

**KWALITEITSVERSLAG
2025
VERBLIJF & ONTWIKKELING**



1. Inleiding

In dit kwaliteitsverslag leest u hoe GGZ Noord-Holland-Noord (GGZ NHN) in 2025 heeft gewerkt aan goede, herstelgerichte ondersteuning en zorg voor mensen die langdurig bij ons verblijven of gebruikmaken van Beschermd Wonen.

We kijken terug op wat goed ging, wat beter kan en waar we in 2026 aan gaan werken. De plannen voor verbetering zijn opgenomen in het jaarplan 2026.

Een belangrijke bron voor dit verslag zijn de ART-audits. Daarbij hebben we alle teams bezocht en gekeken hoe zij herstelgericht werken. We spraken niet alleen met medewerkers, maar ook met cliënten en hun naasten. Zo geeft dit verslag een gezamenlijk en breed beeld van de kwaliteit van zorg.

2. Pijleroverstijgende thema's

2.1 Herstelondersteunende ondersteuning en zorg

Inzicht in kwaliteit

De kwaliteit van herstelondersteunende ondersteuning en zorg is inzichtelijk gemaakt via de ART-monitor, als onderdeel van interne audits. Alle teams zijn bezocht en beoordeeld op acht domeinen, waaronder herstel, triade, zorgproces, teamcultuur en professionalisering.

Reflectie over resultaten 2025

- Over de hele divisie is een duidelijke verbetering zichtbaar ten opzichte van voorgaande jaren. Met name het werken in de triade (cliënt–naasten–professional) heeft een positieve ontwikkeling doorgemaakt.
- We zien dat een belangrijke factor voor teams met een goede audit score is een goede onderlinge samenwerking tussen begeleiding en behandeling is.
- We zien dat het zorgproces duidelijker en consistent kan (actuele herstelplannen, duidelijke hersteldoelen, goede signaleringsplannen).

Waar werken we in 2026 aan:

- Cliënten hebben een actueel herstelplan in het EPD waarin:
 - Doelen zijn geformuleerd vanuit wat de cliënt zelf belangrijk vindt;
 - multidisciplinair en triadisch (cliënt–naasten–professionals) is geëvalueerd in de afgelopen zes maanden.
- Triadisch samenwerken is zichtbaar ingebed in behandel- en begeleidingscycli, kwaliteitsgesprekken en evaluaties, en vormt een vast onderdeel van het herstelproces.
- Teams gebruiken herstelinterventies (zoals Focus-op-Herstel-initiatieven, leefstijlinterventies en fasegericht behandelen), met extra aandacht voor meedoen in de maatschappij en het versterken van het netwerk.
- Naasten en het primaire netwerk worden waar mogelijk actief betrokken als partner in herstel, conform de uitgangspunten van ART en Focus op Herstel.

2.2 Leren en ontwikkelen

Lerende cultuur

We werken aan leren en ontwikkelen op drie niveaus:

1. Cliëntniveau

- Minimaal jaarlijkse evaluaties van doelen en begeleiding.
- We gebruiken gevalideerde instrumenten om herstel en welbevinden van de cliënt inzichtelijk te maken.

2. Team- en medewerkersniveau

- Inzet van ART-trekkers per team.
- Periodieke audits en terugkoppeling in teams.
- Intervisie waar medewerkers reflecteren op eigen handelen.

3. Organisatieniveau

- Gezamenlijke doelen voor herstelgericht werken (ART-implementatie).
- Bijeenkomsten en trainingen rondom ART.

Reflectie over resultaten 2025

- Leren gebeurt al maar kan beter gestructureerd, met name op het gebied van reflectie op eigen handelen.
- Medewerkers geven aan behoefte te hebben aan intervisie en ondersteuning bij de cultuurverandering die ART vraagt.
- Persoonlijke ontwikkel- en opleidingsplannen zijn niet volledig voor alle medewerkers aanwezig.

