

Verslag directiebeoordeling Zorg-Los uitgevoerd op 5 juli 2021

Opening

Dit is de derde directiebeoordeling voor Zorg-Los er zijn nog geen eerdere acties om op te volgen.

Beoordeling bedrijfsbeheerssysteem

Opvolging vervolgmaatregelen vorige directiebeoordeling

Er zijn geen openstaande acties.

Resultaten van in- en externe audits.

27 Mei 2021 is de interne audit uitgevoerd door de kwaliteitscoördinator, gedragsdeskundige en directie. De resultaten van de audit zijn goed, er zijn enkele verbeterpunten uit naar voren gekomen;

- Risicomodule is ingericht, maar nog niet volledig. Dit is een verbeterpunt voor 2021-2022
- Contracten actueel maken
- Het actueel houden van dossiers en voortgang blijft een aandachtspunt in het team. Dit wordt geborgd in POP en begeleidingsgesprekken door clustermanager.

Deze verbeterpunten zijn overgenomen in het verbeterregister. In het komende jaar wordt hier toezicht op gehouden en geëvalueerd of de maatregelen die zijn genomen ook daadwerkelijk tot een verbetering leidt. De contracten zijn actueel gemaakt. De externe audit is gepland op 7 juli 2021 door DEKRA.

Voor de komende jaren is een auditplanning opgezet, deze is onderdeel van het beheersplan en is door de directie goedgekeurd voor de komende periode.

Terugkoppeling van zorgvragers Zorgvragerstevredenheid

Mei 2021 is er een zorgvragers tevredenheidsonderzoek uitgezet. In totale 49 bezoeken en 23 hebben geantwoord. De directie is hier voor dit jaar tevreden mee, voor een volgend onderzoek wordt er in het ambulante werkveld actief gestimuleerd om het onderzoek in te vullen. Het is dan makkelijker voor de zorgvragers om te reageren en er kan in de laatste week een herinnering gestuurd worden. Verwacht wordt dat dit een hoger respons oplevert.

Het gemiddelde gegeven cijfer is een 8,4 op een schaal van 10. De directie is blij met dit resultaat, zorgvragers geven in het onderzoek aan erg tevreden te zijn met Zorg-Los. Directie heeft 6 juli verslag van de resultaten opgesteld en als document opgeslagen onder Organisatie evaluaties. Dit verslag is tevens op 6 juli per e-mail verspreid naar alle zorgvragers en/of wettelijke vertegenwoordigers. Voor verdere informatie wordt naar dit verslag verwezen. De opmerkingen zijn

opgenomen in het verbeterregister en zullen in de komende periode worden opgepakt. Directie is wederom met recht trots op de uitkomsten van dit onderzoek. Dit verslag wordt ook besproken op een van de eerstvolgende teamvergadering, waar nodig zullen maatregelen tot (verdere) verbetering van zorgvragerstevredenheid worden genomen.

Klachten

Er is één formele klacht ingediend door een wettelijke vertegenwoordiger van een zorgvrager over de zorg en dienstverlening van Zorg-Los. De klachtenprocedure is opgestart op 12 februari 2021 en op 3 maart 2021 afgerond.

Zorg-Los heeft een verbeterpunt gemaakt in het kwaliteitsmanagementsysteem. Het exitgesprek wordt gevoerd door middel van vragen, het formulier staat in het beveiligde zorgvragersdossier. Zorg-Los zal het formulier aanpassen, zodat dit per email of schriftelijk opgestuurd kan worden. Zorg-Los hoopt hiermee laagdrempeliger feedback te krijgen. Bij het afsluiten van een zorgverleningstraject en als er niet gebruik is gemaakt van het exitgesprek, zullen we na een maand een reminder sturen en benadrukken dat we open staan voor kwaliteitsverbetering.

Tevens zal de kwaliteitscoördinator maandelijks monitoren of de exit-formulieren adequaat zijn ingevuld en aanwezig zijn in het zorgvragersdossier. Zo niet, dan zal de kwaliteitscoördinator de vertrouwenspersoon inschakelen. Deze zal een reminder sturen na 1 maand, zodat Zorg-Los op de hoogte is van de feedback op de exit.

