

**Jaarverslag 2019**  
**Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022**



## Algemeen

### Stichting Woonbegeleiding Jong Volwassenen

#### Doelgroep

De St. WBJV biedt cliënten begeleiding op verschillende gebieden in een 24-uurs beschermde omgeving. Dit zijn jongvolwassen cliënten met een psychiatrische grondslag en/of verstandelijke beperking. Hierbij kan gedacht worden aan stoornissen in het autistisch spectrum, AD(H)D, ODD, depressie of persoonlijkheidsstoornissen.

#### Ondersteuning

De cliënten van de St. WBJV verkeren in een kritische fase waarbij ondersteuning noodzakelijk wordt geacht om verdere ontwikkeling richting zelfstandigheid te bevorderen/tot stand te brengen en/of te behouden, al dan niet stagnatie in de ontwikkeling te voorkomen. De ontwikkeling van cliënten is afhankelijk van intensieve begeleiding, gedragsregulering en ondersteuning. De St. WBJV begeleidt cliënten richting zelfstandig wonen, al dan niet in combinatie met individuele begeleiding. De begeleiding en activiteiten zijn erop gericht de zelfredzaamheid van de cliënten te vergroten en deze in staat te stellen te participeren in de samenleving. Hierbij kan gedacht worden aan hulp bij emotionele en sociale problemen, dag- en nachtritme, passende dagbesteding, huishouden, (persoonlijke) hygiëne, financiën en administratie en motivatie. Daarnaast worden cliënten ondersteund op het gebied van identiteitsontwikkeling en gezonde seksuele ontwikkeling. De St. WBJV biedt ondersteuning bij het leren nemen van verantwoordelijkheden, het hebben van een adequate emotieregulatie en het toepassen van effectieve coping strategieën.

#### Methodiek

Er wordt binnen de St. WBJV gewerkt volgens het sociaal competentie model. Dit betekent dat persoonlijk en individueel begeleiders geschoold worden in het competentiegericht werken.

#### Contra-indicaties

Er worden door de St. WBJV dertien contra-indicaties gehanteerd. Wanneer er bij een aanmelding sprake is van één van de onderstaande contra-indicaties, dan kan de betreffende cliënt niet in zorg worden genomen. Wanneer er sprake is van een afwijzing op basis van een contra-indicatie, dan zal er samen met de cliënt en de betrokkenen worden gekeken naar een passend alternatief. Wanneer er tijdens de plaatsing sprake blijkt te zijn van één van de contra-indicaties, dan is de St. WBJV genoodzaakt de cliënt uit te plaatsen naar een andere zorgaanbieder, dan wel terugplaatsing in het systeem. Dit geldt voor cliënten die:

- Een ernstige lichamelijke beperking hebben en daardoor geringe zelfredzaamheid;
- Volledig afhankelijk zijn van woonbegeleiding bij hulp en/of begeleiding van persoonlijke verzorging en/of hygiëne;
- Primair medische zorg nodig hebben;
- Niet in staat zijn eigen medicatie te beheren;
- Primair psychiatrische hulpverlening (klinische behandeling) binnen de specialistische GGZ noodzakelijk is;
- Afhankelijk zijn van harddrugs of handel in harddrugs;
- Ernstige beperking(en) hebben in de agressie- en emotieregulatie;
- (In)directe betrokkenheid bij (rand)criminele activiteiten;

- Eén of meerdere kinderen hebben en die in dezelfde woning van de St. WBJV moeten wonen;
- Willen samenwonen met een partner binnen een trainingshuis en/of 24-uurs verblijf en zorg;
- In verwachting zijn van een kind;
- Handelingen behoeven die vallen onder voorbehouden en risicovolle behandelingen volgens de Wet BIG;
- Vrijheid beperkende maatregelen behoeven die vallen onder de Wet BOPZ.

## **Missie en visie**

Het doel van de St. WBJV is wonen, werken en het welzijn van jongvolwassen cliënten met een psychiatrische grondslag en/of verstandelijke beperking te bevorderen door hen zelfstandiger en zelfredzamer te maken. De missie is het begeleiden van cliënten richting zelfstandig wonen, al dan niet in combinatie met individuele begeleiding. De begeleiding van de activiteiten zijn erop gericht de cliënten in staat te stellen te participeren in de samenleving.

