



## Inhoud

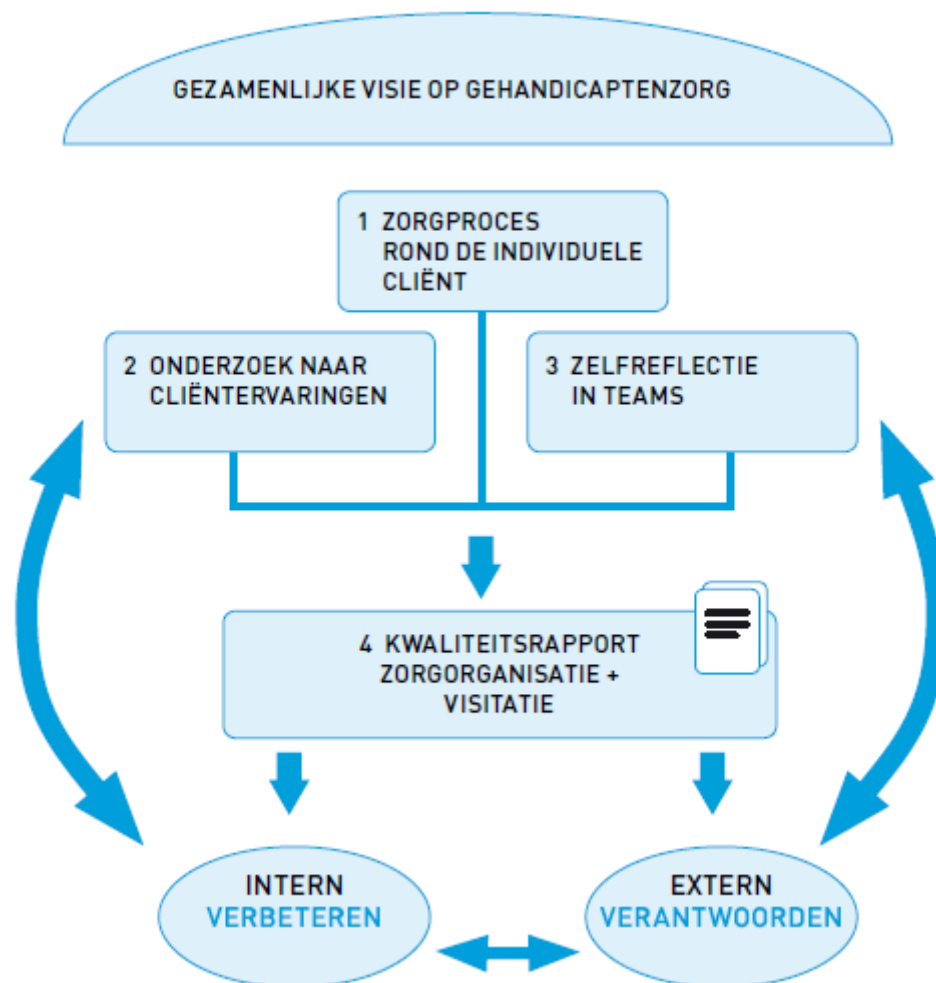
Inleiding.....	3
Bouwsteen 1: Het zorgproces rondom de individuele cliënt.....	4
Werkwijze opstellen en beheren zorgplannen.....	4
Bouwsteen 2: Onderzoek naar cliëntervaringen.....	7
Conclusies cliëntervaringsonderzoek 2016.....	7
Verbeterpunten naar aanleiding van onderzoek.....	9
Hiermee hopen we een helder actueel beeld te kunnen vormen van wat er leeft bij de cliënten en daarop onze plannen aan te passen.....	10
Bouwsteen 3: Zelfreflectie in zorgteams.....	11
Bouwsteen 4: Kwaliteitsrapport en visitatie.....	12

## Inleiding

Er is een nieuw kwaliteitskader gehandicaptenzorg (2017-2022) dat de kwaliteit van de gehandicaptenzorg verder moet verbeteren. Dit kader bestaat uit de vier bouwstenen.

- Bouwsteen 1: het zorgproces rond de individuele cliënt
- Bouwsteen 2: Onderzoek naar de ervaringen van cliënten
- Bouwsteen 3: Zelfreflectie in zorgteams
- Bouwsteen 4: Kwaliteitsrapport en visitatie

Deze bouwstenen zullen allen aan bod komen in het restant van dit document. De eerste drie bouwstenen moeten leiden naar de vierde bouwsteen. Die op zijn beurt een bron moet zijn voor verbeterpunten en gebruikt kan worden voor externe verantwoording. De volgende afbeelding vat dit alles samen.



## Bouwsteen 1: Het zorgproces rondom de individuele cliënt

Het zorgproces per individuele cliënt staat beschreven in het zorgplan van die cliënt. Voor iedere nieuwe cliënt wordt het zorgplan vastgelegd in overleg met de cliënt / cliëntvertegenwoordiger. Evaluatie van het zorgplan vindt twee keer per jaar plaats voor volwassenen en voor cliënten onder de 18 jaar. Ook buiten deze vaste evaluatiemomenten kan er gekozen worden om het zorgplan te evalueren mocht de situatie rondom de cliënt hierom vragen. Binnen KIO hanteren we een kwaliteitshandboek, waarin de werkwijze staat rondom het opstellen van zorgplannen. In de volgende paragraaf is dit document opgenomen.

### **Werkwijze opstellen en beheren zorgplannen**

#### Werkwijze

Een actueel zorgplan binnen de door de organisatie gestelde kaders voor iedere cliënt.

Voor elke cliënt wordt een zorgplan opgesteld. Met elke cliënt of diens vertegenwoordigers wordt een zorgovereenkomst gesloten waarin ook vermeld staat dat de overeenkomst gekoppeld is aan het zorgplan.

#### Totstandkoming eerste zorgplan;

De persoonlijk begeleider van een cliënt is verantwoordelijk voor het op- en bijstellen van het zorgplan van een cliënt, dit gebeurt in samenwerking met de teamleider en gedragskundige, binnen 6 weken na aanvang zorg.

