Protestants Christelijke Stichting
IJsselmonde Oost
Zorg- en Dienstverlening aan mensen met een handicap

Kwaliteitsrapport

2017

Inhoudsopgave

1 Samenvatting 4

2 Visie en werkwijze. 5

2.1 Visie 5

2.2 Missie 6

2.3 Besturingsvisie en Visie op kwaliteit 6

Besturingsvisie 6
Visie op kwaliteit 7
Werkwijze 7
Toerusten 7
Groeien 7
Kiezen 7
Samenwerken 8

3 Bouwsteen cliëntgegevens 8

3.1 Leren van cliëntervaringen 8

Nieuw instrument 10

3.2 Gegevens op individueel cliëntniveau 10

3.3 Rapportage op geaggregeerd niveau 11

Op Eigen Benen 11
Elektronisch cliëntendossier 11
Beeldvorming 11
Klachten 11
Cliëntvertrouwenspersoon 12
Risico inventarisatie 12
Incidenten 12
Inspectie voor de Volksgezondheid 12
Medezeggenschap 13

4 Bouwsteen Teamreflectie 13

Hoe gaan we dit vorm geven? 15
Eerste ervaringen met teamreflectie. 15

5 Borging in de kwaliteitsagenda 2018 16

5.1 Borging kwaliteitsagenda 2018 17

5.2 Externe visitatie 17

6 Reflectie op dit kwaliteitsverslag 18

6.1 Reflectie cliënten en verwanten 18

6.2 Reflectie ondernemingsraad 18

6.3 Reflectie Raad van Toezicht 18

7 Geraadpleegde bronnen 20

Met de komst van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg en het invoeren van het kwaliteitsrapport wordt zichtbaar hoe zorgorganisaties in samenspraak met hun cliënten, medewerkers en andere stakeholders de kwaliteit van de ondersteuning ervaren. Met de vernieuwde opzet van het kwaliteitsrapport wordt een jaarlijks overzicht van de stand zaken weergegeven. Dit rapport kan worden gelezen in tandem met het bestuursverslag 2017

Voorwoord

Voor u ligt het eerste kwaliteitsrapport van IJsselmonde-Oost. De rode draad in de inhoud van dit rapport is waar we trots op zijn binnen IJsselmonde-Oost. En wat wij verder willen ontwikkelen om de verbetering van de kwaliteit van de zorg en ondersteuning vorm te geven.

In dit rapport worden voor de eerste keer de gegevens en ervaringen over kwaliteit op deze manier verzameld en gerapporteerd. Er worden ook ontwikkelpunten benoemt.
Om de effecten van het beleid op deze ontwikkelpunten op langere termijn inzichtelijk te maken is het noodzakelijk de verbetercyclus meerdere malen (jaren) te doorlopen.

We hebben ervoor gekozen om het rapport zo beknopt mogelijk te houden en alleen de kern van de bevindingen weer te geven. Voor gedetailleerde informatie verwijzen wij naar de bijlagen.

In het kwaliteitsrapport worden ervaringen ten aanzien van een drietal bouwstenen van kwaliteit met elkaar verbonden. Deze drie bouwstenen zijn:
1. het zorgproces rond de individuele cliënt,
2. het leren van cliëntervaringen
3. De zelfreflecties in de ondersteuningsteams.

Binnen st. IJsselmonde-Oost wordt echter nog een vierde bouwsteen gebruikt om kwaliteit van zorg te bouwen. Deze maakt geen onderdeel uit van de formele eisen, maar vinden we wel erg tekenend voor onze kwaliteit van zorg.

Deze vierde bouwsteen is de warme houding waarmee onze medewerkers hun taken uitvoeren en de relatie met onze cliënten aangaan. Het bieden van warme ondersteuning op basis van de menselijke maat typeert st. IJsselmonde-Oost misschien nog wel het meest.

Het doel van dit rapport is drieledig:
1. Het rapport maakt de stand van zaken en de verbetering van de kwaliteit en veiligheid inzichtelijk. De vragen die hierbij centraal staan zijn: “Waarom doen we dit op deze wijze, en wat gaat goed en kan beter?”
2. Het rapport is een middel voor interne verantwoording naar de cliënten- en verwantenraad, de Ondernemingsraad en Raad van Toezicht
3. Het rapport is (samen met de informatie uit pijler 1 van het Kwaliteitskader) een middel voor externe verantwoording naar diverse stakeholders zoals de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en het zorgkantoor.

Met de onderstaande tekst hopen we aan deze doelstellingen te voldoen. Maar bovenal hopen we dat cliënten zich daadwerkelijk gezien en gewaardeerd voelen door de medewerkers van st. IJsselmonde-Oost.

Jacko de Raad
Directeur-Bestuurder

1 Samenvatting

Goede zorg en dienstverlening betekent voor ons dat wij bijdragen aan de ontwikkeling van de eigenheid van de cliënt en diens netwerk en wij ons richten op het versterken van de kracht van de cliënt. Dit doen wij door:
1. Een betekenisvol partnerschap aan te gaan met de cliënt.
2. Medewerkers te faciliteren om regie te nemen.
3. Regelarm te organiseren.

We werken aan verbetering van kwaliteit vanuit de driehoek cliënt-verwant-medewerker en proberen ons steeds meer vanuit dat proces te verantwoorden in plaats van vanuit een uniforme top-down aanpak. Dit zorgt voor verdieping, waardoor kwaliteitszorg dichter bij de cliënt en de praktijk komt.

De vragen en wensen van cliënten worden vastgelegd in ondersteuningsplannen.

