



ZORGGROEP
DE STELLING
WERVEN

Z o r g g r o e p d e S t e l l i n g w e r v e n

Kwaliteitskaderverslag Gehandicaptenzorg 2020



Voor u ligt het kwaliteitskadersverslag 2020 van Zorggroep de Stellingwerven.

Afgelopen jaar heeft grotendeels in het teken gestaan van Corona en de impact daarvan op onze organisatie. Het heeft veel aanpassingen gevraagd in onze werkwijze. De continuïteit van zorg werd één van de belangrijkste pijlers, met natuurlijk aandacht voor de gezondheid van collega's en cliënten. Gebleken is dat we ons goed staande hebben gehouden, waarbij onze visie en kernwaarden nadrukkelijk aanwezig waren.

Iedereen telt en doet mee! Bij Zorggroep de Stellingwerven zijn we ervan overtuigd dat iedereen met een beperking volwaardig mee kan doen met de maatschappij. Daar waar nodig met ondersteuning, dit betreft altijd maatwerk en is te allen tijde gericht op het verwerven en behouden van een eigen plek met optimale zelfredzaamheid en autonomie. Wij geloven dat dit mogelijk is door aan te sluiten bij de individuele mogelijkheden en bij te dragen aan ontwikkeling. Dit doen we door respectvol te zijn, naast de cliënt te staan en ons te laten leiden door mogelijkheden. Hierin zijn we vindingrijk, sluiten we zorgvuldig aan bij de behoefte van de cliënt en doen we dit met een optimale betrokkenheid. Wij kijken bij voorkeur naar voorliggende voorzieningen en werken graag samen met belangrijke anderen.

ENKELE FEITEN

In 2019 hebben we een stagnatie in de productie geconstateerd. Nu kunnen we vaststellen dat we in 2020 de beoogde groei hebben doorgemaakt. De bedbezetting is eind 2020 bijna 100%. Wel hebben we een terugloop vastgesteld in de ambulante (WMO) begeleiding.

Daarnaast hebben we een aantal interne wijzigingen op verschillende posities doorgevoerd. Dit heeft bijgedragen aan de benodigde professionalisering op de onderdelen HR, intake en plaatsing en van de teamcoördinatoren. Er is een kostenbesparing doorgevoerd op de onderdelen communicatie en ICT.

In kwartaal 4 van 2020 heeft er een medewerkers- en cliënttevredenheidsonderzoek plaatsgevonden. De uitkomst hiervan zullen we vertalen in onze strategische ambitie voor 2021-2022. Hierbij valt te denken aan de interne en externe communicatie, zorgvuldigheid, transparantie in processen en besluitvorming en het voldoende zichtbaar zijn.

Marieke Osinga
Directeur Zorggroep de Stellingwerven

Inhoud

1	INLEIDING
3	SAMENVATTING
4	HET JAAR 2020. WE ZIJN TROTS OP...
7	KWALITEITSMANAGEMENTSYSTEEM
8	FEITEN EN CIJFERS
9	EXTERNE & INTERNE ONTWIKKELINGEN
14	VISIE EN STRATEGIE
	BOUWSTENEN
17	Zorgproces rondom de individuele cliënt
25	Cliëntervaringen
28	Zelfreflectie in teams
30	Externe visitatie
32	JEUGD
34	REFLECTIE RVC
36	VERBETERPUNTEN 2021
37	AFKORTINGENLIJST
38	BRONVERMELDING

INLEIDING

Zorggroep de Stellingwerven (ZDS) is 15 jaar geleden opgericht ‘aan de keukentafel’ als kleinschalige aanbieder van ambulante begeleiding in de regio de Stellingwerven. Inmiddels is ZDS uitgegroeid tot een middelgrote zorgaanbieder met meerdere locaties in West- en Ooststellingwerf. Er wordt zorg geboden aan 300 cliënten. Binnen de organisatie zijn 90 medewerkers werkzaam. De zorgactiviteiten bestaan uit: ambulante begeleiding, beschermd wonen, behandeling, dagbesteding en groepsactiviteiten.

ZDS biedt in de regio Zuid-Oost Friesland en omstreken begeleiding aan cliënten met een (licht) verstandelijke beperking veelal in combinatie met psychische problematiek. De geleverde zorg wordt vanuit de Wet Langdurige Zorg (Wlz), de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP) of de Jeugdwet (JW) gefinancierd. ZDS is ISO gecertificeerd (ISO9001:2015) en beschikt over een Wtzi toelating.

In dit kwaliteitskadersverslag worden de bouwstenen uit het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg als uitgangspunt genomen om te laten zien hoe de kwaliteit van de zorg in de organisatie is vormgegeven. Het verslag is zowel bedoeld voor het intern verbeteren van de zorg alsook voor externe verantwoording.

De doelgroep Jeugd heeft de afgelopen jaren een enorme groei doorgemaakt binnen de organisatie. Zowel in aantallen cliënten als in het aanbod voor jeugd. Deze groep valt niet onder het Kwaliteitskader gehandicaptenzorg. Het betreft echter wel een belangrijke doelgroep binnen ZDS en daarom nemen wij deze specifieke groep cliënten mee in een daarover apart beschreven hoofdstuk.



SAMENVATTING

EVALUATIE VERBETERPUNTEN 2019

In 2019 zijn vijf verbeterpunten opgesteld voor 2020. Door de uitbraak van het Coronavirus is het niet gelukt om alle verbeterpunten de aandacht te geven zoals was gepland. De prioriteit lag langere tijd volledig bij het buiten de deur houden van het Coronavirus en het waarborgen van de continuïteit van de zorg. Daardoor was de focus ook veelal intern gericht. Ondanks de interne focus is er wel aandacht geweest voor de doelgroepcommunicatie en de implementatie van het cliëntenportaal.

De kwartaalrapportages zijn verder ontwikkeld en bevatten inmiddels onmisbare stuurinformatie voor de hele organisatie. Het cliënt- en medewerkerstevredenheidsonderzoek zijn uitgevoerd. ZDS is blij met de behaalde resultaten en de ontvangen feedback. Het doelgericht rapporteren en de kijkjes in keukens zullen in 2021 weer onder de aandacht worden gebracht.

EXTERNE EN INTERNE ONTWIKKELINGEN

Ieder jaar worden de jaarlijkse verantwoordingen gedaan over de geleverde zorgprestaties. De IGJ heeft in augustus toezicht uitgevoerd om te bepalen op ZDS voldoet aan de randvoorwaarden om verantwoorde jeugdhulp te bieden. De IGJ heeft geconcludeerd dat ZDS het goed doet waar het gaat om de kwaliteit van de jeugdhulp. Binnen het thema goed bestuur heeft de IGJ een verbeterpunt genoemd. Hier heeft ZDS al de nodige acties op uitgezet.

ZDS is lid geworden van VGN en heeft de externe ISO 9001:2015 audit goed doorlopen.

De Wet Zorg en Dwang (WZD) is geïntroduceerd, er is een WZD functionaris aangesteld en alle teams zijn geïnformeerd. Binnen HR zijn alle processen herzien om efficiënter te kunnen werken en meer aandacht te kunnen besteden aan de zorg voor de medewerkers.

Een aantal functiebeschrijvingen wordt in 2021 herzien in samenwerking met externe partij Zorgorganisatie. Eind 2020 is ZDS een samenwerking aangegaan met Dokterswerk met als doel de verzuimbegeleiding beter en efficiënter vorm te geven. Voor medewerkers is vanuit Emergenz een vertrouwenspersoon aangesteld.

Om beter aan te kunnen sluiten bij de doelgroep is het team Drugs & Verslaving opgericht en opgeleid. Alle cliënten hebben een eigen zorgplan wat sinds 2019 volledig is geïntegreerd in het ECD (elektronisch cliëntdossier). Het afgelopen jaar is het hele proces geëvalueerd om zo nog beter uitvoering te kunnen geven aan het zorgplan.

In 2020 zijn 15 cliënten ingestroomd in de WLZ GGZ.

VISIE EN STRATEGIE

Door een stagnatie in de totale productie en de toenemende kosten heeft een herijking van de strategie plaatsgevonden. Hierbij gaat de focus van intern meer naar extern. Het verstevigen en verankeren van de positie die ZDS in de markt wil innemen, de groei van ambulante begeleiding en behandeling, kostenbeheersing en efficiënt werken van werkprocessen gaat in 2021 prioriteit krijgen.

BOUWSTEEN 1 ZORG RONDOM DE INDIVIDUELE CLIËNT

Het was voor cliënten een bijzonder jaar waarin zij te maken kregen met veel veranderingen. Wij zijn trots op de manier waarop cliënten hiermee om zijn gegaan. Cliënten hebben zoveel mogelijk dagbesteding kunnen volgen en op de woonlocaties zijn activiteiten georganiseerd. De ambulante teams zijn op huisbezoek blijven gaan en ook de behandelingen zijn voortgezet. Soms op afstand maar meestal face to face. De enorme inzet vanuit de teams en de cliënten heeft ervoor gezorgd dat we de continuïteit van de zorg zo goed mogelijk hebben kunnen waarborgen. Ondanks dat de prioriteit bij het beheersen van de gevolgen van het coronavirus lag, was er toch ruimte voor een aantal ontwikkelingen. Zo is het Cliëntportaal geïmplementeerd, het project Voel je Goed is succesvol afgerond en er is een start gemaakt met 'naar de top'-trainingen van LFB waar cliënten leren vanuit hun eigen kracht te groeien.



VEILIG WERKEN EN LEVEN

Binnen ZDS is doorlopend aandacht voor de veiligheid van de medewerkers en cliënten op alle gebieden.

De aandachtsfunctionarissen medicatieveiligheid zijn op de locaties verantwoordelijk voor een veilige uitvoering van het medicatiebeleid. De gedragscode voor medewerkers is met een werkgroep herzien.

Er zijn in 2020 126 incidenten gemeld. Naar aanleiding van deze meldingen zijn verbeteracties ondernomen om het aantal medicatie gerelateerde incidenten te verminderen en het incidentmeldingsformulier is aangepast om beter zicht te krijgen op de oorzaak van een incident.

BOUWSTEEN 2 CLIËNTERVARINGEN

In 2020 is het cliëntervaringsonderzoek uitgevoerd door ZorgfocuZ. Wooncliënten waarderen de algemene tevredenheid met een 7,6. Ambulante cliënten waarderen dit met een 8,3. Als belangrijkste verbeterpunt wordt communicatie genoemd.

De cliëntenraad van ZDS bestaat uit 7 cliënten en heeft als doel de belangen te behartigen van alle cliënten, ervaringskennis te delen en de organisatie daarop te toetsen.

In 2020 zijn in totaal 5 klachten behandeld. Hiervan zijn er 4 naar tevredenheid van alle partijen opgelost.

BOUWSTEEN 3 ZELFREFLECTIE IN TEAMS

Alle teams hebben in 2020 keihard gewerkt om de continuïteit van de zorg voor de cliënt te kunnen waarborgen. Intervisie is doorgegaan en kon door beeldbellen worden bijgewoond. Een aantal medewerkers hebben een opleiding afgerond of is gestart met een opleiding. Kijkjes in de keuken zijn dit jaar vooral kijkjes in eigen keuken geweest. Voor 2021 staan de kijkjes bij elkaar in de keuken weer op de planning.

De medezeggenschap heeft in 2020 verder vorm gekregen in de vorm van een alternatief op de traditionele ondernemingsraad. Vanuit ieder team is iemand vertegenwoordigd. In 2020 zijn drie personeels-bijeenkomsten georganiseerd die digitaal bij te wonen waren door alle medewerkers.

Het jaar 2020. Wij zijn trots op....

In 2019 zijn een aantal doelen opgesteld voor 2020. Hieronder wordt beschreven op welke manier aan deze verbeterpunten is gewerkt en welke resultaten zijn behaald. Als gevolg van de coronapandemie heeft de focus minder dan gepland gelegen op de verbeterpunten. Een groot deel van de verbeterpunten zal dan ook in 2021 opnieuw als doel worden meegenomen. Verderop in het verslag zullen de onderstaande onderwerpen nog uitgebreider beschreven worden.

BEHANDELING OP DE KAART

Om de geboden behandelvormen meer en beter onder de aandacht te brengen is het project 'Behandeling op de kaart' gestart. Begin 2020 stonden een aantal bijeenkomsten gepland met stakeholders om onze behandelvormen kenbaar te maken. Helaas konden deze bijeenkomsten niet doorgaan door de coronapandemie. Intern is wel veel aandacht geweest voor het professionaliseren van behandeling. Twee medewerkers zijn gestart met de opleiding IAG en de aansturing en coördinatie van alle behandelvormen is belegd bij de teamcoördinator jeugd zodat er meer eenduidigheid is en focus op behandeling. Voor 2021 blijft dit doel staan.



KIJKJES IN DE KEUKEN

Alle teams hebben een plan gemaakt om in 2020 uitvoering te geven aan 'de kijkjes in de keuken'. Het doel van deze kijkjes in de keuken is vooral leren van elkaar. Helaas is dit er het afgelopen jaar niet van gekomen omdat het niet toegestaan was om andere locaties te bezoeken. Door deze omstandigheden was de focus vooral gericht op de "eigen keuken" en ook dat heeft mooie reflecties opgeleverd. De aandachtsfunctionarissen medicatie hebben regelmatig contact met elkaar over hoe het gaat op de locaties. Ook de roosteraars zijn een samenwerking aangegaan om beter zicht en meer grip te krijgen op de ingezette uren en de inzet van de medewerkers in de flexpool. In 2021 wordt deze samenwerking nog uitgebreid door het aanstellen van een coördinator die de andere roosteraars gaat coachen op een eenduidige werkwijze waarbij het systeem zo optimaal mogelijk wordt benut.



DOELGROEPCOMMUNICATIE

In 2020 is het cliëntportaal geïmplementeerd. Via het cliëntportaal hebben alle cliënten toegang tot hun eigen dossier. In het implementatietraject is actief aandacht besteed aan de bekendheid van het portaal en het stimuleren van cliënten om gebruik te gaan maken van het cliëntportaal. In de praktijk blijkt het niet voor iedere cliënt wenselijk en haalbaar te zijn om in te loggen. Eind 2020 waren er circa 50 cliënten die actief gebruik maakten van het cliëntportaal. Het meer actief gebruik gaan maken van het cliëntportaal en het portaal inzetten als medium voor cliëntcommunicatie wordt een doel voor 2021.



DOELGROEPGERICHT RAPPORTEREN

Het leren om (meer) doelgericht te rapporteren is al lange tijd een opleidingsvraagstuk binnen ZDS. In 2020 is de SOAP methode geïntroduceerd. Alle zorginhoudelijk medewerkers hebben via onze ZDS academy een e-learning gevolgd. De theorie rondom de SOAP blijkt in de praktijk onvoldoende aan te sluiten, met name binnen de ambulante teams. In 2021 zal een vervolg worden gegeven aan dit thema. Hierin komt niet alleen het doelgericht rapporteren aan bod. Ook het organisatiebreed methodisch werken (waaronder doelgericht rapporteren) zal worden opgepakt onder andere in een gerichte training/opleiding voor de zorginhoudelijk begeleiders.

DOORONTWIKKELEN KWARTAALRAPPORTAGES

De kwartaalrapportages zijn in 2020 een belangrijk en onmisbaar onderdeel geworden van de stuurinformatie binnen de organisatie. In de kwartaalrapportage komen o.a. de volgende onderdelen aan bod:

- Interne organisatieontwikkelingen
- Besluitenlijst
- Verzuim
- Scholing
- Totaal aantal cliënten, instroom en uitstroom
- Bedbezetting
- Aantal actuele zorgplannen
- Productiviteit ambulant
- Interne audits
- Incidenten en klachten.

De kwartaalrapportages worden ieder kwartaal besproken binnen het managementteam en met de teamcoördinatoren. De teamcoördinatoren bespreken de rapportages vervolgens weer in de teams. Iedere kwartaalrapportage is terug te vinden op intranet. De kwartaalrapportage wordt ook met de cliëntenraad gedeeld en besproken.

