



Zonnehuisgroep  
Noord

## **Kwaliteit in 2018**

# **1 Cliënten, kwaliteit en veiligheid**

## **1.1 Kwaliteitsbeleid ten aanzien van cliënten**

Zonnehuisgroep Noord wil goede zorg- en dienstverlening bieden aan de cliënten. Dit is een continu proces dat op alle geledingen en niveaus en voor de cliënten en stakeholders merkbaar moet zijn. Daarbij gaat het niet alleen om de zorg, maar om alle bedrijfsonderdelen en, medewerkers en vrijwilligers van Zonnehuisgroep Noord. We werken met een gedigitaliseerd documentenkwaliteitssysteem dat voor medewerkers op intranet beschikbaar is.

## **1.2 Kwaliteitssysteem**

Wij onderhouden het KMS dat op basis van het HKZ-certificatieschema is opgezet. Dit wordt sinds 2015 niet meer extern geaudit en gecertificeerd. De Raad van Bestuur beoordeelt het kwaliteitsmanagementsysteem met de directiebeoordeling, die jaarlijks wordt uitgevoerd door het bestuursbureau, om ervoor te zorgen dat dit bij voortdurend geschikt en doeltreffend is. Deze beoordeling houdt ook in dat kansen voor verbetering geïnventariseerd zijn en de noodzaak tot verbetering of wijziging van het kwaliteitsmanagementsysteem is beoordeeld (hieronder vallen ook het kwaliteitsbeleid en de doelstellingen). Verantwoordelijkheden zijn opnieuw verdeeld onder de managers. Interne controles worden uitgevoerd.

## **1.3 Kwaliteitskader - kwaliteitsplan**

Zonnehuisgroep Noord beschikt over een actueel kwaliteitsplan, dat is opgesteld in samenwerking met cliënten en hun naasten (Cliëntenraad), (para)medici, verpleegkundigen en verzorgenden. Het kwaliteitsplan maakt nadrukkelijk onderdeel uit van de begrotings- en jaarplancycclus en andere plannen in de organisatie, het staat er niet naast. Het kwaliteitsplan actualiseren we elk jaar.

## **1.4 Kwaliteitsmanagementsysteem (KMS)**

Wij onderhouden het KMS dat op basis van het HKZ-certificatieschema is opgezet. Dit wordt sinds 2015 niet meer extern geaudit en gecertificeerd. De Raad van Bestuur beoordeelt het kwaliteitsmanagementsysteem met de directiebeoordeling, die jaarlijks wordt uitgevoerd door het bestuursbureau, om ervoor te zorgen dat dit bij voortdurend geschikt en doeltreffend is. Deze beoordeling houdt ook in dat kansen voor verbetering geïnventariseerd zijn en de noodzaak tot verbetering of wijziging van het kwaliteitsmanagementsysteem is beoordeeld (hieronder vallen ook het kwaliteitsbeleid en de doelstellingen). Verantwoordelijkheden zijn opnieuw verdeeld onder de managers. Interne controles worden uitgevoerd.

## **1.5 Foto's Kwaliteit en Veiligheid per locatie**

Op de locaties van Zonnehuisgroep Noord zijn gesprekken gevoerd met een doorsnee van alle medewerkers van die locatie over kwaliteit en veiligheid. Op die manier wordt gekomen tot een 'foto' per locatie, waarin een beeld wordt gegeven hoe de locatie er voor staat m.b.t. kwaliteit en veiligheid van zorg. Per onderwerp is aangegeven of de kwaliteit en veiligheid volgens de medewerkers gelijk is gebleven, vooruit is gegaan of juist achteruit ten opzichte van de foto van 2017. Op basis van de vernieuwde foto's wordt een nieuwe organisatiefoto gemaakt. Het overkoepelende beeld van de foto's is dat Zonnehuisgroep Noord nog steeds midden in organisatorische veranderingen zit; er zijn minder managers, de medewerkers van de backoffice zijn in aantal teruggebracht en deze veranderingsprocessen zijn nog niet geheel afgerond. Het overkoepelende beeld is dat de organisatie een lerende cultuur moet ontwikkelen. Tegelijkertijd is er veel gedaan om de basis op orde te krijgen, de juiste medewerkers op de juiste plek en persoonsgerichte zorg te verlenen. In de deskundigheid van medewerkers is veel geïnvesteerd, met name doordat scholing Persoonsgerichte zorg aan alle medewerkers is aangeboden.

