



SAMEN OP DE GOEDE WEG
KWALITEITSRAPPORT STICHTING JUUTSOM
maart 2022
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.8
7.4. Ondersteuningsplannen.	blz.10
8. In gesprek...	blz.10
8.1. Plannen maken en evalueren.	blz.10
8.2. Meepraten en meebeslissen.	blz.11
8.3. Ervaringen van cliënten.	blz.11
8.4. Ervaringen van medewerkers.	blz.13
8.5. Externe visitatie.	blz.14
9. Speerpunten in kwaliteitsmanagement.	blz.14
10. Bevindingen vanuit de Cliëntenraad.	blz.17
11. Bevindingen vanuit de Raad van Toezicht.	blz.17

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 2020 is een nieuw onderzoek naar cliënttevredenheid uitgevoerd. De verbeterpunten zijn in 2021 verwerkt. In 2022 zal een nieuw cliënt tevredenheidsonderzoek worden gepland.

Op peil houden van de deskundigheid van het team van begeleiders is een blijvend punt van aandacht. Er wordt gewerkt met de methodiek van 'Geweldloos verzet'. Middels intervisies zal deze werkwijze worden onderhouden. Daarnaast is er veel aandacht voor de SKJ (Stichting Kwaliteitsregister Jeugd). Zowel op individueel als op groeps- niveau worden trainingen georganiseerd om de SKJ registratie bij zoveel mogelijk medewerkers te behouden of te verkrijgen. Ook wordt aandacht besteed aan teambuilding en medicatiebeleid.

In 2021 is verder gewerkt aan de invoering van de Wet Zorg en Dwang (WZD) en de Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg (WVGZ). Beleid is opgesteld en werkwijzen zijn geïmplementeerd. In 2021 is het aanbod van ambulante begeleiding verder uitgebreid. Verder is in 2020 is een nieuwe externe audit uitgevoerd en is een nieuw ISO certificaat behaald en is in 2021 ook de audit succesvol doorlopen. Natuurlijk slokte in 2020 en 2021 de corona crisis een groot deel van alle aandacht op. Het bestaande veiligheidsplan kwam goed van pas. Een crisisteam is ingericht en alle noodzakelijke maatregelen zijn gezamenlijk genomen. Juutsom heeft vooralsnog de crisis goed kunnen doorstaan en knelpunten goed kunnen opvangen.

Dit is slechts een greep uit de ontwikkelingen en verbeteracties die plaats hebben gevonden. 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 80 cliënten. De meeste cliënten vallen onder de Jeugdwet. Slechts enkele 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 01-03-2022

Zorgvorm	Aantal cliënten
Wonen intramuraal WLZ	0
Wonen intramuraal jeugdwet	13
Wonen extramuraal WMO	4
Dagbesteding jeugdwet ZIN	15
Dagbesteding jeugdwet PGB	2
Logeeropvang jeugdwet*	8 (11)*
Dagbesteding WMO	12
Dagbesteding onderaanneming bij WLZ woonvoorziening	6
Dagbesteding WLZ PGB	1
Dagbesteding WLZ ZIN	0
Ambulante begeleiding jeugdwet	15(19)**
Ambulante begeleiding WMO	8(12)***
Totaal	84* ** ***

*3 logees hebben ook dagbesteding en zijn meegeteld bij dagbesteding jeugdwet.

** 4 personen hebben ook kinder dagbesteding en zijn daar al meegeteld in het totaal.

*** 4 personen hebben ook dagbesteding WMO en zijn daar al meegeteld.

7.2. Personeel.

Maart 2022 heeft Juutsom 28 personen in dienst, daarnaast zijn er gemiddeld 2 stagiaires en 5 vrijwilligers. De personeelsopbouw ziet eruit als volgt:

Tabel 2: functie indeling team.

