



Jouw leven, jouw mogelijkheden

Kwaliteitsrapport 2018



Amarant

jouw leven, jouw mogelijkheden

Inhoudsopgave

Inleiding	3
Kenmerkend voor 2018	5
3. Bouwsteen Zorgproces rondom de individuele cliënt	9
4. Bouwsteen Onderzoek naar cliëntervaringen	24
5. Bouwsteen Zelfreflectie in teams	33
6. Bouwsteen Medezeggenschap van cliënten	38
7. Bouwsteen Werkplezier voor medewerkers	47
Raad van Bestuur Slotwoord en vooruitblik	53
Bijlage 1: Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg	57
Bijlage 2: De Amarant Groep: Cijfers, Missie en Visie	58
Bijlage 3: Webapplicatie Krachtige Teams	60
Bijlage 4: Organogram	61
Bijlage 5: Uitgangspunt: strategisch kader 'In verbinding'	62

Inleiding

Hierbij presenteren we het kwaliteitsrapport over 2018 van de Amarant Groep. Op basis van ervaringen van cliënten, verwanten, medewerkers en managers beschrijven we wat goed gaat met betrekking tot de kwaliteit van zorg en waar we nog kunnen ontwikkelen en verbeteren. Het kwaliteitsrapport is primair geschreven voor interne kwaliteitsverbetering maar niet minder voor informatievoorziening en verantwoording naar belangrijke stakeholders.

Kwaliteitsrapport

De formele scope van het kwaliteitsrapport is vanuit het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg de zorg die geboden wordt in het kader van de Wet Langdurige Zorg (WLZ). In dit rapport over 2018 maken we de keuze om alle zorg vanuit de Amarant Groep te betrekken, dus ook de zorg die we verlenen in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet.

Kwaliteit van zorg is niet los te zien van maatschappelijke ontwikkelingen. Wensen van cliënten, verwanten, opdrachtgevers en financiers veranderen. Zorg dient zo flexibel mogelijk te zijn en gericht op participatie, zelfredzaamheid en het versterken van de eigen kracht. Opdrachtgevers vragen om evidence of practice based behandelingen en aantoonbaar resultaat van onze inspanningen. Dit alles met een maximale keuzevrijheid voor de cliënt. Tegelijkertijd staat de financiering onder druk. We moeten anders en beter werken met minder geld. Dat vraagt om slimme oplossingen. Die vinden we met elkaar steeds opnieuw in verbinding met cliënten, opdrachtgevers en ketenpartners.

Opbouw

De opbouw van het kwaliteitsrapport sluit aan bij de bouwstenen van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg. Uitkomsten van teamreflecties, managementrapportages en ervaringen van cliënten en professionals vormen de basis voor de reflectie op divisieniveau met de directeuren. Voor de input van de rapportage is ook gesproken met leden van de Centrale Cliëntenraad, ervaringsdeskundigen en leden van de Ondernemingsraad. Vervolgens heeft er reflectie plaatsgevonden op de conceptrapportage met de Centrale Cliëntenraad, de Ondernemingsraad en het Directieteam.



Visie op goede zorg binnen de Amarant Groep

Bij Amarant denken we vooral in de mogelijkheden die mensen met een (verstandelijke) beperking, autisme of hersenletsel hebben. Samen met verwanten, medezeggenschap en samenwerkingspartners dragen we bij aan het welzijn en het geluk van onze cliënten. Centraal hierin staat de kwaliteit van bestaan, afname van problematiek en waar mogelijk bevorderen van de zelfredzaamheid. De geboden zorg komt tot stand in dialoog met de cliënt en is afgestemd op zijn of haar behoeften en wensen. De zorg is doeltreffend, doelmatig, professioneel, integraal en veilig.



Kenmerkend voor 2018

Kenmerkend voor 2018

In 2018 zijn er diverse initiatieven genomen ter verbetering van de kwaliteit van zorg.

Enkele voorbeelden:

- de methode 'Ben ik Tevreden in Balans' is breed geïmplementeerd voor ambulante cliënten (meetmethode naar ervaren kwaliteit van bestaan);
- de doorontwikkeling van zorgprogrammering. Daarmee kunnen we in de zorg en dienstverlening meer aansluiten bij de specifieke cliëntvraag, meer focussen op het versterken van de eigen kracht van de cliënt, zijn of haar keuzevrijheid en de eigen verantwoordelijkheid. Meer nadruk leggen we ook op het aantoonbaar werken naar resultaten;
- de invoering van de beginselen Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG);
- het opstellen van een strategisch HR-plan, waarin duurzame inzetbaarheid en werkplezier van medewerkers centraal staan;
- in het verlengde van de externe visitatie (zie kader) wordt een leiderschapsprogramma voorbereid en is er een nieuwe gedragscode (nog in conceptfase) ontwikkeld voor medewerkers met als titel 'Zo zijn wij';
- doorontwikkelen van resultaatsturing (ROM): meten van resultaten van de geleverde zorg;
- aansluiten op resultaten van interne audits op de teamreflecties.

Deze en andere initiatieven zijn uitgebreider beschreven in deze kwaliteitsrapportage.

Externe Visitatie

In 2018 heeft er over het kwaliteitsrapport 2017 een externe visitatie plaatsgevonden. Deze vindt één keer per twee jaar plaats. De belangrijkste conclusie was dat Amarant Groep een opgave heeft in de ontwikkeling van systeemdenken (organisatie denken) naar meer situationeel denken met expliciete aandacht voor de leefwereld van cliënten en de teams.

Het advies hierbij is dat bestuurders, directeurs en managers zich ontwikkelen van systeemdruager naar cultuurdruager. Door de aandacht te verleggen van systemen naar de verhalen van de cliënten ontstaat er een organisatie met een gemeenschappelijke taal en meer verbinding tussen de werkelijkheid van alledag en het systeem.

Nieuw kwaliteitssysteem

De Amarant Groep werkt conform het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg. Daarbij heeft het de keuze gemaakt om de overstap te maken van HKZ naar een ISO-certificering voor de zorg. Het eerste ISO-certificaat is behaald in het voorjaar van 2018. Het kwaliteitsmanagementsysteem van Amarant Groep is hierop aangepast. Er is daarbij vooral geïnvesteerd in het realiseren van een betere verbinding tussen verschillende onderdelen van het Kwaliteitssysteem. Door bijvoorbeeld de interne audits als input te laten dienen voor de teamreflectie (of andersom) wordt de effectiviteit van beide onderdelen vergroot.

Aanpassing interne auditsystematiek

In 2018 hebben de divisies interne zorginhoudelijke audits uitgevoerd. De audits zijn niet zozeer controlerend maar waarderend van aard en staan in dienst van de teams. Het moet voor de teams nieuwe, passende inzichten en aangrijpingspunten opleveren waarmee zij de geboden zorg verder verbeteren. De interne auditmethodiek is aangepast zodat de methodiek aansluit bij de teamreflecties en de teams – op basis van auditresultaten- structureel reflecteren op hun eigen kritische processen en komen tot verbeterplannen op teamniveau. De keuze voor de auditthema's varieert per divisie. Divisies hebben zelf keuzes gemaakt ten aanzien van de te auditen kritische processen zoals medicatieproces, dossiervorming en vrijheidsbeperking. Teams krijgen hierbij desgevraagd ondersteuning van de manager, de consulent kwaliteit, veiligheid en beleid of personeelsconsulent.

Uitgevoerde interne kwaliteitsaudits 2018



Bijzondere omstandigheden

Amarant Groep heeft in 2018 te maken gehad met bijzondere omstandigheden. Een deel van de organisatie, te weten de divisie Intensieve behandeling, is geconfronteerd met grensoverschrijdend gedrag van medewerkers. Deze divisie kent cliëntgroepen bij wie er meer dan regelmatig sprake is van zeer complex problematisch gedrag, soms neigend naar agressief gedrag. Dit gedrag leidde tot een disproportionele beheersmatige cultuur die op momenten een gezond evenwicht overschrijdde. Door adequaat crisismanagement en door inzet en doorzettingsvermogen van veel medewerkers, management en directie is dit goed en snel opgepakt en omgekeerd. Mede op basis van twee externe onderzoeken zijn er in de divisie uitgebreide verbetertrajecten in gang gezet.

Er is gewerkt aan het ontwikkelen en hanteren van een nieuwe behandelvisie die uitgaat van de herstelgerichte perspectiefbenadering. Dit betekent dat diverse medewerkers de omslag moeten maken naar minder beheersen en beperken. Ook voor cliënten betekent dit het vinden van een nieuw evenwicht in de relatie met de begeleiders. Behandelaren staan dicht bij de begeleiders en hebben daarmee beter zicht op wat er in de teams gebeurt. Er is meer aandacht voor de aanspreekbaarheid en bespreekbaarheid.

Er wordt gewerkt aan het versterken van de samenwerking in de 'driehoek' en het goed inrichten van de medezeggenschap. Bij interne audits wordt meer gefocust op de soft controls en cultuurdimensies. Door integraal te auditen vanuit verschillende sturingsgebieden worden zowel positieve als negatieve ontwikkelingen beter gesignaleerd. Ook wordt geconstateerd dat bepaalde afdelingen binnen de organisatie te zwaar zijn voor nieuwe medewerkers. Amarant Groep zoekt naar mogelijkheden om meer ervaren medewerkers in te zetten voor complexe cliëntgroepen.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) heeft geconcludeerd dat het verbetertraject adequaat is opgepakt en dat de verbetermaatregelen inmiddels grotendeels zijn gerealiseerd.

De gebeurtenissen hebben impact gehad op de organisatie als geheel. Het is belangrijk om deze periode af te sluiten en te werken aan het nieuwe perspectief. Het streven van de Raad van Bestuur en directieteam is om rust en stabiliteit te creëren en te behouden na deze onrustige periode. Zo wordt momenteel bijvoorbeeld nadrukkelijker gekeken naar de mogelijkheden en de grenzen die we als zorgaanbieder hebben bij complexe cliëntvragen.





Bouwsteen

Het zorgproces rondom de individuele cliënt

3. Het zorgproces rondom de individuele cliënt

Goede zorg heeft nut en draagt bij aan het welzijn en geluk van cliënten. Onze teams creëren waarde voor de cliënt en daartoe benutten zij de geboden regelruimte optimaal. Regelmatig houden we tegen het licht of cliënten de afgesproken zorg daadwerkelijk krijgen en of deze het gewenste resultaat oplevert. Dit doen we onder meer door het meten van cliënttevredenheid, resultatenonderzoek, in- en externe audits, teamreflecties en het analyseren van incidenten. Op basis van de uitkomsten verbeteren we de individuele zorgverlening (in de driehoek met cliënten en/of verwanten) en onze werkmethoden.

Bouwsteen 1 - inrichten van het zorgproces rondom de individuele cliënt - sluit naadloos aan bij het kernbegrip persoonsgerichte zorg: de dialoog tussen cliënt en medewerker is onze belangrijkste werkmethode. Belangrijke onderdelen van bouwsteen 1 zijn methodisch werken, zorgprogramma's, resultaatsturing, persoonlijk plan, risico-inventarisatie, incidenten en calamiteiten en vrijheidsbeperkende maatregelen. We monitoren de inzet, ontwikkelingen en resultaten van deze instrumenten. Als lerende organisatie werken we systematisch aan kwaliteitsverbetering.

3.1. METHODISCH WERKEN

Bij het verbeteren van de zorg ligt de focus steeds meer op versterken van de eigen kracht, keuzevrijheid en verantwoordelijkheid van de cliënt. Ook leggen we meer nadruk op het aantoonbaar werken naar resultaten. De hulpverlening is hierin leidend en wordt gekenmerkt door vier samenhangende fasen:

Duurzaam: behouden en ondersteunen

Behouden van vaardigheden, lichamelijke en geestelijke gezondheid, zelfredzaamheid en welbevinden, voorkomen van achteruitgang;

Perspectief: ontwikkelen

Herstellen, opbouwen en vergroten van zelfredzaamheid, regie en participatie, ontwikkelen en trainen van (nieuwe) vaardigheden, inzicht krijgen in eigen problematiek;

Stabilisatie: stabiliseren

Grip en inzicht op problematiek krijgen, herstellen van disbalans lichamelijke/geestelijke gezondheid, rust, veiligheid en structuur creëren;

Acuut: crisis bezweren

Ontregeling, gevaar, nadeel afwenden, ziektebeeld hanteerbaar en inzichtelijk maken, veiligheid bieden en waarborgen, voorbereiden.

Om dit te realiseren, geven we de ontwikkeling van zorgprogramma's, resultaatsturing en het persoonlijk plan verder vorm in samenhang.

3.2. ZORGPROGRAMMA'S

De afgelopen jaren is een start gemaakt met de ontwikkeling van zorgprogramma's en een meer eenduidige visie en werkwijze voor de verschillende cliëntengroepen. Elk zorgprogramma beschrijft voor een specifieke doelgroep het samenhangende aanbod en het gewenste resultaat van de zorg en behandeling. De levensfase en ontwikkelmogelijkheden van elke individuele cliënt zijn daarbij bepalend.

Zorgprogramma's bieden cliënten en hun verwanten ondersteuning in het proces van hulpvraagverduidelijking. Elk programma biedt een duidelijke aanpak en inzicht in wat er wel/niet mogelijk is in begeleiding en behandeling. Er zijn vastgestelde doorlooptijden en evaluatiemomenten om na te gaan of de afgesproken zorg nog passend is. Binnen het programma kan snel op- of afgeschaald worden om aan te sluiten bij de zorgvraag van dat moment. Een zorgprogramma brengt de hele keten aan zorg in beeld voor een bepaalde doelgroep en geeft intern en extern duidelijkheid over ons aanbod. Daarmee maken zorgprogramma's keuzevrijheid mogelijk. De ontwikkeling van zorgprogramma's sluit aan bij landelijk beleid en de doorontwikkeling van persoonsgerichte zorg en toekomstige cliëntvolgende bekostiging waarbij de financiering in toenemende mate gebaseerd is op aantoonbaar resultaat.

“Jouw leven, jouw mogelijkheden. Want ieder mens is uniek. Met eigen wensen, dromen en talenten. In onze zorgprogramma's gaan we uit van mogelijkheden: met nieuwsgierigheid en lef kijken we naar wat wel kan. Op basis daarvan maken we voor iedere cliënt een traject op maat: een combinatie van standaard en optionele modules passend bij de specifieke behoefte. Het zorgprogramma wordt vervolgens individueel ingekleurd in het persoonlijk plan.”