Ondanks de kwaliteitsslag die in 2020 in de kwartaalrapportages is gemaakt, blijven de onderdelen en de inhoud daarvan in ontwikkeling. In 2021 zal onder andere het onderdeel “zicht op en inzicht in de plus en min uren per afdeling/locatie” aan de kwartaalrapportage worden toegevoegd.

CLIËNTTEVREDENHEIDSONDERZOEK (CTO)

Dit jaar was het doel om het cliënttevredenheidsonderzoek (hierna CTO) uit te voeren met een methode die goed aansluit bij de doelgroep en waar concrete informatie uit naar voren komt. Door alle beperkingen als gevolg van het Coronavirus waren er niet veel mogelijkheden. Er is toen besloten om hetzelfde CTO onderzoek in te zetten als in 2018. Twee leden van de cliëntenraad zijn aangesloten tijdens de voorbereiding en samen met ZorgfocuZ zijn de vragen opgesteld.

De uitkomsten van het CTO zijn te lezen in het hoofdstuk cliëntervaringen. Het doel voor 2022 is om het CTO uit te voeren op een manier die passend is voor de cliënten. In 2021 zal hier in samenspraak met de cliëntenraad vorm aan worden gegeven.

MEDEWERKERSTEVREDENHEIDSONDERZOEK (MTO)

Het uitvoeren van een medewerkerstevredenheidsonderzoek (hierna MTO) stond voor ZDS al langere tijd op de planning. Het inventariseren van de tevredenheid en werkbeleving zijn voor ZDS van groot belang. ZorgfocuZ heeft eind 2020 het MTO in opdracht van ZDS uitgevoerd. De resultaten zijn te lezen bij Bouwsteen 3: zelfreflectie in teams.

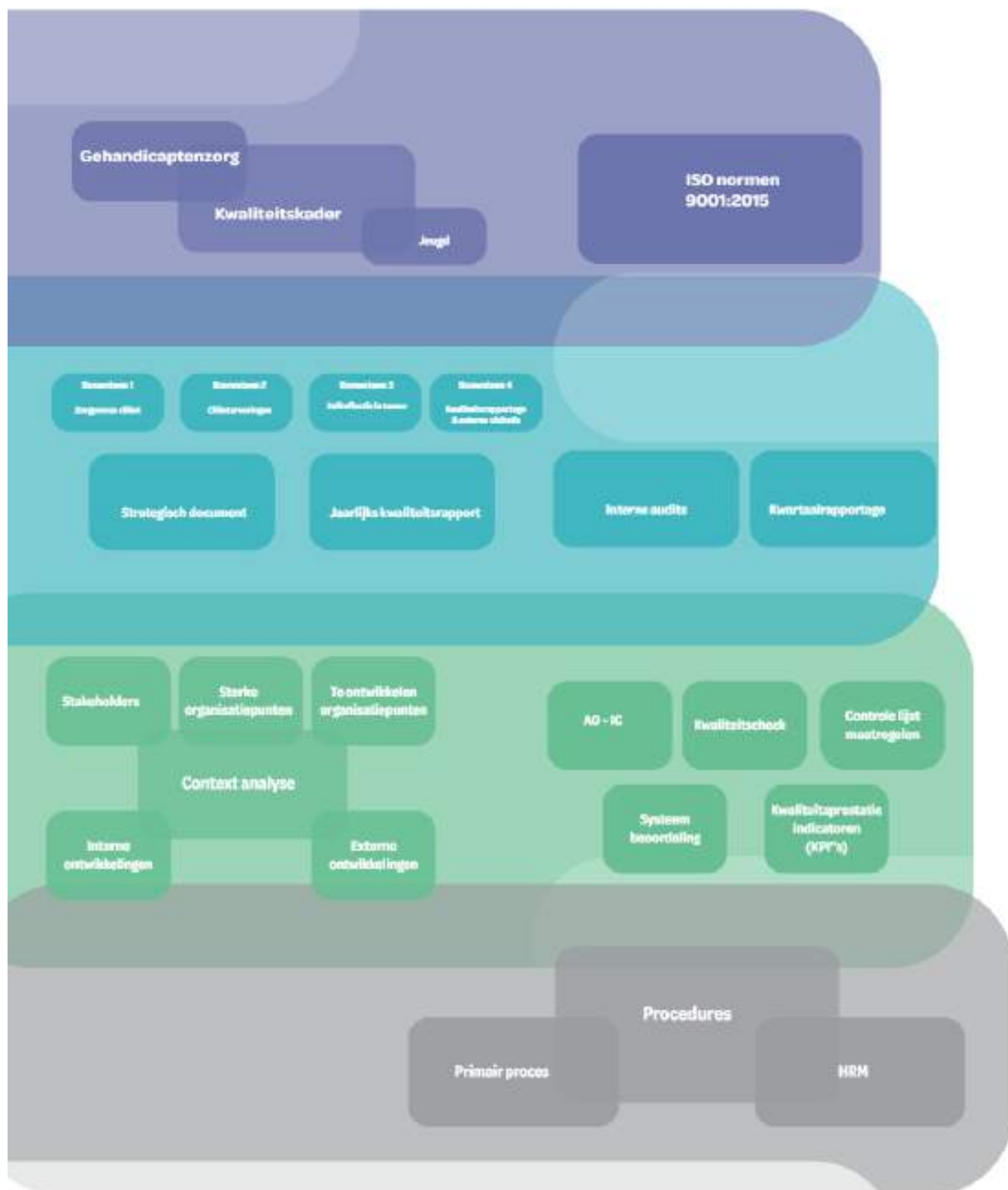
SPEERPUNTEN COMMUNICATIE

Door de omstandigheden die bijeenkomsten en vergaderingen niet toelieten ontstond een nieuwe situatie waarbij alle medewerkers inventief moesten zijn in het gebruik van alternatieve communicatiemiddelen. Het intranet, nieuwsbrief voor cliënten en het gebruik van Teams is enorm toegenomen.

Overlegstructuren zijn uitgewerkt en aangepast om zo de efficiëntie te vergroten. Medezeggenschap van medewerkers heeft vorm gekregen. In 2020 zijn drie personeelsbijeenkomsten georganiseerd.



Kwaliteitsmanagement systeem



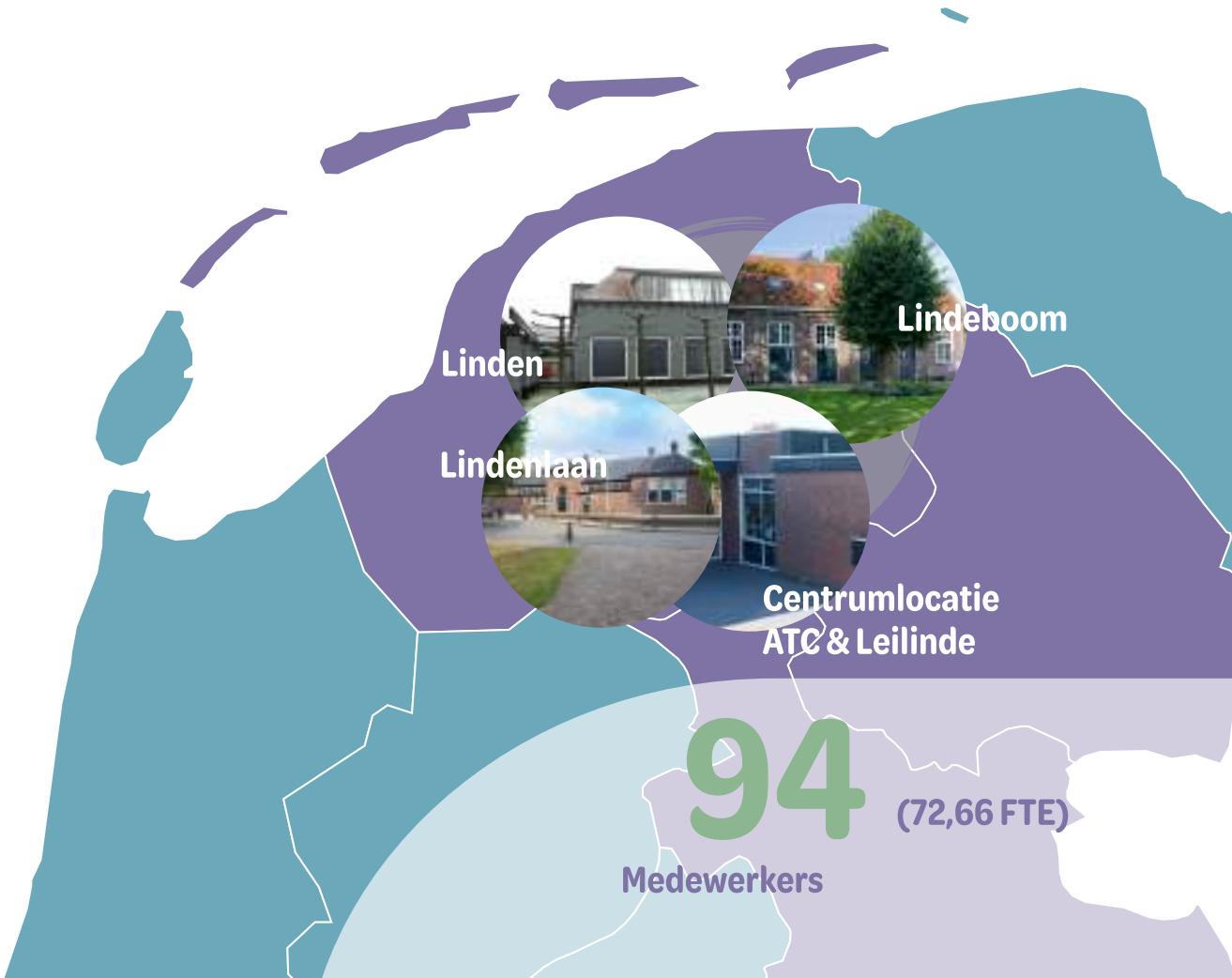
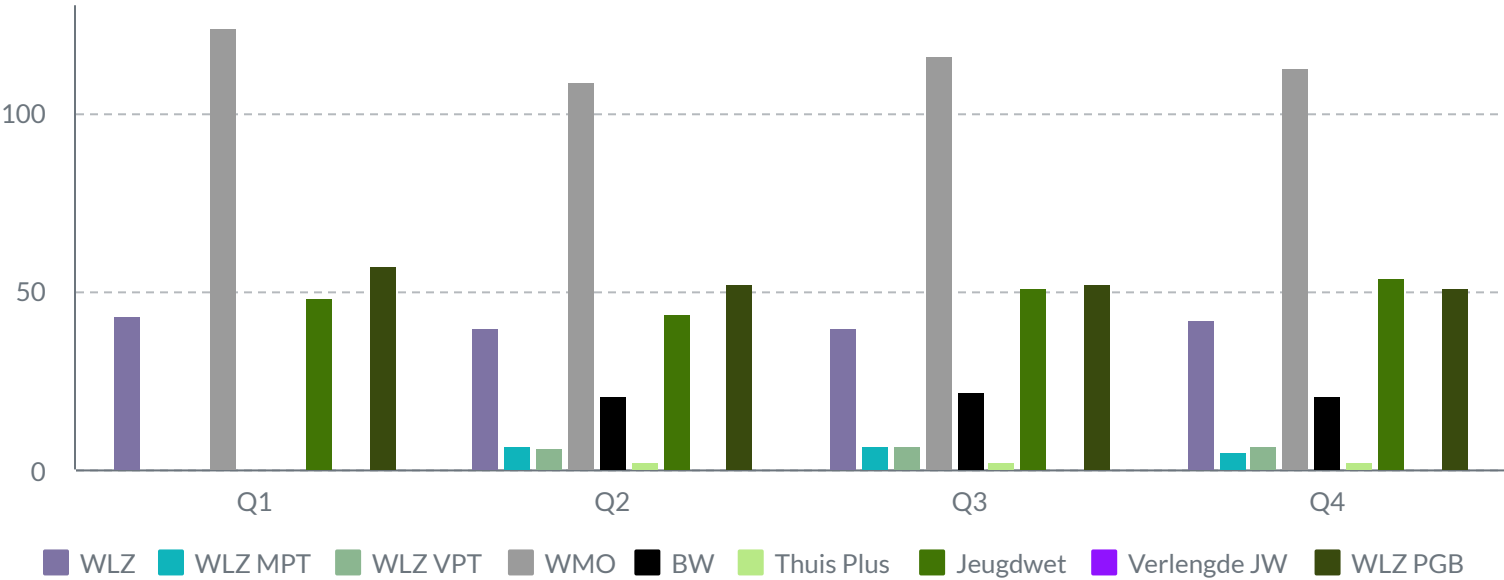
FEITEN EN CIJFERS

Zorggroep de Stellingwerven is opgedeeld in twee entiteiten:

- Zorggroep de Stellingwerven Wonen en
- Zorggroep de Stellingwerven.

De woonlocaties vallen onder ZDS Wonen, de overige functies onder ZDS.

286
Cliënten gemiddeld.



94
(72,66 FTE)
Medewerkers

Externe en interne ontwikkelingen 2020

ONZE CONTRACTPARTNERS

Organisatie	Ingangsdatum	Einddatum
Gemeente Heerenveen Wmo	1-1-2019	31-12-2021
Zorgkantoor Friesland	1-1-2018	31-12-2020
Zorgkantoor Friesland Extramurale BH	1-1-2020	31-12-2020
Zorgkantoor Zilveren Kruis	1-1-2021	31-12-2023
Gemeente Westerveld Wmo	1-1-2016	31-12-2021
Sociaal Domein BW	1-1-2018	31-12-2021
Sociaal Domein SJH	1-1-2018	31-12-2021
SJH regio IJsselland (Steenwijkerland)	1-1-2018	31-12-2021
Gemeente Weststellingwerf Wmo	1-1-2020	31-12-2021
Gemeente Ooststellingwerf Wmo	1-1-2020	31-12-2021
Gemeente Opsterland Wmo	1-1-2020	31-12-2021
Gemeente de Fryske Marren Wmo	1-1-2015	31-12-2021
Gemeente Sudwest Fryslan Wmo	1-1-2015	31-12-2021
Gemeente Achtkarspelen Wmo	1-3-2019	31-12-2021
Gemeente Smallingerland Wmo	16-7-2018	31-12-2021
Gemeente Meppel Wmo	1-1-2016	31-12-2021
Gemeente Steenwijkerland Wmo	1-1-2018	Onbepaalde tijd

INTERNE STAKEHOLDERS

- Cliënt
- Clientvertegenwoordigers
- Cliëntenraad
- Medezeggenschapsraad
- Medewerkers
- Toezichthouders

EXTERNE STAKEHOLDERS

- Gemeenten
- Zorgkantoren
- Aanmeldende instanties
- Behandelaren 1e en 2e lijns
- Lokale samenwerkingspartners
- Lokale belangenvertegenwoordigers
- CIZ
- Huisartsen en praktijkondersteuners
- Gecertificeerde instellingen
- Fact teams

17

zorgpartners

PUBLICEREN JAARVERANTWOORDING (DIGIMV) EN JAARREKENING 2020

ZDS legt jaarlijks digitaal verantwoording af over de geleverde zorgprestaties. Dit wordt gedaan in het kader van de Wtzi (De Wet toelating zorginstellingen) toelating en het leveren van zorg binnen de Jeugdwet. De jaarverantwoording wordt in de periode januari t/m mei uitgevoerd via DigiMV (een portaal van het CIBG, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport). In de jaarverantwoording laat ZDS zien hoe de zorg- en hulpverlening wordt georganiseerd en op welke manier publiek geld wordt besteed. Daarnaast publiceert ZDS in de jaarverantwoording de geconsolideerde jaarrekening.

IGJ bezoek

Op 27 augustus 2020 voerde de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd toezicht uit bij Zorggroep de Stellingwerven te Noordwolde. Doel van het toezicht was om te bepalen of ZDS voldoet aan de randvoorwaarden om verantwoorde jeugdhulp te bieden. De IGJ heeft het onderzoek uitgevoerd op basis van drie toetsingsthema's uit het JIJ-kader: Goed bestuur, ontwikkelingsgerichte hulp en de kundige hulpverlener. Aan ieder thema zijn meerdere normen verbonden. De IGJ heeft op basis van haar bezoek geconcludeerd dat ZDS het goed doet waar het gaat om de kwaliteit van de geboden jeugdhulp. Binnen het thema goed bestuur heeft de IGJ bij één norm verbeterpunten voor ZDS benoemd. De benoemde verbeterpunten zijn – voorafgaand aan de publicatie van het inspectierapport- al grotendeels door ZDS in gang gezet. De komende periode zal ZDS de maatregelen beschrijven in een verbeterplan en zorgdragen voor een zorgvuldige uitvoering.

