

ZORGINITIATIEF

DE BOSK

Samen zorgen voor geluk

# Kwaliteitsrapport 2022

## ZorgInitiatief de Bosk

Samen zorgen voor geluk

## Voorwoord

We zijn een organisatie waar kinderen, jongeren en volwassenen met een verstandelijke en/of lichamelijke beperking en/of gedragsproblematiek naartoe willen om geholpen te worden. We bieden daarvoor ambulante zorg, verschillende kindzorgtrajecten, woonzorg (WMO, WLZ en JW) en hebben ons intakeproces effectief geborgd door middel van een regieteam. We hebben onze WLZ woonzorg, Trainingshuizen en school vervangende producten verder uitgebreid binnen Friesland en Drenthe. Dit hebben we kunnen doen omdat we een ondernemende organisatie zijn binnen de branche waar mensen graag in een huiselijke sfeer en op kleinschalige locaties willen werken. We zorgen namelijk niet alleen voor het geluk van onze cliënten, maar ook voor dat van onze medewerkers. Dit doen we door interessante en passende scholing en te zorgen voor een gezonde werkomgeving binnen een heldere bedrijfsstructuur en een informele cultuur.

Deze cultuur is merkbaar in de ervaring van medewerkers en cliënten dat je gezien wordt, in de persoonlijke aandacht, de kleinschaligheid en huiselijkheid van de locaties en doordat warme betrokkenheid bij elkaar hoog in het vaandel staat. Als organisatie willen we graag groeien en tegelijkertijd juist groots zijn in kleinschaligheid en menselijke maat. Het huidige en toekomstige zorglandschap en de financiële mogelijkheden vragen om een zorgvuldige inzet van mensen en middelen. Samen met onze medewerkers bewaken we budgetten en kijken we steeds opnieuw waar en hoe we kostenefficiënt kunnen werken.

We hebben onze zorg getoetst aan de hand van de bouwstenen van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022. Hiermee wordt de werkwijze bedoeld die tot zicht op kwaliteit en tot leren en verbeteren op de werkvloer (en de rest van de organisatie) leidt. Per bouwsteen vertellen we wat we in 2022 hebben gedaan. We vullen dit aan met cijfers en cliënt- en verwantenverhalen. We geven aan wat goed gaat en waar we zaken willen verbeteren.

ZorgInitiatief de Bosk (ZidB) heeft het afgelopen jaar een grote professionaliseringsslag gemaakt in de bedrijfsvoering, keuzes gemaakt in welke doelgroepen waar bediend worden en in het 'professioneel statuut' en 'functiehuis' beschreven hoe er binnen de Bosk samen wordt gewerkt aan geluk.

We hebben vanuit verschillende perspectieven naar onze zorgverlening van het afgelopen jaar gekeken, wat zichtbaar wordt in de bijdragen van:

- Lisalotte Verwoert, Annechien Haaïma: productmanagers
- Kim Spinder: kwaliteitsmedewerker
- Rianne van Wieren: manager bedrijfsvoering
- Iris Pijpaert : HR
- Jeroen Loonstra: incidentmanager
- Ria Hofstede: staffunctionaris Raad van Bestuur
- Jan Veenstra: Raad van Toezicht
- Dirk René Joustra: secretaris Cliëntenraad
- Iris Bethlehem: voorzitter OR
- Melissa van Veenen: marketing en communicatie

Mocht je meer willen weten over hoe wij werken en waar wij voor staan, dan lichten we dat graag toe.

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
Overzicht aantal cliënten per 1 januari en 31 december 2022 .....	9
Totstandkoming kwaliteitsrapport .....	10
Bouwsteen 1: Het zorgproces van de cliënt .....	10
Uitgangspunt .....	10
Eigen regie .....	10
Vrijheidsbeperkingen en WZD .....	11
Zorgproces en samenspel .....	12
Het Regieteam .....	12
Intakeprocedure .....	12
Zorgplan .....	13
Risicoanalyse .....	14
Samenwerken .....	14
Hulpmiddelen .....	14
Medezeggenschap .....	15
Bouwsteen 2: Cliëntervaringen .....	15
Bewonersoverleg .....	15
Het Clientervaringsonderzoek .....	16
Het klanttevredenheidsonderzoek onder netwerkpartners en verwijzers .....	18
Vertrouwenspersoon cliënten .....	18
Klachten .....	19
Klantsignalen .....	19
Incidenten .....	20
Audits .....	21
Externe audit .....	21
Interne audit .....	23
Medezeggenschap .....	23
Cliëntenraad .....	23
Ondernemingsraad (OR) .....	24

Bouwsteen 3: zelfreflectie in teams.....	24
Aantal medewerkers .....	25
Ziekteverzuim .....	25
Medewerkerstevredenheidsonderzoek.....	26
Opleiding & Ontwikkeling.....	26
Medewerkersvertrouwenspersoon.....	27
Coaching.....	27
Teamactiviteiten.....	27
Structuur ZorgInitiatief de Bosk .....	28
Conclusie en verbeterpunten 2023.....	29
Governance .....	30
Jaarverslag Cliëntenraad 2022 .....	30
Jaarverslag Raad van Toezicht 2022.....	33
Jaarverslag Ondernemingsraad 2022.....	34

## Inleiding

Dit verslag is een weerspiegeling van de kwaliteit van zorg die ZorgInitiatief de Bosk (zidB) levert. Dit betreft zowel de zorg die onder de Jeugdwet valt als die onder de Wet Langdurige Zorg. Daar waar het verslag expliciet betrekking heeft op zorg die onder één van beide wetten valt, wordt dit aangegeven.

De slogan “Samen zorgen voor Geluk” geeft aan hoe we tegen ‘kwaliteit’ aankijken:

- Kwaliteit zit in persoonlijke aandacht (het zogenaamde Bosk-DNA)
- Kwaliteit zit in eigen regie; in keuzemogelijkheden hebben.
- Kwaliteit zit in gelijkwaardigheid; met elkaar in gesprek zijn.
- Kwaliteit zit in samen-werken; professionals, cliënten, hun naasten en het netwerk.
- Kwaliteit zit in zorg volgens professionele standaarden, richtlijnen en beroepscode.
- Kwaliteit zit in reflectie; wat gaat goed en wat kan nog beter?

2022 was een bewogen jaar voor ZidB. De groei van de organisatie door de overname van de Baander in Drenthe, de naweeën van corona (compensatie-uren), de huidige tarieven in combinatie met de (CAO- en algemene) prijsstijgingen en inflatie en de krappe arbeidsmarkt, hebben een forse stempel gedrukt op dit jaar en vroeg veel van ons allen. Het was scherp aan de wind zeilen, alle hens aan dek en de beschikbare middelen effectief inzetten.

Desondanks zijn er veel positieve ontwikkelingen te noemen. Een greep uit de vele thema’s die dit jaar gerealiseerd zijn:

- Een beleidscyclus met jaarplannen, kwartaalrapportages en maandelijkse KPI-lijsten.
- Een pilot rondom het zelfroosteren en het opzetten van een flexibele schil.
- Herijking van het vrijwilligersbeleid in de aanloop naar het versterken van de samenwerking met het netwerk/informele zorg.
- Beschrijving van het Professioneel Statuut en het functiehuis (onderlinge samenwerking).
- De aanstelling van een externe vertrouwenspersoon voor medewerkers.
- Procedure om klantsignalen te ontvangen en op te volgen.
- Continuering van het ISO-certificaat met mooie complimenten van de auditoren.
- Aanschaf en inrichting van de ZorgMonitor om beter en tijdiger te kunnen sturen op relevante data en prestatie-indicatoren.
- Eigen betaalpas en budget voor uitgaven voor alle locaties.
- Het regieteam is opgezet, waarmee we borgen dat de juiste cliënten op de juiste plaats komen, met een passende indicatie en financiering.
- De eerste aanzet van het productenboek.
- Een visiedocument over de intervisie die we SKJ-ers aanbieden.
- Een nieuw Trainingshuis in Joure en op de locatie Hollandscheveld is de dagbesteding getransformeerd tot een GoedGedaan (schoolvervangend) traject.
- Constructief overleg met de onafhankelijke klachtenfunctionaris en vertrouwenspersonen.



Dit document is gebaseerd op het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg met als uitgangspunten:

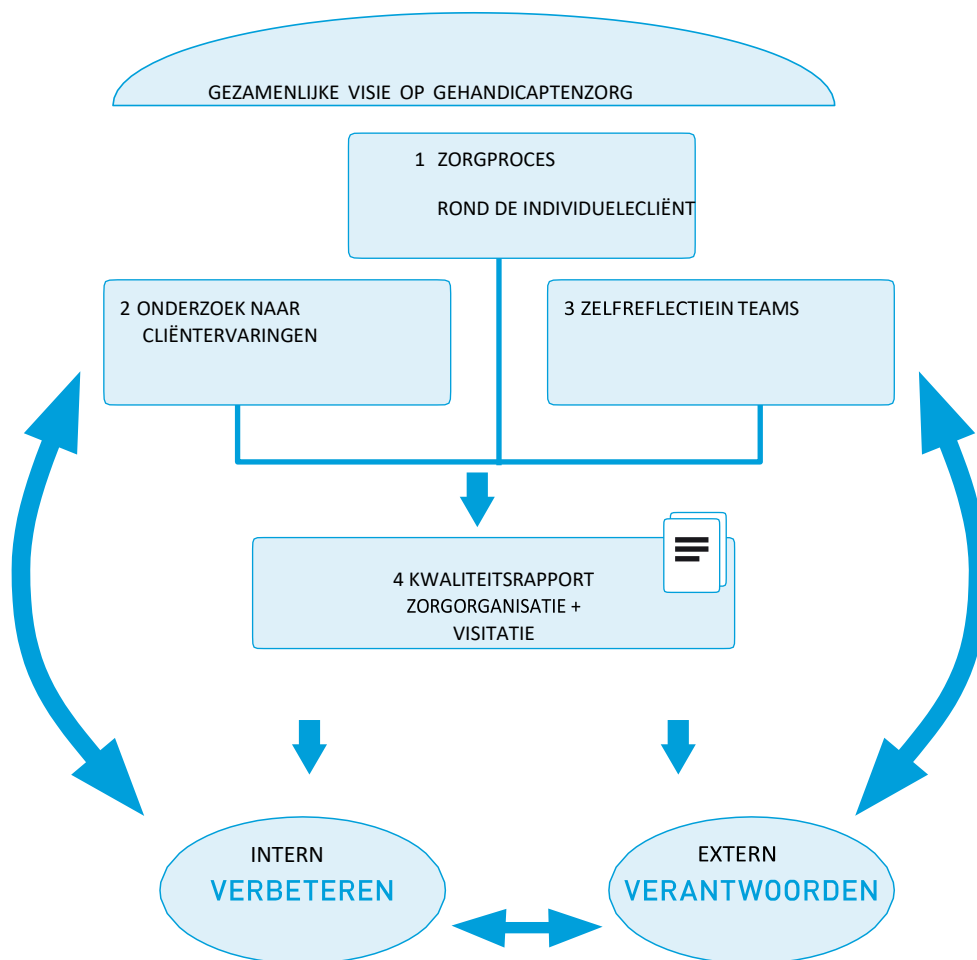
- Dat de geboden zorg ondersteunend is aan de kwaliteit van bestaan van de cliënt
- Dat de cliënt een persoonlijk arrangement krijgt dat is afgestemd op eigen behoeften.
- Dat de zorgaanbieder verantwoordelijk is voor de kwaliteit van zorg en ondersteuning.
- Dat betrokken en vakbekwame zorgverleners een belangrijke basis zijn van kwaliteit.
- Dat blijvende betrokkenheid van verwanten onmisbaar is bij alle ondersteuning

Het rapport is als volgt opgebouwd:

Bouwsteen 1 beschrijft het zorgproces rond de individuele client.

