

KWALITEITSRAPPORT STICHTING NEDEREIND 2019

16 september 2020

H. Eleveld, directeur

K.P. Kroezen, orthopedagoog

M. Grootendorst, kwaliteitsfunctionaris

INLEIDING

Stichting Nedereind is opgericht in 2004 en levert sedertdien zorg aan mensen met een licht-verstandelijke beperking en/of autismespectrumstoornis. De zorg anno nu heeft verschillende facetten, zoals de verschillende vormen van Wet Langdurige Zorg (verblijf ZZZ VG3, VG6, LVG1, 2 en 3, volledig pakket thuis (VPT) en modulair pakket thuis (MPT)), Wet Maatschappelijke Ondersteuning en jeugdhulp. De zorg wordt geleverd vanuit de visie dat de doelgroep die wordt bediend, uiteindelijk zelfstandig, zonder zorg, zou moeten kunnen wonen. Vanuit twee hoofdlocaties wordt de zorg geleverd. Op de hoofdlocatie van Nedereind, zijnde de woonboerderij in Nieuwegein wordt met name de verblijfszorg geleverd. Op de Utrechtse woonboerderij vindt met name de jeugdhulp plaats. Op deze woonboerderijen is 24 uurzorg geborgd door twee teams met groepsleiders en slaapwachten, danwel nachtwakers. Dan zijn er nog 16 locaties verspreid over de gemeente Nieuwegein, waarvan twee meerpersoonsvormen zijn en 15 zelfstandige woonvormen met ambulante begeleiding. Verder zijn er nog mensen met een eigen woning die ambulante begeleiding krijgen. Nedereind levert ook dagbesteding ten behoeve van de doelgroep. De dagbesteding behelst het onderhoud van de 5 dierenweides in Nieuwegein, de groenvoorziening van een kerk en de eigen terreinen, alsook schoonmaak en kleine klusactiviteiten. Ten behoeve van gezondheid en de ontwikkeling van sociale vaardigheden is de Nedereindse Sportvereniging (NSV) opgericht, die ook toegankelijk is voor cliënten van andere organisaties.

In dit rapport worden diverse aspecten vanuit kwaliteitsoogpunt belicht, conform de Handreiking Kwaliteitsrapport en externe visitatie. Voor het terugvinden van de specifieke bespreekpunten vanuit de Handreiking, zijn deze zaken onderstreept. Om het verhaal leesbaar te houden, rekening houdend met de zorgverlening van Nedereind, is er voor gekozen om niet specifiek de volgorde te hanteren, maar alle onderwerpen komen wel degelijk aan bod.

ALGEMEEN

De gegevens die ten grondslag liggen voor onderhavig rapport komen met name uit de "Beoordeling kwaliteitsmanagementsysteem over 2019" [1] van Nedereind, waarvoor gegevens uit het elektronisch cliëntendossier (de ondersteuningsplannen, teambesprekingen en teamreflecties) zijn benut. Het elektronisch cliëntendossier van ONS van NEDAP wordt daartoe toegepast, hetgeen zich bij uitstek leent voor het kwantificeren van gegevens.

Nedereind bedient eind 2019 44 cliënten, voor zowel WLZ, WMO als jeugd. Het betreffen 20 WLZ-clieñten. Het aantal cliënten dat Nedereind in 2019 verlaten heeft is 13 (in 2018 waren dat er 6). Van deze 13 cliënten zijn er in ieder geval 6 uit zorg, waarmee hun doel is bereikt. Het aantal nieuwe cliënten in 2019 is 12 (in 2018 waren dat er 6). Hetgeen betekent dat er effectief minder cliënten zijn.

Voor de externe visitatie is het bezoek gebruikt vanuit de externe auditpartij DNV-GL in maart 2020 [2]. Op 15 januari 2019 is Nedereind bezocht door de GGD [3].

THEMA'S

De kwaliteit van het zorgproces rond de individuele cliënt

Stichting Nedereind biedt persoonsgerichte zorg aan jong volwassenen vanaf 16 jaar met een licht verstandelijke beperking en/of psychische stoornis/gedragsproblemen en beschouwt het als haar opdracht die ondersteuning te bieden en voorwaarden te realiseren opdat cliënten:

- kansen krijgen zelf keuzen te maken voor hun levensomstandigheden en persoonlijk leven
- kansen krijgen aanwezig te zijn in en deel te nemen aan de (lokale) samenleving;
- kansen krijgen zich te ontwikkelen;
- hun vaardigheden kunnen gebruiken;
- relaties kunnen opbouwen en onderhouden met familie, kennissen en vrienden;
- gerespecteerd worden door anderen en hun waardigheid hebben en kunnen behouden.

De volgende uitgangspunten zijn richtinggevend voor de vormgeving van de ondersteuning:

- **Systeembenadering:** er wordt gewerkt vanuit een systeembenadering. De cliënt maakt deel uit van verschillende systemen: gezin van herkomst, werk, vriendenkring, de omgeving waaronder de verschillende hulpverleningssystemen. Deze verschillende systemen hangen met elkaar samen en veranderingen in het ene systeem hebben invloed op andere systemen. Het in kaart brengen en gebruik maken van het netwerk van een cliënt krijgt veel aandacht in de begeleiding.
- **Vraaggestuurd:** de vraag van de cliënt bepaalt de inhoud van de begeleiding.
- **Competentiemodel:** in de ondersteuning wordt gewerkt vanuit het competentiemodel. De belangrijkste redenen daarvoor zijn dat:
 - het gericht is op het aanleren van vaardigheden die haalbaar zijn omdat alle factoren meegenomen worden zowel binnen als buiten het systeem.
 - het uitgaat van mogelijkheden
 - het gericht is op evenwicht
- **Empowerment:** dat betekent dat wordt uitgegaan van de krachten die aanwezig zijn: deze worden benut, versterkt en uitgebreid. Empowerment vindt plaats door:
 - te geloven dat cliënten kunnen veranderen
 - cliënten te helpen in zichzelf te geloven

- cliënten een nieuw/hernieuwd perspectief aanreiken
- cliënten kennis aanreiken en helpen hun vaardigheden te vergroten
- sterke kanten herkennen en hierop voortbouwen
- steun herkennen en hierop voortbouwen
- cliënten helpen in te zien dat er alternatieven en keuzemogelijkheden zijn

Centraal in de ondersteuningsstrategie van Nedereind staat de ontwikkeling van de cliënten. Er is sprake van een kleine basisset van algemene regels/afspraken. Veruit de meeste afspraken worden op individueel niveau gemaakt. Nedereind levert zorg op maat. Iedere cliënt heeft zijn eigen ondersteuningsplan.

In de ondersteuning gaan we uit van de levensgebieden zoals die door Van Gennep geformuleerd zijn. In overleg met de cliënt wordt vastgesteld op welke gebieden ondersteuning is gewenst. Van Gennep onderscheidt de volgende levensgebieden:

1. Bijstaan: betrokken zijn op de cliënt, zien wat er wel en niet gebeurt, wat de cliënt wil en nodig heeft, luisteren, aandacht hebben, terugvragen hoe situaties afgelopen zijn, zaken oppakken als dat nodig is. Hieronder valt ook ondersteuning bij het lezen van ingewikkelde post, bij het invullen van formulieren, het schrijven van een briefje.
2. ADL: persoonlijke hygiëne: wassen, gebit, haren, nagels, menstruatieverzorging, kleding aan- en uittrekken, eten.
3. HDL: zaken die het voeren van de huishouding betreffen zoals het leren van huishoudelijke vaardigheden, de organisatie/structurering van het huishouden, het regelen van thuiszorg, koken, maaltijdsamenstelling.
4. Gezondheidsassistentie: alle zaken die de gezondheid betreffen: (tand)artsenbezoek, veiligheid, leren signaleren van ziektes, etc.
5. Werkassistentie: ondersteuning bij contacten met het werk, het zoeken van werk en het bespreken van moeilijke situaties op het werk, etc.
6. Financiën: ondersteuning bij het leren budgetteren, betalen van rekeningen, bewaren en opruimen van belangrijke papieren, boodschappen betalen, financieel beheer regelen, etc.
7. Deelname aan de maatschappij: het leren van sociale vaardigheden, ondersteuning bij contacten met instanties, vrijetijdsbesteding.
8. Opvoeding en verzorging: opvoeding en verzorging van de kinderen in de verschillende levensfasen, contacten met scholen en reguliere instanties.
9. Tijdstructurering: taakverdeling tussen de partners, plannen van de dag en week.