WLZ GGZ

Vanaf 2021 wordt de Wet langdurige zorg (Wlz) weer toegankelijk voor cliënten met een psychische/psychiatrische stoornis. Dit biedt een meer langdurig perspectief voor een aantal beschermd wonen cliënten dat in de huidige situatie een WMO indicatie heeft. Naast de psychische/psychiatrische stoornis is de blijvende 24-uurs behoefte aan toezicht en nabijheid een belangrijk criterium om in te kunnen stromen. In overleg met het CIZ is voor 2020 een planning gemaakt voor het gefaseerd indienen van de aanvragen Wlz GGZ. De aanvragen zijn in samenwerking met de cliënt, het netwerk van de cliënt en een gedragswetenschapper/GZ psycholoog van ZDS uitgevoerd. Van de 17 aanvragen zijn 15 positief beoordeeld. Voor de cliënten waarbij de WLZ aanvraag niet is toegekend blijft de mogelijkheid bestaan om vanuit een Wmo indicatie zorg te ontvangen.

CERTIFICERING EXTERNE AUDIT

In november 2019 is ZDS zelfstandig gecertificeerd voor de ISO 9001:2015. Op 12 november heeft de externe (opvolgingsaudit) plaatsgevonden door Kiwa.

Er zijn geen tekortkomingen en/of kritische tekortkomingen geconstateerd. ZDS is trots op het behouden van de zelfstandige ISO 9001:2015 certificering.

BRANCHEVERENIGING

Na een lidmaatschap van 7 jaar hebben we afscheid genomen van de branchevereniging NBEC en zijn we lid geworden van VGN. De jaren bij de NBEC hebben bijgedragen aan de kwaliteit van de zorg van ZDS. Inmiddels hebben we een zelfstandige ISO 9001:2015 certificering behaald en gezien de ontwikkeling van de organisatie verwachten we dat VGN op dit moment beter aansluit bij de wensen en behoefte van ZDS.

CORONA

Toen het Coronavirus zijn intrede deed hebben we een Coronateam aangesteld. Het team is het hele jaar actief gebleven en zal naar verwachting ook in 2021 nog een grote rol hebben in corona gerelateerde zaken. Het Corona crisisteam is verantwoordelijk voor het doorvoeren van alle beleidsmatige corona onderwerpen binnen de organisatie en het organisatie breed informeren zodat iedereen zijn werkzaamheden veilig en op de best mogelijke manier kan uitvoeren. Er is een escalatieladder gemaakt die leidend is in het op- en afschalen van de maatregelen. Voor verzuim is een aparte escalatieladder gemaakt die richting geeft op het moment dat het verzuim hoog is.

Het coronacrisisteam was er niet alleen voor medewerkers maar ook voor de cliënten.

INTERNE AUDITS

Interne audits worden uitgevoerd binnen de periodieke Administratieve Organisatie & Interne Controle (AO IC) en de kwaliteitschecks op interne organisatieprocessen.

In de kwaliteitscheck worden van iedere processtap de risico's in kaart gebracht, de gevolgen van de risico's bepaald en verbetermaatregelen opgesteld. Na een vooraf vastgestelde periode wordt een evaluatie uitgevoerd waarbij gekeken wordt in hoeverre de verbetermaatregelen zijn doorgevoerd en wat het effect hiervan is. Op die manier wordt de volledig Plan Do Check Act cyclus doorlopen.

In 2020 zijn kwaliteitschecks uitgevoerd op het door- en uitstroombeleid en het begeleidingsproces (wonen en ambulante). Alle interne afwijkingen en verbetermaatregelen worden vastgelegd en gemonitord in de Controlelijst maatregelen. ZDS heeft als doel om in 2021 medewerkers vanuit verschillende organisatieonderdelen nog actiever te betrekken bij het uitvoeren van de kwaliteitschecks. Op deze manier wordt kwaliteitsverbetering breder gedragen binnen de organisatie. De planning voor de kwaliteitschecks in 2021 is vastgelegd in het jaarplan.

HERZIEN FUNCTIEGEBOUW

Binnen de organisatie is door het wijzigen van taken de afgelopen jaren een gevoel van disbalans ontstaan bij medewerkers binnen een aantal functies. Daarom heeft ZDS ervoor gekozen om de functiebeschrijvingen door een extern en onafhankelijk bureau te laten toetsen. De Zorganisatie zal dit traject voor ons uitvoeren.

Er worden klankbordgroepen gemaakt. De Zorganisatie zal sowieso onderdeel uitmaken van deze klankbordgroepen. Wij streven ernaar om vanuit elk team een collega die een betreffende functie bekleedt, onderdeel te laten zijn van deze klankbordgroep. De Zorganisatie zal hierin adviserend zijn.

WET ZORG EN DWANG

Begin 2020 hebben alle teams een presentatie gekregen over de Wet zorg en dwang. Deze presentatie was vooral inleidend en informerend over de nieuwe wet. De nieuwe wet doet een groot beroep op bewustwording en het zoeken naar alternatieven op het moment dat een cliënt geen instemming geeft. Tijdens de presentaties ontstonden veel discussies over situaties en daarbij viel op dat het denken in mogelijkheden en het zoeken naar alternatieven vaak als vanzelfsprekend werden gezien door de teams. Eigenlijk lukt het meestal wel om er samen uit te komen. Dat neemt niet weg dat er aandacht moet blijven voor gedwongen zorg en er goed moet worden beoordeeld of de cliënt het wel echt eens is met besluiten die worden genomen.

Om goed uitvoering te kunnen geven aan de wet is aan het Elektronisch cliëntdossier een formulier toegevoegd waar alle gedwongen zorg kan worden gerapporteerd. Het format loodst de verantwoordelijke door alle stappen heen.

Onze gz psycholoog is aangesteld als WZD functionaris. Zij kijkt mee in alle WZD vraagstukken.

Er is een samenwerking ontstaan met de klachtenfunctionaris WZD, Petra de Wijn. Petra werkt bij Quasir en werkt als onafhankelijke klachtenfunctionaris. Zij bezoekt regelmatig onze woonlocaties. Petra de Wijn heeft aan de cliëntenraad een presentatie gegeven over de werkwijze en de taken van de klachtenfunctionaris.

Door de Coronacrisis is de Wet zorg en dwang niet goed genoeg uitgerold. Na de introductie is er weinig aandacht meer geweest voor de WZD. In 2021 staat dit opnieuw op het programma en gaan er weer presentaties gegeven worden aan de teams. De WZD functionaris krijgt een actievere rol in situaties die vragen om een andere benadering zodat dwang mogelijk kan worden voorkomen. Er is in 2020 geen gedwongen zorg uitgevoerd.

MAATSCHAPPELIJKE BETROKKENHEID

Tijdens de Coronacrisis hebben cliënten van locatie de Lindenlaan kleine cadeautjes gemaakt voor de ouderen in het verzorgingstehuis.

In maart is het eerste nestkastje van de 150 zelfgemaakte nestkastjes opgehangen aan de Meulewiek in Noordwolde. De nestkastjes zijn aangeboden aan de gemeente Weststellingwerf.

Cliënten van het Arbeidstrainingscentrum in Noordwolde hebben de nestkastjes zelf gemaakt en gaan de kastjes ook zelf ophangen en onderhouden op verschillende plekken in Noordwolde.

“Een leuke activiteit met een doorlopende taak voor ons want de kastjes moeten ook onderhouden worden.” ATC Noordwolde

TEAM DRUGS EN VERSLAVING

Drugs en verslaving is een veel voorkomend gespreksonderwerp tussen cliënten en medewerkers. In 2019 is de stuurgroep verslaving opgericht waarin aandacht is voor het bespreekbaar maken van dit onderwerp. In de stuurgroep zaten ook cliënten die ervaringsdeskundig waren en hebben meegedacht over de begeleidingsmodule. In 2020 zijn medewerkers binnen ZDS opgeleid op het gebied van specifieke kennis LVB en middelengebruik met daarbij extra aandacht voor motiverende gespreksvoering. Zo zijn binnen de afdeling ambulant vier medewerkers gespecialiseerd in het begeleiden van cliënten met middelengebruik. Dit specialisme willen we verder ontwikkelen en uitdragen in de regio.

De stuurgroep heeft een module ontwikkeld die ook in 2021 verder vorm zal krijgen en ook extern onder de aandacht zal worden gebracht.

ZDS ACADEMY

De (veelal) complexe doelgroep en hulpvragen vragen om kennis en expertise. Binnen ZDS zijn training en opleiding belangrijke pijlers. Scholing vraagt echter om (extra) tijdsinvestering. Eind 2019 is ZDS gestart met het aanbieden van de eerste e-learning (gericht op medicatie). In 2020 is het aanbod voor scholing vastgelegd in de eigen ZDS academy. Medewerkers kunnen hier de e-learning modules volgen en tevens de lesstof/theorie op een later tijdstip nogmaals raadplegen. De leidinggevendenden kunnen via de ZDS academy de scholing en de resultaten van de medewerkers volgen en de voortgang bespreken tijdens de jaargesprekken.

Door het volgen van gerichte trainings- en opleidingsmodules houden onze medewerkers hun kennis en expertise op peil. Waar nodig vindt verbreding of verdieping plaats.



**Samen
Sterk.**

VERZUIM

Na een aantal jaren verzuimbegeleiding te hebben afgenomen bij Assist Verzuim, is in 2020 een benchmark uitgevoerd onder verschillende arbo dienstverleners. Er was vanuit ZDS behoefte aan korte lijnen met de medewerkers en de bedrijfsarts om adequaat te kunnen reageren als er sprake is van verzuim en te zorgen voor een passend plan van aanpak.

Er zijn gesprekken geweest met een viertal arbodienstverleners. Deze sloten onvoldoende aan bij de wensen vanuit ZDS. De RVC heeft ons daarop geadviseerd om de verzuimbegeleiding in eigen beheer te nemen, waarbij wij een eigen bedrijfsarts aantrekken. Per 1 januari 2021 zijn wij aangesloten bij Dokterswerk, bedrijfsarts Dr. J.H. de Graaf

Medewerkers kunnen voor het spreekuur bij een vaste bedrijfsarts terecht, het spreekuur is op kantoor in Noordwolde. Door middel van de kortere lijnen en snellere planmogelijkheden, wordt er een juist plan van aanpak gemaakt en gevolgd welke het herstel ondersteund.

VERTROUWENSPERSOON WERKNEMERS

Vanuit Emergenz is Katja Vledder de vertrouwenspersoon voor alle werknemers. Er is een vertrouwenspersoon omdat wij het belangrijk vinden dat alle medewerkers zich veilig voelen. Katja is de externe vertrouwenspersoon ongewenste omgangsvormen en integriteit. Naast vertrouwenspersoon is Katja ook traumaconsulent.

HERIJKING HR

In april 2020 is binnen het managementteam en met de collega's van HR uitgebreid aandacht besteed aan het herijken van de functies binnen HR. In dit proces is de externe bedrijfsadviseur (met specifieke kennis op HR gebied) actief betrokken geweest. In de herijking hebben we onder andere ingezoomd op de ontwikkeling van HR binnen ZDS en de behoefte vanuit de organisatie.

In de afgelopen jaren is HR van een taak die als nevenfunctie van collega's werd uitgevoerd uitgegroeid tot een onmisbaar onderdeel van de organisatie. Doordat de focus steeds meer is gaan liggen op strategie en veranderingen bleef er onvoldoende tijd/ruimte over voor de beheersing van alle processen en "zorg" voor de medewerkers. In 2020 is ervoor gekozen om een nieuwe HR collega aan te nemen. Door deze uitbreiding kon er meer aandacht besteed worden aan het beheersen van de administratieve processen en de zorg voor de medewerkers. Voor 2020-2021 ligt de focus op behoud en versteviging hiervan waarbij wordt ingezet op efficiency van de (administratieve) HR procedures en optimale ondersteuning voor de collega's (intranet, aysist, medewerkerstevredenheidsonderzoek, scholing/opleiding, verzuimpreventie).

RICHTLIJN ZORGPLAN EN EVALUATIE

Iedere cliënt van ZDS heeft een eigen zorgplan. Sinds 2019 is het zorgplan geïntegreerd in het Elektronisch cliëntdossier (ECD) en omvat het een aantal standaard onderdelen en -indien van toepassing- een aantal aanvullende onderdelen. Ook de evaluatie is een geïntegreerd onderdeel in het ECD. Het aantal actuele zorgplannen maakt onderdeel uit van de kwartaalrapportage. Eind 2020 heeft een uitgebreide kwaliteitscheck op het proces zorgplan en evaluatie plaats gevonden. Eén van de uitkomsten is dat begeleiders onvoldoende handvatten hebben voor het opstellen en evalueren van een zorgplan. Naar aanleiding van de kwaliteitscheck is een concrete richtlijn opgesteld. In deze richtlijn zijn o.a. de processtappen in kaart gebracht. De richtlijn bevat ook een checklist waarin de vaste en aanvullende onderdelen van het zorgplan worden weergegeven. Concrete verbeterpunten voor 2021 zijn het gebruik en de vertaling van de checklist veilige zorg (risico-inventarisatie) naar het zorgplan en het ontwikkelen van een uitgebreide netwerkkaart die kan worden ingevuld in het ECD.

ONDERDELEN ZORGPLAN

Vaste onderdelen	Aanvullende onderdelen
Checklist veilige zorg	Uitgebreide levensgeschiedenis
Persoonsgerichte zorg	Signaleringsplan
Diagnose	Uitgebreide netwerkkaart
Clíëntteam	
Doelen	
Werkplan	
Evaluatie	
Clíënttevredenheid	

Herzien van door- en uitstroom beleid

Het herzien en uitwerken van het door- en uitstroombeleid stond als speerpunt op de agenda voor 2020. Door de gevolgen van de Coronacrisis is dit niet gelukt. In het eerste kwartaal van 2021 staat een kwaliteitscheck gepland waarin de knelpunten en processtappen worden uitgediept.

WLZ GGZ

Vanaf 2021 wordt de Wet langdurige zorg (Wlz) weer toegankelijk voor cliënten met een psychische/psychiatrische stoornis. Dit biedt een meer langdurig perspectief voor een aantal beschermd wonen cliënten dat in de huidige situatie een WMO indicatie heeft. Naast de psychische/psychiatrische stoornis is de blijvende 24-uurs behoefte aan toezicht en nabijheid een belangrijk criterium om in te kunnen stromen. In overleg met het CIZ is voor 2020 een planning gemaakt voor het gefaseerd indienen van de aanvragen Wlz GGZ. De aanvragen zijn in samenwerking met de cliënt, het netwerk van de cliënt en een gedragswetenschapper/GZ psycholoog van ZDS uitgevoerd. Van de 17 aanvragen zijn 15 positief beoordeeld. Voor de cliënten waarbij de WLZ aanvraag niet is toegekend blijft de mogelijkheid bestaan om vanuit een Wmo indicatie zorg te ontvangen.

VISIE & STRATEGIE

De missie, visie, de kernwaarden en de strategie worden jaarlijks geëvalueerd en, waar nodig, herzien tijdens de strategiesessies. In dit hoofdstuk staan we stil bij de herijking van de focus van het Managementteam en de hieraan gekoppelde wijziging in de strategie voor 2020-2021.

Om het Kwaliteitskader gehandicaptenzorg beter te integreren binnen de organisatie is ervoor gekozen de speerpunten uit de strategie te koppelen aan de bouwstenen. Zo wordt bewuster vanuit de bouwstenen gewerkt.

Onze visie

De cliënt staat centraal. Samen met de cliënt werken wij op transparante wijze aan het realiseren van de individuele wensen en de ontwikkelingsmogelijkheden. Daarbij denken we in mogelijkheden en laten we ons leiden door vindingrijkheid. Daardoor ontstaat wederzijdse betrokkenheid. Wij zijn trots op onze cliënten en onze collega's. Samen sterk!