## **Zorg op maat**

Ieder mens is uniek en daarom biedt de St. WBJV iedere cliënt zorg op maat. Er wordt een persoonlijk begeleidingsplan opgesteld in overleg met de cliënt (en eventuele andere betrokkenen als ouders, (gezins)voogd en jeugdreclassering). Maandelijks worden de persoonlijke doelen door de persoonlijk begeleider met de cliënt geëvalueerd. De werk- en denkwijze is cliënt- en ontwikkelingsgericht. Hierbij wordt gebruik gemaakt van het sociaal competentie-model als methodiek. De volgende kernwaarden worden gehanteerd: individuele benadering, huiselijkheid, vertrouwen, veiligheid en het benutten van kansen. De (woon)begeleiding is 24 uur per dag en/of in de directe nabijheid bereikbaar.

De St. WBJV heeft een lange adem met betrekking tot het zorgproces, de cliënt krijgt meerdere kansen. De samenwerkingsrelatie tussen de cliënt en de St. WBJV is gebouwd op open communicatie, het stellen en handhaven van duidelijke en realistische grenzen, het op de hoogte zijn van wat zich afspeelt in het leven van de cliënt en het laten opdoen van positieve ervaringen door de cliënt.

## **Unieke positie**

De St. WBJV onderscheidt zich van andere zorgaanbieders door de kleinschalige opzet van de (woon)voorzieningen, een platte organisatiestructuur met weinig overhead, individuele en persoonlijke cliëntbenadering en een proactieve werkwijze. Het zorgaanbod van de St. WBJV is uitzonderlijk, omdat de doelgroep 18- en 18+ worden bediend. In het kader van de continuïteit van zorg voor cliënten biedt de St. WBJV een uitzonderlijk aanbod, omdat de overbrugging tussen 18- en 18+, en zorg na het 18<sup>e</sup> levensjaar allemaal geboden kan worden. Gezien wordt dat cliënten veelal op hun 18<sup>e</sup> levensjaar niet uitontwikkeld zijn en nog intensieve zorg behoeven.

## **Bouwsteen 1: Het zorgproces rond de individuele cliënt**

### **Individuele werkwijze**

De aanwezige problematiek, zorgbehoefte en hulpvragen worden per individuele cliënt in kaart gebracht middels een kennismakingsgesprek, dossieranalyse, een intakegesprek en een risico-inventarisatie, voorafgaand aan de plaatsing van een cliënt. Vervolgens wordt op basis van de aard van de problematiek en de aanwezige hulpvragen gekeken of en welke de woonlocatie aansluit bij de cliënt. Hierin wordt rekening gehouden met zowel de positieve, al dan niet negatieve invloed van plaatsing binnen een groepswoonvorm.

### **Proces**

Na plaatsing wordt er voor iedere cliënt een persoonlijk begeleidingsplan opgesteld. Er vindt een begeleidingsplanbespreking plaats met de cliënt en zijn persoonlijk begeleider, betrokken gedragswetenschapper en eventuele andere betrokkenen (gezinsvoogd, ouders, reclasseringsambtenaar, belanghebbenden). De betrokken gedragswetenschapper stelt het begeleidingsplan op. Maandelijks maakt de persoonlijk begeleider een werkplan met de cliënt. Hierin worden de opgestelde persoonlijke doelen geëvalueerd. Bij het plaatsvinden van een incident wordt het werkplan bijgesteld. Verder maakt de persoonlijk begeleider (minimaal) ieder halfjaar een nieuw signaleringsplan; hierin staat beschreven hoe de cliënt reageert en handelt en hoe begeleiders kunnen handelen bij emotionele instabiliteit en/of risicovol gedrag. Daarnaast stelt de betrokken gedragswetenschapper ieder half jaar een nieuwe risico-inventarisatie op; hierin staat beschreven wat de actuele risico's voor verdere ontwikkeling zijn. Hierdoor worden de meest gunstige omstandigheden gecreëerd die de ontwikkeling van de cliënt zo optimaal mogelijk maken. Verder wordt bovengenoemde bespreking halfjaarlijks herhaald om de ontwikkeling van de cliënt in kaart te brengen en vast te leggen. De eigen kracht van de cliënt wordt zoveel mogelijk centraal gesteld en benut, passend bij de processen, werkwijze en visie van de St. WBJV.

### **Toetsing**

De toetsing en ontwikkeling van de cliënt vindt plaats door middel van maandelijkse evaluaties van het werkplan en halfjaarlijkse evaluaties van het begeleidingsplan (locatie overleggen). Er wordt getracht te werken middels doelenrealisatie, waarbij gescoord wordt. Naast de opgestelde werkplannen vindt er twee keer per jaar een formeel evaluatiegesprek plaats met de cliënt, de gedragswetenschapper, persoonlijk begeleider en eventuele andere betrokkenen (gezinsvoogd, ouders, reclasseringsambtenaar). In deze gesprekken worden de activiteiten van de zes voorgaande maanden doorgesproken en worden de opgestelde leerdoelen doorgenomen. Hierin worden waar nodig in gezamenlijkheid aanpassingen gedaan, op basis van geconstateerde ontwikkelingen.