Binnen Zorg-Los houden we wekelijks een ontwikkelingsgericht overleg, hierin zit de raad van bestuur, directie, gedragsdeskundige, clustermanagers en de kwaliteitscoördinator. De klacht en de reactie hierop is inmiddels al besproken. De verbeterpunten zijn al aangepast in het kwaliteitsmanagementsysteem. De klacht zal tevens anoniem besproken worden in de teamvergadering, in de vergadering van de cliëntenraad en in de vergadering van de raad van commissarissen.

Er is één interne klacht binnen gekomen en Zorg-Los heeft een verbeterpunt in het kwaliteitsmanagementsysteem gemaakt t.a.v. structureel rapporteren. Dit zal ook besproken worden in de teamvergadering.

Inspecties

Zorg-Los voldoet aan de kwaliteit van zorgverlening, de organisatie voldoet aan de algemeen geldende normen die door de gemeenten zijn opgesteld en de kwaliteitseisen uit de WMO 2015, voor verdere verwijzing zie GGD-rapport 21-11-2018, bezoek 01-10-2018 in opdracht van Utrecht West. In 2018 is de laatste inspectie geweest.

Incidenten

Incidenten In het Beheersplan is een apart register opgenomen voor zorgvragers/medewerkers gebonden incidenten. In 2020 zijn er 43 incidenten geregistreerd, 18 incidenten meer dan vorig jaar, een trend is te zien in de mate waarin incidenten te maken hebben met agressie behorende bij gedragsproblematiek. Dit is passend bij de groeiende adolescenten doelgroep en hier worden op zorgvragers niveau maatregelen genomen. Toename van de incidenten kan ook verklaard worden door de groei die Zorg-Los heeft gemaakt. Waar de directie van mening is dat incidenten een diepere oorzaak hebben en op organisatieniveau aanpak nodig hebben worden deze meegenomen in het

verbeterregister. Verbeterpunten zijn in een verslag verwerkt. Voor verdere informatie verwijzen we naar het verslag VIM-evaluatie 2020, eQuse, hoofdstuk 9 organisatie evaluaties.

Samenvattende conclusie: Agressie 31, weglopen 8, (bijna) ongeval 3, medicatie fout 1, totaal aantal incidenten 43.

Belangrijkste conclusies:

- Corona lijkt een grote invloed gehad te hebben op de mentale gezondheid van de zorgvragers. Er lijkt een verband te zijn tussen het wegvallen van de sport en buitenactiviteiten en het toenemen van agressie incidenten ten gevolge van spanningsopbouw.
- Agressie incidenten komen voornamelijk voor bij de tiener/ jong volwassen zorgvragers waarbij sprake is van DSM-diagnose anders dan een verstandelijke beperking. In de meeste gevallen staan zorgvragers aangemeld voor een GGZ-behandeling of ontvangen deze al.
- Begeleiders zijn bijgeschoold op het thema hechtingsstoornissen om het probleemgedrag van de zorgvragers beter te begrijpen.
- Medewerkers zijn consequent in het melden van incidenten. Management spoort medewerkers aan om melding te maken van incidenten.
- Casuïstiek besprekingen staan veelal in het teken van beeldvorming en het coachen in het omgaan met moeilijk verstaanbaar gedrag.
- Er is een toename van casuïstiek waarbij sprake is van complexe meervoudige problematiek.

De werkwijze die wordt gebruikt is efficiënt naar mening van de directie, het geeft een heldere weergave van het aantal incidenten en de aard van de incidenten. Op overzichtelijke wijze wordt duidelijk of er sprake is van trends en of personeel ondersteund moet worden na een incident of bij het voorkomen van een volgend incident.

Status van corrigerende maatregelen

Het verbeterregister heeft sinds de invoering geleid tot het doorvoeren en implementeren van verschillende verbeterpunten ter bevordering van de kwaliteit van zorg. De verschillende meldingen lopen aardig uiteen, zie module verbeteren. Een trend is nog niet zichtbaar, dit is gezien de omvang van de organisatie ook niet vreemd. Meldingen die afgerond zijn worden afgesloten na evaluatie.

