

Kwaliteitsverslag 2019

Maart 2020



Voorwoord

Voor u ligt het Kwaliteitsverslag van Dagelijks Leven over verslagjaar 2019. In dit verslag wordt verantwoording afgelegd op het terrein van leren en verbeteren van onze organisatie.

We kunnen terugkijken op een mooi jaar. De klanttevredenheid op Zorgkaart Nederland bedraagt, net als in 2018, een 8.9. Uit het eigen, onafhankelijk uitgevoerde, clienttevredenheidsonderzoek (CTO) komt een score van 8.5. Ook de tevredenheid van medewerkers scoort een 7.7. Dit is een beperkte stijging ten opzichte van 2018, maar ligt boven de benchmark.

In november 2019 is Dagelijks Leven op het vacatureplatform Indeed uitgeroepen tot 3e beste werkgever van Nederland. Een plek waar we zeer trots op zijn.

Natuurlijk zien we ook voldoende mogelijkheden om de zorg voor onze bewoners verder te blijven verbeteren en het leefplezier te vergroten. Daarbij moeten we passende oplossingen verzinnen om de uitdagingen van de arbeidsmarkt, bouwsector en huisartsenproblematiek het hoofd te kunnen bieden.

De plannen en ambities die wij voor het jaar 2020 hebben, zijn uitvoering beschreven in ons Kwaliteitsjaarplan 2020.

Zion Jongstra & Han Schellekens
Directie Dagelijks Leven

Inhoudsopgave

INLEIDING	6
1. PERSOONSGERICHTE ZORG EN ONDERSTEUNING	7
1.1. Compassie en uniek zijn	7
1.2. Autonomie.....	7
1.3. Zorgdoelen	7
1.4. Verantwoording a.d.h.v. vereisten Kwaliteitskader	8
2. WONEN EN WELZIJN	9
2.1. Zingeving en zinvolle dagbesteding.....	9
2.2. Schoon en verzorgd lichaam en verzorgde kleding	9
2.3. Familieparticipatie en inzet vrijwilligers	9
2.4. Wooncomfort.....	10
2.5. Verantwoording a.d.h.v. vereisten Kwaliteitskader	10
3. VEILIGHEID	11
3.1. Medicatieveiligheid.....	11
3.2. Decubituspreventie.....	11
3.3. Vrijheid en veiligheid	12
3.4. Hygiëne en infectiepreventie.....	12
3.5. Incidentencommissie	12
3.6. Calamiteitencommissie	13
3.7. Verantwoording a.d.h.v. vereisten Kwaliteitskader	13
4. LEREN EN WERKEN AAN KWALITEIT	14
4.1. Kwaliteitsmanagementsysteem.....	14
4.2. Kwaliteitsplan	14
4.3. Melding Incident Client (MIC)	14
4.4. Klachten bewoners	15
4.5. In- en externe audits.....	15
4.6. Inspectiebezoek.....	15
4.7. Lerend netwerk.....	16
4.8. Samenwerking huisartsen.....	16
4.9. Verantwoording a.d.h.v. vereisten Kwaliteitskader	16

5. LEIDERSCHAP, GOVERNANCE EN MANAGEMENT	17
5.1. Visie en kernwaarden	17
5.2. Leiderschap en goed bestuur.....	17
5.2.1. Opstartmanagers	18
5.2.2. Locatiecoaches.....	18
5.3. Medezeggenschap.....	18
5.3.1. Verwantenraad	19
5.3.2. Ondernemingsraad.....	19
5.4. Verankering zorginhoudelijke expertise	19
5.5. Verantwoording a.d.h.v. vereisten Kwaliteitskader	20
6. PERSONEELSSAMENSTELLING.....	21
6.1. Aandacht, aanwezigheid en toezicht.....	21
6.1.1. Personeelssamenstelling	21
6.1.2. In- en uitstroom	22
6.1.3. Ratio personele kosten versus opbrengsten	22
6.1.4. Verzuim.....	23
6.2. Specifieke kennis, vaardigheden	23
6.3. Reflectie, leren en ontwikkelen	24
6.3.1. Scholingsprogramma	24
6.3.2. Intervisie.....	25
6.3.3. Samenwerkingsgesprekken	25
6.4. Verantwoording a.d.h.v. vereisten Kwaliteitskader	25
7. GEBRUIK VAN HULPBRONNEN	26
7.1. Digitaal bewonersdossier [Nedap Ons Dossier].....	26
7.2. Verwantenportaal [Caren].....	26
7.3. Afas	26
7.4. Leerplatform [aNS].....	26
7.5. Medicatieveiligheidssysteem [NCare]	27
7.6. Managementinformatie [Zorgmonitor].....	27
7.7. Verantwoording a.d.h.v. vereisten Kwaliteitskader	27
8. GEBRUIK VAN INFORMATIE	28
8.1. Tevredenheid bewoners.....	28
8.1.1. Zorgkaart Nederland.....	30
8.1.2. Clienttevredenheidsonderzoek [CTO].....	30
8.1.3. Periodieke evaluatie tevredenheid + eindevaluatie nazorg.....	30

8. GEBRUIK VAN INFORMATIE	30
8.2. Tevredenheid medewerkers	30
8.2.1. Medewerkertevredenheidsonderzoek (MTO)	30
8.3. Verantwoording a.d.h.v. vereisten Kwaliteitskader	31
9. DIRECTIEBEOORDELING	32
9.1. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning	32
9.1.1. Zorgplan	32
9.1.2. Persoonlijk cliëntverhaal.....	32
9.1.3. Evaluaties (zorgplanbespreking – MDO – evaluatie nazorg).....	32
9.1.4. Advance Care Planning.....	32
9.2. Wonen en welzijn	33
9.2.1. Zinnige dagbesteding	33
9.3. Kwaliteit en veiligheid	33
9.3.1. Kwaliteitshandboek	33
9.3.2. Auditsysteem	33
9.3.3. Medicatieveiligheid	33
9.3.4. Toepassing (on)vrijwillige zorg.....	33
9.3.5. Prospectieve risicoanalyse	34
9.3.6. Meldingen incidenten cliënten (MIC)	34
9.3.7. Calamiteiten	34
9.3.8. MIM.....	34
9.3.9. Klachtenprocedure bewoners	35
9.3.10. Uitingen van onvrede (informele klachten) bewoners	35
9.3.11. Klachtenprocedure medewerkers	35
9.3.12. Leveranciersbeoordeling	35
9.3.13. Ketenpartneroverleg.....	35
9.4. Personeelssamenstelling.....	36
9.4.1. Verzuim.....	36
9.4.2. Verloop.....	37
9.4.3. Intervisie.....	37
9.4.4. Functionerings- en beoordelingscyclus	37
9.4.5. Effectmeting scholingen	38
9.5. Hulpbronnen	38
9.5.1. Nedap	38
9.5.2. Afas	38
9.5.3. NCare	38
9.5.4. Zorgmonitor	39
9.6. Conclusie.....	39

Inleiding

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.

Bij Dagelijks Leven staan – in lijn met het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg – het continu leren en ontwikkelen van medewerkers en organisatie alsmede het continu verbeteren van kwaliteit van de zorgverlening centraal. Het werken aan de thema's van het Kwaliteitskader en het monitoren van de voortgang ervan wordt inzichtelijk gemaakt via het vooraf opstellen van een kwaliteits(jaar)plan, het per kwartaal monitoren via de kwaliteitsrapportage en het achteraf verantwoorden aan de hand van dit kwaliteitsverslag.

Voor 2019 waren de volgende speerpunten van kracht:

- Persoonsgerichte zorg
- Werving en selectie
- Samenwerking met huisartsen
- Kwaliteitsverbetering
- Pipeline locaties

Terugblikkend op 2019 is er veel bereikt om de kwaliteit van zorg aan bewoners te verbeteren en om de medewerkers hierbij te ondersteunen. Daarbij zijn er 7 nieuwe locaties geopend, waarmee Dagelijks Leven eind 2019 op een totaal aantal van 45 locaties staat.

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”. 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.

1.1. Compassie en uniek zijn

Om kwaliteit van leven te bevorderen is het van belang de bewoner goed te kennen en aandacht te hebben voor de eigen identiteit van de bewoner. Oprecht contact maken met elkaar. Dit begint al tijdens het eerste kennismaking. Het is belangrijk om de bewoner te leren kennen en een vertrouwensrelatie met bewoner en zijn verwanten op te bouwen. Een belangrijk hulpmiddel hiervoor is het levensverhaal. Eind 2019 is gestart met de nieuwe module “Persoonlijk cliëntverhaal” in Nedap Ons, waarin dit aan de hand van gerichte vragen kan worden opgesteld. Bewoners en verwanten kunnen dit via het verwantenportaal Caren invullen, al voordat de verhuizing plaats gaat vinden.

1.2. Autonomie

Het behoud en blijvend stimuleren van de eigen regie van bewoners over leven en persoonlijk welbevinden is verweven in de alledaagse praktijk. De bewoner bepaalt zelf zijn ritme van de dag. Dit wordt enerzijds ondersteund door de inrichting van de locaties met algemene ruimten voor stimulering en activering en rustige hoekjes en de eigen studio's zodat bewoners zich kunnen terugtrekken. Ook hier is het goed (leren) kennen van de bewoner de kern om de autonomie te kunnen borgen.

1.3. Zorgdoelen

Ter ondersteuning aan het primair proces wordt gewerkt met het elektronische bewonersdossier “Ons Dossier” van Nedap (zie ook hoofdstuk 7). Bewoners en verwanten hebben via het verwantenportaal Caren op afstand toegang tot (delen) van het dossier, waaronder de agenda, het zorgplan en de rapportages.

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). Bij voorkeur is dit overleg 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 andere derden.

Het medisch dossier is in handen van de huisarts. De huisarts is hoofdbehandelaar en daarmee verantwoordelijk voor de algemene medische zorg aan de bewoners. De bewoners staan als patiënt bij de huisarts ingeschreven. 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. Ter ondersteuning aan dit medicatieproces wordt binnen Dagelijks Leven gewerkt met het digitale medicatiesysteem NCare. De specialisten ouderengeneeskunde zijn in principe op consultbasis betrokken, met name in geval van onbegrepen gedrag en de inzet van "vrijheidsbeperkende maatregelen" (binnen de kaders van Bopz: met instemming bewoner/ vertegenwoordiger en zonder verzet of dwang).

