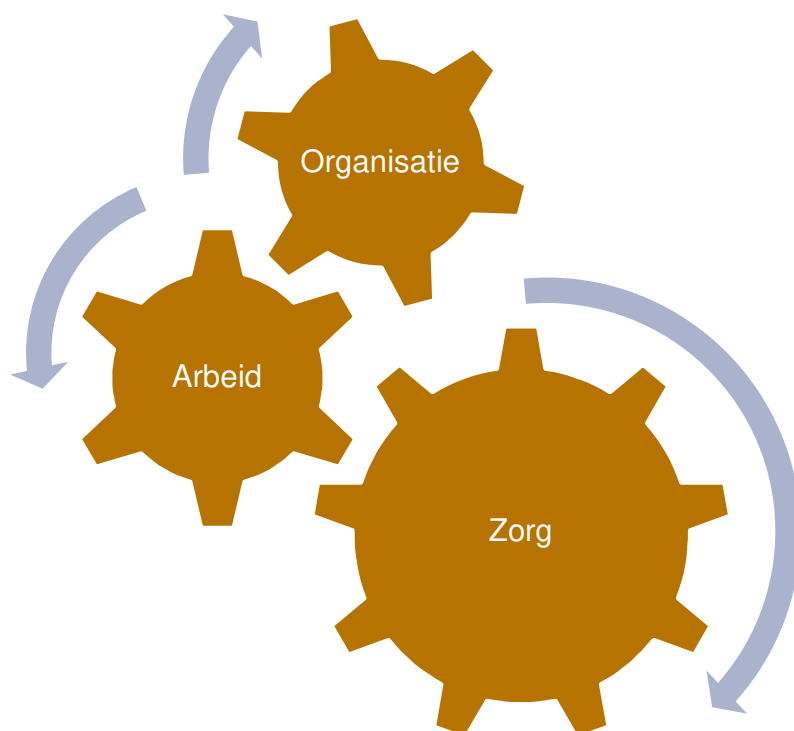




*Samen maken we het verschil*



Gemiva-SVG Groep  
Raad van Bestuur  
KvK 411 74 469  
RSIN 8060 98 351

Mei 2018

‘Ik had veel vragen die ik nooit beantwoord zou zien.  
Ik wist niet of dat zo erg was. Ik verzon dingen. Daar kon ik mij mee redden.’  
Alex Boogers, *Alleen met de goden*, Uitgeverij Podium, 2015, p. 506

‘Een directeur, dat is een visionair en dat is geen boekhouder.  
En dat heb ik heel duidelijk in het jaarverslag laten zetten, toch?’  
Directeur Anton van basisschool De Klimop in  
*De luizenmoeder*, aflevering ‘Kanjer training’, NPO3, 4 maart 2018

## SAMENVATTING

Het (vernieuwde) Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg vraagt van zorgaanbieders als de Gemiva-SVG Groep dat zij jaarlijks een bestuurlijk kwaliteitsverslag opstellen, waarin onder meer wordt ingegaan op de 'opbrengst' van het voorgeschreven cliëntervaringsonderzoek en de verlangde teamreflecties. Die invalshoeken op het kwaliteitsbegrip komen dan ook in dit verslag aan de orde. We doen dat echter binnen de context van andere voor ons belangrijke en waardevolle benaderingen van het 'zondagsbegrip' kwaliteit. Daarmee schetsen we een in onze ogen nuchter beeld van de wijze waarop medewerkers, vrijwilligers, cliënten en hun verwanten – soms met vallen en opstaan - samenwerken aan 'een goed leven' voor kwetsbare mensen.

Wat leren we nu van deze oefening in synthetisering? In de eerste plaats dat het een zoektocht is naar de goede vorm en het juiste evenwicht. Wellicht zetten we ons Bestuurlijk Kwaliteitsverslag 2018 dus langs andere lijnen op. Inhoudelijk concluderen we dat we in 2018 en de jaren daarna (verder) aan de slag moeten met:

- Het daadwerkelijk realiseren van een score van 95% op ondersteuningsplannen die op actueel staat. Als dat vanwege procedures – zoals 'de cliënt moet tekenen voor akkoord', maar hij of zijn vertegenwoordiger reageert niet op verzoeken daartoe – niet lukt, dan moeten we die niet als excuus gebruiken, maar een pragmatische oplossing verzinnen;
- Ook de veiligheidskaart moet er – eventueel in beknopte vorm – voor elke cliënt in een actuele vorm zijn (dat wil zeggen: ten minste voor 95%...);
- De e-learning over de meldcode mishandeling en huiselijk geweld. Elke medewerker die met cliënten werkt moet die hebben gevolgd. Het is niet acceptabel dat onze score zo achterblijft;
- Het waardevolle gesprek tussen medewerker en leidinggevende. Elke medewerker voert ten minste eens per twee jaar een ontwikkelgesprek. Als zijzelf en haar leidinggevende een ander gesprek de kwalificatie waardevol geven en dat vastleggen, is dat ook goed;
- Het voeren van een 'Drie-gesprek' met de cliëntvertegenwoordigers die dat op prijs stellen. Die communicatie over hun ervaringen en wat naar hun inzichten voor de cliënt belangrijk is verloopt dus niet per mail of schriftelijk. Alleen als zij zelf niet anders willen, leveren zij hun eventuele input en reflectie door het beantwoorden van een lijstje met vragen;
- Het verhelderen van het verschil tussen teamreflectie – als onderdeel van het KKGz – en de Teamie – als instrument voor het 'onderhouden' van de samenwerking binnen een team;
- Het elkaar aanspreken en complimenteren. Dat zijn twee kanten van een medaille, die we nog stevig op moeten poetsen. Dat is vooral een kwestie van 'gewoon doen!', van het goede voorbeeld en van stug volhouden.

In deze rapportage beschrijven we ook onze visie op besturing en de manier waarop we die in praktijk brengen. Ons vertrekpunt is dat een stabiel en voorspelbaar bestuur, dat vertrouwen en ruimte aan medewerkers durft te geven en zich niet door angst voor wat er 'mis kan gaan' laat leiden, een essentiële voorwaarde is voor de waardevolle verbinding tussen medewerkers en cliënt. In die verbinding – en niet in zogenaamde systemen of kaders - krijgt kwaliteit immers concreet gestalte. Hoe we daar vervolgens als bestuurders in de weerbarstige praktijk inhoud aan geven, valt – en dat menen we serieus – het beste te typeren als het bedrijven van 'The Science of Muddling Through'.

Daarna gaan we in op een aantal meer institutionele aspecten van de wijze waarop we binnen de Gemiva-SVG Groep aan die verbinding werken. Het gaat dan om het functioneren van de medezeggenschap van cliënten, de behandeling van klachten en de beschikbaarheid van vertrouwenspersonen. Voorts bieden we een doorkijkje in ons risicomangement, waarvoor de zogenaamde veiligheidskaart op het niveau van de individuele cliënt de ruggengraat vormt. Die ruggengraat voorkomt uiteraard niet dat zich incidenten voordoen. Ook op de registratie van die incidenten en de (overigens relatief beperkte) betekenis die deze inspanning aan het bewerkstelligen van

'kwaliteit' levert gaan we in. Door de bank genomen vinden we van onszelf dat we ons voor onze prestaties niet hoeven te schamen. Natuurlijk kan het altijd beter, maar vaak is het gewoon goed genoeg. Het zoeken naar de verbinding komt op het niveau van de individuele cliënt in zijn meest gestructureerde vorm tot uitdrukking in de toepassing van het instrument voor cliëntervaringsonderzoek *Dit Vind Ik Ervan!* We gaan vrij uitvoerig (ook in een bijlage) in op de geaggregeerde opbrengsten van dit onderzoek. Belangrijker is wellicht dat de 'outcome' die we op individueel niveau met de toepassing van *Dit Vind Ik Ervan!* bewerkstelligen ook dient als 'input' voor het jaarlijks te evalueren en eventueel alsdan bij te stellen ondersteuningsplan voor de cliënt. We staan ook stil bij de opbrengsten van de interne en externe assessments die op deelprocessen in onze organisatie betrekking hebben. Het gaat dan om interne audits, certificatiebezoeken van onze HKZ-certificeerder en meldingen en rapportages aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. We realiseren ons dat de samenhang tussen de instrumenten waarvan we ons bedienen niet altijd voor iedereen volstrekt helder is. Of dat heel erg is, blijft een lastig te beantwoorden vraag.

Het kapitaal van een organisatie als de Gemiva-SVG Groep zie je niet in de jaarrekening – hoe belangrijk een gezonde financiële huishouding ook moge zijn - maar in de betrokkenheid, bevologenheid en professionaliteit van alle medewerkers – en dat zijn niet alleen degenen die 'met de handen aan het bed staan'. Om samen het verschil te maken, moeten wij ons blijven ontwikkelen. Dat doen we via teamreflecties, scholing, medewerkersraadpleging, ontwikkelgesprekken en vooral door het scheppen van een veilig klimaat. Onze 'interne belanghouders'- te weten de Centrale Medezeggenschapsraad, de Ondernemingsraad en de Raad van Toezicht – reflecteren in afzonderlijke paragrafen op dit bestuurlijke kwaliteitsverslag. Daar verwijzen we kortheidshalve graag naar.

We sluiten af met een korte beschouwing over de 'bestuurlijke conclusies' die wij op basis van dit verslag trekken. Wat ons betreft is het glas meer dan halfvol. Die overtuiging stimuleert ons om samen met medewerkers, vrijwilligers, verwanten, derden en niet te vergeten cliënten aan een betere leefwereld te blijven werken. En daarbij houden we de systeemwereld graag op gepaste afstand.

## CLIËNTVERSIE SAMENVATTING

Jou helpen om een goed leven te leiden. Dat mag je van de begeleiders van de Gemiva-SVG Groep verwachten. Maar hoe komen we er achter wat voor jou een goed leven is? En wat gaan we dan doen, jij en je begeleiders? Dat is voor iedereen verschillend. Wat voor jou goed werkt, werkt misschien niet voor je buurman. Daarom gebruiken we de methode 'Dit vind ik ervan!' Zo proberen je begeleiders en jij daar toch achter te komen. En daar afspraken over te maken.

De Gemiva-SVG Groep ondersteunt ongeveer 5.000 mensen. En er werken 3.000 medewerkers en 1700 vrijwilligers. Uit onderzoek weten we wat zij belangrijk vinden. We beseffen ook dat we het niet altijd goed doen. We maken ook fouten. Daar proberen we van te leren.

Belangrijk is dat jij en je begeleiders zich bij ons veilig voelen. Dan is het minder erg dat er wel eens iets fout gaat. Daar leren we dan samen van. Dat gaat vaak met vallen en opstaan. Het bestuur van de Gemiva-SVG Groep en de leidinggevendenden moeten voor een veilige sfeer zorgen. Dan kunnen begeleiders hun werk met plezier blijven doen. Dat is ook in jouw belang.

We willen goed begrijpen wat er niet goed gaat. En daarvan leren hoe ons te verbeteren. Zo leren we van klachten. In 2017 waren dat er bij elkaar 27. Meestal is er dan iets mis met de communicatie. Dan hebben wij niet goed geluisterd. Of we hebben mensen niet serieus genomen. Daar praten we dan over met de cliëntenraden, vooral de Centrale Medezeggenschapsraad. Er gaan ook andere dingen fout. Dat noemen we incidenten. Daar hebben we een overzicht van. Als je dat leest, dan zie je dat er veel agressie is tussen cliënten onderling of tussen cliënten en medewerkers. Dat is best moeilijk. En het is ook moeilijk om daar echt wat aan te doen. Maar dat proberen we wel. Bijvoorbeeld door beter naar cliënten te luisteren. Maar ook door medewerkers goed op te leiden. Zodat ze weten wat ze moeten doen. En er goede opvang is als het toch mis gaat.

Door met jou – en soms ook je familie – in gesprek te zijn, komen we er achter wat voor jou belangrijk is. En hoe wij daarbij kunnen helpen. Uit die gesprekken blijkt dat cliënten familie, lijf, gevoel, veiligheid en doen het belangrijkste in hun leven vinden. Op de gebieden lijf, gevoel en doen willen cliënten ook het liefst dingen veranderen. Het gaat dan om een gezond lijf waarin je jezelf prettig voelt, om tevredenheid met je leven en om leuk werk. Wat opvalt is dat cliënten best begrijpen wat je daarin kunt veranderen en wat niet.

Hoe weten we nu of we het goed doen? Natuurlijk door dat aan jou te vragen. Maar ook door onderzoek in de organisatie. Zo kijkt een bureau dat LRQA heet twee keer per jaar of we wel doen wat we zeggen. Dat bureau geeft ons een compliment. Dat is fijn. Maar we blijven ons verbeteren. Zo gaan we proberen om het verzuim van medewerkers te verminderen. Dan is er ook meer tijd voor cliënten. En voor het volgen van opleidingen. En voor samen praten over wat belangrijk is en beter kan.

Zo willen we dat elke cliënt een duidelijk ondersteuningsplan heeft. Dat goed is bijgehouden. En dus goed bruikbaar is in de begeleiding. En we vinden het belangrijk dat medewerkers weten hoe ze onveilige situaties moeten melden. We willen ook dat zij regelmatig met elkaar praten over hoe het nu eigenlijk gaat met hun werk. Hoe het slimmer kan. Of er geen overbodige dingen worden gedaan. En als we gesprekken met ouders voeren, moeten we daar meer tijd voor nemen en beter luisteren. Wat ook heel belangrijk is dat medewerkers elkaar complimenten geven voor wat goed gaat. En het tegen elkaar zeggen als ze dingen zien die niet goed gaan. Dat heet aanspreken. Daar wordt uiteindelijk iedereen beter van: elke cliënt, elke medewerker!

En daar blijven we dus samen aan werken. Doe je mee?

## INHOUDSOPGAVE

Samenvatting	3
Cliëntversie samenvatting	5
Beschouwing vooraf	8
<b>1.           Blik op besturing, toezicht, risico en kwaliteit</b>	<b>12</b>
1.1.       Toezicht	12
1.2.       Risico	12
1.3.       Kwaliteit	13
1.4.       Bestuurlijke reflectie	13
<b>2.           De cliënt, het assortiment en andere 'harde' cijfers</b>	<b>15</b>
2.1.       De bekostiging van variëteit	15
2.2.       Medezeggenschap	16
2.3.       Klachtencommissie	17
2.4.       Klachtenfunctionaris	17
2.5.       Vertrouwenspersonen voor cliënten en vertegenwoordigers	18
2.6.       Geschillencommissie Gehandicaptenzorg	18
2.7.       Onvrede	18
2.8.       Privacy	18
2.9.       Veiligheidskaart	19
2.10.      Ondersteuningsplan op orde	20
2.11.      Vrijheid en eigen regie	20
2.12.      Incidenten	22
2.13.      Grensoverschrijding	20
2.14.      Bestuurlijke reflectie	23
<b>3.           De dialoog in de ondersteuning; het zachte verhaal</b>	<b>25</b>
3.1.       Ondersteuningsplan	25
3.2.       Cliëntervaringen	25
3.3.       Vrijwilligers en hun bijdrage	29
3.4.       Verwanten en vertegenwoordigers	29
3.5.       Borging en cultuur	29
3.6.       Het externe toezicht	30
3.7.       Interne audits	31
3.8.       Certificatie	32
3.9.       Hoe hoort het eigenlijk?	33
3.10.      Bestuurlijke reflectie	33
<b>4.           Bekwame, betrokken en bevlogen teams; een essentiële voorwaarde</b>	<b>35</b>
4.1.       Betrokkenheid en bevlogenheid	35
4.2.       Teamie	35
4.3.       Verzuim en inzetbaarheid	36
4.4.       Bekwaamheid	36
4.5.       Scholing	37
4.6.       Teamreflectie	37
4.7.       Ethiek op de werkvloer	40
4.8.       Vertrouwen als voorwaarde	40
4.9.       Bestuurlijke reflectie	41

<b>5.</b>	<b>Reflecties van het interne toezicht en de medezeggenschap</b>	<b>43</b>
5.1.	De Raad van Toezicht	43
5.2.	De Centrale Medezeggenschapsraad	43
5.3.	De Ondernemingsraad	44
5.4.	Bestuurlijke reflectie	45
Ten slotte		46

### **Bijlagen**

Deze zijn opgenomen in een aparte bundel. Klik hiervoor op onderstaande links.

1. [Ondersteuningsplan en Veiligheidskaart 2017](#)
2. [Dit vind ik ervan! Analyse 2017](#)

## BESCHOUWING VOORAF

We zijn niet de eerste die het constateren: kwaliteit is een hoerawoord. Niemand is er tegen. Het gaat over alles. Noem ons een aspect van het samen leven, het menselijk bestaan of de gehandicaptenzorg dat géén enkele kwaliteitsdimensie heeft. De Gemiva-SVG Groep ondersteunt zo'n 5000 burgers met een beperking, allemaal mensen met een eigen geschiedenis en verhaal. Dat doen we op zo'n 250 fysieke plekken verspreid over Zuid-Holland, nog afgezien van de begeleiding die we bieden 'aan huis', 'op de werkplek' of 'in de school'. Daar zijn zo'n 3400 medewerkers en 1700 vrijwilligers bij betrokken, verbonden aan ongeveer 80 organisatorische eenheden. Een betekenisvol kwaliteitsrapport wordt in onze overtuiging geschreven op het niveau N=1. Daarbij is N de individuele cliënt en blijkt uit het verhaal van die cliënt hoe hijzelf, zijn netwerk, onze medewerkers en vrijwilligers en onze organisatorische structuren en processen in wisselwerking met elkaar inhoud aan 'kwaliteit van leven' geven. Kwaliteit is wat ons betreft vooral het aandachtige gesprek over dat hoogstpersoonlijke verhaal. En dat is niet SMART en als 'uitkomstmaat' voor het beoordelen van een organisatie tamelijk onbruikbaar.

Deze rapportage gaat over 'de Gemiva-SVG Groep' en over 'de cliënt'. Dat zijn abstracties die niet in de werkelijke wereld bestaan. Omdat elk alternatief praktisch onwerkbaar is (we schrijven geen rapporten voor 80 locaties, 250 fysieke 'plaatsen van zorglevering' of 5000 individuele cliënten) kiezen we voor één overkoepelende rapportage. Het is een schets van het landschap, maar niet het landschap zelf. Wie meer verwacht, moeten we teleurstellen. Maar wie het landschap echt wil leren kennen, is van harte uitgenodigd er in te komen wandelen.

### De opgave

Het 'vernieuwde' Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg – dat inmiddels door het Zorginstituut Nederland tot 'veldnorm' is verheven – vraagt van ons dat wij ons via een 'bestuurlijk kwaliteitsverslag' verantwoorden voor de wijze waarop wij 'werken aan kwaliteit'. Dat is een terechte vraag. In de afgelopen jaren deden we dat via onze gebruikelijke jaarverslagen en de verslagen van commissies die zich met 'kwaliteitsthema's' bezighouden. We schreven op basis van zorginhoudelijke metingen onder de titel 'Noor, hoe staat de Gemiva-SVG Groep ervoor?' ook diverse overzichtsrapportages en bespraken die met de Centrale Medezeggenschapsraad. De opgave is nu om met 'in het achterhoofd' de verwachtingen die het nieuwe Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg schept een nieuwe vorm aan die verantwoording toe te voegen. Met dit verslag pogen we via een mix van 'tellen en vertellen' inzichtelijk te maken op welke wijze we werken aan toegevoegde waarde voor de cliënt ('wat leveren verbeteracties hem op?'), verantwoorden we ons naar medezeggenschapsorganen en Raad van Toezicht en informeren we externe 'stakeholders', waaronder de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), zorgkantoren en gemeenten. We pretenderen niet 'de werkelijkheid' of 'het beeld' te schetsen. Wel gaan we op basis van deze schets graag in gesprek met iedereen die vanuit een positieve grondhouding en oprechte nieuwsgierigheid met ons de verdieping wil zoeken.

Bij het schrijven van dit verslag zijn we uitgegaan van 'Vertellen telt!', een publicatie van de IGJ van maart 2018. Aan de daarin gepresenteerde 'voorschriften' – misschien zou verwachtingen een betere term zijn – hebben we onze eigen draai gegeven.

*In de afgelopen maanden zijn diverse formats voor het opstellen van dit 'bestuurlijk kwaliteitsverslag' gepubliceerd. Ons valt op dat het gevecht over de inhoud van de verantwoording gewoon doorgaat nadat de wedstrijd al is gespeeld. Ons standpunt is dat we recht hebben op rust op dit front. Eerst maar eens een paar jaar op deze wijze aan de slag, dan deugdelijk onderzoek doen naar de meerwaarde en vervolgens op basis van goed overleg en terughoudendheid in het opleggen van extra verplichtingen 'herschrijven'.*

Bij de spelregels, zoals wij ze interpreteren, hoort ook dat het 'bestuurlijk kwaliteitsverslag' om het andere jaar wordt ingebracht in een vorm van interbestuurlijke toetsing. Dat hebben wij in het kader van de proeftuinen met het verslag 2016 gedaan. Onze partner was toen collega-aanbieder Pluryr. We voelen ons daarom vrij om een dergelijke exercitie over het verslagjaar 2017 aan ons voorbij te laten gaan. Overigens is het in onze optiek nog knap lastig om voor die 'interbestuurlijke toetsing' een zinvolle insteek te bedenken.



