

Kwaliteitsverslag 2017

Juni 2018



Inleiding

Op 12 januari 2017 is het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg vastgesteld door het Zorginstituut Nederland. Dagelijks Leven biedt intensieve verpleging, verzorging en begeleiding aan mensen met geheugenproblemen in kleinschalige woonzorgvoorzieningen op basis van het principe scheiden van wonen en zorg en biedt afwijkend van de traditionele verpleeghuizen geen intramuraal verblijf.

In het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg staan het continu leren en ontwikkelen van medewerker en organisatie en het continu verbeteren van kwaliteit van de zorgverlening centraal. Er is voor gekozen om het werken aan deze thema's en het monitoren van de voortgang ervan inzichtelijk te maken door middel van het opstellen van een kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag.

Dagelijks Leven heeft in 2017 een Kwaliteitsplan voor het jaar 2018 opgesteld waarin het leren en verbeteren van de organisatie inzichtelijk wordt gemaakt. Over het verslagjaar 2017 is het onderhavige Kwaliteitsverslag opgesteld.

Als speerpunten voor 2017 zijn gedefinieerd:

- Ontwikkeling/ inrichting/ implementatie van ondersteunende systemen:
 - ECD
 - Medicatieveiligheidssysteem
 - Bekwaamheidspaspoort
- Deskundigheidsbevordering (scholingsplan, e-learning modules, skillslab)
- Verbeteren en actualiseren van het beleid inzake vrijheidsbeperking
- Inbedden van tevredenheidsmetingen (CTO/ MTO)
- Uitvoering organisatie breed verbeterplan n.a.v. door IGJ geconstateerde tekortkomingen

Terugblikkend op 2017 is er veel bereikt om de kwaliteit van zorg aan bewoners te verbeteren en om de medewerkers hierbij te ondersteunen.

In 2017 is er voorafgaand aan dit kwaliteitsverslag ook een directiebeoordeling opgesteld. In het kader van administratieve lastenvermindering en de bestaande overlap op verschillende onderdelen wordt dit in 2019 samengevoegd, waarbij de directiebeoordeling onderdeel gaat uitmaken van het kwaliteitsverslag.

1. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

De zorg en ondersteuning van Dagelijks Leven begint bij datgene wat de bewoner nodig heeft. Dat is voor iedere bewoner anders en betekent maatwerk op ieder levensdomein. Zoals in de visie van Dagelijks Leven is verwoord zijn we ervan overtuigd dat wonen met intensieve zorg voor mensen met geheugenproblemen beter kan, met meer welzijn, meer beleving en meer kwaliteit. Het uitgangspunt is “zoals thuis”.

De in het kwaliteitskader genoemde thema's, compassie, uniek zijn en autonomie, worden al meegenomen vanaf de eerste kennismaking met een potentiële nieuwe bewoner. Tijdens de fase voorafgaand aan de verhuizing naar Dagelijks Leven wordt gekeken of de potentiële bewoner past binnen de doelgroep en de gewenste locatie en of wij de gewenste zorg en ondersteuning kunnen bieden. Hierbij vormen de in- en exclusiecriteria het formele uitgangspunt, maar uiteraard is de nadere kennismaking vaak een betere indicatie om een goed beeld te kunnen vormen. We hechten veel belang aan het levensverhaal van de bewoner, vaak opgesteld door zijn/ haar verwanten. De informatie vanuit het levensverhaal wordt tijdens de intake verder aangevuld door dieper in te gaan op persoonlijke wensen (waaronder tevens wensen rondom het levenseinde), behoeften en risico's van de bewoner. Alle informatie wordt vervolgens verwerkt in het zorgplan (ONS van Nedap, zie ook hoofdstuk 7), het 4e thema bij persoonsgerichte zorg en ondersteuning. Het zorgplan voldoet aan de eisen zoals beschreven in het kwaliteitskader.

Het zorgplan en alle onderliggende documenten worden minimaal halfjaarlijks geëvalueerd en vaker indien de situatie van de bewoner daarom vraagt. Zo is er halfjaarlijks een multidisciplinair overleg (MDO), met aanwezigheid van de huisarts (als hoofdbehandelaar), de aan de bewoner gekoppelde specialist ouderengeneeskunde, een zorgmedewerker van de locatie (verpleegkundige of contactverzorgende) en indien nodig de apotheker of anderen derden. In overleg met bewoner/ vertegenwoordiger wordt gekeken of bewoner/ vertegenwoordiger ook bij het MDO aanwezig is, of dat hij/ zij de wensen en behoeften voorafgaand bespreekt met de zorgmedewerker. Dit wordt vastgelegd en meegenomen naar het MDO.

Bewoners en/of verwanten kunnen via het verwantenportaal CarenZorgt, indien bewoner/ wettelijk vertegenwoordiger daartoe toestemming heeft gegeven, op afstand meelesen met de rapportages en de agenda inzien. Tevens kunnen bewoners en/of verwanten via CarenZorgt het zorgplan inzien en digitaal ondertekenen.

Het medisch dossier is in handen van de huisarts. Er is sprake van scheiden wonen en zorg. De huisarts is hoofdbehandelaar en daarmee verantwoordelijk voor de algemene medische zorg aan de bewoners. De bewoners staan als patiënt ingeschreven. De huisarts is als hoofdbehandelaar de “voorschrijver” van medicatie, de apothek is verantwoordelijk voor het “ter hand stellen” van de medicatie en Dagelijks Leven is verantwoordelijk voor het “gereed maken en toedienen” van de medicatie. Daarbij is in 2017 een start gemaakt met het implementeren van het digitale medicatiesysteem NCare (zie voor meer informatie hoofdstuk 7).

