



zorggroep sint maarten



**Kwaliteitsverslag 2017**  
**Zorggroep Sint Maarten**

*deel je leven*



## Inhoud

1   Algemeen beschrijvend overzicht uitkomsten .....	4
1.1   Persoonsgerichte zorg en ondersteuning .....	4
1.2   Wonen en welzijn .....	6
1.3   Veiligheid .....	7
1.5   Leren en verbeteren van kwaliteit .....	8
1.5   Leiderschap, governance en management .....	9
1.6   Personeelssamenstelling .....	9
1.7   Gebruik van hulpbronnen .....	10
1.8   Gebruik van informatie .....	10
2.   Specifieke aandacht voor onderdeel Veiligheid .....	12
2.1   Opname van kwantitatieve uitkomsten op de vier veiligheidsthema's en bijbehorende uitwerkingen .....	12
2.2   Medicatieveiligheid .....	13
2.3   Decubituspreventie .....	13
2.4   Gemotiveerd gebruik van vrijheid beperkende maatregelen .....	13
2.5   Advanced care planning .....	13
3   Specifieke aandacht voor onderdeel Cliëntoordelen .....	14
3.1   ZorgkaartNederland .....	14
3.2   Eigen onderzoek .....	15
The nursing home as a community .....	15
4   Leren en werken aan kwaliteit .....	18
4.1   Het kwaliteitsplan inclusief verbeterparagraaf .....	18
4.2   Het kwaliteitsverslag .....	18
4.3   Het samen leren, waaronder deel uit maken van het lerend netwerk .....	18



Deel 1:  
Algemeen beschrijvend  
overzicht uitkomsten



## 1 | Algemeen beschrijvend overzicht uitkomsten

In 2017 is er veel gebeurd binnen Zorggroep Sint Maarten. De transitie bewerkstelligde een andere structuur van de organisatie.

Een nieuwe Raad van Bestuur is geïnstalleerd, de functies zorgmanager en teamleider zijn vervallen en hiervoor in de plaats kwamen teamcoaches, proces- en gemeenschapsmanagers.

De organisatie wil de cliënt meer regie geven, de cliënt centraal stellen. Zorgverleners krijgen professionele ruimte en autonomie om kennis, kunde en eigenaarschap in te zetten. Maar dit moet wel geleerd worden! En dit vraagt om een cultuurverandering.

Veel tijd en aandacht is en moest ook uitgaan naar de transitie binnen Zorggroep Sint Maarten. Het kwaliteitsplan was hierdoor pas in december 2017 in concept gereed. De voortgang tot nu zullen we nu inzichtelijk maken.

### 1.1 | Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

#### Doorlopend aandacht voor het op orde blijven van de basis



December en januari is er aandacht geweest voor de fysieke inrichting van de kwaliteitsondersteuning om de goede zorg op locaties, binnen LWG's en binnen Zorggroep Sint Maarten te kunnen borgen.

Er is een projectleider aangesteld om te komen tot één kader voor de hele zorggroep waarbij vanuit een LWG, met de verschillende procesmanagers samen, een modus wordt gevonden waarbij:

- Continue monitoring van de basiszorg binnen de teams plaatsvindt en verbetering wordt ingezet wanneer niet conform afspraken wordt gewerkt.
- Uitwisseling plaatsvindt van lokale teambevindingen die meegenomen worden in centrale geharmoniseerde processen
- Nieuwe ontwikkelingen/beleid in de LWG's en de teams geïmplementeerd wordt
- Gebruik wordt gemaakt van beschikbare deskundigheid binnen en tussen de LWG's zodat men leert van elkaar

Een voorbeeld hierbij is de onlangs nieuw bemenste werkgroep ECD die de vragen en opmerkingen vanuit de interne audit met betrekking tot het zorgdossier zal beantwoorden met aangepaste centrale kaders. Veranderingen worden vervolgens door "leden van de kwaliteitsteams" geïmplementeerd binnen de LWG.