Toegevoegde waarde van zorgprogramma's voor cliënten

- *Perspectief van de cliënt is de leidraad in de ondersteuning: Jouw leven, jouw mogelijkheden. Ieder mens is uniek: persoonsgerichte zorg*
- *Zorgprogramma's brengen samenhang en verbinding in de volledige keten, binnen en buiten Amaran, voor een bepaalde doelgroep. Meer differentiatie mogelijk.*
- *Eenduidige visie en werkwijze per doelgroep en per hulpvraag.*
- *Specialistische kennis is samengebracht.*
- *Resultaatgericht werken en cliëntvolgende bekostiging wordt bevorderd.*

Toegevoegde waarde van zorgprogramma's voor stakeholders

- *Het aanbod is gebaseerd op richtlijnen en is evidence based.*
- *De zorg wordt geleverd door de juiste mensen, in lijn met regelgeving.*
- *Resultaten zijn helder en meetbaar. Het perspectief wordt vooraf vastgesteld en er is een globaal zicht op de termijn waarbinnen resultaten behaald kunnen worden.*
- *De zorgprogramma's sluiten aan bij de prestatiebeschrijvingen bij contractering door externe financiers.*

Toegevoegde waarde van zorgprogramma's voor de organisatie

- *Juiste mensen op de juiste plaats, waarbij het juiste deskundigheidsniveau ingezet kan worden en professionaliteit voorop staat.*
- *Er is meer differentiatie mogelijk binnen ons behandelaanbod, op- en afschalen van zorg en behandeling wordt hiermee bevorderd.*
- *De doelmatigheid van behandeling, begeleiding en ondersteuning binnen Amaran Groep wordt bevorderd.*
- *De capaciteit van onze zorg wordt inzichtelijk, de zorg kan gericht gepland worden. Daardoor ontstaat meer tijd voor teamreflectie en financieel haalbare zorg.*

Aansluiten bij landelijk gehanteerde indeling

In 2018 is de keuze gemaakt om bij de doorontwikkeling van zorgprogrammering aan te sluiten bij de landelijk gehanteerde indeling. Dit betekent (door)ontwikkeling van de volgende zorgprogramma's.

Zorgprogramma	Typering doelgroep cliënten
LVB	Cliënten met een lichte verstandelijke beperking of een matige verstandelijke beperking en een grote mate van zelfredzaamheid.
LVB-P	Cliënten met een lichte of matige verstandelijke beperking en een (vermoeden van) psychiatrische aandoening of beperking; Cliënten met een relatief hoge intelligentie/normale begaafdheid bij een zeer laag niveau van sociaal emotioneel functioneren.
EVb/EMB	Cliënten met een ernstige verstandelijke beperking of met een matige verstandelijke beperking die onvoldoende zelfredzaam zijn dan wel een disharmonisch cliëntprofiel hebben.
NAH/LG	Cliënten met een grondslag lichamelijk gehandicapt en/of met de kernproblematiek NAH (Niet Aangeboren Hersenletsel).
Autisme-NB	Cliënten met een normale begaafdheid en een psychiatrische aandoening en beperking. Cliënten met een ASS.

Er liggen procesbeschrijvingen, producteisen en een beslisboom om te komen tot een inhoudelijk ontwerp van de zorgprogramma's. In multidisciplinaire werkgroepen brengen we projectmatig specialistische kennis samen vanuit de diverse vakgebieden en divisies.

Doorontwikkeling 2019

De doorontwikkeling en de invoering van zorgprogramma's hebben impact op cliënten, medewerkers en organisatie. Het creëren van draagvlak bij alle betrokkenen is een belangrijk punt van aandacht. In het kader van de invoering vindt er een verkenning plaats naar de ontwikkeling van zogenaamde huisvestingsprofielen voor bepaalde cliëntengroepen. Daarnaast zijn de volgende aspecten van belang bij invoering:

- inhoudelijke beschrijving zorgprogramma LVB-P, inclusief een Amarantbrede visie op ondersteuning en behandeling;
- ontwerp herinrichting voordeur voor crises en complexe problematiek;
- ontwerp en inrichten van de doorstroom interne keten, inclusief wachtlijstbeheer;
- herinrichten van het professioneel statuut;
- zorg en dwang.

3.3. RESULTAATSTURING (ROM)

Resultaatsturing (ROM) is het systematisch in beeld brengen van uitkomsten van behandeling door de periodieke inzet van instrumenten. ROM wordt uitgevoerd op basis van de door VNG vastgestelde basisset aan outcome-criteria voor Jeugd. Amarant Groep neemt deze basisset ook als uitgangspunt voor de Wlz-cliënten. In de toekomst willen we ROM-metingen afnemen op klinisch relevante momenten in het zorgprogramma.

In de Amarant Groep sturen we op drie uitkomst-indicatoren:

- **Doelrealisatie:** Is het behandel-effect gehaald? Bij het meten van het behandel-effect worden diverse gevalideerde instrumenten en vragenlijsten ingezet om de resultaten van de behandeling te meten.
- **Tevredenheid:** de Amarant Groep werkt met de C-toets en BiT (Ben ik Tevreden). De C-toets meet de klanttevredenheid over de zorg; BiT meet de mate van tevredenheid over de kwaliteit van bestaan. Zie onderdeel 3.7 Vrijheidsbeperkende maatregelen.
- **Veiligheid:** De uitkomstmaat 'veiligheid van zorg' wordt in 2019 vertaald naar concrete indicatoren (o.a. incidentmeldingen).

De periodieke inzet van deze instrumenten brengt uitkomsten systematisch in beeld. Uiteindelijk doel is het verbeteren van zorg op drie niveaus: voor individuele cliënten, voor de professionals op interventieniveau en voor de organisatie op beleidsniveau en verantwoording.

Resultaatsturing is onderdeel van het primair werkproces en wordt ondersteund door de Applicatie Persoonlijk Plan (APP). Vragenlijsten leveren input voor de evaluatie en bijsturing van de behandeling op individueel niveau. Metingen worden in toenemende mate digitaal afgenomen in de webapplicatie 'Berg-Op'; aansluitend genereert de applicatie (op te vragen) rapportages.

Analyse en doorontwikkeling 2019

In 2018 zijn voor enkele organisatieonderdelen de ROM-instrumenten herijkt en geïmplementeerd, bijvoorbeeld bij FACT. Het optimaliseren van de respons is hierbij aandachtspunt. Onderdelen van resultaatsturing zijn inmiddels ingebouwd in het EDC (Elektronisch Cliëntendossier). Volledige integratie van systemen ten behoeve van registreren, is nog niet gerealiseerd. Een koppeling tussen de diverse systemen is voorzien in het najaar van 2019. Ook de ambitie om geaggregeerde gegevens te ontsluiten in een dashboard 'kwaliteit van zorg' is vanwege andere prioriteiten nog niet gerealiseerd. Dit betekent dat krachtige teams nog geen directe beschikking hebben over gegevens cliënttevredenheid en doelrealisatie. Voor 2019 is hiertoe een projectplan opgesteld. Ontwikkelpunten voor resultaatsturing zijn:

- doorvertalen van de uitkomstmaat Veiligheid van zorg naar concrete indicatoren;
- realiseren van een koppeling tussen de diverse systemen die gebruikt worden in het kader van ROM;
- periodiek herijken set van meetinstrumenten gekoppeld aan de diverse zorgprogramma's;
- verdere inrichting van het dashboard Kwaliteit van zorg voor de Krachtige Teams.

3.4. PERSOONLIJK PLAN

Het Persoonlijk Plan omvat de wensen, behoeften en risico's van de cliënt. Het plan wordt opgesteld met eigen inbreng van de cliënt of zijn/haar netwerk. Volgens vastgestelde planning wordt het Persoonlijk Plan periodiek samen met de cliënt en diens netwerk geëvalueerd en bijgesteld. De beoogde resultaten met betrekking tot doelrealisatie, klanttevredenheid en veiligheid zijn daarbij leidend.

Analyse en doorontwikkeling 2019

In het afgelopen jaren is er vooral geïnvesteerd op de actieve inbreng van de cliënt. Op verzoek van de Centrale Cliëntenraad vond in 2017 een pilot plaats waarbij cliënt-vertegenwoordigers via Quli thuis online toegang kregen tot het Persoonlijk Plan en de cliëntrapportage. De pilot is positief verlopen en in 2018 is deze mogelijkheid breder uitgerold. Online toegang tot de rapportage levert een positieve bijdrage aan de samenwerking in de driehoek, leidt tot betere communicatie en meer invloed op (voortgang van) gestelde hulpverleningsdoelen. Inmiddels maken meer dan 1400 cliënten of hun vertegenwoordigers hiervan gebruik.

In 2018 zijn voorbereidingen getroffen om het Persoonlijk Plan te integreren in het Elektronisch Cliënten Dossier. Gewenste rapportages kunnen hieruit worden gegenereerd. 2019 vindt daadwerkelijke invoering plaats van het Persoonlijk Plan in het Elektronisch Cliëntendossier.

“Je hebt inzage in je eigen plan en wat ze rapporteren over je. Dat is fijn. Elke cliënt heeft er recht op. Als je het niet alleen kunt, vanwege stress bijvoorbeeld, moet je zo nodig extra begeleid worden.”

Ervaringsdeskundige

Teamreflecties: 61

Conclusies totaal

- Proces is geborgd: 45%
- Afspraken bijstellen: 5%
- Uitvoering aanscherpen: 36%
- Verbeterplan opstellen: 13%

Op basis van de teamreflecties persoonlijk plan heeft 54% van de teams verbeteracties ingezet.

3.5. RISICO-INVENTARISATIE

Bij goede zorgverlening is zicht op wensen, behoeften en de risico's van de cliënt noodzakelijk. Structurele risico-inventarisatie en vervolgens afspraken over werkwijze, verkleinen de kans op en impact van incidenten. De risico-inventarisatie is een standaard onderdeel van het Persoonlijk Plan, en werkt met de thema's gedragsrisico's, medische risico's en risico's ten aanzien van cliëntveiligheid. Alle risico's worden geclassificeerd naar complex, te beheersen, en historische risico's. Bij vaststelling van een risico worden preventieve en herstelmaatregelen beschreven. Zicht op de risico's van de cliënt en afspraken over handelen en werkwijze maken dat teams goed kunnen aansluiten bij de behoefte van de cliënt.

In het interne incidentmeldingssysteem Re-Act krijgen medewerkers standaard de vraag of het incident betrekking heeft op een reeds vastgesteld risico van de cliënt en of de preventieve en herstelmaatregelen zijn opgevolgd. Deze informatie wordt gebruikt in de periodieke multidisciplinaire evaluatie van risicoafspraken: zijn de afspraken en maatregelen effectief en zijn de juiste randvoorwaarden aanwezig om de afspraken op te kunnen volgen?

Analyse en doorontwikkeling 2019

Op basis van een steekproef van de risico-inventarisatie in de Persoonlijk Plannen blijkt dat 95% van de cliënten beschikt over een ingevulde risico-inventarisatie, inclusief beschreven risicoafspraken. Het aantal teams dat op dit thema heeft gereflecteerd is met 30% toegenomen ten opzichte van 2017. In 62% van de gevallen resulteerden de teamreflecties in een of meer verbeteracties.

Op basis van het Kwaliteitsrapport 2017 zijn de volgende verbeterpunten risico-inventarisatie opgepakt: het concreter omschrijven van de risicoafspraken en de intentie ervan, en het vaststellen van richtlijnen voor een zorgvuldige besluitvormingsprocedure en –registratie ten aanzien van geaccepteerde risico's (kwaliteit van bestaan). Om de mogelijke en wenselijke oplossingen hiervoor te bepalen is in het najaar van 2018 een veldonderzoek gestart; uitgevoerd door een masterstudent Organisatie en Ethiek van Tilburg University. De uitkomsten van het veldonderzoek worden vertaald naar beleid en tools voor behandelaars, begeleiders en cliënten(vertegenwoordigers) voor het zorgvuldig afwegen, besluiten en registreren van (geaccepteerde) risico's en bijbehorende afspraken. Het onderzoek zal voor de zomer van 2019 afgerond zijn.

Teamreflecties: 54

Conclusies totaal

- Proces is geborgd: 38%
- Afspraken bijstellen: 19%
- Uitvoering aanscherpen: 39%
- Verbeterplan opstellen: 4%

Op basis van de teamreflecties risico-inventarisatie heeft 62% van de teams verbeteracties ingezet.

3.6. INCIDENTEN EN CALAMITEITEN

Amarant Groep wil alle cliënten en medewerkers beschermen tegen veiligheidsrisico's in de zorg en op het werk. Toch gebeuren er soms incidenten. Zorgvuldigheid en leren van incidenten zijn van groot belang. Medewerkers worden uitgenodigd en gestimuleerd om (bijna) incidenten te melden. Amarant Groep werkt conform het principe van Veilig melden voor medewerkers.

Alle incidenten en calamiteiten in relatie tot cliënten en arbeidsongevallen worden besproken, geëvalueerd en geanalyseerd, waarna passende maatregelen en nazorg ingezet worden. Analyse is belangrijk om de schade te beperken, de veiligheid te herstellen en soortgelijke incidenten in de toekomst te voorkomen. Via analyse krijgen we zicht op omvang, aard, oorzaken en gevolgen van incidenten. Incidenten worden op cliënt-, team-, divisie- en organisatieniveau geanalyseerd en kunnen op alle niveaus leiden tot verbeteracties. Voor het melden en analyseren van incidenten hanteren we binnen de Amarant Groep een digitaal meldingssysteem.

Sommige incidenten zijn meldensplichtig aan de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Bij melding aan de IGJ wordt - volgens een vastgestelde werkwijze - een intern onderzoek uitgevoerd en gerapporteerd aan de IGJ.

“Onze aanpak van bespreken, onderzoeken en analyseren van incidenten bevordert een sterke leercultuur. Vanuit de organisatie kijken we veel pro-actiever.”

Consulent kwaliteit

Uitkomsten en analyse

In totaal hebben 73 teams gereflecteerd op dit thema. Dit betekent een stijging van 35% ten opzichte van 2017. In 62% van de gevallen hebben de teamreflecties geleid tot een of meer verbeteracties.

Teamreflecties: 73

Conclusies totaal

- Proces is geborgd: 38%
- Afspraken bijstellen: 15%
- Uitvoering aanscherpen: 38%
- Verbeterplan opstellen: 9%

Op basis van de teamreflecties melden en analyseren van incidenten heeft 62% van de teams verbeteracties ingezet.

• Agressie

In 2018 zijn er binnen Amarant Groep 22.366 meldingen gedaan van verbale en fysieke agressie (Wlz, Jeugd en Wmo). Dit is een afname van 7% ten opzichte van 2017. Bij de Wlz-cliënten is het totaal aantal fysieke agressie-incidenten nagenoeg gelijk gebleven ten opzichte van 2017. Wel vertonen de divisies Specialistische Zorg en Intensieve Behandeling (met 75% van alle agressiemeldingen) sinds het tweede kwartaal van 2018 een opvallende afname van het aantal agressie-incidenten, te weten 24% en 20%. Uit nader onderzoek blijkt dat de afname het resultaat is van:

- vaker preventief handelen en de-escalerend werken om agressie - en vrijheidsbeperkingen voor te zijn;
- cliëntbeeldverduidelijking;
- training op weerbaarheid van medewerkers;
- minder beheersmatige begeleidingsstijl, met meer probeerruimte en vrijheid voor cliënten.

“Agressie ontstaat vaak omdat er niet goed gecommuniceerd is. Agressie, in woorden, richting begeleiding komt veel voor.”

Ervaringsdeskundige

Analyse

Analyse laat zien dat 65 cliënten ongeveer 40% veroorzaken van alle fysieke agressie. Ook blijkt dat 60% van de agressie-incidenten gericht is op medewerkers. Bij 15% van alle incidenten is de agressie gericht op medecliënten. En bij 24% van alle gevallen gaat het om automutilatie.