### Relatie met andere verslagen

De invalshoek voor dit bestuurlijke verslag is 'kwaliteit'. Zoals opgemerkt zien wij niet hoe je dat aspect kunt isoleren van andere aspecten van de relatie cliënt-medewerker, de relatie medewerker-collega-werkgever of de bedrijfsvoering van een organisatie als de onze. Alles hangt met alles samen. In onze jaarrekening geven we aan hoe we de middelen die de samenleving ons in 2017 ter beschikking stelde hebben aangewend. Ons algemene jaarverslag 2017 beschrijft vanuit de perspectieven van de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht hoe we in dit jaar inhoud hebben gegeven aan de besturing. In diverse deelverslagen rapporteren commissies en organen over de taken en opgaven waarvoor zij zich in het verslagjaar gesteld zagen. Het is niet te vermijden dat deze rapportages en dit bestuurlijk kwaliteitsverslag overlappingsen vertonen. Het is voor ons ook een zoektocht hoe je onderscheid maakt tussen perspectieven die zich vaak lastig van elkaar laten scheiden. Maar wie achtergrond zoekt bij de voorgrond die we in dit bestuurlijk kwaliteitsverslag schetsen, adviseren we ook van die andere rapportages over 2017 kennis te nemen. We sluiten niet uit dat u ons dan op ongerijmdheden betrapt. Zo is het leven!

### Opbouw van deze rapportage

We hebben deze rapportage gestructureerd rondom vijf thema's:

- *Blik op besturing, toezicht, risico en kwaliteit*  
Wat drijft ons in het besturen van de Gemiva-SVG Groep en in het werken aan een opgave waaraan je nooit uitgewerkt raakt? En hoe verhouden we ons daarbij tot het interne toezicht? Wat kun je zeggen over de 'kwaliteit' van onze besturing en het toezicht daarop? Hoe zit het met onze 'risicobeheersing'?
- *De cliënt, het assortiment en andere 'harde' cijfers*  
Aan wie bieden we zorg? Waar en hoe doen we dat? Hoe geven we vorm aan cliëntenrechten? En hoe stimuleren we de cliënt om daarbij zijn eigen verantwoordelijkheid te nemen? Met welke (typen) incidenten zagen we ons in het verslagjaar geconfronteerd?
- *De dialoog in de ondersteuning; het zachte verhaal*  
Hoe komen we tot afspraken met de cliënt? Hoe wegen we risico's? Hoe verwerven we inzicht in de ervaringen van de cliënt? Hoe gaan we om met klachten en onvrede? Welke incidenten hebben we aan de IGJ gemeld? Wat leren we van deze ervaringen?
- *Bekwame, betrokken en bevlogen teams; voorwaarde voor 'kwaliteit'*  
Hoe stimuleren we medewerkers om het beste uit zichzelf te halen, om het verschil te maken, om energie op te doen en energiek te blijven? Welke inspanningen verrichten we om 'zorg van een kwalitatief goed niveau' te blijven bieden? Wat leveren de reflecties op het eigen functioneren van de diverse teams aan inzichten op? Wat vindt onze certificerende instelling van onze 'performance'?
- *De interne belanghouders en hun inzichten*  
Deze rapportage is bedoeld voor 'de buitenwereld'. Maar wat vinden vertegenwoordigers van 'de binnenwereld' van onze inspanningen op het brede kwaliteitsgebied en hun betrokkenheid daarbij?

Wat we als bestuurders willen vertellen kunnen we binnen de eerste vier thema's kwijt. Waar dat mogelijk en zinvol is voegen we cijfermatige overzichten toe. Verspreid door de tekst treft u enkele verhalen aan over cliënten en medewerkers en de wijze waarop zij samen 'een goed leven' een stapje dichterbij proberen te brengen.<sup>1</sup> We sluiten elk hoofdstuk af met een korte reflectie op het hier en nu en onze ambitie om al werkende weg dichterbij 'de bedoeling' te komen.

### Wel twee samenvattingen, geen 'cliëntversie'

Op de pagina's 3 en 4 van dit rapport treft u in twee versies een beknopte samenvatting van de inhoud aan. We hebben geprobeerd daarmee tegemoet te komen aan de wens (of eis?) van de IGJ om 'onderwerpen op

---

<sup>1</sup> Uiteraard hebben de betrokken cliënten, medewerkers en auteurs toestemming gegeven voor het publiceren van hun verhaal in dit verslag. In enkele gevallen zijn de namen van cliënten of de context op hun verzoek aangepast.

hoofdlijnen, maar wel concreet' te beschrijven. De tweede versie van die samenvatting schreven we speciaal voor 'talige' cliënten.

*We zien af van het publiceren van de verlangde 'cliëntversie' van de totale rapportage. Gelet op de diversiteit in onze cliëntenpopulatie zou dat een wat ons betreft onevenredige inspanning vergen. In dit bestuurlijke kwaliteitsverslag proberen we betrekkelijk ingewikkelde thema's met de nodige nuance te duiden. We zien niet goed hoe we deze weergave verder – en dan ook nog in veelvoud als we echt recht willen doen aan de uiteenlopende abstraherende vermogens van cliënten - kunnen versimpelen. Wie echt geïnteresseerd is in onze 'kwaliteitspraktijk' mag daar wat ons betreft ook best wat moeite voor doen. Op basis van de wederzijdse inspanning gaan we graag de dialoog over de inhoud en de betekenis van dit rapport aan!*

## Onze kinderen kunnen leren

**Sarah vindt K3 erg leuk. Ze heeft alleen geen K3-muziek op haar spraakcomputer. Groepsgeenoot Sophie wel. Zodra zij binnenkomt vraagt Sarah met haar spraakcomputer om K3. Sophie lacht, zoekt K3 op en zet het aan. Van dit succes hebben ze zichtbaar plezier.**

Ook kinderen met een intensieve zorgvraag kunnen leren en verdienen een kans op ontwikkeling. Vanuit deze overtuiging zijn we in kinderdagcentrum Essezoom (Nieuwerkerk aan den IJssel) gaan kijken óf en hoe we meisjes met het RETT-syndroom onderwijs kunnen bieden.

### Nieuwe wereld

Meisjes met Rett-syndroom kunnen onder andere niet praten en hebben geen of nauwelijks handfunctie. Dit zorgt voor weinig communicatiemogelijkheden. Daardoor werd lang gedacht dat zij op een laag niveau functioneren en niet kunnen leren. Niets blijkt minder waar. Door de snel vooruitgaande techniek bestaan er ondertussen spraakcomputers die ze met oogbesturing kunnen bedienen. Er is letterlijk een nieuwe wereld voor ze opengedaan en ze laten steeds meer zien hoeveel ook zij nog kunnen leren. In het Rett-klasje willen we daar dan ook gebruik van maken. We willen ze op een leuke, interactieve manier laten leren en daar hebben we al een goede start mee gemaakt.

### Onderwijs in het kinderdagcentrum

Met het Rett-klasje werken we aan een vorm van onderwijs binnen de muren van het kinderdagcentrum. Daar zijn de kinderen vertrouwd en zijn alle middelen aanwezig om aan hun zorgbehoefte te voldoen. We ontwikkelen onze plannen in een werkgroep die bestaat uit de locatiemanager, logopedist, persoonlijk begeleider, orthopedagoog en twee ouders. Samen kijken we naar de mogelijkheden die de kinderen hebben en hoe we die het beste kunnen ondersteunen. Het is een fijne samenwerking. Ieder voegt vanuit zijn eigen invalshoek iets toe. Zo krijgen de plannen snel vorm.

Met steun van de gemeente Rotterdam voeren we nu een pilot uit. Een leerkracht van de Regenboog, een school voor zeer moeilijk lerende kinderen, geeft twee dagen in de week les op het kinderdagcentrum. Dit doet zij in vier groepen. Eén groep bestaat uit zes meiden met het Rett-syndroom.

### Bloei

De meiden krijgen steeds meer interesse in onderling contact. Ook buiten hun klasje reageren ze via hun spraakcomputer regelmatig op elkaar. Het is fantastisch om te zien hoe dit steeds verder opgebouwd wordt. Naast het werken aan deze sociale interactie zijn de kinderen gestart met taalles. Hiervoor wordt de lesmethode van de Regenboogschool gebruikt. Tot nu toe vinden alle meiden het erg interessant. We zijn benieuwd wat ze ons gaan laten zien.

Als moeder ben ik ontzettend enthousiast over deze ontwikkelingen. Ik ben zo blij dat mijn dochter nu ook de kans krijgt te leren. Thuis doen we wat we kunnen, maar ik ben geen lerares. Ik weet niet wat de beste aanpak en volgorde is. Daarnaast merken we bij onze dochter dat ze het veel leuker vindt om les te krijgen van een leerkracht, met groepsgeenoten die aan hetzelfde werken, dan dat mama naast haar zit om haar iets aan te leren. Het is het beste van twee werelden. Alleen met deze combinatie van zorg en onderwijs komen de meiden van het Rett-klasje echt tot bloei.

Marcella van Herk, moeder Jileyna

## **1. BLIK OP BESTURING, TOEZICHT, RISICO EN KWALITEIT**

Besturen is vasthouden door los te laten. Besturen is met onzekerheid en het menselijk tekort omgaan door vertrouwen te geven. Besturen is richting geven door te luisteren. Besturen is door dialoog duiden van wat onduidelijk of ongrijpbaar is. Besturen is ruimte scheppen door toegankelijke nabijheid. Besturen is meedoen en meedelen. Veel meer valt er over onze besturingsvisie niet te zeggen. In de dagelijkse worsteling trachten we die visie toe te passen. Dat lukt niet altijd. Want we zijn directief en corrigeren als we dat nodig vinden. We perken ruimte in als ons vertrouwen wordt beschadigd. Onze blik op de werkelijkheid, het gedrag en de motieven van anderen ('stakeholders') is niet altijd compleet of zuiver. En ook wij zijn gebrekkige mensen in een gebrekkige wereld. Wat ons drijft en verbindt is het oprechte verlangen om zonder poespas en poeha bij te dragen aan 'het gewone leven' van, voor en met mensen met een beperking. Daarom doen we wat we doen en daar mag iedereen ons steeds op aanspreken en bevragen.

### 1.1. Toezicht

Het orgaan – via de mensen die in dat orgaan zitting hebben – dat de statutaire rol heeft om ons als bestuurders te bevragen is de Raad van Toezicht. Goed toezicht is een noodzakelijke, maar geen voldoende voorwaarde voor goede besturing. Toezicht houden is niks voor bange mensen. Zoals wij als bestuurders dagelijks moeten leven met het besef dat veel ons ontgaat, dat we op tal van processen weinig grip hebben en dat we afhankelijk zijn van anderen om onze rol goed te kunnen vervullen, zo zullen ook onze toezichthouders – ondanks de maatschappelijke verwachting dat er voortdurend meer wordt gepresteerd met minder middelen, er daarbij geen fouten worden gemaakt en er volstreekte transparantie over van alles wordt betracht – hun beperkingen onder ogen moeten zien. Op basis van wederzijds vertrouwen moeten we onze respectievelijke verantwoordelijkheden waarmaken. Het is een voortdurende uitdaging om daarbij rolvast te opereren, de 'moerassige kwaliteit' van besturen en toezichthouden te onderkennen en onszelf over en weer kwetsbaar op te stellen. We beseffen heel goed dat vertrouwen steeds verdiend moet worden, maar we vragen ook respect voor de wijze waarop wij als bestuurders samen en ieder afzonderlijk aan onze taken invulling geven. Dat is nooit perfect en er valt altijd bij te leren. De discussies met de Raad van Toezicht – en de contacten met de individuele leden van dit orgaan – zijn waardevol voor dat leerproces. De interactie met hen ervaren we als een spiegel die ons wordt voorgehouden, maar het is aan ons om de betekenis van dat beeld te vertalen naar ons bestuurlijk doen en laten. Tegelijkertijd hebben we er alle belang bij dat onze toezichthouders ons kritisch tegemoet treden en ons melden wat zij observeren en ervaren. Het is primair hun verantwoordelijkheid om zich beelden van het reilen en zeilen van de Gemiva-SVG Groep en de besturing daarvan te vormen, maar zij mogen van ons verwachten dat wij hen daar ook steeds aanknopingspunten voor bieden. Door contacten met anderen binnen de organisatie aan te moedigen, door open te zijn over onze zorgen en door hen te informeren over de grotere en kleinere opgaven waarvoor wij ons gesteld zien. Of dat allemaal in de praktijk werkt hangt niet af van structuren en procedures, maar van attitudes, rolopvattingen en andere hoogstpersoonlijke eigenschappen. Daarover hadden we in het verslagjaar niets te klagen. Dat in betrekkelijk korte tijd onze Raad van Toezicht fors van samenstelling wisselt, zien we wel als een risico voor een stabiele en productieve relatie. Dat risico is benoemd en we zijn er constructief over in gesprek.

### 1.2. Risico

Over risico gesproken: je zou kunnen redeneren dat kwalitatief goede besturing zicht op en het beperken van risico's vergt. Nu is de wereld daar vol van. De eerste vraag is hoever je gaat met het expliciteren van die risico's, het inschatten van de omvang ervan, de kans erop en de ernst van de mogelijke gevolgen. Wij geloven niet zo in COSO-frameworks en andere technieken om 'risico's' in kaart te brengen. Je doet een methodisch kunstje en schrijft een document met 'beheersmaatregelen' die zelden goed uitvoerbaar zijn. Wij vertrouwen liever op het gezonde verstand en ja, dan zie je in de werkelijke wereld wel eens iets over het hoofd. Maar dat liever dan de schijnveiligheid van de systeemwereld. En hoe werken we dan op basis van dat gezonde verstand aan het beperken van risico's en aan het op een verantwoorde wijze daarmee omgaan? Op het niveau van de individuele zorgverlening aan cliënten brengen we risico's in beeld via onze ondersteuningsplancycclus, de daaraan gekoppelde veiligheidskaart en als er sprake is van behandeling en/of het toepassen van vrijheidsbeperkende

maatregelen een behandelplan en/of een signaleringsplan. Door het ‘onderhouden’ van themapagina’s op ons digitale platform geven we invulling aan een actueel kwaliteitsdocumentatiesysteem en bevorderen zodoende dat medewerkers op de hoogte zijn van handreikingen, procedures en standaarden. Die zijn niet bedoeld om onafhankelijk van de context slaafs na te volgen, maar als hulpmiddel om de voortdurende vraag naar ‘de bedoeling’ op basis van zelfstandig overwegen en afwegen in concrete situaties te helpen beantwoorden. Door elkaar daar ook steeds beter op aan te spreken, borgen we dat deze inzichten ook doorwerken in de praktijk en zo bijdragen aan ondersteuning die verantwoord is en te verantwoorden valt.

Gebruikelijk is dat we op procesniveau aan risicobeheersing inhoud geven via de systematiek van de interne audits die we in het kader van onze HKZ-certificatie op basis van een daartoe opgesteld programma jaarlijks uitvoeren. Specifiek voor het beheersen van de financiële en registratieve processen (waaronder ook liquiditeit, salarissen, zorgregistratie) beschikken we over een uitgewerkte planning- en controlcyclus met een bijbehorend ‘dashboard’.

Waar het gaat om het in beeld brengen van organisatiebrede risico’s – en het wegen daarvan in relatie tot de kwaliteit van de beheersmaatregelen – bedienen we ons van de methode van de risico top 5, die we telkenjare actualiseren en die we vervolgens met de Raad van Toezicht bespreken. Op die risico top 5 voor het verslagjaar gaan we in in ons jaarverslag 2017. Gemakshalve verwijzen we daar op deze plek naar.

### 1.3. Kwaliteit

En dan is er nog zoiets als kwaliteit. Dat is geen absoluut begrip, maar een sociaal construct dat steeds weer opnieuw betekenis krijgt – net als schoonheid – ‘in the eye of the beholder’. De overeenkomst met besturing is ook hier de paradox: wie probeert er met beheersingsmaatregelen grip op te krijgen en te houden, komt onvermijdbaar in aanraking met het meest genegeerde kenmerk van de Wet van de afnemende meeropbrengst: niet alleen leveren toenemende inspanningen relatief steeds minder op, op enig moment wordt die meeropbrengst zelfs negatief. Wij zijn hartgrondig van opvatting dat de roep om verantwoording en transparantie vaker vanuit dat perspectief beoordeeld zou moeten worden.

Wij zien kwaliteit als een proces, misschien zelfs als een queeste. Daarin wordt op individueel niveau – dus met de cliënt – gezocht naar een acceptabel evenwicht tussen wat technisch gezien adequate, verantwoorde en veilige zorg is en de risico’s die nu eenmaal aan leven, leren, bewegen en ontwikkelen zijn verbonden. En dat binnen een context van bejegening die mensen in hun waarde laat, ook als die waarden niet met die van de modelburger overeenstemmen. Dat evenwicht verschuift naar tijd, plaats en topic en het is dus lastig er generaliserende uitspraken over te doen. Het individuele narratief geeft kleur en inkleuring aan het kwaliteitsbegrip. Qua visie op kwaliteit moet dat in ons perspectief volstaan.

### 1.4. Bestuurlijke reflectie

Voor ons is het belangrijkste dat cliënten, medewerkers en vrijwilligers zich binnen en bij de Gemiva-SVG Groep veilig voelen. Daar ligt de basis voor persoonlijke groei en voor ontplooiing, voor onze bijdrage aan ‘een goed leven’ voor cliënten en een stimulerende werkomgeving voor medewerkers en vrijwilligers. Daarom proberen we de systeemwereld zo veel mogelijk bij hen weg te houden en als bestuurders voorspelbaar en koersvast te handelen. Ons model voor ‘strategisch beleid’ – als we dan toch worden uitgedaagd om dat te expliciteren – is het incrementalisme, door de bestuurskundige Charles Lindblom in een baanbrekend artikel uit 1964 ook ‘The Science of Muddling Through’ genoemd. Er is na hem in de afgelopen 54 jaar geen managementgoeroe opgestaan die een grotere bijdrage heeft geleverd aan inzicht in en het verbeteren van de bestuurlijke praktijk.

## Hoe simpel kan politiek zijn

**De gemeenteraadsverkiezingen komen er weer aan. Daan weet precies waar hij moet stemmen. “Ik ga op De Baanbreker stemmen en niet op de Wilgenhoven, hoor.”**

Ik leg Daan uit dat de keuze voor het stemlokaal al voor hem gemaakt is. Dat hij op De Baanbreker wordt verwacht om de kandidatenlijst in te vullen. Waar we ons nu nog even in moeten verdiepen is op welke partij hij wil stemmen. Ik nodig Daan uit om samen met mij de kieswijzer voor Stolwijk in te vullen. Hoe simpel kan politiek eigenlijk zijn.

*Er moet meer cameratoezicht komen in uitgaansgebieden.*

“Nee dat moet niet, want dan kunnen ze ook zien als ik dingen doe die niet mogen en dan kan de politie mij komen halen.”

*Er mogen nieuwe bedrijventerreinen bij komen.*

“Ja, er is nu een klein industrieterreintje. Er mag er wel eentje bij, hoor.”

*Op smalle polderwegen moet meer ruimte worden gemaakt voor fietsers en minder voor landbouwvoertuigen.*

“Ja, ik vind het lastig fietsen nu als er van die grote tractoren rijden.”

*Om energie te besparen hoeft de openbare verlichting 's nachts niet overal te branden.*

“Nee, er moeten wel lichten branden anders is het veel te donker op straat.”

*De gemeente moet de zwemlessen voor alle kinderen in Krimpenerwaard betalen.*

“Kleine kinderen moeten leren zwemmen, grote mensen kunnen vaak al zwemmen.”

*Buitenlanders en laaggeletterden moeten Nederlandse taalles krijgen van professionele docenten in het Taalhuis, betaald door de gemeente.*

“Maakt mij niet uit hoor. Ik zeg mensen die ik niet kan verstaan toch geen gedag.”

*De gemeente Krimpenerwaard moet jagen binnen de gemeente verbieden.*

“Ja, dat is toch zielig voor die lieve konijntjes!”

*Evenementen mogen ook op zondag plaatsvinden.*

“Nee, alle mensen mogen op zondag wel even uitrusten.”

*De gemeente moet boeren stimuleren een grassoort te zaaien die minder ganzen aantrekt.*

“Maakt mij niet uit. Die ganzen komen toch steeds weer terug, net als die maden in de groene kliko als ze er soep in gooien.”

“O en Sandra, ik wil op een vrouw stemmen, vrouwen vind ik aardiger dan mannen.”

Sandra Schaafsma, begeleider

## 2. DE CLIËNT, HET ASSORTIMENT EN ANDERE 'HARDE' CIJFERS

Op 31 december 2017 telde de Gemiva-SVG Groep 5.002 (2016: 4.762) cliënten. Hun leeftijd varieert van 0 tot 96 jaar. Het gaat om 4.181 (2016: 4.021 volwassenen en 821 (2016: 741) kinderen. Allemaal unieke individuen. Als we ze toch moeten categoriseren, dan doen we dat aan de hand van hun indicatie (Wlz) of de maatwerkvoorziening (Wmo of Jeugdwet) die wij hen leveren. Dit hoofdstuk geeft daar inzicht in.