Bouwsteen 2 beschrijft de clientervaring.

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



*Figuur 1 vernieuwd schema kwaliteitskadergehandicaptenzorg*

Het rapport wordt afgesloten met een conclusie en de verbeterpunten voor 2023.

## 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 plek, waar ze zich kunnen ontwikkelen op hun eigen manier en in eigen tempo. We bieden daarvoor ambulante zorg, verschillende kind- en jeugdzorgtrajecten en woonzorg vanuit de WMO, WLZ en JW in Friesland en Drenthe. Hier zetten wij ons samen elke dag voor in!

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 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 zorg op een plek waar zij zich thuis en veilig kunnen voelen. Wij geven ons cliënten de best mogelijke zorg door:

- Te werken met vakbekwame collega's
- Omgevingsbewust te zijn; we volgen actuele trends binnen ons vakgebied
- Het volgen van relevante opleidingen en cursussen
- Autonoom te werken; we handelen zelfstandig op basis van kennis en ervaring
- Het nemen van onze verantwoordelijkheid
- De regie bij onze cliënt te laten
- Professioneel te communiceren
- De zorg op een effectieve manier uit te voeren

### Kernwaarden

De Bosk werkt vanuit drie kernwaarden, wat herkenbaar is in onze dienstverlening:

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.

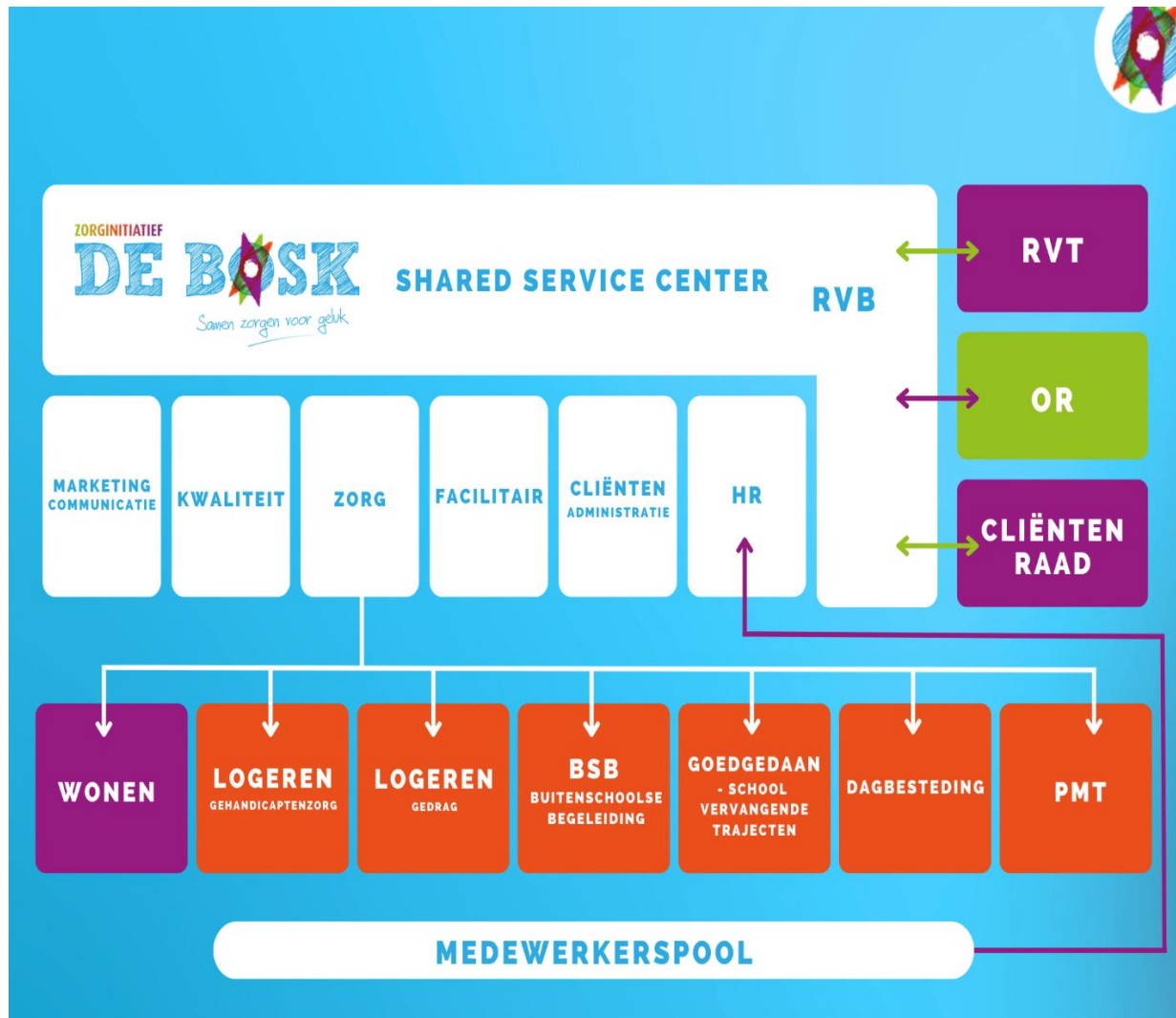


### Productgerichte organisatie

Als jonge, groeiende zorgorganisatie zijn we actief bezig met het inrichten van de organisatie, werkprocessen, locaties, producten, planning en control en ondersteunende programma's. De inrichting is gebaseerd op een productgerichte organisatie omdat de organisatie op deze wijze:

- steeds goed kan inspelen op de veranderende vraag van de cliënt en zijn omgeving,
- we de cliënt op deze wijze echt nabij kunnen zijn en
- we als organisatie wendbaar en flexibel kunnen blijven.

Het Shared Service Centrum zorgt ervoor dat medewerkers professioneel ondersteund worden en zoveel als mogelijk is, ontlast worden van bijkomende activiteiten.



Er is een reeks aan producten waarbij bewoning, behandeling en/of begeleiding geboden kan worden op basis van de specifieke behoefte van de cliënt.

De producten die aangeboden worden vanuit de WLZ zijn:

- Wonen (Feartstaete en Lindestaete)
- Logeertzorg (doelgroepen zorg en gedrag)
- Dagbesteding (DB)
- Ambulante zorg (in oprichting)
- Intensieve woonbegeleiding (IW)



De producten die aangeboden worden vanuit de (verlengde) Jeugdwet en WMO zijn:

- Trainingshuizen (TH; fase 1 en fase 2))
- Gezinsgerichte Jeugd Hulp (GGJH)
- Intensieve woonbegeleiding (IW)
- Buitenschoolse begeleiding (BSB)
- GoedgeDaan – school vervangende trajecten (GG)
- Logeerszorg (doelgroepen zorg en gedrag)
- Ambulante zorg
- Dagbesteding

### Overzicht aantal cliënten per 1 januari en 31 december 2022

	1-1-2022	In	Uit	31-12-2022
Ambulante begeleiding	1	2	1	2
Ambulante begeleiding Wonen	1	5	1	5
BSB Harkema	40	13	2	51
By Daan DB Joure	5	2	1	6
Dagbesteding Harkema	6	2	1	7
Drenthe - IW15	2	3	1	4
Drenthe - IW17	3	2	1	4
- TH Drenthe	0	4	0	4
De Bosk 6 GGJH	5	2	1	6
6A IW Harkema	4	1	1	4
Drogeham THF1	4	4	2	6
Drogeham THF2	2	4	1	5
Feartstaete	6	1	1	6
GG Hollandsche veld	2	12	6	8
GoedGedaan Harkema	7	10	5	12
GoedGedaan Joure	4	5	2	7
Joure THF1	0	11	5	6
Lindestaete	14	1	0	15
Logeren Gedrag DC	17	11	2	26
Logeren Zorg	24	4	0	28
PMT	0	16	1	15
<b>TOTAAL</b>	<b>147</b>	<b>116</b>	<b>35</b>	<b>228</b>

*Aantal cliënten per product; cliënten kunnen meerdere producten afnemen en incl. De Baander.*

Wat opvalt aan de vraag- en zorgontwikkeling is dat:

- De vraag naar kort cyclische jeugdzorg, met name de school vervangende trajecten groeit.
- De trainingshuizen voor zelfstandig wonen van jongeren in een behoefte voorziet.
- PMT een goede aanvulling is op de bestaande producten.
- De complexiteit van cliënten in algemene zin hoger wordt; we gaan daarom onderzoeken of we nog enkele Wlz-plaatsen binnen onze kleinschalige locaties kunnen creëren.
- De behoefte aan ambulante begeleiding neemt toe, vooral in het voor- of na traject van andere zorgvormen. We gaan dit in 2023 projectmatig oppakken om zo het effect van de geleverde zorg te vergroten en te verlengen.

## Totstandkoming kwaliteitsrapport

Vanaf het tweede kwartaal 2022 hebben de productmanagers aanvullend op de maandelijkse KPI-metingen een kwartaalrapportage gemaakt op basis van hun jaarplan. Deze gegevens aangevuld met de input van de kwaliteitsmedewerker en HR en de voortgang op de jaardoelen van de Stichting ZidB resulteerden in kwartaalrapportages van de gehele organisatie. Deze combinatie van 'tellen en vertellen' schetst een duidelijk beeld van de actuele situatie en ontwikkelingen in de organisatie. De Raad van Toezicht, Cliëntenraad en Ondernemersraad ontvangen deze rapportages zodat zij op de hoogte zijn van het reilen en zeilen van de organisatie. De cijfers voor deze rapportages 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 de visie en missie; kort samengevat in ons motto: Samen zorgen voor Geluk.

ZorgInitiatief de Bosk wil samen met cliënten en zijn verwanten bijdragen aan het geluk van deze unieke client. In onze visie dragen zelfstandigheid en het zelf keuzes kunnen maken - ook in een continu veranderende en complexe omgeving- bij aan dit levensgeluk.

### Eigen regie

De eigen regie van de cliënt staat dan ook voorop bij alles wat we doen. Tijdens de intake wordt er gevraagd en gekeken wat de cliënt belangrijk vindt in het dagelijks leven en hoe wij hier als zorgorganisatie aan kunnen bijdragen. De persoonlijk begeleider stelt samen met de cliënt, het netwerk en de gedragswetenschapper het individuele zorgplan op. Hierin worden naast de zorgbehoefte de individuele wensen van de client nadrukkelijk meegenomen.



De woonlocaties zijn zo ingericht dat de cliënt zich zo zelfstandig mogelijk kan bewegen. De mogelijkheden en inzet van zorgdomotica wordt bij aanvang van de zorg afgestemd op de wensen en de zelfredzaamheid van de cliënt. Iedere cliënt heeft de vrijheid om zijn appartement in te richten zoals hij dat prettig vindt.

We vinden het vanzelfsprekend dat cliënten inzage hebben in hun dossier. CarenZorgt, een digitale tool, zorgt dat cliënten en betrokkenen ( met toestemming van de client) mee kunnen lezen in het digitaal dossier.

