

ZORGINITIATIEF

DE BOSK

Samen zorgen voor geluk

Kwaliteitsrapport 2021

ZorgInitiatief de Bosk

Samen zorgen voor geluk

Voorwoord

In dit kwaliteitsrapport vertellen we hoe we het afgelopen jaar hebben gewerkt aan kwaliteit van zorg voor onze cliënten en aan goed werkgeverschap voor onze medewerkers.

We hebben onze zorg getoetst aan de hand van de bouwstenen van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg. Hiermee wordt de werkwijze bedoeld die tot zicht op kwaliteit en tot leren en verbeteren op de werkvloer (en de rest van de organisatie) leiden. Per bouwsteen vertellen we wat we in 2021 hebben gedaan. We vullen dit aan met cijfers en cliënt- en verwantenverhalen. We geven aan wat goed gaat en waar we zaken willen verbeteren.

De snelle groei van de omvang van de organisatie in combinatie met onze gedrevenheid om kwalitatieve zorg te blijven leveren aan onze cliënten, vroeg veel van alles en iedereen. Zeker ook omdat de Covidpandemie ook nog extra druk op medewerkers en cliënten legde. Zo was het bijvoorbeeld in de zorgrelatie niet altijd mogelijk om anderhalve meter afstand van elkaar te houden. Naast de nodige lichamelijke zorg hebben cliënten regelmatig letterlijk het “bij de hand pakken” nodig. En al weten onze medewerkers dat anderhalve meter afstand de regel is, ze willen toch graag de arm om de cliënt heen slaan wanneer deze verdrietig is. Medewerkers geven aan vooral dit laatste als zwaar te ervaren.

Ondanks alles heeft ZorgInitiatief de Bosk (ZidB) laten zien wat zij waard is, namelijk kwalitatief goede zorg bieden, ook wanneer het moeilijk is!

We hebben vanuit verschillende perspectieven binnen de organisatie samen naar onze dienstverlening gekeken van het afgelopen jaar. Bijgedragen aan dit kwaliteitsrapport hebben:

- Lisalotte Verwoert, Annechien Haaima en Tessa Zoetman: productmanagers
- Kim Spinder: kwaliteitsmedewerker
- Gerda Postma: accountmanager
- Henk de Jong: HR
- Jeroen Loonstra: incidentmanager
- Ria Hofstede: staffunctionaris Raad van Bestuur
- Marleen Dessing: Raad van Toezicht
- Dirk René Joustra: secretaris Cliëntenraad
- Diana Kuipers: voorzitter OR
- Inge Stolker: marketing en communicatie

Mocht je meer willen weten over hoe wij werken en waar wij voor staan dan lichten we dat graag toe in een persoonlijk gesprek!

Damaris de Jong – de Graaf

Directeur/bestuurder Stichting ZorgInitiatief de Bosk

Inhoud

Voorwoord	2
Inleiding	5
Fundament	7
Visie en Missie	7
Kernwaarden	7
Productgerichte organisatie	8
Productgerichte organisatie	8
Overzicht aantal cliënten per 1 januari en 31 december 2021	9
Totstandkoming kwaliteitsrapport	10
Bouwsteen 1: Het zorgproces van de cliënt	10
Uitgangspunt	10
Eigen regie	10
Wonen bij de Bosk, enkele reacties van cliënten, ouders en het team	11
Vrijheidsbeperkingen	12
Zorgproces en samenspel	13
Intakeprocedure	13
Intakeprocedure	14
Zorgplan	14
Risicoanalyse	15
Medicatiebeleid	15
Plaatsing	16
Hulpmiddelen	16
Medezeggenschap	16
Cliëntenraad	16
Ondernemingsraad (OR)	17
Vertrouwenspersoon cliënten	17
Klachten	18
Incidenten	18
Ernst omschrijving	21
Frequentie omschrijving	21
Visitatie	23
Externe visitatie	23
Interne audit	23
Bouwsteen 2: Cliëntervaringen	24
Bewonersoverleg	24

Het Cliëntervaringsonderzoek.....	25
Het klanttevredenheidsonderzoek onder netwerkpartners en verwijzers.....	27
Bouwsteen 3: zelfreflectie in teams.....	28
Aantal medewerkers	29
Ziekteverzuim	29
Medewerkerstevredenheidsonderzoek.....	30
Opleiding & Ontwikkeling.....	30
Medewerkersvertrouwenspersoon.....	31
Teamactiviteiten.....	31
Inwerktraject	31
Coaching	31
Structuur.....	31
Overleg	32
Conclusie en verbeterpunten 2022.....	33
Governance	34
Jaarverslag Cliëntenraad 2021	35
Jaarverslag Raad van Toezicht.....	35
Jaarverslag Ondernemingsraad	37

Inleiding

Stichting ZorgInitiatief de Bosk levert al sinds vele jaren zorg vanuit diverse wetten en kaders. Tot 2020 deden we dit vanuit een franchisesamenwerking met stichting de Driestroom uit Elst in Gelderland. Eind 2019 heeft de organisatie een leveringsovereenkomst afgesloten met het Sociaal Domein Fryslân. In 2020 hebben we ook een overeenkomst afgesloten met het Zorgkantoor Fryslân, later het Zilveren Kruis. Sinds 2021 leveren we ook WLZ-verblijf inclusief behandeling, waardoor we cliënten multidisciplinaire, geïntegreerde zorg kunnen aanbieden.

We leveren nu dus ruim een jaar WLZ-zorg onder eigen verantwoording. Dit verslag is een weerspiegeling van zowel de zorg die valt onder de Jeugdwet als onder de Wet Langdurige Zorg. Tekstueel kunnen beide in elkaar overlopen. Daar waar het expliciet betrekking heeft op één van beide wetten wordt dit aangegeven.

2020 was een veel bewogen jaar door het openen van ons nieuwe zorgcomplex Lindestaete tijdens de pandemie periode. Dit verslagjaar is er onder wederom moeilijke Corona omstandigheden, weer een wens in vervulling gegaan: door de overname van Thuishuis de Baander in Hollandse Veld, kunnen we nu ook in Drenthe onze zorgproducten leveren.

Er is dit jaar veel aandacht gegaan naar het professioneel organiseren van de zorg. Niet alleen wat betreft de uitvoering en de onderlinge samenwerking, maar ook de borging van kwalitatieve en administratieve processen. De beleidscyclus is opgestart en zal de komende periode verder verankerd worden in de organisatie: P-D-C-A als dé manier van werken.



Dit document is al volgt opgebouwd:

Bouwsteen 1 beschrijft het zorgproces rond de individuele cliënt.

Bouwsteen 2 beschrijft de clientervaring.

Bouwsteen 3 geeft weer hoe de medewerkers lerend in het zorgproces staan.



Afgesloten wordt met een conclusie en de verbeterpunten zoals we die voor 2022 hebben vastgesteld.

Wij wensen je veel leesplezier!

Fundament

Visie en Missie

ZorgInitiatief de Bosk is een zorgorganisatie voor kinderen, jongeren en volwassenen waarbij het leven niet vanzelf gaat en het alleen niet altijd lukt. Wij vinden dat iedereen het recht heeft om gelukkig te zijn en de kans moet krijgen om zich te ontwikkelen in een warme en veilige omgeving. Wij bieden cliënten een eigen plek, waar ze zich kunnen ontwikkelen op hun eigen manier en in het eigen tempo. Hier zetten wij ons samen elke dag voor in.

We leveren zorg in een beschermde woonomgeving of via dag-zorg aan kinderen en volwassenen, voornamelijk in de provincies Friesland en Drenthe, met een lichamelijke of verstandelijke beperking al dan niet in combinatie met gedragsproblemen.

Iedereen is voor ons uniek. Daarom kijken we samen met de cliënt naar wat hem of haar gelukkig maakt en welke ondersteuning daar het beste bij past. Onze bevoegen en ervaren professionals helpen zolang het nodig is. Onze persoonlijke aandacht gaat verder dan alleen de cliënt. Ons werk doen we ook voor, en *samen* met, het gezin en andere hulpverleners.

Wij bieden onze cliënten dag en nacht excellente zorg. Op een plek waar zij zich thuis en veilig kunnen voelen. Wij geven ons cliënten deze best mogelijke zorg door te:

- Werken met vakbekwame collega's
- Omgevingsbewust zijn; we volgen actuele trends binnen ons vakgebied
- Volgen van opleidingen en cursussen
- Autonomoos werken; we handelen zelfstandig op basis van kennis en ervaring
- Het nemen van onze verantwoordelijkheid
- De regie bij onze cliënt leggen (laten)
- Communiceren op een professionele manier
- De zorg op een effectieve manier uitvoeren in een veilige, warme omgeving

Kernwaarden

De Bosk werkt dan ook vanuit drie kernwaarden: resultaatgerichtheid, samenwerken en cliëntfocus.

1. Wij werken resultaatgericht: Wij willen excellente zorg voor onze cliënten. Voorop staat wat onze cliënten gelukkig maakt en welke middelen daar het beste bij passen.
2. Wij werken nauw samen: met de cliënt, het gezin en hulpverleners.
3. Wij hebben cliëntfocus: wij hebben aandacht voor de individuele persoon; we bieden maatwerk omdat iedereen voor ons uniek is.



Productgerichte organisatie

Als jonge, snelgroeïende zorgorganisatie zijn we actief bezig met het (her) inrichten van de organisatie, werkprocessen, locaties en producten, planning en control en ondersteunende programma's. We bedienen voornamelijk cliënten uit Friesland, Groningen en Drenthe. ZorgInitiatief de Bosk is ingericht als een productgerichte organisatie, vanuit de overtuiging dat de organisatie op deze wijze steeds goed kan inspelen op de veranderende vraag van de cliënt en zijn omgeving, we zo de client echt nabij kunnen zijn en als organisatie wendbaar en flexibel blijven. Het Shared Service Centrum zorgt ervoor dat medewerkers professioneel ondersteund worden en zoveel als mogelijk is ontlast worden van bijkomende activiteiten.