**Focus: cliënt centraal/eigen regie cliënt en vergroten van de betrokkenheid van familie en mantelzorgers binnen de huidige afspraken:**

- Worden de bestaande afspraken gevolgd?
- Worden de mogelijkheden om te focussen binnen de bestaande afspraken voldoende benut?
- Hoe weten (meten) we de stand van zaken?



Er is in december 2017 een werkgroep “eigen regie van de cliënt” gestart waaraan 3 leden van de cliëntenraad deelnemen. Opdracht is de betrokkenheid van cliënt, familie en mantelzorger bij de zorgleefplanbesprekingen te vergroten. Hierbij worden ook de bestaande mogelijkheden die (nog) niet gebruikt worden meegenomen.

Uit de interne audit november 2017 is naar voren gekomen dat teams informatie over de cliënt die ze al tijdens de intake verkrijgen en waar wel afspraken over zijn gemaakt, onvoldoende vastleggen in het zorgleefplan maar wel in levensboeken of -dozen. Bij het gebruik wordt de koppeling met het zlp nog onvoldoende gemaakt. Dit zal aandachtspunt zijn voor het “kwaliteitsteam” van de LWG.

Als centrale bevinding uit de interne auditronde van november 2017 kwam ook naar voren dat er binnen de leefwerkgemeenschappen veel verschil zit in wie wat doet met betrekking tot het proces introductie. Het proces wordt dus niet op alle locaties gevolgd zoals beschreven. Deze processen zullen worden geharmoniseerd, op een wijze die waarde toevoegt voor cliënten, naasten en medewerkers en zal op een lean wijze worden vastgelegd: Project: “de intake staat als een huis”

**Hoe weten (meten) we de stand van zaken?**



Ook het project “zelforganisatie” draagt bij aan de eigen regie van de cliënt.

Als doel is hierbij gesteld:

De cliënt staat centraal. Zorgverleners krijgen professionele ruimte en autonomie om kennis, kunde en eigenaarschap in te zetten.

En als visie:

Zorg en welbevinden zo dicht mogelijk bij de cliënt organiseren, waarbij we rekening houden met wensen en eigen regie van cliënt en professional.

Dit doen we door DORPS te zijn:

- Ons leven te Delen met elkaar
- Ondernemend te zijn door kansen te zien
- Regie te versterken



- Passie uit te dragen.
- Samen te werken vanuit deskundigheid, talent en betrokkenheid. Hierdoor ontstaat een gastvrije leefwerkgemeenschap waarin de cliënt zich thuis voelt.

#### Opbrengst tot nu toe:

De eerste fase met teamcoaches en teams is ingezet. Teamcoaches inventariseren met hun teams waar ze nu staan en welke ontwikkelpunten er liggen. Hiervoor is vanuit het project een toolkit en begeleiding beschikbaar.

Het project loopt in 2018 door conform plan en het schept randvoorwaarden voor onder andere de speerpunten 1, 3, 4, 8 en 9.

## 1.2 | Wonen en welzijn

**Focus: cliënt centraal/eigen regie cliënt**

**Een zinvolle dagbesteding voor cliënten: analyse van huidige invulling en wenselijke aanpassing.**

**De inzet van de middelen vanuit Waardigheid & Trots die per locatie met de lokale cliëntenraad zijn vormgegeven worden geïmplementeerd/ gecontinueerd. De lokale CR agendaert de stand van zaken elk kwartaal bij GCR en CCR**



Deelnemers aan het zorgmanagementoverleg zullen vragen wat ervoor nodig is om voor cliënten een waardevolle dag te kunnen realiseren. Deze informatie geeft het platform “goede zorg en kwaliteit” informatie en gevoel bij wat we te doen hebben en hiermee kunnen we onze visie en koers op de waardevolle dag voor onze cliënt verder laden en uitdragen.

#### Aan de cliënt/bewoner:

- ‘Wanneer heeft u een waardevolle dag?’

#### Aan mantelzorgers:

- “Wanneer heeft uw familielid/geliefde/vriend/etc. een waardevolle dag”
- “Wat is er voor nodig om dat te bereiken?”

