

6.	Personeelssamenstelling
6.1	<p>Elke verpleeghuisorganisatie moet voor zijn personeelssamenstelling gebruik maken van de tijdelijke normen die beschreven zijn in paragraaf 6.3, totdat de sector landelijke context-gebonden normen heeft ontwikkeld voor voldoende en vakbekwaam personeel.</p> <p>Aandacht, aanwezigheid en toezicht is voldoende aantoonbaar geborgd. Individuele kennis, vaardigheden is geborgd via het Leermanagementsysteem en de registratie V&V Reflectie, leren en ontwikkelen zit verweven in de scholingen van de Sint Maarten Academie, problemen en aanpak zijn vastgelegd in notulen van de team overleggen.</p>
6.2	<p>De personeelssamenstelling in al haar dimensies is onderdeel van het kwaliteitsplan en wordt geëvalueerd in het jaarlijkse kwaliteitsverslag. Vooruitlopend hierop publiceert elke zorgorganisatie de gegevens van 2017 uiterlijk 1-7-2017 op zijn website.</p> <p>De gegevens zijn gepubliceerd op de website en zijn als bijlage bij dit plan opgenomen. In het najaar is de opzet voor het project Strategische Personeel Planning, passend bij Deel je Leven 2.0 gerealiseerd. Dit krijgt in 2018 vervolg.</p>
6.3	<p>Vanaf 1-1-18 is er voor iedere zorgverlener tijd en ruimte om op gezette tijden mee te lopen bij een collega organisatie uit het lerend netwerk. De wijze hoe dit wordt georganiseerd wordt vastgelegd in het kwaliteitsplan en geëvalueerd in het kwaliteitsverslag.</p> <p>We beschikken over locaties die in eerste instantie erg veel van elkaar kunnen leren. In 2017 zijn diverse werk/projectgroepen actief geweest die bestonden uit deelnemers van de verschillende locaties. In 2018 worden door deze bovenregionale werkgroepen processen afgestemd en herschreven. Deze gaan gebruikt worden binnen alle locaties. De werkwijze om te borgen dat kennis die is opgedaan o.a. via de diverse netwerken waar wij aan deelnemen goed binnen de organisatie wordt gedeeld zal in 2018 definitief worden vormgegeven. Hierbij is aandacht voor het vastleggen van afspraken in documenten en vooral ook voor borging door het vergroten van deskundigheid van medewerkers.</p>
6.4	<p>Er is voor alle zorgverleners voldoende tijd en ruimte om te leren en te ontwikkelen via feedback, intervisie, reflectie en scholing. De omvang en aard hiervan worden vastgelegd in het kwaliteitsplan en geëvalueerd in het kwaliteitsverslag.</p> <p>In 2017 zijn 19 medewerkers van diverse locaties geslaagd voor hun diploma Verpleegkunde niveau 4. Er zijn diverse projectgroepen actief geweest op het gebied van Lean en zelforganisatie. Naast de reguliere BIG-scholing zijn er ook diverse scholingen geweest m.b.t. welbevinden van cliënten. Er is voldoende mogelijkheid voor medewerkers om te ontwikkelen. Het aantal, deels verplichte scholingen, kan nog beter gedoseerd worden voor teams en individuele medewerkers. De Sint Maarten Academie heeft een scholingsplan 2018 gemaakt voor Zorggroep Sint Maarten.</p>

7. Gebruik van hulpbronnen

7.1 De benodigde hulpbronnen en de wijze waarop deze dienend zijn aan het primair proces worden vanaf 2017 beschreven in het kwaliteitsplan en gaan mee in de cyclus van kwaliteitsverslag, bespreking met interne en externe stakeholders en update van het kwaliteitsplan.

Zie voor toelichting: schuingedrukte tekst hieronder.

