



Kwaliteitsrapport 2017

Centrum voor doofblinden

mei 2018

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
1. Inleiding	4
1.1. Wie zijn wij?	4
1.2. Visie	4
1.3. Besturingsfilosofie	4
1.4. Hoe hebben wij het afgelopen jaar gewerkt?	5
2. Bouwsteen 1: Zorgproces rond de individuele bewoner	6
2.1. De benadering	6
2.2. De communicatie met onze bewoners	7
2.3. De informatie van de individuele bewoner	7
2.4. De incidenten	9
2.5. De vrijheidsbeperkende maatregelen	11
2.6. Veiligheid rond het medicatieproces	12
2.7. Expertteam Doofblindheid	13
3. Bouwsteen 2: De waarderingen van onze bewoners	14
3.1. Inleiding	14
3.2. De uitvoering	15
3.3. De resultaten	15
3.4. Klachten	20
3.5. Het huiskameroverleg	20
3.6. Lokale cliëntenraad en bewonersraad	21
3.7. Zorgkaart Nederland	21
4. Bouwsteen 3: De teamreflecties	23
4.1. Hoeveel team hebben een reflectie uitgevoerd	23
4.2. Gekozen thema's	23
4.3. Gekozen bronnen	24
4.4. Thema: Zorgproces rond de individuele bewoners	24
4.5. Thema: Kwaliteit van de relatie tussen bewoners en medewerkers, de dialoog	25
4.6. Thema: Samenwerken in het team; het beste uit jezelf	26
4.7. Thema: vrije keuze	26
4.8. Wat gaat goed en kan beter?	26
5. Verbeterpunten	28
6. Reflectie van stakeholders: Cliëntenraad, Raad van Toezicht, Ondernemingsraad	29
7. Bevindingen externe visitatie	29

Voorwoord

Het Centrum voor Doofblinden is een gespecialiseerde locatie, waar betrokken en deskundige medewerkers zich met hart en ziel inzetten voor onze bewoners met een dubbele zintuiglijke beperking. En veelal zijn daar ook andere beperkingen aan verbonden zoals verstandelijke en/of psychische beperking, dementie, autisme of een lichamelijke beperking.

We hebben in korte tijd veel werk verzet, de teams zijn geïnformeerd over het nieuwe kwaliteitskader GZ en met de teams is nagedacht hoe zij de vereisten uit het kwaliteitskader binnen de korte tijd die hen restte wilden vormgeven.

Het kwaliteitsrapport is een weergave van de wijze waarop we dat hebben gedaan. Door collega's die dagelijks bezig zijn met bewoners daadwerkelijk een aandeel te geven bij de totstandkoming van het rapport. Daarnaast willen we graag laten zien dat het Centrum bewust haar eigen weg volgt en kleur geeft aan dat wat wij onder kwaliteit verstaan. Ik ben daar trots op.

Het kwaliteitskader ondersteunt de beweging waarin het Centrum voor Doofblinden zit. Deze is erop gericht bewoners, verwanten en medewerkers meer regie te geven in de zorg. En sluit naadloos aan bij onze visie. De centrale rol die de cliënt heeft bij het bepalen van kwaliteit.

De komende tijd gaan we onze werkwijze evalueren, eventueel aan passen en verder verankeren in onze organisatie. En natuurlijk de verbeterpunten oppakken om de kwaliteit van zorg te kunnen blijven waarborgen.

Fieke van Deutekom
Bestuurder

1. Inleiding

1.1. Wie zijn wij?

Het Centrum voor Doofblinden richt zich op mensen van 18 jaar en ouder met doofblindheid: een dubbele beperking in horen én zien. Er zijn verschillende woongroepen met gespecialiseerde zorg. Het Centrum biedt een breed scala aan diensten zowel voor de jongere generatie als ook specifiek voor ouderen met deze dubbele beperking. Wij bieden begeleiding en behandeling in de thuissituatie (ambulante begeleiding), specialistische begeleiding in een groep, (medische) behandeling, diverse trainingen in communicatie en zelfstandigheid en psychische ondersteuning en begeleiding. Wij werken nauw samen met lokale en regionale zorgaanbieders en realiseren op verschillende locaties in Nederland specialistische begeleiding in groepsverband, training en behandeling.

Het Centrum voor Doofblinden maakt deel uit van Stichting Kalorama. In het kwaliteitsplan van Kalorama zijn alle gegevens vermeld rondom de bewoners en medewerkers.

1.2. Visie

Onze visie

Iedere dag weer vormen onderstaande uitgangspunten voor ons een basis en een inspiratiebron:

- Een bewoner kan bij ons zoveel mogelijk zijn/haar eigen leven leiden, wij ondersteunen om zelf kansen en mogelijkheden te benutten.
- Een bewoner heeft de gelegenheid contacten te maken en te onderhouden binnen en buiten Kalorama.
- Een bewoner weet zelf het beste waar hij/zij behoefte aan heeft: lichamelijke hulp en verzorging, aandacht, spirituele impulsen of ruimte om dingen zelf te doen. We luisteren, kijken en stemmen voortdurend af met de bewoner en familie.
- Afhankelijk van wat een bewoner aankan, wil of als plezierig of zinvol ervaart, bieden wij en onze vrijwilligers samen met mantelzorgers, een gevarieerde en veilige woonomgeving aan met voldoende activiteiten.

1.3. Besturingsfilosofie

Het vertrekpunt van ons besturingsconcept is het beginsel dat kwaliteit in de relatie bewoner – medewerker wordt gemaakt. De afgelopen drie jaar heeft het Centrum voor Doofblinden zich steeds verder ontwikkeld naar een organisatie waarvan de kernelementen zijn gebaseerd op het Rijnlands gedachtengoed. Zelforganisatie en eigenaarschap bij professionals neerleggen is onlosmakelijk verbonden met het uitgangspunt om de bewoner zo veel mogelijk de regie te geven over zijn/haar leven. De medewerker heeft dan de ruimte om wensen van bewoners overeenkomstig diens behoeftes in te vullen en goede zorg te geven.

De teams zijn zelforganiserend, maar niet volledig zelfsturend. Er is een relatie met de locatiemanager. En daar waar de sleuteloverdracht (de formele overdracht van eigenaarschap van manager naar team) nog niet heeft plaatsgevonden is deze relatie nog redelijk hiërarchisch van aard. De manager is bijvoorbeeld nog tekenbevoegd, deze bevoegdheid moet formeel worden overgedragen naar het team.

De toegevoegde waarde van een manager zit in het organiseren van de ruimte die de professional nodig heeft om het werk te kunnen doen. De manager nieuwe stijl stelt de juiste vragen in plaats van het geven van antwoorden. En werkt vanuit vertrouwen in medewerkers en in hun vakkundigheid.

De zorg- en begeleidingsteams zijn leidend, waarbij de rol en verantwoordelijkheid van de behandeldienst (die ook een individuele relatie met de cliënt heeft) een eigen plaats heeft. De ondersteunende diensten volgen en voorzien de teams van deskundige adviezen en laten de besluitvorming over aan teams. Teams en medewerkers

moeten voorzien zijn/worden van goede, heldere en eenduidige informatie op grond waarvan zij eventuele besluiten kunnen nemen.

Volgens het Rijnlands gedachtengoed worden besluiten in een team genomen op basis van consensus.

Medewerkers in een team zijn gelijkwaardig aan elkaar, hebben vertrouwen in elkaar en stralen dat uit, staan gezamenlijk voor dezelfde klus: de bewoner optimale zorg geven.

1.4. Hoe hebben wij het afgelopen jaar gewerkt?

Zodra het kwaliteitskader een feit werd zijn we binnen het Centrum voor Doofblinden aan de slag gegaan. Er is een werkgroep geformeerd en een plan van aanpak opgesteld.

Gezien onze besturingsfilosofie ligt de nadruk in het werken vanuit de “bedoeling”. Niet de systeemwereld staat centraal maar de leefwereld van de bewoner. Voor ons is het de belangrijkste vraag: “Is de bewoner gelukkig en hoe kunnen we daaraan bijdragen?” En ook: wat gaat goed en kan beter?

Beantwoording van die vragen vraagt om een werkwijze waarbij “sturen op kwaliteit” niet langer iets is van een of enkele medewerkers maar de verantwoordelijkheid van een heel team.

Dit proces vraagt ruimte en tijd en is enthousiast opgepakt.

In dit verhaal leest u hoe het Centrum voor Doofblinden het afgelopen jaar aan het verbeteren van kwaliteit heeft gewerkt.

2. Bouwsteen: Zorgproces rond de individuele bewoner

Stil staan bij het zorgproces rond de individuele bewoner vraagt om stil te staan bij de volgende onderwerpen:

- de benadering,
- de wijze van communicatie met onze bewoners,
- de informatie van de individuele bewoner,
- de incidenten,
- de onvrijwillige zorg,
- de veiligheid rondom het medicatieproces

met de centrale twee vragen: Wat gaat hier goed en wat kan beter?

2.1. De benadering

Het Centrum voor Doofblinden wil bewoners centraal zetten in een kansrijke omgeving. Dit probeert zij onder andere door functioneringsgericht te werken. Bij functioneringsgericht werken is het richtpunt steeds het persoonlijk functioneren van de bewoner. Doel is te komen tot een persoonlijk succesvol functioneren dat bijdraagt aan het eigen welbevinden.

In 2017 zijn hierbij de volgende acties uitgevoerd:

- Verschillende teams hebben een (bij)scholing gevolgd met als titel 'Psychiatrie en het Functioneringsgericht werken'.

Onderwerp is de aanpak en begeleiding van verschillende bewoners met wat zwaardere psychische problematiek. De medewerkers kregen handvatten vanuit het functioneringsgericht werken, om adequaat om te gaan met eventueel moeilijk gedrag.

- Bij de MBO geaccrediteerde Opleiding voor Doofblindenbegeleider zijn vier dagdelen gewijd aan Hulpverlening bij psychische klachten en problemen, evenals een dagdeel aan het thema Seksualiteit. Vorig jaar is er eveneens een dagdeel besteed aan de algemene principes en achterliggende theorie van de functioneringsgerichte werkwijze. De deelnemers aan deze tweejarige opleiding zijn geschoold en vervolgens getoetst met betrekking tot het inzetten en methodisch omgaan met functioneringsgerichte methodieken.
- Voor een deel van de bewoners is in het elektronisch cliënt dossier (ECD) verwoord hoe de verschillende functioneringsgerichte methodieken worden ingezet en geëvalueerd.



Wat gaat hier goed en kan beter?

Wat goed gaat:

- Het Centrum blijft zoeken naar mogelijkheden om de bewoner centraal te zetten in zijn/haar eigen omgeving, om zijn/haar autonomie te versterken.
- Medewerkers worden geschoold in de functioneringsgerichte methodieken en het verwoorden van de gebruikte functioneringsgerichte terminologie in het ECD.

Wat beter kan:

- Het functioneringsgericht werken meer op de agenda zetten, breder inzetten, ook bij andere teams.
- Het concretiseren van de functioneringsgerichte methodieken in doelen.

2.2. De wijze van communicatie met onze bewoners

Onze doelgroep is heel divers en vraagt om communicatie op maat. Medewerkers en bewoners worden regelmatig geschoold in de diverse communicatietechnieken zoals gebarentaal, Nederlands met ondersteuning van gebaren, handalfabet en lorm. Daarnaast worden bewoners ook geschoold in het gebruik van computer en mobiel met aangepaste software.



Daarnaast is er in 2017 een pilot Social Haptic Communication (SHC) gestart met drie andere organisaties om de communicatiemogelijkheden voor onze doelgroep te verhogen. SHC is geen communicatiemethode op zich, maar een ondersteunende vorm van communicatie. Het doel van SHC is niet om de gebarentaal of de gesproken taal te vervangen, het is een aanvulling voor de beide taalgroepen. Gebarentaal is een equivalent van wat we zeggen, SHC is een equivalent van wat we zien. SHC is een middel om meer betrokken te zijn bij het sociale gebeuren, meer te participeren en meer zelfstandig te kunnen profileren.

