KWALITEITSRAPPORT 2022

DE BRUGGEN
Kamertraining en woonbegeleiding op maat
"Een pad ontstaat door te gaan"

Lloydsterras 6
9641 DZ Veendam

☎ 0598 820 990

@ info@bijdebruggen.nl

www.bijdebruggen.nl

Inhoud

Voorwoord ... 3
2. De organisatie in een notendop ... 4
2.1 Visie, missie en kernwaarden ... 4
2.2 Raad van Bestuur en management ... 4
2.3 Het jaar in cijfers ... 5
2.3.1 Cliënten: ... 5
2.3.2 Medewerkers ... 6
3.Van 2021 naar 2022 ... 7
3.1 Invoer en vervolg op Fasegericht Werken ... 7
3.2 Covid-19 pandemie ... 7
4. Kwaliteit van het zorgproces ... 8
4.1 Visie op zorg ... 8
4.2 Methodieken binnen De-Bruggen ... 9
4.3 Fasegericht werken ... 10
4.4 Het begeleidingsproces ... 11
4.5 Rapporteren en dossiervorming ... 12
4.6 Veiligheid ... 13
4.7 Vrijheidsbeperkende maatregelen ... 13
5 Forensische Zorg ... 14
5.1 Veiligheid en persoonsgerichte zorg ... 14
5.2 Forensisch Vakmanschap ... 15
5.3 Organisatie van zorg ... 15
5.4 Samenwerken ... 16
5.5 Informeren over resultaten ... 16
6 De cliënten van De-Bruggen ... 17
6.1 Clientmedezeggenschap ... 17
6.2 Cliënttevredenheidsonderzoek ... 18
7 Onze medewerkers ... 19
7.1 Duurzaam inzetbare medewerkers ... 19
7.1.1 Onderzoeks- en adviesrapport door HRM student ... 19
7.1.2 Strategische PersoneelsPlanning (SPP) ... 20
7.2 Medewerkerstevredenheidsonderzoek (MTO) ... 21
7.3 Duurzame inzetbaarheid en verzuim ... 22
7.4 Arbeidsomstandigheden en RI&E ... 23
7.5 Duurzaamheid ... 24
8. Kwaliteitsmanagementsysteem (KMS) ... 24
8.1 Risicomanagement ... 25
8.2 Verbetermaatregelen ... 25
8.3 Kritische Prestatie Indicatoren ... 26

8.4 PDCA cyclus 26
9 Kwaliteitsmetingen 27
9.1 Interne audit 2022 27
9.2 Externe audit 2022 27
9.3 Klachten en vertrouwenspersoon 27
9.4 Veilig Incidenten Melden (VIM) 28
10. Conclusies 30
10.1 Wat gaat goed en waar zijn we trots op? 30
10.2 Wat zijn aandachts- en verbeterpunten? 31
11. Een blik richting het komende kalenderjaar 32
12 Reflectie van de verschillende raden 33
12.1 De Raad van Bestuur 33
12.2 De cliëntenraad 33
12.3. De ondernemingsraad 33
12.4 De Raad van Commissarissen 33
13. Colofon 34

Voorwoord

Voor u ligt het kwaliteitsrapport van De-Bruggen b.v. over 2022, waarmee we inzicht verschaffen in de organisatie als lerend orgaan. Dit rapport is tot stand gekomen met behulp van de richtlijnen van de verschillende kwaliteitskaders waar De-Bruggen mee werkt: Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017 – 2022, Kwaliteitskader Beschermd Wonen WMO, en het Kwaliteitskader Forensische Zorg 2022 - 2028.

De hierin omschreven bouwstenen hebben betrekking op de kwaliteit van het zorgproces aan de individuele cliënt, de cliëntervaringen en betrokken en vakbekwame medewerkers. Daarnaast geeft De-Bruggen een inkijk in haar kwaliteitsmanagementsysteem met de belangrijkste aandachtspunten van 2022.

Het rapport is voor openbaarmaking gedeeld met de ondernemingsraad, de Raad van Bestuur en de Raad van Commissarissen. Hun reflectie op dit rapport is te lezen in hoofdstuk 12.

Mei 2023

Carmen Buringa
Kwaliteitscoördinator De-Bruggen b.v.

2. De organisatie in een notendop

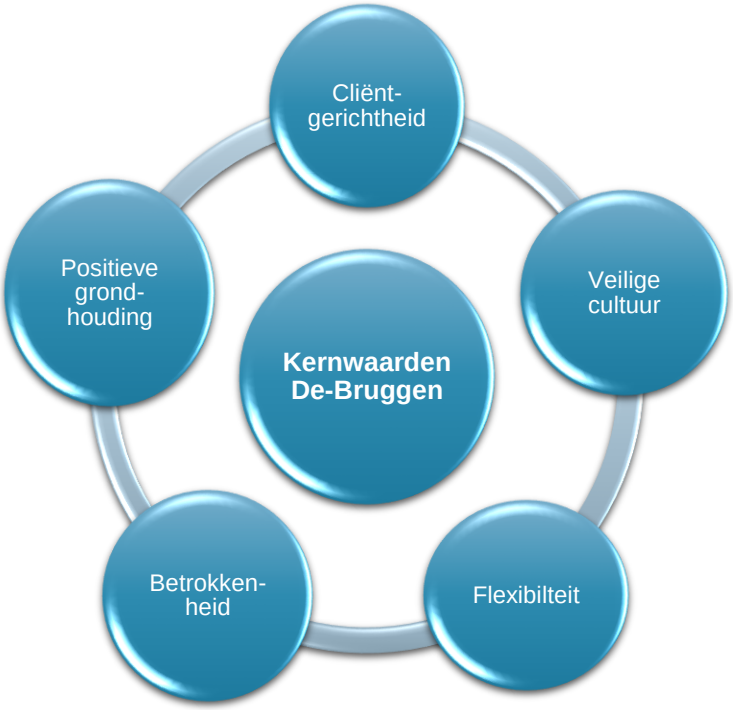
In onderstaand hoofdstuk wordt een korte profielschets gegeven van de organisatie. Voor een uitgebreid beeld van De-Bruggen verwijs ik u naar het kwaliteitsrapport over 2021, deze is te vinden op onze website: www.bijdebruggen.nl/kwaliteit

De-Bruggen biedt beschermd wonen, dagbesteding en begeleiding op individueel- en groepsniveau. Door het bieden van maatwerk ondersteunen we onze cliënten tot het behalen van een zo hoog mogelijke mate van zelfredzaamheid. We doen dit voor mensen vanaf 17 jaar met een indicatie vanuit de WMO, WLZ (GZ / GGZ) of Forensische Zorg.

2.1 Visie, missie en kernwaarden

De-Bruggen bekijkt de cliënt als individu. Hierbij staat de individuele hulpvraag centraal. Waar veel organisaties een cliënt en diens hulpvraag beoordelen op basis van diagnostiek en het verleden, kijkt De-Bruggen naar de wens en de actuele mogelijkheden van de cliënt. De-Bruggen werkt daarom niet met vaste cliëntenprofielen maar beoordeelt elke cliënt individueel. Alle mensen met een passende hulpvraag en een actieve veranderwens zijn bij De-Bruggen welkom. Dit wordt nader beschreven in onze in- en exclusiecriteria.
De-Bruggen speelt in op de wens van de maatschappij en cliënt. Hierbij staat de cliënt als individu altijd centraal. Deze menselijke benadering die zich kenmerkt door betrokkenheid, aanwezigheid en contact maakt dat de cliënt zich gesteund en gehoord voelt.

Naast het voldoen aan de algemene waarden en normen zoals omschreven in de Governancecode Zorg heeft De-Bruggen een aantal kernwaarden:



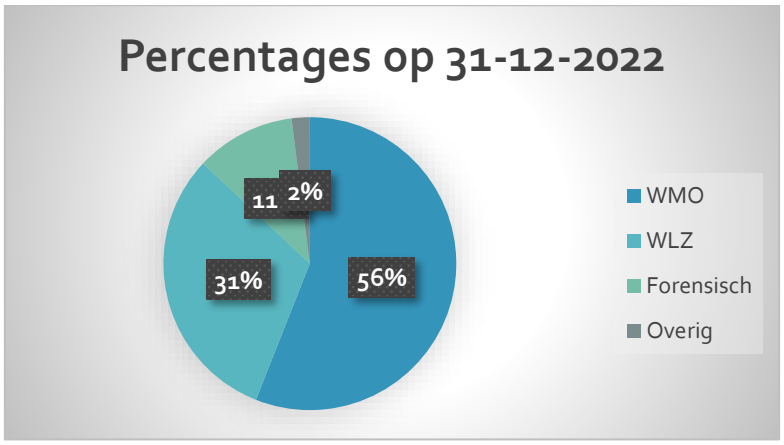
2.2 Raad van Bestuur en management

De raad van bestuur bestaat uit drie leden; oprichter dhr. E. Coenen, dhr. L. L. Coenen en dhr. K. J. Coenen. Vanaf eind 2022 is een managementteam gevormd, waar dhr. L.L. Coenen voorzitter van is. De overige leden zijn de HR-manager, beleidscoördinator en de kwaliteitscoördinator. Gezamenlijk vormen zij het klein MT. De drie locatiemanagers sluiten eenmaal per twee maanden aan en vormen hiermee het groot MT. Deze structuur heeft in 2022 gedraaid in de vorm van een pilot, in 2023 zal dit verder vorm krijgen. Primair houdt het MT zich bezig met de (strategische) beleidsvoering van de organisatie.

2.3 Het jaar in cijfers

2.3.1 Cliënten:

Aantal cliënten in zorg					
	Totaal:	**WLZ:**	**WMO:**	**Forensisch:**	**Overig:**
1 januari 2022	81	21	49	10	1
1 juli 2022	80	21	45	11	3
31 december 2022	81	25	45	9	2



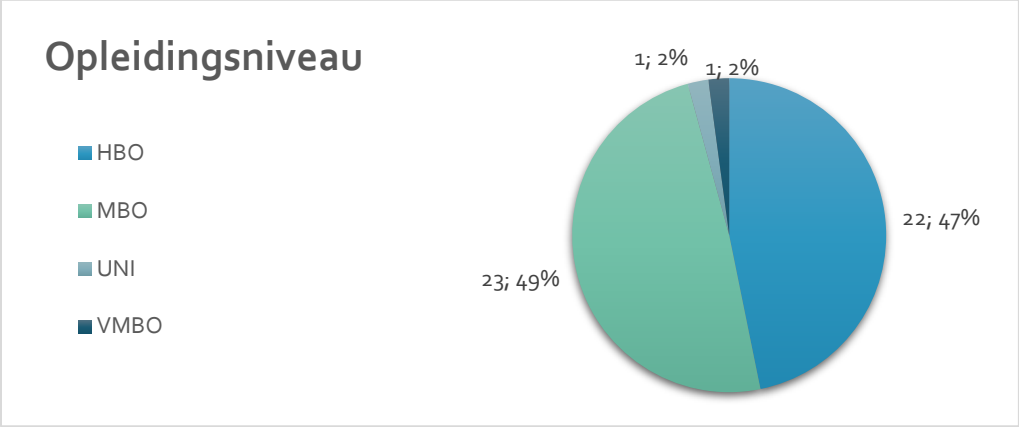
Zoals in bovenstaande tabel is te zien, hadden we gedurende 2022 gemiddeld 81 cliënten in zorg. Gedurende het jaar 2021 hadden we gemiddeld 75 cliënten in zorg, dit betekent een lichte stijging van 8% t.o.v. 2021.
Van de gehele cliëntenpopulatie is ongeveer 2/3e mannelijk, en 1/3e vrouwelijk.

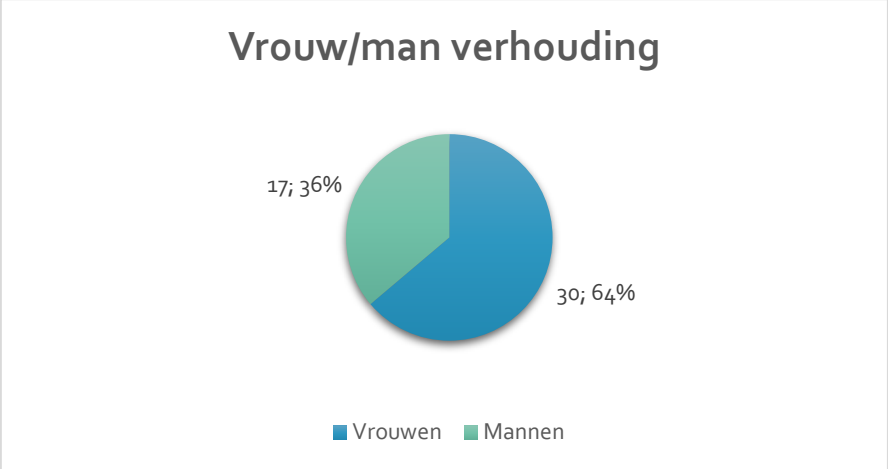
Van deze gemiddeld 81 cliënten woont ongeveer 2/3e op onze woonlocaties in de provincie Groningen (locatie Havenstraat en locatie Nijveenlaan) en 1/3e op onze woonlocatie in het Drentse Zuidlaren. Daarnaast hadden we in 2022 gemiddeld twee ambulante cliënten, allebei in de provincie Groningen. Vanwege het groot aantal contracten in de regio werd 98% van onze zorg geleverd op basis van Zorg in Natura. Deze cijfers zijn vergelijkbaar met die van 2021.

