



Robert Coppes Stichting

Kwaliteitsrapport 2020

Terugblik op 2019

Inhoud

0	Voorwoord.....	3
1	Kwaliteitsbeleid binnen de RCS	5
2	Wat hebben we gedaan in 2019.....	8
2.1.	Kwaliteitsthema 2019: Kwaliteit van medewerkers	8
2.1.1	Medewerkerstevredenheidsonderzoek	8
2.1.2	Leren en ontwikkelen	9
2.1.3	Binden en boeien van medewerkers	10
2.1.4	Teamvertegenwoordigersoverleg.....	10
2.2.	Kwaliteit van de zorg	10
2.3.	Betekenisvolle reflectie	11
2.3.1	De start van betekenisvolle reflectie in 2019.....	12
2.3.2	De kwaliteitsagenda van de teams	12
2.3.3	Reflectie van teams op het kwaliteitsbeleid van de RCS.....	13
2.4	Overige projecten	13
2.4.1	Implementatie elektronisch cliëntdossier	13
2.4.2	Uitwisseling dagbesteding.....	14
2.4.3	Doorontwikkeling van Reis naar Structuur, verankering van zelforganisatie	15
3	Kwaliteitsinformatie 2019.....	17
3.1.	Meldingen incidenten cliënten (MIC)	17
3.2.	Meldingen incidenten medewerkers	20
3.3.	Klachten cliënten.....	20
3.4.	Aantallen medewerkers, instroom, uitstroom en ziekteverzuim	21
4	Visie op kwaliteit 2020	22
4.1.	Het versterken van de basis.....	22
4.2.	Concrete invulling en planning kwaliteitsagenda 2020	23
5	Interne reflectie	25
6	Externe visitatie.....	27

0 | Voorwoord

Voor u ligt het kwaliteitsrapport van de Robert Coppes Stichting (verder te noemen 'de RCS') over het jaar 2019. In dit kwaliteitsrapport doen we verslag van de wijze waarop we in 2019 hebben gewerkt aan het continu verbeteren van kwaliteit en veiligheid voor de cliënten van de RCS. Onderdelen hierin zijn de lopende projecten rondom kwaliteit, reflecties van teams op hun eigen handelen in 2019, verbeterpunten vanuit het medewerkerstevredenheidonderzoek 2018 en de analyse van indicatoren voor kwaliteit en veiligheid. We zien dat het thema kwaliteit leeft binnen onze organisatie, dit blijkt uit de gesprekken die we hierover voeren met de medewerkers en vooral ook uit de wijze waarop er wordt gewerkt. We zien ook duidelijk mogelijkheden om het thema nog meer nadruk te laten krijgen in de dagelijkse praktijk, in hoofdstuk 4 geven we hier meer invulling aan via een doorkijk naar de verbeterpunten voor 2020.

Met dit kwaliteitsrapport sluiten we aan bij de richtlijnen van het landelijke Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg (KKGHZ) 2017-2022. Het KKGHZ benoemt een aantal bouwstenen en landelijke thema's die in het rapport aan de orde moeten komen. Wij vinden het belangrijk om in het kwaliteitsrapport dicht bij de organisatieontwikkelingen te blijven en voor de herkenbaarheid vooral ook de bouwstenen van ons eigen kwaliteitsmodel te volgen. De thema's vanuit het KKGHZ hebben we in dit rapport daarom geïntegreerd in de bespreking van de ontwikkelingen binnen de RCS.

In de periode waarin dit rapport wordt geschreven, voorjaar 2020, zijn we in de greep van het corona virus. Vanwege de druk die deze crisis legt op alle zorgmedewerkers en de beperkingen die hieruit volgen voor het voeren van overleg is de interne reflectie van dit kwaliteitsrapport minder uitgebreid ingestoken dan we zouden willen. De continuïteit van zorg heeft in deze periode de prioriteit. Echter, toen duidelijk werd dat de aanleverdatum van het kwaliteitsrapport werd verplaatst naar 1 oktober 2020, is ruimte ontstaan. Inmiddels is met de cliëntenraad het gesprek gevoerd over kwaliteit en het kwaliteitsrapport. Tevens heeft een externe visitatie plaatsgevonden. Verslagen van zowel de interne reflectie, het gesprek met de cliëntenraad en bevindingen uit de externe visitatie zijn opgenomen in hoofdstuk 5 en 6.

Op het gebied van kwaliteit en veiligheid hebben we in 2019 niet stil gezeten, de kern van ons werk en ook onze drijfveren bleven onveranderd. We kunnen dit niet beter onder woorden brengen dan reeds verwoord in ons visie-gedicht. In dit gedicht komt samen waarom wij dagelijks bij de RCS aan de slag gaan: Omdat we gewoon van mensen houden! We zetten er op in dat dit kwaliteitsrapport en ons kwaliteitsbeleid vooral bij mag dragen aan deze visie, zodat we blijven bouwen aan goede en veilige zorg.

Onze visie



Omdat ik gewoon van mensen houd
ben jij van harte welkom
Altijd een warm onthaal
Want jij bent goed zoals je bent
Bij mij mag jij jezelf zijn

Menslievendheid
Laagdrempeligheid
Warmte
Respect, acceptatie
Mens zijn, los van beperking

Omdat jij meer dan pech hebt met het zien
en pech met nog wat meer misschien
wil ik graag naast je staan
en kom ik op voor jouw belang
Ik ben niet bang

Visuele beperking
Bijkomende problemen
Nabijheid
Veiligheid
Durf

Ik luister goed naar jouw verhaal
Want jij bepaalt waarheen jij gaat
en ik veer mee met waar jij staat
Ik zal ook eerlijk naar je zijn
zodat we samen kunnen zoeken
naar wat er kan
En wat jij zelf kunt dat doe jij zelf dan

Oprechte aandacht
Eigen regie
Meeveren
Eerlijkheid, integriteit
Betrokkenheid
Kijken naar mogelijkheden
Zelfstandigheid

Ik versta mijn vak
Ik ben deskundig en bekwaam
en leer nog elke dag
Je mag op mij vertrouwen
maar neem daarvoor gerust de tijd
Ik heb geduld en wacht op jou
Omdat ik gewoon van mensen houd

Professionaliteit
Expertise
Continu leren
Vertrouwen
Hulpverlening op maat
Onvoorwaardelijke steun
Menslievendheid

1 | Kwaliteitsbeleid binnen de RCS

De RCS levert zorg en ondersteuning aan volwassenen met een visuele beperking die daarnaast één of meerdere bijkomende beperkingen hebben, zoals lichamelijk of psychisch. Een doelgroep waarin juist deze combinatie van beperkingen, de multiproblematiek, het leven van de cliënt extra ingewikkeld maakt.

Binnen de RCS ligt de focus op het ondersteunen van de cliënten in het voeren van eigen regie, over hun leven maar ook over hun zorg. Om dat mogelijk te maken werken we vanuit zelforganisatie, zodat teams alle ruimte hebben om de cliënt die regie ook te laten voeren.

In ons kwaliteitsbeleid stimuleren we onze teams om vooral zelf initiatief te nemen in het werken aan kwaliteit van zorg, zij weten immers vanuit hun dagelijkse praktijk erg goed waar verbetermogelijkheden liggen. In de afgelopen jaren is hierbij gewerkt volgens het kwaliteitsmodel (zie figuur 1) vanuit de bouwstenen zorgproces cliënt, betekenisvolle reflectie, kennisontwikkeling, ervaringen van cliënten en ontwikkeling van medewerkers. De bouwstenen van het kwaliteitsmodel sluiten aan bij de bouwstenen van het kwaliteitskader gehandicaptenzorg (proces rond de cliënt, cliëntervaringen en zelfreflectie).

Afbeelding 1: kwaliteitsmodel van de RCS



De belangrijkste elementen van ons kwaliteits- en veiligheidsbeleid kort samengevat:

1. Zorgproces rond de cliënt

Het vertrekpunt in het kwaliteitsbeleid is voor ons de dialoog met de cliënt. Samen met de cliënt stellen we het zorgplan op en spreken we af op welke wijze de cliënt het best ondersteund kan worden. Eventuele risico's worden vastgelegd en besproken met de cliënt. Dit betekent een constante afweging tussen eigen regie en beschermwaardigheid. In dit proces proberen we familie en mantelzorger(s) zoveel mogelijk te betrekken. Het zorgplan wordt tenminste eens per jaar besproken.

2. Betekenisvolle reflectie

Voor de RCS geldt dat we juist het reflecteren van medewerkers op het eigen handelen, ook in het veld van kwaliteit en veiligheid, van grote waarde vinden. Intervisie speelt een grote rol tijdens de teamoverleggen. Het proces rond de cliënt staat hierbij centraal en wordt steeds geëvalueerd. Medewerkers praten met elkaar over hoe de zorg verbeterd kan worden en hoe aangesloten kan worden bij de behoeften van cliënten. In het teamoverleg is er ook aandacht voor de ervaringen van cliënten. Ervaringen worden opgehaald vanuit de bewonersoverleggen en de evaluatie van het zorgplan.