1.4. Verantwoording a.d.h.v. vereisten Kwaliteitskader

	Vereisten	Voldoet Ja (groen) – Nee (oranje)
Hoofdstuk 1: 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.

2. Wonen en welzijn

Het welzijn van de individuele bewoners staat hoog in het vaandel bij Dagelijks Leven. Ook op dit thema voldoen we aan de vereisten van het Kwaliteitskader, maar willen we blijvend investeren om de kwaliteit van leven van onze bewoners te blijven verhogen.

2.1. Zingeving en zinvolle dagbesteding

Er is een afwisselend dagbestedingsprogramma afgestemd op de wensen en behoeften van de individuele bewoners. De activiteitenbegeleider heeft hier een belangrijke rol in, in samenwerking met verwanten, vrijwilligers en de collega's uit het team. Aandachtspunt voor het komende jaar is om het team mee te nemen de bewoners te stimuleren en te activeren. Het zijn niet alleen de geplande activiteiten die zingeving bieden, maar juist de alledaagse dingen zijn van meerwaarde. Denk aan het drinken van een kop koffie, het bereiden van de maaltijd en het onderhouden van de tuin.

Vanuit de locaties is er in 2019 met veel genoeg uitvoering gegeven aan het locatiegebonden plan voor de besteding van de extra middelen vanuit Waardigheid & Trots inzake "zinvolle dagbesteding". Er zijn door de locaties op basis van het locatiegebonden plan verschillende materialen aangeschaft of activiteiten georganiseerd, zoals de aanschaf van een tovertafel, een braintrainer, een beleef tv, een duofiets en het organiseren van uitjes met bewoners. Ook zijn er diverse hartenwensen vervuld. Denk hierbij aan een vlucht met vliegtuigje, een motorrit, een dagje naar de dierentuin, het dolfinarium en naar het strand.

2.2. Schoon en verzorgd lichaam en verzorgde kleding

Het bieden van persoonlijke verzorging van lichaam en kleding naar eigen wens van bewoner is een basisonderdeel binnen het primair proces. Wensen en voorkeuren worden tijdens de intakefase geïnventariseerd en gaandeweg indien nodig bijgesteld. De eigen regie van bewoner staat voorop. In de praktijk wordt dit dagelijks afgestemd met bewoner.

2.3. Familieparticipatie en inzet vrijwilligers

Verwanten worden actief gestimuleerd om te participeren bij de zorg en ondersteuning, zonder verplichtend karakter. Periodiek worden er verwantenavonden georganiseerd en locatiemanagers sturen nieuwsbrieven rond onder de verwanten om ze te informeren over het reilen en zeilen van de locatie. Vrijwilligers zijn een zeer welkome aanvulling op het team. Afgelopen jaar is het aantal geregistreerde vrijwilligers sterk toegenomen en in samenwerking met "samen dementievriendelijk" wordt er voor vrijwilligers een praktijkscholing op locatie verzorgd.

2.4. Wooncomfort

De locaties van Dagelijks Leven zijn gelegen in het hart van de wijk en maken onderdeel uit van de samenleving. We staan voor gastvrijheid, gezelligheid en échte aandacht. Alle locaties hebben gemeenschappelijke huiskamers met een grote tafel die uitnodigt om gezamenlijk de maaltijd te nuttigen, de krant te lezen of een spelletje te doen. Er is een grote keuken waar dagelijks vers wordt gekookt, rekening houdend met wensen, diëten, geloofs- en/of levensovertuigingen en allergieën van bewoners. De keuken staat onder leiding van een kok, met ondersteuning van bewoners die hier actief maar vrijblijvend voor worden uitgenodigd. De studio's hebben een zit-/slaapkamer en badkamer, die door de bewoner zelf worden ingericht waardoor een vertrouwde sfeer en herkenbaarheid ontstaat. Ten slotte hebben alle locaties een grote tuin, die uitnodigt om te wandelen, te ontspannen en te tuinieren. Enkele locaties beschikken over een belevenistuin, gericht op het prikkelen en stimuleren van de zintuigen. Komend jaar wordt dit verder uitgebreid. Elke locatie is voorzien van een poort. Voorheen was het hek van de poort afgesloten door middel van een codeslot, maar op aanwijzing van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) is het hek sinds de zomer van 2018 in principe open. Voor elke bewoner is op individueel niveau in het zorgplan beschreven of er sprake is van de inzet van een maatregel (GPS of tag) om de veiligheid voor de bewoner te kunnen waarborgen (i.v.m. mogelijk ernstig nadeel indien bewoner zich buiten de poort begeeft).

2.5. Verantwoording a.d.h.v. vereisten Kwaliteitskader

	Vereisten	Voldoet Ja (groen) - Nee (oranje)
Hoofdstuk 2: 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 locaties aangepast aan behoeften en wensen van bewoners. Zo zijn er veiligheidsmaatregelen geïmplementeerd en worden er (in overleg met bewoners en verwanten) belevenistuinten gerealiseerd.

3. Veiligheid

Dagelijks Leven biedt geclusterde Wlz-zorg zonder verblijf en zonder behandeling. Daarmee gelden er andere eisen m.b.t. de gevraagde indicatoren uit het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Wel wordt in dit kwaliteitsverslag een toelichting gegeven op de werkwijze rondom deze thema's binnen Dagelijks Leven.

3.1. Medicatieveiligheid

Dagelijks Leven werkt conform de "Veilige principes in de medicatieketen". De huisarts is hoofdbehandelaar en de "voorschrijver" van medicatie (waaronder antibiotica en in principe ook psychofarmaca). De huisarts is verantwoordelijk voor het medisch dossier en behandelplan.

De apotheek is verantwoordelijk voor het "ter hand stellen" van de medicatie. Het beheer van medicatie is in bijna alle gevallen overgedragen aan Dagelijks Leven. Dagelijks Leven heeft samenwerkingsovereenkomsten met de apotheek en op bewonerniveau is dit vastgelegd middels de machtiging beheer medicatie.

Dagelijks Leven voert het voorschrift van de huisarts uit en is verantwoordelijk voor de "opslag", het "gereed maken en toedienen" en het – indien nodig – retourneren van de medicatie. Daarbij wordt gebruik gemaakt van een medicatiekar, medicatiekoelkast en een afgesloten medicatie retourbox. Voor insuline en opiaten wordt het voorraadbeheer specifiek bijgehouden.

Dagelijks Leven heeft specialisten ouderengeneeskunde (SO's) in dienst. In principe zijn zij op consultbasis betrokken bij de bewoners, maar ter ondersteuning aan en ontlasting van de huisartsen worden de SO steeds vaker als medebehandelaar ingezet. Met name op het gebied van onbegrepen gedrag en de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen.

Het medicijngebruik van de bewoner komt tijdens het MDO aan de orde. Huisarts en apotheker moeten in het geval van polyfarmacie komen tot een (jaarlijkse) medicatiereview, waarbij Dagelijks Leven een signalerende rol heeft en de uitkomsten hiervan waar nodig verwerkt in het zorgplan.

De registratie van medicatie-incidenten vindt plaats via de procedure melding incidenten cliënten (MIC).

Trends worden zowel op locatieniveau door de locatiemanager gevolgd als door de MIC commissie op organisatieniveau. Verantwoording over de opvolging van verbeteracties loopt via de lijn, met ondersteuning van de locatiecoaches.

3.2. Decubituspreventie

Vanuit de intake, de halfjaarlijkse risicosignalering en het multidisciplinair overleg (MDO) wordt informatie rondom huid(letsel), voedingstoestand, 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, wordt in samenwerking met de wondverpleegkundige een specifiek behandelplan opgesteld en uitgevoerd.

3.3. Vrijheid en veiligheid

Dagelijks Leven levert zorg op basis van Volledig Pakket Thuis (VPT) zonder Verblijf en Behandeling. Vrijheidsbeperkende maatregelen worden (binnen de kaders van de Bopz) alleen ingezet met toestemming van de bewoner en/of wettelijk vertegenwoordiger en alleen na instemming van de specialist ouderengeneeskunde (SO).

De inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen is met de komst van Nedap Ons Dossier veel inzichtelijker geworden. Met de uitbreiding van het aantal specialisten ouderengeneeskunde kan er ook veel beter op gestuurd worden. Het afbouwen van de inzet blijft een belangrijke taak voor de locaties. Komend jaar wijzigt de situatie met de komst van de Wet zorg en dwang (Wzd). De implementatie hiervan staat hoog op de agenda voor 2020.

3.4. Hygiëne en infectiepreventie

De hygiëne- en infectiepreventiecommissie van Dagelijks Leven adviseert directie over hygiëne, preventie, opsporing en bestrijding van infecties t.a.v. bewoners en medewerkers. De commissie stelt beleid en procedures op en ondersteunt waar nodig bij de uitvoering hiervan. In 2019 is er een wisseling geweest in de samenstelling van de commissie en is er een reglement opgesteld om de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden duidelijk vast te leggen. Ook is er een specifiek email-adres aangemaakt, zodat men vragen rondom hygiëne direct aan de commissie kan stellen.

Het advies ten aanzien van faciliteiten voor handhygiëne op de locaties is opnieuw onder de aandacht gebracht en door de afdeling beheer, in opdracht van directie, in werking gebracht. Verder zijn er diverse procedures en snelkaarten rondom infectieziekten geëvalueerd/ opgesteld en is het onderwerp toegevoegd als onderdeel bij de interne audit. Tevens wordt gewerkt aan het actualiseren van de e-learning voor medewerkers. Tot slot is er eind 2019 een themaposter verspreid op alle locaties met tips rondom hygiëne (zie afbeelding).



Figuur 3.4: Themaposter

3.5. Incidentencommissie

Dagelijks Leven heeft een incidentencommissie (MIC Commissie), die tot doel heeft op basis van feitenanalyse, de organisatie te laten leren van incidenten. De MIC commissie is in 2019 vier keer bij elkaar gekomen (steeds in de 5e week na afloop van het kwartaal). Ook voor de MIC commissie is een reglement opgesteld om de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden duidelijk vast te leggen. Om de analyses voor de MIC commissie te vereenvoudigen is eind 2019 hard gewerkt aan een dashboard in de Zorgmonitor (zie hoofdstuk 7 voor meer info). Om te kunnen leren van incidenten is naast een grondige analyse tevens een veilige meldcultuur nodig, evenals 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 in Nedap Ons Dossier. De locatiemanager krijgt hier een melding van en geeft hier op incidentniveau opvolging aan.