Daarnaast is cliënten middels deelname aan het cliëntenonderzoek, gevraagd naar de ervaringen.
Belangrijkste conclusie hieruit was, dat zij 'de zorg' als goed ervaarden, maar dat onvoldoende ruimte en ondersteuning werd ervaren om zich te ontwikkelen. Dit punt is organisatie breed opgepakt.

Als antwoord op de wens van cliënten is de methodiek "Op Eigen Benen" geïmplementeerd binnen de gehele organisatie. Dit is een methodiek, waarbij medewerkers wordt geleerd ' eerst even op hun handen te blijven zitten' alvorens in te grijpen en vervolgens hetgeen zij daarin hebben gezien, als aangrijppunt te gebruiken voor hun begeleidingsinterventie.

Medewerkers hebben tijdens teamreflecties stilgestaan bij de vraag hoe zij samenwerken met en voor de cliënt en hoe dat nog beter kan.

Hier zijn we trots op:
- Betrokkenheid en aandacht voor de cliënt
- Samenwerken
- Werken vanuit het hart, betrokken, menselijk (sociaal)
- Veiligheid en onderling vertrouwen
- Gebruik maken van elkaars kennis en kwaliteiten

Dit zijn de belangrijkste ontwikkelpunten:
- Handen en voeten geven aan ontwikkeling van cliënten.
- Samenwerken met cliënten, verwanten, team
- Doorgroeien in het samenwerken door middel van het geven en ontvangen van feedback

Om kwaliteit inzichtelijk te maken is het van belang niet alleen te kijken naar de mate waarin cliënten tevreden zijn (cliëntervaringsonderzoek) en of het aanbod voldoet aan de door de overheden gestelde criteria, maar ook om na te gaan in hoeverre medewerkers het beste uit zichzelf halen om hun ondersteuningsaanbod te verbinden met de daadwerkelijke vraag en behoefte van cliënten. Hiervoor is het nodig te leren reflecteren op eigen handelen.

IJsselmonde-Oost is goed op weg om zich te professionaliseren op bovengenoemde aspecten.

2 Visie en werkwijze.

Samen vormen wij bij st. IJsselmonde-Oost een kleine, vanuit christelijk waarden gedreven, organisatie. Wij leveren onze dienstverlening binnen de BAR (Barendrecht Albrandswaard en Ridderkerk) gemeenten. St. IJsselmonde-Oost ondersteunt kwetsbare jong volwassenen en ouderen, die vaak een verstandelijke beperking hebben.
Met behulp van kleinschalige woon-, werk- en dagbestedingslocaties richt IJsselmonde-Oost zich op het verkrijgen, onderhouden en borgen van een waardevolle plaats in de samenleving voor haar cliënten. Ook bieden wij ondersteuning in de eigen omgeving, thuis of op het werk. Zo'n 135 bevlogen medewerkers bieden ondersteuning aan 140 cliënten.

2.1 Visie

St. IJsselmonde-Oost gaat uit van de eigenheid van de cliënt en diens netwerk en is gericht op het versterken van de kracht van de cliënt.

Kwetsbare Mensen zijn 'heel' geschapen, en vormen een meerwaarde voor de maatschappij zoals zij zijn. Zijn hoeven niet te worden opgedeeld in hokjes, of gelabeld op basis van hun beperking.

Mensen met een beperking hebben talenten. Deze moeten worden opgespoord en mogen worden gebruikt.

Mensen zijn nooit autonoom en vanuit hun wezen afhankelijk van elkaar en het 'grotere geheel' voor hun geluk. Daarom helpen we mensen zich op een 'goede' manier tot de ander en het 'grotere geheel' te verhouden.

2.2 Missie

Wij, van st IJsselmonde-Oost, helpen kwetsbare mensen hun eigenheid te vinden en hun talent te ontdekken. Wij helpen hen dit in te zetten als toegevoegde waarde voor hun eigen leven of als te gebruiken kracht om een zichtbaar positieve rol in de samenleving te (gaan) vervullen.

St IJsselmonde-Oost helpt kwetsbare mensen hun meerwaarde voor de samenleving, de buurt, elkaar en zichzelf te beleven door:

- Dienstbaar zijn aan de ander mogelijk te maken
- De mogelijkheid te scheppen hun talenten te etaleren
- Rentmeesterschap voor de omgeving en zichzelf te stimuleren en
- Barmhartigheid aan de ander te betrachten.

En omdat wij dit wensen voor onze cliënten, gedragen wij ons zelf ook op deze manier.

2.3 Besturingsvisie en Visie op kwaliteit

Besturingsvisie

Het bieden van “goede zorg” wordt door ons als essentieel ervaren. De invulling van “goede zorg” is niet enkel het vertrouwd en veilig uitvoeren van de dienstverlening volgens een vooropgezet plan.

In de ogen van IJsselmonde-Oost gaat het leveren van “goede zorg” verder dan dat. Wij zien onze cliënt niet als ‘een verzameling problemen’, maar als “heel mens” en regisseur van zijn eigen leven. Wij willen daarin als partner naast hem staan.

Pas vanuit die houding van partnerschap, kan de ruimte ontstaan voor openheid bij de cliënt of zijn verwanten en fundamentele vragen ten aanzien van zijn/haar situatie aan de orde te stellen.

Onze dienstverlening daar vervolgens op aan. En als ‘de vraag achter de vraag’ werkelijk leidend wordt, is de professional niet langer alleen de uitvoerder van het ondersteunings-, of leveringsplan, maar begint zijn opgave bij het zien van de bedoeling daarachter.

