

Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg

Kwaliteitsrapport 2017

Organisatiegegevens:

Rechtspersoon : Stichting Villa Boerebont
Handelsnaam : Villa Boerebont
Instellingsnummer:10229
AGB code: 73732635/ 30301434
SBI code: 8720
Correspondentieadres: Aardenhoek 4, 4817NE BREDA
Telefoonnummer : 076-5321018
KvK inschrijvingsnummer : 20133170
Website : www.villaboerebont.nl
Auteur: E. Vermeij

Inhoud

1. De context bij de aanbieder van het eerste kwaliteit rapport 2017.....	3
2. Visie en werkwijze van onze organisatie	4
2.1 Visie.....	4
2.2 Werkwijze.....	4
3. De ontwikkeltrajecten per bouwsteen	6
3.1 Ontwikkeltraject Bouwsteen 1: Zorgproces rond de individuele cliënt	6
3.2 Ontwikkeltraject Bouwsteen 2: Onderzoek naar cliëntervaringen.....	7
3.3 Ontwikkeltraject Bouwsteen 3: Zelfreflectie in Teams	8
3.4 Ontwikkeltraject Bouwsteen 4: Kwaliteitsrapport en visitatie.....	9
4. De uitgangssituatie 2017 per bouwsteen	10
4.1 Bouwsteen 1: de Individuele cliënt.....	10
4.1.1 Opstap naar ontwikkeltraject bouwsteen 1	12
4.2 Bouwsteen 2: Clientervaring.....	12
4.3 Bouwsteen 3: Teamreflectie	13
4.4 BOUWSTEEN 4: KWALITEITSRAPPORT EN VISITATIE	14
5 Kwaliteitsagenda 2018.....	15
Kwaliteitsagenda 2018.....	16

1. De context bij de aanbieder van het eerste kwaliteit rapport 2017

Het doel van een kwaliteitsrapport laat zich binnen het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg als volgt formuleren:

1. Het rapport maakt de stand van zaken en de verbetering van kwaliteit en veiligheid in de zorg en ondersteuning inzichtelijk. De vragen die hierbij centraal staan zijn: 'Waarom doen we dit op deze wijze, en wat gaat goed en wat kan beter?'
2. Het rapport is een middel om verantwoording af te leggen aan de interne (bestuurlijke) organisatie
3. Het rapport is een middel voor externe verantwoording naar diverse stakeholders zoals de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en het zorgkantoor.

In dit kwaliteit rapport over het jaar 2017 wordt voor een eerste keer gerapporteerd volgens het Kwaliteitskader gehandicaptenzorg, waarbij ook voor het eerst op een andere manier op "bouwsteenniveau" dient te worden omgegaan met rapporteren over en verbeteren van kwaliteit van zorg en ondersteuning van cliënten.

Binnen deze context hebben we op een aantal terreinen moeten roeien met de riemen die we op dit moment beschikbaar hebben, omdat we nog niet over het vereiste instrumentarium en over voldoende cliënt ervaringsgegevens beschikken. Waar dit het geval is hebben we zoveel en zo goed als mogelijk de bestaande status quo per bouwsteen beschreven, zoals gedefinieerd binnen het Kwaliteitskader. Dit is voor het verslagjaar 2017 te beschouwen als "0" meting.

Om voor 2018 tot een volwaardig gevuld kwaliteitsverslag te komen zijn annex - per bouwsteen - ontwikkeltrajecten uitgezet, die naar de kwaliteitsagenda 2018 zijn vertaald. Deze ontwikkeltrajecten zijn in dit kwaliteit rapport per bouwsteen uitgebreid beschreven en sluiten aan bij de visie en werkwijze van onze organisatie.

2. Visie en werkwijze van onze organisatie

Villa Boerebont is een jongerenhulporganisatie, zij zet zich in voor jongeren die door diverse omstandigheden tussen de wal en het schip vallen of dreigen te vallen. De stichting heeft diverse locaties, waar woon-, individuele begeleiding, activering en dagbesteding wordt geboden.

Villa Boerebont is er voor jongeren met, psychische problematiek, gedragsproblematiek, een verstandelijke beperking of een combinatie hiervan, welke een zorgvraag hebben op een of meerdere levensgebieden. Onze missie is het bieden van een veilige haven voor kwetsbare jongeren, het bevorderen van de zelfredzaamheid en komen tot volwaardig, krachtig burgerschap.

