



# Ruimte voor de beste zorg

## *Continu de kwaliteit van zorg verbeteren*

Kwaliteitsrapport Robert Coppes Stichting  
verslagjaar 2017

Auteur:

Evie Cleven

Datum:

8 mei 2018



**Robert Coppes Stichting**

## Inhoud

Inleiding		3
Hoofdstuk 1	Ruimte voor de beste zorg aan cliënten met visuele en bijkomende beperkingen	4
Hoofdstuk 2	Bouwstenen voor de beste zorg	6
	2.1. Het kwaliteitsbeleid	6
	2.2. Bouwstenen kwaliteit	7
Hoofdstuk 3	Continu verbeteren van de zorg	9
	3.1. Wat gaat goed? Wat zijn verbeterpunten?	9
	3.2. Ontwikkelpunten: beschrijving en oplossingsrichting	11
	3.3. Vervolgproces na vaststelling ontwikkelpunten	16
Hoofdstuk 4	Interne reflectie	17
Hoofdstuk 5	Externe visitatie	17
	5.1. Visitatie met stakeholders buiten de branche	17
	5.2. Visitatie brancheorganisaties	18
Hoofdstuk 6	Oordeel van de bestuurder	20
Hoofdstuk 7	Cliëntversie kwaliteitsrapport	21
Hoofdstuk 8	Bijlagen	22



## INLEIDING

Voor u ligt het kwaliteitsrapport van de Robert Coppes Stichting (RCS). De RCS richt zich op de doelgroep van mensen die naast een visuele beperking ook bijkomende beperkingen hebben op het gebied van psychiatrie, NAH (Niet Aangeboren Hersenletsel), cognitieve en lichamelijke beperkingen.

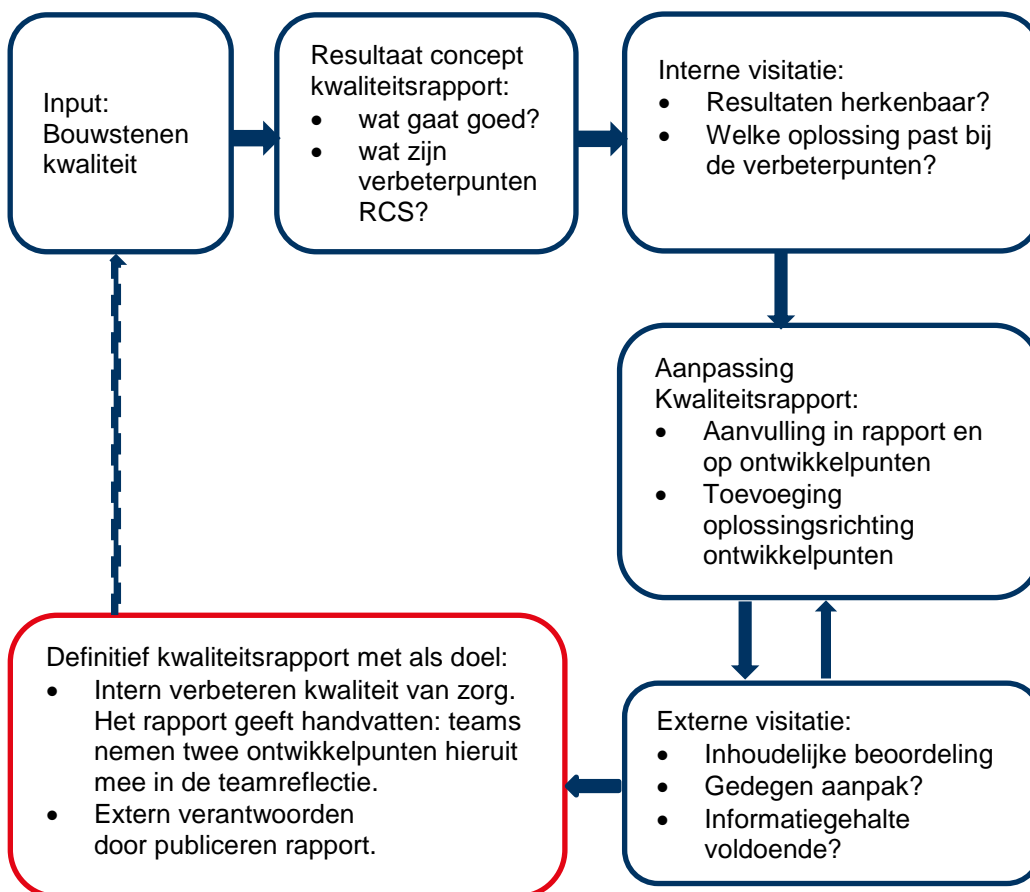
Het doel van dit rapport is tweeledig: het belangrijkste doel is intern de kwaliteit van zorg verbeteren voor onze cliënten. Daarnaast leggen we hiermee extern verantwoording af over de kwaliteit van zorg. Onderstaand figuur is een weergave van het proces om dit doel te bereiken.

Reflecteren, zowel intern met elkaar als extern met stakeholders die belangrijk zijn voor onze doelgroep, is essentieel om te leren hoe we de kwaliteit van zorg kunnen blijven verbeteren. Het kwaliteitsrapport bestaat uit vier onderdelen. Allereerst een algemeen beeld van de RCS. Als tweede een beschrijving van wat we hebben gedaan in 2017 op belangrijke bouwstenen van kwaliteit en waar we nu staan.

Als derde de bundeling van inzichten op de bouwstenen. Belangrijk resultaat hiervan is zicht op wat goed gaat en welke ontwikkelpunten er zijn om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Tot slot de interne en externe reflectie. Op basis van de interne reflectie zijn de ontwikkelpunten aangevuld en oplossingsrichtingen geformuleerd. Tijdens de externe reflectie is door de deelnemers een inhoudelijke beoordeling gegeven en is besproken of de gekozen aanpak voldoende gedegen is en of het informatiegehalte voldoende is. De belangrijkste bevindingen van de externe visitatie zijn als samenvatting opgenomen.

Het rode blok laat de fase zien waarin we nu zitten. Op dit moment liggen er handvatten voor de organisatie en teams voor verbetering van de kwaliteit van zorg aan onze cliënten.



Figuur 1: Proces van intern verbeteren en extern verantwoorden op kwaliteit van zorg

## **1. RUIMTE VOOR DE BESTE ZORG AAN CLIËNTEN MET VISUELE EN BIJKOMENDE BEPERKINGEN**

De RCS werkt vanuit een aantal kernwaarden: de menselijke maat, regie bij de cliënt, autonomie, integriteit en gelijkwaardigheid. De RCS is een waarden gedreven organisatie, waarbij de gedeelde waarden zijn terug te vinden in de hele bedrijfsvoering.