Vanuit onze besturingsfilosofie proberen wij juist voor dit proces de randvoorwaarden te scheppen. Dat betekent dat wij organiseren vanuit de wens van het primair proces en bevoegd- en verantwoordelijkheden zoveel mogelijk willen delegeren naar teams. De organisatiestructuur van IJsselmonde-Oost is erop gericht om te werken vanuit vertrouwen in de deskundigheid van medewerkers.

Dit betekent echter niet dat teams geen kaders krijgen. Naar onze ervaring is de veiligheid die kaders bieden een randvoorwaarde voor de groei van teams naar zelforganisatie.

Het organiseren van voorwaardenscheppende kaders is volop in ontwikkeling. Hulpmiddelen die worden ingezet zijn: passende taak-functieomschrijvingen, verplichte scholing op het gebied van methodisch werken, rapporteren en doelformulering, de methodiek Op Eigen Benen, de ‘driehoekskunde’ en voor teammanagers een intensief MD- traject gericht op in functionele kennis-vergroting en leiderschapsvaardigheden

Visie op kwaliteit

Centraal in de visie op kwaliteit bij IJsselmonde-Oost is dat het leveren van kwaliteit direct verbonden is met professionaliteit en het vakmanschap van de medewerkers. En ook leiderschapsstijl speelt hierbij een rol. Onze leiderschapsstijl ontwikkelt zich naar een vorm van dienend leiderschap, die erop gericht is de medewerkers ruimte te geven om in het contact met de cliënt ook af te kunnen stemmen op de vraag naar ondersteuning.
Op hun beurt ontvangen de teammanagers de ruimte om in te kunnen spelen op de vraag naar ondersteuning van medewerkers, zodat zij hun werk goed kunnen doen.

IJsselmonde-Oost vind het belangrijk dat iedere medewerker, professional wordt gestimuleerd om daadwerkelijk ondersteuning te vragen voor taken die eigen kennis en kunde te boven gaan en dat iedereen die ondersteuning vraagt ook merkt dat deze ondersteuning dan aangeboden wordt.

Werkwijze

Aan de hand van het meerjarenbeleidsplan 2016-2019 heeft st. IJsselmonde-Oost de koers bepaald voor de deze periode. In dit strategisch plan hebben vier speerpunten een plaats gekregen:

Toerusten

Dit speerpunt staat in het teken van modernisering van de administratieve organisatie en het vergroten van de kennis en vaardigheden bij medewerkers door middel van onder andere scholing.

Groeien

Onder dit thema valt de uitbreiding van het dienstverleningsportfolio van de stichting. St. IJsselmonde-Oost en de groei naar zelf organiserend werken.

Kiezen

Op basis van een herbezinning rond identiteit, visie en missie zal het marktbeleid van de organisatie in de tweede helft van 2018 voor de komende jaren worden bepaald.

Een belangrijke doelstelling van st. IJsselmonde-Oost is herkenbaar te blijven als zelfstandige, lokaal betrokken organisatie. De beperkte omvang van de stichting brengt echter kwetsbaarheid met zich mee. Het vormgeven van goede samenwerkingsvormen is gewenst om deze kwetsbaarheid te reduceren en de dienstverlening aan cliënten kwalitatief te vergroten en borgen.

3 Bouwsteen cliëntgegevens

De kern van de Bouwsteen 1 is inzicht in de kwaliteitsgegevens van de individuele cliënt en geaggregeerd. Deze bouwsteen bevat informatie over de zorg rond de cliënt. St. IJsselmonde-oost legt deze informatie vast in diverse systemen en rapporteert relevante kerngegevens op geaggregeerd niveau. Om deze informatie beter te kunnen duiden en bruikbaar te maken in de teams, ontwikkelen we een beperkte set waardevolle kwaliteitsindicatoren. Met zowel zeggingskracht binnen de driehoek cliënt-verwant-begeleider als voor het management, bestuur, toezicht en stakeholders.
De kern van bouwsteen 2 wordt gevormd door de inzichten die worden verkregen uit het cliëntervaringsonderzoek.

3.1 Leren van cliëntervaringen

In 2017 is er geen nieuw cliëntervaring onderzoek gehouden. Uit de waaier van de VGN is in het verleden gekozen voor de methodiek van Effectory/ Costomayes. De keuze is gemaakt om de verbetervoorstellen uit het lopende cliëntervaringsonderzoek uit te voeren. Daarnaast is een start gemaakt voor een selectie van een nieuwe aanbieder, die volgens IJsselmonde-Oost beter aansluit bij het vernieuwde kwaliteitskader en bij de door de cliënten en verwanten gewenste werkwijze, vorm en inhoud van een cliëntenonderzoek. Kwaliteit en de vraag naar de ervaring hiernaar moet wat ons betreft inspirerend, leuk en dicht bij de bedoeling blijven.

Bij het laatst gehouden onderzoek in 2015 zijn cliënten bevraagd over wat zij primair vinden van de kwaliteit van de geboden zorg en wat zij vinden van hun kwaliteit van bestaan. Er zijn vragen gesteld over welbevinden en welzijn, contacten en relaties, deelname aan de samenleving (wonen/werken), persoonlijke ontwikkeling en zelfbepaling.

