



Kwaliteitsrapport 2017

Stichting Boogh

Inleiding

De sector gehandicaptenzorg heeft in 2015 en 2016 gewerkt aan vernieuwing van het landelijk Kwaliteitskader, toegespitst op de langdurige zorg die onder de Wlz valt.

Dat gebeurde vanuit een gezamenlijk initiatief van relevante partijen: landelijke cliëntenorganisaties, beroepsgroepen, zorgbranche, zorgkantoren, inspectie voor gezondheidszorg.

Het Kwaliteitskader berust op een aansprekende visie, het geeft helderheid naar cliënten over 'goede zorg', het helpt medewerkers om de zorg en begeleiding voortdurend te verbeteren en het biedt een handvat voor bestuurlijke verantwoording naar de omgeving. Vanaf 2017 is ook Boogh, als een van de aanbieders van gehandicaptenzorg, met het Kwaliteitskader 2017-2022 gaan werken.

Het Vernieuwd Kwaliteitskader bestaat uit vier bouwstenen. Te weten de beschikbaarheid van een actueel zorg- en ondersteuningsplan, het bundelen van ervaringen van cliënten en de jaarlijkse reflectie in de teams. Samen zijn ze de informatiebronnen voor een kwaliteitsrapport van Boogh. Een externe visitatie reflecteert om het jaar op de kwaliteit van zorg- en dienstverlening. In 2019 zal Boogh voor het eerst een externe visitatieteam samenstellen.

Voor de implementatie van het Vernieuwend Kwaliteitskader heeft Boogh gebruik gemaakt van hetgeen er al is om te verbinden, zichtbaar te maken en te verbeteren. Het vernieuwde Kwaliteitskader wordt hierdoor als het ware gebruikt als een vehikel om kwaliteit van Boogh nog beter in beeld te krijgen.

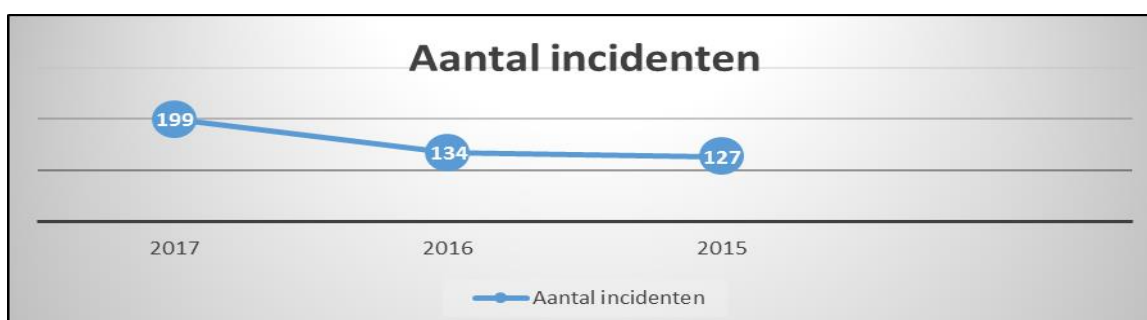
Boogh streeft ernaar dat cliënten, medewerkers en stakeholders een hoge kwaliteit van zorg ervaren. Dit wordt door verschillende instrumenten gemeten. Bijvoorbeeld door middel van cliënt- en medewerkers tevredenheidsonderzoeken, incident- en klachtmeldingen, het zorgaanbodplan en de interne en externe audits. In de cliëntenraad wordt frequent gesproken over de ervaren kwaliteit. De cliëntenraad heeft in 2017 het onderwerp kwaliteit en veiligheid nadrukkelijk op de agenda gezet. Zo heeft bijvoorbeeld het interne auditteam de opdracht gekregen van de CCR om veiligheid als thema mee te nemen in de audits. Daarnaast heeft Boogh het thema veiligheid verwerkt in de ontwikkelafspraken met het Zilveren Kruis. Kwaliteit is geïntegreerd in de organisatie en de dagelijkse bedrijfsvoering. Risico's vormen daarbij een belangrijk uitgangspunt voor de inrichting van een geïntegreerd managementsysteem. Door risico's te benoemen en te implementeren, is er een samenhangend en effectief managementsysteem opgebouwd.

