



Verlag directiebeoordeling Zorg-Los uitgevoerd op 30 juni 2022

Opening

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

Beoordeling bedrijfsbeheersysteem

Opvolging vervolgmaatregelen vorige directiebeoordeling

Er zijn geen openstaande acties.

Resultaten van in- en externe audits.

19 Januari 2022 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 verder uitwerken;
- Het actueel houden van zorgdossiers blijft een aandachtspunt binnen het team. Inmiddels is er een 4 ogen principe ingericht, wat zorg draagt voor controle en aanspreken van medewerkers.

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.

DEKDRA Audit heeft een externe audit uitgevoerd bij Zorg-Los op 24 maart 2022.

Tijdens de audit is opgevallen dat:

- De organisatie een gedegen kwaliteitsbeleid heeft vastgesteld. De doelen van de organisatie zijn ook onderdeel van de begeleidingsgesprekken met de individuele medewerkers.
- De organisatie een gesloten verbetercyclus heeft gewaarborgd door het werken met een verbeterregister in het digitaal kwaliteitssysteem. Hierin worden verbetermaatregelen vanuit verschillende bronnen (waaronder audits, tevredenheidsonderzoeken, analyse incidentenmanagement) centraal beheerd en



bewaakt. Hierbij is ook nadrukkelijk aandacht voor de verificatie van de ingezette maatregelen.

- De organisatie een volledig kwaliteitsmanagementsysteem digitaal heeft ingericht. Hierin is een kalender opgenomen waarin per medewerker de taken per jaar ingepland worden. Zo kan eenvoudig bewaakt worden of de taken conform afspraken uitgevoerd zijn/worden.
- Er op een systematische wijze gewerkt wordt met een plan, waarin zorgvrager gericht doelen zijn opgenomen (en eventuele risico's benoemd zijn)

Conclusie:

Het systeem voldoet aan de beoordeelde eisen van NEN-EN-ISO 9001:2015.

- Tijdens de audit is de conformiteit en effectiviteit van het managementsysteem aangetoond, in relatie tot de scope van de certificatie.
- Er is vastgesteld dat het systeem in staat is de doelstellingen van het management te bereiken, zoals die zijn beschreven in het Management en strategisch plan van de organisatie.
- Dit is mede beoordeeld aan de hand van de interne audits en de directiebeoordeling.

Zorg-Los is wederom gecertificeerd tot 21 juni 2025

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-tevredenheid

Juni 2022 is er een zorgvragers tevredenheidsonderzoek uitgezet. In totale 87 bezoeken en 39 hebben geantwoord. In vergelijking met vorig jaar hadden er 23 geantwoord. De directie is hier tevreden mee, voor een volgend onderzoek wordt er wederom in het ambulante werkveld actief gestimuleerd om deel te nemen aan het onderzoek en zal er in de laatste week een herinnering gestuurd worden.

Het gemiddelde gegeven cijfer is een 8,2 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 17 juni verslag van de resultaten opgesteld en als document opgeslagen onder Organisatie evaluaties. Dit verslag is tevens 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 zorgvragers tevredenheid worden genomen.



Klachten

De afgelopen jaar zijn er geen interne en externe klachten geweest t.a.v. de kwaliteit van zorgverlening van Zorg-Los.

Zorg-Los heeft vorig jaar n.a.v. een klacht een verbeterpunt gemaakt in het kwaliteitsmanagementsysteem. Het exitgesprek wordt gevoerd door middel van vragen, het formulier staat in het beveiligde zorgvragers dossier. Zorg-Los heeft het formulier aangepast, zodat dit per email of schriftelijk opgestuurd kan worden. Zorg-Los hoopt hiermee laagdrempeliger feedback te krijgen. Bij het afsluiten van een zorgverlening traject en als er niet gebruik is gemaakt van het exitgesprek, zullen zij 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 zorgvragers dossier. 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. Het verbeterpunt is 24 Februari 2022 geëvalueerd en gearhiveerd.

Binnen Zorg-Los houden we maandelijks een ontwikkelingsgericht overleg, hierin zit de raad van bestuur, directie, gedragsdeskundige, clustermanagers en de kwaliteitscoördinator. Eventuele (gesignaleerde) klachten worden besproken. Eventuele verbeterpunten worden aangepast in het kwaliteitsmanagementsysteem. Klachten worden anoniem besproken worden in de teamvergadering, in de vergadering van de cliëntenraad en in de vergadering van de raad van commissarissen.

Inspecties

Zorg-Los voldoet aan de kwaliteit van zorgverlening, de organisatie voldoet aan de algemeen geldende normen, de wetten, professionele standaarden, veldnormen en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders.