### 2.1. De bekostiging van variëteit

	2017	2016
<b>Bekostigingsbron</b>	<b>N</b>	<b>N</b>
Wlz zorg in natura	2.641	2.624
Wmo zorg in natura	1.319	1.256
Jeugdwet zorg in natura	457	303
PGB (alle bekostigingen)	281	308
Overige (of geen) bekostiging	... <u>304</u>	<u>271</u>
	5.002	4.762

We ondersteunen ongeveer 35% van ons cliëntenbestand op basis van de Wmo of de Jeugdwet. Daar besteden we zo'n 12% van ons totale budget aan. De cliënten met een intensieve zorgvraag beschikken over een Wlz-indicatie. Gemiddeld genomen geven we per Wlz-cliënt 4 keer zoveel uit als voor een cliënt die we ten laste van de gemeentelijke budgetten ondersteunen. De verdeling van de cliënten met een Wlz-indicatie over de zorgzwaarteniveaus per 31 december 2017 is:

	2017	2016	2017	2016
<b>Niveau ZZP</b>	<b>VG</b>	<b>VG</b>	<b>LG</b>	<b>LG</b>
1	10	12	6	6
2	90	101	..53	50
3	527	511	11	13
4	324	308	113	107
5	210	201	16	14
6	418	392	103	89
7	189	166	25	19
8	157	148		--
Extramuraal	389	471		

Het grootste deel van deze cliënten maakt gebruik van verblijfszorg. In de categorie extramuraal zijn – hoewel technisch niet correct – in dit overzicht ook de 24 cliënten met een zogenaamd sectorvreemd ZZP meegeteld. Bij deze 389 cliënten gaat het zowel om mensen met een verstandelijke beperking als om mensen met een lichamelijke beperking.

We bedienen cliënten vanuit ongeveer 80 organisatorische locaties, waarbinnen zo'n 250 accommodaties zijn ondergebracht. Het gaat om woonvormen (terreingebonden of kleinschalig in de wijk), activiteitscentra, boerderijen, logeerhuizen, kinderdienstencentra en 'virtuele locaties' voor ambulante dienstverlening. We beheren een buurtwinkel, een manege, cadeaushops, lunchrooms en werkplaatsen. Cliënten en medewerkers werken ook samen in de groenvoorziening, in buitenprojecten en in allerhande dienstverlenende constructies. Die zijn nooit een doel op zichzelf – en van tijd tot tijd heffen we iets op en beginnen iets anders – maar een middel om binnen bedrijfseconomische aanvaardbare condities aan te (blijven) sluiten bij vragen en behoeften van cliënten en verwachtingen en wensen vanuit de samenleving waarvan we deel uitmaken.

Wie zicht wil krijgen op onze variëteit kan onze website ([www.gemiva-svg.nl](http://www.gemiva-svg.nl)) raadplegen.

## 2.2. Medezeggenschap

Niet alleen op grond van wetgeving, maar omdat we dat al sinds jaar en dag belangrijk vinden, kennen we binnen de Gemiva-SVG Groep een aantal 'instituten' die de rechten van cliënten op een fatsoenlijke bejegening en redelijke afspraken over ons doen en laten moeten borgen. Medezeggenschap van ouders en cliënten was er al ver voor de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz) in werking trad. Ook beschikten we al voor de Wet klachtrecht cliënten zorginstellingen (Wkcz; inmiddels de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg Wkkgz) daartoe verplichtte over een klachtencommissie onder onafhankelijk voorzitterschap. De ervaring leert ons dat je wel structuren kunt optuigen – zoals cliëntenraden – maar dat er zowel van de zijde van de zorgorganisatie als die van de cliënt ook bereidheid moet zijn daarin te investeren. Er zijn binnen onze organisatie in totaal zo'n 60 platforms voor cliënten en vertegenwoordigers van cliënten 'ingericht'. Dat wil niet zeggen dat ze ook allemaal op dezelfde wijze actief zijn. Specifiek voor het 'tussenniveau' van de Regionale Medezeggenschaps Raad (RMR) – een optie die in onze reglementering nadrukkelijk mogelijk wordt gemaakt en die de verbinding tussen de centrale en de locatiegebonden medezeggenschap zou moeten vormen – hebben we eens geïnventariseerd in welke mate die 'leeft'. Het resultaat is tamelijk ontvankelijk.

### *Geen regionale vorm*

In de regio's 2 (Alphen e.o.), 5 (Gouda e.o.), 6 (Haaglanden) en 8 (Krimpenerwaard) bestaat geen RMR. Volgens de betrokken regiodirecteuren bestaat daar bij de lokale raden geen behoefte aan. Wel organiseren de regiodirecteuren van de regio's 6 en 8 één of twee keer per jaar een zogenaamde canvastijl, waarin zij het regioplan (of wat daar in zou moeten staan) bespreken met een gemengde groep 'belanghouders', waaronder cliënten en vertegenwoordigers. Die worden dan vaak op persoonlijke titel uitgenodigd.

In regio 5 is men in overleg met vertegenwoordigers nu begonnen met het organiseren van het Gemiva Ervingsplein. Dat is een alternatief voor de klassieke vormen van overleg. Het accent ligt dan op het samen uitdiepen van een thema dat voor alle betrokkenen relevantie heeft.

In regio 7 (Rotterdam) bestond voor de bezuinigingen op het vervoer werden doorgevoerd wel een vorm van regionaal overleg. Dat is toen stopgezet. Het blijkt in de praktijk niet te worden gemist.

In regio 2 zijn we wel betrokken bij het optuigen van passende overlegvormen met 'klanten' van Tom in de buurt en Go! voor Jeugd. Ook dat is minder eenvoudig dan het lijkt. De belangstelling voor 'geïnstitutioniseerd' vergaderen is zeer beperkt en lijkt – zeker als er geen onrust heerst – van jaar tot jaar af te nemen.

### *Een RMR*

Voor Swetterhage (regio 4) bestaat een eigen RMR. Regio 3 (Leiden e.o.) kent inmiddels een RMR dagbesteding. Aan deze RMR is gevraagd om na te denken over uitbreiding van het 'werkgebied' met wonen. Daarvoor is tot nu toe geen separate RMR.

### *Meerdere RMR-en in een regio*

De regio's 9 (Dordrecht e.o.) en 10 (Zuid Hollandse Eilanden) kennen meerdere RMR-en. In regio 9 zijn dat er zelfs drie: voor kinderen en jeugd, voor dagbesteding en voor wonen. In regio 10 is de medezeggenschap op subregionaal niveau geregeld: er is een RMR Hoekse Waard en een RMR Goeree-Overflakkee.

Als er een RMR is, voert die het overleg met de regiodirecteur. De agenda wordt dan in overleg opgesteld. Over het draagvlak voor een RMR-constructie kun je genuanceerd oordelen. Het is er duidelijk niet in elke regio in dezelfde mate. De vraag is dan wat het 'opwekken' van het management om toch zo'n orgaan in het leven te roepen zou opleveren. Een pragmatische insteek lijkt ons meer op z'n plek: als er bij cliënten c.q. vertegenwoordigers draagvlak is en een zinvolle invulling: prima. Is dat er niet of nauwelijks, zoek dan samen



naar 'andere invullingen', waar men zich al dan niet tijdelijk of incidenteel wel aan wil verbinden en waarvan zowel de managers als de medezeggenschappers de meerwaarde ervaren. Veelzeggend is wellicht dat we nooit een roep om 'structureel meer medezeggenschap' horen. En ondanks wettelijke oproepen daartoe vinden we dat het niet onze taak is om cliënten of vertegenwoordigers te verleiden om zitting te nemen in een 'orgaan' als zij daar zelf niet intrinsiek voor gemotiveerd zijn. We bieden graag ruimte aan 'gelegenheidsmedezeggenschap' als er issues zijn die voor cliënten en vertegenwoordigers belangrijk zijn. Van onze locatiemanagers en regiodirecteuren verwachten we dat zij daar dan op inspelen. Dat mag ook via een koffieochtend of een barbecue.

#### *Centrale Medezeggenschaps Raad*

Onze Centrale Medezeggenschapsraad geeft een eigen jaarverslag uit. Dat is via onze website te raadplegen. Gemakshalve verwijzen we daar naar. We volstaan hier met de opmerking dat de doorstroming in dit orgaan zeer beperkt is. De meeste leden heb al lang zitting. Wij waarderen hun bijdrage zeer en de verhoudingen zijn in onze ogen goed en constructief. Niettemin kun je de vraag stellen of de leden van de CMR wel een afspiegeling zijn van hun formele achterban. In dat licht vallen er nogal wat kanttekeningen te plaatsen bij de onderhanden herziening van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen, waarin nog steeds op een 'gemeenteraadsmodel' en versterking van formele bevoegdheden wordt gekoerst.

#### *Bezoek Pluryn*

Zoals in de Beschouwing vooraf aangegeven wisselden we onze ervaringen als 'proeftuinen' voor het nieuwe Kwaliteitskader Gz in 2016 uit met collega-zorgaanbieder Pluryn. In 2017 hebben enkele cliënten en medewerkers een bezoek gebracht aan Pluryn om zich te oriënteren op het Cliëntenbureau dat binnen die organisatie functioneert. Of we die vorm – waarover van de zijde van Pluryn door de betrokken cliënten en medewerkers enthousiast maar ook met een grote dosis realiteitszin werd gesproken – zelf gaan doorvoeren, weten we nog niet. We hebben het echter als een waardevol bezoek ervaren.

### 2.3. Klachtencommissie

Op onze website vindt u ook het Jaarverslag van onze Klachtencommissie cliënten over 2017. In dat jaar ontving de commissie vijf klachten, waarvan er drie (2016: 4) op zitting zijn behandeld. Die klachten zijn gegrond verklaard. Zij betroffen twee woonlocaties waarin wij er niet in slaagden afspraken over door te voeren verbeteringen na te komen en in de communicatie met de klagers tekort schoten. Op advies van de commissie zijn verbeterplannen opgesteld. Om een goede doorstart te kunnen maken is ook het management gewisseld. We erkennen dat we in beide locaties de afgegeven signalen te laat en onvoldoende op de werkelijke betekenis hebben ingeschat. De twee andere klagers zijn door de commissie niet ontvankelijk verklaard.

### 2.4. Klachtenfunctionaris

In 2017 hebben 22 personen onze klachtenfunctionaris met een klacht of een gevoel van onvrede benaderd (2016: 18 maal). Het betrof negentien klachten van negen cliënten en tien cliëntvertegenwoordigers (ouders, een zus en twee partners) betreffende zorg ontvangen op basis van de Wet langdurige zorg. Daarnaast wendden een cliënt en een mantelzorger die ondersteuning ontvangen op basis van de Wmo zich met een klacht tot de klachtenfunctionaris. Eén klacht werd ingediend door een ouder wier kind op de wachtlijst staat voor een woonlocatie. Zij tekende bezwaar aan tegen de plek op de wachtlijst die door de afdeling zorgbemiddeling gecommuniceerd was. Er was geen sprake van klachten door cliënten die op basis van de Jeugdwet zorg ontvangen.

Vier klachten betroffen de specifieke situatie in drie woonlocaties. Het ging om de communicatie tussen vertegenwoordigers en medewerkers, het betrekken van ouders bij de zorg en het beleid en de betekenis van professionele verantwoordelijkheid. Daar waar sprake is van verschillende niet uitgesproken percepties op dit vlak ontstaan ongewild tegenstellingen die niet in het belang van een goede ondersteuning van cliënten zijn. Het verbindende thema is het samenwerken in de driehoek cliënt, professional en belangrijke ander, met respect

voor elkaars perspectieven. Inspanningen van de betrokken locatiemanagers, regiodirecteuren en de portefeuillehouder zorg van de Raad van Bestuur hebben in deze woonlocaties tot interventies (waaronder verbeterplannen) aanleiding gegeven. Voor de uitvoering daarvan en het boeken van de gewenste resultaten is ook in 2018 nog gerichte aandacht nodig. Met betrekking tot deze klachten is de klachtenfunctionaris driemaal zelf betrokken geweest bij de gesprekken met klagers, persoonlijk begeleiders en leidinggevendenden.

In de andere klachtzaken gaven de klagers in eerste instantie aan zelf het gesprek aan te willen gaan met hun persoonlijk begeleid(st)er of de verantwoordelijke leidinggevende(n). Dit onder het voorbehoud van een voor hen bevredigend verloop en een dito uitkomst van dit gesprek en met behoud van het recht om alsnog tot indiening van een formele klacht over te gaan. De klachtenfunctionaris heeft contact gezocht met verantwoordelijke leidinggevendenden en met hen besproken hoe om te gaan met de klachten van de betrokken cliënten of vertegenwoordigers. In alle situaties, behalve een situatie waarin de klachtbehandeling nog loopt, heeft dat er toe geleid dat de klachten tot tevredenheid van de klagers afgehandeld zijn. Daarbij kwam duidelijk naar voren dat een heldere communicatie met de cliënten en/of de cliëntvertegenwoordiger essentieel is: mensen willen zich gehoord voelen en in hun onvrede serieus genomen. Ook is van belang het perspectief van de klager te respecteren. In meerdere gesprekken heeft de klachtenfunctionaris ervaren dat het voor locatiemanagers en regiodirecteuren een lastige opgave is om werkelijk boven de partijen te gaan staan. Zeker als de klagers hun onvrede op een ongezouten wijze uiten.

#### 2.5. Vertrouwenspersonen voor cliënten en vertegenwoordigers

Vier vertrouwenspersonen zijn beschikbaar voor cliënten en vertegenwoordigers die een zorg willen uiten, maar zich daarmee (nog) niet tot de klachtenfunctionaris of de klachtencommissie willen wenden. Zij zijn in 2017 in totaal door 10 cliënten of vertegenwoordigers voor kortere of langere trajecten benaderd (2016: 17). Als de betrokkene daarmee instemt, brengt de vertrouwenspersoon hem of haar in contact met de klachtenfunctionaris. Desgewenst staat de vertrouwenspersoon de betrokkene ook bij in gesprekken met medewerkers van onze organisatie. In het algemeen constateren de vertrouwenspersonen dat de rode draad in deze contacten het gebrek aan vertrouwen in de Gemiva-SVG Groep en haar medewerkers is. Onderliggend gaat het dan om bejegening, betutteling, het ontbreken van respect, ongelijkwaardigheid of simpelweg het niet scheppen van duidelijkheid of het niet nakomen van afspraken. Het patroon dat dan ontstaat is voor iedereen die daarmee te maken heeft belastend.

#### 2.6. Geschillencommissie Gehandicaptenzorg

We hebben ons per 1 januari 2017 aangesloten bij de nieuwe Geschillencommissie Gehandicaptenzorg. Daar is in het verslagjaar geen beroep op gedaan.

#### 2.7. Onvrede

Na ampele overweging trekken we de conclusie dat er ongetwijfeld meer onvrede is dan uit de rapportages van de vertrouwenspersonen, de klachtenfunctionaris en de klachtencommissie blijkt. We moeten ons blijven inspannen om beter te communiceren als er sprake is van ongenoegen, maar er is geen sprake van een 'veenbrand' die om structurele bestrijding vraagt. We bespreken de jaarverslagen van de klachtencommissie, de klachtenfunctionaris en de vertrouwenspersonen cliënten ook met onze Centrale Medezeggenschaps Raad. Desgevraagd rapporteren we over klachten ook aan financiers.

#### 2.8. Privacy

Het privacybeleid dat we al sinds jaar en dag voeren – en dat bestaat uit een combinatie van technische maatregelen en richtlijnen voor het gedrag van medewerkers – is aan herijking toe door het toenemende gebruik van e-mail als communicatiemiddel met de (vertegenwoordiger van de) cliënt. We zijn in onze dagelijkse praktijk niet altijd voldoende attent op het uitwisselen van gevoelige persoonlijke informatie per mail. Vooralsnog zien we daarvoor geen betaalbare en praktisch hanteerbare technische oplossing. We hebben onze gedragsvoorschriften op dit gebied en de interne voorlichting daarover aangescherpt, onder meer in de vorm van

een themapagina op ons intranet. In het perspectief van de inwerkingtreding van de Algemene Verordening Gegevensbescherming denken we na over aanvullende organisatorische en technische maatregelen om ons gezamenlijke privacybewustzijn te stimuleren. Aan cliënten en hun vertegenwoordigers bieden we via de applicatie MijnDossier digitale toegang tot (delen van) het door ons onderhouden cliëntdossier aan. Daardoor ontstaan er ook nieuwe vragen waar we niet altijd een praktisch werkbaar antwoord op hebben. Mag je een schaduw dossier aanleggen als je sommige informatie niet met de cliënt of de vertegenwoordiger wilt delen? De cliënt laat een verwant toe tot zijn dossier, krijgt daar later spijt van, maar durft dat niet tegen de verwant te zeggen. Wat nu? Als je moeite hebt met helder, zakelijk en to the point rapporteren, is dat dan een reden om daarmee heel terughoudend te zijn omdat je geen 'fouten' wilt maken? We zien grote verschillen tussen medewerkers als het gaat om digitale vaardigheden. Dat gaat ten koste van de kwaliteit van de rapportages en doet onze geloofwaardigheid als professionele zorgaanbieder niet altijd goed. Tegelijkertijd zien we dat niet alle cliëntvertegenwoordigers de behoefte hebben (of over de vaardigheden beschikken) om te communiceren in een digitale omgeving. Ten slotte blijkt ook dat over het 'eigenaarschap' van het dossier zowel bij medewerkers als cliënten en vertegenwoordigers nogal eens onhelderheid bestaat. Juridisch gezien is het echter volstrekt helder: het dossier is van de zorgaanbieder en niet van de cliënt. Die heeft echter rechten die wij naar de letter en in de geest dienen te respecteren.

### 2.9. Veiligheidskaart

Aan het leven kleven risico's. Daar leggen we niet de nadruk op, want dat smooit initiatief, durf en plezier in het verkennen van het onbekende en de vreugde van de verrassing. Willen we kwetsbare burgers echter verantwoord begeleiden dan is zicht op die risico's niettemin belangrijk. We zien het in kaart brengen daarvan als een voorwaarde voor de dialoog. Voor zo'n 3500 cliënten (Wlz en deels Jeugdwet) gaan we systematisch en periodiek na of hun veiligheid in verband met hun beperkingen (extra) aandacht behoeft. Daarvoor gebruiken we het zelf ontwikkelde instrument van de veiligheidskaart. Jaarlijks actualiseert de persoonlijk begeleider van de cliënt of die taxatie bijstelling behoeft en zo ja, of dat ook tot (nieuwe of gewijzigde) afspraken in het ondersteuningsplan moet leiden. Een beschouwing over het ondersteuningsplan en het overzicht van de scores per 31 december 2017 zijn als bijlage 1 aan dit rapport toegevoegd.

Voor 11 van de 37 risico's die de veiligheidskaart in 2017 benoemt (2016: 9 van de 36), geldt dat er voor meer dan 10% van onze cliënten 'beheersingsafspraken' over zijn vastgelegd in het ondersteuningsplan. Dan ligt daar in het kader van de geboden ondersteuning ook nadrukkelijk een verantwoordelijkheid voor ons. In de categorie lichamelijk welbevinden gaat het om epilepsie, gezichtsvermogen, gewicht en verslikken. Bij de rubriek veiligheid betreft het baden/douchen, vallen, emotioneel misbruik en seksueel misbruik. In de categorie gedrag hebben we het dan over fysieke agressie (tegenover anderen), verkeersonveiligheid en risico's bij het zwemmen. In 2017 passeren de thema's verslikken en risico's bij het zwemmen de 10%-drempel. Opvallend is vooral de forse toename (van 335 naar 854) van het aantal cliënten waarbij afspraken over het omgaan met het risico verslikken in het ondersteuningsplan zijn vastgelegd. Blijkbaar heeft de toegenomen aandacht voor dit thema – bijvoorbeeld via de eet- en drinkteams – ook tot een grotere risicogevoeligheid geleid. In relatieve zin scoort het risico op vallen het hoogst: in 20,8% van de ondersteuningsplannen zijn daarover afspraken opgenomen. Ook de risico's rond verslikken en verkeersonveiligheid geven relatief vaak (in beide categorieën 17,1%) aanleiding tot het afspreken van risicomitigerende maatregelen. In de risico-top 5 zijn ook ernstig over- of ondergewicht (16,0%) en emotioneel en/of seksueel misbruik (14,4%) opgenomen. Op zich zeggen die cijfers natuurlijk niet zoveel. Tonen we daarmee aan dat we deze risico's 'in beeld' hebben en adequate 'beheersmaatregelen' hebben getroffen? Illustreer we er de inherente kwetsbaarheid van grote groepen cliënten mee? Levert een focus op de risico's die relatief hoog scoren extra kwaliteit van leven op, en hoeveel dan? Hebben we dan voldoende geïnvesteerd en zou je de aandacht moeten verleggen naar het peloton achter de kopgroep? Daar kun je nog stevige discussies over voeren. In onze rapportage over 2016 concludeerden we voorzichtig dat inspanningen op de gebieden agressief gedrag tegen anderen, verkeersonveiligheid en gewichtsproblematiek voor de grootste groep cliënten betekenisvolle winst kunnen opleveren. Dat klemt te meer omdat gewichtsproblemen en verkeersonveiligheid ook het welzijn op de dimensies Lijf en Meedoen (zie hiervoor de analyse op basis van *Dit*

*vind ik ervan!*) bedreigen en agressie een thema is dat ook forse risico's voor medewerkers en andere cliënten met zich meebrengt. Op basis van de verschuivende cijfers van 2017 zien we geen aanleiding om op die voorzichtige conclusie terug te komen.