Verbeterpunten voor 2026

- In alle teams wordt intervisie structureel ingevoerd als vast onderdeel van het werkproces, gericht op herstelgericht en triadisch handelen. We maken reflectie op eigen handelen een vast onderdeel van de training, en we zorgen dat ART en reflectie nadrukkelijker terugkomt in het inwerkprogramma.
- We verwachten dat niet alleen de ART-kartrekkers maar alle medewerkers actief deelnemen aan de kwartaalbijeenkomsten, waar we terugkijken naar de doelen en intervisie bespreken.
- Teamleiders nemen een actieve rol in het stimuleren van leren, reflecteren en verbeteren, onder meer via het voeren van kwaliteitsgesprekken en het benutten van data uit het EPD.
- Teams werken volgens een samenhangend kwaliteits(management)systeem waarin audits, kwaliteitsgesprekken en PDCA-cycli structureel worden toegepast.

2.3 Innovaties

Huidige initiatieven

- In 2025 vervolgen implementatie van het ART-model als overkoepelend herstell kader.
- In 2025 zijn we gestart met implementatie I-ROC. Dit instrument is vanuit cliëntperspectief ontwikkeld. We gaan I-ROC gebruiken als een hulpmiddel in het gesprek tussen cliënt en medewerker, waardoor het actiever bijdraagt aan het herstelproces.

Reflectie over resultaten 2025

Innovatie richt zich momenteel vooral op sociale innovatie (anders denken en werken), tegelijkertijd krijgt technologische innovatie (EPD) steeds meer aandacht.

Verbeterpunten voor 2026

- Structurele inzet van digitale herstelinstrumenten I-ROC .
- Implementatie uniform zorgproces (opstellen en evalueren doelen in EPD triadisch).
- Teams gebruiken EPD-data voor kwaliteitsgesprekken, monitoring en het formuleren van verbeteracties binnen de PDCA-cyclus.
- Succesvolle herstelondersteunende interventies worden gedeeld tussen teams en divisiebreed benut.
- AI-geletterdheid wordt versterkt als randvoorwaarde voor veilig en verantwoord gebruik van digitale toepassingen.

3. Reflectie op de pijlers

3.1 Pijlers Cliënten en naasten

Wij zien cliënt- en naastenwaardering is een essentieel onderdeel van kwaliteit van zorg: “niet over ons zonder ons”. Dit sluit aan bij onze visie op herstelgericht werken en het ART-model, waarin samenwerking met cliënten en hun netwerk centraal staat.

Het ophalen van cliëntervaringen doen we via de interviews in het kader van de ART-audit waarvoor cliënten worden betrokken. Ook benutten we cliëntervaringsmetingen (bijv. PREM of CQi) en de vragenlijst voor naasten. Deze uitkomsten sluiten aan bij het beeld uit de audits. Cliënten ervaren over het algemeen een veilige woonomgeving, respectvolle bejegening en betrokken medewerkers. De ruimtelijke vormgeving scoort hoog in herstelondersteunend karakter.

Reflectie over resultaten 2025

- Cliënten kunnen nog meer regie krijgen in hun persoonlijk herstelplan.
- Hersteldoelen worden niet altijd vanuit het perspectief van de cliënt geformuleerd.
- Naasten worden vaker betrokken, maar nog niet structureel.

Verbeterpunten voor 2026

- Het herstelplan is het centrale instrument in de zorgrelatie en ondersteunt cliëntregie en gedeelde besluitvorming.
- Naasten worden actiever en consistentere betrokken bij herstel, passend bij de wensen en mogelijkheden van de cliënt.
- Cliënt- en naastenwaardering is structureel ingebed in het zorgproces en vormt input voor teamleren en verbeteracties.
- Voor wie de bestaande instrumenten niet passend is kijken we naar aanvullende vormen van feedback, zoals kleinschalige groepsgesprekken, themabijeenkomsten, creatieve of visuele werkvormen en de inzet van ervaringsdeskundigen.
- Het verder ontwikkelen en inbedden van cliëntparticipatie in de organisatie (aansluiten van bij bestaande structuren zoals de cliëntenraad) en ook met meer samenhang en aandacht voor diverse participatievormen zoals bewonersbijeenkomsten.

3.2 Pijler Professionals

Medewerkers beschikken over passende opleidingen en voldoen aan geldende beroepsregistraties, zoals BIG-registratie en relevante kwaliteitsregisters. Binnen de organisatie dragen vakcommissies voor onder andere verpleegkundigen en agogen bij aan verdere ontwikkeling van vakmanschap en professionele standaarden.