“De ontwikkeling van de cijfers wordt besproken op verschillende niveaus. Meer stabiliteit in de teams heeft geleid tot afname van agressie. De afname is ten dele gerelateerd aan cliënten die meer passende zorg ontvangen.”

Consulent kwaliteit

42% van alle agressie-incidenten wordt veroorzaakt doordat de cliënten iets niet werd toegestaan of verzocht werd tot het uitvoeren van een bepaalde taak. Dit percentage was hetzelfde in 2017. Afgelopen jaar hebben 68 teams gereflecteerd op de huisregels en de eerstegraadstrategie (pedagogisch klimaat). Dit heeft in 58% van de gevallen geleid tot één of meer verbeteracties. Uit een reflectieonderzoek naar mogelijke aanknopingspunten in de signaleringsplannen voor het terugdringen van deze oorzaak van agressie, blijkt

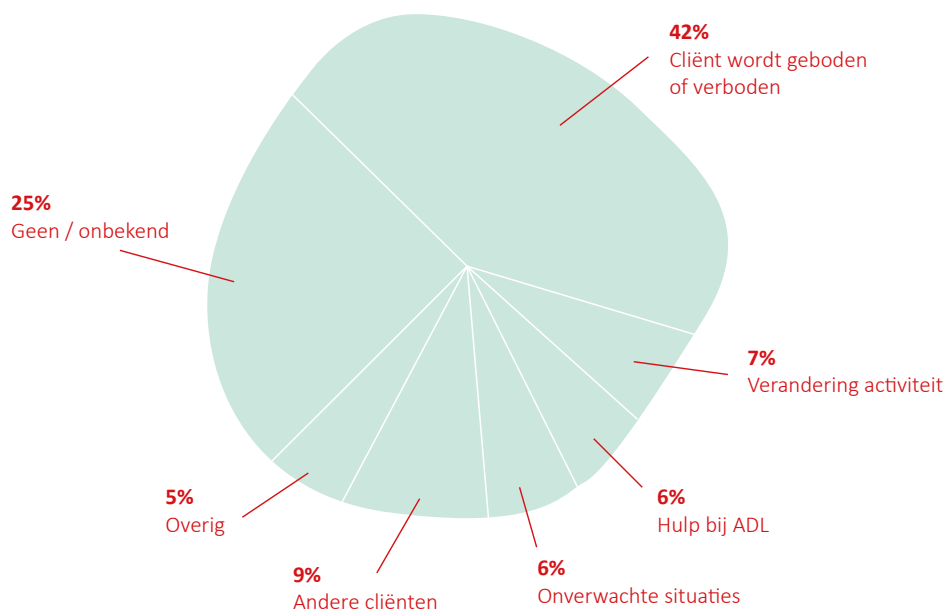
dat die er nauwelijks zijn. De geboden en verboden gaan vrijwel altijd om situaties waarin gevaar voor de cliënt of anderen afgewend moet worden.

Bij een kwart van de meldingen is de oorzaak onbekend. Dit speelt vooral in de divisie Specialistische Zorg en het relatief lage niveau van de doelgroep (EVB en EMB) is hiervoor een verklaring. Interacties met andere cliënten, overgangssituaties in het dagprogramma, hulp bij ADL en onverwachte situaties zijn de andere meest voorkomende oorzaken van agressie.

“Bij de Divisie Sociaal Domein is veiligheid een centraal thema. We zien steeds meer complexiteit van cliënten en hun netwerk. Denk aan middelen-gebruik, suïcide, agressie. Er zijn meer gewelds-incidenten dan wordt gemeld. Dit vraagt om een heroriëntatie cliëntveiligheid en medewerkers-veiligheid. Bij het Expertisecentrum wordt scholing ontwikkeld op dit thema, met als doel het beter toerusten van medewerkers.”

Beleidsmedewerker

Oorzaken agressie



• Medicatiefouten

Het aantal medicatiefouten binnen de drie divisies met Wlz-cliënten in 2018 bedraagt 5489. Dit is een afname van 6% ten opzichte van 2017. De afname is volledig toe te schrijven aan minder medicatievergissingen door cliënten die medicatie (gedeeltelijk) in eigen beheer hebben. Opmerkelijk, want het aantal medicatievergissingen door cliënten nam de laatste jaren sterk toe, vooral bij de vergrijzende cliënten in de divisie Wonen in de Wijk.

De brede inzet van BEM-methodiek (die bepaalt in welke mate de cliënt de medicatie in eigen beheer heeft) en hulpmiddelen als Quli en medicijnhorloge zijn verklaringen voor de afname. Tegelijkertijd is geconstateerd dat de BEM nog vaker gebruikt kan worden. Ook is nodig dat afspraken over gedeeld beheer beter worden beschreven in het Persoonlijk Plan. Hiertoe wordt het Persoonlijk Plan aangepast: de BEM-score inclusief een veld voor toelichting en afspraken worden standaard opgenomen.

Het aantal medicatiefouten door medewerkers binnen de Wlz-divisies is met 4% gestegen naar 3970 fouten in 2018. Driekwart van alle medicatiefouten door medewerkers betreft 'vergeten te geven'. Oorzaken zijn onzorgvuldige controle tijdens verstrekking, combineren van medicijnverstrekking met andere werkzaamheden, afgeleid worden, onvoldoende concentratie en onpraktische toedienlijsten. De invoering van elektronische toedienregistratie eTDR is in 2018 vertraagd vanwege technische problemen.

Teamreflecties: 97

Conclusies totaal

- Proces is geborgd: 55%
- Afspraken bijstellen: 12%
- Uitvoering aanscherpen: 27%
- Verbeterplan opstellen: 6%

Op basis van de teamreflecties medicatieproces heeft 45% van de teams verbeteracties ingezet.

Doorontwikkeling 2019

In 2019 wordt eTDR ingevoerd. Ondersteund door de professionalisering van de medicatiefunctionarissen van de teams en in samenwerking met 3 regionale wijkapotheekers (voor locaties Wonen in de Wijk) moet dit het aantal fouten door medewerkers fors terugdringen. Andere maatregelen zijn de ontwikkeling van een E-learning traject medicatieveiligheid en de standaard opname van de BEM inclusief een veld voor toelichting en afspraken in het Persoonlijk Plan.

- **Valincidenten**

In totaal is het aantal valincidenten bij Wlz-cliënten in 2018 (1889) met 7% afgenomen ten opzichte van 2017. De afname is een resultaat van de update van het beleid valpreventie en de verbreding van dit beleid naar vergrijzende doelgroep in de divisie Wonen in de wijk.

- **Meldingen aan Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd**

In 2018 heeft Amarant Groep 10 meldingen gedaan bij de Inspectie: 6 in het kader van de Wlz en 2 in het kader van de Jeugdwet. 6 maal betrof het geweld in de zorgrelatie en 4 maal ontslag wegens disfunctioneren. 6 van deze meldingen hadden betrekking op een situatie op 1 specifieke locatie. Daarnaast was Amarant Groep in 2 zaken betrokken bij een ketenonderzoek naar een mogelijke calamiteit, gemeld aan de Inspectie door een ketenzorgpartner. En in het domein van de Wmo was er 1 melding bij de GGD; deze resulteerde in een uitgebreid intern onderzoek naar de kwaliteit van zorg op 1 locatie. In totaal waren er 13 meldingen in 2018.

Er zijn onderzoeksrapporten opgeleverd van alle meldingen. 10 meldingen zijn afgesloten door de Inspectie op basis van intern onderzoek door Amarant Groep of gezamenlijk ketenzorgonderzoek. Bij 2 meldingen zijn de onderzoeksrapporten nog in behandeling bij de Inspectie. De Wmo-melding bij GGD is ook afgesloten.

In 2015 t/m 2017 waren er 7 of 8 meldingen per jaar. De aanzienlijke toename in 2018 is niet te beschouwen als een trend. De toename is volledig toe te schrijven aan de crisis op 1 locatie die leidde tot 6 meldingen.

3.7. VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN

De Amarant Groep voert actief beleid in het zorgvuldig terugdringen van vrijheidsbeperkingen. Centraal hierin staat het 'Nee, tenzij...' principe. Het verantwoorden (noodzaak, subsidiariteit, proportionaliteit) van het toepassen van een vrijheidsbeperking, en van de afspraken om de beperking veilig uit te voeren, gebeurt in het Persoonlijk Plan. De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor de multidisciplinaire besluitvorming in samenspraak met de cliënt en/of diens vertegenwoordiger, inclusief de verantwoording van het indiceren van de vrijheidsbeperking en het opstellen van een plan van aanpak voor afbouw en evaluatie.

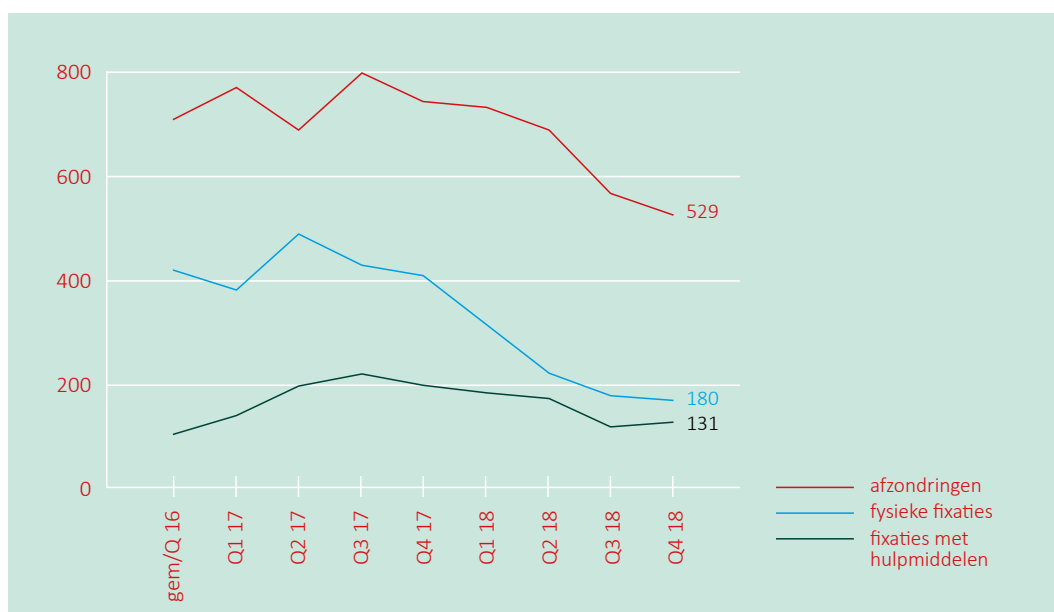
*“Het gebeurt dat mensen beperkt worden.
Maar wat is er eigenlijk mis met een keer op je
bek gaan? Moet ieder risico worden vermeden?”*

Ervaringsdeskundige

Analyse en doorontwikkeling 2019

Er is afgelopen jaren veel aandacht besteed aan het terugdringen van (ingrijpende) vrijheidsbeperkingen. Dit heeft geleid tot een forse reductie van het aantal vrijheidsbeperkingen, waaronder fixaties en afzonderen. Het gebruik van minder ingrijpende alternatieven is aantoonbaar.

Binnen de divisie Intensieve Behandeling is sinds het derde kwartaal van 2017 de inzet van ingrijpende vrijheidsbeperkingen aanzienlijk afgenomen met 37%. Dat geldt voor alle vormen van ingrijpende vrijheidsbeperkingen. Het aantal afzonderingen is het meest afgenomen: 58%.



Schema: ontwikkeling vrijheidsbeperkende maatregelen binnen de divisie Intensieve Behandeling

Ook binnen de divisie Jeugd is sinds najaar 2017 de inzet van ingrijpende vrijheidsbeperkingen bij agressie fors afgenomen: 59%. Binnen de behandelgroepen is de afname zelfs 80%.

Creëren van nog meer bewustwording bij begeleiders en behandelaren is een continu proces; het maken van zorgvuldige en bewuste afwegingen is daarbij het doel. In het kader daarvan heeft Amarant Groep in 2018 deelgenomen aan (het vervolg van) de landelijke programma's Proefimplementatie onvrijwillige zorg en Met Andere Ogen. De Proefimplementatie onvrijwillige zorg wordt uitgevoerd door de academische werkplaats Leven met een verstandelijke beperking (Universiteit Tilburg / Tranzo) in samenwerking met het ministerie van VWS. Het doel is te komen tot een wegingskader voor onvrijwillige zorg voor mensen met een EVB en EMB.

Teamreflecties VBM: 38

Conclusies totaal

- Proces is geborgd: 34%
- Afspraken bijstellen: 13%
- Uitvoering aanscherpen: 45%
- Verbeterplan opstellen: 8%

Op basis van de teamreflecties VBM heeft 66% van de teams verbeteracties ingezet.

*“Probeer je eens te verplaatsen in de cliënt.
Dan ga je beseffen wat een vorm van vrijheids-
beperking voor iemand betekent. De Grondwet
geldt voor ons allemaal.”*

Arts

In het najaar van 2018 is er een prospectieve impact- en risicoanalyse uitgevoerd naar de Wet Zorg en Dwang die in werking treedt per 1 januari 2020. Deze wet heeft grote impact op de herinrichting van processen en registratiewijzen, de (her)positionering van functionarissen, professionalisering en verantwoording. Ook zijn er afhankelijkheden met het professioneel statuut en de ontwikkeling en invoering van het Elektronisch Cliënten Dossier. Het jaar 2019 zal in het teken staan van de invoering van de nieuwe wet. Amarant Groep kiest daarbij voor een projectmatige aanpak, met een centrale rol voor de thema's herinrichting van processen, rollen & verantwoordelijkheden en de benodigde registraties voor sturing op afbouw en verantwoording. Zo zorgen we dat we tijdig gereed zijn voor de nieuwe wettelijke eisen.

*“Het regime van beperken van cliënten binnen een
groep van Amarant heeft ons de ogen geopend.
Het heeft ons versneld gebracht in een cultuur
van meer openheid en inzet van het ‘vier ogen
principe’. Behandelaren zijn vaker geneigd om bij
elkaar in de groepen te kijken en naar elkaar te
luisteren.”*

Behandelaar



Bouwsteen

Onderzoek naar cliëntervaringen

4. Onderzoek naar cliëntervaringen

Elk jaar vragen wij cliënten en/of hun vertegenwoordigers naar hun tevredenheid over de geboden zorg en de ervaringen op het gebied van kwaliteit van bestaan. Dit vormt de input voor het opstellen van het nieuwe Persoonlijk Plan. Ook gebruiken we klantervaringen en -tevredenheid bij het vaststellen van verbeterpunten op cliënt, team, divisie of organisatieniveau. Daarbij maken we gebruik van 2 meetinstrumenten: **Ben Ik Tevreden** en de **C-toets**.

Bij klanttevredenheid kunnen ook klachten een bron van informatie zijn en/of verbeterpunten opleveren. De bevindingen van de klachtenfunctionarissen nemen we daarom mee in dit hoofdstuk.