Hoofdstuk 1	Vereisten	Voldoet Ja (groen) - Nee (oranje)
Persoonsgerichte zorg & ondersteuning	De vier onderscheiden thema's (compassie, uniek zijn, autonomie en zorgdoelen) zijn voor zorgverleners richtinggevend bij kwaliteitsverbetering op het terrein van persoonsgerichte zorg en ondersteuning.	De thema's maken aantoonbaar onderdeel uit van het primair proces.
	Elke verpleeghuisorganisatie dient aantoonbaar invulling te geven aan deze thema's en dit zichtbaar te maken in kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag.	De thema's komen zichtbaar terug in het kwaliteitsplan en in dit kwaliteitsverslag (publicatie via de website van Dagelijks Leven).
	De voorgestelde uitwerkingen per onderscheiden thema's zijn handreikingen voor de instrumenten voor verbetering, het voeren van gesprekken en het ontwikkelen van competenties. Zorgorganisaties zijn vrij om deze thema's naar eigen inzicht aan te vullen.	De voorgestelde uitwerkingen zijn gehanteerd als leidraad bij het opstellen van het kwaliteitsplan en de daarin genoemde doelen en acties voor het komende jaar.
	Vanaf 1-7-2017 beschikt iedere cliënt binnen 24 uur over een voorlopig zorgleefplan (met in ieder geval zaken zoals medicatie, dieet, primaire hulpvraag, een eerste contactpersoon en afspraken over handelen bij calamiteiten), dat uiterlijk zes weken na opname (of zoveel eerder als mogelijk) volledig en (tot bijstelling aan de orde is) definitief wordt.	Elke nieuwe bewoner beschikt binnen 24 uur over een voorlopig zorgplan (op basis van de intake). Uiterlijk binnen 6 weken wordt het zorgplan definitief gemaakt. Dit proces wordt door het ECD systeem bewaakt.
	Vanaf 1-7-2017 is de verantwoordelijkheid voor het opstellen van een zorgleefplan belegd bij een verzorgende van tenminste niveau 3 (IG), of bij een andere zorgverlener van tenminste niveau 3. Bij voorkeur is dit de contactverzorgende dan wel de eerste verantwoordelijk verzorgende of verpleegkundige (EVV-er).	Het zorgplan wordt opgesteld door een medewerker van minimaal niveau 3-IG.

Vereisten Kwaliteitskader

2. Wonen en welzijn

Het welzijn van de individuele bewoners staat hoog in het vaandel bij Dagelijks Leven. Niet alleen de juiste en kwalitatief hoogwaardige zorgverlening is belangrijk, maar juist ook het welzijn, oftewel de zingeving, een zinvolle dagbesteding, een schoon en verzorgd lichaam, verzorgde kleding, het kunnen omgaan met familie, inzet van vrijwilligers en wooncomfort.

Dagelijks Leven biedt wonen en zorg gescheiden aan. Dat wil zeggen dat bewoners een eigen studio huren, met een zit- / slaapkamer en badkamer, die zoveel mogelijk naar eigen inzicht en met eigen spullen ingericht kunnen worden. Er is de mogelijkheid om als echtpaar te komen wonen en er is een logeerkamer voor respijtzorg. Er is op een locatie van Dagelijks Leven plek voor 20 a 21 bewoners, die elkaar treffen in twee gezamenlijk woonkamers.

Elke locatie is voorzien van een tuin, waar veel bewoners overdag graag te vinden zijn. Locaties liggen midden in een woonwijk en zijn daarmee op loopafstand van winkels en andere voorzieningen.

Er is een afwisselend dagbestedingsprogramma afgestemd op de wensen en behoeften van de individuele bewoners. De activiteitenbegeleider kijkt samen met de bewoner en diens verwanten welke activiteiten voor deze bewoner specifiek een bijdrage leveren aan zingeving en een zinvolle dagbesteding. Dit kan voor iedere bewoner anders zijn. Dit betekent in de praktijk dat er naast het dagbestedingsprogramma in groepsverband ook diverse aanvullingen zijn op individueel niveau. Waar mogelijk met ondersteuning van vrijwilligers en verwanten. Daarnaast zijn het vaak de alledaagse dingen die zorgen voor ritme, structuur en welbevinden, zoals huishoudelijke taken. Bewoners worden dagelijks gestimuleerd om hier "als thuis" aan deel te nemen. Denk aan het schillen van de aardappels, het doen van de afwas of het onderhouden van de tuin. Uiteraard toegespitst op de wensen,

behoefden, mogelijkheden en beperkingen die bewoners daarbij hebben.

Op elke locatie is een kok aanwezig die dagelijks zorgt voor een verse maaltijd, rekening houdend met wensen, diëten, geloofs- en/of levensovertuigingen en allergieën van bewoners. Bewoners die het leuk vinden kunnen de kok helpen met koken. Afhankelijk van de wens van de bewoner is er de mogelijkheid om gezamenlijk te eten in de huiskamer (al dan niet bij elkaar aan tafel) of juist te kiezen om de maaltijd op de eigen studio te nuttigen.