Onze missie

Wij streven naar maatwerk en zijn in staat om aan te sluiten bij de individuele behoeftes, mogelijkheden en eigen kracht. De begeleiding kenmerkt zich door een ontwikkelings- en competentiegerichte werkwijze. Het stimuleren van de zelfredzaamheid en het verwerven van een eigen plek in de maatschappij vormen hierbij belangrijke uitgangspunten. Wij leveren zorg dichtbij, zijn pro actief, toegankelijk, deskundig, denken in mogelijkheden en zijn betrokken. Daarnaast zijn wij diep geworteld in de lokale gemeenschap en onderhouden uitstekende relaties met bestaande voorzieningen en zorgverleners. Wij hebben oog voor het eigen netwerk van onze cliënten. We zijn een inspirerende organisatie met een positieve en constructieve werksfeer. Onze collega's zijn tevreden en gemotiveerd.



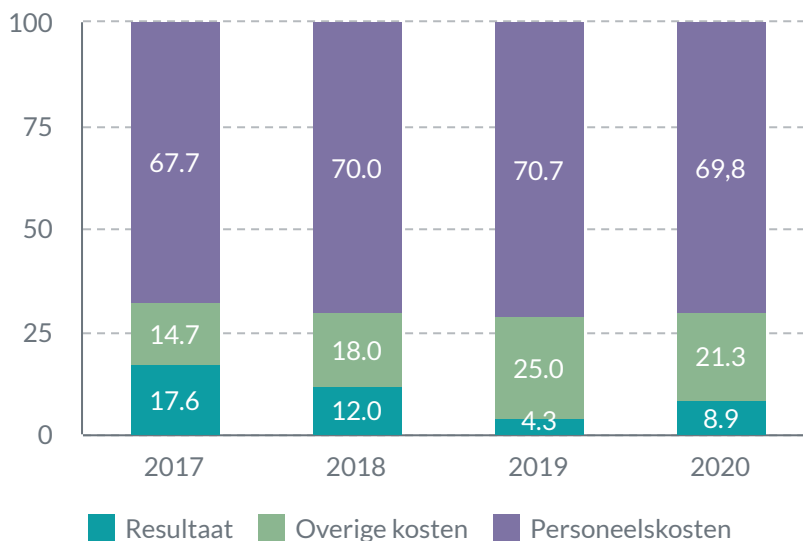
In 2019 zijn een aantal doelen opgesteld voor 2020. Als gevolg van de coronapandemie heeft de focus minder dan gepland gelegen op de verbeterpunten. Een groot deel van de verbeterpunten zal dan ook in 2021 opnieuw als doel worden meegenomen. Verderop in het verslag zullen de onderstaande onderwerpen nog uitgebreider beschreven worden.

HERIJKING MT EN STRATEGIE 2020

In december 2019 heeft in samenwerking met een externe bedrijfsadviseur een herijking van de strategie plaatsgevonden. Aanleiding tot het herijken is de stagnatie in de totale productie en daarnaast toenemende kosten. De toenemende kosten laten zich grotendeels verklaren door bewuste (strategische) keuzes op het gebied van ICT (implementatie Qic), PR & Communicatie (Zichtbaar ZDS). Ook is sprake van een toename van de personeelskosten (volledige toepassing van de CAO en de loonsverhoging van 8%). Stagnatie in de totale productie laat zich eveneens deels verklaren vanuit strategische keuzes. Namelijk door het investeren in kwaliteit van de zorg (kwaliteitsbevordering van teams, gedogen van lege bedden, implementatie registratie en declaratie ambulant) en het aanscherpen van het intakebeleid (kritischer op uitsluitingscriteria). Teruglopende productie laat zich daarnaast verklaren door bezuinigingen op grond van de Jeugdwet en de Wmo en toenemende concurrentie (zorgaanbod).

Op basis van de herijking en de gewijzigde focus (van intern naar meer extern) zijn strategische keuzes gemaakt over:

- Verstevigen/verankeren van de positie die ZDS in de markt wil (blijven) innemen (externe focus);
- Groei (van ambulante begeleiding en behandeling) met behoud van kwaliteit en organisatiecultuur;
- Kostenbeheersing en efficiency van werkprocessen op verschillende onderdelen (interne bedrijfsvoering).

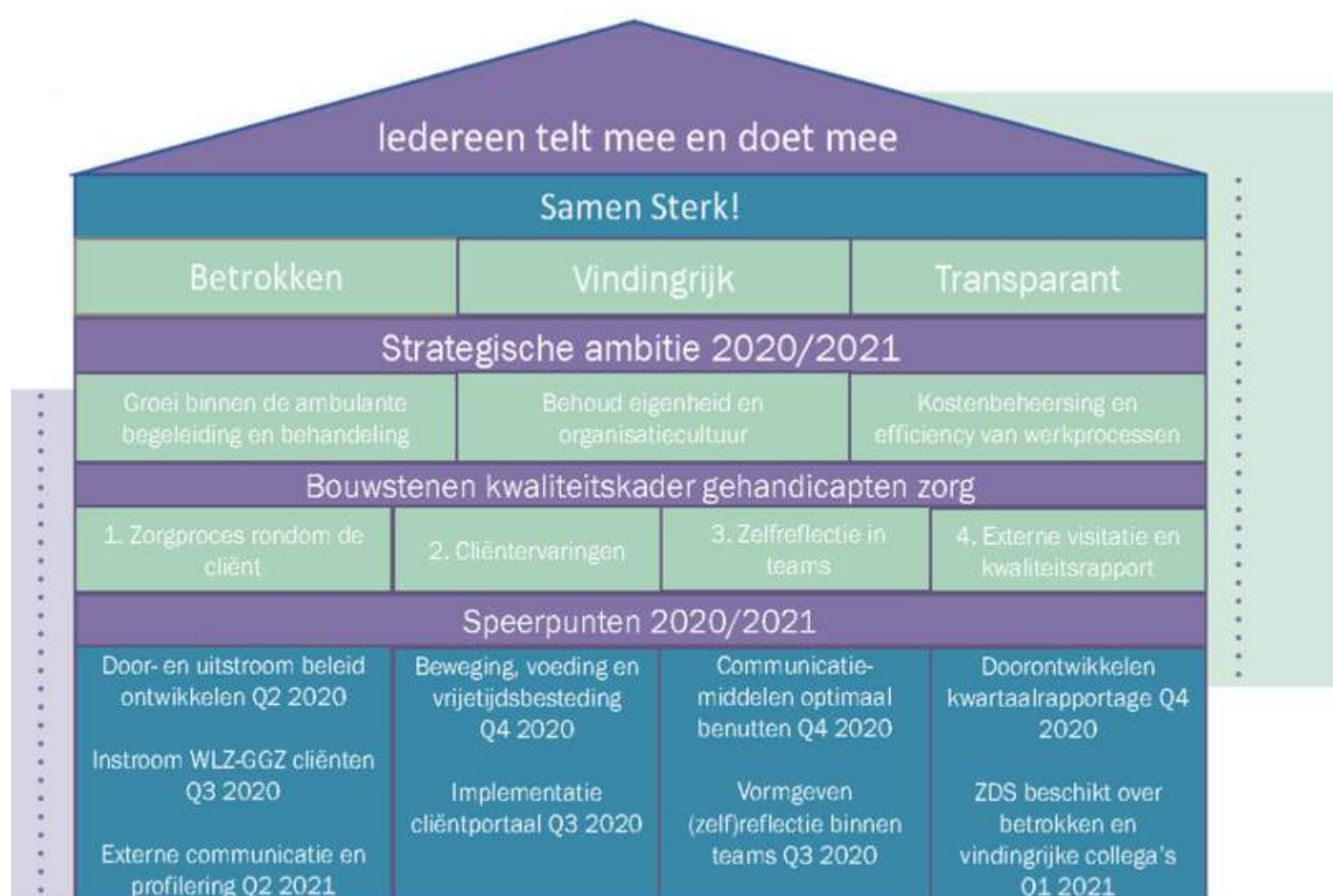


In juni 2020 heeft door het MT een evaluatie plaatsgevonden op het strategisch document met de focus op de tweede helft van 2020.

AANDACHTSPUNTEN TWEEDE HELFT 2020

- KPI's gebruiken
- Preventief verzuim: plan van aanpak
- Overhead 15%
- Productie ambulant/behandeling
- Bewustwording wijziging strategie op alle lagen binnen de organisatie
- Intranet inzetten als communicatiemiddel (top down – bottom up)
- Inbedding projecten
- Profilerings (gemeenten, zorgkantoren)
- Efficiënt werken
- Kennis/expertise RvC MT/organisatie breed inzetten

Strategiehuis 2020/2021



Bouwsteen 1

Zorg rondom de individuele cliënt.

2020 was voor cliënten een bijzonder jaar door de gevolgen van het coronavirus waarbij extra aandacht was voor de zorg rondom de individuele cliënt. Maar er waren ook veel uitdagingen om die zorg te kunnen bieden en ontvangen. De samenwerking tussen de cliënt en de begeleider is nog nooit zo belangrijk geweest. In dit hoofdstuk wordt de zorg rondom de cliënt nader omschreven.

ZORG ONTVANGEN IN CORONATIJD

In maart 2020 werden onze cliënten geconfronteerd met een grote verandering; de gevolgen van het coronavirus. Het beperken van bezoek en groepsmomenten, het stoppen van dagbesteding en de zorg die op afstand moest worden geboden staan haaks op de visie van ZDS en wat cliënten van ons gewend zijn. Deze ingrijpende maatregelen hebben veel impact gehad (en nog steeds) op onze cliënten.

Alle aanpassingen werden voor cliënten zo inzichtelijk mogelijk gemaakt en vooral vaak herhaald. Er volgden het hele jaar door nog heel veel wijzigingen in het beleid. Dit heeft veel van de cliënten en de teams gevraagd. We zijn onder de indruk van de manier waarop medewerkers en cliënten hiermee om zijn gegaan en continu op zoek zijn gegaan naar alternatieven.



Alle locaties zijn geconfronteerd met zieke collega's en cliënten. Gelukkig is iedereen weer hersteld en is het de teams gelukt om de continuïteit te waarborgen. Dit heeft veel gevraagd van iedereen.

Om cliënten te informeren over de situatie rondom het corona virus is het corona journaal geïntroduceerd. In een doorlopende online link konden cliënten het journaal bekijken, maar er was ook aandacht voor leuke filmpjes en activiteiten om het thuis zitten wat dragelijker te maken. Om een indruk te krijgen van de situatie bij de cliënt zijn er een aantal interviews afgenomen. De uitkomst van deze interviews gaf een goed inkijkje in de beleving van onze cliënten.



Vanuit deze beleving hebben we continu geprobeerd aandacht te hebben voor de maatregelen en of deze in verhouding zijn ten opzichte van het welzijn van de cliënten.

Alle medewerkers die hiervoor in aanmerking kwamen hebben een zorgbonus ontvangen. De richtlijnen vanuit de rijksoverheid zijn hierbij gehanteerd.

OUDER(S) EN KINDPLAATSEN

Op iedere locatie is een appartement vrij voor een ouder/ouders met kind(eren). Er kan passende begeleiding geboden worden die aansluit bij de hulpvraag. Als het nodig is kan er IAG worden ingezet.

DAGINVULLING VOOR CLIËNTEN BEHOUDEN

In navolging van andere aanbieders en de landelijke adviezen is onze dagbestedingslocatie in maart deels gesloten. Toch hebben we ervoor gekozen de deuren niet helemaal te sluiten omdat het voor een aantal cliënten onwenselijk is om geen dagbesteding te kunnen volgen. Hierbij zijn de risico's afgewogen en is gekeken naar de gevolgen als het ATC volledig zou sluiten. Vanuit die afweging is het ATC open gebleven en met een heel klein groepje cliënten de dagbesteding blijven draaien.

Cliënten van de woonlocaties, die normaal op de dagbesteding locatie komen hebben op de woonlocatie dagbesteding ontvangen van het team ATC. Dit was ontlastend voor de teams en gaf de cliënten een zinvolle dag invulling. Zodra de omstandigheden het toelieten is het ATC weer open gegaan en kon het gehele jaar dagbesteding aan de cliënten worden geboden. Cliënten konden naar het ATC toe gaan maar ook voor de "thuisblijvers" was en is er nog steeds een aanbod.

DILEMMA'S

Tijdens de Coronapandemie zijn we verschillende situaties tegengekomen die vroegen om afstemming en overleg voordat er besluiten over konden worden genomen. Op deze pagina beschrijven we drie dilemma's.

GROEPSMOMENTEN

Tijdens de eerste lockdown zijn de groepsmomenten op de woonlocaties en de steunpunten aangepast. Cliënten kregen als alternatief maaltijden thuisbezorgd en koffiemomenten werden 1 op 1 bij de cliënt thuis geboden. Het bleef mogelijk om in kleine groepjes wel op de steunpunten die dit qua ruimte toelieten koffie te komen drinken of te eten. Alle overige groepsmomenten zoals spelletjesavonden zijn gestopt en tot op heden nog niet weer hervat.

In januari deed de Britse variant van het coronavirus zijn intrede en deed het expertiseteam corona Friesland een dringend beroep op zorginstellingen om maximaal in te grijpen om de continuïteit van zorg te kunnen blijven waarborgen. Dit hebben wij gedaan en we zijn gestopt met alle groepsmomenten. We konden ons op dat moment geen extra verzuim veroorloven.

Dit hebben we acht weken gedaan en toen kwamen er signalen vanuit de teams en de cliëntenraad dat het niet bieden van groepsmomenten voor een aantal cliënten niet langer wenselijk was. De besmettingscijfers waren in Friesland nog niet dusdanig dat er versoepeld kon worden maar we hebben het voor de woonlocaties wel gedaan. Deze overweging is gemaakt omdat het welzijn van cliënten ernstig in het geding kwam. Isolatie en vereenzaming waren bij een aantal cliënten al zichtbaar aan de orde. Het uitbreiden van het aantal 1 op 1 momenten met begeleiders was niet voldoende. Er was behoefte aan contact met anderen, in groepsverband.

Wij zijn vanaf maart op de woonlocaties gestart met groepsmomenten voor max 3 cliënten die dit echt nodig hadden. Een uitzondering dus maar wel één die bewust is gemaakt vanuit zorgen over het welzijn van de cliënt.

ZORGCONTINUÏTEIT WAARBORGEN

In maart werd vanuit de overheid opgeroepen om zoveel mogelijk thuis te werken. Ook de ambulant begeleiders en stafmedewerkers die geen 24 uur zorg bieden zijn op dat moment vanuit huis gaan werken. Middels beeldbellen werden de contactmomenten met cliënten voortgezet. Al snel bleek het lang niet voor alle cliënten haalbaar om te communiceren via beeldbellen. Ook de begeleiders vroegen of zij de huisbezoeken weer mochten hervatten omdat er te weinig zicht was op de cliënt en een aantal cliënten ging uit het contact. Dit zijn we gaan doen met duidelijke maatregelen en dat is erg goed ontvangen door cliënten maar ook stakeholders. Het verplicht thuiswerken ten opzichte van de zorgplicht die wij als zorgaanbieder hebben en de zorgvraag van de cliënt stond niet in verhouding. Er is kritisch gekeken wanneer huisbezoeken wel werden opgepakt en wanneer beeldbellen ook tijdelijk volstond.

Stafmedewerkers werken wel thuis omdat het voor hen niet noodzakelijk is om op kantoor aanwezig te zijn.



ATC

Het arbeidstrainingscentrum verzorgt vijf dagen in de week dagbesteding aan een diverse groep cliënten. Naast houtbewerking worden ook andere activiteiten aangeboden zoals creatieve activiteiten en inpakwerkzaamheden. Deze activiteiten kunnen in het eigen tempo van de cliënt worden uitgevoerd. Vooral sfeer en saamhorigheid staan centraal op het ATC. Het afgelopen jaar is meer aandacht geweest voor maatschappelijke trajecten om naast de inkomsten ook meer voldoening, sociale contacten en duurzame relaties te kunnen realiseren. Er zijn meubels gemaakt voor de plaatselijke voetbalvereniging en de gemaakte vogelhuisjes zijn opgehangen en schoongemaakt.