## 1.6 Continu werken aan verbetering door zorgverleners in de praktijk

Het rond maken van de Plan Do Check Act-cyclus is een verbeterpunt voor de organisatie. Een ander verbeterpunt is het op gang brengen van een cultuur, waarbij ruimte voor ontdekken, leren en verbeteren een vanzelfsprekendheid worden. Tijdens Expeditie 2020 werken we toe naar deze cultuur, door te werken aan vaardigheden en gedrag. Bij deze cultuur hoort een veilige omgeving, waarin het normaal is om elkaar aan te spreken op gedrag en gebreken te bespreken. Situaties worden transparant gemeld en besproken, het maken van fouten wordt niet bestraft.

In de verbeterparagrafen per locatie wordt toegespitst op de verschillende aandachtsgebieden, als veilig en systematisch melden van incidenten, analyse van incidenten, borging van werkprocessen, het continu reflecteren en het op gang brengen van de dialoog. Er zijn aandachtsvelders voor verschillende kwaliteitsthema's. In het continu werken aan verbetering is het van belang om gebruik te maken van hun rol.

De organisatie levert op steeds meer plaatsen zorg met behandeling. Dit vraagt een andere deskundigheid van medewerkers in de zorg en een grotere inzet van verpleegkundigen met specialistische kennis dan voorheen.

De praktijkverpleegkundige (niveau 5) wordt overdag op werkdagen ingezet, zodat er meer tijd is voor zowel overstijgende zorggerelateerde taken als arts-gedelegeerde taken voor. De inzet van de praktijkverpleegkundigen helpt de kwaliteit van zorg op de afdelingen en loc te verbeteren.

## 1.7 Audits

In 2018 zijn intramuraal twee interne audits en twee zelfaudits uitgevoerd. De interne audits zijn uitgevoerd door intern auditteams, bestaande aan (praktijk)verpleegkundigen en adviseurs kwaliteit. De zelfaudits zijn uitgevoerd door de aandachtsvelders van het betreffende onderwerp. De interne audit van maart en april werd het zorgleefplan geaudit. Hierbij zijn de punten onderzocht die in de zorgleefplan-audit van 2017 onvoldoende scoorden. Dit om te kunnen beoordelen of de ingezette verbeteracties het beoogde effect hebben gehad. Uit de resultaten is gebleken dat er veel verbeterd is. De auditoren hebben de indruk dat het zorgplan gebaseerd is op de wensen en behoeften van de cliënt. Het ondertekenen van het zorgleefplan door de zorgcoördinator een stuk verbeterd t.o.v. 2017. De meeste standaard cliënt-informatie staat goed vermeld in het zorgdossier; acties en afspraken om risico's voor de cliënt te verkleinen zijn vastgelegd. De medische beleidsafspraken als reanimatiebeleid en allergieën zijn opgenomen in het zorgdossier. Ook zijn een aantal aandachtpunten geconstateerd: rapportage op ingezette interventies; vastleggen argumentatie inzetten psychofarmaca, vastleggen van afspraken over informele zorg en afspraken over nazorg bij overlijden of ontslag.

In mei 2018 is de zelfaudit medicatie uitgevoerd. Resultaten van deze audit zijn positief: alleen bevoegd en bekwaame medewerkers delen medicatie en hebben toegang tot de medicatie. N.a.v. medicatie incidenten worden verbeteracties opgevolgd; medicatie wordt veilig bewaard; medicatiekasten en -karren zijn netjes en schoon; er zijn actuele medicatieoverzichten en toedienlijsten; er wordt dubbel geparafeerd/gecontroleerd bij risicovolle medicatie buiten de baxter. Aandachtpunten zijn: er zijn incidenten doordat medewerkers gestoord worden bij medicatie toediening; niet op alle locaties wordt dubbel gecontroleerd wanneer medicatie bij wijziging of stoppen uit het baxterzakje worden gehaald; niet alle toedienlijsten zijn vrij van handgeschreven aantekeningen.

