



# **SAMEN OP DE GOEDE WEG**

**KWALITEITSRAPPORT STICHTING JUUTSOM**

**Maart 2018**

**door Nelleke Oosterling.**

## 1. Inhoudsopgave.

2. Samenvatting.	blz.3
3. Gebruikte bronnen.	blz.3
4. Inleiding.	blz.4
5. Kernwaarden en kwaliteit.	blz.5
6. De organisatie van kwaliteit.	blz.5
7. Juutsom in getallen.	blz.5
7.1. Cliënten.	blz.5
7.2. Personeel.	blz.6
7.3. Klachten en incidenten.	blz.7
7.4. Ondersteuningsplannen.	blz.8
8. In gesprek...	blz.8
8.1. Plannen maken en evalueren.	blz.9
8.2. Meepraten en meebeslissen.	blz.9
8.3. Ervaringen van cliënten.	blz.10
8.4. Ervaringen van medewerkers.	blz.11
8.5. Externe visitatie.	blz.13
9. Speerpunten in kwaliteitsmanagement.	blz.13
10. Bevindingen vanuit de Cliëntenraad.	blz.14
11. Bevindingen vanuit de Raad van Toezicht.	blz.16

## **2. Samenvatting.**

Bij Juutsom kunnen mensen zichzelf zijn. Ieder mens wordt gezien, er is persoonlijke aandacht. Mensen kunnen bezig zijn in een natuurlijke omgeving en tastbare ervaringen opdoen. De kwaliteit van zorg en van het leven van onze cliënten staan centraal in alle activiteiten die stichting Juutsom onderneemt. De Raad van Bestuur benoemt hieromtrent zes kernwaarden in de organisatie, namelijk: er voor elkaar zijn; een warm en open opvoedingsklimaat, een veilige werk- en leefomgeving, gezelligheid geeft extra glans aan het leven en randvoorwaarden moeten goed geregeld zijn. Om de kwaliteit van zorg en de tevredenheid van de cliënten te waarborgen is het directe contact en gesprek tussen cliënten, verwanten en hulpverleners essentieel. Door met elkaar op te trekken en elkaar te kennen zijn lijnen kort en knelpunten zichtbaar. Van hieruit worden afspraken gemaakt en nagekomen. In tal van structurele processen wordt deze werkwijze omschreven en geregeld. Controles en reflecties vinden plaats vanuit het continue verbetermodel van het kwaliteitsmanagementsysteem. Vanuit deze bouwstenen komen ieder jaar actiepunten naar voren die extra aandacht behoeven. Zo zal in 2018 een nieuwe manier van bevragen van cliënt ervaringen worden ingevoerd. Cliëntervaringen zullen op een open en persoonlijke manier worden geïnventariseerd. Op basis van de uitkomsten kunnen verbeteringen worden ingevoerd. Ook zal in overleg met de cliëntenraad een jaarschema voor het organiseren van feestelijke activiteiten worden opgesteld, zodat hier meer balans en duidelijkheid in komt. In het kader van veiligheid en welbevinden zullen in het persoonlijk plan van iedere cliënt risico's op verschillende levensdomeinen in een helder en overzichtelijk schema worden benoemd en periodiek worden geëvalueerd. Preventief handelen en mogelijkheden voor verbetering worden hierin aangegeven, zodat begeleiders weten hoe te handelen. Wat betreft de deskundigheid van het personeel zullen diverse cursussen worden georganiseerd, o.a. op gebied van dementie en hechtingsstoornis. Tevens zal teamreflectie op basis van actuele en essentiële onderwerpen een belangrijk onderdeel gaan vormen in de reguliere intervisie trajecten. Afspraken m.b.t. gebruik van deurverklikkers in de nacht, een kamermoment voor bewoners en medicatieveiligheid zijn belangrijke thema's waarvoor we in 2018 gezamenlijk verbetermogelijkheden willen zoeken en uitvoeren.

Naast processen invoeren, reguleren, controleren en verbeteren, blijft ook in 2018 het contact en de dialoog met de cliënt basiselement in het zorgaanbod. In dit kwaliteitsrapport wordt toegelicht hoe Juutsom deze dialoog gebruikt in het organiseren en op peil houden van de kwaliteit van zorg

## **3. Gebruikte bronnen.**

In dit kwaliteitsrapport wordt gebruik gemaakt van de volgende bronnen van informatie:

- analyse van incidentmeldingen (FOBO)
- interne en externe audits
- gegevens m.b.t. personele inzet, ARBO en ziekteverzuim
- beoordeling kritische leveranciers
- uitkomsten cliënttevredenheidsonderzoek
- overzicht klachten en afwijkingen
- risico analyse van de organisatie
- verloop verbetermaatregelen
- uitkomsten teamreflectie
- bevindingen raad van toezicht
- bevindingen cliëntenraad
- reguliere controle inspectie
- belangrijke bevindingen vanuit evaluaties van begeleidingsplannen met cliënten

#### 4. Inleiding.

Juutsom is een steeds ontwikkelende, kleinschalige zorginstelling gericht op wonen, dagbesteding en logeeropvang. Juutsom gebruikt al haar middelen om de kwaliteit van leven van mensen met een psychische, verstandelijke en/of psychosociale handicap te bevorderen. Dit wordt gedaan door actief aansluiting te zoeken bij individuen en uit te gaan van de persoonlijke omstandigheden. Juutsom ondersteunt, creëert mogelijkheden en grijpt kansen bij het realiseren van persoonlijke doelen en het verkleinen van obstakels. Juutsom is toegankelijk en beweegt zich in de maatschappij. De kleinschaligheid van de organisatie maakt dat lijnen kort zijn, mensen gezien worden en beslissingen snel genomen en uitgevoerd kunnen worden.