### **Eindverantwoordelijkheid**

De eindverantwoordelijkheid van het zorgplan wordt gedragen voor cliënten met een GGZ en/of VG problematiek door een gedragswetenschapper en de manager zorg en de eventuele daaraan door de organisatie gekoppelde behandelaar: GZ-psycholoog/psychotherapeut, kinder- en jeugdpsychiater of AVG-arts.

### **Persoonlijk begeleider**

De St. WBJV is pro-actief in het benaderen van cliënten. Iedere cliënt heeft een eigen persoonlijk begeleider waar hij/zij terecht kan voor ondersteuning bij zijn/haar hulpvragen. Wanneer de persoonlijk begeleider afwezig is, is er sprake van een vaste vervangende begeleider, waardoor de veiligheid wordt gewaarborgd in afwezigheid van zijn/haar persoonlijk begeleider. Naast de persoonlijk begeleider en vaste vervanging bij afwezigheid van de persoonlijk begeleider, is er voor cliënten een bereikbare dienst 24 uur per dag op afroep bereikbaar (daarbij is tevens het management permanent als achterwacht beschikbaar). Tevens wordt er tijdens de nacht gewerkt met meerdere wakende nachtwachten.

Op de woonlocaties trainingshuizen (modulair) werken gemiddeld 1,5 fte. Er zijn twee woonlocaties aan elkaar gekoppeld om de continuïteit in het zorgproces en de veiligheid van cliënten zoveel mogelijk te kunnen garanderen. Op de locatie De Marskant werkt een team van een aantal personen met een gemiddeld fte van 7,4 fte. Gedurende de dag zijn er gemiddeld 3 personen werkzaam naast de nachtwacht(en) in de nachtelijke uren. Aan de locatie de Marskant is 24 uur per dag woonbegeleiding aanwezig. Vanuit de Marskant is het, in verband met de 24-uurs aanwezigheid, mogelijk om direct te schakelen richting andere woonlocaties, indien dit noodzakelijk wordt geacht.

### **Andere betrokkenen**

De St. WBJV pleegt intensieve inzet en ondersteuning in het gehele zorgproces door de inzet van de gedragswetenschappers. De gedragswetenschappers zijn nauw, dan wel actief betrokken. Wanneer de gedragswetenschapper (ongevraagd) betrokkenheid noodzakelijk acht op basis van de gesignaleerde zorgbehoefte, en/of wanneer de cliënt (gevraagd) een hulpvraag heeft vinden er individuele gesprekken plaats. Ook zijn zij betrokken bij de persoonlijk begeleiders die van adviezen worden voorzien. Tevens is het management dagelijks interventieel betrokken bij het zorgproces, daar waar nodig, dan wel strategisch gewenst. Er is intensieve onderlinge afstemming binnen het zorgteam.

## Bouwsteen 2: Onderzoek naar de ervaringen van cliënten

Elke twee jaar vindt er een cliënttevredenheidsonderzoek plaats in de organisatie van de St. WBJV. Het vorige onderzoek heeft plaatsgevonden in 2016. Het laatste onderzoek heeft plaatsgevonden in het voorjaar van 2018.

### Methode

Er is gekozen voor de onderzoeksmethode van Bureau de Bok gebaseerd op de CQ-index. Deze lijst is gevalideerd door het Zorginstituut. Hiervoor is gekozen om een goede vergelijking te kunnen maken met het onderzoek dat heeft plaatsgevonden in 2016 (met gebruik CQ-index). Voor een volgend onderzoek zal er worden gekeken naar een andere methode. Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat de vragen niet allemaal even goed aansluiten op de doelgroepen die de St. WBJV bedient. De St. WBJV maakt daarom deel uit van de werkgroep Beschermd Wonen Enschede die momenteel onderzoekt doet naar een 'Twentse variant cliënttevredenheidsonderzoek'. De eerste ideeën zijn een combinatie van de Menselijke Maat en de CQ-index. Dit onderzoek is op dit moment nog volop in ontwikkeling.

