

# Kwaliteitsplan 2018

## Inhoudsopgave

1.	Inleiding	3
2.	Profiel Dagelijks Leven	5
	2.1. Visie en kernwaarden	5
	2.2. Doelgroep	7
	2.3. Zorg- en dienstverlening	7
	2.4. Profiel locaties	7
3.	Profiel Personeelssamenstelling	8
	3.1. Samenstelling medewerkersbestand per locatie naar functie	8
	3.2. In- en uitstroom	9
	3.3. Ratio personele kosten versus opbrengsten	10
4.	Beleidsagenda	11
	4.1. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning	11
	4.2. Wonen en welzijn	13
	4.3. Veiligheid	14
	4.4. Leren en werken aan kwaliteit	15
	4.5. Leiderschap, governance en management	16
	4.6. Personeelssamenstelling	17
	4.7. Gebruik van hulpbronnen	19
	4.8. Gebruik van informatie	22
5.	Samen leren en verbeteren	24
	5.1. Verbeteringen per locatie	24
	5.2. Evaluatie en terugkoppeling	24

# 1. Inleiding

Voor u ligt het eerste Kwaliteitsplan dat is opgesteld naar aanleiding van het Kwaliteitskader dat begin 2017 in werking is getreden. Voorheen werden de onderwerpen die in dit plan aan de orde komen in het jaarplan als toelichting op de begroting opgenomen. Voor de leesbaarheid is in dit eerste Kwaliteitsplan de in het Kwaliteitskader voorgestelde indeling aangehouden.

Eind december heeft de IGJ bezoeken gebracht aan de locaties Hengelo en Deventer. De rapportages die daaruit voortvloeiden waren kritisch, maar tegelijkertijd ook herkenbaar en voor een groot deel in lijn met de resultaten van interne audits. Dit heeft ertoe geleid dat in de eerste helft van 2017 een organisatie breed verbeterproject is uitgevoerd, gericht op de verbetering van de kwaliteit van zorg. De uitvoering hiervan heeft tijd en energie van de organisatie gevergd. Een proces dat we uiteindelijk goed doorstaan hebben en waar we als organisatie overtuigd sterker en beter uitgekomen zijn.

Hieronder in het kort een opsomming van de doorgevoerde verbeteringen:

- Aanscherping van algemeen zorg gerelateerd beleid waar nodig
- Intensivering trainingen en opleidingen bevoegd bekwaam, BOPZ, onbegrepen gedrag en basisvaardigheden
- Intensivering van interne audits
- Verder formaliseren van de samenwerking met huisartsen, apotheken en externe specialismes
- In dienst nemen van een eigen Specialist Ouderengeneeskunde
- Introductie van de functie Locatiecoach ter ondersteuning van locatiemanagers in brede zin
- Terugdringen van de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen
- Implementatie van een bekwaamheidspaspoort gekoppeld aan de E-learning omgeving
- Implementatie van Nedap-ONS, een nieuw systeem met als functionaliteiten planning, urenverwerking, verwantenportaal en een ECD
- Implementatie van NCare, een medicatieveiligheidssysteem voor de bewaking van het proces van toediening van medicatie, inmiddels ingevoerd op 14 locaties [de rest volgt in 2018]
- Implementatie van een op Sharepoint gebaseerd Kennis Management Systeem (kwaliteitshandboek)

In het derde kwartaal zijn de locaties Hengelo en Deventer opnieuw bezocht door de IGJ. De conceptrapportage bevestigen dat de ingezette acties ook tot de gewenste resultaten hebben geleid. Desalniettemin is er nog het nodige te verbeteren. In dit kwaliteitsplan wordt eerst ingegaan op het profiel van Dagelijks Leven en haar personeelssamenstelling, vervolgens worden de doelstellingen voor het komende jaar per thema van het Kwaliteitskader beschreven.

## 2. Profiel Dagelijks Leven

### 2.1. Visie en kernwaarden

Dagelijks Leven biedt zorg en ondersteuning aan mensen met geheugenproblemen in kleinschalige woonzorgvoorzieningen. Dit doen wij vanuit de visie:

*Wonen met intensieve zorg voor mensen met geheugenproblemen kan beter: meer welzijn, meer beleving en meer kwaliteit tegen lagere kosten*

Dit realiseren wij door het (ver)binden van goede medewerkers, samenwerken met bewoners en verwanten, het realiseren van mooie locaties, het leveren van kwalitatief goede zorg en welzijn en door efficiënt en effectief organiseren.

#### Kernwaarden

- Afspraak is afspraak:** Binnen een organisatie is het essentieel dat mensen van elkaar op aan kunnen en dat afspraken worden nagekomen. Dat we ons houden aan vastgesteld beleid, procedures, kaders, handboeken, wet- en regelgeving. Dat we doen wat er van ons wordt verwacht. Ook elkaar aanspreken op het niet nakomen van afspraken hoort daar bij. Discipline.
- Verantwoordelijkheid:** Met een team draag je de verantwoordelijkheid voor een locatie, niet alleen voor de zorginhoud en de cliënten, maar ook voor het uitdragen en het vertalen van de formule van Dagelijks Leven in de praktijk. Een grote mate van verantwoordelijkheid geeft vrijheid en daarbij past een ondernemende inslag die zich vertaalt in proactief en oplossingsgericht handelen. Een nuchtere en no-nonsense aanpak.
- Oog voor detail:** We leveren vier-sterren kwaliteit voor de prijs van één. De locatie moet piekfijn in orde zijn. Maar ook de bewonersdossiers, de ondersteuningsplannen en de planning. Oog voor detail impliceert ook dat je de kleine veranderingen bij bewoners herkent, registreert en daarop acteert.