Productgerichte organisatie

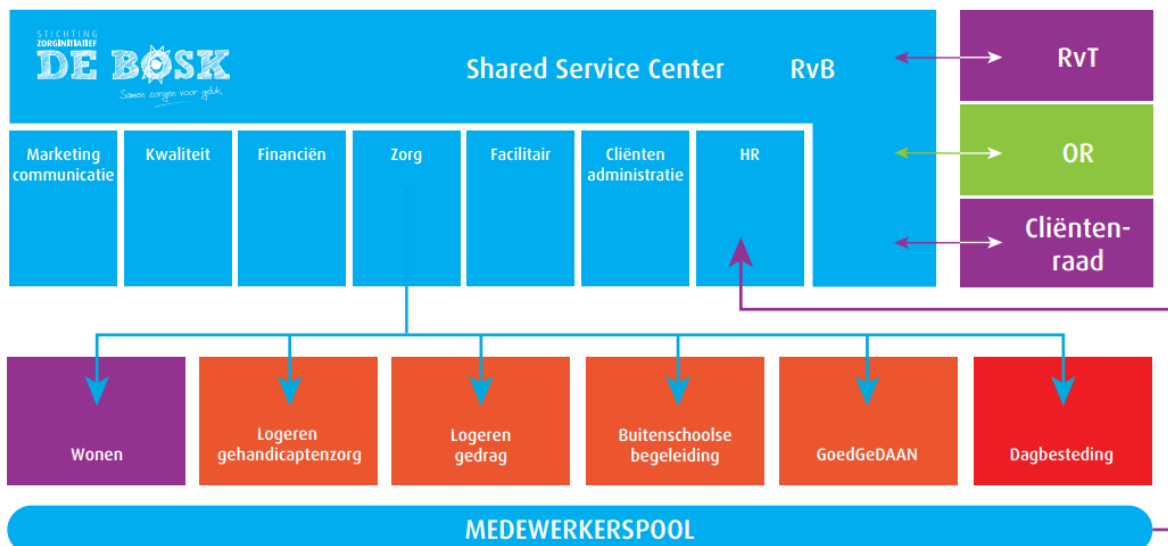
Er is een reeks aan producten binnen de organisatie waarbij bewoning, behandeling en/of begeleiding geboden kan worden op basis van de specifieke behoefte van de cliënt. De producten die aangeboden vanuit de WLZ zijn:

- Logeerszorg
- Buitenschoolse begeleiding
- GoedgeDaan – schoolvervangende trajecten
- Dagbesteding
- Ambulante zorg
- Wonen met begeleiding (IW)

Vanuit de Jeugdwet:

- Trainingshuizen
- Gezinsgerichte Jeugd Hulp

In dit document staan we vooral stil bij de kwaliteit van zorg die onder de Wet langdurige zorg valt: de eerste reeks van producten dus die hierboven genoemd staat.



Binnen ZorgInitiatief de Bosk zijn er 3 woonlocaties waar zorg wordt geboden aan cliënten die vallen onder de Wet langdurige zorg, te weten;

- Intensieve Woonbegeleiding (IW) in Harkema (4 woonappartementen),
- Intensieve Woonbegeleiding Feartstaete in Drachtstercompagnie (6 woonappartementen)
- Intensieve Woonbegeleiding Lindestaete in Joure (15 woonappartementen).

Naast deze 3 woonlocaties bieden wij ook zorg aan kinderen en jongeren in een gezinsgerichte woonsetting (GGJH) en is er een woonlocatie specifiek gericht op het trainen richting zelfstandig wonen (TH). De zorg aan deze kinderen en jongeren valt veelal onder de (verlengde) Jeugdwet.

Eind 2020 is er een nieuwe dagbestedingslocatie in Joure opgezet met de naam BijDaan. Hier wordt vanaf 1 januari 2021 dagbesteding geboden in de wasserette en een kleinschalige Bistro.

Vanaf januari 2021 is ZorgInitiatief de Bosk ook verblijf inclusief behandeling gaan leveren. Voor ons een belangrijke stap voorwaarts, omdat wij het belangrijk vinden om integrale zorg, dus inclusief behandeling en afgestemd met alle disciplines, te kunnen bieden aan onze cliënten.

Overzicht aantal cliënten per 1 januari en 31 december 2021

	1-1-2021	In	Uit	31-12-2021
Totaal	143	48	50	141
GGJH DB6	6	5	5	6
IW DB6A	4	2	2	4
THF1	7	6	5	8
THF2	5	4	4	5
LS	15	1	1	15
FS	6	0	0	6
DB H	17	5	6	16
BSB H	65	17	21	61
GG H	10	9	9	10
LOGZ H	32	10	14	28
BYDAAN J	1	6	0	7
GG J	0	8	4	4
LOGG DC	28	12	16	24
Ambulant DZD	0	1	0	1

Tabel 1. Aantal cliënten per product; cliënten kunnen meerdere producten afnemen. Het aantal is exclusief de klanten De Baander die zullen in het verslagjaar 2022 toegevoegd worden.

Wat opvalt aan de vraag- en zorgontwikkeling is dat:

- De vraag naar kort cyclische jeugdzorg sterk toeneemt.
- De trainingshuizen voor zelfstandig wonen echt een schot in de roos is.
- De Intensieve Woonbegeleidingsplekken continu bezet zijn.
- Er verder onderzoek nodig is naar de kind-groepen van voorheen Thuishuis de Baander

Totstandkoming kwaliteitsrapport

Iedere maand stelt de Raad van Bestuur een maandrapportage op, waarin door tellen en vertellen een duidelijk beeld wordt geschetst van de actuele situatie van en ontwikkelingen in de organisatie. De Raad van Toezicht, Cliëntenraad en Ondernemersraad ontvangen deze rapportages zodat zij steeds goed op de hoogte zijn van het reilen en zeilen van de organisatie. Het maandelijks opleveren van deze uitgebreide rapportage is intensief maar ook zeer waardevol, omdat het naast informatie over de financiën en bedrijfsvoering, ook een goed beeld geeft van het niveau van de kwaliteit van zorg.

De maandelijke rapportages vormen daarmee een basis voor dit kwaliteitsrapport en geven input om onze ondersteunende instrumenten en processen hier nog beter op in te richten. De wens voor de toekomst is om via jaarplan- en reviewsystematiek en met KPI's nog beter de kwaliteitsindicatoren te kunnen monitoren. De benodigde cijfers voor deze rapportage komen uit het ECD ONS van Nedap.

Bouwsteen 1: Het zorgproces van de cliënt

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe het zorgproces binnen de Bosk vorm wordt gegeven.

Uitgangspunt

Alle zorg en ondersteuning die geboden wordt aan de individuele cliënt door de medewerker is gebaseerd op onze visie en missie; kort samengevat in het motto: Samen zorgen voor geluk.

ZidB vindt dat iedere cliënt het leven moet kunnen leiden op een manier die gelukkig maakt. Ieder mens heeft zeggenschap over zijn of haar leven. Dat is een gegeven recht en een groot goed. De individuele keuzes die iemand maakt zijn een uitvloeisel van persoonlijke normen en waarden, wensen, behoeften en verlangens. ZorgInitiatief de Bosk wil samen met cliënten en zijn verwanten zoeken naar het invullen van alledaags geluk. Ze helpt en begeleidt cliënten op maat, vanuit het idee dat ieder mens uniek is en zo gelukkig mogelijk zijn leven wil leiden en zijn plek in de maatschappij wil vinden. Zelfstandigheid en het zelf keuzes kunnen maken, dragen bij aan het realiseren van dat alledaagse geluksgevoel.

ZidB stelt de individuele begeleiding van haar cliënten en hun ontwikkelmogelijkheden daarom voorop en zoekt in afstemming met de cliënt en zijn naasten, in een continu veranderende en vaak complexe omgeving, steeds weer naar nieuwe mogelijkheden om dat levensgeluk te realiseren.

Eigen regie

Zoals gezegd staat de eigen regie van de cliënt bij ons hoog in het vaandel. Tijdens de intake wordt er gevraagd en bekeken wat de cliënt belangrijk vindt in het dagelijks leven en hoe wij hier als zorgorganisatie aan kunnen bijdragen. De gedragswetenschapper stelt samen met de cliënt, de betrokkene en de persoonlijk begeleider het individuele zorgplan op. Hierin worden de wensen en de zorgbehoefte van de client steeds nadrukkelijk meegenomen. Zo werken de medewerkers samen met de cliënten aan (het verbeteren van) de kwaliteit van zorg.

Daarnaast zijn de woonlocaties zo ingericht dat de cliënt zich zo zelfstandig mogelijk kan voortbewegen. De inzet van zorgdomotica wordt bij aanvang van de zorg zoveel mogelijk afgestemd op de wensen en zelfredzaamheid van de cliënt. Daarnaast heeft iedere cliënt de vrijheid om zijn appartement in te richten zoals hij wenst.

We vinden het belangrijk en vanzelfsprekend dat onze cliënten inzage hebben in hun eigen dossier. Daarom zijn we in 2020 gestart met CarenZorgt. Deze digitale tool zorgt ervoor dat cliënten en betrokkenen mee kunnen lezen in het digitaal dossier. Voorafgaand aan de implementatie bij cliënten hebben alle medewerkers een training gekregen in de rapportagemethodiek SOEP (Subjectief,



Objectief, Evaluatie en Plan) die we binnen ZidB hanteren. Het is ons beleid dat er gerapporteerd wordt op de doelen van het zorgplan. Als een cliënt wil dat een familielid of een andere betrokkene inzage wil in het cliëntdossier, worden vooraf de mogelijke voor- en nadelen besproken met de cliënt en de wettelijk vertegenwoordiger van de cliënt voordat het toestemmingsformulier eventueel ondertekend wordt.

Wonen bij de Bosk, enkele reacties van cliënten, ouders en het team

Client:

'Eigen regie is dat je zelf mag zeggen wat je wilt. Maar niet alles kan, zegt de begeleiding. Want als ik op maandag mijn was wil doen en een ander wil dat ook, dan moeten we met elkaar praten, overleggen noem je dat. Maar ik mag het ook zeggen als ik het niet met de begeleiding eens ben. Ik mag nee zeggen'

Verbeter/aandachtspunt: *zorgen dat de verwachtingen bij de start van de zorg helder zijn, ook de grenzen van de zorg.*

Ouders:

'Al in het eerste intakegesprek bleek dat er echt geluisterd werd naar de wensen van onze dochter. Er werd aan haar gevraagd hoe zij het zag en wat ze nodig had. Er werd gedacht in mogelijkheden, en het gesprek was echt in samenspraak met haar. Vanaf de start van haar wonen in het appartement, wordt ook waargemaakt wat er is besproken. Gaat er even iets anders, dan is er overleg: allereerst met onze dochter en indien nodig met ons. De lijnen zijn kort, de communicatie verloopt goed. Het gevolg is dat we onze dochter zien groeien! Haar beperking staat niet centraal, haar mogelijkheden wel! De missie van de Bosk: "samen zorgen voor geluk" is voor ons merkbaar en voelbaar in alle facetten. Wij als ouders willen hier graag een steentje aan bijdragen.'

Begeleider van Lindestaete maakt een kopje thee voor een bewoner; op het theezakje staat de vraag: "Wat moet voor altijd blijven zoals het nu is?"

Bewoner: Dat ik hier woon, want ik word elke dag blij wakker sinds ik hier woon.

Verbeter-/aandachtspunten:

“Medewerkers die moeite hebben met de eigen mening van de client en veel invullen voor de client, blijven coachen”;

Team:

‘Er is een spanningsveld tussen de wil om de regie bij de cliënt te leggen en het risico op onveilige zorg. We vinden het soms nog moeilijk om de omslag te maken van 'zorgen voor' naar 'zorgen dat' en het vereist maatwerk om invulling te geven aan eigen regie van de cliënt.’

Verbeter/aandachtspunt:

Client- en incidentbespreking in werkoverleg, casuïstiekbespreking en coaching

Conclusie: De eigen regie van cliënten wordt door alle teams herkend als uitgangspunt van handelen. Teams geven wel aan dat ze verder willen ontwikkelen in de professionele afweging rond dit thema.

De eigen regie bij veel VG-clianten is in de praktijk een stuk lastiger, want in hoeverre zijn zij ‘wilsbekwaam’ en kunnen zij een eigen keuze maken? Het dilemma zit in de balans tussen begeleiden en richting aangeven en de ervaring van ruimte van de cliënt om een eigen keuze te maken.