#### Aan medewerkers:

- “Wat heb je nodig om een waardevolle dag voor je cliënt te bereiken?”
- “Welke acties dragen bij aan het bereiken van die waardevolle dag en welke niet?”
- “Wat moeten we vooral doen en wat kunnen we misschien wel laten?”

De denkrichting is vanuit de cliënt & medewerker. En we kijken vanuit die blik hoe we de uitkomsten binnen de kaders kunnen inpassen.



**Verder ontwikkelen van Gastvrijheid en hiermee in samenhang de voedingsvisie en “Eten is beleven”.**



De afgelopen periode zijn er meerdere gastvrijheidssessies gehouden waar ca. 90 medewerkers samen hebben gekeken wat zij verstaan onder gastvrijheid binnen Zorggroep Sint Maarten. Bij elk facet zijn verschillende elementen benoemd die verder opgepakt gaan worden.

<b>Sfeer en inrichting</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Herkenbaarheid door badge en bedrijfskleding</li><li>• Verlichting: dimlicht en daglicht</li></ul>
<b>Gedrag</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Focus op oprechte aandacht, tijd en interesse</li><li>• Gezien worden</li></ul>
<b>Gebouw</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• De ontvangst</li><li>• Persoonlijke ontvangst</li><li>• Welkom voelen en gezien worden</li></ul>
<b>Fysieke leefomgeving</b>	Bezoek moet goed kunnen parkeren
<b>Producten en services</b>	Ervaren van diversiteit en continuïteit van activiteiten die aansluiten bij de interesse van de individuele cliënt

**Bevorderen familieparticipatie en uitvoering van het plan voor duurzame inzetbaarheid van vrijwilligers.**



Zie ook speerpunten 2 en 3.

Het plan voor duurzame inzetbaarheid van vrijwilligers krijgt steeds meer gestalte. Doel is om te voorkomen dat o.a. door vergrijzing van de groep vrijwilligers een tekort aan inzet en extra handen zal ontstaan om voor cliënten een waardevolle dag te kunnen realiseren.

### 1.3 | Veiligheid

**Aanpassing van de rol van de incidentencommissie aan de aangepaste werkwijze  
Inrichten van de digitale ondersteuning via Triasweb, een eenvoudiger middel om te melden met als doel te leren en verbeteren.**



Zorggroep Sint Maarten wil dat veiligheidsbewustzijn deel wordt van haar cultuur: veiligheid is integraal onderdeel van alles wat we doen. Een veilig team is de hoeksteen van een veilige



organisatie. En de kracht van risicoreductie en dus kwaliteitsverbetering ligt in die teams. Veiligheidsbewustzijn maakt deel uit van de professionele beroepshouding die Zorggroep Sint Maarten beoogt. Wij gaan medewerkers beter ondersteunen met een adequaat digitaal meldsysteem. Het plan van aanpak is gereed en voorbereidingsgesprekken met een leverancier zijn gepland.

**Vaststellen van de voor Zorggroep Sint Maarten relevante indicatoren voor (cliënt) veiligheid en ons hiertoe beperken.**



De onlangs vastgestelde indicatoren basisveiligheid 2018 uit het kwaliteitskader zullen worden ingebed in onze werkprocessen. Vastgesteld moet nog worden of ze onderdeel gaan worden van de 3-maandelijke rapportage van de LWG en welke indicatoren eventueel kunnen vervallen.

## 1.5 | Leren en verbeteren van kwaliteit

**Vaststellen van het proces m.b.t. kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag via “Platform Goede zorg en kwaliteit”. Vanuit dit platform worden onderdelen van het plan uitgevoerd in combinatie met de CCR. Beschikbare informatie delen. Betrokkenheid medezeggenschapsorganen borgen in proces.**



Zorggroep Sint Maarten is samen met de CCR bezig om een goede wisselwerking met de verschillende medezeggenschapsorganen in te richten via een gestructureerde beleidscyclus. Het gezamenlijk plan voor medezeggenschap dat voortvloeit uit de transitie en het kwaliteitskader wordt geleidelijk ingevuld.