- Passie:** Passie voor het werken in de zorg voor het omgaan met mensen is noodzakelijk om je werk bij Dagelijks Leven met volle overtuiging te doen. Bij het werken bij Dagelijks Leven past geen 9 tot 5 mentaliteit, maar een mentaliteit van aanpakken en er voor elkaar zijn als het nodig is. Passie betekent ook het gaan voor de bewoners, een positieve attitude, geen geklaag, geen arrogantie en een vriendelijke bejegening van bewoners, collega's en een ieder die een locatie bezoekt.
- Vertrouwen:** Vertrouwen in jezelf, in je team, in je collega's maar ook vertrouwen wekken bij bewoners en verwanten opdat zij ervan overtuigd raken dat hun vader, moeder, oom of tante bij Dagelijks Leven in goede handen is. Vertrouwen is essentieel om samen met je team de verantwoordelijkheid voor een locatie te kunnen dragen. Doen wat je zegt en zeggen wat je doet.
- Ondernemend:** Dagelijks Leven is geen traditionele zorgorganisatie. Alleen door zaken anders aan te pakken dan onze collega's kunnen we het onderscheid maken. Maar onderscheidend zijn is ook een randvoorwaarde. Als we de zaken niet anders aanpakken is het concept niet levensvatbaar. Als we onze medewerkers niet zorgvuldig selecteren en niet buiten vertrouwde kaders durven denken gaan we het verschil niet maken. Een platte organisatie met korte lijnen en nauwelijks hiërarchie.
- Veiligheid:** Veiligheid staat voorop in de zorg voor onze bewoners. Veiligheid betekent ook zaken kunnen uitspreken en ter discussie kunnen stellen zonder dat dit nare consequenties heeft. Veiligheid betekent ook dat fouten maken mag, mits je er van leert.
- Vrijheid (binnen kaders):** Vrijheid betekent regie kunnen voeren, keuzes hebben en maken, handelen naar eigen inzicht bij de zorg voor onze bewoners, bij de invulling van dag- en weekprogramma.

## 2.2. Doelgroep

Dagelijks Leven biedt zorg en ondersteuning binnen de Wet langdurige zorg (Wlz) aan personen met geheugenproblemen en aanverwante aandoeningen die als gevolg van zijn/haar beperkingen niet meer in staat zijn om thuis te wonen en gebaat zijn bij persoonlijke zorg zoals geboden wordt in de woonzorgvoorzieningen van Dagelijks Leven. In principe biedt Dagelijks Leven alle vormen van zorg en ondersteuning (met uitzondering van Behandeling) aan cliënten met grondslag "psychogeriatrische aandoening of beperking"<sup>1</sup> binnen de Wet langdurige zorg. Bewoners hebben hiervoor een indicatie nodig van het CIZ, met het zorgprofiel VV05, VV06, VV07 of VV08.

## 2.3. Zorg- en dienstverlening

Dagelijks Leven biedt zorg- en ondersteuning in de vormen Persoonlijke Verzorging (PV), Verpleging (VP) en Begeleiding (BG) via de leveringsvorm Volledig Pakket Thuis (VPT). Bewoners huren zelf een studio en ontvangen de zorg vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz).

## 2.4. Profiel locaties

Alle locaties werken vanuit hetzelfde concept: kleinschalig, huiselijk en omgeven door een grote tuin. De locaties liggen middenin een woonwijk op loopafstand van winkels en andere voorzieningen.

---

<sup>1</sup> Met uitzondering van Korsakov, Frontotemporale dementie, Lewy-body dementie en Dementie waarbij reeds agressie aanwezig is. Bij deze ziektebeelden is complex probleemgedrag te verwachten. Dit vereist intensieve zorg en behandeling van een multidisciplinair specialistisch team. Dagelijks Leven kan deze specifieke zorg en behandeling over het algemeen niet leveren. Zie voor meer informatie de in- en exclusiecriteria van Dagelijks Leven.

### 3. Profiel Personeelssamenstelling

Bijgaand de personele gegevens, peildatum 07-12-2017.

#### 3.1. Samenstelling medewerkersbestand per locatie naar functie

Locatie	Verzorgende D/IG	Activiteiten begeleider	Huishoudelijk verzorger	Verpleegkundige	Verzorgingshulp B	Locatie manager	Gastvrouw	Verzorgende C	Kok	Leerling niveau 3	Totaal
Apeldoorn	9	1	1	1	5	1	4	0	1	0	23
Berkel en Rodenrijs	8	1	2	1	5	1	2	0	1	0	21
Breda	8	2	0	1	8	1	3	0	1	0	24
Coevorden	8	1	2	0	7	1	0	0	1	0	20
Deurne	7	2	1	3	6	1	6	5	1	0	32
Deventer	11	1	1	1	6	1	3	0	1	1	26
Emmen	7	2	3	0	7	1	0	0	1	0	21
Grave	6	1	0	2	5	1	2	0	1	0	18
Hengelo	9	2	0	0	4	1	5	0	1	0	22
Hoorn	6	3	0	3	7	1	4	0	1	0	25
Horst	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Middelburg	6	2	3	1	3	1	2	3	1	0	22
Nijverdal	6	1	0	2	4	1	3	1	1	1	20
Nunspeet	6	1	0	2	3	1	4	1	1	0	19
Oisterwijk	8	1	2	2	2	1	6	2	1	0	25
Oss	6	0	0	2	6	1	5	1	1	0	22
Raalte	7	1	2	2	3	1	1	0	1	2	20
Ridderkerk	11	2	0	2	6	1	4	0	1	0	27
Roosendaal	11	1	3	2	5	1	1	0	3	0	27
Spijkenisse	9	1	0	2	6	3	4	0	1	0	26
Steenwijk	10	2	0	1	9	1	2	0	1	0	26
Uden	8	1	1	2	8	1	4	0	2	0	27
Veghel	4	1	3	4	4	1	2	5	1	0	25
Winterswijk	7	2	2	2	5	1	0	0	1	0	20
Zaandam	6	2	0	1	8	1	5	2	2	0	27
<b>184</b>	<b>34</b>	<b>26</b>	<b>39</b>	<b>132</b>	<b>27</b>	<b>72</b>	<b>20</b>	<b>28</b>	<b>4</b>	<b>566</b>	