In geval van een ernstig of fataal incident meldt de locatiemanager het incident direct bij de Calamiteitencommissie en de directie. 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.

Locatiemanagers analyseren de locatiegebonden incidenten. De MIC commissie analyseert alle incidenten op organisatieniveau en koppelt de bevindingen en verbeterpunten centraal terug naar de locatiemanagers. De locatiecoaches bespreken de uitkomsten met de locatiemanagers tijdens het regio-overleg. Volgens procedure bespreekt de locatiemanager vervolgens de locatiegebonden MIC's, de locatiegebonden trendanalyse en de organisatiebrede verbeterpunten, met ondersteuning van de aandachtsvelder MIC, tijdens het teamoverleg. Dit is een vast agendapunt tijdens het teamoverleg.

3.6. Calamiteitencommissie

Voor [zeer] ernstige en/of fatale incidenten wordt een melding opgeschaald naar de Calamiteitencommissie. De calamiteitencommissie bestaat uit medewerkers vanuit verschillende functies van Dagelijks Leven en wordt in geval van een (vermoeden van) een calamiteit voorgezeten door een onafhankelijke externe voorzitter. De Calamiteitencommissie verricht onafhankelijk onderzoek naar het incident. Dit start met dossieronderzoek en kan in geval van een vermoeden van een calamiteit worden uitgebreid met het uitvoeren van interviews met betrokkenen en het opvragen van aanvullende informatie. De Calamiteitencommissie werkt volgens de richtlijn van de IGJ en maakt melding indien er sprake is van een calamiteit. Op basis van het uitgebreide onderzoeksrapport wordt een plan van aanpak opgesteld door directie ter lering en verbetering en om soortgelijke situaties in de toekomst te kunnen voorkomen. In 2019 zijn er in totaal 85 meldingen bij de Calamiteitencommissie binnengekomen. In één situatie is na uitvoerig onderzoek geconcludeerd dat er sprake was van een calamiteit.

3.7. Verantwoording a.d.h.v. vereisten Kwaliteitskader

	Vereisten	Voldoet Ja (groen) – Nee (oranje)
Hoofdstuk 3: Veiligheid	Vier thema's van basisveiligheid (medicatie-veiligheid, 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 de organisatie met zorg zonder Verblijf en Behandeling verplichte kwaliteitsgegevens geregistreerd en dit wordt t.z.t. aangeleverd. Ook de niet-verplichte gegevens worden 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 worden voor 1 juli aangeleverd bij het Zorginstituut.
	Elke verpleeghuisorganisatie heeft een incidenten-commissie of maakt gebruik van een lokale of regionale incidentencommissie (gereed per 1-7-17).	Dagelijks Leven heeft een MIC-commissie en een Calamiteitencommissie.

4. Leren en werken aan kwaliteit

4.1. Kwaliteitsmanagementsysteem

Dagelijks Leven heeft een HKZ gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem. Jaarlijks wordt de organisatie 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 stelt de locatiemanager een verbeterplan op. De voortgang van de verbeteringen komt aan bod tijdens de overlegmomenten met de leidinggevende (directeur/ operationeel manager) en met de locatiecoach.

De resultaten op organisatieniveau worden ieder kwartaal samengevoegd in de kwaliteitsrapportage. De verspreiding en bespreking van deze rapportage, ter lering en verbetering, kan nog beter worden vormgegeven. Het komende jaar wordt gekeken naar een verdere verdieping en borging van de planning en control cyclus.

4.2. Kwaliteitsplan

Dagelijks Leven beschikt over een actueel kwaliteitsplan, ingedeeld naar de thema's van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. De input voor het centrale kwaliteitsplan wordt verkregen vanuit de verschillende metingen, uitkomsten en resultaten. Denk aan de interne en externe audits, uitkomsten van tevredenheidsonderzoeken (MTO en CTO), incidentmeldingen, metingen via de DL-app, gesignaleerde knelpunten et cetera. De voortgang van het centrale kwaliteitsplan wordt gemonitord via de kwaliteitsrapportage die per kwartaal wordt opgesteld. Aanvullend op het centrale kwaliteitsplan, maakt iedere locatie een eigen jaarplan op locatieniveau. Op locatieniveau wordt de voortgang bijgehouden tijdens het overleg tussen locatiemanager met de leidinggevende en met de locatiecoach en met de medewerkers tijdens het teamoverleg.

4.3. Melding Incident Cliënt (MIC)

Op basis van de analyses over 2019 hieronder de belangrijkste bevindingen van de MIC commissie ter lering en verbetering:

- Het MIC formulier wordt nog niet altijd volledig / op de juiste wijze ingevuld.
- De rol van de aandachtsvelder MIC kan beter vormgegeven worden, o.a. met behulp van een gerichte e-learning.
- Helderheid is nodig ten aanzien van het begrip "geaccepteerd risico" en hoe hier in de praktijk op geacteerd moet worden (i.r.t. het melden van een MIC).
- Verminderen valrisico is soms mogelijk door aanpassingen in de accommodatie.
- Focus op training agressie en geweld bij ADL (spiegelen).
- Instructie m.b.t. GPS en tag behoeft aandacht (incidenten lijken vaak veroorzaakt te worden door verkeerde inzet).
- Procedure medicatie/ dubbele controle wordt niet altijd goed gevolgd.
- Mogelijkheden van de rapportages in NCare lijken onvoldoende bekend/ te worden gebruikt.

4.4. Klachten bewoners

In 2019 zijn er in totaal 18 klachten binnengekomen bij de klachtenfunctionaris voor bewoners, waarvan één klacht na overleg met de indiener als informele klacht is afgehandeld. Daarmee zijn er in totaal 17 klachten in behandeling genomen.

De klachten zijn alle naar tevredenheid afgehandeld. Deze officiële klachten worden – conform klachtenreglement – niet in het dossier geregistreerd, maar zijn alleen inzichtelijk voor de klachtenfunctionaris.

4.5. In- en externe audits

Tijdens de externe audit in 2019 zijn er 2 tekortkomingen geconstateerd m.b.t. (1) de analyse van de evaluaties van zorg/ evaluaties nazorg en (2) de meetbaarheid van de resultaten in het kwaliteitsplan en de jaarplannen. De evaluaties zijn opgenomen als vast onderdeel van de kwartaalrapportages. Ten aanzien van het jaarplan is ingezet op nieuwe formats, voorzien van een specifieke scholing voor alle locatiemanagers en coaching hierop door de locatiecoaches.

De belangrijkste bevindingen vanuit de interne audits van 2019 zijn:

- MIC wordt nog onvoldoende besproken in het teamoverleg.
- Zorgplancycclus (pdca) wordt nog onvoldoende conform procedure doorlopen.
- VBM's (per 1-1-2020 (on)vrijwillige zorg) zijn niet altijd in het zorgplan opgenomen.
- Onvoldoende borging van afspraken in het team t.a.v. de taakverdeling rondom controle medicatievoorraad en schoonmaak medicatie kar.
- Het (belang van) invullen van registratieformulieren door kok/ diens waarnemer is onvoldoende bekend.

4.6. Inspectiebezoek

Op 5 november 2019 heeft de IGJ een bezoek gebracht aan het hoofdkantoor in het kader van Goed Bestuur. De verantwoordelijkheid van directie voor kwaliteit en veiligheid stond centraal. De IGJ heeft diverse medewerkers gesproken, waaronder – naast directie en RvC, een afvaardiging vanuit de verwantenraad, de ondernemingsraad, het managementteam en locatiemanagers, specialisten ouderengeneeskunde, de MIC commissie en de kwaliteitscommissie.

De IGJ heeft gevraagd naar resultaten op het gebied van kwaliteit en veiligheid, de wijze van risicosignalering en –beheersing en hoe directie stuurt op gedrag en cultuur. De IGJ heeft teruggekoppeld dat de gesproken medewerkers enthousiast zijn over het werken bij Dagelijks Leven, dat problemen snel opgelost zijn en dat ze in alle lagen van de organisatie een luisterend oor vinden. De door medewerkers zelf aangedragen verbeterpunten zijn opgenomen in het jaarplan 2020.

4.7. Lerend netwerk

Dagelijks Leven maakt onderdeel uit van een lerend netwerk en heeft regelmatig collegiaal overleg met andere aanbieders, zowel traditioneel als kleinschalig, rondom thema's als vrijheid en veiligheid, toekomstige positionering van behandeling en huisartsenproblematiek. In 2019 heeft Dagelijks Leven zich aangesloten bij brancheorganisatie ActiZ. Tevens neemt Dagelijks Leven deel aan consultatierondes van VWS vooruitlopend op nieuwe wet- en regelgeving en heeft o.a. deelgenomen aan de pilot Wet zorg en dwang.

4.8. Samenwerking huisartsen

Over het algemeen verloopt de samenwerking met huisartsen goed en wordt gewerkt conform de leidraad van de LHV. Het streven is om de medische generalistische zorg op de juiste wijze in te vullen, zodat de continuïteit van zorg kan worden gewaarborgd. In de meeste gevallen loopt dit naar behoren. In enkele gevallen is er sprake van volle huisartsenpraktijken of huisartsen die aangeven zich onvoldoende bekwaam te voelen om de juiste zorg te kunnen bieden aan onze bewoners. In deze situaties zoeken wij in overleg met huisarts, HAP, zorgverzekeraar en zorgkantoor naar maatwerkoplossingen. Daarbij kijken we o.a. naar mogelijkheden voor herverdeling van verantwoordelijkheden, waaronder het inzetten van de specialist ouderengeneeskunde als medebehandelaar en het inzetten van derden om de continuïteit van zorg te borgen.

4.9. Verantwoording a.d.h.v. vereisten Kwaliteitskader

	Vereisten	Voldoet Ja (groen) - Nee (oranje)
Hoofdstuk 4: Leren en verbeteren van kwaliteit	Elke verpleeghuisorganisatie heeft in de loop van 2017 een kwaliteitsplan opgesteld volgens de in dit hoofdstuk geschetste werkwijze.	Dagelijks Leven heeft een kwaliteitsplan opgesteld en dit wordt gepubliceerd 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 wordt 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	Het kwaliteitsverslag wordt voor 1 juli 2019 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 2020 wordt uiterlijk 31 december 2019 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 en heeft zich in 2019 aangesloten bij ActiZ.
	In elke verpleeghuisorganisatie vindt een vijfjaarlijkse (multidisciplinaire) kwaliteitsvisite 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.