Hieronder wordt de ondersteuning uitgewerkt zoals die wordt gegeven aan de jong volwassenen. De inhoud van de begeleiding wordt beschreven aan de hand van de verschillende fasen die onderscheiden kunnen worden aan het begeleidingstraject.

1. Aanmelding en intake bestaat uit:

- het verkennen van de ondersteuningsbehoefte en het maken van een eerste inschatting van het functioneren van de cliënt.
- het inschatten van de motivatie en de draagkracht van de cliënt

- een start maken met het opbouwen van een vertrouwensrelatie
- het uitleggen van de werkwijze
- aangeven wat van cliënten wordt verwacht

Om goede begeleiding te kunnen geven, de (on)mogelijkheden in kaart te brengen en de wensen te inventariseren, worden aan de cliënt vragen gesteld met betrekking tot de verschillende levensgebieden (van Gennep: bijstaan, ADL, HDL, gezondheidsassistentie, werkassistentie, financiën, deelname aan de maatschappij, opvoeding en verzorging en tijdstructurering) en ten aanzien van de invulling van zijn leven. In het gesprek vormen de volgende vragen, ten aanzien van alle levensgebieden, de leidraad:

- Wat kun je zelf, waar ben je goed in, waar heb je hulp bij nodig en hoe wil je dat die hulp gegeven wordt (basisondersteuning)
- Wat wil je leren, wat wil je veranderen, wat wil je dat er bereikt wordt, wat wil je weten, waar zou je gebruik van willen gaan maken of wat zou je willen gaan doen? (wensen=doelen=werkpunten)
- Hoe belangrijk is het voor je? (motivatie)
- Ben je in staat om daar zelf over te beslissen? (zeggenschap)
- In hoeverre ben je er tevreden over of mee? (beleving)

2. Kennismaking en observatiefase

De kennismaking en observatiefase beslaat de eerste zes tot twaalf weken. De begeleider onderzoekt wat de cliënt wil en gaat na hoe de situatie verbeterd kan worden. Nadat de hulpvraag duidelijk is, worden er gezamenlijk (smart) doelen opgesteld. De begeleiders hebben regelmatig contact met de bewoner volgens afspraak. De contacten vinden plaats op wisselende momenten en sluiten aan bij de vragen van de cliënt. Uiteraard zorgen de begeleiders voor een zorgvuldige rapportage. De contacten bestaan uit praktisch bezig zijn met de cliënt en praten naar aanleiding van de observaties of andere gebeurtenissen die zich door de week hebben afgespeeld. Tijdens de observatiefase wordt uitgegaan van een voorlopig ondersteuningsplan. Dit voorlopig ondersteuningsplan wordt opgesteld door de begeleider in samenwerking met de orthopedagoog. In dit voorlopig ondersteuningsplan worden doelen volgens GAS (Goal Attainment Scaling) opgesteld. Bij het bepalen van de doelen wordt er rekening gehouden met wat de cliënt wil (wenselijkheid) en wat de cliënt kan (haalbaarheid). Er worden kleine, concrete en haalbare doelen geformuleerd. Als het doel duidelijk is, worden er bijbehorende acties geformuleerd. Dit zijn kleine stappen die nodig zijn om het doel te bereiken.

Doel van de observatiefase is:

- wennen op de groep, kennis maken en vertrouwen opbouwen
- inzicht krijgen in het dagelijks functioneren van de cliënt en de moeilijkheden die hij ervaart aan de hand van het schema van van Gennep (bijstaan, ADL, HDL, gezondheidsassistentie, werkassistentie, financiën, deelname aan de maatschappij, opvoeding en verzorging en tijdstructurering)
- inschatten van de mogelijkheden van de cliënt om te leren

- inzicht krijgen in de risico's
- achterhalen van de wensen van de cliënt
- in kaart brengen van het netwerk van de cliënt

Tijdens de observatiefase wordt van elk bezoek/gesprek een kort verslag geschreven voor de cliënt, waarin relevante zaken en afspraken worden vastgelegd. Deze verslagen kunnen worden gezien als een hulpmiddel bij het zicht krijgen op de eigen situatie. De verslagen zijn qua inhoud en vorm zo opgesteld dat ze voor de cliënt bruikbaar zijn om meer grip te krijgen op zijn leefsituatie.

3. Opstellen van het ondersteuningsplan, risico-inventarisatie en begeleidingskader
 Aan het eind van de observatiefase vindt een evaluatie plaats, waarbij de cliënt, een vertrouwenspersoon of zorgconsulent, een begeleider en indien gewenst het Hoofd en/of de orthopedagoog aanwezig zijn. Onderwerp van gesprek is: hoe heeft de cliënt de begeleiding tot nu toe ervaren en welke ondersteuning heeft de cliënt nodig. Er wordt gestreefd naar een balans tussen draagkracht en draaglast. Indien er sprake is van een onevenwichtige situatie dan wordt afgesproken op welke wijze de draagkracht wordt vergroot en/of de draaglast wordt verkleind. Vervolgens worden de werkpunten vastgesteld. Deze werkpunten hebben betrekking op acties die voor, door en met de cliënt worden ondernomen. Tevens worden afspraken gemaakt over de samenwerking tussen de verschillende hulpverleners en wie welke taken op zich neemt. Datgene wat besproken is in de evaluatie wordt door een van de begeleiders in overleg met de orthopedagoog vastgelegd in het ondersteuningsplan. Tevens wordt een begeleidingskader opgesteld waarin wordt beschreven welke begeleidingswijze passend is voor de betreffende cliënt en worden de risico's in beeld gebracht en aan het ondersteuningsplan toegevoegd. Het ondersteuningsplan en het begeleidingskader worden door de begeleider besproken met de cliënt om er zeker van te zijn dat deze zich kan vinden in de inhoud ervan. Het ondersteuningsplan vormt de richtlijn voor het vervolg van de begeleiding. Hierin worden ook praktische afspraken vermeld zoals met welke frequentie en de begeleiding wordt voortgezet. Het begeleidingskader geeft begeleiders aanwijzingen voor een passende bejegening en adequate communicatie.

4. Uitvoering van het ondersteuningsplan

In de volgende fase wordt, rekening houdend met de mogelijkheden van de cliënt, ondersteuning geboden op basis van het ondersteuningsplan. De volgende uitgangspunten zijn richtinggevend voor de vormgeving van de individuele begeleiding: systeembenadering, vraaggestuurd, maatwerk, competentiemodel, empowerment, draagkracht en draaglast. De werkpunten worden verder uitgewerkt in acties en samen met de cliënt wordt besproken hoe aan de uitvoering vorm wordt gegeven.