### Aantal respondenten

Het onderzoek is door 40 van de 87 cliënten ingevuld. De respons is hiermee 46%. In onderstaande kolom worden de gemiddelde scores van de cliënten weergegeven aan de hand van prestatie-indicatoren:

Indicator (schaal)	Maximaal te behalen score	Score 2016	Score 2018
Bejegening	4	3,58	3,64
Kwaliteit huisvesting	3	2,70	2,40
Bereikbaarheid begeleiders	2	1,71	1,76
Deskundigheid begeleiders	4	3,46	3,53
Keuzemogelijkheid	2	1,38	1,40
Informed consent	2	1,98	1,95
Samenwerking meerdere hulpverleners	4	3,04	3,20
Informatie over begeleiding	2	1,95	1,88
Ervaren functioneren	5	4,27	4,28

Het gemiddelde cijfer dat de respondenten aan de begeleiding van de organisatie geven is een 7,7 t.o.v. 2016 7,3.

De respondenten hebben de volgende *positieve feedback* teruggegeven:

Ik krijg de zakelijke hulp die ik nodig heb. Er wordt genoeg tijd gegeven om eerst dingen zelf te doen. Wanneer er iets is kan altijd bij de begeleiding terecht. Er wordt veel tijd aan je besteed. Ik kan in overleg met mijn gedragswetenschapper mijn begeleidingsplan aanpassen. Begeleiders zijn erg betrokken als het gaat om mijn gemoedstoestand en stimuleren mij om over mijn emoties te praten. Bij ziekte of vakantie van mijn begeleider, dan krijg ik een vervanger en merk ik dat er een duidelijke overdracht is geweest. Goede communicatie en een veilig gevoel. Het streven naar je belangen en idealen wordt aangemoedigd.

### *Verbetervoorstellen/aanbevelingen*

Uit het onderzoek komen scores die vooruitgang hebben geboekt, maar ook achteruit zijn gegaan. Hieruit zijn de volgende aanbevelingen/verbetervoorstellen geformuleerd voor de organisatie:

- Bereikbaarheid weekend/avond wordt door sommige cliënten als een probleem ervaren: Evaluatie informatievoorziening bereikbaarheid begeleiding;
- Informatievoorziening in zijn algemeenheid verbeteren waarbij de focus ligt op de informatie aanreiken aan de cliënt over: aanpak van de begeleiding, hoe cliënten met klachten moeten omgaan/klachtenprocedure, het resultaat waar naar toe gewerkt wordt, zichtbaarheid cliëntenraad en een zichtbare vertrouwenspersoon;
- Keuzevrijheid en inspraak in zijn algemeenheid verbeteren waarbij de focus ligt op de volgende punten: bij cliënten bekend zijn dat zij een keuze hebben in begeleiding, woning en medebewoners, innemen medicatie, inspraak over de gang van zaken bij het wonen en dat zij kunnen kiezen waar de begeleidingsgesprekken plaatsvinden;
- Nog beter afstemmen van de begeleiding van de cliënt bij de aanpak van zijn/haar klachten: maatwerk;
- Verbeteren woon- en leefomstandigheden in zijn algemeenheid met aandacht voor: grootte woonruimte, ervaren kwaliteit en staat van onderhoud van de woning, schoonmaak gemeenschappelijke huiskamer en brandveiligheid in de woning;
- Aanbod activiteiten: mogelijkheden laten zien wat er mogelijk is op het gebied van dagactiviteiten;
- Informatie-uitwisseling tussen zorgverleners: voorkomen dat een cliënt twee keer hetzelfde verhaal moet doen door zorgverleners te voorzien van voldoende informatie.

### *Acties*

De rapportage van het cliënttevredenheidsonderzoek 2018 is vrij recent aan de organisatie aangereikt. De resultaten zijn besproken met medewerkers, cliëntenraad en de Raad van Toezicht.

Echter, een aantal verbetervoorstellen/aanbevelingen zijn al in een eerder stadium gesignaleerd door de beleidsmedewerker, cliënten, persoonlijk en individueel begeleiders en het management (en afgestemd met de Raad van Toezicht en/of cliëntenraad). Een aantal zaken zijn al opgepakt of zijn al zover gereed dat dit kan worden uitgerold in de organisatie. Het gaat om de volgende zaken:

- Er is een nieuwe vertrouwenspersoon aangesteld. Informatie over de vertrouwenspersoon is aangereikt via de begeleiding en een informatiebrochure is aangereikt die op het prikbord hangt in de trainingslocaties. Ook is zij voorgesteld in de cliëntenraad en heeft zij een bezoek gebracht aan twee trainingslocaties. De overige locaties worden in de loop van de tijd door de vertrouwenspersoon bezocht;
- Nieuwe klachtenprocedure voor cliënten en medewerkers: de huidige klachtenprocedure is aangepast conform de Governancecode 2017. Deze klachtenprocedures zijn via de begeleiding aangereikt bij de cliënten;
- Onderzoek naar verbetering kwaliteit huisvesting: op dit moment loopt er een onderzoek naar de aanschaf van een nieuw pand in de gemeente Almelo ter vervanging van de huidige huisvesting. Dit onderzoek is nog volop in ontwikkeling;
- Staat onderhoud trainingslocaties: in de cliëntenraad zijn diverse gebreken gemeld aangaande de huisvesting. Deze zaken zijn inmiddels door de technische dienst opgepakt en verbeterd.

De komende maanden worden de overige verbetervoorstellen/aanbevelingen binnen de organisatie opgepakt om te worden verbeterd.

Opgepakte verbetervoorstellen/aanbevelingen in 2019:

- *De overige locaties worden in de loop van de tijd door de vertrouwenspersoon bezocht:* Alle locaties zijn door de vertrouwenspersoon bezocht in afstemming met de persoonlijk begeleiders. Ook is de vertrouwenspersoon aanwezig geweest bij de jaarlijkse personeelsbijeenkomst in december om e.e.a. te vertellen;
- *Onderzoek naar verbetering kwaliteit huisvesting:* Het beoogde pand in Almelo is niet doorgegaan. In Hengelo is een nieuw pand aangekocht en per 1 april 2020 geopend aan de Deldenerstraat. De panden aan de Langelermaatweg en Willem de Clerqstraat komen hiermee te vervallen.
- *Zichtbaarheid cliëntenraad:* Een eerste stap naar zichtbaarheid van de cliëntenraad is een geplande BBQ voor cliënten georganiseerd door de cliëntenraad in mei 2020. Deze is opgeschoven i.v.m. de uitbraak van het coronavirus. Zichtbaarheid staat op de agenda voor de volgende vergadering van de cliëntenraad;
- *Bereikbaarheid weekend/avond wordt door sommige cliënten als een probleem ervaren: Evaluatie informatievoorziening bereikbaarheid begeleiding:* Er is op de trainingshuizen opgeschaald naar 1,5 fte. Dit om de aanwezigheid en bereikbaarheid te vergroten. Tevens is er een herverdeling geweest van de aan elkaar gekoppelde trainingshuizen om dit logischer en gestroomlijnder te doen laten verlopen. De bereikbaarheidsdienst is hier vanzelfsprekend ook voor ingeregeld;
- *Informatievoorziening in zijn algemeenheid verbeteren waarbij de focus ligt op de informatie aanreiken aan de cliënt over: aanpak van de begeleiding, het resultaat waar naar toe gewerkt wordt:* De begeleidingsplannen zijn zeer uitgebreid en met de cliënten wordt deze vanzelfsprekend doorgenomen. Daarnaast vindt er een maandelijks een evaluatie plaats middels het werkplan;
- *Keuzevrijheid en inspraak in zijn algemeenheid verbeteren waarbij de focus ligt op de volgende punten: bij cliënten bekend zijn dat zij een keuze hebben in begeleiding, woning en medebewoners, innemen medicatie, inspraak over de gang van zaken bij het wonen en dat zij kunnen kiezen waar de begeleidingsgesprekken plaatsvinden:* Bij een plaatsing binnen een locatie wordt zoveel mogelijk gematcht en er wordt geprobeerd zoveel mogelijk rekening te houden met de wensen van de cliënt. Dit is echter niet altijd mogelijk gezien de vraag van de verwijzers/plaatsers/cliënten om zo snel mogelijk te plaatsen en het feit dat de doorstroom op de gewenste voorkeurslocatie niet altijd aan sluit op het plaatsingstraject. Daarnaast is vanuit de organisatie de bezettingsgraad essentieel en zien we dat de afgegeven indicatie voor verblijf niet altijd aan sluit op de gewenste locatie;
- *Verbeteren woon- en leefomstandigheden in zijn algemeenheid met aandacht voor: grootte woonruimte, ervaren kwaliteit en staat van onderhoud van de woning, schoonmaak gemeenschappelijke huiskamer en brandveiligheid in de woning:* Dit heeft de aandacht. De meeste trainingshuizen zijn opgeknapt en de woon- en leefomstandigheden zijn daarmee verbeterd. Voor locaties waarbij dit minder het geval is, wordt vervangende huisvesting gezocht. Schoonmaak blijft ook grotendeels cliënt gerelateerd. Voor de brandveiligheid wordt aandacht gevraagd en ook bewustheid gecreëerd bij de cliënt. Er vinden ontruimingsoefeningen plaats en indien gewenst wordt de brandweer uitgenodigd;
- *Aanbod activiteiten: mogelijkheden laten zien wat er mogelijk is op het gebied van dagactiviteiten:* Dit is één van de levensgebieden uit het begeleidingsplan. Hier is aandacht voor tijdens de dagelijkse begeleiding. De St. WBJV biedt dit zelf niet, omdat deze expertise niet in huis is en dit zoveel mogelijk 'genormaliseerd' dient te worden;
- *Informatie-uitwisseling tussen zorgverleners: voorkomen dat een cliënt twee keer hetzelfde verhaal moet doen door zorgverleners te voorzien van voldoende informatie:* Dit wordt geprobeerd tot een minimum te beperken, maar is niet altijd te voorkomen. Een uitgebreide intake is belangrijk voor een gedegen afweging rondom de geschiktheid van de cliënt.