Vrijheidsbeperkingen

Binnen ZorgInitiatief de Bosk hebben we dagelijks te maken met de thema’s vrijheidsbeleving en vrijheidsbeperking. Elke vrijheidsbeperking, hoe klein deze ook is, maakt een inbreuk op de keuze- en handelingsvrijheid van de client. Wij zijn daarom altijd op zoek naar wat vrijheid voor de cliënt betekent. We kiezen bewust om de zorg met maximale vrijheid voor de cliënt te realiseren.

Per 2020 is de wet Zorg en Dwang ingevoerd voor mensen met een verstandelijke beperking of mensen met een psychogeriatrische aandoening. De Wet zorg en dwang (WZD) gaat uit van het principe ‘nee, tenzij’. Dit betekent dat zorg voor mensen met een verstandelijke beperking op vrijwillige basis plaatsvindt, tenzij het vanwege een ernstig nadeel niet kan. Dat sluit naadloos aan bij de kernwaarden en uitgangspunten van ZorgInitiatief de Bosk.

Als er problematische situaties optreden, dan proberen we eerst de situatie met vrijwillige zorg, d.w.z. met instemming of zonder verzet van de cliënt, op te lossen. Pas als dat niet mogelijk is, zal en mag er onvrijwillige zorg worden toegepast. Het hiervoor opgestelde stappenplan wordt gevolgd en aanvullende expertise ingezet. Zo wordt onvrijwillige zorg altijd getoetst en weloverwogen ingezet en alleen als uiterst redmiddel toegepast.

Naast onvrijwillige vrijheidsbeperkingen zijn er ook vrijwillige vrijheidsbeperkingen. De cliënt geeft dan zelf aan gebruik te willen maken van bijvoorbeeld zorgdomotica die de veiligheid voor de cliënt vergroot. Denk hierbij aan uitluster mogelijkheden. Ook in deze situatie wordt eerst gekeken of er alternatieven zijn voor de inzet van de vrijwillige vrijheidsbeperking. Als die er niet blijken te zijn en de cliënt geeft aan deze vrijheidsbeperking te accepteren, wordt het middel ingezet. De inzet hiervan zal tenminste op het halfjaarlijkse evaluatiemoment besproken worden: staat de cliënt er nog steeds achter? De inzet wordt met argumentatie opgenomen in het zorgplan en in de risicoanalyse. De WZD cliëntvertrouwenspersoon, die tweemaal per jaar de woonlocaties bezoekt, besteedt hier ook gericht tijd en aandacht aan. Ook de aandachtsvelder WZD heeft een goede en nauwe samenwerking met de onafhankelijke clientvertrouwenspersoon voor het geval er iets voor mocht komen dat onder de WZD valt.



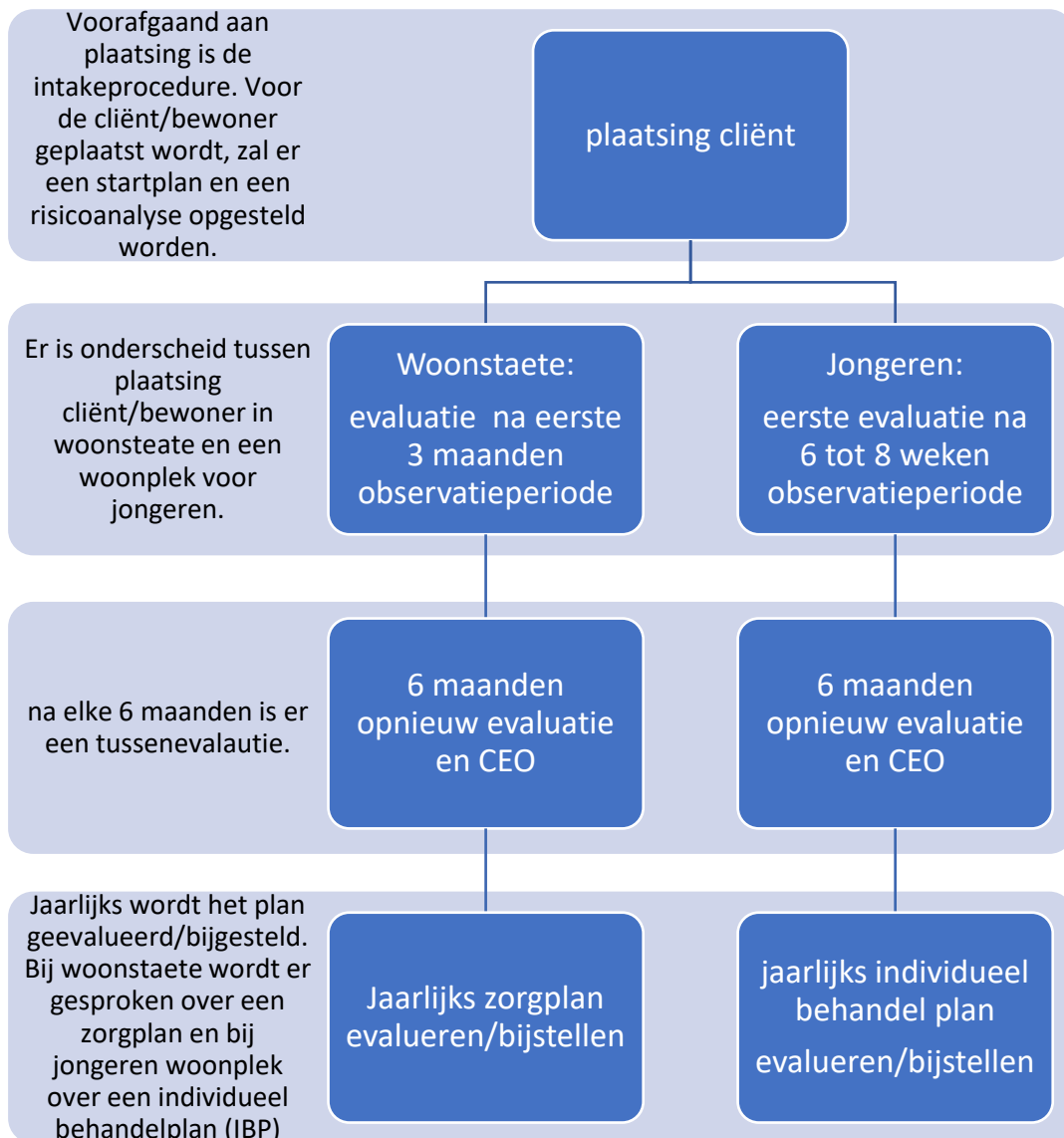
Het afgelopen jaar is een dynamisch jaar geweest waarin we als gevolg van de pandemie overgingen naar een samenleving met volop beperkingen. Dit heeft veel effect gehad op onze cliënten en medewerkers. Met behulp van duidelijke kaders en voldoende beschermingsmiddelen hebben we getracht het zo goed mogelijk leefbaar te houden voor onze cliënten. Er is volop gebruik gemaakt van allerlei online sessies en er zijn meerdere flyers en nieuwsbrieven gemaakt in de verschillende fases van de pandemie en naar aanleiding van de veranderende maatregelen. We hebben daarbij steeds een bewuste afweging gemaakt in de mentale conditie van de cliënt en de risico's.

Zorgproces en samenspel

Om een beeld te geven hoe het samenspel verloopt tussen de cliënt en de betrokkenen om de cliënt heen, hebben we hieronder een schematisch overzicht geplaatst van het zorgproces: vanaf de intake tot de jaarlijkse terugkomende zorgplanbesprekingen. We maken een onderscheid in twee soorten woonlocaties: Onder Woonstaete vallen Feartstaete te Drachtstercompagnie en Lindestaete te Joure. Onder woonzorg Jongeren vallen Gezinsgerichte Jeugdhulp, Jongeren en Kind, Intensieve Woonbegeleiding en de twee woonlocaties van het Trainingshuis.

Intakeprocedure

In de intakeprocedure wordt er door de persoonlijk begeleider en de gedragswetenschapper ingeschat wat de zorgvraag is, welke risico's er bij de cliënt spelen en of deze cliënt passend is bij de beoogde groep bestaande bewoners. In het intakegesprek maken de betrokken medewerkers kennis met de cliënt en zijn familie, worden verwachtingen en wensen uitgesproken en wordt er belangrijke informatie uitgewisseld. Alle informatie resulteert uiteindelijk in een zorgplan en een risicoanalyse.



Intakeprocedure

Intakeprocedure

In de intakeprocedure wordt er door de persoonlijk begeleider en de gedragswetenschapper ingeschat wat de zorgvraag is, welke risico's er bij de cliënt spelen en of deze cliënt passend is bij de beoogde groep bestaande bewoners. In het intakegesprek maken de betrokken medewerkers kennis met de cliënt en familie, worden verwachtingen en wensen uitgesproken en wordt er belangrijke informatie uitgewisseld. Alle informatie resulteert uiteindelijk in een zorgplan en een risicoanalyse.

Zorgplan

De medewerkers werken samen met de cliënten aan hun kwaliteit van zorg. Bij iedere cliënt wordt bij de aanvang van de zorg een eerste zorgplan opgesteld door de persoonlijk begeleider in samenspraak met de cliënt en de gedragsdeskundige. Binnen de woonlocaties wordt er elk half jaar een evaluatiegesprek op basis van het zorgplan gehouden. Tijdens deze bespreking wordt er samen met de cliënt, de gedragswetenschapper, wettelijk vertegenwoordiger/familie en de persoonlijk begeleider gekeken of de doelen nog passend zijn of dat deze aangepast moeten worden. Ook wordt er dan met elkaar beoordeeld of de risicoanalyse nog goed aansluit bij de actuele situatie.

We slaan het cliëntplan op in ONS, een digitaal dossier met alle cliëntgebonden informatie. Het cliëntplan wordt geëvalueerd volgens een vaste cyclus, tenminste twee keer per jaar. Doelen en begeleidingsafspraken worden dan geëvalueerd, bijgesteld en/of nieuwe opgesteld. Om de cliëntplannen goed vast te leggen en actueel te houden, zijn de medewerkers hierop getraind. Desondanks zien we dat het in de praktijk toch moeilijk is de cliëntplannen op ieder moment aan alle vereisten te laten voldoen. Dit vraagt wel om blijvende aandacht en borging van beleid.

Het doel is dat elke cliënt een actueel cliëntplan heeft, dat in overleg met hem en/ of zijn vertegenwoordiger tot stand is gekomen.

Product	Gem. 2021
Wonen	90.4 %
3zorg Daniël	90 %

Percentage actuele zorgplannen per geclusterd product.