Hoofdstuk 2	Vereisten	Voldoet Ja (groen) - Nee (oranje)
Wonen en Welzijn	Vijf thema's (zingeving, zinvolle dagbesteding, schoon en verzorgd lichaam plus verzorgde kleding, familieparticipatie & inzet vrijwilligers en wooncomfort) zijn leidend bij kwaliteitsverbetering op het terrein van wonen en welzijn.	De thema's maken aantoonbaar onderdeel uit van het primair proces.
	Elke verpleeghuisorganisatie dient aantoonbaar invulling te geven aan deze thema's en zichtbaar te maken in kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag (zie hoofdstuk 4).	De thema's komen zichtbaar terug in het kwaliteitsplan en in dit kwaliteitsverslag (publicatie via de website van Dagelijks Leven).
	Het aanpassen van de woonomgeving aan de wensen en mogelijkheden van de verschillende doelgroepen van verpleeghuiszorg verdient specifieke aandacht.	Waar nodig worden de locaties aangepast aan behoeften en wensen van bewoners. Zo zijn er veiligheidsmaatregelen geïmplementeerd en worden er (in overleg met bewoners en verwanten) belevingstuinen gerealiseerd. De locaties van Dagelijks Leven zijn voorzien van een poort met codeslot om te voorkomen dat bewoners onbedoeld en onopgemerkt de locatie verlaten. Momenteel wordt in samenwerking met collega aanbieders gewerkt aan het ontwikkelen van alternatieven en worden alternatieve oplossingen geïmplementeerd.

Vereisten Kwaliteitskader

3. Veiligheid

Dagelijks Leven biedt geclusterde Wlz-zorg zonder verblijf. Daarmee komen de gevraagde indicatoren m.b.t. psychofarmaca, antibiotica en inzet vrijheidsbeperkende maatregelen (M&M) – conform aanlevering kwaliteitsgegevens verpleeghuiszorg, verslagjaar 2017, te vervallen. Waar mogelijk wordt in dit kwaliteitsverslag wel een korte toelichting gegeven op de werkwijze rondom deze thema's binnen Dagelijks Leven.

3.1. Medicatie

3.1.1. Medicatieveiligheid

De huisarts is als hoofdbehandelaar de "voorschrijver" van medicatie, de apotheek is verantwoordelijk voor het "ter hand stellen" van de medicatie en Dagelijks Leven is verantwoordelijk voor het "gereed maken en toedienen" van de medicatie. Het medicijngebruik van de bewoner komt tijdens het MDO aan de orde. Huisarts en apotheker moeten in het geval van polyfarmacie komen tot een medicatiereview. Dagelijks Leven speelt daar in principe geen rol in.

In 2017 is de implementatie van NCare (medicatieveiligheidssysteem) één van de grote verbeterpunten om het

aantal medicatiefouten terug te dringen. De daadwerkelijke resultaten hiervan zijn pas in 2018 zichtbaar.

3.1.2. Gebruik psychofarmaca en antibiotica

Medicatie, waaronder psychofarmaca en antibiotica, wordt voorgeschreven door de huisarts van de bewoner. Het medisch dossier is in handen van de huisarts. Dagelijks Leven voert alleen het voorschrift van de huisarts uit (gereed maken en toedienen).

3.2. Decubituspreventie

Vanuit de intake, de halfjaarlijkse risicosignalering en het MDO wordt informatie rondom huid(letsel), voedings-toestand, mondzorg, incontinentie(letsel) bij alle bewoners gesignaleerd en besproken. Indien nodig wordt hier een doel met bijbehorende actie voor opgenomen in het zorgplan.

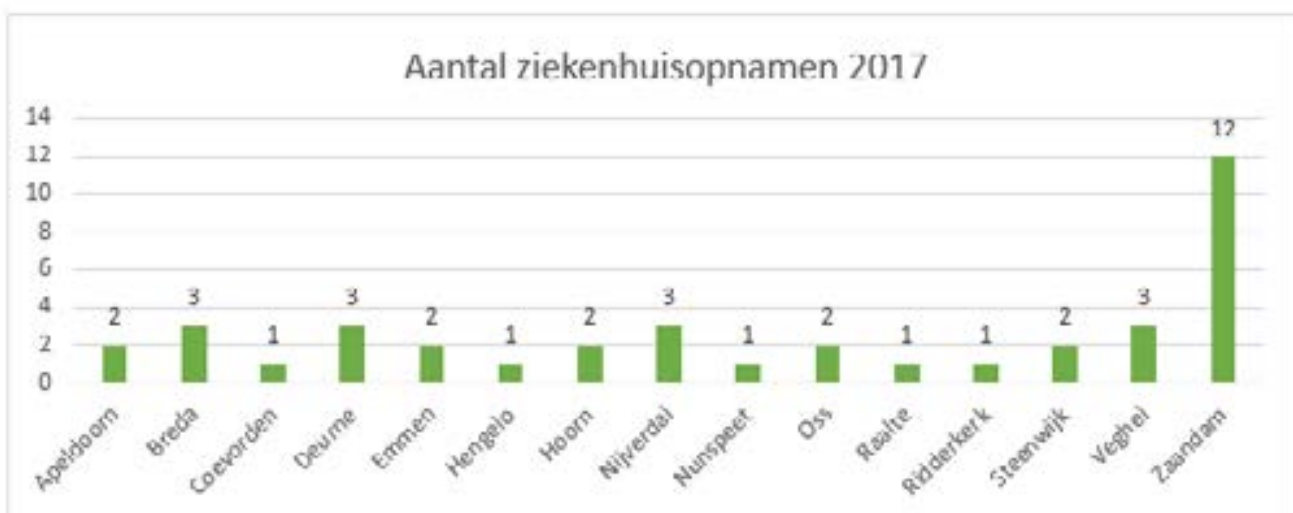
Indien er sprake is van decubitus, is hiervoor een specifiek formulier van toepassing om de gradatie en kenmerken van de wond te registreren. In samenwerking met de wondverpleegkundige (externe zorgprofessional) wordt een behandelplan opgesteld, welke wordt opgenomen als onderdeel van het zorgplan.

