

Stichting Het Lichtpunt

Kwaliteitsrapport 2017

KWALITEITSRAPPORT 2017

Voorwoord

2017 was het jaar van het Kwaliteitskader en een wisseling van de wacht. Marja Haasnoot ging met pensioen en drie bestuursleden zijn uit het bestuur getreden.

Het in 2015 gereed gekomen Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg is eind 2016 in proeftuinen getest door 24 zorgaanbieders. Januari 2017 is het kwaliteitskader voor de gehandicaptenzorg vastgesteld en heeft een nieuw tijdperk in het werken aan kwaliteit ingeluid, een tijdperk gericht op verbeteren en leren. 2017 is ook het jaar, waarin de in 2016 plaatsgevonden ratificatie van het 'VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap', een verandering teweeg bracht. In het verdrag staat het bevorderen van participatie en een meer inclusieve samenleving centraal. Hoe gaan we hier in Nederland invulling aan geven? Deze vraag staat nog open en verdient in 2018 een antwoord te krijgen. We kijken in 2018 terug op een dynamisch 2017 voor de langdurende zorg én vooral de mensen die daarop zijn aangewezen. Onze medewerkers werkten in 2017 dagelijks met en voor deze mensen. We werkten en werken aan vele mooie projecten. Zo hebben we gebruik kunnen maken van de expertise van een onderdeel van Waardigheid en trots om onze huidige kwaliteit van zorg te onderzoeken. Tevens werkten wij samen met het zorgkantoor en de gemeente om de veranderde zorgvragen van onze doelgroepen niet alleen op kwaliteitsgebied, maar ook financieel te borgen. We willen samen met de externe partijen en met onze gebruikers en betrokkenen, de zorg en ondersteuning passend maken voor de cliënt in plaats van andersom. We ontwikkelden nieuwe interactieve kennisbundels voor toekomstige zorgprofessionals in samenwerking met Vilans. Uitnodigend lesmateriaal motiveert en stimuleert na te denken en te discussiëren over actuele thema's in de langdurende zorg.

Voor het lichtpunt was 2017 een jaar met veel uitdagingen. We zijn half 2017 afgeweken van de koers die de toenmalige raad van bestuur had ingezet en aan de slag gegaan met de huidige koers die we eind 2017 hebben uitgezet. De algemene lijnen hebben we eind 2017 concreet gemaakt en worden in 2018 vertaald naar ons doen en laten. We kunnen nog niet zeggen dat we er al zijn, maar er zijn belangrijke stappen gezet. Op het thema 'technologie' hebben we stevig geïnvesteerd. We zien dit onderwerp als cruciaal voor de toekomst van de zorg en daarmee ook van Stichting Het Lichtpunt. Wij hebben ons ook ingezet om de teams meer eigen verantwoordelijkheid en kennis te bieden om zo sneller en flexibeler te kunnen inspelen op de vraagstukken in het veld. Deze vorm van meer zelforganisatie vraagt veel van onze medewerkers en ook een andere rol van onze staf en ondersteuning. Het was dan ook een jaar waarin we een ander ondersteunend systeem voor personele en financiële ondersteuning invoerden. We hebben ingezet op extra P&O ondersteuning en bedrijfsvoering. Dit alles vergde veel tijd en energie van alle medewerkers en van het management. We wisten op voorhand dat dat het geval zou zijn, maar als het dan zover is, blijkt het toch een grote wissel te trekken op de organisatie. Met veel inzet van onze medewerkers kunnen we terugblikken op een niet gemakkelijk jaar, maar wel een jaar waar we uiteindelijk met veel voldoening op terug kijken. Een jaar waarin we weer stevig aan de weg hebben kunnen timmeren om onze missie te realiseren: *Kwaliteit zit in de kleine dingen en in het samen werken aan goede persoonsgerichte zorg!*

Andrea Philippi

Directeur van Stichting Het Lichtpunt.

1. INLEIDING

Volgens het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017 -2022 dient het bestuur van elke instelling jaarlijks, te beginnen over het jaar 2017, een bondig kwaliteitsrapport aan te leveren als basis voor zowel interne verbetering als externe verantwoording. Het moet – naast overige informatiebronnen - in belangrijke mate worden gebaseerd op drie vaste bouwstenen en wordt aangevuld met reflecties vanuit cliënten-, verwanten- en personeelsvertegenwoordiging en (minimaal om de twee jaar) een externe visitatie. De drie genoemde vaste bouwstenen zijn:

1. Het zorgproces rond de individuele cliënt: zorgaanbieders gaan in gesprek met iedere cliënt (en/of vertegenwoordiger) en geven de uitkomsten een plek in het persoonlijk ondersteuningsplan. Dit wordt systematisch geëvalueerd, aangepast en gedeeld.
2. Onderzoek naar de ervaringen van de cliënten: allen wordt gevraagd naar hun ervaringen en zorgaanbieders gebruiken deze ervaringen om zich op alle niveaus te verbeteren. Minimaal ééns per drie jaar wordt bij alle cliënten een ervaringsonderzoek uitgevoerd, volgens een goedgekeurd instrument.
3. Zelfreflectie in zorgteams: teams doen aan systematische zelfreflectie en formuleren ontwikkelpunten voor kwaliteitsverbetering.

In de "Handreiking kwaliteitsrapport en externe visitatie" wordt gevraagd zicht te geven op zes vastgestelde kwaliteitsthema's, gevolgd door de conclusies van het bestuur: wat is sterk, wat is zwak, welke verbeteringen krijgen prioriteiten en hoe worden deze aangepakt?

In het kwaliteitsrapport van het volgende jaar wordt beschreven of die verbetertrajecten effect hebben gehad. Op deze manier ontstaat een jaarlijkse kwaliteitsmanagementcyclus. Dit sluit aan bij onze streven naar een actueel en pragmatisch kwaliteitssysteem dat de kwaliteit van leven van de cliënt verbetert en ondersteunt en waarin een continu proces plaatsvindt van beleidsafspraken, plannen maken, uitvoeren, toetsen en bijstellen.

Dit eerste kwaliteitsrapport van Het Lichtpunt moet worden gezien als een eerste stap in het ingrijpende leer- en veranderproces, waarin wij ons momenteel bevinden.

Verklaring van afkortingen die in dit document gebruikt worden in alfabetische volgorde

BSC	Balanced score card (evaluatiemiddel voor managers)
CTO	Cliënt tevredenheidsonderzoek
ECD	Elektronisch cliëntendossier
FOBO	Fouten ongevallen bijna ongevallen
ICT	Informatie communicatie technologie
IGZ	Inspectie gezondheidszorg
IVM	Instituut verantwoord medicijngebruik
LSR	Landelijk steunpunt medezeggenschap
MDO	Multidisciplinair overleg
MIC	Melding incident cliënt
MIM	Melding incident medewerker
MTO	Medewerkers tevredenheidsonderzoek
OP	Ondersteuningsplan
PDCA	Plan do check act
RI&E	Risico inventarisatie en evaluatie
VG ZZP	Verstandelijk gehandicapt, zorgzwaarte pakket
VGN	Vereniging gehandicaptenzorg Nederland
Wlz	Wet langdurige zorg
WMO	Wet maatschappelijke ondersteuning

2. ALGEMEEN

2a. Korte schets van zorg onder de Wet langdurige zorg¹.

Stichting Het Lichtpunt bestaat sinds 1975. Wij zijn een kleine, flexibele Wlz erkende organisatie in de gehandicaptenzorg. De stichting is toegelaten met de volgende functies; Persoonlijke verzorging (PV), Begeleiding (BG), Verpleging (VP) en Verblijf (VB). Wij bieden ondersteuning en begeleiding bij wonen voor mensen met een Wlz indicatie:²

- Wonen met verblijf (24 uurszorg)
- Volledig Pakket Thuis (VPT) mensen ontvangen de zorg in hun eigen woning
- Overbruggingszorg.

Er zijn 21 plaatsen voor wonen met verblijf, verdeeld over de hoofdvestiging Kerkstraat 45 en de nevenvestiging Vinkeweg 15, beide in Katwijk a/d Rijn. Een wisselend aantal cliënten maakt gebruik van VPT en Wlz-zorg. Om goed te kunnen voldoen aan de vraag van cliënten wordt samengewerkt met andere organisaties o.a. met wijkservicecentrum Binders en bij activiteiten voor cliënten die geen dagbesteding hebben. Het werkgebied van de stichting ligt in de regio Zuid-Holland Noord, in de gemeente Katwijk.

Op Locatie Het Lichtpunt wonen 17 cliënten met een WLZ-indicatie zonder behandeling. De gemiddelde leeftijd van de bewoners is 58 jaar, één bewoner is hier al sinds de oprichting. Er bestaat een grote diversiteit aan complexe problematiek bij de cliënten. Naast de verstandelijke beperking is er sprake van psychiatrische problematiek, problemen in het autistisch spectrum en dementie. De behandelend arts is de huisarts. Er is sinds november 2017 in totaal 10 uur per week een gedragsdeskundige beschikbaar. De dagelijkse personele bezetting bestaat doorgaans uit twee medewerkers (mbo-niveau 4) welke ook verantwoordelijk zijn voor de begeleiding van de cliënten op de andere locaties.

De nachtdienst is sinds kort een wakende wacht (naast een slapende wacht), welke in het hoofdgebouw verblijft en tegelijkertijd ook bereikbaar is voor calamiteiten in de dependance en bij de extramurale zorg. Er is altijd een achterwachtdienst welke benaderd kan worden bij calamiteiten. De cliënten hebben beschikking over een noodoproepsysteem. De hoofdlocatie dient ook als Steunpunt voor de buurt. Ambulante cliënten kunnen gevraagd en ongevraagd op bezoek komen.