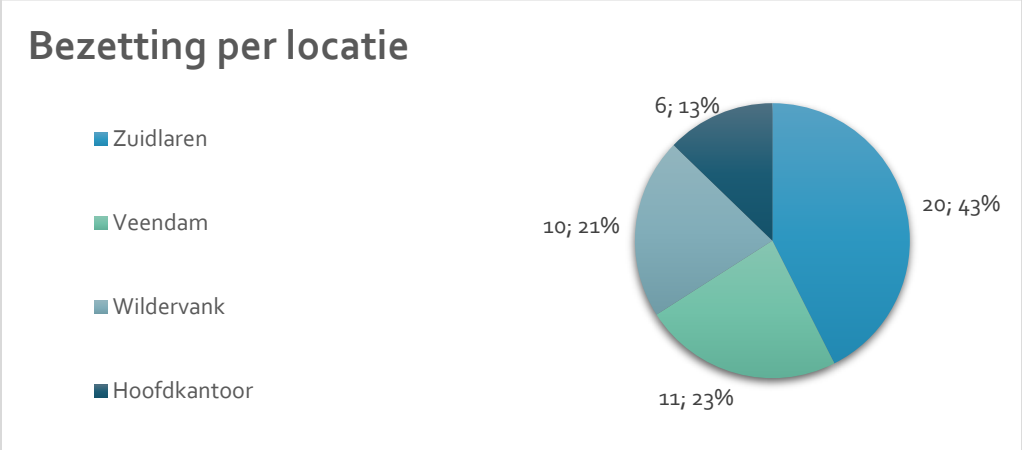
Het gemiddelde bezettingspercentage lag in 2022 organisatiebreed op 89%. In 2021 was dit 86%. Het resultaat in 2022 is bijna conform de intern gestelde norm van 90%. Hierbij dient echter opgemerkt te worden dat dit gemiddelde is opgebouwd uit onze drie woonlocaties, waarbij de locaties in Veendam en Wildervank gemiddeld op een bezettingspercentage van 95% zitten, terwijl de locatie in Zuidlaren structureel onder de norm zit. In 2022 varieerde het bezettingspercentage daar tussen de 74% en 84% met een gemiddelde van 79%. In 2021 was het gemiddelde bezettingspercentage van deze locatie 77%. In 2023 zal het bezettingspercentage van de locatie in Zuidlaren extra aandacht krijgen met als doel ook deze naar de 90% te krijgen.

2.3.2 Medewerkers

In 2022 had De-Bruggen gemiddeld 48 medewerkers in dienst, dit betreft 40 FTE. De gemiddelde leeftijd ligt op 37 jaar, de jongste medewerker is 19 jaar, de oudste medewerkers is 64 jaar. Overige informatie over onze medewerkers in 2022:







In 2022 zijn 17 medewerkers uitgestroomd en 24 medewerkers ingestroomd. De hoge uitstroom is een opvallend signaal, dat nader aandacht heeft gekregen in 2022. Meer hierover kunt u lezen in hoofdstuk 5.3, duurzame inzetbaarheid en verzuim.

3.Van 2021 naar 2022

Het jaar 2021 was een bewogen jaar. Twee van de belangrijkste pijlers in dat jaar waren de Covid-19 pandemie en de invoer van een nieuwe werkwijze, namelijk het Fasegericht Werken. In dit hoofdstuk schetsen we een korte terugblik op deze punten, en hoe zich dat in 2022 heeft voortgezet.

3.1 Invoer en vervolg op Fasegericht Werken

Zoals te lezen is in het kwaliteitsrapport van 2021 hebben we in dat jaar het Fasegericht Werken ingevoerd in de organisatie. Dit was een traject dat niet zonder hindernissen is verlopen, wat o.a. heeft geresulteerd in een hoog verloop binnen het medewerkersbestand. Ondanks enkele nadelige consequenties op korte termijn, hebben we in 2022 daarentegen ook de positieve effecten en de uiteindelijke doelstellingen gemerkt van de implementatie van deze werkwijze. Zo zien we meer stabiliteit in de teams t.o.v. 2021 wat terug is te zien in de verloopcijfers: 17 t.o.v. 24 in 2021. Ook zien we positieve resultaten terug in het medewerkerstevredenheidsonderzoek van 2022, zie hoofdstuk 5.2.

Ook onze cliënten ervaren positieve effecten van het Fasegericht werken. Zo geven zij aan meer duidelijkheid en perspectief te ervaren binnen hun traject t.a.v. doorstroom van Fase 1 naar 2 en verder. Dit was ook een van de conclusies uit het CTO vain eind 2021.
Daarnaast sluit het Fasegericht werken zichtbaar aan bij de beweging om onze cliënten een zo zelfstandig mogelijke woonplek te bieden. Door daarin intern te kunnen facilitieren, bieden we onze cliënten zoveel mogelijk autonomie binnen hun traject. Dit thema hangt samen met de toekomstbestendigheid van de zorg. Hiervoor hebben VGN, Zorgkantoren en zorgaanbieders een aantal uitgangspunten opgesteld om de zorg betaalbaar en duurzaam te houden. Het Fasegericht werken sluit hier goed bij aan.
Al met al een strategische keuze binnen de bedrijfsvoering waar we positief op terugkijken. Middels de CTO’s en MTO’s blijven we de doelstellingen monitoren en onderzoeken we stuctureel of het Fasegericht Werken nog steeds aansluit bij onze medewerkers, cliënten en organisatie.

3.2 Covid-19 pandemie

De jaren 2020 en 2021 stonden wereldwijd grotendeels in het teken van Covid-19, zo ook binnen onze organisatie. De pandemie had impact op veel gebieden, doordat medewerkers met milde klachten niet konden werken, werd de werkdruk verhoogd. Medewerkers moesten vaak invallen voor een collega, of moesten de klus klaren met een uitzendkracht naast zich. Ook onder onze cliënten kwam met enige regelmaat een besmetting voor, wat wederom veel flexibiliteit en betrokkenheid vroeg van de medewerkers. Onder cliënten heerste een tevens onzekerheid omtrent de pandemie. In 2022 zagen we dat dit iets milder verliep dan het jaar ervoor. We konden zelftesten afnemen, wat aanzienlijk positieve impact had op het (kortdurende) verzuim en de werkdruk. Immers, waar je eerder een GGD testuitslag af moest wachten, wist een medewerker met verkoudheidsklachten nu binnen tien minuten of hij wel of niet kon werken. Ook de richtlijnen werden versoepeld, en bovendien raakte het bestaan van dit virus meer in ons systeem. Er kwam meer bekendheid, en (daardoor) minder angst voor Covid-19. Medewerkers en cliënten konden zich desgewenst laten vaccineren, wat tevens zorgde voor een gevoel van vertrouwen. Waar in 2020 en 2021 nog veel onrust ontstond bij verkoudheidsklachten en/of een positieve test, was dat in 2022 veel minder. Met duidelijke richtlijnen wist de medewerker precies welke stappen te ondernemen in geval van klachten of een positieve test. Meer efficiëntie en duidelijkheid in de werkwijze omtrent Covid-19 zorgde voor meer stabiliteit. Ook cliënten waren aanzienlijk minder angstig omtrent Covid-19. Dit heeft bijgedragen aan verhoogde stabiliteit op de werkvloer, en een verlaging van het korte verzuimpercentage. Door het versoepelen van de richtlijnen, o.a. op het gebied van mondkapjes, daalden ook de bijbehorende kosten. Al met al speelde Covid-19 in 2022 een minder prominente rol binnen de organisatie dan de twee jaren ervoor.

4. Kwaliteit van het zorgproces

4.1 Visie op zorg

Het bieden van ondersteuning aan onze cliënten is onze kernactiviteit. Ons streven is te allen tijde kwalitatief volwaardige zorg te leveren. Hierin staat de cliënt en diens individuele hulpvraag centraal. De-Bruggen probeert te voorkomen om met vastgelegde cliëntenprofielen te werken en beoordeelt, benadert en begeleidt elke cliënt individueel. Alle mensen met een passende hulpvraag en een actieve veranderwens zijn bij De-Bruggen welkom. Dit wordt nader beschreven in onze in- en exclusiecriteria.

Aansluitend op onze visie op zorg hebben wij ons werkveld verbreed in 2020 met de Forensische Zorg. Deze doelgroep past binnen onze overtuiging dat de cliënt centraal staat, in plaats van de problematiek. We ondersteunen cliënten met een Forensische achtergrond om terugval in delictgedrag te voorkomen, en zo, in samenwerking met netwerkpartners, een veilige terugkeer naar de maatschappij te bereiken.

Regionale en landelijke ontwikkelingen zijn van invloed op onze werkwijze en visie. We hebben te maken met krapte op de arbeidsmarkt, vergrijzing in de zorg, decentralisaties, bezuinigingen en inflatie, ambulantisering en wachttijden in de behandelcentra. Allerlei (risico)factoren waar we als organisatie voortdurend op moeten anticiperen en reageren. Deze thema’s hebben ook in 2022 invloed gehad op onze organisatie, zoals u zult teruglezen in dit rapport.

Ondanks al deze externe factoren streven we in de kern naar het leveren van maatwerkbegeleiding aan onze cliënten. Ieder individu is verschillend, geen cliënt (en dus ook geen hulpvraag) is gelijk. De cliënt is dus zelf medeverantwoordelijk voor de inhoud van de te leveren begeleiding. Zijn of haar doelen en wensen worden gezamenlijk met de begeleiding en betrokken derden in kaart gebracht en fungeren als basis voor het begeleidingstraject. De eigen mogelijkheden en kracht staan hierbij centraal. De ondersteuning van De-Bruggen is hierop een aanvulling.

De-Bruggen heeft ruime ervaring met een grote verscheidenheid aan psychiatrische problematieken. Het inzetten van specialistische medewerkers in combinatie met onze samenwerkingen met externe professionals in het (regionale) werkveld maakt dat De-Bruggen een actieve bijdrage levert aan het dagelijkse leven van onze cliënten. Deze bijdrage is terug te brengen tot vier pijlers:

1. **Adviseren en overnemen** van cliënten op basis van ervaring en kennis van de medewerkers. De-Bruggen gelooft in de eigen regie van de cliënt. Het overnemen van zaken probeert De-Bruggen indien mogelijk te voorkomen. Als dit wegens omstandigheden niet mogelijk is, neemt De-Bruggen een adviserende rol aan en/of neemt alsnog zaken over van de cliënt.

2. **Begeleiden en ontwikkelen** van cliënten die hun eigen regie willen verkrijgen en ontwikkelen. Deze begeleiding is gericht op het behalen van persoonlijke doelen en de gewenste situatie van de cliënt. Hierbij werkt De-Bruggen met een oplossingsgerichte methodiek.

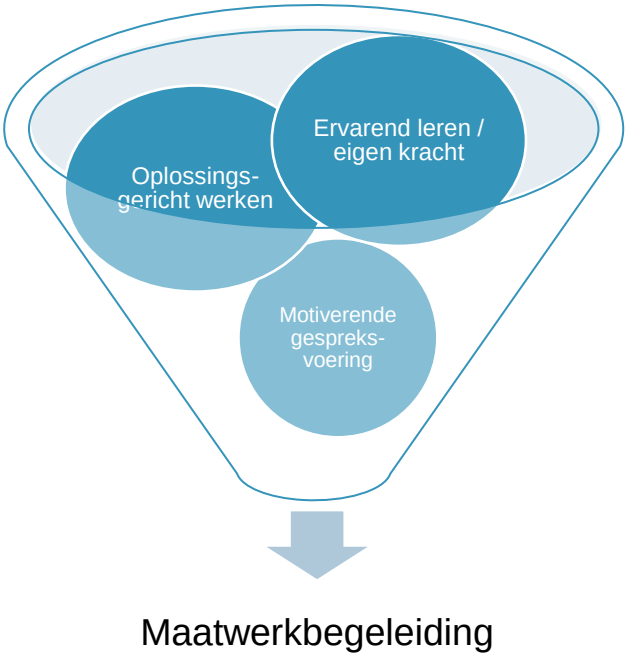
3. **Motiveren en aanmoedigen** van cliënten die de eigen regie willen behouden.
   Door middel van motiverende gespreksvoering stimuleert De-Bruggen de cliënt om haar eigen regie te behouden en op zoek te gaan naar hogere doelen.

4. **Verbinden en toevertrouwen** van het behouden van behaalde doelen.
   De laatste stap in het hulpverleningstraject van een cliënt is het zoeken van de verbinding met de maatschappij. Samen met de cliënt en samenwerkingspartners bekijkt De-Bruggen welke opties de cliënt heeft om zich zelfstandig staande te houden in de maatschappij.

4.2 Methodieken binnen De-Bruggen

Binnen De-Bruggen wordt van de medewerkers verwacht dat zij de cliënt en diens hulpvraag centraal stellen. Om die reden dient de medewerker te kijken welke begeleidingsmethodiek het beste bij de cliënt past, en hierop in te zetten. Facetten die de medewerker van De-Bruggen te allen tijde hanteert komen voort uit eigen kracht, oplossingsgericht werken en denken, motiverende gespreksvoering en ervarend leren. Medewerkers worden hierin geschoold middels interne- en externe trainingen. Ons gehele trainingsaanbod is terug te vinden in het scholingsbeleid.