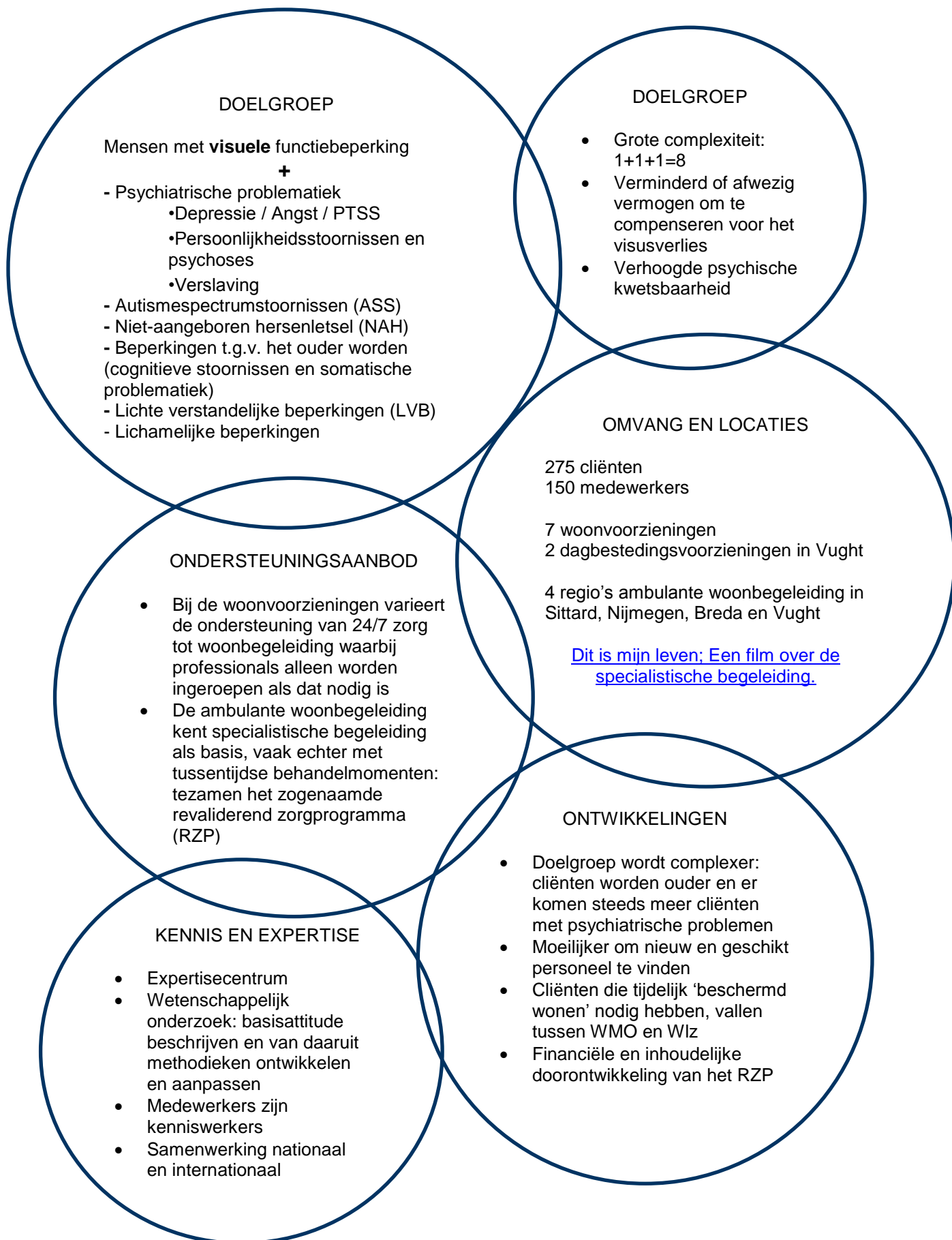
De kernwaarden zijn gekoppeld aan een strategie die gericht is op het staan voor onze bijzondere doelgroep, niet alleen als zorgverlener maar ook als belangenbehartiger. We willen en kunnen een expertisecentrum zijn voor deze bijzondere doelgroep en we zijn onderdeel van een netwerk van organisaties die zich willen en kunnen verbinden aan de belangen en benodigde zorg, revalidatie en ondersteuning voor onze bijzondere doelgroep.

Sinds enkele jaren is de RCS bezig met een nieuwe manier van organiseren om met behulp van een reizigersmodel de stip op de horizon te bereiken. Hierbij gelden de volgende uitgangspunten:

- De cliënt en de bedoeling van de zorg centraal;
- Elke cliënt heeft regie, niet alleen over zijn eigen leven, maar ook over de organisatie van zijn eigen zorg
- Vertrouwen op de kracht van het vakmanschap van de professional;
- Zelforganiserende, zelfverantwoordelijke teams en medewerkers.  
Deze cultuurverandering realiseren door het proces organisch te laten verlopen met sterke inzet op coaching.
- Binnen ruime, heldere kaders grote vrijheid om de zorg voor en met de cliënt goed te organiseren.

In 2018 wordt de visie herijkt. Hierbij wordt een intensief traject gelopen om cliënten en medewerkers te betrekken.

Onderstaand figuur geeft de organisatie visueel weer: een schets van de doelgroep, het ondersteuningsaanbod, de omvang en locaties van de RCS en ontwikkelingen die relevant zijn voor de kwaliteit.



Figuur 2: Algemeen beeld van de RCS en ontwikkelingen

## 2. BOUWSTENEN VOOR DE BESTE ZORG

### 2.1. Het kwaliteitsbeleid

De aanpassing van de visie op kwaliteit en het kwaliteitsbeleid is in volle gang. Aan de basis van deze herziening staan: de visie van de RCS, organisatieontwikkelingen, het nieuwe [landelijk kwaliteitskader gehandicaptenzorg](#) en een eigen kader voor onze specifieke doelgroep ZG visueel. Hiermee vervalt het HKZ kwaliteitssysteem. Het beleid geldt voor alle doelgroepen (dus niet alleen de Wet langdurige zorg). Vanaf 2018 wordt het kwaliteitsbeleid geïmplementeerd.

De kern van het kwaliteitsbeleid is het streven om continu de kwaliteit van zorg en dienstverlening te verbeteren. Daarbij zijn de teams leidend in de wijze waarop zij, samen met cliënten, willen werken aan verbetering van de zorg. De RCS gaat voor de beste (kwaliteit van) zorg. Wat we verstaan onder de beste zorg, willen we ophalen bij cliënten, waarbij cliënten zelf aangeven wat belangrijk is voor hen in de zorg en dienstverlening. Uiteindelijk willen we uitkomen op een kwaliteit die door cliënten ook als goede kwaliteit wordt ervaren. Zelforganisatie is een middel om daar te komen.

De kaders waarbinnen het werken aan continue kwaliteitsverbetering plaatsvindt, staan weergegeven in onderstaande afbeelding (figuur 3). We maken verbetering van kwaliteit zichtbaar via betekenisvolle reflectie. De toolbox bevat instrumenten die medewerkers hiervoor kunnen gebruiken.

Input om continu te werken aan verbetering van kwaliteit, aan de beste zorg voor onze cliënten, omvat voor de RCS vijf belangrijke bouwstenen. Deze bouwstenen zijn opgebouwd vanuit hetgeen we al doen binnen de RCS.



Figuur 3: Continu verbeteren om tot de beste zorg te komen

## 2.2. Bouwstenen kwaliteit

### ➤ Bouwsteen 1: zorgproces cliënt

Medewerkers en cliënten werken vanuit een vertrouwensrelatie met de cliënt. Wanneer een cliënt bij de RCS komt, wordt voorafgaand aan het stellen van doelen gevraagd naar en rekening gehouden met perspectief, wensen en compensatiemogelijkheden van de cliënt en met het perspectief van de professional. Minimaal 1x per jaar wordt een evaluatie gedaan waarna, indien nodig, de hulpverlening wordt bijgesteld. Alle hulpverlening, ondersteuning van de cliënt wordt besproken met de cliënt en vastgelegd in het ECD.

### ➤ Bouwsteen 2: betekenisvolle reflectie

Om te kunnen leren en verbeteren is betekenisvol en structureel met elkaar in gesprek zijn over kwaliteit noodzakelijk. In het vernieuwde kwaliteitsbeleid ligt de nadruk op betekenisvol reflecteren met elkaar, professionals én cliënten. Op diverse momenten wordt al aan reflectie gedaan, om reflectie te stimuleren is een aantal instrumenten in ontwikkeling (zie bijlage 1). In 2017 is teamreflectie op kwaliteit als nieuw instrument ingezet.

De teams hebben veel ruimte gekregen om invulling te geven aan de teamreflectie op kwaliteit. Teams hebben inhoudelijk gereflecteerd op zelf gekozen thema's passend bij het team, de thema's in het kwaliteitskader en het kader ZG-visueel. Ontwikkelpunten uit de teamreflectie komen terug in het teamplan of structureel tijdens het teamoverleg. Een overzicht van de genoemde ontwikkelpunten tijdens de teamreflecties is opgenomen in bijlage 2. Tijdens de teamreflectie zijn de teams niet altijd tot voldoende inhoud gekomen. Voor een volgende keer is het belangrijk om tot meer inhoudelijke diepgang te komen. Mogelijkheden om dit te bereiken kunnen zijn: methodisch reflecteren, cliënten meer betrekken, diepgaander ZG kader visueel meenemen, naast het benoemen van ontwikkelpunten ook aangeven wat er goed gaat.

### ➤ Bouwsteen 3: kennisontwikkeling

De RCS hanteert de volgende expertisemissie:

“medewerkers beschikken over ruime ervarings- en professionele kennis op het gebied van blind of slechtziend zijn in combinatie met psychiatrische en andere bijkomende problematiek die leidt tot een verhoogde psychische kwetsbaarheid. We zijn ons bewust van deze bron van kennis en kunde, en onze drijfveer is om die te blijven ontdekken, ontwikkelen en delen. Leren met en van elkaar, zowel intern als extern”.

Het organisatieonderdeel EIK (Expertise, Innovatie en Kennis) voert een aantal kernactiviteiten uit om te werken aan de expertisemissie:

- *Opbouwen en onderhouden van de kennisinfrastructuur*
- *Innovatie en onderzoek*
- *Samenwerking nationaal en internationaal*
- *Toepassen van (nieuwe) kennis in de eigen organisatie*
- *Kennis uitdragen naar andere zorgaanbieders en zorgvragers*

Het kritisch reflecteren op de praktijk van alledag levert hierbij, naast het beter leren kennen van de cliënt, input op voor verdere ontwikkeling van kennis en expertise over de doelgroep (o.a. inzicht in effectiviteit van gedrag, methodes, etc.). Opbrengsten vanuit kennisontwikkeling worden weer gebruikt om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

De belangrijkste uitdaging voor de komende jaren op het gebied van expertise, innovatie en kennis is dat medewerkers voldoende zijn toegerust met kennis, zich eigenaar voelen van hun kennis en vertrouwen hebben in de kracht van hun vakmanschap.