Juutsom opereert vanuit een prachtig landgoed in Zeeuws Vlaanderen en gaat bij de uitvoering van haar werkzaamheden uit van het ecologische principe, d.w.z. dat wordt gestreefd naar harmonie in de omgang met elkaar en de natuur. Esthetiek, respect en duurzaamheid zijn zichtbaar in het beleid en de werkomgeving van Juutsom en worden als vanzelfsprekend en zinvol aan anderen overgebracht. Juutsom dient zo als voedingsbodem voor persoonlijk evenwicht en groei. In dit alles gaat Juutsom uit van respect voor de natuur en voor verschillen in cultuur en levensbeschouwing.

#### **Er zijn, ervaren, groeien, op je eigen weg!**

Bij Juutsom kunnen mensen zichzelf zijn. Ieder mens wordt gezien, er is persoonlijke aandacht. Mensen kunnen bezig zijn in een natuurlijke omgeving en tastbare ervaringen opdoen. Mensen kunnen elkaar ontmoeten en vriendschap vinden. Jeugdigen kunnen zichzelf zijn, zich ontwikkelen, hun omgeving ontdekken en de warmte voelen van oprechte betrokkenheid. Cliënten, ouders en andere verwanten worden gehoord en betrokken. Bij Juutsom kan je wonen, werken, ontspannen, groeien, zijn!



## **5. Kernwaarden.**

De Raad van Bestuur onderschrijft het belang van een goed functionerend kwaliteitsmanagement waarin duidelijke doelstellingen worden benoemd en waarin structurele en incidentele procesmodellen bijdragen aan een optimale cyclus van continue verbetering. Uiteindelijke algemene doelstelling is natuurlijk een zo hoog mogelijke kwaliteit van zorg waarmee kan worden bijgedragen aan een zo hoog mogelijke ervaren kwaliteit van leven van onze cliënten. Op gebied van het ervaren van een goede kwaliteit van leven benoemt stichting de Juutsom een aantal facetten die aansluiten bij haar visie en missie. Deze facetten vormen kernwaarden die in het kwaliteitsmanagement van stichting Juutsom dienen als voedingsbodem. Deze kernwaarden zijn:

1. Gezien en gehoord worden. Ieder mens is uniek en waardevol. Naast elkaar staan, er voor elkaar zijn. Erbij horen en ertoe doen.
2. Een warm, betrokken, open en overzichtelijk opvoedingsklimaat is essentieel voor de ontplooiing van ieder kind en jong volwassene.
3. Een veilige leef- en werkomgeving.
4. Werken en leven in en met de natuur en volgens ecologische principes heeft een therapeutisch effect.
5. Gezelligheid, onderlinge contacten, samen bezig zijn en samen lekker en gezond eten geven het leven extra glans. Samen avonturen aangaan maakt mooie herinneringen.
6. De organisatie met bijhorende randvoorwaarden, zoals cliëntadministratie, financiële stromen, personele bezetting, onderhoudszaken etc. moet goed geregeld zijn.

## **6. De organisatie van kwaliteit van zorg.**

Stichting Juutsom heeft een kwaliteitsmanagement systeem als hulpmiddel om het niveau van kwaliteit van zorg en het welzijn van onze cliënten op het gewenste niveau te borgen en zo hoog mogelijk te houden. Het kwaliteitsmanagement is van toepassing op alle processen van zorg en ondersteuning. Het systeem is uitgebreid omschreven in het kwaliteitshandboek en de bijhorende documenten en protocollen. Periodieke interne en externe audits zijn onderdeel van het systeem. Tevens worden de belangrijkste verbeterpunten voor komend jaar gedestilleerd vanuit de bevindingen van tal van registraties en werkwijzen horend bij het kwaliteitsmanagement. Dit betreft onder meer: de evaluaties op cliëntniveau (ondersteuningsplannen), overzichten van incidentmeldingen, klachten en afwijkingen, registraties in het kader van hygiëne, arbo wetgeving en veiligheid, risico analyses en bevindingen vanuit diverse overlegvormen (met cliëntenraad, met personeel, met Raad van Toezicht). De uitvoering van het kwaliteitsmanagement voldoet aan de richtlijnen van ISO, stichting Juutsom is dan ook ISO gecertificeerd. Een aantal belangrijke thema's zal in dit rapport nader aan de orde komen.

## **7. Juutsom in getallen.**

### **7.1. Cliënten.**

Stichting Juutsom heeft gemiddeld 55 cliënten. De meeste cliënten vallen onder de Jeugdwet. Slechts 3 cliënten vallen onder de WLZ. In onderstaande tabel wordt weergegeven hoe de verdeling van cliënten er in het afgelopen jaar uit zag.

tabel 1: cliënten en zorgaanbod 31-12-2017.

