



KWALITEITSVERSLAG 2023

MEI 2024

Dagelijksleven
Gewoon, als thuis

VOORWOORD

Voor u ligt het kwaliteitsjaarverslag van Dagelijks Leven over het verslagjaar 2023. In dit kwaliteitsjaarverslag wordt verantwoording afgelegd op het gebied van leren en verbeteren van onze organisatie in relatie tot het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.

We kijken terug op een mooi jaar met goede resultaten. Onze medewerkers hebben opnieuw waardevolle ondersteuning kunnen geven aan alle bewoners. Het waarderingscijfer op Zorgkaart Nederland over 2023 is een 9,2 [359 waarderungen]. Het gemiddelde rapportcijfer in het jaarlijkse onafhankelijk cliënttevredenheidsonderzoek (CTO) is een 8,9. Dit mooie resultaat op de locaties werd mede mogelijk gemaakt door de professionele ondersteuning door alle medewerkers die centraal op ons hoofdkantoor werkzaam zijn.

Er zijn afgelopen jaar 8 nieuwe locaties geopend; dit brengt het totaal op 91 (eind 2023). De doelstelling van 10 nieuwe locaties per jaar is net niet gehaald, dit heeft vooral te maken met het verkrijgen van (bouw)vergunningen en de kerstperiode. De opening van de 92e en 93e locatie is over het jaar geheveld. Deze locaties worden begin 2024 geopend.

We zijn erg trots op deze mooie resultaten en onze dank gaat daarom ook uit naar alle collega's die dit met elkaar mogelijk hebben gemaakt.

Jeroen Kleinjan & Ines van Klooster

Bestuur Dagelijks Leven Zorg B.V.

INHOUDSOPGAVE

INLEIDING	5
1. PERSOONSGERICHTE ZORG EN ONDERSTEUNING.....	7
1.1. Doelen kwaliteitsjaarplan 2023	7
1.2. Compassie en uniek zijn	8
1.3. Autonomie	8
1.4. Zorgdoelen.....	8
2. WONEN EN WELZIJN.....	9
2.1. Doelen kwaliteitsjaarplan 2023	9
2.2. Zingeving en zinvolle dagbesteding	9
2.3. Schoon en verzorgd lichaam en verzorgde kleding	9
2.4. Verwantenparticipatie en inzet vrijwilligers.....	10
2.5. Wooncomfort	10
3. VEILIGHEID	11
3.1. Doelen kwaliteitsjaarplan 2023	11
3.2. Kwaliteitsgegevens.....	11
3.3. Medicatieveiligheid	12
3.4. Vrijheid en veiligheid	12
3.5. Analyse onvrijwillige zorg.....	13
3.5.1. Aantal bewoners met toepassing onvrijwillige zorg	13
3.5.2. Trend unieke bewoners	14
3.5.3. Leer- en ontwikkelpunten.....	15
3.6. Hygiëne en infectiepreventie	15
3.7. Incidenten	16
3.8. Calamiteiten	16
3.9. Klachten bewoners.....	17
4. LEREN EN WERKEN AAN KWALITEIT	18
4.1. Doelen kwaliteitsjaarplan 2023	18
4.2. Kwaliteitsmanagementsysteem	20
4.3. Kwaliteitsjaarplan	20
4.4. In- en externe audits	20
4.5. Kwaliteitsvisitatie.....	21
4.6. Inspectiebezoek	21
4.7. Lerend netwerk	22
4.8. Samenwerking huisartsen	22

5. LEIDERSCHAP, GOVERNANCE EN MANAGEMENT	23
5.1. Doelen kwaliteitsjaarplan 2023	23
5.2. Missie, visie en kernwaarden	23
5.3. Leiderschap en goed bestuur	24
5.4. Medezeggenschap	24
5.4.1. Verwantenraad	24
5.4.2. Ondernemingsraad	25
5.5. Verankering zorginhoudelijke expertise	26
6. PERSONEELSSAMENSTELLING	27
6.1. Doelen kwaliteitsjaarplan 2023	27
6.2. Aandacht, aanwezigheid en toezicht	27
6.3. Verloop	27
6.4. Gezond en vitaal	27
6.5. Vrijwilligers	28
6.6. Voldoende gekwalificeerd personeel	28
7. GEBRUIK VAN HULPBRONNEN	29
7.1. Doelen kwaliteitsjaarplan 2023	31
7.2. Digitaal bewonersdossier (Nedap Ons Dossier) en Verwantenportaal (Caren)	31
7.3. Afas	31
7.4. Leerplatform (aNS)	31
7.5. Medicatieveiligheidssysteem (NCare)	31
7.6. Domoticasysteem	32
7.7. Managementinformatie (Power BI)	32
7.8. Tinqwise/Start	32
7.9. Mijn Dagelijks Leven	32
7.10. Ozo Verbindzorg	32
7.11. De (systeem)integratie met Orpea	32
8. GEBRUIK VAN INFORMATIE	33
8.1. Tevredenheid bewoners	33
8.1.1. Zorgkaart Nederland	33
8.1.2. Cliënttevredenheidsonderzoek (CTO)	34
8.1.3. Periodieke evaluatie tevredenheid + eindevaluatie nazorg	34
8.2. Tevredenheid medewerkers	34
8.2.1. Medewerkerstevredenheidsonderzoek (MTO)	34
BIJLAGE 1: STATUS VEREISTEN KWALITEITSKADER VERPLEEGHUISZORG	35
BIJLAGE 2: OVERZICHTEN PERSONEELSSAMENSTELLING	39
Personeelssamenstelling	39
In- en uitstroom	39
Verzuim	40

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. Anders dan traditionele verpleeghuizen biedt Dagelijks Leven geen intramuraal verblijf.

Bij Dagelijks Leven staan – in lijn met het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (Kwaliteitskader) – 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 kwaliteitsjaarplan, het per kwartaal monitoren van de voortgang via de kwaliteitsrapportage en het achteraf verantwoorden aan de hand van dit kwaliteitsjaarverslag.

Voor 2023 waren in het kwaliteitsjaarplan de volgende speerpunten benoemd:

- Realiseren van de doelstellingen van het project "organisatieontwikkeling"
- Bevorderen van duurzame inzetbaarheid en behoud van medewerkers
- Bevorderen van de veiligheid, zelfredzaamheid en kwaliteit van leven van bewoners
- Doorgroeien met minimaal 10 nieuwe locaties
- Realiseren van de noodzakelijke (systeem)integratie met Orpea

Er is afgelopen jaar hard gewerkt aan het realiseren van deze doelstellingen.

Het organisatie ontwikkelproject heeft mooie resultaten geboekt. In het kader van het versterken van de eigen regie van bewoner is ingezet op behoeftegericht werken. Wij passen de zorg voor de bewoner aan op zijn of haar individuele behoeftes die de bewoner uitspreekt/ duidelijk zichtbaar zijn, maar ook aan de behoeften die de bewoners niet uitspreekt. Dit kan een verlangen van de bewoner zijn, maar ook een veronderstelde verwachting: wij gaan ervanuit dat de bewoner dit verlangen heeft. Door de bewoner echt te leren kennen, goed te kijken, door te vragen en er zeker niet vanuit te gaan dat de bewoner vandaag hetzelfde wil als gisteren, zorgen we ervoor dat we de behoeften van de bewoner zo goed mogelijk in kaart brengen. Elke dag weer. Om de verwantenparticipatie te stimuleren, wordt gewerkt aan het toevoegen van het ecogram aan de intake, naast het levensverhaal. Met het ecogram brengen we in kaart welke mensen er belangrijk zijn voor onze bewoner en rondom de bewoner staan, zodat we het leven van thuis zo goed mogelijk kunnen voortzetten in onze locaties. Het borgen van de visie blijft een continu aandachtspunt, maar de ontwikkeling van het visiespel en het integreren van de visie in alle scholingen heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan dit speerpunt.

Ten aanzien van het 2e speerpunt is er sprake van een dalende trend qua verzuim en verloop t.o.v. het voorgaande jaar. Cumulatief over 2023 is de verlaging van het ziekteverzuim naar gemiddeld 6% niet gehaald. Na-effecten van corona, arbeidsmarktproblematiek en maatschappelijke trends zijn hier debet aan. In het vierde kwartaal van 2023 is gestart met ondersteuning vanuit de verzuimadviseurs bij verzuim vanaf 2 weken (i.p.v. 4 weken), om langduriger verzuim te voorkomen. Ook bij het verloop is er sprake van een dalende trend. Indien we het verloop over de eerste drie kwartalen extrapoleren, komen we onder doelstelling uit. Er is fors geïnvesteerd in een nieuw pre- en onboardingprogramma.

Ook zijn er slagen gemaakt met betrekking tot het bevorderen van de veiligheid, zelfredzaamheid en kwaliteit van leven van bewoners. De voorbereidingen voor de implementatie naar een nieuw domoticasysteem zijn in volle gang. Er zijn pilots uitgevoerd en we hopen de nieuwe software en hardware het komende jaar te kunnen uitrollen naar alle locaties. Het voorkomen en beperken van onvrijwillige zorg is een continu aandachtspunt binnen de locaties, met ondersteuning van de vakgroep en de Wzd-functionarissen. Rondom valpreventie heeft de werkgroep de procedure valpreventie geactualiseerd en is er een stroomschema opgesteld om medewerkers te ondersteunen hoe te handelen na een val van een bewoner. De implementatie van de richtlijn onbegrepen gedrag en het consultatieteam is goed verlopen. Het consultatieteam is operationeel, alleen de inzet in de praktijk bleef in de 2e helft van 2023 nog wat achter. Komend jaar wordt er extra aandacht gegeven aan de beschikbaarheid van het consultatieteam voor de locaties.

Zoals in het voorwoord te lezen zijn er afgelopen jaar 8 nieuwe locaties geopend: dit brengt het totaal op 91 (eind 2023). De doelstelling van 10 is net niet gehaald, dit heeft vooral te maken met (bouw)vergunningen en de kerstperiode. De opening van de 92e en 93e locatie is over het jaar heen geheveld. Deze locaties worden begin 2024 geopend.

De (systeem)integratie met Orpea is deels gerealiseerd en nog verder in ontwikkeling. We zijn o.a. aangesloten op het Orpea systeem "Board" om de gevraagde gegevens op het gebied van financiën, operatie, HR, kwaliteit, Corporate Social Responsibility (CSR) te kunnen aanleveren. Ook de integratie van het vastgoedstelsel is in 2023 verder ontwikkeld.

In dit kwaliteitsjaarverslag wordt een verdere toelichting gegeven op de behaalde resultaten ten aanzien van deze speerpunten en de onderliggende doelen van het kwaliteitsjaarplan 2023.

1. PERSOONSGERICHTE ZORG EN ONDERSTEUNING

De zorg en ondersteuning van Dagelijks Leven begint bij 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, is het haar overtuiging dat wonen met intensieve zorg voor mensen met geheugenproblemen beter kan, met meer welzijn, meer beleving en meer kwaliteit. Het uitgangspunt is “zoals thuis”.

1.1. DOELEN KWALITEITSJAARPLAN 2023

Intakeproces

Doel	Resultaat:
Verbeteren en vereenvoudigen van het intakeproces voor nieuwe bewoners en het verminderen van de lastendruk voor de locatie en verwanten.	De zorg- en huurovereenkomst wordt inmiddels digitaal verstuurd naar de bewoner/ vertegenwoordiger en dient digitaal te worden ondertekend, waarmee veel administratieve handelingen zijn komen te vervallen [o.a. printen, invullen, opsturen, retour ontvangen, inscannen en uploaden]. In 2024 worden ook de toestemmingsverklaringen op deze wijze geïmplementeerd. In het handboek is een dashboard opgesteld van het intakeproces met daarin directe verwijzingen en links naar relevante documenten. De vereenvoudiging van de inhoud van vragenlijsten en alle communicatiemiddelen wordt komend jaar verder opgepakt.

