



# Leven & Zorg

Uw leven is ook onze zorg

**Kwaliteits- en beleidsplan Leven & Zorg**

**2020 - 2022**

Datum: 19-08-2020

Versie: 3

Vastgesteld door: M. El Aazzaoui en M.S. Bouri

## Inhoudsopgave

Voorwoord .....	3
Context organisatie .....	4
Toekomstperspectief .....	5
Legitimering van de Zorg.....	6
Wettelijk kader.....	6
Kwaliteitsbeleid.....	7
Prospectieve en retrospectieve risico-inventarisaties.....	8
Directiebeoordeling .....	10
Belangrijke ketenpartners en stakeholders .....	10
Dialogoog en inspraak van de stakeholders .....	11
Good Governance .....	14
Kennis & Competentie .....	14
Vereiste randvoorwaarden .....	16
Arbeidsomstandigheden.....	17
Veiligheidsbeleid.....	19
Bijlage 1: Kwaliteitsdoelstellingen .....	23

## Voorwoord

Voor u ligt het beleids- en kwaliteitsplan van Leven & Zorg. In dit document is het beleidsplan en kwaliteitsbeleid integraal opgenomen. Door middel van dit plan wordt een bijdrage geleverd aan het verbeteren van de algehele prestaties van Leven & Zorg, met als uiteindelijke doel het verhogen van de klanttevredenheid, waarbij Leven & Zorg, zowel de zorgvragers als de zorgverleners, als klanten beschouwd. Dit kwaliteitsbeleid heeft betrekking op Leven & Zorg WLZ B.V., Leven & Zorg GGZ B.V. en Leven & Zorg WMO B.V. Door middel van diverse overlegstructuren (op zowel directie als team en medewerker niveau), de jaarplanning, meldingensystematiek en interne audit planning komen de betreffende (kwaliteits)onderwerpen, cyclisch aan bod. Dit maakt dat het kwaliteitssysteem op een continue wijze de organisatie helpt te verbeteren om de klanttevredenheid te verhogen.

### Missie

Leven & Zorg is van mening dat de zorg in Nederland omslachtig, log en inefficiënt is ingericht. Dit kan veel makkelijker en overzichtelijker. De missie van Leven & Zorg is dat zij de zorg organiseren op een manier die aansluit op de wensen van de cliënt. Leven & Zorg kent geen bureaucratie; de lijnen zijn kort: daarom kunnen we snel schakelen en inspringen op veranderende situaties. We zijn flexibel en toegankelijk. U kent de zorgverleners of behandelaren persoonlijk en u krijgt uw contactpersoon snel te pakken wanneer dat moet. Er wordt naar gestreefd de cliënt de zorg te bieden die deze nodig heeft, op de locatie die de cliënt wenst en op de manier die zij prettig vindt. Hierdoor is de zorg van Leven & Zorg menselijker, warmer, sneller en doelgericht.

### Visie

Er zijn weinig zorgorganisaties die én GGZ én Thuiszorg (verpleging, verzorging, hulp bij het huishouden én ambulante ondersteuning) bieden. Wij wel. Want wij willen de juiste zorg, op het juiste moment en op de manier die de patiënt wenst bieden. Vanuit de thuiszorg zagen wij een groeiende behoefte voor GGZ-behandelingen aan patiënten. Daarom besloten wij om ook GGZ zorg aan te bieden. Bij Leven & Zorg werken teams van deskundigen en medewerkers van verschillende disciplines nauw samen en kan er snel aan de bel getrokken worden en op juiste wijze ingegrepen worden, indien nodig. Leven en Zorg werkt daarnaast intensief samen met huisartsen, sociale wijkteams, jeugdzorginstellingen, algemene ziekenhuizen en ambulante zorgaanbieders. Maar ook met (overkoepelende) familieraden, familie-organisaties, cliëntenraden en zorgverzekeraars.

Voor acute psychiatrie is er een samenwerkingsverband met Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam.

Wij begrijpen dat het (deels) afhankelijk zijn van een hulpverlener een grote impact heeft op het leven van patiënten. Vandaar dat wij met kleine teams werken en we zoveel mogelijk dezelfde medewerkers bij hen over de vloer laten komen of behandelen. Zo ziet de patiënt vaak dezelfde, vertrouwde gezichten!

Ook wordt gebruik gemaakt van slimme ICT-oplossingen om tijd te besparen met administratieve rompslomp, zodat de medewerkers meer tijd krijgen voor uw zorg. Voorbeelden hiervan zijn Nedap en Medico. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van mobiele applicaties ten behoeve van rapportages. Leven & Zorg loopt vooruit op de landelijke ontwikkelingen en springt in op de zorgbehoeftes die onbeantwoord blijven.

## Context organisatie

Leven & Zorg is een kleurrijke zorgorganisatie, met werkgebieden in Amsterdam. Kleurrijk houdt voor ons in dat we dat wij open staan voor cliënten en medewerkers van alle gezindten. Onze medewerkers vormen een afspiegeling van de grote stad en zijn bekwaam in het omgaan met diversiteit. De professionals van Leven & Zorg kennen de culturele en religieuze achtergrond van de cliënten; zij spreken letterlijk en figuurlijk hun (moeder)taal.

Leven & Zorg beweegt zich in een snel veranderende context. Omdat Leven & Zorg geen bureaucratie kent; de lijnen zijn kort, is zij in staat snel te schakelen en in te springen op veranderende situaties. Daarnaast is dat de reden dat de organisatie een breed pakket van diensten inzet, maar de risico's wel spreidt door de diensten in verschillende juridische structuren te zetten. Zo wordt elke dienst geleverd vanuit een eigen BV structuur met eigen producten, namelijk;

### WMO (872 cliënten)

- Ambulante ondersteuning (AO)
- Hulp in het huishouden (HBH)
- Ondersteuning bij het huishouden (OBH)

Aantal medewerkers:

**69,4247 fte**

Management	Manager HR & Recruitment	1,1111
WMO HBH	Medewerker HBH	32,0661
WMO AO	Ambulant Ondersteuner	18,7473
Kwaliteit	Coördinator Kwaliteit	0,4444
WMO Kantoor	Zorg coördinator	2,1111
WMO Kantoor	Manager WMO	1
WMO Kantoor	Intaker	1,7778
WMO Kantoor	Docent	0,7777
PZ/HR	HR Medewerker	2,5556
PZ/HR	Salarisadministrateur	0,8889
Facility	Facility medewerker	1,3334
Facility	Interieurverzorgster Kantoor	0,2778
Secretariaat	Medewerker Secretariaat	1,4445

### WLZ zorg (40 cliënten)

- Persoonlijke verzorging (ADL)
- Verpleging
- Begeleiding
- Huishoudelijke hulp

Aantal medewerkers:

**13,7222 fte**

Management	Manager WLZ	0,8889
WLZ Verzorgenden	Zorg coördinator	1
WLZ Verzorgenden	Verzorgende IG	8
WLZ Verzorgenden	Helpende Welzijn	0,1666
WLZ Verpleegkundigen	Senior verpleegkundige	0,8889
WLZ Kantoor	Planner	0,8889
WLZ Kantoor	WLZ Kwaliteitsfunctionaris	0,6667

## GGZ (gemiddeld 500 cliënten)

- Diagnostiek
- Individuele behandeling
- Farmacotherapie

Aantal medewerkers:

		<b>12,1945 fte</b>
Management	Manager GGZ	0,6667
GGZ	Psycholoog	8,389
GGZ	Psychiater	0,75
GGZ	Psychotherapeut	0,8888
GGZ	GZ Psycholoog	0,3889
GGZ	Basisarts	1,1111

Leven & Zorg heeft het streven de wachttijden zo kort als mogelijk te houden. Wanneer er door vakantie, ziekte of beleidsbeslissingen echter geen mogelijkheid is cliënten toe te voegen aan het cliëntenbestand, kan de aangemelde cliënt op een wachtlijst worden geplaatst. De cliënt krijgt, indien gewenst, inzicht in zijn plaats op de wachtlijst. Hij dient dit verzoek schriftelijk in te dienen via [info@levenenzorg.nl](mailto:info@levenenzorg.nl). Op dit verzoek wordt uitsluitend schriftelijk geantwoord. Indien de cliënt van de wachtlijst af wil, bijvoorbeeld in het geval van het overstappen naar een andere zorgverlener, kan dit per direct. Dit dient hij wel schriftelijk aan te geven via [info@levenenzorg.nl](mailto:info@levenenzorg.nl). Wanneer blijkt dat Leven & Zorg de begeleiding/behandeling in een bepaalde regio voor een bepaalde cliënt niet kan bieden kan er, met instemming van de desbetreffende cliënt, gekozen worden voor bemiddeling of doorverwijzing naar een externe zorgverlener.

## Toekomstperspectief

Leven & Zorg heeft als ambitie om de multidisciplinaire zorgaanbieder te worden voor Amsterdam en omgeving. Leven & Zorg ziet door de demografische ontwikkelingen nog voor de komende 15 jaar een grote zorgvraag van ouderen. Daarom wil Leven & Zorg met zijn dienstverlening uitbreiden naar randgemeenten zoals Amstelveen, Aalsmeer, Haarlemmermeer, Haarlem, Zaandam. Leven & Zorg kan deze groei realiseren doordat we de arbeidsproblematiek (het tekort aan verzorgenden en verpleegkundigen) kunnen oplossen door de werving in Spanje van gekwalificeerde zorgverleners. Wat tevens de concurrentiepositie van Leven & Zorg zal verstevigen.