---

### **Bouwsteen 3: Zelfreflectie in zorgteams**

De St. WBJV is gebaat bij betrokken en vakbekwame medewerkers.

#### **Scholing algemeen**

De gedragswetenschappers zijn samen met de manager algemeen en manager zorg verantwoordelijk voor het scholingsprogramma van medewerkers. De wensen en behoeften van medewerkers worden geïnventariseerd in de locatieoverleggen waarna een jaarprogramma wordt samengesteld.

In 2019 hebben de volgende scholingen plaatsgevonden:

- Bedrijfs hulpverlening door Basic Safety;
- Competentie vergroting incompany door King Scholing;
- Weerbaarheidstraining team Marskant en herhalings- opfriscursus aan andere medewerkers door Erik Derks Trainingen.

De huidige samenwerkingsverbanden met ketenpartners ter bevordering van de inhoud van medewerkers en cliënten zijn gecontinueerd:

- GGD Regio Twente: 2x Per jaar wordt een scholing verzorgd. Daarnaast vinden individuele gesprekken plaats met de persoonlijk begeleiders en cliënten. Daarnaast kunnen cliënten gebruik maken van het SOA-spreekuur van de GGD voor vragen rondom seksualiteit en een soa-test;
- 1x Per maand is er een consultant van Tactus aanwezig op de locatie de Marskant voor beantwoording van vragen en advies geven aan persoonlijk begeleiders en cliënten;
- Supervisie gedragswetenschappers;
- Supervisie/intervisie diverse teams persoonlijk begeleiders.

#### **Individueel**

De individuele opleidingsbehoefte van medewerkers wordt tevens besproken in het functioneringsgesprek met zijn of haar leidinggevende. Indien sprake is van een concrete wens op het gebied van deskundigheidsbevordering, dan wordt dit vervolgens besproken in het directieoverleg. In 2019 zijn de gedragswetenschappers individueel geschoold op de volgende thema's: zelf plannen en zelf oplossingen bedenken, geprotocolleerd cognitief gedragstherapeutisch werken, persoonlijkheidsonderzoek bij jongeren met een MMPI-A, emotie regulatie training (ERT) binnen de behandeling van patiënten met een psychische stoornis en een laag IQ, persoonlijkheidsstoornissen bij mensen met een laag IQ, act (acceptance and commitment therapy) ervaringsgerichte vorm cognitieve gedragstherapie en chronische depressie.

### **Overlegvormen/teamreflectie**

Binnen de St. WBJV bestaan verschillende overlegvormen met betrekking tot het bespreken van de voortgang van cliënten. Elke maand vindt er een overleg plaats tussen de persoonlijk begeleider van de cliënt en de gedragswetenschappers. Daarnaast hebben de gedragswetenschappers elke week zorginhoudelijke afstemming met de manager zorg en de manager algemeen. De teams zelf vergaderen tevens in verschillende frequentie modussen met elkaar. Als laatste vinden op de trainingslocaties zelf overlegvormen plaats tussen cliënten en begeleiders via een huiskameroverleg (gezamenlijk) of individuele maatwerkgesprekken. Van alle overlegvormen worden notulen gemaakt.

### **Supervisie/intervisie**

In 2019 heeft er binnen de volgende teams van de St. WBJV supervisie en/of intervisie plaatsgevonden. Hieronder een korte reflectie die de teams hebben teruggegeven.