De-Bruggen maakt gebruik van verschillende methodieken om de individuele doelstellingen van onze cliënten te bereiken. Doordat wij ons niet richten op één specifieke doelgroep, richten wij ons ook niet op één specifieke methodiek. Ze kunnen we voor iedere cliënt maatwerk organiseren en blijven we flexibel in onze werkwijze. We hanteren hierbij aspecten uit verschillende methodieken:



Dhr. E. Coenen, algemeen directeur en tevens oprichter van De-Bruggen, is zeer bekend met de verschillende methodieken. Hij zet zich intensief in om deze kennis over te brengen naar de medewerkers en richt zich op grote schaal op deskundigheidsbevordering met bovengenoemde methodieken als leidraad. Daarnaast wordt expertise ingekocht van externe professionals vanuit Verslavingszorg Noord Nederland (VNN) en een gedragswetenschapper.

4.3 Fasegericht werken

Het Fasegericht werken is gebaseerd op de fases binnen het begeleidingstraject van de cliënt.

Fase 1:
In Fase 1 is sprake van 24-uurs toezicht. Cliënten kunnen te allen tijde terugvallen op de aanwezige begeleiding. Er wordt op geplande en ongeplande momenten individuele begeleiding geboden. Begeleidingsdoelen zijn doorgaans gericht op het vergroten van de zelfredzaamheid en het reduceren van eventuele symptomen voortkomend uit (verslavings)problematiek. Dit type zorg wordt geleverd op onze woonlocaties in Zuidlaren en Veendam aan cliënten met een indicatie voor Beschermd Wonen vanuit de WMO, WLZ of Forensische Zorg.

Fase 2:
In Fase 2 is sprake van 24-uurs nabijheid. Cliënten hebben enige mate van zelfredzaamheid. Ze kunnen te allen tijde een beroep doen op begeleiding. Zij zijn 7 dagen per week op gezette tijden aanwezig op de locatie. Daarnaast wordt er met name geplande en ongeplande momenten begeleiding geboden. Begeleidingsdoelen zijn doorgaans gericht op stabilisatie. Dit type zorg wordt geleverd op onze woonlocatie in Wildervank aan cliënten met een indicatie vanuit de WMO, WLZ of Forensische Zorg. Doorgaans zijn deze mensen gestart in Fase 1 en door het behalen van hun doelen, doorgestroomd naar Fase 2.

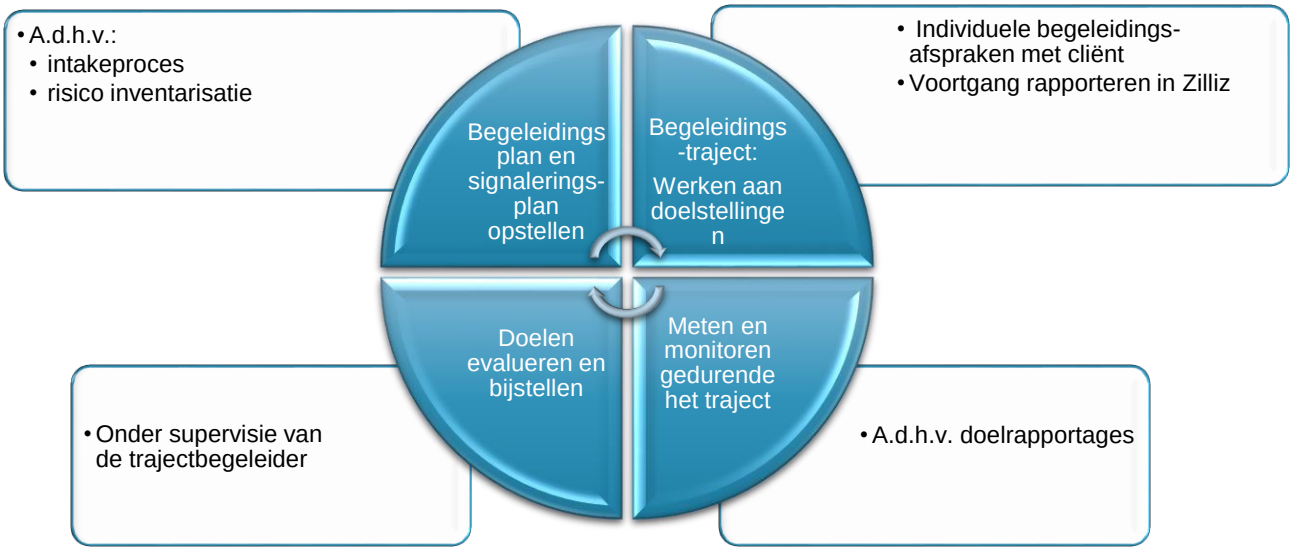
Fase 3:
Cliënten die stabiel voldoende zelfredzaam zijn en in staat zijn hun hulpvraag uit te stellen, kunnen doorstromen naar een woonconstructie met meer autonomie. Zij kunnen gebruik maken van het concept ‘proefwonen’ waarbij voor de periode van een jaar het huurcontract op naam staat van de zorgaanbieder. De cliënt krijgt ambulante ondersteuning van de zorgaanbieder. Indien noodzakelijk is er tevens de mogelijkheid om nog terug te kunnen vallen op de 24-uurs achtervang van De-Bruggen. Door deze constructie kan adequaat worden op- en afgeschaald waar nodig. De samenwerking tussen gemeente, woningbouwvereniging en zorgaanbieder is hierbij essentieel. Wanneer de cliënt in dit jaar aantoont voldoende zelfredzaam te zijn en zich houdt aan de afspraken in het huurcontract, kan de cliënt de woning vervolgens op z’n eigen naam krijgen. Begeleiding kan zover mogelijk worden afgeschaald naar enkele uren per week. Indien nodig kan ook weer worden opgeschaald wanneer blijkt dat de hoeveelheid ondersteuning (tijdelijk) ontoereikend is.
Dit type zorg wordt geleverd in de gemeente Veendam en omstreken, en gemeente Tynaarlo en omstreken, op basis van maatwerkafspraken.

4.4 Het begeleidingsproces

Het begeleidingsproces is grofweg op te delen in drie fasen: de intakefase, de kennismakingsfase en de begeleidingsfase.

Fase 1: Intakefase	De periode tussen de aanmelding van de cliënt en start van het begeleidingstraject binnen De-Bruggen. In deze fase wordt een inschatting gemaakt of, hoe en onder welke voorwaarden De-Bruggen de cliënt kan begeleiden. De intakecoördinator is binnen De-Bruggen verantwoordelijk voor deze fase. Indien na onderzoek blijkt dat de cliënt en diens hulpvraag passend is voor de organisatie, wordt de cliënt geplaatst op één van de woonlocaties en volgt de kennismakingsfase. In hoofdstuk 5.1 vindt u aanvullende informatie over het intaketraject voor onze cliënten met een indicatie vanuit de Forensische Zorg, waarbij de focus met name ligt op de risicotaxatie m.b.t. delictgedrag.
Fase 2: Kennismakingsfase	De eerste acht weken na aanvang van de begeleiding noemen we de kennismakingsfase. De nieuwe cliënt maakt kennis met De-Bruggen, de woonvorm en de begeleiding. Daarnaast maakt De-Bruggen kennis met de cliënt. Samen onderzoeken we op welke leefgebieden de cliënt begeleiding nodig heeft. Dit doen we onder andere door een signaleringsplan op te stellen. Ook stellen we in deze fase, aan de hand van ons gezamenlijke onderzoek, begeleidingsdoelen op. Deze begeleidingsdoelen worden vastgelegd binnen het begeleidingsplan. In het begeleidingsplan wordt ook de motivatie van de cliënt opgenomen. Er wordt een signaleringsplan opgesteld door de cliënt en de begeleider waarin de risico inventarisatie vanuit de intakefase leidend is.
Fase 3: Begeleidingsfase	Na de kennismakingsfase start de begeleidingsfase. Deze begeleidingsfase staat in het teken van begeleiding omtrent de doelen vanuit het begeleidingsplan. De cliënt werkt toe naar het behalen van de eigen begeleidingsdoelen en wordt hierin, waar nodig, ondersteund door de begeleiding. Het begeleidingsplan wordt periodiek geëvalueerd en waar nodig bijgesteld. Hoe lang de begeleidingsfase duurt hangt af van de hulpvragen en begeleidingsdoelen.

De doelstellingen in het begeleidingsplan worden opgesteld aan de hand van de leefgebieden uit de ZelfredzaamheidsMatrix (ZRM). Het betreft maatwerk waarbij de wensen en mogelijkheden van de cliënt centraal staan. Het uitgangspunt is om continue zorg te beiden die veilig, doeltreffend en passend is bij de cliënt en diens hulpvraag. Dit proces is een continue cyclus die schematisch als volgt kan worden weergegeven:



In de begeleidingsfase zijn doorgaans twee disciplines betrokken bij de cliënt, te weten:

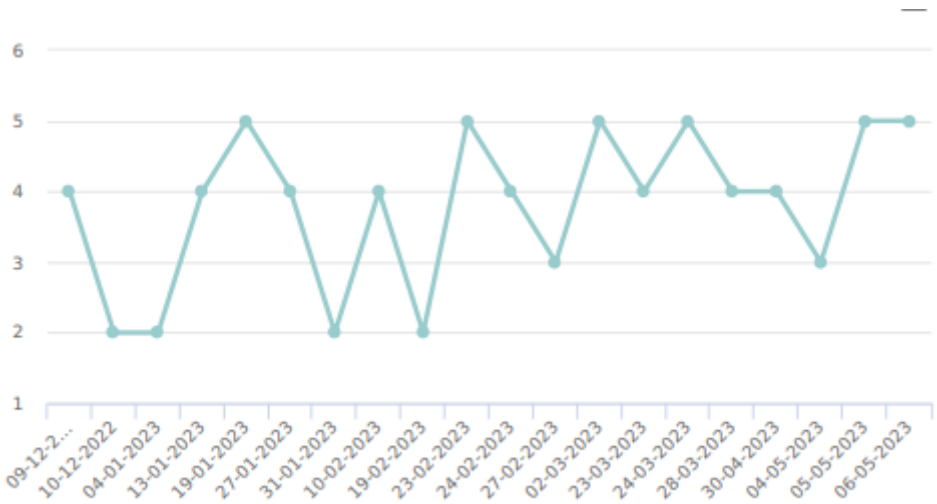
- **Persoonlijk begeleider**: werkzaam op de beschermde woonvorm, verantwoordelijk voor de dagelijkse gang van zaken, gedurende de dag aanspreekpunt voor cliënten. Op cliëntniveau verantwoordelijk voor het (gezamenlijk) behalen van de doelen met de cliënt, onderhoudt contacten met netwerk en betrokken hulpverleners voor de cliënten uit de individuele caseload.
- **Trajectbegeleider**: Overkoepelend verantwoordelijk voor het traject van de cliënt, verantwoordelijk voor o.a. dossiervorming en financiering.

De trajectbegeleider heeft de mogelijkheid om bij complexe casuïstiek een gedragswetenschapper te consulteren. Daarnaast wordt nauw samengewerkt met behandelaren, (huis)artsen en overige betrokkenen uit het netwerk. Bij Forensische cliënten is sprake van een intensieve samenwerking met de betrokken reclasseringswerker.
Het uiteindelijke doel is dat in de uitstroomfase het gewenste resultaat is behaald en de cliënt voldoende zelfredzaam en stabiel is om naar een woonplek te verhuizen waar hij/zij meer zelfstandigheid ervaart. De mate van begeleiding wordt afgeschaald, in afstemming met de cliënt en de overige betrokkenen. Doordat binnen De-Bruggen veel verscheidenheid is qua hulpvraag, problematiek, ontwikkelingsmogelijkheden en financieringsvormen, is de diversiteit qua door- en uitstroom zeer groot.

4.5 Rapporteren en dossiervorming

Iedere cliënt heeft een persoonlijk dossier in het cliëntvolgsysteem Zilliz. In dit dossier wordt alle informatie opgenomen die van belang is, zoals: NAW- gegevens, (nood)contactpersonen, medicatie, zorgafspraken, zorgalerts etc. Ook staan alle verzamelde documenten hierin opgeslagen zoals indicatie, diagnostiek, begeleidings- en signaleringsplannen. De incidentmeldingen worden tevens opgeslagen in het individuele cliëntdossier. De trajectbegeleider is verantwoordelijk voor de volledigheid en kwaliteit van het zorgdossier. Binnen Zilliz wordt tevens dagelijks gerapporteerd op cliëntniveau. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de SOAP methode. Uit steekproeven is gebleken dat rapporteren volgens de SOAP methodiek lastig is voor een aantal medewerkers. Om die reden wordt dit thema in 2023 toegevoegd aan het scholingsbeleid.

In Zilliz kan tevens op doelen worden gerapporteerd. Per doel kan dagelijks worden aangegeven wat de stand van zaken is. Dit wordt gescoord door middel van een scoresysteem met smileys. De voortgang kan vervolgens in een overzicht worden uitgedraaid, waardoor het voor de cliënt meteen inzichtelijk is of er een stijgende lijn zit richting het behalen van het doel. Hieronder is een voorbeeld te zien van zo'n uitdraai.



Zilliz biedt tevens de mogelijkheid aan cliënten en derden om mee te kijken in het dossier. Wanneer een cliënt, mentor, curator, of andere betrokkene dit wenst, bestaat de mogelijkheid om diegene toegang te geven tot het dossier. Dit proces is uiteraard vorm gegeven conform de AVG-richtlijnen.

