

Kwaliteitskader rapport 2018

Stichting KIO



Inhoud

Inleiding.....	4
Bouwsteen 1: Het zorgproces rondom de individuele cliënt	5
Intake.....	5
Zorgplan.....	5
Werkwijze opstellen en beheren zorgplannen.....	5
Analyse	7
De beeldvorming van een cliënt.....	7
Leefomgeving	8
Inspraak en eigen regie	8
Budget	9
Medicatieveiligheid	9
Omgaan met grensoverschrijdend gedrag.....	10
Scholing / training.....	10
Ondersteuning:.....	10
Intervisie	10
Fysieke training.....	10
Omgang seksualiteit	11
Vrijheidsbeperking	11
Bouwsteen 2: Onderzoek naar cliëntervaringen.....	12
Conclusies cliënt ervaringsonderzoek 2016	12
Cliënten	12
Cliëntvertegenwoordigers.....	13
Begeleiders	14
Intern onderzoek.....	15
Bouwsteen 3: Zelfreflectie in zorgteams	17
Systematische reflectie binnen het team “Wat doen we goed en wat kan beter”	17
Werkwijze systematische reflectie:.....	17
Teamreflectie 2018	17
Medewerkers gedrag en scholing	18
Bouwsteen 4: Kwaliteitsrapport en visitatie	20
Klachten.....	20
Rechtstreeks contact met betreffende medewerker(s).....	20
Opvang, informatie, advies en ondersteuning bij cliëntvertrouwenspersoon.	20

Bemiddeling door klachtenfunctionaris	20
Indienen klacht bij klachtencommissie	20
Risicoanalyses.....	20
Brandveiligheid.....	21
Ziekteverzuim	21
Verbeteracties n.a.v. cliënt- en medewerkerservaringsonderzoek 2016.	21
Meer direct contact en begeleidingstijd:	21
Meer structuur in de planning en in de uitvoering van planning.....	21
Het tijdig informeren van de cliëntvertegenwoordigers over de planning.....	22
Regelmatige rapportage over het wel en wee van de cliënt.	22
Vaste begeleiders op de locatie	22
Aanpassingen in teamleiders	22



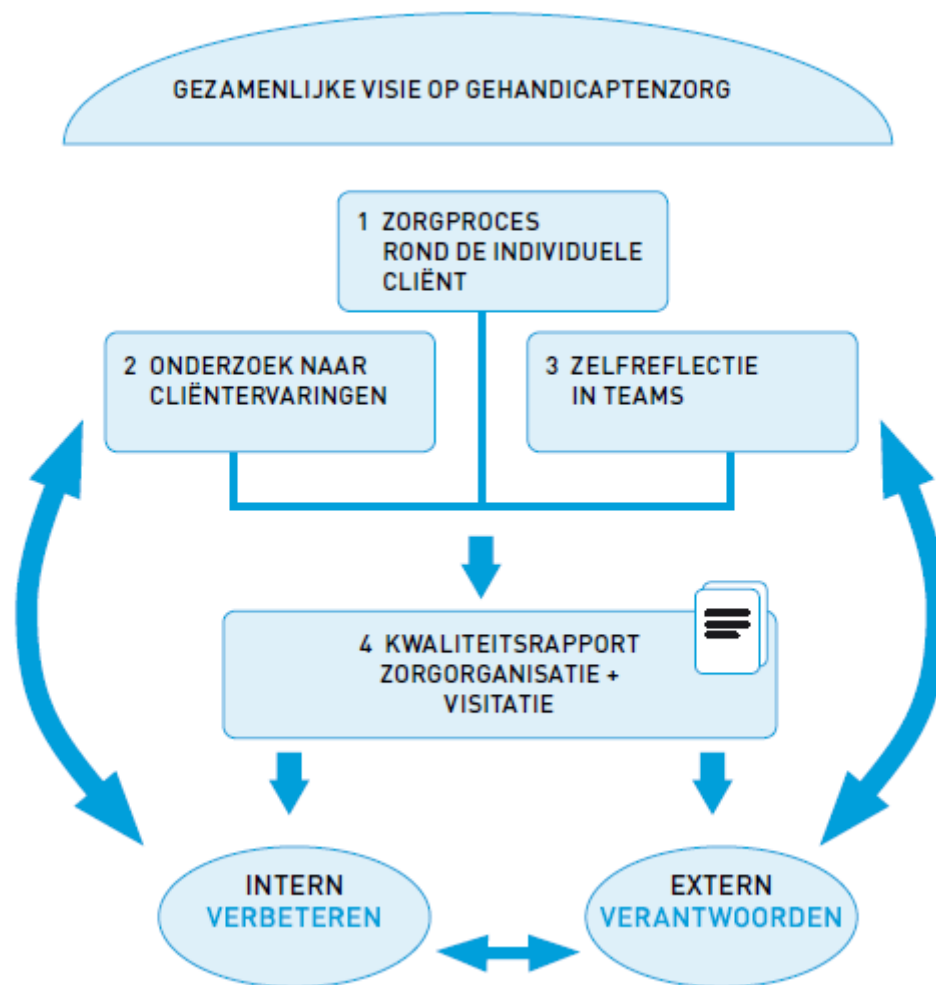
Locatie Van der Biltplein 4-6, Heinkenszand

Inleiding

Er is een nieuw kwaliteitskader gehandicaptenzorg (2017-2022) dat de kwaliteit van de gehandicaptenzorg verder moet verbeteren. Dit kader bestaat uit de vier bouwstenen:

- bouwsteen 1: Het zorgproces rond de individuele cliënt;
- bouwsteen 2: Onderzoek naar de ervaringen van cliënten;
- bouwsteen 3: Zelfreflectie in zorgteams;
- bouwsteen 4: Kwaliteitsrapport en visitatie.

Al deze bouwstenen komen aan bod in dit document. De eerste drie bouwstenen moeten leiden naar de vierde bouwsteen, die op zijn beurt een bron moet zijn voor verbeterpunten en gebruikt kan worden voor externe verantwoording. De volgende afbeelding vat dit alles samen.



Bouwsteen 1: Het zorgproces rondom de individuele cliënt

Intake

Voordat een cliënt aangemeld kan worden bij Stichting KIO vindt er een gesprek plaats met de betrokkenen. Vanuit KIO is dit een teamleider of de directeur. Wanneer dit gesprek positief verloopt krijgen de cliëntvertegenwoordigers aanmeldingsformulieren mee die ze in dienen te vullen voor de aanmelding bij KIO. Wanneer er geen plaats is zal de cliënt op de wachtlijst worden geplaatst. Wanneer er wel plaats is kan de zorgtoewijzing plaatsvinden, mits de financieringsvorm bekend is bij de aanmelding. Tevens kan er een bezoek gebracht worden aan de huidige zorglocatie of de thuislocatie van een cliënt die aangemeld is. Een cliënt mee laten lopen bij een dagbesteding van KIO is ook een optie. Wanneer de indicatie van de cliënt binnenkomt zal deze gecontroleerd worden op basis van de aanmeldingsformulieren. Vervolgens zal de zorgovereenkomst opgesteld worden en wordt er een digitaal cliëntendossier aangemaakt. Een persoonlijk begeleider zal aan de cliënt worden toegewezen. Daarna kan de zorg van start gaan. De persoonlijk begeleider zal een zorgplan opstellen binnen 6 weken na aanvang zorg.