## 3.2. In- en uitstroom

	1-1-2017	30-1-2017	27-2-2017	27-3-2017	24-4-2017	22-5-2017	19-6-2017	17-7-2017	14-8-2017	11-9-2017	9-10-2017
31-12-2016	29-1-2017	26-2-2017	26-3-2017	23-4-2017	21-5-2017	18-6-2017	16-7-2017	13-8-2017	10-9-2017	8-10-2017	5-11-2017

P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11
----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----

Verloop **Totaal**

**Verloop** 31-12-16

indienst	<b>407</b>	35	19	15	43	35	58	45	28	22	23	24
uitdienst		8	9	8	13	13	13	16	7	24	22	17
<b>Totaal</b>		<b>434</b>	<b>444</b>	<b>451</b>	<b>481</b>	<b>503</b>	<b>548</b>	<b>577</b>	<b>598</b>	<b>596</b>	<b>597</b>	<b>604</b>

<b>Locatie</b>	<b>Verhouding</b>
Hengelo - Wilderinkshuis	56%
Oisterwijk - Poirtershuis	59%
Deventer - Venenhuis	61%
Middelburg - Toorenhuis	57%
Uden - Orgelhuis	70%
Hoorn - Risdamhuis	58%
Veghel - Van Coothuis	63%
Spijkenisse - Vredehofhuis	60%
Oss - Ussenhuis	62%
Apeldoorn - Socrateshuis	58%
Deurne - Wilhelminahuis	59%
Breda - Beemdhuus	63%
Raalte - Hofstedehuis	56%
Nunspeet - Welgelegenhuus	58%
Ridderkerk - Jasmijnhuus	58%
Zaandam - Loggerhuus	55%
Steenwijk - Voetelinkshuis	53%
Nijverdal - Prins Claushuis	62%
Roosendaal - Beatrixhuus	64%
Winterswijk - Prins Hendrikhuus	72%
Berkel en Rodenrijs - Westpolderhuus	71%
Emmen - Rietveldhuus	60%
Grave - Stoofhuus	71%
Coevorden - Drostenuus	114%
<b>Totaal</b>	<b>61%</b>

### 3.3. Ratio personele kosten versus opbrengsten

(betreft periode 1 t/m 11, kosten zijn exclusief kosten uitbestede diensten en kosten van staf, overhead en indirecte medewerkers).

## 4. Beleidsagenda

### 4.1. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Uit de interne audits zijn verbeterpunten geconstateerd m.b.t. de inhoud en kwaliteit van de bewonersdossiers. Zo bleek bijvoorbeeld dat niet elke bewoner een levensverhaal in het dossier had zitten, waren ondersteuningsplannen niet altijd door de juiste persoon ondertekend en was de verslaglegging van onvoldoende kwaliteit (zoals tussenevaluaties met verwanten en MDO's en rapportages op het ondersteuningsplan). Tevens zijn er nog verschillende verbeterpunten geconstateerd ten aanzien van de ondersteuningsplannen, zoals het op maat/ individueel passend maken, het verwerken van de risico's uit de risicosignalering, het pes en smart formuleren, het opnemen van de wijze van bejegening. Tenslotte willen we de afstemming en samenwerking met de verwanten en de Verwantenraad nog beter gaan vormgeven en inbedden in de processen.

Nr.	Onderwerp	Herkomst	Gewenst resultaat	Weging	Acties/ maatregelen	Verantw.	Planning
<b>1. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning</b>							
1.1	ONS (ECD)	Uitkomsten interne audits Toetsingskader IGJ	Elke bewoner heeft een volledig en overzichtelijk dossier, met aantoonbare registraties van de zorg- en ondersteuning door DL	hoog	<ul style="list-style-type: none"> <li>In teamoverleg bespreken van belang van volledig en juist dossier</li> <li>Steekproeven uitvoeren vanuit backoffice ter lering en verbetering</li> <li>Aanscherpen interne controle dossiers (AO/IC)</li> </ul>	Locatiemanager	Q1
1.2	Rapporteren	Uitkomsten interne audits	Medewerkers rapporteren dagelijks op de doelen van het zorgplan van de bewoner	hoog	<ul style="list-style-type: none"> <li>E-learning "rapporteren op doelen" ontwikkelen</li> <li>In teamoverleg aandacht geven aan het belang van goed rapporteren</li> </ul>	Beleid & kwaliteit  Locatiemanager	Q1
1.3	Carenzorgt (verwantenportaal)	Inkoopafspraken Wlz 2017-2018 Uitkomsten CTO	Elke door bewoner/ vertegenwoordiger aangewezen verwant heeft op afstand toegang tot de daartoe aan gewezen onderdelen van het dossier van de betreffende bewoner.	midden	<ul style="list-style-type: none"> <li>Doorontwikkeling inrichting Carenzorgt</li> <li>Verdere uitrol Carenzorgt: bewoners/ verwanten informeren en toegang geven tot Carenzorgt</li> </ul>	Projectteam Nedap	Q2
1.4	Informatiepakket	Marketingstrategie	Bewoners en verwanten zijn goed geïnformeerd over zorg, wonen en welzijn van DL	midden	<ul style="list-style-type: none"> <li>Doorontwikkelen informatiepakket vóór inschrijving voor bewoners/ verwanten</li> <li>Ontwikkelen welkomstpakket na inschrijving voor bewoners/ verwanten</li> </ul>	Beleid & kwaliteit	Q1
1.5	Dagbesteding	Uitkomsten CTO Subsidie vanuit Waardigheid & Trots Toetsingskader IGJ	Bewoners ervaren een zinvolle dagbesteding	midden	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uitvoeren locatiegebonden plan van aanpak inzake zinvolle dagbesteding</li> <li>Delen van kennis en ervaring rondom zinvolle dagbesteding tussen de verschillende locaties</li> </ul>	Locatiemanagers	Q1 - Q2