(genoemde hulpbronnen: vakmanschap; deskundigheidsbevordering; zeggenschap; een interne structuur van informatie, reflectie en feedback; de gebouwde omgeving (o.a. vastgoed, onderhoud, buitenruimtes, woonoppervlakte, bewegingsruimte per cliënt, privacy en faciliteiten voor terminale zorg); technologische hulpbronnen zoals ICT en gebruik van domotica, wearables, telemonitoring en e•health; materialen en hulpmiddelen (o.a. beschikbaarheid, actualiteit, vindbaarheid en onderhoud); facilitaire zaken (o.a. keuken, beveiliging, tuin, winkel, restaurant, receptie); financiën en administratieve organisatie en afdelingen klinische geriatrie)

De ondersteunende diensten van de Zorggroep zijn van vitaal belang om de basis op orde te hebben en te houden. Deze worden gevormd door de groepsservices en bestaan uit: cliëntadministratie, P&O, F&C, DIO,C&PR, B&K inclusief jurist, en VBB. Om zelf organiserend te werken is het van belang dat de groepsservices vraag gestuurd werken. Dit neemt niet weg dat er, vanuit de verschillende expertrollen, voor de groepsservices een belangrijke adviserende en kadervormende rol is weggelegd. Zij geven gevraagd en ongevraagd (proactief) advies vanuit hun expertrol.

8. Gebruik van informatie

8.1 Elke verpleeghuisorganisatie dient vanaf 2017 minimaal één keer per jaar informatie over cliëntervaringen te verzamelen en te gebruiken middels erkende instrumenten. De informatie over cliëntervaringen is onderdeel van het jaarlijks kwaliteitsverslag en kan onder andere gebruikt worden voor verbetering en voor keuze-informatie voor (potentiële) cliënten.

We hebben 2^e helft 2017 een uitvraag m.b.t. welbevinden gedaan. De opgestelde vragen hiervoor zijn voorgelegd aan een aantal leden van de centrale cliëntenraad. Eerste nul meting is in CCR vergadering 13 december 2017 toegelicht. Een werkgroep is bezig om vast te stellen welke informatie op de verschillende lagen in de organisatie nodig is om te weten of de gewenste resultaten vanuit onze visie, behaald zijn. Clienttevredenheid heeft hierbij de hoogste prioriteit.

8.2 Elke verpleeghuisorganisatie dient in het kader van onderlinge landelijke vergelijkbaarheid vanaf verslagjaar 2016 minimaal één keer per jaar informatie over de Net Promotor Score (NPS) score per locatie (volgens KvK-registratie) van de eigen verpleeghuisorganisatie aan te leveren. Hiervoor mag ook de aanbevelingsvraag van Zorgkaart Nederland gebruikt worden. De informatie met betrekking tot NPS is onderdeel van het jaarlijks kwaliteitsjaarverslag en dient uiterlijk 1 juli volgend op het betreffende verslagjaar aangeleverd te worden bij de Openbare Database van het Zorginstituut door een daartoe ingerichte organisatie die voldoet aan de aanleverspecificaties van het Zorginstituut.

Wij stimuleren cliënten om hun bevindingen te plaatsen op Zorgkaart Nederland. Tevens maken we gebruik van interviewteams om informatie te verzamelen.

Hoofdverantwoordelijke per hoofdstuk van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg

Kwaliteitsplan	Hoofdverantwoordelijke
Kwaliteitsplan overall	Raad van Bestuur, P. Bangma
1. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning	RvB, P. Bangma
2. Wonen en welzijn	RvB, P. Bangma Platform Goede zorg en kwaliteit
3. Veiligheid	RvB, P. Bangma
4. Leren en verbeteren van kwaliteit	RvB, P. Bangma
5. Leiderschap, governance en management	Raad van Bestuur en Raad van Toezicht
6. Personeelssamenstelling	HRM
7. Gebruik van hulpbronnen	RvB, F. Nicolaï
8. Gebruik van informatie	RvB, P. Bangma