Risicoanalyse

Bij de aanmelding van de cliënt wordt door de gedragswetenschapper bekeken welke mogelijke risico's aanwezig kunnen zijn bij de zorgvraag en begeleidingsbehoefte van de cliënt. Samen met de aanmelder en betrokkenen wordt gekeken hoe de risico's het beste geminimaliseerd kunnen worden, maar ook of de woonlocatie waarvoor de client is aangemeld passend is bij de zorgbehoefte van de cliënt. Daarnaast wordt er samen met de persoonlijk begeleider en de gedragswetenschapper ook een risicoanalyse opgesteld. De gedragswetenschapper (tevens hoofbehandelaar van de woonlocatie) is degene die verantwoording draagt voor de definitieve risicoanalyse. Bij tussentijdse veranderingen in de risico's zal de persoonlijk begeleider dit opnemen met de gedragswetenschapper en het document hierop aanpassen. Ook zal dit structureel geëvalueerd worden tijdens de halfjaarlijkse evaluatiemomenten en de jaarlijkse zorgplanbesprekingen.

Het doel is dat bij aanvang van de zorg en tijdens de zorgplan-evaluatie in het cliëntdossier ingevuld wordt op welk gebied de cliënt risico's heeft. Hiervoor wordt de risicoanalyse in ONS gebruikt.

Product	Gem.2021
Wonen	93,2 %
3zorg Daniël	87,2 %

Percentage cliënten met een actuele risicoanalyse.

Medicatiebeleid

Naast de individuele risicoanalyse zijn er ook werkprocedures opgesteld om risico's in de zorg en begeleiding te minimaliseren. Eén daarvan is het medicatie beleid binnen de organisatie. Binnen elke woonlocatie zijn er medicatie aandachtfunctionarissen aangesteld die samen met de Productmanager Wonen de medicatieprocedure periodiek evalueren. Tijdens deze overlegmomenten worden de medicatie incidenten besproken, geanalyseerd en wordt er een verbeterplan opgesteld. De verbeterplannen worden tijdens het werkoverleg, dat elke maand plaats vindt, besproken en de implementatie gevolgd/geborgd. Daarnaast is er een halfjaarlijks evaluatie met de apotheek over de werkprocedure en jaarlijks met de medicatievoorschrijvers zoals huisartsen en/of de AVG-arts.

Plaatsing

De eerste 3 maanden dat een cliënt op een van onze locaties woont, staat in het teken van elkaar leren kennen en wennen aan de nieuwe situatie. Dit is ook de periode waarin de medewerkers de cliënt goed kunnen observeren. Na deze 3 maanden wordt er door de persoonlijk begeleider een voortgangsverslag gemaakt. Dit wordt met de gedragswetenschapper, de persoonlijk begeleider, de cliënt en de betrokkenen geëvalueerd. Er wordt dan bekeken of het zorgplan en de risicoanalyse nog aangepast moeten worden. Vervolgens wordt er na een half jaar weer een evaluatiegesprek gepland en een half jaar na deze evaluatie wordt er een zorgplanbespreking gehouden.

Naast deze cyclus is er maandelijks cliëntoverleg waar de gedragswetenschapper (hoofdbehandelaar) en de betrokken persoonlijk begeleiders van de locatie de voortgang bespreken op basis van de doelen van de cliënt. De gedragswetenschapper heeft de rol als regievoerder op het behandelplan. Mocht er een bepaalde discipline ingezet moeten worden, dan wordt dit geïnitieerd door de gedragswetenschapper. In deze gevallen worden de betrokken disciplines ook uitgenodigd om deel te nemen aan het cliëntoverleg.

De persoonlijk begeleider is de persoon die dagelijks het zorgproces van de cliënt bewaakt. Zij staat naast de cliënt en ondersteunt waar nodig als aanvulling op de eigen regie van de cliënt. Bij de start van de zorg wordt er een persoonlijk begeleider gekoppeld aan de cliënt, waarvan we inschatten dat die goed past bij deze cliënt. Of dat ook echt zo is, wordt geëvalueerd met de cliënt. We vinden het heel belangrijk dat de cliënt zich vertrouwd en veilig voelt bij de Persoonlijk begeleider.

Hulpmiddelen

Voor vele bewoners zijn er hulpmiddelen nodig in de uitvoering van de zorg of ter ondersteuning van de cliënt. Algemene hulpmiddelen zoals een douchebrancard, plafondlift en douchestoel zijn door de Bosk aangeschaft. Per 2021 is ZorgInitiatief ook verantwoordelijk voor het organiseren van persoonlijke hulpmiddelen zoals het aanmeten van orthopedisch schoeisel.

Medezeggenschap

ZorgInitiatief de Bosk streeft met haar cliëntfocus naar een zo goed mogelijk aansluiting van de zorg op de wensen van de cliënt. Daarom hechten we erg veel waarde aan de diverse organen die meedenken in hoe we de zorg zo optimaal aan kunnen laten sluiten op de belangen en wensen.

Cliëntenraad

Binnen ZorgInitiatief de Bosk vinden wij het belangrijk dat cliënten kunnen meepraten en meedenken over wat er in de organisatie gebeurt. Cliënten, ouders en familieleden hebben door onze cliëntenraad een belangrijke stem in hoe wij zorg en dienstverlening vormgeven. De cliëntenraad vindt het belangrijk dat de zorg en dienstverlening zo goed mogelijk voldoet aan de verwachtingen van cliënten. Het gaat er hen ook vooral om dat cliënten zelf kunnen beslissen en invloed hebben op de hun zorg en begeleiding (eigen regie).

De Cliëntenraad is vanaf juli 2020 actief en is samengesteld uit ouders/verwanten van cliënten en een onafhankelijke voorzitter. Eind van het jaar heeft een lid vanwege privéomstandigheden helaas de taken neer moeten leggen, waardoor er met de nog bestaande vacature nu twee vacatures zijn. Begin 2022 zal er actief geworven worden om deze plaatsen weer goed ingevuld te krijgen.

Ondernemingsraad (OR)

De OR is begin 2021 opgezet, doorontwikkeld vanuit de PVT, en bestaat uit 7 medewerkers die de medewerkers vertegenwoordigen in de overleggen met het bestuur van Stichting ZorgInitiatief de Bosk. De OR is er voor iedere medewerker. Daarom kan, als er iets speelt wat een team, een deel of de gehele organisatie aangaat, dat áltijd gedeeld worden met de OR. Zij kunnen dit terugkoppelen aan het bestuur en gezamenlijk op zoek gaan naar een oplossing of goede afspraak. De nieuwe leden zijn dit jaar geschoold.

Vertrouwenspersoon cliënten

ZidB heeft sinds anderhalf jaar een overeenkomst met Zorgbelang Fryslan en AKJ voor het beschikbaar stellen van vertrouwenspersonen. Al onze cliënten kunnen bij deze vertrouwenspersonen terecht voor een luisterend oor en ondersteuning bij het uitoefenen van hun rechten als client. Ook zijn ze te benaderen voor vragen of klachten over de zorg. Dit doen ze vanuit een onafhankelijke positie en in vertrouwelijkheid.

VERTROUWENSPERSONEN



De vertrouwenspersonen op de woonlocaties geven aan dat ze het afgelopen jaar prettig zijn ontvangen door de medewerkers. De cliënten krijgen de ruimte en mogelijkheid om privé met de vertrouwenspersoon in gesprek te gaan. De komst van de vertrouwenspersoon staat goed aangekondigd in de huiskamers van de locatie. Ze hebben tijdens hun bezoeken informatie gegeven over het vertrouwenswerk en zijn ook aangesloten bij informele activiteiten van jongeren en bewoners zoals samen theedrinken, wandelen en mee-eten om een goed beeld te krijgen.

Tijdens de kwartaal bezoeken van de vertrouwenspersoon bij de jongeren van GoedgeDaan in Harkema en Joure was de sfeer eveneens prettig; de vertrouwenspersoon is welkom en krijgt alle ruimte en mogelijkheid om met de jongeren privé in gesprek te gaan. Wat beter kan is het informeren van de jongeren door de medewerkers over de komst en de rol van de vertrouwenspersoon. Vooral nieuwe medewerkers lijken niet altijd volledig op de hoogte te zijn.

Ook de jongeren van het gezinshuis in Harkema zijn in 2021 ieder kwartaal bezocht. De jongeren in het Trainingshuis zijn 6x bezocht. De sfeer, openheid, privéruimte etc. werd als heel hartelijk ervaren. De vertrouwenspersoon heeft ook een aantal keren met de jongeren meegegeten.

Op 15 april hebben de vertrouwenspersonen een voorlichting over het vertrouwenswerk gegeven aan de productmanagers van de organisatie. De bijeenkomst is opgenomen en kan ook gebruikt worden voor de introductie van het vertrouwenswerk bij nieuwe medewerkers.

Het laatste kwartaal is Thuishuis de Baander onderdeel geworden van ZidB. De jaarrapportage AKJ/Zorgbelang Drenthe vermeldt dat de drie groepen op de locaties Elim en Hollandscheveld bezocht zijn en dat, net als voorgaande jaren, de jongeren aangeven weinig behoefte aan contact te hebben. De vertrouwenspersoon is echter wel echt een vertrouwd gezicht voor de jongeren en de samenwerking met de locaties verliep heel plezierig.

Klachten

In 2021 zijn er geen klachten van WLZ-cliënten gemeld bij de onafhankelijke klachtenfunctionaris. In deze periode hebben wel twee jongeren contact gezocht met de vertrouwenspersoon i.v.m. vragen, problemen of klachten. Vanuit de Baander is dat één ouder geweest. In het kader van privacy en eventuele herleidbaarheid van deze jongeren is er geen verdere informatie over deze contacten beschikbaar gekomen. Zorginitiatief de Bosk is aangesloten bij een onafhankelijke geschillencommissie.

Incidenten

Leren van onze fouten staat hoog in het vaandel. Daarom besteden we veel aandacht aan het realiseren van een veilige meldcultuur. We hebben met elkaar afgesproken dat we niet alleen fouten en bijna fouten melden die betrekking hebben op de directe veiligheid van de cliënt, zoals medicatie-, agressie- en valincidenten, maar dat we alles melden wat anders verloopt dan we afgesproken hadden. Binnen Zorginitiatief de Bosk worden incidenten gemeld via het formulier Melden incidenten en (bijna) fouten in ONS. Het voordeel hiervan is dat je niet alleen op specifieke onderdelen als medicatie en valpreventie kan verbeteren, maar over alle assen kijkt wat bijdraagt aan kwalitatief goede zorg.

Vanaf 1-11-2021 wordt een nieuwe categorisering van de meldingen gebruikt.

- Grensoverschrijdend Gedrag (voorheen client), hieronder vallen alle niet gepaste gedragingen van cliënten en derden.
- Medicatie incidenten: hieronder vallen medicatie incidenten die gesignaleerd worden zowel intern als extern (dagbesteding, school, ouders)
- Veiligheid incidenten: Hieronder meldt men incidenten met betrekking tot ongevallen, hygiëne, brandmeldingen.
- Overige Incidenten: Hier worden incidenten gemeld op het gebied van communicatie, administratie, planning.

In 2021 zijn de zeven uitgevoerde onderzoeken van 2020 geëvalueerd. In onderstaand overzicht staat de opvolging en de uitkomsten van deze evaluaties vermeld, zodat we inzicht krijgen in wat het effect is van de ingezette acties.