**Focus met betrekking tot leren van elkaar ligt in 2018 nog vooral in de gemeenschappen (harmoniseren van beleid, processen en producten en het stellen van kaders). Voorgesorteerd wordt op een lerend netwerk extern, o.a. met Stichting Sutfene.**



December en januari is er aandacht geweest voor een kader voor de fysieke inrichting van de kwaliteitsondersteuning om goede zorg op locaties, binnen LWG's en binnen Zorggroep Sint Maarten te kunnen borgen. Hiervoor is een projectleider aangesteld. Zie ook speerpunt 1 Procesharmonisatie, een open oog voor wensen vanuit cliënt en medewerker, bewustwording en begrip voor noodzakelijke stappen waarbij de 27 inmiddels opgeleide Greenbelters teams meenemen in “waarde toevoegen voor de cliënt en de Leangedachte”

Ook zij krijgen een rol in de het project "Kwaliteitsteam per leefwerkgemeenschap" Naast dit intern leren van elkaar (binnen en tussen LWG's) is met Stichting Sutfene een eerste contact gelegd voor een extern lerend netwerk.





**Evaluatie en zo nodig aanpassing van de klachtenregeling in samenspraak met (C)CR en OR.**



De CCR kan zich na enkele aanpassingen vinden in het voorstel voor evaluatie. Afspraken voor de gesprekken worden begin 2018 gepland.

## 1.5 | Leiderschap, governance en management

**Gezien het belang van medezeggenschap als bijdrage aan goede kwaliteit van zorg, zien we het als een gezamenlijke verantwoordelijkheid van Zorggroep Sint Maarten en medezeggenschapsorganen namens cliënten en medewerkers om in 2018 te komen tot een passende medezeggenschapstructuur.**



Zoals ook bij speerpunt 8 benoemd loopt dit traject. Er zijn inmiddels bijeenkomsten geweest met leden van alle cliëntenraden binnen een LWG met de LWG manager. Aan de hand van een checklist wordt de inbreng van cliënten via lokale belangenbehartigers naar gemeenschaps-clientsraden (GCR) gebracht. LWG-overstijgende zaken gaan naar de centrale cliëntenraad.

## 1.6 | Personeelssamenstelling

**Vanuit de visie op zorg in 2018 centraal vaststellen wat kwantitatief en kwalitatief nodig is: welk kennis- en vaardigheidsniveau van medewerkers is nodig/wenselijk bij de verschillende cliëntgroepen. De essentie wordt vastgelegd in het strategisch personeelsbeleid zodat elk team dezelfde uitgangssituatie heeft. Daarnaast wordt onder verantwoordelijkheid van het team gekeken naar de wensen en behoeften van de groep cliënten en wat er (nog) nodig om goede basiszorg te kunnen blijven garanderen.**



Binnen Zorggroep Sint Maarten is hiermee gestart. De afdeling HRM is gestart met het in kaart brengen. Ook de zorgkantoren hebben deskundigheidseisen voor 2018 vastgesteld die hierin worden meegenomen.

Er is in eind 2017 een project gestart met als opdracht "Plannen en Roosteren met kennis en effectiviteit"



## 1.7 | Gebruik van hulpbronnen

### Herpositionering van groepsservices conform projectplan



Zorggroep Sint Maarten wil komen tot een adequate en passende afstemming van de door Groep Services te leveren resultaten op de behoeften van de organisatie ter ondersteuning en borging van goede bedrijfsvoering en zorg- en dienstverlening in brede zin. Wellicht ten overvloede: onder 'Groepsservices' verstaan we het geheel van de centraal gepositioneerde processen en afdelingen. Het projectplan loopt conform planning.

## 1.8 | Gebruik van informatie

### Doorontwikkeling en uitrol van de Zorgmonitor in Cura. Deze (aan)vullen met verder noodzakelijke stuurinformatie om te weten of we de gewenste resultaten vanuit de visie hebben behaald.