Teams werken volgens de PDCA-cyclus (plan-do-check-act), waarbij op basis van resultaten en feedback verbeteringen worden doorgevoerd in het dagelijks werk. Voor Verblijf & Ontwikkeling werken betrokken en ervaren medewerkers. Veel teams hebben een stabiele bezetting met ruime ervaring in langdurige zorg. De resultaten uit het medewerkersonderzoek (MO) laten zien dat medewerkers trots zijn op hun werk, maar ook druk en handelingsverlegenheid ervaren bij veranderprocessen. Medewerkers geven aan meer steun te willen bij implementatie en prioritering.

Reflectie over resultaten 2025

- Brede expertise aanwezig op het gebied van dubbele diagnose en LVB, maar ongelijk verdeeld over teams.
- Scholing is deels versnipperd.
- Ervaringsdeskundigen/ ervaringsdeskundigheid worden kunnen beter ingezet worden. De toegevoegde waarde wordt erkend, maar structurele inbedding kan beter.

Verbeterpunten voor 2026

- Medewerkers passen hun kennis, vaardigheden en ondersteuning om herstelgericht en triadisch te werken toe (in reflectie is hier aandacht voor).
- Ervaringsdeskundigheid zetten we meer in, mogelijk in samenwerking met de Herstelacademie.
- Leiderschap, zeggenschap en werkplezier worden versterkt, met zichtbare vermindering van ervaren werkdruk. We voeren het verbeterplan uit dat aan de hand van de uitkomsten medewerkersonderzoek (MO) is opgesteld.

3.3 Pijler Samenwerken

Reflectie over resultaten 2025

- Veiligheid en vrijheidsbeperking zijn goed geborgd.
- Samenwerking tussen begeleiding en behandeling vraagt verdere versterking.
- Externe samenwerking en maatschappelijke inbedding kunnen groeien.

Verbeterpunten voor 2026

- Het structureel versterken van het contact met het netwerk en het vertalen van onze visie naar de dagelijkse praktijk, met netwerkzorg en een actieve betrokkenheid van het sociaal domein als belangrijke pijlers.

4. Samenvattende vooruitblik 2026

In 2026 richt divisie V&O zich op:

1. Herstelgericht zorgproces: één duidelijke manier van werken (uniforme herstelplannen, triadisch werken en eigen regie als basis).
2. Leren en verbeteren: vaste momenten voor reflectie(intervisie), kwaliteitsgesprekken en datagedreven PDCA-cycli.
3. Professionals in hun kracht: goede scholing, ondersteuning en inzet van ervaringsdeskundigheid.
4. Digitale en sociale innovatie: slim gebruik van technologie en data die herstel, regie en werkplezier ondersteunen.

Samen met cliënten, naasten, medewerkers en partners blijven we werken aan duurzame, herstelgerichte zorg waarin mensen zich gezien, gehoord en ondersteund voelen.

**KLACHTENREGELING
WET KWALITEIT KLACHTEN
GESCHILLEN IN DE ZORG
(WKKGZ)**

Wet kwaliteit klachten geschillen in de zorg (WKKGZ)

Wij vinden het belangrijk dat iedereen die te maken heeft met GGZ NHN de mogelijkheid heeft om klachten op een eenvoudige en toegankelijke manier te melden.

Met deze regeling – op basis van de Wet kwaliteit klachten geschillen in de zorg - zorgen we ervoor dat klachten serieus worden genomen en op een open en eerlijke manier worden behandeld. Ons doel is om klachten op een informele manier op te pakken en te voorkomen dat problemen onnodig ingewikkeld worden. Zo zorgen we voor een prettige en veilige omgeving voor iedereen.

Heeft u een klacht?

Dan kunt u dit altijd rechtstreeks bij GGZ NHN melden. U kunt ervoor kiezen om dit mondeling of schriftelijk te doen.

U kunt uw klacht het beste bespreken waar het probleem is ontstaan. U kunt dit met uw eigen behandelaar bespreken of bijvoorbeeld met een leidinggevende.

Komt u er (samen) niet uit?