De eigen regie is bij veel VG-cliënten in de praktijk soms lastig, want in hoeverre zijn zij 'wilsbekwaam' en kunnen zij een goede keuze maken? Het dilemma zit in de balans tussen begeleiden en richting aangeven door de begeleider enerzijds en de ervaring van ruimte van de cliënt om een eigen keuze te kunnen maken anderzijds. Ook hier is samenwerken dan het sleutelwoord.

## Vrijheidsbeperkingen en WZD

We zien elke vrijheidsbeperking als een inbreuk op de keuze- en handelingsvrijheid van de client. Wij zijn daarom altijd op zoek naar hoe we de zorg met maximale vrijheid voor de cliënt kunnen realiseren. 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. Dit sluit naadloos aan bij de uitgangspunten van ZorgInitiatief de Bosk.

Als er problematische situaties optreden, dan proberen we dit met instemming en/of zonder verzet van de cliënt, op te lossen. Pas als dat echt niet mogelijk is, wordt het stappenplan gevolgd en eventueel aanvullende expertise ingezet. Zo wordt onvrijwillige zorg altijd weloverwogen en alleen als uiterste redmiddel toegepast.



Naast onvrijwillige vrijheidsbeperkingen zijn er ook vrijwillige vrijheidsbeperkingen. De cliënt geeft dan aan gebruik te willen maken van bijvoorbeeld zorg-domotica die zijn veiligheid vergroot. Denk bijvoorbeeld aan uitluister mogelijkheden. Ook in deze situatie wordt eerst gekeken of er nog alternatieven zijn. De inzet wordt tenminste op het halfjaarlijkse evaluatiemoment besproken en de inzet wordt inclusief argumentatie opgenomen in het zorgplan.

De inspectie en het Advies- en Klachtenbureau Jeugdhulp (AKJ) zijn in de loop van het jaar tot de conclusie gekomen dat er binnen de open jeugdhulp, vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast zonder wettelijke basis. Dit generieke signaal is als volgt opgepakt:

- Coördinatoren inventariseerden of er groepsafspraken zijn die vallen onder dit signalement.
- De Pb'ers maakten een inschatting of er cliënten zijn waarbij vrijheidsbeperkende maatregelen noodzakelijk zijn.
- In het cliëntoverleg wordt deze cliënten besproken om met elkaar te kijken of er alternatieven zijn. De gedragswetenschapper beslist of de inzet noodzakelijk is.
- Mocht er bij een cliënt een vrijheidsbeperkende maatregel ingezet dienen te worden, dan wordt er vooraf een gesprek gevoerd met client en of zijn wettelijk vertegenwoordiger. De vrijheidsbeperkende maatregelen worden in het zorgplan geschreven inclusief argumentatie.
- Uitgezocht werd welke verplichtingen vastzitten aan de administratie van de vrijheidsbeperkende maatregelen.
- Procedure 'inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen' maken voor deze doelgroep met wie wat hierin doet.

Door de inventarisatie van de maatregelen en de gesprekken op de werkvloer met de cliëntvertrouwenspersoon werd het duidelijk dat ook in de huisregels en/of locatieafspraken beperkende afspraken werden gevolgd. Na deze signalering is bijvoorbeeld het verplichte kamermoment na het avondeten op de locatie Gezinsgerichte jeugdhulp in Harkema afgeschaft. Het signalement heeft daarnaast bijgedragen aan een andere denkwijze bij de medewerkers.

De cliëntvertrouwenspersoon met WZD in haar aandachtsgebied, mevrouw Sippie Stoelwinder van Quasir, bezoekt tweemaal per jaar de woonlocaties. Ze heeft alle locaties bezocht en uitleg gegeven over haar rol. De cliëntvertrouwenspersoon WZD is in 2022 niet gevraagd om ondersteuning te bieden bij bepaalde kwesties. De aandachtsfunctionaris van ZidB en de cliëntvertrouwenspersoon werken goed samen.

### Zorgproces en samenspel

Het Regieteam is ontstaan vanuit de visie dat cliënten de juiste zorg, op de juiste plek en het juiste moment moeten kunnen ontvangen. Tegelijkertijd zorgen we op deze manier ervoor dat een cliënt zijn doelen behaalt en dat de zorginzet zo kort als mogelijk is.

De Kwaliteit prestatie-indicatoren zijn:

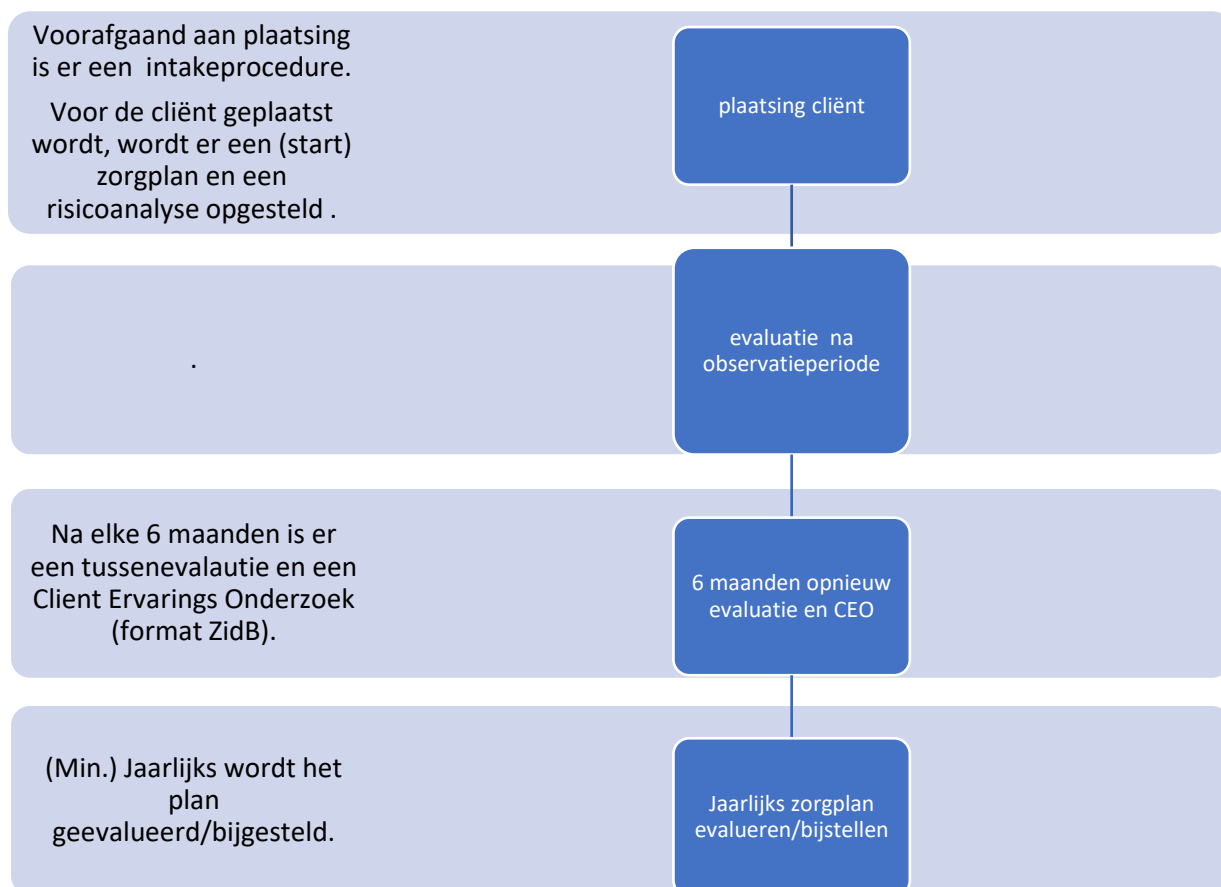
- de Jeugdige ontvangt zo snel mogelijk jeugdhulp
- de duur van Jeugdhulp is zo kort als mogelijk
- de Jeugdige volgt één hulpverleningstraject
- de Jeugdige verblijft in de best passende (woon)plek, dichtbij huis of zo thuis mogelijk.
- de regie ligt bij het gezin c.q. de jeugdige
- vernieuwing van de jeugdhulp realiseren en het verminderen instroom

### Intakeprocedure

In samenwerking met de gedragswetenschappers en het regieteam is er een eenduidige en gespecificeerde intakevragenlijst opgesteld voor de verschillende producten, gebaseerd op de items van het persoonsbeeld. Als basis voor het persoonsbeeld wordt gebruik gemaakt van het 8-Fasenmodel. Tevens is er een nieuw proces geschreven en ingeregeld over de werkwijze rondom aanmelding en intake.

Wat onveranderd is gebleven is dat er door de persoonlijk begeleider samen met de gedragswetenschapper ingeschat wordt wat de zorgvraag is, welke risico's er bij de cliënt spelen en of deze cliënt passend is bij de groep, locatie en product. In het intakegesprek wordt kennis gemaakt met de cliënt en zijn familie, worden verwachtingen en wensen uitgesproken en belangrijke informatie uitgewisseld. Alle informatie resulteert uiteindelijk in een zorgplan en een risicoanalyse. Na de observatieperiode wordt er samen met de client geëvalueerd en het plan zo nodig bijgesteld. Elke 6 maanden wordt er geëvalueerd en voorafgaand wordt er een Client Ervaring Onderzoek (CEO) gedaan. Zo is er continu zicht of de doelen bereikt worden en de zorg voldoet aan de wensen van de client.





Intakeprocedure ZidB

## Zorgplan

De medewerkers werken samen met de cliënt aan hun kwaliteit van zorg. Bij iedere cliënt wordt bij de aanvang van de zorg een (start)zorgplan opgesteld. Alle gemaakte afspraken worden daarin vastgelegd. Op de gestelde doelen van het zorgplan wordt vervolgens gerapporteerd.

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 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 om blijvende aandacht (e-learningmodule) 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. De cijfers worden maandelijks gemonitord.

Product	2021	2022
Wonen	90.4 %	78%
3zorg Daniël	90 %	95%

*Percentage cliënten met een actuele zorgplan per geclusterd product.*

## Risicoanalyse

Bij de aanmelding van de cliënt wordt door de gedragswetenschapper bekeken welke risico's er aanwezig kunnen zijn bij de client. Samen met de aanmelder en betrokkenen wordt gekeken hoe de risico's het beste geminimaliseerd kunnen worden, maar ook of de (woon)locatie waarvoor de client is aangemeld passend is bij de zorgbehoefte van deze cliënt. De persoonlijk begeleider en de gedragswetenschapper stellen de risicoanalyse op. De gedragswetenschapper (tevens hoofbehandelaar van de woonlocatie) heeft de eind verantwoordelijkheid. Bij gesignaleerde veranderingen in de situatie zal de persoonlijk begeleider dit bespreken met de gedragswetenschapper en het document aanpassen. De risicoanalyse is onderdeel van de halfjaarlijkse evaluatiemomenten en de jaarlijkse zorgplanbesprekingen.

Product	2021	2022
Wonen	93,2 %	80%
3zorg Daniël	87,2 %	99%

*Percentage cliënten met een actuele risicoanalyse per geclusterd product.*

## Samenwerken

Na plaatsing is er naast de periodieke evaluaties ook maandelijks een cliëntoverleg waar de gedragswetenschapper 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 aanvullend ingezet moeten worden, dan wordt dit geïnitieerd door de gedragswetenschapper. In dat geval zullen deze disciplines ook uitgenodigd worden 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 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.