Daarnaast vinden we het belangrijk om te reflecteren op indicatoren voor kwaliteit van zorg die worden vastgelegd. Reflectie op deze indicatoren biedt ons houvast omdat ze iets zeggen over de kwaliteit en veiligheid voor onze cliënten en medewerkers. We voeren ons beleid uit en stellen dit bij op basis van de resultaten van kwaliteitsindicatoren (kwaliteitsonderzoeken, meldingen etc.).

We maken een onderscheid tussen:

- veiligheid op locaties (brandveiligheid, legionella, HACCP etc.),
- cliëntveiligheid (medicatieveiligheid, meldingen van incidenten, agressiebeleid, meldingen van agressie en seksueel overschrijdend gedrag, klachten etc.)
- veiligheid voor medewerkers (cijfers over bijv. ziekteverzuim, meldingen incidenten medewerkers)
- veiligheid van persoonsgegevens (datalekken).

3. Kennisontwikkeling

De RCS is een expertise organisatie, gespecialiseerd in de impact van de combinatie van visuele en bijkomende beperkingen op het dagelijks leven. De RCS werkt op diverse wijzen, en in samenwerking met andere partijen, aan de verdere ontwikkeling van expertise, innovatie en kennis rond begeleiding en behandeling van de doelgroep. Vanuit haar maatschappelijke verantwoordelijkheid hecht de RCS eraan deze kennis en expertise overdraagbaar te maken, zodat ook het deel van de doelgroep dat niet bij de RCS in zorg is hiervan profijt kan hebben.

Binnen de RCS lopen diverse onderzoeksprojecten gericht op de verdere opbouw van kennis en expertise. Voorbeelden hiervan uit 2019 zijn: autismespectrumstoornissen, de ouder wordende cliënt, toegankelijkheid, inzicht in sociaal gedrag, psychosociaal, ICT, seksualiteit, psychiatrie.

4. Ervaring cliënten

We voeren eens per drie jaar een meting van cliëntervaringen uit. De laatste meting heeft plaatsgevonden in 2017, een nieuwe meting wordt gepland voor het najaar van 2020. Cliëntervaringen komen ook aan de orde in de cliënten medezeggenschap binnen de organisatie. Via het bewonersoverleg op iedere locatie, de lokale cliëntenraad ambulante woonbegeleiding / volledig pakket thuis én de centrale cliëntenraad hebben cliënten, vanuit hun ervaringen, een belangrijke stem in het beleid van de organisatie.

5. Ontwikkeling medewerkers

We werken aan de kwaliteit van medewerkers door te investeren in opleiding en scholing. Iedere medewerker wordt opgeleid in de basishouding van de RCS en in de basiskennis over visuele problematiek en bijkomende problematiek. Daarmee wordt iedere medewerker een “RCS professional”, met het benodigde niveau van basiskennis over de problematiek waar onze cliënten mee te maken kunnen hebben.

Daarnaast werken we voortdurend aan het bieden van mogelijkheden om je te ontwikkelen in diverse deelgebieden. We leiden BBL- en BOL-studenten op om aan de slag te kunnen binnen de gehandicaptenzorg. Daarnaast bieden we ruimte voor de opleiding van een GZ-psycholoog binnen de organisatie in samenwerking met convenantpartner Reinier van Arkel.

Binnen de RCS werken we met individuele ontwikkelplannen voor medewerkers en ontwikkelplannen op teamniveau. Deze ontwikkelplannen dienen als leidraad voor de medewerker respectievelijk teams voor het invullen van hun eigen ontwikkeling in het komende jaar.

2 | Wat hebben we gedaan in 2019

In 2017 heeft het cliëntervaringsonderzoek plaatsgevonden. De resultaten vanuit dit onderzoek zijn reeds besproken in het kwaliteitsrapport van 2018 en 2019. Het is de wens van de cliënten om dit onderzoek eens in de drie jaar te laten plaatsvinden. In 2020 wordt opnieuw het cliëntervaringsonderzoek uitgevoerd. De resultaten hiervan komen in het kwaliteitsrapport 2021 uitvoerig aan bod. Hoewel in 2018 en 2019 vooral de kwaliteit van medewerkers centraal stond, is dit om de kwaliteit van zorg aan onze cliënten continu te verbeteren. De dialoog met alle cliënten vinden wij nog steeds erg belangrijk maar komt in dit rapport niet uitvoerig aan bod.

2.1. Kwaliteitsthema 2019: Kwaliteit van medewerkers

In 2019 werd het kwaliteitsthema 2018 'Kwaliteit van medewerkers' gecontinueerd. Naast de ontwikkelingen op het gebied van leren en ontwikkelen zijn belangrijke stappen binnen dit thema de verbeterplannen vanuit het medewerkerstevredenheidsonderzoek in 2018, de doorontwikkeling van zelforganisatie en het faciliteren hiervan binnen de organisatie en de initiatieven op het gebied van binden en boeien van medewerkers.

2.1.1 Medewerkerstevredenheidsonderzoek

In 2018 is het medewerkerstevredenheidsonderzoek (MTO) uitgevoerd door Effectory. De algemene tevredenheid van de medewerkers kreeg een score van 7,4 en er werd ook relatief hoog gescoord op bevlogenheid en betrokkenheid. De belangrijkste punten uit het MTO die vragen om verbeteringen, zoals ook in het kwaliteitsrapport van 2019 opgenomen, zijn de volgende:

1. Herijking van de reis naar zelforganisatie;
2. Communicatie binnen en tussen de verschillende onderdelen en in de lijn;
3. Waardering vanuit de lijn;
4. De kaders waarbinnen de teams vrijheid hebben moeten duidelijk en eenduidig zijn;
5. De werkdruk bij ambulante woonbegeleiding en bij het servicebureau wordt als (te) hoog ervaren;

De punten 1 tot en met 4 sluiten aan bij de resultaten van de evaluatie van de Reis naar zelforganisatie die in 2018 binnen de RCS is uitgevoerd. Deze verbeterpunten zijn derhalve meegenomen in de verdere uitwerking van deze evaluatie (zie volgende paragraaf).

Ten aanzien van verbeterpunt 5 inzake de werkdruk bleek een belangrijk probleem dat de ambulante teams veel vragen vanuit management en ondersteunende afdelingen kregen. Denk daarbij vooral aan participatie in overleggen of projecten. De medewerkers van de ambulante teams kwamen daardoor minder toe aan de eigen werkzaamheden. Om dit wat planmatiger vorm te geven zijn de teams gestart met een jaaragenda. Door het ambulante team Vught werd een verbeterpunt ingezet door een aanspreekteam van drie medewerkers samen te stellen. Dit team vangt de grote hoeveelheid e-mails vanuit de organisatie

(management en ondersteunende afdelingen) op en filtert de beleidsvragen die in het volledige ambulante team aan de orde moeten komen.

Voor wat betreft de werkdruk op het service bureau had dit vooral betrekking op de organisatie van de afdeling P&O. Deze afdeling kende in 2018 een aantal personele wisselingen en vertrek van mensen waardoor P&O processen niet altijd gecontinueerd konden worden. Dit heeft veel druk gelegd bij de zorgteams, het management en het servicebureau. In 2018 is er een extern onderzoek uitgevoerd naar de organisatie en de processen van P&O vanuit de wens tot een structurele en optimale inrichting te komen. Vanuit het onderzoek is het advies overgenomen om meer te standaardiseren en minder versnipperd te organiseren. Dit verbeterplan is meegenomen in de voorstellen voor aanpassing van de organisatie- en ondersteuningsstructuur in het kader van de verankering van zelforganisatie die in 2019 zijn uitgewerkt.

2.1.2 Leren en ontwikkelen

In 2019 is het basiscurriculum voor de RCS professional verder uitgebouwd, kennis over de visuele beperkingen is binnen de scholing al goed op orde, de scholing over bijkomende problematiek is in het curriculum verder aangevuld. Voor het volgen van het curriculum wordt langere tijd uitgetrokken, sommige elementen worden gevolgd in de eerste maanden bij de RCS, andere modules volgen later.

In het opleidingscurriculum is de verbinding met de medewerkers van Expertise Innovatie en Kennis van essentieel belang. De gedragswetenschappelijke speelt in deze verbinding een belangrijke rol. De opgedane ervaringen en ontwikkelde kennis wordt gedeeld met medewerkers en andersom worden ervaringen van de werkvloer weer meegenomen als onderdeel van de input voor onderzoek. Er is in deze afstemming nog veel winst te boeken maar de eerste stappen zijn eind 2019 zeker al gezet.

De Coppesdag in september 2019 stond volledig in het teken van nieuwe kennismodules die als workshops zijn gepresenteerd en later, ieder in een eigen vorm, een plek kregen in het curriculum van de RCS. Voorbeelden van deze kennismodules zijn ontwikkelingspsychologie, autisme belevingscircuit en posttraumatisch stresstoornis.

Het basiscurriculum voor de RCS professional blijft zich ontwikkelen. In 2019 zijn vijf medewerkers opgeleid in het gedachtegoed van presentie. Zij gaan teams nu uitdagen om, waar gewenst ook ondersteunend, presentie in de praktijk te brengen. De werkwijze sluit goed aan bij de visie op begeleiden van de RCS, het je steeds verplaatsen in het perspectief van de ander. Het strategisch team heeft ook trainingen gevolgd om een beeld te krijgen van de achterliggende gedachten en werkwijzen bij presentie. Een zeer positieve ervaring. Ook Motiverende gespreksvoering is in 2019 als nieuwe mogelijkheid voor training toegevoegd, een vorm van gespreksvoering waarin de cliënt wordt gestimuleerd om in regie te blijven, om woorden aan zijn of haar gedrag te geven. Ook op dit thema zijn mensen extern opgeleid die intern de training kunnen verzorgen.