Samen met de persoonlijk begeleider worden de begeleidingsafspraken, het sociaal netwerk, gezondheidsrisico's en de doelen geschreven. Het zorgplan wordt ingevoerd in Qurentis. In dit zorgdossier van een cliënt staan ook de rapportages gekoppeld aan de gestelde doelen.

Het perspectief van de cliënt wordt besproken tussen cliënt en zorgverleners. Er wordt zoveel mogelijk relevante informatie over de cliënt verzameld in overleg met en na toestemming van ouders/ verzorgers. Het opvragen van informatie bij verschillende instanties wordt gedaan door de office manager. Deze informatie kan van artsen en andere externe deskundigen komen (school, logopedist enz..)komen. Hiervoor dient een schriftelijke toestemmingsverklaring te worden ondertekend door ouders of cliënt.

- Gezondheidsrisico's in kaart brengen en opstellen
- Protocolen afgestemd op de risico-weging van de cliënt. Maatregelen nemen naar aanleiding van de risico-inventarisaties.

Als het zorgplan in concept klaar is en goed gekeurd is door de desbetreffende deskundigen; teamleider / psycholoog, gaat het in concept naar de cliënt of diens ouders/ wettelijk vertegenwoordigers.

Zo nodig wordt in overleg met de teamleider, directie en eventueel ouders beeldvorming georganiseerd. Door de desbetreffende discipline ( gedragskundige) wordt de beeldvorming geschreven. Dit wordt door de persoonlijk begeleider in onderling overleg omgezet in het zorgplan.

#### Zorgplanoverleg

Een zorgplanoverleg gebeurt minimaal twee maal per jaar in aanwezigheid van een teamleider, de persoonlijk begeleider van de cliënt en de vertegenwoordigers van de cliënt ( meestal ouders). Optioneel is de gedragskundige bij het zorgplanoverleg aanwezig. Ook bijvoorbeeld een cliëntondersteuner kan bij het overleg optioneel aansluiten.

Het streven is om dit 1 keer per jaar bij KIO te laten plaats vinden en 1 keer per jaar telefonisch. Op verzoek van cliënt of ouders kan dit ook 2 maal per jaar bij KIO plaatsvinden.

De schriftelijke evaluatie van de doelen en geboden zorg vindt in Qurentis plaats. Cliënten of ouders die geen gebruik willen maken van de mogelijkheid tot een zorgplanoverleg die gaan inhoudelijk akkoord met het zorgplan als zij niet reageren op een schriftelijke uitnodiging hiertoe.

#### Het zorgplan bevat:

- de uitgangspunten voor de zorgverlening zoals vermeld in indicatiebesluit
- de hulpvraag van de cliënt in al haar facetten / zelfredzaamheid en ondersteuningsbehoefte
- de gestelde diagnose
- de overeengekomen smart-geformuleerde doelen (gewenste resultaat)
- de wijze waarop de organisatie en de cliënt de gestelde doelen willen bereiken
- de manier waarop het resultaat en de voortgang van de zorg- en dienstverlening wordt gemeten;
- welke disciplines en welke middelen worden ingezet, inclusief;
  - medicatie;
  - eventuele beschermende maatregelen worden opgenomen in het zorgplan
  - eventuele maatregelen in verband met de uitkomsten van de risico-inventarisatie (risico-weging)
- de persoonlijk begeleider
- de wijze waarop en de frequentie waarmee het zorg- of begeleidingsplan wordt geëvalueerd en bijgesteld.
- De ervaren kwaliteit van bestaan ( welke tekorten, wat doen we eraan)
- De betrokkenheid van familieleden en belangrijke anderen, het zogenaamde sociaal netwerk.

#### Evaluatie en bijstelling

- Als het zorgplan tussentijds bijgesteld moet worden, gebeurt dat in overleg met teamleider.
- Onderwerpen die aan de orde kunnen komen tijdens een zorgplanoverleg zijn: reanimatie, seksualiteit, voeding, gezondheid, beleving, woningaanpassing, aanvraag hulpmiddelen, toekomstperspectief enz. Hierdoor komen de onderwerpen van het kwaliteitskader aan de orde te weten:
  - de zelfredzaamheid en ondersteuningsbehoeften (wat is nodig)
  - de gezondheidsrisico's en veiligheid (een individuele risico-weging)
  - de ervaren kwaliteit van bestaan (welke tekorten, wat doen we eraan)
  - de betrokkenheid van familieleden en het sociaal netwerk.
  - de afspraken over dagelijkse zorg en ondersteuning (komen we afspraken na)
- 1. Is hierbij tenminste aandacht voor:
  - het bereiken van de vastgestelde doelen
  - de resultaten van de metingen op basis van de vastgestelde indicatoren
  - de ervaringen van de cliënt over de zorg/dienstverlening.

Van het zorgplanoverleg wordt er door de persoonlijk begeleider of de leidinggevende een verslag gemaakt. Ook dit verslag gaat naar ouders in tweevoud en wordt ondertekend door zowel ouders als persoonlijk begeleider en leidinggevende. De gemaakte afspraken worden ook verwerkt in het definitieve exemplaar van het zorgplan. Dit zorgplan wordt ook in tweevoud aan ouders aangeleverd en ondertekend. Daarna belanden zowel het zorgplan als het verslag van het zorgplanoverleg in het elektronische dossier van de cliënt.

### Analyse

De zorgplanbesprekingen worden op locatie- en organisatieniveau verzameld en halfjaarlijks geanalyseerd door de directeur. Tevens hebben wij in 2017 een enquête uitgezet onder de ouders waarin ze anoniem kunnen reageren op gestelde vragen n.a.v. de thema's in het kwaliteitskader. Op deze manier kunnen we een koppeling maken van de evaluatieverslagen m.b.t. de zorgplannen en de resultaten van de vragenlijst.

### De beeldvorming van een cliënt

Dit krijgt thema krijgt extra veel aandacht; zodat er dus altijd een actueel beeld van een cliënt is waarop de uitvoering van de zorg mede is gebaseerd. Hiervoor worden diverse testmethoden en vragenlijsten gebruikt. Zo is er een vragenlijst om de mate van zelfstandigheid te meten die we zelf mede ontwikkeld hebben voor de volwassen doelgroep met een grotere mate van zelfstandigheid

Ook gebruiken we de SRZ; sociale redzaamheidschaal voor zwakzinnigen, SEO-r om de emotionele ontwikkeling te bepalen, Vineland-S en de ComVoor om het communicatieniveau vast te stellen.