Nummer	Aard	Prioriteit	Uitkomst Evaluatie	Effect
2020-02	Agressie incidenten in GGJH Cliënten en personeel voelt zich onveilig door agressie incidenten.	2	Doelgroep welke past binnen GGJH is beter gespecificeerd. Personeel is geschoold in de-escalerend werken en Zorgen voor Getraumatiseerde Kinderen.	Gevoel van veiligheid en controle terug in het team GGJH
2020-03	Corona incident Logeren zorg Kind met klachten is aanwezig op locatie.	2	Personeel heeft correct en snel gehandeld. Protocollen staan nu op Sharepoint. Via mail en de coördinatoren komt informatie tijdig op de werkvloer.	Geen vergelijkbare Corona incidenten meer waargenomen.
2020-04	Protocol epilepsie onbekend Collega valt in op andere locatie. Kent het protocol niet, handelt op intuïtie	2	Uit evaluatie blijkt dat protocollen nu beter bekend zijn. Verbeterde inwerkprocedure lijkt te werken.	Inwerkprocedure invallers en nieuwe collega's verbeterd.
2020-05	Protocol seksueel misbruik ontbreekt: -Jongere geeft aan misbruikt te zijn. Collega weet niet hoe te handelen. Handelt op intuïtie	3	Uit evaluatie: Er is een richtlijn wat te doen bij deze categorie incidenten.	In het team Product Managers wordt gewerkt aan het implementeren van protocol. Is in ontwikkeling.
2020-06	Gedrag client: Kind vertoont seksueel grensoverschrijdend gedrag	2	Uit evaluatie: Er is een richtlijn wat te doen bij deze categorie incidenten.	Grensoverschrijdend tussen cliënten wordt opgenomen in protocol. Is in ontwikkeling.

2020-07	Medicatie: Hoge frequentie medicatie incidenten binnen ZIDB	3	Uit evaluatie: Aantal medicatie incidenten is vergelijkbaar in aantallen, ondanks de vergroting van ons zorgaanbod. Naar rato zijn er minder medicatie incidenten.	Werkwijze omgaan met Medicatie is aangepast voor ZIDB. Aantal incidenten is afgenomen van gemiddeld 6 p/w in de periode 19-9 t/m 01-10 naar gemiddeld 2,4 p/w in het laatste kwartaal van 2020.
2020-08	Administratie: 9 incidenten aangaande clientgegevens die foutief verwerkt zijn.	3	Uit evaluatie: Er is nog geen mutatie formulier. Werkzaamheden en gebeurtenissen in privé- sfeer hebben het proces vertraagd.	Werkwijze aanleveren van clientgegevens richting administratie wordt verbeterd door het maken van een mutatieformulier. Is in ontwikkeling.

Incidentrapportage in totalen per categorie in 2021

In 2021 zijn er binnen Zorginitiatief de Bosk 549 incidenten gemeld t.o. 483 in 2020. Dat is een stijging van 66 incidenten. In het onderstaande overzicht staat beschreven hoeveel incidenten er per categorie zijn gemeld.

2021	Aantallen
Grensoverschrijdend gedrag	356
Medicatie	95
Omgeving Veiligheid	49
Overige Incidenten	49
Totaal	549

Met name het aantal incidenten in de categorie Grensoverschrijdend gedrag zijn gestegen, namelijk van 230 in 2020 naar 356 in 2021. Na analyse blijkt een gedeelte hiervan voort te komen uit de groei van het aantal cliënten van de Bosk. Ook is het aantal cliënten met moeilijk(er) gedrag binnen de organisatie toegenomen. Het aantal medicatie incidenten is nagenoeg gelijk gebleven (91 om 95) ondanks dus de forse groei van de organisatie dit jaar.

In het overzicht is te zien dat het grootste gedeelte van de gemelde incidenten plaatsvinden in het dagelijkse werk. De categorieën Grensoverschrijdend Gedrag en Medicatie hebben een direct verband met de werkvloer. Deze twee categorieën omvatten dan ook 82,1 % procent van alle gemelde incidenten.

Prioritering

De prioriteit van een Incident wordt bepaald door de Ernst en de Frequentie van het Incident Ten aanzien van de bedrijfsveiligheid. De impact wordt bepaald mede op basis van de onderstaande definities

Ernst omschrijving	
Catastrofaal	Ernstige of blijvend, ziekenhuisopname of overlijden
Groot	Flink met tijdelijke gevolgen
Matig	Enig niet blijvend; tijdelijke gevolgen of verminderd welbevinden
Klein	Geen letsel of gevolgen

De Frequentie van een Incident wordt aangegeven op basis van de afhankelijkheid van een dienst of service ten opzichte van de bedrijfsprocessen van de organisatie. In onderstaande tabel wordt de Frequentie aangegeven.

Frequentie omschrijving	
Hoog	Een gebeurtenis komt wekelijks terug
Midden	Een gebeurtenis komt maandelijks terug
Laag	Een gebeurtenis komt jaarlijks terug
Nihil	Een gebeurtenis komt minder dan 1 x per jaar terug

Uiteindelijk bepaalt de combinatie tussen de Ernst en Frequentie de Prioriteit:

		Ernst			
		Catastrofaal	Groot	Matig	Laag
Frequentie	Hoog	P1	P1	P2	P3
	Midden	P1	P2	P3	P4
	Laag	P2	P3	P3	P4
	Nihil	P3	P4	P4	P4

Bovenstaande matrix biedt ondersteuning bij het bepalen welke Incidenten (uitgebreid) geanalyseerd moeten worden.

Een melding met een hoog potentieel risico (rood) wordt op organisatieniveau bestuur gerapporteerd.

Groene vlakken behoeven geen uitgebreide analyse voor trend bewaking.

Bij gele en groene items wordt er een Prisma-analyse uitgevoerd (oorzaken).

NB. Vanwege de hoge prioriteit die binnen Zorginitiatief de Bosk wordt gegeven aan het zorgvuldig omgaan van medicatie is in 2021 elk gemeld medicatie incident in Prioriteit 3 ingedeeld.

Incidenten in Prioriteit 3 of hoger worden na analyse verder onderzocht.

In prioriteit 3 wordt gekeken naar de frequentie van het incident, aard van het incident en de locatie van het incident. Is er op een van de genoemde meetpunten een hoge score dan wordt er na onderzoek een werkgroep geformeerd welke de opdracht krijgt om na onderzoek een verbeterplan te maken.

Resultaat moet te allen tijde zijn dat de situatie weer onder controle is, wat zichtbaar is door een afname van het aantal gemelde incidenten in de onderzochte categorie.

Incidenten in prioriteit 4 worden onderzocht als er in frequentie en locatie een hoog aantal meldingen zijn. Door de hoge frequentie wordt een groep meldingen in prioriteit 4 dan een prioriteit 3. Voorbeelden hiervan zijn hoge frequentie van agressie incidenten omtrent een cliënt of hoge frequentie van vergelijkbare incidenten op een bepaalde locatie. De incidenten in prioriteit 4 worden maandelijks gemonitord op frequentie en aantallen.

Er zijn in 2021 drie onderzoeken opgestart n.a.v. gemelde incidenten.

Nummer	Aard	Prioriteit	Advies gegeven?	Effect
2021-01	Medicatie incidenten mei - Plotselinge forse stijging medicatie incidenten	3	Ja	Meer communicatie tussen locaties de Bosk met externen aangaande medicatie toedienen. In MIC is categorie extern en weigering opgenomen om beter zicht te krijgen op deze incidenten.
2021-02	Grensoverschrijdende incidenten in mei en juni Aantal incidenten stijgt snel t.o.v. maanden ervoor.	3	Ja	Strakker hanteren contra's, werken met observatieperiodes, personeel scholen in de-escalerend werken en in Zorgen voor Getraumatiseerde kinderen.
2021-03	Grensoverschrijdend gedrag binnen nieuwe locaties in Drenthe	2	Ja	Afbakenen van doelgroep welke past binnen de locaties. Personeel ondersteunen in dagelijks werk. Observaties doen op de werkvloer. Scholing voor personeel opstarten. Personeelsbestand doorlichten op bekwaamheid.

Visitatie

Binnen ZorgInitiatief de Bosk wordt er jaarlijks een externe visitatie uitgevoerd door Certificatie in de Zorg voor de ISO 9001 certificering. Gedurende 2021 zijn er ook interne audits uitgevoerd gericht op het primaire zorgproces.



Externe visitatie

Tussen de audit van 2020 en de uitgevoerde audit in juni 2021 zat slechts een periode van zeven maanden; een korte periode waarin veel gebeurd is.

Citaten uit het rapport:

“In 2021 laat De Bosk zien, net als het voorgaande jaar, te groeien en zich verder te professionaliseren. Het belang van de cliënt/bewoner blijft hierin centraal staan. Liefde en aandacht als fundament, dat is terug te zien en te ervaren, door de organisatie heen.”

“Ondanks groei en overnames laat de Bosk zien dat ze blijven werken vanuit missie en visie. Eigen regie en cliënt geluk staan voorop.”

Aandachtspunten uit externe visitatie:

- Aandacht blijven houden voor het teamgebeuren en de ontwikkelingen m.b.t. cliënten, cliënten moeten passen bij de doelgroep.
- In het zorgdossier staat soms informatie dubbel genoteerd. In het zorgplan, in de afspraken, en op de looplijst per dienst. Dit geeft extra administratie druk.
- Er wordt veel gerapporteerd, ook als de zorg volgens plan is verlopen. Overwegen om alleen bijzonderheden te rapporteren.
- Verwachtingsmanagement over en weer bij de start van de zorg

Interne audit

Door middel van interne audits brengen we in kaart welke werkzaamheden al goed worden uitgevoerd en waar het beter kan. Het geeft houvast om gerichte maatregelen te kunnen nemen om de gewenste en vereiste kwaliteit te realiseren. Gedurende 2021 hebben er binnen alle woonlocaties van ZidB interne audits plaatsgevonden. Uit deze audits kan worden opgemaakt dat veel aspecten binnen de woonlocaties al goed gaan, namelijk:

- De locaties zijn ruim, huiselijk en warm ingericht
- De eigen regie van de cliënt staat voorop
- Iedere cliënt is uniek, er wordt zo goed mogelijk ingespeeld op de behoeftes van de cliënt
- Er is veel aandacht voor leren en continue verbeteren
- Incidenten worden passend geregistreerd
- Er is veel aandacht voor de zorgcoördinatie rondom de cliënt
- Het netwerk van cliënt wordt zo mogelijk actief betrokken bij het zorgproces
- Er is passend ondersteunend elektronisch cliënten dossier (ONS/Nedap)
- Cliëntervaring wordt structureel getoetst, analyse en monitoring worden uitgevoerd

Daarnaast zijn er ook een aantal afwijkingen en aandachtspunten geformuleerd. Deze hebben betrekking op zowel externe als intern gestelde eisen.