Voor cliënten die de wens en mogelijkheid hebben om richting een reguliere werkplek te gaan wordt een passend traject aangeboden.

Waar zijn jullie trots op?

Het team en de samenwerking, de sfeer en het “naast de cliënt staan”.

Hoe was/is het om in Coronatijd te werken?

In het begin erg wennen. In bepaalde situaties voelde het dubbel doordat ambulante collega's zoveel mogelijk thuis moesten werken en wij als team gewoon op locatie moesten werken en bijvoorbeeld verhuizingen ook gewoon doorgingen. Tijdens de periodes waarop we minder cliënten mochten ontvangen op het ATC hebben we via de post en videobellen contact gehouden. Op de woonlocaties zijn er activiteiten georganiseerd vanuit de dagbesteding.

Bewustwording over de coronamaatregelen bij cliënten blijft een uitdaging. Op de locatie maken we gebruik van een 1,5 meter stok om de cliënten te laten zien hoeveel afstand het is. Ook maken we zichtbaar met tape welke werkruimte de cliënt heeft. Dit helpt om niet steeds in discussies te belanden.

Door de corona hebben we de groepen in tweeën gesplitst en daardoor is blokjesvoetbal ontstaan. Het is nu een vast ritueel geworden en cliënten hebben zich het eigen gemaakt. Een leuke activiteit die coronaproof is en waarbij we toch bewegen en een gezellige activiteit kunnen doen.

Interview

“Client heeft vorige week na een periode met veel teleurstellingen en frustraties over uitkering en dagbesteding een contract mogen tekenen voor een betaalde baan. Hij is hier enorm bij mee. Van te voren is zijn arbeidsvermogen ingeschat en het bedrijf krijgt daarvoor een tegemoetkoming vanuit de gemeente. Dit resultaat is voortgekomen uit een goede samenwerking tussen de jobcoach, het bedrijf en Zorggroep de Stellingwerven. Een geweldige samenwerking!”

ATC

BEHANDELING

Gedurende de lockdown maanden zijn de behandelingen die binnen ZDS geboden worden altijd doorgegaan. Voor een korte periode is op afstand behandeling middels beeldbellen geboden maar dit bleek onvoldoende aan te sluiten bij de doelgroep en de behandelmethodiek.

PMT, IAG, CGT en Psycho-educatie zijn de vier behandelvormen die worden geboden.

Om meer groei te krijgen binnen behandeling stond in 2020 het project "behandeling op de kaart" in de planning. Dit heeft niet het gewenste resultaat gehad door de als gevolg van het corona virus ontstane situatie. Er is eind 2020 een lichte groei te zien binnen de aanmeldingen voor behandeling. De groei is voornamelijk te zien in PMT aanvragen.

De overeenkomst GZSP (GZSP-zorg is geneeskundige zorg aan specifieke patiënten die thuis wonen) die eind 2020 is afgegeven voor 2021 biedt mogelijkheden voor het uitbreiden van het aantal behandeltrajecten. We hopen dit aanbod in 2021 nog verder uit te kunnen breiden.

VERHUISPLAN

Er vinden regelmatig verhuizingen plaats die door het facilitaire team worden uitgevoerd. Daarvoor is een goede samenwerking tussen de cliënt en de begeleiding belangrijk om te zorgen dat dit ontspannen en efficiënt verloopt. Om cliënten hierbij te ondersteunen hebben begeleiders van de Lindenlaan een verhuisplan geschreven. In dit plan wordt de cliënt stapsgewijs voorbereid op de periode voor, tijdens en na de verhuizing en op alle voorbereidingen die moeten worden getroffen. Dit plan is voor iedereen te gebruiken.

PROJECT VOEL JE GOED

Het Project voel je goed is in 2020 succesvol afgerond. Inmiddels maakt het een geïntegreerd onderdeel uit van alle teams en op alle locaties. Er is op iedere locatie budget om activiteiten van te organiseren en om aandacht te hebben voor gezonde voeding. Doordat cliënten begin van het jaar als gevolg van het coronavirus veel thuis zaten zijn de budgetten van de woonlocaties tijdelijk verhoogd. Op deze manier konden de locaties meer aandacht besteden aan activiteiten, spelletjes, knutselen etc.

In januari heeft de kick-off plaatsgevonden van het project "Voel je goed". In de zomer is in aangepaste vorm de XL activiteit georganiseerd. Dit zal een jaarlijks terugkerende activiteit zijn.

INTAKE

Dat intake een cruciale functie inneemt binnen de organisatie was in 2019 al duidelijk. De tijdige doorstroom, voldoende bedbezetting en de juiste match binnen ambulant en plaatsingen op de woonlocaties zijn onmisbaar voor het bieden van goede zorg. In maart 2020 is opnieuw invulling gegeven aan deze functie om zo de kwaliteit van de intake te verbeteren. De bestuurder is een aantal maanden intensief opgetrokken met de nieuwe intake en plaatsingscoördinator.

De bedbezetting is in 2020 toegenomen met als resultaat dat op bijna alle locaties een volledige bezetting is.

partnerorganisatie

- Stichting A & B
- De Bouwhoeve
- Stichting Eduzon
- BSO oldskool (onderdeel van de Kinderkei)
- Zo! Zorgoplossingen
- Driestroomhuis de Bosk
- Accare
- It Wolwezen
- Huis Anak
- Hummelhus
- Pento dyslexienetwerk
- Kinnik
- Shilo
- Alert praktijk voor kinder- en jeugdpsychologie
- Especial care
- Biezonder
- LFB Wolvega
- Maatwerk ondersteuning
- Vivere coaching

Ketenpartner binnen de Wmo/Wlz/Jw

Jw
Wlz en Jw
Jw
Jw
Jw
Jw
Jw
Jw
Jw
Jw
Jw
Jw
Jw
Wlz
Wmo en Wlz
Wmo
Jw en Wlz
Wmo en Wlz

"We kijken terug op een geslaagde kick-off van het project 'Voel je goed'. Er is gekookt, gebokst, gesjoeld, opgedrukt en we hebben vooral heel veel plezier gehad! Als verrassing voor de kick-off kregen wij via een videoboodschap van de hoofdtrainer van sc Heerenveen Johnny Jansen kaartjes voor de voetbalwedstrijd van 21 maart tegen RKC Waalwijk."

"De Lindeboom is erg goed in het verzinnen van leuke activiteiten. We hebben naast heel veel wandelingen ook dingen georganiseerd zoals een eigen escape room, filmavondjes in de tuin, fotoshoots, raad-wat-je-eet-challenge, slapen in een tentje, verstoppertje, de grote Lindeboom quiz voor fase 0, veel buiten geweest, zwemmen, badminton, heel veel gebakken en veel spelletjes gespeeld."



LFB SAMEN NAAR DE TOP

Naar de top is een trainingstraject voor mensen met een verstandelijke beperking en hun omgeving. Het project valt onder het nieuwe programma voor de gehandicaptensector 'volwaardig leven' van het ministerie van VWS. Het traject wordt vanuit de LFB aangeboden bij zorgorganisaties, in de vorm van 4 soorten trainingen die zich richten op persoonlijke groei en talentontwikkeling, maar verschillen in vorm.

Met "Naar de Top" kun je groeien en je talenten ontwikkelen. Vanuit jouw eigen kracht tot aan wat je zelf aan kan en wilt met de ondersteuning van de mensen om je heen. "

Door de gevolgen van het coronavirus is de start van het traject verschoven naar 2021. Wel hebben de eerste kennismakingsgesprekken plaatsgevonden en is de deelnemersgroep bekend. Twaalf deelnemers gaan vanuit ZDS de training volgen.

ELECTRONISCH CLIËNT DOSSIER (ECD)

In 2020 betreft de implementatie van het cliëntportaal een belangrijke ontwikkeling in het gebruik van het ECD.

Het cliëntportaal is voor ZDS een belangrijk middel om transparant te werken.

In de periode januari t/m maart is de administratieve inrichting van het cliëntportaal uitgevoerd. Er is ook een gebruiksvriendelijke handleiding gemaakt en een instructiefilmpje opgenomen. Daarna zou in april de testfase met cliënten binnen de verschillende afdelingen/locaties van start gaan.

TESTFASE

Van 15 juni t/m 22 juli hebben in totaal 10 cliënten het cliëntportaal uitgebreid getest. De eerste bevindingen waren positief maar we hebben ook de nodige feedback gekregen. De feedback was met name gericht op de gebruiksvriendelijkheid.

Op basis van de input van cliënten hebben we v.w.b. de inrichting nog het een en ander kunnen aanpassen. Daarnaast hebben we nagedacht over zorgvuldige communicatie over het cliëntportaal. Hierbij is ervoor gekozen om het gebruik van het portaal op een positieve manier te stimuleren. Iedere cliënt die zich registreert ontvangt vanuit ZDS een kleine attentie.

Vanaf 1 augustus is het cliëntportaal toegankelijk voor alle cliënten. In de praktijk blijkt het niet voor alle cliënten haalbaar/wenselijk om in te loggen. Het cliëntportaal wordt niet door iedere cliënt als gebruiksvriendelijk beschouwd en voor sommige cliënten leidt het inzicht in het portaal tot (extra) spanningen.

ZDS vindt het belangrijk om het gebruiksgemak van het cliëntportaal te vergroten en dat het cliëntportaal meer actief wordt gebruikt (o.a. voor doelgroepcommunicatie). In 2021 wordt de uitrol van het vernieuwde cliëntportaal vanuit SDB opgepakt. In dit proces worden niet alleen zorgaanbieders maar ook cliënten ("eindgebruikers") actief betrokken.

"Eind 2020 werd door circa 50 cliënten actief gebruik gemaakt van het cliëntportaal."

-Hedwig Postma
Coördinator Stafbureau



"Mooi dat we nu altijd en overal toegang hebben tot ons dossier."

VEILIG WERKEN EN LEVEN

Veilig werken, wonen en leven blijven belangrijke aandachtspunten binnen ZDS. ZDS werkt met risico inventarisaties om de risico's op cliëntniveau maar ook op organisatieniveau tijdig te kunnen inschatten en hierop te anticiperen. Natuurlijk gaat niet altijd alles zoals verwacht. Onverwachte gebeurtenissen zijn vaak incidenten en worden bijgehouden en indien nodig wordt het effect van de maatregelen gevolgd.

CHECKLIST VEILIGE ZORG

De checklist veilige zorg, ook wel risico inventarisatie genoemd, stond in 2020 als verbeterpunt op de agenda. Het afgelopen jaar is het niet gelukt om de checklist te herzien. In het eerste kwartaal van 2021 staat het risico inventarisatieformulier wederom op de agenda. Daarbij wordt kritisch gekeken naar de manier waarop het formulier moet worden ingevuld, de wijze waarop het formulier is geïntegreerd in de zorgplan evaluatie en de werkbaarheid van het ECD.

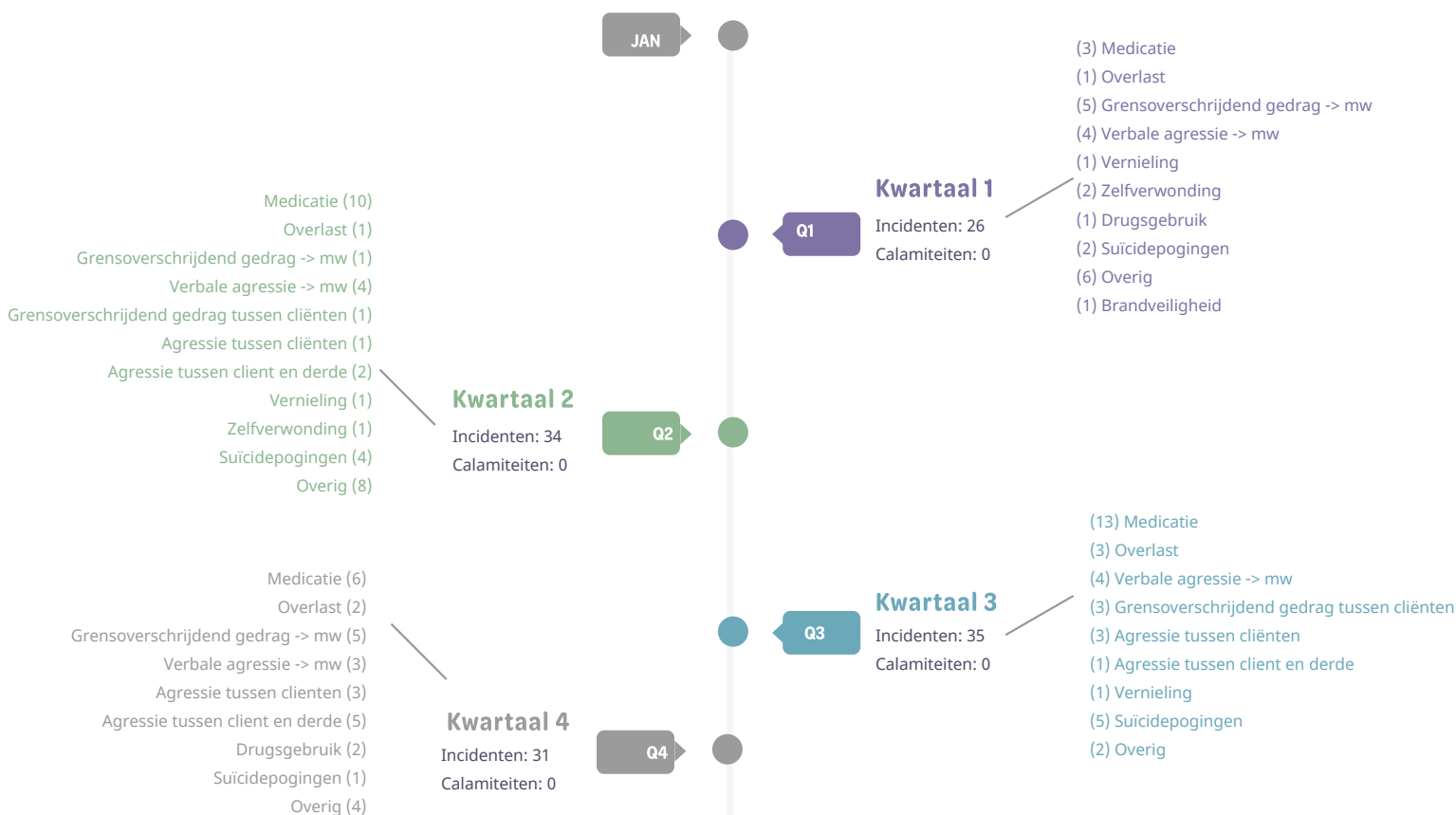
VEILIG MELDEN INCIDENTEN

Het melden van incidenten heeft al een paar jaar de aandacht en we zien dat er bij incidenten altijd een melding wordt gemaakt. Het veilig melden van incidenten is een geïntegreerd onderdeel geworden van het zorgaanbod. Uitgangspunt bij het veilig melden van incidenten is het voorkomen van incidenten. Het gaat hierbij niet om de fouten die personen maken maar de focus ligt op het ontbreken of het niet goed functioneren van procedures, afspraken etc. Op deze manier leren we als organisatie van incidenten.

CIJFERS INCIDENTEN

	2019	2020
• Vernielingen	10	3
• Suïcide-gerelateerd	5	12
• Medicatie weigering	3	13
• Medicatie bijna fout	1	19
Totaal	83	126

2020



mw = medewerker

GETROFFEN MAATREGELEN N.A.V. MELDINGEN

We zagen in kwartaal 2 en 3 een toename van het aantal medicatie gerelateerde incidenten. Ook ten opzichte van 2019 is dit een forse toename. Op locatieniveau zagen we deze vooral op een woonlocatie. De incidenten zijn tijdig hersteld waardoor er geen schade is ontstaan bij cliënten of medewerkers. Gesprekken met de medewerkers en het afnemen van een Prisma analyse op de betreffende locatie gaven inzicht in de incidenten en lieten zien dat er meerdere oorzaken waren voor deze incidenten: Kennis van het medicatiebeleid, samenwerking met de apotheek en sleutelbeleid.