Medische zorg voor alle bewoners

Doel	Resultaat:
Proactief opbouwen van een samenwerkingsrelatie met huisarts(en). Elke bewoner heeft een regiebehandelaar, krijgt noodzakelijke medische zorg en het is duidelijk wie waarvoor verantwoordelijk is.	In juni is er een rondetafelgesprek georganiseerd voor verschillende belanghebbenden en betrokkenen, waaronder de zorgkantoren en zorgverzekeraars, de Nederlandse Zorg autoriteit (NZa), de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd. Doel was de zorgen rondom medisch generalistische zorg (MGZ) met elkaar te bespreken. Vanuit het gedachtengoed de juiste zorg op de juiste plek heeft Dagelijks Leven het voortouw genomen over hoe zij denkt dat de zorg anders kan. Dagelijks Leven gelooft dat de verpleegkundig specialist (VS) of physician assistant (PA) een centrale rol heeft bij de regievoering van de bewoner. Deze professional is een zelfstandig werkend behandelaar die dicht bij de bewoners en het team staat en vanuit haar professie de hulp van de huisarts of specialist ouderengeneeskunde (SO) kan inschakelen als het haar competenties te boven gaat. Inmiddels heeft de NZa goedkeuring gegeven om het project “het regiemodel met een eigen betaaltitel” te starten om op een aantal locaties de zorg via het regiemodel in te richten, waar we nauwlettend het welzijn en de kwaliteit van leven van onze bewoners meten en opvolgen. Er is sterk ingezet op de samenwerking met de huisartsen bij nieuwe locaties. De vakgroep is minimaal 9 maanden voor opening betrokken bij de gesprekken met de huisarts in de omgeving van de nieuwe locatie. De kracht hiervan is maatwerk en goede afstemming met de huisartsen: waar ligt de behoefte in de regio en hoe kunnen we samen de zorg het beste inrichten? We gaan uit van twee stromen: de huisarts voert volledige regie en vraagt onze vakgroep in medebehandeling voor complexe ouderenzorg en onbegrepen gedrag. Maatwerk is een belangrijk aspect, de ene huisarts wil meer begeleiding of ondersteuning en de andere huisarts doet liever meer zelf. Er wordt verkend hoe we mogelijk de huisarts kunnen ondersteunen met vragen in de eerste lijn. De tweede stroom is het regiemodel waar de VS-regie voert, deze is nog in een experimentele fase. Het streven is dat de afspraken over de onderlinge samenwerking en de verantwoordelijkheidsverdeling minimaal twee maanden voor de opening schriftelijk zijn vastgelegd. Helaas zijn er een paar locaties waar geen huisartsen aan boord zijn en de vakgroep de volledige zorg uitvoert.

Doel	Resultaat:
Onderzoeken van de opvolging in de nacht bij calamiteiten via eigen middelen.	Het huidige Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg vereist dat we in de nacht fysiek kunnen beschikken over een verpleegkundige als de situatie daarom vraagt. Dagelijks Leven heeft hiervoor contracten afgesloten met collega aanbieders. In enkele regio's wordt hier echter een buitenproportioneel tarief/abbonnement voor gevraagd. In Zuid en Midden-Limburg is een pilot gestart om dit zelf te organiseren met eigen verpleegkundigen op roosterbasis. Dit verloopt goed. Er is in een andere regio een tweede pilot gestart. Op termijn wordt de abonnementsconstructie afgeschaft en zal de financiering vanuit de zorgkantoren gaan verlopen. Tot die tijd wordt de pilotconstructie aangehouden daar waar nodig.

1.2. COMPASSIE EN UNIEK ZIJN

Compassie en uniek zijn, staan centraal in de visie van Dagelijks Leven. "Ken mij, Zie mij, Hoor mij en Laat mij" komt overal terug. Een belangrijk hulpmiddel is het levensverhaal. Dat geeft de medewerkers handvatten bij het leren kennen van de bewoner, het persoonsgericht maken van het zorgplan en het kan aanknopingspunten bieden in situaties waarbij er sprake is van onbegrepen gedrag. Om het levensverhaal goed in kaart te brengen, zijn er gesprekskaarten beschikbaar. In 2023 is er gestart met het evalueren en herzien en in 2024 wordt er een geactualiseerde versie geïmplementeerd.

1.3. 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. In 2023 is er een werkgroep van start gegaan om intimiteit en seksualiteit meer een onderdeel van het leven van de bewoner te laten zijn en blijven. De eigen regie staat voorop, tenzij dit ernstig nadeel voor de bewoner oplevert. Dan komt de Wet zorg en dwang (Wzd) om de hoek kijken. Samen met de bewoner, zijn vertegenwoordiger en verschillende zorgverleners wordt gekeken naar de beste oplossing die het dichtst bij de wensen van de bewoner staat, passend binnen de kaders van de Wzd. Ook in 2023 is er veel aandacht geweest voor Wzd-casusiestiektrainingen op locatie voor de zorgverantwoordelijken en de locatiemanagers. Tevens is er een werkgroep gestart om toe te werken naar volledig fixatievrij.

1.4. ZORGDOELEN

Er wordt gewerkt met het digitale bewonersdossier van Nedap Ons. Iedere bewoner heeft een persoonsgericht zorgplan dat wordt opgesteld vanuit een specifieke zorgplanstructuur. De domeinen, aandachtsgebieden en doelen zijn ingericht en worden – indien aan de orde bij de betreffende bewoner – gebruikt en persoonsgericht gemaakt door het toevoegen van de specifieke acties. In 2023 is het aandachtsgebied "onbegrepen gedrag" toegevoegd, inclusief gekoppelde (geactualiseerde) vragenlijsten. Komend jaar wordt er een nieuw domein toegevoegd rondom terminale zorg en komt er een specifiek doel voor welzijn.

2. WONEN EN WELZIJN

Het welzijn van de bewoners staat bij ons hoog in het vaandel. 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. DOELEN KWALITEITSJAARPLAN 2023

Koeling en zonwering

Doel	Resultaat:
Beperken hitteoverlast op locaties.	Op 14 locaties zijn er extra screens geplaatst op algemene ruimten en studio's. Daarnaast is er koeling aangebracht op 10 locaties met hitteklachten. Door tekort aan materiaal en mankracht is dit minder dan gepland. Er zijn wel afspraken gemaakt voor volgend jaar.

Interieurvervanging

Doel	Resultaat:
Kwalitatief goede inrichting met de juiste uitstraling op alle locaties.	Er is een nulmeting uitgevoerd (interieuraudit STA) om te bepalen welke interieuronderdelen in aanmerking komen voor vervanging. Afgelopen jaar zijn deze interieuronderdelen op zo'n 10 locaties vervangen. Komend jaar wordt dit voortgezet bij andere locaties.

2.2. ZINGEVING EN ZINVOLLE DAGBESTEDING

Afgelopen jaar is er – net als voorgaande jaren – budget vrijgemaakt voor iedere locatie ten behoeve van zinvolle dagbesteding. Ook is er budget beschikbaar vanuit Stichting Vrienden DL. Er zijn verschillende materialen aangeschaft of activiteiten georganiseerd, zoals een tovertafel, braintrainer, beleef tv, duofiets en uitjes met bewoners. Ook zijn er verschillende individuele hartenwensen vervuld. Denk aan een bewonersvakantie, toeren met een trabant, koken samen met mensen met een verstandelijke beperking.

Afgelopen jaar heeft de werkgroep palliatieve zorg een folder ontwikkeld voor verwanten, is er een procedure met informatie opgesteld rondom de waakmand en zijn er aandachtsvelders aangewezen. Voor de aandachtsvelders zijn er webinars over palliatieve zorg georganiseerd en is de e-learning live gegaan. Ook is onderzocht hoe de laatste levensfase het beste geïntegreerd kan worden in het zorgplan. Begin 2024 wordt er een nieuw domein (domein F) aan de zorgplanstructuur toegevoegd.

De werkgroep valpreventie heeft de procedure valpreventie geactualiseerd en een stroomschema opgesteld om medewerkers te ondersteunen hoe te handelen na een val van een bewoner.

2.3. 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. De eigen regie van bewoner staat voorop. In de praktijk wordt dit dagelijks afgestemd met bewoner. Er zijn afgelopen 2 jaar pilots mondzorg uitgevoerd op locaties om adequate mondzorg bij bewoners te kunnen bevorderen. De resultaten waren positief, maar er was onvoldoende capaciteit beschikbaar bij de partner om alle locaties te kunnen ondersteunen. Er is gezocht naar een 2e partner, om dit verder uit te kunnen rollen naar

alle locaties, maar helaas is er geen geschikte partij gevonden. De huidige partner blijft wel betrokken bij bestaande bewoners met een overeenkomst. Intern is er een specialist ouderengeneeskunde beschikbaar voor het geven van een klinische les over mondzorg. Het is aan locaties om hier naar behoefte gebruik van te maken. Tevens is er een e-learning in ontwikkeling, welke naar verwachting in het tweede kwartaal van 2024 gereed zal zijn.

2.4. VERWANTENPARTICIPATIE EN INZET VRIJWILLIGERS

De verwanten spelen een belangrijke rol in het leven van de bewoners en weten ook veel over hun wensen en behoeften. Verwantenparticipatie is dan ook verweven in de visie en praktische uitvoering van de organisatie. Op iedere locatie worden periodiek verwantenbijeenkomsten georganiseerd om in een informele setting kennis en ervaringen uit te wisselen. In samenwerking met de Verwantenraad is afgelopen jaar ingezet op onderwerpen die vanuit de verwanten naar voren zijn gekomen, zoals maaltijdbeleving, het intakeproces, het wasproces, palliatieve zorg en seksualiteit & intimiteit.

Vrijwilligers zijn altijd een zeer welkome aanvulling op het team. Vrijwilligers dragen in grote mate bij aan het welbevinden en daarmee de kwaliteit van leven voor bewoners. Zie verder hoofdstuk personeelssamenstelling.

2.5. WOONCOMFORT

We staan voor gastvrijheid, gezelligheid en échte aandacht. Alle locaties hebben twee huiskamers met een grote tafel om samen te eten, 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 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 om te wandelen, te ontspannen en te tuinieren.

3. VEILIGHEID

Dagelijks Leven biedt geclusterde Wlz-zorg op basis van een volledig pakket thuis (VPT) zonder behandeling. Daarmee gelden er andere eisen m.b.t. de gevraagde indicatoren uit het Kwaliteitskader. Wel wordt in dit kwaliteitsjaarverslag een toelichting gegeven op de werkwijze ten aanzien van deze thema's binnen Dagelijks Leven.

3.1. DOELEN KWALITEITSJAARPLAN 2023

Domotica

Doel	Resultaat:
Bevorderen van de veiligheid en zelfredzaamheid van bewoners.	Er zijn slagen gemaakt met betrekking tot het bevorderen van de veiligheid, zelfredzaamheid en kwaliteit van leven van bewoners. De voorbereidingen voor de implementatie van een nieuw domoticasysteem zijn in volle gang. Er zijn pilots uitgevoerd en volgens planning wordt de nieuwe soft- en hardware het komende jaar uitgerold naar alle locaties.

Elektronische faciliteiten

Doel	Resultaat:
Valpreventie op de noodtrappenhuizen.	Er worden elektronische sluitplaten toegepast op de noodtrappenhuizen, waardoor het noodtrappenhuis alleen toegankelijk is bij brand en bij het activeren van de groene handmelder. Er zijn afgelopen jaar 2 pilots uitgevoerd en komend jaar zal de installatie plaatsvinden.

Hygiëne en schoonmaak

Doel	Resultaat:
Verminderen verspreiding van micro-organismen.	Er is advies uitgebracht aan en een besluit genomen door directie over urinelozing en stoelgang. In samenwerking met de Verwantenraad is een werkgroep opgestart rondom het wasgoed, inclusief een pilot met professionele wasmachines. Tevens is er gestart met het opstellen van een advies over het gebruik van schoonmaakmiddelen.

3.2. KWALITEITSGEGEVENS

Vanuit de intake, de halfjaarlijkse risicosignalering en het multidisciplinair overleg (MDO) wordt informatie over o.a. huid(letsel), voedingstoestand, mondzorg en incontinentie(letsel) gesignaleerd en besproken. Indien nodig wordt hier een doel met bijbehorende actie(s) voor opgenomen in het zorgplan. Indien er sprake is van decubitus, wordt in samenwerking met de wondverpleegkundige een specifiek behandelplan opgesteld en uitgevoerd.

Naast de aanlevering van de gegevens van de verplichte kwaliteitsindicatoren, heeft Dagelijks Leven voor onderstaande indicatoren gekozen:

- **4.3:** Werken aan vrijheidsbevordering (de wijze waarop de organisatie nadenkt over vrijheidsbevordering van bewoners). Er is gekozen voor deze indicator, omdat dit goed aansluit bij waar we op dit moment staan met de implementatie van de Wzd en hoe er gedacht wordt over vrijheidsbevordering. Door te kijken naar de bewoner als persoon en door goed en multidisciplinair af te wegen welke alternatieven er beschikbaar zijn, wordt de vrijheid van de bewoner persoonlijk bepaald. Dit wordt periodiek geëvalueerd.

- **5: Continentie** (percentage bewoners op de locatie waarbij een plan voor zorg rondom de toiletgang is vastgelegd in het zorgdossier). Hiervoor is gekozen omdat het bij continentie belangrijk is dat er een persoonlijk plan is en dat er op maat wordt gekeken wat past bij de bewoner. Er wordt besproken met de bewoner wat de bewoner thuis gewend was en hoe de bewoner het wenst. Bijzonderheden en afspraken hieromtrent worden vastgelegd in het bewonersdossier.

3.3. MEDICATIEVEILIGHEID

De huisarts is regiebehandelaar en in principe de “voorschrijver” van medicatie en verantwoordelijk voor het medisch dossier en behandelplan. De huisarts kan een beroep doen op de vakgroep van Dagelijks Leven en de bij de locatie betrokken behandelaar (SO/VS/PA) in medebehandeling vragen, bijvoorbeeld op het gebied van onbegrepen gedrag, bij gedragsregulerende medicatie en bij het voorkomen of bij de inzet van onvrijwillige zorg.