In deze fase kan gebruik gemaakt worden van:

- het oefenen van alternatief gedrag en het nabespreken daarvan
- het doornemen van moeilijke situaties
- het praten over de beleving van de cliënt
- het gebruik van videobeelden

De begeleider werkt hierbij systematisch aan het ondersteuningsplan aan de hand van de "Plan Do Check Act" (PDCA)-cyclus en probleemgericht. Er wordt gewerkt in stappen die voor cliënt haalbaar zijn en bewerkstelligt zo een positieve verandering in de situatie. Binnen de begeleiding werkt de begeleider altijd samen met de cliënt. Het gestructureerd werken aan doelen geeft duidelijkheid. Tijdens de wekelijks ondersteuningsgesprekken wordt de voortgang besproken en wordt de cliënt ondersteund bij de uitvoering ervan. Er wordt met de cliënt besproken waarom het wel of niet is gelukt om een bepaalde actie uit te voeren en wat hij/zij daarvan kan leren voor een volgende keer. Structuur bieden en motiverende gespreksvoering is hierbij ondersteunend om cliënten te helpen tot een positieve verandering van de situatie te komen. Als tussentijds blijkt dat gestelde doelen, om welke reden dan ook, niet haalbaar zijn, worden ze in overleg bijgesteld. Gedurende deze fase krijgt de cliënt wekelijks een kort verslag waarin de ontwikkelingen worden beschreven en afspraken worden vastgelegd. Door te luisteren naar de bewoners en de een op een momenten/ondersteuningsgesprekken wordt een goed beeld gevormd van de wensen van bewoners.

5. Evaluatie

Een evaluatie vindt plaats na de observatiefase. Daarna zal minimaal eens per drie maanden een evaluatie met de cliënt plaatsvinden. In deze evaluatie wordt besproken hoe het gaat en worden de doelen volgens GAS geëvalueerd. Er wordt bepaald welke werkpunten nog van toepassing zijn en welke nieuwe punten moeten worden opgenomen. In ieder geval zijn de begeleiders en/of de orthopedagoog aanwezig en indien gewenst een vertrouwenspersoon of de zorgconsulent aanwezig. De evaluaties zijn een sturend moment in het begeleidingsproces. Hierin is inzicht te verwerven op het kwaliteit van het bestaan, alhoewel dit voor een cliënt een lastig begrip is.

Het accent kan liggen op:

- het optimaliseren van de ondersteuning als deze niet naar wens verloopt
- het inventariseren van de stand van zaken, het eventueel bijstellen of verleggen van de accenten en afspraken maken voor de komende periode

De ruimte die cliënten hebben op het gebied van eigen regie

Eigen regie

Elke cliënt, voor zover daartoe in staat, voert zijn eigen individuele regie. Bij het bepalen van de (smart) doelen wordt er rekening gehouden met wat de cliënt wil (wenselijkheid) en wat de cliënt kan (haalbaarheid). Er wordt vraaggestuurd gewerkt en zorg op maat geboden. Cliënten hebben, voor zover daartoe in staat, hun eigen vrijetijdsinvulling en kunnen hun eigen kamer inrichten en bepalen hoe te werken aan hun toekomst.

De medezeggenschap van cliënten over voorgenomen besluiten is geregeld middels een:

- cliëntenraad/bewonersoverleg
- cliënttevredenheidsonderzoek (elke 3 jaar)

Cliëntenraad

De cliëntenraad komt per locatie 2-wekelijks bij elkaar en bestaat uit alle cliënten en is verplicht voor cliënten. Hierin worden de wensen en mondelinge klachten aangehoord en, indien mogelijk, ook opgelost. Er is een cliënt die voorzitter is en een notulist. De vergadering wordt ondersteund door een professional en indien door cliënten gewenst, komt een directielid om bijvoorbeeld toelichting te geven op een besluit. De notulen worden onder de cliënten verspreid. Tevens leveren de (in)formele gesprekken en begeleidingsgesprekken ook input. In het kader van de Wet Medezeggenschap cliënten zorginstellingen wordt thans onderzocht hoe we onze goed werkende bewonersoverleggen gaan omvormen tot een centrale cliëntenraad, inclusief de bijbehorende verandering in het proces van het aanstellen van managers en het aanpassen van het Toezichthoudend Orgaan.

Bij de "Vrijheidsbeperkende maatregelen" op Nedereind kan worden gedacht aan:

- a) het dichtdraaien van een deur van een bewoner, die zijn sleutel heeft moeten inleveren bijvoorbeeld in het kader van jeugdhulp of in het kader van het werk of de dagbesteding om te voorkomen dat een bewoner zijn eigen kamer weer ingaat (om te gaan slapen o.i.d.). Het laatste gebeurt dan om de bewoner te helpen om het werk of de dagbesteding vol te houden.
- b) een time-out van enige uren, 24 uur tot een week, naar aanleiding van een incident (overtreding in de zin van het protocol grensoverschrijdend gedrag). Tijdens een dergelijke time-out wordt een bewoner van het terrein gestuurd en mogelijkerwijze alternatieve onderdak geregeld. Dit om duidelijkheid te creëren bij de bewoner wat nu wel en niet mag. Groepsleiders van Nedereind zijn bevoegd om een time-out te geven van enige uren. Een time-out van 24 uur of langer wordt alleen door de gedragswetenschapper, het hoofd of de directeur geaccordeerd of gegeven.
- c) het camerasysteem op de 24 uren locaties in Utrecht en Nieuwegein. Bij gemelde onraad van de bewoners kan er worden meegekeken door de directie of er derden in het pand zijn, of dat een daartoe gedelegeerde medewerker de camerabeelden bekijkt wat er is gebeurd qua incidenten en/of bijvoorbeeld diefstal. De beelden worden maximaal 12 dagen opgeslagen en worden daarna overschreven.
- d) het gebruik/toedienen van medicatie (/aan) bewoners. Bij Nedereind zijn we bevoegd om medicatie toe te dienen voor de specifieke doelgroep. We ondersteunen de bewoner er bij dat de voorgeschreven medicatie wordt ingenomen. Onvrijwillige medicatie is bij Nedereind niet van toepassing.

In het kader van de Wet Zorg en Dwang wordt in 2020 onderzocht of bovenstaande maatregelen 1) nog passend zijn en 2) Nedereind zich zou moeten conformeren (aanmelden) aan deze wetgeving, alhoewel op het ogenblik cliënten zich vrijwillig bij Nedereind aanmelden en kunnen vertrekken wanneer men wil.

Preventie

De bewoners van Nedereind hebben als doelstelling om in eerste instantie meer zelfstandig te gaan wonen (met zorg) en als ultieme doel om zelfstandig te gaan wonen zonder zorg. Dit gaat gepaard met het loslaten van alle vrijheidsbeperkende maatregelen per bewoner. Vandaar dat preventie van vrijheidsbeperkende maatregelen er als volgt uit ziet conform de hieronder beschreven aanpak:

ad a) Het dichtdraaien van deuren zal niet meer nodig zijn, indien de bewoner op het werk of de dagbesteding gedurende een maand niet meer terugkeert naar de eigen kamer.

ad b) time-outs dienen slechts in hoge uitzondering te worden gegeven. Wanneer er geen formulier is ingevuld aangaande grensoverschrijdend gedrag, wordt er sowieso geen time-out gegeven.

ad c) het camerasysteem wordt nooit gebruikt ter monitoring van bewoners. Deze wordt alleen toegepast bij door bewoners gemelde onraad of bij diefstal.

Ad d) Nedereind is niet verantwoordelijk voor medicatie en kan daarom ook niet verantwoordelijk worden geacht door derden.

Ervaringen van cliënten

Het cliëntervaringsonderzoek is in juli 2020 uitgevoerd door Buntinx training & advies. De uitwerking daarvan is nog in een proces van presentaties naar bewoners (16 en 17 september 2020) inclusief het opstellen van een Plan van Aanpak (presentatie Buntinx aan directeur en orthopedagoog op 2 oktober 2020) door hetzelfde bureau. In deze rapportage worden de resultaten van het onderzoek uit 2017 nog beschreven. Het bureau was uitgezocht aangezien de door Buntinx ontwikkelde methodiek deel uitmaakt van de Waaier cliëntervaringsinstrumenten 2.0 van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland en het kennis heeft van de LVB-doelgroep. Voor het complete rapport wordt verwezen naar de website van Nedereind [5].