Er zijn actiepunten opgesteld die het team samen met de kwaliteitsmanager heeft opgepakt. Er is hierdoor al een daling te zien in het vierde kwartaal. Deze moet zich nog verder gaan voortzetten in 2021.

Agressie gerelateerde incidenten blijven voorkomen. Het gaat om grensoverschrijdend gedrag en verbale agressie. Er heeft in 2020 geen fysieke agressie plaatsgevonden tegen medewerkers. In 2021 staat opnieuw de agressie regulatie training op het programma voor alle teams.

In kwartaal 2 en 3 is een stijging te zien in het aantal incidenten met poging tot suïcide. Het gaat hierbij om suïcidale uitspraken en het innemen van teveel aan medicatie. Het betreft verschillende cliënten en diverse aanleidingen. Opvallend hierbij is dat de cliënt de begeleiding altijd opzoekt en daar de hulpvraag neerlegt. Er is in alle situaties adequaat gereageerd waardoor de cliënt de juiste hulp en passende behandeling heeft gekregen.

Medewerkers geven aan niet altijd duidelijk te weten wat de aard van het incident is en dat dit daardoor lastig is te vullen in. Daarom wordt in het eerste kwartaal van 2021 een kwaliteitscheck gepland op het proces van het melden van incidenten.

Een doel voor 2021 is om meer trendanalyses te maken die inzicht geven in de voorgevallen incidenten.

CALAMITEITEN

Volgens de Jeugdwet, de Wlz en de Wkkgz is ZDS verplicht om alle calamiteiten te melden bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. In het kader van de Wmo wordt een melding gemaakt bij gemeenten. Wanneer een melding wordt gemaakt volgt een intern onderzoek. Hiervoor is een interne onafhankelijke onderzoekscommissie opgericht die beschreven staat in de calamiteitenprocedure. In 2020 hebben geen calamiteiten plaatsgevonden.

MEDICATIEVEILIGHEID

Iedere locatie heeft een aandachtsfunctionaris medicatieveiligheid. De aandachtsfunctionarissen zijn verantwoordelijk voor het uitvoeren van het medicatiebeleid en vormen met elkaar een team dat half jaarlijks evalueert. Op de woonlocaties wordt niet voor alle cliënten medicatie beheerd. Het risico hiervan is dat als dit wel het geval is er weinig ervaring en kennis aanwezig is. De aanwezigheid van de aandachtsfunctionaris helpt hierbij, omdat hij/zij er te allen tijde op kan toezien dat het medicatiebeleid op de juiste manier wordt uitgevoerd.

Eind 2020 is weer actief gekeken naar het medicatiebeleid en zijn nieuwe afspraken gemaakt voor 2021. Een van de doelen is om bij elkaar op de locatie jaarlijks kwaliteitschecks af te nemen. Het medicatiebeleid zal hierin leidend zijn. Zo willen de aandachtsfunctionarissen van elkaar leren en wordt het beleid structureel getoetst.

Ook wordt in 2021 gekeken naar de e-learning medicatieveiligheid en of deze nog passend is. Hierop moet een doorlopend vervolg komen voor medewerkers die de basis training hebben afgerond met daarin passende verdieping.

HERZIEN GEDRAGSCODE

Met een aantal medewerkers is de gedragscode geëvalueerd. Dit heeft er in geresulteerd dat we aan de hand van onze kernwaarden naar ons gedrag en handelen hebben gekeken en van daaruit de gedragscode hebben aangepast. De onderwerpen zijn concreter geformuleerd, zodat deze beter te begrijpen en toepasbaar zijn. Daarnaast wordt de gedragscode in boekvorm opgemaakt zodat deze aan nieuwe medewerkers gegeven kan worden en op de werkplekken makkelijk na te lezen is.

HERHUISVESTING

In 2019 is gestart met de nieuwbouw aan de Krommestede in Noordwolde. Inmiddels zijn acht energiezuinige en onderhoudsarme woningen gerealiseerd. Deze woningen zijn gesitueerd nabij het steunpunt de Leilinde. De woningen zullen bewoond worden door bestaande cliënten die worden gehuisvest. Zo kunnen deze cliënten geclusterd wonen en is de afstand tot het steunpunt kleiner. Dit draagt bij aan het gevoel van veiligheid van de cliënt.



Bouwsteen 2

Cliëntervaringen

Na het cliënttevredenheidsonderzoek van ZorgfocuZ in 2018 werd duidelijk dat een andere manier van cliëntervaringen uitvragen wenselijk was. De cliëntenraad was kritisch op de manier waarop in 2018 een enquête is gehouden en gaf aan dat er weinig ruimte bestaat voor het gesprek.

Het doel was om in 2020 op een andere manier vorm te geven aan het cliëntervaringsonderzoek. Hierbij zijn vijf opties uit de waaier onderzocht. De voorkeur ging uit naar “ben ik tevreden”. Op een laagdrempelige manier wordt met elkaar het gesprek aangegaan waardoor de uitkomsten van het gesprek direct kunnen leiden tot verandering. Helaas waren de omstandigheden door de uitbraak van het coronavirus er niet naar om dit uit te voeren op de manier zoals wij graag zouden willen.

Daarom is op het laatste moment toch besloten om opnieuw met ZorgfocuZ een samenwerking aan te gaan. Door dezelfde methodiek te gebruiken als in 2018 is het mogelijk om de resultaten te vergelijken.

Dit keer is achteraf een interpretatiesessie gehouden waarbij de uitkomsten met de projectgroep en Tc'ers is besproken. Dit gaf meer duidelijkheid en inzichten over de uitkomsten van het onderzoek.

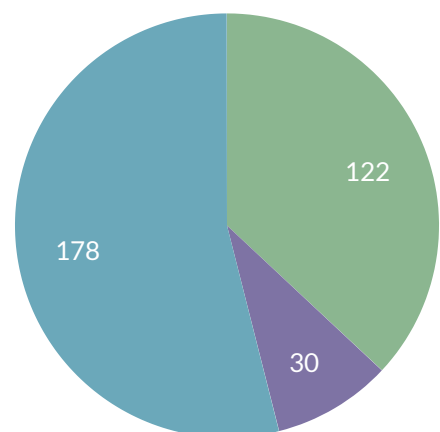


ONDERZOEKSDOELGROEP

- Cliënten van de Leilinde
- Cliënten van de Lindeboom
- Cliënten van de Lindelaan
- Cliënten van de Linden
- Cliënten ambulante

Om deze groep te benaderen hebben zij een brief en een vragenlijst ontvangen per post. De vragenlijst is samen met ZorgfocuZ en twee leden van de cliëntenraad opgesteld.

Onder de cliënten van ZDS is een vragenlijst uitgezet. Responstabel
Aantal verzonden vragenlijsten: 300
Aantal bruikbare vragenlijsten: 122
Respondenten woonlocaties: 30



- Ingevulde vragenlijsten (36.97%)
- Respondenten woonlocaties (9.09%)
- Niet ingevuld (53.94%)

Clänttevredeheidsonderzoek

Rapportcijfer ZDS Wonen

7,6

Als verbeterpunten hebben 16 respondenten de volgende opmerkingen:

- Drie respondenten zien ruimte voor verbetering in de communicatie. Bij afwezigheid van hun vaste begeleider, is het hen niet altijd duidelijk waar zij dan wel terecht kunnen en ook bij navraag voelen zij zich niet geholpen. Ook ervaart een respondent de wisselingen in personeel als vervelend.
- Drie respondenten hebben een opmerking over het wonen bij ZDS: zo zou een respondent behoefte hebben aan meer informatie over de woning. Daarnaast worden gelijke behandeling, algemene regels en minder drukke koffiemomenten genoemd als verbeterpunten.
- Eén persoon vraagt om betere naleving van de coronaregels.
- Eén respondent heeft het gevoel niet de best passende zorg voor de situatie te ontvangen. Deze respondent vraagt om meer openheid en transparantie en zou ook graag meer de ruimte krijgen.

“

Clänten bekijken de sollicitanten vanuit een ander perspectief, dit werkt verhelderend en zorgt ervoor dat wij als zorgverleners ook op een andere manier vragen stellen en kunnen zien hoe er wordt gereageerd

”

Rapportcijfer ZDS
Ambulant
8,3

Verbeterpunten

- Vier respondenten vinden dat de communicatie verbeterd kan worden. Eén van hen was niet voldoende op de hoogte van de regels omtrent het wonen. Een andere respondent geeft aan dat er mondelinge afspraken zijn gemaakt, die daarna niet zijn nagekomen. Twee respondenten zouden graag meer of vaker informatie ontvangen, bijvoorbeeld per e-mail. Eén van hen geeft daarbij aan het online cläntenportaal onduidelijk te vinden.
- Twee respondenten noemen dat zij het vervelend vinden dat er vaak van begeleider wordt gewisseld. Eén geeft aan dat de begeleiding niet altijd op tijd komt op afspraken, een ander vindt dat de begeleiding niet altijd goed meebeweegt met het werkrooster.
- Drie respondenten zouden graag meer flexibiliteit zien in de begeleidingsuren, zo vindt één van hen de frequentie van afspraken te hoog.

WET MEDEZEGGENSCHAP CLIËNENTRADEN ZORG-INSTELLINGEN

Op 1 juli 2020 is de nieuwe Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz 2018) in werking getreden. In deze wet zijn zaken anders geregeld dan voorheen. Door deze nieuwe wet hebben de cliëntenraad en ZDS nieuwe afspraken gemaakt over de bevoegdheden van de cliëntenraad. De voorzitter van de RvC van ZDS heeft vanuit haar rol en haar juridische kennis op dit gebied eind 2020 een presentatie gegeven aan de cliëntenraad over de invulling van de nieuwe wet. Het MT en de bestuurder zijn ook geïnformeerd over wat de wijziging voor hen inhoudt.

MEDEZEGGENSCHAP CLIËNTEN

De cliëntenraad bestaat uit 7 leden die allen een locatie vertegenwoordigen. Het doel van de cliëntenraad is “de belangen te behartigen van alle cliënten, ervaring en kennis te delen en de organisatie daarop te toetsen”. De cliëntenraad is in 2020 aangesloten bij de RVC. Er zijn vanuit de directie meerdere adviezen aan de cliëntenraad gevraagd om tot passende besluiten te komen. Er is drie keer ongevraagd advies gegeven door de cliëntenraad over het coronabeleid, de kwartaalrapportage en de clientvertrouwenspersoon. Er is in totaal vijf keer gevraagd advies te geven op initiatief van het MT: coronabeleid, cliëntervaringsonderzoek, rookbeleid, huisregels, vacature cliëntenraadondersteuner. In 2020 wordt in het aannamebeleid vastgelegd dat bij zorg-inhoudelijke vacatures binnen ZDS altijd een lid van de cliëntenraad aanschuift bij de sollicitatiegesprekken.

De cliëntenraad is in 2020 begeleid door een ambulant begeleider. Hoewel de cliëntenraad steeds meer zelfsturend wordt, geeft de cliëntenraad aan nog wel graag een cliëntenraad begeleider te willen raadplegen die ondersteuning biedt.

De cliëntenraad bestaat alleen uit cliënten die zorg van ZDS ontvangen. De wens van de cliëntenraad is er om ook naaste verwanten aan de cliëntenraad te laten deelnemen.

In 2021 wil de cliëntenraad weer actief betrokken zijn bij bewonersbijeenkomsten.

KLACHTEN

ZDS beschikt over een klachtenprocedure op basis waarvan de cliënt een klacht bij de organisatie kan indienen of bij Klachtenportaal zorg.

In 2020 is actiever aandacht besteed aan de binnengekomen klachten. Klachten werden altijd wel opgepakt maar niet altijd door de klachtenfunctionaris waardoor er geen zicht was op het aantal klachten. Nu wordt de klachtenfunctionaris betrokken bij de klacht en wordt samen met de teamcoördinator gekeken hoe de klacht het beste kan worden opgepakt. We vinden het belangrijk dat klachten altijd serieus worden genomen.

In 2020 zijn vijf officiële klachten ingediend. Er is geen klacht ingediend bij KPZ. Drie klachten gingen over onvrede over de begeleiding. Twee klachten gingen over de omgeving.

Vier klachten zijn naar tevredenheid van alle partijen opgelost. Naar aanleiding van één klacht is het corona communicatiebeleid aangepast. Eén klacht is niet opgelost en de cliënt is uit zorg gegaan.

Het komt voor dat klachten worden ingediend maar dan kiest de cliënt ervoor om er geen officiële klacht van te maken of is de klacht snel opgelost. Op advies van de auditor worden deze klachten vanaf kwartaal 1 in 2021 wel bijgehouden omdat ze bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit van de zorg.



“Wij willen de zorg waarborgen vanuit het oogpunt van de cliënt. En de organisatie erop wijzen wat goede zorg is en toezien of dit op de juiste manier geboden wordt”

Bouwsteen 3

Zelfreflectie in teams

Hoewel 2020 vooral in het teken stond van Corona en er daardoor veel aandacht is uitgegaan naar het werken in de eigen teams en het hoofd boven water houden in deze uitzonderlijke situatie is er toch tijd geïnvesteerd in reflecteren. Helaas minder dan gepland, maar in 2021 hopen we dat alles weer gewoon door kan gaan. Er zijn online trainingen aangeboden en intervisie is ook op afstand doorgegaan.

SCHOLING EN DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING

ZDS werkt jaarlijks met een scholingsbeleid waarbij een daarvoor vastgesteld budget verdeeld wordt over de locaties. In 2020 zijn in de volgende aandachtsgebieden diploma's en/of certificaten behaald:

- Weerbaarheid (agressie hantering) basistraining en herhalingstraining. Jaarlijks terugkerend.
- Intervisie training binnen alle teams en lagen in de organisatie.
- LVB, middelengebruik en motiverende gespreksvoering binnen wonen en ambulant
- 1 medewerker heeft een EVC traject gevolgd en afgerond.

MEDEZEGGENSCHAP

De medezeggenschap heeft in 2020 verder vorm gekregen. De medezeggenschapsraad bestaat uit medewerkers van alle verschillende locaties. De medezeggenschap werkt vanuit de volgende visie: *Betrokken, transparant en vindend, dat is waar ZDS voor staat. De stem van iedere collega telt, Samen staan we Sterk. De vorm van medezeggenschap dient praktisch uitvoerbaar te zijn, waarbij de dialoog tussen bestuur en collega's centraal staat en waarin alle disciplines worden vertegenwoordigd.*

De medezeggenschap wordt vormgegeven in personeelsbijeenkomsten (minimaal 4 keer per jaar).

Om het proces rondom medezeggenschap goed te laten verlopen is binnen ieder team een vertegenwoordiger aangesteld. De vertegenwoordigers halen input vanaf de werkvloer en bespreken agendapunten voor de personeelsbijeenkomsten vooraf met de collega's van het team. De vertegenwoordigers sluiten minimaal één keer per kwartaal aan bij een MT overleg. Daarnaast hebben de vertegenwoordigers minimaal één keer per kwartaal gezamenlijk overleg.

Eén van de onderwerpen waarbij de medezeggenschap in 2020 een actieve rol heeft gehad is het opzetten en uitvoeren van het medewerkerstevredenheids-onderzoek (MTO).



MEDEWERKERSTEVREDENHEIDSONDERZOEK (MTO)

Het uitvoeren van een medewerkerstevredenheidsonderzoek (MTO) stond voor ZDS al langere tijd op de planning. Het inventariseren van de tevredenheid en werkbeleving zijn voor ZDS van groot belang. Deze sluiten aan bij de kernwaarden betrokkenheid en transparantie. Ook in het kader van “goed werkgeverschap” wil ZDS graag weten hoe het werk wordt ervaren en wat de aandachts- en/of verbeterpunten zijn.

In het verleden is op verschillende manieren aandacht besteed aan ervaringen en meningen van de medewerkers. Onder andere in het onderzoek “Stof tot nadenken” (Bureau Andringa, 2018) en binnen de vitaliteitscheck (Oude Vrielink, 2018). Een volledig MTO heeft nog niet eerder plaats gevonden.