De projectgroep SHC heeft een aantal doelen geformuleerd waaronder het beschikbaar maken van de theoretische achtergrondinformatie, opleiden van trainers SHC, ontwikkelen van een trainingsmodule, aanpassen van de Noorse methodiek (waar het idee van SHC is ontstaan) aan de Nederlandse situatie en het ontwikkelen van een handboek en voorlichtings- en studiemateriaal. Deze ontwikkelingen zijn tot nu toe allemaal gericht op mensen met verworven doofblindheid. In 2017 zijn al deze doelen gerealiseerd. In 2018 wordt gestart met het geven van de modules.

2.3. De informatie van de individuele bewoner

De informatie van een individuele bewoner ligt vast in het elektronisch cliënt dossier (ECD). Het gaat hierbij onder andere om de indicatie, de zorgbehoeften, de risico's, eventuele onvrijwillige zorg en de afspraken over de dagelijkse zorg.

Zonder goede informatie kan er geen goede zorg geboden worden. Daarom wordt twee keer per jaar de informatie in het ECD getoetst. Twee tot vier dossiers per team worden per audit getoetst. Voor ons is het van belang dat de informatie in het ECD zo volledig mogelijk is en blijft. Alle gegevens die we nodig hebben voor de dagelijkse ondersteuning dienen er in vastgelegd te zijn. Vragen die wij belangrijk achten voor de zorg zijn:

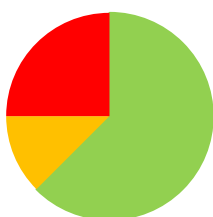
1. Is de informatie over de bewoner volledig ingevuld en de actuele indicatie zichtbaar?
2. Is de cliëntkaart met de aandachtspunten, de medische gegevens en de reanimatievraag ingevuld?
3. Is er een logische agenda en worden alle afspraken afgevinkt?
4. Zijn de algemene vragenlijsten die van toepassing ingevuld?
5. Is er een recente risico inventarisatie en zijn de vervolgstappen opgevolgd?
6. Is er een risicokaart, zijn de risico's aangevinkt en afspraken beschreven?
7. Is er een correct en lopend cliëntplan aanwezig, met daarin duidelijk beschreven doelen en richtlijnen?
8. Is er een MDO verslag aanwezig?
9. Is de ADL kaart aanwezig en komen de punten overeen met de basiszorg?
10. Wordt er dagelijks gerapporteerd en gerapporteerd op doelen en richtlijnen?
11. Is de tevredenheid, (zie hoofdstuk 3) samen met de bewoner voorafgaande aan elke MDO besproken?

Wat blijkt uit deze audits? Welke antwoorden kunnen wij geven op onze vragen? Onderstaande tabellen spreken voor zich. Wat betreft de cliëntinformatie, de cliëntkaart en de meting van de cliënttevredenheid: deze zijn volledig op orde.

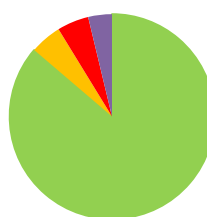
Verklaring tabel:

	= Volgens afspraak gehandeld
	= Niet helemaal volgens afspraak gehandeld
	= Niet gehandeld volgens afspraak
	= N.v.t.

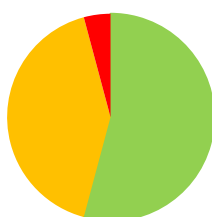
Gebruik van de agenda



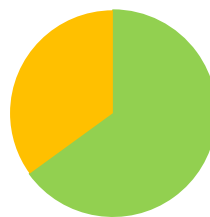
Gebruik van de algemene vragenlijsten



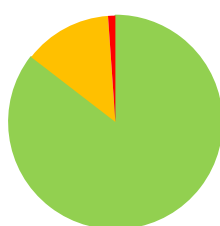
Aanwezigheid en status risico inventarisatie



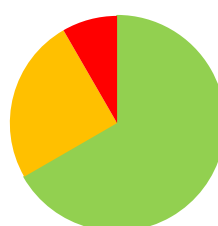
Aanwezigheid en status risicokaart



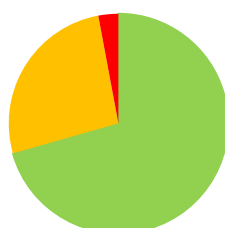
Het cliëntplan



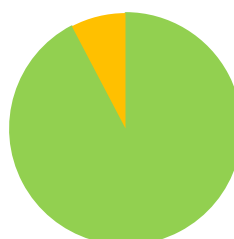
Aanwezigheid en status ADL kaart



Rapportage



Ondertekende documenten



Wat gaat hier goed en wat kan beter?

Wat goed gaat:

- Veel van de belangrijkste informatie van een bewoner ligt vast in het ECD. Dit betekent dat indicaties zichtbaar zijn, medische gegevens zijn ingevuld, een actueel reanimatiebeleid aanwezig is en de aandachtspunten en richtlijnen goed zijn beschreven.
- Veel vragenlijsten zoals een zorgplan/profielgesprek, bedhouding en transfer, hulpmiddelen en materialen, adviezen eten en drinken en interactieve methodieken zijn goed ingevuld.
- Het cliëntplan zelf ziet er goed uit, het is actueel en passend bij de doelgroep.
- Er zijn veel ondertekende cliëntplannen aanwezig, evenals ondertekende Zorg en Dienstverleningsovereenkomsten.
- Er vindt structureel voor elke MDO een gesprek over de cliënt tevredenheid plaats. Zie hiervoor hoofdstuk 3.
- Het methodisch werken (effectief doorlopen van de PDCA cirkel) verloopt goed.

Wat beter kan:

- Het gebruik van de agenda dient gestimuleerd te worden.
- De risico inventarisatie: de geldigheid en aanwezigheid dient meer aandacht te krijgen. Daarnaast dient er meer aandacht te komen voor de vervolgstappen die uit de risico inventarisaties naar voren komen.
- Dat geldt ook voor de risicokaart: niet overal is er een actuele risicokaart aanwezig.
- Er mag meer aandacht zijn voor de uitvoering van de doelen in het cliëntplan evenals de smartformulering van deze doelen. Ook het invullen van werkplannen en het aangeven dat richtlijnen “in uitvoering” staan mag meer aandacht krijgen.
- Het accorderen van het cliëntplan na iedere MDO mag meer aandacht krijgen.
- De rapportages mogen regelmatig en meer op doelen en richtlijnen geformuleerd worden.

2.4. De incidenten

Val-, medicatie-, agressie en overige incidenten worden in het ECD gemeld en in het digitale registratiesysteem Q-Base.

Een impressie van de incidenten:

1. Incidenten op afdelingsniveau

Tabel 1

Locatie	Medicatie				Vallen				Agressie				Overige incidenten				Totaal	Aantal plaatsen
	Q1 '17	Q2 '17	Q3 '17	Q4 '17	Q1 '17	Q2 '17	Q3 '17	Q4 '17	Q1 '17	Q2 '17	Q3 '17	Q4 '17	Q1 '17	Q2 '17	Q3 '17	Q4 '17		
CvdB 1A	5	5	2	2	1	1	1	2	0	1	0	0	2	0	0	1	23	8
CvdB 1B	3	2	2	2	2	3	1	3	0	0	0	0	1	0	0	0	19	8
CvdB 2A	5	0	2	1	1	0	0	0	4	3	5	2	0	0	0	1	24	8
CvdB 2B	1	3	4	0	0	0	1	0	2	0	0	0	2	1	2	1	17	8
CvdB 2C	0	1	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	8
CvdB 2D	2	1	1	1	2	0	2	1	0	0	0	0	1	0	0	2	13	8
Boszicht	7	6	10	17	6	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	3	52	13
Oorsprong	1	1	0	1	2	5	5	5	0	0	0	0	2	1	0	0	23	9 + 1 logeer
Kulturhus	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	3	n.v.t.
Totaal	24	19	22	24	15	10	13	11	7	4	5	2	8	2	5	8	179	

2. Oorzaken van de medicatie

Tabel 2

Oorzaak medicatie incident							
Locatie/afdeling	Anders	Fout van apotheek	Toedienfout: vergeten door medewerker	Toedienfout: vergissing door medewerker	Vergeten door cliënt	Voorschrijffout arts	Totaal
CvDB 1A	8	2	3	1	0	0	14
CvDB 1B	0	1	8	0	0	0	9
CvDB 2A	3	0	4	1	0	0	8
CvDB 2B	2	0	3	3	0	0	8
CvDB 2C	0	0	1	1	0	0	2
CvDB 2D	0	0	5	0	0	0	5
Boszicht	12	12	11	4	1	0	36
CvDB Oorsprong	0	0	0	1	2	0	3
Kulturhus	0	0	0	0	0	0	0
Totaal	25	15	35	11	3	0	89

3. Oorzaken van de valincidenten

Tabel 3

Oorzaak valincident									
Locatie/afdeling	Anders	Geen of verkeerd schoeisel	Gezondheids- en psychische problemen	Medecliënt	Niet of verkeerd gebruik van een hulpmiddel	Obstakel	Visuele beperking	Vloer	Totaal
CvDB 1A	2	0	2	0	0	0	0	1	5
CvDB 1B	3	1	2	0	0	0	1	2	9
CvDB 2A	1	0	0	0	0	0	0	0	1
CvDB 2B	1	0	0	0	0	0	0	0	1
CvDB 2C	2	0	0	0	0	0	1	0	3
CvDB 2D	1	0	0	0	2	1	1	0	5
Boszicht	2	0	2	0	0	0	3	0	7
CvDB Oorsprong	5	2	7	1	1	0	1	0	17
Kulturhus	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Totaal	18	3	13	1	3	1	7	3	49

4. Soorten agressie

Tabel 4

Soorten agressie					
Locatie/afdeling	Verbaal	Fysiek	Verbaal en fysiek	Overig	Totaal
CvDB 1A	0	0	0	1	1
CvDB 1B	0	0	0	0	0
CvDB 2A	0	2	0	12	14
CvDB 2B	0	0	0	2	2
CvDB 2C	0	0	0	0	0
CvDB 2D	0	0	0	0	0
Boszicht	0	0	0	0	0
CvDB Oorsprong	0	0	0	0	0
Kulturhus	0	0	0	1	1
Totaal	0	2	0	16	18

Wat gaat hier goed en wat kan beter?

Wat goed gaat:

- De incidenten worden per kwartaal door de kwaliteitsondersteuner geanalyseerd. Er worden indien nodig verbeterplannen aan gekoppeld. De analyses en verbeterplannen worden teruggekoppeld met de teams. Het is een agendaonderdeel van het teamoverleg.
- Medewerkers zijn zich bewust van de waarde van het melden van de incidenten. Er vindt direct opvolging plaats of een actie wordt opgenomen in een afhandelingsplan. Dit laatste is 12 keer gebeurd.
- Medicatiefouten die worden gemaakt door de apotheek worden wekelijks door de beleidsmedewerker teruggekoppeld met de apotheker. De apotheker zoekt de oorzaken van de fouten op en koppelt deze terug aan de beleidsmedewerker die vervolgens de melders van betreffende incidenten op de hoogte brengt.

Wat beter kan:

- Meer aandacht voor het 'hoe' bij de oorzaken. Bijvoorbeeld: Hoe komt het dat medewerkers toedienfouten maken.
- De registratie van de soort van agressie dient nauwkeuriger plaats te vinden.

2.5. De vrijheidsbeperkende maatregelen

Het Centrum voor Doofblinden heeft geen BOPZ aanmerking. Er vinden dan ook geen gedwongen opnames of dwangbehandelingen plaats.

In 2020 gaat de nieuwe wet Zorg en Dwang van kracht. Kern van deze wet is dat het gaat om de rechtsbescherming van cliënten met een verstandelijke beperking of dementie, wanneer er vrijheidsbeperkingen worden ingezet, ongeacht de verblijfplaats van de cliënt. De procedure vrijheidsbeperkingen die wij hanteren op ons Centrum is al grotendeels gebaseerd op de wet Zorg en Dwang. Er worden dus ook vrijheidsbeperkingen geregistreerd die niet onder de wet BOPZ vallen, zoals het gebruik van psychofarmaca of een optiscan. Bij alle cliënten waar psychofarmaca worden voorgeschreven worden deze regelmatig multidisciplinair geëvalueerd. Daarnaast is er sprake van een externe consultatie door een psychiater van het Radboudziekenhuis. Als er sprake is van vrijheidsbeperkende maatregelen op het Centrum, dan zijn deze afgestemd met de bewoner en/of contactpersoon, zijn onderdeel van het zorgplan, worden vastgelegd in het ECD en conform de procedure geëvalueerd.