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

Sinds juni 2018 heeft Dagelijks Leven een nieuwe strategische partner en aandeelhouder in de vorm van de internationaal opererende Franse zorgaanbieder Orpea. Orpea is in 16 landen actief op het gebied van verpleeghuiszorg, revalidatiezorg, psychiatrische zorg en thuiszorg. Dagelijks Leven 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 directie. 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.

5.2.1. Opstartmanagers

Nieuwe locaties worden vanaf het indienen van de aanvraag omgevingsvergunning tot 10 weken na opening ondersteund door een opstartmanager. Doel is de nieuwe locatie conform visie en beleid van Dagelijks Leven neer te zetten en ervoor te zorgen dat er geen onderdelen over het hoofd worden gezien.

5.2.2. Locatiecoaches

Tien weken na opening wordt de ondersteuning van de locatie overgedragen van de opstartmanager naar de locatiecoach. De locatiecoaches ondersteunen en coachen de locatiemanagers om resultaatgericht de kwaliteit, effectiviteit en efficiency van de primaire processen binnen Dagelijks Leven te (blijven) 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. Ook ondersteunt de locatiecoach de locatiemanagers bij allerlei vraagstukken en levert zij gevraagd en ongevraagd advies. De locatiecoach heeft 8 tot 10 locaties onder haar hoede, die regelmatig bezocht worden. Tevens organiseert de locatiecoach eens per 6 tot 8 weken een regio-bijeenkomst 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 operationeel manager/ 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.

5.3. Medezeggenschap

De directie heeft frequent overleg met de Verwantenraad en de Ondernemingsraad en biedt de benodigde faciliteiten, zoals secretariële ondersteuning en een jaarlijks budget voor de uitvoering van taken. Ook de Raad van Commissarissen overlegt (ten minste) eenmaal per jaar met de Verwantenraad en de Ondernemingsraad.

5.3.1. Verwantenraad

Dagelijks Leven heeft een centrale Verwantenraad (VR), die middels een linking-pin-structuur van input wordt voorzien vanuit de verschillende locaties. De raad is in 2019 vijf keer bijeengekomen. Belangrijke thema's van bespreking waren:

- Communicatie met de achterban
- Aandacht voor het aantrekken en behouden van deskundig en voldoende personeel
- Aandacht voor de locatiemanager (als spil in het web)
- Aandacht voor de rol van de huisarts en de ontwikkeling van de functie SO
- Ontwikkeling van de DL Academy
- Kwaliteitsplan 2020

Er zijn geen specifieke adviezen uitgebracht. Wel zijn er verschillende zaken geëvalueerd c.q. aangepast: het klachtenreglement voor bewoners, het huishoudelijk reglement van de Verwantenraad, de situatie rondom de poort, de klachtenfunctionaris, het intakeproces van bewoners en de MIC.

5.3.2. Ondernemingsraad

De medezeggenschap van medewerkers is geborgd via de Ondernemingsraad ("OR"). De OR is in 2019 acht keer bijeengekomen. Er zijn in 2019 geen adviesaanvragen geweest. Wel is het vraagstuk over het compensatiesaldo (10/24uur) besproken met de OR en zijn er zaken afgestemd.

De OR heeft in 2019 instemmingsaanvragen ontvangen met betrekking tot de volgende zaken:

Onderwerp	Ingestemd / afgewezen
Beleid agressie en geweld	Ingestemd
Beleid functioneren medewerker	Ingestemd
Toepassing prik-, snij-, bijt-, spat accidenten	Ingestemd
Traineeprogramma locatiemanager	Ingestemd
Klokkenluidersregeling	Ingestemd
Functie GVP	Ingestemd

5.4. Verankering zorginhoudelijke expertise

Dagelijks Leven heeft eind 2019 vijf specialisten ouderengeneeskunde (SO) in dienst. De SO's houden zich bezig met het zowel beleidsmatig als praktisch ondersteunen van de locaties en er is structureel overleg tussen de directeur zorg en een afgevaardigde van de SO's. Verder participeren de SO's in verschillende commissies, te weten de Kwaliteitscommissie, de MIC Commissie, de Calamiteitencommissie en de Hygiëne en Infectiepreventie Commissie.

Om de huisartsen te ontlasten is de SO verantwoordelijk voor de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) op de locaties. Ook is de SO standaard aanwezig bij het MDO. Vanwege de landelijke spreiding is er aan elke locatie een SO gekoppeld. Tevens is er 24/7 telefonische bereikbaarheid van een SO geregeld.

Voor de acute en specialistische zorg (waaronder specialistische verpleegtechnische handelingen) zijn er op locatieniveau afspraken met collega-aanbieders.

Ten slotte wordt er vanaf 2019 gewerkt met advies en triage tijdens de ANW-uren door een niveau 5 verpleegkundige via een overeenkomst met NAAST (van collega aanbieder Sensire).

Vanaf 2020 heeft Dagelijks Leven ook een GZ-psycholoog en verpleegkundig specialisten in dienst, zodat ook deze expertise verankerd kan worden binnen de organisatie.

5.5. Verantwoording a.d.h.v. vereisten Kwaliteitskader

	Vereisten	Voldoet Ja [groen] - Nee [oranje]
Hoofdstuk 5: 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 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 (tweewekelijks) tussen het bestuur en een afgevaardigde van de SO's. De SO 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 in de statuten en in het reglement van het bestuur en de Raad van Commissarissen.
	De leiderschapsstijl 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. De RvC ziet hier actief en aantoonbaar op toe. Kwaliteit is een vast agendapunt 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 (VAR) dan wel een Professionele Adviesraad (PAR) in zijn/haar organisatie, of door andere vormen waaronder digitale platforms.	Dagelijks Leven heeft een Kwaliteitscommissie, waarin ook verpleegkundigen en een SO participeren.

6. Personeelssamenstelling

6.1. Aandacht, aanwezigheid en toezicht

Voor het verlenen van veilige, verantwoorde en persoonsgerichte zorg is een goede bezetting de basis. Dagelijks Leven heeft een basisrooster voor de locaties, 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.

In 2019 is de basisbezetting vanuit de extra middelen vanuit het Kwaliteitsbudget opgehoogd door 25 uur extra inzet per week van de gastvrouw/ helpende.

6.1.1. Personeelssamenstelling

Dagelijks Leven Zorg B.V.	FTE
Activiteitenbegeleider	33,78
Gastvrouw/gastheer	58
Gespecialiseerd verzorgende psychogeriatric	1
Helpende	166,9
Huishoudelijk verzorger	30,39
Kok	26,65
Leerling Activiteitenbegeleider	0,75
Leerling Helpende	2,75
Leerling Verpleegkundige	6,92
Leerling Verzorgende IG	15,58
Locatie assistent	0,33
Locatiemanager	44,12
Trainee Locatiemanager	5,89
Verpleegkundige	56,15
Verzorgende C	9,8
Verzorgende IG	204,94
TOTAAL	663,95
Stagiair(e)	53,02
Vrijwilliger	35,95
TOTAAL	88,97
EINDTOTAAL	752,93

Figuur 6.1a: samenstelling medewerkersbestand naar functie, Fte op basis van contractomvang, exclusief ELSSC

6.1.2. In- en uitstroom

In onderstaand figuur is de in- en uitstroom weergegeven.

Dagelijks Leven Zorg B.V.	Instroom	Uitstroom	Op verzoek werknemer	Op verzoek werkgever	Overlijden
Q1	162	73	54	19	
Q2	128	64	52	12	
Q3	176	106	81	25	
Q4	132	126	83	42	1
Totaal*	598	369	270	98	1

Figuur 6.1b: in- en uitstroom, periode 31-12-2018 t/m 31-12-2019, excl. vakantiekrachten, stagiaires en vrijwilligers

In 2019 zijn er totaal 598 nieuwe medewerkers in dienst gekomen en hebben 369 medewerkers de organisatie verlaten, een netto groei van 229 medewerkers. Deze aantallen zijn exclusief vakantiemedewerkers/ vakantiekrachten en stagiaires. Het verloop is nog steeds hoog. Op basis van de exit-enquêtes die door vertrekkende medewerkers worden ingevuld, worden analyses gemaakt om inzichtelijk te krijgen wat de reden is van vertrek. Er zijn veel voorkomende redenen zoals persoonlijke omstandigheden, aard van het werk, werkdruk, balans werk/privé en beperkte ontwikkelingsmogelijkheden.

6.1.3. Ratio personele kosten versus opbrengsten

Ratio personele kosten versus opbrengsten over 2019 betreft 63,44% (incl. inhuur externe zorgverleners).

Locatie	%	Hardenberg	58,99%	Ridderkerk	57,50%
Apeldoorn	65,23%	Helmond	56,90%	Roosendaal	63,56%
Apeldoorn II	60,61%	Hengelo	66,21%	Sleeuwijk	65,17%
Apeldoorn III	76,28%	Hengelo II	59,04%	Spijkenisse	66,90%
Berkel en Rodenrijs	65,45%	s-Hertogenbosch	60,53%	Steenwijk	65,20%
Bergen op Zoom	68,57%	Hoorn	59,17%	Tegelen	62,65%
Breda	62,73%	Hoogeveen	56,93%	Uden	61,05%
Coevorden	57,77%	Horst	63,16%	Veghel	66,51%
Delft	71,34%	Middelburg	63,87%	Winterswijk	57,82%
Deurne	64,14%	Nijverdal	63,24%	Zaandam	67,32%
Deventer	70,29%	Nijmegen	55,82%	Renkum	71,95%
Doetinchem	69,24%	Nunspeet	58,98%	Venray	79,93%
Emmen	51,58%	Oisterwijk	66,19%	Lochem	432,76%
Enschede	64,41%	Oss	65,17%	TOTAAL	63,44%
Grave	62,18%	Raalte	60,51%		

Figuur 6.1c: ratio personele kosten versus opbrengsten, periode 1-1-2019 t/m 31-12-2019

De verschillen per locatie worden verklaard door:

- Verschil in ureninzet en productiviteit
- Verschillen in inzetmix (niveaus van medewerkers)
- Verschillen in inschaling al dan niet als gevolg van 'leeftijd' van de locaties

6.1.4. Verzuim

Binnen Dagelijks Leven wordt ten aanzien van verzuim het Eigen-Regiemodel gehanteerd. Dagelijks Leven regelt zelf het verzuim en maakt hiervoor gebruik van bedrijfsartsen om hen te adviseren ten aanzien van de medische situatie en het vaststellen van de belastbaarheid van de medewerker conform de Wet verbetering poortwachter (Wvp). De leidinggevenden zijn verantwoordelijk voor de verzuimbegeleiding. Zij worden daarbij ondersteund door de afdeling HR. De afdeling HR signaleert de leidinggevenden ten aanzien van de Wvp, zodat alle verplichtingen die hier uit voortvloeien op tijd worden ingezet. Tevens ondersteunt de afdeling HR bij verzuimvraagstukken. Dagelijks Leven benadert verzuim vanuit de gedragsmatige visie. Er wordt vanuit gegaan dat er bij verzuim sprake is van een keuze. Een medewerker (met een ziekte of klacht) maakt de keuze om al dan niet te verzuimen. De locatiemanagers zijn hier in 2019 meer op gaan sturen. Om hen hierbij te ondersteunen, hebben de locatiemanagers een externe training gevolgd voor de gedragsmatige visie op verzuim van Falke en Verbaan. Ook gaan locatiemanagers in een vroeg stadium van het verzuim het gesprek aan met medewerkers om samen te kijken naar mogelijkheden.