Het gebruik van het register bevalt de organisatie tot nu toe goed, het geeft een duidelijk overzicht van de verbeteringen die zijn doorgevoerd en de status van de lopende verbeteringen. Voor de directeur is het ook van belang dat het volledige team toegang heeft tot het verbeterregister en het register geregeld terugkomt in vergaderingen. Om deze reden is besloten dat deze manier van werken behouden blijft voor het komende jaar.

Evaluatie effectiviteit van de gevolgde opleidingen

De vaste BHV-trainingen voor alle medewerkers van Zorg-Los worden weer georganiseerd op..., daarnaast is er dit jaar is extra aandacht besteed aan het vergroten van competenties van medewerkers en het gebruik van ieders kwaliteiten.

Er is gewerkt aan deskundigheidsbevordering:

- Hechtingsproblematiek: medewerkers diverse interventies aanbieden om hechtingsproblemen te herkennen en hier adequaat begeleiding in te bieden.

- Sociaal therapeutisch klimaat: medewerkers diverse interventies aanbieden van begeleiding naar behandeling.
- Suicide binnen het werkveld: medewerkers diverse interventies aanbieden op het gebied suicide binnen het werkveld, waardoor competenties verbeteren.
- Multiproblematiek binnen systemen: Medewerkers diverse interventies aanbieden op het gebied Multi problematiek binnen systemen, waardoor competenties verbeteren, betere afstemming ontstaat, empowerment groeit en doelstellingen beter behaald worden op procesgebied.

Medewerkers worden geschoold in het kwaliteitssysteem en hoe dit uit te voeren binnen eQuse, wie welke verantwoording draagt.

Medewerkers worden geschoold in een zelfgekozen thema/onderwerp. Dit wordt in de POP-verslagen bijgehouden.

Alle medewerkers hebben medicatie, diabetes en epilepsie scholing gevolgd en hebben daarvoor een certificaat ontvangen. Driejaarlijks wordt dit herhaald en nieuwe medewerkers dienen deze scholing tevens te volgen.

De Raad van Commissarissen zijn aangesloten bij de NVTZ en hebben een inspiratie dag gevolgd voor kwaliteit van zorg en welzijn.

Voor het komende jaar is een opleidingsplan opgesteld waarin rekening wordt gehouden met de vaste trainingsmomenten en extra aandacht zal worden geschonken aan het verder opleiden van medewerkers.

De effecten van de scholing zijn voor de organisatie duidelijk zichtbaar in de kwaliteit van zorg die geleverd wordt. De directie beoordeelt dat er op dit moment voldoende kennis in huis is om de doelgroep van passende zorg te kunnen voorzien. De medewerkers zijn in staat om een groot deel van de problematiek zelfstandig op te pakken en zijn zich bewust van hun grenzen hierin, zodat ook achtervang en expertise op tijd worden ingeschakeld.

Werknemers met HBO-opleiding/niveau of hoger voldoen aan de wettelijke kwaliteitseisen op hun vakgebied (SKJ/BIG). Gezien de huidige groei en toename van jeugdige zorgvragers, is het van belang om medewerkers te werven die SKJ/BIG geregistreerd zijn of deze registratie kunnen krijgen.

Directie volgt nauwgezet de maatschappelijke ontwikkelingen binnen de zorg, zowel landelijk als lokaal. Dit middels collegiaal overleg, lokaal (gemeentelijk) overleg, (provinciaal) overleg en het bezoeken van seminars/congressen. En natuurlijk via alle voorhanden zijnde media.

Vertrouwenspersoon/preventiemedewerker

Vorig jaar is er een vertrouwenspersoon aangesteld voor zorgvragers en personeel, iedereen is hierover op de hoogte gesteld door de directie. De vertrouwenspersoon functioneert tevens als preventiemedewerker. Zorg-Los heeft een arbodienst Aegon, zij verzorgen het verzuimmanagement. Afgelopen jaar zijn er twee ziekmeldingen geweest en is er één keer een beroep gedaan op de vertrouwenspersoon.