De medicatiecommissie adviseert over de medicatieveiligheid binnen Dagelijks Leven. In 2023 is er een aantal wisselingen geweest in de samenstelling van de commissie. O.a. de rol vanuit de vakgroep is door verschillende medewerkers ingevuld. Daarnaast is er besloten een auditor te laten aansluiten voor extra ondersteuning. Dit zorgt ook weer voor nieuwe input vanuit de locaties. In 2023 is de medicatiecommissie zes keer bijeengekomen.

Er is inhoudelijk gesproken en geadviseerd over o.a. de inhoud van de kennissessies (nCare, dubbele controle), scholing helpende plus, advies om pasfoto van bewoner te uploaden in nCare, toewijzing van handelingen aan deskundigheden, het verwijderen van de handtekening op het uitvoeringsverzoek door locatiemanager, het aanvullen van de checklist bij overlijden en het verwerken van adviezen vanuit de PRI-medicatie en vanuit de MIC-analyse.

Voor komend jaar staan er acties op de planning rondom het vereenvoudigen van de dubbele controle, het evalueren van het medicatiebeleid en de medicatieprocedure en het oppakken van verbeterpunten vanuit de audits en de MIC-analyse.

3.4. VRIJHEID EN VEILIGHEID

De Wzd-commissie adviseert over het beleid vrijheid en veiligheid (oftewel de uitvoering van de Wzd) binnen Dagelijks Leven. De Wzd-commissie heeft afgelopen jaar vijf keer overleg gehad om de aandachtspunten met betrekking tot de Wzd te bespreken en acties uit te zetten. Enerzijds ten behoeve van de implementatie en borging van de Wzd en anderzijds om te blijven sturen op afbouw van maatregelen en onvrijwillige zorg.

Er is inhoudelijk gesproken en geadviseerd over de actualisatie van het beleid vrijheid & veiligheid en de onderliggende procedure inzet maatregelen, ondersteuning via Nedap bij beoordelen maatregel door Wzd-functionaris, dashboard Wzd (inmiddels live), e-learning Wzd basis, DL fixatievrij, sturingsinformatie via Power BI, rol en belasting van zorgverantwoordelijken en de inhoud van de Wzd-analyse onvrijwillige zorg.

In de volgende paragraaf wordt ingegaan op de analyse onvrijwillige zorg 2023 met aansluitend de verbeteracties die de Wzd-commissie gaat inzetten in 2024.

3.5.ANALYSE ONVRIJWILLIGE ZORG

Alle locaties van Dagelijks Leven zijn geregistreerd als accommodatie in het Wzd-register. Op enkele locaties is er sprake van de inzet van onvrijwillige zorg en wordt het stappenplan Wzd gevolgd.

Een belangrijk onderdeel binnen de Wzd is het leren van en reflecteren op de toepassing van onvrijwillige zorg. De belangrijkste bevindingen vanuit deze analyse zijn hieronder weergegeven. De volledige analyse is beschikbaar bij Dagelijks Leven.

3.5.1. AANTAL BEWONERS MET TOEPASSING ONVRIJWILLIGE ZORG

In 2023 is er in totaal bij 45 unieke bewoners een vorm van onvrijwillige zorg toegepast.

Dit heeft plaatsgevonden op 32 van de 91 locaties. In 2022 waren dit 56 unieke bewoners op 42 locaties.

In tabel 1 is te zien om welke vormen van onvrijwillige zorg het gaat. Figuur 2 laat zien hoe de verdeling in percentage is.

Unieke bewoners per vorm	Aantal
Beperking bewegingsvrijheid - mechanische fixatie	19
Beperking bewegingsvrijheid - overig	0
Beperking het eigen leven in te richten - communicatiemiddelen	0
Beperking het eigen leven in te richten - overig	21
Controle op aanwezigheid van gedrag-beïnvloedende middelen	0
Insluiten - afzonderingsruimte	1
Insluiten - overig	0
Medicatie	3
Medische controles en handelingen/therapeutische maatregelen	7
Toedienen van vocht/voeding	0
Toezicht - elektronische traceringsmiddelen	1
Toezicht - overige domotica	0

Tabel 1: unieke bewoners per vorm van onvrijwillige zorg

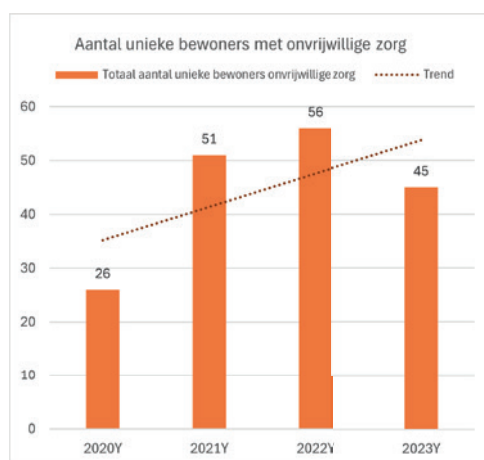


Figuur 2: verdeling van de vormen van onvrijwillige zorg over 2023 - in percentage

Het hoogste aantal en percentage is zichtbaar bij 'beperking het eigen leven in te richten – overig' en 'beperking bewegingsvrijheid – mechanische fixatie'. Dit betreft in 17 gevallen de inzet van een tag voor het sluiten van het toegangshek. De inzet van een tag zorgt ervoor dat het toegangshek op slot gaat zodra de bewoner in de buurt komt. Deze maatregel wordt ingezet om te voorkomen dat de betreffende bewoners ongemerkt het terrein van de locatie verlaten, omdat dit voor hen gevaarlijke situaties oplevert. In 9 gevallen gaat het om Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL handelingen).

3.5.2. TREND UNIEKE BEWONERS

In onderstaande figuur is de trend per jaar weergegeven van het aantal unieke bewoners bij wie een vorm van onvrijwillige zorg is toegepast.



Figuur 3: uniek aantal bewoners waarbij een vorm van onvrijwillige zorg is toegepast

Het aantal unieke bewoners bij wie (sinds de inwerkingtreding van de Wzd) een vorm van onvrijwillige zorg is toegepast¹ is zichtbaar in figuur 3.

In 2020 en 2021 is een stijgende lijn waarneembaar. Dit is deels verklaarbaar door de toename van het totaal aantal bewoners dat bij Dagelijks Leven woonachtig is. Na een stijgend aantal in 2020, 2021 en (de eerste helft van) 2022, is in 2023 is het aantal unieke bewoners waarbij een vorm van onvrijwillige zorg is toegepast weer iets afgenomen, naar 45.

3.5.3. LEER- EN ONTWIKKELPUNTEN

Het absoluut aantal maatregelen onvrijwillige zorg is – ondanks de groei van de organisatie en de daarmee gepaard gaande toename van het aantal bewoners – sinds de tweede helft van 2022 gedaald. Deze daling kan worden toegeschreven aan de toenemende bewustwording, kennis en kunde binnen de organisatie. Zo hebben alle verpleegkundigen en GVP de training tot zorgverantwoordelijke afgerond en is er sterk ingezet op maatwerktrainingen op locaties. Hierbij is gericht gekeken naar de status van implementatie (kennis en kunde) op locatie en is er aan de hand van casuïstiek op de locatie ingezoomd op het toepassen van de Wzd in de praktijk.

Ondanks bovenstaande is een belangrijk ontwikkelpunt voor komend jaar het terugkerende signaal dat de Wzd veel vergt van onze zorgverantwoordelijken. Een juiste uitvoering van de Wzd is complex en vergt veel in tijd en op inhoud van de medewerkers die de rol van zorgverantwoordelijke hebben gekregen (de verpleegkundigen en de GVP). Daarbij is er ook sprake van een discrepantie in taal, kennis en kunde tussen de zorgverantwoordelijke en de Wzd-functionaris. Vanuit de Wzd-commissie wordt gezocht naar ontwikkelmogelijkheden en zal advies worden gegeven ter verbetering.

Daarnaast wordt gewerkt aan de nieuwe norm “DL fixatievrij”, waarin er een totaalverbod komt op mechanische fixatie. Het streven is om dit per 1-1-2025 volledig geïmplementeerd te hebben bij nieuwe toepassingen.

Aanvullend hierop staan de volgende acties op de agenda van de Wzd-commissie:

- Evaluatie beleid en documenten (vereenvoudigen en verkorten)
- Ontwikkelen en implementeren e-learning Wzd voor zorgverantwoordelijken
- Verwerken bestuurlijke afspraken Wzd (in afwachting wetsvoorstel herziening Wzd)
- Bevorderen van de rechtspositie van bewoners

3.6. HYGIËNE EN INFECTIEPREVENTIE

De hygiëne- en infectiepreventiecommissie van Dagelijks Leven adviseert over hygiëne, preventie, opsporing en bestrijding van infecties van bewoners en medewerkers. Afgelopen jaar zijn er enkele wisselingen geweest in de samenstelling van de commissie en is de externe deskundige infectiepreventie tijdelijk vervangen door een collega. In 2023 is de hygiëne- en infectiepreventiecommissie vier keer bij elkaar gekomen.

Er is inhoudelijke gesproken en geadviseerd over o.a. de inhoud van de kennissessies (reinigen en desinfecteren en prikaccidenten), urinelozing en stoelgang, ontwikkeling en herziening procedures (prikaccidenten, hoofdluis, noodbox, maatregelen bij corona), e-learning schoonmaak, advies over de eisen aan werkkleding). Daarnaast zijn er in samenwerking met de externe deskundige infectiepreventie vier thema-audits hygiëne uitgevoerd op locatie ter lering en verbetering.

Voor komend jaar staan er acties op de planning rondom o.a. wasgoed, het hygiënebeleid, het verminderen en vereenvoudigen van het aantal schoonmaakmiddelen en het inrichten van een dashboard rondom infectieziekten.

¹ Conform Hoofdstuk 3; artikel 7 lid 1a van de Rzd.

3.7. INCIDENTEN

Medewerkers handelen direct bij een incident en melden (bijna-) incidenten via het MIC-formulier in het bewonersdossier. De locatiemanager krijgt hier een melding van en geeft hier op incident- en locatieniveau opvolging aan. In geval van een zeer ernstig of fataal incident meldt de locatiemanager het incident direct bij de Calamiteitencommissie (zie volgende paragraaf).

De MIC-commissie analyseert alle incidentenmeldingen op organisatieniveau. De MIC-commissie heeft ten doel om op basis van feitenanalyse, trends zichtbaar te maken en de organisatie hiervan te laten leren. De MIC-commissie is in 2023 vier keer bij elkaar gekomen (steeds in de 3e week na aflopen van het kwartaal). Ter voorbereiding op de MIC-vergadering is er met de analyserende leden vier keer een analysebijeenkomst gepland (in de 1e week na afloop van het kwartaal).

Eind 2023 hebben we 91 locaties. In 2023 zijn er 2.410 bewoners in zorg (geweest). In totaal zijn er afgelopen jaar 13.426 MIC-meldingen gedaan, bij 2.027 bewoners. De analyses worden op onderwerp uitgevoerd. De analyses over 2023 laten zien dat valincidenten en medicatie incidenten samen zorgen voor 73% van alle MIC-meldingen, gevolgd door 14% op het gebied van agressie en geweld. De trends en verbeteradviezen worden ieder kwartaal vastgelegd en voorzien van verbeteradviezen. Een samenvatting hiervan wordt opgenomen in de managementrapportage.

Naast de inhoudelijke analyse heeft de MIC-commissie afgelopen jaar het analyseproces aangepast en de procedures waar nodig geactualiseerd. Ook is het MIC-formulier vereenvoudigd (actief per 1-1-2024) en er is een start gemaakt met leggen van een verbinding tussen de MIC en de MIM-analyses.

Komend jaar wordt deze verbinding tussen de MIC en MIM-analyse verder geoptimaliseerd en wordt gekeken naar een mogelijke verbinding met het consultatieteam (rondom de onderwerpen agressie & geweld en traumatische gebeurtenissen).

3.8. CALAMITEITEN

Voor (zeer) ernstige en/of fatale incidenten wordt een melding opgeschaald naar de Calamiteitencommissie. De Calamiteitencommissie bestaat eind 2023 uit medewerkers vanuit verschillende functies (6 vaste leden, 11 onderzoeksleden, 2 leden van de vakgroep op afroep en een coördinator voor de binnenkomende meldingen). In geval van (een vermoeden van) een calamiteit wordt het onderzoek voorgezeten door een onafhankelijke externe voorzitter.

De vaste leden van de Calamiteitencommissie zijn in 2023 vier keer bij elkaar gekomen voor overkoepelend overleg. Het uitvoeren van de onderzoeken wordt zoveel mogelijk digitaal gedaan en er wordt op afstand gereageerd en meegelezen. Indien er interviews gehouden moeten worden, vinden deze vrijwel altijd plaats op de locatie waar het incident heeft plaatsgevonden.

Afgelopen jaar heeft de commissie haar eigen werkwijze geëvalueerd en geactualiseerd. Daarbij is o.a. het meldingsproces via Afas geautomatiseerd, zijn de verbeterplannen geborgd in het centrale verbeterplan (directieniveau), is er een kennissessie georganiseerd voor de onderzoekers, zijn er nieuwe onderzoekers ingewerkt en zijn er wijzigingen doorgevoerd in procedures en formats.