Leven & Zorg heeft door zijn integrale dienstverlening (WMO, ZVW GGZ, ZVW-wijkverpleging en WLZ) een uniek aanbod. Leven & Zorg wil daarom haar dienstverlening uitbreiden naar beschermd wonen. Leven & Zorg beschikt over een goed team aan ambulante ondersteuners en biedt uitstekende geestelijke gezondheidszorg. Cliënten in beschermd wonen kunnen daardoor worden voorzien in hun intensieve begeleiding en GGZ-behandelingen. Daarnaast ziet Leven & Zorg groeimogelijkheden voor de GGZ.

## Groeidoelstellingen

1. Uitbreiden dienstverlening naar randgemeenten
2. Uitbreiding geestelijke gezondheidszorg
3. Dienstverlening uitbreiden naar beschermd wonen

## Innovatie

Leven & Zorg onderscheidt zich van andere zorgorganisaties door haar ondernemende en innovatieve karakter. Zo investeert en mede ontwikkelt Leven & Zorg in slimme ICT-oplossingen, wat zich direct terugvertaalt in tijdwinst voor de cliënt. Daarnaast heeft Leven & Zorg, zoals vele zorgorganisaties, ook te maken met schaarste van zorgmedewerkers. Door het openen van het recruitmentbedrijf European healthcare agency (EHCA) in Spanje, probeert Leven & Zorg deze tekorten op te vullen. Spaanse verpleegkundigen doorlopen een intensief programma,

waar het leren van de Nederlandse taal, onderdeel van is. Daarnaast zijn wervingscampagnes gestart in Griekenland en Kroatië.

Bij Leven & Zorg werken teams van deskundigen en medewerkers multidisciplinair met elkaar samen. Leven & Zorg biedt namelijk als één van de weinige zorgorganisatie zowel GGZ, WLZ-thuiszorg (verpleging en verzorging), hulp bij het huishouden en ambulante ondersteuning. Dit maakt dat er snel aan de bel kan worden getrokken en op juiste wijze kan worden ingegrepen, indien nodig.

Een belangrijke functie is hiervoor weggelegd bij de WMO. Leven & Zorg WMO is de toegangspoort tot de WLZ en de GGZ. De WMO heeft daarmee een signalerende functie met betrekking tot doorverwijzing naar WLZ en/of de GGZ zorg. Door middel van trainingen, bijeenkomsten en klinische lessen worden de medewerkers versterkt in deze signalerende rol.

Binnen de geestelijke gezondheidszorg zijn landelijk grote wachtlijsten. Leven & Zorg GGZ draagt actief bij aan het verminderen van wachtlijsten door middel van, kwaliteitsverbetering, deskundigheidsbevordering door o.a. (incompany) trainingen/cursussen en referaten, meer online behandelingen aanbieden als alternatief voor face to face en het opzetten van groepsbehandelingen.

Leven & Zorg WLZ werkt met kleine teams waardoor het mogelijk is dat cliënten veelal dezelfde gezichten zien. Daarnaast is er op dit moment een ontwikkeling in gang gezet om te komen tot zelforganisatie. Deze ontwikkeling wordt gefaciliteerd door slimme ICT-oplossingen, zoals NEDAP en teams. Een bijkomend voordeel is dat de tijd die hiermee bespaard wordt zich direct terugvertaalt naar tijd die aan de cliënt besteed kan worden.

## Legitimering van de Zorg

Leven & Zorg wordt gefinancierd via verschillende wetten; de wet Maatschappelijke ondersteuning, de wet Langdurige zorg en de zorgverzekeringswet. De financiering verloopt via 'zorg in natura'. De inkomsten van Leven & Zorg komt voort uit de zorg die geleverd wordt. De Raad van Commissarissen ziet er in het bijzonder op toe dat de uitvoering van het bestuursbeleid strookt met de vastgestelde en goedgekeurde algemene beleidsplannen respectievelijk de begroting, het jaarverslag, de jaarrekening en de resultaatbestemming. De eisen die aan de producten van Leven & Zorg worden gesteld hangen samen met de cliënteisen en de eisen van de financiers. De cliënten geven door goedkeuring van de handelings- of begeleidingsplannen goedkeuring aan het in te zetten product. Toetsing van het product door de financiers gebeurt door het doen van eindverantwoordingen al dan niet met accountantsverklaringen.

## Wettelijk kader

Leven & Zorg als zorgaanbieder van verschillende soorten hulpverlening heeft te maken met diverse wet- en regelgeving, namelijk;

- Algemene verordening gegevensbescherming (AVG)
- Wet zorg & Dwang
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)
- Zorgverzekeringswet (ZVW)
- Wet langdurige Zorg (WLZ)
- Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (WKKGZ)
- Wet beroepen individuele gezondheidszorg (wet BIG)
- Wet medezeggenschap cliënten in de zorg (WMCZ)
- Wet toelating Zorginstellingen (WTZI)

Leven & Zorg haalt actuele informatie op het gebied van wet- en regelgeving uit de diverse brancheorganisaties waar Leven & Zorg bij is aangesloten.

## Kwaliteitsbeleid

Uitgangspunt is dat kwaliteitsbeleid volledig is geïntegreerd in de algehele bedrijfsvoering. Dit betekent dat het kwaliteitsbeleid is geïntegreerd in het beleid van de organisatie en dat kwaliteitsdoelstellingen zijn geïntegreerd in de doelstellingen van de organisatie. Door deze integratie van kwaliteit in de bedrijfsvoering zijn medewerkers in hun dagelijkse werk betrokken bij de resultaten en prestaties van de organisatie. Hierdoor worden de medewerkers gestimuleerd verbeter suggesties te doen en tekortkomingen te signaleren. Het kwaliteitsmanagementsysteem wordt jaarlijks door de coördinator kwaliteit beoordeeld en geanalyseerd. De resultaten worden jaarlijks vastgelegd in de directiebeoordeling en vormen input voor het jaarplan en meerjarenbeleid.

## Meerjarenbeleid

Leven & Zorg beschikt over een meerjarenbeleid. In het meerjarenbeleid wordt het (macro) beleid voor een periode van maximaal 3 jaar vastgelegd. Met de missie en visie als referentie worden strategische doelen vastgesteld. In het meerjarenbeleid is een planning/fasering opgenomen ten aanzien van de realisatie van de strategische doelen. De doelstellingen worden geformuleerd op de volgende onderdelen:

- Organisatie en Beleid;
- Beheer van Middelen;
- Realiseren van het Product;
- Kwaliteit.

## Jaarplan

Vanuit het meerjarenbeleid worden jaarlijkse doelstellingen opgesteld, hierbij staan de missie, visie en kwaliteitsvisie centraal. In het jaarplan is een planning/fasering opgenomen ten aanzien van de realisatie van de doelstellingen en de te behalen resultaten. Voorafgaand aan het opstellen van de doelstellingen probeert men een actuele en objectieve blik te werpen op de sterke en zwakke punten, kansen en bedreigingen van/voor Leven & Zorg, zowel op de korte als op de lange termijn. Belangrijke aandachtspunten hierbij zijn o.a.: marktontwikkelingen, organisatorische en strategische ontwikkelingen, wet- en regelgeving, dienstkwaliteit, veiligheid, gezondheid en welzijn van medewerkers en cliënten, verwachtingen van klanten en andere belanghebbenden, klanttevredenheid.

## Kwaliteitsdoelstellingen

De directie bepaalt de eisen en verwachtingen van de klanten aan de hand van input uit dialoog en inspraak met de diverse stakeholders. Op basis van deze gegevens worden de kwaliteitsdoelstellingen geformuleerd<sup>1</sup>. Bij het vaststellen van deze doelstellingen wordt rekening gehouden met het volgende:

- De doelstellingen betreffen alle relevante functies binnen de organisatie
- De doelstellingen zijn gericht op voortdurend verbeteren
- De doelstellingen zijn gefundeerd op de eisen van de cliënten aangaande de zorgverlening en cliëntentevredenheid
- De doelstellingen hebben betrekking op de wijze van de zorgverlening

## Documentbeheer

In de jaarplanning staat wanneer documenten worden geëvalueerd en worden bijgesteld. Uitgangspunt is dat ieder document, voor zoverre van toepassing, eenmaal per twee jaar in de route wordt meegenomen. Indien een document dermate onjuist of onvolledig is, wordt hiervan afgeweken en eerder aangepast. Onderdeel van documentbeheer is het aanwijzen van proceseigenaren, voortvloeiend uit de taak en functie van het management en/of de staf. Door het vastleggen van de kritische processen en bijbehorende proceseigenaren, worden onderliggende documenten op eenduidige wijze geëvalueerd en bijgesteld. Dit geldt zowel voor de inhoud als voor het meer technische versiebeheer. Door gebruik te maken van een digitaal kwaliteitsmanagementsysteem (KMS) wordt het gebruik en beheersing van documentatie geautomatiseerd.