2.1 Visie

Ieder mens wil opgroeien in een thuis met ouders, familie, vrienden, school, werk en hobby's. Zaken die voor velen vanzelfsprekend lijken maar niet voor iedereen vanzelfsprekend zijn. Niet iedere jongere heeft de kans op te groeien in een kansrijke omgeving. Dit kan door tal van oorzaken en problemen. Soms gelegen in de problematiek van de jongere, soms in die van zijn leefomgeving, soms door een combinatie hiervan. Hierdoor is het vinden van het juiste pad voor iemand soms erg lastig. Soms zijn er veel omzwervingen nodig om uiteindelijk toch op de juiste weg te komen. Het startpunt hiervoor wil VBB bieden, zonder te veel achteruit te kijken, ook als er kuilen en hobbels in de weg blijken te zitten. Zorg die niet wordt bepaald door strakke protocollen en papieren rompslomp, maar zorg door actieve betrokken, persoonlijke bejegening.

De basis hiervoor ligt in een prettige, veilige, geborgen en stabiele woonomgeving, begeleiding vanuit nabijheid en middels een zinvolle dag invulling. Wat Villa Boerebont biedt is zorg, zo normaal als mogelijk en zo speciaal als nodig, net zo lang de jongere er klaar voor is zijn of haar plek in de maatschappij zo zelfstandig als mogelijk vorm te geven.

Kernwaarden

Veilig; een plek om thuis te komen
Vertrouwd; mensen die er voor je zijn
Verbonden; met mens, milieu en maatschappij om je heen
Vooruit; nieuwe kansen, niet oordelen op het verleden

2.2 Werkwijze

Villa Boerebont is er voor een diverse populatie. Jongeren met een verstandelijke beperking, psychische problematiek, gedragsproblematiek, of een combinatie hiervan. Villa Boerebont is van mening en weet uit ervaring dat men vanuit diverse achtergronden, met verschillende problematieken en beperkingen, elkaar kunnen verrijken, ondersteunen en stimuleren. Traditionele hulpverlening richt zich vaak op een specifieke doelgroep met een specifieke beperking of specifiek probleem. Ontschotting hiervan ziet Villa Boerebont als meerwaarde voor de individuele cliënt. Wat jongeren in het algemeen, en dus ook de jongeren van Villa Boerebont, willen is dat 'normale' en 'gewone' zaken bereikbaar worden en zijn. Het creëren van een veilige thuisbasis met persoonlijke aandacht is de eerste pijler van VBB. Deze wordt vormgegeven door een woonsituatie waar een klein vast team het reilen en

zeilen van de locatie begeleid. Oprechte betrokkenheid, ofwel bejegening door nabijheid is een van de grootste succesfactoren van de stichting.

Hiernaast worden de jongeren ondersteund door persoonlijk begeleiders die met hen een plan en route uitstippelen om bij het gewenste eindpunt te komen. Dit vormt de tweede pijler, individuele begeleiding.

De ervaring leert dat het voor ieder mens van essentieel belang is een zinvolle dag invulling te hebben. Dit kan zijn, school of werk, maar is dit al dan niet door omstandigheden, of tijdelijk niet mogelijk dan wordt er dagbesteding/ activering aangeboden op verschillende interessegebieden. Een zinvolle dag-invulling is dan ook de derde pijler van VBB.

Bij Villa Boerebont wordt er gewerkt vanuit de presentie benadering (van Baart 2001). Dit betekent voor de werknemers dat zij onderdeel zijn van de directe leefomgeving van de bewoners. Bewoners hebben altijd de mogelijkheid de huiselijkheid op te zoeken maar hebben ook de gelegenheid zich terug te trekken op hun eigen kamer. Villa Boerebont en haar personeel willen zorg bieden van mens tot mens, betrokken, huiselijk en veilig. De jongere en zijn of haar ontwikkeling staan centraal. Dit kan een spanningsveld opleveren met het groepsbelang, er zullen altijd keuzes gemaakt worden in het belang van de jongere, zonder dat de groep hierbij tekort wordt gedaan. Ieder persoon is uniek en heeft recht op een uniek zorgtraject. Niet iemand zijn problematiek of beperking staat centraal, maar zijn of haar ontwikkelingsbehoefte.

De veranderingen in de zorg vragen dat hulpverlening zoveel mogelijk uit eigen systemen en zo dicht mogelijk binnen het gezin moet plaatsvinden. Villa Boerebont onderschrijft dit streven, maar wil voor de kwetsbare jongeren die geen beroep kunnen doen op hun eigen systemen een 'vervangend' kansrijk systeem zijn.

Villa Boerebont wil een actieve, betrokken en persoonlijke zorgaanbieder blijven en zal zich inspannen om te komen tot een regelarme vorm van zorg, de mankrachten inzetten op actieve zorg met de cliënt, niet op eindeloze papieren rompslomp en vergaderingen. De zorgbehoefte van de doelgroep blijft leidend voor het aanbod, dit vraagt een creatieve, actieve en flexibele inzet van al haar medewerkers.

