



2017

Richting bepalen, terwijl we koers houden

> JAARDOCUMENT & KWALITEITSRAPPORT

Inhoudsopgave

1. Inleiding	3	6. Wat hebben we gedaan in 2017	26
2. Uitgangspunten van de verslaglegging	4	6.1 Zorg voor de individuele cliënt	26
3. Wat zijn de ontwikkelingen?	5	6.1.1 Elektronisch zorgdossier ONS en Carenzorgt	
4. Waar staan we nu?	7	6.1.2 Audits	
4.1 Profiel van de organisatie	7	6.1.3 Bevindingen onderzoek IGJ voorschrijven psychofarmaca	
4.2 Kernegegevens	9	6.1.4 Onderzoek en analyse van incidenten, calamiteiten en meldingen	
4.3 Bestuur, toezicht, medezeggenschap en bedrijfsvoering	12	6.1.5 Hoe voeren we het gesprek over incidenten, calamiteiten en veiligheid?	
4.3.1 Raad van bestuur / directie		6.1.6 Wat kan beter?	
4.3.2 Raad van toezicht		6.2 Cliënttevredenheid	37
4.3.3 Cliëntenraad		6.3 Reflectie	42
4.3.4 Ondernemingsraad		6.3.1 Reflectie collega's onderling	
4.3.5 Bedrijfsvoering		6.3.2 Reflectie team - cliëntgroep - organisatie	
4.3.6 Risicobeheersings- en controlesystemen		6.3.3 Reflectie met verwanten	
5. Waar willen we naar toe?	20	6.3.4 Medewerkerstevredenheidsonderzoek	
5.1 Missie, visie en kernwaarden	20	6.3.5 Vrijwilligersonderzoek	
5.2 Doelen	21	6.3.6 Luisteren; gesprekken met meer dan 150 mensen	
5.3 Thema's komende periode	23	6.4 Beleid, inspanningen en prestaties	46
		6.4.1 Algemeen kwaliteitsbeleid	
		6.4.2 Kwaliteitsbeleid ten aanzien van cliënten	
		6.4.3 Financieel beleid	
		7. Een jaar met positieve ontwikkelingen	50

1 Inleiding



2017 was een jaar van koers houden, rust bewaren en toch grote verbeteringen doorvoeren. Dit document blikt terug en laat zien waar S&L Zorg momenteel (voor) staat en wat er in 2017 gepresteerd is. En nog belangrijker, het laat ook zien wat de kwaliteit is die we hebben geleverd aan onze bewoners en deelnemers en wat ze er zelf van vinden. Ook laten we zien wat onze vrijwilligers, medewerkers en verwanten hebben ervaren. Natuurlijk vertellen we ook over ons financieel beleid.

Dit is de eerste uitgave van een verslag in deze vorm. Voorheen werd een jaardocument uitgegeven. Daarnaast is er de wens elk jaar een kwaliteitsrapport te maken. We hebben ervoor gekozen deze twee zaken in één overzichtelijk verslag te verwerken met als titel: 2017 Richting bepalen, terwijl we koers houden.

Ik wens u veel leesplezier toe!

Marjolijne Lewis,
Bestuurder S&L Zorg

Roosendaal, mei 2018

Dit jaarverslag betreft de periode van 1 januari tot en met 31 december 2017. Het jaarverslag is een coproductie van verschillende functionarissen met een sturende of adviserende rol op een bepaald beleidsterrein. Aan het document hebben onder meer ten grondslag gelegen: het Strategisch Beleidsplan 'Met elkaar zijn we S&L Zorg', begroting 2017, jaarplan 2017, kaderbrief 2016-2017 en directiebeoordeling 2017.

> Interne ontwikkelingen

De afgelopen jaren heeft S&L Zorg richting aan haar handelen gegeven door het benoemen van speerpunten en strategische doelen, beschreven in het 'Strategisch plan 2015-2018'. De speerpunten die geformuleerd zijn komen voort uit een analyse van interne en externe ontwikkelingen.

Belangrijke opbrengsten uit die beleidsperiode waren o.a.:

- > *Onderzoek naar cliëntgerichte zorg*
- > *Invoering nieuw elektronisch cliëntendossier*
- > *Verhoging veiligheid*
- > *Op methodische wijze werken met verbetertrajecten*
- > *Verbetering marktpositie*
- > *Invoering risicomanagement*

In 2017 is het Strategisch Beleidsplan 2018 t/m 2021 geschreven. Ook heeft in 2017 een bestuurderswisseling plaatsgevonden. Bestuurder Marjolein Bolt is in het najaar van 2016 afgetreden. Per 1 februari 2017 is Marjolijne Lewis gestart als bestuurder. In de tussentijdse periode was Wil Cornielje waarnemend bestuurder.

> Externe ontwikkelingen

Visie op zorg

De gehandicaptenzorg is volop in beweging. Zo veranderen de wensen van cliënten en familieleden naar meer zorg op maat en toepassing van andere zorgvormen. De maatschappelijke visie op de zorg is eveneens veranderd en gaat steeds meer uit van regie over eigen leven. De zorg wordt daarmee meer

persoonsvolgend. In het 'VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap' is vastgelegd dat mensen met een beperking in staat worden gesteld volwaardig deel te nemen aan de maatschappij. Mensen met een beperking worden gestimuleerd om eigen regie over hun leven te voeren. De zelfredzaamheid van mensen met een beperking kan bovendien steeds beter ondersteund worden door (technologische) innovaties.

Visie op medicatie en vrijheidsbeperkende maatregelen

De visie op het gebruik van medicatie en de visie op vrijheidsbeperkende maatregelen zijn gewijzigd. Er wordt steeds minder gebruikgemaakt van vrijheidsbeperkende maatregelen. Daarnaast groeit het aantal cliënten met complexe en zwaardere zorgvragen. De kans op ontoereikende antwoorden op deze veranderende zorgvragen neemt toe. Dit vraagt om toepassing van andere en nieuwe methodieken. Tevens worden hogere eisen gesteld aan de medewerkers.

Visie op kwaliteit

Er is veel aandacht voor de kwaliteit van de zorg. Het ministerie van VWS heeft in 2016 de meerjarige kwaliteitsagenda 'Samen werken aan een betere gehandicaptenzorg' gepubliceerd. Belangrijke aspecten van deze kwaliteitsagenda zijn de versterking van de positie van de cliënt, de toerusting van de professionals en de kwaliteitsverbetering voor mensen met een bijzondere zorgvraag. Werkgevers geven hier invulling aan in (o.a.) het vernieuwde kwaliteitskader voor de langdurige gehandicaptenzorg.

Visie op arbeid

De effecten van al deze ontwikkelingen zijn voor werkgevers en medewerkers in de gehandicaptenzorg merkbaar. Het vraagt van werkgevers een blijvende inspanning om medewerkers voldoende te faciliteren in scholing en ontwikkeling en om met de medewerkers in gesprek te gaan over de nodige en gewenste groei. Van medewerkers vraagt het eigen verantwoordelijkheid te nemen voor hun inzetbaarheid en loopbaan en zich continu te blijven ontwikkelen. De vraag naar medewerkers neemt snel toe. De VG-sector heeft al te maken met een tekort aan goed geschoolde medewerkers en bij S&L Zorg merken we dat ook. Daarnaast zorgt de veranderende pensioengerechtigde leeftijd ervoor dat medewerkers worden geconfronteerd met een steeds langer werkzaam leven. Dit vraagt om anders te kijken naar loopbanen en duurzame inzetbaarheid.

Visie op zorginkoop

Zoals hiervoor aangegeven is er een nieuw kwaliteitskader. Het zorgkantoor sluit hierop aan. Vanaf 2018 zijn ook de tarieven voor de huisvesting (NHC) en inventaris (NIC) overgeheveld naar het zorgkantoor. Het zorgkantoor werkt volgens de systematiek High Trust - High Penalty. Er is veel vertrouwen vooraf. Echter als de kwaliteit of registratie niet in orde blijkt, kan het zorgkantoor (indien nodig in overleg met de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (nu IGJ voorheen IGZ)) hard ingrijpen. S&L Zorg zal zich hier altijd en terdege bewust van moeten zijn. Ook in de komende jaren wordt nog steeds de ZZP-mix gehanteerd. Dit betekent dat de oorspronkelijke verdeling van ZZP-zwaarte gedurende het jaar gehandhaafd blijft, ook als de zorg verzwaard is. De verhoogde geldelijke vergoeding wordt dan niet (automatisch) toegepast, maar teruggerekend naar de oorspronkelijke mix bij de start van het jaar.

4

Waar staan we nu?



> 4.1 Profiel van de organisatie

Algemene identificatiegegevens

Naam verslagleggende rechtspersoon	<i>Stichting S&L Zorg</i>
Adres	<i>Onyxdijk 161 a</i>
Postcode	<i>4706 LL</i>
Plaats	<i>Roosendaal</i>
Telefoonnummer	<i>088-7777444</i>
Identificatienummer Kamer van Koophandel	<i>41102928</i>
E-mailadres	<i>info@slzorg.nl</i>
Internetpagina	<i>www.slzorg.nl</i>

Structuur van het concern

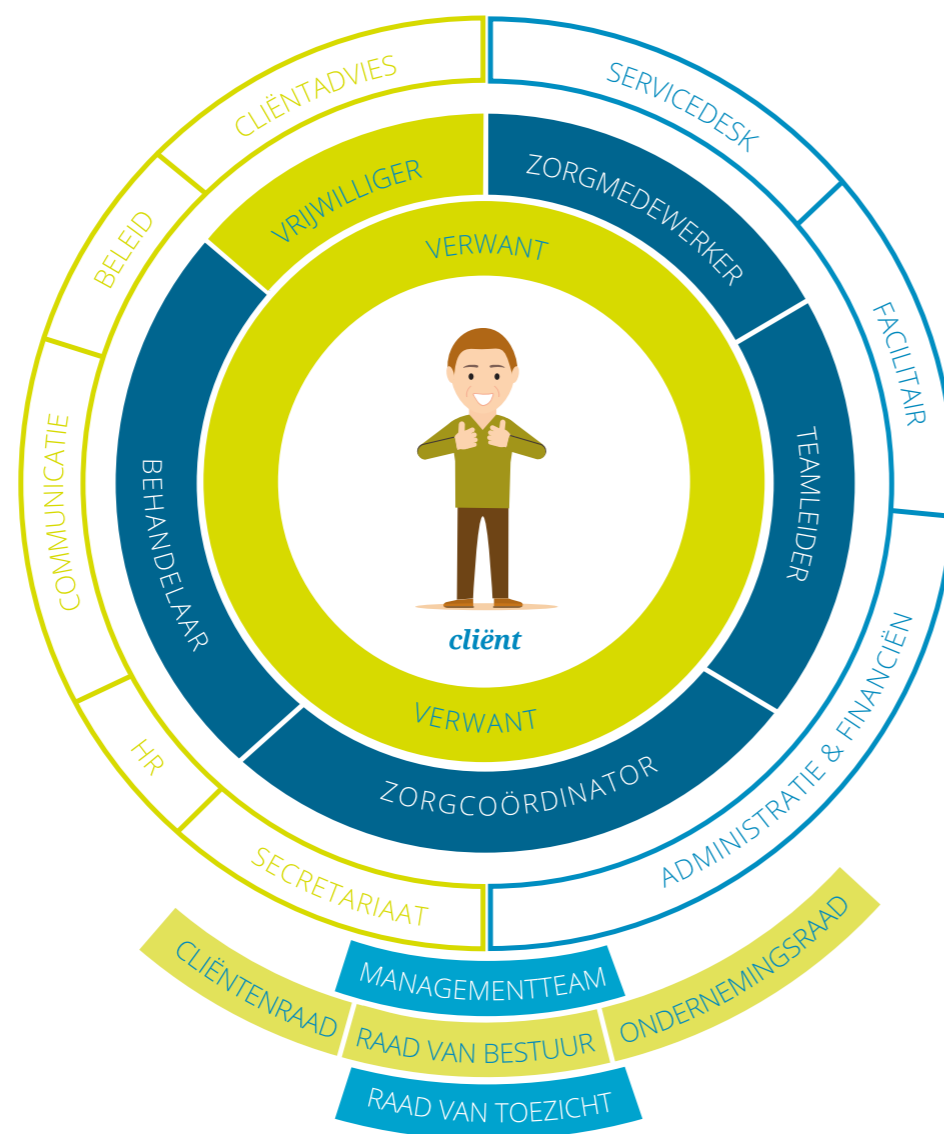
S&L Zorg biedt haar diensten aan vanuit één rechtspersoon en wel de Stichting S&L Zorg. De zorg wordt verleend in twee fysieke regio's, namelijk gemeente Roosendaal en gemeente Bergen op Zoom. Er is een werkverdeling in de zogenaamde cliëntgroepen. Door cliënten samen te brengen die dezelfde ondersteuning vragen, kunnen we de woning optimaal inrichten en medewerkers specifiek scholen. Teams in dezelfde cliëntgroepen werken intensiever met elkaar samen.

De cliëntgroepen zijn:

- > cliënten met een lichte verstandelijke beperking;
- > cliënten met een matige verstandelijke beperking;
- > cliënten met een ernstig verstandelijke beperking;
- > cliënten met een ernstig verstandelijke meervoudige beperking;
- > ouder wordende cliënten;
- > cliënten met een verstandelijke beperking en moeilijk verstaanbaar gedrag.

Ter ondersteuning van de zorg zijn er diverse andere afdelingen:

- > De stafafdeling Bestuursorganisatie en -ondersteuning levert een bijdrage aan kwaliteitsmanagement en de totstandkoming van kwaliteitsbeleid, HR, management en communicatie.
- > Het Servicebedrijf is verantwoordelijk voor ondersteuning aan de twee zorgregio's op het gebied van facilitaire dienstverlening (incl. technische zaken), administratie en financieel economisch management.



■ Bureau Organisatie- en Bestuursondersteuning (BOB)

■ Servicebedrijf

Figuur: Organogram

4

4

Besturingsfilosofie op organisatieniveau

S&L Zorg werkt vanuit het principe dat leiderschap alle niveaus betreft. De relatie leidinggevende - medewerker wordt gekenmerkt door werken vanuit vertrouwen in elkaar, waarbij beide partijen verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van de relatie. Dit vraagt ook om individueel leiderschap en om goed werknemerschap. Het vraagt dat medewerkers zorgdragen voor hun eigen ontwikkeling en een actieve betrokkenheid hebben bij de organisatie.

S&L Zorg wil voor haar medewerkers een werkgever zijn, waarmee zij zich verbonden voelen en mee verbonden willen blijven. S&L Zorg stelt haar medewerkers in staat om hun professionele verantwoordelijkheid te nemen en ondersteunt medewerkers bij de uitvoering van hun verantwoordelijke taak en bij hun verdere ontwikkeling.

Besturingsfilosofie op stichtingsniveau

- > Het besturingsmodel van de stichting is het zogenoemde raad van toezicht model.
- > De Zorgbrede Governancecode voor de zorg wordt toegepast. Ten gevolge van de toepassing van de Zorgbrede Governancecode voor de zorg zijn met ingang van 1 oktober 2017 vier van de vijf leden van raad van toezicht afgetreden.

Binnen de medezeggenschapsstructuur van S&L Zorg fungeren er ultimo 2017 twee organen; één ondernemingsraad en één centrale cliëntenraad. De centrale cliëntenraad bestaat nu uit zes leden.

> 4.2 Kerngegevens

Clënten, capaciteit, productie, personeel en opbrengsten

S&L Zorg heeft 100% van de met het zorgkantoor overeengekomen zorgproductie gerealiseerd. Het jaar is afgesloten met een positief resultaat. In 2017 was het ziekteverzuim onder medewerkers 6,10% t.o.v. 5,72% in 2016. Het gemiddeld aantal Fte personeelsleden in loondienst bedroeg eind 2017 416,7 Fte. Daarnaast is er nog een inzet fte niet in loondienst geweest van gemiddeld 5,7 Fte.

Werkgebieden

S&L Zorg is actief in West-Brabant en heeft het Zorgkantoor West-Brabant als zorgpartner. Het merendeel van de cliënten is afkomstig uit het westelijk deel van de regio. S&L Zorg levert ook zorg aan cliënten die van buiten de regio afkomstig zijn.