---

<sup>1</sup> Zie bijlage 1

Onderdeel van deze automatisering is;

- Het hernieuwd vaststellen en beheren van kritische processen en procedures
- Document-, format (huisstijl)- en versiebeheer
- Samenhang processen op alle organisatieonderdelen
- Veilige toegang informatie

#### *Route actualisatie en opstellen nieuwe documenten kwaliteitsbeleid*

Activiteit	Door wie
Document wordt opgesteld/geëvalueerd	Proceseigenaar
Document wordt besproken + vastgesteld in het managementoverleg	Proceseigenaar
Document wordt voorgelegd aan CR (indien nodig)	Directie
Aanleveren document na vaststelling en afhandeling aan proceseigenaar	Directie
Document wordt voorzien van gebruikerskenmerken en actualisatiedatum	Proceseigenaar
Document wordt opgenomen in kwaliteitsbeleid (digitale versie)	Coördinator kwaliteit

#### Overlegstructuur

Periodiek en met een vooraf vastgestelde frequentie vinden werkoverleggen plaats. Enerzijds met als doel operationele afstemming te realiseren anderzijds om de directie de gelegenheid te geven het kwaliteitsbeleid te communiceren. Er wordt gewerkt met een vaste agenda en met een actie en besluitenlijst. Voor de inhoud van deze agenda's wordt verwezen naar de jaarplanning. Van de werkoverleggen worden schriftelijke notulen gemaakt en verspreid onder de deelnemers. Daarnaast kunnen er individuele gesprekken plaatsvinden tussen directie en medewerkers of medewerkers onderling.

Raad van Commissarissen met directie	7 keer per jaar
Managementvergadering met directie	12 keer per jaar
Directie met managers	24 keer per jaar
Cliëntenraad	4 keer per jaar
Medewerkersbijeenkomsten	4 keer per jaar
Directie met stakeholders	8 keer per jaar
Team overleggen	10 keer per jaar

#### Jaarplanning

De jaarplanning is een vertaling van dit kwaliteitsbeleid. Het geeft overzichtelijk weer wanneer wat gedaan wordt op het gebied van beleid en kwaliteit. De kwaliteitsonderwerpen komen op deze manier structureel aan bod volgens de 'plan-do-check-act' cyclus. In de jaarplanning staan tevens de proceseigenaren aangewezen.

#### Prospectieve en retrospectieve risico-inventarisaties.

De directie bepaalt de eisen en verwachtingen van de klanten aan de hand van input uit dialoog en inspraak met de stakeholders. Het opgestelde kwaliteitsbeleid en -doelstellingen worden tussentijds en tijdens de beoordeling van het kwaliteitsmanagementsysteem hieraan getoetst en/of het beleid aangepast dient te worden. Na de beoordeling worden nieuwe doelstellingen opgesteld en/ of bestaande doelstellingen bijgesteld. De directie heeft een vastgestelde methode voor het bepalen en beoordelen van risico's en draagt zorg voor het voorkomen van vermijdbare risico's en het verminderen van onvermijdbare risico's. De analyse van de risico's worden meegenomen in de jaarlijkse directiebeoordeling.

Naar aanleiding van deze gegevens bepaalt de organisatie of de dienstverlening voldoende adequaat en doelmatig en effectief is. Wanneer de dienstverlening op basis van deze gegevens aangepast dient te worden, neemt de organisatie dit in overweging, daarbij rekening houdend met de marktontwikkelingen, het bedrijfsbelang en de risico's.



(Potentiële) risico's kunnen door alle medewerkers van Leven & Zorg worden gesignaleerd. Het gaat hierbij om risico's op alle niveaus, procesniveau, cliëntniveau, systeemniveau en op zowel interne als externe risico's. Daarnaast gaat het om risico's die vooraf worden bepaald en beoordeeld (PRI) en risico's die in een later stadium worden gesignaleerd en beoordeeld (Retrospectief).

Het beoordelen van de risico's wordt gedaan door de directie, de manager en/of de cliëntenraad en eventueel in samenspraak met de toezichthouder. De waarde die aan een risico wordt toegekend (laag, middel, hoog) bepaalt op welke manier een risico wordt beheerst. Deze waarde heeft te maken met de ingeschatte grootte van het bepaalde risico voor de bedrijfsvoering en/of het cliënten welzijn /cliëntveiligheid. Hierbij wordt gekeken naar de frequentie waarin het bepaalde voorkomt en de consequenties die het voorkomen van het bepaalde heeft. Een risico kan als zodanig worden geaccepteerd, beheerst of verbeterd. Wanneer een risico als hoog wordt ingeschat wordt er per definitie gekozen voor `verbeteren`. Bij een risico dat als `hoog` wordt beoordeeld wordt een plan van aanpak gemaakt op het daarvoor beschikbare format. In dit plan van aanpak staat hoe getracht wordt het risico te verminderen en daarmee in een lagere categorie onder te brengen. Bij een risico dat als laag of middelzwaar wordt ingeschat wordt het risico minimaal 2 keer in het jaar tegen het licht gehouden en wordt gekeken of de beoordeling dient te worden bijgesteld. Bij de inschatting kan voor `verbeteren` worden gekozen, maar ook voor `accepteren` of `beheersen`. Wanneer een risico minimaal 3 keer is beoordeeld als `laag` kan ervoor worden gekozen deze af te voeren van de lijst.

In overleg met de directie worden maatregelen getroffen om de afwijking te herstellen. De directie is eindverantwoordelijk voor de herstelmaatregelen. Een herstelmaatregel kan het volgende inhouden:

- Het opheffen van de afwijking;
- Het goedkeuren van de afwijking door de directeur en cliënt;
- Het buiten gebruik stellen. Bijv. van een apparaat of hulpmiddel.

Na melding en herstel van een afwijking gaat de directie na of er sprake is van een incidentele of structurele afwijking. Indien kans op herhaling bestaat, zal de directie corrigerende maatregelen treffen om de afwijking in de toekomst te voorkomen.

#### Beoordeling van de genomen maatregel

Wanneer de herstel- en corrigerende maatregelen volgens afspraak zijn uitgevoerd, evalueert en beoordeelt de directie of de genomen maatregelen het gewenste effect hebben gehad. Indien nodig worden aanvullende maatregelen genomen. Registratie vindt plaats op het daarvoor bestemde formulier. Na volledige afhandeling worden de formulieren geparafeerd en van een datum voorzien (meldingenformulier).

#### Periodieke analyse van de meldingen en maatregelen

Minimaal eenmaal per jaar wordt een analyse van de afwijkingen uitgevoerd. In deze analyse wordt ingegaan op het aantal meldingen, systematische afwijkingen en mogelijke aanvullende (preventieve) maatregelen. Deze analyse vormt input voor de directiebeoordeling.

#### Preventieve maatregelen bij potentiële afwijkingen

De medewerkers en de directie volgen voortdurend wat er in de branche, maatschappij, wet- en regelgeving, wetenschap etc. gebeurt. Op het moment dat er relevantie ontwikkelingen zijn (potentiële afwijkingen), zullen deze direct aan de directie worden gemeld. De directie zal beoordelen in hoeverre de ontwikkelingen van belang zijn. Vervolgens zal worden vastgesteld of en welke maatregelen (preventieve maatregelen) getroffen moeten worden om adequaat op de ontwikkelingen in te kunnen spelen. De nadruk ligt bij de preventieve maatregelen op maatregelen die betrekking hebben op de cliëntveiligheid.

## Directiebeoordeling

Gegevens, zoals afwijkingen, klanttevredenheid, ziekteverzuim, trends etc. worden bijgehouden en geanalyseerd. Deze analyse komt tot uiting in de directiebeoordeling en geeft input voor nieuw te formuleren beleid en doelstellingen. Hiermee streeft de organisatie naar continue verbetering volgens de PDCA-cyclus

Jaarlijks draagt de directie van Leven & Zorg, zorg voor de evaluatie van het (kwaliteits-)beleid, de doelstellingen, de risico's en afwijkingen. De directiebeoordeling is zo vormgegeven dat deze ook kan voldoen aan de eisen van het kwaliteitsjaarverslag. De directiebeoordeling omvat minimaal de volgende onderwerpen:

1. de status van acties die zijn voortgekomen uit voorgaande directiebeoordelingen;
2. wijzigingen in externe en interne belangrijke punten (issues) die relevant zijn voor het kwaliteitsmanagementsysteem;
3. informatie over de prestaties en doeltreffendheid van het kwaliteitsmanagementsysteem, met inbegrip van trends in:
  - a. klanttevredenheid en feedback van relevante belanghebbenden;
  - b. de mate waarin kwaliteitsdoelstellingen zijn gerealiseerd;
  - c. prestaties van processen en het voldoen aan eisen van producten en diensten;
  - d. afwijkingen en corrigerende maatregelen;
  - e. resultaten van monitoren en meten;
  - f. auditresultaten;
  - g. de prestaties van externe aanbieders;
  - h. de toereikendheid van middelen;
  - i. de doeltreffendheid van ondernomen acties voor het oppakken van risico's en kansen;
  - j. kansen voor verbetering.

## Belangrijke ketenpartners en stakeholders

### Stakeholders

Leven en Zorg werkt intensief samen met een aantal belangrijke interne en externe stakeholders. De stakeholders zijn belanghebbenden die invloed kunnen uitoefenen in de organisatie. Deze invloed staat altijd in het teken van de eisen en de verwachtingen van de zorgvragers.