Functie	Aantal uren + opleidingsniveau.
Senior Persoonlijk begeleider	2 personen op HBO niveau (in totaal 1,8 fte) (1 social work, SKJ geregistreerd, 1 ergotherapeut)
Persoonlijk begeleider	3 personen op HBO niveau (in totaal 2,4 fte) (2 social work, 1 pedagogiek, 1 SKJ geregistreerd) 3 personen op MBO niveau (in totaal 2,11 fte) (SPW-4 waarvan 1 persoon i.o. HBO)
Begeleider	6 personen op MBO niveau (in totaal 3,6 fte) allen SPW-4 2 personen op HBO niveau met SKJ registratie (1,5 fte)
Groepsondersteuners	2 personen op MBO niveau (in totaal 0,5 fte)
Gastvrouw	1 persoon op WO niveau (0,75 fte)
Medewerkers ondersteunende diensten (administratie, chauffeur)	3 personen (in totaal 1,9 fte)
Coördinerend begeleider	2 personen (1,56 fte), HBO i.o., MBO + niveau SKJ geregistreerd
Zorg coördinator	1 persoon (0,89 fte) HBO niveau, PABO, ervaring speciaal onderwijs, SKJ geregistreerd
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 (zzp-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 in 2021 5,5% (uitgaande van het aantal ziekte uren t.o.v. het aantal beschikbare uren). Dit is licht gestegen t.o.v. 2020 (5%) en nog meer gestegen t.o.v. 2019 (2%). Het percentage ziekteverzuim t.g.v. corona is in 2021 1%.

7.3. Klachten en incidenten.

Er zijn in 2020 en 2021 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 2019 - 2021

Uitgangspunt ↓ Jaar →	2019	2020	2021
Bewoners (B) / logees (L)*	17 B / 3 L	17 B / 3 L	17 B / 4 L
Dagdelen dagbesteding*	134	112	137
Medicatiehandelingen**	5254	4115	4004
Soort incident ↓			
Agressie	13	15/21***	14
Medicatie	18 (0,3%)	12(0,3%)	15(0,4%)
Weglopen	1 (3)	2	9
Vallen/botsen	1	0	1
Beet van dier	0	0	0
Diversen	3	8	3
Totaal	36	37/43***	42

*= gemiddeld aantal bewoners, logees en cliënten per week

**=gemiddeld aantal medicatiehandelingen op jaarbasis

***één incident kan bestaan uit verschillende soorten agressie, bijv. t.o.v. materiaal én t.o.v. een medebewoner of zelfbeschadiging.

Vergelijking met voorgaande jaren, 2019 en 2020

- Het aantal meldingen is in 2021 t.o.v. voorgaande twee jaren in absolute aantallen vergelijkbaar.

- Het aantal incidenten m.b.t. medicatie is min of meer gelijk gebleven, iets verhoogd. Echter dit betreft ook vier situaties van weigeren van medicatie door cliënten waardoor dit niet valt onder een fout van medewerkers.
- Er zijn 3 verschillende cliënten veroorzaker van agressie-incidenten t.o.v. personen of spullen. Één cliënt is veroorzaker van 7 agressie-incidenten, waarbij 5 verschillende begeleiders en 1 andere cliënt slachtoffer is van de agressie. 2 incidenten zijn veroorzaakt door een andere cliënt hetgeen leidde tot veel spanning bij een medecliënt. Twee verschillende cliënten zijn agressief geweest waarbij zij spullen kapot gemaakt hebben.
- Er hebben meerdere agressie-incidenten plaatsgevonden n.a.v. intrinsieke spanning bij cliënt.
- Bij de logées en dagbesteding zijn geen agressie incidenten gemeld.
- In 2021 hebben er geen seksueel grensoverschrijdend gedragingen plaatsgevonden waarvan melding is gemaakt.

Ondernomen Acties

N.a.v. de FOBO-meldingen zijn, naast de direct noodzakelijke individuele ondersteuning voor cliënten en medewerkers, de volgende acties ondernomen:

- Intern werkoverleg en interviews: ervaringen (aard, ernst, frequentie) en mogelijke oplossingen voor evt. incidenten of specifiek probleemgedrag. Aan de hand van de methodieken van Geweldloos Verzet is naar oplossingen en nieuwe werkwijzen gezocht.
- Overleg met de intern gedragsdeskundige: uitleg over het persoonsbeeld in het werkoverleg, hernieuwen van de handelwijzen en afspraken in de begeleiding.
- Overleg met het betrokken sociaal en professioneel hulpverleningsnetwerk.
- Overleg met betrokken arts of psychiater.
- Opstellen of aanpassen van een signaleringsplan, begeleidingsafspraken of kort handelingsplan voor de cliënt.
- In alle gevallen van agressie- en wegloop incidenten hebben gesprekken met alle direct betrokkenen plaatsgevonden.
- 112 / politie is opgebeld i.v.m. het weglopen van een cliënt.
- Ter ondersteuning van het team worden bij herhaling technieken voor fysieke agressie beheersing herhaald.
- Opstarten van psychologische/psychiatrische behandeling of externe begeleiding.
- Aanmelding voor en/of uitstroom naar een meer passende woonvorm of behandelcentrum.
- Medicatiefouten worden gecommuniceerd met ouders en evt. betrokken behandelaar.
- De medewerkers zijn op medicatiefouten alert gemaakt middels dagelijkse overdracht, persoonlijke gesprekken en het teamoverleg. We zien ook een effect door het inzetten op preventiemaatregelen, nl. het installeren van een telefoonalarm en het verbeteren van de onderlinge communicatie en afstemming tussen de medewerkers.
- Nieuwe medewerkers worden gevraagd om een medicatiecursus te volgen.