3.3. Vrijheidsbeperkende maatregelen

Dagelijks Leven levert zorg zonder Verblijf en Behandeling. Vrijheidsbeperkende maatregelen worden alleen ingezet met toestemming van de bewoner en/of wettelijk vertegenwoordiger en alleen na goedkeuring van de specialist ouderengeneeskunde. Met de komst van Nedap is de registratie van de inzet enorm verbeterd en kunnen de aantallen per 2018 uit het systeem worden gegenereerd.

3.4. Preventie van acute ziekenhuisopnamen

In onderstaand overzicht is het aantal ziekenhuisopnamen per locatie weergegeven. De reden van ziekenhuisopname is per 1-1-2018 als onderdeel opgenomen in de systemen. Over 2017 is dit, zonder enorme administratieve last, niet te genereren.



3.5 Incidentencommissies

Dagelijks Leven heeft een incidentencommissie om organisatie breed te leren van incidenten: de zogeheten MIC Commissie. Om echter te kunnen leren van incidenten is een veilige meldcultuur nodig en een procedure om incidenten te kunnen melden: binnen Dagelijks Leven is hiervoor de zogeheten procedure Melding Incidenten Clienten (MIC) van kracht. Medewerkers handelen direct bij een incident en melden (bijna-) incidenten via het MIC formulier. De locatiemanager ontvangt het formulier en geeft hier op incident niveau opvolging aan. In geval van een ernstig of fataal incident meld de locatiemanager het incident direct bij de Calamiteitencommissie. De Calamiteitencommissie doet vervolgens onderzoek. Indien er sprake is van een calamiteit, wordt dit conform richtlijnen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) gemeld en nader onderzocht.

Ieder kwartaal maakt de locatiemanager een (trend)analyse op locatieniveau van de MIC's en beantwoordt daarbij de zogeheten structuurvragen. Dit wordt doorgezet naar de organisatie brede MIC Commissie, die ieder kwartaal bijeen komt om de MIC's organisatie breed te analyseren en verbeterpunten te formuleren richting locatiemanagers en directie. De locatiecoaches bespreken de uitkomsten met de locatiemanagers tijdens het regio overleg.

De locatiemanager bespreekt de locatiegebonden MIC's, de locatiegebonden trendanalyse en de organisatie brede verbeterpunten, met ondersteuning van de aandachtsvelder MIC, tijdens het teamoverleg. Dit is een standaard agendapunt op ieder teamoverleg.

Hoofdstuk 3	Vereisten	Voldoet Ja (groen) - Nee (oranje)
Veiligheid	Vier thema's van basisveiligheid (medicatieveiligheid, decubituspreventie, gemotiveerd gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen en preventie acute ziekenhuisopname) zijn vanaf 2017 een belangrijk onderdeel van het leren en verbeteren in zorgorganisaties, onder andere door indicatoren op basis van deze vier thema's op te nemen in het kwaliteitsverslag.	Dagelijks Leven heeft de voor een organisatie met zorg zonder Verblijf en Behandeling verplichte kwaliteitsgegevens geregistreerd en aangeleverd. Vanaf 1-1-2018 worden ook de niet-verplichte gegevens geregistreerd via het ECD-systeem.
	Indicatoren over de basisveiligheid worden uiterlijk 1 juli volgend op het betreffende verslagjaar aangeleverd bij de Openbare Database van het Zorginstituut door een daartoe ingerichte organisatie die voldoet aan de aanleverspecificaties van het Zorginstituut.	De kwaliteitsgegevens zijn aangeleverd bij het Zorginstituut.
	Elke verpleeghuisorganisatie heeft een incidentencommissie of maakt gebruik van een lokale of regionale incidentencommissie (gereed per 1-7-17).	Dagelijks Leven heeft een MIC-commissie en een Calamiteitencommissie.

Vereisten Kwaliteitskader

4. Leren en werken aan kwaliteit

Dagelijks Leven heeft een HKZ gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem. Jaarlijks worden we vanuit een onafhankelijk certificatiebureau (KIWA) beoordeeld middels een externe audit en tevens worden er minimaal twee keer per jaar op elke locatie interne audits uitgevoerd. Op basis van de resultaten dient de locatiemanager een verbeterplan op te stellen. De voortgang van de verbeteringen komt aan bod tijdens de overlegmomenten met de locatiecoach en de directeur zorg.

Dagelijks Leven maakt onderdeel uit van een lerend netwerk dat zich richt op het thema Vrijheid en Veiligheid. Samen met collega-aanbieders wordt een visie ontwikkeld hoe om te gaan met het thema Vrijheid & Veiligheid binnen de context van de huidige wet- en regelgeving en vooruitlopend op de wet Zorg & Dwang. Daarnaast wordt op regelmatige basis overleg gevoerd met collega aanbieders over verschillende onderwerpen en samenwerking.