Wat gaat hier goed en kan beter

Wat goed gaat:

- Er is in grote mate sprake van bewustwording bij medewerkers om zo min mogelijk vrijheidsbeperkingen in te zetten.

- Het inzetten van vrijheidsbeperkende maatregelen wordt afgestemd met de bewoner en/of verwanten.
- De ingezette vrijheidsbeperkende maatregelen worden conform procedure vastgelegd en geëvalueerd.
- Er vindt geen dwangbehandeling plaats.
- Elke drie maanden vindt evaluatie van de psychofarmaca plaats.
- De externe consultatie door een psychiater is goed geregeld.

Wat beter kan:

- De komende jaren dient de wet Zorg en Dwang volledig geïmplementeerd te worden.
- De commissie Zorg en Dwang beraadt zich over het gebruik van e- learning over vrijheidsbeperkingen.

2.6. De veiligheid rondom het medicatieproces

Twee keer per jaar vinden interne audits plaats op het medicatieproces.

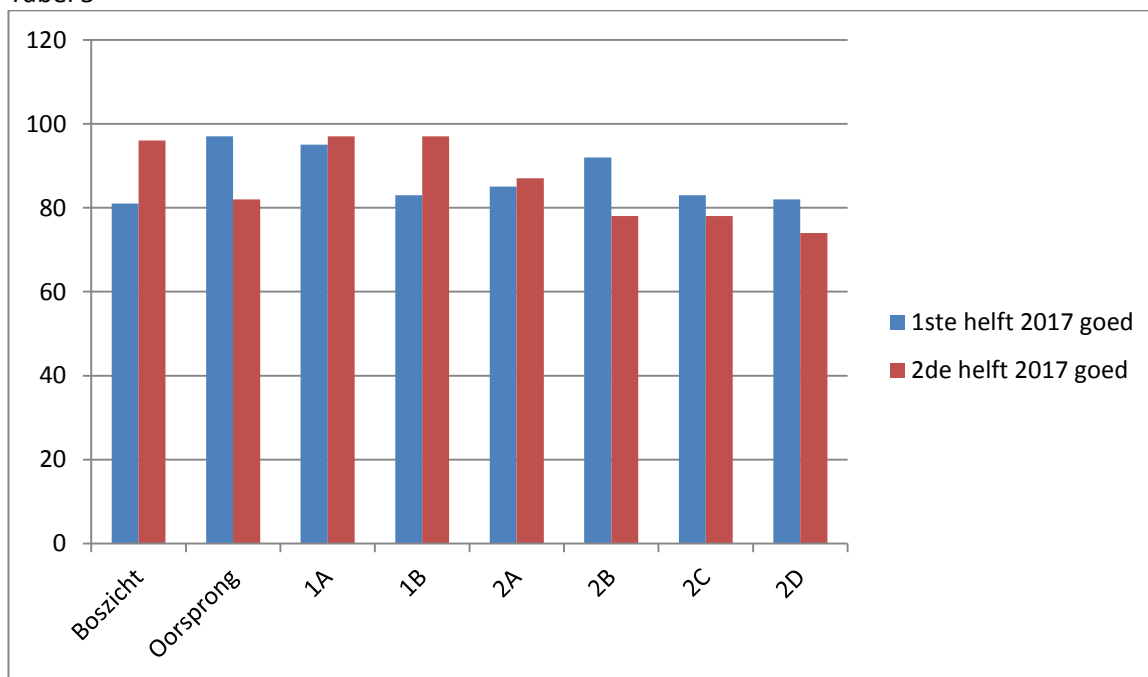
Er worden algemene onderwerpen getoetst zoals de medicijnkar en de aanwezigheid van een overzicht waarop staat wie bevoegd is medicatie toe te dienen. Daarnaast worden verschillende thema's getoetst zoals het sleutelbeheer, bewaren en toedienen van medicatie, melden van fouten, omgang met opiaten en insuline, medicatie in eigen beheer van de bewoner en de dubbele controle van risicovolle medicatie.

In totaal zijn tussen de 32 en 43 items getoetst, het exacte aantal verschilt per woongroep.

Bij voorkeur gebeurt de audit samen met de auditor en de aandachtsvelder medicatie, zodat directe terugkoppeling plaats vindt. Ook is aandacht geschonken aan de veranderingen ten opzichte van de vorige audit.

In onderstaande tabel staan de resultaten weergegeven, het gaat om het percentage dat als "goed" is gescoord.

Tabel 5



Wat gaat hier goed en kan beter

Wat goed gaat:

- De medicatieveiligheid is op alle afdelingen (enorm) verbeterd ten opzichte van voorgaande jaren.
- De medicijnkar, medicijnkoelkast en opiatenkuis waren overal afgesloten, het sleutelbeleid hierover wordt goed uitgevoerd.
- Afspraken over hoe te handelen als een bewoner medicatie weigert, worden goed nageleefd.
- Het malen van medicatie gebeurt niet zonder opdracht van de arts.
- Uitgezonderd op één afdeling worden de afspraken rondom opiaten (zoals controle van het aantal, aftekenen en retour sturen van opiaten) correct nageleefd.

Wat beter kan:

Dranken, druppels, insulinepennen en zalven voorzien van de openingsdatum en houdbaarheidsdatum.

2.7. Expertteam Doofblindheid

In februari 2014 is het Expertteam Doofblindheid opgericht. Aanleiding was dat het Centrum voor Doofblinden zich verder op de kaart wil zetten als expertise-organisatie, zichtbaar wil zijn voor de buitenwereld, de opgedane kennis wil delen, wil samen werken met andere organisaties en zich verder wil professionaliseren op het gebied van doofblindheid.

In 2017 heeft het expertteam de doelgroep en de specifieke kennis en werkwijze van het Centrum voor Doofblinden beschreven. Dat heeft geresulteerd in het eindrapport met als titel: Doofblind, en dan?

Dit rapport bestaat uit 2 delen:

1. Doelgroep beschrijving. Doel: het expliciteren van de problemen en behoeften van huidige bewoners en ambulante cliënten.
2. Onderzoek naar doofblindspecifieke expertise en werkwijze onder medewerkers van het Centrum voor Doofblinden. Doel: het expliciteren van de expertise doofblindheid die bij ervaren medewerkers aanwezig is.

Door de problemen en behoeften van onze doelgroep te expliciteren hoopt het Expertteam Doofblindheid een bijdrage te kunnen leveren aan de interne en externe communicatie en aan de kwaliteit van de ondersteuning. Dit rapport is in 2017 gepresenteerd bij diverse betrokkenen binnen het Centrum.

Speerpunten voor de komende jaren:

1. Het verder delen van het rapport met de verschillende teams, (ook de ambulante zorg), cliëntenraad, op familiedagen om met elkaar in gesprek te gaan over herkenning, maar ook om bijvoorbeeld ideeën uit te wisselen om de expertise binnen een team uit te breiden.
2. De uitkomsten van deel 2 van het onderzoek worden verwerkt in de lessen van de erkende opleiding doofblinden-begeleider.
3. Het functioneringsgericht werken meer onder de aandacht brengen (dit is nog niet concreet uitgewerkt).

3. Bouwsteen 2: De waarderingen van onze bewoners

3.1. Inleiding

Het Centrum voor Doofblinden maakt sinds 2016 gebruik van het cliëntwaarderinginstrument Ben ik Tevreden.



Wat ons zo aantrekt aan dit instrument is dat er geen onderzoek wordt gedaan *naar* de bewoners, maar *met* de bewoners. Het is een dialoog tussen de bewoner en de medewerker. Het is geen scorelijst in strikte zin. Het is een gesprekslijst waarmee een bewoner zijn verhaal doet over hoe

hij kleine en grote dingen in zijn leven ervaart. Het brengt het verhaal van de bewoner, zijn ervaren tevredenheid in beeld. Het gaat op zoek naar de belevingen en ervaringen van de bewoner. Het geeft de professionals inzicht in:

- Wat de bewoner nodig heeft,
- Wat de bewoner wil,
- Wat de bewoner eist,
- Wat de bewoner zelf kan/wil bijdragen.

Kortom: het perspectief wat voor de bewoner in beeld kan komen is belangrijker dan het scoren. De essentie en daarmee het doel van dit instrument is dan ook: ervaring opdoen IN de actie tussen een bewoner en professional en deze als doelen opnemen in het ECD. Op deze manier kan de kwaliteit van leven toenemen. Het sluit perfect aan op de systematiek van het ECD.

De vragenlijst voor de ambulante zorg is tegen het einde van 2017 als pilot gelanceerd onder de ambulante cliënten. Besloten is om in 2018 een analyse te maken van de uitkomsten van de BIT onder deze doelgroep. De ambulante zorg wordt daarom verder buiten beschouwing gelaten.

Ben ik Tevreden kent twee lijsten:

1. De gesprekslijst BIT die de onderzoeker gebruikt om in gesprek te gaan met de bewoner (meest gebruikte methode).
2. De observatielijst Klein Kijken voor een situatie waarbij het niet of nauwelijks mogelijk is om met de bewoner in gesprek te gaan. Deze lijst is zo opgezet dat men door observatie en interpretatie de tevredenheid van de bewoner zo goed mogelijk probeert te duiden. Dit wordt door 2 onderzoekers gedaan (bijvoorbeeld een familielid en een medewerker) en de gemiddelde score van beide onderzoekers wordt ingevuld.

Beide vragenlijsten zijn onderverdeeld in de acht levensdomeinen van Schalock:

Domein 1: Lichamelijk welbevinden: Hoe leef ik gezond?

Domein 2: Psychisch welbevinden: Hoe voel ik mij?

Domein 3: Persoonlijke ontwikkeling: Wat wil ik leren?

Domein 4: Zelfbepaling: Waar kies ik voor? Wat beslis ik zelf?

Domein 5: Interpersoonlijke relaties: Welke mensen ken ik?

Domein 6: Deelname aan de samenleving: Waar hoor ik bij? Wie help ik?

Domein 7: Materieel welbevinden: Wat is van mij?

Domein 8: Rechten: Wat mag ik doen, wat moet ik doen?

De vragenlijsten werken met een score tussen de 1 en 5 waarin de mate van tevredenheid wordt uitgedrukt:

<1,5 zeker niet tevreden

1,5-2,5 niet helemaal tevreden

2,5-3,5 voldoende tevreden

3,5-4,5 behoorlijk tevreden

4,5-5 zeker wel tevreden

Naast het invullen van de scorelijst kan ook worden aangegeven waar de bewoner graag aan willen werken ("Ga ik mee door" en "Ga ik wat aan doen"). Bijvoorbeeld iemand geeft aan meer beweging te willen of niet zo vaak boos worden. Deze informatie wordt als doel opgenomen in het individueel ondersteuningsplan (= cliëntplan).

3.2. De uitvoering

De persoonlijk begeleiders (pb-ers) onderzoeken samen met de bewoners en hun vertegenwoordigers en collega's de mate van tevredenheid van de bewoners. De kunst hierbij is dat de pb-er de gevraagde onderwerpen zo aanbiedt dat het voor de bewoner begrijpelijk en uitnodigend is om daar iets over te vertellen.

De gesprekken zijn gevoerd met bewoners die een Wlz indicatie hebben. Bewoners die tijdelijk op het Centrum wonen hebben niet meegedaan.