De rapportage is in een vijftal sessies besproken met zowel de teams van Nedereind alsook met de bewoners. Vanuit de evaluaties naar aanleiding van het onderzoek werden nog een heel aantal additionele voorstellen besproken. Op basis daarvan is een verbeterplan opgesteld dat ook op de website van Nedereind is terug te vinden. De meeste acties zijn inmiddels uitgevoerd.

De rapportcijfers vanuit de doelgroep van de verschillende locaties zijn als volgt:

Nedereind 402:	6,9
Nedereind 503:	8,0
Vosseweide:	7,8
Iep/Vio/Schakelstede	7,5

Dertig indicatoren zijn gebruikt om drie dimensies van zorgkwaliteit te onderzoeken. De relatief hoogste indicator-scores liggen in de relationele dimensie van zorg en ondersteuning. Vier van de elf indicatoren scoren bovengemiddeld hoog, zijnde:

- het nakomen van afspraken over de ondersteuning door de begeleiders;
- de begrijpelijkheid van informatie die begeleiders geven;
- de opvang bij binnenkomst bij Stichting Nedereind;
- De inzet van de begeleiders voor de cliënten.

88% van de respondenten geeft aan dat de begeleiders naar hen luisteren. In de voorwaardenscheppende dimensie is er een relatief hoge score voor de bereikbaarheid van de bereikbaarheidsdienst. Hierbij geeft 33% aan dat het "weet niet / niet van toepassing" is. Dit heeft ermee te maken dat wanneer men (meer) zelfstandig woont, dat dan de bereikbaarheidsdienst er voor hen niet meer beschikbaar is. Dan wordt men in staat geacht de problemen zelfstandig te kunnen oplossen, of de hulpvraag te kunnen uitstellen, totdat de eigen begeleider dienst heeft. Ook vindt 88% dat er in het ondersteuningsplan staat wat de cliënt nodig heeft. Dit aspect wordt door Buntinx et al. als goed ervaren, Nedereind is verbaasd over een percentage dat afwijkt van 100, aangezien het ondersteuningsplan wordt geacht als zijnde van de cliënt. Die moet er zelf ook achter (kunnen) staan. Nedereind pakt dit op in een beleidsmiddag.

Relatief laag scorende indicatoren hebben betrekking op

- de aandacht die begeleiders besteden aan voldoende lichaamsbeweging / een goede conditie;
- de bereikbaarheid van begeleiders als de cliënt hen nodig heeft.

De directie is nieuwsgierig naar het eerste aandachtspunt, aangezien sporten en bewegen een van de speerpunten is. Bij navraag bleek het (één?) bewoner(s) te betreffen vanuit de Vosseweide, die graag meer zou sporten, maar ook betrokken is bij het voetbal. Ook het rapport uit februari 2017 van de Inspectie Gezondheidszorg geeft aan dat Nedereind hier veel tijd aan besteed.

Voorts heeft 12% van de respondenten aangegeven dat men niet prettig woont en laag scoort op vertrouwen in Nedereind. De directie vermoedt dat dit percentage (3 personen) wordt veroorzaakt door personen, die in een exit-traject zitten.

Driekwart van de respondenten beoordeelt de zorg als meer dan voldoende (ruim voldoende tot perfect). Bij de kwalitatieve antwoorden betreft het met name de positieve waardering van de cliënten voor de begeleiders, in het bijzonder gaat het om "luisteren" en "het ontvangen van ondersteuning als je die nodig hebt". Verbeterpunten betreffen: meer (individuele) tijd om met begeleiders te praten en dingen te ondernemen, aandacht voor situaties die de sfeer in de groep negatief kunnen kleuren zoals ruzie, samengaan van karakters van bewoners.

In vergelijking met uitkomsten uit het onderzoek bij Nedereind in 2014 blijkt dat de rapportcijfers hoger zijn en met name locatie 503 aanmerkelijk positiever scoort.

In vergelijking met uitkomsten van onderzoek bij vergelijkbare voorziening blijkt dat daar waar het verbeterpunten betreft als "de bereikbaarheid van begeleiders als de cliënt die nodig heeft", dat Nedereind juist met de bereikbaarheidsdienst positief scoort.

Activiteiten als uitstapjes en weekendactiviteiten worden gewaardeerd bij Nedereind en leiden niet tot opmerkingen dat het beter zou moeten; dit is elders wel het geval. Sporten en bewegen is ook bij andere organisaties een aandachtspunt. Opvallend is dat in 2017 minder opmerkingen zijn gemaakt aangaande het wooncomfort. Kritische opmerkingen komen elders relatief vaker voor. Bij Stichting Nedereind kwamen geen kritische opmerkingen over de continuïteit in het team, terwijl dit elders wel het geval is. De risico's aangaande de cliënttevredenheid/cliëntervaring zijn betrekkelijk laag, gezien het feit dat de ervaringen relatief goed zijn vergeleken met (vergelijkbare) andere organisatie en per locatie besproken worden, zodat verder in de verdieping wordt onderzocht wat er dan nog beter kan.

Samenspel in zorg en ondersteuning

Iedere medewerker kent zijn/haar toegewezen cliënten en het ondersteuningsplan en kan inspelen op de beperkingen en ontwikkelmogelijkheden van de cliënten. De medewerkers hebben de competenties de vereiste zorg te leveren. Er wordt uitgegaan van een respectvolle houding, waarbij het belang van de cliënt vooropstaat. De medewerkers communiceren en bejegenen de cliënten conform de gedragscode. Niet alleen de relatie tussen cliënt, familie en medewerkers is belangrijk. De omgeving van de cliënt speelt een grote rol. Stichting Nedereind vindt het belangrijk dat de directe naasten van de cliënten actief betrokken zijn. Medewerkers zijn gericht op het in kaart brengen van het informele netwerk van de cliënt en het versterken van het netwerk door:

- Het hernieuwen van de contacten met familieleden en oude bekenden.
- Het in contact brengen met anderen, een buurtcentrum of een sportvereniging.
- Het inschakelen van vrijwilligers of maatje.
- Betrekken bij activiteiten.
- Stimuleren van bezoek.

De samenwerking tussen begeleiders en behandelaars

Stichting Nedereind onderhoudt het contact met het informele/formele netwerk van de cliënt door een vast contactpersoon af te spreken en vaste regelmatige contactmomenten (met instemming van de cliënt). De afspraken die worden gemaakt, worden vastgelegd. Iedere 3 maanden vindt er een evaluatie met de cliënt plaats. In ieder geval zijn de begeleiders en de orthopedagoog aanwezig en indien gewenst (met instemming van de cliënt) een zorgconsulent, vertrouwenspersoon of directe naasten. In deze evaluatie wordt besproken hoe het gaat en worden de doelen geëvalueerd. Er wordt bepaald welke werkpunten nog van toepassing zijn en welke nieuwe punten moeten worden opgenomen. Als er bij de cliënt meerdere disciplines betrokken zijn, is de persoonlijk begeleider diegene die de samenwerking (o.a. multidisciplinaire overleggen) coördineert. Op cliëntniveau wordt samengewerkt met o.a. Altrecht, Lister, Humanitas, Reinaerde, Leger de Heils en etc. Driejaarlijks wordt er een ketenpartner-/stakeholderonderzoek uitgevoerd [7].

Borging van veiligheid in zorg en ondersteuning

Accuraat omgaan met aanmerkelijke gezondheidsrisico's van de cliënt

Voor iedere cliënt wordt een risico-inventarisatie gemaakt, die is opgenomen in het ondersteuningsplan. De gezondheidsrisico's zijn hierin opgenomen. De risico-inventarisatie wordt in ieder geval jaarlijks geëvalueerd en bij verandering aangepast. Er is een toelichting voor de opstelling van de risico-inventarisatie. Ook wordt er jaarlijks een bepaling gedaan van de sociaal emotionele ontwikkeling van de cliënt ter duiding van het niveau van de cliënt. Zo zijn alle medewerkers op de hoogte van de risico-inventarisatie en handelen om alle risico's zo klein mogelijk te houden. Waarborgen van de veiligheid staat hoog in het vaandel bij Stichting Nedereind.