## 4.2. Wonen en welzijn

Uit de interne audits en vanuit de resultaten van het CTO is gebleken dat de schoonmaak op een enkele locaties te wensen overliet. Daarnaast kwamen gemaakte afspraken met de informele ondersteuning niet voldoende terug in de ondersteuningsplannen. Op meerdere locaties werd aangegeven dat er onvoldoende vrijwilligers waren en dat men wilde inzetten op uitbreiding van het netwerk. Ook de uitkomsten van het CTO gaven dit aan. Tevens wil Dagelijks Leven verwanten een actieve rol laten spelen bij het invullen van wonen en welzijn, gericht op "net als thuis".

Nr.	Onderwerp	Herkomst	Gewenst resultaat	Weging	Acties/ maatregelen	Verantw.	Planning
<b>2. Wonen en welzijn</b>							
2.1	Familieparticipatie	Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg Uitkomsten CTO Toetsingskader IGJ	Er is een schriftelijk beleid vastgesteld waarin staat beschreven hoe DL de participatie van familie ondersteunt en stimuleert	midden	• I.s.m. Verwantenraad ontwikkelen beleid familieparticipatie	Beleid & Kwaliteit	Q2
2.2	Inzet vrijwilligers	Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg Toetsingskader IGJ	Er is een schriftelijk beleid vastgesteld waarin staat beschreven hoe DL de inzet van vrijwilligers stimuleert en waar de afbakening wordt gemaakt tov de medewerkers	midden	• Actualiseren vrijwilligersbeleid	Beleid & Kwaliteit	Q2
2.3	Schoonmaak HH	Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg Uitkomsten CTO	De privé- en gezamenlijke ruimten van de locatie zijn schoon en veilig	midden	• Alle HH medewerkers krijgen een training • Bestaande schoonmaakinstructies worden verbeterd/ beter op de praktijk toegespitst (conform hygiënerichtlijnen)	Beheer & Onderhoud	Q2
2.4	Technische faciliteiten	Procesoptimalisatie	De veiligheid van alle technische elementen op de locaties is geborgd	midden	• De servicemedewerkers gaan jaarlijks langs op locatie om alle technische elementen te keuren (doormeten alle elektrische apparaten, ook op bewonersniveau)	Beheer & Onderhoud	Q2

### 4.3. Veiligheid

Uit de interne audits bleek dat de medicatieveiligheid is verbeterd ten opzichte van vorig jaar, echter wordt er nog niet altijd conform beleid en protocollen gehandeld. Zo werd bijvoorbeeld de dubbele controle niet altijd zichtbaar uitgevoerd en werd het voorraadbeheer opiaten niet altijd goed genoeg bijgehouden. Het afgelopen jaar is het aantal ingezette vrijheidsbeperkende maatregelen zichtbaar verminderd. Er wordt meer gestuurd op het gebruik van alternatieven. Tijdens de audits is gebleken dat er vraag is naar een eenduidig HACCP beleid, met name heldere richtlijnen over hoe lang producten mogen worden bewaard/ opgeslagen.

Nr.	Onderwerp	Herkomst	Gewenst resultaat	Weging	Acties/ maatregelen	Verantw.	Planning
<b>3. Veiligheid</b>							
3.1	Medicatieveiligheid	Uitkomsten interne audits Aanbevelingen MIC Commissie	Medewerkers zijn op de hoogte van het medicatiebeleid en zorgen dat bewoners het juiste medicijn, op de juiste tijd in de juiste hoeveelheid en dosering en op de juiste wijze toegediend krijgen.	midden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vast agendapunt in teamoverleg</li> <li>• Snelkaart medicatie ontwikkelen</li> </ul>	Locatiemanager Beleid & Kwaliteit	Q3
3.2	Vrijheidsbeperkende maatregelen	Uitkomsten interne audits Plan van aanpak SO	Het aantal ingezette VBM is teruggedrongen tot strikt noodzakelijk en gemotiveerd gebruik (d.w.z. er zijn geen alternatieven en SO heeft akkoord gegeven)	hoog	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vaste SO koppelen aan elke regio/ locatie</li> <li>• Plan van aanpak opstellen terugdringen inzet VBM</li> <li>• Extra scholing en ondersteuning vanuit de SO op locaties waar veel VBM worden ingezet (waar nodig verwanten meenemen)</li> </ul>	Specialist ouderengeneeskunde	Q1 - Q2
3.3	Valpreventie	Aanbevelingen MIC Commissie	Het aantal te voorkomen valincidenten wordt gereduceerd tot nul.	midden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valpreventiebeleid actualiseren, inclusief praktische handvatten voor bewoners, medewerkers, vrijwilligers en verwanten</li> <li>• Folder "valpreventie" ontwikkelen</li> </ul>	Beleid & Kwaliteit	Q2
3.4	HACCP	Uitkomsten interne audits Uitkomsten audit voedselveiligheid	Er is sprake van aantoonbare veilige en hygiënische voedingsverzorging op alle locaties	midden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vaststellen en implementeren HACCP beleid</li> <li>• Uitrollen van HACCP werkmethodeken op alle locaties</li> </ul>	Beheer	Q2
3.5	Werkomgeving	Uitkomsten MTO	Er is sprake van een veilige werkomgeving, conform arbowet- en regelgeving	midden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Herzien van het arbobeleid</li> <li>• RI&amp;E (uitvoering + plan van aanpak) op elke locatie die langer dan 6 maanden geopend is.</li> </ul>	Beheer & Onderhoud	Q3