2.1.3 Binden en boeien van medewerkers

We zien dat de arbeidsmarkt binnen de gehandicaptenzorg steeds krappere wordt en dat de complexiteit van zorgvragen toeneemt. Het wordt daarom des te belangrijker om mensen te binden en te boeien voor het werken bij de RCS. In dit kader werken we aan de herijking van ons functiehuis gecombineerd met de opbouw van een systeem waarin we mensen binnen de organisatie ontwikkel- en groeimogelijkheden kunnen bieden. Hierin kunnen we op meerdere manieren, materieel en immaterieel uiting geven aan waardering voor de inzet van mensen. Een schets voor deze 'bouwstenen voor een kader voor waardering en ontwikkeling van medewerkers' is eind 2019 afgerond, in 2020 volgt uitwerking.

2.1.4 Teamvertegenwoordigersoverleg

In 2019 is een start gemaakt met het teamvertegenwoordigersoverleg. De manager primair proces en een afgevaardigde vanuit ieder team sluit hierbij aan. Het doel van het overleg is het creëren van verbinding en betrokkenheid, zowel tussen de teams als met de manager en het delen van kennis en expertise. Daarnaast ontstond er soms ruis in de communicatie omdat de teams niet alle informatie goed meekrijgen vanuit het strategisch team. Middels het overleg is de communicatie tussen de teams en met de manager verbeterd.

2.2. Kwaliteit van de zorg

We zien binnen de RCS dat de leeftijd van cliënten, en daarmee de co-morbiditeit en complexiteit van de hulpvraag, toeneemt. Dit betekent dat we continu alert moeten zijn op de beschikbaarheid van passende kennis en vaardigheden bij de medewerkers. De gedragswetenschappelijke dienst houdt zich bezig met de behandeling en expertise rondom gedragsproblematiek. Het voornemen bestaat om ook op het gebied van somatische klachten de expertise te vergroten. Dit is mogelijk door het betrekken van een specialist ouderengeneeskunde of een verpleegkundig specialist. In 2020 worden de mogelijkheden hiervoor verder uitgewerkt.

In 2019 hebben we geïnvesteerd in de verbreding van kennis op het gebied van verpleegkundige handelingen en ergotherapie zodat medewerkers hier ook een beroep op kunnen doen waar nodig.

Positionering verpleegkundig team: Er is een verpleegkundig team samengesteld van medewerkers van de RCS met een verpleegkundige achtergrond. Zij buigen zich over de werkwijzen voor het opleiden van medewerkers in, en het borgen van, verpleegtechnische handelingen. Om dit te realiseren heeft het team een ontwikkelprogramma opgesteld. Een aantal van de stappen uit dit ontwikkelprogramma is in 2019 gerealiseerd en een aantal loopt door in 2020:

- Toetsen van medewerkers zodat zij zich bekwaam voelen in het uitvoeren van voorbehouden en risicovolle verpleegkundige handelingen. Tevens krijgen we hiermee zicht op bevoegd- en bekwaamheid van medewerkers.
- Het Vilans systeem van verpleegkundige protocollen wordt optimaal ingezet. Met dit systeem kunnen medewerkers protocollen raadplegen voor de uitvoering van verpleegkundige handelingen. Daarnaast biedt het systeem mogelijkheid om bepaalde vereisten toe te kennen aan risicovolle en voorbehouden handelingen.

Hierdoor is het voor medewerkers duidelijk of en wanneer zij een bepaalde handeling mogen uitvoeren.

- Inwerkprogramma met e-learnings voor verpleegkundige handelingen. De e-learnings worden gecombineerd met scholing in de praktijk zodat ook praktijkervaring wordt opgedaan.
- Mogelijkheden voor het inzetten van medewerkers die bevoegd/bekwaam zijn tot het uitvoeren van verpleegkundige handelingen bij andere locaties van de RCS.

Betrokkenheid ergotherapeuten: Er is samenwerking opgebouwd met lokale ergotherapeuten. Deze ergotherapeuten zijn geen medewerkers van de RCS maar ondersteunen medewerkers van de RCS binnen een vastgesteld aantal uren. In overleg zijn afspraken gemaakt om de expertise rondom ergotherapie te verankeren. De ergotherapeut:

- Is structureel betrokken voor vragen en advies maar kan daarnaast ook geconsulteerd worden bij dringende vragen.
- Geeft advies op cliëntniveau (is een stoel wel de juiste bijv.) en controleert daarbij de inzet en het gebruik van hulpmiddelen.
- Is betrokken bij de levering en het onderhoud van hulpmiddelen. Hierdoor worden de hulpmiddelen beter afgesteld op de behoeften van cliënten en vindt onderhoud plaats als dat nodig is.
- Werkt nauw samen met de aanspreekpunten ergotherapie en stagiaire ergotherapie van de RCS.

Twee medewerkers van de RCS hebben intussen ergotherapie ook als aandachtsgebied, zodat er een bredere basis voor dit thema ontstaat binnen de organisatie. Deze 'aanspreekpunten' ergotherapie beschikken over inhoudelijke kennis zodat zij vragen terug kunnen leggen bij de ergotherapeuten of kunnen zorgen voor de informatieverspreiding. Een voorbeeld van de inzet van ergotherapie is het onderzoek naar goede matrassen voor cliënten die een toegenomen risico hebben op doorliggen. Hierin hebben de aanspreekpunten en ergotherapeut gezamenlijk een adviserende rol naar het management.

2.3. Betekenisvolle reflectie

Een belangrijk onderdeel in ons kwaliteitsbeleid is de eigen reflectie van teams op de wijze waarop zij hebben gewerkt aan kwaliteit. Voor de RCS geldt dat we juist het reflecteren van medewerkers op het eigen handelen, ook in het veld van kwaliteit en veiligheid, van grote waarde vinden. We stimuleren de teams om reflectie zo in te zetten dat deze betekenisvol wordt en vertaald kan worden naar zichtbare kwaliteit. Deze vertaling is een proces dat nog enige ontwikkeling vergt maar waar onze medewerkers zeker voor open staan, juist vanuit hun drive om goede zorg te leveren.

Teams spelen een belangrijke rol in het uitvoeren van het kwaliteitsbeleid. Voor belangrijke thema's van kwaliteit en veiligheid zijn aandachtsgebieden vastgesteld te weten kwaliteit algemeen, brandveiligheid, medicatie en kwaliteit van het Elektronisch Cliënten Dossier (ECD). Binnen ieder team is er voor elk aandachtsgebied een aanspreekpunt benoemd. Deze aanspreekpunten zorgen voor informatiedeling over het aandachtsgebied binnen de teams en koppelen vragen of verbeterpunten vanuit de teams binnen dit aandachtsgebied terug naar de ondersteunende afdelingen. Zo worden teams vanuit actieve betrokkenheid in staat gesteld om gezamenlijk te reflecteren op de thema's van kwaliteit en veiligheid.

2.3.1 De start van betekenisvolle reflectie in 2019

Betekenisvolle reflectie heeft in 2019 een start gekregen op de Coppesdag in januari. Op deze Coppesdag zijn teams in gesprek gegaan over de (zichtbare) kwaliteit van medewerkers en het team en de bijdrage daarvan aan de kwaliteit van leven van cliënten. Het gesprek heeft tevens aanknopingspunten geboden voor de kwaliteitsagenda voor 2019 van de teams.

Tijdens het gesprek op de Coppesdag werd een aantal vragen voorgelegd aan de teams over de ontwikkeling, de verantwoordelijkheid en het zelf evaluerend vermogen van zowel de individuele medewerker als het team en hoe kwaliteit kan bijdragen aan de kwaliteit van zorg en ondersteuning voor cliënten. Behoeften die door de medewerkers en de teams werden benoemd waren gericht op hun individuele ontwikkeling, zoals de inzet van een 360 graden feedback instrument en team ontwikkeling door goede communicatie, het bijhouden van actielijsten en intervisie zodat de kwaliteiten van medewerkers optimaal kunnen worden ingezet. Ook werd benoemd dat vooral de dialoog met de cliënten gevoerd moet blijven.

2.3.2 De kwaliteitsagenda van de teams

Op het gebied van kwaliteit en veiligheid hebben teams een centrale rol en veel taken om mee bezig te zijn. De meeste teams hebben intussen een actiepuntenlijst die tijdens de teamoverleggen wordt besproken. Hierop staan onderwerpen die te maken hebben met de teamontwikkeling, individuele ontwikkeling en de zorg of ondersteuning aan de cliënt.

Daarnaast hebben de aanspreekpunten de taken uitgevoerd passend binnen het eigen aandachtsgebied.