Hoofdstuk 4	Vereisten	Voldoet Ja (groen) - Nee (oranje)
Leren en verbeteren van kwaliteit	Elke verpleeghuisorganisatie heeft in de loop van 2017 een kwaliteitsplan opgesteld volgens de in dit hoofdstuk geschetste werkwijze.	Het Kwaliteitsplan 2018 staat op de website.
	Elke verpleeghuisorganisatie verzorgt vanaf het rapportagejaar 2017 de interne én externe verantwoording via één kwaliteitsverslag. Dit document verschijnt jaarlijks voor 1 juli volgend op het rapportagejaar en wordt gepubliceerd op de website van de organisatie.	Dit kwaliteitsverslag is gepubliceerd op de website van Dagelijks Leven.
	Elke verpleeghuisorganisatie dient tevens het webadres van het kwaliteitsverslag, uiterlijk 1 juli volgend op het betreffende verslagjaar, aan te leveren aan de Openbare Database van Zorginstituut Nederland	Dit kwaliteitsverslag is voor 1 juli 2018 ingediend en op de website geplaatst (www.dagelijks-leven.nl).
	Elke verpleeghuisorganisatie past jaarlijks het kwaliteitsplan aan op basis van het kwaliteitsverslag. Het aangepaste kwaliteitsplan verschijnt uiterlijk 31 december.	Het Kwaliteitsplan 2019 wordt uiterlijk 31 december 2018 vastgesteld en gepubliceerd op de website van Dagelijks Leven.
	Elke verpleeghuisorganisatie maakt uiterlijk 1-7-2017 deel uit van een lerend netwerk met tenminste twee andere collega zorgorganisaties.	Dagelijks Leven maakt deel uit van een lerend netwerk op het gebied van Vrijheid en Veiligheid en is in overleg met collega-aanbieders om op andere aandachtgebieden netwerken op te zetten.
	In elke verpleeghuisorganisatie vindt een vijfjaarlijkse (multidisciplinaire) kwaliteitsvisitatie plaats door de relevante beroepsorganisatie.	Een visitatie heeft nog niet plaatsgevonden, maar dit wordt binnen de genoemde termijn uitgevoerd.
	Elke verpleeghuisorganisatie beschikt voor 1-1-18 over een kwaliteitsmanagementsysteem.	Dagelijks Leven beschikt over een kwaliteitsmanagementsysteem en is HKZ-ISO gecertificeerd.

Vereisten Kwaliteitskader

5. Leiderschap, governance en management

5.1. 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
- Verantwoordelijkheid
- Oog voor detail
- Passie
- Vertrouwen
- Ondernemend
- Veiligheid
- Vrijheid

Het concept van Dagelijks Leven bestaat uit vier bouwstenen, te weten zorg, medewerkers, leefomgeving en organisatie.



5.2. Leiderschap en goed bestuur

Dagelijks Leven Zorg B.V. heeft een tweehoofdige raad van bestuur en een Raad van Commissarissen bestaande uit drie leden. De Raad van Commissarissen komt per jaar minimaal 5 maal bijeen. De april- juni- en decembervergaderingen worden gecombineerd met een aandeelhoudersvergadering. Hierdoor ontstaat er een open dialoog tussen de verschillende organen, met behoud van ieders eigen verantwoordelijkheid. Als gevolg van de Wtzi toelating valt Dagelijks Leven Zorg B.V. onder de reikwijdte van de Wet Normering Topinkomens.

DE relevante thema's uit de Zorgbrede Governancecode zijn opgenomen in de statuten van Dagelijks Leven Zorg B.V. en/of vastgelegd in het reglement van de Raad van Commissarissen en het reglement van de Raad van Bestuur. Ook heeft Dagelijks Leven beleid opgesteld voor de dialoog met de verschillende stakeholders.

Dagelijks Leven kent een platte organisatiestructuur waardoor er veel direct contact is tussen directie en de verantwoordelijken van de locaties. De locatiemanagers rapporteren hiërarchisch aan de bestuurder verantwoordelijk voor de zorg, welke in de aansturing functioneel wordt ondersteund door locatiecoaches

5.3. Locatiecoach

In 2017 is Dagelijks Leven gestart met locatiecoaches. Het doel van deze functie is om de locatiemanager te ondersteunen en te helpen resultaatgericht de kwaliteit, effectiviteit en efficiency van de primaire processen binnen Dagelijks Leven te verbeteren. De locatiecoach is verantwoordelijk voor borging van de visie van Dagelijks Leven en te zorgen voor uniformiteit van werken conform beleid en procedures van de organisatie.

De functie krijgt steeds meer vorm. Sinds 2018 heeft een locatiecoach 8 tot 10 locaties onder haar hoede, die regelmatig bezocht worden. Tevens organiseert de locatiecoach eens per 6 tot 8 weken regio bijeenkomsten om onderlinge uitwisseling en verbinding te stimuleren, knelpunten te bespreken en nieuw beleid of beleidswijzigingen onder de aandacht te brengen. De locatiecoach heeft een signalerende en adviserende rol op het gebied van kwaliteit, zowel richting de locatiemanager als richting de directeur zorg. Daarbij maakt de locatiecoach, naast de frequente bezoeken op locatie, gebruik van het interne auditrapport en stuurt ze op de totstandkoming van en voortgang bij het verbeterplan n.a.v. de audits.