Zorgvorm	Aantal cliënten
Wonen intramuraal WLZ	3
Wonen intramuraal jeugdwet	10
Wonen extramuraal WMO	4
Dagbesteding jeugdwet	19
Logeeropvang jeugdwet*	8 (1)*
Dagbesteding WMO	15
Dagbesteding onderaanneming bij WLZ woonvoorziening	3
Totaal	55*

\* 7 logees hebben ook dagbesteding en zijn meegeteld bij dagbesteding jeugdwet.

## 7.2. Personeel.

Januari 2018 heeft Juutsom 22 personen in dienst, daarnaast zijn er gemiddeld 3 stagiaires en 6 vrijwilligers. De personeelsopbouw ziet eruit als volgt:

Tabel 2: functie indeling team.

Functie	Aantal uren + opleidingsniveau.
Persoonlijk begeleider	3 personen op HBO niveau (in totaal 2,6 fte) 2 SPH, 1 ergotherapeut met relevante ervaring  4 personen op MBO niveau (in totaal 2,7 fte) SPW-4
Begeleider	5 personen op MBO niveau (in totaal 2,8 fte) allen SPW-4
Invalkracht	1 persoon SPW-4 niveau, 1 persoon SPH niveau beiden contract voor 15 uur per maand met mogelijkheid tot meerwerk.
Medewerkers ondersteunende diensten (huishouding, chauffeur, administratie):	4 personen (in totaal 1,9 fte)
Coördinerend begeleidster	1 persoon (0,83 fte), HBO niveau; PABO, ervaring speciaal onderwijs
Zorgmanager	1 persoon (0,67 fte), HBO niveau, SPH.
Oprichters/RvB/ gedragsdeskundige	in totaal 1,8 fte 1 persoon WO drs. in psychologie 1 persoon MBO niveau metaalwerk, HBO sociaal werk
Stagiaires	Wisselende samenstellingen SPW-4, 4 <sup>e</sup> leerjaar SPH
Externe diensten	boekhoudster, accountant, loonadministrateur, zorgadministrateur, huishoudelijk hulp via uitzendbureau.

Van belang is de balans tussen HBO en MBO geschoolde medewerkers op huidig peil te houden. Op basis van profiel van het huidige team en behoeften aan zorg en begeleiding van de cliëntpopulatie is in het opleidingsplan opgesteld welke cursussen en opleidingen op individueel dan wel op team niveau zullen plaatsvinden. Hierbij wordt ook rekening gehouden met de

maatstaven vanuit de Stichting Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ). Tevens zal in 2018 worden bekeken of het haalbaar is een parttime BIG geregistreerde gedragsdeskundige aan te stellen.

Het ziekteverzuim bedraagt in 2017 9%. Het ziekteverzuim is in 2017 zorgwekkend gestegen. Oorzaak is het relatief hoge aantal langdurige zieken met een flink aantal uren in het contract. Dit betreft 4 personen; alle situaties zijn niet werk gerelateerd en onvoorzien. In individuele ARBO trajecten wordt vinger aan de pols gehouden en worden de mogelijkheden voor re-integratie steeds bekeken. De situatie in 2017 is uitzonderlijk en een daling van het verzuim percentage is dan ook aannemelijk.

Positief is dat het aantal personen met meer kortdurende ziekmeldingen is gedaald t.o.v. voorgaande jaren. Het verzuimpercentage exclusief de langdurig zieken (> 6 weken) is dan ook maar 0,8%.

### 7.3. Klachten en incidenten.

Er zijn in 2017 geen officiële klachten ingediend. Ook zijn de beschikbare vertrouwenspersonen niet ingeschakeld op verzoek van cliënten of personeel.

#### FOBO meldingen.

Bij Juutsom wordt gewerkt met het protocol Fouten, Ongevallen en Bijna Ongevallen (FOBO). Incidenten, fouten en bijna fouten dienen te worden gemeld door medewerkers. Onderstaande tabel toont het aantal meldingen per voorval over de laatste drie jaar.

tabel 3: Overzicht FOBO meldingen periode 2015 - 2018.

Uitgangspunt ↓ Jaar →	2015	2016	2017
M bewoners / logees	13 bewoners / 2 logees	14 bewoners / 1 logees	17 bewoners / 3 logees
M dagdelen db	101	113	122
M Medicatiehandelingen*	5325	5475	4639
Soort incident ↓			
Agressie	14	32	10
Medicatie	9 (0,2%)	12 (0,2%)	15 (0,3%)
Weglopen	2	7	3
Vallen/botsen	2	1	1
Beet van dier	0	1	0
Diversen	0	1	0
<b>Totaal</b>	<b>27</b>	<b>54</b>	<b>29</b>

\* gebaseerd op gemiddelde aanwezigheid van bewoners, logees en dagbesteders die medicijnen gebruiken één of meerdere keren per dag.