➤ **Bouwsteen 4: ervaringen cliënten**

Naast reguliere contactmomenten, jaarlijkse evaluatie van ondersteuningsplannen en structureel lokaal bewonersoverleg van bewoners onderling, wordt elke drie jaar de tevredenheid van cliënten over de zorg en dienstverlening gepeild met behulp van een onafhankelijk onderzoek. In 2017 is dit onderzoek weer uitgevoerd. Een uitgebreide vragenlijst is op maat gemaakt voor de RCS.

De resultaten zijn op individueel cliëntniveau teruggekoppeld aan de betrokken begeleiders en op teamniveau aan de teams. Hiermee willen we dat begeleiders en teams verantwoordelijkheid dragen voor het oppakken van en vervolg geven aan de resultaten en waar nodig verbeteringen doorvoeren. De teams zijn vrij om dit op hun eigen manier vorm te geven. Dat is passend binnen de gedachte van zelforganisatie. Een aantal teams heeft de resultaten meegenomen in de teamreflectie.

De uitkomsten zijn uitgebreid besproken met de centrale cliëntenraad. De leden van de centrale cliëntenraad vonden de scores zeer herkenbaar. De resultaten zijn minder positief dan bij de vorige meting, wat ook te verwachten was op basis van de toevoeging van de nieuwe woonvormen, de transformatie in de zorg en de wijzigingen in de aansturing van de organisatie.

Het cliënttevredenheidsonderzoek laat zien dat de cliënten RCS-breed grotendeels erg tevreden zijn. Op de bevroegde thema's scoorde de RCS op alle thema's boven het gemiddelde van de benchmark van het onderzoeksbureau (Customeyes), daar waar benchmarkgegevens aanwezig zijn.

De samenvatting van de scores van het cliënttevredenheidsonderzoek staan in bijlage 3.

➤ **Bouwsteen 5: ontwikkeling medewerkers**

De ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit kunnen niet los gezien worden van de ontwikkelingen op het gebied van personeel.

In de afgelopen jaren heeft een intensieve discussie plaats gevonden over wie en wat de Coppes professional is, uitgedrukt in kennis & kunde, werkhouding, vaardigheden en kernwaarden. Op basis van die discussie is in 2017 ook het basis opleidingsplan opnieuw opgesteld. Dit proces krijgt een vervolg in 2018 en wordt ook geïntegreerd in de nieuwe visie op personeel en de hernieuwde visie op leren die in 2018 geschreven zullen worden. Daarnaast zal in 2018 opnieuw onderzoek naar de tevredenheid van medewerkers worden gedaan.



### **3. CONTINU VERBETEREN VAN DE ZORG**

#### **3.1. Wat gaat goed? Wat zijn verbeterpunten?**

De bundeling van inzichten op de bouwstenen in hoofdstuk 2 leidt tot inzichten op kwaliteit voor de organisatie.

De informatie over 2017 om zicht te krijgen op verbetermogelijkheden komt vooral vanuit:

- de output van de teamreflecties
- cliënttevredenheidsonderzoek
- informatie vanuit gesprekken met de teams door de bestuurder en manager primair proces, waarbij zowel met cliënten als medewerkers is gesproken
- aantal aanvullende gesprekken met staffunctionarissen, onderzoeker en gedragswetenschapper
- Incidentmeldingen, calamiteiten en klachten (zie bijlage 4)
- output interne reflectie op het kwaliteitsrapport
- output externe visitatie op het kwaliteitsrapport

De verkregen inzichten op kwaliteit zijn gebundeld naar centrale thema's in het kwaliteitskader. Centrale thema's in het kwaliteitskader zijn: proces rond de individuele cliënt, de ruimte die cliënten hebben op eigen regie, samenspel van de cliënt, medewerkers, informeel netwerk en vrijwilligers, borging van veiligheid, betrokken en vakbekwame medewerkers.

Wat op elk van deze thema's goed gaat en waar verbetering mogelijk is, is weergegeven in onderstaand overzicht (figuur 4). De blauwe ovalen geven aan wat goed gaat, de rode ovalen (met stippellijn) geven aan waar verbetering mogelijk is. Een meer uitgebreide beschrijving van wat goed gaat en waar verbetering mogelijk is, is te vinden in bijlage 5.

Onderwerpen die het meest eruit springen, doordat ze bijvoorbeeld vaker zijn genoemd of worden gezien als erg belangrijk om de beste zorg te verlenen en zijn herkend, bevestigd en aangevuld tijdens de interne en externe visitatie, zijn benoemd tot ontwikkelpunten. Dit zijn in onderstaande afbeelding de ovalen met blokletters.

Deze ontwikkelpunten gelden voor zowel wonen als ambulante zorg. De punten worden vervolgens in paragraaf 3.2 kort beschreven en per ontwikkelpunt worden oplossingsrichtingen voor verbetering aangedragen.



Figuur 4: Wat gaat goed? (blauw), wat kan beter? (rood met stippellijn), ontwikkelpunten (blokkletters)

### 3.2. Ontwikkelpunten: beschrijving en oplossingsrichtingen

#### De vraag achter de vraag

*Het is niet makkelijk voor cliënten om de hulpvraag eenduidig te formuleren. Bovendien ontstaan gaandeweg het proces vaak nieuwe vragen. Om de vraag achter de vraag te vinden helpt het de professional om aan een band te bouwen, tijd en aandacht te geven en professioneel door te vragen.*

Oplossingsrichting:

- Present werken, vanuit de presentiebenadering. Hierbij nadrukkelijk investeren in de relatie en het opbouwen van het vertrouwen om vervolgens tot de vraag achter de vraag te komen. Deze presentiebenadering wordt meegenomen in het basiscurriculum van medewerkers. Op basis hiervan worden in 2018 – 2019 workshops aangeboden over de presentiebenadering en volgt één van de medewerkers een intensieve cursus presentietheorie, waardoor zij ingezet kan worden in de verdere uitwerking van de presentiebenadering voor onze doelgroep.
- Het bespreekbaar maken van het gegeven of je wel of geen klik hebt met de cliënt. Zowel vanuit het perspectief van de cliënt als van de professional is het hebben van een “klik” een voorwaarde voor het opbouwen van een wezenlijke vertrouwensrelatie. Als er geen klik is, maak dit dan bespreekbaar met je team en of de gedragswetenschapper.
- Om het vertrouwen van cliënten te krijgen, is het belangrijk om een klimaat te stimuleren waarin de cliënt zich vertrouwd voelt. Hulpmiddel hierbij kan zijn om in eerste instantie de cliënt goed te leren kennen en het gesprek te voeren over wat een cliënt goed vindt en dingen die goed gaan, zodat het vertrouwen ontstaat om ook de dingen te bespreken die niet goed gaan. In het gesprek met de cliënt “OMA” (Oordelen, Mening en Aannames) thuis laten.
- Ambulante Woonbegeleiding werkt steeds meer met duo begeleiding. Door het begeleiden in duo's ontstaat er automatisch een mogelijkheid om de vraag achter de vraag te bespreken met de collega die dezelfde cliënt begeleidt.
- Waar mogelijk het principe van de vraag achter de vraag bespreken met de cliënt. Door het fenomeen te bespreken, kan de cliënt zelf ook meer zicht krijgen op zijn of haar vraag achter de vraag.