#### Team Oelerweg/Spiegelstraat:

Het is mooi om stil te staan bij waar jezelf vandaan komt en wat je hiervan meeneemt in je werk. Dit maakt dan ook wie je bent en dit bepaald jouw werkstijl.

#### Team locatie Beethovenlaan:

Het is goed bevallen en de bijeenkomsten zijn als prettig ervaren. Zowel privé en in werksituaties hebben wij hier wat aangehad.

#### Team Gedragwetenschappers:

Supervisie was helpend en prettig. Hierin was het helpend dat iemand zonder gekleurde bril mee kon denken in casuïstiek- en organisatiecasussen. Intervisie hebben we dagelijks met elkaar doordat we samen op kantoor zitten en korte lijnen hebben dit werkt erg prettig.

## **Bouwsteen 4: Visitatie**

Het bestuur van de St. WBJV heeft ervoor gekozen de externe visitatie vorm te geven via een koppeling aan de externe audits van de ISO 9001:2015 en de Gedragscode Beschermd Wonen Twente. De externe audit van de ISO 9001:2015 is uitgevoerd door DNVGL. De externe audit van de Gedragscode Beschermd Wonen Twente door Bureau Woese en een kandidaat auditor (adviseur beleid, kwaliteit en HR van Stichting Het Maathuis).

### **Audit Gedragscode Beschermd Wonen Twente**

Voorafgaand aan de audit heeft de St. WBJV een zelfevaluatie-rapport aangeleverd bij de audit commissie. Op 22 november 2018 is er een auditcommissie, bestaande uit 2 personen, langs geweest voor een externe audit. Tijdens de audit heeft de commissie gesprekken gevoerd met de kwaliteitsmedewerker, verschillende woonbegeleiders en bewoners op diverse locaties.

De visitatiecommissie heeft een rapportage opgesteld, waarin een eindoordeel is gegeven. Binnen de St. WBJV wordt de PDCA cyclus op alle processen en niveaus toegepast. Hierdoor blijft de organisatie zich ontwikkelen en in beweging. Doordat de organisatie in beweging is botst het met regelmaat aan tegen de grenzen van de Jeugdwet, WLZ, Wmo en Beschermd Wonen. De wet- en regelgeving sluiten niet op elkaar aan, vooral bij systeemovergangen, wat daardoor wel eens problemen oplevert voor begeleiding en cliënten. Dit vergt veel extra tijd en geld wat niet aan de cliënten kan worden besteed. Dit leidt ook tot het zoeken naar creatieve pragmatische oplossingen. Mede als gevolg van de verschillende systemen/wetten en de daarbij behorende vergoedingen, verschuift de focus van de St. WBJV naar een steeds jongere doelgroep. Voor het voorzien in dagbesteding maakt de organisatie heldere keuzes en zoekt het samenwerking met externe organisaties. Dit alles leidt tot het toewijzen van het keurmerk Gedragscode Beschermd Wonen Twente 2018-2019.

De volledige rapportage is te vinden in de bijlage.

### **Audit ISO 9001:2015**

De St. WBJV is vanaf 2017 in het bezit van het kwaliteitskeurmerk ISO 9001:2015. Daarvoor was het in het bezit van het keurmerk HKZ. Er is gekozen voor een overstap naar de ISO in verband met het bedienen van een bredere doelgroep.

Eind maart 2019 heeft de jaarlijkse tweedaagse externe audit (managementsysteemaudit) plaatsgevonden door DNVGL (1 persoon) voor het jaar 2018. Tijdens deze twee dagen zijn alle onderdelen van de organisatie en de daarbij betrokken medewerkers besproken. De auditor is gekomen tot het volgende oordeel:

De belangrijkste auditdoelstellingen zijn bereikt en het auditplan is zonder essentiële wijzigingen uitgevoerd. Het managementsysteem is beoordeeld zijnde effectief en in overeenstemming met de norm(en). De juistheid van de certificatie scope (en grenzen) zijn beoordeeld middels verificatie van aspecten zoals de organisatiestructuur, site(s), processen en producten/diensten. De conclusie is dat de certificatie scope (en grenzen) als passend zijn beoordeeld. Tijdens de audit zijn er geen belangrijke zaken naar voren gekomen die van invloed zijn op het auditprogramma voor de huidige certificatie cyclus.