Het Koningshof³ bestaat uit vier monumentale huisjes, gelegen direct naast de hoofdlocatie. In drie van deze huisjes wonen cliënten van Het Lichtpunt. Deze cliënten zijn geïndiceerd voor Volledig Pakket Thuis.

¹ Veel bevindingen, maatregelen, staffuncties en systemen zijn tevens van toepassing op de WMO ondersteuning. Waar nodig wordt aparte informatie in voetnoten gegeven over specifieke WMO zaken, zodat we kunnen volstaan met één kwaliteitsrapport.

² En op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) voor mensen met een WMO-indicatie:

Begeleiding thuis voor mensen die zelfstandig wonen Steunpunt
voor mensen die zelfstandig wonen.

Het aantal cliënten dat ondersteuning krijgt in de WMO is afhankelijk van de behoefte hieraan in de wijk en de doorverwijzing vanuit de sociale wijkteams. Bij toenemende zorgbehoefte bij WMO-cliënten kan doorstroming plaatsvinden naar de Wlz.

³ Op Locatie Koningshof is sprake van een WMO-team dat uit 5 medewerkers bestaat. Het is halverwege 2015 ontstaan uit het intramurale team. De teamleden zijn op basis van interesse in het Wmo-team ingedeeld. De cliënten hebben een gemiddelde leeftijd van 63 jaar. De WMO-medewerkers hebben diensten aangepast aan werkroosters van de cliënten en werken veelal in de avonduren. Het steunpunt (hoofdlocatie) wordt gebruikt door de medewerkers om gesprekken te houden met cliënten of behandelaren. Tevens helpt het WMO-team op de vrijdagavond met avondeten op de binders (samenwerking Gemiva, Raamwerk en het Lichtpunt).

De cliënten zijn grotendeels zelfstandig en halen op eigen verzoek hun avondmaaltijd op bij de hoofdlocatie. De gemiddelde leeftijd is 53 jaar. De tuin wordt volledig gerenoveerd zodat er ook activiteiten kunnen plaatsvinden en bijvoorbeeld een eigen moestuin gerealiseerd kan worden. De regentenkamer wordt in oude stijl teruggebracht en gebruikt voor vergaderingen en mogelijk voor de verhuur.

Op de Locatie Vinkeweg bevindt zich een gehuurde eengezinswoning waar de cliënten zonder permanent toezicht verblijven. Deze cliënten zijn geïndiceerd op VG ZZP 3. De woning bevat voor iedere cliënt een eigen woon-slaap vertrek en er is een gemeenschappelijke woonkamer. De medewerkers komen 's morgens om te ondersteunen bij de dag opstart en aan het einde van de middag voor de maaltijdvoorziening. In de tussentijd zijn de bewoners naar hun werk/dagopvang. De gemiddelde leeftijd is 61 jaar.

In de loop van 2017 is bij Het Lichtpunt een ingrijpend veranderingsproces op gang gekomen, mede door en gepaard gaande met het vertrek van leidinggevend en bestuursleden. Op basis van een grondige studie is onder leiding van de nieuwe directeur een strategisch beleidsplan 2018-2020 tot stand gekomen. Om de signaleerde financiële- en kwaliteitsproblematiek het hoofd te bieden zijn diverse trajecten gestart:

- Strategische heroriëntatie: verdere verkenning van vergroting van het marktaandeel, nieuwbouwmogelijkheden, uitbreiding en verbreding van het zorgaanbod. In afwachting van eventuele nieuwbouw worden noodzakelijk investeringen in materiële voorzieningen gedaan.
- Ontwikkeling en invoering van een samenhangend, toekomstgericht en stimulerend personeelsbeleid, gericht op een kwantitatief en kwalitatief juiste personeelsbezetting conform de zorgbehoefte en de benodigde kwaliteit, nu en in de toekomst.
- Het neerzetten van een adequate en toekomst vaste ICT infrastructuur, waaronder:
 - een nieuw ECD systeem en
 - een online raadpleegbaar documentatiesysteem voor o.a. een handboek met eenbladige protocollen en procedures.
Dit online raadpleegbare documentatiesysteem dat steeds actueel wordt gehouden en in lijn opgesteld, fungeert als een bondig naslagwerk en ruggensteun bij het directe werk.
- Het verder vormgeven van de bestuurs-, organisatie- en overlegstructuur en de sturingscycli. Het bestuur krijgt een meer toezichthoudende rol. De leiding naar de uitvoerende teams wordt helder ingevuld en diverse staffuncties worden/zijn in huis ingevuld. Naast de cliëntenraad komt er een medewerkersraad en de rol van deze en andere organen (MDO, FOBO/MIC/MIM), wordt nader ingevuld.
- Het verbeteren en borgen van de kwaliteit en het kwaliteitssysteem, zodat wordt voldaan aan de geldende kwaliteitseisen in het Kwaliteitskader 2017-2022, dit krijgt mede vorm door dit kwaliteitsrapport en onderliggende werkplannen. Een kerngroep kwaliteit geeft leiding aan dit traject en versterkt het draagvlak door het verstrekken van informatie en het betrekken van alle stakeholders.

Bestuur en directie streven ernaar in het eerste kwartaal van 2018 belangrijke mijlpalen te hebben neergezet:

- strategische verkenning,
- uitwerking personeelsbeleid,
- werkende ICT-infrastructuur,
- ingevulde bestuurs- organisatie- en overlegstructuur,
- concept-kwaliteitsrapport 2017 en
- afgeronde urgente kwaliteitsmaatregelen.

2b. Schets van de aanpak bij dit kwaliteitsrapport

Dit rapport is in concept opgesteld door de directeur en enkele adviseurs, die diverse gesprekken hebben gevoerd, bijeenkomsten bijgewoond en vele documenten bekeken, in het kader van de ontwikkeling van de strategie en het kwaliteitsbeleid van het Lichtpunt. Het is vervolgens besproken en aangepast in het kernteam kwaliteit in maart.

Belangrijke bronnen van informatie zijn:

- het Client Tevredenheids Onderzoek CTO 2017, en
- vooral ook de bespreking van de uitkomsten in interviews en groepsgesprekken met alle cliënten en verwanten.
- het Medewerkers Tevredenheids Onderzoek (MTO) 2016 en bijbehorende besprekingen in de zorgteams, en
- de vervolgbijeenkomsten en activiteiten in de loop van 2017.

Samen met presentaties en discussies met de teams in het kader van het veranderingsproces, zijn dit de belangrijkste momenten van teamreflectie geweest. Er heeft nog geen aparte jaarlijkse reflectie conform het kwaliteitskader plaatsgevonden. Relevante informatie is ontleend aan:

- het onderzoek in november van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd naar het onderbouwd voorschrijven van psychofarmaca in de gehandicaptenzorg,
- een interne systeemcontrole ondersteuningsplannen medio 2017, en
- verslagen van bestuur, cliëntenraad en bewonersoverleg.

In april en mei is dit rapport besproken met het bestuur, de cliëntenraad en in een bijeenkomst met alle medewerkers (vooruitlopend op een in te richten medewerkersraad).

2c. Aanpak externe visitatie

Het lichtpunt wil dit iedere twee jaar doen door middel van het voorleggen van ons kwaliteitsrapport aan minimaal twee externe deskundigen. Conform de handreiking gaat het om:

- een externe reflectie op de degelijkheid van de aanpak,
- het informatiegehalte,
- de volledigheid van de vastgelegde thema's en
- de logica van gekozen verbetertrajecten.

Het bestuur neemt daarbij het cliëntperspectief nadrukkelijk mee.

Mei 2018 is een eerste externe visitatie uitgevoerd, met een tweeledig doel. Enerzijds als een zeer belangrijke schakel in ons eigen leer- en verbeterproces en onze externe verantwoording, anderzijds om ervaring op te doen met deze vorm van reflectie en ervan te leren voor de opzet van de volgende visitatie in 2020.

3. THEMA'S

3a. De kwaliteit van het zorgproces rond de individuele cliënt.

Dit thema betreft persoonsgerichte zorg, het systematisch werken met het ondersteuningsplan in dialoog met de cliënt, actueel zicht op de gezondheidsrisico's van elke cliënt en de kwaliteit van bestaan van iedere cliënt.

De basis wordt gevormd door het ondersteuningsplan. Formeel waren deze alle 40 (19 WLZ 3 VPT 18 WMO) in 2017 redelijk op orde:

- op tijd besproken (= binnen een jaar),
- voorblad ingevuld en getekend,
- een geldige indicatie, en
- een risico analyse aanwezig en de juiste lay-out.

Bijna de helft was weliswaar onvolledig, maar dit betrof "kleine puntjes op de i". Zeven plannen waren te laat, hetgeen volgens het management, te wijten was aan achterstallig werk bij de gedragsdeskundige die de plannen nakijkt, voordat ze worden besproken met cliënten en hun vertegenwoordigers. Dit is rechtgezet door in het najaar een nieuwe gedragskundige met meer uren in te schakelen.