#### Interne Stakeholders:

- De Cliëntenraad
- De Ondernemingsraad
- De Cliënten
- De Medewerkers
- De Raad van Commissarissen

#### Externe Stakeholders:

- De gemeente Amsterdam
- De inspectie voor de gezondheidszorg en jeugd (IGJ)
- Zorgverzekeraars en zorgkantoren
- Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)
- Nederlandse Zorg Autoriteit (NZA)

De leveranciers en ketenpartners moeten van meerwaarde zijn en een bijdrage leveren aan de effectiviteit en doelmatigheid van de te leveren zorg. Contact met de ketenpartners wordt onderhouden door middel van netwerkbijeenkomsten en/of individuele afspraken. Met veel ketenpartners wordt ad-hoc samengewerkt en is de samenwerking moeilijk vast te leggen door middel van een samenwerkings-/ketenpartnerovereenkomst. Tenminste

eens per jaar is er telefonisch of per mail contact tussen de directeur en de ketenpartner. Tijdens dit contact wordt de actuele situatie besproken, de samenwerking geëvalueerd en verbeterpunten besproken. Ook kan de ketenpartner één keer per jaar gevraagd worden deel te nemen aan het ketenpartneronderzoek. Ketenpartners van Leven & Zorg worden eerst telefonisch of per e-mail benadert of zij willen meewerken aan een ketenpartneronderzoek. Het doel, verbetering van de processen binnen de organisatie moet daarbij duidelijk vermeld worden. Getracht wordt personen/ organisaties te benaderen vanuit verschillende disciplines zoals hulpverleners, verwijzers en samenwerkende instanties om zo een beeld te krijgen voor de gehele organisatie en niet voor een onderdeel. De resultaten van het onderzoek worden gerapporteerd in de directiebeoordeling en meegenomen door de directie in het verbeterproces. De ketenpartner ontvangt altijd een terugkoppeling. In de directiebeoordeling wordt geëvalueerd hoe de samenwerking met de diverse ketenpartners verloopt. In geval van een overeenkomst elk jaar gekeken of de gemaakte afspraken nog actueel zijn en of ze (kunnen) worden nagekomen.

### Ketenpartners & leveranciers

Leven & Zorg kiest zijn leveranciers met zorg uit. Daarbij wordt gekeken naar kwaliteit, levertijd en beschikbaarheid. Jaarlijks vindt een leveranciersbeoordeling plaats. De uitkomst hiervan is input voor de directiebeoordeling. De leveranciers worden beoordeeld aan de hand van het resultaat in combinatie met de service. Daarbij is de levertijd en de samenwerking van belang. Ook wordt naar mogelijke gevolgen gekeken indien de directie besluit te stoppen met de leverancier. Indien dit grote gevolgen heeft voor de kwaliteit/ mogelijkheden van de organisatie dan kan er ook gekeken worden naar een andere oplossing om de samenwerking te verbeteren. Bijvoorbeeld door een externe in te zetten voor mediation of rechtsbijstand.

### Dialogo en inspraak van de stakeholders

Door middel van dialoog en inspraak van de stakeholders worden de verwachtingen van de cliënten en medewerkers en de (wettelijke) eisen getoetst. Naar aanleiding van deze gegevens bepaalt de organisatie of de dienstverlening voldoende adequaat en doelmatig en effectief is. Wanneer de dienstverlening op basis van deze gegevens aangepast dient te worden, neemt de organisatie dit in overweging, daarbij rekening houdend met de marktontwikkelingen, het bedrijfsbelang en de risico's.

### De cliëntenraad

De Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen 2018 (Wmcz 2018) regelt de medezeggenschap van mensen die zorg krijgen van een instelling. Deze wet geeft centrale cliëntenraden en instellingen rechten en plichten. Het doel van de centrale cliëntenraad is het behartigen van de gemeenschappelijke belangen van de cliënten. Dit binnen het kader van de doelstellingen van Leven & Zorg. De centrale cliëntenraad bestaat uit minimaal drie leden. Leven & Zorg WLZ B.V.; Leven & Zorg WMO B.V.; Leven & Zorg GGZ B.V.; vaardigen ieder minimaal één lid af. De cliëntenraad en de Raad van Bestuur komen minimaal vier keer per jaar bijeen, volgens een vastgesteld vergaderrooster. Een delegatie van de Raad van Commissarissen is in de regel tweemaal per jaar aanwezig bij een overlegvergadering van de cliëntenraad.

### Klachten cliënten

Leven & Zorg is in het bezit van een klachtenreglement. De cliënt wordt hier schriftelijk over geïnformeerd. Hierin staat de procedure omtrent het afhandelen van klachten vermeld, wie de klachtenfunctionaris van Leven & Zorg is en bij welke (externe) geschillencommissie Leven & Zorg is aangesloten. De cliëntenraad en de ondernemingsraad hebben instemmingsrecht over deze klachtenregeling. Daarnaast heeft de cliëntenraad instemmingsrecht met betrekking tot de profielschets voor de klachtenfunctionaris. De cliëntenraad ontvangt het geanonimiseerde jaarverslag van de klachtenfunctionaris.

Klachten worden in eerste instantie zo laag in de organisatie als mogelijk afgehandeld. Mocht dit niet tot een oplossing leiden, ofwel wanneer de cliënt dat wenst, wordt de klacht afgehandeld door de klachtenfunctionaris.

Indien deze stap niet tot een bevredigende oplossing leidt dan kan de cliënt zich wenden tot de externe geschillencommissie. Leven & Zorg houdt de wettelijke termijn van 6 weken aan voor het afhandelen van klachten.

Klachten worden geregistreerd in het zogenoemde verbeterregister. Dit register zorgt er enerzijds voor dat er kan worden gemonitord of klachten (naar tevredenheid) worden afgehandeld en anderzijds maakt het analyse op de klachten mogelijk. De analyse bestaat uit de mogelijke risico's en kansen die uit de klachten voortkomen en om te beoordelen of er verbetermaatregelen getroffen moeten worden. De analyse wordt maandelijks besproken in de teams, in het managementoverleg en in de cliëntenraad.

### Klachten medewerkers

Medewerkers kunnen hun klacht indienen bij de vertrouwenspersoon. De vertrouwenspersoon nodigt de medewerker zo spoedig mogelijk uit voor een persoonlijk gesprek. Na afhandeling van de klacht wordt het ingevulde formulier in overleg met de medewerker opgeborgen in het medewerkersdossier. Tijdens het functioneringsgesprek, en eerder indien noodzakelijk, vindt evaluatie plaats.

### PREM

Elk jaar levert Leven & Zorg WLZ B.V. de zogeheten PREM (Patient Reported Experience Measure) aan bij het zorginstituut. Dit is een vragenlijst, die de ervaring en beleving van cliënten met zorg meet. De data die deze vragenlijst oplevert worden gepubliceerd in de Openbare Database. Daarin kan iedereen de gegevens bekijken, maar deze informatie is voornamelijk bedoeld voor professionals. De indicatoren en uitkomstcijfers worden ook 'vertaald' naar patiënten informatie. Deze staan op KiesBeter.

### Zorgleefplan evaluatie

Voor Leven & Zorg WLZ wordt op cliëntniveau de tevredenheid getoetst door middel van een zorgleefplan evaluatie. Het zorgleefplan wordt minimaal 2 maal per jaar geëvalueerd en indien nodig aangepast in overeenstemming met de cliënt. Ook vindt een evaluatie met de cliënt plaats inzake inhoud, omvang en frequentie van de zorgverlening plaats. Verslaglegging van de evaluatie vindt plaats in rapportage.

### Kwaliteitsstatuut

In het model-Kwaliteitsstatuut ggz staat aangegeven wat zorgaanbieders in de ggz geregeld moeten hebben op het gebied van kwaliteit en verantwoording om curatieve geestelijke gezondheidszorg te mogen verlenen. Leven & Zorg GGZ B.V. is in het bezit van een kwaliteitsstatuut, welke is opgenomen in de Openbare Database. Daarin kan iedereen de gegevens bekijken, maar deze informatie is voornamelijk bedoeld voor professionals. De indicatoren en uitkomstcijfers worden ook 'vertaald' naar patiënten informatie. Deze staan op KiesBeter. Het kwaliteitsstatuut is tevens te vinden op de website van Leven & Zorg ([www.levenenzorg.nl](http://www.levenenzorg.nl)).

### MDO

Leven & Zorg GGZ B.V. bespreekt cliënten minimaal 1 maal per jaar in een (multidisciplinaire) cliëntbespreking. De input van dit overleg wordt door de (regie) behandelaar besproken met de cliënt en verwerkt in het cliënt dossier

### De inspectie voor de gezondheidszorg en jeugd (IGJ)

Elk jaar levert Leven & Zorg GGZ B.V. veiligheidsindicatoren aan bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Dit zijn de indicatoren die voor de inspectie van belang zijn om op risicogerichte wijze toezicht te houden op de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Daarnaast kan de IGJ langskomen om te toetsen volgens het toetsingskader 'Toezicht op de ambulante ggz voor cliënten met chronisch psychische aandoeningen'.

Voor Leven & Zorg WLZ B.V. kan het zo zijn dat de IGJ onverwacht op de stoep staat. De IGJ wil door middel van toezicht waarborgen dat de cliënt goede en veilige zorg krijgt. Daarnaast is Leven & Zorg WLZ B.V. verplicht om incidenten, zoals geweld of een calamiteit, te melden aan de IGJ.

## WMO evaluaties

Om de kwaliteit van de begeleiding te waarborgen werken de begeleiders van Leven & Zorg WMO B.V. aan de hand van vooraf gestelde SMART-geformuleerde doelen. Door middel van jaarlijkse evaluaties wordt getoetst of hieraan wordt voldaan.

