

Kwaliteits- rapport 2018



Postbus 5036
6130 PA Sittard
T 0800-7450745
E info@sgl-zorg.nl
www.sgl-zorg.nl

Voorwoord

Als nieuwe bestuurder van SGL heb ik de afgelopen maanden de tijd genomen om de organisatie te leren kennen. De beschreven ontwikkelingen in dit rapport zijn heel herkenbaar. Die zie ik namelijk terug in de hele organisatie en de mensen die ik tegenkom.

Ik heb veel gedreven medewerkers leren kennen die onze cliënten ondersteunen om het beste uit zichzelf te halen. Vrijwilligers die, door hun inzet, een hele mooie toegevoegde waarde zijn binnen onze dienstverlening. En cliënten die zich ontwikkelen en hun leven met hersenletsel optimaal vormgeven.

Kwaliteit zit wat mij betreft vooral in de beleving van cliënten, medewerkers en vrijwilligers. Enthousiaste, geïnspireerde en betrokken mensen bereiken samen het meeste en dat willen we als organisatie optimaal faciliteren. Ruimte geven om aandacht voor elkaar te hebben en elkaar te begrijpen. Dat is de basis voor een dienstverlening die als goed wordt ervaren. En daarop zijn onze speerpunten voor de komende tijd gebaseerd.

Wat betekent bijvoorbeeld **regelruimte** voor onze medewerkers? Hoe kunnen we dit zo vormgeven dat medewerkers werkelijk vanuit hun professionaliteit kunnen werken, de ruimte nemen en zich tegelijkertijd voldoende gefaciliteerd (blijven) voelen?

Mensgerichte zorg is een mooie kreet. Iedereen wil als 'mens' worden gezien en benaderd. Het is heel belangrijk om hier steeds weer bij stil te blijven staan. De waan van elke dag, gevuld met vele werkzaamheden, leidt ons soms af van datgene waar het werkelijk om gaat: aandacht voor elkaar en elkaar begrijpen.

En dan zijn er nog de uitdagingen van de moderne tijd. Er is op het gebied van **zorgtechnologie** veel mogelijk en deze kan onze cliënten en medewerkers goed ondersteunen bij alledaagse werkzaamheden. Wat pakken we als eerste op? Wat betekent dit voor de inrichting van onze locaties?

Kortom; er liggen mooie kansen om op te pakken voor ons allemaal en er blijft genoeg te verbeteren. Vanuit de goede basis die SGL heeft, gaan we die uitdagingen met veel vertrouwen tegemoet.

Graag wil ik iedereen bedanken die een bijdrage heeft geleverd aan dit mooie kwaliteitsrapport, in het bijzonder de deelnemers aan het interne beraad en de externe visitatie en de werkgroepleden.

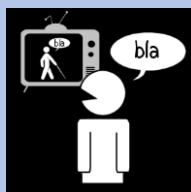
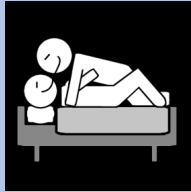
Ten slotte wens ik u veel leesplezier toe.

Lidy Evenhuis
Bestuurder

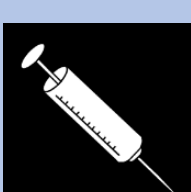
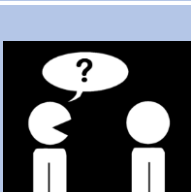
Inhoud

1	Samenvatting	4
2	Aanpak rapport, interne beraad en externe visitatie	10
3	Algemeen.....	11
3.1	Over SGL	11
4	Betere zorg	14
4.1	Mensgerichte zorg	14
4.1.1	Planetree	14
4.2	Innovatie en zorgtechnologie	15
4.3	Samenwerking met naasten	16
4.4	Intimiteit en seksualiteit.....	17
4.5	Ethische commissie	17
4.6	Palliatieve zorg	18
4.7	Hersenz	19
4.8	Vernieuwing in de dagbesteding	20
4.8.1	Dimenzie.....	20
4.9	Kwaliteit ondersteuningsplannen en methode hooi op je vork	21
4.10	Veilige zorg	22
4.10.1	Medicatieveiligheid	24
4.10.2	Vallen	25
4.10.3	Onbegrepen gedrag	26
4.10.4	Voorbehouden en risicovolle handelingen	27
4.11	Vrijheidsbeperking.....	28
4.12	Klachten.....	30
4.13	Interne audits.....	30
5	Clëntervaringen	32
5.1	'Dit vind ik ervan!' 2.0	32
5.2	Clënttevredenheidsonderzoek dagbesteding en begeleiding thuis.....	33
6	Medezeggenschap	35
6.1	Medezeggenschap cliënten	35
6.2	Medezeggenschap medewerkers	36
6.3	Medezeggenschap vrijwilligers	37
7	Professionele medewerkers	38
7.1	Zelforganisatie.....	38
7.2	Teamreflectie.....	38
7.3	Scholing en ontwikkeling	40
7.4	Medewerkersonderzoek.....	40
7.5	Arbeidsmarkt.....	41
8	Reflectie intern beraad.....	42
9	Externe visitatie.....	46
10	Conclusies, prioriteiten en aanpak doorontwikkeling	53
11	Overzicht gebruikte bronnen	54

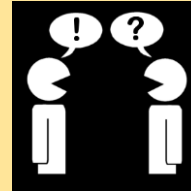
1 Samenvatting

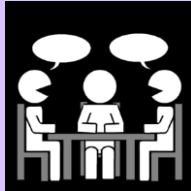
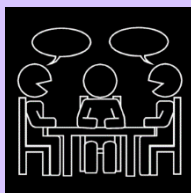
Algemeen	
	Over SGL ▪ Specialist op het vlak van hersenletsel. ▪ 305 cliënten die bij ons wonen, 1.105 cliënten die thuis of elders wonen en dagbesteding of begeleiding thuis ontvangen. ▪ Onze speerpunten zijn: warme, mensgerichte en passende zorg, eigen regie voor cliënt en medewerker, toename volledig pakket thuis, maatwerk. ▪ Onze diensten zijn gericht op een toename in vitaliteit, prettig wonen, meedoen in gezin en maatschappij, inzet van deskundigheid en expertise.
Betere zorg	
	Mensgerichte zorg ▪ In 2017 gestart met een traject met betrekking tot mensgericht werken. ▪ Focus op liefdevolle bejegening en oprechte aandacht voor de cliënt ▪ Omgaan met dilemma's die ontstaan door toenemende complexiteit van zorg en door nieuwe zorgvragen. ▪ Medewerkers de ruimte geven om te ontwikkelen.
	Planetree ▪ Kader voor mensgerichte zorg, dat helpt om mensgerichte zorg verder te borgen in de organisatie. ▪ In 2018 is gestart met focusgesprekken over mensgerichte zorg. Cliënten, naasten, vrijwilligers en medewerkers zijn hierbij betrokken geweest. ▪ In 2019 worden interne trainers opgeleid om medewerkers te scholen.
	Innovatie en zorgtechnologie ▪ SGL wil meer gebruik gaan maken van innovatieve zorgconcepten. ▪ Voorbeelden van innovatieve zorgconcepten zijn: programma's voor menen met dementie, programma's en behandeling voor jongeren (Hersenz Jong) en informele bijeenkomsten voor cliënten die begeleiding thuis ontvangen (BZW-café). Voor huisartsen is scholing ontwikkeld en een stroomschema over hersenletsel. ▪ In 2018 is beleid ontwikkeld om inzet van technologische hulpmiddelen te vergroten en zijn ambulante medewerkers gestart met beeldzorg.
	Samenwerking met naasten ▪ Het is belangrijk dat naasten van cliënten worden gehoord en dat zij worden ondersteund. ▪ Om dit te stimuleren is beleid ontwikkeld dat medewerkers handvatten biedt om de samenwerking tussen cliënt, medewerker en naasten te verbeteren. ▪ Op locatie worden bijeenkomsten georganiseerd waar naasten van mantelzorgers elkaar kunnen ontmoeten. ▪ In 2019 volgt er nog een symposium voor medewerkers.
	Intimiteit en seksualiteit ▪ We vinden het belangrijk dat medewerkers behoeften op het vlak van intimiteit en seksualiteit signaleren en bespreekbaar maken. ▪ Om medewerkers en cliënten te ondersteunen is een consulente seksuele gezondheid gestart. ▪ Om beleid en kennis te delen, is een symposium georganiseerd. ▪ Er zijn aandachtsfunctionarissen benoemd, die dit thema op de locaties verder vormgeven.

	Ethische commissie - In 2018 is aandacht besteed aan het zichtbaar maken van de ethische commissie, zodat medewerkers de commissie beter weten te vinden. - In het afgelopen jaar zijn negen casussen besproken binnen de commissie. - Thema's waren: onbegrepen gedrag, verslikgevaar, alcohol en drugs, huiselijk geweld en eigen regie versus verantwoordelijkheid van SGL. - Komend jaar richt de commissie zich op het bespreken van casuïstiek op locatie, in de vorm van moreel beraad of teamreflectie.
	Palliatieve zorg - We vinden dat iedereen moet kunnen sterven op de plek die hij of zij wenst en dat de laatste levensfase wordt ingevuld op een manier die past bij de persoon. - Medewerkers weten echter nog niet altijd goed wanneer een palliatieve fase ingaat. - Om het bewustzijn en kennis te vergroten zijn aandachtsfunctionarissen benoemd die locaties ondersteunen om palliatieve zorg op locatie verder vorm te geven. - Ook is het visiedocument aangescherpt en heeft er scholing plaatsgevonden.
	Hersenz - Hersenz is een behandelmethode die in een landelijk samenwerkingsverband is ontwikkeld. De behandeling is wetenschappelijk getoetst. Behandelaren worden continu geschoold, onder andere in de Yucelmethode. - Er zijn modules voor cliënten en modules voor partners van cliënten. - In 2018 is er een behandelprogramma gestart voor jongeren en jongvolwassenen en een module voor ouders. - Reacties op de behandeling zijn positief.
	Vernieuwing in de dagbesteding - We zijn nog volop bezig met de inhoudelijke vernieuwing van programma's. Op alle ontwikkelijnen worden programma's geïmplementeerd. - Komend jaar vindt besluitvorming plaats over de personele inzet. Insteek is dat iedereen op basis van talenten en kwaliteiten aan de slag gaat als regisseur, trainer of generalistisch begeleider.
	Dimenzie - Vitale mensen met dementie, hebben grotendeels dezelfde structuur- en ondersteuningsbehoefte als mensen met hersenletsel. - Om het aanbod goed aan te laten sluiten bij deze doelgroep, is het concept Dimenzie ontwikkeld, in samenwerking met Alzheimer Centrum Limburg. - Dimenzie bestaat uit een aantal modules. In het rapport zijn deze schematisch weergegeven. Nog niet alle modules worden al daadwerkelijk aangeboden. In 2019 wordt onderzocht of het mogelijk is om ook de andere modules aan te bieden.
	Kwaliteit ondersteuningsplannen en methode 'Hooi op je vork' - Medewerkers werken met de methodiek 'Hooi op je vork', die speciaal is ontwikkeld voor mensen met hersenletsel. - De methodiek is nog niet goed geborgd. Medewerkers vinden het soms moeilijk om het gesprek aan te gaan, ervaren tijdsdruk, hebben moeite met methodisch werken in het zorgplansysteem of zien het belang niet. Ondersteuningsplannen zijn hierdoor niet altijd (volledig) actueel. - Ingezette verbeteracties hebben wel geleid tot verbetering. Het aantal ondersteuningsplannen dat niet actueel is neemt af.
	Veilige zorg - Een veilige omgeving is cruciaal voor onze cliënten, medewerkers en vrijwilligers. - Er worden diverse acties ingezet om een veilige omgeving te bevorderen, zoals ontruimingsoefeningen, e-learning, toetsing, leren van incidenten en calamiteitenonderzoek. - In het afgelopen jaar zijn 962 incidentmeldingen ingediend. - Geen enkel incident was ernstig genoeg om te melden aan de Inspectie-organen. Er zijn vijf prisma-analyses uitgevoerd die tot verbetermaatregelen hebben geleid.

	Medicatieveiligheid - Om medicatieveiligheid te bevorderen vindt monitoring en verbetering van medicatie-incidenten plaats. Dit heeft geleid tot afname van het aantal incidenten in de woonlocaties. - De medicatiecommissie heeft dit jaar aandacht besteed aan verantwoordelijkheden binnen woon- en dagbestedingslocaties en het beleid met betrekking tot medicatie is herzien. - Medewerkers volgen praktijkopleiding en e-learning op het vlak van medicatie. - In één van de woonlocaties tekent men al digitaal af. Hierdoor hebben medewerkers meer zicht op correcte verstrekking. Verdere uitrol in 2020.
	Vallen - Valrisico's worden vastgelegd in het ondersteuningsplan van de cliënt en naar aanleiding hiervan worden afspraken gemaakt. - In het afgelopen jaar is de oorzaak van valincidenten onderzocht. Oorzaken zijn: geen hulp inschakelen bij transfers, lichamelijke achteruitgang, psychische problemen en eigen regie.
	Onbegrepen gedrag - In 2018 zijn 417 agressiemeldingen ingediend. Dit is vergelijkbaar met 2017. - Hersenletsel kan afwijkend of onvoorspelbaar gedrag tot gevolg hebben. Het is belangrijk dat medewerkers situaties goed in kunnen schatten en gedrag kunnen begrijpen om de juiste acties te bepalen. - Teams worden ondersteund door een sociaal psychisch verpleegkundige. In het afgelopen jaar is de vraag naar handvatten toegenomen. - Daarnaast zijn SGL breed verbetermaatregelen getroffen, zoals het formeren van een werkgroep psychosociaal gedrag waarin casuïstiek wordt besproken. In 2019 wordt scholing georganiseerd op het vlak van weerbaarheid.
	Voorbehouden en risicovolle handelingen - In 2018 is gestart met het instructie en toetsing van risicovolle transferhandelingen, omdat het foutief gebruik van tilhulpmiddelen risico's kan veroorzaken. - Toetsingen op voorbehouden en risicovolle handelingen wordt vanaf 2018 regionaal aangeboden. In elke regio zijn minimaal twee gedelegeerde toetsers aangesteld. - Vanaf 2019 registreren we toetsing en e-learning in het leermanagementsysteem (LMS). - In 2018 is het beleid, samen met de gedelegeerde toetsers, geactualiseerd.
	Vrijheidsbeperking - Binnen SGL worden geen vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast zoals bedoeld in de Wet BOPZ. - Maatregelen die worden toegepast, worden altijd in overleg en met toestemming van de cliënt toegepast en geregistreerd in het ondersteuningsplan. - De meest voorkomende maatregelen zijn 'bedrekken omhoog' en 'gordel in rolstoel om'. In hoofdstuk 4 is te zien welke maatregelen zijn toegepast. - In 2019 kijken we vooruit naar de nieuwe Wet Zorg en Dwang, zodat we daar op een passende manier invulling aan kunnen geven.
	Klachten - We vinden dat cliënten makkelijk en veilig hun eventuele onvrede kenbaar moeten kunnen maken. Ons beleid is erop gericht dat klachten zoveel mogelijk op de werkvloer bespreekbaar moeten zijn en opgelost moeten worden. - Cliënten kunnen gebruik maken van een onafhankelijke klachtenfunctionaris of de klachtencommissie. De klachtenfunctionaris probeert door middel van mediation problemen op te lossen. - In het afgelopen jaar zijn zes klachten ingediend bij de klachtencommissie.
	Interne audits - Twee keer per jaar vinden interne audits plaats. Dit jaar zijn de procedure 'Inwerken nieuwe medewerkers' en het 'Verzuimprotocol' geaudit. - Naar aanleiding van de uitkomsten zijn tips, tops en verbeterpunten benoemd. - Naar aanleiding van de verbeterpunten is een nieuwe procedure 'Inwerken nieuwe medewerkers' en een nieuw 'Inwerkprotocol' opgesteld en is een takenprofiel ontwikkeld voor de rol van mentor (degene die nieuwe medewerkers begeleidt op locatie). Ook zijn er werkafspraken gemaakt met WerkVitaal en worden er trainingen georganiseerd voor teamleiders cliëntenzorg.

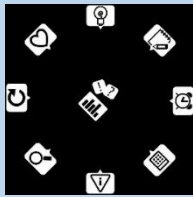
	Inspirerende films - De film 'Beleef een topavond!' is een voorbeeld van medewerkers en vrijwilligers die 'buiten de lijntjes kleuren' in het kader van mensgerichte zorg. - De film 'Trots op mijn kookkunsten' laat zien hoe training van vaardigheden kan bijdragen aan een grotere zelfstandigheid en trots gevoel. - De film 'Beeldzorg: hoe doen we dat bij SGL?' laat zien hoe medewerkers begeleiding thuis werken met beeldzorg. - De film over cliënt Hans gaat over het belang van het aangaan van een dialoog met cliënten en hun naasten en 'elkaar leren begrijpen'.
---	--

Cliëntervaringen	
	'Dit vind ik ervan!' 2.0 - SGL maakt gebruik van de methode 'Dit vind ik ervan!' 2.0, omdat we vinden dat de methode goed aansluit bij onze visie. - Ervaringen worden jaarlijks besproken en verwerkt in het ondersteuningsplan. Elke drie jaar worden resultaten weergegeven in een rapport. - Uit de resultaten blijkt dat cliënten tevreden zijn over de ondersteuning die ze van SGL ontvangen en dat ze tevreden zijn over het wonen. - Uit de resultaten blijkt ook dat cliënten soms moeite hebben met acceptatie van beperkingen en soms gevoelens van verlies en verdriet ervaren. - Uitkomsten vormen input voor het meerjarenbeleid.
	Cliënttevredenheid dagbesteding en begeleiding thuis - Voor dagbesteding en begeleiding thuis is in 2018 een vragenlijst ontwikkeld en ingebouwd in Pluriform. - Net als bij 'Dit vind ik ervan!' 2.0 worden ervaringen jaarlijks besproken, dit is gekoppeld aan de zorgplancycclus. - Teamleiders cliëntenzorg bespreken resultaten met het team en met de lokale cliëntenraden, om zo tot verbeteracties te komen. - In totaal zijn in 2018 772 vragenlijsten ingevuld. Dagbesteding scoort gemiddeld een 8.9 en begeleiding thuis een 9.