Teamreflecties klantervaring: 50



4.1. MEETINSTRUMENT BEN IK TEVREDEN (BIT)

Ben ik Tevreden is een gespreksinstrument waarbij de kwaliteit van bestaan gespreksonderwerp is. Ter voorbereiding op het actualiseren van het Persoonlijk Plan heeft de persoonlijk begeleider een gestructureerd 'Ben Ik Tevreden-gesprek' met de cliënt, gericht op acht domeinen van kwaliteit van bestaan: lichamelijk welbevinden, psychisch welbevinden, persoonlijke ontwikkeling, zelfbepaling, interpersoonlijke relaties, deelname aan de samenleving, materieel welbevinden en rechten.

In 2018 heeft Amarant Groep, in samenwerking met de licentiehouder van BiT en collega-instellingen, de BiT voor ambulante cliënten binnen de Wmo verder aangescherpt. Deze BiT-variant – BiT in Balans- sluit beter aan bij de cliëntenpopulatie en de dynamiek van de zorg. Ook sluit de BiT variant aan bij de zelfredzaamheidsmatrix, een veel voorkomend resultaatmeetinstrument binnen de Wmo. De domeinen van de BiT in Balans sluiten aan bij de leefdomeinen van zelfredzaamheid. Voor cliënten en begeleiders is er meer samenhang en dit maakt een eenduidige vertaling mogelijk van wensen en vragen van de cliënt naar het Persoonlijk Plan.

“Bij Ben ik Tevreden krijg je kinderachtige vragen. Maar zelf invullen is soms toch moeilijk. Je durft niet alles op te schrijven; er is toch een afhankelijkheid van de begeleiding. En niet alle cliënten snappen alle vragen. Je moet het samen bespreken.”

Ervaringsdeskundige

Resultaten Ben Ik Tevreden

In de divisies Specialistische Zorg, Wonen in de Wijk en Sociaal Domein wordt BiT gebruikt. Uit de resultaten blijkt dat cliënten gemiddeld tevreden zijn op de domeinen van kwaliteit van bestaan.

Divisie (-onderdeel)	Gemiddeld rapportcijfer 2017	Gemiddeld rapportcijfer 2018	Interpretatie score
Wonen in de Wijk	7,6 (N=1125)	7,8 (N=1087)	Behoorlijk tevreden
Specialistische Zorg	-	7,4 (N=102)	Behoorlijk tevreden
Werk en Dagbesteding	8,0 (N=778)	8,0 (N=801)	Behoorlijk tevreden
Begeleid Zelfstandig Wonen (BZW)	6,4 (N=430)	6,2 (N=349)	Voldoende tevreden
Pauwer	-	7,8 (N=38)	Behoorlijk tevreden

Figuur: Resultaat Scores ‘Ben Ik Tevreden’ over 2018. De resultaten van de divisie Sociaal Domein zijn uitgesplitst naar Werk & dagbesteding, Begeleid Zelfstandig Wonen en Pauwer.

- **Divisie Wonen in de Wijk**

Binnen de divisie Wonen in de Wijk zijn cliënten gemiddeld genomen op alle domeinen voldoende of behoorlijk tevreden (range: 6,6 – 8,4). Het gemiddelde cijfer voor Kwaliteit van Bestaan is een 7,8. Dit is 0,2% hoger dan in 2017. Op het levensdomein ‘Sociale inclusie’ is het rapportcijfer significant lager. Maar met een score van 6,6 is de waardering op dit punt echter nog steeds aan te merken als voldoende tevreden. Domeinen met de hoogste scores (gemiddeld 8,4) zijn: Zelfbepaling en Materieel welbevinden.

“Op cliëntniveau wordt veel ingezoomd op waarom een cliënt wel of niet tevreden is op een bepaald domein. Op niveau van locatie of divisie mag dat nog meer worden. Op veel locaties worden de cijfers besproken met de medezeggenschap. Steeds meer proberen we ook op divisieniveau signalen op te pakken en mee te nemen in beleid.”

Projectleider

- **Divisie Specialistische zorg**

De divisie Specialistische Zorg heeft een inhaalslag gemaakt met betrekking tot de respons en het verwerken van BiT-formulieren. Het gemiddelde cijfer voor Kwaliteit van Bestaan is een 7,8. Alle domeinen kennen een score die ‘voldoende of behoorlijk tevreden’ is (range 6,0-8,4). Het domein Sociale inclusie scoort met een 6,0 significant lager dan de rest van de domeinen. Maar nog steeds geldt dat men voldoende tevreden is. Domeinen met de hoogste scores zijn: Interpersoonlijke relaties, Rechten en Materieel welbevinden.

- **Sociaal Domein**

Bij Begeleid Zelfstandig Wonen scoren de dimensies Lichamelijke gezondheid en Emotionele gezondheid met een 5,2 het laagst (0,4 lager dan in 2017). Maar nog steeds is er voldoende tevredenheid. Het gemiddelde cijfer voor Kwaliteit van Bestaan is een 6,2. Dit is 0,2 lager dan in 2017.

Bij het onderdeel Werk en Dagbesteding van de divisie Sociaal Domein zijn de cliënten op alle domeinen gemiddeld behoorlijk tevreden (range: 7,8 – 8,4). Het gemiddelde cijfer voor Kwaliteit van Bestaan is een 8,0. Dat is hetzelfde als in 2017.

Bij de cliënten van Pauwer is het gemiddelde cijfer voor Kwaliteit van Bestaan een 7,8. De cliënten zijn op alle domeinen behoorlijk tevreden.

4.2. MEETINSTRUMENT C-TOETS

De C-toets meet de tevredenheid van cliënten en/of hun verwanten over de kwaliteit van de zorg. De C-toets kent 5 onderdelen: contact, deskundigheid, informatie, resultaat en groep of verloop. In de toets wordt gereageerd op stellingen; ook wordt een rapportcijfer gevraagd. De resultaten van de C-toets geven verbeterpunten voor behandelaar, manager en team; deze punten zijn input voor de Persoonlijk Plan besprekingen en voor het perspectief van de locatie.

Resultaten C-toets

Binnen de divisies Jeugd en Intensieve behandeling en het expertisecentrum autisme is de ervaren kwaliteit van zorg gemeten met de C-toets. De C-toets wordt afgenomen voorafgaand aan de Persoonlijk Plan bespreking. Het aantal afgenomen vragenlijsten is in 2018 met name binnen de divisie Jeugd aanzienlijk hoger dan in 2017.

“De cliëntgesprekken vinden wel plaats in de divisie. Maar doorsturen van de formulieren gebeurt niet altijd. Ook is er nog geen link gemaakt met registratiesysteem Berg-Op. Onlangs hebben we in de divisie een uitgebreide evaluatie gedaan naar de bruikbaarheid en mate van implementatie van BiT. Dit heeft geleid tot aanbevelingen op het gebied van meer passende vragenlijsten, gesprekstechnieken, administratieve verwerking en analyses op diverse niveaus.”

Beleidsmedewerker

• Divisie Jeugd

De divisie Jeugd kent over 2018 een gemiddelde score van 7,1 door de cliënten zelf (N=195). Ten opzichte van 2017 is het aantal respondenten met 70% toegenomen. Jongeren die ambulante hulp ontvangen, scoren met een 7,3 gemiddeld hoger dan de intramurale jongeren met een 6,9. De score van ambulante cliënten van een 8,1 naar een 7,3 wijkt significant af van de score in 2017. Hierbij moet de enorme toename van het aantal respondenten (bijna verdubbeld) in ogenschouw worden genomen.

De ouders/verzorgers (N=372) geven een 8,0 als gemiddelde rapportcijfer. Het aantal van 372 respondenten staat voor een toename van 44%. Ook hier kent ambulante hulpverlening een score die een halve punt hoger ligt dan bij intramuraal, respectievelijk een 8,2 en een 7,7. De scores zijn vergelijkbaar met die over 2017.

- **Divisie Intensieve Behandeling**

De cliënten van de divisie Intensieve behandeling die in 2018 zijn bevestigd (N=152) waarderen de kwaliteit van zorg gemiddeld met een 6,5. Dit is een score die 0,2 punten hoger ligt dan in 2017. Alleen de stelling 'ik mag meedenken over de groepsregels' scoort onvoldoende. De wettelijke vertegenwoordigers van cliënten IB (N=90) waarderen de kwaliteit van zorg met een 7,7. Dit is gelijk aan het gemiddelde rapportcijfer over 2017.

Om de respons te verhogen, hadden we binnen Intensieve Behandeling het voornemen om de vragenlijsten persoonlijk uit te zetten via de persoonlijk begeleiders. Door de elders beschreven ontwikkelingen in deze divisie is dit niet gerealiseerd.

De doelstelling om cliënten meer te informeren over de inhoud van het zorgplan en meer te communiceren met cliënten over wat zij kunnen (gaan) leren, krijgt steeds meer vorm.

“De resultaten van de C-toets zijn vorig jaar niet besproken met de Centrale Cliëntenraad. Voor dit jaar staat dit overigens wel geagendeerd. De resultaten van de C-toets zijn al wel per zorgsysteem besproken met medewerkers. De C-toets is duidelijk onderdeel van het primair proces en de open vragen leveren de meeste informatie op. Bij ambulante cliënten onderzoeken we de daling van het rapportcijfer, van 8.1. naar 7.3.”

Directeur

- **Expertisecentrum Autisme**

De cliënten van het expertisecentrum autisme die in 2018 zijn bevestigd (N=19) waarderen de kwaliteit van zorg gemiddeld met een 7,4. Alle uitgevraagde onderwerpen scoren gemiddeld voldoende. De wettelijke vertegenwoordigers van cliënten van het Expertisecentrum Autisme (N=83) waarderen de kwaliteit van zorg met een 7,4. Alle uitgevraagde onderwerpen scoren gemiddeld goed.

4.3. ANALYSE EN DOORONTWIKKELING 2019 - METEN VAN CLIËNTERVARINGEN

De inhoudelijke doorontwikkeling van het instrument BiT - via de aanvullende module werk- en dagbesteding en BiT Klein Kijken voor de doelgroep EMB - leidt tot betere aansluiting bij de diverse doelgroepen bij Amarant Groep. De verwachting is dat deze doorontwikkeling zal leiden tot een hogere respons.

De uitkomsten van de cliëntervaringen zijn geanalyseerd. Gemiddeld genomen zijn cliën-

ten op alle domeinen minimaal voldoende tevreden. Omdat we spreken van een gemiddelde over een grote groep cliënten, levert deze analyse minimale sturingsinformatie op voor de gehele Amarant Groep. De uitkomsten dragen niet bij aan ontwikkelpunten op organisatieniveau.

Op individueel cliëntniveau en niveau van de locatie heeft het meten van cliëntervaringen duidelijk meerwaarde. Het analyseren van deze informatie geeft zicht op trends, thema's en onderwerpen die een rol spelen op locatieniveau.

In 2019 zullen daarom de duiding en het formuleren van ontwikkelpunten vooral op locatieniveau plaatsvinden. Het dashboard Kwaliteit van zorg dient daarbij als hulpmiddel voor de teams. De leidende principes c.q. ontwikkeling van zorgprogrammering geven richting aan deze duiding.

4.4. KLACHTEN

Bij Amarant Groep lossen we klachten zoveel mogelijk op in de lijn. Als dit niet mogelijk is, kunnen cliënten en/of hun verwanten een beroep doen op een klachtenfunctionaris.

Die bemiddelt met de intentie de klachten op een informele manier op te lossen en de communicatie te verbeteren. Leidt dit niet tot het gewenste resultaat, dan kunnen cliënten of cliëntvertegenwoordigers zich richten tot de Raad van Bestuur, de Regionale Klachtencommissie en/of de Landelijke Geschillencommissie.

Ter ondersteuning van het bespreekbaar maken van klachten, zijn bij Amarant Groep diverse cliëntenvertrouwenspersonen actief. Zij kunnen laagdrempelig het gesprek aangaan met cliënten en cliëntvertegenwoordigers.

In 2018 zijn er bij de klachtenfunctionarissen 179 klachten ingediend, tegenover 117 in 2017. Dit is een toename van circa 50%. Verwacht wordt dat de toename vooral te wijten is aan de inspanningen om de klachtenfunctionarissen meer onder de aandacht te brengen, onder meer door een nieuwe informatiebrochure. Cliënten en vertegenwoordigers weten de klachtenfunctionaris beter te vinden. Klagers die al eerder contact hadden met de klachtenfunctionaris ervaren een lagere drempel om dat opnieuw te doen.

“Bij terugkerende klachten is vaak sprake van complexe familierelaties gecombineerd met moeizame communicatie tussen familie en hulpverleners. Extra investeren in deskundigheid van medewerkers zou mooi zijn. Of extra inzet van systeemwerkers.”

Klachtenfunctionaris

Analyse en doorontwikkeling 2019

In 2018 gingen de meeste klachten over bejegening, welbevinden en communicatie. Van de klachten die in behandeling zijn genomen, is het oplossingspercentage 86%. Mede door professionele inzet en de onafhankelijke positie van de klachtenfunctionarissen, zijn er slechts 4 klachten doorverwezen naar de Regionale Klachtencommissie. In meer dan 50% van de gevallen hadden klachten betrekking op communicatie en bejegening.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van het aantal klachten per divisie.

Aantal klachten per divisie	2018	%
Sociaal domein	51	28,6%
Intensieve Behandeling	43	24%
Wonen in de wijk	43	24%
Jeugd	30	16,8%
Specialistische zorg	6	3,4%
Extern	1	0,5%
Bestuursbureau/Klantenbureau	3	1,7%
Self	1	0,5%
Overige	1	0,5%
Totaal	179	100%

Om te komen tot concrete verbeteracties op de gebieden bejegening, welbevinden en communicatie bespreken klachtenfunctionarissen geanonimiseerde klachten met managers. Verbeteren op deze punten is immers een belangrijke uitdaging voor management en medewerkers.

Vanwege stagnatie in de ontwikkeling van de webapplicatie Krachtige teams is het onderwerp ontevredenheid/klachten hierin nog niet opgenomen.

Er is een workshop ontwikkeld over omgaan met ontevredenheid en klachten. We onderzoeken of de workshop onderdeel kan worden van de leergang voor senior begeleiders.

Bij klachten ervaren de klachtenfunctionarissen nog (te) vaak een verdedigende houding bij managers. Er is winst te behalen door te investeren in een meer open cultuur bij onvrede en/of klachten. Immers, de verantwoordelijkheid voor omgaan met ontevredenheid en klachten ligt in de lijn; bemiddeling door de klachtenfunctionaris is maar een onderdeel van klachtenmanagement.

Klachtenfunctionarissen hebben niet de ruimte om de uitkomsten van de metingen cliëntervaringen breed te analyseren op potentiële klachten. Zij adviseren de teams echter dringend om een relatie te leggen tussen de resultaten cliënttevredenheid en het terugdringen van klachten.

“Een goed gesprek lost al heel veel op. En zo’n gesprek is een mooi onderwerp voor teamreflectie. Omdenken: maak een suggestiepunt in plaats van een klachtenpunt.”

Persoonlijk begeleider

In 2018 hebben de klachtenfunctionarissen vooral ingezet op meer bekendheid en toegankelijkheid. Dit heeft geresulteerd in een toename van het aantal klachten (53%). Het oplossingspercentage van de klachten ligt op 80%. Daarmee kan geconcludeerd worden dat de toeleiding en de klachtenafhandeling van de klachtenfunctionarissen effectief zijn gebleken.