Afwijkingen en aandachtspunten uit interne audits:

- Het cliënt ervaringsonderzoek waarbij gebruik wordt van een van de instrumenten uit de 'waaier van instrumenten' van de VGN, moet minimaal een keer per drie jaar uitgevoerd worden. Het uitvoeren van dit ervaringsonderzoek staat in 2022 op onze agenda. We blijven overigens daarnaast ook de ervaringen van onze cliënten onderzoeken zoals we dat al jaren binnen ZidB, doen, namelijk door voorafgaande aan de zorgplanevaluatie de cliënt te vragen om het CEO-formulier van ZidB in te vullen, als input ook voor het evaluatiegesprek over het zorgplan (zie bouwsteen 2).
- Vanuit de WLZ moet de registratie 'aan/afwezigheid' van de cliënt ingericht worden. Inmiddels is dit binnen de organisatie op alle locaties ingevoerd.
- De verplichting om maatregelen te treffen voor crisissituaties zoals bijvoorbeeld een evacuatie. Binnen de locatie Feartstaete is er veel aandacht geweest voor de vele aspecten van veiligheid op de locatie, alleen de ontruimingsoefening was nog niet gedaan. Inmiddels is ook deze oefening volgens de vereisten uitgevoerd.

Bouwsteen 2: Cliëntervaringen

In dit hoofdstuk wordt het onderwerp clientervaringen weergegeven.

Bewonersoverleg

Binnen de woonlocaties worden bewonersbijeenkomsten georganiseerd met als doel de eigen regie van cliënten te bevorderen. Hier wordt ook minimaal 4 keer per jaar de onafhankelijke cliënt vertrouwenspersoon bij uitgenodigd. Binnen alle facetten wordt gekeken wat de wens van de cliënt is en hoe de zorg en dienstverlening hierop afgestemd kan worden.

De punten die door de bewoners worden ingebracht tijdens het bewonersoverleg worden serieus opgepakt en bekeken wordt hoe we aan de wensen van de bewoners kunnen voldoen. Hieronder een aantal voorbeelden:

Binnen de locatie Feartstaete werd aangegeven door de bewoners dat ze de verlichting in de gezamenlijke woonkamer niet sfeervol vinden. Ook zouden ze graag meer kleur willen in het pand. De woon coördinator is vervolgens op zoek gegaan naar passende sfeerverlichting en de bewoners hebben een verfkleurwaaier bekeken om te zien wat een leuke kleur is op de muur. De bewoners hebben ook aangegeven graag meer een industriële stijl aan inrichting te willen. Er komt nu een ontwerper om met ons mee te denken en advies geven.



Binnen de locatie Lindestaete werd door bewoners gevraagd of er een spelcomputer aangeschaft kon worden zodat dit een nieuwe groepsactiviteit kan worden. Samen met de bewoners is gekeken wat voor soort spelcomputer goed zou kunnen aansluiten. Hierop is er een Nintendo switch aangeschaft met spelletjes. Daarnaast gaven de bewoners aan te willen fietsen, sommige cliënten kunnen alleen onder begeleiding fietsen en anderen wilde dit onder begeleider juist graag oefenen totdat zij dit zelfstandig kunnen. Hierop is er een fiets aangeschaft voor de begeleiders zodat er gezamenlijk gefietst kan worden. Bewoners hadden ook behoefte aan een mededelingenbord waar zij met elkaar punten op kunnen delen. Deze is aangeschaft en opgehangen.

Het Cliëntervaringsonderzoek

Binnen ZidB is clientfocus één van de kernwaarden. We vinden de mening en ervaring van cliënten uitermate belangrijk en zien dat ook is uitgangspunt van ons doen en laten. We meten de cliëntervaring door middel van het Cliënt ervaringsonderzoek-formulier ofwel kortweg het CEO- formulier dat in ONS staat. Omdat er binnen de organisatie aan cliënten vanuit verschillende kwaliteitskaders zorg geboden wordt, is ervoor gekozen dit onderzoeksdocument op te stellen waarin de kwaliteitseisen van de verschillende kaders zijn opgenomen. Het CEO-formulier waarborgt dat we op individueel cliëntniveau de ervaring volledig inzichtelijk hebben en informatie over hoe we onze zorg nog meer kunnen laten aansluiten bij zijn wensen.

Voor de cliënt helpt deze methode om zich een beeld te vormen van de punten die hij wil bespreken tijdens het halfjaarlijks evaluatiemoment van het zorgplan. Het is dan ook de afspraak om voorafgaand aan het evaluatiegesprek over het zorgplan dit onderzoek af te nemen.

Cumulatieve resultaten CEO-formulieren Wonen vanuit ONS

In het CEO-formulier wordt gevraagd of de gegevens ook gebruikt mogen worden voor verbeteringen binnen de woonlocatie. Jaarlijks worden alle uitkomsten die gedeeld mochten worden geanalyseerd met het team en wordt er gekeken hoe we de zorg binnen de woonlocatie kunnen verbeteren. Hiermee zorgen we ervoor dat de punten die de cliënten aan hebben gegeven, daadwerkelijk mee worden genomen in het verbeterproces.

53 formulieren/cliënten	Heel GOED	Niet Goed	Voldoende	Nvt/weet niet
Ik vind de begeleiding die ik de afgelopen 6 maanden heb gekregen:	26	3	20	2
De afspraken gaan over dingen die ik belangrijk vind.	24	2	19	8
Begeleiders houden rekening met mijn wensen	28	3	20	2

Cumulatieve resultaten CEO-formulieren Wonen vanuit ONS

In de zorgplanbesprekingen met de cliënt zijn de beoordelingen en verbeteracties besproken en we zijn dan ook zeer benieuwd of het externe CEO in 2022 met een methodiek uit de 'waaier van instrumenten' van de VGN, de door ons nagestreefde cijfer 8 zal gaan opleveren. Daarnaast blijven we ook onze CEO-systematiek gebruiken als input voor de zorgplan besprekingen.

Resultaten van het Cliëntervaringsonderzoek 2021 locatie Feartstaete in Joure

Analyse:

Over het algemeen komen er veel positieve cijfers uit het onderzoek naar voren. Op het item 'het contact met mijn begeleiders is voldoende en loopt goed' scoren bijvoorbeeld alle 4 de cliënten volledig JA. Uit het rapport blijkt ook dat het aangaan van sociale contacten nog moeilijk is voor cliënten. Dit wordt op de locatie opgepakt met een plan van aanpak hoe begeleiders cliënten kunnen helpen bij het ontmoeten van anderen.

Verbeterplan:

- Netwerkaart inzetten, het in kaart brengen van alle contacten rondom de client. Als we het netwerk rondom de client in kaart hebben, kunnen we sociale contacten stimuleren.
- Disco Talant terrein (ontmoetingscentrum) – hier wordt elke woensdagavond een disco georganiseerd, was door de corona omstandigheden lastiger te organiseren. Onze bewoners zouden daarheen kunnen gaan, om te ontspannen en sociale contacten aan te gaan.
- Werven van vrijwilligers zodat we meer activiteiten en contacten buitenshuis kunnen doen.



Het klanttevredenheidsonderzoek onder netwerkpartners en verwijzers

Naast het Cliëntervaringsonderzoek is er dit jaar ook een klanttevredenheidsonderzoek afgenomen onder netwerkpartners en verwijzers, omdat we graag excellente zorg willen leveren samen met onze netwerkpartners. Helaas liet het aantal respondenten (24 van de 125 uitgezette lijsten) nog te wensen over, wellicht vanwege de zomerperiode. De gemiddelde score van onze partners/verwijzers was een 7,6 daar waar we gaan voor een 8.

Veel reacties hadden een positieve ondertoon, hoewel er ook een aantal kritische uitkomsten waren, bijvoorbeeld het niet weten wat het aanbod is en de zichtbaarheid van de organisatie in de regio. Een greep uit de positieve punten en ervaringen:

- Zorg op maat
- Jong team, mooie dromen, passie voor zorg en jongeren
- Samenwerking, betrokken, oog voor cliënt
- Zelfstandigheid, 1 op 1 zorg binnen, steun, liefde.

Uit de stellingen scoorden een 6-tal vragen hoger dan een 4 (tevreden):

- Verwijzers en samenwerkingspartners weten wie hun contactpersoon is (kanttekening dat in de laatste open vraag bij 'tips' wel een aantal opmerkingen waren over de contactpersoon)
- Zorginitiatief de Bosk is goed bereikbaar voor verwijzers en samenwerkingspartners
- Zorginitiatief de Bosk komt haar afspraken na
- Verwijzers en samenwerkingspartners zien ZidB als een prettige samenwerkingspartner
- Zorginitiatief de Bosk communiceert helder en transparant.

Verder te onderzoeken en te verbeteren:

Nu we weten dat verwijzers ons aanbod niet (goed) kennen, moeten we gaan onderzoeken via welk medium of op welke manier we de organisatie en haar producten beter en zichtbaarder kunnen presenteren. Omdat we wegens privacy redenen geen demografische gegevens hebben verzameld, kunnen we dit helaas vanuit dit onderzoek niet verder uitvragen bij de respondenten. We gaan onszelf samen met de afdeling Marketing en Communicatie stap voor stap beter en herkenbaarder op de markt zetten.

Bouwsteen 3: zelfreflectie in teams

Teamreflectie heeft in eerste instantie voor de teams als doel om zelf en met elkaar tot nieuwe inzichten te komen en te leren. En ook om deze inzichten te gebruiken om nieuwe (jaar)doelen op te stellen. Vanwege Corona zijn er geen aparte bijeenkomsten georganiseerd voor de teams, wel waren de thema's uit de bouwstenen regelmatig onderwerp van gesprek in het structurele team- en cliëntenoverleg.

Bouwsteen 1

- Hoe gaat het met het up-to-date houden van de cliëntplannen?
- Welke ruimte hebben cliënten om beslissingen te nemen over hun eigen leven (eigen regie)?

Bouwsteen 2

- Wat kunnen jullie leren van de uitkomsten van de CEO en de evaluaties van de zorg?
- Hoe gaat de samenwerking tussen cliënt, medewerkers en betrokkenen?

Bouwsteen 3

- Is er genoeg aandacht voor veiligheid in de zorg en ondersteuning?
- Zijn er voldoende betrokken en vakbekwame medewerkers?

In bijna alle teams wordt aangegeven dat medewerkers plezier in hun werk hebben en oog hebben voor de cliënt. Er is een fijne samenwerking en de onderlinge betrokkenheid is goed. Men voelt zich bekwaam. Er wordt op een goede manier vormgegeven aan de unieke client en zijn zorgvragen. Het contact tussen cliënten en medewerkers is goed. Corona heeft wel een zware wissel getrokken op de roostering en de medewerkers.



Wanneer gevraagd wordt wat de teams meenemen aan verbeterdoelen voor 2022, komen er verschillende zaken naar voren, waaronder:

- [Het updaten en ondertekenen van de zorgplannen](#)
- [Contact met de verwanten versterken \(juist nu 'na' Corona\)](#)
- [Feedback geven en ontvangen in het team](#)
- [Methodisch werken](#)
- [Doelgroepen, zorgzwaarte en grenzen aan zorg](#)
- [Extra kennis op bepaalde thema's; aandacht functionarissen aanstellen](#)
-

In de loop van 2021 is in de verbetermodus al gestart door het aanstellen van aandachtfunctionarissen op bepaalde inhoudelijke thema's, zoals de Wet Zorg en Dwang en er is een breed inzetbare organisatiecoach voor individuele- en teamcoaching aangesteld.

