincidenten

	Totaal 2016	Totaal 2017	Totaal 2018
Grondslag VG	x	3	3
Grondslag VV	x	164	130
Totaal	x	167	133

4. Specifieke aandacht voor cliëntoordelen

4.1. Aandacht voor cliëntoordeel

Kwaliteitsverbetercyclus (KVC)

In 2018 heeft in het najaar de kwaliteitsverbetercyclus (KVC) plaats gevonden in samenwerking met Vilans. Bij de KVC worden cliënten, verwanten, medewerkers, behandelaren, management en vrijwilligers bevroegd op onderwerpen die te maken hebben met de kwaliteit van zorg zoals de verzorging, de maaltijden, de bejegening door medewerkers etc. Doordat vanuit de verschillende invalshoeken wordt gekeken ontstaat een compleet beeld. De verbeterpunten die hieruit voortkomen worden opgepakt.

Opvallende uitkomsten waren:

Voor somatiek

De netto promotor score (NPS) is een manier om klanttevredenheid te meten (dit is een onderdeel van het CEO). De NPS wordt berekend door de cliënten/verwanten de volgende vraag voor te leggen: In hoeverre zou u deze organisatie aanbevelen bij uw familie en vrienden? Om antwoord te geven kan de respondent een score invullen van 0 t/m 10. De scores worden verdeeld in drie groepen:

- Promotors (respondenten hebben een 9 of 10 gegeven).
- Neutralen (respondenten hebben een 7 of 8 gegeven).
- Critici (respondenten hebben een score van 6 of lager gegeven).

De score wordt als volgt berekend: % promotors - % critici.

De NPS bedraagt 0 voor cliënten. De NPS is niet hoog aangezien het verpleeghuis nog meerbedskamers heeft.

Te verbeteren zijn:

- Zinvolle tijdsbesteding en activiteiten.
- De maaltijden.
- Onvoldoende tijd en ruimte voor de cliënt.

De eerste twee punten waren in het cliëntervaringsonderzoek 2017 ook geconstateerd.

Er is een plan van aanpak gemaakt.

Voor PG

De netto promotor score NPS bedraagt 17 voor naasten. Dit is een positieve score.

Te verbeteren zijn:

- Zinvolle tijdsbesteding en activiteiten.
- Balans vast en flexibel personeel.
- Veilige en schone ruimtes.

Er is een plan van aanpak gemaakt.

Voor VG

De netto promotor score NPS bedraagt 56 voor cliënten en voor verwanten 9. Dit is een positieve score.

Te verbeteren zijn:

- Evaluatie zorgleefplan.
- Goede afstemming behandelaren.

- Balans vast en flexibel personeel.
Er is een plan van aanpak gemaakt.

Zorgkaart

Naast het CEO biedt ook Zorgkaart Nederland zicht op cliëntervaringen/cliënttevredenheid. De tevredenheid bij het Tobiashuis is gestegen van 7,7 in 2016 naar 8,7 in 2017 en weer gedaald naar 7,4 in 2018 (19 waarderingen).

De tevredenheid bij De Brug is gestegen van 6,6 in 2016 naar 8,2 in 2017 en weer iets gedaald naar 7,8 in 2018 (10 waarderingen). Artaban heeft op Zorgkaart een 9,1 (4 waarderingen).

BIJLAGE 8E FINANCIËLE GEGEVENS + BESTUURSVERSLAG

De financiële jaarverantwoording vindt u op onze website:

<https://www.raphaelstichting.nl/over-de-raphaelstichting/jaarverantwoording/>

KENGETALLEN RAPHAËLSTICHTING 2018

Cliënten

Cliënten/ bewoners/ deelnemers per 31-12-2018: 1387

Gehandicaptenzorg wonen: 549

Gehandicaptenzorg begeleiden: 583

GGZ : 182

Verpleging: 73

Medewerkers

Aantal medewerkers per 31-12-2018 in aantal banen op 31-12-2018: 1334 / in personen 1281 (dit komt door medewerkers met dubbele dienstverbanden)

Formatie-eenheden op 31-12-2018: 759,45

Verzuimpercentage over 2018: 6,18%

BIJLAGE 8F

GEBRUIKTE AFKORTINGEN

ADL	Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen
AKJ	Advies- en Klachtenbureau Jeugdzorg
AVG	Arts verstandelijk gehandicapten
BD	Biologisch-Dynamisch
BHV	Bedrijfshulpverlening
BOPZ	Bijzondere Opnames Psychiatrische Ziekenhuizen
CB	Centraal Bureau Raphaëlstichting
CR	Cliëntenraad
CCR-C	Centrale Cliëntenraad Cliënten
CCR-V	Centrale Cliëntenraad Verwanten
COR	Centrale Ondernemingsraad
CEO	Cliëntervaringsonderzoek
DNV	Det Norske Veritas (certificerende instelling voor ISO)
ECD	Electronisch cliëntdossier
EHBO	Eerste Hulp Bij Ongelukken
EVD	Electronisch voorschrijf systeem voor medicatie
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GOG	Grensoverschrijdend gedrag
HACCP	Hazard Analysis and Critical Control Point (Risico-inventarisatie voor voeding)
HRM	Human Resources Management (Personeelszaken)
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
ISO	Internationale Organisatie voor Standaardisatie
KDC	Kinderdagcentrum
LSR	Landelijk steunpunt (mede)zeggenschap
MDO	Multi Disciplinair Overleg
MIC	Melding Incident Cliënt
MIM	Melding Incident Medewerkers
MT	Management team Raphaëlstichting
MTO	Medewerkers Tevredenheidsonderzoek
NAH	Niet Aangeboren Hersenletsel
ONS-ECD	ONS = merknaam van het gebruikte Electronisch cliëntdossier
OR	Ondernemingsraad
PDCA	Plan–Do–Check–Act
PG	Psychogeriatric/psychogeriatrisch
PNIL	Personeel niet in loondienst
POP	Persoonlijk Ontwikkelplan
PRISMA	Prevention and Recovery System for Monitoring and Analyses. Met de onderzoeksmethode PRISMA wordt incidentanalyse systematisch uitgevoerd om oorzaken te achterhalen
RIE	Risico Inventarisatie en Evaluatie
RS	Raphaëlstichting
RSZ	Rudolf Steiner Zorg
RvB	Raad van Bestuur
RvT	Raad van Toezicht
SOG	Specialist Ouderengeneeskunde
TOP	Team Ontwikkelplan
VBM	Vrijheidsbeperkende maatregel
VG	Verstandelijke beperking
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
VV	Verpleging, Verzorging
ZZP	Zorgzwaartepakket