De Zorgmonitor wordt geleidelijk gevuld met stuurinformatie die gewenst is door gemeenschaps- en procesmanagers. In 2018 wordt de Zorgmonitor verder uitgebreid met relevante stuurinformatie.



## Deel 2:

Specifieke aandacht voor onderdelen:

Veiligheid

Cliëntoordelen

Leren en werken aan kwaliteit



## 2. | Specifieke aandacht voor onderdeel Veiligheid

1. Opname van kwantitatieve uitkomsten op de vier veiligheidsthema's en bijbehorende uitwerkingen.
2. Medicatieveiligheid
3. Decubituspreventie
4. Gemotiveerd gebruik van vrijheid beperkende maatregelen
5. Preventie van acute ziekenhuisopnamen; deze indicator is gewijzigd naar "advanced care planning"

### 2.1 | Opname van kwantitatieve uitkomsten op de vier veiligheidsthema's en bijbehorende uitwerkingen

Binnen de Zorggroep worden incidenten digitaal gemeld. Deze meldingen worden maandelijks verwerkt tot managementinformatie. De afhandelaren van de locatie/LWG, die allen geschoold zijn in Prisma Light, beoordelen de meldingen, bekijken ongeveer 3 maandelijks of een analyse nodig is en koppelen zo mogelijk de resultaten terug naar de teams. Een totaal overzicht van meldingen staat hieronder vermeld, de toelichting hierop is nog niet gereed.

	2017	2016	2015
<b>Vallen</b>	<b>2496</b>	<b>2607</b>	<b>2704</b>
<i>waarvan "geaccepteerd risico" volgens zlp</i>	638		
<i>waarvan geen "geaccepteerd risico" volgens zlp</i>	1858		
<b>medicatie</b>	<b>2519</b>	<b>1992</b>	<b>1433</b>
<i>waarvan "niet afgetekend"</i>	676		
<i>waarvan "niet gegeven"</i>	1499		
<i>waarvan "niet gegeven" omdat cliënt heeft geweigerd (alleen rapporteren in dossier maar hoeft niet gemeld)</i>	129		
<i>waarvan "verkeerd gegeven"</i>	344		
<b>agressie</b>	<b>322</b>	<b>414</b>	<b>206</b>
<b>overig</b>	<b>260</b>	<b>215</b>	<b>127</b>
<b>verslikken</b>	<b>11</b>		
<b>totaal</b>	<b>5608</b>	<b>5228</b>	<b>4470</b>

## 2.2 | Medicatieveiligheid

De toelichting hierop is nog niet gereed

## 2.3 | Decubituspreventie

Bij de zorgleefplanbespreking van cliënten wordt een individuele risicobeoordeling van de cliënt uitgevoerd. Een van de te onderzoeken items is daarbij het risico op decubitus. Wanneer er een vergroot risico wordt geconstateerd dan worden in het zorgleefplan de gemaakte afspraken vastgelegd hoe dit risico te verkleinen of op te heffen.

## 2.4 | Gemotiveerd gebruik van vrijheid beperkende maatregelen

We streven ernaar om cliënten zo weinig mogelijk in hun vrijheid te beperken. Waar het echt niet anders kan gebruiken we wel vrijheid beperkende maatregelen. Een deel daarvan zijn maatregelen die –hoewel vrijheid beperkend genoemd–, voor de cliënt juist vrijheid bevorderend werken.

Op peildatum 1-12-2017 werden op de PG-afdeling van de Zorggroep 305 vrijheid beperkende maatregelen toegepast om risico's voor de cliënt of zijn omgeving te beperken. Hiervan was 1 maatregel niet in het zorgleefplan van de cliënt vastgelegd (middel en maatregel nood). Dit betrof het gebruik van een sensor bij het bed van een cliënt in verband met het uit bed glijden bij een onveilige sta-functie. Er was wel overeenstemming met de vertegenwoordiger van de cliënt. Bij een cliënt vertoonde de cliënt verzet tegen de afgesproken handeling in het zorgleefplan. Dit werd ook gemeld bij de IGJ als dwangbehandeling.