Aantal medewerkers

Katoni	2020	2021
Medewerkers	76	111
Stagiairs	11	17

Tabel 6 aantal medewerkers december 2021

Ook in 2021 groeide de organisatie flink door o.a. de uitbreiding met de Baander. Het is daarom belangrijk dat nieuwe medewerkers goed kennismaken met de werkwijze en cultuur van de Bosk. Er is dan ook sterk ingezet op enerzijds het aanpassen van de structuur en organisatie op de nieuwe omvang en anderzijds op de ontwikkeling en groei van medewerkers. De HR-afdeling en het roosterbureau zijn opnieuw ingericht zodat zorgmedewerkers beter ondersteund worden en goede arbeidsvoorwaarden hebben. Ook is er gekeken hoe de aansturing van de zorg inhoudelijk meer in de teams belegd kan worden. Op iedere woonlocatie is er een productcoördinator aangesteld die verantwoordelijk is voor de directe zorgaansturing. Om duidelijkheid te creëren in de samenwerking is er een aanzet gemaakt voor een Professioneel Statuut met beschrijvingen van rollen en onderlinge raakvlakken van de manager, coördinator, persoonlijk begeleider etc. In 2022 zal het statuut geformaliseerd en geïmplementeerd worden.

Om beter grip op het administratieve HR- processen te kunnen houden, fouten te voorkomen en het proces ook te optimaliseren, zijn we in 2021 begonnen een om digitaal HR-systeem te implementeren. Dit systeem zal in 2022 volledig operationeel zijn. Naast deze HR- module zijn in 2021 ook de voorbereidingen getroffen om in hetzelfde systeem een scholingsplatform te bouwen. We verwachten dat dit in 2022 klaar is en dat de scholingsmodules via dit platform kunnen worden aangeboden. Bovendien zijn dan ook alle competenties en diploma's per medewerker zichtbaar.

Ziekteverzuim

Boskoni	2020	2021
ZI de Bosk	4,00%	6,5%
Branche	6,40%	7,3%
Kortverzuim	0,34%	3,0%
Middelverzuim	0,01%	2,67%
Lang Verzuim	3,65%	0,78%

Tabel 7

Deze cijfers laten de impact van de Coronacrisis goed zien, al is het werkelijke verzuim nog veel hoger geweest vanwege de quarantainemaatregelen. Al lag het accent dus veelal op het kortdurend verzuim, en is onverminderd aandacht geweest voor het lange termijn verzuim. De wijze van sturen op het verzuimproces, namelijk veel contact en met de medewerker zoeken naar passende mogelijkheden past helemaal bij de Bosk en levert goede resultaten op. Zo nodig wordt de bedrijfsarts snel ingezet en in enkele gevallen wordt gebruik gemaakt van een preventief spreekuur.

Medewerkerstevredenheidsonderzoek

De uitkomsten van het medewerkerstevredenheidsonderzoek (rapport april 2020) over wat medewerkers vinden van de organisatie, werkomstandigheden, persoonlijke ontwikkeling, interne communicatie, werkgeluk, arbeidsvoorwaarden en de sfeer zijn meegenomen in de doelstellingen van de organisatie in 2020/2021.

Gemiddeld geven de werknemers ZorgInitiatief de Bosk het cijfer 7,7. Dit betekent dat ZorgInitiatief de Bosk als werkgever wordt beoordeeld met een ruim voldoende tot een goed. Op het vlak van persoonlijke ontwikkeling is er gemiddeld een 7,5 gegeven. Medewerkers gaven o.a. aan onvoldoende bijscholingsmogelijkheden te ervaren en ook hier onvoldoende op te worden aangemoedigd. Er is daarom een scholingsfunctionaris aangesteld die samen met de medewerkers een meerjarenscholingsplan heeft opgesteld. Uitgangspunt is dat iedere medewerker van ZorgInitiatief de Bosk jaarlijks deelneemt aan een vorm van scholing. Aandachtfunctionarissen zorgen ervoor dat het geleerde ook onder de aandacht blijft.

Het onderwerp werkomstandigheden is met een 6,8 becijferd. De belangrijkste reden voor deze lage score is dat er medewerkers vinden dat er onvoldoende wordt gedaan om de werkdruk te beperken. Na onderzoek bleek dat een niet sluitend rooster hieraan ten grondslag lag. Als verbeteractie is er een roosterbureau ingericht, dat begin 2022 geëvalueerd wordt op mate van ondersteuning. De Coronacrisis, zowel het hogere verzuim als de verplichte quarantaine, heeft helaas veel schommelingen in het rooster veroorzaakt en daarmee de werkdruk verhoogd. We verwachten echter dat in 2022 de resultaten van alle inspanningen op dit terrein zichtbaar zullen worden.

Het laagste cijfers van het rapport is een 6,4 op het onderwerp interne communicatie. In 2020 is een verbetervoorstel gemaakt met onderwerpen als het gebruik van de digitale informatiekanaal (bijvoorbeeld Teams en e-mail), maar ook het gebruik van het intranet. Tijdens de Coronacrisis zijn de medewerkers vooral via het intranet geïnformeerd.

In 2022 zal er opnieuw een medewerkerstevredenheidsonderzoek afgenomen worden om het effect van alle ingezette verbetermaatregelen te evalueren.

Opleiding & Ontwikkeling

Cursussen en trainingen

Eind 2020 is er een scholingsplan opgesteld door de scholingsfunctionaris. Hierbij is gekeken naar de scholing met een verplicht karakter heeft en scholing die nodig is om werkzaamheden nog beter te kunnen uitvoeren. Hierbij kan gedacht worden aan bepaalde methodieken die toegepast kan worden, maar ook aan scholing voor meer inhoudelijke kennis voor een bepaalde aandoening. In 2021 is dit scholingsplan uitgevoerd en zijn de beoogde doelen op het gebied van actief scholen gerealiseerd, ondanks de coronacrisis. Er zijn fysieke scholingen gegeven, maar er is ook een start gemaakt met online e-learning scholingen en de opzet van de Bosk Academy.

Intervisie

Het bespreken van casuïstiek is erg belangrijk om te leren hoe situaties beter aangepakt kunnen worden. Ook leren medewerkers van elkaar door succesverhalen te delen. De intervisiemomenten hebben vanwege de Coronacrisis veelal via een online vergadering plaatsgevonden. De gedragswetenschapper heeft een grote inhoudelijke bijdrage in de besprekingen. De bijeenkomsten zullen spoedig weer 'om de tafel' kunnen plaatsvinden.

Medewerkersvertrouwenspersoon

Het kan voorkomen dat een medewerker in aanraking komt met een vorm van ongewenst gedrag zoals pesten, seksuele intimidatie, discriminatie of agressie. Het is dan belangrijk dat de medewerker met deze problemen terecht kan bij een vertrouwenspersoon. In 2021 is er geen contact met de vertrouwenspersoon opgenomen.

Teamactiviteiten

Binnen ZorgInitiatief de Bosk is het de goede gewoonte om minimaal viermaal per jaar een leuke teamactiviteit te organiseren. Dit verhoogt de werksfeer en resulteert in meer werkplezier. Tevreden medewerkers leveren betere zorg en resulteert in meer cliënten geluk. Het motto van ZorgInitiatief de Bosk is natuurlijk "Samen zorgen voor Geluk". Ook in 2021 waren de mogelijkheden tot het organiseren van teamactiviteiten door de Coronacrisis beperkt. Toch is het gelukt om een aantal gezamenlijke activiteiten te organiseren en aan teambuilding te doen.

Inwerktraject

Er is een buddytraject wat betekent dat iedere nieuwe medewerker aan een ervaren collega wordt gekoppeld voor alle praktische zaken omtrent het werken bij de Bosk. Het idee om nieuwe medewerkers 'de dag van de nieuwe medewerker' te laten volgen is vanwege de Coronaperiode gestaakt, maar gaat weer opgepakt worden. De Raad van Bestuur presenteert op die dag o.a. de visie, missie, kernwaarden en de ontstaansgeschiedenis van de organisatie. Daarnaast worden ook de organisatiestructuur en de veiligheidsaspecten doorgenomen.

Voor 2022 is het doel om de Bosk-Academy op te zetten waarbij medewerkers een bij hun passende leerlijn doorlopen waarbij verplichte scholing zoals medicatie toedienen en begeleidings- en rapportage methodieken. Dit met het doel dat alle medewerkers binnen een zorgproduct over dezelfde basiskennis beschikken.

Coaching

Zowel de leidinggevenden als de medewerkers van de woonlocaties hebben teambuilding en coaching ontvangen. De mogelijkheid tot individuele- en team coaching binnen de organisatie wordt zeer gewaardeerd en als ondersteunend ervaren.

Structuur

ZorgInitiatief de Bosk wil vanuit overtuiging een wendbare en flexibele organisatie zijn om goed en tijdig in te kunnen spelen op de veranderende context en clientwensen.

Uitgangspunten voor organiseren zijn:

- Platte organisatiestructuur
- Lage overheadkosten; geld vooral naar de zorg
- Inhoudelijke aansturing en verantwoordelijkheden laag in de organisatie
- Kwalitatieve producten
- Gericht op productontwikkeling o.b.v. clientbehoefte
- Gericht op groei en geluk van medewerkers en cliënten
- Ondernemend; kansen zien en kansen pakken

Het Shared Service Center faciliteert de medewerkers in de uitvoering zoveel mogelijk zodat zij zich vooral met het primaire zorgproces kunnen bezighouden.

ZidB is een productorganisatie wat naadloos aansluit op de kernwaarden en de doelen. Het geeft ruimte om kwalitatieve producten op verschillende plaatsen aan te bieden en om continu nieuwe producten te ontwikkelen, steeds weer inspeland op de veranderende behoeften van cliënten.

In 2020 hebben alle woonlocaties een eigen coördinator gekregen. Hiermee is een slag geslagen in het verbeteren van de communicatie. De medewerkers hebben een duidelijk aanspreekpunt welke problemen met hen oplost. Boven de coördinatoren staat een productmanager welke intensief samenwerkt met de Raad van Bestuur. Alle rollen in de groeiende organisatie zullen in het functiehuis en het Professioneel statuut van ZidB worden vastgelegd in 2022.

Overleg

Naast dat er maandelijks cliëntenoverleg wordt gevoerd, is er iedere 6 weken per locatie een teamoverleg. Thema's die op de agenda staan zijn onder andere; hoe staat het team als geheel voor, hoe kunnen zij beter op elkaar ingespeeld raken, welke verbeterpunten zijn er voor het team en hoe zit de medewerker er zelf bij. Het overleg wordt voorgezeten door de coördinator en is de gedragswetenschapper tevens betrokken en heeft een coachende rol. Daarnaast komen cliënttevredenheid en vakinhoudelijke thema's aanbod.

Een ander belangrijk onderdeel van het werkoverleg is de terugkoppeling van de incidenten die hebben plaatsgevonden op de locatie. Wanneer er een onderzoek is uitgevoerd worden de adviezen in het team besproken. Losstaande incidenten worden in het teamoverleg geanalyseerd en verbetervoorstellen worden besproken om te verdere incidenten te voorkomen. Daarnaast worden eerder doorgevoerde verbetervoorstellen geëvalueerd op effectiviteit.