Medezeggenschap	
	Medezeggenschap cliënten - Onze Cliëntenraad (CCR) heeft regelmatig overleg met diverse mensen in de organisatie en brengt gevraagd en ongevraagd advies uit. - In het afgelopen jaar heeft de cliëntenraad 7x gevraagd advies gegeven, en 6x ongevraagd. In alle gevallen is positief geadviseerd. - Thema's waarover is geadviseerd hadden onder andere betrekking op invoering van de nieuwe visie op dagbesteding, vervoer van cliënten met SGL-bussen en de begroting voor 2019. - Elke locatie heeft ook een vorm van medezeggenschap, in de vorm van een lokale cliëntenraad, cliëntenraadpleging of bewonersoverleg.
	Medezeggenschap medewerkers - De Ondernemingsraad (OR) betreft zijn achterban door contactpersonen actief te informeren over wat er bij de OR speelt. Deze contactpersonen bespreken de informatie maandelijks in de teams. Medewerkers worden ook geïnformeerd via intranet en een eigen Facebookpagina. - De OR sluit aan bij regionale OR-platvorm overleggen en is nauw betrokken bij het platformoverleg van Stand-By! - De OR heeft geadviseerd over diverse thema's, zoals het meerjarenbeleid, het opleidingsplan, mensgerichte zorg.
	Medezeggenschap vrijwilligers - SGL heeft 386 vrijwilligers, die ondersteunen in onze dienstverlening. - Om belangen van vrijwilligers te behartigen, is een Vrijwilligersraad (VR) actief. - Net als de andere medezeggenschapsorganen, wordt de raad meegenomen in ontwikkelingen die voor vrijwilligers van belang zijn en nemen leden van de raad deel aan pilots en werkgroepen die voor hen relevant zijn. - In het afgelopen jaar is met behulp van de VR gerealiseerd dat er op locaties tijd is vrijgemaakt voor het begeleiden van vrijwilligers en dat er budget is voor teamactiviteiten met vrijwilligers van de locatie. - In 2019 wil de VR haar bekendheid verder vergroten en ervaringen van vrijwilligers ophalen.

Professionele medewerkers	
	Zelforganisatie - SGL vindt dat medewerkers eigen regie en regelvermogen moeten hebben, zodat snel en adequaat ingespeeld kan worden op ondersteuningsvragen van cliënten. - Om medewerkers meer eigen regie te geven ten aanzien van werktijden, is in dat kader een pilot zelfroosteren uitgevoerd. In 2019 wordt zelfroosteren verder geïmplementeerd.
	Teamreflectie - Reflecteren is een continu proces dat op diverse momenten gebeurt, bijvoorbeeld naar aanleiding van incidenten, uitkomsten van tevredenheidsonderzoeken, interview of teamreflectie. - In 2018 zijn per team (woonlocaties) drie teamreflecties uitgevoerd. Teams waren hier erg positief over. - Er is gereflecteerd op de volgende thema's: veilige zorg (8x), kwaliteit van bestaan (3x), samenwerking binnen het team (8x) en eigen thema's, zoals mensgerichte zorg (3x). - Per thema zijn tips en tops benoemd.
	Scholing en ontwikkeling - Medewerkers hebben veel mogelijkheden om zich verder te bekwamen en te ontwikkelen. - Trainingen en scholingen worden steeds meer op vraag aangeboden. - Deze worden opgenomen in een leermanagementsysteem, zodat medewerkers directer inzicht hebben in het aanbod en in registraties. - In toenemende mate wordt gewerkt met toolkits, om gerichte informatie aan te bieden. - Er wordt gewerkt aan het verder ontwikkelen van maatwerkoplossingen.
	Medewerkersonderzoek - In 2018 zijn de resultaten van het medewerkersonderzoek in alle teams besproken. Daarbij is de nadruk gelegd op zaken die het team zelf kon beïnvloeden. We merken dat teams hierdoor bewuster aan de slag gaan. - Terugkerende thema's zijn onder andere de behoefte aan scholing en coaching op inhoud, duurzame inzetbaarheid, werkdruk en communicatie.
	Arbeidsmarkt - Ook SGL heeft te maken met krapte op de arbeidsmarkt. - Hierop anticiperend hebben we in 2018 het aantal leerafdelingen verder uitgebreid. - In 2018 is een samenwerkingsverband met Randstad aangegaan om 10 extra leerlingen op te leiden in een verkort traject. - In 2019 beschikken alle regio's over leerafdelingen. Daarnaast worden ROC's benaderd om extra opleidingsmogelijkheden te bespreken. - In 2019 wordt een arbeidsmarktstrategie ontwikkeld voor de werving van nieuwe medewerkers.

Bevindingen



Intern beraad en externe visitatie

- Bij het interne beraad is een vertegenwoordiging van mensen van de eigen organisatie betrokken geweest, zoals directie, managers, teamleiders cliëntenzorg en medewerkers. Cliëntenraad, Vrijwilligersraad, Ondernemingsraad en Raad van toezicht waren ook vertegenwoordigd.
- Bij de externe visitatie waren mensen van andere organisaties bij ons te gast. Betrokken organisaties waren: Planetree, Estinea, Zuyd Hogeschool, Platform Mantelzorg Limburg, Ad Eight, Mosae Zorggroep en Leeuwenborgh.
- Beide bijeenkomsten hebben tips en tops opgeleverd met betrekking tot betere zorg, cliëntervaringen, medezeggenschap en professionele medewerkers.



Conclusies en verdere aanpak

- Tops:
 - De 'kleur' van SGL is warm en mensgericht. Iedere cliënt mag er zijn en er is een hoge cliënttevredenheid.
 - Medezeggenschap binnen SGL is goed geregeld in alle lagen van de organisatie.
 - Medewerkers zijn gemotiveerd om zich te ontwikkelen en om de samenwerking met collega's, cliënten en naasten te versterken.
- Tips:
 - Missie, visie en strategische doelstellingen van SGL concreter maken.
 - Meer focus aanbrengen, onder andere op het vlak van mensgerichte zorg, samenwerking met naasten en de toepassing van zorgtechnologie.
 - De verbetercyclus (Plan Do Check Act) duidelijker laten zien in al haar activiteiten en projecten.
 - Het scholingsaanbod effectiever organiseren, meer vraag gestuurd en ervaringsgericht.
- Verdere aanpak:
 - Om meer focus te gaan krijgen gaan we ons nadrukkelijk richten op een paar thema's uit het meerjarenbeleid.
 - Thema's zijn mensgerichte zorg, zelforganisatie en dienend leiderschap, zorgtechnologie (inzet op locatie en digi-vaardigheden van medewerkers) en marktgerichter worden, waarbij arbeidsmarktproblematiek een belangrijk issue is.
 - Tot slot: er zijn genoeg thema's die op ons pad komen. Focus houden en keuzes maken is onze grootste uitdaging.

2 Aanpak rapport, interne beraad en externe visitatie

Dit kwaliteitsrapport is samengesteld door een werkgroep, met daarin een vertegenwoordiging van verschillende disciplines, waaronder de centrale cliëntenraad (CCR). Als bronnen hebben we diverse rapporten en documenten geraadpleegd.

Interne beraad

We hebben het interne beraad over dit kwaliteitsrapport breed georganiseerd met een afvaardiging van de Ondernemingsraad, Centrale cliëntenraad, Vrijwilligersraad, Raad van toezicht, directie, management en werkgroepleden. Deze bijeenkomsten hebben we georganiseerd om gezamenlijk te reflecteren over wat er goed gaat en wat er verbeterd zou moeten worden. De uitkomsten zijn toegevoegd in hoofdstuk 8 van dit rapport.

Externe visitatie

Het thema voor de externe visitatie was: 'horen, zien en voelen'. De nadruk lag op wat de cliëntervaringen zijn op het vlak van eigen regie. Voor de samenstelling van de visitatiecommissie hebben we mensen vanuit verschillende belangrijke invalshoeken benaderd, te weten: Planetree, Estinea, Zuyd Hogeschool, Platform Mantelzorg Limburg, Ad Eight, Mosae Zorggroep en Leeuwenborgh.

We hebben ervoor gekozen om de visitatiecommissie te verdelen in drie groepen. Elke groep kreeg een rondleiding door cliënten en medewerkers in een van de locaties van SGL (in totaal werden twee woonlocaties en één dagbestedingslocatie bezocht). Daarna lunchte de commissie met cliënten en vond er een huiskamergesprek plaats. Onderwerp voor dit gesprek was eigen regie, onder andere in relatie tot de vragen en uitkomsten over cliënttevredenheid, de ondersteuningsplannen, mensgerichte zorg, palliatieve zorg en de inzet van zorgtechnologie in het zorgproces.

De visitatiecommissie bracht aansluitend een advies uit in een terugkoppeling met directie, managers en teamleiders cliëntenzorg van de betreffende locaties, een afvaardiging van de CCR, OR en VR en beleidsadviseurs HRM en beleid & ontwikkeling. De uitkomsten zijn weergegeven in hoofdstuk 9 van dit rapport.

3 Algemeen

3.1 Over SGL



Voor mensen met hersenletsel (of een -aandoening) is (toekomst)perspectief en daar op je eigen manier invulling aan kunnen geven belangrijk. Dat betekent dat ze zich kunnen ontwikkelen, hun zelfstandigheid behouden en midden in het leven staan. Juist daarbij ondersteunen we de cliënt en zijn naasten. We weten wat elke cliënt in beweging brengt en ondersteunen onze cliënt op een manier die bij hem past. Wij vinden het daarbij vanzelfsprekend dat onze medewerkers van nature betrokken zijn en dat er sprake is van wederzijdse inspiratie tussen medewerkers en cliënten. Samen bereiken we doelstellingen, maken we ambities en dromen waar en geven we de toekomst maximaal vorm.

De medewerkers en vrijwilligers van SGL werken daarbij vanuit de volgende kernwaarden:

Sta **dichtbij**, ben betrokken.

Ga **geïnspireerd** te werk.

Laat **verantwoordelijkheden** zien.

Wij zijn specialist op het gebied van hersenletsel (of een -aandoening) en richten ons primair op mensen met hersenletsel in de Wmo en Wlz. Hieronder vallen ook vitale mensen met beginnende dementie. Daarnaast richten we ons op de zwaardere doelgroepen van cliënten in de Wlz (cliënten met complexe fysieke en/of cognitieve beperkingen, aan wie wij intensieve of onplanbare zorg leveren). Ter verduidelijking: in dit kwaliteitsrapport beschrijven we, vanuit onze expertise, onze doelgroep verder als 'mensen met hersenletsel'.

We hadden eind 2018 305 cliënten in zorg die bij ons wonen (intramuraal) en 1.105 cliënten die thuis of bij een andere zorgorganisatie wonen en via ons dagbesteding of begeleiding thuis ontvangen (extramuraal). Daarnaast volgden 56 cliënten de behandeling Hersenz of afasie. Afgelopen jaar hebben 70 cliënten deelgenomen aan Dimenzie.

Speerpunten

Als organisatie hebben we de ambitie dat onze cliënten hun leven met hersenletsel optimaal kunnen vormgeven. Dat betekent dat we daarop onze diensten inrichten, maar ook onze organisatie. Iedere cliënt is anders. Met zijn eigen behoeftes en kenmerken. Aandacht hebben voor elkaar en elkaar (leren) begrijpen is essentieel voor een goede dienstverlening.

We stellen de mens centraal. Warme, mensgerichte en passende zorg zijn daarbij onze sleutelwoorden. We gaan daarbij verder dan alleen een focus op de cliënt. Wij zijn ervan overtuigd dat cliënten nog beter kunnen functioneren als naasten en het netwerk rondom de cliënt optimaal betrokken zijn bij het proces. Ook daarop richten we ons de komende periode.

We vinden het belangrijk dat medewerkers en cliënten samen het proces rondom de cliënt inrichten. Onze cliënten moeten ervaren dat zij op hun eigen manier hun leven vormgeven. Samen bepalen we de koers, waarbij de cliënt bepaalt wat hij of zij uiteindelijk wil. Een speerpunt is dat we de regie nog meer willen neerleggen bij de cliënt en de medewerker.

We bieden maatwerk in wonen. Daarom hebben wij onze dienstverlening uitgebreid met 'volledig pakket thuis' (VPT). Dit betekent dat cliënten in de directe nabijheid van een van onze woonbegeleidingscentra kunnen wonen, op basis van 24 uurszorg. Ook vinden we de keuzevrijheid van cliënten met betrekking tot het aanbod van dagbesteding belangrijk. We werken dan ook nauw samen met zorgboerderijen en arbeidsmatige projecten van andere organisaties, zodat ook hier maatwerk kan worden geboden.

We willen dat meer mensen weten dat we specialist zijn op het gebied van hersenletsel. Te vaak nog zien we dat mensen met hersenletsel, door onwetendheid over de mogelijkheden, niet de juiste ondersteuning krijgen. En we gunnen het mensen met hersenletsel juist om te kunnen ervaren dat ze echt verder kunnen komen en meer uit het leven kunnen halen door gebruik te maken van onze dienstverlening. We werken dus hard aan onze bekendheid bij voornamelijk verwijzers, maar ook bij potentiële cliënten en hun naasten.

Diensten

Onze dienstverlening is steeds in ontwikkeling, zodat deze goed blijft aansluiten op de behoeftes van onze cliënten. Wat cliënten belangrijk vinden om te bereiken en hoe we daarop inspelen hebben we onderstaand beschreven:

'ik wil vitaal zijn en me goed voelen'

Ondersteuning in lichamelijke en geestelijke gezondheid en preventie vormen een gezonde basis voor mensen om zich goed te kunnen voelen. Wij bieden onze cliënten onder andere behandelingen op het gebied van hersenletsel en afasie en psychologische ondersteuning, maar ook ondersteuning op het gebied van persoonlijke verzorging, gezonde leefstijl en sporten. Ook organiseren we bijvoorbeeld mantelzorgbijeenkomsten en preventieve diensten als valpreventie.

'ik wil (thuis) wonen'

(Thuis) prettig wonen en leven zijn behoeftes die iedereen heeft. Zekerheid, veiligheid en mobiliteit spelen een belangrijke rol. Ook hierin bieden we begeleiding. Denk aan individuele begeleiding en behandeling thuis of trainingen en cursussen op praktische gebieden als budgetbeheer en het runnen van het huishouden. Mensen die niet zelfstandig thuis kunnen wonen, vinden een thuis in een van onze woonbegeleidingscentra. Ook logeren, waarbij de mantelzorger tijdelijk wordt ontzien, behoort tot de mogelijkheden.

'ik wil meedoen'

Meedoen (in je eigen gezin en) in de maatschappij; op je eigen manier, met daarbij behorende sociale contacten en mogelijkheden om het beste uit jezelf te halen. Dat is wat we onze cliënten gunnen met onder andere passende activiteiten en werkzaamheden, het werken aan sociale vaardigheden en contacten, lotgenotencontact, maar ook met diverse cursussen. We werken met programma's waarbij mensen oefenen in het behouden van vaardigheden. Daarnaast bieden we trainingen om vaardigheden te verbeteren of nieuwe vaardigheden aan te leren.

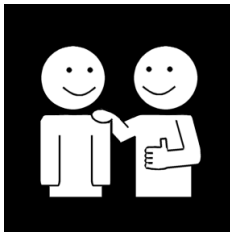
De film ['Trots op mijn kookkunsten'](#) laat zien hoe training van vaardigheden kan bijdragen aan een grotere zelfstandigheid en trots gevoel.

'ik wil een expert'

Voor verwijzers zijn wij de expert op het gebied van hersenletsel en een solide partner. Cliënten die worden verwezen zijn bij ons in goede handen. Informatievoorziening en kennis delen zijn belangrijke elementen om het partnerschap tussen SGL en andere professionals optimaal vorm te geven. Wij bieden scholingen en wisselen expertise uit, we nemen deel aan ketens en fungeren als vraagbaak op het gebied van hersenletsel. Wij zoeken tevens actief de samenwerking op het gebied van innovatie op.

4 Betere zorg

4.1 Mensgerichte zorg



We verwachten van alle medewerkers en vrijwilligers een liefdevolle bejegening van en oprechte aandacht voor de cliënt. Wie is hij? Wie was hij? En wat wil hij nog ontwikkelen? Elke dag is gericht op het aangaan van de dialoog en samenwerking tussen cliënten, naasten, medewerkers en vrijwilligers. De insteek is dat iedereen elke dag bij SGL kan ervaren als een topdag!

We stimuleren onze medewerkers om mensgericht te werken. Het is de uitdaging om de dingen die goed gaan en de dingen die beter kunnen uit te lichten en er samen van te leren. Een nog grotere uitdaging is het om iedereen te doordringen van de keuzes die onze organisatie maakt om op mensgerichte wijze te kunnen werken en hoe deze met elkaar verbonden zijn. Dat is essentieel om de juiste ondersteuning te kunnen bieden.