4. Verbeterparagraaf en beschrijving van samen leren en verbeteren

4.1. Beschrijving van de verbeterparagraaf per locatie (volgens KvK registratie)¹

Verbeterplan Zorggroep Sint Maarten		Leidend tot de volgende speerpunten voor 2018
1	<p>Persoonsgerichte zorg en ondersteuning. Voor ons betekent dit Deel je Leven, iedere dag een waardevolle dag! In de basis gaat het over voldoende aandacht, prettige verblijfsomgeving, goede zorg en dienstverlening, welzijn verhogende activiteiten en lekker eten.</p> <p>a Daar waar de basis niet op orde is zal deze op orde worden gemaakt. Het "platform Goede zorg en Kwaliteit" biedt het (kwaliteits- en veiligheids)kader en de zorginhoudelijke standaarden waarbinnen cliëntgericht werken mogelijk is.</p> <p>b Projectgroep evaluatie (en zo nodig verbetering) van zorgleefplansystematiek Vanaf mei 2017 is een projectgroep actief die het beleid rond de zorgleefplanbesprekingen evalueert. Het doel: borgen dat we voldoende tegemoet komen aan de wensen en behoeften van cliënten en mantelzorgers. De projectgroep bestaat uit 3 leden van de centrale cliëntenraad, eerste geneeskundige en een medewerker afdeling Beleid & Kwaliteit. Duidelijkheid is gewenst over de betrokkenheid van cliënt en mantelzorger bij de zorgleefplanbespreking, de aanwezigheid bij de besprekingen en de toegang tot het dossier. Hierbij wordt ook het gebruik van het cliëntportaal door cliënten en familie meegenomen, niet alleen de toegang tot het zorgleefplan maar ook de toegang tot de rapportage. CCR wil onderzoeken of beleid nog voldoet en past bij de visie van Deel je Leven Een ander aspect is het stimuleren en faciliteren van participatieve en multidisciplinaire besluitvorming.</p> <p>c Eenduidig beleid mantelzorgparticipatie. Als onderdeel hiervan het verhogen van de betrokkenheid/participatie mantelzorgers en wettelijke vertegenwoordiging.</p> <p>d Check bij de interne audit op inhoudelijke waarborg in het zorgleefplan en terugkoppeling resultaten met betrokkenen en de CCR</p>	<p>Speerpunt 2018 nr. 1 <i>Doorlopend aandacht voor het op orde blijven van de basis.</i></p> <p>Speerpunt 2018 nr.2 <i>Focus: cliënt centraal/eigen regie cliënt en vergroten van de betrokkenheid van familie en mantelzorgers binnen de huidige afspraken:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 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?
2	<p>Wonen en welzijn (zingeving, zinvolle dagbesteding, schoon en verzorgd lichaam plus verzorgde kleding, familieparticipatie & inzet vrijwilligers en wooncomfort)</p> <p>In 2018 wordt het project "gastvrijheid" doorontwikkeld. Drie inspiratiesessies hebben input gegeven hoe de bewustwording m.b.t. gastvrijheid te vergroten, ideeën op te halen en gezamenlijke taal en visie te ontwikkelen. Deze nieuwe informatie wordt verwerkt in het project waarin ook een lid van de CCR deelneemt. In 2018 wordt in samenhang met het thema Gastvrijheid de voedingsvisie en het beleid "Eten is beleven" verder ontwikkeld. De plannen voor dagbesteding vanuit W&T die per locatie met de lokale cliëntenraad zijn vormgegeven, worden geïmplementeerd/ gecontinueerd. De lokale CR agendeert de stand van zaken elk kwartaal bij GCR en CCR. Het plan voor duurzame inzetbaarheid van vrijwilligers dat is uitgewerkt in "het vrijwilligershuis" krijgt in 2018 verder gestalte. In 2018 analyseren we de huidige invulling van welzijn, we inventariseren wat goed gaat en waar we moeten ontwikkelen passend binnen de visie en het kwaliteitskader.</p>	<p>Speerpunt 2018 nr. 3 <i>Focus: cliënt centraal/eigen regie cliënt</i> <i>Een zinvolle dagbesteding voor cliënten: analyse van huidige invulling en wenselijke aanpassing.</i> <i>De inzet van de middelen vanuit Waardigheid & Trots die per locatie met de lokale cliëntenraad zijn vormgegeven worden geïmplementeerd/ gecontinueerd. De lokale CR agendeert de stand van zaken elk kwartaal bij GCR en CCR.</i></p> <p>Speerpunt 2018 nr. 4 <i>Verder ontwikkelen van Gastvrijheid en hiermee in samenhang de voedingsvisie en "Eten is beleven".</i></p> <p>Speerpunt 2018 nr. 5 <i>Bevorderen familieparticipatie en uitvoering van het plan voor duurzame inzetbaarheid van vrijwilligers.</i></p>

¹ Het zorggroepplan 2018 en het kwaliteitsplan moeten in elkaars verlengde liggen zodat er duidelijkheid in plannen is en dat overal dezelfde keuzes en prioritering wordt gemaakt.