#### Evaluatie acties 2017 vanuit de Analyse van de FOBO meldingen 2016:

- Er is een bestand aangelegd met foto's van bewoners, te gebruiken in het kader van melden van weglopen/ vermissing. Er is tevens een medewerkster verantwoordelijk voor up to date houden van dit bestand. Dit zal een vlotte melding bij de politie na weglopen ten goede komen.
- Het is niet gelukt de meldcultuur op het niveau van 2016 te houden. Er is minder gemeld. Eén van de redenen is dat er minder sprake was van agressie en weglopen t.g.v. minder voorkomen van deze problematiek bij de cliëntgroep. Andere reden kan zijn, dat begeleiders toch niet voldoende melden. Dit is een blijvend aandachtspunt. Laatste kwartaal 2017 is besloten de

FOBO meldingen tijdens werkoverleg periodiek te bespreken om te kijken of dit bijdraagt aan de bewustwording.

- c. N.a.v. de meldingen is in de lopende analyse van woontrajecten van aanmelding tot einde zorg bekeken in welke mate weglopen en/of agressief gedrag preventief als risico is ingeschat en in welke mate dit zich verhoudt tot beëindiging van een traject bij Juutsom. Uit de analyse blijkt dat in 15% van de woontrajecten over een periode van 3 jaar en 10 maanden weglopen of agressief gedrag leidt tot beëindiging van het zorgaanbod bij Juutsom en doorstromen naar een meer passend aanbod. Bij 10% van deze cliënten was weglopen en/of agressief gedrag in de risico analyse vooraf aan plaatsing opgenomen en ingeschat als een hanteerbaar risico, bij 5% was dit niet als risico herkend. In 40% van de gevallen is echter agressie en/of weglopen ook als risico ingeschat bij plaatsing maar loopt het traject nog naar behoren of is het traject beëindigd vanwege andere redenen zoals doorstromen naar een logische vervolgplek voor volwassenen of geplande terugkeer naar huis.

#### **Verbeterpunten voor 2018 vanuit de analyse FOBO meldingen 2017:**

- a. Nieuwe werkwijze rondom overdracht mede ter preventie van vergeten van medicatie evalueren. Er wordt nu dagelijks gewerkt met een overzichtelijk lijstje van de slaap naar de dagdienst waarop wordt ingevuld wie in huis zijn, of er afspraken staan en wie nog medicatie op de dag moet krijgen.
- b. Evalueren werkwijze bespreken FOBO meldingen in het werkoverleg, de concrete resultaten in kaart brengen.
- c. In gesprek gaan met gemeente omtrent lastige ingang bij jeugd GGZ en bespreken wat in dergelijke situaties mogelijkheden zijn.

#### **7.4. Ondersteuningsplannen:**

In 2017 heeft 100% van de cliënten binnen 6 weken na de intake een ondersteuningsplan. 95% van de plannen zijn door alle noodzakelijke partijen ondertekend. Bij degenen voor wie dit niet geldt, blijkt een slechte respons van de cliënten/ diens vertegenwoordigers mee te spelen. Begin 2018 is besloten hier een nieuwe werkwijze bij te hanteren waarbij na 3x bevragen de cliënt wordt geïnformeerd dat er wordt uitgegaan van diens toestemming. Correspondentie hieromtrent wordt dan opgenomen in het dossier.

#### **8. In gesprek....**

Juutsom wil aansluiten bij de wensen en zorgbehoeften van haar cliënten. Al vanaf de eerste oriëntatie staat de dialoog centraal. Wat wil iemand? Wat verwacht iemand? Wat heeft iemand nodig? Waar is iemand wel of niet tevreden over? Wat kunnen we samen direct en helder afspreken? Begeleiders bij Juutsom werken continue aan deze zaken d.m.v. dagelijks contact, rapportages, spontane en georganiseerde gesprekken, observaties, samen optrekken en samen ervaringen opdoen.



### **8.1. Plannen maken en evalueren.**

We maken voor iedere cliënt een actueel ondersteuningsplan. We spreken allereerst de cliënt zelf en bij minderjarigen ook altijd de wettelijk vertegenwoordiger(s). Zij kunnen samen verder beslissen wie nog meer van belang zijn om mee in contact te treden en op welke manier. Dit kan variëren van een groot aantal betrokken hulpverleners, tot aan vrienden, familieleden, tot aan niemand (bijvoorbeeld bij een volwassene van de dagbesteding).

Na een oriëntatie vindt een intake gesprek plaats, afspraken over de zorg worden gemaakt en een eerste begeleidingsplan wordt opgesteld. Hierna treedt de begeleidingsplancycclus van periodiek evalueren van het opgestelde plan in werking. Evaluaties vinden minimaal eens per jaar plaats (dagbesteding, logeren), bij bewoners twee maal per jaar. Na de start van de zorg vindt altijd een evaluatie na 3 maanden plaats. Indien nodig wordt tussentijds een extra moment afgesproken om bij elkaar te komen en verslaglegging bij te werken.

Het ondersteuningsplan verwoordt de wensen, behoeften, verwachtingen en gemaakte afspraken zoals besproken met cliënt en diens netwerk. Ook wordt het netwerk in beeld gebracht in het plan. Tot slot wordt per cliënt gekeken welke risico's er zijn op verschillende levensdomeinen. Zodoende is voor de begeleiders helder wat primair is in het kader van welzijn en veiligheid van de cliënt en welke afspraken en acties hierbij horen.

De informatie vanuit de evaluaties wordt besproken in het werkoverleg met collega's. Dit betreft persoonsgerichte zorginhoudelijke thema's. Daarnaast worden belangrijke bevindingen van cliënten met het oog op de algemene gang van zaken binnen de organisatie benoemd en opgenomen in het overzicht van afwijkingen en klachten. Waar nodig worden verbeteracties ingezet.