#### 2.10. Ondersteuningsplan op orde

De streefsituatie is dat elke cliënt over een actueel ondersteuningsplan beschikt, dat in overleg met hem en/of zijn vertegenwoordiger tot stand is gekomen, waarvoor draagvlak is en dat herkenning en het verlangen naar realisatie oproept. De vorm en de uitgebreidheid zijn dan veel minder van belang. De norm, zoals gedefinieerd door onder andere de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd is 95%, want er staan wel eens praktische problemen in de weg. Gemiddeld scoorden wij op 31 december 2017 op de ondersteuningsplannen van cliënten Wlz en Jeugdwet (maatwerk) 94,5% 'actueel'. Voor de Wmo-clianten ging het om 95,0% en voor cliënten waarvoor we op basis van een afspraak met gemeenten de zelfredzaamheidsmatrix ZRM toepassen ligt de score op 93,2%. We komen dus een heel eind, maar halen de norm nog net niet. Onze ervaring is (helaas) dat we er intern toch regelmatig op moeten wijzen dat de discipline op dit punt nog tekortschiet.

#### 2.11. Vrijheid en eigen regie

'Niet, tenzij' is het uitgangspunt voor de werkzaamheden van de commissie die zich met de toepassing van middelen en maatregelen bezig houdt en onze ambitie om vrijheidsbeperking terug te dringen moet ondersteunen. De commissie heeft daartoe in het verslagjaar 6 (2016: 12) locaties bezocht en over de praktijk aldaar geadviseerd. De insteek die de commissie daarbij koos was die van het oplossingsgericht werken. Daarnaast zijn vier 'brainstormbijeenkomsten' georganiseerd om met medewerkers van gedachten te wisselen over de praktische aspecten van het reduceren van beperkende maatregelen. Steeds weer blijkt dat bewustwording bij medewerkers een eerste vereiste. De commissie constateert in haar jaarverslag 2017 dat die bewustwording ook toeneemt. Om die verder te stimuleren heeft de commissie een kalender ontwikkeld, die in het laatste kwartaal van 2017 is verspreid onder alle locaties. Het thema Eigen Regie komt ook aan de orde in bijeenkomsten voor nieuwe medewerkers en vrijwilligers, in introductiebijeenkomsten voor nieuwe leerlingen en in bijeenkomsten van ons Centrum voor Kennis en Leren. Onze Commissie Ethiek organiseerde er in het kader van die bewustwording een door ongeveer 100 medewerkers, cliënten en cliëntvertegenwoordigers bezocht symposium over. Ten slotte onderzochten onze interne auditteams bij 8 locaties hoe men omgaat met huisregels en andere (potentieel) beperkende regelingen en gebruiken. We gaan daar elders in deze rapportage op in.

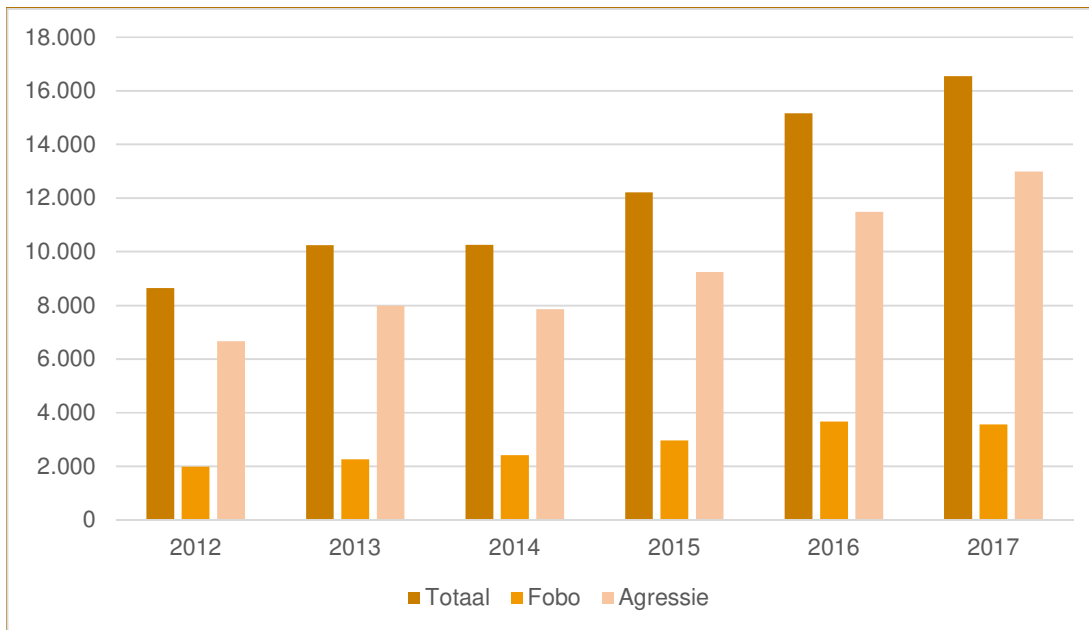
#### 2.12. Incidenten

Je leert door te doen en daarbij maak je fouten. Bij leren hoort ook het bespreken van incidenten. Om dat proces in goede banen te leiden melden onze medewerkers fouten, ongevallen en bijna ongelukken (fobo's) en agressie-incidenten digitaal met behulp van ons digitale cliëntendossier. De verantwoordelijke locatiemanager ontvangt van elke melding een bericht. Wij geloven niet in anoniem melden en vinden dat de terugkoppeling naar de melder – en het aansluitend nemen van actie – zoveel mogelijk op locatieniveau gestalte moet krijgen. De fobo's en agressie-incidenten worden regelmatig in het locatieoverleg aan de orde gesteld om na te gaan welke acties zinvol zijn om herhaling te voorkomen. Alle meldingen worden maandelijks verwerkt in het dashboard met sturingsinformatie per locatie. Dit overzicht maakt het mogelijk om over een langere periode te analyseren of er patronen zichtbaar zijn in de meldingen op cliënt- en locatieniveau. Bijvoorbeeld: vindt het incident plaats op hetzelfde tijdstip en wat is er op dat tijdstip gebruikelijk aan de orde op de locatie? Het lijnmanagement is verantwoordelijk voor het bespreken van de meldingen in het team en het trekken van conclusies. Deze werkwijze borgt het planmatig leren van fouten, ongevallen en bijna ongelukken op individueel cliënt- en locatieniveau. De eerlijkheid gebiedt echter op te merken dat de 'opvallende' fobomeldingen nog onvoldoende als een bron voor systematische reflectie worden benut.

De Fobocommissie vervult een belangrijke rol in het registreren en analyseren van fouten, ongevallen, bijna-ongevallen en agressievoorvallen. Doel daarbij is het leren van ervaringen en het zodoende verbeteren van zowel de kwaliteit van de ondersteuning als die van de arbeidsomstandigheden. De commissie maakt in de registratie

onderscheid tussen algemene fobovoorvallen en specifieke agressievoorvallen. In totaal zijn in 2017 16.555 voorvallen geregistreerd waarbij cliënten betrokken zijn (2016: 15.172). Dat is een toename van 9 % (2016: 24%), terwijl het aantal cliënten met 6% (2016: 2%) steeg. Gemiddeld gaat het in 2017 om 3,4 meldingen per cliënt (2016: 3,3). Zoomen we in op een lager abstractieniveau, dan valt op dat van het totaal aantal meldingen er 12.998 (dat is 79%; 2016: 76%) betrekking hebben op agressievoorvallen. 4451 van deze agressiemeldingen hebben betrekking op 27 cliënten. Ieder van hen staat in de boeken voor 100 of meer meldingen in het kalenderjaar. 1.075 agressievoorvallen worden door de melders als zeer tot extreem ernstig gekwalificeerd (2016: 784). Daarnaast is relevant dat de melders bij 92% van de voorvallen opmerken dat er geen sprake was van een signaal vooraf (2016: 90%). Het voorkomen van, omgaan met en reduceren van agressief gedrag van cliënten is misschien wel de grootste ‘inhoudelijke’ uitdaging voor de gehandicaptenzorg voor staat. In twee locaties – Elsenhoeve in Lekkerkerk en Agathahuis in Oostvoorne – deden we in het verslagjaar ervaring op met de Veilig Plus methodiek. Dat heeft in positieve zin bij de betrokken medewerkers, locatiemanagers en gedragskundigen veel losgemaakt en biedt ook perspectieven op veiliger werken met een complexe groep cliënten. We zullen in 2018 op deze ervaringen voortborduren.

Er zijn 52 meldingen ontvangen in de categorie ‘fobomelding zonder cliënt’ (2016: 31). Dit zijn meldingen waarbij geen cliënt betrokken is. Deze meldingen zijn niet in de overzichten opgenomen.



Kijken we naar de ‘gewone’ fobo-meldingen, dan valt op dat dit aantal met 3% is gedaald. Bij de medicatiefobo’s is het aantal meldingen in de categorie ‘cliënt heeft medicatie niet afgenomen’ gereduceerd met 13%. We concluderen voorzichtig dat de toename van het aantal locaties dat een medewerker heeft aangewezen als ‘aandachtsfunctionaris medicatie’ daar een rol bij speelt. Ook het prospectief met betrokkenen doordenken van de risico’s die konden voortkomen uit de overgang naar een andere apotheker voor onze locatie Swetterhage (ruim 300 bewoners) heeft daar vermoedelijk aan bijgedragen. Wat ook een rol kan spelen is dat 1.943 medewerkers de e-learningmodule over het toedienen van medicatie op 31 december 2017 met goed resultaat hebben afgerond. 122 medewerkers zijn daar in het verslagjaar alsnog mee begonnen en ronden de e-learning naar verwachting in 2018 af. Het aantal meldingen rond vallen is licht gestegen, waarbij moet worden opgemerkt dat 2 cliënten verantwoordelijk zijn voor 12% van het aantal valincidenten. Het aantal meldingen dat op verslikking betrekking heeft is met 20% afgenomen tot 45.

We vragen de melders ook naar hun ervaringen met de opvang na het incident. Daar is 1.978 keer op gereageerd. In 20 gevallen beoordeelt de melder die opvang als onvoldoende. In 1.011 van deze situaties kreeg de opvang wel de score voldoende. Bij de overige 947 meldingen werd opvang niet van toepassing geacht. De fobocommissie heeft op verzoek van de Raad van Bestuur bij vier meldingen nader onderzoek uitgevoerd. In twee gevallen betrof het meldingsplichtige incidenten, waarbij ook de IGJ vroeg om onderzoek en rapportage. Aan de Inspectie SZW zijn in 2017 geen voorvallen gemeld.

Uit de aanbevelingen en adviezen van de Fobocommissie blijkt dat we onze inspanningen op de volgende gebieden moeten voortzetten en mogelijk intensiveren:

- Vier locaties vallen op door een verhoudingsgewijs hoog aantal medicatie-incidenten. Hier moeten we nader analyseren wat de achtergronden en oorzaken zijn;
- Het is ook van belang om na te gaan hoe het komt dat de ‘medewerkergebonden’ medicatie-incidenten toenemen en die welke kwalificeren als ‘cliëntgebonden’ afnemen;
- Elke locatie dient periodiek de leeftijdsopbouw van zijn cliëntenpopulatie in beeld te brengen omdat die een belangrijke voorspellende waarde voor het voorkomen van valincidenten blijkt te hebben en dan een gerichte valrisico-inventarisatie gemaakt kan worden;
- Het aantal meldingen dat betrekking heeft op weglopen en vermissing cliënt is toegenomen van 73 in 2016 naar 111 in 2017. Dat vraagt om een analyse en om bezinning op de mogelijke toegevoegde waarde van ‘track & trace’-systemen, waar dan uiteraard ook een afweging inzake vrijheidsbeperking bij hoort;
- De commissie adviseert om met name een uitwisseling op gang te brengen van de ervaringen van locaties die er in zijn geslaagd om cliënten wier gedrag aanleiding gaf tot meer dan 100 meldingen per jaar in rustiger vaarwater te krijgen. Dat kan duiden op ‘good practices’ waar andere locaties hun voordeel mee kunnen doen en die ook in scholing en reflectie een nadrukkelijke plek moeten krijgen.

### 2.13. Grensoverschrijding

Het Consultatieteam Misbruik en Mishandeling (CMM) ontving in 2017 47 meldingen (2016: 53) over (vermoedens van) grensoverschrijdend gedrag. Inhoudelijk zijn daarin ten opzichte van vorige jaren volgens het CMM geen trends of verschuivingen te constateren. Het CMM vervult binnen de Gemiva-SVG Groep een centrale rol in het uitvoeren van de Wet verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. Van de 2.486 bij de zorguitvoering betrokken medewerkers had per ultimo 2017 73% de e-learning over de meldcode met een positief resultaat afgerond. 14% van hen is nog bezig, maar moet de e-learning nog afsluiten. Voor 13% van de betrokken medewerkers geldt dat zij nog niet met deze opdracht zijn begonnen. Hier is dus nog een inhaalslag te maken, waarbij het de taak is van locatiemanagers – die op hun ‘dashboard’ kunnen zien welke van hun medewerkers de e-learning hebben afgesloten – om de ‘achterblijvers’ aan te spreken. Nadat de onderscheiden procedures voor het melden van misbruik en mishandeling voor kinderen en volwassenen in 2016 waren geharmoniseerd en samengevoegd, heeft de commissie in 2017 alle gedragsdeskundigen op dit thema ‘bijgepraat’, zodat zij in hun locaties het belang van het onderkennen van signalen en een beroep op het CMM nog beter voor het voetlicht kunnen brengen. In twee teams verzorgde het CMM voorlichting over het voorkomen van misbruik en mishandeling. Nauw aan het CMM verbonden is een deskundige op het gebied van diagnostiek en behandeling bij (vermoedens van) seksueel misbruik, bijvoorbeeld via taxatiegesprekken. De achterliggende expertise is echter ook relevant voor een positieve invalshoek op seksualiteit en seksuele vorming. Dat is in het verslagjaar ook nadrukkelijk in een visiedocument verankerd en tot uitdrukking gebracht in een actualisatie van de themapagina relatievorming en seksualiteit op ons intranet. In dat kader kaartte een ouderpaar bij de commissie de rol aan die ter zake aan ouders wordt toegedacht. Dat thema zal in 2018 aandacht krijgen, uiteraard binnen de grenzen die de wetgever en professionele codes ter zake formuleren. heeft het CMM ook meegewerkt aan het updaten van het interne cursusaanbod (zoals ‘Praten over seks’) en de themapagina relatievorming en seksualiteit.

#### 2.14. Bestuurlijke reflectie

Wij verlangen veel van begeleiders. Dat doen ook 'de samenleving' en allerhande instituties die namens het collectief van de burgers in ons land opereren. Mogen we de vraag opwerpen of we daarmee niet overvragen? Het is niet goed dat medewerkers in een al dan niet virtueel strafbankje terecht komen omdat het gedrag van cliënten onvoorspelbaar kan zijn en risico's – ook vanwege beperkte tijd en middelen - niet zijn uit te sluiten. Als we er zo naar kijken vinden we dat het aantal klachten en incidenten – hoe confronterend die soms voor de betrokkenen kunnen zijn – geen bijzondere aanleiding tot zorg geeft. Het zoeken naar effectieve en stimulerende vormen van medezeggenschap en regievoering op zowel individueel als collectief niveau blijft een worsteling. En wat de cijfers betreft stellen we nog maar eens vast dat de zeggingskracht daarvan zonder context zeer beperkt is.

## 23

**Marije. 23 is ze en sinds een paar maanden woont ze zelfstandig. Nog maar een paar uur per week komt de begeleiding om haar te helpen met haar financiën. Ook het oefenen voor haar theorie-examen doen ze samen. In een uitgebreid gesprek blikte ze met haar persoonlijk begeleider terug op de vier jaar die ze in de woonlocatie heeft gewoond. Een plek voor jonge mensen met verstandelijke beperking en gedragsproblemen. Wat is er gekomen van haar doelen? Wat heeft ze bereikt en hoe staat ze er nu voor?**

Marije lijkt teleurgesteld. Ja, over zichzelf is ze veel te weten gekomen. Door situaties die ontstonden, gesprekken die ze voerde. Alle levenservaringen die ze opdeed met medebewoners en begeleiders maakten dat ze is gegroeid. Dat was moeilijk en confronterend. Ze loopt steeds tegen dezelfde dingen aan door haar beperkingen. Toch kijkt Marije niet negatief terug op de afgelopen jaren. Het was moeilijk, confronterend, mooi, bijzonder, leerzaam, maar ook verbazend. Want de visie waar haar eerste locatiemanager zo voor vocht en waar ze zich zo in kon vinden, is er in haar ogen niet meer. Daarom is de verhuizing goed geweest. Geen instelling meer, maar een eigen voordeur en meer eigen regie.

### Warme band?

Wat haar tegenvalt, is dat ze nooit echt contact kan krijgen met begeleiders. Het onderscheid tussen begeleider en cliënt is er altijd. Van haar wordt verwacht dat ze praat over haar doelen, haar werk, haar financiën... En dan die vragen. Wat heb je nodig? Wie kan je helpen? Wanneer is het klaar? Begeleiders laten maar zelden wat los over hun eigen leven en wat hun problemen zijn. Wat ze mist is het gevoel van een warme band, oprechte aandacht en een gelijkwaardige relatie of vriendschap. Anders dan die met haar ouders en zussen.

Ze heeft geprobeerd zoiets te vinden bij het musicalkoor. Daar vindt iedereen haar aardig. Marije krijgt complimenten voor haar mooie, heldere stem. Een vriendschap is er alleen nog niet uit voortgekomen. Ze gaat eens nadenken of er een andere plek is om sociale contacten op te doen. De sportschool misschien?

### Eigenwaarde

En haar doelen? Ze weet wat ze wil, maar is ook lui en laks. Van opruimen komt dan niets. Haar was blijft liggen, net als de ongeopende brieven van de bank. Het lesboek van de autorijschool ligt onderop. Zoeken naar ander werk of een nieuwe opleiding lukt dan ook niet. Wat zou het een goed gevoel geven als ze daar wat harder voor zou werken. Haar gevoel voor eigenwaarde zou groeien en daarmee ook de energie om door te zetten.

Vanavond gaat Marije haar ouders bellen, gewoon voor een praatje. Dat vinden ze fijn en zij wordt er ook rustiger van. Daarna gaat ze voor de spiegel staan en zegt ze tien keer: "Je bent goed zoals je bent."

Mirjam van den Burg, begeleider



### 3. DE DIALOOG IN DE ONDERSTEUNING; HET ZACHTE VERHAAL

Zorg is een dienst die in cocreatie tussen cliënt en medewerker vorm en inhoud krijgt. Van onze kant vergt dat de kwaliteit en de bereidheid om te kijken, te luisteren en te verstaan. Pas daarna komt het handelen. Wij gebruiken de methode voor cliëntervaringsonderzoek *Dit vind ik ervan!* om met de cliënt in gesprek te zijn over wat voor hem waardevol en belangrijk is. Voor elke Wlz-cliënt en een deel van onze cliënten Jeugdwet vullen we een veiligheidskaart (een term die we prefereren boven het begrip risicoanalyse; zie daarover ook het voorgaande hoofdstuk van deze rapportage) in. In het ondersteuningsplangesprek - dat we tot nu toe tenminste één keer per jaar formeel met de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger voeren – brengen we die inzichten bij elkaar. De afspraken die daaruit voortvloeien leggen we vast in een (digitaal) ondersteuningsplan.

#### 3.1. Ondersteuningsplan

Voor veel begeleiders is het schrijven en digitaal verwerken van het ondersteuningsplan een behoorlijke kluit. Hoewel we in toenemende mate proberen onhaalbare doelen te vermijden en het aantal 'toetsbare' afspraken te beperken, is de maatschappelijke druk om 'alles' in zo'n plan vast te leggen groot. Opmerkelijk is dat voor de cliënt en zijn vertegenwoordiger dat alomvattende karakter vaak minder belangrijk is. We zien ook graag wederkerigheid in die afspraken: naar vermogen vragen we van de cliënt dat hij zijn bijdrage levert en de afspraak nakomt. Onze ervaring is dat wij hem daarmee serieus nemen als partner in het ondersteuningsproces. Onze cliënten en hun vertegenwoordigers vragen in het algemeen niet om opgetuigde zorgplannen, om risicoanalyses en om rapportages op SMART-geformuleerde doelstellingen. Het gros heeft geen behoefte aan twee formele ondersteuningsplanbesprekingen per jaar. Wat zij wel op prijs stellen is alert reageren op vragen, op informatie die we uit eigen beweging – en zonder te verdoezelen - verschaffen over bijzonderheden en incidenten, op een respectvolle en warme bejegening en 'blijje gezichten'. Wat men vervelend vindt zijn wisselingen in de personele bezetting en onzekerheid. Wij beseffen in toenemende mate dat we juist op die vlakken proactief moeten communiceren. Maar dat staat eigenlijk los van alle formele aspecten rond het plan.