3	<p>Veiligheid</p> <p>a Een cultuur van veilige zorg en behandeling berust niet op een veelheid aan richtlijnen en protocollen maar op een individuele afweging per cliënt. Alles wat de organisatie doet, moet deze beweging bevorderen. Zorg en behandeling is vaak gericht op kwaliteit van leven, en daarom is een verschuiving wenselijk van risicobeheersing naar individuele risicoafweging. Hierbij is een goed gesprek met cliënt t.b.v. een goed zorgleefplan noodzakelijk (zie 1b),</p> <p>b Doorontwikkeling van “het nieuwe melden” gericht op verhogen veiligheidsbewustzijn, wordt ondersteund door een digitaal systeem dat helpt bij registratie en analyse. Hiervoor wordt in 2018 een projectgroep ingericht. De CCR heeft adviesrecht.</p>	<p>Speerpunt 2018 nr. 6 <i>Aanpassing van de rol van de incidentencommissie aan de aangepaste werkwijze</i> <i>Inrichten van de digitale ondersteuning via Triasweb, een eenvoudiger middel om te melden met als doel te leren en verbeteren.</i></p> <p>Speerpunt 2018 nr. 7 <i>Vaststellen van de voor Zorggroep Sint Maarten relevante indicatoren voor (cliënt) veiligheid en ons hiertoe beperken.</i></p>
4	<p>Leren en verbeteren van kwaliteit</p> <p>Wij zijn eind 2018 een lerende organisatie en hebben de (hoofd) processen geborgd in een verbetercyclus. Leren is zelforganiseren, delen, vernieuwen, werkend leren en groeien in professionaliteit. Om een lerende organisatie te kunnen zijn is het belangrijk elkaar vragen te stellen. Van elkaar willen leren. Nieuwsgierig te zijn naar elkaars kennis, kunde en mening. Naar wat de ander kan betekenen om samen te komen tot optimaal resultaat. Dat betekent dat iedereen gehoord en gezien wordt en dat vraagstukken gezamenlijk worden aangepakt. Het wiel niet opnieuw uit vinden, maar waar dit lukt gebruik maken van reeds aanwezige ervaring, kennis en expertise.</p> <p>a “KMS, de essentie bereiken” aansluiten bij de visie, missie en de organisatiedoelstellingen en hierbij meervoudige waardecreatie realiseren. Het KMS met betrekking tot inrichting en toedeling verantwoordelijkheden afronden, passend bij de nieuwe organisatievorm en aansluitend bij de ISO norm 9001:2015. De verplichtingen om het KMS te realiseren worden opgenomen in een beleidskalender waarin ook de noodzakelijke adviesmomenten vastliggen.</p> <p>b Harmoniseren van beleid, processen en producten draagt bij aan een eenduidig gezicht van de Zorggroep en het bieden van heldere kaders. Op een lean wijze, waardoor er ruimte blijft voor lokale en eigen invulling die aansluit bij de wensen van cliënten.</p> <p>c Op basis van de in 2017 vastgestelde “praatplaat” voor zelforganisatie maken teamcoaches met hun teams een teamontwikkelplan om te komen tot zelforganisatie. Leervouchers teams (vanuit de W&T-gelden) kunnen gebruikt worden om op basis van het teamontwikkelplan, te kunnen scholen op voor hen relevante punten. Dit kan zijn op deskundigheid maar ook op (communicatieve) vaardigheden. Ontdekken wat je kunt en doe/leer/probeer wat het resultaat nodig heeft.</p> <p>d Eerst leren van elkaar en zorgdragen dat de kennis die is opgedaan o.a. via de diverse netwerken waar Zorggroep Sint Maarten aan deelneemt goed binnen de organisatie wordt gedeeld. En hiervoor binnen de Zorggroep een werkwijze afspreken hoe de kennis en deskundigheid niet via documenten maar vooral via deskundigheid kan worden geborgd.</p> <p>e De huidige klachtenregeling wordt geëvalueerd in samenspraak met cliëntenraden, managers, vertrouwenspersonen en klachtenfunctionaris. Elke klacht biedt een kans aan Zorggroep Sint Maarten om te leren en verbeteren. Cliënttevredenheid is belangrijk. Alle klachten zijn welkom.</p>	<p>Speerpunt 2018 nr. 8 <i>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.</i></p> <p>Speerpunt 2018 nr. 9 <i>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.</i></p> <p>Speerpunt 2018 nr. 10 <i>Evaluatie en zo nodig aanpassing van de klachtenregeling in samenspraak met (C)CR en OR.</i></p>
5	<p>Leiderschap, governance en management</p> <p>a Herinrichting van cliëntmedezeggenschap, een gezamenlijk project van Zorggroep Sint Maarten en cliëntenraad gaat borgen dat in de nieuwe organisatiestructuur de medezeggenschap passend wordt ingericht.</p> <p>b Herinrichting van medewerker medezeggenschap passend bij de nieuwe organisatievorm.</p> <p>c Verwezenlijking van de inspiratiebrief (missie en visie) en de daaraan gekoppelde organisatiedoelen 2018</p> <p>d De oriëntatie op het instellen van een professionele adviesraad (PAR) zal in 2018 worden afgerond. Aan de hand hiervan wordt bepaald of de PAR zal worden gerealiseerd.</p> <p>e</p>	<p>Speerpunt 2018 nr. 11 <i>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.</i></p>