5.4. Verankering zorginhoudelijke expertise

Met ingang van 1 juni 2017 is er een specialist ouderengeneeskunde (SO) in dienst getreden. De SO heeft structureel overleg met de directeur zorg en houdt zich bezig met het zowel beleidsmatig als praktisch ondersteunen van de locaties. Zo is medio 2017 besloten om de verantwoordelijkheid voor de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) bij de huisarts weg te halen en bij de SO neer te leggen. Ook is de SO standaard aanwezig bij het MDO. Daarnaast is de SO betrokken bij de situatie rondom het toegangshek en het verbeteren van de contacten met huisartsen. Vanwege de landelijke spreiding is er per 1-1-2018 aan elke locatie een SO gekoppeld. Dit kan de interne SO zijn, een ZZP'er of een SO van een lokale collega instelling.

Hoofdstuk 5	Vereisten	Voldoet Ja (groen) - Nee (oranje)
Leiderschap, governance en management	Elke zorgorganisatie borgt professionele inbreng in het aansturen van de organisatie door opname van een specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundige of psychosociaal zorgverlener/verpleegkundige of psychosociaal zorgverlener als lid van de Raad van Bestuur. Zolang dit (nog) niet is gerealiseerd dient er structureel overleg te zijn tussen de Raad van Bestuur met vertegenwoordigers van de genoemde beroepsgroepen.	Er is structureel overleg (tweeweekelijks) tussen het bestuur en de specialist ouderengeneeskunde. De specialist ouderengeneeskunde is geen lid van het bestuur.
	De leden van de Raad van Bestuur lopen op gezette tijden mee binnen het primaire proces van de eigen zorgorganisatie, zodat zij gevoel houden met het primaire proces op de werkvloer.	De leden van het bestuur lopen regelmatig mee binnen het primair proces.
	Elke Raad van Bestuur van een zorgorganisatie voor verpleeghuiszorg werkt volgens de geldende versie van de Zorgbrede Governance Code.	Dagelijks Leven werkt volgens de Zorgbrede Governance Code. De relevante bepalingen uit de Code zijn vastgelegd en de statuten en in het reglement van het bestuur en de raad van commissarissen.
	De leiderschapstijl en gedrag van de Raad van Bestuur is ondersteunend aan dit kwaliteitskader verpleeghuiszorg. De Raad van Bestuur is eindverantwoordelijk voor de toepassing ervan en de Raad van Toezicht ziet hier actief en aantoonbaar op toe.	Het bestuur van Dagelijks Leven heeft het Kwaliteitskader omarmd en onderdeel gemaakt van de Planning & Control cyclus. Kwaliteit is een vast agenda punt tijdens het directie overleg en tijdens de vergaderingen met de Raad van Commissarissen.
	De Raad van Bestuur stimuleert in het licht van kwaliteitsverbetering van verpleeghuiszorg de oprichting van een Verpleegkundige/verzorgende Adviesraad (VAH) dan wel een Professionele Adviesraad (PAR) in zijn/haar organisatie, of door andere vormen waaronder digitale platforms.	Dagelijks Leven heeft een Kwaliteitscommissie opgericht, waarin ook verpleegkundigen participeren.

Vereisten Kwaliteitskader

6. Personeelssamenstelling

6.1. Bevoegd en bekwaam personeel

Dagelijks Leven heeft een basisrooster per locatie, waarin is geborgd dat er 24 uur per dag, 7 dagen per week voldoende gekwalificeerde medewerkers met diverse competenties aanwezig zijn. Wanneer een specifieke situatie dit vraagt, bijvoorbeeld bij toenemende zorgzwaarte en/of complexiteit, wordt dit rooster aangepast en wordt de capaciteit verhoogd. Daarnaast heeft Dagelijks Leven afspraken met collega aanbieders voor invulling van ongeplande zorgvragen of wanneer zeer specialistische kennis nodig is. Ook is er voor elke locatie de mogelijkheid om een specialist ouderengeneeskunde of een gedragsdeskundige in te schakelen.

6.2. Reflectie, leren, ontwikkelen

Intervisietrajecten

In 2017 is gestart met 2 intervisietrajecten: een traject voor de verpleegkundigen en een traject voor locatiemanagers op basis van de incidentenmethode.

Tijdens de intervisiebijeenkomsten van de verpleegkundigen staan de volgende thema's centraal: de professionele attitude, veiligheid binnen de locatie/ organisatie, meldcultuur bij incidenten, samenwerking met zowel team als locatiemanager, plaats binnen het team, seksualiteit en intimiteit, afbakeningsfunctie t.o.v. locatiemanagement.

Bij de locatiemanagers wordt ingegaan op de volgende thema's: nemen en geven van verantwoordelijkheid binnen de beroepsuitoefening, grensoverschrijdend gedrag (in brede zin) binnen de beroepsuitoefening (niet zijnde grensoverschrijdend gedrag van bewoners), management- en leiderschapsstijlen, transparantie binnen de beroepsuitoefening, de professionele houding als manager bij Dagelijks Leven (voorbeeldgedrag, mentaliteit/werkhouding, interactie met werknemers, collega locatiemanagers en staf & directie).

6.3. Medewerkertevredenheidsonderzoek (MTO)

Jaarlijks wordt er een medewerkertevredenheidsonderzoek (MTO) uitgevoerd. Het onderzoek is uitgevoerd door het onafhankelijke onderzoeksbureau Triqs. De resultaten zijn op locatieniveau beschikbaar middels een rapportage en ook als zodanig besproken door de locatiemanager in het teamoverleg. Tevens zijn de resultaten verwerkt in de verbeterplannen op locatie.