In oktober 2018 is de zelfaudit mondzorg uitgevoerd door de aandachtsvelders mondzorg van de locaties. Positieve uitkomsten zijn: risico's op mondverzorging worden als onderdeel van de risicosignalering in kaart gebracht en afspraken over mondverzorging zijn vastgelegd in het zorgdossier. Wat verbetering behoeft is: eenduidige afspraken over binnen 24 uur onderzoek naar de mondgezondheid en zelfzorg door verzorgende/verpleegkundige; medewerkers worden eens per drie jaar geschoold in mondzorg. N.a.v. de audit is in 2018 een businesscase professionele mondzorg opgesteld. In de businesscase is de uitbesteding van professionele mondzorg onderzocht, om daarmee te kunnen waarborgen dat op alle locaties professionele mondzorg wordt verleend.

In november 2018 is de interne audit intake, zorgleefplanbespreking en hygiëne en infectiepreventie uitgevoerd. De intake betreft het proces van besluit tot opname tot aan de opnamedag. Uit de audit is gebleken dat het proces niet eenduidig wordt uitgevoerd binnen de organisatie en dat het proces moet worden herzien. De resultaten op het gebied van de zorgleefplanbespreking laten zien dat er gewerkt wordt conform de procedure. De resultaten m.b.t hygiëne en infectiepreventie laten zien dat medewerkers beschikken over de juiste materialen om hygiënisch te kunnen werken. Aandachtpunten blijven dat medewerkers de

materialen op de juiste wijze en momenten gebruiken. Daarnaast is er een logistieke uitdaging om vieze en schone materialen gescheiden te houden.

In mei 2018 is een zelfaudit medicatie uitgevoerd binnen de wijkteams van Zonnehuis Thuis. Voor de wijkteams is het dubbel paraferen van risicovolle medicatie buiten de baxter een aandachtspunt. In 2018 hebben de wijkteams van de regio Appingedam een pilot gedraaid met de medicatie app, ter ondersteuning van de dubbele controle. De eindevaluatie vindt in februari 2019 plaats. De tussenresultaten laten een paar zwakheden zien. Een daarvan is de soms niet stabiele internetverbinding.

## 1.8 Klachten

In 2018 zijn er in totaal 19 klachten ingediend bij de klachtenfunctionaris. Dat zijn er 11 meer dan in 2017. In april (3) en juli (4) zijn de meeste klachten ontvangen. Alleen in de maand mei is er geen klacht ontvangen. Waarom er meer klachten zijn ontvangen, terwijl er minder cliënten in zorg zijn ten opzichte van 2017, is nog niet uit de klachten te achterhalen. De meeste klachten gingen over bejegening, het niet nakomen van afspraken, deskundigheid medewerkers en communicatie. Wat opvalt, is naast de toename van het melden van klachten via de klachtenfunctionaris, dat de klachten complexer worden (meerdere gesprekken nodig voordat het vertrouwen is hersteld en de klacht kan worden afgerond). Eén klacht is nog in behandeling, alle andere klachten zijn afgehandeld. De behandeling van BOPZ-klachten wordt door een onafhankelijke klachtencommissie uitgevoerd. Zonnehuisgroep Noord is aangesloten bij de Klachtencommissie Zorg in de provincie Groningen. Er zijn geen BOPZ-klachten ingediend over 2018 bij deze Klachtencommissie.