De resultaten per locatie zijn hieronder op hoofdpunten aangegeven:

Locatie Meliom

Pluspunten:

- Hulp bij een gezond leven
- Veilig voelen in huis
- Begeleiders houden rekening met wensen
- Moeilijke zaken kan je bespreken met begeleider

Locatie de Bun:

Pluspunten:

- Hulp bij gezond leven

Verbeterpunten:

- Woonbegeleiders houden rekening met wensen
- Moeilijke zaken bespreken met begeleider
- Veilig voelen in huis

Locatie KSW Ridderkerk

Pluspunten:

- Moeilijke zaken bespreken met begeleider
- Hulp bij gezond leven

Verbeterpunten

- Begeleider houden rekening met wensen
- Veilig thuis voelen.

Locatie KSW Barendrecht

Pluspunten:

- Veilig voelen in huis

Verbeterpunten

- Woonbegeleiders houden rekening met wensen
- Hulp bij gezond leven
- Moeilijke zaken bespreken met begeleider

De bevindingen uit het onderzoek zijn op teamniveau en op organisatieniveau besproken. Een aantal verbeterpunten zijn per locatie opgepakt omdat deze in de uitvoering en beleving zeer verschillend bleken. Met name veiligheid in de eigen woonomgeving heeft hierbij prioriteit gehad op locatie niveau.

Uit de bespreking van de resultaten en de detail- informatie uit de rapportages bleek dat cliënten onvoldoende ruimte en ondersteuning ervaren om zich te ontwikkelen. Dit punt is organisatie breed opgepakt.

Als antwoord op de wens van cliënten is de methodiek “Op Eigen Benen” geïmplementeerd binnen de gehele organisatie. Dit is een methodiek, waarbij medewerkers wordt geleerd ‘ eerst even op hun handen te blijven zitten’ alvorens in te grijpen en vervolgens hetgeen zij daarin hebben gezien, als aangrijppunt te gebruiken voor hun begeleidingsinterventie.

Medewerkers zijn geschoold en voor cliënten zijn de zgn. INVRA- schalen gebruikt, waarin de mate van zelfredzaamheid wordt gemeten en waarna vervolgens wordt bepaald wat de gezamenlijke werkpunten zijn om de zelfredzaamheid te verhogen.

De eerste ervaringen zijn, zowel bij cliënten als medewerkers, positief en deze ervaring zal (mede) getoetst worden in het volgende cliëntenonderzoek. Aan de hand van uitkomsten van de INVRA-meting zijn er doelen en perspectieven opgenomen in de ondersteuningsplannen.

Nieuw instrument

Gaan we in 2018 weer op dezelfde wijze verder met het uitvoeren van het cliëntervaringsonderzoek zoals we dit in het verleden, één keer in de drie jaar, deden? Het antwoord is nee!

Vanuit cliënten, verwanten en medewerkers zijn opmerkingen gemaakt over de beperkte meerwaarde van het gehanteerde instrument. Men vind dat de vragen vaak hetzelfde zijn, soms moeilijk te begrijpen voor cliënten, het invullen veel tijd kost en de uitkomsten beperkt bruikbaar zijn in de praktijk van de dienstverlening van alle dag. Daar komt bij dat de resultaten niet heel anders zijn dan “wat we al wisten”. Er werden dan ook vraagtekens geplaatst bij de echte toegevoegde waarde voor de cliënt.

Reden voor IJsselmonde-oost en haar cliënten om onze horizon te gaan verbreden en te onderzoeken welk ander instrument uit de zgn. waaier de gewenste meerwaarde heeft. Een instrument dat de cliëntervaringen beter in beeld kan brengen en past bij de andere gehanteerde methodieken en werkwijzen binnen onze organisatie. Dialoog en communicatie staan hierbij centraal. De zoektocht verloopt zorgvuldig, waarbij de betrokkenheid van cliënten, verwanten en de diverse disciplines, kritische en vanuit de verschillende invalshoeken wordt bekeken. Medio tweede kwartaal 2018 wordt een definitieve keuze gemaakt en het instrument organisatie breed uitgerold.

3.2 Gegevens op individueel cliëntniveau

Het Elektronisch Cliëntendossier (ECD) en het ondersteuningsplan in ONS zijn de belangrijkste plaatsen waar gegevens rond de cliënt zijn vastgelegd. Het gaat hierbij om de indicatie en de zorgbehoeften, de afspraken over de dagelijkse zorg en een jaarlijkse geactualiseerde risico –inventarisatie van de cliënt. Incidenten rondom de dienstverlening aan cliënten worden gemeld en ieder kwartaal geëvalueerd. Door middel van rapporten uit het ECD en door interne controles wordt vastgesteld of er een actueel zorg- en ondersteuningsplan is en wat de kwaliteit van het plan is, dat in dialoog met de cliënt en alle andere betrokken tot stand is gekomen. Met de verdere invoering van signaleringen en rapportages uit het ECD wordt het methodisch werken verder ondersteund. We streven ernaar dat nagenoeg alle gegevens rondom kwaliteit en veiligheid, zoals benoemd in pijler 1, worden geïmplementeerd binnen ondersteunende applicaties, zodat zij daadwerkelijk benut kunnen worden in de dagelijkse werkzaamheden, meer efficiënt verzameld worden en de registraties niet meer ten koste gaan van de tijd die cliënten en medewerkers hebben voor elkaar.

3.3 Rapportage op geaggregeerd niveau

De dienstverlening aan onze cliënten heeft zich in 2017 langs twee lijnen ontwikkeld: De implementatie van de leermethodiek “Op eigen benen” is geïmplementeerd en de ontwikkeling van het digitaal cliëntendossier. Daarnaast is er aandacht geweest voor ‘vertrouwde zaken’, zoals incidenten, klachten, beeldvorming en de ontwikkeling van medezeggenschap.

