

Kwaliteitsrapport 2018



Datum: Juni 2019

Auteur: Nienke Bouthoorn, Beleidsmedewerker kwaliteit

Roos Deen, Zorg coördinator

Jan Steven van Dijk, Bestuurder

Inhoud

Samenvatting	3
Inleiding	4
1. Algemene informatie	5
2. Bouwsteen 1: Zorgproces rond de individuele client	8
3. Bouwsteen 2: Ervaringen van cliënten	12
4. Bouwsteen 3: Zelfreflectie in teams	13
5. Bouwsteen 4: Externe visitatie	13
6. Geraadpleegde informatiebronnen	14
Bijlage: Reflecties	15

Samenvatting

Op basis van het vernieuwde Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022 is dit kwaliteitsrapport 2018 opgesteld, met als doel om inzicht te verschaffen in de kwaliteit van zorg van Zorgerf Waarland. Dit is beschreven aan de hand van de vier bouwstenen; het zorgproces rond de individuele cliënt, ervaringen van cliënten, zelfreflectie in teams en externe visitatie. Hierbij stonden de vragen 'Wat gaat goed?' en 'Wat kan er beter?' centraal.

We zijn er trots op dat we in 2018 een elektronisch cliëntendossier met de benodigde documenten hadden opgebouwd, medewerkers het vertrouwen hadden meldingen van incidenten te maken en we een grote variatie in het aanbod dagbestedingsactiviteiten konden aanbieden.

Wat we voor 2019 kunnen verbeteren zijn de kwartaalanalyses van incidenten, rapporteren op het zorgplan en de zorg- en ondersteuningsplan cyclus. Verder zal er een cliëntervaringsonderzoek worden gehouden, komt er een teamreflectie en zal er een externe visitatie plaatsvinden.

Inleiding

Voor u ligt het kwaliteitsrapport 2018 van Zorgerf Waarland. In juli 2017 zijn we vanuit een faillissement ontstaan. Dat jaar hebben we gebruikt voor het overnemen van de zorg, het aantrekken van nieuwe cliënten en nieuw personeel en het afhandelen van het verscherpte toezicht door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Het jaar 2018 was voor ons het eerste volledige jaar, welke wij zonder een vooraf opgesteld plan hebben doorlopen. We hebben ons bij de invulling laten leiden door verplichtingen vanuit de wet- en regelgeving, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en door de wensen van medewerkers en cliënten en/of hun wettelijk vertegenwoordiger.

Dit rapport is opgesteld op basis van het vernieuwde Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022. Het geeft informatie over de kwaliteit binnen de organisatie, waarbij vier bouwstenen leidend zijn. De bouwstenen zijn; het zorgproces rond de individuele cliënt, ervaringen van cliënten, zelfreflectie in teams en externe visitatie. Per bouwsteen stellen we onszelf de vragen 'Wat gaat goed?' (en zijn we dus trots op) en 'Wat kan er beter?' (en gaan we aanpakken).

Doelstellingen van het kwaliteitsrapport zijn:

1. Het kwaliteitsrapport laat zien waar Zorgerf Waarland op het gebied van kwaliteit van de zorg, aan heeft gewerkt, waar we het komende jaar aan willen gaan werken en hoe we dat gaan aanpakken. Het levert een bijdrage aan de interne kwaliteitsverbetering en de cyclus Plan-Do-Check-Act.
2. Het kwaliteitsrapport geeft duidelijkheid naar de cliënten over wat zij mogen verwachten van de geboden zorg en ondersteuning, het geeft inzicht voor de medewerkers die de zorg uitvoeren om voortdurend te werken aan kwaliteitsverbetering en het is richtinggevend voor de bestuurder van het Zorgerf.
3. Het kwaliteitsrapport is een middel voor interne verantwoording naar de Cliëntenraad en de Raad van Toezicht.
4. Zorgerf Waarland is transparant over de kwaliteit van zorg en over de verbetertrajecten. Het kwaliteitsrapport is een middel voor externe verantwoording naar de samenleving, het Zorgkantoor en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