## 1.9 Cliënttevredenheid

### Cliënttevredenheidsonderzoek intramuraal

We hebben het cliënttevredenheidsonderzoek intramuraal uitgevoerd in het vierde kwartaal van 2018. Leden van de lokale Cliëntenraden en een aantal vrijwilligers hebben een deel van de cliënten geïnterviewd. We hebben cliëntvertegenwoordigers van de cliënten die niet geïnterviewd konden worden schriftelijk of per e-mail benaderd voor het invullen van de vragenlijsten. We hebben gevraagd naar de ervaring van onze cliënten/vertegenwoordigers met Persoonsgerichte zorg. Cliënten en vertegenwoordigers gaven in het onderzoek hun mening over:

- Afstemming zorgverlening
- Daginvulling
- Persoonlijke aandacht
- Betrokkenheid naaste
- Vrijwilligers
- Cliëntenraad/Algemeen welbevinden

De cliënten en hun vertegenwoordigers hebben Zonnehuisgroep Noord positief beoordeeld op bovenstaande punten. Daarnaast hebben we gevraagd in hoeverre men Zonnehuisgroep Noord zou aanbevelen. Van de cliënten beveelt 71% Zonnehuisgroep Noord aan met een 8, 9 of 10. Bij cliëntvertegenwoordigers is dit 66%. Een heel mooi resultaat, waar we heel blij mee zijn. Uiteraard geven cliënten en hun vertegenwoordigers ook verbeterpunten aan. Wij nemen de verbeterpunten ter harte en wegen zorgvuldig af op welke manier we de zorg voor onze cliënten én de werkomstandigheden van onze medewerkers verder kunnen verbeteren.

### Cliënttevredenheidsonderzoek GRZ

We meten continu de tevredenheid van cliënten van de Geriatrische Revalidatiezorg, door middel van interviews aan het eind van de zorgverlening. Elk kwartaal maken we een rapportage over de tevredenheid. Van de geïnterviewde cliënten beveelt 62% in 2018 Zonnehuisgroep Noord aan met een 8, 9 of 10.

### Cliënttevredenheidsonderzoek Thuiszorg

In het najaar hebben we een tevredenheidsonderzoek uitgezet onder cliënten van de thuiszorg. Alle cliënten hebben thuis een vragenlijst ontvangen. Ook in dit onderzoek hebben we vragen gesteld over de ervaringen met Persoonsgerichte zorg. 45% van de cliënten heeft de vragenlijst ingevuld. De resultaten worden begin 2019 verwerkt.

### Informatieverstrekking

In 2018 hebben we het hele proces van informatieverstrekking bij inhuizing onder de loep genomen. We hebben informatie over het cliëntportaal toegevoegd. Verder hebben we het proces aangepast, zodat zorgmedewerkers gefaciliteerd worden bij het verstrekken van de informatie. De Servicedesk levert voortaan kant en klare mappen met cliëntinformatie aan, zodat zorgmedewerkers niet alles zelf hoeven te verzamelen of printen. In 2018 is onze nieuwe website live gegaan, waarop (potentiële) cliënten en anderen op een overzichtelijke manier informatie kunnen vinden.

## **1.10 Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)**

Er heeft zich in 2018 één medicatie-calamiteit voorgedaan, die bij de IGJ is gemeld. We zijn nog in afwachting van een reactie van de IGJ op onze calamiteitenrapportage van december 2018.

We hebben de IGJ 29 oktober 2018 via het meldingsformulier 'Andere Melding' geïnformeerd over het medisch en verpleegkundig oproepsysteem op het Centrum voor Chronische Beademing. Het systeem werkt sinds mei 2018 niet goed meer. Wij hebben hiervoor een plan ontwikkeld om het systeem te vervangen en waarbij de veiligheid van cliënten zo goed mogelijk wordt gegarandeerd. De IGJ heeft aangegeven dat zij op basis van de aangeleverde informatie geen aanleiding ziet melding in onderzoek te nemen. De IGJ gaat ervan uit dat het plan om het systeem te vervangen wordt uitgevoerd en daarbij de cliëntveiligheid zoveel mogelijk wordt gewaarborgd. Deze melding is door de IGJ afgesloten.

De IGJ bracht 22 oktober 2018 een aangekondigd bezoek aan Zonnehuis Hippolytushoes. De IGJ voert dit soort bezoeken uit om te toetsen of zorgaanbieders goede en veilige zorg bieden. Tevens heeft de IGJ ook naar de aardbevingsproblematiek gekeken, naast de standaard aandachtspunten en mogelijke risico's onderzocht.