De onderwerpen welbevinden, communicatie, bejegening of een combinatie daarvan bedragen ongeveer 80% van alle ingediende klachten. Dit was in 2017 ook zo. Het is belangrijk om te weten waarom juist deze onderwerpen vaak voorkomen. In gesprekken met het management van de Amarant Groep worden deze gegevens verder geanalyseerd. Omdat er per doelgroep specifieke verschillen kunnen bestaan, worden in 2019 de cijfers per divisie geïnterpreteerd. Ook wordt per divisie een plan van aanpak gemaakt met verbeteracties.

De komst van de ‘Wet Zorg en Dwang’ per 1 januari 2020 vraagt gedurende 2019 om een heroverweging van de inzet van de klachtenfunctionarissen en de rol en de positie van de cliëntenvertrouwenspersonen.

Bij analyse van (mogelijke) klachten en terugkoppeling naar de organisatie zoeken de klachtenfunctionarissen in 2019 meer verbinding met de vertrouwenspersonen. Ook zullen de jaarverslagen van de klachtenfunctionarissen worden besproken met de diverse cliëntenraden binnen Amarant Groep.

Er wordt specifiek onderzoek gedaan naar factoren die van invloed zijn op de toename van het aantal klachten dat terecht komt bij de klachtenfunctionarissen. Standaard zal de klachtenfunctionaris, naar aanleiding van de klachtafhandeling, aan cliënt en/of vertegenwoordiger vragen of men tevreden was over de inzet van de klachtenfunctionaris.

“Medewerkers gaan soms mee in ondersteuningsverzoeken van cliënten of familie, terwijl zij daar eigenlijk niet de mogelijkheden of middelen voor hebben.”

Klachtenfunctionaris

The logo for Amarant, featuring the word "Amarant" in a red, italicized serif font, with a red curved line element to its left.

Amarant



Bouwsteen

Zelfreflectie in teams

5. Zelfreflectie in teams

5.1. KRACHTIGE TEAMS

Verantwoordelijkheden liggen laag in de organisatie, in Krachtige Teams. Samen met cliënten en verwanten zijn onze zorgprofessionals verantwoordelijk voor de zorg die zij bieden. Binnen de kaders van verantwoorde zorg geven teams zelf maximaal invulling aan goede zorg. Speerpunt is om de uitvoerende teams te stimuleren, te ondersteunen en te faciliteren om de geboden regelruimte optimaal te benutten en zo waarde voor de cliënten te creëren. De teamreflecties hebben een belangrijke functie in het cyclisch verbeteren van de zorg. Een veilige werkcultuur is daarom heel belangrijk. Samen scheppen we een cultuur waarin we fouten mogen maken en van elkaar kunnen leren.

Het vormgeven van Krachtige Teams vraagt om een andere stijl van leidinggeven. Een leidinggevende is niet meer sturend maar ondersteunend en helpt het team om in haar kracht te komen. Een leidinggevende stelt zich dienend op en weet de buiten- en binnenwereld van Amarant Groep met elkaar te verbinden.

De ontwikkeling naar Krachtige Teams is een meerjarig proces. Factoren die hierbij mede van invloed zijn:

- continuïteit in de personeelsbezetting. Binnen Amarant Groep is op diverse plaatsen een aanzienlijk verloop en een hoog ziekteverzuim;
- investeren in eenheid van visie, taal en tools;
- investeren in verbinding tussen de teams, om zo te komen tot Amarant Groep als lerende organisatie waarin teams leren van elkaar;
- versterken van het leidend en verbindend vermogen van de managers.

“Wat vragen we uiteindelijk van een Krachtig Team? Die stip aan de horizon mag sterker worden neergezet! We werken aan het lerend en verbindend vermogen in de hoop dat hierdoor teamontwikkeling plaatsvindt. Meer lijm tussen interventies is wenselijk.”

Beleidsmedewerker

5.2. WEBAPPLICATIE KRACHTIGE TEAMS

De webapplicatie Krachtige Teams is ontwikkeld om de Krachtige Teams te ondersteunen en te faciliteren in het cyclisch werken aan kwaliteitsverbetering. Ook draagt de webapplicatie bij aan optimale regelruimte. De digitale tool bestaat uit vier samenhangende instrumenten: Teamafspraken, Dashboard, Teamreflectie en Teamplan.

Bij het onderdeel Teamafspraken legt het team vast hoe zij de kritische processen vormgeeft. In het Dashboard (in ontwikkeling) kan het team de resultaten zien van de eigen manier van werken (doelrealisatie, cliënttevredenheid en veiligheid). Via het instrument Teamreflectie reflecteert het team op kwaliteitsthema's aan de hand van vier vragen: Hebben we afgesproken hoe we het doen? Doen we het ook op die manier? Bereiken we het resultaat? Heeft wat we doen toegevoegde waarde voor cliënten? Afhankelijk van de uitkomsten borgt het team de dingen die goed gaan en werkt zij in het Teamplan verbeterpunten uit voor de zaken die beter kunnen.

5.3. TEAMREFLECTIES

In 2018 is Amarant Groep verder gegaan met de uitvoering van teamreflecties. De uitvoering van de teamreflecties hangt samen met de interne auditmethodiek. Teams reflecteren structureel op kritische processen naar aanleiding van de uitkomsten van de interne audits. Dit kan leiden tot verbeterplannen op teamniveau in het Teamplan. Teams krijgen hierbij ondersteuning van de manager die desgevraagd de consulent kwaliteit, veiligheid en beleid of de personeelsadviseur kan inzetten.

Op het onderdeel Teamreflecties vindt actieve sturing en monitoring plaats. 2018 laat een toename zien van het aantal voorzieningen dat een teamreflectie heeft uitgevoerd. 131 teams hebben in totaal 649 reflecties uitgevoerd. Ongeveer de helft (50%) van de teamreflecties hebben geleid tot verbeteracties binnen het team.

Uitgevoerde teamreflecties op zorginhoudelijke thema's in 2018

Divisies

- Wonen in de Wijk: 367
- Sociaal Domein: 7
- Jeugd: 49
- Specialistische Zorg: 213
- Intensieve Behandeling: 13

Analyse en doorontwikkeling 2019

In 2018 is 649 keer gereflecteerd op kwaliteitsthema's.
Dit is een toename van 60% ten opzichte van 2017.

De ontwikkeling van Teamreflectie kent bij de diverse divisies nog een eigen dynamiek. Er zijn behoorlijke verschillen in het gebruik van de vastgestelde systematiek en de webapplicatie. Bepalend hierbij zijn onder meer de cultuur binnen de divisie, de belastbaarheid van de teams en verschillen in visie op Teamreflectie.

Uit evaluatie blijkt dat de kwaliteit van de Teamreflecties beter kan. De volgende factoren spelen daarbij een rol:

- de managers Krachtige Teams zijn sleutelfiguren; vanuit hun rol kunnen zij teams meer

“Teamreflectie wordt nog te vaak ervaren als: oh ja, dat moeten we ook nog doen. Als je maar 1 keer per maand als team bij elkaar komt, zijn de mogelijkheden beperkt. Er wordt wel gereflecteerd. Maar niet altijd wordt dit ingevoerd in de webapplicatie. Een digitale jaaragenda kan helpen; dit bevordert het gestructureerd werken met Teamreflectie.”

Beleidsmedewerker

stimuleren tot en faciliteren bij het doen van Teamreflectie;

- bij sommige onderdelen van Amarant Groep is reflectie nog minder onderdeel van de cultuur en is investering nodig zodat dit vanzelfsprekend wordt;
- de managers zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit van de Teamreflectie. Uit de analyse over 2018 blijkt dat veel managers het moeilijk vinden om de teamreflectie kwalitatief goed te begeleiden;
- de Teamreflectie vindt plaats in de webapplicatie Krachtige Teams. Uit feedback blijkt dat deze tool onvoldoende aansluit bij de wensen van de gebruikers, onder meer op het vlak van gebruiksvriendelijkheid;
- de webapplicatie is ontwikkeld door een eenmansbedrijf; dit beperkt de doorontwikkeling en de continuïteit van de applicatie.

De gewenste doorontwikkeling van de webapplicatie loopt vertraging op en er vindt momenteel een verkenning plaats op welke wijze de doorontwikkeling het beste vorm kan krijgen. Gedurende 2019 werken we projectmatig aan de doorontwikkeling van de webapplicatie Krachtige Teams. Ook doen we verkennend onderzoek naar een andere webapplicatie (tool) die meer aansluit bij de behoefte van de teams.

Gedurende 2019 werken de divisies aan de doorontwikkeling van Teamreflectie. Daarbij zoeken zij naar manieren die beter aansluiten bij het specifieke karakter van bepaalde groepen.

Onder meer via coaching investeert Amarant Groep extra in de rol van de managers Krachtige Teams; zij zijn essentieel bij het beter borgen van het proces Teamreflectie.

Er zijn nog geen teams die via de webapplicatie expliciet hebben gereflecteerd op het onderdeel Teamontwikkeling.

“We geloven in systematisch werken en reflectie. Maar goed aansluiten bij de ontwikkeling van de teams is een zoektocht. Denk bijvoorbeeld aan opleidingsniveau. De uitdaging is om het zo lean mogelijk te maken en de teams goed te faciliteren in hun proces.”

Consulent Kwaliteit



Bouwsteen

Medezeggenschap van cliënten

6. Medezeggenschap van cliënten

Het Meerjarenbeleidsplan van Amarant Groep benadrukt het belang van cliëntmedezeggenschap op alle niveaus in de organisatie. Er is afgelopen jaren extra geïnvesteerd in het versterken van medezeggenschap, betrokkenheid en participatie van cliënten en cliëntvertegenwoordigers. Op veel plaatsen in Amarant Groep voeren we – ondersteund door de consultants medezeggenschap – het gesprek over medezeggenschap en het belang ervan. Medewerkers worden bewust gemaakt van de visie dat we samen 1 organisatie vormen en cliënten en vertegenwoordigers worden explicieter uitgenodigd om mee te praten. Er ontstaan mooie initiatieven. Maar er is nog veel te doen!

Met het oog op de aanstaande wijzigingen in de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ) benadrukt de Raad van Bestuur in de kaderbrief voor 2019 het belang van versterking van de lokale medezeggenschap:

Samenwerken in de driehoek vindt niet alleen plaats voor de individuele hulpverlening. Ook op collectief niveau binnen woonvoorzieningen of binnen dagbestedingsprojecten is dit uitgangspunt van handelen. Onder de noemer 'geen krachtig team zonder krachtige medezeggenschap' worden cliënten, verwanten en medewerkers uitgedaagd om voor de eigen locatie passende vormen van medezeggenschap in te richten. Dit betekent dat er binnen Amarant Groep sprake is een bont palet waarin medezeggenschap vorm krijgt en zich doorontwikkelt.

Teamreflecties Cliëntmedezeggenschap: 38

Conclusies totaal

- Proces is geborgd: 49%
- Afspraken bijstellen: 10%
- Uitvoering aanscherpen: 28%
- Verbeterplan opstellen: 13%

Op basis van de Teamreflecties Cliëntmedezeggenschap heeft 51% van de teams verbeteracties ingezet.

6.1. MEDEZEGGENSCHAP OP HET NIVEAU VAN AMARANT GROEP

In 2018 is verder gewerkt aan het versterken van de medezeggenschap, betrokkenheid en participatie van cliënten en cliëntvertegenwoordigers. Op niveau van Amarant Groep speelt de Centrale Cliëntenraad hierin een belangrijke rol. Tevens zijn in het kader van medezeggenschap in 2018 projecten opgezet en/of gecontinueerd.

• Centrale Cliëntenraad (CCR)

Op centraal niveau wordt de CCR structureel betrokken bij vraagstukken met betrekking tot kwaliteit van zorg- en dienstverlening. Naast bespreking van onderwerpen in de voltallige CCR vindt frequent overleg plaats met de speciaal daarvoor ingerichte commissie kwaliteit van de CCR.

Op divisieniveau is cliëntmedezeggenschap goed ingebed. Binnen enkele divisies is het nog wel zoeken is naar een goede werkvorm gezien de veelheid en diversiteit aan cliëntengroepen en de verhouding tussen medezeggenschap cliënten en cliëntvertegenwoordigers.

Op lokaal niveau kent de cliëntmedezeggenschap veel schakeringen, afhankelijk van cliëntpopulatie, motivatie van cliëntvertegenwoordigers, cultuur binnen de locatie ten aanzien van cliëntmedezeggenschap en de aansturing door het management. We zien traditionele vormen van medezeggenschap met een lokale cliëntenraad. Binnen andere locaties participeren cliëntvertegenwoordigers in het teamoverleg en soms wordt er erg veel werk gemaakt van het huiskameroverleg en is dit de ultieme vorm van medezeggenschap.

Medezeggenschap begint bij maximale zeggenschap en regie over het eigen leven van cliënten. Op veel plaatsen binnen de organisatie is afgelopen jaren veel geïnvesteerd in het verbeteren van het gesprek met de cliënt over zijn/haar persoonlijk plan, eigen regie en kwaliteit van bestaan.

“De afgelopen jaren zijn stapjes vooruit gezet. Maar soms worden we te laat geïnformeerd of betrokken bij besluitvorming. De commissie communicatie van de CCR heeft een notitie geschreven over het professionaliseren van de communicatie binnen Amarant Groep.”

Leden CCR

Teamreflecties huisregels: 26



• RaadPraat en de Prikkel

In 2018 is de RaadPraat ontwikkeld door de CCR. Deze periodieke nieuwsbrief geeft cliënten, verwanten en medewerkers het laatste nieuws vanuit de Centrale cliëntenraad over interne en externe ontwikkelingen op het gebied van medezeggenschap. Ook wordt enkele keren per jaar de Prikkel uitgegeven, een blad specifiek voor cliënten.

• Servicepunt Cliëntmedezeggenschap Amarant

Het Servicepunt Cliëntmedezeggenschap is een laagdrempelig informatiepunt voor en door cliënten met vragen en ondersteuning m.b.t. medezeggenschap en ervaringsdeskundigheid. Op dit moment is het servicepunt twee dagen per week geopend, waardoor vragen soms langer blijven liggen. Ambitie is om dit uit te breiden naar vijf dagen per week.

• Ervaringsdeskundigheid

De Amarant Groep kent een team van ervaringsdeskundigen. Jaarlijks worden twee cliënten opgeleid tot ervaringsdeskundige. In de opleiding leren zij hoe zij persoonlijke verhalen en ervaringen betekenisvol kunnen delen. Zij geven voorlichting, motiveren cliënten om voor zichzelf op te komen, nemen deel aan werkgroepen en helpen bij het maken van keuzes.

• Consulenten Medezeggenschap

In elke divisie zijn 1 of meer consulenten medezeggenschap actief. Zij dragen de visie op medezeggenschap uit, ondersteunen nieuwe initiatieven, geven voorlichting en dragen bij aan scholing en coaching van medewerkers en cliënten. Zij werken nauw samen met de Krachtige Teams en de lokale medezeggenschap. Uiteindelijke doel is een vorm van lokale cliëntmedezeggenschap binnen elke zorgeenheid.