Het samenwerken in het primaire proces is het afgelopen jaar beschreven in het Professioneel Statuut; een notitie waarin de eigen en de gezamenlijke verantwoordelijkheden inclusief de zogenaamde koppelvlakken zijn vastgesteld. Daarop volgend is ook het functiehuis van de Bosk met de beschrijving van de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van alle functies van het primaire proces beschreven. In 2023 worden beide documenten aangevuld met de functies van het Shared Service Center.

## 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 ZidB aangeschaft. We zijn ook verantwoordelijk voor het organiseren van persoonlijke hulpmiddelen zoals het aanmeten van orthopedisch schoeisel. Omdat dergelijke regelingen nogal eens wijzigen is er zowel voor de cliënten van de WLZ als voor die onder de Jeugdwet vallen, een (digitale) folder gemaakt met de titel "wie betaalt wat in de ..." die op de website is terug te vinden.

## Medezeggenschap

ZorgInitiatief de Bosk streeft met haar cliëntfocus naar een zo goed mogelijk aansluiting van de zorg op de wensen van de cliënt. We hechten daarom veel waarde aan de diverse organen die meedenken in hoe we de zorg zo optimaal aan kunnen laten sluiten op de belangen en wensen, zoals het bewonersbijeenkomsten, de CR en de OR.

## Bouwsteen 2: Cliëntervaringen

In dit hoofdstuk wordt het onderwerp cliëntervaringen weergegeven.

### Bewonersoverleg

Binnen de woonlocaties worden bewonersbijeenkomsten georganiseerd met als doel nog beter bij de wensen en behoeftes van cliënten aan te sluiten en eigen regie te bevorderen. Hierbij wordt 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 zo mogelijk opgepakt. Hieronder een aantal voorbeelden:

*“Binnen de locatie Feartstaete werd de wens aangegeven door de bewoners om een keer met zijn allen op vakantie te gaan. Door alle corona perikelen was dat tot op heden nog niet gelukt. Maar dit jaar gaat het dan toch gebeuren. Het wordt een weekend op een park in Arnhem waar we gelijk de wens van paardrijden, zwemmen mee kunnen nemen. Doordat we de kosten willen drukken zijn de bewoners en begeleiders druk bezig om een lentefair te organiseren zodat ze hun eigen gemaakt creativiteit kunnen verkopen”.*

*“De lentefair is tevens een wens die vaak in het bewonersoverleg werd genoemd. De fair zal plaatsvinden zaterdag 18 maart 2023 vanaf 14.00 uur tot 18.00 uur”.*

Van het sinterklaasbudget is een pizzarette gekocht waar de bewoners heerlijk van hebben genoten op eerste Kerstdag.

*Binnen de locatie Lindestaete zijn er in het bewonersoverleg ook concrete wensen geuit en waar door de medewerkers bevredigend vorm aan is gegeven:*

**Vraag;** Is het mogelijk om een hulp/stagiaire of vrijwilliger te krijgen om evt. blokje om mee te gaan of spelletjes mee te doen, gesprekje enz.?

Is gerealiseerd, we hebben nu elke vrijdag middag een vrijwilligster die een blokje om gaat, een spelletje doet of een gesprekje.

**Vraag;** Is het een idee om afwezig/aanwezigheid bordje te plaatsen

Op de dagbesteding Bij Daan kunnen de cliënten aangeven wat ze willen en dan wordt het precies gemaakt zoals ze het willen.

**Vraag;** Mag er een spel uitgezocht worden voor de Switch?

Is aangeschaft na stemming van welk spel het meest in de smaak valt.

**Vraag;** We willen graag naar de Efteling is dit mogelijk?

Gerealiseerd, we zijn afgelopen jaar geweest en zijn weer bezig met een nieuwe datum te plannen zodat we weer kunnen gaan.

**Vraag;** Is het een leuk idee om een BBQ te organiseren voor Lindestaete? En evt. waar?

Gerealiseerd, de ouders van een cliënt van ons hebben de BBQ georganiseerd en het vlees bekostigd. Lindestaete verzorgde het drinken, brood, salades etc. We hebben gebruik kunnen maken van de tuin bij het trainingshuis in de Midstraat. Zo konden ook zij mee eten en was het ook een leuke kennismaking met elkaar.



### Het Clientervaringsonderzoek

Binnen ZidB is clientfocus één van de kernwaarden. We vinden de mening en ervaring van cliënten zeer belangrijk en zien dit als uitgangspunt van ons doen en laten. We meten de cliëntervaring door middel van het Cliënt ervaringsonderzoek-formulier ofwel het CEO- formulier dat in ONS staat. Het CEO-formulier borgt 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.

Tijdens het eerste kwartaal van het jaar worden het CEO uitgevoerd doormiddel van een vragenlijst. In het tweede kwartaal van het jaar worden de analyse uitgevoerd waarna er eventueel een verbeterplan tot stand komt. Dit verbeterplan kan in kwartaal 3 en 4 van het jaar geïmplementeerd worden. Vervolgens wordt er in het eerste kwartaal van het daaropvolgende jaar opnieuw gemeten en daarmee het verbeterplan getoetst. Cliënten dienen minimaal 3 maanden in zorg te zijn voor deelname aan het onderzoek. Is een cliënt minder dan 3 maanden in zorg, dan wordt deze cliënt het daaropvolgende jaar bevroegd.

De vragenlijst wordt uitgereikt aan de cliënt en wettelijk vertegenwoordiger van de cliënt, zodat zij deze samen kunnen invullen. Wanneer dit niet mogelijk is, vult de begeleider hem samen in met de cliënt. Nadat de client dit heeft ingevuld, worden de antwoorden ingevuld in het digitale cliëntdossier in ONS. Hiervoor is een profielvragenlijst opgesteld. Bij het formulier kan de client aangeven of we wel of niet de uitkomsten mee mogen nemen in een algemene uitkomst.

Het afnemen van het CEO geeft ons zowel op locatieniveau als op individueel niveau inzicht in de ervaring van onze cliënten. De uitkomsten worden geanalyseerd en verwerkt tot een rapport. Dit rapport is gebaseerd op alle ingevulde vragenlijsten door de cliënten die op deze locatie verblijven of deelnemen aan het product. Deze uitkomsten kunnen bijvoorbeeld leiden tot het herzien van de huisregels, het aanpassen van beleid of het veranderen van bepaalde werkwijzen. De uitkomsten worden besproken in het desbetreffend team tijdens werkoverleg. Het team wordt betrokken bij het



opstellen van het verbeterplan. De productmanager is eindverantwoordelijk voor de implementatie. Zo dragen we zorg dat de punten die de cliënten aangeven mee worden genomen in het zorgproces.

De uitkomsten worden daarnaast ook individueel geanalyseerd door de locatiecoördinator of de persoonlijk begeleider. Deze analyse kan leiden tot specifieke verbeteracties rondom het welzijn van deze cliënt. Voor de client kan het invullen van dit formulier hem helpen om punten te verzamelen die besproken kunnen worden tijdens het evaluatiemoment. De uitkomsten worden vervolgens besproken in een cliënt(team)overleg zodat elke werknemer/collega op de hoogte is van de afspraken. Afspraken worden tevens verwerkt in het online zorgdossier.

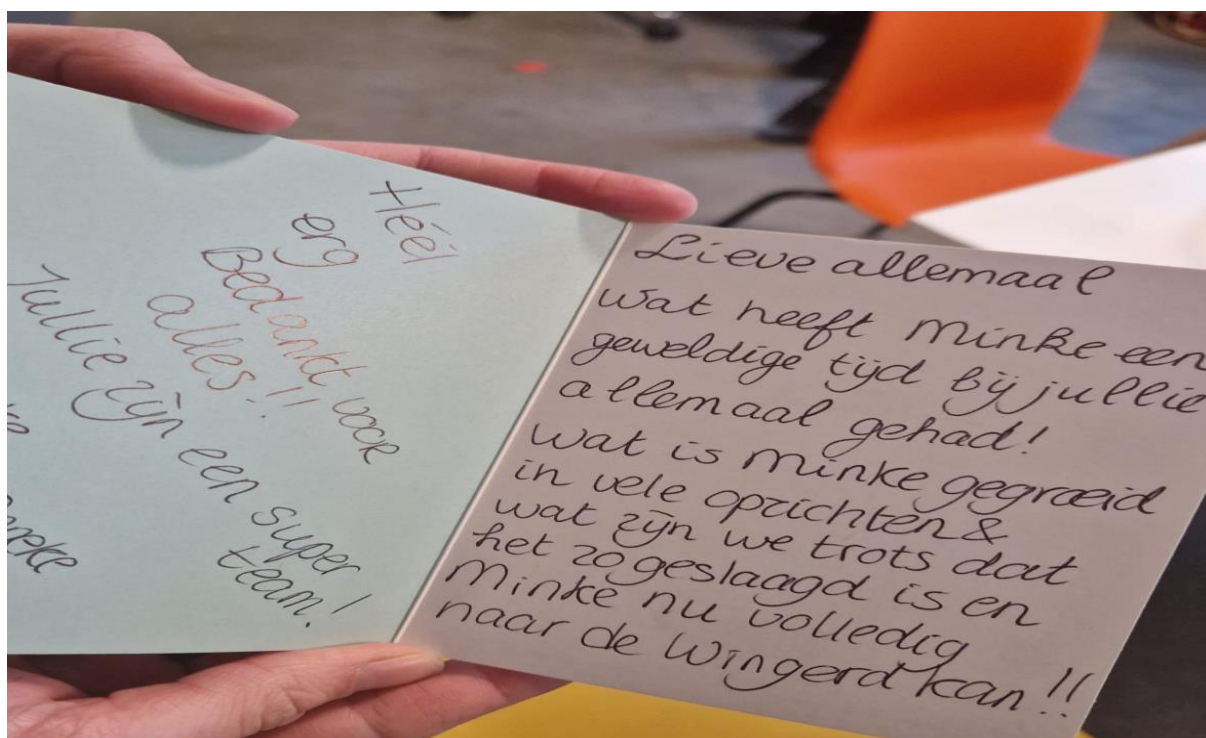
In het CEO-formulier wordt gevraagd of de gegevens gebruikt mogen worden voor verbeteringen binnen de woonlocatie. Jaarlijks worden de uitkomsten die gedeeld mochten worden besproken met het team en wordt er gekeken hoe we de zorg binnen de locatie kunnen verbeteren.

De gemiddelde waardering voor de woonlocaties was een 7.4 . Daarbij moet opgemerkt worden dat op één locatie van voorheen De Baander de score zeer laag was (3) omdat daar het afgelopen jaar een aantal clientproblemen hebben voorgedaan (verkeerde doelgroep) en er vervolgens een transitie heeft plaatsgevonden naar een nieuwe doelgroep. Deze lage waardering werkt negatief door op de overall waardering binnen wonen.

Opmerkingen die cliënten hebben gemaakt betroffen o.a. de wisselingen van personeel (vind ik vervelend) en de communicatie. De begeleiders worden veelal zeer positief gewaardeerd: ik kan altijd bij ze terecht en ze luisteren echt naar me .

