



Kwaliteitsrapport 2020/2021

AB Hulp Twente

AB Hulp Twente

Spoorstraat 10
7572 CZ Oldenzaal

INHOUDSOPGAVE



UITLEG RAPPORT	3
NAMENS AB HULP TWENTE.....	4
ONZE ORGANISATIE	5
PERSOONSGERICHTE ZORG.....	6
ZELFREFLECTIE TEAMS.....	7
AUDIT RESULTATEN.....	8
AUDIT RESULTATEN.....	9
EIGEN REGIE CLIENTEN	10
CLIENT ERVARINGEN.....	11
ZORGRISICO'S.....	13
INCIDENTEN.....	15
DESKUNDIGHEID.....	16
VERBETERPLANNEN	17
IN EEN NOTENDOP	18



UITLEG RAPPORT

Kwalitatief hoogwaardige zorg leveren is natuurlijk voor alle zorgaanbieders het streven. Zo ook voor AB Hulp Twente.

Maar wat is kwalitatief hoogwaardige zorg? Of misschien nog meer belangrijk: waar staat onze organisatie voor bij het leveren van dergelijke zorg?

Om deze vragen te kunnen beantwoorden is er door een breed spectrum aan professionele partijen binnen de gehandicaptenzorg een [kwaliteitskader](#) opgesteld. In dit kwaliteitskader is aangegeven wat de richtsnoeren zijn voor organisaties die goede zorg en ondersteuning aan personen met een handicap willen leveren.

De kern elementen (als bouwstenen aangeduid in het kwaliteitskader) zijn:

- Het zorgproces rond de individuele cliënt (bouwsteen 1)
- Ervaringen van cliënten (bouwsteen 2)
- Medewerkers die aan kwaliteit werken (bouwsteen 3)
- Bestuurlijk leiderschap rond kwaliteit (bouwsteen 4)

Ook is een belangrijk element van het kader dat organisaties jaarlijks een kwaliteitsrapport opstellen waarin zij aangeven hoe zij het afgelopen jaar invulling hebben weten te geven aan deze bouwstenen, waarbij met name wordt stilgestaan bij bouwstenen 1 & 3.

Doordat organisaties een dergelijk rapport opstellen krijgen cliënten meer duidelijkheid over verwachtingen met betrekking tot geboden zorg, worden medewerkers gestimuleerd om te blijven werken aan kwaliteitsverbetering, en kan organisatie bestuur beter sturen op kwaliteitsmanagement. Ook kunnen lezers van het rapport zien wat de visie van de organisatie op kwaliteitsverbetering is voor de komende jaren.

“Maar wat is kwalitatief hoogwaardige zorg? Of misschien nog meer belangrijk: waar staat onze organisatie voor bij het leveren van dergelijke zorg?”

NAMENS AB
HULP TWENTE



“Toch kunnen wij bij AB Hulp Twente terugkijken op resultaten waar we trots op zijn”

“Geluk is het hoogste goed. Daarom stellen wij bij AB Hulp Twente ook, samen met onze cliënten, het geluksgericht werken centraal.

Het jaar 2020 was dan ook voor onze cliënten, diens naasten en onze medewerkers een uitdagend jaar. Het realiseren van geluk komt namelijk onder druk te staan tijdens een pandemie. Des te meer wanneer je leeft met een fysieke en/of geestelijke beperking.

Toch kunnen wij bij AB Hulp Twente terugkijken op resultaten waar we trots op zijn. Ondanks alle moeilijkheden die gepaard gingen met de Corona pandemie hebben onze cliënten namelijk wel hun geluk doelen kunnen realiseren. Dit is niet alleen te danken aan de inzet en flexibiliteit die onze cliënten zelf hebben getoond, maar ook aan de inzet van onze medewerkers en vrijwilligers.

Wij vinden het daarom ook fijn om u in dit rapport mee te mogen nemen in de ontwikkelingen van het jaar 2020 inzake onze kwalitatief hoogwaardige zorgverlening, en de plannen die wij hebben om onze dienstverlening de komende jaren nóg beter te maken.”

Marly Fransen - Geelen

Directeur AB Hulp Twente

M. Fransen Geelen



ONZE ORGANISATIE

AB Hulp Twente is een kleinschalige zorgorganisatie in de regio Twente. Onze organisatie biedt ambulante begeleiding en dagbestedingszorg op basis van een indicatie Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), Jeugdwet of Wet langdurige zorg (Wlz). Hierbij bestaat onze doelgroep uit personen (kinderen en volwassenen) die in het dagelijks leven ondersteuning behoeven vanwege een fysieke en/of geestelijke beperking.

Onze hulpverlening is hierbij altijd gebaseerd op de kern elementen van onze visie op kwalitatief hoogwaardige zorg:

- Wij plaatsen bij onze zorgverlening onze cliënten altijd centraal;
- Wij streven naar een goede “klik” tussen client en zorgverlener.
- Wij denken in mogelijkheden en zoeken naar oplossingen om het geluk van onze cliënten te verhogen. Deze oplossingen en mogelijkheden zijn primair gericht op samenlevingsparticipatie en verbetering van zelfstandigheid.
- Respect voor onze cliënten en een goede vertrouwensband met de client zijn essentieel.
- Ambulante zorgverlening moet plaatsvinden daar waar het nodig is. Voor sommige cliënten is dit in de thuissituatie maar het is ook mogelijk dat cliënten worden begeleidt tijdens hun werk.
- Dagbestedingsactiviteiten moeten aansluiten bij de hulpvraag, interesses en mogelijkheden van onze cliënten.