VERHAAL

“De ontwikkelingen rondom regie op eigen leven hebben een positieve uitwerking op Kees.”

VERHAAL

“Ik ben zijn stem.”

“Kees heeft tot zijn 33ste thuis gewoond. We zijn met zijn drieën: Kees, ik en onze zus Willia. Kees is de oudste. We woonden op een boerderij, waren veel buiten en genoten van de ruimte. Wij snapten ook dat Kees meer zorg nodig had, maar hebben ons nooit op de tweede plaats voelen staan”, zo begint Anja het gesprek. We zitten in de woonkamer bij Kees thuis. Hij drinkt rustig zijn koffie op en kijkt met een schuin oog naar de televisie.

“Onze vader is negentig jaar en komt nog iedere zaterdag met de auto bij Kees op bezoek. Hij neemt dan standaard een pakje sinaas-appelsap met een rietje mee. Dat is erin geslopen. Op zondag gaat Kees bij mijn vader op bezoek. Van elf tot vier. Zo gaat het iedere week, het is een vast ritueel. Mijn zus en ik zien ook dat het alleen zijn met Kees voor onze vader belastender wordt, gezien zijn leeftijd. We proberen het dan ook echt samen te doen. Als Kees bij hem thuis is gaan wij langs, of ze komen samen bij één van ons langs. We zijn een hecht gezin.”

“Onze moeder heeft drie jaar in een verpleeghuis gewoond. Daar hebben we Kees wel echt bij betrokken. Hij ging mee op bezoek. Zo hebben we voorkomen dat zij ineens uit zijn leven was, uit het niets. We zijn het langzaam af gaan bouwen, zo kon hij wennen. Op de dag van haar overlijden heeft hij haar een kusje op haar neus gegeven. Dat was hun afscheid. Dat kusje op de neus is trouwens iets van ons allemaal”, vertelt Anja, terwijl ze laat zien wat ze bedoelt. Kees straalt als Anja dichterbij komt met haar neus. Een grote glimlach verschijnt steeds weer op zijn gezicht.

Bijzonder is dat Anja als verwant van Kees betrokken is bij S&L Zorg, maar er ook vijftien jaar lang gewerkt heeft. “Vanuit mijn achtergrond weet ik hoe alles werkt. Ik bekijk dan ook altijd in Carenzorgt (cliëntdossier inzichtelijk voor vertegenwoordigers) hoe het met Kees gaat, hoe zijn dag of week was. Iedereen kent, of ja kende, mijn dubbelrol, en ik heb mijn rol zelf als positief betrokken ervaren. Wij lezen hem, kennen hem zo goed. We weten wat hij wil, wat goed voor hem is. We kennen hem als de beste en zullen altijd voor hem opkomen, omdat hij dat zelf niet kan. Hij kan niet praten. Ik ben zijn stem, zeg ik wel eens.”

> 4.3 Bestuur, toezicht, medezeggenschap en bedrijfsvoering

Normen voor goed bestuur

S&L Zorg past voor de kernpunten onafhankelijk toezicht en transparantie de Governancecode Zorg toe. In 2017 heeft de raad van bestuur een voorstel opgesteld om wijzigingen door te voeren in de samenstelling van de raad van toezicht die in overeenstemming zijn met de Governancecode. Dit heeft geleid tot het aftreden van vier van de vijf leden van de raad van toezicht met ingang van 1 oktober 2017.

De transparantie is zowel op cliëntniveau vormgegeven via het elektronisch cliëntendossier dat cliëntvertegenwoordigers gedeeltelijk van huis uit kunnen raadplegen, als wel op concernniveau waarbij stelselmatig informatie wordt gepubliceerd op intranet over de belangrijkste resultaatgebieden: de zorg voor cliënten en medewerkers, kwaliteitsaudits, financiën, nieuwe ontwikkelingen, etc.

Daarnaast hebben sleutelfunctionarissen binnen de medezeggenschapsstructuur toegang via Intranet tot alle beleidsissues, procedures en wetenswaardigheden die aan medewerkers worden aangeboden.

4.3.1 Raad van bestuur / directie

Naam	Bestuursfunctie	Nevenfuncties
W.J.G. Cornielje QC MFE MHA	Wvd bestuurder vanaf 09-09-2016 tot 09-02-2017	
Drs. M.C. Lewis	Bestuurder vanaf 01-02-2017	<ul style="list-style-type: none"> > Voorzitter bestuur Hospice de Waterlelie > Raadslid gemeente Spijkenisse/ Nissewaard > Voorzitter RvT SKVR



4.3.2 Raad van toezicht

De raad van toezicht kende in 2017 tot 01.10.2017 de volgende samenstelling:

Naam	Aandachtsgebied	Nevenfuncties
Mr. J.G.F.W. Van der Horst MFE	<ul style="list-style-type: none"> > Strategisch leiderschap > Voorzitter en vanaf 01.10.2017 adviseur op afroep 	<ul style="list-style-type: none"> > Lid raad van advies Avans+ > Lid raad van toezicht Diabetes Fonds
Drs. A. Swaak-Saeijs - arts en Integratief therapeut	<ul style="list-style-type: none"> > Veiligheid en kwaliteit van zorg > Vicevoorzitter > Lid commissie Kwaliteit en Veiligheid 	<ul style="list-style-type: none"> > Voorzitter van de ondersteuningsplanraad voortgezet onderwijs van het Samenwerkingsverband Brabantse Wal
H.T.M. van Etten RMT - bedrijfsmakelaar	<ul style="list-style-type: none"> > Strategisch vastgoedmanagement > Lid > Lid Auditcommissie Financiën 	
Prof. dr. R.J.A. Muffels - hoogleraar Sociale economie, in het bijzonder arbeidsmarkt en sociale zekerheid aan FSW van de UVT	<ul style="list-style-type: none"> > Innovatie, wetenschap en financiën > Lid en vanaf 01.10.2017 adviseur op afroep > Voorzitter commissie Kwaliteit en Veiligheid > Voorzitter Auditcommissie Financiën 	<ul style="list-style-type: none"> > Lid RvT Onderwijsgroep Tilburg > Member Editorial Board Work, Employment and Society > Board member Encyclopedia of Quality of Life Research > Advisory board of Journal of Applied Social Science Studies
Drs. D.J. Wijland	<ul style="list-style-type: none"> > Professionele cultuur in organisaties; ontwikkeling merkwaarden. > Lid > Lid commissie Kwaliteit en Veiligheid > Van 01.10.2017 tot 08.12.2017 waarnemend voorzitter RvT, voorzitter Auditcommissie en voorzitter commissie Kwaliteit en Veiligheid 	<ul style="list-style-type: none"> > Lid RvT St. Jeugd & Welzijn Bergen op Zoom > Bestuurslid Vrouwen van Nu Willemstad

De raad van toezicht kende vanaf 08.12.2017 de volgende samenstelling:

J.H. van Ham - oprichter en eigenaar COADIN	<ul style="list-style-type: none"> > Strategisch leiderschap > Voorzitter 	<ul style="list-style-type: none"> > Voorzitter RvT Lilië Fonds > Adviesraad internationale Vraagstukken (cos), adviesorgaan Buitenlandse zaken en Hulp en Handel
Drs. L.A.J.M. Middelhoff MPM - Middelhoff Advies en project-management	<ul style="list-style-type: none"> > Kwaliteit en Innovatie > Lid > Voorzitter commissie Kwaliteit en Veiligheid 	<ul style="list-style-type: none"> > Lid Adviesraad Sociaal Domein gemeente Waalwijk > Lid RvT stichting Severinus > Lid Landelijk Bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Autisme en Balans > Lid bestuur Nederlandse Stichting voor Sociaal Pedagogische Zorg > Coach stichting Blickverruimers > Lid RvT Scholenstichting Skipos
Drs. D.J. Wijland	<ul style="list-style-type: none"> > Professionele cultuur in organisaties; ontwikkeling merkwaarden. > Lid > Lid commissie Kwaliteit en Veiligheid 	<ul style="list-style-type: none"> > Lid RvT St. Jeugd & Welzijn Bergen op Zoom > Bestuurslid Vrouwen van Nu Willemstad

De leden van de raad van toezicht zijn onafhankelijk; zij hebben geen belangen bij het functioneren van S&L Zorg. Hoofdfunctie en nevenfuncties van de toezichthouders houden geen risico in van een belangenverstrengeling.

Bij de samenstelling van de raad zijn binding met de regio, competenties als toezichthouder en kennisgebied van belang. Kennisgebieden van de toezichthouders corresponderen met de belangrijkste bestuurlijke issues van S&L Zorg. De raad is betrokken bij het proces van strategievorming. Hij wordt tijdig geïnformeerd over actuele en toekomstige strategische issues. Hij wordt gedurende het strategieproces op de hoogte gehouden van de voortgang en discussies binnen de organisatie. Als sluitstuk van de strategievorming keurt de raad het strategisch beleidsplan goed.

De raad van toezicht vergadert doorgaans in aanwezigheid van de raad van bestuur, tenzij de agenda of andere omstandigheden dit niet toelaten. De raad van bestuur bereidt in overleg met de voorzitter van de raad van toezicht de vergaderingen voor. De raad van toezicht vergaderde in 2017 vijf maal.

In het verslagjaar zijn (onder meer) de volgende onderwerpen besproken en voor zover van toepassing door de raad van toezicht goedgekeurd:

- > Managementrapportages en auditrapportages
- > Managementopgave
- > Rapportage en correspondentie n.a.v. IGZ bezoek
- > Calamiteiten- en incidentenmanagement, inspectiemeldingen
- > Uitkomsten van instrumenten kwaliteitsmanagementsysteem
- > Jaarrekening 2016, Jaardocument 2016, Accountantsverklaring 2016, alsmede managementletter 2017
- > Kaderbrief 2018, Jaarplan 2018 en begroting 2018
- > Raad van toezicht – cliëntenraad: tweemaal per jaar vindt er een overlegvergadering plaats tussen beide raden in het bijzijn van de bestuurder.
- > Communicatie raad van toezicht – ondernemingsraad: tweemaal per jaar vindt er een overlegvergadering plaats tussen beide raden in het bijzijn van de bestuurder
- > Verschillende sessies leden raad van toezicht, leden managementteam, ondernemingsraad en cliëntenraad over het profiel van de nieuwe voorzitter en leden van de raad van toezicht
- > Wijziging statuten

Auditcommissie

In mei en november heeft de auditcommissie bestaande uit verschillende leden van de raad van toezicht overleg gevoerd met de accountant en de status van interne beheersings- en controlesystemen en risico's geduid en besproken. De accountant gebruikt voor deze statusbepaling een toegesneden analyse-instrument.

De auditcommissie financiële zaken is in 2017 twee keer bij elkaar gekomen en bestaat uit twee leden van de raad van toezicht, de raad van bestuur en de manager Bedrijfsvoering.

Remuneratiecommissie

De remuneratiecommissie, bestaande uit de voorzitter van de raad van toezicht en de waarnemend voorzitter van de raad van toezicht, heeft in overleg met de leden van de raad van toezicht de bezoldiging van de raad van bestuur vastgesteld. De bezoldiging vindt overeenkomstig wet- en regelgeving plaats. De raad van toezicht conformeert zich aan een totale vergoeding binnen de norm voor de leden van de raad van toezicht, waarbij een aparte commissievergoeding komt te vervallen.

De nieuwe raad van toezicht heeft het advies van de NVTZ toegepast per 8 december 2017 om de beloning te stellen op 8% (leden) / 12% (voorzitter) van het maximum van de klasse. Hiervoor was de beloning 10% / 15%, hetgeen het maximum was dat WNT toestaat. Dit was dus wel binnen het wettelijk kader, maar niet binnen het advies van de NVTZ.

Commissie Kwaliteit en Veiligheid

De commissie Kwaliteit en Veiligheid is in 2017 twee keer bij elkaar gekomen. De commissie bestaat uit drie leden van de raad van toezicht, de raad van bestuur en de senior adviseur beleid en kwaliteit. De commissie heeft zich onder andere gebogen over de continue cyclische monitoring van kwaliteit en veiligheid binnen S&L Zorg.

De commissie Kwaliteit en Veiligheid wil graag van concrete betekenis zijn in het proces van verantwoordelijkheid kunnen en durven nemen door alle medewerkers van S&L Zorg. In de overleggen lag de nadruk op de vier thema's die ook benoemd zijn in het strategisch beleidsplan. Tijdens het eerste overleg



lag de nadruk op de **kwaliteit van arbeid en de kwaliteit van organisatie**. Kernwoorden bij dit proces zijn van top-down naar bottom-up, verbinding binnen de organisatie en het kunnen en durven nemen van verantwoordelijkheid. In het tweede overleg kwamen de hoofddoelen **kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg** meer aan bod.

Door het aanstellen van aandachtsfunctionarissen medicatieveiligheid in de rve's en het aanschaffen van medicatiewagens wordt verwacht dat MIC-meldingen op den duur zullen afnemen. Hoewel het proces ter bevordering van veiligheid in de meeste teams goed verloopt, is bij sommige teams sprake van een hardnekkige cultuur waarbij men elkaar onvoldoende aanspreekt op professionaliteit.

4.3.3 Cliëntenraad

Voor S&L Zorg is zeggenschap van cliënten een speerpunt in het beleid. De zeggenschap wordt op verschillende niveaus gefaciliteerd zowel bij het zorgproces (de toetsing van kwaliteit van zorg en veiligheid van cliënten) als bij de ontwikkeling van het beleid. De werkwijze en structuur van de medezeggenschap is vastgelegd in een samenwerkingsovereenkomst. De structuur bestaat uit twee fundamenten: de centrale cliëntenraad en het clusteroverleg.

De cliëntenraad oefent zeggenschap uit als het gaat om beleid en kwaliteitsvoorwaarden. In beginsel wordt geen beleid uitgevoerd waar de cliëntenraad niet achter kan staan. S&L Zorg bewerkstelligt consensus door in een zeer vroeg stadium de raad te betrekken bij noodzakelijke beleidswijzigingen en verbeteringen in de kwaliteit van de zorg en de veiligheid van cliënten.

Sinds mei 2006 heeft de cliëntenraad op grond van de statuten de bevoegdheid om een verzoek in te dienen bij de Ondernemingskamer. Binnen bepaalde voorwaarden vergoedt S&L Zorg de kosten die verbonden zijn aan de uitvoering van het verzoek.

S&L Zorg is aangesloten bij een landelijke commissie van vertrouwenslieden. S&L Zorg is aangesloten bij een onafhankelijke geschillencommissie. De cliëntenraad is sinds september 2017 lid van de LSR.

De cliëntenraad heeft in 2017 de onderstaande onderwerpen met de bestuurder besproken. Voor zover de raad een advies of standpunt heeft uitgebracht is dit door de bestuurder overgenomen.

- > Gang van zaken in de clusterraden
- > Dagbesteding
- > Cliënttevredenheid
- > Verhuizing KUNST&ZO (voorheen KunstSjop)
- > Participatie cliëntenraad aan bijeenkomsten ZEEBRA en CZ Zorgkantoor
- > Verwantenavonden 26 en 28 september 2017
- > Informatiebeleid
- > Zorginkoopbeleid
- > Onderzoek Kwaliteit
- > Jaarrekening 2016, kaderbrief 2018, accountantsverslag, begroting 2018
- > Medicatieprotocol en -handboek
- > Jaarverslag cliëntvertrouwenspersoon 2016
- > Herinrichting raad van toezicht
- > Carenzorgt/ Elektronisch cliëntendossierdossier ONS
- > Bewonersraad
- > Strategisch Beleidsplan 2018 t/m 2021
- > Gedenkhoeke ter nagedachtenis aan overleden cliënten
- > Project Nachtzorg
- > Project Behandeling
- > Tandartszorg
- > Wijziging wasserij
- > Visie op eten en drinken
- > Deelname delegatie cliëntenraad aan veiligheidsexpedities

Reflectie centrale cliëntenraad

De CCR constateert een aanzienlijke progressie in het multidisciplinair samenwerken en toename van overleg tussen wonen en dagbesteding. Het afbouwen van psychofarmaca vindt met beleid en in goed overleg met verwanten plaats. In de facilitaire sfeer is de CCR erg tevreden met de airco installaties binnen de woningen, die in 2017 zijn geïnstalleerd. Het overleg met raad van bestuur en zorgmanagers verloopt in open, constructieve sfeer en er wordt nagedacht over hoe het overleg met de bewonersraad die in 2018 wordt opgericht zal gaan plaatsvinden.