### Leefomgeving

Om de veiligheid in de leefomgeving te verbeteren is er een externe medewerker ingehuurd met ervaring als veiligheidsadviseur. Ook heeft hij een controlerende rol op de locaties m.b.t. veiligheid waaronder ook brandveiligheid. Hij coördineert tevens het technisch onderhoud waardoor reparaties sneller kunnen plaatsvinden.

Er is een onderhoudscontract m.b.t. inbraakbeveiliging en brandveiligheid met Detec afgesloten. Voor het onderhoud van de buitenterreinen ( speelruimtes) is een onderhoudscontract afgesloten evenals voor het keuren van de hulpmiddelen.

### Inspraak en eigen regie

Elke cliënt heeft het recht op inspraak over het zorgaanbod. Bij de dagbesteding nemen ouders deze taak meestal op zich omdat de cliënten zelf niet in staat zijn om inhoudelijk hun wensen kenbaar te maken op het gebied van de geboden zorg. Ouders hebben dus plaatsgenomen in de cliëntenraad van KIO, zij komen minstens 4 keer per jaar bij elkaar voor overleg. Om toch zoveel mogelijk cliënten hun recht op inspraak en eigen regie te geven zijn er regelmatig bewoners overleggen waardoor er via "keukentafelgesprekken" alle belangrijke onderwerpen besproken worden met de bewoners. Bewoners dragen hiervoor zelf de agendapunten aan.

### Budget

Cliënten die zelf hun geld kunnen beheren of boodschappen doen kunnen er voor kiezen om hun budget om eten en drinken te kopen zelf te besteden. Het gezamenlijk mee eten in de huiskamer is altijd een keuze en geen verplichting.

## Bouwsteen 2: Onderzoek naar cliëntervaringen

Natuurlijk is er bij de evaluatie van zorgplannen aandacht voor de ervaringen van de cliënt. Verder zijn wij als zorgorganisatie verplicht om eens in de drie jaar een extern onderzoek naar cliëntervaringen uit te laten voeren. In December 2016 is dit gebeurd door Buntinx met het instrument Quality Qube. De conclusies van dit onderzoek staan in de volgende paragraaf.

### Conclusies cliënt ervaringsonderzoek 2016

In deze paragraaf gaat het uitsluitend over enkele grote lijnen die Stichting KIO breed naar voren komen uit het onderzoek van 2016.

#### **Cliënten**

De interviews met de 23 cliënten werden met name uitgevoerd binnen de populaties wonen/logeren en ambulante ondersteuning. De resultaten moeten binnen dit kader geïnterpreteerd worden.

De cliënten geven op een schaal van drie de algemene ondersteuning bij Stichting KIO een 2,5. Omgerekend op een tien punten schaal is dit een 8,3. Hiermee geven ze een sterk positieve waardering voor de algemene ondersteuning. Cliënten scoren op landelijk niveau gemiddeld het hoogst van de drie groepen (cliënten, vertegenwoordigers en begeleiders). Deze trend is ook zichtbaar bij Stichting KIO.

Binnen de gesloten vragen tonen de cliënten de meeste tevredenheid over de inzet en betrokkenheid van de begeleiding. Cliënten zien dat de begeleiders hart hebben voor de zorg en hun best doen voor de cliënt. De cliënten zijn gemiddeld tevreden over alle onderwerpen die werden bevraagd in de gesloten vragen; een relatief lagere waardering krijgt de beschikbare ondersteuningstijd voor de cliënt.

Bij de open vragen tonen de cliënten eveneens de meeste waardering voor de betrokkenheid en inzet van de begeleiders. De cliënten zijn positief over het luisterend en empathisch vermogen van de begeleiding. Daarnaast uiten de cliënten waardering voor het probleemoplossend vermogen van de begeleiding, en de ondersteuning bij de dagelijkse taken zoals schoonmaken en boodschappen doen.

Verbeterruimte zien de cliënten het vaakst op het gebied van de beschikbare begeleidingstijd. De cliënten willen graag meer direct contact met - en aandacht vanuit - de begeleiding. Dit valt samen met de laagst scorende indicator binnen de gesloten vragen. Daarnaast vragen de cliënten om meer structuur in de planning en om een consequente uitvoering van de planning. Hiermee geven de cliënten aan een vast ritme belangrijk te vinden binnen de ondersteuning.

#### **Cliëntvertegenwoordigers**

De cliëntvertegenwoordigers geven gemiddeld een 7,7 aan de algemene ondersteuning bij Stichting KIO. Dit is een ruim positieve waardering. Deze score is nagenoeg gelijk aan het landelijk gemiddelde van cliëntvertegenwoordigers.

Evenals de cliënten uiten de vertegenwoordigers binnen de gesloten vragen de meeste tevredenheid over de inzet van de begeleiders. De overige indicatoren scoren allemaal positief; er zijn geen significant laag scorende indicatoren.

Binnen de open antwoorden tonen de cliëntvertegenwoordigers de meeste waardering voor de inzet en betrokkenheid van de begeleiders. Men waardeert de individuele aandacht die er is voor de cliënt en ziet dat de ondersteuning zo veel mogelijk wordt afgestemd op de persoonlijke wensen en behoeften. Daarnaast worden het empathisch vermogen van de begeleiding en de ondersteuning voor de cliënt op het gebied van het emotioneel welzijn hoog gewaardeerd. Hierbij refereert men regelmatig naar de troost die begeleiders bieden aan de cliënt bij moeilijke situaties.