AVG

Voor de invoering van de AVG wet heeft Zorg-Los door Branch Solutions een AVG-proof laten uitvoeren. Voor verdere rapportage verwijs ik naar de voortgangsrapportage 24-05-2018, de directie heeft de aanpassingen doorgevoerd. Zorg-Los heeft een FG (Functionaris Gegevensbescherming FG-nummer is FG00644). Deze persoon is contactpersoon van de Autoriteit Persoonsgegevens en is deskundige op AVG en beveiligingsbeleid. Zorg-Los heeft een register van verwerking activiteiten (RVA), 30 juni 2021 heeft dit register weer een update gekregen.

Evaluatie medewerkers tevredenheid

Medewerkers tevredenheid is uitgevraagd via jaarlijkse functioneringsgesprekken, hieruit is naar voren gekomen dat de medewerkers over het algemeen erg tevreden zijn met de werkzaamheden die zij uitvoeren en weinig concrete verbetervoorstellen hebben. De directie zelf is ook tevreden over het functioneren van de medewerkers.

Mei 2021 is er een medewerkers tevredenheidsonderzoek uitgezet. In totale 29 bezoeken en 10 hebben geantwoord. De directie had gehoopt op meer respons, eind 2021 zal het tevredenheidsonderzoek opnieuw uitgezet worden. Voorbereidend op het volgend onderzoek wordt er in de begeleidingsgesprekken en Popgesprekken aandacht besteed waarom het belangrijk is om de enquête in te vullen. Verwacht wordt dat dit een hoger respons oplevert.

Het gemiddelde gegeven cijfer is een 7,4 op een schaal van 10. De directie is tevreden met dit resultaat, gezien de turbulente periode ten gevolge van COVID-19 hebben de medewerkers meer afstand ervaren tussen directie en de werkvloer. In dezelfde periode gezien de groei is er binnen de bedrijfsvoering gekozen om te werken met clustermanagers, Dit heeft ervoor gezorgd dat de bedrijfsstructuur ging wijzigen en de medewerkers hieraan moesten wennen. Directie heeft 6 juli verslag van de resultaten opgesteld en als document opgeslagen onder Organisatie evaluaties. Dit verslag is tevens op 6 juli per e-mail verspreid naar alle medewerkers, vrijwilligers en RvC. Voor verdere informatie wordt naar dit verslag verwezen. De opmerkingen zijn opgenomen in het verbeterregister en zullen in de komende periode worden opgepakt. Directie is content met de uitkomsten van dit onderzoek, heeft zo een duidelijk beeld gekregen en kan hier verder op aansluiten en bouwen. Dit verslag wordt ook besproken op een van de eerstvolgende teamvergadering, waar nodig zullen maatregelen tot (verdere) verbetering van medewerkers tevredenheid worden genomen.

Alle medewerkers/vrijwilligers/stagiaires zijn in het bezit van een VOG.

Samenwerkingspartners

De samenwerking met ketenpartners verloopt naar tevredenheid van de organisatie. Binnen de samenwerkingsverbanden is over het algemeen een goede communicatie en loopt de samenwerking soepel. Inhoudelijk lopen deze partners al lange tijd mee met de organisatie en zijn er weinig tot geen problemen die naar boven komen. Er is gedurende het jaar geregeld overleg, waarbij ook ruimte is om gezamenlijk te evalueren wanneer er problemen zijn. Wanneer hier verandering in komt kan de directie alsnog besluiten om een specifieke evaluatie te organiseren. Voor nu wordt besloten dat de huidige manier van werken behouden blijft.

Leveranciersbeoordeling

Zorg-Los heeft 21 leveranciers als kritische partner opgenomen in het beheersplan en beoordeelt via de leveranciersbeoordeling. Een van de leveranciers eQuse wordt nog als onvoldoende beoordeeld. Deze is beschreven in de risicomodule, hieraan is ook een verbeterpunt aangemaakt met bijbehorende actie die maandelijks binnen OGO (ontwikkelingsgericht overleg) uitgevoerd en geëvalueerd worden. Voor één leverancier die net aan voldoende scoort gaat Zorg-Los breder kijken naar mogelijkheden. De overige leveranciers voldoen aan de gestelde eisen.