Dilemma's die we daarbij tegenkomen zijn onder andere de toenemende complexiteit van zorg en nieuwe zorgvragen. Dat zorgt voor uitdagingen in de ondersteuning op het vlak van tijd en beschikbare kennis en expertise. Interne innovatie is nodig.

In 2017 zijn we gestart met een traject rondom mensgericht werken. Het traject is begonnen met een inspiratiebijeenkomst voor medewerkers, waarin zij gestimuleerd werden om 'buiten de lijntjes te mogen kleuren' met betrekking tot het thema warme zorg. Het doel van deze bijeenkomst was brainstormen over warme zorg, loslaten van regels die belemmerend werken en ruimte geven aan de professionals om de juiste dingen te doen. Dit heeft geresulteerd in leuke initiatieven buiten de reguliere zorgverlening, zoals het organiseren van ontmoetingsavonden. Karin Hoven (medewerkster) vertelt er in [dit filmpje](#) meer over.

4.1.1 Planetree



In het concept Planetree hebben we een kader gevonden om het mensgericht werken verder vorm te geven voor SGL. Voor dit concept hebben we in 2018, in overleg met de Centrale cliëntenraad, gekozen. Planetree stelt de mens centraal en biedt een integrale visie op mensgerichte zorg.

Planetree werkt met twaalf bouwstenen die er samen voor zorgen dat mensgerichte zorg in alle lagen van de organisatie te realiseren is. Met Planetree hebben we aandacht voor betere zorg, een helende omgeving en een gezonde organisatie. In 2019 implementeren we Planetree voor onze dienstverlening op het gebied van wonen.

Binnen Planetree staan drie vragen centraal:

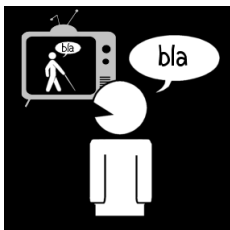
- Is de cliënt goed geholpen en waar blijkt dat uit?
- Doen we als medewerkers wat de moeite waard is en waaruit blijkt dat?
- Zijn we als organisatie beter geworden?

In het najaar van 2018 zijn focusgesprekken gevoerd met cliënten, naasten, medewerkers en vrijwilligers over mensgerichte zorg (Planetree). Hieruit zijn verbeteringen naar voren gekomen op het vlak van liefdevolle bejegening richting cliënten, naasten, medewerkers en vrijwilligers.

We vinden het belangrijk dat onze medewerkers de juiste scholing krijgen en goed toegerust zijn om hun functie te vervullen. We willen cliënten en naasten actief betrekken bij onze dienstverlening. Medewerkers en cliënten vormen een partnerschap. Maar dat geldt ook voor onze medewerkers in de ondersteunende diensten. Zij hebben een belangrijke taak in de facilitering van medewerkers die bij de directe zorg betrokken zijn.

De scholing start in 2019 met het opleiden van interne trainers. Aansluitend worden medewerkers op locatie getraind.

4.2 Innovatie en zorgtechnologie



Innovatieve zorgconcepten hebben de toekomst. We zijn ons ervan bewust dat onze cliënten en medewerkers profijt kunnen hebben van het toepassen van innovatieve zorgconcepten. Innovatie biedt ons immers mogelijkheden om onze dienstverlening nog beter in te richten, zodat we steeds de best passende zorg kunnen bieden. En innovatie helpt onze medewerkers en vrijwilligers om hun werk nog beter en efficiënter te kunnen uitvoeren. We werken op het gebied van innovatie samen met andere zorgorganisaties, gemeenten, opleidingsinstituten en het bedrijfsleven. Sinds 2018 participeren we, samen met drie zorgorganisaties, in de Siza Academie. Samen werken we uitdagingen op het gebied van innovatie uit.

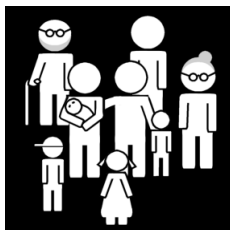
In 2018 is beleid gemaakt over de koers die SGL wil varen in bredere zin. Hierbij vinden we het belangrijk dat er gekeken wordt naar de behoeften van de individuele cliënt: wat heeft hij of zij nodig om zo zelfstandig mogelijk te functioneren en wat hebben de medewerkers nodig aan technologische middelen om de zorg te kunnen verlenen? Randvoorwaardelijk is het belangrijk dat we bij zowel cliënten als medewerkers de awareness vergroten. In 2019 zullen we de ingezette koers, om ook medewerkers en cliënten te betrekken bij de ontwikkelingen, verder doorzetten.

In het afgelopen jaar zijn verschillende innovaties verder ontwikkeld en geborgd, zoals programma's voor vitale mensen met dementie (Dimenzie), programma's voor jongeren, begeleiding en behandeling (Hersenz jong), BZW-café (informele bijeenkomsten voor cliënten die begeleiding thuis ontvangen en behoefte hebben aan meer sociaal contact), informatieve bijeenkomsten en lotgenotencontact. In samenwerking met de Maastricht University en de hersenstichting is het stroomschema 'Denk aan hersenletsel' voor huisartsen ontwikkeld dat in het voorjaar van 2019 wordt geïntroduceerd. Tevens bieden we scholingen aan huisartsen en bedrijfsartsen aan.

Ambulante medewerkers zijn gaan werken met beeldzorg, waardoor cliënten op ieder gewenst moment nabijheid van een medewerker kunnen ervaren. De overstap naar beeldzorg was in het begin moeilijk, omdat de meerwaarde niet voor iedereen zichtbaar was. In de praktijk is het nodig dat medewerkers én cliënten ervaringen delen en uitleg geven aan elkaar. Daarom is een van onze medewerkers vrij geroosterd om haar collega's te instrueren. SGL faciliteert deze initiatieven met het innovatiebudget.

[Beeldzorg: hoe doen we dat bij SGL? \(filmpje\)](#)

4.3 Samenwerking met naasten



In 2018 hebben we beleid opgesteld dat is gericht op het bevorderen van de samenwerking tussen cliënt, naaste en medewerker. Het is belangrijk dat naasten worden gehoord. Zij kennen onze cliënten tenslotte het beste. Het is ook belangrijk dat zij ondersteuning en tips krijgen over hersenletsel, verzorging en andere praktische zaken zodat zij, samen met de medewerker, de cliënt kunnen blijven helpen. Wij organiseren onder andere bijeenkomsten waarin naasten ervaringen kunnen delen en waar men elkaar kan steunen. Hierbij gebruiken we het SOFA-model:

Rollen van familieleden 	
Rol familielid	Activiteiten medewerkers (SOFA)
 Partner in de zorg	Samenwerken en zien wat ander doet en waarderen
 Hulpvrager/medecliënt	Oog + Oor hebben voor familieleden Ondersteunen en voorkomen overbelasting
 Persoonlijke relatie	Faciliteren en rekening houden met relatie
 Expert	Afstemmen en ander zien als ervaringsdeskundig

In 2018 wilden we een symposium organiseren om medewerkers handvatten te geven over de samenwerking in de driehoek cliënt, naaste en medewerker. Toen bleek het aantal aanmeldingen te laag. Vandaar dat we hebben besloten om dit symposium te organiseren in april 2019.

4.4 Intimiteit en seksualiteit



Het signaleren en bespreekbaar maken van behoeften en vragen op het gebied van intimiteit en seksualiteit binnen teams en met cliënten past goed binnen de mensgerichte zorgvisie. We ondersteunen onze medewerkers hierin, omdat het niet voor iedereen gemakkelijk is om deze onderwerpen bespreekbaar te maken. Medewerkers én cliënten kunnen hiervoor een afspraak maken bij de consulente seksuele gezondheid. In 2018 zijn we ook gestart met het maandelijkse telefonisch spreekuur van de consulente seksuele gezondheid, waarin medewerkers én cliënten laagdrempelig vragen kunnen stellen rondom intimiteit en seksualiteit. In 2019 gaan we, in overleg met de centrale cliëntenraad kijken hoe we dit verder voortzetten, omdat we hebben geconstateerd dat medewerkers en cliënten gemakkelijker hun vraag per mail voorleggen.

Om het beleid en kennis te delen, is in 2018 een mini-symposium georganiseerd. Een arts- en seksuoloog heeft rond de onderwerpen 'seks na NAH is complex' en 'seks in de zorg is complex' een interactieve presentatie gegeven. Daarnaast heeft een medewerker van SGL gesproken vanuit haar ervaringen in de praktijk. We kijken terug op een succesvol en drukbezocht symposium.

Verder gaan we vanaf 2019 thema-avonden voor cliënten en medewerkers organiseren op locatie. Ook gaan we de rol van de aandachtsfunctionarissen voor intimiteit en seksualiteit op locatie verder vormgeven en bieden we hen een scholing aan. Ook wordt tweede medewerker opgeleid die de collega's in de praktijk gaat ondersteunen.

4.5 Ethische commissie



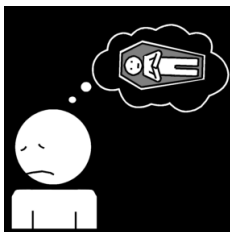
Onze ethische commissie kan meedenken over moeilijke ethische vragen en complexe zorgsituaties. De ethische commissie is bedoeld voor alle medewerkers van SGL.

Speerpunt voor 2018 was het gericht aandacht besteden aan het verder zichtbaar maken van de ethische commissie binnen SGL. Dat hebben we gedaan met een publicatie in Dichtbij SGL (magazine), andere berichtgeving binnen SGL en het meer onder de aandacht brengen van de commissie bij de teamleiders cliëntenzorg van de dagbesteding. Ook is de commissie alert op incidentmeldingen (MIC of RAI) die mogelijk als casuïstiek kunnen worden ingebracht bij de ethische commissie. Mede door deze acties weten medewerkers de ethische commissie al beter te vinden.

In 2018 zijn negen casussen besproken binnen de commissie met onder andere onderwerpen als onbegrepen gedrag, verslikgevaar, alcohol en drugs, huiselijk geweld en eigen regie versus de verantwoordelijkheid van SGL als zorgaanbieder. Hierdoor krijgt het team handvaten aangereikt om zelf de discussie te voeren en zelf tot nadere afspraken te komen met cliënt en naasten. De ethische commissie ondersteunt bij zowel het stellen van grenzen richting de cliënt, maar ook bij het meer loslaten van grenzen van wat verantwoorde zorg is.

In 2019 richt de commissie zich op het bespreken van casuïstiek op locatie. Morele kwesties staan al vaak op de agenda, zonder dat het team zich daarvan bewust is. Moreel beraad is ook één van de vormen waarop teamreflectie kan plaatsvinden. Afhankelijk van de evaluatie van de teamreflecties in 2018, bekijken we in 2019 wat er nodig is om moreel beraad op de locaties verder vorm te geven.

4.6 Palliatieve zorg



Elk jaar wordt een aantal cliënten van SGL geconfronteerd met een naderend levenseinde. Wij vinden dat iedereen moet kunnen sterven op de plek die hij of zij wenst en dat deze fase wordt ingevuld op een manier die past bij de persoon. Om dit te kunnen realiseren is het belangrijk om deze wensen zo vroeg mogelijk in het traject bespreekbaar te maken. Het is dan ook belangrijk dat onze medewerkers zich ervan bewust zijn dat palliatieve zorg vaak al veel eerder aan de orde is dan wordt gedacht. Om dit proces goed vorm te geven en onze medewerkers goed te faciliteren zijn we in 2018, na een positieve visitatie, als samenwerkingspartner toegetreden tot het Netwerk Palliatieve Zorg Westelijke Mijnstreek.

We hebben ons visiedocument palliatieve zorg verder aangescherpt en minder vrijblijvend van opzet gemaakt. Een voorbeeld daarvan is dat casuïstiek door teamleiders cliëntenzorg altijd wordt gemeld aan de twee speciaal hiervoor opgeleide aandachtsfunctionarissen binnen SGL. Verder is in 2018 de eerste groep medewerkers geschoold in palliatieve zorg door Zuyd Hogeschool. Doel van de scholing is het opdoen van praktische kennis en ervaren dat palliatieve zorg verder reikt dan terminale begeleiding. In 2019 start een tweede groep medewerkers met deze scholing, zodat ten minste één medewerker van ieder woonbegeleidingscentrum is geschoold.

De twee aandachtsfunctionarissen gaan met deze medewerkers in 2019 verder aan de slag om de palliatieve zorg binnen SGL handen en voeten te geven.

Tot slot is het de bedoeling dat palliatieve zorg in 2019 een vast onderwerp van gesprek is tijdens het multidisciplinaire overleg. Over iedere wooncliënt stellen we jaarlijks de 'surprise question': 'Verbaast het mij als deze wooncliënt binnen één jaar komt te overlijden?'. Als het antwoord 'nee' is, kan dat een indicatie zijn om het gesprek over palliatieve zorg aan te gaan.

4.7 Hersenz



Hersenz is een landelijke behandelmethode die mede door SGL is ontwikkeld en wordt aangeboden door dertien organisaties in Nederland. SGL verzorgt de behandeling in Limburg. De behandeling Hersenz helpt mensen die hersenletsel hebben opgelopen in de fase na ziekenhuisopname of revalidatie. Dan blijkt dat er onder andere problemen ontstaan op het gebied van acceptatie; het leren omgaan met het feit dat het leven is veranderd. Ook ontstaan er vaak praktische problemen of problemen op het werk of binnen de relatie. Door verschillende modules van Hersenz te doorlopen, werken mensen aan deze problematiek en geven zij hun 'nieuwe' leven vorm, samen met hun naasten.

Wetenschappelijk onderzoek door Maastricht University heeft in 2016 al aangetoond dat Hersenz een positief effect heeft op de korte termijn (een jaar). In 2018 is een tweede meting uitgevoerd, waaruit blijkt dat mensen die Hersenz hebben gevolgd ook op lange termijn beter functioneren. Ze zijn tevredener met hun participatie, hebben minder behoefte aan zorg, ervaren een betere algemene gezondheid en hebben minder problemen met sociale activiteiten. Ook hun zelfwaardering neemt toe.

Informatie over modules

Naasten ervaren de Hersenz-module voor partners als waardevol. De module richt zich op wat de naaste nodig heeft om te kunnen omgaan met het feit dat zijn/haar partner hersenletsel heeft. De nadruk ligt op: 'Hoe zorg ik voor mezelf, met mijn partner met hersenletsel?' We zijn met deze module gestart in 2017 en bieden deze sindsdien standaard aan als er behoefte is bij de partner.

Voor jongeren en jongvolwassenen is het omgaan met hersenletsel extra ingewikkeld. Vrienden halen diploma's, gaan samenwonen en krijgen een baan. Voor iemand met hersenletsel is dat allesbehalve vanzelfsprekend. Jongeren en jongvolwassenen zitten met vragen als: Kan ik ooit zelfstandig wonen, een goede baan vinden of een seksuele relatie krijgen? In 2018 zijn we daarom gestart met een speciaal programma voor jongeren en jongvolwassenen met hersenletsel. Deze module heeft ook een module voor de ouders die 'anders vasthouden' heet. De eerste reacties zijn erg positief, zowel vanuit de jongeren, als vanuit de ouders en omgeving van de jongere.

Scholing

De behandelaars van Hersenz worden continue geschoold. In 2018 zijn bijvoorbeeld alle thuisbehandelaars geschoold in de Yucelmethode. Bij deze methode bouwt de cliënt met gekleurde blokken een visuele weergave van je huidige en gewenste levenssituatie. De methode activeert cliënten om vanuit eigen regie, kracht en wensen te bouwen aan herstel. De Yucelmethode sluit goed aan bij mensen voor wie taal, overzicht, inzicht en soms ook motivatie ingewikkeld is.

4.8 Vernieuwing in de dagbesteding



We zijn volop bezig met de inhoudelijke vernieuwing in de dagbesteding. De programma's op de vijf ontwikkelijnen worden geïmplementeerd. In 2019 vindt besluitvorming plaats over de personele inzet. De insteek is dat medewerkers worden ingezet op basis van hun talenten en kwaliteiten en aan de slag gaan als regisseur, trainer of generalistisch begeleider. We zetten trainers in de toekomst locatie-overstijgend in, waardoor verdere kennisdeling over de ontwikkelijnen kan plaatsvinden.