Het clientervaringsonderzoek van de andere productgroep werd gewaardeerd met een 8.1. Waarbij de cliënten van GoedGeDaan hun ervaring met een 8.3 waarden. Opmerkingen die deze cliënten (of hun ouders) maakten variëren van ‘ze luisteren wel, maar ze begrijpen me niet altijd’ tot ‘ik vind het leuk om met andere kinderen te spelen’ en ‘de afwisselende lessen die ik krijg aangeboden’ tot ‘goede begeleiding, prima activiteitenaanbod en korte, prettige communicatielijnen’.

We zijn kijken uit naar het externe CEO in 2023 met een methodiek uit de ‘waaier van instrumenten’ van de VGN en zijn benieuwd of het ons de nagestreefde 8 zal gaan opleveren.



## Het klanttevredenheidsonderzoek onder netwerkpartners en verwijzers

Naast het Clientervaringsonderzoek is er in 2021 een klanttevredenheidsonderzoek afgenomen onder netwerkpartners en verwijzers. Helaas liet het aantal respondenten (24 van de 125 uitgezette lijsten) nog wat te wensen over. De gemiddelde score van onze partners/verwijzers was een 7,6 daar waar we gaan voor een 8.

Veel reacties hadden een positieve ondertoon:

- Zorg op maat
- Jong team, passie voor zorg en jongeren
- Samenwerking, betrokken, oog voor cliënt
- Zelfstandigheid, 1 op 1 zorg binnen, steun, liefde.
- Is goed bereikbaar voor verwijzers en samenwerkingspartners
- Komt haar afspraken na
- Prettige samenwerkingspartner
- Communiceert helder en transparant.

Er waren ook een aantal kritische uitkomsten, vooral op het vlak van niet weten wat het aanbod van de organisatie is en de beperkte zichtbaarheid van de organisatie in de regio. Het afgelopen jaar is er daarom een actief social media beleid gevoerd, zijn er maandelijkse nieuwsbrieven naar verwijzers gestuurd en zijn we tijd en ruimte aan het maken om te participeren in netwerktafels en bijeenkomsten.

In het jaarplan 2023 hebben we het maken van een marketingplan voor zowel de stichting als de eronder hangende producten opgenomen.

## Vertrouwenspersoon cliënten

ZidB heeft een overeenkomst met Zorgbelang-Fryslan en AKJ (nieuwe naam JeugdStem) voor het beschikbaar stellen van vertrouwenspersonen. 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 vertrouwenspersoon heeft met 26 cliënten contact gehad over 27 kwesties; d.w.z. klachten (17), problemen (3) en vragen (7). De klachten gingen vooral over bejegening, beslissingen en de uitvoering van de zorg. De problemen betroffen de woonsituatie, het psychisch welzijn en de familie/thuis. De vragen gingen over financiën, de werkwijze van de organisatie en de groepsregels.

De kwesties konden meestal afgerond worden met informatie en advies (18) en de overige met ondersteuning (9) van de vertrouwenspersoon. Daarin kon in alle gevallen voor de informele route gekozen worden waarmee de kwestie geheel (45%) of gedeeltelijk (55%) werd opgelost. Er zijn daarnaast twee signalen aan de organisatie afgegeven die beiden naar tevredenheid zijn opgelost. De vertrouwenspersonen hebben 94 groepsbezoeken afgelegd in 10 verschillende groepen en 9 keer groepsvoorlichting gegeven.

## Klachten

De rapportage van de klachtenfunctionaris en de klachtencommissie van CBKZ over voorheen de Baander vermeldt één afhandeling van een doorlopende klacht uit 2021. Er zijn geen nieuwe klachten binnengekomen.

Er zijn er twee klachten gemeld bij de onafhankelijke klachtenfunctionaris van Zorgbelang Fryslan. In haar jaarverslag staat: Het is moeilijk daar anoniem verslag van te doen. Betrokkenen weten ervan en waar nodig is er actie ondernomen om zaken te verbeteren en de ervaren kwaliteit van dienstverlening te verhogen. Kijkend naar het aantal ingediende klachten zou je de conclusie kunnen trekken dat alles prima loopt en iedereen tevreden is. Laat onverlet dat het goed is in de gaten te blijven houden of de klachtenregeling voldoende bekendgemaakt is, cliënten en hun verwanten deze begrijpen en wat ze ervan kunnen verwachten, en of ze de weg naar de klachtenfunctionaris makkelijk kunnen vinden. En ook of medewerkers de regeling kennen en zich vrij voelen cliënten en verwanten erop te attenderen.

## Klantsignalen

In het laatste kwartaal zijn er een aantal signalen geweest van onder andere de vertrouwenspersoon en de klachtenfunctionaris over de personele inzet bij het Trainingshuis in Joure en door een jeugdconsulente van het Rigg over de veiligheid en het pedagogisch klimaat bij de BSB. Daarnaast hebben een aantal voogden een signaal afgegeven over de kwaliteit van de zorg en begeleiding over Intensief Wonen in Drenthe.

Naast onderstaande verbetermaatregelen is er met de vertrouwenspersoon afgesproken dat er een kennismaking komt met het team en de coördinator van GoedGeDaan in Harkema en dat er hernieuwde aandacht is voor de introductie van de vertrouwenspersoon bij nieuwe medewerkers.

Verbeteracties en tegenmaatregelen:

- Met de jongeren van het Trainingshuis is gesproken over de bezetting en de bereikbaarheid van de medewerkers. Dat heeft verhelderend gewerkt.
- Er is aangegeven dat verplichte kamers (Harkema) in strijd zijn met de Wet Zorg en Dwang. Deze kamers zijn dan ook afgeschaft.
- Het signaal over IW in Drenthe herkennen we in de zin dat het een enthousiast, maar nog jong team is. De nieuw gestarte gedragswetenschapper heeft e.e.a. onvoldoende kunnen ondersteunen. Per 1 januari 2023 wordt daarom extra begeleiding op het team ingezet in de vorm van coaching on the job, start er per 1 februari een nieuwe gedragswetenschapper en zijn er per direct enkele ervaren, senioren medewerkers vanuit Friesland ingezet om dit team te ondersteunen in hun groei in professionaliteit. Deze laatste interventie blijkt voor trouwens voor zowel de Friese als de Drentse medewerkers een hele leuke ervaring en uitwisseling.
- Voor het product BSB heeft de productmanager met urgentie een PvA opgesteld met daarin een aantal acties gericht op het verminderen van de risico's en het verbeteren van de kwaliteit.

## 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 hebben.

### Incidentrapportage in totalen per categorie in 2022

In 2022 zijn er binnen ZidB 917 incidenten. Dat is een forse stijging t.o.v. de 549 gemelde incidenten in 2021, waarbij opgemerkt moet worden dat het aantal cliënten door de overname van de Baander ook fors groter is. In het onderstaande overzicht staat beschreven hoeveel incidenten er per categorie zijn gemeld.

2022	Aantallen
Grensoverschrijdend gedrag	628
Medicatie	164
Overige Incidenten	125
Totaal	917

Aantal gemelde incidenten 2022

De toename van de incidenten is deels te wijten aan de groei van de organisatie met o.a. De baander, waarbij ook het aantal cliënten met moeilijk(er) gedrag is toegenomen.

Met name het aantal incidenten in de categorie Grensoverschrijdend gedrag is gestegen, namelijk van 356 in 2021 naar 628 in 2022. Binnen de locaties in Drenthe zijn er in totaal 399 grensoverschrijdende incidenten gemeld. Dat is ruim 63 % van het totaal.

Uit analyse blijkt dat er in het 2<sup>de</sup> en 3<sup>de</sup> kwartaal sprake is geweest van veel grensoverschrijdende incidenten door en rond 3 jonge cliënten in Drenthe. Deze situatie leidde tot veel druk en spanning binnen de organisatie en heeft geresulteerd tot het versneld doorvoeren van het al beoogde doelgroepenbeleid, waarin we vanuit onze visie geen kind-groepen meer willen bedienen in een verblijfsfunctie.

In het overzicht is ook te zien dat het grootste gedeelte van de gemelde incidenten plaatsvinden in het dagelijkse werk. De categorieën Grensoverschrijdend Gedrag en Medicatie omvatten 86 % procent van alle gemelde incidenten.

In het laatste kwartaal van 2022 is de werkwijze rond incidenten een veel besproken gespreksonderwerp geweest. De uitvoering van deze werkwijze was niet langer haalbaar voor de incidentmanager, ondanks dat de vervolgacties uitgezet worden bij een productmanager, coördinator of afdelingsverantwoordelijke. Halverwege november 2022 is het incidentmanagement daarom tijdelijk bij de kwaliteitsfunctionaris ondergebracht. Ondertussen is het meldformulier incidenten en (bijna) fouten aangepast, zodat het gemakkelijker en sneller is in te vullen.. De huidige werkwijze wordt in 2023 herzien, vooral om dit proces minder kwetsbaar te maken en werkbaarder

voor de uitvoerenden. Het idee is om een aantal taken zoals de analyse van de incidenten en het aanvragen van onderzoek dichterbij de werkvloer te beleggen, namelijk bij de coördinatoren. Beide verbeteracties zijn nodig om naast de cijfers ook het juiste inzicht te verkrijgen en gerichte verbeteracties in te kunnen zetten op locatie.

## Audits

### Externe audit

Op 19 en 20 april is er in het kader van hercertificering voor de ISO 9001 een audit door Certificatie in de Zorg uitgevoerd. De conclusie van het auditteam was (unaniem) positief t.a.v. het continueren van het certificaat.

### **Toelichting van de bevindingen van het auditteam:**

De Bosk is het afgelopen jaar flink gegroeid, zowel 'autonoom' als door de overname van de Baander eind 2021. De groei past in de strategie, omdat groei meer specialisatie mogelijk maakt. Denk aan het in huis halen van specifieke deskundigheid, maar ook in het organiseren van de noodzakelijke infrastructuur. De Bosk begrijpt de meerwaarde van robuust organiseren (continuïteit). We zien dat terug in het kwaliteitssysteem en in de aanleg van de basis infrastructuur die aansluit bij de huidige en toekomstige omvang. Het maakt nogal verschil of je (personeels)systemen inricht voor 30 medewerkers of voor 130 medewerkers. Hetzelfde geldt voor het kunnen volgen van (de ontwikkeling van) de cliënt en het organiseren van goede managementinformatie. Het zijn allemaal investeringen in de toekomst, net als de investering in de beleidsmedewerker, de drie zorgmanagers en de coördinatoren. Het brengt ook vraagstukken met zich mee: waar je voorheen iedere cliënt kende, zal de sturing in een groter wordende organisatie op een andere manier vorm moeten gaan krijgen.

Hoewel de organisatie inrichting op deze manier nog relatief jong is, is zichtbaar hoe het vorm krijgt. Het professioneel statuut is daar een uiting van, waarbij duidelijk ook nagedacht is op toekomstige ontwikkelingen zoals een expertise team. Ook het 2-jaarplan en de 10-tal doelstellingen dragen bij aan voorspelbaarheid en maken duidelijk waar de organisatie op in zet. Uiteindelijk vormt zich een mooi aansluitend aanbod met school vervangende trajecten, dagbesteding, logeren, wonen, (ambulante) zorg en behandeling in de regio Noord Nederland. Medewerkers zijn in dienst van één B.V. waardoor ze in theorie inzetbaar zijn waar nodig. Er is goede aandacht voor ondersteuning van medewerkers, bv. coach-de-coach in Fasehuis 1, de ontwikkeling van de rol van de coördinatoren en coaching voor de zorgmanagers. Ook is er inzet van expertise van o.a. gedragswetenschapper en Psychomotorisch Therapeut.