3. De ontwikkeltrajecten per bouwsteen

3.1 Ontwikkeltraject Bouwsteen 1: Zorgproces rond de individuele cliënt

Algemeen

De eerste bouwsteen van het Kwaliteitskader stelt het zorgproces rond de cliënt centraal. Op basis van de dialoog tussen cliënt en medewerker(s) worden voor elke cliënt de volgende 5 kernpunten inzichtelijk:

1. De zelfredzaamheid en ondersteuningsbehoeften (wat is nodig)
2. De gezondheidsrisico's en veiligheid (een individuele risico-weging)
3. De ervaren kwaliteit van bestaan (welke tekorten, wat doen we eraan)
4. De betrokkenheid van familieleden en belangrijke anderen
5. De afspraken over dagelijkse zorg en ondersteuning (komen we afspraken na)

Werkwijze VBB:

Binnen zes weken na aanvang zorg is het eerste zorgplan opgesteld (zie procedure; levensloop zorgplan kwaliteitshandboek). Hier wordt, naast een achtergrond-/ hulpverleningsgeschiedenis een actuele status opgesteld van de cliënt situatie en hulpvraag op de volgende levensdomeinen:

- Sociale redzaamheid
- Psychisch welbevinden
- Fysieke gezondheid
- Praktisch functioneren
- Vrijetijd
- Wonen
- Financiën
- Dag invulling

Hiernaast is ruimte om naast de hulpvraag toekomstwensen te benoemen en is er een risico-inventarisatie die bestaat uit het benoemen van het netwerk, versterkende- en belemmerende factoren.

De worden vervolgens meegenomen in het opstellen van de doelen.

Per drie maanden vindt er een evaluatie op dit zorgplan plaats en vindt bijstelling plaats, daar waar nodig. De cliënt krijgt ook de ruimte om zijn vooruitgang visueel te scoren.

Evaluaties vinden altijd plaats in bijzijn van cliënt, persoonlijk begeleider en waar mogelijk naast betrokkenen.

Het zorgplan wordt opgesteld in ECD ONS en wordt vanuit de cliënt geschreven. VBB vindt het belangrijk dat de cliënt zijn of haar zorgplan omarmt als "eigen" plan en niet als plan over hem of haar opgesteld door iemand anders.

Ontwikkeltraject:

- VBB is van mening dat er binnen de huidige systematiek voldoende aandacht is voor de vijf genoemde kernpunten. Om toch te blijven door ontwikkelen en te blijven verbeteren zal het Kwaliteitskader, de bouwstenen en de kernpunten frequenter geagendeerd worden bij de persoonlijk begeleiders en gedragsdeskundige om te blijven onderzoeken of deze punten voldoende belicht worden in het hulpverleningsproces.
- VBB heeft in haar instrumentarium de mogelijkheid de "tevredenheid van leven" vragenlijst in te zetten. Deze sluit goed aan op punt drie. Bekeken zal worden of dit instrument in haar huidige vorm breder ingezet kan worden of dat er mogelijk beter geschikte alternatieven voor zijn.

3.2 Ontwikkeltraject Bouwsteen 2: Onderzoek naar cliëntervaringen

Algemeen:

De tweede bouwsteen van het Kwaliteitskader stelt de stem van de cliënt op de voorgrond, op basis van systematisch onderzoek naar de ervaringen van cliënten. Daarbij vertellen cliënten wat ze vinden van de geboden zorg en ondersteuning en vertellen ze over hun kwaliteit van bestaan. Daarbij is er uiteraard aandacht voor vragen als 'wat gaat er goed?' en 'welke tekorten zijn er nog?'

Binnen het Kwaliteitskader is voorgeschreven dat iedere zorgorganisatie minimaal eens per drie jaar een cliëntervaringsonderzoek uitvoert aan de hand van een erkend instrument voor cliënten raadpleging. De sector heeft gekozen voor een 'waaier van instrumenten' (zie pdf-bijlage) waar elke organisatie een keuze uit kan maken.

Ontwikkeltraject:

De afgelopen jaren heeft VBB de cliëntervaringen gemeten middels een zelf geformuleerde vragenlijst. De respons is in alle jaren erg laag geweest waardoor deze niet valide genoeg is geweest voor concrete signaleringen. In 2017 is er door Hogeschool Avans voor Social studies een afstudeeronderzoek uitgevoerd naar de wensen en meningen van cliënten ten aanzien van een dergelijke meting en mede naar aanleiding hiervan is een advies gegeven ten aanzien van het maken van een keuze uit de waaier.

