



SAMEN OP DE GOEDE WEG

KWALITEITSRAPPORT STICHTING JUUTSOM

Mei 2019

door Nelleke Oosterling.

1. Inhoudsopgave.

2. Samenvatting.	blz.3
3. Gebruikte bronnen.	blz.4
4. Inleiding.	blz.4
5. Kernwaarden en kwaliteit.	blz.5
6. De organisatie van kwaliteit.	blz.5
7. Juutsom in getallen.	blz.6
7.1. Cliënten.	blz.6
7.2. Personeel.	blz.6
7.3. Klachten en incidenten.	blz.7
7.4. Ondersteuningsplannen.	blz.9
8. In gesprek...	blz.9
8.1. Plannen maken en evalueren.	blz.9
8.2. Meepraten en meebeslissen.	blz.10
8.3. Ervaringen van cliënten.	blz.10
8.4. Ervaringen van medewerkers.	blz.12
8.5. Externe visitatie.	blz.13
9. Speerpunten in kwaliteitsmanagement.	blz.13
10. Bevindingen vanuit de Cliëntenraad.	blz.15
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.

In 2019 zullen verbeterpunten die zijn voortgekomen uit het laatste onderzoek naar cliënt ervaringen worden doorgevoerd. Het betreft zaken als: verbeteren van de sfeer op de woongroep, duidelijk werken met een nationaal hitteplan ten tijde van een hittegolf en vergroten van de naamsbekendheid van Juutsom. Op peil houden van de deskundigheid van het team van begeleiders is een blijvend punt van aandacht. In 2019 zal het team een training volgen in de methodiek van 'Geweldloos verzet' om zich zo verder te bekwamen in het omgaan met ingewikkeld gedrag. Ook zal in intervisie aandacht blijven voor medicatiebeleid en het gebruiken van vrijheid beperkende middelen zoals een deuralarm in de nacht.

In 2018 is veel aandacht besteed aan hoe privacy binnen Juutsom wordt gewaarborgd. Juutsom moet voldoen aan de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). In 2019 zal worden getoetst of Juutsom dit inderdaad goed heeft georganiseerd. Een ander belangrijk aandachtspunt is het werken met persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) bij het werken met gereedschap. Juutsom zal haar werkwijze op dit punt verbeteren zodat duidelijker is hoe cliënten en medewerkers zich kunnen beschermen door bijvoorbeeld gebruik van oorklep of bril. Buiten zijn en samen optrekken zijn een belangrijk onderdeel van het zorgaanbod van Juutsom. Kinderen kunnen lekker buiten spelen. In 2019 zal gezorgd worden voor nieuw buiten speelmateriaal. Er is met name behoefte aan goede skelters. Ook zullen er regelmatig leuke uitstapjes en bijeenkomsten worden georganiseerd volgens een twee jaren plan wat hiervoor is opgesteld.

Dit is slechts een greep uit de verbeteracties die plaatsvinden. Zoals blijkt uit dit rapport vinden continue tal van acties en verbeteringen plaats op divers gebied. Samen werken aan zo goed mogelijke kwaliteit van leven is dan ook een dynamisch en levend proces!