### **8.2. Meepraten en meebeslissen.**

Juutsom hecht veel waarde aan de mening van haar cliënten en diens vertegenwoordigers. Naast de dagelijkse contacten en de evaluatiemomenten zijn er structurele overlegmomenten. In de cliëntenraad zijn de verschillende vormen van zorg vertegenwoordigd en wordt de inspraak van cliënten op een formele manier vormgegeven. Het proces wordt gecoacht vanuit het LSR, een organisatie gespecialiseerd op dit gebied.

Naast dit overleg vindt periodiek een bewonersoverleg plaats (afhankelijk van de behoeften van de groep vindt dit maximaal tweewekelijks tot minimaal tweemaandelijks plaats), Twee keer per jaar is er een overleg voor de cliënten van de dagbesteding.

Tweejaarlijks wordt er aandacht besteed aan cliënt- en medewerkerstevredenheid middels een onderzoek. Alle bevindingen worden meegenomen in het actieplan horend bij het kwaliteitsmanagement systeem.



### 8.3. Ervaringen van cliënten.

Vanaf 2018 zal Juutsom werken met een nieuwe methodiek op gebied van in beeld brengen van cliënttevredenheid en cliëntervaringen. Cliënt- en medewerkers ervaringen zullen tweejaarlijks in beeld gebracht worden aan de hand van open vragen en interviews. Deze nieuwe gang van zaken zal in werking worden gesteld vanaf maart 2018. Resultaten van dit eerste onderzoek kunnen helaas nog niet in deze rapportage worden meegenomen.

Tot op heden werkte Juutsom met een tweejaarlijkse cyclus om cliënttevredenheid in kaart te brengen. Eens per 4 jaar vindt een onderzoek plaats uitgevoerd door een gespecialiseerd bureau en op basis van interviews, eens per 4 jaar vindt een eigen onderzoek plaats op basis van vragenlijsten die cliënten invullen. In 2016 heeft het laatste cliënttevredenheidsonderzoek plaatsgevonden. Dit is uitgevoerd aan de hand van vragenlijsten. Het betreft een op maat gemaakte eigen methode. Hiervoor is destijds, na contact met het zorgkantoor, gekozen omdat wij geen erkende vragenlijst konden vinden die ook toepasbaar is bij minderjarigen. Hieronder volgt een opsomming van de belangrijkste aandachtspunten en wat daar inmiddels mee is gedaan.

Tabel 4: bevindingen vanuit cliënttevredenheidsonderzoek 2016.

<b>Volwassen dagbesteding. Gemiddelde score: 8,3.</b>		
<b>Wat</b>	<b>Verbeteractie</b>	<b>Stavaza mrt 2018</b>
Eén persoon merkte op dat er meer ruimte kan zijn voor individuele aandacht.	Dit is besproken in het werkoverleg en rondom enkele cliënten zijn betere afspraken in het team gemaakt hoe de persoonlijke aandacht te waarborgen.	Afgerond
Informatie verstrekking moet verbeterd worden. Algemene zaken zoals een nieuwe begeleider, geplande activiteiten kunnen beter van te voren worden gemeld.	Werken met prikbord in de kantine.	Prikbord hangt maar moet nog beter gebruikt worden. Hier zal een verantwoordelijke voor moeten worden aangewezen.
Enkele cliënten zouden vaker dan 2x per jaar een dagbesteding overleg willen.	Bespreken met de hele groep wat een wenselijke frequentie is.	De meesten vinden 1x per jaar genoeg. Het is soms ook belastend extra te moeten komen. Gezamenlijk wordt besloten 2x per jaar aan te houden.
<b>Kinderdagbesteding. Gemiddelde score: 9.</b>		
<b>Wat</b>	<b>Verbeteractie</b>	<b>Stavaza mrt 2018</b>
Het is soms wel erg druk in de kantine.	Nieuwe afspraken maken na de verbouwing van de kantine.	Afspraken zijn ingevoerd. Er wordt op wisselende tijden door verschillende groepjes geluncht. Dit loopt goed.

Meer aandacht voor handen wassen tijdens het eten.	Handdoekmachientjes plaatsen, bredere wasbak in de kantine. Handen wassen als standaard regel.	Handdoek dispensers zijn geplaatst, ook een bredere wasbak. Het blijft een heikel punt. Nu nog meer bewustwording creëren door bordjes op te hangen in de kantine. Dit punt zal ook meegenomen worden bij het behalen van keurmerk zoölogie wat op de planning staat voor 2018
Wanneer ben je wel/ niet aanwezig bij het evaluatiegesprek als kind. (Het is enerzijds goed, is anderzijds vaak erg belastend/ ingewikkeld m.n. voor jonge kinderen)	Richtlijnen bespreken in het team en met CR.	CR vindt 12 een goede leeftijd om erbij te zijn. We bekijken het individueel en doen ook vaak een gesprek in 2 delen.
<b>Bewoners. Gemiddelde score: 7,5.</b>		
<b>Wat</b>	<b>Verbeteractie</b>	<b>Stavaza mrt 2018</b>
Graag een werkende pc in de woonkamer.	Er zijn er inmiddels 2 geplaatst.	Afgerond
Eén persoon merkt op dat er meer gedaan kan worden buitenshuis, meer uitstapjes.	Kinderen hebben inspraak in het activiteitenprogramma in vakanties en mogen deelnemen aan 1 of meerdere sporten/ hobby's buiten de deur.	Dit beleid handhaven. Bijna alle kinderen hebben activiteiten buiten de deur. Bij de enkeling die dit niet heeft, spelen persoonlijke wensen en/of problematiek een rol.
Regelmaat brengen in het bewonersoverleg.	De frequentie hangt af van de behoeften van de groep.	Ieder kwartaal evalueren in managementoverleg.
Sommige kinderen weten niet waarom ze bij Juutsom wonen.	Dit is een persoonlijk onderwerp. Dit wordt normaliter besproken met het betrokken kind. Het verschilt per persoon hoe zij deze informatie verwerken.	Bij de 3 kinderen die dit aangaven, is dit nogmaals extra besproken.