Zorgplan

Het zorgproces per individuele cliënt staat beschreven in het zorgplan van die cliënt. Voor iedere nieuwe cliënt wordt het zorgplan vastgelegd in overleg met de cliënt of de cliëntvertegenwoordiger. Evaluatie van het zorgplan vindt twee keer per jaar plaats. Ook buiten deze vaste evaluatiemomenten kan er gekozen worden om de zorgverlening te evalueren mocht de situatie rondom de cliënt hierom vragen. Binnen KIO hanteren we een kwaliteitshandboek, waarin de werkwijze staat rondom het opstellen van zorgplannen. In de volgende paragraaf is dit document opgenomen.

Werkwijze opstellen en beheren zorgplannen

Werkwijze;

Een actueel zorgplan binnen de door de organisatie gestelde kaders voor iedere cliënt. Voor elke cliënt wordt een zorgplan opgesteld. Met elke cliënt of diens vertegenwoordigers wordt een zorgovereenkomst gesloten waarin ook vermeld staat dat de overeenkomst gekoppeld is aan het zorgplan.

Totstandkoming eerste zorgplan;

De persoonlijk begeleider van een cliënt is verantwoordelijk voor het op- en bijstellen van het zorgplan van een cliënt, dit gebeurt in samenwerking met de teamleider en gedragskundige, binnen 6 weken na aanvang zorg.

Samen met de persoonlijk begeleider worden de begeleidingsafspraken, het sociaal netwerk, gezondheidsrisico's en de doelen geschreven. Het zorgplan wordt ingevoerd in Qurentis. In dit zorgdossier van een cliënt staan ook de rapportages gekoppeld aan de gestelde doelen.

Het perspectief van de cliënt wordt besproken tussen cliënt en zorgverleners. Er wordt zoveel mogelijk relevante informatie over de cliënt verzameld in overleg met en na toestemming van ouders/verzorgers. Het opvragen van informatie bij verschillende instanties wordt gedaan door het secretariaat. Deze informatie kan van artsen en andere externe deskundigen komen (school, logopedist enz.). Hiervoor dient een schriftelijke

toestemmingsverklaring te worden ondertekend door ouders of cliënt.

Met de verkregen informatie worden de gezondheidsrisico's van de cliënt in kaart gebracht. Vervolgens worden er protocollen opgesteld, afgestemd op de risicoweging van de cliënt. Als er risico's worden geïnterpreteerd komen er protocollen waarin risicobeheersingsmaatregelen worden beschreven.

Als het zorgplan in concept klaar is door de desbetreffende teamleider en psycholoog is goedgekeurd, gaat het concept naar de cliënt of diens ouders/wettelijk vertegenwoordigers. Zo nodig wordt in overleg met de teamleider en eventueel ouders uitgebreide beeldvorming georganiseerd. Door de desbetreffende discipline (gedragskundige) wordt de beeldvorming geschreven. Dit wordt door de persoonlijk begeleider in onderling overleg omgezet in het zorgplan.

Zorgplanoverleg

Een zorgplanoverleg gebeurt minimaal tweemaal per jaar in aanwezigheid van een teamleider, de persoonlijk begeleider van de cliënt en (de vertegenwoordigers van) de cliënt. Optioneel is de gedragskundige bij het zorgplanoverleg aanwezig. Ook kan bijvoorbeeld een cliëntondersteuner bij het overleg aansluiten.

De schriftelijke evaluatie van de doelen en geboden zorg vindt in Qurentis (ECD) plaats. Ter ontlasting van ouders kan er soms ook telefonisch geëvalueerd worden. Als cliënten of ouders geen gebruik maken van de mogelijkheid tot een zorgplanoverleg of niet reageren op een schriftelijke uitnodiging hiertoe, wordt er van uitgegaan dat zij akkoord gaan met het zorgplan.

Het zorgplan bevat:

- de uitgangspunten voor de zorgverlening zoals vermeld in het indicatiebesluit;
- de hulpvraag van de cliënt in al haar facetten/zelfredzaamheid en ondersteuningsbehoefte;
- de gestelde diagnose;
- de overeengekomen smart-geformuleerde doelen (gewenste resultaat);
- de wijze waarop de organisatie en de cliënt de gestelde doelen willen bereiken;
- de manier waarop het resultaat en de voortgang van de zorg- en dienstverlening worden gemeten;
- welke disciplines en welke middelen worden ingezet, inclusief:
 - medicatie;
 - eventuele beschermende maatregelen worden opgenomen in het zorgplan;
 - eventuele maatregelen in verband met de uitkomsten van de risico-inventarisatie (risicoweging);
- naam van de persoonlijk begeleider;
- de wijze waarop en de frequentie waarmee het zorg- of begeleidingsplan wordt geëvalueerd en bijgesteld;
- de ervaren kwaliteit van bestaan (welke tekorten, wat doen we eraan);
- de betrokkenheid van familieleden en belangrijke anderen, het zogenaamde sociaal netwerk.

Evaluatie en bijstelling

Als het zorgplan tussentijds bijgesteld moet worden, gebeurt dat in overleg met teamleider en gedragskundige. Specifieke onderwerpen die aan de orde kunnen komen tijdens een zorgplanoverleg zijn: reanimatie, seksualiteit, voeding, gezondheid, beleving, woningaanpassing, aanvraag hulpmiddelen, toekomstperspectief enz. Hierdoor komen de onderwerpen van het kwaliteitskader aan de orde, te weten:

- de zelfredzaamheid en ondersteuningsbehoeften (wat is nodig);
- de gezondheidsrisico's en veiligheid (een individuele risicoweging);
- de ervaren kwaliteit van bestaan (welke tekorten, wat doen we eraan);
- de betrokkenheid van familieleden en het sociaal netwerk;
- de afspraken over dagelijkse zorg en ondersteuning (komen we afspraken na).

Hierbij is tenminste aandacht voor:

- het bereiken van de vastgestelde doelen;
- de resultaten van de metingen op basis van de vastgestelde indicatoren;
- de ervaringen van de cliënt over de zorg/dienstverlening.

Van het zorgplanoverleg wordt er door de persoonlijk begeleider of de leidinggevende een verslag gemaakt. Ook dit verslag gaat naar ouders in tweevoud en wordt ondertekend door zowel ouders als persoonlijk begeleider en leidinggevende. De gemaakte afspraken worden ook verwerkt in het definitieve exemplaar van het zorgplan. Dit zorgplan wordt ook in tweevoud aan ouders aangeleverd en ondertekend. Daarna belanden zowel het zorgplan als het verslag van het zorgplanoverleg in het elektronische dossier van de cliënt.

Analyse

De zorgplanbesprekingen worden op locatie- en organisatieniveau verzameld en halfjaarlijks geanalyseerd door de directeur. In 2018 is een enquête uitgezet onder de ouders waarin ze anoniem konden reageren op vragen over de thema's in het kwaliteitskader. De antwoorden hebben geholpen om de evaluatieverslagen over de zorgplannen te verbeteren.