Veilig gebruik van medicatie en medische hulpmiddelen

Wat betreft medicatieveiligheid heeft Stichting Nedereind een protocol ontwikkeld dat wordt nageleefd. De cliënten van Stichting Nedereind zijn derhalve zelf verantwoordelijk voor een juiste inname van medicijnen. De medewerkers van Stichting Nedereind zijn gekwalificeerd voor de toediening van medicatie aan de doelgroep en kunnen op verzoek van de cliënt ondersteuning bieden bij het zorgvuldig innemen van medicijnen bijvoorbeeld middels het aanreiken van hulpmiddelen en/of het regelmatig bespreken in de ondersteuningsgesprekken. De medicatie wordt op een veilige, afgesloten plaats bewaard in het kantoor. Onvrijwillige medicatie is bij Nedereind niet van toepassing.

Betrokken en vakbekwame medewerkers

Hoe de medewerker de kwaliteit van het werk ervaren

Eens per drie jaar vinden medewerkerstevredenheidsonderzoeken plaats. In april 2018 heeft er een medewerkerstevredenheidsonderzoek plaatsgevonden [6]. Het onderzoek vond plaats met behulp van een schriftelijke vragenlijst. De respons was 100% (16 werknemers). Er is ingezoomd op de volgende aspecten: werkzaamheden; arbeidsomstandigheden; werkdruk; collega's; leidinggevende; organisatie; ontwikkelingsmogelijkheden; beloning; communicatie; werken bij Stichting Nedereind; RI&E Welzijn. Uit het onderzoek blijkt dat alle medewerkers tevreden tot zeer tevreden zijn over het werken bij Stichting Nedereind. Er zijn geen aspecten waarover men meer ontevreden is dan tevreden. Op alle aspecten is hetzelfde of beter gescoord ten opzichte van het medewerkerstevredenheidsonderzoek in 2015.

De medewerkers zijn met name positief tot zeer positief te spreken over de werkzaamheden, collega's, leidinggevende en de organisatie. De onderwerpen waarover medewerkers relatief gezien het minst tevreden zijn, hebben betrekking op werkdruk, beloning en communicatie. Vergeleken met het onderzoek in 2015 zijn de medewerkers over de ontwikkelingsmogelijkheden en de communicatie meer tevreden. Tevens ervaren minder werknemers de werkdruk als te hoog. Ongewenst gedrag door cliënten komt relatief vaak voor. Opvallend is dat niet alle medewerkers weten of er een periodiek medisch onderzoek wordt aangeboden.

Aanbevelingen

Er zal meer aandacht kunnen worden besteed aan intervisie en supervisie (Dit is reeds opgepakt). Tevens zal bekeken worden waar de knelpunten zitten op het gebied van werkdruk en op zoek worden gegaan naar oplossingen, zoals een evenredige klantverdeling en stabiel team. Tot slot weet een derde van de medewerkers niet of er een periodiek medisch onderzoek (PMO) wordt aangeboden. Het wordt aanbevolen dat hier meer duidelijkheid over komt

Of medewerkers voldoende zijn toegerust voor hun taken

Medewerkers zijn over het algemeen opgeleid op HBO (SPH/MWD) of hoger opgeleid, dit wordt ook standaard gevraagd in de advertenties voor een groepsleidersfunctie. Een klein aantal heeft een MBO-opleiding op vergelijkbaar terrein en/of volgt een HBO-opleiding. Nedereind maakt sinds 2019 ook gebruik van studenten pedagogische wetenschappen van de Universiteit Utrecht als assistent groepsleiders.

Hoe medewerkers leren en ontwikkelen

Telkens wordt de medewerkers aan het einde van het jaar gevraagd waar ze aan willen werken voor het nieuwe jaar. Deze uitvraag wordt gedaan door de orthopedagoog die op basis van de inventarisatie een nieuw deskundigheidsbevorderingsplan opstelt.

Voor 2020 is in dit scholingsplan rekening gehouden met

1. het beleid op organisatieniveau
2. de individuele behoeften van de ambulant begeleiders

Op de agenda van de deskundigheidsbevordering voor 2019 stonden twee onderwerpen gepland: 'Verslaving bij LVB' en 'LVB en Seksualiteit'. 27 augustus 2019 heeft de deskundigheidsbevordering 'LVB en seksualiteit' plaatsgevonden. De deskundigheidsbevordering 'Verslaving' heeft nog niet plaatsgevonden. Deze staat gepland in januari 2020. Afgelopen jaar hebben 3 medewerkers deelgenomen aan de 'Schrapsessie Regeldruk Gehandicaptenzorg' en is er intern ook een schrapsessie gehouden om de regeldruk in de organisatie in kaart te brengen en terug te dringen. 13 september 2019 hebben de SKJ geregistreerde jeugdprofessionals van Stichting Nedereind deelgenomen aan de 'Dag van de Jeugdprofessional' en 18 november 2019 heeft de orthopedagoog deelgenomen aan de bijeenkomst 'De NVO-beroepscode: Weten en wegen'. Tevens is er aandacht besteed aan supervisie en intervisie en hebben alle medewerkers deelgenomen aan de beleidsmiddag.

Er is eind 2019 een inventarisatie gedaan naar de behoeften en wensen van de ambulant begeleiders/groepsleiders van Stichting Nedereind wat betreft deskundigheidsbevordering.

De volgende onderwerpen zijn hierin naar voren gekomen:

- *Wet- en regelgeving gehandicaptenzorg/jeugdzorg*
- *Verslaving*

- *Bejegening bij ontwikkelingsachterstanden (cognitief en sociaal emotioneel etc.)*
- *Signaleren van lichamelijke klachten*
- *Voorkomen en hanteren van agressie*
- *Psychiatrische stoornissen i.c.m. LVB*

In januari 2020 wordt er een driedaagse training over verslaving gegeven. Alle medewerkers van Stichting Nedereind zullen deze training gaan volgen. Tevens zullen enkele medewerkers een cursus volgen omtrent het uitreiken en toedienen van medicatie. Meerdere begeleiders hebben het onderwerp 'wet- en regelgeving gehandicaptenzorg/jeugdzorg' aangedragen. Er worden in 2020 verschillende netwerkbijeenkomsten georganiseerd omtrent de richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming. Jeugdprofessionals vanuit Stichting Nedereind zullen deelnemen aan deze netwerkbijeenkomsten. De orthopedagoog zal een studiedag bijwonen over innovatie waarbij wordt ingegaan op nieuwe perspectieven, invalshoeken en aanpakken en een cursus volgen omtrent de transformatie van de GGZ in Nederland. Daarnaast zullen de orthopedagoog en het Hoofd een cursus volgen over het beëindigen van zorg. Alle jeugdprofessionals zullen deelnemen aan de 'Dag van de Jeugdprofessional'. Eind van het jaar zal er een beleidsmiddag worden georganiseerd om terug te blikken op 2020 en vooruit te blikken op 2021.

CONCLUSIES

In dit hoofdstuk worden de conclusies gedeeld vanuit het bestuur, de teams, cliëntenraad en externe visitatie.

Bestuur

Vanuit het bestuur is voor dit jaar opnieuw een SWOT-analyse opgesteld [4]. Deze wordt hieronder weergegeven.

Vanuit de stichting is de gedachte nog steeds dat Nedereind een nieuwe en vernieuwende instelling is, echter met een 16-tal bestaansjaren is het verstandig dat er opnieuw een analyse wordt gemaakt hoe Nedereind het doet en welke bedreigingen en kansen er zijn. In dit stuk wordt hier aandacht aan besteedt.