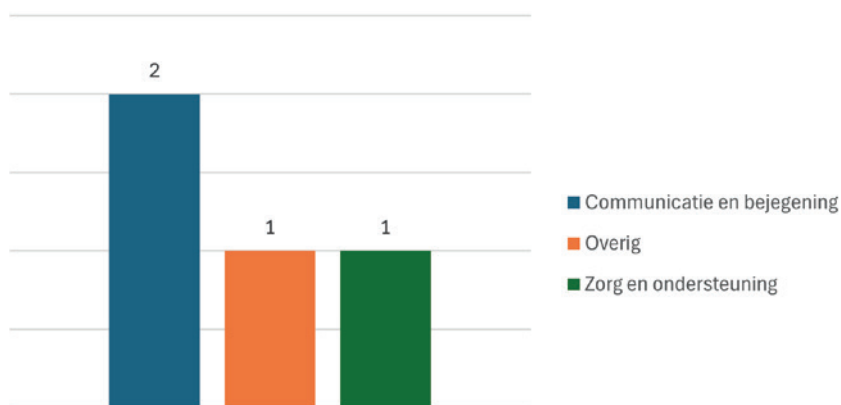
Er zijn in totaal 171 meldingen onderzocht. Dit zijn er 23 meer dan in 2022. Dit is mogelijk gevolg van de groei van de organisatie en de achteruitgang van de gezondheid van de bewoners die al langere tijd bij ons wonen. Er zijn 158 valincidenten gemeld, 6 medicatieincidenten en 7 incidenten overig. Bij 25 onderzoeken zijn aanvullende vragen gesteld (label 2). Bij 7 onderzoeken zijn interviews gehouden (label 3).

In 2023 zijn er 6 calamiteiten gemeld bij de IGJ. De calamiteiten hebben plaatsgevonden in februari, april, mei, oktober en december. De eerste vijf calamiteiten zijn door de IGJ inmiddels afgehandeld. We zijn nog in afwachting van de reactie van IGJ op het onderzoeksrapport van de laatste calamiteit. Bij ieder onderzoeksrapport is er een verbeterplan opgesteld met daarin acties voor de locatie, maar ook organisatiebrede acties (die zijn opgenomen in het centrale verbeterplan).

Komend jaar wil de Calamiteitencommissie – naast het uitvoeren van onderzoek naar mogelijke calamiteiten – inzetten op het verder evalueren en waar mogelijk samenvoegen van documenten, het optimaliseren van de mogelijkheden in Afas, het organiseren van een kennissessie en het verbeteren van de samenwerking met HR indien er sprake is geweest van verwijtbaarheid van de tekortkoming door de medewerker.

3.9. KLACHTEN BEWONERS

In 2023 waren er zes klachtenfunctionarissen werkzaam en zijn er in totaal vier formele klachten binnengekomen en in behandeling genomen:



Figuur 3.9a: formele klachten 2023

Drie klachten zijn naar tevredenheid afgehandeld. Deze officiële klachten worden – conform klachtenreglement – niet in het dossier geregistreerd, maar zijn alleen inzichtelijk voor de klachtenfunctionaris. Eén klacht is niet naar tevredenheid afgehandeld. De klaagster heeft zich tot de Geschillencommissie gewend. Behandeling aldaar moet nog plaatsvinden.

Naast de officiële klachtenprocedure kunnen bewoners en verwanten terecht bij de manager klanttevredenheid. Vaak betreft het uitingen van onvrede of zorgen die verwanten informeel willen bespreken met een onafhankelijke (niet bij de locatie betrokken) derde. Deze mogelijkheid wordt zowel door verwanten als door de organisatie als zeer prettig ervaren en kan formele klachten voorkomen.

Komend jaar wordt o.a. het klachtenreglement geëvalueerd en wordt er in samenwerking met de Verwantenraad en DL Academy een scholing ontwikkeld voor medewerkers over communicatie met en naar verwanten. Daarnaast blijft verwachtingsmanagement een belangrijk thema.

4. LEREN EN WERKEN AAN KWALITEIT

4.1. DOELEN KWALITEITSJAARPLAN 2023

Excellente dementiezorg en visie

Doel	Resultaat:
DL zet een volgende stap naar nog meer persoonsgerichte zorg en ondersteuning met het verhogen van de kwaliteit van leven van onze bewoners als belangrijkste doel + het werken volgens de visie is weer een vanzelfsprekendheid.	Het borgen van de visie blijft een continu aandachtspunt, maar de ontwikkeling van het visiespel en het integreren van de visie in alle scholingen heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan dit speerpunt. Aan de hand van het visiespel is veel informatie verzameld en gebundeld tot verschillende thema's. Er is een e-learning visie ontwikkeld, inclusief praktijkscholing. Om de verwantenparticipatie te stimuleren, wordt gewerkt aan het toevoegen van het ecogram aan de intake, naast het levensverhaal. Met het ecogram brengen we in kaart welke sociale rollen belangrijk zijn voor de bewoner, zodat we het leven van thuis zo goed mogelijk kunnen voortzetten in onze locaties.

Behoeftegericht werken

Doel	Resultaat:
De bewoner krijgt de best passende zorg naar behoefte vanuit de juiste professional.	In het kader van het versterken van de eigen regie van bewoner is ingezet op behoeftegericht werken. Wij passen de zorg voor de bewoner aan op zijn individuele behoeften die de bewoner uitsprekt of die duidelijk zichtbaar zijn, maar ook aan de behoeften die de bewoners niet uitsprekt. Dit kan een verlangen van de bewoner zijn, maar ook een veronderstelde verwachting: wij gaan ervanuit dat de bewoner dit verlangen heeft. Door de bewoner echt te leren kennen, goed te kijken, door te vragen en er zeker niet vanuit te gaan dat de bewoner vandaag hetzelfde wil als gisteren, zorgen we ervoor dat we de behoeften van de bewoner zo goed mogelijk in kaart brengen. Elke dag weer.

Onbegrepen gedrag

Doel	Resultaat:
Optimale zorg en ondersteuning aan onze bewoners die nodig is bij onbegrepen gedrag.	De implementatie van de richtlijn onbegrepen gedrag en het consultatieteam is goed verlopen. Het consultatieteam is operationeel, alleen de inzet in de praktijk blijft nog wat achter. Komend jaar wordt er extra aandacht gegeven aan de beschikbaarheid van het consultatieteam voor de locaties.

Interne audits

Doel	Resultaat:
Het stimuleren en enthousiasmeren van locaties tot kwaliteitsverbetering.	Met ingang van 2023 is de werkwijze rondom de interne audits aangepast. Iedere locatie wordt minimaal één keer per jaar bezocht (voorheen was dit twee keer per jaar). Alleen bij grote wijzigingen (zoals een nieuwe locatiemanager of op verzoek) wordt er een tweede audit uitgevoerd. Naast het auditbezoek wordt er twee keer per jaar een dossiercheck op afstand gedaan. Zo houden we ook tussentijds een frisse blik op de dossiers. Voorheen bestond de auditdag vooral uit vooraf ingeplande interviews met medewerkers. Dit is aangepast. De interne auditor komt nu juist meelopen met het team om een beeld te krijgen van de dagelijkse praktijk op locatie. Dit doen we via observaties tijdens de dag en door in gesprek te gaan met medewerkers en bewoners. De interne auditor gaat – nog meer dan voorheen – tijdens de auditdag direct het gesprek aan met medewerkers. De resultaten tonen wat er goed gaat, waar nog winst te behalen valt en waar mogelijke ondersteuning nodig is. Kortom: dit zijn complimenten, maar ook handvatten die kunnen helpen om de kwaliteit van zorg voor de bewoners nog verder te verbeteren. Daarna kan de locatiemanager concreet aan de slag om (samen met het team en de locatiecoach) verbetermaatregelen op te stellen voor de gesignaleerde aandachtspunten. Zo werken we met elkaar aan de beste zorg voor onze bewoners!

Aandachtsvelders

Doel	Resultaat:
Borgen van aandacht voor beleid en procedures t.a.v. de aandachtsvelden op locatie, inclusief het implementeren van wijzigingen.	Er is een basistraining beschikbaar voor aandachtsvelders. Vervolgens worden ze aan de hand van kennissessies inhoudelijk getraind op het specifieke aandachtsgebied. In 2023 zijn er diverse kennissessies georganiseerd. De implementatie van de rol van nieuwe aandachtsvelders heeft enige vertraging opgelopen en loopt door in 2024.

E-learning

Doel	Resultaat:
E-learning is aantrekkelijker om te volgen en kost minder tijd.	Medio 2022 is een nieuwe auteursstoel aangeschaft (Rise) om de e-learning interactief en visueel aantrekkelijk te maken. Daarnaast heeft de DL Academy sinds medio 2023 een eigen videograaf voor 16 uur per week. Doelstelling voor 2023 was minimaal 1 e-learning per kwartaal te ontwikkelen met gebruikmaking van meer interactie en foto-/videomateriaal. In 2023 zijn de volgende e-learning's opgeleverd met extra interactie en eigen foto- en videomateriaal: • Maaltijdbeleving • Palliatieve zorg • Inzicht in dementie • Skills video's • Contact met verwanten • Gedragscode

Interne trainers

Doel	Resultaat:
Interne trainerspool met voldoende deskundige trainers.	Er zijn veel interne trainers geworven en getraind in 2023. Vooral veel extra skills trainers. Die hebben we nodig na invoering van een nieuwe werkwijze waarbij nieuwe medewerkers binnen twee weken een skills training moeten volgen. Daarom hebben we ook vaker een skillslab voor skills trainers georganiseerd, zodat zij extern zijn afgetoetst. Voor het eerst hebben we ook meer gericht trainers geworven naar behoefte, in samenwerking met de coaches: welke trainers hebben wij nodig in welke regio's? Vervolgens zijn er veel train-de-trainers basistrainingen gegeven (twee dagen) en is nazorg geleverd in de vorm van coaching van nieuwe trainers door meelopen met een ervaren trainer en door inzet coördinerend hoofdtrainers. Medio 2023 is bij de DL Academy een tweede coördinerend hoofdtrainer gestart voor 28 uur per week.

Verduurzaming (zonnepanelen en laadpalen)

Doel	Resultaat:
Verder verduurzamen van de bedrijfsvoering.	Het plaatsen van zonnepanelen op herbestemmingspanden heeft vanwege problemen met uitlevering van materiaal en installateurs niet plaatsgevonden. Daar waar mogelijk worden op eigen terrein (dubbele) laadpalen voor elektrische auto's geplaatst. We hebben nu op 18 locaties dubbele laadpalen en op het hoofdkantoor zijn er 3 dubbele laadpunten beschikbaar.

4.2. KWALITEITSMANAGEMENTSYSTEEM

Dagelijks Leven heeft een HKZ gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem. Jaarlijks worden we door een onafhankelijk certificatiebureau (KIWA) beoordeeld via een externe audit. Daarnaast voeren we interne audits uit, waarbij iedere locatie minimaal één keer per jaar wordt bezocht door de interne auditor en er twee keer per jaar een dossiercheck op afstand wordt uitgevoerd.

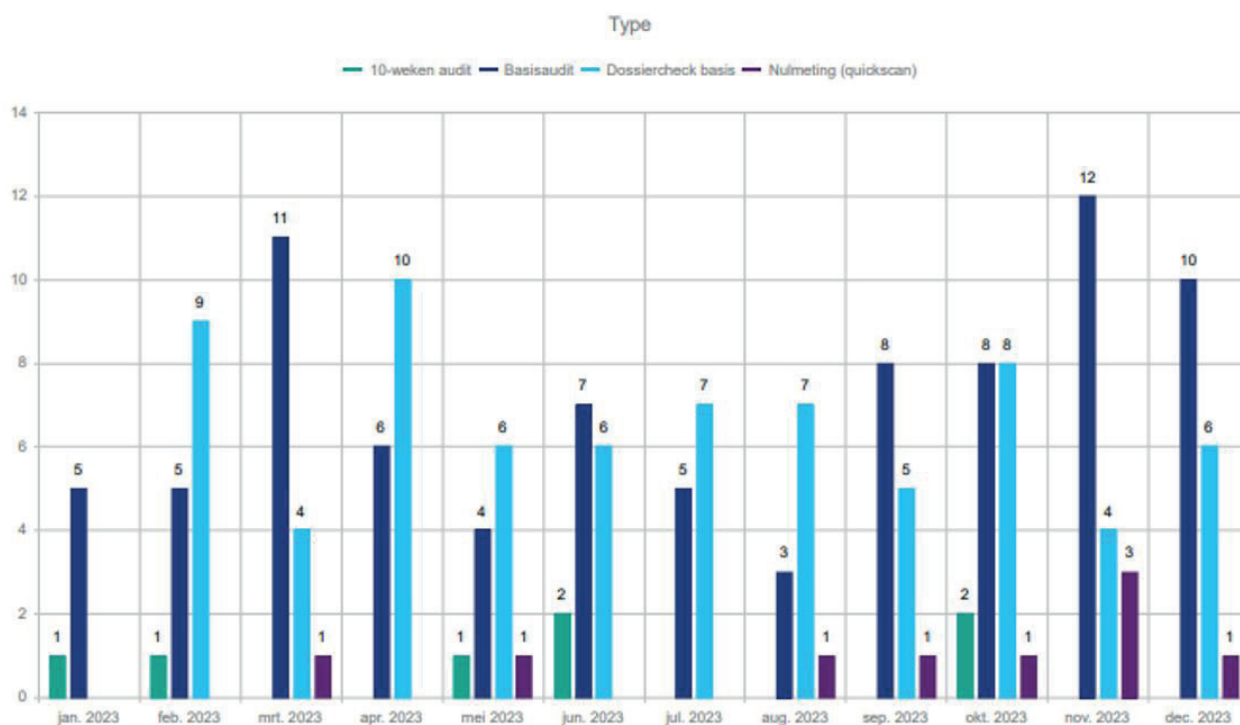
4.3. KWALITEITSJAARPLAN

Dagelijks Leven beschikt over een actueel kwaliteitsjaarplan, ingedeeld naar de thema's van het Kwaliteitskader. De input voor het centrale kwaliteitsjaarplan wordt verkregen vanuit 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 kwaliteitsjaarplan wordt gemonitord via de kwaliteitsrapportage die per kwartaal wordt opgesteld. Aanvullend op het centrale kwaliteitsjaarplan, maakt iedere locatie een eigen jaarplan. Op dat locatieniveau wordt de voortgang bijgehouden tijdens het overleg tussen locatiemanager met de leidinggevende, met de locatiecoach en met de medewerkers tijdens het teamoverleg.