Op somatische afdelingen worden wel maatregelen ingezet maar in principe niet zonder toestemming van de cliënt. Binnen de verzorgingshuizen wordt vrijheidsbeperking ook geregistreerd maar via een 'papieren' document.

## 2.5 | Advanced care planning

Tijdens de interne auditronde van november 2017 is gecheckt of van alle cliënten bekend was of zij gereanimeerd wilden worden. Nagenoeg alle cliënten hebben een getekende reanimatieverklaring in hun zorgdossier. Bij de intake wordt ook de mogelijkheid geboden om andere wensen, wilsbeschikking te bespreken maar dit wordt op dat moment vaak nog niet vastgelegd.

### 3 | Specifieke aandacht voor onderdeel Cliëntoordelen

#### 3.1 | ZorgkaartNederland

Zorggroep Sint Maarten neemt deel aan Zorgkaart Nederland. De overall score voor heel Zorggroep Sint Maarten vanaf de start is 8.1 Dit cijfer is gebaseerd op 941 waarderingen. 97% beveelt onze organisatie aan. In 2017 zijn er interviewteams geweest op locaties Mariënbosch, Gerardus Majella en Franciscus.

De score per locatie is als volgt:

<b>Leefwerkgemeenschap Dinkelland–Tubbergen</b>	<b>Waardering (aantal waarderingen)</b>
Eeshof	8.2 (19)
Franciscus	7.6 (21)
Gerardus Majella	8,1 (56)
Gravenstate	8,1 (25)
Sint Jozef	7,9 (56)
<b>Leefwerkgemeenschap Friesland</b>	<b>Waardering (aantal waarderingen)</b>
Mariënbosch	7,5 (26)
Sint Theresia	7,9 (37)
<b>Leefwerkgemeenschap Gelderland</b>	<b>Waardering (aantal waarderingen)</b>
Gudula	7,4 (34)
Polbeek	7,0 (27)
<b>Leefwerkgemeenschap Losser</b>	<b>Waardering (aantal waarderingen)</b>
Maartens–Stede	8,0 (85)
Oldenhove	8,0 (76)
Tiekerhook	8,6 (26)
<b>Leefwerkgemeenschap Oldenzaal</b>	<b>Waardering (aantal waarderingen)</b>
Gereia	7,6 (51)
Molenkamp	8,0 (56)
Zonnestraal	8,2 (14)



## 3.2 | Eigen onderzoek

In het kader van cliëntonderzoek naar welbevinden zijn met instemming van de cliëntenraad de volgende vragen opgesteld die in de periode september tot november zijn uitgevraagd.

- Heeft u voldoende mogelijkheden de dag in te delen zoals u dit wenst?
- Heeft u te allen tijde toegang tot het gebouw waar u woont/verblijft?
- Ervaart u ruimte voor eigen inbreng bij de zorgleefplanbespreking?
- Kunt u zelf bepalen hoe u uw kamer/appartement inricht?
- Kunt u zelf bepalen waar en wanneer u uw warme maaltijd nuttigt?
- Is er gelegenheid om aan te geven wat u belangrijk vindt?
- Is er vanuit de medewerkers voldoende aandacht voor wat u belangrijk vindt?
- Wordt er voldoende naar u geluisterd?

In totaal hebben 78 cliënten de vragen beantwoord. Analyse van de resultaten leidt tot onze volgende conclusies:

### Inhoudelijke analyse

Op het merendeel van de vragen wordt positief beantwoord (op 8 van de 9 gesloten vragen antwoordt meer dan 90% 'ja', op 3 van de 9 100%).

In 1 van de 5 leefwerk gemeenschappen werd nooit 'nee' geantwoord en in een andere leefwerk gemeenschap slechts 1x 'nee'.