- Medicatieveiligheid: De medicatiecommissie die bestaat uit arts, apotheker en de aanspreekpunten medicatieveiligheid is in 2019 twee keer samengekomen. De commissie heeft een aantal verbeterpunten gesignaleerd en omgezet in concrete acties zoals het aanpassen van het medicatiebeleid. Dit onderdeel wordt verder toegelicht in hoofdstuk 4: kwaliteitsinformatie.
- Brandveiligheid: De aanspreekpunten brandveiligheid zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit van de brandmeldinstallaties en hierop heeft in 2019 structureel controle plaatsgevonden. De coördinatie hiervan en het uitvoeren van onderhoud is, indien nodig, belegd bij de coördinator facilitair. De aanspreekpunten brandveiligheid hebben in 2019 op hun eigen locatie ontruimingsoefeningen georganiseerd.
- Volledigheid dossiers en kwaliteit van het ECD: Er is in 2019 vier keer een controle uitgevoerd op de kwaliteit en volledigheid van cliëntdossiers. De verbeterpunten vanuit de dossiercontroles zijn besproken met de betreffende aanspreekpunten die de verbeterpunten vervolgens hebben doorgevoerd.

Teams hebben ook op andere vlakken invulling gegeven aan het kwaliteitsbeleid. BHV trainingen hebben plaatsgevonden RCS breed en binnen de eigen teams om kennis actueel te houden. Teams hebben in het kader van kennisontwikkeling specifiek bij de cliënten van hun woonlocatie passende trainingen gevolgd zoals trainingen over autisme en post traumatische stress stoornissen. Medewerkers hebben dus specifieke kennis opgedaan die

vervolgens in de praktijk gebracht kan worden bij de eigen cliënten.

2.3.3 Reflectie van teams op het kwaliteitsbeleid van de RCS

In 2020 is het gesprek aangegaan met de aanspreekpunten kwaliteit over hoe invulling is gegeven aan de kwaliteitsagenda's van de teams. Tijdens dit 'kwaliteitsgesprek' is er ook aandacht geweest voor het gevoerde kwaliteitsbeleid van de RCS. Een verbeterpunt voor het kwaliteitsbeleid dat meerdere malen genoemd werd was het meer projectmatig werken en daarbij projecten vooral ook af te ronden. Daarnaast is er behoefte om kwaliteitsprojecten meer toe te spitsen op de doelgroep. Binnen het kwaliteitsbeleid zou dat toegepast kunnen worden door bepaalde thema's voor een bepaalde periode centraal te stellen, daar projecten (maar ook scholing en bijvoorbeeld audits) op aan te laten sluiten en deze projecten dan ook duidelijk af te ronden.

Tijdens dezelfde gesprekken met de teams is ook een aantal knelpunten benoemd t.a.v. het proces rondom kwaliteit.

- Kwaliteit is een breed begrip en niet concreet, hierdoor vinden teams het lastig om ermee aan de slag te gaan. Er gebeurt veel maar voor medewerkers valt dit niet onder de noemer kwaliteit. Dit maakt het lastig om het gesprek over kwaliteit goed te voeren.
- Kwaliteit wordt gezien als een vrijblijvend thema. Hoewel een aantal onderwerpen wel besproken wordt geven de resultaten van instrumenten of andere informatie die wordt opgepikt te weinig aanleiding om hiermee aan de slag te gaan. Verbeterpunten worden wel benoemd maar er worden geen acties uitgezet in de vorm van beleid of het door ontwikkelen van thema's.
- Medewerkers hebben het gevoel dat er veel verbeteracties gestart zijn maar dat deze geen duidelijk eind hebben of geleid hebben tot verandering. Het 360 graden feedback instrument werd hierbij als knelpunt benoemd. Dit instrument is geïntroduceerd maar nog onduidelijk is of dit instrument ingezet moet worden en op welke manier dat zou zijn.

Vanuit de gesprekken merkten we dat er veel verschil zit tussen de teams onderling, wat onder meer afhankelijk is van de teamvolwassenheid in zelforganisatie. Het ene team heeft veel meer behoefte aan kaders terwijl het andere team allerlei kwaliteitsverbeteringen direct omarmd. Het ene team gaat aan de slag met het centrale thema terwijl het andere team ook andere kwaliteitsthema's, meer relevant voor hun eigen locatie, onder de aandacht brengt. Wij denken dat teams veel meer van elkaar kunnen leren door het thema kwaliteit vaker onder de aandacht te brengen en onderling kennis te delen. Om dit mogelijk te maken wordt in 2020 het overleg met de aanspreekpunten kwaliteit verder vormgegeven.

2.4 Overige projecten

2.4.1 Implementatie elektronisch cliëntdossier

Voor alle cliënten van de RCS wordt digitaal een dossier bijgehouden in het zogenoemde ECD. In 2018 werd duidelijk dat de externe ondersteuning voor het systeem dat hiervoor werd gebruikt zou stoppen. Er moest dus een nieuw systeem gekozen worden. Met de keuze voor het nieuwe systeem is een programma van eisen opgesteld. Cliënten hebben

meegedacht in de eisen die vervolgens meegenomen zijn in het programma van eisen. Functionele eisen waren overzichtelijkheid waarbij informatie maar op één plek in het ECD terug te vinden is en de mogelijkheid om eigen formulieren en vragenlijsten toe te voegen zodat alle informatie over de cliënt kan worden vastgelegd. Dit voorkomt dat medewerkers eigen systemen gaan bedenken buiten het ECD om wat in het kader van privacy niet wenselijk is.

In 2019 is gekozen voor het systeem 'ONS' van NEDAP. Dit systeem is ook door collega zorgaanbieders gekozen en door één collega zorgaanbieder al geïmplementeerd. Dit heeft als voordeel dat de sector zintuigelijk gehandicapten breed vertegenwoordigd is bij NEDAP wat de ontwikkeling van het systeem ten goede kan komen. Vooral op het gebied van toegankelijkheid voor blinden en slechtzienden. Daarnaast is het gemakkelijker om informatie en best practices uit te wisselen bijvoorbeeld voor de inrichting van vragenlijsten of veelgebruikte formulieren binnen de sector.

Bij de ontwikkeling en de implementatie van het ECD voor de RCS is een implementatiepartner betrokken. Tevens is een werkgroep gestart met medewerkers vanuit verschillende teams. Deze werkgroep heeft de beperkingen van het oude systeem onder de loep genomen en is gaan testen met de mogelijkheden van het nieuwe systeem. Dit maakte het mogelijk om het systeem zo goed mogelijk aan te sluiten bij het proces rond de cliënt. Vervolgens zijn de medewerkers van ambulante woonbegeleiding geschoold en hebben zij zelf de cliëntdossiers overgezet van het oude naar het nieuwe ECD. Tijdens de scholing werd duidelijk dat medewerkers behoefte hebben aan kaders voor het invullen van het zorgplan en het rapporteren over geleverde zorg en ondersteuning. Dit punt wordt meegenomen in de verbeterpunten voor 2020.

In 2020 gaan ook de medewerkers op de woonlocaties en bij dagbesteding werken met het nieuwe ECD. Het implementatie proces dat doorlopen is met de ambulante woonbegeleiders in 2019 is geëvalueerd en verbeterpunten waren input voor het implementatie proces in 2020. Inmiddels is een werkgroep van medewerkers wonen en dagbesteding gestart met het testen van de mogelijkheden en het overzetten van een deel van de dossiers.

2.4.2 Uitwisseling dagbesteding¹

Er is een samenwerkingsverband, genaamd VIVIS, tussen de drie aanbieders van zorg en ondersteuning aan mensen met een visuele beperking (Robert Coppes Stichting, Bartimeus en Visio). Vanuit VIVIS is in 2019 een uitwisselingsproject geïnitieerd voor het delen van kennis tussen de medewerkers van dagbestedingslocaties van de verschillende zorgaanbieders. Ter voorbereiding op deze uitwisseling is een checklist opgesteld met kwaliteitskenmerken voor dagbesteding, opgesteld vanuit het perspectief van de cliënt. De medewerkers van dagbesteding hebben de checklist ingezet als hulpmiddel om de dagbestedingslocaties van de collega zorginstellingen te voorzien van feedback. Algemene kernpunten die naar voren zijn gekomen in de uitwisseling zijn de volgende:

¹ Verslag van deze uitwisseling wordt later toegevoegd. Mogelijk dat het bij hoofdstuk over de externe visitatie wordt toegevoegd omdat deze uitwisseling ook gezien kan worden als onderdeel van de externe visitatie.

- De checklist helpt om in kaart te brengen op welke manier bewust en professioneel aandacht wordt besteed aan ondersteuning van cliënten met een visuele beperking.
- De afspraak om de checklist te hanteren is deels uitgevoerd. De nadruk heeft meer gelegen op uitwisseling van ervaringen in gesprek met elkaar en de checklist is ook tijdens rondleidingen nog niet actief gebruikt. Dit is een aandachtspunt om mee te nemen voor de volgende werkbezoeken of andere uitwisselingsactiviteiten.
- Door de werkplekken van collega's binnen de branche te bezoeken en in gesprek te gaan met collega's en cliënten worden weer nieuwe ideeën opgedaan en is er extra bewustzijn ten aanzien van begeleiden met speciale aandacht voor de visuele beperking.
- Er zijn veel overeenkomsten, maar zeker ook ideeën waar de organisaties nog van elkaar kunnen leren.
- Er wordt gedeeld, dat aandacht voor de visuele expertise minder voorliggend wordt naar mate het niveau van de cliënten lager is. Dan is de visuele beperking een onderdeel van een complexe samenhang van meerdere beperkingen.
- Indien nodig zijn werkplekken voorzien van extra verlichting en voelbare looplijnen ten behoeve van oriëntatie. Ook zijn andere aanpassingen gedaan ten behoeven van een veilige werksituatie. Daarbij is opgemerkt, dat door veel werken met repeterende werkzaamheden en het gebruik van mallen de mogelijkheid tot zelfontplooiing en eigen initiatief van cliënten wat beperkt lijkt te zijn. Dit is opgemerkt vanuit begeleidersperspectief, de cliënten gaven desgevraagd aan dat zij zich hier prima bij voelden.