Ruimte voor verbetering zien de cliëntvertegenwoordigers op het gebied van de informatievoorziening rondom de cliënt. Het betreft hierbij met name het tijdig informeren van de cliëntvertegenwoordigers over de planning. Ook wensen de cliëntvertegenwoordigers een regelmatige rapportage over het wel en wee van de cliënt. Daarnaast zien de cliëntvertegenwoordigers verbeterruimte binnen de stabiliteit in het team van begeleiders. Men vindt het hierbij belangrijk dat er vaste begeleiders op de locatie werken, zodat er bekende gezichten voor de cliënten zijn. Tot slot worden de beschikbaarheid van ondersteuning (voldoende tijd voor de cliënt), en de aandacht voor de gezondheid van de cliënt (gezond eten, voldoende lichaamsbeweging) regelmatig genoemd als verbeterpunten.

Aan de cliëntvertegenwoordigers werden twee extra vragen gesteld met betrekking tot de adviesbehoefte op het gebied van de voeding en lichaamsbeweging van de cliënt. Op het gebied van voeding geeft 31% van de cliëntvertegenwoordigers aan enige of sterke behoefte te hebben aan advies; op het gebied van lichaamsbeweging is dat 39%. Bij beide vragen geeft een kleine meerderheid (>50%) aan geen behoefte te hebben aan advies.

## **Begeleiders**

De begeleiders geven de zelf geboden ondersteuning bij Stichting KIO een 7,7. Op landelijk niveau scoren begeleiders gemiddeld het laagst van de drie groepen. Dit duidt op een kritische blik op het eigen werk. Bij Stichting KIO scoren de begeleiders met een 7,7 relatief hoog.

Binnen de gesloten vragen scoren de indicatoren met betrekking tot de inzet, betrokkenheid en empathie van de begeleiders het hoogst. Dit komt overeen met de uitkomsten bij cliënten en cliëntvertegenwoordigers. Een relatief lagere waardering krijgt de indicator met betrekking tot de beschikbare begeleidingstijd voor de cliënt.

Bij de open vragen geven de begeleiders aan waardering te hebben voor de eigen zorgzaamheid; de begeleiders stellen de cliënt centraal in de zorg en voelen zich betrokken en gedreven. Ook de samenwerking binnen het eigen team komt vaak naar voren als een sterk punt bij de begeleiders. Hierbij wordt regelmatig verwezen naar de onderlinge collegialiteit en de bereidwilligheid om elkaar te helpen. Daarnaast zien de begeleiders de eigen creativiteit, flexibiliteit en kunde als sterke punten in de ondersteuning.

De meeste verbeterruimte zien de begeleiders op het gebied van de planning en roostering. Een vaste planning kan volgens de begeleiders binnen de organisatie - bij cliënten, vertegenwoordigers en begeleiders zelf - voor meer rust en duidelijkheid zorgen. Ook de beschikbare tijd voor de cliënt is volgens de begeleiders een belangrijk verbeterpunt. Men suggereert hierbij dat meer personeel of minder administratieve taken kunnen helpen om meer tijd vrij te maken voor de directe zorg voor de cliënt. Tot slot zien de begeleiders verdere verbeterruimte binnen de teamsamenwerking. Deze verbeterruimte bevindt zich met name in de onderlinge communicatie: aandacht voor een goede overdracht, tijdige rapportage en het op één lijn zitten als team.



### Verbeterpunten naar aanleiding van onderzoek

Het punt dat het meeste naar voren komt in dit onderzoek is de behoefte aan structuur. Dit was zeker in de periode van het onderzoek lastig. Het was winter en er waren veel zieken binnen de organisatie. Dit maakte het lastig om een vaste structuur aan te houden voor cliënten en personeel. Momenteel is er een plan personeelsleden bij minder groepen in te delen om zo de structuur voor cliënten en personeel duidelijker te maken. Verder is de communicatie een verbeterpunt. Zowel communicatie richting cliëntvertegenwoordigers als tussen medewerkers onderling. Dit moet ook beter gaan als we personeel bij minder locaties inzetten. Hierdoor moet er meer duidelijkheid ontstaan bij personeel en ook de communicatie naar vertegenwoordigers zal naar verwachting makkelijker gaan als er minder verschillende personeelsleden zijn die dit moeten doen. Verder zal de ondersteuning van cliënten beter moeten zijn, omdat er minder personeel van buiten het team moet komen. Dit betekent dat medewerkers bekend zijn met de ondersteuning die de cliënt nodig heeft en dus effectiever kan zijn in de ondersteuning van de cliënt.

- **Meer direct contact en begeleidingstijd:**

Er wordt binnen KIO al met veel medewerkers op kleine groepen cliënten gewerkt. Bij vragen vanuit medewerkers m.b.t. inzet personeel wordt dit altijd serieus besproken met elkaar wat de afwegingen zijn. Ook het inzicht geven in de financiële ruimte die ervoor beschikbaar is wil wel helpen om inzichtelijk te maken voor partijen. Er wordt regelmatig extra personeel ingezet, ook als dit niet valt binnen de indicatie, maar noodzakelijk blijkt te zijn om de veiligheid van cliënten en medewerkers zo goed mogelijk te borgen. Waar mogelijk is er ook gekeken naar meerzorgtrajecten waardoor er meer financiering beschikbaar was en er extra inzet van personeel heeft plaatsgevonden.

- **Meer structuur in de planning en in de uitvoering van planning.**

Een vast ritme wordt door alle partijen als zeer wenselijk gemeld. Er is gestart met een nieuw rooster pakket per januari 2017 (Dyflexis). Voor alle woonlocaties wordt er gewerkt met een vast tweewekelijks of vier wekelijks rooster dat al 3 maanden van te voren wordt gepubliceerd.. Het pakket Dyflexis werkt ook met een roosterapp waardoor dit snel en overal makkelijk inzichtelijk is. In 2018 is er gestart met het meer zelf verantwoordelijk maken voor het plannen van het rooster, sommige teams zijn daar al voorzichtig mee begonnen in 2017.

- **Het tijdig informeren van de cliëntvertegenwoordigers over de planning.**

Dit verzoek zal met name gaan over het plannen van het logeren. Er waren in 2016 maar beperkte mogelijkheden, in 2017 hebben wij de logeermogelijkheden verder uitgebreid. De planning van de vakantieopvang werd in 2017 minimaal 4 weken van te voren geïnventariseerd zodat er eerder duidelijkheid over kon worden gegeven.