4.3.4 Ondernemingsraad

S&L Zorg heeft een ondernemingsraad die bestaat uit 12 leden. De ondernemingsraad verricht zijn werkzaamheden op basis van het Reglement Ondernemingsraad van januari 2017. Dit reglement is in 2017 aangepast, het ledenaantal is teruggebracht van 13 naar 12 leden. Daarnaast is er een wijziging omtrent de overgang naar digitale verkiezingen. In dit reglement is ook de werkwijze van de overlegvergadering met de bestuurder geregeld. De ondernemingsraad van S&L Zorg wil graag een pro-actieve ondernemingsraad zijn. Zowel op initiatief van de bestuurder als op eigen initiatief zijn ze vroegtijdig betrokken bij wijzigingen of veranderingen. S&L Zorg hecht grote waarde aan een goed functionerende ondernemingsraad.

In 2017 hebben er 16 ondernemingsraad (OR) vergaderingen en 6 overlegvergaderingen (OV) met de bestuurder plaatsgevonden. Waarvan 1 overlegvergadering met een aantal leden van de raad van toezicht. Daarnaast heeft de ondernemingsraad de raad van toezicht gevraagd om de ervaringen met de nieuwe bestuurder te delen. Deze zijn vanuit de OR heel positief. De ondernemingsraad maakt elk jaar een jaarplan. In deze planning staan alle punten die de ondernemingsraad dit jaar wil volgen of waarvan bekend is dat ze aan de orde zullen komen.

In 2017 zijn de volgende onderwerpen aan de orde geweest:

- > Werken met cliëntgroepen
- > ICT en gevolgen medewerkers en organisatie
- > Het (niet) Rookbeleid
- > Aanstelling nieuwe leden raad van toezicht
- > Dagbesteding
- > Strategisch Beleidsplan 2018 t/m 2021
- > Evaluatie Flexpool nieuwe stijl
- > Plan uitbesteding Technische Dienst
- > Financiële zaken, o.a. jaarrekening en begroting

Adviezen en instemmingen

De ondernemingsraad heeft geadviseerd en/of ingestemd met:

- > Beleid opvang traumatische ervaring
- > Het beleid met betrekking tot de klokkenluidersregeling

- > Beleid scholingstraject MVG
- > Voorstel extra uitkering WKR
- > Coördinator Arbo (Preventiemedewerker) door HR adviseur
- > Voorstel benutting WKR ruimte 2018
- > Beleid Werving en Selectie

Reflectie ondernemingsraad

Het jaar 2017 heeft in het teken gestaan van kennismaking met onze nieuwe bestuurder en het ontwikkelen van een goede samenwerking. Tevens heeft het jaar 2017 in het teken gestaan van de ontwikkeling van het Strategisch Beleidsplan 2018 t/m 2021. De OR is hierin aan de voorkant meegenomen. In dit beleidsplan is te lezen dat ze via een kapstok gaan werken die vier hoofdthema's bevat. Hieronder is beschreven hoe de rol van de OR als ondernemingsraad eruitziet binnen deze vier thema's.

Kwaliteit van leven

De ondernemingsraad heeft ervaren dat S&L Zorg veel geïnvesteerd heeft in scholing en professionalisering van medewerkers. Dit bevordert het werkplezier en de kennis van de medewerkers en hiermee de kwaliteit van leven van de cliënten.

Kwaliteit van zorg

Het werken met cliëntgroepen heeft in 2017 een doorontwikkeling gemaakt. Dit is onder andere zichtbaar in de scholingstrajecten specifiek voor de cliëntgroepen. Aandachtspunt voor de ondernemingsraad is en blijft hierbij dat medewerkers zich verder kunnen ontwikkelen en de juiste faciliteiten hiervoor krijgen.

Kwaliteit van arbeid

De ondernemingsraad is betrokken geweest bij verschillende Arbo-zaken, zoals het beleid rondom de Arbocoördinator, de preventiemedewerkers en het BHV beleid. De ondernemingsraad staat voor het belang van gezond en veilig werken. Daarnaast is de ondernemingsraad betrokken bij het beleid arbeids-overeenkomsten voor bepaalde of onbepaalde tijd. Via een werkgroep is er goed overleg over de mogelijkheden die S&L Zorg de medewerkers kan bieden. Ook heeft de ondernemingsraad zich het afgelopen jaar bezig gehouden met de zomer(vakantie-)planning. Hierin zijn we op zoek naar een betere balans en invulling voor zowel de bezetting op wonen en dagbesteding



als de wensen van de medewerkers. In samenwerking met de achterban en staffunctionarissen zijn er brainstormsessies geweest en wordt momenteel de haalbaarheid van de input onderzocht.

Kwaliteit van organisatie

Er is dit jaar gewerkt aan een goede samenwerking tussen de nieuwe bestuurder en de ondernemingsraad. De bestuurder is onder andere een dagdeel aangesloten bij een trainingsdag van de ondernemingsraad. Daarnaast liep dit jaar de zittingstermijn af van vier leden van de raad van toezicht. De ondernemingsraad is betrokken geweest bij de aanstelling van de nieuwe voorzitter en 1 lid van de raad van toezicht. Dit krijgt een vervolg in 2018.

4.3.5 Bedrijfsvoering

Planning en control

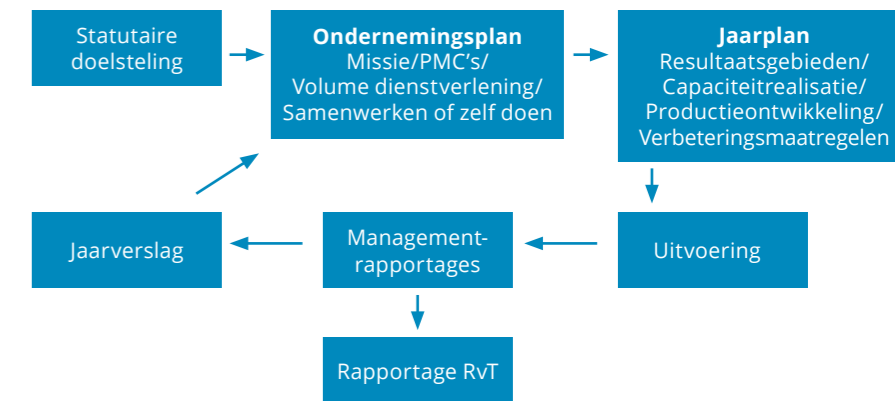
Planning en control is een belangrijk onderdeel van besturing van S&L Zorg. In essentie gaat het om: Plan wat je gaat doen, Doe het vervolgens en Controleer of het (goed) is gedaan.

Bij de besturing van S&L Zorg als organisatie wordt het volgende stramien toegepast:

- > Opstellen van strategisch beleidsplan
- > Opstellen van jaarplan
- > Uitvoering jaarplan
- > Tussentijdse managementrapportage
- > Jaardocument
- > Evaluatie en bijstelling van het strategisch beleidsplan

Het figuur hiernaast illustreert deze planning- & controlcyclus, ook wel de managementcontrolcyclus genoemd.

Het strategisch beleidsplan bevat de strategie van S&L Zorg. Hiermee wordt aangegeven in welke richting S&L Zorg zich de komende jaren beweegt en welke langetermijndoelstellingen worden nagestreefd. Het kalenderjaar 2017 heeft in het teken gestaan van de verhoging van de kwaliteit en veiligheid binnen S&L Zorg.



Figuur: De managementcontrolcyclus

Het strategisch beleidsplan is een belangrijk onderdeel van onze sturingscyclus en wordt jaarlijks geactualiseerd. Aan het eind van het vierde kwartaal evalueren we de uitvoering van het lopende plan. Hierbij nemen we actuele en toekomstige ontwikkelingen in ogenschouw. Aan het einde van het tweede kwartaal van het daarop volgend jaar bekijken we of er voldoende voortgang zit in de uitvoering van het bijgestelde strategisch beleidsplan. Bij deze evaluatie worden de interne stakeholders betrokken.

Het strategisch beleidsplan wordt vertaald in een jaarplan van S&L Zorg.

- > Managers maken jaarplannen voor hun cliëntgroepen en gaan daarbij uit van het jaarplan S&L Zorg.
- > Teamleiders maken op hun beurt een jaarplan voor hun eigen teams.
- > Managers en teamleiders rapporteren periodiek in de werkbespreking de uitvoering van het jaarplan (financiële – en productiedoelstellingen per maand en overige doelstellingen per twee maanden).
- > Managers informeren elk kwartaal het managementteam over de voortgang van het jaarplan, de projecten, de audits en de risico's.
- > In diverse overlegvormen wordt de uitvoering van het jaarplan bewaakt.

Regeling AO-IC (Administratieve Organisatie en Interne Controle AWBZ-zorgaanbieders)

In 2006 is de Regeling Administratieve Organisatie en Interne Controle AWBZ-zorgaanbieders ingevoerd. Doel van deze regeling is het stellen van

voorschriften met betrekking tot de administratieve organisatie en de interne controle ten behoeve van de inzichtelijkheid en toegankelijkheid van de administratie. Tevens heeft deze regeling tot doel de betrouwbaarheid van de aan de Wlz verzekeraar en NZa te verstrekken gegevens te borgen.

4.3.6 Risicobeheersings- en controlesystemen

Jaarlijks worden door de accountant financiële processen doorgelicht die van belang zijn voor de totstandkoming van de jaarrekening. Hiervoor wordt een toegesneden analyse-instrument gebruikt. De status van risicobeheersing wordt door de accountant gerapporteerd aan de raad van bestuur en de raad van toezicht.

Verder hanteert S&L Zorg diverse rapportage-instrumenten die maandelijks inzicht geven in de geleverde productie, de werkelijke en begrote kosten en de ingezette uren. De AO/IC controle vindt per kwartaal plaats. Eveneens vinden per kwartaal verschillende kwaliteitsaudits plaats.

In de AO/IC controle wordt het integriteitsbeleid en fraudebeheersingproces van S&L Zorg getoetst.

Vanuit de strategische doelen die S&L Zorg zich stelt zijn de volgende risico's te identificeren:

Risico	Maatregel(en)
Inkrimping van zorgrechten van cliënten ten gevolge van het bezuinigingsbeleid van de rijksoverheid. (categorie: strategie)	Mantelzorgers actiever betrekken bij de zorg, integratie behandeling en zorg, efficiënter samenwerken binnen de cliëntgroepen. Daarnaast scholen wij onze vrijwilligers op relevante thema's om ons daar waar mogelijk te helpen.
Concurrentie/verlies marktaandeel (categorie: strategie)	Werken aan verbinding met de samenleving en onderzoeken wat S&L Zorg vanuit bestaande dienstverlening kan toevoegen aan ambulante dienstverlening.

Arbeidsmarkt i.c.m. kwantiteit en kwaliteit personeel (categorie: strategie)	Regionale samenwerking rondom specifieke vraagstukken, zoals bijvoorbeeld cliënten met moeilijk verstaanbaar gedrag. Duurzaam medewerkersbeleid ontwikkelen.
Vertrouwen in leiding/bestuur	Verbinding houden met interne organisatie.
Uit- en doorwerking strategie	In meerjarenplannen strategie op voor interne organisatie herkenbare wijze uitvoeren.
Aanbod S&L Zorg is onvoldoende passend in relatie tot ontwikkeling cliëntpopulatie. (categorie: strategie)	Ontwikkelen en uitzetten marketingstrategie gebaseerd op te voorziene ontwikkeling in cliëntpopulatie. Beleidsontwikkeling ouder wordende cliënten.

De risico's liggen grotendeels in de omgeving van S&L Zorg en zijn niet allemaal direct te beïnvloeden. Het risico met betrekking tot vertrouwen in leiding en bestuur wordt beheerst middels het uitzetten van een voor de interne organisatie duidelijke koers die structureel gevolgd wordt en waarbij per jaar andere accenten gelegd worden. In de praktijk van S&L Zorg is geen sprake van grote risico's op het niet naleven van wet- en regelgeving.

S&L Zorg is ook voorbereid op de Wet Zorg en Dwang die stelt dat vrijheidsbeperking of "onvrijwillige zorg", zoals het in deze wet heet, in principe niet mag worden toegepast, tenzij er sprake is van ernstig nadeel voor de cliënt. Psychofarmaca kunnen ook onderdeel zijn van onvrijwillige zorg. In het kalenderjaar 2017 is binnen S&L Zorg geïnvesteerd in kritische reflectie op toepassing van psychofarmaca binnen de zorg. Dit proces krijgt een vervolg in 2018.



Risicotabel operationele activiteiten

Risico	Maatregel(en)
S&L Zorg speelt onvoldoende in op de specifieke kenmerken van de verschillende cliëntgroepen.	'Werken met cliëntgroepen' wordt verder ontwikkeld in: <ul style="list-style-type: none"> > het scholingsprogramma > competentieprofielen voor medewerkers > visie op werken met de cliëntgroep > rol van behandelaars binnen de cliëntgroep
Het aftekenen van medicatie volgens de daarvoor geldende richtlijnen vindt onvoldoende plaats.	S&L Zorg investeert in medicatiewagens hetgeen een verantwoorde wijze van toediening en correcte aftekening van toediening vergemakkelijkt.
Ervaren werkdruk door medewerkers.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Werkgroep Tevredenheid en Werkgeverschap wordt ingericht en bestaat uit medewerkers uit alle onderdelen van de organisatie met als doel thema's te analyseren en met ideeën te komen die de beleving van medewerkers op het gebied van werkgeverschap en tevredenheid verbeteren. 2. Implementeren van handige ICT-systemen die de gebruiker direct bij de bron ondersteunen.
Interne samenwerking alsmede aanspreken op eigenaarschap.	Coaching en training motiverende en oplossingsgerichte gespreksvoering.
Budgetoverschrijding	Kwartaalanalyse gericht op eenduidig beeld van inzet en uitgaven zorgafdelingen.

Risicomanagement is geborgd in de planning- & controlcyclus van S&L Zorg. In het kader van risicomanagement is een raamwerk opgesteld gebaseerd op het INK-model met daarin de hoofditems opgenomen waarin S&L Zorg risico kan lopen. De risico's zijn in een kans/impact matrix geplaatst. De opbouw van hoe binnen S&L Zorg risicomanagement vorm en inhoud krijgt ligt er.

De vastgestelde werkwijze is dat per kwartaal risicomanagement geagendeerd wordt voor het managementteamoverleg. Doelstelling hiervan is dat het managementteam van S&L Zorg systematisch stilstaat bij de beweging die S&L Zorg maakt qua risicobeheersing. Op het niveau van de verschillende afdelingen kan het werken met de BowTie methode een bijdrage leveren aan risicomanagement. Per team/afdeling is een aandachtsfunctionaris Veiligheid aangesteld die intensief wordt geschoold in veiligheid. De aandachtsfunctionarissen Veiligheid werken in de praktijk met opdrachten vanuit hun opleiding. Eén van de opdrachten is om binnen het team de drie grootste risico's met betrekking tot veiligheid in een kans/impact matrix te formuleren. Dit sluit naadloos aan bij de activiteiten van het managementteam op het terrein van risicomanagement. Door de werkwijze om risico's vanaf macroniveau van de organisatie naar meso- en vervolgens microniveau in een kans/impact matrix onder te brengen, komen we tot een integrale benaderingswijze van risico's.



In 2017 is het Strategisch Beleidsplan 2018 t/m 2021 geschreven. Dit strategisch beleidsplan beschrijft onze aangepaste missie en visie(s) en de nieuwe kernwaarden. De strategische doelen voor de komende vier jaar zijn benoemd en op hoofdlijnen worden de activiteiten beschreven die wij in de komende jaren zullen uitvoeren om onze doelen te behalen.

Dit beleidsplan werkt toe naar de situatie waarbij we wat goed is hebben weten te behouden, en waar verdieping nodig is dit ook hebben aangepakt. Dit hoofdstuk geeft de belangrijkste elementen uit het strategisch beleidsplan weer.