Als u achttien jaar of ouder bent, kunt u uw klacht melden bij het klachtenbureau. Hier zijn geen kosten aan verbonden. Ons klachtenbureau is er voor:

- Cliënten
- Familie en naasten van cliënten
- Bezoekers van onze locaties en terreinen
- Omwonenden van onze ggz-instelling en terreinen
- Ketenpartners

Bent u jonger dan achttien jaar? Dan kunt u uw klacht indienen bij de Jeugdstem.

Contact met de klachtenfunctionaris

Bij ons klachtenbureau werken klachtenfunctionarissen die uw melding serieus nemen en samen zoeken naar een gepaste uitkomst.

Dat doen ze onafhankelijk en onpartijdig. Zij geven geen oordeel over de klacht en zijn niet betrokken geweest bij de situatie waarover u een klacht indient.

Wat doet de klachtenfunctionaris?

De klachtenfunctionaris neemt de tijd om naar u te luisteren. Samen bespreken jullie uw situatie en wat u met uw klacht wilt bereiken. De klachtenfunctionaris helpt u en degene tegen wie de klacht is gericht. Het doel: een uitkomst die goed past bij beide partijen en het herstellen van de relatie.

De klachtenfunctionaris zorgt voor duidelijke informatie over de behandeling en mogelijkheden van de klacht voor u en degene tegen wie de klacht gericht is.

Hoe werken wij?

U kunt de klachtenfunctionaris bereiken via het klachtenformulier op de website, telefonisch of per e-mail. De klacht wordt dan geregistreerd. Indien u dat wenst, wordt er contact met u opgenomen.

Om uw klacht in behandeling te kunnen nemen, is het belangrijk dat u uw gegevens achterlaat. Anonieme klachten kunnen wij niet in behandeling nemen, maar u kunt wel vragen om de klacht anoniem te registreren.

Wij streven ernaar klachten zo snel mogelijk af te handelen en houden u op de hoogte van de voortgang. We zoeken samen naar een gepaste uitkomst. We vinden het belangrijk om open en duidelijk te communiceren.

Heeft u een klacht met betrekking tot financiën? Dan is de werkwijze net anders. De klachtenfunctionaris legt u uit hoe u uw klacht kunt indienen.

Wat als de bemiddeling niet is gelukt?

Als het niet lukt om met de klachtenfunctionaris tot een gepaste uitkomst te komen, kunt u een schriftelijke klacht indienen bij de raad van bestuur. Dit is alleen mogelijk als:

- Uw klacht betrekking heeft op gedragingen van GGZ NHN (of onze medewerkers) tegen een cliënt van ons.

Onder 'een gedraging' valt zowel de omgang als de zorgverlening, maar ook het weigeren of nalaten van zorg en het innemen van standpunten of het nemen van beslissingen.

- U als indiener van de klacht de cliënt zelf bent, de vertegenwoordiger van de cliënt bent of de nabestaande van de cliënt bent.

Als een klacht in behandeling is bij de raad van bestuur, dan sluit de klachtenfunctionaris de klacht af.

Wat gebeurt er met uw klacht bij de raad van bestuur?

Binnen zes weken na het indienen van uw klacht ontvangt u een schriftelijke reactie. Als het nodig is, kan deze termijn met maximaal vier weken worden verlengd. In deze reactie staat:

- Of uw klacht gegrond of ongegrond wordt verklaard.
- Of de klacht buiten deze regeling valt.
- Of er een verschil van mening blijft bestaan.

Als er maatregelen worden genomen naar aanleiding van de klacht, wordt daarbij aangegeven binnen welke termijn dit gebeurt.

Niet eens met het oordeel van de raad van bestuur?

Als u niet tevreden bent met de reactie van de raad van bestuur over de ingediende klacht, is er sprake van een geschil.

U kunt dit geschil voorleggen aan de Geschillencommissie Geestelijke Gezondheidszorg. De uitspraak van die commissie is bindend, en dus moeten we ons allebei houden aan die uitspraak.

Om een klacht in te kunnen dienen moet u een eigen bijdrage betalen. U meer informatie lezen op www.geschillencommissiezorg.nl.