## Gemeente Amsterdam

GGD Amsterdam is toezichthouder op de WMO en voert risico gestuurd toezicht en signaal gestuurd toezicht uit. Het doel van risico gestuurd toezicht is ten eerste het beoordelen of voorzieningen voldoen aan wet- en regelgeving. Deze toetsing wordt jaarlijks onder een steekproef van WMO aanbieders uitgevoerd. Ten tweede om proactief de kwaliteit van voorzieningen te monitoren. De GGD voert ook 'signaal gestuurd' toezicht uit. Leven & Zorg WMO B.V. is verplicht bij de toezichthoudende ambtenaar melding te doen van:

- iedere calamiteit die bij de verstrekking van een voorziening heeft plaatsgevonden
- geweld bij de verstrekking van een voorziening

## ISO

Leven & Zorg laat zich jaarlijks door middel van een externe audit accrediteren voor de ISO norm 9001:2015. Voldoen aan deze norm waarborgt dat de organisatie een goed werkend kwaliteitssysteem hanteert.

## Interne audits

Door het planmatig uitvoeren van interne audits kunnen afwijkingen snel worden geconstateerd en zo nodig corrigerende of preventieve maatregelen worden voorgesteld. Bij het evalueren van interne audits worden besluiten genomen over de voorgestelde maatregelen of te nemen maatregelen, zodat nieuwe afwijkingen voorkomen worden. Hier kunnen zo nodig nieuwe kwaliteitsdoelstellingen uit voortkomen, waardoor sturing op de kritische processen mogelijk en duurzaam navolgbaar wordt.

## Cliënttevredenheidsonderzoek

Minimaal tweejaarlijks meet Leven & Zorg de ervaringen van de cliënten door middel van een cliënttevredenheidsonderzoek. De uitkomst wordt door de directie geanalyseerd en meegenomen in de directiebeoordeling. De uitkomsten kunnen input zijn voor het formuleren van beleid. De uitkomst en de analyse worden gedeeld met de cliënten via de cliëntenraad. De medezeggenschap van cliënten is geregeld via de cliëntenraad.

## Medewerkerstevredenheidsonderzoek

Voor het MTO zal gebruik worden gemaakt van een de standaardiseerde vragenlijst. Deze vragenlijst begint met inleidende vragen over de medewerker, waarna vervolgens de volgende onderwerpen aan de orde komen: inhoud van het werk, collega's/sfeer, leidinggevende, communicatie/planning, bereikbaarheid, persoonlijke ontwikkeling, arbeidsvoorwaarden en arbeidsomstandigheden. Daarnaast worden bij arbeidsomstandigheden screeningsvragen vanuit een PSA-onderzoek (Psychosociale arbeidsbelasting) opgenomen. De vragenlijst eindigt met een beoordeling middels een rapportcijfer van de totale organisatie.

## Ondernemingsraad

Een ondernemingsraad (OR) bestaat uit werknemers die namens de medewerkers overleg voeren met de werkgever over het ondernemingsbeleid en de belangen van de medewerkers. De ondernemingsraad heeft bij bepaalde typen van beleid, voornamelijk wanneer deze direct de werknemers en hun rechten betreffen, het recht een rol te spelen in de besluitvorming. Dit recht komt met name tot uitdrukking in de volgende vier rechten: Overlegrecht; Adviesrecht; Instemmingsrecht en Initiatiefrecht.

## Meldingensystematiek

Overige meldingen worden geregistreerd op het meldingenformulier. Onder overige meldingen wordt verstaan;

- Tekortkoming in de zorg en/of dienstverlening (bijvoorbeeld, mijn hulp is niet gekomen, onvoldoende bereikbaar, ik krijg niet de zorg die ik nodig heb)
- Overlast (intern/extern)
- Materialen en middelen (kapotte lamp, handzeep is op)
- Tekortkoming leverancier
- Verbetervoorstel primair proces
- Verlies, schade of diefstal eigendom

Meldingen worden binnen een termijn van 6 weken behandeld. De managers nemen deze meldingen in behandeling en koppelen dit terug aan de directie en aan de klachtenfunctionaris. De meldingen worden verwerkt in het verbeterregister. Eens per maand wordt het verbeterregister geanalyseerd door de kwaliteitscoördinator en worden er verbetervoorstellen gedaan.

In het geval van verlies, schade of diefstal van eigendommen van cliënten wordt het schadebeleid gehanteerd.

## Good Governance

De Raad van Commissarissen houdt toezicht op het beleid van de Raad van Bestuur van Leven & Zorg en op de algemene gang van zaken mede in relatie tot de maatschappelijke functie van Leven & Zorg. De Raad van Commissarissen vervult een klankbord en adviserende functie voor de Raad van Bestuur. De voorzitter en vicevoorzitter voeren minimaal tweejaarlijks een functioneringsgesprek met elk van de leden van de Raad van Bestuur en betrekken daarin tevens de uit de evaluatie van de Raad van Commissarissen voortkomende aandachtspunten. De Raad van Commissarissen bespreekt in het genoemde gesprek met het betreffende lid van de Raad van Bestuur ook diens persoonlijke ontwikkeling en de vraag of bestuurder en organisatie nog bij elkaar passen. Naast de individuele gesprekken voert de Raad van Commissarissen ook een gesprek met de Raad van Bestuur over de samenwerking en ontwikkeling in het team en de samenwerking met het management en de medezeggenschap. De Raad van Commissarissen zorgt voor een verslag van de gesprekken.

## Leiderschap en betrokkenheid

De directie van Leven & Zorg is betrokken en verantwoordelijk voor het kwaliteitsbeleid van de organisatie. De directie draagt er zorg voor dat het (kwaliteits)beleid effectief en doelmatig is en past binnen de vigerende wet- en regelgeving en branchenormen. De directie draagt ook zorg voor de bekendheid van het kwaliteitsbeleid bij zowel medewerkers als cliënten en doet dit door middel van onder meer de teamvergaderingen, het informeren van de cliëntenraad en het informeren van cliëntvertegenwoordigers.

## Kennis & Competentie

Leven & Zorg heeft een hoge standaard op het gebied van medewerkers. Medewerkers zijn geschoold en worden bijgeschoold met in achtname van de laatste kwaliteitskaders en ontwikkelingen in de sector. De medewerkers zijn WO, HBO en MBO geschoold waar de functie dit vereist. Buitenlandse diploma's worden officieel geherwaardeerd door het NUFFIC (de Nederlandse organisatie voor internationalisering in onderwijs). Opleidingseisen en functie-eisen zijn opgenomen in de taakfunctieomschrijvingen;

- Ervaring met de doelgroep;
- Kennis van de doelgroep;
- Schriftelijke en mondelinge taalvaardigheid;
- Vaardigheid in plannen en organiseren;
- Persoonlijke eigenschappen onder andere stabiele en stevige persoonlijkheid flexibiliteit betrokkenheid en oplossingsgericht denken.

Leven & Zorg volgt de CAO's VVT en GGZ. Deze CAO's zijn digitaal in te zien en daarom hier niet verder uitgewerkt. Naast het feit dat de medewerkers bevoegd zijn voor de werkzaamheden die zij uitvoeren, worden ook de bekwaamheden vergroot door middel van scholingen en cursussen. Deze kunnen groepsgericht en individueel van aard zijn. Daarnaast geldt dat zonder geldige verklaring omtrent gedrag (VOG) de nieuwe medewerker eventuele werkzaamheden voor Leven & Zorg niet kan aanvangen.

### Scholingsbeleid

Elk organisatieonderdeel heeft zijn eigen scholingsplan. Dit plan is onderdeel van de verschillende jaarplannen geschreven door de betreffende managers. Door middel van registratie wordt bijgehouden welke medewerkers de scholing hebben gevolgd.

### Scholing WLZ

Voor Leven & Zorg WLZ B.V. geldt dat de zorg alleen door medewerkers geleverd wordt welke bevoegd en bekwaam zijn (*BB lijst*). Zij hanteren daarbij de landelijk vastgestelde richtlijnen en protocollen (*Protocollen Vilans*). Verpleegkundigen worden 1x per drie jaar theoretisch bijgeschoold. Daarnaast worden ze 1x per jaar intern praktisch getoetst in de wijk. Verpleegkundigen i.o. toetsen elke handeling voor uitvoering tweemaal af bij het supervisieteam en dit wordt bijgehouden op de lijst bevoegd en bekwaamheden. Daarnaast worden medewerkers door middel van e-learning modules bijgeschoold (voor oa; medicatieveiligheid, omgaan met dementie en COVID-19). Zij zijn verplicht deze scholingen te volgen. Tenminste 25% van de medewerkers van Leven & Zorg WLZ B.V. is ingeschreven bij het kwaliteitsregister.

### Scholing GGZ

Ten aanzien van scholing en ontwikkeling organiseert Leven & Zorg GGZ B.V. 1x per 6 à 8 weken intervisie. Het doel van intervisie is het bespreken van casuïstiek en het bevorderen van de ontwikkeling van behandelaars. Daarnaast is er 1x per 6 à 8 weken kwaliteitsbevordering door middel van scholing op het gebied van behandelinhoudelijke thema's.

### Scholing WMO

Medewerkers binnen Leven & Zorg WMO B.V., krijgen e-learning modules aangeboden. Deze hebben betrekking op;

- De meldcode huiselijk geweld
- Signalering in de wijk
- Dementie binnen WMO
- COVID-19

### Scholing EHCA

Voor de in Spanje gekwalificeerde medewerkers geldt dat zij afhankelijk van hun hoogst genoten opleiding een aangepast scholingstraject volgen om de Nederlandse taal te leren.