Onze begeleiders zijn altijd gekwalificeerde zorgprofessionals die gemotiveerd zijn om cliënten “geluk gericht” te begeleiden. In combinatie met de korte lijnen binnen onze organisatie en de goede externe communicatie maakt dit dat onze organisatie cliënten op efficiënte wijze hoogwaardige zorg kan bieden.

Wat hoogwaardige zorg betekent verschilt per client. Elk individu is uniek en heeft een eigen behoefte aan bepaalde invulling van de zorgverlening. Daarom stellen wij altijd in samenspraak met de client het zorgplan vast waarin wij persoonlijke doelen centraal stellen. Door deze persoonlijke zorgdoelen op te stellen vergroten wij ook de bewustwording bij cliënten en prikkelen wij cliënten te blijven kijken naar hun persoonlijke drijfveren.

“Wij denken in mogelijkheden en zoeken naar oplossingen om het geluk van onze cliënten te verhogen”

Kwaliteit van het zorgproces voor het individu



PERSOONSGERICHTE ZORG

Persoonsgerichte zorg betekent bij AB Hulp Twente dat de zorgdienstverlening altijd aan moet sluiten op de wensen, voorkeuren en mogelijkheden van onze cliënten. Daarbij werken wij altijd geluksgericht.

AB hulp Twente gelooft namelijk dat het welbevinden van een cliënt de beste maatstaf is voor succesvolle zorgverlening. Wij stimuleren en activeren onze cliënten dan ook om verantwoordelijkheid te nemen voor hun eigen geluk. Uiteraard gaan onze begeleiders hierbij uit van mogelijkheden van de client.

Deze geluksgerichte zorg visie is volledig geïntegreerd in onze zorgverleningsmethodiek. Elk individuele zorgplan kent een onderdeel dat is gewijd aan het samen met de client geluksgericht werken. Onze begeleiders bespreken in dit onderdeel van het zorgplan met de cliënt waar hij of zij gelukkiger van wordt. Samen met de client wordt hierop vervolgens één of meerdere doelen gesteld die zijn gericht op het verwezenlijken van deze mate en invulling van geluk. Hierbij stimuleren wij onze cliënten om realistische en (gezien persoonlijke mogelijkheden) daadwerkelijk haalbare doelen te stellen. Voor sommige cliënten betekent dit dat er een doel wordt gesteld als het (deels) zelfstandig op vakantie gaan, voor andere cliënten is er een doel gericht op het leren haken (beide voorbeelden van doelen uit zorgplannen van 2020).

Periodiek bespreekt de begeleider met de cliënt wat hij/zij zelf kan doen om het doel te behalen, wat de begeleider doet en of er mensen in de omgeving van de client zijn die zouden kunnen helpen bij doelrealisatie. Vervolgens wordt in ons zorgregistratiesysteem de voortgang met betrekking tot doelen bijgehouden. In het bijbehorende doel- en actiecommentaar wordt een uitgebreide beschrijving neergezet zodat er richting wordt gegeven aan het doel.

Ook voeren wij jaarlijks een clienttevredenheidsonderzoek uit (Groei en Geluk onderzoek) waarbij wij bij onze cliënten informeren naar hun beleving van geluk-, en doelrealisatie. Wij zijn blij te mogen vermelden dat het de gemiddelde score in 2020 met betrekking tot de vraag "Hoe gelukkig bent u op het gebied van het geluksgericht werken?" maar liefst een 9 bedroeg. Client ervaringen (onder ander op basis van dit onderzoek) worden verder behandeld in het hoofdstuk "Client ervaringen".

“Wij zijn blij te mogen vermelden dat in 2020 de gemiddelde geluksgericht werken score maar liefst een 9 bedroeg”

Kwaliteit van het zorgproces voor het individu



ZELFRFLECTIE TEAMS

Zoals u heeft kunnen lezen prikkelen wij cliënten te blijven kijken naar hun persoonlijke drijfveren en het verantwoording nemen voor hun eigen geluk.

Deze inwaarts gerichte en kritische blik moeten wij als zorgverleners dan ook niet schuwen als het aankomt op onze eigen dienstverlening en professionaliteit. Daarom kent onze organisatie diverse, zeer regelmatig terugkerende, communicatievormen waarbij wij als zorgverleners kijken naar mogelijkheden voor verbetering.