1. Algemene informatie

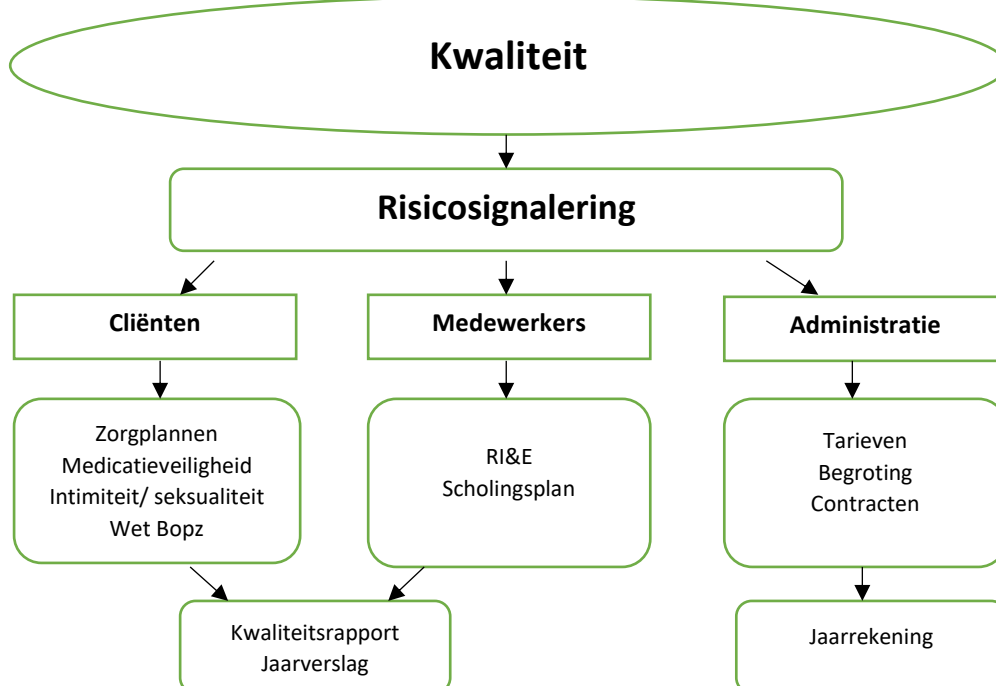
1.1. Visie op kwaliteit van zorg vanuit 'Visiedocumenten Kwaliteit Gehandicaptensector'

De samenwerkende partijen uit het werkveld hebben in eerdere jaren een 'Visiedocument Kwaliteit Gehandicaptensector' opgesteld. De uitgangspunten daarbij zijn 'kwaliteit van bestaan' en 'regie over eigen leven'. De kernpunten van deze gezamenlijke visie zijn¹:

- Cliënten hebben eigen regie;
- De zorg draagt bij aan de kwaliteit van bestaan;
- De beroepskrachten ondersteunen de cliënt bij het invullen van een eigen leven;
- Kwaliteit komt tot stand in dialoog tussen zorgverlener en cliënt;
- Aan kwaliteit wordt primair op het niveau van de cliënt invulling gegeven. Dat gebeurt door individueel maatwerk.

1.2 Onze visie op kwaliteit

Zorgerf Waarland staat achter de gezamenlijke visie vanuit het visiedocument. Als aanvulling hierop bestaat kwaliteit voor ons uit de drie onderdelen; goede zorg (cliënten), tevreden personeel (medewerkers) en financieel gezond (administratie). Deze drie uitgangspunten hebben een wisselwerking op elkaar en houden elkaar in stand. De één kan niet zonder de ander en als er een schakel minder goed gaat heeft dat zijn uitwerking op de andere schakels. Ieder onderdeel heeft zijn eigen wet- en regelgeving waaraan we moeten voldoen en wordt gecontroleerd. Bij de cliënten is dit de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), medewerkers worden gecontroleerd door de Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid en de administratie wordt beoordeeld door de accountant. Voor cliënten zijn belangrijke onderdelen de zorgplannen, medicatieveiligheid, intimiteit en seksualiteit en de Wet Bopz. Voor de medewerkers staat er veel beschreven in een Risico-inventarisatie & Evaluatie en een scholingsplan. En met betrekking tot de administratie stellen we de tarieven en een begroting vast. Ieder onderdeel heeft zijn eigen verslaglegging, namelijk een kwaliteitsrapport en jaarverslag (cliënten en medewerkers) en een jaarrekening (administratie). Schematisch ziet dat er als volgt uit:



¹ Kwaliteitskader gehandicaptenzorg 2017-2022, Landelijk kader binnen de WLZ, paragraaf 3.2

Als kleine organisatie is het moeilijker om aan alle eisen te voldoen, alle wet- en regelgeving bij te houden en aantoonbaar de uitgevoerde acties te blijven evalueren. Om dit niet uit het oog te verliezen gaan wij vanaf 2019 werken met een thematisch jaarplan, waarin bovenstaande punten jaarlijks aan bod blijven komen.