Goed om te weten

- De klachtenfunctionaris volgt en begeleidt de gehele klachtenprocedure en bewaakt de termijnen. Daarbij zorgt de klachtenfunctionaris voor de juiste dossiervoering, waarbij bewaring en registratie met betrekking tot privacy van alle betrokkenen verzekerd zijn. Werkaantekeningen van de klachtenfunctionaris behoren niet tot het klachtendossier.
- Elke klacht wordt door de klachtenfunctionaris geregistreerd samen met de werkzaamheden die diegene naar aanleiding van een klacht heeft verricht en de resultaten daarvan.
- Alle betrokkenen hebben een geheimhoudingsplicht. Behalve als vanuit de wet er een reden is om deze geheimhouding te doorbreken.
- De klachtenfunctionaris houdt de zorgaanbieder (anoniem) op de hoogte van klachten en de uitkomsten daarvan. Dit draagt bij aan kwaliteitsverbetering binnen de organisatie en zorgt ervoor dat de zorgaanbieder verantwoordelijkheid blijft nemen voor de geboden zorg.
- De klachtenfunctionaris voert de werkzaamheden in overeenstemming met de wet, de geldende beroepsnormen en diens taakomschrijving uit, zonder inmenging door de zorgaanbieder.
- Klachten ouder dan twee jaar, klachten die al eerder zijn behandeld of waarvan al een uitspraak ligt, worden niet in behandeling genomen.
- De klachtbehandeling kan worden stopgezet wanneer door verstrijken van tijd of omstandigheden in alle redelijkheid de klacht niet goed verkend kan worden. Ook ongewenst gedrag van de klager kan aanleiding zijn om de klacht stop te zetten.

AFDELINGSREGELS KLINIEK AUTISME

*Informatie voor cliënten,
familie & naasten en
bezoekers*



AFDELINGSREGELS

AFDELINGSREGELS KLINIEK AUTISME

Naast de algemene huisregels van GGZ NHN en de algemene leveringsvoorwaarden ggz gelden op de kliniek autisme in Heiloo de volgende extra afdelingsregels:

ZELFREDZAAMHEID

Samen met uw behandelaar en persoonlijk begeleiders maakt u doelen m.b.t. uw verblijf bij kliniek autisme. Onderdeel hiervan is om uw kamer/appartement schoon te houden, uw was te doen en om te koken. Mocht dit niet zelfstandig lukken dan zal de begeleiding en-/of gastvrouw u ondersteunen.

VOEDINGSGELD

Elke week krijgt u van GGZ NHN een budget voor voedingsmiddelen. De begeleiding controleert aan de hand van uw boodschappenbonnen of u uitkomt met uw geld en of het budget besteed wordt aan gezonde voeding. Snoep, snacks, frisdrank en dergelijke betaalt u van uw eigen geld.

KOKEN OP DE AFDELING

Op kliniek autisme bieden we de mogelijkheid om te koken op de unit of het appartement waar u verblijft. Van 07.30 uur tot 21.00 uur is het toegestaan om te koken. Na 21.00 uur wordt er niet meer gekookt.

VEILIGHEID

In verband met de veiligheid is het niet toegestaan om kaarsen te branden op uw kamer of appartement. Op de kliniek liggen scherpe messen in een kast op slot, wilt u hier gebruik van maken vraag dit dan aan de begeleiding. Op de appartementen bent u zelf verantwoordelijk voor het veilig omgaan met messen. Indien nodig kan uw behandelaar hier veiligheidsafspraken over maken.

Iedereen is zelf verantwoordelijk voor goederen en persoonlijke bezittingen dit aanwezig zijn op uw kamer/haare kamer, dan wel appartement. Denk er daarom goed aan om uw kamer of appartement af te sluiten wanneer u weggaat. Het is niet toegestaan om uw sleutel uit te lenen dan wel af te geven aan anderen dan de begeleiding van kliniek autisme.

VERLOF

Per week mag er 48 uur verlof worden opgenomen. Vakanties of langer verlof bespreekt u voortijdig met uw behandelaar. Wanneer u gebruikt maakt van dit verlof geeft u dit van te voren door aan de begeleiding of de behandelaar.

LOGEREN

Op kliniek autisme in Heiloo is logeren niet toegestaan. Op de appartementen mag logeren alleen als dit past in het behandelplan en daarin is vastgesteld. De algemene huisregels zijn ook van toepassing voor de logé en worden dan ook door de logé ondertekend. Een logé wordt ten allen tijden gemeld bij de begeleiding.