De IGJ concludeert dat de zorg binnen Hippolytushoes grotendeels voldoet aan de getoetste normen. De IGJ ziet en hoort dat de bedrijfsvoering binnen Zonnehuisgroep Noord in ontwikkeling is. Daarnaast onderkent het management merendeels welke verbeteringen nodig zijn binnen Hippolytushoes. Dit geeft de IGJ vertrouwen dat het management binnen Hippolytushoes, ondanks de voorgenomen sluiting, verbeteringen treft om de kwaliteit van zorg op peil te brengen en te houden, zodat Hippolytushoes volledig zal voldoen aan alle beoordeelde normen voor goede en veilige zorg tot de locatie wordt gesloten.

## **1.11 Waardigheid en Trots**

Zonnehuisgroep Noord heeft in 2018 het kwaliteitsverbetertraject gecontinueerd, onderdeel van het plan 'Waardigheid en Trots'. Dit traject wordt gefinancierd vanuit het stimuleringsprogramma (dat wordt uitgevoerd door Vilans) ter ondersteuning bij het realiseren van onomkeerbare verbetering op het terrein van de (intramurale) kwaliteit van zorg. Interventies zijn gericht op de 5 pijlers van Waardigheid en Trots:

1. Samenwerken met cliënt, informele zorg en formele zorg
2. Basis op orde, veilige zorg
3. Meer ruimte voor en kwaliteit van professionals
4. Governance en bestuurlijk leiderschap
5. Openheid en transparantie

Met deze pijlers sluiten we aan bij de uitgangspunten van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg **de mens centraal, nadruk op leren en verbeteren, versterken van vertrouwen.**

De drie coaches die sinds maart 2017 werkzaam zijn binnen de organisatie hebben conform het plan van aanpak "Traject Kwaliteit Waardigheid en Trots" hun werkzaamheden voortgezet. De strategisch coach heeft onder andere meegekeken bij de totstandkoming van strategische besluiten tot RvB, directeur Zorg, communicatie met lijnmanagement en wijze van implementatie van beleid. De primair proces coaches hebben meegekeken op teamniveau, waarbij hun aandacht is gevestigd op het verbeteren van de kwaliteit van zorg door o.a. te kijken naar dynamiek in een zorgteam/ afdeling en het optimaliseren van werkprocessen. Locatie specifieke interventies zijn vastgelegd in de locatiewerkplannen.

In grote lijnen is het traject conform het plan van aanpak verlopen. De nadruk in de eerste fase van het traject (1e kwartaal van 2018) is sterk uitgegaan naar het creëren van een goed veranderklimaat, het verandervermogen van de organisatie, het versterken van het (bestuurlijk) leiderschap en het ontwikkelen van een breed ondersteuningsprogramma voor de zorgteams (Expeditie 2020). Vanaf Q2 2018 hebben de coaches W&T ingezet op een doorbraak op de kwaliteitsstructuur op de locaties, het functioneren van de locatie/cluster managers, het functioneren van het RVE-managementteam, de rol van de artsen en de kwaliteit

van enkele processen. Inmiddels is de focus van de coaches primair proces overtuigend verlegd naar interventies op de meest risicovolle intramurale locaties (versterken van de kwaliteitsverbetercyclus en het samenspel op de locaties). Veel aandacht is uitgegaan naar de locaties Wiemersheerd en BetingeStaete. Ook is veel aandacht geweest voor de transitie naar verpleeghuiszorg op het Ufkenshuis.

#### *Continu werken aan verbetering door zorgverleners in de praktijk*

Het rond maken van de Plan Do Check Act-cyclus is een verbeterpunt voor de organisatie. Een ander verbeterpunt is het op gang brengen van een cultuur, waarbij ruimte voor ontdekken, leren en verbeteren een vanzelfsprekendheid worden. Tijdens Expeditie 2020 werken we toe naar deze cultuur, door te werken aan vaardigheden en gedrag. Bij deze cultuur hoort een veilige omgeving, waarin het normaal is om elkaar aan te spreken op gedrag en gebreken te bespreken. Situaties worden transparant gemeld en besproken, het maken van fouten wordt niet bestraft.