> 5.1 Missie, visie en kernwaarden

Aan onze veranderende kijk op ons handelen ligt een missie ten grondslag. Dit is ons vertrekpunt van ons handelen en tevens ons anker in de veranderende tijden. De manier waarop we onze missie willen uitvoeren staat verwoord in de visie. Deze visie is de basis van waaruit de deelvisies zijn opgesteld. De kernwaarden zijn aangepast aan de beelden die in de organisatie breed leven.

Nieuwe Missie

Alle mensen zijn gelijkwaardig, elk mens is uniek. Iedereen heeft recht op een goed leven en samen zorgen we ervoor dat dit ook voor mensen met een verstandelijke beperking geldt.

Nieuwe kernvisie

Alle onderdelen van S&L Zorg handelen vanuit hetzelfde doel; het leven van haar betrokkenen zo waardevol en prettig mogelijk maken. Dit willen wij bereiken voor onze bewoners en deelnemers. Ook voor onze medewerkers is dit het uitgangspunt, waarbij S&L Zorg de ruimte geeft om hier zelf de verantwoordelijkheid voor te nemen.

Het leven van alledag heeft vele uitdagingen in zich en er verandert regelmatig wat. Om hiermee om te gaan, is het belangrijk dat wij altijd op zoek gaan naar de mogelijkheden van een ieder om eigen regie te voeren, en de mogelijkheden die mensen zelf hebben om met de uitdagingen om te gaan te herkennen, erkennen en waar mogelijk te vergroten.

Om de zorg en ondersteuning te bieden die afgestemd is op specifieke talenten en behoeften is het nodig om een gezamenlijke zoektocht naar wat waardevol is voor het individu in te richten.

Wij geven elkaar daarbij de ruimte en tonen begrip en waardering. Om dit voor elkaar te krijgen, zijn onze medewerkers betrokken professionals en nemen ze zelf de verantwoordelijkheid op zich om dit te blijven.

Om het inzetten van eigen regie, van talenten, vaardigheden en kennis optimaal te benutten biedt S&L Zorg ruimte aan haar bewoners, deelnemers en medewerkers om zich te scholen, inspraak te hebben en te ontwikkelen middels trainingen, (bewoners)raden, deelname aan platforms, teaminterviews en supervisie.

Nieuwe kernwaarden

Deskundig, Vertrouwend, Uitdagend, Liefdevol

Een prettig en waardevol leven komt niet vanzelf, dat vraagt gezamenlijke inzet waarbij wederkerigheid het uitgangspunt is. Deze opgave vraagt om deskundig uitgevoerde zorg en ondersteuning, waarbij we vertrouwen geven en nemen in elkaars handelen, elke dag opnieuw op zoek gaan naar mogelijke verbetering van de kwaliteit van leven en dat doen vanuit een liefdevolle, nieuwsgierige houding.

> 5.2 Doelen

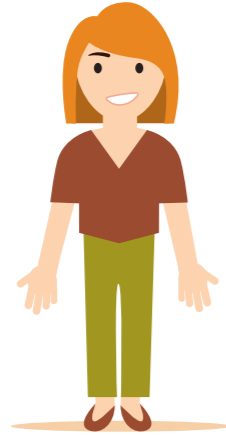
De kernvisie geeft richting aan ons handelen. Om daarin verdieping te brengen hebben we vier doelen benoemd die in deze beleidsperiode de volle aandacht zullen krijgen. Deze doelen zijn uitgewerkt in deelvisies, waarbij geldt dat de uitgangspunten van positieve gezondheid hierin tot uiting komen.

DOELEN

Kwaliteit van leven

We werken continu en consequent aan een beter leven.

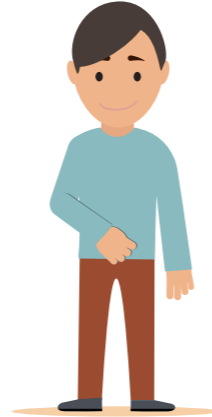
We kennen onze cliënten goed. We kennen de mogelijkheden en behoeften. We weten waar de kracht van het netwerk ligt. We weten hoe elke cliënt regie op eigen leven wenst en deze kan voeren. We bieden cliënten en verwanten de mogelijkheid om dit met ons te delen.



Kwaliteit van arbeid

Medewerkers zijn trots, omdat ze werken aan een goed leven voor mensen met een verstandelijke beperking.

Onze professionals zijn zich bewust van hun eigen verantwoordelijkheid om niet alleen het leven van cliënten, maar ook hun eigen leven en werk positief te beïnvloeden. Mede daardoor blijven ze duurzaam inzetbaar.



Kwaliteit van zorg

We werken systematisch volgens een op de cliëntgroep afgestemde methode.

Ons professionele gedrag is zichtbaar door: onze (team)reflectie, natuurlijke samenwerking met het netwerk en omgeving en het structurele multidisciplinair overleg.



Kwaliteit van organisatie

De organisatie is professioneel en altijd gericht op echt goede zorg.

Als we het leven van een cliënt kunnen verbeteren gaan we daarover altijd in gesprek en organiseren we dat!



> 5.3 Thema's komende periode

In de komende beleidsperiode zullen de volgende thema's met behulp van een tijdelijke structuur worden opgepakt:

Dagbesteding

In 2017 is begonnen met een heroriëntatie van de manier waarop S&L Zorg dagbesteding aanbiedt. We hebben geconstateerd dat verschillende aspecten van dagbesteding verbeterd kunnen worden. In de komende beleidsperiode zal er verder gewerkt worden aan het optimaliseren van dagbesteding (kwaliteit, personeelsinzet, facilitair).

Behandeling

S&L Zorg heeft sinds haar oprichting volop geïnvesteerd in een werkwijze waarbij voor alle aspecten van het leven en functioneren van de bewoners aandacht is. De afdeling Behandeling is voor de organisatie een vraagbaak, geeft houvast en zorgt voor kwaliteit van zorg en leven. Samen zorgen zij ervoor dat we recht doen aan het uitgangspunt dat onze bewoners recht hebben op goede zorg en begeleiding. In de komende beleidsperiode gaan we de uitdaging aan om de uitgangspunten van positieve gezondheid tot uiting te brengen in ons dagelijks handelen. Daar speelt behandeling een grote rol in.

In het project dat wordt gestart zullen we aan de slag gaan met het maken van de vertaalslag en bezien welke consequenties dit heeft voor de manier waarop wij naar dilemma's kijken, plannen maken, verantwoordelijkheden verdelen en meer.

Innovatieplatform

De innovatie binnen S&L Zorg zal zich richten op het realiseren van ideeën, het oplossen van problemen en vraagstukken op een wijze waarop waarde toegevoegd wordt aan het leven van de cliënt.

Uitgangspunt is dat innovatie geen doel op zich is, maar dat het bijdraagt aan kwalitatief betere zorg.

Werkgroep Zorginhoud

Om gericht invulling te geven aan ons voornemen om kwaliteit van leven te verbeteren starten we met een werkgroep die tot doel heeft met deze thema's aan de slag te gaan.

Thema's waarmee de werkgroep aan de slag gaat zijn:

- > *Cliëntgroepen benadering.*
- > *Invulling bewonersinspraak.*
- > *Praktische verbinding met de Academische Werkplaats leven met een verstandelijke beperking.*
- > *Teamontwikkeling.*
- > *Invulling kwaliteitskader.*

Werkgroep Tevredenheid en Werkgeverschap

De werkgroep die wordt ingericht bestaat uit medewerkers vanuit alle onderdelen van de organisatie en heeft als doel om het thema Tevredenheid en Werkgeverschap te analyseren en met ideeën te komen die de beleving van medewerkers op het gebied van Tevredenheid en Werkgeverschap kunnen verbeteren.



VERHAAL

“We werken met vaste begeleiders, waardoor de cliënten aan ons gewend zijn.”

VERHAAL

“Eigen keuzes en niets moet.”

Cliëntbegeleider Anita van den Berge heet ons enthousiast welkom. Ze is nog even bezig. De cliënten hebben hun rustmoment, dus Anita heeft mooi even tijd voor wat administratie. Als cliënte Jeanne aanschuift aan tafel legt ze haar map weg.

“Jeanne en ik kennen elkaar al heel lang, hé Jeanne?”, begint Anita. “Zij is hier destijds op de locatie Vogelenzang komen wonen, waarna ze via wat verhuizingen op woning 210 is gekomen.” “210”, verbetert Jeanne haar. “Och ja, je hebt helemaal gelijk, zit ik niet op te letten. Ik ben zelf als teamassistent begonnen en heb daarna intern de opleiding tot cliëntbegeleider niveau 3 gevolgd, en later nog die voor zorgcoördinator. Zo ben ik op de locatie Diepenbroeklaan gekomen, waar Jeanne ook zat. En nu zitten we samen op Lambertijenhof. De functie van cliëntbegeleider past me toch wel het beste. Het puur bezig zijn met mensen vind ik heerlijk”, gaat Anita verder.

Dagbesteding voor als je wat ouder bent

Jeanne en Anita zijn bij een dagbestedingsgroep voor ouderen. Hier zitten allemaal cliënten die ouder worden, beginnen te dementeren, of al langer dementerend zijn. Ook is er een stukje palliatieve zorg in deze groep. De groep wordt begeleid vanuit het team van één woning, maar er sluiten ook cliënten aan van andere woningen. Anita: “Het gaat hier vooral om de sfeer, gezelligheid en een veilig gevoel voor cliënten. We zijn gericht op het behoud van vaardigheden, en niet meer op de ontwikkeling ervan. En vooral: niets moet. Deze groep wordt ouder en gaat sneller achteruit. Daarom zijn we continu bezig met het stimuleren en motiveren van de cliënten, om zo die achteruitgang te vertragen. Maar bij alles geldt dat ze zelf de keuze hebben en maken, want nogmaals: niets moet.”

De cliënten doen niet de hele dag hetzelfde. Ze puzzelen wat, kleuren, schilderen, breien en maken een wandeling. Anita: “We proberen zoveel mogelijk op pad te gaan. Onze super vrijwilligers en assistenten maken dit mogelijk. Het is een grote groep, maar rustig en dus makkelijk stuurbaar. Al heb je voor alle rolstoelen wel extra handen nodig natuurlijk.”



> 6.1 Zorg voor de individuele cliënt

6.1.1 Elektronisch cliëntendossier ONS en Carenzorgt

Binnen S&L Zorg werken we met het elektronisch cliëntendossier ONS. Een deel van het digitale dossier kan ook door cliënten en vertegenwoordigers worden ingezien. Zij hebben toegang via een systeem dat Carenzorgt heet. S&L Zorg streeft na dat het complete dossier door cliënten en vertegenwoordigers kan worden ingezien.

De aandachtspunten zoals indicatie, afspraken over dagelijkse zorg, aandachtspunten voor veilige zorg, mogelijke risico's, kwaliteit van bestaan, betrokkenheid van het netwerk, cliënttevredenheid en onvrijwillige zorg staan in het cliëntendossier ONS.

Kwaliteit van zorg en leven vraagt constante aandacht en dus ook monitoring. We werken daarom met een audit jaarprogramma, waarbij we nagaan hoe het met de veiligheid van de zorg is gesteld, of we de cliënt volledig in beeld hebben en hoe we omgaan met onvrijwillige zorg. We willen leren van de uitkomsten en dagen onszelf en elkaar uit om verbeteringen aan te brengen. De uitkomsten



bespreken we met het managementteam, de teamleiders, zorgcoördinatoren, teams en met de commissie Kwaliteit en Veiligheid, zodat we samen kunnen leren.

6.1.2 Audits

Audit op medicatieveiligheid

Een vergelijking van de audits medicatieveiligheid eerste kwartaal 2017 met eerste kwartaal 2016 levert op dat het aantal gemelde medicatiefouten 2017 hoger is dan het aantal meldingen van het eerste kwartaal vorig jaar. De oorzaak hiervan is een beleidswijziging. Met ingang van 2017 geldt dat wanneer men medicatie niet aftekent, dit nu ook gemeld wordt als incident.

Dit was het eerste kwartaal 2016 nog niet zo. Indien men niet heeft afgetekend, betekent dit dat voor alle cliënten die binnen de betreffende woongroep wonen een melding wordt gedaan. Dit beleid is een verandering ten opzichte van vorig jaar. Er vinden nu dus ook meldingen plaats indien cliënten de juiste medicatie op het juiste tijdstip hebben gehad, maar de procedure niet correct is afgesloten middels het aftekenen. Hierbij wordt een deel van de fouten in het aftekenen veroorzaakt doordat bij gevoelige medicatie de dubbele check, dus dubbele paraaf, ontbreekt. Aan het juist aftekenen van medicatie wordt volop aandacht besteed, ook door de aandachtsfunctionarissen Medicatie.

De auditresultaten worden op transparante wijze gedeeld met de teamleiders en zorgcoördinatoren. Vastgesteld is in de praktijk dat hiervan een waarderende en corrigerende werking uitgaat. De zorgmedewerkers hebben de audits op gebied van medicatieveiligheid erg gewaardeerd en ervaren in de praktijk verbetering van medicatieveiligheid.

Waar staan we nu?

Uit de auditronde medio 2017 is duidelijk zichtbaar dat alle teams bewuster te werk gaan met het realiseren en borgen van de medicatieveiligheid binnen S&L Zorg. Hierbij heeft overduidelijk het bewust maken van de collega's door de aandachtsfunctionaris en teamleider een belangrijke rol gespeeld. Uit de laatste auditronde is gebleken dat 60% van de woningen de medicatieveiligheid voldoende heeft geborgd. Bij deze woningen is een duidelijke progressie zichtbaar ten opzichte van de auditronde medio 2016. De woningen die nog onvoldoende hebben gescoord op de bovenstaande aspecten zijn in de periode week 44-50 wederom bezocht voor een heraudit. Gebleken is dat nog maar 8 woningen onvoldoende hebben gescoord naar aanleiding van de audit. Dit betekent dat eind december 2017 75% van de woningen een voldoende heeft gescoord. Bij de overige 25% is er meer nabijheid nodig van de teamleider

en zorgmanager om de medicatieveiligheid binnen deze woningen te borgen. In maart 2018 worden de woningen die medio 2017 nog onvoldoende scoren opnieuw bezocht voor een heraudit. De resultaten van de audits worden met de aandachtsfunctionaris, teamleider en zorgmanager gedeeld. Indien noodzakelijk zal ook de adviseur aansluiten bij de werkoverleggen van de desbetreffende teams.

Een aspect dat voor alle voorzieningen nog een aandachtspunt is het up to date houden van de toedienlijsten. Dit probleem is grotendeels te wijten aan het feit dat we nog met papieren toedienlijsten werken binnen S&L Zorg.

Hoe verder?

- > In 2018 zullen de woningen die een onvoldoende hebben gescoord een heraudit krijgen in maart 2018.
- > Aanschaffen van een systeem dat digitale toedienregistratie mogelijk maakt.
 - Digitale toedienregistratie zal bijdragen aan de huidige problemen omtrent actuele toedienlijsten.
 - Digitaal aftekenen van de medicatie, mogelijke bijzonderheden kunnen digitaal vastgelegd worden.
 - Meer regie voor de woningen omtrent het bestellen.
- > Geneesmiddelencommissie.
 - De Geneesmiddelencommissie zal blijven bestaan. Hierbij is het wel belangrijk dat de beleidsadviseur ontwikkelingen omtrent de incidenten inbrengt in het structurele overleg.
- > Implementatie van medicatiewagens in januari 2018 op alle woningen.
- > Jaarlijkse evaluatie met de aandachtsfunctionaris medicatie.
 - Tijdens deze overleggen wordt gesproken met de aandachtsfunctionarissen over de actualiteiten omtrent het medicatieproces.
 - Er wordt kennis en ervaring gedeeld over o.a. verantwoordelijkheids-toedeling binnen de voorziening.
- > In 2018 zullen in maart en november audits plaatsvinden op de woningen en een aantal dagbestedingslokalen.
 - Uiteraard is het mogelijk dat meerdere woningen tussentijds worden geaudit, indien dit op verzoek is van de medewerkers van de woning, zorgmanagers en/of medische dienst.
- > Aanbeveling is een audit uit te voeren van de registratie van de medicatiereviews in ONS.