De beeldvorming van een cliënt

Dit thema krijgt extra veel aandacht, zodat er altijd een actueel beeld van een cliënt is waarop de uitvoering van de zorg mede is gebaseerd. Hiervoor worden diverse testmethoden en vragenlijsten gebruikt. Zo is er een vragenlijst om de mate van zelfstandigheid te meten die we zelf mede ontwikkeld hebben voor de volwassen doelgroep met een grotere mate van zelfstandigheid

Ook gebruiken we de SRZ (sociale redzaamheidschaal voor zwakzinnigen), SEO-r om de emotionele ontwikkeling te bepalen, Vineland-S en de ComVoor om het communicatieniveau vast te stellen.



Leefomgeving

Om de veiligheid in de leefomgeving te verbeteren is er een externe medewerker ingehuurd met ervaring als veiligheidsadviseur. Hij controleert op de locaties ook de veiligheid in het algemeen en de brandveiligheid in het bijzonder. Verder coördineert hij het technisch onderhoud, waardoor reparaties sneller kunnen plaatsvinden.

Er is een onderhoudscontract voor inbraakbeveiliging en brandveiligheid met Detec afgesloten. Voor het onderhoud van de buitenterreinen (speelruimtes) is een onderhoudscontract afgesloten, evenals voor het keuren van de hulpmiddelen.



Inspraak en eigen regie

Elke cliënt heeft het recht op inspraak over het zorgaanbod. Bij de dagbesteding nemen ouders deze taak meestal op zich, omdat de cliënten zelf niet in staat zijn om inhoudelijk hun wensen kenbaar te maken op het gebied van de geboden zorg. Ouders hebben dus plaatsgenomen in de cliëntenraad van KIO. Zij komen minstens vier keer per jaar bij elkaar voor overleg. Om toch zoveel mogelijk cliënten hun recht op inspraak en eigen regie te geven zijn er regelmatig overleggen met bewoners in de vorm van “keukentafelgesprekken” waarin alle belangrijke onderwerpen met de bewoners worden besproken. De bewoners dragen hiervoor zelf de agendapunten aan.



Budget

Cliënten die zelf hun geld kunnen beheren of boodschappen zelf willen doen kunnen er voor kiezen om hun budget om eten en drinken te kopen zelf te besteden. Het gezamenlijk mee eten in de huiskamer is altijd een keuze en geen verplichting. In de praktijk eet bijna iedereen mee in de huiskamer. Het sociale aspect speelt hierin natuurlijk ook een grote rol. KIO stimuleert dit ook om isolement te voorkomen.

Medicatieveiligheid

Medicatieverstrekking wordt uitgevoerd door een bevoegd en bekwaam medewerker. Deze is verantwoordelijk voor de terhandstelling van de medicatie. Ouders, of cliënten zelf indien er geen sprake is van bewindvoering/curatele, dienen schriftelijk akkoord te geven voor deze handeling door het ondertekenen van het zorgplan. Medicatie toedienlijsten en overzichten moeten van de verstrekende apotheek komen.

Iedere locatie beschikt standaard minimaal over de volgende materialen:

- afsluitbare medicijnkast met voor iedere cliënt die medicijnen gebruikt een doos/mandje voor de medicatie;
- gesloten medicijn box voor in koelkast;
- (vinyl) handschoenen i.v.m. tegen gaan van contaminatie (bacteriën) en als bescherming van allergieën;
- bevoegde en bekwame medewerkers.

Elke locatie heeft een aandachtfunctionaris medicatie. Dit is een verpleegkundige die samen met de teamleider verantwoordelijk is voor de uitvoering van de medicatieverstrekking.

Stichting KIO beschikt over een MIC commissie. Deze commissie is verantwoordelijk voor het tweemaal per jaar analyseren van medicatie-incidenten. De commissie bestaat uit een arts voor verstandelijk gehandicapten, de directeur, teamleider en een aandachtfunctionaris. Indien nodig wordt overleg gepleegd met een apotheker.

Medicijnen die bij KIO op voorraad worden gehouden, gaan in een afgesloten medicijnkast. Voor medicatievoorraden die vallen onder de Opiumwet geldt dat deze worden bewaard in een enveloppe in een afgesloten kist in de medicijnkast. In de enveloppe zit een

medicijnformulier met een apart aftekenformulier. Deze medicijnen worden altijd door twee personen gecontroleerd, verstrekt en afgetekend.

Op verschillende locaties worden weekboxen klaargemaakt voor cliënten. De verpleegkundige van de locatie is hiervoor verantwoordelijk. Na het uitzetten van de weekboxen vindt een tweede controle plaats. Hiervoor wordt geparafeerd. De verpleegkundige is eveneens verantwoordelijk voor het beheer van voorraden medicijnen die op cliënt te naam zijn gesteld. Dit wordt geregistreerd. De voorraden dienen voor maximaal vier weken te zijn. Maandelijks controleert de verpleegkundige van de locatie de aftekenlijsten en de voorraden.

Omgaan met grensoverschrijdend gedrag

Onder grensoverschrijdend gedrag valt natuurlijk agressie. Onder agressie verstaan we: het toebrengen van schade aan materiaal of aan een ander persoon door het overschrijden van grenzen, normen of regels, zich uitend in verbale of fysieke agressie of vernieling van objecten. Binnen stichting KIO gebruiken we de volgende methoden om correcte omgang bij grensoverschrijdend gedrag te bevorderen:

- het bespreekbaar maken van het onderwerp agressie, waardoor het uit de taboesfeer gehaald wordt;
- het overdragen van praktische en theoretische kennis;
- bevordering deskundigheid.

Bovenstaande methoden worden door middel van de volgende activiteiten toegepast:

Scholing / training

KIO verzorgt verschillende lessen, passend binnen het lesprogramma van MAX support en/of toegespitst op specifieke vragen binnen KIO.

Het ondersteunen van een individu of een team op de werkplek, geheel toegespitst op concrete problemen die zich in de praktijk voordoen.

Ondersteuning:

Als iemand na een incident behoefte heeft aan een gesprek met een onafhankelijk persoon, dan kan diegene direct contact opnemen met de vertrouwenspersoon voor de medewerkers.

Intervisie

Tijdens de intervisiebijeenkomsten kunnen ook agressie-incidenten worden ingebracht om te bespreken met elkaar. Zo kunnen collega's elkaar ondersteunen en opvangen.

Fysieke training

Fysieke training kan nooit op zichzelf staan, maar kan een onderdeel zijn van de training/scholing. Er wordt een aanbod gedaan voor een fysieke training als daar behoefte aan blijkt te zijn. Deze training sluit aan bij de aangeboden theorie van de scholing en kan geboden worden door een ervaren docent.