Hetty van Oldeniel
Bestuurder Stichting Boogh

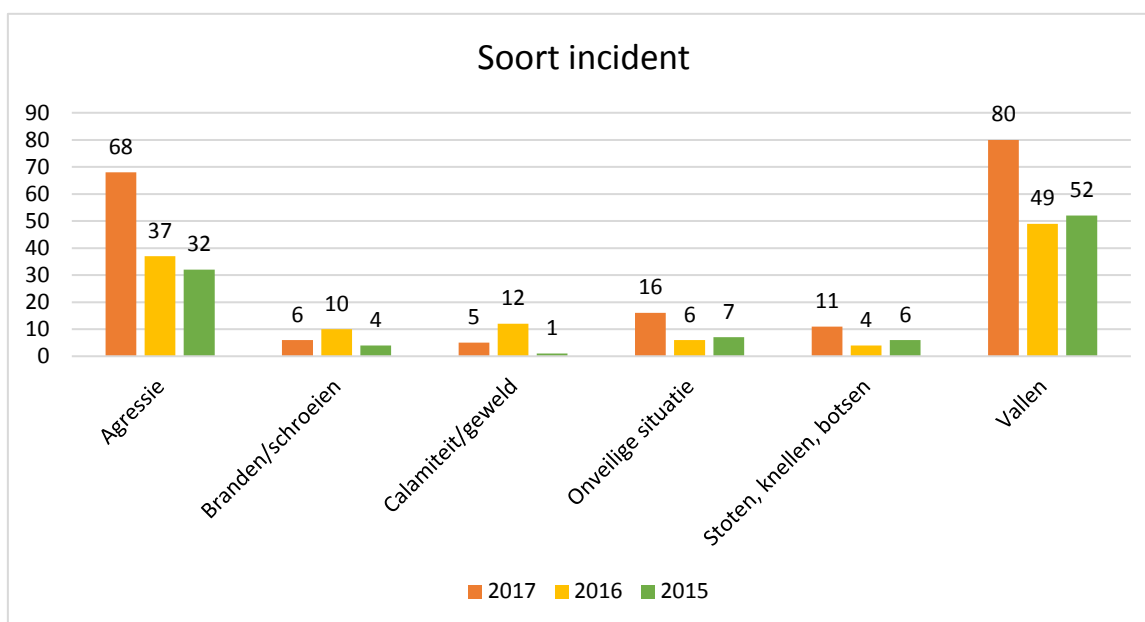


1. Incidenten

Het aantal incidenten is het afgelopen jaar ten opzichte van vorig jaar duidelijk gestegen. Met name de incidenten met betrekking tot agressie/ongewenst gedrag en vallen laten een duidelijke toename zien.



Verreweg de meeste incidenten vinden plaats in de activiteitenruimten van de centra. Alleen in regio Utrecht stad vinden de meeste incidenten plaats in de centrale ruimte. Er zijn twee redenen benoemd die de toename van incidenten verklaren. Uit de analyse is gebleken dat de incidenten met betrekking tot agressie en ongewenst gedrag voortkomen uit de toename van de gedragsproblematiek van cliënten. Bovendien heeft er in 2016 en 2017 scholing plaatsgevonden met betrekking tot agressie en ongewenst gedrag. Door de scholing zijn medewerkers bewuster gemaakt over wat acceptabel gedrag is, en wat niet. Dit heeft geleid tot het doelbewust melden van incidenten.



*In het bovenstaande incidentenschema zijn de meest voorkomende en opvallende incidenten opgenomen.