Zo kennen wij de volgende overlegvormen binnen onze organisatie:

- Teamleidersoverleg – Wekelijks gevoerd tussen directie en teamleiders
- Kwaliteitsoverleg – Wekelijks gevoerd tussen kwaliteitsfunctionaris, directie en evt. externe kwaliteitsconsultant
- Backoffice overleg – Wekelijks gevoerd met kantoor medewerkers
- Administratief – Wekelijks gevoerd met kantoor medewerkers
- Casemanageroverleg – Eens per twee weken tussen casemanagers en zorgverleners
- Dagbestedingsoverleg – Eens per twee weken tussen begeleiders dagbesteding
- Teamoverleg – Drie keer per jaar tussen alle medewerkers en directie
- Intervisie – Twee keer per jaar tussen alle zorgverleners en directie

U zult begrijpen dat zelfreflectie middels periodiek overleg het voorgaande jaar anders uitgevoerd moest worden in verband met de geldende RIVM Corona adviezen. Gelukkig hebben wij daar waar mogelijk gebruik kunnen maken van digitale overleg technieken. Daarnaast hebben wij ook in 2020 gebruik gemaakt van ons incident registratie en analyse beleid. Hierdoor hebben wij ondanks evt. uitval van overleg toch zicht kunnen houden op dynamische zorgkwaliteit gerelateerde ontwikkelingen en middels analyses van de incidenten konden wij passende (aanvullende) maatregelen treffen.

Een bespreking van gemelde incidenten uit het voorgaande jaar vindt u in het hoofdstuk “Incidenten” in dit jaarverslag.

“Deze inwaarts gerichte blik en kritische blik moeten wij als zorgverleners dan ook niet schuwen als het aankomt op onze eigen dienstverlening”

Kwaliteit van het zorgproces voor het individu

'Ik ken mijn kracht'



“Ook ten aanzien van de interne audit resultaten van 2020/2021 zijn wij erg trots.”

AUDIT RESULTATEN

Onze organisatie heeft een kwaliteitsmanagement systeem geïmplementeerd op basis van de internationale ISO9001 norm. Deze norm schrijft voor dat managementsystemen worden gestoeld op een zogenaamde “Plan-Do-Check-Act” (PDCA) verbetercyclus. Gezien dat een kritische inwaartse blik of zelfreflectie ook kan worden beschouwd als een vorm van controle op het eigen functioneren bestaat er een zeer grote overlap met de “check” (ook wel controle) fase uit onze PDCA cyclus. Als onderdeel van deze controle fase voeren wij interne kwaliteitsaudits uit onder begeleiding van externe gespecialiseerde consultants. Daarom zijn ook de interne audit resultaten die wij uitvoeren in het kader van ons ISO9001 kwaliteitsmanagementsysteem belangrijk om te behandelen in dit onderdeel van het jaarverslag waarin wij stilstaan bij zelfreflectie resultaten.

Ook ten aanzien van de interne audit resultaten van 2020/2021 zijn wij erg trots. Alle kern elementen van ons managementsysteem waren norm conform. Wel waren er enkele verbeterkansen voor onze organisatie en deze willen wij graag in dit verslag toelichten:

Bevinding

De doelen zijn nog niet volledig conform de eisen van de norm uitgewerkt. Het sturen op de doelen is daarom nog niet volledig aantoonbaar.

Het sturen op de kwaliteitsindicatoren zou beter aantoonbaar kunnen worden gemaakt.

Tijdens de intake zouden de risico's nog specifiek in kaart gebracht kunnen worden.

Te nemen acties

- Ons kwaliteitsoverleg duidelijker aanwenden om sturing (monitoring) ten aanzien van kwaliteitsdoelen effectiever en beter aantoonbaar te maken.
- Jaarverslagen voor komende jaren zouden duidelijker stil kunnen staan bij de realisatie van geplande verbeterplannen (doelen).
- Ons kwaliteitsoverleg duidelijker aanwenden om sturing (monitoring) o.b.v. kwaliteitsindicatoren effectiever en beter aantoonbaar te maken.
- Verduidelijking van de risico-inventarisatie methodiek tijdens intake en bijbehorende sjablonen voor medewerkers.

Kwaliteit van het zorgproces voor het individu

'Gezond eten ontdekken'



AUDIT RESULTATEN

De eerste twee audit bevindingen hebben gemeen dat aantoonbare sturing op kwaliteit op management niveau op basis van concrete plannen (doelen) of indicatoren een aandachtsgebied voor onze organisatie zijn. Hierbij verdient het opmerking dat aantoonbaarheid duidelijk parten speelt bij deze auditbevindingen. Uiteraard monitoren en sturen wij op het kwaliteitszorgverlening maar dit is niet altijd even duidelijk vervat in documentatie of andere registratie systemen. Dit maakt niet dat het monitoringsproces zelf niet effectief is maar het bemoeilijkt wel de controle op de monitoring tijdens (interne) audits. De bijbehorende verbeter acties zullen dan ook komend jaar worden geïmplementeerd.

De derde toegelichte bevinding ziet op de client gebonden risico inventarisaties die wij uitvoeren bij de start van elk zorgtraject. Deze inventarisaties worden uitgevoerd om zorgplannen beter af te kunnen stemmen op de zorgbehoefte van de client, om op zorg gerelateerde risico's te kunnen anticiperen en om te bepalen of onze organisatie wel de juiste zorg kan leveren aan de client.

Tijdens de audit is gebleken is dat deze inventarisaties niet altijd even client specifiek genoeg waren. Het komende jaar zullen wij daarom ook met ons team gaan bepalen hoe onze intake inventarisatie methodiek kan worden aangepast of hoe de bestaande werkwijze kan worden verduidelijkt voor medewerkers door middel van thema bijeenkomsten.