Evaluatie aandachtspunten 2020

- Het aantal medicatiefouten blijft ongeveer gelijk (0,3% uitgaande van het aantal incidenten exclusief het weigeren door cliënten). Het blijft van belang alle ingezette werkwijzen te blijven hanteren. Dit betreft installeren van alarmen, medicatie opnemen in dagelijkse overdracht en inwerken en aanspreken van collega's.

- Ondanks het nog steeds relatief ruime aantal meldingen van agressie is wel veel aandacht besteed aan het inzetten op verbeteren van de sfeer. De avondstructuur is herzien en er is meer ruimte gekomen voor gezamenlijke momenten en er zijn vaste activiteiten op vaste dagen van de week. Het team is m.b.v. coaching en andere indeling van taken beter op elkaar afgestemd geraakt en zit vaker goed op één lijn. Het bewonersoverleg heeft een grote ontwikkeling doorgemaakt met veel ruimte voor bespreken van thema's, vragen van de kinderen en gezelligheid. Er is meer aandacht gekomen aan de leefomgeving en hoe deze eruit ziet, hierbij horend zijn er ook andere afspraken met kinderen gemaakt over het kapot maken van dingen. Dit moeten zij naar redelijkheid van wat zij kunnen zelf vergoeden of repareren. Zodoende is al met al de sfeer verbeterd. Helaas blijft het een gegeven dat veel jongeren bij Juutsom bekend zijn met hun eigen specifieke problematiek waar agressief gedrag een onderdeel van kan uitmaken. Het is zaak steeds per individu te bekijken wat de beste aanpak is.

Aandachtspunten 2022

- De FOBO werkwijze zal worden verbeterd. Meldingen zullen digitaal gaan verlopen. De naam zal veranderen naar MIC (Melding incidenten) aangezien dit beter passend lijkt in de huidige tijdgeest. Een nieuwe collega zal verantwoordelijk worden voor de procedure. De meldingen zullen weer vast onderdeel worden op de agenda in het werkoverleg als ook in het periodieke WZD overleg. Streven is de meldcultuur te verbeteren en tendensen beter in beeld te kunnen gaan brengen. Daarnaast zullen bijhorende protocollen rondom omgaan met incidenten worden geëvalueerd.
- Agressie-incidenten zijn een terugkerend thema. Er is veel aandacht besteed aan verbeteren van de algehele sfeer in huis. Het is zaak deze verbeteringen verder door te voeren en vast te houden. Daarnaast is het van belang alert te zijn op het actueel zijn van signalerings- en handelingsplannen van cliënten. Dit aandachtspunt zal worden meegenomen in overleg met de coördinerende begeleiders en gedragsdeskundige. Streven is te bekijken hoe deze plannen meer actueel kunnen worden gehouden.

7.4. Ondersteuningsplannen:

In 2021 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. In 2021 is gestart met het verbeteren van het ondertekenen van ondersteuningsplan en afspraken door jongeren zelf. Dit zal in 2022 geëvalueerd worden.

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.

