



Doe maar gewoon mee!

Kwaliteitsrapport gehandicaptenzorg 2019



Inhoudsopgave

1. Algemeen.....	3
2. Samenvatting.....	4
3. Kwaliteit van het zorgproces rond de individuele cliënt	5
3.1 Persoonsgerichte zorg	5
3.2 Systematisch werken met het ondersteuningsplan in dialoog met de cliënt en met zicht op de kwaliteit van bestaan.	5
3.3 Gezondheidsrisico's.....	5
3.4 Eigen regie	5
3.5 Samenspel in zorg en ondersteuning	6
3.6 Borging van veiligheid in zorg en ondersteuning	6
4. De ervaringen van cliënten.....	7
5. Betrokken en vakbekwame medewerkers	14
6. Voortgang kwaliteitsdoelen/speerpunten	18
7. Conclusies	19
8. Reflectie van medezeggenschapsorganen	20
8.1 Cliëntenraad	20
8.2 Ondernemingsraad.....	20
9. Bronnen:	21
Bijlage: Externe visitatie	22

1. Algemeen

Stichting Breder levert zorg aan diverse cliëntgroepen. Veruit de grootste groep krijgt zorg volgens de Jeugdwet. Daarna is de WMO-gefinancierde hulp de grootste groep. Verder kopen diverse cliënten, vallend onder de Jeugdwet of WLZ, zorg in via PGB.

Dit kwaliteitsrapport is bedoeld om intern en extern inzichtelijk te maken waar Stichting Breder staat, om zodoende intern te verbeteren en extern te verantwoorden.

In het kwaliteitskader zijn normen gesteld waar het rapport over dient te gaan. Het gaat dan met name om de WLZ-cliënten die meer dan 4 dagen verblijven bij Stichting Breder.

Bij Stichting Breder zijn de cliënten die zorg ontvangen onder de Wet Langdurige Zorg een klein onderdeel van de organisatie. Ongeveer 1% van het totale cliëntaantal woont via de WLZ bij Stichting Breder en valt onder de scope van dit kwaliteitsrapport. Concreet komt dit neer op 4 cliënten. Verder zijn er cliënten die wel onder de WLZ vallen, maar zelf inkopen via PGB of niet meer dan 4 dagen per week verblijven. Zij vallen dus buiten de reikwijdte van dit rapport.

De 4 cliënten die zorg krijgen van uit de WLZ hebben een relatief lichte zorgzwaarte (3VG). Er is bij deze cliënten dan ook geen sprake van vrijheidsbeperkende maatregelen.

Dat maakt ook dat dit rapport de zaken summier beschrijft om dit passend te laten zijn bij het totaal aantal cliënten waarover dit rapport schrijft.

Het kwaliteitsrapport is opgebouwd zodat alle bouwstenen van het kwaliteitskader gehandicaptenzorg¹ aan bod komen. Verder is gebruik gemaakt van een aantal bestaande documenten zoals de risico-inventarisatie en de standaard ondersteuningsplannen.

Zoals voorgeschreven door het kwaliteitskader is er een teamreflectie geweest in 2018-2019 met de mentoren van de verschillende WLZ-cliënten van verschillende locaties. Ook de uitkomsten daarvan zijn verwerkt in dit rapport.

¹ Mei 2017: Kwaliteitskader gehandicaptenzorg 2017-2022, VGN, Utrecht

2. Samenvatting

Binnen Stichting Breder wonen 4 cliënten die vallen onder de Wet Langdurige Zorg. We doen het best om iedereen de zorg te geven die bij je past. Je woont vaak samen met anderen, natuurlijk houden we rekening met elkaar.

Je hebt een eigen mentor die samen met jou een ondersteuningsplan schrijft. Hierin staan je doelen waar je aan wilt werken, maar ook andere dingen die belangrijk zijn om te weten, bijvoorbeeld over je gezondheid.

Bij de meeste dingen heb je inspraak en wordt er met je gekeken wat nodig en haalbaar is, zodat het past bij jouw ontwikkeling, niet te moeilijk of te makkelijk. Als je het wilt, dan wordt er ook contact gezocht en onderhouden met je familie en/of vrienden. Uiteraard zijn familie en vrienden ook welkom op de woonlocatie. De woonlocatie is er om te wonen, is er behandeling nodig, dan krijg je dit niet op de woonlocatie. We hebben wel overleg met je behandelaar, zodat we goed kunnen afstemmen.

Medicatie wordt door de begeleiding bewaard en/of gegeven. Als je boven de 16 bent, heb je dit in eigen beheer, of het moet nodig zijn dat de begeleiding dit nog doet. Er is met regelmaat een overleg met de anderen waarmee je woont, ook is er een cliënt ervaringsonderzoek. Zodat jij ook kunt meedenken en inspraak hebt. Ook kan je deelnemen aan de cliëntenraad. Dit is een bijeenkomst waar cliënten gevraagd wordt om mee te denken over beslissingen van Breder.

3. Kwaliteit van het zorgproces rond de individuele cliënt

3.1 Persoonsgerichte zorg

Stichting Breder staat bekend om de op de persoon afgestemde zorg. Er is dan ook geen sprake van rigide protocollen die betrekking hebben op een individuele cliënt of een cliëntgroep. Uiteraard is er sprake van protocollen op gebied van veiligheid, zoals medicatieveiligheid ed., maar alleen daar waar dit strikt noodzakelijk is. Op de verschillende woonlocaties is een grote handelingsvrijheid binnen de gestelde grenzen en kwaliteitseisen zoals deze vastgelegd zijn in ons handboek.

3.2 Systematisch werken met het ondersteuningsplan in dialoog met de cliënt en met zicht op de kwaliteit van bestaan.

De cliënten die onder de WLZ vallen zijn bij ons allemaal in staat om zelf verbaal aan te geven wat zij belangrijk vinden. Deze zaken of doelen worden dan ook expliciet opgenomen in hun ondersteuningsplan. De mentor inventariseert wat de cliënt belangrijk vindt om te leren en te ontwikkelen en vat dit samen in een ondersteuningsplan. Door het jaar heen worden elke maand subdoelen gesteld, zodat het werken aan de doelen haalbaar is.

Het ondersteuningsplan² wordt opgesteld volgens de “domeinen van Shalock”³ voor kwaliteit van bestaan. Eerst wordt er een individuele risico-inventarisatie gemaakt op de domeinen voor de kwaliteit van bestaan van de cliënt en vervolgens worden aan de hand van de (ontwikkelings-)risico’s doelen opgesteld en de taken van de hulpverlener vastgesteld en beschreven in het ondersteuningsplan.

3.3 Gezondheidsrisico’s

Ook eventuele gezondheidsrisico’s worden in de risico-inventarisatie meegenomen. In het ondersteuningsplan wordt vastgesteld welke hulpverlener in de keten welk onderdeel verzorgt in het geval van problemen rondom de gezondheid of gezondheidsrisico’s. Hierbij valt ook te denken aan de huisarts of een specialist.

3.4 Eigen regie

De eigen regie van cliënten, passend bij de (ontwikkelings)leeftijd is binnen Stichting Breder erg belangrijk. Er wordt uitgegaan van het principe “zo normaal mogelijk” opgroeien en ontwikkelen. Hierbij hoort eigen regie en hierbij horen ook verplichtingen. Uiteraard wordt altijd gekeken in welke vorm dit passend is voor de cliënt om geen overvraging, maar ook geen ondervraging van de capaciteiten te veroorzaken.

Een cliënt heeft vanaf een bepaalde leeftijd zelf toegang tot het Wifi, social media, onderhoudt zijn eigen contacten enz. Alleen waar nodig wordt hierbij hulp geboden.

Binnen Breder wordt geen gebruik gemaakt van vrijheidsbeperkende maatregelen voor onze WLZ-clieënten.

De cliënten hebben verder inspraak in een JSO (jongeren-staf-overleg) dat periodiek of zodra dit nodig is, gehouden wordt. Daarnaast zijn er veel gezamenlijke momenten zoals met het dagelijkse samen eten, waarbij regelmatig de gang van zaken op de woonlocatie besproken wordt.