3. Gebruikte bronnen.

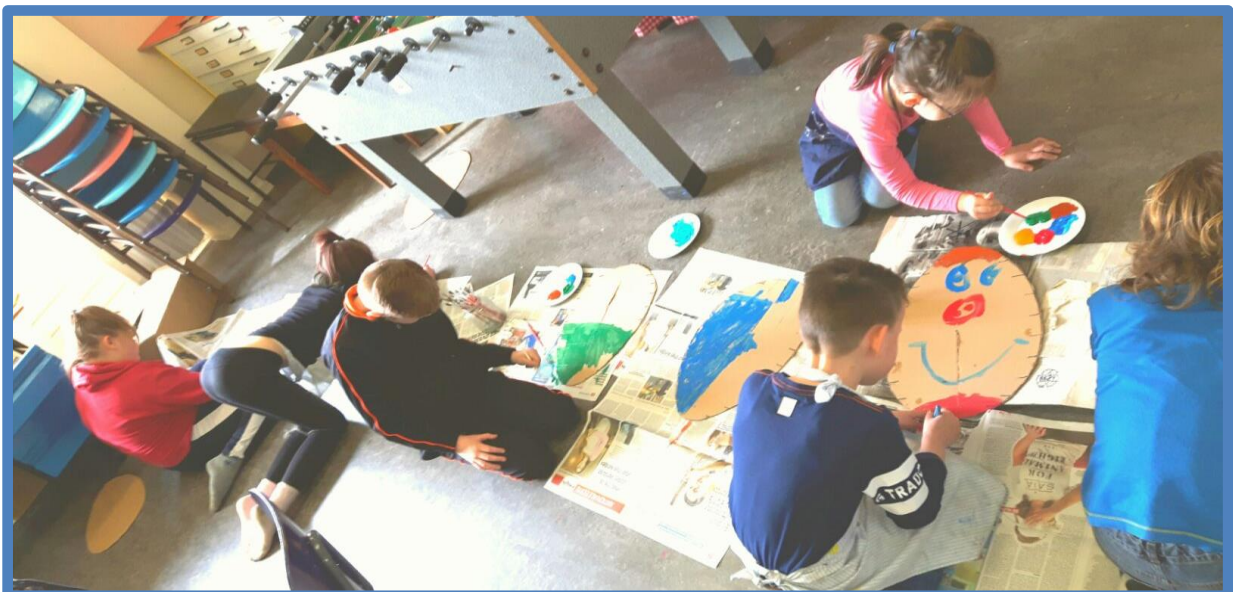
In dit kwaliteitsrapport wordt gebruik gemaakt van de volgende bronnen van informatie:

- 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, logeeropvang en ambulante begeleiding. 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. Uiteindelijk 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 60 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 31-12-2018.

Zorgvorm	Aantal cliënten
Wonen intramuraal WLZ	3
Wonen intramuraal jeugdwet	13
Wonen extramuraal WMO	4
Dagbesteding jeugdwet	20
Logeeropvang jeugdwet*	8 (2)*
Dagbesteding WMO	11
Dagbesteding onderaanneming bij WLZ woonvoorziening	4
Dagbesteding WLZ PGB	1
Dagbesteding WLZ ZIN	1
Totaal	59*

* 6 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 7 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 2,7 fte) 2 SPH, 1 ergotherapeut met relevante ervaring 4 personen op MBO niveau (in totaal 2,6 fte) SPW-4
Begeleider	4 personen op MBO niveau (in totaal 2,8 fte) allen SPW-4 (1 persoon volgt een HBO opleiding)
Invalkracht	1 persoon SPH niveau contract voor 15 uur per mnd met de mogelijkheid tot meer.
Medewerkers ondersteunende diensten (huishouding, chauffeur, administratie):	4 personen (in totaal 3 fte)
Coördinerend begeleidster	1 persoon (0,83 fte), HBO niveau; PABO, ervaring speciaal onderwijs
Zorgmanager	1 persoon (0,83 fte), HBO niveau, SPH.
Oprichters/RvB/ gedragsdeskundige	in totaal 2 fte 1 persoon WO drs. in psychologie 1 persoon MBO metaalwerk, HBO sociaal werk
Stagiaires	Wisselende samenstellingen SPW-4, 4 ^e leerjaar SPH

Externe diensten	Vaste gedragsdeskundige (zpz-er), boekhoudster, accountant loonadministrateur, zorgadministrateur, huishoudelijk hulp via uitzendbureau, onderhoudsmedewerkers.
------------------	---

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).

Het percentage ziekteverzuim is zorgwekkend gestegen t.o.v. 2017 (9%) naar 12%. Oorzaak is het hoge aantal langdurige zieken met een flink aantal uren in het contract. Dit betreft 4 personen; alle situaties zijn niet werk gerelateerd. In individuele arbo trajecten wordt vinger aan de pols gehouden en worden de mogelijkheden voor re-integratie steeds bekeken. Het landelijk gemiddelde in de zorgsector is 6,5%. Wanneer de langdurig zieken niet meegerekend worden is het percentage 1%.

Het aantal personen met meer kortdurende ziekmeldingen is gedaald t.o.v. voorgaande jaren.

7.3. Klachten en incidenten.

Er zijn in 2018 geen officiële klachten ingediend. Ook zijn de beschikbare vertrouwenspersonen niet ingeschakeld op verzoek van cliënten of personeel.

FOBO meldingen.

Bij Juutsum 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 2016 - 2018.