#### 3.2. Cliëntervaringen

In de cyclus rond het ondersteuningsplan is binnen de Gemiva-SVG Groep een belangrijke rol weggelegd voor 'het goede gesprek'. Daartoe maken we sinds een aantal jaren gebruik van de methode *Dit vind ik ervan!* Met behulp van die methodiek vragen we naar ervaringen en ambities op een tiental levensgebieden: Gevoel, Lijf, Familie, Vrienden, Meedoen, Hulp, Huis, Doen, Kiezen en Veilig voelen. Cliënten en vertegenwoordigers bepalen zelf over welke thema's – die voor hen belangrijk zijn – zij het gesprek met de betrokken begeleider(s) voeren. Daarom komen in veel gesprekken lang niet alle thema's voorbij. Het resultaat van het jaarlijkse 'Dvie-gesprek' – dat in de praktijk soms wordt 'verdeeld' over meerdere gespreksmomenten, waaronder betrekkelijk toevallige - slaan we op in het digitale dossier van de cliënt. Hoewel het instrument zich maar in beperkte mate leent voor het aggregeren van (uiteraard) hoogstpersoonlijke ervaringen en opvattingen tot een 'beoordeling' van een organisatie of de onderdelen daarvan, kunnen we dankzij deze kunstgreep toch een meer generiek beeld van de opvattingen, belevingen en ervaringen van de betrokken cliënten en hun vertegenwoordigers schetsen. In de onderstaande tabel zetten we uiteen met hoeveel cliënten en vertegenwoordigers we in 2017 en 2016 'Dvie-gesprekken' voerden en welke thema's daarbij in hun ogen als bijzonder belangrijk kwalificeerden:

Cliënten 2016	2.135	Vertegenwoordigers 2016	644	Cliënten 2017	2.726	Vertegenwoordigers 2017	795
1. Familie	958	1. Gevoel	322	1. Familie	1.299	1. Gevoel	369
2. Lijf	690	2. Lijf	317	2. Lijf	1.004	2. Lijf	368
3. Gevoel	677	3. Veilig	312	3. Gevoel	879	3. Veilig	359

4. Veilig	586	4. Familie	221	4. Vrienden	830	4. Familie	263
5. Doen	584	5. Doen	194	5. Doen	755	5. Meedoen	217

*Aantal respondenten dat aangeeft een categorie bijzonder belangrijk te vinden: top 5*

Uit dit overzicht blijkt dat er ten opzichte van 2016 in 2017 in totaal een kleine 750 cliënten en vertegenwoordigers meer op hun ervaringen zijn bevroegd. Voor cliënten blijkt het belang dat zij aan Vrienden hechten relatief te zijn toegenomen, terwijl dat van Veiligheid kennelijk iets aan betekenis inboet. Vertegenwoordigers leggen in 2017 wat meer de nadruk op Meedoen ten koste van de positie van Doen.

Onze gesprekspartners kunnen hun ervaringen duiden met de kwalificaties Top!, Goed, Matig en Slecht. Globaal blijkt uit onze registraties dat op alle thema's 50 tot 80% van de cliënten en vertegenwoordigers de ervaringen die zij hebben als 'Goed' betitelen. Interessant zijn de percentages van de uitschieters, waar het oordeel 'Top!' of juist 'Slecht' wordt geveld. De onderstaande tabellen geven daar inzicht in. Eerst presenteren we de tabel over 2016, daarna die over 2017:

Top Cliënt		Top Vert.		Slecht Cliënt		Slecht Vert.	
Familie	19%	Familie	18%	Meedoen	6%	Meedoen	7%
Huis	15%	Huis	11%	Lijf	5%	Vrienden	6%
Veilig	12%	Hulp/Doen	9%	Familie	5%	Kiezen	5%

*Top 3 'top!' en 'slecht' beoordeelde categorieën door cliënten en vertegenwoordigers in 2016*

Top Cliënt		Top Vert.		Slecht Cliënt		Slecht Vert.	
Familie	17%	Familie	19%	Lijf	6%	Meedoen	5%
Huis	13%	Veilig	12%	Meedoen	5%	Vrienden	5%
Doen	10%	Huis	10%	Familie	4%	Kiezen	3%

*Top 3 'top!' en 'slecht' beoordeelde categorieën door cliënten en vertegenwoordigers in 2017*

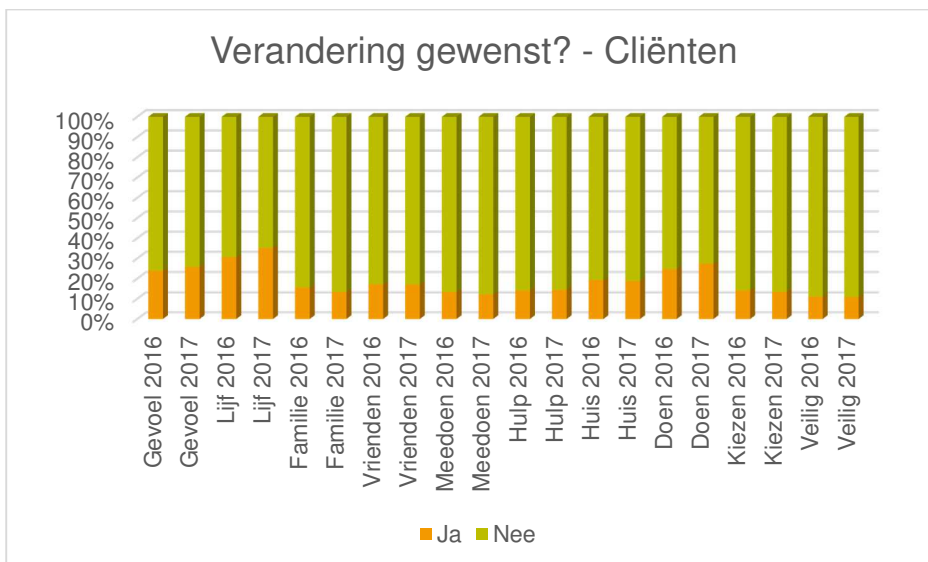
Uit deze overzichten blijkt – met veel slagen om de arm – dat het percentage cliënten dat een ervaring als 'Top!' betitelt licht afneemt. Dat geldt ook voor vertegenwoordigers die hun ervaringen als 'Slecht' bestempelen. Voor de 'slechte' ervaringen geldt dat die in 2016 en 2017 grosso modo in dezelfde categorieën vielen, terwijl er in de 'Topervaringen' wat meer verschuivingen zichtbaar lijken. De cijfers zijn echter niet van dien aard dat je daar verstrekkende conclusies aan mag verbinden.

In de tabel hierna geven we per thema aan welk percentage cliënten respectievelijk vertegenwoordigers in 2017 hun ervaringen als Top! of Goed typeert. De lezer kan dan zelf bedenken hoe hoog het percentage is dat kiest voor Matig of Slecht is.

**% Cliënten****% Vertegenwoordigers**

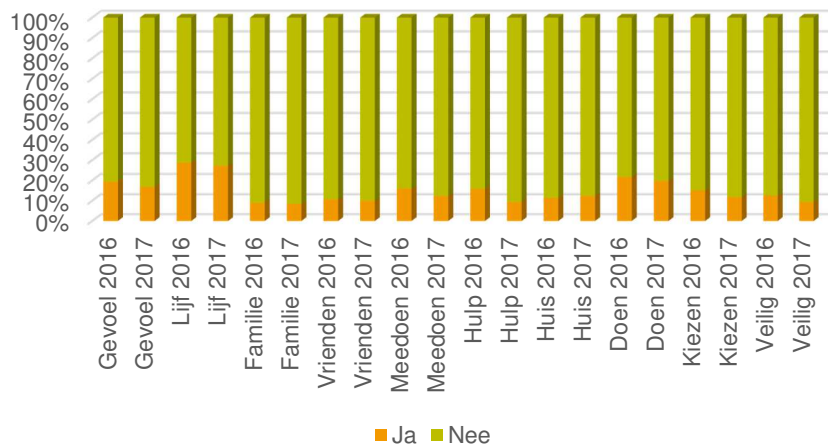
	Top!	Goed	Matig	Slecht		Top!	Goed	Matig	Slecht
Gevoel	7	68	21	4		8	77	13	2
Lijf	7	56	32	5		5	67	27	1
Familie	17	64	15	4		19	70	9	2
Vrienden & kennissen	8	68	20	4		6	72	17	5
Meedoen	6	69	21	4		6	67	22	5
Hulp	10	78	11	1		9	78	13	-
Huis	13	72	12	3		10	76	13	1
Doen	10	72	16	2		9	77	13	1
Kiezen	5	73	19	3		5	74	18	3
Veilig Voelen	10	77	11	2		11	77	10	2

Voor een goede interpretatie van de verzamelde cliëntervaringen is het ook van belang om te weten of cliënten op een thema veranderingen wensen (of die zelf als realistisch beschouwen). Daar hebben we een paar fraaie staafdiagrammen over vervaardigd.



Het percentage cliënten dat verandering op een bepaald thema wenst schommelt tussen de 8 (Veiligheid) en de 32 % (Lijf), afhankelijk van het thema. Met name op de levensgebieden Gevoel, Lijf en Doen groeit de ambitie tot verandering. Daarbij moet bedacht worden – en dat zien cliënten in het algemeen zelf nuchter in – dat sommige veranderingen wel gewenst kunnen worden, maar niet realistisch zijn.

## Verandering gewenst? - Verwanten



Verwanten en vertegenwoordigers zijn zo mogelijk nog terughoudender in hun veranderwens. Het percentage varieert hier tussen de 8 (Vrienden) en de 24 (Lijf) procent. Wat opvalt is dat hun veranderambitie van 2016 op 2017 eerder lijkt af- dan toe te nemen.

Hoe dan ook lijken wensen op het gebied van Lijf, Doen en Gevoel voor cliënten het meest betekenisvol. Vertegenwoordigers leggen daarop eveneens het accent. Daarmee benadrukken zij ook de wenselijkheid van ontwikkeling op deze gebieden. Met andere woorden: als wij van betekenis willen zijn voor een betere kwaliteit van bestaan van onze cliënten, dan moeten we investeren in begeleidingslijnen, acties en strategieën die stimuleren dat cliënten naar vermogen gezond eten, bewegen en goed voor hun lichaam zorgen. Het is belangrijk dat zij mens onder de mensen zijn en meedoen zowel via een door hen als betekenisvol ervaren dagbesteding, in de woonsituatie als in hun 'vrije tijd'. Daarmee kunnen we mogelijk ook invloed uitoefenen op de door hen ervaren en gevoelde (de dimensie Gevoel: 'Mag ik er zijn?') kwaliteit van bestaan.

Cijfers hebben maar een beperkte zeggingskracht. We hebben de opmerkingen geanalyseerd die cliënten en vertegenwoordigers tijdens de *Dit vind ik ervan!*-dialoog hebben gemaakt. Die rapportage voegen we als [bijlage 2](#) bij. Dat geeft extra kleur aan de conclusie die we in de voorgaande alinea trokken. We vermoeden overigens dat die conclusie niet uniek is voor onze organisatie (en voor de betrokken cliënten en hun familieleden), maar zeggingskracht heeft voor elke burger, welk rugzakje hij of zij ook met zich meedraagt. Dat roept dan ook de vraag op hoe 'maakbaar' het leven van ons allemaal en de door ons ervaren kwaliteit van bestaan is. Of begrijpelijke verlangens op gebieden als Lijf, Meedoen, Gevoel en Kiezen ook altijd realiseerbaar zijn – en of je een dergelijke realisatie dan als een afrekenbare opdracht voor zorgaanbieders mag zien – is een nadere beschouwing waard. Daar is deze rapportage echter niet voor bedoeld.

Uit de opgemaakte rapportage blijkt ten slotte dat we begeleiders beter moeten toerusten tot en faciliteren bij het gebruik van de werkwijze *Ik Zie En Vertel!* Het komt te vaak voor dat de vertegenwoordiger zich niet serieus genomen voelt omdat we hem of haar 'het bos in sturen' met een invuloefening. De bij *Ik Zie En Vertel!* behorende lijst van mogelijke gesprekspunten is bedoeld als ruggensteun voor een open, aandachtig en onderzoekend gesprek. Daar moeten wij dus tijd en ruimte voor maken. Laten we dat na, dan is het begrijpelijk en terecht dat vertegenwoordigers daar verholpen over zijn. Tegelijkertijd geldt ook het omgekeerde: als de vertegenwoordiger om hem of haar moverende redenen niet bereid is tot zo'n gesprek – maar misschien wel een schriftelijk vragenlijstje wil beantwoorden – hebben wij dat ook te respecteren.

### 3.3. Vrijwilligers en hun bijdrage

In de dialoog met de cliënt zijn rechtstreeks of indirect ook zo'n 1700 vrijwilligers betrokken. Wij zijn blij met de toegevoegde waarde die zij leveren en willen dat zij zich gewaardeerd voelen en 'opgenomen' in onze gemeenschap. Uit vrijwilligerstevredenheidsonderzoek blijkt dat zij hun werk en ons gemiddeld het cijfer 8 toedichten. Een kleine minderheid van hen geeft aan enigerlei vorm van deskundigheidsbevordering of intervisie op prijs te stellen. We beschikken over een uitgebreid aanbod van scholing, waarvan ook vrijwilligers gebruik kunnen maken, maar beseffen dat dit niet altijd inspeelt op hun specifieke wensen en omstandigheden. In de komende jaren zullen we daarom op maat voor hen een scala aan activiteiten op het gebied van toerusting ontwikkelen.

### 3.4. Verwanten en vertegenwoordigers

We zijn veel dank verschuldigd aan de positief-kritische vertegenwoordiger of verwant die met het oog op het welbevinden van de cliënt onze sparringpartner is en de handen uit de mouwen steekt als we daar een beroep op doen. Terdege realiseren we ons dat we voorbijgangers in het leven onze cliënten zijn. Hun verwanten zijn veelal levenslang met hen verbonden. We werken graag met hen samen, maar ervaren dat we ook daarin op maat van de omstandigheden moeten acteren. In de praktijk zijn we soms ver verwijderd van de ideaaltypische situatie van de 'betrokken verwant' die met ons 'in de driehoek' aan de kwaliteit van bestaan van de cliënt werkt. Tegenover hartverwarmende ervaringen in het samenspel tussen cliënt, vertegenwoordiger en medewerker staan helaas ook situaties waarin wij ons afvragen of de verwant echt het belang van de cliënt wil dienen. Gelukkig gaat het om uitzonderingen waardoor we ons niet van de wijs moeten laten brengen, maar voor onze medewerkers kan de spanning die zo'n moeizame relatie met zich meebrengt buitengewoon belastend zijn.

### 3.5. Borging en cultuur

Van ons wordt gevraagd om in te gaan op thema's uit de systeemwereld zoals de 'borging van veiligheid' en de relatie tussen 'kwaliteit van zorg' en 'kwaliteit van bestaan'. Onze borging schuilt in de competenties van medewerkers, in het vertrouwen dat medewerkers die competenties adequaat inzetten, in hun samenwerkingsbereidheid en in een open cultuur waarin die medewerkers en hun directe leidinggevenden op een 'niet-pluis-gevoel' durven te acteren. Waar we ons vanuit dit perspectief op kunnen verbeteren is de onderlinge aanspreekcultuur. We zijn in deze organisatie aardig voor elkaar en dat is een groot goed. Op het niveau van de individuele medewerker (en dat kan ook een leidinggevende zijn) laten we onderprestatie te vaak passeren. Als dat de 'downside' van de kwalificatie 'een lieve organisatie' is, dan moeten we ons dat aantrekken. Teamreflecties, audits, medewerkerservaringsonderzoek en het voorbeeldgedrag van het (top)management zijn de instrumenten waarmee we de verbeter slag aan het maken zijn. Daar verwachten we meer van dan van 'afvinken' op 'aantoonbaarheid' van beleid en maatregelen.

Onze drijfveer is de beste borging voor een behoorlijke kwaliteit. Die drijfveer is dat we 'het gewone leven' van mensen met een beperking dichterbij willen brengen. Zo verbinden we 'kwaliteit van zorg' met 'kwaliteit van bestaan'. In ons meerjarenperspectief 2017-2020 verwoordden we dat als volgt :

*'Een gewoon leven is voor ons het leven dat je jezelf en je dierbaren gunt en dat zich kenmerkt door de volgende kwaliteiten:*

- *dat je zo veel mogelijk regie hebt over je eigen leven;*
- *dat je je talenten kunt ontwikkelen en bijdraagt aan de samenleving;*
- *dat je een plek hebt voor jezelf, waar je je veilig en thuis voelt;*
- *dat je leeft in contact met anderen met wie je op een fatsoenlijke en respectvolle manier omgaat (en die andere mensen zo met jou);*
- *dat je kunt uitdrukken wat in je leeft;*
- *dat je kunt omgaan met de zorgen en problemen waarvoor het leven je stelt.*

*En daar werken we aan met de cliënt, zijn netwerk (in de vorm en de mate waarin de individuen daarbinnen zich willen verbinden), vrijwilligers, medewerkers en iedereen die zijn en onze constructieve partner wil zijn.'*

### 3.6. Het externe toezicht

We hebben belang bij tegenspraak en een kritische blik van buitenaf. In ons zorgstelsel vervult de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) daarbij een belangrijke rol. In 2017 deden wij via de voorgeschreven meldingsprocedures twee maal een incidentmelding bij de IGJ. De eerste melding betrof een vermoeden van seksueel misbruik van een cliënt tijdens de dagbesteding door een andere cliënt. We hebben dit incident, dat door alle betrokkenen als zeer heftig is beleefd, volgens de richtlijnen van de Inspectie laten onderzoeken. Daaruit resulteerden een aantal aanbevelingen, onder meer het binnen het verantwoordelijke team expliciet checken of eenieder de ondersteuningsvragen van cliënten wel voldoende concreet op het netvlies heeft. Te gemakkelijk nemen we vaak aan 'dat we dat van elkaar wel weten' en dat elke betrokken medewerker van die afspraken dezelfde interpretatie hanteert.

Het tweede gemelde incident had betrekking op het gebruik van geweld door twee cliënten van een woonlocatie. Ook over dit incident is een rapportage opgemaakt en aan de Inspectie toegezonden. In de aanbevelingen stond met name het treffen van bouwkundige voorzieningen om de geluidsoverlast die cliënten door elkaars gedrag ondervinden centraal, naast begeleiding in het hanteren van alternatieve vormen voor het uiten van emoties. De Inspectie beoordeelde in beide situaties de rapportages en de verbetermaatregelen als voldoende zorgvuldig en sloot daarmee de meldingen af.

De Inspectie informeerde ons bij brief over een melding die zij had ontvangen van de familie van een cliënt die voor een beperkte periode op basis een crisisplaats bij ons was komen wonen. Deze cliënt zou aldus deze familieleden door medewerkers van de betrokken woning zijn mishandeld. Het verbaasde ons nogal dat de Inspectie ons zonder hoor en wederhoor toe te passen opdroeg onderzoek naar de (vermeende) mishandeling uit te voeren. Uiteraard hebben we aan deze opdracht gevolg gegeven. We hebben in dat kader een rondetafelgesprek met alle interne en externe betrokkenen georganiseerd. De Inspectie heeft de uitnodiging om ook aan dat gesprek deel te nemen afgeslagen. In de brief die we naar aanleiding van het gespreksverslag aan de Inspectie zonden, hebben we uiteengezet dat er ons inziens geen redelijke gronden zijn om tot onzorgvuldig of onprofessioneel handelen van de betrokken medewerkers te concluderen. Achteraf valt ook niet meer vast te stellen of een uitgevoerde fixatie – als maatregel tegen extreem agressief en bedreigend gedrag van de cliënt en gegeven zijn bijzondere medische toestand – als excessief betiteld kon worden. Wel zijn in de communicatie met betrokkenen bij een crisisplaatsing als de onderhavige verbeteringen mogelijk, met name door bij de opname veel explicieter de visie en de werkwijze van de betreffende locatie te benoemen. De Inspectie constateerde dat onze toelichting op de casus 'voldoende navolgbaar' was en dat er geen sprake is geweest van een situatie die voor de veiligheid van cliënten of de zorg een bedreiging kan betekenen. Zij beëindigde daarmee het onderzoek naar de melding.