“Deze inwaarts gerichte blik en kritische blik moeten wij als zorgverleners dan ook niet schuwen als het aankomt op onze eigen dienst verlening”

Geluk in eigen hand

De Juiste
Woonplek!



“Door het uiten van meningen en het bespreken van behoeften krijgt de client namelijk inspraak op de zorgverlening”

EIGEN REGIE CLIENTEN

Wij hebben in het hoofdstuk persoonsgerichte zorg al gesproken over het samen met client opstellen van zorgplannen en persoonlijke zorgdoelen. Ook is besproken dat een kernaspect van onze visie op zorg is dat wij denken in mogelijkheden voor de client gericht op samenlevingsparticipatie en verbetering van zelfstandigheid. Beide elementen zijn natuurlijk van groot belang als het gaat om eigen regie van onze cliënten. De uitkomsten van ons “Groei & Geluk” clienttevredenheidsonderzoek (CTO) laten ook zien dat deze aanpak effectief is. Op alle gerelateerde onderzoeksvragen zijn namelijk hoge ervaringscores gegeven door onze cliënten. Hierover is meer te lezen in het volgende hoofdstuk van het verslag.

Waar wij echter nog niet over hebben gesproken zijn onze ideeënbus, ons verbeteringsbeleid en onze klachtenprocedure. Gemene deler bij al deze “instrumenten” is de inspraak van onze cliënten. Door het uiten van meningen en het bespreken van behoeften krijgt de client namelijk inspraak op de zorgverlening (met andere woorden: meer eigen regie).

Hoewel er dit jaar geen klachten zijn ontvangen vanuit cliënten, diens naasten of partner zorgorganisaties zijn er wel diverse verbeteringsaanbevelingen ingediend door personeelsleden en cliënten. Verbeteringsaanbevelingen zagen onder andere op het organiseren van (groeps)activiteiten voor onze cliënten. Door de beperkingen voortkomende uit RIVM Corona adviezen waren dergelijke activiteiten namelijk vaak niet mogelijk terwijl hier wel behoefte aan was vanuit onze cliënten. Met inachtneming van de geldende adviezen vanuit de overheid is de organisatie van dergelijke activiteiten weer op gang gekomen.

De ideeënbus die was geplaatst op onze kantoorlocatie bleek tijdens navraag bij veel cliënten niet bekend te zijn. Hierdoor kwamen weinig verbeteringsaanbevelingen binnen via dit laagdrempelige participatie systeem. Dat zien wij uiteraard als een gemiste kans en hierdoor is besloten om de ideeënbus voortaan op dagbestedingslocatie te plaatsen. Wij hopen hierdoor in het komende jaar meer verbeteringsaanbevelingen te ontvangen via deze methode.

Kwaliteit van bestaan ervaren

Durf
te Stralen!



CLIENT ERVARINGEN

Kwalitatief hoogwaardige zorg “valt of staat” met ervaringen die onze cliënten hebben inzake onze zorgdienstverlening. Geluk gericht werken en persoonlijke zorg kan namelijk alleen goed worden ingevuld als wij weten hoe onze cliënten de zorgverlening ervaren. Wij voeren daarom jaarlijks een ‘Groei en Geluk” tevredenheidsonderzoek uit. Deelname aan het onderzoek is uiteraard facultatief. In het jaar 2020 hebben wij daarom met negen cliënten een volledig onderzoek uit mogen voeren. Het onderzoek kan daardoor worden beschouwd als een goede representatieve steekproef inzake clienttevredenheid.

Tijdens het onderzoek zijn diverse onderwerpen samen met de client besproken. Te denken valt o.a. aan vragen met betrekking tot: dagbesteding, werk en vorming, financieel functioneren, huisvesting, lichamelijk functioneren, en geluk gericht werken en de persoonlijke beleving van geluk. Telkens is aan de cliënten gevraagd om een cijfer op een schaal van 1 t/m 10 te geven waarbij 1 erg slecht was en 10 uitmuntend. Daarnaast is aan de cliënten gevraagd of ze ook een korte toelichting wouden geven op alle deelscores.

Het onderzoek heeft tot prachtige resultaten geleid. Meest trots zijn wij hierbij op het feit dat de laagste gemiddelde ervaringscore een 7,3 betrof en de gemiddelde begeleidingsscore en het geluk cijfer respectievelijk een 9,2 en 8,3 betroffen.

Opvallend was ook dat individuele negatieve ervaringscores, (o.a. met betrekking tot veiligheid, financieel functioneren en pedagogisch functioneren) niet zijn veroorzaakt of verergerd door de geboden begeleidingshulpverlening. In de bijbehorende toelichtingen is door cliënten gewezen op de invloed van externe zorgverleningspartijen en/of naasten. Dit onderstreept voor ons echter wel het belang van goede samenwerking met het volledige zorgteam van de client en het betrekken van naasten bij het opstellen en evalueren van zorgplannen. Het komende jaar zullen wij tijdens intervisie en ander overleg aandacht blijven vragen bij medewerkers voor goede samenwerking en communicatie met betrokken externe zorgprofessionals als huisartsen, fysiotherapeuten en de organisatie Veilig Thuis.