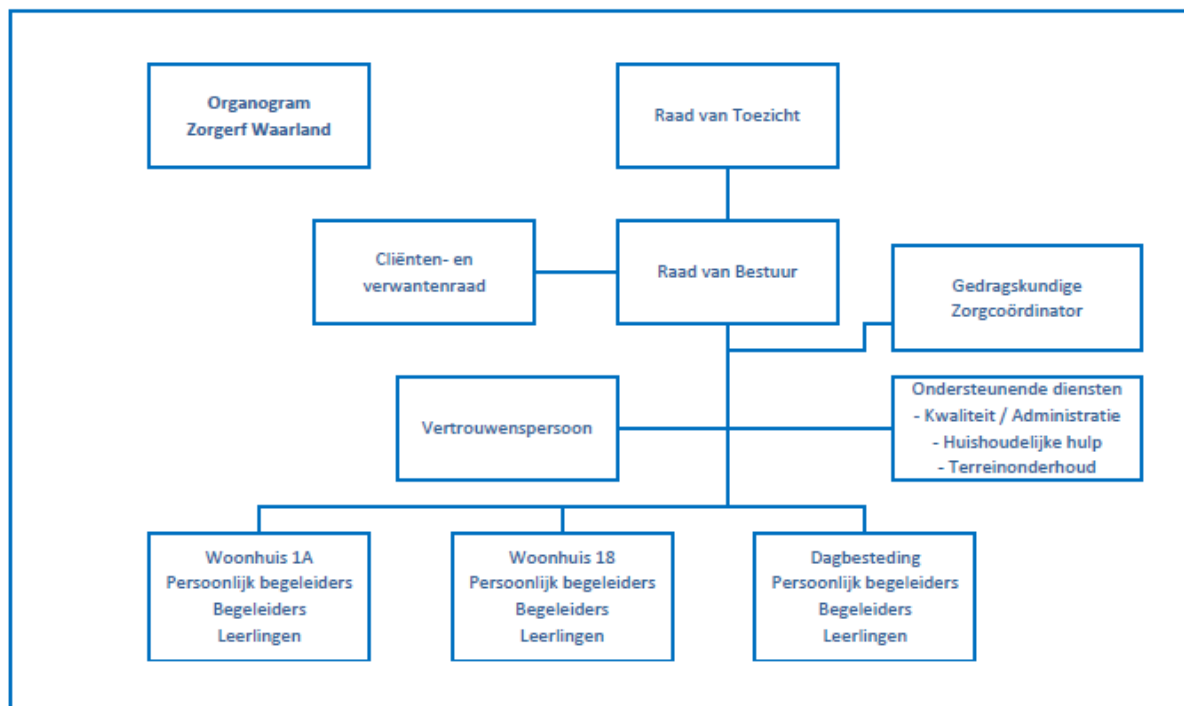
1.3 Doelgroep en cijfers

Zorgerf Waarland is een zorginstelling die begeleiding biedt aan mensen met een (verstandelijke) beperking. Wij bieden aan veertien cliënten een woonplek, aan één cliënt logeeropvang en vijfentwintig cliënten (is inclusief vijftien woon-/ logeercliënten), hebben een zinvolle dagbesteding bij ons. Onze cliënten hebben een VG04, VG05 of VG06, Jeugdzorg of WMO indicatie.

Er zijn ongeveer dertig medewerkers in dienst die de cliënten ondersteunen op het gebied van zorg en behandeling. Daarnaast hebben we een groep van ongeveer zeventien vrijwilligers die de medewerkers helpen bij het vervoer, dagbesteding en individuele begeleiding van de cliënten.

Betalingen gaan via een Persoonsgebonden budget (PGB), Zorg in Natura (ZIN) of onderaannemerschap.

Schematisch is de organisatie als volgt weer te geven:



1.4 Ontwikkelingen

In juli 2017 zijn we als stichting ontstaan vanuit een faillissement. Vanaf de start zijn we continue bezig geweest met het opzetten van een instelling die kan voldoen aan wet- en regelgeving en aan de eisen van de inspectie, de gemeente en de WLZ. Er is daarom veel bereikt in het kader van ontwikkelingen.