Omgang seksualiteit

Uitgangspunt is dat Stichting KIO voor thuiswonende kinderen en jongeren een signalerende rol heeft. De verantwoordelijkheid ligt bij de ouders. Het beleid is van toepassing op de jongeren en volwassenen die wonen in een van de huizen van Stichting KIO. Voor de medewerkers gelden de volgende beleidsregels:

1. ter verbetering van de attitude bij medewerkers worden gesprekken, themabijeenkomsten, en dialoog met cliënten georganiseerd;
2. er is scholing voor medewerkers om de competenties bij medewerkers te vergroten (wat is jouw taak, wanneer verwijst je?);
3. er is een gedragscode voor medewerkers (deze staat verder uitgewerkt in Qarebase).

Bij vermoeden van seksueel misbruik dient altijd melding te worden gedaan aan de leiding. Verder is er bij KIO een vertrouwenspersoon beschikbaar in het geval betrokkenen hier behoefte aan hebben. KIO werkt volgens de meldcode. Ook stimuleert KIO om de app met de meldcode van de Rijksoverheid op de telefoon van KIO te zetten.

Vrijheidsbeperking

Beleid over voorkomen en verminderen van vrijheidsbeperkende maatregelen (vermeld in ons kwaliteitssysteem Qarebase) heeft geleid tot het vervangen van een aantal afgesloten aangepaste bedden naar “normale” bedden waar de kinderen zelfstandig in en uit kunnen komen. Ook zijn voordeuren bij KIO altijd open in de woningen en dagverblijven.

Jaarlijks komt dit onderwerp in de werkoverleggen met de medewerkers en tijdens de zorgplan overleggen met de cliëntvertegenwoordigers terug. Ook worden alle risico-inventarisaties tweemaal per jaar geëvalueerd met betrokkenen.

Bouwsteen 2: Onderzoek naar cliëntervaringen

Natuurlijk is er bij de evaluatie van zorgplannen aandacht voor de ervaringen van de cliënt. Verder laten wij eens in de drie jaar een extern onderzoek naar cliëntervaringen uitvoeren. In december 2016 is dit gebeurd door Buntinx met het instrument Quality Qube. De belangrijkste conclusies van dit onderzoek staan in de volgende paragraaf.



Conclusies cliënt ervaringsonderzoek 2016

Cliënten

De interviews met de 23 cliënten werden met name uitgevoerd binnen de populaties wonen/logeren en ambulante ondersteuning. De resultaten moeten binnen dit kader geïnterpreteerd worden.

De cliënten geven op een schaal van drie de algemene ondersteuning bij Stichting KIO gemiddeld een 2,5. Omgerekend naar een tien-punten-schaal is dit een 8,3. Hiermee beoordelen de cliënten de algemene

ondersteuning positief. Cliënten scoren op landelijk niveau gemiddeld het hoogst van de drie groepen (cliënten, vertegenwoordigers en begeleiders). Deze trend is ook zichtbaar bij Stichting KIO.

Binnen de gesloten vragen tonen de cliënten de meeste tevredenheid over de inzet en betrokkenheid van de begeleiding. Cliënten zien dat de begeleiders hart hebben voor de zorg en hun best doen voor de cliënt. De cliënten zijn gemiddeld tevreden over alle onderwerpen die werden bevraagd in de gesloten vragen. Een relatief lagere waardering krijgt de beschikbare ondersteuningstijd voor de cliënt.

Bij de open vragen tonen de cliënten eveneens de meeste waardering voor de betrokkenheid en inzet van de begeleiders. De cliënten zijn positief over het luisterend en empathisch vermogen van de begeleiding. Daarnaast uiten de cliënten waardering voor het probleemoplossend vermogen van de begeleiding en de ondersteuning bij de dagelijkse taken zoals schoonmaken en boodschappen doen.

Verbeterruimte zien de cliënten het vaakst op het gebied van de beschikbare begeleidingstijd. De cliënten willen graag meer direct contact met - en aandacht voor - de begeleiding. Dit valt samen met de laagst scorende indicator binnen de gesloten vragen. Daarnaast vragen de cliënten om meer structuur in de planning en om een consequente uitvoering van de planning. Hiermee geven de cliënten aan een vast ritme belangrijk te vinden binnen de ondersteuning.



Cliëntvertegenwoordigers

De cliëntvertegenwoordigers geven gemiddeld een 7,7 aan de algemene ondersteuning bij Stichting KIO. Deze score is nagenoeg gelijk aan het landelijk gemiddelde van cliëntvertegenwoordigers.

Evenals de cliënten uiten de vertegenwoordigers binnen de gesloten vragen de meeste tevredenheid over de inzet van de begeleiders. De overige indicatoren scoren allemaal positief. Er zijn geen significant laag scorende indicatoren.

Binnen de open antwoorden tonen de cliëntvertegenwoordigers de meeste waardering voor de inzet en betrokkenheid van de begeleiders. Zij waarderen de individuele aandacht voor de cliënt en zien dat de ondersteuning zo veel mogelijk wordt afgestemd op de persoonlijke wensen en behoeften. Daarnaast worden het empathisch vermogen van de begeleiding en de ondersteuning voor de cliënt op het gebied van het emotioneel welzijn hoog gewaardeerd. Hierbij refereren de cliëntvertegenwoordigers regelmatig naar de troost die begeleiders bieden aan de cliënt bij moeilijke situaties.

Ruimte voor verbetering zien de cliëntvertegenwoordigers op het gebied van de informatievoorziening rondom de cliënt. Het betreft hierbij met name het tijdig informeren van de cliëntvertegenwoordigers over de planning. Ook wensen de cliëntvertegenwoordigers een regelmatige rapportage over het wel en wee van de cliënt. Daarnaast zien de cliëntvertegenwoordigers verbeterruimte binnen de stabiliteit in het team van begeleiders. De cliëntvertegenwoordigers vinden het hierbij belangrijk dat er vaste begeleiders op de locatie werken, zodat er bekende gezichten voor de cliënten zijn. Tot slot worden de beschikbaarheid van ondersteuning (voldoende tijd voor de cliënt), en de aandacht voor de gezondheid van de cliënt (gezond eten, voldoende lichaamsbeweging) regelmatig genoemd als verbeterpunten.

Aan de cliëntvertegenwoordigers werden twee extra vragen gesteld over de adviesbehoefte op het gebied van de voeding en lichaamsbeweging van de cliënt. Op dat gebied geeft 31% van de cliëntvertegenwoordigers aan behoefte te hebben aan advies. Op het gebied van lichaamsbeweging is dat 39%. Bij beide onderwerpen heeft de meerderheid geen behoefte aan advies.





Locatie Sleutelbloemstraat 15-31

Begeleiders

De begeleiders geven de zelf geboden ondersteuning bij Stichting KIO een 7,7. Op landelijk niveau scoren begeleiders gemiddeld het laagst van de drie groepen. Dit duidt op een kritische blik op het eigen werk. Bij Stichting KIO scoren de begeleiders met een 7,7 relatief hoog.

Binnen de gesloten vragen scoren de indicatoren voor de inzet, betrokkenheid en empathie van de begeleiders het hoogst. Dit komt overeen met de uitkomsten bij cliënten en cliëntvertegenwoordigers. Een relatief lagere waardering krijgt de indicator voor de beschikbare begeleidingstijd voor de cliënt.