#### 8.4. Ervaringen van medewerkers.

Maart 2018 heeft een teamreflectie plaatsgevonden onder leiding van een externe coach. Het team kiest samen twee actuele en kritische onderwerpen om dieper op te reflecteren. Vanuit inventarisatie, discussie en feedback ontstaan verbeterpunten op teamniveau. De verbeterpunten zullen worden opgenomen in het actieplan horend bij het kwaliteitsmanagement en zullen terugkomen in het werkoverleg met het team.

Wat betreft het onderwerp medicatieveiligheid komen de volgende verbeterpunten naar voren:

\* team kan meer actiever signaleren, rapporteren en handelen bij opmerkelijke zaken.

- \* bijzonderheden m.b.t. de medicatieverstrekking meenemen in de gesprekken met cliënt en omschrijven in de plannen; hoe te handelen omschrijven.
- \* Dit onderwerp op individueel niveau structureel terug laten komen in het werkoverleg.
- \* Bij wijzigingen moet de apotheek gelijk een nieuwe lijst leveren. Hier moet iedereen op letten bij het bestellen en afhalen van medicatie.

Wat betreft het onderwerp vrijheidsbeperking komen de volgende verbeterpunten naar voren:

- \* per persoon bespreken in het werkoverleg hoe met de dagstructuur (vast kamermoment) en het deuralarm om te gaan
- \* per cliënt in het ondersteuningsplan vastleggen hoe met deuralarm en kamermoment wordt omgegaan.
- \* in volgende reflecties thema's rondom vrijheidsbeperking vanuit casuïstiek bespreken
- \* starr methode hierbij gebruiken indien passend (situatie/ taak/ actie/ resultaat/ reflectie).



### 8.5. Externe visitatie.

In het vernieuwde kwaliteitskader is de zogeheten externe visitatie een belangrijk onderdeel. Stichting Juutsum heeft ervoor gekozen deze visitatie voor de eerste keer uit te voeren in 2019 over het voorliggende jaar 2018. Onderhavig rapport bevat dus geen gegevens vanuit een externe visitatie.

### 9. Verbeterpunten vanuit kwaliteitsmanagement.

Vanuit de vaste structuur van het kwaliteitsmanagement en de resultaten die dit oplevert, kan de RvB belangrijkste thema's filteren die aansluiten bij de in paragraaf 4 genoemde kernwaarden en die extra aandacht behoeven. In reflectie op het voorliggend jaar 2017 en als input voor 2018 wil de RvB zodoende de volgende thema's uitlichten:

Tabel 5: Verbeterpunten per kernwaarde t.b.v. kwaliteitsmanagement 2018.

Kernwaarde 1: Gezien en gehoord worden. Ieder mens is uniek en waardevol. Naast elkaar staan, er voor elkaar zijn. Erbij horen en ertoe doen.		
Thema	Bevindingen/ acties 2017	Actie 2018
Luisteren naar elkaar.	De actiepunten van het cliënttevredenheidsonderzoek van 2016 zijn afgerond.	Een nieuwe bevraging van cliënt en medewerker wordt georganiseerd vanaf maart 2018. Er wordt uitgegaan van ervaringsverhalen.
Kernwaarde 2: Een warm, betrokken, open en overzichtelijk opvoedingsklimaat is essentieel voor de ontplooiing van ieder kind.		
Thema	Bevindingen/ acties 2017	Actie 2018
Deskundige begeleiders zijn nodig voor een goed opvoedkundig klimaat.	Het opleidingsplan is afgerond. Na accent op coaching en teambuilding is nu behoefte aan verdieping van kennis.	Een nieuw opleidingsplan is in werking. Diverse cursussen zullen worden georganiseerd zoals over hechtingsstoornis, NAH en dementie.
Kernwaarden 1& 2:		
Samen er zijn voor onze cliënten.	In een doorlopend coaching traject staat het team van begeleiders stil bij moeilijke situaties rondom cliënten en wordt de onderlinge samenwerking verbeterd en onderhouden.	Het coaching traject wordt vervolgd. Teamreflectie op belangrijke thema's zal hier een belangrijk onderdeel in vormen.
Kernwaarde 3: Een veilige leef- en werkomgeving.		
Thema	Bevindingen/ acties 2017	Actie 2018
Medicatie veiligheid.	Vanuit een reguliere onverwachtse controle van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) kwam naar voren dat er een aantal punten in de opgezette protocollen gewijzigd moeten worden.	Het protocol aanpassen, de afspraken met de apotheek hierop aanpassen en risico's en handelswijzen bespreken in het team. Proces monitoren d.m.v. controle op incidentmeldingen.
Vrijheidsbepe	Juutsum is er door de IGJ op	Interne dialoog over