• Familiezorg

Het project Versterken van familiezorg bij Amarant Groep is afgerond. De afgelopen jaren is het aantal kennisdragers en ambassadeurs op het gebied van familiezorg aanzienlijk toegenomen. De mate waarin familiezorg onderdeel is van de hulpverlening, verschilt per divisie.

• Intranet voor cliënten

In 2017 was al gestart met de bouw van een intranet voor cliënten waar zij informatie kunnen halen en uitwisselen. Tevens bedoeld als digitale kennisbank voor medezeggenschap.

schap en cliëntrechten. Na een stagnatie is de ontwikkeling van dit cliëntenintranet weer opgepakt in het najaar van 2018.

- **Medezeggenschapsprijs**

Amarant Groep organiseert jaarlijks een medezeggenschapsdag. Onderdeel van deze dag is het uitreiken van de medezeggenschapsprijs. In 2018 was er ook per divisie een medezeggenschapsprijs beschikbaar. In het kader van het versterken van de lokale medezeggenschap verkennen we hoe de prijs vorm krijgt in 2019.

- **Medezeggenschapshuis**

In 2018 is het initiatief genomen tot het opzetten van een medezeggenschapshuis. Niet als aparte organisatie, maar als een centrale plaats in Amarant Groep met een activerende en stimulerende rol naar alle cliënten, vertegenwoordigers en medewerkers. Het medezeggenschapshuis wil alle niveaus en vormen van medezeggenschap meer met elkaar verbinden. Programma's, activiteiten, initiatieven en functies rondom medezeggenschap worden hierop afgestemd.

- **Landelijk Platform Centrale Cliëntenraden**

De Amarant Groep heeft een voortrekkersrol bij het realiseren van een landelijk platform cliëntenraden in de VG-sector. Dit platform gaat in gesprek met zorgkantoren, VGN, VNG en VWS om de stem van de cliënt beter over het voetlicht te brengen en knelpunten te benoemen. Het ministerie van VWS ondersteunt dit initiatief.

Doorontwikkelen 2019 – medezeggenschap Amarant Groep

In 2018 zijn bestaande initiatieven verstevigd. De interne samenwerking is verankerd en gebundeld in het medezeggenschapshuis. Extern wordt gewerkt aan een landelijk platform Centrale Cliëntenraden. Deze initiatieven dragen bij aan de versterking van de interne en externe medezeggenschap. In 2019 gaat Amarant Groep hiermee door.

“De cliënt zo goed mogelijk laten kiezen, binnen zijn of haar mogelijkheden. Dat is de uitdaging van de medezeggenschap.”

CCR

In 2019 wordt voorgesorteerd op de (impact van) de nieuwe Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ). Amarant Groep wil goed in beeld krijgen wat er verandert voor cliënt, verwant en medewerker.

Per 2019 is een module cliëntmedezeggenschap opgenomen in de introductiecursussen voor nieuwe medewerkers.

Gedurende 2019 zijn er meer studiedagen door en voor de medezeggenschap; op het niveau van de CCR, maar ook de DCR-en en de lokale raden.

Het overleg tussen de Centrale Cliëntenraad en de Zorgkantoren over de zorginkoop wordt voortgezet.

In 2019 krijgt de jaarlijkse medezeggenschapsdag een andere invulling. Doel is bevorderen van deelname door de drempel te verlagen.

6.2. MEDEZEGGENSCHAP IN DE DIVISIES

Elke divisie heeft een eigen plan van aanpak om de medezeggenschap te versterken. Vanwege verschillen in visie op medezeggenschap, divisiedynamiek en cliëntenpopulatie kennen de plannen per divisie andere accenten en ambities.

“Onderzoek op welk niveau de nieuwe WMCZ (Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen) impact heeft. Wat verandert er voor de cliënt, de verwant en de medewerker? Vermijd een administratief monster. Ga op zoek naar de geest van de wet en minder naar de letter. Uitdaging is om daar het midden in te vinden.”

Leden CCR

6.2.1. DIVISIE WONEN IN DE WIJK

Deze divisie heeft te maken met een zeer diverse doelgroep met uiteenlopende problematieken en hulpverleningsvormen. De wijze waarop vorm wordt gegeven aan de cliëntmedezeggenschap is dan ook divers. 96 locaties hebben een contactpersoon voor de medezeggenschap. Dat betekent bijna 100% dekking.

De DivisieCliëntenRaad (DCR) neemt deel aan veel werkgroepen en beleidsdagen, is betrokken bij bespreken van kwaliteitsrapportages en wordt in een vroeg stadium betrokken bij ontwikkelingen.

De directie daagt de DCR uit meer invulling te geven aan partnership. De DCR geeft op zijn beurt aan dat diverse managers binnen de Krachtige Teams meer aan de slag moeten met medezeggenschap. Het effectief uitnodigen van verwanten en hen stimuleren tot medezeggenschap blijven aandachtspunten.

Er zijn 4 cliëntenraden op zogenaamd subregio-niveau (divisieonderdeel). De verbinding tussen de verschillende niveaus van medezeggenschap en het lokaal meer ophalen van input voor beleid, blijven aandachtspunten.

Een film over gastvrijheid wordt regelmatig vertoond binnen teams en nabesproken met ervaringsdeskundigen. Jaarlijks zijn er Rode draad bijeenkomsten met uitwisseling en

discussie tussen cliënten, cliëntvertegenwoordigers en medewerkers over belangrijke ontwikkelingen binnen de divisie.

Doorontwikkelen 2019

Medezeggenschap mag nog meer onderdeel worden van het dagelijks handelen. Het is niet de bedoeling dat medewerkers dit zien als een afzonderlijke activiteit.

De divisie werkt aan meer inhoudelijke tools die de kwaliteit van de medezeggenschap sterker neerzetten.

De divisie zoekt naar een andere invulling van de Rode draad bijeenkomsten.

Minimaal 2 keer per jaar zijn er in de divisie bijeenkomsten voor contactpersonen medezeggenschap; de bijeenkomsten dienen ter versterking van hun positie en manier van werken.

“Op het gebied van familie­zorg en medezeggen­schap hebben we een beweging in gang gezet. Die willen we borgen en doorontwikkelen. Er is beweging op alle niveaus in de divisie. Maar het is nooit af. Toch zijn we trots op wat we al bereikt hebben.”

Projectleider

6.2.2. DIVISIE INTENSIEVE BEHANDELING

In het jaarplan van de divisie zijn geen specifieke doelen medezeggenschap geformuleerd. Teamreflecties laten wel zien dat er op veel locaties huiskameroverleg plaatsvindt. Ook zijn er bijeenkomsten voor cliënten en cliëntvertegenwoordigers. Enkele locaties kennen een lokale cliëntenraad.

De cliëntmedezeggenschap is in ontwikkeling en de divisie investeert op dit moment vooral in het versterken van de zeggenschap van cliënten op individueel niveau; denk aan invulling van het persoonlijk plan en inzage in de cliëntrapportage. In huiskamergesprekken wordt ‘geoefend’ met medezeggenschap.

Doorontwikkelen 2019

Bij de doorontwikkeling van medezeggenschap zoekt de divisie naar nieuwe en laagdrempelige vormen van betrekken van verwanten. Denk aan knutselmiddagen, meehelpen met koken enzovoort.

“De uitdaging is om de doorontwikkeling van cliëntmedezeggenschap continu op het netvlies te houden. In quick scans op de locaties nemen we medezeggenschap elke keer mee.”

Beleidsmedewerker

6.2.3. DIVISIE JEUGD

De divisie Jeugd kent een DivisieCliëntenRaad (DCR) met cliënten en vertegenwoordigers. Het motiveren van cliëntvertegenwoordigers tot deelname blijft echter lastig. Vanwege de relatief korte en ambulante behandeltrajecten hebben cliëntvertegenwoordigers minder verbinding met de organisatie.

De divisie werkt systeemgericht en begeleiding en behandeling zijn altijd gericht op versterken van het systeem. Daarbij zet de divisie in op het dialoogmodel.

Doorontwikkelen 2019

De divisie herijkt hoe de lokale medezeggenschap echt vorm kan krijgen. Dat begint met het in beeld krijgen van de actuele stand van zaken. Aansluitend kiest de divisie voor het doorontwikkelen van het dialoogmodel, passend bij het zorgconcept.

6.2.4. DIVISIE SOCIAAL DOMEIN

De divisie kent vier onderdelen met elk een eigen dynamiek en een eigen cliëntenraad. Overkoepelende thema's worden twee keer per jaar besproken in een gezamenlijke sessie op divisieniveau. Bij toerbeurt zijn hierbij managers Krachtige Teams aanwezig.

In de divisie krijgt medezeggenschap gestalte in aansluiting op de verschillende divisie onderdelen. Bij Werk & Dagbesteding krijgt dit vorm binnen het werkoverleg. In sommige clusters wordt gewerkt aan versterken van het systemisch werken. Pauwer kent formele vormen van medezeggenschap en in het Expertisecentrum Autisme zoekt men naar eigen vormen.

In 2018 is er in de divisie projectmatig gewerkt aan het belang van medezeggenschap en systemisch werken. Beide dienen meer vanzelfsprekend onderdeel te zijn van de focus en beroepshouding van medewerkers.

Cliënten binnen deze divisie zijn gemiddeld genomen zelfredzamer en mondiger. Ook wonen zij vaker zelfstandig in een eigen omgeving. Daardoor is de betrokkenheid bij de organisatie minder. Het is belangrijk om met elkaar te onderzoeken welke vormen van medezeggenschap het meest aansluiten bij deze cliënten.

Doorontwikkelen 2019

De nieuwe Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ) maakt dat de divisie opnieuw kijkt naar de medezeggenschap op lokaal niveau; een vraag daarbij is hoe er getraptd invulling gegeven kan worden aan de medezeggenschap.

“We zijn vol enthousiasme op zoek. Onze zoektocht leidt tot nieuwe inzichten en andere vormen van medezeggenschap.”

Directeur

De divisie experimenteert met nieuwe vormen van medezeggenschap. Bijvoorbeeld in gesprekken gaan met cliënten via in te richten steunpunten. Daarbij kunnen ook onderwerpen aan bod komen die te maken hebben met de directe woon- en leefomgeving van cliënten. Dit draagt ook bij aan empowerment van cliënten.

6.2.5. DIVISIE SPECIALISTISCHE ZORG

De divisie kiest voor medezeggenschap en familiezorg als vanzelfsprekende waarden. Teams worden hierin actief ondersteund door de consulent medezeggenschap. Ook draagt de consulent zorg voor meer verdieping en verbinding via het familiecafé.

De aandachtsfunctionarissen medezeggenschap hebben 4 keer per jaar overleg waarin zij informatie delen en best practices uitwisselen.

Er zijn goede stappen gezet, maar de praktijk is nog divers. Op de plaatsen waar nog geen aandachtsfunctionaris medezeggenschap is, vindt werving plaats. In samenwerking met de Amarant Academie is onderzocht hoe de methode familiezorg meer diepgang kan krijgen.

Doorontwikkelen 2019

De divisie zet in op versterking van de lokale medezeggenschap. Daarnaast zet de divisie in op versterken van de DivisieCliëntenRaad; gekeken naar bemensing en naar partnership. Dat wil zeggen: in een vroegtijdig stadium de cliëntmedezeggenschap betrekken bij beleidsvorming.

Amarant



Bouwsteen

***Werkplezier voor
medewerkers***

7. Werkplezier voor medewerkers

Het realiseren van kwaliteitsdoelstellingen kan alleen met voldoende, gemotiveerde, competente en duurzaam inzetbare medewerkers. Gezamenlijk werken zij aan het vergroten van het geluk en welzijn van de cliënten. Dit vraagt om een organisatieklimaat waarin medewerkers gezond, veilig en met plezier samenwerken. In het najaar van 2018 zijn hiertoe 5 basisthema's vastgesteld voor de komende jaren: Krachtige Teams & Leiderschap, Duurzame inzetbaarheid van medewerkers, Instroom & behoud van medewerkers, Leren & ontwikkelen, en de HR Basis op orde.

“Van alle nieuwe medewerkers die na 1 januari 2016 in dienst zijn getreden heeft 99% een Verklaring Omtrent Gedrag (VOG) kunnen overleggen.”

7.1. KRACHTIGE TEAMS EN LEIDERSCHAP

De Krachtige Teams maken steeds meer verbinding met verwanten en het netwerk van de cliënt. Ook maken de teams steeds meer verbinding met elkaar. De teams worden hierin ondersteund door de manager Krachtige Teams; deze heeft een cruciale rol bij teamreflectie en bevordert diepgang om de interne verbetercyclus in gang te zetten. De reflectie doorloopt de cyclus van 'wat doen we goed, wat kan en moet beter'.

Maar krachtige zelforganiserende teams - met medewerkers die beschikken over beslissingsruimte en die verantwoordelijkheid nemen – kunnen pas echt krachtig zijn als er sprake is van (sociale) veiligheid, een goede personele bezetting en duurzame inzetbaarheid. Momenteel vindt er een heroriëntatie plaats op het begrip Krachtige Teams. Het aanvankelijke geschetste kader blijkt onvoldoende uitgewerkt en er wordt op veel verschillende manieren invulling aan gegeven. Mede in het kader van duurzame inzetbaarheid van medewerkers is het van belang dat speelruimte en verantwoordelijkheden duidelijker zijn beschreven. Ook dient de invulling van (coachend) leiderschap expliciet(er) en voldoende ontwikkeld te zijn.

Doorontwikkelen 2019

In 2019 start Amarant Groep met een Leiderschapsprogramma. Doelstellingen zijn: invulling geven aan en uitdragen van de visie op persoonlijk leiderschap, de kernwaarden, de gedragscode en de besturingsfilosofie. Wat betekenen deze aspecten voor het dagelijks handelen en voor de (persoonlijke) ontwikkeling van (krachtige) teams en medewerkers op alle niveaus? Het Leiderschapsprogramma wordt gekoppeld aan de duurzame inzetbaarheid van medewerkers.

7.2. DUURZAME INZETBAARHEID

Duurzaam inzetbare medewerkers zijn meer tevreden over hun werkzaamheden en de omgeving waarin zij werken. Ook zijn zij fysiek en emotioneel beter in staat om de werkzaamheden uit te voeren. Het is belangrijk dat medewerkers in alle levensfasen goed in hun vel zitten en overtuigd zijn van het nut van werken aan de eigen ontwikkeling. Dit levert immers toegevoegde waarde op voor henzelf en voor Amarant Groep.

Werken aan de eigen ontwikkeling vergt persoonlijk leiderschap, waarbij medewerkers keuzes maken ten aanzien van leven en loopbaan die passen bij hun individuele behoefte. Amarant Groep gelooft in de intrinsieke motivatie van medewerkers om actief te werken aan hun (duurzame) inzetbaarheid en werkplezier, mits daarvoor de juiste randvoorwaarden zijn gecreëerd en deze verankerd zijn in de organisatiecultuur.