De Inspectie heeft ons in 2017 geen onaangekondigde bezoeken gebracht (2016: 0). Wel benaderde de Inspectie ons in het kader van een 'brede ronde' voor een bestuurlijk gesprek over de wijze waarop wij als deelnemer aan de proeftuinen Nieuw Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg invulling hadden gegeven aan de opdracht om een 'bestuurlijk kwaliteitsverslag' over (een deel van) 2016 op te stellen. In het verslag dat we op verzoek van de Inspectie van dit gesprek hebben gemaakt, benadrukken we dat 'de bedoeling', het goede gesprek tussen cliënt en medewerker, vertrouwen en verantwoordelijkheid voor ons de kernbegrippen zijn van een werkbaar en motiverend kwaliteitsbeleid. We spreken ook onze aversie uit tegen gedetailleerde 'verbeterplannen' en wijzen op het belang van 'soft controls' naast een zeer beperkt aantal 'hard controls'. Stug volhouden is wat ons betreft de beste methodiek om tot een betekenisvolle en houdbare doorontwikkeling van 'zorg met kwaliteit' te komen. Kritisch zijn we over pogingen om 'vergelijkbaarheid' te bewerkstelligen van processen waaraan je naar hun aard niet los van de persoonlijke geschiedenis van mensen en de context betekenis kunt geven. Dat toch forceren legt

de bijl aan de wortels van dat nieuwe kwaliteitskader. We hebben van de Inspectie geen reflectie op onze inzichten meer ontvangen.

Wel informeerde de Inspectie ons over de conclusies die zij had getrokken uit een project waarmee zij zicht wilde krijgen op de wijze waarop instellingen werken aan 'het versterken van de positie van de cliënt en zijn of haar netwerk'. Wij hebben in 2016 aan dat project ('Kun je leven zoals jij dat wilt?') meegewerkt. We herkennen ons in de conclusies die de Inspectie formuleert en zijn het ook eens met de geformuleerde aanbevelingen. Opmerkelijk is dat de Inspectie constateert dat begeleiders genoeg tijd moeten hebben voor 'tussendoorgesprekjes' met cliënten, maar daar door 'het papierwerk' steeds minder tijd voor hebben. Dat 'papierwerk' komt echter in belangrijke mate voort uit het hanteren van 'kwaliteitsstandaarden' waarop de Inspectie voortdurend zelf hamert. Dat moet ons echter niet belemmeren in onze zoektocht naar vormen van aandacht en verantwoording die er werkelijk toe doen.

In het kader van het zogenaamde risicogestuurde toezicht ontvingen we ook digitale vragenlijsten van de (toenmalige) Inspectie Jeugdzorg. Die hebben we zorgvuldig ingevuld. Daarna hebben we er niets meer over vernomen.

De ondersteuning die we op basis van de Wlz of de Jeugdwet bieden, valt onder het bereik van de IGJ. Voor de zorg die de gemeenten op basis van de Wmo contracteren wijzen zij zelf een gemeentelijke toezichthouder aan. Veelal is dat de GGD. In maart 2017 bracht de GGD Haaglanden een bezoek aan ons activiteitencentrum Aventurijn in Delft in het kader van het 'preventief toezicht Individuele begeleiding'. We ontvingen in juli 2017 een concept-rapport, waarop we bij brief van 19 juli hebben gereageerd. De definitieve versie is ons in november jl. toegezonden. De gemaakte opmerkingen betroffen het ontbreken van een cliëntenraad voor ambulante cliënten, het vastleggen in contracten van de afstemming met ketenpartners, de meldcultuur inzake fouten en bijna-fouten en het bedrijfsrisico dat wij lopen omdat begeleiders noodzakelijkerwijs tijd aan cliënten moeten besteden die niet door de opdrachtgever wordt vergoed. We hebben op elke opmerking uitvoerig schriftelijk gereageerd en aangegeven dat we geen enkele aanleiding zien om op deze punten ons beleid en onze praktijk aan te passen. Ook wierpen we de vraag op of de tijd en het geld die in deze vorm van toezicht worden gestoken wel in verhouding staan tot de opbrengst ervan. Ons pad kruiste in 2017 niet met dat van Wmo-toezichthouders van andere gemeenten waarmee wij contracteren.

### 3.7. Interne audits

Elkaar scherp houden krijgt binnen de Gemiva-SVG Groep ook vorm door het uitvoeren van interne audits. Dat doen we niet alleen omdat het vanwege het HKZ-certificatieschema moet, maar vooral omdat we er het van en aan elkaar leren mee bevorderen. In 2017 voerden we interne audits uit op de thema's medicatie, bewonersgelden, vrijheid en eigen regie en eten en drinken/gezonde maaltijden. Medicatie is een jaarlijks terugkerend thema. De andere drie kozen we omdat ze bij onze prioriteiten voor het lopende jaar of ons meerjarenperspectief aansluiten. Acht locaties werkten mee aan de audit medicatie. Samengevat constateren de auditoren dat er bewust met de achtereenvolgende stappen in het medicatieproces wordt omgegaan. Aandachtspunten zijn de status van het uitvoeringsverzoek, de evaluatie met de apotheker, de bekendheid van medewerkers met de themapagina en de e-learning medicatie en de oordeelsvorming over 'afwijkingen' van het medicatiebeleid (en de vervolgvraag of er dus wel of niet sprake is van een meldenswaardig incident). Als binnen de locatie gewerkt wordt met een 'aandachtsfunctionaris medicatie' blijkt deze een positieve rol te vervullen in het 'scherp houden' van collega's met betrekking tot het medicatieproces.

Voor de auditrapportage over het thema bewonersgelden – een aanbod aan cliënten en familiebewindvoerders in de sfeer van de 'pluspakketten' – zijn 12 locaties en de afdeling bewonersgelden van het Servicecentrum bezocht. De samenwerking tussen de locaties en de afdeling wordt in het algemeen als prettig ervaren, maar soms is er onduidelijkheid over de rollen en verantwoordelijkheden. Een vaste contactpersoon helpt om onduidelijkheden op te lossen en de afstemming te verbeteren of te borgen. Dat geldt – mede in het kader van

‘eigen regie’ ook voor een steeds meer doorgevoerde praktijk waarin de verantwoordelijke medewerker van de afdeling, de cliënt en de persoonlijk begeleider in een driegesprek de financiële situatie van de cliënt doorspreken. Uit de audits kwam ook naar voren dat medewerkers soms kampen met dilemma’s aangaande de wijze waarop (al dan niet wettelijke) vertegenwoordigers omgaan met (of gebruik maken van) de financiële middelen van een cliënt. Wat te doen als ‘de lieve vrede’ het accepteren van (de schijn van) misbruik in zich bergt? Over dit thema is casuïstiek aan de Commissie ethiek voorgelegd.

Over eten en drinken en gezonde maaltijden is de praktijk in twaalf locaties besproken. Hoewel dit thema in elke locatie met enige regelmaat onderwerp van gesprek is, blijkt dat vaak de persoonlijke voorkeuren en interpretaties van de medewerker bepalend zijn voor de afbakening van het begrip ‘gezonde voeding’. Het ontbreekt dan aan een doordachte en binnen de locatie gedeelde visie. Ook de kennis waarop medewerkers zich kunnen beroepen verschilt dus. Daar waar een professionele kok is aangetrokken is die kennis duidelijk meer ‘op niveau’. In alle locaties hebben cliënten op een of andere wijze inspraak in de menu’s. Vaak zijn zij ook betrokken bij en dragen medeverantwoordelijkheid voor de totstandkoming van de maaltijd. Locaties zijn in het algemeen goed op de hoogte van het bestaan van ons eet- en drinkteam en weten de weg daarnaar en de signaleringslijst verslikken te vinden. Uit de afgelegde auditbezoeken blijkt dat we ons kunnen verbeteren door het thema ‘eigen regie en gezonde voeding’ meer gestructureerd met cliënten en hun familie te bespreken en de deskundigheid van medewerkers op dit vlak kunnen verhogen via een specifieke themapagina of het raadplegen van het Voedingscentrum of een website als [ik kiesmijneten.nl](http://ik kiesmijneten.nl)

Hoe we in de praktijk omgaan met het thema ‘vrijheid en eigen regie’ is nagegaan bij 8 locaties. Uit de auditverslagen blijkt dat die eigen regie nadrukkelijk de aandacht van medewerkers heeft en dat zij daar ook steeds op een bij de cliënt – in termen van kunnen en aankunnen - passende manier invulling aan trachten te geven. Niettemin blijkt de praktische kennis van de WGBO, de BOPZ en de toekomstige Wet zorg en dwang beperkt. Ook over huisregels bestaat onduidelijkheid. Er zijn geschreven – maar ook ongeschreven – huisregels, die niet zijn besproken met cliënten, maar ‘gegroeid’. Soms is er sprake van vrijheidsbeperkende maatregelen die al lang geleden zijn afgesproken, maar waarvan niemand – en ook de cliënt zelf of zijn vertegenwoordiger – zich afvraagt of ze wel zinvol en geoorloofd zijn. Medewerkers worstelen nogal eens met het spanningsveld tussen respect voor de autonomie van de cliënt en de verantwoordelijkheid die zij ervaren om zich voor het welbevinden van die cliënt in te zetten. Oplossingsgericht werken en moreel beraad kunnen er aan bijdragen dat deze dilemma’s ook constructief met elkaar, met cliënten en met vertegenwoordigers besproken worden. We intensiveren daarom onze inspanningen op dit gebied.

### 3.8. Certificatie

Sinds 2008 beschikken we over het HKZ-certificaat voor de branche gehandicaptenzorg. In 2017 heeft Certificerende instelling Lloyds Register Quality Assurance (LRQA) twee keer het gebruikelijke halfjaarlijkse surveillancebezoek afgelegd. Na het eerste bezoek in de maand juni zijn twee zogenaamde minor-non conformities (NC) afgesloten. Het ging om een tekortkoming in het medicatieproces, met name op het gebied van de navolgbare vastlegging. Op basis van de bij het doorvoeren van corrigerende maatregelen – waaronder het aanwijzen van aandachtsfunctionarissen medicatie binnen de teams – geboekte voortgang constateerde LRQA dat deze NC kon worden gesloten. Dat geldt ook voor de NC die betrekking had op het in een overeenkomst vastleggen van afspraken met ‘ketenpartners’. Daarvoor is een (eenvoudig) model opgesteld, dat inspeelt op de betreffende HKZ-eis. Tijdens dit bezoek werden geen nieuwe NC’s geconstateerd. In haar rapportage van 5 juli 2017 concludeert LRQA dat ‘sprake is van een goed werkend kwaliteitsmanagementsysteem’. In het najaar bezocht LRQA opnieuw een aantal locaties. Van de drie nog openstaande NC’s is er wederom één afgesloten. Die had betrekking op risicoparagrafen in de jaarplannen van de regio’s. Ook daar is middels een plan van aanpak in voorzien en dus mocht ook deze NC van het lijstje worden afgevoerd. Per ultimo 2017 resteerden er nog twee ‘oude’ NC’s, te weten ‘risicotaxatie op veranderende processen’ en ‘beoordeling van ketenpartners’. Voor beide tekortkomingen hebben we plannen van aanpak aangeleverd. Met de bedoelde risicotaxatie deden we ervaring op in het proces rond het wisselen van apotheker



binnen onze locatie Swetterhage en in de voorbereiding op de inwerkingtreding van de Algemene Verordening Gegevensbescherming op 25 mei 2018. LRQA zal zich in 2018 uitspreken over de voortgang. Het overall oordeel in de samenvatting van het rapport van deze tweede visitatie luidt als volgt:

*De organisatie is in staat te voldoen aan de eisen die door de cliënten, belanghebbenden en de wet- en regelgeving worden gesteld. De organisatie werkt aan de realisatie van haar beleid, doelstellingen en relevante prestatie-indicatoren die zijn vastgelegd in het Meerjarenperspectief, Regiowerkplannen en Sturingsinformatie op locatieniveau. Business-risico's worden zodanig afgedekt dat de organisatie in staat is om ononderbroken levering van producten en diensten te garanderen. Het managementsysteem genereert zinvolle en betrouwbare informatie die de organisatie in staat stelt op feiten gebaseerde beslissingen te nemen. Positieve punten van de bedrijfsvoering en voorbeelden van klantgerichte verbeteringen zijn de wijze waarop vertaling van de visie (waarde-gedrevenheid) naar uitvoerende professionals plaatsvindt, de positie als mede-ontwikkelaar van Dit Vind Ik Ervan!, de ontwikkeling van MijnDossier, het opstarten van Ik Toon! en het inzetten van onderlinge visitaties om medicatieprocessen te verbeteren.*

Ons lopende certificaat, dat ook certificering volgens de clausules van ISO 9001:2015 omvat, heeft betrekking op de HKZ-norm Gehandicaptenzorg versie 2015 en het Algemeen Organisatiedeel 2015. Het is afgegeven voor de organisatie als geheel en voor alle regio's. De vervaldatum is 23 januari 2019.

### 3.9. Hoe hoort het eigenlijk?

We beschikken over een uitgebreid kwaliteitsdocumentatiesysteem dat toegankelijk is via ons intranet. Je zou kunnen zeggen dat deze documenten bedoeld zijn om de interne gewetensfunctie te verstevigen. Als dat met een deugdelijke verwijzing naar het belang van de cliënt of op basis van een zorgvuldige afweging uitgelegd kan worden, mag het ook anders dan is vastgelegd in het 'Handboek Soldaat'. We beseffen daarnaast dat onze kritische processen vanuit systeem perspectief weliswaar helder zijn beschreven, maar dat is voor de gebruikers op de locaties niet altijd even gebruiksvriendelijk. Dat draagt niet bij aan een adequate toepassing in de praktijk. Inmiddels hebben we de 'vertaalslag' naar een gerichte en toegankelijke presentatie in de vorm van ruim 100 themapagina's nagenoeg gemaakt. Het gaat dan zowel om de verplichte protocollen en richtlijnen als over de kennis die binnen de organisatie beschikbaar is en de scholing die aangeboden wordt. Een redacteur met veel zicht op de werkpraktijk van medewerkers herziet en schrijft themapagina's en levert een bijdrage aan het actueel houden van deze informatie.

### 3.10 Bestuurlijke reflectie

Toezichthouders – vooral de externe – en bestuurders zoals wij trappen nogal eens in de valkuil die we kunnen duiden als een eenzijdige focus op wat er niet goed gaat. Dat is niet alleen weinig motiverend voor de subjecten van toezicht en bestuur, maar miskent ook het vele dat dankzij het vakmanschap, de durf, de creativiteit en de inzet van medewerkers en vrijwilligers dag in dag uit met en voor cliënten wordt gepresteerd. Dat is niet altijd spraakmakend, je kunt je er niet mee profileren en je hoeft er evenmin voortdurend waardering voor. Maar iets meer erkenning en wat minder politiek- en mediagestuurde 'zurigheid' zou wel prettig zijn! Wij vinden dat de aan de Gemiva-SVG Groep verbonden vrijwilligers en medewerkers – en niet alleen zij die dagelijks in rechtstreeks contact met de cliënt en zijn naasten staan – dat verdienen. Onze afdrank van dit hoofdstuk is dat we op de goede weg zijn en stug moeten volhouden. Herhaling en inslijpen, reflectie en aanspreken op talent, verantwoordelijkheid en 'samen doen', daarvan moeten wij het hebben. Precies: de kunst van het doormodderen!

## Bellen met de Sint

Het is de dag voor Sinterklaas. Ik kom op mijn werk. De eerste ruimte waar ik langsloop is de huiskamer. De deur staat open en ik zie Hannah aan tafel zitten. Zoals altijd sta ik stil in de deuropening en zeg ik haar met een lach gedag. Zij reageert: “Sinterklaas moet dood, ik ga hem vermoorden”.

Hannah is 17 jaar. Ze is autistisch en heeft een hechtingsstoornis. Voor haar is december elk jaar een maand vol spanning. Sinterklaas, de intocht, pakjesavond, schoen zetten, gourmetten (wat ze helemaal niet lekker vindt) en vuurwerk (waar ze bang voor is).

Ik leg mijn jas en tas op kantoor en vraag aan mijn collega's of er afspraken met Hannah zijn gemaakt. Ik wil graag voorspelbaar en duidelijk met haar omgaan en op één lijn zitten met de collega's. Zij vertellen me dat dit ieder jaar terugkomt. En dat ze niet goed weten hoe ze Hannah hierbij het best kunnen ondersteunen.

### Hooggespannen

Ik ga naar Hannah om te kijken en te luisteren of ik een ingang kan vinden om haar spanning te verminderen. Ik ga in eerste instantie op vijf meter afstand op de bank zitten. Hanna reageert hooggespannen en zegt met luide stem: “Ik haat Sinterklaas, en ik wil mijn schoen zetten, mama bellen en naar de supermarkt.”

Hannah weet zich geen raad met zichzelf en bouwt steeds meer spanning op. Ze heeft een tablet voor zich waarop allerlei mogelijke cadeaus te zien zijn. Dat helpt ook niet mee. Ik benoem wat ik zie in haar gedrag, maar wat ik ook zeg, het maakt niet uit.

### Appje

Ik besluit alleen nog te luisteren naar wat ze allemaal zegt. Op een gegeven moment hoor ik haar zeggen: “Sinterklaas bellen, nummer opzoeken”. Dat was de ingang waar ik op hoopte! Ik roep haar naam en zeg dat ik haar daarbij kan helpen. Nu heb ik haar aandacht. Ik vraag of ik naast haar aan tafel mag zitten om het nummer van de Sint op de tablet op te kunnen zoeken. Dat mag. Ik laat Hannah zoeken, terwijl ik ongezien het programma ‘Sinterklaas bellen’ installeer op mijn mobiel.

Als Hannah een nummer van de Sint vindt, doe ik alsof ik dat nummer invoer in mijn telefoon. Ondertussen voer ik in het appje wat opties in die aansluiten op haar leeftijd, geslacht en hobby.

### Veel liever

Ik vertel Hannah dat ik een bericht heb gestuurd naar het nummer dat zij gevonden heeft en dat de Sint zo terugbelt. “Als de telefoon gaat, moet jij maar opnemen. Jij bent een stuk liever geweest dan ik.” Er verschijnt direct een glimlach. Kort daarna belt de Sint. Tijdens het gesprek met Sint zie ik alles veranderen aan haar uitdrukkingen, houding en de toonhoogte van haar stem.

Na het gesprek wil Hannah haar ervaring graag delen met mijn collega's. Samen lopen we naar kantoor. Met een grote glimlach vertelt ze wat er is gebeurd. Daarna tekent ze aan tafel rustig verder. Collega's kijken mij verbaasd aan, waarna ik het ze uitleg. Van hen krijg ik een compliment, maar nog veel belangrijker: Hannah heeft de rest van de dag niet meer in spanning gezeten.

Dennis Droog, begeleider wonen

#### 4. BEKWAME, BETROKKEN EN BEVLOGEN TEAMS; EEN ESSENTIËLE VOORWAARDE

In 2017 bood de Gemiva-SVG Groep gemiddeld en op full time basis 2.179 arbeidsplaatsen (fte) aan medewerkers aan. 206 van deze fte worden ingevuld met leerlingen en 304 fte met een flexibel contract (bepaalde tijd; al dan niet in de vorm van een jaarurencontract). Gemiddeld verlonen we elke maand voor ruim 3300 individuele medewerkers een salaris. Over ons medewerkersbestand valt het volgende op te merken:

- De verdeling vrouw/man in fte is 83%/17%;
- 84% van de formatie is werkzaam in de directe zorgverlening (begeleidend; paramedisch);
- 11% vervult een ondersteunende/facilitaire rol;
- 5% wordt gevuld met leidinggevende functies;
- De gemiddelde deeltijdfactor is 0,63;
- De gemiddelde leeftijd is 41,3 jaar;
- Het aandeel 55+ op persoonsniveau is 21,5%

##### 4.1. Betrokkenheid en bevlogenheid

Hoe meet je bekwaamheid, betrokkenheid en bevlogenheid? Voor deze laatste twee invalshoeken doen we om de twee jaar een beroep op het meetinstrumentarium van Effectory. We kunnen niet anders dan blij zijn met de uitkomsten van het meest recente medewerkerstevredenheidsonderzoek dat in het najaar van 2016 is uitgevoerd. De respons lag met 68,3% fractioneel lager dan in 2014, maar we hebben dit keer dan ook nauwelijks aanmoedigende acties ondernomen. De bevlogenheid scoort nu een 7,9 (2014: 7,7), de betrokkenheid een 8,3 (2014: 7,8) en de algehele tevredenheid een 7,6 (2014: 7,3). In alle gevallen liggen we boven de benchmark en die verschillen zijn statistisch significant. Medewerkers zijn vooral trots op collega's, het team en klantgerichtheid en zien verbetermogelijkheden op de dimensies communicatie, ontwikkelgesprek en (alweer) klantgerichtheid. Zo'n 70% van onze locaties bevindt zich rond het gemiddelde van de gescoorde aspecten, 13% zit daar nadrukkelijk boven en 17% eronder. Op verzoek van de OR hebben we ook gevraagd naar ervaringen met ongewenst gedrag (pesten) van collega's. Van de respondenten heeft 93,2% daar nooit mee te maken, 5,3% soms en 1,4% regelmatig. Van deze laatste 6,7% is 60% tevreden over de opvang daarna en 40% ontevreden. Op 2292 respondenten gaat het dan om 61 medewerkers.