De tweede opvallende toename van het aantal incidenten is het vallen. Deze toename is, zo bleek uit de analyse, te verklaren doordat de zorgvraag van de cliënten ten opzichte van voorgaande jaren zwaarder en complexer is geworden waardoor het risico op vallen is vergroot. Om de clientveiligheid verder te ontwikkelen en de bewustwording bij medewerkers te vergoten is de methode Bow-Tie voor een prospectieve risicoanalyse geïmplementeerd. De teams hebben hierdoor zicht op de risico's die cliënten lopen. Doordat het Bow-Tie model de huidige situatie rondom aanwezige risico's overzichtelijk weergeeft, zijn verbeterpunten voor Boogh zichtbaar geworden. Ook is het hierdoor mogelijk om prioriteiten te stellen. Zo zijn er gerichte verbeteracties ingezet om de veiligheid van cliënten te verbeteren tijdens het wandelen of tijdens een zwemactiviteit. Maar ook zijn er duidelijke afspraken gemaakt over de inzet van medewerkers tijdens een centrale lunch of als een medewerker alleen op een groep staat.

Vertrokken cliënten

Met ingang van 2016 is Boogh begonnen om voor elke cliënt de redenen voor vertrek digitaal te registreren. Het doel van registreren van vertrokken cliënten is het duidelijk krijgen of dienstverlening aansluit bij de wens van de cliënt. Aan de hand van de analyse kan dan bepaald worden welke acties er genomen worden om hierin een verbeterslag te maken. In 2017 zijn er 233 cliënten vertrokken bij Boogh. In het onderstaande schema zijn de meest gangbare en opvallende redenen van vertrek opgenomen.



In 2016 vertrokken de meeste cliënten omdat de hoogte van de eigen bijdrage een beletsel was om deel te nemen aan een van de activiteiten van Boogh. In 2017 zien we, op basis van de huidige gegevens, een ander beeld. Voor een zeer klein deel blijkt de eigen bijdrage een reden te zijn om afscheid te nemen van Boogh. Geen belangstelling voor de activiteiten van Boogh en de afnemende gezondheid is toegenomen als reden voor vertrek.

Opvallend is dat medewerkers, met uitzondering van regio Utrecht stad, niet zorgvuldig genoeg de redenen van vertrek registreren. Met name de gegevens van behandeling en van regio Noord blijven achter. Hierdoor is van een grote groep cliënten niet duidelijk wat de reden van vertrek is geweest. Een goede analyse is hierdoor niet te maken. De discipline t.a.v. het registreren van deze gegevens door medewerkers is een verbeterpunt. Om hierin een verbetering te maken is met het management afgesproken dat de adviseur kwaliteit in 2018 elk kwartaal de registraties van het aantal incidenten, klachten en vertrokken cliënten zal presenteren tijdens het beleidsoverleg. Op deze wijze zal er adequaat bijsturing plaatsvinden en tijdig verbeteracties genomen worden.

2. In- en externe audits

Boogh stond in 2017 voor de keuze om na het aflopen van de huidige certificaat door te gaan met HKZ of over te gaan op ISO. Er is gekozen voor ISO omdat het generieke karakter van ISO de mogelijkheid biedt om het managementsysteem zelf in te richten op een manier die aansluit bij wat Boogh onder kwaliteit van zorg verstaat. De audits leverden verbeteracties op met betrekking tot het ECD, de privacywetgeving, BHV, managementreview en de kwaliteitsdoelstellingen.

Om te voldoen aan de nieuwe privacywetgeving heeft Boogh afgelopen jaar verbetering aangebracht met betrekking tot het beschikbaar stellen en borgen van vertrouwelijke informatie. Er zijn folders ontwikkeld en door middel van filmpjes werd de privacyrichtlijnen onder de aandacht gebracht van medewerkers.

Uit de analyse van de externe audit is gebleken dat Arbo gerelateerde zaken onvoldoende onder de aandacht zijn gebracht bij medewerkers. Om een verbetering te maken met betrekking de uniformiteit van BHV is de Arbo werkgroep opgericht. Deze werkgroep is in december 2017 gestart. De werkgroep heeft voorstellen ten aanzien van arbobeleid gedaan, advies uitgebracht en voor draagvlak gezorgd wat betreft arbobeleid en de uitvoering daarvan. De vluchtplaattegronden zijn op een aantal locaties vervangen, documenten ten aanzien van arbobeleid vernieuwd en er zijn voorbereidingen getroffen om een Arboweek te organiseren. In deze week krijgt agressie, pesten op het werk en veiligheid op het werk extra aandacht. Bovendien heeft de werkgroep een jaarplanning gemaakt om onderwerpen uit de Arbocatalogus gehandicaptenzorg te implementeren. In deze

werkgroep zijn 2 preventiemedewerkers, een manager en de arbeidsdeskundige vertegenwoordigd. De Arbo adviseur leidt de Arbowerkgroep, op afroep zijn de HRM manager en communicatieadviseur beschikbaar. arbeidsdeskundige.