Op Eigen Benen

Uit het laatst gehouden cliënt tevredenheidonderzoek scoorde het punt ‘hulp bij nieuwe dingen leren’ niet erg hoog. Cliënten gaven aan meer behoefte te hebben om te leren en te ontwikkelen.
Om hier mee aan de slag te gaan heeft IJsselmonde-Oost ervoor gekozen het instrument INVRA en de leermethodiek OEB te implementeren. Zie vorige paragraaf. De verandering die hierdoor plaatsvindt in de ondersteuningsstijl is een beweging van ‘zorgen voor’, naar het ontwikkelen van zelfredzaamheid, zelfregie en eigen kracht van de cliënt.

Elektronisch cliëntendossier

Het elektronisch cliëntendossier, ONS van de firma Nedap aangekocht en in gebruik genomen.
Alle medewerkers in het primair proces zijn getraind en hebben instructie gekregen om met het digitale cliëntendossier te kunnen werken. Werkprocessen zijn hierop aangepast en maken dat de zorg efficiënter en meer doelgericht kan worden geleverd.
De implementatie van de onderdelen mbt de directe dienstverlening zijn afgerond verloopt de dossiervorming en zorgregistratie geheel digitaal.
Na invoering van de nieuwe digitale werkwijze zijn de ondersteuningsplannen voor de verschillende vormen van ondersteuning en financieringsvormen gedifferentieerd.
De cliënt is zelf de regiehouder. Dat betekent dat hij in overleg met zijn persoonlijk begeleider bepaald wat er in het ondersteuningsplan komt te staan. Het is nog niet mogelijk om het digitale dossier met de cliënt te delen. Hiervoor wordt de applicatie CarenZorgt geïmplementeerd. Cliënten kunnen nu nog niet inloggen, maar wanneer ze dat willen kunnen ze alles zien.

Beeldvorming

Al in 2016 is een begin gemaakt zorgprofielen toe te koppelen aan huidige cliënten, zodat zorgarrangementen meer op maat geleverd kunnen worden. Doelstelling is om criteria rond huisvesting en begeleidingsstijl te formuleren en te koppelen aan een profiel. Dit om zicht te krijgen op de juiste huisvestingsvormen en begeleidingsmethodieken voor de toekomst. In 2017 is hiermee een start gemaakt ten behoeve van de ontwikkeling van het LTHP.

Klachten

“Een klacht is een gratis advies”. Onder dit motto kennen st. IJsselmonde-Oost en st. Cavent een gezamenlijke Klachtencommissie. De klachtencommissie behandelt klachten van cliënten en/of hun wettelijk vertegenwoordigers. Het doel is een laagdrempelige, onafhankelijke en deskundige klachtenbehandeling te bieden. In 2017 heeft de klachtencommissie geen klachten ontvangen.
Op locatieniveau zijn een tweetal klachten volgens de interne klachtenprocedure naar tevredenheid van de klager opgelost.

Cliëntvertrouwenspersoon

Cliënten kunnen een beroep doen op een (onafhankelijke) cliëntvertrouwenspersoon. Deze is via de LSR structureel verbonden aan st. IJsselmonde-Oost. De cliënt kan met hem/haar zijn onvrede bespreken.
De Cliëntvertrouwenspersoon heeft in 2017 één melding gekregen van één persoon. Dit is het laagste aantal meldingen sinds 2011. Bij de melding kon de cliëntvertrouwenspersoon adequate ondersteuning bieden.

Risico inventarisatie

Voor iedere cliënt wordt in het ECD een risico-inventarisatie gemaakt. Indien er een risico wordt ervaren, wordt deze gewogen en als daar aanleiding voor is in het ondersteuningsplan opgenomen.

Incidenten

Het aantal incidenten over 2017 is opgenomen in onderstaande tabel. Het betreft medicatie-incidenten, agressie-incidenten, Fobo-incidenten, huiselijk geweld & kindermishandeling en meldingen incident medewerker.

Ten opzichte van vorige jaren is het aantal agressiemeldingen afgenomen. De overige routes laten een gelijk beeld zien. Voor de daling van het aantal agressie-incidenten is een mogelijke verklaring. De begeleiding van cliënten die bekend zijn agressie, wordt er gewerkt met behulp een aangepaste wijze van communicatie, waardoor de medewerker de regie kan nemen in agressievolle situaties en de cliënt zich gehoord en gewaardeerd voelt. Daarnaast zijn een aantal cliënten van locatie verhuist, waardoor de ondersteuningsvraag beter en effectiever beantwoord kan worden.

Behalve de vermindering van het aantal agressie meldingen blijft het aantal meldingen in de andere routes in 2017 nagenoeg gelijk aan de uitkomsten van 2016. De oorzaak hiervan is niet bekend. In 2018 zal er onderzoek worden gedaan naar het meldklimaat binnen teams en een applicatie voor het “veilig” melden van incidenten worden aangeschaft.
Er vonden in 2017 geen meldingen plaats van Huiselijk Geweld & Kindermishandeling.