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd bracht op 16 november 2021 een aangekondigd bezoek met onaangekondigde elementen aan Zorg-Los. De inspectie kondigde dit bezoek aan, zodat het in de COVID-19 periode binnen de richtlijnen van het RIVM kon plaatsvinden.

Conclusie:

- Een betrokken team levert zorg die persoonsgericht is en oog heeft voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg. De inspectie ziet dat Zorg-Los een goede plek is voor de zorgvragers met een complexe zorgvraag om zich verder te ontwikkelen;
- De inspectie legde de nadruk op twee factoren voor de verdere professionalisering van de zorg. De eerste factor is de medicatieveiligheid. Zorg-Los heeft haar medicatiebeleid en de uitvoering daarvan in lijn gebracht met de Handreiking Medicatiebeleid Gehandicaptenzorg (VGN 2020). De tweede factor is noodzakelijke kennis op het gebied van de Wzd. Medewerkers hebben kennis over de uitvoering van wetten zoals de Wzd zodat zij weten wanneer er sprake is van onvrijwillige zorg.



Ook moeten zorgverleners zich bewust zijn wanneer onvrijwillige zorg wel of niet nodig is;

- De bestuurder stelt zich open en transparant op en heeft in beeld wat er nodig is om de zorg te verbeteren, maar ook wat nodig is bij de uitbreidingsplannen van de zorg. De bestuurder heeft na het inspectiebezoek al de nodige verbeteracties in gang gezet;
- Om die reden heeft de inspectie er op dit moment voldoende vertrouwen in dat Zorg-Los de noodzakelijke verbeteringen in de zorg zal doorvoeren om de kwaliteit en de veiligheid van de zorg verder te verbeteren;
- De inspectie heeft met dit bezoek een beeld gekregen van de kwaliteit en veiligheid bij Zorg-Los. Zij gaat ervan uit dat de bevindingen voldoende handvatten geven om aan de normen te (blijven) voldoen. Met het rapport sluit de inspectie het bezoek af. Zorg-Los voldoet (grotendeels) aan de getoetste normen.

Verbeterpunten die zijn doorgevoerd:

- Zorg-Los zal meer bewustzijn creëren m.b.t. de Wzd. De clustermanager heeft een deskundigheidsbevordering over de Wzd gevolgd bij Vos advies in 2020 en hier een certificaat voor gehaald. De inhoud van de bijeenkomst is binnen een teamvergadering besproken. Jaarlijks zal de Wzd geagendeerd worden op de agenda van de teamvergadering is opgenomen worden in het opleidingsplan. In het zorgplan is opgenomen of de zorgvrager wilsbekwaam is of niet en wie zijn/haar wettelijke vertegenwoordiger, bewindvoerder, mentor en/of curator is. Nieuwe zorgplannen zijn hier inmiddels op aangepast binnen het elektronisch zorgdossier;
- Zorg-Los zal in vervolg de apotheker sommeren als zij niet een actueel medicatie aftekenlijst willen aanleveren. Wanneer de apotheker niet meewerkt zal er een IGJ-melding gedaan worden. Er zullen geen alternatieven, zoals opslaan in drive bestand meer aangeboden worden. De medicatie kluis (betreft een dubbele kluis) is naar een afgesloten ruimte verplaatst. Oude naaldencontainer is geretourneerd naar de apotheker. Medicatie in eigen beheer stond niet in het zorgplan, wel in het zorgdossier onder het kopje documenten. In het nieuwe zorgplan format is dit opgenomen, waarin staat welke medicatie is voorgeschreven, door wie, of de zorgvrager medicatie in eigen beheer heeft of dat de medicatie wordt beheerd en uitgeleverd wordt door Zorg-Los. In het laatste geval wordt ook de overeenkomst geneesmiddelen ondertekend en de toedienlijst toegevoegd aan het zorgdossier. Er is een medicatie functionaris aangewezen die maandelijks toeziet en verantwoordelijkheid draagt voor de uitvoering van het medicatiebeleid. In het kwaliteitsmanagementsysteem zijn er indicatoren aangemaakt m.b.t. de verbetermaatregelen t.a.v. het medicatiebeleid. Zorg-Los voldoet volgens de Handreiking Medicatiebeleid VGN 2020;
- De brandoefening is inmiddels gehouden en staat tweemaal per jaar op de agenda;
- Protocol Hygiëne code is aangepast, in het team besproken en er wordt maandelijks steekproefsgewijs gecontroleerd of medewerkers zich aan de afspraken houden;



- De kwaliteitscoördinator controleert op uitvoering. Zorg-Los heeft een kwaliteitscoördinator die wekelijks de algehele kwaliteit van de organisatie monitort.