Cliënten

In september 2017 constateerden we dat het elektronisch cliëntendossier onvoldoende bij onze wensen en behoeften pasten en hebben we gekozen voor een overstap naar een nieuw systeem, te weten ONS Nedap. In 2018 is het systeem volledig ingericht en geïmplementeerd.

Wij vinden het belangrijk dat onze cliënten zinvolle dagbesteding krijgen die past bij hun wensen en behoeften. Indien wij niet de juiste activiteiten konden bieden, hebben we dit bij externe partijen uitgezet middels onderaanneming. Het was de wens van een aantal cliënten om een fitnessruimte te hebben en paard te kunnen rijden. Onder leiding van gespecialiseerd personeel worden deze activiteiten nu aangeboden. Met de inzet van vrijwilligers hebben we nieuwe activiteiten gerealiseerd en is het terrein opnieuw ingericht waardoor de activiteiten zijn gecentreerd en de medewerkers beter overzicht kunnen houden. Tevens zijn er noodzakelijke verbeteringen aan de gebouwen gedaan, zodat er betere en veiligere zorg kan worden geleverd (o.a. RI&E uitgevoerd en brandbeveiliging aangepast).

Medewerkers

Wij zijn er trots op dat we een vast team van medewerkers hebben kunnen krijgen die in een korte tijd de benodigde diploma's hebben gehaald. Iedereen heeft een diploma BHV/ EHBO/ Brandbestrijding en ontruiming gehaald. Daarnaast zijn alle begeleiders geslaagd voor de e-learning toedienen medicatie en hebben ze de training Gentle Teaching gevolgd. Een aantal medewerkers hebben een cursus epilepsie, diabetes en de training rapporteren afgerond.

Organisatie

Organisatorisch is er een Raad van Toezicht en een cliënten- en verwantenraad samengesteld en zijn zij notarieel vastgelegd en worden er vergaderingen gehouden.

We kunnen met trots een kwaliteitshandboek tonen en hebben de eerste hand gelegd aan een eigen kwaliteitssysteem zodat wij kunnen voldoen aan de noodzakelijke wet- en regelgeving.

We hebben een WTZI-toelating ontvangen en hebben een contract met het Zorgkantoor afgesloten voor 2019.

2. Bouwsteen 1: Zorgproces rond de individuele cliënt

2.1 Gegevens op individueel cliëntniveau

In dit hoofdstuk wordt onder andere inzicht gegeven in onze werkwijze met betrekking tot het cliëntdossier, hoe wij met meldingen omgaan en wordt aan de hand van cijfers inzicht verleend in deze meldingen.

2.1.1 Elektronisch cliëntdossier

Alle belangrijke gegevens van de cliënt worden vastgelegd in het elektronisch cliëntdossier in ONS Nedap. Te denken valt aan de algemene cliëntgegevens, contactpersonen, de indicatie, juridische status, overeenkomsten van zorg en het zorg- en ondersteuningsplan.

Het zorg- en ondersteuningsplan komt tot stand in samenspraak met de cliënt en/of zijn wettelijk vertegenwoordiger. De coördinatie wordt uitgevoerd door de zorgcoördinator.

Ten grondslag aan het zorgplan, ligt het ondersteuningsplan waaruit de ondersteuningsbehoeften volgen. In dialoog met de cliënt en/of wettelijk vertegenwoordiger wordt het ondersteuningsplan opgesteld welke bestaat uit een beschrijving van de levensgeschiedenis, een observatieverslag, een beeldvorming en perspectief, een risicosignalering met betrekking tot de gezondheid en veilige zorg en afspraken over het eigen beheer van medicatie.

Het zorgplan is een samenvatting van het cliëntdossier waarin in dialoog met de cliënt afspraken over de zorg- en dienstverlening worden vastgelegd op basis van zijn toekomstvisie, wensen, mogelijkheden en beperkingen. Deze afspraken bestaan uit concrete doelen, op welke wijze deze te bereiken, in welk tijdsplan, wie voor de zorg of ondersteuning verantwoordelijk is en wanneer de doelen geëvalueerd en zo nodig bijgesteld worden. Halfjaarlijks is er een evaluatie van het zorg- en ondersteuningsplan met de cliënt en/of zijn wettelijk vertegenwoordiger en alle betrokken disciplines, zoals een gedragskundige en de persoonlijk begeleider. Waar nodig worden doelen en de te leveren zorg bijgesteld.