4.4. IN- EN EXTERNE AUDITS

Tijdens de externe audit in 2023 zijn er geen tekortkomingen en geen bevindingen geconstateerd.

Vanuit de interne audits komen voornamelijk verbeterpunten naar voren op de cyclus rondom het bewonersdossier en ten aanzien van het medicatieproces. In 2023 zijn er 84 basisaudits (inclusief dossierchecks), 72 losse dossierchecks, 7 10-weeken audits (inclusief dossierchecks) en 9 quickscans uitgevoerd, zie onderstaande figuur.



Figuur 4.4: overzicht uitgevoerde interne audits

Vanuit de dossierchecks komt het onderdeel 'zorgplan en rapportage' als grootste verbeterpunt naar voren. Dit betreft de cyclus van verzamelen, verwerken, bewaken en sturen op informatie in het zorgplan. Dit is een blijvend aandachtspunt. Vanuit de audits op locatie zijn er op de onderdelen "medicatieproces" en "medisch beleid" de meeste verbetermogelijkheden gesignaleerd. Dit betreft o.a. het voorraadbeheer van opiaten en insuline, het uitvoeren van de dubbele controle en het vastleggen van het reanimatiebeleid. Deze onderwerpen zijn specifiek opgenomen in het jaarplan 2024.

4.5. KWALITEITSVISITATIE

In het voorjaar van 2020 is er een visitatie uitgevoerd door Verenso bij de vakgroep specialisten ouderengeneeskunde. De vakgroep is beoordeeld op 24 kwaliteitsitems, zowel door zichzelf als door de visitatiecommissie. Op basis van de uitkomsten is door de vakgroep een vijfjaren verbeterplan opgesteld. Enkele punten zijn al opgepakt (zoals afstemming medisch handelen op het eigen vakgebied, inzet expertise binnen de organisatie en projecten, bereikbaarheid en waarneming), andere punten lopen nog of zijn opgenomen in het jaarplan (zoals multidisciplinaire samenwerking en het ontwikkelen van een zorgmodel voor de toekomst). In 2025 wordt de vakgroep opnieuw gevisiteerd.

4.6. INSPECTIEBEZOEK

Begin 2023 is er een aangekondigd gesprek geweest vanuit de IGJ met het bestuur en de Raad van Commissarissen. De IGJ wilde graag kennismaken met de twee nieuwe bestuurders en in gesprek over de ontwikkelingen die spelen binnen de organisatie en bij Orpea. Tijdens dit bezoek is afgesproken dat de IGJ ook enkele locaties onaangekondigd zal bezoeken. In april en mei zijn er drie locaties bezocht. De rapportages laten zien dat we op alle getoetste normen (grotendeels) voldoen, met een uitzondering op één norm (methodisch werken met het dossier) op één van de drie locaties. We zijn erg tevreden en trots op deze conclusie vanuit de IGJ.

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. Dagelijks Leven is aangesloten bij brancheorganisatie ActiZ. Daarnaast zijn er regelmatig gesprekken met bestuurders, managers en professionals van collega-aanbieders.

4.8. SAMENWERKING HUISARTSEN

Over het algemeen gaat de samenwerking met huisartsen goed en wordt gewerkt conform de leidraad van de Landelijke Huisartsen Vereniging (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 adequaat. 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. Dagelijks Leven gaat in eerste instantie in gesprek met de huisartsen om uit te leggen dat zij alleen huisartsgeneeskundige zorg hoeven te leveren en geen ouderengeneeskundige zorg. Voor ouderengeneeskundige zorg kunnen huisartsen immers een beroep doen op (leden van) de vakgroep. Wanneer huisartsen blijven aangeven de medische zorg niet te willen verlenen aan de bewoners, wordt in overleg met huisarts(en), HAP, zorgverzekeraar en zorgkantoor gezocht naar maatwerkoplossingen. Denk aan mogelijkheden voor (her)verdeling van taken en verantwoordelijkheden, zoals het inzetten van de SO (in samenwerking met de VS of PA) als medebehandelaar en het inzetten van derden om de continuïteit van zorg te borgen. Er wordt nu tijdens de opstartfase vanuit de vakgroep contact gelegd met de huisarts om de samenwerking en ondersteuning nog meer vorm en inhoud te geven.

5. LEIDERSCHAP, GOVERNANCE EN MANAGEMENT

5.1. DOELEN KWALITEITSJAARPLAN 2023

Leiderschapsontwikkeling en traineeship

Doel	Resultaat:
Versterken van de competenties en persoonlijk leiderschap/ persoonlijke effectiviteit van locatiemanagers en leidinggevenden van het hoofdkantoor.	Er is een opleidingsprogramma ingericht, inclusief leergroepen voor (trainee) locatiemanagers en leidinggevenden van het hoofdkantoor. Daarbij wordt er gebruik gemaakt van verschillende tools, 3-gesprekken met persoonlijke ontwikkelingsdoelen en ontwikkelplannen.

Doel	Resultaat:
Het bevorderen van doorgroeimogelijkheden via het programma voor trainee locatiemanagers.	In september 2023 is voor het eerst met en voor trainees een event voor trainees georganiseerd. De dag stond in het teken van ontwikkelen en het vergaren van kennis, elkaar en de organisatie leren kennen en ervaringen delen. Er zijn verschillende sprekers uitgenodigd om te komen vertellen over zijn/haar werkzaamheden binnen Dagelijks Leven. Denk hierbij aan de directie, Hr-advies/verzuim, OR en Roosteren. Er is veel inbreng van trainees verzameld om het traineeprogramma te verbeteren, dit wordt begin 2024 verder opgepakt. Tot slot zijn ook de voormalig trainees die inmiddels locatiemanager waren geworden in het zonnetje gezet.

5.2. MISSIE, VISIE EN KERNWAARDEN

Een gevoel van eigenwaarde is belangrijk voor elk mens. Ertoe doen en het gevoel hebben dat je mag zijn wie je bent. Dat verandert niet wanneer iemand lijdt aan een vorm van geheugenverlies. Als Dagelijks Leven creëren we in onze hoogwaardige, kleinschalige woonzorglocaties een veilige en vertrouwde omgeving voor onze bewoners. Een plek waar zij zoveel als mogelijk leven zoals zij dat gewend zijn en zelf willen. Waar ze gehoord en gezien worden, zich gekend voelen en hun eigen keuzes kunnen maken. Gewoon, als thuis. En misschien wel net zo belangrijk: betaalbaar voor iedereen, ook voor wie alleen een volledige AOW-uitkering heeft. We vinden dat deze manier van zorg, persoonlijk en gespecialiseerd, altijd beschikbaar moet zijn voor wie het nodig heeft.

MISSIE

De beste dementiezorg, betaalbaar voor iedereen!

VISIE

Wij zien onze bewoners. Zij staan voorop, niet de dementie die zij hebben. Wij luisteren naar ze, oprecht en tussen regels door. Wij kennen hun levensverhaal, hun behoeften en we weten wat zij waarderen. Wij laten ze eigen keuzes maken en ondersteunen ze waar nodig. Kortom:

Ken mij, Zie mij, Hoor mij, Laat mij.

KERNWAARDEN

Vooruitstrevend

We pakken zaken (anders) aan. We hebben een vernieuwend concept en bieden daarmee de beste ondersteuning aan onze bewoners. En we betrekken de verwanten daar nadrukkelijk bij. Omdat het altijd nóg beter kan, leren we elke dag en zijn we steeds op zoek naar nieuwe mogelijkheden. Zo ontwikkelen we onze dienstverlening. En zo blijven we de beste zorg bieden!

Gepassioneerd

We houden van ons werk. Omdat we het beste willen voor onze bewoners. Hun gewoonten en wensen bepalen hoe hun dag verloopt. Gewoon, als thuis. We ondersteunen onze bewoners vanuit ons hart én vanuit ons hoofd, want we verstaan ons vak en nemen verantwoordelijkheid. Dat doen we als team, met veel plezier. Zo halen we met onze bewoners het beste uit de mogelijkheden die ze hebben.

Duidelijk

We zijn graag duidelijk. We weten wat we doen en wat we niet doen. En dat maken we voor iedereen inzichtelijk. We houden van begrijpelijk taal, heldere afspraken en van beloften die we waar kunnen maken. We doen wat we zeggen, en we zeggen wat we doen. Zo houden we het voor iedereen simpel en betrouwbaar.

5.3. LEIDERSCHAP EN GOED BESTUUR

Dagelijks Leven heeft een tweehoofdig bestuur en een Raad van Commissarissen bestaande uit drie leden. De Raad van Commissarissen komt per jaar minimaal vijfmaal bijeen. De april- en decembervergaderingen worden (veelal) gecombineerd met een aandeelhoudersvergadering. Hierdoor ontstaat er een open dialoog tussen de verschillende organen, met behoud van ieders eigen verantwoordelijkheid. Verder wordt er periodiek overlegd met de Verwantenraad en de Ondernemingsraad. Als gevolg van de Wtza-toelating valt Dagelijks Leven Zorg B.V. onder de reikwijdte van de Wet normering topinkomens (WNT).

De relevante thema's uit de Governancecode Zorg 2022 zijn opgenomen in de statuten van Dagelijks Leven Zorg B.V. en/of vastgelegd in het reglement van de Raad van Commissarissen en het directiereglement. Ook heeft Dagelijks Leven beleid voor de dialoog met de verschillende belanghebbenden.

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 directie of aan de operationeel manager. In de aansturing worden zij functioneel ondersteund door locatiecoaches en waar nodig worden kwaliteitsondersteuners ingezet.

5.4. MEDEZEGGENSCHAP

De directie heeft frequent overleg met de Verwantenraad ("VR") 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 VR en de Ondernemingsraad.

5.4.1. VERWANTENRAAD

Dagelijks Leven heeft een centrale VR. De belangrijkste taak van de VR is het behartigen van de gemeenschappelijke belangen van alle bewoners van Dagelijks Leven. De VR brengt gevraagd en ongevraagd advies uit aan de directie

over het beleid en de uitvoering van de zorgverlening. In juli is een nieuwe voorzitter benoemd. Eind 2023 bestaat de VR uit 10 leden. Er wordt nog gezocht naar leden vanuit de regio Zuid-Holland en Soest/Nunspeet.

De VR heeft vijf keer vergaderd in 2023. Daarnaast hebben verschillende leden deelgenomen aan werkgroepen rondom o.a. voeding, was, palliatieve zorg, seksualiteit & intimiteit.

Belangrijke vergaderthema's waren:

- Voeding
- Beleid vrijheid en veiligheid
- Intakeproces
- Palliatieve zorg
- Seksualiteit & intimiteit
- Jaarlijkse onderwerpen, zoals het kwaliteitsjaarplan, de begroting en het financiële jaarplan
- Rol van/verbinding met Orpea
- Aantrekken en behouden van personeel
- Samenwerking met huisartsen

Er is regulier contact met de manager. Naast de aanwezigheid bij verwantenbijeenkomsten op locatie, worden leden van de VR ook af en toe gevraagd om deel te nemen bij een bezoek van of overleg met een zorgkantoor, bij een bezoek van de IGJ of tijdens de externe HKZ-audit.

De VR blijft actief meedenken met en toezien op het waarborgen van de visie en de dagelijkse zorg en ondersteuning van bewoners. Komend jaar gaat de VR zich bezinnen op de vraag hoe hij vorm kan blijven geven aan zijn taak tot vertegenwoordiging van de belangen van bewoners en verwanten in relatie tot de groei van het aantal locaties. Tevens zal er aandacht zijn voor de samenwerking met huisartsen en gemeenten. Een belangrijk ijkpunt blijft ook communicatie en verwachtingsmanagement.