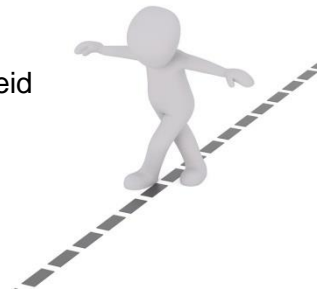
#### Zoeken balans eigen regie-beschermwaardigheid

*Cliënt en professional zoeken samen naar wat mogelijk is, maar de regie over het eigen leven en over de organisatie van de zorg blijft, zoveel als mogelijk, bij de cliënt zelf. De professional houdt hierbij rekening met / adviseert en of confronteert de cliënt (met eventuele risico's c.q. voor- en nadelen) en bespreekt actief de beschermwaardigheid van de cliënt.*

*Afstemming over de eigen regie en beschermwaardigheid is nodig. Op dit moment leidt dit regelmatig tot discussies en handelingsverlegenheid bij begeleiders. Waar de balans hierbij ligt, verschilt per cliënt en vraagt dus maatwerk.*

### Oplossingsrichting:

- Per situatie inschatten waar je als professional gaat staan in het spanningsveld tussen eigen regie en beschermwaardigheid en waarop je op dat moment inzet in het continuüm van '(volledig) volgen, gidsen of (volledig) sturen'. Blijf hierbij steeds in gesprek met de cliënt en let erop dat de cliënt niet wordt overvraagd. Medewerkers mogen zich meer bewust zijn van dit continuüm. Ervaar vervolgens het effect bij de gekozen inzet en evalueer dit met collega's en waar mogelijk met de cliënt. Om te leren met elkaar is het zinvol om over dit spanningsveld, de gekozen inzet en ervaring met elkaar te sparren. We verwachten dat de handelingsverlegenheid hiermee afneemt. Een zekere mate van handelingsverlegenheid is overigens onderdeel van de professie en houdt je scherp in je vak.  
Maak daarnaast met de cliënt afspraken over regie in de begeleidingslijn en neem deze afspraken op in het ondersteuningsplan. Gedragswetenschappers kunnen ondersteunen bij de inschatting in welke mate een cliënt regie kan nemen. Bij Ambulante Woonbegeleiding helpt duo begeleiding bij het zoeken naar de balans, het leren van elkaar en het verkleinen van de handelingsverlegenheid.
- De gedragswetenschappelijke dienst werkt dit thema verder uit in 2018 en komt met concrete handvatten voor meer bewustwording en reflectie op dit thema.



### Invulling vrije tijd

*Cliënten willen graag meer leuke dingen doen in hun vrije tijd. Meedoen aan activiteiten geldt vooral in de eigen woning maar ook buiten de woning, dan wel met begeleiding.*

### Oplossingsrichting:

- Er is een werkgroep Vrije Tijd geformeerd. Deze werkgroep ondersteunt het proces van invulling geven aan vrije tijd. Daarnaast is binnen de vastgestelde formatie ook ruimte om vrijetijdsactiviteiten in te regelen. Ruimte is gecreëerd om vooral in de avonden en in de weekenden meer invulling te geven aan vrije tijd. In het dienstenpatroon dient hier rekening mee te worden gehouden. Wellicht dat de activiteiten in de woonvormen in een later stadium ook toegankelijk zijn voor ambulante cliënten in Vught.
- Er wordt een vrijetijdsconsulent aangesteld voor zes uur per week. Deze consulent gaat de bewoners en woonvormen ondersteunen in de invulling van de vrije tijd van cliënten.
- Er moeten meer vrijwilligers geworven worden voor 1 op 1 activiteiten. De vrijwilligerscoördinator wordt hierbij betrokken en adviseert de consulent en werkgroep Vrije Tijd met betrekking tot een plan voor het werven van vrijwilligers.
- De werkgroep Samen Sterk in de Wijk heeft onder cliënten geïnventariseerd waaraan behoefte is en organiseert gezamenlijk met een aantal partijen in Vught activiteiten waar cliënten kunnen bewegen en ontmoeten. Het gaat op dit moment om wandelen, zwemmen en fitness. De locatie Zwijzenplein neemt hierin het voortouw.



- Bespreek kansen voor nieuwe vormen van ontwikkelgerichte dagbesteding met de gemeente Vught om deze gezamenlijk op te zetten.
- Ambulant (Sittard en Nijmegen) organiseert workshopachtige middagen. In 2018 zoeken de teams naar mogelijkheden om ook in de regio de vrijetijdsbesteding van cliënten beter te faciliteren.

### Gezond leven

*Door de beperkingen die onze doelgroep heeft, is gezond leven vaak een probleem. Daardoor lopen bewoners gezondheidsrisico's. Wat kunnen wij bijdragen aan bewustwording dat gezond leven (bijvoorbeeld gezonde voeding en voldoende beweging) belangrijk is?*

#### Oplossingsrichting:

- Bewustwording en activering van gezond leven stimuleren door over het thema gezond leven met elke cliënt in gesprek te gaan en daar waar mogelijk op te nemen in het persoonlijk plan. Het gaat dan vaak om kleine overzichtelijke stapjes aansluitend bij de beleving van de cliënt.
- Daarnaast ook het vergroten van kennis bij cliënten en medewerkers over gezond leven, enerzijds door scholing en anderzijds doordat teams zich verdiepen in gezonde voeding en laagdrempelige bewegingsactiviteiten. Een voorbeeld van die verdieping is op te vragen bij de locatie Aloysiuslaan, waar team en bewoners een gezamenlijk traject hebben gelopen op het gebied van gezond leven.
- Werken met de methodiek motiverende gespreksvoering, waarmee wordt aangezet tot gedragsverandering. Deze methodiek is opgenomen in het basiscurriculum.
- Gezond leven raakt ook aan: de vraag achter de vraag, eigen regie, vrije tijd. De daar genoemde oplossingsrichtingen kunnen ook ondersteunend zijn voor het omgaan met het thema "Gezond Leven".



### Kwaliteit van tijd voor de cliënt

*Bij tijd voor de cliënt gaat het om de kwaliteit van de "tijd voor de cliënt".*

#### Oplossingsrichting:

- Medewerkers zijn met hun volle aandacht bij de cliënt. Ze luisteren goed en laten zich niet afleiden. Dit punt kent grote overeenkomsten met de presentiebenadering. Medewerkers bespreken per locatie de mogelijkheden voor het beperken van storende factoren in het individuele contact. Voorbeelden hiervan lopen uiteen van het overdragen van de telefoon aan een collega als je een individueel gesprek aangaat tot een wijziging van het dienstenschema, waardoor er meer ruimte komt voor ongestoorde individuele contacten. De oplossingen zijn sterk afhankelijk van de grootte en samenstelling van de locatie en worden per locatie geïnventariseerd en ingevoerd.
- In de begroting voor 2018 is bij een aantal locaties de formatie verhoogd teneinde meer ruimte te krijgen voor individuele tijd voor cliënten en meer vrijetijdsactiviteiten.



## Netwerk van de cliënt

*Voor mensen met een visuele beperking is het lastig om een stevig eigen netwerk op te bouwen. Vaak hebben onze cliënten nagenoeg geen eigen netwerk. Een eigen netwerk draagt bij aan vergroting van de zelfstandigheid en helpt ook bij invulling geven aan vrije tijd.*

### Oplossingsrichting:

- Zorg, voor cliënten die een ontoereikend netwerk hebben en zelf niet in staat zijn dit op te zetten, voor uitbreiding van het netwerk met betekenisvolle mensen.  
Er is altijd wel iemand, ergens.  
Bespreek en stel doelen met een trage curve in de begeleidingslijn op dit thema.
- Maak gebruik van de methodiek “Cirkels van invloed” om het bestaande netwerk van de cliënt in kaart te brengen en de doelen die de cliënt heeft in het verbeteren van zijn netwerk zichtbaar te maken.
- Het netwerk van de cliënt raakt ook aan het thema invulling geven aan vrije tijd. De daar genoemde oplossingsrichtingen kunnen ook ondersteunend zijn voor het thema “Netwerk van de cliënt”. In Vught is het initiatief ‘Samen sterk in de wijk’ er bijvoorbeeld op gericht om mensen bij elkaar te brengen en netwerken tot stand te brengen.



## Kennisontwikkeling – leren en vertrouwen in vakmanschap

*Medewerkers hebben veel kennis van en ervaring met de doelgroep. Tegelijkertijd vragen zij om nog meer (specifieke) kennis, meer gerichte methodieken en het bespreken van toegepaste kennis en ervaringen in intervisie. De ambitie in kennisontwikkeling, het vertrouwen op aanwezige kennis en het vertrouwen hebben in eigen vakmanschap zijn belangrijke ontwikkelpunten in 2018.*

Oplossingsrichting:

- Het hebben van kennis / scholing leidt niet automatisch tot vertrouwen in eigen vakmanschap. Het vertrouwen moet meer worden bevorderd binnen de teams. Vertrouwen in eigen professionaliteit van medewerkers groeit door kennis te verinnerlijken, gewoon doen en ervaren, door met elkaar te reflecteren, elkaar onderling complimenten te geven en je bewust te zijn van de waardering die cliënten vaak uitspreken. Bewustwording van en vertrouwen hebben in het eigen vakmanschap krijgen een nadrukkelijke plaats in de Roadmap EIK 2018 en in de nieuwe visie op medewerkers.
- De RCS mag trots zijn op haar expertise en deze meer laten zien buiten de RCS. Geef meer bekendheid aan de ambitie van de RCS op het gebied van kennis en expertise en waar de RCS over vijf jaar wil staan in het landschap van zorginstellingen (denk aan zorgprogramma's, borging van expertise, etc.). Vraag ook extern om feedback over het niveau van de expertise.
- Het aangepaste basiscurriculum en de (herhalings)cursussen die gegeven worden, geven een duidelijker beeld van de verwachte kennis, de aanwezige kennis en de benodigde doorontwikkeling van kennis. Medewerkers kunnen hun eigen kennis en expertise hier tegen afzetten, waar nodig hun kennis verbeteren en daardoor ook meer inzicht krijgen in hun werkelijke kennis en expertiseniveau.
- Ontwikkel de verbindingen in de ketensamenwerking