² Bron: Template_Eerste ondersteuningsplan en vervolg ondersteuningsplan, versie 2018

³ Bron: Schalock, R., & Verdugo, M. (2002). *Handbook on quality of life for human service practitioners*. Washington D.C.: American Association on Mental Retardation.

Ook in de jaarlijkse externe audit in het kader van de HKZ hebben de cliënten een belangrijke rol in het gesprek over de kwaliteit.

3.5 Samenspel in zorg en ondersteuning

Binnen Breder vinden we het erg belangrijk dat de cliënt zich niet bewust hoeft te zijn van de “hokjes” die de verschillende wet- en regelgeving met zich meebrengen. Zo wordt er per woonlocatie bewust naar de groepssamenstelling gekeken, maar maakt het voor de vraag of het passend is in de groep niet uit of iemand vanuit de WLZ, jeugdwet of WMO op de woonlocatie verblijft. Bij het samenstellen van de groepen wordt eerder gekeken naar het gedrag dat iemand vertoont en bijv. de leeftijdssamenstelling.

Zo geldt dit ook voor de verschillende begeleiders die cliënten zien. Ze hebben één duidelijk aanspreekpunt, hun mentor en verder een vast team van begeleiders. Dit is een klein team met zo min mogelijk wisselingen.

Waar de cliënt dit wil, wordt ook het contact onderhouden of gezocht met familie of ander netwerk. Uiteraard alleen indien dit strookt met de privacy van de cliënt.

Cliënten die dit wensen, bezoeken of verblijven regelmatig bij hun vrienden, familie ed. Ook kunnen er vrienden op de woonlocaties zijn, mee-eten ed. Ook wordt er regelmatig iets georganiseerd waarbij familie of vrienden ook aanwezig kunnen zijn. Elke woonlocatie geeft hier zijn eigen invulling aan. Te denken valt aan: een barbecue, een nieuwjaarsborrel, kerstdiner enz. Ook verjaardagen worden vaak samen met het netwerk op de woonlocatie gevierd (als cliënt dit wenst).

Indien het voor cliënten lastig is een netwerk op te bouwen, worden zij hierin ondersteund. Dit is onderdeel van de kwaliteit van bestaan.

Verder wordt er op de woonlocaties alleen begeleiding geboden en geen behandeling. Indien er behandeling nodig is, wordt dit extern georganiseerd, zodat de cliënt de woonlocatie ook echt als zijn thuis kan beschouwen en niet als behandellocatie. Waar nodig wordt in de begeleiding de lijn van de behandeling uiteraard wel doorgetrokken zodat de cliënt de best mogelijke zorg ontvangt. Op dit moment verblijft er één cliënt op een woonlocatie waar externe expertise is ingeroepen om de mogelijkheden van deze cliënt opnieuw te verkennen om aan een toekomstplan te werken met zo min mogelijk kans op over- of ondervraging.

3.6 Borging van veiligheid in zorg en ondersteuning

Er worden geen medische hulpmiddelen gebruikt voor onze WLZ-clieënten. Wel wordt er medicatie gebruikt en door ons verstrekt. Hierop is het medicatieprotocol van toepassing, zoals dit op alle woonlocaties geldt. Hierin staat o.a. beschreven wie de medicatie verdeelt, hoe de medicatie bewaard wordt (in een kluis), dat de medicatie herleidbaar dient te zijn en wie er op welk moment verantwoordelijk is. In principe zijn cliënten boven de 16 jaar zelf verantwoordelijk om hun medicatie op tijd te vragen, tenzij dit om de een of andere reden niet mogelijk is of dit de veiligheid van de cliënt of zijn/haar omgeving in gevaar brengt.

Onder de huidige WLZ-populatie is 1 cliënt boven de 16 die zijn medicatie in beheer van Stichting Breder heeft. Als hij op zijn werk is, ontvangt hij van zijn begeleiders herinneringen op zijn telefoon om zijn medicatie ook daadwerkelijk te nemen.

4. De ervaringen van cliënten

De gegevens die onder hoofdstuk 3 beschreven zijn, zien wij ook terug in het afgenomen cliëntervaringsonderzoek (2016).

Aantekening bij de hieronder weergegeven gegevens is dat dit de hele populatie van de woonlocaties betreft en niet alleen de WLZ-cliënten. In de uitkomsten zijn dus ook resultaten opgenomen van cliënten die er niet geheel vrijwillig verblijven, maar vanuit een gedwongen kader, bijvoorbeeld door de rechter uitgesproken Uit Huis Plaatsing (UHP). Dit kan de resultaten enigszins kleuren, aangezien we over het algemeen zien dat deze cliënten vaak meer weerstand hebben tegen de woonplek en begeleiding dan degenen die die zelf of met hun netwerk als een geschikte plek hebben gekozen.

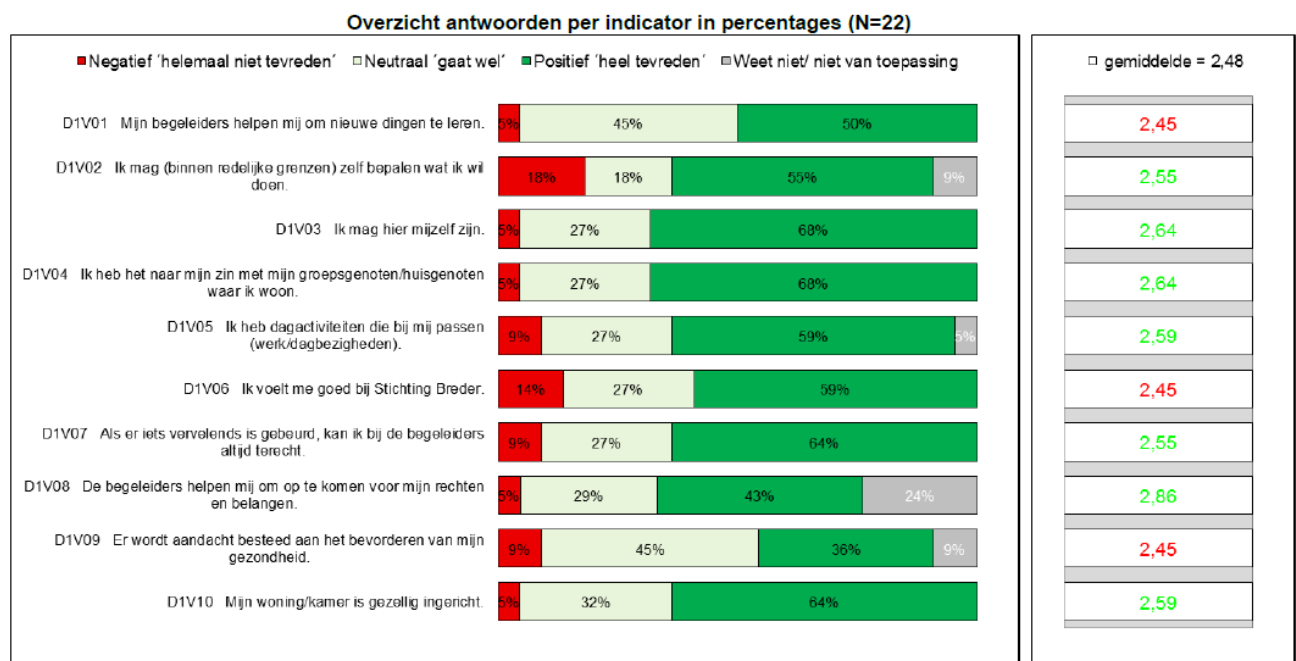
Het volledige cliëntervaringsonderzoek⁴ is met de cliëntenraad besproken en inzichtelijk. Ook zijn er verbeterplannen samengesteld over het hele rapport. Ook dit is in samenspraak met de cliëntenraad gebeurd.