In 2023 zal De-Bruggen aandacht schenken aan het verbeteren van de rapportages door middel van scholing. Ook zal er beleid worden opgesteld op rapporteren conform AVG. Dit houdt bijvoorbeeld in dat er geen herleidbare gegevens van anderen dan de cliënt zelf, in het dossier zijn opgenomen.

4.6 Veiligheid

Veiligheid is een breed begrip, waar niet alleen in de zorgsector veel aandacht voor is. De-Bruggen vindt het belangrijk om in eerste instantie in te zetten op een vertrouwensrelatie tussen de cliënt en de professional. Vertrouwen en het bieden van maatwerkondersteuning zijn belangrijke voorwaardes voor het kunnen realiseren van een veilige cultuur, wat een belangrijke kernwaarde is van de organisatie.

Voordat een cliënt in zorg komt, wordt een risico inventarisatie ingevuld. Het doel hiervan is om op voorhand inzicht te krijgen in de beschermende factoren en risicofactoren op cliëntniveau. Deze speelt in de intakefase een belangrijke rol om te kunnen onderzoeken of De-Bruggen de benodigde ondersteuning kan bieden. Daarna is deze inventarisatie de basis voor het signaleringsplan.

Het signaleringsplan wordt samen met de cliënt opgesteld in de kennismakingsfase (de eerste acht weken dat de cliënt bij ons in zorg is). Dit plan wordt geschreven vanuit de belevingswereld van de cliënt. Het dient als handvat voor de begeleiding om dreigende decompensatie of agressie vroegtijdig te signaleren en daarop te interveniëren om escalaties te voorkomen. Het signaleringsplan wordt minimaal eenmaal per jaar geëvalueerd en geactualiseerd.

Op individueel niveau is aandacht voor de veiligheid van onze cliënten in begeleidingsgesprekken. Keuzes, consequenties, mogelijkheden en risico's worden voor de cliënt inzichtelijk gemaakt en met de cliënt afgestemd.

Naast individuele veiligheid is er aandacht voor de veiligheid op de voorzieningen. Er is sprake van continue bezetting, cliënten kunnen 24 uur per dag een beroep doen op onze gekwalificeerde medewerkers. De-Bruggen heeft ervoor gekozen om in de nachtelijke uren tevens gebruik te maken van fysieke aanwezigheid van haar medewerkers. Daarnaast kunnen de dienstdoende medewerkers te allen tijde een beroep doen op collega's middels bereikbaarheidsdiensten. Op de locatie in Zuidlaren wordt gewerkt met piepers, dat is aangesloten op het beveiligingssysteem van Lentis.

Tot slot zijn er duidelijke protocollen en instructies opgesteld om een veilig zorgproces te kunnen faciliteren. Denk hierbij aan beleid t.a.v. vrijheidsbeperkende maatregelen, ARBO-beleid en ARBO RI&E. Er wordt actief ingezet op scholingen en trainingen t.a.v. weerbaarheid, zowel fysiek als verbaal. Ook is in deze trainingen aandacht voor de-escalerend werken.
In 2023 worden alle bestaande protocollen en richtlijnen verzameld in een veiligheidsbeleid.

4.7 Vrijheidsbeperkende maatregelen

Het uitgangspunt van De-Bruggen rond het inzetten van vrijheidsbeperkende maatregelen is dat onze medewerkers in beginsel geen gedwongen zorg leveren. Gezien de doelgroep en de werkwijze van De-Bruggen past de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen niet bij de organisatie. De-Bruggen kan wel vrijheidsbeperkende maatregelen toepassen wanneer deze aansluiten bij de visie van De-Bruggen en met (schriftelijk vastgelegde) toestemming van de cliënt of dienst wettelijk vertegenwoordiger. Dit gebeurt dan op grond van maatwerk en enkel wanneer dit bijdraagt aan de doelstellingen van de cliënt. Indien dit moet worden ingezet, wordt de kwaliteitscoördinator bij de casus betrokken om de kaders vanuit de Wet Zorg en Dwang naast de situatie te leggen.

Omdat de wet- en regelgeving, maar ook de ontwikkelingen binnen de organisatie aan veranderingen onderhevig zijn, is het mogelijk dat het uitgangspunt omtrent vrijheidsbeperking in de toekomst wordt aangepast. Periodiek evalueert de organisatie het beleid omtrent vrijheidsbeperking waarbij landelijke en regionale ontwikkelingen worden meegenomen in de interne visie.

5 Forensische Zorg

In 2022 werd ongeveer 10 – 12% van onze totale populatie gefinancierd vanuit de Forensische Zorg. Dit komt neer op gemiddeld 9 á 11 cliënten.
Eind 2022 is het definitieve kwaliteitskader voor deze sector gepubliceerd. Hierin zijn vijf pijlers opgesteld die de focus bepalen in dit werkveld. We zien veel overlap met de thema's binnen de WMO en de WLZ. Daarnaast zien we dat veel uitgangspunten binnen onze organisatie al een vanzelfsprekendheid zijn, omdat het de basis is van onze visie en kernwaarden. Voor de volledigheid zullen we de vijf pijlers binnen de Forensische Zorg in de volgende paragraven kort reflecteren. Ook geven we aan welke thema's het komende jaar extra aandacht zullen krijgen. In ons meerjarenplan staat beschreven hoe wij het volledige kwaliteitskader vanuit de Forensische Zorg de komende jaren nader vorm zullen geven binnen de organisatie.

5.1 Veiligheid en persoonsgerichte zorg

De afgelopen jaren is onze intakefase doorontwikkeld en verbeterd op basis van kennis, ervaringen en uitwisselingen met externe partijen. Voor de aanscherping van onze intakefase hebben we samengewerkt met een deskundige op dit gebied; regiebehandelaar bij het Forensische FACTteam.

Binnen de intakefase is de focus gericht op de balans tussen veiligheid en persoonsgerichte zorg. De begeleiding bij deze doelgroep is primair gericht op het reduceren van recidiverisico en daarmee veiligheid voor de maatschappij. Het is daarom van belang om bij de aanmelding al zoveel mogelijk informatie te verzamelen om een goede inschatting te kunnen maken hieromtrent. Om die reden vragen wij in de intakefase zeer uitgebreide informatie aan de aanmeldende partij zoals een actuele risicotaxatie waarin een analyse wordt gegeneerd op o.a. de volgende gebieden: lichamelijk en psychische ziektebeeld, middelengebruik, problematisch (delict) gedrag. De aandachtsgebieden die naar voren komen uit deze analyse worden in geval van plaatsing opgenomen in het signalerings- en begeleidingsplan. Daarnaast vragen we in de informatieoverdracht resultaten van een delictanalyse (delicttheorie), aanvullende informatie over de oorzaak van het delictgedrag, criminogene en beschermende factoren, historie (in hoofdlijnen) van de cliënt in relatie tot justitie en de (forensische) behandeling, informatie over wat eerder effectief is gebleken in de behandeling en een overview van begeleidings- en behandelingsachtergrond in relatie tot evt. plaatsing bij De-Bruggen.

Met behulp van bovenstaande dossierinformatie wordt in een persoonlijk gesprek met de cliënt besproken wat de mogelijkheden en verwachtingen zijn. De-Bruggen focust hierbij op de motivatie van de cliënt. In de basis kunnen wij enkel mensen begeleiden die open staan voor begeleiding en een veranderwens hebben. De risico's en knelpunten zijn belangrijke aandachtsgebieden, maar minstens zo relevant zijn de succesfactoren en kansen in het traject van de cliënt. Al deze factoren komen terug in het begeleidingstraject van de cliënt in een signaleringsplan, begeleidingsplan en risico inventarisatie. Er worden SMART geformuleerde doelen opgesteld waaraan gewerkt zal worden waarbij de cliënt centraal staat en leidend is. De doelen zijn doorgaans gericht op veilige terugkeer in de maatschappij. Bovengenoemde drie documenten vormen de rode draad voor de begeleiders en evt. externe betrokkenen in het traject. Er vindt periodiek afstemming plaats met alle betrokken partijen door middel van gepland en ongepland overleg: dagelijkse overdrachten, structurele caseloadgesprekken, periodiek zorgoverleg met het netwerk. Het signaleringsplan, begeleidingsplan en de risico inventarisatie worden minimaal twee keer per jaar geëvalueerd en minimaal jaarlijks bijgesteld en opnieuw ondertekend. Op casusniveau wordt gebruik gemaakt van een gedragswetenschapper die meekijkt en adviseert in het traject, en/of de medewerkers ondersteunt en onderwijst.

In het komende kalenderjaar zullen we gaan werken met terugvalpreventieplannen waar dat van toepassing is.

5.2 Forensisch Vakmanschap

We zetten actief in op het behoud van onze medewerkers door prettige arbeidsomstandigheden te creëren, te luisteren naar de wensen en behoeftes van de medewerkers, en te investeren in ieders persoonlijke ontwikkeling. Met een uitgebreid scholingsbeleid en een (verplicht) puntensysteem waarin we medewerkers actief stimuleren om trainingen te volgen, blijven onze medewerkers actueel geschoold. In de maandelijkse medewerkersnieuwsbrief is dit onderwerp een vaste rubriek. Hierin worden o.a. interessante webinars, lezingen, podcasts, documentaires en films gedeeld. Ook staat hierin een overzicht van de interne scholingen voor de komende periode. Het aanbod van de Forensische Leerlijn en de Forensische Vakschool zijn hier onderdeel van. Dit is tevens opgenomen in het inwerkprogramma, zodat iedere medewerker start met een bepaalde basiskennis omtrent de Forensische Zorg. Naast de verplichte basistraining in de inwerkperiode, worden alle medewerkers verplicht om minimaal eenmaal per jaar een verdiepende training te volgen vanuit de Forensische Leerlijn. De leidinggevende monitort dit op individueel- en teamniveau.

Er is veel persoonlijke aandacht voor de professionaliteit en ontwikkeling van de individuele medewerker, wat gezien de omvang van de organisatie goed mogelijk is. Vanuit de afdeling Beleid en Kwaliteit wordt actief geïnventariseerd welke relevante lezingen, trainingen, scholingen en webinars plaatsvinden. Medewerkers worden hiervoor vervolgens hiervoor vervolgens persoonlijk of collectief benaderd hieraan deel te nemen. Middels persoonlijke ontwikkelgesprekken houdt de leidinggevende zicht op de ontwikkeling en kennis van de medewerkers.
Een belangrijk onderdeel van het scholingsbeleid is de Forensische Leerlijn. Een aantal scholingen zijn verplicht voor alle medewerkers, andere scholingen zijn verplicht gesteld voor een deel van de medewerkers zodat er organisatiebreed veel specifieke kennis aanwezig is. De-Bruggen is tevens lid van de Vrienden van het Forensisch Forum waarbij veel vakinhoudelijke kennis wordt gedeeld en verspreid om een optimaal functionerende forensische keten te creëren via de Forensische Vakschool. We zijn een actieve participant hiervan en onze medewerkers nemen hier veelvuldig aan deel.

Eén van de kritische prestatie indicatoren die periodiek wordt gemonitord is het opleidingsniveau van de medewerkers. Door dit naast de verschillende kwaliteitskaders te leggen, dragen we zorg voor constant voldoende kennis en ervaring op de werkvloer. Er wordt zoveel mogelijk een beroep gedaan op eigen medewerkers. Indien het noodzakelijk is dat er beroep wordt gedaan op het uitzendbureau, hebben wij een aantal vaste gezichten die ingezet worden. Op die manier streven we naar continuïteit en stabiliteit op de werkvloer. Met de teams wordt ingezet op het vaststellen van gezamenlijke team-normen en waarden. Waar staan we voor? Wat vinden we belangrijk? Wat dragen we uit naar elkaar en onze cliënten? En hoe vertalen we deze normen en waarden naar de praktijk?

Ook op dit gebied hebben we te maken met uitdagingen. Ook De-Bruggen ondervindt consequenties van de krapte op de arbeidsmarkt. Het werven van adequate medewerkers kost veel tijd en energie. Tot op heden is het ons constant gelukt om voldoende bezetting te genereren op de werkvloer, ondanks de arbeidskrapte en verzuim vanwege de Covid-19 pandemie. Wel hebben we in 2022 gemerkt dat de voortdurende hoge werkdruk mede heeft gezorgd voor een verhoogd verzuimpercentage. In hoofdstuk 6 wordt daar dieper op in gegaan.
Voor het komende kalenderjaar liggen er ontwikkelpunten op het gebied van verlaging van verzuim en behoud van medewerkers. Ook dit staat nader omschreven in dit rapport.

5.3 Organisatie van zorg

De-Bruggen heeft zich sinds de oprichting in 2013 ontwikkeld tot een professionele, lerende organisatie die grote waarde hecht aan de kwaliteit van zorg. Er gaat veel aandacht naar zaken als beleid, kwaliteit, bedrijfsvoering en strategie. De vorming van het MT heeft hier mede aan bijgedragen. In het komende kalenderjaar zal vanuit de Raad van Bestuur onderzocht worden of de huidige taakverdeling binnen deze discipline nog het meest doeltreffend is, of dat verschuiving van rollen en taken passender is in de huidige structuur.