5.4.2. ONDERNEMINGSRAAD

De medezeggenschap van medewerkers is geborgd via de Ondernemingsraad ("OR"). De belangrijkste taak van de OR is het behartigen van de algemene belangen van alle medewerkers van Dagelijks Leven. De OR brengt gevraagd en ongevraagd advies uit aan de directie over het (personeels)beleid en de bedrijfsvoering.

De Or bestaat in 2023 uit 11 leden en is zeven keer bijeengekomen. Daarnaast zijn er waar nodig tussentijds overlegmomenten met elkaar en/of met directie geweest. In 2023 is de OR twee keer fysiek bijeengekomen (de andere momenten vonden via Teams plaats) en heeft in juli een training op maat ontvangen. Hier is de WOR, communicatie naar en met de achterban en directie besproken en behandeld. De OR heeft dit als zeer prettig ervaren en ziet hier graag in 2024 een vervolg op.

Er is afgelopen jaar advies gegeven over de wijziging in de organisatiestructuur. Er is instemming verleend ten aanzien van de klokkenluidersregeling, het arbobeleid en de aanstelling van een preventiemedewerker.

De OR blijft zich ook komend jaar inzetten op meer bekendheid binnen de organisatie. De OR is van mening dat er blijvende aandacht, verbetering en verdieping nodig is op verschillende onderwerpen, zoals bejegening/communicatie, de visie, verzuim, vitaliteit en diverse zorginhoudelijke onderwerpen.

5.5. VERANKERING ZORGINHOUDELIJKE EXPERTISE

Dagelijks Leven heeft een eigen vakgroep met specialisten ouderengeneeskunde (SO), verpleegkundig specialisten (VS), physician assistants (PA) en psychologen. Zij houden zich bezig met het zowel beleidsmatig als praktisch en zorginhoudelijk ondersteunen van de locaties. Er is structureel overleg tussen de directie, de manager vakgroep en de voorzitter van de vakgroep. Daarnaast heeft de vakgroep vier keer per jaar fysiek overleg. Elke twee maanden is er regionaal overleg met de vakgroep en de locatiecoaches om gezamenlijk nog beter inhoud en afstemming te geven aan de zorg voor onze bewoners. De specialisten participeren in de verschillende interne zorginhoudelijke commissies.

Vanwege de landelijke spreiding is er aan elke locatie een behandelaar van de vakgroep gekoppeld. Afhankelijk van de lokale en bewoner specifieke afspraken kan de vakgroep in medebehandeling worden gevraagd door de huisarts of het regiehandelaarschap overnemen (daar waar er sprake is van huisartsenproblematiek). Dit bepaalt ook de mate van betrokkenheid bij overlegvormen op locatie (zoals zorgplanbespreking, MDO en gedragsvisite). Om de huisartsen te ontlasten is de vakgroep in de Wzd-rollen van "arts" en "deskundige van een andere discipline" betrokken bij de inzet van onvrijwillige zorg/gelijkgestelde zorg op de locaties. Ook zijn er meerdere SO met instemming van de VR benoemd tot Wzd-functionaris. Zij vervullen deze taak onafhankelijk voor bewoners/locaties waarbij ze zelf niet betrokken zijn.

De vakgroep heeft veel expertise in huis en heeft excellente dementiezorg hoog in het vaandel staan. Een eigen consultatieteam is geïntegreerd in de richtlijn onbegrepen gedrag om de bewoner met elkaar (multidisciplinair) weer te leren begrijpen. We hebben SI-behandelaren (sensorische informatieverwerking) met een goede focus op de prikkelverwerking van de bewoner om hun kwaliteit van leven nog beter te maken. Daarnaast werken we hard om onze organisatie waar mogelijk fixatievrij in te richten en kijken we naar thema's zoals seksualiteit & intimiteit en ouderenmishandeling. Vanaf mei 2023 heeft de vakgroep een telefonische bereikbaarheid van 24/7 voor de locaties om te ondersteunen bij acute problematiek.

Voor de acute en specialistische zorg (waaronder specialistische verpleegtechnische handelingen) zijn er op locatieniveau afspraken met collega-aanbieders. Waar huisartsenposten weigeren de zorg tijdens de ANW te leveren, maken we gebruik een externe partij. Daarnaast wordt er binnen de organisatie gewerkt met advies en triage tijdens de ANW-uren door een niveau 5 verpleegkundige via een overeenkomst met NAAST (inmiddels Altide).

Komend jaar worden de zorginhoudelijke commissies aangevuld met nieuwe leden vanuit de locaties, waarmee we de expertise vanuit de praktijk nog verder verankeren.

6. PERSONEELSSAMENSTELLING

6.1. DOELEN KWALITEITSJAARPLAN 2023

De doelen in het kwaliteitsjaarplan ten aanzien van het thema 'personeelssamenstelling', richten zich op een vijftal onderwerpen. In onderstaande paragrafen passeren deze onderwerpen een voor een de revue en wordt beschreven welke acties er in 2023 zijn ondernomen om die doelen te bereiken.

6.2. 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 bijlage 2 is de personeelssamenstelling te vinden.

6.3. VERLOOP

In 2023 is het verloop als strategisch speerpunt succesvol aangepakt. Het verloop is significant gedaald, van 28,7% in 2022 naar 22,1% in 2023 (zie bijlage 2). Dit is het verloop exclusief zorg- en locatieassistenten, aangezien in deze functie veelal vakantiekrachten werkzaam zijn. Van al het verloop is 12,6% in proeftijd, een daling ten opzichte van 2022 van 1%. Interventies die voor een deel in 2022 zijn gestart en in 2023 verder zijn geïmplementeerd, spitsen zich toe op drie sporen.

- 1. Allereerst het verbeteren van de verwachtingen aan de voorkant. Dat wil zeggen voor indiensttreding een beter beeld schetsen van het werk bij Dagelijks Leven. Dit wordt onder meer gedaan door betere informatie op de website en in vacatureteksten.
- 2. Het gehele pre- en onboardingtraject is aangepast waarbij op diverse momenten in de medewerker reis een interventie wordt gestart. Dit begint direct na het ondertekenen van het contract, waarbij de nieuwe medewerker een welkomstpakket ontvangt met onder meer een 'glossy'. De medewerker ontvangt een inlog voor "Start", een app die je voorbereidt op de eerste werkdag en je daarna door de eerste 100 dagen bij Dagelijks Leven begeleidt. Er wordt gewerkt met 'inwerkbuddy's', nieuwe inwerkchecklijsten en het geheel wordt ondersteund door taken in Afas voor de leidinggevende en buddy.
- 3. In het leiderschapstraject 'DL leert door', voor locatiemanagers wordt onder meer aandacht besteed aan hoe je als leidinggevende teams bouwt en versterkt

6.4. GEZOND EN VITAAL

Het verzuimpercentage komt in 2023 uit op 7% (2022: 7,8%). Dit is exclusief zwangerschapsverlof, inclusief vangnet (zie voor een overzicht per periode bijlage 2). In 2023 is ingezet op preventie om uitval te voorkomen en duurzame inzetbaarheid te vergroten. Hiertoe is onder meer:

- Geïnvesteed in preventieve interventies. Denk aan interventies zoals een budget- en powercoach (korte coachtrajecten).
- Aandacht voor vitaliteit door middel van 'de week van de vitaliteit'
- Een pilot bij 10 locaties met een preventief medisch onderzoek (PM), eind 2022 gestart en in 2023 een vervolg gekregen met de mogelijkheid tot een gesprek met een vitaliteitscoach en mogelijkheden tot (vitale) workshops op locatie voor de teams.
- Meer ondersteuning van leidinggevendenden bij dit thema door uitbreiding van het HR-team met 'verzuimadviseurs'.

In het najaar 2023 is een medewerkerstevredenheidsonderzoek (werkgeluk) gehouden. De respons was 53,8%, het gemiddelde rapportcijfer een 8,1. Ten opzichte van 2021 een stijging van 0,24%. Op basis van de resultaten is er een plan van aanpak gemaakt, waarmee in 2024 verder wordt gegaan.

6.5. VRIJWILLIGERS

Eind 2022 is voor het eerst een VTO (vrijwilligerstevredenheidsonderzoek) gehouden. Met een respons van 62% en een gemiddeld rapportcijfer van 8,2 in 2023 is het net opgehaald in de regio's wat wij voor de vrijwilligers kunnen verbeteren. De belangrijkste highlights die aangepakt zijn:

- Betere wervingsteksten voor het aantrekken van vrijwilligers
- Inrichten van een pre- en onboardingtraject specifiek voor vrijwilligers
- Inschrijf- en VOG-procedure voor vrijwilligers vereenvoudigd
- Felicitatiekaarten voor verjaardagen van vrijwilligers
- Format voor het voeren van een goed gesprek met de vrijwilliger voor locatiemanagers

Dagelijks Leven kent eind 2023 885 vrijwilligers, 55% van de locaties heeft 8 of meer vrijwilligers.

6.6. VOLDOENDE GEKWALIFICEERD PERSONEEL

In 2023 is het werken met een interne flexpool (in plaats van externe inzet) verder vormgegeven en ingezet. Hierbij is het principe, dat er vanuit de regionale flexpool tussen locaties wordt samengewerkt om tot een optimale inzet te komen. Dit heeft geleid tot een daling van externe inzet tot 1,68% (2022: 2,1%) en een uitbreiding van de flexpool met 13% naar 216 flexmedewerkers eind 2023. De inzet van de flexpool is 0,75% van het totaal aantal gewerkte uren.

7. GEBRUIK VAN HULPBRONNEN

7.1. DOELEN KWALITEITSJAARPLAN 2023

GPS robotgrasmaaiers

Doel	Resultaat:
Meer tijd voor de servicemedewerkers, minder repetitief werk.	Er zijn 5 locaties voorzien van robotgrasmaaiers. Dit scheelt de servicemedewerkers veel tijd.

Informatievoorziening intern

Doel	Resultaat:
Verbeteren en vereenvoudigen van de [zorginhoudelijke] informatievoorziening naar eindgebruikers.	Er zijn verschillende flowcharts ontwikkeld (dashboard Wzd, dashboard intakeproces) en stroomschema's toegevoegd aan het handboek. De informatie vanuit de verschillende commissies worden gezamenlijk teruggekoppeld via het maandelijkse nieuwsbericht van de Kwaliteitscommissie op Mijn DL en is daarmee inzichtelijk voor alle medewerkers.

Control dashboard Power BI

Doel	Resultaat:
Kwaliteitsverbetering d.m.v. benchmarken van locaties.	Er is een externe partij ingeschakeld om te ondersteunen bij de ontwikkeling van KPI's in Power BI die vergelijkingen mogelijk maken.

Vervanger Elvy

Doel	Resultaat:
Verbeteren van factureringsproces van inkoopfacturen en verminderen van (handmatige) handelingen.	Het beoogde nieuwe systeem is via een Proof of Concept als onvoldoende beoordeeld. Er wordt komend jaar gekeken of de nieuwe functionaliteit in Afas "Scan en Herken" een oplossing kan bieden.

Digitaliseren overeenkomsten bewoners

Doel	Resultaat:
Het verhogen van de klanttevredenheid en het ontlasten van locatiemanagers tijdens het intakeproces.	Er is een koppeling vanuit Nedap met Omniport gerealiseerd voor het digitaal ondertekenen van documenten door bewoners en verwanten. Vanaf het najaar wordt de zorg- en huurovereenkomst via deze route verstuurd, waarbij zorgadministratie de voortgang eenvoudig kan volgen via een portal. Komend jaar worden de overige te ondertekenen documenten hieraan toegevoegd.

Professionalisering IS/IT omgeving

Doel	Resultaat:
Beheersing van de informatiesysteem/informatietechnologie omgeving en de veiligheid ervan behouden en vergroten.	Periodieke controle Nedap is uitgevoerd. Escalaties worden wekelijks uitgevoerd. Periodieke audit Afas is wel gepland, maar niet structureel uitgevoerd. Er is een wijzigingsmodule geïmplementeerd, inclusief wijzigingsproces.

Ondersteuning gebruikers (ICT)

Doel	Resultaat:
Eindgebruikers worden gefaciliteerd om zelfstandig met applicaties om te gaan.	De snelkaarten en handleidingen van de informatiesystemen zijn gecontroleerd en aangevuld.

Bewonersdossier

Doel	Resultaat:
Medewerkers zijn vooraf geïnformeerd over de geplande wijzigingen in de lay-out van Nedap.	De implementatie is voorzien van een uitgebreid plan, inclusief communicatieplan voor medewerkers en is naar wens verlopen.

Leasebeleid

Doel	Resultaat:
Duurzame elektrische leasevloot (i.p.v. huidig eigendom).	Het streven is om vanaf 2026 alle leaseauto's 100% elektrisch te hebben. In 2023 zijn er in totaal 16 auto's vervangen voor een elektrische auto.

Werving

Doel	Resultaat:
Behoud (of groei) van aantal sollicitanten per vacature.	Het sollicitatiegemiddelde op keyfuncties (verpleegkundige en verzorgende IG) is licht gedaald in plaats van gestegen. Het aantal aanmeldingen voor meeloopvacatures is gestegen.