		Evaluatie reglementen en overige documentatie RvT en RvB o.b.v. herijking visie op toezicht, waarbij de Governance code leidend is. In zowel statuten als reglementen vinden nog een aantal aanscherpingen plaats op grond van kleine gesignaleerde hiaten.	
6		Personeelssamenstelling (voldoende en vakbekwaam personeel)	
	a	Blauwdruk per gemeenschap realiseren met Vereisten inzake deskundigheid en DJL 2.0 voor voldoende en bekwaam personeel. Consequenties voor ons omzetten in scholing-, werving- en selectieplan.	Speerpunt 2018 nr. 12 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.
	b	Het project Strategische Personeel Planning, passend bij Deel je Leven 2.0 is gestart. De teamcoaches maken met ondersteuning van de afdeling HRM een plan voor hun teams wat zij nodig hebben aan medewerkers, kwantitatief en kwalitatief zodat voldaan kan worden aan de zorgvraag, de kwaliteitseisen en de huidige contracten.	
	c	Opzet maken voor het meekijken op ander locaties, meekijken in elkaars keuken en leren van elkaar. Dit op gezette tijden maar naar behoefte.	
7		Gebruik van hulpbronnen	
		In 2018 vindt fase 3 van de organisatietransitie met herpositionering van de groepsservices plaats. Beoogde doelen zijn bij te dragen aan succesvolle leefwerkgemeenschappen, medewerker optimaal gefaciliteerd met focus op cliëntgericht werken, optimale procesmatige bedrijfsvoering, groei in professionalisering en versterken van kwaliteiten als projectmanagement en beleidsondersteuning. Ten behoeve hiervan is eind 2017 door de externe projectleider een projectplan opgezet dat vanaf december 2017 tot april 2018 geïmplementeerd zal gaan worden.	Speerpunt 2018 nr. 13 Herpositionering van groepsservices conform projectplan
8		Gebruik van informatie	
	a	Wij vinden het belangrijk om te weten of de geleverde zorg aan de cliënt daadwerkelijk leidt tot "Iedere dag een waardevolle dag" voor de cliënt.	Speerpunt 2018 nr. 14 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.
	b	In 2018 worden de te behalen resultaten voor de verschillende lagen in de organisatie vastgesteld en welke stuurinformatie dan nodig is om te weten of je goed koerst. Er wordt een keuze gemaakt uit de waaier aan meetinstrumenten die daarvoor zijn in te zetten. Er wordt gekozen voor een efficiënte meetmethoden die eenvoudig is uit te voeren. Tevens wordt een besluit genomen of een NPS-score zal worden uitgevraagd of dat gebruik gemaakt wordt van de aanbevelingsvraag van Zorgkaart Nederland. Het totaalplan hiervoor wordt in 2018 voorgelegd.	
	c	De resultaten van de cliëntuitvraag over welbevinden bij cliënten worden geëvalueerd met de CCR en dienen als basis voor de continumeting. Daadwerkelijke vormgeving zal in CCR-vergadering februari middels adviesaanvraag worden vastgesteld.	
	d	Wij maken op de 5 prestatiegebieden kwartaalrapportages. Deze worden in 2018 aangevuld met resultaten uit continumetingen cliënttevredenheid. Ook scores medewerker tevredenheid krijgen een plaats in deze rapportages. De resultaten zullen worden gebruikt om te leren en te verbeteren.	