Bij de open vragen geven de begeleiders aan waardering te hebben voor de eigen zorgzaamheid. De begeleiders stellen de cliënt centraal in de zorg en voelen zich betrokken en gedreven.

Ook de samenwerking binnen het eigen team komt vaak naar voren als een sterk punt bij de begeleiders. Hierbij wordt regelmatig verwezen naar de onderlinge collegialiteit en de bereidheid om elkaar te helpen. Daarnaast zien de begeleiders de eigen creativiteit, flexibiliteit en kunde als sterke punten in de ondersteuning.

De meeste verbeterruimte zien de begeleiders op het gebied van de planning en roostering. Een vaste planning zorgt volgens de begeleiders binnen de organisatie - bij cliënten, vertegenwoordigers en begeleiders zelf - voor meer rust en duidelijkheid. Ook de beschikbare tijd voor de cliënt is volgens de begeleiders een belangrijk verbeterpunt. De begeleiders suggereren hierbij dat meer personeel of minder administratieve taken kunnen helpen om meer tijd vrij te maken voor de directe zorg voor de cliënt. Tot slot zien de

begeleiders mogelijkheden om de samenwerking binnen de teams te verbeteren door meer onderlinge communicatie, aandacht voor een goede overdracht, tijdige rapportage en als team meer op één lijn zitten.

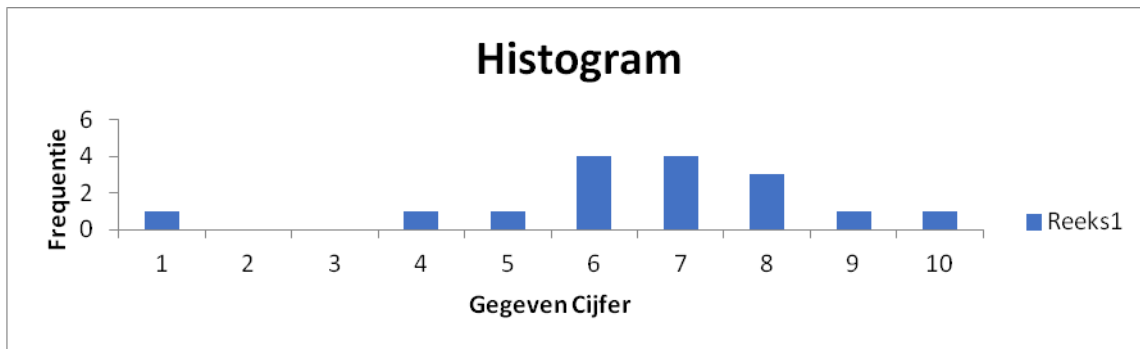


Nathan

Intern onderzoek

Naast het externe cliëntervaringsonderzoek, dat eens in de drie jaar plaatsvindt, voert KIO ook zelf onderzoeken uit. Tweemaal per jaar wordt een korte vragenlijst onder de ouders en cliënten uitgezet. De antwoorden zijn anoniem. Hiermee hopen we een helder actueel beeld te vormen van wat er leeft bij de cliënten en kunnen we onze plannen daarop aanpassen.

De respons van het laatste interne onderzoek was te beperkt om een goed beeld te vormen en valide conclusies te trekken. Meer dan de helft geeft aan dat de gestelde doelen haalbaar zijn. Onderstaand een overzicht van de cijfers die cliëntvertegenwoordigers geven voor de zorg.



De cijfers voor de zorg zijn overwegend goed. 13 uit 16 geeft een voldoende voor de zorg met een gemiddeld cijfer van 6,6.

Evenals de cliënten uiten de vertegenwoordigers binnen de gesloten vragen de meeste tevredenheid over de inzet van de begeleiders. De overige indicatoren scoren allemaal positief. Er zijn geen significant laag scorende indicatoren.

De belangrijkste verbeterpunten die worden genoemd zijn:

- communicatie en afstemming;
- beschikbare begeleidingstijd;
- direct contact met en aandacht vanuit de begeleiding;
- meer structuur in de planning en in de uitvoering daarvan.

Dit kan er mee te maken hebben dat we tijdens die periode nieuwe teamleiders inwerkten. Nu die teamleiders meer in hun rol zijn gegroeid, merken wij dat de planning soepeler gaat en dat de communicatie ook steeds beter loopt .

Medio 2019 zal er wederom een extern cliënt ervaringsonderzoek plaatsvinden. Dit zal weer door gebeuren met de Quality Qube van Buntinx. Afhankelijk van de resultaten van dit grotere onderzoek wordt bepaald of er later in het jaar nog een intern onderzoek plaatsvindt.

Bouwsteen 3: Zelfreflectie in zorgteams

Systematische reflectie binnen het team “Wat doen we goed en wat kan beter”

De volgende thema's komen minimaal een keer per jaar aan de orde:

- het proces rond de individuele cliënt. Zijn de wensen van de cliënt duidelijk? Worden afspraken nagekomen, is er zicht op veiligheid en gezondheidsrisico's per cliënt en doen we wat nodig is?
- de kwaliteit van de relatie tussen cliënt en medewerkers. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om bejegening en communicatie, maar ook om de competenties van medewerkers en de samenwerking in het team en met nabije familie;
- borging van veiligheid met accent op een persoonlijke afweging per cliënt over aanmerkelijke risico's en gezondheidsbescherming;
- de toerusting van medewerkers voor de zorg- en ondersteuningsvragen van de cliënten, samen met de vraag 'kunnen we als team ons werk goed doen?'

Werkwijze systematische reflectie:

Kio hanteert de volgende werkwijze om systematisch te reflecteren:

- op elke afdeling vindt er minimaal vier keer per jaar een werkoverleg plaats. Tijdens dit algemene werkoverleg worden de algemene zaken en daarnaast de protocollen en procedures besproken. Verder is dit ook het moment voor reflectie binnen de teams. Thema's veiligheid en de toerusting van medewerkers komen aan de orde.
- periodieke beeldvorming op cliëntniveau op de verschillende locaties en met verschillende teams;
- teamleden werken zoveel mogelijk op een vaste locatie, maar kunnen als dat nodig is ook op andere locaties ingezet worden. Tijdens de werkoverleggen en intervisie worden de ervaringen van het werken op andere locaties met elkaar gedeeld;
- er is een vragenlijst opgesteld die medewerkers anoniem invullen. Met de resultaten van dit onderzoek en de resultaten van de zelfreflectie binnen de teams worden verbeterplannen opgesteld;
- medewerkers voeren audits bij elkaar uit om van elkaar te leren. Hoe wordt er gewerkt op een locatie en waarom gaat dit zo? Wat kan er beter? En wat is daarvoor nodig?
- scholing sociaal-emotionele ontwikkeling en prikkelverwerking, waarbij het proces rondom de cliënt en de kwaliteit van de relatie tussen cliënt en medewerkers worden teruggekoppeld;
- een teamreflectie die minimaal één keer per kalenderjaar plaatsvindt volgens de intern ontwikkelde “KIO-methode”.