Een overzicht van de *gemiddelde* scores uit het ervaringsonderzoek 2020 is opgenomen op de volgende pagina.*

“Geluk gericht werken en persoonlijke zorg kan namelijk alleen goed worden ingevuld als wij weten hoe onze cliënten de zorgverlening ervaren”

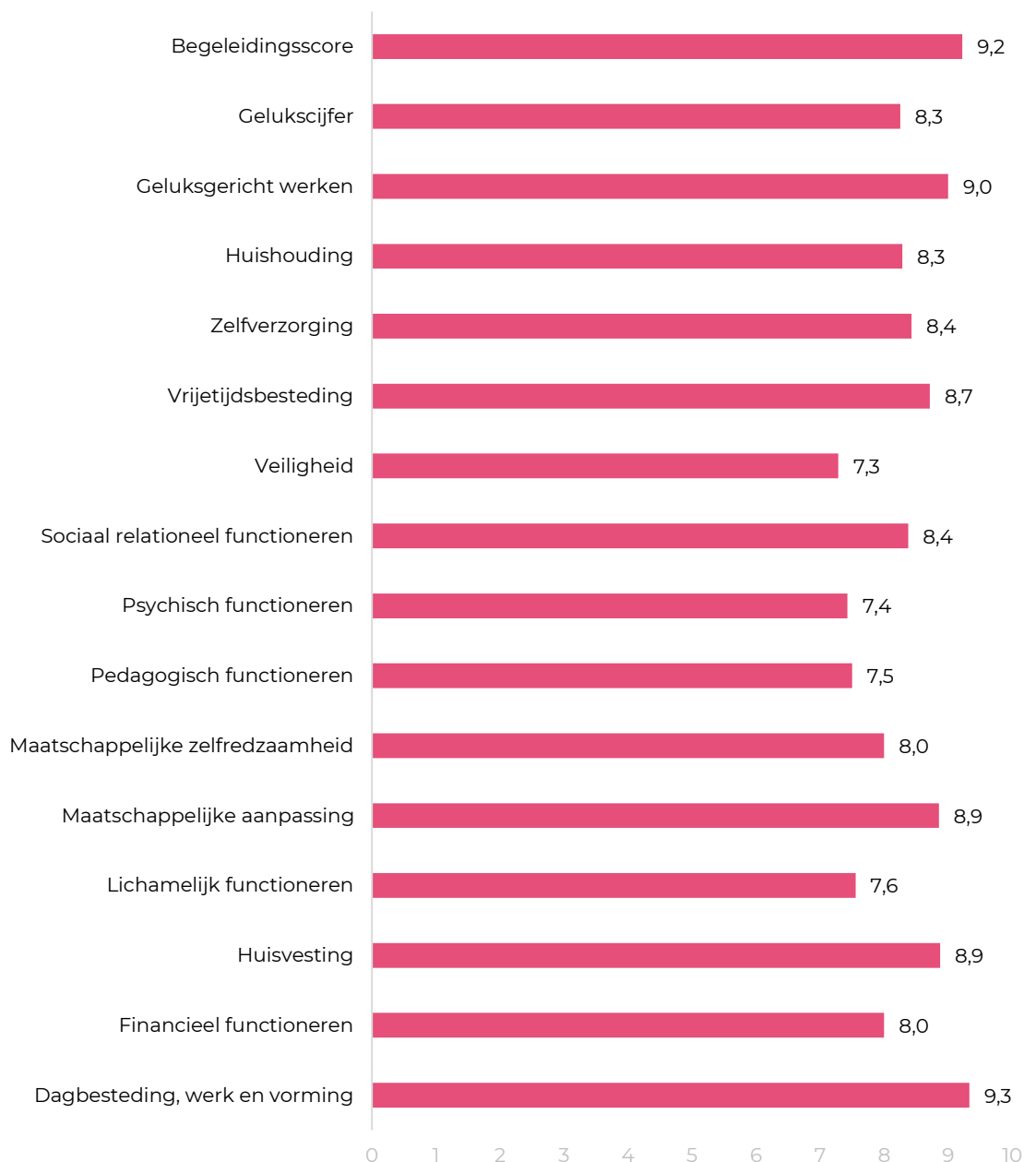
Kwaliteit van bestaan ervaren

'Durf eens
door een andere bril
te kijken'



“Het onderzoek kan daardoor worden beschouwd als een goede steekproef inzake client tevredenheid”

UITKOMSTEN ONDERZOEK



*Volledig geanonimiseerde en gespecificeerde onderzoeksresultaten zijn op aanvraag beschikbaar voor cliënten, diens naasten en toezichthoudende instanties.



ZORGRISICO'S

Het borgen van kwalitatief hoogwaardige zorgverlening vereist dat wij risico's met betrekking tot onze dienstverlening anticiperen. Een hoeksteen van onze kwaliteitsmanagement methodiek is dan ook dat wij (minimaal) jaarlijks een risicoanalyse uitvoeren.

Tijdens deze analyse inventariseren wij onder andere mogelijke risico's gerelateerd aan ons primaire zorgverleningsproces. Deze risico's voorzien wij van een risicoscore (kans x effect berekening) en tevens formuleren en initiëren wij de nodige acties om te voorkomen dat deze risico's zich verwezenlijken. Tijdens onze meest recente analyse zijn de onderstaande risico's in kaart gebracht.