Periode	1	2	3	4	5	6
Ziekte%	4,79%	5,53%	4,63%	5,23%	4,87%	5,72%
7	8	9	10	11	12	13
4,31%	3,59%	4,42%	4,62%	5,11%	5,32%	6,58%

Figuur 6.1d: Verzuim – per periode 2019

Het verzuim is in 2019 gestegen ten opzichte van 2018 van 3,83% naar 4,97% (excl. zwangerschapsverlof/ excl. stagiairs/ excl. ELSSC). Een deel van de verklaring is gelegen in het feit dat de organisatie ouder wordt en dat er meer medewerkers een arbeidsovereenkomst voor onbepaalde tijd hebben ten opzichte van het jaar ervoor.

6.2. Specifieke kennis, vaardigheden

In de basis is er altijd een verantwoordelijke dienst aanwezig. Dit wil zeggen een verzorgende IG of verpleegkundige. De huisarts is hoofdbehandelaar en indien nodig binnen 30 minuten ter plaatse.

Aan elke locatie van Dagelijks Leven is een specialist ouderengeneeskunde verbonden. De SO komt minimaal één keer per maand op locatie en participeert actief in het MDO van de bewoners. Tevens is er de mogelijkheid om een gedragsdeskundige in te schakelen.

Voor ongeplande zorg, vragen of (toenemende) complexiteit zijn er 24/7 aanvullende voorzieningen beschikbaar. In principe is de huisarts als hoofdbehandelaar altijd bereikbaar en oproepbaar. Tijdens ANW loopt dit via de HAP. Voor spoedsituaties tijdens de ANW heeft Dagelijks Leven per 2019 tevens twee voorzieningen beschikbaar ter ontlasting van de huisarts/ HAP:

- **Inzet NAAST (advies en triage op afstand) bij vragen van medische aard**

Medewerkers kunnen deze hulplijn bellen voor advies en assistentie bij triage op de momenten dat er geen verpleegkundige aanwezig is (voornamelijk tijdens de ANW).

- **Inzet van een SO van Novicare bij vragen rondom inzet VBM of complexe situaties in relatie tot onbegrepen gedrag**

Tijdens de ANW is er telefonisch een SO van Novicare bereikbaar voor advies en assistentie in noodsituaties rondom de inzet van VBM en in geval van complexe situaties in relatie tot onbegrepen gedrag.

Daarnaast heeft Dagelijks Leven op locatieniveau afspraken met collega aanbieders voor de invulling van ongeplande zorgvragen of wanneer zeer specialistische kennis nodig is.

Voor onverwachte uitval van medewerkers is er in 2019 een interne flexpool ingericht. De opstart van de flexpool heeft plaatsgevonden in regio Brabant, waarbij ongeveer 10 medewerkers zijn geworven. In januari 2020 is de verdere uitrol van start gegaan, medio maart staat de teller op ongeveer 60 medewerkers.

6.3. Reflectie, leren en ontwikkelen

In 2019 is de DL Academy van start gegaan. De DL Academy is het opleidingscentrum van Dagelijks Leven en verantwoordelijk voor het opleidingsprogramma en het faciliteren van de mogelijkheden tot deskundigheidsbevordering van onze medewerkers.

6.3.1. Scholingsprogramma

De DL Academy heeft een uitgebreid functiegericht opleidingshuis met 'verplichte' en 'optionele' scholingen om medewerkers verder te ontwikkelen in hun functie zodat ze kwalitatief hoogwaardige zorg kunnen verlenen. Binnen het opleidingshuis wordt gebruik gemaakt van meerdere leervormen om tot het beste resultaat te komen. Er wordt gebruik gemaakt van een digitale leeromgeving die voor iedere functie, op ieder moment beschikbaar is om te leren. Voor de meeste scholingen is naast een e-learning ook een interactieve training beschikbaar. Tijdens de training wordt samen met collega's geleerd en staat de praktijk nog meer centraal. De derde leervorm die wordt ingezet is training on the job. Deze leervorm is volledig 'op maat' en wordt hoofdzakelijk verzorgd voor een specifieke locatie of individu.

Naast het opleidingshuis hebben we binnen de DL Academy een DL school waarin we verschillende erkende scholingen aanbieden. Dit zijn diverse BBL-trajecten en de GVP-opleiding voor verzorgende IG. Deze laatste opleiding gaat in 2020 van start en heeft als doel om per locatie minimaal twee erkende GVP'ers op te leiden.

6.3.2. Intervisie

In 2019 zijn er 2 intervisietrajecten geweest: een traject specifiek voor de verpleegkundigen en een traject voor de locatiemanagers. Thema's die aan de orde zijn gekomen zijn o.a. communicatie, zorgzwaarte van bewoners, werkdruk en de relatie met collega's/ leidinggevende.

6.3.3. Samenwerkingsgesprekken

Conform beleid hoort elke medewerker jaarlijks een samenwerkingsgesprek te hebben met zijn/ haar leidinggevende. De locatiemanager is verantwoordelijk voor uitvoering en registratie van de uitkomsten op locatieniveau en het meenemen van de uitkomsten als verbetermaatregel in o.a. het scholingsplan en het jaarplan. De cyclus is afgelopen jaar geëvalueerd en het format voor het gespreksverslag is aangepast. De 360 graden feedback is als extra tool aangeboden aan de leidinggevendenden.

6.4. Verantwoording a.d.h.v. vereisten Kwaliteitskader

	Vereisten	Voldoet Ja (groen) - Nee (oranje)
Hoofdstuk 6: 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 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 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 personeelssamenstelling 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.	Gegeven de krapte op de arbeidsmarkt zien wij vooralsnog geen mogelijkheden om alle zorgverleners bij collega-organisaties mee te laten lopen. Ook zijn medewerkers gezien de leeftijd van de organisatie nog relatief erg kort in de dienst. Zij brengen derhalve veel ervaring mee vanuit andere zorgaanbieders. Tevens wordt onderlinge uitwisseling tussen de locaties gestimuleerd.
	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.

7. Gebruik van hulpbronnen

7.1. Digitaal bewonersdossier (Nedap Ons Dossier)

Met ingang van december 2017 wordt gewerkt met het digitale bewonersdossier Nedap Ons.

In 2019 zijn er verschillende wijzigingen aangebracht in het zorgplan en de vragenlijsten ten opzichte van de oorspronkelijke inrichting om het gebruik verder te ondersteunen.

Het systeem 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 evaluaties. Ook vanuit privacy- en beveiligingsaspecten voldoet het systeem aan de eisen: 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 (Caren)

Met de komst van Nedap Ons Dossier kunnen verwanten – uiteraard alleen na toestemming van bewoner of diens wettelijk vertegenwoordiger – toegang krijgen tot onderdelen van het bewonersdossier via het verwantenportaal Caren. Via dit portaal kunnen verwanten het zorgplan inzien en ondertekenen en hebben zij inzage in de agenda en in de dagelijkse rapportages op het zorgplan.

7.3. Afas

Dagelijks Leven maakt gebruik van het softwarepakket Afas voor de administratieve processen.

Eind 2018 is gestart met Werving en Selectie. Dit onderdeel ondersteunt locatiemanagers bij de werving en selectie van nieuwe medewerkers. Zij kunnen zelf vacatures plaatsen (die dan automatisch op de website van Dagelijks Leven komen), CV's beoordelen en kandidaten uitnodigen of afwijzen.

In navolging hierop is per 1 januari 2019 ook het bestaande HR-systeem (Exact Synergy) vervangen door Afas. Daarmee worden nu ook de processen instroom – doorstroom – uitstroom alsmede verlof en verzuim door Afas ondersteund. Tevens wordt Afas per 2019 gebruikt ten behoeve van de financiële administratie en de loon- en salarisadministratie. Dit ter vervanging van Exact Globe en Exact Synergy.

7.4. Leerplatform (aNS)

In december 2019 zijn we live gegaan met een nieuw digitaal leerplatform aNS (aNewSpring). Dit platform is ter vervanging van de e-learning applicatie van The Competence Group gekomen. Het leerplatform aNS is gestart met 15 e-learning's en inmiddels zitten we op 19 e-learning's die voor alle medewerkers beschikbaar zijn. Al onze e-learning's zijn op maat gemaakt, waarin dementiezorg en onze visie de rode draad zijn. Daarnaast zijn alle e-learning's 'social' wat inhoudt dat medewerkers kunnen reageren op de inhoud en elkaar kunnen voorzien van tips en inzichten. Hier wordt ook veel gebruik van gemaakt en draagt bij aan het verhogen van het lerende vermogen van het platform.

Om het geleerde te borgen wordt er geëvalueerd door middel van evaluatieformulieren en maakt het systeem gebruik van een MemoTrainer functie. Deze MemoTrainer biedt proactief vragen aan bij de medewerkers om de kennis na het volgen van een e-learning op niveau te houden. De MemoTrainer meet de resultaten en past daar de vragen op aan.