Omgang met onvrijwillige zorg

Het Bopz-zorgplan is een onderdeel van het zorgplan in het elektronisch zorgdossier ONS. Van een Bopz-zorgplan is sprake wanneer bij een cliënt vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast.

We streven na om zo weinig mogelijk vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen. In het Bopz-zorgplan wordt aangegeven of de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger akkoord gaat met de vrijheidsbeperkende maatregelen. Daarnaast moet het Bopz-plan regelmatig geëvalueerd worden. In de evaluatie staat centraal óf de vrijheidsbeperkende maatregel proportioneel is, óf mogelijk een lichtere maatregel toegepast kan worden, óf er risico's zijn bij de toepassing van de maatregel en óf er een afbouwplan aanwezig is.

Afgelopen kalenderjaar is het gebruik van psychofarmaca toegevoegd als vrijheidsbeperkende maatregel. Deze activiteit heeft ook plaatsgevonden ter voorbereiding op de Wet Zorg en Dwang. Binnen S&L Zorg is sprake van groeiende bewustwording dat psychofarmaca ook vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen zijn. In de jaarlijkse medicatiereview, waaraan ook de apotheker deelneemt, wordt kritisch gekeken naar de medicatie van cliënten. De AVG-arts adviseert inzake afbouw van medicatie.

In 2018 wordt nog een extra actie toegevoegd met als doel dat het bewustwordingsproces van cliëntbegeleiders aangaande de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen voldoende aandacht krijgt. Alle cliënten waarbij sprake is van vrijheidsbeperkende maatregelen worden besproken in een overleg tussen de begeleidend zorgcoördinator en begeleidend orthopedagoog, de gz-psycholoog/ senior beleidsadviseur en de BOPZ arts.

De twee laatstgenoemde functionarissen hebben de rol om een second opinion te geven over de toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregelen. Navraag leert dat deze gesprekken in een behoefte voorzien. De zorgcoördinatoren en orthopedagogen ervaren het als zinvol om in dit verband nog eens kritisch te kijken naar alle ins en outs van de vrijheidsbeperkende maatregel. Regelmatig is de uitkomst van een gesprek om een alternatief te proberen, soms is de uitkomst ook dat het niet verstandig lijkt om iets te veranderen. De zorgcoördinatoren en orthopedagogen ervaren bij gezamenlijke

6

6

vaststelling dat er geen beleidswijziging komt, bevestiging van hun handelen. Het multidisciplinaire gesprek hierover waarbij twee gespreksdeelnemers de functie vervullen van het geven van een second opinion leidt tot zorgvuldigheid.

In 2018 gaan we verder na hoe het zorgplan een goed leven plan kan worden.



VERHAAL

“We hebben het gebruik van de rolstoel volledig afgebouwd.”

VERHAAL

“Er zit nog zoveel meer in.”

Ilyaas is één van de jongste cliënten die bij S&L Zorg woont. In de tijd dat hij op Lambertijenhof woont, heeft hij zich enorm ontwikkeld. Van fixatie in een rolstoel naar zelfstandig spelen en eten, een bijzonder proces.

Veronique Fokke, zorgcoördinator: “Vijf jaar geleden zijn de appartementen op Lambertijenhof gebouwd. Ilyaas is toen vanaf zijn oude woning op Lambertijenhof naar ons gekomen. In het begin konden we hem echt niet alleen laten. Hij zat de hele dag gefixeerd in zijn rolstoel. Dat wil zeggen dat hij een compleet pak, hesje en broekje, aan had, waarmee hij aan zijn rolstoel vastgebonden zat.” Daar moet meer in zitten denkt het team en ze beginnen aan een lang proces van proberen en geduld en nog eens proberen.

“We zijn ons met behulp van scholing door de fysiotherapeuten en ergotherapeut van S&L Zorg gaan verdiepen in sensorische informatieverwerking. Een belangrijke prikkel is zijn evenwicht. Door hem in een rolstoel te zetten neem je deze prikkel weg. Hij wiegt nu heel de dag op en neer, als hij zit en als hij staat. Hij wordt daar rustig van. Maar je ziet ook dat voelen erg belangrijk voor hem is. Kriebelen met je nagels vindt hij heerlijk, hij beweegt soms zelf zijn arm onder je nagels. En hij vindt het heerlijk om door mijn krullen te woelen”, zegt Veronique.

“Vier jaar geleden was zelfstandig eten geen optie, de bekertjes en borden gooide hij meteen over tafel. Nu kan ik hem een beker drinken geven, even omdraaien en als ik terugdraai, zit hij lekker te drinken. Een verzorgingsmoment als aan- en uitkleden was echt heel lastig. Nu trekt hij geheel zelfstandig zijn arm uit zijn mouw. En in het geval van Ilyaas hebben we het allemaal op eigen kracht gedaan, zonder extra financiën of meerzorg. Daar zijn we best trots op.”

Audit op complete invulling cliëntendossier

Sinds 1 juni 2016 wordt met het nieuwe cliëntendossier ONS gewerkt. Er zijn in 2016 en 2017 doorlopend een aantal audits gepland. Het doel van de audits is het meten van hoe ONS vanaf de start gevuld wordt. De onderdelen die nog aandacht behoeven worden per audit uitgelicht en getoetst.

De cliëntdossiers zijn in juni 2017 gescreend op de onderdelen diagnose aanwezig en diagnose gelijk zichtbaar. De onderwerpen die onderzocht zijn tot en met januari 2017 worden steeds beter geregistreerd. In september 2017 is daarom gekozen voor een kleinere focus: diagnose en diagnose direct zichtbaar, omdat dit onderdeel nog aandacht behoeft. Er is dus sprake van een positieve ontwikkeling van 2016 naar 2017.

Van de 395 onderzochte cliëntendossiers is de conclusie:

- > *Diagnose aanwezig: 119 nee (in 2016 diagnose direct zichtbaar: 211 nee)*
- > *De tabbladen sociaal netwerk en doel op dagbesteding zijn nog leeg (volgende audit).*

In 2016 is er een totale audit geweest op ONS dossier. De resultaten, uitleg en acties bij het primaire proces hebben geleid tot de kleinere focus van dit jaar.

Terugblik 2016/2017: In juli 2016 en november 2016 is geaudit hoe het zorgplan is gevuld op de volgende onderdelen: medische notities, verantwoordelijke behandelaar, persoonsbeeld, lange termijn perspectief, gewenste begeleidingswijze, status profiel, tevredenheid cliënt, geldig zorgplan, status zorgplan en zorgplan doelen SMART geformuleerd.

Bevindingen derde audit, januari 2017: 326 van de 356 onderzochte dossiers zijn op orde.

Dit intern onderzoek is nog gecompleteerd door een extern onderzoek door het zorgkantoor. Het zorgkantoor heeft in juni 2017 onderzoek gedaan naar aanleiding van de bevindingen in 2016, toen het nieuwe elektronische cliëntendossier ONS net geïmplementeerd was binnen S&L Zorg. De uitslag van de controle door het zorgkantoor was zeer positief. Men zag een duidelijke verbetering in het zorgplan. We hebben met elkaar de verbeterpunten die het zorgkantoor aangaf in 2016 goed opgepakt. De ambitie van S&L Zorg is

om een beweging te maken van zorgplan naar een goed leven plan.

6.1.3 Bevindingen onderzoek IGJ voorschrijven psychofarmaca

Op 28 november 2017 heeft de IGJ (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd) een bezoek gebracht aan S&L Zorg met als thema onderbouwd voorschrijven van medicatie.

Tijdens dit bezoek zijn de volgende zaken middels een gestructureerde vragenlijst onderzocht:

- > *randvoorwaarden onderbouwd voorschrijven psychofarmaca*
- > *onderbouwd voorschrijven van psychofarmaca*
- > *evaluatie psychofarmaca*

De inspectie heeft wettelijk vertegenwoordigers, een afvaardiging van het management, beleidsmedewerkers kwaliteit, bopz-arts, voorschrijvend huisarts, apotheker, orthopedagoog en zorgcoördinator gesproken. Deze gesprekken zijn gecompleteerd met dossieronderzoek en bezoek aan een woning.

Vastgesteld is dat S&L Zorg schriftelijk medicatiebeleid heeft waarin de taken en verantwoordelijkheden van alle disciplines zijn vastgelegd. S&L Zorg heeft een Geneesmiddelencommissie, waarin ook de apotheker participeert. S&L Zorg heeft ook beleid over het voorschrijven van psychofarmaca. De gebruikte psychofarmaca staan in het zorgplan van de cliënten zowel indien er sprake is van onvrijwillige als van vrijwillige zorg. S&L Zorg heeft in beeld hoeveel cliënten psychofarmaca gebruiken. S&L Zorg zet acties in om het (niet onderbouwd) voorschrijven van psychofarmaca te voorkomen en de psychofarmaca af te bouwen. De commissie Middelen of Maatregelen volgt nauwkeurig of het beleid gevolgd wordt, of er voldoende aandacht is voor het afbouwen van psychofarmaca en of interne second opinions gewenst zijn. De cliëntbegeleiders van S&L Zorg volgen een scholing via e-learning en voeren een cliëntgerichte praktijkopdracht uit. Daarnaast worden cliëntbegeleiders geschoold in de Wet bopz; hierin komt het gebruik van psychofarmaca met werking en bijwerking aan de orde.



Bij gedragsverandering van de cliënt of bij moeilijk verstaanbaar gedrag kijkt het team eerst naar de oorzaken van het gedrag. Medische oorzaken worden uitgesloten. Het besluit tot inzet van psychofarmaca komt multidisciplinair tot stand na diagnostiek en beeldvorming van de cliënt. De arts neemt uiteindelijk het besluit tot het voorschrijven van psychofarmaca. Cliënten met moeilijk verstaanbaar gedrag hebben een signaleringsplan en dit wordt steeds bijgesteld. De apotheker toetst of er contra-indicaties en/of interacties zijn bij gebruik van medicatie.

In het driehoeksoverleg (teamleider, orthopedagoog en zorgcoördinator) worden eenmaal per maand alle cliënten besproken. De evaluatietermijnen van het gebruik van psychofarmaca zijn in de cliëntendossiers opgenomen. De huisarts stelt een schema op van afbouw van psychofarmaca met een vaste evaluatiecyclus. De afbouw is afhankelijk van de cliënt en de dosis van de psychofarmaca. Eenmaal per jaar vindt een medicatiebeoordeling plaats door de apotheker, de huisarts en zorgcoördinator. Voorafgaand aan deze beoordeling leveren zowel de wettelijk vertegenwoordiger als de orthopedagoog informatie aan over het gedrag van de cliënt.

6.1.4 Onderzoek en analyse van incidenten, calamiteiten en meldingen

Hebben we voldoende zicht op de kwaliteit van onze zorgverlening? Hebben we voldoende zicht op incidenten en calamiteiten die van invloed kunnen zijn op de kwaliteit van onze zorgverlening? Wat draagt hieraan bij, wat kan beter? De trend voortkomend uit MIC- en agressiemeldingen en PRISMA-analyses wordt gerelateerd aan de kwaliteit van de zorgverlening. Vervolgens geven we antwoord op de vraag op welke wijze het veiligheidsmanagementsysteem bijdraagt aan de kwaliteit van zorgverlening en waar verbeterkansen liggen.

Periode loopt van 1 januari 2017 t/m 31 december 2017

Agressiemeldingen:

Aantal	2017
eerste kwartaal	380
tweede kwartaal	449
derde kwartaal	537
vierde kwartaal	477

Zoals te zien is, loopt het aantal meldingen nog steeds op. Van 380 meldingen in het eerste kwartaal van 2017 naar 477 meldingen in het vierde kwartaal met een uitschieter in het derde kwartaal van 537 agressiemeldingen.

Een aantal oorzaken is hiervoor te benoemen;

- > De bereidheid om te melden is vergroot; medewerkers voelen zich veilig genoeg om te melden.
- > Afgesproken is dat alle vormen van agressie gemeld moet worden en dat agressie niet geaccepteerd mag worden als “dat hoort erbij”. Geweld is niet normaal is nu het uitgangspunt.
- > De melder is nu ook verantwoordelijk voor het afhandelen van de melding. Dit draagt bij aan de motivatie bij de medewerker om te melden. De medewerker is verantwoordelijk voor de aanpak van de melding en goede vervolgacties hierop.
- > Onduidelijk is of er daadwerkelijk van meer agressie sprake is of dat medewerkers agressie eerder als meldingswaardig zien. Een constante is dat een beperkt aantal cliënten voor veel meldingen zorgt.

Opvallende feiten

- > In meer dan de helft van de meldingen is de cliëntbegeleider het slachtoffer van het geweld. Dat geweld kan bestaan uit dreigen, verbale of daadwerkelijke agressie naar de cliëntbegeleider toe.
- > De agressie kan als gevolg hebben dat de cliëntbegeleider pijn, blauwe plekken of verwondingen oploopt. Gelukkig komt het slechts sporadisch voor dat de cliëntbegeleider zich moet laten behandelen.
- > Wel is duidelijk dat de cliëntbegeleider in meer dan de helft van de gevallen

- > aangeeft dat de uiting van agressie geen gevolgen heeft gehad.
- > Ongeveer in 20% van de meldingen zijn ook medecliënten slachtoffer van geweld. Ook hier blijkt dat de gevolgen voor de medecliënt meestal niets of minimaal zijn. Meestal voelen medecliënten zich vooral bedreigd.
- > In de andere meldingen is meestal de cliënt zelf het slachtoffer, doordat hij zichzelf verwond. Maar ook bij de cliënt zelf wordt vaak aangegeven dat de agressie geen gevolgen heeft gehad.
- > Materiaal wordt ook vaak genoemd, maar meestal is er geen schade.

Een kwantitatieve weergave van het aantal meldingen is niet eenvoudig te geven, omdat in één melding vaak meerdere slachtoffers of gevolgen zijn aangegeven.

MIC-meldingen:

Aantal	2017
eerste kwartaal	729
tweede kwartaal	683
derde kwartaal	663
vierde kwartaal	621

- > In 2017 is lopende het kalenderjaar een trend waar te nemen in een afname van het aantal meldingen. Deze afname is te wijten aan het direct sturen op correct aftekenen van de medicatie. Het direct sturen hierop lijkt nu zijn vruchten af te gaan werpen. Over het kalenderjaar 2017 is een constante dalende tendens zichtbaar van 729 meldingen naar 621 meldingen.
- > Opvallend is wel dat het aantal meldingen toeneemt over het niet kloppend zijn van de toedienlijsten. Dat heeft enerzijds te maken met dat het niet meer toegestaan is om op de toedienlijst te schrijven, anderzijds met de bewustwording dat de toedienlijst leidend is in het overzicht van de medicatie.
- > Het aantal valincidenten loopt licht op. Hier is niet duidelijk een oorzaak voor te benoemen. Duidelijk is wel dat de cliënten steeds ouder worden, waardoor de kans op vallen toeneemt.

- > De categorie Anders wordt nog vaak gebruikt, ook voor meldingen die eigenlijk onder een vast onderwerp gezet kunnen worden.
- > Verder is het opvallend dat het aantal meldingen over seksueel grens overschrijdend gedrag toeneemt. Navraag leert dat bewustwording bij medewerkers omtrent wanneer er sprake zou kunnen zijn van seksueel overschrijdend gedrag is toegenomen en met name op het onderdeel dat het hierbij ook kan gaan om “lichtere” gedragingen, zoals iemand op de billen tikken of iemand op de mond kussen.

Opvallende feiten

- > In het vierde kwartaal van 2017 vormt het aantal meldingen van medicatie-incidenten met 422 nog steeds de hoofdmoot van het aantal gemelde incidenten.
- > Het niet aftekenen van de medicatie beslaat een groot gedeelte van de meldingen. Het niet krijgen van medicatie is een goede tweede.
- > De categorie Anders wordt nog steeds gebruikt. Ook voor meldingen die onder een vast onderdeel gemeld kunnen worden. Hier zal in de toekomst meer aandacht voor moeten komen.
- > De overige categorieën blijven gelijk in het aantal meldingen.
- > Sinds het invoeren van de categorie Seksueel misbruik aan het begin van 2017 is deze 14 keer ingevuld.