In het najaar van 2017 bleek dat de arbeidsdeskundige onvoldoende tijd beschikbaar had voor Arbo-gerelateerde werkzaamheden. Om de continuïteit op het gebied van Arbo te waarborgen zijn de werkzaamheden door de arbeidsdeskundige overgedragen aan de adviseur kwaliteit.

Uit de externe audit werd duidelijk dat de verplichte elementen en uitvoering van de managementreview weliswaar aangetoond zijn, maar qua volledigheid nog onvoldoende was uitgewerkt. Als verbetermaatregel is er een nieuw format ontwikkeld waarin ook de eisen vanuit het Vernieuwend Kwaliteitskader zijn verwerkt.

Om de meetbaarheid van de kwaliteitsdoelstellingen te waarborgen zijn er afspraken gemaakt met het management om een meetbare vertaalverslag te maken in de jaarplannen. Door de bestuurder, het management, RvT en staf is in juli 2017 de meerjarenstrategie 2017-2020 besproken en vastgesteld. De begeleiding van deze sessies vond plaats door het bureau Twynstra Gudde. Er zijn afspraken gemaakt op welke wijze het management een meetbare vertaalverslag maakt van de meerjarenstrategie in de jaarplannen.



De laatste verbetermaatregelen van de externe audit betreft het ECD van behandeling. Er werd geconcludeerd door de auditor dat niet alle medewerkers de ECD werkafspraken volgden. Als verbetermaatregel zijn de instructies voor de behandelaars aangepast, medewerkers hebben extra informatie ontvangen en er zijn steekproefcontrollers uitgevoerd bij behandeling. Om goed zicht te krijgen in hoeverre de invoering van de ECD's is geborgd in alle regio's, is in december 2017 gestart met een grootschalig ECD controleonderzoek. Er werd een controle uitgevoerd op de inhoud van het ECD per cliënt en of hierbij voldaan is aan de eisen zoals deze gesteld zijn binnen Boogh. Het resultaat van dit onderzoek wordt in het voorjaar van 2018 verwacht.

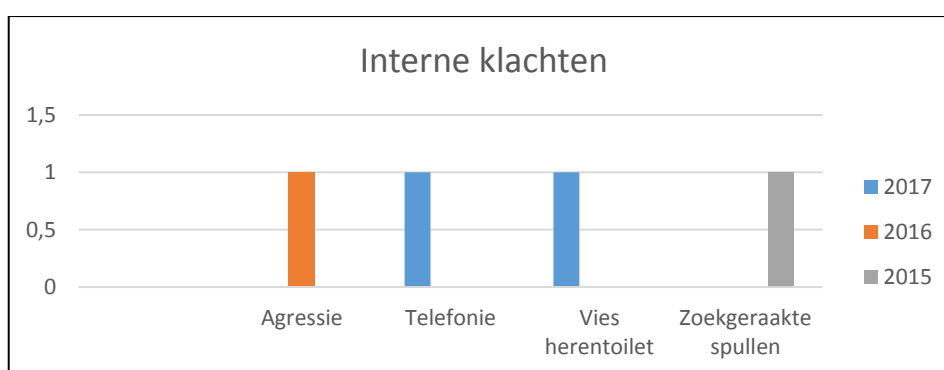
Het intern auditteam heeft een scholing gevolgd over alle veranderingen en aanpassingen die zijn opgetreden met de komst van de nieuwe ISO normen. Centraal stond hierbij de vraag wat de betekenis is van deze veranderingen voor het auditen. Ook is er scholing aangeboden aan het huidige auditteam om er voor te zorgen dat er eenduidig wordt gerapporteerd. In de rapportage is ook meer ruimte opgenomen voor het beschrijven van de positieve punten waarvan andere regio's kunnen leren. Aan de hand van tot nu toe gemaakte rapportage van het auditteam is er geëvalueerd door de adviseur kwaliteit over de huidige werkwijze. Uit de analyse is gebleken dat de verbeteringen nav de rapportage sneller en adequater uitgevoerd kunnen worden. Ook is niet altijd even helder welke punten er uit de rapportage als verbeterpunt opgepakt kan worden. Het auditteam zal dit als verbeterpunt oppakken in 2018.