Conclusie en verbeterpunten 2022

We zijn een lerende organisatie en stimuleren dat medewerkers de dienstverlening voortdurend aanpassen aan de veranderende eisen van de client binnen een sterk veranderende omgeving. We stimuleren actief scholing, ontwikkeling, coaching en ondernemerschap van medewerkers en richten de organisatie zo in dat er ruimte is om te groeien.

ZorgInitiatief de Bosk hecht veel waarde aan ontwikkeling en continue verbeteren van de zorgverlening. Dat doen we met elkaar; Samen staan we Sterk!

De verbeterpunten waar we in 2022 aan gaan werken zijn;

- Verantwoordelijkheidsverdeling: we ontwikkelen en implementeren een Professioneel Statuut waarbij duidelijk is hoe de verantwoordelijkheden en rollen zich ten opzichte van elkaar verhouden. Ook wordt er een document 'functiehuis 'opgeleverd met alle taak- en functieomschrijvingen binnen de organisatie.
- Evaluatie van de nieuwe organisatiestructuur met productmanagers en coördinatoren
- Evaluatie van de ondersteuning van en samenwerking met het Shared Service center.
- Communicatie: we gaan het digitaal Document Management Systeem of Kwaliteit Management systeem inrichten, zodat vastgestelde (kwaliteits)processen en documenten toegankelijk en beschikbaar zijn voor alle medewerkers.
- Er wordt er een nieuwe communicatiestructuur opgezet, passend bij de nieuwe organisatiestructuur.
- Scholing: er is een scholingsplan met zowel de verplichte als de gewenste scholingen zodat we aan de groeiende competentie behoefte kunnen blijven voldoen. Medewerkers worden actief benaderd om de scholing te volgen. Er zijn aandachtfunctionarissen aangesteld om de opgedane kennis levendig te houden (borging).
- Optimalisatie ondersteunende diensten: de ondersteunende diensten (SSC) worden zo ingericht dat zij ten alle tijden ondersteunend zijn aan het primaire zorgproces. We halen zo de bijkomende (administratieve) taken weg bij medewerkers en verlichten de werkdruk. Daar waar mogelijk digitaliseren we procedures.
- Het werken met de PCDA- cyclus in de organisatie verder vormgeven door het organisatie jaarplan te vertalen in plannen voor de diverse producten en afdelingen inclusief een reviewplanning en KPI's. Daarnaast gaan we de strategische koers van de organisatie herijken (projectplan in-control).
- Uitvoeren van het Clientervaringsonderzoek met één van de aanbevolen VGN-instrumenten.

Governance

- Verslag voorzitter Cliëntenraad
- Verslag Raad van Toezicht
- Verslag OR

Jaarverslag Cliëntenraad 2021

De cliëntenraad De Bosk is in 2020 geïnstalleerd en gestart in september. De cliëntenraad bestaat uit 4 leden te weten Marijke star, Durk Joustra (secretaris), Klaas Bouma en Maarten Meesters (voorzitter). De voorzitter is onafhankelijk en aangetrokken vanwege zijn expertise. De overige leden zijn betrokken omdat hun kind verblijft op één van de locaties van De Bosk.

2021 was wederom een jaar waarin Corona veel vroeg van de organisatie en alle betrokkenen. Het had een grote impact op cliënten, verwanten, medewerkers en management. De cliëntenraad werd goed geïnformeerd en betrokken bij alle noodzakelijke maatregelen. De indruk van de cliëntenraad is dat onder de (Corona) omstandigheden er door medewerkers en management alles aan is gedaan om het woonleefklimaat zo optimaal mogelijk te laten zijn. Door de Corona is de cliëntenraad ook in 2021 er niet in geslaagd om de bezoeken aan de locaties tijdens de huiskamer gesprekken te volbrengen. Ieders veiligheid stond hierbij voorop.

De Cliëntenraad zal in 2022 in gesprek gaan met alle cliënten van De Bosk. Ze zal dit doen door zich op te splitsen en in tweetallen alle locaties te bezoeken en huiskamer gesprekken te voeren. De eerste afspraken hiervoor zijn al gemaakt, en ten tijde van het schrijven van dit jaarverslag zijn er al 2 bezoeken afgelegd.

In 2021 hebben wij ons beziggehouden met o.a. kennismaking clientvertrouwenspersoon Petra van Wijnen, van de wet zorg en dwang, zij heeft uitleg gegeven hoe dit binnen zorginitiatief de Bosk in het werk gaat. Verder werden de maandrapportages behandeld, overname de Baander kwam aan bod, het nieuw op te richten gezinshuis aan de Midstraat te Joure. De jaarplannen zijn behandeld en de cliëntenraad heeft een flyer gemaakt waarin de leden een korte toelichting over zichzelf hebben geschreven en waarin staat wat de cliëntenraad zoal doet.

Helaas moesten wij afgelopen jaar een aantal vergaderingen via teams organiseren, dit is minder praktisch dan het normale vergaderen op locatie.

Er staat momenteel nog één vacature open die vanaf de start van de cliëntenraad nog niet opgevuld is. Tevens heeft een ander lid van de cliëntenraad zijn taken eind december per direct neergelegd vanwege privéomstandigheden. Daarmee komt er nog een vacature vrij. Begin 2022 zal er een vacature met profielschets op de site van Zorginitiatief de Bosk geplaatst worden om twee nieuwe leden te werven. Verdere specifieke bijzonderheden zijn er in 2021 niet geweest. De leden van de cliëntenraad hopen dat 2022 een normaal jaar mag worden zodat de cr dan hun werk volledig kan gaan doen, de locaties bezoeken en goed contact met de cliënten op kan zetten.

Dirk René Joustra
Secretaris cliëntenraad.

Jaarverslag Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht van Zorginitiatief de Bosk heeft kennisgenomen van het voorliggende kwaliteitsrapport. Zij herkent hierin de dagelijkse inspanning van alle professionals die werkzaam zijn binnen Zorginitiatief de Bosk om ‘samen te zoeken naar geluk’ voor cliënten die aan hun zorg zijn toevertrouwd. Zorgvuldigheid, transparantie, reflectie en een zelfkritische houding typeren de houding van bestuurders en hun team van medewerkers. Het voorliggende kwaliteitsrapport getuigt hiervan. Tot in het kleinste detail wordt beschreven hoe men dagelijks focust op de realisatie van missie en visie. Dat men hierin slaagt wordt onderstreept in één van de conclusies van de externe certificerende instantie: *‘Het belang van de client/bewoner blijft centraal staan. Liefde en aandacht als fundament, dat is terug te zien en te ervaren, door de organisatie heen’.*

Afgelopen jaar is, vanuit ontwikkelperspectief, de grootste slag gemaakt in het opzetten van de medezeggenschapsstructuur. Zowel cliënten, verwanten als medewerkers zijn professioneel georganiseerd in medezeggenschapsorganen, die periodiek geraadpleegd worden en (mede)zeggenschap hebben in beleids- en organisatieontwikkeling. De deuren staan open, informatie met betrekking tot client- en medewerker tevredenheid wordt actief opgehaald, eigen regie is geoptimaliseerd en vertrouwenspersonen hebben vrijelijk toegang en contact met cliënten.

Daarnaast ziet de Raad van Toezicht een mooie ontwikkeling in het vervolg geven aan ‘tellen en vertellen’. Sturingsinformatie wordt niet alleen opgehaald maar ook benut om verbetermaatregelen vorm te geven en de zorg te optimaliseren. ‘Plan’ en ‘Do’ wordt structureel opgevolgd door ‘Check’ en ‘Act’. Dat maakt Zorginitiatief de Bosk tot een lerende en zich ontwikkelende organisatie.

Zorginitiatief de Bosk is kritisch ten aanzien van het organiseren van gelaagdheid in de organisatie. Hoewel de Raad van Toezicht het streven naar een weinig hiërarchisch ingerichte organisatie onderstreept, vindt zij het wel van belang dat verantwoordelijkheden en onderlinge verhoudingen helder belegd zijn. Door de explosieve groei van de afgelopen jaren is er noodzaak de organisatiestructuur en de toedeling van rollen, taken en verantwoordelijkheden opnieuw onder de loep te nemen. Het fundament van de organisatie bestaat uit zeer positieve en enthousiaste familieleden, een dergelijke structuur kent echter voor- en nadelen. Het is van belang hier rekenschap van te nemen bij de herinrichting van de organisatie, zodat onderlinge veiligheid en openheid niet onder druk komt te staan. De Raad van Toezicht ziet dit duidelijk als één van haar aandachtspunten bij de verdere ontwikkeling van de organisatie.

De Raad van Toezicht is trots op de ontwikkelingen die in 2021 zijn doorgemaakt. Een jaar waarin corona opnieuw een zware wissel trok op cliënten, verwanten en de zorgmedewerkers. Desondanks is zorg continuïteit geboden, groei gerealiseerd en professionalisering verder gestalte gegeven.

Wij wensen alle betrokkenen bij Zorginitiatief de Bosk veel werkplezier en inspiratie om op de ingeslagen weg voort te gaan.

Marleen Dessing, mei 2022

De Raad van Toezicht.

Jaarverslag Ondernemingsraad

De Ondernemingsraad (OR) is vanaf 2020 in het leven geroepen door de toenmalige personeelsvertegenwoordiging (PVT). Door middel van een verkiezing binnen de Bosk zijn we begonnen met een 7-tal leden.

Medewerkers van verschillende locaties komen samen om hen expertise te delen en alle medewerkers van ZorgInitiatief de Bosk te vertegenwoordigen. De ondernemingsraad is met en voor de medewerkers een actieve sparringpartner voor het bestuur.

Maandelijks ontvangt de OR een rapport waarin de gang van zaken van de organisatie belicht wordt. De OR wordt door middel van het rapport en de structurele bijeenkomsten met het bestuur voldoende geïnformeerd. De OR toont haar inzet en betrokkenheid regelmatig door actief deel te nemen aan bijeenkomsten, zich te presenteren bij de medewerkers en gebruik te maken van de aanwezige communicatiemiddelen van de organisatie. Zo is de OR o.a. te benaderen via een OR e-mailadres dat door meerdere leden beheerd wordt.

In 2021 heeft de OR een bijdrage kunnen leveren voor de volgende onderwerpen;

- *CAO gerelateerde onderwerpen integreren in het ondernemingsbeleid (telefoonvergoeding).*
- *Vaststellen van personeelshandboek 2022.*

Door de corona hebben we veel gemist, zowel het overleg met elkaar als met de achterban.

2022 zal in het teken staan van nieuwe verkiezingen om meer zittende leden te krijgen zodat we weer een voltallig raad kunnen creëren. (Momenteel bestaat de OR uit 4 zittende leden)

Daarnaast staat ook het werken aan meer bekendheid bij de medewerkers van de Bosk op de jaaragenda.

*Diana Kuipers, April 2022
Ondernemingsraad – ZorgInitiatief de Bosk*

Colofon

Omschrijving: kwaliteitsrapport 2021

Versie: 01

Datum: 19 mei 2022

Auteur: Ria Hofstede

Eigenaar: **Damaris de Jong**

Bestandslocatie: Teams/RvB/jaarverslagen en plannings



0512 – 745040



info@debosk.nl



De Bosk 6 9281 NR
Harkema



<https://debosk.nl/>

samen zorgen
voor geluk