De grootste winst is te behalen op het onderdeel medicatie-incidenten. Met name op de procesgang kan nog strakker gestuurd worden. Onderdeel daarvan is het nog strakker sturen op aftekenen van medicatie. Ook het goed starten en stoppen van medicatie en een open communicatie met de apothekers heeft nog aandacht. Dit betreft een aantal meldingen van het wegzetten van medicatie bij de voordeur in plaats van deze persoonlijk af te leveren.

De bereidheid om te melden is groot en dat is positief.

Nog enkele aandachtspunten:

Het proces van melden moet met name in het berichtenverkeer verbeterd worden. Nu moeten de teamleider en behandelaar apart via de mail op de hoogte gesteld worden van een melding. Daarnaast is het verwerken en maken van overzichten van de meldingen arbeidsintensief.

Het noteren van verbeterafspraken en de opvolging hierop is voor verbetering



vatbaar, dit wordt nog te weinig gedaan. Heeft datgene wat we afgesproken hebben het gewenste effect en zo niet wat doen we dan om wel het gewenste effect te krijgen?

Besloten is om een nieuw digitaal meldsysteem in te voeren, waardoor het melden vlotter verloopt en de melder ook verbetervoorstellen kan aangeven. Op elk moment is er inzicht te verkrijgen in het aantal meldingen, de aard van de meldingen en de verbeterafspraken. De managementinformatie is op elk gewenst organisatieniveau op te vragen. Daarnaast is er mailverkeer aan gekoppeld.

PRISMA-analyses

In 2017 zijn er tot nu toe 5 PRISMA-analyses uitgevoerd. Het besluit om een PRISMA-analyse uit te voeren is genomen omdat de impact van het incident groot was en we de kans op herhaling willen verkleinen. Eén incident is conform de richtlijnen gemeld bij de IGZ (momenteel IGJ). Het betreft hier een verbrandingsincident.

Bij de overige 4 incidenten was een melding niet nodig, maar deze zijn intern beoordeeld en er is toch besloten om een PRISMA-analyse uit te voeren.

Alle PRISMA-analyses hebben geleid tot bijstelling van afspraken in de praktijk, aanscherping van procedures en wijzigingen in de interne communicatie. Een voorbeeld hiervan is de afspraak dat de zorgcoördinator, na overleg met de orthopedagoog, contact heeft met de huisarts over wijzigingen van psychofarmaca. De huisarts meldt bij de teamleider of zorgmanager wanneer cliëntbegeleiders op persoonlijke titel aandringen op wijzigingen in het medicatiebeleid.

6.1.5 Hoe voeren we het gesprek over incidenten, calamiteiten en veiligheid?

De commissie Kwaliteit en Veiligheid vervult ten aanzien van kwaliteits- en veiligheidsthema's een intermediaire rol naar de raad van toezicht. In 2017 is een structuur gekozen die eraan bijdraagt dat de binding tussen de raad van toezicht en de organisatie is geborgd middels werkbezoeken, strategische sessies met het managementteam van S&L Zorg, de ondernemings- en

cliëntenraad van S&L Zorg en deelname aan verwantenavonden. Deze structuur draagt bij aan een gezamenlijk optrekken rondom kwaliteit- en veiligheidsthema's. Het proces van in dialoog zijn met elkaar heeft nadrukkelijk de aandacht binnen S&L Zorg. In 2018 zal de commissie Kwaliteit en Veiligheid in dialoog gaan met functionarissen die in de praktijk een belangrijke rol vervullen met betrekking tot de borging van kwaliteits- en veiligheidsissues.

De gesprekken tussen de raad van bestuur en medewerkers van elk team, de driehoeksoverleggen tussen zorgmanager, teamleider en orthopedagoog, de driehoeksoverleggen tussen teamleider, zorgcoördinator en orthopedagoog, de scholing in veiligheid en opvolging daarvan binnen teams en het overleg met aandachtsfunctionarissen Veiligheid dragen bij aan het op de agenda plaatsen van kwaliteits- en veiligheidsissues en het daadwerkelijk werken aan verbetering.

Ons systeem van vastleggen van incidenten in het elektronisch cliëntendossier ONS draagt aan het inzicht in kwantiteit en het soort incident. Managementinformatie is te genereren uit het elektronisch cliëntendossier. Hierdoor kan de ontwikkeling gevolgd worden.

Ook de structuur van maand- en kwartaalrapportages draagt bij aan zicht op incidenten. De kwartaalrapportages worden besproken binnen het managementteam en het stafoverleg. De grote lijn hierin met betrekking tot kwaliteit en veiligheid komt terug in de commissie kwaliteit en veiligheid, waarin drie leden van de raad van toezicht participeren. Deze gesprekken dragen bij aan een nauwkeurigere analyse van de incidenten en de samenhang met andere factoren binnen S&L Zorg.

Binnen S&L Zorg is er in het kalenderjaar 2017 gericht aandacht geschonken aan een veilig medicatiebeleid binnen alle facetten van de keten betreffende het moment vanaf het voorschrijven van medicatie tot en met het moment van aftekenen van de verstrekte medicatie.

De evaluatie binnen de incidentencommissie draagt bij aan toename in het zicht op incidenten en correcte omgang met incidenten. De wens hierbij is dat per cliënt op eenvoudige wijze een analyse gemaakt kan worden over een bepaalde periode.

Vastgesteld in evaluaties is dat de verhoogde bewustwording bij medewerkers in zijn algemeenheid leidt tot een toename van het melden van incidenten.

6.1.6 Wat kan beter?

Naast de maand- en kwartaalrapportages wordt een managementtool ontwikkeld waarin per RVE zowel harde als zachte gegevens opgenomen worden. Cliënttevredenheid wordt een vast onderdeel van deze managementtool. Veiligheidsissues zijn onderdeel van het jaarplan. Het onderwerp veiligheid wordt regelmatig geagendeerd. Dit kan o.a. aan de hand van de MIC-meldingen.

Het geven en ontvangen van feedback is organisatiebreed een ontwikkelpunt. Een concreet verbeterpunt aangaande feedback is feedback op het eigenaarschap, omdat het nemen en voelen van meer eigenaarschap bij alle betrokkenen één van de pijlers is waarop we ons willen richten binnen S&L Zorg.

Geconstateerd is dat de aanstelling van aandachtsfunctionarissen Veiligheid van toegevoegde waarde is voor het thema bevorderen en borgen van veiligheid. De aandachtsfunctionarissen hebben in een evaluatie (23 oktober 2017) aangegeven hun taak erg nuttig en leuk te vinden en progressie waar te nemen in het oplossen en borgen van veiligheidsissues. Een verbeterpunt is het met regelmaat laten plaatsvinden van overleg samen met alle aandachtsfunctionarissen.

De incidentencommissie is een onderzoek gestart naar een handiger systeem om incidenten te kunnen melden en analyseren. Er heeft een oriëntatie plaatsgevonden op het meldingssysteem van Triaspect. Eind 2017 is besloten dat het integrale kwaliteitsmanagementsysteem van Triaspect wordt aangeschaft met als doel dat de PDCA-cyclus rondom meldingen gemakkelijker vorm kan worden gegeven.

Voorjaar 2018 is gebleken dat dit systeem niet voldoet aan de eisen van de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) hetgeen leidt tot een heroriëntatie binnen S&L Zorg.

Voor het kalenderjaar 2018 wordt nagegaan hoe de focus van audits meer gericht kan worden op de kwaliteit van leven van cliënten en kwaliteit van teamreflecties. We willen het cliëntgericht werken bevorderen binnen S&L Zorg. Cliëntgericht werken gaat over gedrag, attitude en reflectie hierop.

In het auditprogramma willen we het onderscheid tussen gedrag, attitude en reflectie en correct werken volgens de protocollen en procedures duidelijker naar voren laten komen.

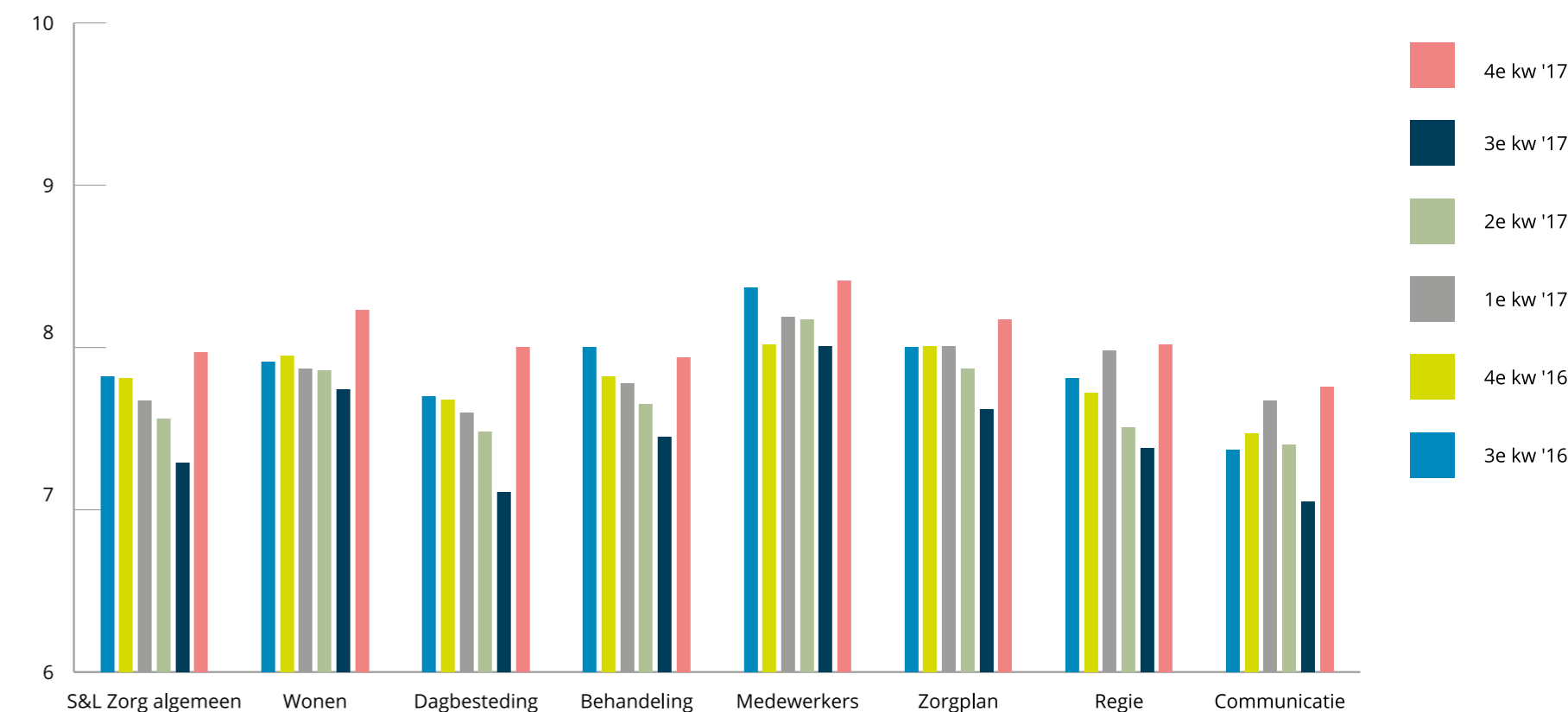


> 6.2 Cliënttevredenheid

Intern continu-onderzoek tevredenheid cliënten/ vertegenwoordigers

Om organisatiebreed te weten wat er speelt, de juiste plannen te kunnen maken en op tijd signalen op te pikken, doen we aan continu-onderzoek. Dit is een vorm van onderzoek waarbij met tussenpozen dezelfde vragenlijst wordt voorgelegd. Bij de jaarlijkse cliëntgesprekken vragen we de cliënt/ vertegenwoordiger rapportcijfers te geven op 8 punten. De cijfers worden geregistreerd in ONS.

Elk kwartaal is er een rapportage, waardoor de cijfers van elk kwartaal grotendeels gebaseerd zijn op steeds een andere groep verwanten. De laatste rapportage gaf dit beeld weer:



Bevindingen uit het externe cliënttevredenheids-onderzoek

In mei/juni is een extern cliënttevredenheidsonderzoek gehouden, waarbij zowel cliënten zelf, als hun vertegenwoordigers als cliëntbegeleiders zijn bevraagd op hun waardering voor de kwaliteit van de geboden zorg. De uitkomsten van het onderzoek zijn gerapporteerd op cliëntniveau, teamniveau en organisatiebreed, bij de cliënt middels directe terugkoppeling in diens zorgdossier. Op teamniveau zijn de uitkomsten in zogeheten kwaliteitsverbeterkaarten gepresenteerd met sterke punten, speerpunten en verbeterpunten.

Perspectief cliënten

Wat vinden cliënten positief?

Cliënten vinden vooral positief:

- > Hoe begeleiders rekening houden met hun voorkeuren.
- > De aandacht die er is voor het emotioneel welzijn van de cliënt.
- > De aandacht voor hun lichamelijk welzijn/de persoonlijke verzorging.
- > Dat begeleiders reageren op signalen van de cliënt wanneer die hen nodig heeft en hen begrijpen (empathie).
- > Hoe cliëntvertegenwoordigers worden geïnformeerd over het wel en wee van de cliënt.

Wat vinden cliënten voor verbetering vatbaar?

Als aandachtspunten voor verbetering worden door cliënten genoemd:

- > De tijd die begeleiders hebben voor (1-op-1 contact met) de cliënten.
- > Onderhoud van de woning en snellere actie m.b.t. reparaties.
- > De wens voor (meer) buitenactiviteiten, waaronder uitstapjes.
- > De beschikbaarheid van de medische dienst.

Waarderingscijfer cliënten

Cliënten geven een gemiddeld waarderingscijfer voor de kwaliteit van zorg en ondersteuning van 2,8 op een schaal van 3. Op een schaal van 10 zou dit de score 9 opleveren. De gemiddelde waarderingscijfers variëren over de locaties tussen 2,0 en 3. Van alle bevroegde cliënten geeft 85 % aan (zeer) tevreden te zijn met de zorg en ondersteuning; 1% geeft aan ontevreden te zijn. Dat betreft in dit geval 3 cliënten (van de 312) cliënten.

Perspectief cliëntvertegenwoordigers

Wat vinden cliëntvertegenwoordigers positief?

Als sterke punten worden genoemd:

- > Dat er een goede band is tussen begeleiders en cliënten.
- > Dat men (over het algemeen; er zijn locaties waar dit minder is – zie Kwaliteit-Verbeter-Kaarten) goed wordt geïnformeerd wanneer er iets bijzonders is met de cliënt.
- > Dat de woning een veilige plek is voor de cliënt.
- > Dat de begeleiding zorgzaam en vriendelijk is en hart heeft voor de zorg.
- > Dat de begeleiders aandacht hebben voor het emotioneel welzijn van de cliënten.

Wat vinden cliëntvertegenwoordigers voor verbetering vatbaar?

Minder hoog scorende indicatoren en vaker genoemde verbeteraspecten van zorg hebben bij cliëntvertegenwoordigers betrekking op:

- > (Individuele) tijd en aandacht van de begeleiders voor de cliënten.
- > Activiteiten buiten de woonomgeving (wandelen, winkelen, naar het dorp gaan).
- > Variatie in dagbestedingsactiviteiten en informatie over dagbestedingsactiviteiten.
- > Informatie over wat er te doen is aan activiteiten bij S&L Zorg waaraan cliënten en vertegenwoordigers samen kunnen deelnemen.
- > De stabiliteit van het begeleidend team.
- > (Medische) kennis bij begeleiders.
- > Aandacht voor lichamelijke verzorging en hygiëne.
- > De groepssamenstelling van cliënten.
- > Aandacht voor gezond eten en drinken en variatie in maaltijden.

Waarderingscijfer cliëntvertegenwoordigers

Cliëntvertegenwoordigers geven een gemiddeld rapportcijfer voor de kwaliteit van zorg en ondersteuning van 7,7. De rapportcijfers variëren over de locaties tussen 6,6 en 9,0.



Wat gaat S&L Zorg doen met de uitkomsten van het cliënttevredenheidsonderzoek?