Inhoudelijk kunnen echter de nodige vraagtekens worden gezet bij de kwaliteit en de diepgang van de plannen en de kwaliteit van de daarop gebaseerde zorg. Zeker tegen de achtergrond van het Kwaliteitskader, dat vraagt om verdieping van de dialoog tussen cliënt en medewerker, meer steun bij de opbouw van een sociaal netwerk en het sterker zoeken van verbinding met de samenleving met het oog op participatie. Enkele in het oog springende constatering zijn:

- Cliëntgerichtheid. Mede naar aanleiding van het MTO is door de medewerkers vastgesteld dat er te weinig inzicht in en overzicht van de niveaus en beperkingen van de cliënt is. Daardoor wordt niet altijd goed ingespeeld op de hulpvraag van de cliënt. Voor de cliënt is niet altijd duidelijk wie aanspreekpunt is, deze wordt door te veel mensen aangesproken tijdens de diensten. Er is vaak sprake van overprikkeling. Communicatie met cliënten met verschillende verstandelijke en sociaal-emotionele niveaus is uiterst lastig.

Diverse verbeteringen zijn opgepakt, waaronder

- een eerste bijscholing op het gebied van communicatie (via de cursus "geef me de vijf"). Het is nodig dit voort te zetten, o.a. met:
 - inschakeling van de gedragskundige,
 - een meer toegespitste training,
 - eenduidige hulpmiddelen (pictogrammen),
 - aanpassing van het format van het ondersteuningsplan,
 - intervisie en teamreflectie.

Dit sluit aan bij de opgave de dialoog met de cliënt te verdiepen.

- Naast de wensen van de cliënt is de ZZP-indicatie een belangrijke indicator voor de invulling van het ondersteuningsplan. Dit lijkt niet in alle gevallen zo te zijn en er zijn signalen dat het overgrote deel van de intramurale cliënten een te lage indicatie heeft. De nieuwe gedragsdeskundige springt in bij incidenten. Zij heeft een plan voorbereid en is per januari 2018 te gestart met de herindicatie van de cliënten.
- Zorgprotocollen zijn niet up-to-date online beschikbaar en de medewerkers zijn niet altijd op de hoogte van de werkprotocollen. Het Kwaliteitshandboek beperkt zich tot procedures, de inhoud is

veelal onvolledig en achterhaald. Protocollen voor het werken met het ondersteuningsplan, professioneel werken en dwang en vrijheidsbeperkende maatregelen ontbreken, of zijn achterhaald.

- De PDCA cyclus rond het ondersteuningsplan is niet transparant en onvoldoende geborgd.
- Het onderdeel wilsbekwaamheid is niet (voldoende) verwerkt in het OP. De risicoplanning is niet transparant en onvoldoende geborgd. Er zit geen uitvoeringsverzoek van de arts in het dossier.
- Cliënten voelen zich gelukkig en gezond, zijn tevreden met hun woonsituatie en kunnen komen waar ze willen buiten de woonlocatie. Sommigen voelen zich niet altijd prettig bij hun medebewoners, zijn weleens bang en vinden het eten niet altijd goed. Verwanten bevestigen dit beeld en geven aan dat enkelen graag een relatie zouden willen hebben en één verwante wenst creatievere opdrachten. Ondanks dit overwegend positieve beeld van het welzijn van de cliënten ligt er nog duidelijk de "opdracht" – hoe moeilijk ook – (nog) meer steun bij de opbouw van een sociaal netwerk te geven en de maatschappelijke participatie te versterken.

3b. De ruimte die cliënten hebben op het gebied van eigen regie.

Dit thema betreft de regie over het eigen bestaan en hoe de organisatie dit versterkt, de omgang met vrijheidsbeperkende maatregelen ("nee, tenzij") en de zeggenschap en invloed van cliënten op locatieniveau.

De zelfregie van de bewoner krijgt nog te weinig aandacht. In het CTO meldt een aantal verwanten dat begeleiders wel eens te veel voor hun familielid bepalen. Wel is een basis aanwezig om de zelfregie te versterken. Cliënten (en verwanten) vinden immers dat ze het tegen de begeleiders kunnen zeggen als ze het ergens niet mee eens zijn. Zij vinden over het algemeen ook dat de informatievoorziening – onder ander over veranderingen op de woonlocatie – goed is.

Vrijheidsbeperkende maatregelen als afzondering op de eigen kamer en gedwongen toediening van vocht en voeding komen voor. Protocollen "werken met dwang en vrijheidsbeperkende maatregelen", ontbreken of zijn achterhaald. Er is een duidelijke en nieuwe (nee, tenzij-) lijn nodig. Er vindt geen systematische raadpleging van cliënten en verwanten plaats over de geboden zorg, de ondersteuning en over de kwaliteit van bestaan. Er zijn wel huiskamergesprekken met de bewoners (zonder uitnodiging van de verwanten) die geleid worden door een medewerker. In maart 2017 heeft de onafhankelijke cliëntenvertrouwenspersoon zich voorgesteld aan de cliëntenraad en aangekondigd ongeveer 5x per jaar naar het Lichtpunt te komen en tussentijds altijd benaderd te kunnen worden. Deze zal ook het bewonersoverleg per kwartaal gaan leiden, zodat bewoners vrijuit kunnen praten.

3c. De ervaringen van cliënten.

Wat vinden cliënten van hun kwaliteit van bestaan en de kwaliteit van de geboden zorg.

Met het cliëntervaringsonderzoek in het tweede kwartaal van 2017 is inzicht verkregen in ervaringen van cliënten die wonen bij Het Lichtpunt en hun verwanten¹. Het ervaringsonderzoek heeft zich gericht op een

⁴Van de WMO cliënten en hun verwanten is het gemiddelde rapportcijfer een 8,2. In de groepsgesprekken worden de gemiddelde cijfers als goed en herkenbaar gewaardeerd. De deelname van de verwanten is te gering voor algemene conclusies.

Sterke punten volgens de cliënten zijn:

Hulp krijgen die nodig is • Bereikbaarheid • Overleg over het ondersteuningsplan • Tijd die de ondersteuner voor je heeft • Houden aan afspraken • Prettig voelen bij de ondersteuner • Tegen begeleiders kunnen zeggen als je ergens niet mee eens bent • Geinformeerd worden over veranderingen in de ondersteuning.

Stichting Het Lichtpunt Kwaliteitsrapportage 2017

aantal aspecten van de kwaliteit van zorg en bestaan. Cliënten en verwanten hebben hierover hun ervaringen, mening en wensen kenbaar gemaakt. Hieronder staat een samenvatting van de conclusies van het LSR.

De respons is zowel bij cliënten als verwanten 100%. We kunnen daardoor met zekerheid stellen dat de ²uitkomsten van de vragenlijsten representatief zijn voor de groep cliënten en verwanten / wettelijk vertegenwoordigers. Bovendien kwamen de resultaten over het algemeen herkenbaar terug in het groepsgesprek met cliënten. De respons in het groepsgesprek met verwanten is te laag om hierover een conclusie te kunnen trekken. Vijftien cliënten en twintig verwanten hebben een rapportcijfer gegeven voor woonlocatie Het Lichtpunt. Het gemiddelde rapportcijfer van cliënten is een 9,2; dat van verwanten een 8,2. Beide groepen geven alleen cijfers van acht en hoger. In de groepsgesprekken worden de gemiddelde cijfers als goed en herkenbaar gewaardeerd. Uit de vragenlijst komt naar voren dat de cliënten positief zijn over het wonen

bij Het Lichtpunt en de ondersteuning die ze krijgen. Er zijn dan ook zeven sterke punten uit de vragenlijst voor cliënten naar voren gekomen.

Ook de verwanten zijn positief. Bij de verwanten komen uit de vragenlijst zelfs veertien sterke punten naar voren.

Hieronder staan de sterke punten nog eens op een rij:

- Cliënten: De eigen woning / kamer*; Kunnen komen waar je wilt buiten de woonlocatie*; Goede dagbesteding*;
- Genoeg leuke dingen te doen 's avonds en in weekend*; Houden aan afspraken door begeleiders*; Tegen begeleiders kunnen zeggen als je het ergens niet mee eens bent*; Hulp krijgen die je nodig hebt.

De eerste zes punten (*) komen ook bij de verwanten als sterk uit de bus. Daarnaast geven dezen de volgende sterke punten aan: Op gemak voelen van familielid op de woonlocatie; Luisteren door begeleiders naar familielid; Prettig voelen van familielid bij persoonlijk begeleider; Op tijd vertellen van veranderingen op woonlocatie aan familielid; Indruk dat familielid zich gelukkig voelt; Als verwant serieus genomen voelen door medewerkers woonlocatie; Als verwant voldoende betrokken worden bij belangrijke zaken over familielid; Als verwant op tijd geïnformeerd worden over ontwikkelingen en veranderingen op de woonlocatie.

Ook in de opmerkingen die cliënten maken komen positieve punten rondom het wonen naar voren, zoals de eigen kamer en dat er gezamenlijke activiteiten zijn. Daarnaast waarderen de cliënten de begeleiding die ze krijgen. De verwanten noemen in grote lijn dezelfde aspecten, waarbij zij ook aangeven de sfeer en omgang binnen Het Lichtpunt te waarderen.

Uit de analyse van de gesloten vragen bij cliënten komen geen aandachts- of verbeterpunten naar voren en bij de verwanten slechts één aandachtspunt: de Tijd die begeleiders voor hun familielid (de cliënt) hebben.

Het onderzoek levert geen verdere aanvullende informatie op over het aandachtspunt 'tijd van begeleiders' dat bij de verwanten naar voren komt. Wel noemen enkele cliënten de tijd die de begeleiders hebben in relatie tot bepaalde wensen die zij hebben, bijvoorbeeld om mee te gaan naar een activiteit.