7.5. Medicatieveiligheidssysteem (NCare)

Dagelijks Leven werkt met het medicatieveiligheidssysteem NCare. Dit 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 elektronisch plaats vinden en dubbele controle op afstand mogelijk is (in contact met andere locaties binnen DL).

7.6. Managementinformatie (Zorgmonitor)

Met ingang van 2019 maakt Dagelijks Leven gebruik van Zorgmonitor (BI-tool). Er zijn verschillende dashboards ontwikkeld die de locatiemanagers en directie ondersteunen op het gebied van zorg, personele bezetting en financiële situatie van de locatie. Tevens kan directie inzoomen op de verschillen per locatie en ten opzichte van de benchmark.

7.7. Verantwoording a.d.h.v. vereisten Kwaliteitskader

	Vereisten	Voldoet Ja (groen) - Nee (oranje)
Hoofdstuk 7:	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 2019 is een beschrijving van de benodigde hulpbronnen opgenomen.

8. Gebruik van informatie

8.1. Tevredenheid bewoners

8.1.1. Zorgkaart Nederland

Voor het meten van de tevredenheid wordt er vanuit de locatie richting verwanten op gestuurd om een tevredenheidsscore te plaatsen op www.zorgkaartnederland.nl. In 2019 zijn er 148 waarderingen geplaatst met een gemiddeld rapportcijfer van een 8.9.

Rapportage Dagelijks Leven

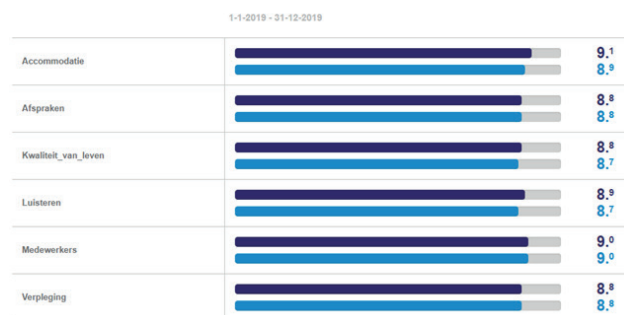


Figuur 8.1: Rapportage Dagelijks Leven op Zorgkaart Nederland (periode 1-1-2019 – 31-12-2019)

Waarderingscijfer per onderdeel

Ten opzichte van de sector scoort Dagelijks Leven op alle onderdelen hoger of gelijk aan de sector.

Sector particuliere woonzorgcentra



Sector verpleeghuizen en verzorgingshuizen



Overzicht resultaten per locatie

[periode 1-1-2019 t/m 31-12-2019]

Naam locatie	Aantal waarderingen	Gemiddeld oordeel	Score aanbevelingsvraag
Het Abtswoudehuis	5	9.0	100%
Het Annahuis	2	8.8	100%
Het Beatrixhuis	4	9.1	100%
Het Beemdhuus	1	7.0	100%
Het Breeakkerhuis	1	8.7	100%
Het Drostenhuis	3	9.1	100%
Het Gofferthuis	10	8.7	100%
Het Havezatenhuis	6	9.4	100%
Het Hofstedeheuis	0	n.v.t.	n.v.t.
Het Hurkhuis	2	8.3	100%
Het Jasmijnhuis	1	9.0	100%
Het Korenhuis	2	10.0	100%
Het Loggerhuis	1	7.7	100%
Het Markiezaathuis	9	7.7	89%
Het Merwedehuis	8	9.3	100%
Het Molenveldhuis	4	9.7	100%
Het Orgelhuus	0	n.v.t.	n.v.t.
Het Poirtershuis	3	9.4	100%
Het Prins Claushuis	8	8.8	88%
Het Prins Hendrikhuus	0	n.v.t.	n.v.t.
Het Rietveldhuus	4	9.5	100%
Het Rijnhuus	3	8.8	100%
Het Risdamhuus	0	n.v.t.	n.v.t.
Het Socrateshuus	2	5.5	50%
Het Staatsliedenhuus	11	9.3	91%
Het Stevenfennehuus	3	9.2	100%
Het Stooftuus	11	9.3	100%
Het Toorenhuus	13	8.7	100%
Het Ussenuus	5	9.0	100%
Het Van Coothuus	0	n.v.t.	n.v.t.
Het Vechtdalhuus	4	9.2	100%
Het Venenuus	3	8.8	100%
Het Vijverberghuus	1	10.0	100%
Het Voetelinkhuus	2	8.3	100%
Het Vredehoffuus	7	9.1	100%
Het Welgelegenhuus	2	9.7	100%
Het Westpolderhuus	2	9.3	100%
Het Wilderinkhuus	0	n.v.t.	n.v.t.
Het Wilhelminahuus	5	9.2	100%
Het Zuiderparkhuus	0	n.v.t.	n.v.t.

8.1.2. Clienttevredenheidsonderzoek (CTO)

Dagelijks Leven laat jaarlijks een cliënttevredenheidsonderzoek (CTO) 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 verwantenavonden. Tevens zijn de resultaten verwerkt in de verbeterplannen op locatie.

Op organisatieniveau is de berekende Net Promotor Score (NPS) op basis van de aanbevelingsvraag 55 (een stijging t.a.v. NPS van 47 in 2018), waarbij een positieve NPS (>0) als goed wordt beschouwd.

Het gemiddelde rapportcijfer betreft een 8.5 (stijging t.o.v. 8.2 in 2018). Een nadere analyse en bijbehorend verbeterplan wordt in samenwerking met de Verwantenraad opgepakt.

8.1.3. Periodieke evaluatie tevredenheid + eindevaluatie nazorg

Naast de scores op Zorgkaart Nederland en de jaarlijkse onafhankelijke tevredenheidsmeting via het CTO wordt er ook periodiek geëvalueerd. Deze evaluatie maakt onderdeel uit van de halfjaarlijkse zorgplanbespreking met bewoner/ verwanten. Tevens wordt er binnen zes weken na einde zorg een eindevaluatie uitgevoerd bij de (na-bestaanden van) de bewoner. In 2019 zijn er in totaal 149 bruikbare eindevaluaties ingevuld. Dit betreft 63% van het totale aantal bewoners uit zorg.

Het onderdeel m.b.t. de tevredenheidsmeting van zowel de zorgplanbespreking als de eindevaluatie is in het 3e kwartaal aangepast en bevat vooral open vragen ten behoeve van kwaliteitsverbetering op de locatie zelf, zoals hoe heeft u de zorg en ondersteuning ervaren, wat kunnen we anders/ beter doen en wat moeten we vooral zo blijven doen? De locatiemanager analyseert de ingevulde vragenlijsten en neemt de punten mee ter bespreking in het team en waar nodig als onderdeel van het jaarplan.

8.2. Tevredenheid medewerkers

8.2.1. Medewerkertevredenheidsonderzoek (MTO)

Dagelijks Leven laat sinds 2017 jaarlijks een medewerkertevredenheidsonderzoek uitvoeren. In het najaar van 2019 is het derde MTO uitgevoerd vanuit het onafhankelijke onderzoeksbureau Triqs. De totale tevredenheid ten aanzien van werken bij Dagelijks Leven is gemiddeld gewaardeerd met een 7.7, waar vergelijkbare organisaties een 7.5 scoren. Tevens is dit cijfer 0.1 punt hoger dan het gemiddelde in 2018. De tevredenheid is hoog op alle uitgevraagde thema's en Dagelijks Leven scoort op alle thema's hoger dan de landelijke benchmark.

De resultaten van het MTO zijn op locatieniveau besproken met de locatiemanagers. De locatiemanagers bespreken dit vervolgens in het teamoverleg en zetten op locatieniveau verbeteracties uit.

8.3. Verantwoording a.d.h.v. vereisten Kwaliteitskader

	Vereisten	Voldoet Ja (groen) - Nee (oranje)
Hoofdstuk 8: 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 per locatie en voor het organisatiebrede kwaliteitsplan. 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 ¹⁶ (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 wordt voor 1 juli aangeleverd aan het Zorginstituut als onderdeel van de kwaliteitsgegevens.

9. DIRECTIEBEOORDELING

9.1. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

9.1.1. Zorgplan

Ondanks de vooruitgang die geboekt is door over te gaan naar het digitale dossier van Nedap Ons, zijn er nog wat wensen t.a.v. de inrichting en structuur van het zorgplan en de hieraan gerelateerde onderdelen van het bewonersdossier. Vanuit verschillende metingen (o.a. interne audits en calamiteitenonderzoek) komt naar voren dat medewerkers moeite hebben om een goed zorgplan op te stellen, hier gericht (op doelen) op te rapporteren, periodiek te evalueren en goede verslaglegging te maken van gevoerde gesprekken (zoals de zorgplanbespreking en het MDO). Tevens is er gaandeweg een zeer omvangrijk zorgplan ontstaan omdat men denkt dat alle informatie in dit zorgplan moet staan. Daarmee wordt het zorgplan onoverzichtelijk in plaats van een leidraad voor het handelen. Komend jaar gaat er een project van start om het zorgplan in al zijn facetten te evalueren, van alle ballast te ontdoen en zodoende te komen tot een “zorgdossier 2.0”, voorzien van een praktische methodiek om medewerkers hierbij te ondersteunen.

9.1.2. Persoonlijk cliëntverhaal

De module is in het laatste kwartaal opengezet voor toepassing binnen de organisatie. Het biedt structuur aan het verhaal en bevat gerichte vragen om dit heel persoonlijk te kunnen vastleggen. Er blijkt nog onvoldoende bekendheid te zijn met deze module, waardoor ook het gebruik ervan achterblijft. Hier dient – in combinatie met “zorgplan 2.0” – aandacht aan gegeven te worden.

9.1.3. Evaluaties (zorgplanbespreking – MDO – evaluatie nazorg)

De evaluaties worden, ondanks de herziene formulieren, nog niet altijd even volledig uitgevoerd en/of ingevuld. Vanuit de praktijk komt naar voren dat medewerkers zich ook nog niet altijd bewust zijn van het doel van een evaluatie. Daarnaast willen we de specialisten ouderengeneeskunde (SO) steviger positioneren binnen de locatie. De systematiek wordt aangepast, waarbij de SO t.z.t. eenmaal per jaar deelneemt aan de zorgplanbespreking. Op deze wijze wordt niet alleen de inhoud van de bespreking anders, maar is er tevens sprake van een fysiek contactmoment tussen de SO en verwanten. Dit bevordert de onderlinge samenwerking en afstemming ten behoeve van de zorg aan de bewoner. Ook het MDO willen we anders vormgeven en in frequentie aanpassen.