Binnen de cliëntgroep en het team gaat men concreet aan de slag met de verbeterpunten. De teamleider neemt de verbeterpunten op in het jaarplan van de woning en laat het verbeterpunt gedurende het jaar terugkomen in het teamoverleg, zodoende wordt de voortgang bewaakt. De evaluaties leiden tot voortgangsverslagen (PDCA-cyclus). Deze verslagen zijn uiteindelijk de basis om te bepalen wat de vooruitgang is geweest van het verbeterpunt en/of het uiteindelijke doel behaald is. Gemeenschappelijke verbeterpunten van een cliëntgroep worden opgenomen in het jaarplan van de cliëntgroep.

“Elke donderdag ga ik altijd met vrijwilligster Lia naar de stad.”

VERHAAL

“Heel fijn wonen.”

De kussens liggen op de loungeset. Begeleidster Sandra van der Sloot en bewoner Arjan de Jongh gaan zitten. Hij begint direct: “Ik werk bij de WVS, op de snoepjesafdeling. Snoepen mogen we niet hoor, dat doe ik ook niet. We sorteren en verpakken alles. Als er bijvoorbeeld witte chocola door de bruine is gelopen, is het niet goed. Die haal ik er tussenuit. En de rijstwafels moeten in een doos. Zeven van de blauwe, zes van de rode en drie groene. En als er geen werk is, gaan we naar een andere afdeling. Anders zitten we ook maar stil”, vertelt Arjan.

“Ik ben Arjan tegengekomen op de voormalige locatie Vogelenzang. Toen die locatie ging sluiten, mocht ik kiezen en koos ik voor de Potgieterlaan. Dus Arjan en ik zijn hier samen heen gekomen. Ik ben na mijn opleiding begonnen met werken bij S&L Zorg. Tussendoor heb ik nog een paar kleine uitstapjes naar andere organisaties gemaakt, zoals Sovak. Maar ik wil niet meer weg, zou hier tot aan mijn pensioen willen blijven werken”, vertelt Sandra.

De woonlocatie aan de Potgieterlaan is een groot huis met een bijbehorende grote tuin. Dichtbij zijn winkels te vinden, zodat cliënten makkelijk zelf op pad kunnen voor een boodschap. Er woont een groep cliënten boven, en een groep cliënten beneden. Als het rustig is op de woning wordt er samen gegeten en opgetrokken. “We gaan met de woning naar de disco’s, en ik ga ook met een paar mensen naar de soos”, gaat Arjan verder. “En we hebben een eigen groentetuin”, vult Sandra aan. “Ja, daar in de bakken in de tuin. Tomaten, munt, aardbeien. Daar maken we soms salades van of soep.”

“Nu vergeten we Cilia bijna”, zegt Sandra als ze ook nog even op de kamer van Arjan gaan kijken. Hij heeft een grote verzameling legoblokjes, gekregen van zijn vader. Maar ook een uitgebreide DVD-collectie en boekjes. “Cilia is mijn vriendin. Zij woont op Sterrebos en om de week gaan we bij elkaar op de koffie. En met onze verjaardagen gaan we uit eten. Heel leuk”, rondt Arjan af.

> 6.3 Reflectie

Invulling geven aan het waarnemen en waarderen van cliëntervaringen, aan ervaringen van de geleverde zorg en ruimte bieden voor teamreflectie maken prominent deel uit van onze aandacht. We staan open voor verbetering. We willen onze cliënten uitdagen het beste uit hun eigen leven te halen. Wij willen medewerkers uitdagen om op nieuwsgierige, liefdevolle en betrokken wijze gezonde relaties aan te gaan met cliënten.

Een goed inzicht in onze sterke en zwakke punten, kansen en bedreigingen helpt ons bij het maken van keuzes voor de toekomst. Dit vraagt van ons dat we voortdurend reflecteren op kwaliteit van bestaan van cliënten, kwaliteit van zorg, kwaliteit van arbeid en kwaliteit van organisatie.

6.3.1 Reflectie collega's onderling

Reflectie binnen zorgteams

In het kalenderjaar 2017 is binnen zorgteams gereflecteerd op:

- > uitkomsten audits
- > (medicatie)veiligheid in het algemeen
- > uitkomsten cliënttevredenheidsonderzoek
- > uitkomsten medewerkerstevredenheidsonderzoek
- > samenwerking

Vanuit het uitgangspunt dat elk team in een verschillende ontwikkelingsfase kan zitten, zowel inhoudelijk op het gebied van kwaliteit van zorgverlening als procesmatig op het gebied van kwaliteit van reflectie en samenwerking, zijn de teams vrij gelaten in de vorm waarin ze op onderwerpen reflecteerden. In het driehoeksoverleg zorgmanager, teamleider en gedragsdeskundige is de kwaliteit van teamreflectie en de wijze waarop teamleider en gedragsdeskundige samen richting geven aan dit proces onderwerp van gesprek. In sommige situaties hebben deze driehoeksgesprekken geleid tot bijstellingen.

Op één van de locaties heeft een bijzonder project plaatsgevonden. Het betreft hier het project In dialoog. De voornaamste doelstelling van dit project was om een zorgcyclus neer te zetten die leidt tot efficiënte communicatie

over het zorgplan van cliënten, waarbij betrokkenen de juiste rol vervullen om tot realisatie van het zorgplan te komen.

Uit de evaluatie van het project bleek de toegevoegde waarde van het project:

1. Het werkt effectief om bij het spreken over cliënten en wat zij nodig hebben een strikt onderscheid aan te brengen tussen het wat en het hoe.
2. Het werkt om constant te oefenen met de rolvervulling; hoe nemen we als we het wat bepaald hebben ieder onze rol in het grotere team om verder met elkaar het hoe te verkennen. Hoe steunen we elkaar in het vervullen van onze rol? In 2018 gaan we binnen S&L Zorg verder met het onderwerp hoe ontwikkelen we met elkaar een goede rolverdeling en helpen we elkaar om de positie in te nemen?

Bijstellingen voor wat betreft het individuele zorgproces bestaan uit:

- > Implementatie van project In dialoog bij moeilijk verstaanbaar gedrag, waarbij een methodische zorgcyclus is ingevoerd en het effect hiervan is geëvalueerd.
- > Implementatie LACCS-visie en Meer Mens visie.
- > Nog te implementeren integraal veiligheidsmanagementsysteem gekoppeld aan ONS.

Bijstellingen voor wat betreft teamreflectie bestaan uit:

- > Het tijdelijk toevoegen van een coach aan het team met als doel het leren en veranderen in de praktijk te bevorderen.
- > Accentverschuivingen naar medewerkers in de vorm van bijvoorbeeld scholing of een verbetertraject.
- > Intervisiebijeenkomsten.
- > Voornemen om motiverende en oplossingsgerichte gespreksvoering organisatiebreed in te zetten.

In komend kalenderjaar gaan we nog gericht aan de slag met teamreflecties. Naast reflectie op een inhoudelijk thema dat relevant is voor dat team, gaan we ook reflecteren op de kwaliteit van reflectie.



Reflectie bij aandachtfunctionarissen (medicatie) veiligheid

Binnen teams worden PDCA-cirkels ingevuld aan de hand van een probleem dat men ervaart met betrekking tot veiligheid. Alle medewerkers worden gestimuleerd om een PDCA-cirkel in te vullen. Beschreven wordt in de PDCA-cirkel wat men gaat doen, wat men uitvoert. De check vindt plaats op: of uitvoering leidt tot een oplossing van het probleem. Zo ja, dan wordt bekeken hoe borging plaats kan vinden. Zo nee, dan volgt bijstelling van het plan. Aandachtfunctionarissen (medicatie)veiligheid hebben in de in mei gehouden evaluatie aangegeven dat het opstellen van de cirkels steeds beter verloopt door het oefenen met de cirkels. Het delen van de cirkels met elkaar verloopt ook steeds beter.

Uit de evaluatie van de rol van aandachtfunctionarissen (medicatie) veiligheid komen de volgende punten:

- > Het draagt bij tot effectiever werken aan risicomanagement.
- > Veiligheidsissues worden nu sneller opgelost.
- > Veiligheidsrisico's zijn steeds meer een vast onderwerp van het teamoverleg.
- > Men spreekt elkaar meer aan op onveilig gedrag.
- > Het verantwoordelijkheidsgevoel om te handelen is toegenomen.
- > Rondom het bespreekbaar maken van onveilige kwesties is een meer open cultuur ontstaan.
- > Binnen enkele woningen is er ervaring opgedaan om samen met cliënten te kijken naar veiligheidsissues.
- > De aandachtfunctionarissen Veiligheid hebben aangegeven dat evaluatiebijeenkomsten jaarlijks moeten plaatsvinden in aanwezigheid van de teamleiders, zodat het proces nog beter verankerd wordt.
- > De aandachtfunctionarissen Veiligheid voelen zich over het algemeen gesteund door hun teamleider.
- > Binnen alle woningen vindt een veiligheidsexpeditie plaats, die inhoudt dat een multidisciplinair samengestelde groep medewerkers een rondje door de woning loopt, hierbij kijkend vanuit veiligheidsoptiek.

Reflectie zorgcoördinatoren

Zorgcoördinatoren hebben in hun totale werkweek een beperkt aantal uren voor hun coördinatietaken. Veel van die taken worden op één kantoordag in

de week uitgevoerd. Het vervullen van de rol van zorgcoördinator kent daarom specifieke uitdagingen. In mei 2017 is de Zoco-klankbordgroep geformeerd. In de klankbordgroep zit namens elke cliëntgroep één zorgcoördinator. Deelnemers van de klankbordgroep verzamelen zelf actief acties en punten vanuit de verschillende cliëntgroepen, waarop reflectie moet plaatsvinden, al dan niet met anderen uit de organisatie.

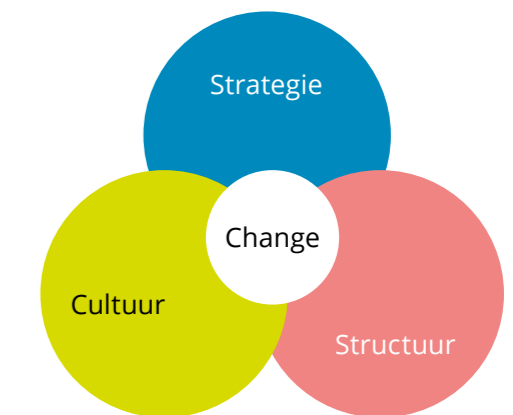
Reflectie met team Behandeling

De medewerkers van het team Behandeling hebben met elkaar nagedacht over hoe zij het primaire proces kunnen ondersteunen in het cliëntgericht werken.

Het team Behandeling heeft vervolgens een driedaagse opleiding motiverende en oplossingsgerichte gespreksvoering gevolgd en heeft hier veel nieuwe tools aangereikt gekregen om op een andere manier met medewerkers in gesprek te gaan. De ervaring is dat toepassing in de praktijk van de nieuwe inzichten leidt tot andere gesprekken. Een positief bijkomend effect van de toepassing van deze methodiek is ook dat er meer een 'wij en samen' ontstaat en dat behandelaars minder het gevoel hebben dat ze de kar trekken.

6.3.2 Reflectie team - cliëntgroep - organisatie

Vanuit het nieuwe strategische beleidsplan zijn we de organisatie aan het uitlijnen op de change: de gevolgen van deze nieuwe strategische uitgangspunten voor de gehele organisatie.



We zijn onlangs begonnen om gezamenlijk met de teamleiders een analyse op woning- cliëntgroep niveau te maken op de cultuur- en structuuraspecten in de verschillende teams om optimaal voorwaardelijk te voldoen aan de hernieuwde strategische uitgangspunten. Deze analyse hebben we net gemaakt en zal verder worden uitgewerkt en opgevolgd binnen de gehele organisatie.

6.3.3 Reflectie met verwanten

Elk jaar vindt er minimaal één zorgplanbespreking plaats, waarbij de cliënt, de wettelijk vertegenwoordiger en de zorgcoördinator aanwezig zijn. Daarnaast is er veelvuldig contact over de reguliere gang van zaken.

Verwantenavond

Eénmaal per jaar organiseert S&L Zorg een verwantenavond, bedoeld voor alle wettelijk vertegenwoordigers, maar ook voor andere verwanten van cliënten. Het hoofdthema van dit jaar was : Wie komt er voor mij op? We zijn ingegaan op het overdragen van de zorg van bijvoorbeeld ouders op andere familieleden, zoals broers en zussen en andere mogelijkheden zoals bewindvoering en mentorschap.

6.3.4 Medewerkerstevredenheidsonderzoek

In de zomerperiode van 2017 heeft er een medewerkerstevredenheidsonderzoek (MTO) plaatsgevonden. De opzet was gericht op het kunnen vergelijken met de meting uit 2013 en thema's te bevragen die relevant zijn voor ons toekomstig functioneren. Dit maakte dat we de beleving op de volgende onderwerpen hebben bevraagd: bevlogenheid, betrokkenheid, werkgever-schap en tevredenheid.

Op alle onderdelen was er sprake van een positieve score in vergelijking met 2013. Betrokkenheid en bevlogenheid scoren binnen S&L Zorg net zoals in de benchmark Gehandicaptenzorg een 7,8.

- > Bevlogenheid: 7,8
- > Betrokkenheid: 7,8

- > Tevredenheid: 7,0
- > Werkgeverschap: 6,9

Sterke punten

Trots zijn medewerkers op het feit dat we bij S&L Zorg de cliënt centraal stellen, maar ook trots op de eigen collega's en dat iedereen elkaars kwaliteiten goed benut en goed samenwerkt.

Verbeterpunten

Werkgeverschap en Tevredenheid scoren binnen S&L Zorg onder de benchmark. Medewerkers zien kansen tot verbetering op het gebied van werkdruk, interne communicatie en de waardering. Om deze reden zullen wij een werkgroep Arbeid gaan inrichten die met voorstellen zal komen om op deze laatste thema's verbetering aan te brengen.

Naast extern onderzoek naar medewerkerstevredenheid wordt intern continu onderzoek onder medewerkers gedaan. Dit ook mede op verzoek van medewerkers. In oktober heeft het eerste interne medewerkeronderzoek plaatsgevonden.

Het eerste rapport hierover levert de volgende conclusies op:

- > De resultaten van het uitgebreide externe onderzoek van juni 2017 en het bondige interne onderzoek blijken goed vergelijkbaar.
- > De trots en tevredenheid van medewerkers op/over hun eigen werk en organisatie stijgt in de loop der tijd.
- > De werkomstandigheden scoren beduidend lager dan andere facetten in de loop der tijd.
- > Binnen de cliëntgroep EVMB en VBMVG zijn medewerkers minder positief over de diverse facetten van hun werk dan gemiddeld bij S&L Zorg.

6.3.5 Vrijwilligersonderzoek

Ook de vrijwilligers van S&L Zorg hebben deelgenomen aan het onderzoek, maar dan met een aangepaste vragenlijst. En zij laten zien erg tevreden te zijn met S&L Zorg. Ze scoren zelfs hoger dan het landelijk gemiddelde. Zij zijn trots op hun vrijwilligerswerk en geven aan dat het werk hen energie geeft. Wel



zouden ze soms wat meer ideeën in willen kunnen brengen.

- > Bevlogenheid: 8,5
- > Betrokkenheid: 8,1
- > Tevredenheid: 8,0

6.3.6 Luisteren; gesprekken met meer dan 150 mensen

Het strategisch plan van S&L Zorg liep af in het kalenderjaar 2017. De nieuwe bestuurder van S&L Zorg, Marjolijne Lewis, is vanaf haar komst in februari 2017 eerst begonnen met luisteren om daarna stappen te kunnen zetten naar een goed strategisch plan. Ze bezocht alle teams en sprak verdeeld over 10 gespreksronden met 150 medewerkers, vrijwilligers en cliënten. Centraal stonden de vragen: wat zijn onze kernwaarden, wat doen we goed en wat kan beter?

De opbrengst van deze sessies is zeer waardevol en divers. Veel gedeelde thema's zijn: zorgzame zorg, diversiteit in cliëntgroepen, ervaren werkdruk, belang van passende dagbesteding en de manier waarop we met elkaar communiceren. Naast deze thema's is er ook gesproken over de eigenheid van S&L Zorg; waar staan we voor en waar gaan we voor? De gesprekken gaven veel inzichten voor het strategisch beleid en leverden de gekozen kernwaarden op.