De **SWOT**-analyse behelst de domeinen Sterkten, Zwaktes op het gebied van interne factoren, Kansen en Bedreigingen bij externe factoren. Deze worden hieronder beschreven. Op basis daarvan kan een strategie worden bepaald.

Sterkten

- Nedereind heeft zich in 16 jaar tijd ontwikkeld als een stabiele, kwalitatief sterke organisatie;

- Het ziekteverzuim is zeer laag. Het voortschrijdend tienjarig gemiddelde ligt op de 1%, ruimschoots onder het gemiddelde verzuimpercentage binnen de gehandicaptenzorg;
- Nedereind werkt niet met invalkrachten.
- Nedereind staat goed bekend bij de lokale overheden en politiek. De lijnen zijn kort naar de bestuurders van de overheden;
- Nedereind heeft tevens ingangen bij de landelijke politiek en ministerie van Volksgezondheid;
- Nedereind neemt deel (of heeft deelgenomen) in meerdere gremia, Expertteam lekstroomgemeenten, Zorginkooptafel Jeugd Lekstroomgemeenten;
- Nedereind is SKJ-geregistreerd als organisatie ter invulling van het Praktijkprogramma voor registratie Jeugd- en Gezinsprofessionals (SKJ202844) voor de WO- en HBO-opgeleiden voor de HBO-functie binnen Nedereind.
- Nedereind heeft een gezonde, zeer sterke financiële basis (opmerking van de controlerend accountant d.d. mei 2019);
- De werving van cliënten loopt goed vanuit de WMO/Jeugd. Het aantal aanmeldingen is hoog.
- Sinds oktober 2019 mag Nedereind ook zorg bieden aan mensen met een LVG-indicatie vanuit de Wet Langdurige Zorg. Voorheen werden LVG-indicaties omgezet in VG-indicaties. Bij LVG-indicaties dienen er ook behandelingen en AVG-artsen te worden ingezet.

Zwaktes

- Het verloop van personeel is aan de hoge kant, maar de basis staat stevig;
- Het werven van personeel is met de jaren lastiger geworden. Waar er in 2014/2015 tussen de 200 en 300 mensen solliciteerden op een vacature, is dat aantal nu teruggezakt naar (een) tiental(len); toch hebben we momenteel geen openstaande vacatures;
- Nedereind is een kleine zorginstelling, waardoor de buitenwacht ons over het hoofd zou kunnen zien;
- De wachtlijst voor cliënten vanuit de langdurige zorg is kort, of soms afwezig.
- Het is voor ons personeel op de locatie 503 moeilijk om de jeugdige cliënten te binden, danwel in huis te houden door de juiste begeleiding te bieden. Dit kan zorgen voor een leegloop van die locatie.

Kansen

- Nedereind / Participate & Go;
- Crisisplekken;
- Samenwerking met andere zorginstellingen zoals Leger de Heils;
- Verbetering van de zichtbaarheid middels een betere website;

Bedreigingen

- Onze naamsbekendheid bij MEE is onduidelijk. We krijgen weinig directe aanmeldingen vanuit MEE.

Ook maakt de directie jaarlijks een beoordeling van het kwaliteitsmanagementsysteem [1]. De conclusies en aanbevelingen worden hier overgenomen.

Het kwaliteitsmanagementsysteem is doorgelicht op de volgende onderdelen: kwaliteitsdoelstellingen, de procesindicatoren en diverse metingen. De bevindingen worden hieronder samenvattend op een rij gezet. Voor het eerst zijn voor alle indicatoren, niet zijnde de kwaliteitsdoelstellingen, voorzien van een risico-inventarisatie.

Zijn de kwaliteitsdoelstellingen gehaald?

In tegenstelling tot 2018 zijn in 2019 niet alle doelstellingen behaald. Voor het eerst is sinds de rapportage over 2008 hebben we moeten concluderen dat het verzuim hoger is dan de door ons gestelde norm van 3%. Het verzuim van 6,61% wordt grotendeels veroorzaakt door een medewerker die sinds 15 februari 2019 verzuimt. Het tienjarige voortschrijdend gemiddelde ligt echter op 1 %, waardoor het over lange termijn berekend meevalt.

Ook is de doelstelling ten behoeve van cliëntveiligheid niet gehaald, mede door crisisplaatsingen van buitenaf. Het risico voor de locatie 503 is daardoor aanwezig dat er meer incidenten zouden kunnen zijn. Vooruitkijkend naar bijvoorbeeld de invulling van de G-formulieren, blijkt het mee te vallen (ad 2. pag. 6: het aantal formulieren is juist drastisch gedaald) .

Veranderingen in wet- en regelgeving

Sinds oktober 2019 mag Nedereind LVB-doelgroep bedienen. Voorheen mochten we wel degelijk de doelgroep bedienen, door gebruik te maken van de omzetting van een LVG-indicatie in een VG-indicatie. Dat is nu niet meer nodig. Degenen waarvoor dit gebeurd was, die hebben de originele indicaties gekoppeld gekregen via Nedereind. Alleen een indicatie van een klant met een LVG5, hebben we om moeten (en kunnen) zetten naar LVG3. Klanten met een ZZP LVG 1, 2 of 3 indicatie mogen worden bediend.

Behandelingen en de Arts verstandelijk gehandicapten worden ingekocht bij Abrona. Zo krijgen ook onze medewerkers een cursus medicatieveiligheid aangeboden via Abrona.

Inmiddels zijn we meer dan 5 jaar na de transitie in de zorg en participatie. Vanuit Nedereind zijn we vanaf dag 1 (sep 2010 zelfs) betrokken geweest bij de overgang door in het informeren van de gemeente Nieuwegein en tegelijkertijd aan te haken bij de ontwikkelingen in de Lekstroomgemeenten. Nedereind neemt deel aan de onderhandelingstafels voor jeugdhulp en WMO betreffende die gemeenten. Voor het jaar 2020 en later zou er een nieuw contract moeten volgen tussen de zorgaanbieders en de gemeenten. Echter, mede door tijdgebrek heeft men er voor gekozen om de bestaande contracten in ieder geval voor een jaar te verlengen en ondertussen een project op te starten voor de aanpak van de zorginkoop 2021 en langer. Daarnaast zitten we bij de

experttafels aangaande de Lekstroomgemeenten, waarbij het hoofd of orthopedagoog aanschuift als omdenkers in de zorg ("hoe kan het anders").

De zorginkoop voor de stad Utrecht(2020-2025) is een Europese aanbestedingstraject geworden. Daarbij hebben we slechts twee kavels gegund gekregen. Het zijn de kavels Beschermd Thuis en Beschermd Verblijf. Dit zijn wel de voornaamste kavels voor Nedereind. Echter, we hadden graag ook aangehaakt rondom (thuis)begeleiding en (arbeidsmatige) dagbesteding. We hebben in dit kader de zorginkoopprocedure enigszins onderschat en op onderdelen te weinig adequate informatie verstrekt, waardoor we hierop niet goed hebben gescoord. Daar waar andere organisaties het wellicht zeer goed op papier het voor elkaar had (in tegenstelling tot de praktijk) in combinatie met hele teams van schrijvers en ingehuurde (aanbestedings)krachten, hebben wij daar te weinig tijd op gezet. Dit is een goed leermoment voor een volgende keer. Mede door tussenkomst van een beleidsmedewerker vanuit de gemeente Nieuwegein, die door de gemeente Utrecht erbij is gevraagd, is ons in ieder geval twee kavels gegund.