## Bewust bezig zijn met verbetering van kwaliteit en dit zichtbaar maken

*De kaders voor verbetering van kwaliteit staan bijna. De teams zijn in regie om tot verbetering in kwaliteit van zorg te komen en dit zichtbaar te maken. Steviger betekenisvol reflecteren en methodisch werken volgens de PDCA methodiek is noodzakelijk. Belangrijk hierbij is dat teams meer in gesprek gaan met cliënten en het meer samen gaan doen.*

Oplossingsrichting:

- Implementeren vernieuwd kwaliteitsbeleid, waarbij bij de teams wordt opgehaald wat zij nodig hebben om de regie op kwaliteit te nemen, methodisch te werken volgens PDCA, betekenisvol te reflecteren en hierbij de cliënten (nog) meer te betrekken. Dit vervolgens per locatie faciliteren.
- Het kwaliteitsrapport bespreken op teamniveau en acties bepalen binnen de kaders zoals aangegeven in paragraaf 3.3.



### **3.3. Vervolproces na vaststelling ontwikkelpunten**

Elk team bespreekt het kwaliteitsrapport (voor wonen samen met bewoners) en maakt een keuze voor twee ontwikkelpunten die voor hen het belangrijkste zijn en waar zij zich in 2018 op willen richten. Tevens maakt elk team een keuze welke oplossingsrichting het meest passend is voor hen.

In de teamreflectie 2018 bespreken teams de gekozen ontwikkelpunten en de bereikte verbeteringen binnen hun team / locatie. Bij het verbeteren van de ontwikkelpunten kan het handig zijn om te informeren en aan te sluiten bij wat partners al beschikbaar hebben en het kan helpen om de dingen die verbetering behoeven te koppelen aan de dingen die al goed gaan.

Elk team plaatst de gekozen ontwikkelpunten op intranet, zodat teams de samenwerking kunnen zoeken of de best practices kunnen ontdekken.



## 4. INTERNE REFLECTIE

Bij de interne reflectie was een brede vertegenwoordiging aanwezig van de teams, de Centrale Cliëntenraad, een gedragswetenschapper, een afvaardiging van de OR, een lid van de Commissie Kwaliteit & Veiligheid van de Raad van Toezicht, de programmamanager EIK, de beleidsmedewerker, de Manager Primair proces en de Bestuurder.

Tijdens de reflectie is besproken of de inzichten in het kwaliteitsrapport herkenbaar zijn en welke mogelijkheden voor verbeteringen de deelnemers voorstellen. Bij een paar ontwikkelpunten zijn tevens medewerkers die in enige vorm bezig zijn met een ontwikkelpunt uitgenodigd om een toelichting te geven en deel te nemen aan de reflectie. De resultaten uit de interne reflectie zijn meegenomen in deze kwaliteitsrapportage.

Uit de evaluatie van de interne reflectie blijkt dat er een goede mix van aanwezigen was, met in het bijzonder de deelname van cliënten en medewerkers van de verschillende teams die vanuit de eigen invalshoek betrokken zijn bij de reflectie. De deelnemers gaven aan energie te krijgen van de onderlinge wisselwerking en tijdens de reflectie van en met elkaar te hebben geleerd.

## 5. EXTERNE VISITATIE

Er zijn twee vormen van externe visitatie uitgevoerd. Een met stakeholders buiten de visuele sector en een met collega aanbieders Visio en Bartiméus binnen de branche visueel.

### 5.1. Visitatie met stakeholders buiten de branche

Bij de externe visitatie zijn verschillende stakeholders uitgenodigd, waaronder afgevaardigden van het zorgkantoor, een gemeente, een collega-zorgaanbieder binnen de visuele sector, een zorgaanbieder binnen de sector gehandicaptenzorg, een zorgaanbieder GGZ en een hoogleraar. Vanuit de RCS waren er een lid van de Centrale Cliëntenraad, de voorzitter van de Raad van Toezicht, de beleidsmedewerker, de Manager Primair proces en de Bestuurder. Het doel van de visitatie is om een beeld te krijgen hoe externen naar de RCS kijken en waar zij punten voor verbetering zien. Tijdens de visitatie is gereflecteerd op de inhoud van het rapport, de mate van gedegenheid van de aanpak en het informatiegehalte van de kwaliteitsrapportage.

Het bleek waardevol om in een gevarieerde samenstelling met externe stakeholders te reflecteren op de kwaliteit van zorg van de RCS. De verschillende zienswijzen gaven een divers beeld. Eerst zijn onderwerpen besproken die over de hele breedte van de zorg spelen. Vervolgens zijn de verschillende zienswijzen met elkaar geïntegreerd, waarbij specifiek voor de RCS unanieme punten, waarvan twee verbeterpunten, zijn ontstaan.

Een positief punt is de waardering die de deelnemers uitspreken over het rapport. Het rapport is duidelijk, laat een gedegen aanpak zien en valt op door zijn concreetheid in zowel de ontwikkelpunten als in de oplossingsrichtingen. De keuze om vooral bij cliënten en medewerkers uit het primair proces de bevindingen, de ontwikkelpunten en de oplossingsrichtingen op te halen, wordt breed gewaardeerd door de deelnemers aan de externe visitatie.

Het rapport laat zien dat de RCS oog heeft voor zowel haar cliënten als voor de medewerkers.

Het rapport maakt tevens zichtbaar dat de RCS werkt vanuit de relatie, vanuit de presentiebenadering en dat de RCS een positieve lijn te pakken heeft met eigen regie, waarbij de eigen regie in ontwikkeling blijft. Ook merken de deelnemers op dat het goed is om te zien dat de RCS open staat voor innovatie en dat de RCS nationaal en internationaal de samenwerking zoekt en kennis uitdraagt.

Het eerste verbeterpunt is de verdere ontwikkeling van de ketensamenwerking. De RCS is onderdeel van een netwerk van professionele organisaties. Verbinding in dit netwerk mag beter zichtbaar worden gemaakt en verder worden uitgebreid. Een voorbeeld hiervan is de samenwerking met de gemeente Vught. Als de RCS kansen ziet voor ontwikkelingsgerichte dagbesteding, dan wil de gemeente graag bij betrokken worden.

Daarnaast mag de RCS meer gebruik maken van een lerend netwerk. De thema's die naar voren komen zijn ook thema's waar andere organisaties mee bezig zijn. Voor oplossingen van ontwikkelpunten kan de RCS aansluiten op wat bij deze partners al beschikbaar is en kan zij haar eigen expertise ook breder beschikbaar stellen aan de partners in de regio.

Een tweede verbetersuggestie is om sterker in te zetten op het netwerk van de cliënt en dit als ontwikkelpunt mee te nemen. Deze verbetersuggestie is direct meegenomen in dit rapport.

Een aantal andere suggesties of overwegingen zijn:

- Het is heel fijn dat het een compact rapport is, maar zorg dat externen wel toegang hebben tot de actuele versie van de visie en strategie, zodat zij het kwaliteitsrapport in hun context kunnen plaatsen.
- Blijf werken aan regie bij de cliënt en zorg dat je de voorsprong die je hierin hebt, behoudt.
- Bij het aanpakken van ontwikkelpunten kan het een voordeel zijn om de verbetering te koppelen aan de dingen die goed gaan.
- Gebruik de dagbesteding, die goed werkt, wellicht voor vrijetijdsbesteding.
- Zie handelingsverlegenheid als onderdeel van de professie.
- Laat medewerkers verantwoording afleggen als het budget voor scholing niet volledig is ingezet.
- Overweeg om in het kwaliteitsrapportrapport over 2018 een oorzakenanalyse van het ontwikkelpunt op te nemen en om de resultaten op een lager niveau dan organisatie breed te beschrijven.

Tot slot is er nog een aantal zorgen gedeeld. Dit zijn het complexer en ouder worden van de doelgroep, het aantrekken van geschikt personeel en de financiële belemmeringen voor cliënten bij het RZP door de dubbele financiële belasting van eigen bijdrage voor de WMO plus eigen risico voor de zorgverzekering.