Voor de Spaanse medewerkers die uiteindelijk als verzorgende IG worden ingezet binnen Leven & Zorg WLZ b.v. geldt dat zij bij aankomst 8-12 uur per week de tijd krijgen om zich op de Nederlandse taal te richten. Hiervan bestaat 5 uur per week uit het volgen van online taallessen en de overige tijd wordt er van hen verwacht deze aan zelfstudie te besteden. De lessen worden gefaciliteerd door interne docenten. In de periode dat zij nog niet het niveau tot midden A1 en A2 van de Nederlandse taal beheersen, worden deze medewerkers ingezet als medewerker huishoudelijke hulp binnen Leven & Zorg WMO b.v. Op het moment dat tot niveau midden A1 en A2 behalen worden zij ingezet als verzorgende IG binnen Leven & Zorg WLZ b.v.

De Spaanse medewerkers die als verpleegkundige worden ingezet binnen Leven & Zorg WLZ b.v., worden conform Wet BIG opgeleid tot niveau B1 van de Nederlandse taal. Zij krijgen 16-18 uur tot hun beschikking om zich op de

Nederlandse taal te richten waarvan 5u per week uit het volgen van online taallessen. In de periode dat zij nog niet BIG geregistreerd zijn, worden zij ingezet als Verzorgende IG. Momenteel wordt er gekeken naar de verschillende mogelijkheden om dit proces te verbeteren.

### Toetsing professioneel handelen

Toetsing van het professioneel handelen, vindt plaats met behulp van de volgende middelen:

- Functioneringsgesprekken: door middel van functioneringsgesprekken wordt beoordeeld of het functioneren van de medewerker aansluit bij de visie/missie van de organisatie, de doelstellingen van de cliënt en de kwaliteitskaders van de beroepsgroep (voor zover deze zijn omschreven);
- Cliënttevredenheid: cliënten worden door middel van het tevredenheidsonderzoek gevraagd om hun mening te uiten over de professionaliteit van de organisatie en de medewerkers. Het cliënttevredenheidsonderzoek wordt uitgezet door de verschillende contractgemeenten. Daarnaast kan ook de cliëntenraad signalen doorgeven met betrekking tot het professioneel handelen;
- Overleg: altijd is er de mogelijkheid van de leidinggevenden om cliënten ad hoc te vragen hoe zij het professioneel handelen van (individuele) medewerkers ervaren. Daarnaast worden er steekproefsgewijs dossiers gelicht, rapportages doorgelezen en urenstaten gecontroleerd;
- Afspraken medewerkers: wanneer blijkt dat medewerkers niet voldoen aan de professionele normen, zoals verwoord in o.a. de functieomschrijving, het werknemersreglement, CAO, het protocol tijdsigheden/procesindicatoren, krijgt de medewerker de kans zich te verbeteren. Dit kan onder meer door middel van het volgen van een cursus/opleiding, het krijgen van extra individuele coaching.
- Officiële toetsing momenten; bijvoorbeeld certificaten na het volgen van e-learning, het afleggen van staatsexamen.

De manager voert controles uit op gemaakte cliënt uren, declarabiliteit, inhoud van de rapportages en ondersteuningsplannen.

### Vereiste randvoorwaarden

Leven & Zorg stelt voldoende materialen en middelen beschikbaar om het kwaliteitsmanagementsysteem te onderhouden en te verbeteren, de cliënttevredenheid te vergroten en ondersteunende processen in te voeren of te verbeteren. Materialen en middelen worden ingezet op basis van de noodzaak om de processen effectief en doelmatig te kunnen laten verlopen. De directie is verantwoordelijk voor het beschikbaar stellen en onderhouden van de benodigde materialen en middelen. Naast eigen waarneming vindt signalering plaats via meldingen van en contacten met medewerkers. Gezien de informele bedrijfscultuur worden deze signalen snel verspreid en ontvangen.

### Gebouwen

Alle gebouwen van Leven & Zorg worden gehuurd. In de overeenkomst met de verhuurders zijn afspraken gemaakt over onderhoud en veiligheid van het gebouw. Daarnaast wordt het gebouw en aanwezige materialen en middelen periodiek gecontroleerd. Het betreft hier met name brandveiligheid. In elke gebouw is een ontruimingsplan aanwezig op een voor medewerkers goed zichtbare plaats.

### Informatiemateriaal

De aan de cliënt verstrekte informatie via brochures, begeleidingsplan en internetsites, is opgesteld aan de hand van feitelijke informatie en landelijke richtlijnen. Minimaal jaarlijks worden alle informatiematerialen beoordeeld op actualiteit en relevantie door de coördinator kwaliteit. Indien daartoe aanleiding bestaat wordt de informatie aangepast door de beheerder van het betreffende document. Tevens wordt alle relevante informatie voor medewerkers, zoals de inwerkmappen en het introductieprogramma, jaarlijks geactualiseerd. Dit ligt onder de verantwoordelijkheid van de diverse managers en de afdeling Human Resource (HR).



### Automatisering

De organisatie beschikt over voldoende software en hardware om continuïteit van de bedrijfsprocessen te waarborgen. De organisatie is zich bewust van de kwetsbaarheid van automatiseringssystemen. Om deze kwetsbaarheid te beperken wordt dagelijks een back-up gemaakt van het totale gegevensbestand. Deze wordt opgeslagen in een andere ruimte dan de brongegevens namelijk op een externe harde schijf. Binnen Leven & Zorg wordt gebruik. Deze worden minimaal vier keer per jaar gecontroleerd op hun werkzaamheid en indien nodig vaker. Leven & Zorg werkt met gangbare communicatie- en rapportagesystemen, zoals Office, Medicore en Nedap, Deze systemen zitten onder licentie. De werking, waaronder de betreffende back-up en privacy (in het kader van de algemene verordening gegevensbescherming (AVG), is contractueel vastgelegd. Daarnaast heeft Leven & Zorg een applicatie ontwikkeld, "zorg forms", waar een aantal formulieren in zijn gedigitaliseerd.

### Machines en apparaten

Door middel van onderhoudscontracten worden de machines en apparaten periodiek gecontroleerd.

### Kantoorartikelen

De kantoorartikelen worden centraal, door het secretariaat, beheerd, besteld en gedistribueerd.

### Persoonlijke beschermingsmiddelen

De artikelen worden centraal, door het secretariaat, beheerd, besteld en gedistribueerd. Door de Covid 19 crisis waar (ook) Leven & Zorg mee te maken heeft gekregen, wordt er op dit ad-hoc beleid gevoerd op de persoonlijke beschermingsmiddelen. Te zijner tijd zal hier beleid op moeten worden geschreven.

### Huishoudmiddelen

De artikelen worden centraal, door het secretariaat, beheerd, besteld en gedistribueerd.

### Arbeidsomstandigheden

Leven & Zorg streeft naar een optimale gezondheid, welzijn en veiligheid van de medewerkers. Hierbij wordt tevens aandacht besteed aan bescherming van de medewerkers tegen geweld, seksuele intimidatie, discriminatie en infecties. Dit wordt gedaan door het bieden van een veilige werkplek, voldoende werkinstrumentarium (protocollen, formulieren), goede overlegstructuren, mogelijkheden tot scholing, mogelijkheden tot gesprekken met bijvoorbeeld de vertrouwenspersoon. Leven & Zorg heeft een ziekteverzuimprotocol.

### Vertrouwenspersoon

Medewerkers kunnen in voorkomende gevallen gebruik maken van de vertrouwenspersoon. Deze is aangesteld door Leven & Zorg, maar heeft zijn eigen reglement en functioneert onafhankelijk. Gesprekken met de vertrouwenspersoon zijn vertrouwelijk en de inhoud wordt dan ook niet zonder toestemming van de desbetreffende medewerker gedeeld met de directie. De vertrouwenspersoon kan telefonisch dan wel via email benaderd worden; 06-55183368 of info@konfidi.nl

### Risico-inventarisatie en evaluatie (RI&E)

Leven & Zorg beschikt over een RI&E welke is uitgevoerd door een externe partij. De preventiemedewerker ondersteund bij de uitvoering van de RI&E. De preventiemedewerker ondersteunt met het opstellen van een overzicht van alle risico's over de veiligheid, gezondheid en het welzijn binnen het bedrijf. Dit resulteert in de RI&E. De werkgever krijgt door de RI&E snel inzicht in waar verbeteringen nodig of gewenst zijn. De preventiemedewerker werkt ook mee aan het plan van aanpak. Daarnaast heeft de preventiemedewerker nog twee wettelijke taken;

- Het adviseren en nauw samenwerken met de ARBO deskundigen en de ondernemingsraad (OR) of personeelsvertegenwoordiging over de te nemen maatregelen voor een goed arbeidsomstandighedenbeleid. De preventiemedewerker moet adviseren aan en samen werken met de

bedrijfsarts en andere arbodienstverleners. In het basiscontract is vastgelegd dat de bedrijfsarts tijd moet reserveren voor overleg met de preventiemedewerker.

- Het (mede) uitvoeren van arbo-maatregelen. Het is gebruikelijk dat de preventiemedewerker afkomstig is van de werkvloer, zodat hij er dagelijks te vinden is. Met zijn ervaring op de werkvloer levert de preventiemedewerker een actieve bijdrage om de kans op gezondheidsklachten en ongevallen op het werk tot een minimum te beperken. Praktische voorbeelden van beoogde risico's zijn bijvoorbeeld blijvende gehoorschade, risico's door het werken met gevaarlijke stoffen of het krijgen van (blijvende) rugklachten door tillen. Ook vervult de preventiemedewerker een brugfunctie tussen de werkgever en werknemers en let hij er op dat er aandacht wordt besteed aan de – in de RI&E beschreven – risico's. De preventiemedewerker assisteert bijvoorbeeld de werkgever met heldere voorlichting over duidelijke werkinstructies, het correct gebruik van beschermingsmiddelen en handige tools bij langdurig beeldschermgebruik.