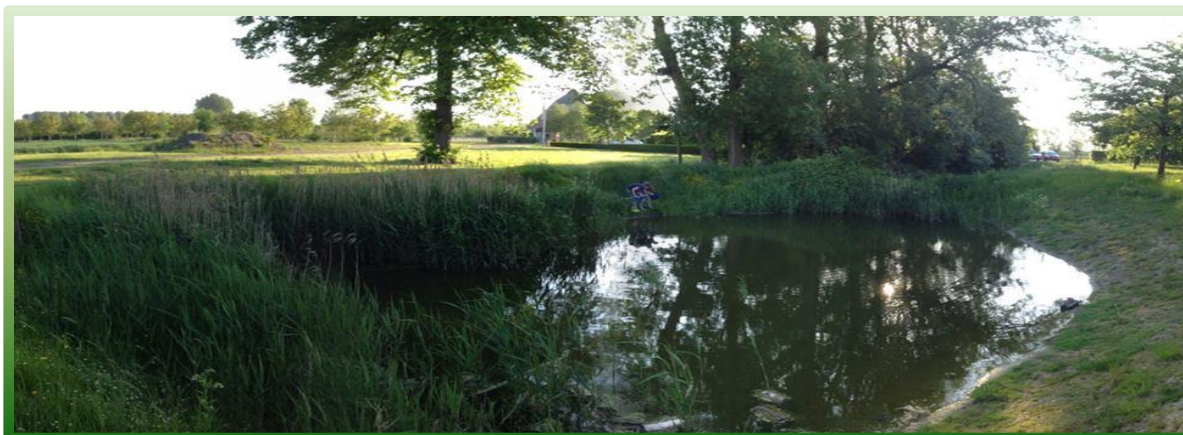
De informatie vanuit de evaluaties wordt besproken in het werkoverleg met collega's. Dit betreft persoonsgerichte zorginhoudelijke thema's. Daarnaast worden belangrijke bevindingen van cliënten met het oog op de algemene gang van zaken binnen de organisatie benoemd en opgenomen in het overzicht van afwijkingen 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 bewoneroverleg 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 2020 heeft onderzoek naar de ervaringen van cliënten met de zorg van Juutosm plaatsgevonden. Het onderzoek is in eigen beheer uitgevoerd met behulp van vragenlijsten die daarvoor zijn opgesteld. Het gemiddelde cijfer voor het zorgaanbod is een 7,5.

De resultaten zijn besproken met de cliëntenraad, Raad van Toezicht en met het personeel. In overleg is een verbeterplan opgesteld. Hieronder staan de uitkomsten vermeld. In 2022 wordt een nieuw onderzoek uitgevoerd.

Tabel 4: bevindingen vanuit cliënttevredenheidsonderzoek 2020.

Verbeterpunt	Situatie	Actie	Tijdspad+ evaluatie nov '21
Tijdig evalueren	Eén cliënt geeft aan dat er niet vaak genoeg geëvalueerd wordt.	Het is zaak goed contact te onderhouden zodat er ruimte is de wens van een (extra) evaluatie te signaleren. Dit zal worden opgenomen in het weroverleg met persoonlijk begeleiders.	September 2021 GEREED
Laarzen binnen uit.	Cliënten lopen soms met modderschoenen door gang en kantine.	In overleg met cliënten dagbesteding bespreken of het wenselijk is de afspraken hieromtrent aan te scherpen.	Afhankelijk van corona of overleg kan plaatsvinden. Streven okt 2021 BESPROKEN IN OVERLEG DAGBESTEDING
Inrichting huiskamer kan huiselijker	Eén cliënt noemt dat het nog wat meer leuk ingericht kan worden in de woonkamer.	Wensen bespreken in bewonersoverleg en waar mogelijk oppakken.	Juni 2021 GEREED
Er is meer behoefte aan game apparatuur.	Enkele cliënten noemen dat zij meer game mogelijkheden willen hebben in de woonkamer.	Bekijken wat mogelijk is.	Afgehandeld. Dec 2020 is playstation aangeschaft. GEREED

Geluidsoverlast van bewoners onderling verminderen	Bewoners hebben last van geluidsoverlast van elkaar.	Bij herhaling het onderwerp bespreken in overleg van bewoners en kijken wat gezamenlijke compromissen kunnen zijn voor draaien muziek/ hard praten en lachen op de gang. Gebruik koptelefoon stimuleren.	Blijvend aandachtspunt. NIEUWE AFSPRAKEN ZIJN GEMAAKT IN BEWONERSOVERLEG
Bewoners zijn allemaal tevreden over hun vrije tijdsinvulling.	Enkelen zijn ontevreden over wat zij kunnen doen in hun vrije tijd.	Enquete houden onder bewoners en inventariseren wat de wensen zijn. Ook bekijken wat op Juutsom zelf aangeboden kan worden in avonduren.	Enquete is uitgevoerd nov 2020, vast aanbod activiteiten in de avonden wordt uitgewerkt. Evaluatie sept 2021 KIDS ZIJN MEER TEVREDEN, ER WORDT MEER GEDAAN IN DE AVONDEN ZOALS SPORT EN SPEL
Bewoners weten wat te doen als er brand uitbreekt.	Twee bewoners geven aan niet te weten wat te doen als er brand uitbreekt.	Bewoners betrekken bij brandoefeningen. Brandweer uitnodigen bij bewonersoverleg voor uitleg.	Gereed okt 2021 GEREED, HERHALING NOV 22
Bewoners moeten betrokken zijn bij hun begeleidingsplan.	Sommigen geven aan niet te weten wat er in hun begeleidingsplan staat.	Bewoners moeten mee tekenen voor hun plan vanaf 12 jaar en sowieso op de hoogte zijn van de belangrijkste afspraken en doelen. We stellen een verbetermaatregel hiervoor op.	Uitvoeren verbetermaatregel vanaf juni 2021 tot dec 2021 GEREED, NU FOLLOW UP BLIJVEN DOEN
De gezamenlijke keuken van de kamertraining is minder rommelig.	Enkele cliënten vinden de gezamenlijke keuken soms te rommelig.	De afspraken over verdelen van corvee taken en opruimen van eigen zaken bespreken in het bewonersoverleg en proberen komen tot goede afspraken.	Dit is een blijvend aandachtspunt GAAT BETER DOOR ONDERLING OVERLEG