## **5.2. Visitatie brancheorganisaties**

De visitatie door collega-aanbieders uit de visuele sector is vastgelegd door de visiterende collega's in onderstaand verslag.

Op 21 maart 2018 heeft externe visitatie plaatsgevonden door de collega-aanbieders Bartiméus en Koninklijke Visio. Daarbij hebben gesprekken plaatsgevonden met de bestuurder, de manager en een lid van de Centrale Cliëntenraad en zijn bezoeken afgelegd aan een dagbestedingslocatie en een woonvorm in Vught. Het doel van de externe visitatie was reflectie op kwaliteit en de bijbehorende verbeteracties zoals beschreven in het kwaliteitsrapport. Het was niet de bedoeling dat een oordeel gegeven werd over de kwaliteit van dienstverlening. De externe visitatie was een dialoog ter versterking van het leerproces: reflectie van buitenaf en vanuit een ander perspectief.

Het kwaliteitsrapport vormde de basis voor de visitatie en het gesprek met de bestuurder en de cliëntenvertegenwoordiging. Het externe visitatieteam bepaalde zelf over welke thema's ze welke vragen wilden stellen en aan wie van het ontvangend team. Speciale aandacht ging daarbij uit naar de toegevoegde waarde van een categorale verblijfsetting. Het visitatieteam heeft mondeling en schriftelijk teruggekoppeld wat de bevindingen zijn, wat is gehoord en gezien, wat positief is en wat de ontwikkelpunten zijn.

De bevindingen van het visitatieteam zijn als volgt:

- Het kwaliteitsrapport geeft een helder en open beeld van goede punten en ook van punten die nog meer aandacht behoeven. De ontwikkelpunten zijn helder beschreven en geprioriteerd. De keuzes voor de prioritering werden door de bestuurder goed toegelicht.
- De bestuurder heeft het beeld van de kwaliteit van zorg zoals beschreven in het rapport goed toegelicht. De specifieke aandacht voor de kwaliteit van zorg ten aanzien van de visuele beperking werd wel gemist in het rapport. Tijdens de bezoeken was de observatie en bevestiging van cliënten dat medewerkers goed omgaan met de problematiek als gevolg van de visuele beperking, maar het beeld ontstond dat medewerkers niet altijd bewust bekwaam zijn. De bestuurder herkent deze observatie en gaf aan dat er hard wordt gewerkt aan het expliciteren van deze kennis. Onder andere door het verstevigen van de samenwerking in de branche, opbouwen van een kennisinfrastructuur en het beschrijven van een basiscurriculum.
- De cliënttevredenheid is hoog, een punt waar de Robert Coppes Stichting echt trots op kan zijn. Tijdens de bezoeken werd de tevredenheid van cliënten ook herkend door de visitatiecommissie.
- De mate van eigen regie door cliënten is een positief beschreven element in het rapport. Tijdens de bezoeken werd herkend wat in het rapport staat beschreven. Voorbeelden hiervan zijn de aanwezigheid van cliënten bij sollicitatieprocedure, actieve bijdrage aan het ondersteuningsplan en het inzien van de rapportage. Een aandachtspunt is volgens de visitatiecommissie dat cliënten, in de woning die bezocht is, lang in eenzelfde structuur en omgeving wonen. Mogelijk is de situatie zo stabiel en zijn ze hiermee tevreden, waardoor eigen regie niet als vanzelfsprekend iets is waar bewoners bij stil staan. Het wordt herkend door de bestuurder dat altijd aandacht nodig blijft voor het actief stimuleren van zelfregie.
- Dat veel regie bij de teams is gelegd werd herkend door de visitatiecommissie. Een voorbeeld hiervan is dat ook keuzes met betrekking tot het beheer van het budget door het team worden gemaakt bij de dagbestedingslocatie.

## 6. OORDEEL VAN DE BESTUURDER

Kwaliteitsverbetering is in onze ogen vooral een proces dat dagelijks plaatsvindt doordat bewoners, cliënten en medewerkers met elkaar vorm geven aan het zorgproces en in die ontmoeting telkens weer proberen het beste eruit te halen.

Het proces van evaluatie van de kwaliteit van zorg is daarom ook ingestoken vanuit de huidige beleving van teams, cliënten en bewoners. Geen opgelegd format met vastgelegde onderwerpen waarop geëvalueerd moest worden, maar een dialoog in teams, in gesprekken met bewoners en via een onafhankelijk cliënttevredenheidsonderzoek. We wilden bereiken dat teams, bewoners en cliënten zich eigenaar voelden van zowel de knelpunten als de oplossingsrichtingen.

We hebben aan teams en bewoners gevraagd wat voor hen de belangrijkste knelpunten zijn, maar ook waar ze trots op zijn en wat ze graag willen behouden.

In de teamreflecties hebben teams de dialoog gevoerd over de kwaliteit van zorg binnen hun eigen locatie. Daaruit kwam een veelheid van ontwikkelpunten naar voren.

In het externe cliënttevredenheidsonderzoek werden cliënten en bewoners uitgebreid bevraagd op hun ervaring met en oordeel over de ontvangen zorg. Uit de uitslag kwam naar voren dat de tevredenheid van cliënten en bewoners hoog was en ruim boven de gemiddelde scores uit de benchmark lag.

In de teamreflecties en in gesprekken met bewoners en met de centrale cliëntenraad is vervolgens gevraagd welke punten om verdere ontwikkeling vroegen.

Bovenstaand proces heeft geleid tot een aantal ontwikkelpunten die door een afvaardiging van alle locaties en de volledige centrale cliëntenraad voorzien zijn van concrete oplossingsrichtingen. Met deze werkwijze sluiten we aan op de beleving van de direct betrokkenen en creëren we ook draagvlak voor het werkelijk aanpakken van de ontwikkelpunten.

De interne en externe reflectie hebben het beeld gecompleteerd. Beide reflecties gaven mooie aandachtspunten, maar de werkelijke opbrengst zat vooral in het enthousiasme dat ontstond bij alle deelnemers. Enthousiasme over het prachtige gesprek dat gevoerd werd. Enthousiasme over de dialoog tussen cliënten, bewoners en medewerkers waarbij uitwisseling van ervaring en kennis leidde tot concrete handvatten voor de oplossingsrichtingen. Enthousiasme ook bij de externe stakeholders over het prachtige gesprek dat we met elkaar konden voeren over de ontwikkelingen in de zorg, de mogelijkheden om de zorg nog beter te maken en de mogelijke verbeteringen voor de specifieke doelgroep en zorg waar de Coppes zich op richt.

Een bijzondere ervaring die ons in het voornemen sterkte om, los van de jaarlijkse kwaliteitsrapportage, de dialoog te blijven voeren met alle betrokkenen. Er is een immense hoeveelheid kennis en ervaring beschikbaar binnen de gehandicaptenzorg. Het optimaal gebruik maken van die kennis en ervaring blijft een mooie uitdaging voor de (nabije) toekomst.

## 7. CLIENTVERSIE

Samenvatting rapport voor cliënten en bewoners

De RCS heeft een kwaliteitsrapport geschreven. Hierin staat wat goed gaat en wat beter kan in de zorg aan cliënten van de RCS. Zicht op wat goed gaat en beter kan helpt om de kwaliteit van zorg aan de cliënten van de RCS te verbeteren.

We hebben informatie opgehaald binnen de RCS. Bijvoorbeeld uit het cliënttevredenheidsonderzoek, de bezoeken die de bestuurder en de manager hebben gebracht aan de teams, de gesprekken tussen en met bewoners over het reilen en zeilen op de locaties en de teamreflecties op kwaliteit. We zijn vervolgens verder met elkaar in gesprek gegaan. Clienten, medewerkers en mensen van buiten de RCS.

Uit deze informatie en gesprekken zijn punten gekomen waarop de RCS zich kan verbeteren. Ook zijn bij deze punten richtingen gegeven hoe het beter kan. De ontwikkelpunten zijn de volgende:

- De vraag achter de vraag
- Balans tussen eigen regie en beschermwaardigheid
- Invulling vrije tijd
- Gezond leven
- Kwaliteit van tijd voor de cliënt
- Netwerk van de cliënt
- Kennisontwikkeling – leren en vertrouwen in vakmanschap
- Bewust bezig zijn met verbetering van kwaliteit en dit zichtbaar maken

Benieuwd naar de mogelijke oplossingen? Een beschrijving van de mogelijke oplossingen staat in paragraaf 3.2 van het kwaliteitsrapport (pagina's 11-16).

Het kwaliteitsrapport laat zien wat de ontwikkelpunten voor de RCS zijn. Elk team gaat werken aan ontwikkelpunten die voor de locatie belangrijk zijn. Daarom bespreekt elk team samen met cliënten of bewoners dit rapport. Gezamenlijk kies je de punten waaraan jullie gaan werken en hoe je dat gaat doen. De bereikte resultaten worden regelmatig besproken met de lokale cliëntenraad AWB en per locatie met bewoners of deelnemers.