Cliënten zijn gebaat bij medewerkers met wie het goed gaat. Amarant Groep biedt medewerkers een ruim aanbod aan preventie en begeleiding, bij- en nascholing en 'ontziemaatregelen' voor oudere medewerkers. Desondanks kent de organisatie in 2018 een gemiddeld verzuimpercentage van 6.83% tegenover 6.7% in 2017. Dit verzuim is onwenselijk omdat het kan leiden tot ongewenste discontinuïteit in het zorgproces. In 2017 is daarom al gestart met een analyse naar het langdurig verzuim. In samenhang is gekeken naar de resultaten van het medewerkersonderzoek, een QuickScan onder teams en de uitstroomvragenlijst onder vertrekkende medewerkers. Deze gecombineerde inzichten zijn vertaald in een hernieuwde visie op Duurzame Inzetbaarheid.

In 2018 is gestart met de implementatie van het Gedragsmodel van Falke & Verbaan op managers- en medewerkersniveau. Eerste ervaringen laten positieve resultaten zien. Maar het kost tijd om de methodiek volledig in te bedden in de organisatie. Het model, dat uitgaat van eigen regie en verantwoordelijkheid van zowel medewerker als werkgever, wordt in 2019 verder onder de aandacht gebracht en geïmplementeerd. Om de methodiek verder te borgen, wordt ook het verzuimprotocol aangepast.

In 2018 is gewerkt aan een nieuw dashboard voor managers en teams om inzicht te krijgen in actuele stuur- en kengetallen kwaliteit van arbeid. Dit dashboard is beschikbaar in de loop van 2019.

Bij duurzame inzetbaarheid zijn actuele stuur- en kengetallen van groot belang. Managers en teams dienen te beschikken over deze data. Amarant Groep werkt aan de ontwikkeling van een BI-tool voor alle relevante HR-data.

In 2018 is een strategisch HR-plan opgesteld. Kerndoel van het plan is aantoonbaar verhogen van de inzetbaarheid en het werkplezier van krachtige professionals. Het plan is opgesteld op basis van resultaten van het medewerkersonderzoek, de veiligheidsdialogen,

de verdiepende verzuimanalyse, de beschikbare kengetallen (in- en uitstroom, verzuim, etc.) en op basis van diverse sessies met het directieteam binnen HR en met de medezeggenschap van medewerkers. In 2018 is samen met de medezeggenschap de visie op duurzame inzetbaarheid vastgesteld.

Doorontwikkelen 2019

Gekeken naar duurzame inzetbaarheid wil Amarant Groep het aanwezigheidspercentage van medewerkers verhogen naar 94%. Ook werken we aan het verhogen van medewerkerstevredenheid en werkplezier. Daartoe maken we medewerkers en teams krachtiger, met name door het faciliteren van de dialoog. Onder de dialoog verstaan we de invoering van de IZZ-aanpak m.b.t. de continue dialoog en het nieuwe jaargesprek. Dit koppelen we aan het leiderschapsontwikkelingsprogramma en de vernieuwing van het jaargesprek. Ook vinden er ondersteunende activiteiten plaats zoals loopbaancoaching, jobcrafting, een gezondheidsprogramma en leuke activiteiten met cliënten.

7.3. INSTROOM, BEHOUD EN PERSONELE BEZETTING

De personele bezetting staat onder druk door krapte op de arbeidsmarkt. Analyses van de afgelopen jaren laten zien dat bij bepaalde voorzieningen de bezetting niet altijd op orde is. Instroom & behoud is daarom één van de vijf strategische speerpunten van HR.

In 2018 is succesvol ingezet op instroom van nieuwe medewerkers. Tegelijkertijd blijft de uitstroom van medewerkers hoog; 28% van de medewerkers stroomt weer uit in het eerste jaar. Er is nog te weinig aandacht voor het risico van uitstroom. Uit uitstroomvragenlijsten blijkt dat mensen die weggaan onvoldoende begeleiding en waardering ervaren van de leidinggevende en organisatie. Ook (hoge) werkdruk (fysiek en emotioneel) en onvoldoende personele bezetting worden genoemd. Naast de impact die deze discontinuïteit heeft op de kwaliteit van zorg brengt dit aanzienlijke kosten met zich mee.

“Het is belangrijk dat nieuwe medewerkers instromen op een goede plek waar zij zich kunnen ontwikkelen. Voorzichtig opbouwen werkt beter. Nu worden medewerkers soms te snel ‘in het diepe’ gegoooid. Dat is één van de factoren bij de hoge uitstroom en verzuim.”

Directeur

Medewerkersonderzoek

In 2017 heeft er een medewerkersonderzoek plaatsgevonden waarin de thema's bevoegdheid, betrokkenheid, tevredenheid en werkgeverschap zijn uitgevraagd. De uitkomsten van het medewerkersonderzoek zijn besproken in de divisies en de teams. Op basis van deze gesprekken zijn teams gevraagd om 3 concrete actiepunten op te nemen in het teamplan. De resultaten hiervan komen terug in dialoogsessies die worden georganiseerd in het kader van duurzame inzetbaarheid.

Medezeggenschap medewerkers

Om bovenstaande te bereiken, is een goed ontwikkelde medezeggenschap van medewerkers nodig. De medezeggenschap heeft periodiek overleg met de Raad van Bestuur en directeuren. Daarmee draagt de medezeggenschap bij aan de ontwikkeling van de organisatie en haar medewerkers.

“Als medewerkers zich veilig voelen, werken ze met meer zekerheid. Het gevoel van veiligheid van de medewerker verhoogt direct de veiligheid van de cliënt.”

OR-leden

Sociale Veiligheid

In 2017 startten we met veiligheidsdialogen met groepen medewerkers. Doel was zicht krijgen op de grootste veiligheidsrisico's. Naast fysieke veiligheid (gebouwen, hulpmiddelen) noemden medewerkers scholing, achtervang, samenwerking, de leidinggevende en een goede balans tussen werk en privé. Diverse pilots om sociale veiligheid te bevorderen (o.a. in het kader van Veilig Plus) hebben geleid tot meer bewustwording, dialoog en concrete doelen en acties voor teams. Ook de sessies waarin managers handvatten krijgen voor teamcoaching, bleken essentieel voor het slagen van de aanpak. Het hielp managers in het vervullen van hun rol als krachtig leider.

Het was de bedoeling dat er werkzame tools sociale veiligheid zouden komen, op basis van de uitkomsten van de pilots. Teams zouden zelf aan de slag kunnen met deze tools via de webapplicatie Krachtige Teams. Dit is in 2018 niet haalbaar gebleken.

Doorontwikkelen 2019

Verbeteren van de bekendheid en onderscheidende positionering van Amarant als werkgever.

Het ontwikkelen van de organisatie middels nieuwe manier van organiseren (inclusief visie op vast versus flex) en de implementatie hiervan met de consequenties voor de opbouw van onze organisatie (functiedifferentiatie) en verhogen instroom (gekwificeerde) medewerkers & reduceren uitstroom medewerkers.

Er is inmiddels gestart met de ontwikkeling van een zogenaamd ‘onboarding programma’ om nieuwe medewerkers te helpen zich thuis te voelen in een organisatie en snel en soepel aan te laten passen aan de sociale aspecten en cultuur.

Er zijn voorbereidingen gestart voor het werken met ‘plan motion’. Een programma om de gewenste en beschikbare personele bezetting beter te kunnen forecasten met meer focus o.a. op stabiliteit in de roosters.

In het kader van duurzame inzetbaarheid start Amarant Groep met de methodiek Veilig Plus. Deze methodiek focust onder meer op het organisatieklimaat en op gezond, veilig en plezierig werken. Het directieteam en de eerste 12 uitvoerende teams starten hiermee in kwartaal 2 van 2019.

7.4. LEREN EN ONTWIKKELEN

Investeren in kennis en vaardigheden is een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van Amarant Groep en medewerkers. Van medewerkers wordt verlangd dat zij vanuit intrinsieke motivatie werken aan hun deskundigheid en (persoonlijke) ontwikkeling. Dit is van cruciaal belang voor de kwaliteit van onze dienstverlening aan cliënten.

Amarant Groep stimuleert en faciliteert leren en ontwikkelen van medewerkers. Het strategisch leerbeleid is daarbij vertrekpunt. Centraal staan de lerende organisatie, de lerende teams en de lerende professional. Het geeft kaders hoe wij met behulp van leren nu en in de toekomst kunnen voorzien in de behoefte aan competente, wendbare en gemotiveerde medewerkers die met plezier het beste van zichzelf in te mogen zetten.

(Zorg)professionals en teams reflecteren via coaching, intervisie en supervisie op hun handelen en de organisatie van hun werk om der zorg continu te verbeteren. Zo beschermen we de cliënt tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door professionals. Opleiden is belangrijk als het gaat om deskundigheid. Maar minstens zo belangrijk zijn een veilig leerklimaat, (team)reflectie, e-learning, sociaal werkplekleren, triadisch leren (cliënt-begeleider-systeem), blended learning, intervisie en coaching.

7.5. HR-BASIS OP ORDE

Door de HR-basis op orde te brengen creëren we heldere en regelarme randvoorwaarden. Hierdoor stellen we teams, medewerkers en leidinggevenden in staat om het maximale uit zichzelf te halen voor de zorg, begeleiding en behandeling van cliënten.

Doorontwikkelen 2019

De afdeling HR richt zich op het verbeteren van de informatievoorziening en de HR-processen. Ook werken we aan een nieuwe visie op het functiehuis dat aansluit bij de zorg-programmering, en zorgen we voor inzicht in (nieuwe) loopbaanmogelijkheden.

Onze speerpunten vragen om een HR-afdeling waar de basis op orde is en blijft en die bijdraagt aan een gezonde, veilige en plezierige werkomgeving. Dit realiseren wij door gezamenlijke doelstellingen te formuleren, een HR-bedieningsmodel te ontwikkelen dat past bij de vraag vanuit de organisatie, maar ook door de organisatie te ondersteunen bij bijvoorbeeld Risico-Inventarisatie en Evaluatie.

Amarant



Raad van bestuur

Slotwoord en vooruitblik

Slotwoord en vooruitblik

2018: Het jaar van partnership welzijn en geluk van onze cliënten, verwanten én onze medewerkers. Aan dat hogere doel willen wij, als Raad van Bestuur, dienstbaar zijn. Wat dat in de praktijk betekent, is continue onderwerp van een goed gesprek. Met elkaar, met ons directieteam en vooral met onze partners in de medezeggenschap. En met externe partners en stakeholders. Samen zoeken we een duurzaam evenwicht in belangen en behoeftes en vertalen dit naar merkbare en meetbare resultaten die bijdragen aan het bereiken van die gezamenlijke stip op de horizon. Als Raad van Bestuur zorgen wij ervoor dat onze organisatie en onze mensen en middelen daaraan ondersteunen.

Partnership op alle niveaus

We maakten in de laatste jaren steeds stappen. Dat blijven we doen. Want er is nog veel te doen. En zeker in het sturingsgebied Kwaliteit van Zorg mag je nooit 'klaar zijn'. In 2018 hebben we verder geïnvesteerd in dat partnership, op alle niveaus. Op (individueel) persoonsniveau voeren cliënten en hun verwanten het gesprek met de begeleiders en behandelaren. Afspraken over persoonsgerichte zorg worden in het Amarant Persoonlijk Plan (APP) vastgelegd. Dit APP kent diverse varianten, variërend van een 'light variant' bij enkelvoudige problematiek tot een uitvoerige variant voor complexe zorg, zodat maatwerk en de juiste focus ontstaan. In het kader van het project Elektronisch Cliënt Dossier (ECD) werkten (zorg)professionals afgelopen jaar verder aan een digitale, werkbare variant van het persoonlijk plan. Als RvB zijn we blij om te zien dat het samenwerken in de driehoek (met behulp van het PP) aan de inhoudelijke thema's die we als organisatie belangrijk vinden, leiden tot positieve (meet)resultaten ten aanzien van cliënttevredenheid. Zo laat De Ben Ik Tevreden (BiT)-meting onder andere zien dat in de divisie Wonen in de Wijk op het thema Zelfbeschikking een mooie 8,4 (zeer tevreden) wordt gescoord.

Zorgprogramma's als inhoudelijke reisgidsen

Om onze begeleiders, behandelaren en cliënten(-vertegenwoordigers) meer handvatten te geven in het gesprek over en het samenwerken aan persoonsgerichte zorg (en de vertaling daarvan naar een gerichte ondersteuningsvraag en –aanbod voor nu en in de toekomst) werkten we verder aan het ontwerp van zorgprogramma's, de inhoudelijke 'reisgidsen' gericht op de mogelijkheden die onze ondersteuning biedt. In 2018 werd de visie op zorgprogrammering neergelegd én werd de verdere ontwikkeling daarvan als speerpunt voor 2019 aangemerkt.

Krachtige Teams

Op teamniveau versterkten wij de lokale medezeggenschap: Krachtige Teams beschikken daarmee over een gesprekspartner om samen invulling te geven aan cliëntgebonden thema's. Deze versterking uitte zich in de verdere inbedding van de consultants medezeggenschap (ambassadeurs) in elke divisie en ondersteuning van de medezeggenschap in de vorm van (ambtelijke) ondersteuners. Onze Krachtige Teams gebruiken de instrumenten Teamafspraken, Teamreflectie en Teamplan om invulling te geven aan de gesprekscyclus van het kwaliteitsmanagementsysteem en waardecreatie: structureel wordt op en cliëntgebonden kwaliteits- en veiligheidsthema's en kritische processen gereflecteerd (doen we het en werkt het?) en worden afspraken gemaakt over verbetering. Concrete voorbeelden hiervan zijn agressiemeldingen, vrijheidsbeperkingen en (het verder voorkomen van) medicatie-incidenten. Het sturen op 'kansen en risico's' op teamniveau verdient in 2019 verdere aandacht: daarom gaan we in 2019 aan de slag met hulpmiddelen, ook digitaal, die teams ondersteunen om het gesprek onderling én met de lokale medezeggenschap te starten.

Verbinding

Op divisie- en strategisch niveau borgen wij als DT en RvB ons partnership met de Decentrale en de Centrale Cliëntenraad (CCR). Dat doen wij op formele (overlegstructuur) én informele wijze. Samen met de CCR gaven wij gestalte aan het Medezeggenschapshuis en het 'Programma cliënt'. De CCR maakt deel uit van de stuurgroep van dit programma waarin alle projecten verzameld zijn die impact hebben op cliënten. De CCR zit daarmee tijdens het proces direct aan tafel. Zo geven we concreet invulling aan partnership waar we in 2019 verder gaan. Daarnaast werken we aan onze twee strategische hoofdthema's (Zorgprogramma's en Duurzame Inzetbaarheid). Ook willen wij als RvB meer inzetten op kwantitatieve en kwalitatieve inzichten op het sturingsdomein Kwaliteit van Zorg en het verbinden van deze thema's met integrale audits waarbij hard en soft controls samenkomen. Dit doen we door onze meetinstrumenten (BIT, C-toets) en onze kwaliteitsinstrumenten (Teamreflectie en –agenda) verder te verbeteren en te ontsluiten (digitaal) én door onze integrale audit op een andere, meer thematische en programmatische wijze in te richten. Zo komen partnership én verbinding samen om bij te dragen aan een zichtbare verbetering van het welzijn en geluk van cliënten en medewerkers.