4.8.1 Dimenzie

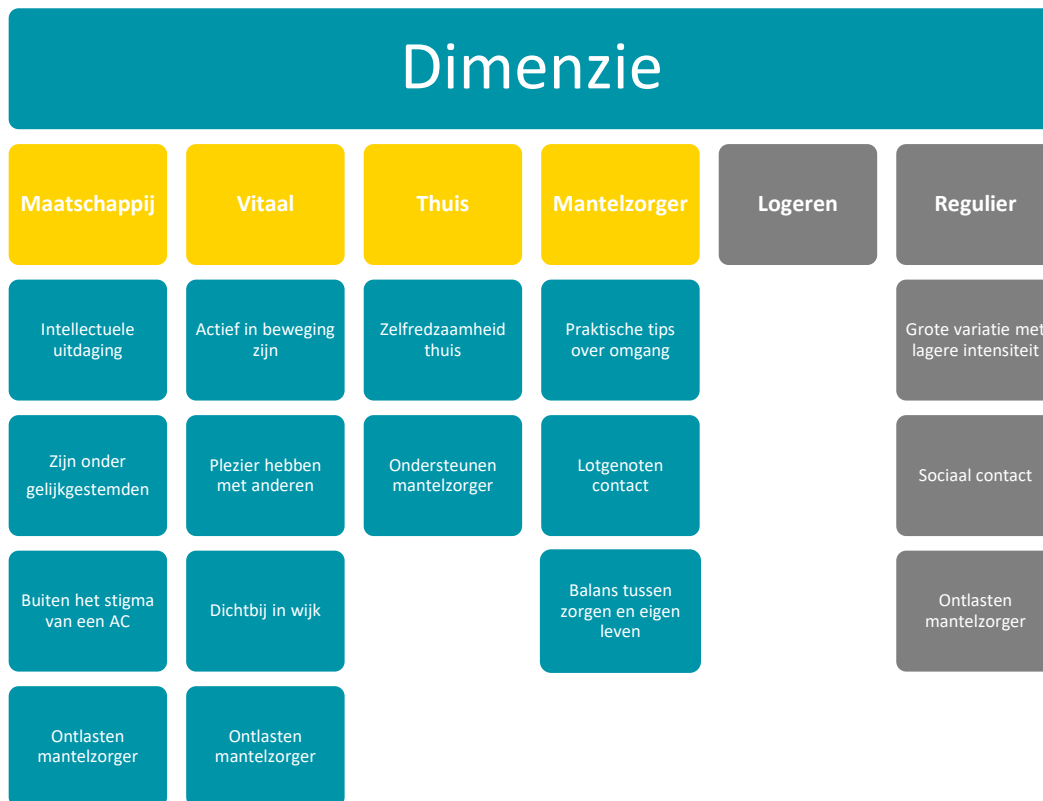
Dimenzie

Sinds enige jaren bieden we in onze activiteitencentra ook begeleiding aan vitale mensen met dementie. Hierdoor hebben we ervaren dat de structuur en begeleidingsbehoeften van mensen met hersenletsel grotendeels overeenkomen met de ondersteuningsvragen van vitale mensen met dementie.

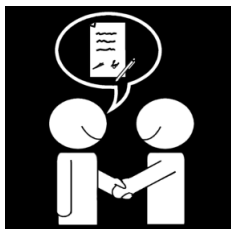
Na onderzoek en afstemming met Alzheimer Centrum Limburg hebben we het concept Dimenzie ontwikkeld. Het doel is dat mensen met beginnende dementie zo lang mogelijk zelfstandig kunnen functioneren (thuis, in hun gezin) en midden in het leven staan.

De programma's

Dimenzie bestaat uit vier modules. De gele blokken in volgende figuur, geven de modules aan. In de blokken onder de modules is weergegeven op welke behoeftes wordt ingespeeld in de betreffende module. De grijze modules zijn nog niet operationeel. In de volgende fase van het project onderzoeken we of betreffende onderdelen opgenomen kunnen worden in het programma van Dimenzie.



4.9 Kwaliteit ondersteuningsplannen en methode hooi op je vork



Medewerkers van het primaire proces werken met de methodiek Hooi op je vork¹. Deze methodiek is speciaal ontwikkeld voor mensen met hersenletsel. Om zicht te krijgen op veranderingen na hersenletsel, is het belangrijk dat medewerkers een dialoog met cliënten en hun naasten voeren en dat zij elkaar leren begrijpen. Alleen op die manier kunnen zij erachter komen, wat cliënten belangrijk vinden en afspraken maken over in te zetten ondersteuning.

[Deze film van cliënt Hans Jacobs en medewerker Frank Wintraecken geeft het voorgaande goed weer.](#)

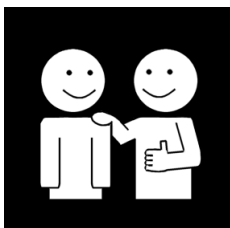
In de praktijk zien wij dat medewerkers dit soms lastig vinden. Medewerkers beschikken bijvoorbeeld niet altijd over voldoende tijd, hebben moeite met het bespreekbaar maken van bepaalde situaties en met het betrekken van naasten (zeker op het moment dat deze niet meer actief in beeld zijn). Ook zijn niet alle medewerkers even vaardig in methodisch werken en in het werken met het zorgplansysteem of zien medewerkers het belang nog onvoldoende.

¹ <https://hooiophevork.nl>

Tijdens kwantitatieve controles (die we drie keer per jaar uitvoeren) en periodieke kwalitatieve audits blijkt dat niet alle ondersteuningsplannen in orde zijn. In het afgelopen jaar is gelukkig wel vooruitgang geboekt. Ingezette acties, zoals extra scholing, het benoemen van aandachtsfunctionarissen, het voeren van gesprekken over de problematiek met teamleiders cliëntenzorg en regiomanagers en meer sturing op locatie, hebben zichtbaar effect gehad. De achterstand in de omzetting van ondersteuningsplannen naar Hooi op je vork en de cliëntevaluaties nemen na elk meetmoment (drie keer per jaar) verder af. Maar we zijn er nog steeds niet. Extra aandacht voor scholing, coaching on the job en waar mogelijk het systeem nog efficiënter inrichten, blijft nodig. In 2019 kijken we hoe we dit voor de toekomst kunnen organiseren.



4.10 Veilige zorg



Een veilige omgeving is cruciaal voor onze cliënten, medewerkers en vrijwilligers. We geven daar op diverse manieren vorm aan. Een greep uit de voorbeelden: we houden jaarlijkse ontruimingsoefeningen, bieden een veiligheidsinstructie via e-learning, toetsen op voorbehouden en risicovolle handelingen, leren van incidenten, borgen genomen verbetermaatregelen in een verbeterregister en doen nader onderzoek naar calamiteiten en ernstige incidenten met behulp van prisma-analyses. De prisma-analyse is een methode om mogelijke oorzaken van incidenten te achterhalen. Daarvoor wordt in een 'oorzakenboom' vastgelegd wat er is gebeurd en waarom.

In 2018 hebben we het proces van melden, bespreken en afhandelen van incidentmeldingen tegen het licht gehouden in een kleine werkgroep. Dit heeft geleid tot een vernieuwd reglement voor de MIC-commissie (Meldingen Incidenten Cliënten) dat we in 2019 invoeren. De CCR (Centrale cliëntenraad) is hier nauw bij betrokken. Naast het wekelijks afhandelen van incidentmeldingen zal de MIC-commissie ook tweemaandelijks organisatiebrede trends en grafieken gaan analyseren en adviseren over te nemen verbetermaatregelen die leiden tot het voorkomen van incidenten.

In totaal zijn in 2018 962 MIC-meldingen ingediend ten opzichte van 1026 meldingen in 2017. Wanneer dit aantal wordt afgezet tegen het totaal van 2017, is sprake van een afname van 6%.

	2014	2015	2016	2017	2018
Dagbesteding	128	151	140	145	167
Begeleiding thuis	5	9	5	3	10
Behandeling					4
Wonen	487	676	834	878	781
Totaal	620	836	979	1026	962

Tabel Overzicht MIC-meldingen 2014 t/m 2018

De afname van de incidentmeldingen kan met name worden verklaard door de afname van incidentmeldingen bij Wonen (afgenomen met 11% ten opzichte van 2017). Zo was er sprake van 4% minder meldingen over vallen, 5% minder meldingen over medicatie en 2% minder overige meldingen.

In de onderstaande tabel is het aantal incidenten weergegeven naar aard van het incident:

	Vallen	Medicatie	Vermissing	Voeding / verslikken	Branden / schroeien	Overig	Vervoer	Beademing	Totaal
Dagbesteding	95	28	4	8	3	26	2	1	167
Begeleiding thuis	9					1			10
Behandeling	4								4
Wonen	281	391	2	27	2	29		49	781
Totaal 2018	389	419	6	35	5	56	2	50	962

Tabel Meldingen naar aard gebeurtenis

Voor meer informatie verwijzen we graag naar de aparte jaarrapportage van de MIC-meldingen.

In 2018 zijn geen incidenten gemeld bij een van de Inspectie-organen (IGJ dan wel de GGD). Wel zijn we vanaf 2018 gestart met het uitvoeren van interne onderzoeken aan de hand van de Prisma-methode. Dit doen we als er sprake is van een incident dat niet voldoet aan de meldcriteria van de IGJ / GGD, maar waarbij we het zelf wel van belang achten om het incident nader te onderzoeken om ervan te leren en herhaling in de toekomst te voorkomen. In totaal hebben we in 2018 vijf prisma-analyses uitgevoerd, namelijk:

- één incident met betrekking beademing;
- één valincident met een logeercliënt;
- drie valincidenten rondom vervoer (waarvan twee onderzoeken nog niet zijn afgerond in 2018).

Uitkomsten hebben geleid tot aanpassing in beleid en werkwijzen, waardoor de veiligheid voor cliënten toeneemt en risico's op herhaling afnemen.

4.10.1 Medicatieveiligheid



Het merendeel van onze cliënten krijgt medicijnen. Het kan gebeuren dat een cliënt bijvoorbeeld medicatie niet of te laat ontvangt of zijn of haar medicatie weigert. Als bij de medicijnverstrekking iets verkeerd gaat, leggen we dit vast in het elektronisch cliëntendossier (ECD), maken we hiervan melding (MIC-commissie) en wordt dit in het team besproken om van te leren. De teamleiders cliëntenzorg ontvangen een maandelijks overzicht van de medicatie-incidenten op hun locatie. In 2018 is stichtingsbreed het totaal aantal medicatie-incidenten afgenomen, vooral bij Wonen. Om de medicatieveiligheid te waarborgen en waar mogelijk nog te verbeteren hebben we een aantal verbeteracties doorgevoerd in 2018.

Geneesmiddelencommissie en protocol medicatiebeheer en -verstrekking

De geneesmiddelencommissie komt minimaal ieder kwartaal bij elkaar. Vanuit iedere regio neemt een afgevaardigde van Wonen deel aan de geneesmiddelencommissie, naast een apotheker van de VAL (Verenigde Apotheken Limburg). Deze commissie heeft (uitgebreid met medewerkers van enkele locaties) het protocol medicatiebeheer en -verstrekking doorlopen en aangepast. Daarbij heeft de commissie met name aandacht besteed aan het verduidelijken van verantwoordelijkheden tussen WBC (woonbegeleidingscentrum) en AC (activiteitscentrum) over de medicatieverstrekking, scholing en is het protocol aangepast aan de geactualiseerde handreiking Medicatiebeleid Gehandicaptenzorg (2019). Na de volledige goedkeuring en inrichting van het proces zullen we binnen SGL aandacht besteden aan de bewustwording over het belang van medicatieveiligheid bij medewerkers.

Scholing medicatie

We bieden praktijkscholing rondom medicatie aan (bedoeld voor medewerkers zonder een zorgachtergrond). Vanaf 2019 wordt de inhoud van de praktijkscholing uitgesplitst in scholing voor medewerkers dagbesteding en medewerkers wonen. Daarnaast volgt elke medewerker die medicatie uitdeelt een e-learning. Deze is gericht op het toedienen van medicatie, de werking en bijwerkingen en het juiste gebruik van medicatie. Daarnaast gaat de cursus in op de meest voorkomende medicijn groepen bij mensen met een beperking. Wij bieden de opfrismodule eenmaal per drie jaar aan begeleiders en assistent begeleiders aan. In 2019 wordt deze opnieuw aangeboden.

Pilot elektronisch aftekenen van medicatie

Enige jaren geleden zijn wij een pilot gestart om over te gaan naar elektronische medicatie-aftekenlijsten in woonbegeleidingscentrum (WBC) Kerkrade. Dit in samenwerking met de VAL (Verenigde Apotheken Limburg). Medewerkers hebben hierdoor beter zicht op correcte verstrekking van medicatie. Het jaar 2019 gebruiken we om het dubbel aftekenen in de digitale applicatie verder te verfijnen. Dit zal dan ook getest worden op locatie WBC Kerkrade. Naar verwachting vindt de stichtingsbrede uitrol plaats vanaf 2020.

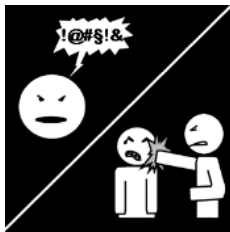
4.10.2 Vallen



Elk jaar komen op onze locaties cliënten ten val, gelukkig meestal niet zo ernstig. In enkele gevallen is er wel sprake van geweest dat cliënten naar de spoedeisende hulp in het ziekenhuis moesten. In 2018 blijkt dat de oorzaak van valincidenten nauwelijks bij de veiligheid van gebouw/woon omgeving (denk aan obstakels, gladde vloeren, niet opruimen, etc.) ligt. Een val wordt vaak veroorzaakt doordat cliënten bewust risico's nemen door bijvoorbeeld zelfstandig een transfer te maken, zonder daarbij de hulp in te schakelen van de begeleiding of door geen hulpmiddel te gebruiken. Daarnaast zien we vaak dat lichamelijke achteruitgang de oorzaak van het vallen is, waardoor cliënten zich instabiel en ongecontroleerd voortbewegen en hun evenwicht verliezen. Ook psychische problemen zijn een oorzaak van valincidenten.

In het ECD (elektronisch cliëntendossier) leggen we het risico (en soms geaccepteerd risico) op vallen zorgvuldig vast. Door te letten op risicofactoren van vallen, werken we aan valpreventie. Uiteraard gaan wij ook in dialoog met onze cliënten over hoe we samen kunnen voorkomen dat zij vallen. Het gebruik van tilapparatuur kan ook worden gezien als een risico. Daarom krijgen alle medewerkers een instructie en worden zij getoetst op het gebruik van tilapparatuur.

4.10.3 Onbegrepen gedrag



Binnen onze locaties hebben medewerkers, vrijwilligers en cliënten wel eens te maken met onbegrepen gedrag. Hersenletsel kan afwijkend of onvoorspelbaar gedrag tot gevolg hebben. Zo komt ook agressie voor. Agressie gaat ten koste van de sfeer en het plezier bij iedereen. Mede in het kader van mensgericht werken is het heel belangrijk om situaties goed in te schatten en te begrijpen waarom iemand op een bepaalde manier reageert. Dan kan de juiste actie worden ondernomen om de situatie op te lossen.

Agressie is een breed te definiëren en subjectief begrip. De ene medewerker schaaft agressief gedrag eerder in als agressie-incident dan een ander. Dit maakt dat de inhoud van meldingen en de duiding en opvolging hiervan door teams meer van belang is dan het aantal meldingen. In het agressiebeleidsplan, dat in 2018 is verschenen, staan handvatten voor medewerkers om het gesprek aan te gaan in het team. Onderwerpen die daarin naar voren komen zijn: hoe kun je handelen in geval van agressie (waaronder het stoplichtmodel) en hoe kun je elkaar scherp houden in het voorkomen, hanteren en afhandelen van agressie?

In 2018 zijn in totaal 417 agressiemeldingen ingediend. Dit betekent, ten opzichte van 2017, dat het totaal aantal RAI-meldingen (Registratie Agressie Incidenten) nagenoeg gelijk is gebleven. De gemiddelde ernstscore is echter licht gedaald. Uit de volgende tabel is af te lezen dat het aantal meldingen vanuit dagbesteding bijna is verdubbeld in 2018 (in 2017 in totaal 47 meldingen ten opzichte van 97 meldingen in 2018). Het aantal meldingen vanuit Wonen is met 11% afgenomen. Ook de meldingen vanuit Begeleiding thuis zijn afgenomen.

Locatietype	2014	2015	2016	2017	2018
Dagbesteding	85	64	60	47	97
Begeleiding thuis	10	13	13	12	2
Wonen	221	278	366	359	318
Totaal	316	355	439	418	417

Tabel 1 Overzicht RAI-meldingen 2014 t/m 2018

Voor meer informatie over de RAI-meldingen verwijzen we naar de afzonderlijke RAI-jaarrapportage.

Onbegrepen gedrag begrijpen is een belangrijk thema binnen mensgerichte zorg. We zijn ervan overtuigd dat meer weten over de achtergrond van de cliënt, van diens beperkingen en gevolgen daarvan, kan helpen om agressie-incidenten te voorkomen of nog beter op te lossen. Teams kunnen, als er sprake is van agressie, de sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV-er) inschakelen. Ondanks de toename van het aantal agressiemeldingen binnen de activiteitencentra wordt vanuit deze locaties een minimaal

beroep gedaan op de inzet en expertise van de SPV-er. We stimuleren het consulteren van de SPV-er in 2019.

We merken dat de vraag naar handvatten voor een adequate bejegening bij onbegrepen gedrag bij psychiatrische problematiek wel is toegenomen. Hiervoor schakelen locaties de SPV-er meer in. Medewerkers hebben behoefte aan handvatten en willen de achterliggende psychiatrische problematiek begrijpen. Ook de vraag naar fysieke weerbaarheid is toegenomen, gezien de toename in fysieke agressie. Preventief handelen kan voorkomen dat verbale agressie doorschiet naar fysieke agressie.

In 2018 zijn diverse verbeteracties uitgezet. Denk daarbij aan:

- Er is in locaties een vluchtdeur gemaakt in het kantoor van de begeleiding.
- In 2019 organiseren we scholing, die met name gericht is op omgaan met fysieke agressie c.q. weerbaarheid. Daarnaast blijft van belang om medewerkers te scholen in bejegening en het adequaat omgaan met (onbegrepen) gedrag, vooral op die locaties waar sprake is van veel agressiemeldingen. Onderdeel van de scholing is wat de rol van de medewerker kan zijn ten aanzien van agressie. Welk gedrag werkt de-escalerend of escalerend?
- Er is een werkgroep psychosociaal gedrag ingesteld onder begeleiding van de SPV-er, die aan de hand van casuïstiek onderzoekt welke handvatten medewerkers nodig hebben om te kunnen omgaan met onbegrepen gedrag. De RAI-commissie zal hier incidenteel bij aansluiten.
- In het verslagjaar heeft een aantal teams de teamreflectie gebruikt om binnen het team te reflecteren over hoe wordt omgegaan met onbegrepen gedrag.
- In 2019 bekijken we de mogelijkheden voor de inzet van passende instrumenten.
- De RAI-commissie vraagt aandacht voor het beter melden van agressie-incidenten door medewerkers van Begeleiding thuis.
- In 2019 zal de RAI-commissie dieper inzoomen op de gemelde incidenten vanuit de dagbesteding, om de toename in meldingen te verklaren en eventueel passende maatregelen te nemen. De commissie zal daarvoor onder meer teamleiders cliëntenzorg benaderen.