rking	gewezen dat het gebruik van deuralarmen op slaapkamers in de nacht ook valt onder vrijheidsbeperkende maatregelen.	vrijheidsbeperving aangaan in het team. Handswijzen aanpassen en communiceren met netwerk.
Risico inventarisatie op cliëntniveau	Vanuit de ISO audit en het bezoek van de IGJ bleek dat Juutsum de omschrijving van risico's per cliënt meer uitgebreid moet weergeven in het ondersteuningsplan.	Nieuwe werkwijze ontwikkelen en implementeren. Risico's worden per persoon per levensdomein ingeschat wat betreft ernst en preventieve acties worden benoemd. Dit alles wordt periodiek geëvalueerd.
Kernwaarde 4: Werken en leven in en met de natuur en volgens ecologische principes heeft een therapeutisch effect.		
Thema	Bevindingen/ acties 2017	Actie 2018
Duurzaamheid	Met de uitbreiding van studio's voor begeleid zelfstandig wonen is de behoefte aan energie toegenomen.	Een tweede houtkachel plaatsen.
Kernwaarde 5: Gezelligheid, onderlinge contacten, samen bezig zijn en samen lekker en gezond eten geven het leven extra glans. Samen avonturen aangaan maakt mooie herinneringen.		
Thema	Bevindingen/ acties 2017	Actie 2018
Planning van feestelijke activiteiten.	De cliëntenraad heeft aangegeven betrokken te willen zijn bij het maken van een jaarplanning van feestelijke aangelegenheden zoals open dag/ brusjes dag/ bonte avond, nieuwjaarsdiner, oogstfeest etc..	Een jaarschema maken waarin de activiteiten op uitgebalanceerde wijze periodiek aan bod zullen komen.
Kernwaarde 6: De organisatie met bijhorende randvoorwaarden, zoals cliëntadministratie, financiële stromen, personele bezetting, onderhoudszaken etc. moet goed geregeld zijn.		
Thema	Bevindingen/ acties 2017	Actie 2018
Ondertekening van ondersteuningsplannen door cliëntvertegenwoordigers.	Vanuit gesprek met de administratief medewerkster blijkt dat niet alle ondersteuningsplannen ondertekend worden geretourneerd door wettelijk vertegenwoordigers van jeugdigen.	Een nieuwe methodiek wordt geïmplementeerd om hier meer grip op te krijgen.

## 10. Bevindingen vanuit de CR.

De cliëntenraad heeft een presentatie gehoord over het kwaliteitsrapport en het rapport doorgenomen. De raad van Bestuur heeft tijdens een bijeenkomst 11-04-2018 vragen aan de cliëntenraad gesteld. Hieronder volgt een weergave van de vragen en antwoorden en van wat de cliëntenraad verder heeft gezegd over het rapport.

Wat vindt de CR van de top 6 van belangrijkste dingen bij kwaliteit van leven? Mist u iets? Klopt alles wel?

\*De cliëntenraad vindt de top 6 goed verwoord.

\* Wat betreft punt 5 kan er meer aandacht zijn voor organisatie van gezellige dingen bij de bewoners van de kamertraining.

#### Wat vindt de cliëntenraad van het gebruiken van deuralarmen? Wat is ervoor? Wat is er tegen?

\* De cliëntenraad vindt het een goede zaak dat er in de nacht deuralarmen worden gebruikt. Dan heeft de leiding ten minste in de gaten wat er gebeurt en kan de leiding mensen helpen, bijvoorbeeld als zij verward zijn of een nacht merrie hebben.

\* De cliëntenraad merkt op dat de geluiden van de bellen overdag als irritant worden ervaren door sommige mensen. De deuralarmen worden dan toch niet gebruikt, misschien kunnen de geluiden van de bellen overdag worden afgezet.

#### Wat vindt de cliëntenraad van een vast kamermoment voor alle bewoners? Wat is er voor? Wat is er tegen?

\* De cliëntenraad vindt het goed dat er tijdens het kamermoment individuele aandacht is voor cliënten.

\* De cliëntenraad denkt dat veel kinderen het kamermoment ook echt als een rustpunt ervaren en niet als vrijheidsbeperking.

\* De cliëntenraad vindt het belangrijk dat het kamermoment onderwerp van gesprek blijft. Misschien zijn er wel andere ideeën die ontstaan door erover te praten met de kinderen.

#### Heeft de cliëntenraad nog andere opmerkingen of vragen over dit rapport?

\* De cliëntenraad vraagt of cliënten rapportages en verslagen mogen inzien. Dit mag natuurlijk als het henzelf betreft. Bij kinderen wordt dit ook besproken met de wettelijk vertegenwoordiger.

\* Er zijn 29 incidenten gemeld in 2017. De cliëntenraad vindt het belangrijk dat er naar verbeterpunten wordt gekeken. Deze worden opgenomen in het actieplan wat hoort bij het kwaliteitsmanagement. Dit gebeurt dus.