Naast de drie wettelijke taken kan de preventiemedewerker – in overleg met de werkgever – zijn takenpakket ook uitbreiden. Denk hierbij aan het:

- Bijhouden en registreren van bedrijfsongevallen;
- Organiseren van de samenwerking met de bedrijfshulpverlening; of het
- Geven van voorlichting over preventie aan collega's. De preventiemedewerker kan bijvoorbeeld de bredere communicatie over gezond en veilig werken verzorgen. Om ervoor te zorgen dat het onderwerp gezond en veilig werken hoog op de agenda blijft, kan hij daarvoor elementen uit het plan van aanpak (voortkomend uit de RI&E) regelmatig communiceren via nieuwsbrieven, bijeenkomsten of het intranet.

## BHV

Gepland staat voor het tweede kwartaal het organisatie breed inregelen van de bedrijfshulpverlening.

## Beleid pandemie

Omdat een pandemie zich gemakkelijk verspreid onder de bevolking is het belangrijk dat medewerkers van Leven & Zorg de algemene hygiënemaatregelen volgen. Voor alle medewerkers van Leven & Zorg tijdens een pandemie geldt daarom;

- Geen handen geven.
- Regelmatig handen wassen.
- Hoesten en niezen in de elleboog.
- Papieren zakdoekjes gebruiken.
- Houdt 1,5m afstand

Omdat voor medewerkers van de WLZ en de WMO, nabijheid soms een vereiste is, geldt aanvullend voor deze medewerkers dat zij werken volgens de algemene hygiënemaatregelen conform de 'veilige vijf'-adviezen bestemd voor de thuiszorg. Daarnaast volgen deze medewerkers de hygiënerichtlijnen voor hun beroepsgroep en specifieke beroepsmatige handelingen. Alle medewerkers van Leven & Zorg WLZ zijn in het bezit van een pakket met persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM)(tenminste; 1 bril, 2 maskers, 2 paar handschoenen, 2 halterschorten, 1 flacon handalcohol, 2 paar schoenenhoezen) aan medische beschermingsmiddelen. De medewerkers van Leven & Zorg zijn in het bezit van een PBM pakket 'light' (tenminste; 2 maskers, 2 paar handschoenen, 1 flacon handalcohol, 2 paar schoenenhoezen) aan medische beschermingsmiddelen, daar andere richtlijnen gelden voor het gebruik van PBM.

Voor meer informatie rondom de inzet van medewerkers en het gebruik van PBM tijdens een pandemie wordt er verwezen naar het pandemie protocol. Daarnaast wordt ten alle tijden met klem geadviseerd dat medewerkers de meest actuele richtlijnen raadplegen. Deze zijn te vinden via het RIVM en via Vilans (de kennisorganisatie voor langdurige zorg).

## Veiligheidsbeleid

### Calamiteiten

Ernstige calamiteiten worden gemeld volgens het calamiteitenprotocol. De inspectie Gezondheidszorg en Jeugd definieert een calamiteit als:

“Een niet beoogde of onverwachte gebeurtenis in de gezondheidszorg, die tot de dood of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid, optredend bij een (para)medische, verpleegkundige of verzorgende handeling of bij de toepassing van een product of apparaat in de gezondheidszorg dan wel voortkomend uit een manco in een voorziening of een kwaliteitsafwijking van een product of apparaat dat toepassing vindt in de gezondheidszorg”.

De medewerker is verplicht een melding te maken na een calamiteit door middel van de MIC/MIM meldingensystematiek. In verband met de melding bij de inspectie ontvangt de directie vervolgens via de leidinggevende binnen 3 dagen de benodigde rapportage. Een calamiteit moet binnen 3 werkdagen bij de inspectie gemeld worden. Als het nog niet duidelijk is of er sprake is van een calamiteit, dan heeft Leven & Zorg 6 weken vanaf de constatering van een incident de tijd om te onderzoeken of een gebeurtenis een calamiteit is. Als gedurende dit onderzoek blijkt dat het gaat om een calamiteit, dan moet dit binnen 3 werkdagen na vaststelling daarvan aan de inspectie gemeld worden. De directie meldt de calamiteit schriftelijk of via het online meldingen formulier bij de IGJ. Afhankelijk van de aard/ernst van de calamiteit kan de directie besluiten tot een gefaseerde melding; eerst een snelle melding, gevolgd door een gedetailleerde melding. Indien van toepassing wordt er aangifte bij de politie gedaan. Indien de calamiteit gevolg is van een (mogelijk) strafbaar feit, kan het slachtoffer en diens nabestaande(n) hiervan aangifte doen bij politie. Het initiatief daartoe ligt bij het slachtoffer/de nabestaanden, maar wordt ondersteund door de Raad van Bestuur. Voor nazorg kan de medewerker kan het verzoek tot een gesprek doen bij zijn manager en of directie. Ook kan hij het verzoek doen bij de vertrouwenspersoon. Deze kan telefonisch dan wel schriftelijk worden benaderd op nummer 06-55183368 of via [info@konfidi.nl](mailto:info@konfidi.nl). Ook de leidinggevende van de medewerker kan een gesprek initiëren, wanneer hij of zij dit nodig acht. Tevens wordt, indien nodig, slachtofferhulp ingeschakeld voor emotionele hulp.

### Agressie

Leven & Zorg werkt met klanten en klantgroepen waarbij agressief gedrag onderdeel kan uitmaken van de problematiek en/of de wijze waarop klanten zich proberen staande te houden in de samenleving. Agressie komt voor en maakt dus onderdeel uit van de beroepspraktijk van de medewerkers van Leven & Zorg. Agressief gedrag van klanten duidt over het algemeen op een gebrek aan vaardigheden om constructief om te gaan met frustratie en/of assertiviteit en kan zeer indringend zijn voor de medewerker(s) op wie het is gericht. Dit vraagt om een professionele benadering door zowel individuele medewerkers als de gehele organisatie. Indien noodzakelijk kan er door de directie voor worden gekozen een training “omgaan met agressie” te houden. Dit is mede afhankelijk van het aantal meldingen op jaarbasis waarbij agressie een onderdeel is. Agressie incidenten dienen te worden gemeld volgens het Protocol Meldingen (MIC/MIM)

De professionele benadering is gericht op de volgende aspecten:

- De definitie van agressie;
- De preventie van agressie;
- Wat te doen als er sprake is van agressie;
- De nazorg wanneer agressie zich heeft voorgedaan;
- De registratie van agressie.

Voor nazorg kan de medewerker kan het verzoek tot een gesprek doen bij zijn manager en of directie. Ook kan hij het verzoek doen bij de vertrouwenspersoon. Deze kan telefonisch dan wel schriftelijk worden benaderd op nummer 06-55183368 of via [info@konfidi.nl](mailto:info@konfidi.nl). Ook de leidinggevende van de medewerker kan een gesprek initiëren, wanneer hij of zij dit nodig acht. Tevens wordt, indien nodig, slachtofferhulp ingeschakeld voor emotionele hulp.

Daarnaast zijn er een aantal protocollen en werkprocessen geschreven die dienen ter voorkoming van incidenten op het gebied van veiligheid:

### MIC/MIM

Er zijn twee soorten incidenten waarover een melding gedaan kan worden, een Melding Incident Cliënt (MIC) of een Melding Incident Medewerker (MIM). Deze worden als volgt gedefinieerd:

#### **Melding incident cliënt (MIC):**

“Ieder (bijna) incident, al dan niet veroorzaakt door menselijk handelen, dat tot een schadelijk gevolg of onveilig *ervaren* situatie heeft geleid of had kunnen leiden voor de **cliënt**.”

#### **Melding incident medewerker (MIM):**

“Ieder (bijna) incident, al dan niet veroorzaakt door menselijk handelen, dat tot een schadelijk gevolg of onveilig *ervaren* situatie heeft geleid of had kunnen leiden voor de **medewerker**.”

Het doel is om de meldcultuur binnen Leven & Zorg te normaliseren en aan te moedigen, zodat de kwaliteit en de veiligheid van de zorg kan toenemen. Een melding is daarom geen weerspiegeling van het functioneren van de medewerker die de melding doet, maar een middel om als organisatie van te leren.

Wanneer de melding is gedaan, wordt deze in eerste instantie behandeld door de manager en/of zorgcoördinator. Indien nodig wordt medewerker en/of de cliënt gesproken over de melding. Samen met de manager (en eventueel je team) bedenk je maatregelen die een herhaling van het incident zouden kunnen voorkomen. De melding en de maatregelen worden vermeld in het zogenoemde ‘verbeterregister’. De MIC/MIM commissie maakt vanuit het verbeterregister een analyse van alle MIC en MIM-meldingen en geeft eventueel (on)gevraagd advies over de te nemen maatregelen aan de betreffende zorgcoördinator en/of manager.

### Medicatieveiligheid

Binnen Leven & Zorg is het beleid dat er geen voorraadbeheer betreffende medicijnen van cliënten wordt gevoerd. Indien blijkt dat een bepaald medicijn in onvoldoende voorraad bij de cliënt aanwezig is, dan neemt de medewerker in voorkomende situaties contact op met de huisarts of apotheek met de mededeling dat de medicijnvoorraad onvoldoende lijkt. De huisarts of apotheek beoordeelt vervolgens of aanvulling van de voorraad noodzakelijk is. De medicijnen worden vervolgens door de apotheek in gesealde zakjes (Baxtersysteem) afgeleverd. De medicatielijst welke de apotheek bij aflevering verstrekt wordt opgenomen in het zorgdossier. Alle handelingen welke betrekking hebben op medicatie worden vastgelegd in het zorgleefplan. Alle handelingen rondom medicatiebeleid worden uitgevoerd conform de geldende protocollen (*zie PR Protocollenbeheer*) en het opgestelde medicatiebeleid (*zie PT Medicatiebeleid*).