Om betekenis te geven aan de uitkomsten van het MTO hebben we elk team gevraagd het gesprek daarover te voeren en 'eigen' verbeteracties te formuleren. Uit de ontvangen terugkoppelingen maken we op dat we ons kunnen verbeteren op het vlak van communicatie (feedback en aanspreken), werkdruk, samenwerking binnen teams en met vrijwilligers, het ontwikkelgesprek en – vanuit het perspectief van locaties - de cliëntgerichtheid van ons Servicecentrum. Om daar daadwerkelijk stappen in te zetten zullen we het gesprek moeten verdiepen. Het gaat hier immers niet om verrassende uitkomsten en het is evenmin zo dat we op deze terreinen in de afgelopen jaren niets hebben ondernomen. Wel staat ons helder voor ogen dat we de oplossingen niet moeten zoeken in 'meer faciliteiten', maar in het goede en oplossingsgerichte gesprek, waarbij er ook ruimte is voor het perspectief van 'de ander'. Daarom is 'het gesprek' ook het centrale en verbindende thema van onze managementdag 2018.

##### 4.2. Teamie

In 2017 zijn 27 teams aan de slag gegaan met een Teamie. De Teamie is een digitaal instrument ontwikkeld door het onderzoeksbureau Effectory om de teamdynamiek in kaart te brengen en teams te ondersteunen in het verbeteren van hun prestaties. Dit instrument kan gedurende een periode meerdere keren op grond van behoefte ingezet worden. Uit de besprekingen van het MTO zijn actiepunten naar voren gekomen zoals teamsamenwerking (met name het geven en ontvangen van feedback en het elkaar aanspreken) en samenwerking met vrijwilligers die met behulp van de Teamie in deze teams verder zijn uitgediept. De Teamie richt zich op:

- Duidelijke doelen en verantwoordelijkheden. Er is een gemeenschappelijk doel of een gemeenschappelijke taak én het is duidelijk wat ieders bijdrage hieraan is;
- Goede afstemming van het werk. De onderlinge inspanningen worden ook daadwerkelijk op elkaar (en op de omgeving) afgestemd en er is sprake van samenwerking binnen het team;
- Goede omgangsvormen. Er is voldoende veiligheid en vertrouwen binnen het team; men gaat op een prettige manier met elkaar om.
- Het beste in elkaar naar boven halen. Door de inzet van de juiste mix van personen en bijbehorende kwaliteiten bereiken teamleden samen meer dan ze ieder apart zouden doen.

Op grond van de overwegend positieve ervaringen is besloten om de Teamie voor een periode van een jaar aan alle teams ter beschikking te stellen. Daarna evalueren we het gebruik en de ervaringen. De Ondernemingsraad van de Gemiva-SVG Groep heeft in het voorjaar van 2018 met deze aanpak ingestemd.

#### 4.3. Verzuim en inzetbaarheid

Ons verzuim is in de afgelopen jaren fors opgelopen. In 2014 lag het nog op 3,6%. Over 2017 scoren we een bedroevende 5,1% (2016: 4,5%). Dat ligt nog altijd lager dan het gemiddelde in onze branche, maar dat is niet meer dan een schrale troost. Eerder constateerden we dat we geen nieuw beleid nodig hebben, maar in de uitvoering de punten beter op de i moeten zetten. Inmiddels zijn we tot het inzicht gekomen dat we veel nadrukkelijker met medewerkers in gesprek moeten gaan over het bewaren van evenwicht tussen draagkracht en draaglast en daarmee niet moeten wachten tot de uitval een feit is. Dat sluit heel goed aan bij het concept van 'positieve gezondheid', dat focust op 'coping' met de opgaven waarvoor het leven mensen stelt. In 2017 namen we deel aan het Transformatieprogramma Positieve Gezondheid dat Vilans samen met het Institute for Positive Health ondersteunt. Tot een ombuiging van de stijgende trend in het verzuim heeft dat helaas niet geleid. We ontwikkelen in 2018 een meervoudige aanpak om die trend daadwerkelijk te keren. Overigens geldt voor veel medewerkers die formeel als (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt in onze registratie 'meetellen' dat zij in het kader van hun reïntegratie toch een betekenisvolle bijdrage aan het werk binnen de Gemiva-SVG Groep leveren.

#### 4.4. Bekwaamheid

Om de bekwaamheid van onze medewerkers te stimuleren en te borgen sluiten we aan bij de filosofie die Vilans daar in het kader van het project Medewerker Gehandicaptenzorg 2.0 voor heeft geformuleerd. Leren doe je voor 70% door te doen. Dat gaat het beste in een collegiale omgeving, waarin je wordt uitgedaagd en begeleid op een wijze die bij jou past. Voor 20% berust je leercapaciteit op individuele en gezamenlijke reflectie. En de bijdrage van formele scholingsactiviteiten telt slechts voor 10%.

Als we cliënten professioneel willen ondersteunen en daarmee een bijdrage leveren aan de kwaliteit van hun bestaan, dan moeten we natuurlijk investeren in de kennis, vaardigheden en attitude van medewerkers. Waren we voorheen geneigd om veel scholing klassikaal vorm te geven en aan te bieden, nu maken we de omslag naar leren in de praktijk van alledag. Dus op maat van die praktijk.

Hoewel we ook een aantal cursussen dwingend voorschrijven, verwachten we vanuit onze waarden dat de medewerker in grote mate zelf verantwoordelijkheid neemt voor zijn ontwikkeling. De rol van de organisatie is aan de ene kant duidelijke inhoudelijke kaders schetsen waaraan voldaan moet worden en aan de andere kant medewerkers faciliteren.

In 2015 maakten we een start met een systeem voor het voeren van ontwikkelgesprekken, waarbij de medewerkers zelf de regie voert en – desgewenst met behulp van een webapplicatie - feedback op zijn functioneren aan collegae vraagt en die vervolgens verwerkt in een eigen zelfreflectieverslag. Van medewerkers die op deze basis stilstaan bij hun eigen functioneren en daarover vervolgens met hun leidinggevende in gesprek gaan horen we dat daardoor nieuwe gezichtspunten aan de orde komen en het gesprek aan levendigheid wint. Toch constateren we dat niet elke medewerker het vanzelfsprekend vindt om ter zake zelf de regie te voeren. Onze locatiemanagers vatten hun verantwoordelijkheid op dit gebied ook op nogal uiteenlopende wijze op.

Gemeten over 2016 voerde 21% van hen geen enkel ontwikkelgesprek met een medewerker. Dat percentage daalde over 2017 tot 12. In 2016 rondde 43% van de medewerkers primair proces het ontwikkelgesprek af. In 2017 zijn zo'n 100 ontwikkelgesprekken meer gevoerd dan in 2016, waardoor de score over het verslagjaar uitkomt 49%. Omdat we graag zien dat elke medewerker eens per twee jaar een ontwikkelgesprek op basis van een vorm van zelfreflectie voert, zullen we dus nog een tandje bij moeten zetten.

#### 4.5. Scholing

In het afgelopen jaar is de nieuwe afdeling Leren & Ontwikkelen ontstaan als afsplitsing van de Dienst Personeel & Organisatie. Hier wordt vormgegeven aan bij- en nascholing en zijn ook de aanstelling, plaatsing en begeleiding belegd van medewerkers die een BBL of duaal leer/werktraject volgen. De afdeling wil het leerklimaat op alle locaties nog verder verbeteren. Steeds meer medewerkers maken gebruik van het e-learningstelsel. Naast de scholingen die locaties zelf organiseren, heeft de afdeling ruim 650 scholingen aan meer dan 4000 medewerkers aangeboden. Scholingen die door de organisatie als verplicht worden bestempeld en scholingen op vraag van regio's, locaties en vragen van individuele medewerkers. Deze scholingen zijn grofweg in een aantal categorieën in te delen:

1. Voorbehouden- en risicovolle handelingen/epilepsie/medicatie.
2. Bedrijfshulpverlening/EHBO/Machineveiligheid.
3. Scholing op doelgroepen aan de hand van vijf zorgprogramma's: niet aangeboren hersenletsel, ouderen, kind en gezin, ernstig meervoudig gehandicapt en moeilijk verstaanbaar gedrag. Voor deze laatste doelgroep hebben we een uitgebreid traineeship ontwikkeld.
4. Digitalisering: nagenoeg alle medewerkers, leidinggevenden en ondersteuners van het primair proces zijn geschoold in het digitaal rapporteren, agendabeheer, overdracht en opstellen van ondersteuningsplannen.
5. Ondersteunende vaardigheden: presenteren kun je leren, oplossingsgericht werken, participeren kun je leren, 'Dit vind ik ervan!' (objectief leren vragen naar ervaringen van cliënten en hun vertegenwoordigers), gesprekstechnieken, methodisch werken, methodisch opleiden, totale communicatie, gebarentaal, werkbegeleiding, Veilig Verder, begeleiden achter de voordeur, elke dag je hoofd en inbox leeg, adviseren met effect.
6. Attitude: Gentle Teaching, je rol als persoonlijk begeleider.
7. Overig: nachtzorg op maat, competentieprofielen, reflectiebijeenkomsten

Bij medewerkers proefden we veel waardering voor het aanbod om in het kader van ons 'jubeljaar' naar eigen keuze een ontwikkelbudget van € 250 te besteden. De enige voorwaarde was dat de medewerker tegenover zijn leidinggevende aannemelijk kon maken dat de met dat bedrag in te kopen 'scholing' op enigerlei wijze betekenis zou hebben voor het werk binnen de Gemiva-SVG Groep. Er is ruim van deze 'jubileumfaciliteit' gebruik gemaakt.

#### 4.6. Teamreflectie

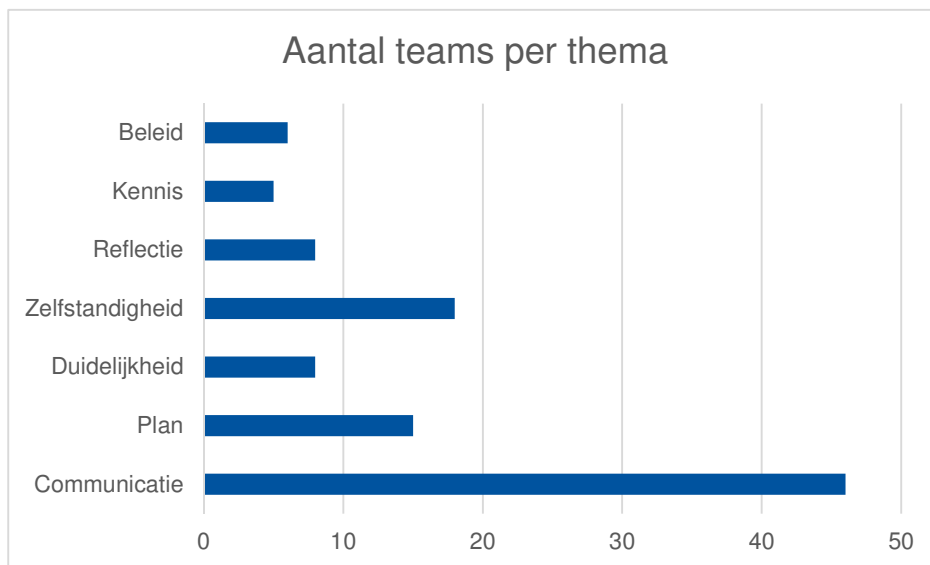
Teamreflectie is een middel om te kijken hoe we onszelf op het heel concrete niveau van het 'kennen van de cliënt' nog kunnen verbeteren. Om medewerkers te helpen hierbij stil te staan, is de Handreiking Teamreflectie gemaakt. Medewerkers gaan met elkaar in gesprek over hun cliënten met als kernvragen: leidt deze cliënt het leven dat hij zich wenst, wat ervaart hij als kwaliteit van bestaan en hoe draagt onze professionele ondersteuning daaraan bij. De Handreiking Teamreflectie bestaat uit 5 stappen:

1. De cliënt in beeld
2. Ik als professional en deze cliënt
3. Teamreflectie en verder kijken
4. Zoek de overeenkomsten en de verschillen
5. Conclusies en verbeterpunten

Op basis van vragen uit de teams hebben we hen in 2017 vrijgelaten in de keuze van de thematiek voor en de vorm van de teamreflecties. Dat blijkt achteraf toch een beslissing met een schaduwzijde. De rapportages van de teams – die overigens vrijwel allemaal een reflectieve bijeenkomst hebben georganiseerd en daar ook een verslag van hebben aangeleverd – lopen qua omvang, diepgang en thematiek wel erg uiteen

### Thema's

De locaties hebben elk een eigen focus. Die hangt onder andere af van het soort locatie en het soort dienstverlening. Zo is het moeilijk de zorg van ambulante dienstverleners te vergelijken met die van medewerkers van een kinderdagcentrum. Desondanks komen dezelfde onderwerpen steeds terug. Uit elk reflectieverlag komt een thema naar voren dat door dat team erg belangrijk wordt gevonden. Deze thema's blijken erg overeen te komen:



### Teamreflecties 2017: thema's en bereik

Communicatie en (het bevorderen van) zelfstandigheid (van cliënten) waren ook in de reflecties 2016 de thema's die er het meest uitsprongen. Daarnaast zijn er veel teams die aangeven het Ondersteuningsplan beter te willen gebruiken. Ook het voornemen cliënten meer duidelijkheid te bieden komt vaak terug. Enkele teams geven aan vaker te willen reflecteren over hun eigen handelswijze, of meer kennis over specifieke aandoeeningen of werkwijzen op te willen doen. Tenslotte zijn er een paar teams die voornamelijk een verandering willen zien die op organisatorisch niveau gesteund zal moeten worden; deze zijn samengevat onder 'beleid'. Het gaat hier om de volgende zaken:

- Meer mogelijkheden voor teams om te reageren op onaangepast gedrag (voorbeeld: schorsing van de cliënt bij herhaald middelengebruik op locatie)
- Digitale rapportage mogelijk maken voor de ambulante werkende activiteitenbegeleiders zodat de rapportages voor medebegeleiders en woonlocaties leesbaar zijn
- Duidelijkheid over aansprakelijkheid: 'Wat als er iets gebeurt met een cliënt, ben ik dan aansprakelijk? En staat de organisatie dan achter mij?'
- Hulp bij het werven van meer vrijwilligers
- Meer tijd per cliënt, om te voorkomen dat alleen de cliënten 'met de grootste mond' tijd krijgen

- Medewerkers van de ambulante diensten maken zich zorgen om hun veiligheid in bepaalde buurten en geven aan dat die angst de kwaliteit van de ondersteuning die zij bieden beïnvloedt

Een opmerkelijke conclusie is dat veel teams die hebben gewerkt met ‘cliënt in beeld’ aangeven dat zij dit als een plezierige methode ervaren. Die focus namelijk op de cliënt en leidt veelal tot nieuwe inzichten in diens ‘zijn’ en hoe medewerkers daarop kunnen inspelen. Het resultaat is dan geen reflectie op het team – hetgeen eigenlijk de bedoeling is - maar wel tot een team dat in de eigen beleving een zinvolle bijeenkomst heeft gehad. Er wordt dus ook regelmatig aangegeven dat er al nieuwe sessies over andere cliënten zijn ingepland.

#### *Gebruikte methodes*

Bij het reflecteren wordt gebruik gemaakt van uiteenlopende methodes. In de onderstaande tabel geven we daarvan een overzicht. Zoals opgemerkt was het onze eigen keuze om teams vrij te laten in de selectie.

<b>Gebruikte methodes</b>	
Cliënt in Beeld	Mentaliseren
Handreiking Teamreflectie	Intervisiesysteem
Teamie	Teamcoaching
Bespreking MTO	Geef me de vijf
Tips & Tops	Veilig Plus
Themabespreking	Cirkel van Invloed en Betrokkenheid
Visiespel	Train de Trainer
Schaal van Wellness	Belbin-test
Hermeneutische Cirkel / NAH-cirkel	Talentenspel
Onderdompeling (Kentalis)	Kwaliteitspel

Soms werden er ook meerdere methodes samen gebruikt; dan werd bijvoorbeeld Cliënt in Beeld gebruikt, maar ook het Visiespel gespeeld.

#### *Vergelijking met vorig jaar*

Hoewel de voorkomende categorieën dit jaar iets verschillen met die van vorig jaar, is het mogelijk om de resultaten van 2017 te vergelijken met die van 2016. Zo hebben deze twee jaren dezelfde top 3 qua door de teams genoemde verbeterpunten:

1. Communicatie
2. Zelfstandigheid
3. Plan

Nog steeds is feedback een van de belangrijkste punten waar teams aan willen werken binnen de communicatie, en nemen teams zich vaak voor cliënten meer zelfstandigheid te bieden (dit jaar iets vaker ‘eigen regie’ genoemd). Bij het thema plan staat nog steeds het raadplegen en goed bijhouden van het ondersteuningsplan centraal.

#### *Opvallend*

Wat valt verder nog op? Het aantal ingeleverde reflectieverslagen is niet gelijk aan het aantal locaties. Dat komt omdat sommige locaties meerdere teams omvatten. Een aantal teams besloot om samen de reflectie inhoud te geven (bij voorbeeld een woonlocatie en een activiteitencentrum die dezelfde cliënten ondersteunen en hun communicatie bij de overdracht willen verbeteren). Ook zijn er teams die meerdere reflectieverslagen hebben ingestuurd, omdat zij meerdere reflectiebijeenkomsten hadden in 2017. Tenslotte zijn er ook drie teams die wel een verslag hebben ingestuurd, maar daarin alleen vermelden wat er gedaan is aan reflectie en niet wat voor

conclusies of verbeterpunten hieruit voortkomen. Daarnaast dient vermeld te worden dat deze en andere locaties aangeven soms moeite te hebben met het inplannen van of focussen op de teamreflectie – soms is een team (bijvoorbeeld door personeelwisselingen of verhuizing) zo bezig met andere dingen, dat een reflectie, hoezeer ook wordt opgeroepen om daar prioriteit aan te geven, de opgave vooral tot stress leidt. Het is wellicht de moeite waard te achterhalen welke factoren hierbij een rol spelen. Er zijn immers meer teams die in hectische omstandigheden verkeren en er toch in slaagden een zinvolle reflectie te organiseren. Dan kunnen we deze teams zo ondersteunen dat zij zich toch op een productieve manier aan een teamreflectie kunnen wagen.

#### *Aanbevelingen*

Zoals eerder vermeld hebben we medewerkers heel vrij gelaten in de keuze van de thematiek, de vorm en het moment van de reflectie. Dit kan een open gesprek binnen het team over zaken die specifiek daar spelen - en anders misschien niet ter sprake zouden komen - stimuleren. Maar we trekken toch de voorzichtige conclusie dat meer sturing en kaders – ook voor de scherpte van de rapportage – nuttig zijn. Dit zal het in de toekomst ook makkelijker maken de teamreflecties te analyseren, en de resultaten van de komende jaren met elkaar te vergelijken.

#### 4.7. Ethiek op de werkvloer

Onze Commissie Ethiek heeft tot taak om de ethische reflectie in en op ons dagelijks handelen te stimuleren. Daartoe heeft zij op verzoek en in aanwezigheid van direct betrokkenen in het verslagjaar een tiental casussen behandeld – veelal in aanwezigheid en met inbreng van directbetrokkenen - en een keer in een locatie een Moreel Beraad begeleid. In die locatie ervoer men het ‘werken in de driehoek’ als een dilemma. De commissie heeft gezorgd voor een actualisatie van de themapagina Ethiek op ons intranet. Voorts liet de commissie zich visiteren door een externe deskundige. Dat leverde wel een bevestiging op van de toegevoegde waarde van de rol die de commissie binnen de Gemiva-SVG Groep vervult, maar weinig reflectie op verbetermogelijkheden. Daarnaast zijn drie themamiddagen georganiseerd, achtereenvolgens over privacy, beroepsgeheim en dossiereigenaarschap (twee maal) en eigen regie en de driehoek. Deze laatste middag wordt in 2018 herhaald. Vanuit de commissie zijn ook bijdragen geleverd aan discussies over verantwoorde hulpverlening en dossiervorming en over verschuivende verantwoordelijkheden van vrijwilligers. Met de Raad van Bestuur is afgesproken dat er een ‘interne opleiding’ voor gespreksleider moreel beraad wordt ontwikkeld, die in 2018 van start gaat. Ten slotte is de commissie verantwoordelijk voor het met enige regelmaat verspreiden van Loesje-achtige posters, die medewerkers moeten uitnodigen tot reflectie. Die leiden soms tot haarscherpe reacties – bijvoorbeeld over de betekenis van het binnen en buiten de lijntjes kleuren.

#### 4.8. Vertrouwen als voorwaarde

Als we willen dat medewerkers een veilig woon- en leefklimaat scheppen voor cliënten, dienen we hen ook een veilig werkklimaat te bieden. Hoe medewerkers die veiligheid beleven, blijkt ook uit de omvang en de aard van het beroep dat zij doen op de zeven vertrouwenspersonen waarbij zij terecht kunnen. In het verslag van het team vertrouwenspersonen over 2017 valt te lezen dat in dat jaar 69 keer een beroep op hen is gedaan (2016: 58). De gedane meldingen hebben in verreweg de meeste situaties betrekking op verstoorde arbeidsverhoudingen. Vier meldingen hadden betrekking op werkdruk en 5 op pesten op de werkvloer. In alle gevallen bieden de vertrouwenspersonen een luisterend oor. Zij ondersteunen bij het ordenen van gedachten en denken mee over het zetten van stappen om uit de ervaren klemsituatie te komen. Als de melder dat wil ondersteunen zij hem of haar ook bij het voeren van het gesprek met bij de situatie betrokkenen, zoals collega's of leidinggevenden. Desgewenst verwijzen zij door naar bijvoorbeeld de bedrijfsarts, het bedrijfsmaatschappelijk werk, de nazorgfunctionarissen van de Gemiva-SVG Groep of een vorm van juridische bijstand. De vertrouwenspersonen schrijven een jaarverslag waarin zij ook aangeven hoe zij hun expertise onderhouden en welke bewustwordingsactiviteiten – bijvoorbeeld rond het bespreekbaar maken van pesten op het werk of de omgangsvormen op sociale media – zij ondernemen.