5.4 Samenwerken

Samenwerken is een belangrijk en dagelijks onderdeel van ons werk. Zowel op uitvoerend, cliëntgebonden niveau, als op strategisch en bestuurlijk niveau. Dat De-Bruggen waarde hecht aan het dragen van gezamenlijke verantwoordelijkheid op cliëntniveau, blijkt wel uit onze intakefase waarin we van alle betrokken partijen actieve participatie verwachten. Omdat wij intern geen behandeling bieden, is het noodzakelijk om dit op casusniveau extern vorm te geven. Ook hierin is een nauwe vorm van samenwerking essentieel om de beoogde resultaten te kunnen behalen. Voor iedere cliënt wordt vanuit ons jaarlijks een zorgoverleg georganiseerd waar alle betrokkenen aan deelnemen. Bij de Forensische cliënten speelt de reclasseringswerker een belangrijke rol in het traject van de cliënt. Doelen en afspraken worden gezamenlijk opgesteld, gemonitord, geëvalueerd en bijgesteld. Deze driehoeksverhouding waarbij de cliënt centraal blijft staan, ervaren we als zeer effectief. Ook vanuit onze cliënten krijgen we terug dat deze samenwerking als positief wordt ervaren.

Naast samenwerking op casusniveau, hebben we (contractuele) samenwerkingsafspraken met woningcorporaties, gemeentes, politie, behandelcentra en ‘concullega’s’. We zien dat deze samenwerkingen in de gemeente Veendam reeds in een verder gevorderd stadium zijn dan in de gemeente Tynaarlo. Desalniettemin zien we ook hier ontwikkelingen; de samenwerking met o.a. de van Mesdagkliniek en de FPA zijn versterkt. We zien een toename in het aantal doorverwijzingen vanuit deze partijen naar ons.
In de komende jaren zullen we aandacht hebben voor ons netwerk en onze positie op de markt in Drenthe. Door deelnemer te zijn van convenanten in de regio’s Groningen en Drenthe, zetten we ons gezamenlijk in voor het bevorderen van door- en uitstroom. De praktijk is echter weerbarstiger. De doorstroom naar Fase 3 is soms moeilijk realiseerbaar omdat we voor huisvesting van onze cliënten externe partijen nodig hebben. Bij de forensische cliënten is het daarom van belang dat we in de intakefase al onderzoeken wat de regio van herkomst is. Onze intakecoördinator ziet erop toe dat de reclasseringswerker in deze fase alvast de lijnen uitlegt voor eventuele terugplaatsing naar die regio. Door een samenwerkingsverband en convenant aan te gaan met de verschillende gemeentes, zorgaanbieders en woningcoöperaties verloopt dit proces tot op heden redelijk soepel. Het netwerk in Noord Nederland is sterk door de ketensamenwerking binnen het Forensisch Forum. We zijn een zeer actief en gerenommeerd lid van deze kerngroep, wat duidelijke zorgt voor mooie resultaten zoals het realiseren van een optimaal functionerende forensische keten. In deze samenwerking zijn de ketenafspraken vastgelegd.

5.5 Informeren over resultaten

In dit jaarlijkse kwaliteitsrapport geeft De-Bruggen inzicht in de organisatie omtrent afgelopen kalenderjaar. Ook blikken we vooruit op de nabije toekomst. In ons strategisch beleidsplan 2020 – 2024 staan de strategische doelen omschreven van de afgelopen jaren en het heden. Vanuit dit strategisch plan vloeit jaarlijks een jaarbeleidsplan voort waarin de jaardoelen zijn vastgelegd. Deze komen op de verschillende overlegvormen van de RvB en het MT terug ter bespreking en monitoring. Het strategisch beleidsplan is openbaar en te vinden op onze website.

6 De cliënten van De-Bruggen

6.1 Clientmedezeggenschap

Bij De-Bruggen staat de cliënt centraal. Onze cliënten en hun netwerk helpen ons om de kwaliteit van de hulpverlening continue te verhogen. Wij zien de kennis en visie van de cliënt als onmisbare schakel in het vormgeven van de zorg. Cliënten hebben zowel op individueel- als op collectief niveau inspraak op alle zorggerelateerde zaken. Dit gaat van leefklimaat tot begeleiding en woonklimaat. De medezeggenschap vindt plaats op drie niveaus:

- Individuele medezeggenschap

Iedere cliënt wordt uitgenodigd om de eigen, individuele belangen te behartigen en de eigen doelen na te streven. We doen dit door de focus te leggen op de eigen regie en veelvuldig gesprekken te voeren waarbij de wensen van de cliënt centraal staan. Dit is geborgd in onze methodieken. In de praktijk zien we dat onze cliënten zich vertrouwd en veilig voelen bij hun begeleider en hun wensen en behoeftes bespreekbaar maken.

- Collectieve medezeggenschap op locatie groepsniveau

Periodiek vinden er op iedere locatie bewonersvergaderingen plaats, waarin iedereen wordt uitgenodigd om deel te nemen en mee te praten over onderwerpen als het woon-en leefklimaat op de eigen locatie. In de praktijk zien we dat dit niet voor iedere cliënt de meeste prettige manier is om gebruik van te maken. In 2023 zullen we onderzoeken hoe we dit wellicht anders kunnen vormgeven zodat de opkomst op deze vergaderingen verhoogd, of dat onze bewoners behoefte hebben aan een andere vorm van medezeggenschap.

- Collectieve medezeggenschap op centraal niveau

De cliëntenraad behartigt en vertegenwoordigt de belangen van alle cliënten van De-Bruggen. In de praktijk zien we dat het vormen van een stabiele cliëntenraad een grote uitdaging is. Doordat de cliëntenraad al enige tijd niet volledig is, is ook de rol minimaal. In 2023 zullen we middels een projectmatige plannen toewerken naar een stabiele en effectieve cliëntenraad. Hiervoor hebben we externe expertise ingeschakeld van Zorgbelang Groningen. Aandachtspunt hierbij is tevens evenredige vertegenwoordiging vanuit de Forensische sector.

6.2 Cliënttevredenheidsonderzoek

Het meest recente cliënttevredenheidsonderzoek vond plaats in 2021. De uitgebreide analyse van dit CTO kunt u teruglezen in het kwaliteitsrapport over 2021. Onderstaand treft u een kort overzicht met de belangrijkste aandachtspunten uit het CTO van 2021, met daaronder de uitgezette acties en eventuele reeds merkbare effecten in 2022.

Gevoel van veiligheid vergroten

- Flyers op locatie met hoe te handelen bij calamiteiten
- Voorlichting van preventiemedewerker bij bewoners-vergaderingen
- Voorlichting + ontruimings-oefeningen aan cliënten door brandweer

Klachtenprocedure belichten

- Klachtenprocedure + mogelijkheid vertrouwenspersoon aangegeven in nieuwsbrief + flyers
- Effect zichtbaar in 2022:
  5 klachten (t.o.v 1 in 2021)
  13 keer inzet vp (t.o.v. 5 keer in 2021)

Communicatie verbeteren

- Invoer FGW in 2021 had o.a. als doel om de interne communicatie te verbeteren, effecten meetbaar tijdens CTO 2023
- Communicatie is een blijvend aandachtspunt, hier wordt aandacht aan geschonken middels onderzoek naar passende communicatiestijlen tussen cliënten - medewerkers

7 Onze medewerkers

7.1 Duurzaam inzetbare medewerkers

De-Bruggen streeft naar passend opgeleide medewerkers en daaraan gekoppeld duurzame inzetbaarheid. Tegelijkertijd hebben ook wij te kampen met de krapte op de arbeidsmarkt, hoog ziekteverzuim en (daardoor) een hoge werkdruk. Bovendien is het als organisatie een grote uitdaging om je medewerkers te binden en boeien. Deze interne en externe ontwikkelingen zorgden in met name 2021 voor een ongewenst hoog verloop in ons medewerkersbestand. We hebben daarom in 2022 ondersteuning gevraagd op dit onderwerp bij verschillende partijen:

1. Onderzoeks- en adviesrapport door HRM student van de Hanzehogeschool (afstudeer opdracht)
2. Deelname aan project 'Strategische PersoneelsPlanning' (SPP) i.s.m. Zorgpleinnoord

Wat deze twee projecten inhouden, wat het ons tot nu toe heeft opgeleverd en welke vervolgacties we hebben opgezet, wordt hieronder beschreven.

7.1.1 Onderzoeks- en adviesrapport door HRM student

Er is gestart met een nulmeting waarin onderzoek is gedaan naar stressoren en energiebronnen van onze medewerkers en oud-medewerkers, op functie- en op organisatieniveau. Deze factoren zijn van invloed op de bevlogenheid van onze medewerkers. Bevlogen medewerkers voelen zich betrokken en zijn loyaal naar hun werkgever, wat positieve invloed heeft op de tevredenheid en het verloop. Uit deze analyse zijn verschillende adviezen uitgebracht richting de organisatie om de stressoren van medewerkers te verlagen en de energiebronnen te vergroten.

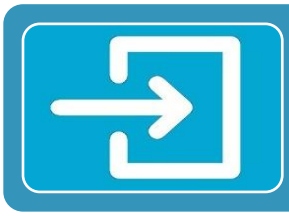
De bevindingen, onderzoeksresultaten en onderbouwde adviezen vanuit dit onderzoek zijn gepresenteerd aan de RvB, HR en de afdeling Beleid en Kwaliteit. Deze thema's zijn vervolgens meegenomen in het SPP project waarin drie werkgroepen aan de slag gaan met verschillende thema's die samenhangen met de adviezen uit dit onderzoek.

Voor het thema Employer Branding is tevens een HRM student aangesteld die in 2023 zijn onderzoek over dit onderwerp bij De-Bruggen gaat uitvoeren.

7.1.2 Strategische PersoneelsPlanning (SPP)

In mei 2022 zijn we gestart met het project Strategische PersoneelsPlanning (SPP) bij Zorgpleinnoord. Onder leiding van twee projectleiders hebben we een analyse gemaakt van de huidige en de gewenste situatie op het gebied van personeelsplanning. Hierin zijn alle disciplines betrokken: bestuur, HR, Beleid en Kwaliteit, locatiemanagers en (traject)begeleiders.
In verschillende inspirerende workshops zijn speerpunten naar voren gekomen waarmee we in 2023 aan de slag gaan. De speerpunten zijn gericht op in-, door-, en uitstroom van medewerkers.

In drie projectgroepen wordt gewerkt aan de volgende speerpunten:



Instroom van medewerkers bevorderen

- Naamsbekendheid vergroten
- Arbeidsvoorwaarden verbeteren

Inzetten op behoud van medewerkers

- Werkdruk verlagen en werkplezier verhogen
- Tevredenheid medewerkers verhogen en verzuim verlagen

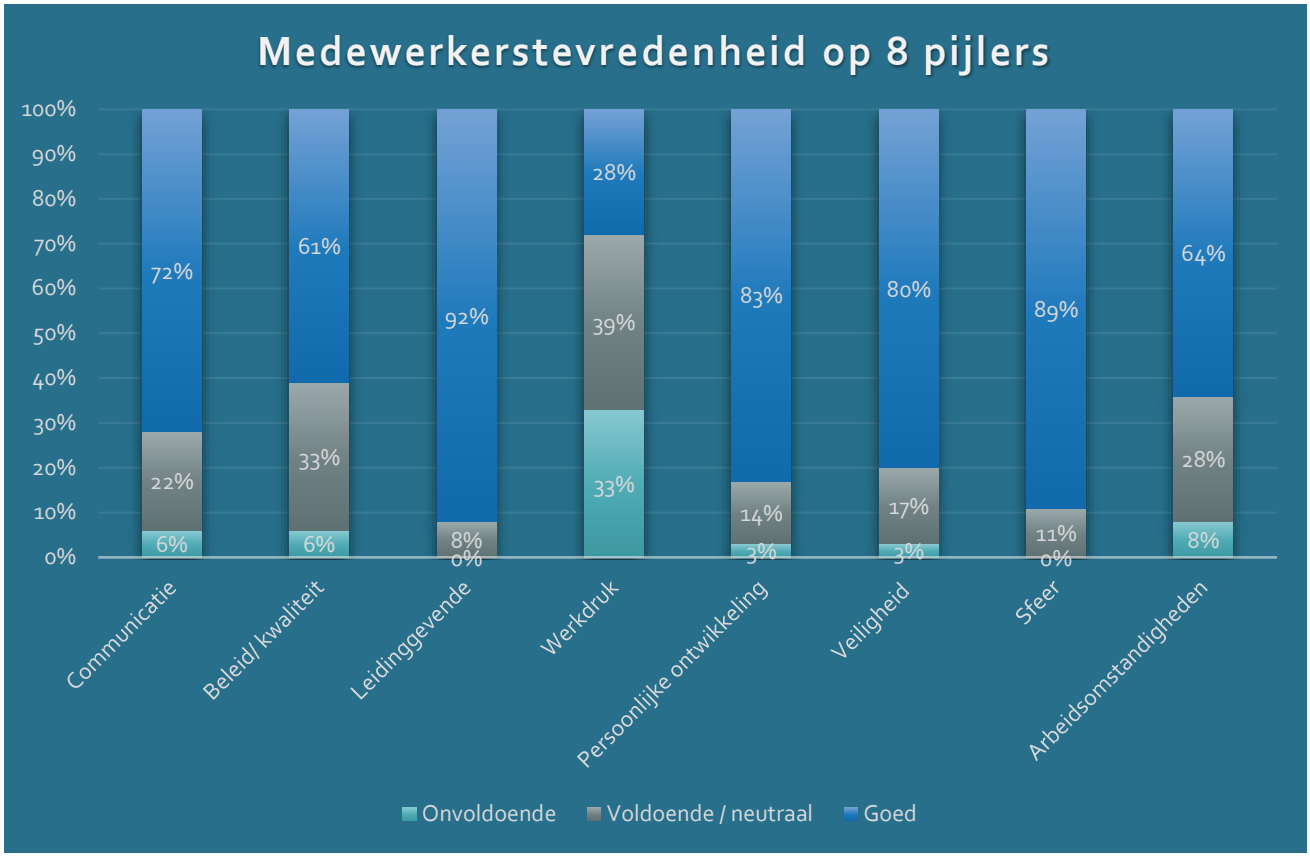
De WHY van de organisatie bepalen

- 1 doel, 1 missie: gezamenlijk uitdragen; verbinding

In iedere SPP groep zitten medewerkers vanuit verschillende disciplines. Ook zijn er mensen van de werkvloer betrokken zodat de speerpunten en uitgezette acties breed gedragen worden. Zoals hierboven te zien is, hebben de speerpunten veel overlap met elkaar en met de adviezen uit het onderzoeksrapport ‘binden en boeien’ van medewerkers. Er wordt dan ook nauw samengewerkt om de doelen te behalen.