Risico	Score	Te nemen of reeds genomen acties
Corona virus besmettingen	Rood	<ul style="list-style-type: none"> Erop toezien dat cliënten en medewerkers het corona protocol in acht blijven nemen en handelen volgens de richtlijnen. Om de week tijdens het casemanager overleg worden de zaken rondom Corona besproken. Cliënten weten niet voldoende hoe een sneltest afgenomen moet worden. Hierdoor kan de kans op niet (tijdig) gedetecteerde besmettingen binnen de cliënten populatie toenemen. Onze medewerkers moeten daarom snelst gebruik met cliënten bespreken.
Informatie Beveiliging incidenten	Geel	<ul style="list-style-type: none"> Informatie m.b.t. privacy onder de aandacht blijven brengen bij medewerkers. Dit verkleint de kans op informatiebeveiligingsincidenten veroorzaakt door onbewust medewerkers m.b.t. "cyber risico's". Bespreekbaar maken / drempel verlagen voor medewerkers zodat datalekken worden gemeld en vragen worden gesteld.
Belemmering zorgproces	Geel	<ul style="list-style-type: none"> Het zorgproces zou kunnen worden belemmerd als cliënten geen (passende) zorgindicaties hebben. Hiertoe worden controle uitgevoerd voor elke zorgkosten declaratie. Ook vindt er wekelijks een urencontrole plaats, cliënten zonder indicaties komen hierin naar voren waardoor acties uitgezet kunnen worden.

Grip op gevaar



Risico

Hoge drempel voor deelname aan dagbesteding door binding van cliënten aan specifieke zorgverleners

Score

Geel

Te nemen of reeds genomen acties

- Verschillende collega's inplannen op de dagbesteding.
- In de vakanties worden er andere collega's ingepland om de dagbesteding te draaien
- Betrokken collega's vragen hoe de wisseling van verschillende collega's verloopt. Dit zowel tussen de medewerkers als de cliënten richting de collega's

Risico

Cliënten met suïcidale gedachten

Score

Geel

Te nemen of reeds genomen acties

- Doordat het weinig voorkomt onder cliënten populatie is hier nog geen formeel beleid voor opgesteld. Dit beleid zal nog op moeten worden gesteld.
- Er zal een thema bijeenkomst worden georganiseerd voor medewerkers waarin dit onderwerp en het beleid zal worden behandeld.

Alle te nemen acties om de impact van deze risico's te mitigeren of om de kans van verwezenlijking van het risico te verkleinen zullen worden meegenomen in ons verbeterplan voor het komende jaar.

Het verdient nog opmerking dat de in dit hoofdstuk opgenomen risico's geen volledig beeld geven van de totale risico inventarisatie. De opgenomen risico's zijn namelijk alleen degene die zijn toegevoegd tijdens de meest recente inventarisatie. Daarnaast zijn risico's die geen rechtstreeks verband houden met de kwaliteit van zorg niet opgenomen in dit overzicht. Dit maakt dat bijvoorbeeld mogelijke risico's met een impact op de financiële gezondheid van onze organisatie wel degelijk geïnventariseerd maar niet zijn opgenomen in dit rapport.

De gebezigde methode voor risico-inventarisatie heeft tot goede resultaten geleid en zal dan ook door ons de komende jaren worden gebruikt als onderdeel van onze kwaliteitsmanagement systematiek.

Grip op gevaar

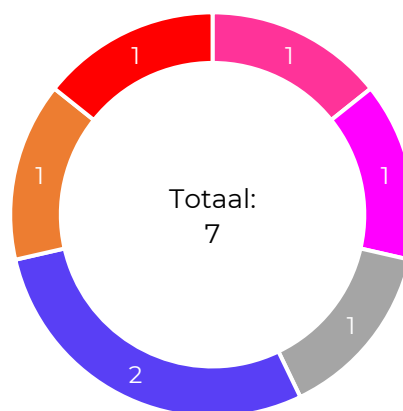


INCIDENTEN

Ondanks onze zorgvuldigheid en getroffen maatregelen is het mogelijk dat zich onverwachte gebeurtenissen voordoen met een mogelijke negatieve impact op de kwaliteit van onze dienstverlening.

Met behulp van onze incidentenprocedure proberen wij te voorkomen dat dergelijke incidenten onopgemerkt blijven, niet tijdig worden behandeld, dat er geen lering wordt getrokken uit de incidenten of dat incidenten zich onnodig herhalen. In totaal hebben zich in de rapportage periode 7 incidenten voorgedaan. Hieronder ziet een grafische weergave van de incidenten geordend op basis van onderwerp:

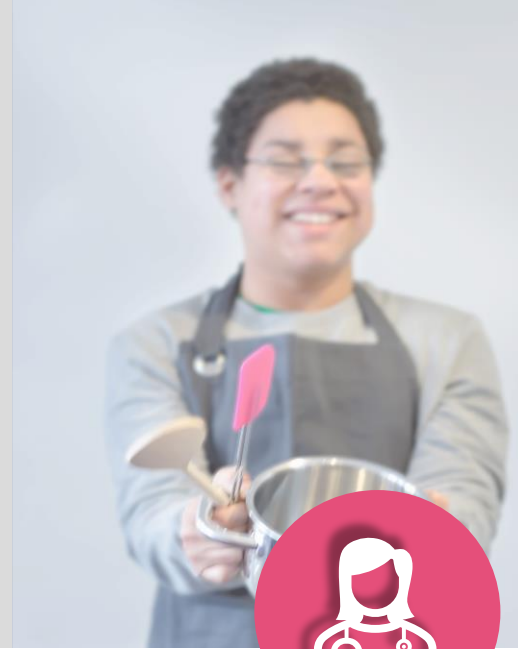
“Met behulp van onze incidenten procedure proberen wij te voorkomen dat dergelijke incidenten onopgemerkt blijven”