De organisatie is relatief klein. De lijnen zijn al erg kort en is er ook zonder een overzicht al goed zicht op de leveranciers. De manier van beoordelen is echter eenvoudig en past voldoende bij de organisatie om te besluiten ook het komend jaar deze methode te blijven hanteren. Bij de volgende directiebeoordeling kan dan opnieuw worden beoordeeld of aanpassing nodig is.

Herbeoordeling context, interne en externe issues

Context en belanghebbenden zijn opgenomen in het management- en strategische plan. Dit plan is in na de interne audit vastgesteld en de directie geeft aan dat het plan op moment van schrijven van deze directiebeoordeling ook nog actueel is en geen wijziging behoeft. Ook is vastgesteld dat de doelgroep en uitsluitingscriteria nog actueel zijn. De scope is anders omschreven: begeleiding aan en behandeling van mensen met een beperking en/of psychiatrische zorgvraag.

Gewijzigde wet en regelgeving is aangepast en opnieuw opgenomen binnen het beheersplan, dit overzicht wordt gedurende het jaar bijgewerkt wanneer er wijzigingen zijn. De organisatie zorgt dat het tijdig op de hoogte is van komende wijzigingen in de wet- en regelgeving. Zorg-Los is lid van mailinglijsten van de rijksoverheid met betrekking tot wijziging in de wet- en regelgeving.

Beleid en doelstellingen

Het beleid en de meerjaren doelen voor de organisatie zijn opgenomen in het management- en strategische plan en recent vastgesteld.

Kwaliteitsdoelstellingen uit Management- en strategische plan:

1. Zorg-Los beschikt over een woonlocatie welke aan alle eisen en wensen van de organisatie voldoet en levert daar 24 uren zorg
2. Zorg-Los continueert de professionalisering en doorontwikkeling van de organisatie.
3. In het professioneel handelen ervaart Zorg-Los een gelijke verdeling tussen doelgericht en sfeer matig werken.
4. Individuele kwaliteiten van het gehele professionele netwerk worden ingezet tijdens de dagelijkse bedrijfsvoering.
5. Zorg-Los is minder kwetsbaar door een verdeling van zorg bij Jeugd (25%), Wmo (25%) en WLZ (50%).
6. Primaire, secundaire processen en KMS adequaat inrichten voor de specialistische GGZ.
7. Ingezette zorgverlening is meetbaar.
8. Zorg-Los heeft een competentiegericht gedifferentieerde dagbehandeling/dagbesteding en implementeert het sociaal therapeutisch klimaat binnen de dagbehandeling/dagbesteding

Strategische keuzes uit het marketing plan:

- Zorg-Los denkt in mogelijkheden.
- Binnen de zorgverlening is er voldoende aandacht voor maatschappelijke participatie.
- Belanghebbenden ervaren meerwaarde vanuit kennisoverdracht.
- Zichtbaarheid vergroten van Zorg-Los.
- Binnen de samenwerking wordt er effectief driedimensionaal samengewerkt.
- Kwalitatief handgemaakte producten.

Het opstellen van de kwaliteitsdoelstellingen en het overdragen hiervan via onder andere het management- en strategische plan bevalt de directie goed. Het maakt beter zichtbaar waar de organisatie heen wil in de komende periode en door het vastleggen fungeren de doelen ook meer als een stok achter de deur dan wanneer zij alleen mondeling zijn besproken. Voor nu blijven de gestelde doelen staan en besluit de directie ook dat deze werkwijze behouden blijft. De strategische keuzes worden middels PDCA uitgevoerd en geëvalueerd door de werkgroep marketing. Zij koppelen hun werkzaamheden terug aan het OGO team.

Risicoregister; evaluaties genomen maatregelen

Het risicomanagement is vormgegeven via een risicoregister in de risicomanagement-module in eQuse. Er is invulling gegeven aan de geconstateerde risico's, bekeken wordt of deze risico's op de juiste manier beheerst worden. Wanneer dit niet het geval is en het risico te groot is of catastrofaal, wordt hier een extra maatregel genomen, die middels een verbeterpunt gemonitord wordt. Dit verbetertraject wordt gedeeld in de teamvergadering en maandelijks geëvalueerd in het kwaliteitsoverleg. Momenteel zijn er 84 risico's omschreven, waarop 13 actieve verbeterpunten geagendeerd zijn. Aanvulling van de risicomodule is een actiepunten voor komend jaar, zodat alle risico's betreft alle processen, het beleid en de organisatie inzichtelijk worden. Oplossingen worden gezocht binnen het aanpassen van het beleid, de groei en indeling van de organisatie, de communicatiekanalen, voeren van gesprekken en overleggen, afspraken die er zijn met belanghebbenden en het blijven sturen op kwaliteit en het professioneel gedrag van medewerkers.