Een aantal vragen, die niet als aandachtspunt naar voren komen, valt toch op omdat men hierop relatief kritischer antwoordt dan op de andere vragen. Daarnaast maken cliënten en verwanten opmerkingen waaruit mogelijk verbeterpunten te halen zijn.

Zo voelen niet alle cliënten (6) zich prettig bij hun medebewoners, vindt niet iedereen (5) het eten lekker en is een aantal cliënten (5) wel eens bang op de woonlocatie. Uit de gemaakte opmerkingen komen de volgende

punten naar voren die aandacht lijken te verdienen: het gevoel van welbevinden binnen de woonlocatie met name wat betreft interacties en samenleven met andere cliënten, individuele informatievoorziening en begrip van ontwikkelingen rondom het gebouw, de samenstelling van het menu en wensen rondom het afwassen van de vaat (inmiddels is er een vaatwasser geïnstalleerd).

Bij de verwanten valt op dat een aantal van hen (5) vindt dat begeleiders wel eens te veel voor hun familielid bepalen.

Wat kan er nog beter volgens onze cliënten?

De aandachtspunten die we uit de onderzoeken en interviews terugkrijgen van cliënten liggen met name op het gebied van gezondheid en het persoonlijk welbevinden. Cliënten voelen zich niet altijd prettig in hun buurt en hebben wel eens gevoelens van eenzaamheid of angst in hun woning. Wensen en verbeter suggesties die cliënten noemen, gaan met name over het wonen in de toekomst en behoefte aan bepaalde contacten, bijvoorbeeld een relatie of iemand om leuke dingen mee te doen. Daarnaast zijn er diverse individuele wensen.

3d. Samenspel in zorg en ondersteuning.

Hier gaat het om de relatie cliënt, medewerkers en familie, de aanpak ter versterking van het informele netwerk van de cliënt en de samenwerking tussen begeleiders en behandelaars.

Uit het CTO en de gesprekken daarover blijkt dat verwanten zich serieus genomen voelen en vinden dat zij voldoende worden betrokken bij belangrijke zaken over hun familielid en dat de medewerkers hen op tijd informeren over ontwikkelingen en veranderingen op de woonlocatie.

Voor de afstemming tussen begeleiders en behandelaars is een verbeteractie in gang gezet.

De jaarlijkse medicatiebeoordeling moet voor alle cliënten gelden en de samenwerking tussen de huisarts en de apotheker op dit punt moet beter. Het bewustzijn bij zorgverleners en behandelaren rond het onderbouwd voorschrijven van psychofarmaca moet groter worden. Dit wil Het Lichtpunt bereiken door te komen met gericht beleid en door het instellen van multidisciplinair overleg, dat laatste ontbreekt nu (inmiddels gebeurd). Op dit moment staan de gedragsdeskundige en arts op afstand. Hierdoor wordt onvoldoende breed gekeken naar het nut en de noodzaak van het gebruik van psychofarmaca. Er is bij de zorgverleners sprake van acceptatie dat cliënten langdurig psychofarmaca krijgen omdat ze stabiel zijn. Een kritische houding ontbreekt.

Er moet een verbinding zijn tussen wat bijvoorbeeld uit een jaarlijkse medicatiebeoordeling komt en het ondersteuningsplan van de cliënt. Hierdoor kunnen zorgverleners en behandelaren op een methodologische wijze werken aan het onderbouwd voorschrijven van psychofarmaca. (Bron: inspectierapport IGZ).

3e. Borging van veiligheid in zorg en ondersteuning.

Dit thema omvat het accuraat omgaan met aanmerkelijke gezondheidsrisico's van de cliënt en het veilige gebruik van medicatie en medische hulpmiddelen.

Er zijn signalen dat de preventie en beheersing van (gezondheids) risico's en de melding en opvolging van incidenten niet structureel geregeld is.

- Er moet consequenter worden omgegaan met hygiëne (schoonmaken, persoonlijke hygiëne),
- er is een verouderd brandveiligheidsplan,
- Er is geadviseerd het beleid met betrekking tot grensoverschrijdend gedrag, reanimatie en geldbeheer van bewoners te verduidelijken, ook al hebben zich tot op heden geen zware incidenten voorgedaan,

- Het toezicht met name in de nacht en op locatie Vinkenweg is onvoldoende geborgd. (De slapende wacht is inmiddels omgezet naar een wakende).

Het is de vraag of alle incidenten worden gemeld. Een vermeend seksueel overschrijdend incident is bijvoorbeeld in eerste instantie niet gerapporteerd en niet gemeld. Dit is inmiddels rechtgezet en overigens is vastgesteld dat er geen sprake is geweest van deze vorm van overschrijdend gedrag.

Er is een nieuwe klachtenregeling opgesteld conform het model van de VGN. De nieuwe **klachtenfunctionaris** is in september komen kennismaken.

De medicatieveiligheid voldoet niet aan de eisen. Het melden van middelen en maatregelen blijft achterwege door gebrek aan kennis bij het personeel. Dit geldt bijvoorbeeld voor psychofarmaca.

Op dit gebied zijn direct na constatering van enkele hiaten najaar 2017 de nodige verbeteringen aangebracht:

De medicatieveiligheid- en -voorschrift zijn in overleg met apotheker en huisartsen in zijn totaliteit onder de loep genomen een aangepast. De MDO-structuur is aangepast.

De medicatieruimte was gevuld met oude spullen, verpakkingen etc. of niet relevante spullen voor een medicatieruimte. De aanwezige documenten en protocollen waren verouderd. In overleg met de medewerkers is dit direct aangepakt door een externe coach die voor de teams de ruimte heeft geordend.

Er is een hightech medicijnkar aangeschaft om het risico voor de cliënten te verkleinen. Die kan op slot en fungeert ter vervanging van minder controleerbaar beleid. Voorheen waren er roze bakjes met 8 uren medicatie en als de laatste was gegeven was het goed. Zonder controlemogelijkheid of het bij de juiste cliënt op het juiste tijdstip was gegeven.

Ook waren er geen duidelijke afspraken omtrent uitdelen en aftekenen van medicatie. Zo werd er bij het medicijn insuline niet tweemaal afgetekend. Wel gecontroleerd maar niet zichtbaar gemaakt d.m.v. aftekenen. Na tussenkomst van de coach zijn hier duidelijke afspraken over gemaakt met het team, ten bate van de cliënt, en worden deze opgevolgd.

De temperatuur van de oude koelkast daalt wanneer de deur geopend wordt. Dat heeft mogelijk effect op de kwaliteit van medicatie. Er is een nieuwe koelkast aangeschaft en in gebruik genomen waarbij temperatuurdaling niet mogelijk is.

Er was geen samenwerkingsovereenkomst met een apotheek beschikbaar. Er waren wel mondelinge afspraken gemaakt maar niets vast gelegd of terug te vinden. Er is inmiddels een mooie nieuwe overeenkomst opgesteld en door alle partijen ondertekend.

Er was geen medicatie scholing gevolgd door de medewerkers. Inmiddels hebben alle medewerkers die bevoegd zijn de volgende trainingen gevolgd en gehaald:

- *Basiskennis Medicatie gebruik Gehandicaptenzorg,*
- *Medicijngroepen Gehandicaptenzorg en basiskennis Bijwerkingen (IVM).*

Zij worden bijgeschoold middels e-learning. Een training voor de nieuwe medicijnkar heeft iedereen gehaald. (interne rapportage)

Eind november vond het inspectiebezoek Onderbouwd voorschrijven psychofarmaca in de gehandicaptenzorg door de IGZ plaats. Kort samengevat is het beeld (rapport februari 2018):

Uit het onderzoek van de inspectie blijkt dat Het Lichtpunt op zeven van de negen getoetste normen grotendeels onvoldoende scoort. Op één norm voldoet Het Lichtpunt en op één norm voldoet Het Lichtpunt grotendeels. Bij Het Lichtpunt ontbreken meerdere voorwaarden om te komen tot onderbouwd voorschrijven van psychofarmaca en de mogelijke afbouw daarvan. Er wordt niet multidisciplinair gewerkt en behandelen, zoals de gedragsdeskundige, staan op afstand. Er is geen cultuur van kritisch kijken naar het (langdurig) gebruik van psychofarmaca. Dit proces wordt ook niet geholpen door de manier waarop de

Stichting Het Lichtpunt Kwaliteitsrapportage 2017

medicatiebeoordeling plaatsvindt. Het Lichtpunt is zich bewust van deze tekortkomingen en zet acties in gang. Zo is geïnvesteerd in:

- extra medicatiescholing, waar het gebruik van psychofarmaca deel van uitmaakt,
- aan zorgverleners wordt de gedragsdeskundige meer in positie gebracht en kijkt de zorgaanbieder hoe ze andere disciplines (zoals de huisarts) beter kan betrekken bij de zorg.

Het Lichtpunt moet naar oordeel van de inspectie nog slagen maken om te komen tot het onderbouwd voorschrijven van psychofarmaca.

Op grond hiervan verwacht de inspectie verbetermaatregelen en vier maanden na vaststelling van dit rapport een gedetailleerd resultaatsverslag. De inspectie zal na ontvangst van het resultaatsverslag beoordelen of zij verdere stappen neemt of dat het toezichttraject van het bezoek kan worden afgesloten.

3f. Betrokken en vakbekwame medewerkers.

Bij dit thema wordt nagegaan hoe de medewerkers de kwaliteit van het werk ervaren, of medewerkers voldoende zijn toegerust voor hun taken en hoe medewerkers leren en ontwikkelen.