In de uitvoering van de dienstverlening treffen we enthousiaste, betrokken medewerkers die zich enorm inzetten om aan te sluiten op 'hun' cliënten, leerlingen, kinderen, jeugdigen en jongeren:

- In het fasehuis staat een huiselijke sfeer centraal die de jongeren helpt in hun verdere ontwikkeling. De diverse fases in het traject zijn helder. Waar nodig wordt maatwerk geleverd. Er is aandacht voor een goede balans in draagkracht en draaglast. Er wordt methodisch gewerkt. In het begeleidingsproces wordt onder meer gebruik gemaakt van de zelfredzaamheidsmatrix en een risicoanalyse. Het zorgplan bevat cliëntdoelen die door de cliënt zelf zijn benoemd en deze worden regelmatig geëvalueerd.
- Bij GoedGedaan is alles erop gericht om kinderen die uitvallen in het regulier onderwijs of het speciaal onderwijs op te vangen, tot rust te laten komen om vervolgens stap voor stap te werken aan de ontwikkeling van het kind en de (schoolse) vaardigheden die nodig zijn om naar vermogen onderwijs te kunnen volgen. De wens is om meer balans te brengen tussen zorg en onderwijs door meer systeemgericht en methodisch te werken. Ook is afstemming van methodieken (ook bij de Bosk intern) nog van belang, zodat je elkaar in taal en bedoeling goed vindt. In het zorgplan treffen we zowel generieke doelen (bv. 'stabiliseren') als cliënt

specifieke doelen. Een mooie ontwikkeling is het opzetten van ambulante begeleiding, omdat niet alleen het kind, maar ook het gezin een belangrijke rol speelt. De rol (en ondersteuningsbehoefte) van het gezin zien wij als een van de aandachtspunten: dit zou een vast onderdeel van het zorgplan mogen zijn.

- Ook bij de Bistro ontmoeten we een enthousiast team. Er wordt in de organisatie van het dagelijkse werk op gelet dat deelnemers zoveel mogelijk zelfstandig kunnen werken. Deelnemers zijn enthousiast en ervaren dat ze meedoen aan de maatschappij. Er is één zorgplan voor de deelnemer waarin zowel de doelen op het vlak van wonen als op dagbesteding staan. Evaluaties vinden gezamenlijk plaats. Medezeggenschap van de deelnemers is goed georganiseerd en er zijn meerdere voorbeelden gegeven waaruit blijkt dat deelnemers medezeggenschap hebben.

Al met al is het auditteam (zeer) te spreken over de ontwikkeling van de Bosk. Wel benoemen we aan aantal (laag risico) afwijkingen en aandachtspunten die vooral gezien mogen worden als aanmoediging. Het gaat om het volgende:

- Klantsignalen zouden gemeld kunnen worden als incident. Deze incidenten zijn nog niet zichtbaar in de Maandrapportage. De opvolging ervan is ook nog niet zichtbaar.
- Thans (er wordt aan gewerkt), is nog niet zichtbaar welke medewerkers wel en (nog) niet of niet meer voldoen aan bevoegd- en bekwaamheidseisen (diploma's) en geschiktheidseisen (VOG).
- Hoe de Bosk de bekwaamheid en het functioneren van de AVG (arts) bewaakt en evalueert, is dit nog niet vastgelegd.
- Welke stuurinformatie nodig is voor goede sturing op (het effect van) het zorgaanbod, is nog niet vastgesteld. Bv. Fasehuis Drogeham.

Bovengenoemde aandachtspunten zijn in een Plan van Aanpak gezet en aan verantwoordelijkheden toegewezen. De klantsignalen zijn reeds in het incidentenproces geïntegreerd, conform het advies. De andere 3 punten zullen per 1 februari 2023 gerealiseerd zijn.



### Interne audit

Door middel van interne audits brengen we in kaart welke werkzaamheden 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.

In het eerste kwartaal van 2022 zijn er binnen de woonlocaties in Drenthe interne audits uitgevoerd die konden fungeren als nulmeting voor het management. Deze nulmeting maakte inzichtelijk dat het beleid van ZorgInitiatief de Bosk voorzichtig en geleidelijk geïntegreerd diende te worden binnen de locaties in Drenthe. Hierdoor zouden veel beleidstukken, protocollen en werkwijzen zoals de medewerkers deze gewend waren komen te vervallen. Er moest dan ook een nieuwe basis gevormd worden samen met de medewerkers. Alle geformuleerde afwijkingen zijn terug te lezen in het auditrapport.

Dit jaar zijn er specifiek voor de BSB signalen over de kwaliteit van dit product in het vierde kwartaal audits gedaan naar aanleiding van een aantal. Met name de beroepshouding van jonge, minder ervaren medewerkers was daar debet aan. De productmanager heeft in samenspraak met de coördinator en de auditoren een actieplan opgesteld en daar uitvoering aan gegeven. Het 'interne toezicht' door het auditorenteam duurt voort tot de kwaliteit weer volledig op peil is.

Voor volgend jaar staat er een externe visitatie op de planning met een collega zorginstelling om zo effectief van elkaar te leren en te verbeteren. Het bij elkaar een kijkje in de keuken nemen zal inspirerend wèren om met nieuwe ogen naar de eigen kwaliteitsprocessen en inrichting te kijken.

### 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

We vinden het belangrijk dat cliënten 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 onderschrijft het belang dat de zorg en dienstverlening zo goed mogelijk voldoet aan de verwachtingen van cliënten. Het gaat er hen om dat cliënten zelf kunnen zoveel mogelijk beslissen en invloed hebben op de hun zorg en begeleiding (eigen regie). De Cliëntenraad is samengesteld uit ouders/verwanten van cliënten en een onafhankelijke voorzitter.



### Ondernemingsraad (OR)

De OR bestaat nu uit 5 medewerkers die de medewerkers vertegenwoordigen in de overleggen met het bestuur van Stichting ZorgInitiatief de Bosk. De OR is er voor iedere medewerker die iets wil aangeven over wat er speelt in een team, in een deel of in de gehele organisatie. Zij kunnen dit terugkoppelen naar het bestuur en gezamenlijk op zoek gaan naar een oplossing of goede afspraak. De leden hebben een medezeggenschapskursus gevolgd.

### Bouwsteen 3: zelfreflectie in teams

Teamreflectie heeft in eerste instantie als doel om zelf en met elkaar tot nieuwe inzichten te komen en te leren. En ook om deze inzichten te gebruiken toe te passen in het werk. Periodiek zijn er team- en clientbesprekingen en daarnaast is er in een aantal teams coaching gegeven ter ondersteuning van de teamontwikkeling. Ook is de Raad van Bestuur in het najaar met alle teams in gesprek geweest over wat goed gaat en wat er beter kan m.b.v. de SWOT-analyse. Er is gekeken naar wat teams zelf kunnen oppakken en wat ondersteuning behoeft.

In bijna alle teams werd aangegeven dat medewerkers plezier in hun werk en oog voor de cliënt hebben. Er is een fijne samenwerking en de onderlinge betrokkenheid in de teams is goed. Men voelt zich bekwaam. Er wordt op een goede manier vormgegeven aan de unieke client en zijn zorgvragen. Ook het contact tussen cliënten en medewerkers is goed.

Een belangrijk leerpunt dat naar voren kwam, is het begrenzen van de tomeloze inzet en verantwoordelijkheid van individuele medewerkers naar cliënten toe, die daardoor bijna ziekmakend is. Het begrenzen van werk, van werk en privé, maar ook het accepteren van grenzen aan zorg en budget is voor velen een harde noot om te kraken. Dit thema wordt dan ook veel in de coaching aan de orde gesteld.



Wanneer gevraagd wordt wat de teams meenemen aan verbeterdoelen voor 2023, komen er verschillende zaken naar voren, waaronder:

- Het updaten en ondertekenen van de zorgplannen
- Contact met de verwanten en het netwerk versterken
- Feedback geven en ontvangen in het team
- Methodisch werken
- Doelgroepen, zorgzwaarte en grenzen aan zorg
- Extra kennis op bepaalde thema's door bv aandacht functionarissen



## Aantal medewerkers

Kolom1	2020	2021	2022
Medewerkers	76	111	128
Stagiairs	11	17	10

Het aantal medewerkers in 2022

In 2022 groeide de organisatie door o.a. de uitbreiding met de Baander. Zoals zichtbaar werd in het overzicht van het aantal cliënten, neemt naast het aantal cliënten logischerwijs ook het aantal medewerkers toe. Het is 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 goed ondersteund worden en passende arbeidsvoorwaarden hebben. Ook is er gekeken hoe de inhoudelijke aansturing van de zorg meer in de teams belegd kan worden. Op iedere woonlocatie is er een coördinator aanwezig die verantwoordelijk is voor de directe zorgaansturing. Om duidelijkheid te creëren in de samenwerking is er een Professioneel Statuut opgesteld met beschrijvingen van rollen en onderlinge raakvlakken van de manager, coördinator, persoonlijk begeleider etc. In 2023 zal het statuut uitgebreid worden met de staf- en ondersteunende functies en aandacht voor borging van de afspraken.

Om beter grip op het administratieve HR- processen te kunnen houden, fouten te voorkomen en het proces ook te optimaliseren, is er een digitaal HR-systeem geoperationaliseerd. In deze module is dit jaar ook een scholingsplatform gebouwd. Daarop worden diverse e-learnings aangeboden en zijn de competenties en diploma's per medewerker zichtbaar.

Er is in het verslagjaar bewust op minder stagiaires en betere begeleiding ingezet. Ook hebben we energie gezet om het aantal HBO-stagiaires te vergroten met het oog op de toekomst. We zijn al vroeg in het jaar gestart met werven met het idee dat stagiaires met de juiste achtergrond ook in de vakantie al konden starten met een vakantiebaan. Er zijn dit jaar 3 HBO-ers Social Work en Pedagogiek gestart. Verder waren het MBO-ers Social Work en Maatschappelijke Zorg, specifieke doelgroepen. In Drenthe zijn geen stagiaires gestart omdat we de begeleiding eerst wilden inregelen en daarnaast moesten de erkenningen gewijzigd worden. Inmiddels zijn die erkenningen er worden de scholen in Drenthe, Groningen en Overijssel aangeschreven voor het schooljaar 2023-2024.

## Ziekteverzuim

Boskom1	2020	2021	2022
ZI de Bosk	4,00%	6,5%	10,70%
Branche	6,40%	7,3%	7,8%
Kortverzuim	0,34%	3,0%	6,17%
Middelverzuim	0,01%	2,67%	2,96%
Lang Verzuim	3,65%	0,78%	1,57%

De verzuimpercentages

Deze cijfers laten de impact van de nasleep van de pandemie goed zien. Opvallend is dat het kortdurend verzuim relatief hoog is t.o.v. het langdurig verzuim. Al lag de afgelopen jaren het accent dus veelal op het kortdurend (Corona) verzuim, er is onverminderd aandacht geweest voor het lange termijn verzuim, wat zich nu lijkt uit te betalen. De wijze van sturen op het verzuimproces, namelijk veel contact met de medewerker en zoeken naar passende mogelijkheden levert goede resultaten op.