20% van de respondenten geeft aan niet zelf te kunnen bepalen hoe zij hun appartement inrichten. Dit is de vraag waarop het minst vaak positief werd geantwoord. Mogelijke verklaring ligt hier in samenhang met veiligheid/arbo aspecten. Tot slot worden in de open vraag met name complimenten gemaakt en worden een aantal verbeterpunten benoemd.

### Conclusie

- Het aantal resultaten is in sommige gemeenschappen nog erg laag. Om een gedegen afweging te kunnen maken over of de nu gestelde vragen blijvend zijn, zou het wenselijk zijn om aldaar een hoger aantal respondenten te hebben.
- Het is mogelijk dat een aantal vragen in de toekomst geschrapt of vervangen kunnen worden door andere vragen.
- De antwoorden zijn enkel ja of nee, in enkele gevallen is behoefte aan toelichting hierop.

## The nursing home as a community

Dit betreft een wetenschappelijk onderzoek vanuit Universiteit Twente naar welbevinden bij cliënten en hoe welbevinden verhoogd kan worden. Hiervoor deed de Universiteit Twente onderzoek naar de samenhang tussen welbevinden bij cliënten en de vervulling van drie psychologische basisbehoeften: autonomie, verbondenheid en competentie.



### **Conclusies:**

Cliënten van Zorggroep Sint Maarten scoren over het algemeen vrij hoog op welbevinden en op de vervulling van de psychologische basisbehoeften, ook in vergelijking met andere zorggroepen. Er is echter nog wel ruimte voor verbetering. Aandacht voor het vervullen van autonomie, competentie en verbondenheid van cliënten is een goede route om het welbevinden te verhogen. De training Contact! werd over het algemeen positief door medewerkers ervaren, maar de inhoud werd nog maar beperkt toegepast. Er kon nog geen verschil in welbevinden en vervulling van basisbehoeften gevonden worden op cliëntniveau. Vanaf het najaar van 2016 is de inhoud van de training Contact! onderdeel geworden van de training Welbevinden en Betrokkenheid, welke in 2017 wordt aangeboden aan alle medewerkers van de zorggroep.

### **Aanbevelingen:**

- Om het welbevinden te bevorderen is de vervulling van de behoefte aan autonomie, competentie en verbondenheid van cliënten een goede weg.
- Aandacht voor alle drie de basisbehoeften is belangrijk, ook al wordt de behoefte aan competentie het minst vervuld en hangt de behoefte aan autonomie het sterkst samen met welbevinden.
- De training Contact! voortzetten voor alle zorgmedewerkers, zoals reeds wordt gedaan binnen de training Welbevinden en Betrokkenheid.
- Het is van belang om medewerkers te ondersteunen bij het toepassen van de trainingsinhoud, bijvoorbeeld via Teamcoaches of opleidingsfunctionarissen.

Vervolgonderzoek leverde in november 2017 de volgende eindconclusie en aanbevelingen:

### **Conclusies**

De uitkomsten van dit onderzoek laten zien dat er nog ruimte is voor verbetering van welbevinden en betrokkenheid, zowel zichtbaar in zelfrapportages als in de observatie scores. Kijkend naar het gebruik van het screeningsformulier zien we dat medewerkers beter zijn in het inschatten van welbevinden van bewoners dan het inschatten van hun betrokkenheid. Het is dus van belang om in vervolgtrainingen extra aandacht te schenken aan het inschatten van betrokkenheid. Daarnaast hangen de scores van medewerkers onderling over de zelfde bewoner matig met elkaar samen en bij zowel welbevinden als betrokkenheid schatten medewerkers de scores hoger in dan bewoners zelf rapporteerden. Het is belangrijk om medewerkers hier bewust van te maken en mogelijk deze verschillen te verkleinen door meer gesprekken hierover tussen medewerkers en met bewoners. We kunnen deze scores echter niet vergelijken met een controlegroep, omdat het screeningsformulier alleen is ingevuld als onderdeel van de training. Mogelijk was het inschatten van welbevinden minder accuraat wanneer geen training werd gevolgd.