## 4.4. Leren en werken aan kwaliteit

Vanuit de MIC Commissie en de Calamiteitencommissie zijn periodiek verbeterpunten gesignaleerd en gecommuniceerd naar de locatiemanagers. Aanbeveling richting directie is om de leden een Prisma training te laten volgen, zodat de analyse van de meldingen verder kan worden geprofessionaliseerd. Ook is het verzoek gedaan om te kijken naar een digitaal systeem voor het melden van incidenten. Helaas bleek dit naar verwachting niet geïntegreerd te zijn in het nieuwe systeem (ONS van Nedap). Komend jaar wordt gekeken naar mogelijkheden om de verbetercyclus goed te kunnen ondersteunen. Tenslotte worden de uitkomsten van de tevredenheidsonderzoeken (CQ en Zorgkaart Nederland) niet alleen centraal binnen directie, maar tevens per locatie besproken (met zowel locatiemanager, het team en met verwanten) en verwerkt in de locatie gebonden plannen.

Nr.	Onderwerp	Herkomst	Gewenst resultaat	Weging	Acties/ maatregelen	Verantw.	Planning
<b>4. Leren en werken aan kwaliteit</b>							
4.1	Horizontaal toezicht	Kwaliteitsverbetering	Kwaliteitsverbetering doordat teams zelf via interne audits op locatieniveau risico's tijdig kunnen signaleren en beheersen	midden	• Inrichten horizontaal toezicht i.s.m. KIWA	Beleid & kwaliteit	Q1
4.2	PRISMA en SIRE training	Aanbeveling MIC en Calamiteiten CIE	Ernstige incidenten en (vermoedens) van calamiteiten worden conform de Prisma/ Sire methode geanalyseerd	midden	• Training op maat voor leden MIC CIE en Calamiteiten CIE laten volgen (uitvoering door externe partij) • Verwerken van de informatie vanuit de training in de formulieren en werkwijze rondom incidenten en calamiteiten	MIC/ Calamiteiten CIE	Q1
4.3	Introductiepakket medewerkers	Kwaliteitsverbetering	Nieuwe medewerkers ontvangen een functiegericht introductiepakket met informatie over (werken bij) DL	hoog	• Opstellen functiegericht informatiepakket voor nieuwe medewerkers	HR i.s.m. Beleid & kwaliteit	Q2
4.4	Veiligheid	Kwaliteitsverbetering	Het beleid en stukken inzake veiligheid zijn actueel en volledig	midden	• Beleidsdocumenten en - stukken op het gebied van veiligheid worden door proceseigenaren geëvalueerd en waar nodig bijgesteld/ herzien.	Proceseigenaren	Q3

## 4.5. Leiderschap, governance en management

Vanuit het Kwaliteitskader zijn nieuwe normen gesteld met betrekking tot het verankeren van expertise. Dagelijks Leven is geen verpleeghuis, maar wil zich zover mogelijk conformeren aan de gestelde normen, zoals het verankeren van medische expertise en het inrichten danwel deelnemen aan een Kwaliteitsraad.

Afgelopen jaar is gestart met de nieuwe functie locatiecoach. De locaties zijn verdeeld in 3 regio's met ieder een eigen coach. De locatiecoach ondersteunt de locatie bij het uitvoeren van beleid en verbeterpunten en het werken volgens de visie van Dagelijks Leven.

Nr.	Onderwerp	Herkomst	Gewenst resultaat	Weging	Acties/ maatregelen	Verantw.	Planning
<b>5. Leiderschap, governance en management</b>							
5.1	Management letter	Management letter	Aanbevelingen uit management letter zijn geïmplementeerd	hoog	• Implementatie aanbevelingen uit management letter	Directie	Q2
5.2	Governance Code	Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg Inkoopafspraken Wlz	Organisatie werkt conform de afspraken van de Zorgbrede Governance Code	midden	• Werven bestuurssecretaris	Directie	Q1
5.3	Medische en verpleegkundige expertise	Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg	Verankering van de medische en verpleegkundige expertise in de aansturing van DL	midden	• Maandelijks overleg met SO • Vertegenwoordiging vanuit verpleegkundigen als deelnemer in kwaliteitsoverleg. • Instellen kwaliteitsraad	Directie	Q1
5.4	Locatiecoach	Kwaliteitsverbetering	Er zijn voldoende locatiecoaches met de juiste kennis en kunde om de locaties vanuit de visie van Dagelijks Leven te ondersteunen	midden	• Werving van 2 nieuwe locatiecoaches	Directie	Q2
5.5	Auditor	Kwaliteitsverbetering	Intensiveren audits rondom incidenten en ziekenhuisopnames	midden	• Werving van 1 extra auditor	Directie	Q1



## 4.6. Personeelssamenstelling

De bevoegd- en bekwaamheden van de medewerkers zijn dit jaar inzichtelijk gemaakt via het TCG Portaal. Op enkele locaties zijn de bevoegd- en bekwaamheden van medewerkers nog niet voldoende op orde. Uit de interne audits blijkt dat er nog regelmatig uitzendkrachten worden ingezet en dat deze onvoldoende worden ingewerkt voordat zij een dienst starten.