Een andere uitdaging die op ons pad is verschenen, betreft de Wet Zorg en Dwang (WZD). Voor 2020 geldt een overgangsjaar voor de invoering van deze wet. De WZD is de opvolger van de wet BOPZ. De nieuwe wetgeving regelt de rechten bij onvrijwillige zorg of onvrijwillige opname van mensen met een verstandelijke beperking of mensen met een psychogeriatrische aandoening (zoals dementie). Vanuit de zorginstellingen is het mogelijk om locaties aan te melden waarvoor dit geldt. Bij Nedereind zijn wij van mening dat we niet te maken hebben met onvrijwillige zorg danwel met een onvrijwillige opname van mensen met een verstandelijke beperking. Tijdens een bijeenkomst met klanten met een LVG-indicatie hebben die klanten aangegeven in geen enkel geval het gevoel te hebben onvrijwillige zorg te ontvangen. Mocht dat wel het geval zijn geweest, dan was men onmiddellijk vertrokken, hetgeen ook kan, bij vrijwillige zorg. Quote: ik mag inderdaad een zakje chips eten een half uur voordat we gezamenlijk gaan eten (of het nu verstandig is of niet).

Metingen procesindicatoren

In 2019 werden de doelstellingen rond de meeste procesindicatoren wel gehaald. Het verzuim van een personeelslid is reeds besproken. Daar is lastig op te sturen. Een andere melding is het teruglopen van de registraties van de gebitsverzorging, hiervoor verdient een aanbeveling te worden opgeteld.

Nieuwe indicatoren kwaliteitsdoelstellingen

In 2019 is er een aanpassing geweest met betrekking tot de kwaliteitsdoelstellingen. De risico's zijn getracht in kaart te brengen.

Aanbevelingen

Voor het jaar 2020 worden de volgende maatregelen aanbevolen:

1. 2020-0.1: Om zorg te dragen dat succesvolle uitstromers uit zorg worden vastgelegd, is het een aanbeveling om een nieuwe meetmethode te ontwikkelen.
2. 2020-0.2: Ten behoeve van kwaliteitsrapportage over 2019 is het wellicht aan te bevelen om een externe visitatiecommissie aan te stellen. Een andere mogelijkheid is te leunen op de externe audit.
3. 2020-0.3: Om de gezondheid/gebitten van de bewoners beter te monitoren is het van belang dat de gegevens telkens elke week worden ingevuld in ONS.

Teamzelfreflectie, conclusies en aanbevelingen

De conclusies op het onderhavig rapport:

- Het ziet er goed uit. Het leest makkelijk en alle thema's worden duidelijk toegelicht.
- Duidelijke inleiding van het rapport.
- De wens van de client staat centraal, dat lees je overal terug.
- Inmiddels zijn we wel bevoegd om medicatie te geven, maar op pagina 11 staat van niet. Moet dat er nog bij vermeld worden? (Dit is inmiddels aangepast)
- En naast de risico inventarisatie vullen we nu ook 1 keer per jaar de schaal voor emotionele ontwikkeling in. Deze staat niet genoemd. (Dit is inmiddels aangepast)

De zelfreflectie wordt beschreven aan de hand van een casus in de teams. Hierbij volgt de conclusies en aanbevelingen van de zelfreflecties [8]. De teams komen elke twee weken bij elkaar voor een vergadering, waarin onder andere cliëntbesprekingen plaatsvinden en supervisie.

Conclusie Team 1:

Vanwege de coronacrisis heeft Nedereind ook maatregelen moeten treffen. De maatregelen zijn bekend bij het personeel en bij de bewoners en worden vooralsnog goed opgevolgd. Belangrijk is wel dat er gekeken blijft worden naar mogelijkheden voor de langere termijn, zodat de bewoners deze periode zo goed mogelijk door kunnen komen. Medewerkers zijn het met elkaar eens dat veiligheid en psychisch welbevinden momenteel de belangrijkste aspecten zijn waar we ons voor in blijven moeten zetten. Hieronder staan in het kort de belangrijkste aanbevelingen beschreven die naar voren zijn gekomen.

Aanbevelingen:

- Er wordt een alternatief programma gemaakt en uitgevoerd op de hoofdlocaties. De bewoners hebben baat bij structuur en afleiding. Het psychisch welbevinden staat voorop. Het is de taak van de groepsleiding hier vorm aan te geven. Dit wordt per direct ingezet.

- Het zou wenselijk zijn als er nieuwe afspraken kunnen komen over het contact tussen bewoners en familieleden en hoe dit vorm gegeven kan worden.
- We gaan op zoek naar een oplossing voor "live" contact met de ambulante klanten. Op de dagbestedingsplek wordt een speciale ruimte ingericht, zodat er gesprekken achter plexiglas kunnen plaatsvinden tussen begeleider en klant. De klant kan zijn hart luchten, hulpvragen stellen, moeilijke post doornemen, financiële zaken regelen, etc. Daarnaast kan de klant even de deur uit. Onze klanten lopen het risico op vereenzaming, we proberen dit waar mogelijk te beperken.

Conclusies (team 2)

Binnen het team zijn de afspraken rondom het zorgproces van klant duidelijk. Alle begeleiders weten duidelijk te benoemen waar er naartoe gewerkt wordt samen met klant. Begin dit jaar is hier ook nog op ingezoomd tijdens een teamvergadering. De taken zijn onderling binnen het team verdeelt.

Belangrijk is dat de afspraken die gemaakt worden, vervolgens wel uitgevoerd worden in de praktijk. En wanneer dit niet lukt, dat de knelpunten binnen het team sneller worden besproken. Dit om te voorkomen dat het traject stagneert. Er zijn altijd verbeterpunten en het is goed om daar regelmatig met elkaar bij stil te staan. Binnen Nedereind wordt dit opgepakt tijdens de maandelijkse teamvergaderingen.

Hieronder staan in het kort de belangrijkste aanbevelingen beschreven die naar voren zijn gekomen.

Aanbevelingen:

- Duidelijkheid is belangrijk voor zowel de cliënt als voor het begeleidingsteam. Afspraken met de cliënt kunnen vastgelegd worden in het weekschema zodat dit voor iedereen duidelijk is. Belangrijk is dat iedereen binnen het team handhaaft, afspraak is afspraak. Knelpunten dienen bespreekbaar gemaakt te worden om stagnatie van het zorgproces rondom de cliënt te voorkomen.
- Nedereind heeft beweging hoog in het vaandel staan. Belangrijk is dat de begeleiding hierin initiatief blijft nemen. Als het gaat om bewegen en sporten, moet er tot actie over worden gegaan. Het begint bij doen, in plaats van er over in gesprek te blijven gaan.

Externe visitatie

Nedereind is op 15 januari bezocht door de inspectie van de GGD regio Utrecht in het kader van het toezichttraject en twee auditors van DNV-GL in het kader van de hercertificering voor de HKZ norm Gehandicaptenzorg: 2015 [2, 3]. We hebben deze dag opgevat als de externe visitatie. De conclusies en aanbevelingen vanuit beide organisaties volgt hierbij.

Bevindingen toezicht GGD

Het onderzoek heeft plaatsgevonden bij Stichting Nedereind in Nieuwegein. Er is gesproken met 5 professionals en 2 cliënten. Tevens is er documentatie, client-en professionaldossiers ingezien. Op basis van de bevindingen uit het huidige toezichttraject toont de aanbieder te voldoen aan alle algemeen geldende normen die door de gemeenten zijn opgesteld en/of de kwaliteitseisen uit de Wmo 2015.

Advies aan college van B&W

De toezichthouder heeft geconstateerd dat de aanbieder ten tijde van het onderzoek voldoet aan alle kwaliteits- of algemeen geldende normen die in dit onderzoek zijn meegenomen. Hiermee kan worden geconcludeerd dat de aanbieder cliëntgericht werkt, zorgt voor een veilige verstrekking van de ondersteuning mede door bekwaam personeel en zorgt voor kwaliteitsverbetering.

De toezichthouder adviseert het college van B&W kennis te nemen van dit rapport. De toezichthouder wijst de aanbieder erop dat alle getoetste thema's blijvend op orde moeten zijn. Zij sluit met dit rapport dit toezicht af.