In 2019 krijgen de cliënten toegang om het zorg- en ondersteuningsplan en de rapportages via een cliëntenportaal in te zien. Dit portaal is een veilig netwerk waarbij de cliënt zelf tevens toegang kan verschaffen aan zijn zorgnetwerk.

2.1.2 Incidenten

Incidenten die betrekking hebben op cliënten worden geregistreerd in ons cliëntensysteem ONS Nedap. Het gaat hierbij om fouten, ongevallen en bijna ongevallen en meldingen incidenten cliënten met betrekking tot ongewenst gedrag, agressie en medicatie.

Iedere melding wordt door een betreffende specialist (verpleegkundige, gedragskundige of bestuurder) behandeld. Afhankelijk van de aard en ernst van de melding wordt hier direct actie op ondernomen of worden acties uitgezet. De meldingen worden in de teamoverleggen nabesproken. Periodiek worden er analyses gemaakt, met als doel te leren van de meldingen om zo de zorg te kunnen verbeteren.

2.1.3 Middelen & maatregelen

Vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen worden niet ingezet. Hieraan ligt onze beleidsnota 'Geen dwang of drang' ten grondslag. Maatregelen die getroffen moeten worden ter bescherming of voor de veiligheid van de cliënt, gaan altijd in overleg met de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger en de gedragskundige. Gemaakte afspraken over te nemen maatregelen worden vastgelegd in het zorg- en ondersteuningsplan.

2.1.4 Klachten

Onvrede of een klacht moet kunnen worden geuit en zijn voor ons leermomenten. In eerste instantie proberen we het op informele wijze met elkaar op te lossen. Indien dit niet tot een bevredigende oplossing leidt, kan een klacht worden gemeld. Sinds februari 2018 is er een samenwerking aangegaan met een externe vertrouwenspersoon. Haar taak is zorgen voor opvang en begeleiding van de klager bij ongewenst gedrag. Indien de klager zich niet kan vinden in de uitkomst van de klachtbehandeling en van oordeel is dat de klacht niet is opgelost, kan het geschil schriftelijk voorgelegd worden aan de geschillencommissie Zorg Algemeen waarbij wij zijn aangesloten.

2.1.5 Meldingen Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)

Op grond van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) zijn wij wettelijk verplicht iedere calamiteit die in de instelling heeft plaatsgevonden te melden aan de IGJ. Daarnaast dient het plaatsvinden van seksueel misbruik door een medewerker, seksueel misbruik tussen cliënten onderling en seksueel misbruik tussen cliënten door derden gemeld te worden. Ook moeten alle vormen van geweld in de zorgrelatie en ontslag wegens ernstig disfunctioneren worden gemeld.

2.2 Meldingen in aantallen

In het elektronisch cliëntdossier worden alle meldingen op cliëntniveau vastgelegd. De volgende informatie is beschikbaar ten aanzien van:

- Het aantal klachten;
- Het aantal meldingen aan de IGJ (inspectie);
- Het aantal incidenten, nader uitgesplitst in medicatie incidenten, ongewenst gedrag, valincidenten en overige incidenten. Onder deze incidenten vallen ook de FOBO meldingen (fouten, ongevallen, bijna-ongevallen).

Samenvatting (in aantallen)

Soort meldingen	1 ^e kwartaal	2 ^e kwartaal	3 ^e kwartaal	4 ^e kwartaal	Totaal
Medicatie	3	4	4	2	13
Ongewenst gedrag cliënt	22	15	8	12	57
Val	4	0	0	1	5
Overig	3	2	0	2	7
Dubbel gerapporteerd ²	1	1	1	1	4
Totaal	33	22	13	18	86

Analyse

- Het aantal meldingen daalt tot en met het derde kwartaal van 2018.
- De meeste meldingen worden door de begeleiding van de woonhuizen gedaan. 19,5% van de meldingen wordt door de begeleiding van de dagbesteding gedaan.
- De meeste meldingen (66,3%) betreffen ongewenst gedrag, waarbij voornamelijk sprake is van een vorm van agressie.

² Dubbel gerapporteerd houdt in dat er een blanco rapportage en een ingevulde rapportage is gemaakt.

2.2.1 Aantal klachten

In 2018 zijn er **geen** klachten binnen gekomen.