4.10.4 Voorbehouden en risicovolle handelingen



We hechten, in het kader van veilige zorg, veel waarde aan een zorgvuldig proces van toetsen van voorbehouden en risicovolle handelingen. In onze visie vormt het gebruik van tilhulpmiddelen eveneens een risicovolle handeling, vanwege de risico's die bij onjuist gebruik kunnen ontstaan. Dit betekent dat medewerkers, die in de directe zorg- en dienstverlening werkzaam zijn, bekwaam en bevoegd moeten zijn voordat zij tilhulpmiddelen zelfstandig mogen bedienen.

Vanaf 2018 krijgen medewerkers instructie en (jaarlijkse) toetsing op risicovolle transferhandelingen. Daarvoor hebben we ook een aantal ergocoaches aangesteld die

extern zijn opgeleid als toetsers. De toetsing op voorbehouden handelingen wordt vanaf 2018 regionaal afgenomen. In iedere regio zijn minimaal twee gedelegeerd toetsers aangesteld die hiervoor zorgdragen.

Vanaf 2019 plannen en registreren we de toetsing in het leermanagementsysteem (LMS). Ook nemen we vanaf 2019 e-learning van iedere handeling op in het LMS. We hebben ons beleid in 2018, samen met de gedelegeerd toetsers, geëvalueerd en waar nodig geactualiseerd. Naar verwachting kunnen we het nieuwe beleid vanaf het voorjaar 2019 implementeren.

4.11 Vrijheidsbeperking



Vrijheidsbeperkende interventies, zoals bedoeld binnen de wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ; dwangbehandeling, middelen en maatregelen, beperkingen in het recht op bewegingsvrijheid) mogen én worden binnen SGL niet toegepast. Wij zijn niet aangemerkt als een BOPZ-instelling en vallen momenteel buiten de werkingssfeer van de huidige BOPZ.

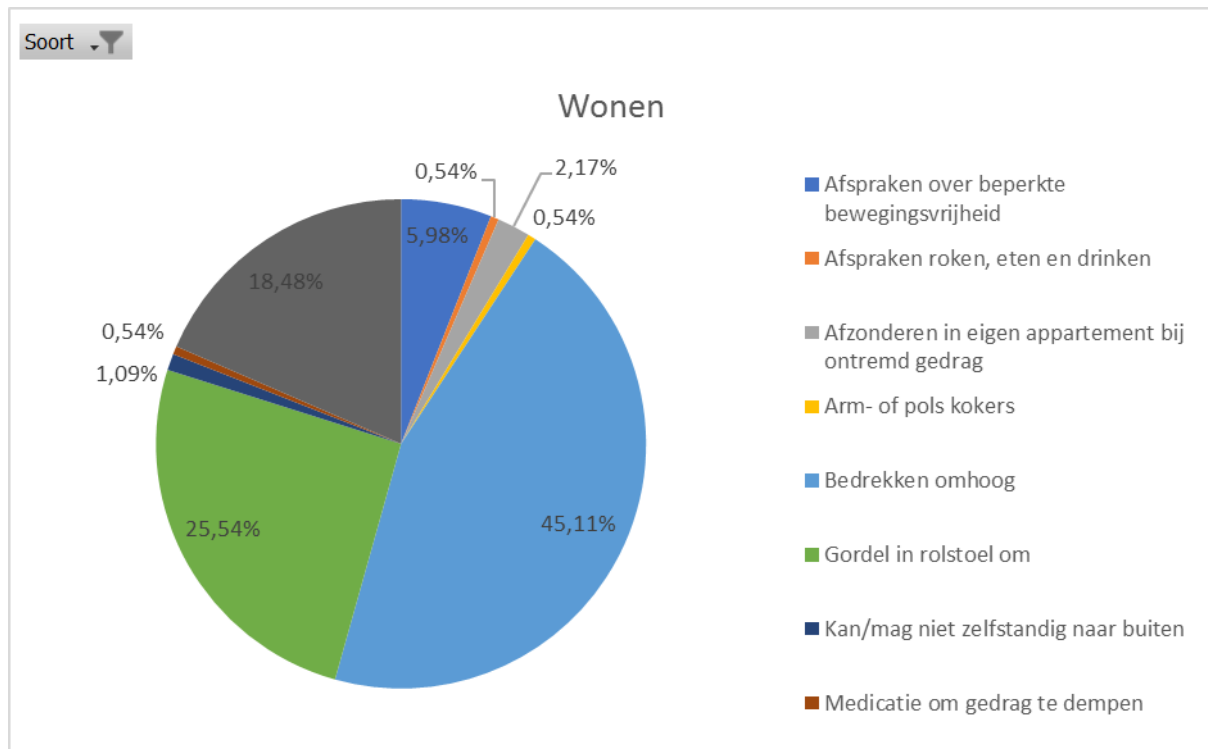
Met ingang van de nieuwe wet Zorg en Dwang (WZD) gaat dat veranderen. De nieuwe WZD zal ingaan op 1 januari 2020 en zal ook gaan gelden voor bepaalde doelgroepen met (niet-aangeboren) hersenletsel die bij ons in zorg zijn. In ons beleid hebben we hierop al ingespeeld, vooruitlopend op de nieuwe wet.

Binnen onze organisatie is er in sommige gevallen wel sprake van vrijheidsbeperkende maatregelen die vallen buiten de BOPZ. Wij registreren de genomen maatregelen zorgvuldig in het elektronisch cliëntendossier. In totaal is bij 28 procent van de cliënten die bij ons wonen sprake van een vrijheidsbeperkende maatregel en bij 2 procent van de cliënten die dagbesteding en/of begeleiding thuis afnemen. Dit is vergelijkbaar met vorig jaar.

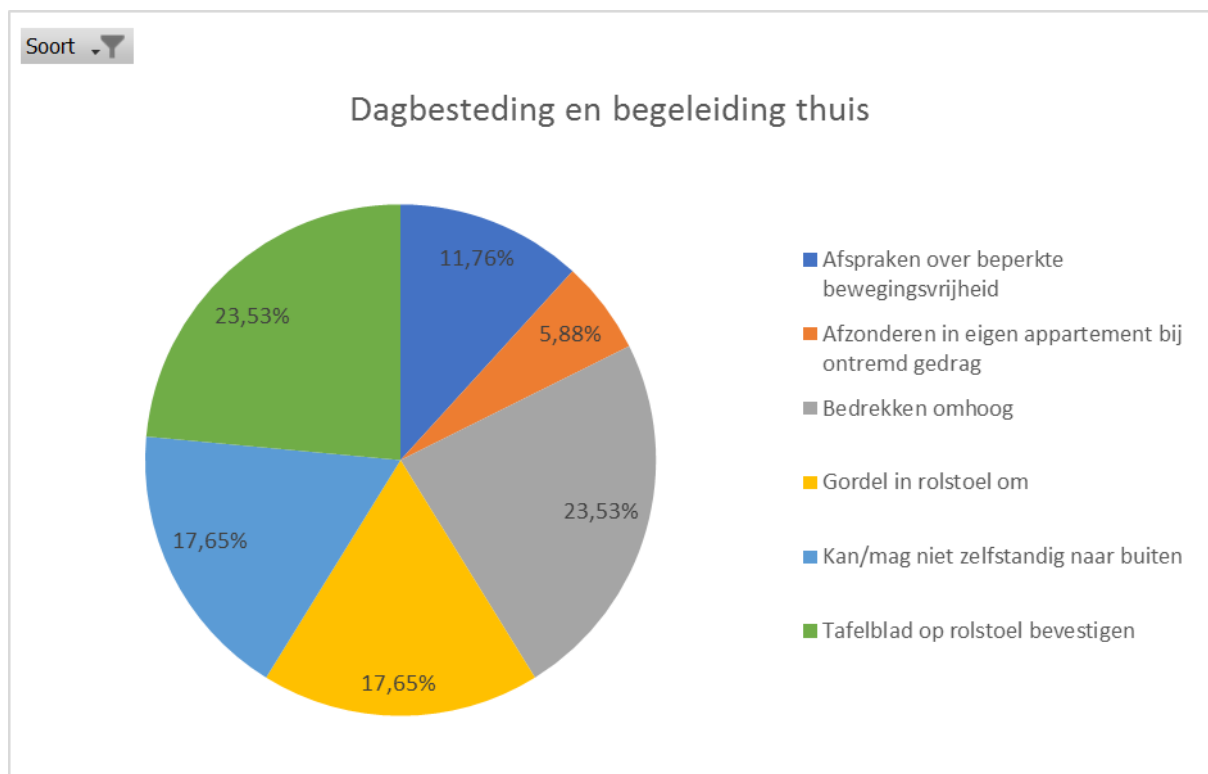
We stellen de maatregelen altijd in overleg en met toestemming van de cliënt (en eventueel diens naasten) in om de veiligheid voor de cliënt te kunnen borgen. Denk daarbij bijvoorbeeld aan een rolstoelblad of een riem in de rolstoel om te voorkomen dat een cliënt uit de rolstoel valt. In vergelijking met 2017 worden 'bedekken omhoog' opvallend vaker gemeld, evenals 'gordel in de rolstoel om'. 'Afspraken over beperkte bewegingsvrijheid' en 'kan/mag niet zelfstandig naar buiten' worden beiden minder geregistreerd.

In volgende taartdiagrammen is af te lezen om welke vrijheidsbeperkende maatregelen het gaat, uitgesplitst naar wonen en dagbesteding/begeleiding thuis.

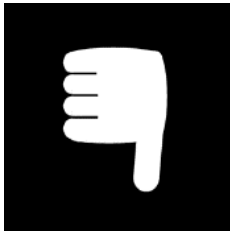
Wonen



Dagbesteding en begeleiding thuis



4.12 Klachten



Elke dag weer doet iedereen binnen SGL zijn uiterste best om ervoor te zorgen dat cliënten het maximale uit hun mogelijkheden halen en zich prettig voelen bij SGL. Natuurlijk komt het wel eens voor dat er iets niet goed gaat of dat een cliënt zich ergens aan ergert of een klacht heeft. Wij vinden dat cliënten bij SGL makkelijk en veilig hun eventuele onvrede kenbaar moeten kunnen maken. Ons beleid is erop gericht om klachten zoveel mogelijk op de werkvloer, bijvoorbeeld in een gesprek met de begeleider, bespreekbaar te maken en op te lossen. Een cliënt kan daarbij, als dat nodig is, een beroep doen op de onafhankelijke cliëntvertrouwenspersoon ter ondersteuning.

Een cliënt kan een klacht echter ook indienen bij de onafhankelijke klachtenfunctionaris of de klachtencommissie. De klachtenfunctionaris probeert door middel van mediation de onvrede op te lossen. Door deze aanpak is het aantal klachten dat uiteindelijk terechtkomt bij de klachtencommissie beperkt. In 2018 zijn er uiteindelijk zes klachten ingediend bij de klachtencommissie. De klachtencommissie heeft in een jaarverslag de aard van de klachten en de gegeven adviezen beschreven.

4.13 Interne audits



We voeren twee keer per jaar interne audits uit. In het afgelopen jaar zijn de 'Procedure inwerken nieuwe medewerkers' en het 'Verzuimprotocol' geaudit in acht locaties.

Interne audit 'Procedure inwerken nieuwe medewerkers'

Uit de interne audit kwam naar voren dat over het algemeen zowel teamleiders cliëntenzorg als medewerkers positief zijn ten aanzien van de inwerkperiode. De stappen uit de procedure worden grotendeels uitgevoerd.

Tops:

- Medewerkers ervaren de introductiebijeenkomst als positief, in het bijzonder de aanwezigheid van de bestuurder.
- Nieuwe medewerkers voelen zich welkom en worden goed opgevangen door collega's.
- Medewerkers kunnen gedurende de inwerkperiode altijd bij collega's terecht met vragen.
- Er is tijd en aandacht voor de medewerker tijdens het proeftijdgesprek.

Verbeterpunten:

- Tijdig organiseren van benodigde scholing voor nieuwe medewerkers.
- Nieuwe medewerkers voor een wat langere periode koppelen aan een mentor.
- Verlengen van de inwerkperiode.
- De inwerkperiode meer structureren met een inwerkplan, dat gekoppeld is aan termijnen.
- In het inwerkprotocol opnemen wat er allemaal geregeld dient te worden als er een nieuwe medewerker komt.

In de afgelopen periode hebben we, naar aanleiding van de genoemde verbeterpunten, geïnterviewd welke behoeften medewerkers hebben over het inwerken. Naar aanleiding hiervan ontwikkelen we een nieuwe procedure en hebben we een concept takenprofiel opgesteld voor een mentor.

Interne audit 'Verzuimprotocol'

Uit de interne audit blijkt dat medewerkers niet allemaal op de hoogte zijn van onze visie op verzuim. De meeste praktische afspraken kennen zij wel. Teamleiders cliëntenzorg en medewerkers vinden dat zij een gezamenlijke verantwoordelijkheid hebben voor het creëren van goede arbeidsomstandigheden.

Tops:

- Medewerkers zien/nemen hun eigen verantwoordelijkheid bij verzuim.
- Medewerkers ervaren ruimte om dreigend verzuim bespreekbaar te maken.
- Teamleiders cliëntenzorg hebben oog voor preventie en denken mee in mogelijkheden om medewerkers tijdelijk te ontlasten ter voorkoming van verzuim.
- Afspraken over artsenbezoeken worden altijd in goed overleg genomen.

Verbeterpunten:

- Preventie, aandacht voor signalen van dreigend verzuim, gehoord worden, wordt belangrijk gevonden.
- Regels met betrekking tot informatie-uitwisseling (of het opvragen van informatie) zijn niet helemaal duidelijk, gezien de nieuwe privacywetgeving.
- Overwegen om de verzuimtraining van Falcke en Verbaan ook aan medewerkers aan te bieden.
- Teamleiders cliëntenzorg hebben soms moeite met het voeren van een verzuimgesprek.
- Medewerkers zijn niet op de hoogte van het sociaal-medisch overleg en/of de inhoud van dit overleg

Naar aanleiding van genoemde verbeterpunten heeft aanpassing van het 'Verzuimprotocol' plaatsgevonden. Ook zijn afspraken gemaakt met WerkVitaal ten aanzien van casemanagement. Teamleiders cliëntenzorg kunnen WerkVitaal inschakelen voor begeleiding en advies bij langdurig of complex verzuim. Daarnaast wordt in maart 2019 nog een training gesprekstechnieken georganiseerd voor teamleiders cliëntenzorg, op basis van casuïstiek op het vlak van langdurig of complex verzuim.

5 Cliëntervaringen

5.1 'Dit vind ik ervan!' 2.0



Wij zijn oprecht geïnteresseerd in onze cliënten en vinden het belangrijk om samen met de cliënt te bespreken wat belangrijk is in zijn of haar leven en wat wij daaraan kunnen bijdragen. We meten de cliëntervaringen van cliënten die bij ons wonen dan ook met de methode 'Dit vind ik ervan!' 2.0 (DVIE), aangezien deze methode goed aansluit op onze zienswijze.

Iedere drie jaar nemen we de bevindingen van de gevoerde gesprekken in een rapport op. Het rapport over 2018 is onafhankelijk opgesteld door een onderzoeker van Zuyd Hogeschool.

Uit de resultaten blijkt dat cliënten tevreden zijn over de hulp die ze ontvangen van SGL en dat ze tevreden zijn over het wonen. Cliënten geven aan graag zoveel mogelijk zelf te doen. Ook voelen cliënten zich veilig. Dit is terug te zien in de positieve ervaringsscores en positieve kwalitatieve beschrijvingen. Bovendien wensen ze weinig veranderingen. Cliënten geven wel aan dat binnen het thema 'Lijf' met name de ervaren beperking, lichaamsgewicht en meer behoefte aan beweging een rol spelen. Binnen het thema 'Gevoel' spelen verdriet en acceptatie een rol, ondanks het feit dat cliënten zich voornamelijk wel lekker in hun vel voelen.

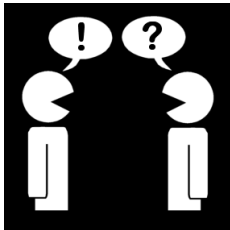
De opbrengsten nemen we mee als input voor het nieuwe meerjarenbeleid. Daarnaast ontvangen de woonlocaties in 2019 een locatierapport, waarin de resultaten van hun eigen locatie zijn opgenomen. Teamleiders cliëntenzorg bespreken deze resultaten in de teams tijdens de teamreflectie en met de bewonersraden, waarna eventuele afspraken kunnen worden vastgelegd.

Voor meer informatie verwijzen we graag naar het complete rapport 'Cliëntenraadpleging SGL 'Dit vind ik ervan!' 2018'.