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

8.4. Ervaringen van medewerkers.

In 2021 heeft het team van begeleiders op verschillende onderwerpen gereflecteerd. Er is veel gesproken over het omgaan met de restricties in het dagelijks leven vanwege corona. Er is veel aandacht besteed aan het bieden van ontspanning en gezelligheid thuis.

Daarnaast heeft het team nagedacht over de verdeling van taken en is een nieuwe werkwijze ontstaan waarbij medewerkers meer verantwoordelijkheid nemen bij het uitvoeren van tal van taken zoals het organiseren van activiteiten, bewonersoverleg, het netjes houden van ruimten en

het verbeteren van de persoonlijke benadering van cliënten. Door deze nieuwe omgang met verdelen van taken worden meer zaken opgepakt, is er meer saamhorigheid in het team en meer werkplezier.



8.5. Externe visitatie.

In mei 2021 heeft een bezoek gebracht aan de locatie voor dagbesteding van Zorgsaam. In overleg werd duidelijk hoe het aanbod van dagbesteding van Juutsom en Zorgsaam elkaar aanvult. Het aanbod van Zorgsaam vindt meer plaats in overzichtelijke binnenruimten en met meer begeleiders. Het aanbod van Juutsom biedt meer variatie en doet een groter beroep op de zelfredzaamheid van mensen. De insteek is dat Juutsom en Zorgsaam elkaar beter weten te vinden en zo in een traject zorg op maat kunnen aanbieden in geval van voor- of achteruitgang van de zorgvrager.

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 2021 en als input voor 2022 en 2023 wil de RvB zodoende de volgende thema's uitlichten:

Tabel 5: Verbeterpunten per kernwaarde t.b.v. kwaliteitsmanagement 2022/ 2023:

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 2021	Actie 2022/ 2023
Luisteren naar elkaar.	Actie punten van het cliënttevredenheidsonderzoek 2020 zijn uitgevoerd.	Een nieuw onderzoek naar de ervaring en kwaliteit van cliënten wordt uitgevoerd.
Corona crisis	De corona crisis veroorzaakte een unieke situatie waarin elkaar goed informeren nog belangrijker dan ooit is.	Ondanks de moeilijke situatie blijven luisteren naar de ervaringen en mening van betrokkenen. De gang van zaken evalueren met betrokkenen.
Kernwaarde 2: Een warm, betrokken, open en overzichtelijk opvoedingsklimaat is essentieel voor de ontplooiing van ieder kind.		
Thema	Bevindingen/ acties 2020	Actie 2022/2023
Deskundige begeleiders zijn nodig voor een goed opvoedkundig klimaat.	Er is ruimte geweest voor verdieping d.m.v. een cursus over geweldloos verzet, wederzijdse partijdigheid en medicatie.	Het opleidingsplan blijft van kracht. In 2022 wordt verder aandacht besteed aan de eisen die passen bij het SKJ.
Gedragsdeskundige	De inzet van de gedragsdeskundige is meer gestructureerd. Dit heeft een positief effect. Daarbij is de mogelijkheid ontstaan dat de gedragsdeskundige in specifieke gevallen een individuele behandeling kan starten.	De inzet van de gedragsdeskundige monitoren en evalueren.
Samenwerking	Juutsom moet een samenwerkingsverband aangaan om zorg in het kader van de WMO in de gemeente Sluis te kunnen blijven leveren.	Juutsom is in zee gegaan met 8 andere partners in de WMO. Doel is korte lijnen, een breed zorgaanbod en efficiënter en klantvriendelijker werken.