Jaaroverzicht meldingen 2017					
Locatie	**Medicatie**	**Agressie**	**Fobo**	**HG&K**	**MIP**
Meliom	12	9	4	0	0
Lavendel	1	2	1	0	0
Bun	3	4	0	0	0
KSW Barendrecht	2	11	1	0	0
KSW Ridderkerk	3	4	1	0	1
2SUC6	0	1	0	0	0
Work4You	0	0	0	0	0
CK	0	1	0	0	0
Totaal	**21**	**32**	**7**	**0**	**1**

Inspectie voor de Volksgezondheid

Er zijn geen meldingen gedaan aan de Inspectie van Volksgezondheid

Medezeggenschap

De formele zeggenschap van cliënten binnen IJsselmonde-oost is gereorganiseerd door middel van een tweetal cliëntenraden op lokaal niveau en één verwantenraad op centraal niveau. De woonlocaties kennen bewoners-overleggen naast de lokale cliëntenraden.
Met name de verwantenraad wordt vroeg bij (nieuwe) beleidsonderwerpen betrokken, zodat er gezamenlijk opgetrokken kan worden. Onderwerpen waarop op deze wijze advies is gegeven zijn: de begroting, aanschaf en inrichting CarenZorgt. Speciale aandacht is er voor het ontwikkelen van "familiebeleid". De bedoeling is dat het familiebeleid vanaf 2018 mede koersbepalend zal zijn voor de beleidsprioriteiten van de gehele stichting.

Omdat de traditionele vormen van medezeggenschap niet altijd aansluiten bij de verschillende doelgroepen en de visie op (mede) zeggenschap van cliënten en verwanten van IJsselmonde-oost zullen er ook alternatieve vormen van medezeggenschap gerealiseerd worden. In dit kader zal het beleid medezeggenschap geactualiseerd worden.
Samen met de cliënten en verwanten zoekt IJO naar de wenselijke vorm om medezeggenschap zo dicht mogelijk bij de dagelijkse leefomgeving en de dagelijkse beslissingen te brengen.

4 Bouwsteen Teamreflectie

De Bouwsteen Teamreflectie is het nieuwe element in het kwaliteitskader. 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.

IJsselmonde-oost heeft 5 teams, die Wlz-cliënten ondersteunen, uitgenodigd om deel te nemen aan de teamreflectie. Alle teams hebben hieraan meegedaan. Gegevens uit Bouwsteen 1 en Bouwsteen 2 vormen input voor de teamreflectie. Andere uitkomsten zoals het een medewerkersonderzoek kan hierin ook meegenomen worden, maar die gegevens waren in 2017 niet voor handen.

Met behulp van "post-it" sessies en een onafhankelijk procesbegeleider zijn de teamreflecties uitgevoerd.

Hieronder volgt een korte introductie. In de daarop volgende paragraaf geven we een overzicht van de uitkomsten weer. We doen dit op basis van de hoofdlijnen van wat er in de teams aan de orde is geweest, ook in relatie tot de andere bouwstenen.

Reflectie voor teams is jezelf de vraag stellen: welke bijdrage lever je als team aan het leveren van goede zorg:
- Wat merkt de cliënt ervan?
- Welke meerwaarde heeft het voor de cliënt?

Bij reflecteren gaat het om steeds terug te kijken op, en jezelf en je team vragen te stellen over hoe jij /je team aan het werk bent en wat daarvan de achtergronden zijn?
Het team maakt zelf de keuze welk thema zij tijdens de reflectie centraal stelt. De thema's waaruit gekozen kan worden zijn:
1. Zorgvuldig proces rond cliënten
2. Zicht op veilige zorg
3. Kwaliteit van bestaan
4. De kwaliteit van de relatie tussen cliënt en medewerkers
5. Een (succesvol) proces binnen het team
6. Onvrijwillige zorg
7. Eigen keuze voor een ander thema

Uitkomsten van de teamreflecties.

Trots punten

- Betrokkenheid voor cliënt, cliënt staat centraal, we respecteren de wens van de cliënt, aansluiten bij interesses, rekening houden met de persoon / wat zijn de persoonlijke wensen, er is aandacht voor de wil van de cliënt.
- Samenwerken
- Werken vanuit het hart, betrokken, menselijk (sociaal)
- Veiligheid en onderling vertrouwen
- Vertrouwen in elkaar en werkwijze
- Gebruik maken van elkaars kennis en kwaliteiten

(door) Groeipunten

- Rekening houden met wensen cliënt, in gesprek blijven ook tussendoor vragen wat wil / kan, afstemmen op wensen
- Omdenken, “Out of the Box- denken”
- Competenties, ontwikkelen kennis en vaardigheden
- Doorgroeien van cliënten (zelfbepaling, mogelijkheden, support)
- Verdiepen in problematieken
- INVRA, Op Eigen Benen
- Beste, passende begeleiding bieden aan cliënten
- Zelforganisatie van het team
- Methodisch werken (met ONS)

Ontwikkelen

- Feedback: hulp vragen, luisteren, teamoverleg onderling, kwetsbaar durven opstellen
- Dagbesteding, werk, zinvolle activiteiten, vrije tijd
- Afstand verkleinen tussen cliënt en maatschappij, participatie
- Kennis en vaardigheden vergroten dmv scholing
- Contact met verwanten.

Dit zijn de belangrijkste thema’s:

Hoe gaan we dit vorm geven?

Ieder team heeft haar individuele doelstellingen uitgewerkt in een aantal ontwikkelpunten. Deze punten zijn opgenomen in het jaarplan van de locatie en worden met behulp van kwartaalrapportages en (management)gesprekken gemonitord.

Op organisatieniveau is er een over-all scholingsplan opgesteld waarin de wensen en vragen ten aanzien van ontwikkeling en verdieping van teams zijn verwerkt. Meer en daadwerkelijk samenwerken met cliënten en verwanten wordt ondersteund door het vergroten van de kennis en vaardigheden bij medewerkers door het volgen van een cursus driehoekswerken en het ontwikkelen van familiebeleid. Voor dit laatste ligt het initiatief bij cliënten en verwanten, ondersteund door de organisatie. Het traject naar meer en gerichtere zelforganisatie bij teams is ingezet.