3.3. De resultaten

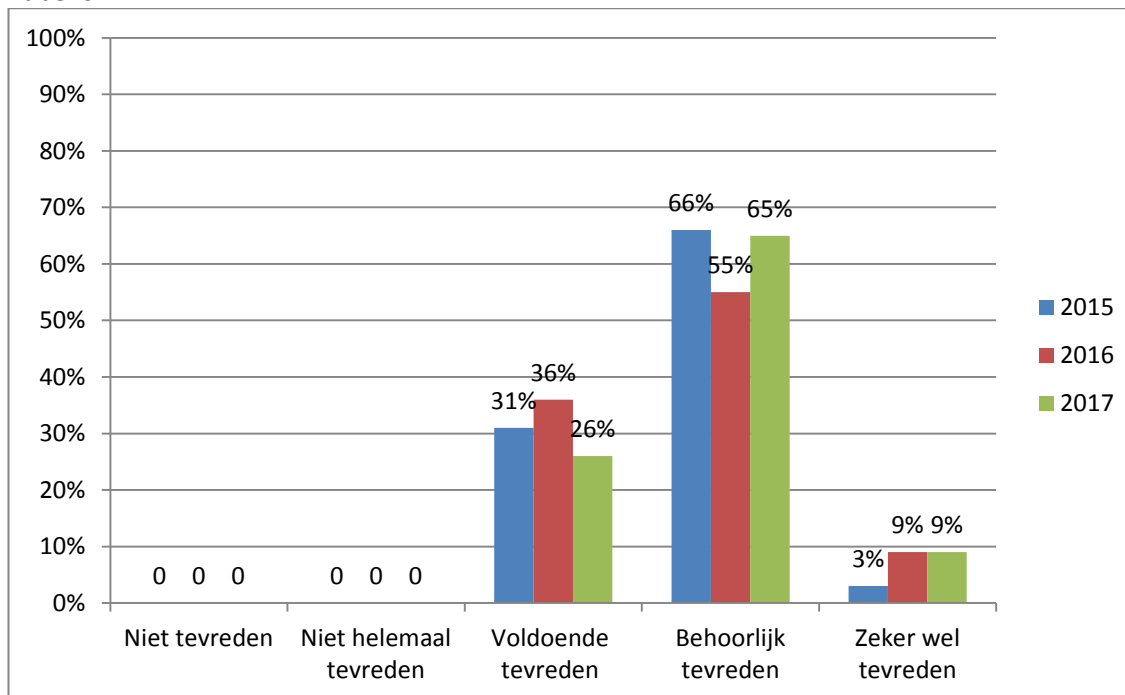
Van de 79 Wlz bewoners hebben 54 bewoners een gesprek gevoerd met de medewerkers. Veertien bewoners zijn overleden. 1 bewoner was een logeercliënt en daarvan is geen BIT afgenomen. Van de overige 10 bewoners is niet bekend waarom er geen BIT is ingevuld.

In de inleiding staat aangegeven dat het Centrum voor Doofblinden nadrukkelijk willen weten hoe de individuele bewoner zijn/haar eigen leven waardeert. Dit hoofdstuk begint daarom ook met de tevredenheid van de bewoners.

Daarna komt de tevredenheid per levensdomein en per stelling aan bod. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een overzicht waaruit blijkt hoe vaak de bewoner heeft aangegeven "iets te gaan doen of ergens mee door te gaan". Daarnaast is er een overzicht van de eindscore per stelling per woongroep.

Algemene tevredenheid bewoners algemeen

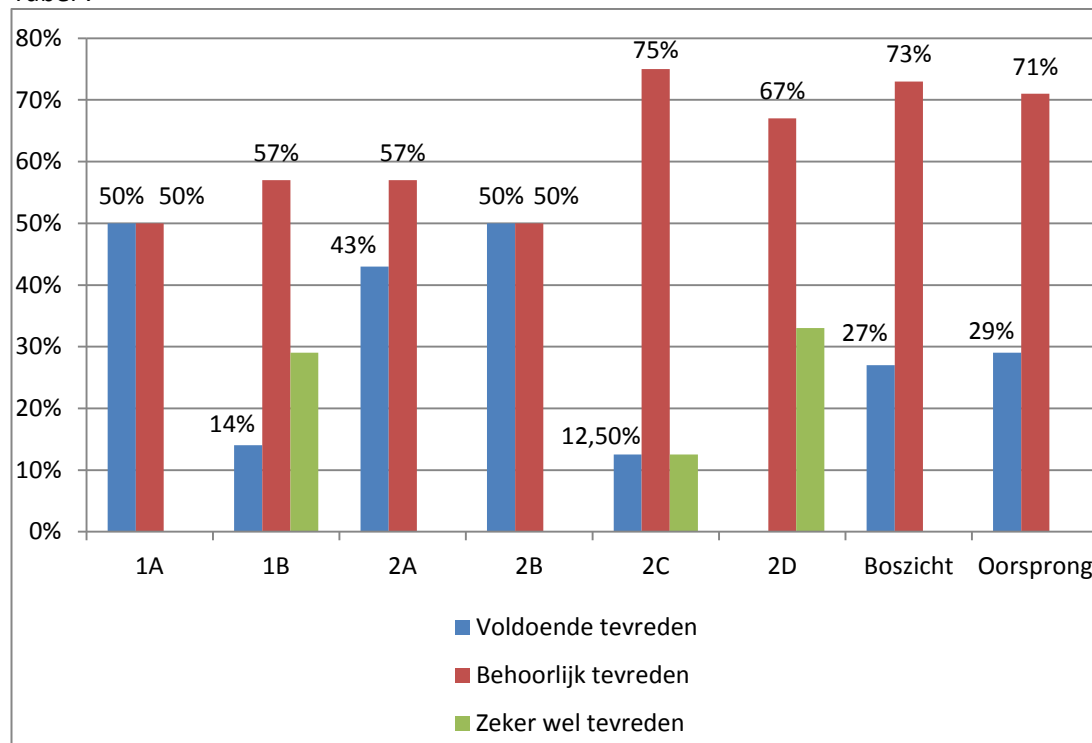
Tabel 6



65% van de bewoners is behoorlijk tevreden, 26% is voldoende tevreden en 9% is zeker wel tevreden. Opvallend is dat na een forse afname van 11% in het jaar 2016 het percentage van bewoners die behoorlijk tevreden zijn weer nagenoeg terug is op het niveau van 2015.

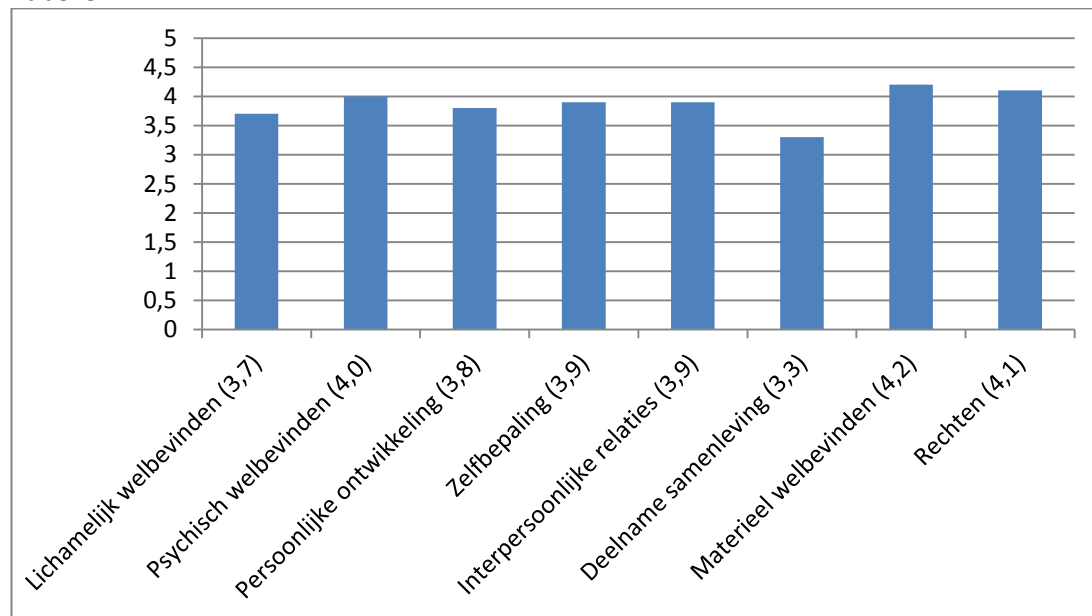
Tevredenheid bewoners per woongroep

Tabel 7



Algemene tevredenheid per levensdomein

Tabel 8

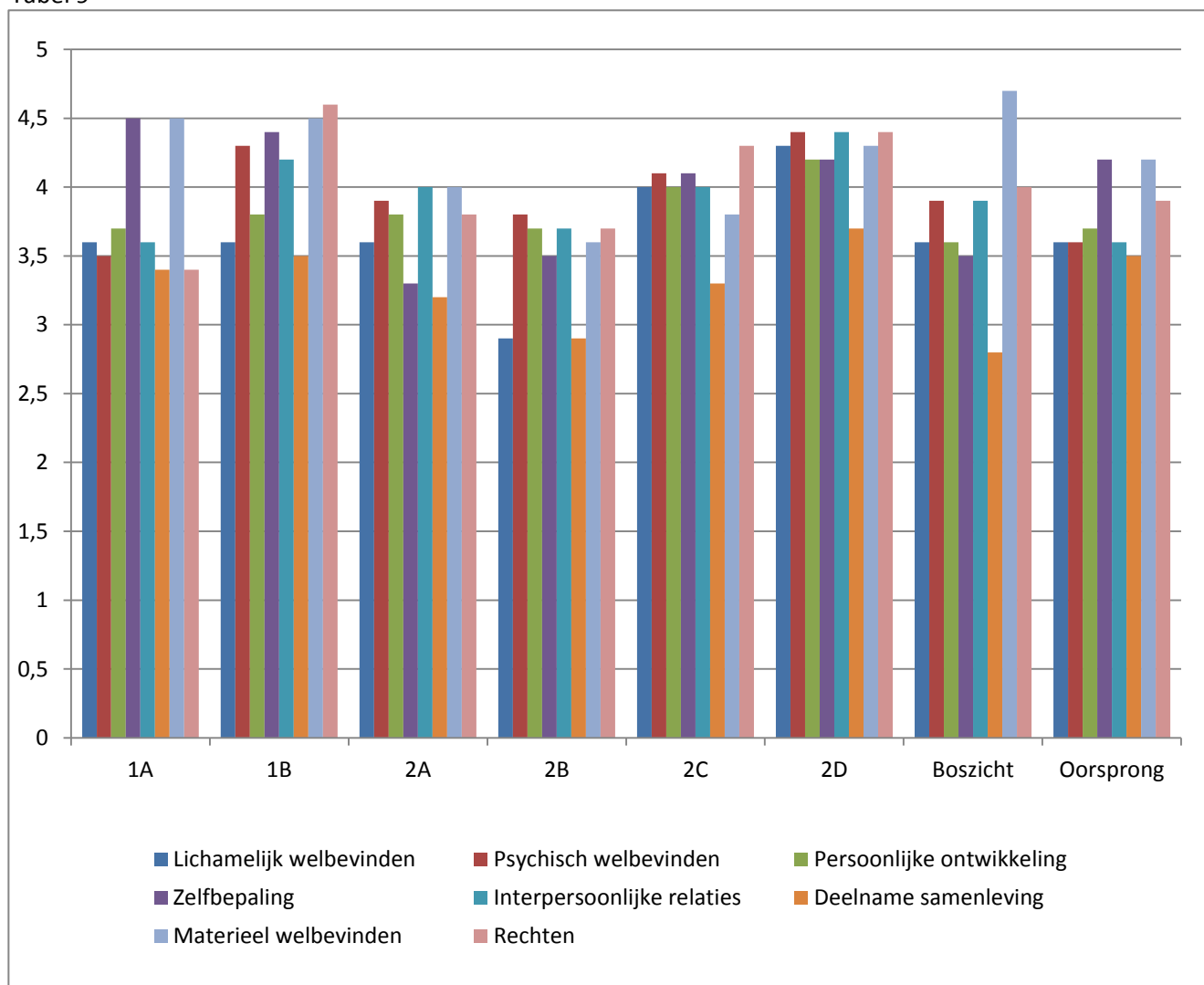


De tevredenheid is het grootst bij 'Materieel welbevinden', gevolgd door de tevredenheid t.a.v. 'Rechten' en 'Psychisch welbevinden'.

Over alle domeinen zijn de bewoners behoorlijk tevreden, behalve over het domein 'Deelname aan de samenleving', daar zijn de bewoners voldoende tevreden over.

Tevredenheid per levensdomein per woongroep

Tabel 9



De grootste tevredenheid (boven de 4,5) is te vinden bij het domein 'Rechten' bij woongroep 1B en 'Materieel welbevinden' bij woongroep Boszicht. De minste tevredenheid (onder de 3) is te vinden bij het domein 'Deelname aan de samenleving' bij woongroep Boszicht.