Het gemiddelde rapportcijfer voor de totale tevredenheid betreffende het werken bij Dagelijks Leven betreft in maart 2017 een 7.6.

Hoofdstuk 6	Vereisten	Voldoet Ja (groen) - Nee (oranje)
Personeelssamenstelling	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.	Dagelijks Leven heeft basisroosters per locatie waarin is geborgd dat er 24 uur per dag 7 dagen per week voldoende gekwalificeerde medewerkers met diverse competenties aanwezig zijn. Wanneer een specifiek situatie dit vraagt, bijvoorbeeld bij toenemende zorgzwaarte en/of complexiteit wordt dit rooster aangepast en wordt de capaciteit verhoogd. Daarnaast heeft Dagelijks Leven afspraken met collega aanbieders voor invulling van ongeplande zorgvraag of wanneer zeer specialistische kennis nodig is. Ook is er voor elke locatie de mogelijkheid om een Specialist Ouderengeneeskunde of gedragsdeskundige in te schakelen.
	De personeelssamenstelling in al haar dimensies is zoals beschreven in de hoofdstuk 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.	Dagelijks Leven heeft de personele gegevens gepresenteerd op haar website. De personeelssamenstelling is een continu punt van aandacht in al haar dimensies op alle niveaus binnen de organisatie.
	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.	Alhoewel bijgaande norm voor 2017 nog niet van toepassing was zien wij voor 2018, gegeven de krapte op de arbeidsmarkt geen mogelijkheden om alle zorgverleners bij collega-organisaties mee te laten lopen.
	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.	Medewerkers van Dagelijks Leven krijgen een breed pakket aan scholing aangeboden zowel klassikaal als digitaal. Uitvoering ervan voldoet aan de voorwaarden zoals zijn vastgelegd in de CAO. Voor locatiemanagers en verpleegkundigen is er een intervisietraject ingericht.

Vereisten Kwaliteitskader

7. Gebruik van hulpbronnen

7.1. Digitaal bewonersdossier (ONS van Nedap)

Onderdeel van het jaarplan 2017 was de inrichting en implementatie van een elektronisch cliënten dossier (ECD). De voormalige leverancier kon gedane beloften onvoldoende waarmaken. Een tweede leverancier waarmee vergaande gesprekken zijn geweest kon niet binnen het gewenste tijdsbestek een ECD leveren dat voldeed aan onze eisen. Net voor de zomer van 2017 is besloten om over te stappen op het systeem ONS van Nedap. Gedurende de zomerperiode is er met twee werkgroepen i.s.m. een externe implementatiepartner van Nedap gewerkt aan de inrichting van het systeem en de koppeling met de andere systemen. In het najaar zijn de medewerkers via het train-de-trainer principe getraind en is er gestart met het overzetten van de gegevens en dossiers van bewoners. Op 4 december 2017 zijn we live gegaan met het nieuwe systeem.

De medewerkers zijn overwegend positief over het nieuwe systeem. Het werkt snel, makkelijk en alle informatie is op één plek inzichtelijk. Er kunnen makkelijk rapportages worden ingezien ten behoeve van de overdracht. De kwaliteitsmonitor biedt snel inzage in de status en de op korte termijn uit te voeren acties ten behoeve van evaluatie. Ook vanuit beveiligingsaspect is ONS een sprong vooruit. Medewerkers hebben een persoonlijke toegang met autorisaties op basis van hun functie en/of rol. Alle handelingen worden op naam van de medewerker, voorzien van datum en tijdstip, geregistreerd.

7.2. Verwantenportaal (Carenzorgt van Nedap)

Met de komst van ONS Nedap werd het ook mogelijk om verwanten – uiteraard alleen na toestemming van bewoner of diens wettelijk vertegenwoordiger – toegang te geven tot delen van het bewonersdossier. Medio december 2017 is op enkele locaties gestart met een pilot, waarbij verwanten het zorgplan konden inzien en konden ondertekenen. Per 1 april 2018 is Carenzorgt voor alle verwanten van alle locaties opengezet, waarbij verwanten naast het zorgplan ook inzage hebben in de agenda en in de dagelijkse rapportages.

7.3. E-Synergy & TCG

Gerelateerd aan de implementatie van Nedap is in 2017 Exact Synergy als HR-pakket geïmplementeerd. De processen Instroom, doorstroom en uitstroom van medewerkers alsmede verlof & verzuim worden door dit nieuwe pakket ondersteund. Voor werving en selectie worden momenteel twee andere pakketten geëvalueerd.

Ten behoeve van het registreren van opleidingsniveaus en (vakinhoudelijke) kwalificaties van medewerkers en het faciliteren van een online leeromgeving is in 2017 de E-learning applicatie van TCG geïmplementeerd. Door middel van het Bekwaamheidspaspoort is eenvoudig om elk niveau van de organisatie te zien welk medewerker(s) bevoegd en bekwaam zijn voor bepaalde voorbehouden en risicovolle handelingen. De medewerkers hebben via het portaal toegang tot de relevante leermodules en kunnen tevens de bijbehorende toetsen maken. De praktijktoetsen worden afgenomen door het eigen of een extern skills-lab.

De werking van Exact Synergie in combinatie met Exact Globe en Nedap laat echter te wensen over. Voor de zomer 2018 zal een besluit worden genomen ten aanzien van de toekomst van Exact.