Eerste ervaringen met teamreflectie.

Een belangrijke verandering is dat teamreflectie is opgenomen als nieuwe bouwsteen in het kader. Diverse organisaties hebben al 1 jaar geëxperimenteerd met het nieuwe kwaliteitskader (de proeftuinen), allemaal op hun eigen manier. Soms was dat vormvrij voor de teams, soms al meer gestructureerd."

De teams binnen IJsselmonde-oost zijn enthousiast over het reflecteren op haar eigen handelen: "De eerste ervaringen zijn positief, het geeft teams energie. Het was soms zoeken naar: Wat is teamreflectie? Wat is het verschil met evaluatie? Welk thema pakken we op voor reflectie?

In 2017 en 2018 zijn de teamreflecties voor het eerst uitgevoerd. Dit is een nieuw proces voor de teams. Zij hebben hieraan moeten wennen en in een vrij kort tijdsbestek vorm gegeven. Wij verwachten dat na de evaluatie van de teamreflecties (waarbij ook de wijze van uitvoering middels een gespreksleidraad wordt geëvalueerd en waar nodig aangepast) de uitvoering van de teamreflecties een verbeterslag kan maken in 2018. Er kan dan daadwerkelijk gekeken worden welke genoemde verbeteracties die uit de teams naar voren zijn gekomen zijn opgepakt en tot welke resultaten dit heeft geleid.

5 Borging in de kwaliteitsagenda 2018

IJsselmonde-Oost is goed op weg om zich te professionaliseren op de beschreven aspecten, maar we zijn er nog niet. Het volgende cliëntervaringsonderzoek, gepland voor het laatste kwartaal van 2018, zal ons verder de richting wijzen waarin te gaan.
Daarbij zal de pas opgezette afdeling 'Clientbelangen' naar verwachting een belangrijke rol gaan spelen voor IJsselmonde-Oost.
Ondersteuning van cliënt medezeggenschap, klachtenbehandeling, incidentbehandeling cliëntgerichte communicatie en instroom zijn vanaf eind 2017 allemaal bij deze afdeling ondergebracht om de stem van de (aanstaande) cliënt des te krachtiger te laten klinken binnen de organisatie.

Voor de komende jaren zullen daarnaast de volgende beleidsdoelstellingen voor cliënten kwaliteit verhogend werken:

- St. IJsselmonde-Oost zal haar ondersteuningsaanbod verbreden, zodat een bredere groep mensen met een hulpvraag bij de stichting aan kan kloppen. Ondersteuning aan mensen met verward gedrag zal hierbij speerpunt zijn.
- St. IJsselmonde-Oost zal een actief verbindende rol spelen in het 'middenveld' tussen de sectoren, zorg & welzijn, Wmo en Wlz en langdurige en kortdurende opvang in de regio Barendrecht, Albrandswaard, Ridderkerk.
- St. IJsselmonde-Oost zal regionale bekendheid verwerven als organisatie die zich inzet voor een samenleving, waarin kwetsbare mensen een zichtbaar positieve maatschappelijke rol vervullen.
- St. IJsselmonde-Oost zal haar panden vernieuwen op een manier die bij het bovengenoemde toekomstplaatje past.

Voor wat betreft de blijvende ontwikkeling van reflectief vermogen binnen de organisatie is IJsselmonde-Oost, net zoals collega zorgaanbieders, afhankelijk van het aanbod van voldoende geschoold personeel op de arbeidsmarkt, het binden en boeien van medewerkers en het terugdringen van het ziekteverzuim.

IJsselmonde-oost kent een boven de branche gemiddeld ziekteverzuim. De oorzaak ligt met name in de in het percentage verzuim langer dan een jaar. Deze is slechts ten dele gerelateerd aan de werksituatie. Maar ook de ervaren werkdruk is soms een reden voor medewerkers zich ziek te melden.

Het terugdringen van kortverzuim is aandachtpunt geweest in 2017. Voor dit laatste punt worden ook het komend jaar de volgende acties ondernomen: verbeteren van verzuimbegeleiding en intensieve en effectieve samenwerking met de ARBO-dienst. Preventief wordt ingezet: het vergroten van de regelmogelijkheden binnen teams en het opzetten van een “flexpool” om voldoende en kwalitatieve goede vervanging te organiseren bij verzuim.

De indiensttreding van voldoende geschoold personeel zal gezien de huidige tekorten op de arbeidsmarkt en de slechte reputatie van werk in ‘de zorg’ nog een hele toer worden voor de sector.

5.1 Borging kwaliteitsagenda 2018

St. IJsselmonde-oost heeft de afgelopen jaren een beleidscyclus ontwikkeld waarin de Deming- of PDCA cirkel wordt doorlopen en die gericht is op een integrale plaats voor het thema kwaliteit.

Belangrijk onderdeel voor het verkrijgen van een actueel en nauwkeurig inzicht in de kwaliteit van de organisatie is de ontwikkeling van integrale kwartaalrapportage en het managementgesprek. Deze ontwikkeling is in 2017 ingezet en zal in 2018 zijn beloop krijgen. Met het doorlopen van de beleidscyclus en een integrale kwartaalrapportage hebben bestuurder en MT een nauwkeurig beeld over de kwaliteit van dienstverlening in de breedste zin van het woord. Ook worden eventuele verbeteropgaven op team-, locatie- en organisatieniveau inzichtelijk.