Voor het gesprek met de cliënten had Marjolijne een echte directeurshoed meegenomen. Als je die hoed had, mocht je vertellen wat je zou doen als je één dag directeur was van S&L Zorg en wat zou je dan veranderen?

Vervolgens zijn alle betrokkenen van S&L Zorg uitgenodigd door Marjolijne Lewis om het strategisch plan te bespreken. In zijn totaliteit hebben zeven bijeenkomsten met een gemixte bezetting plaatsgevonden. Uit het verloop van de bijeenkomsten blijkt erkenning en herkenning van de thema's die we beschrijven en willen aanpakken. Uit de gesprekken blijkt ook hoe belangrijk en prettig het is om met elkaar in gesprek te komen. De deelnemers van de bijeenkomsten is gevraagd wat de belangrijkste opdracht van de bestuurder is.

Aangegeven is dat medewerkers groot belang hechten aan de gesprekken die de bestuurder met hen heeft. Daarnaast vinden medewerkers het belangrijk

dat de bestuurder zorg en aandacht heeft voor transparantie, duidelijkheid over taken en verantwoordelijkheden, trots zijn en dagbesteding.

Op 18 december hebben ook 40 cliënten met elkaar uitgewisseld hoe zij de kernwaarden ervaren. De cliënten vonden het verschrikkelijk leuk om hier met de raad van bestuur en met elkaar over te praten. De sfeer was open en er kwam van alles op tafel, uiteenlopend van zaken die dichtbij cliënten staan tot zaken die wat verder weg liggen.

Cliënten over de kernwaarde deskundig

Over de kernwaarde deskundig is aangegeven dat de verschillende ondersteunende diensten binnen S&L Zorg deskundig zijn en dat de hulpdiensten ook altijd klaar staan voor bewoners en cliënten ondersteund worden als ze het ergens moeilijk mee hebben.

Maar deskundig is ook op elkaar letten, elkaar helpen bij klusjes en in het huishouden of in het verkeer. Cliënten ervaren deskundigheid als er goed met de tijd wordt omgegaan, als er actie komt als het met iemand niet goed gaat en als ze kunnen genieten van een goed kerstdiner.

Cliënten over de kernwaarde uitdagend

Bij de kernwaarde uitdagend denken cliënten aan de vele leuke hobby's en de dingen die ze nog willen leren, zoals een mailtje sturen, een plakboek maken, met de tablet werken of leren lezen, schrijven en computeren. Cliënten denken ook aan meer zelfstandigheid, zoals bijvoorbeeld zelf leren wassen, strijken en opruimen of helemaal zelf met de taxi ergens naartoe gaan. De kernwaarde uitdagend doet ook denken aan elkaar uitdagen in de groep. Dit gebeurt weleens. Uitdagend is ook om even uit de dagelijkse sleur te zijn, een uitstapje maken, met de eigen vrijwilliger op pad, naar de scouting gaan, uit eten, naar familie gaan of met de bus weggaan. Of om 's avonds nog te sporten. Ergens zingen, autorijles nemen of een verjaardag vieren kan ook uitdagend zijn.

Cliënten over de kernwaarde vertrouwen

Bij de kernwaarde vertrouwen denken cliënten aan geloven in een ander, geen geheim doorvertellen behalve wanneer iemand heel erg verdrietig is, vertrouwen hebben in elkaar en in de afspraken die je met elkaar maakt. Vertrouwen is ook arm in arm lopen, geholpen worden of zelf helpen bij oversteken, niet

bemoeien met een ander. Vertrouwen is niet dat begeleiding met elkaar praat in de keuken en dat de keukendeur soms op slot gaat. Vertrouwen is niet roddelen.

Cliënten over de kernwaarde liefdevol

De kernwaarde liefdevol zien de cliënten terug in de zorg voor elkaar; een deur open maken, bij iemand gaan zitten, een arm om je heen, getroost worden, begrip tonen, om elkaar geven, complimenten geven en krijgen, naar elkaar luisteren, respect hebben voor elkaar, samen spelletjes doen en televisie kijken, geduldig omgaan met elkaar, elkaar helpen, vriendelijk zijn voor familie en medebewoners. Liefdevol is ook elkaar niet uitdagen en pesten.



Marjolijne Lewis krijgt een cadeau tijdens een gesprek met bewoners.

> 6.4 Beleid, inspanningen en prestaties

Meerjarenbeleid

Het meerjarenbeleid van S&L Zorg is vastgelegd in het Strategisch Beleidsplan 2018 t/m 2021 'Met elkaar zijn we S&L Zorg'. Meer over de missie, visie en kernwaarden is te lezen in hoofdstuk 3 van dit jaarverslag.

Algemeen beleid verslagjaar

In februari 2017 is de nieuwe bestuurder, Marjolijne Lewis, aangetreden bij S&L Zorg. Om tot een gedegen analyse van de organisatie en haar opgaven te

komen is er een proces ingericht waarbij alle betrokkenen bij S&L Zorg de gelegenheid hebben gekregen om input te leveren voor de nieuwe beleidsperiode. Meer over deze gesprekken is te in paragraaf 4.4 van dit jaarverslag.

6.4.1 Algemeen kwaliteitsbeleid

Uitgangspunten

De missie en uitgangspunten van S&L Zorg zijn samenvattend als volgt verwoord:

- > Alle mensen zijn gelijkwaardig, elk mens is uniek.
- > Iedereen heeft recht op een goed leven.
- > Samen zorgen we voor een goed leven voor mensen met een verstandelijke beperking.
- > Deze opgave vraagt om deskundig uitgevoerde zorg en ondersteuning, waarbij we vertrouwen geven en nemen in elkaars handelen, elke dag opnieuw op zoek gaan naar mogelijke verbetering van kwaliteit van leven en dat doen vanuit een liefdevolle, nieuwsgierige houding.

Hoe onderscheiden wij ons?

S&L Zorg onderscheidt zich van andere zorgorganisaties als volgt:

- > Kleine groepsgrootte: binnen S&L Zorg zijn er groepen van 5, 6 of 8 cliënten.
- > S&L Zorg doet het uiterste om veilige en kwalitatieve zorgverlening te bieden aan cliënten.
- > Korte lijnen en efficiënte werkprocessen.

6.4.2 Kwaliteitsbeleid ten aanzien van cliënten

Kwaliteit van zorg

Binnen S&L Zorg wordt met een auditjaarplan gewerkt, waarbij een beoordeling plaatsvindt van (deel) processen in de organisatie. Het auditprogramma voorziet in externe audits en interne audits. De audits richten zich op zowel subjectieve aspecten als hoe de kwaliteit van zorg ervaren wordt als op objectieve aspecten, zoals bijvoorbeeld de mate waarin protocollen en procedures worden nageleefd.

De gerealiseerde audits met uitkomsten in kalenderjaar 2017 zijn in beeld



gebracht en zijn daar waar van toepassing vergeleken met audituitkomsten van de voorafgaande periode. De samenvatting van het auditjaarprogramma is besproken in de commissie Kwaliteit en Veiligheid.

In paragraaf 6.3 van dit verslag wordt uitgebreid ingegaan op de reflectie en onderzoeken onder medewerkers en vrijwilligers. Daarmee wordt een beeld gegeven van hoe de kwaliteit van leven, de kwaliteit van zorg, de kwaliteit van arbeid en de kwaliteit van de organisatie beleefd en besproken worden.

Wensen auditprogramma 2018

N.a.v. het auditprogramma en de ingezette strategie om bottom-up tot keuzes te komen is aan een aantal teams gevraagd te inventariseren aan welke audits behoefte is in het primaire proces. De audit medicatieveiligheid is erg positief ontvangen. Men heeft hier veel van geleerd en ervaart verbetering in de praktijk.

Verder hecht men belang aan:

- > audits naar de personele bezetting (controle op rooster en openstaande diensten);
- > audits naar de mate waarin de cliënt centraal gesteld wordt;
- > audits naar medewerkerstevredenheid.

Klachten

S&L Zorg heeft samen met andere zorgaanbieders in de regio een aantal jaar geleden een regionale klachtencommissie in het leven geroepen. Deze commissie brengt jaarlijks verslag uit van haar activiteiten. In 2017 is er geen formele klacht ingediend. Er deden zich enkele malen wel zaken voor die tot een formele klacht hadden kunnen leiden als niet steeds voortvarend de communicatie over het ongenoegen gezocht werd met de betreffende cliëntvertegenwoordiger. S&L Zorg is met ingang van 1 januari 2017 aangesloten bij de landelijke geschillencommissie.

6.4.3 Financieel beleid

S&L Zorg streeft een eigen vermogen na van minimaal 25% van het exploitatie-budget. Deze norm wordt o.a. door banken als gewenste norm gehanteerd. De onzekerheden binnen de zorg zijn de afgelopen jaren steeds groter geworden,

hetgeen geregeld onderwerp van gesprek geweest is in de RvT en zich vertaalt in een grotere buffer. Door het positieve resultaat van 2017 stijgt het weerstandsvermogen tot 39,1%. Het kalenderjaar 2017 is afgesloten met een positief resultaat van € 1.719.587. De omzet bedraagt € 33.962.925. Door deze grotere buffer is S&L Zorg in staat schommelingen en risico's als gevolg van prijs- en concurrentiedruk op te vangen. Deze gezonde positie draagt er mede toe bij dat de focus primair gericht kan blijven op kwaliteitsverbetering en niet op bezuinigingen en/of zware ingrepen.

Financieringsbehoefte en kasstroom

Gelet op de in 2015 opgeleverde nieuw- en verbouw is er thans geen nieuwe financieringsbehoefte. De diverse kleine bouw- en onderhoudsaanpassingen kunnen uit de reguliere middelen bekostigd worden. De kasstroom kent dan ook een positief saldo. Dit is het gevolg van het gevoerde beleid om binnen de gestelde kaders en vergoedingen te opereren en geen onverantwoorde risico's aan te gaan.

Resultaatratio	Verslagjaar	Vorig jaar
Resultaatratio: Wlz-gefinancierde resultaten	5,1 %	1,8 %
Resultaatratio: niet Zwv- en niet-Wlz-gefinancierde resultaten	n.v.t.	n.v.t.

Liquiditeit	Verslagjaar	Vorig jaar
Liquiditeit	193,1 %	180,5 %

Solvabiliteit	Verslagjaar	Vorig jaar
Solvabiliteit (totaal eigen vermogen / balanstotaal)	25,8 %	22,5 %
Weerstandsvermogen (eigen vermogen / totaal opbrengsten)	39,1 %	34,9 %

VERHAAL

“We missen Kelly echt als ze er niet is.”

VERHAAL

“De dagen vliegen voorbij.”

Kelly Aarts is vrijwilliger bij de dagbestedingsgroepen Senso op Sterrebos. Kelly maakt regelmatig smoothies voor de cliënten, en ook vandaag staat de blender al klaar. Spannend.

“Eerst kregen de cliënten na het eten altijd een fruithapje, maar zo dicht op het eten werkt dat eigenlijk niet zo goed. Het is niet echt gezond om direct na het middageten fruit te eten en ook vinden sommige cliënten het niet lekker. De smoothies vinden ze vrijwel allemaal wel lekker en dit is ook makkelijker voor hen.” Zo vertelt Kelly terwijl ze het fruit snijdt en de smoothies bereidt.

Kelly werkt nu drie dagen in de week op de Senso-groepen op Sterrebos. “Ik weet nog dat de eerste dagen echt voorbij vlogen. Toen dacht ik nog: dat is omdat alles nieuw is. Maar een jaar later vliegen de dagen nog steeds voorbij, omdat het zo leuk is.” Niet alleen het werk, maar ook de doelgroep spreekt haar erg aan. “Ik vind het mooi om te zien hoe cliënten die niet kunnen praten met hun ogen, gebaren en lichaamstaal toch kunnen communiceren”, vertelt Kelly terwijl een cliënt nieuwsgierig komt kijken en even aan haar haar zit.

Om haar vrijwilligerswerk goed te kunnen doen, heeft Kelly ook gebruikgemaakt van het opleidingsaanbod van S&L Zorg. Ze heeft bijvoorbeeld de cursus ‘Verstikken en Verslikken’ gevolgd, zodat ze cliënten veilig kan helpen bij het eten en het drinken. “Deze cursus is voor mij wel echt een vereiste om op deze groep te kunnen werken. Veel van mijn werk is juist die ondersteuning bij het drinken of eten. Maar ik vind het voor mezelf ook gewoon heel prettig om te weten wat ik moet doen.”

Inmiddels zijn de smoothies klaar en gaan de cliënten aan tafel zitten. “We maken altijd echt een moment van het drinken van de smoothies. Dan blijft het voor iedereen overzichtelijk en het is ook rustiger voor de cliënten”, sluit Kelly af. Dat de smoothies lekker worden gevonden is duidelijk te zien. De bekers worden snel leeggedronken en er wordt zichtbaar genoten!



De nieuwe galerie KUNST&ZO werd feestelijk geopend.

Er is ontzettend veel gebeurd en bereikt in 2017. Alles vermelden in dit verslag is ondoenlijk, maar een paar positieve feiten m.b.t. de kwaliteit van zorg willen we hieronder toch kort vermelden.

Samenwerking op het gebied van palliatieve zorg

S&L Zorg is de samenwerking aangegaan met VPTZ, de stichting Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg West-Brabant & Tholen. In de laatste levensfase wordt er vaak gewaakt. Het is dan fijn dat er iemand bij je is. 'Er zijn' wordt vaak ingevuld door familie en vrienden, maar bij sommige cliënten is er geen of niet genoeg aanwezigheid van familie en vrienden. De stichting helpt dan met vrijwilligers om de juiste aanwezigheid en aandacht te bieden. De hulp wordt alleen geboden als de cliënt of verwanten dit zelf op prijs stellen.

Publicatie wetenschappelijk onderzoek

S&L Zorg neemt deel aan wetenschappelijke onderzoeken die vanuit de academische (onderdeel van Tranzo - Tilburg University) werkplaats worden gedaan. Het is de bedoeling dat deze onderzoeken worden ingezet om de zorg aan cliënten te verbeteren. Vorig jaar is o.a. door Karin de Geus (S&L Zorg) onderzoek gedaan naar regie op eigen leven voor de cliënten binnen S&L Zorg. Artikelen hierover zijn gepubliceerd in het tijd-

schrift OOP: Orthopedagogiek Onderzoek en Praktijk en het engelstalige tijdschrift: Journal of Intellectual & Developmental Disability.

Vernieuwing KUNST&ZO

In 2017 is de Kunstsjop in Bergen op Zoom verhuist en compleet vernieuwd verder gegaan onder de naam KUNST&ZO. Het is een atelier en winkel waar mensen met een verstandelijke beperking werken. Door de Kunstsjop te verhuizen naar zorgwijk Lambertijnenhof in de wijk Meilust kan S&L Zorg deze levendige wijk nog meer bieden. Ook is het voor meer cliënten mogelijk bij KUNST&ZO betrokken te zijn, omdat de bereikbaarheid verbetert en de nieuwe locatie direct gekoppeld is aan andere ateliers, zoals de kaarsenmakerij, die nu al gevestigd zijn op Lambertijnenhof.

Een bijzondere dag voor cliënten; Het leger in zorgwijk Lambertijnenhof

Op woensdag 21 juni 2017 werd Lambertijnenhof voor één dag omgetoverd tot een militaire basis. Instructeurs van de Landmacht, Luchtmacht, Marechaussee en Marine uit Soesterberg verzorgden voor onze cliënten een fantastische dag.

Deelname cliënten Sterrebos aan buurtpreventieteam Sterrebos

Cliënten in Roosendaal lopen vanaf dit jaar iedere dinsdag tussen 10.45 en 11.45 uur een rondje door de wijk als onderdeel van het buurtpreventieteam. De cliënten vinden het heel leuk om te doen en voelen zich erg verantwoordelijk voor hun taak. Tijdens de ronde letten onze cliënten op of mensen die niet thuis zijn wel de ramen en deuren gesloten hebben. Ook letten ze goed op of dat er bijvoorbeeld geen stoeptegels los liggen. Op deze manier integreren cliënten op een leuke manier in de wijk en de reacties uit de buurt zijn dan ook erg positief!



Het leger bezoekt Lambertijnenhof



Buurtpreventieteam van Sterrebos

Kijk voor meer informatie en mooie verhalen op onze website www.slzorg.nl.