## **8. BIJLAGEN**

Bijlage 1: Overzicht momenten van reflectie

Bijlage 2: Overzicht genoemde ontwikkelpunten tijdens teamreflecties

Bijlage 3: Samenvatting scores cliënttevredenheidsonderzoek 2017

Bijlage 4: Incidentmeldingen, calamiteiten en klachten 2017

Bijlage 5: Overzicht wat gaat goed, wat kan beter?

## Bijlage 1: Overzicht momenten van reflectie

- ✓ Dagelijkse contactmomenten.
- ✓ Bewonersoverleg in elk team.  
Naast de centrale cliëntenraad is er ook een lokale voor AWB. De woonvormen hebben sinds dit jaar hun inspraak geregeld via bewonersavonden, met alle bijbehorende bevoegdheden. We proberen dit uit voor de duur van tenminste 1 jaar. Op deze manier is de regie over de organisatie van zorg dichterbij de cliënt komen te liggen.
- ✓ Jaarlijkse evaluatie zorgplan.
- ✓ Rondje langs de teams bij medewerkers en cliënten door Bestuurder en Manager.
- ✓ 360 graden feedback.
- ✓ Bespreken resultaten cliënttevredenheidsonderzoek met cliënten.
- ✓ Intervisie.
- ✓ Teamreflectie op kwaliteit.
- ✓ Duo begeleiding: ambulante teams vormen steeds vaker een duo rondom een cliënt om op cliënt niveau met elkaar te reflecteren.
- ✓ Interne visitatie teams onderling.  
Vorbereidende activiteiten zijn gedaan in 2017. In 2018 wordt daadwerkelijk gestart met de visitaties. Deze visitaties zijn bedoeld om betekenisvol te reflecteren op de werkprocessen die zijn afgesproken en hoe de werking daarvan verloopt. Bij elkaar kijken, van elkaar leren en verbeterkansen opsporen.  
Bovenal telt de vraag of we hiermee ook de gewenste resultaten behalen namelijk: "Ligt de regie bij de cliënt en kunnen teams slagvaardig werken conform de principes van zelforganiserende teams?"
- ✓ Visitatie met collega zorgaanbieders ZG visueel sector op ZG kader visueel, vanaf 2018.

## Bijlage 2: Overzicht ontwikkelpunten uit teamreflecties

- Gezond leven
- Kwaliteit van bestaan - Vraag achter de vraag
- Proces kwaliteitsverbetering
- Samenwerking team
- Communicatie naar cliënten en binnen het team
- Structuur die staat vasthouden:  
Collectieve verantwoordelijkheid  
In gesprek met bewoners: wat kan beter?
- Methodisch werken
- Toekomstgericht wonen. Onze locatie geschikt (maken)?
- Beschermwaardigheid (professionaliteit versus regie)
- Eigenwaarde halen / vergroten vanuit de cliënt
- Ruimte op regie, regie vergroten
- Vakmanschap medewerkers
- Huiselijkheid
- Het zorgproces bij de individuele cliënt, actualiseren ondersteuningsplannen
- De kwaliteit van de relatie tussen cliënt en medewerker
- Grens regie – beschermwaardigheid en professionaliteit
- Loyaliteit versus professionaliteit
- Groepsdynamica
- Tevredenheid cliënten blijven toetsen
- Samen één team worden
- Toerusting team: PDCA doorlopen
- Reflecteren
- Communicatie over kaders en ruimte teams
- Reflecteren door middel van duobegeleiding
- Vakmanschap: welke werkwijze passen we toe en werkt het
- Betrokkenheid verwanten.
- Vakmanschap: wat maakt ons specialist? Kennis en intervisie



### Bijlage 3: Samenvatting scores cliënttevredenheidsonderzoek

Samenvatting resultaten Cliëntenonderzoek Robert Coppes Stichting				
Vraagnr.	Onderwerp	Vraagtekst	Benchmark Customeyes	RCS Totaal
<b>1 Algemeen</b>				
1a		Ik ben tevreden over de zorg en dienstverlening van de Robert Coppes Stichting	72,2	92,2
<b>2 Begeleiders en ondersteuning</b>				
2a		Ik ben tevreden over mijn begeleider(s)	77,9	90,3
2b		Ik ben tevreden over de hulp die ik van mijn begeleiders krijg	78,8	91,3
2c		Mijn begeleiders houden zich aan de afspraken	72,3	86,4
<b>3 Ondersteuning (door de begeleiders)</b>				
3a		Ik heb een vaste begeleider		
3b		De begeleiders helpen mij wanneer ik dat nodig heb		89,2
3c		Ik kan met mijn begeleiders over moeilijke dingen praten (bijvoorbeeld als ik een probleem heb of als ik iets moeilijk vind)	69,9	82,4
3d		Mijn begeleiders helpen mij gezond te leven (bijvoorbeeld met gezonde voeding en voldoende beweging)	63,4	75,4
3e		Mijn begeleiders helpen mij als ik nieuwe dingen wil leren of iets anders wil doen	65,3	84,2
3f		Mijn begeleiders nemen mij serieus	77,7	95,1
3g		Mijn begeleider is betrokken bij mij		92,2
3h		Mijn begeleider gaat op een gelijkwaardige wijze met mij om		91,3
3i		Mijn begeleiders helpen mij met mijn geld omgaan (bijvoorbeeld goede keuzes maken in wat voor spullen ik koop)	32,8	68,8
3j		Mijn begeleiders helpen mij bij het omgaan met anderen (familie, vrienden, samenleving of mensen uit mijn buurt)	51,6	73,2
3k		Mijn begeleiders vertellen het mij als er iets verandert (bijvoorbeeld als er een nieuwe begeleider komt of als er een nieuwe regel is, als iets nieuws komt in de dienstverlening of	71,9	88
3l		Mijn begeleiders houden rekening met mijn wensen	74,5	88,3
3m		Mijn begeleiders weten waar ik goed in ben		92,7
3n		Mijn begeleiders hebben genoeg tijd voor mij	56,6	73,8
3o		Mijn begeleiders luisteren met aandacht naar mij		91,3
3p		Mijn begeleiders leggen dingen op een begrijpelijke manier uit		100
3q		Mijn begeleiders geven duidelijk aan wat zij wel of niet kunnen doen in mijn begeleiding		83,3
3r		Mijn begeleider geeft op een goede manier grenzen aan in de begeleiding		85,9
3s		Ik moet vaak dezelfde dingen opnieuw uitleggen aan mijn begeleiders		66,3
3t		Er gaat wel eens wat mis omdat de begeleiders niet op de hoogte zijn van mijn situatie		
3u		Ik ben bang voor mijn begeleiders		93
3v		Door de begeleiding die ik krijg kan ik mezelf beter redden in het dagelijks leven		90
3w		Met de hulp die ik krijg, kan ik zelfstandiger leven	80	92
1b		Ik krijg op een integere manier hulp en begeleiding vanuit de Robert Coppes Stichting		
3x		Wat kan er beter in je begeleiding?		