4 Uitkomsten cliënten woonlocaties

4.1 Uitkomsten kwantitatieve deel van de vragenlijst

4.1.1 Deel I Zorginhoud

Hoe ervaren cliënten dat de geboden ondersteuning bijdraagt aan de kwaliteit van bestaan. Deze kwaliteitsdimensie wordt onderzocht aan de hand van het Quality of Life model van R. Schalock.



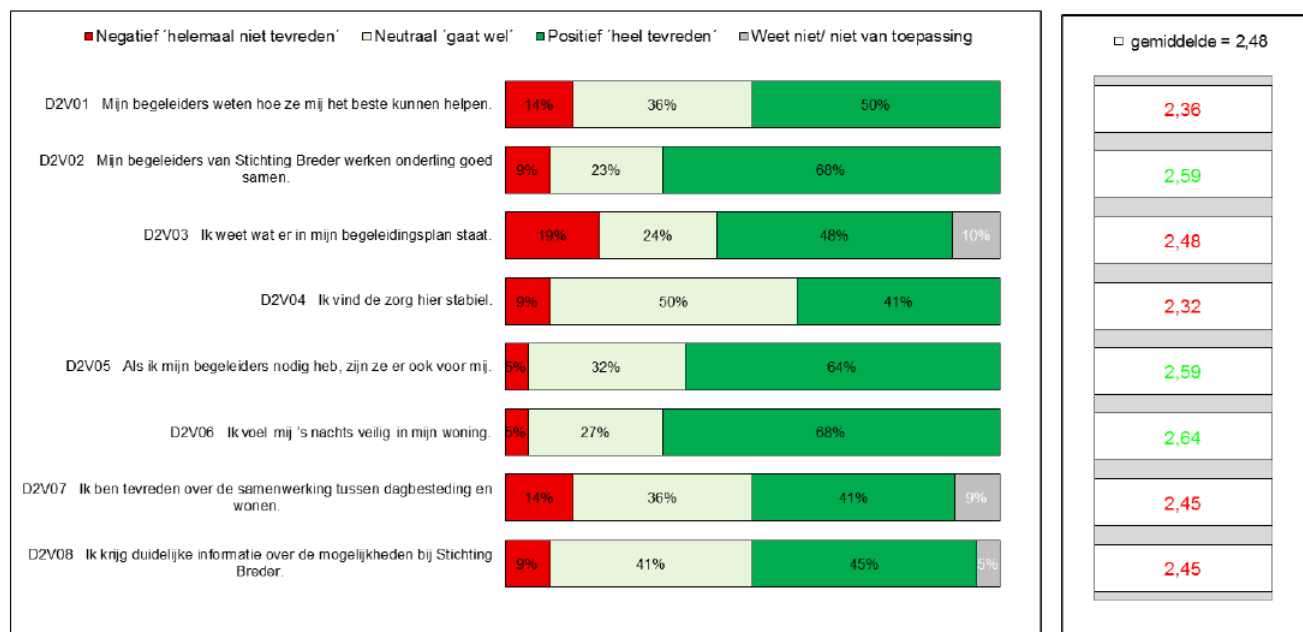
⁴ Clientervaringsonderzoek uitgevoerd in 2016, volgens de Quality Qube van Buntinx. Instrument uit de waaijer clientervaringsmetingen VGN. Uitgevoerd door onderzoeksbureau Facit.

Meer informatie: <https://www.zorginzicht.nl/Bibliotheek/quality-qube---onderzoek-van-kwaliteitservaringen-in-de-langdurige-zorg/Paginas/Home.aspx>

4.1.2 Deel II Zorgvoorwaarden

Dit betreft instrumentele aspecten zoals het ondersteuningsplan, de teamsamenwerking, samenhang van de geboden ondersteuning maar ook veiligheid en competenties van medewerkers. .

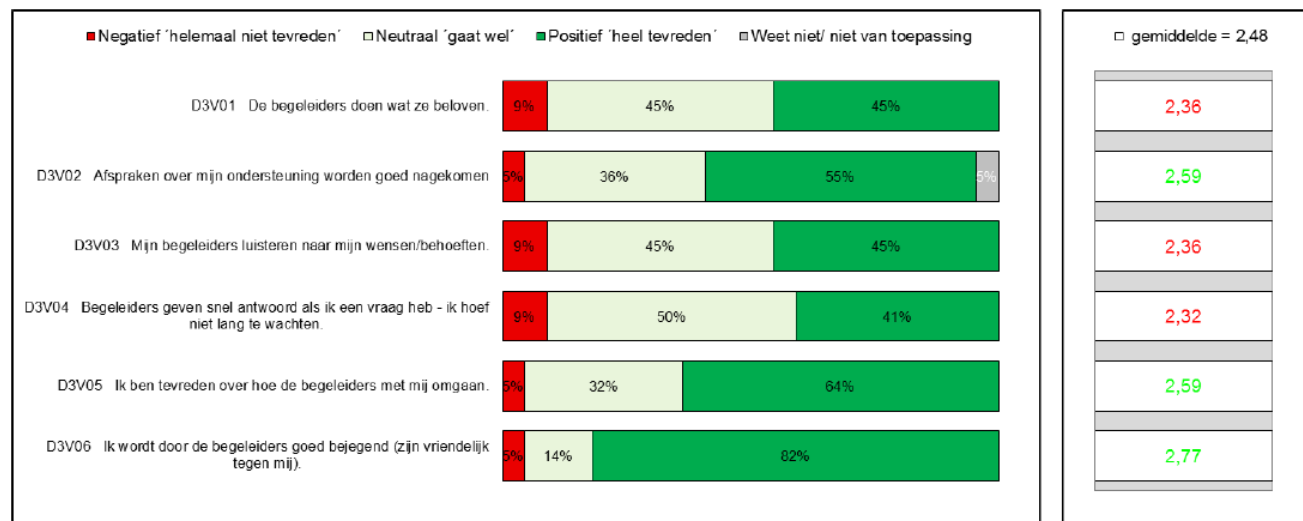
Overzicht antwoorden per indicator in percentages (N=22)