7.2 Medewerkerstevredenheidsonderzoek (MTO)

In 2022 is ons 2-jaarlijks MTO afgenomen. Het responspercentage lag op 65%. Tijdens het MTO daarvoor, in 2020, lag het responspercentage op 69%. Interessant gegeven is dat ten tijde van het vorige MTO we 39 medewerkers in dienst hadden, ten opzichte van 55 medewerkers gedurende het MTO van 2022. De tevredenheid is gemeten op acht verschillende thema's. In het onderzoek is tevens gevraagd naar de werklocatie van de desbetreffende medewerkers, zodat de uitkomsten per locatie geanalyseerd konden worden. Hieronder vindt u de organisatiebrede uitkomsten.



In het MTO van 2020 kwam naar voren dat meer dan de helft van de medewerkers hoge werkdruk ervaarde. Dit had destijds grotendeels te maken met Covid-19, waardoor veel diensten plotseling moesten worden opgevuld bij klachten/ziekte van een collega.. In het MTO van 2022 is naar voren gekomen dat ongeveer een derde van de medewerkers nog steeds hoge werkdruk ervaart. Een derde ervaart dat niet, en een derde staat er neutraal tegenover. Dit betekent een verlaging t.o.v. 2020. Desalniettemin vindt de organisatie het percentage nog steeds vrij hoog en wordt dit meegenomen in de SPP projectgroep met het speerpunt inzetten op behoud van medewerkers. Te hoge werkdruk zorgt namelijk voor ontevredenheid onder de medewerkers, wat weer van invloed kan zijn op het verloop.

Uit de resultaten van het MTO blijkt dat medewerkers over het algemeen tevreden zijn over de verschillende onderwerpen aangekaart binnen het MTO. Medewerkers zijn in het bijzonder tevreden over hun leidinggevenden, de sfeer op de werkvloer, de hoeveelheid verantwoordelijk die zij hebben en het kwaliteitsniveau. Verder vinden medewerkers het fijn dat De-Bruggen openstaat voor hun meningen. Daarnaast gaf geen van de medewerkers aan een vervelende situaties, ongewenst of grensoverschrijdend gedrag of discriminatie ervaren te hebben.

Uit de resultaten blijkt dat de communicatie tussen afdelingen en collega's beter kan. Tevens wordt er door medewerkers aangegeven dat de verschillende locaties van De-Bruggen niet van elkaar leren en dat het beleid niet genoeg gespecificeerd is per locatie. Daarnaast geven medewerkers aan dat zij conflicterende informatie of opdrachten krijgen. Dit wijst op een eilandjescultuur. Binnen een eilandjescultuur is iedereen gefocust op hun eigen eiland (afdeling), waardoor er geen oog is voor het gezamenlijke belang.

Verder blijkt uit de resultaten dat medewerkers een hoge werkdruk ervaren. De hoge werkdruk stamt vooral af door een tekort aan personeel en geen goede balans in de werkzaamheden. Aangezien dit probleem reeds bekend is, zijn er al acties uitgezet om de werkdruk te verlichten, o.a. in de SPP werkgroep.

De resultaten wijzen ook uit dat de nazorg na een incident of calamiteit beter kan. Momenteel kunnen medewerkers aangeven in het MIC-formulier of zij behoefte hebben aan een gesprek met de vertrouwenspersoon. Dit blijken ze ontoereikend te vinden. Dit thema is een jaardoel voor 2023.

7.3 Duurzame inzetbaarheid en verzuim

Jaar:	Verzuimpercentage binnen De-Bruggen	Verzuimpercentage binnen de zorgsector (bron: PGGM)	Bijzonderheden:
2019	8%	6,1%	
2020	4%	6,8%	Implementatie verzuimbeleid en versteviging samenwerking met Arbodienst leidde tot verlaging van verzuim
2021	9,8%	7,3%	80% van het verzuim betrof kortdurend verzuim (<30 dagen) en was grotendeels te wijden aan de Covid-19 pandemie
2022	13,8%	8,4%	Nog steeds betreft ruim 80% kortdurend verzuim. Verlaging van het verzuim krijgt aandacht in 2023 middels een projectvorm waarin o.a. HR, de ondernemingsraad en de SPP groepen een actieve rol krijgen.

Het terugdringen van het verzuimpercentage zal in 2023 een blijvend aandachtspunt zijn. Zowel landelijk als in onze sector, is het verzuimpercentage hoger dan in de afgelopen 20 jaar.
(Bron: CBS)

7.4 Arbeidsomstandigheden en RI&E

Het doel van deze RI&E is het inzichtelijk maken van de risico's die aan het werk verbonden zijn voor werknemers (en derden) en een bedreiging vormen voor hun veiligheid, gezondheid en psychosociale welzijn. Het is volgens de Arbo wet verplicht dat elk bedrijf een Risico Inventarisatie en Evaluatie (RI&E) maakt. De RI&E vormt de basis voor het uit te voeren arbobeleid. De RI&E bestaat uit drie elementen:

- de inventarisatie van alle Arborisico's (zowel veiligheid, als gezondheid, welzijn en werktijden);
- de evaluatie: het nagaan in hoeverre de risico's oplossingen behoeven;
- het plan van aanpak: de opsommingen van de te nemen maatregelen.

De preventiemedewerker heeft een groot deel omtrent de ARBO RI&E in haar portefeuille. In 2022 heeft zij een start gemaakt met het uitvoeren van periodieke inspectierondes op de locaties. Hierin toetst zij zaken op het gebied van hygiëne, (brand)veiligheid en arbeidsomstandigheden. Haar bevindingen deelt zij met de locatiemanager, kwaliteitscoördinator en HR-manager waarna eventuele acties worden uitgezet. Ook toetst zij de kennis van medewerkers op het gebied van veiligheid middels steekproeven. Hierin vraagt ze bijvoorbeeld een willekeurige medewerker naar de werking van de brandmeldinstallatie, het ontruimingsplan of het piepersysteem. Wanneer blijkt dat de kennis van deze systemen onvoldoende beheerst wordt onder de medewerkers, worden hier acties op uitgezet. In de kwartaalverslagen waar we in 2023 mee gaan werken zullen de resultaten en uitgezette acties worden opgenomen. In ieder kwartaalverslag wordt tevens gemonitord wat de stand van zaken is van de uitgezette acties. Deze inspecties en steekproeven zijn onderdeel van het interne auditplan.

7.5 Duurzaamheid

Duurzaamheid is landelijk gezien een zeer actueel thema. Om door de mens veroorzaakte klimaatverandering af te remmen heeft de Nederlandse overheid een klimaatbeleid opgesteld waarbij het voornaamste doel is de uitstoot van broeikasgassen te verminderen. Uitgangspunt van het beleid is dat de overheid uitgaat van 49% minder uitstoot in 2030 en 95% in 2050. Het slagen van het beleid is mede afhankelijk van de mate waarop men in Nederland maatschappelijk verantwoord onderneemt. Als organisatie die werkt aan het welzijn van mensen, vinden wij het belangrijk om ook zorg te dragen voor onze omgeving. We zijn voortdurend opzoek naar manieren om op duurzame wijze de zorg te organiseren. Nauwlettend houden we ontwikkelingen rondom duurzaamheid in de gaten en onderzoeken we nieuwe mogelijkheden om met energie, afval en voedsel om te gaan in de bedrijfsvoering van de organisatie. Dit speelt zowel op micro- als op macro niveau. Voorbeelden van duurzaamheid binnen onze organisatie zijn:

Bewustwording
Door middel van verschillende communicatie (nieuwsbrieven / flyers / mondeling) proberen we bewustzijn te vergroten bij zowel onze medewerkers als onze cliënten dat een beter milieu bij jezelf begint. Denk hierbij aan het nemen van de fiets i.p.v. de auto, afval scheiden, en niet onnodig verlichting of elektrische apparaten aan laten staan.

Vitaliteit
binnen ons vitaliteitsbeleid hebben we aandacht voor fitte, gezonde en bewuste medewerkers. Vitaliteit is een breed begrip en is niet alleen van toepassing op de individuele medewerker, maar ook op de omgeving en de maatschappij. Hier speelt dus tevens een stuk bewustwording om duurzaam en milieuvriendelijk te werken. Bovendien heeft het Nationaal Preventieakkoord ingezet op een rookvrije zorgsector in 2030. Wij zullen in 2023 onderzoeken hoe we dit de komende jaren zullen gaan organiseren.

Secundaire arbeidsvoorwaarden
vanaf 2023 zullen wij de medewerkers activeren en stimuleren om duurzaam leven te bevorderen door o.a. een fietsplan aan te bieden.

Recycling
Op een woonlcatie waar meerdere bewoners wonen, wordt ook veel afval geproduceerd. We stimuleren onze medewerkers om zoveel mogelijk te recyclen, afval te scheiden, en preventief in te zetten op het beperken van afvalproductie.Hierbij is ook slim inkopen een thema.

Zelfvoorziening
Door een moestuin, kruidentuin en kippen te houden, voorzien de woonlocaties gedeeltelijk in (gezonde) voeding. Daarnaast levert het onderhoud hiervan een vorm van dagbesteding op voor de bewoners.

8. Kwaliteitsmanagementsysteem (KMS)

De-Bruggen heeft in 2020 geïnvesteerd in een adequaat kwaliteitsmanagementsysteem. Dit wordt beheerst en gemonitord door de afdeling Beleid en Kwaliteit, bestaande uit de beleidscoördinator, de kwaliteitscoördinator en de financieel directeur, tevens lid van de Raad van Bestuur. De kwaliteitscoördinator is eindverantwoordelijk voor het KMS.

8.1 Risicomanagement

Onderdeel van het KMS is een risicoregister waarin periodiek wordt vastgesteld met welke risico's de organisatie rekening dient te houden, en hoe deze beheersbaar worden gemaakt.

De rode draad van 2020 en 2021 was natuurlijk wereldwijd de Covid-19 pandemie. Deze heeft ook ons als zorgorganisatie geraakt. Het bieden van kwalitatief goede zorg werd ineens een uitdaging in plaats van een vanzelfsprekendheid. De-Bruggen heeft constant ingezet op continuïteit van de zorg. Wel gebeurde dit in sommige gevallen in aangepaste vorm. Bijvoorbeeld door te (video)bellen, of te gaan wandelen in plaats van fysiek in de huiskamer begeleiding te bieden. In 2021 lag de focus vooral op het invullen van openstaande diensten. Medewerkers met milde verkoudheidsklachten konden niet aan het werk. In 2022 volstond een negatieve zelftest, wat het proces aanzienlijk minder complex maakte. Ook werden de meeste maatregelen in 2022 afgeschaft, waardoor fysiek overleg weer volledig mogelijk was.

Wat in 2022 een grote impact had op de organisatie, was de krapte op de arbeidsmarkt. Dit is een landelijk probleem en speelt niet alleen in de zorgsector. De zorgvraag stijgt, de doelgroep wordt complexer, de vergrijzing neemt toe, en ondertussen neemt het aanbod van beschikbare en adequate medewerkers af. Ook de NzA vindt dit een zorgelijke ontwikkeling en heeft dit thema opgenomen in het integraal zorgakkoord. Als organisatie hebben we een plan geschreven wat onze visie en ambities zijn op de verschillende kanslijnen uit dit akkoord.

Kortom, de sector is in beweging en staat voor uitdagingen. Ondertussen hebben wij als zorginstelling 24/7 de verantwoordelijkheid om passende en veilige zorg te leveren aan onze cliënten. Het is van belang dat we aandacht hebben voor de mogelijke risico's van dit thema en hier beheersmaatregelen op uitzetten. Hierover hebben we periodiek gesprekken met onze contractmanagers vanuit Zorgkantoren en gemeentes, maar ook met collega-zorgaanbieders. Gezamenlijk onderzoeken we de mogelijkheden om te innoveren en ontwikkelen om zo de zorg duurzaam en betaalbaar te houden.

8.2 Verbetermaatregelen

Sinds 2020 werkt De-Bruggen met het opstellen en uitzetten van verbetermaatregelen. Deze komen bijvoorbeeld voort uit vastgestelde risico's of een trendanalyse. De afdeling Beleid en Kwaliteit zet deze verbetermaatregelen uit volgens een vastgelegd proces binnen de organisatie en monitort de voortgang en het effect.