Amarant



Bijlagen

BIJLAGE 1 KWALITEITSKADER GEHANDICAPTENZORG

Kwaliteitsrapport als onderdeel van het vernieuwd kwaliteitskader gehandicaptenzorg

Het kwaliteitsrapport is een onderdeel van het vernieuwd kwaliteitskader gehandicaptenzorg en komt tot stand door de informatie van andere onderdelen, zoals o.a. het persoonlijk plan (bouwsteen 1), klantervaring (bouwsteen 2) en de teamreflectie (bouwsteen 3), te benutten.



Het kwaliteitsrapport geeft zicht in de thema's van kwaliteit van de zorg en de kwaliteit van bestaan van cliënten. Hierin worden o.a. de ervaringen van de drie bouwstenen van het kwaliteitskader gehandicaptenzorg meegenomen:

- Het proces rondom de individuele cliënt: daartoe in dialoog vaststellen welke ondersteuning nodig is, alert zijn op gezondheidsrisico's en op kwaliteit van bestaan;
- Leren van onderzoek naar cliëntenervaringen: overzicht maken van inzicht uit dat onderzoek en in afstemming met de cliëntenraad de belangrijke verbeteracties bepalen;
- Kritische zelfreflectie door teams borgen: teams die de praktijk spiegelen aan de visie van de organisatie en stilstaan bij hoe het gaat en wat er verbeterd kan worden in het zorgproces rondom de cliënt.

BIJLAGE 2: DE AMARANT GROEP: CIJFERS, MISSIE EN VISIE

Voor wie is de Amarant Groep?

De Amarant Groep biedt zorg, begeleiding en behandeling aan kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen met een beperking. De zorgvraag van de cliënt is leidend. Als het nodig is, werken de merken samen vanuit hun eigen kracht om tot de beste zorgoplossing te komen.

Onze missie en visie: welzijn en geluk vormen onze leidraad

De Amarant Groep biedt ondersteuning, zorg en behandeling aan mensen met een beperking in iedere levensfase, variërend van lichte ondersteuning aan huis tot zeer intensieve specialistische zorg. Dat doen we in verbinding met de cliënt, zijn naasten en lokale cliëntenraden. We zijn gericht op in- en externe samenwerking, wanneer dat in het belang is van de cliënt. Met als meetbaar resultaat: de afname van problematiek, een grote zelfredzaamheid en een hogere kwaliteit van leven. Welzijn en geluk vormen hierbij onze leidraad. Naast de zorg en behandeling biedt de Amarant Groep kansen en mogelijkheden op het gebied van vrije tijd, dagbesteding, opleiding en werk. We stimuleren en ondersteunen kwetsbare mensen om te groeien en krachtiger te worden. Dat doen we met respect voor de behoeften, talenten en grenzen van onze cliënten.

We zijn flexibel en bewegen mee als de cliënt of de maatschappij dat van ons vraagt. Medewerkers bieden we een veilig, ondernemend en professioneel werkklimaat, met ruimte voor creatieve, innovatieve ideeën. We nodigen medewerkers uit om zich te blijven ontwikkelen, zowel persoonlijk als professioneel. Want leren houdt bij ons nooit op.

Cijfers Amarant Groep

De Amarant Groep kent 5 divisies. Hieronder staat het gemiddelde aantal cliënten per divisie. Sommige cliënten ontvangen zorg vanuit meerdere divisies; er is dus geen sprake van 'unieke cliënten'.

Intensieve behandeling circa 650

Wonen in de wijk circa 1500

Specialistische zorg circa 530

Jeugd circa 1000

Sociaal domein circa 3600

***Het aantal medewerkers per divisie
per 31 december 2018 bedraagt***

- 
- Intensieve behandeling: 488
 - Wonen in de wijk: 1360
 - Specialistische zorg: 1012
 - Jeugd 668
 - Sociaal Domein 798

De hulpverlening is georganiseerd vanuit 5 divisies.

Intensieve behandeling

De divisie intensieve behandeling biedt top(klinische) zorg en richt zich op geestelijke gezondheidszorg met intensieve behandeling. De doelgroep bestaat uit cliënten met een lichte tot matige verstandelijke beperking in combinatie met psychiatrische problematiek, wat leidt tot (zeer) ernstig ontwrichtend gedrag. Kenmerkend voor Intensieve Behandeling is dat er een noodzaak is voor continue, systematische, langdurige en multidisciplinaire behandeling waarbij specialistische deskundigheid noodzakelijk is.

Wonen in de wijk

In deze divisie vallen alle woonvoorzieningen in de wijk voor volwassenen cliënten met een verstandelijke beperking.

Specialistische zorg

De divisie Specialistische Zorg richt zich in de basis op multidisciplinaire zorg aan cliënten met een verstandelijke beperking en andere bijkomende problemen (multimorbiditeit). Specialistische Zorg biedt zorg aan de meest complexe cliënten binnen de doelgroepen generiek, ernstig meervoudig beperkt en geriatrie. De zorg is integraal en bevat dus zowel wonen, behandeling, werk en/of dagbesteding en recreatie gedurende 24 uur per dag, 7 dagen per week.

Sociaal Domein

De divisie ondersteunt cliënten in de wijk bij het zo zelfstandig mogelijk meedoen in de maatschappij. We leren cliënten het zélf te doen en werken samen met de mensen uit het netwerk van de cliënt. Er wordt samengewerkt met andere organisaties, gemeentes, maatschappelijke groepen, zodat in co-creatie de beste zorg kan worden geboden. De divisie Sociaal Domein wordt gevormd door de onderdelen Werk & Dagbesteding, expertisecentrum Autisme, Pauwer voor mensen met een lichamelijke beperkingen en/of Niet Aangeboren Hersenletsel, en Ambulante Wijkzorg.

Jeugd

Jeugdigen horen thuis, mits dat veilig en verantwoord is. Bij de divisie Jeugd doen we daar alles aan: met behandeling thuis, op school en in de wijk. En als thuis wonen (tijdelijk) toch niet gaat, dan bieden we passende verblijfsvormen, behandelgroepen en crisisopvang. Locaties: 3 woonlocaties, 15 klinische behandellocaties, 1 gezinshuis, 1 fasehuis, 1 logeershuis, 10 TED-locaties, 2 Orthopedagogische Dagcentra.

BIJLAGE 3: WEBAPPLICATIE KRACHTIGE TEAMS

Tool Webapplicatie Krachtige Teams

Binnen de Webapplicatie Krachtige Teams kunnen teams niet alleen reflecteren maar is de hele verbetercyclus herkenbaar. De Webapplicatie Krachtige Teams heeft 4 instrumenten die in samenhang gebruikt dienen te worden: agenda kwaliteit en veiligheid van zorg, dashboard, teamreflectie en teamplan.

De **Agenda** geeft weer wat een team minimaal en structureel op orde en geborgd moet hebben met betrekking tot de kwaliteit en veiligheid van zorg. Dit zijn de harde eisen van de wet- en regelgeving en afspraken van de Amarant Groep over verantwoorde zorg. De agenda geeft per activiteit aan: Wat er moet gebeuren en Waarom dat belangrijk is (het doel). Daar waar de wet ook voorschrijft Wanneer, Hoe vaak of door Wie de activiteit moet worden uitgevoerd staat dit ook in de Agenda aangegeven. Daar waar dat niet het geval is, staan deze vragen open in de Agenda en dien je als team hier je eigen afspraken vast te leggen over hoe het desbetreffende proces gaat organiseren en borgen. De agenda geeft dus de regelvrijheid aan die je als team hebt, maar wel binnen de lijnen van het speelveld.

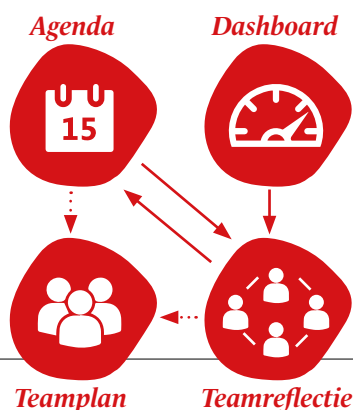
Het **Dashboard** is nog in ontwikkeling maar hier komen de resultaten die de teams bereiken met de zorg die ze bieden aan de cliënten: in hoeverre draagt jullie zorg bij aan het welbevinden / de kwaliteit van bestaan van de cliënten en wat de uitvoering van de activiteiten uit de agenda de cliënten oplevert. De mate van doelrealisatie, klanttevredenheid en veiligheid vormen de 3 wijzers van kwaliteit van zorg op het Dashboard.

Uitvoer teamreflectie

Door als Krachtig Team periodiek te reflecteren op de eigen Agenda en Dashboard kun je als team vaststellen wat goed gaat en wat beter kan of anders moet. Daarvoor is de **Teamreflectie**. Bij kwaliteit van zorg gaat deze reflectie steeds om 4 vragen die jullie per onderdeel van de Agenda bespreken:

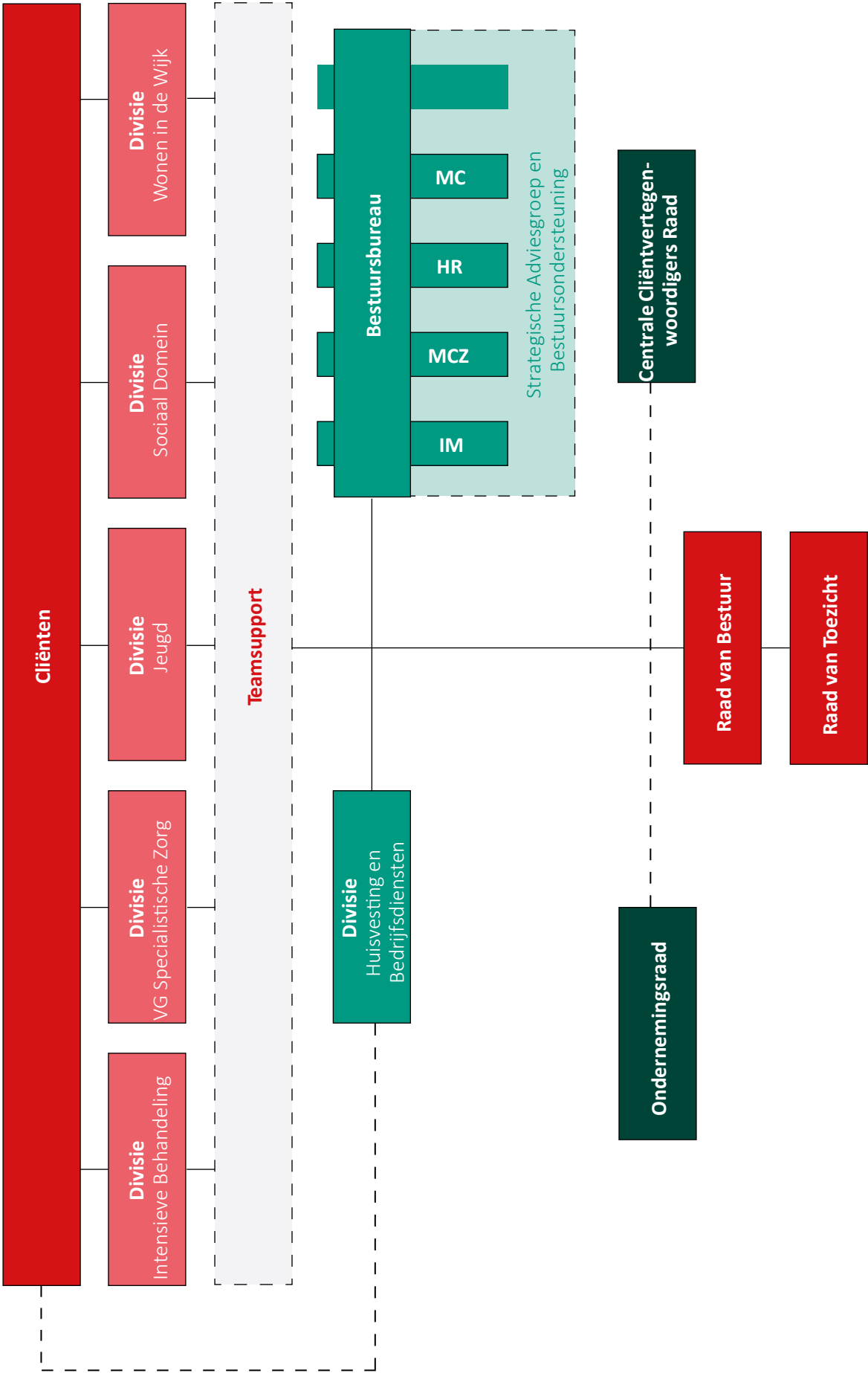
- Hebben we het afgesproken?
- Doen we het ook zo?
- Werkt het op deze manier?
- Heeft het ook een meerwaarde voor de cliënten?

Indien een team op basis van deze reflectie vaststellen dat iets beter kan of anders moet, kan een team afhankelijk van de oorzaak, de afspraken in de Agenda aanpassen, de werkwijze aanscherpen of een verbeterplan uitwerken in het **Teamplan**. Met het Teamplan werk je vervolgens gericht aan het verbetertraject. De uitvoering van dit verbetertraject zal uiteindelijk leiden tot een andere manier van organiseren of werken die leidt tot een hogere mate van kwaliteit van zorg. Dit kan een team dan terugzien in het Dashboard.



BIJLAGE 4: ORGANOGRAM

Organogram Amarant Groep 01-01-2017



BIJLAGE 5: UITGANGSPUNT: STRATEGISCH KADER 'IN VERBINDING'

Het strategisch kader 'In verbinding' is de onderlegger van dit kwaliteitsrapport. In de strategie beschrijven we hoe we in verbinding met cliënten, verwanten en professionals vorm geven aan de verdere organisatieontwikkeling.

• In verbinding met cliënten en verwanten

De cliënt staat centraal bij alles wat we doen. Samen met de cliënt en zijn verwanten bekijkt de professional wat nodig is om de zelfredzaamheid te verbeteren en/of de kwaliteit van leven op een andere wijze te verhogen. De cliënt heeft hierbij zoveel als mogelijk zelf de regie. We geloven dat vanuit de relatie cliënt-professional waarde wordt toegevoegd aan het leven van de cliënt en zijn naasten. Daarom werken we vanuit de driehoek. De driehoek moet in balans zijn, met als toppositie de cliënt omdat hier alles om draait. De professional en het sociale netwerk zorgen voor een solide basis.

• In verbinding met professionals

In het proces van zorgverlening aan de cliënt is de professional de bepalende factor voor kwaliteit. In de relatie tussen de cliënt en de professional wordt de kwaliteit gemaakt. Door de ontwikkeling van krachtige teams zetten we in op meer regie bij de professional.

• In verbinding met opdrachtgevers

Met onze opdrachtgevers willen we via partnership duurzame relaties opbouwen. We lossen samen met hen moeilijke vraagstukken op en verkennen op welke wijze vragen van cliënten zich ontwikkelen. Dit om die vraag te voorzien van betere en vernieuwende antwoorden. Dat vraagt om sturing op leren en continu verbeteren.

Figuur: Werken in de driehoek