In de verbeterparagrafen per locatie wordt toegespitst op de verschillende aandachtsgebieden, als veilig en systematisch melden van incidenten, analyse van incidenten, borging van werkprocessen, het continu reflecteren en het op gang brengen van de dialoog. Er zijn aandachtsvelders voor verschillende kwaliteitsthema's. In het continu werken aan verbetering is het van belang om gebruik te maken van hun rol.

De organisatie levert op steeds meer plaatsen zorg met behandeling. Dit vraagt een andere deskundigheid van medewerkers in de zorg en een grotere inzet van verpleegkundigen met specialistische kennis dan voorheen.

De praktijkverpleegkundige (niveau 5) wordt overdag op werkdagen ingezet, zodat er meer tijd is voor zowel overstijgende zorggerelateerde taken als arts-gedelegeerde taken voor. De inzet van de praktijkverpleegkundigen helpt de kwaliteit van zorg op de afdelingen en loc te verbeteren.

## **1.12 Zinnvolle dagbesteding**

Behoud van regie voor de cliënt, welbevinden en aansluiting bij het normale leven zijn voor ons is het uitgangspunt voor een zinnvolle dagbesteding. Cliënten hebben vaak te maken met verlies van regie, waardoor ze niet meer op eigen kracht de dag kunnen invullen. Zonnehuisgroep Noord wil hen daarin begeleiden en ondersteunen, passende voorzieningen en faciliteiten aanbieden en in dialoog met de cliënt en de cliëntvertegenwoordiger op zoek gaan naar een passende invulling van de dag. Daarvoor verdiepen we ons in wat de cliënt gewend was en wat voor hem van waarde is, zodat we met oog voor de werkelijke behoefte van de cliënt inzetten op persoonsgerichte activiteiten om verveling, pijn en eenzaamheid te verdrijven of te doorbreken.

In het kader van het programma Waardigheid en Trots zijn structureel extra middelen beschikbaar gesteld voor zinnvolle daginvulling voor cliënten. Alle Cliëntenraden en clustermanagers zijn actief benaderd om een aanvraag in te dienen die past binnen de kaders van besteding van de gelden. Mede vanuit OR en CCR perspectief zijn de aanvragen kritisch beoordeeld en zijn de plannen definitief gemaakt. De volgende plannen zijn in 2018 uitgevoerd:

- Een geormerkt budget per cliënt, naar behoefte in te zetten voor dagactiviteiten. Hierbij hebben we oog voor de werkelijke behoefte van de cliënt en zetten we in op persoonsgerichte activiteiten om verveling, pijn en eenzaamheid te verdrijven of te doorbreken.
- Inzet van de methodiek sprekende handen
- Inzet van de methode MiMakkus & Theatertje Pratertje
- Inzet van de casemanager dementie
- Locatie specifieke projecten waaronder zwemactiviteiten (Oostergast), woonbegeleiding en extra inzet van activiteitenbegeleiders en/of medewerkers ten behoeve van aandacht en toezicht. Binnen de verzorgingshuizen is daarbij extra aandacht besteed aan de Meerzorg afdelingen.

De resultaten van de uitgevoerde plannen zijn door middel van tevredenheidsmetingen in kaart gebracht. De resultaten daarvan dienen als input voor de plannen van 2019.

## 1.13 Persoonsgericht zorg

Persoonsgerichte zorg is een belangrijk thema binnen Zonnehuisgroep Noord. Bij Zonnehuisgroep Noord bieden we zorg vanuit de persoonsgerichte visie. Dit houdt in dat we recht doen aan ieders persoonlijke levensstijl van de cliënt, waarbij voorop staat dat de cliënt zijn of haar eigen leven vanuit eigen kracht voort kan zetten. Als professionals denken wij proactief mee. We doen er alles aan om de cliënt echt te kennen, de persoon, zijn levensloop, karakter en gewoontes van zowel nu als vroeger, zijn ziektebeeld en de consequenties hiervan voor de kwaliteit van leven. We sluiten aan bij wat vertrouwd is voor de cliënt en geven persoonsgerichte zorg en ondersteuning samen met mantelzorgers, familie en overige naasten.