4.1.3 Deel III Zorgrelatie

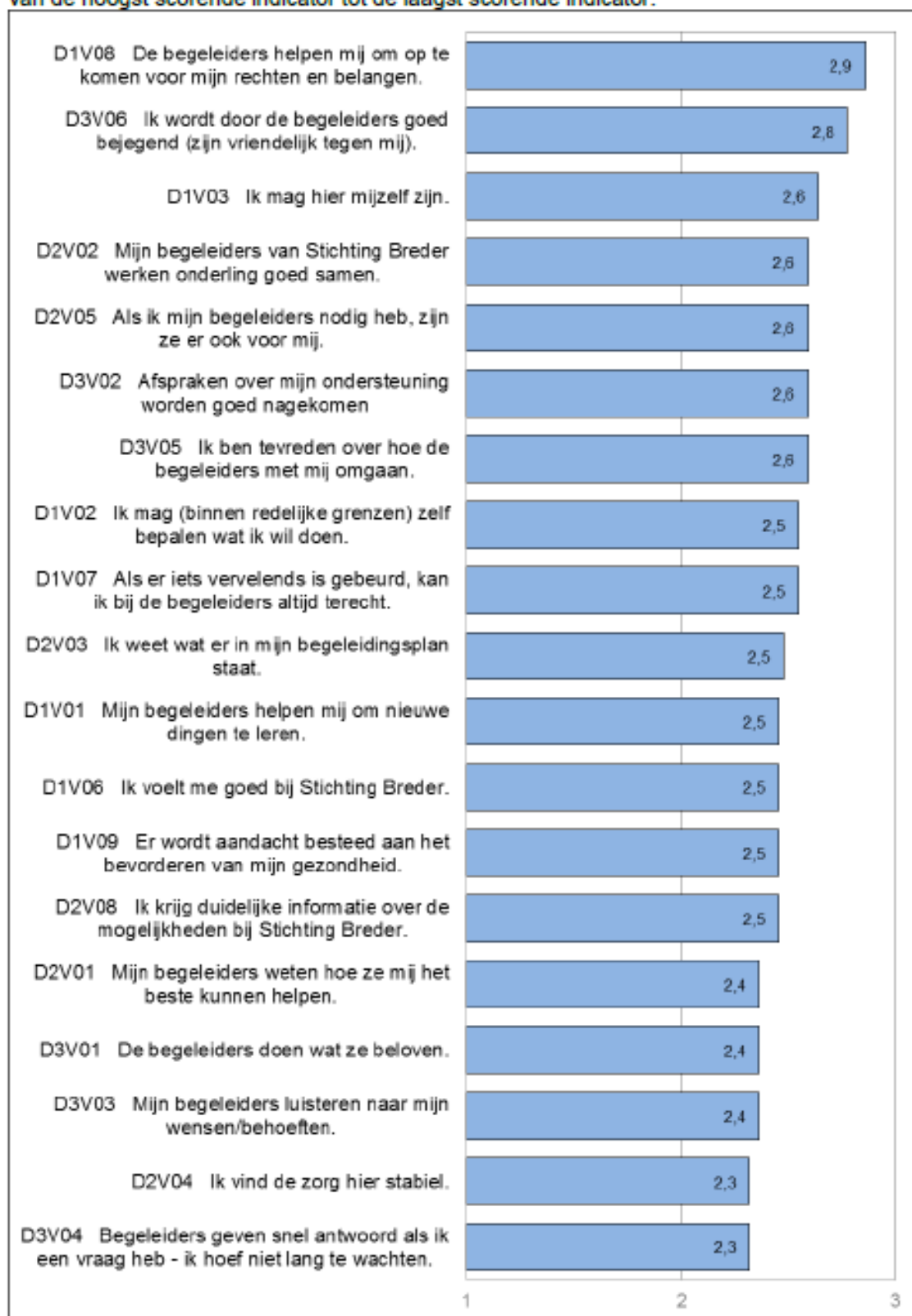
Dit betreft de kwaliteit van de onderlinge relaties tussen medewerkers, cliënten en hun familie of vertegenwoordigers. Hierbij komen essentiële waarden gebieden aan de orde zoals responsiviteit van medewerkers genoten vertrouwen, bezieling en zorgzaamheid, tevredenheid over ontvangen informatie over de cliënt, bejegening en invoelend vermogen van begeleiders.

Overzicht antwoorden per indicator in percentages (N=22)



4.2 Rangschikking van hoogst naar laagst scorende indicator

In onderstaande grafiek zijn alle indicatoren uit de drie domeinen (deel I, II en III) gerangschikt van de hoogst scorende indicator tot de laagst scorende indicator.

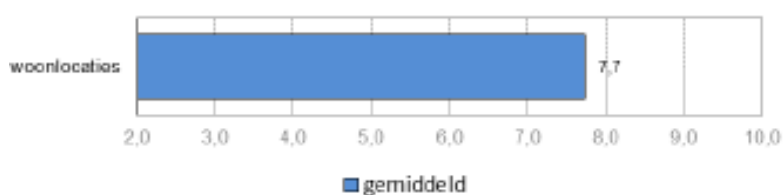
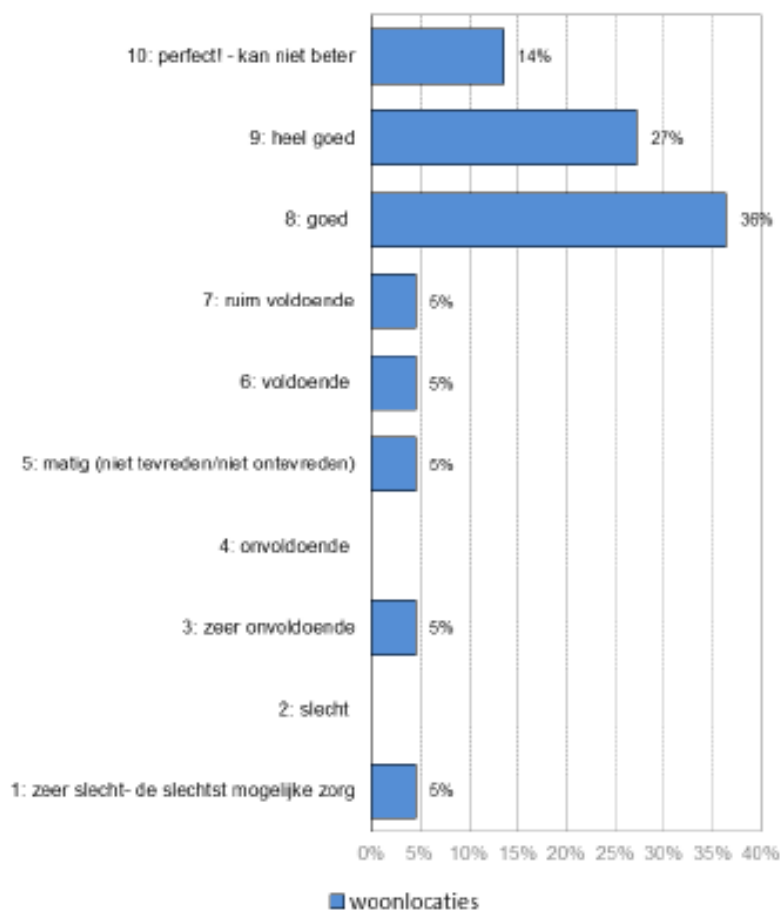


4.3 Uitkomsten Deel IV Rapportcijfer en kwalitatieve deel van de vragenlijst

4.3.1 Rapportcijfer

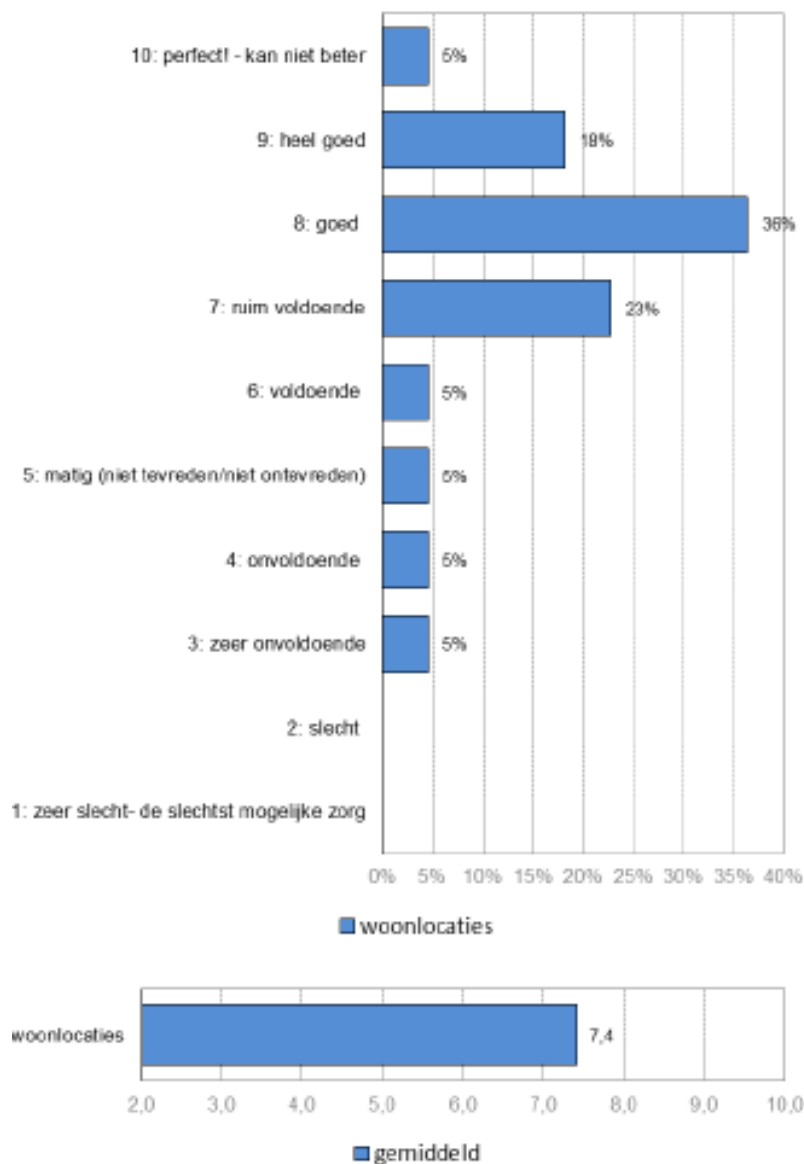
Aan de cliënten is gevraagd om middels een rapportcijfer aan te geven hoe tevreden ze zijn over de kwaliteit van de ondersteuning door Stichting Breder. Het meest gegeven cijfer is een 8. Het hoogst gegeven cijfer is een 10 en het laagst gegeven cijfer een 1. Gemiddeld geven de cliënten de ondersteuning van Stichting Breder een 7,7.