Conclusies DNV-GL naar aanleiding bezoek 11 maart 2020

Aandachtsgebied 1

Inbedding van LVG indicaties

Sterke punten

- Er is goed geanticipeerd op de nieuwe eisen vanuit zorgkantoor m.b.t. behandelbeleid en medicatiebeleid. Voor beide onderdelen zijn recent protocollen gemaakt.
- Samenwerkingsafspraken met Abrona zijn gemaakt en er zijn afspraken gemaakt over evaluatie van die afspraken over 3 maanden.
- Huisartsen zijn geïnformeerd over de nieuwe indicaties en de gevolgen voor de medische zorg.
- Medicatiescholingen staan gepland voor de 1e groep van 9 medewerkers.

Kortom: alle voorbereidingen zijn getroffen en maatregelen worden ingezet.

Verbeterpunten Observaties:

- Er zijn afspraken gemaakt met Abrona voor het verzorgen van medicatiescholing. Daarbij is nog niet benoemd hoe lang een dergelijke scholing geldig is en wanneer die moet worden herhaald. Ook is nog niet duidelijk of en hoe nieuw aan te nemen medewerkers hierin worden meegenomen.
- De orthopedagoog maakt haar verslaglegging van behandelcontacten buiten ONS om; relevante info daaruit wordt door de persoonlijk begeleider verwerkt in ONS. Dat geeft een paar mogelijke risico's:
 - cliëntinformatie wordt bewaard buiten het cliëntendossier om.

- Het is lastig zoeken naar rapportage van de behandelaar, omdat die zit 'verstopt' in de algemene rapportage van de begeleiders.
- Dat laatste punt kan risico's geven bij een volgende materiële controle op de rechtmatigheid van de behandelfunctie.
NB: in ONS zou het mogelijk moeten zijn om rapportages in te richten per discipline, en die over en weer voor elkaar zichtbaar te maken; dat geeft wellicht mogelijkheden.

Overige resultaten

Punten van belang zoals vastgesteld in de audit exclusief resultaten aandachtsgebied.

Sterke punten

- Als vanouds: de visie op kleinschalige zorg met korte lijnen, directe betrokkenheid bij bewoners van iedereen en alles wordt hier samen met de bewoner gedaan; het is ook echt zijn/haar plan, doelen worden structureel doorgesproken; dossiers zien er goed uit; er is een goed bewustzijn als het gaat over omgaan met risico's, ook als die risico's in de loop van de tijd veranderen; rapportage middels apart format voor ondersteuningsgesprekken in ONS.
- Gesproken cliënten benoemen dat ze tevreden zijn over de zorg; 1 cliënt is recent verhuisd naar een woning met ambulante begeleiding en vindt de hulp die hij nu krijgt voldoende passend; een andere cliënt benoemt dat ze graag meer zelfstandig zou willen wonen, maar benoemt ook de moeilijkheden die ze nog tegenkomt op die weg.

Verbeterpunten / Tekortkomingen:

Categorie 1:

Geen

Categorie 2:

- Er is beleid m.b.t. vrijheidsbepalende maatregelen dat is nog gebaseerd op de BOPZ en is nog niet aangepast aan de wet Zorg en Dwang.

Mogelijke verbeteringen:

- Interne audits worden structureel 3-4 per jaar gehouden en ook goed opgevolgd. Er is een hoog bewustzijn over hoe snel men zaken wil oppakken. De focus van interne audits ligt m.n. op het primair proces en dat is ook logisch. Ga ook na hoe vaak je de ondersteunende processen geaudit wilt hebben en overweeg om daar ook aan te sluiten bij de actualiteit (bv verzuim is nu actueel; dat zou aanleiding kunnen geven voor een audit op dat thema; of het proces rondom werving, selectie en inwerken oppakken nadat er nieuwe collega's zijn aangenomen, etc.)
- Een van de gesproken cliënten benoemt de personele bezetting als mogelijke verbetering: een dubbele avonddienst maakt dat men ook meer tijd heeft voor de bewoners; nu gaat een deel van de tijd ook op aan telefoongesprekken en/of computerwerk.

Toezichthoudend Orgaan

Conclusies en aanbevelingen

Als Toezichthoudend Orgaan vinden het een helder rapport, met goede voornemens en resultaten op de cliënttevredenheid, toekomstgerichtheid (qua personeel) en goede resultaten bij de audits. Het Dagelijks Bestuur is een belangrijke basis waarop kwaliteit vorm gegeven kan worden, dit biedt kansen en een risico bij gewijzigde situaties.

TO is belangstellend voor het bijwonen van de bespreking van kwaliteitsdocument met de bewoners. Dit wordt meegenomen voor de volgende bespreking van het Kwaliteitsverslag.

Cliëntenraad

Op 8 september 2020 heeft de directeur de presentatie gehouden aan 18 leden van de cliëntenraad (bewoners van Nedereind) over de kwaliteitsrapportage.

Conclusies:

- "het gaat goed en we zijn tevreden"

Aanbevelingen:

- "wat goed gaat, vasthouden"

Ouderraad (verwantschapsraad)

Conclusies en aanbevelingen

- Te noemen op p. 7 dat bij een dergelijke time-out een bewoner van het terrein wordt gestuurd en mogelijkerwijze alternatieve onderdak geregeld. Wij zijn eigenlijk van mening dat dit ten aller tijde zou moeten zijn al dan niet met het thuisfront daar het anders zou kunnen zijn dat bewoners gaan dwalen en verlies je het totaaloverzicht met alle gevolgen van dien. (Noot van de auteurs: er staat mogelijkerwijze alternatieve onderdak, daar wanneer de andere hoofdlocatie geen optie is en de ouders/verzorgers geen onderdak kunnen bieden)
- Te noemen op p. 9. Er is wel een cliëntervaringsonderzoek in 2020 uitgevoerd maar de resultaten van het onderzoek uit 2017 zijn nog beschreven. Dat is uiteraard zo niet up to date meer. Begrijpelijk natuurlijk omdat nog niet alle gegevens verwerkt zijn. Is het nu zo dat deze nieuwe gegevens na verwerking aan het rapport worden toegevoegd of komt dit in het volgende rapport naar boven? (Noot van de auteurs: de terugkoppeling vanuit het onderzoek volgt na presentatie van de onderzoekers aan de groepen en is na de deadline van het inleveren van het rapport).

- Verder is het fijn dat de medewerkers duidelijkheid hebben/krijgen wat hun verantwoordelijkheden zijn en wat de begeleiding voor de cliënten inhoud in deze.
- Uiteraard ook goed voor de cliënten en het thuisfront te weten welke begeleiding/activiteiten etc. geboden worden. Belangrijk om handvatten te hebben en duidelijkheid te kweken als medewerkers/cliënten/ouders ergens op stuiten in de toekomst.

GEBRUIKTE BRONNEN

- [1] Beoordeling kwaliteitsmanagementsysteem over 2019, H. Eleveld, M.-A. Eleveld, K.P. Kroezen en M. Grootendorst, 6 maart 2020
- [2] Hercertificeringsauditrapport datum van audit: 11-3-2019, A. verhagen DNV-GL, 19 maart 2020
- [3] GGD-regio Utrecht Rapport Toezicht Stichting Nedereind, C. Klein Lankhorst, 8 maart 2019
- [4] SWOT-Analyse Nedereind anno februari 2020, H. Eleveld, 20 februari 2020
- [5] Cliëntervaringenrapport Nedereind, Buntinx training&consultancy, 22 augustus 2017
- [6] Medewerkerstevredenheidsonderzoek 2018, K.P. Kroezen, 15 juni 2018
- [7] Stakeholdersonderzoek 2018, K.P. Kroezen, 21 december 2018
- [8] Reflectie team 1 en team 2, M. Grootendorst, 24 maart 2020 en 31 augustus 2020