9.1.4. Advance Care Planning

Afspraken rondom zorg in de laatste levensfase zijn op dit moment nog minimaal besproken dan wel vastgelegd. De specialist ouderengeneeskunde (SO) gaat hier samen met het team mee aan de slag. Het wordt geïnventariseerd tijdens de intake en vervolgens regelmatig besproken, zodat de afspraken actueel blijven en passend bij de situatie van de bewoner. Borging moet plaatsvinden via de periodieke evaluaties.

9.2. Wonen en welzijn

9.2.1. Zinnvolle dagbesteding

De afspraken rondom persoonlijke wensen en voorkeuren ten aanzien van zinnvolle dagbesteding (welzijn) zijn nog onderbelicht in de zorgplannen. Dit wordt meegenomen bij “zorgplan 2.0” en tevens als onderdeel van de training/ coaching aan medewerkers.

9.3. Kwaliteit en veiligheid

9.3.1. Kwaliteitshandboek

Het kwaliteitshandboek bevat alle beleidsdocumenten, procedures, richtlijnen, formulieren et cetera ter verbetering en borging van het kwaliteitsbeleid van de organisatie. De zoekmachine werkt echter niet naar behoren, waardoor er geluiden komen dat men documenten niet goed kan vinden. Ook zijn er verbeterwensen ten aanzien van het gebruikersbeheer. Verbetering/ mogelijke vervanging van dit instrument is als onderdeel opgenomen in het jaarplan 2020.

9.3.2. Auditsysteem

Eind 2019 is het systeem m.b.t. de interne audits geëvalueerd. De vragen zijn herzien en ingebouwd in een auditapp. In 2020 wordt deze nieuwe werkwijze geëvalueerd en waar nodig bijgesteld. In de basis loopt het proces goed en leveren de interne audits veel informatie ten behoeve van kwaliteitsverbetering.

9.3.3. Medicatieveiligheid

Uit de interne audits en de MIC meldingen komt naar voren dat medicatieveiligheid een aandachtspunt blijft. Deze instrumenten leveren zowel op organisatie als op locatieniveau voldoende kwaliteitsinformatie op. Uiteraard is het wel belangrijk dat er analyses worden uitgevoerd en dat er opvolging wordt gegeven aan de verbetervoorstellen. De MIC commissie heeft hiervoor recent een format ontwikkeld. De kwaliteitsrapportages vanuit NCare worden nog onvoldoende gebruikt ter lering en verbetering. Dit verdient aandacht om de medicatieveiligheid op locatieniveau te blijven verbeteren.

9.3.4. Toepassing (on)vrijwillige zorg

Met ingang van 2020 is de nieuwe Wet zorg en dwang (Wzd) van kracht gegaan. Dit betekent een aanpassing in zowel het denken als handelen van zorgverleners en een andere wijze van registratie en evaluatie. Komend jaar is een overgangsjaar, waarin veel aandacht aan de implementatie van de Wzd nodig is om dit eind 2020 goed geborgd te krijgen. De registratiemogelijkheden in Nedap zijn nog in ontwikkeling. Pas indien dit stabiel is, kan het dashboard in Zorgmonitor worden aangepast. Op bewonerniveau is Nedap voldoende. Om echter organisatiebreed te kunnen sturen op afbouw en voor onderlinge benchmarks ten aanzien van de inzet van (on)vrijwillige zorg is het dashboard in Zorgmonitor een zeer gewenst instrument.

9.3.5. Prospectieve risicoanalyse

Om onveilige situaties en risico's in zorgprocessen te identificeren, analyseren en verbetermaatregelen te kunnen treffen is er een PRI-team aanwezig. In 2018 is gebleken dat de werkwijze van het PRI-team verder geprofessionaliseerd kon worden. In 2019 is het bestaande team uitgebreid van 4 naar 8 vaste leden en in het najaar hebben deze vaste leden van het team een training gevolgd ten behoeve van het uitvoeren van een PRI volgens de PRISMA methodiek. Voor 2020 is een planning gemaakt: in het eerste kwartaal van 2020 is gestart met het intakeproces. Met deze nieuwe werkwijze denken we een kwaliteitsslag gemaakt te hebben. De eerste resultaten zijn veelbelovend.

9.3.6. Meldingen incidenten cliënten (MIC)

Er wordt over het algemeen goed gemeld binnen de organisatie. Wel zijn er nog verbeteringen mogelijk in de opvolging op locatieniveau, het leren van elkaar (benchmark tussen de locaties) en het goed kunnen signaleren van trends. De ontwikkeling van een specifiek dashboard in Zorgmonitor, dat in het 1e kwartaal van 2020 beschikbaar komt op locatieniveau, dient hier ondersteuning aan te bieden. Een aandachtspunt voor komend jaar is om de rol van aandachtsvelder MIC goed te positioneren en ze o.a. via een e-learning te faciliteren bij het vormgeven van deze rol op locatie.

9.3.7. Calamiteiten

De calamiteitencommissie krijgt veel incidentmeldingen binnen. Nader onderzoek door de commissie wijst gelukkig meestal uit dat de gebeurtenis geen betrekking heeft op de kwaliteit van zorg en/of tot de dood danwel tot een ernstig schadelijk gevolg voor de bewoner heeft geleid. Wel werden er diverse verbeterpunten gesignaleerd en bijvangst opgehaald. De hoeveelheid werk voor de calamiteitencommissie bleef echter, mede gezien de groei van de organisatie, gestaag toenemen. In het najaar van 2019 is de procedure geëvalueerd en is besloten om de criteria voor het doorzetten van een melding te verscherpen. De locatiemanagers moeten eerst zelf een beoordeling uitvoeren, waar nodig met ondersteuning van de locatiecoach en alleen bij twijfel of een daadwerkelijk vermoeden van een calamiteit wordt de melding doorgezet naar de calamiteitencommissie. Hiermee wordt de verantwoordelijkheid meer daar neergelegd waar het hoort en kan de calamiteitencommissie zich beter focussen op de daadwerkelijke vermoedens van een calamiteit.

9.3.8. MIM

Ten opzichte van vorig jaar is de hoeveelheid meldingen enorm gestegen. Oorzaak van deze toename is waarschijnlijk de bekendheid die aan de procedure is gegeven door de preventiemedewerker. Ook was het formulier in 2018 reeds omgezet naar een digitaal formulier via "forms" en was er een verwijzing naar de MIM gemaakt in het MIC formulier. Het nadeel van dit digitale formulier is echter dat het direct bij de preventiemedewerker binnen komt. De locatiemanager heeft geen inzage in de meldingen. Tevens bestaat het formulier uit open invulvelden, wat foutgevoelig is (zowel typefouten als verschillende manieren om iets te beschrijven). Dit maakt een zuivere filtering zeer lastig en tijdrovend, Kortom de huidige werkwijze is foutgevoelig bij invullen, niet zichtbaar voor de leidinggevende en vrij arbeidsintensief voor de preventiemedewerker.

In 2019 is eraan gewerkt om het formulier op te nemen in Afas. Op basis van prioritering is dit onderdeel eind 2019 aan bod gekomen. Het bouwen ervan verliep vlot en uiteindelijk is de MIM registratie via Afas met ingang van 3 februari 2020 live gegaan. Hiermee lijken de hierboven besproken knelpunten te zijn geëlimineerd.

9.3.9. Klachtenprocedure bewoners

Sinds 2019 zijn er 3 klachtenfunctionarissen beschikbaar, onder aansturing van de manager klanttevredenheid. De functionarissen hebben een training gevolgd en de procedure is voorzien van ondersteunend materiaal. Mede door deze professionaliseringsslag verloopt de klachtenprocedure naar wens. Zoals in paragraaf 4.4 vermeld zijn er in 2019 in totaal 17 klachten in behandeling genomen door de klachtenfunctionarissen.

9.3.10. Uitingen van onvrede (informele klachten) bewoners

De uitingen van onvrede worden door de locatiemanagers bijgehouden aan de hand van een profielvragenlijst in het bewonersdossier. Deze vragenlijst is alleen zichtbaar voor de locatiemanager en niet voor de rest van het team. In 2019 zijn er 19 uitingen van onvrede geregistreerd. Gezien het aantal locaties is dit aantal erg laag. Komend jaar wordt, in overleg met de manager klanttevredenheid, gekeken op welke wijze deze procedure beter onder de aandacht kan worden gebracht. Zeker omdat een goed afgehandelde uiting van onvrede een officiële klacht kan voorkomen.

9.3.11. Klachtenprocedure medewerkers

In principe is het uitgangspunt om klachten zoveel mogelijk in direct contact met de leidinggevende op te lossen. Indien dit niet tot tevredenheid wordt afgehandeld, kan de klacht worden ingediend bij de klachtenfunctionaris. De klachtenfunctionaris voor medewerkers heeft in 2019 geen enkele klacht ontvangen. Het is onduidelijk of er daadwerkelijk geen klachten zijn, dat men de route niet weet te vinden of dat men geen klacht durft in te dienen. Aandacht is vereist om dit nader te onderzoeken.

Tevens is het mogelijk om de externe vertrouwenspersoon in te schakelen. In 2019 zijn er 12 meldingen over ongewenste omgangsvormen en integriteit geweest. Aandacht voor de vindbaarheid van de vertrouwenspersoon en de bekendheid in de organisatie blijft voortdurend wenselijk.

9.3.12. Leveranciersbeoordeling

Jaarlijks worden de kritische leveranciers beoordeeld, overige leveranciers komen eens per drie jaar aan bod. De leveranciersbeoordeling wordt uitgevoerd onder aansturing van de afdeling Beheer en Onderhoud.

9.3.13. Ketenpartneroverleg

Vanuit het hoofdkantoor wordt er op strategisch niveau overleg gevoerd met verschillende ketenpartners. Denk bijvoorbeeld aan de zorgkantoren, de IGJ, VWS en de Landelijke Huisartsen Vereniging [LHV]. Belangrijke knelpunten die in 2019 aan de orde zijn geweest hebben te maken met de samenwerking met huisartsen. Het overleg op operationeel niveau wordt door de locatiemanagers zelf gevoerd. Zij onderhouden de

contacten met o.a. de huisartsen, de apotheek, de collega zorgaanbieders, paramedici etc.