Incidenten

Incidenten In het Beheersplan is een apart register opgenomen voor zorgvragers/medewerkers gebonden incidenten. In 2021 zijn er 59 incidenten geregistreerd.

Het merendeel van de agressie incidenten zijn verbaal en/of gericht op objecten. Het is voorgekomen dat een medewerker in het gezicht is geslagen en het is een keer voorgekomen dat een zorgvrager een andere zorgvrager heeft geslagen. Alle wegliep incidenten zijn gemeld in combinatie met agressie incidenten.

Op alle agressie incidenten zijn interventies ingezet door gedragskundige, managers en de eerste verantwoordelijken. Waar nodig is nazorg geleverd aan collega's. Ook is er aandacht geweest voor nazorg aan de betrokken zorgvragers, zowel voor getroffen en als de veroorzakers. Voor collega's is er geïnvesteerd in beeldvorming d.m.v. deskundigheidsbevordering, het opstellen van een behandelbeleid en coaching van collega's.

Met betrokken zorgvragers en hun systeem zijn doelen opgenomen in het zorgplan om te werken aan vaardigheden die nodig zijn om emoties en gedrag te reguleren. Tevens is in het signaleringsplan opgenomen hoe de omgeving kan signaleren hoe opbouwende spanning herkent kan worden en handvatten hoe te handelen om de spanning te laten zakken.

Door bijna dagelijks een E-begeleider in te delen op de dagbehandeling en een leidinggevende wordt de continuïteit gewaarborgd, waardoor er een duidelijke structuur is, er nabijheid geboden kan worden waar nodig een nieuwe collega's meer ondersteund kan worden in hun dagelijkse werkzaamheden.

Voor alle zorgvragers worden er uitgebreide casuïstiek besprekingen georganiseerd, om te werken aan beeldvorming, het behandelbeleid toe te lichten en collega's handvatten te geven om hun werkzaamheden met desbetreffende zorgvrager uit te voeren. Ook het systeem wordt meer betrokken bij het behandelbeleid. In het zorgplan worden risico-inventarisaties opgenomen om het risico's op incidenten te verkleinen.

Op de dagbehandeling is meer ingezet op methodisch en doelgericht werken volgens de PCDA. Deze consequente aanpak zorgde aanvankelijk voor wat weerstand omdat de collega's hiermee moesten leren werken en de zorgvragers moesten wennen dat er minder vrijblijvend werd gewerkt. In het laatste kwartaal ziet Zorg-Los in de eerste instantie de VIM meldingen afnemen als gevolg van deze manier van begeleiden en behandelen. Er wordt meer rust en stabiliteit gerapporteerd door de begeleiders. In oktober is het aantal VIM hoger dan gemiddeld door een agressie incident op de groep door een oud-medewerker. Op advies van slachtofferhulp is er voor alle aanwezige zorgvragers op de groep een VIM melding gemaakt.

Aan het einde van het jaar loopt het aantal VIM meldingen op. Er lijkt onrust te zijn ontstaan door een aantal personele wisselingen en het niet consequent hanteren van het zorgplan. Er is sprake van onderling pesten en grensoverschrijdend gedrag op social media naar andere zorgvragers en medewerkers. Medewerkers en zorgvragers zijn hier door de gedragskundige en managers in



begeleid. Directeur en gedragskundige hebben een zorgvragers vergadering belegd om met de zorgvragers in gesprek gegaan over pesten, social media en communicatie buiten Zorg-Los. De vergadering is afgesloten met duidelijk afspraken. Medewerkers zijn gecoacht op het ondersteunen van de zorgvragers bij deze afspraken.

Met betrekking tot de medicatie incidenten is er een verbeterproces uitgezet, waarbij er meer controle plaatsvindt, de zorgplannen zijn gecontroleerd en zo nodig zijn aangepast en het beleid in het team is besproken.

Bij alle ongevallen/ bijna ongevallen is contact opgenomen met het systeem om deze in te lichten en/of afspraken te maken over het in de toekomst voorkomen van het (bijna) ongeval. Zo nodig is er een aanpassing gemaakt in het zorgplan en/ of signaleringsplan van de betreffende zorgvrager.