Teamreflectie 2018

Alle teams hebben deelgenomen aan de teamreflectie. Per team is een bijeenkomst geweest. Er is gewerkt met het format van KIO. De inbreng en dialogen waren verhelderd voor de kwaliteiten en verbeterpunten binnen het team.

De verbeterpunten zijn vastgelegd en binnen de teams opgepakt. De uitkomsten van de teamreflectie worden als vast agendapunt meegenomen in de teamvergaderingen.

Naar aanleiding van de teamreflecties zijn scholing en coaching van medewerkers als actiepoint opgepakt.

Als afsluiting van de teamreflectie hebben we met ieder team de werkvorm “een beeld zegt meer dan duizend woorden” gedaan. Het inzetten van deze werkvorm heeft opgeleverd dat medewerkers door middel van beelden, kwaliteiten van het team en van elkaar als collega's vorm konden geven. Deze werkvorm is als zeer prettig ervaren en heeft ervoor gezorgd dat er meer inzicht is gekomen in de kwaliteiten binnen het team. Teamleden werken binnen een vast team, daarnaast werken veel teamleden ook met regelmaat binnen een ander team/andere locatie. Hierdoor is er de mogelijkheid om met elkaar mee te kijken en informatie over kwaliteitsbevordering met elkaar te delen.



Integratie kinderen bij basisschool Lewedorp

Verbeteracties

Scholing en coaching van individuele medewerkers is opgestart begin 2019. Er is een werkgroep gevormd bestaande uit directeur, teamleiders, gedragskundige, beleidsmedewerker en casemanager om inhoudelijk zaken op te pakken. Dit zijn centrale thema's die onder ander vanuit teamreflectie naar voren zijn gekomen. Deze thema's zullen geanalyseerd worden. De verbeterpunten worden in een gezamenlijk plan van aanpak opgenomen. Dit plan van aanpak loopt naast de verbeterpunten die per team zijn geformuleerd en worden opgepakt.

Belangrijk onderdeel is om de risico's rondom de zorg voor cliënten met elkaar nog verder uit te diepen. Op deze manier verwachten wij tot een verbetering van de risicoanalyses te komen met de bijbehorende maatregelen en afspraken in het zorgplan. Dit zal ook inhoudelijk getoetst worden hoe de risico's en bijbehorende maatregelen zich verhouden tot de nieuwe wetgeving rondom zorg en dwang.

Medewerkers gedrag en scholing

De kwaliteit van de geleverde zorg is voor een groot deel afhankelijk van de kwaliteit van de medewerkers die met de cliënten werken. Om de kwaliteit te waarborgen dienen medewerkers zich aan de gedragscodes en het huishoudelijk reglement te houden. Hierin komen onderwerpen aan bod zoals rapportages, de aanschaf van materialen, bereikbaarheid, zorgplannen. De volledige gedragscodes en reglementen zijn voor medewerkers terug te vinden in het kwaliteitsmanagementsysteem van KIO.

Naast het werken volgens de regels is het goed voor medewerkers om zich te blijven ontwikkelen. Daarom biedt KIO scholingen aan. Jaarlijks wordt een scholingsplan opgesteld in samenspraak met de personeelsvertegenwoordiging. In dat plan staan alle scholingen die dat jaar aangeboden worden. Een greep uit de scholingen die in 2019 gegeven worden zijn: BHV scholingen, sensorische integratie, epilepsie en omgaan met agressie en ongewenst gedrag. Naast scholingen op locatie hebben medewerkers ook toegang tot een digitale leeromgeving (e-learning The Competencegroup). Daarin staan enkele verplichte scholingen en veel optionele scholingen die medewerkers kunnen volgen als ze hun kennis willen verbreden.

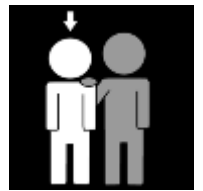
Bouwsteen 4: Kwaliteitsrapport en visitatie

Klachten

KIO heeft een klachtenregeling en is aangesloten bij de landelijke geschillencommissie zorg. Er zijn in het afgelopen jaar (2018) geen officiële klachten bij KIO gemeld. Er zijn ook geen klachten/vragen gemeld bij het AKJ; vertrouwenspersonen in de jeugdhulp. Er is een afspraak gemaakt dat de vertrouwenspersoon met enige regelmaat in de woningen en bij de dagverblijven langs komt. Onze klachtenprocedure ziet er als volgt uit:

Rechtstreeks contact met betreffende medewerker(s)

De klager wendt zich bij voorkeur rechtstreeks tot de medewerker(s) tegen wie de uiting van onvrede/klacht is gericht. Samen met de direct leidinggevende tracht de medewerker tot een oplossing te komen.



Opvang, informatie, advies en ondersteuning bij cliëntvertrouwenspersoon.

De klager kan zich ook wenden tot een onafhankelijke cliëntvertrouwenspersoon. Die vangt de klager op, luistert en probeert samen met de klager de klacht te formuleren. De vertrouwenspersoon kan adviseren en ondersteunt om de klacht bespreekbaar te maken. De cliëntvertrouwenspersoon informeert de klager over de klachtenregeling en brengt de klager desgewenst in contact met de klachtenfunctionaris. KIO werkt met een onafhankelijke cliëntvertrouwenspersoon, Wendy de Backer van Zorgbelang Brabant/Zeeland.

Bemiddeling door klachtenfunctionaris.

De klager kan zich wenden tot de klachtenfunctionaris als het gaat om bemiddeling bij een klacht. De klachtenfunctionaris bespreekt desgewenst de klacht (samen) met de medewerker(s) tegen wie de klacht is gericht en/of met de leidinggevende. KIO heeft een onafhankelijk klachtenfunctionaris van Zorgbelang Brabant/Zeeland.

Indienen klacht bij klachtencommissie

Als de klager geen behandeling bij de klachtenfunctionaris wenst, dan kan hij/zij de klacht indienen bij de klachtencommissie. Dit gebeurt schriftelijk, onder vermelding van:

- naam van de klager;
- wie de klager vertegenwoordigt;
- reden van de klacht;
- tegen wie de klacht zich richt.

KIO heeft een onafhankelijke commissie waar een klacht terecht kan komen als de klager er met de direct betrokkenen en eindverantwoordelijken bij KIO niet uit komt. De klachtencommissie bestaat uit dhr. F. van den Bos (letselschade adviseur), dhr. I. de Bree (leerkracht speciaal onderwijs) en mevr. I. de Meester (GZ-psycholoog). KIO is ook aangesloten bij een landelijke geschillencommissie via de VGN.

Risicoanalyses

Uitkomsten van individuele risico-inventarisaties worden uitgewerkt in zorgafspraken en

zorgdoelen in het zorgplan en in nieuwe algemene risicoanalyses in het kwaliteitssysteem Qarebase voor de gehele organisatie. Voorbeelden hiervan zijn vermissingsprotocollen en epilepsieprotocollen. In het kwaliteitssysteem worden de risico's op grootte ingeschat. Dit leidt tot een risicoprofiel en op basis daarvan worden er analyses gemaakt die besproken en bijgesteld worden met betrokkenen; cliëntenraad en medewerkers.