In het Medewerkers Tevredenheids Onderzoek (MTO 2016, besproken in 2017), scoort Het Lichtpunt volgens de medewerkers hoog op bevoegdheid, betrokkenheid, tevredenheid en klantgerichtheid, redelijk op efficiency en het laagst op leiderschap. Overall komt Het Lichtpunt in een VGN benchmark voor kleine zorginstellingen als vierde uit de bus.

De medewerkers zijn het meest tevreden met:

- de inhoud, kansen, verantwoordelijkheid en ruimte van/in hun werk bij Het Lichtpunt.
- Het Lichtpunt wordt ervaren als een uitdagende en waarderende organisatie waar men zich thuis voelt.
- Ontwikkelingsmogelijkheden en beloning
- Arbeidsomstandigheden
- Werkdruk
- Zij willen graag bij Het Lichtpunt blijven werken

Het minst tevreden zijn zij met:

- de motivatie van- het informeren door- en het contact met de plaatsvervangend directeur,
- over de communicatie (meepraten over organisatie brede onderwerpen en
- het uitdragen van strategie en beleid naar de werkvloer
- het onderling aanspreken van elkaar door collega's

Zij scoren zonder uitschieters op ontwikkelingsmogelijkheden, beloning, (blijven) werken bij Het Lichtpunt

Enkele vragen rond de door de organisatie zelf ingevoerde Rie Psychosociale Arbeidsbelasting (onderdeel RI&E) scoren laag zoals de voorlichting over ongewenst gedrag, werkdruk, het kunnen raadplegen van een arbeidspsychologisch adviseur en bouwkundige maatregelen ter voorkoming van ongewenst gedrag. Desgevraagd maken de kleinschalige organisatie, korte lijnen, fijne betrokken collega's, leuke bewoners, verwanten en vrijwilligers, het werken leuk en uitdagend. De belangrijkste verbeterpunten betreffen de communicatie met de cliënt, de collega's (elkaar aanspreken) en in de lijn (leidinggevende, directie, bestuur).

Overigens was het ziekteverzuim in 2017 zeer laag (1,5%).

De uitkomsten zijn uitgebreid besproken in een bijeenkomst met alle medewerkers in februari. Verbeteracties voor de volgende vier belangrijke problemen wil men proberen met elkaar vast te houden en te borgen.

- De communicatie binnen het team (overdracht, agenda, afvinklijst) verloopt niet naar behoren en geeft daardoor irritaties. Het kost tijd en energie en zorgt soms voor onrust bij cliënten.
- Collega's geven geen feedback aan elkaar. Er is onvolledige communicatie naar elkaar o.a. huishouding, invalkrachten en WMO team. (ambulant)

- Door direct leidinggevende wordt niet duidelijk gecommuniceerd over beleid en regels, collega's worden wel aangesproken op het niet nakomen hiervan. Het is niet duidelijk wat verwacht wordt van een zelf organiserend team, er wordt los gelaten en weer terug gefloten. Leidinggevende moet zich kwetsbaar opstellen en aangeven dat we met zijn allen nog zoekende zijn.
- Clientgerichtheid: Er is te weinig inzicht/overzicht in niveau/beperkingen van de cliënt. Daardoor wordt niet altijd goed ingespeeld op de hulpvraag van de cliënt. Voor de cliënt is niet altijd duidelijk wie aanspreekpunt is, wordt door te veel mensen aangesproken tijdens de diensten. Er is vaak sprake van overprikkeling. (Zie verder onder 3a.)

Op de eerste twee punten zijn diverse kleinere verbeteringen doorgevoerd en is nog even geëxperimenteerd met het instrument Teamie. Verder zijn ze samen met het derde traject "ingehaald" door en opgepakt in het eerder beschreven ingrijpende veranderingsproces bij Het Lichtpunt, dat later in het jaar op gang is gekomen.

Met betrekking tot de toerusting van het personeel voor de taak:

- De huidige formatie lijkt te krap, zeker als ook rekening wordt gehouden met herindicatie van cliënten. Vooruitlopend op een meer systematische vaststelling van de benodigde kwantitatieve en kwalitatieve formatie is werving van enkele medewerkers niveau 4/5gestart.
- Het personeel moet worden bijgeschoold (met betrekking tot gezondheidsrisico's, medicatie verstrekking en voorbehouden handelingen en op –communicatieve- competenties). Ook het huishoudelijk personeel.
- Uitbreiding van het aantal vrijwilligers verdient aanbeveling.

Over leren en ontwikkelen is het volgende geconstateerd:

- Intercollegiale toetsing en kennisoverdracht vindt onvoldoende plaats. Lerend klimaat nog onvoldoende.
- Zelforganisatie en zelfreflectie zijn niet gestroomlijnd en niet gefaciliteerd.
- Een scholingsplan wordt gemist; (bij)scholing vindt incidenteel plaats.
- Het handboek is incompleet. Een actueel en online beschikbaar protocollenbestand wordt gemist.

Er hebben inmiddels 2 teamsessies plaatsgevonden waarin het urgentiebesef tot kwaliteitsverbetering aangewakkerd is. Er is een hbo-verpleegkundige aangenomen welke is gestart is met training on the job. De structurele ontwikkeling van een modern personeelsbeleid is onderdeel van het veranderingsproces.

4. CONCLUSIES

4a. Beeld van de kwaliteit van zorg en ondersteuning volgens het bestuur van de organisatie.

Wat is sterk en wat is zwak.

Het algemene beeld dat opdoemt uit de voorgaande beschrijving is dat er nog veel werk moet worden verzet om geheel aan de eisen van het kwaliteitskader en de doelstellingen daarachter te voldoen. We vertrouwen er op dat we dat in 2018 kunnen bereiken.

We kunnen immers voortbouwen op zeer sterke punten:

- Het grote vertrouwen en de zeer positieve waardering van de cliënten en hun verwanten.
- De grote betrokkenheid, gedrevenheid en tevredenheid van de medewerkers.
- Het snel oppakken van kwaliteitsverbetering als de noodzaak wordt gevoeld (voorbeeld: medicatie).

En we kunnen ons zeker verbeteren op onze zwakke punten:

- De omslag van een "aanbodgerichte" naar een "vraaggerichte" benadering van de cliënt vergt nog veel.
- Er is nog een te veel verouderde, ingesleten of "vergeten" werkwijze enerzijds en improvisatie anderzijds.
- Het lerend vermogen van de organisatie, de teams en de medewerkers moet worden opgevoerd.

4b. Keuzes die het bestuur maakt ten aanzien van kwaliteitsverbetering

Prioriteiten.

Deze sluiten aan bij de belangrijkste constatering in hoofdstuk 3.

- Het versterken onze zwakke punten en
- het voortbouwen op onze sterke punten.

Onze prioritaire verbetertrajecten zijn:

- Ondersteuningsmanagement.

Met deze term wordt benadrukt dat het ons niet alleen gaat om het ondersteuningsplan maar om de complete sturingscyclus (plan-do-check-act) en met een juiste betrokkenheid van alle partijen. Onder 3a van dit kwaliteitsrapport zijn verbeterpunten naar voren gekomen, waarop onze aanpak een antwoord zal moeten geven.

- Professionalisering.

Dit vergt het ontwikkelen en vervolgens up to date houden van enerzijds adequate werkprocessen (in begrijpelijke uitgangspunten en handzame protocollen) en anderzijds de kennis en competenties van voldoende vakkundig personeel. Het zal de nodige tijd en inspanning kosten om dit voor alle relevante werkprocessen te realiseren.

- Zelfreflectie in teams.

In dit traject gaan we de derde bouwsteen van het kwaliteitskader (verder) inrichten. Elk zorgteam komt periodiek tot een gerichte reflectie op kwaliteit aan de hand van de voorgeschreven, naast de eventueel zelfgekozen, thema's. Bevindingen worden vastgelegd in een beknopt overzicht en leiden tot ontwikkelpunten voor kwaliteitsverbetering.

Het zal duidelijk zijn dat deze drie verbetertrajecten elkaar sterk ondersteunen en stevig in elkaar grijpen. De kerngroep kwaliteit zal de samenhang bewaken, evenals de link naar het algemene verandertraject van Het Lichtpunt (ICT, HRM, huisvesting, organisatie- en overlegstructuur, jaarplancyclus/BSC, externe communicatie).

4c. Korte uitleg aanpak prioriteiten.

(en in volgende jaren ook een voortgangsrapportage over de verbetertrajecten in het vorige kwaliteitsrapport).

De kerngroep kwaliteit volgt een uniforme werkwijze voor alle verbetertrajecten. Per traject wordt een beknopt werkplan 2018 (doel, acties, resultaten, meting) opgesteld, concreet voor het eerste kwartaal en abstracter voor de volgende kwartalen. Per kwartaal wordt het werkplan verder ingevuld en zo nodig bijgesteld. De meting bestaat in ieder geval uit rapportages in het ECD, controle en kwartaalrapportage door de (team)manager en de kwartaalsgewijze interne audit. Daarnaast komt input uit externe visitatie, teamreflecties en de diverse overleggen. Soms is er een specifieke rapportage en/of toetsing (b.v. geneesmiddelencommissie, Inspectie).

Ondersteuningsmanagement.