Via Zorgplein Noord is ZDS in contact gekomen met een onafhankelijk onderzoeksbureau: ZorgfocuZ. ZorgfocuZ richt zich met name op onderzoek binnen de zorg en welzijnssector. ZorgfocuZ heeft voor ZDS in het vierde kwartaal van 2020 het MTO uitgevoerd.

HET ONDERZOEK

Om het MTO op te zetten en uit te kunnen voeren had ZorgfocuZ input nodig vanuit de organisatie. Vanuit kwaliteit, HR en de vertegenwoordiging medezeggenschap is een interne werkgroep opgericht. Binnen de werkgroep zijn thema's bepaald voor het onderzoek.

BELANGRIJKSTE CONCLUSIES

Medewerkers beoordelen ZDS in 2020 met een 7,8. De zelfstandigheid, flexibiliteit en goede/open sfeer maken volgens de meeste medewerkers het werken bij onze organisatie aantrekkelijk. Ruimte voor verbetering ligt met name op het gebied van:

- Interne communicatie
- Transparantie in besluitvorming
- Balans in werkdruk en geestelijke inspannendheid van het werk
- Strategie (medewerkers meenemen)
- Zicht op/informatie voorziening over:
 - Missie/visie
 - Toekomstbeeld
 - (Concrete) teamdoelen

VERVOLG

De uitkomsten van het MTO worden meegenomen in de strategie van de organisatie voor 2021. Bij het bepalen van de strategie worden medewerkers van de verschillende organisatieonderdelen betrokken. In de strategie worden de verbeterpunten/thema's uitgewerkt in concrete speerpunten en – waar nodig – uitgewerkt in projecten.

JAARGESPREKKEN

Het afgelopen jaar is op initiatief van de teamcoördinatoren een andere invulling gegeven aan de jaargesprekken met medewerkers. Deze worden nu in kleine groepjes gedaan zodat er ook vanuit collega's feedback kan worden gegeven aan elkaar. De medewerker vult een SWOT analyse in en vervolgens wordt dit aan de hand van het belangrijkste ontwikkeldoel besproken. De teamcoördinator wonen en de manager zorg zijn bij dit gesprek aanwezig. Naar aanleiding van dit gesprek maakt de medewerker zelf een gespreksverslag op.

Medewerkers tevredenheid

7,8

SOAP LEARNING

Om medewerkers meer handvatten te geven bij het rapporteren is een soap e-learning aangeboden die door alle medewerkers is gevolgd. Deze e-learning bleek niet voldoende aan te sluiten bij de vragen van de medewerkers. Daarom wordt in 2021 een andere vorm aangeboden: methodisch rapporteren. Dit komt onder de paraplu van Methodisch Werken te hangen. Dit wordt deels door externe opleiders aangeboden en deels door eigen medewerkers om zo de implementatie te bestendigen. Een aantal eigen medewerkers zal als co-trainer fungeren tijdens de trainingsdagen en van tevoren informatie ophalen uit de desbetreffende teams en daarnaast de teams voorbereiden op de trainingsdagen om zo het methodisch werken vanuit de basis te laten plaatsvinden. Dit moet nog vorm krijgen en besloten worden. Methodisch Werken bestaat uit drie pijlers: methodisch handelen, methodisch rapporteren, methodisch zorgplannen schrijven (SMART doelen stellen).

KIJKJES IN DE KEUKEN

Een belangrijk onderdeel van het kwaliteitskader zijn de kijkjes in de keuken. In 2019 was dit niet goed van de grond gekomen door de vrijblijvendheid hiervan. Daarom lag er voor 2020 een plan klaar om kijkjes bij elkaar in de keuken te nemen.

In dit plan staat beschreven dat medewerkers met hetzelfde aandachtgebied een dienst meelopen op een andere locatie. Het doel hiervan is elkaar leren kennen, drempel verlagen om elkaar op te zoeken op een andere locatie, leren van elkaar: hoe doet de ander het, wat kan ik verbeteren. Maar ook elkaar kunnen vervangen als dit nodig is gaat makkelijker als de medewerkers bekend en vertrouwd zijn met de andere locaties. Zodra de situatie het toelaat om bij elkaar op de locatie mee te lopen wordt dit weer opgepakt.

Bouwsteen 4

Externe visitatie

ZDS hecht grote waarde aan kwalitatief goede zorg. Investeren in kwaliteitszorg vormde de afgelopen jaren een belangrijk speerpunt in de organisatiestrategie. Inmiddels is sprake van een goede basis maar er bestaan altijd mogelijkheden voor verbetering. ZDS is hierbij van mening dat je veel kan leren van andere organisaties, onder andere door “kijkjes in de keuken” maar zeker ook via externe visitatie. Externe visitatie is de vierde bouwsteen uit het kwaliteitskader. Het belangrijkste doel van externe visitatie betreft het bevorderen van het leer- en ontwikkelingsvermogen van de organisatie.

Binnen ZDS is de bestuurder verantwoordelijk voor de continuïteit van de organisatie door het signaleren van relevante ontwikkelingen, het nemen van initiatieven als gevolg hiervan, deze te vertalen in beleid en strategie, het opbouwen en onderhouden van relevante contacten en het monitoren van aanbestedingsprocedures. Vanuit deze verantwoordelijkheid is de externe visitatie neergelegd bij de bestuurder.

In dit hoofdstuk worden de manier waarop de visitatie is vormgegeven en de belangrijkste resultaten, inzichten en adviezen beschreven. We sluiten af met een korte vooruitblik op 2021.

INVULLING 2020

In 2019 zijn ZDS, Stichting Zorg op Maat (ZOM) en 't Zuiderstee gestart met visitatiebijeenkomsten. Voor ZDS was het een belangrijk doel om de visitatie meer zorginhoudelijk (vanuit het cliëntperspectief) vorm te geven. De bijeenkomsten in 2019 zijn als inzichtgevend en inspirerend ervaren. Belangrijk thema's die aan bod zijn gekomen waren o.a. cliënttevredenheid, cliëntenraad en zelfreflectie binnen teams. Voor 2020 is de keuze gemaakt om in dezelfde samenstelling de visitatiebijeenkomsten voort te zetten.

In februari 2020 zijn we voor het eerst weer bij elkaar gekomen. Kort daarna kregen we te maken met de Corona pandemie. Dit heeft op alle drie de organisaties veel impact gehad. Buiten de bijeenkomsten om hebben we regelmatig afstemming gezocht over de manier waarop we het interne corona beleid vormgeven. In mei hebben we via een digitaal overleg stil gestaan bij de Corona ontwikkelingen en elkaar feedback gegeven op het concept kwaliteitskaderverslag 2019. In september hebben we een derde officiële visitatiebijeenkomst gehad. De samenstelling van de visitatiecommissie bestond in 2020 – in wisselende samenstelling- uit de onderstaande personen.

- Carla Bos, coördinator Stichting Zorg op Maat
- Lea van der Kooi, coördinator Stichting Zorg op Maat
- Thyrsa Goeree, functionaris kwaliteit en zorglogistiek 't Zuider Stee
- Thamara de Clerck, functionaris kwaliteit en zorglogistiek 't Zuider Stee
- Geranda Schutter, functionaris kwaliteit en zorglogistiek 't Zuider Stee
- Larisa Groenhof, manager zorg Zorggroep de Stellingwerven
- Mieke Mulder, kwaliteitsmanager
- Hedwig Postma, coördinator stafbureau Zorggroep de Stellingwerven

Tijdens de bijeenkomsten hebben we diverse, uiteenlopende thema's aan de orde gesteld. Op de volgende pagina's staat per besproken thema een overzicht van de belangrijkste bevindingen en inzichten voor ZDS.

Begin 2020 hebben we binnen de visitatiecommissie afgesproken om tijdig de concept kwaliteitskaderverslagen met elkaar te delen.

*" Door het uitvoeren van een
kwaliteitscheck teamprocessen
willen we de collega's actief
betrekken."
Hedwig Postma, ZDS*

KWALITEITSMANAGEMENTSYSTEEM

We hebben met elkaar stil gestaan bij de manier waarop het interne kwaliteitsmanagementsysteem is vormgegeven. Binnen de organisaties zijn verschillen en overeenkomsten in het kwaliteitsmanagement systeem. Voor alle drie de organisaties wordt de basis gevormd door de Plan Do Check Act cyclus. 't Zuiderstee en ZDS werken beide met een kwaliteitskalender.

ZDS heeft het auditen vormgegeven door middel van kwaliteitschecks. Zowel 't Zuiderstee alsook ZDS lopen er tegenaan dat het in de praktijk vooral lastig is om de Check en de Act uit de PDCA te borgen. Binnen SZOM wordt een speciaal jaarwerkplan gebruikt, A3. In dit systeem zijn de PDCA verweven.

Alle drie organisaties zien mogelijkheid voor verbetering op het gebied van het frequent auditen van interne processen.

RICHTLIJN OMGAAN MET SEKSUALITEIT

Seksualiteit, specifiek bij de doelgroep jongvolwassenen met een verstandelijke beperking, is binnen ZDS al langere tijd een aandachtspunt. Op dit moment heeft ZDS geen duidelijke richtlijn. Hier is binnen de teams wel behoefte aan.

SZOM kent verder geen specifieke methodiek. Binnen 't Zuiderstee maakt het onderwerp "seksualiteit" ook onderdeel uit van het ondersteuningsplan.

Voor ZDS is het vormgeven van een interne richtlijn "omgaan met seksualiteit bij de LVB doelgroep" een doel voor 2021.

ERVARINGEN ELECTRONISCH CLIËNTDOSSIER

't Zuiderstee en SZOM werken beide met ONS/Nedap. ZDS heeft twee jaar geleden ONS/Nedap en het ECD van SDB (voorheen QIC) uitgebreid vergeleken. ZDS heeft destijds de keuze gemaakt om verder te gaan met het ECD van SDB. Eén van zwaarwegende argumenten hiervoor is het feit dat SDB de implementatie zelf verzorgd. Bij ONS/Nedap wordt de implementatie uitbesteed. ZDS bevindt zich inmiddels in de afrondende fase van de implementatie. De implementatie is een behoorlijk intensief traject geweest. We hebben ervaringen over de systemen uitgewisseld. Beide systemen blijken voor en nadelen te hebben.

CLIËNTPORTAAL

ZDS is begin 2020 gestart met de implementatie van het cliëntportaal (onderdeel van het totale implementatietraject van het ECD). Dit online portaal geeft cliënten inzage in rapportages over hen en hun zorgplan. Na een testfase kunnen de cliënten vanaf 1 augustus 2020 inloggen. In de praktijk wordt het portaal nog minimaal gebruikt. Van de 280 cliënten zijn er op dit moment circa 50 cliënten die één of meerdere keren hebben ingelogd.

ZORGPLAN EN RAPPORTAGE

Het actueel hebben en houden van de zorgplannen is binnen alle drie de organisaties een aandachtspunt. Hedwig: *"binnen ZDS is het percentage actuele zorgplannen structureel lager dan de KPI. 95% van de plannen zijn actueel"*.

Daarnaast is ook de rapportage een aandachtspunt. ZDS is vanaf begin 2020 gestart met rapporteren op basis van de SOAP/SOEP methode waarbij je doelgericht rapporteert. Larisa: *"al onze begeleiders hebben een e-learning gevolgd. Het blijkt in de praktijk echter lastig te zijn om het geleerde toe te passen."* Het tijdig actualiseren van de zorgplannen en het beter inbedden van doelgerichte rapportages (met als basis de SOAP) zijn voor ZDS aandachtspunten in 2021.

WERKWIJZE EN PROCEDURE CALAMITEITEN

't Zuiderstee heeft in de zomer van 2020 een grote brand op één van de woonlocaties gehad. Eén van de aandachtspunten voor kwaliteit is het vaststellen van een calamiteitenplan/procedure. ZDS heeft haar calamiteitenprocedure gedeeld.

ROOKBELEID

ZDS wil de komende periode gefaseerd naar duidelijke afspraken rondom roken en een algeheel rookverbod in de zorgwoningen. In een eerder stadium is in samenwerking met de cliëntenraad een rookbeleid vastgesteld.

VOORUITBLIK NAAR 2020

Het kwaliteitskader gehandicaptenzorg geeft als richtlijn om maximaal 2 jaar met dezelfde externe visitatiepartners te werken. We plannen geen nieuwe officiële bijeenkomst in deze samenstelling. Hedwig: *"De uitwisseling/samenwerking willen we behouden"*.

In 2021 worden oriënterende gesprekken gevoerd met Maeykehiem en Oranjeborg.

JEUGD

Jeugd betreft een groeiende doelgroep binnen ZDS en vraagt om een eigen expertise en werkwijze. Dit heeft het afgelopen jaar extra vorm gekregen doordat team jeugd een eigen teamcoördinator heeft gekregen. De teamcoördinator is verantwoordelijk voor het coördineren van het team en ondersteunen van de collega's. Onder andere het voeren van intakegesprekken, en collega's met de juiste expertise inzetten in casussen.

Er wordt gewerkt vanuit het kwaliteitskader jeugd. De norm van de verantwoorde werktoedeling wordt altijd toegepast.

Het team jeugd bestaat uit tien medewerkers. Allemaal met hun eigen expertise binnen het jeugddomein. Er is sprake van een intensieve samenwerking tussen de verschillende disciplines van het team.

ONTWIKKELINGEN BINNEN TEAM JEUGD IN 2020

Binnen team jeugd zijn er op dit moment twee IAG'ers actief. IAG is een behandelaanbod wat ingezet wordt binnen gezinnen en staat voor Intensieve Agogische Gezinsbehandeling. De behandelvorm IAG is een effectief bewezen programma voor gezinnen met meervoudige en complexe problemen, met als doel dat kinderen in het gezin blijven wonen of kunnen terugkeren naar huis.

In 2020 zijn twee collega's gestart met de IAG opleiding.

ONTWIKKELING

Eén andere collega heeft de training tot KIES coach gevolgd (het behartigen van de belangen van kinderen bij scheiding). Ook werken we binnen de organisatie met de meldcode. Eén collega mag zich aandachtsfunctionaris noemen na een cursus te hebben gevolgd. Het team blijft zich ontwikkelen.

MELDCODE

De meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling krijgt doorlopend aandacht. Binnen de organisatie is een aandachtsfunctionaris huiselijk geweld en kindermishandeling werkzaam. Zij kijkt mee op het moment dat er zorgen zijn. Dit doet zij samen met de gedragswetenschapper. Er is een jaarplan opgesteld, opdat er gedurende het jaar voldoende aandacht besteed kan worden aan de meldcode. In 2020 is 5 keer de meldcode doorlopen en een melding gemaakt in het systeem.

AANTAL CLIËNTEN EN GROEIPROGNOSE

Door het Coronavirus zijn de cliëntaantallen het afgelopen jaar minimaal gegroeid. Door het sluiten van scholen, externe activiteiten etc. is er minder zicht op kinderen binnen gezinnen. Nu deze ruimte weer ontstaat merken we dit en volgen er ook meer aanmeldingen.



SKJ (STICHTING KWALITEITSREGISTER JEUGD)

Een aantal keren per jaar bestaat de mogelijkheid voor de SKJ geregistreerde collega's om supervisie te volgen. Dit wordt door een externe partij aangeboden. De geregistreerde collega's krijgen op die manier de kans om zich verder te ontwikkelen en dit draagt bij aan het behouden van de registratie. Daarnaast volgen de collega's trainingen, op dit moment veelal online om de registratie bij te houden. In totaal hebben we achttien SKJ geregistreerde medewerkers. Zes daarvan volgen ons interne praktijkprogramma, dat door één van de gedragswetenschappers is ontwikkeld. Diegenen die het praktijkprogramma volgen zijn wel geregistreerd, met daaraan als voorwaarde gekoppeld dat zij dit programma afronden.

BEHANDELING

IAG en PMT zijn veel ingezette behandelvormen. Beide behandelingen worden veel ingezet voor jeugd met goede resultaten.

PSYCHOMOTORISCHE THERAPIE

Bij psychomotorische therapie ligt de nadruk op lichamelijke activiteiten en beweging. Het doel is dat de cliënt zijn/haar gedrag leert te begrijpen en te veranderen. Hierdoor verminderen of verdwijnen zelfs klachten.