Om optimaal gebruik te maken van de gemeten cliëntervaringen en de toepassing van 'Dit vind ik ervan!' 2.0 binnen SGL verder te borgen, werken we samen met Zuyd Hogeschool aan een verbetertraject. Dit project, genaamd 'Anders meten', is één van de deelprojecten van een grootschalig meetproject 'Limburg Meet' (LIME). In het projectteam van het onderzoek nemen verschillende stakeholders deel: cliënten en ervaringsdeskundigen, begeleiders en beleidsmakers van SGL en onderzoekers van Zuyd Hogeschool en de Universiteit Maastricht. Het nadrukkelijk betrekken van cliënten in alle fasen van het onderzoek is een van de speerpunten van het project. Op deze manier kan goed worden nagegaan hoe cliënten participatie ervaren en wat zij graag anders zouden willen. Zo hebben we de centrale cliëntenraad betrokken bij de beslissing over het thema van het onderzoek. Vervolgens heeft een promovendus voor ons in kaart gebracht op

welke manier we binnen SGL werken met DVIE en wat de ervaringen zijn (contextanalyse). In deze fase is met cliënten gesproken over hun ervaringen met DVIE. Op basis van de resultaten zijn in de projectgroep diverse strategieën bedacht, die in 2019 worden doorontwikkeld en getest op twee pilotlocaties van SGL. Ook op deze pilotlocaties is een ontwikkelteam samengesteld, waarin cliënten worden vertegenwoordigd.

5.2 Cliënttevredenheidsonderzoek dagbesteding en begeleiding thuis

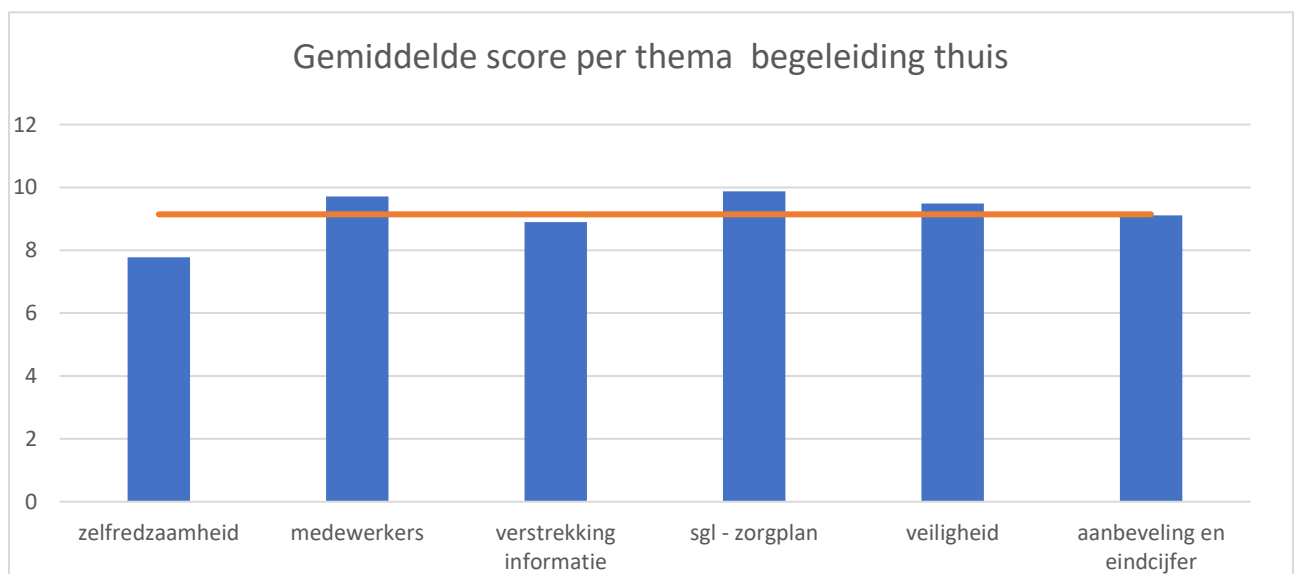
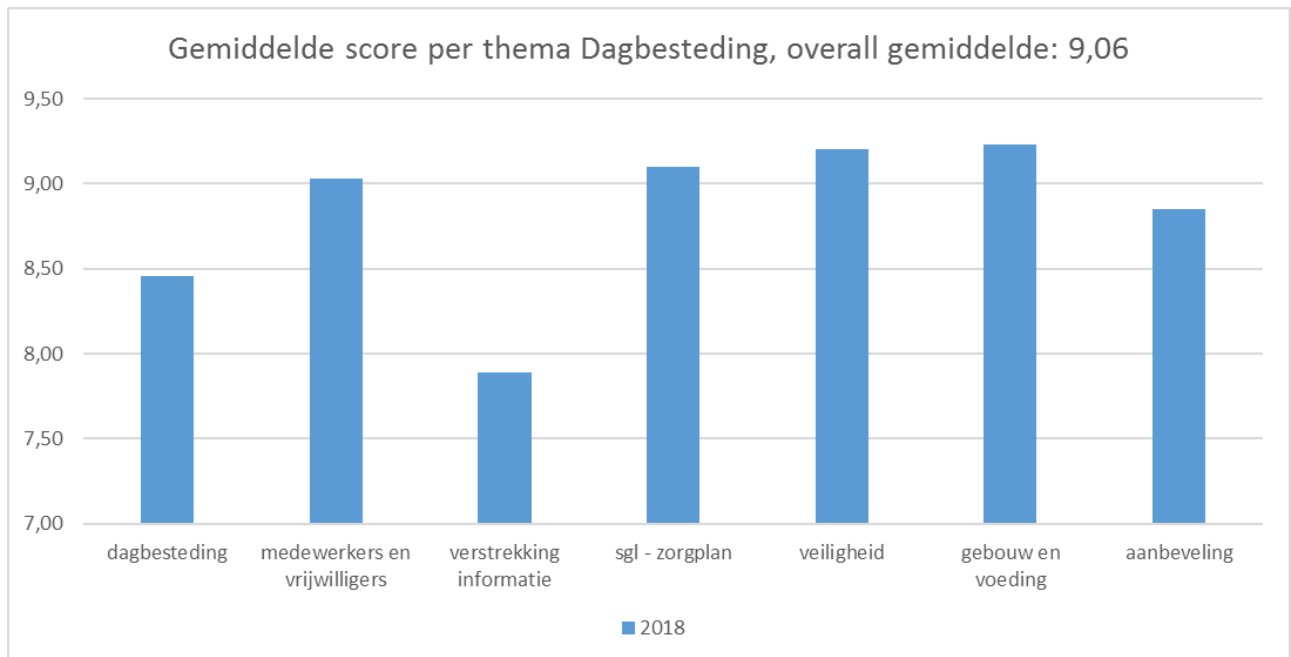


Voor dagbesteding en begeleiding thuis is een vragenlijst ontwikkeld en ingebouwd in Pluriform. Deze vragenlijst bespreken we een keer per jaar met alle extramurale cliënten. We stellen de resultaten van het onderzoek vervolgens ter beschikking aan de teamleiders cliëntenzorg. Zij gebruiken de analyse van de resultaten in hun bespreking hiervan met het team en de lokale cliëntenraden om zo te komen tot verbeteracties. Deze verbeteracties worden opgenomen in het jaarplan van de locatie. In 2018 hebben we de afname van de vragenlijst zoveel mogelijk gekoppeld aan de zorgplancycclus. Dit betekent dat de vragenlijst wordt ingevuld vóór afgaand aan de jaarlijkse zorgplanevaluatie. Op deze manier kunnen we de resultaten uit de vragenlijst direct gebruiken als input voor de evaluatie van het zorgplan.

Resultaten

Voor de meting van 2018 zijn in totaal 772 vragenlijsten ingevuld, waarvan 648 (65%) in de dagbesteding en 124 (34%) door cliënten die thuis begeleiding van SGL ontvangen. Binnen de dagbesteding was het stichtingsbreed tevredenheidscijfer 8,9. De thema's waarover de cliënten het meest tevreden zijn, zijn 'veiligheid en gebouw' en 'voeding'. Het thema waar men het minst tevreden over was, is 'verstrekking van informatie'. Bij cliënten van begeleiding thuis was het gemiddelde tevredenheidscijfer een 9. De best scorende thema's zijn hier 'medewerkers' en 'zorgplan'. Het thema 'zelfredzaamheid' scoorde het minst goed en dan met name op 'hulp bij organisatie huishouden' en 'hulp bij sociale contacten'.

Ter illustratie hebben we enkele resultaten op stichtingsniveau in de volgende figuur weergegeven. De locaties ontvangen driejaarlijks een rapportage met de uitkomsten voor hun specifieke situatie.



Toelichting: De oranje lijn is het overall gemiddelde voor begeleiding thuis: 9,12.

Eind 2018 is afgesproken om de vragenlijsten in 2019 verder te ontwikkelen en verbeteren. We hebben daarbij het doel voor ogen dat de vragenlijsten meer aansluiten bij de beleving van cliënten en dat het makkelijk wordt voor cliënten om zelfstandig de vragenlijst in te vullen.

6 Medezeggenschap

6.1 Medezeggenschap cliënten



We hechten veel waarde aan de medezeggenschap van cliënten. Op organisatieniveau is de centrale cliëntenraad (CCR) actief. Deze raad bestaat volledig uit cliënten en behartigt de algemene belangen van de cliënten van SGL. De raad wordt bij zijn werkzaamheden ondersteund door een cliëntenraadondersteuner.

De raad spreekt regelmatig met de bestuurder, de directeur zorg en beleid en het management over alle algemene beleidszaken en brengt daar, gevraagd en ongevraagd, advies over uit. Besproken zijn onder andere thema's als mensgerichte zorg, ontwikkelingen binnen de organisatie, cliënttevredenheid en de zorg- en ondersteuningsplannen. In onderstaande tabel is te zien waar de raad over heeft geadviseerd.

Gevraagd advies	Advies CCR
Nieuwe eenheden werkeenheden teamleiders cliëntenzorg	Positief geadviseerd, afhandeling volgt nog
Vervoer cliënten met SGL-bussen	Positief geadviseerd
Invoering nieuwe visie dagbesteding	Positief geadviseerd
Visiedocument praktijkcertificaten	Geaccordeerd
Beleid informatiebeveiliging en privacy	Positief geadviseerd
Jaarrekening 2017	Geaccordeerd
Begroting 2019	Positief geadviseerd
Ongevraagd advies	Advies SGL
Verhuisplan	Positief geadviseerd
Voeding verjaardagen	Positief geadviseerd
Airco's	Positief geadviseerd
Rapportage reflectiebezoek DVIE	Afgerond
Etentje lokale cliëntenraden	Geaccordeerd
Rooster van aftreden CCR	Positief geadviseerd, afhandeling volgt nog

Elk jaar vindt er een CCR-beleidsdag plaats. In 2018 stonden onderwerpen als het meerjarenbeleidsplan, mensgerichte zorg, visie op wonen en de marketingstrategie op de agenda. De twee themadagen van de CCR stonden in het teken van kwaliteit en het kwaliteitskader gehandicaptenzorg, cliëntenraadplegingen en de omgang met beleid en beleidsstukken. De raad heeft in 2018 in elke regio de activiteitencentra bezocht om informatie op te halen en te delen met de achterban. Verder heeft de CCR periodiek overleg met de Raad van toezicht, de Ondernemingsraad en de Vrijwilligersraad en sluit de raad aan bij de voortgangsgesprekken van SGL met de beide Zorgkantoren.

Elke locatie heeft ook een vorm van medezeggenschap. Dit kan een lokale cliëntenraad, bewonersoverleg of een cliëntenraadpleging zijn. De lokale medezeggenschap wordt ook

ondersteund door een cliëntenraadondersteuner. In locaties komen veelal onderwerpen aan bod die de specifieke locatie aangaan. In activiteitencentra wordt onder andere besproken over: programmering, nieuwe visie op dagbesteding, winter- en zomerprogramma, voeding, vervoer of onderlinge samenwerking tussen cliënten. In onze woonbegeleidingscentra komen onderwerpen als verzorging, welzijn, afspraken en samenwerking met medewerkers en medecliënten, voeding, inrichting locatie en sfeer aan de orde. In alle locaties wordt gesproken over verbeteracties. Denk bijvoorbeeld aan de afspraken uit het cliënttevredenheidsonderzoek.

6.2 Medezeggenschap medewerkers



Onze Ondernemingsraad (OR) behartigt de algemene belangen van onze medewerkers en praat mee over strategische plannen op basis van instemmingsrecht, adviesrecht of door deelname aan commissies. De Ondernemingsraad overlegt regelmatig met de bestuurder, de manager HRM, de manager zorg en beleid, de Centrale cliëntenraad, de Vrijwilligersraad en driemaal per jaar met de bedrijfsarts en tweemaal per jaar met de Raad van toezicht. Ook neemt de OR deel aan diverse besprekingen en commissies. Denk daarbij aan de MIC- en RAI-commissie, ARBO-werkgroep, stuurgroep nieuwe visie dagbesteding en de focusgroep (marketing).

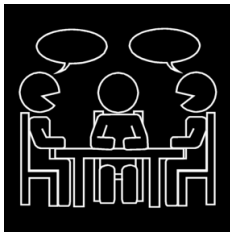
De OR sluit tevens aan bij de regionale OR-platformoverleggen en is nauw betrokken bij het platformoverleg van STAND-BY!.

De Ondernemingsraad heeft op diverse manieren contact met medewerkers. Zo heeft elke locatie een 'Ondernemingsraad contactpersoon' die het team elke maand informeert over wat er bij de OR speelt. Verder organiseert de OR twee keer per jaar een contactpersonendag. Tijdens deze dag worden de onderwerpen die in de teams leven besproken. Ten slotte informeert de Ondernemingsraad medewerkers via het intranet en een eigen Facebookpagina.

In 2018 zijn onder andere de volgende onderwerpen aan bod gekomen:

- Opleidingsplan 2019
- Werving, selectie en introductie
- Arbeidsomstandigheden
- Beloningsbeleid van SGL
- Beleid duurzame inzetbaarheid
- Roosteren en plannen
- Mensgerichte zorg
- Meerjarenbeleid SGL
- Nieuwe visie dagbesteding
- STAND-BY!
- FWG (functiehuis)
- Binden en boeien van medewerkers

6.3 Medezeggenschap vrijwilligers



We zetten 386² vrijwilligers in onze organisatie in. Ondersteuning van vrijwilligers in onze dienstverlening is essentieel. Om de algemene belangen van onze vrijwilligers te behartigen is de Vrijwilligersraad actief. De raad heeft regelmatig overleg met de bestuurder, directeur zorg en beleid en de vrijwilligerscoördinator en overlegt tevens enkele keren per jaar met de Raad van toezicht. Ook vindt er informeel overleg plaats met de Ondernemingsraad en de Centrale cliëntenraad.

De Vrijwilligersraad bespreekt beleidsstukken en reageert erop, bezoekt vrijwilligersvergaderingen in de locaties en neemt deel aan pilots en werkgroepen binnen onze organisatie die relevant zijn voor de vrijwilligers.

De raad heeft onder andere het volgende gerealiseerd:

- tijd voor begeleiding van vrijwilligers;
- beleidsdocument vervoer cliënten met SGL-bussen (door medewerkers en vrijwilligers);
- budget (€ 25,00 per vrijwilliger) voor een teamactiviteit met vrijwilligers van de locatie (uitje).

In 2019 wil de Vrijwilligersraad nog meer inzicht krijgen in de ervaringen en behoeften van de vrijwilligers. Verder zal de raad zich gaan inzetten voor het vergroten van de bekendheid en de zichtbaarheid van de raad binnen de organisatie bij zowel vrijwilligers, als medewerkers. Daardoor weten vrijwilligers wat de raad voor hen kan betekenen en kan de raad beter op vragen inspelen. Leden van de Vrijwilligersraad zullen daarom in 2019 ook weer SGL breed gaan aansluiten bij vrijwilligersbijeenkomsten. Daarnaast deelt de raad tijdens deze bijeenkomsten korte vragenlijsten uit aan vrijwilligers waarin zij informatie kunnen verstrekken over hun ervaringen en behoeften.

² Peildatum: 31 december 2018

7 Professionele medewerkers

7.1 Zelforganisatie



Meer regie bij medewerkers en cliënten. Dat is op zich niet nieuw. Wij staan achter die filosofie, die ook een logisch gevolg is van de maatschappelijke ontwikkelingen waarmee de zorg te maken heeft. Doordat de medewerker meer eigen regie en regelvermogen heeft, kan hij sneller en adequater inspelen op ondersteuningsvragen van cliënten. De medewerker kan als professional zelfstandig functioneren.

In 2018 hebben we met een pilot zelf roosteren een concrete vervolgstap gezet. Daardoor hebben medewerkers zelf meer invloed op hun eigen rooster en de balans tussen werk en privé. Daarom zullen we het zelf roosteren verder inbedden in onze organisatie in 2019.

7.2 Teamreflectie



Reflecteren doen we al continu in ons werk. Denk aan intervisie, bespreken van MIC- en RAI-meldingen, uitkomsten van 'Dit vind ik ervan!' 2.0 en medewerkersonderzoek. We vinden het belangrijk om echt tijd te nemen voor het leggen van verbindingen. Door te reflecteren vergroten onze medewerkers hun begrip en inzicht, waardoor ze leren en als professional steeds betere kwaliteit van zorg kunnen leveren.

In 2018 hebben we drie teamreflecties, geleid door de regiomanager, voor elk team van een woonlocatie gepland. De meeste locaties hebben ook daadwerkelijk drie teamreflecties uitgevoerd. Bij de andere locaties is dit vaak vanwege praktische redenen niet gelukt.

Teams geven aan enthousiast te zijn over de teamreflectie en het belangrijk te vinden stil te staan bij kwaliteit. Het was voor veel teams een nieuwe ervaring om op deze manier te reflecteren.