7.4. Financiële administratie

De komst van Nedap als zorgregistratiesysteem heeft voor de financiële functie de nodige veranderingen tot gevolg gehad. Zo is het berichtenverkeer en proces van declaratie en facturatie gewijzigd en zijn er nieuwe interfaces gebouwd om de verschillende databases te ontsluiten en gewenste stuurinformatie te genereren. Begin 2018 zal ook de nieuwe BI- omgeving worden afgerond.

7.5. Medicatieveiligheidssysteem (NCare)

Voorheen werd gebruik gemaakt van papieren medicatie- en toedienlijsten, welke door de apotheker werden afgeleverd. Vanaf het 3^e kwartaal 2017 is Dagelijks Leven, na een succesvolle pilot op 2 locaties, gestart met de implementatie en verdere uitrol van NCare. NCare is een softwarepakket waarmee de papieren toedienregistratie wordt vervangen door een digitale toedienregistratie. Alle informatie rondom medicatie is digitaal inzichtelijk, medewerkers hebben een eigen inlogaccount (gebaseerd op hun functie en rol binnen het systeem), waarmee toedieningen en dubbele controles op naam te herleiden zijn, bestellingen vinden elektronisch plaats en dubbele controle op afstand is mogelijk (in contact met andere locaties binnen DL).

Hoofdstuk 7	Vereisten	Voldoet Ja (groen) - Nee (oranje)
Gebruik van bronnen	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.	In het kwaliteitsplan 2018 is een beschrijving van de benodigde hulpbronnen opgenomen.

Vereisten Kwaliteitskader

8. Gebruik van informatie

8.1. Clientoordeel

Zorgkaart Nederland

Voor het meten van de tevredenheid is ondersteuning geboden vanuit het programma Waardigheid en Trots. Een onafhankelijk interviewteam van de patiëntenfederatie heeft interviews uitgevoerd en plaatst de resultaten op de website van Zorgkaart Nederland. Vanwege de doelgroep bij Dagelijks Leven is er in overleg met de patiëntenfederatie voor gekozen om geen interviews te houden met de bewoners, maar de tevredenheid via telefonisch interviews uit te vragen bij de verwanten.

De resultaten zijn per locatie op www.zorgkaartnederland.nl geplaatst. Naast de interviews staat het iedereen vrij om een tevredenheidsscore te plaatsen op www.zorgkaartnederland.nl. Hier wordt vanuit de locatie ook actief op gestimuleerd richting de verwanten.

Overzicht per locatie

Naam locatie	Score aanbevelingsvraag	Aantal waarderingen (n)	gemiddeld cijfer
Het Beatrixhuis	100%	1	7.5
Het Beemdhuis	65	17	7.1
Het Drostenhuis	nvt	0	nvt
Het Hofstede huis	94	18	8.2
Het Jasmijnhuis	100	10	7.8
Het Loggerhuis	100	9	8.1
Het Orgelhuis	100	12	7.9
Het Poirtershuis	94	16	8.1
Het Prins Claushuis	nvt	0	nvt
Het Prins Hendrikhuis	nvt	0	nvt
Het Rietveldhuis	nvt	0	nvt
Het Risdamhuis	100	12	8.5
Het Socrateshuis	100	16	8.5
Het Stoofhuis	nvt	0	nvt
Het Toorenhuis	100	10	7.6
Het Ussenhuis	100	15	8.5
Het Van Coothuis	100	16	8.5
Het Venenhuis	100	10	8.0

Naam locatie	Score aanbevelingsvraag	Aantal waarderingen (n)	gemiddeld cijfer
Het Voetelinkhuis	100	14	8.0
Het Vredenhofhuis	81	21	7.4
Het Welgelegenhuus	88	42	8.4
Het Westpolderhuis	nvt	0	nvt
Het Wilderinkhuis	100	13	8.5
Het Wilhelminahuis	100	11	9.0

Clienttevredenheidsonderzoek (CTO)

Daarnaast heeft Dagelijks Leven in de periode juni, juli en augustus 2017 een cliënttevredenheidsonderzoek (CTO) laten uitvoeren onder de vertegenwoordigers van de bewoners. Het onderzoek is uitgevoerd door het onafhankelijke onderzoeksbureau Triqs. De resultaten zijn op locatieniveau beschikbaar middels een rapportage en een factsheet en ook als zodanig besproken door de locatiemanager in het teamoverleg en tijdens verwan-tenavonden. Tevens zijn de resultaten verwerkt in de verbeterplannen op locatie.

Op organisatieniveau is de berekende Net Promotor Score (NPS) op basis van de aanbevelingsvraag 38 en het gemiddelde rapportcijfer betreft een 8.1.

Hoofdstuk 8	Vereisten	Voldoet Ja (groen) - Nee (oranje)
Gebruik van informatie	Elke verpleeghuisorganisatie dient vanaf 2017 minimaal één keer per jaar informatie over cliëntervaringen te verzamelen en te gebruiken middels erkende instrumenten.	Dagelijks Leven verzamelt één keer per jaar cliëntervaringen middels een CTO op basis van de CQ-index. Daarnaast verzamelt zij cliëntervaringen via Zorgkaart Nederland.
	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.	De cliëntervaringen zijn opgenomen in dit verslag en vormen input voor het jaarplan 2018 per locatie en voor het organisatiebrede kwaliteitsplan 2018. De resultaten zijn eveneens opgenomen in dit verslag.
	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.	De NPS per locatie is opgenomen in dit verslag en voor 1 juli aangeleverd aan het Zorginstituut als onderdeel van de kwaliteitsgegevens.

Vereisten Kwaliteitskader