1. Hoe tevreden ben je over de kwaliteit van de ondersteuning?



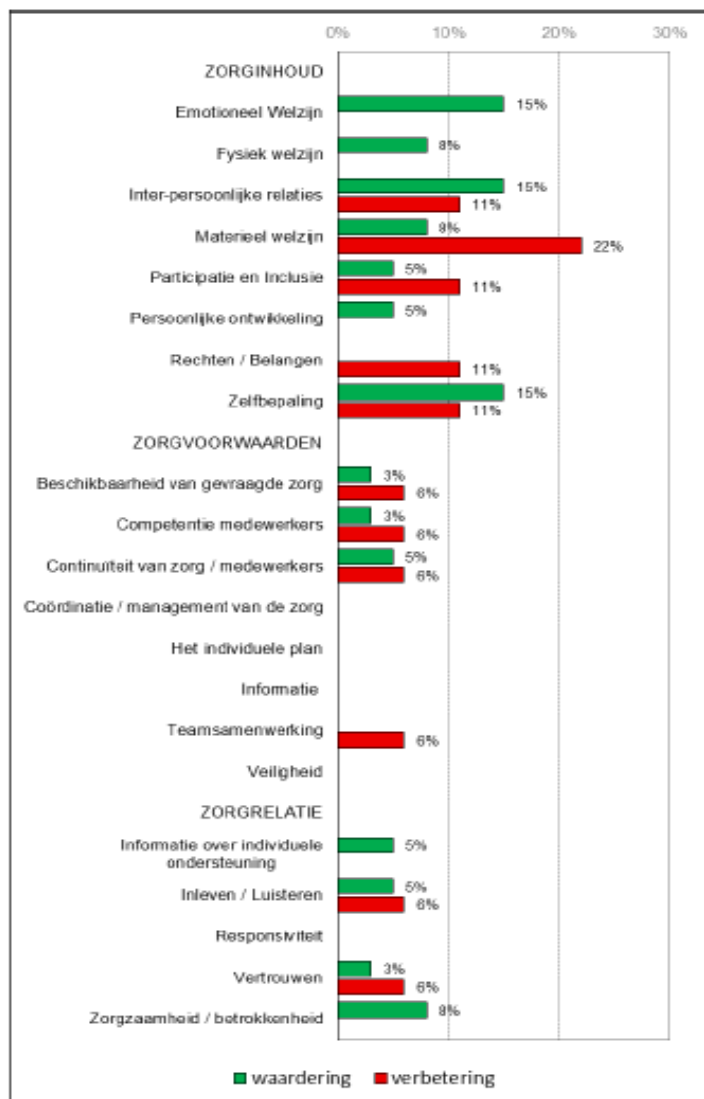
Vervolgens is aan de cliënten gevraagd om een rapportcijfer te geven hoe tevreden ze zijn over de begeleiders van Stichting Breder. Het meest gegeven cijfer is een 8. Het hoogst gegeven cijfer is een 10 en het laagst gegeven cijfer een 3. Gemiddeld geven de cliënten de begeleiders van Stichting Breder een 7,4.

2. Hoe tevreden ben je over de begeleiders?



4.3.2 Open vragen

Aan elke cliënt is gevraagd om in eigen woorden aan te geven wat hij/zij het meest waardeert in de begeleiding van Stichting Breder en welke dingen hij/zij het liefst verbeterd zou willen zien. De antwoorden zijn gecodeerd naar de domeinen van het standaard kwaliteitsmodel dienstverlening (zie voor het overzicht bijlage 1). Er zijn in totaal 40 opmerkingen gemaakt die betrekking hebben op 'waardering' en 18 opmerkingen die betrekking hebben op 'voor verbetering vatbaar'.



Uit de antwoorden blijkt dat 15% van de opmerkingen van cliënten waardering uitdrukt voor zelfbepaling, interpersoonlijke relaties en emotioneel welzijn.

Opvallend is dat zelfbepaling en interpersoonlijke relaties ook als verbeterpunt naar voren komen in 11% van de antwoorden.

Daarnaast wordt materieel welzijn in 22% van de antwoorden als verbeterpunt genoemd.

7.2 Samenvatting uitkomsten cliënten woonlocaties

Gemiddeld wordt de begeleiding gewaardeerd met het rapportcijfer 7,7 de uitkomsten variëren van zeer slecht tot perfect/kan niet beter. Het gemiddelde rapportcijfer voor de begeleiders is 7,4.

De gemiddelde score op de 24 kwaliteitsindicatoren is met 2,48 (op een maximum van 3) redelijk hoog.

De vijf hoogst scorende indicatoren zijn: rechten (D1V08), zorgzaamheid/betrokkenheid (D3V06), interpersoonlijke relaties (D1V03), teamsamenwerking (D2V02) en beschikbaarheid van de zorg (D2V05).

De meeste reacties van cliënten op de open vraag naar waardering hebben met name betrekking op emotioneel welzijn, zelfbepaling en interpersoonlijke relaties.

De vijf laagst scorende indicatoren betreffen responsiviteit (D3V04), continuïteit van de zorg (D2V04), luisteren (D3V03), vertrouwen (D3V01) en competentie van de medewerkers (D2V01).

In de reacties van cliënten op de open vragen naar verbeterpunten springen de opmerkingen over materieel welzijn, interpersoonlijke relaties en zelfbepaling in het oog.

5. Betrokken en vakbekwame medewerkers

Aangezien er niet een speciaal team is voor de WLZ-cliënten, hebben de mentoren van de WLZ-cliënten afgelopen jaar een digitale overlegtafel gehad om de zorg rondom deze specifieke cliënten te bespreken. Als instelling zetten we daar de vragen op voor input over de kwaliteit en de medewerkers konden hierop reageren en evt aanvullen.

Er is een aantal dingen aan bod gekomen. Het kwaliteitskader gehandicaptenzorg was hierbij leidend. Vanuit het management hebben wij de volgende punten als input gegeven om over te reflecteren en inbreng over te doen:

1. Proces rond de individuele cliënt, heb je hier iets algemeen over te zeggen? Wordt de cliënt bijv. als individu gezien?

Zijn de wensen van de cliënt duidelijk? Hoe kom je hier achter?

Worden afspraken nagekomen?

Is er zicht op de veiligheid en gezondheidsrisico's van je cliënt en doen we wat nodig is?

Zo niet: wat zou er volgens jou nog meer nodig zijn?

2. Kwaliteit van de relatie tussen cliënt en medewerkers

Wat vind je zelf van de bejegening van de medewerkers van je team naar de cliënt en van die van jezelf?

Is de communicatie aangepast op de cliënten?

Hoe wordt er met netwerk van de cliënt samengewerkt?

3. Is de veiligheid van de cliënt geborgd en zijn de risico's die in de risico-inventarisatie vastgelegd zijn, voldoende "afgedekt"?

4. Is het team en ben jij voldoende toegerust om deze cliënt te helpen?

Wat zou je nog meer nodig hebben om deze cliënt beter te kunnen helpen?