Het traject is gestart met het opstellen van ondersteuningsplannen per cliënt in het eerste kwartaal. Het zorgproces rond de individuele cliënt (de eerste bouwsteen van het Kwaliteitskader) moet voor elke persoon helder zijn:

- de zelfredzaamheid en ondersteuningsbehoeften (wat is nodig)
- de gezondheidsrisico's en veiligheid (een individuele risico-weging)
- de ervaren kwaliteit van bestaan (welke tekorten, wat doen we eraan)
- de betrokkenheid van familieleden en belangrijke anderen
- de afspraken over dagelijkse zorg en ondersteuning (komen we afspraken na).

De organisatie zorgt ervoor dat het plan in samenspraak met de cliënt is opgesteld en dat het plan actueel is. Bijzondere aandachtspunten:

- Verdieping van de dialoog tussen cliënt en zorgverleners (begeleiders, verzorgenden, verpleegkundigen en behandelaars). Degelijke voorbereiding in het MDO.
- Versterking van het sociaal netwerk van de cliënt en maatschappelijke participatie.
- Een betere persoonlijke afweging bij gezondheidsrisico's, in plaats van het hanteren van rigide protocollen.
- Naast de wensen van de cliënt is de ZZP-indicatie een belangrijke indicator voor de invulling van het ondersteuningsplan. De gedragsdeskundige is, samen met de persoonlijke begeleider in januari 2018 gestart met de herindicatie van de cliënten.
- Meenemen van aandachtspunten uit het CTO in de dialoog, - Alle informatie wordt vastgelegd in het (nieuwe) ECD.

Vervolgens wordt er volgens plan uitgevoerd en per kwartaal geëvalueerd en bijgesteld. Minimaal 2x per jaar wordt het zorgplan besproken met cliënt en/of familie. De cliënt en/of familie zijn aantoonbaar betrokken bij de evaluaties.

Professionalisering.

Het ontwikkelen/moderniseren en doorvoeren van adequate werkprocessen (beleid/protocollen) zal de nodige tijd en inspanning kosten. Het ligt voor de hand daarom in het eerste kwartaal te beginnen met het afronden van het medicatietraject (inclusief de rapportage daarover aan de Inspectie), de werkwijze rond het ondersteuningsplan en het organiseren van een aantal basale voorzieningen zoals het verkrijgen van alle Vilansprotocollen en het maken van afspraken met de apotheek. Vervolgens, en zo nodig ook in het tweede en derde kwartaal, volgen dan:

- Voorbehouden en risicovolle handelingen
- Vrijheidsbeperkende maatregelen
- Procedure omgaan met probleemgedrag / onbegrepen gedrag
- Melding van incidenten en bijna-ongelukken (FOBO)
- Passende hulp bij eten en drinken, adequaat toezicht en permanente alertheid.

In de loop van het jaar verschuift de aandacht naar het optimaliseren en bewaken van de kwaliteit van de uitvoering en het up to date houden van de werkwijzen.

Met betrekking tot de kennis, competenties en beschikbaarheid van personeel wordt de volgende aanpak gehanteerd:

- In het eerste kwartaal wordt voor het bevoegd en bekwaam uitvoeren van voorbehouden en risicovolle handelingen een individueel scholingspaspoort ontwikkeld, assessoren opgeleid en medewerkers afgetoetst op verpleegkundige handelingen.
De teammanager checkt regelmatig de BIG scholing.
- Medewerkers worden zodanig geschoold in het gebruik van het nieuwe ECD en ICT-infrastructuur, dat zij er vanaf 1 april 2018 mee kunnen werken.

- De manager coacht en ondersteunt medewerkers bij de rapportage OP. Scholing m.b.t. het formuleren van ondersteuningsdoelen en het rapporteren vindt plaats in het eerste en tweede kwartaal 2018.
- Medewerkers krijgen de benodigde scholing om verantwoord te kunnen werken met de doelgroep en de zorgproblematiek van de cliënten door middel van casusbesprekingen en klinische lessen. In het eerste kwartaal wordt daarvoor de planning gemaakt en worden de lessen voorbereid.
- Periodieke scholing omtrent FOBO-meldingen start uiterlijk medio 2018.
- Capaciteitsplanning, personele bezetting en roosters zijn bijzondere punten van aandacht en bespreking. In de loop van het jaar wordt door P&O een systematiek ontwikkeld voor bepaling van de kwalitatieve en kwantitatieve formatie in relatie tot de zorgvraag en zorgzwaarte-indicaties en de financiële kaders.

Zelfreflectie in teams.

Dit traject wordt in het eerste kwartaal nader ingericht met en door de teams.

Elk zorgteam komt periodiek tot een gerichte reflectie op kwaliteit aan de hand van de voorgeschreven thema's, naast eventuele zelfgekozen onderwerpen; 'wat doen we goed, wat staat zwak en wat moet beter'. De bevindingen worden vastgelegd in een beknopt overzicht, dat opvraagbaar is o.a. voor de interne en externe betrokkenen.

Verplichte onderwerpen zijn: -

- het proces rond de individuele cliënt:
 - Is er een actueel plan?
 - Worden afspraken nagekomen?
 - Is er zicht op veiligheid en gezondheidsrisico's per cliënt? en
 - doen we wat nodig is?
- de kwaliteit van de relatie tussen cliënt en medewerkers
 - bejegening en communicatie,
 - de competenties van medewerkers en de samenwerking in het team en met de nabije familie
 - de borging van veiligheid op enkele gebieden die door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) met de landelijke stuurgroep als prioriteit zijn aangemerkt (b.v. veilige geneesmiddelenzorg en 'zorg en dwang').

Volgens het kwaliteitskader dient deze reflectie minimaal één's per jaar plaats te vinden. We gaan de teams het idee voorleggen om in dit bijzondere jaar 2018 met een hogere frequentie – n.l. na afloop van ieder kwartaal - een teamreflectie te organiseren om de volgende redenen:

- we willen een aantal keren oefenen met dit instrument vóór de "officiële" teamreflectie eind 2018
- we zien dit ook als voertuig voor verbetering/behoud van de communicatie en feedback binnen het team.
- De verplichte onderwerpen raken onze prioriteiten direct; (proef)teamreflecties kunnen sterk bijdragen.
- Tevens gaan we na of er behoefte is aan zelfgekozen extra onderwerpen.

BIJLAGEN.

REFLECTIE VAN CLIËNTENRAAD EN MEDEWERKERSRAAD

BEVINDINGEN EXTERNE VISITATIE

ALGEMENE SAMENVATTING

SAMENVATTING VOOR CLIËNTEN

OVERZICHTEN GEGEVENS GEBRUIKTE BRONNEN.

MTO Effectory 2016 en bespreking februari 2017

Quickscan Financiën en Bedrijfsvoering AAG september 2017

Clïent Tevredenheid Onderzoeken intra- en extramuraal LSR 2017

Interne systeemcontrole Ondersteuningsplannen 2017

FOBO-verslag Q1, Q2, Q3 2017

IGZ rapport medicatie februari 2018.

Notulen werkoverleg, cliëntenraad, teamoverleg, etc.

Strategisch plan 2018-2020.

Concept werkplan 2018.

Het belang van reflectie in de zorg is groot en wordt in het nieuwe kwaliteitskader als een van de bouwstenen benoemd. Het kwaliteitskader gehandicaptenzorg geeft aan dat 'zelfreflectie in teams de kwaliteit van zorg bevorderen. Maar hoe ging het reflecteren in de praktijk? De rode draad die wij zien en terugkregen, tijdens de informele en formele ontmoetingen met onze medewerkers en cliënten is dat de geprobeerde feedback instrumenten niet gebracht hebben wat ervan verwacht was.

Uit de reflectie is door de medewerkers als leerdoel kenbaar gemaakt dat je alvorens tot een instrument keuze komt goed met elkaar leert reflecteren om verwachtingen en doelen met elkaar helder te hebben. Reflectie als instrument en open en eerlijk feedback kunnen geven en ontvangen moet een basishouding zijn.

Als tweede leerdoel is gesteld dat wij nog niet goed weten waar wij op moeten reflecteren dat kennis met betrekking tot 'Kort-Cyclische feedback, continue reflectie en dialoog in een open klimaat' verschillend aanwezig was en tijd om dat te ontwikkelen ontbrak.

Het team vindt de vertaalslag maken in concrete acties die vanuit de bouwstenen worden voorgesteld nog lastig. De medewerkers voelen zich ook aangesproken op het feit dat er voor de implementatie van het kwaliteitskader er ook persoonsgerichte zorg gegeven wordt maar dat het nu zou lijken als of dat niet zo is. Het management heeft dus nog te taak te benadrukken wat er goed gaat binnen de teams om nog meer een veilige omgeving te creëren om succesvolle reflectie te creëren in 2018. Dat gaan wij doen door in te zetten op het verstevigen van 'ondersteuningsmanagement' en teams te faciliteren met een coach die teams en medewerkers individueel kan ondersteunen.

Vanuit de cliënten is er geen feedback over de inhoud van het kwaliteitsrapportage. De cliënten herkennen wel de inhoud. De medewerkers en bestuur geven de cliënten en cliëntenraad mee dat deze meer vragen mogen stellen en mogen vertellen wat ze van de zorg en nieuwe ontwikkelingen vinden. Wij hebben de cliënt-vertrouwenspersoon gevraagd of deze vier keer per jaar een cliëntvergadering wil voorzitten en om zonder medewerkers te bespreken wat voor onze cliënten goede zorg is. Het Lichtpunt wil van de cliënten en betrokken continu blijven leren. Dat kan volgens de medewerkers en directie van Het Lichtpunt alleen als wij helder hebben hoe jullie (cliënten en wettelijke vertegenwoordigers) denken over de geleverde zorg en wat jullie (cliënten en wettelijke vertegenwoordigers) vinden van alle vernieuwingen in het Lichtpunt. De cliëntenraad vindt dat voornemen een goed plan en gaat meedenken hoe die nog beter kan bijdragen in het onderzoeken van de wensen van onze cliënten .