Met deze training en het gebruik van de screeningsformulieren kunnen belangrijke stappen gemaakt worden om welbevinden en betrokkenheid een structureel onderwerp van gesprek te maken voor medewerkers onderling en met bewoners, in teamoverleg en cliëntenraadoverleg, maar ook in het dagelijks contact met bewoners.





**Aanbevelingen:**

- Er is ruimte voor verbetering van welbevinden en betrokkenheid van bewoners.
- Medewerkers kunnen het welbevinden van bewoners beter inschatten dan de betrokkenheid van bewoners, betrokkenheid dient extra aandacht te krijgen in vervolgtraining.
- Voor zowel welbevinden als betrokkenheid vindt een overschatting plaats door medewerkers ten opzichte van zelf-rapportage van bewoners, hier dienen medewerkers bewust van gemaakt te worden.
- De training Welbevinden en Betrokkenheid kan aangeboden worden aan andere zorgmedewerkers en medewerkers van andere disciplines van de zorggroep.

Welbevinden en betrokkenheid zouden een structureel onderwerp van gesprek moeten worden voor medewerkers onderling en met bewoners, in teamoverleg en cliëntenraadoverleg, maar ook in het dagelijks contact met bewoners.

De aanbevelingen van dit onderzoek worden gebruikt bij de uitwerking van de speerpunten bij “persoonsgerichte zorg en ondersteuning” en “wonen en welzijn”.

## 4 | Leren en werken aan kwaliteit

Beschrijving op hoofdlijnen of en hoe voldaan wordt aan de aanbevelingen van dit kader rondom samen leren en verbeteren. Daarbij het gaat vooral over:

### 4.1 | Het kwaliteitsplan inclusief verbeterparagraaf

De transitie van de Zorggroep heeft veel impact gehad op de structuur en de cultuur van de organisatie. Er was weinig meer zeker. Hierdoor zijn veel kansen gepakt om zaken die niet naar wens of nieuwe inzichten verliepen, op te pakken om te veranderen en te verbeteren. Er zijn zeer veel verschillende verbeterplannen, ontwikkelplannen, ontwikkelingen, projecten etc. opgepakt. Dit zie je terug in alle verschillende speerpunten voor 2018. Er gebeurt veel, medewerkers willen veel, leren veel, vooral van elkaar binnen de teams, de LWG en binnen de Zorggroep. Belangrijk is nu om meer verbinding tussen de diverse projecten aan te brengen en focus te houden. En om ruimte te maken voor een goede implementatie van al het geleerde naar de collega-teams. Het formuleren van het kwaliteitsplan helpt bij het verbinden en focussen op de essentie: de cliënt in regie.

Wij stellen de cliënt steeds meer centraal, er zijn wel nog veel verbetermogelijkheden.

### 4.2 | Het kwaliteitsverslag

Het kwaliteitsverslag is bewust vroeg in 2018 opgesteld om het op deze manier mogelijk te maken dat de diverse gremia in de gelegenheid zijn om medezeggenschap daadwerkelijk goed gestalte te geven. De aansluiting met de nieuwe reguliere beleidscyclus waar het kwaliteitsplan en verslag deel van uit gaan maken kan zo gemaakt worden.

Het feit dat het kwaliteitsplan 2018 pas laat in 2017 gereed was, maakt dat er nu weinig daadwerkelijk resultaat is beschreven, de tijd was nog tekort. Echter, het geeft wel inzicht dat we veel doen. Ook is te zien dat de verbinding en de afstemming binnen teams, LWG en Zorggroep meer wordt gezocht. Zichtbaar wordt dat speerpunten meer aansluiten.

### 4.3 | Het samen leren, waaronder deel uit maken van het lerend netwerk

Zoals in het kwaliteitsplan al beschreven zijn we lid van diverse netwerken. Door de inrichting van de kwaliteitsondersteuning en daarmee een soort van lerend netwerk binnen en tussen Leefwerkgemeenschappen zetten we de stap naar leren van elkaar. In 2018 zal het lerende netwerk met een collega-instelling verder uitgewerkt worden.