Nr.	Onderwerp	Herkomst	Gewenst resultaat	Weging	Acties/ maatregelen	Verantw.	Planning
<b>6. Personeelssamenstelling</b>							
6.1	Bezetting	Uitkomsten CTO Uitkomsten MTO	Meer tijd en kwaliteit van leven voor bewoners, minder werkdruk	hoog	• Uitbreiding bezetting met helpende (50 uur per week extra)	Directie	Q1
6.2	Functiehuis	Wet- en regelgeving	Er is een resultaatgericht functiehuis, conform FWG 3.0, met minimaal alle uitvoerende functies aanwezig	hoog	• Herinrichten functiehuis	HR	Q1
6.3	Personeelsbeleid	Kwaliteitsverbetering	Er is een duidelijk personeelsbeleid, conform vigerende wet- en regelgeving en visie van DL	laag	• Actualiseren personeelsbeleid	HR	Q1 - Q2
6.4	Opleidingen	Uitkomsten MTO	Er is een duidelijk opleidingsbeleid, conform vigerende wet- en regelgeving en visie van DL, inclusief een standaard functiegericht opleidingspakket.	midden	• Actualiseren opleidingsbeleid • Opstellen opleidingsplan 2018 - 2019 • Standaard opleidingsprogramma voor nieuwe LM inrichten • Standaard opleidingsprogramma voor nieuwe teams inrichten ("opleidingsweek") • Standaard opleidingskrachten voor uitzendkrachten inrichten	Opleidingscoördinator	Q2 - Q3
6.5	Verzuimbeleid	Begroting	Het verzuim wordt teruggedrongen tot < 2,5%	midden	• Aanscherpen verzuimbeleid	HR	Q3
6.6	Verloop	Begroting	Het verloop wordt teruggedrongen tot < 15%	hoog	• Trendanalyse verloop door HR • Opstellen plan van aanpak	HR	Q1 - Q2
6.7	Recruitment	Procesoptimalisatie	Het recruitmentproces is duidelijk en zichtbaar effectief	laag	• In kaart brengen recruitmentproces • Sneller vervullen van openstaande vacatures	Recruiter	Q1 - Q2

6.8	Flexpool	Procesoptimalisatie Interne audits	Bezettingsproblemen op locaties kunnen intern worden opgelost, waardoor de inzet van uitzendkrachten is gereduceerd	midden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inrichten flexpool (voorwaarden en faciliteiten)</li> <li>• Werven flexmedewerkers</li> </ul>	Directie	Q1 - Q2
6.9	Intervisie	Kwaliteitsverbetering	Verhoging besef professionele verantwoordelijkheid, versterken meldcultuur, veiligheid op de werkvloer	midden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opstarten intervisietraject voor verpleegkundigen onder leiding van Fontys</li> </ul>	Directie	Q1
6.10	Werkgeverschap	Uitkomsten MTO	Aantrekken en binden van personeel	midden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ontwikkelen van een employee benefits programma (o.a. goed pakket secundaire arbeidsvoorwaarden)</li> </ul>	HR	Q3 - Q4

## 4.7. Gebruik van hulpbronnen

In 2017 is besloten om de ontwikkeling van een ECD binnen het bestaande systeem los te laten en op zoek te gaan naar een nieuw en passend systeem. In de zomer is het besluit genomen om over te stappen naar ONS van Nedap. Na een strakke planning is de inrichting in enkele maanden uitgevoerd en is er vanaf oktober ingezet op training van medewerkers en het voorbereiden van de overzetting van de huidige gegevens en bewonersdossiers. Op 4 december zijn alle locaties live gegaan. Vooralsnog is men zeer positief over het systeem en denken we hier een grote kwaliteitsslag mee te hebben gerealiseerd.

Daarnaast is het TCG-portaal in 2017 op de kaart gezet. Het portaal biedt functie gerelateerde e-learning modules, waarbij de bevoegd- en bekwaamheden van medewerkers worden geregistreerd en overzichtelijk worden weergegeven op verschillende niveaus.

Tenslotte is eind 2016 de samenwerking aangegaan met Solid Partners als externe ICT partner. Ook de beheersactiviteiten die zijn voorgekomen uit het gebruik van nieuwe applicaties en devices zijn bij Solid Partners ondergebracht. Op dit moment laat de dienstverlening enigszins te wensen over zowel qua service als inhoudelijk. Dit terwijl in de nabije toekomst de eisen (o.a. volgend uit nieuwe wet- en regelgeving), wensen en complexiteit van de IT omgeving alleen maar toe zullen nemen. Eerdaags zal er een evaluatie plaatsvinden en zal worden bepaald of Solid partners ook de beheerorganisatie voor de toekomst zal zijn.

In 2018 staat de doorontwikkeling en de interfaces tussen de verschillende systemen op het programma.