De reflectie van zowel teams als cliënten is zeer waardevol voor het Lichtpunt. De organisatie zal op beiden onderdelen meer prikkelen om waardevolle feedback te ontvangen om uiteindelijk de zorg als werkgever en als zorgverlener continue te verbeteren.

Bijlage 2 BEVINDINGEN EXTERNE VISITATIE

Bestuurlijk leiderschap rond kwaliteit. De systematiek van een jaarlijks kwaliteitsrapport is een mooie manier voor Het Lichtpunt om een visie op bestuurlijk leiderschap rond kwaliteit van Zorg te ontwikkelen. Stichting Het Lichtpunt staat op het punt om van een raad van beheer model naar een raad van toezicht model te ontwikkelen. Het Lichtpunt zal naast de governance code in 2018-2019 tevens de kwaliteitsrapportage gebruiken als onderliggende pijler op het gebied van het ontwikkelen van een visie op leiderschap en organisatie inrichting.

In aansluiting hierop heeft Het Lichtpunt in 2017 een externe visitatie georganiseerd die het mogelijk maakt om het leer- en ontwikkelvermogen van het Lichtpunt te versterken. In 2017 heeft nog geen verslaglegging van de externe visitatie plaatsgevonden.

Het Lichtpunt heeft in 2017 voor de kwaliteitsmeting in Het Lichtpunt gebruik gemaakt van kennis en expertise bij externe partijen, zoals VWS, inspectie van volksgezondheid en jeugd, zorgkantoor, gemeente en collega instellingen. De bestuurder(s) en directeur signaleren externe ontwikkelingen en ~~is~~ zijn tevens verantwoordelijk voor de continuïteit van de zorg die het Lichtpunt levert. In 2017 hebben de bestuurder(s) en directie regelmatig overlegd en hebben afstemmingsgesprekken plaats gevonden met het zorgkantoor en projectbegeleider van VWS (waardigheid en trost). Het zorgkantoor heeft (op verzoek van Het Lichtpunt), een ondersteunende rol gespeeld in het onderzoek naar de kwaliteit van zorg. Het zorgkantoor heeft gevraagd en ongevraagd adviezen gegeven met betrekking tot de organisatie inrichting en het onderzoek naar de bewonersbehoeften.

Tevens heeft directie van Het Lichtpunt collegiaal advies gevraagd en gekregen. Hoewel de doelgroep van de collega instelling breder is dan de doelgroep van Het Lichtpunt (cliënten met en zonder een licht verstandelijke beperking, die visueel beperkt zijn. Dit vaak in combinatie met gehoorverlies en mogelijk bijkomende problemen), bleek het goed mogelijk ervaringen uit te wisselen. Er is onder andere gesproken over kwaliteitsprocedures, klachtenprocedures, procedures incidentmeldingen, het meten van cliënt ervaringen, de kwaliteitscertificering, training en opleiding van medewerkers en aansluiting bij de Cao Gehandicaptenzorg. Daarnaast zijn er met een projectleider van Vilanse (waardigheid en trots) meerdere gesprekken geweest. Deze gesprekken gingen niet alleen over de zorg maar ook over bedrijfskundige aspecten en de continuïteit van de organisatie. Deze gesprekken vonden plaats om bij de groei en ontwikkeling van Het Lichtpunt een passende organisatiestructuur vast te leggen, evenals het vastleggen van procedures.

Het kwaliteitsrapport over 2017 zal de basis vormen voor de externe visitatie van 2018. Deze bevindingen vormen de input voor verdere ontwikkeling van zorg en kwaliteitsbeleid in 2018 en 2019. Tevens zal 2018 het jaar zijn waarin de wijze, de opzet en de manier van verantwoording van de externe visitatie wordt vastgesteld.

Tevens zal 2018 het jaar zijn waarin de wijze, de opzet en de manier van verantwoording van de externe visitatie, wordt vastgesteld.

Bijlage 3 ALGEMENE SAMENVATTING EN CONCLUSIES

In hoofdstuk 1, de inleiding van dit kwaliteitsrapport, wordt uitgelegd waarom Stichting Het Lichtpunt (hierna: Het Lichtpunt), een kwaliteitsrapportage heeft geschreven en de opbouw van de rapportage wordt uitgelegd. Dit eerste kwaliteitsrapport van Het Lichtpunt moet worden gezien als een stap in het ingrijpende leer- en veranderproces, waarin Stichting Het Lichtpunt zich bevindt.

In hoofdstuk 2 van dit rapport beschrijven wij een korte schets van de zorg die Het Lichtpunt onder de Wet Langdurige zorg (WLZ) en de Wet Maatschappelijke ondersteuning (WMO), biedt. We gaan in op de aanleiding voor de vernieuwing van het kwaliteitskader gehandicaptenzorg en we leggen uit aan welke doelgroep en welke zorg Het Lichtpunt biedt. Er worden een aantal afkortingen gebruikt en in dit hoofdstuk is een handige lijst van de meest gebruikte afkortingen met de verklaring van de afkorting te vinden.

In de loop van 2017 is bij Het Lichtpunt een ingrijpend verandertraject op gang gekomen, gepaard gaande met het vertrek van de leidinggevende directeur en bestuursleden. Op basis van een grondige studie (studie is ondersteunend en begeleid door een project van VWS: Waardigheid en Trost, is onder leiding van de nieuwe directeur (Mei 2017 in dienst getreden), een strategisch beleidsplan 2018-2020 tot stand gekomen. De uitkomsten uit de kwaliteitsonderzoeken maken dat in het tweede en derde kwartaal van 2017 een aantal trajecten zijn gestart:

1. Strategische heroriëntatie van de Stichting.
2. Ontwikkeling en invoering van een samenhangend, toekomst gericht en stimulerend personeelsbeleid, gericht op een kwantitatief en kwalitatief juiste personeelsbezetting. Dit alles conform de zorgbehoefte en de benodigde kwaliteit, nu en in de toekomst.
3. Een toekomst gericht ICT infrastructuur, waaronder
 - Een nieuw ECD systeem
 - Online te raadplegen documentatiesysteem (handboek en protocollen)
4. Het verder vormgeven van de bestuurs-, organisatie, en overlegstructuur en sturingscycli.
5. Het verbeteren en borgen van de kwaliteit en het kwaliteitssysteem, zodat onze bewoners verzekerd zijn van kwalitatieve zorg, ingericht naar het kwaliteitskader.

In hoofdstuk 2 is tevens de aanpak van dit kwaliteitsrapport beschreven. We beschrijven de voorbereidingsfase en de gebruikte bronnen. We zien de contouren van het vernieuwde kwaliteitskader van eind 2017 scherper ontstaan. In een relatief korte periode wordt de externe visitatie vorm gegeven en de resultaten verwerkt in de trajecten. De visitatie is voor Het Lichtpunt een zeer belangrijk instrument om ons eigen leer- en verbeterproces vorm te geven.

Voorgesteld wordt om het vernieuwde kwaliteitskader met gebruikers en betrokkenen verder in 2018 te ontwikkelen. De externe partijen die gevraagd zijn om feedback te geven over de inhoud en de wijze waarop Het Lichtpunt de kwaliteitskaders interpreteert, geven aan Het Lichtpunt mee om in de vervolg kwaliteitsrapportage (2018) de verbetertrajecten en waarom deze trajecten voor onze cliënten de kwaliteit van leven en wonen verbeteren, een steviger plek in de rapportage te geven. Ook de medewerkers geven dit tijdens teamoverleg aan de directie mee.

In hoofdstuk 3 geven we weer aan de hand van de thema's. Bouwsteen 1 heeft betrekking op de zorg rond de individuele cliënt. De algemene indruk is: Dat er veel nadruk op (actualiteit van) het ondersteuningsplan is, maar dat de kwaliteit en de diepgang van de ondersteuningsplannen vragen oproept bij de kwaliteitsgroep en dat er nog een verdiepingsslag gemaakt kan worden.

De tweede bouwsteen gaat over cliëntervaringen. Binnen Het Lichtpunt zijn er geen andere eisen aan cliëntwaarderingsonderzoek dan nu gelden. Samengevat: de zelfregie van de bewoners kan meer aandacht krijgen.

De basis is aanwezig maar een aantal verwanten geeft aan dat begeleiders soms te veel voor onze bewoners bepalen. Cliënten kunnen wel, zo geven verwanten en cliënten aan, zeggen als zij het ergens niet mee eens zijn. Het gemiddelde rapport cijfer die cliënten geven is een 9,2. De verwanten geven een 8,2.