VBB zal in Q 2/3 2018 een definitieve keuze maken uit een van instrumenten uit de waaier, welke in principe allen geschikt zijn voor toepassing binnen onze doelgroep Licht, Matig en Ernstig Verstandelijk beperkt:

- o Personal Outcomes Scale (Ontwikkelaar Arduin/QinO BV)
- o Quality Qube (Ontwikkelaar Buntinx)
- o Onze cliënten aan het woord (Ontwikkelaar Ipso Facto)
- o Cliënten over kwaliteit (Ontwikkelaar LSR)
- o Dit vind ik ervan (Ontwikkelaar Siza, Philadelphia, Cordaan)
- o Ben ik tevreden? (Ontwikkelaar van Biene)
- o Cliëntervaringsonderzoek (Ontwikkelaar Costumeyes)

Momenteel lijkt de voorkeur uit te gaan naar Custom eyes en worden verdiepende gesprekken hiermee gevoerd.

In haar doelstellingen voor 2018 uit het beleidsplan "voor ieder een passende plek", ziet de planning ten aanzien van de cliëntervaringsmeting er als volgt uit:

- Raadplegen cliëntenraad
- Eind juni definitieve keuze ten aanzien van instrumentbepaling
- Augustus implementatie
- Eind Q4 uitvoeren eerste meting

Bevindingen uit de meting van cliënt ervaringen zullen als input dienen voor het beleidsplan vanaf 2019. Dit ten minste op de volgende niveaus:

- Individuele cliënt: ten behoeve van het individuele zorgplan
- Locatieniveau: ten behoeve van kwaliteitsbewaking. Medewerkers en leren verbeteren
- Organisationsniveau: ten behoeve van verbetering van het zorgbeleid en faciliteren medewerkers.

Naast het houden van een onderzoek naar cliënt ervaring vindt de stichting de cliënten vertegenwoordiging een belangrijk orgaan binnen de organisatie. Al jarenlang blijkt het lastig om continuïteit binnen deze raad te vinden. Zowel in 2017 als 2018 staat het hoog op de agenda om hier een beter functionerend orgaan van te maken.

3.3 Ontwikkeltraject Bouwsteen 3: Zelfreflectie in Teams

Algemeen:

De derde bouwsteen van het Kwaliteitskader is de reflectie in teams.

De kern is dat de teams naast hun reguliere werkoverleg ook tot systematische reflectie komen, aan de hand van landelijk vastgestelde thema's. De beoogde reflectie vindt minimaal jaarlijks plaats en heeft de strekking van 'wat doen we goed, wat kan beter'. De bevindingen, inclusief de ontwikkelpunten, worden vastgelegd.

Daarbij komen in ieder geval de volgende zaken aan de orde:

1. Het proces rond de individuele cliënt. Zijn de wensen van de cliënt duidelijk? Worden afspraken nagekomen, is er zicht op veiligheid en gezondheidsrisico's per cliënt en doen we wat nodig is?
2. De kwaliteit van de relatie tussen cliënt en medewerkers. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om bejegening en communicatie, maar ook om de competenties van medewerkers en de samenwerking in het team en met nabije familie.
3. Borging van veiligheid met accent op een persoonlijke afweging per cliënt over aanmerkelijke risico's en gezondheidsbescherming.
4. De toerusting van medewerkers voor de zorg- en ondersteuningsvragen van de cliënten, samen met de vraag 'kunnen we als team ons werk goed doen?'.

Ontwikkeltraject

- In 2017 heeft de stichting een gedragsdeskundige in dienst genomen. Zij heeft onder andere als taak vorm te geven aan de zelfreflectie van zowel de teams, de individuele werker, als de samenwerking en afstemming tussen de verschillende teams. Hierin staan de volgende punten centraal:
 - Het individuele zorgproces van de cliënt
 - De kwaliteit van de relatie tussen de cliënt en medewerkers
 - Borging van veiligheid met accent op persoonlijke afweging per cliënt
 - De toerusting van medewerkers voor zorg- en ondersteuningsvragen van de cliënt, "kunnen we als team ons werk goed doen?".
- Hiernaast wordt het plan uitgewerkt om verschillende teams met elkaar te laten meelopen om zo meer inzicht in elkaars werk te krijgen als in aanknopingspunten voor verbetering van samenwerking en de zorg van de cliënten.
- In 2017 heeft de stichting onderzoek gedaan naar een mogelijkheid haar medewerkers beter toe te rusten op hoe de relatie tussen werker en cliënt in te zetten als werkzaam instrument ter bevordering van de individuele ontwikkeling. Hiervoor is gekozen voor de training "motiverend begeleiden" van stichting 180. In Q2 van 2018 zal iedere medewerkers die met cliënten werkt hierin getraind worden.

3.4 Ontwikkeltraject Bouwsteen 4: Kwaliteitsrapport en visitatie

Algemeen:

Bouwsteen 4 betreft het eigenlijke kwaliteitsrapport waarbij samenvattend aandacht geschonken wordt aan de eerste 3 bouwstenen en waarbij aanvullend verbeteracties worden opgenomen.