Uitgangspunt ↓ Jaar →	2016	2017	2018
M bewoners / logees	14 bewoners / 1 logees	17 bewoners / 3 logees	17 bewoners/ 3 logees
M dagdelen db	113	122	122
M Medicatiehandelingen*	5475	4639	5334
Soort incident ↓			
Agressie	32	10	10
Medicatie	12 (0,2%)	15 (0,3%)	24(0,4%)
Weglopen	7	3	2
Vallen/botsen	1	1	4
Beet van dier	1	0	0
Diversen	1	0	0
Totaal	54	29	40

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

Veranderingen t.o.v. 2016 en 2017:

- Het aantal meldingen is gestegen t.o.v. 2017. In 2016 waren er opvallend veel meldingen. In 2016 waren er twee cliënten die veelvuldig wegliepen en/ of agressief waren, hetgeen tot een hoog aantal meldingen leidde.
- Het aantal medicatiefouten is gestegen. Het gaat met name mis bij twee bewoners die onregelmatig bij Juutsom verblijven, veel medicatiewisselingen hebben en van wie de medicatie langere tijd niet volledig in beheer was van Juutsom maar nog bij ouders (hetgeen foutgevoeligheid groter maakt doordat er meer moet worden afgestemd: medicatie over en weer bij elkaar bezorgen etc.).
- Het aantal agressie incidenten is gelijk gebleven. Alle agressie incidenten zijn veroorzaakt door bewoners, waarbij 5 verschillende bewoners verantwoordelijk zijn voor alle 10 incidenten. Het aantal agressie incidenten in dagbesteding en logeren is net als in 2017 0.

Ondernomen acties.

N.a.v. de FOBO meldingen zijn, naast alle gangbare bij het uitvoeren van de persoonlijke ondersteuning passende acties, de volgende acties ondernomen:

- Opstarten van psychiatrische/ psychologische behandeling.
- Overleg met betrokken arts of psychiater.
- Aanpassen signaleringsplan en begeleidingsafspraken.
- In alle gevallen van agressie- en wegloop incidenten hebben gesprekken met alle direct betrokkenen plaatsgevonden.
- Uitstroom naar meer passende woonvorm/ uitstroom naar behandelcentrum.
- Coaching voor het team m.b.t. hoe fysieke agressie te kunnen beheersen / afwenden op een veilige manier. Dit is als erg steunend ervaren door collega's. De technieken worden nu regelmatig voor een werkoverleg even doorlopen.
- Bespreken medicatie fouten in het werkoverleg → werkwijze aangepast. We bespreken inname nu ook per cliënt.
- Veelvuldig overleg met ouders om te bekijken hoe de voorraad van de medicatie beter in beheer kan komen.

Evaluatie aandachtspunten voor 2018:

- a. Het werken met overdrachtsformulieren is correct ingevoerd en bevalt goed. Het is meer inzichtelijk welke cliënt nog in huis is en wat er die dag moet gebeuren. Helaas heeft dit niet geleid tot minder medicatie fouten.
- b. FOBO meldingen zijn met meer regelmaat besproken in het overleg. Het blijkt een eye opener en zet mensen actief aan het denken. Het is goed dit zo te blijven doen.

- c. Vanuit gesprekken met de gemeente omtrent jeugdigen met complexe problematiek voor wie moeilijk passende zorg te vinden is, is duidelijk geworden dat er een regionaal expertteam is opgericht. Bij één cliënt hebben wij gebruik gemaakt van dit team. Er is goed meegedacht en extra ondersteuning is snel ingezet. Het team was erg helpend.

Aandachtspunten voor 2019.

- a. De stijging van het aantal medicatiefouten moet getackeld worden. We bespreken medicatie in ieder cliëntoverleg. Indien fouten blijven aanhouden, zullen we medewerkers persoonlijk aanspreken op gemaakte fouten kort nadat dit is gebeurd.
- b. In een medicatietraining voor het team aandacht besteden aan het vergeten van medicatie; wat zijn risico's/ hoe te handelen en hoe te voorkomen.

7.4. Ondersteuningsplannen:

In 2018 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 begeleidingsplancyclus 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.

Juutosm 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.