4 Behoud eigen regie				
4a		De begeleiding weet wat ik nodig heb om de regie over mijn leven te behouden		96
4b		De begeleiding geeft voldoende ondersteuning om de regie op mijn leven te behouden		88,1
4c		De begeleiding neemt wel eens iets van mij over wat ik zelf had willen/ kunnen doen		62,4
4d		Wat kan er beter aan het behouden van je eigen regie?		
5 Mijn huis en omgeving				
Als je niet woont bij de Robert Coppes Stichting, maar alleen ambulante zorg krijgt of voor dagactiviteiten komt, ga door naar vraag 5				
5a		Ik ben tevreden over mijn appartement	76,2	88,1
5b		Ik mag zelf keuzes maken (bijv. welke kleren ik aantrek, hoe laat ik naar bed ga of hoe ik mijn kamer wil inrichten)	77,4	95,2
5c		Ik doe mee aan activiteiten in de buurt		-13,2
5d		Ik beschik over voldoende privacy in en om mijn appartement		85,7
5e		Ik voel me veilig in mijn woonomgeving		90,5
5f		Ik praat mee over de gezamenlijke regels en afspraken in huis (o.a. bewonersoverleg)		56,4
5g		Ik ben tevreden over de maaltijdvoorziening		85,3
De volgende vragen gaan over je begeleider op jouw woonvoorziening				
5h		Ik ben tevreden over mijn woonbegeleider		71,4
5i		Mijn woonbegeleider houdt rekening met mijn wensen		81,5
5j		Mijn woonbegeleider houdt zich aan de afspraken		82,1
5k		Ik voel me veilig bij mijn woonbegeleider		92,9
5l		Wat kan er beter in je huis en omgeving?		
Als je niet werkt of geen dagactiviteiten hebt bij de Robert Coppes Stichting, ga naar vraag 6				
6a		Ik ben tevreden over mijn werk/ mijn dagactiviteiten bij de Robert Coppes Stichting	73,1	86,7
6b		Ik heb het leuk met de anderen op mijn werk/ dagactiviteitencentrum	73,3	86,8
6c		Ik voel me veilig op mijn werk/ in het dagactiviteitencentrum	85	92,3
6d		De dingen die ik doe op mijn werk/ in het dagactiviteitencentrum vind ik leuk	75,5	87,2
6e		Wat kan er beter op je werk/ in het dagactiviteitencentrum?		
De volgende vragen gaan over de begeleiders op je werk/ dagbesteding				
6f		Ik ben tevreden over mijn begeleider(s) dagbesteding		91,7
6g		Mijn begeleiders dagbesteding houden rekening met mijn wensen		82,9
6h		Mijn begeleiders dagbesteding houden zich aan de afspraken		91,7
6i		Mijn begeleiders dagbesteding hebben genoeg tijd voor mij		86,1
7 Vrije tijd en contacten				
7a		Ik doe genoeg leuke dingen in mijn vrije tijd		65,7
7b		Ik ben tevreden over de hulp die ik krijg van anderen (bijvoorbeeld hulp van familie en vrienden)	73,7	63,8
7c		Wat kan er beter in je vrije tijd en met contacten?		
8 Zorgplan				
8a		Ik ben tevreden over mijn zorgplan	80	93,1
8b		Ik kan meepraten over veranderingen in mijn zorgplan	54,8	94,9
8c		De afspraken in het zorgplan passen bij datgene wat ik nodig heb		89,1
8d		De afspraken uit mijn zorgplan worden nagekomen	73,1	89,3

	8e	Wat kan er beter aan je zorgplan?		
<b>8 Tot slot</b>				
	8a	Ik begrijp de informatie die ik van de Robert Coppes Stichting krijg		<b>96,7</b>
	8b	De Robert Coppes stichting informeert mij in de juiste aangepaste vorm wanneer ik informatie in een aangepaste vorm nodig heb		<b>96,4</b>
	8c	Weet u of de Robert Coppes Stichting een cliëntenraad heeft?		
	8d	Krijgt u informatie van de Robert Coppes Stichting over de Cliëntenraad?		
<b>9</b>	<b>9a</b>	<b>Ik heb voldoende geld om te leven (ik hoef me er geen zorgen om te maken)</b>		<b>59,4</b>
	<b>9b</b>	<b>Ik ben tevreden over hoe er met vragen en/of problemen wordt omgegaan</b>		<b>84,5</b>
	9c	Ik weet wat ik moet doen als ik niet tevreden ben	<b>62,1</b>	<b>82,4</b>
	9d	Hoe waarschijnlijk is het dat je de Robert Coppes Stichting aanbeveelt bij anderen? NPS		<b>35</b>
	9e	Wat doet de Robert Coppes Stichting goed voor jou?		
	9f	Wat kan de Robert Coppes Stichting beter doen voor jou?		
	9g	Als je nog iets wilt vertellen over de Robert Coppes Stichting, dan kun je dat hier doen		

## Bijlage 4: Incidentmeldingen, calamiteiten en klachten 2017

### Meldingen incidenten cliënten

In 2017 zijn bij Wonen en Dagbesteding in totaal 216 incident meldingen gedaan. In totaal heeft de RCS 83 WLZ cliënten. De onderverdeling naar soort incident is weergegeven in onderstaande tabel. Bij Ambulante Woonbegeleiding was er 1 MIC-melding in 2017. Alle incidenten zijn direct met de psychologe en de manager besproken en er is zo nodig actie opgezet.

Soort incident	Aantal
Agressie en ongewenst gedrag	35
SIAG's	2
Medicatie	97
Vallen	68
Stoten, botsen, knellen	4
Anderszins	10
<b>Totaal 2017</b>	<b>216</b>

### Meldingen incidenten medewerkers

Bij Wonen en Ambulante Woonbegeleiding waren 2 MIM-meldingen in 2017. Het betrof incidenten die niet voorkomen hadden kunnen worden. Beiden incidenten hebben niet geleid tot aanpassingen van protocollen.

### Calamiteiten

In 2017 was het onderzoek van een SIAG melding uit 2016 nog lopende. Deze is in 2017 afgesloten. De situatie is voldoende zorgvuldig onderzocht. Bij betreffende cliënten blijft waar nodig aandacht voor de gevolgen van dit incident. Op beleidsniveau wordt de SIAG procedure opnieuw tegen het licht gehouden volgens plan van aanpak herziening documenten. Het thema seksualiteit is bij teams opnieuw onder de aandacht gebracht, waarbij gedragswetenschappers dit thema bespreken op individueel en groepsniveau. Daarnaast is er een expertisegroep seksualiteit in samenwerking met brancheorganisaties van waaruit dit thema binnen de organisatie verder wordt ontwikkeld en aandacht krijgt.

### Klachten

In 2017 zijn geen klachten gemeld.

## Bijlage 5: Overzicht wat gaat goed, wat kan beter?

### Zorgproces

- ✓ *Cliënten zijn tevreden over het zorgplan.*
- ✓ *Cliënten praten mee over veranderingen in het zorgplan.*
- ✓ *Afspraken passen grotendeels bij hetgeen de cliënt nodig heeft en worden grotendeels nagekomen.*
- ✓ *Cliënten zijn erg tevreden over de Dagbesteding van de RCS.*
- ✓ *Cliënten leven zelfstandiger door de begeleiding.*
- ✓ *Kwaliteit van zorg neemt toe door Duo begeleiding.*
- X *Vraag achter de vraag bij cliënten achterhalen.*
- X *Invulling vrije tijd.*
- X *Begeleiding niet altijd op de hoogte van situatie cliënt (alleen bij wonen).*
- X *Cliënten worden soms belast met vragen.*
- X *Tijd voor de cliënt.*

### Eigen regie

- ✓ *Regie op organisatie van zorg. Inspraak in zorg, bewonersoverleg en b.v. deelname selectie medewerkers.*
- ✓ *Begeleiding weet wat cliënt nodig heeft om regie te behouden en geeft hierbij voldoende ondersteuning.*
- ✓ *Cliënt maakt zelf keuzes.*
- X *Begeleiding neemt wel eens iets over cliënt wat de cliënt zelf had willen of kunnen doen.*
- X *Meepraten over gezamenlijke regels en afspraken in huis gaat beter, hoeft nog steeds aandacht.*
- X *Medewerkers zijn zoekende in balans eigen regie, beschermwaardigheid en professionaliteit*
- X *Regie bij cliënten stimuleren.*

### Samenspel zorg en ondersteuning

- ✓ *Medewerkers werken vanuit de relatie cliënt-professional.*
- ✓ *Cliënten zijn heel erg tevreden over de begeleiders en de hulp die ze van hen ontvangen*
- ✓ *Als het een doel is van de cliënt wordt het informele netwerk van de cliënt betrokken.*
- X *Veel cliënten hebben geen netwerk. Cliënten geven aan (minder dan de benchmark) tevreden te zijn over de hulp die ze krijgen van anderen (vooral bij ambulante). Hulp bij omgaan met anderen kan ook beter.*
- X *Nog meer in gesprek gaan met cliënten en hen betrekken bij teamdoelen, processen en plannen.*

### Borging van veiligheid

- ✓ *Per domein wordt een risico analyse gedaan (risico en mate) en preventieve maatregelen ingezet. De domeinen en daarmee de risico's worden jaarlijks geëvalueerd.*
- ✓ *Cliënten voelen zich veilig bij hun woonbegeleider, in hun woonomgeving en op de dagbesteding*
- ✓ *MIC meldingen lopen goed op cliëntniveau, hoeft aandacht op teamniveau. Wordt in 2018 als pilot op teamniveau opgepakt*
- X *Gezond leven*

### Betrokken en vakbekwame medewerkers

- X *Continu leren: deel van de medewerkers werkt op basis van ervaring en intuïtie en hebben behoefte aan meer (basis)kennis, meer methodisch werken en ervaringen bespreken in intervisie. Intervisie is weggezaakt in de teams en wordt in 2018 opnieuw gefaciliteerd. Kennisontwikkeling wordt voortgezet.*
- X *Teams zitten in een fase waarin zelforganisatie verder georganiseerd dient te worden*
- X *Communiceren met de cliënt*
- X *Betekenisvol reflecteren*