De dagbesteding van de RCS heeft naar aanleiding van de uitwisseling en de ontvangen feedback op een aantal vlakken verbeteringen doorgevoerd die hierna worden toegelicht. Het overdrachtssysteem van informatie over cliënten tussen locaties is verbeterd en de verlichting op de dagbesteding locatie Coppes Couleur is aangepast. Het viel de medewerkers van de RCS op dat de visuele beperking meer centraal stond in de zorgplan doelen van de andere dagbestedinglocatie. In 2020 wordt gekeken of dit voor de RCS een verbetering kan zijn of dat de visuele beperking op een andere manier aandacht krijgt in de cliëntdossiers van de RCS.

Over het algemeen is de uitwisseling als zeer leerzaam ervaren en het doel is om deze uitwisseling ook in 2020 voort te zetten voor zowel de dagbesteding als voor andere vormen van zorg en ondersteuning.

2.4.3 Doorontwikkeling van Reis naar Structuur, verankering van zelforganisatie

In 2015 is binnen de RCS gestart met zelforganisatie en zelfverantwoordelijkheid als besturingsstructuur voor de RCS onder de noemer 'De Reis'. Een keuze die is gemaakt vanuit de zoektocht naar een besturingsstructuur die beter aansloot op de organisatie van dat moment.

In 2018 is de Reis geëvalueerd door Rijnconsult, aan de hand van interviews en documentstudie. Zoals hiervoor benoemd zijn hierbij ook de verbeterpunten uit het medewerker- tevredenheidonderzoek (MTO) uit 2018 betrokken. Belangrijkste conclusies uit deze evaluatie: Het principe van zelforganisatie past bij de organisatie maar de

organisatiestructuur is hier nog onvoldoende op ingericht. Met name de ondersteuning vanuit bedrijfsvoering en op zorginhoud zou nog verder versterkt moeten worden. Teams vragen om het aanbrengen van kaders en meer planning en structuur in veranderingstrajecten. Er bleek behoefte aan meer aandacht en waardering voor medewerkers en meer eenduidige sturing op ontwikkeling van teams. Tevens werd er behoefte uitgesproken aan duidelijkheid over verwachtingen, verantwoordelijkheden en bevoegdheden op alle niveaus.

In de tweede helft van 2019 zijn de conclusies uit de evaluatie vertaald naar voorstellen voor aanpassing in de organisatie- en ondersteuningsstructuur van de organisatie. Hierbij zijn veel medewerkers betrokken geweest in verschillende werkgroepen. Het strategisch team heeft de adviezen van de werkgroepen vertaald naar voorstellen en in gesprek met de werkgroepleden (in twee werkconferenties) getoetst of deze voorstellen ook aansloten bij hun visie. Dit proces heeft geleid tot een voorstel tot aanpassing van de organisatie- en ondersteuningsstructuur dat begin 2020 ter advisering wordt voorgelegd aan de Ondernemingsraad en Centrale Cliënten Raad. De uiteindelijke besluitvorming inzake de aanpassing van de organisatie- en ondersteuningsstructuur vormt in 2020 een onderdeel in de verdere uitwerking van de strategie voor de periode 2021-2026.

3 | **Kwaliteitsinformatie 2019**

Een onderdeel van het kwaliteitsbeleid van de RCS is de inzet van verschillende instrumenten, samengevoegd in een Toolbox. Hiermee kan de kwaliteit van zorg verder in kaart worden gebracht (kwalitatief of kwantitatief). Een aantal instrumenten wordt op teamniveau ingezet zoals 360 graden feedback of bewonersoverleggen en zijn de verantwoordelijkheid van het team. Teams besluiten zelf op welke momenten zij deze instrumenten inzetten. De resultaten die hier uit voortkomen blijven daarmee ook een verantwoordelijk van de teams.

Daarnaast is er een aantal instrumenten waarmee gegevens worden verzameld die zich uitstekend lenen voor structurele analyse. Mits de instrumenten goed worden gebruikt en resultaten goed geanalyseerd worden geven de verzamelde gegevens een goed beeld van de kwaliteit van zorg. Binnen de RCS zetten we in dit kader de volgende instrumenten in:

- Meldsysteem van incidenten en onveilige situaties cliënten (MIC/SIAG etc.)
- Meldsysteem van incidenten bij medewerkers (MIM)
- Klachtenprocedure voor cliënten
- Klachtenprocedure voor medewerkers
- Instroom, uitstroom en ziekteverzuim medewerkers

In de volgende paragrafen gaan we nader in op de diverse indicatoren over het jaar 2019. Over de gehele linie hebben we in 2019 geconstateerd dat de meldsystemen, de wijze waarop hier gebruik van wordt gemaakt en de manier waarop analyse van de verzamelde gegevens plaatsvindt versterkt kan worden. Vanaf 2020 wordt aan het eind van ieder kwartaal de kwaliteitsinformatie voorgelegd aan de aanspreekpunten kwaliteit tijdens het reguliere overleg. Dit komt tevens terug in hoofdstuk 4: visie op kwaliteit 2020.

3.1. Meldingen incidenten cliënten (MIC)

MIC meldingen zijn meldingen van onveilige situaties (bijna incidenten) en van incidenten die te maken hebben met vallen, medicatie, branden/schroeien, seksueel intimiderend of agressief grensoverschrijdend gedrag (SIAG) of overige en waarbij de cliënt betrokken is.

In 2019 zijn er in totaal 357 meldingen gedaan. In 2018 lag het totaal van meldingen op 367. Ook in de verdeling van de meldingen is er tussen 2018 en 2019 nauwelijks een verschil te zien.

Tabel 1: Overzicht aantal meldingen van incidenten cliënten

	jan	feb	maa	apr	mei	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec	totaal 2019	Totaal 2018
onveilige situatie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	9
Vallen	2	6	2	9	3	5	4	4	7	4	2	7	55	55
Medicatie	12	12	16	27	16	12	9	11	23	29	26	20	213	211
branden schroeien	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	6	3
Agressie/ ongewenst gedrag	4	8	8	7	4	2	4	1	2	3	1	3	47	55
Overige*	0	1	1	4	1	2	2	6	5	3	6	3	34	34
	18	28	28	48	24	22	19	23	37	40	36	34	357	367

*Overig: Incidenten die vallen buiten de vaste categorieën: onveilige situatie/ vallen/ medicatie/ agressie of ongewenst gedrag/ branden-schroeien

Analyse van de incidentmeldingen levert het volgende beeld op:

- Er zijn twee meldingen gedaan van een onveilige situatie. Dit betrof zorgen over gedrag en een technische storing. Beide meldingen zijn opgevolgd en er zijn maatregelen ingesteld om herhaling te voorkomen.
- Er zijn 213 meldingen gedaan van medicatie incidenten ten opzichte van de 357 totaal gemelde incidenten. Dit betekent dat bijna 60% van alle gemelde incidenten gemeld is als medicatie incident. De medicatie incidenten zijn besproken in de medicatiecommissie. Er zijn 26 incidenten gemeld waarbij de cliënt medicatie weigerde. We hebben gesprek ingezet over de vraag of weigeren van medicatie als incident gemeld moet worden. Daarnaast zijn veel meldingen gedaan van kleine fouten in het medicatieproces die niet als incident beoordeeld hoeven worden.

De medicatiecommissie heeft zich in 2019 ook bezig gehouden met het medicatiebeleid. Het beleid is nu op een manier vormgegeven waardoor de teams zelf richting kunnen geven aan het te voeren beleid dat goed past bij de doelgroep en voorzieningen die aanwezig zijn (medicatiekar of -kast) maar ook passend is bij de RCS kaders en de landelijke richtlijnen. De veiligheid rondom het uitzetten en verstrekken van medicatie is verder uitgelicht met als doel het aantal medicatie incidenten te verkleinen.

Bijna de helft van alle medicatie incidenten zijn gemeld door één locatie. Op deze woonlocatie zijn inmiddels meerdere maatregelen genomen om medicatieveiligheid te vergroten. Er wordt gewerkt met medicatiekarren en medewerkers dragen hesjes wanneer zij bezig zijn met het voorbereiden en verstrekken van medicatie zodat zij niet gestoord worden. Met beide maatregelen wordt het risico dat medewerkers zich vergissen tijdens het uitdeelproces verkleind.

Door het aantal medicatie incidenten tijdens het kwaliteitsoverleg vaker onder de aandacht te brengen kan tevens gereflecteerd worden op de ingezette verbetermaatregelen. We blijven sturen op het melden van medicatie incidenten maar hopen ook hiermee het aantal medicatie incidenten naar beneden te brengen.