De gestage (jaar)groei van het verzuimpercentage baart natuurlijk zorg, zeker omdat dit kwalitatieve en financiële resultaten beïnvloed. Nader onderzoek zal, zeker gezien de vrij jonge medewerkersgroep, uitwijzen of we iets aan de drempel, het ziekmeldingsproces of de cultuur moeten doen. Vooral nog is er een beeld dat medewerkers vrij vermoeid zijn na de intensieve corona jaren.

### Medewerkerstevredenheidsonderzoek

De doelstelling van het onderzoek is om te meten in welke mate de medewerkers tevreden zijn met het werk dat zij doen en waar mogelijkheden liggen voor verbetering van het werkgeluk de aankomende jaren. Medewerkers kunnen aangeven wat ze vinden van de organisatie, de werkomstandigheden, hun persoonlijke ontwikkeling, de interne communicatie, werkgeluk, arbeidsvoorwaarden en de sfeer. Het onderzoek is uitgevoerd in oktober 2022 en er hebben 64 medewerkers deelgenomen, wat een response betekent van ruim 50%.

Over het algemeen zijn de ondervraagde medewerkers redelijk tevreden met hun werk en omgeving. Elk onderdeel van het onderzoek heeft een gemiddeld cijfer gekregen. Het gemiddelde van alle onderdelen komt uit een op een 7 op een schaal van 10.

Zaken als roosters en personeelskrachte (werkdruk) en de communicatie daarover werden genoemd als thema's die aandacht verdienen. Tevredenheid is er over de informele sfeer en de arbeidsvoorwaarden. Velen geven aan het werk zinvol te vinden en zich goed te voelen in de huidige rol.

De verbeteracties die hierop in gang gezet zijn, zijn: het opzetten van een flexibele schil, het opstellen van een arbeidsmarkt communicatieplan en participatie in een regionale projectgroep arbeidsmarktproblematiek, opnieuw aandacht voor het inwerken van nieuwe medewerkers, teamcoaching, het betrekken van het netwerk van de client, het project zelf-roosteren, het optimaliseren van de verschillende communicatiekanalen inclusief het haal/breng-principe en het beschrijven van het functiehuis en professioneel statuut, waarin helder verwoord is wie waar verantwoordelijk voor is. Voor de medewerkers die door willen leren kijken we naar de mogelijkheden van taakuitbreiding en/of scholingsmogelijkheden.

Met dit medewerkerstevredenheidsonderzoek is er een stap gezet om het in kaart te brengen van de huidige tevredenheid. Met deze nulmeting is er inzicht in hoe het werkgeluk mogelijk verhoogd kan worden (doel is een 8) van de medewerkers. De vervolgstap voor 2023 is het opsplitsen van het onderzoek om specifieke onderdelen nader uit te zetten bij de medewerkers.

### Opleiding & Ontwikkeling

#### *Cursussen en trainingen*

Jaarlijks wordt er een scholingsplan opgesteld, waarbij wordt gekeken naar scholing met een verplicht karakter en scholing die nodig is om werkzaamheden beter te kunnen uitvoeren. In 2022 is dit scholingsplan uitgevoerd en zijn er naast fysieke scholingen ook diverse e-learnings aangeboden. De Bosk Academy ontwikkelt steeds weer modules zodat medewerkers een, bij hun passende, leerlijn kunnen doorlopen. Dit met als doel dat alle medewerkers binnen een zorgproduct over dezelfde basiskennis beschikken. En met de komst van aandachtsfunctionarissen op een aantal thema's wordt er ook aandacht besteed aan het borgen van de opgedane kennis .

#### *Intervisie en clientbesprekingen*

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 gedragswetenschapper heeft een grote inhoudelijke bijdrage in deze besprekingen. Naast client- en teamoverleg wordt er intervisie aan de SKJ-ers aangeboden en gefaciliteerd door een coach om de vereiste intervisie uren en bijeenkomsten te faciliteren.

## 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 2022 is er één melding gedaan bij de vertrouwenspersoon, Walburga Foekema van Arboned. Dit betrof een melding over het ervaren van werkdruk. De medewerker heeft handvatten ontvangen van de vertrouwenspersoon om het met de manager te gaan bespreken. ZidB wil echt oog hebben voor het welzijn van de medewerkers. Het project zelfroosteren, de inzet van teamcoaching, helderheid over de blauwdruk van het basisrooster en het versterken van de cultuur van 'elkaar zien' zorgen er gezamenlijk voor dat ondanks de krappe arbeidsmarkt en de intensieve zorg die geboden wordt, het goed werken is bij ZidB.

## Coaching

Zowel de coördinatoren als de medewerkers van de locaties in Drenthe hebben teambuilding en coaching ontvangen, om zo aansluiting te kunnen vinden bij de standaarden van de Bosk. De mogelijkheid tot (snelle inzet van) individuele- en team coaching binnen de organisatie wordt zeer gewaardeerd en als ondersteunend ervaren.



## Teamactiviteiten

Binnen ZorgInitiatief de Bosk is het de goede gewoonte om een aantal keer per jaar een leuke personeels- en of teamactiviteit te organiseren. Dit verhoogt de werksfeer en resulteert in werkplezier. Tevreden medewerkers leveren immers betere zorg wat resulteert in meer cliëntgeluk, zoals het motto van ZorgInitiatief de Bosk ook aangeeft: "Samen zorgen voor Geluk".

De bowling- en feestavond in maart was heel gezellig en de eerste Bosk-Kerstmarkt in december, waar alle medewerkers mochten shoppen bij de kraampjes, is ook zeer goed ontvangen. Daarnaast vinden er op locaties en in teams regelmatig allerlei leuke activiteiten plaats. Onderstaande collage van locatie en team Feartstaete is daar een mooi voorbeeld van:



## Structuur ZorgInitiatief de Bosk

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 zodanig, zodat zij zich vooral met het primaire zorgproces kunnen bezighouden.

Alle woonlocaties en teams hebben een eigen coördinator. Hiermee is een slag geslagen in het verbeteren van de communicatie. De medewerkers hebben een duidelijk aanspreekpunt welke problemen samen met hen oplost. Boven de coördinatoren staat een productmanager welke intensief samenwerkt met de Raad van Bestuur. Alle rollen in de groeiende organisatie zijn in het functiehuis en het Professioneel statuut van ZidB vastgelegd. In 2023 zal er extra aandacht zijn voor de uitoefening van de functie van coördinator nu deze uitgekristalliseerd is.

Naast dat er maandelijks cliëntenoverleg wordt gevoerd, is er ook periodiek 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 zitten de medewerkers erbij. Het cliëntoverleg wordt voorgezeten door de coördinator en de gedragswetenschapper is betrokken met een coachende rol op inhoud. 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. Incidenten worden in het teamoverleg geanalyseerd en verbetervoorstellen worden besproken om verdere incidenten te voorkomen. Daarnaast worden eerder doorgevoerde verbetervoorstellen geëvalueerd op effectiviteit.



## Conclusie en verbeterpunten 2023

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 2023 aan gaan werken zijn;

- Borgen van het Professioneel Statuut (verantwoordelijkheidsverdeling werkvloer) en het functiehuis (de taak- en functieomschrijvingen).
- Borgen van het digitaal Kwaliteit Management systeem als 'schat van kennis' door o.a. aandachtsfunctionarissen in te zetten en e-learning.
- Evaluatie van de verschillende communicatiekanalen om te kijken hoe we de interne communicatie (inclusief haal- en brengfunctie) kunnen verbeteren.
- Aanstellen aandachtsfunctionarissen in aanvulling van het scholingsplan om de aanwezige 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 zoveel mogelijk de bijkomende (administratieve) taken weg bij medewerkers en verlichten de werkdruk. Daar waar mogelijk digitaliseren we procedures.
- Borgen van het werken met de PCDA- cyclus in de organisatie nu het proces van ontwikkelen heeft plaatsgevonden. Het jaarplan is opgesteld en wordt vertaald in plannen voor de diverse producten en afdelingen inclusief een reviewplanning en maandelijkse KPI-sheet. De strategische koers, die eind 2022 herijkt is, wordt als stip op de horizon voor de komende 3 jaar gebruikt.
- Uitvoeren van het clientervaringsonderzoek met één van de aanbevolen VGN-instrumenten.
- Opzetten van een ambulante team om de duurzaamheid van de geleverde zorg te vergroten en de kwaliteit te verhogen.
- Klantsignalen; naast klachten gaan we cliënten ook vragen om signalen over de zorg af te geven.
- Onderzoeken of en hoe de methodiek van 'excellente zorg' past binnen de Bosk.
- Ontwikkelen van een visie op samenwerken met het informele netwerk en opstellen van een implementatieplan.

## Governance

Jaarverslag Cliëntenraad 2022

---

### Inleiding:

De cliëntenraad vertegenwoordigt de gemeenschappelijke belangen van alle cliënten van deze organisatie. Tevens zijn we gesprekspartner van de Raad van Bestuur en geven we gevraagd en/of ongevraagd advies. Hierbij richten we ons vooral op de effecten van beleid op de zorg- en dienstverlening aan cliënten en het signaleren van zorgbehoeften. Het jaar dat achter ons ligt was een jaar waarin we weer fysiek konden vergaderen en de coronapandemie gelukkig minder invloed heeft gehad op ons, op de cliënten, hun begeleiders en alle ouders en verwanten. We hebben locaties bezocht, goede overleggen gevoerd en de organisatie van vele adviezen voorzien.

Dankjewel voor jouw interesse in de cliëntenraad. Wij wensen je veel leesplezier! Wil je (nog) meer weten over de cliëntenraad en/of heb je interesse in ons werk? Kijk dan op <https://debosk.nl/cliëntenraad/> of neem gerust contact met ons op via [cr@debosk.nl](mailto:cr@debosk.nl)

Namens de leden van de cliëntenraad,

Maarten Meesters – voorzitter

Durk Joustra – secretaris

---

### Samenstelling van de cliëntenraad:

De leden van de cliëntenraad worden benoemd voor een periode van drie jaar en zijn maximaal eenmaal herkiesbaar. De vacature die in december 2021 is ontstaan door vertrek van één van onze leden, is in april van dit jaar ingevuld door Evelien van Zanden.

Leden van de cliëntenraad in 2022:

Maarten Meesters (voorzitter), Durk Joustra (secretaris), Evelien van Zanden en Marijke Star.

---

### Vergaderingen:

Het afgelopen jaar vonden de vergaderingen plaats op dinsdagavond op locatie ByDaan (dagbesteding), De Merk 6 in Joure.

Gedurende het jaar is er een nieuwe vergaderstructuur ingevoerd. We zijn begonnen met vergaderingen waarbij de Raad van Bestuur na de pauze aanschoof. Vanaf juni is er gewerkt met vergaderingen voor afzonderlijk de cliëntenraad en gezamenlijke vergaderingen (cliëntenraad en raad van bestuur). De vergaderingen worden per kalenderjaar gepland middels een vergaderrooster. De vergadering in december is ingelast op verzoek van Damaris de Jong en Henk de Graaf (RvB) om het jaarplan/meerjarenplan 2023 te bespreken en uitleg te geven over de begroting 2023.

De cliëntenraad heeft in totaal 10 keer vergaderd, waarvan 6 keer met de Raad van Bestuur.

---

## Activiteiten en vertegenwoordiging cliëntenraad:

---

In maart vond er een kennismakingsbijeenkomst plaats in Surhuisterveen. De Raad van Bestuur, de Raad van Toezicht, de Ondernemingsraad en de Cliëntenraad konden op een informele manier met elkaar kennismaken en het nieuwe kantoor van ZI de Bosk bekijken. Maarten Meesters en Marijke Star waren aanwezig namens de cliëntenraad.