Brandveiligheid

Binnen KIO is het brandveiligheidsbeleid in samenspraak met Detec geregeld en vindt er jaarlijks een externe toetsing plaats door de inspectie brandveiligheid. Maandelijks controleert Detec de brandmeldsystemen op de locaties. Jaarlijks vinden er oefeningen plaats op alle locaties. Dit gebeurt zowel met medewerkers als met cliënten. Bewoners van de appartementen en de kinderen in de kindwoningen hebben een aparte avond gehad met uitleg over brandveiligheid op hun woonlocaties, waarna er op locaties geoefend werd met de cliënten zelf over hoe te handelen bij brand.

Ziekteverzuim

Het langdurige ziekteverzuim lijkt meestal te ontstaan vanuit een combinatie van privé problematiek en de ervaring van werkdruk en andere werkervaringen. Kortdurend verzuim komt over het algemeen door griep en dergelijke. Om verzuim zoveel mogelijk te voorkomen of te verminderen zijn er diverse scholingen ingezet. Voor 2018 en 2019 is er een scholing bij Max support ingekocht om te leren omgaan met agressie. Verder zijn er nog diverse scholingen die over de inhoud van de zorg gaan.

Verbeteracties n.a.v. cliënt- en medewerkerservaringsonderzoek 2016.

Naar aanleiding van het cliënt- en medewerkerservaringsonderzoek in 2016 zijn de volgende interessante punten genoemd die KIO verder onderzoekt.

Meer direct contact en begeleidingstijd:

Er wordt binnen KIO al met veel medewerkers op kleine groepen cliënten gewerkt. Bij vragen vanuit medewerkers over inzet van personeel wordt dit altijd serieus besproken met elkaar wat de afwegingen zijn. Informatie aan partijen over de beschikbare financiële ruimte geeft inzicht voor partijen. Er wordt regelmatig extra personeel ingezet, ook als dit niet valt binnen de indicatie, maar noodzakelijk blijkt te zijn om de veiligheid van cliënten en medewerkers zo goed mogelijk te borgen. Waar mogelijk is er ook gekeken naar meerzorgtrajecten, waardoor er meer financiering beschikbaar komt en er extra inzet van personeel mogelijk wordt.

Meer structuur in de planning en in de uitvoering van planning.

Een vast ritme wordt door alle partijen als zeer wenselijk gemeld. In 2017 is er gestart met een roosterpakket Dyflexis in een poging de roosters makkelijker te structureren. Voor alle woonlocaties wordt er gewerkt met een vast tweewekelijks of vier wekelijks rooster. Dagopvang werkt veelal met wekelijkse of tweewekelijkse roosters. In 2018 en 2019 is er veel veranderd voor de teamleiders van KIO. Er zijn meer teamleiders aangesteld die verantwoordelijk zijn voor een of meerdere teams binnen KIO. Deze teamleiders zijn ook verantwoordelijk voor de roosters binnen hun teams. Hierdoor is de werklast van het roosteren gespreid over meerdere teamleiders. Dit heeft er toe geleid dat de roosters verder vooruit gepland worden en dat problemen in de roosters sneller worden gesignaleerd en

opgelost. De teamleiders kregen in het afgelopen jaar ook meer ervaring met het maken en verbeteren van personeelsroosters.

Het tijdig informeren van de cliëntvertegenwoordigers over de planning.

De toename van het aantal teamleiders heeft ook gezorgd voor stabielere cliëntenroosters. Omdat teamleiders maar een klein deel van de organisatie onder hun hoede hebben is er meer tijd om bijvoorbeeld cliëntvertegenwoordigers tijdig te informeren over de planning.

Regelmatige rapportage over het wel en wee van de cliënt.

Dagelijks wordt de rapportage gemaild naar ouders. Indien dit niet gebeurt is er direct aandacht voor van de betrokken teamleider. Technische problemen zijn verminderd en waar mogelijk opgelost.

Vaste begeleiders op de locatie

De behoefte aan vaste gezichten op een locatie onderschrijft KIO ook. Daarom werken we zoveel mogelijk met vaste teams met een meewerkende teamleider op locatie. Dit wordt door cliënten, ouders (cliëntenraad) en medewerkers van KIO als een verbetering ervaren.



Wijziging organisatiestructuur

In 2018 en begin 2019 zijn er meer teamleiders aangesteld die een klein deel van de organisatie aansturen. Dit zijn ervaren medewerkers die de doelgroep kennen en die weten hoe KIO wil werken. Dit heeft ertoe geleid dat de werklast beter verdeeld is en dat er meer aandacht geschonken kan worden aan individuele medewerkers en cliënten. Om te kijken of de aanstelling van nieuwe teamleiders de gewenste effecten heeft is er eind 2018 een medewerkerstevredenheidsonderzoek uitgezet. Ruim 40% van het personeel heeft dit ingevuld. Op nagenoeg alle fronten beoordeelden die personeelsleden positiever dan het jaar daarvoor. Teamleiders kregen gemiddeld een 7,7. Daarmee lijkt de uitbreiding van het aantal teamleiders de gewenste effecten te geven. Dat horen wij ook terug op de werkvloer van de medewerkers, van cliënten en van ouders van cliënten.

Samenvatting

Het afgelopen jaar draaide om de uitbreiding van de locatie op Van der Biltplein 4. Dit bracht een waardevolle aanvulling op het zorgaanbod bij KIO. Er is een sportruimte gerealiseerd waar KIO met groepen cliënten en individueel gebruik van kan maken. Zelfs vanuit de locatie bij de molen in Ovezande komen er cliënten om er te sporten onder begeleiding van een bewegingsagoog van KIO. Het verplaatsen van groepen cliënten voor dagbesteding naar Van der Biltplein vanuit de Bieslookstraat had voor de cliënten een positief effect. Er was meer ruimte, betere materialen, meer mogelijkheden tot groep doorbrekende dagbesteding. Maar ook de teamvorming van het personeel ondervond een sterke verbetering; geen “eilandjes” meer bij de dagbesteding. Ook op alle andere locaties is er gewerkt aan stabilisering en kwaliteitsverbetering. Dit alles in het belang van de cliënten maar ook om de medewerkers ervaringen te verbeteren. KIO is het afgelopen jaar weer verder gegroeid door een toename van de zorgvragen en daardoor ook uitbreiding van het personeelsbestand. De intervisies zorgen voor extra aandacht voor zelfreflecties in teams. Dit is het meest vernieuwende element in het kwaliteitskader gehandicaptenzorg. De effectiviteit van de zelfreflectie is bedoeld om te verbeteren en om het lerend vermogen te versterken. De ervaringen binnen KIO zijn positief bevonden door medewerkers en teamleiders.

Cliëntenraad:

“Het verslag is duidelijk en helder, daar hebben wij niets aan toe te voegen.

Over de organisatie kunnen we ook kort zijn:

KIO is een organisatie waar de cliënt centraal staat waar de lijnen kort zijn, je kan direct in contact komen met de juiste persoon. Doordat KIO niet een hele grote organisatie is heb je niet het gevoel een nummer te zijn.