- De meldingen van seksuele intimidatie of agressief grensoverschrijdend gedrag zijn per situatie onderzocht en op maat verder opgepakt binnen de teams. Er zijn geen meldingen ontvangen die aanleiding gaven tot doormelding aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg en jeugd (IGJ).
- Er zijn in totaal 6 meldingen gedaan van branden/schroeien. De meeste incidenten werden veroorzaakt door de visuele beperking waarmee onze cliënten te maken hebben. In samenspraak met de cliënt zijn passende veiligheidsmaatregelen genomen na de incidenten. Bekeken wordt of de naam 'verwonding' voor deze categorie passender zou zijn. Hierdoor wordt het aantal meldingen dat nu valt onder de categorie 'overige' kleiner wat de analyse vergemakkelijkt.
- In de categorie overige incidenten zit zoveel diversiteit dat hier op geaggregeerd niveau geen conclusies aan te verbinden zijn. Vanzelfsprekend zijn de afzonderlijke incidenten opgevolgd door de betrokken medewerker en de zorgcoördinator. Bij de herinrichting van het meldsysteem in het nieuwe ECD wordt de categorie 'overige' onder de loep genomen. Binnen deze categorie kunnen medewerkers een eigen categorie bedenken. De vraag is of dit wenselijk is omdat het soms al passend is bij een andere categorie en het bemoeilijkt de analyse van de meldingen.
- Er hebben zich in 2019 binnen de RCS geen calamiteiten met cliënten voorgedaan, er zijn geen meldingen van calamiteiten of ernstige incidenten gedaan bij de IGJ.
- Er zijn in 2019 geen meldingen ontvangen van huiselijk geweld binnen de RCS volgens de landelijke meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

De woonlocaties en dagbesteding gebruiken momenteel voor de MIC meldingen een meldsysteem in het oude ECD. Dit systeem is, evenals het ECD zelf, verouderd en analyse van gegevens in dit systeem is moeilijk gebleken. Een voorbeeld hiervan: Tijdens analyse van de MIC meldingen 2019 kwam naar voren dat veel medicatie incidenten werden toegeschreven aan de dagbesteding. Dit werd door het desbetreffende team echter niet herkend omdat weinig medicatie wordt verstrekt. Na analyse bleek er een fout te zitten in het meldsysteem waardoor meldingen verkeerd werden geregistreerd.

Door de implementatie van het nieuwe ECD in 2019/2020 komt een aantal beperkingen van het meldsysteem te vervallen. Het hiervoor genoemde registratieprobleem is in het nieuwe ECD opgelost. In het nieuwe ECD is extra aandacht besteed aan de inrichting van het meldingen systeem. Dit houdt in dat de vragenlijsten herzien zijn. Er wordt bijvoorbeeld meer gebruik gemaakt van meerkeuzevragen en in dezelfde vragenlijst kan ook beschreven worden hoe opvolging heeft plaatsgevonden. De rapporten van de meldingen die gedaan zijn, zijn hierdoor overzichtelijker en gemakkelijker te analyseren.

Naar aanleiding van de herinrichting van o.a. het meldingen systeem als onderdeel van het nieuwe ECD, wordt het thema MIC in 2020 opnieuw onder de aandacht gebracht. Uit de gesprekken met de aanspreekpunten kwaliteit werd duidelijk dat het proces rondom MIC onduidelijk is en dat teams hier anders mee omgaan. Enerzijds heeft dit te maken met definities van de incidenten en wanneer te melden, anderzijds met de meldingsbereidheid omdat de ene medewerker eerder meldt dan een andere medewerker. Een groot aantal medicatie fouten bijvoorbeeld werd gemeld als incident omdat er een fout was geweest in het

medicatieproces. Het betrof hier vaker geen incident maar een gevaarlijke situatie. Door het beleid onder de aandacht te brengen zal het aantal medicatie incidenten vermoedelijk dalen. Als er grote verschillen zijn in de meldingsbereidheid van medewerkers dan krijg je geen reëel beeld van het aantal werkelijke incidenten. Om deze factor zo veel mogelijk uit te sluiten is het ons streven dat alle teams melden volgens een eenduidige richtlijn. Daarbij moet opvolging altijd plaatsvinden en inzichtelijk zijn voor teamleden en op geaggregeerd niveau voor de hele organisatie. Dit maakt het mogelijk om meer te leren van incidenten en daarmee ook verder te verbeteren. Uitgangspunt hierbij is dat deze cyclus van leren en verbeteren van incidenten een teamverantwoordelijkheid is.

3.2. Meldingen incidenten medewerkers

In 2019 zijn er geen meldingen gedaan van incidenten door medewerkers. In het huidige protocol van de RCS is een MIM als volgt omschreven: incidenten waarbij alleen medewerkers betrokken zijn en dus geen cliënten. Het is denkbaar dat bij sommige incidenten zowel de cliënt als medewerker betrokken is en opvolging voor beiden wenselijk is. We zien namelijk dat er 47 meldingen zijn gedaan van seksuele intimidatie of agressief grensoverschrijdend gedrag, waarbij mogelijk ook medewerkers betrokken zijn. In het overleg met de aanspreekpunten kwaliteit wordt hier verder onderzoek naar gedaan. Dit kan tevens aanleiding zijn om het MIM protocol aan te passen.

3.3. Klachten cliënten

In 2019 zijn er geen klachten gemeld bij de cliënt vertrouwenspersonen. Uitingen van onvrede zijn er wel geweest maar deze zijn direct opgepakt door de betrokken begeleiders. In 2020 wordt gekeken of een systeem voor het vastleggen van onvrede, geïntegreerd kan worden in het ECD. Dit heeft als doel om het proces rondom de afhandeling van uitingen van onvrede te structureren. Tevens biedt het de mogelijkheid tot analyse van geuite onvrede waardoor teams van elkaar kunnen leren.

3.4. Aantallen medewerkers, instroom, uitstroom en ziekteverzuim

In onderstaand tabel is het aantal medewerkers, en de aantallen instroom en uitstroom weergegeven.

Tabel 2: Overzicht aantallen medewerkers, instroom en uitstroom

	2019 (per 31/12/19)
Medewerkers (aantal; fte)	
Totaal (incl. leerlingen, excl. stagiaires)	146 (94,72 fte)
Primair proces	118 (77,8 fte)
<i>Instroom</i>	18 (6,5 fte)
<i>Uitstroom</i>	21 (7,8 fte)
Ondersteunend personeel	28 (16,8 fte)
<i>Instroom</i>	5 (2,4 fte)
<i>Uitstroom</i>	7 (1,7 fte)
Vrijwilligers	36
Stagiaires	12 (1,47 fte)
Leerlingen	9 (6,88 fte)

Het aantal medewerkers dat is uitgestroomd ligt hoger dan het aantal medewerkers dat is ingestroomd. We blijven werken aan het behoud en de instroom van medewerkers door o.a. te investeren in scholing en in de ontwikkeling van medewerkers. In 2019 was het gemiddeld percentage ziekteverzuim 4,7% met een meldingsfrequentie van 1,1%. De gemiddelde ziekteduur van medewerkers lag op 22,5 dagen, daarbij hadden we vooral te maken met langdurig verzuim.

4 | Visie op kwaliteit 2020

Bij de RCS zien we werken aan kwaliteit en veiligheid als een gezamenlijke inspanning van ons allemaal. Dat doen we niet omdat er een afvinklijstje moet worden afgewerkt maar omdat we willen dat onze cliënten goede zorg krijgen. Onze focus ligt uiteraard op de kwaliteit van zorg voor cliënten maar duidelijk moge zijn dat kwaliteit van medewerkers en van fysieke woon- en werkomgeving essentiële randvoorwaarden zijn. Kwaliteit gaat voor ons verder dan netjes je werk doen, dit gaat ook (of misschien wel vooral) over bejegening, over aandacht voor elkaar en het zorgen voor goede zorg/ondersteuning en veilige woonomstandigheden en zorgvuldig omgaan met persoonlijke gegevens en informatie. Dat vraagt om een cultuur gericht op kwaliteit en veiligheid.

Het kwaliteitsmodel en de kwaliteitssystemen van de RCS bieden veel mogelijkheden om verbeterpunten te signaleren en hiermee aan de slag te gaan. Ook de werkhouding van onze medewerkers is steeds gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Toch zien we dat het model en de systemen voor medewerkers niet meteen de middelen zijn waarmee zij aan de slag gaan of waardoor ze geïnspireerd raken. We constateren dat er veel mogelijkheden zijn om de systemen beter te benutten en kwaliteit en het werken daaraan meer levend te krijgen binnen de organisatie. Daar willen we in 2020 (en de jaren daarna) mee aan de slag. De focus ligt daarbij voor 2020 op het **versterken van de basis** als springplank voor blijvend bouwen aan kwaliteitsverbetering.

4.1. Het versterken van de basis

De focus ligt voor 2020 op het **versterken van de basis** als springplank voor blijvend bouwen aan kwaliteitsverbetering.