Verder nog opmerkingen of inzichten?

Tot slot: wat zou het ontwikkelpunt van jou en/of je team zijn? (ten aanzien van cliënten uit de WLZ)

Samenvatting teamreflecties:

1. Proces rond de individuele cliënt.

Alle medewerkers geven aan dat door de kleinschaligheid, de cliënt als individu wordt gezien, waar ook als individu de wensen en afspraken op worden afgestemd.

De medewerkers vertellen ook een en ander over de rol van de bewoners. (groepsoudste ed)

Over de gezondheidsrisico's wordt aangegeven dat dit wel in kaart is, maar dat sommige zaken, bijvoorbeeld het aanpakken of voorkomen van overgewicht lastig zijn. Zeker bij de WLZ-cliënten boven de 18 jaar.

In het verlengde daarvan geven medewerkers ook aan dat wensen van cliënten niet altijd ingewilligd worden. Soms omdat een cliënt bijvoorbeeld alleen wil gamen en daardoor uit de structuur raakt en niet meer naar werk of dagbesteding gaat. Bij sommige cliënten omdat ze verbaal verschillende dingen zeggen binnen bijvoorbeeld een uur. Het is nodig om die

cliënten te kennen om erachter te komen wat op de langere termijn hun wensen zijn, zodat die gekend worden. De cliënten zijn al langere tijd in beeld en er is niet zoveel verloop in de teams, waardoor de teams aangeven dat het kennen van de cliënt geen probleem vormt.

2. *Kwaliteit van de relatie tussen cliënt en medewerkers*

Over één cliënt wordt gesproken dat hij het groepsleven wel waardeert, maar inmiddels wel de oudste is en de jongeren wat ontgroeit qua wensen hoe hij zijn avond in wil vullen. Hier komt ook gelijk het speerpunt weer naar voren van vorig jaar, waarbij wij vast stelden dat er beleid gemaakt diende te worden op de doorstroom van de WLZ-cliënten. (zie hoofdstuk 6 voor voortgang daarmee.

Andere cliënten lijken tot nog toe op de groep op hun plek en de relatie tussen de cliënten en medewerkers wordt als goed omschreven. Voor iedereen worden puntjes genoemd waar ze van genieten in het contact tussen medewerkers en cliënten. De cliënten worden hierin gekend.

Het risico op overschatting van de vaardigheden van degenen die zich verbaal goed kunnen uitdrukken wordt net als vorig jaar benoemd.

Bij alle cliënten wordt het netwerk/ouders betrokken bij de cliënt. Soms ontstaat hier wrijving met de privacy van de cliënt, aangezien de cliënten ouder zijn dan 16 en zij dus mogen beslissen wat hun ouders horen en wat niet. Ouders kijken Stichting Breder er dan op aan dat zij bepaalde informatie niet hebben gekregen, terwijl de cliënten hier zelf hun keuzes in mogen maken.

3. *Is de veiligheid van de cliënt geborgd?*

De algemene veiligheid voor alle cliënten lijkt voor iedereen op orde.

In het welzijn van de cliënten zijn er wel een aantal risico's die het welbevinden kunnen hinderen.

Bij de een is dit het gebrek aan beweging, bij de ander het gebrek aan contacten of deelname aan de samenleving. Bij iedereen wordt hierop gelet en in gestuurd.

4. *Is het team en ben jij voldoende toegerust om deze cliënt verder te helpen?*

Unaniem wordt geantwoord dat de medewerkers zich voldoende toegerust voelen om deze doelgroep te begeleiden en hen verder te helpen.

Over één cliënt komt de discussie op gang hoe ze deze verder kunnen helpen. Een leervraag is dan waardoor deze cliënt het ene moment gemotiveerd lijkt en dan weer tijden niet uit zijn bed te krijgen is. Een andere medewerker geeft aan dat het voor deze cliënt een deel onderzoek is ingezet vanuit zijn ZZP, ingekocht bij een grote GHZ organisatie, om van daaruit helderheid te krijgen over hoe dit bij deze cliënt werkt.

Andere medewerkers geven aan dat zij willen weten hoe ze dit stuk onderzoek kunnen inkopen/aanvragen voor de andere cliënten om daarmee wellicht extra toekomstvisie te zien voor de individuele cliënt.

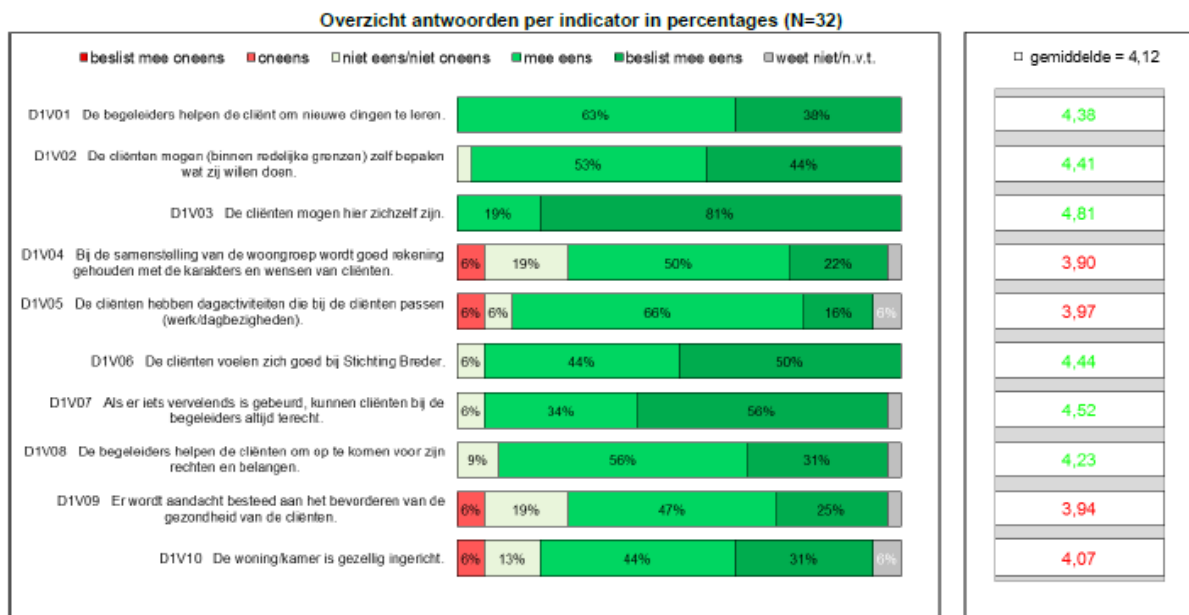
Ook is de quality cube in 2015 afgenomen bij de medewerkers over hoe zij over de zorg denken. Hieruit kwamen de volgende resultaten:

6 Uitkomsten medewerkers

6.1 Uitkomsten kwantitatieve deel van de vragenlijst

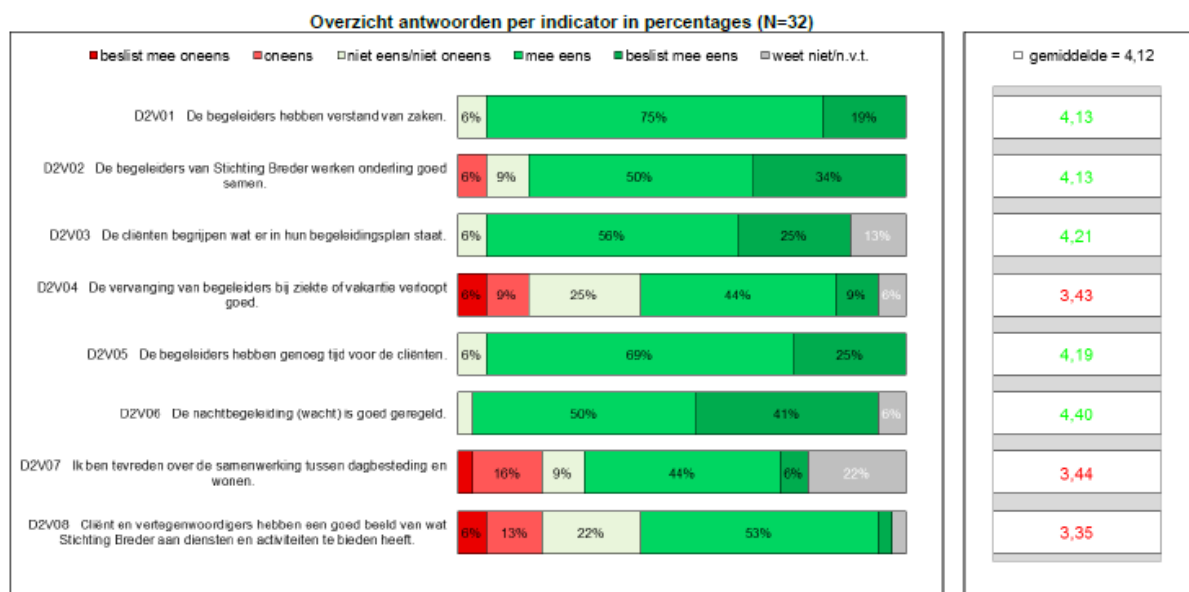
6.1.1 Deel I Zorginhoud

Hoe ervaren medewerkers dat de geboden ondersteuning aan cliënten bijdraagt aan de kwaliteit van bestaan. Deze kwaliteitsdimensie wordt onderzocht aan de hand van het Quality of Life model van R. Schalock.



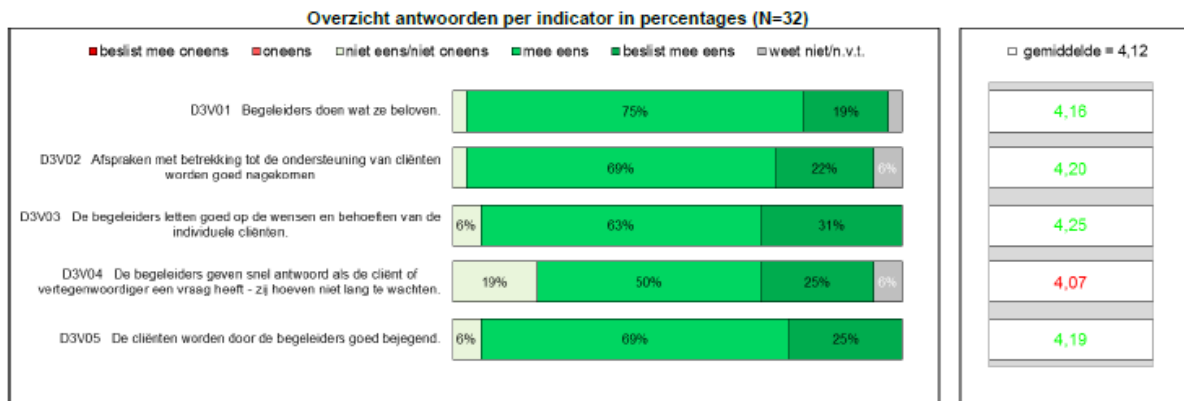
6.1.2 Deel II Zorgvoorwaarden

Dit betreft instrumentele aspecten zoals het ondersteuningsplan, de samenwerking, samenhang van de geboden ondersteuning maar ook veiligheid en competenties van medewerkers. .



6.1.3 Deel III Zorgrelatie

Dit betreft de kwaliteit van de onderlinge relaties tussen medewerkers, cliënten en hun familie of vertegenwoordigers. Hierbij komen essentiële waardegebieden aan de orde zoals responsiviteit van medewerkers genoten vertrouwen, bezieling en zorgzaamheid, tevredenheid over ontvangen informatie over de cliënt, bejegening en invoelend vermogen van begeleiders.



Over het algemeen kunnen we stellen dat de medewerkers vinden dat ze de kwaliteit van de zorg van Stichting Breder positief ervaren. Ze beoordelen de ondersteuning met matig tot perfect. Het gemiddelde rapportcijfer komt uit op een 8. De gemiddelde scores zijn dan ook hoog met 4,12 op een maximum van 5. Dit komt ongeveer overeen met de waardering van de cliënten voor de kwaliteit van de zorg, zoals ook weergegeven onder hoofdstuk 3.

6. Voortgang kwaliteitsdoelen/speerpunten

In het kwaliteitsrapport 2018 van Stichting Breder kwamen 2 speerpunten naar voren m.b.t. het verbeteren van de kwaliteit voor de cliënten WLZ.

1. Overvraging t.a.v. het behalen van doelen bij cliënten WLZ voorkomen.

Het team WLZ constateerde dat het een valkuil is om de WLZ cliënten te activeren en motiveren, maar daarbij overvraging, met name doordat er gewerkt wordt met verschillende doelgroepen (JW, WMO) te voorkomen.

Dit speerpunt is opgenomen in de meldingen beleid zoals in ons kwaliteitsmanagementsysteem gebruikelijk is, en hier is actie op ondernomen door een enkele cliënt een traject in te laten gaan om de mogelijkheden en onmogelijkheden in beeld te brengen, zodat er duidelijke handvatten zijn voor over- en ondervraging en het team hierop in kan spelen. (Vanuit component "behandeling" binnen ZZP)

2. Doorstroom cliënten WLZ

Op de doorstroom van de cliënten die onder de WLZ vallen, was niet echt een duidelijk beleid en mogelijkheden. De meesten beginnen de groepsoudste te worden in de woongroepen waar ze wonen. Sociaal-emotioneel is dit soms passend bij de groepsgenoten,

Ook hier is afgelopen jaar beleid op gemaakt, mede door het beschikbaar komen van 6 appartementen, die cliënten van Breder mogen gaan bewonen. Als Breder hebben we deze appartementen geoormerkt voor gebruik door specifiek de WLZ doelgroep. Op dit moment worden deze appartementen gebouwd en wordt er beleid gemaakt op de wijze van zorg die daar verleend gaat worden (ZZP of VPT/MPT).

Nieuw doel naar aanleiding van het huidige rapport is:

- In het kader van toekomstperspectief is het soms nodig (nog) een onderzoek te doen naar vaardigheden en belastbaarheid. Welke zorg is in te kopen qua onderzoek vanuit iemands ZZP? Intern kunnen we deze vraag als het goed is beantwoorden. Zo nodig wordt de vraag extern gesteld.

De vraag is geregistreerd onder meldingen beleid om in de beleids-verbetercyclus meegenomen te worden.

7. Conclusies

Over de hele linie kunnen we zeggen dat het “zo gewoon mogelijk” leven in de woonlocaties een visie is waar medewerkers en cliënten mee uit de voeten kunnen in de dagelijkse gang van zaken. Dit wordt ook bevestigd in de hoge scores van de cliënten, zoals beschreven in de resultaten van het cliëntervaringsonderzoek.

Er is een verbetertraject gestart om cliënten optimaal te informeren over de mogelijkheden bij Breder. Uiteraard alleen indien dit van toepassing is voor de desbetreffende cliënt. Als onderdeel daarvan is de website vernieuwd, waarbij er meer mogelijkheden zijn om sneller te schakelen en informatie (zoals dit kwaliteitsrapport) toe te voegen, te updaten of te verwijderen, zonder dat dit lang duurt en via de bouwers van de website hoeft. Ook krijgen inmiddels alle nieuwe cliënten een informatiemap met alle papieren bij elkaar.

Vorig jaar is geconstateerd dat de doorstroommogelijkheden voor de WLZ-clianten binnen onze instelling beperkt is, terwijl de wens van de cliënt wel is om lokaal te blijven wonen. Hierop is beleid gemaakt en er zijn 6 nieuw te bouwen appartementen gereserveerd voor de doelgroep.

Van elk punt wat verbeterd kan worden, wordt een melding geregistreerd en vervolgens volgens de interne procedure opgevolgd. Hierin staat bijvoorbeeld wie hiervoor verantwoordelijk is en welk tijdsplan gevolgd wordt volgens de plan-do-check-act cyclus. De verbeterpunten worden meegenomen in het beleidsplan.