4.2. Beschrijving van wijze van evaluatie en met welke interne en externe partijen per relevante organisatie-eenheid tijdens en na het jaar en hoe resultaten terugvloeien naar betrokkenen in de zorgorganisatie.

Evaluatie zal op basis van gemeten resultaten plaatsvinden met de betrokken medewerkers, teams, coaches, managers, groepsservices, cliëntenraad, ondernemingsraad en Raad van Bestuur.

Bijlage 1

DOELGROEPENOVERZICHT WET LANGDURIGE ZORG (PEILDATUM 31 OKTOBER 2017)

		ZZP zonder behandeling								ZZP met behandeling							ZVW		WMO	Totaal	ELV Laag Complex	ELV Hoog Complex	ELV Palliatief	WMO- 4GGZC + DB	DBC- 194804		
ZZP	ZZP	ZZP	ZZP	ZZP	ZZP	ZZP	ZZP	ZZP	ZZP	ZZP	ZZP	ZZP	ZZP	ZZP	ZVW ELV	ZVW DBC											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	9b													
Gemeenschap																											
Dinkelland/Tubbergen																											
Eeshof	Tubbergen	1	0	2	5	12	26	8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	55	0	0	0	0	0		
Franciscus	Ootmarsum	3	0	4	2	9	0	6	0	0	0	22	1	2	1	0	0	0	0	50	0	0	0	0	0		
Gerardus Majella	Denekamp	0	0	1	2	13	5	7	1	0	0	33	23	2	1	0	0	0	0	88	2	0	0	0	0		
Gravenstate	Denekamp	0	2	6	7	13	1	0	0	1	1	23	4	2	1	0	0	0	0	61	0	0	0	0	0		
Sint Jozef	Weerselo	5	0	8	4	14	10	5	1	0	0	21	0	2	0	0	0	0	1	71	0	0	0	1	0		
Gemeenschap Friesland																											
Mariënbosch	Heerenveen	1	2	5	5	15	7	10	0	0	2	23	7	2	0	0	0	0	1	80	1	0	0	1	0		
Sint Theresia	Joure	0	0	0	2	7	1	3	0	0	0	29	6	1	0	0	0	0	0	49	0	0	0	0	0		
Gemeenschap Gelderland																											
Gudula	Lochem	2	0	0	5	16	20	14	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	59	1	0	0	0	0		
Polbeek	Zutphen	1	0	0	4	16	15	12	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	49	2	0	0	0	0		
Gemeenschap Losser																											
Oldenhove	Losser	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	42	15	13	3	0	0	0	0	73	0	0	0	0	0		
Maartens-Stede	Losser	6	0	3	9	40	8	7	0	0	0	4	10	2	0	0	0	0	0	89	1	0	0	0	0		
Tiekerhook	Overdinkel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	0	2	0	0	0	0	0	18	0	0	0	0	0		
Gemeenschap Oldenzaal																											
Gereia	Oldenzaal	0	0	0	0	0	0	0	0	1	40	17	11	0	0	0	25	0	0	94	0	3	0	0	25		
Molenkamp	Oldenzaal	9	0	0	4	15	2	1	0	1	47	25	4	0	1	0	0	0	0	109	0	0	0	0	0		
Zonnestraal	Oldenzaal	4	1	1	1	19	9	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	44	1	0	0	0	0		
Locaties																											
Antonius	Eindhoven	0	0	1	4	6	1	4	0	0	0	19	0	0	0	0	0	0	0	35	0	0	0	0	0		
Gaza	Harmelen	0	0	0	2	12	3	5	0	0	0	16	0	1	0	0	0	0	0	39	1	0	0	0	0		