Op advies van de cliëntenraad, en volgens afspraak met het zorgkantoor, zijn er interne audits uitgevoerd rondom het thema veiligheid. De cliëntenraad heeft een aandachtslijst geschreven

waarmee het intern auditteam aan de slag is gegaan. Zo kreeg veiligheid, zowel vanuit het oogpunt van de fysieke veiligheid als het welbevinden en gevoel van veiligheid extra aandacht. Er is getoetst op wijze van begeleiding tijdens activiteiten met ‘gevaarlijke’ materialen en machines, de toezicht tijdens de lunch, agressietrainingen van medewerkers en de ontvangen klachten. De verbeterpunten die uit de interne audits zijn gekomen zijn besproken en uitgevoerd door de regiomanagers.

3. Klachten 2017

Bij Boogh worden ongenoegens, kwesties en interne klachten lokaal afgehandeld. Waar nodig worden cliënten doorverwezen naar een van de interne klachtenfunctionarissen of een van de cliëntvertrouwenspersonen. De cliënt kan zich echter altijd naar de externe klachtencommissie richten. In 2017 is geen gebruik gemaakt van de externe klachtencommissie.



In 2017 zijn er twee interne klachten ingediend door cliënten. Een klacht betrof de nieuwe telefoniecentrale. Door de overgang van de oude naar de nieuwe telefooncentrale was Boogh tijdelijk lastig bereikbaar. De andere klacht ging over een vies herentoilet. De verbeteracties zijn, naar tevredenheid van de cliënten, adequaat opgepakt.

Boogh is aangesloten bij de branchevereniging Vereniging Gehandicaptenzorg, de VGU. In het najaar van 2017 heeft de VGU het initiatief genomen een bijeenkomst te organiseren voor klachtenfunctionarissen en cliëntvertrouwenspersonen van de bij de klachtencommissie VGU aangesloten instellingen. De adviseur kwaliteit en een klachtfunctionaris van Boogh waren aanwezig bij deze bijeenkomst. Het doel van dit initiatief is het bespreken van de Klachtenregeling Cliënten Zorginstellingen, het delen van ervaringen en kennis uitwisselen.

4. Client tevredenheidsonderzoek

Van mei tot en met juni 2016 heeft er een tevredenheidsonderzoek plaatsgevonden onder de cliënten van Boogh. Boogh krijgt gemiddeld een 7,9 van cliënten. Een uitstekende score gezien de reorganisatie die in de jaren daarvoor heeft plaatsgevonden. Er is gebruik gemaakt van het onderzoeksinstrument ‘Cliënten over kwaliteit’ van het LSR. In alle regio’s zijn de verbeterpunten opgepakt, uitgewerkt en uitgevoerd in 2017. Ook op organisatieniveau is een verbeterplan opgesteld. Tijdens het onderzoek kwam naar voren dat cliënten het idee hebben dat er minder personeel aanwezig is met minder ervaring ten opzichte van voorgaande jaren. Cliënten ervaren minder persoonlijke tijd en aandacht. Het verhogen van de ervaren persoonlijke tijd en aandacht per cliënt is als verbeterpunt gekozen omdat uit het tevredenheidsonderzoek is gebleken dat dit een verbeterpunt is voor alle vier de regio’s. De verbeteracties die er zijn getroffen lopen door tot en met

mei 2018. In 2016 is gestart met een 0-meting uitgevoerd aan de hand van een medewerker tevredenheidsonderzoek. In mei 2017 zijn de taken, verantwoordelijkheden en de competenties van de medewerkers herschikt en benoemd en vond de herinrichting van de werkprocessen plaats. Uit de effectmeting, die in december werd uitgevoerd is vastgesteld dat de medewerkers de begeleiding en behandeling en zorg effectief leveren en cliënten hierdoor ervaren dat de begeleiding en behandeling persoonlijk en tijdig is. Met als effect dat de zelfredzaamheid van cliënten verhoogd is.