In 2018 heeft onderzoek naar de ervaringen van cliënten met de zorg van Juutosm plaatsgevonden. Bij de WLZ cliënten is gebruik gemaakt van de CoK (cliënt over kwaliteit) - methode van het LSR. Dit betreft vragenlijsten die met de cliënt zijn ingevuld en waarvan de resultaten kunnen aansluiten bij het persoonlijke ondersteuningsplan. Daarnaast zijn voor alle cliënten interviews in groepsverband afgenomen door een onafhankelijke onderzoekster van het LSR. Zij heeft de resultaten gebundeld in een verslag. Dit is besproken met de cliëntenraad, Raad van Toezicht en met het personeel. In overleg is een verbeterplan opgesteld. Hieronder staan de uitkomsten vermeld.

Tabel 4: bevindingen vanuit cliënttevredenheidsonderzoek 2018.

Verbeterpunt.	Situatie.	Actie	Tijdspad.
Tijdigheid evaluaties (1 opmerking over dit onderwerp blijkt uit het onderzoek)	Er wordt gewerkt met een controle systeem om zo periodiek te controleren of evaluaties tijdig worden uitgevoerd. Doorgaans gaat dit goed. Werkwijze handhaven.	Met coördinerend begeleidster werkwijze herhalen.	Maart 2019, daarna volgens schema ieder kwartaal. Coördinerend begeleider voert uit.
Verbeteren informatie verstrekking richting cliënten.	Er is geen duidelijk systeem m.b.t. geven van informatie aan cliënten en verwanten over nieuwtjes en weetjes.	We gaan een Juutsom nieuwsbrief samen met cliënten maken.	Start februari 2019, evaluatie februari 2020
Werken met nationaal hitteplan.	Er worden wel extra maatregelen genomen ten tijde van een hittegolf echter dit wordt wellicht niet voldoende duidelijk gecommuniceerd.	Verantwoordelijke aanstellen en bij hittegolf zichtbaar (d.m.v. informatiepamfletten) werken conform nationaal hitteplan.	Werkwijze opzetten voor juni 2019. In gebruik nemen zo nodig.
Verbeteren naamsbekendheid Juutsom.	Cliënten ervaren dat in de regio er aardig wat mensen zijn die nog nooit van Juutsom gehoord hebben.	De cliëntenraad neemt het op zich een plan van aanpak te maken.	Plan kan in de loop van 2019 worden vastgesteld en ingevoerd.
De jongere en de oudere bewoners hebben minder last van elkaar.	De bewoners geven aan dat zij last hebben van druk gedrag van elkaar.	Het onderwerp wordt actief opgepakt in het bewonersoverleg. Bekeken wordt naar een betere inzet van de verschillende leefruimtes en van de begeleiding. In het team wordt gesproken over de	Start november 2018. Eindevaluatie eind 2019.

		gemengde groep; voor- en nadelen en bewust zijn van hoe ermee om te gaan.	
Er zijn skelters klaar voor gebruik.	Veel skelters zijn kapot en worden niet gerepareerd. Er zijn geen medewerkers die hier handigheid in hebben.	Er is een nieuwe medewerker in dienst als klusjesman en een nieuwe vrijwilliger die ook handig is. Zij zullen de skelters repareren en onderhouden.	Het wordt op de klussenlijst gezet en uitgevoerd in de loop van het 1 ^e en 2 ^e kwartaal 2019.
Ongedierte (muizen en ratten) buiten op de boerderij vermindert en is onder controle.	Er zijn in de periode van het onderzoek best vaak muizen en ratten gesignaleerd bij de schuren en voerplaatsen van de dieren.	Er wordt advies ingewonnen van een expert. De adviezen worden opgevolgd.	Start oktober 2018.

Het gehele plan van aanpak horend bij het cliënt ervaringsonderzoek is terug te vinden op de website van Juutsom.

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, dit betreft medicatie veiligheid en vrijheidsbeperking. In 2019 is gedurende het reguliere werkoverleg en de reguliere bijeenkomsten in het kader van coaching en intervisie steeds stilgestaan bij deze onderwerpen op basis van wat tijdens de teamreflectie is afgesproken. Zodoende is de teamreflectie gecontinueerd.