- Hygiene lichaam
- Suicidale gedachten
- Medicatie
- Hygiene woning
- Huiselijk geweld
- Fysieke agressie

Bij alle incidenten is onmiddellijk door onze medewerkers actie ondernomen. Hierbij kan gedacht worden aan het inschakelen van bij de client betrokken externe zorgverleners als huisartsen in geval van een medicatie incident, of de aanpassing van zorgplannen en begeleidingsdoelen bij hygiëne incidenten. Ook zijn alle incidenten, en de directe behandeling van de incidenten, geanalyseerd door onze organisatie. Deze analyses hebben echter niet tot conclusies geleid inzake aanpassing van begeleidingsmethodieken. Wel is er na aanleiding van het incident inzake suïcidale gedachten besloten om een organisatiebeleid inzake suïcidaliteit op te stellen en een themabijeenkomst voor medewerkers te organiseren over dit onderwerp.

Kennis & ervaring



DESKUNDIGHEID

AB Hulp Twente werft uitsluitend medewerkers die over passende zorg kwalificaties beschikken. Dit maakt dat de essentiële competentie van onze medewerkers voor de uitvoering van begeleidingswerkzaamheden is geborgd.

Als team moeten wij echter ook blijven werken aan de invulling van onze “permanente educatie” om te zorgen dat onze competenties ook blijven aansluiten bij de zorgvraag van onze cliënten, de ontwikkelingen binnen ons vakgebied en de veranderingen in wet- en regelgeving.

Wij geven hier invulling aan door het opstellen van functieprofielen waarin bovengenoemde dynamische competentie eisen zijn opgenomen. Vervolgens hanteren wij een functioneringsgesprek cyclus waarin wij met medewerkers bespreken:

- Vakinhoudelijk competentie gericht op diverse zorg leefgebieden en processen;
- Organisatie competentie gericht op samenwerking, gebruik van (digitale) systemen, zorg taak planning, veiligheid en communicatie;
- Persoonlijk gedrag en competenties waarin wij spreken over leefstijl, werkplezier, werkdruk, balans werk/privé, geluksgericht voor jezelf en verantwoordelijkheid;
- Opleidingsbehoefte in samenhang met ambities en de mogelijkheden om door te groeien naar andere functie en functiewaarderingen.

Naar aanleiding van deze gesprekken worden samen met onze medewerkers persoonlijke ontwikkelingsplannen (POP) opgesteld. Ook in 2020 zijn deze functioneringsgesprekken met medewerkers conform planning gevoerd, en zijn indien gewenst POP plannen opgesteld. De methodiek is ook dit jaar door zowel medewerkers als management als plezierig en effectief ervaren.

Naast competentie borging/management op basis van POP gesprekken en plannen zijn er door AB Hulp Twente in 2020 ook diverse themabijeenkomsten georganiseerd voor onze medewerkers. Ook tijdens deze bijeenkomsten worden ontwikkelingen met betrekking tot organisatie zorgbeleid of vakinhoudelijke ontwikkelingen besproken.

“De methodiek is ook dit jaar door zowel medewerkers als management als plezierig en effectief ervaren.”