Teams hebben gereflecteerd op:

- *veilige zorg* (8) en dan met name medicatie (3) en omgaan met agressief gedrag en het terugbrengen van MIC- en RAI-meldingen (5).
- *kwaliteit van bestaan* (3), hier hebben teams vooral gebruik gemaakt van de uitkomsten van DVIE en het CTO.

- *samenwerking binnen het team (8)* en dan met name communicatie en feedback (6).
- *een eigen thema:* met name het bieden van warme, mensgerichte zorg (3).

De tips en tops uit de teamreflecties zijn interessant voor het team, maar ook voor andere teams binnen onze organisatie. Daarom hebben we deze ook gedeeld via het intranet, zodat medewerkers van elkaar kunnen leren. Daar zetten we ook de komende jaren op in.

Tips

Veilige zorg

- Nog meer structurele aandacht voor medicatie tijdens reguliere teamoverleggen.
- Nog meer alertheid van medewerkers op daadwerkelijke inname.
- Constante aandacht (actuele kennis) van cliënten met medicatie in eigen beheer.

Kwaliteit van bestaan

- Wensen van cliënten nog duidelijker en concreter beschrijven in het ondersteuningsplan.
- Regie (nog meer) bij de cliënt en zijn naasten leggen indien mogelijk en in overleg.

Samenwerking binnen het team

- Nog beter inleven in de cliënt.
- Positieve feedback geven.
- Open staan voor verandering.
- Verantwoordelijkheid nemen in je dienst als medewerker.

Warme, mensgerichte zorg

- Aandacht hebben voor de presentatie van het gebouw, zich gastvrouw-/heer voelen van de eigen locatie, het 'thuisgevoel' bezorgen.
- Vragen om feedback aan de cliënt en/of zijn naasten (samenspel in de driehoek).
- Persoonlijke betrokkenheid; weten wat er speelt bij de cliënt en daardoor tijdig problemen signaleren.

Tops

Veilige zorg

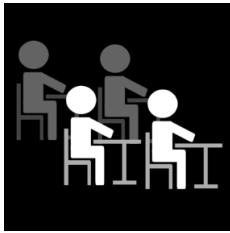
Nog meer delen van ervaringen met collega's en welke aanpak van begeleiding goed werkt en wat niet. Sparren met collega's onderling direct na een incident.

Samenwerking binnen team

Gevoel van gezamenlijke verantwoordelijkheid, door onder andere:

- het bieden van een luisterend oor en elkaar steunen;
- iets voor elkaar over hebben;
- eerst denken dan doen;
- humor. Dit is belangrijk, juist in de moeilijke momenten.

7.3 Scholing en ontwikkeling



We vinden dat medewerkers volop mogelijkheden moeten hebben om zich verder te bekwamen en te ontwikkelen. We bieden trainingen en scholing steeds meer op vraag van de medewerkers aan. We werken aan de verdere ontwikkeling van maatwerkoplossingen, zodat we snel kunnen inspelen op bijvoorbeeld vervolgvragen uit de teamreflectie of uit een training. In toenemende mate werken we met toolkits waarin medewerkers gerichte (kennis)informatie kunnen vinden over bepaalde thema's. Daarnaast organiseren we regelmatig themabijeenkomsten.

We werken inmiddels met een leermanagementsysteem waarmee medewerkers directer inzicht en toegang krijgen tot de beschikbare trainingen en opleidingen. En daarmee willen we ervoor zorgen dat medewerkers meer eigen initiatief kunnen nemen als het gaat om het aanmelden voor opleidingen en cursussen die aansluiten op hun leervragen en interesses.

7.4 Medewerkersonderzoek



In 2018 hebben de teams de resultaten van het medewerkersonderzoek besproken. Daarbij heeft elk team de nadruk gelegd op de zaken die het team zelf kan beïnvloeden. Veelal heeft dit geresulteerd in aangepaste onderlinge werkafspraken. Terugkerende thema's voor medewerkers zijn de behoefte aan scholing en begeleiding en coaching op inhoud, samenwerking, communicatie, duurzame inzetbaarheid, bezetting en werkdruk. We hebben geconstateerd dat medewerkers de onderwerpen uit het medewerkersonderzoek bewuster en gericht oppakken, doordat we de focus hebben gelegd bij het zelf bepalen en uitwerken van actiepunten in het team.

7.5 Arbeidsmarkt



Ook wij hebben te maken met de algemene krapte op de arbeidsmarkt. We zijn blijvend op zoek naar enthousiaste medewerkers die hart hebben voor de zorg en oprechte interesse in onze cliënten. Een van de acties die we hebben opgezet is het werken met meer leerafdelingen. In 2018 hebben we het aantal leerafdelingen daarom verder uitgebreid. In 2019 start ook in de regio Noord-Limburg een leerafdeling en daarmee werken we in alle regio's met leerafdelingen. We zetten ook extra in op zij-instromers. In 2018 zijn we met Randstad een bijzondere samenwerking gestart waarin begin 2019 een 10-tal leerlingen extra binnen SGL worden opgeleid via een verkort traject. In 2019 bespreken we vergelijkbare mogelijkheden met de ROC's.

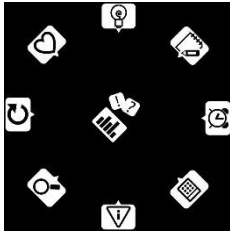
Stagiaires en leerlingen kunnen waardevolle medewerkers worden voor SGL. We bekijken dus, waar mogelijk, of een leerling of stagiaire eerder aan onze organisatie kan worden verbonden.

Als een medewerker start bij ons vinden we het belangrijk dat deze zich welkom voelt en zo snel mogelijk goed inzetbaar is. We besteden dan ook extra aandacht aan de manier waarop nieuwe medewerkers worden ingewerkt. We hebben de procedure inwerken nieuwe medewerkers in een interne audit meegenomen. Meer informatie hierover is terug te vinden in paragraaf 4.13.

Als een medewerker eenmaal bij ons werkt vinden we dat deze de mogelijkheid moet krijgen om zich te ontwikkelen. Daarom besteden we veel aandacht aan scholing. Zie daarvoor ook paragraaf 7.3.

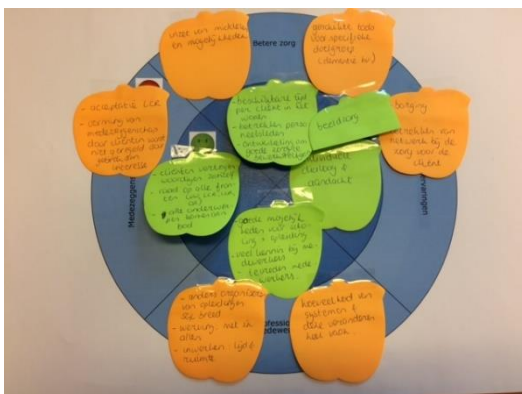
Voor 2019 ontwikkelen we voor de werving van nieuwe medewerkers een arbeidsmarktstrategie en zullen we ons focussen op het gebied van arbeidsmarktcommunicatie.

8 Reflectie intern beraad

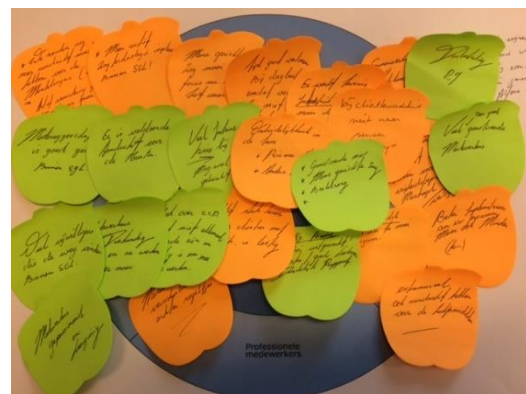


SGL heeft het interne beraad met betrekking tot het voorliggende kwaliteitsrapport breed georganiseerd met een afvaardiging van OR, Vrijwilligersraad, Raad van Toezicht, management en de werkgroepleden (van het Kwaliteitskader, zie hoofdstuk 2). De CCR was nagenoeg compleet aanwezig. Dit hebben we georganiseerd om gezamenlijk te reflecteren over hoe het gaat bij SGL en uit te wisselen wat ieder vindt dat goed gaat en wat nu echt verbeterd zou moeten worden. Als werkvorm is gekozen voor drie gemengde groepjes, die elk een 'placemat' meekregen. De placemat was verdeeld in vier kwadranten, namelijk: betere zorg, cliëntervaringen, medezeggenschap en professioneel handelen. Op deze placemat konden zij in elk kwadrant in de binnenste cirkel aangeven wat er goed gaat (de tops; de groene post-its) en in de buitenste cirkel wat verbeterd moet worden (de tips; de oranje post-its). Nadat de groepjes aan de slag waren geweest, leverde dat het volgende beeld op.

Groep 1



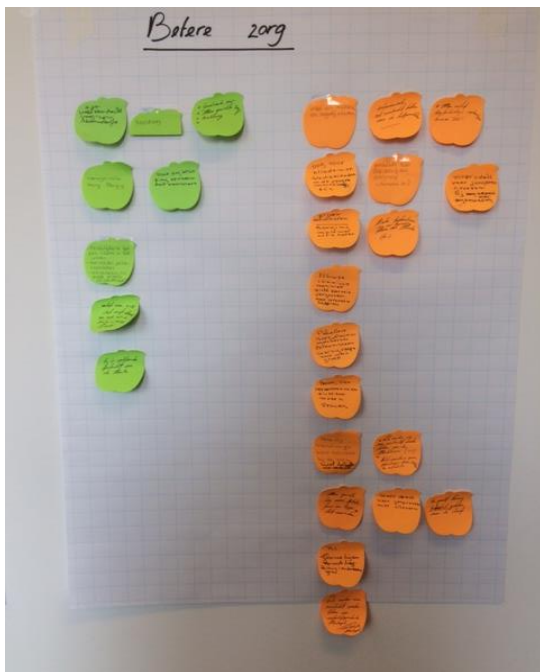
Groep 2



Groep 3



Vervolgens is alle input per kwadrant geordend, ter illustratie de foto hieronder.



1. Betere zorg

Tops 	Tips 
Veel aandacht voor zorgtechnologie, beeldzorg	Inzet van middelen en mogelijkheden, extramuraal ook aandacht voor hulpmiddelen, meer actief zorgtechnologie implementeren binnen SGL
Mensgerichte zorg (2x)	Focus mensgerichte zorg leggen op 'waarmaken', er wordt nog te weinig intrinsiek gekeken naar de cliënt, meer ruimte voor gesprekken met cliënten
Beschikbare tijd per cliënt in het wonen	Blijven ontwikkelen, borgen en implementeren moet beter (2x), proces van verbeteren zichtbaar maken, doen we niet teveel tegelijk?
Ontwikkeling om goede zorg te bewerkstelligen	Ethische commissie zichtbaarheid vergroten door informatie/ervaringen te delen
Eerlijk over ECD (is nog niet allemaal op orde en wordt als lastig ervaren om mee te werken)	Palliatieve zorg: medewerker staat vaak alleen en weinig vraag vanuit werkvloer naar werkgroep
Voldoende aandacht voor naasten	Nog meer aandacht voor naasten (meer betrekken bij zorg en activiteiten) (2x), vooral extramuraal
Door dagbesteding wordt eenzaamheid voorkomen	Meer oog voor blinden en slechtzienden in programmering AC's, geschikte tools voor specifieke doelgroepen (dementie), meer aandacht voor jongerengroepen bij dagbesteding

Tops 	Tips 
	Themabijeenkomst begeleiding / ondersteuner gezin
	Anders formuleren van vrijheidsbeperkende maatregelen (t.b.v. veiligheid)

2. Cliëntervaringen

Tops 	Tips 
Individuele aandacht en dialoog	Aandacht voor borging
Dagbesteding psychogeriatric	Beter betrekken van netwerk bij de zorg voor de cliënt
	Bij cliënttevredenheidsonderzoek wordt niet naar vervoer gevraagd. Bij dagbesteding gaat tijd verloren, omdat het vervoer hier niet op afgestemd is.
	Alternatief cliënttevredenheidsonderzoek voor cliënten met dementie

3. Professionele medewerkers

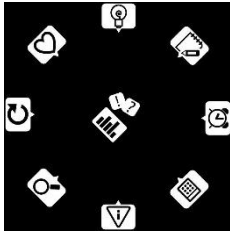
Tops 	Tips 
Op voorhand (zonder directe vacature) medewerkers aannemen	Werving met z'n allen, bij inwerken meer tijd en ruimte geven
Medewerkers dat laten doen wat ze goed kunnen en leuk vinden (3x), medewerkers hebben veel kennis (2x), zijn gemotiveerd, goede mogelijkheden voor scholing en opleiding	Anders organiseren van opleidingen stichtingsbreed / meer vraaggestuurd organiseren en meer gebruik maken van scholing door medewerkers
Veel vrijwilligers die de weg vinden naar SGL	Werkdruk medewerkers omlaag brengen, hoeveelheid van systemen en deze veranderen vaak
Veel interne kennis bij medewerkers (deze mag wel meer gebruikt worden)	Medewerkers verschuilen zich achter regeltjes
	Zelforganisatie is meer dan roosteren (meer ambitie tonen), hoe gaat dit eruit zien?

4. Medezeggenschap

Tops 	Tips 
Cliënten vertegenwoordigen zichzelf	Acceptatie van de lokale cliëntenraden is aandachtspunt
Er is een medezeggenschapsraad op alle fronten (medewerkers, vrijwilligers en cliënten)	Vorming van medezeggenschap door cliënten wordt niet geregeld door gebrek aan interesse
Alle onderwerpen komen aan bod in de medezeggenschapsorganen, medezeggenschap is goed geregeld binnen SGL	

Tot slot zijn ook tips en tops gegeven op het kwaliteitsrapport zelf. In het algemeen werd aangegeven dat het rapport mooi is uitgewerkt, korter is dan voorheen, goed leesbaar is en duidelijk. Tips waren dat het soms op onderdelen nog iets te mooi wordt weergegeven, dat het rapport voor cliënten met NAH nog lastig kan zijn om te lezen, dat alle gebruikte methoden/instrumenten moeten worden uitgelegd (zoals prisma-analyse en Anders Vasthouden) en dat een enkele samenwerkingspartner nog wordt gemist.

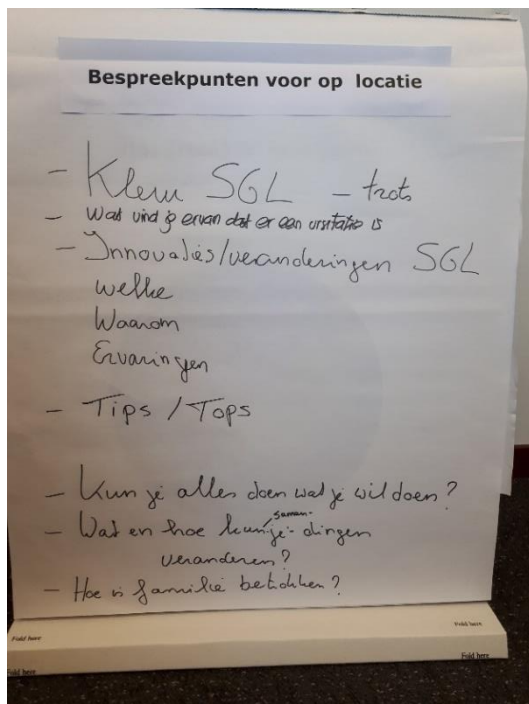
9 Externe visitatie



De visitatiecommissie heeft gezamenlijk het kwaliteitsrapport van SGL doorgenomen. Naar aanleiding daarvan hebben zij bespreekpunten geformuleerd voor de daarop volgende bezoeken aan twee woonlocaties en een dagbestedingslocatie.

Deze bespreekpunten waren:

- Wat is de kleur van SGL, waar is men trots op?
- Wat vind je ervan dat er een visitatie is?
- Innovaties/veranderingen SGL: welke, waarom, ervaringen?
- Tips en tops
- Kun je alles doen wat je wilt doen?
- Wat en hoe kun je samen dingen veranderen?
- Hoe is familie betrokken?



Met betrekking tot het rapport heeft de commissie tips en tops geformuleerd:

- Het is een prettig rapport, makkelijk leesbaar, men is blijven lezen. Soms staan er nog wat moeilijke woorden in voor cliënten en misschien ook wel voor medewerkers.
- Het rapport mist nog een duidelijke structuur: Waar wil de organisatie naar toe? Wat is onze missie, visie, wie willen we zijn? Wat is de koers van de organisatie? Dit mag krachtiger omschreven worden. Als tip werd meegegeven dat de doelstellingen concreter gemaakt konden worden.
- Als tip werd aangegeven dat we Planetree zouden kunnen gebruiken om structuur en ordening aan te brengen. De opbrengst van Planetree wordt ook gemist. Het

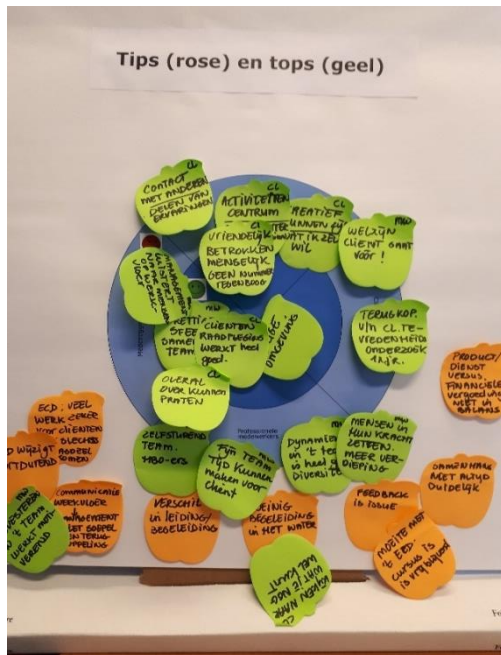
zou mooi zijn als activiteiten aan elkaar worden gekoppeld, bijvoorbeeld door met elkaar een mindmap te maken, waarin onder andere Planetree terugkomt. Dan wordt voorkomen dat op locatie wordt gedacht dat het weer iets nieuws is.