2.2.2 Aantal meldingen aan de IGJ

In 2018 zijn er **geen** calamiteiten geweest en hebben we om die reden geen melding hoeven maken.

2.2.3 Aantal medicatie incidenten

In 2018 zijn in totaal 13 medicatie incidenten gemeld. In onderstaande tabel worden de verhoudingen weergegeven in aantallen.

<i>Aard medicatie incidenten</i>	<i>1^e kw.</i>	<i>2^e kw.</i>	<i>3^e kw.</i>	<i>4^e kw.</i>	<i>Totaal</i>
<i>Medicatie niet ingenomen</i>	0	1	0	0	1
<i>Medicatie niet gegeven</i>	3	3	1	2	9
<i>Medicatie vergeten af te tekenen</i>	0	0	3	0	3
<i>Totaal</i>	3	4	4	2	13

Analyse

- Het valt op dat veel medicatie incidenten (bijna 70%) te maken hebben met het niet hebben gegeven/ vergeten te geven van de medicatie. Hierin is wel een lichte daling te zien. Dit kan komen doordat er een dubbele controle op de aftekenlijst is doorgevoerd en er (bijna) geen invalkrachten meer worden ingezet.

Er kan geen vergelijking met 2017 worden gemaakt, omdat er geen cijfers beschikbaar zijn.

2.2.4 Aantal ongewenst gedrag incidenten cliënten

In 2018 zijn 57 meldingen (1^e kw. 22, 2^e kw. 15, 3^e kw. 8, 4^e kw. 12 meldingen) van ongewenst gedrag door cliënten gedaan. Ongewenst gedrag is te verdelen in vijf groepen, namelijk fysieke agressie (o.a. slaan, vastgrijpen, duwen, krabben), verbale agressie (o.a. schelden, schreeuwen, treiteren), psychische agressie/ intimidatie (o.a. dreigen, chanteren, achtervolgen, pesten), seksuele agressie (o.a. nafluiten, opmerkingen maken, handtastelijkheden, met de ogen uitkleden) en discriminatie. In onderstaande tabel worden de verhoudingen weergegeven in aantallen.

<i>Aard ongewenst gedrag</i>	<i>1^e kw.</i>	<i>2^e kw.</i>	<i>3^e kw.</i>	<i>4^e kw.</i>	<i>Totaal</i>
<i>Fysieke agressie</i>	18	12	7	11	48
<i>Verbale agressie</i>	12	8	4	5	29
<i>Psychische agressie/ intimidatie</i>	4	5	1	0	10
<i>Seksuele agressie</i>	1	0	0	0	1
<i>Discriminatie</i>	0	0	0	0	0
<i>Totaal</i>	35	25	12	16	

Analyse

- De meeste meldingen bevatten meerdere vormen van ongewenst gedrag per melding.
- De agressie wordt vooral fysiek geuit (84,2%) en in mindere mate (50,9%) wordt het geuit door te schreeuwen of schelden.
- Er is tot het derde kwartaal een daling van het aantal meldingen. De gedragskundigen hebben samen met de medewerkers de oorzaken onderzocht en diverse oplossingen doorgevoerd (zoals een intervisie, extra overleg, meer/ andere begeleiding) waardoor er minder agressie werd geuit.
- Er zijn geen cijfers bekend of de meldingen vooral zijn gericht op de begeleiding of tussen cliënten onderling.
- Het valt op dat 80% van de meldingen betrekking hebben op één client.

Er kan geen vergelijking met 2017 worden gemaakt, omdat er geen cijfers beschikbaar zijn.

2.2.5 Aantal overige meldingen

In 2018 zijn in totaal 11 overige incidenten gemeld. In onderstaande tabel worden de verhoudingen weergegeven in aantallen.

Soort incident	1 ^e kw.	2 ^e kw.	3 ^e kw.	4 ^e kw.	Totaal
Valincident	4	0	0	1	5
Agressie	3	1	0	0	4
Organisatorisch	0	0	0	1	1
Weggelopen	0	0	0	1	1
<i>Totaal</i>	7	1	0	3	11

Het organisatorische incident heeft betrekking op een miscommunicatie tussen twee medewerkers, waardoor een cliënt niet werd meegenomen voor een uitstapje. In 2018 was er één cliënt die aangaf te worden opgehaald en daarna was verdwenen.