\* De CR vraagt zich af hoe Juutsom omgaat met iemand die zich niet goed kan verwoorden bij het schrijven van het ondersteuningsplan. Juutsom probeert dan te letten op wat iemand laat zien in zijn / haar gedrag. Ook kan worden geluisterd naar mensen die de persoon erg goed kennen. Er kan ook worden gewerkt met pictogrammen, maar dit is niet de expertise van Juutsom en gebeurt in de praktijk eigenlijk niet. Bij bijna alle cliënten van Juutsom is dit namelijk niet nodig.

\* Wordt er bij beëindiging van de zorg een eindgesprek gehouden? Bij bewoners vindt een eindevaluatie en laatste verslaglegging plaats. Bij dagbesteding en logeren gebeurt dit alleen wanneer dit noodzakelijk is.

\* De cliëntenraad adviseert bij medicatiegebruik van logees de ouders toestemming te vragen op een formulier om zelf de overzichten van medicatie bij de apotheek te kunnen opvragen.

De Raad van Bestuur zal de genoemde punten verwerken in het kwaliteitsrapport en waar nodig verbetermaatregelen invoeren op de actielijst.

## 11. Bevindingen vanuit de RvT.

De Raad van Toezicht heeft de rapportage doorgenomen en een reactie gegeven. Tevens hebben de leden enkele vragen beantwoord (dezelfde vragen als de cliëntenraad). Hieronder worden de bevindingen verwoord.

### Wat vindt de RVT van de top 6 van belangrijkste waarden bij kwaliteit van leven? Mist U iets? Klopt alles wel?

- \* Bij het vaststellen van kernwaarden is het goed te onderscheiden wat doelen zijn en wat methoden. Dit loopt in de huidige opzet door elkaar. Er is discussie over het begrip waarden en of het dan inderdaad noodzakelijk is doelen en werkwijzen te scheiden. Voor nu is ervoor gekozen de 6 opgestelde waarden in de huidige vorm te handhaven.
- \* Op gebied van de vastgestelde waarden wordt hygiëne en een gezonde leefomgeving gemist als ook waarden als geborgenheid en veiligheid. Op gebied van de waarde van gezellig samen zijn en lekker eten wordt aangegeven dat het ook van belang is gezond eten te stimuleren. Dit is aangepast in de omschrijving.

### Wat vindt de RVT van het gebruiken deuralarmen? Wat is ervoor? Wat is ertegen?

- \* Het gebruik van deuralarmen is in de visie van de RVT niet vrijheid beperkend. Deuren worden niet afgesloten en de alarmen worden alleen in de nacht gebruikt om toezicht te kunnen bieden wanneer een kind van zijn kamer afgaat. Zonder deuralarm zou de slaapdienst dit niet horen. Op deze wijze toezicht bieden past bij de verantwoordelijkheid die groepsleiding heeft in de zorg voor minderjarige kinderen.
- \* Het gebruik van deuralarmen kan worden gezien als een huisregel.
- \* Het deuralarm is een hulpmiddel wat ingezet kan worden indien nodig. Het is goed het de noodzaak van het gebruik van een deuralarm per kind te bespreken, individuele afspraken hieromtrent te maken en deze periodiek te evalueren.

### Wat vindt de RVT van een vast kamermoment voor alle bewoners? Wat is ervoor? Wat is ertegen?

- \* Het is positief opvallend dat de CR het niet als vrijheid beperkend ervaart.
- \* Het kamermoment kan rust bieden en past in een gestructureerde omgeving. Het kan onderdeel zijn van vaste huisregels net als op een vast moment eten of naar bed gaan.
- \* Valkuil is dat het alleen voor gemak van begeleiders wordt toegepast.
- \* Het is raadzaam het gebruik van een kamermoment per persoon te bekijken en individuele afspraken hieromtrent te maken.
- \* Wanneer het voor een groep wordt ingevoerd, is het van belang goed vast te leggen waarom dit gebeurt en hoe dit verloopt.
- \* Het is erg positief dat een kamermoment wordt gebruikt voor het bieden van rust en individuele aandacht door begeleiders

### Heeft de RVT nog andere vragen of opmerkingen over dit rapport?

- \* Bekeken kan worden welke plek het kwaliteitsrapport in het kwaliteitsmanagement kan innemen. Op welke wijze kan het rapport een plek innemen in het kwaliteitshandboek of elders binnen de



systematiek van kwaliteitsmanagement? Het is nu opgesteld als een aanvullend document waarin visie op kwaliteit vanuit verschillende invalshoeken wordt belicht en waarin tevens belangrijke metingen op gebied van kwaliteit worden benoemd. Deze werkwijze kan in de komende jaren duidelijker in de kwaliteitscyclus worden gepositioneerd.

\* De RVT vindt de aandachtspunten op gebied van verbeteren van de afspraken met de apotheek zeer belangrijk en urgent.

\* De RVT is tevreden dat veel partijen in het rapport aan bod komen. Dit getuigt van respect en medezeggenschap. Het rapport laat een open houding zien met aandacht voor het individu.

De Raad van Bestuur zal de genoemde punten verwerken in het kwaliteitsrapport en waar nodig verbetermaatregelen invoeren op de actielijst.