- **Regelmatige rapportage over het wel en wee van de cliënt.**

Hier zal nogmaals aandacht voor gevraagd worden bij medewerkers. Dit staat in het huishoudelijk reglement dat dit dagelijks dient te gebeuren. We zien ook dat er over het algemeen dagelijks wordt gerapporteerd. Er waren wel wat technische verbingsproblemen waardoor het versturen van rapportages tijdelijk niet mogelijk was. Vooral bij de zaterdagopvang werd er niet altijd gerapporteerd. Dit is door de teamleiders als aandachtspunt opgepakt en verloopt beter.

- **Vaste begeleiders op de locatie**

Er is behoefte aan bekende gezichten voor de cliënten bij zowel ouders als cliënten zelf. Door het logeren en wonen te splitsen hebben we in 2017 voor meer rust en duidelijkheid kunnen zorgen op de locaties. Bij de dagbestedingslocaties zijn er veel wisselingen geweest in personeel doordat een aantal medewerkers voor een andere baan kozen. In de laatste medewerkerstevredenheid meting in 2017 kwamen met name die locaties naar voren met een lagere tevredenheid.

- **Aandacht voor de gezondheid van de cliënt gezond eten, voldoende lichaamsbeweging.**

Dit hebben wij zelf als vraag gesteld aan ouders en cliënten omdat we dit in 2016 al opgenomen hadden in de ontwikkelplannen voor het zorgkantoor ( WLZ). Ook in 2017 kreeg dit volop aandacht. Er is een uitgebreid beweegplan en beweging is opgenomen in de zorgplannen. In 2016 is er ook een interne fitness ruimte ingericht op het Van der Biltplein, in 2018 is er een nog veel grotere beweegruimte gerealiseerd op de nieuwe locatie Van der Biltplein 4.. Er zijn twee bewegingsagogen actief om de bewegingsplannen inhoud en vorm te geven met name bij de dagbesteding. In 2017 was er weer sprake van gewichtsverbetering en verbetering van de fitheid van cliënten. Tevens is er extra aandacht geweest voor voeding en zijn er adviezen gevraagd aan een diëtiste die ook voor een ouderavond was uitgenodigd.

Een korte nieuwe vragenlijst wordt vanuit de eigen organisatie anoniem uitgezet twee keer per jaar onder de ouders en cliënten

Hiermee hopen we een helder actueel beeld te kunnen vormen van wat er leeft bij de cliënten en daarop onze plannen aan te passen.

## Bouwsteen 3: Zelfreflectie in zorgteams

### **Systematische reflectie binnen het team** **“Wat doen we goed en wat kan beter”**

De volgende thema's komen minimaal een keer per jaar aan de orde:

- Het proces rond de individuele cliënt. Zijn de wensen van de cliënt duidelijk? Worden afspraken nagekomen, is er zicht op veiligheid en gezondheidsrisico's per cliënt en doen we wat nodig is?
- De kwaliteit van de relatie tussen cliënt en medewerkers. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om bejegening en communicatie, maar ook om de competenties van medewerkers en de samenwerking in het team en met nabije familie.
- Borging van veiligheid met accent op een persoonlijke afweging per cliënt over aanmerkelijke risico's en gezondheidsbescherming.
- De toerusting van medewerkers voor de zorg- en ondersteuningsvragen van de cliënten, samen met de vraag 'kunnen we als team ons werk goed doen?'.

### **Werkwijze:**

#### **Systematische reflectie:**

- Voor elke afdeling is het zo dat er minimaal 4 keer per jaar een werkoverleg plaats vindt Tijdens dit algemene werkoverleg worden de algemene zaken besproken en daarnaast de protocollen en procedures besproken. Verder is dit ook het moment voor reflectie binnen de teams. Thema's veiligheid en de toerusting van medewerkers worden besproken.
- Beeldvorming op cliënt niveau op de verschillende locaties / met verschillende teams
- Teamleden werken op een “vaste locatie” naast deze vaste locatie zijn teamleden ook inzetbaar en werkzaam op andere locaties. Binnen de reflectie tijdens de werkoverleggen en intervisie met elkaar de ervaringen van het werken op andere locaties delen. (Werkvisites zie bijlage teamreflectie )
- Daarbij is er ook een vragenlijst opgesteld en medewerkers worden gevraagd deze anoniem in te vullen. Met de resultaten van dit onderzoek en de resultaten van de zelfreflectie binnen de teams komen wij tot verbeterplannen met elkaar.
- Medewerkers voeren ook audits bij elkaar uit om te leren van elkaar. Hoe wordt er gewerkt op een locatie en waarom gaat dit zo? Wat kan er beter? En wat is daarvoor nodig.
- Scholing sociaal emotionele ontwikkeling en prikkelverwerking, waarbij de terugkoppeling is gemaakt proces rondom de cliënt, de kwaliteit van de relatie tussen cliënt en medewerkers
- Teamreflectie minimaal 1 keer per kalenderjaar, hiervoor is binnen KIO “methode” ontwikkeld ( zie bijlage 1)

### **Bevindingen en de ontwikkelpunten:**

- Feedback training volgen door de teamleden
- 1 keer per jaar worden de bevindingen en ontwikkelpunten vanuit de intervisie /teamreflectie vastgesteld en samengevoegd tot een overzicht Dit bevat de verslagen en verkregen inzichten .

## Bouwsteen 4: Kwaliteitsrapport en visitatie

### Klachten

KIO heeft een klachtenregeling en is aangesloten bij de landelijke geschillencommissie zorg. Er zijn geen officiële klachten gemeld bij KIO het afgelopen jaar. Wel zijn er twee vragen / klachten gemeld bij het AKJ; vertrouwenspersonen in de jeugdhulp. Eén ging over de bejegening en één over de wijze van uitvoering van de hulp. Beide klachten zijn met informatie en advies afgerond door de vertrouwenspersoon bij het AKJ. Er is een afspraak gemaakt dat de vertrouwenspersoon met enige regelmaat in de kindwoningen langs komt.