Analyse

- De valincidenten hebben allen betrekking op één cliënt. Voor deze cliënt is er een signaleringsplan waaronder deze incidenten vielen. De incidenten zijn in de verkeerde documenten gerapporteerd.
- De agressie incidenten vallen allemaal onder ongewenst gedrag en zijn onjuist gerapporteerd. De medewerkers hebben dit vanaf het derde kwartaal juist gerapporteerd.
- Bij zowel het organisatorische- als het weglopen incident was er onvoldoende controle uitgevoerd.

Er kan geen vergelijking met 2017 worden gemaakt, omdat er geen cijfers beschikbaar zijn.

2.2.6 Aantal meldingen (seksueel) overschrijdend gedrag

In 2018 zijn er **geen** meldingen van (seksueel) overschrijdend gedrag binnen gekomen. Er is wel een melding van seksuele "agressie" gedaan door een medewerker. Deze heeft te maken met de handtastelijkheid van een cliënt en het willen opzoeken van de grenzen. Deze handtastelijkheid werd door de medewerker niet ervaren als seksuele intimidatie.

Trots op

- Het elektronisch cliëntdossier is binnen een jaar opgebouwd tot een dossier waarin alle benodigde gegevens over de cliënten beschikbaar zijn om zorg, geheel afgestemd op de cliënt, te kunnen verlenen.
- Medewerkers hebben het vertrouwen om meldingen van incidenten te maken. Deze meldingen hebben een bijdrage geleverd aan veranderingen binnen de zorgverlening.
- De variatie in het aanbod dagbestedingsactiviteiten, zoals de paarden, sporten en tuinieren, waarbij de cliënten medezeggenschap hadden bij het vormgeven ervan.

Ontwikkelpunten

- Per kwartaal analyses van de incidenten maken om op deze wijze acties uit te zetten voor verbetering van de zorg. De uitgezette acties ook evalueren.
- Alleen het noodzakelijke rapporteren en daarmee meer samenhang brengen tussen het zorgplan en het rapporteren op deze doelen.
- Gaan werken met een standaard cyclus voor de zorg- en ondersteuningsplannen, zodat iedere cliënt tijdig een bespreking heeft.

3. Bouwsteen 2: Ervaringen van cliënten

De kern van bouwsteen 2 wordt gevormd door de inzichten die worden verkregen uit het cliënt-ervaringsonderzoek.

In 2019 zal er een cliëntervaringsonderzoek worden uitgevoerd. Deze is niet eerder uitgevoerd, omdat Zorgerf Waarland nog geen jaar bestond en nog sterk in ontwikkeling was. Na een jaar kan er, naar onze mening, een degelijk onderzoek plaatsvinden, omdat dan een gehele jaarcyclus is doorlopen. Bij de uitvoering van het cliëntervaringsonderzoek zal gebruik worden gemaakt van de vragen van het cliëntervaringsinstrument 'Onze cliënten aan het woord' van Ipso Facto. Het onderzoek zal anoniem plaatsvinden.

De tevredenheid van de cliënten wordt kort besproken tijdens de (half) jaarlijkse zorg- en ondersteuningsplanbespreking door middel van het beantwoorden van een viertal vragen, waarbij gevraagd wordt om een rapportcijfer. De uitkomst van deze vragenlijst is terug te vinden in de notulen van de besprekingen.

4. Bouwsteen 3: Zelfreflectie in teams

Teamreflectie is een nieuw onderdeel binnen het Kwaliteitskader. De bedoeling is dat de teams jaarlijks stilstaan bij de vraag of zij de goede dingen op het goede moment doen. Hierdoor ontstaat bewustwording en inzicht. De teams zijn op deze manier bewust bezig met kwaliteit van zorg- en dienstverlening en de kwaliteit van bestaan van de cliënten. Medewerkers worden uitgenodigd om zelf na te denken over hun handelen en het effect daarvan op de cliënten.