- Leiderschap, de rol van HRM, hoe HRM de ontwikkeling van de organisatie faciliteert wordt niet genoemd. Kijk hoe je er een samenhangend geheel van maakt.
- Fijn dat het rapport eerst met kwalitatieve gegevens begint en daarna kwantitatieve. Heel mooi. Geef de cijfers een context mee, ten aanzien van ambitie of eigen KPI's en geef (nadrukkelijker) aan of de organisatie op koers is met betrekking tot het onderwerp in relatie tot wat we willen bereiken. De kwantitatieve kant zou daarbij nog wat meer blauw omschreven mogen worden.
- Er worden veel aspecten/onderwerpen genoemd in het rapport. Het is duidelijk dat SGL een zeer ambitieuze organisatie is. De visitatiecommissie vraagt zich af of er niet meer behoefte is aan focus en vraagt zich ook af of alles wel goed geïmplementeerd en geborgd kan worden. Wat is echt belangrijk om aan te werken? Ook hier mag nadrukkelijker de link worden gelegd naar de missie en visie.
- De visitatie vroeg zich af waar het nu schuurt in de organisatie. Nu is het rapport vooral beschrijvend en soms concreet onderbouwd door een cijfer. Niet alles in je organisatie is ok.
- De PDCA-cyclus is nog niet goed zichtbaar in het rapport. We zouden in projecten kunnen benoemen waar we zijn in de PDCA-cyclus. Zijn we net begonnen met een project, of al verder gevorderd? Werkt het? Dat is nu niet duidelijk.
- Het zou mooi zijn om af en toe iets meer vanuit het perspectief van onze cliënten te beschrijven. Als we de driehoek zo belangrijk vinden, geef dan ook de cliënt een plek in het rapport. In het rapport komt niet naar voren wat onze cliënten graag willen. Op locaties is dit wel terug te zien, maar in het rapport komt dat niet naar voren.

Om tips en tops op locatie te inventariseren is gebruik gemaakt van hetzelfde instrument als bij de interne beraad. Hierbij werden vier kwadranten gehanteerd:

1. Betere zorg
2. Cliëntervaringen
3. Professionele medewerkers
4. Medezeggenschap

De terugkoppeling van de visitatiecommissie was een mix van terugkoppeling op de door hen vastgestelde bespreekpunten en een terugkoppeling op de vier kwadranten. In volgend overzicht zijn tips en tops per kwadrant geordend.



1. Betere zorg

Tops:



- De kleur van SGL wordt warm en mensgericht gevonden. Er is sprake van maatwerk. Er worden voorbeelden genoemd om dit te onderbouwen, zoals: er is aandacht voor individuele wensen van cliënten, cliënten voelen zich geen nummer.
- Cliënten zijn tevreden met aangeboden activiteiten, het is plezierig om in het AC te zijn. Ze zijn er trots op dat ze zelf keuzes kunnen maken in wat ze willen doen en ook trots op het feit dat ze creatief kunnen zijn.
- In één van de woonlocaties was zichtbaar wat het effect van de methodiek Hooi op je vork was met betrekking tot de rol van mantelzorgers: de methodiek heeft geleid tot bewustzijn ten aanzien van het kennen van het levensverhaal, uitspreken van verwachtingen, meer tot elkaar gekomen. Men legt makkelijker contact. In het rapport is de verbinding tussen de methodiek en het effect van deze mantelzorg niet zichtbaar, daar zijn het aparte stukken.
- Soms worstelen medewerkers echter met de vraag hoe ze mantelzorgers kunnen betrekken. Ze zoeken creatief naar mogelijkheden, maar men ervaart dat als ingewikkeld als cliënten er al lang wonen. Cliënten geven verschillende reacties en aanzien van betrokkenheid van familie: soms is een partner heel erg betrokken bij SGL en krijgt deze steun vanuit de locatie en soms wil de partner niets weten van SGL. De commissie vindt dat hier een taak voor SGL ligt.
- In één van de locaties was de wensboom leeg, de wensen waren allemaal vervuld. Men was zich ook bewust van kosten, wensen waren kleiner. Mooi dat familie ook naar wensen aan de wensboom kijkt en meedenkt over mogelijkheden om deze te vervullen.

Quote van een cliënt: "Je woont op je eigen plekje, je kunt je eigen ding doen en als je ze nodig hebt dan zijn ze er".

Tips: 

- De witte jasjes op locatie zijn tegenstrijdig met de warme sfeer. Cliënten geven aan dat het medewerkers wel zichtbaar maakt.
- Het uiterlijk van de buitenzijde van het gebouw en als je binnenkomt, komt niet overeen met de zorg (zorg is warm, uitstraling van het gebouw verouderd, geen warme uitstraling). Op locatie wordt aangegeven dat de tuin sfeervoller mag, er worden al plannen ontwikkeld met cliënten en naasten.
- Het zou zo mooi zijn om meer beeldend te maken waar SGL mee bezig is, zodat cliënten (en medewerkers) de verbanden zien en zodat het compacter wordt. Op locatie werd al geconstateerd dat men tijdens de koffie ook bewuster kan kijken naar de dingen die spelen en deze ook kan bespreken.
- De introductie van de slaapdienst wordt ervaren als 'ten koste van de uren overdag'. Het belang werd onvoldoende gezien.
- Cliënten ervaren werkdruk bij medewerkers. Soms moeten ze daardoor lang wachten. Er zou meer tijd mogen zijn voor persoonlijke aandacht. Soms zijn er ook veel wisselingen in personeel.
- Medewerkers willen graag mensen in hun kracht zetten en daar meer verdieping in vinden. Welzijn van cliënten gaat voor alles. Ze zouden ook graag meer tijd vrij willen maken voor de cliënt. Vooral de kleine locaties zijn kwetsbaar. Er is weinig ruimte om iets met iemand alleen te doen. Ook in noodsituaties is dit soms lastig.
- Voor dagbesteding wordt het ECD als belastend ervaren. Het is veel werk, zeker als cliënten maar 1 dagdeel komen. Het ECD wijzigt voortdurend.
- Kans om wat meer technologische hulpmiddelen uit te proberen en wat meer te koppelen aan jonge leerlingen. Leerwerkbedrijven zouden hieraan verbonden kunnen worden, organisaties zouden benaderd kunnen worden om materiaal te leveren.
- Op kleine locaties ziet men elkaar niet vaak, dingen kunnen daardoor niet snel gecommuniceerd worden of worden vergeten. Dit zou opgelost kunnen worden door een communicatieschrift voor huishoudelijke overdracht.
- Dagbesteding: de diensten van SGL en de financiële vergoeding vanuit de Wmo zijn niet in balans.

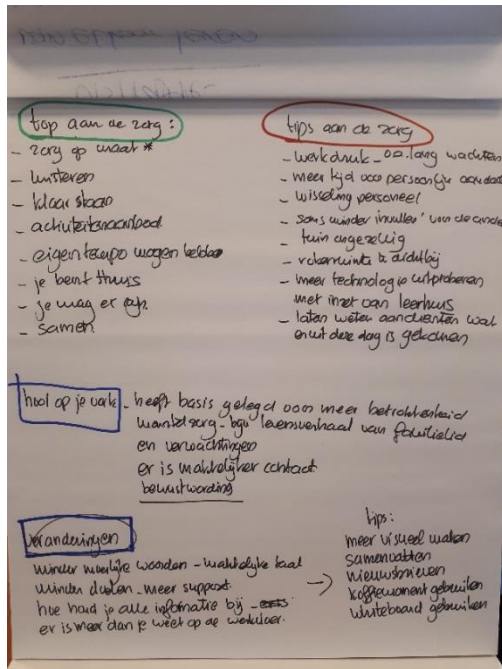
2. Cliëntervaringen

Tops: 

- Op alle locaties wordt aangegeven dat cliënten tevreden zijn.
- Cliënten worden overal bij betrokken. Samen.
- De laatste 10 jaar is een enorme verschuiving zichtbaar in participatie van cliënten. Daar is het team heel trots op.
- De cliëntenraadpleging op locatie werkt heel goed.
- De resultaten van het cliënttevredenheidsonderzoek worden 1x per jaar teruggekoppeld.

Tips: 

- Soms vullen medewerkers nog wel eens wat in voor cliënten.



3. Professionele medewerkers

Tops:

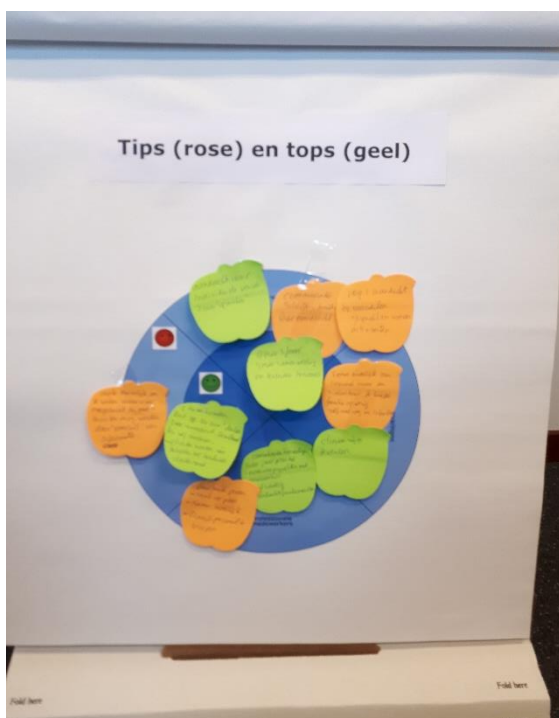


- Teamleiders cliëntenzorg zijn trots op hun teams. Zaken zijn bespreekbaar, teams willen verder komen, tijd voor de cliënten maken. Medewerkers benoemen positieve aspecten ten aanzien van de teams: goede teamsamenstelling (deskundigheid), goede samenwerking, hecht zijn, ook met cliënten.
- Voor vrijwel alles is scholing mogelijk. In één van de woonlocaties wordt dit als positief ervaren en gebruikt men wat nodig is. Voorbehouden handelingen wordt als voorbeeld genoemd van iets dat daardoor tiptop in orde is.
- Het werken met aandachtfunctionarissen (seksualiteit, palliatieve zorg) wordt als positief ervaren.
- Innovaties en veranderingen SGL: medewerkers zien cultuurverandering, van een gesloten organisatie naar meer transparantie, waarin dingen makkelijker bespreekbaar gemaakt kunnen worden. Medewerkers die langer in dienst zijn ervaren een kentering van een volledig onveilige organisatie naar een veilige organisatie. Communicatie van beneden naar boven vindt men nog eng en soms moeilijk. Bijvoorbeeld: medewerkers hebben aangegeven dat ze bepaalde scholing niet zinvol vinden en zijn hiermee naar HRM gegaan. Dit is ook opgepakt. Kanttekening: het duurt vaak nog lang voordat dingen worden opgepakt en men is niet altijd op de hoogte van wat er gebeurt.
- Medewerkers zijn goed op de hoogte van innovaties. Men ervaart veel overlap. Het ene team vindt dat geen probleem, het andere wel.
- Medewerkers hebben het gevoel dat mensen meer in hun kracht worden gezet. Er is meer verdieping.

Tips:



- De visitatiecommissie geeft terug dat scholing op een deel van de locaties als veel wordt ervaren en dat medewerkers de samenhang niet altijd zien. Ook tijdig plannen van scholing wordt genoemd als aandachtspunt.
De hoeveelheid van scholing is ook zichtbaar in het Kwaliteitsrapport: bij alle activiteiten worden symposia en scholing genoemd. Er zijn ook andere mogelijkheden om dingen onder de aandacht te brengen. Er is een eenzijdig aanbod van leren. In de teamreflectie worden wel zaken met elkaar verbonden, maar in de scholing.
Met betrekking tot innovaties en verandering: misschien iets minder doelen stellen en medewerkers wat meer faciliteren om die dan ook te bereiken.
- Communicatie is een aandachtspunt: de verbinding tussen organisatie en werkvloer is niet altijd duidelijk. Er is geen terugkoppeling vanuit management, communicatie verloopt niet soepel. Een van de medewerkers gaf aan dat ze door deelname aan een project relaties ging zien tussen organisatie en praktijk. Medewerkers hebben ook moeite om de grote hoeveelheid aan informatie bij te kunnen houden. Meer visueel maken, nieuwsbrieven, informatie delen tijdens koffiemomenten worden genoemd als mogelijke middelen.
- Het is moeilijk om nieuw personeel te krijgen. Daar zitten ze wel mee in hun maag.
- Planning van scholingen eerder bekend maken, maakt het makkelijker om dingen te regelen. Hadden symposium gemist.
- Elkaar feedback geven vinden medewerkers erg moeilijk. Soms worden ze ingehaald door de tijd, dan hoeft het niet meer.



4. Medezeggenschap

Tops:



- Medezeggenschap van cliënten wordt top gevonden.
- In de locaties zijn 'Out of the box bijeenkomsten' gehouden, waarin medewerkers mee mochten denken. Dit werd als heel positief ervaren en er is ook nog iets met de uitkomsten gedaan (zelfroosteren is daarin naar voren gekomen).

Tips:



- Er zijn wel aandachtspunten op het vlak van communicatie: minder moeilijke woorden, communicatie soms wat veel.
- Medewerkers ervaren een overkill aan informatie en hebben daardoor moeite om alles bij te houden en niet achter de feiten aan lopen. Ze weten niet goed waar ze zeggenschap over hebben. Het is belangrijk om informatie beter stroomlijnen.
- Medezeggenschap door de CCR wordt op locatie als vertragend ervaren. Eigenaarschap zou ook op meer op locatieniveau neergelegd kunnen worden.

10 Conclusies, prioriteiten en aanpak doorontwikkeling



We hebben het interne beraad en de externe visitatie als zeer waardevol ervaren. In de terugkoppeling van beide momenten zijn duidelijke overeenkomsten te zien, wat voor ons nogmaals bevestigt waar SGL goed in is en wat nog beter kan. Dit helpt ons om meer focus aan te brengen en de juiste accenten te leggen. Uit alle opbrengsten zien we duidelijke tops en tips voor SGL en we nemen deze zoveel mogelijk mee in de verdere aanpak. Omdat we niet alles tegelijk kunnen aanpakken en ons willen focussen op een aantal onderwerpen, maken we hierin passende keuzes.

De tops zijn de volgende:

1. De 'kleur' van SGL is warm en mensgericht. Iedere cliënt mag er zijn en er is een hoge cliënttevredenheid.
2. De medezeggenschap binnen SGL is goed geregeld in alle lagen van de organisatie.
3. Medewerkers zijn gemotiveerd om zich te ontwikkelen en om de samenwerking met collega's, cliënten en naasten te versterken.

De belangrijkste tips die naar voren zijn gekomen, zijn:

1. De missie, visie en strategische doelstellingen van SGL kunnen concreter worden benoemd. Er kan meer focus worden aangebracht, onder andere op het vlak van mensgerichte zorg, samenwerking met naasten en de toepassing van zorgtechnologie.
2. SGL kan de verbetercyclus (Plan Do Check Act) duidelijker laten zien in al haar activiteiten en projecten. Er kan meer aandacht worden geschonken aan implementatie en borging. Daarbij mogen we ook duidelijker benoemen wat niet goed gaat, juist daar leren we ook veel van.
3. SGL kan haar scholingsaanbod effectiever organiseren, meer vraaggestuurd en ervaringsgericht.

Om meer focus te gaan krijgen gaan we ons nadrukkelijk richten op een paar thema's uit het meerjarenbeleid.

Deze thema's zijn mensgerichte zorg, waarbij 'aandacht voor elkaar' de basis van ons handelen is. Zelforganisatie en dienend leiderschap. Daarbij gaat het om regelruimte voor alle medewerkers en leidinggevendenden die faciliteren. Zorgtechnologie, waarbij we gaan kijken hoe we onze medewerkers digivaardig(er) kunnen maken en hoe we technologie nog beter kunnen inzetten in de locaties. Ten slotte willen we nog marktgericht worden, waarbij de arbeidsmarktproblematiek natuurlijk een belangrijk issue is.

Daarnaast zijn er nog genoeg thema's die op ons pad komen. Focus houden en keuzes maken zal het komende jaar onze grootste uitdaging zijn.

11 Overzicht gebruikte bronnen

Om het rapport samen te stellen, hebben wij gebruik gemaakt van diverse bronnen:

- resultaten cliëntervaringenonderzoek 'Dit vind ik ervan!' 2.0 2018
- resultaten cliëntervaringenonderzoek extramuraal 2018
- jaarrapportage 2018 Meldingen Incidenten Cliëntenzorg (MIC)
- jaarrapportage 2018 Registratie Agressieve Incidenten (RAI)
- gegevens elektronisch cliëntendossier Pluriform m.b.t. vrijheidsbeperkende maatregelen 2018
- jaarverslag ethische commissie 2018
- gegevens elektronisch cliëntendossier Pluriform m.b.t. cliëntenopbouw 2018
- ziekteverzuimcijfers 2018
- verslaglegging interne audits 2018
- verslagen teamreflecties 2018
- verslaglegging focusgroepen mensgerichte zorg 2018