### Risicoanalyses

Uitkomsten van individuele risico-inventarisaties worden uitgewerkt in zorgafspraken / zorgdoelen in het zorgplan. En in nieuwe algemene risicoanalyses in het kwaliteitssysteem Qarebase voor de gehele organisatie; zoals bijvoorbeeld vermissingsprotocollen, epilepsieprotocollen. In het kwaliteitssysteem worden de risico's op grootte ingeschat. Dit leidt tot een risicoprofiel en op basis daarvan worden er analyses gemaakt die besproken en bijgesteld worden met betrokkenen; cliëntenraad en medewerkers.

### Vrijheidsbeperking

Beleid over voorkomen en verminderen van vrijheid beperkende maatregelen (vermeld in ons kwaliteitssysteem Qarebase) heeft geleid tot het vervangen van een aantal afgesloten aangepaste bedden naar "normale" bedden waar de kinderen zelfstandig in en uit kunnen komen. Jaarlijks komt dit onderwerp in de werkoverleggen met de medewerkers en tijdens de zorgplan overleggen met de cliënt vertegenwoordigers terug. Ook worden alle risico-inventarisaties jaarlijks geëvalueerd met betrokkenen.

### Brandveiligheid

Binnen KIO is het brandveiligheidsbeleid in samenspraak met Detec geregeld en vindt er jaarlijks een externe toetsing plaats door de inspectie brandveiligheid. Maandelijks is er een controle van de brandmeldsystemen op de locaties door Detec. Jaarlijks vinden er oefeningen plaats op alle locaties. Dit gebeurt zowel met medewerkers als met cliënten. Bewoners van de appartementen en de kinderen in de kindwoningen hebben een aparte avond gehad met uitleg over brandveiligheid op hun woonlocaties zodat er op locaties geoefend werd met de cliënten zelf over hoe te handelen bij brand.

### Ziekteverzuim

Het langdurige ziekteverzuim lijkt meestal te ontstaan vanuit een combinatie van privé problematiek en de ervaring van werkdruk en andere werkervaringen, kortdurend verzuim is over het algemeen griep ed. Om verzuim zoveel mogelijk te voorkomen of te verminderen zijn er diverse scholingen ingezet. Een relevante is bij Vivo. Vivo staat voor trainingen van de fysieke weerbaarheid; "Hoe fysieke en mentale kracht je helpt om je te kunnen verdedigen en zorgt voor doelgerichtheid". Er is ook een externe systeemtherapeut (Bart Faber) bij sommige teams betrokken geweest om deze te ondersteunen en de onderlinge samenwerking te verbeteren. Individuele ondersteuning is ook toegepast door externe partijen indien gewenst door de medewerker. Voor 2018 is er een scholing bij Max support ingekocht om te leren omgaan met agressie. Verder zijn er nog diverse scholingen die over de inhoud van de zorg gaan.

## **Verbeteracties n.a.v. medewerkers tevredenheidsonderzoek.**

### Opmerkingen

Er zijn maar 6 mensen die nog een eindopmerking hebben geplaatst. Dit zijn allerlei verschillende reacties. 1 onderwerp dat wel terugkomt is het groeien van KIO: KIO is hard gegroeid afgelopen tijd. Misschien iets te hard volgens sommige medewerkers. Deze hebben het gevoel dat KIO even “op adem” moet komen voordat het verder kan groeien. Dit is ook zo opgepakt. KIO is op adem gekomen en heeft de organisatie waar nodig aangepast aan de groei. Er wordt gewerkt met een roosterapp, vaste teams, nieuwe digitale scholingen, meer teamleiders, meer aangepaste locaties. En het samenvoegen van locaties om tot een betere samenwerking te komen en daardoor ook een betere continuïteit te realiseren voor zowel cliënten als medewerkers.

### Conclusies

De functie zelf, organisatie en de samenwerking binnen afdelingen zijn punten die hoog scoren. Punten die iets minder scoren is de samenwerking tussen verschillende afdelingen, de opleiding en ontwikkelingsmogelijkheden en de werkdruk. Over de arbeidsvoorwaarden weten mensen over het algemeen vrij weinig en voor de leidinggevenden scoort iedereen een mooie voldoende op een leidinggevende na. In 2018 zal door het aanstellen van meer meewerkende teamleiders geprobeerd worden om dit cijfer verder omhoog te krijgen en alle teamleiders een ruim voldoende te laten scoren. Er zal in de zomer van 2018 wederom een medewerkers tevredenheidsonderzoek plaatsvinden.

### Scholingsaanbod uitbreiden

Nieuwe scholingen digitaal via the Competencegroup. Hieraan zit een koppeling naar de protocollen en richtlijnen van Vilans die binnen KIO al leidend waren. Per medewerker kan er een scholingsplan worden opgesteld in het digitale scholingssysteem. Dit zal in 2018 verder ingevoerd worden.

## **Verbeteracties n.a.v. cliënt en medewerkers ervaringsonderzoek.**

- Meer direct contact en begeleidingstijd:

Er wordt binnen KIO al met veel medewerkers op kleine groepen cliënten gewerkt. Bij vragen vanuit medewerkers m.b.t. inzet personeel wordt dit altijd serieus besproken met elkaar wat de afwegingen zijn. Ook het inzicht geven in de financiële ruimte die ervoor beschikbaar is wil wel helpen om inzichtelijk te maken voor partijen. Er wordt regelmatig extra personeel ingezet, ook als dit niet valt binnen de indicatie, maar noodzakelijk blijkt te zijn om de veiligheid van cliënten en medewerkers zo goed mogelijk te borgen. Waar mogelijk is er ook gekeken naar meerzorgtrajecten waardoor er meer financiering beschikbaar was en er extra inzet van personeel heeft plaatsgevonden.

- Meer structuur in de planning en in de uitvoering van planning.

Een vast ritme wordt door alle partijen als zeer wenselijk gemeld. Er is gestart met een nieuw rooster pakket per januari 2017 (Dyflexis). Voor alle woonlocaties wordt er gewerkt met een vast tweewekelijks of vier wekelijks rooster dat al 3 maanden van te voren wordt gepubliceerd.. Het pakket Dyflexis werkt ook met een roosterapp waardoor dit snel en overal makkelijk inzichtelijk is. In 2018 is er gestart met het meer zelf verantwoordelijk maken voor het plannen van het rooster, dit wordt door medewerkers als een grote verbetering ervaren. Voor het komend jaar verwachten wij daardoor meer structuur te kunnen bieden aan medewerkers en cliënten.