Tevredenheid per stelling

Tabel 10

Domein	Stelling	Score
Lichamelijk welbevinden	Reageert goed op gezonde voeding	3,71
	Ziet er gezond uit	3,71
	Beweegt regelmatig	4,00
	Komt regelmatig buiten	3,86
	Heeft een evenwichtige dag en nachtritme	3,57
	Voelt zich gezond	2,86
Psychisch welbevinden	Is vaak vrolijk	3,14
	Heeft dingen in zijn leven die leuk zijn/de moeite waard	3,00
	Leeft in een veilig omgeving	3,71
	Is ontspannen	4,14
	Heeft bijzondere eigenschappen	4,43

Domein	Stelling	Score
Persoonlijke ontwikkeling	Is vertrouwd met de mensen in zijn omgeving	3,71
	Laat het merken als er iets dwars zit	2,71
	Maakt soms nieuwe dingen mee	3,57
	Doet mee aan recreatieve activiteiten	4,14
	Heeft het naar zijn zin op de dagbesteding / werk	4,67
	Is gevoelig voor sfeer	3,00
	Leert soms nieuwe dingen	3,57
	Laat merken wat zijn voorkeuren zijn	3,43
Zelfbepaling	Bepaalt zelf de activiteiten	4,43
	Doet dingen zelf	4,29
	Maakt eigen keuzes	4,14
	Heeft invloed op dingen die hij graag doet	4,00
Interpersoonlijke relaties	Voelt zich thuis bij de mensen in zijn omgeving	3,14
	Heeft goed contact met familie	3,86
	Heeft genoeg mensen om zich heen die ondersteunen	4,00
	Heeft plezierig contact met mensen op de dagbesteding	3,83
	Heeft verschillende mensen om zich heen om samen dingen te doen	3,00
Deelname samenleving	Gaat regelmatig mee boodschappen doen	4,14
	Heeft contact met mensen in de buurt	3,14
	Neemt deel aan activiteiten in de buurt	3,33
	Buurtbewoners helpen als het nodig is	2,00
	Heeft op een fijne manier contact met anderen via sociale media/internet	4,00
Materieel welbevinden	Heeft genoeg geld om eigen spullen te kopen	4,17
	Ervaart zijn huis als plezierig	4,14
	Heeft voldoende eigen spullen	4,29
	Heeft voldoende geld beschikbaar	4,17
Rechten	Er wordt geluisterd naar zijn wensen	4,00
	Heeft invloed op de afspraken in huis/op de dagbesteding	3,67
	Wordt goed (met respect) behandeld	4,00
	Signalen worden opgepakt door mensen in de omgeving	3,57
	Heeft een plek voor zichzelf waar niet iedereen zo maar binnenkomt	4,29

Hoogste score is te vinden op de vraag: “heeft het naar de zin op werk/dagbesteding”.

Laagste score is te vinden op de vraag: “buurt bewoners helpen als het nodig is”.

Algemeen: “Ga ik iets mee doen” en “Ga ik mee door”

Een bewoner kan aangeven als hij graag aan iets wil werken.

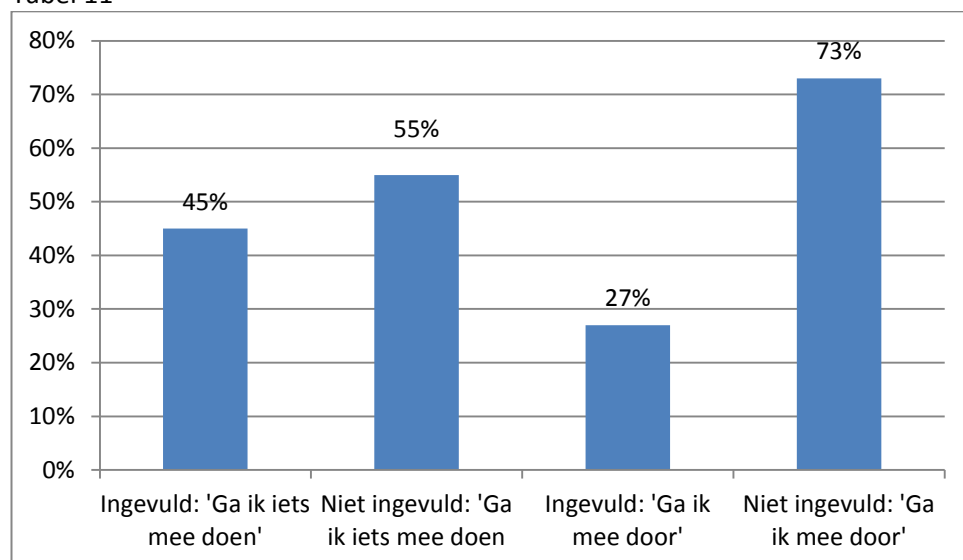
Dit wordt inzichtelijk als de vraag wordt beantwoord: “Ga ik mee door” en “Ga ik wat aan doen”.

Het is niet verplicht om deze vraag te beantwoorden. Een bewoner kan ergens minder tevreden over zijn, maar zelf geen behoefte hebben om er iets aan te doen.

Dit is wel de informatie die als doel kan worden opgenomen in het individueel ondersteuningsplan om zodoende de kwaliteit van leven te vergroten.

Uit de analyse blijkt dat:

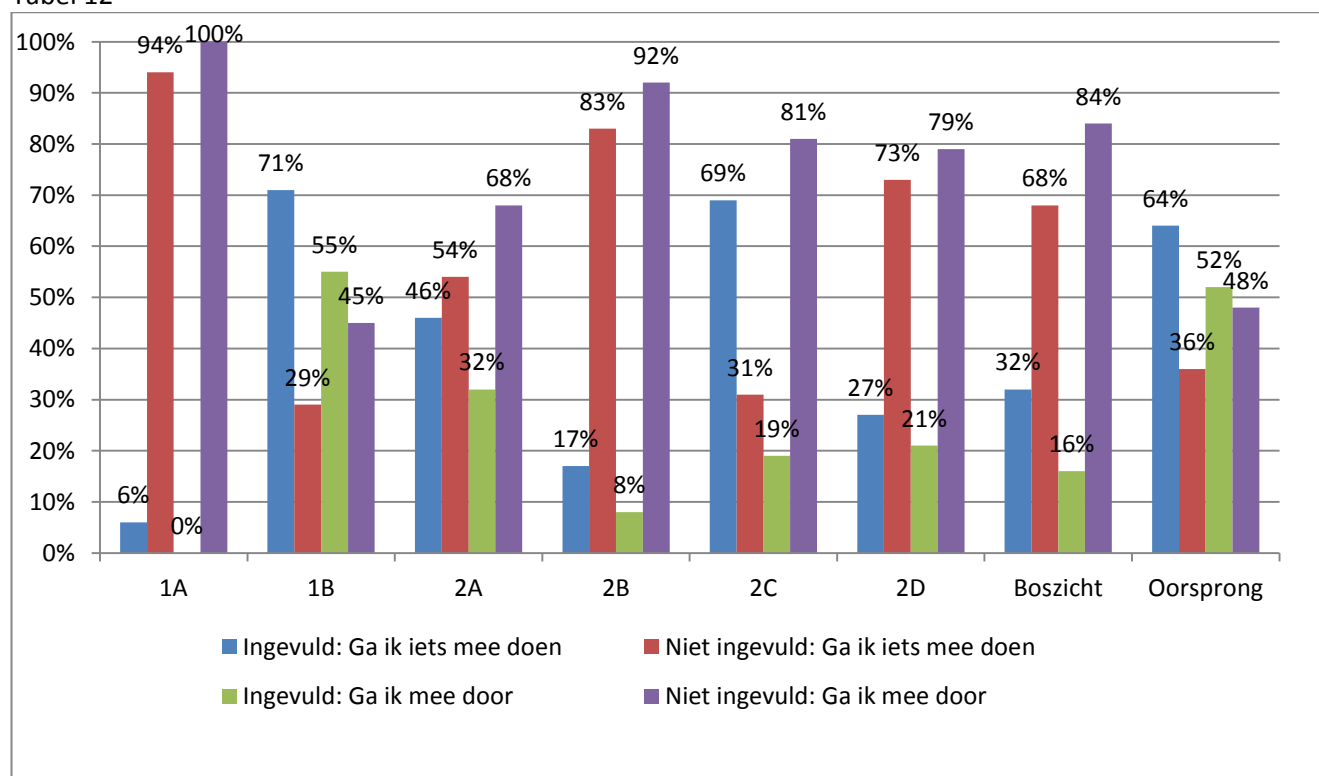
Tabel 11



- 45% iets heeft ingevuld bij de vraag 'Ga ik iets mee doen' (en 55% heeft niets ingevuld).
- 27% iets heeft ingevuld bij de vraag 'Ga ik mee door' (en 73% heeft niets ingevuld).

"Ga ik iets mee doen" en "Ga ik mee door" per woongroep

Tabel 12



Wat gaat hier goed en kan beter?

Wat goed gaat:

- De BIT vormt een structureel onderdeel van het zorg- en ondersteuningsproces. Voor elke MDO wordt de waardering besproken.
- Vergeleken met de voorgaande twee jaren wordt er meer gebruik gemaakt van de mogelijkheid een toelichting in te vullen waardoor het meegenomen kan worden in het individueel plan van de bewoner.

- We vinden het belangrijk dat de bewoner regie heeft over zijn of haar eigen leven. Dit kunnen we terugvinden in de hoge score bij het domein “Rechten”.

Wat beter kan:

- 68% Van de bewonerspopulatie heeft een vragenlijst ingevuld. Gestreefd wordt naar een percentage van 85%.
- Controleren of de uitspraken van de bewoners (dit kunnen doelen zijn) ook als doelen of richtlijnen zijn opgenomen in het cliëntplan. Daartoe zal in 2018 een steekproef worden gehouden.
- Cijfers geven slechts beperkte informatie en we willen meer aandacht geven aan het verhaal achter de cijfers. Juist de uitspraken van de bewoners kunnen aangeven wat werkelijk belangrijk is. Om meer aandacht te kunnen geven aan het verhaal van de bewoners zullen de beleidsmedewerkers in 2018 een scholing volgen om een narratieve analyse te kunnen maken.
- Op een aantal afdelingen is de behoefte te weten hoe de bewoners de kwaliteit van de zorg en dienstverlening ervaren. In 2018 wordt onderzocht of, hoe hieraan tegemoet kan worden gekomen.

3.4. De klachten

Bij komst ontvangen bewoners een folder met de klachtenprocedure. Onvrede, klachten kunnen worden besproken met medewerkers, bij de cliëntvertrouwenspersoon of de externe klachtenfunctionaris.

Bij zowel de cliëntvertrouwenspersoon als de externe klachtenfunctionaris zijn er geen klachten binnengekomen.

3.5. Het huiskameroverleg

Om bewoners zoveel mogelijk inspraak te geven vindt er op sommige afdelingen een huiskameroverleg plaats. Andere woongroepen hebben besloten geen huiskameroverleg plaats te laten vinden vanwege de cognitieve achteruitgang van de bewoners. Weer andere woongroepen overwegen het huiskameroverleg in te voeren en zijn nog zoekende naar een goede vorm.

Woongroep d’ Oorsprong heeft in 2017 zesmaal een huiskameroverleg gevoerd. De volgende onderwerpen zijn besproken: Kalorama-nieuws, nieuws over de nieuwbouw, nieuws uit de CR, jaarlijks dagje uit, schoonmaak, voeding, afspraken over “huisregels”, voorstellen en/of besluiten m.b.t. gezamenlijke aankopen van afdelingsbudget, ideeën voor aanpassingen en klachten bespreking. Ook het team heeft dit overleg gebruikt om vragen te stellen aan de bewoners zoals zin/behoefte aan een weekendborrel.

Uit dit overleg zijn verbeterpunten naar voren gekomen die direct zijn opgepakt. Voorbeelden van deze verbeterpunten zijn: aanpassing van lichtschakelaar op verdiepingen, gesprek met de keuken om broodzakken niet te strak dicht te knopen en het eten niet te zout te maken. Een ander mooi voorbeeld is dat een bewoner het op zich heeft genomen om bij de bewoners van de woongroep te inventariseren wie waar naar toe zou willen gaan (dagje uit). Zij coördineerde deze uitstapjes ook.