Het startpunt hierbij is het taalgebruik: Het begrip kwaliteit blijkt voor veel medewerkers een wat ongrijpbare term te zijn. Wanneer we het begrip vertalen naar de vragen ‘welke initiatieven neem jij of jullie als team om het leven voor de cliënt aangenamer te maken?’ blijkt het thema voor medewerkers veel tastbaarder te worden. Door vanuit andere terminologie het gesprek aan te gaan maken we het thema meer toegankelijk en wordt voor medewerkers duidelijk dat kwaliteit dus aan de orde van de dag is, ook in hun eigen werk. We gaan het gesprek aan over hoe we kunnen leren en verbeteren en hoe dat past in het huidige beleid. Er wordt gereflecteerd op het handelen en stellen hierbij de vraag: ‘hebben we gedaan wat we met elkaar hebben afgesproken?’

Binnen de zelforganiserende teams worden aandachtsvelden onderling verdeeld. Voor de diverse aandachtsgebieden binnen kwaliteit en veiligheid wordt er per team één aanspreekpunt benoemd. De aanspreekpunten zijn gesprekspartner voor de beleidsmedewerker kwaliteit en het strategisch team bij vraagstukken rond de desbetreffende aandachtsvelden. Hoewel de structuur er nu al wel is merken we ook dat de inzet hiervan sterk verschilt, mede door het ontbreken van werkafspraken en structuur. De inzet van de aanspreekpunten wordt in 2020 verder gestructureerd, zodat meer in gezamenlijkheid gewerkt wordt aan de kwaliteitsagenda, het leren van elkaars initiatieven en verbeterplannen en als startpunt voor verdere structurering van betekenisvolle

teamreflecties. Het aanspreekpunten-overleg kan ook als klankbord fungeren bij de ontwikkeling van beleid en werkinstructies.

Het goed gebruik van meldsystemen kan belangrijke stuurinformatie opleveren voor het signaleren van risico's. Binnen de RCS willen we in 2020 het meldingenbeleid en het gebruik van het meldsysteem meer structureren en gericht onder de aandacht brengen. Daarmee willen we enerzijds bijdragen aan bewustwording bij medewerkers over het begrip incidenten en het belang om deze te melden. Anderzijds willen we de waarde van het meldsysteem doen toenemen waar het gaat om het verzamelen van stuurinformatie en verbetermogelijkheden.

Het werken met concrete projecten met een kop en een staart blijkt voor medewerkers het best werkbaar. In samenspraak met de aanspreekpunten kwaliteit kiezen we voor 2020 een aantal concrete thema's om deze vervolgens projectmatig uit te werken. Dit zou bijvoorbeeld kunnen in de vorm van een interne audit maar dat wordt verder onderzocht. Mogelijk verschillen de thema's tussen de teams maar men kan in ieder geval van elkaar leren. Door deze wijze van meer gestructureerd werken hopen we teams meer richting te geven in het komen tot resultaten en het doorbouwen op kwaliteit.

4.2. Concrete invulling en planning kwaliteitsagenda 2020

We zijn ons ervan bewust dat er veel voor nodig is om **de basis te versterken**. Het vraagt niet alleen meer tijd maar soms ook een andere manier van denken dan de medewerkers gewend zijn. In 2020 gaan we vooral ontdekken wat er dan voor nodig is maar starten we in ieder geval met een aantal concrete acties.

- Ieder kwartaal vindt overleg plaats tussen de beleidsmedewerker kwaliteit en de aanspreekpunten kwaliteit.
- Tijdens dit overleg wordt ingezoomd op de kwaliteitsinformatie die vanuit de diverse instrumenten beschikbaar is. Betekenisvolle reflectie speelt hierbij een belangrijke rol. Er wordt dieper ingegaan op cliëntervaringen en ingezette verbeteringen door niet alleen te focussen op cijfers maar hierover het gesprek aan te gaan.
- De kwaliteitsinformatie met bijbehorende reflectie wordt onderdeel van de kwartaalrapportage voor het strategisch team. Zodat het strategisch team goed geïnformeerd wordt over de kwaliteit van zorg en ondersteuning en zicht heeft op lopende verbeterprojecten.
- Het eerste gezamenlijke thema dat projectmatig wordt uitgewerkt is het meldingenbeleid. Dit vraagt namelijk om duidelijke werkinstructies, een goed meldsysteem en een cultuur waarin medewerkers consequent incidenten, klachten en datalekken melden.
- De documentstructuur wordt verder vormgegeven en documenten worden geanalyseerd. Het doel is dat alle medewerkers de beleidsdocumenten en werkinstructies makkelijker kunnen oproepen en de inhoudelijke informatie actueel is.

Naast het versterken van de basis zijn er voor 2020 een aantal kwaliteitsthema's die de aandacht behoeven, vanuit wettelijke kaders of anderszins. Er staat voor 2020 in ieder geval een cliëntervaringsonderzoek en verschillende verbeterprojecten gepland. Daarnaast staan er andere grotere projecten gepland:

- Brandveiligheid onderzoeken op verschillende locaties.

- Veilige verwerking van persoonsgegevens.
- Expertise uitbreiding rondom somatische klachten.
- Positionering van het verpleegkundig team.
- Verdere invulling van het ECD door uitbreiding van de risico signalering, het ontwikkelen van kaders voor zorgplannen en rapportages met als aandachtspunt de visuele beperking en ontwikkeling van het meldsysteem. Tevens worden de mogelijkheden bekeken voor een portaal waarbij cliënten zelf het cliëntdossier kunnen inzien.
- Strategisch huisvestingsplan.
- Overgang naar werken in de cloud.
- Optimalisatie P&O processen.
- Dagbesteding Nijmegen start als Pilot.

In onderstaande planning zijn de acties opgenomen die in ieder geval plaatsvinden. De maanden juli en augustus zijn i.v.m. vakanties niet meegenomen.

Tabel 3: Overzicht van geplande acties in 2020

	algemeen	teamniveau
jan		
feb		<ul style="list-style-type: none"> • Overleg aanspreekpunten
maa		
apr		
mei	<ul style="list-style-type: none"> • Interne reflectie kwaliteitsrapport 	<ul style="list-style-type: none"> • Aanspreekpunten lezen mee kwaliteitsrapport
jun	<ul style="list-style-type: none"> • Aanlevering kwaliteitsrapport 	
sep	<ul style="list-style-type: none"> • Externe visitatie t.b.v. kwaliteitsrapport • Interne reflectie kwaliteitsrapport voor CCR • Voorbereidingen CTO 	<ul style="list-style-type: none"> • Overleg aanspreekpunten: invulling CTO
okt	<ul style="list-style-type: none"> • Uitvoering CTO 	
nov	<ul style="list-style-type: none"> • Benoemen kwaliteitsthema voor 2021? 	
dec		<ul style="list-style-type: none"> • Overleg aanspreekpunten: resultaten CTO

5 | Interne reflectie

Op 18 mei heeft de interne reflectie ten behoeve van het kwaliteitsrapport 2020 plaatsgevonden met het strategisch team, de beleidsadviseur, de ondernemingsraad en afgevaardigden van de raad van toezicht. Op 21 september is het kwaliteitsrapport aan de Centrale Cliëntenraad voorgelegd.

De deelnemers reageren eerst in algemene zin op het rapport. Zij vinden het een goed leesbaar stuk. Er wordt toelichting gevraagd op het 360 graden feedback instrument omdat deze in het kwaliteitsrapport benoemd wordt. De manier waarop dit instrument wordt ingezet is nog niet optimaal en er is behoefte aan een concreet project met een duidelijke kop en staart. Dit instrument komt aan de orde bij de verdere verankering van zelforganisatie. Herkenbaar in het rapport is de constatering dat het begrip kwaliteit voor veel medewerkers nog vaag blijft. Het is belangrijk dat medewerkers beter begrijpen wat er met kwaliteit wordt bedoeld, zodat zij zich er ook sterker van bewust worden dat ze daar ook nu al mee bezig zijn.

Er bestaat verwarring over de kwaliteitscyclus: in het rapport over 2019 wordt het thema gepresenteerd voor het kwaliteitsbeleid in 2020. Inderdaad wordt idealiter in het lopende jaar het thema bepaald voor het jaar erop. Dit is ook een reden waarom voor 2020 is gekozen voor het thema 'versterken van de basis'. De wens om daar snel mee aan de slag te gaan, was daarnaast de aanleiding om het rapport, ondanks de landelijk uitgestelde aanleverdatum, toch al voor 1 juni klaar te hebben. Voor het vervolg zou het goed zijn om de keuze voor het kwaliteitsthema in de jaarplanning op te nemen. Het streven is om het thema tijdig bekend te maken als de kwaliteitsplanning dit toelaat.

Geeft het rapport een goed beeld van de kwaliteit van de RCS in 2019?

In het rapport staat omschreven wat er op het gebied van kwaliteit is gedaan en ondernomen. De toon is daarmee vrij feitelijk en beschrijvend. Het verslag zou kunnen worden verrijkt en verlevendigd door hieraan wat aansprekende voorbeelden uit de praktijk toe te voegen. Denk daarbij ook aan voorbeelden over hoe inzichten vanuit EIK worden doorgevoerd op de werkvloer. Waar mogelijk zou daarnaast ook gebruik kunnen worden gemaakt van quotes van cliënten zelf.

Is de kwantitatieve kwaliteitsinformatie in hoofdstuk 3 van toegevoegde waarde?