Naamsbekendheid

Doel	Resultaat:
Verhoging naamsbekendheid.	Er is geen toename gerealiseerd in de wachtlijst. Er is wel een stijging van het aantal bezoekers op de website en van bekeken video's op YouTube.

Informatievoorziening extern

Doel	Resultaat:
Betere informatievoorziening.	Er zijn nieuwe folders ontwikkeld, waaronder een folder voor potentiële medewerkers en er zijn nieuwe folders in de maak voor verwanten (waaronder over dementie, palliatieve zorg en keuzes maken voor behandeling).

Werkdruk

Doel	Resultaat:
Bestelproces folders versimpelen voor meer overzicht.	De folders en flyers zijn inmiddels via Afas te bestellen voor locatiemanagers.

MIC

Doel	Resultaat:
Vereenvoudigen van het meldingsproces van incidenten bewoners.	Het MIC-formulier is geactualiseerd en vereenvoudigd en is met ingang van 1-1-2024 in gebruik.

7.2. DIGITAAL BEWONERSDOSSIER (NEDAP ONS DOSSIER) EN VERWANTENPORTAAL (CAREN)

In 2023 is een nieuwe lay-out door Nedap Ons geïmplementeerd. Dit heeft tijdelijk veel effect gehad op de gebruikers en niet alle wijzigingen zijn door Nedap Ons consequent doorgevoerd, wat het soms wat omslachtig maakt. Het Verwantenportaal is door Nedap niet verder ontwikkeld en werkt naar behoren. In 2023 is een koppeling met Omniport gerealiseerd voor het digitaal ondertekenen van documenten door bewoners en verwanten.

7.3. AFAS

Binnen Afas zijn in 2023 verdere procesoptimalisaties gerealiseerd. Er zijn meerdere inkoopwebshops toegevoegd en de calamiteitenmelding is als procesflow in Afas gebouwd.

7.4. LEERPLATFORM (ANS)

Dagelijks Leven maakt gebruik van het digitale leerplatform aNewSpring (aNS). In aNS kunnen medewerkers de e-learnings en praktijktrainingen vinden die we aanbieden. In samenwerking met aNS worden doorlopend (kleinere) verbeteringen doorgevoerd om het gebruiksgemak voor deelnemers, trainers en medewerkers van de DL Academy te vergroten. Verder is een deel van het bestaande aanbod geactualiseerd en zijn daaraan meer e-learnings en praktijktrainingen toegevoegd.

In 2023 zijn er twee wat grotere vernieuwingen doorgevoerd: koppelingen en evaluaties. Voor het eerst hebben wij gebruik gemaakt van de mogelijkheid om te koppelen met externe aanbieders van e-learning en training. Daardoor kunnen medewerkers van Dagelijks Leven nu zonder omwegen een e-learning wondzorg van een externe partij volgen. Zij hoeven geen account aan te maken bij die externe partij en ook de afronding wordt automatisch geregistreerd in de systemen van Dagelijks Leven. Door deze koppeling is ook extra administratief werk voor de DL Academy voorkomen.

In 2023 is daarnaast de koppeling met zowel de e-learningomgeving als het inschrijfsysteem voor praktijktrainingen van onze aanstaande nieuwe leverancier van BHV-trainingen voorbereid. Ook die koppelingen vergroten het gebruiksgemak van deelnemers en verminderen administratie bij de DL Academy. Een andere vernieuwing is dat aNS een mogelijkheid heeft gelanceerd om e-learning en praktijktraining te evalueren met een digitaal formulier. Daarmee zijn de eerste experimenten bij Dagelijks Leven in 2023 gehouden. Met onze ervaringen werkt aNS aan het verbeteren van de mogelijkheden van deze evaluatie.

7.5. MEDICATIEVEILIGHEIDSSYSTEEM (NCARE)

Dagelijks Leven werkt met het medicatieveiligheidssysteem NCare. In 2023 is een nieuw EVS geïmplementeerd waardoor de medicatievoorschrijving en communicatie met de apotheek is verbeterd. Geen faxen meer, alles verloopt via Edifact. Alle benodigde informatie met betrekking tot op- en afbouwschema's wordt in het Edifact-bericht weergegeven. In de stopberichten wordt voortaan ook de dosering vermeld die gestopt moet worden, waardoor de informatie completer is. Voor de apotheek is er een nieuwe functionaliteit beschikbaar om voorschriften en stopberichten automatisch als gezien te markeren. Met behulp van deze functionaliteit hoeft de apotheek niet langer handmatig alle recepten als 'verwerkt' aan te vinken. De koppeling voor het importeren van bewoners en medewerkers is verder verbeterd.

7.6. DOMOTICASYSTEEM

In 2022 is het project domotica gestart. Bestaande knelpunten (zowel voor de gebruiker als op technisch vlak) zijn in kaart gebracht en de wensen en eisen zijn geformuleerd. Vervolgens is het traject opgestart ten behoeve van de leveranciersselectie. De voorbereidingsfase is afgelopen jaar afgerond met de definitieve opdrachtbevestiging aan Negotica, onze leverancier van het eerste uur, die als beste naar voren is gekomen in de uitgebreide aanbestedingsprocedure. De keuze voor Negotica is ten dele gebaseerd op de oplossing die zij biedt voor de bedmelder, de Vayyar. In 2023 is enige vertraging opgelopen omdat de gekozen oplossing voor een klein deel van onze bewoners, zo bleek uit de doorlopen pilots, minder adequaat reageerde dan gehoopt. Daardoor moest gezocht worden naar een alternatief. Deze is gevonden door aanvullend te werken met een bedmat, die ervoor zorgt dat ook de meest kwetsbare bewoners zo goed als mogelijk geholpen kunnen worden. Naast de bedmelder en de Vayyar worden ook de andere sensoren in het pand (bewonergebonden) vervangen en wordt de software geüpdatet naar een gebruiksvriendelijkere interface met additionele opties als locatiebepaling en GPS op het domoticatoestel. In 2024 vindt de implementatie plaats, in de eerste helft van het jaar de vervanging van de hardware en in de tweede helft van het jaar de uitrol van de software.

7.7. MANAGEMENTINFORMATIE (POWER BI)

In 2023 kwam naar voren dat het locatie dashboard in Power BI (deels) niet of nauwelijks werd gebruikt. De gepresenteerde info was onvoldoende toegespitst op de eindgebruiker en het systeem was niet altijd even makkelijk in het gebruik. Eind 2023 is daarom ingezet op een herontwerp, met externe ondersteuning, van het locatiedashboard. Allereerst om het gebruik ervan te stimuleren, maar ook om het interne bouwteam de ruimte te bieden het grote aantal verzoeken voor rapportages versneld op te pakken. Dit traject wordt begin 2024 afgerond.

7.8. TINQWISE/START

In 2023 is Tinqwise geïmplementeerd; binnen Dagelijks Leven wordt deze als 'Start' aangeduid. Hierbij wordt een nieuwe medewerker meegenomen op een digitale reis om hem een goede start te geven.

7.9. MIJN DAGELIJKS LEVEN

In 2022 is het documentmanagementsysteem van Inception geïmplementeerd. Dit wordt binnen Dagelijks Leven 'Mijn Dagelijks Leven' genoemd. Mijn Dagelijks Leven is een intranet light waarop alle procedures en beleidsstukken staan en dagelijks nieuwsberichten worden geplaatst. In 2023 is de auditmodule geïmplementeerd om de zorgaudits te registreren en is er gewerkt aan het tonen van de bevindingen via dashboards. Deze dashboards (locatiemanager/ lokaal – locatiecoach/regionaal – beleid/centraal) worden begin 2024 geïmplementeerd.

7.10. OZO VERBINDZORG

In bepaalde regio's in Nederland wordt intensief gewerkt met Ozo verbindzorg. In 2023 is een SSO-koppeling gerealiseerd om de toegang voor medewerkers te optimaliseren.

7.11. DE (SYSTEEM)INTEGRATIE MET ORPEA

De (systeem)integratie met Orpea is deels gerealiseerd en nog verder in ontwikkeling. We zijn o.a. aangesloten op het Orpea systeem "Board" om de gevraagde gegevens op het gebied van financiën, operatie, HR, kwaliteit, Corporate Social Responsibility (CSR) te kunnen aanleveren. Ook de integratie van het vastgoedsysteem is in 2023 verder ontwikkeld.

8. GEBRUIK VAN INFORMATIE

8.1. TEVREDENHEID BEWONERS

8.1.1. ZORGKAART NEDERLAND

Voor het meten van de tevredenheid wordt er vanuit de locatie[s] aan verwanten gevraagd om een tevredenheidsscore te plaatsen op www.zorgkaartnederland.nl. In 2023 zijn er 359 waarderingen geplaatst met een gemiddeld rapportcijfer van een 9,2 [in 2022 was dit een 9.4].

Rapportage Dagelijks Leven

Periode: 1 jan. 2023 - 31 dec. 2023



Figuur 8.1: Rapportage Dagelijks Leven op Zorgkaart Nederland

Waarderingscijfer per onderdeel

Dagelijks Leven scoort op alle onderdelen hoger dan of gelijk aan de sector (figuur 8.2).

Waarderingscijfer per onderdeel

Sector particuliere woonzorgcentra



Figuur 8.2: waarderingscijfer per onderdeel – vergelijking met particuliere woonzorgcentra

8.1.2. CLIËNTTEVREDENHEIDSONDERZOEK (CTO)

Dagelijks Leven laat jaarlijks een cliënttevredenheidsonderzoek (CTO) uitvoeren onder de vertegenwoordigers van de bewoners. Het onderzoek is uitgevoerd door het onafhankelijke onderzoeksbureau Triqs. Het gemiddelde rapportcijfer is een 8,9 (respons 64%), een stijging t.o.v. de 8,7 in 2022. De uit dit rapport voortvloeiende centrale verbeterpunten zijn opgenomen in het kwaliteitsjaarplan voor 2024. Op organisatieniveau is de berekende Net Promotor Score (NPS) op basis van de aanbevelingsvraag 69 (ongeveer gelijk aan de NPS van 62 in 2022), waarbij een positieve NPS (>0) als goed wordt beschouwd.

De resultaten zijn op locatieniveau beschikbaar middels een rapportage en een factsheet. Zij worden besproken door de locatiemanager in het teamoverleg en tijdens verwantenavonden en verwerkt in de verbeterplannen op locatie.

8.1.3. PERIODIEKE EVALUATIE TEVREDENHEID + EINDEVALUATIE NAZORG

Naast de scores op Zorgkaart Nederland en de uitkomsten van het CTO wordt er periodiek geëvalueerd tijdens de halfjaarlijkse zorgplanbespreking met bewoner/ verwanten. Ook wordt er binnen zes weken na einde zorg een eindevaluatie uitgevoerd bij de (nabestaanden van) de bewoner. Het onderdeel m.b.t. de tevredenheidsmeting van zowel de zorgplanbespreking als de eindevaluatie bevat vooral open vragen voor de 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 locatiejaarplan.

8.2. TEVREDENHEID MEDEWERKERS

8.2.1. MEDEWERKERTEVREDENHEIDSONDERZOEK (MTO)

In het najaar 2023 is een medewerkerstevredenheidsonderzoek (werkgeluk) gehouden. De respons was 53,8%, het gemiddelde rapportcijfer een 8,1. Ten opzichte van 2021 een stijging van 0,24%. Op basis van de resultaten is er een plan van aanpak gemaakt, waar in 2024 verder mee zal worden gegaan.

BIJLAGE 1: STATUS VEREISTEN KWALITEITSKADER VERPLEEGHUISZORG

	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 persoonsgerichte zorg en ondersteuning.	De thema's maken aantoonbaar onderdeel uit van het primair proces.
	Elke verpleeghuisorganisatie geeft aantoonbaar invulling 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 kwaliteitsjaarverslag (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.
	Iedere cliënt heeft 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.
	De verantwoordelijkheid voor het opstellen van een zorgleefplan is belegd bij een verzorgende van tenminste niveau 3 (IG), of bij een andere zorgprofessional 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	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 kwaliteitsjaarverslag (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.

	Vereisten	Voldoet Ja (groen) - Nee (oranje)
Hoofdstuk 3: Veiligheid	Verpleeghuizen geven in het kwaliteitsverslag op concernniveau informatie over de verplichte indicatoren, de keuze en de meting van de indicatoren op locatieniveau, afgestemd met de cliëntenraad/cliëntvertegenwoordigers en VAR/PAR.	Dagelijks Leven heeft de voor de organisatie met zorg zonder Verblijf en Behandeling verplichte kwaliteitsgegevens geregistreerd en die worden aangeleverd. Ook de niet-verplichte gegevens worden geregistreerd via het ECD-systeem.
	Indicatoren over de basisveiligheid worden op locatieniveau 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 indicatoren worden op locatieniveau openbaar gemaakt.	De kwaliteitsgegevens worden voor 1 juli aangeleverd bij het Zorginstituut.
	Elke verpleeghuisorganisatie heeft een incidentencommissie of maakt gebruik van een lokale of regionale incidentencommissie.	Dagelijks Leven heeft een MIC-commissie en een Calamiteitencommissie.