Woongroep 2A heeft viermaal een huiskameroverleg gehouden. Gespreksonderwerpen van afgelopen jaar waren: invulling van Sinterklaas, Oud/Nieuw, keuze voor een koffiezetapparaat, invulling van de familiedag, vakantie maar ook wie bij wie aan tafel wil zitten. Ook werd gesproken over het houden van huisdieren. Gezamenlijk hebben ze besloten vissen te houden in plaat van katten vanwege allergie bij enkele bewoners.

Woongroep 2C kwamen iedere zes weken bij elkaar voor het huiskameroverleg. Van te voren krijgen de bewoners een brief waarin zij kunnen aangeven over welk onderwerp zij willen praten. Bij deze bijeenkomsten zijn tolken ingezet. Er werden ook deskundigen uitgenodigd zoals de mondhygiëniste en konden de bewoners vragen stellen over het poetsen, het gebruik van de tandenborstel of tandpasta. Onderwerpen als nieuwbouw, koken en boodschappen doen, invulling van de feestdagen, huiselijke afspraken kwamen aan de orde. Een bewoner is lid van de bewonersraad en elk huiskameroverleg werd het nieuws gebracht. Ook werd een lid van de cliëntenraad uitgenodigd om hen van nieuws te voorzien. Alle bewoners kregen na elk overleg een verslag zodat zij het gesprokene nog rustig konden nalezen. Gemaakte afspraken werden, indien van toepassing, in het ECD verwerkt.

Woongroep 2D heeft driemaal een huiskameroverleg gehouden. Dit is op initiatief van het team gebeurd. Het blijkt dat de bewoners dit erg hebben gewaardeerd. Er werden tolken ingezet. Gespreksonderwerpen waren zeer uiteenlopend zoals vakantie, nieuwbouw, Sinterklaas/Kerstmis, meehelpen met praktische klusjes, tafel afruimen, toiletgebruik, zelf koken, zwemmen. Ook is er een verbeteractie uit voortgekomen: afspraken rondom het afruimen van de tafel na het eten. De bewoners spreken elkaar hierop aan als iemand dit niet doet.

Wat gaat hier goed en kan beter?

Wat goed gaat:

Het huiskameroverleg is een middel om met elkaar in gesprek te gaan over verschillende onderwerpen.

Wat beter kan:

Uitzoeken of dit concept ook bij andere woongroepen van nut kan zijn.

3.6. Lokale cliëntenraad en de bewonersraad.

De lokale cliëntenraad van het Centrum kent 6 leden waarvan 1 bewoner. De overige leden zijn verwanten van de bewoners. De complexiteit van de beperkingen van de bewoners maakt deelname aan de cliëntenraad lastig. Om tegemoet te komen aan de informatiebehoefte van de bewoners is er een bewonersraad opgericht. Die wordt voorgezeten door de locatiemanager en bijgestaan door de cliëntvertrouwenspersoon. De bewoners kunnen ook hun eigen punten inbrengen.

Een lid van de lokale cliëntenraad is lid van de centrale cliëntenraad die Kalorama kent. De centrale cliëntenraad is samengesteld uit voorzitters of vertegenwoordiger van de lokale cliëntenraden.

De lokale cliëntenraad heeft in 2017 vijf keer vergaderd. Er zijn geen officiële adviesaanvragen bij de cliëntenraad ingediend. Behandelde onderwerpen waren onder ander het jaarverslag 2016 van het tevredenheidsonderzoek "Ben ik tevreden", de stand van zaken van de nieuwbouw en zelforganisatie, het functioneringsgericht werken, voeding en koken op de woongroepen.

Voor meer informatie wordt verwezen naar het jaarverslag 2017 van de cliëntenraad.

De bewonersraad komt vier maal per jaar bij elkaar. De gespreksonderwerpen zijn zeer divers: nieuwbouw, koken op de woongroepen, vervoer, invulling van de feestdagen, toneelgroep Mooi Uitzicht en de aanpassing van de inrichting van een ruimte.

3.7. Zorgkaart Nederland

In 2017 zijn er 4 waarderingen geplaatst op Zorgkaart Nederland. Het gemiddelde van deze waardering is 9,1.

Drie personen hebben een toelichting bij hun waardering gegeven. Hieronder hun toelichting:

"Als vrijwilliger maak ik al een aantal jaren van nabij mee hoe de verzorgenden en begeleiders totaal betrokken met hart en ziel met de cliënten omgaan. Ook het teamverband vind ik voorbeeldig. En tenslotte vind ik het grote scala aan extra activiteiten voor de bewoners een mooi geschenk".

"Mijn zus (80 jaar) was door haar slechtiendheid en ernstige gezondheidsproblemen opgenomen in Kalorama (Beek bij Nijmegen) op de afdeling doof/blinden. Bij ons eerste bezoek viel ons al direct de warmte op waarmee wij ontvangen werden. Dat bleef ook zo. Die warmte wordt uitgestraald naar zowel de patiënten als de bezoekers. Niets is de medewerkers teveel. Vragen worden zo mogelijk direct beantwoord en uitgevoerd in goed overleg met de patiënten en familie. Hier werken duidelijk mensen met hart voor hun medemens. Ook werd duidelijk dat het personeel goed opgeleid en ervaren is en zij het welzijn van de patiënten op de eerste plaats hebben staan. Zij hebben duidelijk gekozen voor dit werk en deze moeilijke vorm van verzorging. Dat alles geldt niet alleen voor de dagelijkse verzorgsters, maar ook voor de dokter, de fysiotherapeute en het personeel dat de verschillende activiteiten verzorgt. Mijn zus heeft vaak verzucht was ik hier maar eerder gekomen! Helaas heeft mijn zus er maar zes weken van kunnen genieten, maar de wetenschap dat ze het zo fijn heeft gehad in haar laatste levensfase is voor ons als familie heel waardevol geweest. Wij hebben dan ook grote waardering voor de mensen daar die een thuis scheppen voor deze moeilijke groep. Zo zou de zorg in ieder verpleeghuis moeten zijn! Wij hebben ons als familie ook altijd welkom gevoeld!"

"Mijn broer heeft de laatste 2 jaar van zijn leven bij Kalorama doorgebracht. Wat een geweldige instelling. Lieve zorgzame mensen die mijn broer verzorgde. Onze dank."

Wat gaat hier goed en kan beter?

Wat goed gaat:

De hoge waarderingen en de toelichtingen spreken voor zich.

Wat beter kan:

Er kan meer aandacht worden gegeven aan Zorgkaart Nederland. Voor een MDO zou er aan bewoners en hun contactpersoon kunnen worden gevraagd hun ervaring kenbaar te maken op Zorgkaart Nederland.

4. Bouwsteen 3: De teamreflecties

4.1. Hoeveel teams hebben een reflectie uitgevoerd?

Het Centrum voor doofblinden kent acht zorg-, begeleidingsteams die allen een teamreflectie hebben gehouden. Het team voor ambulante begeleiding heeft geen teamreflectie gehouden omdat andere zaken hoge prioriteit hadden.

Ieder team kan kiezen uit minimaal een van de volgende thema's:

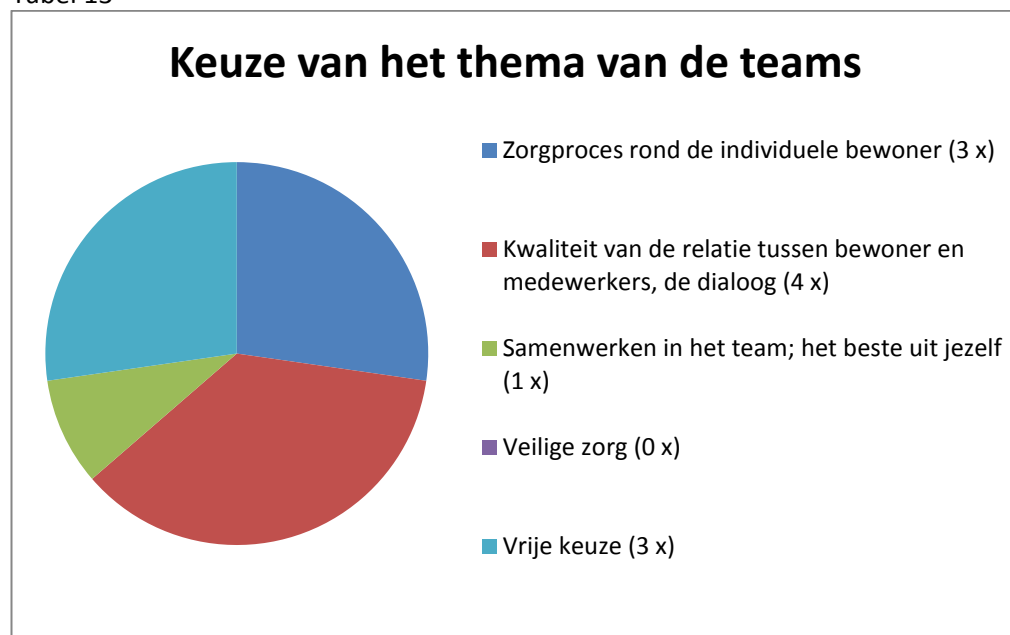
- Zorgproces rond de individuele bewoner
- Kwaliteit van de relatie tussen bewoner en medewerkers, de dialoog
- Samenwerken in het team; het beste uit jezelf
- Veilige zorg
- Vrije keuze

Drie vragen staan centraal:

- Het team is tevreden over het thema omdat:
- Het team is ontevreden over het thema omdat:
- Conclusie en ontwikkelpunten/afspraken

4.2. Gekozen thema's

Tabel 13



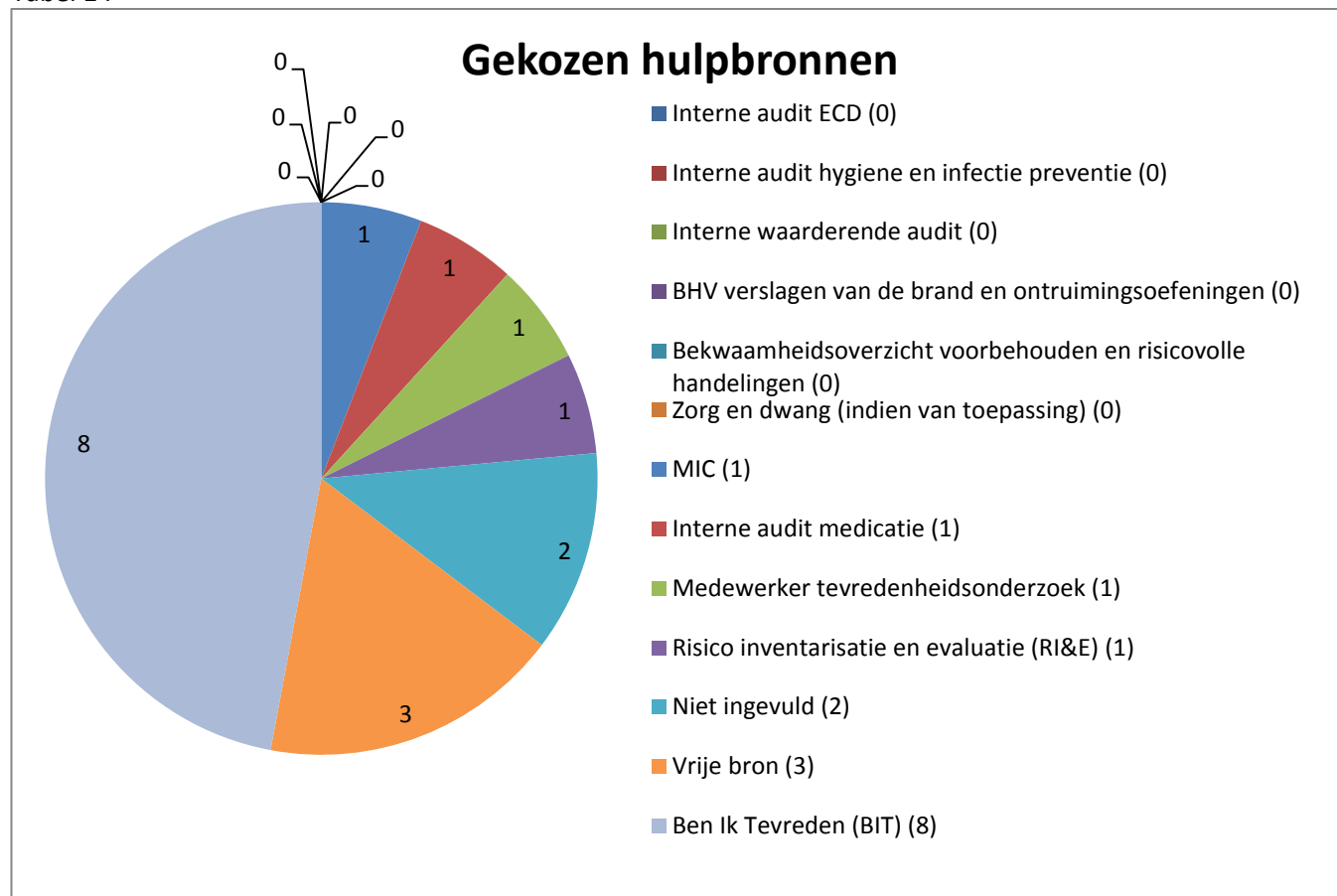
Het thema: 'Kwaliteit van de relatie tussen bewoner en medewerkers, de dialoog' is 4 x gekozen gevolgd door het zorgproces rond de individuele bewoner en een vrije keuze (3x).