Dit heeft ertoe geleid dat:

- * signalen m.b.t. bijzonderheden rondom medicatie eerder bij de medicatie verantwoordelijken terecht kwamen;
- * bijzonderheden m.b.t. de medicatieverstrekking en vrijheidsbeperking op individueel niveau zijn besproken in het werkoverleg; hierdoor zijn cliënten veranderd van medicatie/ apotheek om zo de procedure beter te laten verlopen; hierdoor is bij een enkele cliënt het deuralarm voor de nacht weggelaten;
- * de ondersteuningsplannen zijn aangepast zodat onderwerp van vrijheidsbeperking per persoon aandacht krijgt op maat;

In 2019 zal een nieuwe teamreflectie plaatsvinden op basis waarvan dezelfde en of nieuwe verbeteronderwerpen naar voren kunnen komen.



8.5. Externe visitatie.

In het vernieuwde kwaliteitskader is de zogeheten externe visitatie een belangrijk onderdeel. Stichting JuutSom heeft ervoor gekozen deze visitatie voor de eerste keer uit te voeren in 2019. Dit zal plaatsvinden in september 2019. Om deze reden is in dit rapport nog geen rapportage hieromtrent opgenomen.

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 2018 en als input voor 2019 wil de RvB zodoende de volgende thema's uitlichten:

Tabel 5: Verbeterpunten per kernwaarde t.b.v. kwaliteitsmanagement 2019.

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 2018	Actie 2019
Luisteren naar elkaar.	De actiepunten van het cliënttevredenheidsonderzoek van 2018 zijn bekend en zullen worden uitgevoerd op basis van het opgestelde plan.	Plan periodiek evalueren en bijhorende acties uitvoeren.
Kernwaarde 2: Een warm, betrokken, open en overzichtelijk opvoedingsklimaat is essentieel voor de ontplooiing van ieder kind.		
Thema	Bevindingen/ acties 2018	Actie 2019
Deskundige begeleiders zijn nodig voor een goed opvoedkundig klimaat.	Er is ruimte geweest voor verdieping d.m.v. een cursus over hechtingsproblematiek, NAH en dementie.	Het opleidingsplan blijft van kracht. In 2019 wordt het team getraind in de methodieken van "geweldloos verzet".
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 2018	Actie 2019
Medicatie veiligheid.	Er is een stijging van het aantal fouten. Oorzaken lijken duidelijk en hebben te maken met individuele factoren van de cliënt.	Per cliënt het thema medicatie veiligheid bespreken in het wo.
Vrijheidsbeperking	Juutsom is er door de IGJ op gewezen dat het gebruik van deuralarmen op slaapkamers in de nacht ook valt onder vrijheidsbeperkende maatregelen.	Interne dialoog over vrijheidsbeperking aangaan in het team. Handelswijzen aanpassen en communiceren met netwerk.
Werken met persoonlijke beschermingsmiddelen (pbm)	Vanuit incident analyse begin 2019 werd duidelijk dat er meer duidelijkheid en sturing nodig is t.b.v. medewerkers aangaande het gebruik van pbm's.	De protocollen en werkwijzen evalueren en aanpassen. Deze bij personeel onder de aandacht brengen en werkwijze omtrent handhaving aanpassen.
Kernwaarde 4: Werken en leven in en met de natuur en volgens ecologische principes heeft een therapeutisch effect.		
Thema	Bevindingen/ acties 2018	Actie 2019
Activiteiten	Materiaal om buiten te spelen is soms lang kapot.	Spelmateriaal onderhouden/ vervangen en dit opnemen in een onderhoudsplan.

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 2018	Actie 2019
Planning van feestelijke activiteiten.	Er is een jaarschema gemaakt van de planning van feestelijke aangelegenheden (open dag, etentje, bbq, speldag, sinterklaas en kerst, uitstapjes, kamp)	De planning uitvoeren en evalueren met betrokkenen wat zij ervan vinden.
Kernwaarde 6: De organisatie met bijhorende randvoorwaarden, zoals cliëntadministratie, financiële stromen, personele bezetting, onderhoudszaken etc. moet goed geregeld zijn.		
Thema	Bevindingen/ acties 2018	Actie 2019
AVG	Er is gewerkt aan het voldoen aan de richtlijnen van de nieuwe wetgeving omtrent privacy.	De ingevoerde werkwijzen evalueren en toetsen of zij voldoen middels de ISO audit.

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 hen zelf betreft. Bij kinderen wordt dit ook besproken met de wettelijk vertegenwoordiger.
- * FOBO analyse: 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 zoals opgesteld in het kwaliteitsrapport 2018 doorgenomen en een reactie gegeven maart 2018. 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.