Bij psychomotorische therapie gaat de therapeut samen met de cliënt aan de slag met het uitvoeren van lichamelijke activiteiten, oefeningen en opdrachten. De cliënt leert bijvoorbeeld beter zijn/haar lichamelijke spanningen en lichaamshouding kennen. Ook kan de cliënt gaan ontdekken waar het gevoel vandaan komt in bepaalde situaties en hoe de cliënt daar dan het beste mee om kan gaan.

De behandelingen vinden plaats in de PMT ruimte in Noordwolde en op scholen in de regio.

LAG'ER AAN HET WOORD

"Ik ben Janine en werkzaam als IAG'er bij ZDS. Het uitgangspunt van IAG is dat iedereen in staat is om nieuw gedrag te leren, dat veranderingen in gezinnen altijd mogelijk zijn en dat problemen van kinderen nooit op zichzelf staan. Hun gedrag heeft een relatie met de context waarin ze opgroeien. Zie het als een tandwiel: als je daaraan draait, komt de rest ook in beweging."

Laatst gaf een moeder aan dat ze het IAG traject zo waardeert omdat er van haar wordt gevraagd zichzelf te zijn en op zoek te gaan naar wie ze is en waar ze naartoe wil. Voor het eerst heeft zij zelfvertrouwen ontwikkeld omdat de focus ligt op waar de krachten aanwezig zijn en wat er goed gaat. Ze kan nu groeien als moeder, partner en persoon. Dat geldt ook voor de andere gezinsleden. Uiteraard bestaat IAG uit veel meer dan dit, maar het doet mij goed om te horen en te zien dat de methodiek werkt."

ONTWIKKELING

Het afgelopen jaar is geïnvesteerd in de werkbegeleiding en heeft de GZ psycholoog een training tot werkbegeleider IAG gevolgd. Daardoor kunnen we nu gerichte IAG werkbegeleiding ontvangen op individueel niveau en in casuïstiek. Dit is een positieve ontwikkeling die bijdraagt aan de kwaliteit van de IAG trajecten en de individuele ontwikkeling van de IAG'er."

Alle IAG behandelingen zijn het afgelopen jaar, ondanks het corona virus, gewoon doorgegaan. IAG gezinnen ontvangen behandeling i.v.m. complexe en meervoudige problematiek. Het pauzeren van de behandeling zou kunnen leiden tot crisissen en onveiligheid. Daarom is het geen moment een optie geweest om met de behandeling te stoppen."

MEER DRUK OP OUDERS

Voor de gezinnen is het een zware periode. Bijna alle gezinnen maken gebruik van hun sociale netwerk en/of voorzieningen zoals bijvoorbeeld een zorgboerderij. Door de coronamaatregelen kunnen ouders minder ontlast worden en geen gebruik maken van een sociaal of professioneel netwerk, waardoor het risico op overbelasting enorm toeneemt. Dit is goed te merken omdat er meer een beroep werd gedaan op mij als IAG'er."



"Ik ben trots op team jeugd. De inzet, ook tijdens corona, het afgelopen jaar is uitstekend geweest. Ze hebben zich niet tegen laten houden door alle beperkingen en zijn de gezinnen blijven opzoeken. Als team blijven ze in ontwikkeling, ze stellen nieuwe doelen en met elkaar willen ze een nog competenter team worden."

Louise de Vries
Teamcoördinator Jeugd

Raad van Commissarissen (RvC)

De RvC van Zorggroep de Stellingwerven heeft in de statuten van deze organisatie vastgelegde bevoegdheden en vormt een belangrijke gesprekspartner voor het bestuur. Zo houdt de RvC toezicht op het gevoerde beleid van ZDS en de algemene gang van zaken in de organisatie. De RvC weegt daarbij de belangen van alle belanghebbenden binnen en buiten de organisatie tegen elkaar af, inclusief de voor de organisatie relevante aspecten van het maatschappelijk ondernemen.

Alle leden van de RvC zijn onafhankelijk, conform de richtlijnen van de Governancecode Zorg. De commissarissen hebben ervaring in bestuurlijke, juridische, financiële, sociaalmaatschappelijke en academische sectoren. Binnen de RvC is ruim voldoende kennis aanwezig van het wettelijk kader waarbinnen ZDS werkzaam is. Op deze wijze wordt gewaarborgd dat de RvC voldoende kennis en kunde binnen zijn gelederen heeft om haar toezichthoudende taak naar behoren te kunnen uitvoeren.

De samenstelling van de RvC is in 2020 gewijzigd. De RvC is op 1 april 2020 uitgebreid met twee commissarissen die met name financiën, bedrijfseconomie, human resources, en organisatie-ontwikkeling in hun portefeuille hebben.

Verantwoording toezichtrol

De RvC legt in het jaarverslag 2020 in- en extern verantwoording af over het vervullen van haar toezichtrol. Dit jaarverslag bevat die elementen die voorgeschreven zijn in de Governancecode Zorg, de statuten van ZDS en het huishoudelijk reglement van de RvC.

Vergaderingen

De RvC heeft in 2020, volgens een vooraf vastgestelde planning, zes reguliere vergaderingen met het bestuur en veelal ook de controller (soms via Teams) gehouden. Tijdens deze bijeenkomsten werden de commissarissen uitvoerig geïnformeerd over de financiële, operationele en strategische ontwikkelingen en doelstellingen van ZDS. Zoals elk jaar is er gesproken over de jaarrekening van het voorafgaande jaar, de WNT-normen (wet normering topinkomens), begroting voor 2020, de Governancecode, de beloningsstructuur voor het bestuur, risicobeheersing en het beleid. Er is een open, goede en constructieve relatie met de bestuurder en een goede vertrouwensbasis tussen raad en bestuurder. De bestuurder houdt de raad periodiek op de hoogte door de raad per vergadering bij te praten aan de hand van een schriftelijke voortgangsrapportage over actuele onderwerpen. Bijzondere aandachtspunten in 2020 waren Covid-19 (interne protocollen, richtlijnen, de zorgbonus), het strategisch document 2020-2021 en de daarin opgenomen speerpunten, de ontwikkelingen rondom winst in de zorg, de externe audit, kwartaalrapportages, het Kwaliteitskadersverslag 2019,

de kwaliteit van de zorgverlening door ZDS en de externe audit daarvan, de samenwerking met gemeenten/zorgkantoren, marktontwikkelingen, medezeggenschap in de vorm van personeelsbijeenkomsten en afstemming met de cliëntenraad.

Ook zaken zoals de herhuisvesting in Noordwolde, de oplevering van de groepsruimte in Zandhuizen, privacy beleid, duurzaamheid, aanbestedingen Wmo-gemeenten, de werking van het nieuwe ECD-systeem/QIC-systeem en contractbeheer vormden belangrijke onderwerpen van gesprek.

CLIËNTENRAAD

De discussies binnen de RvC waren doorgaans gebaseerd op documenten en presentaties van het bestuur, de controller, de externe registeraccountant en de organisatieadviseur. Een tweetal vergaderingen stond in het teken van directe afstemming met de cliëntenraad. Een afvaardiging van de cliëntenraad is aanwezig geweest bij deze vergadering waarin zij kennis maakten met de twee nieuwe commissarissen. De voorzitter van de RvC heeft in een aparte sessie uitleg aan de cliëntenraad gegeven over de nieuwe wet Wmca 2018 en de consequenties daarvan. In 2021 zal opnieuw directe afstemming tussen de RvC en de cliëntenraad plaats vinden. De RvC ervaart de contacten met de cliëntenraad en ook die met andere tijdens haar vergaderingen uitgenodigde medewerkers van ZDS als zeer belangrijk omdat daarmee vanuit verschillende perspectieven informatie wordt verkregen over het functioneren van ZDS.

De RvC heeft ook zonder aanwezigheid van het bestuur vergaderd. In deze vergadering evalueerde de RvC haar eigen functioneren. Het beleid van het bestuur in zijn geheel en het functioneren van het bestuur afzonderlijk werden beoordeeld. Tussen de vergaderingen door heeft regelmatig overleg plaatsgevonden tussen de RvC en het bestuur. Deze werkwijze biedt de leden van de RvC de gelegenheid zich een goed beeld te vormen van de operationele werkzaamheden, de ontwikkelingen in de zorgmarkt en de manier waarop ZDS hierop inspeelt. Daarnaast wil de RvC zich blijven ontwikkelen in haar toezichthoudende rol en zal zij daarvoor aanvullende trainingen volgen.

Gedurende 2020 zijn er geen vergaderingen gehouden waarbij een van de leden van de RvC afwezig was.

VASTSTELLING JAARREKENING(2019) EN DE BEGROTING/ PROGNOSE (2020)

Zoals de statuten voorschrijven, legt de RvC de door het bestuur opgestelde jaarrekening ter vaststelling voor aan de Algemene Vergadering van Aandeelhouders (AVA). De jaarrekening is door de externe registeraccountant, MRW Accountants & Adviseurs, gecontroleerd en voorzien van een beoordelingsverklaring. De AVA heeft decharge (goedkeuring) verleend aan het bestuur voor het door haar gevoerde bestuur en aan de RvC voor het daarop gehouden toezicht. De vastgestelde begroting en de prognose voor 2021 zijn door de controller toegelicht en uitvoerig met de RvC besproken.

Raad van Commissarissen (RVC)

Roel Bouwhuis

ToeziChthouder op het domein 'mens en organisatie' vanuit een bedrijfskundig perspectief.



Anja van Velsen

ToeziChthouder op financiën en meedenken over zorg-bestuurlijke vraagstukken



Gerke Jager

ToeziChthouder op financiën en meedenken over zorg-bestuurlijke vraagstukken



DANKWOORD

De RvC dankt de bestuurder en alle medewerkers van ZDS voor hun inspanningen.



Verbeterpunten 2021

Naar aanleiding van de interne en externe ontwikkelingen zijn verschillende speerpunten voor de komende periode vastgesteld. De speerpunten zijn onderverdeeld in verschillende aandachtsgebieden. Ieder speerpunt is gekoppeld aan één van de vier bouwstenen uit het kwaliteitskader gehandicapten zorg.

Door- en uitstroombeleid ontwikkelen en vastleggen in een procedure.

(Zorg rondom de cliënt)

- Uitwerken en vastleggen van het door- en uitstroombeleid
- Vaste werkwijze/ procedure
- Uitsplitsing uitstroom op basis van financieringsstromen (WMO, JW en Wiz)

Verstevigen methodisch werken.

(Cliënt ervaringen)

- Concreet en doelgericht rapporteren en integreren in de instellingsmethodiek.
- Mogelijke aanpassingen in het ECD onderzoeken ter ondersteuning van doelmatig rapporteren en doelen stellen.
- Werken volgens de instellingsmethodiek, visie en kernwaarden.
- Gericht scholingsaanbod 2021-2022.

Verbeteren interne communicatie.

(Zorg rondom de cliënt)

- Transparant, eenduidig en duidelijk communiceren.
- Medewerkers tijdig meenemen in proces en besluitvorming.
- Vast proces hanteren voor onderwerpen cliëntenraad, medezeggenschap en raad van commissarissen.
- Overlegstructuur inrichten op communicatieroute.
- Relevante informatie ophalen bij afdelingen of medewerkers en meenemen in de uitwerking.
- Doen wat je zegt en zeggen wat je doet.

Externe communicatie en profilering.

(Externe visitatie)

- Zichtbaar ZDS. O.a. op het gebied van behandeling, jeugd en wonen.
- Onderhouden van netwerk, ontwikkelen van nieuw netwerk.
- Actief zijn in kennis delen, middels flyers, beeldmateriaal en kijkjes in de keuken (open dagen).
- Actief aansluiten bij gebiedsteams, expertise teams, scholen, externe aanbieders, POHers. (storytelling)
- Succesverhalen delen, actief gebruik van social media, krant en website.

Communicatiemiddelen optimaal benutten.

(Zelfreflectie binnen teams)

- Actuele en volledige kwartaalrapportages.
- Intranet als centraal communicatie middel, gebruik ECD en cliëntenportaal.
- MS Office. MS Teams, One note, Outlook email.

Afkortingen

AO/IC	Administratieve Organisatie en Interne Controle	OWO	Ooststellingwerf, Weststellingwerf en Opsterland
ATC	Arbeids-trainingscentrum	PMT	Psychomotorische Therapie
AVG	Algemene Verordening Gegevensbescherming	QIC	Quality in Care
BBL	Beroepsbegeleidende leerweg	RvC	Raad van Commissarissen
BHV	Bedrijfs hulpverlening	SDB	SDB group, aanbieder van het ECD, voorheen QIC
CGT	Cognitieve Gedragstherapie	SOAP	Soap rapportage
CIZ	Centrum indicatiestelling Zorg		subjectief, objectief, analyse, plan)
CTO	Clienttevredenheidsonderzoek	SKJ	Stichting Kwaliteitskader Jeugd
Digi mv	Digitaal portaal van CIBG,	VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
	ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport	VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
ECD-	Elektronisch Cliënt Dossier	Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
FTE	Full time equivalent	Wlz	Wet langdurige zorg
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg	Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
GZSP	Geneeskundige zorg aan specifieke patiënten	Wtzi	Wet toelating zorginstellingen
HRM	Human resource Management	WZD	Wet zorg en dwang
IAG	Intensieve Agogische gezinsbehandeling	ZDS	Zorggroep de Stellingwerven
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd		
ISO	Internationale Organisatie voor		
90012015	Standaardisatie.		
JW	Jeugdwet		
KPI	Kritieke Prestatie indicatoren (kengetallen)		
LVB	Licht verstandelijke beperking		
MT	Managementteam		
MTO	Medewerkerstevredenheidsonderzoek		
NBEC	Nederlandse Branche organisatie		
	Erkende Cliëntondersteuners		

BRONNEN

ZorgfocuZ (2020). Rapporten Cliënttevredenheidsonderzoek

ZorgfocuZ (2020) Rapporten Medewerkerstevredenheidsonderzoek

Groenhof, L. (2020) Scholingsbeleid 2020. Noordwolde: Zorggroep de Stellingwerven

Groenhof L. (2019) Crisisbeleid. Noordwolde: Zorggroep de Stellingwerven

Groenhof L. (2020) Intakebeleid. Noordwolde: Zorggroep de Stellingwerven

Mulder, M.(2020). Kwartaalrapportage ZDS Q1 t/m Q4 2020. Noordwolde: Zorggroep de Stellingwerven

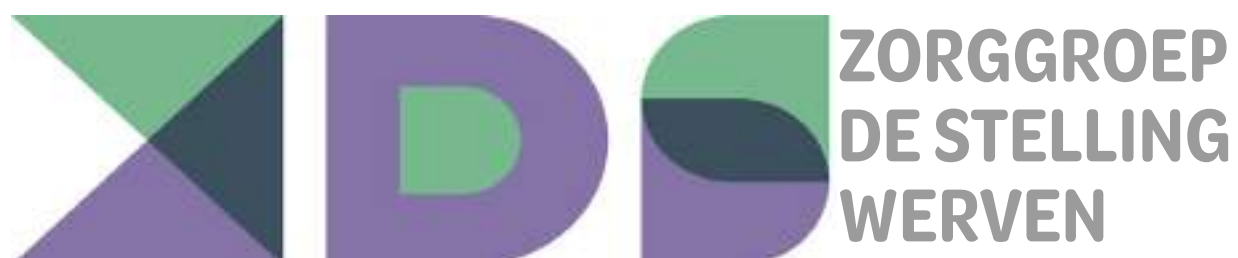
Mulder, M. (2019). Calamiteiten procedure. Noordwolde: Zorggroep de Stellingwerven

Nijland R.G. (2019) Praktijkprogramma SKJ registratie. Noordwolde: Zorggroep de Stellingwerven

Osinga, M. (2020). Strategisch document Zorggroep de Stellingwerven 2020-2021. Noordwolde: Zorggroep de Stellingwerven

Postma H. (2019) Procedure medezeggenschap. Noordwolde: Zorggroep de Stellingwerven

Postma H. (2019) Procesoptimalisatie binnen de specialistische jeugdhulp. Noordwolde: Zorggroep de Stellingwerven



Kwaliteitskaderverslag Gehandicaptenzorg 2020

SAMEN STERK.