Het werken met het risicoregister bevalt de directie goed. Het heeft meerwaarde om kritisch te blijven kijken naar het eigen zorgproces en zicht te houden op mogelijk risico's en de oplossingen hiervoor. Het risicoregister kan in de toekomst nog meerwaarde bieden in het aantonen van al geconstateerde risico's en het beoordelen van de effecten van genomen maatregelen.

Risico-Inventarisatie en Evaluatie

Alle punten die uit het RI&E kwamen zijn verbeterd. 2 mei 2019 is er een RIE uitgevoerd. Voor de nieuwe locatie, het expertisecentrum aan de Jozef Israëlslaan 1b te Woerden staat er in september 2021 een RIE ingepland. De locatie dagbehandeling/dagbesteding aan de Terschellingkade 6-8 te Woerden zal dan wederom uitgevoerd worden. Op de logeerlocaties wordt de RIE door de verhuurder uitgevoerd en deze zijn ter inzage voor de directie.

Vaststellen product en procesconformiteit

In module PI van EQuse houden we de procesindicatoren bij. De indicatoren zijn vastgesteld in het management- en strategische plan en zien toe op het meten van het aantal crisisopnames, groei van

de organisatie, inzet van individuele kwaliteiten van medewerkers, verdeling in doelgericht en sfeermatig werken, incidenten (VIM-zorgvragers/medewerkers), klachten en zorgvragers tevredenheid onderzoek, het werken met het sociaal therapeutisch klimaat binnen de competentiegerichte dagbesteding/ dagbehandeling en het minder kwetsbaar maken van Zorg-Los door verdeling van zorg op indicatiegebied . De indicatoren worden gemonitord tijdens overleggen, individuele begeleiding en evaluatiegesprekken. Afwijking van de normwaarde wordt teambreed besproken en indien nodig worden hierin stappen genomen die in de verbetermodule inzichtelijk gemaakt worden.

Het werken met vastgelegde indicatoren is voor de organisatie nog relatief nieuw, er werd al wel op kwaliteit gestuurd maar nog niet via een vaste meting. De meerwaarde van de nieuwe manier van werken zit ook nu in de zichtbaarheid van de resultaten en de mogelijkheid om op basis van feitelijke informatie bij te sturen binnen het team. De directie besluit dat de vastgestelde indicatoren in ieder geval het komende jaar behouden blijven zodat er door een meerjaren evaluatie een groter inzicht komt in effectiviteit van de genomen maatregelen.

Behoeftte aan middelen

De benodigde middelen voor de organisatie zijn door de directie vastgesteld in het management- en strategische plan. Dit plan is nog actueel, de directie besluit dat wijziging op dit punt niet nodig is.

Conclusie

Concluderend kan worden gesteld dat het systeem naar behoren functioneert. Er wordt binnen een vaste structuur gewerkt welke doorwerkt in de gehele organisatie en waarmee de kwaliteit van het geheel wordt verbeterd. Deze kaderstelling helpt ook om medewerkers mee te kunnen nemen in de ontwikkelingen van de organisatie, zij kunnen via het systeem inzicht krijgen in de weg die de organisatie wil bewandelen en hebben een meer actieve rol in de verbetering van de kwaliteit. Het bewustzijn van de eigen taken en verantwoordelijkheden groeit waardoor zowel ISO als de missie en visie breed gedragen worden. Kortom: het systeem biedt zeker meerwaarde en zal ook in de toekomst behouden blijven.

Rondvraag

Er zijn geen vragen tijdens de rondvraag.

Afsluiting

Woerden, 05 juli 2021

Directie

Jeanet Bitter-Teensma