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 2021	Actie 2022/ 2023
Medicatie veiligheid.	Medicatie fouten zijn een blijvend aandachtspunt	Onderzoeken of een digitaal systeem voor aftekenen van medicatie handig is.
Vrijheid beperking	Juutsom moet voldoen aan de WZD en de WVGZ. Beleid is ingevoerd.	Werkwijze verder uitvoeren en evalueren.
Kernwaarde 4: Werken en leven in en met de natuur en volgens ecologische principes heeft een therapeutisch effect.		
Thema	Bevindingen/ acties 2021	Actie 2022/ 2023
Activiteiten	We betrekken cliënten bij het runnen van een terras waar onze streekproducten worden verkocht. Bewustwording van belang van lokale en ecologische producten vindt plaats.	Cliënten zijn betrokken, echter na de corona crisis zal deze activiteit pas op volle kracht kunnen gaan ontwikkelen. We blijven onderzoeken hoe cliënten nog meer kunnen aansluiten.
Activiteiten	We zien dat het werken met paarden een positief effect kan hebben en dat veel cliënten dit prettig vinden.	We kunnen onderzoeken welke activiteiten we met paarden kunnen aanbieden en welke hulpvraag we daarmee kunnen bedienen. Zo achterhalen wat de mogelijkheden zijn.

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 2021	Actie 2022/ 2023
Planning van feestelijke activiteiten.	Corona gooit roet in het eten. De gezelligheid moest in het samenzijn met enkele cliënten worden gecreëerd. Zo kan er bijvoorbeeld vaker samen worden gekookt.	De jaarplanning is weer opgesteld en de activiteiten zijn weer van start gegaan.
Kernwaarde 6: De organisatie met bijhorende randvoorwaarden, zoals cliëntadministratie, financiële stromen, personele bezetting, onderhoudszaken etc. moet goed geregeld zijn.		
Thema	Bevindingen/ acties 2021	Actie 2022/ 2023
Adaptcare	Adaptcare is ingevoerd maar het werken ermee is soms nog lastig.	Begeleiders coachen, functie van adaptcare verder uitrollen
Personele bezetting	Het is lastig goede mensen te vinden in een krappe arbeidsmarkt	We blijven actief werken aan een positief, betrokken en prettig werkklimaat.
Cliëntportaal	Het is een wens middels een cliëntportaal meer direct met cliënten en hun verwanten te kunnen communiceren.	Mogelijkheden onderzoeken, team trainen en acties uitvoeren.

10. Bevindingen vanuit de CR.

De kernwaarden zoals hier omschreven zijn vastgesteld in overleg met de cliëntenraad. In het afgelopen jaar is de cliëntenraad betrokken bij het vormen van het samenwerkingsverband TIJ, het nieuwe samenwerkingsverband in zake WMO in de gemeente Sluis, het verder aanpassen van de zaken rondom de WZD en het invoeren van een nieuw elektronisch cliëntdossier Adaptcare. De FOBO analyse is besproken en er is veel gepraat over het beleid rondom Corona. De CR heeft waardevolle adviezen gegeven. Benadrukt is het behouden van de eigenheid van Juutsom bij het aangaan van het samenwerkingsverband, het belang van sommige vrijheid beperkende maatregelen met het oog op veiligheid en overzichtelijkheid, het informeren van cliënten m.b.t. het Corona virus en het recht van cliënten om mee te kunnen lezen in hun rapportage in Adaptcare. De adviezen en bevindingen van de cliëntenraad worden steeds meegenomen in het kwaliteitsmanagementsysteem en zodoende vertaalt naar acties en evaluaties.

11. Bevindingen vanuit de RvT.

In 2020 en 2021 heeft de RvT bij alle facetten van de bedrijfsvoering meegedacht. Zo was er

veel gesprek over het vormgeven van het samenwerkingsverband TIJ; het vormgeven van de kaders en afspraken. Het nieuw te starten samenwerkingsverband rondom de WMO in gemeente Sluis maar is er natuurlijk ook veel stil gestaan bij de corona crisis en hoe hierin te handelen. De RvT denkt tevens mee met het vormgeven van het personeelsbeleid en wordt periodiek geïnformeerd over de voortgang van het kwaliteitsmanagementsysteem. Zo is n.a.v. de FOBO analyse gesproken over het verminderen van medicatiefouten en worden de audit rapportages doorgenomen. In overleg met de RvT worden alle acties die voortkomen uit beleid en kwaliteitsmanagement doorgenomen en geëvalueerd. Zo wordt de voortgang bewaakt.