De begeleiders zijn professioneel en betrokken ook in het contact naar ons als ouder.

De hele organisatie is warm en je voelt je als cliënt en ouder gehoord, op je gemak en ‘thuis’

Personeelsvertegenwoordiging:

Als personeelsvertegenwoordiging hebben wij in een vergadering het stuk van kwaliteitskader in de gehandicaptenzorg doorgenomen. Een duidelijk en overzichtelijk stuk wat zeer herkenbaar is. Enige aanvulling vanuit de personeelsvertegenwoordiging is op het punt medicatieveiligheid. De aandachtfunctionaris medicatie mag ook een verzorgende IG zijn.

Werknemers binnen KIO werken volgens de kwaliteitskaders die opgesteld zijn en zijn hiervan op de hoogte. Nemen eigen verantwoordelijkheid in de omgang met de cliënten en overleggen zo nodig met collega's. Iedereen kan terecht bij de teamleiders die nodige zaken oppakken en doorgeven, zodat de kwaliteit optimaal is en blijft.

Raad van toezicht

De Raad van Toezicht van stichting KIO heeft kennisgenomen van dit document. Het geeft de raad een goed en volledig overzicht over de processen, ervaringen, reflecties, audits en visitaties en is in overeenstemming met het beeld dat de raad zelf heeft gevormd van het reilen en zeilen van de organisatie. KIO slaagt erin cliënten met empathie en engagement tegemoet te treden en daarbij de rol van ouders te respecteren en een plaats te geven. De raad ziet de gevolgen van de meerinzet van teamleiders die meewerkend zijn en daardoor de cliënten en de zorgprocessen kennen. Medewerkers, ouders en cliënten geven aan dat individuele en systematische inzet van vaste begeleiders op locaties en voor cliënten beter kan. De raad van toezicht zal dat bij de uitoefening van de toezichtfunctie nadrukkelijk op het

netvlies houden. De raad wil tevens uitspreken dat grote waardering bestaat voor de inzet ende verbondenheid van alle medewerkers met de cliënten van KIO. Blijvend investeren in de ontwikkelingsgang van medewerkers is de beste waarborg voor passende ondersteuning van cliënten bij hun ontwikkelingsgang.

Raad van Toezicht Stichting KIO

Dhr. Hennie Vleugel, voorzitter

Externe visitatie

Een externe visitatie heeft plaatsgevonden door KIWA (jan 2019); Marian Lacunes (auditor);

“De audit heeft volgens de auditdoelstellingen plaatsgevonden. Hierbij is geconstateerd is dat Stichting KIO evenals de voorgaande jaren voldoet aan de eisen;

Het managementsysteem is doeltreffend en heeft het vermogen om aan de toepasselijke eisen en de verwachte resultaten te voldoen en heeft een effectief proces van interne audits en directiebeoordeling.

In de organisatie laat men zien aandacht te hebben voor het continu verbeteren van de processen door inzet van het kwaliteit-veiligheidsmanagementsysteem. Alle betrokkenen bij het zorgproces zijn alert op mogelijke risico's, dragen verbeteringen aan en delen voorbeelden met de rest van de organisatie.

Er is sprake van een effectief werkend verbeterstelsel. De lopende processen worden door het team geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. Vanuit de evaluaties zijn verbeterpunten vastgesteld. Lopende acties worden besproken in de overleggen. Het verbeterregister is ingericht en wordt beheerd door de directie en de managers.

De verbeterpunten zijn onderwerpen van gesprek tijdens de overleggen. De acties worden in het verbeterregister opgenomen, bewaakt en uitgevoerd. Er is continu inzicht in de status van de verbetermaatregelen. De lijnen in de organisatie zijn kort. Bij het implementeren van verbeteringen wordt rekening gehouden met de behoeften van belanghebbenden en de eventuele nieuw te introduceren risico's of kansen.

Continue verbetering

Door interne controles worden verbeteringen geïnventariseerd om de doeltreffendheid van het systeem continue te verbeteren. Geconstateerd is dat continue kwaliteitsverbetering op alle organisatiegebieden in het beleid, de strategie, structuur en cultuur is verankerd. Er is continu inzicht in de status van de verbetermaatregelen.

De directeur en de teamleiders dragen zorg voor het monitoren van de prestaties op het gebied van de cliëntveiligheid op basis van het geformuleerde beleid en de daarvan afgeleide doelstellingen. De directie beoordeelt dit in de jaarlijkse directiebeoordeling”.

Een tweede externe visitatie heeft plaats gevonden door Qarebase Company; Mieke Tausch;

“Wij zijn door KIO gevraagd om een externe visitatie bij hen te verzorgen met betrekking tot het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg.

Samen hebben wij afgesproken om daarvoor een matrix op te stellen met daarin verwijzingen naar de norm vanuit het kwaliteitskader gehandicaptenzorg 2017-2022.

Op 7-5-2019 heeft o.g. een bezoek gebracht aan KIO om de eerste versie van het kwaliteitsrapport te beoordelen”.

Conclusie externe visitatie door Qarebase Company:

“Uit de eerste analyse van het kwaliteitsrapport kwamen een aantal belangrijke verbeterpunten naar voren, o.a. uitgebreider beschrijven van bevindingen en ontwikkelpunten vanuit teamreflecties, niet aantoonbare aanwezigheid van medicatiebeleid

en protocol/procedure omgang met grensoverschrijdend gedrag in het kwaliteitsrapport.

Al deze verbeterpunten zijn opgepakt door KIO en aantoonbaar verwerkt in de deze 2^e versie van het kwaliteitsrapport.

Er zijn nog een paar kleine verbeterpuntjes waar KIO in de nabije toekomst nog aan kan werken maar overall kan ik concluderen dat KIO aantoonbaar voldoet aan de eisen van het kwaliteitskader”.

Wij hebben ook de SVRZ (Dick Gorsse) gevraagd om ons verslag te beoordelen:

“ We hebben het doorgenomen, op zich een gemakkelijk te lezen stuk al lopen een aantal zinnen volgens ons wat stroef. We hebben onze opmerkingen in het geel in de tekst geplaatst, met hier en daar een verbeter voorstel”.

Alle genoemde verbeterpunten tijdens de interne en externe visitatie hebben wij opgepakt. Punten die niet direct inhoudelijk op te pakken waren komen dit jaar alsnog onder de aandacht bij KIO.

Wij zijn tot de keuze van deze partijen gekomen omdat wij een ISO kwaliteitstoetsing niet los willen zien van een kwaliteitskader rapport. Op deze manier versterken beiden toetsingen de verbetering van de algehele kwaliteit binnen stichting KIO.

bronnen:

- cliënt ervaringsonderzoek Quality Qube
- medewerkers ervaringsonderzoek 2018
- cliënttevredenheidsonderzoek 2018
- jaaroverzicht MIC meldingen 2018
- directiebeoordeling 2018
- scholingsplan KIO
- rapport her certificering ISO 9001
- PowerPoint schrijven van een zorgplan
- uitkomsten team reflectie
- medezeggenschap
- verwijzingsmatrix en visitatie kwaliteitskader Qarebase