Los van knelpunten met ketenpartners die in het locatiegebonden jaarplan worden opgenomen, is verslaglegging van de gemaakte afspraken met de ketenpartners en de aantoonbare opvolging daarvan nog een aandachtspunt.

9.4. Personeelssamenstelling

9.4.1. Verzuim

Implementatie verzuim(begeleiding) in Afas

In Q1 van 2019 is de verzuimbegeleiding geïmplementeerd in Afas. Dit betekent dat iedere stap in het kader van de Wet verbetering poortwachter door middel van taken bij de leidinggevende onder de aandacht wordt gebracht. Ook het maken en bevestigen van afspraken bij de bedrijfsarts gaat via Afas. HR monitort de taken en begeleidt de leidinggevenden in het verzuimproces in Afas. Vanaf Q3 ontvangen leidinggevenden bij een derde verzuimmelding in de afgelopen 12 maanden een taak in Afas om het frequent verzuim te bespreken met de betreffende medewerker en hiervan een verslag op te stellen. Ook is er een snelkaart opgesteld voor het opstellen van een plan van aanpak in Afas. Hiermee wordt beoogd dat het plan van aanpak kwalitatief beter wordt ingevuld en geëvalueerd/bijgesteld door de locatiemanager, waardoor het verzuim beter gemonitord wordt en korter duurt.

Rol bedrijfsarts

Er is per Q1 een coördinerende bedrijfsarts aangesteld die de schakel vormt tussen alle bedrijfsartsen die voor Dagelijks Leven werken en HR. Met enige regelmaat wordt met deze bedrijfsarts het verzuim en de inzet van bedrijfsartsen geëvalueerd. Een van de bevindingen is dat de medewerkers vaak onvoorbereid het spreekuur van de bedrijfsarts bezoeken. Om die reden is de uitnodiging die medewerkers ontvangen voor het spreekuur uitgebreid met toelichting over de rol van de bedrijfsarts. Tevens worden er vragen aan de medewerker gesteld ter voorbereiding op het gesprek met de bedrijfsarts zodat de medewerker al in een vroeg stadium van het verzuim zelf gaat nadenken over de mogelijkheden voor werkhervatting.

Ook is er een (instructie)video gemaakt van de bedrijfsarts van Dagelijks Leven waarin zij de medewerker uitlegt wat hij/zij kan verwachten bij een bezoek aan de bedrijfsarts en hoe de medewerker de afspraak het beste voor kan bereiden.

Vitaliteit

Ook is er in 2019 aandacht geweest voor vitaliteit. In de nieuwsbrief voor medewerkers is het vitality portal van CZ onder de aandacht gebracht. Verder is er een oproep gedaan om mee te doen aan 'Stoptober', een jaarlijkse actie van de Hartstichting om te stoppen met roken. Ook is Dagelijks Leven in Q3 gestart met Fiscfree; medewerkers kunnen dan met bruto-netto voordeel via Dagelijks Leven een fiets aanschaffen zodat zij op de fiets naar het werk kunnen komen. Verder hebben medewerkers de mogelijkheid gekregen om op

kosten van Dagelijks Leven de griep prik te halen. In 2020 zal vitaliteit verder worden opgepakt.

Zwangerschap

Uit onderzoek bleek dat zwangere medewerkers vaak verzuimden. Om die reden is het zwangerschapsbeleid nogmaals onder de aandacht gebracht bij de leidinggevenden om hen te benadrukken dat uitval ten gevolge van zwangerschap in veel gevallen voorkomen kan worden door vroegtijdig met elkaar in gesprek te gaan en de werkzaamheden (indien nodig) aan te passen.

Al deze elementen tezamen moeten ertoe bijdragen dat medewerkers minder snel verzuimen en het verzuimpercentage weer gaat dalen.

9.4.2. Verloop

Het verloop binnen de organisatie is ook in 2019 nog steeds hoog. De bevindingen vanuit de exitinterviews zijn, tezamen met de uitkomsten van de MTO, uitgewerkt in een plan van aanpak met als doel om medewerkers aan ons te binden en te blijven boeien. Zo zijn de secundaire arbeidsvoorwaarden verbeterd doordat medewerkers vanaf 1 januari 2019 gebruik kunnen maken van collectieve zorg- en schadeverzekeringen. Ook hebben medewerkers de mogelijkheid gekregen om via FiscFree een fiets te kopen met bruto-netto voordeel. Door extra formatieruimte op locatie toe te kennen is er aandacht voor werkdruk (beleving). Verder heeft Dagelijks Leven in 2019 een eigen interne flexpool opgezet waardoor openstaande diensten sneller en makkelijker kunnen worden ingevuld met eigen medewerkers. Om medewerkers meer ontwikkelmogelijkheden te bieden is in 2019 de DL Academy opgericht (zie § 6.3).

9.4.3. Intervisie

De intervisiebijeenkomsten voor de verpleegkundigen en voor de locatiemanagers (2 aparte trajecten) werden slecht bezocht. Het had geen prioriteit, waardoor er vaak – ook op het laatste moment – werd afgezegd. Er werden verschillende thema's besproken die herkenbaar waren voor de deelnemers, waardoor een gevoel van "ik ben niet alleen" werd gecreëerd. Er werden tips gegeven, maar de kern van de bijeenkomsten bleek vooral samen klagen te zijn.

Aangezien de intervisie in de huidige vorm vooral een broeikast voor negativiteit werd, de opbrengst nihil was en er sprake was van veel afzeggingen en een hoge "no-show" is ervoor gekozen dit in 2020 anders aan te pakken. In 2020 is intervisie een onderdeel binnen het opleidingstraject voor de GVP'ers.

9.4.4. Functionerings- en beoordelingscyclus

De registratie van de samenwerkingsgesprekken verloopt helaas nog niet via een systeem, daardoor is er vanuit HR nog niet op te sturen of monitoren. Conform jaarplan wordt dit komend jaar ingericht in Afas.

9.4.5. Effectmeting scholingen

Binnen aNewSpring maken we gebruik van de MemoTrainer. Wanneer een e-learning positief wordt afgerond met een kennistoets, dan start de MemoTrainer. De MemoTrainer geeft dagelijks of wekelijks (zelf in te stellen) een aantal vragen uit de toets bank.

Al onze verplichte e-learningen werken met de MemoTrainer. Op deze manier borgen we het geleerde in onze DL Academy.

Verder gaan we starten met het evalueren van alle e-learningen en praktijkcholingen.

Er zit ook een effectmeting in de stappen van scholingen. Deze is ingegeven door het leermodel van Jennings waarin we de belangrijkste scholingen hebben opgebouwd uit drie stappen:

1. Kennis/inzichten opdoen in de e-learning
2. Van elkaar leren en de praktische toepassing belichten in een praktijkscholing
3. Coaching on the job waarin de praktijk/casuïstiek centraal staat op locatie: "pas je ook toe wat je geleerd hebt en welke hulp heb je daarin nog nodig?"

Tevens hebben al onze verplichten scholingen een houdbaarheid waardoor je met regelmaat opnieuw geschoold wordt. Ten slotte meten we via de interne audits de kennis en kunde op verschillende punten.

9.5. Hulpbronnen

9.5.1. Nedap

Nedap werkt naar wens. De Kwaliteitsmonitor geeft op bewoner/ locatieniveau veel (stuur)informatie ter ondersteuning aan het proces. Denk aan evaluatiedata van diverse momenten in de zorgcyclus. Op organisatieniveau is er een koppeling met Zorgmonitor.

9.5.2. Afas

De processen die zijn ingericht in Afas werken naar wens en leveren de juiste stuurinformatie. Komend jaar wordt ingezet op verdere procesoptimalisatie met ondersteuning van Afas.

9.5.3. NCare

NCare werkt voor de locaties over het algemeen naar wens. Integratie met Nedap Ons Dossier is wenselijk. Het gebruikersbeheer is niet optimaal, er moeten te veel handmatige handelingen worden uitgevoerd (foutgevoelig). Ook de rapportagemodule van NCare is specifiek.

Koppelingen met Zorgmonitor zijn ingewikkeld en maatwerk (duur). In 2020 wordt gekeken naar de mogelijkheid om het medicatieproces te migreren naar de medicatiemodule van Nedap, waardoor tevens de kwaliteitsinformatie makkelijk gekoppeld kan worden.

9.5.4. Zorgmonitor

Het proces rondom het aanpassen van bestaande dashboards (ivm wijzigingen in wet- en regelgeving, maar ook door wijzigingen in de bronsystemen) verloopt niet naar wens. Er moeten duidelijke proces- en planningsafspraken gemaakt worden met Accordis om dit proces te vereenvoudigen en te verbeteren.

9.6. Conclusie

Dagelijks Leven maakt gebruik van verschillende instrumenten om de kwaliteit van zorg vorm te geven. Het merendeel van de instrumenten werkt naar tevredenheid. Ten aanzien van een aantal instrumenten zijn er verbeteringen nodig. De grootste uitdaging voor het komende jaar met de meeste impact op het zorgproces betreft het zorgdossier. Daarnaast houdt Dagelijks Leven zich volop bezig met het verbeteren van de (kwaliteits)processen, hetgeen als "work in progress" wordt beschouwd.

In onderstaande tabel een overzicht van de verschillende instrumenten met een beoordeling.

+ werkt goed

+/- verdient aandacht

- werkt onvoldoende

	Instrument	Gemiddeld oordeel
1	Zorgplan	-
2	Persoonlijk cliëntverhaal	+
3	Evaluaties zorg (zorgplanbespreking – MDO – nazorg)	+/-
4	Advance Care Planning	+/-
5	Zinvolle dagbesteding	+/-
6	Kwaliteitshandboek	+/-
7	Auditsysteem	+/-
8	Medicatieveiligheid	+/-
9	Toepassing (on)vrijwillige zorg	+/-
10	PRI	+
11	MIC	+/-
12	Calamiteitenmelding	+
13	MIM	+/-
14	Klachten bewoners	+
15	Uitingen van onvrede bewoners	+/-
16	Klachten medewerkers	+/-
17	Leveranciersbeoordeling	+
18	Ketenpartneroverleg	+/-
19	Verzuim(begeleiding)	+
20	Verloop	+/-
21	Intervisie	-
22	Samenwerkingsgesprekken	-
23	Effectmeting scholingen	+
24	Nedap	+
25	Afas	+
26	NCare	+/-
27	Zorgmonitor	+/-