In 2022 hebben we een groots traject ingezet binnen de organisatie wat gericht was op het verminderen van de inzet van uitzendkrachten. Niet alleen is dit een grote financiële post, het draagt ook niet bij aan de kwaliteit van zorg doordat er weinig stabiliteit en structuur op de werkvloer is. Door onze medewerkers te betrekken bij dit doel, en de achterliggende (financiële) situatie voor hun inzichtelijk te maken, hebben we draagkracht gecreëerd om dit doel te behalen. En met succes, want in het laatste kwartaal van 2022 zijn op alle locaties vrijwel alle diensten (>95%) ingevuld door onze eigen medewerkers. We streven ernaar om dat in 2023 voort te zetten.

De afgelopen jaren hebben we verschillende verbetermaatregelen ingezet om bepaalde processen en werkwijzes te verbeteren. Vanaf 2023 zullen we de term wijzigen in 'projecten'. Dit heeft een positievere insteek en dekt in de meeste gevallen ook beter de lading van het proces.

8.3 Kritische Prestatie Indicatoren

De-Bruggen is in 2020 gestart met het meten en monitoren van relevante gegevens die inzicht geven in de kwaliteit van de verschillende processen binnen de organisatie. Deze KPI's zijn te herleiden naar risico's en/of doelstellingen die de organisatie heeft opgesteld. Ieder kwartaal worden deze KPI's vertaald naar een trendanalyse waarin de opvallende zaken van dat kwartaal worden uitgelicht, besproken, en indien nodig, acties op worden uitgezet. Vanaf 2023 zullen we dit middels kwartaalverslagen vormgeven waarin niet alleen de resultaten per KPI per kostenplaats worden weergegeven, maar ook de overige auditresultaten (steekproeven, inspecties etc.). Ook zal n deze kwartaalbijeenkomsten met het managementteam ingezoomd worden op de financiële situatie van de organisatie.

Onze KPI's hebben betrekking op de financieel-, organisatorisch- of procesniveau. Jaarlijks wordt middels een managementreview met het MT beoordeeld of het kwaliteitsmanagementsysteem nog voldoende waardevol is voor de organisatie, en of er een wijziging wenselijk is in de KPI's (inhoudelijk of normatief).

Ieder kwartaal wordt een inhoudelijke analyse gegeneerd op de cijfers. In 2022 is opgevallen dat het aantal meldingen van (verbale) agressies en geweld de norm heeft overschreden. Enerzijds is dit inherent aan onze complexe doelgroep, anderzijds mogen we agressies en geweld richting onze medewerkers in geen enkel geval accepteren. Dit thema is een voortdurend aandachtspunt en staat op alle verschillende (team) overleggen. Ook in het scholingsbeleid is veel aandacht voor fysieke en verbale weerbaarheid, de-escalerend werken en gespreksvoering met onze complexe doelgroep. Een ander belangrijk onderdeel van het scholingsbeleid is de Forensische Leerlijn. Middels deze platformen zetten we in op de deskundigheidsbevordering van onze medewerkers, wat effect heeft op de dagelijkse praktijk in de woonvorm, en uiteindelijk ook het aantal incidentmeldingen.

Daarnaast is voor 2023 een doel opgenomen om de meldcultuur te verbeteren: het melden, afhandelen en analyseren van meldingen conform een wetenschappelijk onderbouwde werkwijze. Middels een projectgroep met leden van verschillende disciplines, hopen we in 2024 een verbetering te zien binnen de meldcultuur, met name op het gebied van opvolging.

Andere KPI's die niet conform de gestelde norm zijn, zijn het bezettingspercentage, het verzuimpercentage en het aantal medicatiefouten. Deze cijfers waren in 2021 tevens opvallend. Het bezettingspercentage en verzuimpercentage is reeds behandeld in dit rapport. De overschrijding van het aantal medicatiefouten is in 2022 onderzocht door een HBO bedrijfskunde student die een Lean Six Sigma onderzoek heeft uitgevoerd. Hieruit is gebleken dat de fouten met name systeemgerelateerd zijn. Dit houdt in dat het systeem (nCare) fouten registreert die wij als organisatie niet aanmerken als 'fout', waardoor de cijfers niet geheel representatief zijn. Er zijn geen ernstige incidenten of calamiteiten voorgevallen binnen dit thema. In 2023 zal de afdeling Beleid en Kwaliteit met de medicatiefunctionarissen onderzoeken hoe we nCare en ons eigen systeem Zilliz beter op elkaar kunnen laten aansluiten omtrent medicatieveiligheid.

8.4 PDCA cyclus

Ons kwaliteitsmanagementsysteem is gericht op een continu proces van Plan – Do – Check – Act (PDCA). Dit vertaalt zich naar een doorlopend proces van evalueren en door ontwikkelen. In alle facetten binnen de organisatie is dit terug te vinden, van het begeleidingstraject van de cliënt, tot protocollen en beleid. Ingevoerd beleid wordt periodiek geëvalueerd met medewerkers van de werkvloer. Op basis van hun input wordt beleid waar nodig bijgesteld.
In alle werkvormen en overleggen wordt standaard gewerkt met ingekomen stukken, agenda's, notulen en actielijsten. Ook is er voor iedere discipline een jaarplanning opgesteld, waarin alle relevante (structurele) zaken zijn opgenomen, van schoonmaakdagen op de woonlocaties tot financiële verantwoordingen richting contractpartners. Daarnaast passen medewerkers PDCA toe in de begeleidingstrajecten van onze cliënten door continu te monitoren en bij te stellen.

Ook in de ISO normeisen is PDCA een belangrijk thema. In het volgende hoofdstuk wordt daar dieper op ingegaan.

9 Kwaliteitsmetingen

Sinds 15 juni 2020 is De-Bruggen ISO 9001 gecertificeerd, het certificaat is geldig tot juni 2023. Ieder jaar vindt een opvolgaudit plaats door KIWA. In 2023 zal een her-audit plaatsvinden. Middels interne audits toetst de kwaliteitscoördinator jaarlijks of het kwaliteitsmanagementsysteem en de praktijk nog adequaat op elkaar aansluiten.

9.1 Interne audit 2022

De interne audit van 2022 leverde de organisatie veel inzichten op. Een van de belangrijkste conclusies was de verschillende interpretaties op de werkvloer van incidenten, calamiteiten en het al dan niet melden daarvan. Er blijft een grijs gebied wanneer iets wel of geen incident is, wel is de conclusie dat we hier als organisatie duidelijker richtlijnen voor dienen op te stellen. Zoals aangegeven wordt dit beschreven in een projectplan voor 2023.

In 2023 zullen de interne audits verdeeld worden over meerdere momenten in het jaar. Ook zal gewerkt worden met steekproeven als onderdeel van het interne auditplan. De resultaten worden opgenomen in het kwartaalverslag dat met de locatiemanagers wordt gedeeld.

Een ander aandachtspunt dat naar voren kwam tijdens de interne audit is het inwerkprogramma. Nieuwe medewerkers bleken niet altijd voldoende geïnformeerd te zijn over bepaalde werkwijzen en protocollen. Dit is teruggekoppeld naar de afdeling HR. Dit thema is vervolgens weggezet als project voor een HRM student en zal in 2023 worden opgepakt.

9.2 Externe audit 2022

Ook in 2022 heeft KIWA N.V. een externe opvolgaudit uitgevoerd bij De-Bruggen. Hierbij is de organisatie getoetst op een deel van de normeisen van de ISO 9001. De-Bruggen voldeed op alle toepassingsgebieden aan de normeis, er zijn geen (kritische) tekortkomingen geconstateerd. Aandachtspunten lagen op het gebied van het interne auditplan, met als advies dit op te splitsen in meerdere audits. Dit advies is voor 2023 ter harte genomen.

9.3 Klachten en vertrouwenspersoon

De-Bruggen werkt vanuit de hulpvraag en behoefte van de cliënt. Desondanks kan het gebeuren dat er een situatie voorkomt waarover de cliënt een klacht wil indienen. Deze klachten worden serieus genomen door De-Bruggen en diens medewerkers. We zijn er namelijk van overtuigd dat een klacht kan bijdragen aan de kwaliteit van de hulpverlening. Hoe iemand kan handelen bij een klacht is terug te vinden in het klachtenreglement van De-Bruggen. Deze staat gepubliceerd op onze website en cliënten en medewerkers worden hier regelmatig op geattendeerd via de periodieke nieuwsbrieven.

In 2022 heeft De-Bruggen vier klachten ontvangen van cliënten. Deze zijn afgehandeld door de interne klachtencommissie. De ingediende klachten betroffen thema's op het gebied van (on)gehoord voelen, hygiëne en ontevredenheid over een intern proces. In alle gevallen is dit opgelost middels gesprekken met betrokken medewerkers. Er is geen gebruik gemaakt van het externe klachtenportaal of de geschillencommissie.

De vier cliënten die een klacht in hebben gediend, hebben gedurende dit proces tevens gebruik gemaakt van de interne cliëntvertrouwenspersoon. Daarnaast zijn er nog vijf cliënten die, zonder dat er sprake was van een klacht, gesprekken hebben aangevraagd bij de interne cliëntvertrouwens-persoon. Dit aantal is vergelijkbaar met die van 2021. De onderwerpen van gesprek waren o.a. de woon- en leefregels en het functioneren van medewerkers.

9.4 Raad van Commissarissen

De-Bruggen heeft een Raad van Commissarissen, bestaande uit drie leden;

Heidi Turkoglu, geboren op 04-07-1978, is na haar opleiding begonnen als persoonlijk begeleider in de gehandicaptenzorg en de jeugdzorg. Van hieruit is ze doorgegroeid naar de positie van manager binnen de gehandicaptenzorg, jeugdzorg, een instelling voor dak- en thuislozen en een instelling voor vrouwenopvang.
Nu is Heidi in het dagelijks leven interim-manager, voornamelijk in de zorg. Dit houdt in dat ze het functioneren van teams en afdelingen, of het zorginhoudelijk functioneren helpt verbeteren. Dit alles doet ze vanuit een systemische gedachtegang.

Henk van der Meer, geboren op 18-06-1950, is begonnen in het onderwijs. Hij heeft zeven jaar gewerkt als leraar in verschillende vakken. Hierna heeft Henk gewerkt voor de gemeentelijke sociale dienst in Den Haag als hoofd van de afdeling sociale opleidingen. Verdere ervaring heeft Henk opgedaan als trainer bij de Nationale Woningraad, organisatieadviseur, interim-manager en lid van de directie. Uiteindelijk, na verschillende fusies van de woningbouwcorporatie, is Henk directeur bestuurder geweest van Lefier in Noord-Nederland. Vervolgens is Henk met pensioen gegaan. Als lid van de Raad van Commissarissen houdt Henk zich bezig met de bedrijfstechnische kant van de bedrijfsvoering.

Gerard Bootsman, geboren op 10-05-1955, is sinds 1982 werkzaam geweest in de wereld van arbeidsre-integratie in Groningen. Gerard heeft een project voor bewaakte rijwielstallingen in de Gemeente Groningen opgezet en hiervoor mensen ingezet die verder van de arbeidsmarkt afstonden, om zo re-integratie te bevorderen. Deze projecten werden een stichting. Na verschillende fusies is de stichting uiteindelijk het huidige Werkpro geworden. Gerard heeft hierna een managementfunctie vervuld, waarin hij de verantwoordelijkheid nam voor alles wat met activering te maken had.
Gerard is ook werkzaam geweest in de Van Mesdagkliniek in Groningen. Hier was hij verantwoordelijk voor alle diensten die ondersteunend waren aan de behandeling. Vervolgens is Gerard met pensioen gegaan. Gerard zet zijn ervaring en expertise in als het gaat om dagbesteding en maatschappelijke participatie.

De Raad van Commissarissen houdt toezicht op de financiële gezondheid van de organisatie, alsmede op de kwaliteit van zorg, risicobeheersing en strategie. Dit doen zij door periodiek overleg met de Raad van Bestuur te voeren, waarin de Raad van Commissarissen meekijkt, adviseert en kritisch reflecteert op zaken als financiën, vastgoed, innovatie, kwaliteit, inkoop en strategie.
Ook dienen zij een aantal cruciale jaarstukken goed te keuren zoals de jaarrekening en dit jaarlijkse kwaliteitsrapport. Hun reflectie op het rapport van 2022 is terug te vinden in hoofdstuk 12.

9.5 Veilig Incidenten Melden (VIM)

Het is reeds meerdere keren benoemd in dit rapport; het melden van (bijna) incidenten en bijzondere gebeurtenissen op de werkvloer is van groot belang voor de organisatie. Door middel van deze meldingen krijgen we zicht op de praktijk, de behoeften van cliënten en medewerkers, en daarmee ook de kwaliteit van zorg. Het meldingen systeem is grotendeels gekoppeld aan KPI's, waarmee we monitoren of bepaalde meldingen dermate veelvuldig voorkomen dat acties vereist zijn. Dit overzicht wordt ieder kwartaal opgesteld middels een kwartaalanalyse. Meldingen worden indien nodig nader inhoudelijk onderzocht, daarnaast wordt overkoepelend een analyse gemaakt bij opvallende zaken. In 2022 is geconstateerd dat het huidige meldsysteem aandacht verdient. De huidige VIM is niet meer actueel en er kan een verbeterslag worden gemaakt in het evalueren en leren van (bijna) incidenten.