Een vooruitgang ten opzichte van de vorige kwaliteitsrapporten is de opname van kwantitatieve kwaliteitsinformatie. Dit is een wezenlijke verandering, die het mogelijk maakt om de opeenvolgende jaren voortaan met elkaar te kunnen vergelijken en trends. De cijfers zullen in het vervolg ook worden gebruikt als input voor het periodieke overleg met de aanspreekpunten kwaliteit vanuit de diverse teams om eventuele verschillen in het aantal en soort meldingen met elkaar te bespreken.

Er is recent een algemeen meldingenbeleid opgesteld, met een beschrijving van alle mogelijke meldingen. Aan dat beleid worden ook protocollen gekoppeld die per type melding meer duidelijkheid geven over de vervolgstappen.

Voorgesteld wordt om de personeelscijfers, waaronder het ziekteverzuimpercentage, af te zetten tegen de landelijke gemiddeldes. Daarnaast kan het interessant zijn om te

onderzoeken hoe de instroom van medewerkers verhoogd kan worden.

Is de visie op kwaliteit in 2020 duidelijk en voldoende richtinggevend?

De richting die in het rapport wordt voorgesteld voor 2020, wordt door de aanwezigen onderschreven. Met name het streven naar meer houvast en concretisering. Het is zaak dat het thema kwaliteit sterker gaat leven. Ook van taalgebruik is de verwachting dat dit aan een verdere verankering zou kunnen bijdragen. Er gebeurt al heel veel op het gebied van kwaliteit.

Opgemerkt werd dat naast de term kwaliteit ook de PDCA cyclus concreter gemaakt kan worden door de vraag te stellen: 'doen we de dingen zoals we die hebben afgesproken?'

Zijn er tips of aanvullingen om mee te nemen in het kwaliteitsrapport?

De invloed van corona op de manier van werken en de digitaleringsslag in verband daarmee kunnen in het rapport nog worden omschreven. Verder wordt opgemerkt dat de coronacrisis niet per definitie ten goede komt aan de eigen regie van de cliënt die de RCS nastreeft.

Verder is de toegang voor cliënten tot het eigen ECD een interessante uitdaging. Aan de voorbereidingen voor dat laatste wordt al gewerkt. Kwaliteitsbeleid en kwaliteitszorg zijn veelomvattende begrippen en staan in verbinding met diverse andere strategische doelen van de organisatie. Denk daarbij aan het ECD traject en aan het strategisch huisvestingsplan. Dit zijn ontwikkelingen die bijdragen aan de kwaliteit en zijn daarom apart in het rapport benoemd.

De opmerkingen over het kwaliteitsrapport zijn positief ontvangen. Opmerkingen die niet reeds verwerkt zijn in het rapport zoals sprekende voorbeelden om het rapport te verrijken, een benchmark met personeelscijfers en de invloed van het corona virus worden meegenomen naar het kwaliteitsrapport over 2020.

Gesprek met de cliëntenraad

In het gesprek met de cliëntenraad werd vooral toelichting gevraagd op een aantal onderdelen. Een aanvulling werd gedaan op het ECD, namelijk dat cliënten betrokken zijn geweest bij de keuze voor het nieuwe systeem. Deze aanvulling en taalkundige verbeteringen zijn verwerkt in het rapport. Opgemerkt werd dat cliëntervaringen minder aan bod komen in het rapport en de focus ligt op de kwaliteit van medewerkers. Dit wordt meegenomen als verbeterpunt voor het kwaliteitsrapport over 2020.

6 | Externe visitatie

De externe visitatie heeft plaatsgevonden op 23 september 2020. Genodigden vanuit verschillende invalshoeken namelijk onafhankelijke cliëntondersteuning, cliëntvertegenwoordiging, ervaringsdeskundigheid en versterken relatie cliënt-begeleider namen deel aan de visitatie. De basis voor de externe visitatie was het kwaliteitsrapport. Daarnaast is aan de visitatie een thema verbonden dat raakvlakken heeft met het kwaliteitsrapport: *“een verdere versterking van de rol van de cliënt als volwaardige gesprekspartner, om ervoor te zorgen dat zijn of haar wensen en behoeften nog nadrukkelijker centraal komen te staan”*. Dit is voor de RCS een logisch thema omdat het te maken heeft met eigen regie en het gesprek met de cliënt, passend bij één van de bouwstenen uit het kwaliteitsbeleid. Daarnaast focussen we ons in 2020 op het versterken van de basis, waarbij o.a. taalgebruik centraal staat en de verdere implementatie van het ECD. Daarna willen we kijken of kwaliteitsverbetering in het ECD mogelijk is. De wensen en behoeften van cliënten zijn hierin leidend. Het is daarom interessant om te onderzoeken of we deze wensen en behoeften nog centraler kunnen stellen.

Tijdens het eerste deel van de externe visitatie zijn we dieper ingegaan op het kwaliteitsrapport en hebben we de volgende vragen gesteld: wat is de eerste indruk van het rapport en wat zou beter kunnen?

- Het is een groot document dat een procedurele indruk geeft. Het bestaat uit de verplichte hoofdstukken en bevat daarnaast weinig elementen die het rapport minder ‘saai’ maken zoals ervaringen, plaatjes etc. Het idee wordt geopperd om de visie of de waarden van de RCS centraler te stellen en te laten dienen als kapstok voor het kwaliteitsrapport.
- Er ligt een grote nadruk op de eigen organisatie en de medewerkers van de RCS. De relatie met de cliënten komt minder sterk naar voren. Dit heeft te maken met het kwaliteitsthema waarbij de kwaliteit van de medewerker centraal stond.
- De resultaten van het cliëntervaringsonderzoek komen niet terug. Dit heeft te maken met het feit dat deze resultaten reeds in het kwaliteitsrapport van 2018 en 2019 aan de orde zijn geweest.
- De meningen, over het wel of niet opnemen van kwaliteitsinformatie in het kwaliteitsrapport, zijn verdeeld. Transparantie kan helpend zijn om te vergelijken en het gesprek aan te gaan. De aantallen kunnen echter ook een negatieve indruk achterlaten bij de lezer van het kwaliteitsrapport. Dit kan verholpen worden door te focussen op de verbetermaatregelen die zijn doorgevoerd om de aantallen naar beneden te brengen. Het meldingenbeleid is in 2020 aangepast en er wordt extra aandacht gegeven aan de opvolging om meer grip te krijgen op de verbetermaatregelen.

Alle deelnemers hebben het standpunt ingenomen dat alleen de nadruk leggen op het aantal meldingen te weinig zegt over de kwaliteit van zorg. Dit is ook een van de redenen waarom de incidentmeldingen ieder kwartaal, op teamniveau en

geaggregeerd niveau, onder de aandacht gebracht gaan worden. Op die manier kan sneller beoordeeld worden of de juiste verbetermaatregelen worden ingezet die leiden tot een daling van het aantal incidenten.

Het aantal incidenten vergelijken met een soortgelijke zorgaanbieder en hier vervolgens het gesprek over aangaan kan de RCS helpen om de juiste verbetermaatregelen in te zetten.

De waardevolle adviezen die gedaan zijn door de deelnemers van de externe visitatie worden meegenomen als input voor het kwaliteitsrapport over 2020. De focus zal meer op de cliënten gelegd worden door in ieder geval te beschrijven hoe vervolg wordt gegeven aan cliëntervaringen. Daarnaast zullen we er naar streven in het rapport verbinding te leggen met de waarden van de RCS en het toevoegen van cliëntervaringen of afbeeldingen.

De deelnemers aan de externe visitatie hebben vervolgens, ieder vanuit de eigen expertise, kennis ingebracht over het gekozen thema: *“een verdere versterking van de rol van de cliënt als volwaardige gesprekspartner, om ervoor te zorgen dat zijn of haar wensen en behoeften nog nadrukkelijker centraal komen te staan”*. Dit heeft voor ons veel aanknopingspunten opgeleverd om in 2021 verder te ontwikkelen op dit thema. De aanknopingspunten kunnen als volgt worden samengevat:

- De rol van een onafhankelijke cliëntondersteuner en ervaringsdeskundige in de dialoog met de cliënt kan onderzocht worden.
- Systeemdenken kan nabijheid in de weg zitten en ervoor zorgen dat het moeilijker is om de wensen en behoeften van cliënten centraal te stellen.
- Het gesprek met de cliënt kan verrijkt worden door te focussen op mogelijkheden en wat wel mogelijk is.
- Mogelijkheden om aan te sluiten bij bestaande initiatieven voor het uitbouwen van het netwerk. Als deze er in beperkte mate is, misschien kan deze dan ‘toch’ worden uitgebouwd.
- Tijdens de cliëntplanbespreking kan het netwerk van de cliënt ook in kaart gebracht worden. Hierin kan gezocht worden naar andere bouwstenen voor verrijking van o.a. het ondersteuningsplan.
- Mogelijkheden om het netwerk van vrijwilligers uit te bouwen door te kijken naar gewenste commitment, de eisen die gesteld worden aan vrijwilligers en niet uit te gaan van de status quo. Ook kunnen alternatieve complimenten zorgen voor behoud van de vrijwilligers.

De mogelijkheid om bovenstaande aanknopingspunten op te nemen in het kwaliteitsbeleid van 2021 zal in samenspraak met medewerkers en cliënten verder worden onderzocht.