#### 4.9. Bestuurlijke reflectie

Trots zijn we op de betrokkenheid en de bevoegenheid van de medewerkers van de Gemiva-SVG Groep. Wij hopen dat zij diezelfde trots ook voor deze organisatie, deze werkgever ervaren. De opgave voor de komende jaren is nadrukkelijk om een aantrekkelijke werkgever te blijven, waar elke medewerker met élan en werkplezier zijn of haar persoonlijke eindstreep haalt. Daartoe zullen we anders dan voorheen aan inzetbaarheid, reflectief vermogen, met en van elkaar leren en terugdringen van vermijdbaar verzuim moeten werken. En dat is met alle concurrerende aanspraken op – ook bestuurlijke - tijd, expertise en aandacht makkelijker gezegd dan gedaan

## Voel jij je veilig op het werk?

**“Ik heb een keer van een cliënt een stomp in mijn gezicht gekregen. Mijn oogkas was gebroken en ik ben er een paar weken uit geweest.”**

Sytske vindt er geen doekjes om. Je kunt je soms behoorlijk onveilig voelen op het werk. Door agressie van een cliënt, maar ook door onuitgesproken oordelen die collega's over elkaar hebben. Dit kan je werkplezier behoorlijk vergallen. Het kan je zelfs ziek maken.

### VeiligPlus-aanpak

Het team van zorgboerderij Elsenhoeve (Lekkerkerk) gebruikt sinds 2017 de VeiligPlus-aanpak om gevoelens van onveiligheid te bespreken. Het was geen easy ride. Volgens persoonlijk begeleider Sytske was er altijd veel agressie op Elsenhoeve. “Inmiddels is de agressie afgenomen. We hebben er veel over gepraat. Hoe pas je een affect neutrale benadering toe? Wat is oplossingsgericht werken? Dat heeft de veiligheid al erg verbeterd.”

### Fysieke en sociale veiligheid

Het team was dus al met elkaar in gesprek. Maar door de VeiligPlus-bijeenkomsten worden de gesprekken heftiger. Dingen die voorheen niet gezegd werden, worden nu wel besproken. “Zoals de manier waarop we elkaar aanspreken. Er komt van alles naar boven. Het gaat niet meer alleen over agressieve cliënten. Het gaat ook over onszelf. Hoe veilig voel ik me in het team? We benoemen nu echt zaken die we vroeger maar zo lieten. Dat is heel confronterend.”

### Agressie hoort er toch bij?

Tijdens een bijeenkomst blijkt er een flink verschil van inzicht te bestaan over agressie op de groep. Sytske: “Sommige collega's vinden dit gewoon bij het werk horen. Anderen zijn van mening dat je agressie absoluut niet moet accepteren. Dit is een heel pijnlijk visieverschil.”

Het is pijnlijk omdat het vaak gepaard gaat met oordelen over elkaars handelen. Sytske: “Je moet helder zien te krijgen waar de pijnpunten liggen. Dat is geen gemakkelijk gesprek. Maar het fijne is dat we elkaar hierdoor wel veel beter begrijpen en waarderen.”

### Emotioneel

Sytske vond het lastig dat de emoties tijdens de besprekingen af en toe hoog opliepen. “Het raakte me heel erg. Maar het is ook okay. Emoties horen erbij, dat maakt ons mensen. Als we er maar niet in blijven hangen. We moeten verder met elkaar.”

### Elkaar aanspreken

Persoonlijk begeleider Patricia merkte dat collega's elkaar vaak niet direct aanspreken als hen iets dwarszit. “Veel onvrede blijft in de wandelgangen hangen. Zo hoorde ik via via dat sommige collega's het niet waarderen dat ik tijdens vergaderingen vaak als eerste mijn mening geef. En dat ik ideeën te snel van tafel veeg. Dat is niet fijn om te horen. Daar word ik best onzeker van. Tijdens een VeiligPlus- bijeenkomst heb ik dit open en bloot op tafel gelegd en met alle collega's besproken. Dat heeft ons allemaal erg geholpen.”

### Meer openheid en werkplezier

Patricia vertelt dat het team nog steeds regelmatig VeiligPlus-bijeenkomsten houdt. “Het is belangrijk dat we ons veilig blijven voelen op het werk. Inmiddels praat ons team veel opener met elkaar. Ik merk dat ik hierdoor met meer plezier naar mijn werk ga en beter voor onze cliënten kan zorgen.”

Jaap de Haas, begeleider, met dank aan veiligplusaanpak.nl

## 5. REFLECTIES VAN HET INTERNE TOEZICHT EN DE MEDEZEGGENSCHAP

De interne toezichthouder, de Raad van Toezicht, en de (centrale) medezeggenschapsorganen, in ons geval de Centrale Medezeggenschapsraad en de Ondernemingsraad, hebben als ‘belanghouders’ een rol bij de totstandkoming van het definitieve bestuurlijke kwaliteitsrapport. Hen wordt gevraagd om ‘een reflectie’. Elk van de genoemde organen is daartoe op basis van een concept-versie van dit rapport uitgenodigd. Dat concept is ook besproken in het jaarlijkse ‘breed overleg’ van deze raden met elkaar en de Raad van Bestuur. Dat vond in 2018 plaats op 16 april.

Zoals verlangd heeft elke raad ook een eigen terugkoppeling op het voorgelegde concept gegeven.

### 5.1. De Raad van Toezicht

De RvT heeft deze reactie op het bestuurlijk kwaliteitsverslag in zijn vergadering van 22 mei 2018 besproken en vastgesteld. Daaraan vooraf ging een overleg van de RvT met vertegenwoordigers van de Centrale Medezeggenschapsraad en de Ondernemingsraad op 16 april 2018, waarin een concept-versie van het verslag in discussie was. De RvT is onder de indruk van de manier waarop de RvB het kwaliteitsverslag heeft opgesteld en van de wijze waarop daarin over kwaliteit wordt gesproken. In de optiek van de RvT mag worden vastgesteld dat de organisatie in het algemeen goed presteert op kwaliteitsgebied.

In de toonzetting – die hier en daar kritisch kan overkomen, zowel ten opzichte van de eigen organisatie als in de richting van instituties in de externe omgeving – herkent de RvT de stijl van de RvB, die ook in dat opzicht consistent en consequent mag worden genoemd.

De RvT heeft met het oog op een goed begrip van de tekst een aantal suggesties voor aanpassingen van niet-inhoudelijke aard gedaan. De RvB is verantwoordelijk voor het al dan niet overnemen daarvan.

Bij de bespreking van het verslag heeft de RvT in het bijzonder stilgestaan bij de ervaringen met het (leren) omgaan met klachten. Het is niet functioneel om alle medewerkers daarin specifiek te trainen, maar structurele aandacht voor en toerusting tot heldere maar respectvolle communicatie is dat wel. De RvT constateert dat dit een belangrijk element is van trainingen als “Werken in de driehoek”, “Oplossingsgericht werken” en “Dit vind ik ervan!”

Uit het verslag is de RvT voorts gebleken dat door de jaren heen een toenemend aantal medewerkers een beroep op een vertrouwenspersoon doet. De RvT heeft zich daarom voorgenomen om twee van deze vertrouwenspersonen uit te nodigen voor een volgende RvT-vergadering om deze ontwikkeling en de achtergronden daarvan te bespreken.

De RvT heeft de RvB geadviseerd om – in het verlengde van het Meerjarenperspectief Gemiva-SVG Groep 2017-2020 – aan de actiepunten voor het jaar 2018 het thema “aanspreken” toe te voegen. De RvB heeft dit advies overgenomen.

### 5.2. De Centrale Medezeggenschapsraad

De CMR begrijpt de worsteling van de Gemiva-SVG Groep om tot een betekenisvol verslag te komen. De CMR-leden herkennen in het verslag hun praktische ervaring dat het binnen de Gemiva-SVG Groep ‘niet slecht’ gaat. Maar een heldere blik op kwaliteit – hoe het daarmee staat – biedt het verslag niet direct.

De CMR geeft in overweging om voor een volgend jaarverslag een ander insteek te kiezen: neem de instrumenten die de Gemiva-SVG Groep gebruikt (zoals *Dit vind ik ervan!*, klachtenregistraties, audits, etc.) tot vertrekpunt, vertel wat het toepassen daarvan heeft opgeleverd en verbindt daar mogelijke acties voor de toekomst aan.

Naar aanleiding van het verslag maakt de CMR zich zorgen over het risico dat cliënten met een ZZP 1 of 2 of een sectorvreemd ZZP (op termijn) niet meer bekostigd zullen worden, wat financiële consequenties zal hebben. Daarnaast dat er een noodzakelijke wederzijdse inspanning nodig is om op regioniveau tot

betekenisvolle vormen van cliëntenmedezeggenschap te komen. De paragraaftitel 'Jachtvergunning' wordt niet passend geacht.

### 5.3. De Ondernemingsraad

*"We zullen het eens zo proberen... en als het niet lukt... dan proberen we iets anders"*  
Harry Truman  
(geciteerd door Robert M. Pirsig in *Zen en de kunst van het motoronderhoud*)

Afgezien van de verhalen (dat zijn prachtige sieraden om de ledematen van het verslag...!) zijn de eerste 11 pagina's van dit bestuurlijk kwaliteitsjaarverslag eigenlijk overbodig, want ze laten niets zien van de kwaliteit van zorg die door de Gemiva-SVG Groep wordt geleverd. "We zijn gebrekkige mensen in een gebrekkige wereld" en we hangen de filosofie aan van het doormodderen. Aldus wordt pagina's lang het "zondagsbegrip" annex "hoera-woord" kwaliteit gerelativeerd. De Ondernemingsraad (OR) lust wel pap van zulke relativeringen, want wij, werkers in de gezondheidszorg, worden al decennialang geplaagd met kwaliteitsbeleid zonder dat we het gevoel hebben dat dit de kwaliteit van onze zorg heeft verhoogd.

"In de verbinding tussen medewerker en cliënt krijgt kwaliteit gestalte."

Laten we vaststellen dat de verbinding tussen de medewerker en de cliënt altijd uitstekend is geweest en dat nog steeds is. Niet dankzij kwaliteitsbeleid, veeleer ondanks kwaliteitsbeleid. Dankzij allerlei *tools*, *meetinstrumenten* en *verbetertrajecten* kan de hele samenleving over onze schouder meekijken hoe wij ons werk doen en moeten wij steeds vaker de verbinding met de cliënt onderbreken om weer een formulier in te vullen of ondersteuningsplan (OP) te schrijven. Gelukkig laten professionals zich niet losweken van waar het in diepste wezen om gaat: "Kwaliteit is het aandachtige gesprek." Dus die verbinding is het probleem niet en hoeft niet door kwaliteitsbeleid geschraagd te worden. Wel is het zo dat de vakbekwaamheid van medewerkers blijvend moet worden verbeterd en onderhouden, en dat is iets wat de Gemiva-SVG Groep ruimhartig stimuleert en faciliteert, tot tevredenheid van de OR.

Hoewel de OR zich herkent in kritiek op externe partijen die onze organisatie vaak de meest onzinnige dansjes laat doen om een certificaat af te geven of een "opslag" in de financiering te verstrekken, bepleiten wij een andere ontvankelijkheid dan de organisatie tot nu toe heeft getoond.

De filosofie was de laatste jaren: als wij een dansje moeten doen, laat het dan een zinvol dansje zijn. Dat klinkt sympathiek en logisch. Dus toen de Gemiva-SVG Groep een *proeftuin* mocht inrichten voor haar kwaliteitsbeleid keek men uit naar *tools*, *meetinstrumenten* en *verbetertrajecten* die zinvol zijn. Zo kocht zij voor niet weinig geld *Dit vind ik ervan! / Ik toon*, de *Competentiespiegel*, *Teamreflectie* en onlangs ook *Teamie* aan. Allemaal dingen die we aan de buitenwereld kunnen tonen: kijk ons eens bezig met kwaliteit van zorg, met professionele ontwikkeling en met teamontwikkeling. Voor zover gevraagd heeft de OR ingestemd met het aankopen van deze instrumenten. Toch zijn er ook gereede twijfels over de werkzaamheid ervan en krijgen we in elk geval signalen vanuit onze achterban dat al die verplichte dansjes de werkdruk op een irritante manier verhogen. Het bestuurlijk kwaliteitsjaarverslag toont ook niet de werkzaamheid aan van al die dansjes.

"Als kleine waarschuwing, voor er uit de hoofdstukken hierna conclusies worden getrokken, is het belangrijk te beseffen dat *Dit vind ik ervan!* niet bedoeld is om gebruikt te worden als kwantitatief meetinstrument."

Omdat het dansje zinvol moet zijn en *kwalitatieve* verbeteringen moet opleveren is het niet geschikt als kwantitatief meetinstrument. Toch gebruikt de Gemiva-SVG Groep ze wél op die manier. Kwaliteit wordt uitgedrukt in kwantitatieve gegevens, in cijfers dus. De scores bij *Dit vind ik ervan!* zijn heel listig ingedeeld in vier categorieën: *top*, *goed*, *matig* en *slecht*. Je hoeft geen Nostradamus te zijn om te voorspellen dat dan de bulk van de scores uitkomt op *goed*.

Kwaliteit uitdrukken in kwantitatieve gegevens heeft ook andere bijeffecten, zoals is te zien aan de constatering dat het net niet is gelukt om 95% van de OP's op actueel te hebben staan. Aan de kwalitatieve vraag hoe erg dat is voor de individuele cliënt gaat het verslag volledig voorbij. Zo krijgen kwantitatieve gegevens een onevenredige graad van importantie, vergeleken met de zachte, niet meetbare werkelijkheid.

De OR beveelt aan om het dansje te beperken: lever op de simpelst mogelijke manier de harde cijfers aan voor de partijen die dat van ons eisen, maar richt je bij het verbeteren van kwaliteit op zachte, niet-digitale instrumenten. Zonder *Dit vind ik ervan!* gaat het gesprek met de cliënt ook wel door. De *Teamreflectie* was een succes door het simpele concept: hang een foto van de cliënt op en bespreek met elkaar of je werkelijk goed met deze cliënt bezig bent. In het bestuurlijk kwaliteitsverslag klinkt door dat de resultaten van de *Teamreflecties* te uiteenlopend zijn om er iets mee te kunnen. Natuurlijk loopt dat uiteen! Maar de teams ervaren het als zeer zinvol, en dat is wat telt. Van *Teamie* hopen we dat het eveneens als stimulerend wordt ervaren, al zien we ook hier het gevaar dat digitale scores het beeld gaan bepalen. De ontwikkelgesprekken met de *Competentiespiegel* hebben ook nog niet het gehoopte effect (de medewerker aan het roer van zijn eigen ontwikkeling) gesorteerd. De voorzichtige conclusie hiervan kan zijn dat digitale middelen bij persoonlijke en groepsdynamische processen wel (tamelijk onbetrouwbare) kwantitatieve gegevens opleveren die externe partijen blij maken, maar dat deze middelen maar heel spaarzaam worden ervaren als werkelijk behulpzame middelen bij het werken in het primaire proces, bij de persoonlijke ontwikkeling van medewerkers of bij teamontwikkeling.

“Het is een schets van het landschap, maar niet het landschap zelf. Wie meer verwacht, moeten we teleurstellen. Maar wie het landschap echt wil leren kennen, is van harte uitgenodigd er in te komen wandelen.”

Bij deze laatste uitnodiging sluit de OR zich van harte aan.

#### 5.4. Bestuurlijke reflectie

Rondom het thema kwaliteit is in de afgelopen decennia een complete bedrijfstak ontstaan, waar beleidsmakers, toezichthoudende 'autoriteiten', kennisinstituten, brancheorganisaties, beroepsverenigingen en commerciële partijen belangen in hebben. De vraag of we het met elkaar – en meestal niet geheel gespeend van goede bedoelingen – niet veel te ingewikkeld hebben gemaakt en teveel heren willen dienen, houdt ons regelmatig bezig. Dat we niet de enigen zijn, moge blijken uit de commentaren van de Raad van Toezicht, de Centrale Medezeggenschapsraad en de Ondernemingsraad van de Gemiva-SVG Groep, zoals in het voorafgaande opgenomen. We halen er twee observaties uit: 'het gaat lang niet slecht binnen onze organisatie' en 'laten we vooral blijven uitproberen'. Meer hebben we op dit moment qua bestuurlijke reflectie op het kwaliteitsbeleid van de Gemiva-SVG Groep niet op te merken.

## TEN SLOTTE

We schrijven inmiddels 2018. Voortdurend zien we aanleidingen om onze praktijk te verbeteren. Het werken aan kwaliteit – welke invulling je ook aan dat begrip geeft – is nooit af. Daar zijn we ons terdege van bewust. Tegelijkertijd beseffen we meer en meer dat we daarin ook selectief moeten zijn. We weigeren beleid te baseren op incidenten. Als we aan het brede repertoire van regels en richtlijnen nieuwe do's en dont's toevoegen moet dat gebaseerd zijn op reflectie, een deugdelijke prioritering en heel veel aandacht voor de uitvoerbaarheid. Want anders creëren we wel de illusie van beheersing, maar tasten we het werkplezier aan, werken vervreemding in de hand, scheppen een schijnwereld van veronderstelde zekerheden en handelen dus doelmatig noch effectief.

Veel gaat er binnen onze organisatie goed. Het glas is meer dan halfvol. Maar als we door onze oogbollen naar dit Kwaliteitsjaarverslag 2017 kijken dan zien we ook gebieden waarop het beter kan. De gemeenschappelijke noemer daarin is wat ons betreft 'doen wat van ons verlangd mag worden'. Het gaat dan om een paar tamelijk concrete issues:

- Elke locatie en elke regio moet gewoon voldoen aan de doelstelling dat op elk willekeurig moment in het jaar 95% van de ondersteuningsplannen op actueel staat. Als dat vanwege procedures – zoals 'de cliënt moet tekenen voor akkoord', maar hij of zijn vertegenwoordiger reageert niet op verzoeken daartoe – niet lukt, dan moeten we die niet als excuus gebruiken, maar een pragmatische oplossing verzinnen;
- Datzelfde geldt ook voor het ten minste jaarlijks updaten van de veiligheidskaart. Die moet er – eventueel in beknopte vorm – voor elke cliënt in een actuele vorm zijn (dat wil zeggen: ten minste voor 95%...);
- Elke medewerker die met cliënten werkt moet de e-learning over de meldcode mishandeling en huiselijk geweld hebben gevolgd. Het is niet acceptabel dat onze score zo achterblijft;
- Elke medewerker voert ten minste eens per twee jaar een ontwikkelgesprek. Als zijzelf en haar leidinggevende een voor hen waardevol gesprek die kwalificatie geven en dat vastleggen, is dat ook goed;
- Met cliëntvertegenwoordigers die dat op prijs stellen – en daartoe dan 'open' worden uitgenodigd – wordt een echt Dvie-gesprek gevoerd. Alleen als zij zelf niet anders willen, leveren zij hun eventuele input en reflectie door het beantwoorden van een lijstje met vragen;
- We zullen het verschil tussen teamreflectie – als onderdeel van het KKGz – en de Teamie – als instrument voor het 'onderhouden' van de samenwerking binnen een team – nadrukkelijker moeten benoemen en het organiseren en benutten daarvan beter moeten faciliteren.
- Elkaar aanspreken en complimenteren zijn twee kanten van een medaille, die we nog stevig op moeten poetsen. Dat is vooral een kwestie van 'gewoon doen!', van het goede voorbeeld en van stug volhouden.

In 2018 zullen we ons op deze uitdagingen beraden. De invoering van de Algemene Verordening Gegevensbescherming per 25 mei 2018 is een mooie testcase. We komen er echter niet met decreteren dat het anders moet. Het gaat om het voeden van onze motivatie, het voortbouwen op het goede en het leren van wat beter kan. Als bestuurders zoeken we naar evenwicht tussen bemoedigen, uitnodigen en faciliteren enerzijds en opleggen, afdwingen en afvinken anderzijds. Dat laatste willen we eigenlijk niet, maar we beseffen dat het soms (helaas) niet anders kan. En daarom is en blijft het de kunst om samen met de medezeggenschapsorganen, de leidinggevendenden en de medewerkers focus aan te brengen, uithoudingsvermogen ten toon te spreiden, al doende te leren en de verantwoordelijkheden daar te laten waar ze horen. Aan die 'partijlijn' houden we vol overtuiging vast.

### Bijlagen (in een aparte bundel):

1. Ondersteuningsplan en Veiligheidskaart 2017
2. *Dit vind ik ervan!* Analyse 2017