Dit dient op basis van de drie bouwstenen de volgende belangen:

- Het borgen van een verzorgd proces rond individuele cliënten en in dialoog vaststellen welke ondersteuning daarbij nodig is.
- Leren van onderzoek naar cliëntervaringen en in afstemming met de cliëntenraad verbeteracties bepalen.
- Zelfreflectie door teams stimuleren zodat teams stilstaan bij wat wel en niet goed gaat in het zorgproces.

Ontwikkeltraject

Rekening houdend met de beschreven ontwikkeltrajecten 1,2 en 3 richt de rapportage voor 2017 zich in eerste aanleg op de huidige status per bouwsteen en de zeven verplichte voorgeschreven vaste thema's. Hiervoor wordt verwezen naar

Dit geldt daarnaast eveneens voor de 7 verplicht voorgeschreven vaste thema's

1. De kwaliteit van het zorgproces rond de individuele cliënt (informatie uit bouwsteen 1 en 3). Met aandacht voor persoonsgerichte zorg en met oog voor vragen als: kennen medewerkers de cliënt met zijn of haar persoonlijke mogelijkheden en beperkingen? Weten ze wat belangrijk is voor hem of haar?
2. De ruimte die cliënten hebben op het gebied van eigen regie. Met aandacht voor de wijze waarop de zorgorganisatie de zeggenschap en eigen regie van cliënten versterkt, op individueel niveau en op locatieniveau.
3. De ervaringen van cliënten over wat zij zelf vinden van hun kwaliteit van bestaan, in relatie tot de ervaren kwaliteit van zorg en ondersteuning (informatie uit bouwsteen 1 en 2).
4. Het samenspel van de cliënt, medewerkers, informeel netwerk en vrijwilligers. Met aandacht voor de kwaliteit van de relatie tussen cliënt en medewerkers, bijvoorbeeld waar het gaat om bejegening en communicatie. En aandacht voor de betrokkenheid van verwanten en de samenwerking tussen begeleiders en behandelaars.
5. De borging van veiligheid in zorg en ondersteuning (onder meer informatie uit bouwsteen 1 en 3). Met aandacht voor zaken als de onderkenning van aanmerkelijke gezondheidsrisico's, veilig gebruik van medicatie, omgang met agressie en een zorgvuldige aanpak bij vrijheidsbeperking.
6. Betrokken en vakbekwame medewerkers (bouwsteen 3 en andere informatiebronnen). Met aandacht voor de ervaren kwaliteit van het werk, de toerusting van medewerkers en de vraag of hun competenties toereikend zijn voor de zorg- en ondersteuningsvragen van cliënten.
7. De geprioriteerde verbeteringen. Met een overzicht van de keuzes die het bestuur maakt ten aanzien van kwaliteitsverbetering en vergezeld van een beknopte uitleg van 'waarom, wat, hoe en wanneer'.

4. De uitgangssituatie 2017 per bouwsteen

4.1 Bouwsteen 1: de Individuele cliënt

Gegevens op individueel cliëntniveau:

Het Elektronisch Clientdossier (ECD) van ONS is de belangrijkste plaats waar gegevens rondom de cliënt zijn vastgelegd. In ONS worden persoonlijke gegevens vermeld en zijn ook zorgplannen beschreven. Hiernaast wordt op cliënt niveau rapportage bijgehouden over de voortgang van het zorgproces, de doelstellingen en afspraken.

Medio 2018 wordt er geen gebruik meer gemaakt van fysieke dossiers, deze worden gedigitaliseerd en opgeslagen in ONS. Zorgplannen worden in dialoog met de cliënt opgesteld en driemaandelijks geëvalueerd met betrokken medewerkers en waar mogelijk hun systeem.

In 2018 wordt er meer ingezet op berichtenverkeer betreft cliënten via ONS met zicht op de privacywetgeving niet via e-mail, papieren rompslomp.

Berichtenverkeer onder medewerkers betreft cliënten via ONS. Zo min mogelijk papieren.

De stichting overweegt om in het kader van transparantie haar elektronische dossiers toegankelijk te maken voor haar cliënten. Momenteel wordt onderzocht wat de risico's hiervan zijn. Mogelijk zal met een pilot worden gestart.

In 2018 wordt er informatie verzameld met betrekking tot een cliëntervaringsonderzoek en wordt deze in Q4 uitgevoerd. Begin 2019 worden bevindingen uit dit cliëntervaringsonderzoek ingebracht bij de cliëntenraad en worden verbeteracties opgesteld. Dit op organisatieniveau, teamniveau en individueel cliëntniveau.

Evaluaties vinden drie maandelijks plaats in bijzijn van persoonlijk begeleider, cliënt en ander betrokkenen. Zoals in al haar werk en zorgprocessen is hierbij het principe van de PDCA-cyclus van toepassing. Al deze processen liggen vast in het kwaliteitshandboek en jaarlijks wordt de organisatie hierop zowel intern als extern ge-audit.