Samenvattende conclusie:

Agressie: 34

Weglopen: 18

Ongeval/bijna ongeval: 13

Medicatiefout: 3

Totaal aantal meldingen: 59

Belangrijkste conclusies:

- Het signaleringsplan moet een prominentere rol spelen binnen de dagbehandeling/ dagbesteding om de zorgvragers adequaat te kunnen ondersteunen bij hun emotieregulatie problematiek. Het hele systeem rondom de zorgvrager dient waar mogelijk hierin meegenomen te worden.
- Door vaste begeleiders op de dagbehandeling/ dagbesteding in te roosteren is er meer continuïteit en stabiliteit.
- Door een agressie incident van een oud-medewerker op de groep zijn er meer agressiemeldingen dan gemiddeld.
- Zorgvragers creëren middels social media buiten groepstijd ingewikkelde sociale interacties die leiden tot spanningen op de groep.
- Toename aan VIM's is ook het resultaat van een hogere bezettingsgraad en het bieden van meer behandelingen.

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 2021, eQuse, hoofdstuk 9 organisatie evaluaties.



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 jaarlijks georganiseerd en het gehele team heeft 12 januari 2022 bij BRN (EHBO, Reanimatie en BHV) gevolgd en zijn gecertificeerd, 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:

- Suicide binnen het werkveld. Medewerkers diverse interventies aanbieden op het gebied suïcide binnen het werkveld;
- Groepsbehandeling in een therapeutisch klimaat;
- Multiproblematiek binnen systemen. Medewerkers diverse interventies aanbieden op het gebied multiproblematiek binnen systemen;
- Teamontwikkeling professionalisering.

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, epilepsie en suïcide scholing gevolgd en hebben daarvoor een certificaat ontvangen. Driejaarlijks wordt dit herhaald en nieuwe medewerkers dienen deze scholing tevens te volgen. Nieuwe medewerkers zonder BIG registratie krijgen een cursus medicatie, diabetes en epilepsie cursus aangeboden.

Doel: medewerkers zijn bevoegd en bekwaam voor medicatie, diabetes en epilepsie.

De Raad van Commissarissen zijn aangesloten bij de NVTZ en hebben scholingsdagen gevolgd.



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.

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

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

Er is 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 vijf ziekmeldingen geweest en is geen 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), 23 juni 2022 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 2022 is er een medewerkers tevredenheidsonderzoek uitgezet. In totale hebben 13 geantwoord. De directie is content met deze hoge respons, zij stimuleert in de begeleidingsgesprekken en POP gesprekken hier aandacht aan te besteden en dat het belangrijk is om de enquête in te vullen.

Het gemiddelde gegeven cijfer is een 8.5 op een schaal van 10. De directie is tevreden met dit resultaat, gezien het voorgaande cijfer een gemiddelde was van 7.4 was.

Directie heeft 30 mei dit verslag van de resultaten opgesteld en als document opgeslagen onder organisatie evaluaties. Dit verslag is tevens 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.

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. Twee van de leveranciers eQuse worden als onvoldoende beoordeelt. Deze staan beschreven in het kwaliteitsmanagementsysteem, de risicomodule, hieraan is ook een verbeterpunt aangemaakt met bijbehorende actie die maandelijks binnen OGO (ontwikkelingsgericht overleg) uitgevoerd en geëvalueerd worden. Voor twee leveranciers die net aan voldoende scoort gaat Zorg-Los breder kijken naar mogelijkheden en er zijn lopende acties uitgezet. 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 het meeste nog actueel is en zal in juli 2022 kleine aanpassingen doorvoeren. Ook is vastgesteld dat de doelgroep en uitsluitingscriteria nog actueel zijn. De scope is 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 zijn vastgesteld op 27 juni 2022.

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 richt Zorg-Los zich 75% op doelgericht en 25 % op 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 (45%), Wmo (15%) en WLZ (40%).
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 management- en strategisch 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 productie.

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.

Zorg-Los heeft als instelling sinds 30 juni 2022 een geldig en geregistreerd GGZ kwaliteitsstatuut. Het kwaliteitsstatuut staat openbaar en is ook te vinden op onze website.

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 82 risico's omschreven, waarop 6 actieve verbeterpunten geagendeerd zijn. Aanvulling van de risicomodule blijft 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

In november 2021 is zowel een RIE uitgevoerd op de locatie Terschellingkade 6-8 als op de locatie Jozef Israëlsaan 1 B te Woerden. Zorg-Los voldoet aan alle verantwoordelijkheden. Alle punten die uit het RI&E kwamen zijn inmiddels verbeterd. Op de logeerlocaties wordt de RIE door de verhuurder uitgevoerd en deze zijn ter inzage voor de directie.

Vaststellen product en proces conformiteit

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 sfeer matig 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 verbeter-module 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, 30 juni 2022

Directie

Jeanet Bitter-Teensma