### **Sterke punten:**

Ambitie om te starten met behandeling. Het is de organisatie gelukt, ondanks de krapte op de arbeidsmarkt, 2 gz-psychologen in dienst te nemen. Ieder trainingshuis wordt jaarlijks gecontroleerd middels een interne audit. Locaties worden regelmatig bezocht door gedragswetenschappers. Ingezet om de komende jaren meer te gaan werken volgens het sociaal competentie model. Is al op kleine schaal herleidbaar. Gedragswetenschappers zijn nauw betrokken bij de cliënt. Ieder half jaar wordt samen met de cliënt en zijn persoonlijk begeleider een begeleidingsplan opgesteld. Veel aandacht voor de opvang van jongeren in de avond- en nachtelijke uren. Het is een organisatie met een open cultuur, gevoel voor humor en korte lijnen. Geïnterviewde medewerker en cliënt zijn zeer te spreken over de organisatie.

### **Verbeterpunten:**

Controle van doormelding brandmeldinstallatie naar brandweer. Tekortkomingen op de compleetheid van de digitale cliëntdossiers. Identiteitsbewijzen mogen niet meer worden bewaard. Regelen van een VOG en privacyverklaring voor de technische dienst. Ontbreekt een verwerkersovereenkomst voor de kopieermachine. Uit de werkplannen moet beter kunnen worden herleid welke doelen door jongeren zijn behaald. Uitvoeren risicoanalyse informatiebeveiliging. Regelen papierversnipperaar locatie Almelo en diverse mankementen aan het pand. Toevoegen check CV ketels aan interne audits locaties. Controleren bestickering brandblussers. Onderzoeken van risico's dubbele opzet dossiers. Evalueren methodiek signaleringslijsten.

De komende maanden worden de verbeterpunten in de organisatie opgepakt om te verbeteren.

### **Verbeteracties 2019:**

- *Controle doormelding brandinstallatie naar brandweer:* Het gaat om locatie de Marskant. Er hoeft geen sprake te zijn van een doormelding naar de brandweer. De verbetering is opgelost door een medewerker het certificaat keurder brandmeldinstallatie te laten behalen. Op deze manier wordt de brandmeldinstallatie elke maand gekeurd door een officiële keurder;
- *Tekortkomingen op de compleetheid digitale cliëntdossiers:* Per 1 januari 2020 is de organisatie overgegaan naar een nieuw elektronisch cliëntdossier systeem ONS van Nedap. Tijdens de interne audits in februari 2020 is gecontroleerd of alle digitale dossiers volledig waren. Indien dit niet geval was is dit aangepast;
- *Identiteitsbewijzen mogen niet meer worden bewaard:* Alle identiteitsbewijzen zijn uit de digitale dossiers gehaald. Ook worden er geen fysieke dossiers meer gebruikt;
- *Regelen VOG en privacyverklaring technische dienst:* De technische dienst is inmiddels in het bezit van een VOG en privacyverklaring;
- *Ontbreken verwerkersovereenkomst kopieermachine:* Er is contact geweest met de verkoper van de kopieermachine. Volgens hen is het niet nodig om een verwerkersovereenkomst te hebben, gezien het feit dat er geen data achterblijft;
- *Uit de werkplannen moet beter kunnen worden herleid welke doelen door jongeren zijn behaald:* In het nieuwe ECD van ONS wordt er gerapporteerd op de leerdoelen;
- *Uitvoeren risicoanalyse informatiebeveiliging:* De functionaris gegevensbescherming heeft op alle locaties en het hoofdkantoor een onderzoek gedaan naar de stand van zaken AVG.
- *Regelen papierversnipperaar en mankementen pand:* Papierversnipperaar is aangeschaft en mankementen aan het pand zijn na de interne audit in februari 2020 hersteld;
- *Toevoegen check CV-ketels aan de interne audits:* Deze check is toegevoegd en doorgegeven en opgepakt door de technische dienst;
- *Controleren bestickering brandblussers:* De technische dienst heeft alle brandblussers weer jaarlijks laten keuren door een gecertificeerd keuringsbedrijf, daarbij is gekeken naar de stickers;
- *Onderzoeken van risico's dubbele opzet dossiers:* De fysieke dossiers zijn afgeschaft;

- *Evalueren methodiek signaleringslijsten*: De signaleringslijsten zijn opnieuw bekeken bij de invoering van het nieuwe ECD in ONS.

De volledige rapportage is te vinden in de bijlage. De audit van 2019 is verschoven door de coronacrisis. Deze vindt digitaal plaats op 11 en 15 mei 2020.

De rapportages van de Gedragscode Beschermd Wonen Twente en de ISO 9001:2015 zijn besproken met de raad van toezicht, de OR en de cliëntenraad.

Erik van Kampen,  
Algemeen Directeur