Naast de standaard rapportages in ECD ONS kent de organisatie een systeem voor het melden en registreren van incidenten op cliënt niveau. De hiervoor ingestelde MIC-commissie analyseert per kwartaal deze meldingen en stelt verbeteracties voor aan de raad van bestuur. Deze worden door hen omgezet in concrete maatregelen.

Bevindingen hieruit kunnen dienen als concrete input ten aanzien van de reflectie in teams.

Rapportages op geaggregeerd niveau:

VBB is bezig met het ontwikkelen van een benchmark waarin per kwartaal overzichtelijk gemonitord wordt hoe het ervoor staat met een aantal kerngegevens. Dit zijn gegevens zowel op cliënt niveau, teamniveau als organisatie niveau. In de huidige situatie worden deze gegevens wel gemonitord maar in verschillende systemen. Per kwartaal worden deze geanalyseerd binnen de stafafdeling en worden eventuele verbeteracties uitgezet. Hierop volgt altijd weer een evaluatie.

Klachtmeldingen:

Binnen Stichting Villa Boerebont vinden we het belangrijk dat iedereen gehoord wordt en is hiertoe een klachtenregeling opgesteld.

We hanteren om deze reden dan ook een gedegen klachtenreglement. In eerste aanleg kunnen klachten worden neergelegd bij de individuele begeleider, directie of vertrouwenspersoon.

Stichting Villa Boerebont biedt haar cliënten de mogelijkheid een klacht in te dienen over de geleverde zorg. Hiervoor wordt een klachtenregeling gehanteerd die voldoet aan de Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen, ofwel WKKGZ. Stichting Villa Boerebont heeft deze klachtenregeling ondergebracht bij het onafhankelijke Klachtenportaal Zorg, ofwel KPZ. Voor zowel medewerkers als cliënten is er een vertrouwenspersoon beschikbaar. Voor medewerkers is dit een medewerker voor cliënten een extern persoon.

Momenteel is de functie voor vertrouwenspersoon voor cliënten vacant wegens vertrek van de vertrouwenspersoon. Verwacht wordt dat deze functie opnieuw vervuld zal zijn in Q2 van 2018. Klachtenreglement beschikbaar en klachtenprocedure is aanwezig op iedere woonlocatie van Villa Boerebont.

Voor het personeel is er gekozen voor een "ad hoc" klachtencommissie. Indien er een klacht wordt ingediend, zal bekeken worden welke expertise het best ingezet kan worden om de klacht op te lossen.

Klachten 2017

Ingediend bij KPZ	1
Ingediend bij RVB	1
Ingediend vertrouwenspersoon	0

Incidentmeldingen 2017

	Aantal meldingen
Agressie	44
Seksueel overschrijdend gedrag	0
Vrijheidsbeperking	N.v.t.
Vermissing	2
Ongeval	12
Suicide (tentamen)	0
Middelengebruik	10
Diefstal	1
Medicatie	47
Totaal:	116

Totaalaantal meldingen voor 2017, betreft zowel WMO als WLZ-cliënten.

4.1.1 Opstap naar ontwikkeltraject bouwsteen 1

Kwaliteitszorg is een proces van continue verbetering. VBB heeft een stevige basis gelegd hiertoe middels de inrichting van het proces rondom de individuele cliënt. De afgelopen jaren is de cliënt meer en meer centraal komen staan en neemt deze een belangrijke rol in in zijn of haar eigen proces. Er wordt voor hem of haar gedacht maar in samenspraak wordt er gewerkt naar continue verbetering van het zorgproces. De stem van de cliënt wordt beter gehoord en de stichting wil dit voortzetten.

Belangrijke instrumenten hiervoor is de regeling voor medezeggenschap, op zowel cliënt niveau, locatieniveau als organisatieniveau.

Geïnvesteed zal worden in het beter op de rit krijgen van de cliëntenraad en de dialoog met hem faciliteren middels bijeenkomsten met de personeelsvertegenwoordiging, het stafbureau en de raad van bestuur.

Om de ervaring en beleving te kunnen monitoren zal het cliëntervaringsonderzoek een belangrijke bron van informatie zijn.

Hiernaast vormen de drie maandelijks evaluaties op het zorgplan een belangrijke basis voor verdere verbetering.

4.2 Bouwsteen 2: Clientervaring

De kern van Bouwsteen 2 Cliëntervaring wordt gevormd door de inzichten verkregen uit het cliëntervaringsonderzoek.

Omdat onze organisatie tot en met 2017 nog niet heeft gewerkt met een instrument uit de waaier maar met een eigen meetinstrument is gebleken dat er te weinig respons is geweest om te spreken van voldoende valide gegevens. De meest waardevolle informatie op cliënt niveau werd in 2017 verkregen door de evaluaties op zorgplannen.