In de praktijk betekent persoonsgericht werken dat de zorg per persoon kan verschillen. We bekijken kwaliteit namelijk door de ogen van de individuele cliënt. De relatie tussen cliënt, zijn naasten en de zorgverlener is belangrijk voor de ervaren kwaliteit door de cliënt. Deze visie vraagt van medewerkers om het gesprek aan te gaan met de cliënt en diens naasten, om de vraag achter de vraag te ontdekken. Daar hoort ook bij het ondersteunen van eigen regie van de cliënt en goede samenwerking met de informele zorg.

### Scholing Persoonsgericht werken

In 2017 gestart met scholingen in het kader van persoonsgericht werken. Inmiddels hebben alle zorgmedewerkers hebben in 2017 en 2018 hiervoor een scholing volgt. Deze scholingen zijn een aanvulling en verdere verfijning van de koers die al was ingezet met belevingsgericht werken en ondersteuning eigen regie (OER). Doelstelling van de scholingen is dat alle medewerkers (zorg, behandeling, facilitair, ondersteuning en management) denken en handelen vanuit het principe van persoonsgericht werken om de kwaliteit van zorg en leven van de cliënten te verbeteren. Alle medewerkers zijn geïnformeerd over de visie en krijgen handvatten om de visie uit te dragen en over te brengen. Met als resultaat dat we bijdragen aan betere kwaliteit van leven van de cliënten.

In 2018 zijn de volgende scholingen gegeven en afgerond:

1. Scholing persoonsgerichte zorg voor alle medewerkers (zorg en facilitair) van psychogeriatrische en somatische afdelingen, door Trimbos/Menske. Tussentijds zijn er twee evaluaties geweest waarbij voortgang is besproken en afspraken zijn gemaakt over de rol van de aandachtsvelder persoonsgerichte zorg.
2. Bijeenkomsten persoonsgericht werken voor alle medewerkers van afdelingen CCB, GRZ en De Mantel, in afstemming met de aandachtsvelders van de locaties en aansluitend op de verschillende doelgroepen.
3. De visie persoonsgericht werken is gedeeld met de ondersteunende diensten, omdat deze visie ook voor hen toepasbaar is.
4. Pilot bijeenkomst persoonsgerichte zorg voor mantelzorgers en vrijwilligers van Zonnehuis St. Jozef, met als doel hen mee te nemen in de visie en het gesprek te voeren over ieders rol.
5. Scholing omgaan met agressie voor alle medewerkers van GP en NAH afdelingen, door Wenckebach Instituut
6. Scholing ouderenzorg voor specialisten ouderengeneeskunde en psychologen en bijeenkomsten voor overige behandelaren, door het Centrum voor Consultatie en Expertise.  
<https://www.cce.nl/scholing/cursus-ouderenzorg>

Tijdens de scholingen is tevens ingezet op verbetering van omgang met probleemgedrag. Het beleid omgang met probleemgedrag is vastgesteld en meegenomen in de scholingen. Het beleid is toepasbaar bij signalen van gedrag of gedragsverandering die een probleem (zouden kunnen gaan) vormen voor de cliënt of diens omgeving. Het stappenplan biedt houvast. Tijdens werkoverleggen en omgangsoverleggen met de psychologen is het beleid onder de aandacht gebracht en geborgd.

## 1.14 Conclusie

Kijkend naar de strategische doelen (tevreden cliënten en kwaliteit en veiligheid binnen de wettelijke kaders) kunnen we concluderen dat er al veel bereikt is en dat dit ook in 2019 o.a. met de uitvoering van de plannen van Waardigheid en Trots, en de uitvoering van het kwaliteitsplan nog veel aandacht krijgt.