Elke melding komt binnen bij een behandelaar. Dit is een medewerker met expertise op het gebied van de specifieke melding. Deze persoon is gekoppeld aan het meldingsformulier in het zorgsoftwaresysteem. De behandelaar vult een aantal vragen in en legt eventueel contact met de melder, de afdeling beleid & kwaliteit, RvB of externen. Ook geeft de melder altijd een terugkoppeling van de afhandeling van de melding aan de melder en evt. andere betrokkenen. Wanneer er sprake is van een terugval in delictgedrag bij een forensische cliënt, vindt overleg plaats met de betrokken reclasseringswerker over de te ondernemen vervolgstappen.

Indien er sprake is van een calamiteit gaat deze melding rechtstreeks naar de afdeling Beleid en Kwaliteit, deze zet de verdere acties uit, afhankelijk van de aard van de calamiteit.

Veilig Incidenten Melden:

In 2023 zal dit protocol projectmatig worden aangepast met als uiteindelijke doelstelling dat (bijna) incidenten volgens een effectief bewezen methodiek worden gemeld, opgevolgd en geëvalueerd.

10. Conclusies

10.1 Wat gaat goed en waar zijn we trots op?

Betrokken en bevlogen medewerkers:
de medewerkers van De-Bruggen denken niet in hokjes, problemen of beperkingen, maar in kansen en mogelijkheden. Ieder mens is uniek en heeft kwaliteiten, zo ook onze cliënten. Door middel van maatwerk, uiteraard binnen passende kaders, ontstaat kwaliteit van zorg. Dit blijkt uit de verscheidenheid van de bewoners op onze locaties, die 24 uur per dag door onze medewerkers worden ondersteund. Flexibiliteit en cliëntgerichtheid zijn twee van onze kernwaarden die hierbij van wezenlijk belang zijn.

Optimale ontwikkeling:
Continue ontwikkeling vindt plaats op drie niveaus. Zowel op cliënt-, medewerkers- als op organisatie niveau staat ontwikkeling centraal. We ondersteunen onze cliënten zich te ontwikkelen tot de hoogst haalbare mate van zelfredzaamheid. Medewerkers worden gestimuleerd om scholingen te volgen en worden regelmatig gewezen op webinars of interessante trainingen. Er is een uitgebreid en zorgvuldig scholingsbeleid opgesteld in 2022 waar medewerkers actief gebruik van hebben gemaakt om hun kennis en kunde te vergroten. De-Bruggen creëert daarnaast ruimte voor persoonlijke ontwikkeling door het aanbieden van een loopbaanbudget, en de medewerkers te stimuleren hier gebruik van te maken in persoonlijke ontwikkel gesprekken. De Forensische Vakschool en Vrienden van het Forensisch Forum zijn twee uiterst leerzame platformen waar de medewerkers van De-Bruggen veel kennis en expertise hebben opgedaan. We zullen hier in de komende jaren veel gebruik van blijven maken en actief aan deel blijven nemen.
Als organisatie met meerdere contracten dienen we de geldende wet- en regelgeving continue te volgen en te implementeren. Dit is een flinke klus, maar met optimale inzet van onze medewerkers blijkt dit haalbaar. Dit rapport is daar een goede reflectie op.

Inzet eigen medewerkers:
dat uitzendkrachten van invloed zijn op de totale personeelskosten en de kwaliteit van zorg, wisten we wel. Echter, in sommige gevallen, en zeker wanneer er sprake is van overmatig verzuim (ten gevolge van een wereldwijde pandemie) dan is het ook heel prettig dat je per direct vervanging in kan zetten. Maar nog beter is het wanneer je stabiliteit en kwaliteit kunt leveren op de werkvloer met je eigen medewerkers die een vertrouwd gezicht zijn voor onze cliënten. Door diensten efficiënter weg te zetten en medewerkers te stimuleren en belonen om open diensten op te pakken, is het ons in het laatste kwartaal van 2022 gelukt om wekelijks minimaal 95% van de diensten op te vullen met eigen medewerkers. Door structurele aanpassingen door te voeren verwachten we dat deze trend zich in 2023 voortzet.

Verbeteren arbeidsvoorwaarden:
bovenstaand succes heeft direct financiële gevolgen voor de organisatie. Dit is uiteraard ten goede gekomen aan onze medewerkers, die verantwoordelijk zijn voor het slagen van deze opdracht. Door de verkregen financiële ruimte hebben we een tegemoetkoming kunnen bieden in de reiskosten door het plafond structureel te verhogen van €150 naar €300 per maand. Ook krijgen medewerkers een extra vergoeding wanneer zij op korte termijn een openstaande dienst op willen vullen, wat weer bijdraagt aan het doel om minimaal in te zetten op uitzendkrachten.

10.2 Wat zijn aandachts- en verbeterpunten?

Communicatie tussen de verschillende disciplines:
dit blijft een thema dat in alle MTO's en CTO's naar voren komt als aandachtspunt. Door het invoeren van een managementteam, en daarmee het aanpassen van de interne bedrijfsstructuur, streven we naar een verbetering op dit gebied.

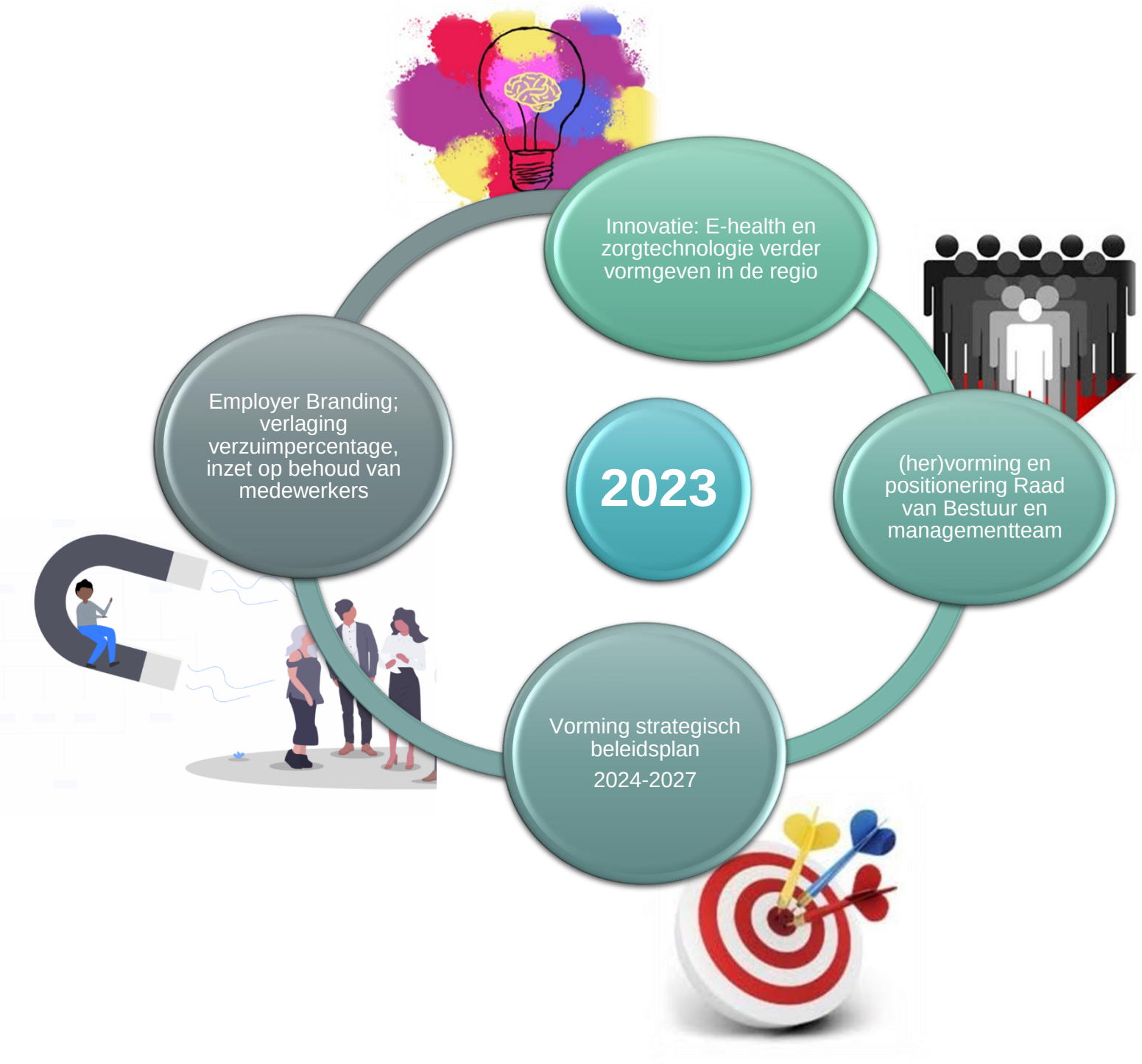
Financiële positie locatie Zuidlaren:
sinds de opening van de locatie in Zuidlaren in 2018, is de locatie nog niet rendabel geweest vanwege een laag bezettingspercentage en hoge personeelskosten. Ondanks verschillende middelen en maatregelen voldoet de locatie in 2022 nog steeds niet aan de gestelde wens om zelfstandig rendabel te zijn en niet financieel te hoeven steunen op de andere woonlocaties. In 2023 zal een interim manager hier intensief op gaan sturen. Middels een analyse van de huidige situatie en een plan van aanpak richting de gewenste situatie, zal dit medio eind 2023 aanzienlijk verbeterd moeten zijn.

Adequaat opgeleide medewerkers:
Zoals aangegeven in dit rapport is het een uitdaging op de huidige arbeidsmarkt om voldoende medewerkers te vinden die aansluiten bij de complexiteit van ons werk en onze doelgroep. Door in te zetten op o.a. Employer Branding, het vaststellen van onze why, maar ook het intern en extern uitdragen hiervan, zal dit hopelijk leiden tot versterking van onze positie op de veelbewogen arbeidsmarkt.

Teambuilding:
Het leiden van een team is een uitdaging. Onze leidinggevenden doen dit met veel liefde en plezier, maar ervaren tegelijkertijd hoge werkdruk en in sommige gevallen, weinig verbindingen in het team. Omdat teamvorming, samenwerking en verbinding belangrijke thema's zijn voor de organisatie, zullen onze leidinggevenden investeren in het versterken van hun kwaliteiten.

Verbeteren meldcultuur:
Incidenten zijn onderdeel van onze werkzaamheden. Door de complexiteit van onze doelgroep is dit nooit volledig te voorkomen. Als organisatie is het van belang dat we uit ieder incident lessen leren. Dit kan op verschillende facetten: preventie, afhandeling, analyse, nazorg, etc. We zullen hier in 2023 aandacht aan besteden om het gehele proces op dit gebied te verfijnen.

11. Een blik richting het komende kalenderjaar



12 Reflectie van de verschillende raden:

12.1 De Raad van Bestuur

De Raad van Bestuur is erg trots op de ontwikkeling die de organisatie de afgelopen jaren heeft doorgemaakt. In 2023 is het tien jaar geleden dat Emile Coenen De-Bruggen heeft opgericht. Van een handjevol PGB-cliënten, naar drie Beschermde Woonvormen met meerdere contracten, samenwerkingen en dagelijkse zorg aan zo'n 80 cliënten. In het aankomende jubileumjaar zal de Raad van Bestuur uitgebreid stil staan bij de mooie groei van afgelopen decennium.

12.2 De cliëntenraad

Zoals in het rapport beschreven is er momenteel geen stabiele cliëntenraad binnen de organisatie. Om die reden is er geen reflectie van de cliëntenraad mogelijk geweest. We hopen dat dit in 2023 weer haalbaar is.

12.3. De ondernemingsraad

De ondernemingsraad van De-Bruggen bestaat uit drie medewerkers vanuit verschillende disciplines en afdelingen.
De ondernemingsraad: het rapport schetst een mooie weergave van het afgelopen kalenderjaar, waarin weer vele mooie ontwikkelingen hebben plaatsgevonden. De ondernemingsraad is blij met het project Employer Branding, waarin specifiek aandacht is voor het arbeidsklimaat voor de medewerkers.

12.4 De Raad van Commissarissen

De Raad van Commissarissen bestaat uit drie leden, hierover is meer te lezen in hoofdstuk 9.4.
De Raad van Commissarissen: Als RvC kijken wij met tevredenheid terug op het afgelopen jaar en zijn wij met optimisme het nieuwe jaar in gegaan. In een open overlegsfeer met de Raad van Bestuur hebben wij constructief en waar nodig kritisch de voortgang gemonitord. De organisatie heeft op alle niveaus laten zien dat zij beschikt over veerkracht. Zij heeft zich goed hersteld van de pandemie, die uitzonderlijke eisen aan ons allemaal heeft gesteld. De-Bruggen heeft laten zien dat zij in iedere situatie het belang van de cliënten vooropstellen.
Als RvC zijn wij trots op wat er is bereikt en op al onze medewerkers die zich voor dit resultaat hebben ingezet. We zetten deze constructieve samenwerking graag voort in 2023.

13. Colofon

Dit is het kwaliteitsrapport over 2022 dat De-Bruggen heeft opgesteld om inzage te geven in de kwaliteit van de organisatie. De-Bruggen is verantwoordelijk voor het opstellen van dit document.

Mei 2023

Contactgegevens De-Bruggen
Lloydsterras 6
9641 DZ Veendam

Telefoon 0598 820 990
E-mail info@bijdebruggen.nl

Inlichtingen bij
C. Buringa
Kwaliteitscoördinator

Telefoon 06 15 37 40 38
E-mail c.buringa@bijdebruggen.nl

Website
www.bijdebruggen.nl