- Het tijdig informeren van de cliëntvertegenwoordigers over de planning.

Dit verzoek ging over de vele logeervragen en de vakantieopvang. In 2017 hebben wij de logeermogelijkheden verder uitgebreid. De planning van de vakantieopvang werd in 2017 minimaal 4 weken van tevoren geïnventariseerd zodat er eerder duidelijkheid over kon worden gegeven.

- Regelmatige rapportage over het wel en wee van de cliënt.

Dagelijks wordt de rapportage gemaild naar ouders, indien dit niet gebeurt is er direct aandacht voor vanuit de betrokken teamleider. Technische problemen zijn verminderd en waar mogelijk opgelost.

- Vaste begeleiders op de locatie

De behoefte aan vaste gezichten op een locatie onderschrijft KIO ook. Daarom werken we zoveel mogelijk met vaste teams met een meewerkende teamleider op locatie. Dit wordt door zowel cliënten als ouders ( cliëntenraad) en medewerkers KIO als een verbetering ervaren.

- Verbetertraject door te werken met teamleiders op locatie

Bij de dagbestedingslocaties zijn er veel wisselingen geweest in personeel doordat een aantal medewerkers voor een andere baan kozen. In de laatste medewerkerstevredenheid meting in 2017 kwamen met name die locaties naar voren met een lagere tevredenheid. Ook hier is volop aandacht voor om weer tot vaste teams te komen en zo min mogelijk wisselingen in personeelsbezetting. De verandering van het werken met 2 teamleiders voor heel KIO naar 6 meewerkende teamleiders op de locaties wordt als zeer prettig ervaren door betrokkenen; korte communicatielijnen, weten wat er speelt op de werkvloer, grotere betrokkenheid bij werkzaamheden enz.

- Nieuwe locaties erbij

KIO geïntegreerd in de basisschool de Leeuwerik te Lewedorp; integratie ten top!

Na een zoektocht naar uitbreidingsmogelijkheden kwamen we uit bij de enige basisschool in de nabijheid die de deur open zette voor kinderen met een beperking. Kinderen in de leeftijd van 4 tot 12 jaar kunnen daar dagbehandeling / dagbesteding krijgen in aparte lokalen specifiek ingericht voor de doelgroep van KIO.

Zie artikel PZC:

<https://www.pzc.nl/bevelanden/kio-en-leeuwerik-in-lewedorp-trekken-samen-op~a4997fe2/>

De school en KIO vonden elkaar en daarna was het snel geregeld en het bevalt goed. „Ik kan eigenlijk geen negatieve dingen bedenken“, zegt schooldirecteur Herman van den Dries. KIO moest wel wat verbouwen om de ruimten geschikt te maken, zoals in keukentjes en een sanitaire ruimte waar de kinderen van KIO verschoond kunnen worden. “In het begin was het even aftasten, maar dat was snel voorbij. Samen dingen doen is inmiddels helemaal normaal op de Leeuwerik. Tijdens het speelkwartier, maar ook tijdens bijzondere vieringen, zoals met Kerst “.

Uitbreiding van locatie Vander Biltplein 6 met nr 4 erbij.

<https://www.pzc.nl/bevelanden/wens-voor-fitness-bij-kio-gaat-in-ervulling-br~af739c43/>

<https://www.pzc.nl/bevelanden/iedereen-welkom-bij-vernieuwd-kio-in-heinkenszand~a644fe2b/116739981/>

### Uitbreiding met nieuwe locatie bij Molen de Blazekop.

Er is gestart met dagbesteding in de vorm van een ontmoetingscentrum bij Molen de Blazekop waarbij er ook sprake zal zijn van een vorm van integratie tussen verschillende doelgroepen. Er wordt een samenwerking gestart met de SVRZ. Er zijn zowel cliënten welkom met een VG achtergrond als een GGZ achtergrond die daar diverse werkzaamheden kunnen doen.

- Aandacht voor de gezondheid van de cliënt gezond eten, voldoende lichaamsbeweging.

Sinds 2016 staat dit onderwerp vermeld in de ontwikkelplannen van KIO en inmiddels is dit ook een vast item in de zorgplannen. Er is een uitgebreid beweegplan voor heel KIO. In 2018 is er een grote beweegruiimte gerealiseerd op de nieuwe locatie Van der Biltplein 4 waar alle cliënten hun beweging kunnen krijgen onder begeleiding van twee bewegingsagogen om de bewegingsplannen inhoud en vorm te geven met name bij de dagbesteding. Verder bieden we alle cliënten zoveel mogelijk wekelijks zwemmen en sporten in de sporthal aan. De bewegingsagogen gaan ook met cliënten fietsen en bijv op ons springkussen. Door al het zwemmen, sporten in de gymzaal en fitnessen hebben wij twee cliënten die meestal in de rolstoel zaten (maar konden lopen) uit de rolstoel gekregen. Ze lopen inmiddels relatief grote afstanden en de tijdsduur daarvan neemt nog altijd toe.

Een jongen die voorheen soms niet los te krijgen was van allerlei beeldschermen loopt nu wekelijks een uur buiten en verbetert zijn conditie. Via cardiotraining wordt de conditie ook gemeten en geregistreerd bij de doelen die m.b.t. beweging zijn gesteld in het zorgplan. In september 2017 is er zelfs een teamleider aangesteld die het pakket voeding en beweging er specifiek bij heeft gekregen om dit binnen alle locaties van KIO onder de aandacht te blijven houden.

In 2017 was er weer sprake van gewichtsverbetering en verbetering van de fitheid van cliënten. Tevens is er extra aandacht geweest voor voeding en zijn er adviezen gevraagd aan een diëtiste die ook voor een ouderavond was uitgenodigd.