5. Ontwikkel afspraken met het Zorgkantoor

In opdracht van de Rijksoverheid maken de zorgkantoren elk jaar afspraken met zorgaanbieders over de beschikbaarheid, kwaliteit en kosten van de zorg. Het gaat daarbij om zorg die valt onder de Wet langdurige zorg (Wlz), zoals de gehandicaptenzorg.

Boogh heeft drie ontwikkelafspraken gemaakt met het Zilveren Kruis ter verbetering van de kwaliteit en ondersteuning. De afspraken die Boogh heeft gemaakt met het Zilveren Kruis voor 2017 zijn voor alle drie de doelen bereikt.

- 1. De teams zijn zelforganiserend zodat de zorg en begeleiding aan de cliënten persoonlijk en efficiënt gegeven wordt.*

In het laatste kwartaal van 2017 is er een effectmeting uitgevoerd onder medewerkers van Boogh. De onderzoeksvragen zijn gefilterd uit het grootschalige medewerkers tevredenheidsonderzoek dat uitgevoerd is in 2016. Tijdens dit digitaal uitgevoerde onderzoek is getoetst of een zelforganiserend team passende en doelmatige zorg oplevert. Uit de analyse is gebleken dat medewerkers, zowel op teamniveau alsook op niveau van de individuele medewerker, weten hoe de werkzaamheden uitgevoerd moeten worden en welke resultaten de cliënten van hen verwachten. Daarbij is aangegeven door medewerkers dat de toename van trainingen verheldering heeft gegeven, nieuwe inzichten en energie. De Centrale Cliëntenraad heeft aangegeven dat zij door de bestuurder goed zijn geïnformeerd over de voortgang en resultaten van de effectmeting. De CCR is erg tevreden over het positieve resultaat.

- 2. De cliënt heeft de regie over zijn eigen veiligheid en het ontwikkelen van clientveiligheidsbeleid is integraal opgenomen in het huidige kwaliteitsmanagementsysteem.*

De methode voor een prospectieve risico analyse is in de hele organisatie geïmplementeerd. Elk team heeft een presentatie gekregen mbt de methodiek Bow-Tie. Onder begeleiding van de adviseur kwaliteit heeft elke regio een team van medewerkers geformeerd die de risicoanalyse heeft uitgevoerd op de locatie. Er zijn risicogebieden benoemd door de medewerkers en de zwaarte van het risico berekend aan de hand van de gesignaleerde incidenten, ongenoegens en klachten. Vervolgens zijn er beheersmaatregelen getroffen in de teams waarmee de kans van optreden of de gevolgen van risico's worden verkleind. De beheersmaatregelen hadden onder andere betrekking op het verbeteren van de begeleiding van cliënten tijdens activiteiten die extern plaatsvinden. Maar ook vonden er verbeteringen plaats m.b.t. de instructies voor vrijwilligers tijdens calamiteiten. De cliëntenraad is tevreden over de implementatie van de methodiek. Met name doordat er een integratie heeft plaatsgevonden met de dagelijkse activiteiten, incidenten, klachten en interne audits.

- 3. Burgers uit de gemeente Houten met niet aangeboren hersenletsel participeren in de samenleving.*

Ruim 30 cliënten krijgen ondersteuning in Houten. Door middel van een panelgesprek met de cliënten is getoetst of Boogh en Zorgspectrum adequaat samenwerken in de keten en of de cliënt

geen hinder ondervindt van de traditionele schotten. Uit het panelgesprek is gebleken dat de vraag van de cliënt centraal staat bij het bieden van begeleiding. Door de persoonsgerichte benadering is het mogelijk gebleken om gericht aan de persoonlijke doelen te werken op een manier die het beste aansluit bij de persoon die dit nodig heeft. De cliënt kan hierdoor de regie in eigen hand nemen. De locatie van de dagbesteding ervaren cliënten als transparant en nodigt uit tot samenwerken en ontmoeten door de cliënten van beide organisaties. Cliënten kunnen bij elkaar in- en uit lopen tijdens de activiteiten.