### Risicosignalering

Medewerkers van Leven & Zorg zijn continu alert op mogelijke risico's voor de cliënt. Tijdens de intake wordt besproken en geïnventariseerd of er bijzondere omstandigheden spelen die risico's met zich meebrengen voor de veiligheid of gezondheid van de cliënt of een medewerker. Hierin worden minimaal de volgende risico's van zorgproblemen op huidletsel, ondervoeding/ overgewicht, vallen, problemen medicatiegebruik, depressie en incontinentie. Tevens worden andere mogelijke risico's die vanuit de bespreking van de verschillende levensdomeinen voortkomen geïnventariseerd. Om risico's te beperken of uit te sluiten worden afspraken gemaakt en vastgelegd op het intakeformulier en in het zorgleefplan.

### Vrijheidsbeperkende maatregelen

In het beleid wet zorg en dwang staat beschreven dat binnen Leven & Zorg worden geen vrijheidsbeperkende maatregelen uitgevoerd. Indien op uitdrukkelijke wens van de cliënt of diens vertegenwoordiger(s) medewerkers toch worden gevraagd vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen, dan dient de cliënt of de vertegenwoordiger (s) hiertoe schriftelijke toestemming te geven. De schriftelijke toestemming wordt opgenomen in het zorgdossier.

Mogelijke toe te passen vrijheidsbeperkende maatregelen zijn:

- Gebruik van bedhekken
- Bewegingsvrijheid beperken door plaatsen van cliënt in diepe stoel, gebruik van tafelsteun of stoel
- Deur van kamer of huis van cliënt op slot doen

In ieder geval worden de volgende acties niet toegepast:

- Gedwongen toedienen (kalmerende) medicatie of gecamoufleerd toedienen van (kalmerende) medicatie
- Tegen tafel plaatsen
- Gedwongen toedienen van vocht of voedsel
- Fixeren van cliënten met hulpmiddelen (zoals onrustbanden, spanlakens, scheurpakken, polsbandjes of Zweedse banden)
- Separeren in aparte ruimte
- In aparte ruimte zetten zonder deur op slot te doen

### Meldcode huiselijk geweld

Leven & Zorg is wettelijk verplicht om een meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling te hanteren (Wet verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling). Een professional doorloopt de stappen van de meldcode als hij of zij vermoedens heeft van huiselijk geweld of kindermishandeling. Het gaat hierbij niet alleen om vermoedens van fysiek geweld, maar ook om vermoedens van psychisch of seksueel geweld en vermoedens van verwaarlozing. Als hulpmiddel om te komen tot het besluit om te melden is het per 1 januari 2019 verplicht om als beroepskracht een afwegingskader te gebruiken in stap 4 en 5 van de meldcode.



Figuur 1 Stappenplan meldcode

## Privacybeleid

Conform de algemene verordening gegevensbescherming (AVG) heeft de privacy van cliënten en medewerkers een hoge prioriteit. In het privacy beleid staat omschreven hoe Leven & Zorg omgaat met persoonsgegevens en welke rechten en plichten cliënten, medewerkers en Leven & Zorg hebben met betrekking tot het verwerken van persoonsgegevens. Leven & Zorg heeft een verwerkingsregister waarin staat welke persoonsgegevens worden verzameld met welk doeleinde, de wettelijke grondslag hiervoor en de bewaartermijnen. Leven & Zorg verzamelt en bewaart alleen gegevens die functioneel zijn voor de dienstverlening. Wanneer er sprake is van een nieuwe vorm van dienstverlening, wordt opnieuw geïnventariseerd welke persoonsgegevens worden verzameld en bewaard. Gezien de grootte van de organisatie heeft Leven & Zorg geen verplichting een functionaris gegevensbescherming aan te stellen.

Wanneer een nieuwe cliënt wordt aangemeld door een verwijzer (wijkteam, zorgkantoor, zorgverzekeraar, collega instelling etc.) dient door desbetreffende verwijzer eerst een verwerkingsovereenkomst van Leven & Zorg te worden ondertekend. In deze verwerkingsovereenkomst staat ook vermeld dat de cliënt op de hoogte is van het feit dat zijn persoonsgegevens worden uitgewisseld. Het is aan de verwijzer om dit ook daadwerkelijk te regelen. In de overeenkomsten zijn ook afspraken gemaakt over het vernietigen van de gegevens na gebruik. Leven & Zorg kan een auditrapport met betrekking van de verwerking van gegevens vragen aan de verwerker waarmee een verwerkingsovereenkomst is afgesloten.

## Bijlage 1: Kwaliteitsdoelstellingen

Nr.	Kwaliteitsdoelstelling	Actie	Planning	Verantwoordelijke	Evaluatie	Status	Borging
1.	Kwaliteitsbeleid implementeren (o.a. MIC/MIM, interne audits).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Het inrichten van de rol van kwaliteitsfunctionaris</li> <li>Het concretiseren van het beleid in een kwaliteits- en beleidsplan</li> <li>Het implementeren van het kwaliteits- en beleidsplan volgens de PDCA cyclus</li> <li>Het evalueren, analyseren, beoordelen en het bijstellen van het kwaliteits- en beleidsplan</li> </ul>	April t/m september	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coördinator Kwaliteit</li> <li>Managers</li> <li>Directie</li> </ul>	Q4	DO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Het certificaat van de ISO audit wordt behaald.</li> <li>De kwaliteitsdoelstellingen regelmatig (zie jaarplanning) worden geëvalueerd (wat is terug te vinden in de bijbehorende verslaglegging).</li> <li>Kwaliteit een vast onderdeel is op de verschillende agenda's wat te herleiden is uit verslaglegging van de overleggen.</li> <li>Functioneringsgesprek directie/kwaliteitscoördinator</li> <li>Oplevering KMS</li> </ul>
	MIC/MIM	<ul style="list-style-type: none"> <li>Onderzoek en/of uitvoeren interne audit naar melden MIC / MIM</li> <li>Uit elkaar halen MIC/MIM/Klachten;</li> <li>Definiëren MIC/MIM</li> <li>Beschrijving werkprocessen (PDCA)</li> <li>Randvoorwaarden op orde (juiste formulieren)/VIM</li> <li>Aanleggen verbeterregister</li> <li>Schrijven klachtenprocedure</li> </ul>	April/Mei 2020	Coördinator Kwaliteit	Q3	DO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Directiebeoordeling</li> <li>Notulen cliëntenraad</li> <li>Notulen MIC/MIM commissie</li> <li>Notulen directieoverleg</li> <li>Verbeterregister</li> <li>Interne audit op MIC/MIM</li> </ul>
	Interne audits	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aannemen van een coördinator kwaliteit</li> <li>Het schrijven van een (meerjaren) audit planning (2020 – 2023)</li> <li>Het schrijven van een audit plan voor 2020</li> </ul>	Juni 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coördinator Kwaliteit</li> <li>Managers</li> </ul>	Q2	CHECK	<ul style="list-style-type: none"> <li>Onderwerp interne audits een vast agendapunt</li> <li>Verslaglegging interne audits, inclusief verbetermaatregelen</li> <li>Directiebeoordeling</li> <li>Jaarplanning</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>Het uitvoeren van het audit plan 2020</li> </ul>			Q3	DO	
2.	Kwaliteitsmanagement systeem ontwikkelen (documentbeheer).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Het aanwijzen van proceseigenaren</li> <li>Het opnieuw vaststellen van kritische processen en aanhangende procedures en documenten</li> <li>De aanschaf van een geautomatiseerd kwaliteitssysteem m.b.t. format- en documentbeheer</li> <li>Het verwijderen van cliëntgegevens.</li> </ul>	April t/m augustus 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coördinator kwaliteit</li> <li>Directie</li> </ul>	Q4	DO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Interne audit plus verslaglegging op document beheer</li> <li>Implementatie KMS</li> <li>Kritische processen jaarlijks evalueren en bijstellen en onder hangende procedures en/of documenten</li> <li>Jaarplanning</li> </ul>
3.	Medewerkers opleiden tot gekwalificeerde professionals.	Zie diverse scholingsplannen  Zie Workflow	Januari t/m december	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manager WLZ</li> <li>Manager WMO</li> <li>Manager HR</li> </ul>	Q4	DO	Toetsing professioneel handelen volgens beleid.
4.	Digitalisering van de organisatie.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Het aanwijzen van proceseigenaren</li> <li>Het opnieuw vaststellen van kritische processen en aanhangende procedures en documenten</li> <li>De aanschaf van een geautomatiseerd kwaliteitssysteem m.b.t. format- en documentbeheer</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Coördinator Kwaliteit</li> <li>Managers</li> <li>Directie</li> </ul>	Q4	DO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Klanttevredenheidsonderzoeken (zorgvragers en zorgverleners)</li> <li>Interne audit plus verslaglegging op document beheer</li> <li>Implementatie KMS</li> <li>Kritische processen jaarlijks evalueren en bijstellen en onder hangende procedures en/of documenten</li> <li>Jaarplanning</li> </ul>