St. IJsselmonde-oost beschikt over een HKZ-VG 2008 certificaat, dat medio 2018 omgebouwd zal worden naar een generiek ISO 9001:2015 certificaat. Overeenkomstig de eisen uit het kwaliteitskader publiceert haar (eerste) kwaliteitsrapport.

5.2 Externe visitatie

Een ondersteunende rol hierbij kan de externe visitatie spelen. IJsselmonde-oost ziet in dit middel een prima mogelijkheid om “van buitenaf” mee te laten kijken of de doelen van de organisatie zichtbaar zijn en of de beoogde ontwikkeling die in gang is gezet bijdraagt aan een verhoogde kwaliteit van dienstverlening. De criteria, methodiek en vorm voor de externe visitatie worden in 2018 ontwikkeld en begin 2019 uitgevoerd, zodat deze meegenomen kan worden in het kwaliteitsrapport over 2018.

6 Reflectie op dit kwaliteitsverslag

6.1 Reflectie cliënten en verwanten

Met de verwantenraad is een eerste conceptversie van het rapport gedeeld, waarna de feedback is verwerkt. De raad geeft aan dat de stand van zaken met betrekking tot de kwaliteit van de dienstverlening helder is en wordt herkend. Verder wordt de inhoud ervaren als duidelijk en te begrijpen: “Een prachtig rapport waar we mee verder kunnen”.

In de dialoog over het rapport heeft de verwantenraad een aantal aandachtspunten meegegeven, dit zijn:

- Wij vinden het belangrijk dat we als stichting vanuit een christelijke achtergrond werken. Dit uitgangspunt moet bewaakt en concreet vorm worden gegeven.
- In het rapport, onder andere in het onderdeel teamreflectie, komt samenwerking met verwanten aan de orde. De raad vindt het versterken van de kwaliteit van de relatie tussen medewerker en verwant zeer belangrijk. Dit omdat we steeds meer willen gaan werken vanuit de driehoek (cliënt medewerker verwant).
- De invoering van de methodiek “op eigen benen” wordt ervaren, gezien en de eerste ervaringen zijn positief. De verwantenraad vind het van belang dat, naast de methodiek OEB, bekeken wordt of aanpassingen noodzakelijk zijn, eventueel een aanvullend instrument, om alle cliënten daadwerkelijk te kunnen betrekken. De methodiek moet passend zijn voor de cliënt en zijn ondersteuningsvraag.
- Dit jaar is de verwantenraad betrokken bij de ontsluiting van het elektronisch cliënten dossier voor cliënten en verwanten. Dit is als positief ervaren en de raad wil hier graag bij betrokken blijven, zeker waar dit gaat over het regiehouderschap van de cliënten.

6.2 Reflectie ondernemingsraad

De ondernemingsraad heeft gereflecteerd op een eerste conceptversie van dit rapport. De hoofdlijnen die zijn weergegeven worden herkend en gedeeld. De feedback van de OR is in deze definitieve versie van het rapport verwerkt.

Onderschreven wordt dat de positie en rol van de medewerkers van IJsselmonde-oost belangrijk is en dat er in het afgelopen jaar geïnvesteerd is in scholing en training. Aandachtspunten zijn:

- Zelforganisatie, deze is zeker nog niet bereikt maar nog volop in ontwikkeling en groei. Aandacht voor de positie van de medewerkers moet in het oog worden gehouden.
- Medewerkers bekijken kwaliteit veel, zo niet altijd, in relatie tot de cliënt, het netwerk, de organisatie en de medewerker zelf. Medewerkers kijken daarbij zowel vanuit het systeemdenken (afspraken, regels) als vanuit het zorg-ethische denken, waarbij spanningen worden ervaren.
- Er bestaat een wens om praktische “tools” aangereikt te krijgen om “de bedoeling van de organisatie” vorm te geven.

6.3 Reflectie Raad van Toezicht

In het kader van het verkrijgen van een breed draagvlak binnen de gehele organisatie is de inhoud van het kwaliteitsrapport ook besproken met de voltallige Raad van Toezicht. Zij hebben geflecteerd op de hoofdlijnen van het rapport en feedback gegeven op de beschreven inhoud en kwaliteit van de dienstverlening.

Thema’s die hierbij besproken aan de orde zijn gekomen:

- Het rapport geeft in basis weer welke “omslag “ IJsselmonde-oost wil maken voor wat betreft de invulling van het begrip kwaliteit vanuit de Protestants Christelijke waarden. In het rapport ziet men het dilemma terug om enerzijds deze visie neer te zetten en te concretiseren en anderzijds de verplichte onderdelen vanuit het Kwaliteitskader te verwerken. De RvT geeft de organisatie mee om zich de vraag te blijven stellen; Wat draagt (ook in de verplichte externe) verantwoording bij een goed leven van cliënten en wat is (ongewenste) ballast.
- De identiteit van organisaties is een uitingsvorm van cultuur en manifesteert zich in werkrelaties, persoonlijke behoeftes, karakters en kwaliteiten van mensen. Deze eigenheid van IJsselmonde-oost mag meer aandacht krijgen, zeker waar het gaat om de definiëring van kwaliteit van zorg, dienstverlening.

7 Geraadpleegde bronnen

- Elektronisch Cliënten Dossier O.N.S. van IJsselmonde-oost
- Rapportage cliëntervaringsonderzoek Effectory
- Rapportage teamreflectie IJsselmonde-oost 2017-2018
- Rapportage incident meldingen 2017 IJsselmonde-oost
- Handreiking Kwaliteitsrapport en externe visitatie: in het kader van het kwaliteitskader gehandicaptenzorg 2017-2022
- Samen maken we de zorg steeds beter; Samenvatting Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022