Onze AVG, arts voor verstandelijk gehandicapten is ook nauw betrokken bij de gezondheid en het welzijn van de cliënten van KIO. Hij is elke 6 weken een dag aanwezig om gezondheidsvraagstukken te beantwoorden op zowel cliëntniveau dus in overleg met het network om de cliënt als binnen de hele organisatie. Hij brengt zowel gevraagd als ongevraagd advies uit. Hij is in de tussentijd altijd telefonisch bereikbaar voor specifieke vragen.

- Verbetering van de inhoud van de zorg door aan te sluiten op het social emotionele niveau van de cliënten

Stichting KIO wil zorg op maat bieden. Hiervoor vinden wij het noodzakelijke dat er zicht is op welk sociaal-, emotioneel- en spel niveau hij/zij functioneert. Vanuit het vorige ontwikkelplan, waarbij we de nadruk hebben gelegd op het verbeteren van het zorgplan, kwam naar voren dat er bij de begeleiding nog onvoldoende zicht is op de sociale-, emotionele- en spel ontwikkeling van het kind/jeugdige/volwassene. Hierdoor konden de begeleiders onvoldoende doelen op maat stellen maar ook niet altijd het juiste materiaal aanwenden om de ontwikkeling te stimuleren. Daarom zijn er dit jaar inmiddels 3 scholingen geweest van een dag om kennis en inzicht van medewerkers, m.b.t. het sociaal emotioneel

niveau te vergroten zodat ze deze kennis kunnen gebruiken in hun begeleidingsstijl en begeleidingsaanbod bij de cliënten van stichting KIO.

- Er hebben observaties plaats gevonden op de locaties door onze psycholoog en deze vinden nog altijd plaats om vast te stellen wat er aan uitbreiding van kennis nodig is om de zorg inhoudelijk te verbeteren voor de cliënt. Hieraan gekoppeld worden er ook videotrainingen gegeven aan teams , soms zelfs over een specifieke cliënt. als dat nodig is.
- Op basis van de ervaringen en opgedane kennis wordt de speltheek nog verder uitgebreid en op niveau ingericht op de diverse locaties zodat dit op een juiste manier kan worden ingezet voor de cliënten.

Proms: Een nieuwe vragenlijst wordt twee keer per jaar uitgezet onder de ouders en cliënten.

Patient Reported Outcome Measures meten is zeer zinvol, om data te verzamelen voor kwaliteitsverbetering. Hiermee hopen we een helder actueel beeld te kunnen vormen van wat er leeft bij de cliënten en daarop onze plannen aan te passen gedurende het jaar.

Externe visitatie vindt in 2018 plaats door Limpensadvies (bedrijfskundige / lead auditor), met een 2<sup>e</sup> partij om het kwaliteitsrapport inhoudelijk te laten beoordelen zijn we in gesprek.



**STILSTAAN  
BIJ JE  
HANDELEN  
IS  
VOORUITGANG**

*Loesje*

## **Bijlage 1**

### **Teamreflectie**



Reflectie in teams en op locaties is de derde bouwsteen van het kwaliteitskader gehandicaptenzorg. Het doel van de teamreflectie is om te kijken naar de resultaten van de zorg- en dienstverlening en het functioneren van het team. Het functioneren van het team geeft zich op wat er goed gaat en waar nog ontwikkelkansen liggen die opgepakt kunnen worden.

#### **Teamreflectie**

- Elk team (dit kan ook per locatie) voert minimaal 1 keer per kalenderjaar een teamreflectie uit
- Elk team voert minimaal 1 keer per kalenderjaar een reflectie op de teamreflectie uit (evaluatie moment, waarop het ook mogelijk is om bij te stellen)
- Teams maken een verslag in hetzelfde format

#### **Voorbereiding teamreflectie**

- Teams samenstellen waarbij het goed is ook andere disciplines te betrekken (gedragskundige, teamleiders, P&O)
- Gespreksleider en notulist aanstellen
- Werkvorm bepalen (bijvoorbeeld werkvisites, barometer, tips en tops van mijn werk). Hierbij nemen we ook de uitkomsten van de audits mee. Bij het thema zicht op veilige zorg komen de risico inventarisaties ter sprake.
- Thema's bepalen  
Het is de bedoeling dat alle thema's besproken worden, in welke mate is aan het team. Ook het toevoegen van actuele relevante thema's voor het team zijn mogelijk.

#### **Thema's zijn:**

- Wet op de privacy
- Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling
- Zorgvuldig proces rondom de cliënt
- Zicht op veilige zorg
- Kwaliteit van bestaan
- Leven in vrijheid ( onvrijwillige zorg / vrijheid beperkende maatregelen )
- Samenwerking binnen teams
- Samenwerking binnen KIO
- Eigen thema .....

## **Teamreflectie vastleggen binnen een vastgesteld format**

De 1<sup>e</sup> teamreflectie geeft onder andere door het voeren van dialoog middels een werkvorm inzicht in wat goed gaat en wat beter kan. De landelijke thema's komen hierbij aan bod en er is ruimte voor zelfgekozen onderwerpen

De landelijke thema's zijn:

- *Het proces rond de individuele cliënt. Zijn de wensen van de cliënt duidelijk? Worden afspraken nagekomen, is er zicht op veiligheid en gezondheidsrisico's per cliënt en doen we wat nodig is?*
- *De kwaliteit van de relatie tussen cliënt en medewerkers. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om bejegening en communicatie, maar ook om de competenties van medewerkers en de samenwerking in het team en met nabije familie.*
- *Borging van veiligheid met accent op een persoonlijke afweging per cliënt over aanmerkelijke risico's en gezondheidsbescherming.*
- *De toerusting van medewerkers voor de zorg- en ondersteuningsvragen van de cliënten, samen met de vraag 'kunnen we als team ons werk goed doen?'.*

De 2<sup>e</sup> teamreflectie ( reflectie van teamreflectie) hoeft niet met het hele team plaats te vinden. Een onafhankelijk persoon om samen met 2 / 3 personen om samen te reflecteren op de teamreflectie ( tijdsduur ongeveer 1 uur)

*Voor beiden wordt intern binnen KIO een format ontwikkeld.*