In de eerste maanden van het jaar zijn er verschillende locaties van ZI de Bosk bezocht door leden van de cliëntenraad.

Maarten Meesters, Durk Joustra en Marijke Star gingen afzonderlijk of in tweetallen op bezoek bij: Feartstaete -Drachtster Compagnie, Lindestaete-Joure, Trainingshuis-Drogeham, De Baander-Hollandscheveld/Elim. We hebben verteld over wat de cliëntenraad doet, een flyer achtergelaten, gesproken met cliënten en begeleiders en we zijn rondgeleid.

Marijke Star was aanwezig bij de sollicitatieprocedure van de Raad van Toezicht in augustus. Er vonden gesprekken plaats door twee commissies met twee kandidaten. Er is één kandidaat benoemd.

---

## Besproken onderwerpen:

---

- Woonlocatie Feartstaete: team, moestuin, toegankelijkheid bijkeuken en bergingen,
- Corona: maatregelen en dilemma's;
- Maand- /kwartaalrapportages;
- Begroting en Jaarplan 2022 ZI de Bosk;
- Maaltijden Lindestaete: weinig keuze en geen rekening houdend met allergie client;
- Ultimo (systeem voor meldingen/wensen etc.): communicatie, terugkoppeling, opvolging laat te wensen over;
- Verkeerssituatie Lindestaete en bij de voordeur;
- Indexering waskosten;
- Opstarten en herinrichten de Baander (locaties Elim en Hollandscheveld);
- Kwaliteitsrapport 2021 ZI de Bosk;
- Personeelstekorten;
- Financiële tekorten, overschrijding budgetten;
- Brainstormsessies ouders woonlocaties;
- Werken met vrijwilligers;
- Jaarplan 2023 en meerjarenplan ZI de Bosk besproken en mee ingestemd;
- Begroting 2023 ZI de Bosk: deze is niet compleet, geadviseerd om wel te werken met een "werkbegroting"
- Profielschets vacature lid CR;
- Werkplan CR;
- Aanpassing flyer CR;
- Zorgbelang Friesland: kennisgemaakt met twee vertrouwenspersonen (uitvoering vertrouwenswet voor jongeren);

---

## Voorstellen en adviezen:

---

De cliëntenraad doet voorstellen over alle onderwerpen die voor de cliënten van belang zijn. Wanneer er door de Raad van Bestuur voorgenomen besluiten zijn, wordt dit besproken in de cliëntenraad en advies gevraagd aan de cliëntenraad.

In 2022 is op alle adviesvragen positief gereageerd al dan niet met aanvullende adviezen. Het betrof o.a.:

- Indexering waskosten; □ Jaar- en meerjarenplan 2023 ZI de Bosk;
- Overname en herinrichting De Baander in Drenthe; □ Coronamaatregelen;
- Kwaliteitsrapport 2021 ZI de Bosk; □ Sluiting dagbesteding in Harkema;
- Maand- en kwartaalrapportages;

Er zijn voorstellen gedaan over het belang van de rol van locatiecoördinatoren en de zelfredzaamheid van teams op met name de woonlocaties. Over het werken met Ultimo (systeem om storingen en aanvragen te melden) hebben we benadrukt dat de afhandeling sneller kan en moet, dat er duidelijker gecommuniceerd moet worden naar begeleiders en cliënten. Een terugkoppeling ontbreekt te vaak. Dit is opgepakt door de Raad van Bestuur en er zijn verbeterende maatregelen getroffen.

---

## Wat is er bereikt voor de cliënten?

---

Wij kijken vanuit de cliënt naar de dienstverlening van ZI de Bosk. Dat doen we vooral op eigen initiatief, maar ook op verzoek van de Raad van Bestuur.

We hebben bereikt dat we de cliënten een stem hebben gegeven. We hebben naar hen geluisterd tijdens de locatiebezoeken en hun opmerkingen en wensen besproken met de Raad van Bestuur. Vanuit verbinding hebben we samen gezocht naar mogelijkheden om te zorgen voor goede zorg vanuit de visie: "Samen zorgen voor Geluk".

---

## Vooruitblik 2023:

---

De cliëntenraad richt zich in 2023 o.a. op:

- Het werven van een nieuwe voorzitter
- Hoe te zorgen voor excellente zorg in een tijd van financiële krapte en personeelstekorten.



## Jaarverslag Raad van Toezicht 2022

Met belangstelling heeft de Raad van Toezicht kennisgenomen van het voorliggende kwaliteitsrapport. Op duidelijk wijze zijn de dagelijkse inspanningen van de vele professionals die werkzaam zijn binnen ZorgInitiatief de Bosk weergegeven. De weg om “samen te zoeken naar geluk” wordt op een zorgvuldige wijze bewandeld, waarbij een zelfkritische houding dat proces typeren. De zeer betrokken inzet van medewerkers en Raad van Bestuur, stralen warmte af op de organisatie. Hierdoor ontstaat een proces van wisselwerking dat de organisatie naar grote hoogte brengt. Niet alleen in woord en daad, maar ook op schrift worden de kwaliteitsprocessen goed beschreven, waarbij de missie en visie niet uit het oog wordt verloren. Dat de externe certificerende organisatie dit ruimhartig onderkent, mag gezien worden als een bevestiging van onze constatering.

Mevrouw Marleen Dessing is afgetreden als lid van de RvT. Wij bedanken haar voor haar immer positieve inzet. De heer drs. Anne Brouwer is sinds oktober 2022 de RvT komen versterken. De RvT bestaat nu uit drie leden. We hebben nog een vacature binnen de RvT.

In het verslagjaar heeft de Raad van Toezicht diverse overlegmomenten gehad met medewerkers, teams en medezeggenschap organen. In deze overleggen kwam duidelijk naar voren dat door de Corona beperkingen extra druk op de medewerkers en cliënten gelegd is. Hierdoor zijn soms onvermijdelijke spanningen ontstaan. Door de immer aanwezige positieve grondhouding binnen de teams, heeft dit gelukkig niet tot extreme situaties geleid. De Raad van Toezicht hecht eraan om alle medewerkers en overlegorganen hiervoor te bedanken.

Naast de beperkingen welke Corona veroorzaakt heeft, mogen we zeker niet vergeten dat het hoge ziekteverzuim geleid heeft tot een significante verhoging in de personele- en algemene kosten. Was het al zo dat door de krappe budgetten binnen de jeugdzorg “het scherp aan de wind zeilen” was, de Corona en de hier opvolgende energiecrisis laten zien dat goed stuurmanschap vereist is om de juiste richting te kiezen. Hoewel de jaarcijfers ons niet doen juichen, kunnen we wel concluderen dat er voldoende passie bij de bestuurders aanwezig is. Een woord van dank aan de Raad van Bestuur en ondersteuners is hier zeker op z'n plaats.

De Raad van Toezicht is positief over de ontwikkelingen die in 2022 zijn doorgemaakt. De overgang van “servet naar tafellaken” is nog in volle gang, maar geeft ons vertrouwen. Een jaar waar diverse externe factoren een zware wissel trok op cliënten, verwanten en medewerkers. Desondanks is zorgcontinuïteit geboden en de professionalisering verder gestalte gegeven.

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

Namens de Raad van Toezicht,

Jan Veenstra, voorzitter.

April 2022.

## Jaarverslag Ondernemingsraad 2022

De ondernemingsraad (OR) is in 2020 in het leven geroepen door de toenmalige personeelsvertegenwoordiging (PVT). Door middel van een verkiezing binnen de Bosk zijn we begonnen met 7 leden. Begin 2022 bestond de ondernemingsraad nog uit 4 zittende leden, hierop hebben we besloten om nieuwe leden te werven. Dit heeft eind 2022 geleid tot 2 nieuwe leden; Iris Bethlehem en Anne Jan Broek. Helaas hebben wij afscheid genomen van onze voorzitter Diana. Iris zal deze rol per 2023 op haar gaan nemen. We sluiten het jaar 2022 af met 5 leden; Iris Bethlehem (voorzitter), Sjouke Hellinga (secretaris), Folkert ten Pas, Anne Jan Broek en Marianne Raap.

Medewerkers van verschillende locaties komen samen om hun 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.

Vanaf februari zijn wij op de hoogte gehouden over de transformatie van de kindgroep in Elim richting trainingslocatie. Er heeft een marktonderzoek plaatsgevonden en uiteindelijk is besloten om, vanwege een gebrek aan instroom, de kindgroep op te heffen en in plaats daarvan een trainingshuis in Drenthe te starten. Aangezien dit alles goed onderbouwd was had de OR hierover geen vragen.

In maart is er een kennismakingsborrel geweest met de RvB, RvT, cliëntenraad en de OR. De OR is op deze borrel vertegenwoordigd door Diana en Sjouke.

Wij kregen vanuit het personeel veel vragen over de reiskostenvergoeding woon-werkverkeer, verschillende medewerkers vroegen ons of deze niet verhoogd kon worden naar 0,19 euro. Hier hebben wij het bestuur over benaderd. Hierop kregen wij het voorstel om de personele attenties te laten vervallen en dit in te ruilen tegen een kilometervergoeding van 0,19. Dit konden wij natuurlijk niet beslissen zonder onze achterban te raadplegen, hiervoor hebben wij dus een enquête uitgezet onder de achterban. De eerste enquête was helaas niet toereikend, daardoor is besloten om later in het jaar nogmaals een enquête uit te zetten. Deze is nog steeds in behandeling en wordt begin 2023 besproken met het bestuur.

Namens de OR heeft Sjouke bij de sollicitatiegesprekken voor nieuwe leden van de Raad van Toezicht gezeten.

Gedurende het jaar hebben we verschillende documenten ontvangen vanuit het bestuur. We hebben akkoord gegeven op het protocol ongewenste omgangsvormen en werkdruk, de nieuwe werkwijze bij jaargesprekken met medewerkers, de nieuwe scholingsvisie, het vrijwilligersbeleid en het voorstel van de salarisdata 2023. Daarnaast ontvangt de OR per kwartaal een rapport waarin de gang van zaken van de organisatie belicht wordt. Daarnaast worden de jaarplannen met ons gedeeld. De OR wordt door middel van deze rapporten, plannen en de structurele bijeenkomsten met het bestuur voldoende geïnformeerd.

Het jaar 2023 zal in het teken staan van de volgende speerpunten;

- regelmaat en structuur in de bijeenkomsten van de OR;
- alle OR-leden zijn goed op de hoogte van hun verantwoordelijkheden als OR-lid;
- de zichtbaarheid van de OR wordt vergroot;
- alle OR-leden volgen scholing met betrekking tot hun taken;
- we blijven nieuwe OR-leden werven.

*Iris Bethlehem, April 2022*  
*Ondernemingsraad – ZorgInitiatief de Bosk*

**Colofon**

Omschrijving: kwaliteitsrapport 2022

Versie: 01

Datum: 19 mei 2023

Auteur: Ria Hofstede

Eigenaar: **Damaris de Jong**

Bestandslocatie: Teams/RvB/jaarverslagen en planningen



0512 – 745040



[info@debosk.nl](mailto:info@debosk.nl)



De Bosk 6 9281 NR  
Harkema



<https://debosk.nl/>

**samen zorgen**  
voor geluk