De vrije keuze had te maken met:

- communicatie met cliënten
- medicatieveiligheid
- visie op kwaliteit van zorg en begeleiding

4.3. Gekozen bronnen

Tabel 14



Het instrument Ben ik Tevreden is 8 x gekozen gevolgd door andere onderwerpen. Vrije bron betreft in dit geval: teamevaluatie, medicatieveiligheid en literatuur (Functioneringsgerichte rehabilitatie van Jan Prickarts)

4.4. Thema: Zorgproces rond de individuele bewoners

Drie teams hebben gereflecteerd op het zorgproces rond de individuele bewoners.

- A. Samenvattend geven de drie teams aan dat ze tevreden zijn over het zorgproces omdat ze:
- Hun bewoners respecteren en gericht zijn op de bewoner en daarnaar handelen;
 - Bewoners een goede, veilige en warme woonomgeving bieden;
 - Bewoners duidelijkheid kunnen geven en goede communicatiemogelijkheden bieden;
 - Goede sociale netwerken opbouwen rondom de bewoner;
 - Een goede aanspreekcultuur hebben wat de zorg aan de bewoners ten goede komt;
 - De bewoners zorg op maat kunnen bieden, zorg die altijd is afgestemd op en met de bewoners;
 - Spontane dingen kunnen doen in een druk programma.
- B. Er wordt aangegeven dat ze minder tevreden zijn over het zorgproces omdat ze:
- Het gevoel hebben dat er minder tijd/aandacht is voor de bewoners door de vele taken die van hen worden gevraagd;
 - (Nog) niet mogen meebeslissen over de komst van nieuwe bewoners op hun afdeling;
 - Niet helemaal op de hoogte zijn van de inhoud/onderdelen van het cliëntplan. Ook het rapporteren kan beter;
 - Door verschillen tussen medewerkers worden besluiten genomen op basis van stemmen en niet in consensus, hierdoor is er niet altijd aandacht voor wat er leeft bij alle teamleden.

- C. De volgende ontwikkelpunten/afspraken worden genoemd:
- Duidelijkheid in samenwerking met het andere gesplitste team (de woongroepen worden daar waar het noodzakelijk is gesplitst in kleinere woongroepen);
 - Meer regie/inspraak over bestaande afspraken;
 - Minder inloop van behandelaars, meer op afspraak;
 - Fondsen benaderen om materialen te kunnen aanschaffen voor de bewoners;
 - Onderzoeken of er een manier is om de ervaren zorg en dienstverlening door bewoners te meten (naast de BIT);
 - Meer samenwerking zoeken met de ondersteunende diensten om kwaliteit van zorg op niveau te houden;
 - Kritisch kijken naar dagindeling/agenda: waar kan er minder ADL en meer (communicatie)tijd met bewoner ingepland worden;
 - Eerste en laatste 15 minuten van de dienst rapportage lezen en schrijven;
 - Meer besluiten in consensus kunnen nemen m.b.v. een coach;
 - Zelf scholingen en toetsingen bijhouden.

4.5. Thema: Kwaliteit van de relatie tussen bewoners en medewerkers, de dialoog

Vier teams hebben gereflecteerd op bovengenoemd thema.

A. De teams zijn tevreden omdat:

- Bewoners centraal staan; door goed kijken/observeren, klein kijken kunnen ingaan op de behoeften van bewoners;
- Meer cliënt- en vraaggericht gewerkt kan worden;
- Ze betrokken zijn, warme zorg kunnen bieden evenals een vertrouwde, rustige en veilige omgeving;
- Er gekeken wordt naar mogelijkheden i.p.v. onmogelijkheden;
- Ze open staan voor nieuwe ontwikkelingen, nieuwe communicatiemogelijkheden;
- Ze zorgvuldig werken en beslissingen durven te nemen.

B. De teams zijn ontevreden omdat:

- Het lastig is bewoners eigen keuzes te laten maken omdat ze dit grotendeels niet goed kunnen aangeven. Neiging tot overnemen bestaat dan;
- Ze nauwelijks betrokken worden bij plaatsing van nieuwe bewoners op hun afdeling;
- Ze nog geen duidelijkheid hebben over aantal fte's, uren;
- Er nog geen goede balans in het rooster is, er dient ruimte in het rooster te worden ingepland voor extra taken;
- De aanspreekcultuur verbetering behoeft;
- De taak – en rolverdeling binnen het team nog niet helemaal duidelijk is.



C. Ontwikkelpunten/afspraken:

- Weerbaarheidstraining om beter om te kunnen gaan met bewoners die agressief kunnen reageren;
- Privacy van de cliënten beschermen door behandelaars afspraken te laten maken;
- Meer oplossingsgericht werken i.p.v. probleemgericht;
- Betere pauzes inlassen in het rooster;
- Tempo aanpassen aan de bewoners;
- Meer communiceren met gebaren;
- Zelfstandigheid van de bewoner behouden; zelfregie bevorderen;
- Communicatie onderling verbeteren (beter naar elkaar luisteren, elkaar aanspreken op wat goed gaat en wat niet, neuzen dezelfde kant op);

- Werkoverleg met meer structuur;
- Werken volgens afspraken cliëntplan;
- Meer gebruik maken van de ondersteunende diensten (Control, kwaliteit);
- Bij andere afdelingen kijken, ervaringen uitwisselen. Andere afdeling vragen om kritisch te kijken naar eigen wijze van teamreflectie;
- Eigen scholingsbudget beheren

4.6. Thema: Samenwerken in het team, het beste van jezelf

Eén team heeft voor bovengenoemd thema gekozen. Ze hebben de vraag: 'het team is ontevreden over' omgebogen naar: 'het team wil zich in de toekomst graag buigen over':

- A. Het team is tevreden over:
- Het formuleren van een eigen visie en het ontvangen van de "sleutel tot eigenaarschap";
 - Het voortdurend kunnen afstemmen met de bewoner ook d.m.v. functioneringsgericht werken;
 - De aanwezige deskundigheid op het gebied van communicatie(mogelijkheden);
 - De aanwezige deskundigheid op het gebied van risicovolle handelingen, BHV;
 - De aanwezigheid van een stabiel en krachtig team.
- B. Team wil buigen over:
- De visie: deze handhaven en anderen betrekken;
 - Het geven van feedback aan elkaar;
 - Het blijven afstemmen met de bewoner;
 - Hun presentatie in het kader van zelforganisatie aan andere teams.

4.7. Thema: Vrije keuze

Drie teams hebben gekozen voor het vrije thema. Hieruit zijn drie onderwerpen naar voren gekomen: medicatieveiligheid, communicatie met bewoners en visie op zorg en begeleiding.

- A. De teams zijn tevreden over:
- De eigen deskundigheid (geschoold zijn) en de medicatieveiligheid hoog kunnen houden;
 - De aanwezige deskundigheid op het gebied van communicatie en hiernaar kunnen handelen;
 - Hun nieuwe visie op kwaliteit van zorg en begeleiding.
- B. De teams zijn niet tevreden over:
- De slordige en onnodige fouten die worden gemaakt;
 - De beschikbare tijd en communicatie met de bewoner.
- C. Ontwikkelpunten/afspraken:
- Alert blijven op medicatieveiligheid;
 - Elkaar meer feedback geven (hebben we de bewoner goed begrepen?);
 - Meer ondertitelen van wat er gebeurt op de groep;
 - Meer aanraken bij de communicatie.

4.8. Wat gaat goed en kan beter?

Wat goed gaat:

- Alle teams hebben gereflecteerd.
- Teams geven bijna allemaal aan dat ze trots zijn op het feit dat ze bewoners respectvol bejegenen, goede, veilige en warme zorg kunnen bieden, bewonersgericht bezig zijn en handelen. Er wordt meer gekeken naar mogelijkheden dan onmogelijkheden. Een paar teams hebben hun eigen visie ontwikkeld en handelen

daarnaar. Veel teams hebben aangegeven dat zij deskundig zijn in de communicatie(mogelijkheden) met hun bewoners.

- Er is sprake van gedeeld bewustzijn. Het valt nl. op dat rond de besproken thema's nagenoeg dezelfde ontwikkelpunten worden aangegeven. Met name competenties zoals regie bij de bewoner laten/stimuleren, communicatie (afstemmen met bewoner, ondersteunende diensten, feedback geven, aanspreekcultuur bevorderen), onderlinge samenwerking bespreken/verstevigen, het kennen en benutten van elkaars kwaliteiten en deskundigheidsbevordering zijn onderwerpen waar de teams ontwikkeldoelen op formuleren.

Wat beter kan:

- De ontwikkelpunten zullen op teamniveau worden opgepakt. Door middel van interne audits kan hier ook aandacht aan gegeven worden.
- Het team van de ambulante zorg dient ook meegenomen te worden in deze nieuwe werkwijze van teamreflectie.
- Minder tevreden zijn teams over het gevoel dat ze hebben over de tijd en aandacht die ze aan de bewoner kunnen geven.
- Een paar teams hebben aangegeven dat ze betrokken willen worden bij de plaatsing van nieuwe bewoners op hun afdeling. Dit komt ook uit het BIT onderzoek naar voren, hier en daar zijn er uitspraken gedaan van bewoners dat ze graag met medebewoners willen kunnen communiceren met dezelfde intelligentie en/of interesse.
- Ook hebben een paar teams aangegeven dat de onderlinge communicatie verbeterd kan worden, de wens is er om elkaar feedback te kunnen geven.

5. Verbeterpunten

In voorgaande hoofdstukken hebben we na elk onderwerp stil gestaan bij wat goed gaat en wat beter kan. Daar gaan we het komende jaar mee aan de slag.

We hebben er bewust voor gekozen om niet alle afgesproken, vaak gedetailleerde verbeteringen vast te leggen in verbeterplannen en deze op te nemen in het kwaliteitsrapport. Deze verbeteringen worden op teamniveau opgepakt. Gekozen is voor algemene verbeterpunten op hoofdlijnen voor Kalorama, waar het Centrum onderdeel van is. Kalorama heeft in 2017 een kwaliteitsplan opgesteld (verplichting uit kwaliteitskader VVT) met daarin verbeterpunten die gelden voor alle locaties. Vandaar dat ze hier worden genoemd. Deze drie verbeterpunten hebben een hoge prioriteit en zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden.

De drie verbeterpunten uit het kwaliteitsplan (in zijn geheel overgenomen):

1. Visie en meerjarenbeleidsplan

Kalorama heeft de afgelopen jaren hard gewerkt om de omslag naar een moderne, resultaatgerichte zorgaanbieder te realiseren.

Samenwerken, kennis uitwisselen, nieuwe ideeën naar binnen halen en uitdragen. Dat is wat Kalorama te doen stond. “De Luiken Open” is dan ook vanaf 2014 het motto geweest om in 2019 op de kaart te staan als een gespecialiseerde zorgorganisatie voor intensieve, langdurige zorg.