Alsmar beter



VERBETERPLANNEN

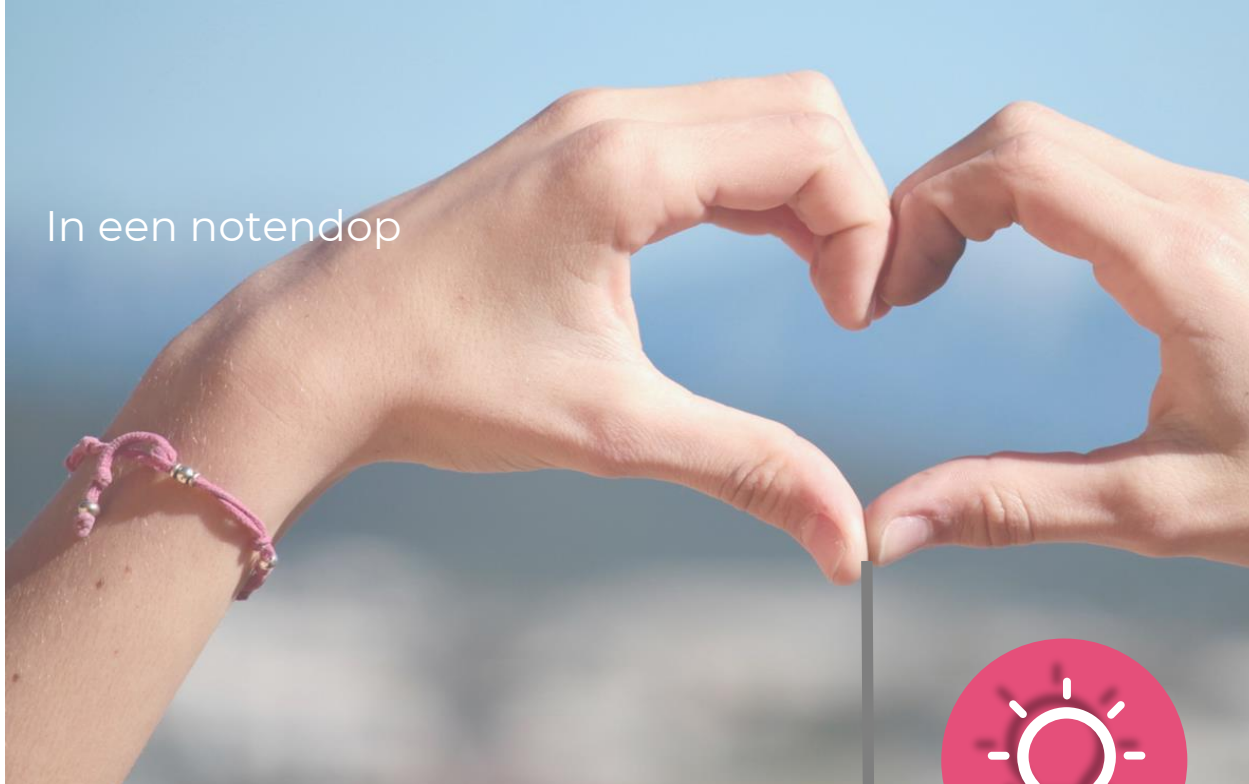
In dit rapport zijn in verscheidende hoofdstukken punten ter verbetering van onze zorgkwaliteit naar voren gekomen. Deze punten vatten wij hieronder nogmaals samen.

- De verbeterplannen zullen, indien mogelijk, in het jaar 2021 worden geïmplementeerd door onze organisatie. In het kwaliteitsrapport van dat jaar zal dan worden besproken of en hoe deze doelen zijn gerealiseerd.
- Het proces van zelfreflectie en monitoring op kwaliteit middels overleg, kwaliteitsindicatoren verbeteren om zo de (aantoonbare) sturing op kwaliteitszorg niveau borging te versterken;
- Weer meer groepsactiviteiten organiseren voor cliënten binnen de mogelijkheden van de geldende Corona RIVM richtlijnen;
- Participatie aan het clienttevredenheidsonderzoek borgen en/of verhogen en de effectiviteit van de Groei en Geluk meting borgen door toelichtingen op gegeven scores te blijven inventariseren.
- Middels themabijeenkomsten of andersoortige trainingen of bewustzijns campagnes bij personeel blijven sturen op het belang van samenwerking met bij de client betrokken zorgketen partners.
- Informatiebeveiligingsbewustzijn van medewerkers verbeteren door middel van trainingen en/of gerichte campagnes.
- Themabijeenkomst inzake suïcidaliteit organiseren om medewerkers beter bekend te maken met ons beleid en de daarin voorgeschreven handelwijze.
- Meer concrete en SMART geformuleerde organisatie doelen opstellen en voortgang monitoren middels ons periodieke kwaliteitsoverleg
- Client gebonden zorgrisico inventarisatie methodiek verbeteren en/of de methodiek toelichten aan medewerkers.
- Diverse verbeter suggesties van externe kwaliteitsconsultants voortgekomen uit de interne audit doorvoeren in ons kwaliteitsmanagementsysteem*

*Alleen significante verbeterpunten zijn opgenomen in dit rapport. Het volledige interne audit rapport met alle bevindingen is voor geautoriseerde medewerkers en toezichthouders op aanvraag beschikbaar.

“De plannen die wij hebben om onze dienstverlening de komende jaren nóg beter te maken”

In een notendop



Zoals u heeft kunnen lezen was het jaar 2020 voor onze organisatie een bewogen jaar gekenmerkt door de pandemie perikelen. Toch kijken wij terug op een jaar waarin er nog veel geluk was te vinden in de kleine dingen, zowel voor onze cliënten als onze medewerkers.

Ook hebben wij als organisatie nog steeds stappen kunnen maken richting een alsmear hoger niveau van zorg kwaliteit. Daar zijn wij trots op!

Wij willen u bedanken dat u de tijd heeft genomen om dit rapport door te nemen. De komende jaren kunt u onze ontwikkelingen via deze rapporten blijven volgen. Mocht u naar aanleiding van dit rapport of in afwachting van het rapport 2021 nog vragen hebben schroom dan niet om contact met ons op te nemen.

Marly Fransen - Geelen
Directeur AB Hulp Twente

“Ook hebben wij als organisatie nog steeds stappen kunnen maken richting een alsmear hoger niveau van zorg kwaliteit. Daar zijn wij trots op”

NEEM CONTACT MET ONS OP

Heeft u vragen naar aanleiding van het lezen van dit kwaliteitsrapport? Aarzel dan niet om contact met ons op te nemen met behulp van de onderstaande contact informatie.

AB Hulp Twente

Spoorstraat 10
7572 CZ Oldenzaal

Tel: 0541-534232

E-mail: info@abhulptwente.nl