Kern van bouwsteen 3 is dat de teams, naast regulier werkoverleg, komen tot een gerichte reflectie aan de hand van landelijk vastgestelde thema's. Onze algemene indruk is: Er is veel enthousiasme om met teamreflectie aan de slag te gaan: de teams hebben gezocht naar een instrument om beter met elkaar te communiceren en van elkaar te leren. Teamie is ingezet in 2016 en 2017. Het is een zoektocht voor de Het Lichtpunt hoe de teamreflectie te organiseren, er is weinig ervaring mee. Er is niet het maximale uit de teamreflecties gehaald door vormvrijheid en tijdgebrek. Het kost voor Het Lichtpunt meer tijd om de teamreflectie verder te ontwikkelen. Het team reflecteerde meer op zichzelf en niet zozeer op de kwaliteit van bestaan van de cliënt. Teams hebben nog niet helder in welke mate de uitkomsten van bouwsteen 1 en bouwsteen 2 input vormden voor bouwsteen 3. De overall conclusie is dat urgentiebesef tot kwaliteitsverbetering en het toerusten van het team om de positie en kwaliteit van zorg te verbeteren en te borgen, aandacht verdient. Het Lichtpunt heeft dan ook de taak om de huidige formatie die vanuit een krapte model is ontstaan, aan te passen. Om aan de kwantitatieve en kwalitatieve formatie te kunnen voldoen is gestart met de werving van medewerkers op niveau 4 en 5. Er is in 2017 gestart met scholing met betrekking tot gezondheidsrisico's, medicatieverstrekking en voorbehouden handelingen en op communicatie-competenties. De structurele ontwikkeling van een modern personeelsbeleid is onderdeel van het veranderproces dat doorloopt tot 2020.

In Hoofdstuk 4 zijn de conclusies te lezen vanuit de optiek van de directie en bestuur. Het algemene beeld dat beschreven is in hoofdstuk 2 en 3 geeft aan dat Het Lichtpunt nog een hoop werk moet verzetten om geheel aan alle eisen van het kwaliteitskader en de doelstellingen te kunnen voldoen. Het bestuur heeft er alle vertrouwen in dat er in 2018 flinke kwaliteitsslagen gemaakt worden en dat de cliënt en medewerker samen groeien naar vraaggerichte zorg in plaats van aanbod gerichte zorg.

We vertrouwen er op dat we dat in 2018 kunnen bereiken. We kunnen immers voortbouwen op zeer sterke punten:

- Het grote vertrouwen en de zeer positieve waardering van de cliënten en hun verwanten.
- De grote betrokkenheid, gedrevenheid en tevredenheid van de medewerkers.
- Het snel oppakken van kwaliteitsverbetering als de noodzaak wordt gevoeld (voorbeeld: medicatie).

En we kunnen ons zeker verbeteren op onze zwakke punten:

- De omslag van een "aanbodgerichte" naar een "vraaggerichte" benadering van de cliënt vergt nog veel.
- Er is nog een te veel verouderde, ingesleten of "vergeten" werkwijze enerzijds en improvisatie anderzijds.
- Het lerend vermogen van de organisatie, de teams en de medewerkers, moet worden opgevoerd.

In paragraaf 4b en 4c wordt uitgelegd welke trajecten er in 2018 opgepakt worden, evenals de wijze van aanpak hiervan.

CONCLUSIES

De keuze en daarmee de prioritaire verbetertrajecten die het bestuur stelt voor de periode van 2018-2020 om te kunnen voldoen aan de kwaliteitseisen zijn:

- Ondersteuningsmanagement
- Professionalisering
- Zelfreflectie in teams

Met de term ondersteuningsmanagement wordt benadrukt dat het ons niet alleen gaat om het ondersteuningsplan, maar om de complete sturingscyclus (plan-do-check-act) en met een juiste betrokkenheid van alle partijen. Onder 3a van dit kwaliteitsrapport zijn verbeterpunten naar voren gekomen, waarop onze aanpak een antwoord zal moeten geven.

Professionalisering, gaat over het ontwikkelen en vervolgens up to date houden van: enerzijds adequate werkprocessen (in begrijpelijke uitgangspunten en handzame protocollen) en anderzijds de kennis en competenties van voldoende vakkundig personeel.

In het laatste traject gaan we de derde bouwsteen van het kwaliteitskader (verder) inrichten. Elk zorgteam komt periodiek tot een gerichte reflectie op kwaliteit aan de hand van de voorgeschreven, naast de eventueel zelfgekozen, thema's.

Het zal duidelijk zijn dat deze drie verbetertrajecten elkaar sterk ondersteunen en stevig in elkaar grijpen. De directie en de kwaliteitsgroep zal de samenhang bewaken, evenals de link naar het algemene verandertraject van Het Lichtpunt (ICT, HRM, huisvesting, organisatie- en overlegstructuur, jaarplancyclus/BSC, externe communicatie).

Bijlage 4 **SAMENVATTING VOOR CLIËNTEN, FAMILIE EN VERTEGENWOORDIGERS**

Januari 2017 is het kwaliteitskader Gehandicaptenzorg vastgesteld. Er wordt op een andere manier kwaliteit geleverd. Om goede kwaliteit te kunnen leveren, wordt er veel meer gewerkt aan verbeteren en leren.

Er werd in 2017 samengewerkt met Zorgkantoren en de Gemeente om de veranderde zorgvragen niet alleen op hoge kwaliteit, maar ook financieel haalbaar te houden.

Onze teams hebben meer eigen verantwoordelijkheid gekregen zodat er soepeler kan worden omgegaan met de problemen die er spelen

2017 is een jaar geweest waarin de medewerkers veel hebben geleerd om onze missie:

Kwaliteit zit in de kleine dingen en in het samen werken aan goede persoonsgerichte zorg!
waar te maken.

Inleiding

Jaarlijks moet er een kwaliteitsrapport worden opgesteld voor verbeteringen intern, maar ook moet er extern verantwoording worden afgelegd. Hiervoor zijn 3 vaste bouwstenen vastgesteld:

1. Een zorgproces rond elke afzonderlijke cliënt. De PB'ers gaan met elke cliënt en/of vertegenwoordiger in gesprek en belangrijke zaken worden in het persoonlijke ondersteuningsplan geschreven.
2. Aan alle cliënten wordt gevraagd wat zij van hun zorg vinden en de begeleiders nemen deze opmerkingen mee, leggen dit vast in het ondersteuningsplan, zodat er meer duidelijkheid komt van wat de cliënt zelf ervan vindt, of graag wil.
3. Ook de teams bekijken en overleggen wat wel en wat niet goed gaat en bedenken punten die zij beter kunnen doen.

In het kwaliteitsrapport van 2018 wordt gekeken of de verbeteringen succes hebben gehad.

Algemeen

- Er zijn 21 cliënten voor wonen met verblijf. Zij wonen in de Kerkstraat, of aan de Vinkeweg. In het Koningshof wonen 3 cliënten, die een VPT (volledig pakket thuis) ontvangen;
- De dagelijkse personele bezetting bestaat uit 2 medewerkers met een Mbo-opleiding, niveau 4;
- Er is een nachtdienst in de hoofdvestiging. Naast een slapende wacht is er ook een wakende wacht. Deze zijn voor alle cliënten, zowel in de Kerkstraat als aan de Vinkeweg.
Bij grotere problemen is er altijd ook een achterwacht die opgeroepen kan worden;
- Het is nog niet duidelijk of er nieuwbouw of renovatie zal plaatsvinden. Dit wordt onderzocht;
- Naast de cliëntenraad komt er een medewerkersraad;
- Cliëntgerichtheid, onder andere naar aanleiding van het MTO (medewerkers tevredenheids onderzoek), merkten de medewerkers dat de hulpvraag van de cliënt niet altijd goed wordt begrepen.

Verbeteringen die al zijn opgepakt

1. Bijscholing voor de medewerkers voor wat betreft communicatie,
2. het meer inschakelen van de gedragsdeskundige,
3. een training, meer gericht op de cliënten,
4. pictogrammen als hulpmiddelen,
5. aanpassing van het basisformulier van het ondersteuningsplan.

Het ervaringsonderzoek uit 2017 liet zien dat de cliënten en ook verwanten tevreden zijn. De cliënten gaven een 9,2 als gemiddeld rapportcijfer. Verwanten een 8,2. Verwanten voelen zich gehoord en vinden dat zij voldoende betrokken worden bij belangrijke zaken over hun familielid.

De relatie tussen begeleiders en de behandelaars kan beter, daarom is er een verbeteractie in gang gezet.

Het multidisciplinair overleg (dit is een overleg met alle betrokkenen rondom de cliënt), is ingezet. Hierdoor wordt er voor iedere cliënt met alle mensen die bij de cliënt betrokken zijn, afspraken gemaakt.

Uit het MTO (het medewerkers tevredenheidsonderzoek), komt naar voren dat de medewerkers betrokken zijn op de cliënten. Het ziekteverzuim was slechts 1,5%.

Kwaliteitsverbetering

Er moet nog hard worden gewerkt om aan alle eisen van het kwaliteitskader te voldoen, maar we vertrouwen erop dat dit in 2018 bereikt kan worden. Er zijn een aantal sterke punten:

1. het grote vertrouwen en positieve waardering van cliënten en verwanten.
2. betrokkenheid en gedrevenheid van de medewerkers.
3. als het noodzakelijk is, wordt kwaliteitsverbetering goed en snel opgepakt.

Er zijn zeker ook punten om te verbeteren.

1. Het is de bedoeling om te werken naar wat de cliënt vraagt en niet naar wat de begeleiders bieden. Dit is een andere manier van werken die zal worden opgepakt.
2. De werkwijze hanteren naar nu en niet zoals het vroeger altijd ging
3. Het lerend vermogen van organisatie, en van teams en medewerkers moet hoger worden.
4. Het ondersteuningsplan wordt op tijd besproken. Het voorblad is ingevuld en getekend. Er is een geldige indicatie.

Ook dit jaar wordt er weer hard gewerkt om de zorg aan de cliënten op alle gebieden te verbeteren.