De Raad van Bestuur is voornemens om in overleg met (interne en externe) stakeholders medio 2018 bijeenkomsten te organiseren. Doel is om in verbinding het beleid voor alle locaties voor de komende jaren te bepalen en deze te laten steunen op een actuele visie.

In 2018-2019 worden beide onderwerpen, visie en het meerjarenbeleidsplan, dan ook regelmatig besproken.

2. Zelforganisatie en het Rijnlandse gedachtengoed

De transformatie naar een organisatie gebaseerd op het Rijnlandse gedachtengoed is een organisch proces dat in nauwe samenspraak met teams vorm en inhoud krijgt. Het tempo is hierbij in belangrijke mate afhankelijk van de ontwikkeling van medewerkers. Zelforganisatie is hierbij geen doel op zich maar een middel om bewoners zo veel als voor hem of haar mogelijk is de regie te geven over diens leven. Waar ruimte gecreëerd wordt voor eigen regie van bewoners moet ook ruimte beschikbaar zijn voor professionals om zelfstandig te handelen en zorg op maat te kunnen leveren.

In 2017 gaat de regiegroep (in haar rol als aanjager) samen met coaches de ontwikkeling van teams die koploper willen zijn, stimuleren en ondersteunen bijvoorbeeld bij het nemen van besluiten. Krijgt het verkleinen van teams de nodige aandacht en worden welzijn verhogende activiteiten extra ondersteund. De komende jaren staan voor alle locaties onderwerpen als herverdelen van eigenaarschap, verantwoordelijkheid nemen en verantwoordelijk zijn, samenwerken met het netwerk van de bewoner en vakmanschap op de agenda. Werken vanuit vertrouwen is hierbij een belangrijk gegeven. Vertrouwen op de ander, vertrouwen geven aan de ander.

3. Vastgoed

Missie, visie, marktanalyse, woonconcepten, thema's van het vastgoedbeleid, planningen en financiën zijn vastgelegd in het vastgoedmasterplan en zijn onlosmakelijk verbonden met het meerjarenbeleidsplan van Kalorama en de transformatie naar een Rijnlandse organisatie.

Het vastgoedmasterplan is tot stand gekomen in samenwerking met alle geledingen van de organisatie. Raad van Toezicht, management, de medezeggenschapsorganen (ondernemingsraad en cliëntenraden) en medewerkers hebben hun steentje bijgedragen aan het vastgoedmasterplan. Omdat Kalorama zich richt op bewoners die complexe zorg en ondersteuning nodig hebben, is het van belang om het vastgoed zo veel mogelijk aan te laten sluiten op de wensen en behoeften van de bewoners. Een werkomgeving waarin onze medewerkers hun werk goed kunnen uitvoeren en zich prettig voelen draagt daaraan bij. De nieuwe gebouwen leveren een bijdrage aan de organisatieontwikkeling en maken Kalorama toekomstbestendig.

6. Reflectie van stakeholders: Cliëntenraad, Raad van Toezicht, Ondernemingsraad

Cliëntenraad

Namens de cliëntenraad Centrum voor doofblinden heeft mevrouw Draijer (voorzitter) onderstaande reactie gestuurd: *De cliëntenraad is positief over de inhoud van het rapport. Zij krijgen zo een goed beeld van de wijze waarop de kwaliteit van leven binnen het centrum, afgestemd op de individuele bewoner, vorm gegeven wordt.*

De raad adviseert om voor volgend jaar een plan te ontwikkelen om ook met familie in gesprek te gaan over hun beleving van de communicatie, waardoor niet alleen de beleving van de bewoner via het BIT zichtbaar wordt maar ook die van de naasten. Dit kan dan vervolgens weer in het kwaliteitsrapport worden verwerkt.

Daarnaast heeft de raad tijdens de cliëntenraadsvergadering van 7 april jongstleden een nadere toelichting gekregen op het rapport en de vragen die de leden van de Cr vooraf schriftelijk hadden aangereikt, zijn beantwoord. Ook heeft de raad tips gegeven aan de beleidsmedewerkers die dit rapport hebben opgesteld. De Raad stelt het zeer op prijs dat haar aanbevelingen ter harte zijn genomen.

Raad van Toezicht

Namens de Raad van Toezicht van Kalorama heeft mevrouw prof.dr. Nijhuis-van der Sanden (voorzitter commissie Kwaliteit) onderstaande reactie gestuurd:

De Raad van Toezicht spreekt haar waardering uit over de inhoud en vormgeving van het rapport. Voor de Raad van Toezicht maar ook voor andere geïnteresseerden wordt inzichtelijk waar Kalorama en het centrum voor doofblinden voor staan: kwaliteit van binnen uit. Door zowel te beschrijven waar het centrum trots op mag zijn alsook waar de verbeterpunten liggen wordt helder welke route gelopen gaat worden. De Raad van Toezicht vindt het een goed voorstel van de cliëntenraad om volgend jaar ook de directe naasten in de reflectie te betrekken: immers zij zijn zeker ook van belang om de cliënten een warm thuis te bezorgen. In de vergadering van 11 april jl. is het rapport besproken met de beleidsmedewerker en ook de sfeer van dit gesprek straalde openheid en vertrouwen uit. Wij zien uit naar de vervolgrapportages en wensen de teams succes toe en voldoening met het vervolg.

Ondernemingsraad

Namens de Ondernemingsraad heeft mevrouw Brons onderstaande reactie gestuurd:

De ondernemingsraad heeft het kwaliteitsrapport 2017 doorgenomen en is in de gelegenheid gesteld om tijdens de vergadering op 29 mei 2018 hierover vragen te stellen. De ondernemingsraad is van mening dat het kwaliteitsrapport een helder en logisch verslag is, waarin de visie op de zorg duidelijk beschreven is. Het verslag geeft een goed beeld van de bronnen die voor dit kwaliteitsrapport zijn gebruikt. Het terugbrengen naar afdelingsniveau maakt dat het per groep begrijpelijk is op welke punten het goed gaat en welke punten verbeterd kunnen worden. Dit geeft goede handvatten voor het blijven ontwikkelen van de zorg.

Het is de ondernemingsraad nog onduidelijk hoe bouwsteen 3: 'de teamreflecties' gefaciliteerd wordt. Om een zorgvuldige en effectieve invulling te kunnen geven aan de teamreflectie, wil de ondernemingsraad graag concreet weten welke en hoeveel uren teams hieraan kunnen besteden. Deze vraag zal nog uitgezet worden.

De ondernemingsraad heeft daarnaast, tijdens het overleg met de beleidsmedewerker, vragen gesteld over de betrouwbaarheid van de BIT-vragenlijsten. De vragenlijsten worden afgenomen door directe begeleiders van cliënten. De ondernemingsraad vraagt zich af of deze werkwijze niet van invloed is op de validiteit en betrouwbaarheid van de vragenlijsten. De beleidsmedewerker gaf aan dit cliëntwaarderingsinstrument Ben Ik Tevreden in september te evalueren en deze opmerking hier ook in mee te nemen.

7. Bevindingen externe visitatie

Datum: 4 mei 2018

Visitatiecommissie: Annie Blom, beleidsadviseur Pluryn (met pensioen sinds 01-02-'18), Carmen Zwiep, maatschappelijk werker Bartiméus en Arjan Maasland, beleidsadviseur Bartiméus

Programma van het bezoek

De visitatiecommissie heeft een gesprek gehad naar aanleiding van het kwaliteitsrapport met Fieke van Deutekom, bestuurder; Els Peters, locatiemanager; Karin van den Heuvel en Irma Quaink, beleidsmedewerkers. Vervolgens zijn twee locaties bezocht. De commissie heeft aan een (nieuwe) activiteit deelgenomen van de dagactiviteiten, een gespreksgroep en een woongroep bezocht. In beide bezoeken heeft de visitatiecommissie een beeld gekregen van de dagelijkse werkzaamheden. In het bezoek aan de woongroep was een gesprek met de medewerkers onderdeel van het programma. Vervolgens zijn de bevindingen teruggekoppeld aan de bestuurder en de andere bovengenoemde medewerkers.

Samenvatting van de bevindingen

Het kwaliteitsrapport van Kalorama, Centrum voor Doofblinden, is geschreven in helder en duidelijk taakgebruik. Het rapport vertelt het verhaal van de kwaliteit van de zorg aan mensen die doofblind zijn. Veel aandacht in het rapport is geschonken aan de leidende organisatieontwikkelprocessen; zelfsturing volgens Rijnländs gedachtengoed, functioneringsgericht werken en de teamreflectie. Daarnaast geeft het rapport een helder overzicht over wat goed gaat en nog beter kan, onder andere gevoed door de teamreflectiebijeenkomsten. Het rapport geeft een goed beeld van de belangrijkste onderdelen van de kwaliteit van zorg en de verbeterpunten en is zelfs relatief bescheiden beschreven. Tijdens het bezoek werd het plan van aanpak kwaliteitskader GZ 2017 en de samenvatting van het kwaliteitsrapport 'kwaliteit in beeld' met de commissie gedeeld.

Kalorama kan trots zijn op de cliënttevredenheid, op de harmonie in het contact tussen medewerkers en bewoners en de professionele betrokkenheid van medewerkers. Goed zichtbaar was dat medewerkers veel kennis hebben van de specifieke communicatiemogelijkheden die bewoners bezitten. Hierin is de doofblindheid generiek, maar het benutten van de communicatie mogelijkheden is toch sterk individueel bepaald.

Daarnaast werd zichtbaar en merkbaar dat de belangrijke thema's uit het rapport terugkwamen in de bezoeken aan de locaties. Het denken volgens het Rijnländs gedachtengoed is echt geïntegreerd en is door praktijkvoorbeelden geïllustreerd. Het trof de commissie dat er een goede stabiliteit werd waargenomen in teamopbouw en team functioneren, waarbij de betrokkenheid van medewerkers een duidelijk professioneel karakter draagt. Een voorbeeld hiervan is dat bewoners ook bewust worden uitgedaagd om te exploreren, soms tot (of net over) het randje van wat een bewoner aankan. Hiermee liet het stabiele team zien te blijven reflecteren op hun eigen handelen. Het team, dat overigens benoemde in een wat lastiger fase te verkeren, heeft knap gerealiseerd dat in ongeveer driekwartjaar de zelfsturing concreet is vormgegeven.

Tips die de visitatiecommissie het Centrum voor Doofblinden mee wil geven:

- Kalorama hoeft niet bescheiden te zijn in de profilering ten aanzien van de specifieke deskundigheid en professionele betrokkenheid.
- De interne kennisdeling is mogelijk nog te vergroten door teams kennis te laten maken met de goede dingen van elkaar, bijvoorbeeld ten aanzien van zelfsturing. Mogelijk is zelfs interne mobiliteit van medewerkers een middel om de professionaliteit verder te ontwikkelen.
- Door de focus op het zichtbaar maken van successen wordt de PDCA-cirkel mooi gesloten.
- De specifieke aandacht voor kennisontwikkeling is in het rapport wel genoemd door o.a. de gecertificeerde Mbo-opleiding. Deze is samen met het ROC ontwikkeld. Uit het gesprek bleek dat de kennisontwikkeling op een hoger niveau wordt uitgevoerd, door onder andere het in dienst hebben van

promovendi en het bezetten van twee leerstoelen. Deze profilering had in het kwaliteitsrapport wat sterker naar voren kunnen komen.

- De organisatie kan wat helderder zijn in de verwachtingen ten aanzien van de specifieke mbo-scholing. Medewerkers krijgen veel interne scholing, maar er is niet geëxpliciteerd welke doelen ten aanzien van het aantal gediplomeerde specialisten zijn gesteld. Vanzelfsprekend is dat de tweejarige mbo scholing intensief is, maar enige sturing (of gerichte keuzes binnen teams) t.a.v. de verwachtingen zou wellicht passend kunnen zijn in een professionele organisatie.

Conclusie

Het Centrum voor Doofblinden van Kalorama is een zorginstelling waar met een professionele basishouding betrokken en kwalitatief goede zorg wordt geboden. De bestuurder en manager hebben een helder en realistisch beeld van de kwaliteit van zorg. De commissie heeft met interesse en plezier een kijkje kunnen en mogen nemen in de keuken van een gespecialiseerde collega zorgverlener.