In 2017 is meer aandacht besteed aan locatie overleggen waarin bewoners een actief participerende rol hebben. Hierin is aandacht voor "wat gaat goed, wat kan beter".

Tevens is getracht per locatie een vertegenwoordiger te hebben voor de cliëntenraad maar dit is niet gelukt.

Cliënten hebben in 2017 de mogelijkheid gehad om middels participatie in de cliëntenraad bevindingen en wensen kenbaar maken ten aanzien van de organisatie en het bestuur.

Hiervan is minimaal gebruik gemaakt. In 2018 zal op thema een beroep gedaan worden op de cliënten van VBB waardoor zij de gelegenheid hebben meet te denken over vraagstukken bijvoorbeeld ten aanzien van beleid, veranderingen etc.

4.3 Bouwsteen 3: Teamreflectie

Door in een team regelmatig stil te staan bij de vraag 'doen we de goede dingen op het goede moment', ontstaat bewustwording en inzicht bij de medewerkers. De verwachting is dat dit bijdraagt aan kwaliteitsbewustzijn. De medewerkers worden uitgenodigd om zelf na te denken, in plaats van richtlijnen te volgen. Dit is de essentie van reflecteren. Om dit meer en meer eigen te maken zal de gedragsdeskundige hierin een belangrijke rol vervullen de vier geformuleerde kernpunten vormen voor haar de basis bij zowel de individuele reflectie van medewerkers als de teamreflectie en de samenhang tussen de verschillende teams.

Bevindingen 2017 per kernpunt

1. Het proces rond de individuele cliënt.
Zijn de wensen van de cliënt duidelijk? Worden afspraken nagekomen, is er zicht op veiligheid en gezondheidsrisico's per cliënt en doen we wat nodig is?
Een maal per vier weken vindt er een casuïstiek en intervisie bijeenkomst plaats. Waarin bovenstaand centraal staat. Hiernaast is per week een bewonersoverleg en stelt de gedragsdeskundige de zorgplannen vast aan de hand hiervan.
2. De kwaliteit van de relatie tussen cliënt en medewerkers.
Daarbij gaat het bijvoorbeeld om bejegening en communicatie, maar ook om de competenties van medewerkers en de samenwerking in het team en met nabije familie. Om dit te verbeteren is er in 2017 geïnventariseerd wat ingezet kan worden om dit punt te verbeteren. Hierbij is de keus gevallen op "motiverend begeleiden". Medewerkers worden hiervoor getraind in Q2 van 2018. Op een van de locaties is aangegeven in dit kader gebruik te willen maken van ervaringsdeskundigheid. De mogelijkheden hiertoe worden onderzocht door twee projectleden.
3. Borging van veiligheid met accent op een persoonlijke afweging per cliënt over aanmerkelijke risico's en gezondheidsbescherming.
Wordt bewaakt door gedragsdeskundige, getoetst middels audits, intern en extern en is onderwerp van gesprek bij de driemaandelijke evaluaties. Het structureel stilstaan bij deze risico-inventarisatie was voor 2017 geen standaard onderdeel van het zorgplan en intake. Nu is dit wel het geval. Hiervoor is wel geïnvesteerd in bewustwording bij medewerkers.
4. De toerusting van medewerkers voor de zorg- en ondersteuningsvragen van de cliënten, samen met de vraag 'kunnen we als team ons werk goed doen?'.
Hiervoor is een medewerkers tevredenheidsonderzoek gehouden en een bedrijfsscan uitgevoerd. Beide door een externe partij. Bevindingen hieruit zijn opgenomen als verbetermaatregelen voor de stafafdeling en de raad van bestuur. Concreet zijn hier doelen op uitgezet in het beleidsplan en worden deze per kwartaal geëvalueerd. De PVT en de RVT krijgen hier per kwartaal de evaluatie rapportage en toelichting hiervan.