Nr.	Onderwerp	Herkomst	Gewenst resultaat	Weging	Acties/ maatregelen	Verantw.	Planning
<b>7. Gebruik van hulpbronnen</b>							
7.1	Nedap	Procesoptimalisatie	Inrichting Nedap ondersteunt de werkprocessen	midden	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inrichten geautomatiseerd proces verlof- en verzuim aanvraag en registratie</li> <li>Verder automatiseren verloningsproces</li> <li>Inrichten scan2nedap en scan2synergy</li> <li>Inrichten flexpool functionaliteit</li> <li>Uitbreiding verwantenportaal (zie ook 1.3)</li> </ul>	Projectteam Nedap	Q1 - Q2
7.2	NCare (medicatie-veiligheid)	Interne audits Resultaat pilot NCare	Alle locaties gebruiken NCare voor registraties rondom medicatie	hoog	<ul style="list-style-type: none"> <li>NCare wordt uitgerold op de overgebleven 10 locaties</li> <li>Automatiseren gebruikersbeheer NCare (koppeling met HR systeem)</li> <li>Implementatie NCare toevoegen aan draaiboek / processen rondom openen nieuwe locatie</li> <li>Ontwikkeling e-learning NCare (voor nieuwe medewerkers en als naslagwerk)</li> </ul>	Projectteam NCare	Q1 - Q2

7.3	Communicatie met huisartsen	Samenwerking LHV	Duidelijkheid over de mogelijkheden om veilig gegevens te kunnen uitwisselen met huisartsen	midden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Onderzoeken van mogelijkheden om de uitvoeringsverzoeken en de rapportages van huisarts op een veilige wijze te koppelen aan het dossier van betreffende bewoner</li> </ul>	Projectteam Nedap	Q2 - Q3
7.4	TCG portaal (e-learning)	Procesoptimalisatie Uitkomsten MTO	Medewerkers kunnen zichzelf inschrijven op een voor hen gewenst moment voor het volgen van een training.	laag	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toevoegen functionaliteit digitaal inschrijven scholingen</li> <li>• Koppelen resultaten skillslab aan bekwaamheidspaspoort</li> </ul>	Opleidingscoördinator	Q2
7.5	Skillslab	Uitkomsten interne audits	Medewerkers hebben de mogelijkheid zich bevoegd en bekwaam te houden m.b.t. het uitvoeren van voorbehouden en risicovolle handelingen	hoog	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Starttoetsing VRH voorafgaand aan opening nieuwe locatie</li> <li>• Periodieke toetsing VRH per locatie/ regio</li> <li>• Toetsing op afroep</li> </ul>	Skillslab	Q1
7.6	Audit app	Procesoptimalisatie	Integraal systeem om resultaten van interne audits te registreren (door locatie zelf en door interne auditor) en om verbeteringen te monitoren	laag	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inrichting en implementatie van audit app (mede afhankelijk van besluitvorming tav VMS)</li> </ul>	Beleid & kwaliteit	Q1
7.7	Legionella beheer applicatie	Procesoptimalisatie	Admin. lasten rondom legionellameting zijn gereduceerd	laag	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Invoeren app voor servicemed.</li> </ul>	Beheer	Q2
7.8	Applicatiebeheer	Procesoptimalisatie	Het onderhoud van software en databases is geborgd	midden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opzetten IT service management ism Solid Partners</li> <li>• Opstellen SLA Solid partners en afronden bewerkersovereenkomst</li> <li>• Evaluatie samenwerking met Solid Partners</li> </ul>	Proces- en informatiemanager	Q1-Q4
7.9	ICT Infrastructuur	Procesoptimalisatie	Optimalisatie van de huidige ICT-structuur	midden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Huidige K-schijf vervangen voor een effectiever en efficiënter alternatief (sharepoint)</li> <li>• Beheer beleggen</li> </ul>	Proces- en informatiemanager	Q3
7.10	HR systeem (Synergy)	Procesoptimalisatie	Uitbreiding HR systeem ter ondersteuning van HR proces	midden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uitbreiding van het systeem met de volgende modules:</li> <li>• Module werving &amp; selectie</li> <li>• Module verlofregistratie- &amp; accordering</li> <li>• Module opleiding (planning &amp; registratie)</li> </ul>	HR	Q2

7.11	VMS	Aanbeveling MIC en Calamiteiten CIE Toetsingskader IGJ	Beschikbaarheid van een - aan Nedap gekoppeld - systeem om veilig incidenten te kunnen melden, volgen en trendanalyses uit te kunnen halen ter lering en verbetering.	midden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Onderzoeken van de mogelijkheden van een VMS</li> <li>• Afhankelijk van de resultaten implementeren van een VMS</li> </ul>	Beleid & kwaliteit	Q1 - Q3
7.12a	Samenwerking huisartsen	Bestaande knelpunten	Proces rondom het samenwerken met huisartsen is duidelijk en naar tevredenheid van de huisartsen (tevredenheidsscore 6 maanden na start samenwerking is > 7)	hoog	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ontwikkelen informatiepakket voor huisartsen</li> <li>• Aanscherpen proces en procedures rondom het koppelen van een huisarts aan een (nieuwe) locatie</li> <li>• Meten van tevredenheid huisarts half jaar na aanvang samenwerking</li> </ul>	Beleid & kwaliteit i.s.m. SO	Q1 - Q2
7.12b	Samenwerking huisartsen	Bestaande knelpunten	Mogelijk nieuw scenario om bestaande knelpunten op te lossen	midden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samen met zorgkantoor uitwerken van een business case "huisarts in dienst"</li> </ul>	Directie	Q3 - Q4
7.13	Social media	Uitkomsten CTO	Iedere locatie heeft een eigen facebookpagina om informatie op een informele wijze met belanghebbenden te delen	laag	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inrichten facebookpagina per locatie</li> <li>• Vastleggen van toestemmingsverklaringen voor gebruik van foto- en filmmateriaal op social media</li> </ul>	Beheer	Q1
7.14	Contractbeheer	Kwaliteitsverbetering	Contracten zijn geordend en goed vindbaar	midden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opzetten van een contractenregister en contractbeheer</li> </ul>	Directie	Q2 - Q3