Hoofdstuk 4: Leren en verbeteren van kwaliteit	Vereisten	Voldoet Ja (groen) - Nee (oranje)
	Verpleeghuisorganisaties beschikken over een jaarlijks geactualiseerd kwaliteitsplan. Dit wordt opgesteld samen met de cliëntenraad, (para)medici, verpleegkundigen en verzorgenden (OR/VAR/PAR).	Dagelijks Leven heeft, conform vereisten, een kwaliteitsplan opgesteld. Dit plan is gepubliceerd op de website en wordt actief besproken met betrokken partijen, waaronder de Verwantenraad, Ondernemingsraad en de zorgkantoren.
	De Raad van Bestuur legt het kwaliteitsplan ter instemming voor aan de cliëntenraad en de OR/VR/PAR voor indiening bij het zorgkantoor.	
	Het zorgkantoor bespreekt het kwaliteitsplan in dialoogsessies met de zorgorganisatie en spreekt daarbij naast de bestuurder ook met de CR en OR/VAR/PAR.	
	Elke verpleeghuisorganisatie stelt jaarlijks een kwaliteitsverslag op, waarin de doelstellingen uit het kwaliteitsplan worden geëvalueerd. Dit document verschijnt jaarlijks voor 1 juli volgend op het rapportagejaar en wordt gepubliceerd op de website van de organisatie.	Dit kwaliteitsjaarverslag, waarin de doelstellingen uit het kwaliteitsplan worden geëvalueerd, wordt gepubliceerd op de website van Dagelijks Leven (www.dagelijks-leven.nl).
	Elke verpleeghuisorganisatie levert het webadres van het kwaliteitsverslag, uiterlijk 1 juli volgend op het betreffende verslagjaar, aan bij de OBD van Zorginstituut.	Het kwaliteitsjaarverslag wordt voor 1 juli 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 kwaliteitsjaarplan is uiterlijk 31 december vastgesteld en gepubliceerd op de website van Dagelijks Leven (www.dagelijks-leven.nl).
	Elke verpleeghuisorganisatie maakt deel uit van een lerend netwerk met tenminste twee andere collega zorgorganisaties.	Dagelijks Leven is lid van brancheorganisatie ActiZ.
	Elke verpleeghuisorganisatie beschikt over een kwaliteitsmanagementsysteem.	Dagelijks Leven beschikt over een kwaliteitsmanagementsysteem en is HKZ-ISO gecertificeerd.
	In elke verpleeghuisorganisatie vindt er vijfjaarlijks een (multidisciplinaire) visitatie plaats.	In 2020 heeft de eerste visitatie plaatsgevonden.

Hoofdstuk 5: Leiderschap, governance en management	Vereisten	Voldoet Ja (groen) - Nee (oranje)
	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 de vakgroep participeren.
	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 de voorzitter van de vakgroep. De voorzitter van de vakgroep is geen lid van het bestuur.
	Elke zorgorganisatie borgt professionele inbreng in het aansturen van de organisatie door structureel overleg tussen de Raad van Bestuur en vertegenwoordigers van de genoemde beroepsgroepen, bijvoorbeeld een multidisciplinaire PAR of VAR, en de cliëntenraad.	Het bestuur heeft structureel overleg met genoemde vertegenwoordigers.
	Om verbinding en aansluiting te houden bij het primaire proces loopt de Raad van Bestuur met enige regelmaat mee met zorgprofessionals binnen de eigen zorgorganisatie.	De leden van het bestuur lopen regelmatig mee binnen het primair proces en hebben enkele locaties onder hun hoede.
	Elke Raad van Bestuur van een zorgorganisatie voor verpleeghuiszorg werkt volgens de geldende versie van de Zorgbrede Governance Code.	Dagelijks Leven werkt volgens de Governancecode Zorg 2022 ("Code"). De relevante bepalingen uit de Code zijn vastgelegd in de statuten en in de reglementen van het bestuur en de Raad van Commissarissen.
	De leiderschapsstijl en het gedrag van de Raad van Bestuur draagt bij aan het leveren en organiseren van goede zorg, in lijn met het gedachtengoed van dit Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. De Raad van Bestuur is eindverantwoordelijk voor de toepassing ervan en ziet hier actief en aantoonbaar op toe. Hij zorgt voor een gedragen visie op kwaliteit, samen met zorgprofessionals en cliënten. De organisatie stuurt op een professionele en aantrekkelijke werkomgeving.	Het bestuur van Dagelijks Leven heeft het Kwaliteitskader omarmd en onderdeel gemaakt van de Planning & Control cyclus. De Raad van Commissarissen ziet hier actief en aantoonbaar op toe. Kwaliteit is een vast agendapunt tijdens het directieoverleg en tijdens de vergaderingen van de Raad van Commissarissen.
	Jaarlijks levert de zorgorganisatie de volgende gegevens aan bij het ODB van het Zorginstituut: • Indicatoren basisveiligheid op locatieniveau • Gemiddelde totaalscore berekend op basis van de zes vragen van Zorgkaart Nederland op locatieniveau met het aantal ervaringen waarop gebaseerd • Kwaliteitsverslag op concernniveau • Kernfactoren personeelssamenstelling op concernniveau	Jaarlijks worden de verplichte gegevens m.b.t. de kwaliteitsindicatoren en de personeelssamenstelling aangeleverd via de portal van Desan.

	Vereisten	Voldoet Ja (groen) - Nee (oranje)
Hoofdstuk 6: Personeelssamenstelling	De personeelssamenstelling voldoet op alle locaties aan de normen op het gebied van aandacht & aanwezigheid, kennis & vaardigheden en reflectie, leren & ontwikkelen.	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 iemand van de vakgroep in te schakelen.
	Verpleeghuizen leveren op concernniveau de kernfactoren aan en deponeren deze in het ODB bij het zorginstituut Nederland.	Jaarlijks worden de verplichte gegevens m.b.t. de kwaliteitsindicatoren en de personeelssamenstelling aangeleverd via de portal van Desan.
	Personeelssamenstelling, inclusief de vijf kernfactoren, is onderdeel van het Kwaliteitsplan en Kwaliteitsverslag.	De personeelssamenstelling is een continu punt van aandacht in al haar dimensies op alle niveaus binnen de organisatie en maakt onderdeel uit van het Kwaliteitsjaarplan en van het Kwaliteitsjaarverslag.
	Voor iedere zorgverlener is er 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 van de nieuwe locaties nog kort in de dienst. Zij brengen derhalve veel ervaring mee vanuit andere zorgaanbieders. Verder 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.

	Vereisten	Voldoet Ja (groen) - Nee (oranje)
Hoofdstuk 6: Gebruik van bronnen	De hulpbronnen, omgeving en context en de wijze waarop zij waarde toevoegen aan kwaliteit van leven en kwaliteit van werken zijn beschreven in het kwaliteitsplan en doorlopen de cyclus van kwaliteitsverslag, bespreking met interne en externe stakeholders en update van het kwaliteitsplan.	In het Kwaliteitsjaarplan is een beschrijving van de benodigde hulpbronnen opgenomen.

	Vereisten	Voldoet Ja (groen) - Nee (oranje)
Hoofdstuk 9: Gebruik van informatie	Elke verpleeghuisorganisatie dient minimaal één keer per jaar informatie over cliëntervaringen te verzamelen en te gebruiken met behulp van een instrument naar keuze dat voldoet aan de daarvoor gestelde eisen.	Dagelijks Leven verzamelt één keer per jaar cliëntervaringen middels een CTO op basis van de CQ-index. Daarnaast verzamelt zij cliëntervaringen via Zorgkaart Nederland.
	Elke verpleeghuisorganisatie dient daarnaast, in het kader van onderlinge landelijke vergelijkbaarheid, jaarlijks op locatieniveau de totaalscore aan te leveren op basis van de zes vragen. Meting kan plaatsvinden via Zorgkaart Nederland. Het is ook mogelijk om de totaalscore via een eigen meting op te halen (zonder tussenkomst van Zorgkaart Nederland).	De NPS per locatie is opgenomen in dit kwaliteitsjaarverslag en wordt voor 1 juli aangeleverd aan het Zorginstituut als onderdeel van de kwaliteitsgegevens.

BIJLAGE 2: OVERZICHTEN PERSONEELSSAMENSTELLING

PERSONEELSSAMENSTELLING

Hieronder is de personeelssamenstelling van Dagelijks Leven Zorg B.V. weergegeven.

Functie	FTE
Leerling VP	18,78
Leerling Verzorgende IG	36,67
Activiteitenbegeleider	77,72
Gastheer/ Gastheer	157,00
Gespecialiseerd verzorgende psychogeriatric	136,03
Helpende	354,92
Helpende Plus	67,53
Huishoudelijk verzorger	70,94
Kok	54,00
Leerling Activiteitenbegeleider	4,11
Leerling Helpende	15,42

Functie	FTE
Locatie assistent	0,69
Locatiemanager	94,94
Trainee Locatiemanager	9,33
Verpleegkundige	154,97
Verzorgende IG	386,77
Zorgassistent	0,28
Subtotaal	1.640,11
Stagiair(e)	95,19
Vrijwilliger	77,77
Eindtotaal	1.813,07

Samenstelling medewerkersbestand naar functie, fte op basis van contractomvang, exclusief ELSSC

IN- EN UITSTROOM

In onderstaand figuur is de in- en uitstroom weergegeven.

Kwartaal	Instroom	Uitstroom	Verzoek werknemer	Verzoek werkgever	Overlijden
Q1	297	159	109	50	
Q2	273	178	124	54	
Q3	386	228	141	87	
Q4	248	185	139	46	
Totaal	1.204	750	513	237	0

In- en uitstroom, periode 01-01-2023 t/m 31-12-2023, excl. stagiaires en vrijwilligers

RATIO PERSONELE KOSTEN VERSUS OPBRENGSTEN

De ratio personele kosten versus opbrengsten over 2023 betreft 66,15% (incl. inhuur externe zorgverleners).

Omschrijving	%	Omschrijving	%	Omschrijving	%
Aalten	81,45%	Gennep	57,94%	Oss	59,19%
Almelo	118,83%	Gorinchem	60,54%	Raalte	59,97%
Apeldoorn	63,91%	Grave	61,07%	Renkum	64,55%
Apeldoorn 2	58,96%	Groesbeek	62,57%	Ridderkerk	54,12%
Apeldoorn 3	67,48%	Hardenberg	58,09%	Ridderkerk 2	59,53%
Berkel en Rodenrijs	60,19%	Hardenberg 2	104,74%	Roelofarendsveen	66,27%
Bergen op Zoom	66,75%	Heerhugowaard	71,17%	Roermond	57,86%
Bergen op Zoom 2	62,77%	Heerhugowaard 2	106,35%	Roosendaal	73,59%
Beuningen	62,49%	Heerhugowaard 3	141,77%	Schoonhoven	63,62%
Boskoop	61,19%	Heerenveen	59,87%	Sittard	71,76%
Boxtel	58,95%	Helmond	58,65%	Sittard 2	118,35%
Breda	62,72%	Den Helder	61,81%	Sleeuwijk	60,10%
Brummen	107,40%	Hellevoetsluis	77,63%	Soest	59,77%
Coevorden	59,09%	Hengelo	74,99%	Spijkenisse	58,90%
Coevorden 2	61,32%	Hengelo 2	60,79%	Steenwijk	56,74%
Cuijk	54,86%	s-hertogenbosch	64,59%	Tegelen	57,11%
Culemborg	93,37%	Hoorn	66,48%	Terneuzen	65,32%
Delft	69,11%	Hoogeveen	57,73%	Uden	61,21%
Deurne	61,48%	Hoogeveen 2	60,52%	Varsseveld	62,17%
Deurne 2	56,05%	Horst	53,98%	Veghel	63,10%
Deventer	66,13%	Joure	57,69%	Veldhoven	123,47%
Doetinchem	63,07%	Kerkrade	56,71%	Venray	56,52%
Doetinchem 2	66,01%	Lochem	61,05%	Venray 2	61,48%
Doesburg	64,05%	Middelburg	63,98%	Venray 3	55,80%
Drachten	58,91%	Nijverdal	68,15%	Vlissingen	63,31%
Emmen	55,20%	Nijmegen	71,61%	Vlissingen 2	71,63%
Emmen 2	58,55%	Nootdorp	64,57%	Wierden	61,08%
Emmen 3	53,56%	Nunspeet	57,42%	Winterswijk	55,92%
Emmeloord	60,01%	Oisterwijk	55,71%	Zaandam	66,15%
Enschede	61,57%	Oldenzaal	60,18%		
Geldermalsen	70,63%	Oosterwolde	59,52%		

Ratio personele kosten versus opbrengsten, periode 1 t/m 13 2023

VERZUIM

In onderstaand figuur is het ziekteverzuim binnen Dagelijks Leven Zorg B.V. per periode weergegeven.

Periode	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Ziekte %	9,1	8,8	7,9	7,9	6,9	6,2	5,9	5,4	4,9	5,9	6,9	8,0	8,3

Verzuim – per periode 2023