4.4 BOUWSTEEN 4: KWALITEITSRAPPORT EN VISITATIE

4.4.1 Algemeen

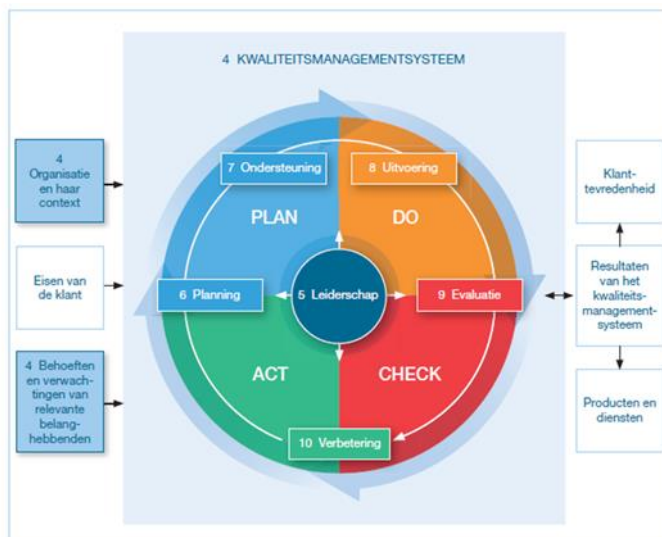
VBB is in 2012 gestart met de implementatie van de PDCA-cyclus in al haar bedrijfsprocessen. Dit houdt in dat het gehele managementsysteem vanuit deze systematiek is opgebouwd en wordt bewaakt door interne- en externe audits. Met name de processen ten dienste van het primair proces (zie KHB V3.0) zijn hierin al enkele jaren doorontwikkeld. Ook in de vergaderstructuur en overheadprocessen komt deze cyclus steeds beter tot uiting.

IN 2015 heeft de organisatie het kwaliteitskeurmerk ISO 9001-2008 behaald en wordt hier jaarlijks op worden geaudit door DNV.

Jaarlijks wordt een kwaliteitsjaarverslag gepubliceerd op www.jaarverslagen.zorg en in juni 2018 zal dit ook gepubliceerd worden op de website.

Ook wordt jaarlijks een digitale verantwoording afgelegd aan de IGZ.

Weergave kwaliteitsmanagementsysteem aan de hand van de PDCA-cyclus conform ISO 9001:2015



De bouwstenen van het Kwaliteitskader zullen verder geïntegreerd worden in het beleidsplan 2017 – 2020: "voor ieder een passende plek". En worden uitgewerkt in concrete doelstellingen, evaluaties en verbetermaatregelen. Document is opvraagbaar bij de directie.

Nast de jaarlijkse audit op het management kwaliteitssysteem middels ISO-certificering is de organisatie bezig met verkennende gesprekken tot het komen tot visitatie van collega instellingen. Eveneens is de organisatie overwegende om een audit te laten uitvoeren door DNV op het Kwaliteitskader. Een mogelijke optie voor 2018.

Omdat het de eerste keer is dat de stichting een dergelijk kwaliteitsrapport opstelt zal het in Q2 2018 geagendeerd worden ter evaluatie met de volgende partijen:

- Cliëntenraad
- PVT, personeelsvertegenwoordiging
- Kwartaal evaluatie met stakeholders (zorgkantoor, gemeenten)
- Jaarlijkse evaluatie met samenwerkingspartners.

5 Kwaliteitsagenda 2018

We willen onze visie, kernwaarden en werkwijze zo goed mogelijk gereflecteerd zien in de bouwstenen.

Daarvoor willen we de dialoog over deze belangrijke ontwikkelingen aangaan met de partijen die ertoe doen binnen onze organisatie. Samenwerken in de driehoek cliënt-verwant-professional geven we niet alleen op individueel niveau vorm, maar ook in een ruimer verband. We kijken daarbij over onze grenzen heen door zoveel mogelijk ook stakeholders en externe deskundigen uit te nodigen.

Om deze doelstelling te behalen en om over het jaar 2018 tot een volledig gevuld kwaliteitsrapport te komen is bijgaande kwaliteitsagenda bepaald.

Kwaliteitsagenda 2018

Bijgaande acties zullen eveneens worden opgenomen in doelstellingen en tijdspad van het meerjaren beleidsplan.

Bouwsteen 1: Zorgproces rondom individuele cliënt

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1 2019
Medewerkers voorlichten op 5 kernpunten	X				
Beleidsplan toetsen op bouwstenen en kernpunten & eventueel aanpassen	X				
Evaluatie en bijstelling bouwsteen 1				x	

Bouwsteen 2 Onderzoek naar cliënt ervaringen

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1 2019
Kiezen instrument uit waaijer		X			
Implementeren meet instrument			X		
Uitvoeren meting				X	
Analyse delen met belanghebbenden					X
Verbetermaatregelen opnemen in beleidsplan/ doelstellingen					X

Bouwsteen 3 Zelfreflectie in teams

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1 2019
Toetsen wijze van reflectie op kernpunten		X			
Evaluëren zelfreflectie, team, individueel, samenhang teams				X	
Verbetermaatregelen formuleren				X	
Thema's 2018 agenderen	X				
Evaluatie op bouwsteen 3 en opstellen verbetermaatregelen				X	

Bouwsteen 4 Kwaliteitsrapport & visitatie

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1 2019
Uitbreiden intern auditteam met externen			X		
Keuze maken door audit op kwaliteitskader DVN			X		
Opstellen kwaliteitsrapport 2018					X
Evaluatie kwaliteitsrapport 2017			x		