In 2018 heeft er geen zelfreflectie binnen de teams plaatsgevonden. In het laatste kwartaal van 2018 zijn de laatste medewerkers aangetrokken om op volle kracht zorg te kunnen verlenen aan de cliënten. De teams zijn stabiel en hebben een jaarcyclus meegemaakt. In het 2^e kwartaal van 2019 zal worden gestart met de zelfreflectie in de teams. Hierbij vinden wij het belangrijk dat de teams eenvoudig aan de slag kunnen. Er zal per team één vergadering plaatsvinden waarbij thema's de leidraad voor de vergadering zullen zijn. De thema's zijn afgestemd met één vertegenwoordiger van de woonhuizen, gedragskundige, kwaliteitsmedewerker en bestuurder. De gekozen thema's zijn:

- Het proces rond de individuele cliënt: Zijn de wensen van de cliënt duidelijk? Geven we de juiste zorg aan de cliënten? Gaan we respectvol om met de cliënten? Is er zicht op veiligheid en gezondheidsrisico's per cliënt? Worden gemaakte afspraken met de cliënten nagekomen? Werken we veilig?
- In dialoog en werken in harmonie: Zijn medewerkers voldoende toegerust om hun werk goed te doen? Hebben alle medewerkers de juiste opleiding of is er extra scholing nodig? Zijn we echt een team?
- Evaluatie: Hoe is de teamreflectie in deze vorm ervaren?

5. Bouwsteen 4: Externe visitatie

Vanuit het kwaliteitskader is het verplicht om minimaal één keer per twee jaar een externe visitatie te laten plaatsvinden. Het visitatieteam zal bestaan uit minimaal twee externe deskundigen. Het kwaliteitsrapport vormt de input voor de visitatie. Kwaliteit van zorg en bestaan en bijbehorende verbeteracties zijn onderwerp van gesprek.

In 2017 heeft de Leekerweidegroep een externe visitatie uitgevoerd ter ondersteuning aan het opzetten van de huidige organisatie. Samen met de Leekerweidegroep zijn we een ontwikkelingstraject gestart, waarbij we gebruik hebben mogen maken van hun kennis en kunde.

Wij hebben ervoor gekozen om de volgende externe visitatie in 2019 nader vorm te geven. We zijn dan een jaar verder en denken dat dit een meerwaarde kan hebben voor onze organisatie wat betreft het leren en ontwikkelen. In juli 2017 zijn wij opgestart en daarmee zijn alle processen nieuw voor de teams. Zij hebben hieraan moeten wennen en in een vrij kort tijdsbestek alles vorm moeten geven en eigen moeten maken.

Wij verwachten dat in 2019 de genoemde verbeteracties uit dit rapport zullen zijn uitgevoerd en geëvalueerd, waardoor er daadwerkelijk gekeken kan worden welke genoemde verbeteracties zijn opgepakt en tot welke resultaten dit heeft geleid.

6. Geraadpleegde informatiebronnen

Bronnen:

- Elektronisch cliëntendossiers uit ONS Nedap Zorgerf Waarland;
- Landelijk Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022; Landelijk kader binnen de WLZ;
- Handreiking Kwaliteitsrapport en externe visitatie; In het kader van het kwaliteitskader gehandicaptenzorg 2017 – 2022;
- Samen maken we de zorg steeds beter; Samenvatting Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017 – 2022;
- Voorbeeld kwaliteitsrapport LeekerweideGroep 2017

Bijlage: Reflecties

Reflectie cliëntenraad

Met TROTS hebben wij het kwaliteitsrapport gelezen.

Pas dan zie je in wat er allemaal is gebeurd, verbeterd, aan gewerkt binnen Zorggerf Waarland.

Verbeterpunten zullen er altijd zijn en dat is ook goed!!

Complimenten aan personeel en directie.

Reflectie Raad van Toezicht

In de vergadering van de Raad van Toezicht op maandag 15 april 2019, is het Kwaliteitsrapport 2018 van het Zorggerf Waarland besproken.

Met grote interesse is het rapport gelezen en is er unaniem waardering uitgesproken, niet alleen voor de kwalitatieve opstelling en prettig leesbaarheid van het rapport, maar met name ook voor de inhoud. Ook de aparte cliëntenversie is een blijk van de cliëntgerichtheid van de organisatie.

De Raad van Toezicht is van mening dat de inhoud van het rapport een transparante vertaling is van de ontwikkelingen binnen de organisatie in 2018. De beschreven thema's (bouwstenen) passen in de borging van goede cliëntenzorg (kwaliteit & veiligheid) en goed werkgeverschap, met als overall doel een lerende en ontwikkelende organisatie te zijn.

Tevens is met bewondering en waardering geconstateerd dat er in 2018 enorm hard gewerkt is aan de ontwikkeling van de organisatie in de meest brede zin. Dit en de benoemde actiepunten voor 2019 (vorm gegeven in het thematisch jaarplan 2019) geven de Raad van Toezicht vertrouwen in de ontwikkelingen voor het komende jaar.