8. Reflectie van medezeggenschapsorganen

8.1 Cliëntenraad

Wij vinden het een goed rapport. Het is wel lang voor cliënten. Om het beter te snappen en te helemaal te lezen zou korter wel fijner zijn.

8.2 Ondernemingsraad

Dit kwaliteitsrapport geeft een mooie, eerlijke weerspiegeling van de cultuur binnen Stichting Breder en de werkwijze. Het is goed om te zien dat zowel cliënten als medewerkers positief zijn. Bij de OR wordt ditzelfde ervaren en ook gezien binnen de organisatie. Niet alleen bij de WLZ cliënten, maar ook breder. Per cliënt wordt er gekeken wat diegene nodig heeft en waarop ingespeeld kan worden. Zo is er door de organisatie ingespeeld op de speerpunten uit het kwaliteitsrapport 2018. Het realiseren van appartementen voor de WLZ doelgroep sluit hier perfect op aan. Op deze manier worden conclusies en speerpunten verwerven met de cultuur van Stichting Breder en praktisch uitvoerbaar. Als OR zijn wij blij met deze ontwikkelingen, positieve cliënten en medewerkers en met het vasthouden van de missie en visie van Stichting Breder: een zo normaal mogelijk leven leiden.

9. Bronnen:

Shalock kwaliteit van bestaan

Clienttevredenheidsonderzoek Facit 2016

Registratie meldingen beleid en kms (intern document)

Handboek Stichting Breder (intern document)

Auditrapportage HKZ (intern document)

Kwaliteitskader gehandicaptenzorg 2019-2022, VGN.

Bijlage: Externe visitatie

Als extern visiteurs zijn 2 professionals gekozen die volgens ons in staat zijn om overstijgend te kijken en hoofdzaken van bijzaken te scheiden. Ook hebben we gezocht op mensen die veel ervaring hebben in het werkveld (van de WLZ) en veel verschillende instellingen van binnenuit kennen. Met deze 2 vrouwen denken we dat we hierin een goede keus hebben gemaakt.

Persoon 1 betreft Karina van Triest. Zij heeft maatschappelijk werk en dienstverlening gedaan en is bedrijfskundige zorg en welzijn.

In het werkveld is ze 7 jaar werkzaam geweest voor MEE Veluwe, en is daarna onder andere coördinator van het Centrum voor Jeugd en Gezin geweest en nu bestuurder daarvan.

Vooraf de combinatie van bedrijfskundige kennis en inhoudelijke kennis (over o.a. kwalitatieve zorg) was een reden om haar te vragen.

Persoon 2 betreft Wietske van der Wal. Zij is een professional die vanaf 1998 werkzaam is in de gehandicaptenzorg. Eerst als medewerker bij 's Heerenloo op verschillende groepen met jongeren en volwassenen met moeilijk verstaanbaar gedrag als begeleider, zorgcoördinator, activiteitencoördinator. Tevens is zij leerkracht/begeleider geweest op een cluster 4 school. Verder is zij coach en casemanager van het Centrum voor Consultatie en Expertise, waar zij kijkt naar en coacht in ernstig probleemgedrag bij mensen met een stoornis of blijvende beperking.

Door de verschillende insteek van de 2 visiteurs, hebben we in overleg met hen gekozen voor verschillende reacties. Beide reacties worden hieronder weergegeven. De verwerking hiervan zal terug te zien zijn in het rapport van volgend jaar.

Externe visitatie 05-2019

Doel:

De visitatie geeft een antwoord op de vraag hoe de organisatie kwaliteit van zorg en kwaliteit van bestaan en bijbehorende verbeteracties duidt en onderbouwt in het kwaliteitsrapport. Daarbij geeft ze geen oordeel over de verschillende facetten van de kwaliteit van de dienstverlening zelf. Ook aspecten van volledigheid en objectiviteit komen aan de orde.

Bevindingen:

Uit het rapport is te lezen dat stichting Breder de kwaliteit van zorg aan cliënten hoog in het vaandel heeft staan. En dat kwaliteit een logisch onderdeel is van de bedrijfsvoering.

Er zijn gesprekken met zowel cliënten als medewerkers over de kwaliteit en de input uit die gesprekken, worden vertaald in verbeterpunten. In het rapport wordt beschreven (pagina 19) hoe verbeterpunten worden meegenomen in de plan-do-check-act-cyclus van de organisatie.

Aandachtspunt zou kunnen zijn dat de verbeterpunten in het rapport duidelijker naar voren kunnen komen en kunnen worden voorzien van een actie, verantwoordelijke en een tijdpad wanneer de actie afgerond is. Dit is voor de opvolging en monitoring denk ik handig.

Bijvoorbeeld onder de conclusie komen een aantal verbeterpunten naar voren, die in het rapport niet aan de orde zijn geweest. Goed om hier meer structuur in aan te brengen.

Volledigheid en objectiviteit

De onderzoeken naar de client- en medewerkerstevredenheid zijn uitgevoerd door een extern bureau. Bij de cliënten is er gebruik gemaakt van een instrument van de VGN. Dit maakt dat deze

onderzoeken als objectief gezien kunnen worden. Zover te voorzien is voor het opstellen van het rapport het kwaliteitskader gebruikt en zijn de juiste elementen beschreven. Derhalve kan gesteld worden dat het rapport volledig is voor de relevante items (ook gezien het feit dat het “slechts” 4 cliënten betreft die vallen binnen de WLZ en 4 dagen binnen de instelling verblijven).

Karina van Triest, Directeur/bestuurder St Centrum voor Jeugd en Gezin Barneveld

Doel:

De visitatie geeft een antwoord op de vraag hoe de organisatie kwaliteit van zorg en kwaliteit van bestaan en bijbehorende verbeteracties duidt en onderbouwt in het kwaliteitsrapport. Daarbij geeft ze geen oordeel over de verschillende facetten van de kwaliteit van de dienstverlening zelf. Ook aspecten van volledigheid en objectiviteit komen aan de orde.

Bevindingen:

Mijns inziens heeft stichting Breder ruimschoots voldoende informatie gegeven in het verslag kwaliteitskader Gehandicaptenzorg.

Stichting Breder is een locatie voor kleinschalige zorg.

Dit heeft voordelen; plannen worden op de persoon afgestemd, wat tevens in het verslag is terug te vinden. Zo ook dat er contact is met het netwerk van de client, wat een standaard onderdeel is in de begeleiding. Er zijn echter meer voordelen aan kleinschalig wonen, wat in het verslag meer aan de orde mag komen. Bijvoorbeeld dat er voldoende contact is tussen client en de mentor.

In 5.1 komt naar voren dat de client gekend dient te worden door de begeleiding om de lange termijn wensen te leren kennen. Ik zou adviseren om in de keuzemogelijkheden vooral het netwerk te betrekken - en dit in het verslag op te nemen.

Op verschillende gebieden is er oog voor de kwaliteit van bestaan. Dit uit zich specifiek in het binnen een jaar oppakken van een verbeteractie tbv de doorstroom van WLZ cliënten. Tevens is hier beleid op gemaakt en worden er appartementen voor gebouwd.

De visie van Stichting Breder en de manier van het ten uitvoer brengen, is van deze tijd. De zeer persoonlijke benadering met grote handelingsvrijheid binnen gestelde grenzen is een zeer goed uitgangspunt binnen de WLZ doelgroep.

De cliënten communiceren allen verbaal. Je kunt je afvragen of het gevaar van overschatting (zie hoofdstuk 6) wel echt ondervangen is, gezien de verschillende doelgroepen op een locatie. De samenvatting mag mijns inziens ook in eenvoudiger taalgebruik, gezien de doelgroep.

De verbeterpunten zou ik graag meer uitgewerkt en geprioriteerd zien worden.

Wietske van der Wal, Welzijn: Zorg en Begeleiding.