## 4.8. Gebruik van informatie

De uitkomsten van het CTO en het MTO (voorjaar 2017) geven weer dat het gebruik van informatie en communicatie nog verbeteringen behoeft. Zowel intern als naar externe stakeholders. In 2017 is een nieuw kwaliteitshandboek ingericht, waar medewerkers de benodigde documenten (beleid, richtlijnen, procedures en formulieren) snel en overzichtelijk kunnen vinden. Het draaiboek voor opening van een nieuwe locatie is herzien, waarbij ook de communicatie met stakeholders als belangrijk onderdeel is opgenomen. Komend jaar worden de informatiefolders voor bewoners, verwanten, externe stakeholders herzien danwel nieuw ontwikkeld en wordt verder ingezet op het informeren van en communiceren met zowel interne als externe belanghebbenden.

Nr.	Onderwerp	Herkomst	Gewenst resultaat	Weging	Acties/ maatregelen	Verantw.	Planning
<b>8. Gebruik van informatie</b>							
8.1	Klanttevredenheid (verwanten)	Uitkomsten CTO Resultaten zorgkaart NL Resultaten verwantenavonden	Verbeterde sturing op tevredenheid verwanten	hoog	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promoten van invullen vragenlijst op Zorgkaart Nederland</li> <li>Actief bespreken van resultaten en verbetermogelijkheden en bijbehorende acties (en terugkoppeling ervan) tijdens familieavonden</li> </ul>	Locatiemanager	Q1 - Q2
8.2	Business Intelligence (BI) tools	Planning & Control	Adequaat kunnen genereren van beslissingsinformatie op basis van de beschikbare data en gegevens uit de verschillende systemen	hoog	<ul style="list-style-type: none"> <li>Het implementeren van BI tools om data vanuit te systemen om te zetten naar beslissingsondersteunende informatie</li> </ul>	Proces- en informatiemanager	Q2
8.3	Managementinformatie	Planning & Control	Op ieder gewenst niveau en op ieder gewenst moment is (afhankelijk van bevoegdheid) duidelijke en relevante managementinformatie beschikbaar, zodat directe (bij)sturing mogelijk wordt gemaakt	hoog	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementatie van (integrale) managementdashboards</li> </ul>	Controlling	Q2
8.4	Privacy	Wet- en regelgeving	Verzamelen, vastleggen en beheren van data en informatie vindt plaats op een veilige en effectieve wijze, conform wettelijke privacy- en veiligheidseisen.	midden	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uitvoeren risico analyse</li> <li>Opstellen en uitvoeren plan van aanpak n.a.v. resultaten risico analyse</li> <li>Bewustwordingscampagne rondom privacy richting medewerkers</li> </ul>	Proces- en informatiemanager ism bestuurssecretaris	Q2 - Q3

8.5	Communicatiemiddelen	Strategiedoelstellingen	Verhoging naamsbekendheid en hoger bereik potentiële bewoners en medewerkers	laag	• Communicatiekanalen markt uitbreiden (o.a. social media, website dementie.org, “werkenbij” etc.	Medewerker PR & Communicatie (te werven)	Q3
8.6	Early warning systeem	Kwaliteitsverbetering	Het verkrijgen van adequate kwantitatieve informatie tbv besluitvorming bij contractverlenging	midden	• Ontwikkelen van een early warning systeem	HR	Q3

## 5. Samen leren en verbeteren

### 5.1. Verbeteringen per locatie

Dagelijks Leven heeft op peildatum 31-12-2017 in totaal 24 locaties. In 2018 komen daar naar planning 14 locaties bij.

Elke locatie stelt aanvullend op het centrale jaarplan een locatie gebonden verbeterplan op. De input voor het verbeterplan is een samenkomst van diverse metingen, uitkomsten en verbeterpunten. Denk hierbij aan de resultaten van interne audits en dossiercontroles, uitkomsten van tevredenheidsonderzoeken (MTO en CTO), incidentmeldingen, metingen via de DL-app, etc. Ieder locatie gebonden jaarplan wordt voorgelegd aan directie ter goedkeuring en besproken met het team en met de verwanten.

### 5.2. Evaluatie en terugkoppeling

De voortgang van de verbeterpunten wordt frequent besproken tijdens het periodiek overleg tussen directie en locatiemanager.

Uiteraard bespreekt de locatiemanager dit ook tijdens het teamoverleg met de medewerkers en tijdens de verwantenavonden met de verwanten van bewoners.

Daarnaast worden er halfjaarlijks voortgangsbesprekingen georganiseerd, waarbij in groepen van 5 a 6 locaties in het bijzijn van de directie de jaarplannen en de voortgang daarop worden besproken. Elke locatiemanager presenteert tijdens die bijeenkomst voor zijn/haar locatie het plan, de voortgang en eventuele knelpunten. Na elke presentatie is er ruimte voor discussie en feedback. Het doel van deze bijeenkomsten is van elkaar te leren en elkaar te ondersteunen bij het realiseren van de gewenste resultaten.

Tenslotte zijn we bezig (onderdeel binnen het jaarplan) om de mogelijkheden te onderzoeken voor een integraal systeem waar uitkomsten van verschillende metingen en meldingen in verwerkt kunnen worden en waarbij de voortgang van de daaruit voortkomende verbeteringen gemonitord kan worden. Oftewel een integraal systeem om het proces te borgen, waarbij de nadruk ligt op leren en verbeteren.