Er is een gezamenlijk activiteitenaanbod zoals kook- en creatieve activiteiten. Ook worden de hoofdingang, de keuken en de rustruimte gedeeld door beide organisaties. Afhankelijk van de vraag van de cliënt zoekt men aansluiting bij een activiteit van een van de twee organisaties. Dit draagt bij aan uitwisseling van het activiteitenaanbod en biedt efficiënte ondersteuning van de cliënten die de dagvoorziening bezoeken. De cliëntenraad is door de bestuurder betrokken bij de ontwikkeling en evaluatie van de werkprocessen in Houten. Zij zijn enthousiast over de bereikte resultaten.

6. Teamreflectie

Er heeft bij Boogh afgelopen jaren een omslag plaatsgevonden om vanuit een aangestuurde positie naar een regisserende rol te werken. Om dit te bewerkstelligen hebben er in 2017 coaching- en intervisiebijeenkomsten plaatsgevonden met medewerkers. Tijdens deze bijeenkomsten is onderzocht in hoeverre de competenties van de medewerkers aansloten op de eisen die de organisatie stelt aan zelforganiserende teams. Het functioneren van het teamproces vormde een rode draad in elke coaching sessie. Het nog beter leren kennen en benutten van elkaars kwaliteiten, het inzicht krijgen in eigen gedrag en het functioneren van het team vormen de basis van waaruit werd gewerkt.

Tijdens de team coaching sessies werd besproken hoe medewerkers een faciliterende, coördinerende, coachende en aansturende rol innemen t.o.v. vrijwilligers en stagiaires, het netwerk en de cliënten van Boogh. In elke team stond centraal hoe medewerkers een constructieve bijdrage kunnen leveren om zorg en begeleiding anders vorm te geven en ook hoe medewerkers de regie over inzetbaarheid kunnen vormgeven.

Tijdens de coaching gesprekken werd de nadruk gelegd op het stimuleren van diversiteit op de locaties en tegelijkertijd het delen van inzichten, voorbeelden en successen. Dit heeft er toe geleid dat innovatie meer ruimte heeft gekregen, medewerkers zich geïnspireerd voelen en er een rijker aanbod op de locaties heeft plaatsgevonden. De teams zijn door de coaching beter in staat gebleken om zelf organiserend te werken zodat de zorg en begeleiding aan de cliënten persoonlijk en efficiënt gegeven worden.

7. Reflectie CCR, OR en RvT:

- A. Wat is de reflectie van de Centrale cliëntenraad op dit kwaliteitsrapport? Welke inzichten levert het op?

De rapportage geeft veel aanknopingspunten en inzichten in cijfers, dit is zeer verhelderend en zou vaker mogen gebeuren. De CCR heeft nu veel informatie gekregen en ervaart dit als zeer nuttig. Ook de manier waarop dit gedaan is; een verkorte presentatie die voortkomt uit de rapportage, wordt als prettig ervaren. Daarnaast vindt de CCR het prettig en interessant om samen met de OR ideeën en plannen uit te wisselen.

De vertaling of vragen naar en van de achterban blijft een uitdaging.

- B. Wat is de reflectie van de Ondernemingsraad op dit kwaliteitsrapport? Welke inzichten levert het op?

De OR vindt het zinvol dat er vanuit cliënten input geleverd wordt en beaamt dat het goed is om gezamenlijk met de CCR punten te bespreken / op te pakken.

De presentatie visualiseert de rapportage en maakt het levendig. De OR ervaart herkenning. Het is goed om met elkaar in gesprek te gaan over dit onderwerp.

- C. Wat is de reflectie van de Raad van Toezicht op dit kwaliteitsrapport? Welke inzichten levert het op?

De RvT vindt het rapport inzichtelijk. Het is een plezierig en leesbaar format. De RvT heeft extra stil gestaan bij de volgende punten:

- Het ECD / zorgplan
- Veiligheid / Incidenten
- De ontwikkeling van de teams
- Bijdragen om tot kwaliteitsverbetering te komen

